

Sağlık Ödemeleri Raporu



SAĞLIK ÖDEMELERİ RAPORU

Temmuz 2020

Hazırlayanlar

Fortuna Healing: Şevval Karadağ, Esra Atalay Tuna, Emirhan Burul, Esra Bostancı, İrem İlçi, Zeynep Umut Kulalı, İlknur Çakmaktaş, Rûmeysa Durmuş, Orhan Ulaş Güler, Egemen Sever
Bankalararası Kart Merkezi: Özge Çelik, Okan Yıldız

Düzenleme

Okan Yıldız

Kapak Tasarım

Marjinal Portel Novelli

Tüm hakları saklıdır. Bu eserin tamamı ya da bir bölümü, 4110 sayılı Yasa ile değişik 5846 sayılı FSEK uyarınca, kullanılmazdan önce hak sahibinden 52. Maddeye uygun yazılı izin alınmadıkça, hiçbir şekil ve yöntemle işlenmek, çoğaltılmak, çoğaltılmış nüshaları yayılmak, satılmak, kiralanmak, ödünç verilmek, temsil edilmek, sunulmak, telli/telsiz ya da başka teknik, sayısal ve/veya elektronik yöntemlerle iletilmek suretiyle kullanılamaz.

İşbu Rapor'da yer alan bilgi ve görüşler yazarlarına ait olup Bankalararası Kart Merkezi'nin ve Fortuna Healing'in görüşlerini temsil etmemektedir. İşbu Rapor'un içeriği, yazarları tarafından her zaman site üzerinde herhangi bir duyuru yapılmadan değiştirilebilir.

SORUMSUZLUK BEYANI

Bankalararası Kart Merkezi ve Fortuna Healing tarafından hazırlanan raporda, ülkemizde ve dünyada sağlık alanında atılan adımlar, finansman modelleri, projeksiyonlar ve yenilikçi girişimler hakkında yapılan literatür taraması doğrultusunda güncel ve geleceğe ışık tutan bilgiler verilmesi amaçlanmıştır. Rapor içeriği sadece bilgilendirme amaçlıdır, kisi ve kurumları bağlayıcı tavsiye veya görüş niteliği taşımaz. İşbu raporun içerdiği söz konusu bilgilerin güncel ve eksiksiz olduğu taahhüt edilmemektedir. Bu bağlamda işbu raporun içeriğini okuyan kişilere veya herhangi bir üçüncü kişiye karşı sorumluluğu ve yükümlülüğü bulunmamaktadır.

SAĞLIK ÖDEMELERİ RAPORU

İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar ve Açıklamalar	- 4 -
Tablo Listesi	- 5 -
Giriş	- 6 -
Yönetici Özeti	- 7 -
1. Sağlık Finansman Modelleri	- 8 -
2. Türkiye ve Seçili Ülkelerin Sağlık Harcamaları ve Reformların Finansmana Etkisi	- 9 -
3. Sağlık Harcamaları Projeksiyonu ve İnovatif Ödeme Yöntemleri	- 13 -
4. Sağlık Ödemelerinde Yeni Girişimler	- 16 -
4.1. Türkiye	- 16 -
4.2. ABD	- 16 -
4.3. Avrupa	- 18 -
4.4. Afrika	- 18 -
4.5. Çin	- 18 -
4.6. Sağlık Hizmetlerinin Geleceğine Uygun Girişim Örnekleri	- 19 -
5. Sonuç	- 21 -

Kısaltmalar ve Açıklamalar

BM: Birleşmiş Milletler

CDC: Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GSYİH: Gayrisafi yurt içi hasıla - Bir ülke sınırları içerisinde belli bir zaman içinde üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin para birimi cinsinden değeridir.

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

SGP: Satın alma gücü paritesi, ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklılaşmasını ortadan kaldırarak farklı para birimlerinin satın alma gücünü eşitleyen orandır. Belli bir tutardaki para, parite oranı farklı bir para birimine dönüştürüldüğünde tüm ülkelerde aynı mal ve hizmetler satın alınabilir. SGP ile verilen tutarlarda enflasyon ve döviz kuru etkileri görülmez.

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Sosyal Sağlık Sigortası: Bireylerin işverenleri ile birlikte ödedikleri primler sayesinde kamu sağlık kurumlarında ücretsiz sağlık hizmeti almasını sağlayan sigortadır. Ülkeler tüm vatandaşlara sosyal sağlık sigortası sağlamayı hedef koymaktadır, tüm vatandaşların sağlık sigortası olmasına evrensel sağlık sigortası denir.

Tablo Listesi

Tablo 1: Sağlık Finansman Modelleri.....	- 8 -
Tablo 2: Sağlık Reformu ile Değişen Politikalar ve Etkileri.....	- 11 -
Tablo 3: Sağlık Sigortası Ödeme Yöntemleri.....	- 11 -
Tablo 4: Sağlık Sigortası Satış Kanalları.....	- 12 -
Tablo 5: Sağlık Sigortalı Kişi Sayıları.....	- 12 -

Giriş

Raporun amacı, geçmişte uygulanan reformlar sonucunda sağlık hizmetleri ödemelerindeki değişimi incelemek ve geçmişten ders alarak geleceğin sağlık ödeme yöntemlerini keşfetmektir. Bu kapsamda rapor, sağlık finansman modelleri ve sağlık harcamaları hakkında yapılan literatür taraması doğrultusunda oluşturulmuştur. Raporun ilk bölümünde sağlık finansman modelleri, sonrasında ise bahsedilen modelleri kullanan ülkelerin sağlık ekonomileri incelenmiştir. Türkiye’de 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı finansman reformunun kamu ve özel sağlık hizmetlerine olan etkilerine dair çalışmalara değinilirken sağlık harcamalarının 15-20 yıllık projeksiyonları da incelenmiştir. Son bölümde ise sağlık alanında geleceğin inovatif ödeme yöntemlerine ve dijital sağlık ödeme girişimlerine yer verilmiştir.



Yönetici Özeti

Sağlık teknolojileri dünyada en hızlı gelişen alanlardan biridir ancak teknolojinin tek başına gelişimi, insanların hayatına etki etmesi için yeterli değildir. Sağlık hizmeti sunumunun gelişmesi için **erişilebilir olması ve teknolojiyi hizmetlere entegre etmesi** önem arz etmektedir. **Finansman modelleri** ise sağlık hizmetlerinde önemli bir kriterdir. Sağlık ödemelerinde yöntemlerin değişmekte olduğu günümüzde **uzaktan sağlık hizmetleri** de yaygınlaşmaktadır. Bu yönde yaşanan temel dönüşümleri aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür:

- Dünyada hastanelere yapılan geri ödemeler hizmet başı ödeme veya global bütçe tayini şeklindedir. ABD’de uygulanmaya başlayan modellerde ise hastaların iyileşme çıktılarına ve hastanenin finansal verimliliğine göre ödeme yapılmaktadır. Böylece hastanelerin hasta deneyimine önem vermeleri sağlanmıştır.
- Özellikle Amerikan sağlık sisteminde birçok farklı sigorta olması, sigortadan geri ödeme alma ve hastaneye ödeme yapma süreçlerinde çok sayıda adım olması nedeniyle ortaya çıkan sorunlar, girişimcileri harekete geçirmiştir. Birçok girişim hastaların hastaneleri inceleyebilmesi ve online ödeme yapabilmesi üzerine dijital çözümler geliştirmiş, kişiselleştirilmiş alternatif ödeme planları tasarlayan girişimler ortaya çıkmıştır.
- İlaçların ödenmesinde alternatif yöntemler arasına abonelik yöntemi eklenmiş, uzun süre aynı ilaçları kullanan kronik hastaların ilaçları aylık sabit ücret ödeyerek alması sağlanmıştır. Devletler ise sosyal sigorta kapsamına aldıkları ilaçları şirketlere abonelik yöntemi ile ödemiştir. Bu uygulama hastaların cepten ödeme yapmadan ilaç almasını, devletlerin ihale ile abonelik vermesi yöntemiyle ilaç harcamalarında tasarruf etmesini, ilaç şirketlerinin pazarlama masraflarından tasarruf etmesini sağlamıştır.
- Önleyici sağlık hizmetlerine yapılan yatırımlar, giyilebilir sağlık teknolojileri ve dijital platformlar ile hastaların sağlık verilerinin takibinin önünü açmıştır.
- Hastaların kaliteli doktora erişme ve ikinci görüş alma isteği, doktorlar ile uzaktan görüşme ve tele-sağlık gibi alanların doğmasını sağlamıştır.
- Diğer yandan tele-sağlık hizmetleri, sigorta kapsamına eklenirken ödemelerin cep telefonu faturası üzerinden yapılması gibi yeni ödeme yöntemleri ortaya çıkmıştır.
- Hastanelerin birden fazla gelir akışının bulunması, birçok hizmetin sigortadan geri ödeme alabilmek için gerekli belgeleri kaydetme zorunluluğu ve finans yönetimi zorluğu girişimlerin hastanelere ödeme yönetimi sunan çözümler geliştirmesini sağlamıştır.

