



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
TARAFINDAN SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI
SAĞLANAN HASTANELERİN YAPILAN
ÖDEME YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORUNLARI
ALGILAMA BİÇİMLERİ
(İSTANBUL İLİNDE BİR UYGULAMA)**

DİLEK PAMUKCU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehveş TARIM

İSTANBUL-2014



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
TARAFINDAN SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI
SAĞLANAN HASTANELERİN YAPILAN
ÖDEME YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORUNLARI
ALGILAMA BİÇİMLERİ
(İSTANBUL İLİNDE BİR UYGULAMA)**

DİLEK PAMUKCU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehveş TARIM

İSTANBUL-2014



REPUBLIC OF TURKEY
MARMARA UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

**PERCEPTIONS OF THE PROBLEMS REGARDING
TO THE PAYMENT METHODS MADE TO
HOSPITALS THAT ARE PROVIDED HEALTH
CARE FINANCING BY SOCIAL SECURITY
INSTITUTION IN TURKEY
(CASE STUDY IN ISTANBUL)**

DİLEK PAMUKCU
MASTER

DEPARTMENT OF HOSPITAL MANAGEMENT

SUPERVISOR
Prof. Dr. Mehveş TARIM

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Hastane İşletmeciliği
Tez Sahibi : Dilek PAMUKÇU
Tez Başlığı : Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık hizmeti
finansmanı sağlanan hastanelerin yapılan ödeme yöntemlerine ilişkin
sorunları algılama biçimleri (İstanbul ilinde Bir Uygulama)
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Kartal Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 18.06.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Mehveş TARIM

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Gonca MUMCU

Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN

Kurumu

Marmara Üniversitesi

Marmara Üniversitesi

Bilim Üniversitesi

İmza

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu’nun 19/06/2014 tarih ve 76 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

- Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
- Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

BEYAN FORMU

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dilek PAMUKCU AYDIN

TEŞEKKÜR

Araştırmanın konusu, anket çalışmalarının yönlendirilmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve yazım aşamasında yapmış olduğu büyük katkılarından ve yaklaşımından dolayı tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehveş TARIM'a , anket ve araştırma süresince yardımlarından dolayı tüm çalışma arkadaşlarıma, istatistik bilgilerini benden esirgemeyen değerli arkadaşım Şafak EYEL'e , ayrıca beni her zaman cesaretlendiren ve yanımda olan sevgili eşim Hasan AYDIN'A teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLO LİSTESİ.....	v
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
GİRİŞ.....	3
1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETİ.....	5
1.1 Sağlık Kavramı.....	5
1.2 Sağlık Hizmeti ve Özellikleri.....	6
1.2.1 Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması.....	8
1.2.2 Sağlık hizmetlerinin özellikleri.....	11
1.3 Sağlık Ekonomisi.....	12
1.3.1 Sağlık ekonomisinin özellikleri.....	13
1.3.2 Sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemleri.....	13
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI.....	17
2.1 Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Harcamaları.....	17
2.1.1 Sağlık harcamalarını etkileyen temel faktörler.....	23
2.2 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	26
2.2.1 Finansman yöntemleri.....	32
2.2.2 Finansman kaynakları.....	34
2.2.2.1 Devlet bütçesi.....	34
2.2.2.2 Kamu sağlık sigortası.....	39
2.2.2.3 Özel kesim.....	43
2.2.2.4 Diğer kaynaklar.....	43
3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ.....	44
3.1 Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Yöntemleri.....	46
3.1.1 Harcama kalemlili bütçeler ve genel (global) bütçeler.....	46
3.1.2 Hizmet başına ödeme yöntemi.....	48

3.1.3 Kişi başına ödeme yöntemi.....	50
3.1.4 Vaka başına ödeme yöntemi.....	51
3.1.5 Günlük ödeme yöntemi.....	53
3.1.6 Prim ödeme yöntemi.....	54
3.2 Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırması.....	55
4. TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU TARAFINDAN	
SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI SAĞLANAN HASTANELERİN	
YAPILAN ÖDEME YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORUNLARI	
ALGILAMA BİÇİMLERİ (İSTANBUL İLİNDE BİR UYGULAMA).....	59
4.1 Araştırmanın Konusu.....	59
4.2 Araştırmanın Amacı.....	59
4.3 Araştırmanın Yöntemi.....	59
4.4 Araştırmanın Varsayım ve Hipotezleri.....	60
4.5 Anket Sorularının Hazırlanması.....	61
4.6 Verilerin Analizi.....	62
4.7 Araştırma Bulguları.....	62
SONUÇ.....	87
KAYNAKLAR.....	93
EK-1 ANKET FORMU.....	100
EK-2 ÖZGEÇMİŞ.....	107

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1 Türkiye 2008-2012 Sağlık Harcamaları.....	21
Tablo 2.2 2012 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları.....	22
Tablo 2.3 Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler 2009-2012.....	23
Tablo 2.4 Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı.....	27
Tablo 2.5 2009-2012 Yılları İtibariyle Hastanelere Müracaat Sayıları.....	30
Tablo 2.6 2008, 2009 ve 2010 Yılları İtibariyle Hastanelerin Fatura Tutarları.....	31
Tablo 2.7 2008, 2009 ve 2010 Yılları İtibariyle Hastanelere Yapılan Müracaat Başına Ortalama Maliyetler.....	31
Tablo 2.8 Sağlık Bakanlığı Kaynakları, 1999-2008.....	36
Tablo 2.9 Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, 1999-2012.....	37
Tablo 2.10 Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı.....	38
Tablo 2.11 Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması.....	39
Tablo 2.12 Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir ve Gider Dengesi.....	40
Tablo 2.13 Sosyal Güvenlik Kuruluşları Gelir-Gider Dengesinin GSYH'ya Oranı.....	41
Tablo 3.1 Hizmet Başına Ödeme Yönteminin Uygulanması.....	48
Tablo 3.2 Kişi Başına Ödeme Yönteminin Uygulanması.....	51
Tablo 3.3 Vaka Başına Ödeme Yönteminin Uygulanması.....	53
Tablo 3.4 Günlük Ödeme Yönteminin Uygulanması.....	54
Tablo 3.5 Prim Ödeme Yönteminin Uygulanması.....	55
Tablo 4.1 Anketin Boyutları ve Anketin Güvenirliği.....	61
Tablo 4.2 Hastane Personelinin Hastanedeki Görev Unvanı.....	62
Tablo 4.3 Hastane Türü.....	63
Tablo 4.4 Bulunulan Görevde Çalışma Süresi.....	64
Tablo 4.5 Eğitim Durumu.....	65
Tablo 4.6 Üniversite Mezunu Olan Personelin Bitirdiği Bölümün Adı.....	67

Tablo 4.7 Kurumunuzda Hasta İşlemleri Doğru Kayıt Altına Alınıyor Mu?..	68
Tablo 4.8 Kurumunuzda Faturalar, Faturalanmadan Önce Ön Kontrole	
Tabi (İdari ve Tıbbi) Tutuluyor Mu?.....	68
Tablo 4.9 Hastaneniz Sosyal Güvenlik Kurumuyla Sözleşme Protokolü	
İmzaladı Mı?.....	69
Tablo 4.10 Örneklem Yapılarak Fatura İncelemesi Yöntemini Kabul	
Ettiniz Mi?.....	69
Tablo 4.11 Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Sağlık	
Hizmeti Sunucularından Kaynaklanan Sorunlara Katılım Dereceleri	
ve Dağılımı.....	70
Tablo 4.12 Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Hasta	
Faturasını Ödeyen Kuruluşlardan Kaynaklanan Sorunlara	
Katılım Dereceleri ve Dağılımı.....	71
Tablo 4.13 Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Mevzuattan	
Kaynaklanan Sorunlara Katılım Dereceleri ve Dağılımı.....	72
Tablo 4.14 Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Yaşanan	
Sorunlara Yönelik Olası Çözüm Önerilerine Katılım Dereceleri..	73
Tablo 4.15 Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Sağlık Hizmeti	
Sunucularından Kaynaklanan Sorunların Hastane Türüne Göre	
Dağılımı.....	75
Tablo 4.16 Tedavi Faturalarının Ödenmesinde, Ödeme Yapan Kurumlardan	
Kaynaklanan Sorunların Hastane Türüne Göre Dağılımı.....	77
Tablo 4.17 Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Mevzuattan Kaynaklanan	
Sorunların Hastane Türüne Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması..	79
Tablo 4.18 Geri Ödeme ile İlgili Sorunlara Çözüm Önerilerinin Hastane	
Yetkililerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı ve	
Karşılaştırılması.....	81
Tablo 4.19 Geri Ödeme ile İlgili Sorunlara Çözüm Önerilerinin Hastane	
Yetkililerinin Görev Unvanlarına Göre Dağılımı ve	
Karşılaştırılması.....	84

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1 Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı: OECD Ülkeleri, 2011.....	18
Şekil 2.2 OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcaması, 2011.....	18
Şekil 2.3 Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Harcamaları Payının OECD Ülkeleri Açısından Karşılaştırması, 2011.....	19
Şekil 2.4 OECD Ülkelerinde Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları Açısından Yaşanan Yıllık Ortalama Büyüme Oranı, 2000-2009..	20
Şekil 2.5 Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	29
Şekil 2.6 Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Gelir ve Giderleri (Bin TL)..	42
Şekil 2.7 Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Transferleri.....	42
Şekil 4.1 Hastane Personelinin Hastanedeki Görev Unvanı.....	63
Şekil 4.2 Hastane Türü.....	64
Şekil 4.3 Bulunulan Görevde Çalışma Süresi.....	65
Şekil 4.4 Eğitim Durumu.....	66
Şekil 4.5 Üniversite Mezunu Olan Personelin Bitirdiği Bölümün Adı.....	67

ÖZET

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Sağlık Hizmeti Finansmanı Sağlanan Hastanelerin Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunları Algılama Biçimleri (İstanbul İlinde Bir Uygulama)

Bu araştırmada Türkiye’de uygulanmakta olan kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yönelik ödeme yöntemleri incelenmiş ve İstanbul ilindeki hastaneler ve hastanelere yapılan ödeme yöntemleri ile ilgili sorunlar ve olası çözüm önerileri hakkında bilimsel bir analiz yapılarak, değerlendirmelerde bulunulmuştur. Literatür taraması neticesinde oluşturulmuş olan anket formu, İstanbul ilindeki hastanelerde çalışan üst düzey ve orta düzey personele uygulanmıştır. Evrenin %64,33’üne ulaşılmıştır. Anket vasıtasıyla yapılan araştırmada, hastane çalışanlarının sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabul etme dereceleri içerisinde en önemli sorun olarak 3.45 değeriyle “SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi.” sorunu olduğu saptanmıştır. Ödeme yapan kuruluşlardan kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri içerisinde en önemli sorun olarak 4.03 değeriyle “Fatura İnceleme Yapan Doktor ile Hizmet Sunucu Doktorun vakaları ve işlemleri değerlendirmede yorum farklılıkları olması” sorunu olduğu saptanmıştır. Mevzuattan kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri içerisinde en önemli sorun olarak ise 4.05 değeriyle “Paket ve ayaktan vaka başı fiyat listesinde yer alan fiyatların maliyet hesaplamaları yapılmadan belirlenmiş olması” sorunu olduğu saptanmıştır. Ödemelerde yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerisi olarak en yüksek değeri 4.20 değeri ile “Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.” ifadesi almıştır.

Anahtar Kelimeler: Geri ödeme, hastane ödeme yöntemleri, ödeme yöntemleri, sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmetlerinin finansmanı.

SUMMARY

Perceptions of The Problems Regarding To The Payment Methods Made To Hospitals That Are Provided Health Care Financing By Social Security Institution In Turkey (Case Study In Istanbul).

In this study, the payment methods to the corporate health care service providers in Turkey have been researched and, problems and possible solution recommendations about the payment methods to the hospitals in Istanbul it has been analyzed and evaluated. Prepared questionnaire form as a result of literature research, has been implemented to the middle and high level staff in the hospitals around Istanbul. In this study, %64.33 of the universe could be reached. In this study it has been stated that the most important problem in the level of accepting the problems coming through health care service providers is “sending sometimes the required documents as incomplete which are mandatory in SUT and BUT” with the degree of 3.45. Furthermore, it has been stated that the most important problem coming through payment organizations is “different comments about cases and transactions between doctor examining the invoice and doctor providing service” with the degree of 4.03. Moreover, it has been stated that the most important problem coming through legacy arrangements is “determining prices that are in per case the price list without cost calculation” with the degree of 4.05. Also, the most significant possible solution on these payment problems according to the study is “to prevent service providing from failing, the invoices that are delivered to the reimbursement organizations should be paid in 45 days” with the degree of 4.20.

Key Words: Reimbursement, hospital payment methods, payment methods, health care providers, health care financing.

GİRİŞ

Sağlık, insan hayatında en çok değer verilmesi gereken konulardan biri olmakla birlikte, devletler de sağlık sektörünün gelişmesi, sektörde rekabetin korunması yanında sistemin en etkin ve verimli biçimde işleyerek hem hastanelerin hem de hastanelerden sağlık hizmeti alan vatandaşların memnuniyetinin sağlanması için sürekli bir çalışma sergilemektedir.

Bu çalışmada; bireysel ve kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler olmak üzere ikiye ayrılmakta olan sağlık sektöründe ödeme yöntemlerinden, kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödeme yöntemleri ele alınacaktır.

Bu çalışma, Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık hizmeti finansmanı sağlanan hastanelerin yapılan ödeme yöntemlerine ilişkin sorunları algılama biçimleri ile ilgili olarak, belirli hipotezler doğrultusunda, uygulanan anket neticesinde elde edilen veriler değerlendirilerek, İstanbul ilinde seçilen hastane personelinin hastanelere ödeme yöntemleri ile ilgili sorunlar ve olası çözüm önerilerini ne şekilde algıladıklarını araştırmayı amaçlamaktadır.

Bu araştırmanın birinci bölümü olan “Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmeti” konusu içerisinde sağlık kavramı, sağlık hizmeti ve özellikleri, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık ekonomisi ve özellikleri, sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemleri ele alınacaktır.

Araştırmanın ikinci bölümde yer alan “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı” konusu içerisinde Türkiye’de ve dünyada sağlık harcamaları, sağlık harcamalarını etkileyen temel faktörler, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansman yöntemleri ve kaynakları içerisinde devlet bütçesi, kamu sağlık sigortası, özel kesim ve diğer kaynaklar ele alınacaktır.

Üçüncü bölümde ise “Sağlık Sektöründe Geri Ödeme Yöntemleri” konusu içerisinde kurumsal sağlık hizmeti sunucularına ödeme yöntemleri olan harcama kalemleri bütçeler ve genel (global) bütçeler, hizmet başına ödeme yöntemi, kişi başına

ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi, günlük ödeme yöntemi ve prim ödeme yöntemi, ödeme yöntemlerinin karşılaştırması ele alınmıştır.

Dördüncü bölümde “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Sağlık Hizmeti Finansmanı Sağlanan Hastanelerin Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunları Algılama Biçimleri” çalışması ile ilgili olarak hastane çalışanları üzerinde bir anket uygulanarak, yapılacak araştırmanın konusu, amacı, yöntemi, varsayım ve hipotezleri, anket sorularının hazırlanması, veri analizi ve güvenilirlik analizi hakkında bilgi verilecek ve bu anket sonucunda elde edilen “Araştırma Bulguları” detaylıca incelenecektir.

Sonuç kısmında ise yapılan anket uygulaması neticesinde elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan araştırma bulguları özetlenecek ve bu bulgulardan yola çıkılarak çeşitli öneriler sunulacaktır.

1. SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETİ

1.1. Sağlık Kavramı

İnsanlar gündelik hayatlarında birtakım işlerle uğraşırken ve ilişkilerini düzenlerlerken, bu işlerini ve ilişkilerini düzenli ve planlı bir şekilde sürdürebilmeleri için sağlıklarına önem vermek hassasiyetini göstermektedirler.

Düzenli, planlı ve uzun bir yaşamın sürdürülebilirliği için yalnızca insanlar değil tüm canlıların sağlıklı olması gerektiğinden de sağlık kavramı ortaya çıkmış ve çeşitli araştırmacılar tarafından da kavram zamanla geliştirilmiştir.

Sağlık kavramı geleneksel anlamıyla hastalığın olmayışı şeklinde tanımlanırken, tanımın bu şekilde yapılması ise hastalık kavramını önemli bir konuma getirerek, kişilerin ve toplumların sağlığının bu kavram bağlamında ele alınması gerekliliğini doğurmuştur. (Akdur 1999, s. 4)

Sağlık ile birlikte ele alınan hastalık kavramı ise tarihin çeşitli dönemlerinde ve farklı kültürlerde farklı şekillerde yorumlanmıştır. Zamanla birlikte, insanlar biyolojik açıdan gelişip değiştikçe hastalık kabul edilen durumların sayısal miktarının artması ve hastalık ile ilgili farklı tanımlamaların yapılmasından ötürü; tıp çevrelerinde hastalık kavramı ile ilintili olmayan bir sağlık tanımı yapılamamıştır ve sağlık kavramı günümüzde hastalık kavramı ile tanımlanmaktadır (Akdur 1999, s. 5).

Toplumu oluşturan bireyler açısından sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak tanımlanmaktadır. Hekimler açısından ise, en basit yakınma ya da normal durumdan sapma durumu hastalık olarak kabul edilirken, bireyler kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak kabul etmemektedir (Öztek 2001, s. 294). Buna göre insanlar tarafından hastalık kavramının algılanışının, hastaneye gidecek kadar kötü ve rahatsız durumda olma şeklinde olduğu söylenebilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan ve günümüzde en çok kabul görmüş olan tanıma göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil,

bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hali anlamında tanımlanmaktadır (Dağlı 2006, s. 12; Sayım 2011, s. 152).

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun'un 2. maddesine göre ise sağlık; yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir, şeklinde tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 1961, sayı: 224).

Sağlık ve hastalık kavramları, bireylerin sosyoekonomik durumları ile de yakın ilişki halindedir. İnsanlara rahatsızlık veren birçok hastalığın temel nedenlerini; bozuk ve kötü bir çevrede yaşamak, yanlış inanışlar, eğitimdeki yetersizlik, ve ekonomik yetersizlikler sonucu iyi beslenememe, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi sosyoekonomik faktörler oluşturmaktadır (Öztek 2001, s. 294).

Bilal Ak'a (2001) göre sistem yaklaşımı açısından değerlendirildiğinde, insan çevresi ile bir bütün halinde bulunan bir varlıktır ve sağlık kavramını oluşturup etkileyen temel faktörler de çevre, davranış, kalıtım ve sağlık bakım hizmetlerinden oluşmaktadır (Yurdadoğ 2006, s. 46). Dolayısıyla insanların ekonomik, sosyal ve demografik özellikleri ile yaşadıkları ülke ve bölgenin kalkınmışlık düzeyi ile çevresel analizinin insan sağlığı üzerinde oldukça etkili olduğu anlaşılmaktadır.

1.2. Sağlık Hizmeti ve Özellikleri

Sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümüne sağlık hizmetleri adı verilmektedir (Akdur 1999, s. 5). Yapılan bu çalışmaların amacı da toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir.

5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da (<http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, 15.05.2012) sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmıştır (Dağlı 2006, s. 18).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ana Sözleşmesi'nin 2. maddesinin (c) fıkrasına göre ise sağlık hizmetleri; insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım çalışmalarının tümü şeklinde tanımlanmaktadır (Dağlı 2006, s. 18-19).

1982 Anayasasının 56. maddesi sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili olarak şu hükümleri belirtmektedir; *“Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir.”* (Orhaner 2006, s. 2)

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak yukarıda belirtildiği üzere devlet birinci derecede rol oynamaktadır. Pınar Önertürk (1984) devletin sağlık hizmetleri konusundaki rolünün sebeplerini şu şekilde sıralamaktadır; (Orhaner 2006, ss. 2-3)

- a. Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.
- b. Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- c. Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.
- d. Özel kesimde firmalar karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- e. Sağlık hizmetlerinde bölünmezlik söz konusudur. Bırçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirmektedir.

- f. Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir.

1.2.1. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bir bütün olmakla birlikte anlaşılabilirliğini kolaylaştırmak amacıyla üç ana bölümde sınıflandırılmakta ve incelenmektedir; (Akdur 1999, s. 5-6; Yurdadoğ 2006, s. 46-47; Dağlı 2006, s. 20-22; Altay 2007, s. 34-35; Sevim 2006, s. 6; Çelikay 2009, s. 14-17; Filiz 2001, s. 20-21)

a) Koruyucu sağlık hizmetleri: Koruyucu veya başka bir deyişle önleme amaçlı olan sağlık hizmetleri; kısa ve uzun vadede birey ve toplumun karşılaşabileceği çeşitli hastalık risklerini minimum düzeye indirebilmeyi, bu şekilde de sağlıklı yaşam potansiyelini koruyarak hayat standartlarını geliştirebilmeyi amaç edinen hizmetlerden oluşmaktadır (Akdur 2006, s. 13). Hastalıklar oluşmadan insanları korumak için verilen hizmetlerin tümü bu sınıflandırma kapsamında bulunmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri; sağladığı faydanın tüm toplumu kapsamaması, finansmanının kamu ekonomisi vasıtasıyla karşılanması gibi nedenlerle, tam sosyal mal olarak değerlendirilmektedir (Altay 2007, s. 36). Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde ise çevreye yönelik ve insana yönelik olmak üzere iki grupta incelenmektedir;

1- Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: İnsanların çevresinde var olan ve onların sağlığını negatif olarak etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri ortadan kaldırarak veya kişileri etkilemesini engelleyerek çevreyi toplum nezdinde olumlu hale getirme çabalarının bütünüdür. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri; toplum hayatının ortak bir şekilde sürdürülmekte olduğu bir ortamda bulaşıcı hastalık riskinin azaltılması, toplumu meydana getiren bireylerin birbirleri ile rekabet içerisinde olmaksızın ortak bir sosyal fayda sahasının oluşmasını sağlamaktadır (Aydın 2008, s. 18). Sağlık sektöründen ziyade diğer sektör ve meslek gruplarını ilgilendiren koruyucu sağlık hizmetleri konusunda sağlık sektörünün esas görevi ise danışmanlık, denetim ve yol göstericilik olmaktadır. Bu şekildeki sağlık hizmetleri; konusunda özel eğitim görmüş mühendis, kimyager, veteriner, teknisyen

vb. vasıtasıyla yürütülmektedir. Bu başlık altındaki başlıca hizmetler ise şu şekilde sıralanmaktadır; (Akdur 2006, ss. 18-19)

- a) Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- b) Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- c) Konut sağlığı,
- d) Endüstri sağlığı,
- e) Besin denetimi,
- f) Haşerelerle savaş,
- g) Hava kirliliği ile savaş,
- h) Radyasyonla ve gürültü ile savaş.

2- İnsana yönelik koruyucu sağlık hizmetleri: Bireyleri ve de toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken zamanda tanı konularak uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetlerden oluşmaktadır. Bu şekildeki sağlık hizmetleri; hemşire, ebe, hekim gibi sağlık meslekleri mensupları tarafından yerine getirilmektedir. Bu başlık altındaki temel hizmetler ise şu şekildedir;

- a) Aile planlaması,
- b) Kişisel hijyen,
- c) Erken tanı ve uygun tedavi,
- d) Aşılama,
- e) İlaçla koruma,
- f) Beslenmenin iyileştirilmesi,
- g) Sağlık eğitimi.

b) Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Bir bireyin hastalanması neticesinde tekrar sağlığına kavuşması için yapılan birtakım tetkik, muayene ve tedavi çalışmaları sürecini içeren hizmetler bütünü, tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirilmektedir (Yıldırım 1994, s. 13). Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri;

tamamlayıcısı niteliğinde olduğu koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyet içermekte, kompleks bir şekilde organize olmuş ekipman ve personele sahip kurumların varlığını gerektirmektedir (Altay 2007, s. 35). Tedavi edici hizmetler, tamamen sağlık personeli ve sağlık sektörü vasıtasıyla yürütülen hizmetlerden oluşmakta ve kendi içerisinde üç kademeye ayrılmaktadır. Üç kademedен oluşan bu yapı, sistemin verimliliğini sağlamakla beraber, kaynakların gereksiz kullanımını da önlemektedir;

- i. **Birinci basamak tedavi hizmetleri:** Hasta olan kişinin ilk başvurduğu sağlık personeli tarafından evde veya yataksız sağlık kurumlarında ayakta uygulanan tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır (Özdemir, Ocaktan ve Akdur 2003, s. 208).
- ii. **İkinci basamak tedavi hizmetleri:** Ayakta tedavisi mümkün olmayan hastalıkların varlığında, hastane ortamı içerisinde yatarak uygulanan tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır (Aile Hekimliği Türkiye Modeli 2004, s. 46).
- iii. **Üçüncü basamak tedavi hizmetleri:** Gelişmiş tıp teknolojisinin kullanıldığı tıp merkezlerinde ve özel ihtisas hastanelerinde uygulanan tedavi hizmetlerini kapsamaktadır (Çalış 2006, s. 172).

c) Rehabilitasyon Hizmetleri: Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi sebeplerle işgücünü kaybedenlere verilen hizmetler rehabilitasyon hizmetleri kapsamında ele alınmaktadır (Özkara 2006, s. 78). Rehabilitasyon hizmetleri de kendi içerisinde ikiye ayrılmaktadır;

- i. **Tıbbi rehabilitasyon:** Kaybedilen organ yerine protez takılması veya güçsüzleşen organın fizik tedavi gibi yöntemler vasıtasıyla yeniden güçlendirilerek kişinin günlük işlerini devam ettirebilme olanağına kavuşturulmasının sağlanması hususunda yapılan çalışmaları kapsayan hizmetlerdir. Tıbbi rehabilitasyon çalışmaları, sağlık sektörü vasıtasıyla yürütülmektedir.
- ii. **Sosyal rehabilitasyon:** Fiziki ve psikolojik açıdan hasar görmüş olan ve hasarlı kalmış kişilerin, bu durumları neticesinde uygun işe yerleştirilmeleri veya bakımlarının sağlanması konusunda yapılan çalışmaları kapsayan

hizmetlerdir. Sosyal rehabilitasyon çalışmaları, sosyal hizmet kurum ve personeli vasıtasıyla yürütülmektedir.

