



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**DEĞER BAZLI ÖDEME YÖNTEMİNİN TÜRKİYE SAĞLIK  
SİSTEMİNDE UYGULANABİLİRLİĞİ ÜZERİNE NİTEL BİR  
ARAŞTIRMA**

Merve KARAER

Doktora Tezi

Ankara, 2021



DEĞER BAZLI ÖDEME YÖNTEMİNİN TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE  
UYGULANABİLİRLİĞİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Merve KARAER

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

## KABUL VE ONAY

Merve KARAER tarafından hazırlanan “Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Türkiye Sağlık Sisteminde Uygulanabilirliği Üzerine Nitel Bir Araştırma” başlıklı bu çalışma, 01.10.2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

---

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Başkan)

---

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Danışman)

---

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Üye)

---

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Üye)

---

[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Üye)

Bu tez çalışmasında Sayın (Unvanı, Adı ve Soyadı) Ortak Danışman olarak görev almıştır.

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

[Unvanı, Adı ve Soyadı]

Enstitü Müdürü

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ..... ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

...../...../.....

**Merve KARAER**

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

**Arş. Gör. Merve KARAER**

## TEŞEKKÜR

Başta tez konumun seçiminde ve hazırlanma sürecinin her aşamasında değerli bilgilerini ve zamanını benden esirgemeyerek her fırsatta çalışmamla yakından ilgilenen, eleştirileriyle yol gösteren danışman hocam Sayın **Prof. Dr. Sıdıka KAYA**'ya ve değerli TİK hocalarım **Prof. Dr. Mehmet TOP** ve **Prof. Dr. Türkan YILDIRIM**'a,

Tez sürecim boyunca en çok kahrımı çeken ve hayat boyu çekeceğini düşündüğüm eşim **Fevzi KARAER**'e,

Beni bugünlere getiren, hiçbir zaman desteklerini ve dualarını benden esirgemeyen annem **Gülseren TEKİNARSLAN**, babam **Zeki TEKİNARSLAN** ve abim **Yüksel TEKİNARSLAN**'ın güzel ailesine,

Dayanamadığım ve içinden çıkamadığım zamanlarda yanımda olan kardeşten öte olan dostlarıma ve en çok emeği geçen **Dr. Arş. Gör. Gülnur İlgün**, **Dr. Arş. Gör. Ramazan ASLAN**, **Arş. Gör. Zekiye GÖKTEKİN** ile **Dr. Arş. Gör. Murat SEMERCİ**'ye,

Görev yapmakta olduğum ve beni her zaman destekleyen **Gümüşhane Üniversitesi** ve **Sağlık Yönetimi Bölümü** tüm hocalarıma,

Araştırma kapsamında benimle görüşmeyi kabul edip, değerli vakitlerinden ayıran bütün saygıdeğer **katılımcılarıma**,

TÜBİTAK, 1002 Hızlı destek programı kapsamında "120K779" numaralı proje olarak kabul görmüş ve maddi olarak desteklenmiş bu tez adına TÜBİTAK'a teşekkürü bir borç bilirim.

## ÖZET

KARAER Merve. *Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Türkiye Sağlık Sisteminde Uygulanabilirliği Üzerine Nitel Bir Araştırma*, Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Sağlık sistemlerinde, uygun şekilde tasarlanmış olan ödeme yöntemleri, hastaların sağlık durumunu ve genel olarak sağlık hizmetlerini iyileştirme potansiyeline sahiptir. Bu sebeple dünya çapında hâlâ doğru ödeme mekanizmasının belirlenmesi tartışılmaktadır. Üretkenliği, ekonomik verimliliği ve bakım kalitesini iyileştirmeyi hedefleyen, hasta merkezli olan geri ödeme mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Değer bazlı ödeme reformları sağlık hizmeti harcamalarını azaltmak, yüksek kaliteli bakımı teşvik etmek ve sağlık hizmetlerinin niceliğinden ziyade kalitesine göre ödeme yapılmasını sağlamak üzere tasarlanmıştır. Çalışmanın amacı, bu yöntem hakkında katılımcıların görüşleri alınarak; değer ne ifade ettiğini, hangi parametrelerle ölçülebileceğini, geri ödemede kullanılırken artılarının ve eksilerinin neler olabileceğini ve Türkiye sağlık sisteminin bu geri ödeme yöntemine uygun olup olmadığını belirlemektir.

Çalışmada nitel çalışma yöntemlerinden gömülü teori yaklaşımı ve delphi tekniği kullanılmıştır. Tezin amacı doğrultusunda sağlık sistemi paydaşları arasında yer alan 28 katılımcı amaçlı örneklem yoluyla belirlenmiştir. Delphi çalışmasında ise konuyla ilgili olan 10 katılımcı seçilmiştir. Verilerin analizi Maxqda 2020 programı aracılığı ile yapılmıştır. Çalışmada önerilen değer bazlı ödeme yöntemini kimlerin destekleyip kimlerin karşı çıkacağı, ne gibi faydalar getireceği, nasıl uygulanabileceği ve modelde hangi parametrelerin olması gerektiği belirlenmiştir. Nitel analiz sonucu elde edilen değer parametreleri delphi çalışması ile katılımcılar tarafından önem derecelerine göre puanlandırılmıştır. Çalışma 2. turda fikir birliği sağlanarak tamamlanmıştır.

Çalışmanın sonucunda, değer sağlıkta karşılığı “kaliteli bir hizmet” olarak tanımlanmıştır. Katılımcılar birtakım yetersizlikler olsa da değer bazlı geri ödeme yöntemine geçilmesi gerektiğini düşünmektedir. Türkiye sağlık sistemi bu değişime en fazla bilgi sistemi ve altyapı olarak hazır bulunmuştur. Çalışmada değer hesaplanmasında kullanılabilecek 15 parametre belirlenmiştir. Geçişe direnç gösterecek ve karşı çıkacağı düşünülen yenilik istemeyen gruplara karşı önlemler



alınması önerilmektedir. Sağlık verilerinde şeffaflık ön planda olmalı ve toplumun sağlık okuryazarlığına katkıda bulunacak adımlar atılmalıdır. Sonuç olarak, Türkiye'nin değer bazlı ödeme yönteminde gerekli revizyonların yapılmasıyla başarılı olabileceği düşünülmektedir.

### **Anahtar Sözcükler**

Değer Bazlı Geri Ödeme, Sağlıkta Değer, Değer Temelli Sağlık Hizmetleri, Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemleri

## ABSTRACT

KARAER, Merve. *A Qualitative Research on The Applicability of Value Based Payment Method in The Health System of Turkey, Doctoral Thesis, Ankara, 2021.*

In healthcare systems, appropriately designed payment methods have the potential to improve patients' well-being and overall healthcare. For this reason, the determination of the right payment model is still discussed around the world. In order to improve productivity, economic efficiency and quality of care, patient-centered repayment models need to be improved. Value-based payment reforms are designed to reduce healthcare spending, promote high-quality care, and ensure that healthcare is paid for quality rather than quantity. In this study, it is aimed to get the opinions of the participants about this method, to determine what the value means, with which parameters it can be measured, what the pros and cons can be when it is used for repayment, and whether the Turkish health system is suitable for this repayment method.

Grounded theory approach and delphi technique, one of the qualitative study methods, are used in the study. In accordance with the purpose of the thesis, 28 participants among the health system stakeholders are determined through purposeful sampling. Analysis of the data is done through Maxqda 2020. It is determined who will support and who will oppose the value-based payment method proposed in the study, what benefits it will bring, how it can be applied and what parameters should be in the model. The value parameters obtained as a result of the qualitative analysis are graded by the participants according to their importance with the delphi study. The study is completed by providing consensus in the 2nd round.

At the end of the study, the value in health is defined as “a quality service”. Although there are some deficiencies, the participants think that the value-based repayment method should be applied. The Turkish health system is ready for this change in terms of information system and infrastructure. In the study, 15 parameters that can be used in the calculation of the value are determined. It is recommended to take measures against

those who will oppose the transition and the groups that do not want to innovate. Transparency in health data should be at the forefront. Steps should be taken to contribute to the health literacy of the society. As a result, it is thought that Turkey will be successful by making the necessary revisions in the value-based payment method.

**Keywords**

Value-Based Reimbursement, Value In Health, Value-Based Healthcare, Health Reimbursement Methods

## İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY .....</b>	<b>i</b>
<b>YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....</b>	<b>ii</b>
<b>ETİK BEYAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR .....</b>	<b>iv</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>İÇİNDEKİLER .....</b>	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR .....</b>	<b>xiii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ .....</b>	<b>xvii</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>xix</b>
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>1. BÖLÜM.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....</b>	<b>4</b>
1.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Finansman Sistemi .....	9
1.1.2. Türkiye Sağlık Finansman Sistemi .....	13
<b>2. BÖLÜM.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ .....</b>	<b>18</b>
2.1.1. Maaş ya da Ücrete Dayalı Ödeme Yöntemi .....	20
2.1.2. Kişi Başına Ödeme Yöntemi .....	21
2.1.3. Global Bütçe Yöntemi .....	22
2.1.4. Hizmet Başına Ödeme Yöntemi .....	23
2.1.5. Gün Başına Ödeme Yöntemi .....	25
2.1.6. Vaka Başına Ödeme Yöntemi.....	26
2.1.7. Teşhis İlişkili Gruplara Göre Ödeme Yöntemi.....	26
2.1.8. Performansa Dayalı Ödeme Yöntemi .....	28
2.1.9. Değere Dayalı Ödeme Yöntemi.....	29
<b>2.2. TÜRKİYE’DE KULLANILAN GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ.....</b>	<b>31</b>
<b>3. BÖLÜM.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1. DEĞER BAZLI SAĞLIK HİZMETLERİ VE GERİ ÖDEME YÖNTEMİ....</b>	<b>34</b>
3.1.1. Niceliği Kaliteyle Değiştirmek.....	45

3.1.2. Değerin Performansa Etkisi.....	51
3.1.3. Dünyada Sağlık Sektöründe Değer Bazlı Uygulamalar .....	53
3.1.3.1. Değer Bazlı Ödeme: Amerika Birleşik Devletleri Uygulama Örneği .....	55
3.1.4. Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Avantajları .....	68
3.1.5. Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Dezavantajları .....	71
<b>4. BÖLÜM.....</b>	<b>73</b>
<b>4.1. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>73</b>
4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi .....	73
4.1.2. Araştırmanın Deseni .....	76
4.1.3. Araştırmanın Katılımcıları .....	80
4.1.4. Araştırmanın Veri Kaynakları ve Veri Toplama Aracı .....	81
4.1.5. Veri Analizi Süreci .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
4.1.6. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliliği.....	84
4.1.7. Araştırmanın Etik Durumu .....	85
4.1.8. Araştırmada Karşılaşılan Sorunlar .....	86
4.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	86
<b>5.BÖLÜM.....</b>	<b>88</b>
<b>5.1. BULGULAR .....</b>	<b>88</b>
5.1.1. Değer Kavramının Açılımına İlişkin Bulgular .....	89
5.1.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Modeline Geçiş Düşüncelerine İlişkin Bulgular .....	93
5.1.3. Değerin Formüle Edilmesine İlişkin Bulgular .....	99
5.1.4. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Pilot Uygulama Yöntemine İlişkin Bulgular .....	106
5.1.5. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Uygulanma Sürecine İlişkin Bulgular .....	111
5.1.6. Geri Ödeme Sisteminin Değiştirilme Kapasitesine İlişkin Bulgular.....	114
5.1.7. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Performans Üzerine Etkilerine İlişkin Bulgular .....	118
5.1.8. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Geçiş Zorlaştırıcı ve Kolaylaştırıcı Faktörlere İlişkin Bulgular .....	122
5.1.8.1. Zorlaştırıcı Faktörler .....	122
5.1.8.2. Kolaylaştırıcı Faktörler .....	127
5.1.9. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Uygulanmasını Destekleyecek ve Karşı Çıkacak Gruplara İlişkin Bulgular .....	131
5.1.9.1. Destekleyecek Gruplar.....	131
5.1.9.2. Karşı Çıkacak Gruplar .....	134

5.1.10. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türk Sağlık Sistemine Sağlayacağı Avantaj ve Dezavantajlarına İlişkin Bulgular .....	138
5.1.10.1. Avantajları .....	138
5.1.10.2. Dezavantajları .....	142
5.1.11. Türkiye Sağlık Sisteminin Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Uygunluğuna ve Gelecekteki Başarısına İlişkin Bulgular .....	148
5.1.12. Sağlık Bakanlığında ve SGK’da Çalışan Katılımcıların Görüşlerinin Karşılaştırılması.....	154
5.1.13. Delphi Çalışmasına Ait Bulgular .....	155
<b>6. BÖLÜM.....</b>	<b>158</b>
<b>6. 1. TARTIŞMA .....</b>	<b>158</b>
6.1.1. Değer Kavramının Değerlendirilmesi .....	158
6.1.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Modeline Geçişin Değerlendirilmesi.....	160
6.1.3. Geri Ödeme Modelinde Değerin Formüle Edilmesinin Değerlendirilmesi ....	161
6.1.4. Pilot Uygulama Sürecinin Değerlendirilmesi.....	163
6.1.5. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türkiye’de Uygulanması Sürecinin Değerlendirilmesi .....	164
6.1.6. Türkiye Geri Ödeme Sisteminin Kapasitesinin Değerlendirilmesi.....	165
6.1.7. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Performans Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi .....	166
6.1.8. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Zorlaştırıcı ve Kolaylaştırıcı Faktörlerin Değerlendirilmesi .....	167
6.1.8.1. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Zorlaştırıcı Faktörler .....	167
6.1.8.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Kolaylaştırıcı Faktörler .....	169
6.1.9. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Destekleyecek ve Karşı Çıkacak Grupların Değerlendirilmesi .....	170
6.1.9.1. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Destekleyecek Grupların Değerlendirilmesi.....	170
6.1.9.2 Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Karşı Çıkacak Gruplar.....	171
6.1.10. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajlarının Değerlendirilmesi .....	173
6.1.10.1. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Avantajları .....	173
6.1.10.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Dezavantajları .....	175
6.1.11. Türkiye Sağlık Sisteminin Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Uygunluğunun ve Gelecekteki Başarısının Değerlendirilmesi .....	177
6.1.12. Delphi Çalışması Sonucu Ulaşılan Bulguların Değerlendirilmesi .....	178

<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>180</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>186</b>
<b>EK 1. Orijinallik Raporu.....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
<b>EK 2. Etik Kurul/Komisyon İzni ya da Muafiyet Formu .....</b>	<b>215</b>
<b>EK 3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....</b>	<b>216</b>
<b>EK 4. Görüşme Yapılan Kişilerin Rumuz ve Özellikleri.....</b>	<b>217</b>
<b>EK 5. Delphi 1. Tur Soruları.....</b>	<b>218</b>
<b>EK 6. Delphi 2. Tur Soruları.....</b>	<b>220</b>
<b>Ek 7. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemi İçin Organizasyon Modeli Önerisi .....</b>	<b>221</b>
<b>Ek 8. Sosyal Güvenlik Kurumu Yasal İzin Belgesi ...</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
<b>Ek 9. Sağlık Bakanlığı Yasal İzin Belgesi .....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>

## KISALTMALAR

AAFP: American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Akademisi)

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACA: Affordable Care Act (Uygun Bakım Yasası)

ACO: Patient Protection and Accountable Care Organization (Hasta Koruma ve Sorumlu Bakım Organizasyonu)

AHRQ: Agency for Healthcare Research ve Quality (Sağlık Araştırmaları ve Kalite Kurumu)

AKD: Akademisyen

AMI: Akut Miyokard İnfarktüsü

ARŞ: Araştırma Merkezinden Katılımcı

BAĞ-KUR: Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

BPCI: Bundled Payment for Care Improvement (Bakım İyileştirme için Paket Ödeme)

CAUTI: Catheter Associated Urinary Tract Infections (Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu)

CLABSI: Central Line Associated. Bloodstream Infections (Kan Akışı Enfeksiyonu)

CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services (Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri)

DALY: Disability Adjusted Life Years (Engelliliğe Göre Ayarlanmış Yaşam Yılı)

DRG: Diagnosis-Related Group (Tanı İlişkili Gruplar)

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EHR: Electronic Health Record (Elektronik Sağlık Kaydı)



FFS: Fee For Service (Hizmet Başına Ödeme)

GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GSYH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

HCAHPS: Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems  
Hospital Survey (Sağlık Hizmeti Sağlayıcılarının ve Sistemlerinin Tüketici  
Değerlendirmesi Hastane Araştırması)

HOQR: Hospital Outpatient Quality Reporting (Hastane Ayakta Tedavi Kalitesi  
Raporlama)

HRRP: Hospital Readmissions Reduction Program (Hastaneye Yeniden Kabulleri  
Azaltma Programı)

HST: Hasta

HVBP: Hospital Value-Based Purchasing (Hastane Değere Dayalı Satın Alma  
Programı)

IPPS: Inpatient Prospective Payment System (Yatan Hasta İleriye Dönük Ödeme  
Sistemi)

IPU: Integrated Practice Units (Entegre Uygulama Birimleri)

IQR: Hospital Inpatient Quality Reporting (Hastanede Yatan Hasta Kalite Raporlama)

JCI: Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KY: Kalp Yetmezliği

MACRA: Medicare Access and Children's Health Insurance Program Reauthorization  
Act (Medicare Erişimi ve Çocuk Sağlık Sigortası Programı Yeniden  
Yetkilendirme Yasası)

MEDULA: Reçete Provizyon Sistemi (Medikal Ulak)

MRSA: Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus (Metisilin direnci)

MV: Milletvekili

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

OPPS: Hospital Outpatient Prospective Payment System (Ayaktan Hasta İleriye Dönük Ödeme Sistemi)

P4P: Pay for Performance (Performansa Dayalı Ödeme)

PN: Pnömoni

PROMETHEUS: Provider payment Reform for Outcomes, Margins, Evidence, Transparency, Hassle-reduction, Excellence, Understandability, and Sustainability (Sonuçlar, marjlar, kanıtlar, şeffaflık, güçlük azaltma, mükemmellik, Anlaşılabilirlik ve sürdürülebilirlik için sağlayıcı ödeme Reformu)

QALY: Quality Adjusted Life Year (Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılları)

QPP: Quality Payment Program (Kalite Ödeme Programı)

SB: Sağlık Bakanlığı

SÇ: Sağlık Çalışanı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SUT: Sağlıkta Uygulama Tebliği

TİG: Tanı İlişkili Gruplar

TKA: Seçmeli Primer Toplam Kalça Artroplastisi

TPS: Toplam Performans Puanı

STK: Sivil Toplum Kuruluşu

TTB: Türk Tabipleri Birliği

TURKUAZ: Sağlık Bakımı Kalite Standardı

TÜBİTAK: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu

UHC: Universal Health Coverage (Evrensel Sağlık Kapsamı)

VBP: Value Based Payment (Değer Bazlı Ödeme)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Finansman Modeli .....	5
Şekil 2. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısı.....	12
Şekil 3. Türkiye Sağlık Finansman Sistemi .....	15
Şekil 4. Değer Bazlı Sağlık Sistemine Geçişin Bileşenleri.....	35
Şekil 5. Değer Çiçeği .....	47
Şekil 6. Değer Kavramının Kelime Bulutu .....	90
Şekil 7. Değer Kavramının Hiyerarşik Kodlanması .....	91
Şekil 8. Katılımcıların Değer Bazlı Geri Ödeme Modeline Geçişe İlişkin Düşünceleri	94
Şekil 9. Değer Formülünde Olması Gerektiği Düşünülen Parametreler Bulutu.....	100
Şekil 10. Nitel Görüşmeler Sonucu Ortaya Çıkan Parametrelerin Gruplandırılması ...	101
Şekil 11. Değer Formülü Hiyerarşik Kodlaması.....	102
Şekil 12. Formülde Olması Gerektiği Düşünülen Göstergelerin Yakınlık Dereceleri..	105
Şekil 13. Pilot Uygulama .....	107
Şekil 14. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Uygulanma Süreci.....	111
Şekil 15. Katılımcıların Türkiye Sağlık Sisteminin Yeterliliğine İlişkin Görüşleri.....	114
Şekil 16. Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Performans Üzerine Etkisine Dair Görüşlerin Dağılımı .....	119
Şekil 17. Zorlaştırıcı Faktörlerin Hiyerarşik Kodlanması.....	123
Şekil 18. Kolaylaştırıcı Faktörlerin Hiyerarşik Kodlanması.....	128
Şekil 19. Değer Bazlı Ödeme Sistemini Destekleyeceği Düşünülen Gruplar .....	131
Şekil 20. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Karşı Çıkacağı Düşünülen Gruplar ....	135

Şekil 21. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Avantajları .....	139
Şekil 22. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Dezavantajları .....	143
Şekil 23. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türkiye'ye Uygunluğu ve Gelecekteki Başarısına İlişkin Görüşler.....	148
Şekil 24. Sağlık Bakanlığı ve SGK'da Görev Yapan Uzmanların Ortak ve Farklı Görüşleri .....	155

## TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye, OECD ve ABD Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllara Göre Karşılaştırması.....	10
Tablo 2. Değer Bazlı Sağlık Hizmetleri ve Ödeme Yönteminin Anahtarları .....	38
Tablo 3. ABD’de Uygulanan Değer Bazlı Programlar ve Kısaltmaları.....	56
Tablo 4. Katılımcılar ve Görüşmelerin Özellikleri .....	88
Tablo 5. Değer Bazlı Ödeme Yöntemine Geçiş Kolaylaştırıcı Faktörler .....	127
Tablo 6. İlk Tur Delphi Çalışması Sonuçları .....	156
Tablo 7. 2. Tur Delphi Çalışması Sonuçları.....	157
Tablo 8. Delphi ve Nitel Çalışma Sonuçlarının Karşılaştırılması.....	178

## GİRİŞ

Ülkeler sağlık hizmetlerinin artan maliyetlerini, artan kronik hastalıkları ve sağlık sistemlerindeki uygulama zorluklarını aşabilmek için çözümler bulmaya çalışmaktadır. Bu uğurda sağlık hizmeti anlayışında ve sunumunda köklü değişimler yaşanmaktadır. Sağlık hizmeti paydaşları maliyetleri düşürmeye ve kaliteyi artırmaya çalıştıkça sağlık finansmanı ve geri ödeme yöntemlerinde yapılan reformlar da bu köklü değişimlerden biri olarak son zamanlarda üzerinde en fazla tartışılan konulardan biri haline gelmiştir (Kasapoğlu, 2016: 133; Nathaniel, 2021; Tutar ve Kılınç, 2007: 31).

Sağlık finansman sistemleri ile ülkeler sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmaktadır. Aslında en basit ödeme şekli doğrudan ödeme yöntemidir. Bu ödeme yöntemi ile hasta (birinci taraf), aldığı hizmetin karşılığını doğrudan hizmet sunucularına (ikinci taraf) öder. Üçüncü bir tarafa ihtiyaç bir toplumun, hastalanmanın mali riskine karşı korunması amacıyla ortaya çıkmıştır. Üçüncü taraf şahıs, kamu veya özel bir kurum olabilir. Sağlık hizmetlerinde üçüncü taraf ve buna bağlı gelişen ödeme mekanizmasının var oluş sebebi kısmen sağlığın belirsizliğinden kaynaklanmaktadır. Bu kurumun varlığı risklerin paylaşılmasına izin verir. Bununla birlikte, kişilerarası yeniden dağıtımı sağlamanın da bir yoludur. Sağlık hizmetlerini finanse etmek için, üçüncü taraf, koruduğu nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Bu gelir daha sonra sağlık hizmeti sunucularına geri ödeme yapmak için kullanılır (Casto ve Layman 2006: 4; Mossialos ve Dixon 2002: 2-3).

Sağlık hizmeti, sürekli gelişen ve değişen bir endüstri olduğu için hizmetlerin geri ödeme şekli karmaşık ve anlaşılması güçtür (Top ve Tarcan, 2007: 169). Mevcut geri ödeme modeli, bugün sağlık yöneticilerinin karşılaştığı birçok sorunun temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiğine dair anlayış eksikliği belki de bunların çoğunun kökenindedir. Bulmacanın bu kritik parçası olan sağlık hizmetlerinin finansmanının nasıl gerçekleştiğini ve bunun ilgili tüm kuruluşları nasıl etkilediğini anlamak, kilit paydaşlar ve karar vericiler arasında daha iyi bir iş birliği sağlayabilir. Tüm sağlık hizmeti geri ödeme modelleri, ödeme yapanları, doktorları ve

hastaları etkileyebilmektedir. Bu paydaşların her birinin, bu geri ödemenin gerçekleşme şeklinde farklı da olsa önemli bir payı vardır (Woods, 2016: 43).

Sağlık sistemlerinde, geri ödeme yöntemleri hem sağlık hizmetlerinin verimliliğini yükseltmek ve kalitesini artırmak için hem de geri ödeme kurumları ve sağlık hizmetlerini üreten kurumlar için oldukça önem arz etmektedir (Zerenler ve Ögüt, 2007: 504). Ödeme kurumu tarafından (üçüncü taraf) sağlık hizmeti sunucularına şimdiye kadar birçok yöntem uygulanarak ödeme yapılmıştır. Bunlar; maaş ya da ücrete dayalı ödeme, kişi başına ödeme, global bütçe yöntemi ile ödeme, hizmet başına, gün başına, vaka başına ödeme, teşhis ilişkili gruplara göre ödeme ve performansa dayalı ödeme yöntemleri olarak sayılabilir. Bahsi geçen ödeme modellerine ek olarak Amerika Birleşik Devletleri tarafından kaliteyi iyileştirmek ve maliyetleri kontrol altına almak adına değer bazlı geri ödeme yöntemi geliştirilmiştir (Cashin, 2015: 3; Johnson vd., 2019: 539). Bu çalışma, sağlık finansman sistemlerini ve geri ödeme yöntemlerini kısaca ele alarak değer bazlı geri ödeme modeline odaklanmaktadır. Çalışma kapsamında değer bazlı geri ödeme yönteminin Türkiye sağlık sistemine uygunluğu, paydaşların görüşleri ile ortaya konulacaktır.

“Değer” her ülkenin koşullarına ve sağlık sistemine göre özgün olacak şekilde uyarlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinde değer, girdilere değil sonuçlara dayalı olarak belirlenmekte ve bu nedenle de değer ölçümünde sunulan hizmetlerin miktarı değil elde edilen sonuçların ölçülmesi gerekmektedir. Bir başka ifade ile hizmet sunum süreci ile ilgili olarak yapılan iyileştirmeler sağlık sonuçlarını etkilemediği sürece sisteme değer olarak bir katkıda bulunmamaktadır. Değerin gelişmesi ile hastalar, sağlık hizmetini finanse edenler, sağlık hizmeti sunanlar, ilaç ve malzemeleri sağlayanlar gibi tüm taraflar açısından bir kazanım elde edilmesi ve sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliğinin sağlanması söz konusu olacaktır (Porter, 2010: 2477). Yine buradan hareketle Türkiye özelinde değer bazlı ödeme yönteminin avantajlarının ve dezavantajlarının neler olabileceğine, destekleyecek ve karşı çıkacak grupların kimler olabileceğine, bu ödeme modeline geçişi kolaylaştıracak ve zorlaştıracak faktörlerin neler olabileceğine dair sorulara cevaplar aranmıştır. Türkiye sağlık sisteminde bu ödeme modelinin uygulanabilmesi için ihtiyaç duyulan formül içerisinde hangi



parametrelerin olması gerektiği tartışılarak nitel yöntemle bulunan sonuçlara bir ileri teknik nitel yöntem daha uygulanarak bulgular elde edilmiştir.

Mevcut sağlık sistemimizin iyileştirilmesi gerektiği konusunda hekimler, ödeme yapanlar, politika belirleyiciler ve hastalar arasında geniş bir fikir birliği vardır. Maliyetle ilgili endişelerin yanı sıra, sağlık hizmetlerinde verimsizlikler ve hizmet sunumunda kalite boşlukları bulunmaktadır. Tüketiciler sağlık hizmeti konusunda karar verme aşamasında daha fazla sorumluluk aldıkça, sağlık hizmeti kalitesi ve maliyetleri hakkında özel bilgilere olan talep, ivme kazanmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı'nın 2019-2023 yıllarını kapsayan 11. Kalkınma Planı'nda yer alan Sağlık Hizmet Kalitesi başlığında "Değer bazlı geri ödeme sistemini de dikkate alarak tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde kaliteyi, emeği ve hakkaniyeti ölçen bir ödeme sisteminin geliştirilmesi" amacından bahsedilmiş ve değer bazlı geri ödeme yönteminin gerekliliği ortaya koyulmuştur. Çalışmanın, hükümet tarafından "değer bazlı ödeme yöntemine" dikkat çekilen bu döneme rastlaması çalışmayı önemli kılmaktadır. Bu çalışma ile Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine uygun olup olmadığı tartışılarak hizmet sunum sisteminde kaliteyi gösteren 'değer' kavramının neyi ifade ettiği, hangi parametreleri içerdiği ortaya konulmaktadır. Değer bazlı ödeme yönteminin Türkiye'de uygulanabilirliğinin araştırılmasının mevcut sağlık politikalarına önemli ölçüde yön verebileceği düşünülmektedir. Çalışmanın diğer bir önemi ise Türkçe literatüre değer bazlı geri ödeme yöntemi hakkında yayın sağlamaktır.

Çalışmanın bölümleri yukarıda da bahsi geçtiği üzere sağlık finansmanı ve geri ödeme yöntemlerinin ele alınması ile başlamaktadır. Araştırma toplam altı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık finansman yöntemleri ele alınmış ikinci bölümde ise sağlık hizmeti sunucularına yapılan geri ödeme modelleri incelenmiştir. Üçüncü bölümde değer bazlı sağlık hizmetleri ve değer bazlı ödeme yöntemi açıklanmıştır. Dördüncü bölümde araştırmanın gereç ve yöntemi belirtilmiş, beşinci bölümünde de araştırma bulguları yer almıştır. Altıncı bölümde ise, bulgulara ilişkin değerlendirmeler yapılmıştır. Sonuç ve öneriler kısmında ise araştırmadan elde edilen bulgular ışığında çeşitli önerilere yer verilmiştir.

## 1. BÖLÜM

### 1.1. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Bir ülkenin sağlık finansmanı sistemi, belirtilen amaç ve hedeflere göre halihazırda nasıl performans gösterdiğine göre ele alınır. Sadece tek bir bileşene değil, bir ülkenin tüm nüfusuna ve ulusal sağlık sistemine dayanır. Sağlık finansman sistemlerinin var oluş amacı yeterli fon yaratmak ve nüfusu finansal risklere karşı korumaktır. Bu iki hedef sağlık finansman sistemlerinin yalnızca sağlık için yeterli fon sağlamayı amaçlamaması gerektiği, aynı zamanda bunu insanların ciddi mali zorluk riski olmaksızın ihtiyaç duydukları hizmetleri kullanmalarına izin verecek şekilde yapması gerektiği konusunda genel bir fikir birliği sunmaktadır (World Health Organization, 2008: 2). Sağlık finansman sistemi tüm işlevlerin, politikaların, bağlantıların ve uyumların kapsamlı bir sonucudur. Sağlık finansmanı stratejisi ise, bir ülkenin genel ulusal kalkınma planına gömülü olabilir. Ancak burada önemli olan nokta, bunun tek başına geliştirilmemesidir. Bu strateji, gelecekte uygulanması düşünülen; gelir artırma, havuz oluşturma, satın alma ve fayda tasarımı gibi değişiklikleri, genel bir sistem mimarisinde tanımlamalıdır (McIntyre ve Kutzin: 2016: 3).

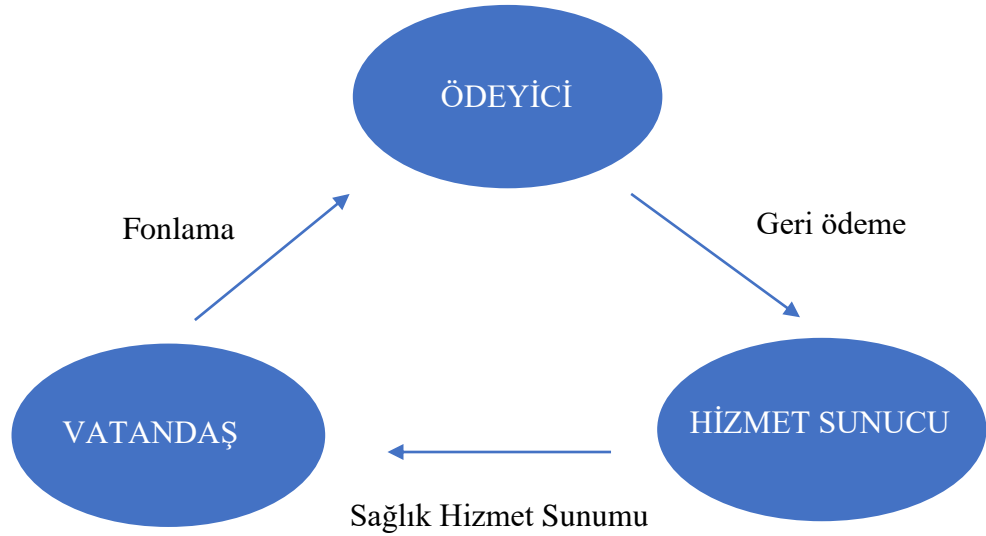
Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre sağlık finansman sistemi kurmaktaki amaç sağlık hizmetlerine erişimi sağlayarak hizmet sunucuları motive edici olan yeterli fonu oluşturmaktır. Bu sistem ilk ortaya çıktığında bireylere adil bir finansal kaynak dağılımı sağlamayı hedeflerken, sonraları ekonomik ve demografik sebeplerden dolayı kaynakların etkin kullanımı ve sürdürülebilirliği göz önünde bulundurularak dağılım yapılmasına karar verilmiştir (Arık ve İleri, 2016: 46; Langenbrunner ve Somanathan, 2011: 70).

Sağlık finansman politikasının, stratejisinin veya planının özel kapsamı ve içeriği ile kullanılan terminoloji her ülkede farklılık göstermektedir. Ancak sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sistemi oluşturabilmek için öncelikle fon yaratmak gerekmektedir. Bunun için de cepten ödemelerin yönlendirilmesi ile tercihen fonların bir araya toplanması amaçlanmaktadır. Sağlık sistemi kaynaklarının dağıtımında eşitlik, verimlilik, şeffaflık ve hesap verebilirlik esas alınmalıdır. Fonların toplanması ve hizmet sunuculara

ödenmesi aşamasında birincil amaç nüfusun sağlık kazancını maksimize etmektir. (İstanbuluoğlu vd., 2010: 89; Kutzin, 2013; McIntyre ve Kutzin: 2016: 2).

Sağlık finansmanı, sağlık sistemlerinin insan refahını sürdürme ve iyileştirme becerisi için temel noktadır. En uçta, gerekli fonlar olmadan hiçbir sağlık çalışanı istihdam edilemez, geri ödemesi yapılamaz, ilaç bulunamaz ve sağlığın teşviki veya hastalıkların önlenmesi için çalışmalar sürdürülemez bir hâl alacaktır. Ancak finansman, sadece fon yaratmaktan çok daha fazlasıdır. Sağlık sistemi finansmanını izlemek ve değerlendirmek için kullanılacak göstergelerin doğasını anlamak, neyi başarması beklendiğinin açık bir şekilde değerlendirilmesini gerektirir ve sağlık finansmanı politikasının tasarımının çok iyi yapılması gerekmektedir. Sağlık finansman yöntemini belirlemek de diğer tüm politika kararları gibi, son derece siyasi bir süreçtir (Sağlık Bakanlığı, 2010: 182; World Health Organization, 2008: 2).

### Şekil 1. Sağlık Finansman Modeli



**Kaynak:** (Mossialos ve Dixon, 2002)

Şekil 1’de görülen ödeyici tarafı Türkiye sağlık sisteminde başta Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) olmak üzere özel sağlık sigortaları ve cepten ödemeler oluşturmaktadır. SGK, sağlık sisteminde bireysel ve toplu olarak insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için paranın seferber edilmesi, biriktirilmesi ve tahsis edilmesiyle ilgili

sağlık sistemi işlevini gerçekleştirmek üzere kurulmuştur. Sağlık finansmanının amacı finansmanı kullanılabilir kılmaktır. Vatandaşların etkili halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için hizmet sunuculara doğru geri ödemenin yapılmasını sağlar. Yani amaç, kaynak kullanımında verimliliği sağlamaktır. Bu, israf ve yolsuzluğun nasıl azaltılacağına ilişkin soruları kapsayan karmaşık bir süreçtir. Mevcut kaynakların kullanımında; hizmetlerin hükümet tarafından mı sağlanması yoksa hükümet dışı sektörden mi satın alınması gerektiği; kaliteyi ve verimliliği sağlamak için hizmet sunuculara nasıl ödeme yapılması gerektiği ve yoksullara yönelik belirli hizmet türlerinin veya teşviklerin hedeflenip hedeflenmeyeceği sorularının cevapları aranmaktadır. Birden çok boyut nedeniyle, daha sonra geri döneceğimiz, sağlık sistemi finansmanı için tek ve kolay anlaşılır bir verimlilik göstergesi tanımlamak çok da kolay değildir (Tatar, 2011: 105; World Health Organization (WHO), 2008: 3). Halen bir ülkenin sağlık finansman sisteminin, kalite, süreç, politikalar ve uygulamalar açısından değerlendirilmesine yönelik standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Ayrıca performans sorunlarının altında yatan nedenlerin her ülkede farklılık göstermesi nedeni ile sağlık finansmanı reformları bir ülkeden diğerine basitçe ithal edilememektedir (Jowett vd., 2020: 1; McIntyre ve Kutzin: 2016: 2).

Sağlık hizmetlerinde finansman kabaca kaynak aktarımı şeklinde tanımlanabilir. Kaynaklar genel olarak şirket ya da hane halklarından vergiler, bağışlar, sosyal ve özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları şeklinde toplanmaktadır. Toplanan bu gelirler üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunuculara aktarılır (Mossialos vd., 2002: 2; WHO, 2000). Yani sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için bunun ya cepten ya da sigorta kapsamında kaynak aktarımı ile ödenmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin niteliği gereği bu maliyet bireysel olarak ödenebilecek boyutların üzerinde olup üçüncü tarafa ihtiyaç duyulmaktadır (Tatar, 2011: 105). Örneğin düşük gelirli ülkelerde sağlık için dış fonlarda son zamanlarda artış olmasına rağmen, bu ülkeler hala sağlık fonlarının neredeyse %75'ini yerel kaynaklardan sağlamak zorunda kalmaktadır. Ülkelerin bu fonları toplama şekli önem teşkil etmektedir. İnsanlar bakım aldıklarında gerekli olan doğrudan ödemeler, birçok insanın ilk etapta sağlık hizmeti arayışını engeller ve birçok kişi için mali felakete, hatta yoksulluğa neden olabilir. Bu nedenle evrensel kapsamın iyileştirilmesi, ön ödeme biçimleri (örneğin vergiler ve / veya sigorta) yoluyla fonların büyük bir kısmını artıran

ve ardından bu fonları bir havuzda toplayarak tüm nüfusa yayacak sistemlerin olması gerekmektedir. Bu fonların verimli ve adil bir şekilde kullanılmasını sağlamak için her ülkenin kendine özgü sağlık finansman sistemlerine ihtiyacı vardır.

Başarılı bir sağlık finansmanı sistemi oluşturmak için (Kutzin, 2008: 18-19);

- Her ülkenin kendine en uygun olan yöntemi belirleyerek; sistemin mevcut finansman kaynaklarının etkili ve verimli bir şekilde tahsisi hususunda yeterli alt yapıya sahip olması gerekir.
- Öncelikle birim maliyet tahmini ve bütçeleme uygulamaları yoluyla programın kaynak gereksinimleri değerlendirilmeli ve mevcut fonlar ile gerekli fonlar arasındaki kaynak boşlukları belirlenmelidir.
- Kaynakların tahsisi için paydaşlarla birlikte hareket edilmeli ve hesap verebilirliği sağlamak adına fonların dağılımı paydaşlara da açık olmalıdır.
- Sağlık finansman politikasının hedefleri (örneğin, mali korumayı iyileştirmek, bakıma erişimi iyileştirmek) ile sağlık finansmanı politikasının araçları (örneğin bir sigorta planının oluşturulması, sağlayıcı ödeme yöntemlerinde reform, vb.), önerilen ve uygulanan reformların analizi, bir bütün olarak nüfus ve sistem üzerindeki etkilere odaklanmalıdır.
- Mevcut sağlık finansmanı politikalarının ve diğer politika seçeneklerinin fizibilitesi ve beklenen etkileri derinlemesine anlaşılmalıdır.
- Reformlar politika hedeflerine yönlendirilmeli ve tanımlayıcı çerçeve, reform araçlarının istenen hedeflerle uyumlu olmasını sağlamak için bir “kontrol listesi” olarak kullanılmalıdır.
- Mevcut ve gelecekteki beklenen mali baskılar, tüm ülkelerin sağlık finansman sistemlerinin verimliliğini artırma çabalarını iki katına çıkarması gerektiğini göstermektedir. Verimlilik sağlayabilmek için harcamaların mevcut kaynaklarla uyumlu olması gerektiği gerçeği göz önüne alındığında, sağlık için harcanan her şeyin politika hedeflerinde ilerleme açısından en büyük getiriyi sağladığından emin olunmalıdır.

- Başka ülkelerin deneyimlerinden faydalanılması önemli ve son derece değerlidir. Ancak her ülkenin kendi yapısı ve reformları farklı olduğu için politikaların bir ülkeden diğerine basitçe aktarılamayacağını kabul etmek de aynı derecede önemlidir.
- Son olarak da pilot uygulamalar iyi tasarlanmalıdır.

Sağlık finansmanın işlevlerini ise, üç başlık altında inceleyecek olursak bunlardan ilki gelir toplamadır. Gelir toplama sağlık sisteminin hane halklarından, kuruluşlardan, şirketlerden para alma sürecidir. Gelirler, genel vergilendirme, zorunlu sosyal sağlık sigortası katkıları, özel sağlık sigortası katkıları, cepten ödemeler ve bağışlar olmak üzere çeşitli şekillerde toplanabilir. İkinci işlevi, risklerin ve gelirlerin bir araya toplanması, sağlık hizmetleri maliyetlerinin risklerinin paylaşılması amacıyla bu gelirlerin biriktirilmesi ve yönetilmesidir. Üçüncü işlev ise özel veya kamu kurumları tarafından toplanan gelirlerin hizmet sağlamak veya satın almak için kullanıldığı süreçtir (Cavagnero, 2008: 89). Bu süreç iyi yönetilemedikçe ve ülkeler sağlık hizmetleri finansmanında sistematik bir yaklaşım benimsemedikçe, sistem verimli ve etkili olan bir sağlık hizmetine dönüştürülemez (Hsiao, 2007: 950).

Sağlık finansmanı, finansmanın kaynağı dikkate alındığında kamusal yöntemler ve özel finansman yöntemleri olarak iki ana gruba ayrılır. Kamusal sağlık finansman sistemleri; merkezi otoritenin, toplanan vergilerden sağlık finansmanı için belli bir miktarı ayırması (Beveridge Modeli) ya da sosyal güvenlik sistemine yapılan katkılar yoluyla (Bismarck Modeli) sağlık harcamalarının karşılanması şeklinde sınıflandırılmaktadır. Özel sağlık finansmanı ise; özel sağlık sigortası, cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesapları gibi kaynakları içerir (Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2004). Ancak sağlık reformcuları, sağlık finansmanı politikasına işlevsel bir perspektiften yaklaşarak, Beveridge ve Bismarck arasında seçim yapmanın gerekli olmadığını göstermişlerdir. İyi tanımlanmış bir politika ile birleşik ve evrensel bir sağlık sisteminin var olabileceğini ortaya koymuşlardır (Kutzin vd., 2009: 552). Ancak DSÖ'nün sağlık finansman sistemlerinin nasıl organize edilmesi gerektiğine dair bir modeli veya ortak bir planı yoktur. Bunun yerine, üye devletlere; politika hedefleri belirlenirken sağlık finansmanı reformlarına da yön verilmesi, herhangi bir reformdan önce mevcut sistemin işlevler ve politikalar açısından ele alınması, politika hedeflerine

ulaşılabilirliğin mümkün olduğunca gerçekçi şekilde ifade edilmesi ve dikkate alınabilecek politika reformlarının çeşitliliğinin tam anlamıyla anlaşılması gerektiğine dair yönlendirmede bulunmaktadır. Bu nedenle, yaklaşım temelde ortak bir değerler ve hedefler kümesine dayandırılırken, aynı zamanda ülkeye özgü ve gerçekçi analizlere izin verir. Daha genel olarak, DSÖ sağlık finansmanı politikasının hedeflerine bağlıdır, ancak belirli bir organizasyonel form veya sağlık finansman modeline bağlı değildir. Bu nedenle sağlık finansman modelleri ülkelere göre farklılık göstermektedir (Kutzin, 2008: 20; Tatar, 2011: 104). Örneğin Türkiye, Almanya, Avusturya, Belçika, Hollanda ve Fransa gibi ülkeler Bismarck modelini kullanırken; İngiltere, Finlandiya, İsveç, Danimarka ve İrlanda gibi ülkeler Beveridge modelini kullanmaktadır. İtalya, Portekiz, İspanya ve Yunanistan ise karma modeli tercih etmektedir (Erdoğan, 2018: 26-28). Ayrıca ülkeler karma modeller de kullanmaktadır. Karma olan finansman yöntemlerinde sosyal sağlık sigortasının yanında, cepten ödemelerden, özel sağlık sigortalarından ve özel fonlardan kaynak sağlanması söz konusudur.

“Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin” Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde geliştirilmiş olması ve Türkiye’nin sağlık sisteminde bu geri ödeme yönteminin uygulanabilirliğinin tartışılabilmesi için çalışmada her iki ülkenin sağlık finansman sistemlerinin değerlendirilmesi gerekmiştir. Bu sebeple çalışmada önce Amerika’nın sağlık finansman sistemi ardından da Türkiye’nin sağlık finansman sistemi ayrı ayrı ele alınmaktadır.

### **1.1.1. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Finansman Sistemi**

Amerika Birleşik Devletleri’ndeki sağlık hizmeti sistemini etkileyen birçok sorun arasında, anlaşılması en zor olanı sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği ve geri ödemesinin nasıl yapılacağı konusudur (Woods, 2016: 1). ABD sağlık sisteminin hem önemli güçlü yönleri hem de dikkate değer zayıf yönleri vardır. Kaliteli tıbbi uzmanlara, gelişmiş sağlık kurumlarına, sağlam bir sağlık sektörü araştırma programına ve bazı sağlık hizmetlerinde de dünyanın en iyi sağlık sonuçlarına sahiptir. Ancak aynı zamanda da diğer tüm ülkelerin çok üzerinde kişi başına düşen sağlık harcamaları, vatandaşlarına finansman kapsamında eksik bir sigorta modeli ve kaynakların eşit olmayan bir dağılımı söz konusudur (Rice, vd., 2013: xxii). ABD, 2015 yılında sağlık

harcamalarına \$3,2 trilyon dolar, yani Gayri Safi Millî Hasıla (GSMH)'nın %17,8'ini harcamıştır. ABD'nin 2020 tahmini sağlık harcaması \$4,6 trilyon dolardır. Türkiye sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı henüz OECD ortalaması altında kalıp %5'lerde olsa dahi, TL bazında 2016 genel sağlık harcamaları bir önceki yıla göre %14,5 artış 119,75 milyar TL olmuştur. Türkiye'de kişi başına dolar bazında sağlık harcamaları da 2005-2009 yıllarında %5, 2009-2013 arasında %1,2 artış göstermiştir. Tüm dünyada sağlık hizmetleri harcamalarındaki artışın önemli bir nedeni halen uygulanmakta olan faturalandırma modelleri ve ödeme yöntemleri olarak görülmektedir (Maynard ve Dixon 2002; Seyfioğlu, 2019: 2; Walley 2001).

**Tablo 1. Türkiye, OECD ve ABD Sağlık Harcamaları ve Finansmanının Yıllara Göre Karşılaştırması**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>TÜRKİYE</b>	5.1	4.7	4.5	4.4	4.3	4.1	4.3	4.2	4.2	4.4
<b>OECD ORTALAMASI</b>	8.7	8.6	8.7	8.7	8.7	8.7	8.8	8.7	8.8	8.8
<b>ABD</b>	16.3	16.3	16.3	16.2	16.4	16.7	17.0	17.0	16.9	17.0

**Kaynak:** (OECD Health Data, 2019)

Tablo 1'de görüldüğü üzere ABD'de sağlık harcamaları ve finansmanı yüzdeleri OECD ülkelerinin ortalamasının iki katı, Türkiye'nin ise yaklaşık 4 katı kadardır. ABD'deki sağlık hizmetlerinin maliyeti diğer ileri gelişmiş ülkelerin neredeyse iki katıyken daha iyi sonuçlar elde ettiği düşünülmektedir. ABD'de sağlık hizmetlerinin maliyetinin diğer ülkelere göre daha yüksek olmasında iki net sebep vardır. İlk olarak, ABD'de doktorların gelirleri diğer ülkelere göre daha yüksektir. İkincisi, daha pahalı teşhis prosedürleri kullanılmaktadır. Sadece hekim bir hasta için pahalı bir teşhis hizmetinin gerekli olup olmadığı konusunda belirleyici faktördür. Muhtemelen bu karar alma sürecinin bir kısmı kanıta dayalı tıp değil de defansif (savunmacı) tıptır. Amerika'da, malpraktis uygulamaları sebebiyle defansif tıbbın ve aşırı sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına neden olmuştur. Hekimlerin bir şey kaçırmamak ve kendilerini korumak



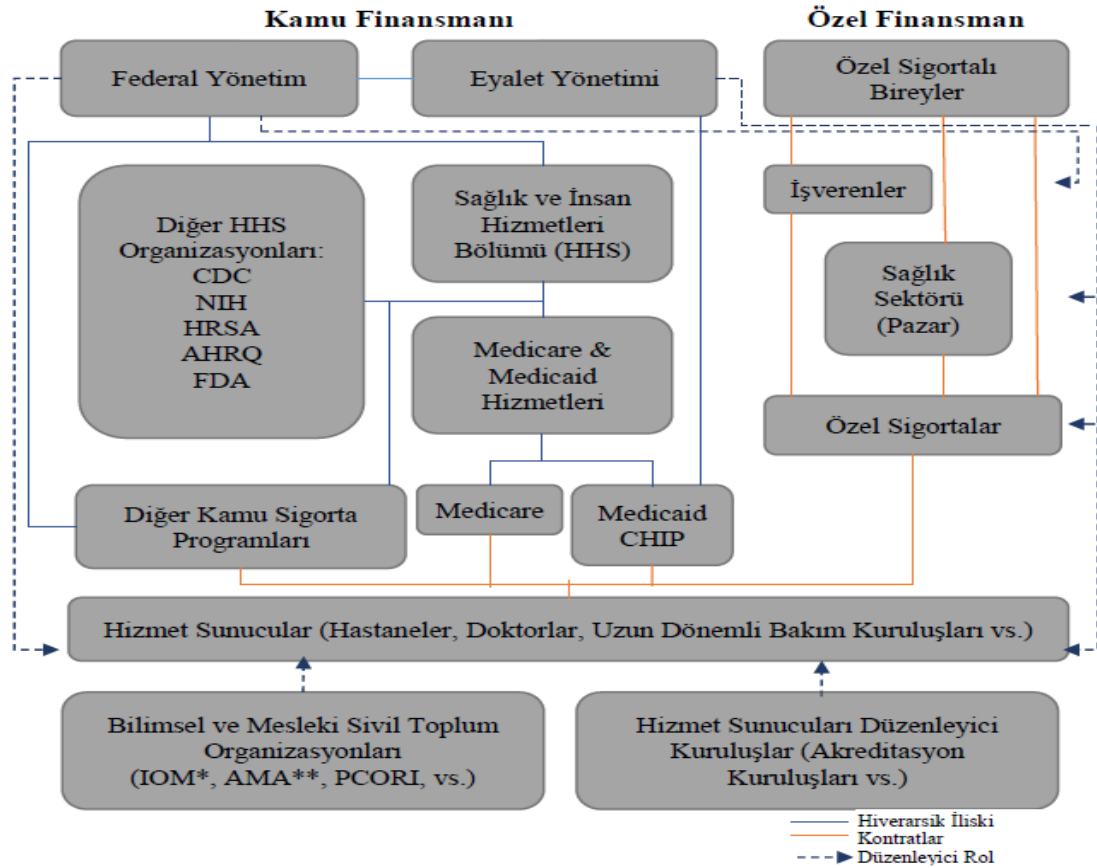
amacıyla hastalarına yanlış teşhis koymamak adına gereksiz yere tetkik yaptırmak gibi defansif uygulamalara yöneldikleri görülmektedir. Bu da gereksiz sağlık giderlerine yol açmaktadır (Hermer ve Brody, 2010: 470; Woods, 2016: 3-4; Yeşiltaş ve Erdem, 2018: 147).

ABD'deki sağlık bakım maliyetlerinin son 50 yılda endişe verici bir oranda artmış olması incelenen literatürde desteklenmektedir. Belirlenmesi zor olan şey, bu maliyetlerin neden hasta sonuçlarında iyileşmeye yol açmadığıdır. ABD'de sağlık hizmetleri harcamalarının çarpıcı bir şekilde artmış durumda olması, hizmet miktarı için ödeme yapmaktan ziyade sağlanan hizmetin kalitesi veya değeri için ödeme yapmaya doğru kayan önemli bir sağlık hizmetleri ödeme reformu çağını başlatmıştır (Sukul ve Eagle, 2020: 232; Woods, 2016: 21).

ABD'nin sosyal refah konusunda farklı bir yaklaşımı vardır. Hükümet sağlık sisteminin nasıl yapılandırıldığına ve finanse edildiğine katkıda bulunmaktadır ancak evrensel bir sağlık sigortasına sahip değildir. Genel olarak ABD'de finansman ve sigorta kapsamı karmaşıktır. Ödeme yapanlar ve finansman mekanizmaları oldukça parçalanmış durumdadır. ABD sağlık hizmetleri sistemini anlamak için, finansmanın ve kapsamın nasıl yapılandırıldığını ve organize edildiğini anlamak önemlidir (Kates vd., 2021: 1127; Padamsee, 2020: 1001).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sigortaları; özel sigortalar, ordu sigortası, yaşlılar için Medicare, düşük gelirliler için Medicaid adlı kâr amacı olmayan sigorta programları ve Çocuk Sağlık Sigortası Programı (CHIP)'ndan oluşmaktadır. Sağlık hizmeti finansmanının çoğu devlet tarafından sağlanırken, sağlık hizmeti sunumunun büyük bölümü ise özel şirketler tarafından yapılmaktadır. Hastanelere ödemelerin yarısından fazlası Medicare ve Medicaid programları tarafından yapılmaktadır. Şekil-2 ile ABD'nin sağlık finansman yapısı verilmiştir.

Şekil 2. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısı



**Kaynak:** (Mossialos vd., 2017: 177)

ABD’de kullanılan finansman kaynakları Şekil-2’de gösterilmektedir. Fonlar özel sigortalar, kamu sigorta programları, Medicare ve Medicaid gibi kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Medicare’in 1965’te yürürlüğe girmesiyle, hastane bakımı ve doktor hizmetleri için temel sağlık sigortası koruması neredeyse tüm yaşlı Amerika vatandaşlarını kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Medicare kapsamının evrensel doğası, neredeyse hiçbir yaşlı kişinin sigortasız olmadığı anlamına gelir. Medicare, doktor hizmetlerine erişimi kolaylaştırır ve gerektiğinde hastaneye yatış masraflarını da karşılar. Düşük gelirli vatandaşlar ise gelirleri test edilerek Medicaid programından yardım almaya hak kazanırlar. ABD için Medicaid kapsamı, sağlık bakımı finansmanı için önemli bir kaynaktır. Halkın geri kalanı ise özel sigorta veya diğer kamu sigortalarını yaptırmaktadır. Amerika’da sağlık hizmetlerinin %20’den fazlası özel sağlık sigortası yoluyla finanse edilmektedir (Rowlve ve Lyons: 1996: 63-65; WHO, 2004: 8).

### 1.1.2. Türkiye Sağlık Finansman Sistemi

Sağlık hizmeti kullanımının artması ve sürekli yeni ve maliyetli müdahalelerin ortaya çıkışı, hükümetler ve ödeme yapanlar için geçmişten günümüze süregelen bir endişe kaynağıdır (Parkinson vd., 2015). 1978'de Alma-Ata Bildirgesi'nin kabul edilmesinin ardından sağlığın teşvik edilmesi için hükümetler, sağlık çalışanları ve halk olmak üzere tüm paydaşların bir arada hareket etmeleri ve aynı paydada buluşmalarının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu ilk uluslararası bildirge, kaliteli sağlığa evrensel erişim elde etmek için yeni bir girişim gerektiren temel sağlık hizmetinin önemini vurgulamaktadır. O zamandan beri, evrensel sağlık sigortası (Universal Health Coverage (UHC)), Dünya Sağlık Örgütü'nün her üye devletinin ana hedefi haline gelmiştir. Evrensel sağlık sigortası, insanların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri için ödeme yaparken herkesin mali zorluk çekmeden kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişime sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır (Oyekola vd., 2020: 2; World Health Organization, The World Bank, 2017). Bu sistemde tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayabilmek için de tüm bireylerin toplam sağlık harcamalarının finansmanını paylaşması gerekmektedir (WHO, 2004).

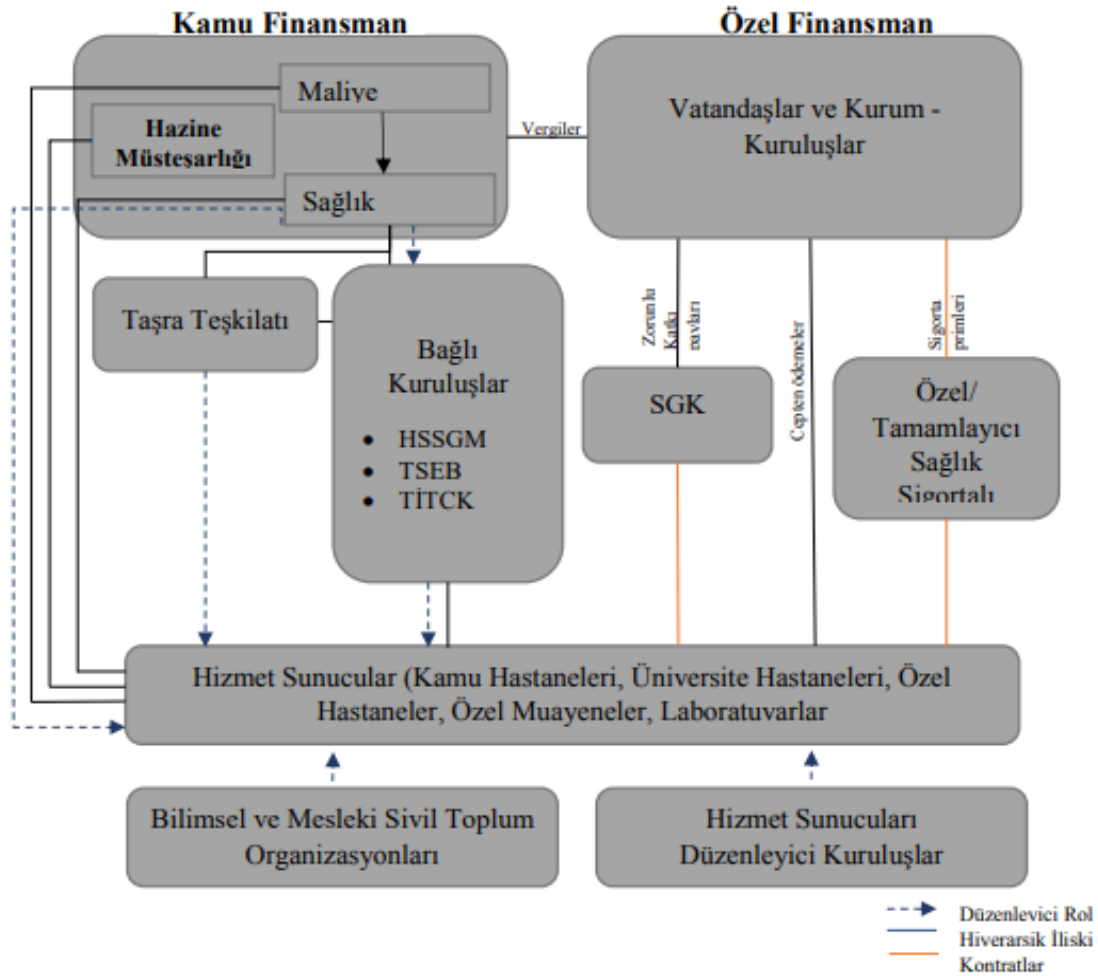
Sağlık sisteminin nasıl finanse edildiği ülkelerin sosyal, ekonomik ve siyasi yapılarının da bir göstergesidir (Mendelson ve Schwartz, 1993:123). Türkiye'de 1990 yılına kadar, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSHY)'nın sadece yaklaşık %3,8'i sağlık sistemine tahsis ediliyordu ve bu, OECD ve benzer gelire sahip diğer Avrupa ülkelerinden (%7,4) çok daha düşüktü. Düşük sağlık finansmanı, haksız ve parçalanmış bir sigorta sistemiyle birleşmiş ve beş sigorta planının çeşitli hizmet paketleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla farklı sözleşme düzenlemeleri ile devam etmiştir. Bunun sonucunda da sağlık sisteminde verimsizlik ve eşitsizlikler ortaya çıkmıştır. Sigortalı olmalarına rağmen sağlık sektöründeki ciddi insan kaynağı eksikliği nedeniyle de hizmetlere erişimde zorluklar yaşanmıştır. Farklı katkı oranlarına ve farklı hizmet yelpazesine sahip yardım paketleri, farklı sigorta programları arasında çeşitli erişim kuralları ve ayrıcalıklar ile organizasyonel parçalanma, sigorta hizmetlerinin kalitesinde ve hizmete erişilebilirlikte önemli eşitsizliklere neden olmuştur. Ancak sağlıklı bir toplum için sağlık hizmetlerine eşit erişimin sağlanması elzemdir. Bu da Türkiye'de sağlık sigortası

sisteminin yapısal reformuna yol açmıştır (Çıraklı ve Sayım, 2009; Gürsoy, 2015: 84). Bu reform 2003 yılında ‐Sağlıkta Dönüşüm Programı‐ ile başlamıştır.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık sisteminde gözle görülür bir iyileşme sağlanmıştır. En kapsamlı reformlar, bu programın uygulanmasının ardından gerçekleştirilmiştir. İşçi Sigortaları Kurumu adıyla 1946 yılında yürürlüğe giren daha sonra adı 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun 136. maddesi ile Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) olarak değiştirilen kurum sağlık finansman sisteminin büyük bir yapı taşı haline gelmiştir. 1992’de Sağlık Bakanlığı tarafından finanse edilen Yeşil Kart Programı, asgari ücret seviyesinin üçte birinden daha düşük gelir elde edenleri desteklemek için oluşturulmuştur. Devlet Çalışanları Emekli Sandığı 1949 yılında kurulmuş ve emekli olan memurlar bu sistemi finanse etmiştir. Esnaf ve Serbest Meslek Sahipleri Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ise serbest meslek sahiplerine sağlık hizmetleri vermiş ve 1987’den beri bu kişilerin elde ettikleri kazançlarla finanse edilmiş olan bir sistemdir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 181). 2002-2012 arasında hükümet, sağlık hizmetlerinin arzını genişletmeyi amaçlayan ve aynı zamanda etkili kapsamı artırmak, çeşitli sigorta programları arasındaki bölünmeyi azaltmak için mali düzenlemeleri içeren bir dizi reform uygulamıştır (WHO World Bank, 2008). Sağlıkta dönüşüm programı, çeşitli finansman ve sosyal güvenlik planlarını, tüm Türk vatandaşlarını kapsamı altına alan tek bir ulusal sigorta planı altında birleştirmeyi amaçlamıştır (Ministry of Health of the Republic of Turkey, 2003) ve Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi, 2006 yılında Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu’nun çıkarılmasıyla kökten bir dönüşüme uğramıştır.

Yukarıda bahsi geçtiği üzere ülkeler her zaman tek bir finansman modeline bağlı kalmayıp zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebilmektedir. Bu sebeple ülkeleri sağlık finansman modellerine göre bir sistem sınıflandırması içerisinde değerlendirmek doğru olmamaktadır (Berie ve Fink, 2000: 27). Türkiye’nin sağlık finansman sistemine Şekil-3’te yer verilmiştir. Bu sistem ABD’nin finansman sisteminden farklı bir yapıya sahiptir. Politikalar aracılığıyla Sosyal Güvenlik Kurumu’nun tek çatı altında toplanması sağlanmış. Bu da sistemde değişikliğe sebep olmuştur. Bu durum Berie ve Fink’in bahsettiği üzere sistemlerin sürekli değişen ve gelişen bir yapıda olduğunu göstermektedir.

Şekil 3. Türkiye Sağlık Finansman Sistemi



**Kaynak:** (Mollahaliloğlu vd., (2007)'den uyarlayan: Kırılmaz vd., 2017: 85)

Türkiye sosyal güvenlik sistemi için 2006 yılı bir dönüm noktası olmuştur. Türkiye'de, neredeyse on yıl boyunca yardımların kademeli olarak genişletilmesi ve farklı planların uyumlaştırılması sonucunda tek ve birleşik bir ulusal sigorta planı ortaya çıkartılmıştır (Sparkes vd., 2019: 192). Her çalışanın ve ekonomik durumu iyi olmayanların farklı bir sosyal güvenlik sigortası olması sebebi ile çok merkezli bir yapıda iken 5502 sayılı Kanun ile Bağ-Kur, Emekli Sandığı, SSK ve yeşil kart uygulamaları tek çatı altında toplanmış ve "Genel Sağlık Sigortası (GSS)" adı altında ülke çapında bir sigorta sistemi kurulmuştur. Türkiye'de 1990'lı yıllarda toplumun yalnızca yüzde 25'i sosyal güvenceye sahip iken Sosyal Güvenlik Reformu neticesinde bugün gelinen noktada, ülke nüfusunun %99'u sosyal güvenceye sahiptir (Boyacıoğlu ve Öcal, 2018: 918; Sosyal Güvenlik Kurumu, 2018). Genel sağlık sigortası kişilerin ekonomik gücüne ve

istekli olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan bir sağlık sigortasıdır (TTB, 2005: 30). Tek çatı altında toplanmış bir sigorta kurumunun önemli avantajlarından biri sağlık harcamaları ve maliyetlerinin etkili bir şekilde kontrol edilebilmesidir (Tatar, 2011: 118).

Türkiye'de bu genel sağlık sigortası ile kayıt dışı sektöre ve düşük gelirli bireylere sağlanan faydaların kademeli olarak artırılmasıyla mevcut sosyal güvenlik kurumlarının ve yararlanıcılarının direnişi aşılmıştır. Bu çeşitli programları birleştirmeye yönelik yasal eylem ile tüm Türk vatandaşları için arz iyileştirilerek hizmet sunumunda hasta memnuniyeti artırılmıştır (Sparkes vd., 2019: 191). Ancak gelişmiş ülkeleri yakalamak için sağlığı daha fazla teşvik etmek ve aynı zamanda kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğini korurken hizmetlerin sunumunda verimliliği artırmak için yeni önlemler alınması gerekmektedir. Türkiye daha büyük miktarda sağlık primi toplamak için kayıt dışı ekonomiyi azaltmalı ve ardından sağlık hizmetlerini finanse etmek için daha fazla fona sahip olmalıdır. Türkiye, sağlık hizmetlerinin maliyetini ve kalitesini izleyen teşviğe dayalı ödeme mekanizmaları getirmelidir (Gürsoy, 2015: 109).

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında ve geri ödeme aşamasında birden fazla yöntemin birlikte kullanıldığı belirtilmektedir. Sağlık finansman sisteminde ağırlıklı olarak genel sağlık sigortası kullanılmakla birlikte sağlık sisteminin finansman kaynağı vergilerdir (Şantaş ve Çıraklı, 2019: 18). Sağlık finansman sisteminde Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık hizmetlerinin masraflarını karşılamakta ve sağlık hizmetlerinin sonuçlarını izleyip ölçmektedir. Türkiye'de de yalnızca sağlık sonuçlarını veya maliyetleri değil aynı zamanda her iki parametreyi de ölçen karma sistemler, geri ödeme sistemlerine entegre edilmeye başlanmalıdır. Örneğin 2016 yılından bu yana kullanılan alternatif geri ödeme yöntemleri ile sağlık kuruluşlarına hasta sayısı, ilaç kullanım miktarı, ilaç harcaması gibi parametrelere göre geri ödeme yapılabilmekte ve hasta bazında sayılan parametreler takip edilebilmektedir (Yıldırım, vd., 2021: 42).

Ülkelerin sağlık finansman sistemlerinin temel amacı toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasını, finansal risklere karşı korumasını ve vatandaşlarına kabul edilebilir kalitede hakkaniyetli bir sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktır. Bu nedenle sağlık harcamalarındaki veya hizmet kullanımındaki artış her zaman negatif olarak ele

alınmamalıdır. Örneğin Başar ve diğerleri (2016) yaptıkları çalışma sonucunda, Türkiye’de sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Sağlık harcamalarında meydana gelecek %1’lik bir artışın ekonomik büyümeyi %1,13’lük bir oranda artıracığı sonucuna ulaşmışlardır. Ancak bunun çok iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Kaynakların verimsiz kullanılması sonucu artan bir sağlık harcaması söz konusu ise geri ödeme kurumu bunun için gerekli önlemleri almak zorundadır. Geri ödeme yöntemleri irdelenerek sağlık finansman sisteminin asıl amacına hizmet edecek olan modelin seçilmesine karar verilmelidir (Tatar, 2011: 132). Bu sebeple sağlık hizmeti finansman sağlayıcıların, hizmet sunucular ile tüketiciler arasında uygun bir anlaşma sağlaması gerekmektedir (Donabedian, 1971: 7). Ayrıca, bir yandan sunulan hizmetin miktarı ve kalitesinin artırılması yönündeki baskılara ek olarak, artan maliyetler yönündeki baskıların dengelenmesine katkı sağlayacak; diğer yandan finansal sürdürülebilirliği ve adil kaynak dağıtımını sağlayacak bir geri ödeme yöntemi oluşturulması gerekmektedir (Arık ve İleri, 2016: 46). Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesinde de birden fazla yöntem uygulanmaktadır. Bölüm 2’de bu geri ödeme yöntemleri detaylı bir şekilde ele alınmaktadır.

## 2. BÖLÜM

### 2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Artan sağlık hizmetleri maliyetleri ve daralan finansman kaynağı nedeniyle hükümetler, verimli ve eşitlikçi sağlık hizmetleri sunmak için yenilikçi yöntemler geliştirme yoluna gitmektedir. Bu sebeple verimli sağlık hizmeti sunmak, doğası gereği karmaşıktır ve hastalık olasılıklarını değerlendiren ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar tarafından istenen davranışları teşvik eden bir sistemin kurulması gerekmektedir (Rudmik vd., 2014: 1). Sağlık hizmetlerinde maliyet problemini çözmek ve değeri arttırmak için; gereksiz işlem çeşitliliklerinden ve değer yaratmayan işlemlerden kurtulmak, kaynak kapasite kullanımını geliştirmek, doğru hizmeti doğru yerde vermek, önemli yetenekleri uygun yerlerde görevlendirmek, döngü süresini hızlandırmak, tedavinin bütün döngüsünü en iyi hale getirmek ve en iyi geri ödemenin yapılmasını sağlayacak modeli geliştirmek gerekmektedir (Kaplan ve Porter, 2011: 12-17). Türkiye'deki büyük ölçekli sağlık sigorta organizasyonlarının ve özellikle de sağlık bakım hizmetlerinin en büyük müşterisi konumunda olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun satın alma gücü, bu konuda çok önemli bir potansiyeli barındırmaktadır. Etkili bir şekilde organize edilmesi durumunda bu satın alma gücü, sistemin düzenlenmesinde çok önemli bir fonksiyon üstlenecek, uzun vadede sistemdeki tüm aktörlerin memnuniyetini sağlayacak olan ödeme modeli ortaya çıkartacaktır (Şimşir, 2018: 5).

Sağlık hizmeti sunumunun düzenlenme, ölçülme ve geri ödenme şekli yeniden yapılandırıldığında, bugünün parçalı sisteminin yerini bütüncül bir sistem alacaktır (Joseph, 2017: 1). Hizmet maliyetinin kontrolünde ve diğer yandan kalitesinin geliştirilmesinde bir araç olarak çok önemli bir potansiyeli olan ödeme yöntemleri belki de sistemin en hassas noktasını oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularına sundukları sağlık hizmetinin karşılığında ödeme yapmak için değişik ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemlerden her biri, sağlık bakım hizmetlerinin niteliği, verimliliği, maliyeti ve yönetim yapısı üzerinde farklı etkilere sahiptir. Bu sebeple sürdürülebilir bir sağlık bakım sistemi için alternatif ödeme yöntemleriyle ödeme ve



sunum sistemi birbirine entegre edilmelidir (Normand ve Weber, 2009: 81; Altenburg, 2016).

