



SAĞLIK VE SİGORTA  
YÖNETİCİLERİ  
DERNEĞİ

4. Ulusal Kongre

# ÖDEME MODELLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRMALAR

07.Kasım.2015

Dr. Göksenin AKTULAY

Danışman

Acıbadem Üniversitesi

Sürekli Eğitim ve Gelişim Merkezi (ASEGEM)



ACIBADEM  
ÜNİVERSİTESİ

# ÖDEME SİSTEMLERİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

- Hizmet sunuculara yönelik her ödeme yöntemi bir takım farklı özellikleri yoluyla tanımlanabilir. Bunlar esas olarak; **ödeme birimi**, yöntemin ileriye (**prospektif**) veya geriye (**retrospektif**) dönük olması ve hem hizmet sunucunun hem de ödeme yapan tarafın üstleneceği **finansal riskin oranı**dır. İlk iki özellik (yani ödeme birimi ve ileriye veya geriye dönük olma durumu) finansal riskin dağılımını doğrudan etkilemektedir.

# TEŞVİK MEKANİZMALARI

- Hizmet sunuculara ödeme yapmak üzere tasarlanmış her yöntem, içinde, hizmet sunucuların sağlayacakları hizmetlerin türleri, miktarları ve kalitesi açısından belirli şekillerde davranmaya yönlendiren bir dizi teşvik unsuru barındırır.

# ÖDEME SİSTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Finansal risk açısından
- Hastaların az ya da çok tedavi görmesi açısından
- Değer bazlı sağlık sistemi açısından
- Kaliteye etkisi açısından
- Yönetim kolaylığı açısından

# ÖDEME MODELLERİ

- Hizmet Başına Ödeme (Fee For Service - FFS)
- Vaka Başına Sabit Ön Ödeme (Prospective Payment System - PPS)
- Paylaşılan Tasarruf Yöntemi (Shared Savings)
- Gün Başına Ödeme (Per Diem)
- Kişi Başı Ödeme (Capitation)
- Genel/Geleneksel Bütçe (Line Item Budget)
- Global Bütçe (Global Budget)

# SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YAPILAN ÖDEME TÜRLERİ



Maaş

Maaş + performans ödemesi (çıktı sayısına göre hizmet başına ödeme)

Maaş + performans ödemesi (kalite/sonuç parametrelerine göre ödeme)

Hizmet başına ödeme

Gelirin %'sine göre ödeme

DRG veya APC gibi sistemlerle tam veya kısmi ödeme

# GENEL BÜTÇE

## (LINE ITEM BUDGET)

Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
<p>Önceki yılda kullanılanla aynı yöntem / paraya ve kurulu kapasiteye dayalı ödeme (enflasyona göre uyarlanmış)</p> <p>İleriye ve geriye dönük ödeme modeli</p>	<p>(1) Mevcut sağlık bütçesinin kolay dağıtımı</p> <p>(2) Görece düşük yönetim giderleri</p>	<p>(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta sayısı veya türü arasında hiçbir bağ yok</p> <p>(2) Hizmet sunucuların verimli olması yönünde hiçbir teşvik yok</p> <p>(3) Personel motivasyonu eksik</p> <p>(4) Yüksek kaliteli ve uygun hizmet sunma ile ilgilenilmiyor</p> <p>(5) Mali risk esas olarak hizmet sunucu tarafından üstleniliyor</p>



# HİZMET BAŞINA ÖDEME (FEE FOR SERVICE – FFS)

Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
Sunulan kalem veya hizmet sayısına dayalı ödeme	(1) Hizmet sunumuna yönelik güçlü teşvik (daha fazla hizmet daha iyi hizmet veya daha iyi sonuç anlamına gelmese de)	(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta sayısı veya türü arasında hiçbir bağ yok, yalnızca sunulan hizmet sayısı dikkate alınıyor
Geriye dönük ödeme modeli	(2) Karmaşık vakaların tedavisine yönelik teşvik (olumsuz risk seçimi yok)	(2) Hasta sayısı yerine sunulan hizmet sayısının artırılmasına yönelik teşvik (hasta başına hizmet sayısında artış)
P4P		(3) Verimliliğe yönelik çok az teşvik var ya da hiç yok (4) Riskin çoğu ödeyen tarafta





