

Birleşik Devletler’de Bütünleşik Sağlık Hizmeti Sunumu: ACO Modeli

Ali İhsan ÖKSÜZ¹ * Çağdaş Erkan AKYÜREK²¹ Doktora Öğrencisi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı² Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Bütünleşik Sağlık Hizmeti, ACO, Accountable Care Organizations</p> <p>Sorumlu Yazar ¹ Ali İhsan ÖKSÜ ² Çağdaş Erkan AKYÜREK</p> <p>Adres: ¹ Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı ² Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü</p> <p>E-mail: ¹ aliihsanoksuz@hacettepe.edu.tr ² ceakyurek@ankara.edu.tr</p>	<p><i>Serbest piyasa koşullarında özel sektör ağırlıklı gelişen bir sağlık sisteminde erişim, kalite ve maliyet boyutlarında belirli sorunların ortaya çıktığı görülmektedir. ABD sağlık sistemi mali açıdan ve kalite yönünden sağlıklı bir durumdadır ve sistem sürdürülebilir değildir. ACO’lar kısaca; maliyetleri düşürmek ve hastaların sağlığını artırmak için çalışan, sıklıkla bağımsız örgütlerin birleşiminden oluşan sağlık hizmeti sunucularıdır. ACO’lar, öngörülen mali tasarrufları sağlama ve toplum sağlığını artırma hedefleri konusunda başarısız olmuşlardır. Maliyetlerin düşürülmesini sağlayamamaları da algılanan kalitenin yükseltilmesi konusunda anlamlı faydalar sağladıkları görülmektedir. Bütünleştirilmiş sağlık hizmeti sunumunun maliyetler açısından iyileştirmeler sağlamaması nedeniyle; yüksek maliyetlerle kurulacak sağlık hizmeti sunucuları ağırlıklı maliyet etkili olmadığı fakat sunucular arasındaki sağlık bilgi teknolojileri entegrasyonunun kalite açısından maliyet etkili olduğu görülmektedir.</i></p>

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO – World Health Organization) sağlık sistemlerini yapısal olarak incelediği Health Systems in Transition serisinin 2020 raporunda, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) sağlık sisteminin ekonomik yapısına dair önemli göstergelere ve karşılaştırmalara yer verilmiştir. ABD'nin 2017 yılında açıklanan Gayrisafi Yurtiçi Hasıla'sı (GSYİH) \$19 trilyonun üzerindedir ve bu Çin'in GSYİH'sından %60 daha fazla ve diğer herhangi bir ülkeden dört kat daha fazla olduğu anlamına gelmektedir. Kişi başına düşen GSYİH'ya bakıldığında bunun yaklaşık \$60 bin olduğu görülmektedir. GSYİH'nın sanayi dallarına göre dağılımı incelendiğinde; toplam GSYİH'nın %74'ünün hizmet sanayisi tarafından, %13'ünün üretim sanayisi tarafından, %12'sinin diğer sanayi dallarından ve %1'inin de tarım sanayisi tarafından üretildiği görülmektedir (St Louis Federal Merkez Bankası, 2018). Sağlık harcamalarının toplam GDP içerisindeki oranı ise 2021 yılında %18.3'dür (Statista, 2023).

1.1. ABD Sağlık Sistemi'nin Tarihsel Gelişimi

ABD sağlık sistemi, özel sektör ağırlıklı olarak gelişmiş ve 1960'lı yılların ortasına kadar herhangi bir kamu sağlık sigortası programı oluşturulmamıştır. ABD'de 19. yüzyıl boyunca çok çeşitli sağlık hizmeti sunucuları rekabet etmiş fakat birçoğu bakım kalitesinden yoksun bir biçimde uygulamalarını sürdürmüştür (Starr, 1982). Hekimler bu dönemlerde yüksek gelir ve sosyal statü elde etmiştir. Bu durum 20. yüzyılın başlarındaki birtakım etkenlerle aşamalı olarak değişikliğe uğramıştır. Bu etkenler ülke ve eyalet çapındaki American Medical Association (AMA) gibi çeşitli tıbbi toplulukların çatısı altındaki bilimsel eğitim ve kalite girişimlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. En önemli dönüm noktalarından biri, 1910 yılında yayınlanan "Flexner Raporu" olmuştur. Carnegie Vakfı'nın bünyesinde yayınlanan bu raporda, zamanın tıp fakültelerinin büyük bir kısmının düşük kalitede eğitim verdiği ortaya konulmuştur. Bu rapor birçok fakültenin kapatılması ile sonuçlanmış ve tıp okullarında, kabul edilen öğrencilerde ve eğitim sürelerinde gözlenen kalitenin iyileştirilmesini sağlamıştır. Sonuç olarak, tıp alanına dahil olmak isteyen katılımcı ve aktörler daha yüksek engellerle karşılaşmaya başlamıştır.

Özel sağlık sigortasının ABD sağlık sistemi içerisindeki kökeni, 1930'lu yılların başlarına dayanmaktadır. Bu yıllarda; hastane giderlerini kapsayan Blue Cross (Mavi Haç) ve hekimlik hizmetlerini kapsayan Blue Shield (Mavi Kalkan) isimli kâr amacı gütmeyen sağlık planları kurulmuştur. Blue Cross'un ortaya çıkışındaki temel gerekçeler; çalışan ve işçilerin hastane masrafları için bir güvence oluşturmak ve Büyük Buhran sırasında zora giren hastaneler için sabit bir gelir akışı oluşturmaktır. İlk hastane sigortası planı 1929 yılında Dallas, Texas'ta faaliyete girmiştir. Ülkenin diğer kısımlarındaki hastaneler de Blue Cross altında bu kapsayıcılığı sunmak için birleşmiş ve hastalara hizmet alacağı hastaneyi seçme konusunda özgürlük tanımaya başlamıştır. Bu birleşmeler ve anlaşmalar; kâr amacı gütmeyen ve -özel sigortacılığın aksine- nakit rezervi gerektirmeyen biçimde ortaya çıkmıştır. Bunu mümkün kılan ise Büyük Buhran sırasında boş kalan hasta yataklarını doldurmak isteyen hastanelerin hizmet sunumu garantisini verebilmesi olmuştur (Starr, 1982). Takip eden yıllarda Blue Shield planları da benzer prensiplerle hekim giderlerini kapsamak için kurulmuştur.

Özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Blue Cross ve Blue Shield planları, kâr amacı güden ticari sigortalardan rekabetiyle karşı karşıya kalmıştır. Bu planlar o zamana değin tüm anlaşmalı grupların aynı sigorta için aynı ücreti ödediği *toplumsal değerlendirmeyi* benimsemekteydi. Ticari sigorta şirketleri ise sigortalanan grupların geçmiş sağlık durumlarının hesaba katılarak ücretlendirildiği *deneyime bağlı değerlendirmeyi* geliştirdi, bu sayede düşük tıbbi harcama beklentileri olan işçi grupları için daha düşük fiyatlandırmalar yapabildiler. Bunun sonucunda Blue planları rekabeti sağlamak adına deneyime bağlı değerlendirmeyi benimsemiş ve kâr amacının gözetimini belirsizleştirmiştir. Devam eden yıllarda daha fazla Amerikalı, hastane sigortalaları için ticari sigortalaları tercih etmeye başlamış ve 1951 yılına gelindiğinde özel sigortalıların sayısı Blue Cross planına sahip olanların sayısından daha fazla olmuştur (Law, 1974). Nihayetinde Blue Cross ve Blue Shield planları da kâr amacı güden örgütler haline gelmiştir.

Federal boyuttaki ilk büyük sağlık sigortası programı, 1965'te Medicare ve Medicaid'in kurulması ile ortaya çıkmıştır. Medicare ve Medicaid kurulmadan önce düşük gelirli hastalar için çeşitli hayır kuruluşları mevcuttu ve federal devlet de kamu desteğinden faydalanan hastalar için hizmet sunucularına ödemeler yapıyordu. Kerr-Mills Yasası'nın 1960 yılında yürürlüğe girmesinin ardından, kamu desteğine dahil olmayan yaşlı nüfusun da sağlık harcamalarına destek sağlanıyordu (ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2000). Medicare'in yürürlüğe girmesi ile 65 yaş üzeri Amerikalılar ve Medicaid'in yürürlüğe girmesi ile de düşük gelirli vatandaşlar sigorta kapsamına alınmıştır. Kuruluşunun ardından Medicare'in kapsamı genişletilerek engelli bireylerin ve terminal dönemdeki hastaların sigorta kapsamına alınması sağlanmıştır. Medicare iki

kısma bölünmüştür; hastane giderlerinin kapsandığı Part A'ya, uzman hekim ve ayakta sağlık hizmetlerinin karşılandığı Part B. Daha sonraları yükümlülüklerin özel şirketlere devredilmesine imkân veren Part C (Medicare Advantage Plans) ve tıbbi ilaçları kapsayan Part D bölünmeleri gerçekleşmiştir.

Özel sağlık sigortasına sahip Amerikalı sayısı 1940 ve 1950'li yıllarda hızla artmış ve sonucunda 1939 yılında yalnızca 6 milyon olan sigortalı sayısı 1950 yılına gelindiğinde 75 milyona ulaşmıştır. Medicare ve Medicaid planlarının da 1965 yılında yürürlüğe girmesi ile kamu ve özel sigortaya sahip vatandaşların sayısı 156 milyona ulaşmıştır, bu da o yıllarda nüfusun %80'inin sigortaya sahip olduğu anlamına gelmektedir (Jost, 2007). Bu dönemdeki özel sigortalı oranındaki hızlı artışın temel nedeni, işçiler adına işverenlerin ödediği sağlık sigortası primlerinin vergilendirilmemesi olmuştur (Gabel, 1999; Helms, 2008). Sağlık harcamalarının giderek arttığı o dönemde kuruluşlar, üyelerine sağlık sigortası sağlamayı önemli bir yan hak olarak sunmaya başlamıştır (Jost, 2007). Bu toplu sigorta alımları ile ölçek ekonomisi (economies of scale) kavramı sürece dahil olmuş ve azalan ters seçim (adverse selection) endişesi ile sigorta primleri düşüş eğilimine geçmiştir. Tüm bu etkenler, İkinci Dünya Savaşı'nın sonucunda artan gelirle birleşerek özel sigortalı oranındaki radikal artışı açıklamaya yardımcı olmaktadır (Cunningham, 2000). Sağlık sigortası sunan sistematik bir devlet programının 1960'ların ortasına değin geliştirilmemesine rağmen, sigorta ihtiyacı işveren destekli bir biçimde karşılanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin özel ve kamu tarafından güvence altına alınması ile ABD'deki bireysel sağlık harcamaları artış eğilimine geçmiştir. Sağlığın arzı, kamusal harcamalar, yatırımlar ve hizmet sunumunun örgütlenmesi konusundaki ilk gelişme ise 1946 yılında yürürlüğe giren Hill-Burton Yasası'dır. Bu yasa kişi başına düşen hasta yatağı oranı istenilen düzeye ulaşmaya dek yerel yönetimlerin hastaneleri kurmasını ve arttırmasını teşvik etmekteydi. İlerleyen yıllarda hasta yatağı ve ekipmanlar başta olmak üzere yapılan hastane harcamalarının kontrol edilmesi adına, 1970 yılında birkaç eyalette Certificate of Need (CON) programları tanıtılmıştır. CON programlarının hastane harcamalarını kontrol etme konusunda yetersiz olduğunu tespit edilmiştir (WHO, 2020), bazı bölgelerde hastane yatağı artışı beklenenden az olmuş ve bunun yanında hasta yatağı başına sermaye oranları yükselmeye başlamıştır (Salkever & Bice, 1976). Buradaki temel neden toplumun yüksek harcamaların yapıldığı hastanelerden hizmet almaya eğilimli olması ve bunun da çeşitli maliyetleri beraberinde getirmesi olmuştur (Rice & Kominski, 2014). Hastane yatırım maliyetlerinin sağlık sistemine getirdiği yüksek maliyetler nedeniyle, sağlık hizmeti sunucularının hizmetlerini taşrada sunmaları için çok çeşitli teşvikler geliştirilmiştir. Bunlardan en kayda değer olanı, bugün de var olan Ulusal Sağlık Hizmetleri Birliği'dir. Bu birlik; desteklenen sağlık merkezlerinde, kırsal bölgelerde ve halk sağlığı kliniklerinde hizmet vermek isteyen hekimlere krediler sunmaktadır.