Sağlık alanına yönelik girişimlerin, **doktorlara dijital erişim ve hastaların sağlık statülerinin teknoloji ile takibi** konularına yöneldiği gözlemlenmektedir. Bunlara ek olarak her coğrafyanın kendine has dinamikleri olduğu için girişimlerin odaklandığı alanlar, hizmet verilen pazara göre çeşitlenmektedir. Türkiye’de girişimlerin sağlık ödemelerinde **suistimallerin önüne geçme ve uzaktan doktor hizmeti sunma** odağında olduğu görülmektedir. ABD’de hastalara **kışiselleştirilmiş ödeme planları sunulması, hastanelerin bütçe yönetimi ve ödeme güvenliği** odağında dijital çözümler üreten girişimler, hasta deneyimini iyileştirmesi ve süreci kısaltması yönleriyle öne çıkmaktadır. Avrupa’da ise **ödemelerinin dijital olarak takip edilmesini** sağlayan girişimler bulunmaktadır. Çin’de WeChat ve Alipay **randevu alma zorluğu, uzmanlara dijital erişim ve dijital ödeme** ihtiyaçlarına çözüm üretmiştir.

Yeni sağlık hizmeti modellerinin sigortalara dahil olma konuları gelişim alanı olarak karşımızda durmaktadır. **İnovatif ödeme yöntemleri ise para akışlarını dijital yönetme, ödemeler esnasında bilgi güvenliği, değer karşılığı ödeme ve abonelik gibi alternatif ödemelere yönelmektedir.**

Sonuç olarak sağlık ödeme sistemlerindeki boşluğun birden fazla ödeyici ve alıcı olan akışların dijital kontrolünde ve değer bazlı ödeme ölçümleme alanlarında olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin geleceği, hizmeti hastanede sunmak yerine hastanın bulunduğu yere ulaştırmaktadır. Sağlık ödeme yöntemlerinin geleceği ise sağlık hizmetlerinin e-ticaret sitelerine benzer şekilde online olarak ödenmesinde olacaktır.

1. Sağlık Finansman Modelleri

Sağlık ödemeleri iki farklı kapsamda gerçekleşebilir:

1. Hastaların doğrudan hizmet sunucuya yaptığı ödemeler
2. Devlet gibi üçüncü bir tarafın hasta yerine hizmet sunucuya ödeme yapması.

Hastaların ve devletin hizmet sunucuya hangi kaynaktan ne kadar ödeme yapacağı ülkelerin kullandığı sağlık finansman modeline bağlıdır. Sağlık alanında en yaygın kullanılan üç finansman modeli Tablo 1’de listelenmiştir. **Bismarck** modelinde ödemelerin ana kaynağı sosyal sigorta primleri olup vatandaşlar belirlenen katkı payları ile cepten ödeme yapar. **Beveridge** modelinde ise ödemelerin ana kaynağı vergilerden ayrılan bütçedir ve vatandaşlar belirlenen oranlarda cepten ödeme yapar. **Özel sağlık sigortası** ise tamamen cepten ödemelere dayalıdır.

Tablo 1: Sağlık Finansman Modelleri¹

	Sistem	Uygulayıcı Ülkeler	Karar Vericiler	Gelir Kaynakları
Bismarck Modeli	Sosyal Sigorta	Almanya, Fransa, İsviçre	Sosyal Sigorta Kurumu, Devlet	İşveren ve Çalışan Prim Ödemesi, Vergiler
Beveridge Modeli	Ulusal sağlık hizmeti	İngiltere, İsveç, İtalya	Devlet	Vergiler
Özel Sigorta Modeli	Özel sektör ilkeleri	ABD	Ticari Kurumlar	Özel Finansman

Ülkelerin evrensel sağlık sigortası sunma hedefi vardır. Evrensel sağlık sigortası, devletin tüm vatandaşlara sağlık sigortası ve böylelikle temel sağlık hizmetlerine erişim sağlamasıdır. Evrensel sağlık sigortası için en yaygın kullanılan finansman modeli ise sosyal sigorta modeli ile Bismarck’tır. 2000 yılında sosyal sigorta sunan ülke sayısı 113 iken 2017’de 126’ya yükselmiştir. Bu değişim doğrultusunda sağlık harcamalarında devlet kaynakları (vergi veya sosyal sigorta primi) oranı artmıştır.²

Türkiye’de güncel sağlık finansman yöntemi, Bismarck modeli altında yer alan ve tüm vatandaşları kapsayan **Genel Sağlık Sigortası (GSS)** modelidir. Bu modele 2012 yılında resmi olarak geçilmiştir. GSS öncesinde işveren ve çalışanlardan alınan sosyal sigorta primleri sağlık harcamalarının ana gelir kaynağıydı. Bu dönemde toplumun sadece çalışan kısmı sigortadan faydalanabilirken işsiz kesim faydalanamıyordu. GSS ile artık tüm vatandaşlar birinci basamak sağlık hizmetlerine ücretsiz biçimde erişebilmektedir. GSS modelinin ana gelir kaynakları:

- Çalışan ve işverenlerden alınan SGK primleri,
- Vergilerden ayrılan hazine bütçesi,
- Hastaların yaptığı cepten harcamalar ve
- Özel sağlık sigortaları ile gelen ödemelerdir.

GSS kapsamında karşılanan ikinci ve üçüncü basamak hizmetler dar kapsamlı olup hastaların öncelikle birinci basamak aile hekimlerine yönlendirilmesi hedeflemektedir. Ek olarak GSS geri ödemesinden faydalanmak için ikinci, üçüncü basamak merkezlere aile hekiminden sevk yazılması gereklidir. Dar kapsam ve gelişmiş sağlık merkezlerine erişim prosedüründen dolayı özel sağlık sigortası sektörü canlanmıştır (Işık vd., 2015).

¹ Işık M., Işık F., Kıyak M., Analysing Financial Structure of Turkish Healthcare System in comparison with US, German, British, French and Cuban Healthcare Systems. Journal of Economic Finance and Accounting, 2015

² WHO, Sağlık Harcamaları, 2019

2. Türkiye ve Seçili Ülkelerin Sağlık Harcamaları ve Reformların Finansmana Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü 2019 sağlık harcamaları verilerine göre 2010-2017 arasında global sağlık harcamaları global ekonomiden hızlı büyümüştür. Global sağlık harcamaları yıllık ortalama %3,9 artarken aynı dönemde küresel ekonomi %3 büyümüştür. 2017 yılında yüksek gelirli ülkelerde, kişi başına 2.937 dolar sağlık harcaması yapılmıştır. Bu ülkeler, dünyada aynı yıl yapılan tüm sağlık harcamalarının yaklaşık %80'ini oluşturmuştur. Buna karşın düşük gelirli ülkelerin kişi başı sağlık harcaması sadece 41 dolar olmuştur. 2000-2017 yılları arası hızlı ekonomik büyüme yaşayan 42 ülkede kişi başına sağlık harcaması 2,2 katına, kişi başına GSYH ise 1,6 katına çıkmıştır.³ Bu veriler, sağlık harcamaları artışının GSYH artışını geçtiğini ortaya koymaktadır.

OECD tarafından yayınlanan Bir Bakışta Sağlık 2019 raporu sağlık erişimi ve finansmanı açısından incelendiğinde aşağıdaki göstergelerin önem kazandığı görülmektedir:

- Temel sağlık hizmetlerine erişen nüfus oranı (devlet sigortasından faydalanan nüfus),
- Yapılan sağlık harcamalarını devletin karşılama oranı,
- Doktora gitme ihtiyacı hissedenlerin doktora gidebilme oranı ve
- Önleyici sağlık hizmetlerinde kanser taramaları.

