

İşverenler müşteri odaklı sağlık hizmetlerini nasıl gerçekleştirir?

Brian J. MARCOTTE
Çev: Hilal KAMER, Burcu GÜDÜCÜ

How employers can make consumer driven health care a reality

Daha sonraları Honeywell olarak, bilinen Allied Signal, 1988’de, tüm çalışanlarını tek bir sağlık yönetimi çatısı altında toplayan ilk ulusal firmadır. Yıllık sağlık hizmeti harcamalarındaki artışın %18 ile %20 arasında kalmasını isteyen birçok firma da Allied Signal’in bu atılımını izledi. Böylece işverenlerin sağlık hizmeti satın alımlarında bir dönüşüm başladı. Allied Signal’da, sağlık hizmetini sunanlar ve sağlık hizmeti sunumuna, ulaşımına aracılık yapanlarla¹ anlaşmalar yapılmıştı. Bu sayede, eldeki veriler kullanılarak, tedavi giderleri azaltıldı, maliyetler düşürüldü, kalite artırıldı. Bu şekildeki bir satın alma davranışı, sağlık bakım organizasyonları arasındaki rekabeti arttırdı. Allied Signal bu cesur adımıyla, çokça övgü topladı.

Sağlık yönetimi alanında verilen pek çok söz henüz yerine getirilmemiştir. Sağlık hizmeti maliyetleri yeniden yükselmiştir. 1990’ların başlarında sağlık hizmetleri alanındaki pek çok sorun (kullanıcıların başvurudaki zorluğu, sağlık hizmetini sunanlar ve sağlık hizmeti sunumuna ve ulaşımına aracılık yapanların anlaşmalardaki memnuniyetsizlikleri, yüksek ücretlendirme, zayıf müşteri hizmetleri gibi) bugün de görülmeye devam etmektedir. Sağlık yönetiminin, temel öğelerinden hizmet sunucular ve hizmet ulaşımına aracılık edenler, bugünün de maliyet faktörleridir.

Bugün Honeywell, sağlık hizmetlerine yıllık 650 milyon \$ harcamaktadır. %12- 15 yıllık maliyet artışı eğilimi ile Honeywell’in harcamaları beş yıl içinde iki katına çıkacak. Bugün, Honeywell’de çalışanların %98’i, sağlık hizmet planı içerisinde yer almaktadır. Şimdi Honeywell’in de diğer kuruluşlar gibi, sağlık hizmetleri pazarlama devriminin bir sonraki aşaması olan müşteri odaklı sağlık hizmeti pazarına geçmesi gerekli.

Müşteri odaklı sağlık hizmetlerinin önünde pek çok engel bulunmaktadır. Müşteri isteklerine yönelik biçimlenen sağlık pazarı, hizmet sağlayıcılar ve müşteriler, sağlık hizmeti harcamalarında söz sahibi olamadıklarından, çöküş sürecindedir. Müşterinin alacağı sağlık hizmeti ile ilgili kararlarına yönelik destekte, büyük bir bilgi eksikliği vardır. Kronik hastalıkların tedavisinde, sağlık planlayıcılar veya sağlayıcılar teşvik edilmemektedir. Sağlık organizasyonlarındaki rekabet düzeyi etkisiz kalmaktadır. Pazar, 150 milyon Amerikan tüketiciyi barındıracak kadar olgun değildir.

Eğer, işverenler sağlık hizmeti organizasyonlarının yapılanmasına yardımcı olurlarsa, tüketici odaklı pazarların yaratılmasında da hızlandırıcı olabilirler. Bunu ABD’den daha iyi kim yapabilir? Müşteri hizmetleri alanında, başarının ve başarısızlığın en iyi örnekleri oradadır. Eğer

¹ ÇN: Yazar “Provider” kelimesini kullanmıştır. Kelimenin tam Türkçesi tedarikçi olarak da çevrilebilir. Provider, ABD sağlık sisteminde; sağlık hizmetini sunan, hizmet alan ve hizmet vereni buluşturan şirket ve/ veya kişi yada ikisini birden kapsayan bir anlam içermektedir.

İşverenler kendi üstlerine düşeni yaparsa hükümet de bir zorluk çıkarmayacaktır. Sağlık hizmeti satın alımında internet kullanımını etkin hale getirebilirsek, değişim sürecinde olan mevcut sağlık hizmetleri sisteminin, tüketici odaklı hale gelmesine bir adım daha yaklaşmış oluruz.