ABD sağlık sistemindeki teşvik sistemi; hastaneler yolu ile merkezileşmek yerine daha küçük sağlık hizmeti sunucuları yoluyla coğrafyaya yayılmak üzerine kurulmuştur. Merkezileşme kavramından uzaklaşan hizmet arzının geri ödeyiciler ve devlet tarafından kontrol edilmesi güçleşmiştir, buna çözüm olarak birçok mediatör örgüt ve organizasyon modeli geliştirilmiştir. HMO'lar (*health maintenance organization*) sağlık hizmeti sunucuları ağı aracılığı ile üyelerine önceden ödenmiş sağlık hizmetleri sunmak veya sunumu için anlaşmalar yapmak için kurulmuş örgütlerdir. HMO kavramı ilk olarak Paul Ellwood tarafından 1970 yılında kullanılmıştır. İlk HMO'lar kendi bünyesinde hekim istihdam etmekteydi, günümüzde bu istihdam modeli yerini, ağ modeline bırakmıştır. Yapılan anlaşmalar yolu ile HMO'lar, kendi üyelerinin birden fazla hastane ve hizmet sunucusundan hizmet almalarını sağlamaktadır. Çoğu HMO anlaşmasına göre acil sağlık hizmeti dışındaki sağlık ihtiyaçları yalnızca ağda bulunan hekimlerden karşılanabilmektedir, bu durum ağ dışındaki hekimlere ödeme yapılmasını oldukça zorlaştırmıştır. HMO anlaşmaları 1980'lerin başında hızla büyümeye başlamış fakat 1990'ların sonuna doğru piyasa payları kayda değer biçimde düşmeye başlamıştır. HMO'ların pazar paylarının düştüğü dönemde PPO'lar (*preferred provider organization*) hizmet başına ödeme modeli ile ortaya çıkarak, ağ dışındaki hekimlere ödeme yapılmasını kolaylaştırmıştır. Bu geri ödeme modellerinin ortaya çıkması ile sigortalılar, sağlık hizmeti sunucularının fiyatları üzerindeki kontrolünün azalması ile daha fazla hareket alanı bulmuştur (Berenson vd., 2016).

HMO ve PPO'ların ortaya çıkmasından 20 yıl sonra, ABD sağlık sisteminde harcamaların kontrol edilebilirliği amacıyla uygulamaya alınan modellerden bir tanesi ise *Accountable Care Organization* (ACO) olmuştur. ACO'lar kısaca; sağlık hizmeti sunumunda maliyetleri düşürmek ve kaliteyi arttırmak için çalışan, sıklıkla bağımsız örgütlerin birleşiminden oluşan sağlık hizmeti sunucularıdır. Temel unsur ise birtakım düzenlemeler ile hasta bakımı koordinasyonunu sağlamaktır. ACO'lar tasarruf ve kalite iyileştirmeleri sağlamaları nedeniyle kamu ve özel sektör geri ödeyicileri tarafından finanse edilmektedir.