1.2.2. Sağlık hizmetlerinin zellikleri

Koruyucu nitelikli sağlık hizmetleri bugün oldukça önemli hale gelmiştir. Bu yüzden de, günümüzde sağlık hizmetlerinde bireyleri öncelikle sağlıklı konumdayken korumak, hastalandığı takdirde ise erken ve uygun bir biçimde onları tedavi etmek, eğer gerekli olur ise de rehabilite etmek biçiminde tanımlanabilecek ağdaş sağlık anlayışı dönemine geçilmiş bulunmaktadır. Bahsedilen bu ağdaş sağlık anlayışı döneminin genel özellik ve ilkeleri ise şu şekilde sıralanmaktadır; (Akdur 1999, s. 4)

- a.** Kişinin yaşamı bir bütündür, sağlıklı ve hastalıklı dönemler şeklinde birbirinden ayrılamaz. Kişinin sağlığı, sağlıklı dönem olarak bilinen dönemdeki birikimlerin sonucudur.
- b.** Kişi ve çevresi bir bütündür ve birbirinden soyutlanamaz. Kişinin sağlığı, çevrenin özellikle de sosyal çevrenin bir fonksiyonudur.
- c.** Sağlık hizmeti hastadan çok sağlama götürülen bir hizmettir ve koruma tedaviden daha önemlidir.
- d.** Bir toplumda en sık görülen hastalık en önemli hastalıktır.
- e.** Hastalık yalnızca kişiyi ilgilendirmez, ailesinden başlayarak tüm toplumu etkiler ve ilgilendirir.
- f.** Sağlık hizmeti birçok sektörün hizmetinden etkilenen bir ekip hizmetidir.

Sağlık ve sağlık hizmetleri, diğer mal ve hizmetlere göre birtakım farklı niteliklere ve özelliklere sahip bulunmaktadır. Bu niteliklerden dolayı da sağlık hizmetleri çoğu kez kar amacı taşımayıp sosyal amaç arz etmektedir. Dolayısıyla maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları, sağlık sektöründe farklı bir anlama bürünmektedir. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin diğer mal

ve hizmetlere göre farklı ve kendine özgü olan bu özellikleri şu şekilde belirtilebilmektedir; (Özsarı 2000, s. 21-22)

- a. Sağlık hizmetleri gerek teknoloji yoğun ağırlığı gerekse de insan faktörüne dayanması açısından arzı son derece pahalı bir özelliğe sahiptir.
- b. Sağlık hizmetlerinde talebi, hizmeti kullanan belirlemez. Sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan kişi değil de doktor saptamaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti türemiş taleptir.
- c. Sağlık hizmetlerinin ertelenmemesi gereği ve risk bir diğer özellik olup, tespit edilen sağlık hizmet talebi her ne şart altında olursa olsun çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır.
- d. Sağlık hizmetinin yerine konulabilecek başka bir hizmeti tercih etme şansı yoktur. Buna sağlık hizmetinin ikame edilememelik ilkesi denilmektedir.
- e. Sağlık hizmetlerinin kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle sağlık hizmetlerinin fiyatının gerçek maliyeti yansıtmaması güçtür.
- f. Sağlık hizmetleri talebi tesadüfidir, kişinin ne zaman, nerede ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyacı olacağı önceden kestirilemez ve belirlenmesi zordur.
- g. Sağlık hizmetlerinin çıktısı bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek biçiminde ortaya çıkmakta olup doğrudan paraya çevrilememektedir.
- h. Sağlık alanına yapılan harcamalar sonucunda korunan, geri kazanılan ve geliştirilen bireysel ve toplumsal sağlık olgusu bir yatırım özelliğini taşımaktadır.

1.3. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi; genel ekonomi bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla, yani bu kuralların sağlık sektörüne adapte edilmesiyle ortaya çıkan uygulamalı bir alt dal durumundadır. Başka bir tanımla sağlık ekonomisi; sağlık sektörüne ayrılan kaynakların en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel şekilde kullanılarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretilmesi ve bunun da toplumu oluşturan sosyal gruplar ile fertler arasında en iyi şekilde bölüştürülmesidir (Tokat

2006, s. 3, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf>, 15.04.2012; Çilingiroğlu 2003, s. 16).

Batirel'e (1986) göre sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin sağlık konusuna uygulanan bir disiplini olup, sağlık hizmetleri örgütünün geliştirilmesi konusunda önerilerde bulunur; geniş anlamıyla sağlığın ya da kötü sağlığın davranışsal, çevresel ve tıbbi nedenlerinin araştırılması ve bunları önleyici araçların geliştirilmesi çabalarını içermektedir (Dağlı 2006, s. 14).

Sağlık ekonomisinin amacı da; ekonominin genel hedeflerine uygun olarak, kıt kaynakları en iyi şekilde kullanıp en iyi çıktıyı etkin bir biçimde elde etme yollarını işaret etmektir. Sağlık ekonomisinin girdileri; insan gücü, hammadde, sermaye ve teknoloji iken çıktıları ise yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Dağlı 2006, s. 14).

1.3.1. Sağlık ekonomisinin özellikleri

Sağlık ekonomisi ile ilgili genel özellikler şu şekilde sıralanmaktadır (Tokat, s. 10, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf>, 15.04.2012);

- a. Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır.
- b. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşımaktadır.
- c. Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfidir.
- d. Sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirlemektedir.
- e. Hasta, almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir.
- f. Sağlık hizmetleri çoğu kez kar amaçlı olmayıp, sosyal amaçlıdır.

1.3.2. Sağlıkta ekonomik değerlendirme yöntemleri

Sağlık hizmetlerinde kullanılan ekonomik değerlendirme yöntemleri, maliyet-etkililik yöntemi tabanında şu şekillerde sınıflandırılmaktadır (Tokat, s. 34-67, <http://www.husep.hacettepe.edu.tr/Belgeler/Saglik%20Ekonomisi%20Mtokat.pdf>, 15.04.2012; Tatar 2006, s. 20-35, <http://www.medikalforum.net/showthread.php?t=11224>, 14.08.2012; Yurdadoğ 2006, s. 67-74);

a) Maliyet-Kar Analizi: Maliyet-Kar Analizi Yöntemi, kar amacı güden sağlık hizmetlerinde gerek hizmetlerin birim maliyetlerinin, gerekse de hizmetlerin satış fiyatının para ile ifade edilebilmesi durumunda kullanılmaktadır. Üretim maliyeti ile elde edilen gelir arasında ilişki kuran bu analizin beş alt yöntemi bulunmaktadır;

i. Ortalama karlılık oranı yöntemi: Bu yöntem, bir zaman süreci içinde yayılmış projenin ortalama yıllık karının ilk yatırım tutarına oranlanması ile ilgili olmaktadır. Bu yöntemin geçerliliği, projenin veya faaliyetin yıllık toplam masrafları ile gelirlerinin çok iyi hesaplanmasına bağlıdır. Yöntem, brüt ve net karlılık olmak üzere iki şekilde hesaplanmaktadır. Hesaplanan brüt veya net ortalama karlılık oranı, harcanan her bir birim paranın yıllık yüzde ne kadar kar veya zarar sağlayacağını göstermektedir ve yatırımcı için kabul edilen asgari bir oranla karşılaştırılarak projenin kabul edilebilir olup olmadığını ortaya koyduğu gibi, çeşitli proje alternatifleri arasında hangisinin daha karlı çalıştığının saptanması hususunda yarar sağlamaktadır.

ii. Geri ödeme süresi yöntemi: Bu yöntem, proje için harcanan paranın ne kadar süre içinde geri alınabileceğini göstermektedir. Hesaplanan geri ödeme süresi ekonomik açıdan karar almaya iki şekilde cevap vermektedir. Birincisinde; kabul edilmiş asgari bir süre ile söz konusu proje için hesaplanan geri ödeme süresi karşılaştırılır ve buna göre proje kabul veya reddedilir. İkincisi ise iki veya daha fazla proje arasında seçim yapma hususunda yarar sağlamaktadır. Bu yöntem, geri ödeme süresi en kısa olan projenin, ekonomik açıdan seçilmesi gerektiğini ifade etmektedir. Burada bir projenin geri ödeme süresi, yıllık karların sabit veya değişken miktarlarda oluşuna göre farklı şekillerde hesaplanmaktadır.

iii. İç karlılık oranı yöntemi: Bu yöntem, paranın zaman değerini göz önüne alması açısından ilk iki yöntemle göre teorik açıdan daha geçerli olan bir yöntemdir. Çok kullanılan bu yöntemin bir diğer adı da sermayenin marjinal verimliliği yöntemidir. İç karlılık oranı, bir yatırım projesinin faydalı ömrü boyunca sağlayacağı gelirlerin bugünkü değerini, yapılan yatırımın şimdiki değerine eşit kılan iskonto oranı olarak da tanımlanmaktadır.

iv. Net bugünkü değer yöntemi: Bu yöntem, hem projenin ekonomik ömrünü hem de paranın zaman değerini göz önüne aldığı için üstünlüğü olan

yöntemlerdendir. Genellikle bir projenin kabul edilmesinde ilk aranan husus, projeden elde edilecek gelirlerin, proje için yapılan masraflardan fazla olmasıdır. Bütün gelir ve giderler önceden kabul edilmiş bir iskonto oranı üzerinden bugüne indirgenir ve aralarındaki fark hesaplanırsa net bugünkü değer bulunmuş olunur. Projenin ekonomik olması için önkoşul, net bugünkü değer sıfırdan büyük olmasıdır. Dolayısıyla, net bugünkü değer sıfırdan ne kadar büyükse proje o kadar karlı demektir. Birden fazla proje arasında seçim söz konusu olduğunda, öncelik sırası net bugünkü değerlerin büyüklüğüne göre sıralanmaktadır.

v. Fayda – Masraf oranı yöntemi: Bu yöntem, esas itibariyle net bugünkü değer yöntemine benzemektedir. Aralarındaki temel fark ise, net bugünkü değer yönteminde projenin net gelirlerinin bugünkü değerlerinden, proje masraflarının bugünkü değerleri çıkarılırken; fayda – masraf oranı yönteminde gelir ve maliyetlerin bugünkü değerlerinin birbirine oranlanmasından kaynaklanmaktadır.

b) Maliyet Minimizasyonu Analizi: Maliyet ve gelirlerin parasal olarak ifade edilemediği durumlarda kullanılan yöntemlerden biri olan maliyet minimizasyonu yönteminde yapılan iş, eşfayda sağlayan bir sağlık hizmeti için kullanılan farklı tıbbi tedavi ve tanı yöntemlerinden en ucuz olanının seçilmesini sağlamaktır. Dolayısıyla, en az veya en etkili kaynak kullanılarak, kaynak tasarrufu sağlanmış olunmaktadır. Sağlıkta uygulanan ekonomik değerlendirme yöntemleri içinde en basit yöntem olan maliyet minimizasyonu yönteminde en önemli nokta, mukayese edilecek sağlık aktivitelerinin de benzer sonuç vermesidir. Aksi takdirde, en ucuz yöntemin seçimi en etkili yöntemin seçimi anlamına gelmemektedir. Dolayısıyla eşfayda sağlamayan sağlık faaliyetlerinin bu yöntemlerle değerlendirilmesi mümkün değildir.

c) Maliyet – Etkililik Analizi: Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde en çok kullanılan yöntem, maliyet-etkililik analizi yöntemidir. Bu yöntemde yapılan ekonomik değerlendirmenin esası, sunulan farklı sağlık hizmetlerinden elde edilen çıktılardan, daha az maliyetle elde edilenin seçilmesidir. Bu yöntemin maliyet minimizasyonu yöntemi ile karıştırılmaması gerekmektedir.

d) Maliyet – Fayda Analizi: Sağlık hizmetlerinin ekonomik etkililiğini gösteren diğer bir yöntem de maliyet-fayda analizidir. Bu yöntemde yapılan değerlendirme maliyet-etkililik yönteminin eksikliğini gideren bir yöntem olması nedeniyle teknik

açıdan daha üstün bir yöntemdir; çünkü bu yöntemde belli bir maliyetle elde edilen çıktının kalitesi de dikkate alınmaktadır. Kazanılan yaşam yılı veya gününden hastayı en çok memnun eden faaliyetin seçimi yapılmasına dayanmaktadır. Dolayısıyla bu yöntem sayıyı değil kaliteyi ön plana alan bir yöntemdir, ancak bu yöntemi kullanmak pratik açıdan kolay değildir; çünkü hem kaliteyi hem de maliyetleri sağlıklı şekilde ölçebilmek her zaman kolay olamamaktadır.

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HARCAMALARI ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

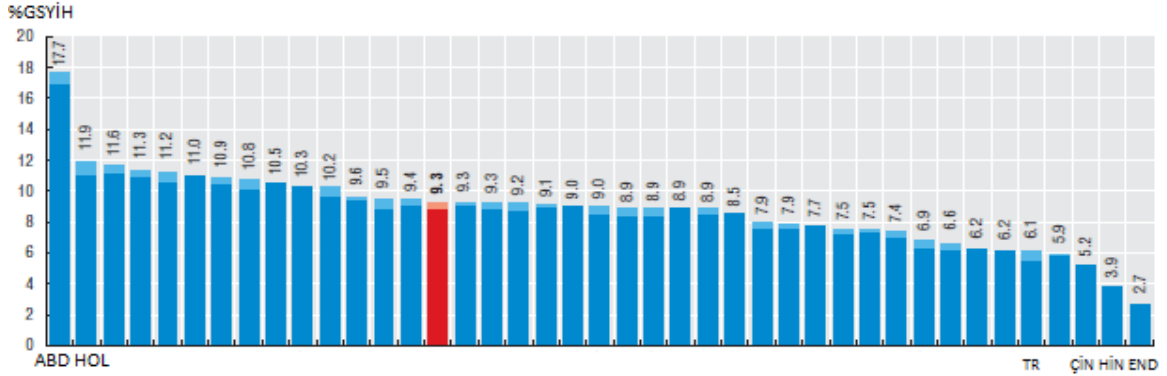
2.1. Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Harcamaları

Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında yayımlamış olduğu “Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları: 2002-2003” isimli kitaba göre; sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar, sağlık harcaması kapsamında kabul edilmektedir (Tüylüoğlu ve Tekin 2009, s. 9).

Türkiye’de sağlık hizmetleri sistemi gerek arz gerekse hizmetin talebi bakımından farklılıklar arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin birinci basamak ve ikinci basamakta yer alan hizmetleri özel, kamu sektöründe bulunan farklı kurumlar tarafından sunulurken, hizmet alımında ise sağlık sigorta güvencesi olanlar ve olmayanlar olarak iki ayrı kesim ve sağlık sigorta güvencesi olup değişik kurumlara bağlı olanlar bulunmaktadır. Kamu sektöründe sağlık harcaması yapan, hizmet sunan kuruluşlar; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, üniversiteler, diğer bakanlıklar, kamu iktisadi teşekkülleri, belediyeler, fonlar vs.; özel sektörde ise özel, yabancı ve azınlıklara ait hastaneler, özel muayenehane, poliklinik ve eczaneler birinci ve ikinci basamak hizmetleri sunmaktadırlar (Tokat 1993, s. 11).

Bir ülkenin gelişmişlik düzeyi ile de ilintili olan toplam sağlık harcamaları konusunda bir değerlendirme yapıldığında; 2011 yılında yapılmış olan toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı OECD ülkeleri için incelenmiş olup, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye olan oranı ile ilgili ülke verileri Şekil 2.1’de sunulmaktadır. Buna göre Türkiye’nin toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı %6.1 olarak gerçekleşirken, OECD ülkeleri ortalamasının (%9.3) altında kalmaktadır. Bu ülkeler arasında sağlık harcamalarına en yüksek payı ayıran ülkeler

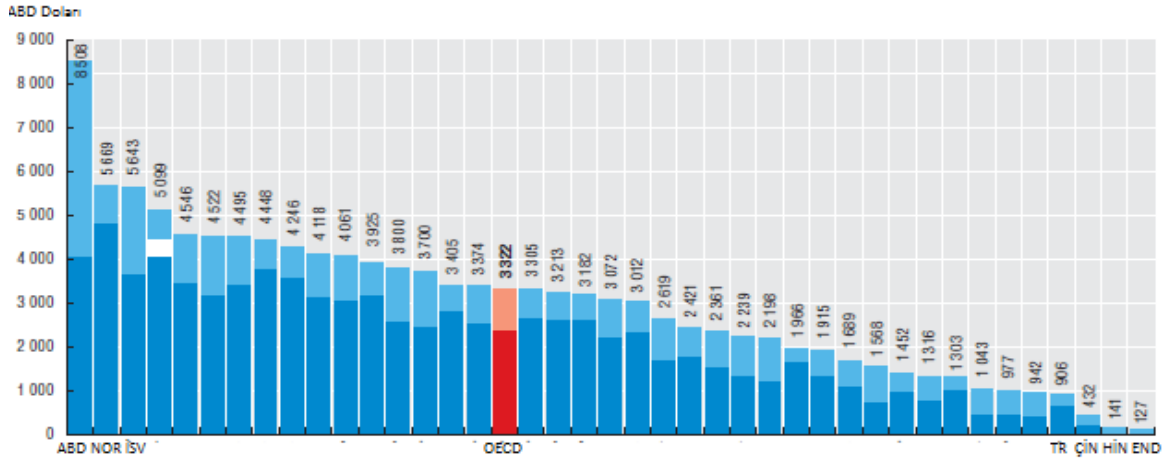
ise ABD (%17.7) ve Hollanda (%11.9) iken, en düşük payı ise Endonezya (%2.7), Hindistan (%3.9) ve Çin (%5.2) ayırmaktadır.



Şekil 2.1. Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı: OECD Ülkeleri, 2011

Kaynak: OECD, 2013, Health At A Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, s. 157, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, 20.06.2013

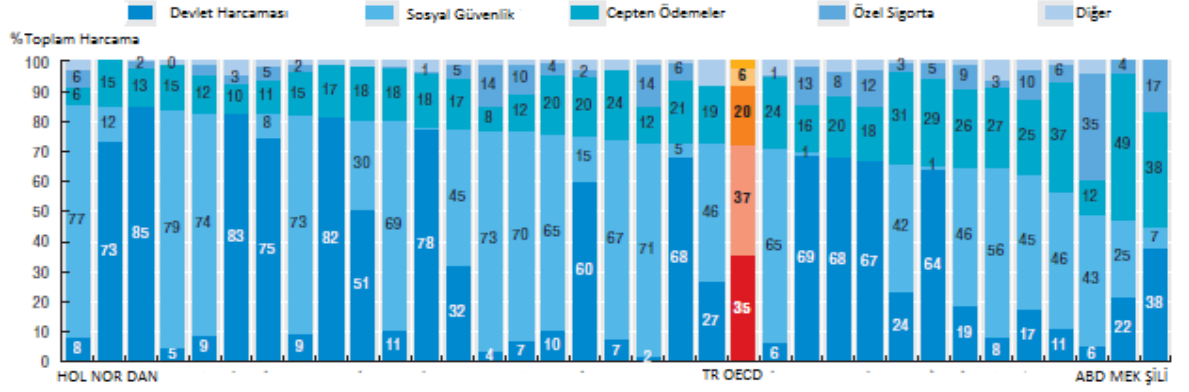
Şekil 2.2 incelendiğinde, 2011 yılında OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcaması değerlendirildiğinde; 2011 yılında Türkiye’de kişi başına düşen sağlık harcaması miktarının 906 ABD Doları olarak gerçekleşmiş olduğu görülmektedir. OECD ülkelerinde ortalama olarak gerçekleşen kişi başına sağlık harcaması ise 3322 ABD Doları olarak Türkiye’deki kişi başına sağlık harcamasının oldukça üzerinde gerçekleşmiştir. Şekildeki verilere göre; kişi başına düşen sağlık harcamaları OECD ülkelerinden ABD (8508 ABD Doları), Norveç (5669 ABD Doları) ve İsviçre’de (5643 ABD Doları) en yüksek seviyede olurken; Endonezya (127 ABD Doları), Hindistan (141 ABD Doları)ve Çin’de (432 ABD Doları) ise en düşük seviyede olmuştur.



Şekil 2.2 OECD Ülkelerinde Kişi Başına Sağlık Harcaması, 2011

Kaynak: OECD, 2013, Health At A Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, s. 155, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf> , 20.06.2013

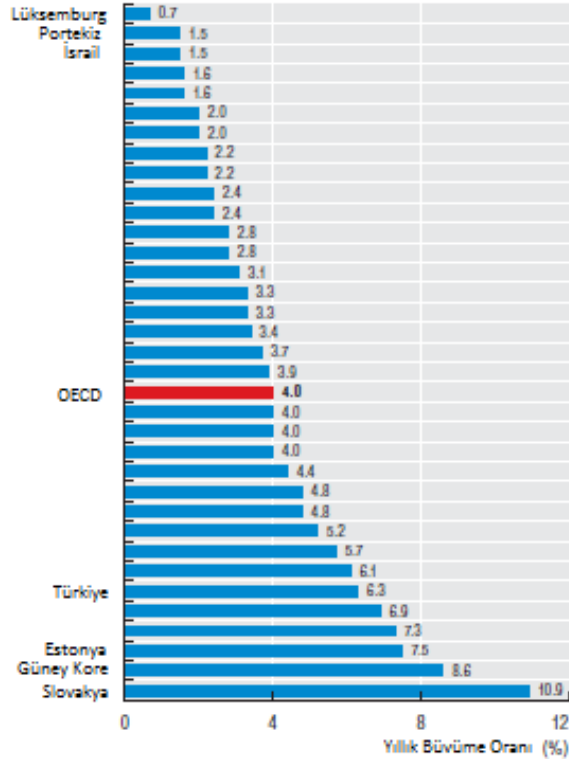
Yine OECD ülkeleri açısından değerlendirildiğinde, Şekil 2.3'te belirtilmiş olduğu üzere, 2011 yılında OECD ülkelerinde kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının %72 olduğu ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı ise %73 ile ortalama değerin hemen üzerindedir. Şekil incelendiğinde Türkiye'de kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarının yanında yalnızca özel sektörün sağlık harcamalarına destek vermiş olduğu görülürken; diğer birçok OECD ülkesinde ise özel sektör harcamaları yanında cepten ödemeler, özel sigortalar ve diğer başka harcamalarında olduğu görülebilmektedir. Şekilde görülebileceği üzere; OECD ülkeleri içerisinde kamu sağlık harcamalarının payının oransal olarak Hollanda (%85), Norveç (%85) ve Danimarka'da (%85) en yüksek düzeyde olduğu; buna karşın ise Şili (%45), Meksika (%47) ve ABD'de (%49) en düşük düzeyde olduğu görülmektedir.



Şekil 2.3 Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Kamu Harcamaları Payının OECD Ülkeleri Açısından Karşılaştırması, 2011

Kaynak: OECD, 2013, Health At A Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, s. 165, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>, 20.06.2013

Şekil 2.4 incelendiğinde, 2000 – 2009 yılları arasında OECD ülkelerinde kişi başına toplam sağlık harcamaları açısından yaşanmış olan yıllık ortalama büyüme oranları değerlendirildiğinde; Türkiye'nin kişi başına toplam sağlık harcamalarında yaşanmış olan büyümenin %6.3 olarak gerçekleşmiş olduğu görülmektedir. OECD ülkelerinde kişi başına toplam sağlık harcamaları açısından yaşanan yıllık ortalama büyüme oranı ise %4.0 ile Türkiye ortalamasının altında gerçekleşmiştir. Şekildeki verilere göre; en yüksek ortalama artış Slovakya (%10.9), Güney Kore (%8.6) ve Estonya'da (%7.5) gerçekleşirken, en düşük artışlar ise Lüksemburg (%0.7), Portekiz (%1.5) ve İsrail'de (%1.5) yaşanmıştır.



Şekil 2.4 OECD Ülkelerinde Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamaları Açısından Yaşanan Yıllık Ortalama Büyüme Oranı, 2000-2009

Kaynak: OECD, 2011, Health At A Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, s. 149, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en, 17.05.2012

Ulusal veriler incelemeye alındığında; SGK'nın 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012 yıllarına ait sağlık harcamaları incelendiğinde, Tablo 2.1'de görüldüğü üzere sağlık harcamalarında en yüksek payı 2012 yılına kadar ilaç harcamaları alırken, 2012 yılında devlet hastaneleri harcamaları birinci sıraya yerleşmiştir. Sağlık harcamaları açısından daha sonra ise sırasıyla özel hastaneler ve üniversite hastaneleri gelmektedir.