# TABURCU BAŞINA ÖDEME (DISCHARGE PAYMENT)

Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
Hastaneden taburcu edilen her hasta için belirlenen bir fiyat üzerinden ödeme (masraflar, maaşlar, amortisman, vb. dahil)  İleriye dönük ödeme modeli	(1) Kaynak kullanımının verimliliğini artırmaya yönelik teşvik (2) Görece düşük yönetim giderleri (3) Risk paylaşılıyor	(1) Finansman ile hasta türü arasında hiçbir bağ yok (2) Hastanın 'daha çabuk ancak daha hasta' taburcu edilmesine yönelik teşvik (3) Her hastaya daha az kaynak ile hizmet teşviki (4) Hasta sayısını, özellikle de daha sağlıklı hasta sayısını artırmaya yönelik teşvik

# GÜN BAŞINA ÖDEME (PER DIEM)

Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
<p>Hastanede yatırılan her gün için (yatılan bölüme göre) belirlenen bir fiyat üzerinden ödeme</p> <p>İleriye dönük ödeme modeli</p>	<p>(1) Görece düşük yönetim giderleri</p>	<p>(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta türü arasında hiçbir bağ yok</p> <p>(2) Hastanede yatış süresini uzatmaya yönelik teşvik</p> <p>(3) Günlük daha az hizmet sunmaya yönelik teşvik</p> <p>(4) Finansal risk ödeyen için yüksek, hizmet sunan için düşük</p>



# VAKA BAŞINA ÖDEME (CASE-BASED PAYMENT)

Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
<p>Ödeme, taburcu edilen her hasta TÜRÜ için (bir başka deyişle DRG) belirlenen fiyata bağlı olarak değişir</p> <p>Case-mix (Vaka Karması Endeksi) (Activity based costing)</p>	<p>(1) Hasta sayısı ile türü arasında bağ kurulması ile, rasyonel finansman dağıtımı</p> <p>(2) Makul yönetim giderleri</p> <p>(3) Verimlilięi artırmak için teşvik</p> <p>(4) Risk paylaşılıyor.</p>	<p>(1) Hastanın 'daha çabuk ve daha hasta' halde taburcu edilmesine yönelik teşvik</p> <p>(2) Her hastaya daha az kaynak ile hizmet teşviki</p> <p>(3) Hasta sayısını artırmaya yönelik teşvik</p>



# KİŞİ BAŞI ÖDEME (PER CAPITA/CAPITATION)

Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
Bakım hizmeti sunulmakta olan kişi sayısına dayalı ödeme  İleriye dönük ödeme modeli	(1) Toplam ödeme hizmet sunucu tarafından önceden biliniyor (2) Ödeyen tarafında görece düşük yönetim giderleri (3) Risk paylaşıyor	(1) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta sayısı veya türü arasında hiçbir bağ yok (2) Daha az hizmet sunmaya yönelik teşvik (3) 'Sağlıklı hastaları' veya daha az kaynak yoğun hizmet gerektiren kişileri seçmeye yönelik teşvik (4) Finansal risk ödeyen için düşük, hizmet sunan için yüksek