Yönetim Odaklı Sağlık Hizmetinden Müşteri Odaklı Sağlık Hizmetine Geçiş

İşverenler sağlık hizmeti yönetiminde, maliyet muhasebesi unsurunun önemini arttırmak için el ele verdiler. Network üzerinden, sağlık hizmeti planlarından birine dahil olan çalışanlar, hayli fayda sağladılar (vergi muafiyeti, ucuz poliçe, düşük sigorta primi gibi). İşverenler çalışanlarına şunu söylediler: “Arkanıza yaslanın ve rahat olun. Birinci basamakta görevli hekiminiz sizi gerekli sağlık hizmetine yönlendirecektir. Eğer bir uzmana ihtiyacınız varsa uzmana gönderecek, acil bir durum varsa acile yönlendirecektir. Bu sizin sorumluluğunuzda değil”.

1990’ların ortalarında işverenler üretim maliyetinin kendilerine kazandırdıkları ile ilgilenirken, çalışanlar, sağlık hizmetlerinde, sorumluluktan uzak, harcamalardan izole edilmiş, pasif durumdaki sağlık tüketicileri konumundaydı. Hatta sistem içinde aktif bir rol oynamak isteyen sağlık tüketicileri, sistemin kendilerini yönetmesine dayanamıyorlardı.

On yılı aşan pasif bir dönemden sonra, işverenlerin, çalışanların sağlık tüketiminde aktif rol alması için onları cesaretlendirmeleri gerekti. Tüketici odaklı sağlık bakım planları, tüketenlere, finansal fayda sağlayacak şekilde yapılandırıldı. Tüketiciler kaynak sağlamak konusunda kararlıydılar. Kolay ulaşılabilirlik, internet kullanımı, onlara bu kararı vermelerinde yardımcı oldu.

Bu müşteri odaklı sistemde, tüketiciler, diğer mal ve hizmetleri alabildikleri gibi sağlık hizmetini de satın alabiliyorlar, istedikleri zaman sağlık sistemine ulaşabiliyorlardı. Sistem sadece yıllık başvurular ile sınırlı değildi. Diğer bir deyişle yarış, sadece sağlık kuruluşları arasında değil, sağlık hizmetini sunanlar, sağlık hizmeti sunumuna, ulaşımına aracılık yapanlar arasında da yaşanıyordu. Bu süreçte sağlık planlayıcılar ve sağlayıcılar birbirleriyle fiyat, kalite ve hizmet konularında karşı karşıya gelip yarışmak için cesaretlendirildiler

Sağlık tüketicisini bu sistemin içine çekmek ve pazarı müşteri odaklı hale getirmek zaman alacak. Satın alma düzeyleri göz önüne alındığında sağlık tüketicilerine ve pazara kıyasla en iyi durumda olan grup işverenlerdir.

Çalışanları Tüketicilere Dönüştürecek Anahtar Stratejiler

Bugün Honeywell’de sağlık hizmetleri sunumuna bakıldığında, sağlık planlayıcıları ve sağlayıcılarının fiyatlarında ve yönetim anlayışlarında, halen önemli farklılıklar olduğu görülür. Tüketiciler, kendi sağlık hizmetlerini konu alan kararlarda etkin olamamaktadırlar. Oysa ki, tüketicilere etkin olmaları için destek ve olanak sağlanmalıdır.

Sağlık hizmetlerindeki bu yeniliklerin gerçekleşmesi, işverenlerin, tüketicinin korunmasına yönelik aşağıdaki stratejileri, kabul etmesinde yatıyor. Burada işverenlerin, tüketici hareketini yerleştirmek için yapması gereken 6 anahtar strateji vardır.

1. Şirketin katkısı ile sağlık hizmeti maliyetleri arasındaki ilişkiyi ayırarak, çalışanlara finansal hesap verme zorunluluğu getirilmesi.
2. Yüksek maliyetli klinik sonuçların gözden geçirilmesi.
3. Her seviyedeki sağlık kararına müşterinin katılımı.
4. Müşterilere kaliteli hizmet sunabilmek için hizmet sağlayıcılarla kontratlar oluşturulması.
5. Müşterilere sağlık hizmeti satın almaları konusunda yetki verilmesi.

6. Tüketicilerin sağlık hizmetleri için ayırdıkları parada daha fazla kontrol sahibi olmaları için, daha çok seçeneğin oluşturulması.

İlk on yıllık dönemde, bu stratejiler, İnternetin gücüyle birleştirilince, sağlık hizmetleri pazarında müşteri odaklılığının gelişmesine olanak sağlayacaktır.

Belirlenmiş Katkı Modeline Doğru

Çalışanlar kendilerine işverenleri tarafından sağlanan katkıyı, lütuf olarak görmekten ziyade, yasal hakları olarak görmelidirler ki, bu hakkı ihtiyaçları doğrultusunda kullanabilsinler. İşverenler çalışanları için sağlık yardım payı ödememeli, bunun yerine tüketiciler için, sağlık hizmeti verecek şirketlerin kurulmasına ön ayak olmalıdırlar.