Geri ödeme yöntemlerinde değişimler sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmek ve sağlık hizmeti kalitesini iyileştirmek için yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemi “paranın ödeyici tarafından (hükümet, sağlık sigortası veya hastalar) hizmet sağlayıcıya tahsis edilme yolu” olarak tanımlanmaktadır. Burada hizmet sağlayıcı bireysel olabildiği gibi (hekim, diş hekimi gibi), kurumsal da (hastane, bakımevi gibi) olabilmektedir (Jegers vd., 2002: 256). Geri ödemede, fiyatlar ve buna ilişkin ödeme düzeyleri, hizmeti sağlayanlar için olduğu kadar, hizmetten fayda sağlayanlar için de kritik unsurları bünyesinde barındırmaktadır. Geri ödeme yöntemi arz tarafında, ne kadar hizmet sağlayıcının piyasaya gireceği ve sağlık hizmetinin ne şekilde üretileceği üzerinde etkili olmaktadır. Talep yönünde ise hastalar, neyi ne kadar satın alıp ne kadarını tüketecekleri kararını, ödemek zorunda oldukları miktarı göz önünde bulundurarak vermektedir. Geri ödeme yöntemleri, kıt ekonomik kaynakların pay edilmesinde belirleyici bir mekanizmadır. Bu nedenle geri ödemeler ve bunlara ilişkin teşvikler, sağlık sistemi performansını belirleme bakımından büyük bir öneme sahiptir (Roberts vd., 2004: 193).

Sağlık sigortası ve ücretlendirme; sağlık hizmeti kullanımı, maliyetleri, kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörleri üzerinde kritik etkilere sebep olduğu varsayılmaktadır. Bu etkilerin doğasını anlamak, hekimlerin ve sağlık hizmetleri sektörünün performansını iyileştirmek, kamu politikalarını formüle etmek ve değerlendirmek için zorunludur (Hornbrook ve Berki, 1985: 484). ABD’de sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödeme yöntemleri, bireysel ve kurumsal ödeme olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Bireysel sağlık hizmeti sunucuları, bireysel olarak veya herhangi bir hastane veya sağlık kuruluşu bünyesinde kendi adına ve hesabına sağlık hizmeti sunan sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır. Bireysel sağlık hizmeti sağlayıcılarına verdikleri hizmet karşılığında başlıca üç yöntemle geri ödeme yapılmaktadır. Bunlar; maaş, hizmet başı ödeme ve kişi başı ödeme yöntemleridir (Lagarde vd., 2010: 15). Kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan geri ödemeler ise başta hastaneler olmak üzere sağlık ve tıbbi görüntüleme merkezleri ile laboratuvar,

poliklinik, vb. hizmet sunuculara verilen hizmet karşılığında yapılan ödemeleri içermektedir (Jegers vd., 2002: 256).

Sağlık hizmetleri sunucularına geri ödeme yöntemlerini etkileyen başlıca dört aktör bulunmaktadır. Bunlar; hizmet sağlayan organizasyonlar, bu organizasyonlarda mesleklerini icra eden sağlık profesyonelleri, hizmetten fayda sağlayan hastalar ve hizmete karşılık ödemesini yapan organizasyonlar veya kişiler (özel sağlık sigortaları, sosyal güvenlik kurumları ve bireysel ödemeler). Buradaki aktörler kendi amaçlarını belirleyip o doğrultuda hareket ederken, amaçların diğer tarafların amaçları ile örtüşebileceği veya çelişebileceği durumlarla karşılaşabilirler. Bu yüzden hizmet sunuculara yapılacak ödemelerde kullanılacak mekanizmalar, bu aktörler arasındaki muhtemel amaç belirsizlikleri ile çatışmaları mümkün olduğu kadar azaltarak ortak bir yönde birleştirilmelidir (Top ve Tarcan, 2007: 171). Sağlık hizmetlerinde optimum çözümü sağlamak için tüm bileşenlerin aynı paydada birleşmeleri gerekecektir (Hillary vd., 2016:1).

Nüfusun artışı, nüfusun yaşlanması, halkın yaşam tarzının sağlıksız olması ve kaynakların yetersizliği gibi sağlık sistemini tehdit edebilecek unsurları kontrol altına alabilmek için yeni bir yöntem olan, hastaların sağlık sonuçları ile bakımında yapılan harcamalar arasında orantı kuran; verimlilik, çıktı ölçümleri, performans ölçümü ve hesap verilebilirlik ile hastanelerin finansmanı için temel oluşturan bir ödeme yöntemine ihtiyaç duyulmaktadır ve bu da sağlık ödemeleri ile hastanın sağlık sonuçlarını ve bakım kalitesini ilişkilendirmeyi planlayan değer bazlı geri ödeme yöntemine işaret etmektedir (Porter ve Teisberg, 2006; Terrell, 2018). Bu bölümde hem geleneksel yaklaşımlar hem de yeni ortaya çıkan değer bazlı geri ödeme yöntemi gibi çeşitli geri ödeme metodolojileri ele alınmaktadır.

### **2.1.1. Maaş ya da Ücrete Dayalı Ödeme Yöntemi**

Ücrete dayalı ödeme, görülen hasta sayısı veya sağlanan hizmetlerin hacim ve maliyetinden bağımsız bir şekilde, hizmet sunucu organizasyonda çalışan hekimlerin, işte bulunduğu belirli bir zaman dilimine dayalı olarak yapılmaktadır. Ücrete dayalı ödeme yapılan hekimler, finansal açıdan oldukça kısıtlı bir risk taşımaları nedeniyle

mesai sürecinde harcadıkları zaman ve çabayı azaltma eğilimine girebilirler. Gelişmekte olan ülkelerde finansal riski üstlenen işveren (genellikle hükümet), en yüksek düzeyde verimlilik elde etmek için örneğin her bir hekimin günlük olarak belirli sayıda hasta görmesini zorunlu tutabilir. Maaşa dayalı ödeme, “dönem başına” sabit bir ödeme yöntemidir. Bu nedenle ödeme, sağlık bakımı faaliyetlerinin sayısına veya hasta sayısına bağlı değildir. Bu ödeme yöntemi, hekimler için istikrarlı, öngörülebilir bir gelir kaynağı yaratır, ancak aynı zamanda bakım miktarını azaltılmasına da neden olabilmektedir (Roberts vd., 2004: 199; Wranik ve Durier-Copp, 2010;).

Maaşa dayalı ödeme yöntemi; hasta başına azalan hizmet, doktor başına azalan hasta ve daha uzun hasta vizitesi gibi dezavantajlar söz konusu olabilmektedir. Ancak hizmet başı ödemeye oranla daha fazla koruyucu sağlık hizmet teşviki barındırmaktadır (Roberts vd., 2004: 199). Diğer yandan daha fazla hastanın tedavisi yönündeki teşviki kaldırır; saat başı çıktı miktarını azaltabilir. Ama bu ödeme yöntemi ile hizmet kalitesi düşebilir; tedarikçiler hastalarını özel uygulamalarına sevk edebilir (Roberts vd., 2010: 207). Sabit ödemeler sağlık sistemi için idari maliyetleri düşürme eğilimindedir. Bu maliyet avantajlarına rağmen, maaşın üretkenliğini düşürerek ve uygun bakımı yetersiz sağlayarak toplumsal sağlıkta maliyetlere sebep olma riski bulunmaktadır (Rudmik vd., 2014: 3).

### **2.1.2. Kişi Başına Ödeme Yöntemi**

Kişi başı ödeme düzenlemesi kapsamında sağlayıcılara hizmet başına değil, üye başına ödeme yapılırken, maaşlı hizmet sunucularına kayıtlı kişilere veya belirli bir süre içinde sunulan hizmetlere bağlı olmayan sabit bir miktar ödenmektedir (Babashahy vd., 2017: 2). Bu sistemde, sağlayıcılar belirli bir süre boyunca gözetimlerinde bulunan hasta başına ödeme alırlar. Bir sağlayıcı için toplam gelir, gerçekleştirilen faaliyetlerin ve müdahale sayısına bakılmaksızın, listeye kayıtlı hasta sayısının bir fonksiyonudur (Jegers, 2002: 267). Kişi başına ödeme yöntemi uygulanan en eski ödeme yöntemlerinden biri olup özellikle pratisyen hekimler ve aile hekimlerinden hizmet almak amacıyla kullanılmaktadır (Çelik, 2006: 50).

Bu modelde hasta başına sunulan hizmetin hacmi ya da yoğunluğu göz önünde bulundurulmadığı için ödeme üzerine de bir etkisi olmamaktadır. Yani daha fazla hizmet sunan ya da daha fazla kişiye bakan, daha fazla ödeme alır gibi bir mantık yoktur. Burada ödeme kurumu sağlık hizmeti sunucusu belirli bir hasta sayısına kişi başına ödeme esasına dayanarak ödemesini yapar. Hastanın o sağlık hizmetinden yararlanıp yararlanmadığının bir önemi yoktur (Akyürek, 2012: 132). Kayıtlı her bir hasta için ödeme yapılmaktadır (Chawla vd., 1997: 10).

Kişi başı ödeme, bireysel sağlayıcıları ve sağlayıcı kuruluşları maliyet çeşitliliği açısından en büyük riske atan yöntemdir. Hizmet sunucular, hizmet sayısı ve türüne göre hem birim maliyetlerini hem de hacim riskini üstlenirler. Ayrıca, ödeme kişi başı olduğu için, hizmet sağlayıcı kuruluşlar bu rejim altında daha fazla hasta kabul etme konusunda en güçlü teşvike sahiptir. Kişi başına ödeme, hasta sağlığı yararına (risk ayarlaması ve kanıta dayalı uygulama için teşvikler yoluyla) olacak şekilde düzenlenmedikçe, hizmet sağlayıcıları değere dayalı olarak geri ödemeyi değil kişi başına ödemeyi tercih edecektir (Conrad, 2015: 2074). Ancak kişi başı ödemede sağlanan sağlık hizmeti miktarını artırmak için doğrudan bir teşvik bulunmamaktadır. Sadece klinik hasta sayısını artırmak amaçlanmaktadır. Bu nedenle, hizmet sunucular nispeten sağlıklı hastaları kabul edip daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyan ve nispeten daha az sağlıklı hastaları reddetmek isteyebilirler. Diğer modellerde, hizmet sağlayıcılar uygulama düzeyinde finansal risklerle karşı karşıya kaldıklarından onlar için kişi başı ödeme daha avantajlı hale gelebilmektedir (Rudmik vd., 2014: 2).

### **2.1.3. Global Bütçe Yöntemi**

Global bütçe programları, birçok ülkede artan sağlık harcamalarını kontrol etmek için kullanılmaktadır ve mevcut en önemli ödeme yöntemlerinden biri olarak kabul edilir (He vd., 2017: 903; Wolfe ve Moran, 1993: 55). Bu ödeme modelinde talep edilen toplam harcamayı karşılamak için, önceden belirlenmiş sağlık harcamalarına bakılarak ve ayarlanmış bir tutara göre ve sözleşmeye dayalı olarak ödeme yapılır (Cheng vd., 2009: 158; Maric-Krejović ve Totić, 2010: 59). Belirli bir süre içinde gerçekleştirilen sağlık hizmetleri kapsamında ortaya çıkan tüm masrafları karşılayacak olan miktar ödenir. Böyle bir anlaşma yapan sağlık kurumları olası bir açık riski taşımaktadır ama

gelirleri harcamalardan fazla da olabilir. Bu modelde gerçek maliyetlerden daha fazla ödeme yapılması söz konusu olabilir (Maric-Krejović ve Totić, 2010: 59). Ancak çoğu ülke global bütçe yönteminden vazgeçememektedir. Tüm nüfusu ya da hizmetleri kapsama zorunluluğu yoktur. Ancak etkililik ve verimlilik boyutlarındaki kazanımların kendiliğinden olmayacağı bilinmektedir (Akyürek, 2012: 142).

Global bütçe yönteminin bir alt modeli olan harcama kalemleri bütçe yönteminde ise hastane üst düzey yöneticileri belirli harcama kalemlerine göre bütçe belirlemektedir. Yıl sonunda bütçedeki kalemlerinden artan bir kısım da ihtiyaç olsa dahi gelecek dönemki bütçeye aktarılamamaktadır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152). Harcama kalemleri bütçe tahsisinde, ödemeler; ilaç, ekipman, onların bakım ve onarımı, personel maaşları, yatırım ve taşıma gibi birtakım kategorilere göre belirlenmektedir (Akyürek, 2012: 1133).

Bu ödeme yönteminin maliyetleri azalttığı ortaya konulmuş olsa da daha iyi hastane performansı sağladığı anlamına gelmez. Ayrıca araştırmaların çoğu, global bütçe uygulamalarının kaliteyi iyileştiremediğini göstermiştir (Aas, 1995; Di Giorgia vd., 2014: 248).

#### **2.1.4. Hizmet Başına Ödeme Yöntemi**

Hizmet başına ücret (Fee For Service, (FFS)), yıllardır Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın ödeme modeli olarak kullanılmıştır. Bu sistemde, sağlayıcıya verilen her hizmet için yani hastaların sağlık hizmetini kullanımlarına göre ödeme yapılır ve hemen hemen her zaman proaktif yerine geriye dönük olarak ödeme yapılmaktadır (Kumar vd., 2018: 1; Sanghavi vd., 2014). Her birinin fiyatı önceden belirlenmiş tıbbi (teşhis ve tedavi amaçlı) faaliyetler ayrı ayrı tanımlanmaktadır. Listede olmayan faaliyetlere ücret ödenmemektedir (Jegers vd., 2002: 264).

Liste fiyatı, üçüncü tarafın ortalama veya maksimum tutarını temsil eder. Hizmet başına ödeme sağlık hizmetlerinin her birinin ücretinin doğrudan hastadan alınmasını veya yetkili sağlık sigortasına fatura gönderilerek dolaylı olarak ücretlendirilmesini içermektedir. Sağlık Bakanlığı'nın onayı ile sağlık sigortası yetkili makamı tarafından

onaylanan fiyat listesi ile sağlık hizmetleri fiyat oranları oluşturulur. Bu listede ifade edilen fiyatlar, tıbbi personelin miktarını, hizmetlerin sağlanmasıyla katlanılan malzeme maliyetlerini, amortismanı ve diğer tıbbi ekipmanı ve kira maliyetlerini ve nihai olarak verilen hizmetleri ve benzerlerini içermektedir. Sağlık sigortası sınırlı mali kaynaklara sahipse ve bunun harcamalarını kontrol etme kabiliyeti yoksa, bu ödeme şeklinden kaçınılmalıdır. Bu modelin olumsuz yanı, sağlık hizmetlerinde aşırı üretimin kaçınılmaz bir son olmasıdır. Ayrıca faturaların ve diğer belgelerin birikmesi çoğu zaman yüksek miktarda gelen faturalara sebebiyet verir (Casto ve Layman, 2006: 7; Maric-Krejović ve Totić, 2010: 58).

Hizmet başına ödeme yöntemi ile geri ödeme alan bir hekime, bu hizmetlerin tıbbi açıdan gerekli olup olmadığına bakılmaksızın, bakım maliyeti daha yüksek olacak şekilde ödeme yapılır (Woods, 2016: 3-4). Sorunların en büyük nedenlerinden biri, mevcut ödeme sistemlerinin değer yaratmaktan ziyade hacim arttırmaya teşvik etmesidir. Hekimler, hastaneler ve diğer sağlayıcılar, çıktılarda bir iyileşme çabası olmaksızın yalnızca hizmet artırımına gitmektedirler (Durur, 2020: 179-180). Çünkü bu sistemde her hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır. Bu da sağlık kuruluşlarını "daha fazlasını yapmaya" teşvik eder (Sukul ve Eagle, 2020: 235). Bu sebeple hizmet başı ödeme yönteminin başlıca eleştirisi, kaliteden ziyade aşırı, maliyetli ve kompleks hizmetleri ödüllendirdiği ve sağlık bakımının sürdürülebilir olmayan maliyetlerine katkı yaptığı konusudur (Keckley, vd., 2011: 1).

Bu ödeme yöntemi, sağlık hizmet sunucularına önleyici hizmetler gibi daha düşük maliyetli ve daha etkili bakımı teşvik etmeleri yerine daha fazla hizmet sunup sistemi çıkarları doğrultusunda kullanmayı daha cazip hale getirmiştir. Kaynak kullanımıyla veya kanıtlarla fazla ilgilenmeyen birçok sağlık hizmeti sunucusu, hasta sonuçları için daha fazlasını yapmanın daha iyi olduğu efsanesini benimseyerek hizmet başına ödeme sistemini tercih etmişlerdir (Casto ve Layman, 2006: 5; Greenfield vd., 2020: 37).

Sağlık hizmetlerinde tedavi, başarı veya başarısızlıkla sonuçlanabilir; burada başarısızlık, öngörülemeyen komplikasyonların daha fazla bakım gerektirmesi anlamına gelmektedir (Adida vd., 2017: 1606). Sonuç olarak, hizmet başına ücret yapısında doktorlar, daha fazla bakım sağladıkları için mali olarak ödüllendirilmektedirler

(Beveridge vd., 2016: 283). Kısaca kaliteden ziyade bakım miktarının motivasyonuna bağlı hizmet sunulmaktadır (Joseph, 2017: 1).

### **2.1.5. Gün Başına Ödeme Yöntemi**

Hastanelerin operasyonel maliyetlerini finanse etmek için “gün başına ödeme sistemi”, geçmişte sıklıkla kullanılan bir geri ödeme yöntemi olmuştur. Bu yöntemde uzmanlar, hastaların yatış sürelerini (ve dolayısıyla hastanelerin gelirini) kabul ve taburcu politikaları ile belirledikleri için hastane geri ödemesinde belirleyici bir rol oynamaktadırlar (Jegers vd., 2002: 265). Gün başına ödeme yönteminde hastanenin etkileyebileceği parametreler, zaman periyodundaki toplam maliyet ve hasta gün sayısıdır. Günlük ödeme sabit tutulursa hastane maliyetlerini düşürme ve hasta gün sayısını artırmaya yönelik motive edici olabilir. Eğer hastaneler maliyetlerini iyi bir yönetimle düşürebilirse bu arzulanan bir sonuç olacaktır. Hizmet sunucular maliyetleri ayrıca sürecin kalitesinden ödün vererek azaltma yoluna da gidebilirler. Ancak bir rekabet söz konusuysa ve iyi kurulmuş bir kalite izleme mekanizması varsa bu kolay olmayacaktır (Normand ve Weber, 2009: 93).

Gün başına ödeme yalnızca yatan hasta tedavisinde kullanılır. Fiyatlar, tüm ücretler, tıbbi malzemeler, barınma ve gıda gibi bütün maliyetleri içermektedir. Bu yöntemde hasta teşhisi ve tedavisine bakılmaksızın günlük maliyet üzerinden hesaplama yapılmaktadır. Bir önceki döneme ait belirli zaman diliminde sunulan yataklı tedavi hizmetlerinin toplam hastane maliyetlerinin o zaman diliminde hastanede geçirilen gün sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Uygulama basit ve ucuzdur. Tek sorun, maliyetlerin düşürülmesinin sağlık hizmetlerinin genel kalitesini etkilemesidir. Aynı zamanda sistem, hizmet sunucularının gereğinden az personel istihdam etmeye, yetersiz sayıda test uygulamaya, düşük kalitede ilaç ve medikal malzeme kullanarak maliyetleri azaltmaya odaklanıp kaliteden ve hasta güvenliğinden ödün vermeye itebilmektedir (Akyürek, 2012; Çelik, 2006: 44; Maric-Krejić ve Totić, 2010: 60).

New Jersey'de, 1974 ve 1978 yılları arasında, hastane finansmanı için gün başına ödeme yöntemi uygulanmıştır. Bu süreçte günlük maliyetlerde ve vaka başına düşen

maliyetlerde azalma gözlemlenirken, hasta başına ortalama yatış süresinin arttığı tespit edilmiştir (Hsiao, 1988: 888).

### **2.1.6. Vaka Başına Ödeme Yöntemi**

Bu ödeme sistemi belirli bir teşhisin veya vakanın tedavisi için ödenen bir bütçeye dayalıdır (Normand ve Weber, 2009: 90). Yöntemde hizmet sağlayıcılara her bir vaka başına önceden belirlenen miktarda ödeme yapılmaktadır. Ödemeler belirli bir hastalık veya durumla ilgili ortalama bir oranla hasta için geçmiş verilere dayalı olarak belirlenir. Belirlenen bu oranlar her bir vaka için sabit bir oranda olabileceği gibi, vaka kategorilerini temsil eden çoklu oranlarda da olabilir (Casto ve Forrestal, 2013: 9).

Vaka başına ödeme, yapılan işlemlerin sayısına bakılmaksızın tek fiyatın ödenmesini baz almaktadır. Hastalığın teşhisi ile yakın bağlantılı işlemleri içerir. Tıbbi çalışma ve malzeme maliyetlerini içeren ortalama fiyatlar ile ayrıntılı bir liste oluşturulur (Maric-Krejović ve Totić, 2010: 58). Listede yer alan vaka türüne göre ödeme yapılmaktadır. Çoğunlukla, ileriye dönük bir şekilde kullanılır, yani vaka başına ödeme, hastanın gerçek maliyetlerine (örneğin, kalış süresine) bakılmaksızın belirlenir. Vakaları sınıflandırmak için en iyi bilinen şema ise Teşhis İlişkili Gruplar (TİG ya da Diagnosis Related Groups (DRG)) sistemidir (Rosko ve Broyles, 1987: 88). Burada göreceli olarak ağırlıklandırılmış gruplar temel ödeme birimini teşkil etmektedir (Casto ve Forrestal, 2013: 9-10).

### **2.1.7. Teşhis İlişkili Gruplara Göre Ödeme Yöntemi**

Hastanelerdeki çeşitli hizmetler ve yatan hasta giderleri hastalar ve geri ödeme kurumları için en yüksek harcama kalemleridir. 1980'lerde Amerika'da başlatılan, DRG sistemi yatan hastalar için mevcut hastane geri ödeme sistemi olarak hâlâ kullanılmaktadır ve diğer birçok ülke de bu sistemin yerel varyantlarını uygulamaktadır (Freeman vd., 1995). Amerika (Centers for Medicare ve Medicaid Services, (CMS)), bu modeli, her bir yatarak tedavi için ağırlıklı faktörlere göre ayarlanan, hizmet sağlama maliyetine dayalı olarak önceden belirlenmiş bir fiyat ödeyerek, maliyet sınırlaması oluşturmak için hastanın tanılarına dayanan bir model olarak geliştirmiştir (Hof vd.,



2015). DRG ödemeleri geleneksel hizmet başına ödeme yönteminin önemli bir alternatifidir. Ayrıca karma ödeme yöntemlerinde hayati bir bileşen olarak kabul gören ödeme yöntemlerinden biridir (Rolve ve Olesen, 2016).

Bir vakanın geri ödeme fiyatı (bir hastaya sağlanan tüm hizmetler dahil) önceden sınıflandırıldığı grubun ortalama maliyeti ile tanımlandığından, mekanik olarak sağlık hizmetinin belirli finansal riskini hastalardan veya sigortacılardan sağlık sunucularına kaydırır. Bu nedenle, gereksiz hizmetleri azaltarak, hastanelerde kalış sürelerini kısaltarak ve her yatan hasta için sağlık hizmeti maliyetini kontrol altına almaları için sağlık sağlayıcılarına teşvikler sunarak sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırabilir (Aydemir ve Ağırbaş, 2017: 55).

Yale Üniversitesi öncülüğünde vaka karması (TİG) kavramı tanımsal olarak geliştirilmiştir. Araştırmacıların karşılaştıkları en zorlu mesele bir hastanenin “çıktısını” tanımlamak olmuştur. Bu tanımın, kalite kontrol yöntemlerinde belirtilen birkaç kriteri karşılaması gerekmektedir (Goldfield, 2010: 4):

- 1) Sağlık hizmet sunumunun klinik ve finansal boyutlarının tanımlanması
- 2) Kaynak kullanımının, kalış gün sayısı gibi genel ölçümlerle istatistiksel olarak tahmin edilebilir olması ve
- 3) Tıbbi olarak anlamlı olması

Politika yapıcılarının, TİG'lerin ödeme tasarımının her bir bileşenini politika hedeflerine göre çok dikkatli bir şekilde değerlendirmesi gerekmektedir (Zou vd., 2020: 1). Bu ödeme yöntemi harcamaları kontrol altına almak ve sağlık hizmetlerinin şeffaflığını, verimliliğini ve kalitesini artırmak için yatarak tedavi hizmetlerinde artan sayıda ülke ve bölge tarafından uyarlanmakta ve kullanılmaktadır (Busse vd., 2013; Busse vd., 2011; Mathauer vd., 2013).

Zou ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışma ile bu ödeme yönteminin dezavantajı olarak; sağlık hizmet sunucularının daha fazla kar elde etmek için hastayı olması gerekenden daha yüksek ücretli bir gruba kodlama eğiliminde olduklarını tespit etmişlerdir. Sağlık hizmeti sunucularının dürüst davranmasını sağlamak için ödüllerin veya cezaların dikkate alınabileceği ve uygulanabileceği, tıbbi kayıtların kodlanmasının düzenli olarak

kontrol edilip denetlenebileceği bir ödeme sistemine ihtiyaç olduğunu ortaya koymuşlardır.

### 2.1.8. Performansa Dayalı Ödeme Yöntemi

Çoğu hekim ve hastaneye, sağladıkları sağlık hizmetinin kalitesine bakılmaksızın aynı ücret ödenir. Bu, hiçbir mali teşvik sağlamamaktadır. Performans için ödeme yapmanın gerekçesi de doktorlar yüksek kaliteli bakım sağladıkları için ikramiye kazanabilirlerse, bakım kalitesinin artacağı düşüncesidir (Petersen, 2006: 265; Pham vd., 2007: 1130). Performansla ilişkili ödeme veya teşvik ödemesi, hizmet sunuculara bazı hedeflere ulaşabilmelerini teşvik etmek amacıyla kendi temel ödeme mekanizmalarına ek olarak ödenmektedir. Bu hedefler doğası gereği, ekonomik veya ülkenin sağlık politikasıyla ilişkili olmaktadır (Normand ve Weber, 2009: 97).

Literatürde “P4P (Pay for Performance)” olarak da geçen “performansa dayalı” ödeme sistemi sağlık hizmetlerinin mali teşviklerle sunulması için önceden belirlenmiş hedefleri karşılamaları halinde sağlık hizmeti sağlayıcılarını ödüllendiren bir ödeme modelidir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları performanslarına bağlı olarak ek ödeme alırlar (De Bruin, 2011:1). Yapılan bazı araştırmalar P4P'nin potansiyel olarak (maliyet) etkili olabileceğini göstermektedir, ancak kanıtlar ikna edici bulunmamıştır ve yapılan birçok çalışmada da bir etki bulunamamıştır (Eijkenaar vd., 2013: 130).

11. Kalkınma Planı'nda (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018) performansa dayalı ek ödeme sistemi:

- Klinik kalite ölçülmediği için işlemlerin sonuçlarının sorgulanamaması
- Bazı kolay işlemlerin zor işlemlerle eşit puan alıyor olması
- Tedavi edici sağlık hizmeti sunumu yapan gruplar tarafından sunulan bazı koruyucu hizmetlerin performansa olan etkisinin az olması durumları açısından eleştirilmektedir.

Sistemin ayrıca, sağlık personelini kısa sürede işlem yapmaya zorlayarak hem tıbbi uygulama hataları (malpraktis) artışına yol açtığı hem de hasta ile hekim arasındaki

güven ilişkisini zedeleyerek etik problemlere neden olduğu ifade edilmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin, esas amacının dışında sağlık personelinin özlük hakları için kullanılıyor olması ve gelecek/yetişecek hekim ve sağlık personelinin uzmanlık dallarındaki seçimlerini yakından etkilemesi de sorun alanı olarak düşünülebilir. Yaşanan bütün sıkıntıların kök nedeninin ise, hizmet başına ödeme yöntemi olduğu ifade edilebilir. Endüstride ve sağlık hizmetlerinde performansa göre ödeme hareketine ilişkin ciddi eleştiriler mevcuttur; ama yine de dünya çapındaki birçok sağlık hizmeti sağlayan organizasyon, maaş temelli sistemlerine bir ikramiye bileşeni olarak P4P'i eklemektedir (11. Kalkınma Planı, 2018; Roberts vd., 2004: 199-200).

Performansa göre ödeme uygulamaları kapsamında mevcut örgütsel yapı ve enformasyon sistemleri, sağlık bakım hizmetlerinde değerin ölçümünü ve sunumunu gerçekleştirmekte yeterince başarılı olamamaktadır. Mevcut yapıda hizmet sağlayıcılar, sonuçlar için neyin önemli olduğundan ziyade, doğrudan kontrolleri altında olan ve kolayca ölçebilecekleri unsurları ölçme eğilimindedirler ve ölçümler de hasta ile ilişkilendirilemeyecek düzeyde dar veya geniş olmaktadır (Porter, 2010: 2478). Bu sebeple ödeme sistemlerinin açıklarını kapatacak yeni bir geri ödeme modeli geliştirilmesine ihtiyaç duyulmuştur.

### **2.1.9. Değere Dayalı Ödeme Yöntemi**

Sağlık hizmetleri sektöründe artan maliyetlere, daha düşük kaliteye ve verimsiz sunuma bir çözüm olarak geliştirilen, değer bazlı geri ödeme yöntemi, maliyet tasarrufu ve daha iyi hasta sonuçları elde etmeyi amaçlayan yeni bir sağlık bakımı mantığı sunmaktadır (Porter ve Kaplan, 2016). “Mevcut kaynaklar sağlık hizmetleri sistemi genelinde nasıl akıllıca kullanılabilir?” sorusunun yanıtı aranırken bu sorunu çözmek için Medicare, Medicaid ve ticari ödeme yapanlar değere dayalı ödeme yöntemini geliştirmişlerdir. Bu, yalnızca geleneksel hizmet başına ödeme gibi sağlanan hizmetlerin niceliğine dayalı ödemedен ziyade bakım sonuçlarına daha yakından bağlı ödemeye geçişi temsil etmektedir (Greenfield, vd., 2020: 38).

Sağlıkta değer; güvenli, yüksek kaliteli, koordineli ve uygun fiyatlı bakım anlamına gelmektedir. Değer bazlı geri ödeme modeli ise diğer ödeme modellerinden farklı

olarak, sağlık hizmetlerini hacmi teşvik eden bir sistemden değeri ödüllendiren bir sisteme dönüştürme çabasıdır (Burwell, 2015). Hizmet başına ödeme yöntemlerinde, profesyoneller hizmetlerinin miktarından etkilenir ve hizmetin değerinden ziyade miktarına odaklanmaktadır. Oysa değer bazlı ödeme yöntemlerinde, sağlık çalışanlarına mümkün olan en iyi bakımı sağlamaları karşılığında onlar için en iyi fırsatlar sunulmaktadır (Joseph, 2017:11).

Genel olarak, sağlık hizmetleriyle ilgili sorun, maliyetlerin yüksek ve bakım kalitesinin düşük olmasıdır. Bu sorunları çözmek için sağlık sektörünün değer odaklı olması konusunda ortak bir görüş vardır. Hasta sonuçlarının ve ortaya çıkan maliyetlerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir. Hizmet başına ücret ödemeleri yerine, ödemelerin tüm bakım süreci için paketlenmesi gerekir. Her bakım biriminin belirli konulara odaklanması, bir birimin diğerleriyle kapsamlı bir şekilde iletişim kurması ve bakımın farklı birimlere entegre edilmesi gerekir. Değer bazlı ödeme, hizmet sağlayıcılara sundukları sağlık hizmeti miktarına göre ödeme yapılan hizmet başına ücret veya diğer yaklaşımlardan farklı olarak geliştirilmiştir (Catalyst, 2017; Hillary vd., 2016:1).

Geri ödeme sistemi reformu tartışmalarının sıkça yapıldığı 2010'larda ödeyici kuruluşlar, "ödenen her kuruş karşılığında elde edilen sağlık sonuçları" anlamına gelen "değeri" giderek artan bir şekilde ödüllendirme eğilimindedirler. Dolayısıyla iyi çalışan bir sağlık bakım sisteminde hastalar için değer yaratılması süreci, sistemdeki tüm diğer aktörler için ödülleri tanımlamalıdır. Değer girdilere değil sonuçlara dayalı olduğu için sağlık bakım hizmetlerinde değer, sunulan hizmetin hacmiyle değil, başarılı sonuçlarla ölçülmelidir (Porter, 2010: 2477). Bu sistem gereksiz bakımı azaltarak en iyi performansı gösteren sağlık personelini belirleyip onları ödüllendirmeye odaklanmaktadır (Trautman, 2011: 30). Dolayısıyla değer bazlı geri ödemeye geçişi tam olarak değerlendirmek için çeşitli modeller gözden geçirilerek birbiriyle olan ilişkileri araştırılmalıdır (Henkel ve Marylve, 2015: 6). Değer bazlı ödeme yöntemi, artan sağlık harcamaları içinde gelişen maliyet baskısı nedeniyle daha çok ilgi çekmeye başlamıştır (Ryan ve Press, 2014: 565). Ayrıca bu yöntemin, ödemeyi kalite ve sonuçlara bağladıkça genişlemeye devam edeceği düşünülmektedir (Burns vd., 2020: 212).

Toplam maliyetleri azaltmak için, alternatif geri ödeme modellerinin büyük olasılıkla hem kısa hem de uzun vadeli tasarrufları sağlayıcılarla paylaşması, yeni müdahalelerin uygulanması için yeterli mali teşvikler sunması veya maliyetleri azaltmak için gerekli yeni toplum sağlığı yönetimi yetenekleri oluşturması gerekmektedir (Counts vd., 2019: 1). Bölüm 2’de görüldüğü üzere çok çeşitli ödeme yöntemleri bulunmaktadır ve birçok ülke bu ödeme yöntemlerinden birini veya birkaçını tercih etmektedir ancak hiçbir ödeme yöntemi kusursuz değildir ve her biri bir öncekinin dezavantajlarını ortadan kaldırmak üzere ortaya çıkmıştır. Her ödeme yöntemi hizmet kalitesini veyahut maliyetini olumlu ya da olumsuz olacak şekilde etkilemiştir. Sağlık finansman sağlayıcıları bir ödeme modeli tercihi söz konusu olduğunda yöntemler arasında, düşük maliyetli, kötüye kullanımı önleyen, hasta memnuniyetini önemseyen ve etkililik ile verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olanı tercih etmelidir (Karacaoğlan, 2019). Değer bazlı geri ödeme modelinde, performansa dayalı ödeme modelinde olduğu gibi ödemenin tamamında değil %2’lik bir kısmına değer hesaplaması uygulanarak geri ödeme yapılmaktadır.

## **2.2. TÜRKİYE’DE KULLANILAN GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ**

Türkiye sağlık sisteminde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödeme yapılmaktadır. SGK, kapsamına giren sigortalıların sağlık hizmeti almaları karşılığında bu hizmetlerin fiyatlandırılması ve satın alınması ile ilgili yetkilere sahiptir. Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ilgili yasal çerçeveler kapsamında birlikte hareket etmektedirler. Global bütçeden sağlığa ayrılacak payı belirleyen Maliye Bakanlığı, hastaların hangi sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğunu belirleyen Sağlık Bakanlığı ve hangi hizmetlerin ödemesi yapılacağını, kurumlardan gelen faturaların ödemesini gerçekleştiren de Sosyal Güvenlik Kurumu’dur.

Sağlık hizmetlerinde kullanılan geri ödeme yöntemlerinin Türkiye’deki durumu incelendiğinde ise birçok ülkede olduğu gibi farklı yöntemlerden oluşan karma bir geri ödeme sisteminin uygulandığı görülmektedir. Aile hekimliklerinde kişi başına ödeme yöntemi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde ve üniversite hastanelerinde global

bütçe yöntemi, özel hastanelerde hizmet başına ödeme yöntemi, yoğun bakım ve palyatif bakım hizmetleri için ise gün başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır (Ergin, 2009: 72; Özkan ve Ağırbaş, 2019). Burada SGK'ya gelen faturaların detaylı incelenmemesi ve faturadaki rakamların ne kadarının gerçek sağlık harcaması olduğunun tespit edilememesidir. Verilen sağlık hizmetinin gerekliliği konusunda ciddi boşluklar bulunmaktadır (Akyürek, 2012: 149; Yenimahalleli Yaşar, 2007: 54).

Ülkemizde son yıllarda Sağlık Uygulama Tebliği ve Bütçe Uygulama Tebliği ile ayaktan tedavi ve ameliyat hizmetlerinde doğrudan hizmet başına ödeme sistemi artık uygulanmamakta; bunun yerine ileri teknoloji hizmetleri için hizmet başına ödeme ve diğer hizmetler için paket fiyat uygulaması şeklinde karma bir sistem kullanılmaktadır. Ancak acil sağlık hizmetleri ile yatan hasta hizmetlerinde halen hizmet başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2015: 310). SGK, Sağlık Bakanlığı Kurum ve Kuruluşlarına global bütçeyle ve Üniversiteler ve anlaşmalı Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına ise SUT (Sağlıkta Uygulama Tebliği) ek listelerinde mevcut işlem puanlarına dayalı olarak ödeme yapmaktadır. Tamamen özel hastanelere ise hizmet başına fatura karşılığı olarak cepten ya da özel sağlık sigortası kurumu tarafından geri ödeme yapılmaktadır. TİG'ye göre geri ödemeye geçiş süreci Eylül 2014 tarihi itibarıyla başlatılmıştır (Acar, 2019: 34; Beylik, Yılmaz, Akça, 2015: 41). Ancak global bütçe üzerinden ödeme yapılmaya devam edilmiştir (Erdoğan, 2021: 20). Erdoğan (2021) bunu çalışmasında araştırmış, yapılan TİG esaslı ödeme kalemlerinin 46'sında TİG sisteminin, 30'unda ise SUT sisteminin daha yüksek ödeme yaptığını ortaya koymuştur. Yine de TİG sisteminin benimsenmemesi nedenini; özellikle maliyet, kalite ve hasta tatmini gibi değişkenlerin göz önünde bulundurulmamasına bağlamıştır.

Harcanan dolar başına elde edilen sağlık sonuçları olarak tanımlanan değerle hasta değerini maksimize etme arayışı, sürekli olarak sağlık hizmeti uygulamalarına, yönetimine ve politikasına doğru ilerlemektedir (Walraven, vd., 2021: 1). Sağlık hizmetlerine harcanan paranın yeterince yarar sağlayıp sağlamadığının değerlendirilmesi gerekmektedir. Değere bağlı sağlık sistemi reformu, kısıtlı kaynaklar (sağlık bütçesi) içerisinde değeri artırmaya, yani sağlık hizmetlerine ulaşımı, kaliteyi, hasta memnuniyetini ve verimliliği artırmaya yönelik olmalıdır.

Geri ödeme yöntemi, genel sağlık hizmeti maliyetlerinin durumu üzerinde büyük bir etkiye sahiptir ve bu nedenle en makul model seçilmeli ve uygulanmalıdır. Tek yol, mevcut mali çerçevenin hedeflerinin gerçekleştirilmesini sağlayabilecek yöntem olacaktır. Halk sağlığını ve risklerini koruma altına alan yöntem belirlenmelidir. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve türlerinin yanı sıra bunların değerlendirilmesi ve sağlığın korunmasının fiyatının belirlenmesi için parametrelerin planlanması gerekmektedir (Maric-Krejović ve Totić, 2010: 61).

Karma olan ödeme yöntemlerinin genel uygulama üzerindeki tam etkileri henüz bilinmemektedir. Kişi başı ödeme yöntemini hizmet başına ödeme yöntemi ile birleştirmek, verimliliği ve hasta erişim eşitliğini korurken sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesini artırabilir. Karışık ödeme yöntemlerinin kalite ve maliyet üzerindeki etkilerini tam olarak aydınlatmak için gelecekte yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır (Rudmik, vd., 2014: 3). Şantaş ve Çıraklı'nın (2019) yapmış oldukları çalışmada, her yöntemin avantaj ve dezavantajının bulunması nedeniyle Türkiye'de yöntemlerin avantajlarından yararlanılması amacıyla birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı ifade edilmiştir.

Herhangi bir gerçek sağlık reformu şu anki karmaşık hizmet karşılığında ödeme yapma üzerine kurulu anlayışı değiştirmelidir. Bunun yerine, geri ödemeyi yapanlar değer odaklı, toplu ödemeler gibi, bütün tedavi sürecini kapsayan ve komplikasyonlar ile yaygın ek hastalıkları da içeren geri ödemeler getirerek hacimden değere geçmelidir (Conrad, vd., 2013: 998; Seyfioğlu, 2019: 69).

Sonuç olarak, sağlık hizmetleri maliyetleri ve israf artmaya devam ettikçe, en iyi kaynak tahsisi ile mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarını sağlamak ve hastalar için değer katmak adına yeni yöntemler uygulanmalıdır (Cohen, vd., 2021: 13-14). Bu gereklilik sonucu bazı geri ödeme kuruluşları, uygun maliyetli, yüksek kaliteli bakımı teşvik etme çabalarında değere dayalı ödeme düzenlemelerini uygulamaktadır (O'Grady, vd., 2020: 1). Türkiye sağlık harcamalarının doğru bir seviyede olmasını sağlayacak olan hem hizmet sağlayıcıların verimliliğini hem de alınan sağlık hizmetinin kalitesini arttırmayı hedefleyen yeni bir geri ödeme modelini tercih etmesi gerekmektedir.

### 3. BÖLÜM

#### 3.1. DEĞER BAZLI SAĞLIK HİZMETLERİ VE GERİ ÖDEME YÖNTEMİ

Değer bazlı sağlık hizmetlerini ve geri ödeme reformunu anlamak için önce değeri tanımlamalıyız. Porter (2010), “değeri” en basit şekliyle, elde edilebilecek en düşük maliyetle yüksek kaliteli ve optimum hasta sonuçları olarak tanımlamaktadır. Yani sağlanan hizmetlerin hacminden ziyade elde edilen sağlık sonuçlarına doğru bir kaymayı, başka bir deyişle, sonuç ve maliyet ölçümünden, süreç ölçümü ve iyileştirmeye geçişi temsil eder (Cohen, vd., 2021: 10).

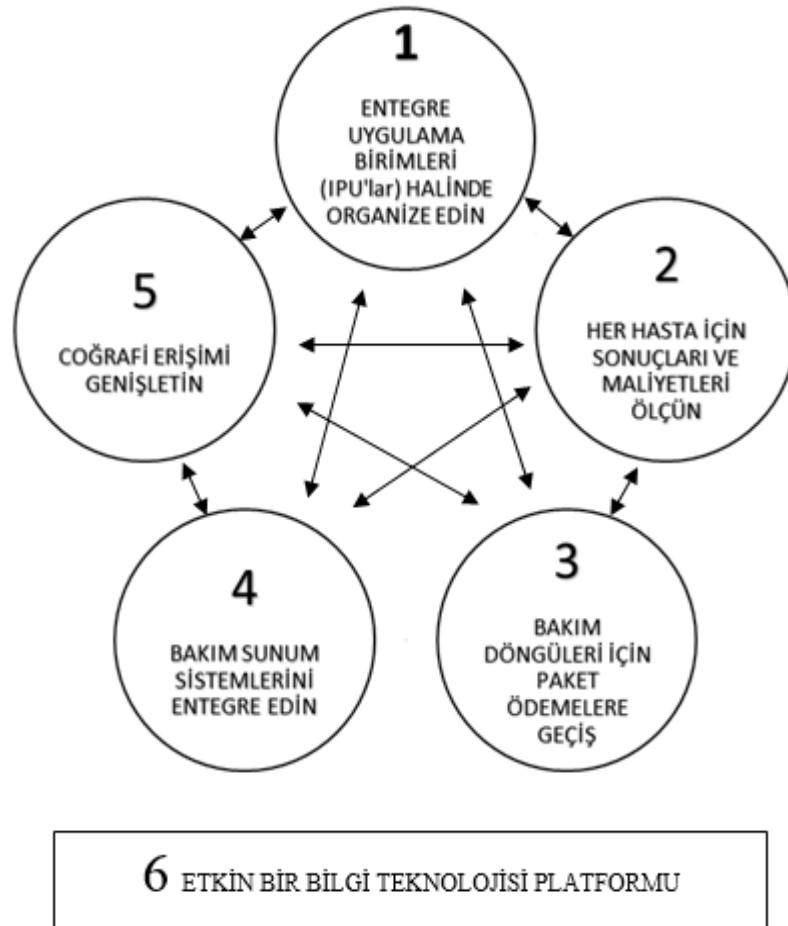
Değere dayalı sağlık hizmetleri, günümüz küresel sağlık hizmetleri sektöründeki en baskın trendlerden biri haline gelmiştir (Lee vd., 2020: 151; Moliner, 2009: 76). İlk olarak Harvard ekonomisti Porter tarafından bir çerçeve olarak ortaya konulan değer bazlı sağlık hizmetleri, hastaların neye değer verdiğine odaklanır ve kaynakları sistem tarafından sağlanan sağlık sonuçlarına göre tahsis eder. Bu nedenle, uygulamaya koyulduğunda, verimliliği artırmak ve kalite standartlarını yükseltmek için değere dayalı sağlık hizmeti, sistem iş yüküne değil sonuçlara göre teşvikler ve ödemeler sağlar. Ayrıca hasta deneyimi ve hastaların kararlara katılımı gibi unsurları da teşvik eder. En önemlisi, değere dayalı bakım, gereksiz tanısal müdahalelerden kaçınmaya çalışır. Bir doktoru her gördüğünüzde veya bir tıbbi test veya prosedürden geçtiğinizde, sizin veya sigorta sağlayıcınızın sürecin her adımı için ödeme yaptığı geleneksel hizmet başına ücret modelinde, bir teşhis veya prosedürün başarılı olup olmadığına ve atılan adımların yüksek kaliteli veya en uygun uygulama olup olmadığına bakılmaksızın ödeme gerçekleşir (Henkel ve Marylve, 2015: 7). Diğer bir deyişle, geleneksel sağlık bakımı hastanın yararına olmak zorunda değildir. Ancak değer bazlı geri ödeme yöntemi bunları göz önünde bulundurarak ödeme yapmaktadır.

Porter ve Lee (2013), yüksek değerli bir sağlık hizmeti sunum sistemine geçiş için altı stratejik bileşenden bahsetmektedir. Bunlar birbirlerine bağlıdır ve birbirlerini güçlendirmektedir. Birden çok bileşen birlikte geliştirilirse de ilerlemenin çok daha



başarılı olacağını belirtmişlerdir. Şekil-4'te değer bazlı sağlık sistemine geçişin bileşenleri yer almaktadır.

#### Şekil 4. Değer Bazlı Sağlık Sistemine Geçişin Bileşenleri



**Kaynak:** (Porter ve Lee, 2013: 5).

Aşağıdaki maddeler Şekil 4'te yer alan her bir bileşenle ilgili olarak neler yapıldığı hakkında kısa bir bilgilendirme sağlamaktadır.

1. *Entegre Uygulama Birimleri (Integrated Practice Units (IPU)'lar) organize etmek:* Sağlık hizmetlerinde, bu uygulama hastanın tıbbi durumu etrafında organize olmaya geçişi gerektirir. Böyle bir yapıya, entegre uygulama ünitesi denilmektedir. Bir IPU'da, hem klinik hem de klinik olmayan personelden oluşan özel bir ekip, hastanın durumu için tam bakım döngüsü sağlar.

2. *Her Hasta için Sonuçları ve Maliyetleri Ölçme:* Herhangi bir alanda hızlı iyileştirme, yönetimde bilindik bir ilke olan sonuçları ölçmeyi gerektirir. Değerin titiz bir şekilde ölçülmesi (sonuçlar ve maliyetler), belki de sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesindeki en önemli adımdır.
3. *Bakım Döngüleri İçin Paket Ödemelere Geçiş:* Birçok hükümet, sigorta kuruluşu ve sağlık sistemi, toplu ödeme yaklaşımları uygulamaktadır. Bakım sonuçları, tüm bakım döngüsü boyunca ölçülmeli, çok boyutlu olmalı ve karmaşık koşulları dikkate almalıdır. İyi tasarlanmış paket ödemeler, ekip çalışmasını ve yüksek değerli bakımı doğrudan teşvik eder. Hastanelere hem yatan hasta hem de ayakta tedavi öncesi ve sonrası bakımla ilgili tüm doktor ve hastane masraflarını içeren tek bir paket ödeme ile bakım için geri ödeme yapılıdır (Elf vd., 2017; Porter ve Lee, 2013: 4).
4. *Bakım Sunum Sistemlerini Entegre Edin:* Gerçek sistem entegrasyonunu elde etmek için kuruluşlar birbiriyle bağlantılı dört adımı ele almalıdır, bunlar: hizmet kapsamını tanımlama, hacmi daha az bölümde yoğunlaştırma, her hizmet hattı için doğru bölümü seçme ve bölümler arasında hastalar için bakımı entegre etme.
5. *Coğrafi Erişimi Genişletin:* Coğrafi genişleme, yalnızca hacmi artırmaya değil, değeri geliştirmeye odaklanmalıdır. Burada birçok hizmetin aynı sağlık hizmeti grubuna bağlanıp geniş bir alana ulaşması amaçlanmaktadır. Örneğin 19 hastanenin bir ana kuruluşa bağlanıp sonuç değerlendirmelerini ve ödemeleri ortak belirlemesi ve ölçmesi şeklinde işler.
6. *Etkinleştiren Bir Bilgi Teknolojisi Platformu Oluşturma:* Değer gündeminin önceki beş bileşeni, altıncı bir destekleyici bilgi teknolojisi platformu tarafından güçlü bir şekilde etkinleştirilir (Porter ve Lee, 2013: 5).

Yıllardır sağlık hizmetlerinde, hasta için değer üretirken maliyetleri düşüren bir yöntem bulma arayışı sürmektedir. Günümüzde de bu arayış değer bazlı organizasyonlara doğru kayma eğilimi göstermektedir (Porter, 2008; Porter, vd., 2013: 1). Değer bazlı sağlık hizmetleri hem hastaneye giriş sırasında hem de taburculuk sonrası hastanın sonuçlarına odaklanan multidisipliner hizmetlerin koordinasyonu üzerinde duran bir modeldir

(Kolarczyk vd., 2017: 1). Değer temelli yeni sağlık hizmeti sunumu ve geri ödeme sistemi, bir hizmet sağlayıcının ölçümler sonucu ödeme almasını ve hasta sonuçlarını iyileştirmeye olan katkısının değerlendirilmesini sağlar (Sarwar vd., 2015: 866).

Değer bazlı sağlık hizmeti, hastaneler ve doktorlar dahil olmak üzere sağlayıcıların hasta sağlık sonuçlarına göre ücretlendirildiği bir sağlık hizmeti sunum modelidir. Sağlık hizmeti sistemlerini modellemek, özellikle nereden başlayıp nerede biteceğini bilmek oldukça zor bir iştir. Dünyada çok çeşitli sağlık sistemleri vardır ve her ülkenin sağlık sistemi, her biri bir dereceye kadar değişen kendi tarihini, politikasını, ekonomisini ve ulusal değerlerini yansıtır. Sağlık sistemleri, karmaşık süreçlerle ve birbiriyle ilişkili çok sayıda dağıtılmış bileşenden oluşur. Değer bazlı sağlık hizmetinin hedefleri, aşağıdaki denklemle genel olarak ifade edilebilir;

Hedefler = Düşük Maliyet + Yüksek Kalite + Geniş Ulaşılabilirlik (Traore vd., 2019: 481-482).

Kavrama öncülük eden Michael Porter ve Elizabeth Teisberg, sağlık hizmetindeki tüm paydaşlar için kapsayıcı bir hedef önermektedir: hastalar için değer optimize edilmelidir. Porter ve Teisberg (2006), değer bazlı sağlık hizmetlerini “hastaların sağlık sonuçları ile bakım maliyetleri arasında orantı kuran; verimlilik, sonuç ölçümleri, performans ölçümü ve hesap verilebilirliği hastanelerin finansmanında dikkate alan bir bakım sistemidir” şeklinde tanımlamışlardır. "En iyi değer" tanımı içerisinde, hasta deneyimi, önleyici bakım, kişiselleştirilmiş klinik çözümler ve müdahaleler ve hastanın hastanede kalışının iyileştirilmiş güvenliği ve kalitesi gibi çeşitli hasta merkezli değer çıktıları açık bir şekilde dikkate alınmaktadır.

Değer bazlı sağlık hizmeti, sağlık hizmeti ödemelerini, toplum sağlığı, hasta sonuçları ve sağlıkla ilişkilendirerek maliyet ve kalite arasında anlamlı bir bağlantı oluşturan bakımdır (Caron, 2017: 19). Sunulan sağlık hizmetinin değeri konusunda yaşanan önemli gelişmeler, günümüz sisteminde kademeli gelişimden ziyade esaslı bir yeniden yapılanma gerektiği inancını doğurmaktadır ve teşvik etmektedir (Porter, 2008: 503; Porter, 2010: 2477). Değer daima hasta etrafında tanımlanmalıdır. İyi çalışan bir sağlık bakım sisteminde hastalar için değer yaratılması süreci, sistemdeki tüm diğer aktörler için ödülleri tanımlamalıdır. Değer girdilere değil sonuçlara dayalı olduğu için sağlık

bakım hizmetlerinde değer, sunulan hizmetin hacmiyle değil, başarılı sonuçlarla ölçülmelidir (Porter, 2010: 2477). Tablo 2’de değer bazlı sağlık hizmeti sunma ve geri ödemede önemli kilit noktalar yer almaktadır.

**Tablo 2. Değer Bazlı Sağlık Hizmetleri ve Ödeme Yönteminin Anahtarları**

<b>Değer Bazlı Sağlık Hizmetleri ve Ödeme Yönteminin Anahtarları</b>
Değere dayalı bakım, kaliteli sonuçlar ve etkin maliyet yönetimi sergiler.
Toplum sağlığı yönetimi stratejileri, değere dayalı ödemede başarı için gereklidir.
Hasta merkezli bakım modelleri, değere dayalı bakım için temel kapasiteleri sağlar.
Birinci basamak sağlık hizmeti, değere dayalı ödeme modellerinden sorumludur.
Sağlık çalışanları, çeşitli ortamlarda sunulan hizmetin değere dayalı ödeme üzerindeki etkisini anlamalıdır.
Ayaktan tedavi hizmeti sunanlar da sonuçları ve verimliliği iyileştirmenin doğasında olan süreçleri yönetecek beceri ve yetkinliklere sahip olmalıdır.
Bakım koordinasyonu ve geçiş yönetimi, sonuçlar ve maliyetler üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.
Ödeme reformu gerçekleştikçe hastalar, sağlayıcılar ve bakımdaki diğer ortaklar iş birliği içinde çalışmalıdır.
Ödemenin sürekliliği, değere dayalı ödeme modellerini etkiler.

**Kaynak:** (Francavilla, 2019: 333)

Sağlık sistemi daha geleneksel ödeme yaklaşımlarından ayrılarak gelişmeye devam ettikçe, ödeme yapanlar, tedarikçiden iş yapma biçimini daha fazla değere odaklamalarını, değer maliyet ve kalite arasındaki kesişme noktası olarak düşünülmesini istemektedir. Değere dayalı geri ödeme modelleri, sağlık hizmeti sağlayıcılarını en iyi hizmeti en düşük maliyetle sunmaya teşvik etmek için tasarlanmıştır (Ağlamış, 2020: 26). Değer temelli bakım anlaşmaları kapsamında, sağlayıcılar, hastaların sağlıklarını iyileştirmelerine, kronik hastalık vakalarını ve etkilerini azaltmalarına ve daha sağlıklı yaşamlar yaşamalarına yardımcı oldukları için ödüllendirilir (Catalyst, 2017).

Değer bazlı ödeme, üç geleneksel geri ödeme yönteminin en iyi kısımlarını alır ve bunları, doktorları beklenenden daha iyi performans göstermeleri için finansal olarak ödüllendiren ve bazı durumlarda beklentileri başaramadıkları için cezalandıran bir yaklaşımla birleştirir. İki ana değer bazlı geri ödeme tipi vardır. Biri sağlayıcıları iyi performans göstermeleri için ödüllendirir diğeri ise sağlayıcıları sonuçlarına bağlı olarak hem ödüllendirir hem de cezalandırır. Değer bazlı geri ödeme, hastaya verilen değere odaklanan, bakım döngüsünün tamamına paydaşları yerleştirerek bakımın kalitesini arttırmayı hedefleyen sağlık hizmetidir. Hem tedarikçileri motive etmek için teşvikler sağlamayı hem de bilgi ve veri toplama yönlerini iyileştirmeye yardımcı olmak için tedarikçinin ve ödeme yapan kurumun kaynaklarını birleştirmeyi amaçlamaktadır. Sonuçta, değer bazlı geri ödeme yaklaşımları, sağlayıcı grupların iş yapma yöntemlerini hem bakım maliyetini düşürmek hem de hasta bakım yönetimini iyileştirmek için değiştirmeye çalışmaktadır. Yine de her sağlayıcı grubu bu düzenlemeler altında çalışamaz veya başarılı olamaz. Hasta bakımı ve ödeme yapan iş birliğine ve yeni bir yaklaşıma açık olmasının yanı sıra, ihtiyaç duyulan belirli bir teknolojik ve klinik gelişmişlik düzeyi de gerektirir (Mofidi, vd., 2016: 2). Bu noktada verimli sağlık hizmeti oluşturmak için bir çözüm olarak ortaya çıkan değere dayalı bakıma geçiş yapılmaktadır. Değer bazlı yaklaşım hasta etrafında özelleştirilir ve bireysel ihtiyaçlara odaklanır. Bu yeni yaklaşım, özel bakım gerektiren kronik ve karmaşık rahatsızlıklar için özellikle yararlıdır. Amerika genelinde birçok kuruluş değer bazlı sağlık hizmetleri modellerine geçiş yapmış ve olumlu sonuçlar elde etmiştir (Damberg, vd., 2014: 9).

Gelişmiş ülkeler de içinde olmak üzere dünyanın tüm ülkelerinde, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynağın her geçen yıl büyük boyutlardaki artışı, hizmet seçenekleri arasında önceliklerin tespiti yoluyla özellikle sayısal yönde gerekirse kısıtlamalar yapılmasını gündeme taşımıştır. Dolayısıyla, en küçüğünden en büyüğüne kadar tüm sağlık hizmeti veren kurumlarda, mevcut kaynaklarla sonuçta en iyi “değer” oluşturan müdahalelerin seçimi, sağlık yönetiminde en fazla kabul gören yaklaşımlardan birisi olmuştur. Sağlık alanında sayılara dönüştürülmesi diğer alanlara göre epeyce zor olan sonuçların, maliyetlere oranlanması yoluyla matematiksel olarak formüleleştirilebilen “değer” kavramı hala tartışılmaktadır. Bu nedenle değer kavramının anlamı, tanımı, ölçümü ve kullanım bağlamının açık bir şekilde tanımlanmış olması son derece önemlidir (Mkanta vd., 2016: 413). Bilhassa başarılı bir geçiş için ön şarttır. Ancak değerde, kalite ve

maliyet belirsiz olabilir; ulaşılan sonuçlar kişinin bakış açısına göre değişebilir. Bu ince çizginin çok iyi belirlenmesi gerekmektedir (Kevill, vd., 2019: 106).

Kabul edilebilir ve ortak bir değer tanımının geliştirilmemesi, değer temelli uygulamaların amaçlanan faydalarının elde edilmesini zorlaştırmaktadır. Bu durum, sağlık uzmanları ve kuruluşların değer bazlı ödemeyi benimsemelerindeki gecikmelere, o da sağlık hizmetlerinin istenen standartları yakalayamamasına ve bunun sonucunda yeni maliyet tehditlerine sebebiyet vermektedir (Mkanta vd., 2016: 403). Bu açıdan da sağlık hizmeti sektöründe değer modelini araştırmak ve sınıflandırmak için; bir değer listesi geliştirmek, hastalardan elde edilen her değeri bir hedefe dönüştürmek, hedefleri yapılandırmak ve hedefler ile ilgili ölçümleri belirlemek gibi teorik yaklaşımlar çözüm olarak ele alınabilir (Lee, 2010: 16). Pessaux ve Cherkaoui (2018: 127)'e göre değer bazlı sağlık hizmetleri adı altındaki bu yaklaşım var olan alışkanlıkları değiştirerek; verilerin izlenmesini, raporlanmasını aynı zamanda sağlık hizmetinde etkin olan sağlık personeli dâhil tüm aktörlerin koordineli bir şekilde ortak noktada uzlaşarak, esnek ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti yaratmasını sağlayan yeni zm olarak görülmektedir.

Ekonomik Bakım Yasası (Affordable Care Act) ile sağlık hizmetinin değerini artırmak adına reformlar başlatılmış, ABD sağlık sistemini "hacimden değere" taşıma kararı alınmıştır. Bu vizyon, harcamaları sistematik olarak azaltan veya kaliteyi artıran birkaç değere dayalı ödeme girişimiyle kısmen gerçekleştirilmiştir. Değere dayalı ödemelere katılım artmaya devam ederken, alternatif ödeme modelleri aracılığıyla gelişmiş değere dayalı ödeme biçimlerinin benimsenmesi sağlanmıştır. 2020'lerde, yeni ödeme modellerini test etmeye yönelik kısa vadeli bir odaktan, önemli ölçüde tasarruf sağlama ve kaliteyi artırma olasılığı en yüksek olan ve uzun vadeli olan yeni bir stratejiye geçmeye ihtiyaç duyulmuştur. Bunun için Amerikan hkmeti öncelikli olarak Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri (CMS) aracılığıyla değer için ödeme yapan ve sağlık eşitsizliklerini azaltan bir sağlık sistemine geçişi tamamlamayı amaçlayan yeni bir yön izelgesi oluşturmuştur (Werner ve Emanuel, 2021).

Değer bazlı geri ödeme yöntemini uygulama planlarından önce CMS, 2003 yılında istenmeyen olayları (adverse events) len "20 hasta güvenliği göstergesiyle" hasta güvenliği programını uygulamıştır (Rajaram vd., 2015). Hasta güvenliği programı düşük performans için cezalandırmaya odaklanmış ve düşük performans gösteren

hastanelerin kalitesinde iyileşme olmazsa cezalandırmıştır. Bu erken program, hastanelerin cezalardan kaçınmak için kurallara uymaya istekli olduklarını gösterirken, gerekenden daha az gelişmelerine neden olmuştur (Gubbine, 2017: 20-21).

2012 yılından itibaren, Medicare “Hastane Yatan Hasta Kalitesi Raporlama Programı (Hospital Inpatient Quality Reporting Program)’nın” altyapısı kullanılarak hastanelere değer bazlı bir düzeltme faktörü uygulanmıştır. Değer, hastanenin “Toplam Performans Puanına” göre belirlenerek dağıtılmıştır. Toplam performans puanı başlangıçta 2 klinik bakım süreci alanından ve hasta deneyimi anketinden oluşmaktaydı ancak daha sonraki yıllarda program ölçütleri, standartları ve yapıları, sonuçlar, güvenlik ve verimlilik gibi alanlar da dâhil olmak üzere birçok alanda geliştirilmiştir (Chee vd., 2016: 2202).

CMS’nin değer bazlı geri ödeme programı 2013 mali yılında yukarıda bahsi geçen iki kalite alanı ile başlamış ve 21 kalite ölçümünün, klinik bakım sürecinin ve hasta bakım deneyimlerinin değerlendirildiği bir sistem oluşturulmuştur (Brooks, 2016: 66). Daha sonra 4 ana başlık altında toplanmıştır; klinik süreç, hasta deneyimleri, sonuçlar ve verimlilik.

- Bakım alanındaki klinik süreç; hastaneye varıştan sonraki 30 ve 90 dakika içinde hastalara sağlanan tedaviler, antibiyotik protokolleri ve ameliyat sonrası sonuçlarını içermekteydi.
- Hasta deneyimi ise; hastane ile ilgili ölçümleri içeriyordu. Personel iletişimi ve duyarlılığı, ağrı yönetimi, ilaç kullanımı, tesisin temizliği ve sessizliği ve genel hastane derecelendirmesinden oluşuyordu.
- Sonuç alanı ise; hastaneden taburcu olduktan sonra 30 gün boyunca üç alanda ölüm hızını izlemek, hasta komplikasyonlarını ve güvenliğini ölçmek ve kan dolaşımını izlemekten oluşuyordu.
- Verimlilik alanı; verimlilik alanının eklenmesi hastane yönetimi kapsamını da genişletmiştir (CMS, 2013; Gubbine, 2017: 6).

Değer bazlı sağlık hizmetlerinde yer alan değer bazlı geri ödeme yöntemi, yapısında hastaları içerdiği gibi hastaneler, sağlık kuruluşları, tıbbi teknoloji-cihaz şirketleri ve sigorta şirketlerini de içermektedir (Pan, 2017: 344). Bu kuruluş ve sigorta şirketleri için

değer bazlı ödeme; hizmet sağlayıcısının performansına dayalı finansal kazanımlarını ve risklerini dengeleyen geniş bir ödeme modeli yelpazesi sunmaktadır (Chee, vd., 2016: 2197).

ABD’de ve birçok ülkede sağlık profesyonellerine sağlıkta kaliteyi iyileştirme konusunda eğitimler düzenleyen, Sağlığı İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement), maliyet, kalite ve hasta deneyimi arasındaki gerekli dengeyi göstermek için “Üçlü Amaç” çerçevesini oluşturmuştur. Ödemeye hasta sonuçlarını da dahil ederek maliyetleri düşürmek ve kaliteyi artırmak üzere tasarlanmıştır (Berwick, vd., 2008: 760-764). Değer bazlı geri ödeme yöntemi, sigorta planlarına da dahil edilerek ödeme mekanizması olarak uygulanma sıklığını gün geçtikçe arttırmaktadır (Fried ve Sherer, 2016).

Greenfield ve diğerleri (2020) çalışmalarında, değere dayalı ödeme modelinde kısaca 4’lü hedeften bahsetmişlerdir. Bunları;

- Sağlık sonuçlarını iyileştirmek,
- Maliyetleri düşürmek,
- Hasta deneyimlerini iyileştirmek,
- Sağlık profesyonellerinin memnuniyetini arttırmak olarak belirtmişlerdir.

Değer bazlı geri ödeme teriminin kullanımının sağlık bakımı literatüründe tanımlandığı en erken tarih 2005'tir (Neumann, vd., 2005: 1516). Ancak hâlâ net olarak ortaya konulabilmiş değildir. Bunun da nedenini sağlık hizmetlerinde “değer” hakkında çeşitli makaleler yazan Michael Porter, “farklı paydaş hedefleri sağlık sektöründe değeri tanımlamayı ve ölçmeyi özellikle zorlaştırıyor” şeklinde ifade etmiştir.

Değer bazlı bir sağlık hizmeti oluşturmak için (Porter, 2014: 6):

1. Her hasta için sonuçlar ve maliyetler ölçülmelidir.
2. Bakım döngülerinde “Paketli Ödeme” şeklinde ödemeler olmalıdır.
3. Entegre Uygulama Birimi (IPU) sisteme dâhil edilmelidir.



4. Coğrafi erişim genişletilmelidir.
5. Bilgi teknolojisi platformu oluşturulmasına izin verilmelidir.
6. Hasta tıbbi koşulları çevresinde IPU ile bakım düzenlenmelidir.

Hastanelerde yer alan Entegre Bakım Birimi (IPU); ortak bir hedefe sahip bir ekiple hastanın sağlık sonuçlarını, mümkün olduğunca zaman ve kaynak israfının önüne geçerek, verimli bir şekilde değerlendirmek amacı ile çalışmaktadır. Bu amaç doğrultusunda sağlık hizmeti sunanlar, hasta ziyaretlerinde sanal etkileşimler ve grup ziyaretleri de dâhil olmak üzere daha etkili ve verimli yöntemlerle bakımı iyileştirmek için farklı yerlerde olsalar bile ekip olarak çalışmaktadır (Porter ve Lee, 2013).

Entegre Uygulama Biriminin Özellikleri (Porter, 2014: 13):

- Bakım, zamanının önemli bir kısmını tıbbi duruma adayarak özel, çok disiplinli bir ekip tarafından sağlanır. Ekip, durumun ayakta, yatılı ve rehabilitasyona yönelik bakımının yanı sıra destekleyici hizmetleri (beslenme, sosyal hizmet ve davranış sağlığı gibi) kapsayan tam bakım döngüsünün sorumluluğunu üstlenir. Bakım, bir hekim ekibinin şefi ve her hastanın bakım sürecini denetleyen bir bakım yöneticisi tarafından yönetilir.
- Hasta eğitimi, katılım ve izlenmesi, bakıma entegre edilmiştir
- Tek bir yönetim ve zamanlama yapısı kullanılır.
- Ortak bir ölçüm platformu kullanılarak her hasta için sonuçlar, maliyetler ve süreçler ölçülür. Sağlık hizmeti sağlayıcıları; hastaları, süreçleri ve sonuçları tartışmak için düzenli olarak resmi ve gayri resmi toplantılar yapan bir ekip olarak çalışır.
- Çıktılar ve maliyetlerin izlenebilmesi adına hesap verebilirlik ve şeffaflık dikkate alınır.

Bu bağlamda “değer bazlı”, “çıktı odaklı”, “performans odaklı”, “sonuç odaklı” şeklinde farklı terimlerle etiketlenen ödeme sistemleri geniş tabanlı bir yayılım göstermektedir. Bu kavramlar, entegrasyon birimleri ve hizmet sağlayıcıların hizmeti

üretirken gerçekleştirdikleri çaba ve kullandıkları kaynaklardan ziyade hastalara ve topluma olan faydalarına yönelik olarak ödeme almalarını ifade etmektedir (Berenson, 2010: 1).

Hastanın tıbbi kaydında yanlış temsil edilen semptomlar ve hastaların sağlıklarını riske atan prosedürlerin uygulanması gibi sebeplerle ortaya çıkan gereksiz hizmetler için faturalandırma yapılması söz konusu olabilmektedir. Çoğu hasta kapsamlı bir sağlık hizmeti alabilmek için çeşitli sağlık tesislerini ziyaret etmektedir. Bu sebeplerden dolayı yöneticiler için disiplinler arası iş birliği, klinik sonuçlar, hasta deneyimleri ve maliyetler açısından her zamankinden daha önemlidir. Disiplinler arası iş birliği, kaliteli bakım süreçlerinin önemli bir göstergesidir. Hemşireler, doktorlar ve diğer sağlık profesyonelleri profesyonel engellerin üstesinden geldiğinde ve birlikte çalıştıklarında hem sağlayıcılar hem de hastalar yarar sağlar. Böylece hastalar daha iyi bir değerle daha yüksek kalitede bakım alırlar. Bu ödeme modeli ile hastaneler yeniden tasarlanarak toplum sağlığına odaklanmaktadır (Gubbine, 2017: 27; Joseph, 2017: 2; Mark vd., 2016).

Değere dayalı hizmet ödemelerinde amaç; maliyetleri düşürürken sağlık bakım kalitesini korumaktır veya harcamalarda kabul edilebilir artışlarla kaliteyi artıran müdahaleler sağlamaktır (Choudhry vd., 2010). Çıktıya ve değere odaklanma aslında sistem içinde inovasyon fırsatlarını da tetiklemektedir. Böylelikle “fark oluşturan” yani herkesin yaptığını değil yapmadığını yapan müdahaleler düşünülebilmektedir. Hatta bu sistemin geri ödeme aşamasında hastanın kendi sağlığına yönelik koruyucu önlemler alıp almadığına ve yaşam tarzında değişiklikler yapıp yapmadığına bakılarak sağlık hizmet sunucusuna ödül verilmektedir. Burada önemli olan; bir başka hastalıkla birlikte bulunma, hastalanma veya ölüm sıklığı ile aynı hastalıktan tekrar sisteme başvuru gibi hesap verilebilir ölçüm araçları geliştirilerek, şeffaf ve objektif yöntemlerle kıyaslama, raporlama ve ilgili kamuoyu ile paylaşma mekanizmalarının oluşturulmasıdır. Bu sürecin, ödül mekanizmasına dayanması doğaldır, zira sağlık alanında cezalandırmaya yönelik her türlü müdahale kişinin sisteme başvurusunu önlemeye yönelik bariyer olarak algılanabilir ve geç dönemde daha ağırlaşmış bir hastalık tablosuyla karşılaşma riskini arttırabilir (Özsarı, 2018: 7).

Görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinin geri ödemesinde hizmet ücretinden değer ücretine geçiş, son zamanlarda büyük ilgi gören bir konudur. Bu sadece sağlık hizmetlerinin geri ödeme biçiminde bir değişiklik değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunumunda da bir değişikliktir. Aslında ideolojide bir değişimdir (Woods, 2016: 19). Değer temelli yönetim anlayışının sağlık yönetiminde kullanımının yaygınlaşması ile farklı bakış açıları ortaya çıkacak ve ilgili tüm paydaşların rol ve sorumluluklarının kökten değişimini gerektiren yaklaşımlar gündeme gelecektir. Bu yaklaşımlar, gelecekte; hastaya sorumluluk vererek, sağlık hizmetinin sunumundan tedarik ve finansmanına, sağlığı koruyucu ve geliştirici müdahalelerden sigorta sistemine kadar; çıktılar üzerine odaklanmış, bütüncül bir bakışla “değer” hedefli bir sağlık hizmeti gerektirecektir (Özsarı, 2018: 8). Bu ödeme yönteminin sağlık hizmetlerine bütünsel bir yaklaşım getireceği düşünülmektedir.

### 3.1.1. Niceliği Kaliteyle Değiştirmek

Değer bazlı sağlık hizmetleri, sağlık hizmeti karar alma sürecinin merkezine nicelikten ziyade kaliteyi yerleştirmeyi amaçlayan bir kavramdır. Porter (2010) bunu; "*Değer, her zaman hasta etrafında tanımlanmalı ve iyi işleyen bir sağlık hizmetleri sisteminde, hastalar için değer yaratma, sistemdeki diğer tüm aktörler için ödüller belirlemelidir. Değer girdilere değil sonuçlara bağlı olduğundan, sağlık hizmetlerinde değer, sunulan hizmetlerin hacmi ile değil elde edilen sonuçlarla ölçülür ve odağı hacimden değere kaydırmak temel bir zorunluluktur.*" şeklinde açıklamıştır. Ayrıca Porter (2013) değeri, "harcanan dolar başına elde edilen sağlık sonuçları" açısından da tanımlamaktadır. Amaç, sonuçlarla bağlantılı olarak hizmetin nasıl organize edildiğine ve nasıl ödendiğine odaklanarak katma değer yaratan sağlık hizmetlerini oluşturmaktır.

Değeri arttırmak için; genellikle 1) kaliteyi sabit tutarak maliyeti düşürmek, 2) maliyeti sabit tutarken kaliteyi artırmak veya 3) kaliteyi artırıp aynı anda maliyeti düşürmek şeklindeki adımlardan birini uygulamak gerekmektedir (Urick, 2016: 20). Hacim bazlı ödemede hizmet sağlayıcılar, kaliteli sağlık hizmeti sunumundan daha çok “işleri yapmak (doing things)” için ödüllendirilmekteyken değer bazlı geri ödemede, hataları azalttığı ve gereksiz hizmeti önlediği için ödüllendirilir (Brantes, 2010: 370). Bu nedenle geri ödemede kullanılan finansal teşvik ve cezalar, “hastanede kaldığı sürece

zarar görmeyen hasta” değerini tanımlayacak kültürel değişime sebep olmaktadır. Eğer bir hastanedeki hasta yeniden ameliyata ihtiyaç duyarsa, hastane bünyesinde bir enfeksiyon kaparsa veya düşerse ve bunun sonrasında zarar görmesi nedeniyle tedaviye ihtiyaç duyarsa hastane, sağlanan bu hizmetler için ödeme almaktadır. Eğer hastanın bası yaraları açısından risk değerlendirmesi doğru yapıp, buna göre pozisyonları verilmez ve yatak yarası gelişirse, bu yara enfekte olup, oldukça maliyetli olan yoğun bakım şartlarında sepsis (kan zehirlenmesi) tedavisi gerektirirse ve hatta tedavi başarısız olup hasta ölürse, hastane yine ödeme almaktadır. Diğer bir deyişle verilen sağlık hizmetinin iyi ve kötü olduğuna bakılmaksızın hacime, teşhise, vaka karması olarak da nitelenen gerekli prosedüre, kalış süresine göre vb. yöntemlerle hastanelere ödeme yapılmaktadır (Dlugacz, 2009: xvii).

Hacim için ödeme yapmaktan vazgeçilip değer için ödemeye geçiş yapılmalıdır. Çünkü bu sistem; kronik hastalıklara sahip bireyler arasında akut atakların ortaya çıkmasını önleyebilir, komplikasyonlar, enfeksiyonlar ve hastaneye yeniden yatışlar gibi büyük akut ataklar sırasında ortaya çıkabilecek kötü sonuçları önleyerek başarılı tedavinin maliyetlerini de düşürmektedir. Bu israf ve verimsizlik kaynaklarının azaltılması için değere geçiş yapılması gerekmektedir (IOM, 2010: 361; Urick, 2016).

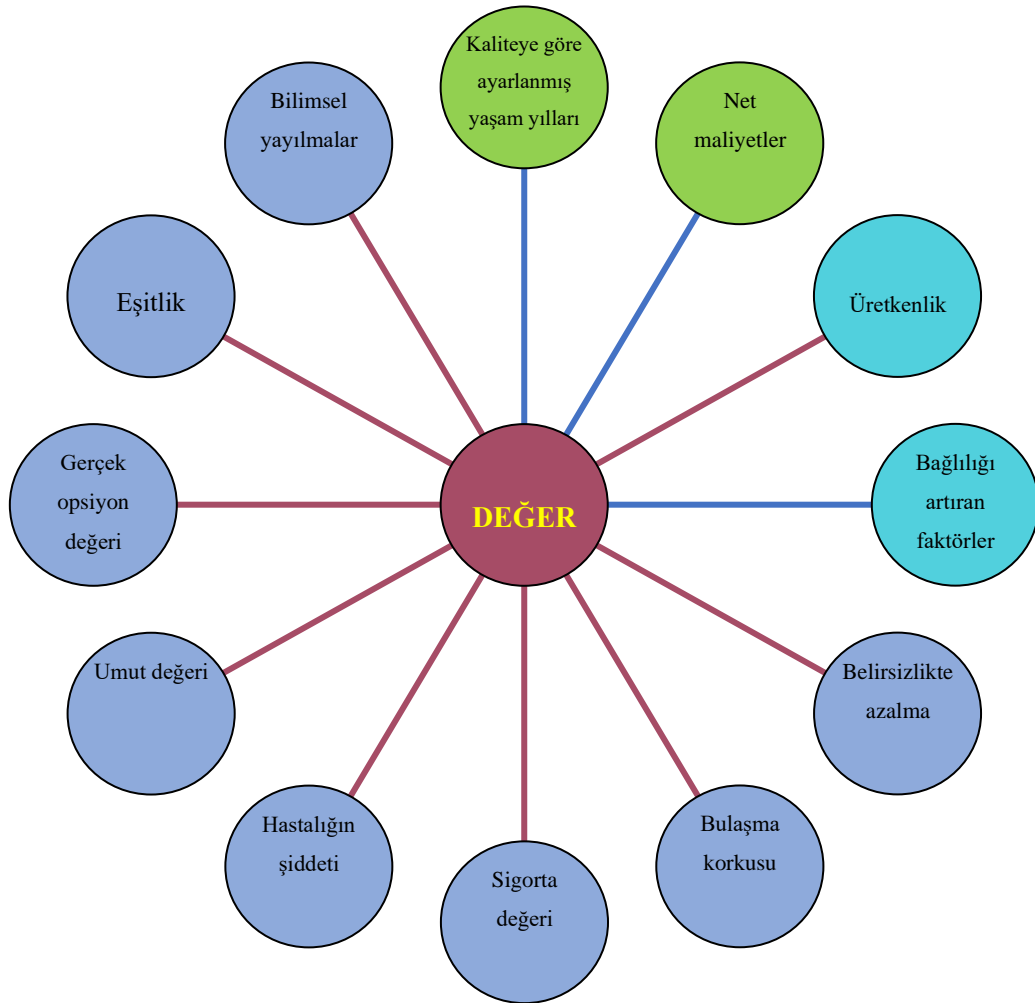
Nasıl ödeme yapılacağına ilişkin fikirler, ulusal sağlık reformu hakkındaki birçok güncel tartışmanın temelini oluşturmaktadır. Uzmanların çoğu hem mevcut hizmet başına ödeme modelinin hem de kişi başı ödeme tarzı modellerin değer odaklı bakımdan ziyade hacme dayalı uygulamaları teşvik ettiği konusunda hemfikirdir (Lee ve Ferris, 2009; IMO: 370). Değer bazlı geri ödeme programlarında sağlık hizmet sunucularına, hasta odaklı ve sayıdan ziyade kalite odaklı bir hizmetle, sağlık maliyetlerini azaltıp, hasta sonuçlarını iyileştirmeyi ne kadar iyi başardıklarına göre ödeme yapılmaktadır (Alsleben, 2016; LaPointe, 2016; Romley vd., 2015: 511).

Miller, ödeme politikaları için kavramsal bir çerçeve sunmuştur. Miller'in değer bazlı ödeme yapılarına geçiş stratejilerine ilişkin yorum ve tavsiyelerini temel alan PROMETHEUS (Provider payment Reform for Outcomes, Margins, Evidence, Transparency, Hassle-reduction, Excellence, Understandability and Sustainability- (Sonuçlar, Marjlar, Kanıt, Şeffaflık, Güçlük Azaltma, Mükemmellik, Anlaşılabilirlik ve Sürdürülebilirlik)) sistemindeki potansiyel olarak önlenabilir komplikasyonların en az

yüzde 50 oranında azaltılmasını teşvik etmek için tasarlanmıştır (IOM, 2010: 360). PROMETHEUS sistemine göre ödeme, birden çok akut, kronik ve yatan hasta durum ve prosedürleri için hastalık şiddetine ve karmaşıklığına göre tek bir paket ödeme geliştirmeyi amaçlamaktadır (Shih, vd., 2015: 8). Ancak bu sistem üç aylık toplu ödemeler gerektirdiği için ortaya çıkan sorunlar uygulamanın önünde engel olarak kalmıştır ve pilot uygulama sonrası sona ermiştir (Porter, vd., 2011).

Sonuç olarak iyi bir ödeme modeli geliştirmek adına birçok yol denenmektedir. Temelde yeni bir strateji olarak değer bazlı geri ödeme modeli önerilmiştir. Bu modelde değeri oluşturan alt başlıkları belirlemek gerekmektedir (Reitblat vd., 2021: 571). Şekil 5'te bu başlıklara yer verilmiştir

**Şekil 5. Değer Çiçeği**



**Kaynak:** (Lakdawalla, vd., 2018)

Şekil 5'te tartışılacak kavramları özetleyen bir değer "çiçeği" sunulmaktadır. Yeşil renkteki unsurlar, değer değerlendirmelerinin temel unsurları olarak kabul edilir. Açık mavi renkli unsurlar yaygındır, ancak değer değerlendirmelerinde tutarsız olarak kullanılır. Koyu mavi olanlar daha yenidir ve tipik olarak dikkate alınmaz. Mavi çizgiler, geleneksel ödeyen veya sağlık planı perspektifinden değer kavramlarını gösterir ve kırmızı çizgiler, daha geniş toplumsal perspektiften dahil edilen kavramları gösterir (Lakdawalla vd., 2018: 132).

Lakdawalla (2018)'nın 12 değer unsuru ve açıklamaları aşağıda verilmiştir:

1. Kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılları (QALY'ler); sağlık ekonomistleri, tedavi ettiği hastalık ne olursa olsun, prensipte herhangi bir teknolojinin sağlık yararını ölçmek için QALY kavramını kullanmışlardır. QALY, bir hastalık veya rahatsızlığın zararlı etkilerini hesaba kattıktan sonra kalan, mükemmel derecede sağlıklı bir yaşam yılını göstermektedir. Örneğin, potansiyel hastalar (veya tüketiciler) körlükle geçirilen toplam 1 yılın değer olarak mükemmel sağlıkla geçirilen 6 aya eşit olduğunu düşünmektedir. Bu sebeple değer hesabına her zaman katılmalıdır.
2. Net maliyetlerde; doğrudan ilgili sağlık hizmeti müdahalelerinden kaynaklanan, çok çeşitli maliyetler veya maliyet tasarrufları (şimdiki ve gelecekteki) her zaman dikkate alınmalıdır.
3. Üretkenlik yani iş gücü verimliliği; sağlıkta aynı kazancı sağlayan iki hizmeti düşünün ve birinin çalışma çağındaki bir nüfusa, diğerinin de emeklilere verildiğini hayal edin. Çalışma çağındaki nüfus çalışmak için harcanan zamanda bir artış yaşarsa, bu bir değer unsuru olarak dahil edilebilir. Verilen sağlık hizmetinin üretkenlik üzerinde etkisi olduğunda önemlidir.
4. Bağlılığı artıran faktörler; Sağlık hizmeti müdahalesi, hasta davranışlarını da etkileyebilmektedir. Bunlar hastaların tedavilere ve sağlık sonuçlarına bağlılığını iyileştirdiği ölçüde değerlidir. Hastanın tedaviye uyumunu iyileştirdiğinde geçerlidir.

5. Belirsizlikte azalma; yeni bir teşhis nedeniyle belirsizliğin azaltılmasının değeridir ve tedaviye eşlik eden bir teşhis testi eşlik ettiğinde geçerlidir. Bir hastalık için teşhisin değeridir. Bu unsur, testlerde "iyi yanıt verenler" ile "zayıf yanıt verenler" i ayırt etmek için kullanılmaktadır. İyi ve doğru yanıt veren bir test hizmet sunucular ve hastalar için değer yaratır.
6. Bulaşma korkusu; bulaşıcı hastalıkların tedavileriyle uğraşırken önemlidir. Bulaşıcı hastalık tedavisi, hastalığın başkalarına da yayılmasını sınırlar. Önlemlerle vaka sayısının düşürüleceği beklense de gelecekte yayılma riski ile ilişkili kaygının azaltılması toplum için değerli olabilir. Diğer faktörlerin aksine korku, sadece hasta olan veya gerçekten maruz kalanların değil, potansiyel olarak hastalığa maruz kalabilecek tüm tüketicileri rahatsız eder. Bu nedenle, korkudan kaçınmanın kişi başına değeri, değer değerlendirmelerinde oldukça önemli hale gelmektedir.
7. Sigorta değeri; özellikle çok şiddetli hastalıkların tedavisinde nicel olarak anlamlı olacaktır. Fiziksel riskten korunma ve finansal riskten korunma olmak üzere bu iki bileşen, hizmetlerin "sigorta değerini" oluşturur. Özellikle temel sağlık durumu zayıf olduğunda geçerlidir.
8. Hastalığın şiddeti; bireylerin (kendileri için) daha şiddetli sağlık durumlarında sağlıktaki iyileştirmelere, daha az şiddetli durumlardaki eşdeğer iyileştirmelere göre daha fazla ağırlık verdikleri düşünülmektedir. Yaşam sonu bakımı veya yüksek şiddetli koşullar için tedaviler düşünüldüğünde bu geçerlidir.
9. Umut değeri; bir başka yeni değer unsuru, belirli bir tedavinin belirli bir hasta için işe yarayıp yaramayacağı umududur. Hastalar umuda değer veriyorsa, fayda sağlayacak az sayıdaki şanslı hastadan biri olma umuduyla yüksek maliyetli tedaviye yönelebilirler. Terapilerin önceden bir teşhis testi ile tahmin edilemeyen belirsiz etkileri olduğunda geçerlidir.
10. Gerçek opsiyon değeri; Gerçek opsiyon değeri, hastalığa özgü diğer etkilerin mortalite üzerindeki etkisini kabul eder. Varsayım olarak, eğer bir hasta aynı beklenen QALY kazancını sunan iki tedavi arasında seçim yapmak zorunda kalırsa, daha uzun yaşam beklentisi sunan birini tercih edebilir: bu, gelecekteki

bilimsel ve klinik ilerlemelere erişimden daha fazla yararlanma şansı sağlar. Teknoloji hastanın ömrünü uzattığında geçerlidir.

11. Eşitlik; her zaman hesaba katılmalıdır. Nadir görülen, tedavisi olmayan hastalıklardan muzdarip olacak kadar şanssız hastaların, tedavi edilebilir durumlardan muzdarip olan akranlarına kıyasla adaletsiz bir şekilde muamele gördükleri iddia edilebilir. Burada bir politikanın hem eşitliği hem de verimliliği nasıl etkilediğinin karşılaştırılması gerekir.
12. Bilimsel yayılmalar; Yaygın olarak tartışılan ancak az gelişmiş bir başka değer unsuru, yeni bir teknolojinin gelecek nesil hastalar üzerindeki etkisiyle ilgilidir. Örneğin, yeni bir etki mekanizmasına sahip bir ilaç kendi başına çok değerli olmayabilir, ancak mekanizmanın çalıştığı bilgisi, gelecekte çok farklı hastalıkları tedavi etmek için daha değerli başka ilaçlara yol açabilir. Bu da önemli bir değer yaratma aracı olarak görülmektedir.

Kalitenin iyileştirilmesi ve doğru teşviklerin kurgulanmasıyla sağlık bakım sistemlerinin verilen paranın karşılığında daha fazla değer üretebileceği kabul edilmektedir (Custers vd., 2007: 226). Sağlık hizmetlerinde değer yaratacak unsurları CMS (2007) ise şu şekilde sıralamıştır:

- Klinik hizmet kalitesini artırmak
- İstenmeyen olayları azaltmak ve hasta güvenliğini geliştirmek
- Hasta merkezli tedavi hizmetini teşvik etmek
- Hizmetin sunumunda gereksiz maliyetlerden kaçınmak
- Enformasyon teknolojileri kapasitesi ve yönetim araçları ve süreçleri gibi kaliteyi geliştirmede ve verimlilik sağlamada etkisi kanıtlanmış yapısal bileşenler veya sistemlere yatırımı teşvik etmek
- Tüketicilerin yararlanacakları sağlık hizmetiyle ilgili değer bazlı kararlar alma hususunda bilinçlendirilebilmeleri için hastaneler ve hekimleri hizmet kalitesini geliştirme hususunda teşvik etmek için performans sonuçlarının açık ve anlaşılabilir olmasını sağlamak



Hastaneleri ödüllendirmek veya cezalandırmak üzere, ölüm hızları, hasta deneyimi ve hatta “verimlilik” dâhil olmak üzere bir dizi ölçümler yapılarak ve performansına bağlı olarak teşvik edici ödemeler gerçekleştirilmektedir (Jha, 2017: 1107). Bu modelde yüksek kaliteyi düşük kaliteli hizmetlerden ayırıp, kaliteli olanların ödüllendirilmesi söz konusudur. Böylece değer temelli satın alma ile karakterize bir sağlık sistemi, israf içeren hacme dayalı satın almanın yerine geçmektedir (Tanenbaum, 2016: 1033).

Ölçümlerin şeffaflığı tüketicilerin ve başvuranların farklı hastaneler arasında kalite performansına göre seçim yapmasına imkân vermesi açısından önemlidir. Örneğin ABD’de birçok eyalette hastane enfeksiyonlarına dair veriler kamuya paylaşılmaktadır. Süreç ölçümleri ve hasta tatmini ölçümlerine dair veriler CMS’nin “Hastane Karşılaştırmaları (Hospital Compare)” web sitesinde erişime açıktır. Verilerin kamuya açık olmasının birçok faydasının yanında ayrıca sağlık tesisinin geliri üzerinde dolaylı olarak derin bir etkisi vardır (Kavanagh, vd., 2012: 388).

Değer yönelimli politika ve programların geleneksel performansa göre ödeme modellerine dayalı olarak gelişim gösterdiği ifade edilebilir. Hizmet sağlayıcılara finansal teşvikler önermek suretiyle sunulan hizmetin kalitesi geliştirilmeye çalışılmaktadır. Çoğu zaman kalite ölçümleri önceden belirlenmiştir ve katılımcı hizmet sağlayıcıları önceden belirlenen bu kalite ölçümlerini karşıladığı veya bunların üstüne çıktığı takdirde ödüllendirilmektedir (Adedeji, 2012: 17). Kısaca, değer bazlı ödeme öngörülen performans ölçümlerine ulaşma şartına bağlı olarak teşvik ve ödül vermektedir (Gerhardt, vd., 2015: 2).

### **3.1.2. Değerin Performansa Etkisi**

İlk kez Porter ve Teisberg (2006) tarafından önerilen değer bazlı geri ödeme yöntemi, büyük ölçüde etkisiz olduğu düşünülen performansa dayalı ödeme modelinin yeniden yapılandırılması üzerine odaklanmaktadır. Bu yapılandırmayla birlikte hastaneleri ödüllendirmek veya cezalandırmak üzere, hedeflenen durumlar için ölüm hızları, hasta deneyimi ve verimlilik gibi bir dizi ölçümün performansına bağlı olarak teşvik edici ödemeler gerçekleştirilmektedir (Jha, 2017: 1107). Ancak değerın sağlık hizmetlerindeki performans artırımı için bir çerçevede tanımlaması gerekir. Değerin

özenli ve disiplinli hesaplanması ile geliştirilmesi, sistem ilerlemesini sağlayan en iyi yöntemdir (Porter, 2010: 2477).

Performans, hem belirli bir başarı seviyesine ulaşmaya hem de her bir hastanenin temelini ve kıyaslama ölçütüne göre iyileştirmeye dayalı olarak gerçekleşmektedir. “Hastane Değer Temelli Satın Alma Programı (Hospital Value-Based Purchasing Program)”, Ekonomik Bakım Yasası (Affordable Care Act)’nın bir parçası olarak, 2003 yılından itibaren Amerika Birleşik Devletleri’nde Yatan Hasta Kalite Raporlama Programı (Hospital Inpatient Quality Reporting Program)’na göre ödeme yapan bir sistem üzerine kurulmuştur (Chee vd., 2016: 2202). Değer bazlı ödeme ile klinik kalite, hasta deneyimi ve maliyet gibi özel ölçümlerle hizmet sağlayıcısının performansına dayalı finansal kazanımlarını ve risklerini dengeleyen geniş bir ödeme modeli sunulmaktadır (Chee vd., 2016: 2197). Değer bazlı ödeme fırsatları, hizmet sunucularının ve kurumların belirli performans hedeflerini karşılama becerisine bağlıdır. Hedeflere ulaşılamaması durumunda kuruluşlar olası ödeme cezaları riskiyle karşı karşıya kalacaklardır. Bu nedenle değere dayalı ödemelere doğru ilerleyen kuruluşların ve uygulamaların liderlerinin, bakım sunum modelinin programın performans hedeflerini karşılama yeteneğini değerlendirerek bir hazırlık aşamasından geçmeleri gerekecektir. Hazırlık aşaması, değere dayalı bir ödeme düzenlemesinde performans iyileştirmesine ve risk seviyesine rehberlik edeceği düşünülmektedir (Roby vd., 2018; Schweitzer, vd., 2018).

Değer temelli bir sözleşmede iyi performans gösterebilmek için iletişim ve şeffaflık gerekli kılınmaktadır. Oyunun kurallarının ne olduğunu anlamıyorlarsa, doktorlardan ve hastanelerden bu yeni modeller altında performans göstermelerini istemek zordur. Bir odak oluşturmak için, tüm karmaşıklığın ortadan kaldırılması ve performansı artırmak için mümkün olduğunca basit ve yönlendirici bir şekilde ifade edilmesi gerekmektedir (Reese, 2018: 30). Tüm taraflar için ortak performans teşvikleri sağlamanın ve hastalar için doğru şeyleri yapmanın aynı zamanda sağlayıcıların ve sigortacıların mali açıdan iyi performans göstermelerine olanak sağlayan bir ortam yaratacağı düşünülmektedir.

### 3.1.3. Dünyada Sağlık Sektöründe Değer Bazlı Uygulamalar

Değer bazlı sağlık uygulamaları hasta merkezli olmaya ve disiplinler arası servislerin koordinasyonuna vurgu yapmaktadır (Kolarczyk, vd., 2018: 512). Ayrıca ödeme yaparken, finansal riski de ödeme kuruluşlarına değil sağlık hizmeti sunucularına kaydırmaktadır bu da değer bazlı ödemeye geçişi hızlandırmaktadır. ABD başta olmak üzere birçok ülke sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemi olarak hacim bazlı geri ödeme modelinden vaz geçerek değeri ödüllendiren ve finansal riski azaltan, değer bazlı geri ödeme modeline geçiş yapmakta oldukça heveslidir (Kuhn ve Lehn, 2015: 17).

ABD’de ortaya çıkan bu kaliteye dayalı değer bazlı teşebbüsler başka ülkelerde de görülmektedir. İngiltere, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerin yanında birçok ülkede iddialı ödeme yöntemleri girişimleri söz konusudur. Dahası tüm OECD üye ülkeleri etkililik, duyarlılık, güvenlik, verimlilik ve eşitlik gibi toplumsal kavramların gerçekleşmesini sağlayan sağlık sonuçları üretecek sistemleri nasıl tasarlayacaklarının çabası içerisinde (Custers vd., 2007: 227).

Avrupa Komisyonu, 2012 yılında sağlığa yatırım yapmanın etkili yolları hakkında tavsiyelerde bulunmak için çok sektörlü ve bağımsız bir uzman paneli oluşturmuştur. Bu uzman paneli, Mayıs 2019’da değer bazlı sağlık hizmetleri hakkında bir taslak görüş sunmuştur. Uzman paneli, mevcut kaynakların sadece finansal değil, aynı zamanda zaman açısından da sınırlı olduğu sonucuna varmıştır ve değer ölçülmesi için dört ölçü önermiştir: kişisel değer (hastaların kişisel hedeflerine ulaşmak için uygun bakım), teknik değer (mevcut kaynaklarla mümkün olan en iyi sonuçların elde edilmesi), tahsis değeri (tüm hasta grupları) ve toplumsal değer (sağlık hizmetinin sosyal katılıma ve bağlılığa katkısı) (European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health, 2019).

Hastanın sağlığına olan etkisi göz önünde bulundurulmadan sadece maliyete odaklanan sistemler verimli olmayan sonuçlara götürebilir. Fiyat odaklı satın alma işlemlerinde, her zaman en düşük fiyat teklifinin seçilmesi söz konusudur. Bu da sağlık harcamalarının artmasına yol açabilmektedir. Satın alma süreçlerinin de değer temelli yapılması; “Fiyat Ötesi” bakışıyla hastanın yaşam kalitesine olan etkisini temel alması gerekmektedir. Almanya, İsveç, Norveç, ABD, Fransa ve İngiltere gibi ülkeler

cerrahi sütur, kateter, yara bakımı alanlarında değer temelli satın alma yaklaşımına ilişkin iyi uygulama sunan örnekler olarak verilmektedir (zsarı, 2018: 8).

Değer bazlı yeni ödeme yöntemleri ve teşvik yollarının örneklerinden biri de İspanya’da uygulanmaktadır. İspanya örneğinde, omurilik ameliyatları için ödemenin yüzde 25’i hastanın 1 yıl sonraki durumuna bakılarak yapılmaktadır. Burada sonuç, hastanın hastalık nedeniyle yapamadığı fonksiyonlarını yapabilir hale gelmesi ve ağrı duymamasıdır. Hatta, sağlıklarını korumak ve geliştirmek adına yaşam biçimine kadar değişiklik yapabilen kişilerin, ödül olarak daha az sigorta primi ödediğı örnekler bile geliştirilmektedir. (zsarı, 2018: 8). Örneğin, son yıllarda sağlık sigortacılığında değer temelli sağlık hizmetine yönelik bu tür bir mevzuat düzenlemesi Almanya’da gerçekleştirilmiştir Değer bazlı ödeme, ABD, İsveç ve Hollanda gibi ülkelerde sağlık sisteminin iyileştirilmesi için yaygın olarak tercih edilen bir stratejidir (Pessaux ve Cherkaoui, 2018: 125). Değer bazlı sağlık hizmeti sunumuyla İsveç’te ve Hollanda’da hastanelerde iyi bir denetim sisteminin yardımıyla birkaç yıl içinde birçok hastanın daha düşük maliyetle daha iyi tedavi edilmesi konusunda büyük başarı sağlanmıştır (Pessaux ve Cherkaoui, 2018: 126).

Hastanın ve ailelerin ihtiyaç ve beklentilerine dayalı sağlık hizmetleri, son yıllarda uluslararası gündemin bir parçası olmuştur. Hasta merkezli bakım terimi, bakımın hastanın bakış açısına ve hedeflerine ve ortak karar vermeye dayanması gerektiğini ifade eder. Bu yaklaşım, çağdaş sağlık hizmetlerinde anahtar kalite faktörü olarak kabul edilmektedir. İsveç, değer bazlı sağlık hizmetinin benimsenmesinde lider ülke konumundadır. İsveç’teki genel sağlık hizmetleri büyük ölçüde vergi mükellefleri tarafından finanse edilmektedir ve tüm yasal sakinler ve sığınmacılar için kaliteli hizmete eşit erişim sağlamayı amaçlamaktadır. İsveç, değer bazlı sağlık hizmetinin tam ölçekli bir versiyonunu uygulamamıştır, ancak sistem yıllarca kanıta dayalı tedavi kılavuzları ve hastalık kayıtlarını kullanmak üzere yapılandırılmıştır ve özel bakım için sonuçlara bağlı olan değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanmasına doğru ilerlemektedir (Elf vd., 2017: 3-4).

Yenilikçi ödeme modelleri ve ekibe dayalı yaklaşımlarla İngiltere, hasta odaklı bir sisteme doğru ilerlemektedir. Birleşik Krallık’ ta diğer ödeme-performans modelleri ve kalite standardizasyon önlemleri de araştırılmış ve uygulanmış, daha standart ve verimli

bakıma doğru ilerlemeye çalışılmaktadır. Fransa, Birleşik Krallık, İtalya, İsveç, İspanya, Çin, Malezya, Pakistan, Japonya, Güney Kore ve Tayland gibi birçok ülkenin sağlık hizmetlerinde satın alma ve geri ödeme yöntemi olarak değere dayalı yöntemler kullanılmaya başlanmıştır (Godman ve Gustafsson, 2013; Kamae, 2010; Sorenson vd., 2013).

Sonuç olarak finansal sürdürülebilirliğe katkıları tartışmalı olan, karmaşık ve maliyetli geri ödeme yöntemlerinin yerine; hasta memnuniyeti, kalite ve maliyet konularını ön plana çıkaran değer bazlı geri ödeme yöntemi tüm dünyada geniş uygulama alanı bulmaya başlamıştır (Kurutkan ve Bayat, 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde ve dünya çapında, değere dayalı sağlık hizmetlerine olan ilgi hızla artmaktadır (Berwick ve Hackbarth, 2012; Center for Health Care Strategies, 2019; Cattel ve Eijkenaar, 2020; Soper vd., 2017). Değer bazlı geri ödeme yönteminin Amerika Birleşik Devletleri'nde ortaya çıkması ve orada hâlâ kullanılıyor olması sebebi ile bu çalışmada ayrı bir başlık altında değerlendirilmiştir.

### **3.1.3.1. Değer Bazlı Ödeme: Amerika Birleşik Devletleri Uygulama Örneği**

ABD'de sağlık hizmetleri harcamaları diğer gelişmiş ülkeleri geride bırakmaya devam etmekte, ancak nüfus sağlık sonuçları karşılaştırıldığında kötü bir sırada yer almaktadır. Ödeyen sözleşmelerine hâkim olan hizmet başına ücret ödeme modeli, yüksek harcamaların birincil nedeni olarak görülmektedir. Hastalar hacim üzerinde değer talep ettikçe sağlık alanı hızla değişmektedir. Geleneksel olarak, kuruluşlar sağlık hizmet sunucularını kaliteden ziyade miktar olarak teşvik eden hizmet için ücret modelini kullanmıştır. Bu, ABD'deki bireyler için sağlık hizmetlerine her zamankinden daha fazla para harcadıkları ve fayda sağlamadıkları için bir dezavantaj olmuştur. Medicare, maliyetleri düşürmeyi ve bakım kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan 2013'teki Bakım İyileştirme için Paket Ödemeler (Bundled Payments for Care Improvement (BPCI)) girişimi ile değere dayalı ödeme modellerinin uygulanmasına öncülük etmiştir (Joseph, 2017; DiRienz, 2020:1). ABD'deki hem kamu (Medicaid, Medicare) hem de özel sigorta planları değer bazlı geri ödeme modelini sistemselsel olarak düşünmekte veya uygulamaktadır (O'Grady vd., 2020: 2).

ABD uzun süredir aşırı fiyatlandırılmış ve kötü sonuç veren sağlık hizmetlerine çözüm olarak değer bazlı sağlık hizmetlerini ortaya koymuştur (Joseph, 2017: 29). Bu yöntem ile yüksek hacimli hizmetler yerine değer için ödeme yapan ve sağlık eşitsizliklerini azaltan bir sağlık sistemine geçiş amaçlanmaktadır. Bu yaklaşım, bireysel sağlayıcıların hasta sonuçlarından bağımsız olarak daha fazla ödeme almak için daha fazla test ve prosedür isteminde bulunmaya ve daha fazla hastayı yönetmeye teşvik edildiği hizmet başına ücret modelinden farklıdır (Catalyt, 2017; Kolarczyk vd., 2018: 512; Werner ve Emanuel, 2021: 1). Bu modellerin her biri nihayetinde geri ödemeyi, miktarın teşvik edildiği bir hizmet için ödeme modelinden kalitenin teşvik edildiği performans için ödeme modeline çevirmeyi amaçlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin maliyet eğrisini bükmenin ötesinde, pek çok kişi bu tür modelleri nüfus sağlığını iyileştirmenin bir yolu olarak görmektedir ve bu, halihazırda düşük kaliteden muzdarip topluluklar için özellikle faydalı olacaktır (Loehrer ve Tsai, 2020: 994). Amerika’da birçok kamu ve özel sağlık hizmet sunucuları, değer bazlı ödeme politikaları tasarlamış ve uygulamıştır. Bunlar Tablo 3’te verilmiştir.

**Tablo 3. ABD’de Uygulanan Değer Bazlı Programlar ve Kısaltmaları**

ACA: Affordable Care Act (Ekonomik Bakım Yasası)
ACO: Patient Protection and Accountable Care Organization (Hasta Koruma ve Sorumlu Bakım Organizasyonu)
BPCI: Bundled Payment for Care Improvement (Bakım İyileştirme için Paket Ödemeler)
CMS: Centers for Medicare and Medicaid Services (Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri)
DRG: Diagnosis-related groups (Tanı İlişkili Gruplar (TİG))
HRRP: Hospital Readmissions Reduction Program (Hastaneye Yeniden Kabulleri Azaltma Programı)
HVBP: Hospital Value-Based Purchasing (Hastane Değere Dayalı Satın alma)
MACRA: Medicare Access and Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act (Medicare Erişimi ve Çocuk Sağlığı Sigortası Programı Yeniden Yetkilendirme Yasası)
QPP: Quality Payment Program (Kalite Ödeme Programı)

**Kaynak:** (Sukul, Eagle, 2020: 233)

Werner ve Emanuel (2021)'in belirttiği gibi Ekonomik Bakım Yasası (ACA)'nın yürürlüğe girmesinden sonraki on yılda, sağlık hizmetleri sistemi, değer için ödeme yapmaya geçişte kayda değer bir yol almıştır. Sağlık sunucularına giderek artan bir şekilde ödeme yapan CMS, modası geçmiş hizmet başına ücret ödemesinden hızla uzaklaşmıştır. Geri ödeme kurumları artık her zamankinden daha fazla kalite bağlantılı ödeme yöntemleriyle uğraşmaktadır. Bunun için yüksek kaliteli, verimli bir sisteme odaklanarak, tüm halkı kapsayan bir teşvike ihtiyaç duymaktadırlar. Sağlık eşitsizliklerinin sürekliliği, dengesiz kalite ve sağlık hizmeti maliyetlerinin sürekli artması, gelişmiş alternatif ödeme modellerinin benimsenmesine yeniden odaklanmayı gerektirmiştir. Geçtiğimiz on yıllık deneyler, şu anda uygulanan alternatif ödeme modellerinin büyük ölçekli, sistematik bir değişimi teşvik etmediğini göstermektedir. Ancak hem başarılı hem de düşük performans gösteren modellerden alınan dersler dikkatli bir şekilde incelenmelidir. Uygun şekilde tasarlanmış bir modelle, maliyet azaltma ve kalite iyileştirmeleri yoluyla değerde iyileştirmeler sağlanabileceği görülmektedir. Daha iyi kalite, eşitlik ve verimlilik için ödeme yapan, sürdürülebilir bir sağlık hizmetleri sisteminin amacı tamamen ulaşılabilir olmaktadır. Damberg ve diğerleri (2014)'nin de belirttikleri üzere; Başkan Obama, 2010 yılında Ekonomik Bakım Yasasını imzalamış ve maliyetleri kontrol etmek ve bakımı iyileştirmek için tasarlanmış çeşitli ödeme ve dağıtım sistemi reformları getirmiştir.

Her ne kadar sağlık bakım giderleri artışına etki eden birçok neden olsa da “hizmet başına ödeme” ve fahiş idari giderler ana reform alanları olarak hedeflenmiştir. İdari giderlerin ABD’de ulusal sağlık harcamalarının %20-25’ini oluşturduğu hesaplanmaktadır. Ek olarak toplam sağlık hizmeti harcamalarının %3’ten %10’a kadarını kamu ve özel programlarca üretilen hileli ve düzmece sağlık faturaları oluşturmaktadır. 2012 yılında bu tür sorunlarla ilgili olarak “sağlık ödeme reformu üzerine ulusal komisyon” toplanmıştır. 4 Mart 2013 tarihinde komisyon, sağlık harcamalarının kontrolü ve bakım kalitesinin artırılmasına yönelik bir rapor yayınlamıştır. Rapordaki ana öneri, tıbbi hizmetlerdeki hizmet başına ücretin kaldırılarak, onun yerine, değer bazlı sistemlerin getirilmesidir (Kolarczyk, vd., 2018: 513).

### CMS tarafından uygulanan değer bazlı sağlık sistemleri

Değer bazlı sistemlerle verilen sağlık hizmetinin bakım kalitesi için ödeme yapan, buna teşvik eden bir ödüllendirme programları geliştirilmiştir. Değer bazlı sistemler sağlık hizmetinin nasıl sunulduğu ve nasıl ödeme yapılacağı konusunda reform yapmaya yönelik daha geniş kalite stratejisi barındırmaktadır. Bu programlar 3 temel amaca hizmet eder (CMS, 2020a):

- Bireyler için daha iyi bakım
- Nüfuslar için daha iyi sağlık
- Daha az maliyet

Hastane Değer Bazlı Satın Alma Programı (CMS, 2020b): VBP programı hastanelerde (yatan hasta) ortamında sağlanan bakımın kalitesi için teşvik ödemeleri ile akut bakım hastanelerini ödüllendirir. Yatan Hasta İleriye Dönük Ödeme Sistemi (Inpatient Prospective Payment System (IPPS)) kapsamında hastanelere yapılan ödemeleri, sundukları bakımın kalitesine göre ayarlar.

Hastane VBP Programı, hastaneleri; yatarak tedavi süresince alınan bakımın kalitesini, verimliliğini, hasta deneyimini ve güvenliğini aşağıdaki yollarla iyileştirmeye teşvik eder ve ödüllendirir (CMS, 2020b):

- Olumsuz olayların (adverse events) ortadan kaldırma veya azaltma (hastaya zarar veren sağlık hataları),
- Kanıt dayalı bakım standartları ve protokollerini benimsemek,
- Hastaneleri, hasta deneyimini iyileştiren süreçler geliştirmeye teşvik etmek,
- Tüketiciler, klinisyenler ve diğerleri için bakım kalitesinin şeffaflığını artırmak,
- Daha düşük maliyetle yüksek kaliteli bakım sağlayan hastaneleri tanımak.

Hastaneler, sadece verilen hizmetlerin miktarına değil, hastalara sağlanan hizmetin kalitesine göre ödüllendirilir (CMS, 2020b):



- Hastanelerin ödemelerinde yasada belirtilen yüzde oranı (%2) kadar kesinti yapılabilmektedir.
- Bu yapılan kesintiler, diğer hastanelerin değere dayalı programlar kapsamında gösterdikleri performanslara göre alacakları teşvik ödemelerini finanse etmek için kullanılmaktadır.
- Kesinti ya da teşvik ödemesinde DRG ödeme tutarına göre düzeltme faktörü uygulanmaktadır.

Hastaneler, aşağıdaki sonuç ölçümlerine göre değerlendirilir (CMS, 2020b):

- Mortalite ve komplikasyonlar
- Sağlıkla ilişkili enfeksiyonlar
- Hasta güvenliği
- Hasta deneyimi
- Verimlilik ve maliyet azaltma.

Her hastane, her ölçütten 2 puan alabilir. Biri başarı ve diğeri iyileştirme içindir. Her ölçü için bir hastaneye verilen nihai puan, bu 2 puandan yüksek olanıdır. Toplam performans puanına dayalı Medicare ödemeleri aşağıdaki hususları yansıtır (CMS, 2020b):

- Tüm hastanelere kıyasla ne kadar iyi performans gösterdiklerine veya
- Önceki bir temel dönemdeki performanslarına kıyasla kendi performanslarını ne kadar geliştirdiklerine bakılmaktadır.

Değer bazlı geri ödemelerde; DRG + Hastane Performans Puanı kullanılmaktadır. Burada hastanelerin bir performans dönemi boyunca önemli sağlık hizmeti kalitesi ve maliyet ölçütleri konusunda aynı gruptaki hastanelere kıyasla nasıl performans gösterdikleri, zaman içinde hastalara sağlanan bakımın kalitesini ne kadar geliştirdikleri göz önüne alınır (CMS, 2020b).

### 2020 yılı Hastane VBP programı sonuçlarından beklentiler

Bu program sonucu 2020 mali yılında negatif ödeme ayarlamasından fazla hastanelere pozitif ödeme ayarlaması yapılmıştır. 2020 mali yılı için yasa tüm katılan hastaneler için ödemelerin %2' sinin kesilmesini ve daha önce ilan edilen bir dizi kalite ve maliyet ölçütüne göre performanslarına göre hastanelere yeniden dağıtılmasını gerektirmektedir. 2020 mali yılında değere dayalı teşvik ödemeleri için mevcut toplam tutarın yaklaşık 1,9 milyar dolar olacağı düşünülmektedir ve ödemelerde artış beklenmektedir. Toplamda ABD çapında 2.700 hastane VBP programına dahildir. Bunların 1500'den fazlasının (%55'in üzerinde) daha yüksek Medicare ödemesi alacağı sonucu ortaya çıkmaktadır. 2020 mali yılında en yüksek performanslı hastane ödemelerinde %2,93'lük net bir artış olacak ve en düşük performans gösteren hastanenin de ödemelerinde %-1,72'lik net bir düşüş olacaktır (CMS, 2019).

### Hastane VBP Programı Puanının Hesaplanması

Katılan hastaneler tarafından geri kazanılan gerçek teşvik ödemesi miktarı aşağıdaki 3 değere bağlıdır;

- Her hastanenin Toplam Performans Puanı (TPS)
- Her hastanenin değere dayalı teşvik ödeme yüzdesi
- Değere dayalı teşvik ödemeleri için program kapsamında mevcut toplam tutar.

Hastanelerin bir TPS'nin hesaplanabilmesi için dört ölçüm alanından (klinik sonuçlar, güvenlik, kişi ve topluluk katılımı, verimlilik ve maliyet azaltma) en az üçü için bir alan puanına sahip olması gerekir. Minimum alan gereksinimlerini karşılayamayan hastanelerin ödemeleri ilgili mali yılda düzeltilmez. Her ölçü için, katılan her hastane bir başarı puanı (diğer hastanelere kıyasla nasıl performans gösterdiğine bağlı olarak) ve bir iyileştirme puanı (zaman içinde ne kadar iyileştiğine bağlı olarak) alır. İki puandan yüksek olanı ölçü puanı olarak verilir (CMS, 2020b).

Hastane VBP programındaki ödeme ayarlamaları 1 Ekim 2012'de ve sonrasında meydana gelen taburcu ödemelerine uygulanmıştır. Bu kapsamda,

- Hastanelerin diğer hastanelere kıyasla belirli kalite ölçümlerinde ne kadar iyi performans sergilediğine,
- Hastanelerin performansının, temel bir dönemdeki performanslarından belirli kalite ölçümlerine göre ne kadar iyileştirme gerçekleştirdiğine bakılmaktadır (CMS, 2020c).

Bir hastanenin performansı diğer hastanelere kıyasla ne kadar yüksekse veya mali yıla göre kendi geçmiş performansından daha iyi olursa, hastanenin mali yıl için değer temelli teşvik ödemesi o kadar yüksek olacaktır. Hastane puanları, riske göre ayarlanır ancak tesislerin kontrolü dışındaki; yaş, cinsiyet, kalış süresi, kısa süreli kalış yapan hastaların yüzdesi, fiziksel işlevsellik ve coğrafi konum gibi faktörler de hesaba katılmaktadır. İstatistiksel bir metodoloji aynı zamanda tesisler arasındaki farklılıkları açıklamak için kullanılır (Bergstrom, 2015: 1-2).

CMS kaliteyi aşağıdaki özelliklere göre tanımlar (AHRQ, 2020):

- Etkililik: Bakım süreçlerinin sağlanması ve bilimsel kanıtlarla desteklenen sonuçlara ulaşılmasıyla ilgilidir.
- Verimlilik: Kullanılan sağlık bakım kaynaklarının belirli bir birimi için sunulan sağlık hizmetinin veya elde edilen sağlık yararı kalitesinin maksimize edilmesiyle ilgilidir.
- Hakkaniyet: Klinik durumları veya bakım tercihleri dışında kişisel özelliklerinde farklılık gösterebilen kişilere eşit kalitede sağlık bakımı sağlamakla ilgilidir.
- Hasta merkezlilik: Hastaların ihtiyaç ve tercihlerini karşılamak ve eğitim ve destek sağlamakla ilgilidir.
- Güvenlik: Gerçekleşen veya olası fiziksel zararlarla ilgilidir.
- Zamanında: Olası gecikmeleri en aza indirirken gerekli bakımı elde etmekle ilgilidir.

Hastane Yatan Hasta Kalitesi Raporlama Programı kapsamında, CMS, tüketicilerin sağlık hizmetleri hakkında daha bilinçli kararlar almalarına yardımcı olmak için verileri

halka açık bir şekilde görüntüleyerek ölçüm ve şeffaflık yoluyla kalite iyileştirme sağlamak amacıyla Yatan Hasta İleriye Dönük Ödeme Sistemi kapsamında ödeme yapılan hastanelerden kalite ile ilgili veriler toplar. Ayrıca, hastaneleri ve klinisyenleri, tüm hastalara sağlanan yatarak tedavi hizmetinin kalitesini ve maliyetini iyileştirmeye teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Program aracılığıyla toplanan veriler, “Hospital Compare” web sitesinde tüketiciler ve sağlayıcılar tarafından görülebilir ve kullanılabilir (CMS, 2020d).

Hospital Compare, hastanelerin hastalarına önerilen bakımı ne kadar iyi sağladıkları hakkında bilgi veren tüketici odaklı bir web sitesidir. Bu bilgiler, tüketicilerin sağlık bakımı için nereye gidecekleri konusunda bilinçli kararlar almalarına yardımcı olabilir. Hastane Karşılaştırma, tüketicilerin birden fazla hastaneyi seçmesine ve kalp krizi, kalp yetmezliği, zatürre, cerrahi ve diğer durumlarla ilgili performans ölçüm bilgilerini doğrudan karşılaştırmasına olanak tanır. Bu sonuçlar şu şekilde düzenlenmiştir (CMS, 2020d):

- Genel bilgi
- Hasta deneyimlerinin araştırılması
- Zamanında ve etkili bakım
- Komplikasyonlar
- Yeniden kabuller ve ölümler
- Tıbbi görüntüleme kullanımı
- Ödeme ve bakımın değeri

Medicare 2012 Ekim ayından başlayarak hastaları için yüksek kalitede hizmet sağlayan hastaneleri, dönüşümcü değişimi teşvik etme, gelişimi yönetme ve ölçülebilir ilerleme ve sorumluluk oluşturmaya yardımcı olması açısından, yeni Hastane Değere Dayalı Satın alma Programı (Hospital Value-Based Purchase Program (HVBP)) vasıtasıyla ödüllendirmektedir (Altenburg, 2016). Medicare değer bazlı geri ödeme modelini tercih etmiş ve bu geri ödeme yöntemini 2013'ten itibaren uygulamaktadır (Zhao vd., 2015: 4). Bu programda ödemeler şu başlıklar altında yapılmaktadır: Klinik süreçler, hataların

rapor edilmesi, daha güvenli ve güvenilir bakım sağlanması, hastane kaynaklı enfeksiyonlar ve önlenebilir yeniden yatışlar. Program, başlatıldıktan sonra hastaneler, Medicare sigortalısı hastalara kaliteli sağlık bakım hizmeti vermek için teşvikler almaya başlamışlardır (D'Ambrosio, 2013: 37).

Değer bazlı satın alma uygulamasında ana ölçüm alanları, *süreç* (örneğin akut miyokard infarktüsü taburculuklarında beta-bloker verilmesi), *sonuç* (örneğin 30 günlük belirlenmiş bir vaka mortalitesi) ve *memnuniyet* (örneğin Sağlık Hizmeti Sunumu Değerlendirme Anketi (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Hospital Survey/HCAHPS)) ölçümlerini kapsamaktadır. Bu ölçümlerden elde edilen sonuçların ağırlıklandırılmasıyla hastanenin toplam performans skoru oluşturulmakta ve bu skor, hastane için teşvik ödemelerine dönüştürülmektedir (Conway, 2009: 509).

CMS'nin değer bazlı geri ödeme modelinde hastaneleri değerlendirmek için kullandığı bir grup kalite ölçüsü; klinik bakım süreci, hasta bakım deneyimi, sonuçlar ve verimlilik. Dört kalite ölçüsünde ölçülen sonuçlara dayanarak hastanelere teşvik ödemeleri sağlanır (Aroh, vd., 2015; Brooks, 2016: 66). Her yıl yapılan revizyonlar sonrası 2021 yılı için oluşturulan 4 ana grup; klinik sonuçlar, kişi ve toplum katılımı, güvenlik, verimlilik ve maliyet azaltma şeklinde belirtilmiştir. Aşağıda bu ölçümlerin alt parametreleri verilmiştir (Medicare Quality Programs Reference Guide, 2019).

Güvenlik aşağıdakilerdeki ölçümleri içerir:

- Kan Dolaşımı Enfeksiyonu (CLABSI) (Yoğun Bakım ve Seçilmiş Servisler)
- Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu (CAUTI) (YBÜ ve Seçilmiş Servisler)
- Metisilin direnci (MRSA) Kan dolaşımı ilişkili enfeksiyonlardandır.
- Clostridium difficile (C.diff.) Bir tür antibiyotik kullanımıyla ilişkili bakteridir. İshalden ölüme kadar gidebilen salgına neden olabilen bir bakteri türüdür.
- Cerrahi Alan Enfeksiyonu – Kolon
- Cerrahi Alan Enfeksiyonu- Abdominal Histerektomi

Klinik sonuçlar aşağıdaki ölçümleri içerir:

- Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI) 30 Günlük Mortalite Hızı (VBP için hayatta kalma oranına dönüştürülür)

- Kalp Yetmezliği (KY) 30 Günlük Ölüm Hızı (VBP için hayatta kalma oranına dönüştürülür)
- Pnömoni (PN) 30 Günlük Ölüm Hızı (VBP için hayatta kalma oranına dönüştürülür)
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) 30 Günlük Ölüm Hızı (VBP için hayatta kalma oranına dönüştürülür)
- Elektif Primer Total Kalça Artroplastisi (TKA) ve / veya Total Diz Artroplastisi (TKA) Komplikasyon Oranı

Kişi ve toplum katılımı alanı, aşağıdakilerdeki ölçümleri içerir:

- Hemşirelerle iletişim
- Doktorlarla iletişim
- Hastane personelinin duyarlılığı
- İlaçlar hakkında iletişim
- Hastane temizliği ve sessizliği
- Hasta taburcu eğitimleri
- Hastanenin genel olarak değerlendirilmesi
- 3 maddelik bakım geçişleri ölçüsü

Verimlilik ve Maliyet azaltma alanı aşağıdaki ölçümleri içerir:

- Medicare ile hastane bazında hasta başına harcama

Hastanelerin aldıkları bu puanlar hastane karşılaştırma web sitesinde kamuya açık bir şekilde verilmektedir. CMS'nin hastane kalitesi için derecelendirme sisteminin sonuçları burada sunulmaktadır (Austin vd., 2015; Dor vd., 2015: 72).

Sağlık hizmeti sunucuları ve tedarikçilerinin “Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Hospital Survey (HCAHPS)” ile hastane tüketici değerlendirmesi yapılmaktadır. Bu, hasta deneyimini ölçmek için CMS tarafından hastane kalitesi için bir derecelendirme sistemi sağlayan standart bir ankettir (Elliott vd., 2015: 1850). Hastaların hastane bakımı perspektiflerine ilişkin ilk ulusal, standartlaştırılmış, kamuya açık olarak bildirilen ankettir. HCAHPS anketi taburcu edilen hastalara son hastanede kalış süreleri hakkında 29 soru sorar. Anket, hastaların

hastane deneyimlerinin kritik yönleri hakkında 19 temel soru içermektedir (hemşireler ve doktorlarla iletişim, hastane personelinin duyarlılığı, hastane ortamının temizliği ve sessizliği, ilaçlar hakkında iletişim, taburcu bilgileri, hastanenin genel değerlendirmesi ve hastaneyi tavsiye edip etmeyecekleri) (CMS, 2020).

Hacimden değere başarıyla geçmenin, klinik olarak entegre bakım sağlayan bölgesel sağlık sunucuları için uzun vadeli sürdürülebilirlik adına gerekli olduğu görülmüştür. 2020 yılına kadar “*Daha İyi Bakım, Daha Akıllı Harcama, Daha Sağlıklı İnsanlar*” (Better Care, Smarter Spending, Healthier People) girişimi ile operasyonel gelirlerin yüzde 75'inin değer bazlı ödeme sistemine sahip olması hedeflenmiştir (Henkel ve Marylve, 2015: 4). Bu girişim ile eğitilmiş, yetkilendirilmiş ve hasta bakımını merkeze koyan daha iyi, daha akıllı, daha sağlıklı bir hizmet sunum sistemi inşa edilmektedir. Bu sistem ile hizmet sunucular, daha iyi bakım sağlar, bütçeyi daha akıllıca harcar ve daha sağlıklı topluluklara, daha sağlıklı bir ekonomiye ve nihayetinde de daha sağlıklı bir ülkeye sahip olunmasına katkı sağlar (CMS, 2015b).

Hastane performansında, hastanenin belirli kalite ölçümlerinde ne kadar iyileşme gerçekleştirdiğine bakılır. Bir hastanenin performansı diğer hastanelere kıyasla ne kadar yüksek olursa veya bir mali yıla göre geçmiş performansından ne kadar yüksekse, hastanenin mali yıla ilişkin değere dayalı teşvik ödemesi o kadar yüksek olur.

#### Hastanelerin yıldızlandırılması

Genel Hastane Kalitesi Yıldız derecelendirmesi (The Overall Hospital Quality Star rating) 5 kalite alanındaki çeşitli ölçümleri özetler. Raporlama eşikleri karşılandıktan sonra, bir hastanenin genel yıldız derecelendirmesi, yalnızca verilerin mevcut olduğu ölçüler kullanılarak hesaplanır. Yaklaşık 37 ölçü bulunmaktadır. Hastaneler, Hastanede Yatan Hasta Kalite Raporlama (IQR) Programı, Hastane Ayakta Tedavi Kalitesi Raporlama (OQR) Programı, Hastane Yeniden Kabul Azaltma Programı (HRRP) gibi programlardan elde edilen veriler ışığında değerlendirilir.

Yeni 2021 metodolojisi, ölçü grubu puanlarını hesaplamak için basit bir ölçü puan ortalamasını ve bu 5 ölçü grubunu değerlendirir;

1. Ölüm hızı (%22)
2. Bakım Güvenliği (%22)
3. Yeniden Kabul (%22)
4. Hasta Deneyimi (%22)
5. Zamanında ve Etkili Bakım (%12)

Hastanelerin yıldızlanması için en az 3 ölçümden verilerini girip puan almış olması gerekmektedir. Yıldızı olmayan hastaneler olmakla birlikte Amerika Birleşik Devletleri'nde hastanelerin %13'ü 5 yıldızlıdır (CMS, 2021b).

#### Hastane Ayakta Tedavi Kalitesi Raporlama Programı (Hospital Outpatient Quality Reporting (OQR) Program)

Ayakta tedavi olarak verilen sağlık hizmetlerinin kalite ölçümleri politika yapıcıların ilgisini çekmektedir (Casey, vd., 2012: 248). Ayakta tedavi hizmetleri için CMS tarafından uygulanan bir kalite veri raporlama programıdır. Bu program kapsamında, hastaneler Ayaktan Hasta İleriye Dönük Ödeme Sistemi (Hospital Outpatient Prospective Payment System (OPPS)) ödeme oranlarının tam güncellemesini almak için standart bakım ölçümleri kullanarak verileri raporlamaktadır (CMS, 2018). Hastane Yatarak Kalite Raporlama Programı'ndan sonra modellenen Hastane OQR Programı, 2009 takvim yılında başlayan ödemeler için yürürlüğe girmiştir. CMS tarafından uygulanan, ayaktan hastane hizmetleri için kalite verisi toplayan bir raporlama programıdır.

CMS, Medicare yararlanıcıları için iyileştirilmiş kalite ve bakım verimliliği için yüksek etkiye sahip ve ulusal öncelikleri destekleyen ölçüm verilerini raporlamaya odaklanmaktadır. Hastane OQR Programı için belirlenen mevcut ölçüm, bakım süreçlerini, görüntüleme verimliliği modellerini, bakım geçişlerini, sağlık bilgi teknolojisinin kullanımını, bakım koordinasyonunu, hasta güvenliğini ve hacmini değerlendiren ölçümleri içerir. CMS'nin kalite ölçümlerine ilişkin verileri kamuya açık bir şekilde rapor etmesi konusunda, katılımcı hastaneler hemfikirdir. OQR Programına katılan hastaneler için ödeme belirleme ölçümleri; kalite ölçümleri, süreç, yapı, sonuç ve verimlilik dahil olmak üzere çeşitli türlerde olabilir. Hastane OQR Programı,



hastanelere bakım kalitesi ölçüm verilerini rapor etmeleri için finansal bir teşvik sağlamanın yanı sıra, Medicare ve Medicare yararlanıcılarının sağlık hizmetleri hakkında daha bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olacak veriler içermektedir (CMS, 2020e).

Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Sistemlerinin Tüketiciler Tarafından Değerlendirmesi (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers ve Systems (HCAHPS))

CMS ile Sağlık Hizmetleri Araştırmaları ve Kalite Ajansı (Agency for Healthcare Research ve Quality (AHRQ)) tarafından standart bir sağlık hizmeti sağlamak için Sağlık Bakım Sağlayıcıları ve Sistemlerinin Hastane Tüketici Değerlendirmesi (HCAHPS) anketi geliştirilmiştir. Bu sistem hastaların hastane bakımı konusundaki bakış açılarını ölçmek için bir çeşit anket aracı ve veri toplama metodolojisidir. HCAHPS araştırması yıl boyunca sürekli olarak rastgele bir hasta örneğine uygulanır. CMS verileri temizler, ayarlar ve analiz eder, ardından sonuçları kamuya açıklar. HCAHPS anketi 29 soru uzunluğundadır. Hastane deneyiminin kritik yönlerini kapsayan 19 önemli öge, hastaları uygun sorulara atlamak için 3 tarama sorusu ve bu soruları ayarlamak için kullanılan 7 demografik ögeden oluşur. Hastane karşılaştırması; 6 bileşik konu, 2 bireysel konu ve 2 küresel konu için sonuçları şu şekilde rapor etmektedir (CMS, 2020):

*Kompozit konular*

- Hemşirelerle iletişim
- Doktorlarla iletişim
- Hastane personelinin duyarlılığı
- İlaçlar hakkında iletişim
- Taburculuk işlemleri
- Bakım geçişi

*Bireysel konular*

- Hastane ortamının temizliği
- Hastane ortamının sessizliği

### *Genel konular*

- Hastanenin genel olarak değerlendirilmesi
- Hastaneyi tavsiye etme isteği

Hastane düzeyindeki sonuçlar yılda 4 kez Hospital Compare web sitesinde kamuya açıklanmaktadır. HCAHPS sonuçları sürekli olarak 4 çeyrek verilere dayanmaktadır. HCAHPS araştırması taburcu olduktan sonraki 48 saat ile 6 hafta arasında belirli tıbbi durumlara sahip rastgele bir yetişkin hasta örneğine uygulanır; anket Medicare yararlanıcılarıyla sınırlı değildir. Tüm kısa süreli, akut bakım, özel olmayan hastaneler HCAHPS Anketine katılmaya davet edilmektedir. HCAHPS'a 4.000'den fazla hastane katılmaktadır. Amaç, her hastanenin yılda en az 300 tamamlanmış hasta anketi almasıdır. Genel olarak, ankete ne kadar çok yanıt verilirse, bu web sitesinde gösterilen sonuçlar o hastaneyi kullanan tüm hastaların deneyimlerini o kadar fazla yansıtacaktır (CMS, 2020).

HCAHPS anket verileri, federal hükümet tarafından HCAHPS veri toplama prosedürleri konusunda eğitim almış kuruluşlar tarafından toplanmalıdır. HCAHPS veri ambarına gönderilen veriler, hastanelerin HCAHPS puanlarını hesaplayan ve bunları Hospital Compare web sitesinde kamuya açıklayan CMS tarafından temizlenir, ayarlanır ve analiz edilir. Hastaneler arasında adil karşılaştırmaları sağlamak için belirli faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Örneğin, hasta karışımı bir hastaneden diğerine farklılık gösterebilir ve hasta karışımındaki bu farklılıklar hastanenin HCAHPS sonuçlarını etkileyebilmektedir (CMS, 2020).

#### **3.1.4. Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Avantajları**

Sağlık hizmeti sunan ya da finanse eden birçok kuruluş, hacim yerine değerini ödüllendiren değere dayalı geri ödeme modeline hızlı bir şekilde uyum sağlayabilmek için hareket etmektedir. Çünkü değere dayalı ödeme programlarının, klinik ve finansal riski, ödeme yapanlardan sağlayıcılara kaydırarak, maliyetleri önemli ölçüde azaltmaya, bakım kalitesini iyileştirmeye ve verimliliği arttırmaya yardımcı olduğu belirtilmektedir (Kuhn ve Lehn, 2015: 17).

ABD’de hizmet başına ödeme yönteminden, değer bazlı yöntemle geçişin önemli sonuçları olması beklenmektedir. Örneğin, yalnızca finansal tasarruflar açısından, değer bazlı ödeme reformunun Medicare harcamalarını 2023 yılına kadar 214 milyar dolar azaltacağı öngörülmektedir (James vd., 2013: 173). Hastaların daha uygun maliyetle, koordineli, uygun ve etkili bir bakım alması, bireylerin ve toplumların sağlığının iyileştirilmesiyle bağlantılı bir bakım deneyimi sunması nedeniyle değer bazlı sağlık hizmetlerinin son derece faydalı olduğu belirtilmektedir (Hodgin, 2018). Model aynı zamanda CMS için finansal risk içermemektedir. Klinik ve finansal riskin önemli bir yüzdesini ödeme yapanlardan sağlayıcılara geçeceği belirtilmektedir (Kuhn ve Lehn, 2015: 17).

ABD sağlık sistemi “hacim” den “değere” geçişte, bakım uygulamalarına yenilikçi yaklaşımlar getirerek, yüksek kaliteli hasta sonuçları, yüksek hasta memnuniyeti ve optimize edilmiş toplam bakım maliyeti elde etmeyi amaçlamıştır (Powelson, 2018: 81-82). Değere dayalı geri ödeme sistemi, hizmetlerin gerçek maliyetlerini ortaya çıkarır ve birçok tesis için sağlık hizmeti sunumunda kendilerini geliştirmek için fırsat sunar. Belirli kalite performans standartlarına ulaştığında tesislere ek gelir sağlamaktadır (Sultz ve Young, 2014).

Hastalar genellikle daha iyi sonuçlar alırlar ve boşa giden kaynaklara para harcamak zorunda kalmazlar (Ganz, 2015: 496). Değer bazlı geri ödeme, hastaneye erişimi kolaylaştırır, hastanede daha kısa süreli kalmayı sağlar ve daha ucuz teknolojiler kullanır (Joseph, 2017: 6; Ware vd., 1996).

Değer temelli sağlık hizmetinde değer analizleriyle sağlanan faydalar ise şu şekilde sıralanabilir (Brown vd., 2008: 207);

- Yaşam kalitesi değişkenleri ve hasta tercihlerinin, sağlık hizmetine dâhil edilmesiyle daha yüksek bir bakım kalitesi yaratılması
- Hastaların tercihlerinin değer bileşenine dâhil edilmesiyle hasta değerinin eyaletler olarak karşılaştırılmasına olanak tanınması
- Tüm tıbbi uzmanlık alanlarında “kalite/maliyet” ölçümü kullanılarak sağlanan faydanın maliyet açısından değerlendirilmesi

- Ölçümler ile önemsiz olan, değeri olmayan veya zararlı olabilecek durumların belirlenebilmesi ayrıca büyük bir değer yaratacak gelişmeler, iyileştirilecek veya vazgeçilecek durumların görülmesi
- Eşit değerdeki müdahaleler tespit edilerek sağlık hizmetleri paydaşlarının daha az maliyetli olan hizmetleri tercih etmelerinin sağlanabilmesi

Sağlık hizmetlerinde değerın güçlü bir faktörü de iyi sonuçların genellikle daha az toplam maliyetle birlikte gelmesidir. Örneğın, erken ve daha iyi teşhise daha fazla harcamak hastanın acı çekmesini önler ve sıklıkla da daha az karmaşık ve daha ucuz bir tedaviye sebep olur. Teşhis ve tedavinin gecikmesini önlemek, bunun için koruyucu ve önleyici tedaviye önem vermek, sağlığın bozulmasını sınırlandırır ve aynı zamanda tedavi için gereken kaynakları azaltarak maliyeti düşürür. Doğal olarak, maliyeti düşürürken elde edilen sonuçları iyileştirme potansiyelinin sağlık sisteminde olması, başka bir alanda olmasından daha önemlidir. Bu potansiyeli gerçekleştirmede anahtar, doğru bir maliyet ölçüm sistemini sistematik sonuç ölçümüyle birlikte gerçekleştirebilmektir. Bu güçlü araçlarla birlikte, sağlık hizmeti verenler sağlık çalışanlarını, ekipmanları, tesisleri ve idari kaynakları daha etkili bir şekilde değerlendirebilir, sistem vasıtasıyla hastaların yaşam biçimini kolaylaştırabilir ve elde edilen sonuçları daha iyi hale getiren tedavileri seçebilir ve getirmeyen hizmetleri de seçmeyebilirler (Kaplan ve Porter, 2011: 6).

Değer bazlı ödeme modelinin son varyasyonu, paket yöntemidir. Poliklinik ziyareti ve fizik tedavi gibi her bir hizmet türü için ayrı ödeme yapmak yerine, toplu ödemeler hastanede kalış nedenine ve süresine bağlıdır. Paket ödemeler, tek bir hizmet olarak işlendiklerinden, her hizmetten fatura alma hissini de ortadan kaldırır. Bu ödeme modeli, fiyatlar sabit oranlar olduğu için işverenler ve sigortacılar için maliyetleri de düşürmektedir (Burwell, 2015: 898). Paket ödemelerin başarılı olabilmesi için her farklı sağlayıcı tarafından aktif katılım ve koordinasyon gereklidir. Bir çalışmada, toplu ödemelerin süreç ölçümleri üzerinde olumlu etkisi bulunmuştur (Damberg vd., 2014).

Değere dayalı bir yaklaşım için sağlık bilişimi açısından olumlu etki üç yönlüdür: Birincisi, bütünleşmiş bir sağlık bilişimi sistemi ile sağlık çalışanları karar alma, ekip çalışması ve iletişim konularında desteklenebilir ve klinik mükemmellik yeni zirvelere taşınabilir. İkinci olarak, sağlık bilişimi operasyonel süreçlerin birbirine bağlanmasına

yardımcı olur. Sistem yöneticileri, sağlık sisteminin neredeyse her operasyonel yönünü analiz edebilir ve bunu optimize edebilir. Son olarak değere dayalı ödemeler için önemli ölçüde, sağlık bilişimleri hasta tarafından bildirilen sonuçların sistematik olarak ölçülmesini destekleyebilir (Philips, 2019).

Hizmet başına ücret sisteminden değer başına ücret sistemine geçiş zaman alacaktır ve geçiş beklenenden daha zor olmuştur. Sağlık hizmetleri ortamı gelişmeye devam ettikçe ve sağlayıcılar değer temelli bakım modellerini benimsemelerini artırdıkça, uzun vadeli maliyetler düşmeden önce kısa vadeli finansal farklılıklar görülebilir. Bununla birlikte, hizmet başına ücretten değer başına ücrete geçiş, kaliteli bakımı artırırken ve insanların daha sağlıklı yaşam sürmelerine yardımcı olurken sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmenin en iyi yöntemi olarak benimsenmiştir (Catalyst, 2017).

### **3.1.5. Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Dezavantajları**

“Değere odaklanamamanın, bakımın parçalanması da dahil olmak üzere yıkıcı sonuçları olmuştur. Değeri maksimize etmek yerine maliyetleri kontrol altına almaya yönelik tedbirsiz çabalar, verimlilik adına daha fazla hata ve daha kötü sonuçlara neden olmuştur.” (Julie Fritz). Ancak değeri tam olarak anlayamayan yöneticiler için bu geri ödeme yöntemi pratikte parayı paylaşırma esnasında zorlanmalarına neden olabilir. Özellikle, kalite ölçümlerinin puanlanması, klinik standartları iyi yansıtmalı, istatistiksel olarak geçerli tahminleri rapor edebilmeli ve raporlanan puan tahminlerini hesaplamak için kullanılan yöntemlerin de şeffaf olması gerekmektedir (MacLean, 2017: 56). Ayrıca, mevcut alternatif ödeme modelleri grubunun karmaşıklığı ve geleneksel hizmet başına ücretin cazibesi, risk taşıyan sözleşmelerin yaygın olarak benimsenmesini engellemektedir (Werner ve Emanuel, 2021).

Değer bazlı ödeme sistemi kapsamında, sağlık kurumunun sınırsız maliyetleri için geri ödeme yapılmayacaktır; bir kuruma yapılacak ödeme oranı, kurumun kalite puanını uyguladıktan sonra ancak bakımla ilgili maliyetlerin belirli bir sınıra kadar olan kısmı yansıtılacaktır. Bir kurumun bakımla ilgili maliyetleri limitinden yüksekse, kuruma yapılacak ödeme, maliyetlerin limiti aşan kısmını içermez (Punelli ve Williams, 2016).

Sağlık hizmeti sunucuları, geleneksel geri ödemedeki değer bazlı geri ödemeye geçiş konusunda endişelenmektedirler. Değer bazlı geri ödeme ortamında başarı, düşük maliyetle yüksek kalite sağlamak için bakımın nasıl sağlanacağı konusunda temel bir değişikliğe ihtiyaç duymaktadır ve başarısızlık finansal sürdürülebilirliğin azalmasına neden olabilmektedir (Bhatt vd., 2015; Eggbeer vd., 2015; Kotzbauer ve Weeks, 2015; Wagner, 2015). Değer tabanlı geri ödemeye geçişte karşılaşılan bir diğer zorluk, geçiş dönemindeki gelir düşüşüdür. Değer bazlı programları uygulamak, birtakım prosedürler içerdiği için hastanelerin başlangıçta geliri azalabilir. Zor olan bunları optimize etmektir. Bunun için de sağlık kuruluşları boşa harcanmış kaynakları ortadan kaldırmayı hedefleyip bunlar için önlemler almalıdır (Joseph, 2017: 6).

Sağlık sistemleri değer bazlı bakıma geçtikçe, büyük bir sorunla karşı karşıyadırlar. Sadece hastaların bakımını nasıl belirlediklerini, ilgilendiklerini ve yönettiklerini yeniden düşünmekle kalmazlar, aynı zamanda sürekli olarak daha iyi koordine edilmiş bakım yaratmaları için doktorlarla ve diğer bakıcılarla ilişki kurmanın ve onları ortak bir amaç doğrultusunda birleştirmenin yollarını belirlemelidirler. Sağlık sistemleri aynı zamanda etkili geçişleri ve bakımın devamlılığını kolaylaştıran kaynaklara, örneğin bakım yönetimine yatırım yapmaya hazır olmalıdır. Buna ek olarak, iyiliğe odaklandıklarında, yatan hasta hacimlerinin azalacağını ve maliyet yapısında düzeltmeler gerekeceğini ve bu düşüşü telafi etmek için yan hizmetler eklemeleri gerektiğini bilmeleri gerekir (Henkel ve Marylve, 2015: 3). Ayrıca organizasyonel düzeyde daha geniş sorular gündeme gelir. Hangi sonuç ölçütleri kullanılıyor ve bunlar riske göre ayarlanmış mı? Tesis yöneticileri, klinisyenlerden, hastanın karmaşıklığından bağımsız olarak maliyetleri kısmalarını istiyor mu? Hasta sonuçları aynı araçla aynı şekilde ölçülüyor mu? Sonuç ölçümüne yönelik "herkese uyan tek beden" yaklaşımı işe yarayabilir mi, yoksa sonuçlara ve maliyete bakan değer temelli bir sistem hasta farklılıklarını tanıyıp hesaba katabilir mi? Bu sorulara iyi cevap verilmelidir (Greenfields vd., 2020: 39).

