

Bölüm 10: Sağlık Sigortası Talebi

Sağlık Ekonomisi

Onur Özsoy Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Sağlık Ekonomisi Dersi 2017-
2018
4/4/2018

Bölüm içeriđi:

- Sağlık Sigortasının Teorik Modeli.
- Teorinin gerçek dünya ile bağdaştırılması...

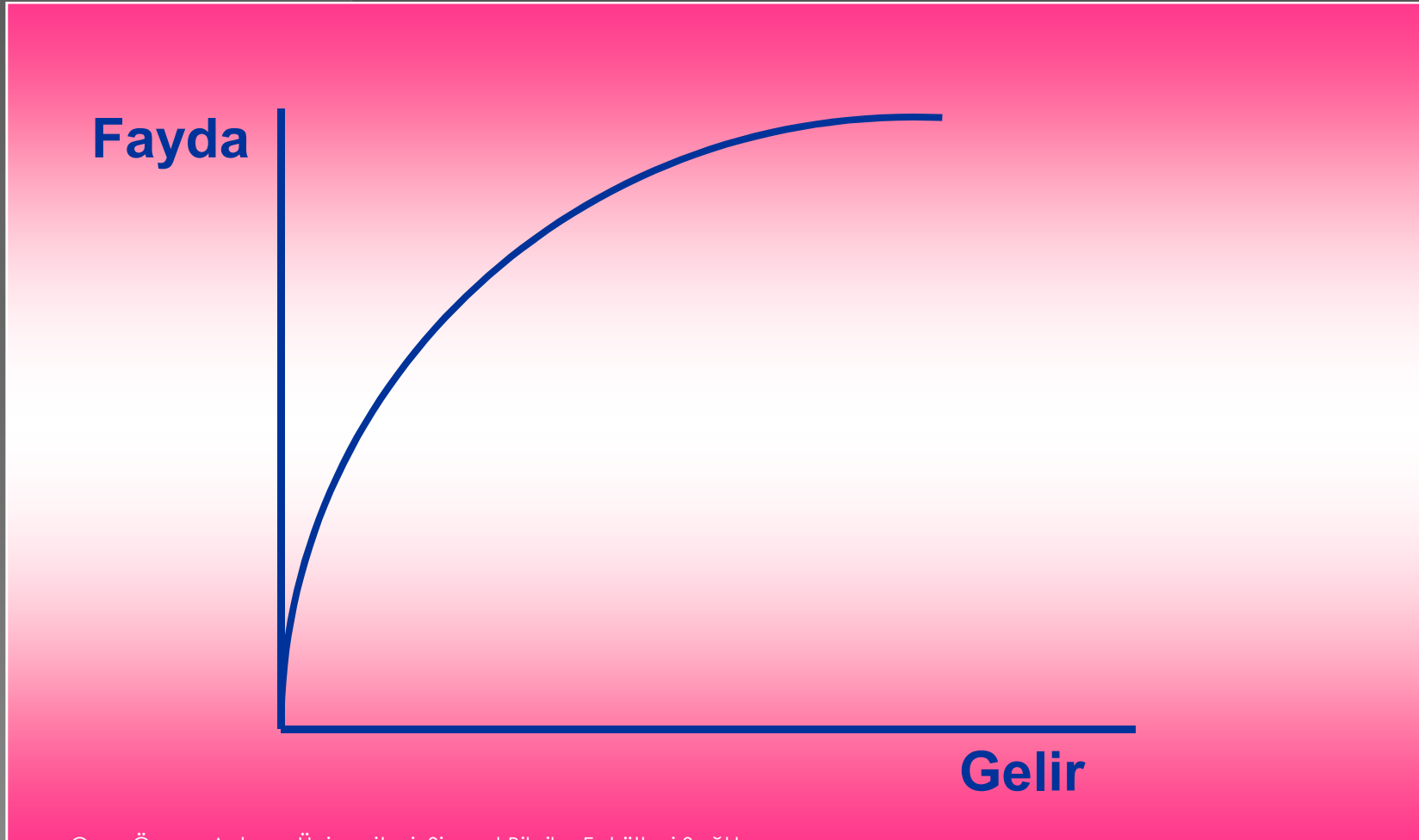
Mantık

- Tüketici, sağlık sigortası sağlayan şirkete **prim** ödeyerek sağlık harcamalarının finansmanını sağlamak ister.
 - > Her hangi bir tüketicinin ödediği prim tutarı sağlık harcamalarının üzerinde veya altında olabilir.
- Fakat sigorta şirketi sigortalılar arasında bir risk **havuzu** oluşturur veya riski yayar.
 - Primlerin toplamı sağlık harcamalarının üzerinde olacaktır.

