

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası ve Farklı Geri Ödeme Modelleri

Aralık 2023

Acıbadem Sağlık Grubu
Tahsin GÜNEY





1- 1970'den itibaren yüksek gelirli ülkeler dahi hızla artan sağlık harcamalarında maliyet kontrolü ve verimlilik artışı amacı ile hem politik hem de bilimsel anlamda **sağlık sistemlerinin finansmanı üzerine eğilmeye başladılar.**

2- Ayrıca sağlık hizmetlerine **eşit koşullarda erişim ilkesi** ile kamu sağlık finansmanınının **kapsamı** gündeme geldi.

3- Kapsamı belirleyen göstergeler;

- a) – **Kimler** kapsamda,
- b) - **Hangi** hizmetler,
- c) – **Hangi sağlık hizmet sunucuları,**
- d) - **Geri ödeme kuralı,** hangi tutara kadar?



1- Kimler; 2007 yılından itibaren kademeli olarak **tüm vatandaşlar** ve oturma izni alanlar,

2- Hangi hizmetler; ilaç, malzeme dahil neredeyse tüm hizmetler,

3- Hangi sağlık hizmet sunucuları; Kamu ve anlaşmalı özel sağlık hizmet sunucuları (poliklinikler ve muayenehaneler hariç)

4- Geri ödeme kuralı;

- **İlaç;** anlaşmalı tüm eczaneler, çok düşük katılım payı

- **Tanı ve tedavi;**

* **Kamu;** Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile kamu üniversite hastanelerinde **katılım payı ödemedi** vatandaş yararlanabiliyor, **global bütçe ile çalışıyor**, yıllık düzenli artışlar yapılıyor.

* **Özel sağlık hizmet sunucuları (SHS);** SGK tarafından belirlenen fiyatlar ve kurullarla hizmet başı geri ödeme sistemi ile ve hastadan alınan %200 üst sınırı var, bazı branşlarda ilave ücret alınmıyor.



2007 ila 2023 arası;

- **Ayaktan tedavide SGK muayene ücreti, radyoloji ve lab. testleri** sadece 3 kat artmış.
 - **Örnek;** 2007 yılında örneğin çocuk hastalıkları muayene tutarı paket olarak 28 TL iken bu gün KDV hariç 79 TL (bir çok laboratuvar ve radyoloji tetkiki dahil)
 - **Asgari ücret ile kıyaslandığında;** 2007 yılında **21** muayene ile asgari ücret dolarken bu gün **170** civarında muayene gerekiyor. (Bu tutarın yarısını hastane alsa hekimin asgari ücreti alabilmek için 340 muayene yapması gerekir ki bu hespla 1 ayda 2 asgari ücret tutarı kadar brüt para alabilir.)
- **Yatarak tedavide;**
 - Ameliyatlarda 3 ila 6 kat artış var,
 - Yoğun bakım hizmetlerinde 4 kat artış var,
 - Yatak ücretinde 3 kat artış var (şu anda 124 TL).
- **Maliyet artışını gösteren tüm göstergeler 13 kat ila 26 kat arası artmış,**
- **Örnek;** TÜFE indeksi 136'dan 1807'ye, Asgari ücret 563 TL'den 13,415 TL, Dolar 1,43'den 28,91'e çıkmış.

Özel sağlık hizmet sunucularının hizmet sunumunda yeri

Sağlık hizmet sunuma ilişkin sayılar (2022, SB istatistikleri)	Toplam	Özel sektörün ağırlığı
Hastane sayısı	1.555	(555) 37%
Yatak sayısı	262.000	(55.000) 21%
Yoğun bakım yatak sayısı	48.800	36%
Yenidoğan yoğun bakım	13.685	54%
Toplam hekim sayısı	184.000	%20
Tıp merkezi ve hastanelere müracaat sayısı	514 m	18%
Yatan hasta sayısı	11,8 m	32%
Ameliyat olan hasta sayısı	4,7 m	34%
SGK yanı ve tedavi kuruluşları ödemesi (2022)	113,5 milyar TL	18%



- Sağlık harcamaları;

2008'den 2021'e GSMH'ya oranı bakımından %5,8'den %4,9'a düşmüş.

- GSS'nin özel sağlık hizmet sunucularına yaptığı ödeme tutarlarındaki sınırlı artışlar;

- **GSS'de kapsam daraltmasına** gittiği anlaşılmaktadır.

- Nasıl doldurulacak???

- doğrudan cepten ödemeler

- özel sağlık sigorta sistemi ile

- ya da başka sistemlerle doldurulması gerekir.

- **Kapsamı;** 2022 sonu itibari ile 2,7 m ÖSS, 3,6 m TSS ile toplam 6,3m kişi, nüfusun %7,4'üne ulaşmıştır.