# GLOBAL BÜTÇE

## (GLOBAL BUDGET – TOTAL COST OF CARE)

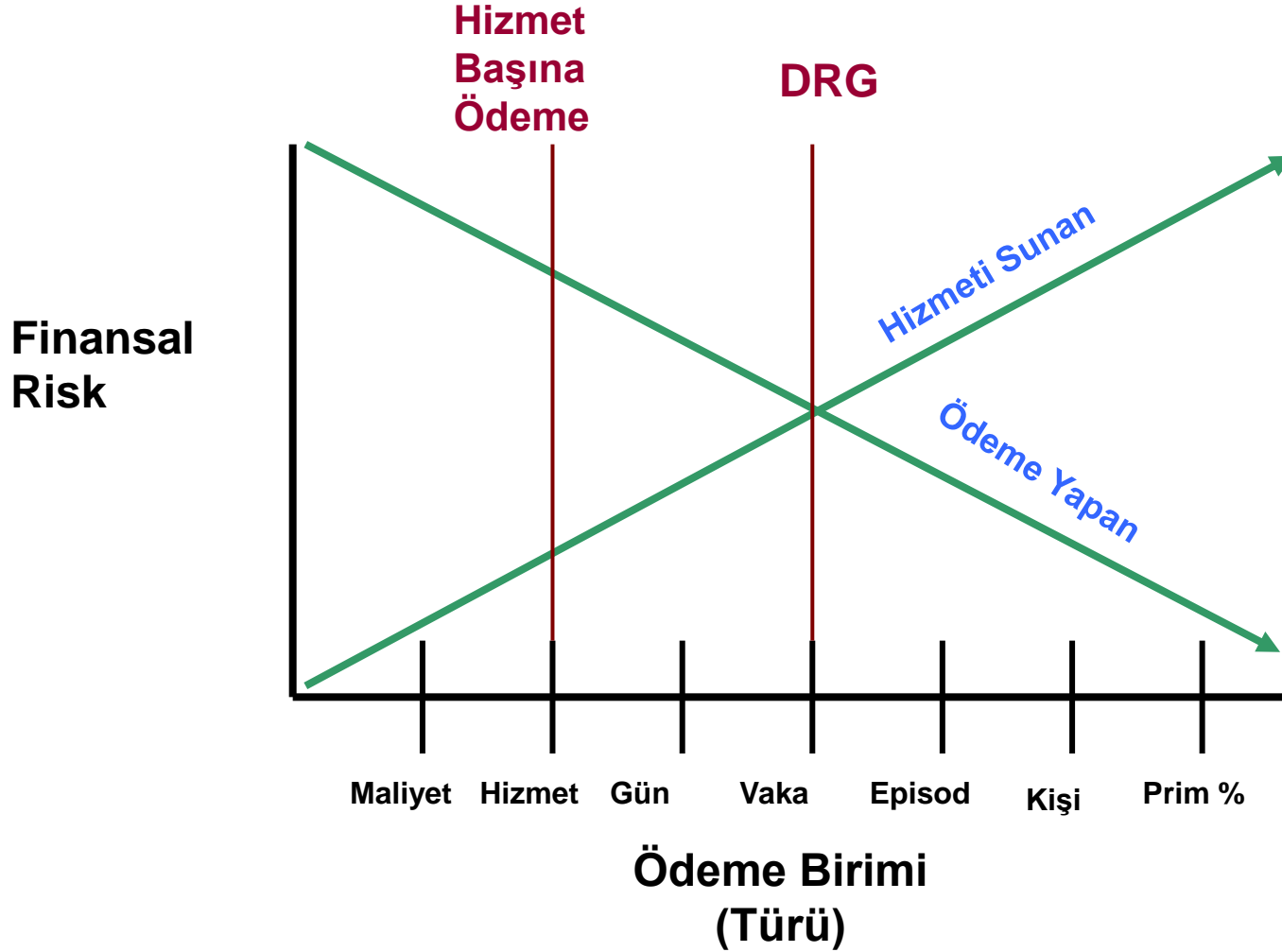
Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
Bağlı tüm sağlık kuruluşları ve tüm hizmetler için topluca ödeme Accountable Care Organizations, HMO'lar  İleriye dönük ödeme sistemi  Total Coverage	(1) Toplam ödeme hizmet sunucu tarafından önceden biliniyor (2) Ödeyen tarafında görece düşük yönetim giderleri	(1) Finansal risk ödeyen için düşük, hizmet sunan için yüksek (2) Dağıtılan finansman ile tedavi edilen hasta türü arasında bağ yok (3) Her hastaya daha az kaynak ile hizmet teşviki