1.2. ACO'lar (Accountable Care Organizations)

Bütünleştirilmiş hizmet sunum sistemleri bulunsa da ABD'de kamu ve özel sektör geri ödeyicileri, sunulan her bir hizmet için hekimlere, hastaneler ve diğer hizmet sunucularına ayrı ödemeler yapmaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin sıklıkla koordinasyondan yoksun olduğu, verimsizlikle sonuçlandığı, maliyetleri yükselttiği ve kaliteyi düşürdüğü öne sürülmektedir (WHO, 2020). ABD sağlık sistemi mali açıdan ve kalite yönünden sağlıksız bir durumda olduğu ve sistemin sürdürülebilir olmadığı belirtilmektedir. ABD'de GSYİH'nın yaklaşık %20'si sağlık hizmetlerine ayrılmakta fakat diğer ülkelere kıyasla çok büyük bir pay olmasına rağmen sağlık göstergeleri ve erişim boyutuna kayda değer bir katkı sağlamamaktadır. (Blackstone & Fuhr, 2015). ABD geçtiğimiz 80 yıl içerisinde; Nixon döneminde HMO ve PPO'lar, Clinton döneminde izlenebilir Sağlık Planları gibi birçok örgütsel yapıyı denemiştir. Federal devlet ve özel sektör geri ödeyicileri maliyetleri kontrol etmek ve hizmet sunumunun koordinasyonunu sağlamak adına yeni bir yapı olarak ACO'ları geliştirmiştir. ACO'lar bağımsız kuruluşlar arasında bulunmakla birlikte maliyetleri azaltma ve sağlığı iyileştirme hedefiyle çalışan sağlık sunucularından oluşmaktadır. ACO'lar hizmet sunumunun koordinasyonundan emin olmak, hizmet ve testlerin gereksiz tekrarlarını önlemek ve reçetelenen ilaçların olası zararlarından kaçınmak için hastaların sağlık kayıtlarını paylaşırlar. Bu paylaşımın hastaneler, hekim muayenahaneleri ve uzun dönem bakım hizmeti veren kuruluşlar gibi birçok hizmet sunucusu arasında sürdürülerek hizmet sunumu koordine edilir. Bu bilgi paylaşımında bulunarak hizmet koordinasyonuna katkı sağlayan her bir hekim ve kuruluş, kamu ve özel sektör geri ödeyicileri tarafından prim ödemeleri yoluyla ödüllendirilir. ABD'deki ACO'ların sayısı hızla artmaktadır; 2011 yılında 100'den az olan ACO'ların sayısı 2018 yılına gelindiğinde 1000'i aşmıştır (Muhlestein vd., 2018).

ACO tasarımının HMO modeline benzerliğinden söz edilebilir fakat ACO'lar birçok açıdan HMO'lardan ayrılır. Öncelikle Medicare ACO'ları hastalarının ağ dışındaki hekimlere görünmelerine imkân verir. İkincisi, ACO'ya katılan hizmet sunucuları HMO'dakiler kadar finansal risk üstlenmezler. Üçüncüsü; sağlık sunucuları için performans iyileştirme yoluyla ödüller kazanma fikri HMO'larda bir zorunluluk olarak ortaya çıkarken, ACO'larda bu fikir sağlık hizmeti sunucuları için dahil olma motivasyonunun temel kaynağıdır (Muhlestein vd., 2013). Dördüncü olarak ACO'lar HMO'lar ile kıyaslandığında daha doğru bütünleşmiş hizmet sunumu sağlar. Beşinci olarak HMO'ların gündeme geldiği tarihe göre günümüzde hizmetin yönetilmesi için daha fazla bilgi ve kaynağa erişim imkânı vardır. Son olarak ölçülebilir göstergelere duyulan ilgi artmıştır, bu durum ACO'ların performans hedeflerine ulaşması ve kendi performanslarını diğerleri ile kıyaslamasına imkan vermektedir (Emmanuel, 2012). Özetlemek gerekirse ACO'lar, HMO'ların aksine sigorta şirketleri yerine sağlık hizmeti sunucularının kendileri tarafından oluşturulmakta ve bu da sağlık sunucularına tedavi ve geri ödeme yöntemlerini kontrol etme olanağı yaratmaktadır. Bu durumda ACO'lar ile tedavi sırasındaki gereksiz uygulamaların önüne geçilebilir fakat yüksek derecedeki bütünleştirilmiş bir sistem, sağlık hizmeti sunucularının tekeli ve piyasa hakimiyetini güçlendirerek yüksek hizmet bedellerine neden olabilecektir (Gold, 2013).