Artış hızı; 2017'den bu tarafa toplamda %132 artış ve **%724 ile de TSS ferdi en yüksek artış**

- **Hizmet başına** ödeme yöntemi, SGK ile benzer,
- **Sağlık kurumları ile anlaşmalı** fiyatları, kuralları, provizyon sistemleri **farklı**,
- **Kaliteli sağlık hizmetine ilişkin tercih veya derecelendirme sistemi?**
- Ciddi bir **acente** ağı ve acente masrafı var,
- **Network** yapıları (hastane/doktor seçimleri) SHS'lerin indirimlerine göre belirleniyor ve sigortalının prim tutarında etkili,
- **Ağırlıklı olarak tanı ve tedaviye** yönelik hizmet sunuyor, önleyici tanı ve tedavi programlarına sıcak bakılmıyor,

- **Özel sağlık sigortaları;** genel sağlık sigortası prim tahsilatı ve geri ödemesini yapıyor.

- **Temel paket;** Belirlenmiş hizmet kapsamı ve 18 yaş üstü vatandaş için zorunlu olan, prim oranı belli bir sistem, 18 yaş altı ücretsiz. Toplam ücretin %12'si kadar prim, tavan var ve tedavi faturasının belli bir tutarı sigortalı tarafından ödeniyor.

- **İlave hizmetlere** ilişkin gönüllü sigorta, (vatandaşların %80'i alıyor),

- **Sağlık kurumu anlaşmalı ise** global bütçe ile çalışıyor,

- **Sağlık kurumu anlaşmalı değilse** belirli indirimlerle hasta ödemeli ya da kurum ödemeli,

- Katılım payı; Oransal değil tutarsal katılım payı var ama almak zorunda değilsiniz.

- **Hizmet fiyatları farklı** olabiliyor,

- **Network yapısına göre prim değişmiyor.**

- **Faturalama kuralları aynı,**

- **Müstehaklık sorgulama (provizyon sistemi) ortak,**

- **Abonelik sistemi;**
- **Sağlık kurumu ile bireyler veya işveren çalışanları için anlaşılıyor,**
- **Katılım payı var.**
- **Paket içeriği;** değişik paketler, paket içeriğinde CU'lar, pakete göre sınırlı veya sınırsız muayene,
- **Paket dışı hizmetler için indirimler,**
- **Abonenin hastalanması değil hastalanmaması sağlık kuruluşuna kazandırıyor,**
- **Romanya'da örnek sistem var.**



- **Kişisel sağlık himzeti fonu**

- **Singapur'da 1984'de kuruldu**, Medisave olarak adlandırılıyor ve ABD'de de örnek alındı.

- **Her çalışandan** yaşına göre ücretinin belli bir oranı bu fona kesiliyor.

- **Fon Devlet tarafından** sermaye piyasasında yönetiliyor,

- **Fondan ödemesi yapılacak sağlık hizmetleri** kamu tarafından belirleniyor.

- Bu sistem yine yüksek riskli sağlık sigortası (Medishield) tarafından tamamlanıyor.

- **Ödeme gücü olmayanlar** için vergilerle karşılanan ayrı bir fon var.

- **Çalışan kendisi için biriken fonu başka bir yere geçtiğinde de taşıyabiliyor.**

- **Sağlık Geri Ödeme Düzenlemesi (Health Reimbursement Arrangement (HRA))**
- **Artan grup sağlık poliçeleri maliyeti** karşısında ABD'de hızla büyüyor,
- **Fon sistemi;** İşveren tarafından çalışanları için kurdukları fon, vergi avantajı var ve çalışan için bu tutarlar gelir olarak kabul edilmiyor.
- **Kişiler de** kendileri için ödeme yaparak bireysel emeklilik gibi programlardan yararlanabiliyor.
- **İkame veya tamamlayıcı;** Grup sigortası yerine ya da grup sigortanın tamamlayıcı bir parçası olabiliyor
- **Bu fondan kişiler;**
 - sağlık harcamalarını karşılayabiliyor ya da özel sağlık sigortasını ödeyebiliyor.
 - grup sigortasının kısıtlamalarına (network, servis, katılım payı, poliçe tarihi öncesi hastalıklar vs) tabi değil.
 - Çalışan için daha esnek bir yapı,
- **Çalışan** kendisi için biriken fonu başka bir yere geçtiğinde de **taşıyabiliyor,**
- Grup sigortasına ek yapıldığında ise yıllık tazminat ile bu sistem arasında **dengeyi** bulmaya çalışıyor ve sigorta şirketi ile pazarlıkta kullanıyor,
- Bu sistemleri işverenler için **yöneten şirketler** de var.