Belirlenmiş sağlık katkı planı modelinde, seçenek önemlidir, bu yüzden sağlık planlarında seçenekler geniş yelpazeli ve herkes için ulaşılabilir olmalıdır. Eğer bir çalışan, tercihli bakım organizasyonlarından² pahalı bir plan seçerse, farkı kendisi öder. Eğer düşük maliyetli bir plan seçerse, birikmiş para kendisininindir.

Bazı işverenler bu dönüşümü gerçekleştirdiler, bazıları ise halen değişim sürecindedir. Bu dönüşüm, tüketim düzeyi yaratmada ve işveren yardımı mantığının bırakılmasında anahtar bir adımdır. Ne var ki, belirlenmiş katkı modeli kendi içinde tutarlı bir strateji değildir. Sağlık bakımı tüketiciler için bütçeye uygun olmalıdır. Bu nedenle, model uygulamaya girmeden, işverenler mücadeleyi, bir sağlık yönetim anlayışına ve karar destek süreçlerine dönüştürmeli, teşvik tedbirlerini tüketiciler ve hizmet sağlayıcılar için yeniden düzenlemelidirler. Bu değişim, şirket yardımları ile sağlık bakım maliyetleri arasındaki ilişkinin ayrıştırılmasının önemine rağmen, zamanla ve diğer stratejiler yerleştikçe, gelişmelidir.

Medikal Sonuçların İyileştirilmesi ve Yüksek Maliyetlerin Düzenlenmesi

Ne şekilde olursa olsun, işverenlerin tüketiciler için oluşturulan sağlık planlarının yeniden şekillenmesini desteklemeleri gerekir. Sağlık sonuçlarının düzenlenmesi, sağlık yönetiminin en kritik unsurudur. Tedavisi modern tıp esaslarından farklılık gösterenlerin koşulları için yapılan yatırımların potansiyel getirileri tespit edilmeli ve etkin bir şekilde yönetilmelidir. Yönetim sürecinde, bu tarz kritik durumlarda da olumlu sonuçlar doğuracak mekanizmalar kurulmalıdır.

Honeywell'de, nüfusun %10'u, maliyetlerin %70 ini oluşturmaktadır. Bu %70' lik kısım birincil olarak kronik rahatsızlıkların, ağır veya yaşamı tehdit eden akut durumların tedavisinde harcanıyor. Kronik durumlarda, hastalık yönetim planları sayesinde, bazı başarılar elde edildi. Ancak özendirme tedbirlerinde, destekleyici kararların alımında, eğitim süreçlerinde, riskli nüfusun tamamına ulaşmada eksiklikler var. Honeywell şu an bakım yönetimine saldırgan yaklaşım gösteren sağlık planları ile çalışmaktadır. Bu planlar yeni süreçler, plan tasarımları ve destek karar unsurlarını içermektedir. Yüksek risk gruplarını belirlemede, tıbbi tedavi ve reçeteli ilaç talebinde bulunanların, öngörücü model olarak kullanılacaktır. Uygun tedavi protokollerine yapılan teşvikler plan tasarımlarına katılacaktır. Durumun ciddiyetine göre, Yüksek teknolojiye karar destek altyapısı sağlanacaktır. Çalışanların sistemi kullanabilmelerine yardımcı olabilmek için danışman aracılığıyla hemşire yardımı sağlanacaktır. Böylelikle çalışanın istekleri sisteme aktarılacaktır.

Sağlık yönetiminde kullanılan ve kullanılması planlanan aktif uygulamalara diyabet hastalığında kullanılması planlanan yöntem örnek verilebilir. Bu yöntemde, hedef nüfus tıbbi tedavi ve reçeteye bağlı kullanılan ilaçlar yardımı ile belirlenecektir (diğer diyabet programlarında

² Çn: Yazar "Preferred Provider Organization" yani PPO kısaltmasını kullanmıştır.

olduğu gibi). Ayrıca, hedef nüfus iki kademeli bir finansal sağlık programına başlatılacaktır. İlk aşamada diyabet popülasyonunda risk sınıflandırması için risk taraması yapılacaktır. Bu taramadan elde edilen verilerle bir veri tabanı oluşturularak, beş temel ögeye göre de sonuçlar düzenlenecektir. Katılımcılara araştırma bittikten sonra, risk taramasına katıldıkları için, sağlık planları tarafından 25 dolar ödenecektir. İkinci aşama daha kolaydır, beş temel öge arasında uyum maksimize edilecektir. Bunun için yıllık olarak şu testlerin yapılması gerekmektedir: İki hemogloblin A1c testi, kapsamlı bir kolesterol araştırması, bir retina göz muayenesi, bir ayak muayenesi, bir idrar protein testi. Testler tamamlandıktan sonra, hedef grup üyeleri arasında HA1c ve kolesterol değerleri normalin dışında kalanların, doktorları ile birlikte bir tedavi planı oluşturmaları gerekmektedir. İkinci basamağı tamamlayan katılımcılara 150 dolar geri ödeme yapılacaktır. Geri ödemenin kişinin vücut performansına göre yapılmaması önemlidir, geri ödeme kişinin sağlığı için yapacağı basit çabalara göre yapılmaktadır.

