

Kamu ve Özel Sağlık Finansmanında Yenilikçi Yaklaşımlar

Prof. Dr. Simten Malhan

Başkent Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim
Üyesi İyi Klinik Uygulamalar Mükemmeliyet Merkezi Proje
Direktörü



Neden Çözemiyoruz?



<i>Xerox'un Benchmarking Ortakları</i>	<i>Benchmarking Yapılan Süreç</i>
American Express	Faturalama ve Tahsilat
American Hospital Supply	Envanter Kontrolü
Florida Light and Power	Kalite Güvence Süreci
Ford Motor Company	Üretim Hattı Dizaynı
General Electric	Robot Sistemi
Cummins Engine Comp	Günlük Üretim Planlaması
Westinghouse	Depo Kontrolü, Barkod Uygulaması



Nüfus	11,79 milyon
Kişi Başı GSMH	54.700,91 \$
Kişi başı sağlık harcaması	5.174 €
Kamu sağlık harcaması oranı	%82
Cepten ödeme oranı	%15
Diğer (geçici ikamet)	%3



Sağlık Sigortası

Çekya, zorunlu sağlık sigortası sistemine sahiptir. 7 farklı sağlık sigortası fonu mevcuttur.

Sağlık Sisteminin Finansmanı

Sağlık sistemi, ağırlıklı olarak ücrete dayalı sağlık sigortası primleri, devlet/bölge bütçeleri, vergiler ve cepten yapılan ödemeler.



Sağlık Hizmetleri Geri Ödemeleri

Sağlık hizmetleri için ödeme sistemi, birkaç ödeme yönteminin birleşiminden oluşur.

- (1) Tavan limitli hizmet başına ödeme,
- (2) DRG'lere (DRG-Diagnosis related group-Teşhis İlişkili Grup) dayalı vaka başına ödeme,
- (3) Global bütçeler,
- (4) Özel sözleşmeler.



Genel Sağlık Sigortası Fonu (VZP) genellikle Geri Ödeme Yönergesine göre ödeme yapar. Sağlık sigortası fonları, sağlık hizmeti sunucularına aylık avans ödemesi yapar ve son fatura ertesi yıl oluşturulur. Aylık avans ödemeleri, iki yıl önceki yıllık ödemelerin on ikide birine eşittir ve bu rakam bir katsayı ile çarpılır. Katsayının, **belirli bir sağlık hizmet sunucusunun maliyet ve sağlık hizmetlerinin hacmindeki tahmini artışı**

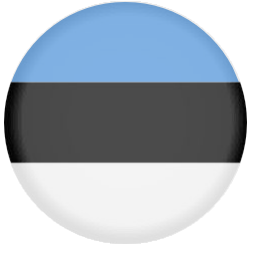
veya azalışı yakalaması beklenir. (Sunucuya özel katsayılar)



Maliyet Paylaşımı (Katki ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

- Her sigortalı kişi (veya yasal temsilcisi), diş hekimleri tarafından sağlanan ilk yardım hizmeti de dahil olmak üzere acil servisler tarafından sağlanan acil bakım katılım payını ödemekle yükümlüdür.
- Sağlık sigortası fonları tarafından geri ödenebilecek 195 ilaç grubu vardır ve her bir grupta geri ödeme için özel koşullar belirlenmiştir. Her gruptaki en az bir ilaç sağlık sigortası fonları tarafından tamamen geri ödenir. Diğer ilaçlar kısmen veya tamamen hastalar tarafından ödenir.
- Sağlık sigortası kapsamında yer alan kişiler ilaç fiyatı ve geri ödeme fiyatı arasındaki fark için ödeme yapmaktadırlar. Kısmen kapsanan ilaçlara ilişkin finansal tavan limitler söz konusudur.





Nüfus	1,37 milyon
Kişi Başı GSMH	30.133,30 \$
Kişi başı sağlık harcaması	2.617 \$
Kamu sağlık harcaması oranı	%74
Cepten ödeme oranı	%24
Diğer (geçici ikamet)	%1

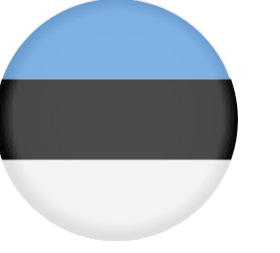


Sağlık Sigortası

Estonya sağlık sistemi temel olarak, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte ikisini oluşturan zorunlu sağlık sigortası vergileri aracılığıyla finanse edilmektedir.

Sağlık Finansmanı

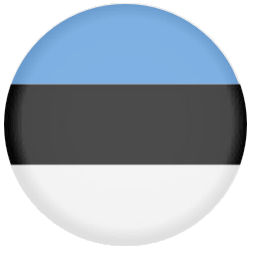
- (1) Sağlık sigortası primleri (ücrete dayalı katkılar ve genel vergilerden aktarılan devlet katkılarından oluşmaktadır),
- (2) Devlet ve bölge bütçeleri,
- (3) Özel harcamalardır.



Sağlık Hizmetleri Geri Ödemeleri

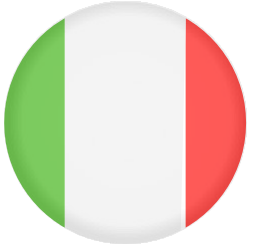
- Ödeme yöntemleri, hizmet fiyatları ve teminat paketi, devlet onaylı tek bir sağlık hizmeti listesine dahil edilmekte ve düzenlenmektedir. Tüm sunuculara aynı fiyatlar üzerinden ödeme yapılmaktadır. Hizmetlerin ve fiyatların listesi yılda en az bir kez güncellenmektedir. Fiyat listesi, bir dizi farklı ödeme yöntemi de dahil olmak üzere 2000'den fazla öge içermektedir.
- Birinci basamakta, Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) tarafından sözleşmeli aile hekimlerine kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme ve performansa dayalı ödeme yöntemi ile ödeme yapılmaktadır.
- Kalite bonus sistemine 2006 yılında başlanmıştır. Bu girişimin temel amacı, koruyucu hastalıklarda kalite ve etkinliğini arttırmak ve kronik hastalıkların izlenmesini iyileştirmektir.





Maliyet Paylaşımı (Katkı ve Katılım Payları-Cepten Ödeme)

- 2002 Sağlık Sigortası Yasası, sözleşmeli sunucuların, kamu veya özel sağlık hizmeti sunucuları olmasına bakmaksızın, alabilecekleri katılım paylarını tanımlamıştır. Kanun, katılım paylarına azami limit koymaktadır ve katılım paylarını yıllık enflasyon oranına göre ayarlamaktadır.
- Hemşirelik hizmeti için %15 oranında katılım payı, yatarak tıbbi rehabilitasyon için %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Hastanelerde, yatarak tedavi için standart üstü konaklama ücretleri de talep edilmektedir.
- Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, geri ödeme listesi dışındaki hizmetler ve EHIF sözleşmeleri kapsamına girmeyen hizmetler için, kendi fiyatlarını belirleyebilmektedirler. Bu fiyatlar “makul” olmalıdır. Yaşa göre ve kronik hastalığa göre geri ödeme oranı değişmektedir.
- Bununla birlikte, yüksek geri ödeme kategorilerinde listelenen farmasotikler, yönetmelikte belirtilenler dışındaki hastalıklarda kullanılıyorsa, genel %50 geri ödeme oranı uygulanmaktadır. Tıbbi cihazlarda ürüne bağlı olarak %50 veya %10 katılım payı alınmaktadır.



Nüfus	58,99 milyon
Kişi Başı GSMH	39.003,32 \$
Kişi başı sağlık harcaması	3.350 \$
Kamu sağlık harcaması oranı	%74
Cepten ödeme oranı	%23
Gönüllü Sağlık Sigortası	%3

Sağlık Sigortası

Ulusal sağlık sigortası sistemi

Sağlık Finansmanı

Ulusal ve bölgesel düzeyde toplanan vergilerin kaynağı çoğunlukla gelir vergisi, kurumlar vergisi ve katma değer vergisinden oluşmaktadır. Katma değer vergisinin %38,5 gibi sabit bir oranı sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır. Vatandaşlar tarafından cepten ödemeler ilaç, laboratuvar, görüntüleme gibi tanı süreçlerinde, ayakta tedavilerde vb. durumlarda yapılmaktadır.





- Oluşturulan pozitif ve negatif listeler tıbbi gereklilik, etkililik, insanlık onuru, uygunluk ve doğumda verimlilik ile ilgili kriterler kullanılarak tanımlanır. Negatif listeler, hak sahipleri tarafından cepten ödeme yolu ile ya da özel sağlık sigortası kapsamında karşılanmaktadır.
- Sigortalı kişilerin özel hastaneye gidişleri, teminat paketinin kapsamadığı tedavileri almaları, ilaç katılım payları, kayıtlı hekim tarafından sevk edilmeden aldığı sağlık hizmetleri vb. gibi nedenler dolayısıyla cepten tedavi ödemeleri ile karşılaşmıştır.
- Bazı bölgeler de, acil servislerin gereksiz kullanımı nedeniyle hak sahiplerinden ücret alma uygulamasına geçmiştir.
- Birçok bölgede sağlık harcamalarının kontrol altına alınması adına ilaçlardan alınan katılım payı uygulaması sıkça kullanılan bir politika aracı haline gelmiştir. Bölgelerin büyük çoğunluğu, ilaçlardan katılım payı alma uygulamasına geçmiş veya zaten alıyorsa miktarını yükseltmişlerdir. Son





Nüfus	2,52 milyon
Kişi Başı GSMH	87.925,09 \$
Kişi başı sağlık harcaması	8.637 \$
Kamu sağlık harcaması oranı	%85
Cepten ödeme oranı	%14
Diğer	%1

Sağlık Sigortası

Norveç'te, devlete ait Ulusal Sigorta Sistemine (NIS) üyelik zorunlu ve evrenseldir.