Riskten Kaçınma Durumunun Karakterizasyonu

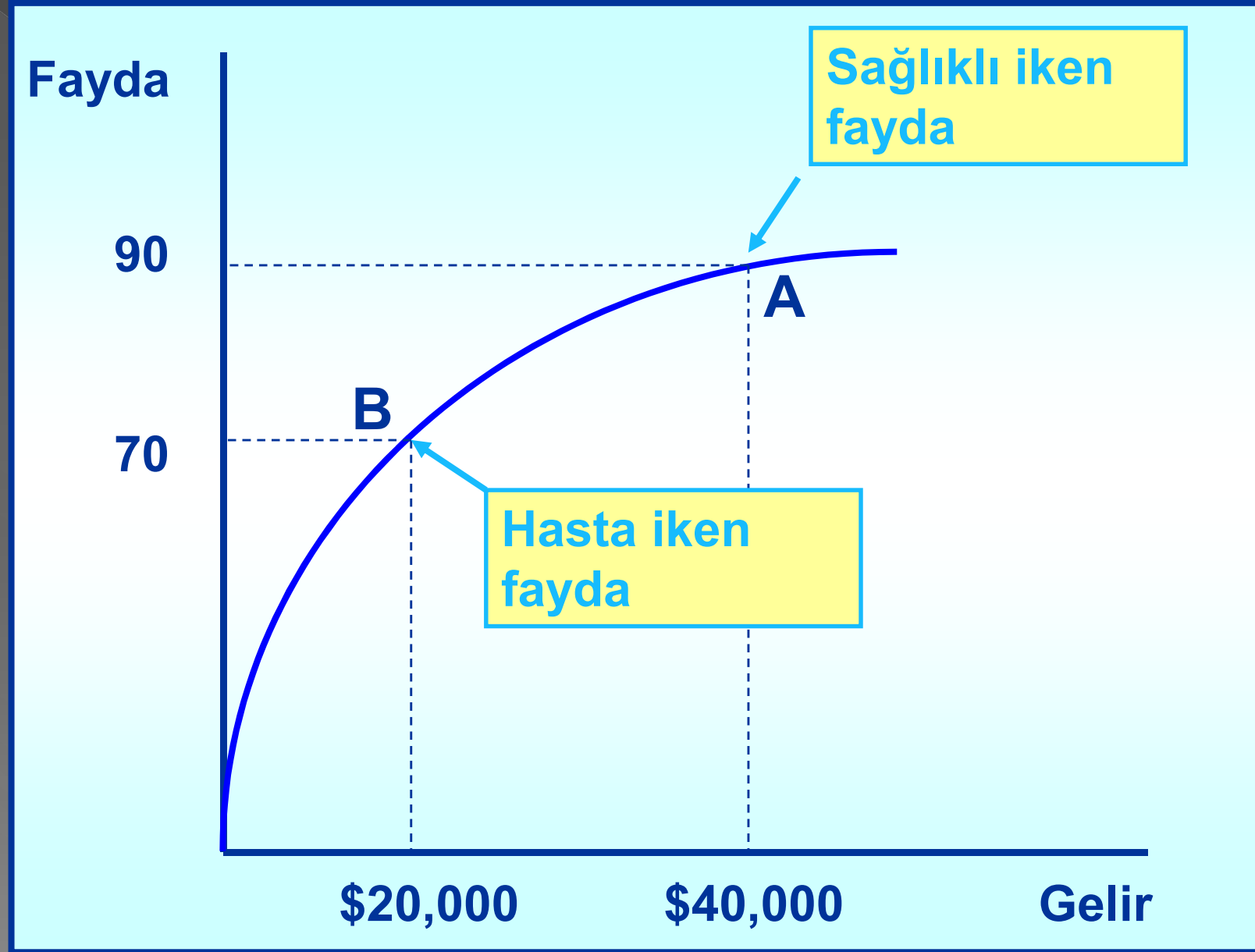
- Tüketicinin, veri fiyatlar ve gelir ile faydasını maksimize ettiğini hatırlayın.
 - > Fayda = U (sağlık, diğer mallar)
 - > sağlık = h (tıbbi hizmet)
- Sağlık sigortası sağlığı garanti etmez, ancak sağlık hizmeti satın almak için finansman sağlar.
- Sağlık ve diğer mallar için azalan marjinal fayda varsayımı yapmıştık.

- Bu varsayıma ilave olarak, gelir için azalan marjinal fayda varsayımı yapalım.



- Her gelir düzeyi için sayısal bir fayda değeri belirleyebildiğimizi varsayın.
- Ayrıca, bir bireyin sağlıklı olduğunda yılda 40,000 TL, sağlıklı olmadığında ise 20,000 TL kazandığını varsayın.

