



E-ISSN: 2667-5897	<a href="https://dergipark.org.tr/pub/sayod">https://dergipark.org.tr/pub/sayod</a>	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 19/08/2020 Accepted Date / Kabul Tarihi:07/09/2020

SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM: DEĞER  
TEMELLİ ÖDEME MODELLERİ



VALUE-BASED MANAGEMENT IN HEALTH CARE: VALUE-BASED PAYMENT  
MODELS

Atıf/ to Cite (APA): Kopuz, K. ve Akman, E. (2021). Sağlık Hizmetlerinde Değer Temelli Yönetim: Değer Temelli Ödeme. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, (1), 1-21.

Koray KOPUZ<sup>1</sup>  
Eren AKMAN<sup>2</sup>

DOI: <https://doi.org/10.35375/sayod.782858>

ÖZ

Günümüzde sağlık sektöründe hizmet başına ödeme modeli yaygın olarak kullanılmakta ve bu modelde ağırlıklı olarak hizmetin hacmi ödüllendirilmektedir. Hacmin ödüllendirilmesi, daha fazla hizmet sunumuna ve maliyet artışına neden olmaktadır. Sağlık alanında değer temelli yönetim yaklaşımı Porter ve Teisberg tarafından 2006 yılında ortaya konulmuştur. Bu yaklaşımın amacı yüksek değere ulaşmaktır. Değer kavramı ise paraya çevrilebilen girdilere göre sağlık sonuçları şeklinde tanımlanmaktadır. Değer artarsa sağlık sisteminin sürdürülebilirliği artar ve bütün paydaşlar bundan fayda sağlayabilir. Sağlık sektöründe pek çok alanda değer temelli yaklaşımlar kullanılmakla birlikte bunlardan bir tanesi de değer temelli ödemedir. Değer temelli ödeme modelleri, hizmet başına ödeme modelinin aksine, hastaneler ve hekimler de dâhil olmak üzere bütün hizmet sunucularını, olumlu sonuçlar üreten yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakım sağlamaları için ödüllendirir. Değer temelli ödeme modellerinin; ödül ve performans kriterlerinin belirlenmesi, ödemenin bir kısmının hizmet sunumu sonrası alınması, maliyetlerin ölçülmesi, paydaşlar arası koordinasyon sağlanması, taraflar arasında risklerin dağılımı gibi bir takım uygulama zorlukları bulunmaktadır. Ancak hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi, ödeyici kurumlar açısından ödeme verimliliğinin artırılması, kanıta dayalı bakım sağlanması, komplikasyonların azaltılması, bakım koordinasyonunun güçlendirilmesi ve geri ödemelerde artışın sağlanması gibi pek çok fayda sağlar. Bu çalışmanın amacı değer temelli ödeme modellerinin kullanımı ile ilgili genel bir çerçeve oluşturmak ve değer temelli ödemeye geçiş sürecinde dikkat edilmesi gereken noktaları ortaya koymaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Değer Temelli Sağlık, Değer Temelli Yönetim, Değer Temelli Ödeme.

ABSTRACT

Today, the fee-for-service model is widely used in the health sector and the volume of the service is mainly rewarded in this model. Rewarding volume means more service delivery and more cost. The value-based management approach in health was introduced by Porter and Teisberg in 2006. The aim of this approach is to achieve high value. The concept of value is defined as health outcomes according to inputs that can be converted into money. If value increases, the sustainability of the health system increases, and all stakeholders can benefit. In many areas of the health sector, value-based approaches are used, but one of them is value-based payment. In contrast to the fee-for-service model, value-based payment models reward all providers, including hospitals and physicians, for providing high quality and cost-effective care that produces positive results. There are some implementation difficulties in value-based payment models; such as determining reward and performance criteria, receiving a portion of the payment after service delivery, measuring costs, ensuring coordination between stakeholders, distribution of risks between parties. But it provides many benefits such as increasing service quality, reducing health care costs, increasing payment efficiency for payer, providing evidence-based care, reducing complications, strengthening coordination of

<sup>1</sup>Arş. Gör., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, koraykopuz@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7985-8338>

<sup>2</sup> Öğr. Gör., Kastamonu Üniversitesi, Tosya MYO, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü, akmaneren@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6895-851X>

care and increasing reimbursement. The aim of this study is to create a general framework for the use of value-based payment models and to reveal the points to be considered in the transition to value-based payment.

**Keywords:** Value-Based Health, Value-Based Management, Value-Based Payment.

## 1. GİRİŐ

Günümüzde sağlık sektöründe hizmet başına ödemenin yerleşmiş kültürü vardır. Sağlık hizmeti bedelinin ödenmesi kapsamında kullanılan bu yöntemde ağırlıklı olarak hacim ödüllendirilmektedir (Shah, 2016). Hacmin ödüllendirilmesi, daha fazla hizmet sunumu ve daha fazla maliyet anlamına gelmektedir. Ancak gün geçtikçe, daha fazla sağlık hizmeti kullanımının her zaman daha iyi sağlık çıktılarını desteklemediği görülmüştür. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık hizmetlerine gayri safi yurtiçi hasılasının %18'ini (yaklaşık 2.8 trilyon dolar) harcamaktadır. Bu oran diğer gelişmiş ülkelerde yaklaşık olarak bunun yarısı kadardır. Ancak Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyelerinin izlediği hemen her hastalık grubunda ABD'nin sağlık çıktıları OECD ülkeleri ortalamasının altında yer almaktadır (Kaplan vd., 2013). Ayrıca ABD'de yıllık 750 milyar dolarlık tıbbi bakım israfı mevcuttur. Bunun 210 milyar doları gereksiz hizmetlerden, 130 milyar doları ise verimsiz sunulan hizmetlerden oluşmaktadır. Ortaya çıkan bu tablonun başta sağlık hizmetleri maliyeti ve kalitesi olmak üzere pek çok sağlık çıktısı üzerinde büyük etkisi vardır. Hizmet başına ödeme modeli ise bu durumun tek sebebi olmamakla birlikte bu durumun ortaya çıkmasında kilit rol oynamaktadır (Weiler, 2019).

Değer temelli yönetim, en iyi değeri ortaya çıkaran uygulamaların seçimini sağlayan bir yönetim mekanizmasıdır. Değer temelli yönetim kapsamında kullanılan değer temelli ödeme modelleri hizmet başına ödemedeki farklı olarak, klinik kalite, maliyet veya diğer süreç sonuçları gibi iyi sonuçlar için teşvik, kötü sonuçlar için ceza içerir. Dolayısı ile bu modeller hacim yerine değer ödüllendirir (Merrill, 2019; Conrad, 2015). Bu sayede gereksiz hizmetlerin önlenmesi, bakımın iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi, ödeyici kurumlar açısından ödeme verimliliğinin artırılması, kanıta dayalı bakım sağlanması, komplikasyonların azaltılması, bakımın koordinasyonunun güçlendirilmesi ve geri ödemelerde artışın sağlanması gibi pek çok fayda sağlanmaktadır (Horner vd., 2019; Navathe vd., 2019; Plante, 2019; Riley ve Doherty, 2019; Larsson ve Tollman, 2017; Scott ve Eminger, 2016; Henkel ve Maryland, 2015; Conrad vd., 2014; Juniper, 2014; Werner ve Dudley, 2009).

Günümüzde tüm dünyada sağlık sistemlerini hacim temelli modellerden değer temelli modellere dönüştürmek için farkındalık mevcuttur. Değer temelli ödeme modelleri bahsedildiği gibi sağlık sistemlerinin çıktılarının iyileştirilmesi konusunda pek çok fayda sağlar. Ancak tüm değer temelli ödeme modelleri sağlık hizmetlerinde değer artışına ve sağlık çıktılarının iyileşmesine katkıda bulunamamaktadır (Horner vd., 2019; Van Veghel vd., 2019; Santo, 2014). Bu durum değer temelli ödeme modellerinin kullanılması açısından sorun oluşturmaktadır. Dolayısı ile sağlık sistemlerine uygun olabilecek ödeme modelinin seçilmesi ya da böyle bir modelin tasarlanması, değerin artırılması ve sistemin başarıya ulaşması açısından önemlidir. Bu kapsamda değer temelli ödeme modellerinin avantaj ve dezavantajları incelenerek model seçimi ya da tasarımı yapılması önemlidir. Bu çalışmada dünya genelinde kullanılan değer temelli ödeme modelleri açıklanmış ve bu modellerin avantaj ve dezavantajlarına değinilmiştir. Bu çalışmanın amacı, değer temelli ödeme modellerinin kullanımı ile ilgili genel bir çerçeve oluşturmak ve bu sayede değer temelli ödemeye geçiş sürecinde dikkat edilmesi gereken noktaları ortaya koymaktır.

## 2. DEĞER TEMELLİ YÖNETİM

Değer temelli yönetim (DTY), değer yaratma ve paydaşların değerini en üst seviyeye çıkarmayı amaç edinen resmi ve sistematik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır. Bu durum aynı zamanda DTY'nin amacını vurgulamaktadır (McTaggart ve Kontes, 1994). DTY yaklaşımı, Rappaport'un 1986'da "Hissedar değeri oluşturma: İş performansı için yeni standart" adlı çalışmasını yayımladığı 1980'lerin ortasında popüler hale geldi (Elghrabawy, 2012). 1990'lı yılların sonlarından itibaren ise sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte hissedar değeri yaratma kavramı büyük ve güvenilir şirketlerin sloganı haline gelmiştir (Bukvič, 2016). Aynı zamanda DTY yaklaşımı akademide de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Firk vd, 2019). Bir başka tanıma göre DTY, paydaşların değerini arttıracak strateji, politika, performans, ölçüm, ödül, süreç, insan ve sistemleri ayarlamaktadır (Black vd., 1998). Genel olarak bakıldığında DTY, bütün imkânları kullanarak, şirketin ve paydaşların değerini en üst düzeye çıkarmayı hedefleyen bir yönetim yaklaşımıdır (Arnold, 2008).

Geçmişten günümüze kadar yönetim süreçlerinde pek çok değişim yaşanmış ve örgütsel performansı iyileştirmek amacı ile yeni yönetim yaklaşımları ortaya çıkmıştır. Bu yönetim yaklaşımlarından bazıları başarılı olurken bir kısmı başarısız olmuştur. Başarısızlık nedeni olarak, değer yaratma ile ilişkili olmayan veya kısmen ilişkili olan performans hedefleri gösterilmektedir. DTY bu sorunu öncelikli olarak ele alır ve üzerinde bütün organizasyonun inşa edileceği değer ölçüsü sağlar (Koller, 1994). Değer kavramı temel olarak kalite ile ilişkilendirilmiştir. Firma Değeri (FD),  $FD = \text{Beklenen Ortalama Kâr} / \text{Özsermaye Maliyeti}$  şeklinde tanımlanırken, Müşteri Tarafından Algılanan Değer (MTAD),  $MTAD = \text{Kalite} / \text{Ürün veya Hizmetin Fiyatı}$  şeklinde tanımlanmaktadır. DTY'nin buradaki temel felsefesi, en düşük fiyatla en yüksek kaliteyi sunarak müşteri değerini en üst seviyeye çıkarmaktır (Mella, 2019).