Sağlık Finansmanı

- Ulusal sistem, ulusal ve belediye vergileriyle finanse edilmektedir.
- **Katılım payı**, 1980'lerin başında uygulamaya konan **maliyet tavanı planına** dahil edilmiştir. Uzman ve pratisyen hekimlerce yapılan muayeneler, röntgen, laboratuvar testleri ve ilaçlar ile yapılan tüm ödemelerin toplamı için tavan tutar belirlenmektedir. Tavan maliyetine takvim yılı içinde ulaşıldığında, cepten yapılan ek ödemelerin çoğu Ulusal Sigorta tarafından karşılanmaktadır.



- Sözleşmesiz özel sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetleri ve yasal teminat kapsamı dışında kalan mal ve hizmetler için ücretin tamamının ödenmesi gerekmektedir.
- Norveç'te ikamet eden bütün vatandaşlar, kendi seçtikleri bir pratisyen hekime bağlıdır ve yılda iki kere değişim yapabilmektedirler. Eğer doğrudan uzman hekime müracaat ederlerse daha yüksek katılım payı ödemek zorundadırlar.
- Hastanelere, somatik sağlık hizmetleri için sabit bütçeleme (%50) ve tanı ile ilişkili grup DRG (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) sistemi (%50) karışımı ile ödeme yapılmaktadır. Diğer hizmetler temel olarak önceden belirlenmiş sabit bütçelerle finanse edilmektedir.





Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi (Health Technology

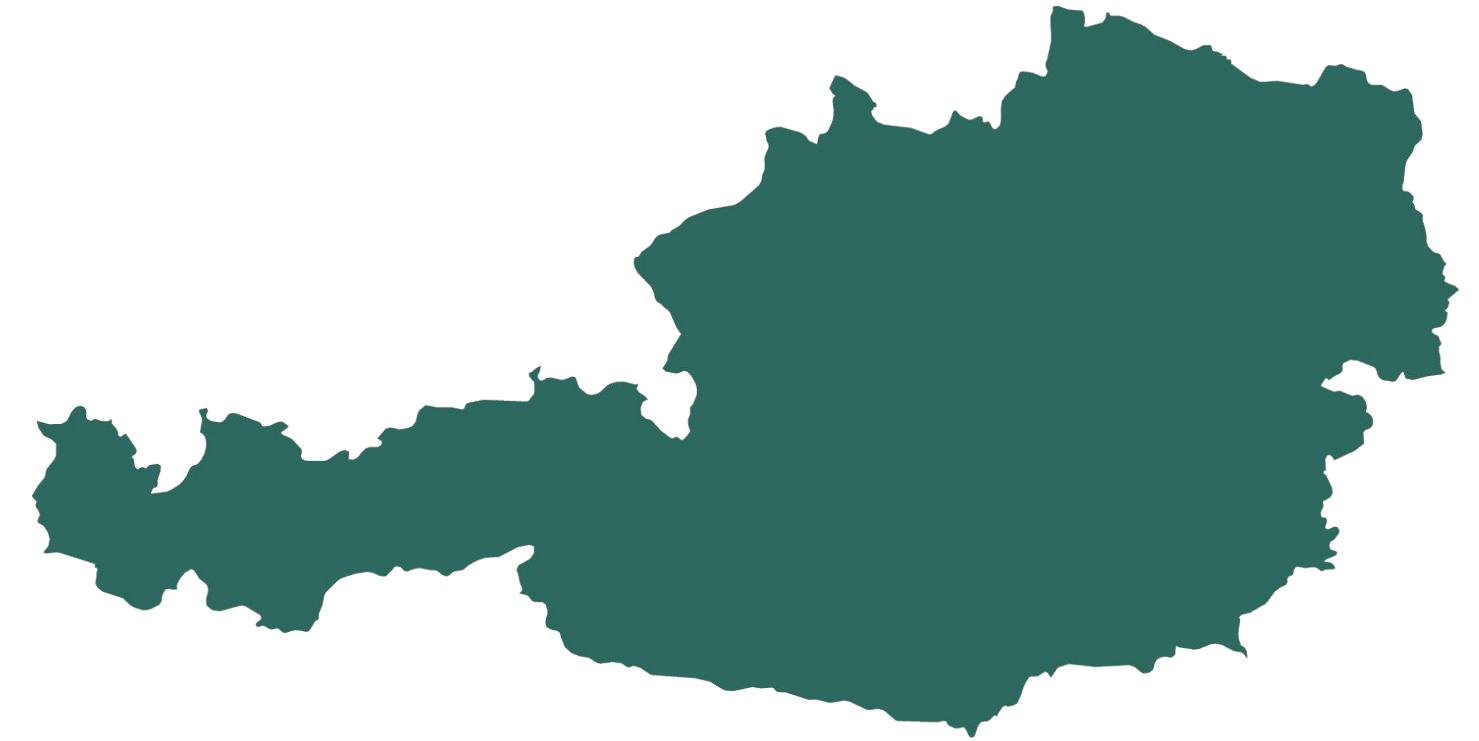
Assesment,nHTA): Norveç'te üç tür sağlık teknolojileri değerlendirilmesi (HTA) yapılır: mini HTA, tekil HTA ve tam HTA.

- Mini-HTA, klinisyenler ve hastanelerdeki destek birimleri tarafından yapılan sınırlı değerlendirmelerdir.
- Tekil teknoloji değerlendirmeleri, karşılaştırmacı ile ilgili tek bir sağlık teknolojisi yöntemine odaklanır ve Norvec İlac Ajansı (ilaclar için) veya Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü (diğer tüm teknolojiler için) tarafından gerçekleştirilir.
- Tam HTA' lar, Norveç Halk Sağlığı Enstitusu tarafından ulusal düzeyde gerçekleştirilen geniş kapsamlı değerlendirmelerdir ve örneğin çeşitli ülkeleri karşılaştırmak için kullanılabilir.





Nüfus	9,132 milyon
Kişi Başı GSMH	56.033,57 \$
Kişi başı sağlık harcaması	6.505 \$
Kamu sağlık harcaması oranı	%78
Cepten ödeme oranı	%16
Gönüllü Sağlık Sigortası	%4
Diğer	%2



Sağlık Sigortası

Dokuz adet eyalet ve 18 adet sağlık sigorta fonu ülke genelinde sağlık sigortası sağlamaktadır. Her bir eyalette yatan hasta bakımı sağlayan fon kuruluşları bulunmaktadır.

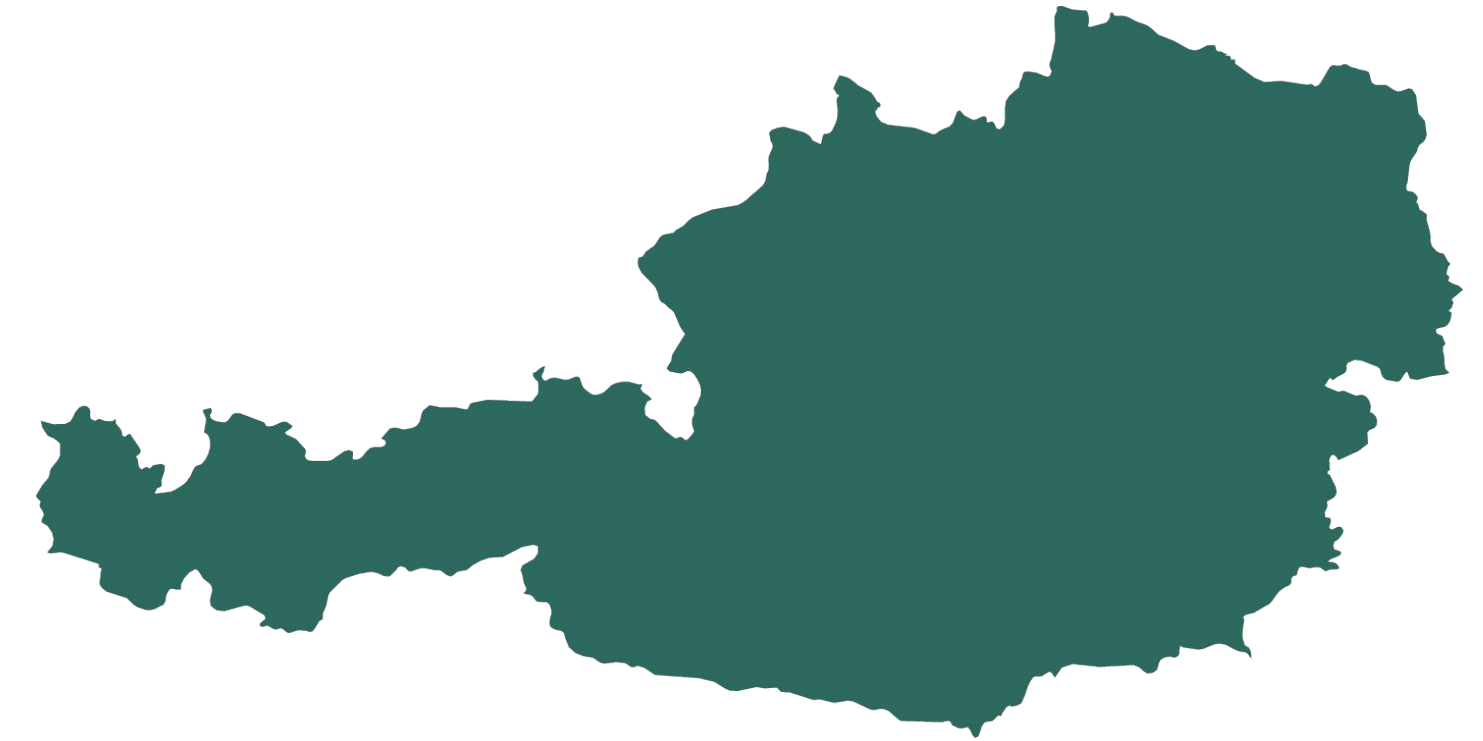
Sağlık Finansmanı

Hizmetler, sigortalıların ve işverenlerin primlerinden, emeklilerde ise kısmen vergilerden finanse edilmektedir.