Her Seviyedeki Bakım Kararlarına Müşteri Katılımının Sağlanması

Sağlık organizasyonlarının, risk grubundakiler için özel planları vardır. Eğer çalışanların sağlıkları konusunda daha aktif olmaları bekleniyorsa, sağlıkla alakalı kararları desteklenmelidir. Hewitt Associate önderliğinde yapılan, çok sayıda işverenin dahil olduğu odak grup çalışmasına göre, çalışanların, hastanelere ve doktorlara ilişkin çok az bilgileri vardır hatta hiç bilgileri yoktur. Çalışanların bu kadar az bilgi ile karar aldıkları başka pazar da yoktur. Çalışanlara göre, sağlık hizmetlerinde tüketici bildirimine ait raporlarının ulaşılabilirliği de yoktur.

Pek çok firma, kayıt için internet üzerinden erişilebilir elektronik uygulama olanakları sağlamaktadır. Çalışanlar, önceliklerine göre en iyi olan bakımı seçebilmek için internet üzerinden karşılaştırmalı planları, katılım oranlarını, hizmet sağlayıcı ile ilgili bilgileri görebilmektedirler. 2002'de, Hewitt Associates tarafından yapılan, müşterilerin sağlık hizmetlerinde tüketici tutumlarını konu alan bir araştırmada, işverenlerin %31'i, tüketicilere, tedavi seçenekleri, doktorlar ve hastaneler konusunda tavsiye alabilecekleri uzmanlara danışma hizmeti sağlanmasının büyük bir öncelik olduğunu düşünürlerken, bu hizmet tüketicilerin %61 i için büyük bir önceliktir.

Honeywell'de, çalışanlar için de Hayat Çizgisi adında bir danışma birimi kurulmuştur. Çalışanlar, bu birimden, çocuk, yaşlı bakımı, finansal, hukuki yardım vb. konularda destek alabilmektedirler. Bu birim, Tüketicinin Tıbbi Olanığı (Consumer's Medical Resources /CMR) adlı şirketin sağladığı tıbbi danışmanlık hizmetinin çıkış noktası olmuştur. CMR 1999 yılında, hayatı tehdit eden, kanser, HIV çoklu skleroz gibi teşhis koyulmuş çalışanlara yardım etmek için kurulmuştur. Bu kurum, çalışanların, Harvard Tıp Fakültesinden bir grup hekim ve araştırmacıya ulaşımını sağlamaktadır. CMR çalışanlara, tıbbi durumları ve tedavi seçenekleri ile ilgili güncel, kapsamlı, objektif bilgi sağlamaktadır. Çalışanlara, kendi bakımları ile alakalı önemli kararlarda, hekimleriyle birlikte karar süreçlerine katılmalarına yardımcı olmak için kişisel hizmet vermektedir.

Örneğin; Honeywell'de, bir çalışanın 3 yaşındaki oğlu, doğuştan kalp rahatsızlığı ile doğmuş, çocukta ventriküler septal defekt olup, aort kapakçığı yokmuş. Çocuğun doktoru acilen kalp transplantasyonunu önermiş aksi halde çocuğun yaz aylarına kadar yaşamayacağını belirtmiş. Bu çalışan, kalp transplantasyonu, ventriküler septal defekt ve diğer tüm ihtimaller hakkında bilgi almak için CMR yi aramış. CMR bu çalışana, çocuğunun doktoru tarafından daha önce söylenmemiş olasılıkları da kapsayan tüm tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermiş. Bunun üzerine çalışan, hekimleriyle birlikte yeni bilgileri de gözden geçirdikten sonra, başka bir tedaviye karar vermişler. Bu yeni tedavi planında, transplantasyondan önce, daha az riskli bir tedavi olan kalp onarımı tedavisi bulunmaktaymış. Aylar sonra çalışanın çocuğu yeniden sağlığına kavuşmuş ve

kalp transplantasyonuna gerek kalmamıştır. Bu örnekte görüldüğü gibi, verilen bilgiyle kişi, kendine güvenmiş ve hakkını savunarak tedavi sürecine dahil olmuştur.