Accountable Care Organizations (ACOs)

- ABD'de Medicare tarafından sunuluyor,
- **Tanı ve tedavi planındaki hizmet sunucularının koordinasyonu;** Bir tedavinin başından sonuna kadar yer alacak olan sağlık hizmet sunucularını (hekim, hastane, taburculuk sonrası bakım hizmetleri) koordineli bir şekilde belli bir grup hastanın tedavisinde bir araya getiriyor,
- Tedavinin daha **düşük maliyetle ve daha kaliteli** olmasını hedefliyor.
- **Değer bazlı hizmet anlayışını geliştirmeye çalışıyor,**
 - Gereksiz / mükerrer işlemleri azaltmak,
 - Tıbbi hataları azaltmak,
 - En iyi performans sunucularını öne çıkarıyor,
 - Kalite göstergelerini dikkate alıyor (hasta deneyimi, hizmet sunumu koordinasyonu, hasta güvenliği, erken tanı, önleyici sağlık hizmetleri)
 -
- **Ortaya çıkan tasarruf sağlık hizmet sunucuları ile paylaşılıyor,**
 - **Tek taraflı modelde;** 3 yıl boyunca SHS'ler herhangi bir risk yüklenmiyor, %2 üzerindeki tasarrufları Medicare ile paylaşıyorlar,
 - **Çift taraflı modelde;** SHS finansal risk üstlenir ama tasarrufları paylaşırken daha fazla pay alır.



En güzel örnek ????

ACIBADEM

Maalesef yok.

Sürekli yeni model arayışı var.

Hedef;

- Artan sağlık harcamalarının kontrol altında olması, maliyetlerin düşürülmesi, kalitenin artırılması,
 - Önleyici tanı ve tedavi,
 - Kişilerin sağlıklı kalmasını hedefleyen yapı arayışı,
 - Sıkı sevk sistemi,
 - Hizmet sunucu ile hizmet alan arasında maliyeti artıran sistemlerin en aza indirgenmesi ve mümkünse kaldırılması,
- Erişilebilir,
- Gelişen teknolojiye ayak uydurabilen yapı,
- Sürdürülebilir,
- Hakkaniyetli bir sistem,

Teşekkürler





- 1- GSS;** Genel Sağlık Sigortası /SGK tarafından yönetiliyor ve finanse ediliyor,
- 2- Sandıklar;** Sigorta ve Banka Sandıkları /SGK yerine geçiyor,
- 3- Kurum bütçeleri;** GSS kapsamı dışında kalan yasama ile yargı ve bazı yürütme organı başındakiler,
- 4- ÖSS;** Özel sağlık sigortaları



2007 - 2023 Enflasyon Karşılaştırma	2007	2023	Değişim
TÜFE Genel İndeks	136	1.807	1229%
ÜFE Genel İndeks	135	2.882	2033%
Asgari Ücret (Brüt)	563	13.415	2285%
Dolar / TL	1,43	28,91	1923%
Euro / TL	1,85	31,76	1615%
Elektrik (Ticarethane) Birim Fiyat kWh	0,152	3,654	2312%
Doğalgaz Birim Fiyat elektrik üreticileri	0,043	1,143	2537%
Doğalgaz Birim Fiyat serbest tüketici	0,043	0,879	1929%

Maliyet artışını gösteren tüm göstergeler 13 kat ila 26 kat arası artmış, ama SGK muayene ücreti sadece 3 kat artmış.

2007 yılında 20 muayene ile asgari ücret dolarken bu gün 150 civarında muayene gerekiyor.

2007 – 2023 Yılları Özel Hastaneler İçin Uygulanan SGK SUT Muayene Paket Bedellerinin Karşılaştırması

Branş	2007 II. Dönem (TL)	2023 II. Dönem (TL)	Artış oranı	İlave ücret ile artış oranı	2007 II. dönem brüt asgari ücrete ulaşması için gereken muayene sayısı	2023 II. dönem brüt asgari ücrete ulaşması için gereken muayene sayısı
Asgari ücret aylık brüt	585	13.415	2193%		Sadece SUT	Sadece SUT
BRANŞLAR (SUT FİYATLARI)						
İç Hastalıkları	30	87	190%	669%	20	154
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	28	79	186%	661%	21	170
Kardiyoloji	35	102	193%	676%	17	132
Kadın Hastalıkları ve Doğum	35	93	167%	617%	17	144

NOT: Fiyatlara KDV dahil değildir.





Yatan hasta hizmetlerinde de sadece 3 kat ile 6 kat arasında artış olmuş.