Geri Ödeme

Avusturya'da asgari teminat paketi kanunla belirlenmektedir. Sosyal sağlık sigortası fonları toplu sözleşmelerle diğer hizmet kapsamlarını oluşturmaktadır. Ayakta tedavide, tıp odaları (Avusturya Tıp Odası ya da bölgesel tıp odaları- bağımsız olarak çalışan doktorlar adına) ve Sosyal Güvenlik Kurumları Ana Birliği (sosyal sağlık sigortası fonları adına) arasında toplu sözleşmeler düzenli olarak müzakere edilmektedir. Bu, her sosyal sağlık sigortası fonunun kendi toplu sözleşmesini görüşmesi anlamına gelmektedir. Bu sözleşmeler, hizmetlerin kapsamını, ilgili tarifeleri, ödeme mekanizmalarını, hizmet hacimlerini ve anlaşmalı sağlık hizmet sunucusu sayısını düzenlemektedir.



Maliyet Paylaşımı

Toplu sözleşme ile hastalardan, sigorta fonlarının öngördüklerinin üzerinde ücret alınabilme imkanı bulunmaktadır. Bu durumda, sağlık hizmet sunucusu ücretleri ile sosyal sağlık sigortası tarafından geri ödenen tutarlar arasındaki farklar için tamamlayıcı sağlık sigortası yapılabilmektedir.

Güney Kore



Nüfus	51,71 milyon
Kişi Başı GSMH	33.121,37 \$
Kişi başı sağlık harcaması	3.123,95 \$
Kamu sağlık harcaması oranı	%62,5
Cepten ödeme oranı	%29
Gönüllü Sağlık Sigortası	%7
Diğer	%1

Sağlık Sigortası

Sağlık hizmetlerine erişimde kişiler zorunlu Ulusal Sağlık Sigortası veya Tıbbi Yardım Programı kapsamında hizmet almaktadırlar.

Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmetleri, gönüllü sağlık sigortası ve cepten ödemelerle, sivil organizasyonlar ve özel şirketler gibi özel finansmanla ya da devlet harcamaları ve zorunlu sağlık sigortasını içeren finansman uygulamalarının bir karması ile finanse edilebilmektedir. Sistem primler, devlet sübvansiyonları, dış katkılar ve tütün ürünlerinden gelen vergiler ile finanse edilmektedir.



Güney Kore



- Göreceli olarak katılım paylarının yüksek (ayakta tedavide %30'dan %60'a ve yatarak tedavi için %25-30) ve geri ödemesiz ürün ve hizmetlerin fazla olması sebebiyle cepten yapılan ödemeler Güney Kore'de yüksek düzeydedir.
- Hastane geri ödemesi, Tanı İlişkin Gruplar (TİG) sistemini hizmet başına ödeme ile birleştiren karma bir model olan Yeni-TİG ile yapılmaktadır.
- Kore nüfusunun %70'inden fazlası, kamu sağlık sigortası katılım paylarını ve sigorta kapsamında olmayan hizmetleri karşılayan özel (tamamlayıcı) sağlık sigortasına kayıtlıdır.
- Katastrofik sağlık harcamaları için Tıbbi Yardım Programı (yoksul halka özel) kurulmuştur.
- Ücret tarifesi Kaynak Tabanlı Göreceli Değer'e göre belirlenir. Göreceli değer, doktorun iş yükünü (zaman ve çaba), genel maliyeti ve bu bileşenlere kıyasla miktarı çok küçük olmasına rağmen malpraktis ile ilgili riski dikkate almaktadır. Hekim iş yükünün ölçülmesi görevi hizmet sunucuları birliklerine ve genel maliyetlerin ölçümü ise Sağlık Sigortacılığı İnceleme ve Değerlendirme Servisi' ne verilmiştir. Sigorta kapsamındaki



hizmetler için doktorların Ulusal Sağlık Sigortası tarafından belirlenen ücret tarifesi



Nüfus	10,54 milyon
Kişi Başı GSMH	33.121,37 \$
Kişi başı sağlık harcaması	55.516,84 \$
Kamu sağlık harcaması oranı	%86
Cepten ödeme oranı	%13
Gönüllü Sağlık Sigortası	%1

Sağlık Finansmanı

Sağlık harcamaları esas olarak vergilerle finanse edilmektedir. Katılım payı uygulaması uzmanlara yapılan ziyaretler, hastaneye yatış ve ilaçlar için mevcuttur.





İsveç'te sağlık hizmetlerine uygulanması amaçlanan üç temel ilke

- İnsana değer ilkesi, toplumdaki statülerine bakılmaksızın tüm insanların eşit onur hakkına sahip olduğu ve aynı haklara sahip olması gerektiği anlamına gelmektedir.
- İhtiyaç ve dayanışma ilkesi, en çok ihtiyacı olanların tıbbi bakımda önceliğe sahip olduğunu ifade etmektedir.
- Maliyet-etkililik ilkesi ise farklı sağlık hizmeti seçenekleri arasından bir seçim yapılması gerektiğinde, maliyetler ile etkiler arasında makul bir ilişki olması gerektiği anlamına gelmekte ve bu ilişki, geliştirilmiş sağlık ve iyileştirilmiş yaşam kalitesi açısından ölçülmektedir.





Cepten Ödemeler ve Maliyet Paylaşımı (Tavan Limitli)

- Hem birinci basamakta hem de uzman bakımında sağlık hizmeti ziyaretleri için sabit oranlı ödemeler şeklinde doğrudan katılım payı uygulaması bulunmaktadır.
- İl meclisleri birinci basamak hariç katkı payı uygulaması,
- Yatan hasta bakımı için katılım payı uygulaması,
- Reçeteli ilaçlar ve diş bakımı için katılım payları ile sağlık hizmeti ziyaretleri için yüksek maliyetli koruma planları, ulusal yasalarla düzenlenmektedir.





Karma Geri Ödeme Modeli

- **Performansa dayalı ödeme** programları; belirli hedeflere ulaşamaması durumunda ödemeyi durduracak şekilde tasarlanmıştır. Hedefler; bekleme süreleri, koruyucu bakım veya hasta güvenliğini kapsayan genel göstergelerin yanı sıra başlıca hastalık alanlarındaki klinik göstergelerle de bağlantılı olabilmektedir.
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, seçime ve özelleştirmeye odaklanan reformun ardından, **kişi başına ödeme** (kayıtlı hastalar için sabit ileriye dönük ödeme), **hizmet başına ödeme** ve **belirli hedeflere ulaşmaya dayalı performansa dayalı ödeme** yöntemleri kullanılmaktadır. Hedefleri belirlemek için kullanılan gösterge örnekleri arasında sağlık hizmeti sunucusuna erişilebilirlik, koruyucu sağlık hizmetleri, hasta memnuniyeti (anket sonuçları), ulusal kayıtlar (diyabet vb.) ve il meclislerinin ilaç formül komitesinden gelen tavsiyelere uygunluk yer almaktadır.





- Yatarak tedavide; fiyat veya hacim tavanları ve kalite bileşenleri ile tamamlanan Tanı İlişkili Gruplara (TİG) dayalı ödeme yöntemi kullanılmaktadır.
- Vaka başına ortalama maliyeti büyük ölçüde aşan vakalar için vaka başına geri ödemeler, gününbirlik ödemelerle tamamlanabilmektedir. İster vaka başına sabit ödemelere, gününbirlik ödemelere, global bütçelere, hizmet başına ücret yöntemlerine veya bu sistemlerin bir kombinasyonuna dayalı olsun, ödemeler geleneksel olarak **maliyetlere dayalı** olarak yapılmaktadır.