DTY üzerine yapılan deneysel çalışmaların çoğu işletmeleri DTY'yi benimseyenler veya benimsemeyenler olarak iki gruba ayırmaktadır (Firk vd., 2016; Lovata ve Costigan 2002; Rapp vd., 2011; Ryan ve Trahan 2007; Wallace 1997). Ancak bu katı sınıflama eleştirilmektedir. Bu sınıflamanın aksine DTY'nin organizasyonlarda kabul edilme düzeyi bir başka ayırım olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı araştırmalar DTY'nin organizasyonun tamamına uygulanması gerektiğinde hemfikirken (Ameels vd., 2003; Young ve O'Byrne, 2001) bazıları ise kurumsal veya yalnızca üst yönetim düzeyinde uygulanması gerektiğini savunmaktadır (Claes, 2006). Teorik olarak, DTY uygulaması basit görünse de, DTY savunucularının çoğunun düşündüğünden daha karmaşıktır ve çok daha fazla sabır, çaba ve sermaye gerektirmektedir (Elghrabawy, 2012). DTY'nin literatürde önerildiği gibi organizasyonun tamamında uygulanması oldukça güçtür ve kullanımı genelde sadece en üst düzey hiyerarşı ile sınırlıdır (Malmi ve Ikäheimo, 2003). Ancak DTY'nin temel amaçlarından biri olan hissedar değeri yaratmak, işletme genelindeki bireylerin ve grupların faaliyetlerinin sonucudur. Dolayısı ile bir yönetim yaklaşımı olarak DTY, hissedar değeri yaratan birey ve grupları uygulamaya dâhil etmeli, motive etmeli ve ödüllendirmelidir. Özetle bütünsel bir yönetim anlayışı olarak uygulanmalıdır (Elghrabawy, 2012).

DTY'nin organizasyonun tamamında uygulanması durumunda karşılaşılabilecek temel zorluklardan biri işletmeleri önemli maliyetlerle karşı karşıya bırakmasıdır. DTY'nin faydası maliyetlerinden daha fazla olduğunda, işletmelerin daha kapsamlı bir şekilde DTY yaklaşımını kullanabileceği belirtilir (Firk vd., 2019). Buna ek olarak DTY uygulayacak olan işletmeler kurum kültürlerini birincil elden değiştirmek zorundadır. Bu durum da yönetim açısından oldukça zor bir süreç olarak görülmektedir (Elghrabawy, 2012). DTY'nin kullanımını inceleyen akademik araştırmalar

az olmasına rağmen, DTY'yi benimseyen işletmelerin benimsemeyenlere göre daha başarılı olduğu tespit edilmiştir (Malmi ve Ikäheimo, 2003).

### 3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE DEĞER TEMELLİ YÖNETİM

Günümüzde gelişmiş ülkeler de dâhil olmak üzere genel olarak sağlığa ayrılan kaynak giderek artmaktadır. Ancak ayrılan kaynağın artması, kaynakların sınırlı olduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Dolayısı ile sağlık alanında sınırlı kaynaklarla hizmet üreten kurumlar, seçenekler arasında öncelik tespiti yapmaktadırlar. Bu seçenekler arasında ise en iyi "değer"i üreten uygulamaların seçimi her zaman kabul gören yaklaşımlardan bir tanesidir (Özsarı, 2018). Son yıllarda pek çok yönetim inovasyonu ortaya çıkmakta ve DTY yaklaşımı da sağlık alanında Porter ve Teisberg (2006) tarafından ortaya konulan inovasyonlardan bir tanesidir. Bu yönetim inovasyonunun özü değerinin tanımlanmasıdır. Bu sayede en iyi değer üreten uygulamaların seçimi daha kolay hale gelmektedir (Colldén ve Hellström, 2018).

Hemen her sektörde, performansı arttırmak için tüm paydaşların çıkarlarını ve faaliyetlerini birleştiren ortak bir hedefe sahip olmak gerekmektedir. Ancak sağlık sektöründe paydaşların, hizmete erişim, kârlılık, yüksek kalite, maliyeti azaltma, hasta merkezlilik, güvenlik ve memnuniyet gibi oldukça çeşitli ve birbirine zıt olabilecek hedefleri vardır. Bu durum sağlık sistemi performansının oldukça yavaş bir şekilde artmasına neden olmaktadır (Porter, 2010). Sağlık sektöründe temel hedef yüksek değere ulaşmak olmalıdır (Bozic, 2017). Yüksek değere ulaşma hedefi yukarıda belirtilen ve farklı hedefleri olan paydaşların çıkarlarını birleştiren temel noktadır. Eğer değer artarsa sağlık sisteminin sürdürülebilirliği artar ve bütün paydaşlar bundan fayda sağlayabilir (Porter, 2010). Sağlık sektöründe değer, paraya çevrilebilen girdilere göre sağlık sonuçları şeklinde tanımlanmaktadır (Expert Panel on effective ways of investing in Health [EXPH], 2019). Diğer bir tanımda ise harcanan dolar başına sağlık çıktıları şeklinde ifade edilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe değer kavramı;

$$Değer = \frac{\text{Sağlık Çıktısı}(\text{Çıktılar} + \text{Hasta Deneyimi})}{\text{Maliyet (Girişimlerin Doğrudan ve Dolaylı Maliyetleri)}}$$

şeklinde formülize edilebilir (Porter, 2010). Ancak, günümüzde sağlık sektöründe artan kaynak kullanımı her zaman hasta çıktılarına veya toplumun sağlığına yansımamaktadır. Bunun pek çok nedeni olmakla birlikte, hizmet sunumunda değere dayalı rekabet eksikliği öne çıkmakta ve sağlık sisteminin temel işlev bozukluğu olarak görülmektedir (Bozic, 2017). Ayrıca sağlık sistemlerinin parçalanmış, verimsiz ve yeterli şeffaflıktan uzak olduğu görülmekte ve eleştirilmektedir. Sağlık alanında DTY anlayışı, bu olumsuzluklara karşın daha tutarlı bir sağlık sistemi için bir dizi ilkeyi içeren değişikliği savunmaktadır (Colldén ve Hellström, 2018; Shah, 2016);

✓ **Sağlık hizmetlerinde değere yönelik politikaları ve kurumları etkinleştirmek:** Ülkelerin değer temelli yaklaşımları destekleyen politik ve kurumsal ekosistemlere sahip olması değer temelli sağlık hizmetine uyum açısından önemlidir. Hastalar, hizmet sunucuları, ödeyiciler ve politika yapımcılar gibi çeşitli paydaşların bu ekosistem içerisinde yer almaları gerekmektedir. DTY'nin uygulanmasında ulusal düzeyde politika destekleri kesin bir avantaj olsa da, bu politika destekleri genellikle ABD, İsveç, Hollanda gibi zengin ülkeler tarafından sağlanmaktadır. Diğer gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğu ise bu politika desteğinden yoksundur. Ancak, Türkiye ve Kolombiya gibi gelişmekte olan bazı ülkelerde de politika desteği bulunmaktadır (Shah, 2016).

✓ **Entegre ve hasta odaklı bakım sağlamak:** Değer temelli sağlık hizmetinde entegre ve hasta odaklı bakım sunulması amaçlanır. Entegre ve hasta odaklı bakım, hizmet başına ödeme modelinden uzaklaşıp genel sağlık sonuçlarına odaklanmayı ve hastayı bakım döngüsü boyunca merkeze alıp hizmet sunmayı ifade eder (Shah, 2016). Bu sayede sağlık hizmetlerinde kalite artışı, verimlilik artışı, aynı hizmetin birden fazla kez alınmasının engellenmesi ve maliyetlerin düşürülmesi gibi pek çok fayda sağlanır (Zipfel vd., 2019; Van der Nat vd., 2017; Shah, 2016). Ayrıca mevcut verilerin paylaşılması, entegre bakım sürecinin yönetilmesi açısından önemlidir. Verilerin etkin bir şekilde aktarımı için de etkin bilgi yönetim sistemleri oluşturmak gerekmektedir. Bu sayede sağlık sonuçlarına odaklı entegre bakım daha kolay sunulabilir hale gelecektir (Collén ve Hellström, 2018).

✓ **Sonuçların ve maliyetlerin ölçülmesi:** Değer temelli sağlık hizmeti, kalitenin iyileştirilmesini sağlamak için sonuç ölçümüne odaklanmaktadır (Zipfel vd., 2019). Sonuç ve maliyet ölçümlerinin iyi bir şekilde yapılması sistem performansının ölçülmesinde ve geliştirilmesinde fayda sağlamaktadır (EXPH, 2019). Ayrıca maliyet analizleri yapabilmek ve hasta sonuç verilerine erişebilme olanağı sağlayan veri ve ölçüm, değer temelli sağlık hizmetinin başarılı bir şekilde benimsenmesi açısından önemlidir (Shah, 2016).

✓ **Sonuca dayalı ödeme yaklaşımı:** Değer temelli sağlık hizmeti modelinin temelinde, ya değer sağlayan etkili tedavileri teşvik eden ya da uygun maliyetli olmayan ve değer sağlamayanlar için engelleyici unsurlar yaratan ödeme mekanizmaları vardır. Bu kapsamda aşırı kullanım ve gereksiz bakımı teşvik eden hizmet başına ödeme modeli kullanılmamaktadır (Bozic, 2017). Onun yerine paket ödemeler gibi hastanın tam bakım döngüsünü kapsayan ve değeri ödüllendiren çeşitli değer temelli ödeme modelleri kullanılmaktadır (Porter, 2010).

Yukarıda bahsedilen ilkeler değer temelli sağlık sistemine geçiş için temel oluşturmaktadır. Fakat değer temelli sağlık hizmetine geçiş oldukça zordur. Pek çok ülke, değer temelli sağlık hizmetine geçiş için temel oluşturan ilkelerin uygulanmasının henüz ilk aşamasındadırlar (Shah, 2016). Bu geçiş sürecinde karşılaşılabilecek zorluklar ve dikkat edilmesi gereken noktalar aşağıda sunulmuştur (Van Veghel vd., 2019);

✓ **Sistemsel ve kültürel dirençler:** Bakım koordinasyonunun sağlanması elektronik hasta kayıtlarına ve bilgi teknolojileri sistemlerinin birlikte çalışmasına dayanmaktadır. Ancak güvenlik ve mahremiyete dayanan zorluklar, teknoloji öncülüğünde değere dayalı bir sağlık sistemi oluşturmak için en önemli endişelerden biri olmaktadır. Veri toplama ve paylaşımındaki bir artış, istenmeyen kullanım potansiyeli nedeniyle hastalarda mahremiyet endişesi yaratmaktadır (Meinert vd., 2018). Bu kapsamda, Hollanda'da 2011 yılında ulusal elektronik sağlık kayıt sisteminin oluşturulması gizlilik kaygıları nedeniyle parlamento tarafından reddedilmiştir. Ayrıca sunulan her hizmet için ödeme yapıldığı hizmet başına ödeme gibi pek çok faktörün köklü kültürü göz önüne alındığında DTY'nin sağlık sistemine uyarlanması biraz zaman alacaktır (Shah, 2016).