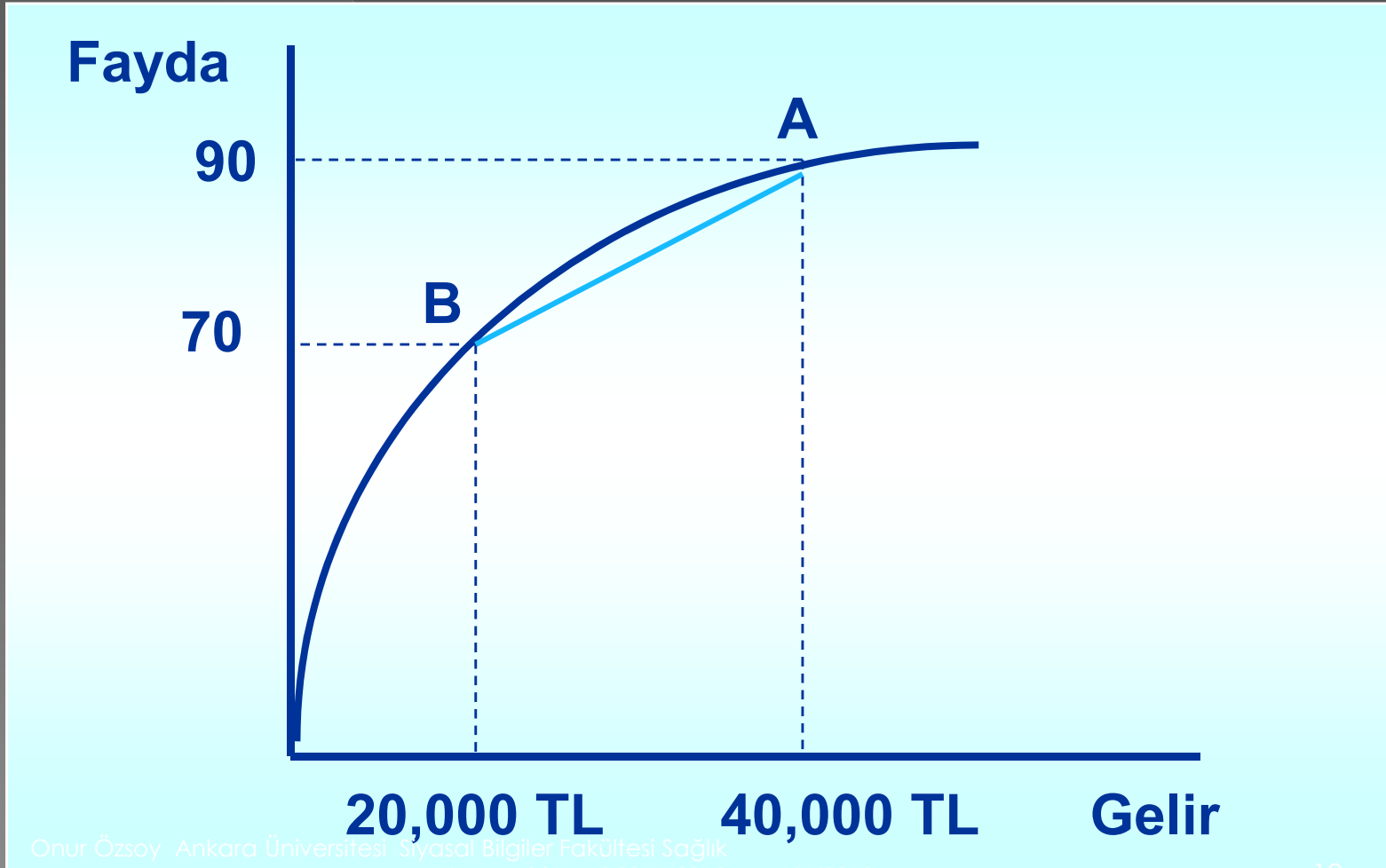
	Gelir	Fayda
Hasta	20,000 TL	70
Sağlıklı	40,000 TL	90



- Birey hasta mı sağlıklı mı olacağını bilemez.
- Fakat birey her bir durum için **subjektif olasılığa sahiptir.**
 - > Birey bir sonraki yıl için **beklenen fayda**ya sahiptir.
- Tanım: $P_0 =$ sağlıklı olma *olasılığı.*
 $P_1 =$ hasta olma *olasılığı.*
 $P_0 + P_1 = 1$

- Bireyin hasta olma hakkındaki subjektif olasılığı (P_1) onun sağlık durumuna, yaşına, yaşam biçimine ve diğer faktörlere bağlı olacaktır.
- Bu durumda sağlık sigortası olmaksızın, bireyin gelecek yılki **beklenen faydası** şöyle olacaktır:
- $$E(U) = P_0 U(40,000\text{TL}) + P_1 U(20,000\text{TL})$$
$$= P_0 \cdot 90 + P_1 \cdot 70$$

- P_0 ve P_1 gibi herhangi iki veri fiyat düzeyi için, beklenen fayda $E(U)$ A ve B arasındaki yay üzerinde bir nokta olacaktır.