Letony

a



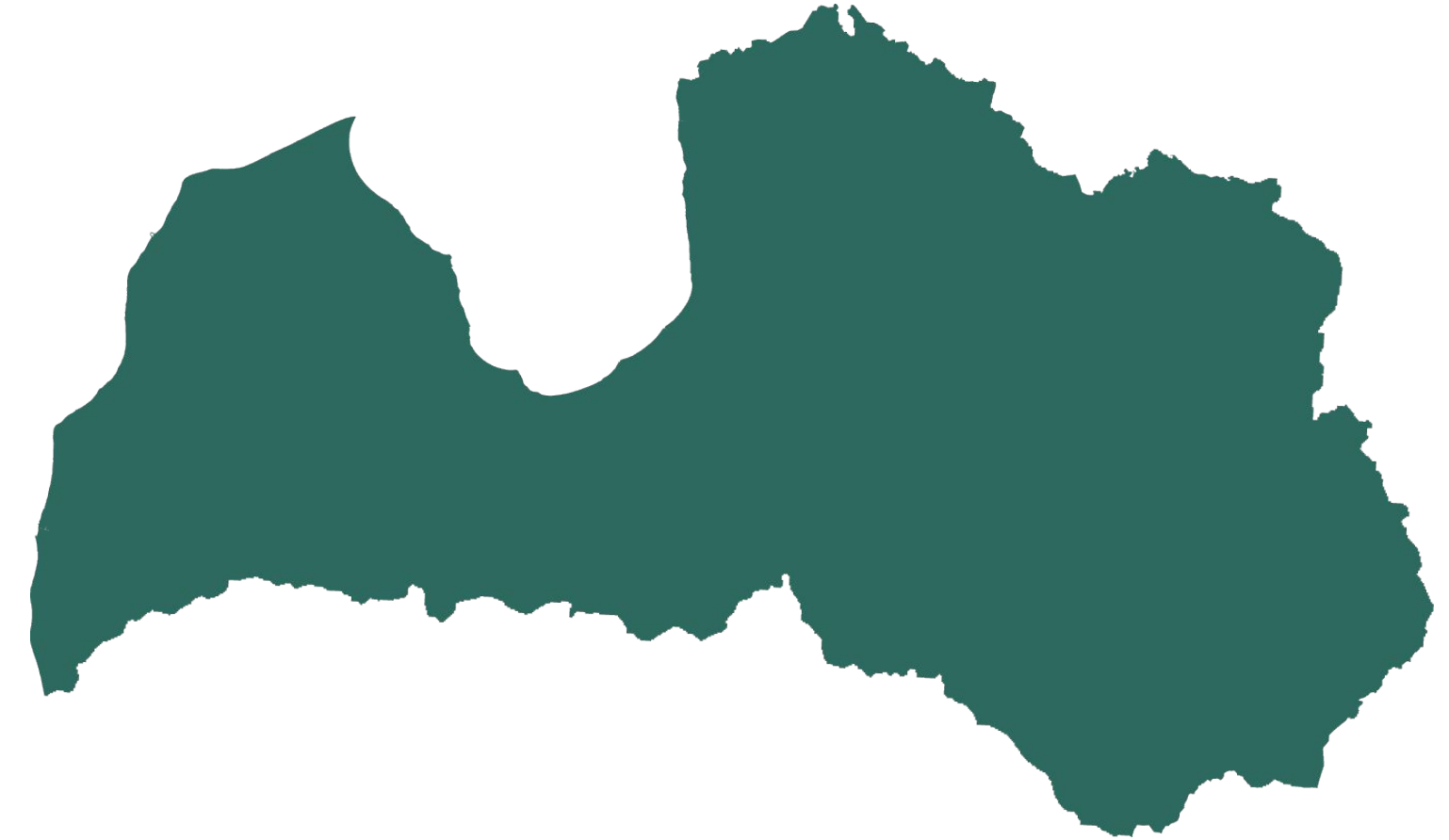
Nüfus	10,54 milyon
Kişi Başı GSMH	22.502,84 \$
Kişi başı sağlık harcaması	2.114 €
Kamu sağlık harcaması oranı	%57
Cepten ödeme oranı	%42
Gönüllü Sağlık Sigortası	%1

Sağlık Sigortası

Ulusal sağlık sigortası sistemi

Sağlık Finansmanı

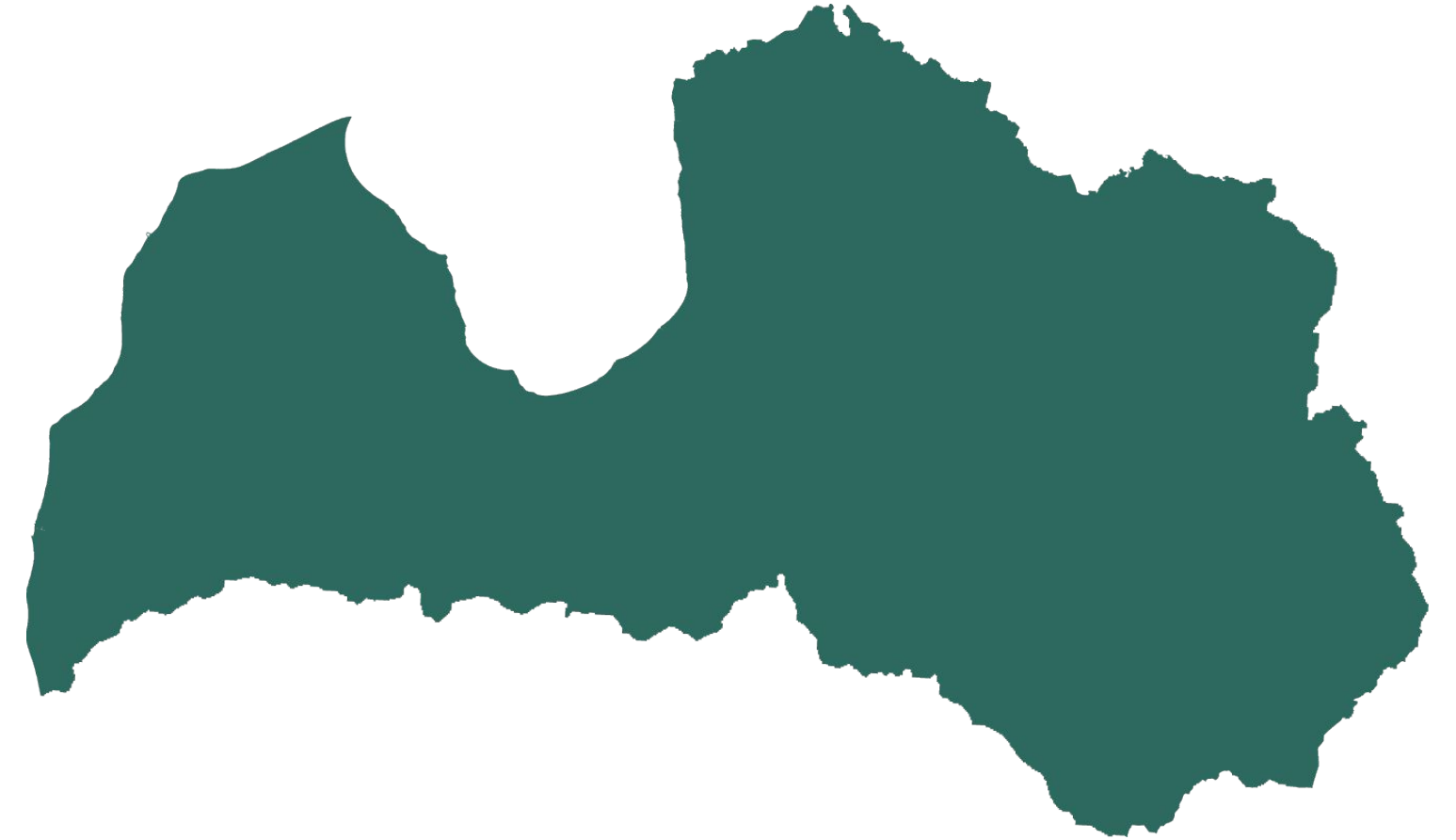
Vergiler (gelir, katma değer ve diğer), doğrudan cepten ödemeler





Geri Ödeme

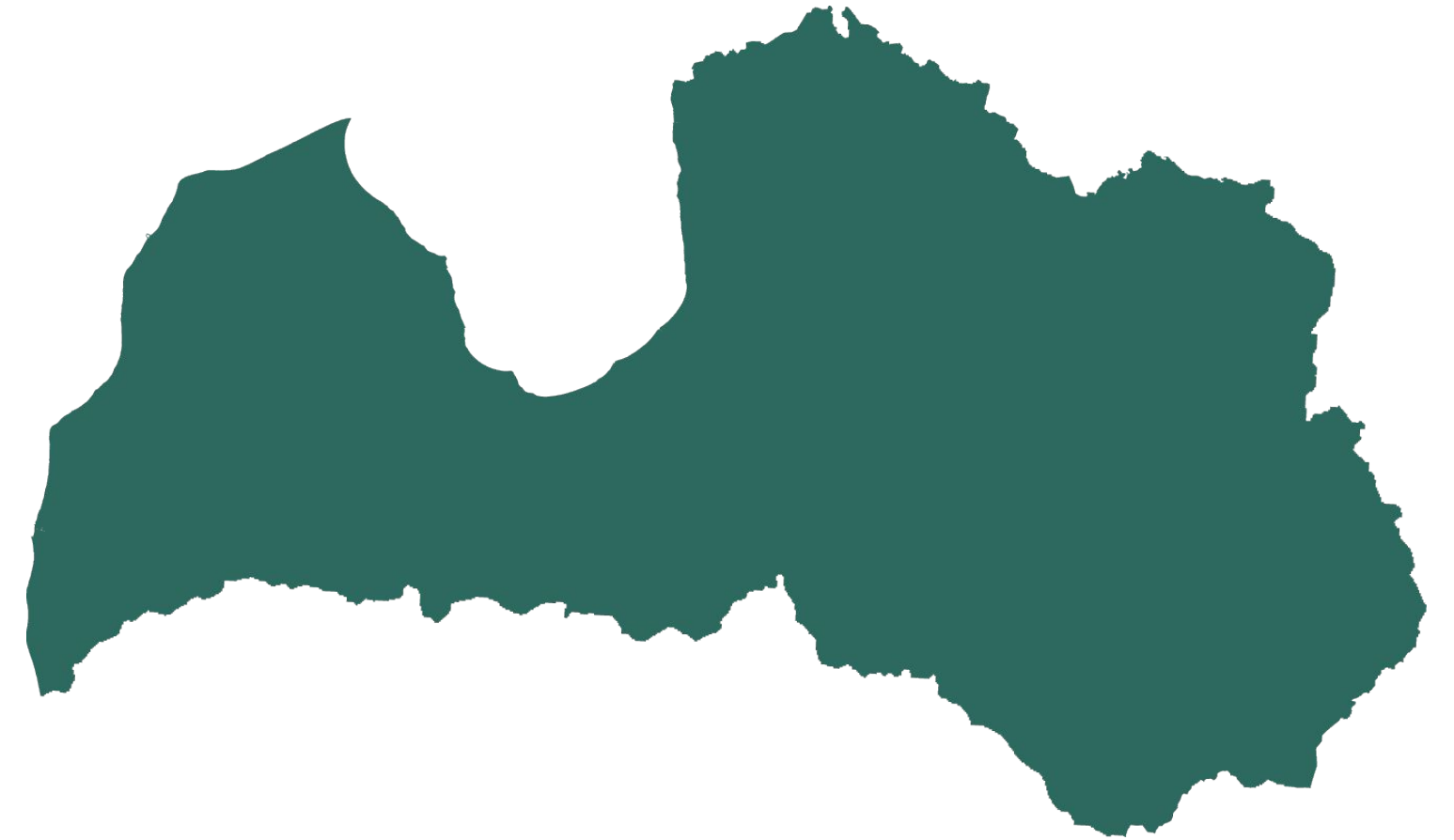
- NHS, sağlık hizmetleri ödeme mekanizmalarına göre sağlık hizmeti sunucularıyla sözleşmeler yapar. Ödemeler, önceden tanımlanmış tarifelere dayanır.
- Hastanelerde geri ödeme ; Her hastane tarafından sağlanacak hizmetler ve her hizmet hattı için ödeme mekanizmaları da bu tarifiede tanımlanmıştır. Her hastane, hastanede bulunabilecek bir dizi uzmana göre hesaplanan acil bakım hizmetleri ve gözlem odaları için sabit bir bütçe alır. Hastaneler ayrıca, önceden tanımlanmış vaka ödemeleri, yatak günü ödemeleri (her hastane ve/veya bireysel hastane seviyesi için tanımlanmış) ve DRG'ye (DRG-Diagnosis Related Group- Teşhis İlişkili Grup) dayalı ödemeler temelinde hastaların tedavisi için ödeme alırlar. Toplam yıllık bütçe eşit olarak 12 aya bölünür ve NHS tarafından ayda bir kez hastanelere ödenir.