✓ **Sonuç ve maliyetlerin ölçülmesi zorluğu:** Gelişmiş ülkelerde hasta tedavi maliyetleri kayıt altına alınmaktadır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde tedavi maliyetlerini kayıt altına almayan ülkeler veya sınırlı olarak kayıt altına alan ülkeler çoğunluktadır. Dolayısıyla bu tür verileri kayıt altına alan bir sistemin bulunmaması sonuç ve maliyet ölçümü zorluğunu meydana getirecektir (Shah, 2016). Ayrıca sonuçların ölçülmesinde diğer bir sorun ise, ölçüm modellerinin hasta perspektifini yansıtmamasıdır. Dolayısıyla bu sürecin dâhil edilmesi daha doğru sonuçlar elde etmek açısından önemlidir (EXPH, 2019).

✓ **Sistematik yaklaşım eksikliği:** Değer temelli sağlık hizmeti sonuçları iyileştirmek ve maliyetleri azaltmak için tek çözüm olarak sunulmaktadır. Ancak iyileştirmelerin nasıl uygulanacağı konusu henüz açık değildir (Zipfel vd., 2019).

✓ **Değerin tanımlanması:** Lakdawalla vd. (2018), değer, net maliyetler, kaliteye ayarlanmış yaşam yılı, verimlilik ve hakkaniyet gibi on iki unsurdan oluştuğunu belirtmiştir. Değerin çok boyutlu olması sebebiyle bir müdahalenin sonuçlarını yansıtmaması oldukça güç görülmektedir. Özellikle uzun dönemli, çeşitli türleri ve aşamaları olan kanser gibi hastalıklarda değer tanımlanması daha güç bir hâl almaktadır (Lievens vd., 2019).

✓ **Klinik liderlik:** Bakım hizmetlerinin yeniden yapılanması, değeri optimize etmek, işbirliği ve ortak hesap verebilirliği geliştirmek, ekip çalışmasını sağlamak ve kalıcı bir öğrenme kültürü geliştirmek için doktorlar tarafından sağlanan güçlü bir klinik liderliğe ihtiyaç vardır (Bozic, 2017; Keswani vd., 2016).

✓ **Eğitim programları:** Değer temelli sağlık hizmeti eğitim programlarının varlığı oldukça azdır. Yalnızca geniş paydaş desteği bulunan Avustralya, Kanada, Japonya, ABD ve Hollanda gibi ülkelerde değer temelli bakım konusunda mesleki eğitim vardır. Değer temelli sağlık hizmetinin benimsenmesi açısından eğitim müfredatına eklenmesi önemlidir. Ancak uzun zaman ve paydaş desteği gerektirmektedir (Shah, 2016).

Yukarıda değer temelli sağlık hizmeti sunacak olan bir sağlık sistemine geçişin zorluklarına değinilmiştir. Bu zorlukların aşılması elbette öncesinde kaynak yatırımı gerektirecektir. Fakat değer temelli bir sağlık sistemine geçiş, hastalar için daha yüksek memnuniyet ve değer sağlamanın yanı sıra hizmet sunucular ve diğer paydaşlar için ödüller sağlayabilir (Bozic, 2017). Günümüzde başta İsveç, ABD, İngiltere olmak üzere Hollanda, Avustralya, Kanada ve Japonya gibi pek çok ülkede değer temelli yaklaşımlar ülkelerin sağlık sistemlerine dâhil edilmiştir (Shah, 2016). Ayrıca sağlık sistemi içerisinde; kronik hastalıklar, kalp hastalıkları, kanser, psikiyatri, protez ameliyatı, nadir hastalıklar, birinci basamak sağlık hizmetleri, evde bakım hizmetleri, hastaneye yeniden yatışı azaltma, satın alma ve ödeme alanlarında değer temelli yaklaşımlar kullanılmaktadır (Adil ve Saeed, 2019; Center for Medicare & Medicaid Services, 2019a; Fantini ve Vaccaro, 2019; Gabriel vd., 2019; Saunders, 2019; Colldén ve Hellström, 2018; Bozic, 2017; Putera, 2017; Van der Nat vd, 2017). Değer temelli yönetim yaklaşımını benimseyen ülkelerin ayrıca geleceğe yönelik hedefleri de bulunmaktadır. Örneğin Hollanda Sağlık Bakanlığı, 2022 yılına kadar toplam hastalık yükünün en az %50'si için sağlık sonuç verisine ulaşmak istemektedir (Garvelink ve Van der Nat, 2019). ABD'de yer alan Center Medicare & Medicaid Services (CMS) merkezleri ise, 2016'da Medicare harcamalarının %50'sini değer temelli ödeme modellerine bağlama hedefine ulaşmış ve bir sonraki hedef olarak harcamaların %80'ini değer temelli ödeme modellerine bağlamak istemektedirler (Bozic, 2017).

#### 4. DEĞER TEMELLİ ÖDEME

Dünya genelinde sağlık sistemlerinin sağlık hizmeti değerini iyileştirmeye çalışırken karşılaştığı en büyük zorluklardan bir tanesi, hizmeti sunan taraflara (sağlık çalışanı, hastaneler vb.) ne şekilde ödeme yapacağıdır (Horner vd, 2019). Sağlık hizmetlerinde değer, daha iyi sağlık sonuçlarını aynı veya daha düşük maliyetle sağlayarak elde edilir (Horner vd., 2019; Porter, 2010). Daha yüksek değer, iyileştirilmiş sağlık sonuçları ve bakım deneyimi (klinik kalite), daha iyi hasta deneyimleri ve düşük bakım maliyetleri sağlar (Conrad, 2015). Son yıllarda sağlık profesyonelleri ve politika yapımcılar, maliyet ile daha iyi sağlık hizmeti arasındaki ilişkinin farkına

varmışlardır. Daha fazla para harcamanın her zaman daha iyi bakım anlamına gelmediği anlaşılmıştır. Örneğin ABD sağlık hizmetlerine gayri safi yurtiçi hasılasının %18'ini (yaklaşık 2.8 trilyon dolar) harcamaktadır. Bu oran diğer gelişmiş ülkelerde yaklaşık olarak ABD'dekinin yarısı kadardır. Ancak Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyelerinin izlediği hemen her hastalık grubunda ABD'nin sağlık çıktıları OECD ortalamasının altında yer almaktadır (Kaplan vd., 2013). Bu durum değer üreten faaliyetler için ödeme yapılması ve bu tür faaliyetlerin teşvik edilmesini ön plana çıkarmaktadır (Santo, 2014).

Değer temelli sağlık hizmeti sunabilmek ve daha tutarlı bir sağlık sistemi için yapılması gereken değişikliklerden bir tanesi de değer temelli ödeme (DTÖ) modellerinin kullanılmasıdır (Shah, 2016). DTÖ modelleri, değer temelli sağlık hizmetlerinin odak noktasında yer alır (Bozic, 2017). DTÖ, sağlık hizmeti alıcılarının (devlet, işveren ve tüketiciler) ve ödeyicilerin (kamu ve özel) sağlık hizmeti sunum sistemini (doktorlar ve diğer sağlayıcılar, hastaneler, vb.) hem kalite hem de bakım maliyeti için sorumlu tuttuğu bir kavramdır (American Academy of Family Physicians [AAFP], 2019). DTÖ modelleri, hizmet başına ödemedeki farklı olarak, klinik kalite, maliyet veya diğer süreç sonuçları gibi iyi sonuçlar için teşvik kötü sonuçlar için ceza içeren ödeme modelleridir (Merrill, 2019). Temel amaç, istenen sonuçları elde etmek için uygun maliyetli müdahaleler sağlamaktır. DTÖ bu amaç doğrultusunda, hastaların daha yüksek değerli ve daha kaliteli bakımı en uygun maliyetle alması için teşvikler sağlar (Riley ve Doherty, 2019). Ancak DTÖ, sağlık hizmetinde değere yönelik politika ve kurumları etkinleştirmek, entegre ve hasta odaklı bakım sağlamak ve sonuçların ve maliyetlerin ölçülmesi gibi yukarıda bahsedilen değişiklikleri yerine getirmeden daha iyi bir sonuç elde etmenin ilk adımı olarak görülmektedir. Bu durum yanlış bir düşüncenin sonucudur. Dolayısı ile değer temelli ödemenin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle bazı adımların atılması gerekmektedir (Dunbar-Rees vd., 2014).

Günümüzde sağlık sistemlerindeki ödeme modelleri genellikle değer üretmek için tasarlanmamıştır (Dunbar-Rees vd., 2014). Bunun yerine sağlık sektöründe hacim için ödeme diğer bir ifadeyle hizmet başına ödemenin yerleşmiş bir kültürü vardır (Shah, 2016). Hizmet başına ödeme; hizmet sunucularına, vermiş oldukları hizmet için ödeme yapılan modeli ifade eder. Örneğin bir hekim yaptığı muayene başına ücret alır. Bir hastane ise, hastanede çalışan hekimlerin sunduğu tedavi hizmeti sayısı ya da yatan hasta gün sayısına göre ödeme alır (Çelik, 2016). Sağlık hizmetlerinde, hizmet başına ödeme modelinin pek çok dezavantajı olmakla birlikte bunlardan en önemlisi değer yerine hacmi ödüllendirmesidir. Sistem daha çok maliyet getiren daha fazla bakımı ödüllendirmek için işler. Dolayısıyla bu durum sağlık hizmetlerinde maliyet artışına neden olmaktadır (Santo, 2014). ABD'de yıllık 750 milyar dolarlık savurgan tıbbi bakım maliyeti oluşmaktadır. Bunun 210 milyar dolarını gereksiz hizmetler, 130 milyar dolarını ise verimsiz sunulan hizmetler oluşturmaktadır. Bu durum maliyet ve kaliteyi etkilemektedir. Tek sebep olmamakla birlikte, hizmet başına ödeme modeli bu tablonun ortaya çıkmasında kilit rol oynamaktadır (Weiler, 2019).

Hizmet başına ödeme modelinin aksine DTÖ modellerinde, hastaneler ve hekimler de dâhil olmak üzere hizmet sunucuları, olumlu sonuçlar üreten yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakım sağlamları için ödüllendirilir (Weiler, 2019). Günümüzde tüm dünyada sağlık sistemlerini hacim temelli modellerden değer temelli modellere dönüştürmek için farkındalık vardır (Van Veghel vd., 2019). ABD, İsveç, İngiltere gibi bazı ülkeler gelenekselleşmiş hizmet başına ödemenin olumsuz etkilerinden dolayı yapılan ödeme reformları ile geri ödemeyi hacimden değere kaydırarak DTÖ modellerini kullanmaya başlamışlardır (Francavilla, 2019; Johnston vd., 2019;

Squitieri vd., 2017). Her ülkenin kendine özgü değer temelli ödeme modelleri olmakla birlikte, bu modeller temel olarak; Performansa Dayalı Ödeme (Pay for Performance), Paylaşılan Tasarufflar (Shared Savings), Paket Ödeme (Bundled Payment), Paylaşılan Risk (Shared Saving) ve Kişi Başına Ödeme (Capitation)'den oluşmaktadır.