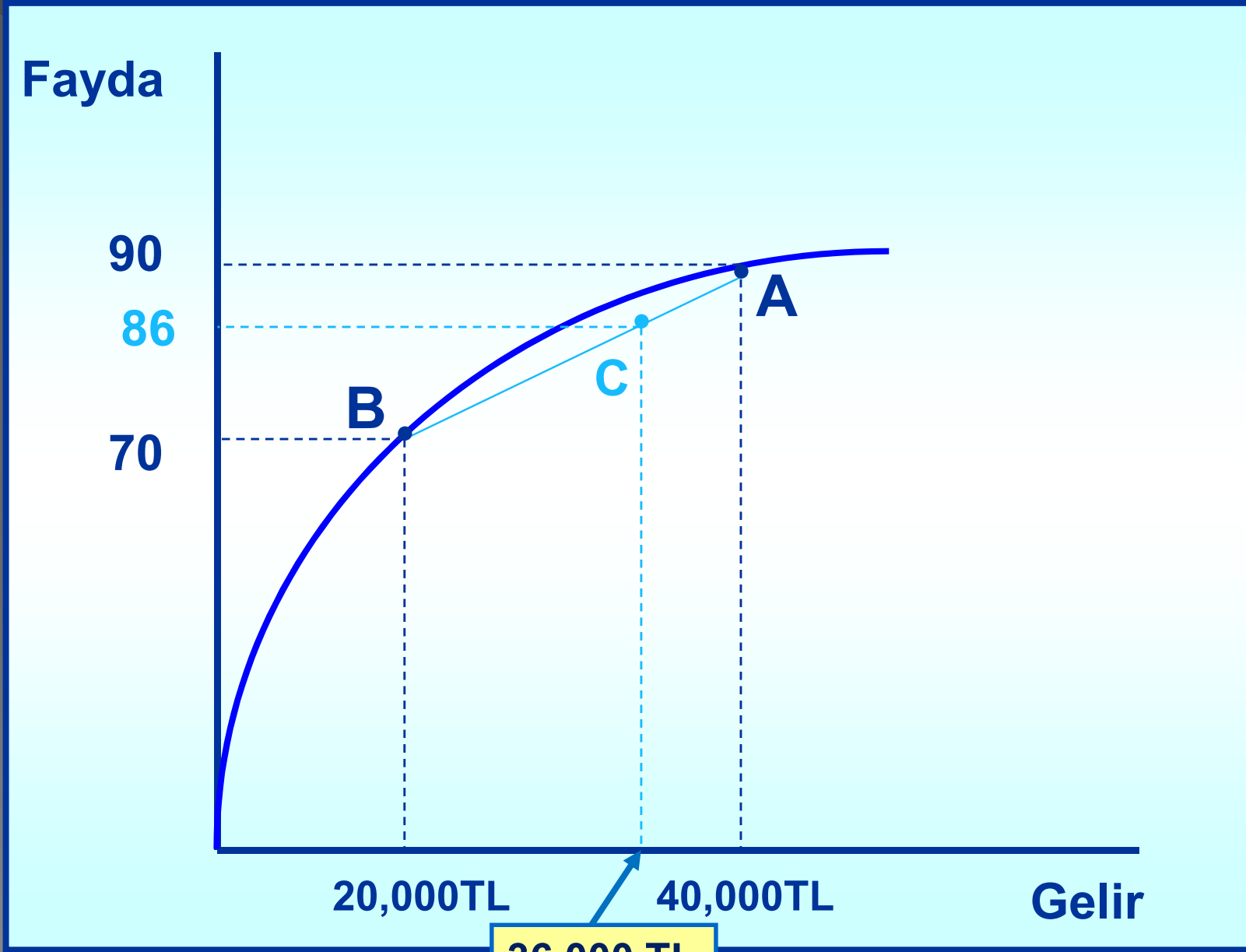


- Fiyatın $P_1 = .20$ olduğunu varsayın.
- Eğer birey sigorta satın almaz ise:

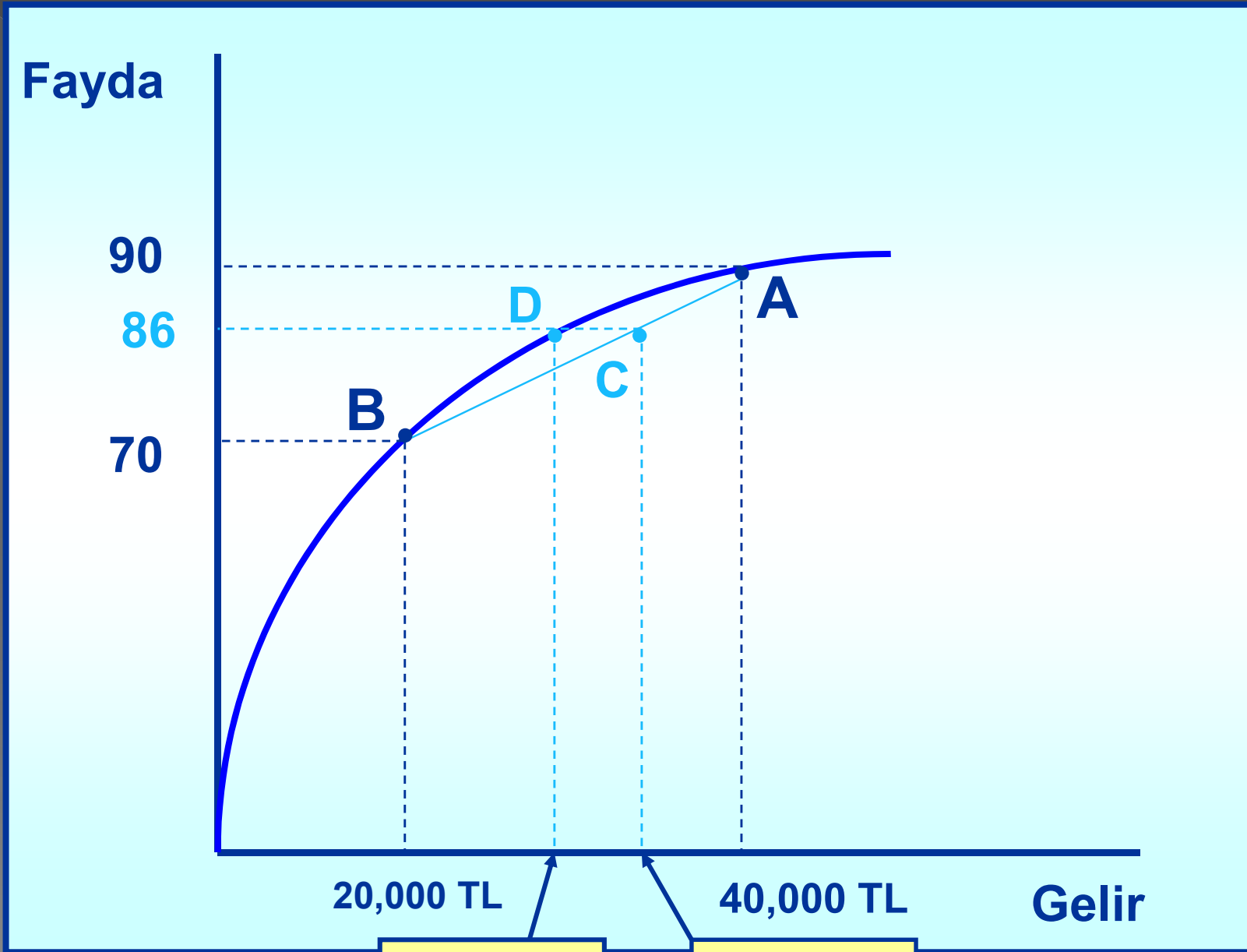
$$E(U) = .80 \cdot 90 + .20 \cdot 70 = 86$$