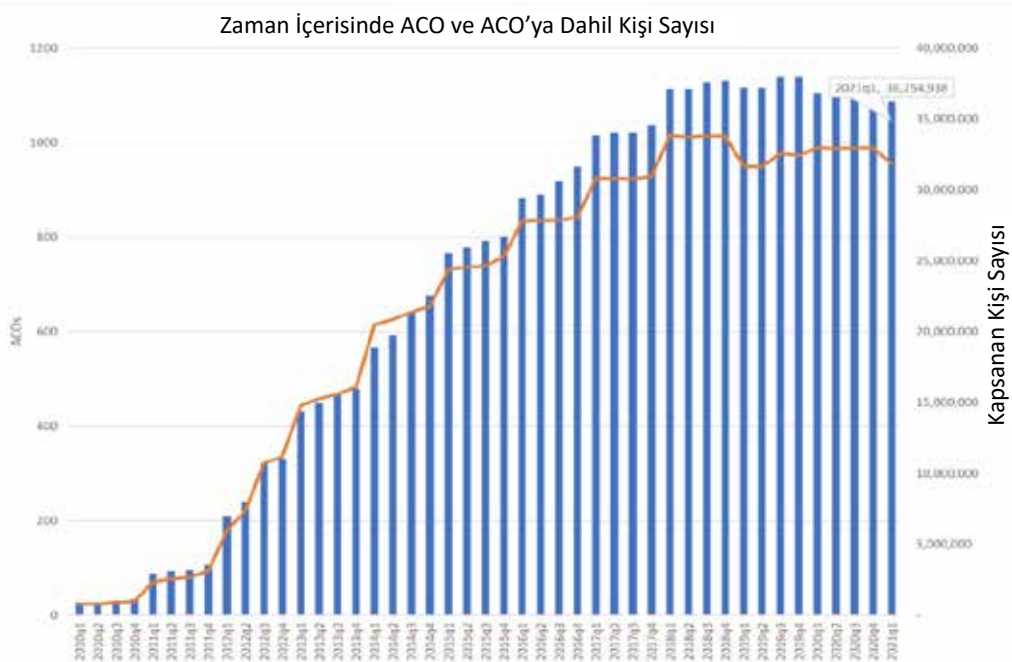
1.2.1. ACO'ların Üç Hedefi

ACO yapısı temelde üç amaç üzerine kurulmuştur; hizmet deneyimini iyileştirmek, toplum sağlığını yükseltmek ve kişi başına düşen sağlık hizmeti maliyetini düşürmek (Berwick vd., 2008). Bazı durumlarda bu amaçlar arasında değiş tokuşlar (trade off) olabilmektedir. Örneğin yeni bir teknoloji göstergeleri iyileştirebilir fakat maliyetlerin artmasına neden olabilir. Diğer bir yandan bu amaçlar bir araya geldiğinde gereksiz sağlık hizmetlerinin kullanımını düşürerek maliyetlerin azalmasına ve kalitenin artmasına katkı sağlayabilir (Greaney, 2011). HMO ve ACO'lar arasındaki önemli fark ise; HMO'da sigorta şirketlerinin kurucu rolü üstlenmesine karşın ACO'da bu rolü hekimlerin üstlenmesidir. ACO modelinde sağlık hizmeti sunucuları teşhis ve tedavi kararlarında daha fazla kontrole sahip olmaktadır.

1.2.2. ACO'ların Gelişimi

ACO'lar 2000'li yılların başında CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) tarafından, ACA (Affordable Care Act) uygulamaları ile sonuçlanan bir dizi düzenleme içerisinde yer alan bir model olmuştur (Brenson ve Burton, 2011). ACO modeli ilk olarak 2006 yılında Dr. Elliot Fischer tarafından Medicare Payment Advisory Committee (MedPac) toplantısında gündeme getirilmiştir. Devam eden yıllarda çeşitli kongre ve komitelerde ACO fikri üzerine tartışmalar yürütülmüş, nihayetinde 2010 yılında ACA ile Medicare programına dahil edilmiştir (Tu vd., 2015). Yürürlüğe girdiği 2010'lu yıllardan

İtibaren ACO'ların sayısı 2018 yılına kadar sürekli artmıştır. Medicare ACO'larının yanında özel sektör ACO'larının da dahil edildiği hesaplamalarda 2013 yılına gelindiğinde, toplamda 400'den fazla ACO'nun faaliyet gösterdiği görülmüştür (Wyman, 2013). Devam eden yıllarda 2018 yılına kadar toplam ACO sayısı sürekli artış trendi sergilemiş ve 1000'den fazla ACO ortaya çıkmıştır. Sürekli artış eğiliminin 2018 itibari ile kırıldığı gözlenmiş ve 2021'in ilk çeyreğine kadar da mevcut toplam ACO sayısı 1000 ile 1200 arasında seyretmiştir. Toplamda 1000'den fazla ACO'ya dahil olan hasta sayısının 2019 yılında 37 milyona kadar ulaştığı görülmektedir (Muhlestein, 2021). NAACOS (National Association of ACOs) tarafından açıklanan istatistiklere göre 2023 yılında ABD'de faal olan toplam ACO sayısının 1600'ün üzerinde olduğu ve bu ACO'ların 44 milyondan fazla hastayı kapsadığı bilinmektedir.



Şekil 1: ACO ve ACO'ya dahil olan hasta sayıları.

Kaynak: HealthAffairs, 2021.

1.2.3. ACO Çeşitleri

Medicare iştirakleri özelinde gelişen ACO'lar, Medicare ACO'ları olarak da adlandırılmaktadır (Bernes, 2014). Medicare ACO'ları kendilerine CMS tarafından en az üç yıl sürmesi kaydı ile atanan en az 5000 Medicare hastasının, mali yükümlülüğünü ve tıbbi sorumluluğunu üstlenir. Kendilerine atanan Medicare popülasyonuna sunulan hizmetlerin koordinasyonundan ve kalitesinden sorumlu tutulurlar. Sunulan hizmetlerin ACO bünyesindeki hekimler veya hastaneler tarafından sunulup sunulmadığına bakılmaksızın, anlaşma süresi boyunca ortaya çıkacak toplam hizmet maliyetlerinden ACO'lar sorumlu tutulur. Anlaşma dönemi sonunda; belirlenen maliyet düşüşü ve kalite standartlarına ilişkin hedeflerin karşılanma düzeyi tespit edilir. Dönem sonunda hedeflerin başarılanma düzeyleri ile doğru orantılı olacak şekilde teşvik primleri, CMS tarafından ACO'lara ödenir.

Medicare'in ABD'deki en geniş kapsamlı sağlık sigortası olmasından kaynaklanan nedenlerle ACO yaklaşımının diğer sağlık sigortalarını da etkilediği söylenebilir. CMS, ACO programlarını Medicare için oluşturmuş olsa da özel sağlık sigortaları da özel sektördeki sağlık hizmeti sunucularının oluşturduğu ACO'lar ile anlaşma yapmaya başlamıştır. Özel sektör ACO'ları ile yapılan anlaşmalar doğrultusunda, yalnızca ACO ağında bulunan sağlık hizmeti sunucularından hizmet alan hastaların sigorta primlerinde indirim yapılması gibi çeşitli imkanlar sunulmaktadır. Medicare ACO'ları, hastaları ilgilendiren bu maddi teşvikleri sunma kabiliyetinden yoksundur.