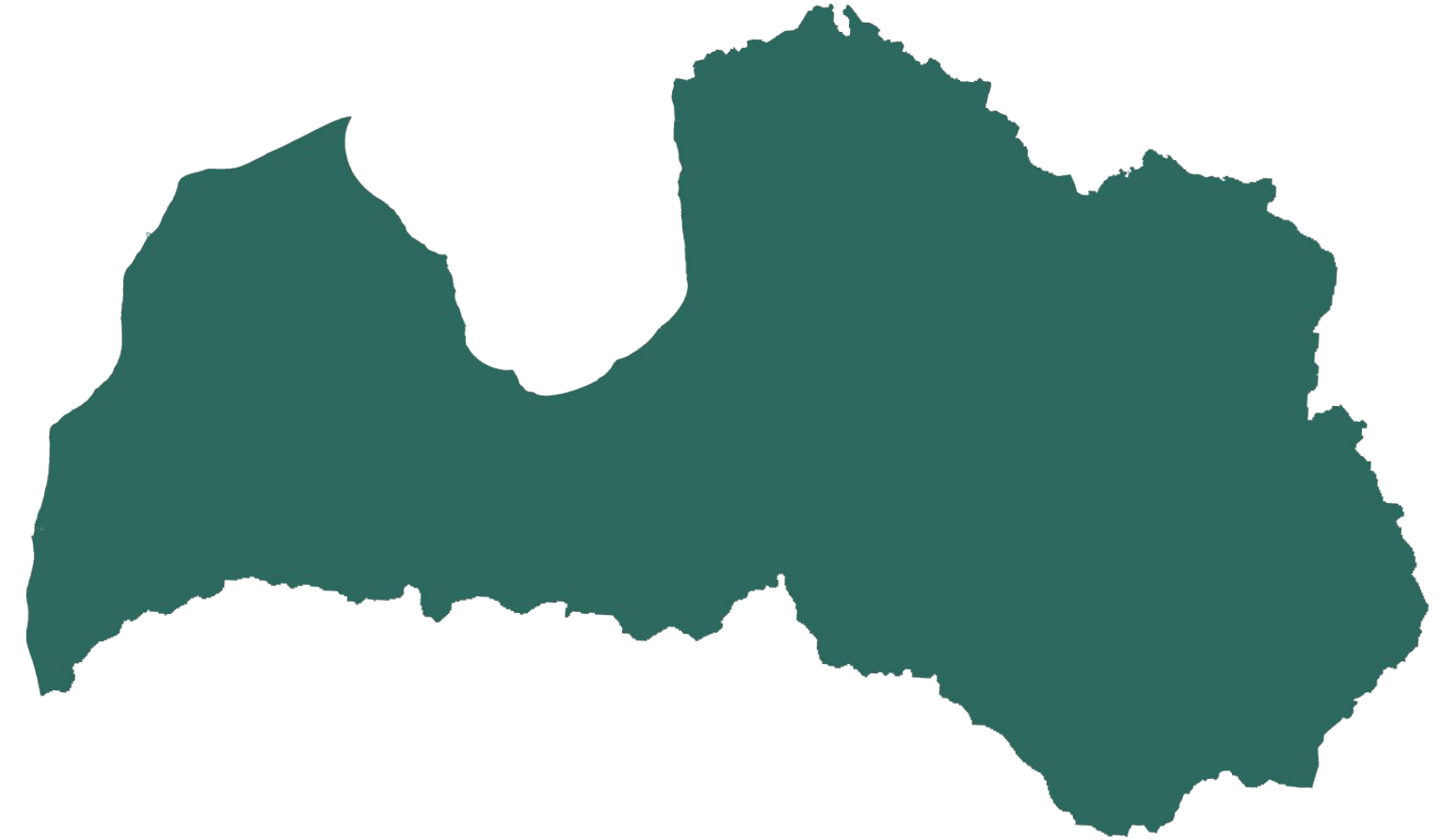
Poliklinik Uzman Hekimlerinde Geri Ödeme

- Ayakta tedavi uzmanlarının geri ödemeleri de üç bileşenden oluşmaktadır.
- İlk olarak, ayakta tedavi uzmanlarına hastalık bölümü başına sabit bir oran ödenmektedir. Her ayakta tedavi uzmanlık grubu, Bağımsız Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) tarafından değişken maliyetler ve sabit maliyetler temelinde hesaplanan kendi bölüm oranlarına sahiptir. Bölüm bazlı bir ödeme, bir uzman tarafından bir ay içinde gerçekleştirilen tüm ziyaretleri/hizmetleri kapsamaktadır.





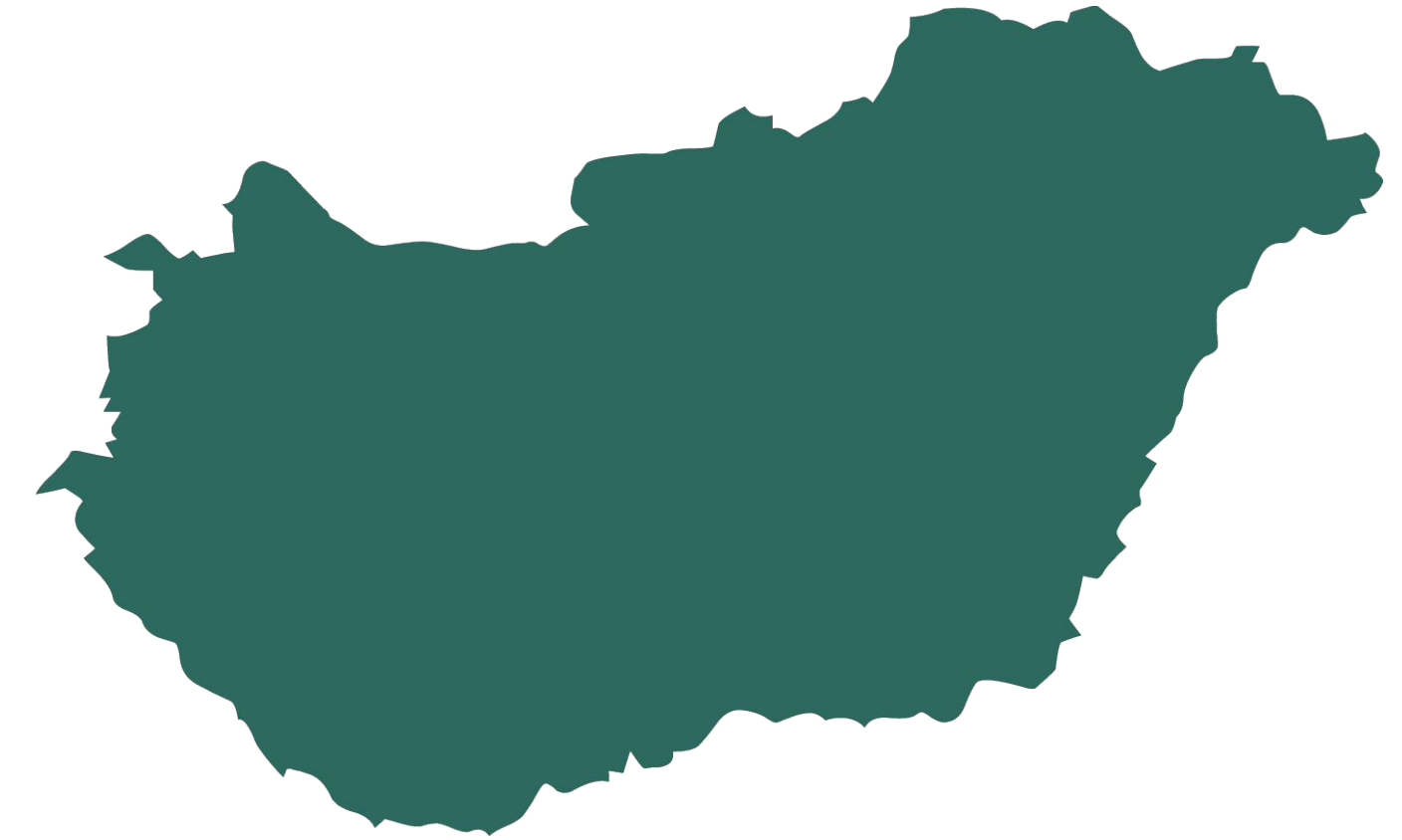
- İkincisi, hizmet başına ödemeler, müdahale başına fiyatlarla sabitlenmiştir. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sunucularının bölüm tabanlı ödemeler ve hizmet başına (FFS) ödeme yoluyla kazanabilecekleri toplam bütçe sınırlıdır.
- Üçüncüsü, psikiyatristler, narkologlar (madde bağımlılığı uzmanları) ve personel için maaşları (hekimler, hemşireler) ve hizmetlerin çalıştırılma maliyetlerini içeren pnomonistler gibi belirli uzmanlıklar için aylık sabit bir uygulama ödeneği bulunmaktadır. Uygun uzmanlıklar için, bölüm bazlı ödemelere ve hizmet başına ödemelerine ek olarak ödenek vardır.