$$E(Y) = .80 \cdot 40,000 + .20 \cdot 20,000 = 36,000 \text{ TL}$$

- Sigorta olmadığında bireyin **beklenen kaybı** 4,000 TL'dir.



- Sigorta olmadan bireyin gelecek seneki beklenen faydası = 86 “birim”dir
- 86 “birim” faydanın 35,000 TL’lik bir geliri temsil ettiğini varsayalım.
 - > Bu durumda tüketici gelecek sene hasta olma olasılığına karşın 5,000 TL ödeyerek sigorta satın alacaktır.
 - > Sigorta için 5,000 TL ödenmesi durumunda fayda sigorta olmadığı durumdaki 86 birim olarak kalacaktır. Bu sigorta olmadığı durumdaki beklenen faydaya $E(U)$ eşittir.



- Tüketici en fazla 5,000 TL ödeyerek sigorta satın almak sureti ile 4,000 TL tutarındaki beklenen tıbbi faydayı elde eder.

1,000 TL \equiv yönetim giderleri (loading fee)
 \equiv sigortanın fiyatı

- Kapsadıkları:
 - > kar
 - > Yönetim giderleri
 - > vergiler

Sağlık Sigortası Talebini Etkileyen Faktörler

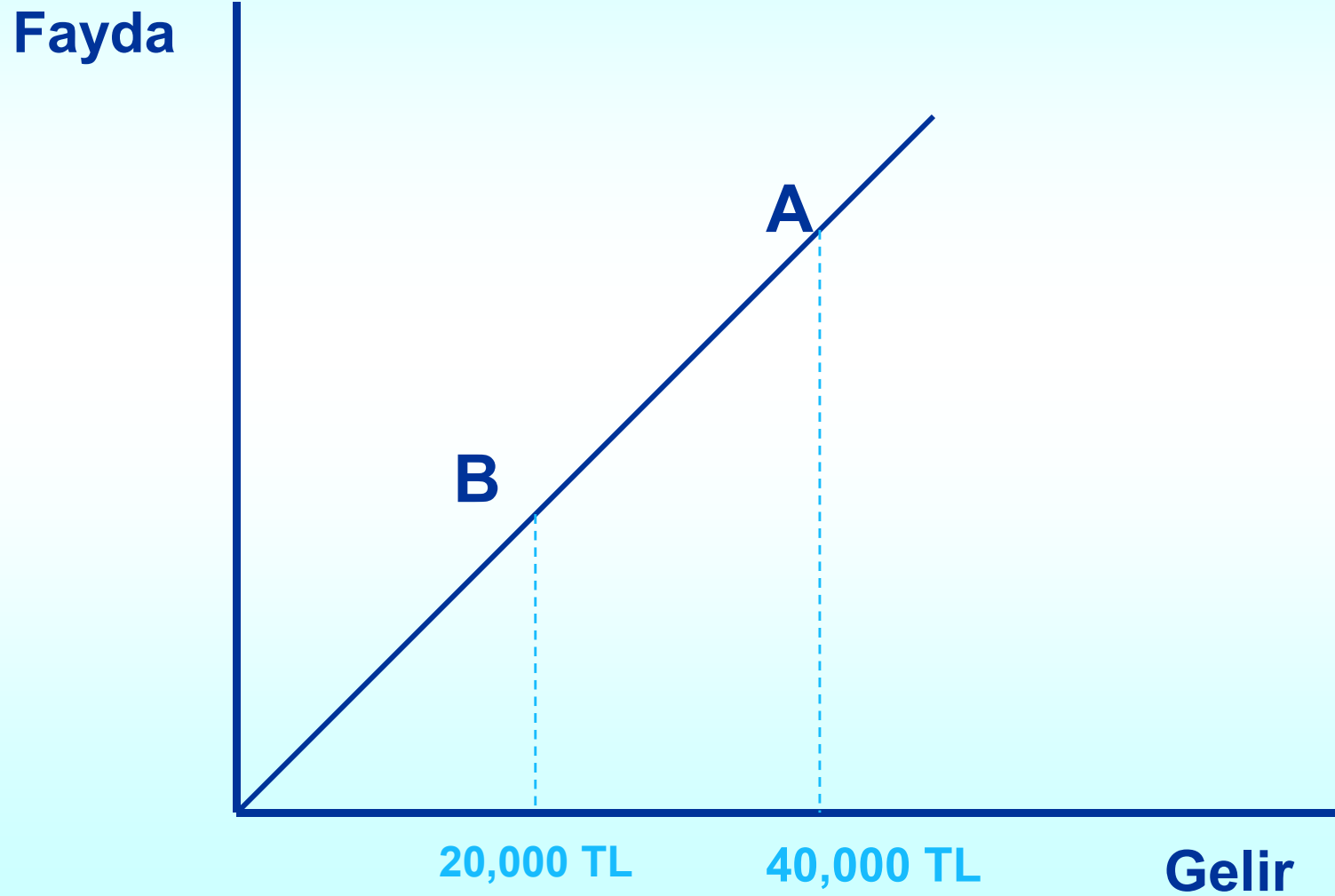
1 Sağlık sigortası fiyatı

- > Önceki örnekte, tüketici eğer prim tutarı 5,000 TL'nin üzerinde olursa sigorta almaktan vazgeçer.