OECD ülkelerinde temel sağlık hizmetlerine erişen nüfus oranı %98,4'tür. Dolayısıyla OECD ülkelerinin neredeyse tüm vatandaşlarına sağlık güvencesi sunduğu söylenebilir. OECD ortalamasında toplam yapılan sağlık harcamalarının devlet tarafından karşılanma oranı ise %71'dir. Sağlık hizmetlerine erişen nüfus ve devletin toplam sağlık harcamalarında yer alma oranı birlikte değerlendirildiğinde ülkenin sunduğu sağlık güvencesini göstermektedir. Tek başına sağlık hizmetlerine erişim oranı, erişen kişiler sağlık harcamalarını karşılayamaz ise sağlık güvencesi sayılmaz. Sağlık hizmetlerine erişim parametrelerinde en iyi performans gösteren ülkeler Almanya, Çekya, Fransa ve Lüksemburg'dur. Ülkemizde ise bireylerin %99,2'si, devletin sağladığı sigorta ile sağlık hizmetlerine erişmektedir. Devlet tarafından karşılanan sağlık harcamalarının oranı ise %77'dir. Bu yüzdeler, her iki göstergede de ülkemizin OECD ortalamasında daha iyi değerlere sahip olduğunu göstermektedir.

Ülkelerin sağlık harcamaları incelendiğinde OECD ülkelerinin 2018 yılında GSYH'lerinin %8,8'ini sağlığa harcadığı görülmektedir. Bu ülkeler içerisinde oransal olarak en az sağlık harcaması yapan GSYH'sinin %4,2'si ile Türkiye'dir. En yüksek oranda sağlık harcaması yapan ise %16,9 ile ABD'dir. Fransa ve Almanya'nın GSYH'lerine oranla sağlık harcamaları yaklaşık %11 iken İspanya ve İngiltere'de bu oran %9 seviyesindedir. Türkiye'de sağlık harcamalarının oranı Avrupa ülkelerinin yaklaşık yarısı, ABD'nin ise yaklaşık dörtte biridir. Türkiye kişi başına 2.000 dolarlık görece az sağlık harcaması yaparak (OECD ortalamasının yarısı) %99,2'lik sağlık hizmeti erişimi sağlamayı başarmıştır. ABD ise sağlık harcamaları en yüksek ülke olmasına rağmen %90,4'lük sağlık erişim oranı ile OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaktadır.

Ülkelerin toplam sağlık harcamaları; **devlet vergileri, sosyal sigorta primleri, özel sigorta primleri, cepten ödemeler ve diğer** şeklinde sınıflandırılabilir. Kullanılan finansman modeline göre harcama kalemleri değişkenlik göstermektedir. Örneğin Beveridge modeli kullanan İngiltere, Norveç, Danimarka gibi ülkelerde devlet vergileri, sağlık harcamalarının neredeyse %80'ini oluşturmakta, kalanı ise cepten harcamalarla karşılanmaktadır. Bismarck modeli uygulayan Almanya, Fransa, Japonya, Lüksemburg gibi ülkelerde ise sosyal sigorta primleri önemli yer tutmaktadır.

OECD'nin Bir Bakışta Sağlık 2019 raporunda 2017 yılına ait veriler ile ülkelerin sağlık harcamaları için kullandığı gelir kalemleri de karşılaştırılmıştır. 36 ülkenin ortalamasında sağlık harcamalarının %36'sı

³ Hızlı ekonomik büyüme yaşayan ülkeler: Dünya Bankası gelir sınıflamasında bir basamak çıkmış ve 2000-2017 arasında kişi başı GSYH'de 1,3 kat artış olan ülkelerdir.

devlet vergileriyle, %37'si sosyal sigorta primleriyle, %4'ü özel sağlık sigortasıyla, %21'i cepten ödemelerle ve %2'si diğer kaynaklarla karşılanmaktadır. Ülkemizde ise sağlık harcamalarının %22'si devlet vergileriyle, %56'sı sosyal sigorta primleriyle, %17'si cepten ödemelerle, %5'i ise diğer kaynaklarla (sivil toplum ve endüstri finansmanı) karşılanmaktadır.

2003 yılında Türkiye'de başlayan geniş çaplı sağlık reformu ise devlet sigortasından faydalanan nüfusu artırmayı, hastanelere olan geri ödeme mekanizmalarını yenilemeyi, performansa dayalı ödeme yapmayı, hastanelerde verimliliği artırmayı, kamu-özel iş birliklerini arttırmayı ve aile hekimliği modeli ile hastanelere otonomi ve esneklik kazandırmayı hedeflemektedir.

Reformun etkilerini incelemekten önce genel olarak hastanelerin performansları ve bütçeye etkilerini incelemek daha faydalı olacaktır. Hastanelere ödemeler üç yöntem ile yapılabilir:

1. Teşhis ilişkili gruplara bağlı ödemeler: Kanamalı mide ülseri, meme kanseri gibi belirli hastalıklara uygulanan paket tedavi programlarına göre paket ödemeler yapılmasıdır.
2. Toplu bütçe tayinleri: Bir önceki senelerin verileri ve bütçe sınırlaması doğrultusunda hastanelere, tüm yapacağı işlemler için geleceğe yönelik bütçe tayini edilmesidir.
3. Hizmet başı ödeme: Hastanelere kabul ettiği hasta sayısı, yaptığı ameliyat sayısı gibi hizmet miktarına göre ödeme yapılmasıdır.

Bir hastaneye yapılan geri ödemede birden fazla ödeme yöntemi birlikte kullanılabilir (Lorenzoni ve Marino, 2017). SGK ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak ikiye ayrılan hastanelerin tamamı, 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sağlık Bakanlığı'na geçti. Böylece sağlık hizmetlerinin tek sağlayıcısı Sağlık Bakanlığı, en büyük ödeyicisi ise SGK oldu ve genel sigorta sahipleri için cepten ödeme yapmaları gereken durumlar oluştu.

Ülkemizde sağlık hizmetlerindeki yüksek kalite, yabancı hastaların ülkemize sağlık hizmeti talebi ile gelmesine de neden olmakta ve böylece medikal turizm pazarı büyümektedir. Bunun sonucunda farklı para birimleri ile yapılan uluslararası ödeme tutarı da artmaktadır. Ancak hastanelerin ödeme birimlerinin bu konuda deneyimli olmaması hastaların ödeme takiplerini zorlaştırmaktadır. Medikal turizm ile gelen hasta sayısı arttıkça uluslararası sağlık ödemeleri alanında üretilen hizmetler de artacaktır. Raporun girişimler bölümünde bahsedilen ödeme teknolojileri girişimi Flywire uluslararası hastalar için ödemelerini takip edebilecekleri bulut tabanlı bir platform hizmeti sunar. Medikal turizm pazarı büyüdükçe bu tarz çözümlerin de çeşitlenmesi beklenmektedir.

Sağlık reformunun ilaç sektöründe yarattığı değişimleri kısaca inceleyelim. Uluslararası Referans Fiyatlandırma ile seçili ülkelerdeki en düşük fiyat, Türkiye için tavan fiyat kabul edildi. Bu sayede 2012'de 24 milyar dolar olması beklenen ilaç satış değeri 8 milyar dolar olarak gerçekleşti. Aile hekimliği modeli ve doktorların zorunlu hizmeti ile daha fazla insan sağlık hizmetine erişti ve ilaçlara olan talep arttı (Yılmaz vd., 2016).

Yapılan politika değişiklikleri ilaç satışlarında hem hacim hem de değer anlamında artışa neden oldu. Artışın en önemli nedeni daha fazla insanın sağlık hizmetlerine erişmesidir. Politikaların ilaç hacim ve değer artışına etkisi incelendiğinde sadece Uluslararası Referans Fiyatlandırma ve Zorunlu Hizmet politikalarının ilaç fiyatı ve değer artışına olumlu katkıda bulunduğu görülmüştür (Yılmaz vd., 2016).