#### **4.1. Performansa Dayalı Ödeme Modeli (Pay for Performance Model)**

Değer temelli ödemenin en basit şeklini oluşturur. Bu modelde hizmet sunuculara önceden belirlenmiş bir performans hedefine ulaştıklarında bir bonus ödenir. Bonuslar genellikle gelenekselleşmiş hizmet başına ödeme sistemine değer temelli bir bileşen sunmak için kullanılmaktadır (Horner vd, 2019). Amaç sağlık hizmeti sunucularının kaliteli hizmet sunmalarını ve bakımı iyileştirmelerini sağlamaktır. Hastaneye, hekime, evde bakım hizmet sunucuları gibi pek çok hizmet sunucusuna ödeme için performansa dayalı ödeme modeli kullanılabilir (Werner ve Dudley, 2009). Bu modelde hastanın taburcu edilmesinden sonraki geri bildirimler, yıllık ölüm oranları, sağlık sonuçlarını belirli bir süre içerisinde raporlamak, bir bakım eşiğinin kaliteli bir şekilde tamamlanması, klinik yönergeleri izlemek gibi çeşitli performans ölçütleri kullanılmaktadır (Navathe vd., 2019; Roberts vd., 2018). Ayrıca bu model, diğer değer temelli ödeme yöntemleri ile birlikte kullanılabilen ve anlamlı finansal teşviklerin, hizmet sunucuların davranışlarını kaliteyi arttıracak şekilde değiştirdiği gözlemlenmektedir (Horner vd., 2019; Navathe vd., 2019, Rosenstein vd., 2009). Finansal teşvikler ise, hizmet sunucularının istenen sonuçlara doğru yol alması için oluşturulmaktadır (Putera, 2017).

Genel olarak performansa dayalı ödeme modelinde finansal teşvikler ölçülen performansa bağlıdır. Örnek olarak bir pediatri uygulaması amacının, hastalarının yüzde 80'ini ulusal olarak kabul edilen aşılama kurallarına göre 2 yaşına kadar aşılama olduğu bir performansa dayalı ödeme modeli oluşturulabilir. Bu hedefi aşan ve hastalarının yüzde 90'ını aşılama bir hizmet sunucusu, hizmet başına ödemesine ek olarak %10'luk kısım için bonus alacaktır (Valence Health [VH], 2013). Performansa dayalı ödeme modelinin avantajı diğer gelişmiş değer temelli ödeme modellerinden daha az entegrasyon ve bilgi teknolojisi altyapısı gerektirmesidir. Bu durum bu modeli daha küçük ölçekte hizmet sunucular için cazip kılar. Ancak yine de bu model klinik kalite kriterleri oluşturma ve sonuçları toplama, ölçme ve raporlama gibi yeteneklerini gerektirmektedir (Navathe vd., 2019; VH, 2013).

Performansa dayalı ödeme modeli mükemmel olmamakla birlikte daha ileri değer temelli ödeme modelleri için bir basamak olarak düşünülebilir (VH, 2013). Hizmet başına ödeme modelinde yapılan değişiklikler ile klinik kalite ve hasta deneyimi ölçümlerine dayanan performansa dayalı ödeme modeli teşvikleri desteklenebilir. Ancak hastanın yaşam döngüsü gibi belirli bir süreç boyunca hasta çıktıları ve toplam maliyeti ölçmek için performansa dayalı ödeme modeli uygun değildir (Conrad, 2015). Bu modelde teşvikler, hekimlerin veya hasta popülasyonunun davranışlarını değiştirmek için küçük kalabilir. Ayrıca ödülleri açısından bir hizmet başına ödeme modeli olarak görülebilir çünkü hizmet sunucular daha fazla hizmet vermeleri karşılığında daha fazla ödeme alırlar (VH, 2013). Teşvikleri belirlemek için süreçler değil sonuçlar dikkate alınmalıdır (Putera, 2017). Dolayısıyla bu ödeme modelinde dikkat edilmesi gereken nokta ödül kriterleri veya performans ölçütleri belirlenirken bunların değer ile ilişkilendirilmesi gerekliliğidir. Eğer teşvikler zayıf ve değer ile ilişkilendirilmemiş ise performansa dayalı ödeme modelleri, performansı iyileştirmekten ziyade sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri arttırabilir (Roberts vd., 2018). Özetle ödeme stratejilerinin belirlenmesinde değeri en üst düzeye çıkarmak



temel hedef olmalıdır. Bu amaçtan yoksun ödeme stratejileri kaliteyi ya da performansını arttırmak için bir teşvik sağlamayacaktır (Werner ve Dudley, 2009).

## 4.2. Paylaşılan Tasarruflar Modeli (Shared Savings Model)

Paylaşılan tasarruflar modeli hizmet sunucular açısından daha yüksek ödül anlamına gelmektedir. Genellikle hizmet başına ödeme, performansa dayalı ödeme, paket ödeme ve kişi başına ödeme ile birlikte kullanılır. Bu modelde toplam sağlık harcamalarını ödeyici tarafından belirlenen seviyenin altına düşüren sağlık sunucuları ödüllendirilir. Ödül hizmet sunucunun elde ettiği tasarruf miktarının bir kısmıdır. Buradaki temel düşünce ödeyicinin başka yöntemle hastanın sağlığına daha fazla harcama yapmak yerine daha az harcama yapması ve aynı zamanda hizmet sunucunun da beklediğinden daha fazla gelir elde etmesidir (VH, 2013). Ayrıca herhangi bir toplam maliyet tasarrufunda ödeyicinin amacı, hizmet sunucuların hizmet başına ödeme kapsamında yaptığı gereksiz tedavi ve aşırı reçete etme eğilimini azaltmaktır (Santo, 2014; VH, 2013).

Bu modelde tasarruf sağlayacak teşviklerin gücü, hizmet sunucuların tasarruflardan aldıkları pay ile birlikte artmaktadır. Bu model tek yönlü risk (one sided risk) üzerine kurgulanabileceği gibi iki yönlü risk (two sided risk) üzerine de kurgulanabilmektedir. Tek yönlü olması hizmet sunucuların, ödeyiciler tarafından belirlenen kalite ve maliyet ölçütlerini karşıladıkları sürece ödüllerden yararlanabileceklerini ifade eder. Eğer bu ölçütleri karşılayamazlarsa paylaşılan tasarruf ücreti dışında aldıkları diğer ücretleri (hizmet başına ödeme vb.) almaya devam edeceklerdir. İki yönlü olması ise önceden belirlenen bakımın toplam maliyetini aşmaları durumunda hizmet sunucuları riske sokmaktadır. Bu gibi durumlarda hizmet sunucular önceden ödeyiciler tarafından belirlenen toplam maliyetin aşılma kısmındaki maliyeti de paylaşmaktadırlar (Conrad, 2015). İki yönlü risk, paylaşılan risk modeli altında detaylı olarak açıklanacaktır. Paylaşılan tasarruflar programının oluşum süreci ise şu şekildedir (VH, 2013);

**a. Sözleşme:** Hizmet sunucular ve ödeyiciler arasında; hastaların bakımı ve masraflarından kimin sorumlu olacağı, kapsama dahil olan hizmetler ve tahmini tıbbi maliyetler dikkate alınarak sözleşme yapılır.

**b. Talepler:** Hizmet sunucular, hizmet başına ödemede olduğu gibi taleplerini iletirler.

**c. Analiz:** Ödeyici ve hizmet sunucu varsa ne gibi tasarrufların sağlandığını görmek için tıbbi maliyetleri inceler.

**d. Ödeme:** Ödeyici elde edilen tasarrufları temel alarak hizmet sunan organizasyona hak ettiği bonusları (tasarruf miktarını) öder.

**e. Bonus dağıtımı:** Hizmeti sunan organizasyon elde ettiği bonusları (tasarruf miktarını) program kapsamındaki hizmet sunucular arasında paylaşır.

Paylaşılan tasarruflar modeli birey ve toplum için daha iyi sağlık, sağlık hizmeti maliyetlerinde daha yavaş artış ve kalite artışı gibi pek çok fayda sağlamaktadır (Center for Medicare & Medicaid Services, 2019b). Bu model pek çok fayda sunmakla birlikte, bazı dezavantajlara da sahiptir. Bunlardan biri ödemenin tasarruf gerçekleştiğinden veya kalite hedefine ulaşıldıktan sonra yapılmasıdır. Bazı durumlarda gerekli tasarrufu sağlayabilmek ve kalite ölçütlerine ulaşabilmek için hizmet sunucu tarafından önceden yatırım yapılması gerekmektedir. Ancak elde edilen kalitenin ya da performansın değerlendirilmesi aylar veya yıllar alabilir. Yüksek hastaneye kabul oranlarına, yüksek gereksiz prosedür kullanımına ve diğer kaynak israfına sahip hizmet

sunucular, paylaşılan tasarruf modelinden en çok fayda sağlayanlardır. Buna karşılık yüksek performans gösteren hizmet sunucular diğerlerine göre zaten düşük maliyet ve yüksek hizmet kalitesine sahiptirler ve ödeyicilere hali hazırda yüksek miktarda getiri sağlarlar. Ancak bunun için bir ödül almazlar. Çünkü ödül almaları için daha yüksek miktarda tasarruf sağlaması ve sundukları hizmetin kalitesini arttırmaları gerekmektedir. Ancak hizmet kalitesi oldukça yüksek ve maliyetleri yeterince düşük olduğu için bu durumun gerçekleşmesi oldukça güçtür. Bu modele göre birinci grup oldukça kolay bir şekilde gelişebilirken ikinci grup ise ödülleri elde etmek için önemli ölçüde daha fazla kaynak yatırımı yapması gerekmektedir. Yıllar boyunca bu modelin devam etmesi ve sürekli olarak bir önceki aşamaya göre tasarruf sağlamanın zor olduğu belirtilmektedir. Bu durum bu modelin sürdürülemez hale gelmesine yol açabilir (VH, 2013).

### 4.3. Paket Ödeme Modeli (Bundled Payment Model)

Hizmet başına ödeme modeline alternatif olan bir diğer değer temelli ödeme modeli de paket ödemedir. Bu modelde hizmet sunuculara sundukları her hizmet için ayrı ayrı ödeme yapmak yerine, organ nakli de dahil olmak üzere belirli bir prosedür için (Örneğin diz protezi ameliyatı) genel tedavi sürecini yönetmek amacı ile tüm hizmetleri kapsayan ve önceden belirlenmiş bir ödeme yapılır (Plante, 2019; United Healthcare [UH], 2019). Bundaki temel amaç uygulanan prosedürün her bölümünde sunulan sağlık hizmetinin değerini en üst düzeye çıkarmaktır (Conrad, 2015). Bu model sağlık hizmetinin nasıl ödendiği endişesini ortadan kaldırır, en iyi tedavi uygulamalarını, tutarlı kanıta dayalı bakımı ve daha iyi sonuçları tanımlar ve bunları ödüllendirir (UH, 2019). Bu nedenle hizmet sunucular bu prosedürleri en düşük maliyetle ve etkili bir şekilde gerçekleştirdiklerinde finansal açıdan fayda sağlarlar. Ayrıca önlenebilir komplikasyonların bakımına öncelik verirken gereksiz prosedürlerden kaçınırlar (Plante, 2019).