Tablo 2.1.- Sosyal Güvenlik Kurumu Toplam Sağlık Harcamaları, 2008-2012

Yıllar	İlaç	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane	Diğer Tedavi (KİT Hast., Sağ. Ocağı vb.)	Tedavi	Diğer (Şahıs Tıbbi Malzeme, Diş vb.)	Optik	Diğer	Toplam Sağlık Harcamaları	Toplam Sağ. Harcamalarının GSYİH'ya oranı
2008	10717	7325	2247	4381	0	13953	409	268	677	25347	%2,67
2009	13161	7875	2572	4682	0	15129	225	296	521	28811	%3,02
2010	13547	9584	3558	5240	88	18469	219	274	493	32509	%2,96
2011	14144	11255	4100	6411	82	21848	245	264	508	36500	%2,81
2012	14300	16746	5152	7244	64	29206	320	285	605	44111	%3,11

Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2012 Mali İstatistikler, <http://www.sgk.gov.tr>, 01.03.2013.

TÜİK verilerine göre Tablo 2.2’da belirtilmiş olduğu üzere, 2012 yılında Türkiye’de gerçekleşen toplam sağlık harcaması 76 milyar 358 milyon TL’dir. Toplam sağlık harcamasının %95.4’ünü (72 milyar 820 milyon TL) cari sağlık harcaması oluşturmaktadır. Özel sektör sağlık harcamasının %66.3’ü ise (11 milyar 750 milyon TL) hane halkları tarafından gerçekleştirilmiş bulunmaktadır.

2012 yılında yapılan toplam sağlık harcaması, gayrisafi yurtiçi hasılanın %5.4’ünü oluşturmaktadır. Kişi başı sağlık harcaması ise 2011 yılında 928 TL iken, 2012 yılında 1020 TL’ye yükselmiştir.

2012 yılında yapılan toplam sağlık harcamasının %76.8’i kamu tarafından karşılanmıştır. Özel sektörün toplam sağlık harcamalarındaki payı ise önceki yıllara göre düşerek %23.2 düzeyinde gerçekleşmiştir.

2010 yılında cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı %16.3 iken, bu oran 2011 ve 2012 yıllarında %15.4 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 2.2.	2012 Yılı Türkiye Sağlık Harcaması								
		Genel Toplam	Genel Devlet				Özel Sektör		
			Toplam	Merkezi Devlet	Yerel Devlet	Sosyal Güvenlik	Toplam	Hanehalkları	Diğer
Toplam sağlık harcaması		76.358	58.640	16.348	662	41.630	17.718	11.750	5.968
Cari sağlık harcaması		72.820	55.611	14.428	531	40.652	17.209	11.484	5.726
Hastaneler		32.801	29.609	7.359	59	22.191	3.192	1.670	1.522
Evde hemşirelik bakımı		350	0	0	0	0	350	0	350
Ayakta bakım sunanlar		13.611	7.718	4.113	282	3.322	5.893	4.598	1.295
Perakende satış ve diğer tıbbi malz. sunanlar		19.271	14.478	169	9	14.300	4.793	3.825	968
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi		2.522	2.522	2.443	79	0	0	0	0
Genel sağlık yönetimi ve sigorta		664	194	0	0	194	470	0	470
Sınıflandırılmayan diğer kategori		3.601	1.090	343	102	645	2.512	1.392	1.120
Yatırım		3.538	3.029	1.920	131	978	509	266	243

Kaynak: TÜİK, 2009-2012 Sağlık Harcamaları, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084, 12.02.2014.

Türkiye’de son dört yılda yapılan sağlık harcamaları Tablo 2.3’de incelendiğinde; 2009’da 57911 milyon TL olan sağlık harcaması miktarının 2012 yılı itibariyle %32 büyüyerek 76358 milyon TL’ye ulaşmış olduğu; buna karşılık ise kişi başına düşen sağlık harcamasının da dört yıl içerisinde 804 TL’den 1020 TL’ye yükseldiği görülmektedir.

Yine aynı tabloda toplam sağlık harcamasının GSYİH’ye oranının da son dört yıl içerisinde %6.1’den %5.4’e gerilemiş olduğu, kamu sağlık harcaması oranının toplam sağlık harcaması miktarı içerisinde %81.0’dan %76.8’e gerilemiş olduğu, hanehalkı sağlık harcamasının oranının ise %14.1’den %15.4’e yükselmiş olduğu görülmektedir.

Tablo 2.3 Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
Toplam sağlık harcaması				
Milyon Türk Lirası (TL)	57 911	61 678	68 607	76 358
Milyon ABD Doları (\$)	37 493	41 067	40 919	42 376
Kişi başı sağlık harcaması				
Türk Lirası (TL)	804	845	928	1 020
ABD Doları (\$)	521	563	553	566
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	6,1	5,6	5,3	5,4
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	81,0	78,6	79,6	76,8
Hanehalkı sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	14,1	16,3	15,4	15,4

Kaynak: TÜİK Haber Bülteni sayı 15871, 10 Ekim 2013, Sağlık Harcama İstatistikleri 2009-2012., 12.02.2014.

2.1.1. Sağlık harcamalarını etkileyen temel faktörler

Sağlık hizmetlerinin finansmanında, ilgili alana harcanacak paranın miktarını, yani Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'dan sağlık hizmetleri için ne kadar para ayrılacağını belirleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler iki ana grup altında toplanabilmektedir; (Akdur 2008, s. 2-5)

a) Sosyo-kültürel yapıya bağlı faktörler

Toplumun kalkınmışlık ve gelir düzeyi: İşsizlik ve yoksulluğun yaygın bulunduğu, gelir düzeyi düşük durumda olan toplumlarda her türden hastalık çok daha sık görülmektedir; çünkü bu gibi toplumlarda toplumun beslenme düzeyi yetersiz konumdadır, bundan dolayı da bireylerin direnç düzeyleri düşük olmaktadır. Bunun yanında çevre koşullarının sağlıksızlığı ve toplumdaki bilinçsizlik de eklendiğinde, başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere tüm hastalıkların gelişip yayılabileceği bir ortam oluşmaktadır ve tüm hastalıkların yaşanma ve görülme sıklığı, gelir düzeyi yüksek çevre koşulları iyi olan ülkelere göre oldukça fazla olmaktadır. Hastalanan insan sayısının çok olması, bunların tedavisi için harcanması gereken paranın da fazla olması sonucunu doğurmaktadır. Aynı şekilde bu tür toplumlarda yaygın olan hastalıkların kontrolü için, gelir düzeyi yüksek ve çevre

koşulları sağlıklı toplumlara göre daha büyük bir çaba gösterilmesi ve masraf yapılması gerekmektedir. Gelir düzeyi düşük, çevresi sağlıksız ülkelerde, başta ev ve iş kazaları, trafik kazaları olmak üzere her türden kazalar, bunların sonucu olan sakatlık ve ölümler gelişmiş ülkelere göre çok daha fazla olmaktadır. Bu nedenle de bu ülkelerde bu tür sağlık olgu ve olaylarıyla karşılaşan kişilerin gereksinimi olan sağlık bakımı için çok daha fazla para harcanması söz konusu olmaktadır. Gelir ve gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde ortalama ömür daha uzun olduğundan nüfusun 65 yaş üstü grubu daha kalabalık durumdadır. 65'ten daha yaşlı grupların ise sağlık sorunlarından dolayı sağlık bakım harcamaları daha yüksek olmaktadır.

Toplunun sağlık hizmetleri kültürü: Eğitilmiş, sağlık bilinci gelişmiş, dolayısıyla çevre temizliğine ve beslenmesine dikkat eden, yalnızca tedavi hizmetleri değil, koruyucu hizmetleri de talep eden ve kullanan topluluklar daha az hastalanmaktadır, bu yüzden de sağlık bakım harcamaları bu tarz toplumlarda daha az olmaktadır. Bu tür toplumlarda ev, iş ve trafik kazalarının sayısı ve sonuçlarına da daha az rastlanmaktadır. Bu yüzden bu tür toplumlarda yönetimlerce uygulanan sağlık politikalarından bağımsız olarak daha az sağlık harcaması beklenmektedir. Bunun tam tersine ise; bilinçsiz, sağlığına, temizliğine ve beslenmesine dikkat etmeyen, koruyucu hizmet talep etmeyen ve kullanmayan toplumlarda sağlık harcamaları daha yüksek olmaktadır. Topluların eğitim düzeyi yükseldikçe, tedavi edici sağlık hizmetleri hususundaki anlayış ve beklentileri de oldukça değişmektedir. Eğitim düzeyi yüksek toplumlar bir yandan daha çok sağlık hizmeti tüketirken öte yandan da sağlık hizmetlerinde kullanılan işlemlerde kaliteye ve kullanılan teknolojiye daha çok dikkat etmektedirler. Bu durum da yönetimce uygulanan sağlık politikasından bağımsız olarak sağlık harcamalarının düzeyini artırmaktadır.

b) Sağlık politikasına ilişkin faktörler

Sağlık hizmetlerinin sunulma biçimi (organizasyon biçimi): Kamucu sağlık politikası uygulayan ülkelerde hizmetler genellikle kamu kurum ve birimleri vasıtasıyla yürütülmektedir. Bu yolla hizmet sunumunda kurum ve birimlerin çalışması, genellikle kamu ve hasta yararı üzerine olmaktadır. Kar amacı olmadığından kurumlar, birimler ve çalışanlar arasında hasta çekme gibi bir rekabet ve endişe olması durumu söz konusu değildir. Kurum ve birimlerin yapılanmasında

tamamen gereksinimler ve akılcılık ön plandadır. Bu tür ülkelerde sağlık sektörünün merkezi bir planlaması yapılabilmektedir. Böylece gereksiz harcamalar önlenmiş olunurken, gerçek gereksinimlere dayalı bir harcama düzeyi oluşturulur ve bu da ekonomik açıdan büyük tasarruf sağlamaktadır. Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde ise hizmetler özel kurum ve birimler aracılığıyla yürütülmektedir. Kar ve rekabet arzusu ön planda olduğu için, sağlık birim ve kurumları karın olduğu yerlerde kurulmaktadır, dolayısıyla da kaynakların ülke-bölge düzeyinde merkezi bir planlaması yapılamaz ve bölgeler arasında eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Kurumların yapılanması ve hasta ilişkilerinde akılcılığın yerini rekabet ve kurnazlık almaktadır ve sonuç olarak da sabit harcamalarda ve cari harcamalarda büyük bir tüketim ortaya çıkarken, harcamaların hacmi de gittikçe büyümektedir.

Sağlık hizmetlerini finanse etmek için para toplama biçimi (finansman):

Sağlık hizmetlerinde harcamak üzere toplumdan para; genel vergi, kamu sigortacılığı, özel sigortacılık ve hizmet başı ödeme olmak üzere başlıca dört yolla toplanmaktadır. Kamucu sağlık politikasını uygulayan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, genelde genel vergi veya kamu sigortaları aracılığıyla yapılırken; piyasacı sağlık politikasını uygulayan ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı, özel sigortacılık veya hizmet başına ödeme yoluyla yapılmaktadır.

Toplanan paranın sağlık hizmetine dönüştürülme biçimi (performans):

Sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetlere öncelik ve ağırlık verilmesi halinde birçok yaygın hastalık kolayca önlenmekte ve toplumun sağlık düzeyi yükselmektedir. Bu durumda toplumdaki sağlık bakımı gereksinimini oldukça azalmakta ve sağlık harcamaları açısından tasarruf durumu ortaya çıkmaktadır. Kamucu sağlık politikası uygulayan ülkelerde koruyucu hizmetlere büyük önem ve öncelik verilerek, bir yandan toplumun sağlık düzeyi yükseltilirken diğer yandan da kaynakların en tasarruflu biçimde kullanılması gerçekleştirilmiş olmaktadır. Piyasacı sağlık politikası uygulayan ülkelerde ise koruyucu sağlık hizmetleri pek sevilmemektedir, çünkü koruyucu sağlık hizmetleri tüketimi ve karı azaltacak olan bir hizmet türü konumundadır. Bu yüzden de koruyucu sağlık hizmetleri bu gibi ülkelerde genelde kamuya bırakılırken, özel sağlık sektörü karın devamlılığını sağlamak ve miktarını yükseltmek için sürekli yapay hastalık ve harcama alanları yaratmaktadır.

Gelirlerin elde edilmesi, biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi ile hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlanabilecek sağlık hizmetlerinin finansmanında, ilgili alana harcanacak paranın miktarını belirleyen faktörler evrensel olmaktan çok, ülkelerin iç dinamiklerine göre değişkenlik göstermekle beraber, önemli olan harcamaların rasyonel bir şekilde gerçekleştirilmesidir (Aytekin ve Çiftçi-Aytekin 2010, s. 166).

2.2. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, bir toplumda gerekli düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için gerekli mali kaynakların piyasa ya da kamu ekonomisi aracılığıyla sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı genel olarak piyasa ekonomisi ve kamu sektörü kaynaklarıyla birlikte gerçekleştirilmektedir (Çelikay 2009, s. 18).

Sağlık sektörü ile ilgili makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanda ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır. Mikro düzeyde finansman ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur (DPT 2000, s. 3).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili olarak hizmet vermekte olan kuruluşlar Tablo 2.4’te görüldüğü üzere kamuda Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, diğer çeşitli bakanlıklar, kamu iktisadi teşekkülleri ve belediyelerden oluşurken; özelde ise Türk ve uluslararası hastaneler, özel doktorlar, eczaneler, özel laboratuvarlar ve gönüllüler sağlık hizmetlerinin sunumunda görev almaktadır.

Tablo 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı

Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı
Kamu Sağlık Bakanlığı Üniversiteler Milli Savunma Bakanlığı Diğer Bakanlıklar Kamu İktisadi Teşebbüsleri Belediyeler	Kamu Sağlık Bakanlığı Milli Savunma Bakanlığı Diğer Kamu Kaynakları Sosyal Güvenlik Kurumu
Özel Türk ve Uluslararası Hastaneler Özel Doktorlar Eczaneler Özel Laboratuvarlar Gönüllüler	Özel Özel Sigorta Fobları Kullanıcı Kaynakları

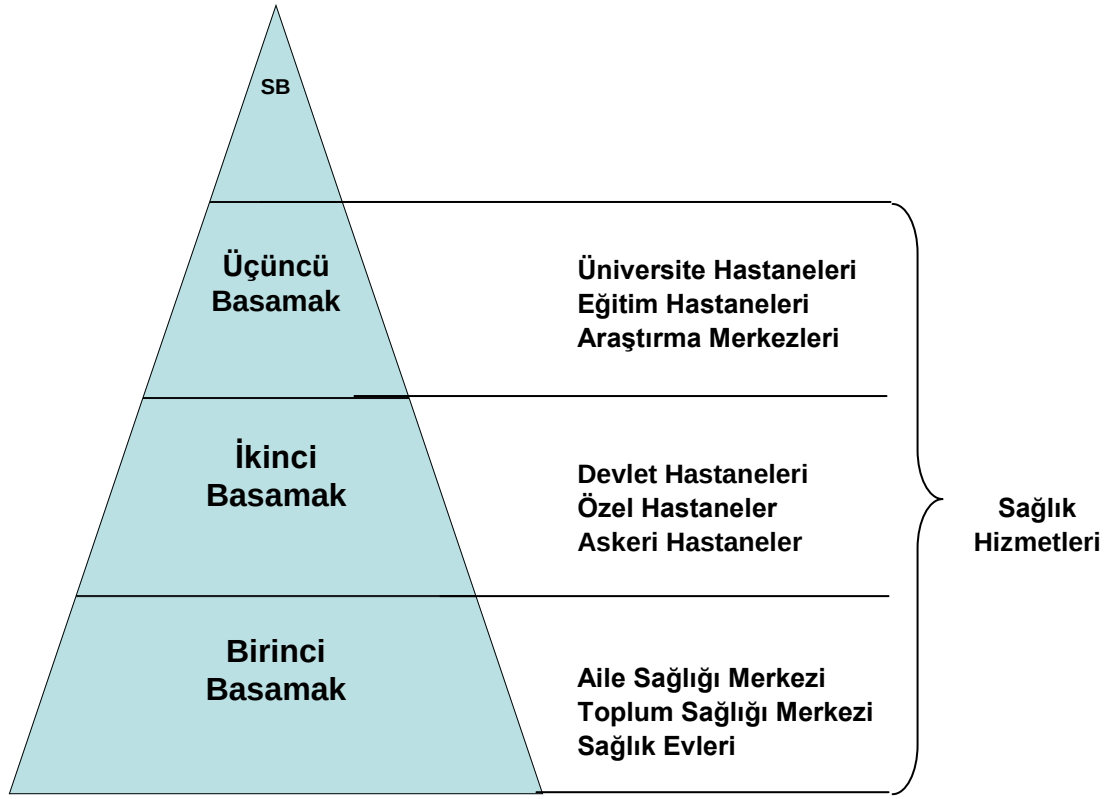
Kaynak: Karabağ, H. 2007. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Ankara: Gazi Üniversitesi SBE. Yüksek Lisans Tezi. s. 13.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili olarak ise kamuda Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, diğer kamu kaynakları; Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın birleşiminden oluşan Sosyal Güvenlik Kurumu’nun; özelde ise özel sigorta fonları ile kullanıcı katkılarının finansman rolünü üstlendiği Tablo 2.4’ten görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda Türkiye’de kademeli bir sağlık sistemi mevcut bulunmaktadır. Şekil 2.5’te görüldüğü üzere, dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır ve en başta birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkin olarak çalışmasından da sorumludur.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yer alan sağlık birimleri daha önceden; sağlık evi-sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı merkezi, dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenahaneler ve bağımsız kuruluşlardan oluşurken; 2005 yılında yürürlüğe konulmuş olan “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik” ile birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulanması konusunda bir dönüşüm sürecine girilmiş ve 25.05.2010 tarihli “Aile Hekimliği Uygulama

Yönetmeliği”nin resmen yürürlüğe girmesi ile birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde “aile hekimliği sistemi” uygulanmaya başlanmıştır. Aile hekimliği sistemi kapsamında; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekanda vermekle yükümlü, gerekli ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabipler aile hekimi olarak değerlendirilmektedir. Aile hekimliği sisteminin hizmet birimleri de; bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu konumunda olan aile sağlığı merkezleri; bölgesinde yaşayan toplumun sağlığını geliştirmeyi ve korumayı ön plana alarak sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirleyen, bu sorunları gidermek için planlama yapan ve bu planları uygulayan, uygulatan, birinci basamak koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini müdürlüğün sevk ve idaresinde organize eden, bu hizmetlerin verimli şekilde sunulmasını izleyen, değerlendiren ve destekleyen, bölgesinde bulunan sağlık kuruluşları ile diğer kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyonu sağlayan sağlık kuruluşu konumundaki toplum sağlığı merkezleri ve sağlık evlerinden oluşmaktadır. (Şişman 2010, s. 42-43).



Şekil 2.5 Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ocak 2004, s. 10, <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/tsbs.pdf>, 06.09.2012.

İkinci basamak sağlık hizmetleri; devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastaneleri kapsamaktadır. Bu kapsamda yer alan hizmetler ise yataklı tedavi hizmetlerinden oluşmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; sağlık hizmetlerinin eğitim, araştırma ve bilimsel kıstaslarda hizmet üretimini sağlayan birimlerce sunulmaktadır. Üniversite eğitim hastaneleri ile araştırma merkezleri bu kapsamda yer almaktadır. Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadır. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür. (Altay 2007, s. 45-46)

2009, 2010, 2011 ve 2012 yılları itibariyle hastane analiz bilgileri Tablo 2.5, Tablo 2.6 ve Tablo 2.7’te gösterilmektedir. Tablo 2.5’e göre; birinci basamak sağlık hizmetlerine müracaat sayısında 2010 ve 2011 yıllarında artış meydana gelirken,

2012 yılında ise azalış gerçekleşmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine müracaatta ise her yıl düzenli olarak artış gerçekleşmiştir.

Tablo 2.5. 2009 – 2012 Yılları İtibariyle Hastanelere Müracaat Sayısı

	2002	2009	2010	2011	2012
Sağlık Ocağı	69.103.517	123.851.458	84.629.163	-	-
Aile Hekimliği	-	65.716.898	108.976.049	240.298.753	221.672.029
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.557.787	2.378.998	2.219.534	2.143.765
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	5.707.593	3.831.859	944.842	630.583
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	-	-	-	10.035.342
Özel Poliklinikler	731.132	2.387.515	2.497.352	882.973	655.432
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	200.221.251	202.313.421	244.346.102	235.137.151
Özel Tıp ve Dal Merkezleri	9.824.802	32.082.953	33.788.328	29.040.707	32.012.211
Hastaneler	124.313.659	295.262.190	302.984.218	337.849.536	354.636.935
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	327.345.143	336.772.546	366.890.243	386.649.146
Genel Toplam	208.966.049	527.566.394	539.085.967	611.236.345	621.786.297

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, s. 91.

Tablo 2.6 incelendiğinde; devlet hastaneleri ve üniversite sağlık tesislerinin fatura tutarlarının 2009 ve 2010 yıllarında artış göstermiş olduğu; buna mukabil ise özel tıp merkezleri ve özel dal merkezlerinin fatura tutarlarında 2009 yılında ciddi azalmalar yaşandığı, 2010 yılında özel dal merkezlerinde bu azalmanın devam ederken özel tıp merkezlerinde ise küçük çaplı bir artışın yaşanmış olduğu görülmektedir.

Tablo 2.6 2008, 2009 ve 2010 Yılları İtibariyle Hastanelerin Fatura Tutarları

SAĞLIK HİZMET SUNUCUSU TÜRÜ	FATURA TUTARI (Bin TL) (KDV HARİÇ)				
	2008 Yılı	2009 Yılı	2010 Yılı	Değişim Oranı (2009 - 2008)	Değişim Oranı (2010 - 2009)
DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	4.774.498	5.356.956	6.313.631	12,20%	17,86%
DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	2.264.956	2.828.865	3.381.379	24,90%	19,53%
ÖZEL - 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	4.178.173	4.536.981	5.254.643	8,59%	15,82%
Özel Tıp Merkezi	733.530	649.545	664.714	-11,45%	2,34%
Özel Dal Merkezi	320.649	286.479	273.055	-10,66%	-4,69%
Özel Hastaneler	3.123.994	3.600.957	4.316.874	15,27%	19,88%
ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ	2.553.808	2.930.342	3.648.406	14,74%	24,50%
GENEL TOPLAM	13.771.434	15.653.143	18.598.059	13,66%	18,81%

Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2010 Mali İstatistikler, <http://www.sgk.gov.tr>, 01.03.2013.

Tablo 2.7 incelendiğinde; hastanelere yapılan müracaatların ortalama maliyetlerinin devlet hastanelerinde 2009 ve 2010 yıllarında artmış olduğu, buna mukabil özel sağlık tesislerinde müracaatların ortalama maliyetlerinin 2009 yılında azalmaya uğrarken 2010 yılında artmış olduğu, üniversite sağlık tesislerinde ise 2009 yılında artış yaşanırken 2010 yılında ise bir azalma yaşandığı görülmektedir.

Tablo 2.7 2008, 2009 ve 2010 Yılları İtibariyle Hastanelere Yapılan Müracaat Başına Ortalama Maliyetler

SAĞLIK HİZMET SUNUCUSU TÜRÜ	MÜRACAAT BAŞINA ORTALAMA MALİYET (TL)				
	2008 Yılı	2009 Yılı	2010 Yılı	Değişim Oranı (2009 - 2008)	Değişim Oranı (2010 - 2009)
DEVLET 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	41,06	41,59	43,46	1,30%	4,48%
DEVLET 3. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	77,27	78,17	84,37	1,17%	7,93%
ÖZEL - 2. BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİ	73,32	68,54	73,83	-6,52%	7,72%
Özel Tıp Merkezi	34,97	29,57	30,63	-15,43%	3,59%
Özel Dal Merkezi	53,75	43,76	47,02	-18,59%	7,46%
Özel Hastaneler	103,99	95,56	98,86	-8,11%	3,46%
ÜNİVERSİTE SAĞLIK TESİSLERİ	178,04	183,56	172,97	3,10%	-5,77%
GENEL TOPLAM	63,48	63,34	66,99	-0,23%	5,76%

Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2010 Mali İstatistikler, <http://www.sgk.gov.tr>, 01.03.2013.