Tablo 2: Sağlık Reformu ile Değişen Politikalar ve Etkileri

Politika	Etkisi	Uygulama Yılı	Tanımı
Uluslararası Referans Fiyatlama	Fiyat	Şubat 2004	Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz, Yunanistan ve ilaç üretilen ülkelerden en düşük fiyatın seçilip Türkiye’de tavan fiyat olarak belirlenmesi
Doktorlar için Zorunlu Hizmet	Talep	Haziran 2005	Tüm doktorların Sağlık Bakanlığı’nın atadığı Doğu illerinde yaklaşık 2 sene çalışmak zorunda olması
Yeni Moleküller için Zorunlu Geri Ödeme Evrak Teslimi	Tedarik	Haziran 2008	SGK tarafından alınan (tek ödeyici) tüm ilaçların maliyet verimliliği ve bütçe etkisi göz önüne alındıktan sonra ödenmesi
Aile Hekimliği Sistemi	Talep	Eylül 2008	Birinci basamak sağlık hizmetleri gelişimi
Kaliteli Üretim Pratiği	Tedarik	Şubat 2010	Orijinal ve jenerik bütün ilaçların üretim aşamalarına denetim yapılması

İnceleyeceğimiz son konu ise özel sağlık sigortalıdır. Sağlık sigortası primlerinin 2013 ve 2019 yıllarında ödeme yöntemlerine göre dağılımı Tablo 4’te incelenebilir. Grup sigortalarda ise en sık tercih edilen ödeme yöntemi 2013’te nakit iken 2019’da kredi kartı olmuştur. Bu değişimde kurumsal kredi kartlarının özelliklerinin gelişmesi ile kullanım kolaylığı kazanmasının belirleyici olduğu tahmin edilmektedir. Grup sigortalarda ikinci sıradaki ödeme yöntemi 2013 yılında havale/EFT iken 2019 yılında bankaya ödeme olmuştur. Bu değişim, kurumların çalışan maaşlarını ödemek için çalıştıkları bankalara maaşla birlikte ek sigorta primi ödemeleri şeklinde kolaylık sağlanmasından kaynaklanmış olabilir, bankalar prim tutarını sigorta şirketlerine aktarır. Ferdi sigortalarda en sık tercih edilen ödeme yöntemi ise istikrarlı şekilde kredi kartı ve havale/EFT olmuştur.

Tablo 3: Sağlık Sigortası Ödeme Yöntemleri

Ödeme Yöntemleri	2019		2020	
	Grup Sigorta	Ferdi Sigorta	Grup Sigorta	Ferdi Sigorta
Kredi Kartı	%44,1	%42,1	%13,9	%47,9
Havale/EFT	%3,9	%24,9	%8,7	%21,7
Bankaya Ödeme	%33,3	%3,7	%2,5	%5,3
Nakit Ödeme	%12,0	%7,0	%72,7	%10,9

Sağlık sigortalının satıldığı kanalları incelemek de ödemelerin yapısı hakkında fikir verecektir. Son yıllarda bir satış kanalı olarak bankalarda gerileme, acente satışlarında ise önemli bir artış görülmektedir.⁴ Bu değişimin muhtemel nedeni bankaların, sağlık sigortalı yerine karlılığı daha yüksek olan diğer sigorta ürünlerine yönelmesidir.

Grup sağlık sigortalının satış kanallarının dağılımında ise daha dengeli bir dağılım gözlenmektedir. Zaman içinde brokerlerin en sık tercih edilen satış kanalına dönüştüğü görülmektedir. Kurumsal şirketlerin, sigorta şirketleri ile olan pazarlık veya hizmet sırasında yaşanan sorunlar ile ilgili iletişimde teknik bilgiye hâkim olmaması brokerlerin tercih edilmesini artırmış olabilir. Tablo 4’te sağlık sigortalı satış kanalları incelenebilir.

⁴ Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi İstatistikleri, 2019

Tablo 4: Sağlık Sigortası Satış Kanalları

Satış Kanalı	2019		2013	
	Grup Sigorta	Ferdi Sigorta	Grup Sigorta	Ferdi Sigorta
Acente	%30,3	%90,5	%65,8	%51,0
Banka	%1,2	%2,1	%3,2	%23,7
Broker	%39,6	%4,7	%17,5	%4,0
Direkt Satış	%28,9	%1,7	%13,5	%8,7

Tamamlayıcı sağlık sigortası olan kişi sayısı 2015'ten 2019'a yaklaşık üç kat artmıştır. Bu veriler, tamamlayıcı sağlık sigortasının özel sağlık sigortasından daha hızlı arttığını göstermektedir. Bunda fiyat avantajı ve bilinirliğinin zaman içinde artması etken olabilir. 2019 itibarıyla özel sağlık sigortalıların %43'ü ferdi, %47'si grup sigortalıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortalılarının ise %52'si ferdi, %48'i grup sigortalıdır.

Tablo 5: Sağlık Sigortalı Kişi Sayıları

	2019	2015
Özel Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı	2.494.615	2.244.585
Tamamlayıcı Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı	921.149	389.319



3. Sağlık Harcamaları Projeksiyonu ve İnovatif Ödeme Yöntemleri

Sağlık harcamalarının mevcut durumu ilk iki bölümde incelenmiştir. Bu bölümde ise mevcut şartların stabil devam ettiği varsayımı ile harcamaların gelecek projeksiyonlarına yer verilmiştir. Sağlık harcamalarında artış hızının 2030 yılına kadar azalacağı öngörülmektedir. İçinde bulunduğumuz dönemde hayatımıza giren COVID-19 pandemisinin etkisiyle öngörülerin üzerinde sağlık harcamalarının gerçekleşmesi sürpriz olmayacaktır. Her koşulda sağlık harcamalarındaki büyüme oranının ekonomideki büyümenin üzerinde olması beklenmektedir. 2018 yılında OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYH'ye oranı %8,8'di. Bu oranın 2030'da %10,2'ye yükseleceği öngörülmektedir. Türkiye için 2015'te %4,1 olan oranın ise 2030'da %5'e yükselmesi beklenmektedir.

Sağlık harcamalarını etkileyen önemli yönlendirici faktörler şu şekilde sıralanabilir:

- artan gelirler,
- üretkenlik sınırlamaları,
- demografik değişimler,
- teknolojik gelişmeler.

Bireylerin artan gelirleri daha kaliteli sağlık hizmeti almak konusunda beklentileri yükseltmektedir. Bu davranış değişikliği nedeniyle yapılan sağlık harcamaları artmaktadır. Üretkenliği arttırmak için yapılacak çalışmalar sağlık sektörünün insan kaynağına bağlı olmasından dolayı sınırlanır. Bir başka faktör ise yaştır. Yaşlanan nüfus, çok fazla sağlık harcaması gerektirir. Yeni teknolojilerin bulunması ve kullanılması bireylerin yaşam sürelerini ve sağlık statülerini artırır ancak karşılığında finansal bir bedel vardır. Sağlık harcamaları artışında önemli bir faktör teknolojik gelişmelere yapılan yatırım ve kullanımıdır. 2030 için yapılan harcama projeksiyonları bu faktörler üzerinden hesaplanmıştır. 2015-2030 arasında büyük bir politika değişikliği olmaz ve sağlık hizmetleri benzer fiyat aralıklarında olursa kişi başı sağlık harcamasının yıllık ortalama %2,7 oranında artacağı öngörülmektedir. Bu oran 2000-2015 arasında %3'tü. Dolayısıyla artış hızında azalma beklenmektedir. Ülkemizde ise 2000-2015 yılları arasında kişi başına sağlık harcaması artış hızı ortalaması %3 iken 2015-2030 yılları arasında %4,5 oranlarında olacağı öngörülmektedir (Lorenzoni vd., 2019).

Nüfusun yaşlanması ve bakımı ülkeler için önemli bir sorun iken bu durum girişimciler için fırsat teşkil etmektedir. Yaşlı nüfusun sağlık harcamalarına etkisi incelendiğinde sadece yaşlılık sağlık harcamaları artışına %1,1 etki etmekte, sağlıklı yaşlanma sağlık harcama artışını %0,3 azaltmakta, gelir artışı ve kaliteli sağlık hizmet beklentisi %1,5 harcama artışına neden olmaktadır.

Dünyada ortalama kişi başına yapılan sağlık harcamaları farklı para birimlerinin satın alma gücü farklılıklarını eşitlemek için Satın Alma Gücü Paritesi (SGP) oranı ile çevrilerek incelenmektedir (SGP'de döviz kur farklılıkları ve enflasyon etkileri görülmez, parite oranı ile çevrilen bir tutar tüm ülkelerde aynı hizmetleri satın alabilir). Kişi başına yapılan sağlık harcamaları 2015'te 1.332 SGP dolar, 2040 öngörüsü ise 2.318 SGP dolar şeklindedir. 2040'ta toplam sağlık harcamalarının %61,3'ünün devlet bütçesinden ve %24,7'sinin cepten ödemelerden oluşması beklenmektedir.