## 4. BÖLÜM

### 4.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Genel olarak, değer bazlı geri ödeme yöntemi harcamayı en aza indirmek yerine, ödenen miktar başına hasta merkezli sonuçlar olarak değeri vurgulayan bir sağlık hizmet sunumu mantığını ifade eder (Kaplan ve Porter, 2011; Porter ve Teisberg, 2006). Birçok ülkede sağlık hizmetlerinin aşırı maliyeti ve sunumunda artan verimsizlikler, mevcut sağlık hizmeti modelinin büyük ölçüde sürdürülemez olduğuna dair ortaya çıkan fikir birliği de göz önüne alındığında (Broerse ve Grin, 2017: 261; Porter ve Kaplan, 2016), değer bazlı geri ödeme yaklaşımı küresel olarak sağlık sistemleri için bugünün gerçeğidir. Türkiye’de halen resmi olarak gündemde görülmesi de akademik çevreler tarafından tartışılmaktadır. Sağlık sistemindeki finansal sürdürülebilirlik ve kalite baskısının Türkiye’de değer bazlı ödeme yöntemini politika konusu haline getirmesi olası görülmektedir. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin değer bazlı ödeme hakkında bilgi sahibi olması, gereklilikleri, kısıtlılıkları, olası fayda ve zararları konularına hâkim olması önem arz etmektedir (Durur, 2020: 180).

Mevcut durumda kullanılan ödeme modellerinin sağlık harcamalarında herhangi bir azalmaya yardımcı olmadığı ve performans artışına da bir katkısı olmadığı ortaya konulmuştur. Sağlık hizmetinin yeni bir gündeme, bir değer gündemine ihtiyacı vardır. Yapılacaklar listesinde ise; en iyi sonuçları elde etmek, bunu minimum maliyetle yapmak ve kaliteden ödün vermemek yer almaktadır. Bu çalışma değer bazlı geri ödeme yöntemini tartışmakta ve bu fikrin Türkiye Sağlık Sistemine uygunluğunu analiz etmektedir.

#### 4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Problemi

Kasım 2017 tarihli “Sürdürülebilir Sağlık Finansmanı İçin Hasta Güvenliği” ana temalı kongrenin bir sonucu olarak; sağlığın finansmanı ile hasta güvenliğinin birlikte değerlendirilmesi ve sağlık sonuçlarına göre değer bazlı sağlık hizmetine ödeme yapılması gerektiği belirtilmiştir (Şen, 2017: 1). Kalkınma Bakanlığı (2014)’nın

yayınladığı 10. Kalkınma Planı, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve mali sürdürülebilirlik raporuna göre; SGK'nın hizmet fiyatlandırma, denetim ve geri ödeme sisteminde sorunlarla karşılaştığı, belirlenen fiyatların adil olmayabildiği, yapılan denetimlerde kalite unsurları göz önüne alınmaksızın bürokratik belgeler üzerinde durularak sağlık kurumlarına güvensizliğin hâkim olduğu belirtilmiştir. Bu sorunu ortadan kaldırmak için en kısa zamanda hizmet başına ödeme sisteminden tanıya ve kaliteye dayalı ödeme sistemlerine geçilmesi gerekliliğinden bahsedilmiştir. SGK tarafından "Global Bütçe" yönteminin uygulandığı kurum ve alanlarda, sağlık hizmetinin kalitesi başta olmak üzere vatandaşların kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşımını engelleyebilecek unsurlardan arındırılmasının sağlanması gerekliliğinden bahsedilmiştir. Değer bazlı ödeme sistemine geçiş yapılması ile kalite ve güvensizlik sorunun ortadan kalkacağı düşünülmektedir.

11. Kalkınma Planı (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018: 45-46)'nda; Değer bazlı geri ödeme sistemini de dikkate alarak tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak şekilde kaliteyi, emeği ve hakkaniyeti ölçen bir ödeme sisteminin geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca kalkınma planında yer aldığı üzere sağlık hizmetlerinde yaşanan bir çok sıkıntının kök nedeni, hizmet başına ödeme yöntemi olarak belirtilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018: 45).

Değer bazlı geri ödeme, hizmet sağlayıcıları eğitmek ve bunları mevcut hizmet başına ödeme yönteminden değer tabanlı bir modele taşımak için uygun bir seçenek olduğuna inanılan bir yöntemdir. Sağlıkta geri ödeme yöntemleri Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sigortalar dahil tüm sigorta şirketlerini etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmet sunucuları, politika belirleyicileri ve hastalar arasında, mümkün olduğunca maliyetleri düşürürken, sağlık hizmet sunumunu iyileştirmeye çalışan değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin geri ödemesinin anlaşılması zor olabilir ancak hizmet sunumunu etkileyen uygun kararların alınmasında ve politikaların belirlenmesinde kritik bir öneme sahiptir.

Sosyal Güvenlik Kurumunun giderlerinin gelirlerinden fazla olması sebebi ile açık verdiği ortadadır. Bunun başlıca nedenleri arasında ise artan sağlık harcamaları yer almaktadır. Sağlık alanına ayrılan pay giderleri karşılama yeterli ve sürdürülebilir bir



oranda değildir. Açık hazineden aktarılmaktadır. Bu durum, üzerinde çalışılarak çözümler geliştirilmesi gereken bir durumdur. Artan sağlık harcamalarının sistem üzerindeki etkisini azaltmak ve sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla birtakım araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında herkese hakkaniyetli ve kaliteli bir hizmet sunmanın yanında sistemin sürdürülebilirliği ve geleceği açısından sağlık politikalarına yön verecek çalışmaların yapılması gerekmektedir (Güvercin vd., 2016: 92). Seyfioğlu (2019) da çalışmasında dünyanın dikkatini çeken değer temelli sağlık hizmeti modelinin Türkiye’de de dikkate alınmasının ve bu konuda çalışma yapılmasının ve uygulanabilirliği ile ilgili projeler geliştirilmesinin gerekliliğinden bahsetmiştir.

Bu tezin amacı, değer bazlı ödeme modeline geçerken kuruluşların ve sunulan hizmetlerin kalitesini artırmak için izleyebilecekleri kavramsal bir model sunmaktadır. Bir sağlık kuruluşu içinde, hasta sonuçlarını iyileştirmek için sağlık verilerini verimli bir şekilde kullanma noktasına ulaşmak adına birçok değişiklik yapılmaktadır. Tezin değişiklikler kapsamında yer alan değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişi yönlendirme konusunda bir rehber olacağı düşünülmektedir.

Değer ve maliyetin ölçümü Türkiye’de pek gündemde olmamasına rağmen, Amerika’da sağlık bakım hizmetlerinde hacim temelli ödemeden ziyade, değer temelli ödeme yaklaşımları için geniş bir çalışma mevcuttur. Ancak buradaki soru değer ölçümünün nasıl formüle edileceğidir (Lee vd., 2016: 323). Bu tez, değer bazlı geri ödeme yöntemi ile kaynakların ve kalite standartlarının doğru bir şekilde kullanılmasını sağlayarak maliyet verimliliğini destekleyen değer bazlı ödeme formülünde hangi parametrelere yer verilmesi gerektiğini ortaya koymayı hedeflemektedir. Sonuç olarak, Türkiye’de değer bazlı sağlık hizmetleri üzerine çalışmalar yapılmış olsa da kapsamlı bir değer bazlı ödeme yöntemi üzerine çalışma yapılmamıştır. Değer bazlı ödemenin Türkiye’de uygulanabilirliği üzerine düşünceleri ortaya koyacak olan bu tez uygulayıcılar, yöneticiler ve politika üreticiler açısından yol gösterici olacaktır.

Yukarıda sözü edilen ve yakın zamanda gerçekleştirilen çeşitli kongrelerde ve platformlarda, sağlık sistemimizde yenilikçi ödeme modellerine ihtiyaç duyulduğu

belirtilmekte ve değer bazlı ödeme modeline geçiş yapılması gerektiği dile getirilmektedir. Gündemde olan bu tartışmalar devam ederken konunun önemi daha belirgin hale gelmektedir. Bununla birlikte; Türkiye sağlık sisteminde “değer” kavramının ne ifade ettiği, içeriğinde nelerin yer alması gerektiği, değer bazlı ödeme yöntemi konusunda paydaşların görüş ve değerlendirmelerinin nasıl olduğu, Türkiye sağlık sisteminin bu geri ödeme yöntemine uygun olup olmadığı bilinmemektedir. Türkiye’de yeni gündeme gelen bu konu hakkında yeterli veri ve kaynak bulunmamaktadır. Bu çalışmanın temel amacı Türkiye için değer bazlı geri ödeme yönteminin uygunluğunu uzman görüşleri ile tartışarak sağlayacağı artıları, eksileri ortaya koymak ve değer formülünde hangi parametrelerin daha önemli olduğunu belirlemektir. Bu konuların tezde detaylı olarak incelenecek ve veri sağlanacak olması, tezin özgün yönünü oluşturmaktadır. Türkiye özelinde, paydaşların görüşlerine dayanarak "değer" kavramının somutlaştırılması ve Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine uygunluğunun değerlendirilmesinin bu alanda ulusal ve uluslararası literatüre katkı yapacağı düşünülmektedir.

#### **4.1.2. Araştırmanın Deseni**

Sosyal bilimlerdeki araştırmacılar, araştırma projeleri üzerinde çalışırken genellikle nitel, nicel veya karma araştırma yöntemlerinden birini seçerler (Creswell, 2013: 18). Araştırmada, bireylerin düşünce ve görüşlerini ortaya çıkararak katılımcılardan sağlanan veriler ışığında Türkiye için yeni bir ödeme modelinin uygulanabilirliği tartışılarak modelde yer alması gerektiği düşünülen parametrelere ulaşmak amaçlandığı için nitel yöntemlerden gömülü teori (grounded theory) yöntemi ve ileri teknik nitel veri analizi için de delphi tekniği kullanılmıştır. Gömülü teori, verileri toplamak ve analiz etmek için sistematik yönergelerle sahip genel bir metodolojidir. “Gömülü teori” adı, araştırmacıların ampirik verilerin titiz analizlerinden teori geliştirebilecekleri ve geliştirmeleri gerektiği şeklindeki temel önermesini yansıtır. Analitik süreç, kodlama verilerinden oluşur; teorik kategorileri geliştirme, kontrol etme ve entegre etme ve araştırma boyunca analitik anlatılar yazma şeklindedir. Gömülü teorinin yaratıcıları olan Barney G. Glaser ve Anselm L. Strauss (1967), ilk olarak araştırmacıların, nitel araştırmada rutin bir uygulama haline gelen eşzamanlı veri toplama ve analiz yapmaları

gerektiğini öne sürer. Araştırmacı, araştırma sürecinin başından itibaren verileri kodlar, verileri ve kodları karşılaştırır ve daha fazla veri toplama yoluyla geliştirilecek geçici kategorileri tanımlar. İncelenen bir konunun gömülü olan teorisi, somut veri seti ile soyut kavramlar arasındadır. Araştırmacı tanımlamalar ve yorumlamalar ile akıl yürütme süreçlerini kullanarak gömülü olan teoriye ulaşabilir (Charmaz ve Belgrave, 2015; Vollstedt, ve Rezat, 2019: 86).

Değer bazlı ödeme yönteminde geçen değer kavramı günlük hayatımızda karşımıza sık sık çıkmasına rağmen, bu kavramın sağlıkta ne ifade ettiği ve tam olarak oluşmasında rol oynayan faktörlerin derinlemesine irdelendiği söylenemez. Araştırma kapsamında “değer” olgusunun derinlemesine irdelenmesi hedeflenmiştir. Değerin belirleyicileri ve ödeme yöntemi olarak uygulanabilirliği üzerine odaklanılmıştır. Katılımcıların değeri anlamlandırmaları istenerek bir ödeme modeli içerisinde hangi değer parametreleri olması gerektiğinin yanıtı aranmıştır.

Nitel araştırmalarda kullanılan görüşme tekniğinin nihai hedefinin görüşülen kişilerin bakış açılarını ortaya çıkarmak olduğu söylenebilir (Kuş, 2012: 87). Yüz yüze görüşme, gömülü teori araştırmalarında kullanılan başlıca yöntemlerden birisidir. Burada araştırmacının derinlemesine görüşme yapma amacı, araştırma konusunun ilgi alanına giren görüşmecilerin bilgi dağarcığından yararlanmaktır. Bu tür görüşmeler yoluyla araştırmacı, görüşmecilerin konu hakkındaki bilgi ve görüşlerini keşfetmeyi ve detaylandırmayı amaçlar. Sıradan konuşmaların aksine, görüşmelerde bir araştırma sorusu üzerine odaklanılır ve sorunun cevabı derinlemesine irdelenir. Görüşmeyi yapan sosyal bilimci ana araştırma sorusuna odaklanarak, durumun niçin meydana geldiği, hangi anlam ya da anlamlara geldiği ve nasıl bir süreçte geliştiğine yönelik görüşmeyi sürdürür (Rubin ve Rubin, 2012: 5-6). Araştırmada görüşme yönergesi kullanılarak veriler derinlemesine görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Araştırmanın görüşme soruları literatür taraması sonucu ve ilgili uzmanların görüş ve önerileri ışığında hazırlanmıştır. Bu doğrultuda; sağlıkta değer kavramının nasıl değerlendirildiği, değer nasıl somutlaştırılabileceği, değer kavramı içerisinde hangi faktörlerin yer alması gerektiği, Türkiye sağlık sisteminin hastaların hizmet aldıktan sonra da izlenmesini gerektiren değer bazlı geri ödeme sistemine uygunluğu, Türkiye şartlarında başarılı olup

olmayacağı, değer bazlı geri ödeme yönteminin avantaj ve dezavantajlarının neler olduğu gibi sorular yer almaktadır.

Sorular belli bir sistematik ve usul çerçevesinde, görüşme formu takip edilerek sorulmuştur. Yarı yapılandırılmış görüşme formunun kullanıldığı araştırmada, veriler görüşmecilerle yüz yüze gerçekleştirilen görüşmeler sonrası elde edilmiştir. Araştırma konuları herhangi bir kişi, kurum ya da kuruluş açısından zararlı bir durum içermezken, katılımcıların araştırma için gönüllü katılmaları beklenmiştir.

Araştırma, nitel araştırma yöntemi uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Nitel araştırma, örneğin bir terimin nasıl oluşturulduğunu ve anlamlandırıldığını vurgulayan soruların yanıtlarını ararken; nicel araştırma tersine, sürecin değil, değişkenler arasındaki nedensel ilişkinin analizini ve ölçümünü vurgular (Srivastava ve Thomson, 2009: 73-74). Creswell (2015: 44) tarafından nitel araştırmanın kapsamlı bir tanımı şu şekilde yapılmaktadır: “Nitel araştırma, anlamlara değinen ve araştırma problemlerinin incelenmesini içeren yorumlayıcı/kuramsal çerçevelerin kullanımı ile başlar. Problemi araştırmak için, nitel araştırmacılar; araştırmadan elde edilen veri ve koleksiyonlarını hem tümevarım hem de tümdengelimli, yaklaşımlarla örüntü ve temalar kurarlar. Bu araştırmada, nitel araştırma yönteminin seçilmesinin en önemli nedeni, değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanabilirliğinin her yönüyle araştırılabilmesi için ilgili taraflarla yüz yüze görüşülerek konuyla ilgili olarak detaylı bilgi elde edebilmektir.

Elde edilen veriler tematik kodlama yoluyla çözümlenecektir. Bu yöntem, büyük veri parçalarını çözümlemek için kullanılan bir nitel araştırma tekniğidir. Attride ve Sterling (2001) metnin indirgenmesi, incelenmesi ve entegrasyonu olarak özetlenebilecek olan tematik kodlama sürecini altı başlıkta toplamıştır:

- Veriyi kodlamak
- Temaları tanımlamak
- Ağları oluşturmak
- Tematik ağları tanımlamak
- Tematik ağları özetlemek

- Örüntüleri yorumlamak

Bu çalışmayı yönlendiren kavramsal çerçeveye dayalı nitel bulgulara yapı sağlamak için, başlangıçta görüşme soruları ile transkriptleri kodlanmıştır. Ardından Braun ve Clarke (2006)'nın da belirttiği gibi belirli temaları ve aralarındaki ilişkileri ortaya çıkarmak için bir kez daha kodlama yapılmıştır. Araştırmacı ve alanla ilgisi olan başka bir nitel araştırmacı tarafından, tematik sonuçlar değerlendirilip mutabakat veya farklılaşma alanları tartışılarak bir fikir birliğine varılmıştır. Sorumlu araştırmacı tarafından tematik bulgular bağımsız olarak gözden geçirilerek, tutarsızlıklar netleştirilmiştir.

Gömülü teori ile ortaya çıkarılan, değer bazlı ödeme modelinde yer alması gerektiği düşünülen parametrelere çok fazla olması ve ölçme gücünü yaratacağı düşünüldüğünden delphi tekniği uygulanmasına karar verilmiştir. Delphi tekniği, önemli ölçüde belirsizliğin olduğu ve ampirik kanıtların eksik olduğu yerlerde fikir birliği oluşturmak için iyi kurulmuş bir araştırma yöntemidir (Jones ve Hunter, 1995; Riddle ve Tribble, 2008).

Görüşmelerin sonucu ortaya çıkan değer parametreleri literatürden elde edilen bilgiler ışığında derlenerek delphi tekniği ile, konuyla ilgili olan ve/veya konuyla ilgili çalışmalar yapmış olan uzmanlara önem derecesine göre puanlandırılmak üzere e-posta ile gönderilmiştir. Bu aşamada fikir birliği oluşana kadar parametrelerin değerlendirilmesi tekrar etmiştir. Türkiye'de uygulanabilecek bir değer bazlı ödeme modeli içerisinde olması gereken parametrelere ulaşılması amaçlanmıştır. Değer bazlı geri ödeme modelindeki en önemli olan parametreleri belirlemek ve gereksiz olan parametreleri çıkarmak için Likert tipi ölçek kullanılmasına karar verilmiştir. Parametreler, 1 (çok önemsiz), 2 (önemsiz), 3 (ne önemli ne önemsiz), 4 (önemli) ve 5 (çok önemli) arasında değişen bir ölçekle puanlandırılmıştır. Değer bazlı geri ödeme modeli içerisinde yer alması gereken parametreleri belirleyebilmek için 2 turlu bir delphi çalışması yürütülmüştür. Önem derecelerine göre belirlenen parametrelerde fikir birliğine 2.turda ulaşılmıştır.

### 4.1.3. Araştırmanın Katılımcıları

Sağlık hizmetleri sunucularına geri ödeme mekanizmalarını (yöntemlerini) etkileyen dört ana aktör vardır. Bunlar; hizmet sağlayan organizasyonlar, bu organizasyonlarda mesleklerini icra eden sağlık profesyonelleri, hizmetten fayda sağlayan hastalar ve hizmete karşılık ödeme yapan organizasyonlar ve kişiler (özel sağlık sigortaları, hükümet birimleri, sosyal güvenlik kurumları ve bireysel ödeyiciler gibi). Sağlık sektöründe her aktör kendi amaçları doğrultusunda hareket eder. Ancak bu amaçların diğer aktörlerin amaçları ile örtüşebileceği veya çelişebileceği durumlar söz konusu olabilir. Bu yüzden ödemelerde kullanılacak mekanizmaların, bu aktörler arasındaki potansiyel amaç belirsizliklerini ve çatışmaları belirleyip azaltmaya çalışması gerekir (Top ve Tarcan, 2007: 171). Bu çalışma ile bir geri ödeme modeli değerlendirilmesi amaçlandığı için katılımcıların bu aktörler arasından seçilmesine karar verilmiştir.

Araştırmaya konu olan katılımcıların belirlenmesi için amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme türü ve maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Ölçüt örnekleme, araştırmacı tarafından daha önceden belirlenmiş belli başlı ölçütleri karşılayan durumların tespit edilmesidir (Yıldırım ve Şimşek, 2008: 112). Kriter temelli örneklem olarak da bilinen ölçüt örnekleme, araştırılan fenomene yönelik deneyimlere sahip kişileri temsil eden bireylerden oluştuğunda iyi sonuçlar alınmaktadır (Creswell, 2013: 155). Bu bilgi doğrultusunda ve araştırma kapsamında katılımcıların değer bazlı geri ödeme yöntemi hususunda bilgi sahibi olması şartı aranmıştır. Aynı zamanda maksimum çeşitlilik örnekleme ile aşağıda belirtilen kurumlar ve gruplar arasından ilgili anahtar kişilerin seçilmesi yoluyla katılımcılar belirlenmiştir:

1. Sağlık Bakanlığı (4),
2. Sosyal Güvenlik Kurumu (6),
3. Akademisyenler (4),
4. İlgili meslek elamanları (3),
5. STK temsilcileri (2),
6. Türkiye Büyük Millet Meclisi Sağlık Komisyonu (2),
7. Hastalar (3),

8. Araştırma Merkezleri (2),

9. Amerika Birleşik Devletleri'nde bulunan araştırmacılar (2).

Ayrıca bu gruplar içerisinde katılımcı seçilirken amaçlı örneklem yöntemindeki kartopu örnekleme tekniği yoluna da başvurulmuştur, bu çerçevede katılımcılardan, araştırmaya katılabilecek görüşmeci önerileri (varsa) alınmıştır. Böylelikle, hedeflenen veri çeşitliliğinin sağlandığı görüşmeci sayısına ulaşılmış ve alan araştırması sonlandırılmıştır.

#### **4.1.4. Araştırmanın Veri Toplama Süreci ve Analizi**

Nitel araştırma yöntemleriyle gerçekleştirilecek olan bu araştırmada, verilerin görüşmeler yoluyla elde edilecek olması ve niteliksel olarak analiz edilecek olması, araştırma kapsamında kendileriyle görüşülen kişilerin gerçek düşüncelerinin derinlemesine incelenmesine olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda çalışma derinlemesine görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir.

Veri toplama aracı olan yarı yapılandırılmış görüşme formu 3 uzman tarafından tartışılarak geliştirilmiş ve nitel araştırmalar uzmanı ile son şekli verilmiştir. Formda 11 temel soru yer almaktadır. Ek 3'te de yarı yapılandırılmış görüşme formuna yer verilmiştir. Görüşmede katılımcılara;

- Değer kavramının açılımına ve somutlaştırılmasına
- Geri ödemede değere yer verilip verilmemesine
- Değer formülünde hangi parametrelerin yer alması gerektiğine
- Pilot uygulamaya
- Uygulanma sürecine
- Ödeme yönteminin değiştirilme kapasitesine
- Performans üzerine etkisine

- Değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişi zorlaştıracak ve kolaylaştıracak faktörlere
- Değer bazlı ödeme yöntemini destekleyecek ve karşı çıkacak gruplara
- Yöntemin avantaj ve dezavantajlarının neler olacağına
- Türkiye sağlık sistemine uygunluğu ve gelecek başarısı hakkındaki görüşlerine ilişkin sorular yönetilmiştir

Çalışmanın ikinci kısmında ise nitel görüşme esnasında sorulan, değer formülünde hangi parametrelerin yer alması gerektiğine ilişkin görüşlerden elde edilen bulgular ve literatür taraması sonrası belirlenen Ek-5'te yer alan 40 parametre delphi tekniği kullanılarak konu ile ilgisi ve çalışmaları bulunan 10 uzman tarafından önem derecelerine göre puanlandırılmak üzere "Google forms" programı üzerinden hazırlanarak e-posta yoluyla gönderilmiştir. Daha sonrasında elde edilen veriler Excel programı üzerinden önem derecelerine göre (Çok önemli 5, Önemli 4, Ne önemli ne önemsiz 3, Önemsiz 2, Çok önemsiz 1 olacak şekilde) puanlandırılmıştır. Yine Excel programı aracılığı ile her parametrenin ortalaması alınarak 4 ve üzeri puan alan 16 parametre 2. turda sorulmak üzere tekrar bir form hazırlanmıştır. Bu formda Ek-6'da da yer verildiği üzere;

- Hasta ve yakınının memnuniyeti
- Hastane iyileşen hasta oranı
- Hastane personelinin yetenek ve yeterliliği
- Komplikasyon oranı
- Hastanın 30 gün içerisinde yeniden yatış hızı
- Güvenli ilaç uygulamaları
- Doğru teşhis ve tedavi oranı
- Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı
- Sağlık personelinin hasta ile iletişimi



- Hasta ve yakınlarının eğitimi
- Vaka karma indeksi
- Toplumsal hastalık yükünün (Qaly (Quality Adjusted Life Years), Daly (Disability Adjusted Life Years)) azaltılması
- Malpraktis oranı
- Hastanın 30 gün içerisinde yeniden polikliniğe başvuru hızı
- İşlem tekrarı (tetkik, film, mr vb.)
- Hastanın tedavi sonrası sağlık statüsü şeklinde belirlenen parametrelere yer verilmiştir.

Yapılan 2. tur sonucunda 15 parametre 4 ve üzeri puan aldığı için fikir birliği oluşturulmuş üçüncü bir tura geçilmesine gerek kalmadan çalışma sonlandırılmıştır.

Veri toplama süreci tamamlandıktan sonra, dokuz katılımcı grubu oluşturularak katılımcılardan elde edilen veriler çözümlenmiştir. Analiz aşaması öncesinde, her bir gruba ait verilerin öncelikle kendi içerisinde kodlanarak, genel grup eğilimlerinin ve gruptan farklılaşmaların tespit edilmesi, ardından grup verilerinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi planlanmış olsa da verilerin kodlanması aşamasında, katılımcıların değerlendirmelerinin birbirini tamamlayan yapıda olduğu görülmüştür. Buradan hareketle, tekrara düşülmemesi ve araştırma örüntüsünün desteklenmesi amacıyla, elde edilen bulgular birleştirilerek yorumlanmıştır.

Yarı yapılandırılmış görüşmeler, görüşmeyi kabul eden katılımcılar ile araştırmacının kendisi tarafından 18 katılımcı ile yüz yüze, pandemi süreci nedeni ile de 8 katılımcı ile online görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılımcıdan biri ses kaydı göndermiş, 1 katılımcı ise soruları e-posta yolu ile cevaplamıştır. Görüşmeler 23 Haziran 2020 – 30 Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerden elde edilen verilere transkripsiyon işlemi uygulanarak ses ortamından Word programına aktarılması sağlanmıştır. Transkripsiyon işlemi sonucu elde edilen veriler nitel veri analizi paket programlarından birisi olan Maxqda programına aktarılmıştır. Elle yapılan işlemler pratik olmadığı gibi zaman alıcı da olduğu için (Baş ve Akturan, 2013: 127) bilgisayar

programı kullanılmıştır. Maxqda programı araştırmacının sistematik bir şekilde nitel testleri değerlendirmesine ve yorumlamasına yardımcı olan bir yazılım programıdır (İlgar ve İlgar, 2014: 62). Maxqda gibi bilgisayar tabanlı programlar, fazla sayıda kavram ve kategorinin elde edildiği çalışmaların görselleştirmesinde ve ilgili kavramlar ve kategoriler arasındaki ilişkilerin daha net anlaşılmasında fayda sağlamaktadır (Clarke, 2016).

Maxqda 20 programı ile yapılan nitel veri analizi sonucu 28 katılımcıdan elde edilen veriler ve literatürden elde edilen bilgiler ışığında uzman görüşü de alınarak 40 parametreden oluşan bir anket geliştirilmiştir. Bu anket iki aşamalı bir Delphi yöntemi ile uzman paneli görüşlerine sunulmuş ve her bir madde ‘Değer bazlı geri ödeme modelinde bu parametreyi ne kadar önemli görüyorsunuz?’ sorusuna yanıt alınacak şeklinde tasarlanmıştır. Puanlamada, 5’li Likert leği kullanılmıştır: (1) ‘ok önemsiz’, (2) ‘nemsiz’, (3) ‘ne önemli ne de önemsiz’, (4) ‘nemli’, (5) ‘ok önemli’. Veriler Excel programı ile ortalamaları alınarak analiz edildikten sonra ikinci tura geçilmiştir. İkinci tura 16 parametre kalmış ve 15 parametrede fikir birliği sağlanmıştır. Delphi çalışmasında nc bir tura geçilmesine gerek kalmadan araştırma tamamlanmıştır. Elde edilen bulgulara ilişkin tartışma ve değerlendirmeler yapılarak raporlama sonlandırılmıştır.

#### **4.1.6. Araştırmanın Geçerlik ve Güvenirliliği**

Nitel araştırmalarda, nicel araştırmalarda bulunan geçerlik güvenirlik kavramları kullanılmamaktadır. Yapılan nitel bir çalışmada veri analizinin geçerli kabul edilebilmesi için, araştırmada varılan yorumlamalara ve sonuçlara hangi adımlarla varıldığının şeffaf olması, anlaşılır olması ve teorik yapıların birbirine uyması gerekir. Bunlar geçerlik için gerekli adımlardır (Auerbach ve Silverstein, 2003). Maxwell (2013) geçerliliğin 5 boyutla incelenebileceğini ortaya koymuştur; betimsel, yorumlayıcı, teorik, değerlendirici geçerlik ve genellenebilirlik. Bu sebeple çalışmanın verileri toplandıktan sonra yapılan kodlama sonucu elde edilen boyutlarla ilgili olarak konunun uzmanlarından görüş alınması amacıyla uzmanların boyutları incelemesi, değerlendirmesi ve geri bildirimde bulunması istenir.

*“Uzman incelemesi iki biçimde karşımıza çıkmaktadır. İlki; uzmanın araştırmacı ile birlikte değerlendirme toplantısı yapmasıdır. Bu toplantıda araştırmacı, tüm süreçleri uzmana aktarır, kendi yaklaşımını ve düşünme biçiminin geçerliliğini uzman ile birlikte değerlendirir. Uzman, bu süreçlere ilişkin sorular sorarak, süreçlerin uygunluğuna ilişkin dönütler verir. İkinci tür uzman incelemesi ise; tüm verilerin uzmana gönderilerek, incelendikten sonra geri bildirim alınmasıdır. Her iki yaklaşımda da amaç, araştırmacının yaklaşımının geçerliliğini değerlendirmek, başka bakış açısıyla geri bildirimde bulunmaktır”* (Yıldırım ve Şimşek, 2013: 27). Çalışmada ikinci tür uzman incelemesi yapılarak geçerlilik sağlanmıştır. Ayrıca geçerliliği sağlamak adına görüşmeler kayıt altına alınmış ve katılımcı teyidi alınmıştır.

Tüm nitel araştırmacıların araştırma tasarımı ve uygulaması sırasında bir çalışmanın güvenilirliğini artırmak için stratejiler kullanması zorunludur. Nitel araştırmayı değerlendirmek için kullanılan evrensel olarak kabul edilmiş bir terminoloji ve kriter bulunmamaktadır (Noble ve Smith, 2015: 35). Güvenirlilik için bu çalışmada bulgular açık ve anlaşılır bir şekilde ortaya konulmuştur ve öncesinde kodlamalar araştırmacının kendisi tarafından iki defa gerçekleştirilmiş, kodlar arasında tutarlılık sağlanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile elde edilen ana temalar birbiriyle uyumlu bulunmuştur. Ayrıca verilerin sonuçlarla olan ilgisini değerlendirmek için birebir alıntılar yapılmıştır.

#### **4.1.7. Araştırmanın Etik Durumu**

Her türlü araştırmada etik konular mevcuttur. Araştırma sürecinde, başkalarının iyiliği için genellemeler yapma çabası ile katılımcıların mahremiyetini koruma hakları arasında etik ihlaller meydana gelebilir. Etik, iyilik yapmak ve zarar vermekten kaçınmakla ilgilidir. Uygun etik ilkelerin uygulanmasıyla zarar önlenir veya azaltılabilir. Bu nedenle, herhangi bir araştırma çalışmasında katılımcıların korunması zorunludur (Orb, vd., 2000: 93). Bu kapsamda çalışma için Hacettepe Üniversitesi Etik Komisyonu'na başvurulmuş olup 17 Temmuz 2018 tarihinde yapılan komisyon toplantısı ile çalışma etik açıdan uygun bulunmuştur. Ek 2'de etik kurul izni verilmiştir. Görüşmeler esnasında ve sonrasında herhangi bir problemle karşılaşmamak adına katılımcıların kurumlarından gerekli yasal izinler de alınmıştır. Yasal izinler Ek 9

(Sağlık Bakanlığı yasal izin belgesi) ve Ek 8 (Sosyal Güvenlik Kurumu yasal izin belgesi)'de verilmiştir.

#### **4.1.8. Araştırmada Karşılaşılan Sorunlar**

Düşük bir olasılık olduğu düşünülmeyle birlikte, görüşme yapmak üzere seçilen kişilerin görüşmeyi kabul etmemesi veya görüşmenin gerçekleştirilememesi durumunda, araştırmanın başarıyla yürütülmesini sağlamak için B planı olarak, aynı kurum veya gruptan seçilen kişiyi temsil edebilecek veya benzer özelliklere/niteliklere sahip başka kişiler seçilerek araştırmaya devam edilmesi planlanmıştır. Katılımcıların zamanlarının kısıtlı olması, bazı katılımcıların görüşmeye karşı olumsuz tavır sergilemesi ve araştırmada elde edilen bulguların görüşülen katılımcıların bilgi ve tecrübeleriyle sınırlı olması çalışmanın kısıtlarını oluşturmaktadır. Ayrıca Mart 2020'de ortaya çıkan Covid-19 pandemisi sebebi ile görüşmecilerin bazıları görüşmek istememiştir ve birkaçına kamuda uygulanan esnek çalışma sebebi ile ulaşılması güç olmuştur. Ayrıca alan araştırması, kamu kurumları çalışanlarına ulaşmada yaşanan zorluklar nedeniyle planlanandan uzun sürmüştür.

#### **4.1.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Sonuçlarımız çalışma kısıtlılıkları ışığında yorumlanmalıdır. Uzmanların seçimi bu çalışmanın amacına uygun olmasına rağmen, sonuçların genelleştirilebilirliği sınırlı olabilir. Bunun nedeni nitel çalışmaların genellenebilirliği konusunda net bir görüşün ortaya konulamamış olmasıdır. Çünkü nitel araştırmaların çalışma grupları eşsizdir ve benzerlerinin toplumsal yapı içinde bulunma olasılığı düşüktür. Bu sebeple nitel araştırmalarda ancak sınırlı ve özel genellemeler yapılabilmektedir (Baltacı, 2019: 383). Niteliksel araştırmada örneklem büyüklüğü önemli bir kriter olmasa da çalışma, konunun uzmanı 25 katılımcı ve 3 hastadan oluşmaktadır. Katılımcıların konu hakkında bilgi sahibi olması şartı arandığı için sigorta şirketlerinde çalışan meslek grubuna ulaşamamıştır. Veri toplama süreci pandemi (Covid-19) sebebi ile tek düze değil, yüz yüze, online ve elektronik kaynaklar aracılığı ile yürütülmüştür. Bundan kaynaklanabilecek veri farklılıkları olabileceği çalışmanın diğer bir sınırlılığı olarak

görülebilmektedir. Katılımcılarla yapılan görüşmeler, hazırlanmış yarı yapılandırılmış görüşme formu ve nitel araştırmanın doğası gereği çalışmayı yürüten araştırmacının akademik deneyimi ile sınırlıdır.

Delphi tekniği aşamasında uzmanlar kendilerine ilk sunulan belirli maddelerden etkilenmiş olabilir ve bu onların puanlamalarını etkileyebilir. Bu potansiyel önyargının diğer turlarda soruların tekrar etmesiyle ve parametrelerin tartışmaya açık olması, anlaşılmayan maddelerin geri dönüşler yolu ile açıklanması ile ortadan kaldırıldığı düşünülmektedir.

## 5.BÖLÜM

### 5.1. BULGULAR

Bu bölümde yarı yapılandırılmış görüşme formu ile katılımcılardan elde edilen kalitatif verilere ilişkin bulgular yer almaktadır. Çalışmada 28 katılımcı bulunmaktadır. Bunların 6'sı kadın 22'si erkek katılımcıdan oluşmaktadır. Katılımcıların tamamı bütün sorulara yanıt vermiştir. Katılımcıların Maxqda programı üzerinde belge (katılımcı görüşmelerinin Word hali) grubuna göre sınıflandırılmasına ve kodlanmasına Tablo 4'te yer verilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu katılımcıları; SGK (1-2-3-4-5-6) şeklinde kodlanmıştır. Sağlık Bakanlığı katılımcıları; SB (1-2-3-4) olarak kodlanmıştır. Araştırma Merkezleri'nde çalışan katılımcılar; ARŞ (1-2) olarak verilmiştir. Sivil Toplum Kuruluşu'ndan katılanlar; STK (1-2) olarak, Sağlık Çalışanları; SÇ (1-2-3) olarak, Akademisyenler; AKD (1-2-3-4), Milletvekilleri; MV (1-2) olarak çalışmada belirtilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşamakta olan araştırmacılar ise ABD (1-2) olarak belirtilmiştir.

**Tablo 4. Katılımcılar ve Görüşmelerin Özellikleri**

Katılımcı	Görüşme Yöntemi	Görüşmenin Süresi	Kelime Sayısı	Kod sayısı
SGK-1	Yüz yüze	48dk	604	52
SGK-2	Yüz yüze	67dk	776	47
SGK-3	Yüz yüze	73dk	984	54
SGK-4	Yüz yüze	80dk	1124	62
SGK-5	Yüz yüze	49dk	743	47
SGK-6	Yüz yüze	54dk	835	58
SB-1	E-posta yolu ile	-	533	57
SB-2	Yüz yüze	88dk	884	64
SB-3	Yüze yüze	90dk	954	88
SB-4	Yüz yüze	75dk	923	57
AKD-1	Online	110dk	2259	91
AKD-2	Online	130dk	3339	74
AKD-3	Online	98dk	2226	55
AKD-4	Ses Kaydı	45dk	2854	32
SÇ-1	Yüz yüze	63dk	564	45
SÇ-2	Yüz yüze	47dk	617	51
SÇ-3	Yüz yüze	55dk	734	67
MV-1	Online	65dk	1162	41
MV-2	Yüz yüze	76dk	1198	36

Devamı...

Tablo 4. Katılımcılar ve Görüşmelerin Özellikleri (devamı)				
HST-1	Yüz yüze	49dk	854	61
HST-2	Yüz yüze	57dk	641	44
HST-3	Yüz yüze	42dk	702	39
STK-1	Online	74dk	2747	76
STK-2	Yüz yüze	61dk	1813	46
ARŞ-1	Yüz yüze	79dk	1542	53
ARŞ-2	Online	122dk	3142	46
ABD-1	Online	66dk	1450	56
ABD-2	Online	74dk	1677	63

Görüşmeler ortalama 71 dakika sürmüştür. On sekiz görüşme yüz yüze gerçekleştirilirken 8 katılımcı ile görüşme online platformlarda gerçekleştirilmiştir.

Analizler sonucu 11 ana tema ortaya çıkmıştır. Bunlar; değer kavramının açılımı, değer bazlı geri ödeme modeline geçiş hakkındaki düşünceler, değer formüle edilmesi, değer bazlı geri ödeme yönteminde pilot uygulama hakkındaki görüşler, uygulama sürecine ilişkin görüşler, Türkiye sağlık sisteminin var olan geri ödeme modelini değiştirme kapasitesi, değer bazlı geri ödemenin performans üzerine etkisi, değer bazlı geri ödeme modeline geçişi zorlaştıracak ve kolaylaştıracak faktörler, modelin uygulanmasını destekleyecek ve karşı çıkacak gruplara ilişkin görüşler, modelin Türkiye sağlık sistemi için avantajları ve dezavantajları, Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine uygunluğu şeklinde belirlenmiştir. Yarı yapılandırılmış görüşme formu ile ortaya çıkan ana temalar uyumlu bulunmuştur. Bir bütünlük sağlanması için bulgular görüşme formundaki soru sırasına göre verilmiştir. Ayrıca katılımcıların bazı yanıtlarından alıntılar yer almaktadır. Kodların frekansı parantez içerisinde “n” olarak verilmiştir.

### 5.1.1. Değer Kavramının Açılımına İlişkin Bulgular

*“Verdiğinin karşılığında aldığı kalitedir, değer.”* (ABD-1)

Katılımcılardan ilk olarak “Değer” kavramının açılımını yapmaları istenmiştir. Sağlık hizmetlerinde değer ne anlam ifade ettiği sorulmuş ayrıca soyut bir kavram olan değer sağlık hizmetlerinde nasıl somutlaştırılabileceğine dair görüşleri istenmiştir.

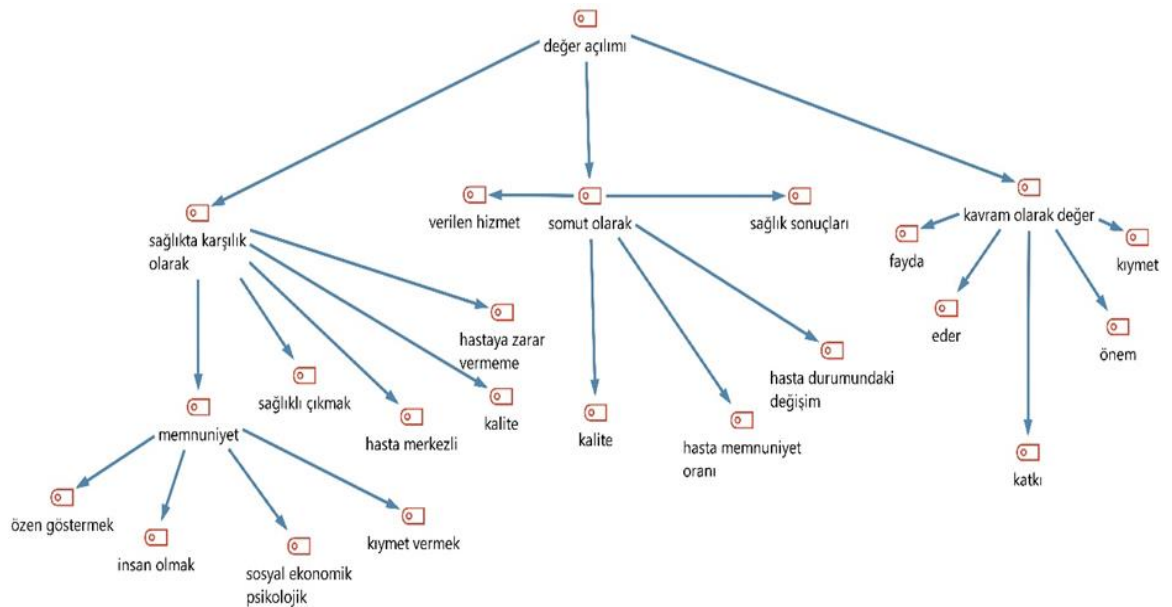




ARŞ-2 değeri, matematiksel olarak bir şeyin gerçek rakamlarına ulaşması ve katma değer sağlaması olarak tanımlarken, MV-1, “...günün sonunda ortaya çıkan çıktı ötesi sonuç” olarak tanımlamıştır.

Bu başlık altında bulgular aşağıdaki şekilde gösterildiği üzere 3 boyutta incelenmiştir: Kavram olarak değer, somut olarak değer ve sağlıktaki karşılık olarak değer. Kavram olarak değer; çıktı ötesi sonuç, en doğru olanın yapılması, israfın ortadan kaldırılması, hedeflenene ulaşılması, üstünlük, katkı, eder, önem, kıymet, kalite, fayda ve anlam olarak kodlanmıştır. Sağlıktaki karşılık olarak; toplum sağlığına katkı sağlama, kanıta dayalı hizmet sunma, hastaya zarar vermeme, hizmete ulaşım (erişilebilirlik), eşitlik, maliyet avantajı, hastanın sağlık sonuçları, ekonomik fayda, hizmet, kazanım, karşılaştırma, etkililik, parasal karşılık, fayda, hasta merkezli, doğru tedavi, memnuniyet, sosyal ekonomik ve psikolojik etki, insan olmak, kıymet vermek, özen göstermek, sağlıklı çıkmak, az maliyet, kalite, hedef, verimlilik kodları ortaya çıkmıştır.

### Şekil 7. Değer Kavramının Hiyerarşik Kodlanması



Şekil 7’de görüldüğü üzere uygulanan hiyerarşik kod-alt kod modeli sonucunda değer açılımı teması kavram olarak, somut olarak ve sağlıktaki karşılık olmak üzere 3 kategori altında toplanmıştır. En çok tekrar edilen 5 kod ve memnuniyet kodunun alt kodları

şekildeki gibi elde edilmiştir. Kavram olarak tanımların bazıları yukarıda kelime bulutunun altında verilmiştir.

Bazı katılımcıların sağlık hizmetlerinde değer kavramını nasıl tanımladıklarına ilişkin ifadeleri:

- *“Sağlık spesifik yanlışlarının tolere edilemediği, hesaplarının çok daha iyi yapılması gerektiği bir alandır. Herhangi bir yanlışlıkta ya o ürünü kullanana ya da hastaya zarar getirebilen bir sektör olması sebebi ile risklerinin çok iyi ve isabetli analiz edilip faydasının maksimize edilmesi gerekir. Ürün veya hizmet alımı olarak gerçekleştiği için ikisinin de kalitesine önem verilmelidir.” (ARŞ-1)*
- *“Sağlık hizmetlerinde değer, sağlık çıktılarının yani sonuçların ölçülmesine dayanmaktadır.” (SGK-3)*
- *“Taburcu olan hastanın durumudur:*
  1. *Tam Salih hali; Hastaneden hastanın iyi olarak çıkması halidir. Odak nokta sağlık bir şekilde çıkan hasta sayısı olmalıdır.*
  2. *Tedavinin devam hali; tam anlamıyla iyileşemeyen hastalar olması.*
  3. *Tabut hali; bu da en son isteyeceğimiz taburculuk halidir.” (SB-4)*

Sağlık Bakanlığı katılımcı-1, sağlıktaki değer kavramının karşılığını aşağıda yer alan şu sözlerle ifade etmiştir:

*“...bir insana bir hastaya değer vermek, özen göstermek ona kıymetli olduğunu hissettirmek bir kültürdür. Ve bu insan olmaktan geçer. Hastalarımıza değer katmak birincil hedefimiz olmalıdır. Her tüketici satın aldığı şeylerden parasının karşılığını almak ister. Sağlıkta değer ise ne kadar kaynakla ne kadar sağlık üretildiği ile ilgilidir.”*

Katılımcıların değer somutlaştırılmasına ilişkin ifadelerinin tamamı şu şekilde kodlanmıştır; hasta takibi ile ölçerek sayısallaştırılabilir, veri ortaya koyarak, sistematik değerlendirme yaparak, hasta durumundaki değişim ile, performansın denetimi, doğru hesaplama, girdi çıktı oranı, sağlık sonuçları, objektif ve kıyaslanabilir sonuçlar ile,

ekonomik değerlendirme yöntemleri kullanılarak, puan sistemi ile, doğru hizmet sunumu, iş gücü, sağlık çalışanı memnuniyeti, hasta memnuniyet oranı, hakkaniyet, sosyal güvence, verilen hizmetler, kalite ve maliyet.

Katılımcıların değerini nasıl somutlaştırılabileceğine ilişkin görüşleri aşağıda yer almaktadır.

- *“Sunulan sağlık hizmetinin çıktılarını ve girdilerini puantaja çevirerek.”* (SGK-1)
- *“Hastanın iyileşip iyileşmediğine bakılarak.”* (MV-2)
- *“Hasta memnuniyeti oranları, hasta şikayetleri ve tıbbi hata oranlarına bakılarak”* (AKD-1).
- *“...hasta memnuniyeti sadece hekimini ne kadar sevdiğiyle ilgili değil aynı zamanda komplikasyonlar, çekilen acı ve günlük yaşam aktivitelerine dönüş hakkında da geri dönüşleri içermelidir.”* (SGK-4).
- *“Hizmet alımında girişten çıkışa kadar olan tüm süreçler değerlendirilerek.”* (SGK-2).
- *“Veriler incelenerek hastanın yatış ya da hizmet alımı esnasında hastaneyi, sağlık çalışanlarını, hizmetleri değerlendirmesi ile”* (HST-1).
- *“Hastanenin kalite oranlarına bakılarak”* (SÇ-2).

Amerika’da yaşayan araştırmacı-2 verdiği örnekle; *“...bir kalp hastası geldiğinde ilk ekg ne zaman çekildi? ilk aspirin ne zaman verildi? doktor ne kadar süre sonra hastayı gördü? gibi hasta ve hastalık özelinde değerlendirmeler yaparak...”* değer somutlaştırılabilir demiştir.

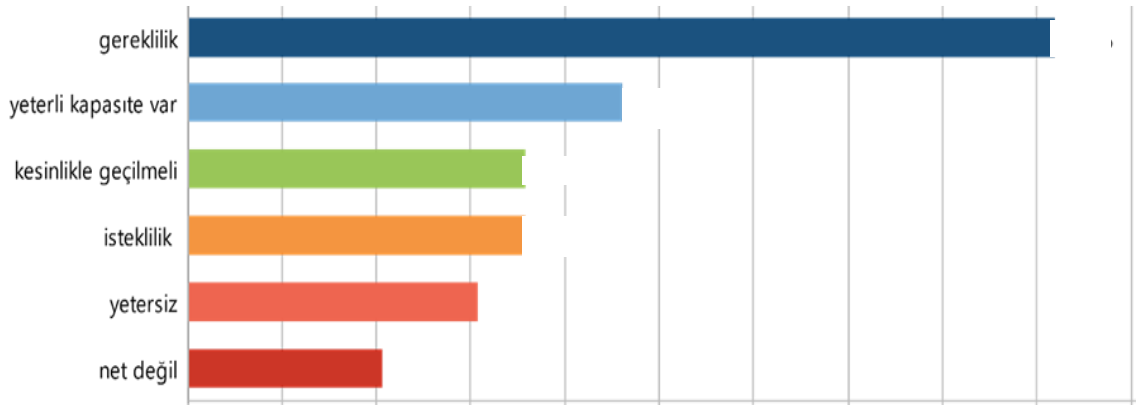
### **5.1.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Modeline Geçiş Düşüncelerine İlişkin Bulgular**

*“Geri ödeme modelinde değere yüzde yüz yer verilmeli. Özellikle sağlıkta finansmanın tüm dünyada sıkışıldığı bu dönemde bilhassa yer verilmesi gereklidir.”* (SGK-5)

Katılımcılara sağlıkta geri ödeme yöntemlerinde değere yer verilmesi hakkında ne düşündükleri sorulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu değer bazlı geri ödeme modeline geçişin gerekli (n=23) olduğu konusunda fikir belirtmişlerdir.

Şekil-8’de “Sağlıkta geri ödeme yöntemlerinde değere yer verilmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?” sorusuna katılımcıların verdikleri cevaplara göre ortaya çıkan 6 kod yer almaktadır. Belgelerde her bir düşüncenin ne kadar tekrar ettiğini göstermektedir. Şekil 8’de görüldüğü üzere katılımcılar en çok modele geçişin gerekliliğinden ve bunun için yeterli kapasitenin olduğundan bahsetmişlerdir. Sağlık sisteminin yetersiz olduğunu düşünen ve geçiş için net bir şey söyleyemeyeceklerini ifade eden katılımcılar daha azdır.

### Şekil 8. Katılımcıların Değer Bazlı Geri Ödeme Modeline Geçişe İlişkin Düşünceleri



**Dipnot:** Gereklilik: Değer bazlı ödeme yöntemine geçişin gerekli olduğunu ifade edenler  
 Yeterli kapasite var: Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı ödeme yöntemine geçiş için yeterli kapasitenin var olduğunu düşünenler  
 İsteklilik: Değer bazlı ödeme yöntemine geçiş için istekli olduklarını ifade edenler  
 Yetersiz: Değer bazlı ödeme yöntemine geçiş için birtakım yetersizliklerin olduğunu ifade edenler  
 Net değil: Değer bazlı ödemeye geçiş için net bir ifade belirtmeyen katılımcılar

Katılımcılar değer bazlı geri ödeme modeline geçişin bir gereklilik olduğuna ilişkin aşağıdaki değerlendirmeleri yapmışlardır.

Sosyal Güvenlik Kurumu katılımcılarından-4 değerin rekabeti ve verimliliği arttırması sebebi ile modelde yer alması gerektiğine ilişkin görüşlerini şöyle ifade etmiştir:

*“...geri ödeme modelleri sağlık sisteminde rekabeti ve verimlilik kazançlarını teşvik eder. Dünyada geri ödeme modellerinin sürekli evrim geçirmesi, tüm hükümetlerin sosyo-ekonomik statüleri ne olursa olsun tüm hastalara yüksek kalitede bakım sağlanması ile maliyet kısıtlamaları arasındaki ideal dengeyi kurmakta zorlandıklarını gösterir. Geri ödeme, verilen sağlık hizmeti sonrası hizmet sunucusuna ödenen finansal bedeli kastetmektedir ve Türkiye’de geri ödeme modelleri sağlık sisteminde rekabeti teşvik etmekte ve verimliliği arttırmakta yetersizdir. Bu sebeple ödeme yapılırken değere yer verilmesi gerekir.”*

Katılımcılardan STK-1 ülkemizde kullanılan geri ödeme yöntemlerine değinerek bunların *“...artık değer bazlı geri ödeme yöntemi ile değiştirilmesi gerektiğini”* ifade etmiştir.

SB-3 değer bazlı geri ödemeye geçişin doğru bir karar olacağını ve ödemelerin üretilen çıktılar üzerinden yapılması gerektiğini aşağıdaki sözlerle ifade etmiştir:

*“...hastanelere yapılan ödemelerin üretilen çıktılarla ilişkilendirilmesi gerekmektedir. Ödeyici kurum olan SGK’nın değer için daha fazla ödemesi gerekir. Değersiz her şey için de daha az ödeme yapılması gerekir. Mevcut ödeme sistemleri hizmet sağlayıcılara insanları sağlıklı hale getirmeleri ve onların sağlıklı kalmalarını sağlamaları karşılığında ödeme yapmak yerine sadece hasta insanlara verdikleri hizmet için ödeme yapmaktadır. Bir bütün olarak sağlık durumunda söz konusu olacak gelişme, sağlığın hem klinik hem de sosyal belirleyicilerini kapsamalıdır ve ödeme reformları tüm bu değişken faktörleri göz önünde bulundurabilmelidir.”*

Kesinlikle modelde değere yer vermeliyiz şeklinde ifadede bulunan görüşmeciler bunu aşağıdaki sözlerle belirtmişlerdir.

Sağlık Çalışanı-3, hem özelde hem de kamuda ödeme yapanların, sistemi iflas ettirmeden tedaviler için nasıl ödeme yapacaklarını bulmaya çalıştıklarını ayrıca,

değerin kesinlikle formülde yer alması hakkındaki görüşlerini aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

*“...ne yazık ki, sağlık hizmetlerinde, hastaların ve devletin çok fazla harcama yapmasına karşılık kalite ve verimlilik aynı oranda artmadığı için değerden söz edilememektedir. Eğer sağlık hizmeti kalitesini artırmak ve sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek istiyorsak geri ödeme modelinde kesinlikle değere yer verilmelidir.”*

Sivil Toplum kuruluşu katılımcılarından-1, değere formül içerisinde kesinlikle yer verilmeli şeklinde söylemde bulunmuştur. Değer bazlı geri ödeme yönteminin dünyada uygulamalarının başladığını ve 2018’de de bununla ilgili birçok uluslararası toplantıya katıldığını belirtmiştir. Toplantı anekdotlarını şöyle aktarmıştır:

*“...toplantılarda ülkeler kendi değer temelli geri ödeme yöntemlerini sundular. Ama hepsi tabii ki doğal olarak belli bir alanda, belli bir hastalık grubunda, belli bir nüfus grubunda, belli bir müdahale yapılan grupta pilot proje anlamında yürüyor. Buna devletler de sağlık kurumları da çok önem veriyor. Çünkü bu aslında yaptığınız hizmetin karşılığını ne kadar aldığınıza yönelik bir değerlendirmeyi de beraberinde getiriyor. Kantarın topuzunu iyi ayarlamak lazım ve sadece değere odaklanırsanız bu sefer işin maliyetini göz önüne almamış olabilirsiniz. Sadece maliyetine odaklanırsanız hastalıkla ilgili ya da hastayla ilgili ya da bırakın hastalığı sağlık hizmetine ihtiyaç duyanla ilgili hep parasal kıyaslamaları öne alırsınız ki bazı kıyaslamalar vardır daha doğrusu bazı müdahaleler vardır ki parasal kıyaslamalardan uzak tutmanız gerekir... Yani böyle bir değere odaklı geri ödeme yöntemine doğru da dünya gidiyor.”*

Amerika Birleşik Devletleri’nde bulunan araştırmacı-2, insanların tatile çıkarken bile otellerin yıldızlarına ve yorumlarına bakarak değerlendirme yaptıklarını fakat neden hastaneye giderken ya da hastanelere ödeme yaparken böyle bir değerlendirme yapılmadığını sorgulamış ve bu sebeple *“...kesinlikle değere geçiş yapılması lazım”* şeklinde görüş ifade etmiştir.

Sağlık Bakanlığı-2 ve Sosyal Güvenlik Kurumu uzmanı-3 de; “...yeni bir ödeme sistemine ihtiyaç duyuyoruz ve değer bazlı ödeme bu noktada kritik bir öneme sahiptir.” diyerek kesinlikle değere yer verilmesi gerektiğini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Amerika’dan katılan araştırmacı-1, değer bazlı geri ödemenin Amerika’ da ve Avrupa’da uygulandığı için Türkiye’de de kesinlikle olması gerektiğini düşünmektedir. Bunu aşağıdaki sözleriyle ifade etmiştir:

*“...yani bu ödemeyi yapanlar Türkiye’de SGK filan hastane bu ödemeyi yapmasına rağmen onun karşılığında hastaya yeterli ve değerli bir sağlık hizmeti sunmuyorsa problem var demek. Dolayısıyla bence önemli. Bu yüzden geri ödeme modelinde de yer almalı.”*

Geri ödeme yaparken değer dikkate alınması konusunda isteklilik olduğunu düşünen görüşmecilerin ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

STK-2 bu konuda ciddi bir isteğin olduğunu ancak bunun kararlılık gerektirdiğini aşağıdaki gibi ifade etmiştir:

*“...aslında istek var ama kararlılık konusunda bir eminlik yok gördüğüm kadarıyla. İstek var çünkü başta SGK olmak üzere para ödeyen bir kurum tabii ki kaynakları verimli kullanmak isteyecektir.”*

SÇ-2 geçiş konusunda SGK’nın istediğini yapabilme gücünü şu sözleriyle ifade etmiştir; “...SGK isterse her şeye yapabilecek gücü elinde bulunduruyor.” ARŞ-1 ise sadece SGK’nın kararıyla olmayacağını; “...aslında konu ne SGK ne de sağlık bakanlığının tek elinde üst merciler isterse ve karar verirse olur. Üst mercilerin; Hazine ve Maliye Bakanı, Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanı, Sağlık Bakanı ve Cumhurbaşkanı ile karar verilebileceği, bir şey” diyerek belirtmiştir.

Değer bazlı geri ödeme modeline geçiş ile ilgili düşüncelerinin net olmadığını ifade eden katılımcıların görüşleri aşağıdaki gibi olmuştur.

SB-4 değer geri ödeme yöntemi içerisinde yer alması hususunda net şeyler ortaya konulması gerektiğini şu sözleriyle ifade etmiştir:

*“...net değil çünkü burada en önemli husus nasıl katacağımız konusudur. Hasta üzerine mi hastane üzerine mi yoksa hastalık bazında mı (DRG’ye göre mi) yoksa sağlık hizmetinin niteliğine göre mi yapacağız.”*

ARŞ-2 de DRG sistemini kurmak için de uzun yıllar çalışıldığını ancak başarısız olduğunu bu sebeple değer bazlıya geçişin de net olmadığını aşağıdaki şu sözleriyle ifade etmiştir:

*“Türkiye tanı ilişkili gruplarla da çok çalıştı yani sanırım 2010’dan beri bu konuda yapılmış çok ciddi çalışmalar var ama bir türlü uygulamaya geçemedi. Kamu hastaneleri kendi içerisinde performans modelinin bir %60- 70’i gibi bir nokta uyguladılar ama orada da zannedersen şu an uygulanmıyor. O yüzden net bir şey söyleyemiyorum.”*

Bu modele geçiş için yetersizliklerin söz konusu olduğunu düşünen katılımcıların ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

AKD-4 görüşlerini; *“...siyasi irade gerekiyor. Yani altyapısı kurgulanabilir, insan kaynağı ayrılabilir ama siyasi irade yoksa proje olarak değer bazlı uygulamanın gerçekleşme ihtimali çok zayıf”* şeklinde ifade ederken STK-2 de benzer şekilde *“Net değil. Yani daha çok siyasi bir irade gerekiyor buna. Ne SGK, ne Sağlık Bakanlığı tek başına bunu yapamaz. Genelde bu kurumların yaptıkları ufak değişiklikler şeklinde oluyor. Ama asıl değişiklik işte 2002 de sağlık reformu aniden yapıldı arkasından 2005’te sosyal güvenlik reformu uygulamaya girdi. Ama hep siyasi yapı yaptı bunu. Kurumlar sadece uygulayıcı rolde. Onun için güçlerinin çok zayıf olduğunu, gerçek bir reform için zayıf...”* şeklinde ifade etmiştir.

Akademisyen-3 ise bu konudaki görüşlerini ve yetersizlikleri şu sözlerle ifade etmiştir:

*“...sağlık kurumları yürütücü tarafta değil, pasif tarafta yani edilgen tarafta. Çünkü Türk sağlık sistemi kamu ödeme sistemi ağırlıklı. Sosyal Güvenlik Kurumu tek büyük ödeyici. SGK’nın bunu değiştirmesiyle alakalı gayret yok ve ben uygulanabileceğini zannetmiyorum... 2012 yılında bununla ilgili bir çalışma vardı, Turkuaz kalite standartları diye SGK’nın bir çalışması. Bu çalışmada değer bazlı sistemin kaliteyle ilgili yani hastanelere biz ödeme yapalım, ödeme yaparken*



*de neye dikkat edelim kaliteyle ilgili göstergelere dikkat edelim diyordu. Böyle bir çalışma olmuştu toplantılar yapıldı, araştırmalar yapıldı sonra ne oldu uygulanmadı. Mesela 15 sene geçti biz hala DRG uygulama noktasında neredeyiz? Bir adım yol almış değiliz. Ama bizden sonra 2005'ten sonra bu işe başlayan, gelişmişlik olarak bizden daha geride olan İran, Romanya, Bulgaristan şu anda ülke sağlık sistemlerine DRG sistemini uyguluyor. Yani bu bir irade meselesi. Uygulayıcıların, hükümetin ve SGK'nın özendiriciliği yok. Ya da bu konuda karar alma becerisi göstermiyorlar, bunlar belli başlı yetersizlikler.”*

Akademisyen-2 de Akademisyen-3 gibi geçiş için sistemin yeterli olmadığını düşünmektedir ve düşüncelerini; *“Yeterli değil maalesef. Bunun en büyük örneği DRG bazlı ödeme... Günü kurtarmak yönünde bir bakış açısı maalesef biraz daha ön planda. İnisiyatif alacak vizyon sahibi yöneticilerin kamuda daha fazla yer alması gerekiyor. Ancak bu şekilde zincir kırılabilir diye düşünüyorum. Aslında bürokrasi toplumun bir yansıması. Yani toplum da biraz bu şekilde düşünüyor. Toplumun bilinçlendirilmeye çalışılmasıyla beraber bürokraside bu konuda daha vizyon sahibi, daha fazla inisiyatif almak isteyen yöneticilerin görevlendirilmesiyle beraber topyekûn olacak bir şey.”* şeklinde ifade etmiştir.

### **5.1.3. Değerin Formüle Edilmesine İlişkin Bulgular**

*“Ben ölçemediğim bir şeyin başarısından bahsedemem.” (ABD-2).*

Katılımcılara, *“Bir geri ödeme modelinde değeri formüle edecek olsanız, bu formül içerisinde hangi parametrelerin yer alması gerektiğini düşünürsünüz?”* sorusu sorulmuştur. Değer bazlı geri ödeme formülü içerisinde olması gereken parametrelere verilen cevapların kelime bulutu Şekil 9'da verilmiştir.

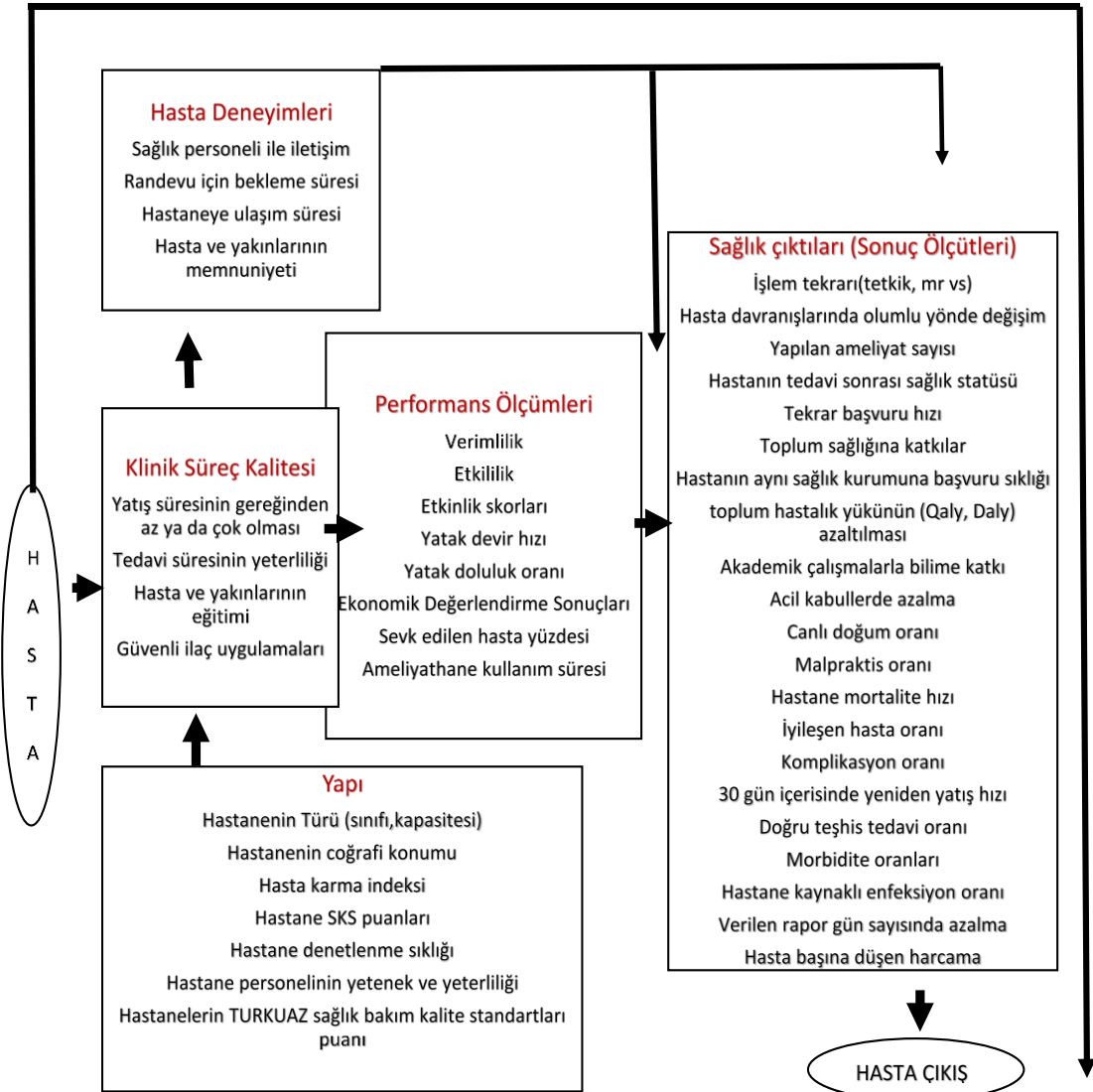
Şekil 9. Değer Formülünde Olması Gerektiği Düşünülen Parametreler Bulutu



Şekil 9’da da yer aldığı üzere, formülde olması gereken parametrelerin en çok kodlanan 10 tanesi; hasta memnuniyeti başta olmak üzere, hastane mortalite oranları, klinik kalite göstergeleri, iyileşen hasta sayısı, yatılan gün sayısı, maliyet, komplikasyonlar, ilaç ve malzeme kullanımı, geri yatış oranları (yeniden yatış hızları) ve kalifiye personel sayısı olarak belirlenmiştir.

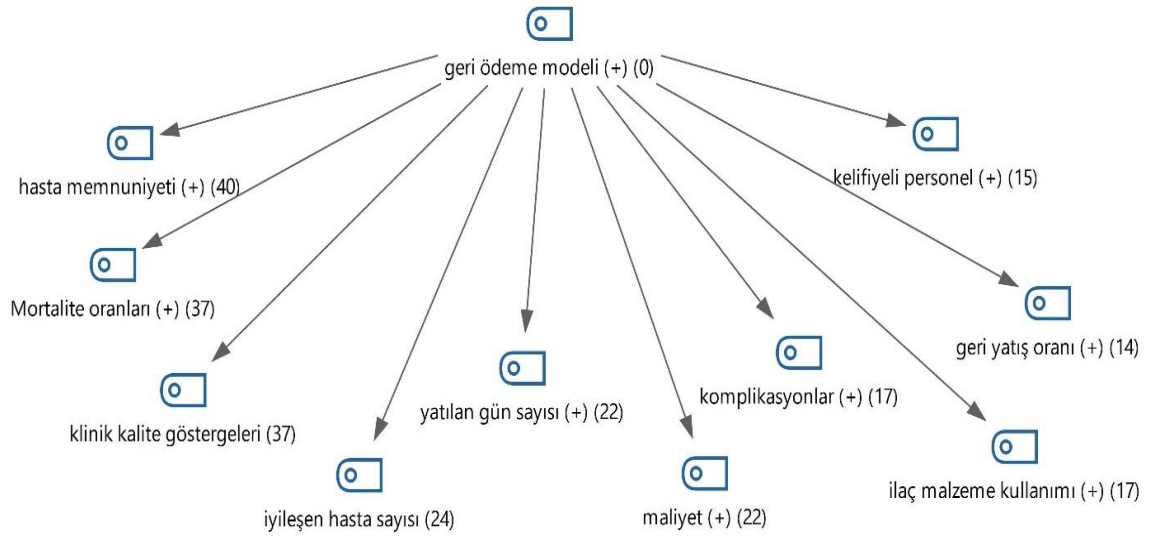
Çalışma sonucu bulgularda onlarca parametre kodlanmıştır. Bazı parametrelerin birbiri içerisinde yer aldığı tespit edilmiş ve aşağıdaki modelde bir sınıflandırma yapılmıştır.

Şekil 10. Nitel Görüşmeler Sonucu Ortaya Çıkan Parametrelerin Gruplandırılması



Şekil 10 ile bir sonraki çalışma olan depfi çalışması için de bir ön hazırlık olacağı düşünülen bu model geliştirilmiştir. Katılımcılar tarafından belirtilen parametreler ana başlıklar ve alt başlık olacak şekilde literatür destekli olarak uzman görüşü ile yukarıdaki şekilde tasarlanmıştır.

### Şekil 11. Değer Formülü Hiyerarşik Kodlaması



Şekil 11’de formülde yer alması gerektiği düşünülen ve en çok kodlanan ve tekrar eden 10 terim yer almaktadır. Her bir koda ilişkin görüşler aşağıda detayları ile birlikte verilmiştir.

#### Hasta memnuniyeti (hasta deneyimi)

Katılımcıların büyük çoğunluğu hasta memnuniyeti ve hasta deneyimleri konusunda nitelikli çalışmaların yapılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Araştırmacı-1, hasta memnuniyetinin formülde yer alması gerektiğini ancak hastaların sağlık okuryazarlığına güvenemediği için ağırlığının düşük olması gerektiğini düşünmektedir. Buna ek olarak SGK-1 de “... *ülkümüzde hasta memnuniyeti yüksek ama bunun da ölçme kriterleri olmalı. Halk bunu anlamlandıramayabilir çünkü istediğim ilacı vermiyor diye memnun olmayabilir.*” şeklinde yorum yapmıştır.

Akademisyen katılımcı-1 ise bunun ayaktan hasta memnuniyeti ve yatan hasta memnuniyeti olarak iki başlıkta değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir.

#### Hastane mortalite oranları (mortalite hızları)

Akademisyen-2 Amerika’ da uygulanan bir modeli Türkiye’de kullanma aşamasında genellikle yatış günü sayısı, mortalite ve maliyetlerle ilgili karşılaştırmalar

yapılabileceği görüşünde bulunmuştur. STK-1 ve 2 en önemli unsur olarak mortalite oranlarını dile getirmişlerdir.