CMR gibi karar destek hizmetleri, müşteri odaklı sistemde önemlidir. Tüketicilere, hizmet sağlayıcıları, ile bilgili bir tartışmaya girmelerini ve tedavi seçeneklerinden gerçekten gerekene karar vermelerini mümkün kılmaktadır.

Bu hizmet gücünü kanıtlamıştır. Geçtiğimiz otuz ay içinde Honeywell’ de bu hizmeti kullanan 428 çalışan üzerinde bir anket uygulanmıştır. Ankete katılanların %72’si daha önce hekimleri tarafından kendilerine sunulan yöntemlerdense CMR’ nin daha uygun yöntemler önerdiğini söylemişlerdir. Aynı zamanda her altı katılımcıdan biri, CMR’ nin onlara sunduğu tedavi seçeneklerinden birine yönelmiş veya tedavilerin yan etkileri minimize etmiş, hekimlerini değiştirilmişlerdir. 15 hastadan 1’i gereksiz veya şüpheli tedavilerini tamamlamamışlardır. 29 hastadan birine yanlış teşhis konulmuştur. Katılımcıların %83’ü CMR’ nin tüm servislerini “mükemmel” olarak değerlendirmiştir. %17’si ise “çok iyi” olarak değerlendirmiştir. Anket katılımcılarının hepsi CMR’ yi diğer çalışanlara tavsiye edebileceklerini bildirmişlerdir. Honeywell’ de maliyetlerden kazanç, bu dönemde, en az iki kat olmuştur.

Hâlen CMR ve bakım yönetimi, kronik, ciddi, yaşamı tehdit eden akut durumdaki Honeywell çalışanlarından küçük bir kısmına ulaşabilmektedir. Sağlık hizmetleri sisteminde, tüketici hakkı düşüncesini yaratabilmek için, hekim seçiminden, prostat kanseri, tedavisinin belirlenmesine kadar tüm seviyedeki bakım kararlarında tüketici teşviki oluşturmaya ihtiyaç vardır.

Tüketici dostu sağlık hizmeti her zaman zorlu olmuştur, ancak tüketici odaklı bir sağlık pazarının oluşması kaçınılmazdır. Subima, Dr. Quality gibi bazı şirketler çözüm sağlamak için interneti kullanmaktadırlar. Bu şirketler, müşterilere sağlık hizmetleri hakkında bilgi verip, hangi hastanenin onlar için en iyisi olduğu gibi soruları cevaplamaktadırlar. İnternetteki bu Pazar, WellMed ve Optate gibi firmalarla, çalışanlara, sağlık risk bilgilerine ulaşım sağlamak, hastalık yönetim programlarına katılmalarını sağlamak, avantajları karşılaştırmak, potansiyel ilaç etkileşimlerini araştırmak gibi geniş bir paylaşım sunmaktadır. CMR gibi, yüksek teknoloji ve İnternetin bir araya geldiği durumlar, başarılı karar destek programlarının anahtarı olacaktır.

Hizmet Sağlayıcıların Rekabet Stratejisi Oluşturması

İşverenler, hizmet sağlayıcıları, etkileyip, onları yeni bir oyun oynamak konusunda nasıl cesaretlendirebilirler? Rekabetin, sağlık planlama seviyesinde değil, sağlık hizmeti sağlayanlar arasında yer alması gerekmektedir. Hizmeti sağlayanlar ve ödeyenler finansman noktasında bir araya getirilmelidir. Sağlık maliyetlerinin %70’ ini oluşturan, %10’ luk kronik rahatsızlığı olan hastalar ve hizmet sunanların pazarda rekabet edebilmeleri için doğru teşvikler oluşturulmalıdır.

Bu bir gecelik iş değildir. Mevcut sağlayıcı ağındaki primler çeşitlendirilmeli, hekimlerin ücretleri gözden geçirilmeli ve tesis kullanımları arttırılmalıdır. Bu sistemde, hizmet sağlayıcıların, harcamaları karşılayabilmeleri için çok katmanlı ödeme planları geliştirilebilir. Daha çok maliyete katlanmak zorunda kalan hizmet sağlayıcıları sağlık planlarına değil, katılımcılara aidatlarını makul göstermeye çalışacaktır. Birçok müşteri, yüksek kaliteyi yüksek fiyatla bağdaştırmaktadır. Müşterilere aksini kanıtlayacak veriler sunulmadıkça da, bu durum değişmeyecektir.