2040 yılında kişi başına yapılan sağlık harcamaları Dünya Bankası gelir gruplarına göre incelendiğinde yüksek gelirli ülkelerde 8.666 SGP dolar, orta-yüksek gelirli ülkelerde 2.670 SGP dolar (Türkiye bu grupta yer alıyor), orta-düşük gelirli ülkelerde 714 SGP dolar, düşük gelirli ülkelerde ise 190 SGP dolardır. Görüldüğü üzere gelir grubuna göre sağlık harcamalarında önemli değişkenlikler olmaktadır. Evrensel sağlık sigortası kapsamında olan kesim, 2015 yılında toplam nüfusun %59,2'sini oluşturmaktaydı. Bu oranın, 2030'da %64,8'e yükselmesi beklenmektedir.⁵

⁵ Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2018

Ödeme yöntemlerinin geleceğini inceleyelim. Birçok ülkede kullanılan hastaneye yapılan ödeme sistemleri, hizmet başına veya teşhis ilişkili gruplara göre hizmet paketi fiyatlarına dayalıdır. Bu sistemler, değer yerine hacmi önceliklendirdiği için sağlık harcamalarında önemli artışa neden olmaktadır. Değer bazlı ödeme sistemi ile neredeyse eş anlamlı kullanılmaya başlanan performansa göre ödeme (P4P - payment for performance) ise hizmet kalitesi göstergelerine, finansal verimliliğe, teknoloji kullanımına, hasta iyileşmesine göre yapılan ödemelerdir ancak gerçekte değer bazlı ödeme denebilmesi için hasta iyileşmesi göstergeleri P4P içinde en az %10 olmalıdır (Vlaanderen vd., 2018).

Değer bazlı ödeme sistemi ile hasta merkezli sağlık hizmeti oluşması hasta deneyimini artıracak gelişmelere yol açtı. Bunlardan bazıları hasta merkezli sağlık takımı, dijital araçlar ile hasta sağlık göstergelerinin takibi ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetidir. ABD’de 2011 yılında yürürlüğe giren Ekonomik Bakım Yasası ile kurulan Medicaid ve Medicare İnovasyon Merkezi 2011-2019 yılları arasında 33 pilot proje başlatmıştır. Sorumlu bakım organizasyonları, performansa dayalı ödeme yöntemleri, tıbbi evler bu çalışmalar arasında yer almaktadır (McClellan ve Feinberg, 2017).

Sağlık harcamalarında detaylandırılması gereken konulardan biri de mültecilerdir. 2016 yılında isteği dışı ülke değiştirmiş 65,6 milyon insandan 22,5 milyonu mülteciydi. Mültecilerin acil durumlarda veya göç ettikleri şehirde sağlık hizmetlerine erişimi çok önemlidir. Asıl hedef, mültecilerin ülkelerin ulusal sağlık sistemlerine dahil olmasıdır. Ancak ulusal sistemlere talep çoksa ve mevcut sistem mültecilerin ihtiyaçlarını karşılayamıyorsa alternatif sağlık hizmeti sunucularının gelişmesi gereklidir. İnsanlık krizlerine göre finansman türleri değişmektedir, en temel iki değişken zaman ve risktir. Risk öncesi finansmanlar ihtiyat fonları, ihtiyat kredileri ve bütçe paylaşımından karşılanır. Bunun yanında tek risk taşıyan göç edilen ülke ise fonlar direkt kullanılır. Risk BM gibi üçüncü bir kurum ile paylaşılmış ise finansman sigorta modeli ile sağlanır. Risk sonrası yani kriz gerçekleştikten sonra göç edilen ülke tek sorumlu ise bütçe paylaşımı, ihtiyat kredileri ile sağlık ihtiyaçlarını karşılar. Risk üçüncü bir kurum ile paylaşılmışsa taraflar arası nakit transferleri olabilir. Dünyada kriz sonrası finansman yaygın ancak bu sürdürülebilir bir yaklaşım değildir (Spiegel ve Chanis, 2018).

Ülkelerin mülteci finansmanını geliştirmesi kriz öncesi çok yıllık finansman planları ile mümkündür. Planlarda risk değerlendirmesi ile risk transferi ya da paylaşımı yapılabilir. Bu tür bir planlamaya örnek mülteci sağlık sigortası olabilir. Mülteciler, uzun yıllar kaldıkları ülkelerde ulusal sosyal sağlık sigortasına dahil edilebilirler. Bu durumda sosyal sigorta primlerini ödemeleri için çalışma izni verilmesi gerekir. Ek olarak ülkeler özel sigorta şirketleri ve reasürans şirketleri ile anlaşarak hem uzun vadede hem kriz anlarında kullanılmak üzere sağlık sigortası satın alabilir. Özel sağlık sigortası alınması durumunda primleri mülteci yerine üçüncü taraf olarak devlet sigorta şirketine öder, risk paylaşımı reasürans şirketleri ile yapılır. 2011’de İran ve BM, İran’da yer alan Afgan mülteciler için bir özel sağlık sigortası şirketi ile anlaştı. Çalışma izni olan ve çalışabilen grup, tamamlayıcı sağlık sigortası hükmündeki özel sigorta primlerini kendileri ödedi. Çalışamayan veya izni olmayan hassas grupların primlerini ise üçüncü taraf olarak BM ödedi. Bu durum 2015 yılında mülteciler sosyal sigorta kapsamına girene dek devam etti. İnsanlık krizlerinde kullanılan bir finansman modeli Dünya Bankası tarafından oluşturulan Pandemi Acil Finansman Servisi’dir. Bu servis, hızlı yayılan hastalıkların pandemiye dönüşmesini önlemek adına birçok kaynaktan faydalanan bir fondur. Gelir kaynakları arasında tahvil kredileri, sigorta primleri ve nakit akışları yer alır ve pandemi sigortası olarak da isimlendirilir. Fon büyüklüğü ve kişi başı limiti hastalığın şiddeti, yayılma hızı, etkilediği kişi sayısına göre belirlenir. Pandemi sigortası modeli kriz sonrası göç eden mülteciler için uygun bir modeldir (Spiegel ve Chanis, 2018).

Günümüzde yaygın kullanılan reçete başına ödeme birçok insanın ilaca erişimine engel oluşturmakta ve önemli bir gider kalemi yaratmaktadır. Alternatif bir model olarak Netflix veya e-ticaret sitelerinde kullanılan abonelik modeli değerlendirilebilir. Örneğin kronik hastalığı olanlar, uzun süre aynı ilaçları benzer miktarlarda kullanmaktadır. Buna karşın bu kişilerin her defasında yeniden reçete yazdırmaları gerekmektedir. Devletlerin kronik hastalıklarda abonelik yöntemine geçmesi halinde:

- hastalar ihtiyacı olan ilaçları cepten ödeme yapmadan her ay düzenli alabilir,
- ilaç şirketleri pazarlama bütçesinden tasarruf ederek düzenli gelir kaynağı yaratabilir,
- devletler ise belirlenen hastalık için anlaşma yapacağı ilaç şirketini ihale ile seçmesiyle rekabeti artırarak fiyat avantajı kazanabilir (Cherlaa ve Howard, 2020).

Abonelik modeli ilk defa 2015'te Avustralya'nın kronik hepatit C için yeni çıkan ilaçları ödeme kapsamına alması ile denendi. En az 3 ay boyunca kullanılması gereken 3 ilaç, abonelik sistemi ile anlaşılan ilaç şirketine geri ödendi. Avustralya'dan gelen sınırlı veri, bu modelin tüm paydaşlara katkısı olduğu yönündedir. Abonelik yöntemi; hastaların hayatını kolaylaştırırken özellikle az gelişmiş ülkelerde, devletlerin ilaçların fiyatını belirlemede belirleyici olmadığı durumda ilaç şirketleri arasındaki rekabeti artırarak devletlere avantaj sağlayabilir (Cherlaa ve Howard, 2020).