Paket ödemeler olarak bilinen bu model, tipik olarak, hizmet sağlayıcı tazminatının bir kısmını, ilk ameliyat veya tedaviden çok sonra hastaların nihai sağlık sonuçlarına bağlı kılar.

Bu model hizmet sunucuların ödemelerinin bir kısmını ilk tedavi veya cerrahiden oldukça sonra hastanın nihai sağlık sonuçlarına göre yapılmasını gerekli kılar. Eğer hasta geçirdiği cerrahi operasyon veya aldığı tedavi sonrası ilerleyen zamanlarda iyi sağlık sonuçlarına sahipse hizmet sunucuları ödemelerini alırlar. Bu durum bakım döngüsünün çeşitli noktalarında hizmet sunucuların aldığı klinik kararların sonraki etkilerini hesaba katmasını, komplikasyonları en aza indirmesini, tıbbi olarak gereksiz bakımdan kaçınmasını sağlamak için teşvikler sunar (Horner vd., 2019). Ayrıca hastanın tam bakım döngüsünü veya uzun süreleri kapsayan kronik durumlar için ödemeleri bir araya getirerek ödeyicilerin verimliliğini arttırmasını sağlar (The New England Journal of Medicine [NEJM] Catalyst, 2017). Bu model birden fazla hizmet sunucu tarafından verilecek bir prosedür ile ilgili tüm hizmetleri kapsadığından bakımın koordinasyonunu da güçlendirir (Health Care Payment Learning & Action Network, 2017). Ayrıca belirli bir durum için bir hedef belirlendiğinden bütün hizmet sunucularında (hastaneler, doktorlar ve taburcu olduktan sonra hastanın tedavisine ve iyileşmesine dâhil olan sağlık çalışanları gibi) maliyetleri belirlenen paket hedefinin altında tutma teşviki vardır. Bu sayede elde edilen tasarruf hizmet sunucular arasında paylaşılır. Amerikan sağlık sisteminde belirli bir prosedür maliyeti paket ödeme hedefini aşarsa sağlık hizmeti sunucuları ödeyicilere (Medicare) maliyet farkını geri öder (Santo, 2014).

Paket ödeme modeli içerisinde sağlık hizmeti sunumunda kaliteye bağlı finansal risk (Örneğin yeniden yapılan operasyonlar nedeni ile maliyet artışı), sağlık sigortası şirketleri ve kamu sağlık hizmetleri ödeme kurumlarından sağlık hizmeti sunucularına geçmektedir. Bu durum bazı

teşvikler sağlasa da sağlık hizmeti sunucuları açısından bir dezavantaj oluşturmaktadır (Van Veghel vd., 2019). Birden fazla ödeyicinin olduğu sağlık sistemlerinde, her prosedür veya her prosedürün bir bölümü için ortak bir yol oluşturmak oldukça güçleşmektedir. Ortak yol oluşturulamadığı sürece hizmet sunucular birden fazla ödeme yöntemine uyum sağlamak zorunda kalacaklardır (Horner vd., 2019). Paketin tanımlanmasındaki zorluklar, komorbid (eř zamanlı ortaya çıkan) hastalıkların varlığı ve belirli bir prosedür içerisinde farklı hizmet sunucular arasında hesap verebilirliğin sağlanmaya çalışılması bu yöntemin diğer güç yanlarını oluşturmaktadır. Ayrıca paket ödeme ücreti belirlenirken potansiyel olarak önlenebilir komplikasyonların maliyetinin ne ölçüde bu ücretin içerisine dahil edildiği önemlidir. Eğer önlenebilir komplikasyon maliyetlerinin çoğunluğu ücretin içine dahil edilirse bu durum hizmet sunucuların komplikasyonları önleme konusundaki sorumluluğunu ortadan kaldırır ve değeri arttırma teşvikini zayıflatır (Conrad, 2015).

Bu modelin başarılı olması ve hasta değerini en üst düzeye çıkarması için; optimal teşvikler oluşturmak, paket ödemelerin tüm bakım döngüsünü kapsaması, sağlık hizmeti sunucularının paket ödemelerinin planlanmasına katılması, fiyatlandırma sürecinin şeffaf olması ve paket ödemenin sistemdeki tüm paydaşlar için değer yaratması özellikle önemlidir (Van Veghel vd., 2019; Larsson ve Tollman, 2017).

#### **4.4. Paylaşılan Risk Modeli (Shared Risk Model)**

Değer temelli bir sağlık sistemine geçişle birlikte teşvikler hacimden kaliteye kaymakta ve sonuçlara dayalı riskler, hizmet sunucular ve ödeyiciler arasında paylaşılan bir sorumluluk haline gelmektedir (Weiler, 2019). Paylaşılan risk modeli, paylaşılan tasarruflar modelinin ileri adımı olan bir modeldir. Bu model kapsamında çalışan hizmet sunucular, paylaşılan tasarruflar modelinde belirlendiği gibi elde ettikleri tasarrufları paylaşırlar ancak aynı zamanda ödeyici kurumların belirlediği bütçeyi aştıklarında da aşılan kısım için ödeme yaparlar (Plante, 2019; Henkel ve Maryland, 2015). Bu modelin paylaşılan tasarruflar modeline göre avantajı, daha çok tasarrufu paylaşma imkânının bulunmasıdır. Örneğin yalnızca paylaşılan tasarruflar modelinin kullanıldığı durumlarda hizmet sunucunun tasarruftan alacağı pay %50 iken paylaşılan risk modelinde tasarruftan alacağı pay %60'tır. Bunun nedeni ise paylaşılan tasarruflar modelinde yalnızca kazanılacak tasarrufu kaybetme riskinin (tek yönlü risk/yukarı yönlü risk) olmasıdır. Paylaşılan risk modelinde ise belirlenen maliyet hedefine ulaşılmadığında maliyet farkının da ödenmesi (iki yönlü risk / yukarı yönlü ve aşağı yönlü risk) gerekmektedir. Dolayısı ile tasarruftan daha fazla pay alma, riske katlanmanın ödülü olarak sunulmaktadır. Ayrıca belirtilen oranlar tamamıyla ödeyici ile hizmet sunucu arasında yapılacak anlaşma ile şekillenmektedir (Cattel vd., 2018; Center for Medicare & Medicaid Services, 2012).

Bu modelde hizmet sunucular ve ödeyiciler gibi çeşitli paydaşlar, hizmet kalitesi ve maliyet tasarrufları açısından finansal olarak sorumlu tutulurlar. Bu tarz risk paylaşımı düzenlemeleri yapılarak tarafların üzerinde anlaşmaya vardığı finansal hedefler ve kalite ölçütleri belirlenir. Bu düzenlemelerin klinik entegrasyonu ve finansal verimliliği sağlaması beklenir (Juniper, 2014). Ayrıca paylaşılan risk düzenlemeleri bütün paydaşları birlikte çalışma ve maliyetleri düşürme açısından motive eder (Henkel ve Maryland, 2015). Ancak riskin adaletli olmayan bir şekilde dağıtılmasına ilişkin endişeler paydaşların fikir birliğine varmasını engelleyebilir (Conrad vd., 2014).

Riskin paylaşımını sağlayan risk düzenlemeleri, değer temelli ödeme modellerinde yer alır ve genel olarak kalite standartlarını karşılamak, toplum sağlığını iyileştirmek ve bakım maliyetlerini

belirlenen sınırın altına düşürmek için teşvikler sağlar. Hizmet başına ödeme modelinde risk olmamakla birlikte sırasıyla, performans dayalı ödeme, paket ödeme, paylaşılan tasarruflar, paylaşılan risk ve kişi başına ödeme modellerinde risk giderek artmaktadır. Performansa dayalı ödeme, paket ödeme ve paylaşılan tasarruflar modeline ek olarak paylaşılan risk modeli, belirlenen kalite standartlarının karşılanmaması ve maliyet sınırlarının aşılması durumunda aşağı yönlü risk taşımaktadır (Pizzo vd., 2013). Paylaşılan risk modelinde belirtilen bu risklerden kaçınmak amacıyla stop-loss (zararı durdurma satışı) anlaşmaları ve risk koridoru yöntemleri kullanılmaktadır. Eğer ödeyici kuruluş hizmet sunucuya beklediğinden daha fazla risk yüklemeye yoluna giderse hizmet sunucu stop-loss anlaşması olarak üçüncü taraflara gidebilir. Bu anlaşmada hizmet sunucu belirli bir seviyenin üstündeki bütün finansal risklerin karşılanması için üçüncü taraf sigortacıya sabit bir ücret öder (VH, 2013). Risk koridoru yöntemi ise hizmet sunucuyu yüksek finansal kayıplardan korurken diğer bir yandan kazançları da sınırlamaktadır. Örneğin hizmet sunucu ve ödeyici bir hizmetin maliyeti üzerinde anlaşır. Sonrasında belirlenen maliyetin sınırının %15 üzerindeki maliyetler hizmet sunucuyu korumak amacı ile sınırlanırken kazancında %15'i aşmaması sınırı getirilir. Bu sayede kayıp ve kazanç sınırları arasında bir risk koridoru oluşturulur. Bu oranlar paydaşlar arasında yapılan anlaşmalara göre değişiklik gösterir. Bu yöntemler, ödeyici ile hizmet sunucunun anlaşma olasılığını yükseltmektedir (Cattel vd, 2018; VH, 2013).

Paylaşılan risk modelinin uygulanması zaman ve sermaye gerektirebilir ve riskin dağılımındaki adaletsizlikler bu modelin uygulanmasında güçlükler yol açabilir. Ancak bunların yanı sıra bu modelin pek çok faydası bulunmaktadır (Henkel ve Maryland, 2015; Conrad vd., 2014; Juniper, 2014);

✓ **Klinik entegrasyon ve kalite gelişimi:** Hizmet sunucular, hizmet sunumunda finansal risk altında bulduklarında yüksek kaliteyi korumak için klinik bakımın koordinasyonunu sağlamak zorunda kalırlar ve bu durum kalite gelişimi sağlar.

✓ **Finansal entegrasyon ve verimlilik:** Hizmet sunucular ve sigorta şirketleri arasında maliyet sınırlamaları içeren risk paylaşım düzenlemeleri paydaşların çıkarlarını ayarlamaya ve finansal verimlilik elde etmeyi sağlar.

✓ **Veri ve yönetim hizmetleri:** Geri ödemenin sağlanması amacıyla önceden belirlenmiş hedeflere ulaşmış ve ulaşmadığını belirlemek için etkili veri toplama gerekir. Bu durum bilgi yönetim sistemlerinin gelişmesine fayda sağlar.

✓ **Geri ödemede artış:** Hizmet sunucular önceden belirlenmiş hedeflere ulaştığında ödüllendirilir ve bu sayede geri ödemelerde artış sağlanır.