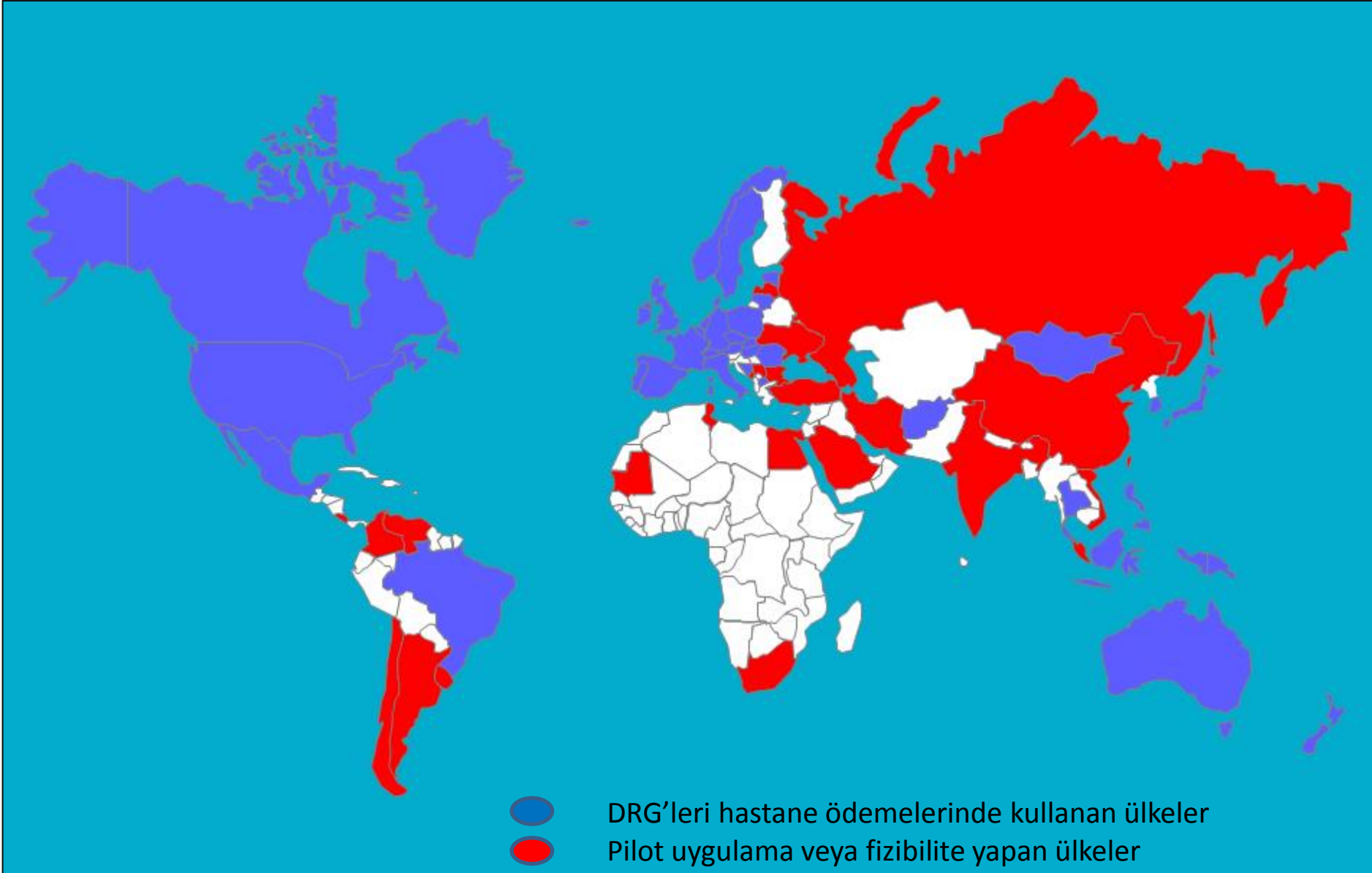
# PAYLAŞILAN TASARRUF YÖNTEMİ (SHARED SAVINGS)

Dayanağı	Avantajları	Dezavantajları
<p>Tanımlanmış nüfus gruplarına yönelik olarak tasarlanmıştır.</p> <p>Hizmet başına ödeme yöntemi ile yapılan ödemeler</p> <p>Piyasa koşullarını takip etmek için bir kontrol grubuna göre belirlenmiş hedef bütçe (kişi başı/ay)</p>	<p>Kapitasyon sisteminin olumsuzluklarını kısmen gidermek için insiyatifler içerir.</p> <p>Eğer yapılan ödemeler hedefin altında kalır ancak <b>kaliteye</b> yönelik klinik ve süreç parametreleri aşılar ise tasarrufun belli bir yüzdesi hizmet sunucuya aktarılır</p>	<p>(1) Klinik ve kalite parametreleri iyi ölçülmez ise hasta bakım kalitesi düşer.</p> <p>(2) Finansal risk yine büyük ölçüde hizmet sunucudadır.</p> <p>Medicare (The Physician Group Practice (PGP) Demonstration, Medicare Shared Savings Program)</p>