2 Riskten kaçınma derecesi

- > Riskten kaçınma derecesi arttıkça sağlık sigortasına olan talep artar.

Eğer riskten kaçınma yoksa, fayda = beklenen fayda, bu durumda sağlık sigortası için talep olmayacak.



3 Gelir

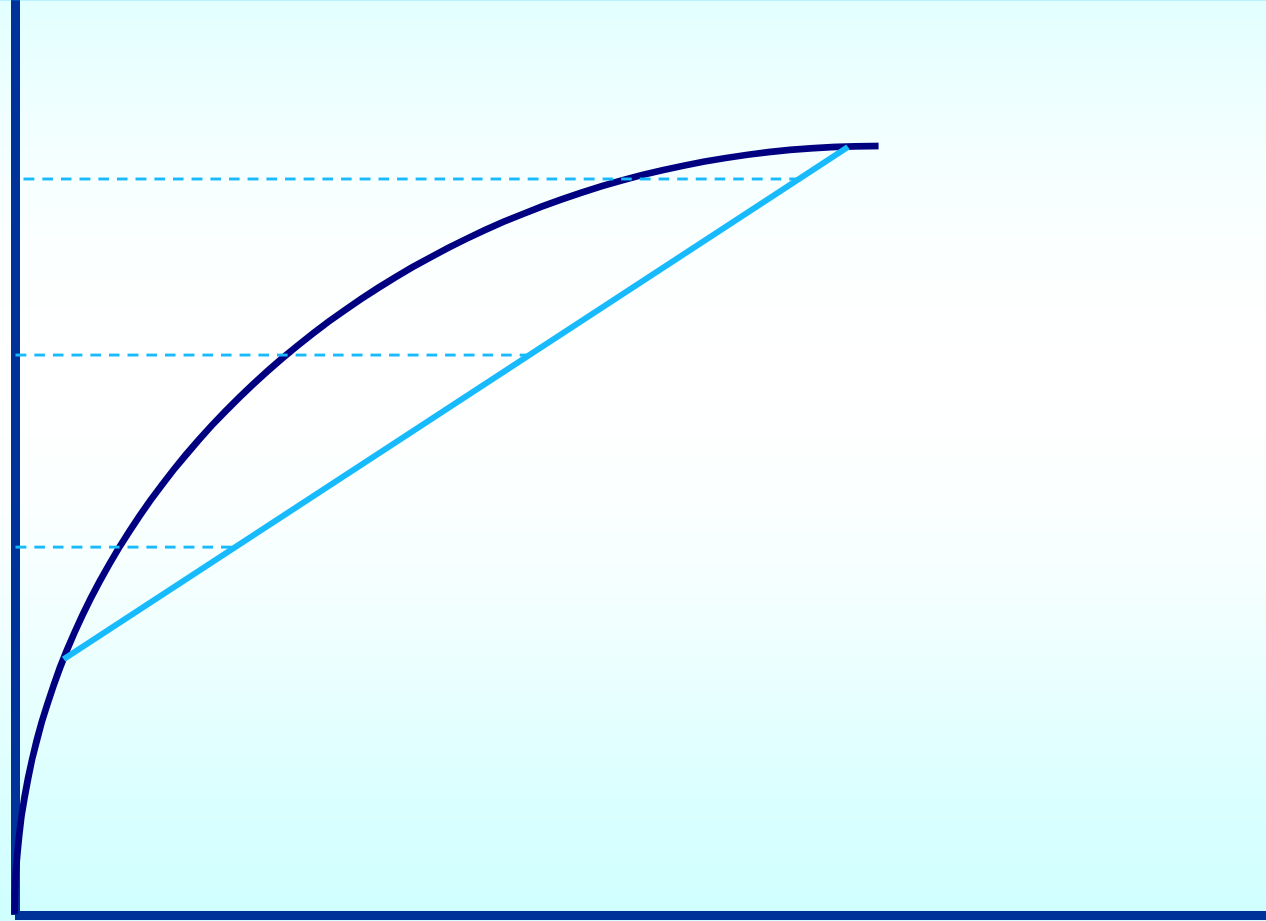
- > Hastalık nedeniyle ortaya çıkması olası büyük gelir kayıplarını önlemek için sağlık sigortasına olan talep artar.

4 Hasta olma OLASILIĞI

- > Tüketiciler bazı durumlarda sağlık sigortası talebinde daha az bulunurlar (örneğin dişçilik hizmetleri).
- > Tüketiciler oluşma olasılığı düşük olan durumlar için sigorta talebinde daha az bulunurlar.
- > Rastsal durumlarda sigorta talebi düşük olur.

Fayda fonksiyonu ve doğru arasındaki yatay mesafe, tüketicinin ödemeye razı olacağı sigorta primini göstermektedir.