Satın Almada Tüketiciye Yetki Aktarımı

Bakım yönetimi ve destek araçları ile müşteri odaklı modele doğru geçiş yapılmaya başlandı. Fonlar, sağlık planları ve bilgi seviyeleri sayesinde şu an farkındalık sahibi sağlık hizmeti tüketicileri var. Ancak müşterilerle olan ilişkiler değiştirilmezse, bu davranış değişikliği sürekli olamaz. Hastalar hizmet sağlayıcılar ile birlikte finansal işleyişe dahil edilmeli ve sağlık

hizmetlerinin oluşturduğu izole faktörler elimine edilmeli. Sağlık sisteminde kaliteli bakım ve müşteri memnuniyeti için yeni etmenler yaratılmalıdır.

Çalışanlar, sağlık hizmetleri için direkt ödeme yaptıklarında, ki bu şu sıralar epey nadir yaşanmaktadır, bir müşteri gibi davranırlar, dikkatlidirler kalite ile maliyeti karşılaştırırlar. Bu duruma, görme kalitesini düzeltmek için yapılan lazer operasyonları (işveren sağlık planları kapsamında değildirler) mükemmel bir örnektir. Tüketiciler, ameliyatın fiyatını kendileri öderler, böyle olunca, maliyeti de bilirler, ve aldıkları hizmet karşılığında ödeme yaparlar. Lazer ameliyatının maliyeti son beş yıl içinde azalmıştır ki bu sağlıkta çok ender görülen bir durumdur. 1998 Haziranında, Lazer ameliyatı, ilk kez uygulandığında bir göz yaklaşık 4000 Dolar'a mal olurken bugün yalnızca 500 Dolar'a mal olmaktadır. Lazer ameliyatı keyfi bir ameliyattır, bu yüzden lazer örneği genele uygulanamaz. Yine de, bu durum, fiyat ayrımının, sağlık hizmetlerini diğer pazarlardan daha farklı bir hale getirdiğine işaret etmektedir. Eğer lazer operasyonu, ek ödemelerle karşılanıyor olsaydı, sigorta şirketine maliyeti 500 dolarken işverene maliyeti 4000 dolar veya daha fazla olabilirdi.

Yan Ödeme Seçeneklerinin Yeniden Tasarlanması

Önemli soru şudur. Çalışanların satın alma tutumları, sağlık bakımı önündeki engelleri kaldıran bir plan sunularak ve sağlık için harcanan paranın kontrolü daha fazla ellerine verilerek değiştirilebilir mi? Son zamanlarda, pazarda uygulanan yaklaşımlardan bir tanesi de, çalışanlara sağlık hesabı veya medikal harcama hesabı gibi özellikler sunan, acil durumlarda da kullanabilecekleri bir planı seçenekler listesine katmaktır.

Bu durum iş vereni sağlık harcamalarından uzaklaştırıyormuş gibi görünse de, asıl amaç, çalışanları sağlık planlarına dahil etmektir. Acil durum planlarının maliyetlerinin düşürülmesi, işverenlerin paralarını sağlık fonlarına bırakmalarına olanak sağlayacaktır. Örneğin, bir sağlık hesabı, muafiyetlerle 1000 dolardan 500 dolara kadar düşürülebilir. Böylelikle, çalışanlar da sağlık hesaplarını, doktor muayeneleri, reçeteli ilaçlar vs. gibi rutin harcamaları için kullanabilirler. Bu sistem, her yıl çok para harcamadan, zamanla oluşturulabilir. Başlarda hizmet sağlayıcılar, fiyat düşüşüne karşı çıkabilir. Zamanla tüm tedaviler, bakımlar ve acil durumlar için bir ücret tarifesi oluşturulabilir. Bu durumda, tüketiciler, yüksek maliyetli hastalık ve yaralanmalarda ihtiyaç duydukları finansal desteğe sahip olurlar, sağlığa harcanan parayı da kontrol edebilirler. CMR ve SUBIMO gibi karar destek servisleri onlara yardım edecektir. Sağlık hizmetlerindeki bürokrasiden yılan çalışanlar, bu seçeneği memnuniyetle karşılayacaktır.

Honeywell, sağlık alanında bir acil durum planına rehberlik etmek niyetindedir. Bu planlar çözülmesi gereken pek çok sorunu da barındırmaktadır. Endişelerden bir tanesi, genç ve sağlıklı çalışanların, acil durum planlarına yönelirken, yaşı ilerlemiş olan çalışanların ise, daha fazla sağlık bakımını içeren geleneksel sağlık planlarına yönelecekleri yönündedir. İşverenler bu risk seçimini nasıl yapacaklar? Sağlık hesapları nasıl yönetilecek? Bir çalışan şirketten ayrıldığında veya emekli olduğunda denge nasıl sağlanacak? Sağlık hesapları gizli mi tutulacak? Hesaplarla ilgili bir yetkilendirme düzeni olacak mı? Bu sorular, işverenlerin karşı karşıya geldikleri durumlarda, geliştirdikleri acil durum planları sayesinde cevap bulacaklardır.