### Klinik kalite ölçümleri

AKD-1, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) puanlarının alınabileceğini düşünmektedir. AKD-3 ise, *“Amerikayı yeniden keşfetmeye gerek yok, adamlar 10 yıldır bu iş üzerinde çalışıyor. Zaten baktığın zaman klinik kalite göstergelerinin süreçle, hasta bakımıyla ilgili kısımlarına ağırlık veriyorlar.”* şeklinde görüş bildirmiştir.

Milletvekili-1, kalite göstergelerinin kesinlikle sistemsal ve izlenebilir bir yapıda olması gerektiğinin üzerinde durmuştur. SGK-1 ise, *“Herşeyden önce sağlık hizmetini sunan sağlık hizmetlerinin kalitesine, akreditasyonuna bakılmalı sağlık bakanlığının verdiği ruhsat olsa da daha başka ölçeklerle akreditasyon sağlanabilir. Klinik kalite belirlenen parametrelere bağlı olarak değerlendirilmeli, bunun için genel bir rehber oluşturulmalı.”* şeklinde görüşlerini ifade etmiştir.

### İyileşen hasta sayısı

Sağlık Bakanlığı-3, taburculuğu yapılan hasta sayısının iyileşen hasta sayısına işaret ettiğini ifade ederken, Hasta-3 ise bunu *“... verilen hizmet sonucu iyileşip iyileşmediğim benim için bir sonuçtur. Ne kadar olumlu sonuç aldığıma bakarım.”* şeklinde ifade etmiştir.

Milletvekili-1 gibi 2 de kişinin fiziksel, ruhsal ve bedenen tam bir iyilik halinde yani hastanın iyileşerek çıkması ve hastanın başarıyla tedavi olması şeklinde ifade etmiştir.

### Yatılan gün sayısı

22 kez kodlanan yatılan gün sayısını, diğer katılımcılardan bir kaç hastanede ortalama kalış süresi olarak ifade etmişlerdir. ABD-1 ise şu şekilde ifade etmiştir:

*“Kalınan gün sayısı çünkü ne kadar kısa kalırsa hastanede neticede hasta için o kadar iyidir. Hem hasta için o kadar iyi, hem sağlık sistemi için genel manada iyi. Hem de ödeme yapan için iyi. Dolayısıyla hastayı gereksiz yere hastanede tutmak mantıklı değil.”*

### Maliyet

Amerika'dan katılan görüşmeci 1 gibi bazı katılımcılar da sağlık hizmeti verilen bir kurumda bu hizmetlerin ne kadara mal olduğunun, hastaların ne kadar ödeme yapması gerektiğinin, ayrıca bu hizmetlerin kaliteyle olan ilişkisinin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşünmektedirler. Akademisyen-3 ise; *“Hastanenin kaynakları kullanmadaki becerisi yani maliyet, etkililik, verimlilik gibi kavramlar üzerinde nasıl bir becerisi var, bu konuda çabası var mı açısından bakmamız lazım...”* şeklinde görüşlerini ifade etmiştir.

### Komplikasyonlar

Komplikasyon parametresinin formülde yer alması gerektiğini Araştırma merkezleri katılımcı-1; *“Komplikasyonların kesinlikle dikkate alınması gerekir.”* şeklinde ifade etmiştir. Katılımcıların ifadelerinde 17 kez komplikasyon geçmiştir. Katılımcıların çoğunun bu husustaki diğer bir ortak görüşü ülkemizdeki ölçümlerin çok zor olduğu ve bunun da nedeninin şeffaflığın olmaması olmuştur.

### İlaç ve malzeme kullanımı

STK-1 ve HST-2; ilaç ve malzemelerin hepsinin kullanımı ile ilgili istatistikler, güvenli uygulanıp uygulanmadıkları ve ilaçların denetlenmesinin önlenmeli olduğu ve formülde yer alması gerektiği şeklinde görüş bildirmişlerdir. Diğer katılımcılardan Araştırma merkezlerinden katılımcı-1; ilaç ve malzeme kullanımını; *“Sunulan hizmet veya bir malzeme ise hastada kullanılabilirdiği süre, bir malzeme 5 yıl sonra revizyona gitmekte bir diğeri 10 yıl sonra. Takılan malzemenin sürdürülebilirliği, o malzemedan sağlanan faydanın süresi, birlikte kullanılan malzemelerin total tutarı.”* şeklinde ifade etmiştir.

### Geri yatış oranları (yeniden yatış hızları)

Katılımcılardan alınan cevaplarda 14 kez yeniden yatış hızının formülde yer alması gerektiği ifadesine ulaşılmıştır. Akademisyen-1 ve ABD-2 *“30 gün içerisinde tekrar yatışların kesinlikle ölçülmesi”* gerektiğini düşünmektedir.

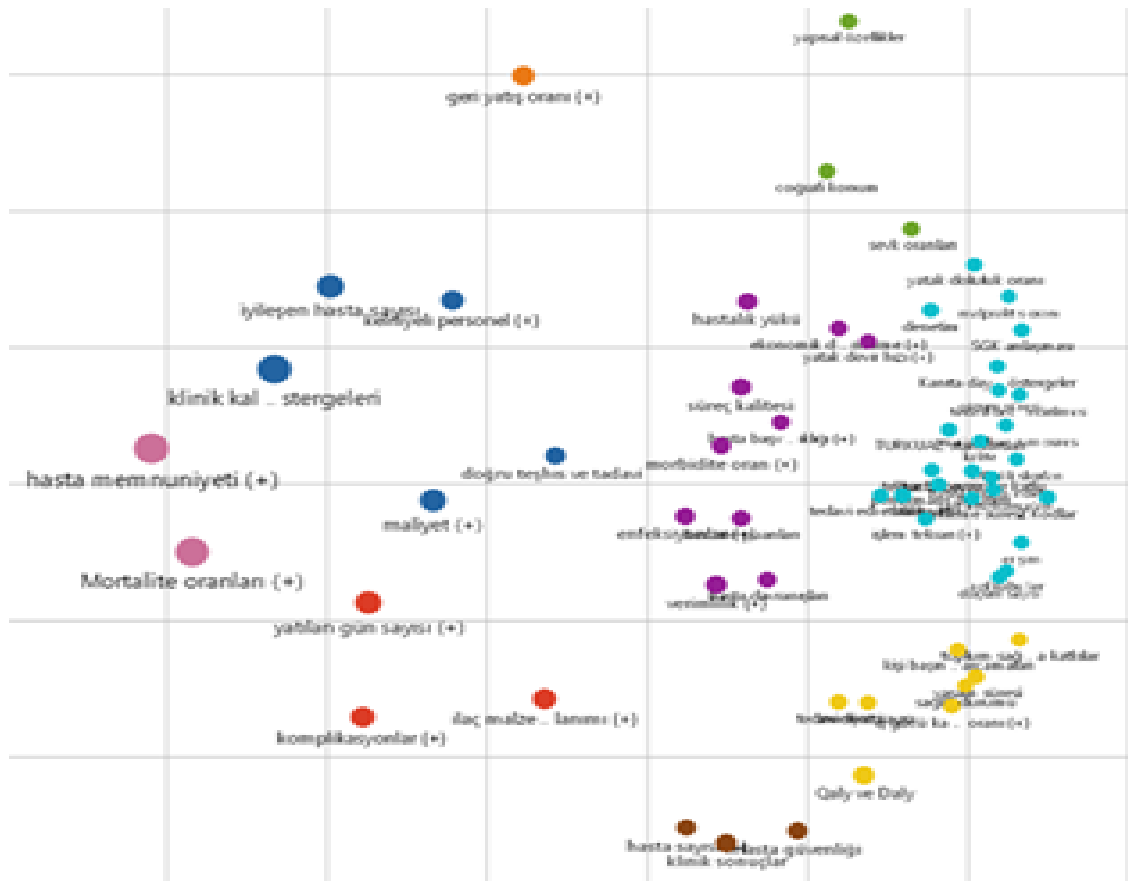
Milletvekili-2 de bu konudaki düşüncelerini; *“Geri yatışlara zaten SGK da bakıyor ama ekonomik açıdan bakıyor, sağlık açısından bakmıyor. Hastanın sağlığı açısından*

baktığında da çok enteresan bir şey var, hiç gelmez dediğin bir hasta geri gelebilir. Bunun için geri dönüşün nedenine bakılmalı, hasta eve gitmiştir dikişi patlamıştır. Bunu geri dönüş olarak doktorun veya hastanenin yanlışı olarak göremezsin.” şeklinde ifade etmiştir.

### Kalifiye personel sayısı

Akademisyen-3 personelin kalitesi sorgulanmalıdır düşüncesiyle; “...iş gücünün yeterliliğiyle ilgili sertifikasyonlarıyla ilgili değerleri ortaya koymamız lazım. Evrensel kriterler içerisinde de bunlar eksik aslında. İşgücü yeterliliğiyle ilgili ya da yetkinliği ilgili. Çünkü süreci kim sunuyor, hasta bakımında bir tarafta hasta var ama diğer tarafta da sunucu yani hemşire, hekim, teknisyen, yönetici bunların yetkinliğini ve yeterliliğini gösteren kriterler olması lazım.” şeklinde görüşlerini sıralamıştır. Diğer katılımcılar ile birlikte 15 kez personelin niteliğinden bahsedilmiş, nitelikli personel sayısına ve sertifikalarına bakılması gerektiğine dair görüş ifade edilmiştir.

### **Şekil 12. Formülde Olması Gerektiği Düşünülen Göstergelerin Yakınlık Dereceleri**



Şekil-12’de görüldüğü üzere her renk ilişkili olduğu kodu içerisine almıştır. Dokuz farklı grup oluşmuş ve kodlanırken yakınlık derecelerine göre renklendirilmiştir. Hasta memnuniyeti ile mortalite hızı aynı grupta yer almıştır. Yatılan gün sayısı, ilaç malzeme kullanımını ve komplikasyonlar ilişkili çıkarken; iyileşen hasta sayısı, klinik kalite göstergeleri, maliyet, doğru teşhis ve tedavi ile de kalifiye personel sayısı ilişkili çıkmıştır.

#### **5.1.4. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Pilot Uygulama Yöntemine İlişkin Bulgular**

“Değer bazlı geri ödeme yönteminin pilot uygulamasına ilişkin görüşleriniz nelerdir?” sorusuna verdikleri cevaplarla katılımcılar; pilot uygulama aşamasının en çok hastalık bazlı yapılmasını (22) ve hastane bazlı (10) olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların bu temaya vurgu yapan ifadeleri aşağıda belirtilmiştir.

Akademisyen-4 pilot uygulamanın ne şekilde olması gerektiği ile ilgili şu ifadelerde bulunmuştur:

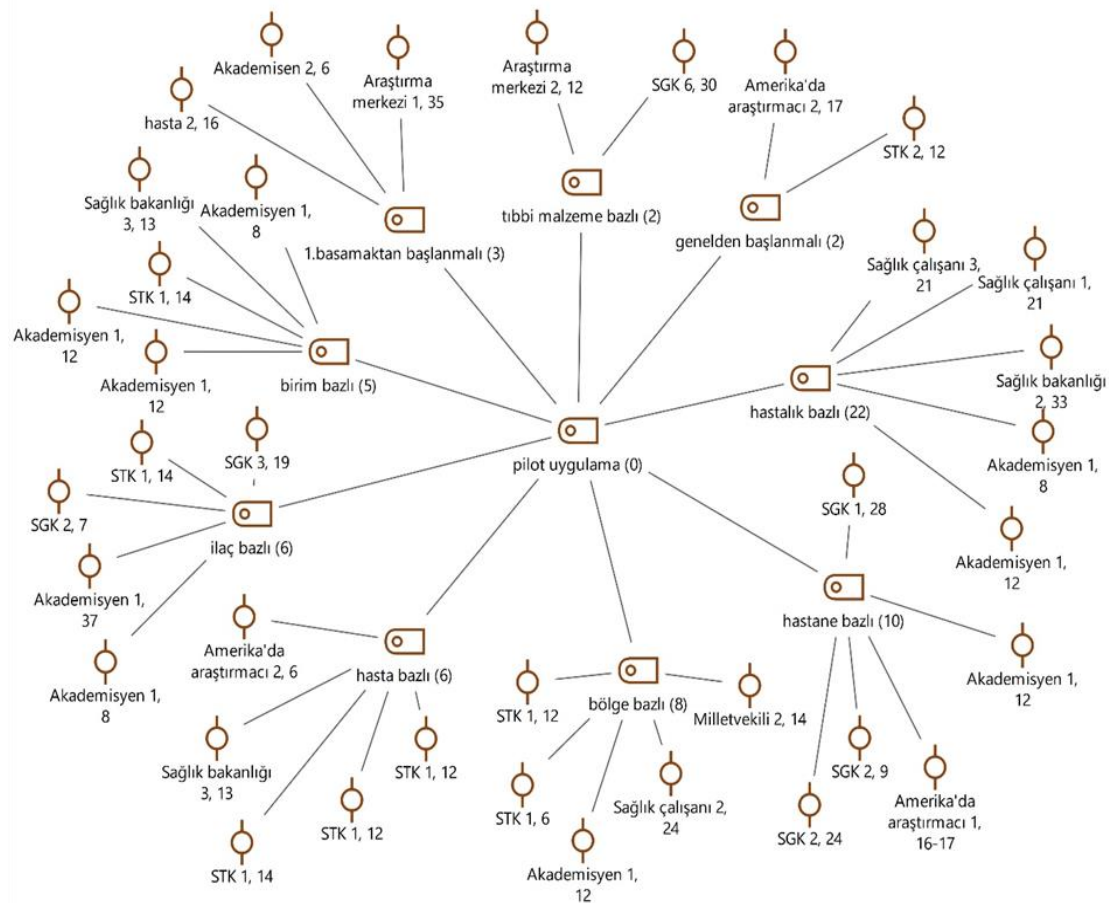
*“Bu karar vermesi çok zor bir soru, yani hastalık bazlı mı gidelim, süreç bazlı mı gidelim, birim bazlı mı gidelim. Bu ciddi bir tartışma konusu literatürde ama şöyle aşmışlar. Önceliği sağlık süreçleriyle ilgili enfeksiyon süreçlerine vermişler. Burada da ana odak noktası mortalite ve morbidite, şiddeti yüksek olanlara öncelik vermişler... Bunun arka planında şu mantık var neden enfeksiyon süreci, enfeksiyon süreci çok anlamlı. Sağlık sektöründeki profesyonelleri için enfeksiyonun engellenmesi, azaltılması hem verilen hizmet kalitesini arttırmakta hem de profesyonel başarı düzeyini arttırmaktadır. Yani daha az insan kaybıyla yapılan işlem sayısına sahip olan profesyoneller daha kaliteli profesyoneller olarak değerlendirilebilir. Pilot süreçlerin bu şekilde değerlendirilmesinde fayda var, önceliği oraya vermek gerekiyor. İkinci önceliği de bundan sonra en önlenebilir olaylar hangileriydi, neler önlenebilir, kesinlikle önlenebilir ve kesinlikle önlenebilir mantığının olması gerekiyor. Kesinlikle önlenebilir mesela bası yarası, bundan başlanabilir gibi duruyor. Buna benzer kesinlikle önlenebilir yani üzerine düşülseydi, dikkat edilseydi önlenebilirdi dediğimiz süreçlerden*



*başlamakta fayda var. Hastalık bazlı gitmemekte şahsi görüşüm fayda var. Çünkü hastalıklar çok çeşitli ve orada bir derede boğulma hikayesi olabilir yani ormana daldığınızda yönünüzü takip edeceğiniz bir kılavuz yoksa çok zorlanırsınız. Hastalık bazlı gidildiğinde en nadir hastalıklardan en yaygın hastalıklara kadar çok çeşit var ve orada kaybolma ihtimali var ve bunu takip edebilecek bir altyapının olması gerekiyor.”*

Şekil 13'te pilot uygulamaya ilişkin görüşlerin her kod için 5'i ve hangi katılımcının hangi pilot uygulamayı desteklediği verilmiştir. Şekildeki ilk sayı katılımcının kodunu belirtirken ikinci sayı katılımcının Word belgesinde bu kodun kaçınıcı paragrafta bulunduğunu göstermektedir.

### Şekil 13. Pilot Uygulama



### Hastalık bazlı

Hastalık bazlı yapılmasının uygun olacağını düşünen 15 katılımcı görüşme esnasında hastalıklar üzerinden pilot uygulama yapılmasını toplamda 22 kez vurgulamışlardır. Katılımcılardan ARŞ-2 de bunu; *“Bence bu hastalık üzerinden artı operasyon üzerinden gidilmeli...”* şeklinde ifade etmiştir.

### Hastane bazlı

Hastane bazlı bir pilot uygulamanın uygun olacağını düşünen 8 katılımcıdan ARŞ-1, hastane bazlı olmasındaki önemli bir detayın da bu konuda yetiştirilmiş eğitilmiş personelin olduğunu belirtmiştir. Bunu ise aşağıdaki şu sözlerle ifade etmiştir:

*“Belirli hastanelerde bilinçli sağlık personeli ile belirli tanılarla başlanmalı diye düşünüyorum. Mesela nasıl klinik kalite takip sisteminde artroplasti ile başlanmışsa benzer şekilde belirli tanı gruplarında seçilecek gruplarda belirli hastanelerde ve belirli bölümlerde eğitilmiş personellerle başlanması gerekir. Bunu yapacak ekibin topyekûn doktoruyla hemşiresi ile faturalandırmacısından tutun hasta kabulüne kadar bunun bilincinde olmalı. Eğitilmiş olması gerekiyor bütün personellerin. Konuya hâkim olmaları şart. Pilot uygulama başarısı için şart.”*

Sağlık Bakanlığı katılımcılarından-4 önceliğin rol grubu düşük olan hastanelerde olması gerektiğini düşünmektedir ve bunu şu şekilde ifade etmiştir: *“...nedeni ise bu hastanelerde hep aynı hasta grubuna hizmet verilmektedir. C grubu hastaneler gibi. 1000 işlem etrafında dönebilir. Bu mantıklı olur. Birden üniversitede uygulamak imkânsız olur. İşlem çeşitliliği profili düşük olan hastanelerde başlamalı.”*

### Bölge bazlı

Bölge bazlı başlanması gerektiğini düşünen 8 katılımcıdan AKD-1 ve SÇ-2 bu ödeme önce pilot bölgeler olarak yapılmalı diyerek doğrudan bütün ülkeye yayılması durumunda herkesin buna çabuk adapte olmasının mümkün olmayacağını dile getirmişlerdir. AKD-2 ise bölge bazlı olmasının gerekliliğini; *“Öncelikle pilot uygulama kesinlikle her uygulamanın doğasında olması gereken bir şey. Pilot uygulama öncesinde de bir şeylerin somut, net bir şekilde ortaya konulması gerekiyor ve sosyo-politik olarak*

*en uygun bölgeden başlanmalı ve buradan alınacak sonuçlarla beraber şekillendirilerek çalışmalara yeni bir boyut kazandırılacak sonrasında yavaş yavaş yaygınlaştırılacak.”* şeklinde ifade etmiştir.

### İlaç bazlı

İlaç bazlı pilot uygulamanın gerçekleştirilmesinin gerektiğini düşünen 8 katılımcıdan SGK-3; *“Amerika’daki gibi kademeli olması gerektiğini düşünüyorum bu geçişin. Öncelikle ilaç bazlı olursa bir denenmiş olur ve sonrasında sağlık hizmetlerine yaygınlaştırılır.”* şeklinde görüşünü ifade ederken, SÇ-1 belirli ilaçlar ya da pahalı ilaçlar üzerinden gidilmesinin uygun olabileceğini belirtmiştir.

### Hasta bazlı

Katılımcılardan 3’ü pilot uygulamanın hasta bazlı yürütülmesi gerektiğini, her hastanın kendine özgü hastalıklara sahip olabileceğini ve bunun tamamının değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Sivil toplum kuruluşu katılımcısı-1 bunu aşağıdaki sözleri ile ifade etmiştir:

*“Hastalık yoktur hasta vardır. Dünyada kişiselleştirilmiş tıp diye bir yöne doğru gidişat var. Ne demek bu yani eğer kanserse kişi, eğer bir metabolik hastalığı varsa ona yönelik tedavi yapmak zorundasın. Çok basit, eski tedavi yöntemiyle anlatacak ya da örnekleyecek olursam herhangi bir hastalık olduğunda kişiden antibiyogram alıyorduk yani kişi hangi antibiyotiğe duyarlıdır, ya da hangisine dirençlidir diye bir kültür dediğimiz üretme alıyorduk ve onu 2-3 gün bir yerde bekletiyorduk, üremesine bakıyorduk. Sonra da diyorduk ki bu antibiyotiğe duyarlı, bu antibiyotiğe dirençli. O zaman dirençli antibiyotiği vermiyorduk çünkü bir anlamı yok, duyarlısını veriyorduk. Aynı bunun gibi kişiye özgü tedavide de başta kanser ve metabolik hastalıklar olmak üzere herkesi ayrı ayrı tedavi yöntemleri var”.*

### Birim bazlı

Üç katılımcı pilot uygulamanın birim bazlı yürütülürse daha kolay olacağını ifade etmiştir. Katılımcılardan Akademisyen-1; *“... birim bazlı olduğu için örnek veriyorum acil servis için başka göstergeler kullanılabilir, diğer birimlerde de farklı göstergeler*

*kullanılabilir. Bir alan belirlenip o alana göre ölçütler belirlenmeli. Türkiye'nin daha önce yaptığı bir çalışmayı görmüştüm, Turkuaz. Orada kullanılan parametrelerin bunu yapmaya uygun olabileceği söyleniyordu. Mesela zaten değer bazlı ödemenin ortaya çıktığı yer de biraz performansa dayalı ödemenin biraz geliştirilmiş ve değiştirilmiş versiyonu olduğu için hangi yerde bir eksiklik görüyorsunuz ve bunu arttırmak istiyorsanız birim bazlı başlayabilir.” şeklinde görüşlerini ifade etmiştir.*

#### Aile hekimliklerinden

Yalnızca 3 katılımcı, birinci basamaktan yani aile hekimliklerinden başlanılmasının uygun olacağını ifade etmiştir. Araştırma merkezi-1; *“birinci basamak sağlık hizmetleri yani aile hekimliklerinde bu konunun özellikle ele alınması gerektiğini SGK'nın bunların özelinde bir sistem kurması gerektiğini değinmeden geçemeyeceğim. Bir diyabet hastasının ayağının ampute edilmesinden önceki tüm koruyucu sağlık hizmetleri ele alınmalı. Bu hastanın bu süreçte koruyucu sağlık hizmetinden tam anlamıyla faydalanması ile bu hastanın ayağını kurtarabilirsiniz. Bunu engelleyebiliyorsanız bu koruyucu sağlık hizmetinin sağlık ekonomisine önemli katkısı olacaktır. SGK koruyucu sağlık hizmetlerini ayrıca çalışmalı bu geri ödeme modelinde”* diye düşünürken katılımcılardan Akademisyen-2 bu uygulamanın aile hekimliklerine teşvik de olabileceğini düşünmektedir.

#### Genelden

Genelden başlanması daha uygun olacaktır diyen 2 katılımcıdan ABD-2; *“...burada SGK'ya muadil Medicare ve Medicaid bunlar da CMS çatısı altında SGK gibi. Bunlarda pilot uygulama yapılmadan önce denemeler yapılıyor simülasyonlar yapıp uygulamaya geçiliyor pilot uygulama pek yok, genelden oluyor.”* şeklinde görüşlerini ifade etmiştir. STK-2 de bir ilde uygulanıp diğer illerde uygulanmamasının mantıklı olmayacağını düşünmektedir. Pilot uygulamaların gerçeği yansıtmadığını, genelden başlanmasının daha doğru sonuçlar ortaya çıkaracağını düşünmektedir.

### Tıbbi malzeme bazlı

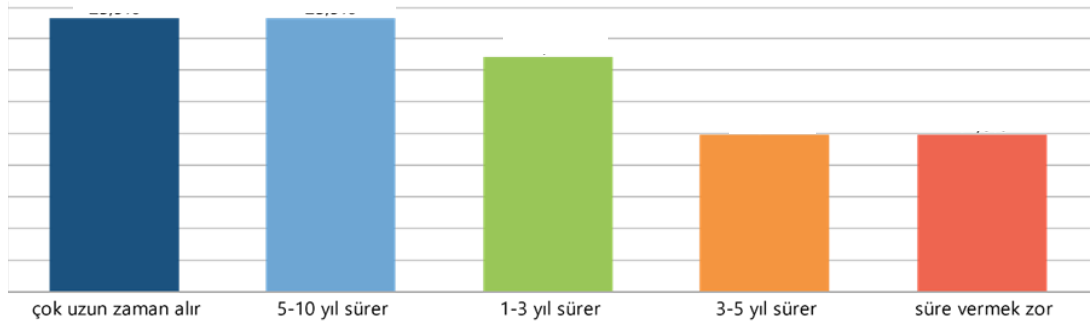
SGK-6 ve ARŞ-2, belirli tıbbi malzemeler üzerinde, bütçe yükü fazla olan, ağır yük getiren tıbbi malzemeler üzerine pilot uygulamaya gitmenin daha mantıklı olacağını düşünmektedir.

#### **5.1.5. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Uygulanma Sürecine İlişkin Bulgular**

*“Bunun süresi kaç yıldır bilmiyorum ama burada önemli olan düğmeye basma noktasına gelmek sonra da basabilmek” (STK-1).*

Katılımcılara değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanma sürecine ilişkin görüşleri sorulmuştur. Şekil 14’te de görüldüğü üzere, cevap olarak en çok kodlanan terim çok uzun zaman alacaktır (8) düşüncesi olmuştur.

#### **Şekil 14. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Uygulanma Süreci**



#### **Çok uzun zaman alır**

Değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişin uzun yıllar alacağını düşünen 8 katılımcı bulunmaktadır. Bunlardan birkaçının görüşü aşağıdaki ifadelerden anlaşılmaktadır.

SGK-3 çalışanı ve ABD-1 araştırmacısı, Amerika’da bu sürecin çok uzun yıllar aldığını, bu sebeple de onlarca yıl sürebileceğini ifade etmişlerdir. Onlar gibi SGK-1 ve SÇ-3 de DRG’nin yıllarca konuşulup ama hala geçilemediği, bu başarı göz önüne alındığında da buna da kısa sürede geçilebileceğini düşünmediklerini belirtmişlerdir.

AKD-3 ise görüşlerini; “Sağlık yönetimiyle ilgili konularda yaklaşık 50 yıl geriden gidiyoruz. Yani bugünün üzerinde işte değer bazlı ödeme Amerika’da biliyorsunuz o da yeni bir kavram. Yani Obama’nın reformlarında sonra 2010’ dan sonra ortaya çıktı bu kavram. Orada 10 yıllık bir geçmişi var. Yani üzerine bir 50 yıl eklersen 2060’larda Türkiye’de görebiliriz.” şeklinde ifade etmiştir.

#### 5-10 yıl sürer

Katılımcılardan 7’si bu sürecin 5 ile 10 yıl arası tutacağını düşünmektedir. Akademisyen 1 bu değişimin bir kültür değişimi olacağını göz önünde bulundurarak en az 5 yıl süreceğini öne sürmüştür. SGK-2 görüşlerini; “2009 yılında ilk tıbbi cihazların geri ödemesini yapmaya başlamıştık sadece tıbbi cihazlarda 6 yıl aldı. Ürün fiyatlarının belirlenmesi hazır bir modeli getirip uygulanırsa belki daha kolay olabilir ki hâlâ fiyatlar güncellenecek” şeklinde ifade ederken HST-3; “7 ila 10 yıl sürebilir. Pilot uygulamayla bu süreyi kestirmek daha kolay olacaktır. Şu anda afaki konuşuyoruz” şeklinde ifade etmiştir.

AKD-2; “...yani gönül ister ki çok hızlı bir şekilde geçilsin. Ama DRG ile ilgili Türkiye’ de süreç şu an elde ettiğimiz, geldiğimiz sonuç noktasından baktığımız zaman bu kadar önemini vurgulanmasına ve hastanelerde her birimin TİG’le ilgili ödemelerin yaygınlaştıramamasına baktığımızda bununla ilgili sizin, bizim gibi akademisyenlerin sayısının çoğalması ortaya ciddi sonuçlar ortaya konulması gerekiyor. Yani 3-5 seneden önce zor. Aslında Amerika’da bile kademeli bir geçiş var bu ödeme türünün ataları 30 yıldan fazla. Performans yönetimi ile başlayarak gelişen bir şey. Yani şimdi biz performansa dayalı ödemeyi başlattık ama sağlıkta dönüşüm programıyla beraber hekimlerin sistemde lokomotif görevi gördüğünü düşünerek onları daha faydalı etmek amacıyla performansa dayalı geri ödeme yöntemi konuldu. Ama bu sadece hekim bazlı bir uygulama. Amerika’daki performansa dayalı geri ödeme yönetimi daha geniş bir yelpazede. Hastanelere bu ödemelerin yapılıp yavaş yavaş değer bazlı ödemelerin yapılması gerekiyor. Dediğim gibi bunun temelleri 30 yıl öncesinden başlamış durumda. Yani Amerika da son 5 yılda geçmedi. Türkiye’ de de en az bir 5 yıl içerisinde başlar diye düşünüyorum. Bu iş de yine bize düşüyor. Ortaya kanıtlar koyalım, kanıtla beraber reddedemeyecekleri somut kararlar sunmamız gerekiyor.” şeklinde görüşlerini açıklamıştır.

### 3-5 yıl sürer

Değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanmaya başlanma sürecine ilişkin en az 3-5 yıl sürer diyen 4 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılardan Milletvekili-1 görüşünü şu şekilde ifade etmiştir; “...öngörüme göre DRG 17 yıldır hayata geçirilemedi. DRG’ye geçmeden değer bazlıya geçilmesi çok zor. Çünkü bu işin temel basamaklarından biri DRG sisteminin uygulanması. O 17 yıl sürmüşse bu da bir o kadar sürer ancak DRG hayata geçerse 3- 5 yıl içerisinde hayata geçer.”

### 1-3 yıl sürer

1 ila 3 yıl gibi kısa bir sürede geçilebileceğini düşünen 6 katılımcıdan STK-2 bunu; “...yani böyle pilot uygulamalar mesela aile hekimliği de buna güzel bir örnek. Pilot uygulama yapıldı bazı illerde fakat genelleştirilemedi bu sefer. Ama genel başlanırsa o devam eder. Ben bunun zaman alması hazırlığı uzun sürecektir ama uygulaması çabuk olacaktır diye düşünüyorum. Hazırlık için de biraz daha fazla siyasi iradeye ihtiyaç var. Hem siyasi irade hem de sağlık hizmet sunucularının iradesi ve iş birliği de lazım. O yüzden zaman alacaktır, 1-2 yıl bunun hazırlığı sürebilir ama uygulaması çabuk olur.” şeklinde ifade etmiştir.

### Süre vermek zor

Katılımcılardan 4’ü uygulama sürecine ilişkin net bir yorum yapmanın ve süre vermenin zor olduğuna dair görüş bildirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı-4 çıktılara göre durumun değişebileceğini ifade ederek hastanenin büyük ya da küçük olması durumunun de etkili olacağını şu sözleri ile ifade etmiştir;

“Çıktılara göre değişir bu. Süre vermek zor o yüzden. Pilot uygulaması ile anlaşılır. 1000 işlemler hastanede 1 yılda geçemiyorsan 9000 işlemler hastanede geçemezsin. Hastane büyüdükçe mortalite, enfeksiyon, yatış süresi artar, yatak doluluk dezavantaj olur. Yani büyük hastane küçük hastane olması önemli, çünkü rolleri değer katsayısı olarak geri dönecek”

SGK-4 bunun kolay olmayacağını; “Mevcut geri ödeme modeli ile verimlilik tabanlı bir planı birleştirmek vakit alabilen bir süreçtir ve değer bazlı plana dayanan bir geri ödeme modeline geçiş zaman isteyen bir süreçtir... Henüz yeni ve onlarca yıllık politika

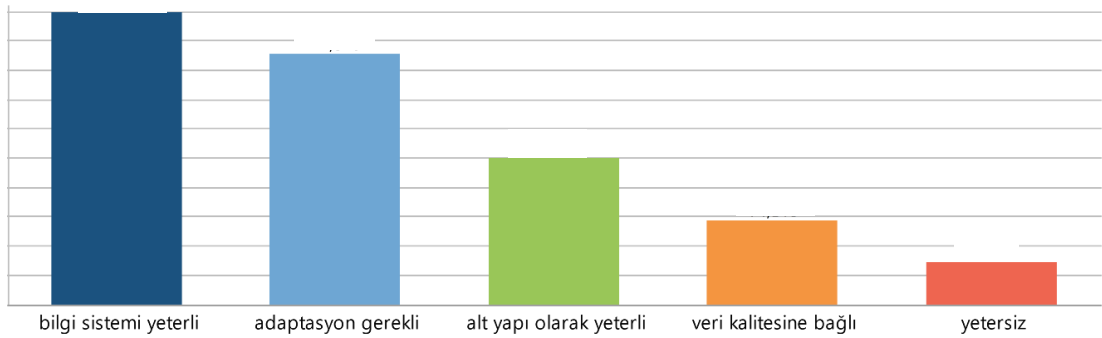
ve uygulamaların yeniden gözden geçirilmesini gerektirecek, kolay olmayan ve zaman alacak bir süreçtir.” şeklinde ifade etmiştir.

### 5.1.6. Geri Ödeme Sisteminin Değiştirilme Kapasitesine İlişkin Bulgular

“Bu, sağlık sisteminin alt yapısı ve yeniliklere adaptasyon yetisiyle ilgilidir” (SB-1).

Katılımcılara, “Türkiye sağlık sisteminin ödeme yöntemini değiştirme kapasitesini nasıl değerlendirirsiniz?” Diye sorulmuştur. Şekil 15’te görüldüğü üzere, değer bazlı ödeme sistemine geçişte Türkiye sağlık sisteminin bilgi sisteminin (15) ve alt yapısının yeterli (9) olduğu ifade edilmiştir. Ancak 14 katılımcı da bunun için adaptasyon gereklidir demiştir.

### Şekil 15. Katılımcıların Türkiye Sağlık Sisteminin Yeterliliğine İlişkin Görüşleri



#### Bilgi sistemi yeterli

Hasta-1 e-nabız kullanıcısı olduğunu ve orada bütün verilerin toplanabileceğini düşünmektedir. Devlet ve özel ayrılmaksızın bu sisteme kişinin bütün sağlık bilgisinin girilmesi durumunda verilen sağlık hizmetleri, yapılan ameliyatlar, kullanılan ilaçlar da detaylıca girilmek zorunda olursa, diğer doktorların da bu sonuçları görüp, değerlendirip ona göre bir tedavi planlayacağı şeklinde düşünmektedir.

SB-3 görüşlerini; “Bu hususta devletimiz ve sağlık sistemimiz hemen hemen yeterli kapasiteye sahip diye düşünüyorum. Ama tabi var olan sistemin geliştirilmesi



gerekmektedir. E-nabız, MEDULA gibi sistemlerimiz bunlara örnek verilebilir.” şeklinde ifade etmiştir.

STK-2’de yeterli olduğunu düşündüğünü; “Veri toplama kısmının yeterli olduğunu düşünüyorum. Ama veri analizi ve veri yorumlama en sorunlu kısmının veri yorumlama olduğunu düşünüyorum. Yani veriyi toplama kısmı gayet iyi, zaten tek elden yapılıyor. Ama verinin analizi ve yorumlanması, yorumlamadan kastettiğim analiz geldi bununla ilgili politikaların da oluşturulması gerekiyor, bunların uygulamaya girmesi bunun paydaşlarla birlikte yorumlanıp birlikte bir politika geliştirilmesi kısmı zayıf.” şeklinde ifade etmiştir.

Sağlık Bakanlığı-2 veri toplama ile ilgili sıkıntı olmadığını, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı arasında %100 entegrasyonun olduğunu belirtmiştir. Akademisyen-3 ise düşüncelerini; “Sağlık Bakanlığı özellikle bu sağıkta dönüşüm programıyla birlikte belki de en olumlu değişimin yaşandığı alan aslında veri sistemleri ve bilgi teknolojileri. Yani şu anda hem Sağlık Bakanlığı’nın hem SGK’nın elinde hangi hasta kaç tane ilaç almış, ilacının süresi ne zaman bitecek bununla ilgili ya da hangi doktor hangi işlemleri yapmış devasa bir veri sistemi var. Yani veri sistemi konusunda problemimiz yok, bu veri sistemini kullanıp buradan işimize yarayacak bilgileri üretebilecek yetkinlikte kişilerin iş başında olmasıyla ilgili problem var diye düşünüyorum. Yoksa veri sistemimiz belki de dünyada bu konuda ilk 3’e bile girebilir yani, belki de 1. bile diyebiliriz veri toplama kapasitesi olarak” şeklinde ifade etmiştir.

#### Adaptasyon gerekli

Bir senelik bir hazırlık süreci verilebilirse çok rahatlıkla hastane otomasyon programları veya bunlarla ilgili özel veri tabanları oluşturulabileceğini düşünen AKD-4, görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Yani bu konuda Türkiye’nin bir altyapısal sorunu yoksa sadece irade lazım ve o iradenin hastane otomasyon programlarına emredici hüküm olarak düzenlemesi gerekiyor. Regülasyona ihtiyaç var yani onu demek istiyorum. Yasal bir düzenleme yapılırsa bundan sonra bu süreçler hastane otomasyon programlarından veya hastane bilgi yönetim sistemlerinin şu modüllerinde kurgulanmalıdır derseniz kurumlar kendilerini çok rahat adapte edebilecektir.”

SGK-4, değer bazlı modelde, sağlık hizmeti sunucularının düzenli olarak hastaların klinik verilerini internet bazlı bir sistemden tarafsız bir denetleme kurumuna göndermesi gerektiğini düşünmektedir. Denetleme kurumunun da kolayca performans verisini analiz edebilmesi için, veri toplama sisteminin şeffaf ve kolay kullanılabilir bir şekilde tasarlanması geliştirilmesi ve sistem güzel adapte edilmesi gerekmektedir şeklinde görüşlerini açıklamıştır

ABD-2 bu konudaki görüşlerini şöyle ifade etmiştir: *“Herkesin yediği içtiği nefes aldığı veriyi toplayan devlet, her şeyi toplayabilir. Verilerin toplanması lazım, şeffaflık olması lazım. Bunları toplayıp işleyebilecek kabiliyete sahip olunması gerekir. Veriyi bilgiye dönüştürecek kilit kişilere ihtiyaç var. Türkiyede big data var, pek çok veriler var, bunların iyi değerlendirilip bilgiye dönüştürülmesi gerekmektedir.”*

Sosyal Güvenlik Kurumu katılımcılarından-5 Medula ile bu sistemin çok kolay adapte edilebileceğini düşünmektedir: *“Sonuçta ödeme ve faturalandırma amacı ile oluşturulmuş, klinik sonuçlar da oradan değerlendirilmeli, bilim dünyasıyla bu verilerin paylaşılması konusunda adımlar atılabilir.”*

#### Alt yapı olarak yeterli

SGK-1 altyapının yeterli olduğunu, hatta gereksiz ve mükerrer veri toplandığını düşünmektedir: *“Yani 1 fazla veri toplanıyor, o veri toplayanlar o verinin tamamını analiz edemiyorlar. 2 ben de veri topluyorum sen de veri topluyorsun birbirimizin verisini görmüyoruz. Sonuçta aynı amaca yönelik çalışan iki kurum. Sağlık Bakanlığının'nun E-Nabızı var şimdi, ondan önce Sağlık-Med'i vardı. SGK'nın da Medula'sı var, hepsinin yönetim alanları farklı.”* şeklinde ifade etmiştir. Akademisyen-1 ise altyapının yeterli olduğunu ya da geliştirilmesi gereken bir yanı varsa bunun çabucak yapılabileceğini düşünmektedir.

Amerika'daki araştırmacı-1 bu konudaki görüşlerini: *“Türkiye'de sağlıkta kalite diye bir ara ders vermiştim. O sıralar bilişim sistemleriniz ilerliyor diye gördüm. Ama sonradan ne oldu farklı gelişmeler felan oldu bu gelişmelerden sonra kavramlar değişti mi bilmiyorum. Ama Recep Akdağ çok iyi reformlar yaptı Türkiye'de. Sonraki sağlık bakanı ne yaptı hiç bilmiyorum. Altyapıyı devam ettirdi mi? Eğer bu alanda*

yatırımlarını devam ettirdilerse yapabilir. Ama hani yapmadılarsa zor yani. Bilişim de maddi olduğu için hızlı bir şekilde geliştirilebilir.” şeklinde ifade etmiştir.

### Veri kalitesine bağlı

Sağlık Çalışanı-1 ile Sivil Toplum Kuruluşu katılımcısı-2 verilerin toplanmasının yeterli olduğunu ancak verinin doğru girilmesi, doğru analiz edilmesi ve yorumlanması kısmında çok dikkatli olunması gerektiğini dile getirmişlerdir.

Araştırma Merkezlerinden katılımcı-2 görüşlerini: “Bir kere şöyle bir sıkıntı var bu veriler toplanıyor mu? İkincisi ise entegre bir veri yapısı var mı? Yani şimdi x hastanesiyle y hastanesinin sistemleri aynı olmadığı için bu verinin alma şeklinin de doğru olup olmadığını tartışırız. Yani buradaki en büyük sıkıntılardan biri. Şu anda mesela Türkiye’de bunu bir toplantıda söylenmişti bu sağlık bakanlığının üniversitesinin hastanelerinin hepsi ayrı ayrı sistemler üzerinden çalışıyor, ortak veriyi alamıyorsunuz. Bu durumda mesela e-nabızda bu bilgiler var mı, medulada bu veriler var mı, bunlar geliyor mu bunlara bakmamız lazım. Mesela değer bazlı sisteme geçtik bu sefer şu sorunlar çıkacak mı, ben ameliyatı burada oldum ama benim yakınım şu hastanede fizik tedavici o tedaviyi orada olmak istiyorum. Böyle şeylere imkan verilecek mi? O zaman bu ameliyatla fizik tedaviyi nasıl ayıracağız? Maalesef böyle sorunlar da var ama bilmiyorum bu konuda öncelikle verinin doğru olduğunu ve toplanıp toplanamayacağını kontrol etmemiz gerekiyor.” şeklinde ifade etmiştir.

Akademisyen-2’nin söylemine göre ilk şart sağlıklı veridir. Sağlıklı verinin girilebilmesi, kodlamalarının sağlıklı yapılması ve veri aktarımının iyi yapılması gerektiğini ifade etmiştir:

“Bir kere bunun kesinlikle sağlık politika yapımcılardan önce bu alandaki uzmanların çalışarak sağlıklı bir veri işletim sisteminin kurulması gerekiyor. Bu sağlanmazsa, sistem baştan ölü doğar. Bunun dışında bir sahiplenme gerekliliği hem yönetici açısından bu sağlıklı veriler ortaya konulduktan sonra politika yapımcıların bunu uygulayıcılara en yukardan aşağıya kadar tüm organizasyonun sahiplenmesi gerekir. Bunun için de bu işin önemini anlatılabilmesi gerekiyor. Dolayısıyla bu işin verilerle sağlıklı bir şekilde ortaya konulması tüm toplum için, hem devlet için, hem personel için, hem hastalar için ne kadar önemli bir ödeme

*yöntemi olduğu onlara hissettirilmesiyle sahiplenmenin sağlanması, sonra da gerisinin gelmesi bekleneciktir.”*

### Yetersiz

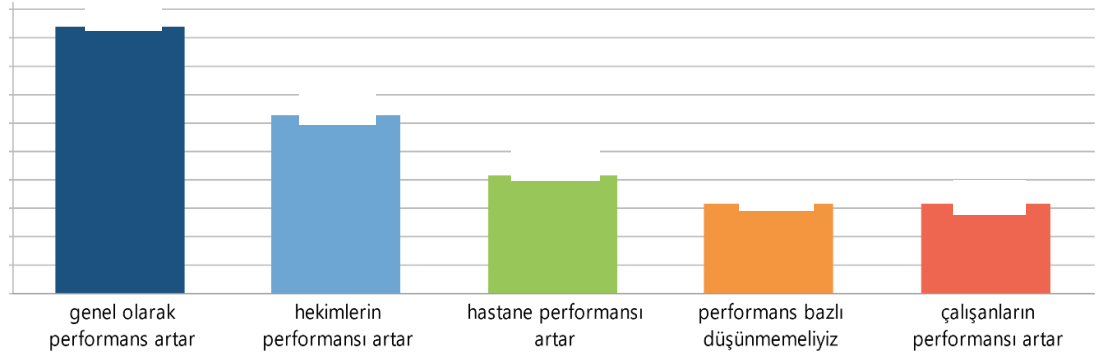
Akademisyen-2 geri ödeme sisteminin değiştirilme kapasitesinin yetersiz olduğunu şu sözlerle ifade etmiştir “*Şu an elimizde en büyük sıkıntımız veri olmaması. Siz de belirttiniz malpraktis ile ilgili veri yok, bir çok konuda veri yok. Hasta güvenliği ile ilgili ne kadar hastanın bir hataya maruz kaldığına dair bir veri yok. Bu verilerin gerçekten somut bir şekilde ortaya konulması gerekiyor. Bizim hukuki mevzuatımız da yeterli değil, mevzuatımızın da düzeltilmesi gerekiyor ki bir şeylerin analizlerinin yapılabilmesi sağlansın. Hata bildirim sistemlerinin daha etkili olması lazım. Ve hataların güvenli bir şekilde sisteme bildirilmesi gerekiyor. Mesela bildiren personelin hiçbir şekilde açığa çıkmaması gerekiyor ki hatalar fark edilsin, analizler yapılsın, ortaya veri konulsun. Şu anda en büyük sıkıntımız veri. Değer bazlı ödemede önce ortaya veri konulacak, sonrasında bu veriler doğrultusunda ölçme ve değerlendirme yapabileceğiz.” SGK-6 da geri ödeme sisteminin değiştirilme kapasitesinin yeterli olmadığını ifade etmiştir.*

### **5.1.7. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Performans Üzerine Etkilerine İlişkin Bulgular**

*“Buradaki en önemli nokta sağlık personelinin süreçteki frekansını artırıcı etmenlerin varlığı” (ARŞ-1).*

Katılımcılara değer bazlı geri ödeme yönteminin performansı nasıl etkileyeceği sorulmuştur. Katılımcılar en çok genel anlamda (9) performansın artacağı konusunda söylemde bulunmuşlardır. Ardından en çok hekimlerin performansının artacağı (7) söylenmiştir.

### Şekil 16. Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Performans Üzerine Etkisine Dair Görüşlerin Dağılımı



#### Genel olarak performans artar

Akademisyen-3 performans hakkındaki görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: *“Performans dediğimiz kavram çok soyut bir kavram, performans deyince neyi kastediyoruz, yani hastanenin performansı farklı, hekimin performansı farklı ya da sağlık hizmetinin performansı farklı. Üretim miktarını mı söylüyorsun yoksa klinik kalitedeki gelişmeyi mi söylüyorsun. Performansı sayı olarak ele alıyorsan o eksik bir görüş. Yani performans sayı değildir. Ona biz performans değil, üretkenlik diyoruz. Yani birim işgücü başına ne kadar hizmet gördün. 8 saat hekim muayene saati var, 8 saatte 100 hastaya baktın, diğeri 200 hastaya baktı. Ne diyoruz üretkenliği daha fazla. Bu performans değil. Performansın bir sürü göstergesi var. Kalite, verimlilik, ergonomi, hasta memnuniyeti vs. bu açıdan artı sağlayabiliriz diye düşünüyorum.”*

STK-2 hem hastanelerin hem genel sağlık sisteminin olumlu yönde etkileneceğini düşünmektedir. SGK-1 ise *“Bunu yaşamadan bilemeyebiliriz ama olumlu etkileyeceğini düşünüyorum performansları”* şeklinde düşüncesini ifade etmiştir.

Akademisyen-2 veri aktarımı ve işleme mekanizmalarının sağlıklı bir şekilde uygulanmasından sonra performansların olumlu yönde etkileneceğini düşünmektedir. Düşüncelerini aşağıdaki şekilde ifade etmiştir:

*“Öyle bir şey ki kazan-kazan mantığını ortaya koyacak bir sistem olduğunu düşünüyorum. Yani şimdi düşünün toplam sağlığa harcanan para 100 birimse şu*

*an daha az kişinin hasta olmasını, hasta olan kişilerin de daha az sağlık hizmetiyle daha etkin bir şekilde tedavi olacağını düşünürsek, bu 100 birimlik harcamanın 50 birime düşeceğini ortaya koyarsak eğer, hastane yönetimiyle sağlık personeli arasında adaletli bir şekilde dağıtım yapacak bir mekanizma sağlanabilirse uçarız tabiri caizse. Düşünsenize mekanizmayı, hem hastalar daha az, hem daha az tedaviyle daha etkin tedavi yöntemleri olacak. Daha önce 100 birim harcanan tutarın 50 birimine düştüğünde kalan 50 birimin de 30 birimini personele dağıttığımızı düşünürsek 20 birim devlete kalacak. Bu durumda hem personel hem devlet hem de hasta kazanmış olacak.”*

SGK-5 de performansın genel olarak artacağını düşünmektedir. Bunu şu sözlerle ifade etmiştir:

*“Değer bazlı geri ödeme modelinde kaliteden yararlanacakları için daha anlamlı sonuçlar elde edilerek ödeme yapılır. Hastanenin mortalitesi ve hastalarda yüksek memnuniyete ödeme yapıldığı için performansın yanında, kaliteli performansı artırır.”*

#### Hekimlerin performansı artar

Araştırma merkezleri-2 bu konudaki görüşlerini: *“Ben doktorlar açısından performansın artacağını düşünüyorum. Çünkü şimdi özel hastanelerin özel hastanelik bir durumu kalmadı, ağızına kadar dolu. Çünkü alabildiği kadar hasta almaya bakıyor. 10 dakikalık muayene periyodu var yarım saatlik muayene periyodu olan var. Bütün bunlarla beraber aslında hekimler için iyi olacağını düşünüyorum ama tabii bunun maliyet açısından hastaneye yararlılığı nasıl olacaktır ona bakmak gerekiyor. Yani bu yapıda ödeme modelleriyle bu yiğit kurulacak mı onu bilemiyorum ama bir kere SGK gibi yani şu anki SUT gibi bir yöntem olmaması gerektiğini düşünüyorum. Yani herkese aynı para olamaz. Bunu değerlendirmek gerekiyor.”* şeklinde ifade etmiştir.

Sivil Toplum Kuruluşu katılımcı-1 de performansların çok iyi etkileneceğini düşünmektedir:

*“Çünkü yaptığı işin karşılığında ne kadar başarılı olduğuna göre ödeme alacaksın. Düşünsene bir hekime aynı hasta aynı hastalıkla ilgili yılda 3 defa*

*gidiyorsa o hekim doğru tedavi uygulamış mı oluyor? Aksine doğru teşhis koyamamış bile oluyor belki. Dolayısıyla ne kadar doktora gittiğini ölçmek de değer temelli sağlık hizmetinin çok önemli bir turnusol kağıdıdır.”*

#### Hastanenin performansı artar

Sağlık Bakanlığı-3 hastanelerde daha yüksek performans görüleceğini düşünmektedir. Hasta-1 ve 2 ise hastaneler değer yarışına girecekleri için performanslarını arttırıp, dikkat ve özenin de artacağını düşünmektedir

#### Performans bazlı düşünmemeliyiz

Hasta 1, performans bazlı düşünemeyeceğimizi ve doktorlar için iki çeşit fikir olacağını ileri sürmüştür:

*“birileri değerlerini yükseltmek için çok çalışırken diğerleri sistemin yanlış olduğunu düşünüp karşı çıkacaktır.”*

Akademisyen-4 bunun performansla ilgili olmadığını şu sözleri ile ifade etmiştir:

*“...yani şu an bizim temel ödeme mekanizmamız özellikle hastane yöneticileri ve doktorlar için bakıldığı zaman, biz daha çok performans bazlı ve hacim bazlı ödeme tekniğini teşvik eden bir yapıyı ön plana çıkarıyoruz. Ne kadar hasta bakılırsa o kadar performans, ne kadar ameliyat edilirse o kadar performans ödüyoruz. İlk önce o sistemin tamamen alt üst edilmesi gerekiyor veya yavaş yavaş vazgeçileceğine dair bir politika gerçekleştirmek gerekiyor. Yani önümüzdeki 2 yıl içerisinde performans ödeme sistemi yüzde 50’den yüzde 25’e inecek sonra da kademeli olarak kaldırılacak gibi bir uygulamaya ihtiyaç var.”*

#### Çalışanların genel olarak performansı artar

Soyal Güvenlik Kurumu-6 ise çalışanları ödüllendirmenin performanslarını arttıracığını düşünmektedir. SÇ-2 görüşlerini şu şekilde ifade etmektedir: *“Ben herkesin daha çok çalışacağını, performans olarak artış olacağını düşünüyorum çünkü herkes hak ettiğini alırsa ona göre çalışır.”* ve HST-3 de aynı doğrultuda görüş bildirmiş: *“Performansın her anlamda iyi geri dönüşlerinin olacağını düşünüyorum. Doktorlar ve diğer sağlık personelleri daha iyi hizmet vermenin peşine düşerler.”* demiştir.

### **5.1.8. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Geçişi Zorlaştırıcı ve Kolaylaştırıcı Faktörlere İlişkin Bulgular**

*“Zorluklarla kolaylıklar yan yanadır (ABD-1).”*

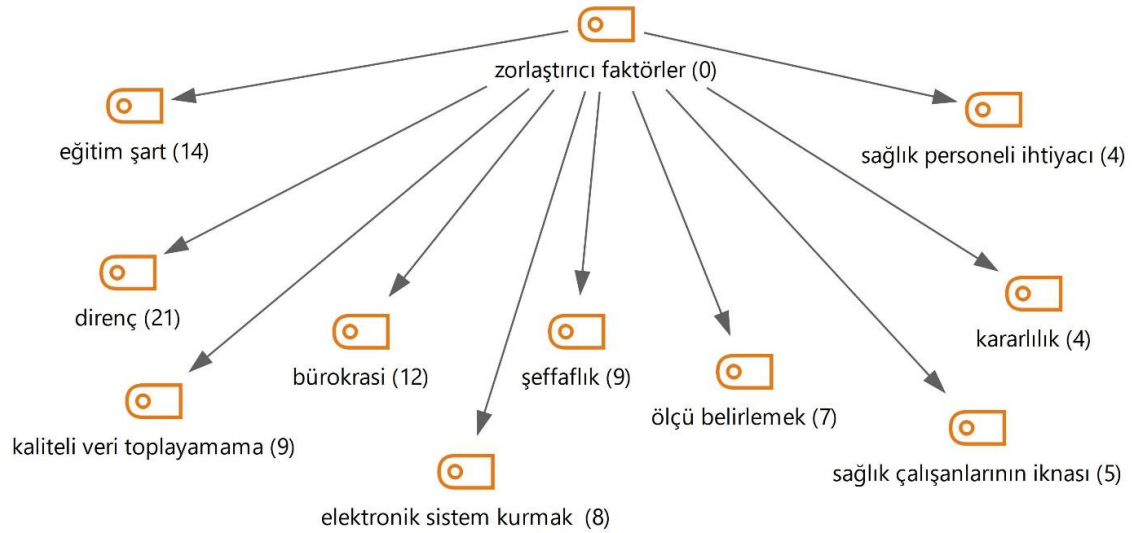
Katılımcılara Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişini zorlaştıracak ve kolaylaştıracak faktörlerin neler olacağını düşündükleri sorulmuştur. Aşağıda katılımcıların önce zorlaştırıcı faktörlere ilişkin düşünceleri sonra kolaylaştırıcı faktörlere ilişkin düşüncelerine yer verilmiştir.

#### **5.1.8.1. Zorlaştırıcı Faktörler**

Değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişini zorlaştıracak faktörler olarak en çok kodlanan faktör, direnç faktörüdür (21). Katılımcılar başta hastaların sonra sağlık çalışanlarının bu konuda eğitim eksikliği olduğunu düşünmektedir (14). Ardından gelen kod ise bürokrasi (12) engeli olmuştur. Şeffaflık ve kaliteli veri toplayamama faktörlerden ise 9 kez bahsedilmiştir. Elektronik sistem kurmanın zorluğu (8) ve ölçü belirlemenin zorluğu (7) da çok kodlanan kodlar arasındadır. Ortaya çıkan diğer kodlar ise; formülün doğru belirlenmemesi, sistemin paydaşlara iyi anlatılamaması, herkesin istememesi ve katılmaması, karar alıcıların aynı tarafta olmaması, sahiplenilmemesi, SGK ile Sağlık Bakanlığı'nın birlikte hareket etmemesi, personel motivasyonunun düşük olması, ödemede adaletsizlikler olması, siyaset, lider eksikliği, bilgi birikimi eksikliği, kararlılık, teknik anlamda hazırlık, sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri, hasta sayısının çok olması, paydaşlar, ahlak problemi, hasta takip sisteminin olmayışı, kültürel değişim gerektirmesi, sağlık çalışanlarının ikna edilmesi, sağlık personeli ihtiyacı, finansal sürdürülebilirlik, veriyi işleyememe problemi, sağlık çıktıları, sağlık çalışanlarına ek yük olması, denetim gerekliliği ve yeni maliyetlere sebep olması şeklinde sıralanmıştır.



**Şekil 17. Zorlaştırıcı Faktörlerin Hiyerarşik Kodlanması**



### Direnc Faktörü

Şekil 17’de her zorlaştırıcı faktörün kaç kere kodlandığı yer almaktadır. En çok kodlanan, direnc faktörü olmuştur. AKD-4 bunu aşağıdaki sözleri ile ifade etmiştir:

*“En başta hasta ve hasta yakınlarının ciddi alışkanlıkları var hizmet erişim sayılarınının 9,5 larla ölçüldüğü bir Türkiye’de sayıları azaltmak daha nitelikli ve daha zaman alıcı hizmetlere odaklanmak süreci zorlaştıracaktır. En büyük mücadele alanı bu erişim sayılarıyla ve performans ödeme sistemiyle mücadele etmek olacak. Bunlar ciddi kazanımlar, hem hasta yakınları hem de personeller için ciddi kazanımlar. İşte bu kazanımların kaybedileceği süreç olursa direnc noktaları olacağını düşünüyorum. Yani eski alışkanlıkları bir gecede değiştiremezsiniz. Ama eğer açık ve şeffaf bir süreç sürdürülebilirse doktorların ve sağlık yöneticilerinin bu sürece çok daha rahat adapte olabileceğini düşünüyorum. Önceden bildirmek şartıyla. Halk nezdinde buna yönelik bir aksiyon gelişebilir eğer değer bazlı ödeme sistemine geçerseniz neticede artık bakılan hasta sayısı önemli değil iyileşen hasta sayısı önemli olmaya başlar ya da zarar görmeyen hasta sayısı önemli olmaya başlar. Dolayısıyla süreçlerin uzama ihtimali yüksek. Şu an ki kapasiteyle bu değer bazlı ödeme sisteminin gerçekte var olan alışkanlıkları değiştirme süreci zorlu bir mecrayla karşı karşıya kalacak.*

*Dolayısıyla bizi hangi süreç bekliyor, eğer maddi açıdan, doktor, yönetici ve hastane açısından 1-2 yıllık süreç içerisinde zarar etmeyeceklerine dair bir güvence verilirse değer bazlı sürece yönelik yavaş bir geçiş olabilir. Yok sert bir uygulamaya kalkılırsa bundan sonra ödenmeyecek de diyebilirsiniz ama böyle olursa direnen bir yapı olma ihtimali yüksek.”*

Sağlık Bakanlığı-4 her yeniliğe olduğu gibi buna da direnç gösterileceğini düşünmektedir. Sağlık Bakanlığı-1 ise yeniliğin yeni maliyetler olarak algılanıp yöneticilerin direnmesi ile karşılaşılacağına inanmaktadır. HST-2 ise bunu “Sağlık personelleri ve hastane yöneticileri gelirleri azalacağı için direnç gösterebilir.” şeklinde ifade etmiştir.

### Eğitim eksikliği

Amerika’daki araştırmacılardan-2, hastaların eğitilmesi gerektiğini ve hastaların talimatlara uymasının zorunlu hale getirilmesi gerektiğinden bahsetmektedir:

*“Hasta kaynaklı mı olup olmadığını hastane ve doktor kontrol edemez, bunu nasıl önlersin. Hizmet sonrası kontrolde hizmeti verenin sorumluluğu var, bunun takibinin oluşturulması lazım.”*

ABD-1 de toplumun bilinçlendirilmesi gerektiğini, bunun için de yayın yapılması, gazeteler, videolar gibi birtakım araçlarla bir şekilde tanıtılması lazım diye düşünmektedir.

### Kaliteli veri toplayamama sorunu

Milletvekili-1 ile Akademisyen-2’nin ortak görüşü, doğru verinin elde edilememesi ve karar vericilerin elinin altında sağlıklı veri olmamasının en büyük zorlaştırıcı faktör olacaktır. Sivil Toplum Kuruluşu katılımcılarından-1 ise bunu “Verinin toplanması, verinin güvenirliliği, verinin paylaşılması ve bu verinin karar destek sistemine aktarılması, yani 4 adet madde söyledim. Eğer bu dördünü birden yapabilirsek o kritik dediğimiz veriyle ilgili sıkıntılardan ya da olası problemlerden kendimizi arındırmış oluruz.” şeklinde ifade etmiştir.

### Bürokrasi

Sağlık Bakanlığı-3 ile Sivil Toplum Kuruluşu-1, bürokratik engellerden önce bürokratik kararlılık olmasının gerekliliğinden bahsetmiştir. Akademisyen-2 ise bu konu ile ilgili görüşlerini: “...aslında bürokrasi toplumun bir yansıması. Yani toplum da biraz bu şekilde düşünüyor. Toplumun bilinçlendirilmeye çalışılmasıyla beraber bürokraside bu konuda daha vizyon sahibi, daha fazla insiyatif almak isteyen yöneticilerin görevlendirilmesiyle beraber topyekün olacak bir şey..” şeklinde ifade etmiştir. SGK-5 de bürokratik sürecin zor olacağını dile getirmiştir.

### Elektronik sistem kurma ihtiyacı

MV-1, AKD-1 ve AKD-2, sistemin bu alanda kurgusunun yapılması, iyi bir elektronik yönetim sisteminin olması, öncelikle bu alandaki uzmanların çalışarak sağlıklı bir veri işletim sistemi kurması gerektiğini, yoksa sistemin baştan ölü doğacağını düşünmektedirler.

### Şeffaflık

Katılımcıların 5’i ülkemiz adına en önemli zorlaştırıcı faktörün şeffaflık sorunu olduğunu belirtmiştir. Bazı katılımcılar bunu aşağıdaki sözlerle ifade etmişlerdir:

SB-3: “*Şeffaflık Türkiye’nin tek ve en temel problemi olarak düşünüyorum.*”

SGK-3: “*Maliyet ve sonuçlarda şeffaflığın olmaması büyük bir engeldir.*”

AKD-1: “*Sistemimiz var ama iyi veri tutamıyoruz ayrıca şeffaf ve paylaşımcı da değiliz.*”

### Ölçü belirleme zorluğu

Katılımcılar burada neyin, nasıl ölçüleceğinin net olmadığını belirtmişlerdir. Akademisyen-4 bunu şu sözleri ile dile getirmiştir:

*“Sonuçtan kastedilen output mudur, outcome midir? İlk önce onu netleştirmek gerekir. Yani bakılan hasta sayısı mıdır, yoksa gerçekten iyileşen hasta sayısı mıdır? Şöyle, bir cerraha sorduğunuzda bugün kaç ameliyat yaptınız, mesela 4 ameliyat olsun, bu outputtur. Peki bu 4 hastadan kaçını tamamen iyileştirdi veya*

*ağrıları dindi ya da sağlık sorunları azaltıldı sorularını soruyorsanız buna da outcome diyoruz. Önce output, outcome ayrımının netleştirilmesi gerekiyor.”*

Sağlık Bakanlığı çalışanı-3, ölçümün bir çok kalite, hasta güvenliği, maliyet bilgisinin doğruluğu ve erişilebilirliği ile ilgili sorulara yanıt verebiliyor olması gerektiğini düşünmektedir.

#### Sağlık çalışanlarının ikna edilmesi

Araştırma merkezleri katılımcılarından-2 en zorlayıcı faktör olarak hastane yöneticilerinin buna ikna edilmesini göstermiştir. Akademisyen 1 de ARŞ-2 gibi düşünmektedir. Bunu şu sözleri ile ifade etmiştir: *“Hekimlerin buna ikna edilmesi lazım ki en önemli etkenlerden bir tanesi bu.”*

Akademisyen-2 ise bu konudaki görüşlerini şöyle açıklamıştır: *“...ülkemizdeki bir gerçek hekimler bir yandan lokomotif, bir yandan da değişimlere en çok direnç gösteren grup olduğu gerçeğidir. Bunu nasıl aşacağız, bunun için de meslekler psikolojisi açısından ciddi çalışmalar yapılması gerekiyor. Bir yandan da bu yapılırken meslek gruplarının bu konuda ikna edilmesi gerekiyor. Nasıl ikna edilecek? Elimizdeki verilerle, ortaya konulacak somut örneklerle. Bu konuda eğer bu süreç uygulanırsa gerçekten hekimlere de maddi anlamda bir kazanım söz konusu olacağını onlara gösterebilirsek eğer, direnç göstermezler.”*

#### Kararlılık

Kararlılık faktörü 2 katılımcı tarafından 4 kez kodlanmıştır. Araştırma merkezi-2 kararlı olmanın gerektiğini, ülkemiz için bunun zorlaştırıcı bir faktör olduğunu ifade etmiştir. Sözlerine aşağıdaki ifadelerle devam etmiştir:

*“...Örneğin TIG’de Avustralya da vardı, ABD de vardı. Avustralya bize yakın dedik gittik sonra millet eleştirdi işte orada akrep sokması var sinek sokması var bizde onlar o kadar yok dediler. Onu alıp bir yerelleştiremedik. Buradaki en temel noktalardan bir tanesi, bunu gerçekten hızlı bir şekilde yapmamız lazım. Çünkü bu yöntem hastaneleri de çileden çıkardı artık yani şimdi SGK bütçeleri bir yere geldi durdu... Bu konuda biliyorsunuz tanı ilişkili gruplarla da çok çalıştı Türkiye yani sanırım 2010 dan beri bu konuda yapılmış çok ciddi çalışmalar var ama bir*

*türlü uygulamaya geçmedi. Kamu hastaneleri kendi içerisinde performans modelinin bir %60- 70'i gibi bir nokta uyguladılar ama orada da zannedersen şu an uygulanmıyor. Kararlılık sorunu var.”*

### Sağlık personeli ihtiyacı

Sağlık personelinin sayısını arttırmanın gerektiği ve az olmasının zorlaştıracak bir faktör olduğunu ifade eden 3 katılımcı olmuştur ve 4 kez kodlanmıştır. Akademisyen-1 görüşünü: “*Gerekli insan kaynaklarını da yetiştirmek lazım.*” şeklinde belirtmiştir.

### **5.1.8.2. Kolaylaştırıcı Faktörler**

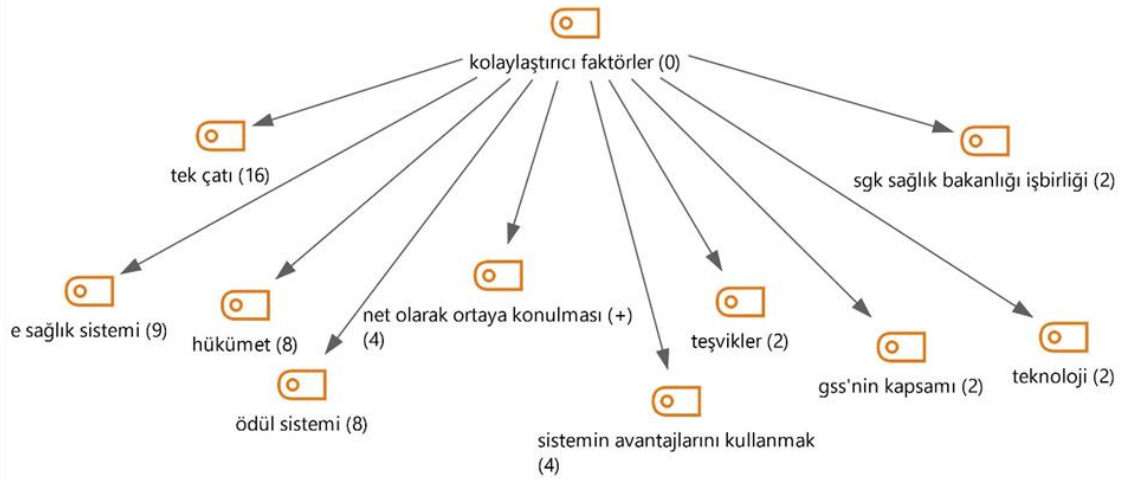
Değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişi kolaylaştırıcı faktörlere ise en çok sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanması (16) kodlanmıştır. E-sağlık sistemimizin (9) iyi olduğu ve bunun değer bazlı sağlık sistemini kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Ödül sistemi (8) ve hükümetin (8) bu ödeme sistemini desteklemesi, sisteme geçişi kolaylaştıracak diğer faktörlerdir.

**Tablo 5. Değer Bazlı Ödeme Yöntemine Geçişi Kolaylaştırıcı Faktörler**

Teşvikler	Genç sağlık çalışanlarının olması
İstekli yöneticilerin olması	Maliyetleri düşürecek olması
Paydaşlarla ortak hareket etme	Net olarak ortaya konulması
Hastaların talebi	Genel Sağlık Sigortası'nın kapsamı
SGK ve Sağlık Bakanlığı iş birliği	Hasta memnuniyetinin yüksek olması
Ölçütlerin varlığı	İyi uygulama örneklerinin olması
Sistemin avantajlarını kullanmak	Doğru olanı yapmak
Hükümet desteği	Geri ödemenin tek çatı altında toplanmış olması
Ödül sistemi	TİG sistemi
Teknoloji	E-sağlık sistemi

Tablo 5'te kolaylaştırıcı faktörlerin her birinin önemli olduğu düşünülerek bunların tamamına yer verilmiştir. Şekil 18'de ise en çok kodlanan 10 tanesi yer almaktadır.

**Şekil 18. Kolaylaştırıcı Faktörlerin Hiyerarşik Kodlanması**



#### Geri ödemenin tek çatı altında toplanması

SGK-6, değer bazlı geri ödeme sistemine geçilecekse en çok tek ödeme kurumunun olması işlerin daha hızlı ilerlemesinde artı sağlayabilir şeklinde düşünmektedir ve bunu şu sözleri ile ortaya koymuştur: “...tek karar verici bir kurum olacak ve sağlık kurumları bunu uygulamak zorunda olacak. Geri ödemenin aynı kapsam altında olması, tek el olması, SGK burada çok geniş yelpaze sunuyor. Bu, çok kolaylaştırır.”

Hasta-2, Akademisyen-3 ve Sivil toplum kuruluşu katılımcıları, SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın çatısı altında toplanan bir sağlık sistemimizin olmasını en önemli kolaylaştırıcı faktör olarak görmektedir.

#### E-sağlık sisteminin olması

E-sağlık sisteminin olmasını kolaylaştırıcı faktör olarak gören 9 katılımcı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı-3 ve Sağlık Çalışanı-3 Türkiye'nin bu anlamda başarılı adımlar attığını düşünmektedir. Örneğin E-nabız, Medula gibi bilgi sistemleri onlar tarafından gayet başarılı girişimler olarak değerlendirilmektedir.

#### Hükümetin istekliliği

Amerika Birleşik Devletleri'nden araştırmacı katılımcı-2 bunu şu sözleri ile ifade etmiştir: “Hükümet geçilecek derse veya SGK geçiyoruz derse geçilir. Burada Medicare

*geçiyoruz dedi geçti. Burada kolaylaştırıcı faktörlerde en önemli olan nokta fırsat vermektedir. Olanak sağlamaktır.”*

ABD-1 de *“Zorluklarla kolaylıklar yan yanadır. Türkiye’de politika büyük güç olursa çok rahat bu yürütülebilir. Bir de sistem çok daha entegre olduğu için Amerika’ya göre, çünkü devlet daha güçlü sisteme göre. Yani hükümet bu sistem olacak derse karşı çıkacak çok kimse olmadığı için daha kolay olur.”* şeklinde ifade ederken Milletvekili-2, *“hükümet istediği anda bu değişikliği yapabilir”* şeklinde aynı yönde görüş ifade etmiştir.

### Ödül sistemi

Katılımcıların 6’sı ödül sisteminin geçişi çok kolaylaştıracağını düşünmektedir. Sağlık Çalışanı-3 bunu şu sözleri ile ifade etmiştir: *“Ödüllendirme sistemi şeklinde işletilmeye başlarsa bu sistem, herkesin kolay angaje olacağını düşünüyorum.”*

### Net olarak ortaya konulması

Sistemin nasıl olacağını, nasıl işleyeceğini net olarak ortaya konulması işleri kolaylaştırıcaktır diye düşünen Akademisyen-4 bu konudaki görüşlerini *“...yani en başta şunu demek gerekiyor dünya uyguluyorsa biz neden uygulamıyoruz sorusunu sormamız gerekiyor. Uygulayıcılara, sağlık profesyonellerine, sağlık yöneticilerine ve sağlık politikacılarına. Modern dünyanın takip ettiği parametreleri ortaya koymak gerekiyor.”* şeklinde ifade etmiştir.