1.2.4. ABD'deki Mevcut Geri Ödeme Sistemleri

ACO'nun teknik tanımı, özel sigortaların halihazırda anlaşma yaptığı örgütlenmiş sağlık hizmeti sunucuları ile ACO'lar arasındaki yapısal farkı açıklamaya yeterli değildir. Bu örgütler ve özel sigorta şirketleri arasında belirlenen geri ödeme yöntemleri içerisinde geriye yönelik kişi başına ödeme yöntemi de mevcuttur. Bu noktada ABD sağlık sisteminde var olan geri ödeme yöntemlerinden bahsetmek gerekir (Brenson ve Burton, 2011):

- **Hizmet başına ödeme (*Fee-for-service*):** Geri ödeyicilerin hizmet sunucularına, sundukları her bir hizmet için belirlenen tutarı ödemesidir.
- **Kişi başına ödeme (*capitation*):** Belirlenen hasta popülasyonun tüm sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için gerekli tüm sağlık hizmetlerini sunmaları karşılığında, önceden belirlenmiş kişi başına ödeme tutarının aylık veya yıllık olarak hizmet sunucularına ödenmesidir.
- **Kısmi kişi başına ödeme (*partial capitation*):** Kişi başına ödeme tekniğinin, hizmetlerin gerçek kullanımının gözetilerek uygulanmasıdır. Bu yöntem ile sağlık hizmeti sunucularının finansal riski azaltılmaktadır.
- **Tasarruf paylaşımı (*shared savings*):** Hizmet sunucusuna ait gelirlerin bir kısmının, dahil oldukları örgütün veya sigorta planının finansal performansına bağlı olmasıdır. Bu yöntemde belirlenen süre içerisindeki maliyetlerden sağlanan tasarrufun bir kısmının hizmet sunucuları arasında paylaşılması esastır. Bu yöntem ayrıca "tek yönlü risk (*one-sided risk*)" olarak da adlandırılır fakat hizmet sunucuları finansal olarak hiçbir risk almamaktadır.
- **Risk paylaşımı (*shared risk*):** Finansal sorumlulukların taraflar arasında paylaşılmasıdır. Örneğin bir hastanın belirlenen süre içerisindeki sağlık harcamalarının hedeflenen düzeyi aşması durumunda, geri ödeme tutarlarında kesintiler yapılabilir. Aynı yöntemle eğer bir hastanın belirlenen sağlık harcaması düzeyinde tasarruf sağlanırsa, bu tasarruf taraflar arasında bölüşülür. Bu yöntem ayrıca "çift yönlü risk (*two-sided risk*)" olarak da adlandırılır.

1.2.5. Çözüm Önerisi Olarak ACO'lar

Hizmet sunucuları ile kamu ve özel geri ödeyicileri arasında; geri ödeme ve hizmet sunumuna dair yeni yöntemler geliştirilmesi ihtiyacı var olagelmıştır. Özel ve Medicare ACO'ları; ABD'deki toplum sağlığı, hizmet kalitesi ve maliyetleri etkilemek ve iyileştirmek için ortaya konulan gelişmelerin en güncel olanıdır. Amerikan ACO formatı ödeme ve sunum gelişmelerini ayrı olarak ele almak yerine bir arada değerlendirerek geliştirmeyi hedefler. Bazı Avrupa ülkeleri de bu yaklaşımı devşirme girişimlerinde bulunmuş, bir ağ aracılığı ile sunulan farklı hizmetlerin geri ödemesini birleştirmeye çalışmıştır. Hollanda'da bazı sigortalar diyabet gibi kronik hastalıkların tedavisi için, iş birliğinde bulunan hizmet sunucularına paket ödemeler yapma girişimlerinde bulunmaktadır (de Bakker vd., 2012). Almanya'da bütünleştirilmiş sağlık hizmetleri sunumu 2000'li yılların başından beri çeşitli reformlarla teşvik edilmektedir. Buna rağmen bu girişimler hizmet sunucuları tarafından değil, hastalık fonları tarafından yapılmaktadır. Ayrıca bu girişimler bütüncül bir tedavi anlayışı yerine yalnızca tedavinin bir bölümü için uygulanmakta ve var olan ödeme yöntemleri ile gerçekleştirilmektedir (Busse vd., 2010).

ACO'lar ile ilgili gündeme gelen zorluklar göz korkutucudur. Önceki CMS yöneticisi Tom Scully'ye göre ortalama piyasa koşullarında bir ACO'nun kuruluş maliyeti en az \$30 milyonu bulabilmektedir. ACO'ların ilk yılındaki yürütme maliyetine bakıldığında, CMS'in 2013 yılı için öngördüğü bütçe \$1.8 milyondur (Shinkman, 2014). Günümüzdeki koşullarda ACO'lar çok fazla risk üstlenmelerine rağmen çok düşük gelirler elde etmektedir. Yatırım maliyetleri göz önüne alındığında, 2014 yılında faal olan ACO'ların %90'ı elde edecekleri kazanımlar konusunda endişeli olduklarını dile getirmiştir (Hall, 2014).

2. TARTIŞMA

ACO'ların erken aşamadaki göstergeleri oldukça karmaşıktır. McWilliams ve arkadaşları tarafından 2016 yılından bir çalışmada, 2009 yılından 2013 yılına kadar oluşturulan Medicare faturalarının incelenmesi yolu ile ACO'ların verimlilikleri ölçülmüştür. Yaptıkları çalışmada; toplamda 220 ACO'ya katılmış tüm hastaların, ACO'lara katılmadan önce ve sonraki sağlık harcamalarını ve kalite ölçümlerini karşılaştırmışlardır. Bunun yanında ACO'lara dahil olmayan hastaları içeren bir kontrol grubu da oluşturularak farklılıkları ölçmüşlerdir. Araştırma sonucunda ACO'ya dahil olan araştırma grubu ve dahil olmayan kontrol grubu arasında Medicare harcamaları ve harcama trendleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Araştırmada 2013 yılı için yapılan karşılaştırmada ACO'ya dahil olan hasta grubunun kişi başına düşen tasarruf miktarı yalnızca \$3'dür.