Macaristan



Nüfus	9,592 milyon
Kişi Başı GSMH	22.141,87 \$
Kişi başı sağlık harcaması	1.382 \$
Kamu sağlık harcaması oranı	%61
Cepten ödeme oranı	%27
Gönüllü Sağlık Sigortası	%2
Diğer	%2



Sağlık Sigortası

Macaristan sağlık sistemi 'zorunlu sağlık sigortası' temeline dayanmaktadır.

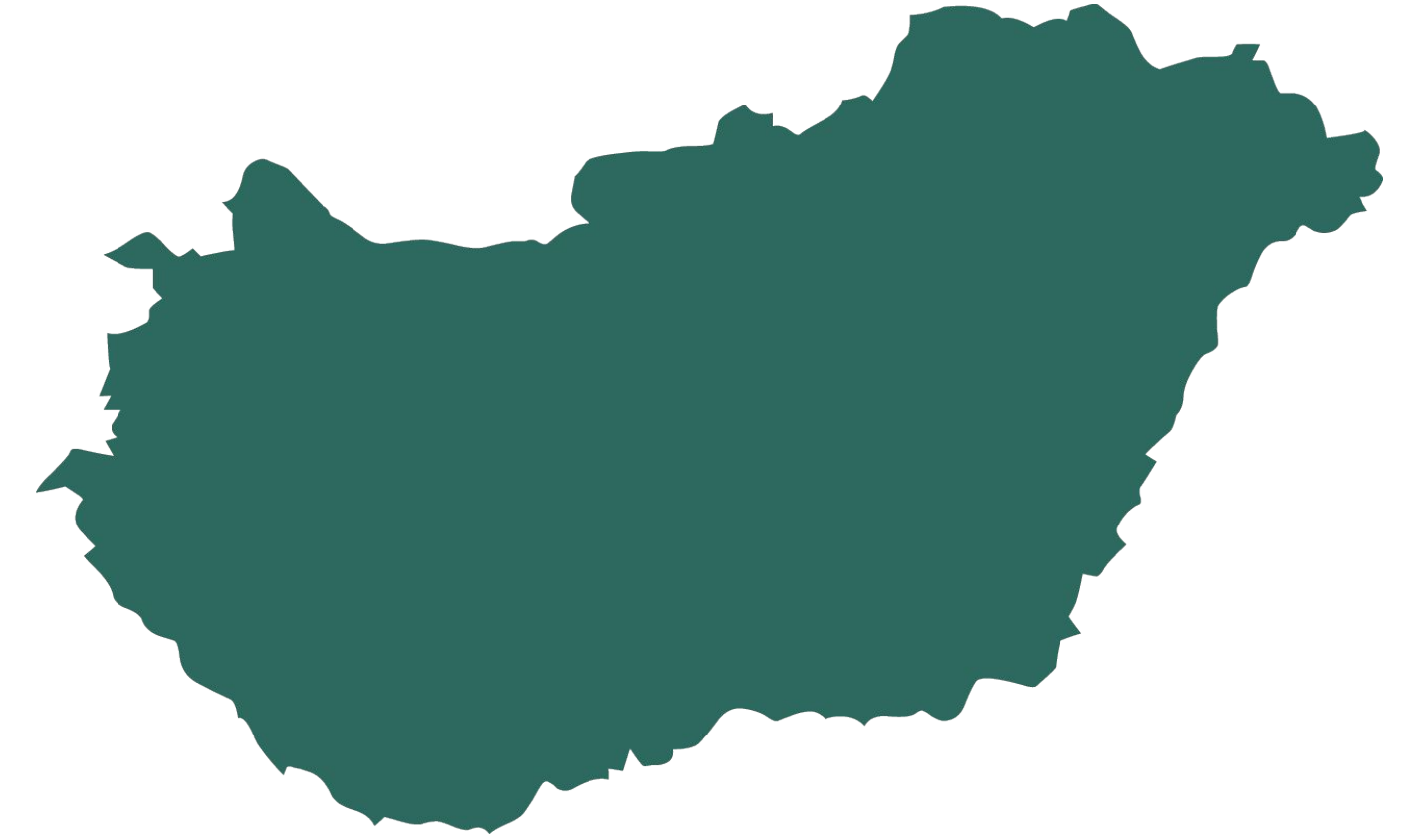
Sağlık Finansmanı

Macaristan sağlık hizmetlerinin finansmanı Ulusal Sağlık Sigortası Fonu Yönetimi Enstitüsü (NIHIFM) tarafından yerine getirilmektedir.

Macaristan'da vatandaşlar, sağlık hizmeti sunumunun finansmanı için zorunlu sağlık sigortası primlerinin yanı sıra genel ve yerel düzeyde gelir vergisi de ödemektedirler.

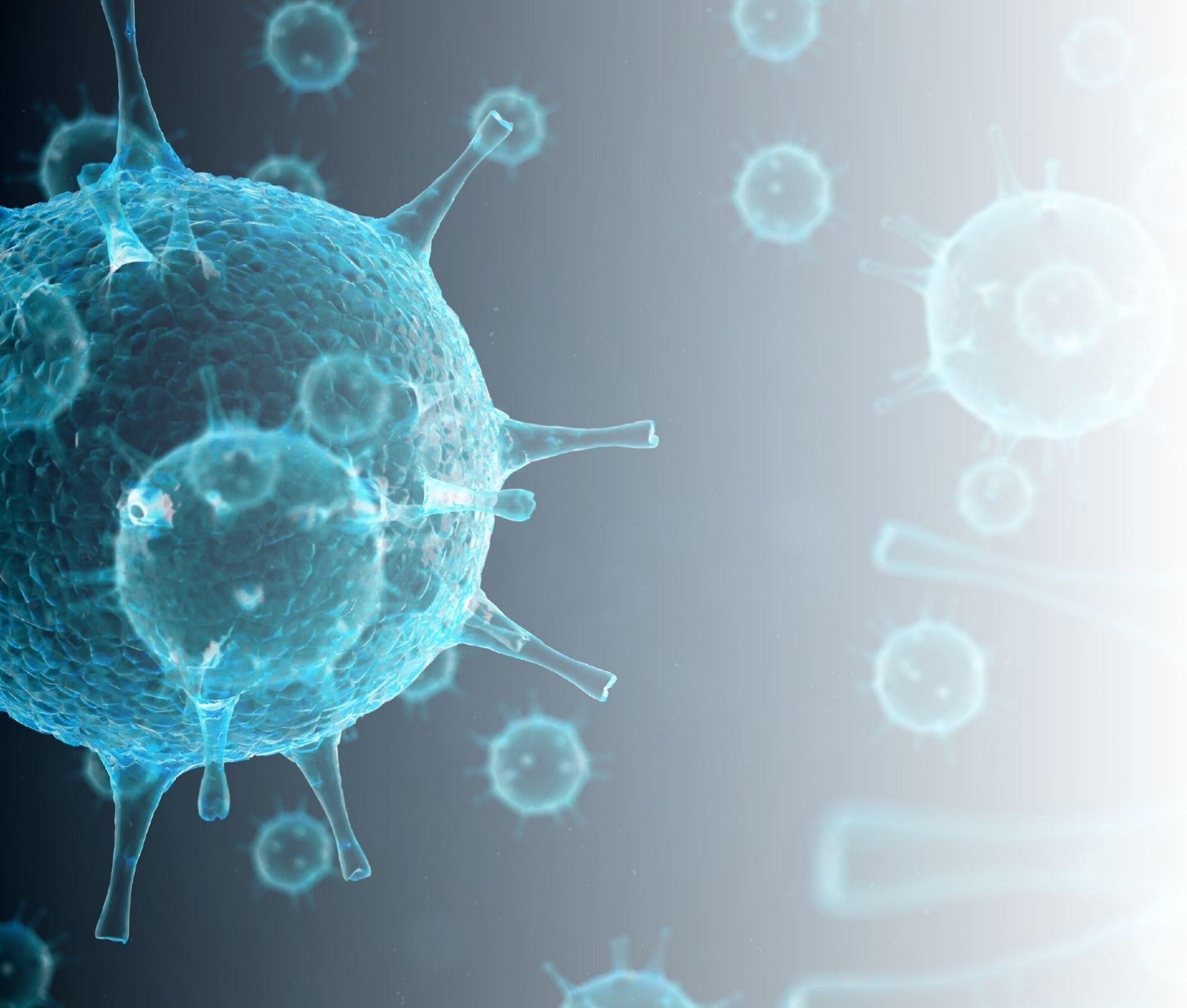


- Macaristan'da ilaçla ilgili **sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi** şeffaf, tarafsız bir kurum tarafından yapılmakta ve kararları tavsiye niteliği oluşturmaktadır. İlaçlar ile ilgili teknolojik değerlendirmeler bir kontrol listesi dahilinde yapılmakta ve hazırlanan raporlar bir kılavuza göre oluşturulmaktadır.
- 2009 yılında, “iyi temel bakımı” teşvik etmek için ayakta tedavilerde performansa göre ödeme sistemi uygulamaya konmuştur. Ayakta tedavide hizmet başına ödeme yapılırken, yatan hastaların finansmanı DRG (DRG-Diagnosis Related Group-Teşhis İlişkili Grup) sistemine göre yapılmaktadır. DRG maliyetleri hesaplanırken, yatırım maliyeti hariç olmak üzere tüm tanı ve tedavi maliyetleri, hastane bakımı sırasında meydana gelen maliyetler, ilaç maliyeti, ücretler (hekim, hemşire vb), konaklama



TÜRKİYE'DE
Respiratuvar Sinsityal Virüs Enfeksiyonu
MALİYET ÇALIŞMASI

Amaç



Bu çalışmanın amacı;

Türkiye için 0-60 ay bebeklerde önemli bir hastalık yükü olan RSV enfeksiyonunun ekonomik yükünü ortaya koymaktır.