Sivil Toplum Kuruluşu katılımcılarından-2 görüşlerini: *“Harvard Medical School ile anlaşsın, Türkiye için model yapın dersin onlar çalışır onu getirirler siz de oturur uygularsınız. Bu bir çalışma şekli herkes de uyar. Sonuçta sağlığın %90’ı kamunun elinde, mecburen herkes ona göre şekil alır. Ama bu gerçekten uygulamaya girdiği zaman yürümeyebilir çünkü bu çarktaki kişiler; doktorlar, hemşireler, sağlık hizmet sunucuları. Eğer bu çarkı iyi kurmazsanız, iyi anlatmazsanız sonuçta uygulama da yürümez. İkinci modelse yine öyle bir akademik destek alabilirsiniz ama akademik desteğin içinde buradaki paydaşları da katarsanız. TTB muhalif olmasına rağmen onları da alırsanız içerisine, eczacılar birliğini, hemşireler birliğini vs. sivil toplum kuruluşlarının hepsini birlikte alırsanız, farklı görüşlerden insanları da bir araya*

*getirip baştan planlayalım dersiniz o zaman olur. İlk başta bir patlama olacaktır sağlık harcamalarında belki ama siyasi irade eğer bunu iyi anlatırsa, iyi bir politika yaparsa, toplum desteğini de alırsa çok iyi bir şekilde uygulamaya koyabilir sonrasında zaten artı olarak da dönecektir. Hem ekonomik yarar hem de uzun vadede siyasi yarar anlamında.” şeklinde ifade etmiştir.*

#### Sistemin avantajlarını kullanmak

Katılımcılardan Sağlık Çalışanı-2, Akademisyen-1, Sağlık Bakanlığı-2 ve Sosyal Güvenlik Kurumu-2 değer bazlı geri ödeme sistemin avantajları kullanılırsa çok kolay işleyeceğini düşünmektedir.

#### Teşvikler

Milletvekili-1 teşviklerin uygulanması gerektiğini savunmaktadır. Akademisyen-2 de bunu şu sözleri ile ifade etmiştir: *“Bu konuda teşvikler ve cezaların doğru uygulanmasıyla cezaların öldürücü değil de tabiri caizse ufak iğnelemelerle uygulayıcıları bu anlamda daha teşvik etmeye yönelik kurgulanması teşviklerin de aynı şekilde uygulayıcıların performanslarını daha da iyileştirmeye yönelik şekilde kurgulanması en önemli faktör olacaktır.”*

#### Genel Sağlık Sistemi'nin kapsamı

Katılımcılardan-2'si genel sağlık sigortasının tüm halkı kapsıyor olmasını kolaylaştırıcı bir faktör olarak belirtmişlerdir. Sosyal Güvenlik Kurumu çalışanı-5 bunu *“Bizim sigorta kapsamımız çok geniş, özel değil devletin sigortası altında halkın %98'i kapsamda, iş böyle olunca her şey tek merkezden toplanarak çok daha kolay hallolacak.”* şeklinde ifade etmiştir.

#### Teknoloji

Katılımcılardan Sağlık Bakanlığı-1 ve Akademisyen-1 Türkiye olarak teknolojik kapasitenin yüksek olduğunu, bunun da geçişi kolaylaştıracağını düşünmektedir.



### SGK, Sağlık Bakanlığı iş birliği

SGK-4 ile SB-4 Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı arasında götürü bedel sözleşmesi olduğu için Sağlık Bakanlığı'nın kendi hastanelerine değer bazlı geri ödeme yapmasının kolay olacağını, kısaca iş birliği yapılmış olmasını kolaylaştırıcı bir faktör olarak belirtmiştir.

### **5.1.9. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Uygulanmasını Destekleyecek ve Karşı Çıkacak Gruplara İlişkin Bulgular**

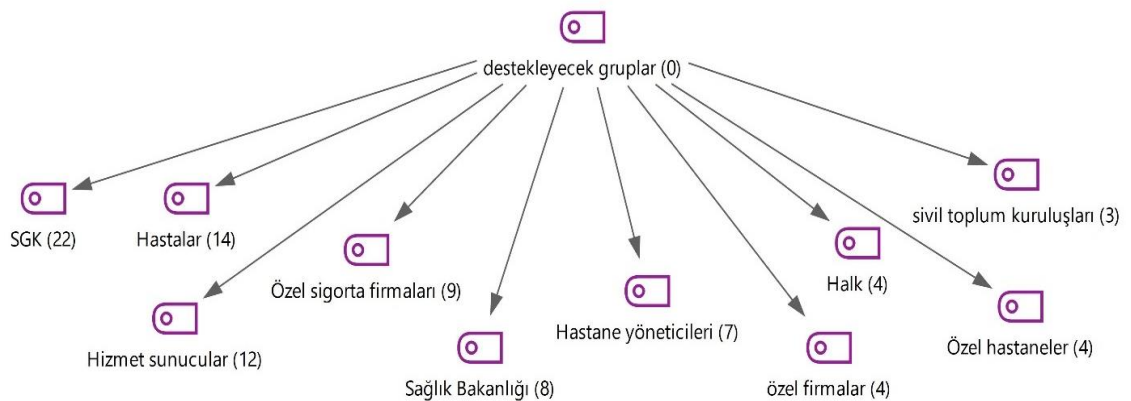
*“Aslında... menfaat olduğu için herkes kârına bakar” (MV-2).*

Araştırmada katılımcılara “Türkiye’de değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanmasını destekleyecek ve karşı çıkacak grupların kimler olacağını düşünüyorsunuz?” sorusu yöneltilmiştir. Aşağıda, katılımcıların verdikleri cevaplara dayalı bulgular sunulmaktadır.

#### **5.1.9.1. Destekleyecek Gruplar**

Değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişi en çok destekleyecek grubun Sosyal Güvenlik Kurumu 22 kez kodlanmıştır. Hastaların da bu sisteme (14) geçişi destekleyecekleri düşünülmektedir. Ayrıca katılımcılar, hizmet sunucuların (12) ve Sağlık Bakanlığı'nın (8) da bu ödeme sistemini destekleyecekleri düşünmektedirler.

#### **Şekil 19. Değer Bazlı Ödeme Sistemini Destekleyeceği Düşünülen Gruplar**



Şekil 19’da değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanmasını destekleyeceği düşünülen ilk 10 grup gösterilmiştir. Aşağıda katılımcıların bu gruplara ilişkin ifadelerine yer verilmiştir.

#### Sosyal Güvenlik Kurumu

ABD-1, Amerika’da destekleyenlerin geri ödeme kuruluşları olduğunu belirtmiştir. Sivil Toplum Kuruluşlarından katılımcı 1 de aynı yöndeki görüşlerini: *“En önemli adım parayı verenlerin, neye para ödediğini, ödediği paranın ne kadar değere katkıda bulunduğunu görmek istiyorum demesiydi. Yani parayı verenlerin bu sistemi başta desteklemesi lazım.”* şeklinde ifade etmiştir.

#### Hastalar

SGK-4 hastaların uygulamayı destekleyeceğini düşündüğünü şu sözlerle ifade etmiştir:

*“Bu ödeme yönetimi ile genel hedef hastalara, hizmet sağlayıcılarına ve sağlık kurumlarına sürdürülebilir bir sağlık sistemi sağlamaktır. Bu sebeple bu grupların hepsinin faydasına olacağı için destekleyeceklerini düşünüyorum.”*

AKD-3 ise görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: *“Destekleyecek gruplar olarak aklıma...işin maliye boyutuyla ilgilenenler... hasta tarafı ya da kullanıcılar geliyor.”*

#### Hizmet sunucular

Akademisyen-3 hizmeti sunanların destekleyici bir unsur olabileceğini düşünmektedir. Çünkü şu anda mevcut sistemdeki işgücü yoğunluğuyla böyle bir sistemdeki işgücü yoğunluğu arasında farklılık olacaktır. Bu konudaki düşüncelerini şöyle açıklamıştır:

*“Herhangi bir uzmana diyorsun ki günde 80 tane hasta bakabilirsin ama böyle bir sisteme geçtiğinde 80 tane hasta bakmak gibi bir durum olmayacak. Tabi belki de bunlar bu sistemin uygulaması yönündeki engellerden de birisi onu da bilmiyorum. Yani neden uygulanamıyor dedik ya hastaların ya da toplumun hastane kullanma yoğunluğu çok fazla...”*

HST-1 ve ARŞ-1 işini düzgün yapan doktorların ve kaliteli hizmet sunan herkesin destekleyeceğini dile getirmişlerdir.

### Özel Sigorta Firmaları

Hasta-1 özel sağlık sigortalarının böyle bir uygulamayı “*koşa koşa destekleyeceğini*” ifade etmiştir. Akademisyen-2 ise özel sağlık sigortalarının neden destekleyeceğini şu şekilde açıklamıştır:

*“Amerika’da böyle değil orada özel sektör ağırlıklı bir durum söz konusu, Medicare burada bir lokomotif görevi görmeye çalışıyor ama yeterli değil çünkü asıl söz sahibi özel sektör. Ama özel sektörde değer bazlı işin içinde para olduğu için daha az bir kaynakla daha etkin sonuçlar alma ihtimali olan kanıtlar ortaya koyduğu için özel sektörün işine geliyor ve çok ilgileniyor bu işlerle. Ve onlara destek bile veriyor bu araştırmalarda.”*

### Sağlık Bakanlığı

Katılımcılardan 8’i Sağlık Bakanlığı’nın değer bazlı geri ödeme yöntemini destekleyeceğini düşünmektedir.

### Hastane yöneticileri

Değer bazlı geri ödemenin faydalarını düşünerek 7 katılımcı hastane yöneticilerinin bu sistemi destekleyeceğini belirtmiştir. Katılımcılardan Akademisyen-1 “*Kaliteli hizmet verdiğini düşünen ya da JCI akreditasyonuna sahip ya da daha kompleks vakalara bakan hastaneler buradan daha fazla gelir elde edeceğini düşündüğü için daha destekler nitelikte davranabilir.*” şeklinde yorumlanmıştır.

### Özel Firmalar

Katılımcılardan dördü özel malzeme satan firmaların bunu destekleyeceğini düşünmektedir. ARŞ-1: “*Özellikle ürününe güvenen firmalar destekleyecektir.*” Şeklinde düşüncesini belirtmiştir.

### Halk

Araştırma merkezi katılımcılarından-2 *“Destekleyecek en önemli grup bence halk olur. Çünkü cepten harcama artıyor. Bu durumda bunun bir netliğe varması lazım.”* şeklinde halkın destekleyeceğini düşündüğünü belirtmiştir. Akademisyen-2 ise yukarıdan başlayarak en alt seviyeye kadar tüm kamu sektörü ve özel sektörde çalışan tüm sağlık çalışanlarının hatta tüm toplumun değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanmasını destekleyeceğini düşünmektedir.

### Özel Hastaneler

Katılımcılardan 4'ü özel hastanelerin bu ödeme sistemine daha istekli olacaklarını düşünmektedir. Sağlık Çalışanı-2 özel bir kurumda çalıştığı için bunu şu sözlerle ifade etmiştir: *“Çünkü bizim için hasta memnuniyeti, hastane kalitesi bizim için daha önemli.”*

### Sivil Toplum kuruluşları

Sivil toplum kuruluşları katılımcıları sivil toplum kuruluşlarının destekleyeceğini ifade etmişlerdir. Akademisyen-4 ise bunu aşağıdaki sözlerle ifade etmiştir:

*“Yani destekleyecek gruplar dediğiniz zaman bununla ilgili STK var aslında daha çok politika yapımcıların prestijli bir konu olarak görüp, dünyada da uygulanıyor bizde de uygulansın gibi bir fikir jimnastiği var aslında. Siyasi meşruiyeti yüksek ve kavram olarak prestijli bir kavram olduğu için şu an revaçta bir konu sadece onu söyleyim. Revaçta bir konu olduğu için de argümanlarla desteklenmesi gerekiyor.”*

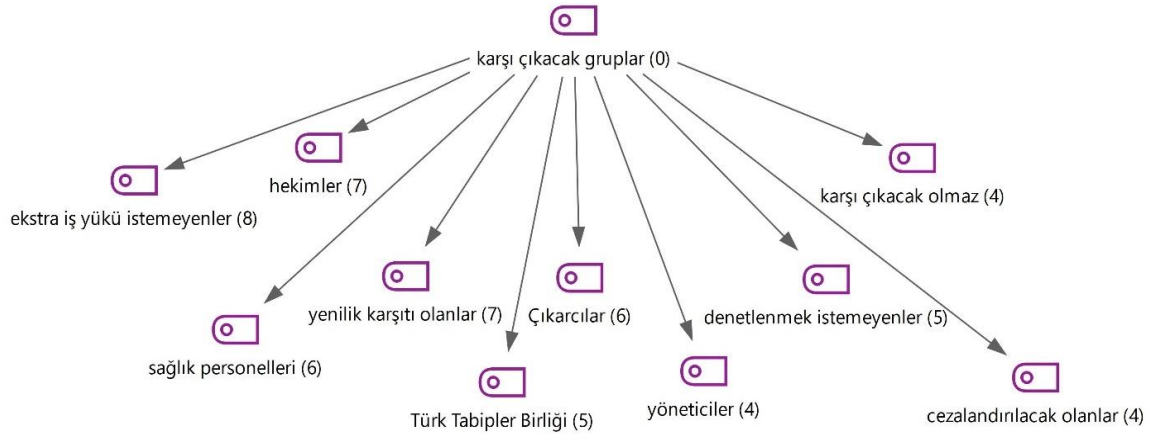
### **5.1.9.2. Karşı Çıkacak Gruplar**

*“Değer bazlı ödeme sistemine geçmek demek bütün sorunların alt edileceği veya sistemde artık kusur olmayacağı anlamına gelmiyor”* (AKD-4).

Değer bazlı geri ödeme yöntemine karşı çıkacağı düşünülen grupların başında ekstra yük istemeyenler 7 katılımcı tarafından 8 kez kodlanmıştır. Yenilik karşıtı olanlar (7) ve hekimlerin (7) de karşı çıkacağı düşünülmektedir. Daha sonra sağlık personeli (6) ve

çıkarcılar gelmektedir. Türk Tabipleri Birliği (5) ve denetlenmek istemeyenlerin (5) karşı çıkacağı da düşünülmektedir.

### Şekil 20. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Karşı Çıkacağı Düşünülen Gruplar



Şekil 20’de değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanmasına karşı çıkacağı düşünülen ilk 10 grup gösterilmiştir. Aşağıda bu gruplara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

#### Ekstra iş yükü istemeyenler

Katılımcıların 7’si ekstra iş yükü istemeyen çalışanların buna karşı çıkacağını düşünmektedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı çalışanı-4 emek yoğun çalışan kliniklerin karşı çıkacağını ifade etmiştir.

#### Hekimler

Katılımcılardan 6’sı bazı hekimlerin karşı çıkabileceğini ifade etmişlerdir. Katılımcılar arasından SB-2 bunu şu sözleri ile dile getirmiştir: “...hekimlerin yaptığı işlemin niteliği ölçüleceği için belki onlar karşı çıkabilir, zaten onlar her şeye karşı.”

#### Sağlık personeli

Sağlık personelinin karşı çıkacağını düşünen 5 katılımcı bulunmaktadır. Hasta 3: “Hastayla daha iyi ilgilenmesi gerektiği için bu sistem onları zorlar. Ayrıca hastanın onları değerlendirmesini istemezler.” şeklinde görüşlerini ifade ederken, ARŞ-2 eğer bu konuda eğitim doğru verilmezse sağlık çalışanlarının karşı çıkmasının beklenen bir durum olacağını belirtmiştir.

### Yenilik karşıtı olanlar

Yenilik karşıtı olanların değer bazlı geri ödeme sistemini istemeyeceğini düşünen 7 katılımcı bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı-2, böyle bir geri ödeme sistemi getirilirse alışkanlığın değiştirilmesinin zor olacağını düşünmektedir.

STK-2 bu konu hakkındaki görüşünü şöyle ifade etmiştir: *“Bürokratlara ya da memurlara bırakıldığı zaman ise biraz daha şey oluyor... yani onlar yürüyen sistemin ideal sistem olduğunu ve o şekilde yürümesi gerektiğini düşünenler olacaktır.”*

### Türk Tabipleri Birliği

Katılımcıların 5’i Türk Tabipleri Birliğinin hekimlerin haklarını korumak adına karşı çıkacaklarını ifade etmişlerdir. Bunun üstesinden gelebilmek adına onların da işin içinde olması gerektiğini belirtmişlerdir.

### Çıkarıcılar

Katılımcılar arasından 5 kişi sistemin şimdiki halinden çıkar elde edenlerin değişime karşı çıkacağını düşünmektedirler. SGK-5 bunu şöyle izah etmiştir: *“...mevcut durumda iyi hizmet vermek gibi gayeleri olmayan, kâr amaçlı hareket edenler buna da karşı çıkacaklardır. Memnun olmayacaklardır.”* Sağlık Bakanlığı çalışanı-2 aşağıda verdiği örnekle bunu: *“Örneğin, apendektomi ameliyatı olan birine ödeme yapılıyor, daha sonrasında enfeksiyon kaptıysa tedavisi için tekrar ödeme yapılıyor, kurumu ödüllendiriyoruz resmen. Kişinin riskli yaşamı da göze alınıyor. Ona göre ödeme alınıyor. Primini ödeyemeyene bile af çıkarıyoruz.”* şeklinde açıklayarak mevcut sistemin yanlışlarını dile getirmiştir. Özetlemek gerekirse sistemi bu şekilde çıkarları doğrultusunda kullananların cezalandırılacaklarını düşündükleri için karşı çıkacakları düşünülmektedir.

### Yöneticiler

Değer bazlı geri ödeme yöntemine yöneticiler tarafından karşı çıkılacağını düşünen 5 katılımcı bulunmaktadır. Bunlardan Milletvekili-1 görüşlerini şöyle ifade etmiştir: *“Değer bazlı sağlık hizmetinde flu alanlar ilk etapta çok olabilir. Bundan dolayı sağlık hizmet sunucuları yani hastaneler öngörmedikleri veya üç adım sonrasını*

*öngörmedikleri özellikle finans yönetiminde biraz daha çekingen davranabilirler, bu işin doğasında var. Bu çalışmalarda bir çok setin netleşmesi ve öngörülebilir olması için adımların atılması gerekiyor.” Akademisyen-3 ise kapasitesi buna yeterli olmayan hastanelerin yöneticilerinin karşı çıkacağını düşünmektedir.*

#### Denetlenmek istemeyenler

Denetlenmek istemeyenlerin karşı çıkacağını düşünen grup sağlık çalışanlarının tamamı ve Sosyal Güvenlik Kurumu çalışanlarından-4 olmuştur. Sağlık çalışanları, denetlemelerin artması sebebi ile çalışanların karşı çıkacağını düşünmektedirler.

Sağlık çalışanı-3 bunu şu sözleri ile açıklamıştır: “...yani şöyle söyleyim biz hekimler zaten işimizin en iyisini yaptığımıza inanıyoruz, bu sebepten bunun denetlenmesini pek istemeyiz açıkçası. Yani bu hususta cezalandırmak pek isteyeceğimiz bir şey değil. Ancak dediğim gibi sistem ödüllendirme şeklinde uygulamaya konursa pek fazla karşı çıkılacağını zannetmiyorum.”

#### Cezalandırılacak olanlar

Eğer cezalandırmalar fazla olursa 4 katılımcı herkesin karşı çıkacağını düşünmektedir. Akademisyen-4 bu konu hakkındaki görüşlerini aşağıdaki sözleri ile belirtmiştir:

*“Bununla ilgili politika belgesi olmadığı için yani şu an herhangi bir mücadele alanı yok. Dolayısıyla karşı çıkacak grup da, esasında sesini çok çıkaran bir grup yok. Çünkü ortada bir belge yok, belge olsaydı karşı çıkacak gruplar olma ihtimali çok yüksekti. Özellikle performans dayalı ödeme sisteminden ciddi paralar kazanan meslekler daha fazla karşı çıkma ihtimalleri ve potansiyelleri var. Bu tamamen subjektif bir yorum esasında. Yani politika belgesini görmediğimiz için bir şey diyemiyoruz. Ama dünyada kimler karşı çıkıyor, özellikle uygulamada %90-95 barajını geçemeyen hastaneler ciddi karşı çıkmakta bu hastane kaynaklı koşullarla ilgili asgari başarı kriterlerini yerine getiremeyen hastaneler daha çok karşı çıkmakta...”*

### Karşı çıkacak olmaz

Topluma yarar sağlayacağı düşünüldüğünden 4 katılımcı karşı çıkanın olmayacağını ifade etmiştir. Araştırma Merkezi-2 aşağıdaki ifadelerde bulunmuştur:

*“Mesela aldığı ücretle bunu kıyasladığı zaman daha iyi bir iş yapacağına inanan kişiler bence de karşı tarafta durmayıp benimseyeceğini düşünüyorum. Dediğim gibi iyi anlatılması durumunda çok karşı çıkan olacağını düşünmüyorum. Bütün denemelerin özel sektörde de beraber yapılması gerekiyor. Mesela TİG’de bu konuda sıkıntı vardı, TİG Hacettepe kökenliydi orada itiraz edildi biraz. Türkiye’nin en büyük hastanesi, en fazla vakanın görüldüğü hastane tamam çok doğru ama özel sektörle bunu iç içe yapmak da çok önemli çünkü şu anda özel sektör cidden çok önemli bir noktada sağlık sisteminde. Türkiye sağlık kurumları arasında az değil %30 gibi bir pay alıyor, covid sırasında da özellikle İstanbul’da bu başarı çok net gösterildi. Yani hastaların %40-50’si özel sektörün yoğun bakımlarında tedavi edildi, bütün bunların önemli kıstaslar olduğunu düşünüyorum.”*

### **5.1.10. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türk Sağlık Sistemine Sağlayacağı Avantaj ve Dezavantajlarına İlişkin Bulgular**

*“Her ödeme sistemi gibi bu da avantajlarıyla doğar ve dezavantajlarını düzeltemezse ölür.” (SÇ-1)*

Katılımcılara değer bazlı geri ödeme yönteminin avantaj ve dezavantajlarının neler olabileceği sorulmuştur. Katılımcıların görüşlerine dayanan bulgular aşağıda sunulmuştur.

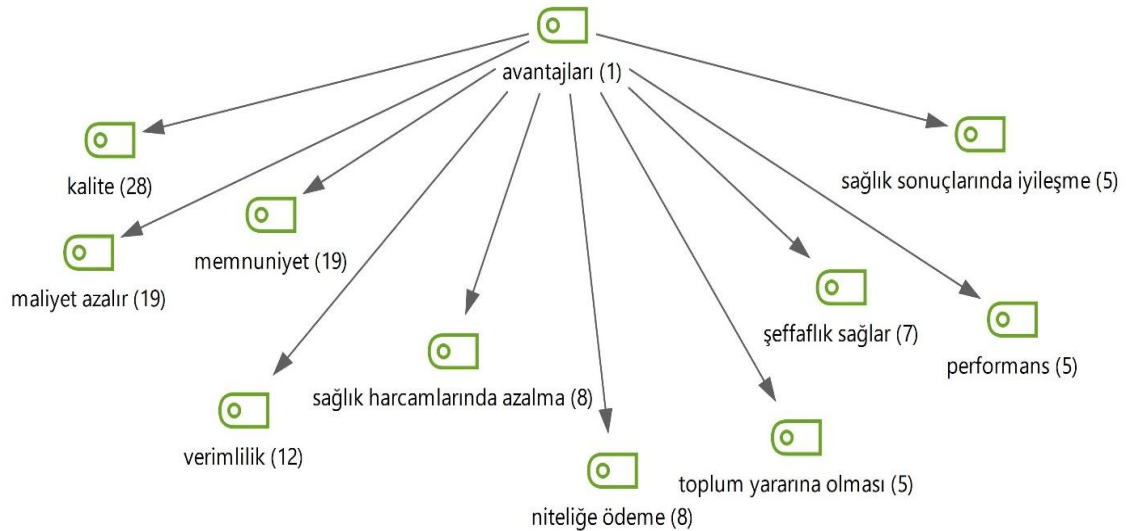
#### **5.1.10.1. Avantajları**

Katılımcıların görüşlerine göre değer bazlı geri ödeme yönteminin avantajları şöyle sıralanmıştır; Kalite artacaktır (28), memnuniyet artar (19), maliyet azalır (19), verimlilik artar (12), sağlık harcamalarında azalma (8), niteliğe göre ödeme yapılacaktır (8), şeffaflık sağlanır (7), hatalar azalacaktır (5), sağlık sonuçlarında iyileşme



sağlanacaktır (5), topluma faydası artacaktır (5), performans (5) ve etkinlik (5) artacaktır. Aşağıdaki Şekil 21’de en çok kodlanan 10 avantaj gösterilmiştir. Bu avantajlara ilişkin katılımcıların ifadelerine aşağıda yer verilmiştir.

### Şekil 21. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Avantajları



#### Kalite artar

Katılımcılardan 17’si değer bazlı geri ödeme yöntemi ile kalitenin artacağını toplamda 28 kez ifade etmişlerdir.

SGK-4 bununla ilgili görüşlerini: “*Geri ödeme modelindeki kilit nokta, daha iyi prosedürler ve modaliteler kullanarak kalite ve verimi sağlık sistemi için potansiyel tasarrufa uygun bir biçimde teşvik etmektir. Bu sağlık hizmetinin kalitesini arttıracaktır.*” şeklinde ifade etmiştir. ARŞ-2 ise bakım verilen hasta sayısı düşürüldüğü zaman daha kaliteli ve daha rahat iş yapılacağını düşünmektedir.

SGK-1 ise: “*...değer bazlıya dönüşmesi daha fazla kaliteli olacak ve kaliteye daha fazla ödeme yapılacak, ne kadar hasta o kadar para var sisteminden değer bazlı da daha kaliteli hizmet verilecek, sistem gereksiz ödemelerden kurtulacak.*” şeklinde düşünmektedir.

### Maliyet azalır

Katılımcılar ödemenin yapılma şeklinin sunulan sağlık hizmetinin maliyetini etkileyip azaltacağını düşünmektedir. Sağlık Bakanlığı-3 değer bazlı geri ödemenin maliyetleri düşürme yönünde en az düzeyde teşvik içeren ve dolayısıyla hizmet sağlayıcılar için en az risk taşıyan model olduğunu düşünmektedir. Katılımcılar ayrıca etkin ve maliyet odaklı bir sağlık hizmeti sunumunu sağlayarak da finansal yönden büyük bir avantaj sağlayacağını düşünmektedirler.

### Memnuniyet artar

Katılımcılardan 16'sı memnuniyetin artacağını düşünmektedir. Akademisyen-1 bu konu hakkındaki görüşlerini şu sözleri ile açıklamıştır: *“Aslında kurumların temel noktası hastaya verdiği değeri arttırmaya çalışmak ve bunun için de memnuniyeti arttırma çabasındalardır. Kurumlar günlük sonuçları iyileştirerek hastaların aldığı hizmetten memnun olmasını sağlayabilir.”* SB-3 ise görüşlerini: *“Yani kısaca kalite artacaktır, maliyetler düşürülecek ve hasta memnuniyetinin artması sağlanacaktır.”* şeklinde özetlemiştir.

### Verimlilik artar

Akademisyen-1 verimlilik konusunun biraz karmaşık olduğunu: *“iki tarafı etkileyebilir kaliteyi arttırmak için para harcamak lazım buda verimlilikle aralarında paradoksu açıklar.”* şeklinde ifade etmiştir. SGK-4 ise bununla ilgili verimliliğin artacağını ifade etmiştir.

### Sağlık harcamaları azalır

Katılımcıların 6'sı değer bazlı geri ödemenin sağlık harcamalarını düşüreceğini düşünmektedir. SGK-3 bu konudaki düşüncelerini aşağıdaki sözlerle ifade etmiştir:

*“Genel sağlık harcamalarını azaltırken toplum daha sağlıklı hale gelir. Hastalar daha iyi sağlık elde etmek için daha az para harcarlar. Tıbbi testler ve prosedürlerle daha az karşılaşılır ve sağlık durumları düzeldikçe reçeteli ilaçlara daha az para harcarlar.”*

### Niteliğe göre ödeme yapılıır

Katılımcıların 8'i değer bazlı geri ödeme yöntemi ile nicelikten ziyade niteliğe ödeme yapılacağını ifade etmektedirler. Araştırma merkezi-2 bu avantajı şu sözlerle ifade etmiştir:

*“Geri ödeme modellerinde zaten şu anda bir tıkanıklığa gelmiş durumdayız. Bu tıkanıklığın en önemli noktalarından bir tanesi eğri ile doğruyu bir arada göremiyoruz. Yani bir hastanın özellikle mesela kaç günde iyileşti, ne kadar komplikasyonu oldu, neden oldu bunları izleyemiyoruz çünkü biz tamamen sayıya kanalize olmuş durumdayız. Ve ödeme de tamamen sayıya geliyor. Yani kaç hasta baktın ne yaptın aslında kamu hastanelerinin kendi içerisindeki bu döner sermaye sisteminin performans noktası da bu. Ama mesela burada bir diyabet hastasını ne kadar hemoglobinin derecesini 5.5'in altında tutuk veya bu kişinin ne kadar komplikasyonu olmadı, gözlemine nasıl takip ettik, nasıl iyileştirdik ve sonuçta bu kişiyi yatarak tedavi görecektir bir duruma getirmediyse bu aslında bir değerdir. Bunu bizim iyi takip etmemiz lazım.”*

### Toplum yararına olur

Katılımcılardan 4'ü değer bazlı ödeme yapmanın toplum yararına olacağını düşünmektedir. SGK-3 bunu: *“Değere dayalı bir sağlık sisteminin faydaları, hastalara, sağlayıcılara, ödeme yapanlara, tedarikçilere ve bir bütün olarak topluma yayılarak toplum yararına olmaktadır. Toplum daha sağlıklı hale gelir.”* şeklinde ifade etmişlerdir.

### Şeffaflık sağlanmış olur

Akademisyen-4 değer bazlı ödemenin şeffaflığı beraberinde getireceğini düşünmektedir. Bunu şu sözleri ile ifade etmiştir:

*“Şöyle diyelim toplum olarak buna hazır mıyız bilmiyorum ama şöyle tüketici egemen bir sağlık politikasına dönüştürme ihtimali var. Ne demek istiyorum yani tüketici eğer hasta ve hasta yakınları hangi hastanelerin daha değer bazlı olduğunu bulabilecek ve şeffaf bir sistem kurgulanabilirse bundan yararlanma ihtimalleri çok yüksek. Örnek olarak söyleyim mesela ABD'de siteler var, oturduğunuz herhangi bir semtte size en yakın hastanelerin ve doktorların başarı*

*yüzdelerini görebiliyorsunuz. Bu tüketicilere inanılmaz bir özgürlük sağlıyor. Acaba süreç bu kadar şeffaf olacak mı, olmayacak mı siyasi irade bunu net olarak ön plana çıkaracak mı? Çıkarırsa tüketiciler için ciddi bir avantaj olur.”*

#### Performanslar artar

Katılımcılardan 5'i performansın artacağını düşünmektedir. Akademisyen-2 bunu: *“Güzel kurgulanırsa performans artar”* şeklinde ifade etmiştir.

#### Sağlık sonuçlarında iyileşmeler olur

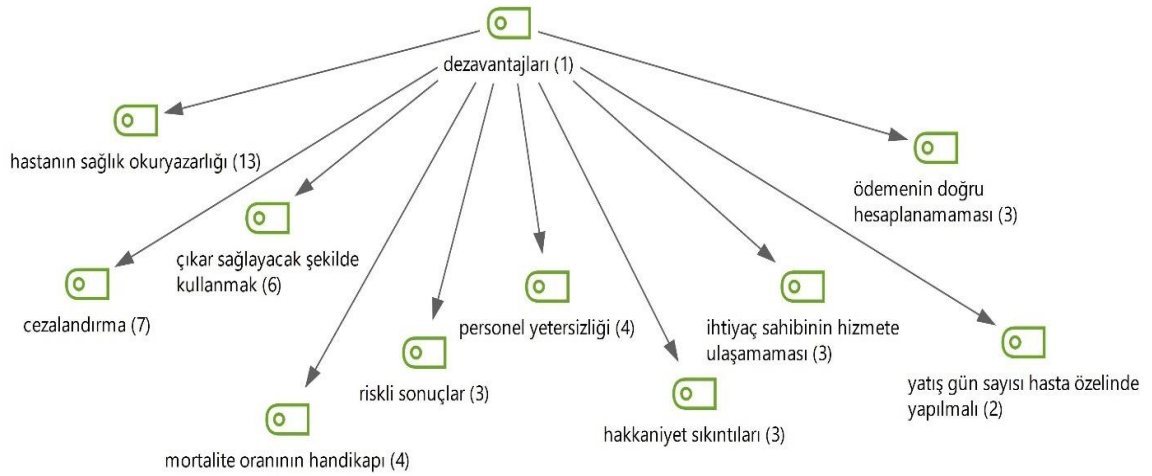
Çalışmaya katılan 4 katılımcı değer bazlı ödemenin sağlık sonuçlarında iyileştirme meydana getireceğini düşünmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu çalışanı-4 bununla ilgili görüşlerini: *“ABD ve Portekiz'deki olumlu örnekler gibi yüksek kalite sağlayan merkezlere faydalı olması beklenir. Hastaneye yatış ve ilaç kullanımında kayda değer düşüşe ek olarak, yeni potansiyel geri ödeme modeli hayatta kalma, yaşam kalitesi ve klinik parametrelerini de iyileştirecektir.”* şeklinde ifade etmiştir.

#### **5.1.10.2. Dezavantajları**

Katılımcılardan gelen cevaplar göre değer bazlı geri ödeme yönteminin neden olabileceği dezavantajlar şöyle sıralanmıştır: hastanın tüm yönleriyle ele alınamaması, katkılarının yeterince ortaya konulmamış olması, verilerin doğruluğu sorunsalı, siyasetin karışması, riskli sonuçlar, yatış gün sayısının hesaplanması hasta özelinde yapılmalı, denetim mekanizması ihtiyacı, iş yükü getirmesi, ihtiyaç sahibinin hizmete ulaşamaması, hakkaniyet sıkıntıları, cezalandırma, veri toplama maliyeti, iletişim, sorunun kim kaynaklı olduğunun tespiti, kırsal hastaneler, çıkar sağlayacak şekilde kullanmak, uygulama zorluğu, ödemenin doğru hesaplanamaması, harcamaların artması, mortalite hızının handikabı, hastanın sağlık okuryazarlığı, ilaç firmalarına, uluslararası saldırı, personel yetersizliği, eğitim maliyeti ve dezavantajı olmaz.

Şekil 22'de değer bazlı geri ödeme yönteminin neden olabileceği ilk 10 dezavantaja yer verilmiştir.

## Şekil 22. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Dezavantajları



### Çıkar sağlayacak şekilde kullanmak

Sağlık Bakanlığı-4, bu geri ödeme yöntemi için “ *sağlık sisteminin açığını bulmak kolay*” diye düşünmektedir. Akademisyen-1 de görüşlerini: “*Bizde bir çok akredite olan kuruma sadece denetçiler geldiğinde şartları sağlaması gibi değer bazlı ödemenin de kullanıldığı alanda ödemeye geldiği zaman değer ürettiklerini gösterir şekilde olacaktır büyük ihtimalle. Bizim şuan ki performans ödeme yöntemimizin daha fazla iş yapmak üzerine yine eski sistemle biraz önce bahsettiğim hacim odaklıda olduğu gibi bir sonuca bağlarsanız doktorlar da ya da sağlık çalışanları da bunu yine maksimum maddi faydayı elde edebilecek şekilde kullanabilecektir.*” şeklinde ifade etmiştir.

ABD-1 bu konu hakkındaki fikirlerini şöyle iletmiştir:

*“Eğer ahlaki temeller düzgün oturtulmazsa ve ceza yaptırımları doğru dürüst şekilde, şeffaf bir şekilde ortada olmazsa aldatmacılık artar, hastaneler yalan bilgiler verir, doktorlar yalan bilgiler paylaşmaya başlarlar tabi kendi gelirlerini arttırmak için. Dolayısıyla dolandırıcılık, yalan ve ikiyüzlülüğü arttırabilir.”*

SGK-6 kamunun açıkları iyi bulup kullanacağını ve bunun da iyi denetlemesi gerektiği ifade ederken, Hasta-3 görüşünü: “*Türkiye de her şeyin bir yolunu buldukları gibi bunu da kullanmak isteyeceklerdir.*” şeklinde ifade etmiştir.

### Mortalite hızı handikapı

Akademisyen-1 mortalite hızlarının yüksek riskli hastalar nedeniyle artacağını dile getirerek, düşüncelerini: *“yüksek riskli hastaları kabul eden hastaneler dezavantajlı duruma düşebilir. Bunun için de hastaneler böyle hastaları kabul etmekten kaçabilir. Çünkü verdiği hizmetin kalitesini gösteremeyeceği için ödüllendirmeden çok cezaya maruz kalacağından bu hastaları kabul etmeyebilir.”* şeklinde açıklamıştır. ARŞ-2 ise: *“Formülde eğer mortalite olursa hastaneler bunu farklı algılayacağı için bu da dezavantaj olabilir.”* şeklinde ifade etmişlerdir.

### İstenmeyen (riskli) sonuçlar

Araştırma Merkezi katılımcılarından-2 değer bazlı geri ödemenin dezavantajlarından en önemlisinn aynı kazançla mı sistem işleyecek sorusunun yanıtı olarak görmektedir. *“Yani şu anda işleyen bir sistem var ayda 10 kazanıyor yine ayda 10 kazanabilecek mi? Bunun ışığını yakabilecek miyiz, yani buradaki en büyük dezavantaj bu...”*

Akademisyen-2 değer bazlı geri ödemedede: *“Riskli olmasının nedeni, doğru verilerle iyi bir altyapı kurgulanmazsa, o direnç baştan kırılmazsa yapılan çabaların çoğu boşa gidecektir. Belki eskisinden daha ölü olabilir.”* şeklinde yorumlamıştır.

### Personel yetersizliği

Katılımcılardan Sağlık Çalışanı-1 ve 2, Akademisyen-4 ve Hasta-1 personel yetersizliğinin olduğunu ve bunun da dezavantaja neden olacağını belirtmişlerdir.

### Hakkaniyet sıkıntıları

Katılımcılardan 3'ü adaletli bir değerlendirme ve puanlama sistemi olması lazım, kimsenin hakkı yenilmemeli şeklinde düşünmektedir. STK-1 bu konu hakkında şu açıklamayı yapmıştır:

*“Ölçümünün zor olduğu, bunun sağlık hizmetlerinde hakkaniyet sıkıntıları oluşturabileceğini iddia eden ekoller de var. Yani öyle tedaviler var ki hepsinin değer temelli ödeme yapamazsınız diyorlar.”*

### İhtiyaç sahibinin hizmete ulaşamaması

STK-1 ihtiyaç sahiplerinin sağlık hizmetlerinden yararlanamamasını şu sözlerle ifade etmiştir: *“Siz değeri sadece tasarruf olarak görürseniz çok yanlış yaparsınız. Overuse (fazla kullanım) ya da underuse yapılmasına neden olabilirsiniz. Asıl ihtiyaç sahiplerine hizmetin ulaşmasını engellersiniz. Kişinin zamanında hekime ulaşmasını engellersiniz bu da önlenir ya da önlenemez komplikasyonlara neden olabilir.”*

STK-2 ise: *“Değer bazlı olduğu zaman bazı alanlar var ki değer bazlı ölçümler çok zor veya değer sağlamıyor ama bir takım hizmetler sağlıyor. Onun için değer bazlı konusunu mümkün olduğunca geniş tutmak lazım yoksa bazı alanlar oyun dışı kalabilir ve o bölgedeki insanlar yeterince hizmete ulaşamayabilirler.”* şeklinde ifade etmişlerdir.

### Yatış gün sayısının hasta özelinde belirlenmemesi

Katılımcılardan 2'si yatış gün sayısı hesaplanırken hastanın durumu ve hastalığı göz önüne alınmalıdır, aksi taktirde bu bir dezavantaj olacaktır diye düşünmektedir. ABD-2:

*“Hastane yatış gün sayısı her hasta için özeldir herkesin iyileşme süreci aynı olmayabilir bu yüzden gün kısıtlaması doğru olmayabilir, paketleniyor ve iki günde çıkacaksınız diyorlar. Hasta iyileşene kadar kalması gerekir.”*

Akademisyen-2 ise: *“Mesela Amerika’da ameliyat için ortalama iki gün yatış süresi verilmiş, iki günden sonrası zarar oluyor. Ama yaşlılar ve başka rahatsızlıkları olanlar için de ortalama gün sayısını alıp gönderebiliyor doktorlar. Bunların çok iyi planlanması gerektiğini düşünüyorum. Ama göz önünde bulundurmamız gereken bir durum var Amerika’ da daha çok özel ağırlıklı bir sistem var yani gözünün yaşına bakmıyor, affetmiyor. Çünkü para söz konusu. Türkiye’de global bir kapsayıcılık daha ağır basıyor. Dolayısıyla Türkiye’deki duruma biraz daha sosyal açıdan baktığımızda tabi ki ticari olarak da bakmak zorunda sistemin sürdürülebilirliği açısından. Ama bunlar hesaplanırken yaşlılık, kronik rahatsızlıklar da kademeli olarak hesaplanmalı.”* şeklinde yorumlamıştır.

### Ödemenin doğru hesaplanamaması

Katılımcılardan 3'ü ödemenin doğru hesaplanması gerektiğini düşünmektedir. Amerika'daki Araştırmacılardan-2 değer bazlı ödemede kullanılan hasta değerlendirmelerinin hatalı olabileceğini düşündüğünü şu sözlerle ifade etmektedir:

*“Bi yerde yozlaşıyor bu sorular. Hizmet alan tarafında hizmetten önce sorular soruluyor, soyut tabi sağlığınız nasıl durumda? Acınızı kaç üzerinden değerlendirirsiniz? Gibi, bu soyut bir değerlendirme. Yani bu ölçümler beni rahatsız ediyor. Sağlıktaki değer ölçümlerinin henüz hatalı olduğunu düşündüğüm noktalarından biri bu. Soyut bir değerlendirme olduğu için hata olma olasılığı yükseliyor. Daha değişik yöntemlerle matematiksel kavramlarla bilimsel bir şekilde ölçülebilse bence daha etkili ve anlamlı bir yöntem olabilir. Örneğin bir ürünün defosu veya hatası teknik olarak, bilimsel olarak ölçülebilir ve piyasa bunu zaten değerlendirir, kaliteli bir malsa güvenilir bir ürüne fiyat da ona göredir. Ama sağlıkta bu tamamen kişinin, kişilerin bildirisine bağlı bir değerlendirme değildir. Onun için hastaneleri veya hizmet verenleri ölçtüğümüzde yanlış değerlendirme de bulunabiliriz. Kişiler bunu ifade ettiği için doğruluğunu bilemeyebiliriz. Verdiği hizmetin bilimsel bir sonucundan kaynaklanan bir değerlendirme değil.”*

AKD-3 de görüşlerini: *“Tabi yeni bir sistemin dezavantajı olabilir. Ama bu dezavantajı olacak diye tüm dünyanın ulaşmaya çalıştığı bir sistemi kullanmamayı gerektirmez. Her yeni bir ödeme yönteminin ya da her yeni bir sistemin dezavantajı olabilir gayet doğal. Ama sorun burada ödeme kurumunun SGK'nın yetki ve sorumluluklarının farkına varıp ödemenin hesaplamasını doğru yapmalıdır. Dezavantajlar yine ödeme kurumuyla hizmeti sunan kurumlar arasında olacak.”* şeklinde ifade etmiştir.

### Hastanın sağlık okuryazarlığı

Hastanın Sağlık okuryazarlığının önemi ve ortaya çıkarabileceği dezavantajı üzerinde 9 katılımcı durmuştur. STK-1 hastanın kritik bir öneme sahip olduğunu belirterek: *“...buna yönetilebilir sağlık hizmeti deniyor. Kim yönetecek, tabi ki hasta. Kendi sağlığına sahip çıkarak. Yani hastalığını yöneterek... İstedığınız kadar sağlık kuruluşu olarak veya hizmeti sunan kişi olarak hastaya bunu böyle yapmalısın deyin arkasını*



*dönüp gittikten sonra yapmadığında hiçbir izleme yönteminiz yok. Varsa da sonuç alamazsınız. Dolayısıyla kişinin kendi sorumluluğunu bilerek sağlığını yönetmesi onun için en kritik faktörlerden biri de bu. Bunun için de sağlık okuryazarlığının gelişmesi için kaynağınızı oraya yönlendirmeniz gerekir.” şeklinde düşüncelerini ifade etmişlerdir.*

ABD-2 bunu kendinden bir örnekle şu şekilde açıklamıştır:

*“...mesela kalça ameliyatı oldum öncesinde hemen bir telefon, sigorta şirketi ayrı aradı, hastane ayrı aradı, doktor ayrı aradı, bunların üçü de aşağı yukarı aynı soruları sordu, şu anda ağrın nasıl falan. Ameliyattan sonra yine sigorta şirketi arıyor çünkü verdiği parayı ona göre ayarlaması gerekiyor hastane aynı şekilde sigortadan alacağı paranın hesaplanması için ameliyatı yapan doktorun ofisi de arıyor fizik tedavi yapan ekip de arama yapıyor 1 ile 10 arasında ağrı seviyemi soruyorlar ancak ben hepsine aynı cevabı verdiğimden emin değilim sabah kalktığımda ağrım çok 6, öğleden sonra az 4 veriyorum. Aynı hastalıkta 4 değişik gruba 4 değişik cevap veriyorum bunları topladığımızda bunu nasıl hakiki sayabilirsin. Bir zarf geliyor içerisinde 7 sayfa soru kimse doldurmak istemiyor. Hastaların eğitilmesi gerekli ve hastaların talimatlara uyması zorunlu olmalıdır... Kişilere eğitim verilmesi şart. Bu denklemde herkesin bir rolü var. Hastaneye girmeden önce, ilk basamaktan toplumun sağlıklı yaşaması adına bir kere sağlık okur-yazarlığı adına çalışmalar yapılmalı. Toplumun bu konuda daha bilinçlendirilmesi çalışmaları bir kere en temel sağlık değerini ifade eden konudur.”*

SGK-1 ve SÇ-1 hastaların değerlendirmeyi yanlış yaptıklarını belirterek: *“hastalar ilaç veren doktorun iyi vermeyen doktorun kötü olduğunu düşünmektedir”* ifadesini kullanmışlardır. Bu noktada hastalar yanlış değerlendirme yapabilecekleri için sağlık okuryazarlığı konusunda eğitim verilmesi gerektiğini dile getirmişlerdir.

### Cezalandırma

Bu konuda katılımcılardan gelen görüşlere örnek olarak SGK-2'nin: *“Cezalar ödüllerden fazla olduğu için bizim ülkemizde dezavantaj olarak görülebilir.”* Şeklindeki ifadesi verilebilir. AKD-4 ise cezalandırmalardan dolayı: *“Hastaneler bu süreçten*

dezavantajlı bir şekilde daha çok zarar görmeye başlayacaklar.” şeklinde yorumlamıştır.

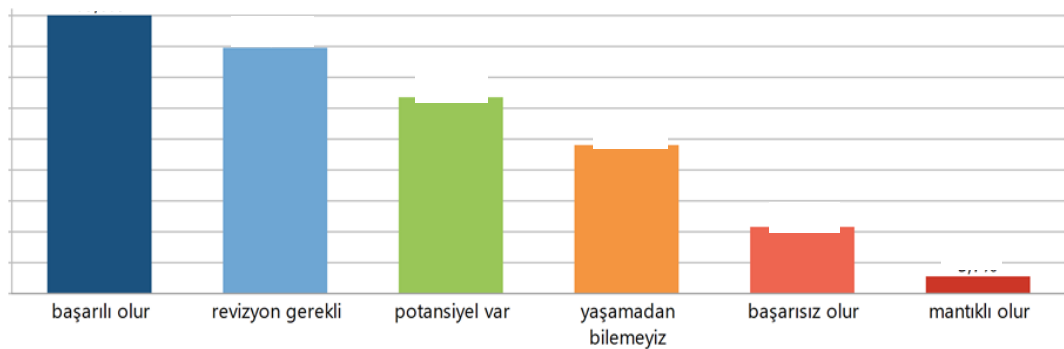
### 5.1.11. Türkiye Sağlık Sisteminin Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Uygunluğuna ve Gelecekteki Başarısına İlişkin Bulgular

“Yapılırsa bence buna sağlıkta devrim denilebilir” (HST-2).

Katılımcılara değer bazlı ödeme yönteminin Türkiye sağlık sistemine uygunluğu ve gelecek başarısı hakkındaki görüşleri sorulmuştur. Katılımcıların bu konu hakkındaki görüşlerinin başında; başarılı olacağı (20 kez kodlanmıştır) düşüncesi gelmektedir. Ancak revizyonun gerekli olduğunu düşünenlerin sayısı (19) da az değildir. Uygunluğun potansiyel olarak mümkün olduğunu düşünenler (13) ve yaşamadan bilemeyiz (10) şeklinde ifade edenler de olmuştur.

#### Şekil 23. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türkiye’ye Uygunluğu ve Gelecekteki Başarısına İlişkin Görüşler

Şekil 23’de katılımcılar tarafından değer bazlı geri ödemenin Türkiye’ye uygunluğuna ve gelecekteki başarısına ilişkin verilmiş olan cevaplar ve kaç kez kodlandıkları yüzde olarak verilmiştir.



#### Başarılı olur

Değer bazlı geri ödeme sisteminin Türkiye sağlık sisteminde başarılı olacağını, 28 katılımcıdan 20’si ifade etmiştir. Bu ifadelerden birkaçı aşağıda yer almaktadır.

Hasta 1: *“Hastalar açısından sağlayacağı faydayı düşününce başarılı olacağı aşikâr.”*

AKD-2: *“En ince ayrıntısıyla beraber çok iyi düşünülmesi gereken bir sistem kurgulanmalı, bu taktirde başarılı olabileceğini düşünüyorum.”*

STK-1 şu ifadelerde değerlendirmelerini açıklamıştır: *“Türkiye kesinlikle çok uygun başından beri bunu savunuyorum. Ön şartım bir pilot başlamalı izleme değerlendirme ile sonuçları değerlendirmeli. Göle taş atıp da dalga dalga olması gibi nüfusa bölgelere yayılmalı.”*

SGK-4 ise görüşlerini: *“Türkiye’de, acilen sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini sağlayan ve hasta bakım kalitesini de garanti altına alacak yeni formüller aramaya ihtiyaç bulunmaktadır bu yüzden başarılı olacağını düşünüyorum.”* şeklinde ifade etmiştir.

#### Potansiyel var

Milletvekili-1 sistemin doğru bir zemine oturtulması sağlandıktan sonra uygulanabilir olduğunu düşünüyor, SGK’nın ilgili kanununun buna uygun olduğunu ve kanunen de bir sakıncası olmadığını düşünmektedir. Hasta-1: *“...bence ellerinde bu kapasite mevcut. Sağlıkta bir çok reformlar yapıldı ve gayet başarılıydı. Ellerindeki sistem gayet uygun.”* şeklinde ifadelerde bulunmuştur.

ABD-1 ise bu konudaki görüşlerini: *“Bence Türkiye Amerika’dan daha başarılı olur. Mantıklı bir şekilde yaparsa bu sistemi. Aceleye getirmeden adım adım ilerlemesi durumunda Amerika’dan çok çok daha başarılı olacağını düşünüyorum. Bunu objektif bir şekilde söylüyorum. Yani dediğim gibi aslında uygun, yapılabilir. Çünkü sistem olarak Amerika’dan daha hızlı hareket edebilecek bir sistem, kapasiteye sahip. Çünkü Türkiye’de hızlı bir şekilde daha büyük reformlar yapıldı geçmişte. Bunu da çok rahat yapabilir Türkiye.”* şeklinde ifade etmiştir. Diğer katılımcılardan SGK-3: *“Uygunluğuna uygun sağlık sistemimiz olarak potansiyel var.”* şeklinde yorum yapmıştır.

### Yaşamadan bilemeyiz

Bu doğrultuda görüş bildiren bazı katılımcıların ifadeleri aşağıda sunulmuştur.

AKD- 1: *“Dediğim gibi tüm sistemin değer bazlı şekilde olacağını öngöremiyorum yaşamak gerek.”*

SC-2: *“Başarılı olup olmayacağını bilmiyorum bunun için uygulanması lazım.”*

SB-2: *“Sonuçları görmeden yorum yapmak zor. Bunların birebir sonucunu görmeden afaki konuşmuş oluruz.”*

SB-4: *“Başarısı duruma göre değerlendirilebilir. Keşke olsa diyeceğim bir uygulama olur. Eğer değer bazlı ödemeyi kısa sürede Tanı İlişkili Gruplar bazındaki ödeme ile bağdaştırılabilirse olabileceğine inanıyorum. Hastalık bazlı. Kritik tıbbi malzeme ve ilaçların merkezi alım ile tedarik edilmesi. Dağıtım yapılan sağlık hizmet sunucularına aynı miktar ve maliyetle yansıtılması. TİG + HASTANE DEĞERİ: ÖDEME. Bakanlık davul da benim tokmak da benim, hastanelere fatura işini ben çalar ben söylerim diyebilir.”*

Akademisyen-3: *“veri ve bilgi teknolojileri açısından uygun. Hatta hiçbir ülkenin olmadığı kadar uygun diyebilirim. Ama diğer taraftan uygulanır mı bilemiyorum. Konuyla ilgili kültürü, dünya görüşü vs. açısından Türk sağlık sisteminde uygulanabileceğini düşünmüyorum. Dediğim gibi 50 yıl sonra belki uygulanır.”*

### Başarısız olur

Değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanabilirliği konusunda başarısız olacağını düşünen 4 katılımcının ifadeleri aşağıdaki gibidir.

STK-2 bu konuda şöyle düşünmektedir: *“Değişiklik yapılabileceğini düşünmüyorum şu anda.”* AKD-3’ün görüşleri ise şu doğrultudadır: *“Uygulanamayacağı için başarı veya başarısızlıktan da bahsetmenin bir anlamı yok. Uygulanamayacak bir sistemle konuşmak da pek mantıklı değil.”*

AKD-1 DRG sistemine geçilemediği konusuna vurgu yaparak aşağıdaki şu ifadelerde bulunmuştur:

*“Başarısız olur, çünkü düşündüğümüz zaman daha uzun sürelerde DRG’ye geçemedik. Daha kısa sürelerde bunu başarabileceğimizi düşünmüyorum.”*

HST-2 bu ödeme yönteminin bir hayal gibi olduğunu şu sözleri ile ifade etmiştir: *“Uygun olduğunu sanmıyorum çünkü bir hayal gibi.”*

#### Mantıklı olur

Sosyal Güvenlik Kurumu’nda görev yapmakta olan katılımcı-4 görüşlerini şu şekilde ifade etmiştir: *“Türk sağlık sistemi kısıtlı kaynaklara sahip olsa da sektörün sürdürülebilirliği için böyle bir geri ödeme yöntemi uygulaması mantıklı olacaktır.”*

#### Revizyon gerekli

Katılımcılardan 15’i değer bazlı geri ödemeye Türkiye’nin geçebilmesi için bir takım revizyonların gerektiğini düşünmektedir. Bu hususta revizyon gerekliliği 19 kez kodlanmıştır. Aşağıda bazı katılımcılara ait ifadeler yer almaktadır.

Araştırma Merkezi-1 değer bazlı ödemeye geçişin sıkıntılı olabileceğini bunun için revizyon gerekliliğini şu sözlerle ifade etmiştir: *“Ülkemizdeki uygulanabilirliği açısından sıkıntılı. SGK da geri ödeme sürecinde hastaneler sağlık hizmetini sunuyorlar ve bu sağlık hizmetini sunarlarken kullanılan malzeme ve ilaçlarda ortaya çıkan bedeli SGK tarafından o hastanelere geri ödeniyor. Ama aslında işin doğrusu tam olarak böyle değil işin doğrusu şu: SGK sağlık hizmet sunan 3 farklı kategorideki hizmet sunucularına geri ödeme yapıyor. Bunun birincisi ve en büyüğü %52’lik bir kısmı teşkil eden Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastaneleri, ikincisi üniversite hastaneleri, üçüncü ise özel hastaneler. Üniversite hastaneleri ve özel hastaneler oransal olarak birbirine yakın %25 gibi oranlarda. Ve bu ödeme modelinde kamu hastanelerine gerçekleştirilen ödemeler her ne kadar SGK faturası yapılırsa da global bütçe ile anlaşma var. SGK ve kamu hastaneleri birlikleri arasında. Araya Hazine ve Maliye Bakanlığı’nın da girmiş olduğu bir üçlü protokolle imza altına alınan bir global sözleşme var. Bu sözleşme kapsamında SGK’ya faturalandırılan bedel üzerinden değil, Sağlık Bakanlığı’na bir önceki yıl ödenen meblağın üzerine yeni dönemdeki Sağlık Bakanlığı’nın sunacağı hizmetler de dikkate alınarak belirli bir oranda yapılan artış ile varılan anlaşma sonucu ortaya çıkan bedelle birlikte bir global sözleşme imzalanıyor. Sağlık Bakanlığı’ndaki*

*hastaneler bu oranda ve tutarda tahakkuk ister oluştursun ister oluşturmasın bu ödemeyi Sağlık Bakanlığı SGK'ya her ay yapıyor. Şimdi son 4 yıldır artık üniversite hastaneleri ile de global sözleşmeler yapılıyor. Ancak üniversite hastanelerindeki global sözleşme Sağlık Bakanlığı'ndaki global sözleşmeden farklı olarak oluşan tahakkuklar dikkate alınarak bir sözleşme yapılıyor. Ancak özel hastanelerde böyle bir durum söz konusu değil. Özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinin değeri, kullanılan malzeme ve ilacın sağlık uygulama tebliğinde karşılık gelen değeri her ay yapılan incelemelerle ortaya çıkan tahakkuk oranında özel hastanelere geri ödeme gerçekleştirilmektedir. Özel hastaneler için bu dediğimiz evet ama kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri için anlatmaya çalıştığım şekilde ilerlemekte. Şimdi bu modelde sizin oluşan değere göre ödeme yapabilmeniz için oluşan değeri ölçebilmenizle ancak mümkün olabilir. Oluşan değer ölçümü ile alakalı ise SGK'da bugüne kadar benim tek bildiğim bir sistem var o da klinik kayıt takip sistemi. Bugüne kadar ortopedide artroplastide ve kardiyojoloji alanında da kalp pillerinde kullanılmıştır ve bu alanda kullanılan malzemeler, yapılan iş, uygulanan bu malzemenin o hastada ne kadar sürede revizyona gittiği, bu hastanın revizyon ameliyatına ne zaman gittiği, veya bunun ne kaynaklı olduğunu da içeren bir klinik kayıt takip sistemi. Hastanın takibini içeren hasta takip sistemi uygulanmaya çalışıldı. Ancak bu gibi sistemlerin yaygınlaştırılması ile ortaya çıkan sonuçlarının izlenmesiyle değerlendirilebildiği bir sistem kurulabilmesi halinde bir değer bazlı geri ödeme modelinden söz edebiliriz. Bu değer bazlı geri ödeme modeline geçişte de Sağlık Bakanlığı'yla böyle bir sürece girmek için geçmiş örnek veriyorum 10 yılda yapılmış olan global sözleşmelere yeni maddelerin eklenmesi ve bu global sözleşmede oluşacak değere göre azalmanın ya da kesintinin veyahut da artırımların yapılabileceği gibi maddeler o sözleşmelere eklenebilmesi ile ancak mümkün. Veya hepsinden bağımsız bir şekilde SGK'nın hizmeti zaruri olarak hastaneler üzerinden takip etmek durumunda. Ancak hizmetin dışında kalan malzeme ve ilaç grubunda, cihaz grubunda daha yapılabilir gözüküyor. Malzeme grubunda o malzeme grubunun firmasıyla özel sözleşmeler yapılarak Türkiye'de o malzeme grubun kullanıldığı tüm hastalarla alakalı bu değer bazlı ödemelerin de şartlarını içine alabilen özel spesifik sözleşmeler yapılması ile mümkündür. SGK bu malzemeleri alırken alternatif geri ödeme modelleri içerisinde değer bazlı geri ödeme modeline yer vermelidir.”*

ABD-1 bunun kolay olmadığını Amerika’da bile uzun zaman aldığı için Türkiye’nin de buna geçebilmesi için revizyon gerektiğini aşağıdaki şu sözler ile açıklamıştır:

*“Amerikada bu süreç çok uzun yıllar aldı. Önce psikolojik olarak insanlar hazırlandı. Çalışmalar yapıldı. Mortaliteyle ilgili yayınlar yapıldı. Beyin olarak insanlar buna hazırlandı. Doktorlar, hemşireler buna hazırlandı. Bilimsel olarak. Sonra yaygınlaşmaya başladı. Öyle olmasına rağmen ilk başta belli bir direnç oldu doktorlar tarafından. Ama onlar da şöyle çözüldü yani istatistiksel olarak gerçeği yansıtmaz dediler o yüzden şu an Amerika’daki bazı göstergeler 3 yıllık ortalama olarak veriliyor. Çünkü büyük bir sayının ortalaması olsun, diğer türlü haksızlık yapılır diye bazı hastanelere 3 yıllık ortalamalarla gidiyor. Yani Türkiye’de de böyle uzlaşmalar yapılmalı.”*

Amerika’da araştırmacı olan diğer katılımcı ABD-2 ise bu konuda şunları ifade etmiştir:

*“Amerika’da hastaneler özel ve kâr amacı gütmeyen hastaneler olarak sınıflandırılır. Burada kamunun nereye ne kadar harcadığını biz biliriz. İki doktor çeşidi var burada biri fiiks maaşlı, saatlerin bellidir. Bir de hastanın ayrıyeten doktoru vardır, özel doktor. Hastane A, doktorla anlaşılıyor gel hastalarını bize yatır falan biz sana istediğin imkanları sunarız diye anlaşma yapılıyor. Hastane hizmeti otel hizmeti verir 3 bin dolar faturalar, anestezi kendi hizmetini ayrı faturalar. Hastaneye değil, doktor kendisi CMS’ye faturalar. Burada hastane faturalamaz, hastane sadece bir ortamdır. Onlar sadece otel ücreti alır. Örnekle anlatacak olursam, bir tamirhane düşün oraya hizmet almaya gidiyorsun, sorununa bakıyorlar, motor ustası lazımsa onu çağırıyorlar, kaportacı ya da boyacı lazımsa onları ayrı çağırıyorlar ve herkes kendi hizmetini ayrı faturalandırıyor. Tamirhane de hizmet verenleri not alır, kaportacı 3 saat kullandı burayı boyacı 5 saat kullandı, şu malzemeleri kullandı diyip onları faturalandırıyor sana. Burada herkes birbirini denetler. Doktor beğenmediği hastanede hizmet vermez. Hastaneleri devlet değerlendirir ve yıldız verir. Hasta ayrı, hastane ayrı değerlendiriliyor.”*

Akademisyen-1 istemin baştan kurulmasını ve hasta takibinde revizyonlar yapılması gerektiğini aşağıdaki şu ifadelerle anlatmıştır:

*“Belirlenmiş optimum alanlarda uygun olduğunu düşünüyorum. Ama bunun için sistemin kurulması, yeterli insan gücünün oluşturulması, gerekli sistemin kurulması gerekli ölçütlerin belirlenmesi, verilecek hizmete göre hastayı takip etmeniz gerekecek, hasta takip sisteminin buna göre kurulması gerekiyor. Bunlar yapılırsa ilaç geri ödemesi için kullanılabilir. Olumlu sonuçlar verdiği de bundan sonraki çalışmalarda daha fazla desteklenirse neden uygulanmasın? Zaten amaç kalite geliştirmekse bunun bir kültür olarak yerleştirilmesi lazım. Görülebilecek sonuçlar en azından uzun vadede görülebilecek sonuçlar olur diye düşünüyorum. Çünkü diğer türlü bunu siz sadece belirli paraların ödenmesine koşullar olarak bağlarsanız bizim şu anki performans ödeme yöntemimizin daha fazla iş yapmak üzerine yine eski sistemle biraz önce bahsettiğim hacim odaklıda olduğu gibi bir sonuca bağlarsanız, doktorlar da ya da sağlık çalışanları da bunu yine maksimum maddi faydayı elde edebilecek şekilde kullanabilecektir. Bunun için de kültürel bir değişim lazım ciddi ölçütlerle bazı spesifik şeyleri değiştirebilirsiniz, belki minimum seviyede dediğim gibi bir hastalığın cidden çok bir aksama vardır tedavisinde buna belli şartlar getirecek iyileştirmeler sağlayabilirsiniz ama diğer türlü şu anda bizde bir çok akredite olan kuruma sadece denetçiler geldiğinde şartları sağlaması gibi değer bazlı ödemenin de kullanıldığı alanda ödemeye geldiği zaman değer ürettiklerini gösterir şekilde olacaktır büyük ihtimalle.”*

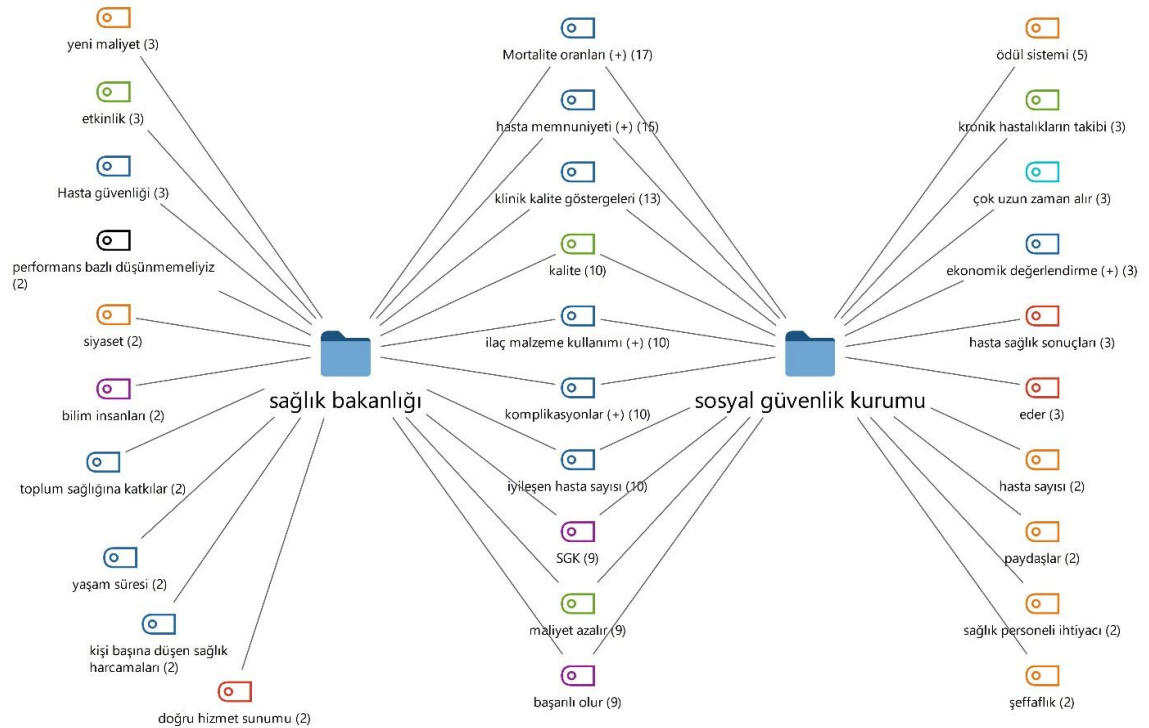
SB-1 bu konudaki görüşünü kısaca şöyle ifade etmiştir: *“Türkiye sağlık sistemi, birkaç revizyon ile uygun hale getirilebilecek düzeyde.”*

#### **5.1.12. Sağlık Bakanlığında ve SGK’da Çalışan Katılımcıların Görüşlerinin Karşılaştırılması**

Maxqda programı ile yapılan ikili grup karşılaştırması analizi sonucunda Sağlık Bakanlığı’nda görev yapmakta olan (4) katılımcılar ile Sosyal Güvenlik Kurumu’nda görev yapmakta olan (6) katılımcıların ortak görüşleri ve farklı görüşleri Şekil 24’te gösterilmiştir.



## Şekil 24. Sağlık Bakanlığı ve SGK'da Görev Yapan Uzmanların Ortak ve Farklı Görüşleri



Şekil 24'te görülen orta kısım iki katılımcı gruba ait ortak görüşleri ifade eden sağ ve sol kısımda yer alan kodlar farklı düşündükleri noktaları göstermektedir. İfadelerin altında yer alan sayılar bu kodun kaç kez gruplar tarafından ortak kodlandığını göstermektedir. İki grubun ortak kodları şu şekilde belirlenmiştir; bu ödeme yönteminin Türkiye sağlık sisteminde başarılı olacağına inanmaktadırlar. Avantaj olarak maliyetin azalacağı ve kalitenin artacağı hususunda ortak görüşte bulunmuşlardır. En çok destekleyecek grubun SGK olduğunda da hemfikir oldukları görülmektedir. Formüle yer alması gerektiğini düşünen parametrelerden de mortalite oranları, hasta memnuniyeti, klinik kalite göstergeleri, ilaç ve malzeme kullanımı, komplikasyon oranları ve iyileşen hasta sayısı ortak görüş olarak ortaya çıkmıştır.

### 5.1.13. Delphi Çalışmasına Ait Bulgular

Yapılan nitel analiz sonucunda belirlenen ve katılımcılar tarafından değer bazlı geri ödeme modelinde yer alması gerektiği düşünülen 40 parametre delphi yöntemi ile 10 uzman görüşüne sunulmuştur. İlk tura ait ortalama puanları Tablo 6'da verilmiştir.

**Tablo 6. İlk Tur Delphi Çalışması Sonuçları**

Nitel Çalışma Sonucu Değer Bazlı Geri Ödeme Modelinde Yer Alması Gerektiği	Ortalaması*
<b>Düşünülen Ortak Parametreler</b>	
1. Hasta ve yakınının memnuniyeti	4,2
2. Hastane mortalite hızı ( Hastanede ölen hasta sayısı / hastaneye başvuran toplam hasta sayısı)	3,8
3. Hastane iyileşen hasta oranı (İyileşen hasta sayısı / Başvuran toplam hasta sayısı)	4,2
4. Hastanın yatış süresinin gereğinden az ya da çok olması	3,9
5. Maliyet (Hastanenin aylık toplam harcaması)	3,8
6. Hastane personelinin yetenek ve yeterliliği	4,3
7.Komplikasyon oranı	4,4
8. Hastanın 30 gün içerisinde yeniden yatış hızı	4,4
9. Güvenli ilaç uygulamaları	4
10. Doğru teşhis ve tedavi oranı	4,7
11. Hastanenin verimlilik karnesi puanı (Sağlık tesisi verimlilik puanı)	3,3
12.Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı	4,6
13.Hastane Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) puanı	3,4
14.Hastanın aynı sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı (memnuniyet kaynaklı)	3,4
15.Hasta davranışlarında olumlu yönde değişim	3,6
16.Toplumsal hastalık yükünün (Qualy, Daly) azaltılması	4,3
17.Hastanenin coğrafi konumu	3,1
18.Ekonomik değerlendirme sonuçları	3,9
19.Yatak devir hızı	3,3
20.Sevk edilen hasta yüzdesi	3,9
21.Hastanın hastanede aldığı tedavi süresinin yeterliliği	3,9
22.Hastane denetim sıklığı	3
23.Hastanın tedavi sonrası sağlık statüsü	4,3
24.Verilen rapor gün sayısında azalma	3
25.Hastanelerin TURKUAZ sağlık bakım kalite standartları puanı	3,6
26.Yapılan ameliyat sayısı	3,1
27.İşlem tekrarı (tetkik, film, mr vb)	4
28.Yatak doluluk oranı	3,1
29.Sosyal sorumluluk kapsamında toplum sağlığına katkılar	3,6
30.Hasta ve yakınlarının eğitimi	4,2
31.Randevu için bekleme süresi	3,9
32.Hastanın 30 gün içerisinde yeniden polikliniğe başvuru hızı	4,2
33.Vaka karma indeksi	4,4
34.Bilime katkı (yapılan akademik çalışma sayısı)	3,7
35.Sağlık personelinin hasta ile iletişimi	4,1
36.Hastanenin Türü (sınıfı,kapasitesi)	3,4
37.Acil kabullerde azalma	3,4
38. Ameliyathane kullanım süresi	3,2
39.Hizmete erişim	3,8
40.Malpraktis oranı	4,5

Dipnot: \*Likert ölçeği: 1: çok önemsiz, 2: önemsiz, 3: ne önemli ne önemsiz, 4: önemli, 5: çok önemli

İlk turdan 4 ve üzeri puanlama yapılan parametreler, fikir birliği ulaşılan kadar aynı uzmanlara tekrar gönderilmiştir. Tablo 7’de ise ikinci tura kalan parametreler ve çalışma sonucu aldıkları puanlar verilmiştir.