#### 4.5. Kişi Başına Ödeme Modeli (Capitation Model)

Bir diğer değer temelli ödeme modeli ise kişi başına ödemelerdir. Kişi başına ödemeler nüfus bazlı ödemeler (population based payment) altında yer alıp, belirli bir hasta popülasyonundaki her bir kişinin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için önceden ücret ödenmesine dayanır (Horner vd., 2019). Bu modelde sağlık hizmeti sunucusu ile ödeyici arasındaki bir anlaşmaya dayanarak belirli bir süre boyunca hizmetten faydalanacak kişiler için tam kapsayıcı sağlık hizmeti karşılığında yine aynı süre için kişi başına sabit bir ücret ödenir. Bu kapsamında hizmet sunucuları, hizmetten faydalanacak kişilerin tüm sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamayı kabul eder (Bucci, 2014). Kişiler sabit, genellikle yıllık prim öderler. Bu primler belirlenen nüfusun bakımını finanse etmek için bir havuzda toplanır. Hizmet başına ödemeden farklı olarak hizmet sunuculara fon harcaması

imkânı verir ve hizmet sunucular kapsamındaki nüfusun sağlığını en üst düzeye çıkarmak için en iyi olduğunu düşündüğü uygulamaları yaparlar (Plante, 2019). Hizmet başına ödeme modelinden bir diğer farkı, kârlarını arttırmak isteyen sağlık sunucuları hizmet sunumu maliyetlerini azaltmanın yolunu arayacaklardır. En iyi uygulamaları en düşük maliyetle sağlayan hizmet sunucuları toplanan primlerden daha fazla pay alacaklardır. Dolayısı ile kişi başına ödeme aşırı kullanım yerine yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakımı ödüllendirmektedir (Plante, 2019; Weiss vd., 2019; Çelik, 2016).

Bu modelde hizmetten faydalanacak kişinin beklenenden daha fazla sağlık kaynağına ihtiyacı olabilir. Bu durum sağlık hizmeti sunucusu açısından oldukça riskli olmaktadır (Bucci, 2014). Dolayısı ile bu modelde finansal risk büyük oranda hizmet sunucuları üzerindedir. Eğer yüksek klinik kalite ve daha iyi hasta deneyimi sağlayabiliyorsa, bakım bölümü sayısını ve bakım başına sunulan hizmet sayısını azaltabiliyorsa ve kişi başına ödemeler riske göre ayarlanmış ise (daha karmaşık hastalar için daha yüksek ödeme) hastaların sağlığı yararına güçlü pozitif teşvikler sunar. Aksi halde tam tersi durum geçerlidir (Conrad, 2015).

Kişi başına ödeme modeli ikiye ayrılır. Bunlar Tam Kişi Başına Ödeme ve Kısmi Kişi Başına Ödeme modelleridir;

**Tam kişi başına ödeme;** bir hizmet sunucusunun, bir hastanın alabileceği sağlık hizmetlerinin tamamı için tek bir sabit ödeme aldığı yöntemdir. Bu yöntem bir risk paylaşım sözleşmesini içerir ve hizmet sunuculara hasta başına belirli bir risk aralı ücret ödenir.

**Kısmi kişi başına ödeme** ise hizmet sunucusuna ödenen sabit ücretin belirli bir sağlık hizmeti grubunu kapsadığı yöntemdir. Kapsanmayan hizmetler genelde hizmet başına ödeme modeli ile ödenir. Ancak yöntemin tam veya kısmi olmasına bakılmaksızın risk tamamen hizmet sunucusu üzerindedir (Kaplan vd, 2013; VH, 2013). Hizmet sunucular kişi başına düşen ödemenin altında bir maliyetle bakım sunarlarsa ödülleri alacaklardır. Ancak hizmet sunucular maliyetlerin belirlenen ödemenin üzerine çıkması riskini de taşımaktadır ve bu durumda hizmet sunucusu belirli hasta grubu için maliyetlere katlanır (Kaplan vd., 2013). Maliyetlerin sınırı aşması durumlarına karşın hizmet sunucular maruz kalacakları üst sınırı belirlemek için stop-loss sigortası kullanmaktadırlar (VH, 2013). Bu yöntemde ayrıca ödeyici onayı beklemeden çeşitli müdahaleler arasından seçim yapılabilir ve bu durum hizmet sağlayıcılara özerklik sağlar. Bunun sonucunda hasta eğitimi gibi faaliyetlere daha çok zaman ayrılmakta ve ilgi verilmektedir. Çünkü eğitimlerle birlikte hastalıkların önlenmesi veya en aza indirilmesi mümkündür. Bu sayede hizmet sağlayıcılar vaka sayısını ve maliyetleri azaltarak fondan daha çok pay alacaklardır (Larsson ve Tollman, 2017).

Kişi başına ödeme modelinde, her bir kişinin alacağı hizmet için sağlık hizmeti sunucularına ödenecek olan ücretin miktarı eğer bu kişilerin sağlığına yapacağı katkı ile açıkça ilişkilendirilmemiş ise bu model değer için güçlü bir teşvik sağlamaz. Değerin arttırılması ve kişi başına ödeme modelinin değer için teşvik sağlaması isteniyorsa, her bir kişi için ödenecek miktar ile o kişinin sağlığında beklenen etki arasındaki ilişki açıkça tanımlanmalıdır. Bu ilişki ise sözleşmelerde çeşitli risk ayarlamaları ile birlikte yapılabilir (Conrad, 2016).

Yukarıda da bahsedildiği üzere değer temelli ödeme beş temel modelden oluşmaktadır. Ancak değer temelli ödeme modellerini kullanan ülkeler bu modelleri kendi sağlık sistemlerine uyarlamaktadır. Dünya genelinde bu modellerinin uygulama örnekleri gün geçtikçe artmakta ve çıktıları da ortaya konulmaktadır.

Horner vd. (2019) tarafından hazırlanan bir raporda dünya genelinde kullanılan değer temelli ödeme modelleri ve bu modellerin hangi alanlarda kullanıldığını incelenmiştir. Bu rapora göre; Hollanda'da diyabet hastaları için paket ödeme, Tayvan'da ulusal sağlık sigortası kapsamında paket ödeme, İspanya'da Ribera Salud isimli sağlık grubu tarafından risk paylaşımı yapılmış kişi başına ödeme, İsveç'te Stockholm İl Meclisi tarafından oluşturulan kalça, diz ve omurga cerrahisi için paket ödeme, İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmeti için hem kişi başına ödeme hem de performansa dayalı ödeme, ABD'de Medicaid ve Geisinger sağlık hizmetleri için paket ödeme, Intermountain, Oak Street Health ve Kaiser Permanente kurumlarının sundukları sağlık hizmetleri kapsamında değere dayalı kişi başına ödeme modelleri kullanılmaktadır. Ayrıca United Healthcare firması, Texas Üniversitesi MD Anderson Kanseri Merkezi ile kaliteli hasta bakımı ve sonuçlarına odaklanan baş ve boyun kanserlerinin bakımı için yeni bir paket ödeme modeli programı başlatmıştır (UH, 2019).

Hollanda'da 2006 yılında kurulan ve paket ödeme modelini kullanan Diabeter kliniği bakım maliyetlerinin düşürülmesini sağlayan örnek klinik sonuçlara sahiptir. Bu durum hastalar için sürdürülebilir bir geri ödeme modelini desteklemek amacıyla kritiktir. Diabeter ülkenin en iyi performans gösteren kliniklerinden birisi olup, diğer pediatrik diyabet kliniklerine göre daha düşük hasta yatış oranına (%3'e %8) sahiptir (Diabeter, 2019). İsveç'te ise Stockholm İl Konseyi'nin uyguladığı kalça, diz ve omurga cerrahisi için paket ödeme modellerinin ilk iki yılında komplikasyonlar % 18, yeniden ameliyatlar % 23 ve revizyonlar % 19 azalmıştır. Bunlara ek olarak, hasta başına maliyet % 20, hastaların hastalıktan kaynaklı aldığı izinler % 17 düşüş göstermiştir (Larsson ve Tollman, 2017). ABD sağlık sisteminde kullanılan paylaşılan tasarruflar modelinin çıktılarını incelendiğinde ise 2015 yılında 645 milyon dolar tasarruf sağlanmış ve ortalama kalite skoru ise %91,44'tür. 2017 yılında ise tasarruf miktarı 799 milyon dolar ortalama kalite skoru da %92,4'e ulaşmıştır (Center for Medicare & Medicaid Services, 2019c).

Bu uygulama örneklerinin yanı sıra literatürde belirli alanlara yönelik değer temelli ödeme modeli tasarımları da yapılmaktadır. Bunlardan bir tanesi de Riley ve Doherty (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmadır. Bu çalışmada ağız sağlığı hizmetlerinin değer temelli ödeme modellerinden yoksun olduğu belirtilerek buna yönelik bir çerçeve oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda dört kategori altında dokuz ödeme mekanizması öne sunulmuştur. Bu tür tasarımların ilgili alanda değer temelli ödeme modellerini kullanmaya başlayacak olan kurumlar için faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Günümüzde değer temelli ödeme modellerinin kullanılmasını sağlayacak temel motivasyon kaynağı sağlık sistemlerinin yerleşmiş hizmet başına ödeme kültürüne sahip olması ve hizmet başına ödeme modelinin kullanımından kaynaklanan dezavantajlardır. Hizmet başına ödeme modeli gereksiz bakım sunarak hacmi ödüllendirmektedir ve bu durum maliyet artışına neden olarak sağlık sistemlerine pek çok açıdan yük getirmektedir. Kısacası değer arka plana itilerek hacim öne çıkmaktadır (Weiler, 2019; Shah, 2016; Kaplan vd., 2013). Değer temelli ödeme modelleri ise değeri ön plana çıkararak paydaşlara pek çok açıdan fayda sağlamaktadır. Gereksiz hizmetlerin önlenmesi, bakımın iyileştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık hizmeti maliyetlerinin düşürülmesi veya maliyetlerin daha yavaş artışının sağlanması, ödeyici kurumlar açısından ödeme verimliliğinin artırılması, kanıta dayalı bakım sağlanması, komplikasyonların azaltılması, bakımın koordinasyonunun güçlendirilmesi ve geri ödemelerde artışın sağlanması gibi pek çok fayda buna örnek verilebilir (Horner vd., 2019; Navathe vd., 2019; Plante, 2019; Riley ve Doherty, 2019; Larsson ve Tollman, 2017; Scott ve Eminger, 2016; Henkel ve Maryland, 2015; Conrad vd, 2014; Juniper, 2014; Werner ve Dudley, 2009).

