

Özel Sağlık Sigortaları ve Geri Ödeme Yöntemleri

Dr. Bülent EREN
Türkiye Sigorta Birliđi

Gerı Ödeme Sistemleri

- FFS -Hizmet bazında ödeme
 - İşlem Bazında
 - Hastalık Bazında (TIG)
 - HMO -Health Maintenance Organisation
 - Capitation -Kişi bazında ödeme
 - Global Bütçe -Toplam ödenecek bedelin hizmet adedine bölünerek birim maliyetin hesaplanması
-

FFS

- Sigorta sistemi sağlık kuruluşuna veya sigortalıya verilen her sağlık hizmeti için ödeme yapar.
 - Doğru ve yerinde sağlık hizmeti güvence altındadır.
 - Sağlık hizmet sunucularınının hizmet kalemlerinde endikasyonları geniş tutma yaklaşımı riski vardır.
-

HMO

- Her sigortalının tercih edebileceği bir gatekeeper aile hekimi vardır. İleri tedaviler için bu hekimin onayı gereklidir.
 - Kadrolu hekim sistemi, grup hekim sistemi
 - Tanı ve tedavi protokollerine bağlıdır. Aşırı kullanım riski azdır.
 - Gatekeeper hekimin tanı koyamaması veya hatalı tanı durumunda risk büyüktür.
 - Sigortalının tedavi yöntemi tercih şansı yoktur.
-

Capitation

- Sigorta sistemi ile bir hastane veya hastane grubu arasında yapılan anlaşma doğrultusunda kişi başı standart ödeme yapılmasıdır.
 - Sigorta sistemi açısından yüksek hasar riski yoktur.
 - Sigortalının doğru ve güvenilir tedaviyi alamama riski yüksektir.
 - Riskin yönetimi sağlık kuruluşu üzerindedir.
-

Ülkemizde Geri Ödeme Sistemleri

- Ülkemizde özel sağlık sigorta sistemi hizmet bazında ödeme yapar.
 - Fatura karşılığı sigortalıya ödeme
 - Direk kuruma verilen ödeme güvencesi
 - Sigortalının kurum tercih hakkı vardır.
 - Az da olsa Capitasyon ve HMO (aile hekimliği sistemi) da kullanılır.
-

Fatura Karşılığı Ödeme

- Sigortalı hizmeti istediği kurumdan alır, faturasını sigorta şirketine iletir ve geri ödeme ile tazmin edilir.
 - Sigortalının otokontrolü ile tazminat yükü azalır.
 - İlk aşamada sigortalının ödeme yapmasını, prefinansman gücünü gerektirir.
-

Direk Provizyon

- Sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu sağlık kurumlarından hizmet alınması halinde , hizmet için sigortalı adına kuruma ödeme garantisini vermesidir.
 - Sigortalı için konfor sağlar
 - Sigortalının otokontrolü etkin değildir.
 - Tanı ve tedavi için endikasyonların geniş tutulması tazminat yükünü artırır.
-

Özel Sigortalarda Kriterler

- Genel Uygulamalar
 - Bekleme süreleri
 - Risk Analizi
 - Genel İstisnalar
 - İlaç Ödemeleri
 - TR de olan ilaçlar (imal ve resmi ithal)
 - TR de olmayan ilaçlar (yurt dışından alınan veya resmi yollar haricinde getirilen ilaçlar)
 - Tedavi Ödemeleri
 - TR de
 - Yurt dışında
-

Sorunlar-1

- Tanı tedavi protokollerinin olmaması
 - Tazminat kontrolünü zorlaştırır.
 - Tanı ve tedavi için endikasyon sınırlarının belirlenmesi zordur, anlaşmazlık yaratır.
 - Hekimlerin kendini güvenceye alması yaklaşımı, gereksiz yapılan tetkikleri artırır.
 - Yapılan tedavinin doğruluğunun ve yerindeliliğinin kontrolü zor.
 - Tıbbi malzeme fiyatlarında aşırı artış ve aynı malzeme için kurumdan kuruma farklılık göstermesi.
-

Sorunlar-2

- Henüz geçerliliği ve üstünlüğü ispat edilmemiş tedavi ve tanı yöntemlerinin kurumlar arası rekabet ve pazarlama nedenleri ile kullanımı.
 - Otelcilik hizmetlerinde ve fiyatlarında standardizasyon yok.
 - Ödemede ortak dil; TTB, TİG, SUT, Cari.....
 - Referans alınan TTB ve SUT gibi listelerdeki keyfi ve etki altında kalan değişiklikler
 - Ödeme için referans alınan liste katsayılarında adil olmayan değişiklikler
 - SUT
 - TTB
-

Çözüm Önerileri

- ❑ Tanı ve tedavi protokollerinin oluşturulması ve uygulanması gerekiyor.
 - ❑ Yatarak tedavilerde TİG ile geri ödeme sistemi oturtulmalı.
 - ❑ Ülke bazında tıbbi malzeme girdi kontrolü ve fiyatlandırması standardize olmalı. Sağlık hizmet sunucuları tıbbi malzemedен yüksek kar etmeyi hedeflememeli.
 - ❑ Hekimlik ücretlerinde performans veya hizmet başına ödeme yönteminden vazgeçilmeli.
 - ❑ Hekim performansı ücret artışlarında değerlendirilmeli.
 - ❑ TTB, SUT gibi ödeme referans listelerindeki değişim kriteri belirli olmalı
 - ❑ Özel Sigortalar için farklı ve özgün referans liste oluşturulması gündeme alınmalı.
-

Teşekkürler