Eski Kansas Valisi Kathleen Sebelius'un 2009 yılında kongreye sunduğu raporda; ACO'ların süreç odaklı klinik kalite ölçütlerine göre sundukları hizmetin kalitesini iyileştirebildiğini fakat tasarruf sağlamada yeterli olmadıklarını ifade etmiştir. Erwin Blackstone ve Joseph Fuhr'un 2016 yılında yayınlanan bir çalışmasında da ACO'ların ekonomik yapısı incelenmiş ve sonuç kısmında ACO'ların birçok olumlu yönünün bulunmasına karşın vaat ettiği finansal tasarruflar konusunda başarısız olduğu vurgulanmıştır.

3. SONUÇ

ABD sağlık sisteminin zaman içerisindeki gelişimi özel sektör ağırlıklı gerçekleşmiştir. Ulusal (universal) anlamda bütünleştirici bir sağlık kapsayıcılığı da bu nedenle oluşmamıştır. Serbest piyasa koşullarında özel sektör ağırlıklı gelişen bir sağlık sisteminde erişim, kalite ve maliyet boyutlarında belirli sorunların ortaya çıktığı görülmektedir. ABD sağlık sisteminde bu sorunlarla mücadele etmek için çeşitli yasal düzenlemeler ve çözüm modelleri geliştirilmiş ve uygulanmıştır. Geliştirilen çözüm önerilerinin büyük bir çoğunluğunun, hizmet sunumunun bütünleştirilmesi yolu ile gereksiz sağlık uygulamalarının önüne geçerek maliyetlerin düşürülmesini sağlama fikrini takip ettiği görülmektedir. Bu çözüm önerilerinin kronolojik sırasında bakıldığında; 1980'li yıllarda HMO modeli, 1990'lı yıllarda PPO modeli ve 2000'li yıllarda ACO modeli ön plana çıkmaktadır. Üç model de hizmet sunucularının birbirleri ile bilgi paylaşımını artırmasını amaçlamaktadır. HMO ve PPO modelleri geri ödeyiciler tarafından oluşturulurken, ACO'lar hizmet sunucularının kendileri tarafından oluşturulması yönünden ayrılmaktadır.

ACO'lar 2006 yılında Dr. Elliot Fischer'in önerisi ile gündeme gelmiş, 2010 yılında ACA ile yürürlüğe girerek Medicare'in bir parçası olmuş ve takip eden yıllarda özel sektörde de kendine yer edinmiştir. Toplam ACO sayısı yıllara göre incelendiğinde, 2010-2018 yılları arasında sürekli bir artış eğilimi göstermiş ve 2019 yılına geldiğinde özel sektör ve kamu ACO'larının toplam sayısı 1000'i geçmiştir. NAACOS'dan elde edilen veriye göre 2023 yılında ABD'de faal olan ACO'ların sayısı 1600'ün üzerindedir ve tüm ACO'ların bünyesinde bulundurduğu hasta sayısı ise 44 milyondan fazladır. Avrupa'da ACO benzeri girişimler görülmektedir fakat yalnızca belirli hastalıklarla veya tedavi süreçlerinin bir kısmı ile ilgili olması bakımından farklılık göstermektedir.

ACO'lar temelde bir hasta popülasyonunun finansal yükümlülüklerini ve kaliteli hizmet edinimi ihtiyaçlarını belirli bir süre boyunca üstlenir. Belirlenen süre içerisindeki sağlık harcamalarını kontrol altında tutar ve hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişim konusunda sorun yaşamamalarını hedefler. Bunu gerçekleştirebilmek için bir sağlık hizmeti sunucuları ağı oluşturur ve hastaları bu ağ içerisinde hizmet almaları için teşvik eder. Ağ içerisinde bulunan sağlık sunucularının hastalara ait tıbbi kayıtları birbirleri ile paylaşmalarını sağlayarak gereksiz sağlık hizmeti uygulamalarından kaçınmayı ve harcamaları azaltmayı hedefler. Sunulan hizmetlerin geri ödeme süreçlerini yönetir ve en uygun geri ödeme yöntemini belirleyerek geri ödeyiciler ile anlaşmalar yapar. Belirlenen dönem sorunda kişi başına yapılan sağlık harcamalarında belirlenen hedeflerin sağlanması durumunda elde edilen tasarrufu, teşvik ödülü olarak kâra dönüştürür. Eğer dönem sonundaki sağlık harcamaları belirlenen hedefin üzerinde kalırsa, aradaki farkın mali yükümlülüğünü üstlenmesi nedeniyle zarar eder. ACO'larda temel hedef; maliyetleri düşürmek, hizmet kalitesini artırmak ve toplum sağlığını iyileştirmektir.

Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere (McWilliams vd., 2016; Sebelius, 2009; Blackstone vd., 2016) ACO'lar, öngörülen mali tasarrufları sağlama ve toplum sağlığını artırma hedefleri konusunda başarısız olmuşlardır. Maliyetlerin düşürülmesini sağlayamazlar da algılanan kalitenin yükseltilmesi konusunda anlamlı faydalar sağladıkları görülmektedir.

ACO'lar özelinde incelenen bütünleştirilmiş sağlık hizmeti sunumu düşüncesinin, hizmet kalitesini artırması bakımından faydalı olduğuna ilişkin kanıtlar mevcuttur. ACO'ların operasyonel yapısı üç aşamadan ibarettir. Bu aşamalar şu şekilde sıralanabilir; hizmet sunucuları ağının oluşturulması, hizmet sunucuları arasındaki teknolojik altyapının bütünleştirilmesi ve geri ödeme sistemlerinin kurulmasıdır. Bütünleştirilmiş sağlık hizmeti sunumunun maliyetler açısından iyileştirmeler sağlamaması nedeniyle; yüksek maliyetlerle kurulacak sağlık hizmeti sunucuları ağının maliyet etkili olmadığı fakat sunucular arasındaki sağlık bilgi teknolojileri entegrasyonunun kalite açısından maliyet etkili olduğu görülmektedir. ACO'ların sağlık sistemlerinin geri ödeme yöntemlerine yenilik anlamında herhangi bir katkı sağlamadığı, mevcut örgütsel modellerin ACO'larda benimsenen geri ödeme yöntemlerini hali hazırda içerdiği anlaşılmaktadır.