Değer temelli ödeme modellerinin belirtilen faydalarına rağmen tüm değer temelli ödeme modelleri sağlık hizmetlerinde değer iyileşmesine katkıda bulunamamıştır (Horner vd., 2019; Santo, 2014). Dolayısı ile sağlık hizmetlerinde değer artışını sağlayacak ve maksimum etkiye ulaşacak bir değer temelli ödeme modeli oluşturmak için karşılaşılabilecek zorluklar ve dikkat edilmesi gereken noktalar bulunmaktadır. Bunlar aşağıda ifade edilmektedir;

✓ **Değer temelli ödeme modellerinin uygulanma düzeyi:** Değer temelli ödeme modellerinde karşılaşılan en büyük güçlük bu modellerin sağlık sisteminin bütününe nasıl uygulanacağıdır (Horner vd., 2019). Bu duruma ek olarak değer temelli ödeme modellerine geçişte hem hizmet başına ödeme hem de değer temelli ödeme olmak üzere karma bir ödeme sistemi oluşmaktadır. Bu durum hizmet sunucuların, farklı ödeyici kurum ve farklı ödeme modelleri arasında belirsizlik içinde kalmasına neden olmaktadır (Healthcare Financial Management Association [HFMA], 2018 ).

✓ **Maliyetin yönetilmesi:** Değer temelli ödeme modellerine geçişle hastaneler ve sağlık hizmeti sunan kurumlar belirlenen maliyetlere göre verdikleri bakımını yönetmek zorunda kalacaklar. Ancak çoğu kurum verdikleri bakımın ne kadar maliyete sahip olduğunu yeterince bilememektedir. Bunun nedenlerinde bir tanesi de kurumların değer temelli ödeme sistemine geçişe kadar böyle bir bilgiye ihtiyaç duymamalarıdır (Conway, 2019).

✓ **Çalışanların deneyim farkı:** Mehrotra vd. (2012) tarafından yapılan bir çalışmada daha az deneyime sahip hekimlerin tecrübeli olanlara göre daha fazla toplam maliyete sahip olduğu bulunmuştur. Bu durum diğer sağlık çalışanları içinde geçerli olabilir. Tecrübesi az olan çalışanların daha fazla maliyetli olacağı ve değer temelli ödeme modelleri kapsamında daha az kazanacağı durumu ortaya çıkmaktadır.

✓ **Maliyeti yüksek hastaların ihmali:** Değer temelli ödeme modellerinde, kalite ölçütlerine ve belirli maliyet hedeflerine uygun hareket edildikçe, bakımı pahalı ve yoğun olan hastalığa sahip kişilerin ihmal edilmesi söz konusudur (Lynn vd., 2015).

✓ **Sonuç ve kalite ölçütlerinin belirlenmesi:** Bazı değer temelli ödeme modellerini uygulayan ülkelerde çoğu sonuç ve kalite ölçütü, yoksulluk gibi sosyal risk faktörleri veya bunama gibi bilişsel risk faktörleri için ayarlanmamıştır. Böyle bir durumda bu tür risk faktörlerine sahip kişilerin arka planda kalma riskleri bulunmaktadır (Johnston vd., 2019).

✓ **Risk ayarlaması:** Geri ödeme yapmak için risk ayarlaması yapmak oldukça zordur. Örneğin sağlık bakım hizmetini etkileyen tüm sosyal ve çevresel faktörler uygun bir şekilde hesaba katılmadığında yüksek riskli hastalara hizmet sunan sağlık kurumları adaletsiz bir şekilde cezalandırılabilmektedir (Khazanie ve Ho, 2019).

✓ **Çoklu ödeyici:** Birden fazla ödeyicinin olduğu sağlık sistemlerinde belirli bir bakım bölümü için ortak tanımlar oluşturmak gereklidir. Aksi takdirde hizmet sunucuların her ödeyiciye ayrı ayrı uyum sağlaması gerekecektir. Ancak çoklu ödeyicinin olduğu sağlık sistemlerinde bu durum oldukça zordur (Horner vd., 2019).

## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde değer temelli yönetim farkındalığı bazı gelişmiş ülkede sınırlı düzeyde bulunmakla birlikte giderek artmaktadır. Değer temelli yönetim kapsamında değer temelli ödeme modellerinin kullanımı sağlık sistemlerine gereksiz hizmetlerin önlenmesi, maliyet tasarrufu ve kalite artışı gibi pek çok fayda sunmaktadır. Ancak değer temelli ödeme modellerinin sağlık

sistemlerinde başarılı olması için bu modellerin mevcut sağlık sistemine uygun olup olmadığı incelenmelidir. Bu çalışma değer temelli ödeme modellerini kullanacaklar için bu modellerin avantajlarını, dezavantajlarını ve değer temelli ödeme modeline geçiş sürecinde dikkat edilmesi gereken noktaların ortaya konulmasını amaçlamaktadır. Bu kapsamda; performans dayalı ödeme, paylaşılan tasarruf, paket ödeme, paylaşılan risk ve kişi başına ödeme modellerinin avantaj ve dezavantajları açıklanmıştır. Ayrıca bu modellere geçiş sürecinde karşılaşılabilecek zorluklar ve dikkat edilmesi gereken noktalar ortaya konulmuştur. İncelenen değer temelli ödeme modelleri ve dünya genelindeki uygulama örnekleri sonrasında değer temelli ödeme modeli oluşturmak ve bu modelin başarılı olmasını sağlamak için bazı hususlara dikkat edilmesi gerekmektedir.

Kurumların yeni bir değer temelli ödeme modeli oluşturması veya başka bir değer temelli ödeme modeline geçmesi için öncelikle kurumun değişime hazır olup olmadığı, kurum kültürü, kurumun finansal gücü, iç ve dış paydaşların bu modeli destekleyip desteklemeyeceği veya nasıl tepki vereceği, entelektüel sermayenin ve gerekli teknik altyapının buna hazır olup olmadığı gibi faktörler dikkate alınıp karar verilmesi gerekmektedir. Bu hususlara dikkat eden kurumların oluşturduğu değer temelli ödeme modellerinin daha etkin bir şekilde işleme olasılığı artar. Değer temelli ödeme modelleri kapsamında yalnızca tek bir değer temelli ödeme modelinin kullanılması gerekliliği yanlış bir algıdır. Sağlık sistemleri içerisinde yalnızca bir modelin kullanılmasının uygun olacağı yerler bulunabilir. Ancak sağlık sistemi genelinde ya da kurum genelinde tek bir modelin kullanılması ısrarı olumsuz sonuçlara yol açabilir. Yukarıda da bahsedildiği üzere her bir modelin pek çok avantajı bulunmakla birlikte dezavantajları da bulunmaktadır. Dolayısı ile bir modelin dezavantajları, bu modelin başka bir modele entegre hale getirilmesiyle ortadan kaldırılabılır. Bu sayede değer temelli ödeme modellerinden daha çok faydalanılması mümkün hale gelebilir.

Değer temelli ödeme modellerinin sistemin tamamına aynı anda uygulanması yüksek maliyetin yanında sistemin işleyişi açısından da büyük risk taşır. Dolayısı ile ilk aşamada sistemin tamamının değer temelli ödeme modeli kapsamında olmasına gerek yoktur. Politika yapımcıların ya da kurum yöneticilerinin öncelikle hangi sağlık hizmetlerinin (örneğin kronik hastalıklar, kalp hastalıkları, nadir hastalıklar vb.) veya alanların (satın alma vb.) değer temelli ödemeye uygun olacağına karar vermesi gerekmektedir. Bu sayede önce pilot uygulamalar yapılarak değer temelli ödeme modellerinin daha sağlıklı bir şekilde kullanılması sağlanabilir. Ayrıca değer temelli ödeme kapsamında yapılan geri ödemeleri belirleyebilmek için erişilmesi gereken temel bilgilerden bir tanesi maliyetlerin ne düzeyde olduğudur. Dolayısı ile sunulan bakımın maliyetinin tam olarak ölçülmesi ve buna uygun teknik altyapının oluşturulması gerekmektedir.

Değer temelli ödeme modellerinde kalite ölçütleri oluşturulmaktadır. Ancak oluşturulan çoğu ölçüt hasta görüşünden yoksundur. Hasta merkezli bir yönetim anlayışında yapılan ödemelerde hastanın görüşünün de ön planda tutulması gerekir. Sağlık çıktılarının ve dolayısı ile sunulan hizmetin kalitesinin ölçülmesine hastanın görüşlerinin de dâhil edilmesi ve ödemelerin buna göre yapılması gerekmektedir. Sağlık sistemi kapsamında pek çok paydaş bulunmakta ve ödeme modelleri bu paydaşların istekleri dikkate alınarak oluşturulmaktadır. Dolayısı ile oluşturulacak değer temelli ödeme modellerinin esnek olması gerekir. Örneğin paket ödeme yöntemi, tek ödeyicinin bulunduğu durumda oldukça fazla fayda sağlarken sisteme başka bir ödeyici dâhil olduğunda daha az fayda sağlamaktadır. Oluşturulacak olan değer temelli ödeme modellerinin sistem içerisinde bu tür değişikliklere karşı duyarlı ve esnek olması bu modellerin değer üretmesi açısından oldukça önemlidir.



Sonuç olarak kullanılacak olan değer temelli ödeme modelinin yukarıda bahsedilen avantaj, dezavantaj ve özellikler açısından iyi analiz edilmesi, kullanılacak modelin kurum, ülke veya uygulanacak olduğu alanın özellikleri ve stratejileri ile uyumlu olması değer temelli ödeme modellerinin sağlıklı bir şekilde işlemesi açısından önemlidir. Aksi takdirde değer temelli ödeme modellerinin bahsedilen avantajları dezavantaja dönüşebilir ve sağlık sistemine katkı sağlamak yerine zarar verebilir.

## KAYNAKÇA

- AAFP. (2019). Value-Based Payment, Erişim Adresi: <https://www.aafp.org/about/policies/all/value-based-payment.html>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- Adil, M., & Saeed, D. (2019). Value Based Healthcare-An Approach to Improve Services in Pakistan. *Annals of King Edward Medical University*, 25(S).
- Ameels, A., W. Bruggeman, ve G. Scheipers. (2003). *Value-based management control processes to create value through integration: A literature review. In Recent Trends in Valuation: From Strategy to Value*, ed. L. Keuleneer and W. Verhoog, 87–150. New York: Wiley.
- Arnold, G. (2008). *Corporate financial management*. Essex: FT Prentice Hall.
- Black, A., Wright, P., Bachman, J. (1998). *In search of Shareholder Value*. London: Pitman Publishing.
- Bozic, K. J. (2017). What's important: preparing for the transition to value-based health care: an American Orthopaedic Association (AOA) 2016 OrthoTalk. *JBJS*, 99(13), 1150-1152.
- Bucci, R. V. (2014). *Medicine and business: a practitioner's guide*. Springer Science & Business Media.
- Bukvič, V. (2016). Value based management with some practical examples in Slovenian industries. *Advances in Business-Related Scientific Research Journal*, 7(2), 40-79.
- Cattel, D., Eijkenaar, F., & Schut, F. T. (2018). Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. *Health Economics, Policy and Law*, 1-19.
- CMS. (2012). Medicare Shared Savings Program. Erişim Adresi: [https://www.cdc.gov/cliac/docs/addenda/cliac0212/Tab\\_22\\_November\\_CLIAC\\_2012Feb\\_15\\_ACO\\_Overview\\_Final\\_Rule.pdf](https://www.cdc.gov/cliac/docs/addenda/cliac0212/Tab_22_November_CLIAC_2012Feb_15_ACO_Overview_Final_Rule.pdf). Erişim Tarihi: 08.01.2020
- CMS. (2019a). Value Based Programs. Erişim Adresi: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>. Erişim Tarihi: 30.11.2019
- Claes, P. C. (2006). *Management control and value-based management: Compatible or not? In Performance Measurement and Management Control: Improving Organizations and Society Studies in Managerial and Financial Accounting*, ed. M. Epstein and J. F. Manzoni, vol. 16, 269–301. Oxford: Elsevier.
- CMS. (2019b). Shared Savings Programs. Erişim Adresi: (<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/index>). Erişim Tarihi: 30.11.2019