2.2.1 Finansman yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanı; doğrudan ödeme (cepten ödeme), özel sigorta sistemi, kamusal sigorta sistemi ve vergi ile finansman olarak dört grup altında toplanmaktadır. Farklı ülkelerdeki finansman yöntemleri de genellikle bu sayılan yöntemlerin kombinasyonu şeklinde gerçekleşmektedir (İstanbuluoğlu, Güleç, ve Oğur 2010, s. 90). Yukarıda bahsedilen, sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman yöntemleri şu şekilde sıralanmaktadır (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur 2010, s. 90-93; Çelikay 2009, s. 19-30; Tatar, s. 96-104; Yalçın ve Yıldırım 2001, s. 2-8; Liu, Çelik ve Şahin 2005, s. 19-25, <http://www.suvak.org.tr/kitap-1turkce.pdf>, 24.05.2012);

i. Özel finansman yöntemleri:

a) Cepten ödemeler: Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamaları kapsamaktadır, ancak bu yöntem, hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödeme olarak üç alt başlık altında incelenmektedir. Doğrudan ödemeler, sosyal güvence kapsamı dışında kalan hizmetler için veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir oluşmaktadır. Kullanıcı katkıları; sağlık harcamalarının genelde düşük olduğu durumlarda, sağlık hizmetleri için var olandan daha fazla kaynak yaratmak veya sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda talebi azaltarak verimliliği artırmak şeklinde iki farklı durumda kullanılabilir. Resmi olmayan ödemeler ise; tedavi sonrası teşekkür hediyeleri veya tedavi öncesi doktorlara sunulan para veya hediyelerden oluşmakla birlikte kayda geçmeyen ve birçok ülkede kanun dışı sayılan ödemelerden oluşmaktadır.

b) Özel sağlık sigortaları: Özel sağlık sigortaları; işlevlerine, primlerin hesaplanma şekillerine, yardımların belirlenmesine ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre farklılaşmaktadır. İşlevleri açısından zorunlu sağlık sigortası yerine geçen ikame edici özel sağlık sigortası ve zorunlu sağlık sigortası ile birlikte uygulanan tamamlayıcı özel sağlık sigortası olarak ikiye ayrılmaktadır. Sigorta şirketleri statü açısından kar amaçlı olanlar ve olmayanlar olarak farklılaşırken; primlerin hesaplanma şekilleri açısından ise bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları mevcuttur. Özel sağlık sigortasının teorideki en

büyük avantajı; kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkan verebilmesidir.

c) Tıbbi tasarruf hesapları: Bireyler, hanehalkı ve firmaların gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı gönüllü veya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına önceden para yatırmaları ve yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır.

ii. Kamusal nitelikli finansman yöntemleri:

a) Sosyal sağlık sigortacılığı: Sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, günümüzde bazı ülkelerle sınırlı olmakla beraber ancak çok yakın zamanda mümkün olmuştur. Avrupa’da İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa ise 2000 yılında tüm nüfusa %100 oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır. Günümüzde sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklara bağlı olarak yapısı, işleyişi ve teknik yönleri açılarından farklılık göstermektedir. Sosyal sağlık sigortası sistemlerinde üyelik zorunludur. İlk uygulama işçi ve işveren katkıları ile başlamış olup zamanla devlet de finansmana katılmıştır. Tespit edilen primler genellikle işçiyle işveren arasında paylaştırılmaktadır. Genel vergilerin, sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda önemli bir rolü bulunmaktadır. Sigorta kuruluşları bazı ülkelerde kar amacı taşımakta iken, bazı ülkelerde ise kar amacı taşımamaktadır. Devlet müdahaleciliğine dayanan bu sağlık sigortası sistemi, sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde bireysel faydalanmayı ön plana çıkaran özel sağlık sigortası sisteminin aksine sosyal refah düzeyini daha iyi seviyeye getirebilmeyi amaç edinmektedir.

b) Vergilerle finansman: Günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde genel vergi gelirleri sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır. Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamının avantajı; yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır. Toplanan vergiler amaçlarına göre genel ve özel amaçlı olarak ikiye ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları, geniş bir gelir tabanı oluşturmaları ve sağlık sektörü ile diğer kamu

harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Özel amaçlı vergiler ise sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan vergilerdir.

2.2.2 Finansman kaynakları

Sağlık giderlerinde; sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknoloji ürünlerini satın almaları ile nitelikli personel istihdam etmeleri neticesinde artış gözlenmektedir. Bu giderlerin hangi finansman kaynaklarından, ne şekilde ve nasıl karşılanacağı da, sağlık hizmeti veren sağlık kurumları için büyük önem arz eden bir husustur (Orhaner 2006, s. 6)

Türkiye’de sağlık hizmetleri ile ilgili giderlerin karşılanması hususundaki en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemi ile birlikte ağırlıklı olarak hazineden karşılanmıştır. Dünya Bankası da, sağlık konusunu ele almış olduğu 1993 Dünya Kalkınma Raporu’nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir (Orhaner 2006, s. 7).

Sağlık harcamaları konusunda sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır. Sosyal sigortalar; işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilmektedir. Özel kesim de sağlık harcamalarına, doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak veya özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına destek olabilmektedir (Orhaner 2006, s. 7).

Dünyadaki hemen her ülkede kamu kaynakları ve özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi ile ilgili olarak, sağlık finansman kaynaklarının nasıl ve ne şekilde gerçekleşeceği konusu her ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre farklılık gösterebilmektedir (Orhaner 2006, s. 7).

2.2.2.1. Devlet bütçesi

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi veya başka bir deyişle bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Dünya Sağlık Örgütü, koruyucu sağlık hizmetleri için devlet genel bütçesinin en az %10’luk kısmının ayrılması gerektiğini belirtmektedir (Orhaner 2006, s. 7). Vergi gelirleri ile

oluşturulan devlet bütçesi hükümet, Maliye Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından hazırlanmaktadır. Hazırlanan bütçe ardından TBMM’de incelenerek görüşülmekte ve kabul edilmesinin ardından da kanunlaşarak Resmi Gazete’de yayımlanmakta ve yürürlüğe girmektedir (Thomson and Mossialos 2002, s. 40).

Devlet bütçesi yoluyla elde edilen vergi gelirleri, sağlık hizmetlerini sunmakta olan Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve diğer çeşitli kamu kurumlarının temel finansman kaynağını oluşturmaktadır. Helen çalışmakta olan devlet memurlarının ve onların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık harcamaları da bu bütçe vasıtasıyla karşılanmaktadır (Thomson and Mossialos 2002, s. 40).

Sağlık Bakanlığı; devlet memurları ve emeklileri ile bunların aile bireylerine sağlık güvencesi sunmakta olduğu gibi; herhangi bir sağlık güvencesi olsun veya olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmaktadır. Bakanlığın gelirlerini ise genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirleri oluşturmaktadır ve Sağlık Bakanlığı’nın bütçesinin %30-50 arasındaki kısmını fon ve döner sermaye gelirleri oluşturmaktadır (Orhaner 2006, s. 7).

Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığı’na ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da söz konusu olmaktadır. Bununla birlikte 1992 yılından bu yana devlet, finansman sıkıntısı çekmekte olan sosyal güvenlik kuruluşlarına bütçeden transfer harcaması yapmaktadır. Devlet; ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi masraflarını karşıladığı gibi, hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve asgari ücretin üçte birinden az geliri olan vatandaşların tedavi giderleri ile diğer her türlü masraflarını karşılamaktadır (Orhaner 2006, s. 8).

Tablo 2.8 incelendiğinde; 1999-2008 yılları arasında Sağlık Bakanlığı kaynakları ile yapılan harcamaların toplam miktarının 987 milyon TL’den 19368 milyon TL’ye yükselmiş olduğu, yeşil kart haricindeki genel bütçe harcamalarının yıllık ortalama %31’lik bir büyüme ile 678 milyon TL’den 7936 milyon TL’ye çıkmış olduğu, döner sermaye harcamalarının ise yıllık ortalama %49’luk bir artışla 309 milyon TL’den 11432 milyon TL’ye yükselmiş olduğu görülebilmektedir.

Tablo 2.8 Sağlık Bakanlığı Kaynakları, 1999-2008

Kaynaklar (milyon TL)	1999	2000	2001	2002	2003	
Genel Bütçe Harc.	805	1.140	1.822	3.039	3.674	
Genel Bütçe Harc. (YK hariç) (A)	678	941	1.430	2.389	2.757	
Döner Sermaye Harc. (B)	309	586	953	1.746	2.245	
Toplam (A + B)	987	1.527	2.383	4.135	5.002	
Kaynaklar (milyon TL)	2004	2005	2006	2007	2008	1999-2008 Yıllık Ort. Büyüme (%)
Genel Bütçe Harc.	4.461	6.768	8.538	10.390	11.967	35
Genel Bütçe Harc. (YK hariç) (A)	3.399	4.959	5.628	6.477	7.936	31
Döner Sermaye Harc. (B)	4.023	6.737	8.845	9.206	11.432	49
Toplam (A + B)	7.422	11.696	14.473	15.683	19.368	39

Kaynak: Sülkü, S.N. 2011. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Yayın No: 2011 / 414. Ankara: Hermes Matbaacılık. s. 54

Notlar: Harc: Harcamaları, YK: Yeşil Kart, Ort: Ortalama

Tablo 2.9 incelendiğinde; 2012 yılına ait cari sağlık harcaması miktarının 72820 milyon TL, sağlık alanında yapılan yatırım harcamalarının 3538 milyon TL, toplam sağlık harcamalarının 76358 milyon TL, cari sağlık harcamasının GSYİH’ye oranının %5.1, sağlık alanında yapılan yatırımlarının GSYİH’ye oranının %0.3, toplam sağlık harcamasının ise %5.4 olarak gerçekleşmiş olduğu görülebilmektedir.

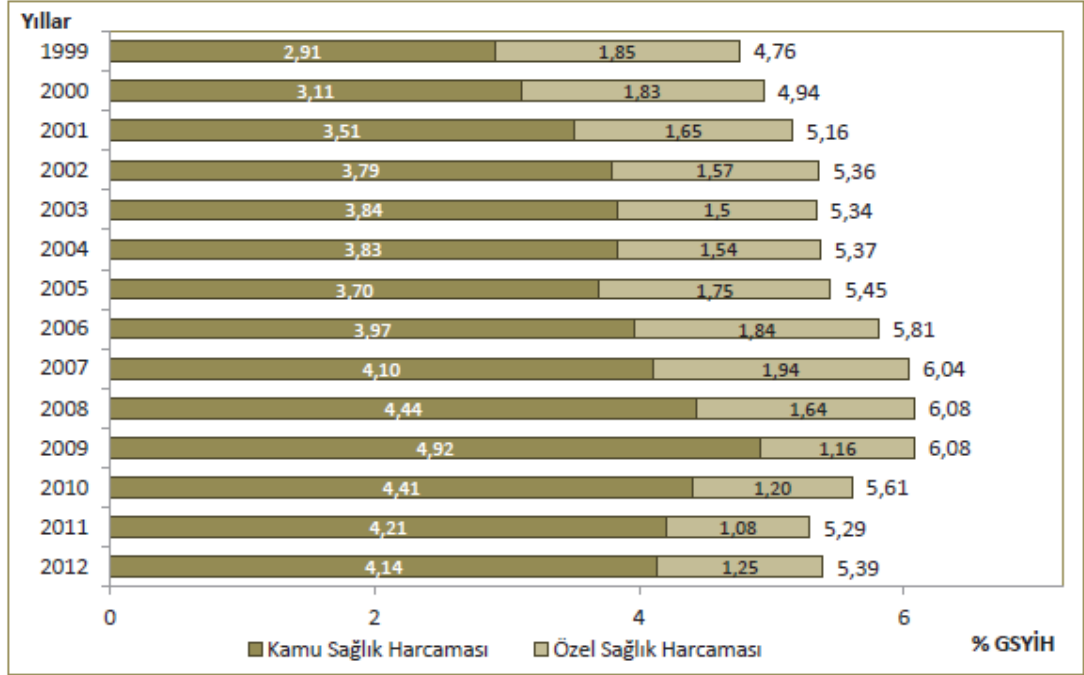
Tablo 2.9 Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, 1999-2012

Yıllar	Önit	GSYİH	Carî Sağlık Harcaması	Carî Sağlık Harcamasının GSYİH'ne Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'ne Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Carî+Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ne Oranı (%)
1999	Milyon ₺	104.596	4.786		199		4.985	
	Milyon ABD \$	261.489	11.965	4,6	497,5	0,2	12.463	4,8
	Milyon SGP ABD \$	522.980	23.930		995		24.925	
2000	Milyon ₺	166.658	7.888		360		8.248	
	Milyon ABD \$	277.763	13.147	4,7	600	0,2	13.747	4,9
	Milyon SGP ABD \$	555.527	26.293		1.200		27.493	
2001	Milyon ₺	240.224	12.086		310		12.396	
	Milyon ABD \$	200.187	10.072	5	258	0,1	10.330	5,2
	Milyon SGP ABD \$	600.560	30.215		775		30.990	
2002	Milyon ₺	350.476	18.331		443		18.774	
	Milyon ABD \$	233.651	12.221	5,2	295	0,1	12.516	5,4
	Milyon SGP ABD \$	584.127	30.552		738		31.290	
2003	Milyon ₺	454.781	23.676		603		24.279	
	Milyon ABD \$	303.187	15.784	5,2	402	0,1	16.186	5,3
	Milyon SGP ABD \$	568.476	29.595		754		30.349	
2004	Milyon ₺	559.033	28.616		1.405		30.021	
	Milyon ABD \$	399.309	20.440	5,1	1.004	0,3	21.444	5,4
	Milyon SGP ABD \$	698.791	35.770		1.756		37.526	
2005	Milyon ₺	648.932	33.292		2.067		35.359	
	Milyon ABD \$	499.178	25.609	5,1	1.590	0,3	27.199	5,4
	Milyon SGP ABD \$	811.165	41.615		2.584		44.199	
2006	Milyon ₺	758.391	40.949		3.120		44.069	
	Milyon ABD \$	541.708	29.249	5,4	2.229	0,4	31.478	5,8
	Milyon SGP ABD \$	947.988	51.186		3.900		55.086	
2007	Milyon ₺	843.178	46.495		4.409		50.904	
	Milyon ABD \$	648.599	35.765	5,5	3.392	0,5	39.157	6
	Milyon SGP ABD \$	936.865	51.661		4.899		56.560	
2008	Milyon ₺	950.534	52.320		5.420		57.740	
	Milyon ABD \$	731.180	40.246	5,5	4.169	0,6	44.415	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.056.149	58.133		6.022		64.156	
2009	Milyon ₺	952.559	55.294		2.616		57.911	
	Milyon ABD \$	635.039	36.863	5,8	1.744	0,3	38.607	6,1
	Milyon SGP ABD \$	1.035.390	60.102		2.843		62.947	
2010	Milyon ₺	1.098.799	58.623		3.054		61.678	
	Milyon ABD \$	732.533	39.082	5,3	2.036	0,3	41.119	5,6
	Milyon SGP ABD \$	1.156.631	61.708		3.215		64.924	
2011	Milyon ₺	1.297.713	65.372		3.236		68.607	
	Milyon ABD \$	763.361	38.454	5,0	1.904	0,3	40.357	5,3
	Milyon SGP ABD \$	1.259.916	63.468		3.142		66.609	
2012	Milyon ₺	1.415.786	72.820		3.538		76.358	
	Milyon ABD \$	786.548	40.456	5,1	1.966	0,3	42.421	5,4
	Milyon SGP ABD \$	1.361.333	70.019		3.402		73.421	

Kaynak: Başara, B.B., Güler, C., Yentür, G.K., Birge, B., Pulgat., E. ve Mamak-Ekinci, B. 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, s. 155.

Tablo 2.10'dan yıllara göre değerlendirildiğinde; kamu sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının 1999'da %2.91 iken 2009'da %4.92'ye yükselmiş olduğu, ancak 2012 yılı itibariyle %4.14'e gerilemiş olduğu; özel sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının ise 1999'da %1.85 iken 2009 yılında %1.16'ya düşerken, 2012'de ise %1.25'e yükselmiş olduğu görülmektedir.

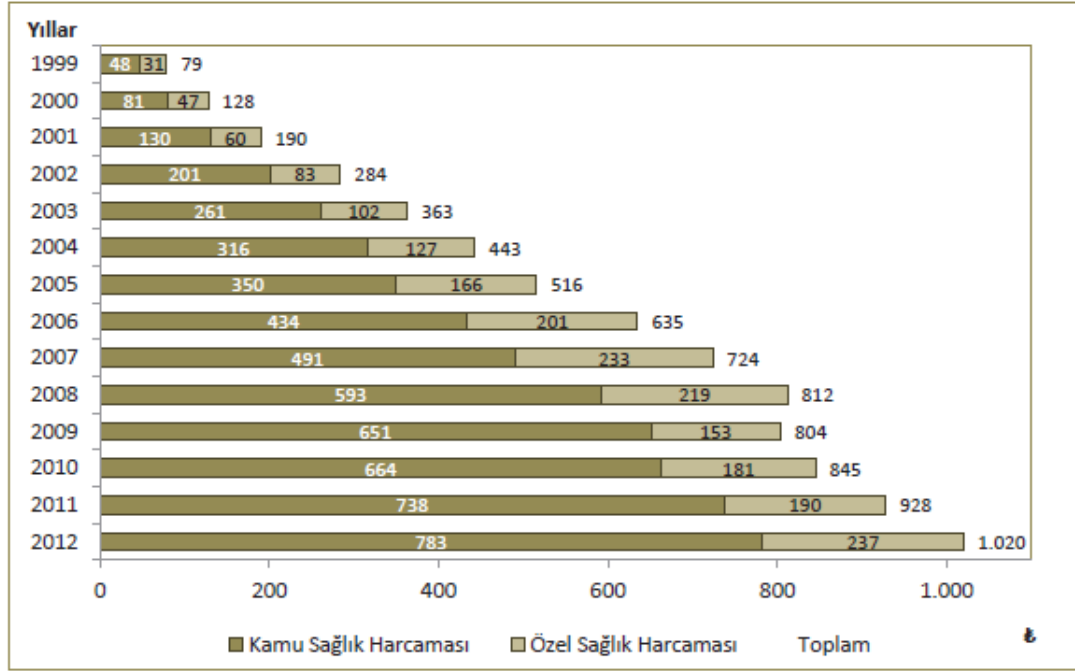
Tablo 2.10 Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı



Kaynak: Başara, B.B., Güler, C., Yentür, G.K., Birge, B., Pulgat., E. ve Mamak-Ekinci, B. 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, s. 156.

1999 ile 2012 yılları arasındaki kişi başı sağlık harcamaları Tablo 2.11 vasıtasıyla incelendiğinde; 1999'da 48 TL olan kişi başına düşen kamu sağlık harcamasının 2012 yılı itibariyle 783 TL'ye yükselmiş olduğu, 1999 yılında 31 TL olan kişi başına düşen özel sağlık harcamasının ise 2012 yılında 237 TL'ye yükselmiş olduğu görülmektedir.

Tablo 2.11 Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması



Kaynak: Başara, B.B., Güler, C., Yentür, G.K., Birge, B., Pulgat., E. ve Mamak-Ekinci, B. 2013. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, s. 157.

2.2.2.2 Kamu sağlık sigortası

Sosyal sigortalar içinde sağlık sigortası, tarihi gelişim içinde sosyal sigortaların ilk ve başlıca kolu olmuştur. Sağlık sigortası, sigortalı ile eşi ve çocuklarının tedavi masraflarını ve ailesinin geçimini sağlamaktadır. Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında veya kaza geçirdiklerinde kendileri için yapılacak olan sağlık harcamalarının finansmanına katkıda bulunmaktadır. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve diğer sigorta branşlarında olduğu gibi kişiler gelecek endişesinden uzak kalmaktadırlar (Orhaner 2006, s. 8).

Kamu sağlık sigortası vasıtasıyla sosyal sigorta kurumları, sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde etmekte ve bu gelirle de sağlık giderlerini karşılamaktadır. Türkiye’de Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları; sağlık sigortasını uygulayan sosyal güvenlik kuruluşlarıdır. Sağlık sigortasından yararlanma koşulları, sağlık yardım türleri, ödenecek prim miktarları

ve süresi sosyal sigorta kurumlarının kuruluş kanunlarında belirtilmiştir (Orhaner 2006, s. 8).

Devlet, bütçe transferleriyle sosyal güvenlik kuruluşlarının açıklarını kapatmaktadır. Sosyal güvenlik kuruluşları diğer branşlarda olduğu gibi sağlık sigortasında da gider azaltıcı, gelir artırıcı önlem almaya gerek duymaktadır.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun verilerine göre kurumun gelirleri ve giderleri son on yıl içerisinde artış göstermiş olmakla birlikte, gelir-gider dengelerindeki açık da buna paralel olarak artış gösterme eğilimi içerisinde olmuştur. Ancak 2010 yılından sonra açık miktarında ve oranında azalış göze çarpmıştır. Tablo 2.12'ye göre 2012 yılı itibariyle kurumun gelirlerinin, giderlerinin %89.2'sini karşılayabilmekte olduğu görülmektedir.

Tablo 2.12- Sosyal Güvenlik Kurumu Gelir ve Gider Dengesi, 2001-2012						
Yıllar	Gelirler	Artış Oranı	Giderler	Artış Oranı	Açık	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı
2001	13.360.579	55,8%	17.830.745	62,3%	-4.470.166	74,9%
2002	20.018.189	49,8%	27.982.464	56,9%	-7.964.275	71,5%
2003	27.916.539	39,5%	41.336.077	47,7%	-13.419.538	67,5%
2004	34.689.248	24,3%	50.621.622	22,5%	-15.932.374	68,5%
2005	41.249.438	18,9%	59.941.373	18,4%	-18.691.935	68,8%
2006	53.830.886	30,5%	71.867.475	19,9%	-18.036.589	74,9%
2007	56.874.830	5,7%	81.915.401	14,0%	-25.040.571	69,4%
2008	67.257.484	18,3%	93.159.462	13,7%	-25.901.978	72,2%
2009	78.072.788	16,1%	106.775.443	14,6%	-28.702.655	73,1%
2010	95.273.183	22,0%	121.997.301	14,3%	-26.724.118	78,1%
2011	124.479.836	30,7%	140.714.602	15,3%	-16.234.766	88,5%
2012	142.928.505	14,8%	160.223.453	13,9%	-17.294.948	89,2%

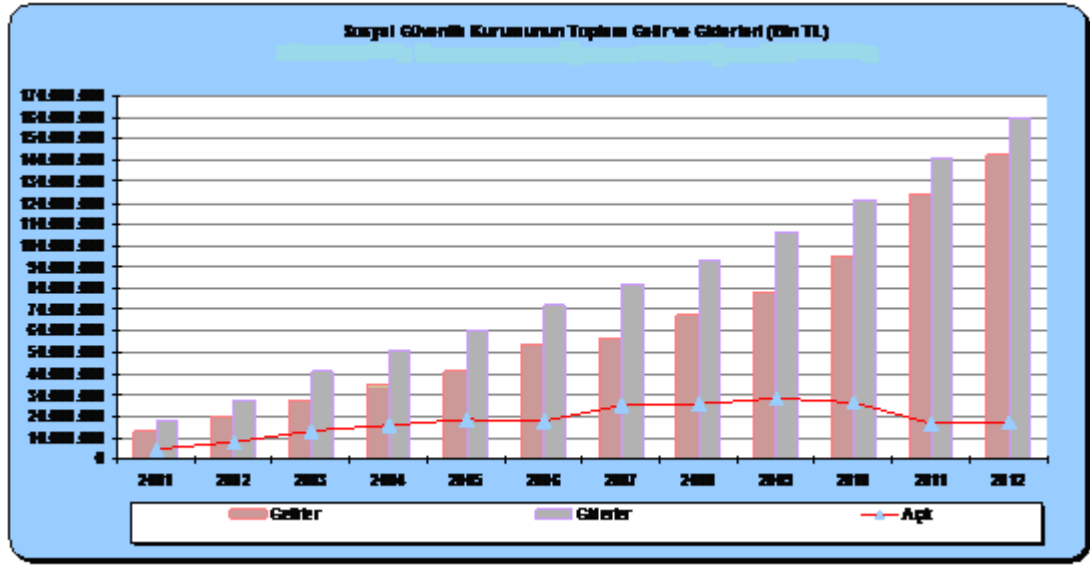
Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2012 Mali İstatistikler, <http://www.sgk.gov.tr>, 01.03.2013.

Sosyal Güvenlik Kuruluşları'nın gelir-gider dengesinin GSYİH'ye oranı Tablo 2.13'te ifade edilmektedir. Buna göre; Sosyal Güvenlik Kuruluşları'nın gelirleri 2010 yılında GSYİH'nin %8.3'ünü oluştururken, buna karşın giderleri ise 2010 yılında GSYİH'nin %10.75'ini oluşturmaktadır.

Tablo 2.13 Sosyal Güvenlik Kuruluşları Gelir-Gider Dengesinin GSYH'ya Oranı			
	2008	2009	2010
A. GELİRLER	6,80	7,79	8,33
-Prim Tahsilatları	5,85	5,85	6,18
B. GİDERLER	9,53	10,80	10,75
-Sigorta Ödemeleri	6,28	7,14	7,22
-Sağlık Giderleri	2,67	3,03	2,95
-Yatırım Harcamaları	0,00	0,01	0,01
C. GELİR-GİDER FARKI	-2,73	-3,01	-2,42
D. BÜTÇE TRANSFERLERİ	2,72	3,07	2,45
-Toplam Bütçe Transferleri	3,70	5,53	4,99
E. FİNANSMAN AÇIĞI	0,01	-0,06	-0,03

Kaynak: T.C. Kalkınma Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı, Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, 5. Bölüm: Kamu Finansmanı, No:45 Sosyal Güvenlik Kuruluşları Gelir-Gider Dengesi (GSYH)'ya Oran, <http://www.dpt.gov.tr/PortalDesign/PortalControls/WebIcerikGosterim.aspx?Enc=83D5A6FF03C7B4FC5A73E5CFAD2D9676>, 12.04.2013.