4. Sağlık Ödemelerinde Yeni Girişimler

Bu bölümde Avrupa’da, ABD’de, Çin’de ve Türkiye’de sağlık ödemeleri üzerine çalışmalar yapan örnek girişimlere yer verilmiştir. Girişimlere geçmeden önce, içinde bulunduğumuz dönemde tüm dünyada hayatı olumsuz etkileyen koronavirüs pandemisi nedeniyle sağlıkta öne çıkan teknolojilerden kısaca bahsedelim. Temas ile virüs yayılımını engellediği ve hastane kapasitelerinin etkin yönetilmesine katkıda bulunduğu için tele sağlık çözümleri ön plana çıkmaktadır. Plushcare, Everywell, Healthcare Communications gibi girişimler, koronavirüs semptomları olan hastaları akıllı chatbot’lar veya online doktor görüşmeleri ile risk grubuna göre sınıflandırmaktadır. Böylelikle hastanelerde gereksiz kalabalık oluşması önlenmektedir.⁶ Bunun yanında bazı tele sağlık girişimleri, ev test kiti oluşmuştur. Test sonuçları online randevuda hasta ile paylaşılmaktadır. Pandemi sonrası Hastalık Korunma ve Önleme Merkezi (CDC) ve WHO, tele sağlığı önerdiklerine dair yazılar yayımlamıştır. Bu çözümlere ilginin de arttığı verilerle ortaya konmuştur. ABD’de Şubat 2020’de tele sağlık uygulaması deneyenlerin oranı %18 iken Mart 2020’de %30’a çıkmıştır. Tele sağlık hizmeti satın alan kişi oranı ise Şubat 2020’de %10 iken pandemi ile birlikte %17’ye yükselmiştir.⁷ İlginin artmasında fiyat avantajının da etkili olduğu düşünülebilir. ABD’de bir tele sağlık görüşmesinin ücreti ortalama 50 dolar iken acile gitmenin maliyeti yaklaşık 2.000 dolardır.⁸ 2019’da küresel tele sağlık pazarının büyüklüğü 45,5 milyar dolar iken 2026’da bu değerin 175,5 milyar dolara yükseleceği öngörülmektedir.⁹

Pandeminin yönetilmesinde yapay zeka tabanlı çözümler de önemli roller üstlenmiştir. Kanada merkezli Bluedot isimli enfeksiyon hastalıkları takip girişimi tüm makale, yazı ve belirli veri kaynaklarını takip eden yapay zeka programları ile Aralık 2019’da Çin’de salgın olacağını ilk öngören kurum oldu.¹⁰ Alibaba ise koronavirüs tanısında altın standart kabul edilen akciğer tomografilerine göre 20 saniyede %96 güvenilirlik oranlarında tanı koyabilen yapay zeka tabanlı bir çözüm geliştirmiştir.¹¹ Google yaşam bilimleri bölümü Verily, Kaliforniya’da ücretsiz koronavirüs testi sunmuştur. Pandemi ile ilgili çalışmaların dışında Verily, veri analizine dayalı öngörü üreten yapay zeka programlarına da yatırım yapmaktadır. Google’ın girişim sermayesi fonu GV ise bugüne kadar yapay zeka, veri yönetimi, genom çalışmaları, dijital sağlık sigortaları alanlarına odaklanan 76 sağlık girişimine yatırım yapmıştır.¹²

Teknolojiden yararlanarak pandemi döneminde katma değerli çözümler sunan girişimlere değindikten dünyanın farklı coğrafyalarında sağlık ödemeleri alanında hizmet veren girişimleri inceleyeceğiz.

4.1. Türkiye

B2Metric: Geliştirmiş olduğu yapay zekâ tabanlı çözüm ile sigortacılık ve finans sektöründe poliçelendirme, fiyatlama ve kredi tahsis süreçlerindeki risk yönetiminin verimli biçimde yapılmasını sağlıyor. B2Metric, sahtecilik ve suistimallerin önüne geçmek için bulut tabanlı yazılımlar da sunuyor.

Wigorta: Aile, arkadaş, hobi grubu gibi bireyin bir araya gelip daha düşük primle poliçe satın almalarını sağlayan paylaşımlı bir insurtech girişimidir.

4.2. ABD

Alternatif ödeme modellerine geçişi hızlandırmak için çalışmalar yapan Sağlık Ödemesi Öğrenme ve Eylem Ağı (Health Care Payment Learning and Action Network) gibi geniş katılımlı bir oluşumun bulunduğu ABD’de dikkat çeken girişimler aşağıda listelenmiştir.

⁶ plushcare.com, <https://www.everlywell.com/>, <https://healthcare-communications.com/>

⁷ <https://civicscience.com/>

⁸ <https://www.statnews.com/2020/03/19/telemedicine-blunt-cost-unnecessary-covid-19-visits/>

⁹ <https://www.gminsights.com/industry-analysis/telemedicine-market>

¹⁰ <https://bluedot.global/>

¹¹ <https://covid-19.alibabacloud.com/>

¹² <https://verily.com/>, <https://www.gv.com/portfolio/>

Lemonade: Sigorta alımı sırasında prosedürler ile uğraştırmayan ve hızlı geri ödeme sağlayan bir dijital sigorta girişimidir. Yapay zekâ tabanlı bir chatbot aracılığı ile kişiye en uygun sigorta kapsamı belirlenir, en uygun ödeme planı ile satış gerçekleştirilir. Ödemeler Lemonade uygulaması üzerinden kart bilgilerinin girilmesi ile gerçekleşir. Bir hasar olduğunda geri ödeme almak için sadece chatbot ile görüşmek ve sorunu anlatan bir video göndermek yeterlidir. Bu özelliği ile birçok evrak işinden kurtararak dijitalleşme de sağlar. Ödenen primlerden artan tutarları seçilen bir sivil toplum kuruluna bağışlama imkânı vermesiyle sosyal fayda da sağlar.

Patientco: Hastalar için ödeme sürecini kolaylaştıran hastalara finansman seçenekleri sunulmasını da sağlar.

Change Healthcare: Üyelere sağlık hizmeti masraflarını ödemenin kolay yollarını sunarak deneyimi daha modern ve dijital şekilde sunar.

Simplee: Sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmiş ödeme yolları ile karşılanabilmesini sağlamak için kurulan lider teknoloji platformudur. Simplee'nin hasta merkezli deneyimi, en büyük sağlık sistemlerinin daha yüksek hasta memnuniyeti düzeylerine ulaşmasına ve daha iyi finansal performans elde etmesine yardımcı olur. SimpleePAY isimli hastanelerin ödemeleri tahsil etmesine yardımcı olan bir çözümü de bulunan şirket, yılda 1,5 milyar dolar ödemeye aracılık ediyor.

Flywire: Şubat 2020'de Simplee'yi satın alan Flywire, aralarında sağlığın da bulunduğu çok sayıda sektörde hizmet veren kuruma, farklı para birimlerinden alacaklarını kolay, esnek ve güvenli biçimde tahsil etme imkanı sunar. Otomatik olarak özel ödeme planları oluşturarak hastaların bir plan istemesine olan ihtiyacı ortadan kaldırır ve böylece verimli arttır, hasta deneyimini iyileştirir.

InstaMed: Hasta dostu faturalamayla kâğıt maliyetlerini ve karmaşayı ortadan kaldırmayı amaçlayan InstaMed, sağlık hizmeti ve ödeme çözümlerini tek bir platform üzerinden sunar. Faturaların fotoğrafının çekilmesinin ardından ödemelerin yapılmasını sağlayan Photo Bill Pay isimli çözümü bulunan InstaMed'in kullanıcılarının kartlarını ve hesaplarını ekleyebildiği bir dijital cüzdan fonksiyonu da bulunmaktadır. Hastalara dinamik ödeme planı önerileri de sunan InstaMed, bu kapsamda makine öğrenmesinden yararlanır.

PatientPay: Özel sağlık hizmetlerinin karşılaştığı karmaşık finansal zorluklara odaklanan hasta ödeme çözümüdür. Ödemeleri tahsil etmek için sağlık kurumlarının katlandığı maliyetleri %50 azaltan PatientPay, faturalandırmadan dijital ödemeye uçtan uca bir çözüme sahiptir.

Rectangle Health: Sektöre özel hizmetleriyle sağlık kuruluşlarının ve sigorta gruplarının ödeme uyumluluğunun artırmasını, güvenli biçimde ödeme alınmasını ve hasta memnuniyetinin iyileşmesini sağlayan sağlık teknolojisi şirkettir.