İnterneti Kullanmak

İnternet, tüketiciye, maliyet ve kalite verilerini bir arada sunarak, alacağı sağlık hizmetine karar vermesine yardımcı olabilir. Subimo ve Optate gibi İnternet tabanlı çözümler, nitel verileri sunarak, çalışanların, maliyet ve kalite arasında direk bir ilişki olmadığını anlamalarına yardımcı olabilir. Müşteriler, hastanelerin, hasta güvenliği prosedürlerine, şikayet oranlarına, memur

standartlarına, operasyon sonrası enfeksiyon oranlarına ve kendileri için önemli olan parametrelere ulaşabilir. Bu hizmetler, ayrıca pazardaki hizmet sağlayıcıların da serbest bir şekilde kontrollerinin yapılmasına olanak sağlayacaktır.

Honeywell, birçok hastanenin web servisi ile entegre olmuş geniş bir web tabanlı karar destek aracı kullanmak niyetindedir. Bu çoklu veri tabanı, sigortalının 1 gün için hastaneye yaptığı sağlık hizmeti ödemelerinden yola çıkarak hastaneleri üç gruba ayırıyor:

1. 150 dolar, iyi ehliyetli yetkin bir hastane,
2. 350 dolar, ortalama bir hastane
3. 500 dolar, yetkin olmayan bir hastane.

Hastanelerin, kalitatif verileri 4 cerrahi prosedürde (koroner arter bypass, prostatektomi, mastektomi, safra kesesi alma) ödeme kolaylıklarına göre karşılaştırılmıştır. Kıyaslama sonucunda, orta ve düşük maliyetli hizmet veren hastanelerin kalite oranları, yüksek maliyetli hizmet veren hastanelerden yüksek veya hemen hemen aynı çıkmıştır.

İnternet, geleneksel satın alma paradigmasının kırıldığı, sağlık hizmetlerine de uyarlanabilecek çok sayıda durumu gözler önüne sermektedir. Örneğin, İnternet'te pek çok site, almak istediğin arabanın özelliklerini, bölge kodunu ve elektronik posta adresini girdiğinde, senin bölgedeki araba satıcılarında, istediğin özelliklerde ki arabaları karşılaştırmalı bilgilerle sunabiliyor. Karar sürecinde yardımcı olmak için, kişiler, araçların performans ve kalite bilgilerine de ulaşabilmektedir. Yine amazon.com' dan bir kitap veya cd alırsan, site, senin ilgilenebileceğin diğer linkleri de öneriyor.

E- sağlık karar destek hizmeti yaratmaktaki vizyon, çalışanlara, sadece kıyaslamalı fayda ve sağlık sigorta primleri hakkında bilgi sağlayacak bir sistem sunmak değildir, bunun yanı sıra, amazon.com'da olduğu gibi, kronik durumları ile ilgili yardıma ihtiyaç duyan müşterilerle iletişime geçebilecek, sağlık bakımı ile alakalı rutin muayenelerin randevuların hatırlatılmasını sağlayacak ve sağlıklıla alakalı ihtiyaç duyulan diğer bilgileri de tüketicilere sunan bir portal oluşturabilmektir.

Bahsedilen internet vizyonu bir sonraki aşamaya getirilebilirse, vergi ve gündelik katılım ücretleri kaldırılıp, hizmet sağlayıcıların web üzerinden sanal bir PPO gibi fiyat teklifi sunmasına olanak sağlanabilir.

Sanal bir PPO da (bundan sonra healthcarebuy.com anılacak) e- sağlık bayileri, kendi kalitelerinde sağlayıcılarla iletişime geçebilir. Vergi ve işveren komitelerinin baskısının olmaması nedeniyle hizmet sağlayıcılar bu durumu destekler. Bir müşteri, healthcarebuy.com a girerek, adını, bölge kodunu, istediği hizmetin çeşidini ve e mail adresini yazacak, e-sağlık bayisi de, müşteriye, hizmet sağlayıcılarının listesini, fiyat bilgisini, sigorta teminat kapsamını, kalite ve memnuniyet datalarını gönderecektir. Lazer ameliyatı bu durum için de iyi bir örnektir, çünkü lazer ameliyatı pek çok sağlık planının kapsamında değildir ve satın alma şekli, müşterilerin online satın aldıkları diğer ürün veya hizmetlerle aynı şekildedir.