**Tablo 7. 2. Tur Delphi Çalışması Sonuçları**

<b>Değer Bazlı Geri Ödeme Modelinde Yer Alması Gerektiği Düşünülen Ortak Parametreler</b>	<b>Ortalaması*</b>
1. Hasta ve yakının memnuniyeti	4,0
2. Hastane iyileşen hasta oranı	4,5
3. Hastane personelinin yetenek ve yeterliliği	4,0
4. Komplikasyon oranı	4,5
5. Hastanın 30 gün içerisinde yeniden yatış hızı	4,0
6. Güvenli ilaç uygulamaları	4,5
7. Doğru teşhis ve tedavi oranı	4,0
8. Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı	4,5
9. Sağlık personelinin hasta ile iletişimi	4,5
10. Hasta ve yakınının eğitimi	4,5
11. Vaka karma indeksi	5,0
12. Toplumsal hastalık yükünün (Qaly, Daly) azaltılması	5,0
13. Malpraktis oranı	4,0
14. Hastanın 30 gün içerisinde yeniden polikliniğe başvuru hızı	3,0
15. İşlem tekrarı (tetkik, film, mr vb.)	4,0
16. Hastanın tedavi sonrası sağlık statüsü	5,0

Dipnot: \*Likert ölçeği: 1: çok önemsiz, 2: önemsiz, 3: ne önemli ne önemsiz, 4: önemli, 5: çok önemli

İkinci turdan sonra yapılan analiz sonucu katılımcılar arasında fikir birliğine ulaşıldığı görülmüştür. Birinci turdaki 40 parametreden elde edilen 16 parametre ikinci turda tekrar puanlamak üzere katılımcılara (10) tekrar sorulduğunda 15 parametrenin 4 ve üzeri puan alarak önemli ve çok önemli olarak sınıflandırıldığı görülmüştür. Parametrelerden sadece “hastanın 30 gün içerisinde yeniden polikliniğe başvuru hızı” 3 puan alarak formülde olmasa da olur şeklinde yorumlanmıştır.

## 6. BÖLÜM

### 6.1. TARTIŞMA

Çalışmanın bu bölümünde katılımcılarla (akademisyenler, sivil toplum kuruluşu temsilcileri, milletvekilleri, araştırma merkezleri katılımcıları, sağlık çalışanları, Sağlık Bakanlığı katılımcıları, Sosyal Güvenlik Kurumu katılımcıları, hastalar ve Amerika’da yaşamakta olan araştırmacılar) yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen verilerin analizi ile ortaya çıkan temaların literatürde yer alan bilgiler ışığında tartışılması amaçlanmaktadır.

#### 6.1.1. Değer Kavramının Değerlendirilmesi

Literatürde değer kavramı pek çok şekilde tanımlanmaktadır Çalışma bulguları sonucu ulaşılan değer kavramını, genel anlamıyla açıklayan ve en fazla kodlanan kelimeler: fayda, eder, önem, katkı ve kıymet olarak belirlenmiştir. Oxford Dictionary değeri, bir şeyin bir kişi için önemi veya faydası olarak tanımlamaktadır. Porter (2010) değeri, harcanan her bir kuruş karşılığında kazanılan yarar olarak tanımlamıştır. Diamond ve Kaul’a göre ise değer “fayda ücreti” dir (Boden ve Redberg, 2018). Tez çalışmasının katılımcıları ise, değer anlamını “fayda” ve “eder” olarak tanımlamışlardır. Diamond ve Kaul’un tanımıyla bire bir uyumlu bulunmuştur.

Sağlık hizmetlerinde neyin değer teşkil ettiğini belirlemek ve değerlendirmek ayrıntılı inceleme isteyen, oldukça tartışmalı bir konu olarak görülmektedir (Woods, 2016: 60). Çalışmada katılımcılar sağlıkta değer yaratan kavramları şu şekilde belirtmişlerdir: memnuniyet, hastaya zarar vermemek, hasta merkezli olmak, kaliteli bir hizmet sunmak ve hastaların kurumdan sağlıklı olarak çıkması.

Kaplan ve Porter (2011) sağlıkta değeri, doğru hizmet sunumu ve kalite olarak tanımlamıştır. Ağlamış (2020) ise çalışmasında sağlık hizmetlerinde değer algısının, kişinin sağlığında fark ettiği olumlu gelişmenin maliyetinin optimum düzeyde olması halinde ortaya çıktığını belirtmiştir. Lakdawalla ve diğerleri (2018) sağlıkta değer, söz konusu sağlık hizmeti verilen hastanın perspektifinden ölçülebileceğini dile getirmiştir.

Porter ve Teisberg (2006), değeri hastanın sağlık durumuna katkı ve maliyet avantajı olarak tanımlamışlardır. Porter (2010) ise çalışmasında, sağlığa bağlı yalnızca hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal tam bir iyilik hali olduğunda değer ortaya çıkacağını ve ona göre ödeme yapılması gerektiğini ortaya koymuştur. Ayrıca değer, her zaman hasta etrafında tanımlanması gerektiğini belirtmiştir. Elf ve diğerleri (2017) yaptıkları çalışmada, sağlıkta değer kavramını, hasta merkezli, yüksek kaliteli ve gelişmiş hasta güvenliğine sahip bir hizmet anlayışı olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmada katılımcılar tarafından yapılan sağlıkta değer kavramının açılımı ile literatürde yer alan tanımlar uyumlu bulunmuştur. Çalışma bulgularında elde edilen memnuniyet kodunun alt kodları Seyfioğlu (2019)'nun yapmış olduğu çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir. Seyfioğlu yaptığı nitel analiz sonucu hasta için değer; güven, sevgi, anlaşılabilirlik, sağlık, gülümsemek, bilgilendirilmek, doğru ve hızlı tanı, doğru tedavi, hızlı sonuç, en az maliyet ve ilgi kodlarıyla tanımlandığını ortaya koymuştur. Yapılan bu çalışmanın bulgularında yer alan insan olmak; hastaya insanca yaklaşmayı, gülümsemeyi, sevgiyle yaklaşmayı ve anlaşılabilirliği içermektedir. Kıymet vermek; bilgilendirmeyi ve güven vermeyi, özen göstermek ise; ilgi göstererek ve doğru tanıyı koyarak hastanın kurumdan memnun bir şekilde ayrılmasını sağlamayı ifade etmektedir.

Mkanta ve diğerleri (2016) çalışmalarında değer kavramının açılımının iyi yapılmış ve ölçümünün açık bir şekilde tanımlanmış olmasının önemine dikkat çekmişlerdir. Bu tez çalışmasında ulaşılan değer kavramının nasıl somutlaştırılabileceğine ilişkin katılımcı görüşleri: hasta durumundaki değişim, verilen hizmet, sağlık sonuçları, hasta memnuniyeti ve kaliteli hizmet sunumudur. Elf ve diğerleri (2017), değeri belirlemede hastanın sonuç ölçümlerinin de olması gerektiğini belirtmişlerdir. Porter (2010), değeri kalite ve maliyet oranı olarak kavramsallaştırmış; kalitenin maliyete bölünmesinin değeri kavramsallaştırmanın bir yolu olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Urick (2016) de değer, kaliteyi maliyetle ilişkilendirerek ölçüleceğini belirtmiştir. Ancak birkaç araştırmacı, değeri keşfetmek için önce kalite ve maliyet ile ne kastedildiğinin anlaşılması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Onlar değeri, doğası gereği göreceli ve kısmen öznel bir kavram olarak tanımlamışlardır. Eğer bir hizmet diğerine oranla daha yüksek kaliteye sahip olup onunla aynı maliyete sahipse veya aynı kaliteye sahip olup daha düşük maliyete sahipse, bu durumda bir hizmetin başka bir hizmetten “daha

değerli” olduğunun nesnel olarak söylenebileceğini ancak eğer bir hizmet, diğer bir hizmetten hem daha yüksek kaliteye sahip hem de daha yüksek maliyetli ise burada bir öznel değerlendirme yapılmasının gerektiğini belirtmişlerdir. Bu nedenden dolayı değer, birçoklarının önerdiği gibi “kalitenin maliyete oranı” şeklinde tanımlanamayacağını öne sürmüşlerdir (Conrad, 2009: 309; Keckley vd., 2011: 1; The Payment Reform Glossary, 2015: 53-4).

Lakdawalla ve diğerleri (2018) değer tanımı on iki potansiyel unsura dikkat çekmişlerdir. Bunlardan dördü (kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılları, net maliyetler, üretkenlik ve bağlılığı artıran faktörler) geleneksel olarak değer hesaplamalarına dahil edilir veya dikkate alınır. Daha öncü ekonomik değerlendirmeler olabilecek diğer sekiz tanesi; belirsizliğin azaltılması, bulaşma korkusu, sigorta değeri, hastalığın şiddeti, umudun değeri, gerçek opsiyon değeri, eşitlik ve bilimsel yayımlardır. Lakdawalla ve diğerlerinin bulunduğu değer kavramının açılımında yer alması gereken bu 12 potansiyel unsurların çoğuna bu çalışmanın bulgularında rastlanmamıştır. Bunun da söz konusu 12 unsurun, temel değer yaratacak kavramlardan yani ana başlıklardan değil de alt boyutlardan seçilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### **6.1.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Modeline Geçişin Değerlendirilmesi**

Tüm dünyada sağlık alanındaki değişikliklerden kaçınmak imkânsızdır. Teknolojik gelişmeler, epidemiyolojik değişiklikler, dünya nüfusunun artması, toplumun beklentilerinin hızlı büyümesi ve tedavi süreçlerindeki yenilikler, sağlığın diğerlerinden çok daha dinamik bir alan olmasına neden olmaktadır (Zou vd., 2020: 11). Değer bazlı geri ödeme yöntemi de bu değişimlerden birisidir. Araştırmada katılımcılar değer bazlı geri ödeme modeline geçiş için; sistemin yetersiz olduğunu düşünenler, kesinlikle geçilmeli şeklinde ifade edenler, bu konuda net bir görüş belirtmeyenler, geçişin gerekli olduğu konusunda fikir beyan edenler, geçiş için isteklilik olduğunu belirtenler ve bunun için yeterli kapasitenin olduğunu ifade edenler olarak farklı kod gruplarına ayrılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre katılımcıların yarısından fazlası değer bazlı geri ödeme modeline geçişin gerekli olduğu konusunda ortak görüş beyan etmişlerdir.

Egdom ve diğeri (2019)'da çalışmalarında hastalar için değerin ön planda tutulduğu bir ödeme yöntemine ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir. Philips (2019) çalışmasında, sağlık hizmetini daha sürdürülebilir hale getirme konusunda, riski paylaşan ve teşvikleri sağlayıcılar arasında uyumlu hale getiren yenilikçi ödemelerin denenmesi gerektiğini belirtmiştir. Aslında gerekli olan şey, doktorların ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sundukları hizmetin değerine dayalı olarak geri ödeme yapan bir modeldir (Sorrel, 2015: 27; Woods, 2016: 60).

Birden fazla aktör ve seviyede değişimin hayata geçirilmesi, radikal inovasyon için özellikle kritik öneme sahiptir çünkü temel çözümle birlikte, "kullanıcı uygulamaları, düzenleme, endüstriyel ağlar, altyapı ve sembolik anlam veya kültürde" değişiklikler gerektirir (Geels, 2002: 1257). Tezin bulgular kısmında yer alan katılımcıların da ifade ettikleri sistem yetersizlikleri göz ardı edilemez.

Seyfioğlu (2019) değer temelli sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi üzerine yapmış olduğu nitel çalışmanın bulguları ışığında, genel bir değerlendirme yaparak, ülkemizin değer temelli sağlık hizmeti modeline ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca çalışmasında geri ödemeyi yapanların, değer odaklı bir geri ödeme yöntemini tercih etmeleri gerektiğini ortaya koymuştur. Bu da çalışmanın bulgularını destekler niteliktedir.

### **6.1.3. Geri Ödeme Modelinde Değerin Formüle Edilmesinin Değerlendirilmesi**

Drucker "Ölçemezseniz, iyileştiremezsiniz." demiştir. Çalışmanın bulgular kısmında belirtildiği gibi katılımcılar tarafından değer formülünde yer alması gerektiği düşünülen parametrelerden en çok kodlanan 10 tanesi; hasta memnuniyeti başta olmak üzere, hastane mortalite hızları, klinik kalite göstergeleri, iyileşen hasta sayısı, yatılan gün sayısı, maliyet, komplikasyonlar, ilaç ve malzeme kullanımı, yeniden yatış hızı ve kalifiye personel sayısı olarak belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca katılımcılardan gelen cevaplar ışığında literatürden de destek alınarak parametrelere gruplandırma işlemi yapılmış ve parametreler; hasta deneyimleri, klinik süreç kalitesi, performans ölçümleri ve sağlık çıktıları olmak üzere 4 grupta toplanmıştır.

Traore' (2019), çalışmasında belirli bir perspektife odaklanmış bir modelin parametrelerin, diğer perspektiflerden oluşan modellerin çıktılarında beslendiğini ortaya koymuştur. Başka bir deyişle; geri ödeme modelleri diğer geliştirilen modellerden beslenerek geliştirilmektedir. Lee, Austin ve Pronovost (2016) da çalışmalarında değer bazlı bir ödeme modelinde çok fazla değişkeni kapsayan tek bir ölçümün olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu ölçüm; komplikasyonları, hasta tatminini, bakım sürecine bağlı kalmayı, klinik ve hasta temelli çıktıları kapsamalıdır. Buradaki maliyet; teşhis, bakım, ameliyat, tedavi gibi hizmetlerin tüm masraflarından oluşmaktadır. Damberg ve diğerleri (2014) ise, değer bazlı geri ödeme modelinin altında yatan kilit yapıları: (a) klinik bakım süreci, (b) hasta bakım deneyimi, (c) sonuç ve (d) verimlilik şeklinde sıralamışlardır. Bunlar çalışma bulgularıyla örtüşmektedir.

Bulgular sonucu elde edilen ve birbiri içerisinde değerlendirilebileceği düşünülen değer parametreleri gruplandırılmıştır (Şekil 10. Nitel Görüşmeler Sonucu Ortaya Çıkan Parametrelerin Gruplandırılması). Elde edilen bu şekilde de bir hastanın sağlık hizmetini alışından çıkışına kadar olan süreçte hangi değer kriterleriyle karşılaşacağı ve hangisinin hangi grup altında yer aldığı belirtilmiştir. Gruplar; sağlık kurum ve kuruluşlarının yapısal özellikleri, klinik bakım sürecinin uygunluğu, performans ve verimlilik ölçümleri, hasta deneyimleri ve sonuç ölçümlerinden oluşmaktadır.

Burton (2016) çalışmasında süreç ölçümlerini; kalış süresi, işlem süresi yani hekimlerin taburcu kararını verdiği andan hastanın gerçekten taburcu edildiği zaman arasında geçen zaman miktarı olarak belirtmiştir. Başka bir örnek ile de hasta için ilaç talep zamanı ve eczanenin bu talebi karşılama arasındaki geçen zaman olarak açıklamıştır. NHS (2018)'de ise süreç ölçümleri; tıbbi olayların kaydedilmesi, bulgulara göre hareket edilmesi ve hastaların randevu için beklerken gecikmelerden haberdar edilip edilmemesi olarak yer almaktadır.

Morris ve Bailey (2014), çalışmalarında yapısal ölçümlerde; kurumların belgelendirilmesi veya akreditasyonuna bakıldığını belirtmişlerdir. Ayrıca personel ve bu personelin yetenekleri ve bir kurum içindeki kaynakların kullanılabilirliği gibi ölçümlerin de yer alması gerektiğini ifade etmişlerdir.



Squitieri, Bozic ve Pusic (2017), çalışmalarında hasta deneyimlerini; hasta tatmini, hasta değerlendirmeleri, klinik ve hasta temelli çıktılar olarak belirtmiştir. Porter (2010) sonuç ölçümlerine dair, yararı olmayan hizmetlerin kaldırılması, kapasitenin daha iyi kullanılması, döngü sürelerinin kısaltılması şeklinde genel bir yorumda bulunmuştur. MacLean (2017) çalışmasında sağlık sonuçlarını; hastalıktan iyileşme, ölüm ve tıbbi bakımın komplikasyonları gibi olaylar olarak belirtmiştir. Morris ve Bailey (2014) de sonuç ölçümleri olarak hayatta kalma ölçümlerini (mortalite), hastalık insidansı (morbidite) ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi parametrelerinin üzerinde durmuştur. Bulgulardan hareketle ortaya konulan gruplandırmanın literatür ile desteklendiği görülmektedir.

#### **6.1.4. Pilot Uygulama Sürecinin Değerlendirilmesi**

Hem uygulama hem de sonuçlar açısından her zaman bir dereceye kadar belirsizlik olmaktadır. Bu nedenle, politika reformu bilim kadar sanattır ve karar vericiler, mümkün olduğunda, pilot uygulamaların uygulanması ve değerlendirilmesi yoluyla öğrenmeyi kolaylaştırmalıdır. Her ülkenin reform değerlendirme mekanizmalarını kurumsallaştırması ve böylece uyarlanabilir bir sağlık politikası sürecinin kendi reform deneyimlerinden elde edilen bilgiler üzerine inşa etmesi gerekmektedir (Kutzin, 2008: 19). Çalışmada yer alan katılımcıların değer bazlı geri ödemeye geçişin pilot uygulamasına ilişkin görüşleri şu alt kodlarla sınıflanmıştır: pilot uygulamaya 1.basamaktan başlanmalı, genelden başlanmalı, tıbbi malzeme bazlı, hasta bazlı, birim bazlı, hastane bazlı, hastalık bazlı, ilaç bazlı ve bölge bazlı olarak başlanmalıdır. Bu ifadelerden en fazla tekrar edeni hastalık bazlı olarak yapılmasıdır. Hastalık bazlı pilot uygulama yönteminden başlanmasının DRG sistemi buna altyapı hazırlayarak uygulama kolaylığı sağlayacağı için desteklendiği düşünülmektedir.

Joseph (2017), pilot uygulamanın genelden başlaması gerektiğini ifade etmiştir. Bu tür yöntemlerin, yeniden yapılandırılmış bir sağlık sistemi oluşturmak için ülke genelinde yavaşça uygulanması gerektiğini belirtmektedir. Werner ve Emanuel (2021) yapmış oldukları çalışmada, değer bazlı ödemeye geçişin bölgesel eğilimlerle yapılmasını ifade etmektedirler. Joseph (2017) çalışmasında değişimin, çalışanların değişikliklere kademeli olarak uyum sağlamasına yardımcı olduğundan aşamalar halinde uygulanması

gerektiğini düşünmektedir. Departman olarak yeni değişikliklerin uygulanmasının, ilerlemenin değerlendirilmesine yardımcı olacağını ifade etmektedir. Ağlamış (2020), çalışmasında sağlık hizmetleri alanında değer bazlı satın almanın en fazla ilaç alanında olduğunu belirtmiştir. Philips (2019) de değer temelli sağlık hizmetlerinin ve geri ödemesinin pilot projelerden hızla ölçeklendirilebilen operasyonel bir modele genişletilmesi gerektiğini düşünmektedir. Amerika’da uygulanan DRG sisteminin üzerine getirilen değer bazlı ödeme yöntemi ülke genelinden başlatılmıştır. Türkiye için öncelikle DRG’ye dayalı ödeme sisteminin uygulanması gerektiği katılımcılar tarafından da ifade edilmiştir. Pilot uygulamanın hastalık bazlı başlatılması fikrinin bundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

#### **6.1.5. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türkiye’de Uygulanması Sürecinin Değerlendirilmesi**

Çalışma kapsamında ulaşılan bulgulara göre katılımcıların yarısı değer bazlı geri ödeme yöntemine geçiş sürecinin 5 yıldan uzun zaman alacağını düşünmektedir. Türkiye sağlık sisteminin geçişe uygun ve altyapının yeterli olduğunu düşünen katılımcılar sürecin kısa olacağını ifade ederken, sistemdeki eksikliklerin bu geçişi zorlaştıracığını düşünenler daha uzun zaman alacağını ifade etmektedir.

Ödeme yönteminin değişimi için mevcut durumun ve göstergelerin aktif olarak izlenmesi gerekmektedir. Yeni süreçlerin değerlendirilmesi uzun zaman olsa da iyi yapılmalıdır (Burgess ve Radnor, 2013; Gustavsson vd., 2016; Toussaint ve Berry, 2013). Joseph (2017) çalışmasında sağlık hizmetlerinde yapılacak değişikliklerin tüm süreçleri etkileyebileceğini ve uygulanmasının zaman alacağını belirtmiştir. McWilliams ve diğerleri (2018) başarılı bir değere dayalı ödeme modeline geçişin zaman alacağını; elde edilen tasarrufların ve uygulama dönüşümlerinin karşılığının alınmasının ise yılların deneyimini ve yatırımını gerektireceğini ortaya koymuşlardır. Yıldırım ve diğerleri (2021) de, değere dayalı sağlık hizmeti ve ilgili konuların hâlâ çok yeni konular olduğunu, önümüzde zaman, sabır ve sebat gerektiren uzun ve zorlu bir süreç bulunduğunu belirtmişlerdir. Bu sonucun Amerika’da da değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişin uzun zaman almasıyla paralel olduğu bulunmuştur.

### 6.1.6. Türkiye Geri Ödeme Sisteminin Kapasitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın bulgularında değer bazlı ödeme yöntemine geçişte Türkiye sağlık sisteminin, bilgi sistemi (14 katılımcı) ve alt yapısının (7 katılımcı) yeterli olduğu belirtilmiştir. Ancak katılımcılar tarafından adaptasyonun da gerekliliği ve sistem üzerinde değişiklikler yapılması gerektiği 12 katılımcı tarafında ifade edilmiştir. Yeni bir sisteme geçişte öncelikle mevcut kapasitedekilerin uyumlaştırması yapılacağı için katılımcıların adaptasyon gerekliliğine dikkat çektiği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yapılacak değişimlerde daha iyi sonuçlara ulaşmak için verilerin, stratejilere anlamlı bir şekilde entegre edilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, iyileştirmeyi sağlamak için verilere kolayca erişme, uygun şekilde analiz etme ve etkili bir şekilde kullanma yeteneği, birçok sağlık hizmeti kuruluşu için hâlâ bir zorluktur. Sağlık sistemleri, sağlık bilişimi uygulandığında ve veriler zamanında teslimatla kullanılabilir bilgilere dönüştürüldüğünde fayda sağlar; bu dönüşüm hem teknoloji hem de uzmanlık gerektirmektedir. Kuruluşlar, işlevlerini desteklemek için bir veri yönetimi yapısıyla klinik, operasyonel ve finansal uzmanlıktan oluşan işlevler arası ekipleri desteklemelidir (Macias ve Carberry 2021: 121). Sağlık hizmeti ödeme modellerindeki hizmet başına ücretten değere dayalı ödemeye geçişte hem bilgi sisteminin hem de altyapının yeterli olması gerektiği düşünülmektedir. Woods (2016) da çalışma bulgularıyla paralel olarak çalışmasında sağlık sistemlerinde teknoloji yeteneğinin olmamasını değişimi sınırlandıran bir etken olarak ortaya koymuştur.

Brewster ve diğerleri (2020) genellikle inovasyonu teşvik eden bir organizasyon kültürünün yanı sıra söz konusu inovasyonu uygulama başarısının gereken özel altyapı ve becerilere sahip olmaya bağlı olduğunu ifade ederken, Porter (2014) ise, çalışmasında bilgi teknolojilerini çözüm olarak görmekten ziyade, sonuçları ölçmek ve sağlık hizmetinin yeniden yapılanmasını gerçekleştirmek için kullanmak gerektiğini belirtmiştir.

Bergstrom (2015) çalışmasında, bu yeni ödeme sistemine adapte olabilen ve gerekli değişiklikleri yapabilen sağlık kurumlarının önemli kazançlar elde edeceğini belirtmiştir. Seyfioğlu (2019) ise yaptığı çalışmada, Türkiye'nin sağlık hizmeti sunumunda e-dönüşüm çalışmalarıyla Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi oluşturulduğunu ve

E-Nabız sistemi ile de uluslararası standartlar geliştirilerek, etkin bir bilgi sistemi altyapısı oluşturulduğunu ifade etmiştir. Bu da çalışma bulgularını destekler nitelikte bulunmuştur.

### **6.1.7. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Performans Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi**

Değer bazlı ödeme, doktorları beklenenden daha iyi performans göstermeleri için finansal olarak ödüllendiren bir yaklaşımdır. Katılımcıların ifadelerinde değer bazlı ödemenin en çok genel anlamda performansı artıracığı geçmektedir. Katılımcılar ayrıca, hekimlerin, hastanelerin ve diğer sağlık çalışanlarının performanslarının artabileceğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların yalnızca üçü performansı doğrudan etkilemeyeceğini düşünmektedir. Ancak literatür de bu bulguyu desteklemektedir. Örneğin Schuttner ve diğerleri (2020) çalışmalarında, ödeme reformunun performansın değişimi için yeterli olmayabileceğini ifade etmişlerdir. Eijkenaar ve diğerleri (2013) de çalışmalarında, sağlayıcılara sunulan ek ödemeler arttıkça performansın arttığına dair çok az kanıt olduğunu ortaya koymuşlardır.

Chambers ve diğerleri (2015) çalışmalarında, ödeme yöntemlerindeki değişikliklerin hastanelerde finansal performanstaki değişikliklerle ilişkili olabileceğini ihtimal olarak belirtmişlerdir. Seyfioğlu (2019) ise çalışmasında değerın sağlık hizmetlerindeki performans artırımı için bir çerçevede tanımlanması gerektiğini ifade etmiştir. Ancak bu çalışmanın bulgularında yer alan performansın artacağı görüşü literatürde tam karşılığını bulamamıştır. Bunun nedenleri olarak; değer bazlı ödeme yönteminin uygulama sonuçları üzerine çok fazla çalışma yapılmamış olması ve yöntemin performansa olan etkisi üzerine etkinin araştırıldığı çalışmaların henüz yapılmamış olması yer alabilir.

### **6.1.8. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Zorlaştırıcı ve Kolaylaştırıcı Faktörlerin Değerlendirilmesi**

Aşağıda, katılımcıların Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişini zorlaştıracak ve kolaylaştıracak faktörlere ilişkin düşünceleri ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

#### **6.1.8.1. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Zorlaştırıcı Faktörler**

Hacim yerine değere odaklanmak düşüncesi her ne kadar kulağa hoş gelse de uygulamada birtakım zorlukları bulunmaktadır. Değer bazlı ödeme yöntemine geçiş büyük bir kültürel değişim gerektirmekle birlikte, güçlü bir teknolojik alt yapı ve detaylı planlamalar da gerektirmektedir (Durur, 2020: 180). Çalışma bulgularından elde edilen, değer bazlı geri ödeme yöntemine geçiş zorlaştıracak faktörlerin içerisinde en fazla tekrar edeni değişime direnç gösterileceği olmuştur. Diğer bulgular ise; kültürel değişimin gerekmesi, bürokratik engeller, sistemin iyi anlatılmaması, sağlık çalışanlarının ikna edilmesi, kaliteli veri toplayamama, teknik anlamda hazırlığın olmaması, veriyi işleyememe, şeffaflık, ölçü belirlemenin zorluğu, eğitim eksikliği, kararlılık ve sağlık personeli ihtiyacı şeklinde belirtilmiştir. Elde edilen bu bulguların sağlık sisteminde yapılacak olan diğer değişim süreçlerinde de karşımıza çıkabileceği düşünülmektedir. Değişimlerin kolay kabullenilmemesi beklenen bir sonuçtur. Bu geçişin kolay olması için önce gerekli altyapının ve personelin sağlanması ve değişime maruz kalacakların eğitilmesi gerekmektedir.

Joseph (2017), Sanghavi ve Conway (2015)'in çalışmalarında yer aldığı üzere ödeme yönteminde yapılacak bir değişimin ilk aşamalarında birtakım zorluklar ortaya çıkması muhtemeldir. Bu tezde de mevcut düzeninin değişmesini istemeyenlerin ve yenilik karşıtı olanların direnç göstereceği bulgularına ulaşılmıştır. Williams ve Smart (2011) çalışmalarında kamu sektöründe, değer kavramına sıklıkla itiraz edildiğini ortaya koymuştur. Bu da çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Woods (2016) çalışmasında, değer bazlı geri ödemeye geçiş yapmanın hiç kolay bir yol olmadığını bunun da sağlık hizmetlerini ödeyenlerin, sağlık hizmeti sunucularının ve hastaların kendileri de dahil olmak üzere, endüstri genelinde bir zihniyet değişikliği

gerektirdiğini ifade etmişlerdir. Haley ve diğerleri (2015) ise Woods'un çalışmasını destekler nitelikte; bu yeniliğin hastane liderliği için vizyonlarında büyük bir değişiklik gerektirdiğini belirtmişlerdir. Woods (2016) ayrıca çalışmasında yeni geri ödeme modellerine uyum sağlamak için hizmet sunucularının dokümantasyon uygulamalarını öğrenmek için çaba harcamaları gerektiğinden, buna ikna edilmeye ihtiyaç duyacaklarını belirtmiştir. Kissam ve diğerleri (2019) de sistem değişikliklerinde ödeme yapanların isteksizliğine dikkat çekmiştir.

Kalkınma Bakanlığı (2018)'nin yayınladığı 11. Kalkınma Planı'nda da yer aldığı üzere Türkiye'nin sağlıkla ilgili veri tabanı bütüncül yapıda değil, parçalı yapıdadır. Hardy-Decuir (2020) ise çalışmasında değere dayalı ödeme düzenlemeleri için veri kalitesinin önemini vurgulamıştır. Hillary ve diğerleri (2016) çalışmalarında, değişikliklerin gerçekleşmesine izin verebilecek bir bilgi teknolojisi platformunun oluşturulması ve veriye ulaşımın kolaylaştırılması gerektiğini ortaya koymuşlardır. Washington ve diğerleri (2017), değer bazlı geri ödeme yapabilmek için ödeme yapanların ve sağlayıcıların gelişmiş veri toplama sistemlerine ihtiyacı olduğunu, Squitieri ve diğerleri (2017) de veri toplama aşamasında, metodolojik ve operasyonel zorlukları ele alan temel çalışmaların yapılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Werner ve Emanuel (2021) de çalışmalarında şeffaflık için tüm hasta sonuçlarının kamuya açık olarak bildirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Joseph (2017) ise çalışmasında, değer bazlı geri ödemeye yumuşak bir geçiş yapılabilmesi için maliyet şeffaflığının olması gerektiğini belirtmiştir.

Alsleben (2016), başarılı sonuçlar beklemek için uygun girdi verilerinin tanımlanması gerektiğini belirtmiştir. Hillary ve diğerleri (2016) çalışmalarında, maliyet sonuçlarını bir sorun olarak görmüşlerdir. Şu anda maliyetlerin hastalara değil departmanlara bağlı olduğunu ve bir hastanın bakım döngüsünün tamamının maliyetini hesaplamanın çok zor olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerinde değeri desteklemek için fiyatları daha doğru bir şekilde projelendirme becerisinin değişmesi gerektiğini ortaya koymuşlardır.

Izguttinov ve diğerleri (2020) ve Yıldırım ve diğerleri (2021) çalışmalarında, politika desteğinin ve tutarlı bir politika ve düzenleyici ortamın, değer bazlı geri ödeme modeline geçişi hızlandırmada önemli bir yere sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bunların

olmaması bürokratik engellere neden olmaktadır ve bu da çalışmanın bulguları ile aynı doğrultuda bulunmuştur.

#### **6.1.8.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Kolaylaştırıcı Faktörler**

Çalışmanın nitel veri analizi sonucu elde edilen bulgularından hareketle değer bazlı geri ödeme modeline geçişi kolaylaştırıcı faktörlerden en fazla tekrar edileni sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması olduğu tespit edilmiştir. Türkiye özelinde değerlendirildiğinde geçerli bir faktör olarak görülmektedir. Çünkü geri ödemelerin tek elden yapılıyor olması, yöntem değişikliği söz konusu olduğunda işlerin daha kolay ilerleyeceğini düşündürmektedir. Çalışmada en sık belirtilen diğer kolaylaştırıcı faktörler; teşvik ve ödüller, hükümetin desteği, teknolojinin ve e-sağlık sisteminin iyi olması, GSS'nin kapsamı, SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın iş birliği, sistemin hizmet sunuculara iyi anlatılması ve sistemin avantajlarını kullanmak olarak belirlenmiştir. Amerika'daki parçalı sigorta sisteminin aksine Türkiye'de kamu kaynaklı sigortalar tek çatı altında toplanmıştır ve nüfusun neredeyse tamamı genel sağlık sigortası kapsamı altındadır. Bunların yanı sıra altyapının iyi olması, teşviklerin ve hükümet desteğinin olması da değer bazlı ödeme yöntemine geçişi kolaylaştırması beklenen sonuçlardır.

Dudley ve Rosenthal (2006) çalışmasında teşvik sisteminin önemine değinmiştir. Damberg ve diğerleri (2014) çalışmalarında, çalışanların, devam etmek için uygulanan değişikliğin gerçekten işe yarayıp yaramadığını hissetmesi gerektiğini ve yöneticilerin geçiş sırasında hem başarıyı hem de gelişmeyi ödüllendirmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Francavilla (2019) da çalışmasında değere dayalı ödeme modellerinin, maliyetleri kontrol etmek ve bakım kalitesini artırmak için teşvikler sağladığını belirtmiştir. Azar (2018) ve Sparkes ve diğerleri (2019) çalışmalarında iyi sağlık sonuçları elde etmenin yolunun, sağlık hizmeti sunucularına verilecek olan teşviklerden geçtiğini belirtmişlerdir. Donaldson ve Gerard (1989) ve Rudmik ve diğerleri (2014) de çalışmalarında teşviklerin sistem değişikliklerinde kolaylaştırıcı bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışma bulgularında yer alan hükümet desteği ile literatürde yer alan Şimşir (2018)'in çalışması uyumlu bulunmuştur. Şimşir çalışmasında, ödeme modelinin kanun

değişikliğine bile gerek kalmadan, ikincil mevzuatın düzenlenmesi yoluyla hayata geçirilebileceğini ifade ederken bu tezin katılımcıları da hükümet isterse geri ödeme yönteminin çok kolay değiştirilebileceğini belirtmişlerdir.

Joseph (2017) çalışmasında, değişimin olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması için mümkün olan en kısa sürede değişim sonrasında neler olacağını net bir şekilde ortaya konulması gerektiğini belirtmiştir. Böylece çalışanların, kendilerini kuruluşlarının kültürünün bir parçası olarak görürlerse ve sistem net olarak ortaya konulursa kuruluşun başarısına katkıda bulunma konusunda daha istekli olacaklarını belirtmiştir. Bu da çalışmanın bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin herkesi sağlık sigortası kapsamına alıyor olması dolayısıyla, değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişi kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Ayrıca SGK ve Sağlık Bakanlığı'nın veri paylaşımı konusunda ve bilgi aktarımında iş birliği içerisinde olmasının da geçişi kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

### **6.1.9. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Destekleyecek ve Karşı Çıkacak Grupların Değerlendirilmesi**

Bu başlık altında, Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişini destekleyeceği düşünülen ve karşı çıkacağı düşünülen gruplara ilişkin katılımcı görüşlerinin değerlendirilmesi ayrı ayrı yapılmıştır.

#### **6.1.9.1. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemini Destekleyecek Grupların Değerlendirilmesi**

Çalışma bulgularına göre değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişi destekleyeceği düşünülen grupların başında Sosyal Güvenlik Kurumu gelmektedir. Destekleyeceği en sık belirtilen diğer gruplar ise; Sağlık Bakanlığı, hastane yöneticileri, hizmet sunucular, özel hastaneler, özel firmalar, sigorta kuruluşları, hastalar, sivil toplum kuruluşları ve halk olarak saptanmıştır. Değer bazlı ödeme yöntemi, Türkiye sağlık sisteminde değerlendirildiğinde SGK ve Sağlık Bakanlığı gibi kurumların; sağlık hizmetlerinde



kaliteyi artırıp maliyetleri düşürme amacıyla geliştirilen bu yöntemi desteklemesini beklemenin, doğal bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Değer bazlı geri ödeme yönteminin SGK tarafından destekleneceği düşüncesi literatürde Kuhn ve Lehn (2015) çalışmasıyla desteklenmektedir. Çalışmalarında değer bazlı ödeme programlarının klinik ve finansal riski, ödeme yapanlardan sağlayıcılara kaydırarak, maliyetleri önemli ölçüde azalttığı, bakım kalitesini iyileştirdiği ve verimliliği artırmaya yardımcı olduğu belirtilmektedir. SGK'nın da ödeme yapan taraf olduğu için finansal risklerden korunmak ve maliyetleri azaltmak için destekleyeceği bu çalışmanın katılımcıları tarafından ifade edilmiştir.

Joseph (2017) çalışmasında sağlık kurumlarının yöneticileri değişikliklere öncülük ederse, kurumda çalışanların da buna uyum sağlayacağını ve destekleyeceğini belirtmiştir. Seyfioğlu (2019) da çalışmasında yöneticilerin, hem kullanılan kapasitenin yüksek maliyetini düşüren hem de sonuçları iyileştiren değer bazlı geri ödeme yöntemini destekleyeceğini ifade etmiştir. Catalyst (2017) ise çalışmasında kâr amacı gütmeyen devlet kurumlarının değer temelli bir bakım modelini desteklemeye hazır olduklarını belirtmiştir. Ayrıca Joseph (2017) de çalışmasında, sigortacıların ve sağlık uzmanlarının, hizmet başına ödemedi uzaklaşmak için değeri benimseyeceklerini belirtmiştir.

Putera (2017) çalışmasında değere dayalı sağlık hizmeti modelini uygulamak için hastaların desteğinin önemini ortaya koymuştur. Bu tez çalışmasının bulguları ve hastalarla yapılan görüşmeler ışığında; hastaların Türkiye'de değer bazlı geri ödeme yöntemini destekleyeceği düşünülmektedir.

#### **6.1.9.2 Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Karşı Çıkacak Gruplar**

Çalışmanın bulgularına göre değer bazlı geri ödeme yöntemine karşı çıkacak olan grupların başında ekstra iş yükü istemeyenler gelmektedir. Ayrıca çalışmada; sağlık hizmeti sunucularının, yenilik karşıtı olanların, çıkarıcıların, denetlenmek istemeyenlerin ve cezalandırılacak olanların, sağlık personelinin, yöneticilerin, Türk Tabipler Birliği'nin karşı çıkacağı belirtilmiştir. Katılımcılardan 4'ü ise kimsenin karşı

çıkmayacağını belirtmiştir. Çalışma sonucu belirtilmiş olan bu grupların her değişim karşısında karşı çıkması muhtemel olan gruplar olduğu düşünülmektedir.

Woods (2016), çalışmasında ödeyen tarafın, sağlık hizmeti sunucularının ve hastaların, sağlık hizmetleri geri ödemesindeki değişikliği anlamasının ve desteklemesinin gerekliliğini ortaya koymuştur. Ayrıca bunun ideolojide bir değişim anlamına geldiğini ve bunun da tepkiye neden olabileceğini belirtmiştir. Çünkü doktorların hasta hakkında detaylı bilgi girişini zaman kaybı ve iş yükü olarak görebileceğini belirtmiştir. Damberg ve Reid (2020) de çalışmalarında ekstra iş istemeyen çalışanların desteklemeyeceğini ifade etmişlerdir. Woolhveler ve Himmelstein (2014) ise çalışmalarında doktorların ekstra iş yükü istemeyeceklerini iş tatmininin azalmasıyla ilişkilendirerek açıklamıştır. Bu da çalışma bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Sparkes ve diğerleri (2019) ise çalışmalarında sağlık finansmanı ve geri ödeme politikasındaki değişikliklerin, siyasi engellere takılabileceğini ve gerilimler yaratabileceğini bunun da bir dizi paydaş ve kurumu etkileyeceğini belirtmişlerdir. Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'nin (AAFP), 600 doktor üyesiyle 2015 yılında yaptığı ankete çalışmasına göre, birinci basamak hekimlerinin üçte ikisinin, değere dayalı ödeme modeline geçişi desteklemediği sonucuna ulaşılmıştır. Ogundeji ve diğerleri (2021), hekimleri belirli bir ödeme modelini seçmeye teşvik etmek için, modelin onlara parasal olmayan değerler de katması gerektiğini belirtmiştir.

Deloitte (2021), tarafından yapılan bir araştırma ile hekimlerin değere dayalı ödeme modelleriyle ilgili en büyük endişelerinin, sigorta şirketleri tarafından kontrolleri dışında kalan şeyler için cezalandırılmaları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Beveridge ve diğerleri (2016) ise çalışmalarında, değer bazlı geri ödeme yöntemine karşı çıkacak olan hizmet sunucularının beklentilerinin ödeyen kurum tarafından dikkate alınması gerektiğini belirtmiştir. Bunlar da çalışma bulgularıyla uyumlu olarak bulunmuştur.

Çalışmanın bulgularında yöneticilerin ve hizmet sunucularının hem destekleyeceği düşünülen gruplar içinde hem de karşı çıkacak gruplar içinde yer alması çalışmanın diğer bulgularıyla uyumlu bulunmuştur. Cezalandırılacak olanlar, ekstra iş yükü istemeyenler desteklemeyecekken işini iyi yapanlar ve ödüllendirilecek olanların destekleyeceği düşünülmektedir.

### **6.1.10. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajlarının Değerlendirilmesi**

Aşağıda, katılımcılar tarafından; değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanması sonucu ortaya çıkabileceği düşünülen avantajların ve dezavantajların değerlendirilmesi iki ayrı başlık altında yer almaktadır.

#### **6.1.10.1. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Avantajları**

Sağlıkta geri ödeme yöntemini değiştirme aşamasında kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Sistemin artı ve eksileriyle değerlendirmesi çok önemlidir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, değer bazlı geri ödeme yönteminin en önemli avantajları; kalitenin, memnuniyetin ve verimliliğin artması, maliyet ve sağlık harcamalarının da azalmasıdır. Çalışma sonucu elde edilen bu avantajların; değer bazlı gerinin ortaya çıkış amaçlarında belirtilen faktörlerle aynı olduğu görülmektedir. Yöntemin bu avantajları elde etmek için geliştirilmiş olması nedeniyle ortaya çıkan bulguların bunlara işaret ediyor olması beklenen bir sonuçtur.

Seyfioğlu (2019) çalışmasında, değer sağlık hizmeti sunan, bu hizmet için ödeme yapan ve bu hizmeti alanlar için pozitif katkı sağlayacağını belirtmiştir. Porter (2010) da çalışmasında benzer ifadeleri kullanmıştır. IOM (2010), değer bazlı geri ödeme yöntemi ile hastaneye yatışlarda azalma olduğunu ve bunun sadece hasta eğitimiyle ve düşük bir maliyetle gerçekleştirildiğini ortaya koymuştur. Bu tezin katılımcıları da maliyet avantajı sağlayacağını düşündükleri için çalışma bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Yıldırım ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada, değer bazlı sağlık hizmeti sunumunun; hasta odaklı, etkili, verimli, kaliteli ve sürdürülebilir bir şekilde hayata geçirilebilmesinin büyük bir adım olduğu bunun da sağlık sonuçlarını iyileştireceği sonucuna ulaşmışlardır. Seyfioğlu (2019) ise çalışmasında artan sağlık hizmetleri maliyetiyle birlikte ekonomik sürdürülebilirlik devam ettirilebilir ve değer artırılırsa, bunun tüm menfaat sahipleri (hizmet alanlar, hizmet sunucuları, tedarikçiler, sigorta şirketleri) için faydalı olacağı sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuçlar tezin bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

DiRienz (2020) yaptığı çalışmada, değere dayalı ödeme modellerinin belirli tedavi sonuçları üzerindeki etkisini test etmiş ve Medicare'in toplam maliyetleri ve kalış süresini azalttığını, ancak yeniden kabul olasılığını artırdığını belirlemiştir. Medicaid hastaları için ise toplam maliyetleri, kalış süresini ve yeniden kabul olasılığını önemli ölçüde azalttığını tespit etmiştir. Damberg ve diğerleri (2014) de çalışmalarında aynı sonuca ulaşmışlardır.

Feder (2011) çalışmasında, geri ödemelerde çoğu doktorun belirli kalite hedeflerine ulaşmaları durumunda maaşlarının %20-30 üzerinde aldıklarını ifade etmiştir. James ve diğerleri (2013) ise çalışmalarında sağlık primlerinin %5 ila 10'unun, katılımcı sağlayıcılara paylaşılan tasarruf olarak dağıtıldığını belirtmiştir. Coddington (2012) ise çalışmasında, doktorlara Medicare'in bir parçası olarak kalite hedeflerine ulaşmak için ödeme yapan tarafından "önemli" bir teşvik verildiğini belirtmiştir.

Spencer (2014) da değer bazlı sağlık hizmetlerinin diyabet hastaları için bakım maliyetini %15 azalttığını ortaya koymuştur. Shafrin ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışma sonucunda değer bazlı geri ödeme modellerinin hastaneye yeniden yatışları 18-64 yaşları için %46,3 ve  $\geq 65$  yaşları için %23,4 azalttığını belirtmiştir. Çalışma sonucunda değer bazlı ödemelerin sağlık sistemleri üzerinde olumlu bir net finansal etkiye yol açtığı belirlenmiştir. Alsleben (2016) da çalışmasında aynı avantajlardan bahsetmiştir.

Bozic (2015), değer bazlı geri ödeme yönteminde sağlık hizmeti sunan kuruluşların, verdikleri hizmetin kalite ve maliyetinden sorumlu tutularak, hasta memnuniyetini arttırmasını beklediklerini belirtmiştir. Deniz ve Hobikoğlu (2011) da yaptıkları çalışmada, "Değere Bağlı Sağlık" anlayışı kapsamında hasta memnuniyet algısının da şekilleneceği sonucuna ulaşmışlardır. Conrad ve diğerleri (2015) ise değer bazlı ödemenin olumlu sosyal değişimlere yol açacağını belirtmişlerdir. Seyfioğlu (2019) da çalışmasında değer temelli sağlık sisteminin kurulması ve uygulamalarının, bu bağlamda tıbbi tedavi hizmetlerinden memnuniyeti yükselteceği gibi sistemin de daha verimli ve sonuç odaklı çalışmasına olanak sağlayacağı görüşünde bulunmuştur.

Ağlamış (2020) yaptığı çalışma sonucu, sağlık hizmetlerinde değere dayalı satın alma yönteminin; kaliteyi arttırmak, maliyetleri optimum hale getirmek, hasta odaklı olmak,

hasta güvenliğini arttırmak, hatalı uygulamaları önlemek gibi çeşitli yararları olduğunu belirtmiştir. Ayrıca değere dayalı sağlık hizmeti ödemelerinde, hizmet maliyetlerinin düştüğü ve sağlık bakım kalitesinin korunduğu sonucuna ulaşmıştır. Şimşir ve Atındış'ın 2019 yılında yapmış oldukları çalışmada; sağlık hizmetlerinde değere dayalı satın alma modelinin, hasta güvenliğini ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırdığını ve sağlık hizmet maliyetlerinin daha optimum hale gelmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Cohen ve diğerleri (2021)'nin yaptıkları çalışma sonucu, değere dayalı sağlık hizmeti sunan ve değer bazlı ödeme yapan kurumlarda komplikasyon oranlarının azaldığını, yoğun bakım başvurularının düşürüldüğünü, kalış gün sayının azaldığını, acil bakım ve yeniden yatışların da aynı şekilde düştüğünü ortaya koymuşlardır. Ayrıca tahmini maliyet düşüşü de %7,1 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar değere dayalı bir yaklaşımın faydalarını göstermektedir ve bunların tezin bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Bu modelin uygulanmasının sağlık hizmetlerinde genel maliyetlerin düşmesine yol açacağı beklenmektedir. Daha da önemlisi, memnuniyetin artacağı ve sağlık hizmetlerini iyileştirileceği öngörülmektedir.

#### **6.1.10.2. Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Dezavantajları**

Çalışmanın bulgularına göre değer bazlı geri ödeme yönteminin başlıca dezavantajları ise; hastanın sağlık okuryazarlığının eksikliği, cezalandırmalar, sistemi çıkar sağlayacak şekilde kullanmak, riskli sonuçlar, mortalite ve hakkaniyet sorunları ve doğru hesaplamaların yapılamamasıdır. Değer bazlı geri ödeme yönteminin diğer ödeme yöntemlerinden farklı olarak hasta merkezli ve hasta memnuniyeti üzerine kurulmuş olması beraberinde hastalarında sistemde yer alması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Türkiye sağlık sisteminde yer alan hastaların sağlık okuryazarlığının eksik olduğu düşüncesi sistemde dezavantaj yaratacağı sonucuna neden olmuştur. Çünkü sağlık okuryazarlığının eksik olması, hastalar tarafından yapılacak olan değerlendirmelerin yanlış olabileceği gerçeğini düşündürmektedir.

Ağlamış (2020) çalışmasında değere dayalı geri ödeme sisteminin hasta katılımı gerektirdiği için, sağlık hizmeti sunucuları açısından dezavantajlı durum oluşturabileceğini belirtmiştir. Çalışmada hastanın üzerine düşen sorumlulukların ve

hastanın takibinin zorluğunu belirterek bu ödeme yönteminde hasta katılımının ve sağlık okuryazarlığının etkisine dikkat çekmiştir. European Society of Radiology (2021) tarafından 22 ülkedeki 400 hasta üzerinde yapılan bir araştırmada ise hastaların %80'inin değer bazlı geri ödeme yöntemine ve değer bazlı sağlık hizmetleri kavramlarına aşina olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmaların bulguları tezin bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Rajpal ve diğerleri (2013) çalışmalarında, hizmet sunucularının cezalandırılmamak adına defansif tıp uygulamaları ile gereksiz maliyet artışına neden olabileceğini ifade etmişlerdir. Henkel ve Marylve (2015) ise değer bazlı geri ödemenin neden olabileceği finansal risklere dikkat çekmişlerdir.

Zuckerman ve diğerleri (2016) çalışmalarında, değere dayalı ödeme yönteminin aynı zamanda ters teşvikler de içerdiğini ortaya koymuştur. Özellikle, davranışsal iktisatçılar, finansal teşvikler yoluyla istenen davranışları tetiklemeye yönelik tipik önerilerin bazılarını tersine çeviren bireysel kararlar verebileceklerini öne sürmüştür. Örneğin çalışanın kurumun çıkarları doğrultusunda değil de kendi çıkarları doğrultusunda hareket etmesi gibi. Ya da veriler ile oynayarak daha fazla kazanç elde etmeye çalışılması gibi. Bu da çalışmanın sistemin çıkar sağlanacak şekilde kullanılması bulgusuyla örtüşmektedir.

Rosenstein ve diğerleri (2009) ve Conrad (2014) çalışmalarında, cezalandırmanın gerekli olduğunu ancak doğru yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Woods (2016) ise çalışmasında hizmet sunucularına geri ödeme yapılırken sonuçların belirlenmesinin ve ölçülmesinin zor olduğunu belirtmiştir. Ödemenin doğru yapılması ve şeffaf olması gerektiğini, yoksa yanlış cezalandırmalar yapılabileceğini belirtmiştir. Gubbine (2017) ve Walraven (2021) de çalışmalarında sonuçların iyi değerlendirilmesi ve hesapların şeffaf olması gerektiği üzerinde durmuştur. Loehrer ve Tsai (2020) ise çalışmalarında orantısız cezalandırmalar yapılabileceğini belirtmiştir. Johnston ve diğerleri (2019) de çalışmalarında değer bazlı ödemede puanlama formülünün doğru bir şekilde yapılmazsa sağlık sunucularını uygunsuz bir şekilde cezalandırılabilceğini belirtmiştir.

Woods (2016) yaptığı çalışmada değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişte sağlık çalışanlarının eğitilmesi ve değer hesaplamalarının doğru şekilde yapılması gerektiğini

aksi takdirde sistemin dezavantaja dönüşeceğini belirtmiştir. Bu da çalışma bulgularıyla uyumlu bulunmuştur.

Durur (2020) çalışmasında, değer bazlı ödeme yönteminin sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırdığı ve sağlık bakım sonuçlarını olumlu etkilediği sonuçlarının bulunmasıyla birlikte herhangi bir etkisinin bulunmadığı ya da çok düşük etkisinin bulunduğu üzerine çalışmaların da olduğunu belirtmiştir. Bu da değer bazlı ödeme yönteminin istenen sonucu veremeyebileceğini göstermektedir.

#### **6.1.11. Türkiye Sağlık Sisteminin Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemine Uygunluğunun ve Gelecekteki Başarısının Değerlendirilmesi**

Değer bazlı geri ödeme yönteminin Türkiye sağlık sistemine uygunluğu konusunda bu nitel çalışma ile belirlenen görüşler; başarılı olacağı, sistemde revizyonun gerektiği, uygun olması için potansiyel sahip olduğu, yaşamadan uygun olup olmadığının bilinemeyeceği, mantıklı olacağı ve başarısız olacağı şeklindedir. Her yenilik ya da değişim gibi bir sürece girmeden önce revizyonlar gerekmektedir. Çalışma sonucu şu an kullanılmakta olan ödeme yöntemini değer bazlı geri ödeme yöntemi ile değiştirmek için de revizyona ihtiyaç duyulması beklenen bir sonuçtur. Genel olarak revizyonların yapılması ile birlikte yöntemin başarılı olacağı düşünülmektedir.

Koç (2017), tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de değer bazlı ödeme konusunda olumlu ve olumsuz çeşitli görüşlerin bulunduğunu belirtmiştir. Fendrick ve diğerleri (2010) ise çalışmalarında, her türlü değişikliğin risk faktörü içerdiğini ancak risklerden ziyade faydalarına odaklanarak değer bazlı geri ödeme yöntemine geçilmesinin başarılı olacağını belirtmiştir.

Şimşir ve Altındış (2019) çalışmalarında değer bazlı ödeme programı için potansiyel olduğunu ancak öncesinde örneğin DRG sisteminin uygulanması gibi revizyonların şart olduğunu belirtmiştir. Bu sonucun tezin bulguları ile paralel olduğu görülmüştür.

Claxton ve diğerleri (2020), değeri ödüllendiren bir sağlık sistemine geçişin son yıllarda yavaşladığını ve sağlık harcamalarını kısarken kaliteyi arttıran bir sisteme tam olarak geçilemediğini belirtmişlerdir. O’Brien ve diğerleri (2013) ise değer bazlı ödemenin

kullanılması mütevazı kalite iyileştirmelerine neden olurken, hasta sonuçlarında iyileştirmelere yol açtığına dair bir kanıt bulunmadığını belirtmişlerdir. Literatürdeki bu çalışmalar değer bazlı geri ödeme yönteminin katılımcıların da ifade ettiği gibi başarısız da olabileceğini göstermektedir.

### 6.1.12. Delphi Çalışması Sonucu Ulaşılan Bulguların Değerlendirilmesi

Yapılan iki tur delphi çalışması sonucu katılımcıların fikir birliğiyle ortaya çıkan 16 parametre ile çalışmanın nitel araştırma bölümünden elde edilen ve en fazla tekrar edilen ilk 16 kod Tablo 8'de karşılaştırılmıştır. Benzer bulunanlar yeşil renkte gösterilmiştir.

**Tablo 8. Delphi ve Nitel Çalışma Sonuçlarının Karşılaştırılması**

Değer Formülünde Yer Alması Gerektiği Düşünülen Parametreler	
Dephi Çalışması Sonuçları	Nitel Çalışmanın Sonuçları
Hasta ve yakınının memnuniyeti	Hasta memnuniyeti (40)*
Hastane iyileşen hasta oranı	Klinik kalite göstergeleri (37)*
Hastane personelinin yetenek ve yeterliliği	Mortalite hızı (37)*
Komplikasyon oranı	İyileşen hasta sayısı (24)*
Hastanın 30 gün içerisinde yeniden yatış hızı	Maliyet (22)*
Güvenli ilaç uygulamaları	Yatılan gün sayısı (22)*
Doğru teşhis ve tedavi oranı	İlaç, malzeme kullanımı (17)*
Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı	Komplikasyonlar (17)*
Sağlık personelinin hasta ile iletişimi	Kalifiye personel (15)*
Hasta ve yakınlarının eğitimi	Yeniden yatış hızı (14)*
Vaka karma indeksi	Hastalık yükü (Qaly Daly) (20)*
Toplumsal hastalık yükünün (Qaly, Daly) azaltılması	Verimlilik (12)*
Malpraktis oranı	Klinik sonuçlar (12)*
İşlem tekrarı (tetkik, film, mr vb.)	Süreç kalitesi (10)*
Hastanın tedavi sonrası sağlık statüsü	Hasta güvenliği (9)*
30 gün içerisinde polikliniğe tekrar başvuru hızı	Enfeksiyonlar (9)*

Dipnot: \*Nitel çalışma analizi sonucu ulaşılan kod sıklığı



Nitel çalışma sonucu ulaşılan ve en fazla tekrar eden ilk 16 parametre ile Delphi çalışması sonucu formülde yer alması gerektiği düşünülen parametrelerin ilk 16'sı örtüşmektedir. Bu da çalışmanın iki farklı teknikte bulunan sonuçlarının uyumlu bulunduğunu ortaya koymaktadır. Delphi çalışmasının ikinci turunda ise; “hastanın 30 gün içerisinde yeniden polikliniğe başvuru hızı” katılımcılar tarafından 5 üzerinden 3 puan olarak formülde olsa da olur olmasa da olur şeklinde yorumlanmıştır. Ve geriye değer hesaplanmasında önemli ve çok önemli olduğu düşünülen parametreler kalmıştır.

Amerika’da değer bazlı ödeme yapılırken hesaplanan parametreler (CMS, 2021):

- Mortalite ve komplikasyonlar
- Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar
- Hasta güvenliği
- Hasta deneyimi
- Verimlilik ve maliyet azaltma şeklindedir.

Bu başlıklar çalışmanın sonuçları ile uyumlu bulunmuştur.

Değer bazlı geri ödeme yönteminde hesaplamalar ülkelerin kendi sistemlerini değerlendirerek hangi göstergelerin ya da ölçümlerin değer yarattığına karar vererek yapılmalıdır. Bu çalışma bulgularında yer alan parametreler hem 28 katılımcıdan oluşan bir nitel analiz sonucu hem de konunun uzmanı 10 katılımcı ile belirlenmiştir. Bulunan parametreler, Amerika’da uygulanmakta olan değer bazlı geri ödeme yönteminin parametreleriyle de uyumlu bulunmuştur. Her ülkenin formülü büyük olasılıkla birbirinden farklı olacaktır ve bu nedenle çalışma sonucunda elde edilen parametrelerin Türkiye’de değer bazlı ödemeye geçiş düşünüldüğünde buna bir taban hazırlayacağı ve formül belirlemede rehberlik edeceği düşünülmektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Türkiye’de yeni gündeme gelen ve oldukça ilgi çeken değer bazlı ödeme yöntemi hakkında paydaşların görüşleri alınarak; değer ne ifade ettiği, hangi parametrelerle ölçülebileceği, geri ödemede kullanılırken artılarının ve eksilerinin neler olabileceği ve Türkiye sağlık sisteminin bu geri ödeme yöntemine uygun olup olmadığının tartışılması amacıyla yapılmıştır. Çalışmada tündengelim metodu ile önce sağlık finansman sistemi ele alınmış ardından sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemleri ve Türkiye’de kullanılan geri ödeme yöntemleri açıklanmıştır. Sonraki bölümde ise değer bazlı geri ödeme yönteminin tanımı, uygulama örnekleri, avantajları ve dezavantajlarına yer verilmiştir.

Değer bazlı geri ödeme modeli başarıyı ölçmeye odaklanır ve tasarımında yerleşik olarak sürecin etkinliğini ölçme yeteneği vardır. Modeli başarılı bir şekilde kullanmak için ölçmek ve veri analizi programları kullanmak gerekecektir. Sağlık hizmeti sunucularının sabırlı olması önemlidir, çünkü sonuçların popülasyonda ölçülebilir iyileşme göstermesi zaman alacaktır. Bu modelin etkinliği, kuruluşun daha iyi sağlık sonuçları, daha az aşırı kullanım ve daha düşük maliyetler elde etmek için onu kullanma becerisiyle görülebilecektir. Bunların her biri farklı ölçüm metriklerine sahip olabileceğinden, programın başarısını kanıtlamak için, program başlamadan önce ölçüm için bir temel oluşturmak önemlidir. Belirlenen parametreler ile bu amaca hizmet edilmiştir. Çalışma sonucunda sağlık politika belirleyicilerine, geri ödeme modelini giderek artan değeri teşvik edecek şekilde yeniden tasarlamaları için yardımcı olacağı düşünülen bilgiler sunulmuştur. Değer bazlı geri ödeme sistemine doğru ilerlemek için çeşitli kavram ve uygulamaların göreceli önemi konusunda katılımcı uzmanlar arasında delphi tekniğiyle fikir birliği sağlanmıştır. Bununla birlikte, çalışma aynı zamanda değer bazlı geri ödeme yöntemi hakkında Türkçe dilinde bir literatür ortaya koymaktadır. Çalışma esnasında literatür taraması yapılırken, neredeyse hiç Türkçe yayın bulunmamaktaydı. Ancak kaynakları kullanmaya devam ederken, değer bazlı sağlık hizmetlerine artan ilgi, konuyla ilgili kaynaklarda da sürekli bir artışa neden olmuştur. Bu çalışmalara; Kurutkan ve Bayat (2015)’ın değer bazlı satın alma ve geri ödeme sistemi açısından hastane kaynaklı durumları incelediği araştırma, Tatar (2017)’ın ilaçta fiyatlandırma ve geri ödeme politikalarında değer kavramını tartıştığı çalışması,

Ağlamış (2020)'ın sağlık hizmetlerinde değere dayalı satın alma ve değere dayalı geri ödeme yöntemini ele aldığı çalışma ve Özsarı (2021)'nın değer temelli sağlık hizmeti üzerine yapmış olduğu bu çalışmalar örnek olarak verilebilir. Bu da aslında konunun güncelliğini önemini ortaya koymaktadır.

Değeri en üst düzeye çıkarmak, doğal olarak düşük değerli bakımdan uzaklaşmak anlamına gelmektedir. Sağlık hizmeti sunucularına hastaları için en verimli seçimleri yapabilme imkânı sunmak için ödeme yapanların geri ödeme sisteminde iyileştirme yapmaya ihtiyaçları vardır. Bu çalışmada akademisyenlerin, sağlık politikası düşünce liderlerinin (Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu çalışanları) ve diğer sağlık hizmeti paydaşlarının, değer bazlı geri ödeme yöntemi hakkındaki görüşleri alınmıştır.

Çalışmanın sonucunda katılımcılar değeri, anlam olarak en fazla “fayda” ve “eder” şeklinde tanımlanmıştır. Katılımcılar sağlık hizmetlerinde değeri en fazla “kaliteli bir hizmet alabilmek ve sağlıklı şekilde kurumdan ayrılabilmek” şeklinde tanımlamışlardır. Ayrıca katılımcılar değer en fazla “kalite” ve “hasta memnuniyeti” değerlendirmeleri ile somutlaştırılabileceğini belirtmişlerdir. Literatürde yer alan değer tanımlarıyla çalışmanın sonuçlarından elde edilen tanımlar uyumlu bulunmuştur.

Nitel çalışmada katılımcılara değer formülünde yer alması gerektiği düşünülen parametreler sorulmuştur ve analiz sonucunda 40 adet kod elde edilmiştir. Belirlenen bu 40 parametre önemlilik derecesine göre puanlandırılmak üzere delphi çalışması yapılmıştır. 1. turda 16 parametrede, 2. turda 15 ise parametrede fikir birliği sağlanarak en önemli değer parametreleri belirlenmiştir. Bunlar, hasta memnuniyeti, hastane iyileşen hasta oranı, hastane personelinin yetenek ve yeterliliği, komplikasyon oranı, hastanın 30 gün içinde yeniden yatış hızı, güvenli ilaç uygulamaları, doğru teşhis ve tedavi uygulamaları, hastane kaynaklı enfeksiyon oranı, sağlık personelinin hasta ile iletişimi, hasta ve yakınının eğitimi, vaka karma indeksi, Toplum Sağlık Yükünün azaltılması (Qaly, Daly) azaltılması, Malpraktis oranı, işlem tekrarı, hastanın tedavi sonrası sağlık statüsü ve 30 gün içerisinde polikiliğine tekrar başvuru hızı olarak bulunmuştur. Amerika'da uygulanmakta olan değer bazlı geri ödeme modelinin hesaplanmasında dikkate alınan başlıklarla uyumlu olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın sonucunda katılımcılar pilot uygulamanın 1. sırada hastalık bazlı, 2. sırada hastane bazlı, 3. sırada ise bölge bazlı olarak yapılmasını gerektiğini belirtmişlerdir. Katılımcıların hastalık bazlı bir pilot uygulama yapılmasını istemesi Türkiye’de DRG sisteminin oturtulamamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Değer bazlı ödemeye geçişin 5 yıldan uzun zaman alacağı görüşü baskın çıkmıştır. Amerika’da da değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişin uzun zaman almış olması çalışma bulgusunu destekler niteliktedir.

Katılımcılar tarafından Türkiye sağlık sistemi, değer bazlı geri ödemeye geçişte en fazla bilgi ve altyapı sistemi olarak hazır bulunmuştur. Ayrıca bazı katılımcılar sistemin adaptasyon sürecinden geçmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Çalışma sonucunda, katılımcıların verdikleri cevapların sıklığına göre değer bazlı geri ödemeye geçişini zorlaştıran faktörler; değişime direnç gösterilmesi, başta hastaların sonra sağlık çalışanlarının eğitime ihtiyaç duyması, bürokratik engeller, şeffaflığın olmaması, kaliteli veri toplanmaması, elektronik sistem kurmanın zorluğu ve ölçü belirlemenin zor olması şeklinde belirlenmiştir. Kolaylaştırıcı faktörler ise, Sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanmış olması, ödüllendirme sisteminin olması ve hükümetin onayı ile çok kolay sistem değişikliği yapılabiliyor olması şeklinde belirtilmiştir.

Çalışma sonucunda katılımcıların görüşüyle belirlenen değer bazlı geri ödemeye geçişini destekleyeceği düşünülen grupların başında Sosyal Güvenlik Kurumu gelmektedir. Ayrıca katılımcılar en fazla hastaların hizmet sonuçlarının ve Sağlık Bakanlığı’nın destekleyeceğini ifade etmişlerdir. Karşı çıkacağı düşünülen diğer gruplar sırasıyla, yenilik karşıtı olanlar, sağlık hizmet sunucuları, sağlık personelleri ve mevcut sistemden çıkar sağlayıcılar.

Çalışma sonucunda değer bazlı geri ödeme yönetiminin avantajlarının en fazla kaliteyi arttıracığı, memnuniyeti arttıracığı, maliyeti azaltacağı, verimliliği arttıracığı, sağlık harcamalarını azaltacağı, niteliğe göre ödeme yapılacağı, şeffaflığın sağlanacağı, hataların azalacağı ve sağlık sonuçlarının iyileştirileceği düşünülmektedir. Dezavantajlarının ise, en fazla toplumda sağlık okuryazarlığının olmamasından kaynaklanacağı düşünülmektedir. Ayrıca cezalandırılma sisteminin istenmeyeceği için

dezavantaj oluşturacağı düşünülmektedir. Bir diğer dezavantaj ise sistemi çıkarları doğrultusunda kullanacak kişilerin olması olarak belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar değer bazlı geri ödemenin genel olarak performansı arttırabileceğini ifade ederken, bazıları da performans bazlı düşünülemediğini ifade etmişlerdir.

Katılımcılar değer bazlı geri ödeme modeline geçiş hakkında daha çok olumlu yönde fikir belirtmişlerdir. Yetersizliklere rağmen geçilmesinin gerekliliği ifade edilmiştir. Ayrıca Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine uygunluğuna dair en fazla görüş, başarılı olacaktır. 2. sırada uygun olabilmesi için revizyon gerektiğini, 3. sırada ise Türkiye'nin geçiş potansiyeline sahip olduğunu düşünenler gelmektedir. Ancak bunun yaşanmadan bilinemediğini düşünenler de olmuştur.

Değer bazlı geri ödeme modeline geçiş için ilk olarak, sağlık politikası belirleyicileri bu konuda net bir vizyon ortaya koymalıdır. Burada özellikle vizyon, kamu tarafından finanse edilen tüm sağlık hizmetleri ile uyumlu bir hedef olmalıdır. İkinci olarak, Sağlık Bakanlığı ve SGK, değer bazlı geri ödeme yönteminin nasıl uygulanacağına dair yeterli açıklamaları yaparak ve net bir şekilde ortaya koyarak karşı çıkacağı düşünülen grupları da sisteme dahil etmeye çalışmalıdır. Üçüncüsü, sürecin uzun süreceği düşünüldüğü için bürokratik kararlılık ve yasal mevzuatlarla sağlık kurumlarının değer bazlı geri ödeme modeline geçişi hızlandırılmalıdır. Dördüncüsü, SGK hizmet sunucuları yalnızca değer bazlı geri ödeme modeline doğru çekmekle kalmamalı, aynı zamanda sağlayıcıları teşvikler ve ödüllerle desteklemelidir. En sonunda, hasta merkezli bir sağlık hizmeti sunmak değere dayalı ödemenin hedefi olmalıdır. Birlikte ele alındığında, bu beş tavsiye, değer bazlı ödeme modelinin yaygın bir şekilde benimsenmesi ve başarısı için bir yol sağlayabilir. Çalışmanın elde edilen sonuçları ve önerileri özgünlüğünü göstermektedir.

Sonuç olarak, adil bir şekilde ve doğru çerçeveye yapılandırıldığında değer bazlı geri ödeme modeli, yeni bir sağlık hizmeti ödeme sistemi için gerçekçi, rasyonel ve sürdürülebilir bir plan sunar. Yüksek kaliteli, verimli, hasta merkezli bakımı etkili bir şekilde teşvik edebilir ve ödüllendirebilir. Sağlık hizmetleri sunumundaki anlayışı ve geri ödeme yöntemlerini değiştirmek için de cesur liderlerin olması gerekmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki gibi birtakım önerilerde bulunulmuştur.

- Türkiye sağlık kaynaklarının daha verimli yönetilmesi konusunda bir değişime ihtiyaç duyulmaktadır, bunun için değer bazlı geri ödeme ile sürdürülebilir bir sağlık sistemi kurmaya teşvik edilmelidir.
- Sağlık sistemi hastalık ve prosedürlerden ziyade sağlık ve kalite için para ödeyen bir sistem haline getirilmeli ve daha düşük fiyatla daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu desteklenerek bunun da değere dayalı bir şekilde ödüllendirilmesi sağlanmalıdır.
- Sağlık kurumlarının değerlendirilmesini ve puanlamasını güvenilir bir şekilde yapabilmek için kurumlardan gelecek olan verileri analiz edecek, denetlemesini ve kontrolünü yapacak tarafsız bir değerlendirme ekibi oluşturulmalıdır.
- Hekimlere ve hastalara eğitim verilerek sistem anlatılmalıdır ve halkın sağlık okuryazarlığı artırılmalıdır.
- Değer bazlı geri ödeme yöntemine karşı çıkacak gruplar iyi değerlendirilmeli ve bu grupların karşı çıkma nedenleri araştırılarak desteklerinin alınması yönünde gerekli çalışmalar yapılmalıdır.
- Değer bazlı geri ödemeye geçişi zorlaştıracak olan direnç ve bürokratik engeller gibi faktörler elimine edilmelidir.
- Değer bazlı geri ödeme yönteminin olası dezavantajlarından olan toplumun sağlık okuryazarlığını artıracak önlemler alınmalıdır.
- SGK ve Sağlık Bakanlığının iş birliği ile değer bazlı geri ödeme programının uygulamaya geçilmesinden önce tanıtım programı uygulanması önerilir. Çalışma sonuçlarından biri olan hastalık bazlı pilot uygulama ile başlanması önerilir.
- Ek-7’de çalışmadan elde edilen bilgiler ışığında değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanabilmesi için bir organizasyon model önerisinde bulunulmuştur.

- Değeri hesaplayacak sistemlerin doğru olmasını sağlamak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Başka çalışmalarla mevcut ögeler yeniden belirlenebilir ve ayrıca yenileri önerilebilir. Bununla birlikte, başarılı bir şekilde ilerlemek için bu alanda çok fazla çalışma yapılması önerilmektedir.
- Daha büyük örneklem grubuyla nicel bir çalışma yürütülmesi önerilebilir.
- Gelecekte yapılacak kalite ölçümleri, hastane gelirleri, maliyetleri ve kârlılığı arasındaki korelasyonları izlemek için toplanacak veya toplanmış olan sayısal göstergeler ile nicel araştırmalar yapılması önerilir.
- Yapılan bu çalışma sonucunda bulunan, değeri oluşturduğu düşünülen parametrelerden formül oluşturulması önerilir.