- CMS. (2019c). Shared Savings Program Fast Facts. Erişim Adresi: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ssp-2019-fast-facts.pdf>. Erişim Tarihi: 01.01.2020
- Collđén, C., & Hellström, A. (2018). Value-based healthcare translated: a complementary view of implementation. *BMC health services research*, 18(1), 681.
- 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., Hernandez, S. E., Lau, B., & MARCUS-SMITH, M. I. R. I. A. 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.
- Conway, K. (2019). Value-based healthcare starts with standard definitions. Erişim Adresi: <https://www.hponline.com/sourcing-logistics/article/13002078/valuebased-healthcare-starts-with-standard-definitions>. Erişim Tarihi: 06.09.2020
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Diabeter. (2019). Value-Based Healthcare for Diabets. Erişim Adresi: <https://diabeter.nl/en/go-to/value-based-healthcare/>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- Dunbar-Rees, R., Panch, T., & Dancy, M. (2014). From volume to value? can a value-based approach help deliver the ambitious aims of the NHS cardiovascular disease outcomes strategy?. *Heart*, 100(11), 827-832.
- Elghrabawy, A. (2012). *A contingency framework of enterprise governance in the UK: A value-based management approach*. Doktora Tezi, Brunel University Brunel Business School.
- Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH). (2019). Defining value in “valuebased healthcare” (doi:10.2875/872343). Lüksemburg: Avrupa Birliği.
- Fantini, B., & Vaccaro, C. M. (2019). Value based healthcare for rare diseases: efficiency, efficacy, equity. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 55(3), 251-257.
- Firk, S., Schmidt, T., & Wolff, M. (2019). Exploring Value-Based Management Sophistication: The Role of Potential Economic Benefits and Institutional Influence. *Contemporary Accounting Research*, 36(1), 418-450.
- Firk, S., Schrapp, S., & Wolff, M. (2016). Drivers of value creation—The role of value-based management and underlying institutions. *Management Accounting Research*, 33, 42-60.
- Francavilla, C. (2019). Understanding the Impact of Care Delivery Models in Value-Based Payment. *Medsurg Nursing*, 28(5), 331-338.
- Gabriel, L., Casey, J., Gee, M., Palmer, C., Sinha, J., Moxham, J., & Colegate-Stone, T. J. (2019). Value-based healthcare analysis of joint replacement surgery for patients with primary hip osteoarthritis. *BMJ Open Quality*, 8(2), 1-11.
- Garvelink, M. M., & Van der Nat, P. B. (2019). Moving forward with Value Based Healthcare: The need for a scientific approach. *European Journal of Surgical Oncology*, 45(7), 1299.

- Health Care Payment Learning & Action Network. (2017). Alternative Payment Model Framework. Erişim Adresi: <https://hcp-lan.org/apm-refresh-white-paper/>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- HFMA. (2018). Research Report: Value-Based Payment Readiness. Erişim Adresi: <https://www.hfma.org/topics/hfm/2018/april/60163.html> Erişim Tarihi: 09.01.2020
- Henkel, R. J., & Maryland, P. A. (2015). The risks and rewards of value-based reimbursement. *Frontiers of health services management*, 32(2), 3-16.
- Horner, B., Van Leeuwen, W., Larkin, M., Baker, J., & Larsson, S. (2019). Paying for value in health care. Erişim Adresi: <https://www.bcg.com/publications/2019/paying-value-health-care.aspx>
- Johnston, K. J., Wen, H., Schootman, M., & 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), 1-8.
- Juniper, K. (2014). Risk-Sharing and Value-Based Approaches to Health Benefits. Benefit Magazine. Erişim Adresi: <https://www.buchalter.com/publication/risk-sharing-and-value-based-approaches-to-health-benefits>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- Kaplan, J., Kuenen W. J., Pykosz, M., & Larsson, S. (2013). Alternative payer models show improved health-care value. Erişim Adresi: <https://www.bcg.com/publications/2013/health-care-payers-providers-alternative-payer-models.aspx>
- Keswani, A., Koenig, K. M., & Bozic, K. J. (2016). Value-based healthcare: part 1—designing and implementing integrated practice units for the management of musculoskeletal disease. *Clinical Orthopaedics and Related Research®*, 474(10), 2100-2103.
- Khazanie, P., & Ho, P. M. (2019). Leveraging Value-Based Payment Models to Reduce Sex Differences in Care. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12(8), 1-3.
- Koller, T. (1994). What is value-based management?. *The McKinsey Quarterly*, (3), 87-102.
- Lakdawalla, D. N., Doshi, J. A., Garrison Jr, L. P., Phelps, C. E., Basu, A., & 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.
- Larsson, S. & Tollman, P. (2017). Health care value problems and how to fix it. Erişim Adresi: <https://www.bcg.com/publications/2017/smart-simplicity-health-care-value-problem-how-fix-it.aspx>
- Lovata, L. M., & M. L. Costigan. 2002. Empirical analysis of adopters of economic value added. *Management Accounting Research*, 13 (2): 215–28.
- Malmi, T., & Ikäheimo, S. (2003). Value based management practices—some evidence from the field. *Management Accounting Research*, 14(3), 235-254.
- McTaggart, J. M., & Kontes, P. (1994). *The Value Imperative*. New york: The Free Press.

- Mehrotra, A., Reid, R. O., Adams, J. L., Friedberg, M. W., McGlynn, E. A., & Hussey, P. S. (2012). Physicians with the least experience have higher cost profiles than do physicians with the most experience. *Health Affairs*, 31(11), 2453-2463.
- Meinert, E., Alturkistani, A., Brindley, D., Knight, P., Wells, G., & de Pennington, N. (2018). Weighing benefits and risks in aspects of security, privacy and adoption of technology in a value-based healthcare system. *BMC medical informatics and decision making*, 18(1), 100.
- Mella, P. (2019). Quality, a Key Value Driver in Value Based Management. *Economia Aziendale Online*, 9(4), 439-462.
- Merril, D. G. (2019). Value-Based Payment in Ambulatory Anesthesia. *Anesthesiology Clinics*, 37(2), 373-388.
- Navathe, A. S., Volpp, K. G., Caldarella, K. L., Bond, A., Troxel, A. B., Zhu, J., ... & Nelson, C. (2019). Effect of financial bonus size, loss aversion, and increased social pressure on physician pay-for-performance: a randomized clinical trial and cohort study. *JAMA network open*, 2(2), 1-14.
- Özsarı, H. (2018). Değer Temelli Yönetim Anlayışının Sağlık Yönetimindeki Yeri. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 1(2), 6-9.
- Pizzo, J. J., Bohorquez, C., Cohen, A., & Ryan, D. (2013). Navigating performance-based risk: a variety of payment models allow hospitals and health systems to chart a course to value-based care by shaping contracts to their specific needs and capabilities. *Healthcare Financial Management*, 67(7), 42-52.
- Plante, J. (2019). What is value-based payment, and what does it mean for healthcare? Erişim Adresi:<https://www.christenseninstitute.org/blog/what-is-value-based-payment-and-what-does-it-mean-for-healthcare/>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006), *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition*, Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Putera, I. (2017). Redefining health: implication for value-based healthcare reform. *Cureus*, 9(3).
- Rapp, M. S., D. Schellong, M. Schmidt, & M. Wolff. (2011). Considering the shareholder perspective: Value-based management systems and stock market performance. *Review of Managerial Science*, 5(2–3): 171–94.
- Riley, W., Doherty, M., & Love, K. (2019). A framework for oral health care value-based payment approaches. *The Journal of the American Dental Association*, 150(3), 178-185.
- Roberts, E. T., Zaslavsky, A. M., & McWilliams, J. M. (2018). The value-based payment modifier: program outcomes and implications for disparities. *Annals of internal medicine*, 168(4), 255-265.
- Rosenstein, A. H., O'Daniel, M., White, S., & Taylor, K. (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.

- Ryan, H. E., & E. A. Trahan. (2007). Corporate financial control mechanisms and firm performance: The case of value-based management systems. *Journal of Business Finance & Accounting*, (1–2), 111–38.
- Santo, C. (2014). Walking tightrope: Regulating medicare fraud and abuse and the transition to value-based payment. *Case Western Reserve Law Review*, 64(3), 1377-1418.
- Saunders, C. (2019). Towards value-based healthcare—modelling an answer for cancer care delivery. *Australian Health Review*, 43(2), 121-122.
- Scott, B. C. & Eminger, T. L. (2016). Bundled Payments: Value-Based Care Implications for Providers, Payers, and Patients. *American Health & Drug Benefits*, 9(9), 493-496.
- Shah, A. (2016). Value-based health care, a global assessment. The Economist Intelligence Unit.
- 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.
- NEJM. (2017). What Is Value-Based Healthcare? Erişim Adresi: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.17.0558>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- UH. (2019). Payment Models. Erişim Adresi: <https://www.uhc.com/valuebasedcare/how-value-based-care-benefits-you/for-care-providers/payment-models>. Erişim Tarihi: 08.01.2020
- VH. (2013). Models of Value-Based Reimbursement. Erişim Adresi: <https://knowledge.evolenthealth.com/>
- Van der Nat, P. B., van Veghel, D., Daeter, E., Crijns, H. J., Koolen, J., Houterman, S., & Meetbaar Beter Study Group. (2017). Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care. *International Journal of Healthcare Management*, 1-4.
- Van Veghel, D., Schulz, D., Soliman-Hamad, M., & Dekker, L. (2019). The need for new financial models in the implementation of value-based healthcare. *International Journal of Healthcare Management*, 1-4.
- Wallace, J. S. (1997). Adopting residual income-based compensation plans: Do you get what you pay for? *Journal of Accounting and Economics*, 24 (3): 275–300.
- Weiler, R. D. (2019). Transforming Health Care Through Value-Based Reimbursement. *Benefits Magazine*.
- Weiss, M. A., Marchese, S., & Zhang, L. (2019). Effective Care Management for Children With Special Health Care Needs in the Era of Value-Based Payment. *Clinical pediatrics*, 58(9), 1-8.
- Werner, R. M., & Dudley, R. A. (2009). Making the ‘pay’ matter in pay-for-performance: implications for payment strategies. *Health Affairs*, 28(5), 1498-1508.
- Young, S. D., & S. F. O’Byrne. (2001). *EVA and value based management: A practical guide to implementation*. New York: McGraw-Hill.
- Zipfel, N., van der Nat, P. B., Rensing, B. J., Daeter, E. J., Westert, G. P., & Groenewoud, A. S. (2019). The implementation of change model adds value to value-based healthcare: a qualitative study. *BMC health services research*, 19(1), 643.