Carepayment: Sağlayıcı kuruluşlarının topluma değerli bakım hizmeti vermeye devam edebilmeleri için finansal sağlığını korurken hastaların finansal yükümlülüklerini yerine getirmelerine yardımcı olur. Carepayment, gelir döngüsü hedeflerine uyacak şekilde uyarlanabilen hasta dostu bir finansman çözümü sunar.

Cedarpay: Tıbbi faturalandırmaların karmaşık olduğu hizmet yerlerinde, kişiselleştirilmiş ödeme planları oluşturur ve her hastanın tercih ettiği ödeme yöntemini kullanmasına olanak tanır.

Salucro: Yalnızca hasta ödemelerine odaklanan bir sağlık teknolojisi şirkettir. Hastaneler, sağlık sistemleri, doktor uygulamaları, yan hizmet sağlayıcılar ve diğer gelir döngüsü hizmeti ve teknoloji şirketleri de dahil olmak üzere sağlık pazarına ödeme teknolojisi sunar.

Payspan: Sağlık bakım hizmeti veren kurumlara, en büyük sorunları arasında yer alan ve maliyet yaratan çek vb. ödemeleri ve para transferlerini kolaylaştırmaya yönelik finansal çözümler sunar. Hizmet sağlayıcıların ve sağlık planlarının elektronik ödeme ağı üzerinden güvenli bilgi alışverişi yapmalarını sağlar. 26 dilde hizmet veren Payspan, 600'den fazla sağlık planı, 100 milyondan fazla üye

ve 1,3 milyon sağlayıcıdan oluşan maaş ile en büyük sağlık odaklı, sağlayıcı merkezli elektronik ödeme ağını sunmaktadır.

AxiaMed: AxiaMed, sağlık bakımı alanına odaklanan ve ödeme güvenliği konusunda uzmanlaşmış bir fintech'tir. Payment Fusion isimli SaaS tabanlı sağlık ödeme platformu üzerinden sunduğu API ile ödeme ağları ve sağlık bakım uygulamalarıyla yapılması gereken entegrasyonlarını da kolaylaştırır.

4.3. Avrupa

Doctolibb: Aylık abonelik ücreti ile çalışan bir tele sağlık girişimidir. Hastalar sağlık uzmanları ile tıbbi randevu alabilecekleri çevrimiçi bir platform kullanır. Beş yıl önce Paris'te hayata geçen bu girişim, her ay 30 milyon online hasta ziyareti almaktadır.

Otonova: Almanya merkezli girişim, özellikle ülkeye yeni taşınan kişileri hedef kitlesine almaktadır. Tamamen dijital sağlık sigortası girişimidir, bunun yanında yeni taşınanlar için İngilizce konuşan chatbot ile Alman sağlık sistemi ve dijital sigortanın nasıl kullanılacağı konusunda bilgi verir. Sağlık sigortası için ödenen primler ve geri ödemeler dijital olarak gerçekleşir.

E-Health Estonia: Estonia'nın kurduğu blokzincir bazlı dijital kimlik sistemidir. Elektronik Sağlık Kaydı (e-Sağlık); Estonya'nın farklı sağlık hizmeti sağlayıcılarından gelen verileri bütünleştiren, her hastanın kendi verilerine çevrimiçi erişebileceği ortak kayıt sistemidir. Ulusal bir veritabanı gibi çalışan e-Sağlık, verileri farklı sistemler kullanan hastanelerden alsa da e-Hasta portalı üzerinden standart bir formatta sunar. Blokzincir ile korunan sistemde sadece doktorlar ve hastaların izin verdiği kişiler sağlık verilerine erişebilir. Sistemin başlatılması sonrası reçetelerin %99'u dijital olarak yazılmış ve hizmet ücretlerinin tamamı dijital olarak ödenmiştir.

Deepmind: Londra merkezli DeepMind sağlıkta farklı alanlardaki sorunlara veri analizi ile öngörüler sunan yapay zeka sistemleri üretmektedir. DeepMind; göz hastalıklarını dünyanın en iyi göz doktorları ile aynı güvenilirlikte tanı koyan, hastane idaresinde harcamaların azalmasına yardımcı olan ve proteinlerin 3D şekillerini çıkararak ilaç üretim çalışmalarına katkı sağlayan yapay zeka çözümleri geliştirmiştir. İngiltere Sağlık Bakanlığı ile yakın çalışan DeepMind, 2014 yılında 500 milyon doların üzerinde bir bedel karşılığında Google tarafından satın alınmıştır.

4.4. Afrika

CarePay: Kenya, Nijerya ve Tanzanya'da hizmet veren CarePay'in platformunda küçük kliniklerden büyük hastane gruplarına 2.700 sağlık hizmeti sağlayıcısı yer almaktadır. Bu bölgede ödemelerde başarılı olan M-PESA gibi mobil cihazlar üzerinden hizmet vermekte olan erişilebilir bir platform sunar. Platform üzerinden hastaların, sağlık hizmeti sağlayan kurumların, özel sağlık sigortası gibi ödeyici taraflar birbirlerine minimum maiyetle ödeme yapar. Akış ise şu şekildedir. Hasta telefonu ile CarePay platformunu arar ve uygun sağlık platformunu ve lokasyonunu seçmesiyle süreç başlar. Sağlık hizmeti sağlayan kurumun tanıyı koyması ve tedavi etmesi ile devam eden sürecin ardından ödeme talep edilir. Hastanın sigortası varsa yine CarePay platformu üzerinden ödeme onayı alınır ve ödeme süreci 24 saat içerisinde şeffaf biçimde tamamlanır.

4.5. Çin

WeChat: Çinli teknoloji devi Tencent bünyesinde olan ve bir sohbet uygulamasından süper uygulamaya evrilen WeChat, akıllı sağlık hizmetleri de sunmaktadır. Platform, kullanıcıların WeChat kamu hesapları aracılığıyla sağlık kuruluşlarından randevu almasına, ödeme yapmasına ve aldığı hizmeti puanlamasına olanak tanır. 2017 itibarı ile Çin'deki 38 binden fazla sağlık kuruluşu WeChat platformunda yer almaktadır. Bunların %60'ı çevrimiçi danışmanlık hizmeti sunar ve %35'inde ise WeChat Pay ile ödeme yapılabilir.

2019 yılının sonunda Çin'de denemelerine başlanan çözüm kapsamında Ulusal Sağlık Güvenlik İdaresi, vatandaşların ulusal sağlık programına elektronik olarak erişmesini sağlıyor. Bireyler, fiziksel sosyal

güvenlik kartlarının dijital versiyonu olan e-sertifikalarına WeChat ve Alipay uygulamasından da erişebiliyor. Kullanıcılar, uygulamalar üzerinden sağlık geçmişlerine erişebildiği gibi sigorta kayıt ücretleri, test ücretleri ile diğer ilgili ödemeler ve sosyal güvenlik giderleri de dahil olmak üzere kamu sağlık hizmeti ödemelerini yapıyor.

WeChat'in iş birliği yaptığı bir diğer oyuncu ise Pekin merkezli Taikang Hayat Sigortası oldu. İş birliği kapsamında WeChat Pay üzerinden malign (habis, kötü huylu) tümöre karşı 1 yuanlık prim ödemesi yapanlara, yaşına göre 300 ila 1.000 yuan arasında değişen teminatlarla bir yıllık hayat sigortası yapılmıştır. Bu işlemini WeChat üzerinde arkadaşlarıyla paylaşanların teminat tutarı, arkadaşları da 1 yuanlık prim ödemesi yapması halinde 10 bin yuan ile sınırlı olmak kaydıyla katlanarak artmaktadır.

Alipay: Bir e-ticaret devi olan Alibaba'nın ödeme çözümü Alipay'ın dijital sağlık alanındaki yatırımlarına üç örnek verilebilir; Alipay ve Taiking Sigorta iş birliği ile 'kritik zaman' dijital sağlık sigortası, AliHealth ve 'geleceğin hastaneleri'.