## KAYNAKÇA

- Aas IH. (1995). Incentives and financing methods. *Health Policy*. Dec;34(3):205-20.
- Acar, E. (2019). Sağlıkta geri ödeme sistemlerinin incelenmesi ve Türkiye'de kullanılan geri ödeme sisteminin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Adedeji, O.M. (2012). An evaluation of the centers for medicare ve medicaid services' hospital acquired conditions ve present on admission indicator reporting program. The University of Texas School of Public Health.
- Adida, E., Mamani, H., & Nassiri, S. (2017). Bundled payment vs. fee-for-service: Impact of payment scheme on performance. *Management Science*, 63(5), 1606-1624.
- Ağlamış, M. (2020). Sağlık hizmetlerinde değere dayalı satın alma ve değere dayalı geri ödeme yöntemi: Dünya ve Türkiye. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(1), 25-36.
- AHRQ, (2020). Understanding quality measurement. Erişim Adresi <https://www.ahrq.gov/patient-safety/quality/resources/tools/chtoolbx/understand/index/index.html>.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2),124-153.
- Alsleben, A.J., (2016). Data Analytics role in population health management. The College of St. Scholastica, ProQuest Number: 10125300.
- Altenburg, P. (2016). The value based purchasing models of healthcare reimbursement. <http://www.sagaciousconsultants.com/blog/thevaluebasedpurchasing-models-of-healthcare-reimbursement> Erişim Tarihi: 02.10.2019.
- American Academy of Family Physicians. (2015). 2015 Value-based payment study. Erişim Tarihi: 18.01.2020. [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/news/Dat%20Brief-2015\\_Value%20Based\\_Payment.pdf](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/news/Dat%20Brief-2015_Value%20Based_Payment.pdf).
- Arık, Ö., ve Y.Y. İleri (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanında Türkiye’de yeni yaklaşım; teşhis ilişkili gruplar (TİG). *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 45- 50.



- Aroh, D., Colella, J., Douglas, C., ve Eddings, A. (2015). An example of translating value-based purchasing into value-based care. *Urologic Nursing*, 35(2), 61-74.
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405.
- Auerbach, C., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative data: An introduction to coding and analysis*. New York, USA: *New York University Press*.
- Austin, J. M., Jha, A. K., Romano, P. S., Singer, S. J., Vogus, T. J., Wachter, R. M., and Pronovost, P. J. (2015). National hospital ratings systems share few common scores ve may generate confusion instead of clarity. *Health Affairs*, 34(3), 423-430.
- Aydemir, İ., Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemleri: Teşhis ilişkili gruplar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 1-21.
- Azar, F. M. (2018). Quality, value, and patient safety in orthopedic surgery. *Orthopedic Clinics*, 49(4), xvii.
- Babashahy, S., Baghbanian, A., Manavi, S., Sari, A. A., Olyae Manesh, A., ve Ronasiyan, R. (2017). Towards reforming health provider payment methods: evidence from Iran. *Health Scope*, 6(1).
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır?. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.
- Baş, T., Akturan, U. (2013). *Nitel araştırma yöntemleri: nvivo ile nitel veri analizi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Berenson, R. A. (2010). *Moving payment from volume to value: What role for performance measurement?* Washington, DC: Urban Institute. <https://folio.iupui.edu/bitstream/hvele/10244/991/71568full.pdf> (27.06.2020)
- Bergstrom, T. (2015). A simplified guide to value based reimbursement (değer bazlı geri ödeme) for nursing facilities. *Care Providers of Minnesota*. First Edition, 1-36.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W., ve Whittington, J. (2008). The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff*, 27(3), 759-69.
- Berwick, DM., Hackbarth, AD. (2012). Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 307(14),1513-1516.

- Beveridge, R. A., Happe, L. E., and Funk, M. (2016). The physician-insurer dynamic must shift to successfully implement value-based payments. *Healthcare*, 4(4), 282-284.
- Beylik, U., A. Yılmaz ve N. Akça (2015). Hastanelere geri ödemede sağlık uygulama tebliği ile tanı ilişkili grupların karşılaştırması: Kolesistektomi vakası örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(2), 39-53.
- Bhatt, P. B., Forster, K., ve Welter, T. L. (2015). Survive or thrive? Becoming a successful value-based enterprise. *Healthcare Financial Management*, 69(7), 62-68.
- Boden, W. ve Redberg, R. (2018). Evolving from volume to value, or to a bolder vision of reimbursement reform? *American Heart Journal*, 204, 174-177.
- Boyacıoğlu, N.; Öçal, M. (2018). Sosyal güvenlik hizmetlerinin finansman yöntemleri: türkiye’de ve dünyada sosyal güvenliğin finansmanına kısa bir bakış, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 10(26).
- Bozic K. J. (2015). The role of the payment system in improving value in healthcare. *The Journal of Arthroplasty*, 30(3), 341-342.
- Brantes, F.d., A. Rastogi, A. Gosfeld, D. Emery ve E. Machado (2010). Bundled ve fee-for-episode payments: An example. P.L. Young, R.S. Saunders ve L. Olsen (Ed.). *The Healthcare Imperative: Lowering Costs ve Improving Outcomes: Workshop Series Summary*. National Academies Press. Washington D.C. 370-376.
- Braun, V., ve Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Brewster, A.L., Frazee, T.K., Gottlieb, L.M., Frehn, J., Murray, G.F. ve Lewis, V.A. (2020). The role of value-based payment in promoting innovation to address social risks: A cross-sectional study of social risk screening by US physicians. *The Milbank Quarterly*, 98, 1114-1133.
- Broerse, J.E. ve Grin, J. (2017). 11 The future of health systems, *Toward Sustainable Transitions in Healthcare Systems*, (228), 261.
- Brooks, J. A. (2016). Understveing hospital value-based purchasing. *American Journal of Nursing*, (116), 63-66. doi: 10.1097/01.NAJ.0000482974.56328.5a.

- Brown, G. C., Brown, M. M. and Kertes, P. (2008). Value-Based Medicine, Cost-Utility Analysis Recent Value Measures and Cost-Utilities. *Evidence-Based Ophthalmology*, 9(3), 203–209.
- Burgess, N. Ve Radnor, Z. (2013). Evaluating lean in healthcare. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(3), 220-235.
- Burns DJP, Arora J, Okunade O, et al. (2020). International consortium for health outcomes measurement (ICHOM): Standardized patient-centered outcomes measurement set for heart failure patients. *JACC Heart Fail*, 8(3), 212-222.
- Burton, T. (2016). Why process measures are often more important than outcome measures in healthcare. *Health Catalyst*. Erişim Tarihi: 04.04.2020 <https://www.healthcatalyst.com/insights/process-vs-outcome-measureshealthcare>.
- Burwell, S. M. (2015). Setting value-based payment goals-HHS efforts to improve U.S. health care. *N Engl J Med*, 372(10), 897-899.
- Busse R, Geissler A, Aaviksoo A, Cots F, Hakkinen U, Kobel C, Mateus C, Or Z, O'Reilly J, Serden L, et al. (2013). Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, ve quality in hospitals? *BMJ*. 346: f3197.
- Busse R., Geissler A., Quentin W. (2011). Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals. McGraw-Hill Education (UK).
- Caron, M. A. (2017). Value-based care is here to stay. *Health Management Technology*, 38(4), 19.
- Casey, E. T., Murad, M. H., Zumaeta-Garcia, M., Elamin, M. B., Shi, Q., Erwin, P. J., ... & Meissner, M. (2012). Treatment of acute iliofemoral deep vein thrombosis. *Journal of Vascular Surgery*, 55(5), 1463-1473.
- Cashin C. (2015). Assessing health provider payment systems: A practical guide for countries working toward universal health coverage. joint learning network for universal health coverage. *Washington DC*.
- Casto, A. B., ve Forrestal, E. (2013). *Principles of healthcare reimbursement*. American Health Information Management Association.

- Casto, Anne B. ve Elizabeth Layman (2006). *Principles of Healthcare Reimbursement* (Michigan: American Health Information Management Association).
- Catalyst, N. E. J. M. (2017). What is value-based healthcare?. *NEJM Catalyst*, 3(1).
- Cattel, D., ve Eijkenaar, F. (2020). Value-based provider payment initiatives combining global payments with explicit quality incentives: a systematic review. *Medical Care Research ve Review*, 77(6), 511-537.
- Cavagnero, E. (2008). Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system. *Health Policy*, 88(1), 88-99.
- Center for Health Care Strategies (2019). Behavioral health provider participation in medicaid value-based payment models: An environmental scan and policy considerations. *Washington, DC*.
- Chambers, J. D., Chenoweth, M., Cangelosi, M. J., Pyo, J., Cohen, J. T., & Neumann, P. J. (2015). Medicare is scrutinizing evidence more tightly for national coverage determinations. *Health Affairs*, 34(2), 253-260.
- Charmaz, K. ve Belgrave, L.L. (2015). Grounded Theory. In *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, G. Ritzer (Ed.). <https://doi.org/10.1002/9781405165518.wbeosg070.pub2>.
- Chawla, M., Windak, A., Berman, P., ve Kulis, M. (1997). Paying the doctors: Review of different methods. *Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project, Boston*.
- Chee, T. T., Ryan, A. M., Wasfy, J. H. ve Borden, W. B. (2016). Current State of Value-Based Purchasing Programs. *Health Policy and Cardiovascular Medicine*, 133(22), 2197–2205.
- Cheng, S. H., Chen, C. C., & Chang, W. L. (2009). Hospital response to a global budget program under universal health insurance in Taiwan. *Health Policy*, 92(2-3), 158-164.
- Choudhry, N. K., Rosenthal, M. B. ve Milstein, A. (2010). Assessing the evidence for value-based insurance design. *Health Affairs*, 29(11), 1988-1994.

- Clarke, A. E. (2016). From grounded theory to situational analysis: What's new? Why? How? In J. M. Morse, P. N. Stern, J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz & A. E. Clarke (Eds.), *Developing grounded theory: The second generation* (pp. 194-233). New York, USA: Routledge.
- Claxton, G., Damico, A., Rae, M., Young, G., McDermott, D., ve Whitmore, H. (2020). Health benefits in 2020: premiums in employer-sponsored plans grow 4 percent; employers consider responses to pveemic. *Health Aff* (Millwood), 39(11), 2018-2028.
- CMS. (2007). US Department of Health ve Human Services Medicare hospital value-based purchasing plan development. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service>.
- CMS focuses on value over volume in IPPS rule. (2015). *Briefings on Coding Compliance Strategies*, 18(9), 6-10.
- CMS (2013). Hospital value-based purchasing program. Erişim adresi [http://www.cms.gov/OutreachHST-ve-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital\\_VBPurchasing\\_Fact\\_Sheet\\_ICN907664.pdf](http://www.cms.gov/OutreachHST-ve-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf).
- CMS (2015). *Hospital value-based purchasing fact sheet* (1–16). Erişim adresi [https://www.cms.gov/OutreachHST-ve-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital\\_VBPurchasing\\_Fact\\_Sheet\\_ICN907664.pdf](https://www.cms.gov/OutreachHST-ve-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf).
- CMS (2019). *CMS Hospital Value-Based Purchasing Program Results for Fiscal Year 2020* Erişim adresi <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cms-hospital-value-based-purchasing-program-results-fiscal-year-2020>.
- CMS (2020a). *What are the value-based programs?* Erişim adresi <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>.
- CMS (2020b). *The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program*. Erişim adresi <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing>.

- CMS (2020c). *Hospital Quality Initiative* Erişim adresi <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits>.
- CMS (2020d). *Hospital Compare*. Erişim adresi <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare>.
- CMS (2020e). *Hospital Outpatient Quality Reporting Program*. Erişim adresi <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalOutpatientQualityReportingProgram>.
- CMS (2021). The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program. Erişim adresi <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing>
- Coddington, D. C. (2012). Shutting the door on avoidable hospital readmissions: with Medicare readmissions running about 20 percent within 30 days, what would you think of a medical group that got its readmission rate down to 1 percent?. *Healthcare Financial Management*, 66(2), 96-98.
- Cohen, R. V., Nishikawa, A. M., Ribeiro, R. A., Oliveira, F. M., Verade, P. C., Junqueira, S. M., ve Toldo, B. (2021). Surgical management of obesity in Brazil: Proposal for a value-based healthcare model and preliminary results. *Value in Health Regional Issues*, 26, 10-14.
- Conrad, D. A. (2009). Lessons to apply to national comprehensive healthcare reform. *American Journal of Managed Care*, 15(12), 306-311.
- Conrad, D. A. (2015). The theory of value-based payment incentives and their application to health care. *Health Services Research*, 50, 2057-2089.
- Conrad, D. A., Grembowski, D., Hernveez, S. E., Lau, B., ve Marcus-Smith, M. (2014). Emerging lessons from regional and state innovation in value-based payment reform: balancing collaboration and disruptive innovation. *The Milbank Quarterly*, 92(3), 568-623.
- Conrad, D., Grembowski, D., Gibbons, C., Marcus-Smith, M., Hernandez, S. E., Chang, J., ... & dela Cruz, E. (2013). A report on eight early-stage state and regional projects testing value-based payment.

- Conway, H. (2009). Value-driven health care: Implications for hospitals and hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*. 4(8), 507-511.
- Counts, D. A., Brown, J. K., & Campbell, J. C. (2019). Sanctions and sanctuary: Cultural perspectives on the beating of wives. *Routledge*.
- Creswell, J. W. (2013). Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. *Sage Publications*.
- Creswell, J. W. (2017). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches. *Thousve Oaks*. SAGE Publications.
- Custers, T., O. A. Arah ve N. S. Klazinga (2007). Is there a business case for quality in the netherlves?: A critical analysis of the recent reforms of the health care system. *Health policy*. 82(2), 226-239.
- Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir kalkınma kavramı ve sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 19-37.
- Çıraklı, Z. Ve Sayım, F., (2009). Hastanelerdeki sağlık hizmetlerinde kalite yönetim sistemlerinde maliyet fayda ve maliyet etkililik göstergelerinin incelenmesi, *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi 19-21 Mart 2009*, ss.347-365, Antalya.
- D'ambrosio P.P. (2013). Medical Errors and their affect on the rising cost of health care. Doktora Tezi. University of Phoenix.
- Damberg C. Reid R. (2020). Where are we in the transition to value-based payments?: findings from a study on health system physician compensation arrangements and financial incentives for performance. *Health Services Research*, 55(1), 126-126.
- Damberg, C. L., Sorbero, M. E., Lovejoy, S. L., Martsof, G. R., Raaen, L., ve Mveel, D. (2014). *Measuring success in health care value-based purchasing programs*. Rve Corporation.
- De Bruin, S. R., Baan, C. A., & Struijs, J. N. (2011). Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC health services research*, 11(1), 1-14.

- Deloitte. (t.y.). Preparing for the inevitable: The path to physician success in a value-based world. Erişim Tarihi: 13.08.2021. Erişim adresi <http://www2.deloitte.com/us/en/pages/life-sciences-ve-healthcare/articles/physician-survey-value-based-care.html>.
- Deniz, M. H. ve Hobikoğlu, E. H. (2011). Türkiye " de " Değere bağlı sağlık sistemi " temelinde kamu ve özel sektör açısından algılanan hizmet kalitesi. *International Conference on Eurasian Economies*, 160-166.
- DiRienz, O. (2020). Volume-based to value-based payment models: Do spending, utilization, and quality of health care depend on how the provider is reimbursed?, Haverford College. Department of Economics. Doktora Tezi Haverford.
- Dlugacz, Y.D. (2009). *Value Based Health Care: Linking Finance ve Quality*. John Wiley & Sons.
- Donabedian, A., (1971), Social responsibility for personel health services: An examination of basic values. *Inquiry Review*, 8(2), 3- 19.
- Donaldson, C., ve Gerard, K. (1989). Paying general practitioners: shedding light on the review of health services. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39(320), 114-117.
- Dor, A., Encinosa, W. E., ve Carey, K. (2015). Medicare's hospital compare quality reports appear to have slowed price increases for two major procedures. *Health Affairs*, 34(1), 71-77.
- Dudley, R.A. ve M.B. Rosenthal (2006). Pay for performance: A decision guide for purchasers. *Agency for Healthcare Research ve Quality*. Erişim Tarihi: 18.01.2018 <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.422.7054&rep=rep1&type=pdf>.
- Durur, F. (2020). Sağlık çalışanlarında yalın yönetim, *İksad Publishing House*, Ankara / Turkey ISBN: 978-625-7914-83-3.
- Egdom L.S.E., Legendijk M., Kemp M.H., Dam J.H., Mureau M.A.M., Hazelzet J.A. ve Koppert L.B. (2019). Implementation of Value Based Breast Cancer Care. *European Journal of Surgical Oncology* 45(7): 1163-1170.



- Eggbeer, B., Sears, K., ve Homer, K. (2015). Finding the ‘sweet spot’ in value-based contracts. *Healthc Financ Manag*, 69(8), 48-57.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., & Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health policy*, 110(2-3), 115-130.
- Elf, M., Flink, M., Nilsson, M., Tistad, M., von Koch, L., ve Ytterberg, C. (2017). The case of value-based healthcare for people living with complex long-term conditions. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-6.
- Elliott, M. N., Cohea, C. W., Lehrman, W. G., Goldstein, E. H., Cleary, P. D., Giordano, L. A., ... ve Zaslavsky, A. M. (2015). Accelerating improvement ve narrowing gaps: trends in patients' experiences with hospital care reflected in HCAHPS public reporting. *Health Services Research*, 50(6), 1850-1867.
- Erdoğan, E. S. (2018). Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye’de sosyal güvenlik harcamalarının değerlendirilmesi. Ankara: Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi (ATAUM).
- Erdoğan, P. (2021). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: SUT-TİG Karşılaştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 15-28.
- Ergin, G. (2009). Çalışanların ücretlendirilmesi: Sağlık kurumlarında çalışanların ücret sistemini değerlendirmelerine ilişkin bir araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- European Commission Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (2019). Draft opinion paper on “Defning value in ‘value-based healthcare’”. [https://ec.europa.eu/health/expert\\_panel/sites/expertpanel/files/024\\_valuebasedhealthcare\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/024_valuebasedhealthcare_en.pdf).
- European Society of Radiology (ESR), Fuchsjäger, M., Derchi, L. et al. (2021). Patient survey of value in relation to radiology: results from a survey of the European Society of Radiology (ESR) value-based radiology subcommittee. *Insights into Imaging*, 12,(6). <https://doi.org/10.1186/s13244-020-00943-x>.
- Feder, J. L. (2011). Predictive modeling and team care for HighHST-need patients at healthcare partners. *Health Affairs*, 30(3), 416-418.

- Fendrick, A. M., Smith, D. G., ve Chernew, M. E. (2010). Applying value-based insurance design to low-value health services. *Health Affairs*, 29(11), 2017-2021.
- Francavilla, C. (2019). Understveing the impact of care delivery models in value-based payment. *Medsurg Nursing*, 28(5), 331-338.
- Freeman, J. L., Fetter, R. B., Park, H., Schneider, K. C., Lichtenstein, J. L., Hughes, J. S., ... & Palmer, G. R. (1995). Diagnosis-related group refinement with diagnosis-ve procedure-specific comorbidities ve complications. *Medical care*, 33(8), 806-827.
- Fried, B.M., ve Sherer, J.D. (2016). Value based reimbursement: the rock thrown into the health care pond. *Health Affairs Blog*, 8 July 2016. Erişim Tarihi:10.07.2016 <http://healthaffairs.org.libproxy.lib.unc.edu/blog/2016/07/08/value-based-reimbursement-therock- thrown-into-the-healthHST-care-pond/>.
- Ganz, P. A. (2015). Delivering on the promise of patient-centered care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 13(4), 495-497.
- Geels, F.W. (2002). Technological transitions as evolutionary reconfiguration processes: A multi-level perspective and a casestudy. *Research Policy*, 31(8/9), 1257-1274.
- Gerhardt, W., Korenda, L., Morris, D. M. ve Vadnerkar, G. (2015). The road to valuebased care: Your mileage may vary. *Deloitte Center for Health Solutions*, 1-24.
- Glaser, Barney G., Strauss, Anselm L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine Publications.
- Godman, B. ve Gustafsson, L. L. (2013). A new reimbursement system for innovative pharmaceuticals combining value-based and free market pricing. *Applied Health Economics ve Health Policy*, 11(1), 79-82.
- Goldfield, N. (2010). The Evolution of Diagnosis-Related Groups (DRGs): From its beginnings in case-mix ve resource use theory, to its implementation for payment ve now for its current utilization for quality within and outside the hospital. *Quality Management in Healthcare*, 19(1), 3-16.
- Greenfield, B., Kirsch, N. R., Cohn, R., ve Smith, H. (2020). The Ethics of Value-Based Payment in Physical Therapy Models: Physical therapy experts take a look at some

- issues that must be considered in the movement to value-based payment models. *APTA Magazine*, 12(6), 36.
- Gubbine, S., (2017). Relationship between medicare alternative payment methodology and hospital program service revenue. Business Administration. Doktora Tezi. Walden University.
- Gustavsson, S., Gremyr, I., ve Kenne Sarenmalm, E. (2016). Using an adapted approach to the Kano model to identify patient needs from various patient roles. *TQM Journal*, 28 (1), 151-162.
- Gürsoy, K. (2015). An overview of Turkish healthcare system after health transformation program: main successes, performance assessment, further challenges, and policy options. *Sosyal Güvençe*, (7), 83-112.
- Güvercin, A., Mil, H.İ. ve Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Hardy-Decuir B.A. (2020). Quality assurance of data. In: sreeramoju P., Weber S., Snyder A., Kirk L., Reed W., Hardy-Decuir B. (eds) *The patient and health care system: perspectives on highst-quality care*. Springer, Cham.
- He, R., Miao, Y., Ye, T., Zhang, Y., Tang, W., Li, Z., & Zhang, L. (2017). The effects of global budget on cost control and readmission in rural China: a difference-in-difference analysis. *Journal of medical economics*, 20(9), 903-910.
- Henkel, R. J. ve Marylve, P. A. (2015). The risks and rewards of value-based reimbursement. *Frontiers of health services management*, 32(2), 3–16.
- Hermer, L. D., & Brody, H. (2010). Defensive medicine, cost containment and reform. *Journal of general internal medicine*, 25(5), 470-473.
- Hillary, W., Justin, G., Bharat, M., ve Jitendra, M. (2016). Value based healthcare. *Advances in Management*, 9(1), 1.
- Hodgin, S., (2018). The five conceptual templates for value-based reimbursement. <http://www.insight-txcin.org/team-member/scott-hodgin>.
- Hof, S., Fugener, A., Schoenfelder, J., ve Brunner, J. O. (2015). A research agenda for case mix planning in hospitals. *SSRN Electronic Journal*. 1-25.

- Hornbrook, M. C., ve Berki, S. E. (1985). Practice mode and payment method: effects on use, costs, quality, and access. *Medical Care*, 23(5), 484-511.
- Hsiao, W. C., Braun, P., Dunn, D., Becker, E. R., DeNicola, M., & Ketcham, T. R. (1988). Results and policy implications of the resource-based relative-value study. *New Englve Journal of Medicine*, 319(13), 881-888.
- Hsiao, W. C. (2007). Why is a systemic view of health financing necessary?. *Health affairs*, 26(4), 950-961.
- IOM (Institute of Medicine). (2010). The healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes: workshop series summary. *The National Academies Press*.
- Izguttinov, A. , Conrad, D. , Wood, S. J. ve Veris, L. (2020). From volume- to value-based payment system in Washington State Federally Qualified Health Centers. *Journal of Ambulatory Care Management*, 43(1), 19–29.
- İlgar, S. C., & İlgar, M. Z. (2014). Nitel veri analizinde bilgisayar programları kullanılması.
- İstanbuluoğlu, H. Güleç M. ve Oğur R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- James, M. G., O’Kane, M. E., Salgo, P. (2013). Policy and value-based purchasing. *The American Journal of Managed Care*, 19(9), 168-173.
- Jegers, M., K. Kesteloot, D. De Graeve ve W. Gilles (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60(3), 255-273.
- Jha, A. K. (2017). Value-based purchasing: Time for reboot or time to move on? *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 317(11), 1107-1108.
- Johnson D.C, Kwok E, Ahn C, Pashchinskiy A, Laviana AA, Golla V, Rosenthal, T.J., Bravo F, Litwin M.S. ve Saigal C. S., (2019). Financial margins for prostate cancer surgery: quantifying the impact of modifiable cost inputs in an episode based reimbursement model. *Journal of Urology*, 202(3).
- Johnston, K. J., Wen, H., Schootman, M., ve Maddox, K. E. J. (2019). Association of patient social, cognitive and functional risk factors with preventable hospitalizations:

- implications for physician value-based payment. *Journal of General Internal Medicine*, 34(8), 1645-1652.
- Jones, J., ve Hunter, D. (1995). Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *BMJ*, (311), 376-80.
- Joseph, S. (2017). Transitioning from fee-for-service to value-based health care model. Utica College, ProQuest Dissertations Publishing, 10260282.
- Jowett, M., Kutzin, J., Kwon, S., Hsu, J., Sallaku, J., Solano, JG. (2020). Assessing country health financing systems: the health financing progress matrix. *Geneva: World Health Organization*; (Health financing guidance, no. 8). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Kamae, I. (2010). Value-based approaches to healthcare systems ve pharmacoeconomics requirements in Asia. *Pharmacoeconomics*, 28(10), 831-838.
- Kaplan, R. S., ve Porter, M. E. (2011). *How to solve the cost crisis in health care*. Harvard Business Review, 1-18.
- Karacaoğlan, N. (2019). Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu*.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Journal of Sociological Research*, Cilt, 19(2), 131–17.
- Kates, J., Dawson, L., Horn, T. H., Killelea, A., McCann, N. C., Crowley, J. S., & Walensky, R. P. (2021). Insurance coverage ve financing lvescape for HIV treatment and prevention in the USA. *The Lancet*.
- Kavanagh, K.T., J.P. Cimiotti, S. Abusalem ve M.B. Coty (2012). Moving healthcare quality forward with nursing-sensitive value-based purchasing. *Journal of Nursing Scholarship*. 44(4), 385-395.
- Keckley, P. H., Coughlin, S., ve Gupta, S. (2011). Value-based Purchasing: A strategic overview for health care industry stakeholders. *Deloitte Center for Health Solutions*, 1-14.  
[http://www.orthodirectusa.com/wpcontent/uploads/2013/07/US\\_CHS\\_ValueBasedPurchasing\\_031811.pdf](http://www.orthodirectusa.com/wpcontent/uploads/2013/07/US_CHS_ValueBasedPurchasing_031811.pdf).

- Kevill, K. A., Bazy-Asaad, A., ve Pati, S. (2019). Opportunities on the road to value-based payment for children with chronic respiratory disease. *Pediatric pulmonology*, 54(2), 105-116.
- Kırılmaz, H., Amarat, M., & Özgün, Ü. (2017). Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi. *Strategic Public Management Journal*, 3(6), 78-104.
- Kissam, S. M., Beil, H., Cousart, C., Greenwald, L. M., ve Lloyd, J. T. (2019). States encouraging value-based payment: lessons from CMS's State Innovation Models Initiative. *The Milbank Quarterly*, 97(2), 506-542.
- Koç, O. (2017). Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 42, 70-73.
- Kolarczyk, L. M., Arora, H., Manning, M. W., Zvara, D. A. ve Isaak, R. S. (2017). Defining value-based care in cardiac and vascular anesthesiology: the past, present, and future of perioperative cardiovascular care. *Journal of Cardiothoracic ve Vascular Anesthesia*, 1-10.
- Kolarczyk, L. M., Arora, H., Manning, M. W., Zvara, D. A. ve Isaak, R. S. (2018). Defining value-based care in cardiac and vascular anesthesiology: The past, present, and future of perioperative cardiovascular care. *Journal Of Cardiothoracic ve Vascular Anesthesia*, 32(1), 512-521.
- Kotzbauer, G., Weeks, W. B. (2015). Paving the road to success under value-based payment models. *Healthcare financial management: journal of the Healthcare Financial Management Association*, 69(1), 84-85.
- Kuhn, B., ve Lehn, C. (2015). Value-based reimbursement: the banner health network experience. *Frontiers of health services management*, 32(2), 17-31.
- Kurutkan, M. N., ve Bayat, M. (2015). Değer bazlı satın alma ve geri ödeme sistemi açısından hastane kaynaklı durumlar. *Health Care*, 2(3), 155-164.
- Kuş, E. (2012). Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri, Anı Yayıncılık, 4. Baskı, Ankara.

- Kutzin, J (2013). "Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy." *Bulletin of the World Health Organization* (91), 602- 611. <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985/en/>.
- Kutzin, J. (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. *Health financing policy paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24.*
- Kutzin, J., Ibraimova, A., Jakab, M., ve O'Dougherty, S. (2009). Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 549-554.
- Kutzin, J., Witter, S., Jowett, M., Bayarsaikhan, D., (2017). Developing a national health financing strategy: A reference guide, *Geneva: World Health Organization*. [https://www.who.int/health\\_financing/documents/healthST-financing-strategy/en/](https://www.who.int/health_financing/documents/healthST-financing-strategy/en/).
- Lagarde, M., T. Powell-Jackson ve D. Blaauw (16-19 Kasım 2010). Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. *Global Symposium on Health Systems Research*. Montreux, Switzerland.
- Lakdawalla, D. N., Doshi, J. A., Garrison Jr, L. P., Phelps, C. E., Basu, A., ve Danzon, P. M. (2018). Defining elements of value in health care-a health economics approach: An ISPOR special task force report [3]. *Value in Health*, 21(2), 131-139.
- Langenbrunner, J. Wiley, C., Miriam, M. (2002). *Hospital payment mechanisms: Theory ve practice in transition countries Hospital in a Changing Europe*, (s. 150- 176). Open University Press.
- Langenbrunner, J.C., ve Somanathan, A. (2011). Financing health care in East Asia ve the Pasific : Best practices and remaining challenges. *The World Bank Washington DC*.
- LaPointe, J. (2016, September 09). Understveing the value-based reimbursement model lvescape. <https://revcycleintelligence.com/features/understveing-the-value-based-reimbursement-model-lvescape>.
- Lee, T. H. (2010). Putting the value framework to work. *N Engl J Med*, 363(26), 2481-2483.

- Lee, K. K., Austin, J. M., ve Pronovost, P. J. (2016). Developing a measure of value in health care. *Value in Health*, 19(4), 323-325.
- Lee, S.J., Venkataraman, S., Heim, G.R., Roth, A.V. ve Chilingerian, J. (2020). “Impact of the value-based purchasing program on hospital operations outcomes: an econometric analysis”. *Journal of Operations Management*, 66(1/2), 151-175.
- Loehrer, A. P., ve Tsai, T. C. (2020). Perpetuation of inequity: disproportionate penalties to minority-serving and safety-net hospitals under another Medicare value-based payment model. *Annals of Surgery*, 271(6), 994-995.
- Macias C.G., Carberry K.E. (2021). Data analytics for the improvement of healthcare quality. In: Giardino A., Riesenbergl L., Varkey P. (eds) *Medical quality management*. Springer, Cham.
- MacLean, C. (2017). Value-based purchasing for osteoarthritis ve total knee arthroplasty: What role for patient-reported outcomes? *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 25(1), 55-59.
- Mark, T. L., Yee, T., Levit, K. R., Camacho-Cook, J., Cutler, E., ve Carroll, C. D. (2016). Insurance financing increase for mental health conditions but not for substance use disorders, 1986–2014. *Health Affairs*, 35, 958-965.
- Mathauer I, Wittenbecher F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 91(10):746–756A.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach* (third edition). Los Angeles, USA: Sage.
- Maynard A. ve Dixon A. (2002). Private Health Insurance ve Medical Savings Accounts: Theory ve Experience. Mossialos, E. et al. (eds.). *Funding Health Care: Options for Europe*, pp:80-109. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
- McIntyre D. ve Kutzin, J. (2016). Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. *Geneva: World Health Organization*; 2016. (Health Financing Guidance No 1). [http://www.who.int/health\\_financing](http://www.who.int/health_financing).



- McWilliams, J. M., Hatfield, L. A., Lveon, B. E., Hamed, P., ve Chernew, M. E. (2018). Medicare spending after 3 years of the medicare shared savings program. *N Engl J Med*, 379(12), 1139-1149.
- Medicare Quality Programs Reference Guide (2019). *Value Based Purchasing (VBP) Overview: FFY 2020 Program* Erişim adresi <https://oahhs.org/assets/Medicare%20Analysis/Quality%20Analysis%20Reports/2020-2022%20Medicare%20Quality%20Program%20Reference%20Guide.pdf>.
- Mendelson, Daniel N. ve William B. Schwartz (1993). The effects of aging and population growth on health care costs, *Health Affairs*, 12(1): 119-125.
- Miller, H. D. (2009). From volume to value: Better ways to pay for health care. *Health Affairs (Millwood)*, 28(5),1418-1428.
- Ministry of Health of the Republic of Turkey (2003). Transformation in health. Ankara, Turkey: Government of Turkey.
- Minnesota Department of Human Services (2016). Minnesota nursing home report card technical user guide. <http://nhreportcard.dhs.mn.gov/technicaluserguide.pdf> Nursing Homes ve Assisted Living <https://www.fcnnctc.org/wp-content/uploads/2018/01/Nursing-Homes-ve-Assisted-Living.pdf>.
- Mkanta, W. N., Katta, M., Basireddy, K., English, G. ve Mejia de Grubb, M. C. (2016). Theoretical ve methodological issues in research related to value- based approaches in healthcare. *Journal of Healthcare Management*, 61(6), 402-418.
- Mofidi, R., Wong, P., Gatenby, T. ve Milburn, S. (2016). Value based healthcare and delivery of vascular surgery services in the United Kingdom. *Reviews in Vascular Medicine*, 6, 1-9.
- Moliner, M.A. (2009). “Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services”, *Journal of Service Management*, 20 (1), 76-97.
- Morris, C. ve Bailey, K. (2014). Measuring health care quality: An overview of quality measures. *Health System Improvement*, 1-16.

- Mossialos, E. ve A. Dixon (2002). "Funding health care: An introduction", in: E. Mossialos et al. (eds.), *Funding health care: options for Europe*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 1-30.
- Nathaniel Z. Counts, Kamila B. Mistry ve Charlene A. Wong (2021). The need for new cost measures in pediatric value-based payment. *Pediatrics February*, 147 (2).
- Neumann, P.J., Rosen, A.B., ve Weinstein, M.C. (2005). Medicare and cost-effectiveness analysis. *N Engl J Med*, 2005, 353(14), 1516-1522.
- NHS. (2018). A model for measuring quality care. *The National Health Service*.
- Noble, H., ve Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 18(2), 34-35.
- Normand, D., ve Weber, A. (2009). *Social health insurance a guidebook for planning*. Second Edition, Germany.
- O'Brien, J. M., Kumar, A., Metersky, M. L. (2013). Does value-based purchasing enhance quality of care and patient outcomes in the ICU?. *Critical Care Clinics*, 29(1), 91-112.
- O'Grady, M. A., Lincourt, P., Gilmer, E., Kwan, M., Burke, C., Lisio, C., ve Neighbors, C. J. (2020). How are substance use disorder treatment programs adjusting to value-based payment? A statewide qualitative study. *Substance abuse Research ve Treatment*, 14, 1-10.
- OECD (2004). Proposal for a taxonomy of health insurance. oecd study on private health insurance. Erişim: [http:// www.oecd.org/health/healthST-systems/31916207.pdf](http://www.oecd.org/health/healthST-systems/31916207.pdf). Erişim Tarihi: 08.09.2019.
- OECD. (2019). Health at a Glance: OECD Indicators.
- Ogundeji, Y. K., Quinn, A., Lunney, M., Chong, C., Chew, D., Danso, G., ... and Manns, B. (2021). Factors that influence specialist physician preferences for fee-for-service and salary-based payment models: A qualitative study. *Health Policy*, 125(4), 442-449.

- On birinci Kalkınma Planı (2019). On birinci Kalkınma Planı (2019-2023), Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı, Strateji ve Bütçe Dairesi başkanlığı, Temmuz 2019, Ankara.
- Orb, A., Eisenhauer, L., ve Wynaden, D., (2000). Ethics in qualitative research, *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 93-96.
- Oyekola, I.A., Ojediran, J.O., Ajani, O.A., Oyeyipo, E.J., ve Rasak, M., Tong K., (Reviewing editor) (2020). Advancing alternative health care financing through effective community partnership: A necessity for universal health coverage in Nigeria. *Cogent Social Sciences*, 6(1).
- Özkan, O., Ağırbaş, İ. (2019). Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemleri içinde sağlık ekonomisi ve sağlık kurumları yönetiminde temel konular. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Özsarı, H. (2018). Değer temelli yönetim anlayışının sağlık yönetimindeki yeri, *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 6-9.
- Özsarı, S. H. Değer temelli sağlık hizmeti. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(2), 48-53.
- Padamsee, T. J. (2020). Fighting an epidemic in political context: thirty-five years of HIV/AIDS policy making in the United States. *Social History of Medicine*, 33(3), 1001-1028.
- Pan, J. (2017). Messy but fair: The ACA's hospital value-based purchasing program and the notice and comment process. *Journal of Legal Medicine*, 37(3-4), 325-369.
- Parkinson, B., Sermet, C., Clement, F. et al. (2015). Disinvestment ve value-based purchasing strategies for pharmaceuticals: An international review. *PharmacoEconomics* 33, 905-924. 8.
- Pessaux, P., Cherkaoui, Z. (2018). Value-based healthcare: A novel approach to the evaluation of patient care. *HepatoBiliary Surgery ve Nutrition*, 7(2), 125-126.
- Petersen, L. A., Woodard, L. D., Urech, T., Daw, C., & Sookanan, S. (2006). Does pay-for-performance improve the quality of health care?. *Annals of internal medicine*, 145(4), 265-272.

- Philips Position Paper (2019). Value-based care: turning healthcare theory into a dynamic and patient-focused reality. Erişim Tarihi:20.05.2019. <https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/blogs/innovation-matters/20190212-how-informatics-supports-increased-productivity-better-outcomes-ve-improved-experiences-in-healthcare.html>.
- Protection, P., & Act, A. C. (2010). Patient protection and affordable care act. Public law, 111(48), 759-762.
- Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*, 248(4), 503-509.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *The New Englve Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, M. E. (2014). Value-based health care delivery. *Partners Healthcare, Value Based Health Care Seminar*. Harvard Business School.
- Porter, M. E. ve Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Porter, M. E., Pabo, E. A., ve Lee, T. H. (2013). Redesigning primary care: a strategic vision to improve value by organizing around patients' needs. *Health Affairs*, 32(3), 516-525.
- Porter, M. E., ve Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(12), 24-24.
- Porter, M.E., ve Kaplan, R.S. (2016). How to pay for health care. *Harvard Business Review*, 94(7/8), 88-98.
- Peter S. Hussey, M. Susan Ridgely ve Meredith B. Rosenthal. (2011, November). The PROMETHEUS bundled payment experiment. <https://pnhp.org/news/the-prometheus-bundled-payment>.
- Powelson, J. (2018). First year results under a new medicare advantage payer-health system value based reimbursement partnership. University of North Carolina. Department of Health Policy and Management. Doktora Tezi. Chapel Hill.

- Punelli, D. ve Williams S. (2016). Nursing facility reimbursement and regulation. Research Department Minnesota House of Representatives. <http://www.house.leg.state.mn.us/hrd/pubs/nfreimb.pdf>.
- Putera I. (2017). Redefining health: Implication for value-based healthcare reform. *Cureus*, 9(3), 1067.
- Rajaram, R., Barnard, C., ve Bilimoria, K. Y. (2015). Concerns about using the patient safety indicator-90 composite in pay-for-performance programs. *Journal of the American Medical Association*, 313, 897.
- Rajpal, G., Peruchi, R. S., ve Sawhney, R. (2013). Healthcare reimbursement plans: Methodology, advantages and disadvantages. *IIE Annual Conference.Proceedings*, 3528-3535. <http://search.proquest.com/docview/1471961727?accountid=28902>.
- Reese, E. C. (2019). DEMYSTIFYING value-based contracting: Jennifer Carney, finance leader of the newly formed Beth Israel Lahey Health Performance Network, describes key elements that drove success under value-based payment contracts at a flourishing AGO in Boston. *Healthcare Financial Management*, 73(11), 28.
- Reitblat, C., Bain, P.A., Porter, M. E., Bernstein, D. N., Feeley, T. W., Graefen, M., Iyer, S., Resnick, M. J., Stimson, C.J., Trinh,Q-D., Gershman, B. (2021).Value-based healthcare in urology: A collaborative review. *European Urology*,79(5), 571-585.
- Rice T, Rosenau P, Unruh LY, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. (2013). United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*, 15(3): 1–431.
- Riddle, MS., Tribble, DR. (2008). Reaching a consensus on management practices and vaccine development targets for mitigation of infectious diarrhoea among deployed US Military Forces. *J Eval Clin Pract*, (14), 266-74.
- Roberts, M., W.C. Hsiao, P. Berman ve M. Reich (2004). *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. Oxford University Press.
- Roby, D.H., Louis, C.J., Johnson-Cole, M.M., Chau, N., Wiefeling, B., Salsberry, D.C., Allen, M. (2018). Supporting transformation through delivery system reform incentive payment programs: Lessons from New York state. *Journal of Health Politics, Policy ve Law*, 43(2), 305-323.

- Rolve, M., & Olesen, F. (2016). Can pay for performance improve the quality of primary care?. *BMJ*, 354.
- Romley, J. A., Goldman, D. P., ve Sood, N. (2015). US hospitals experienced substantial productivity growth during 2002-11. *Health Affairs*, 34, 511-518. doi:10.1377/hlthaff.2014.0587.
- Rosenstein, A. H., M. O'daniel, S. White ve K. Taylor (2009). Medicare's value-based payment initiatives: Impact on and implications for improving physician documentation and coding. *American Journal of Medical Quality*, 24(3), 250- 258.
- Rosko, M. D., & Broyles, R. W. (1987). Short-term responses of hospitals to the DRG prospective pricing mechanism in New Jersey. *Medical Care*, 88-99.
- Rowlve, D., ve Lyons, B. (1996). Medicare, Medicaid, and the elderly poor. *Health Care Financing Review*, 18(2), 61.
- Rudmik, L., Smith, T. L., Schlosser, R. J., Hwang, P. H., Mace, J. C., & Soler, Z. M. (2014). Productivity costs in patients with refractory chronic rhinosinusitis. *The laryngoscope*, 124(9), 2007-2012.
- Ryan, A. M., Burgess, J. F., Jr, Pesko, M. F., Borden, W. B., ve Dimick, J. B. (2015). The early effects of Medicare's mveatory hospital pay-for-performance program. *Health Services Research*, 50(1), 81-97.
- Ryan, A. M., Press, M. J. (2014). Value-based payment for physicians in Medicare: Small step or giant leap?. *Annals of internal medicine*, 160(8), 565-566.
- Sağlık Bakanlığı (2010). Sağlık reformunun doğru yapılması. Sağlık Bakanlığı Yayını. Ankara.
- Sanghavi, D., Samuels, K., George, M., ve Hart, R. (2014). The beginner's guide to new health care payment models. *Health*, 360.
- Sarwar, A., Bolve, G., Monks, A., ve Kruskal, J. B. (2015). Metrics for radiologists in the era of value-based health care delivery. *Radiographics*, 35(3), 866-876.
- Schuttner, L., Reddy, A., White, AA, Wong, ES ve Liao, JM (2020). Değer bağlamında kalite. *American Journal of Medical Quality*, 35(6), 465-473.

- Schweitzer, M., Doane, R., Champlin, G., ve Damore, J.F. (2018). Success in the new value-based healthcare world: Integration of important clinical and financial models. *Management in Healthcare*, 3(2), 113-131.
- Seyfioğlu, F. (2019). Değer Temelli Sağlık Hizmetleri Modeli. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(4), 799-822.
- Shafrin, J., Aliyev, E. R., Brauer, M., Park, S., ve Shen, X. (2020). Abstract 14302: Adoption of sacubitril/valsartan to treat acute decompensated heart failure improves health system finances under value-based alternative payment models. *Circulation*, 142(Suppl\_3 Suppl 3), A14302.
- Shih, T., Chen, L. M., & Nallamothu, B. K. (2015). Will Bundled Payments Change Health Care? Examining the Evidence Thus Far in Cardiovascular Care. *Circulation*, 131(24), 2151–2158. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010393>.
- Şimşir, İ., Altındış, S. (2019). Could value-based purchasing approach be used in assessment of healthcare delivery outputs?, *Konuralp Medical Journal*, 11(3), 475-481.
- Soper MH, Matulis R, Menschner C. (2017). *Moving toward value-based payment for medicaid behavioral health services*. Washington, DC.
- Sorenson, C., Drummond, M. ve Burns, L. R. (2013). Evolving reimbursement and pricing policies for devices in Europe ve the United States should encourage greater value. *Health Affairs*, 32(4), 788-796.
- Sorrel, A. L. (2015). Your guide to Medicare value-based care. *Texas medicine*, 111(4), 26-34.
- Sosyal Güvenlik Kurumu (2018). 2018 Faliyet Raporu. Erişim Tarihi: 01.02.2020. <http://www.sgk.gov.tr/2018FaaliyetRaporu.pdf> .
- Sparkes, S. P., Bump, J. B., Özçelik, E. A., Kutzin, J., ve Reich, M. R. (2019). Political economy analysis for health financing reform. *Health Systems & Reform*, 5(3), 183-194.
- Spencer, G. (2014). Making the move to an ACO. *Healthcare Financial Management*, 68(2), 92-96.

- Squitieri, L., Bozic, K. J., & Pusic, A. L. (2017). The role of patient-reported outcome measures in value-based payment reform. *Value in Health*, 20(6), 834-836.
- Srivastava, A., & Thomson, S. B. (2009). Framework analysis: a qualitative methodology for applied policy research.
- Sukul, D., ve Eagle, K. A. (2020). Value-based payment reforms in cardiovascular care: progress to date and next steps. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 16(3), 232-240.
- Sultz, H., ve Young, K. (2014). *Health care USA: understveing its organization and delivery* (8th ed.). MA: Jones ve Bartlett Learning, LLC.
- Şantaş, F., ve Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık hizmetlerinin finansman ve geri ödenme yöntemleri: Türkiye’de mevcut durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 12-20.
- Şen, F. (2017). *Sağlıkta yeni dönem: “Değer Bazlı Sağlık” hizmetleri ödenecek...* Erişim adresi <https://www.saglikaktuel.com/yazi/saglikta-yeni-donem-deger-bazli-saglik-hizmetleri-odenecek-7096.htm>.
- Şimşir, İ. (2018). Geri ödeme mekanizmalarının hasta güvenliği açısından değerlendirilmesi: Bir sistem önerisi (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sakarya.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014), 10.kalkınma planı, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılması ve mali sürdürülebilirlik, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, ISBN 978-605-9041-13-3 Yayın No: KB: 2904 - ÖİK: 743, Ankara.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2018). 11. Kalkınma Planı (2019-2023), Sağlık hizmet kalitesi ve mali sürdürülebilirlik, Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara.
- Tanenbaum, S. J. (2016). What is the value of value-based purchasing?. *Journal of health politics, policy ve law*, 41(5), 1033-1045.
- Tatar, M. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: Sosyal sağlık sigortasının Türkiye’deki gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, (1), 103-130.
- Tatar, M. (2017). İlaçta Fiyatlandırma ve Geri Ödeme Politikalarında Değer Kavramı. *Sağlık Ekonomisi ve Politikası Çalışmaları- 1*, 1-15.



- Tengilimoğlu, D., Güzel, A., Toygar, A., Akinci, F., & Dziegielewski, S. F. (2015). Informal payments in health systems: purpose and occurrences in Turkey. *Journal of Social Service Research*, 41(5), 684-696.
- Terrell, G. (2018). Preparing your practice for value- based care. *American Medical Association*, 1-15.
- The Payment Reform Glossary (2015). *Center for healthcare quality and payment reform*.  
Erişim Tarihi:13.12.2015  
<http://www.chqpr.org/downloads/paymentreformglossary.pdf>.
- Top, M., ve Tarcan, M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: Hastane deme yöntemleri (mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 169-189.
- Totić, I., ve Marić-Krejović, S. (2010). Financing of health care needs and calculation and payment of health services. *Medicinski glasnik Specijalne bolnice za bolesti štitaste žlezde i bolesti metabolizma'Zlatibor'*, 15(33), 45-62.
- Toussaint, J.S. ve Berry, L.L. (2013). The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (1), 74-82.
- Traoré, M. K., Zacharewicz, G., Duboz, R., ve Zeigler, B. (2019). Modeling and simulation framework for value-based healthcare systems. *Simulation*, 95(6), 481-497.
- Trautman, D. E. (2011). Healthcare reform: 1 year later. *Nursing Management*, 26-31.
- TTB. (2005). *Genel sağlık sigortası*, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Tutar, F., ve Kılınç, N. (2007). Türkiye'nin sağlık sektöründeki ekonomik gelişmişlik potansiyeli ve farklı lke rnekleriyle mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 31-54.
- Urick, B. Y. (2016). Assessing the relationship between pharmacy quality and healthcare cost for a commercially insured population. The University of Iowa.
- Vollstedt, M., & Rezat, S. (2019). An introduction to grounded theory with a special focus on axial coding and the coding paradigm. *Compendium for early career researchers in mathematics education*, 13, 81-100.


- Wagner, K. (2015). 5 ways to assess readiness for value-based payment. *Healthcare Financial Management*, 69(9), 38-39.
- Walley, J., Wright, J., Hubley, J., Escott, S., Holloway, K., Schweiger, M., & Witter, S. (2001). *Public health: an action guide to improving health in developing countries*. Oxford University Press.
- Walraven, J., Jacobs, M. S., ve Uyl-de Groot, C. A. (2021). Leveraging the similarities between cost-effectiveness analysis and value-based healthcare. *Value in Health*.
- Ware, J. E., Bayliss, M. S., Rogers, W. H., Kosinski, M., ve Tarlov, A. R. (1996). Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems: results from the medical outcomes study. *Jama*, 276(13), 1039-1047.
- Washington, V., DeSalvo, K., Mostashari, F., ve Blumenthal, D. (2017). The HITECH era ve the path forward. *New Engle Journal of Medicine*, 377(10), 904-906.
- Werner, R. M., & Dudley, R. A. (2012). Medicare's new hospital value-based purchasing program is likely to have only a small impact on hospital payments. *Health Affairs*, 31(9), 1932-1940.
- Werner, R. M., Emanuel, E. J., Pham, H. H., ve Navathe, A. S. (2021). The future of value-based payment: A road map to 2030.
- WHO (2000). The world health report 2000. Health systems: improving performance, Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period (No. EIP/FER/DP. 04.2). World Health Organization.
- Williams, J. (2009). Community benefit strategies for a changing economy. *Healthcare Financial Management*, 63(2), 43-48.
- Williams, M.D. ve Smart, A. (2011). Patient safety: a casualty of target success?. *International Journal of Public Sector Management*, 23 (5), 416-430.
- Wolfe, P. R., & Moran, D. W. (1993). Global budgeting in the OECD countries. *Health Care Financing Review*, 14(3), 55.

- Woods, D. J. (2016). Impacts of pay-for-value on healthcare providers, health plans and patients-New reimbursement models promise higher quality and lower cost. Doktora Tezi. Utica College.
- Woolhveler, S., ve Himmelstein, D. U. (2014). Administrative work consumes one-sixth of US physicians' working hours and lowers their career satisfaction. *International Journal of Health Services*, 44(4), 635-642.
- World Health Organization. (2004). *Private health insurance: implications for developing countries* (No. EIP/FER/DP. 04.3). World Health Organization.
- World Health Organization (2008). Health systems financing, [https://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit\\_hss/EN\\_PDF\\_Toolkit\\_HSS\\_Financing.pdf](https://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Financing.pdf).
- World Health Organization and World Bank (2008). OECD reviews of health systems: Turkey. Paris, France: OECD.
- World Health Organization, ve The World Bank. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report*. <https://doi.org/Licence:CCBY-NC-SA3.0IGO>.
- World Health Organization. (t.y). Health systems financing. Erişim Tarihi: 04.04.2019. Erişim adresi <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/en/>.
- World Health Organization. (2000). The World health report: 2000: Health systems: improving performance. <https://apps.who.int/iris/hvele/10665/42281>.
- Wranik, D. W., & Durier-Copp, M. (2010). Physician remuneration methods for family physicians in Canada: expected outcomes and lessons learned. *Health Care Analysis*, 18(1), 35-59.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). Sağlıkın finansmanı ve türkiye için sağlık finansman modeli önerisi (Doctoral Dissertation, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı).
- Yeşiltaş, A., Erdem, R. (2018). Defansif tıp uygulamalarına yönelik bir derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10(23), 137-150.


- Yıldırım, H, Arı, H, Bilir Uslu, M. (2021). Value-based healthcare: The Turkish case. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4 (1), 33-48.
- Yıldırım, A., Şimşek, H. (2008). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Zerenler, M., Öğüt, A. (2007). Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (18), 501-519.
- Zhao, M., Haley, D. R., Spaulding, A., ve Balogh, H. A. (2015). Value-based purchasing, efficiency and hospital performance. *The Health Care Manager*, 34(1), 4-13.
- Zou, K., Li, H. Y., Zhou, D., & Liao, Z. J. (2020). The effects of diagnosis-related groups payment on hospital healthcare in China: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 112.
- Zuckerman RB, Sheingold SH, Orav EJ, Ruhter J, Epstein AM. (2016). Readmissions, observation, and the hospital readmissions reduction program. *N. Engl. J. Med.* 374:1543–51.

## EK 2. Etik Kurul/Komisyon İzni ya da Muafiyet Formu

Tarih: 01.08.2018 16:51  
Sayı: 35853172-300-E 00000172275



E 00000172275



T.C.  
**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**  
Rektörlük

Sayı : 35853172-300  
Konu : Merve KARAER Hk.

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlgi : 05.07.2018 tarihli ve 12908312-300/00000134372 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı doktora programı öğrencilerinden **Merve KARAER**'in **Prof. Dr. Sıdıka KAYA** danışmanlığında yürüttüğü "**Değer Bazlı Ödeme Yönteminin Türkiye Sağlık Sisteminde Uygulanabilirliği Üzerine Nitel Bir Araştırma**" başlıklı tez çalışması, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun **17 Temmuz 2018** tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.


Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır  
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU  
Rektör Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden cbbab4e0-e017-4116-9523-cc2001e65da1 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

---

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara  
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta:yazimd@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi: www.hacettepe.edu.tr



### **EK 3. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu**

#### ***Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türkiye Sağlık Sisteminde Uygulanabilirliği Üzerine Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu***

- 1- Değer kavramının açılımını nasıl yaparsınız? Sizce sağlık hizmetlerinde değer nasıl somutlaştırılabilir?
- 2- Sağlıkta geri ödeme yöntemlerinde değere yer verilmesini nasıl değerlendiriyorsunuz?
- 3- Bir geri ödeme modelinde değeri formüle edecek olsanız bu formül içerisinde hangi parametrelerin yer alması gerektiğini düşünürsünüz?
- 4- Değer bazlı geri ödeme yönteminin pilot uygulamasına ilişkin görüşleriniz nelerdir?
- 5- Değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanma sürecine ilişkin görüşleriniz nelerdir?
- 6- Türkiye sağlık sisteminin ödeme yöntemini değiştirme kapasitesini nasıl değerlendirirsiniz?
- 7- Değer bazlı geri ödeme yönteminin performansı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?
- 8- Türkiye sağlık sisteminin değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişini zorlaştıracak ve kolaylaştıracak faktörlerin neler olacağını düşünüyorsunuz?
- 9- Türkiye’de değer bazlı geri ödeme yönteminin uygulanmasını destekleyecek ve karşı çıkacak grupların kimler olacağını düşünüyorsunuz?
- 10- Değer bazlı geri ödeme yönteminin avantaj ve dezavantajlarının neler olabileceğini düşünürsünüz?
- 11- Değer bazlı ödeme yönteminin Türkiye sağlık sistemine uygunluğu ve gelecek başarısı hakkındaki görüşleriniz nelerdir?

## EK 4. Görüşme Yapılan Kişilerin Rumuz ve Özellikleri

**Tablo 1. Çalışmanın Katılımcıları ve Özellikleri**

Nitel Çalışmanın Katılımcıları				
Katılımcı	Cinsiyet	Yaş	Çalışma Yılı	Konuyla ilgisi
SGK-1	E	45	18	Sağlık hizmetlerine ödeme yapan
SGK-2	E	35	10	Sağlık hizmetlerine ödeme yapan
SGK-3	K	37	9	Sağlık hizmetlerine ödeme yapan
SGK-4	E	40	13	Sağlık hizmetlerine ödeme yapan
SGK-5	K	34	9	Sağlık hizmetlerine ödeme yapan
SGK-6	E	35	10	Sağlık hizmetlerine ödeme yapan
SB-1	E	34	9	Sağlık hizmetlerini değerlendirip ödeme yapılmasına karar veren
SB-2	E	38	13	Sağlık hizmetlerini değerlendirip ödeme yapılmasına karar veren
SB-3	E	47	20	Sağlık hizmetlerini değerlendirip ödeme yapılmasına karar veren
SB-4	E	36	12	Sağlık hizmetlerini değerlendirip ödeme yapılmasına karar veren
AKD-1	E	32	6	Konuyla ilgili araştırmalar ve yayınlar yapan
AKD-2	E	38	7	Konuyla ilgili araştırmalar ve yayınlar yapan
AKD-3	E	50	27	Konuyla ilgili araştırmalar ve yayınlar yapan
AKD-4	E	44	10	Konuyla ilgili araştırmalar ve yayınlar yapan
SÇ-1	K	36	15	Sağlık hizmetini sunan
SÇ-2	K	33	8	Sağlık hizmetini sunan
SÇ-3	E	42	13	Sağlık hizmetini sunan
MV-1	E	58	27	Politika yapıcı, karar veren
MV-2	E	50	26	Politika yapıcı, karar veren
HST-1	E	24	-	Sağlık sistemini kullanıyor, cepten ödeme yapıyor
HST-2	K	30	-	Sağlık sistemini kullanıyor, cepten ödeme yapıyor
HST-3	K	34	-	Sağlık sistemini kullanıyor, cepten ödeme yapıyor
STK-1	E	61	37	Toplum yararına olup olmadığını tartışan
STK-2	E	48	20	Toplum yararına olup olmadığını tartışan
ARŞ-1	E	41	18	Konu hakkında bilgi sahibi olup araştırmalar yapan
ARŞ-2	E	55	29	Konu hakkında bilgi sahibi olup araştırmalar yapan
ABD-1	E	49	25	Konuya hâkim, geri ödeme yönteminin nasıl uygulandığını bilen
ABD-2	E	65	35	Konuya hâkim, geri ödeme yönteminin nasıl uygulandığını bilen

## EK 5. Delphi 1. Tur Soruları

### Değer Bazlı Geri Ödeme Modeli Parametreleri Uzman Değerlendirme Formu

Değerli Uzman,

Doktora tez çalışması olarak yürütülen "Değer Bazlı Geri Ödeme Yönteminin Türkiye Sağlık Sisteminde Uygulanabilirliği" adlı çalışmada yapılan nitel görüşmeler sonucu ve literatürden elde edilen 40 değer parametresi siz değerli uzmanlarımızın görüşlerine sunulmuştur. Bu parametrelerin her birinin geri ödeme modelinde yer almasının ne kadar önemli olduğu konusundaki görüşleriniz bizim için değerlidir. Bu nedenle parametrelerin önem derecelerini belirterek ilerlemenizi rica ediyorum. Bu çalışma bir delphi çalışması olup fikir birliği oluşuncaya kadar size tekrar form gönderilecektir. Değerli katkılarınız için teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

Arş. Gör. Merve KARAER

<b>Değer Bazlı Geri Ödeme Modeli Parametreleri</b>	Çok Önemli	Önemli	Ne önemli ne önemsiz	Önemsiz	Çok önemsiz
1. Hasta ve yakınının memnuniyeti					
2. Hastane mortalite hızı					
3. Hastane iyileşen hasta oranı					
4. Hastanın yatış süresinin gereğinden az ya da çok olması					
5. Maliyet (Hastanenin aylık toplam harcaması)					
6. Hastane personelinin yetenek ve yeterliliği					
7. Komplikasyon oranı					
8. Hastanın 30 gün içerisinde yeniden yatış hızı					
9. Güvenli ilaç uygulamaları					
10. Doğru teşhis ve tedavi oranı					
11. Hastanenin verimlilik karnesi puanı (Sağlık tesisi verimlilik puanı)					
12. Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı					
13. Hastane Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) puanı					



14. Hastanın aynı sağlık kuruluşuna başvuru sıklığı					
15. Hasta davranışlarında olumlu yönde değişim					
16. Toplumsal hastalık yükünün (Qaly, Daly) azaltılması					
17. Hastanenin coğrafi konumu					
18. Ekonomik değerlendirme sonuçları					
19. Yatak devir hızı					
20. Sevk edilen hasta yüzdesi					
21. Hastanın hastanede aldığı tedavi süresinin yeterliliği					
22. Hastane denetim sıklığı					
23. Hastanın tedavi sonrası sağlık statüsü					
24. Verilen rapor gün sayısında azalma					
25. Hastanelerin TURKUAZ sağlık bakım kalite stveartları puanı					
26. Yapılan ameliyat sayısı					
27. İşlem tekrarı (tetkik, film, mr vb)					
28. Yatak doluluk oranı					
29. Sosyal sorumluluk kapsamında toplum sağlığına katkılar					
30. Hasta ve yakınlarının eğitimi					
31. Randevu için bekleme süresi					
32. Hastanın 30 gün içerisinde yeniden polikliniğe başvuru hızı					
33. Vaka karma indeksi					
34. Bilime katkı (yapılan akademik çalışma sayısı)					
35. Sağlık personelinin hasta ile iletişimi					
36. Hastanenin Türü (sınıfı,kapasitesi)					
37. Acil kabullerde azalma					
38. Ameliyathane kullanım süresi					
39. Hizmete erişim					
40. Malpraktis hızı					

## EK 6. Delphi 2. Tur Soruları

### Değer Bazlı Geri Ödeme Modeli Parametreleri Uzman Değerlendirme Formu 2

Değerli Uzman,

Katılımlarınızla gerçekleştirilmiş olan birinci oturumdan, önemine göre derecelendirilmiş parametrelerin 4' ve üzeri puan alanları bu 2. oturumda tekrar değerli görüşlerinize sunulmuştur. Bu adımda belirlenen parametrelerin değer formülünde kesinlikle yer alması gerektiğini düşünerek işaretleme yapmanız rica olunur. Katılımınız için şimdiden teşekkür eder iyi çalışmalar dilerim.

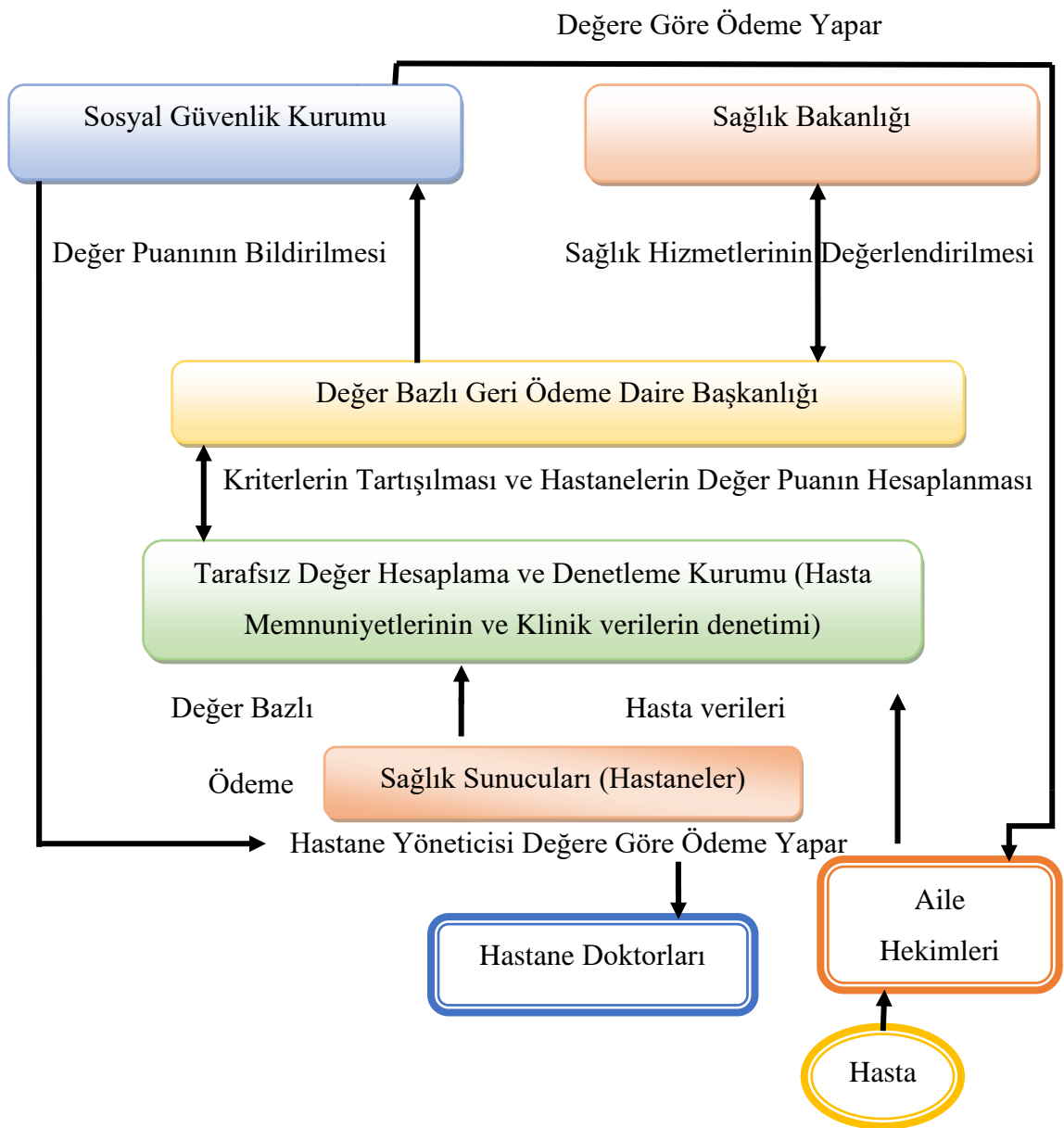
Arş. Gör. Merve KARAER

Değer Bazlı Geri Ödeme Modeli Parametreleri	Çok Önemli	Önemli	Ne önemli ne önemsiz	Önemsiz	Çok önemsiz
1. Hasta ve yakının memnuniyeti					
2. Hastane iyileşen hasta oranı					
3. Hastane personelinin yetenek ve yeterliliği					
4. Komplikasyon oranı					
5. Hastanın 30 gün içerisinde yeniden yatış hızı					
6. Güvenli ilaç uygulamaları					
7. Doğru teşhis ve tedavi oranı					
8. Hastane kaynaklı enfeksiyon oranı					
9. Sağlık personelinin hasta ile iletişimi					
10. Hasta ve yakınlarının eğitimi					
11. Vaka karma indeksi					
12. Toplumsal hastalık yükünün (Qaly, Daly) azaltılması					
13. Malpraktis oranı					
14. Hastanın 30 gün içerisinde yeniden polikliniğe başvuru hızı					
15. İşlem tekrarı (tetkik, film, mr vb.)					
16. Hastanın tedavi sonrası sağlık statüsü					

## Ek 7. Değer Bazlı Geri Ödeme Yöntemi İçin Organizasyon Modeli Önerisi

Uygulanması planlanan değer bazlı geri ödeme yöntemi için bir organizasyon modeline ihtiyaç duyulmaktadır. Türkiye sağlık sistemine entegre edilerek aşağıda kabaca bir değer bazlı geri ödeme yönteminin iş akış şemasını da içeren, organizasyon modeli önerilmiştir.

Şekil 1. Değer Bazlı Geri Ödeme İçin Organizasyon Modeli



**Hastalar:** Bu yöntemin başarı ile uygulanabilmesi için öncelikle çalışma bulgularında da yer aldığı üzere toplumun sağlık okuryazarlığının artırılmasına ilişkin çalışmalar yapılmalıdır. Hasta sadece hasta olduğunda sağlık hizmeti arayışına girmek yerine sağlığını ve kronik hastalıklarını takip edip yönetebilmelidir. Sağlık arama davranışında önceliği aile hekimliği olmalıdır. Bunun için hastalarda da zihniyet değişikliği gerekmektedir.

**Hastaneler:** Ödeme yapan kurum veya kuruluşlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları için çalışanlarına teşvikler geliştirmelidir ve hastaneler de değer yaratmaya odaklanmalıdır.

**Tarafsız denetleme kurumu:** İlk olarak, ödemenin dağıtılmasını kimin kontrol edeceği konusunda endişe olacaktır. Bunun için kalite, verimlilik ve akreditasyonları denetim ya da değerlendirmeye yetkili tarafsız ekipler kurulmalıdır. Tarafsız değer hesaplama ve denetleme ekiplerinin görevleri; sağlık kurumundan gelecek olan verileri toplayıp doğru verileri işlemek, bir anormallik olup olmadığını kontrol ederek hastanelerin performanslarına dair bir rapor yayınlamaktır. Hastanelerin değer ölçümünün güvenilir olması ve ödemelerin adil olmasını sağlamak için kontrol etme ve denetleme görevleri kilit nokta olacaktır. Ve sonuçlar SGK'ya bildirilmelidir.

**Hastane doktorları:** Doktorlar, hastanede kalış sürelerinin azalması, yeniden yatış hızlarının düşürülmesi ve daha düşük acil servis kullanımını sağlayacak şekilde ve hasta merkezli hareket etmelidir. Bu, hastalar için yüksek sağlık kalitesi oluşturur. Kronik hastalıklar, verilen sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Woods (2016) çalışmasında, hastayı daha sık görmenin sağlık maliyetlerini düşürmede etkili bir yöntem olduğunu belirtmiştir.

**Aile Hekimleri:** Hastalara sunulan bakımın aile hekimleri tarafından düzenlenmesinin maliyeti azaltarak kaliteyi arttırdığı yapılan çalışmalar sonucunda kanıtlanmıştır (Deniz ve Hobikoğlu, 2011: 161). Bu yöntemde aile hekimleri ilk sağlık hizmeti basamağı olduğu için listesindeki hastaları tanımalı ve sağlık geçmişleri hakkında detaylı bilgiye sahip olması gerekmektedir. Hastanın kronik rahatsızlıklarını, ya da hastalık yatkınlıklarını bilmeli gelecek sağlık ihtiyaçlarını tahmin edebilmelidir. Hastalarının 1.basamakta tedavisini yapabilmelidir. Çoğu zaman kişi hasta olmadan önlemleri alarak hastaya koruyucu sağlık hizmeti sunmalıdır. Aile hekimleri de derecelendirilmelidir.

Örneğin; derecelendirmeleri 1 ile 5 yıldız arasında yapılabilir ve 3'ten düşük olduğunda cezalandırılabilirdir (Woods, 2016: 41-45).

**Değer bazlı geri ödeme daire başkanlığı:** sağlık hizmeti sağlayan kurum veya kuruluşlardan gelen faturaları, tarafsız denetleme biriminden gelen değerlendirme sonuçları ile karşılaştırır. Ödenmesi gerekli görülen miktarın ödenmesini sağlar.

**Klinik veriler:** Belgelerin spesifik tanı kodlarını içeriyor olması gerekmektedir (DRG sistemi). Sağlık hizmeti sunucularının sağlık sigortasına sunulan her bir satır kalem için uygun geri ödeme alabilmesinde klinik belgeler büyük önem taşımaktadır. Klinik belgeler ayrıca hasta sağlığına ilişkin bilgileri ve riskleri de içermelidir. Çalışmanın bulgularında, değer bazlı geri ödeme yöntemine geçişi zorlaştıracak faktörlerden bir tanesi bu idi. Verilerin bu konuda eksiksiz toplanması ve girilmesi ayrıca şeffaf olması gerektiği belirtilmiştir.

**Kriterlerin Tartışılması:** Kaliteyi ölçmek ve değerlendirme yapabilmek için birçok metrik kullanılır. Burada hangi parametrelerin değer yarattığı hususunda net bir çerçeve çizilmesi gerekmektedir. Çalışma sonucu belirlenen 15 parametre ile ölçüm ve değerlendirilme yapılarak değer yaratan sağlık hizmet sağlayıcıları belirlenebilir.

**Sosyal Güvenlik Kurumu:** Ödeme yapan kurum olarak faturaların ayrıca denetlemesini ve değer katsayılarını değerlendirerek ödenmesi gereken miktarın ödenmesine onay verir. Cezalandırma ve ödüllendirme sistemi kurulmalıdır.

**Sağlık Bakanlığı:** sağlık hizmet sağlayıcılarını kaliteli, verimli ve güvenilir bir sağlık hizmeti sunmaya teşvik edici programlar oluşturmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kalite ölçümlerini iyileştiren sağlayıcılara derecelendirme sistemi kurularak yıldızlandırma yapılmalıdır.