# Ödeme Türüne Göre Finansal Risk



# Ükelere Göre DRG Kullanımı





# VAKA KARMASI

- Sağlık hizmeti sunan bir kişi veya kuruluş tarafından tedavi edilen vaka tiplerindeki çeşitlilik, o kişi veya kuruluşun *vaka karması (casemix)* olarak adlandırılır.
- Vaka karması yaklaşımı, sağlık hizmetlerinin klinik yönü ile finansman yönü arasında bir *bağlantı* sağlamış; klinisyenler ile ekonomistlerin birbirlerini anlamalarını sağlayacak bir *dil* oluşturmuştur...

# DRG Nedir

- **Tanı İlişkili Gruplar (DRG)**; 1970’li yıllarda Yale Üniversitesi tarafından endüstriyel maliyet ve kalite kontrol yöntemlerinin hastane “endüstrisine” uyarlanabilirliğini ve uygulanabilirliğini anlayabilmek amacı ile gerçekleştirilen bir araştırma projesinin çıktısıdır.
- Hastaların Klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren bir yöntemdir.



# Kullanılan Kod Sistemleri

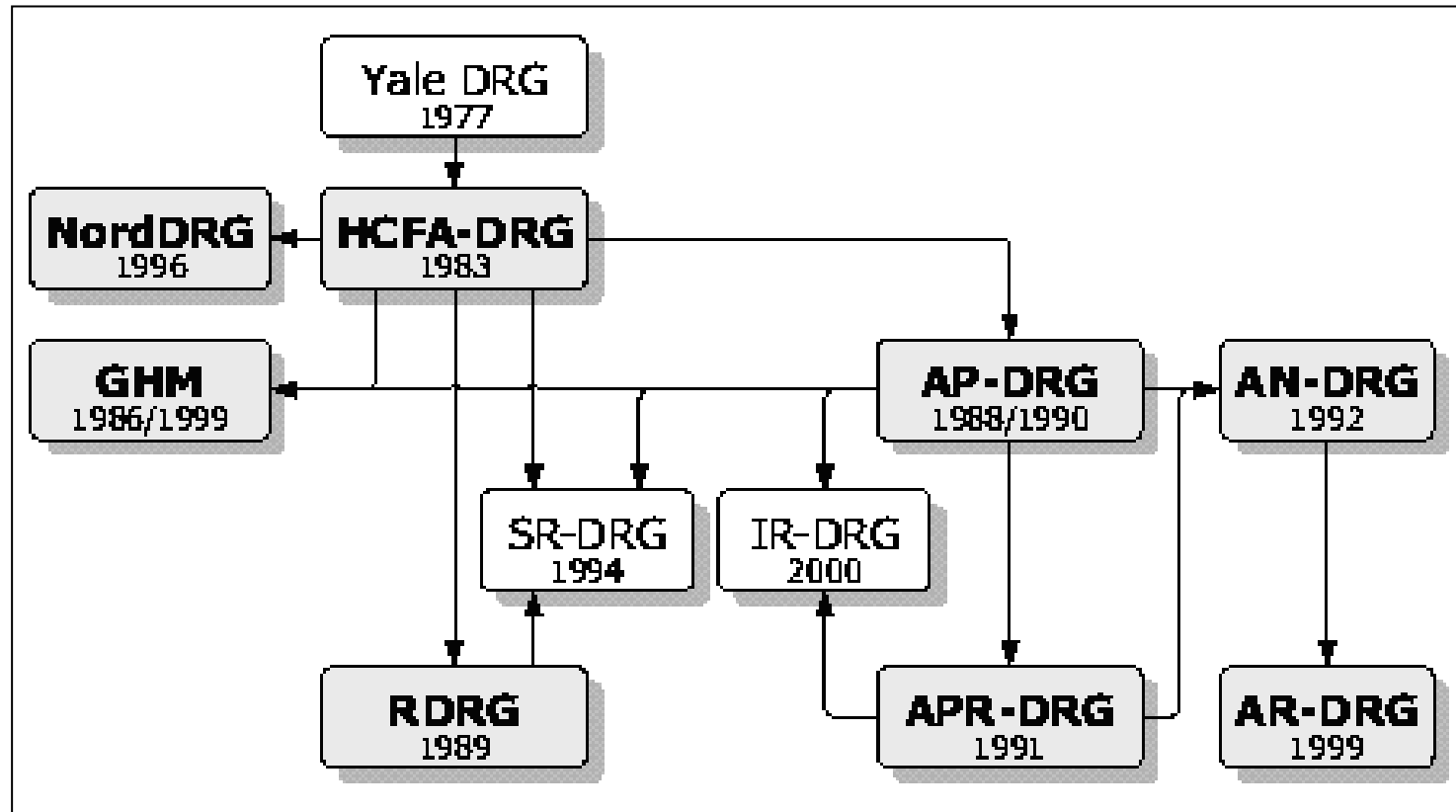
- Tanılar
  - ICD-9-CM
  - ICD-10
  - ICD-10-AM
- Prosedürler
  - ICD-9-CM
  - ICD-10-AM
  - CPT4
  - NSPC
  - ...