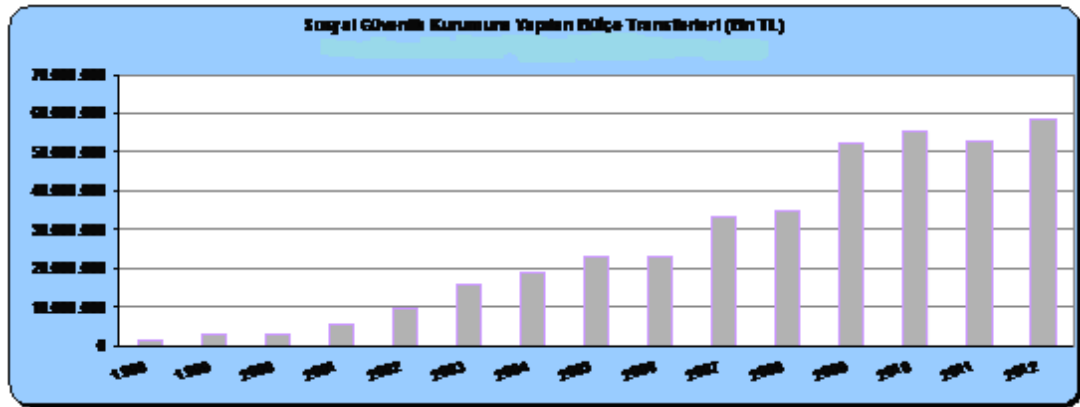
Şekil 2.6'da da gelir ve giderlerle beraber bütçe açığındaki değişim grafiksel olarak gösterilmektedir. Grafikten anlaşılabileceği üzere yıllar geçtikçe gelir ve gider sürekli olarak artarken, açık miktarında 2010 yılından sonra azalış olduğu görülebilmektedir.



Şekil 2.6 Sosyal Güvenlik Kurumunun Toplam Gelir ve Giderleri (Bin TL)

Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2012 Mali İstatistikler, <http://www.sgk.gov.tr>, 01.03.2013.

Şekil 2.7 gelirler ve giderler arasındaki denge durumundan kaynaklanan bütçe açığı sebebiyle, Sosyal Güvenlik Kurumu'na devlet tarafından yapılan bütçe transferlerini göstermektedir. Buna göre Sosyal Güvenlik Kurumu'na yapılan bütçe transferlerinde 2011 yılında azalma gerçekleşmiş olup, diğer yıllarda ise genel olarak belirin bir artışın olduğu görülebilmektedir.



Şekil 2.7 Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Transferleri

Kaynak: SGK, İstatistik Yıllıkları, 2012 Mali İstatistikler, <http://www.sgk.gov.tr>, 01.03.2013.

2.2.2.3. Özel kesim

Özel kesim, sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan ödemelerle veya kamu sağlık sigortası dışında kendi iradesiyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilmektedir. Gelir seviyesi yüksek olan kişiler muayene, teşhis, tedavi, ilaç vb. giderlerini doğrudan karşılamaktadırlar. Bununla birlikte kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağlamakta olduğundan, daha fazlasını talep eden kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadırlar (Orhaner 2006, s. 9).

Orhaner (2000) özel sağlık sigortasının, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun veya olmasın sigortalının karşılaştığı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türü olduğunu ifade etmektedir (Orhaner 2006, s. 9). Avcı'nın (1997) belirttiğine göre, Türk Ticaret Kanunu'nda belirtilen sigorta çeşitleri arasında uzun süre kaza sigortası içinde yer alan sağlık sigortası, Hazine Müsteşarlığı'nca genel şartları onaylı sekiz sigorta çeşidinden biri konumunda bulunmaktadır (Orhaner 2006, s. 9).

Ulaş (1997) özel sağlık sigortasında belirtilen genel teminat çerçevesinin, yasanın emredici hükümlerine ve genel şartlarına aykırı olmamak kaydıyla poliçeye konacak özel hükümlerle genişletilip daraltılabileceğini belirtmektedir. Özel sağlık sigortasında süre genellikle bir yıl olarak kabul edilmekte ve süre bitiminde sağlık sigortası yenilenebilmektedir. Özel sağlık sigortası Türkiye'de 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak uzunca bir süre; Türkiye'de kişi başına gelirin düşük olması, kişilerin sağlık sigortası hakkında yeterince bilgili ve istekli olmaması, özel sigorta şirketlerine güven duyulmaması gibi sebeplerle özel sağlık sigortasına talep düşük kalmıştır (Orhaner 2006, s. 10).

2.2.2.4 Diğer kaynaklar

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında yurtiçinde ve yurt dışında yaşayan Türk vatandaşlarının bağış ve yardımları; Dünya Bankası, UNICEF gibi birtakım uluslararası kuruluşların yardım ve kredileri de bulunmaktadır (Orhaner 2006, s. 10).

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmeti sunucularına ödeme mekanizmaları genel olarak paranın hükümet, sigorta şirketleri veya hastane, sağlık merkezi teşhis üniteleri, eczane, medikal firmalar gibi diğer üçüncü taraf ödeyiciler tarafından kurumsal boyutta ve hekimler, diş hekimleri, hemşireler gibi bireysel boyutta olmak üzere sağlık hizmeti sunucularına aktarılma şekli ve esasları olarak tanımlanmaktadır (Top ve Tarcan 2007, s. 170).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 1993 tarihli Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services isimli raporuna göre; sağlık sunucularına ödeme mekanizmaları ödeme birimini, hasta faturalarında bulunması gereken ayrıntıları, tedavi sonunda hastaya verilmesi gereken belgeleri, ödeme süresinin ne kadar olduğunu, hasta faturalarında sağlık hizmeti sunucusundan kaynaklanan maddi hataların sonuçlarının neler olacağı gibi birçok konu ve sorunu düzenlemektedir. Bu düzenlemeler sağlık hizmeti satın alan sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık sigorta şirketleri, fon sahipleri, yardım sandıkları gibi kurumlarla; sağlık hizmeti sunan bireysel ve kurumsal mekanizmalar arasındaki hizmet sözleşmelerinde yer almaktadır (Top ve Tarcan 2007, ss. 170-171).

Sağlık hizmeti sunucularına ödeme yöntemleri ileriye veya geriye dönük olabilmektedir. Bu da yapılan ödemenin hizmeti almadan önce veya hizmeti aldıktan sonra yapılması ile ilgili olmaktadır. Sözleşme dahilinde sağlık hizmeti sunucusuna, hastalar sağlık hizmeti almadan önce ödeme yapılıyorsa ileriye dönük ödeme mekanizmasından bahsedilmektedir. Bu tür ödemeler, yüksek finansal riskten ötürü sağlık hizmeti sunucularını yüksek verimliliğe zorlayan önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir. Eğer ödeme hizmet alırken veya hizmet alındıktan sonra yapılıyor ise buna da geriye dönük ödeme yöntemi ismi verilmektedir ve bu tarz ödemeler maliyetleri azaltmaktan ziyade maliyetleri artırmaya yönelik ödemelerdir (Top ve Tarcan 2007, s. 171).

Sağlık hizmeti sunucularına ödeme yöntemleri aşağıda yer alan dört ana aktör arasındaki amaç belirsizlikleri ve çatışmalarını mümkün olduğu oranda azaltacak ve amaçları ortak bir yöne doğru entegre edecek yapıda olmalıdır. Hastane ödeme

yöntemlerini etkileyen ana faktörler şu şekilde sıralanmaktadır (Top ve Tarcan 2007, s. 171);

- a.** Sağlık kurumları (hastaneler, sağlık işletmeleri vb.),
- b.** Sağlık profesyonelleri (hekimler, hemşireler vb.),
- c.** Hastalar,
- d.** Ödeme yapan kurum ve kişiler (sağlık sigortaları, hükümet birimleri, sosyal güvenlik kurumları, diğer üçüncü taraflar).

Charles Phelps (1992), sağlık sunucularına ödeme yöntemleri bilgi asimetrisinin, arzın talep yaratması ve asil-vekil ilişkisi teorisi gibi sektörün temel özelliklerinden dolayı son derece önemli olduğunu söylemektedir. Buradaki asil-vekil ilişkisi, hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi yansıtmaktadır ve bilgi asimetrisi problemini içermektedir (Top ve Tarcan 2007, s. 171). Vekalet teorisi, iki taraf arasındaki ilişkiyi esas almaktadır. Hasta yani asil, kendisini tedavi etme yetki ve sorumluluğunu hekime vermekte, dolayısıyla da hekim vekil statüsünü üstlenmektedir. Asil-vekil teorisi hasta ile hekim arasında mükemmel bir ilişki kurulamayacağını savunmaktadır. Hasta hekimin, hastalığını ve tedavisinin ne olduğunu bildiğini kabul etmektedir. Buna karşılık hasta alması gereken sağlık hizmetinin ne olduğunu, miktarını ve kalitesini ise bilmemektedir. Yalnızca hastalıktaki büyük iyileşmeler doğrultusunda çok genel değerlendirmeler yapabilmektedir. Bunun yanında, almış olduğu sağlık hizmetinin bedelini kendisi ödemeyip, sağlık sigortası veya herhangi bir sosyal güvenlik kurumu ödemekteyse, bu durumda hastalar tedavinin maliyeti ile pek ilgilenmemekte, fakat hekimden mümkün olduğu kadar fazla yararlanmayı istemektedir. Sağlık sektöründe bilgi asimetrisi problemi, hasta ile hekim arasında olduğu gibi hekim ve sağlık hizmeti sunucuları ile ödeme yapan sağlık sigorta şirketleri, sosyal güvenlik kurumları gibi kurumlar arasında da yaşanmaktadır. Sağlık sektöründeki bu asil-vekil ilişkisi ve bilgi asimetrisi problemleri sağlık hizmeti sunucularının hastalara gerekli tedaviyi sağlayıp sağlamadıkları ve tedavi maliyetlerini sorgulamak açısından ödeme yapan taraflara büyük sorunlar yaratabilmektedir. Bununla birlikte sağlık sigortası şirketleri ile hasta doğru tedavinin alınıp alınmadığı konusunda da bazen ikilemlere düşebilmektedir. Dolayısıyla günümüzde özel sağlık sigortalarının sağlık hizmeti

sunucularından hastaya yapılan ameliyatların video çekimlerini istemelerine dahi tanık olunmaktadır (Maceira 1998, s. 3).

3.1. Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Yöntemleri

Kurumsal sağlık hizmeti sunucularına ödemeler; sosyal sigorta kurumları, sağlık sigorta şirketleri veya diğer hükümet kurumları ile özel ve tüzel kişilikler tarafından kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler veya kaynak aktarımı olarak tanımlanmaktadır (Maceira 1998, s. 1).

Kurumsal sağlık hizmeti sunucularına ödeme yöntemleri arasında harcama kalemlili bütçeler, genel bütçeler, kişi başına ödeme, vaka başına ödeme, hizmet başına ödeme, günlük ödeme yöntemleri yer almaktadır.

3.1.1. Harcama kalemlili bütçeler ve genel (global) bütçeler

Gelişmekte olan ülkelerin hükümetleri, sağlık kurumlarının finansmanını spesifik harcama kalemlerine göre, yani maaş, ilaç, ekipman, bakım-onarım, yakıt, ısınma vb. kategorilere göre yapmaktadır ve sağlık kurumlarındaki yöneticiler de merkezi yönetimin izni olmadan harcama kalemleri veya bütçe kalemleri arasında transfer yapamazlar (Langenbrunner ve Wiley 2002, s. 152).

Sağlık kurumlarında çalışan personel ve yöneticiler, bütçe döneminde bütçe kalemindeki kaynakların tamamını harcama yoluna gitmektedir; çünkü bütçede kalan fazla kaynak hangi amaç için ayrılmışsa, yine ancak o amaç için kullanılması gerekmektedir. Dolayısıyla da bütçe döneminin sonunda bütçe kalemlerinde oluşan fazlalığın gerçek ihtiyaca yönelik olmayan şekilde kullanılması durumu ortaya çıkabilmektedir. Bu tür uygulamalardan dolayı da kamu yöneticilerinin performans değerlendirmeleri yapmaları da bir hayli zorlaşmaktadır. Harcama kalemlili bütçeleme, doğrudan merkezi otorite veya hükümet tarafından yönetilen sağlık sistemlerinde daha çok kullanılmaktadır (Langenbrunner ve Wiley 2002, s. 152). Uygulama söz konusu olduğunda bazı ülkeler harcama kalemleri bütçesi ve genel bütçeden oluşan karma sistemi kullanmaktadır.

Glaser'a (1987) göre genel bütçe; bir yıllık süre içerisinde hastane işletim maliyetlerinin toplam miktarının tahmin edilip hastanelere aktarılmasını içermektedir

ve bu yöntemde hastane gelirlerinin hepsinin veya hemen hemen tamamını hükümetin genel bütçeden aktardığı kaynak oluşturmaktadır (Yıldız 2008, s. 6). Genel bütçe kaynakların verimli kullanımına imkan sağlamaktadır. Verimlilik artışı bütçelerin nasıl oluşturulduğuna ve kamu yöneticilerinin performans değerlendirmelerine bağlı olmaktadır. Genel bütçeler genellikle harcamaların kontrol altına alınmasını sağlamaktadır (Pinto ve Anderson 2001, s. 9).

Barnum vd. (1995) harcama kalemleri bütçeler ve genel bütçelerin hazırlanmasında geçmiş yılların bütçelerinin esas alındığını belirtmektedir. Geçmişteki kaynak kullanım düzeylerine göre bütçelerin oluşturulmasına çalışılmaktadır. Harcama kalemlerine göre ayrı ayrı bütçe hazırlarken sonuçlardan çok hasta yatağı başına, personel başına veya birim maliyet başına gibi normlar ile geçmiş yılın gerçekleşen değerlerine dikkat edilmektedir. Harcama kalemleri bütçeleme verimlilik açısından olumsuz özendiriciler yaratabilmesine rağmen, halen gelişmekte olan ülkelerde en çok kullanılan ödeme yöntemi konumundadır. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık bakanlıklarının merkez teşkilatı, taşra teşkilatında ve sağlık hizmeti sunucularında yeterli bilgi ve beceriye sahip yöneticilerin bulunmadığını öne sürmektedir ve de bu yüzden özellikle sağlık bakanlığının merkez teşkilatı ve diğer sosyal güvenlik mekanizmaları taşra teşkilatı ve sağlık hizmeti sunucularının yöneticilerini kalem bütçeler ile kontrol altına almaya çalışmaktadır. Kalem bütçeler sadece uygulama açısından pratik görünmekte, fakat zaman zaman verimliliği de olumlu yönde etkileyebilmektedir. Kalem bütçeler gerçeğe uygun hazırlandığı takdirde kaynakların israfı önlenmektedir. Kalem bütçeleme dahilinde personelin verimliliğini geliştirmek için performansa dayalı ücretlendirme ve ödüllendirmeye gidilebilmektedir (Top ve Tarcan 2007, ss. 173-174).

Glaser'a (1987) göre hastanelerin yönetsel açıdan yeterli bilgi ve beceride olmaması ve kalite güvencesi uygulamalarında yaşadığı sıkıntılar genel bütçelerin başarı ile uygulanmasındaki önemli engeller arasında bulunmaktadır; çünkü genel bütçeler sağlık hizmeti sunucularına hizmet kalitelerini yükseltme noktasında zayıf özendiriciler sunmaktadır. Meslek birlikleri veya akreditasyon kurumları hastaneler başta olmak üzere sağlık kurumlarının kalite açısından uyması gereken standartları belirlemek durumundadır. Kalite için performans göstergeleri oluşturmanın zor olduğu da unutulmamalıdır. Genel bütçeden daha fazla pay almak için hastanelere

sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmek isteyebilmektedirler, ancak sonuç olarak genel bütçeler kalite açısından zayıf özendiriciler sunmaktadır (Top ve Tarcan 2007, s. 174).

3.1.2. Hizmet başına ödeme yöntemi

Hizmet başına ödeme yöntemi; gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en çok kullanılan ödeme yöntemi konumundadır ve hastaya sunulan her bir hizmet kaleminin bedelinin ödenmesi esasına dayanmaktadır. Spesifik hizmetler başına ve ilaç veya tıbbi araç ve malzemeler kalemleri başına ödeme yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastanelere her bir tedavi aktivitesi ve sağlanan ürün başına ödeme yapılmaktadır (Top ve Tarcan 2007, s. 174-175).

Hizmet başına ödeme yönteminin temel özellikleri şu şekildedir (Langenbrunner ve Wiley 2002, s. 154);

- a. Bu yaklaşım hizmet sunanlara ve hizmeti satın alanlara için yönetsel açıdan avantajlar sağlamaktadır.
- b. Belli sağlık hizmeti veya prosedürüne olan talepler göz önüne alınmaktadır.
- c. Daha fazla sağlık hizmeti veya işlemi eğilimi, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve toplam harcamalar üzerine ters etki yaratabilmektedir.

Tablo 3.1. Hizmet Başına Ödeme Yönteminin Uygulanması

Sunucu	Ödeme Esasları	Hizmet Birimi
Aile hekimleri, dış hekimleri	Fiyat tarifesi	Hizmet
Uzman hekimler	Fiyat tarifesi	Hizmet
Hastaneler	Fiyat tarifesi	Hizmet, Hasta yatış günü (sadece konaklama)
Eczacılar / Eczaneler	Fiyat listesi	İlaç ismi (ilaç kalemi)
Yardımcı sağlık hizmetleri	Fiyat tarifesi	Hizmet
Protezçiler	Fiyat listesi	Parça Başı

Kaynak: Normand, C. ve Weber, A., 1994. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization, s. 62.

Hastanelere hizmet başına ödeme yapmanın olumsuz özendiricileri şunlardır (Chawla vd. 1997, s. 17);

a. Hastaneler hizmetlerin hacmini gereken düzeyden daha fazla artırmak için çok güçlü finansal özendiricilere sahiptir.

b. Hastaneler kendilerine talep yaratma konusunda güçlü özendiricilere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin müşterileri sağlık ihtiyaçlarıyla ilgili kararlarını hizmet sunucusunun tavsiyelerine göre verme eğilimindedir. Bu sebeple hizmet sunucuları hizmet hacmini artırma yönünde özendiricilere sahiptir, bu da hizmetlerin gereksiz kullanımına ve aşırı hizmet sunumuna neden olmaktadır.

c. Sağlık hizmetlerinin gelir seviyesi yüksek yerleşim yerlerine kaymasını sağladığından, coğrafik ve sosyal adaletsizliklere neden olabilmektedir.

d. Sağlık hizmetlerinde yolsuzluğu artırabilmektedir.

Hizmet başına ödeme yönteminin hastalar üzerindeki olumlu etkileri şu şekildedir (Chawla vd. 1997, s. 17);

a. Kompleks ve yoğun bakıma ihtiyacı olan hastaların tedaviden yoksun bırakılması söz konusu değildir.

b. Hasta için doktorunu seçmek veya herhangi bir zamanda değiştirmek göreceli olarak basit ve açıktır.

Hizmet başına ödeme yönteminin hastalar üzerindeki olumsuz etkileri ise şu şekildedir (Chawla vd. 1997, s. 17);

a. Hasta için en büyük risk doktorun aşırı bakım ve gereksiz müdahalede bulunmasıdır. Hastalar için doktorun üstün tıp bilgisine güvenmek ve önerdiği bakım planını kabul etmek olağan bir durumdur.

b. Koruyucu sağlık hizmetleri ve bakımın ikinci plana itilmesi söz konusu olabilmektedir; çünkü sağlık profesyonelleri genellikle teknoloji yoğun ve yüksek gelir getirici sağlık hizmeti kalemlerine yönelmektedir.

Hizmet başına ödeme yöntemi; sağlık sistemi verimliliğinin yükseltilmesinde başarılı olmasına rağmen, arzın talep yaratmasından dolayı sistemin gereksiz hizmet sunması sonucu sağlık hizmeti harcamalarının hızla artmasına neden olmaktadır (Langenbrunner ve Wiley 2002, s. 154).

3.1.3 Kişi başına ödeme yöntemi

Bu yöntemde, belirlenen hizmet paketindeki sağlık hizmeti giderlerinin finanse edilmesi için, hastanelere sigortalı her birey için belli bir dönemi kapsayan sabit bir miktarda ödeme yapılmaktadır (Chawla vd. 1997, s. 10).

Barnum vd. (1995) kişi başına ödeme yönteminin, sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapanlara göre daha yüksek finansal risk getirmekte olduğunu savunmaktadır. Bu durum da, sağlık hizmeti sunucuları üzerinde maliyet kontrolü ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında maliyet etkililiği sağlama konusunda baskı yaratmaktadır. Bununla birlikte bu yöntem, sağlık hizmetleri için ödeme yapan kurum veya mekanizmaların maliyetlerini daha iyi analiz, kontrol ve tahmin etmelerine olanak sağlamaktadır (Top ve Tarcan 2007, s. 176).

Kişi başına ödeme yöntemi hakkındaki genel özellikler şu şekildedir (Langenbrunner ve Wiley 2002, s. 156);

a.- Diğer deme modellerinde olduğu gibi bu modelde de hizmetler ve maliyetler hakkında kapsamlı veriye ulaşabilme imkanı sağlanmaktadır.

b. deme yapan kurumlar genellikle geçmişteki kişi başına demeler, sağlık hizmetleri kullanımı, sosyal eşitlik, diğer risklerin uyumlaştırılması ve vaka karması uyumlaştırılması gibi kriterlere göre kişi başına ödemeyi belirlemeyi çalışmaktadır.

c. Sağlık hizmeti sunucuları için yönetsel ve operasyonel açıdan en kompleks ve riskli ödeme modelidir.

d. Gelir limitleri dahilinde hizmet türlerine göre güçlü zendiriciler vardır, fakat kişi başına ödemelerin çok düşük düzeyde olması durumunda sağlık hizmetlerinin kalitesi olumsuz yönde etkilenir.

Kişi başına ödeme yöntemi uygulanırken, kişi başına ödeme miktarının belirlenmesi için kullanılan formüllerin ve yaklaşımların iyi seçilmesi gerekmektedir (Chawla vd. 1997, s. 10). Barnum vd. (1995) kullanılacak formüllerin oluşturulmasında demografik göstergeler, sağlık sunucularının bakmakla yükümlü olduğu nüfusun sağlık ihtiyaçları ve sağlık riskleri konularında yeterli veriye sahip olunması gerektiğini ifade etmektedir. Kişi başına ödeme yöntemi, bu özellikleri sebebiyle genel bütçelerin bireysel boyutu olarak da düşünülebilmektedir (Top ve Tarcan 2007, s. 177).

Kişi başına ödeme yöntemindeki risk seçimi, maliyet kontrolü ve kalite sınırlandırması sorunlarını çözmek için bazı öneriler bulunmaktadır. Bu öneriler (Barnum vd. 1995, s. 7; Top ve Tarcan 2007, s. 177);

- a. Belli sağlık hizmetlerinin kişi başına ödeme yöntemi kapsamına alınması,
- b. Tercih edilen risk seçimine göre uygulamalar ve düzenlemeler yapma,
- c. Fon sahipleri veya sağlık hizmeti sunucularının üyelerinin kayıtlarında esnek olmaları ve üye kayıtlarında rekabet yaratma.

Tablo 3.2. Kişi Başına Ödeme Yönteminin Uygulanması

Sunucu	Ödeme Esasları	Hizmet Birimi
Aile hekimleri, diş hekimleri	Kayıtlı hasta başına sabit ücret	Belirli zaman aralığındaki tüm sağlık hizmetleri
Uzman hekimler	Uygulanması zor (uzman kişi başı ödeme yapan bir hastanede çalışmadıkça)	-
Hastaneler	Kayıtlı hasta başına sabit ücret	Belirli zaman aralığındaki tüm sağlık hizmetleri
Eczacılar / Eczaneler	Genellikle uygulanamaz	-
Yardımcı sağlık hizmetleri	Uygulanamaz	-
Protezçiler	Uygulanamaz	-

Kaynak: Normand, C. ve Weber, A., 1994. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization, s. 72.

3.1.4. Vaka başına ödeme yöntemi

Glaser (1987) vaka başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti sunucusuna hastalık veya vaka başına tüm hizmetler için önceden belirlenmiş miktarlara göre ödeme yapıldığını ifade etmektedir. Vaka ödeme yönteminin basit modelinde aynı tedavi süreçlerini gerektiren ve benzer miktarda kaynak kullanımı olan hastalık grupları için benzer vaka kategorilerine göre ödemeler yapılmaktadır (Top ve Tarcan 2007, s. 178). Vaka başına ödeme yöntemi tek vaka başına değil de vaka gruplarına

göre yapılacaksa, vakalar arasındaki homojenliğin ve eşit kaynak kullanımının sağlanması gerekmektedir (Telyukov 2001, s. 6). Vaka başına ödeme sağlık hizmeti sunucularına daha çok sağlık hizmeti üretme ve sunma konusunda önemli özendiriciler sağlamaktadır. ABD, Arjantin, Brezilya, Macaristan gibi ülkelerde hastanelere ödeme yöntemi olarak çoğunlukla vaka başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır (Langenbrunner ve Wiley 2002, s. 155).