Metodoloji



Hastalık Maliyeti (Cost of Illness)

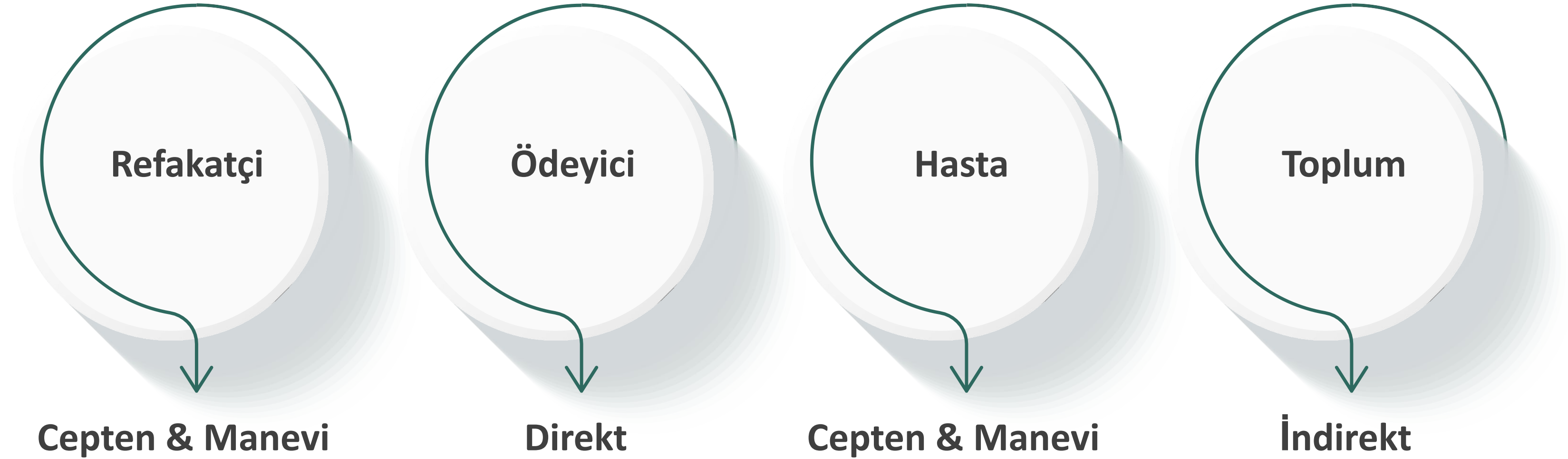
çalışmalarının amacı bir sağlık durumunun veya hastalığın toplum üzerindeki ekonomik yükünü göstermektir.

Hastalık Maliyeti Metodolojisi

Hastalık sadece bireyin değil, yakın çevresinin, işverenin toplumun maliyetidir, bu yüzden direkt, indirekt ve manevi maliyetleri kapsar.

Maliyet Perspektifi

Bu çalışmanın perspektifi direkt ve indirekt maliyetleri kapsayan ödeyici ve toplum perspektifini yansıtmaktadır.





Hastalık Maliyeti Analizlerinde Veri

- Kılavuzlar
- Uzman görüşleri
- Literatür
- Gerçek dünya verisi



Kılavuzlar, Uzman Görüşleri, Literatürler ve Gerçek Yaşam Verisi

- Poliklinik ziyaretleri
- Yatışlar
- Yatışlardaki olası müdahaleler
- İlaçlar
- Yan etkiler

Veri Toplama Aracı: Uzman Paneli



İlk Tur

Farklı uzmanlık alanlarından (çocuk hastalıkları, çocuk enfeksiyon uzmanı, yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım uzmanı, halk sağlığı uzmanı) 10 uzman ile veriler valide edilmiştir.



İkinci Tur

Çalışmanın fikir liderleri ile 2. kez tekrar değerlendirme yapılmıştır.

RSV Kaynaklı Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hasta Sayısı

Yaş Aralığı	%	N	Kaynak
0-1 yaş	%30	272.873	Lively ve ark, 2019, Uzman paneli
1-2 yaş	%18	183.240	
2-5 yaş	%10	335.750	
RSV kaynaklı ayaktan başvuran hasta sayısı		791.864	
RSV + hastaneye yatış	%	N	Kaynak
0-1 yaş	%5	47.872	Demont, 2021
1-2 yaş	%2	20.776	Uzman Paneli
2-5 yaş	%1	33.914	Uzman paneli
RSV kaynaklı hastaneye yatan hasta sayısı		102.562	
Yoğun Bakım	%	N	Kaynak
0-1 yaş	%18,9	9.048	Yılmaz ve ark, 2014
1-2 yaş	%6	1.247	Wick ve ark, 2023
2-5 yaş	%4	1.357	Alan ve ark, 2016
RSV kaynaklı yoğun bakım yatan hasta		11.651	
Ölüm	%	N	Kaynak
0-1 yaş	%1,2	574	Alan ve ark, 2016
1-2 yaş	%1	208	Hacimustafaoğlu ve ark, 2013
2-5 yaş	%0,5	170	Duan ve ark, 2023
RSV kaynaklı ölen hasta sayısı		952	

Toplam Direkt Ağırlıklandırılmış Hasta Başı Maliyet (TL)

	Ayaktan Hasta Başı	Yatan Hasta Başı Servis	Yatan Hasta Başı Yoğun Bakım
Poliklinik	1.597,26	352,32	2.749,14
Laboratuar ve görüntüleme	2.176,29	2.636,43	5.329,5
HASTANE			
Yoğun Bakım & Servis		5.932,27	9.231,05
İlaç ve Uygulama (katkı payı dahil)	1.456,15	17.444,12	14.897,34
Katkı payı	45	45	45
Ortalama Hasta Başı Maliyet (TL)	5.274,71	26.410,15	32.252,07

Direkt Maliyet

	N	Direkt Maliyet
Toplam RSV+ bebek sayısı	894.426	
Hastanede yatarak tedavi	90.911	2.400.977.935,59
Yoğun bakımda tedavi	11.651	375.768.776,71
Ayakta tedavi	791.864	4.176.847.448,34
Toplam Direkt Maliyet		6.953.594.160,65



RSV Kaynaklı Tıbbi Olmayan Direkt Maliyetler

RSV Kaynaklı Tıbbi Olmayan Direkt Maliyetler	%	Hasta Başı Birim Maliyet	Toplam Maliyet
Şehir Dışı Gelen Hasta Oranı	%25	2.200	1.406.577.321
Şehir İçi Gelen Hasta Oranı (Toplu Taşımacılık)	%5	84	10.741.136
Şehir İçi Gelen Hasta Oranı (Özel Araç)	%35	610,74	546.670.111,79
Şehir İçi Gelen Hasta Oranı (Taksi)	%35	625,7	560.060.728
Tıbbi Olmayan Direkt Toplam Maliyet			2.524.049.296
Hasta Başı Maliyet			2.821,98

RSV İndirekt Maliyet



İndirekt Maliyet	%	Toplam Maliyet
Ebeveyn rapor ihtiyacı	15	244.229.904,63
Profesyonel bakıcı ihtiyacı	15	796.396.758,88
Profesyonel olmayan bakıcı ihtiyacı	15	814.099.682,11
Erken Ölüm Maliyeti		13.069.018.209,52
Toplam İndirekt Maliyet		14.923.744.555,14
Hasta Başı Maliyet		16.685,28

RSV Hastalık Yüğü (TL)



	TL
Tıbbi Direkt Maliyet	6.953.594.160,65
Tıbbi Olmayan Direkt Maliyet	2.524.049.296,21
Toplam İndirekt Maliyet	14.923.744.555,14
RSV Toplam Maliyet (0-5 yaş)	24.401.388.012

RSV Hastalığının 0-5 Yaş Arası Çocuklardaki Maliyetinin Toplam Sağlık Harcaması, SGK Sağlık Harcaması, Sağlık Bakanlığı Bütçesi ve SGK Bütçesi İçindeki Ağırlığı

		Toplam Sağlık Harcaması (TL)	SGK Sağlık Harcaması (TL)	2023 SB Bütçesi (TL)	2023 SGK Bütçesi (TL)
		1.244.237.000.000	524.216.000.000	3.115.355.400.400	849.800.000.000
Direkt Maliyet (TL)	6.953.594.161	%0,56	%1,33	%0,22	%0,82
RSV Toplam Maliyet (TL)	24.401.388.012	%1,96	%4,65	%0,78	%2,87
Erken Ölüm Maliyeti (TL)	13.069.018.210	%1,05	%2,49	%0,42	%1,54

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu, SB Sağlık Bakanlığı

Açıklama: 0-5 yaş direkt ekonomik yükü toplam sağlık harcamaları içinde %0,56'lık ve SGK harcamaları içinde %4,65'lik, 2023 SB bütçesinin %0,78'lik ve 2023 SGK bütçesinin %2,87'lik payını oluşturan önemli bir ekonomik kayıptır. Ayrıca ortaya çıkan sekeller uzun vadede sağlık harcamalarına katkıda bulunmaya devam edecektir.