KAYNAKÇA

- Barnes AJ, Unruh L, Chukmaitov A, van Ginneken E (2014). Accountable care organizations in the USA: types, developments and challenges. *Health Policy*, 118(1), 1-7.
- Berenson RA, Burton RA, McGrath M (2016). Do accountable care organizations (ACOs) help or hinder primary care physicians' ability to deliver high-quality care?. In *Healthcare*, 4(3):155-159, Elsevier.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J (2008). The Triple Aim: care, health, and cost, *Health Affairs* (Millwood). 2008;27:759-769.
- Blackstone E, Fuhr J (2007). Specialty hospitals: the economics and policy issues they pose, *Journal of Health Care Finance*, 34(2):1-9.
- Blackstone EA, Fuhr JP (2016). The economics of Medicare accountable care organizations, *American health & drug benefits*, 9(1), 11.
- Blumenschein K, Johannesson M (1996). Economic evaluation in healthcare: a brief history and future directions. *Pharmacoeconomics*, 10(2), 114-122.
- Brenson RA, Burton, RA (2011). Accountable care organizations in Medicare and the private sector, *Timely Analysis of Immediate Health Policy Issues*, Urban Institute.
- Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A (2010). Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions, and challenges. *Observatory studies series*, 20 Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2010.
- Cunningham R (2000). Letter to the editor. *Health Affairs*, 19(3):285.
- de Bakker DH, Struijs JN, Baan CB, Raams J, de Wildt JE, Vrijhoef HJ, Schut FT (2012). Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Affairs* (Millwood) 2012;31(2):426-33.
- Emmanuel E (2012). Why Accountable Care Organizations are not 1990s Managed Care Redux, *The Journal of the American Medical Association* 2012;307(21):2263.
- Gabel JR (1999). Job-based health insurance, 1977-1988: the accidental system under scrutiny. *Health Affairs*, 18(6):62-74.
- Gold J (2013). ACO is the hottest three-letter word in health care, *Kaiser Health News*.
- Greaney TL (2011). Accountable care organizations: the fork in the road, *N Engl J Med*. 2011;364:e1.
- Hall SD (2014) ACOs' health IT capabilities remain rudimentary, *FierceHealthIT*.
- Helms RB (2008). Tax policy and the history of the health insurance industry. *American Enterprise Institute*.
- Jost TS (2007). *Health care at risk: a critique of the consumer-driven movement*. Durham, NC: Duke University Press.
- Law SA (1974). *Blue Cross: what went wrong?* New Haven, CT: Yale University Press.
- McWilliams JM, Hatfield LA, Chernew ME, Landon BE, Schwartz AL (2016). Early performance of accountable care organizations in Medicare. *New England Journal of Medicine*, 374(24), 2357-2366.
- Muhlestein D, Bleser WK, Saunders RS, McClellan (2021). All-Payer Spread Of ACOs And Value-Based Payment Models In 2021: The Crossroads And Future Of Value-Based Care, *HealthAffairs*.
- Muhlestein D, Croshaw A, Merril T, Pena C, James B (2013). The accountable care paradigm: more than just managed care 2.0.; *Leavitt Partners*, Washington, DC.
- Muhlestein D, Saunders R, Richards R, McClellan M (2018). Recent progress in the value journey: growth of ACOs and value-based payment models in 2018, *Health Affairs blog*, 14 August 2018.

- NAACOS (2023). ACOs and the Future of Health Care, <https://www.naacos.com/acos-and-the-future-of-health-care#:~:text=Beyond%20Medicare%20%E2%80%93%20There%20are%20nearly,covering%20almost%2044%20million%20lives> , (Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2023).
- Rice TH, Kominski GF (2014). Containing health care costs, *Changing the US health care system*, John Wiley & Sons, San Francisco.
- Salkever DS, Bice TW (1976). The impact of certificate of need controls on hospital investment. *Milbank Quarterly*, 54:185–214.
- Sebelius K (2009). Report to Congress: Physician Group Practice Demonstration Evaluation Report.
- Shinkman R (2014). Are ACO operators eyeing Medicare Advantage instead? Payment structure may make such a venture less riskier. *FierceHealthFinance*.
- Starr P (1982). *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books.
- Statista (2023). U.S. national health expenditure as percent of GDP from 1960 to 2021, Preeti Vankar's publish, (Erişim Tarihi: 12.05.2023) <https://www.statista.com/statistics/184968/us-health-expenditure-as-percent-of-gdp-since-1960/#:~:text=U.S.%20health%20expenditure%20as%20percent%20of%20GDP%201960%2D2021&text=In%202021%2C%20U.S.%20national%20health,GDP%20share%20among%20developed%20countries>.
- Tu T, David I, Lawrence I, Ross I (2015). Origins and future of accountable care organizations. *Washington, DC: Brookings Institution*.
- US Department of Health and Human Services (2000). Medicaid: a program overview. In *A profile of Medicaid: 2000*.
- WHO (2020). United States: Health System Review, *Health Systemis in Transition*, 22(4), Danimarka.
- Wyman O (2013) *Accountable Care Organizations now serve 14% of Americans; 2013*.