# NASIL BAŞLANIR

- Ülkeler, kendi gereksinimleri ve sağlık bakım uygulamalarına göre, vaka karması sınıflandırma sistemlerini geliştirilmesinde iki yaklaşımdan birini tercih etmektedirler:
  - Mevcut vaka karması sınıflandırma sistemlerinden birini seçerek ya aynen kullanmakta ya da kendi koşullarına göre değişiklikler yapmaktadırlar.
  - Daha önce geliştirilmiş olan vaka karması sınıflandırmaları ile aynı prensipleri kullanmakta, fakat kendi özgün karar ağaçlarını ve gruplandırma sistemlerini geliştirmektedirler.

# DRG'lerin Gelişimi



# Kendi Sistemini Geliştirenler

- Medicare DRG (CMS-DRG & MS-DRG)
- Refined DRGs (R-DRG)
- All Patient DRGs (AP-DRG)
- Severity DRGs (S-DRG)
- All Patient, Severity-Adjusted DRGs (APS-DRG)
- All Patient Refined DRGs (APR-DRG)
- International-Refined DRGs (IR-DRG)
  
- AR DRGs (Australian DRGs) HCFA-DRG's
- CMDRG- Case Mix Groups (Kanada)
- HRG (Health Resources Group, İngiltere)
- DBC (Diagnosis and Treatment Combination, Hollanda)
- DPC (Diagnosis Procedure Combination, Japonya)
- LKF (Avusturya)
- INEK (Almanya)
- Macaristan??

# Modifiye Edenler

- Belçika, ABD'nde geliştirilen ICD-9-CM ve AP (All Patient) DRG sistemini; Almanya, Singapur ve Yeni Zelanda ise Avustralya'da geliştirilen ICD-10-AM ve AR (Australian) DRG sistemini aynen kullanan ülkelere örnek verilebilir. İrlanda da 1990'larda ICD-9-CM ve AP DRG sistemi ile başlattığı vaka karması uygulamalarını, 2005'den itibaren ICD-10-AM ve AR DRGs sistemi ile değiştirmeye karar vermiştir.
- Kuzey Avrupa ülkeleri (İsveç, Norveç, Finlandiya, Danimarka, İzlanda), ICD-10 hastalık kodlama sistemi ve kendi prosedür kodlama sistemlerini ICD-9-CM cerrahi kodları ile eşleştirerek ABD'de kullanılmakta olan bir DRG gruplandırma sistemini kullanmaktadırlar (Nordic DRGs).