Kaynak: TÜİK, 2023

Sonu

Ç



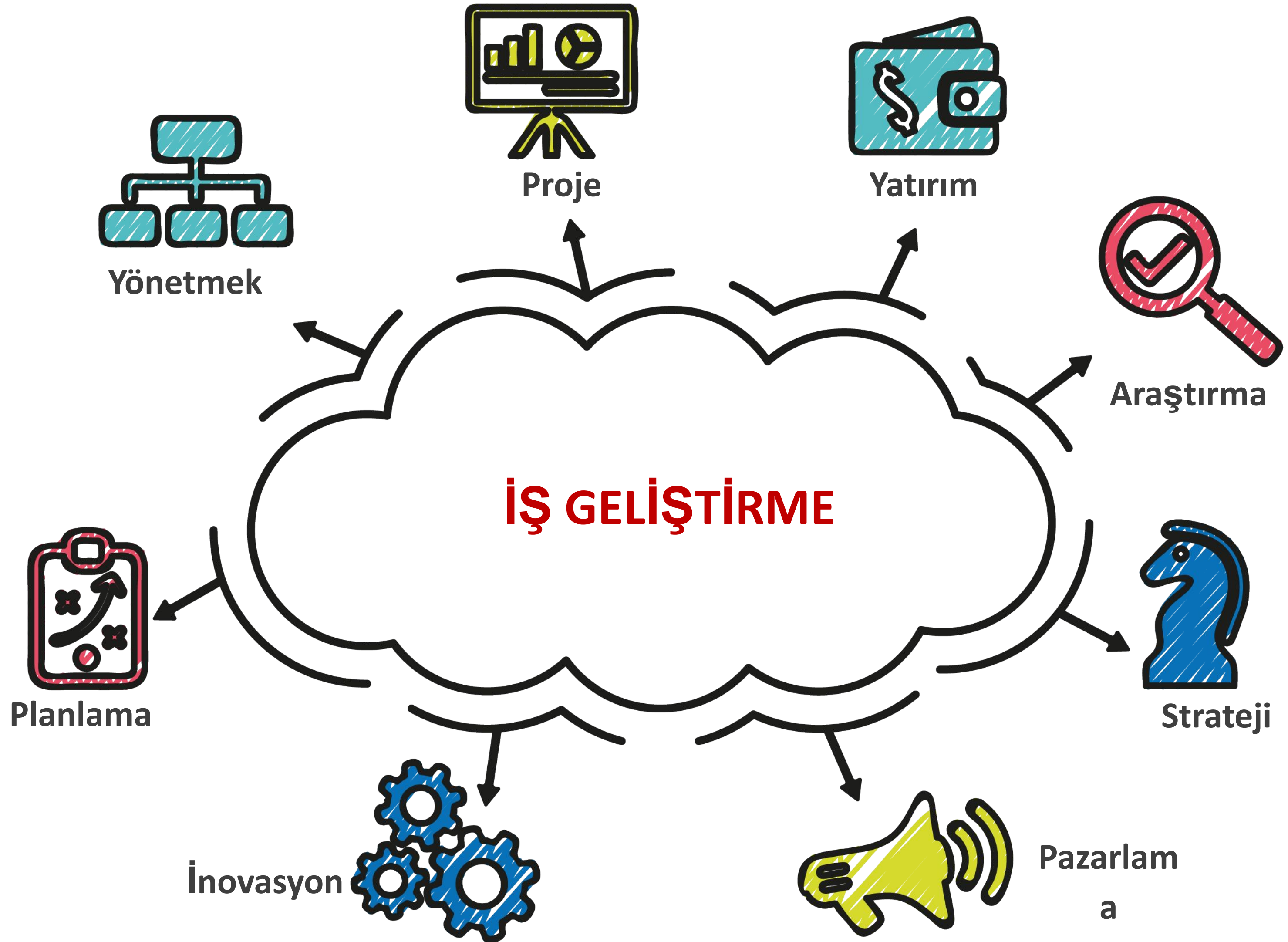
Bebekler üzerindeki hastalık yükünü ve uzun vadeli sekelleri önlemek, sağlık sistemleri üzerindeki direkt ve indirekt maliyetleri önlemek için, **RSV'ye karşı kapsamlı ve tüm bebekleri koruyabilecek bir stratejiye ihtiyaç vardır.**

RSV'ye Karşı Kapsamlı Korunma Stratejileri ve İnovatif Çözümlerle;

- RSV kaynaklı ekonomik yük azaltılabilir (*direkt ve indirekt maliyetler*)
- Acil Servis, yoğun bakım ve hastane yoğunluğu azaltılabilir
- Sağlık personeli üzerindeki iş yükü ve baskı azaltılabilir
- Aileler üzerindeki manevi yük azaltılabilir

Yeni Finansman Kaynağı Ne Olmalı?

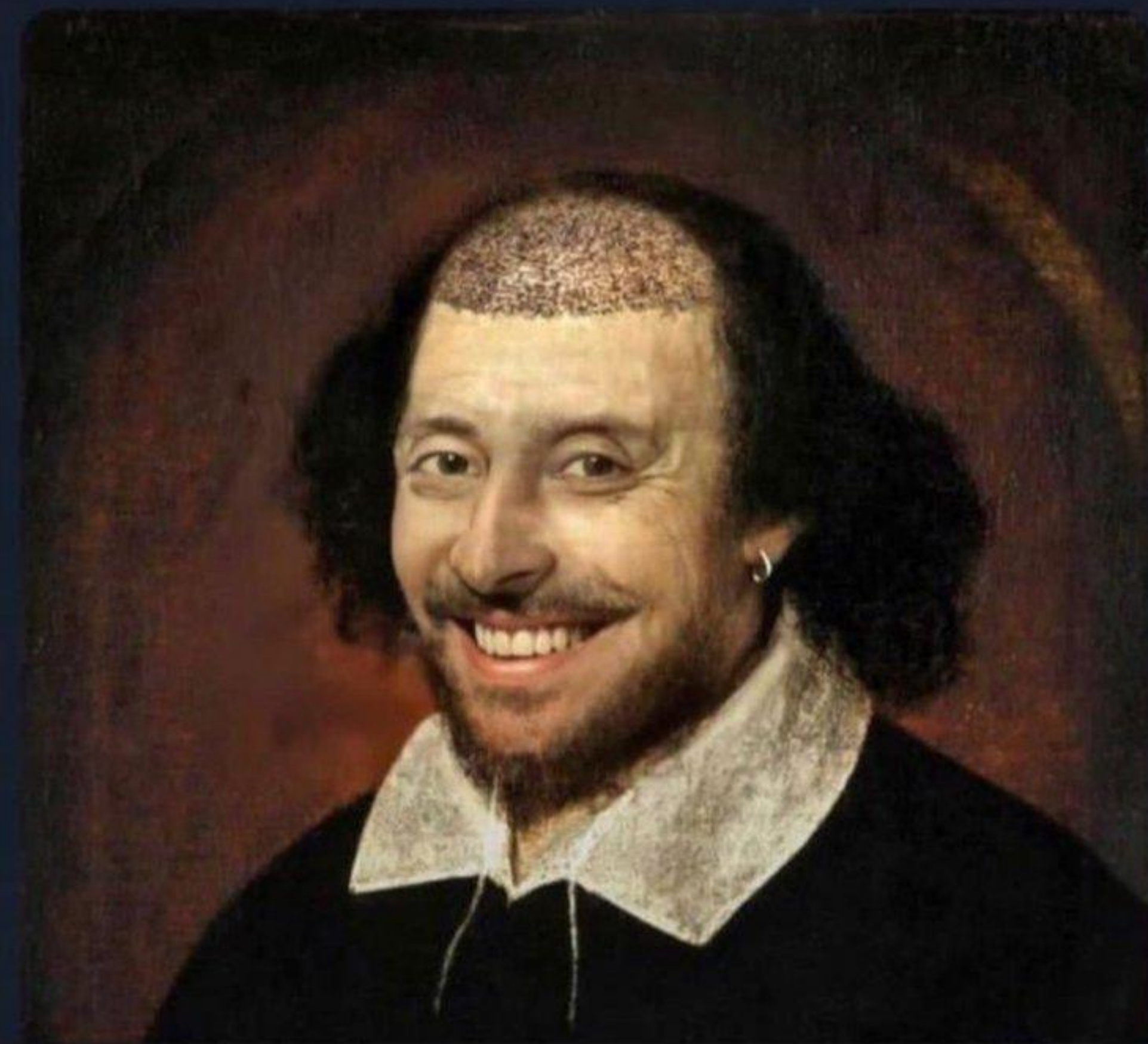




TURKISH HAIRLINES



William Shakespeare after İstanbul trip
(1612)...



Wearable



o Tissues

GEÇMİŞ
OLSUN, BENİM
YANLARIM
AĞRIYO, SİZİN
NEYİNİZ
VAR?..

BENİM DE
YANLARIM
AĞRIYO...

YANLAROLOJİ
SERVİSİ

YANLAROLOG
OP. DR.
NACİ DUMDUR