2007-2023 İşlem ve Cerrahi Bedelleri Karşılaştırma				
Branş	Paket cerrahi hizmetler	2007	2023	Değişim
Beyin ve Sinir Cerrahisi	Anterior servikal diskektomi ve greft/kafes yerleştirilmesi (tek seviye)	2.083	13.570	551%
Genel Cerrahi	Laparoskopik Kolesistektomi (safra kesesi)	950	6.188	551%
Genel Cerrahi	Apendektomi, akut, Laparoskopik (fitik)	680	4.429	551%
Kardiyoloji	Perkütan transluminal koroner anjiyoplasti ve stent, tek damar	1.030	5.192	404%
Göz Hastalıkları	Fako emülsüfikasyonu	687	3.224	370%
Kalp ve Damar Cerrahisi	Koroner arter by-pass üçlü koroner grefti, otojen greft	6.704	54.087	707%
Ortopedi ve Travmatoloji	Menisektomi DİZ ARTROSKOPİSİ (DAR)	1.012	6.591	551%
Plastik Cerrahisi	Sinir Tamiri (Primer Mikrocerrahi) (Tek Bir Sinir)	610	4.403	622%
Üroloji	Prostatektomi, unipolar TUR	1.000	5.043	404%
Çocuk Cerrahisi	Apendektomi (Çocuk)	400	2.605	551%
Branş	Lab. ve Radyoloji Hizmetleri	2007	2023	Değişim
Tahlil ve Tetkik	BT, abdomen, üst	59	206	246%
Tahlil ve Tetkik	MR, abdomen, üst	72	243	237%
Branş	Yatan hasta hizmetleri	2007	2023	Değişim
Yatarak Tedavi	Konsültasyon	6	18	207%
Yatarak Tedavi	Normal yatak ücreti	32	124	286%
Yatarak Tedavi	Refakatçi ücreti	8	41	449%
Branş	Yoğun Bakım Hizmetleri	2007	2023	Değişim
Yoğun Bakım	Birinci basamak yoğun bakım hastası	204	822	303%
Yoğun Bakım	İkinci basamak yoğun bakım hastası	395	1.746	342%
Yoğun Bakım	Üçüncü basamak yoğun bakım hastası	720	3.289	357%



- **Çifte (duplicate) ya da alternatif sağlık sigortası** – kamu ile nerede ise aynı hizmetleri kapsar,
- **Tamamlayıcı sağlık sigortası (complementary);** kamunun finansmanını karşıladığı hizmetlerden doğan hasta paylarını kapsar,
- **İlave sağlık sigortası (supplementary);** kamu tarafından karşılanmayan hizmetleri kapsar,



Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Kişi başına ödeme, en basit şekilde, belirli bir süre zarfında (genellikle bir yıl) sunulan hizmetler için kişi başına yapılan ödemelerdir.

Bu tip ödemeler **ekonomik riski**, üçüncü taraf ödeyicilerden sağlık hizmeti sunucularına devretmektedir.

Kişi başı ödeme yöntemi ilk olarak **Doğu Avrupa ve Latin Amerika'da birinci basamak** sağlık hizmetlerinde kullanılmıştır.

Kişi başı ödeme, her bir hizmet sunucusu için **sabit bir ücret** veya kayıtlı nüfusun göreceli riskine bağlı olarak risk ayarlı hesaplanmış bir ücret olabilmektedir.

Kişi başına ödeme yöntemi **birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha yaygın olarak** kullanılmaktadır. Çünkü birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanacak prosedürler belirlidir ve buna bağlı olarak maliyetler de hesaplanabilir.



Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Bu yöntemde **sağlanan hizmete ya da sürece bakılmaksızın** her vaka başına ödeme yapılmaktadır.

Vaka ödemeleri **vaka başına sabit ödemelerdir**.

Vaka ödemeleri bazı ülkelerde **ayaktan tedavilerin** ödenmesinde kullanılırken bazı ülkelerde **yatarak tedavilerin** ödenmesinde kullanılmaktadır.

İlk olarak **ABD’de uygulanmaya başlanan**, Türkiye’de ise Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) olarak bilinen yöntem en yaygın bilinen vaka başına ödeme yöntemidir.

Avrupa ülkesi ve Avustralya tarafından uyarlanarak kamu hastanelerinin finansmanında kullanılmaya başlanmıştır.

Vaka ödemeleri yöntemi doğru bir şekilde yönetilirse, maliyet kontrolü sağlamak ve teknik verimliliği artırmaktadır.

Tedavi sürecinden yapılması beklenen **prosedürlere ve vaka gruplarına göre fiyatlar** belirlenmektedir. Vaka ödemeleri yöntemi, hastaları benzer risklere ve hastalık şiddetine göre kategorilere ayrılmaktadır.

Risk ve vaka şiddetinin gruplandırılması için **ICD (Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması)** kullanılmaktadır.