İstenilen sağlık hizmeti kapsananlar dahilinde ise, sanal PPO'lar tarafından, istenilen hizmet ile ilgili bir fiyat tabelası oluşturulabilir. Diyabet veya kadın doğum branşı gibi tedavi ve bakımları kapsayan planlar için, bir şirket ve ya hizmet merkezleri aracılığıyla durum değerlendirmeleri yapılabilir. Muayeneler, ortodonti, veya kaplama için ücret tarifeleri oluşturulabilir. Müşteriler, hizmet sağlayıcıların fiyatlarını, kalite standartlarını, istedikleri diğer bilgileri ve planlarının servislere yaptığı ödemeleri online olarak görebilirler. Böylelikle, fiyat, kalite, hizmet ve uygunluk açısından bir eleme yapabilirler. Eğer ki acil durum planlarında bir indirim olmamışsa, müşteriler sağlık hesaplarından direkt ödeme yapabilirler. Bu yaklaşım,

dinamik, serbest bir pazar sistemi yaratır ve sağlık hizmetini hastaların ve doktorların elinden geri alır. Rutin ve akut bakımlarda e- sağlık bayisi basit bir ağ sistemi oluşturabilir. Burada bile, müşteriler network tabanını kişiselleştirebilirler. Bugün, internette, micron veya Dell üzerinden nasıl bilgisayar alınabiliyor. Pentium II, Pentium III, IV, işlemci, Sony'nin geniş ekranı, veya standart monitör, geliştirilmiş ses kartı, geliştirilmiş grafik kartı vb. müşteriler ne isterse seçebiliyorlar. Her seçeneğin fiyatı farklıdır. Uymayan bir parça varsa, müşteri, hemen başka bir seçeneğe yönlendiriliyor.

Kabul etmeliyiz ki, sağlık hizmetlerinde, hizmet sağlayıcı veri tabanı, bilgisayar parçalarından farklıdır. Fakat seçim süreci benzerlik gösterir. Müşteri, rutin kontrollerin yerel hastaneye bağlı doktorlardan mı yoksa eğitim hastanesinden mi hizmet almak istiyor? Bir merkez mi yoksa network paneli mi seçecek? Müşteriler, hastane seçimine bağlı olmayan bir doktor seçerlerse sistem, onları başka bir seçeneğe yönlendirecektir. Seçimler sigorta maliyetini yüzde yüz etkileyecektir.

Sağlık Hizmetlerinin Başlıca Satın Alıcıları: Tüketiciler

Birleşik Devletlerde, sağlık hizmetlerinde müşteri odaklı modele dönüşüm süreci yaşanmaktadır. Bu süreçte, işverenin rolü değişmekte, daha az önemli hale gelmektedir. Tüketiciler, sağlık hizmetlerinin başlıca alıcısı olmuştur. İşverenler, sağlık planları ve karar destek hizmetleri ile ilişkilerini sürdürseler bile, satın alma sürecinde ikincil durumdadırlar. İşverenlerin satın almada hiç rollerinin kalmadığı günlere gelebilir, sağlık şirketleri veya hizmet sağlayıcılarla, kapsam, kayıt, iletişim ve karar destek konularında anlaşma yapabilen yeni bir pazar yapısı ortaya çıkabilir.

Sonuç

Müşteri odaklı sağlık sisteminde geline son noktada, çalışanlar uygun fiyata sağlık hizmeti satın almaktadır. Satın almış oldukları sağlık hizmetinin bedelini şirketleri karşılamaktadır. Çalışanlar, karar verebilmek, bilgilenmek, değişimi değerlendirebilmek için kaynaklara sahiptir. İşverenler sağlık hizmetleri yönetimi riskini çalışanlara ve hizmet sağlayıcılara transfer ederek, sağlık hizmeti için gereken parayı kapsayan toplu bir tazminat paketi oluşturmuştur. İşverenler satın almada ikincil rol oynamakta ve çalışanların kararlarını kolaylaştırıcı kaynak ve gereçleri sağlamaktadırlar.

Müşteri odaklı sağlık sisteminin olmadığı sağlık pazarını son bir örnekle şöyle açıklayabiliriz. Çalışan muayene için doktorunun ofisine gider, saatlerce bekler, ve muayeneden tatmin olmasa bile, katılım payını diyelim ki 10 dolar öder. Sonrasında ise iş verenine sağlık planları ile ilgili şikayette bulunur. Aynı senaryo müşteri odaklı sağlık sisteminde yaşansa, çalışan muayeneden tatmin olmasa bile, tam bir muayene ücretini diyelim ki 100 dolar sağlık hesabından öder. Muayene şikayetleri ile ilgili olarak ise hizmet sağlayıcılar hemen harekete geçer. Yani tüketiciler en güçlü silaha, aynı doktora, hastaneye geri dönmeme şansına, sahip olurlar.