Vaka başına maliyetlerin sınırlandırılması, vaka başına ödemelerin sağlık hizmeti sunucularına sağladığı en büyük özendirici konumundadır. Vaka veya teşhis özelliklerine göre sonuçların ölçülmesi, hastanelere maliyetlerini minimize etmek ve kontrol altına almak için önemli avantajlar sağlamaktadır. Vaka başına ödeme, hastanelerin tedavi maliyeti düşük vakalara daha çok ağırlık vermesine neden olabilmektedir. Bu durumda hastaneler, ödeme miktarının maliyetlerden fazla olduğu garantili vakaların tedavisine yönelebilmektedir (Chawla vd. 1997, s. 19). Vaka başına ödeme, vaka başına maliyetin azalması için sağlık hizmeti sunucularına önemli özendiriciler sağlarken, sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda da önemli endişelere neden olabilmektedir.

Vaka başına ödeme yönteminde vakalar detaylandırıldıkça, hem sağlık hizmeti sunucuları hem de ödeme yapan fon sahipleri için yönetim maliyetleri de önemli derecede artmaktadır. Vaka başına ödeme yönteminde fon sahibi ödeyiciler ve hizmet sunucuları arasında sürekli veri akışı, ödemelerin takibi, vakaların çift taraflı kontrolü için yönetim bilgi sistemlerinin gerekli altyapısının oluşturulması gerekmektedir. Fon sahibi ödeyiciler veya hükümetin idari kurumu hasta protokollerindeki yönetim bilgisini artırmalı ve yeni teknoloji ve ilaçların durumuna göre vaka başına ödeme miktarlarını güncelleyici düzenlemeler getirmelidir. Periyodik aralıklarla vaka başına ödeme miktarlarının yeniden ayarlanması oldukça zor bir süreçtir. Bu işlem hizmet başına ödeme yönteminde biraz daha kolay olmaktadır (Barnum vd. 1995, s. 13; Normand ve Weber 1994, s. 66; Top ve Tarcan 2007, s. 180).

Tablo 3.3. Vaka Başına Ödeme Yönteminin Uygulanması

Sunucu	Ödeme Esasları	Hizmet Birimi
Aile hekimleri, dış hekimleri	Fiyat tarifesı	Teşhis
Uzman hekimler	Toplam ödeme Fiyat tarifesı	Ortalama Vaka Teşhis
Hastaneler	Toplam ödeme Fiyat tarifesı	Ortalama Vaka Teşhis
Eczacılar / Eczaneler	Uygulanamaz	-
Yardımcı sağlık hizmetleri	Fiyat tarifesı	Teşhis
Protezçiler	Uygulanamaz	-

Kaynak: Normand, C. ve Weber, A., 1994. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization, s. 65.

3.1.5. Günlük ödeme yöntemi

Günlük ödemeler hastanın tedavi uzunluğuna göre yapılmaktadır. Bu yöntem sadece hastane ödemelerinde kullanılmaktadır (Pinto ve Anderson 2001, s. 12). Günlük ödeme, hastaya verilen günlük hizmetlerin hepsini kapsamaktadır.

Hastaya verilen tıbbi tedavi, ilaçlar, bandajlar, protezler, konaklama gibi unsurlara ait harcamalar günlük ödeme kapsamına alınmaktadır (Pinto ve Anderson 2001, ss. 12-13). Günlük ödeme ücretleri sunucu ile sağlık fonu arasındaki müzakerelerden sonra belirlenmektedir. Dolayısıyla bir üniversite hastanesi ile kırsal alandaki bir hastaneye yapılacak günlük ödeme arasında fark olması beklenmektedir (Normand ve Weber 1994, s. 67).

Günlük ödeme yönteminin temel özellikleri şu şekildedir (Langenbrunner ve Wiley 2002, s. 154);

- a.** İhtiyaç duyulan veriye genellikle ulaşılmaktadır.
- b.** Hizmet sunanlar ve hizmeti satın alanlar için yönetsel açıdan oldukça yararlıdır.
- c.** Hastanelerin ödemeleri yükseltmek için hastaları daha çok yatırma eğilimleri, sağlık hizmetlerine ulaşma, kalite ve harcamalar üzerine negatif etkiler yapmaktadır.

d. Hasta günü esas alındığından verilen hizmetin kalitesi dikkate alınmaz.

Günlük ödeme yöntemi göreceli olarak kolaylıkla uygulanabilmektedir. Personel, materyal ve yatırım gibi maliyetlerin göz önüne alınarak ödenebilir maliyetlerin ayrıntılı olarak açıklanması gerekmektedir. Genellikle bir yıllık süreç içinde hastanelerin birim hasta günü başına maliyetleri belirlenmelidir. Yıl içindeki hastane toplam maliyetinin toplam yatılan hasta günü sayısına bölümünden hasta günü başına yıllık maliyet elde edilmektedir (Normand ve Weber 1994, s. 67).

Tablo 3.4. Günlük Ödeme Yönteminin Uygulanması

Sunucu	Ödeme Esasları	Hizmet Birimi
Aile hekimleri, diş hekimleri	Uygulanamaz	
Uzman hekimler	Uygulanamaz	
Hastaneler	Sabit veya ayarlanabilir ücret / fiyat	Yatılan hasta günü
Eczacılar / Eczaneler	Uygulanamaz	
Yardımcı sağlık hizmetleri	Sabit veya ayarlanabilir ücret / fiyat	Gün
Protezçiler	Uygulanamaz	

Kaynak: Normand, C. ve Weber, A., 1994. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization, s. 67.

3.1.6. Prim ödeme yöntemi

Prim ödemesi yöntemi, sağlık hizmeti sunucularına ürettikleri hizmetin niceliğine ve niteliğine bağlı olarak yapılmaktadır. Bu yöntem, hizmet sunuculara yapılacak ödemelerde tek başına kullanılabileceği gibi, diğer ödeme yöntemleriyle birlikte de kullanılabilmektedir. Primler bazı koruyucu hizmetler için geliştirilen hedefler için de yapılabilir (Normand ve Weber 1994, s. 69).

Prim ödeme sisteminin oluşturulması her şeyden önce etkili bir amaç izleme ve değerlendirme gerektirmektedir. Aksi halde prim almak için yolsuzluk veya görevi kötüye kullanma gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir (Normand ve Weber 1994, s. 69).

Tablo 3.5. Prim Ödeme Yönteminin Uygulanması

Sunucu	Ödeme Esasları	Hizmet Birimi
Aile hekimleri, diş hekimleri	Bir seferde toplam ödeme (lump sum)	Spesifik amaçlar (örneğin, bağışıklanan belli hasta oranı)
Uzman hekimler	Bir seferde toplam ödeme (lump sum)	Spesifik amaçlar Spesifik davranış kalıpları
Hastaneler	Bir seferde toplam ödeme (lump sum)	Spesifik amaçlar Spesifik davranış kalıpları
Eczacılar / Eczaneler	Uygulanamaz	
Yardımcı sağlık hizmetleri	Uygulanamaz	
Protezçiler	Uygulanamaz	

Kaynak: Normand, C. ve Weber, A., 1994. Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization, s. 68.

3.2. Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırması

Hastane ödeme yöntemleriyle ilgili açıklamaları verilmiş olan harcama kalemleri bütçe, genel bütçe, kişi başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi, günlük ödeme yöntemi ve hizmet başına ödeme yönteminin; ödeme birimleri, ileriye veya geriye dönük ödeme olmaları, tanımları, avantajları, dezavantajları ve finansal riskleri açısından karşılaştırması şu şekilde olmaktadır (Wouters 1999, ss. 4-5);

i. Harcama Kalemleri Bütçe

- **Ödeme birimi:** Genellikle yıl esasına dayalı fonksiyonel bütçe kategorileridir.
- **İleriye veya geriye:** İkisinden biri tercih edilir.
- **Tanım:** Bütçe spesifik kaynaklar veya fonksiyonlara göre genellikle yıllık olarak dağıtılır. Bütçe kategorileri maaşlar, ilaç, tıbbi malzeme, ısınma, haberleşme, yakıt, yiyecek, yönetim vb. kalemlerden oluşmaktadır.
- **Avantajları:** Göreceli olarak basittir.
- **Dezavantajları:** Kaynak kullanımında esneklik azdır. Bununla birlikte bütçe fazlasını harcama eğilimi bulunmaktadır, çünkü geçmiş yıl harcamaları temel alındığından bütçede azalmasını önlemek için bütçe fazlası gereksiz yere de harcanabilmektedir. Bütçe çok düşük tutulduğu takdirde hizmetlerde sınırlandırma

sorunu ortaya çıkabilmektedir. Kompleks vakalarda bütçe baskısından dolayı başka yere hastaları sevk etme durumu söz konusu olabilmektedir.

- **Finansal risk:** Sunucu ve ödeyici için düşük finansal risk bulunmaktadır.

ii. Genel Bütçe

- **Ödeme birimi:** Sağlık kurumu (hastane, klinik, sağlık merkezi, dispanser vb.).
- **İleriye veya geriye:** İleriye dönük.

- **Tanım:** Belli bir süre için kapsamdakilere toplam sabit ödemedir. Bazen dönem sonunda bazı düzeltmeler yapılabilmektedir. Geçmiş yılların bütçeleri, kullanım araştırmaları, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlere göre kişi başına ödemeler vb. farklı formüllerden yararlanabilmektedir.

- **Avantajları:** Kaynak kullanımında esneklik sağlamaktadır. Kompleks vakalar için genel formüllerdeki vaka karmaşı düzeltmeleri bütçe miktarları ile bağlantılı olabilmektedir. Çocuklar, yaşlılar gibi özel nüfus gruplarının ödemeleri için de düzeltme yapılabilmektedir. Farklı departmanlarda kaynakların verimli ve etkili kullanımına olanak sağlamaktadır.

- **Dezavantajları:** Bütçe çok düşük tutulduğu takdirde hizmetlerde sınırlandırma sorunu ortaya çıkabilmektedir. Kompleks vakalarda bütçe baskısından dolayı hastaları başka yere sevk etme durumuyla karşılaşılabilir. Piyasadaki eğilim yerine daha çok yapay harcama eğilimi bulunmaktadır. Genellikle harcamalarla performans göstergeleri arasında ilişki yoktur. Genel bütçe çok sınırlı sağlık hizmetini kapsama alırsa, bu durumda sağlık sunucuları hastaları genellikle başka kurumlara sevk ederek maliyetlerini düşürmeye çalışır.

- **Finansal risk:** Sunucuya yüksek risk, ödeyiciye düşük finansal risk sağlamaktadır.

iii. Kişi Başına Ödeme

- **Ödeme birimi:** Yıllık kişi başına ödemedir.
- **İleriye veya geriye:** İleriye dönüktür.

- **Tanım:** Her bir kayıtlı hasta için sağlık hizmeti sunucusuna sabit bir ödeme yapılmaktadır. Ödeme belli bir zaman diliminde tanımlanan hizmet paketindeki maliyetleri kapsamaktadır. Bazı durumlarda sorumlu hizmet sunucu kendisinin sunmadığı hizmeti başka sunuculardan satın alabilir.

- **Avantajları:** Kaynak kullanımında esneklik sağlamaktadır. Daha fazla hizmet fayda paketi kapsamına alınabilmektedir. Kaynaklar hizmet verilen nüfus ve sağlık ihtiyaçları ile yakından ilişkilidir. Özel nüfus grupları için kişi başına ödemede bazı düzenlemeler yapılabilmektedir.

- **Dezavantajları:** Hizmet sunucular maliyetleri kontrol altına alabilmek için kaliteden ödün verebilmektedir. Kişi başına ödeme çok düşük olduğu takdirde, hizmet sınırlandırması durumu ortaya çıkabilmektedir. Kişi başına ödeme, hizmet sunucuların sağlıklı hastalara yani gideri düşük hastalıklara yönelmelerine yol açabilmektedir. Hastaların sağlık hizmeti sunucusunu seçim şansı azalmaktadır.

- **Finansal risk:** Sunucuya yüksek risk, ödeyiciye düşük finansal risk sağlar.

iv. Vaka Başına Ödeme

- **Ödeme birimi:** Vaka başına ödemedir.

- **İleriye veya geriye:** İleriye dönüktür.

- **Tanım:** Belli bir hastalık veya vaka için tüm hizmetleri kapsayan sabit bir ödeme yapılmaktadır. Hasta sınıflandırma sistemleri hastaları teşhis veya yapılan prosedüre göre sınıflandırmaktadır. Çoğunlukla yatan hastalar için sınıflandırma bulunmaktadır. Bunun yanında poliklinik hastaları için de sınıflandırmalar geliştirilmektedir.

- **Avantajları:** Kaynak kullanımında esneklik sağlamaktadır. Hasta sınıflandırma sistemi ile performans izleme ve değerlendirme kolaylaşabilmektedir.

- **Dezavantajları:** Hastaneler gelirlerini artırmak için daha çok vakayı tedavi ettiklerini beyan edebilmektedirler. Dolayısıyla gereksiz yatışlar yapabilir, bazen de bir hastayı iki kez yatmış gibi gösterebilmektedirler.

- **Finansal risk:** Sunucuya ve ödeyiciye orta düzeyde finansal risk sağlamaktadır.

v. Günlük Ödeme

- **Ödeme birimi:** Farklı hastane departmanları için gün başıdır.

- **İleriye veya geriye:** İleriye dönüktür.

- **Tanım:** Bir hasta günü boyunca sağlanan bütün hizmet maliyetlerinin toplamı miktarında ödemedir.

- **Avantajları:** Kaynak kullanımında esneklik sağlamaktadır.

- **Dezavantajları:** Hasta günü başına ödeme kompleks vakalarda hastaların daha çok yatmasını sağlamaktadır. Hastane gelirlerini artırmak için yatılan hasta günü sayısını yüksek gösterme eğiliminde olabilmektedir.

- **Finansal risk:** Sunucuya düşük risk, ödeyiciye yüksek finansal risk sağlamaktadır.

vi. Hizmet Başına Ödeme

- **Ödeme birimi:** Hizmet birimi başına ödemedir.

- **İleriye veya geriye:** Geriye dönüktür.

- **Tanım:** Farklı hizmet kalemleri için ayrı ödemeler yapılmaktadır.

- **Avantajları:** Kaynak kullanımında esneklik sağlamaktadır. Ödeme verilmesi gereken hizmetle doğrudan ilişkilidir.

- **Dezavantajları:** Gereksiz hizmet sunumu veya aşırı hizmet kullanımı söz konusu olabilmektedir. Hizmet sunucu gelirini artırmak için sağlanan hizmetlerin sayısını artırma, yani gereksiz ilave hizmet sunma eğiliminde bulunabilmektedir. Hizmet sunucu, her tıbbi hizmet için fatura ve kayıt yaptırmak zorundadır.

- **Finansal risk:** Sunucuya düşük risk, ödeyiciye yüksek finansal risk sağlamaktadır.

4. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU TARAFINDAN SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI SAĞLANAN HASTANELERİN YAPILAN ÖDEME YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORUNLARI ALGILAMA BİÇİMLERİ (İSTANBUL İLİNDE BİR UYGULAMA)

4.1. Araştırmanın Konusu

Bu çalışma; Türkiye’deki sosyal güvenlik kurumu tarafından sağlık hizmetleri finansmanı sağlanan hastanelere yapılan ödeme yöntemlerinin incelenmesi ve İstanbul’da yer alan hastanelerdeki ödeme yöntemleriyle ilgili mevcut durumun, yaşanan problemlerin ve çözüm önerilerinin değerlendirilmesi ile ilgilidir.

4.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; sağlık hizmetleriyle ilgili yapılan harcamaların araştırılarak, bu harcamaların finansmanına yönelik yöntemlerin ve kaynakların belirlenmesi, ödeme yöntemlerinin açıklanması ve ödeme yöntemlerinin karşılaştırılması ile bu konuda farkındalık yaratmayı sağlayacak akademik bir çalışma ortaya koymaktır.

4.3. Araştırmanın Yöntemi

Kuramsal çerçeve açısından bu çalışma; bir saha çalışması kapsamında olmakla birlikte tanımlayıcı nitelikte olup, veri toplanmasında anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin oluşturulması sürecinde ödeme yöntemleri üzerine gerekli literatür taraması yapılmış olup, bu çalışmanın veri toplama aracını oluşturan anket hazırlanmış ve ekte sunulmuştur.

Verilerin toplanması ve anket formunun uygulanması sürecinde; İstanbul Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi’ne fatura teslimi yapan hastaneler ve bu hastanelerin çalışanlarından faydalanılmıştır. Dolayısıyla Merkez’e fatura teslimi yapan hastaneler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçiminde ise oransız küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Dağıtılan toplam 300 anketten 193’üne geri dönüş yapılmıştır.

Verilerin analizi ve yorumlanması aşamasında; oluşturulan anket formunun uygulanması sonucu elde edilen veriler, SPSS 17 yazılım programına aktararak

frekans ve yüzde dağılımları, aritmetik ortalamalar ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistik veriler saptanmış ve sonrasında da önceden belirlenmiş olan hipotezlerin geçerliliği test edilmiştir.

Literatür taraması neticesinde tezin konusunu ve içeriğini oluşturan öğelerin bilimsel yöntemler kullanılarak araştırılması, tanımlanması ve açıklanması ile birlikte hazırlanan anket formunun uygulanmasını müteakip, gerekli veri analizleri ve hipotez testlerinin yapıp değerlendirilmesi neticesinde tez sonuçlandırılmaktadır.

4.4 .Araştırmanın Varsayım ve Hipotezleri

Varsayımlar:

1. Veri toplama aracı olan ankette yer alan sorular, araştırma konusunun test edilebilmesi için sayıca ve anlam bakımından yeterli olacaktır.
2. Hizmet sunanların ve alanların görüşme sorularına verdikleri yanıtların güvenilir olduğu varsayılacaktır.
3. Araştırma konusunu test etmede kullanılan istatistiksel analizler, bu konularda yapılan araştırmalarda sıklıkla kullanılmakta olup, yeterli ve geçerli kabul edilecektir.

Hipotezler:

Türkiye de Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlık hizmet sunucularına yapılan geri ödemelerde; hastanelerden, sosyal güvenlik kurumundan ve mevzuattan kaynaklanan bazı sorunlara ve bunlara ilişkin çözüm önerilerine katılım derecesi hastane türlerine ve sağlık kurum yetkililerinin unvan ve pozisyonlarına ayrıca eğitim durumlarına göre farklılık göstermektedir.

Alt Hipotezler:

1. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan geri ödemelerde sağlık hizmet sunucularından kaynaklanan sorunların algılanış biçimleri hastane türlerine göre değişiklik göstermektedir.
2. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan geri ödemelerde sosyal güvenlik kurumundan kaynaklanan sorunların algılanış biçimleri hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.

3. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan geri ödemelerde mevzuat kaynaklı sorunların algılanış biçimi hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.

4. Geri ödeme ile ilgili sorunlara çözüm önerileri hastane yetkililerinin eğitim, pozisyon ve görev unvanlarına göre değişiklik göstermektedir.

4.5. Anket Sorularının Hazırlanması

Anket oluşturma sürecinde, konu ile ilgili olarak literatür taraması yapılmış ve akademik danışman görüşü alınmıştır. Oluşturulan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde anketin uygulanacağı hastane ve hastanede çalışıp bu anketi dolduran bireylere ait görev unvanı, çalışılan hastane türü, çalışma süresi, eğitim durumu gibi demografik özellikler yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde ise; tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin sağlık hizmeti sunucularından; ödeme yapan kurumlardan ve mevzuattan kaynaklanan sorunlar ile bunların olası çözüm önerilerine ilişkin kişilerin değerlendirmelerine yönelik sorular yer almaktadır. Anketin ikinci bölümünde yer alan sorunlar ve bunların olası çözüm önerileri ile ilgili ifadeler anket uygulayıcılarının katılma dereceleri 5’li Likert ölçeği esasına göre hazırlanmıştır. Bahsedilen bu ifadeler için “1” numara kesinlikle katılmıyorum, “2” numara katılmıyorum, “3” numara fikrim yok, “4” numara katılıyorum, “5” numara ise kesinlikle katılıyorum şeklindedir. Veri toplama aracı olan anket çalışmanın sonunda ek (Ek-1) olarak verilmiştir.

Veri toplama işlemi, 17 Mart 2012 – 5 Şubat 2013 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Hazırlanan anket formu, araştırmacı tarafından araştırma evreninde yer alan hastane yöneticilerine bizzat elden dağıtılmıştır.

Tablo 4.1. Anketin Boyutları ve Anketin Güvenirliği

Anketin Boyutları	Soru Sayısı	Güvenirlik Katsayısı (Alpha Değeri)
Sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunlar	11	%86.80
Ödeme yapan kurumlardan kaynaklanan sorunlar	11	%92.80
Mevzuattan kaynaklanan sorunlar	7	%86.30
Olası çözüm önerileri	11	%88.40
Anketin Genel Güvenirliği	40	%93.70

Tablo 4.1’de araştırmanın verilerini toplamak için geliştirilen anketin güvenilirlik çalışmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo 4.1 incelendiğinde anketin boyutsal ve genel güvenilirlik katsayısının oldukça yüksek olduğu (%86.30-%93.70) görülmektedir.

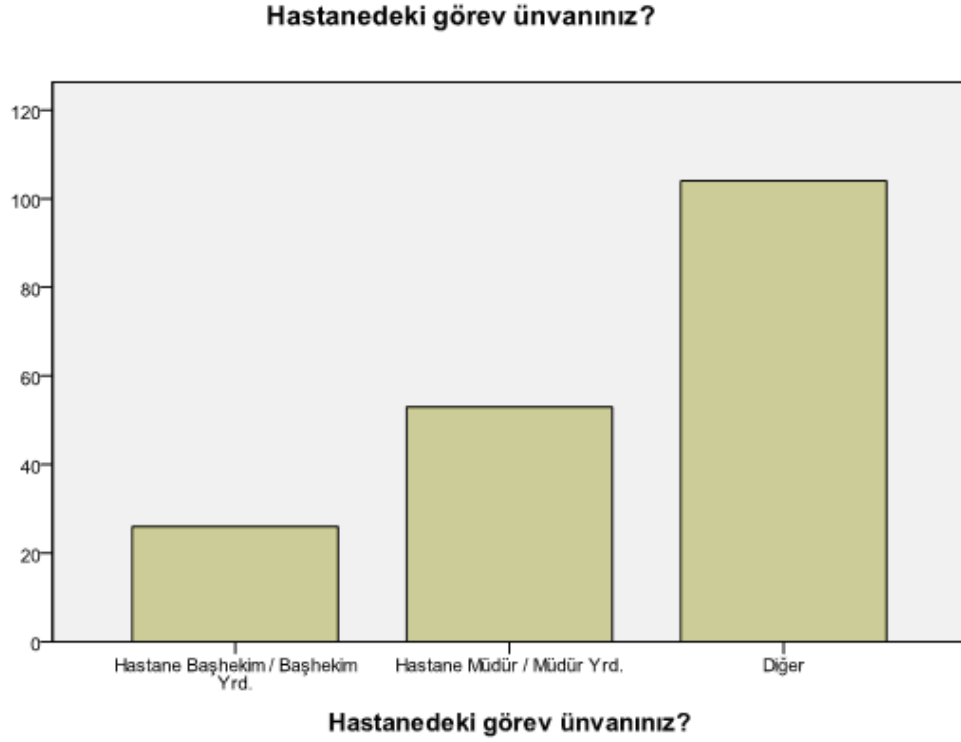
4.6. Verilerin Analizi

Anketin hastanelerde ilgili personele uygulanmasını müteakip, doldurulan anketler neticesinde elde edilen veriler bilgisayarda girilmiş ve araştırma amaçlarını test etmek için gerekli olan tanımlayıcı istatistikler ile grup ortalamaları arasındaki farklılığın önemlilik testleri uygulanmıştır. İki grup arasındaki farklılıkların önemlilik testi için parametrik bir test olan “t” testi uygulanmıştır. Araştırma kapsamında ikiden fazla grup karşılaştırmasında gruplara düşen denek sayısı heterojen olduğu için ve bazı gruplarda denek sayısı çok az olduğu için, non-parametrik bir test olan Kruskal Wallis testi de uygulanmıştır. Bu istatistiksel çözümlerlerin yapılmasında, Statistical Package for Social Science for Windows 17 (SPSS - 17) yazılım programı kullanılmıştır.