Fayda



Gelir

Sağlık Sigortası Talebinin Teorik Modelinin Önemli Varsayımları

- Tüketiciler kendi sağlık sigortalarının maliyetinin tamamına katlanırlar.
- Sigorta şirketleri poliçeleri uygun bir şekilde fiyatlarlar.
- Bireyler sağlık sigortalarını veya sağlık hizmetlerini finanse edebilirler.

Bu üç varsayım gerçek dünyada her zaman geçerli olmayabilir.

Amerikalıların büyük bir kısmı işveren tarafından sağlanan sağlık sigortasına sahiptir.

- İşveren tarafından sağlanan sağlık sigortası için yapılan prim ödemeleri her türlü vergiden muaftır.
- Çalışanlar işveren tarafından sağlanan sigortaları tercih etmektedirler.

Örnek: Haftalık gelir \$1,000 ve gelir vergisi oranı 28% olduğunda sigorta maliyeti

○ Çalışan tarafından sağlanan

○ \$1,000

○ 28% vergi <280>

○ Vergi sonrası ~~720~~

○ Sigorta <50>

○ net ödeme ~~670~~

○ İşveren tarafından sağlanan

○ \$1,000

○ Sigorta <50>

○ Ara toplam ~~950~~

○ 28% vergi <266>

○ net ödeme ~~684~~

Maliyetlerin sonuçları

- Sağlık sigortası tarafından çok sayıda tıbbi hizmet kapsamaktadır.
 - > Sağlık sigortası şirketlerinden fazla sayıda küçük ödeme talebinde bulunulması yönetsel giderlerin artmasına neden olur.
 - > Birden fazla plan sunan işverenler genellikle daha pahalı sigorta planları sübvansede etmektedir.

Ampirik Bulgular

- ◎ **Santerre & Neun, page 129.**
- ◎ **Long & Scott (1982)**
 - > Sağlık sigortası olarak çalışanlara ödenen tazminatın % belirleyicilerinin regresyon analizi.
 - >
 - > **U.S.'ye ait yıllık data: 1947-1979.**
 - **N=32.**

Ampirik Bulgular

$$\begin{aligned} \text{PCTHLINS} = & -8.64 + .0284 \text{ MTR} + .0498 \text{ RFRAMINC} \\ & (6.22) \quad (3.98) \quad (1.14) \\ & -.0094 \text{ UNION} + .088 \text{ PCTFEM} + .1283 \text{ PCTSERV} \\ & (.57) \quad (3.72) \quad (5.52) \end{aligned}$$

$$R^2 = .9968$$

PCTHLINS = % olarak sağlık sigortası için yapılan ödemeler

MTR = ortalama marjinal vergi oranı

RFRAMINC = ortalama reel gelir

UNION = sendikalı çalışan oranı (%)

PCTFEM = kadın çalışan oranı (%)

PCTSERV = hizmetler sektöründe çalışanların oranı (%)

Ampirik Bulgular

- Marjinal vergi oranındaki artış işçinin tazminat paketini nasıl etkiliyor?
- PCTHLTINS'in MTR'ye göre esnekliği 0.41'dir.

Hekimler ve Kontrollü Sağlık Hizmeti

- Geleneksel hizmet başına ödeme sistemi doktorların sağlık hizmetlerini aşırı kullanmaları yönünde teşvik sağlar.
- Kontrollü sağlık hizmeti: Üçüncü taraf ödeyiciler tarafından sağlık hizmetlerinin maliyetinin ve kullanımının kontrol edilmesi için düzenlenen politikalar setidir:
 - ◆ Kullanımın incelenmesi
 - ◆ Alternatif tazmin planları
 - ◆ Kalite kontrolü

Kontrollü Sağlık Hizmeti ve Doktorların Teşviki

- HMOlar bir tür kontrollü sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır, HMOların farklı türleri vardır.
- 🕒 Personel modeli: HMO tarafından maaş karşılığı çalıştırılan hekim.
 - Sağlık hizmetinin aşırı kullanımı için bir teşvik yoktur.
- 🕒 Grup modeli: HMO, kişi başı ücret ile ödenen grup çalışması ile sözleşme yapar.
 - 🕒 Sağlık hizmetlerinin sınırlandırılması yönünde teşvik yapar.

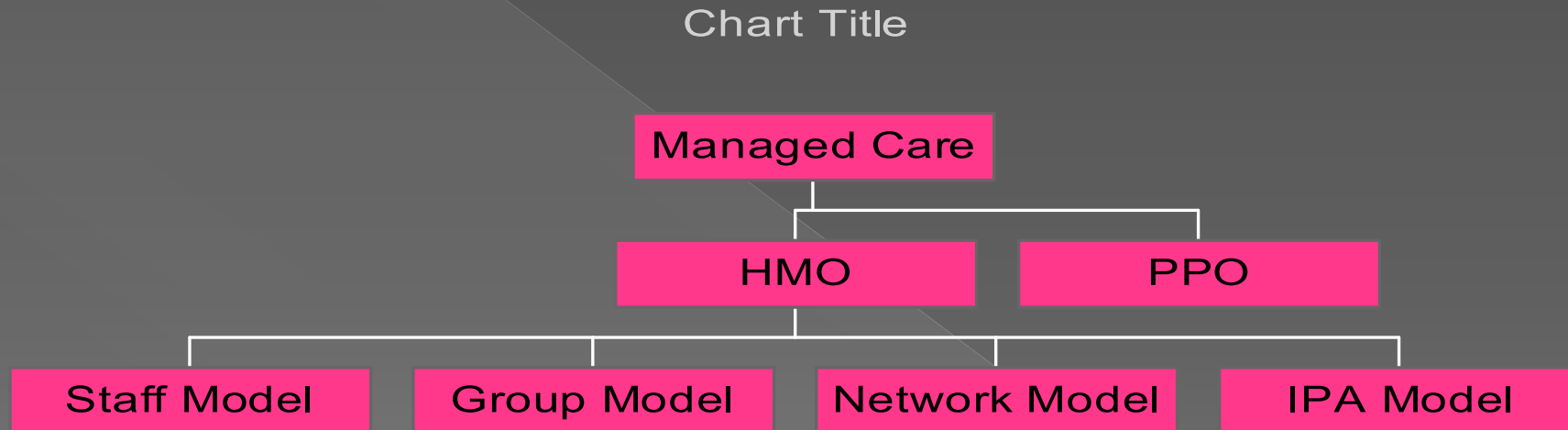
⌚ Network modeli: HMO birden daha fazla sayıda hasta için hasta başına ödeme yapmak üzere sözleşme yapar.