Alipay Sağlık Sigortası, Taikang Sigorta ile birlikte sunulan ücretsiz bir sağlık sigortası hizmetidir. Uygulama kapsamında 60 yaşın altındaki kullanıcıların Alipay cüzdanlarıyla mağaza içinde yaptığı her ödemede belirli miktarda sigorta kapsamı almasına izin veriliyor. Kullanıcılar, Alipay uygulama arayüzünde "hemen al" yazan bir bağlantıyı tıkladıktan sonra işlem yürürlüğe giriyor. Ödeme sayısı arttıkça teminat tutarı üst sınırına ulaşılan dek bakiye birikmeye devam ediyor. Kullanıcıların sigortalanmadan önce tıbbi muayeneye tabi tutulmasını gerektirmeyen bu sigorta ürünü, bir yıllık süre boyunca kullanıcılar tarafından kullanılabilir. Sigorta süresi boyunca bir kullanıcıya sigorta poliçesinde belirtilen 25 ana hastalıktan herhangi birinin teşhisi konulursa teşhisi hakkında bilgi doldurduğu ve belgelerini sisteme yüklediği sürece uygulama içi talepte bulunabilir ve hak talebi kabul edilirse kullanıcı ödemesini alır.

AliHealth uygulaması ile kullanıcılar, doktorların yazdığı reçetelerin fotoğraflarını yükledikten sonra ilaç satın alabiliyor. AliHealth uygulaması, sipariş vermek isteyen kullanıcıya en yakın eczanelere doktor reçetesinin fotoğrafını gönderiyor ve eczaneler tarafından kullanıcıya fiyatlar sunuluyor. Kullanıcı, istediği eczaneyi seçip ödemeyi yaptıktan sonra teslimat evine yapılıyor.

Alipay "Geleceğin Hastanesi" ise 63 hastanede kullanımda olan ve 5 milyon kişinin yararlandığı bir programdır. Mayıs 2014'te hayata geçirilen program, tüketiciler ve hastaneler arasında geniş çapta bir iletişim görevi görmeyi amaçlıyor. Hastalar, Alipay hesaplarını hastanenin hizmetine bağlayarak çevrimiçi kaydolma, tıbbi raporları alma ve Alipay cüzdanlarını kullanarak ödeme yapma imkânına erişmektedir.

4.6. Sağlık Hizmetlerinin Geleceğine Uygun Girişim Örnekleri

Biyosensörler ve Takip Edici Cihazlar: Kişisel sağlığın gelişmeye başladığı bu dönemlerde, giyilebilir sağlık ürünleri de yaygınlaşmaya başladı. Hastanelerin bir kısmı bu değişime adapte oldu. Örneğin bir kişi kalp krizi geçirmesinin ardından baypas ameliyatı olduktan sonra doktoru, hastayı daha yakından takip edebilmek için hastaya tansiyon vb. değerleri ölçebilen giyilebilir ürünler önerebilir. Bu ürünler günümüzde tek seferlik satın almayla kullanılabilse de ileride ücretli (aboneliğe dayalı) uygulamaların hayatımıza girmesi muhtemel. Bu uygulamalarda ödemeler kredi kartları, vadesiz hesaplar ya da telefon faturaları aracılığı ile gerçekleştirilebilir. Bu ve benzer uygulamaları kullanan hastaneler mevcut ancak uygulamaların ücretleri herhangi bir sigorta kapsamında değil.

InTouch Health: Telesağlık hizmetleri sunan Kaliforniya merkezli bir yazılım şirkettir. Kişinin sağlığını yazılıma uyumlu giyilebilir teknolojiler ile takip etme özelliğine sahiptir. Örneğin kişinin kalp ritmi bozulursa doktoru bu giyilebilir cihaz aracılığı ile anında bilgi sahibi olabiliyor. InTouch Health'in hastaneler veya doktorlar ile anlaşmaları bulunuyor. Ödemelerinin şekli de hizmete bağlı, hastane anlaşmalarında sigorta şirketleri telerandevuyu onaylarsa, herhangi bir sağlık harcaması gibi ödeme gerçekleşiyor. Bunların yanında kullanıcı direkt olarak uygulamaya ücret ödeyerek uygulamanın sağladığı doktorlara arayüz aracılığı ile de ulaşabiliyor. Bu hizmetin ödemesi de kredi kartı veya banka

kartı ile gerçekleşmektedir. Bu ödemelerin sigorta kapsamına girip girmemesi sigorta şirketine bağlı bir durumdur.

Kry: İsveç’te hizmet veren Kry mobil uygulaması aracılığı ile kişiler, doktor ve psikologlar ile görüntülü bir şekilde görüşebilmektedir. Ödemeler kredi kartıyla, banka kartıyla veya telefon faturasına yansıtılarak gerçekleşmektedir. Sigortanın hizmeti karşılaması için görüşülen doktorun sigorta ile anlaşmasının olması gereklidir ve uygulama, doktora bir pay vermektedir.

ABD’deki Doctor on Demand, 98point6, Pill Club, Maven Clinic, Cloud DX, Çin’deki Quyi Network ve Almanya’daki Vitaphone isimli şirketler yukarıda bahsedilen ödeme modelleri ile hizmet vermektedir. Şirket doktora pay verir veya doktor, hasta görüşmesinden komisyon alır. Sigorta ödemeleri ise hizmet alan kişi tarafından hizmet gerçekleştikten sonra sigortadan temin edilir. Sigortalı da arayüzlerine uyumlamaya çalışan şirketler mevcuttur ancak böyle bir değişim yasal düzenlemeler de gerektirmektedir.



5. Sonuç

Ülkemizde GSS modeli ile daha fazla insan sağlık hizmetlerine erişirken bu durum hastanelere ve ilaçlara olan talebi artırdı. Hastaneler halka sunduğu hizmet karşılığında devletten global bütçe tayinine göre ödeme almaktaydı, reform ile teşhis ilişkili gruplar ve performansa göre ödeme önem kazandı. Artan talebi, harcanan bütçede çok yüksek artışlara neden olmadan yönetebilmek adına ise verimlilik önem kazandı. Performansa dayalı ödeme ile hastanelerin finansal verimlilikleri göz önüne alınmaktadır. Hasta bildirimli sonuçlar hasta memnuniyetini ölçmek için geliştirilmiştir ve hastanelere yapılan geri ödeme kriterlerinden biri haline gelmiştir. Bunun yanında SGK veya özel sigorta şirketlerinden geri ödeme almak için birçok evrak kaydı gerekmesi ve prosedürlerin karmaşıklığı, dijital sağlık sigortası girişimlerini canlandırmıştır. Raporda bahsedilen bazı şirketlerin hizmeti sayesinde hastalar sağlık sigortalarını risk taramasına girmeden chatbot veya e-ticaret sitesi ile satın alabilmektedir. Bütün ödemeler uygulamalar üzerinden yapılabilirken sağlık ödemeleri ve sigortalar konusunda bilgi sahibi olmayan kişiler ise yapay zeka tabanlı uygulamalar ile kendi finans durumlarına uygun kişiselleştirilmiş ödeme planları oluşturabiliyor.

Gelişmekte olan tele sağlık hizmetlerinin özellikle içinde bulunduğumuz pandemi döneminde ön plana çıktığı gözlenmiştir. Tele sağlık girişimlerinde telefonda yapılan görüşmelerin telefon faturasına yansıtılması, abonelik sistemi ile her ay sabit ücret ödeyerek belli sayıda doktordan videolu görüşme alma veya görüşme başına yapılan ödemeler şeklinde değişimler olduğu görülmektedir. Doktor görüşmelerinin dijitalleşmesi yanında reçete ile ilaç alıp eczane arama durumu da internetten alışveriş yapma deneyimine dönüşmektedir. Raporda bahsedilen reçete resmi yüklenmesi ile eczanelerden fiyat alınması ve kargo ile eve teslim olması bu akışa örnek oluşturmaktadır. Başka bir örnek ise aylık sabit ücret ödeyerek, yani abonelik modeli ile kronik hastalık ilaçlarının alınmasıdır.

Raporumuzda bahsettiğimiz tüm bu konuları göz önünde bulundurarak sağlık sektöründeki muhtemel iyileşme alanlarını aşağıdaki şekilde listeleyebiliriz:

- Farklı paydaşlar arasında para akışı olan ödemelerin takip edilmesi,
- Tele sağlık hizmetlerinin sağlık sigorta kapsamına girmesi,
- Performansa dayalı geri ödemelerde hasta deneyimini standardize eden ölçümleme yöntemlerinin geliştirilmesi,
- Artan medikal turizmle hastanelerin yabancı para birimleri ile ödeme tahsil etme yetkinliğinin gelişmesi,
- Yabancı hastaların online ödeme güvenliğinin sağlanması ve ödeme takip süreçlerinin şeffaflaşması.