4.7. Araştırma Bulguları

Tablo 4.2. Hastane Personelinin Hastanedeki Görev Unvanı

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	13,5	14,2	14,2
Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	27,5	29,0	43,2
Diğer	104	53,9	56,8	100,0
Toplam	183	94,8	100,0	
Cevapsız	10	5,2		
Toplam	193	100,0		

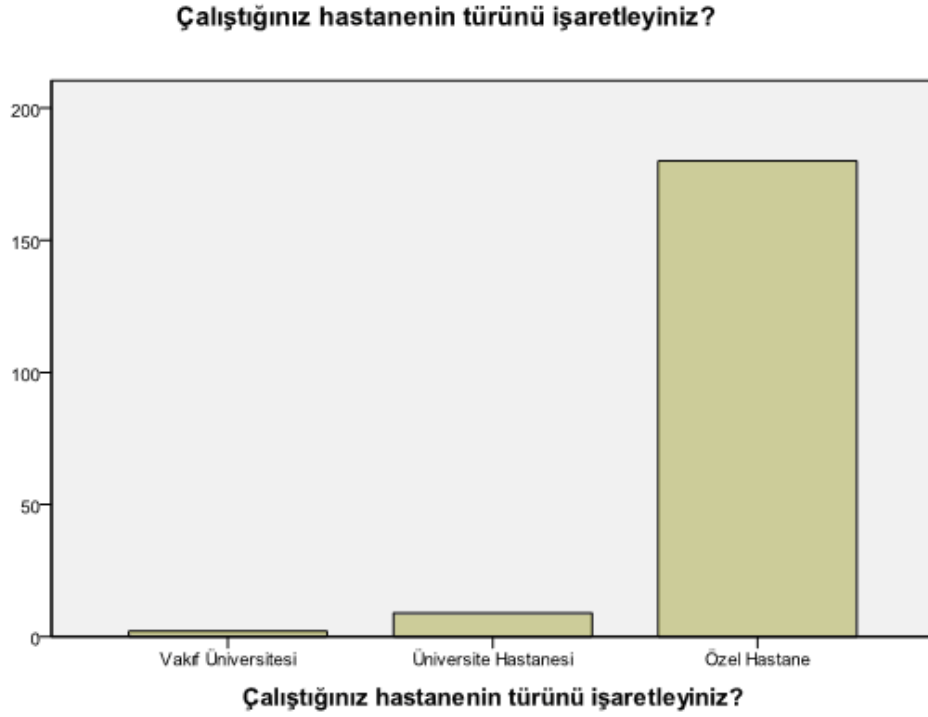


Şekil 4.1. Hastane Personelinin Hastanedeki Görev Ünvanı

Tablo 4.2, araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin hastanedeki görev unvanlarını belirtmektedir. Buna göre, Tablo 4.2’den görüleceği üzere; araştırma kapsamındaki personelin %13.5’i başhekim veya başhekim yardımcısı iken, %27.5’i müdür veya müdür yardımcısı, %53.9’u ise diğer görevlerde faaliyet gösteren personelden oluşmaktadır. Bununla birlikte ankete katılanların %5.2’si görev unvanlarını belirtmemişlerdir.

Tablo 4.3. Hastane Türü

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Vakıf Üniversitesi	2	1,0	1,0	1,0
Üniversite Hastanesi	9	4,7	4,7	5,8
Özel Hastane	180	93,3	94,2	100,0
Toplam	191	99,0	100,0	
Cevapsız	2	1,0		
Toplam	193	100,0		



Şekil 4.2. Hastane Türü

Tablo 4.3, araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin çalışmakta olduğu hastanenin türü ile ilgilidir. Buna göre, Tablo 4.3'ten görüleceği üzere; araştırma kapsamındaki personelin %1'i vakıf üniversitesi hastanelerinde, %4.7'si üniversite hastanelerinde, %93.3'ü ise özel hastanelerde görev yaparken; ankete katılanların %1'i ise çalıştıkları hastanenin türünü belirtmemiştir

Tablo 4.4. Bulunulan Görevde Çalışma Süresi

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
5 yıldan az	63	32,6	32,8	32,8
6-10 yıl	86	44,6	44,8	77,6
11-15 yıl	31	16,1	16,1	93,8
16-20 yıl	10	5,2	5,2	99,0
20 yıldan fazla	2	1,0	1,0	100,0
Toplam	192	99,5	100,0	
Cevapsız	1	,5		
Toplam	193	100,0		

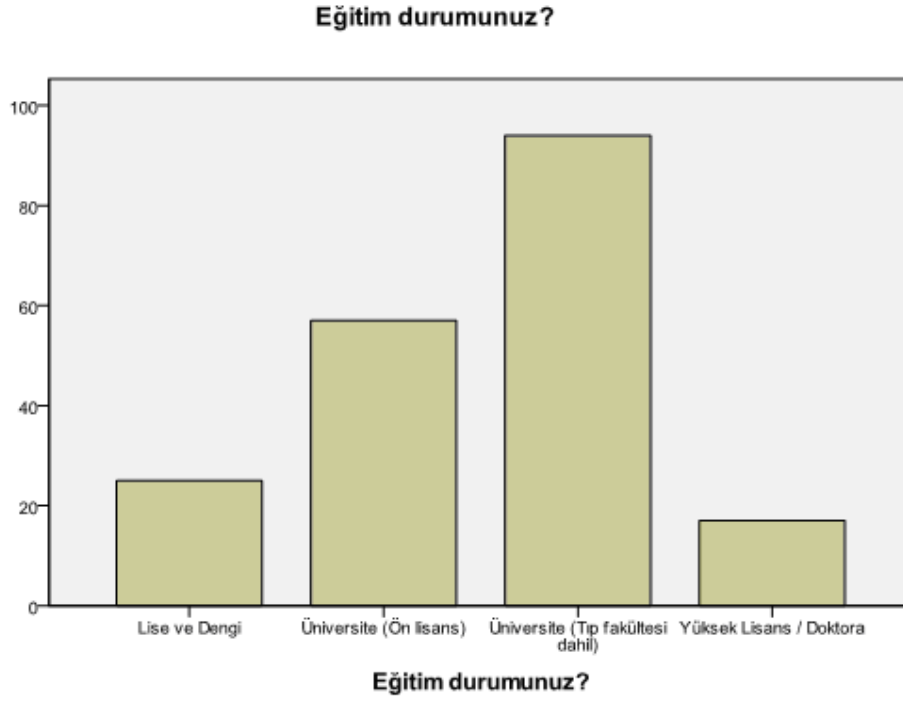


Şekil 4.3. Bulunulan Görevde Çalışma Süresi

Tablo 4.4. araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin bulunduğu görevde çalışma süresini belirtmektedir. Buna göre, Tablo 4.4'ten görüleceği üzere; araştırma kapsamındaki personelin %32.6'sının bulunduğu görevde çalışma süresi 5 yıldan az, %44.6'sının 6-10 yıl arasında, %16.1'inin 11-16 yıl arasında, %5.2'sinin 16-20 yıl arasında, %1'inin 20 yıldan fazla iken, ankete katılanların %0.5'i bulunduğu görevde çalışma süresini belirtmemiştir.

Tablo 4.5. Eğitim Durumu

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Lise ve Dengi	25	13,0	13,0	13,0
Üniversite (Ön lisans)	57	29,5	29,5	42,5
Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	94	48,7	48,7	91,2
Yüksek Lisans / Doktora	17	8,8	8,8	100,0
Toplam	193	100,0	100,0	

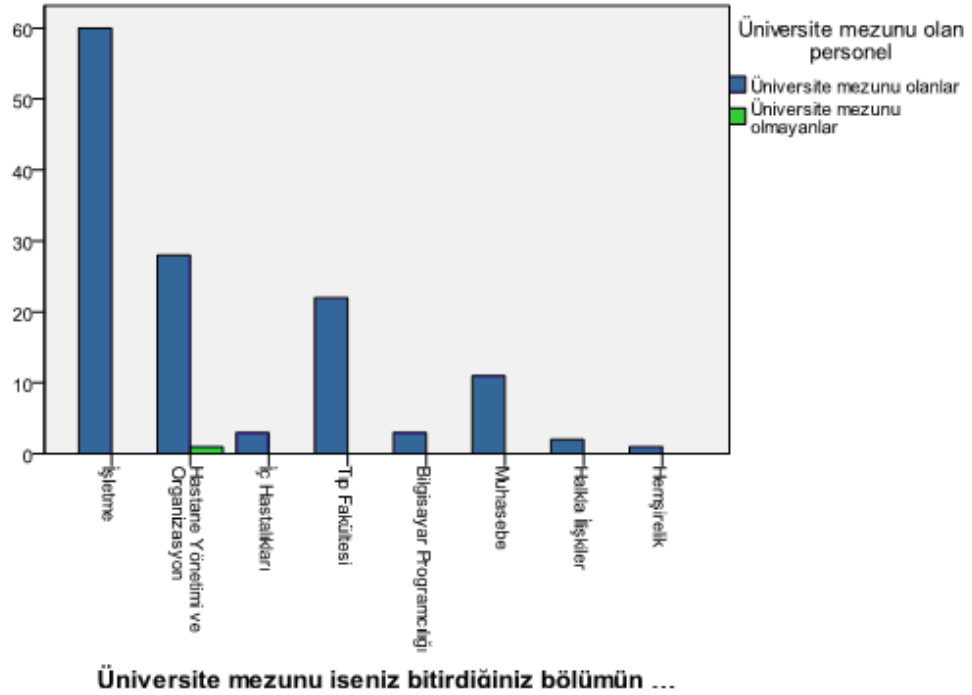


Şekil 4.4 Eğitim Durumu

Tablo 4.5. araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin eğitim durumunu ifade etmektedir. Buna göre, Tablo 4.5'ten görüleceği üzere; araştırma kapsamındaki personelin %13'ü lise ve dengi, %29.5'i üniversite (ön lisans), %48.7'si üniversite (tıp fakültesi dahil), %8.8'i ise yüksek lisans / doktora mezunudur.

Tablo 4.6. Üniversite Mezunu Olan Personelin Bitirdiği Bölümün Adı

		Üniversite mezunu olan personel		Toplam
		Üniversite mezunu olanlar	Üniversite mezunu olmayanlar	
Üniversite mezunu iseniz bitirdiğiniz bölümün adını yazınız	İşletme	60	0	60
	Hastane Yönetimi ve Organizasyon	28	0	28
	İç Hastalıkları	3	0	3
	Tıp Fakültesi	22	0	22
	Bilgisayar Programcılığı	3	0	3
	Muhasebe	11	0	11
	Halkla İlişkiler	2	0	2
	Hemşirelik	1	0	1
Total		130	0	130



Şekil 4.5 Üniversite Mezunu Olan Personelin Bitirdiği Bölümün Adı

Tablo 4.6. araştırma kapsamında ulaşılan hastane personeli içerisinde üniversite mezunu olanların mezun oldukları bölümü ifade etmektedir. Toplam 168 kişinin üniversite mezunu olarak saptanmış olduğu araştırmada 130 personel mezun olduğu bölümü belirtmiştir. Buna göre, Tablo 4.6'dan görüleceği üzere; araştırma kapsamındaki personelden 60'ı işletme, 28'i hastane yönetimi ve organizasyon, 3'ü iç hastalıkları, 22'si tıp fakültesi, 3'ü bilgisayar programcılığı, 11'i muhasebe, 2'si halkla ilişkiler, 1'i ise hemşirelik mezunudur.

Tablo 4.7. Kurumunuzda Hasta İşlemleri Doğru Kayıt Altına Alınıyor Mu?

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	191	99,0	100,0	100,0
Hayır	2	1,0		
Toplam	193	100,0		

Tablo 4.7. “Kurumunuzda Hasta İşlemleri Doğru Kayıt Altına Alınıyor mu?” sorusuna verilen cevapları göstermektedir. Buna göre; ankete katılanların %99'u soruya “evet” cevabı verirken, %1'i ise soruya cevap vermemiştir.

Tablo 4.8. Kurumunuzda Faturalar, Faturalanmadan Önce Ön Kontrole Tabi (İdari ve Tıbbi) Tutuluyor Mu?

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	189	97,9	99,0	99,0
Hayır	2	1,0	1,0	100,0
Total	191	99,0	100,0	
Cevapsız	2	1,0		
Toplam	193	100,0		

Tablo 4.8. “Kurumunuzda Faturalar, Faturalanmadan Önce Ön Kontrole Tabi (İdari ve Tıbbi) Tutuluyor mu?” sorusuna verilen cevapları göstermektedir. Buna göre; ankete katılanların %97.9'u soruya “evet” cevabı verirken, %1'i “hayır” cevabı vermiş, %1'i ise soruya cevap vermemiştir.

Tablo 4.9. Hastaneniz Sosyal Güvenlik Kurumuyla Sözleşme Protokolü İmzaladı Mı?

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	191	99,0	100,0	100,0
Cevapsız	2	1,0		
Toplam	193	100,0		

Tablo 4.9. “Hastaneniz Sosyal Güvenlik Kurumuyla Sözleşme Protokolü İmzaladı mı?” sorusuna verilen cevapları göstermektedir. Buna göre; ankete katılanların %99’u soruya “evet” cevabı verirken, %1’i ise soruya cevap vermemiştir.

Tablo 4.10. Örnekleme Yapılarak Fatura İncelemesi Yöntemini Kabul Ettiniz Mi?

	Sayı	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Evet	187	96,9	99,5	99,5
Hayır	1	,5	,5	100,0
Toplam	188	97,4	100,0	
Cevapsız	5	2,6		
Toplam	193	100,0		

Tablo 4.10. “Örnekleme Yapılarak Fatura İncelemesi Yöntemini Kabul Ettiniz mi?” sorusuna verilen cevapları göstermektedir. Buna göre; ankete katılanların %96.9’u soruya “evet” cevabı verirken, %0.5’i “hayır” cevabı vermiş, %2.6’sı ise soruya cevap vermemiştir.

Tablo 4.11. Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Sağlık Hizmeti Sunucularından Kaynaklanan Sorunlara Katılım Dereceleri ve Dağılımı

Sağlık Hizmeti Sunucularından Kaynaklanan Sorunlar	N (Sayı)	Ortalama	Standart Sapma
SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi.	187	3,4492	1,06324
Hastane otomasyonu kapsamında faturalandırmada kullanılan yazılım programının MEDULA'ya uyarlanmasında yetersiz kalması	189	3,0847	1,14540
Faturaların ekinde bulunan hasta sevk kağıtlarında eksik işlem olması (imza, mühür, kaşe vb.).	189	2,9101	1,09513
Faturaya yanlış tanı girilmesi	189	2,8995	1,07459
SUT ve BUT'da yer almayan hizmetlerin faturalandırılması	187	2,8556	1,20728
Pakete dahil işlemlerin paket dışına çıkılarak fatura edilmesi	187	2,7540	1,25013
Faturalandırma bölümünün fiziksel şartlarının yetersizliği.	186	2,7527	1,18692
Sevk ve faturanın kabul sürelerinin uyuşmaması	188	2,7394	1,18869
Faturalandırma bölümünde çalışan personelin özellikle tıp ve tıbbi terimler ve işlemler konusundaki bilgi yetersizliği.	185	2,7081	1,01681
Faturalandırma bölümünde personel eksikliği.	186	2,5645	1,03904
Faturaların yanlış tahakkuk dairelerine gönderilmesi	188	2,3511	1,05169

Tablo 4.11. araştırmaya katılanların tedavi faturalarının ödenmesinde sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunlara katılım dereceleri ve bunun dağılımını göstermektedir. Tablo 4.11’de belirtilmiş olan sorunlar, anket katılımcılarının en çok kabullendiği sorundan en az kabullendiği soruna doğru sıralanmaktadır. Buna göre; katılımcıların sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabul etme derecelerinin çok yüksek olmadığını ve orta düzeyde seyrettiğini söylemek mümkün olmaktadır. Tablo 4.11’e göre; “SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi” sorunu yapılan bu araştırmada en çok benimsenen sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorun konumundadır. Bununla birlikte anket katılımcılarının “Faturaların yanlış tahakkuk dairelerine gönderilmesi” sorununu kabullenme derecesi de en düşük düzeyde kalmıştır.

Tablo 4.12. Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Hasta Faturasını Ödeyen Kuruluşlardan Kaynaklanan Sorunlara Katılım Dereceleri ve Dağılımı

Hasta Faturasını Ödeyen Kuruluşlardan Kaynaklanan Sorunlar	N (Sayı)	Ortalama	Standart Sapma
Fatura İnceleme Yapan Doktor ile Hizmet Sunucu Doktorun vakaları ve işlemleri değerlendirmede yorum farklılıkları olması	190	4,0263	0,90521
Geri ödeme kurumların; faturalarda yer alan tetkik, tedavi ve malzemelerden bazılarını sayıca fazla bulması nedeniyle kesinti yapması.	184	3,7935	1,02470
Faturada geçen her bir ayrıntının epikrizde detaylandırılmasının istenmesi	186	3,7796	1,04484
Malzeme alış faturalarının istenmesi ve malzeme alış faturasını göndermeyen hastanelerin faturalarından kullanılan malzemelerin düşülmesi	187	3,6738	1,18026
MR, CT çekim sonuç raporları olsa dahi ödeyici kurumda değerlendirme yapan doktor tarafından ödenmemesi.	185	3,6649	1,08152
Ödeme kurumlarının sağlık hizmeti sunucularının sunduğu işlemlere olan güvensizliği	190	3,6368	1,14074
Geri ödeme kurumlarının mevzuatta yer almayan kurallar harici kendi belirledikleri prosedürler doğrultusunda hizmet sunuculardan işlem rapor ve formlarının istenmesi (Örn: Hemşire Gözlem Formu).	185	3,5622	1,15987
Geri ödeme kurumlarının zamanında ödenek talep etmemesi.	185	3,3459	1,26375
Geri ödeme kurumlarının mevzuattaki ödeme gün sürelerine uymaması.	187	3,2941	1,29686
Geri ödeme kurumlarında fatura incelemede deneyimli, mevzuata hakim personel olmaması.	188	3,1968	1,24040
Geri ödeme kurumlarında fatura ve fatura eklerinin kaybolması	190	2,5526	1,02605

Tablo 4.12. araştırmaya katılanların tedavi faturalarının ödenmesinde hasta faturasını ödeyen kuruluşlardan kaynaklanan sorunlara katılım dereceleri ve bunun dağılımını göstermektedir. Tablo 4.12’de belirtilmiş olan sorunlar, anket katılımcılarının en çok kabullendiği sorundan en az kabullendiği soruna doğru sıralanmaktadır. Tablodan görülebileceği üzere, hasta faturasını ödeyen kuruluşlardan kaynaklanan sorunlara anket katılımcılarının katılma derecesi, sağlık

kuruluşlarından kaynaklanan sorunlara katılma derecesinden daha yüksek olmaktadır. Tablo 4.12’ye göre; “Fatura İnceleme Yapan Doktor ile Hizmet Sunucu Doktorun vakaları ve işlemleri değerlendirmede yorum farklılıkları olması” sorunu yapılan bu araştırmada en çok benimsenen hasta faturasını ödeyen kuruluşlardan kaynaklanan sorun konumundadır. Bununla birlikte anket katılımcılarının “Geri ödeme kurumlarında fatura ve fatura eklerinin kaybolması” sorununu kabullenme derecesi de en düşük düzeyde kalmıştır.

Tablo 4.13. Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Mevzuattan Kaynaklanan Sorunlara Katılım Dereceleri ve Dağılımı

Mevzuattan Kaynaklanan Sorunlar	N (Sayı)	Ortalama	Standart Sapma
Paket ve ayaktan vaka başı fiyat listesinde yer alan fiyatların maliyet hesaplamaları yapılmadan belirlenmiş olması	186	4,0538	0,71834
Hizmetlerin birim fiyatları belirlenirken sağlık kurumlarının maliyetlerinin göz önüne alınmaması.	188	4,0213	0,83990
Faturalandırma ile ilgili mevzuatın sık değişmesi.	187	3,9733	0,79942
Ücret tarifesinin mali yıl başlangıcında yayınlanmaması.	188	3,9202	0,93592
Hastane alacaklarının her yıl terkin edilmesi nedeniyle hastanelerin alacaklarında kayıpların oluşması.	184	3,6522	0,92251
SUT ve BUT’ta yayınlanan yatarak tedavi gören hastalara sağlanacak ilaç ve malzemelerin alımı için tanınan 120 günlük sürenin yetersiz kalması.	186	3,6129	0,99764
Mevzuat ilkelerinin geçerliliğinin yaptırımı olmaması	187	3,4385	1,02664

Tablo 4.13. araştırmaya katılanların tedavi faturalarının ödenmesinde mevzuattan kaynaklanan sorunlara katılım dereceleri ve bunun dağılımını göstermektedir. Tablo 4.13’te belirtilmiş olan sorunlar, anket katılımcılarının en çok kabullendiği sorundan en az kabullendiği soruna doğru sıralanmaktadır. Tablo 4.13’e göre; “Paket ve ayaktan vaka başı fiyat listesinde yer alan fiyatların maliyet hesaplamaları yapılmadan belirlenmiş olması” sorunu yapılan bu araştırmada en çok benimsenen mevzuattan kaynaklanan sorun konumundadır. Bununla birlikte anket katılımcılarının “Mevzuat ilkelerinin geçerliliğinin yaptırımı olmaması” sorununu kabullenme derecesi de en düşük düzeyde kalmıştır.

Tablo 4.14. Yöneticilerin, Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Yaşanan Sorunlara Yönelik Olası Çözüm Önerilerine Katılım Dereceleri

Çözüm Önerileri	N (Sayı)	Ortalama	Standart Sapma
Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.	186	4,1989	,68828
Geri ödeme kurumlarının fatura bedelinde yaptıkları kesinti dayanak ve kriterleri hizmet sunucuları ile işbirliği yapılarak belirlenmelidir.	186	4,1989	,64782
İtiraz talep ve sonuçlandırma süreçlerine ilişkin safhaların da elektronik olarak belirlenmesi (itirazın evrak kabulde olduğu, inceleme amacıyla komisyona aktarıldığı, teftiş sürecinin yürütüldüğü, kararın verildiği ve bildirimin yapıldığı ve benzeri üst	184	4,1685	,70818
MEDULA sistemin uygulanmasıyla ilgili sağlık hizmeti sunucularına (başta faturalandırma bölümünde çalışanlar olmak üzere) eğitim seminerleri verilmelidir.	185	4,1243	,68422
Fatura ödemelerinde yapılan itiraz ve ihtilaflarda, inceleme ve değerlendirme yapmak için deneyimli, mevzuata hakim personelden oluşan bir fatura inceleme komitesi oluşturulmalıdır.	183	4,0328	,83798
Geri ödeme kurumları tarafından ödenek talepleri düzenli yapılarak sağlık hizmeti sunucularının ödenek takipliği üstlenmelerine son verilmelidir.	181	3,9448	,80777
GSS (Genel Sağlık Sigortası) tam olarak uygulamaya geçirilmelidir.	179	3,9441	,70886
Mevcut paket fiyat uygulamalarındaki sorunların giderilmesine yönelik yeni sistemlerden (Taniya Dayalı Grup=DRG gibi) yararlanılmalıdır.	183	3,9399	,84625
Hastane ödemeleri konusundaki mevzuat bütünleştirilmelidir.	179	3,9385	,68828
MEDULA sisteminin uygulamaya geçirilme süreci hızlandırılmalıdır.	180	3,9111	,74210
Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.	184	3,8967	,93223

Tablo 4.14. araştırmaya katılanların tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan sorunlara yönelik olası çözüm önerilerine katılım dereceleri ve bunun dağılımını göstermektedir. Tablo 4.14’te belirtilmiş olan sorunlar, anket katılımcılarının en çok kabullendiği öneriden en az kabullendiği öneriye doğru sıralanmaktadır. Tablo 4.14 incelendiğinde araştırmaya katılanların kendilerine verilen çözüm önerilerini benimseme derecelerinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Tablo 4.14’e göre; “Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) denmelidir” çözüm nerisi yapılan bu araştırmada en çok benimsenen öneri konumundadır. Bununla birlikte anket katılımcılarının “Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.” çözüm önerisini kabullenme derecesi de en düşük düzeyde kalmıştır.