→ Sağlık hizmetlerinin sınırlandırılması yönünde teşvik sağlar..

↩ IPA (independent practice association) modeli: HMO farklı braşlardan doktorlarla sözleşme yapar; hizmet başına indirimli ücret ödenir.

→ Sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımını belli ölçüde teşvik eder.

Kontrollü Sağlık Hizmeti Birimleri



Tercih Edilen Sağlayıcı Birimleri

- Sigortacıların birden fazla hekim ile sözleşmesi vardır: ancak kayıtlı kişiler, aę dışındaki doktorları görmek için daha yüksek katkı payı ödemek zorunda kalabilirler.
- Hizmetler için indirim uygulanabilir.
 - > Verimlilięi artırmak için bazı teşvikler uygulanabilir.

Hizmet Noktası Planı (POS)

- Sigortacıların birden fazla hekim ile sözleşmesi vardır: ancak kayıtlı kişiler, ağ dışındaki doktorları görmek için daha yüksek katkı payı ödemek zorunda kalabilirler.
- Ancak, sigortalılara ayrıca uzmanlar ve yatarak bakım hizmetleri için danışman olarak çalışan bir birincil hekim atanır.

Table 8.2 Health Care Coverage for Private Employees with Group Insurance
Percentages by Type of Plan

<i>Type of Plan</i>	1979	1988	1990	1992	1997
Traditional Fee-for-Service	98	71	62	48	15
Managed Care	2	29	38	52	85
HMO	2	18	20	19	30
PPO	–	11	13	27	35
POS	–	–	5	7	20

Source: John K. Iglehart, "The American Health Care System: Managed Care," *New England Journal of Medicine* 327(10), September 3, 1992, Table 1; and Ron Winslow, "Health-Care Inflation Kept in Check Last Year," *Wall Street Journal*, January 20, 1998, B1.

Pratik Bir Problem

- Eğer% 10'luk bir katkı payı ile geleneksel bir ücret-hizmet (FFS) planı arasında seçim yaptıysanız, hiç bir çalışanı olmayan bir personel HMO planına göre, daha yüksek bir aylık sağlık sigortası primi ödemeyi bekler miydiniz?
- Yaşlı ve / veya hasta olsaydınız, aynı miktara prim ödemek koşulu ile hangi planı tercih edersiniz? Neden?

Sağlayıcı Yönetimi Stratejileri

● Seçmeli Sözleşme

- > MCO'lar, özel bir sağlayıcılar grubuyla sözleşme yapacaklardır.
 - Bu sözleşme kalite veya uygun maliyetli uygulama kalıplarına dayanmaktadır.

● Hekim Profili.

- > MCO'lar doktorların sevk, kalite, hasta memnuniyeti ile ilgili kayıtlarını takip eder.

Sağlayıcı Yönetimi Stratejileri

- Verimliliğin Değerlendirilmesi
 - > “Belirli hizmetlerin tıbbi olarak gerekli olup olmadığı ve sağlık hizmetinin uygun bir yoğunluk ve maliyet seviyesinde sağlanıp sağlanmadığının belirlenmesidir.
- Uygulama Kuralları
 - > Belirli durumlarda sağlayıcıların uygun tıbbi uygulama hakkında bilgilendirilmesi.
- Formüle
 - > Hekimlerin reçete edecekleri ilaçların sınırlandırılması

MCO'ların performansı

- İdeal olarak, MCO'lar önleyici ve koordine edici birincil sağlık hizmetlerini teşvik ederek daha pahalı uzmanlık / yatarak bakım ihtiyacını azaltmalıdır.
- Ancak MCOların çoğu kısa dönem karlılıkla ilgilenir.
 - > Sigortalı kişi kalp krizi geçirmeden çok önce HMO 'u terk ederse neden kolesterol düşürücü haplar için ödeme yapacaksınız ki?

MCO'ların performansı

- Genel olarak, çalışmalar, HMO'ların, çoğunlukla daha az hastane bakımı yoluyla, % 15-20 oranında tıbbi maliyet tasarrufu sağladığını göstermektedir.
- HMO'ların bakım kalitesi üzerindeki etkisi daha az belirgindir.
 - > Sağlık hizmeti sağlayıcıları, çeşitli planlara ait hastaları tedavi eder.