# DRG Oluşumu:

## Süreç

1. basamak

– Ön değerlendirme

• 2. basamak

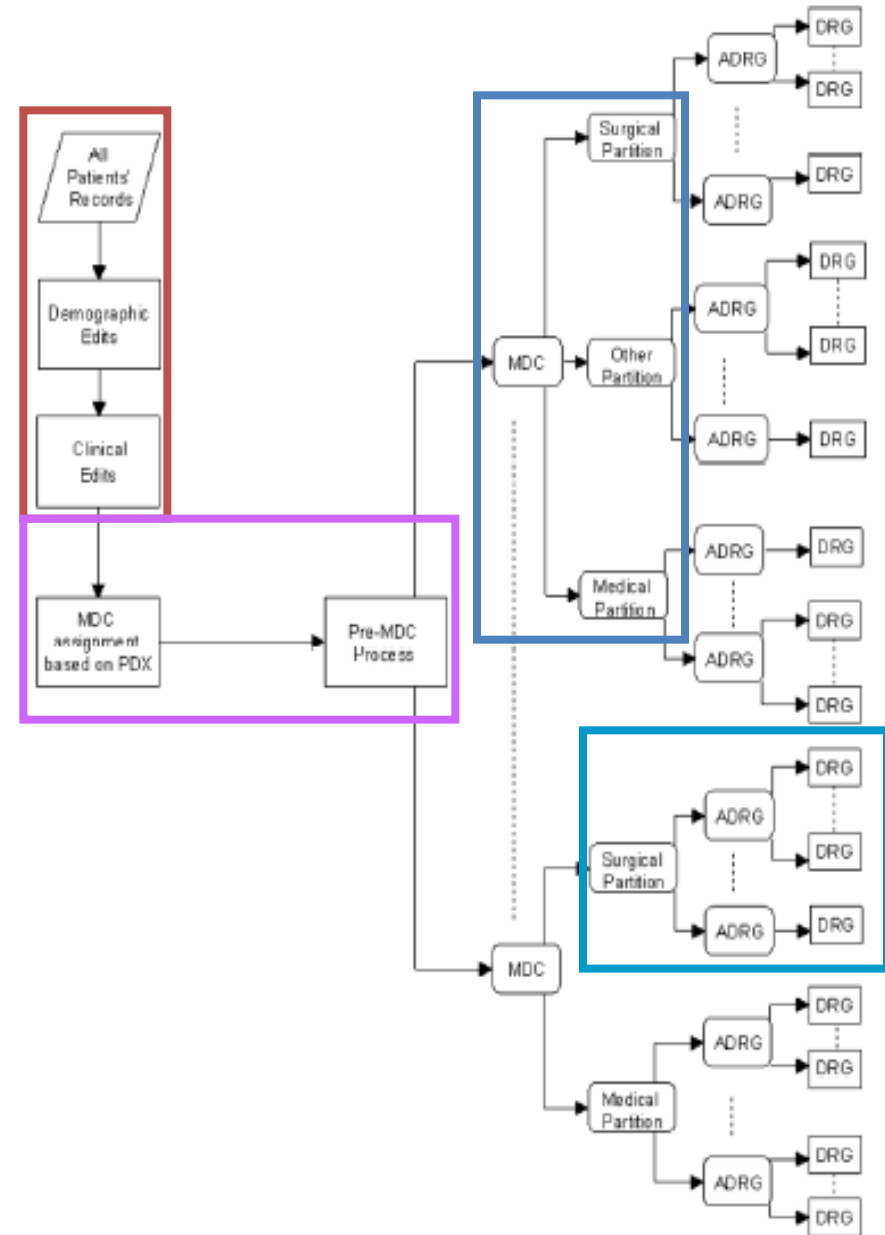
– MDC'lere atama

• 3. basamak

– İlgili alana atama

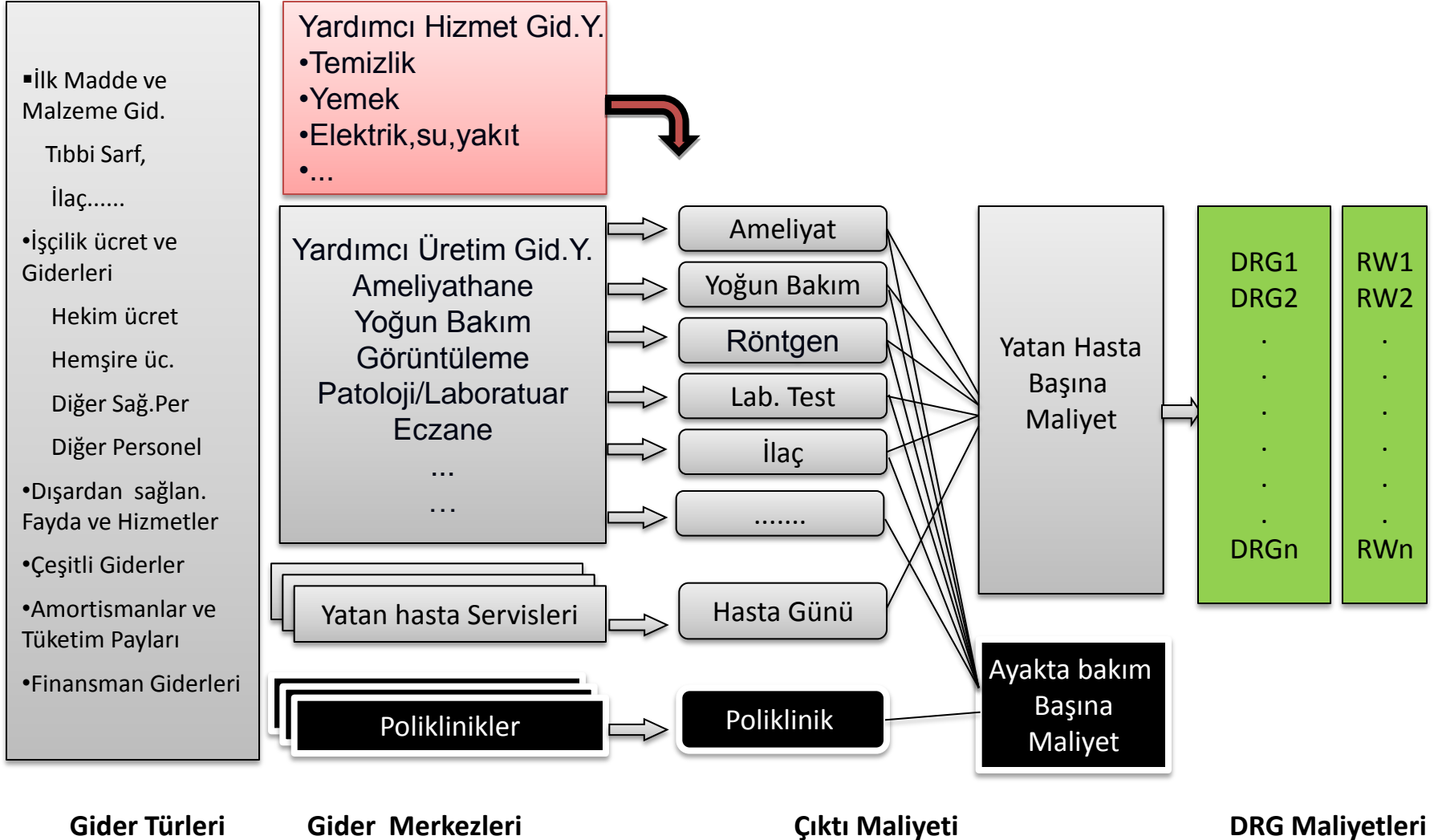
• 4. basamak

– DRG'nin saptanması





# DRG Maliyetleme Yöntemi



# BUT/SUT

**Table 1.1. Federal prospective payment systems**

Site	System	Relative Weighted Group	Abbreviation	Effective Date
Ambulatory Surgery Center	Ambulatory surgery center (ASC) payment method	Ambulatory surgery center group	ASC group	1980
Inpatient Acute Care Hospital	Prospective payment system (PPS)	Diagnosis related group	DRG	October 1, 1983
Skilled Nursing Facility	Skilled nursing facility prospective payment system (SNF PPS)	Resource utilization group, version III	RUG III	July 1, 1998
Home Health Agency	Home health prospective payment system (HHPPS)	Home health resource group	HHRG	October 1, 2000
Outpatient Hospital Service	Outpatient prospective payment system (OPPS)	Ambulatory payment classification group	APC group	October 1, 2001
Inpatient Rehabilitation Facility	Inpatient rehabilitation facility prospective payment system (IRF PPS)	Case mix group	CMG	January 1, 2002
Long Term Care Hospital	Long term care hospital prospective payment system (LTCH PPS)	Diagnosis related group	DRG	October 1, 2002

Sabrınız İçin Teřekkür Ederim!!