Tablo 4.15. Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Sağlık Hizmeti Sunucularından Kaynaklanan Sorunların Hastane Türüne Göre Dağılımı

Sağlık Hizmeti Sunucularından Kaynaklanan Sorunlar	Hastane Türü	N (Sayı)	Ort.	Std. Sapma	Ki-Kare	p
SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi.	Vakıf Üniversitesi	1	4,000	0,000	13,205	0,001
	Üniversite Hastanesi	9	2,444	0,726		
	Özel Hastane	176	3,494	1,058		
Faturalandırma bölümünün fiziksel şartlarının yetersizliği.	Vakıf Üniversitesi	2	4,000	0,000	7,789	0,020
	Üniversite Hastanesi	9	1,889	1,364		
	Özel Hastane	174	2,793	1,159		
Faturalandırma bölümünde çalışan personelin özellikle tıp ve tıbbi terimler ve işlemler konusundaki bilgi yetersizliği.	Vakıf Üniversitesi	1	2,000	0,000	0,907	0,636
	Üniversite Hastanesi	8	2,500	1,195		
	Özel Hastane	175	2,731	1,006		
Faturalandırma bölümünde personel eksikliği.	Vakıf Üniversitesi	1	4,000	0,000	3,189	0,203
	Üniversite Hastanesi	8	2,125	0,640		
	Özel Hastane	176	2,585	1,043		
Faturaların ekinde bulunan hasta sevk kağıtlarında eksik işlem olması (imza, mühür, kaşe vb.).	Vakıf Üniversitesi	1	4,000	0,000	1,865	0,394
	Üniversite Hastanesi	9	3,222	0,833		
	Özel Hastane	178	2,882	1,106		
Faturaya yanlış tanı girilmesi	Vakıf Üniversitesi	2	4,500	0,707	4,679	0,096
	Üniversite Hastanesi	8	3,125	1,125		
	Özel Hastane	178	2,865	1,065		
Hastane otomasyonu kapsamında faturalandırmada kullanılan yazılım programının MEDULA'ya uyarlanmasında yetersiz kalması	Vakıf Üniversitesi	1	4,000	0,000	2,986	0,225
	Üniversite Hastanesi	8	2,625	0,916		
	Özel Hastane	179	3,106	1,153		
SUT ve BUT'da yer almayan hizmetlerin faturalandırılması	Vakıf Üniversitesi	1	3,000	0,000	0,086	0,958
	Üniversite Hastanesi	9	3,000	1,118		
	Özel Hastane	176	2,841	1,217		
faturaların yanlış tahakkuk dairelerine gönderilmesi	Vakıf Üniversitesi	1	3,000	0,000	1,079	0,583

	Üniversite Hastanesi	9	2,111	1,054		
	Özel Hastane	177	2,367	1,052		
Sevk ve faturanın kabul sürelerinin uyuşmaması	Vakıf Üniversitesi	1	4,000	0,000	1,218	0,544
	Üniversite Hastanesi	9	2,667	1,000		
	Özel Hastane	177	2,745	1,195		
Pakete dahil işlemlerin paket dışına çıkılarak fatura edilmesi	Vakıf Üniversitesi	2	4,000	1,414	3,884	0,143
	Üniversite Hastanesi	8	3,375	1,060		
	Özel Hastane	176	2,721	1,245		

Tablo 4.15. tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödeme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunların hastane türüne göre dağılımı ve karşılaştırılmasını göstermektedir. Tablo Tabloya göre, vakıf üniversitesi hastane yöneticilerinin sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri genellikle üniversite hastanesi ve özel hastane yöneticilerine göre biraz yüksek olarak konumlanmıştır. Gruplara düşen denek sayısı 30'un altında olması ve gruplara düşen denek sayıları birbirine yakın olmadığından; hastane türüne veya mülkiyetine göre algılanan sorunlar arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını test etmek için non-parametrik bir test olan Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Tablo 4.15'e göre; katılım dereceleri arasında yalnızca iki ifadede gruplar arasında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu ifadeler; "SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi." ile "Faturalandırma bölümünün fiziksel şartlarının yetersizliği." ifadeleridir. Özellikle vakıf üniversitesi hastane yöneticileri ile üniversite hastanesi yöneticilerinin vermiş olduğu cevaplar arasındaki önemli farklılıklardan dolayı, yukarıdaki iki ifadenin gruplara göre dağılımında anlamlı farklılık elde edilmesine sebebiyet vermiş olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 4.16. Tedavi Faturalarının Ödenmesinde, Ödeme Yapan Kurumlardan Kaynaklanan Sorunların Hastane Türüne Göre Dağılımı

Ödeme Yapan Kurumlardan Kaynaklanan Sorunlar	Hastane Türü	N (Sayı)	Ort.	Std. Sapma	Ki-Kare	p
Geri ödeme kurumlarının mevzuatta yer almayan kurallar harici kendi belirledikleri prosedürler doğrultusunda hizmet sunuculardan işlem rapor ve formlarının istenmesi (Örn: Hemşire Gözlem Formu).	Vakıf Üniversitesi	2	4,500	0,707	2,272	0,321
	Üniversite Hastanesi	8	3,875	0,991		
	Özel Hastane	174	3,546	1,165		
Ödeme kurumlarının sağlık hizmeti sunucularının sunduğu işlemlere olan güvensizliği	Vakıf Üniversitesi	2	3,000	1,414	2,154	0,341
	Üniversite Hastanesi	8	3,500	0,755		
	Özel Hastane	179	3,659	1,151		
Geri ödeme kurumlarında fatura ve fatura eklerinin kaybolması	Vakıf Üniversitesi	2	2,500	2,121	3,849	0,146
	Üniversite Hastanesi	8	3,125	0,640		
	Özel Hastane	179	2,530	1,029		
Faturada geçen her bir ayrıntının epikrizde detaylandırılmasının istenmesi	Vakıf Üniversitesi	2	4,000	1,414	0,109	0,947
	Üniversite Hastanesi	8	4,000	0,534		
	Özel Hastane	176	3,767	1,062		
Malzeme alış faturalarının istenmesi ve malzeme alış faturasını göndermeyen hastanelerin faturalarından kullanılan malzemelerin düşülmesi	Vakıf Üniversitesi	2	4,500	0,707	1,152	0,562
	Üniversite Hastanesi	7	3,857	0,377		
	Özel Hastane	177	3,661	1,205		
Fatura İnceleme Yapan Doktor ile Hizmet Sunucu Doktorun vakaları ve işlemleri değerlendirmede yorum farklılıkları olması	Vakıf Üniversitesi	2	3,500	2,121	0,268	0,875
	Üniversite Hastanesi	8	4,000	0,755		
	Özel Hastane	179	4,033	0,905		
MR, CT çekim sonuç raporları olsa dahi ödeyici kurumda değerlendirme yapan doktor tarafından ödenmemesi.	Vakıf Üniversitesi	2	3,000	1,414	1,448	0,485
	Üniversite Hastanesi	8	3,500	0,755		
	Özel Hastane	175	3,680	1,093		
Geri ödeme kurumların; faturalarda yer alan tetkik, tedavi ve malzemelerden bazılarını sayıca fazla bulması nedeniyle kesinti yapması.	Vakıf Üniversitesi	2	3,500	0,707	0,698	0,705
	Üniversite Hastanesi	8	4,000	0,534		
	Özel Hastane	173	3,797	1,039		
Geri ödeme kurumlarında fatura incelemede deneyimli, mevzuata hakim	Vakıf Üniversitesi	2	3,500	2,121	3	0,223

personel olmaması.	Üniversite Hastanesi	8	2,500	0,925		
	Özel Hastane	177	3,231	1,242		
Geri ödeme kurumlarının zamanında ödenek talep etmemesi.	Vakıf Üniversitesi	2	2,000	0,000	3,134	0,209
	Üniversite Hastanesi	8	3,125	0,834		
	Özel Hastane	174	3,379	1,278		
Geri ödeme kurumlarının mevzuattaki ödeme gün sürelerine uymaması.	Vakıf Üniversitesi	2	2,000	0,000	2,144	0,342
	Üniversite Hastanesi	8	3,375	0,744		
	Özel Hastane	176	3,312	1,317		

Tablo 4.16. tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin ödeme yapan kurumlardan kaynaklanan sorunların hastane türüne göre dağılımı ve karşılaştırılmasını göstermektedir. Hastane türüne veya mülkiyetine göre algılanan sorunlar arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını test etmek için non-parametrik bir test olan Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Tablo 4.16'ya göre; katılım dereceleri arasında mevcut ifadeler kapsamında gruplar arasında önemli bir farklılık ($p<0.05$) anlamlı bulunamamıştır. Bu durumun oluşmasında, üç farklı hastane türüne göre hastane yöneticileri tarafından verilmiş olan cevapların ortalamaları arasında önemli bir farklılık bulunmamasının etkili olduğu söylenebilmektedir. Dolayısıyla da ödeme yapan kurumlardan kaynaklanan ödeme sorunlarına ilişkin kabullenme derecelerini hastane türünün anlamlı biçimde etkilemekte olduğu söylenememektedir.

Tablo 4.17.Tedavi Faturalarının Ödenmesinde Mevzuattan Kaynaklanan Sorunların Hastane Türüne Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Mevzuattan Kaynaklanan Sorunlar	Hastane Türü	N	Ort.	Std. Sapma	Ki-Kare	p
Hizmetlerin birim fiyatları belirlenirken sağlık kurumlarının maliyetlerinin göz önüne alınmaması.	Vakıf Üniversitesi	2	4,000	1,414	2,679	0,262
	Üniversite Hastanesi	9	3,666	0,866		
	Özel Hastane	176	4,034	0,834		
Faturalandırma ile ilgili mevzuatın sık değişmesi.	Vakıf Üniversitesi	2	3,500	2,121	2,406	0,300
	Üniversite Hastanesi	9	3,777	0,440		
	Özel Hastane	175	3,982	0,798		
Paket ve ayaktan vaka başı fiyat listesinde yer alan fiyatların maliyet hesaplamaları yapılmadan belirlenmiş olması	Vakıf Üniversitesi	2	3,500	0,707	3,009	0,222
	Üniversite Hastanesi	9	3,889	0,600		
	Özel Hastane	174	4,063	0,722		
Hastane alacaklarının her yıl terkin edilmesi nedeniyle hastanelerin alacaklarında kayıpların oluşması.	Vakıf Üniversitesi	2	2,500	2,121	1,049	0,592
	Üniversite Hastanesi	9	3,778	0,666		
	Özel Hastane	172	3,651	0,914		
Ücret tarifesinin mali yıl başlangıcında yayınlanmaması.	Vakıf Üniversitesi	2	5,000	0,000	9,858	0,007
	Üniversite Hastanesi	9	3,444	0,527		
	Özel Hastane	176	3,926	0,944		
SUT ve BUT'ta yayınlanan yatarak tedavi gören hastalara sağlanacak ilaç ve malzemelerin alımı için tanınan 120 günlük sürenin yetersiz kalması.	Vakıf Üniversitesi	2	4,000	1,414	1,172	0,557
	Üniversite Hastanesi	9	3,444	0,527		
	Özel Hastane	174	3,609	1,012		
Mevzuat ilkelerinin geçerliliğinin yaptırımı olmaması	Vakıf Üniversitesi	2	2,000	0,000	5,687	0,058
	Üniversite Hastanesi	9	3,111	0,600		
	Özel Hastane	175	3,462	1,032		

Tablo 4.17. tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin mevzuattan kaynaklanan sorunların hastane türüne göre dağılımı ve karşılaştırılmasını göstermektedir. Tabloya göre, özel hastane yöneticilerinin mevzuattan kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri genellikle biraz daha yüksek olarak konumlanmıştır. Hastane türüne veya mülkiyetine göre algılanan sorunlar arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını test etmek için non-

parametrik bir test olan Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Uygulanan istatistiksel analiz sonucunda, hastane türüne göre 1 mevzuattan kaynaklanan sorun ifadesine katılım açısından hastaneler arasında anlamlı bir farklılık söz konusu iken ($p<0.05$), geriye kalan 6 sorun ifadesine katılım açısından hastaneler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Anlamlı farklılığın belirtildiğı ifade ise “Ücret tarifesinin mali yıl başlangıcında yayınlanmaması.” ifadesidir. Bu ifadede farklılığın anlamlı bulunmasının sebebi olarak vakıf üniversitesi hastane yöneticilerinin ifadeye vermiş oldukları cevabın yüksek olması, diğere hastane yöneticilerinin verdikleri ortalama cevaplar ile arasında önemli bir farklılık bulunması gösterilebilir.

Tablo 4.18. Geri Ödeme ile İlgili Sorunlara Çözüm Önerilerinin Hastane Yetkililerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Çözüm Önerileri	Eğitim Durumu	N	Ort.	Std. Sapma	Ki-Kare	p
Hastane ödemeleri konusundaki mevzuat bütünleştirilmelidir.	Lise ve Dengi	21	3,667	0,912	10,335	0,016
	Üniversite (Ön lisans)	52	3,807	0,595		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,087	0,570		
	Yüksek Lisans / Doktora	15	3,867	1,060		
GSS (Genel Sağlık Sigortası) tam olarak uygulamaya geçirilmelidir.	Lise ve Dengi	19	4,000	0,816	1,316	0,725
	Üniversite (Ön lisans)	52	3,865	0,767		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,011	0,567		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	3,764	1,032		
MEDULA sisteminin uygulamaya geçirilme süreci hızlandırılmalıdır.	Lise ve Dengi	19	4,052	0,911	10,012	0,018
	Üniversite (Ön lisans)	53	3,641	0,834		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,022	0,614		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	4,000	0,707		
MEDULA sistemin uygulanmasıyla ilgili sağlık hizmeti sunucularına (başta faturalandırma bölümünde çalışanlar olmak üzere) eğitim seminerleri verilmelidir.	Lise ve Dengi	23	4,217	0,735	2,947	0,400
	Üniversite (Ön lisans)	54	4,018	0,788		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,142	0,569		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	4,235	0,831		
Fatura ödemelerinde yapılan itiraz ve ihtilaflarda, inceleme ve değerlendirme yapmak için deneyimli, mevzuata hakim personelden oluşan bir fatura inceleme komitesi oluşturulmalıdır.	Lise ve Dengi	23	3,869	1,013	3,719	0,293
	Üniversite (Ön lisans)	52	3,903	0,846		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,175	0,659		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	3,882	1,268		
Mevcut paket fiyat uygulamalarındaki sorunların giderilmesine yönelik yeni sistemlerden (Taniya Dayalı Grup=DRG gibi) yararlanılmalıdır.	Lise ve Dengi	23	3,695	0,764	6,197	0,102
	Üniversite (Ön lisans)	53	3,830	0,914		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	90	4,033	0,785		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	4,117	0,992		

İtiraz talep ve sonuçlandırma süreçlerine ilişkin safhaların da elektronik olarak belirlenmesi (itirazın evrak kabulde olduğu, inceleme amacıyla komisyona aktarıldığı, teftiş sürecinin yürütüldüğü, kararın verildiği ve bildirimin yapıldığı ve benzeri üst düzey safha isimleri belirlenerek) ve söz konusu safhaların sağlık hizmet sunucuları tarafından web tabanlı uygulamalar ve/veya web servisleri aracılığıyla izlenebilmesi sağlanmalıdır.	Lise ve Dengi	23	3,695	0,764	14,131	0,003
	Üniversite (Ön lisans)	54	4,166	0,693		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,318	0,555		
	Yüksek Lisans / Doktora	16	4,000	1,095		
Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.	Lise ve Dengi	23	3,478	1,122	4,874	0,181
	Üniversite (Ön lisans)	54	3,925	0,908		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	90	3,966	0,853		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	4,000	1,060		
Geri ödeme kurumları tarafından ödenek talepleri düzenli yapılarak sağlık hizmeti sunucularının ödenek takipliği üstlenmelerine son verilmelidir.	Lise ve Dengi	21	3,619	0,864	5,339	0,149
	Üniversite (Ön lisans)	53	3,943	0,662		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	90	4,000	0,848		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	4,058	0,899		
Geri ödeme kurumlarının fatura bedelinde yaptıkları kesinti dayanak ve kriterleri hizmet sunucuları ile işbirliği yapılarak belirlenmelidir.	Lise ve Dengi	23	3,956	0,878	3,377	0,337
	Üniversite (Ön lisans)	55	4,181	0,641		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,241	0,544		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	4,353	0,786		
Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.	Lise ve Dengi	23	3,913	0,792	7,026	0,071
	Üniversite (Ön lisans)	55	4,109	0,737		
	Üniversite (Tıp fakültesi dahil)	91	4,318	0,513		
	Yüksek Lisans / Doktora	17	4,235	1,032		

Tablo 4.18. geri ödeme ile ilgili sorunlara çözüm önerilerinin hastane yetkililerinin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılmasını göstermektedir. Tablo incelendiğinde, lise ve dengi mezunlarının diğer eğitim grubu mezunlarına göre çözüm önerilerini kabullenme derecelerinin genellikle daha düşük olduğu söylenebilmektedir. Eğitim durumuna göre olası çözüm önerilerini kabullenme dereceleri arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını test etmek için non-

parametrik bir test olan Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Uygulanan istatistiksel analiz sonucunda eğitim durumuna göre, verilen çözüm önerisi ifadelerine katılım dereceleri arasında yalnızca üç ifadede anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu ifadeler; “Hastane ödemeleri konusundaki mevzuat bütünleştirilmelidir.”, “MEDULA sisteminin uygulamaya geçirilme süreci hızlandırılmalıdır.” ve “İtiraz talep ve sonuçlandırma süreçlerine ilişkin safhaların da elektronik olarak belirlenmesi (itirazın evrak kabulde olduğu, inceleme amacıyla komisyona aktarıldığı, teftiş sürecinin yürütüldüğü, kararın verildiği ve bildirimin yapıldığı ve benzeri üst düzey safha isimleri belirlenerek) ve söz konusu safhaların sağlık hizmet sunucuları tarafından web tabanlı uygulamalar ve/veya web servisleri aracılığıyla izlenebilmesi sağlanmalıdır.” ifadeleridir. Bu üç ifadeye eğitim gruplarına göre verilen ortalama cevaplar arasındaki farklılığın büyük olması, ifadeler açısından eğitim grupları arasında anlamlı bir farklılığın ortaya çıkmasına da sebebiyet vermiştir.

Tablo 4.19. Geri Ödeme ile İlgili Sorunlara Çözüm Önerilerinin Hastane Yetkililerinin Görev Unvanlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Çözüm Önerileri	Görev Unvanı	N	Ort.	Std. Sapma	Ki-Kare	p
Hastane ödemeleri konusundaki mevzuat bütünleştirilmelidir.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,192	0,567	4,021	0,134
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	4,000	0,392		
	Diğer	91	3,857	0,837		
GSS (Genel Sağlık Sigortası) tam olarak uygulamaya geçirilmelidir.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	3,961	0,720	0,248	0,883
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	3,943	0,534		
	Diğer	91	3,934	0,813		
MEDULA sisteminin uygulamaya geçirilme süreci hızlandırılmalıdır.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,154	0,543	2,691	0,260
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	3,887	0,670		
	Diğer	92	3,913	0,793		
MEDULA sistemin uygulanmasıyla ilgili sağlık hizmeti sunucularına (başta faturalandırma bölümünde çalışanlar olmak üzere) eğitim seminerleri verilmelidir.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,269	0,533	0,721	0,697
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	4,170	0,470		
	Diğer	97	4,093	0,817		
Fatura ödemelerinde yapılan itiraz ve ihtilaflarda, inceleme ve değerlendirme yapmak için deneyimli, mevzuata hakim personelden oluşan bir fatura inceleme komitesi oluşturulmalıdır.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,231	0,710	6,711	0,035
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	4,245	0,647		
	Diğer	95	3,884	0,932		
Mevcut paket fiyat uygulamalarındaki sorunların giderilmesine yönelik yeni sistemlerden (Taniya Dayalı Grup=DRG gibi) yararlanılmalıdır.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,269	0,827	10,551	0,005
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	52	4,058	0,802		
	Diğer	96	3,760	0,867		
İtiraz talep ve sonuçlandırma süreçlerine ilişkin safhaların da elektronik olarak belirlenmesi (itirazın evrak kabulde olduğu, inceleme amacıyla komisyona aktarıldığı, teftiş sürecinin yürütüldüğü, kararın verildiği ve bildirimin yapıldığı ve benzeri üst	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,423	0,643	5,497	0,064
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	4,245	0,476		
	Diğer	96	4,052	0,825		
Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	25	4,400	0,764	10,928	0,004
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	3,811	1,020		
	Diğer	97	3,794	0,912		

Geri ödeme kurumları tarafından ödenek talepleri düzenli yapılarak sağlık hizmeti sunucularının ödenek takipliği üstlenmelerine son verilmelidir.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	25	4,360	0,700	11,013	0,004
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	4,038	0,733		
	Diğer	94	3,787	0,866		
Geri ödeme kurumlarının fatura bedelinde yaptıkları kesinti dayanak ve kriterleri hizmet sunucuları ile işbirliği yapılarak belirlenmelidir.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,500	0,510	6,039	0,049
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	4,189	0,557		
	Diğer	98	4,143	0,732		
Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.	Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.	26	4,538	0,582	8,492	0,014
	Hastane Müdür / Müdür Yrd.	53	4,264	0,486		
	Diğer	98	4,092	0,801		

Tablo 4.19. geri ödeme ile ilgili sorunlara çözüm önerilerinin hastane yetkililerinin görev unvanlarına göre dağılımı ve karşılaştırılmasını göstermektedir. Tabloya göre, hastane başhekim / başhekim yardımcılarının geri ödeme sorunları ile ilgili çözüm önerilerini kabullenme dereceleri diğer hastane çalışanlarına göre genellikle daha yüksek çıkmaktadır. Görev unvana göre olası çözüm önerilerini kabullenme dereceleri arasında anlamlı farklılıkların olup olmadığını test etmek için non-parametrik bir test olan Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Uygulanan istatistiksel analiz sonucunda görev unvana göre, verilen çözüm önerisi ifadelerine katılım dereceleri arasında altı ifadeye anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu ifadeler; “Fatura ödemelerinde yapılan itiraz ve ihtilaflarda, inceleme ve değerlendirme yapmak için deneyimli, mevzuata hakim personelden oluşan bir fatura inceleme komitesi oluşturulmalıdır.”, “Mevcut paket fiyat uygulamalarındaki sorunların giderilmesine yönelik yeni sistemlerden (Taniya Dayalı Grup=DRG gibi) yararlanılmalıdır.”, “Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.”, “Geri ödeme kurumları tarafından ödenek talepleri düzenli yapılarak sağlık hizmeti sunucularının ödenek takipliği üstlenmelerine son verilmelidir.”, “Geri ödeme kurumlarının fatura bedelinde yaptıkları kesinti dayanak ve kriterleri hizmet sunucuları ile işbirliği yapılarak belirlenmelidir.” ve “Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi

malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.” ifadeleridir. Bu anlamlı farklılıkların oluşmasının temel sebebi olarak; hastane başhekim /başhekim yardımcılarının çözüm önerilerini kabullenme derecelerinin oldukça yüksek olması, diğer personelin kabullenme derecelerinin ise göreceli olarak düşük olması ve aradaki bu farkın yüksek olması olarak gösterilebilmektedir.

SONUÇ

Türkiye’de sağlık hizmeti vermekte olan işletmelerdeki ödeme yöntemleri, verilen hizmetin kalitesini ve sistemin işleyişini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu çalışmada da sağlık sektöründe hastanelere geri ödeme yöntemleriyle ilgili olarak algılanan sorunlara ilişkin sağlık hizmeti sunucularından, ödeme yapan kurumlardan ve mevzuattan kaynaklanan problemler ile bu problemlerin çözümüne yönelik olası çözüm önerilerine ilişkin olarak uygulanan anket neticesinde elde edilmiş olan verilerin analizi ve değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan bulgular aşağıda sunulmaktadır.

Araştırmanın verilerini toplamak için geliştirilen anketin güvenilirlik çalışmasına ilişkin bulgular saptanmış ve anketin boyutsal ve genel güvenilirlik katsayısının oldukça yüksek olduğu (%86.30-%93.70) bilgisi elde edilmiştir.

Araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin görev unvanı açısından %13.5’inin başhekim veya başhekim yardımcısı, %27.5’inin müdür veya müdür yardımcısı, %53.9’unun diğer görevlerde faaliyet gösteren personelden oluşmakta olduğu, %5.2’sinin ise görev unvanlarını belirtmemiş oldukları saptanmıştır.

Araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin çalışmakta olduğu hastanenin türü ile olarak; %1’inin vakıf üniversitesi hastanelerinde, %4.7’sinin üniversite hastanelerinde, %93.3’ünün ise özel hastanelerde görev yapmakta olduğu, %1’inin ise çalıştıkları hastanenin türünü belirtmemiş oldukları saptanmıştır.

Araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin bulunduğu görevde çalışma süresi incelendiğinde; personelin %32.6’sının bulunduğu görevde çalışma süresinin 5 yıldan az, %44.6’sının 6-10 yıl arasında, %16.1’inin 11-16 yıl arasında, %5.2’sinin 16-20 yıl arasında, %1’inin 20 yıldan fazla olduğu, ankete katılanların %0.5’inin ise bulunduğu görevde çalışma süresini belirtmemiş oldukları saptanmıştır.

Araştırma kapsamında ulaşılan hastane personelinin eğitim durumu incelendiğinde; personelin %13’ünün lise ve dengi, %29.5’inin üniversite (ön lisans), %48.7’sinin üniversite (tıp fakültesi dahil), %8.8’inin ise yüksek lisans / doktora mezunu olduğu bilgisi elde edilmiştir.

Araştırma kapsamında ulaşılan hastane personeli içerisinde üniversite mezunu olanların mezun oldukları bölüm incelendiğinde; toplam 168 kişi üniversite mezunu olarak saptanmış, bunlardan 130'u mezun olduğu bölümü belirtmiş ve bunlardan 60'nın işletme, 28'inin hastane yönetimi ve organizasyon, 3'ünün iç hastalıkları, 22'sinin tıp fakültesi, 3'ünün bilgisayar programcılığı, 11'inin muhasebe, 2'sinin halkla ilişkiler, 1'inin ise hemşirelik mezunu olduğu saptanmıştır.

“Kurumunuzda Hasta İşlemleri Doğru Kayıt Altına Alınıyor mu?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; anket katılımcılarının %99'unun soruya “evet” cevabı verdiği, %1'inin ise soruya cevap vermemiş olduğu saptanmıştır.

“Kurumunuzda Faturalar, Faturalanmadan Önce Ön Kontrole Tabi (İdari ve Tıbbi) Tutuluyor mu?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; anket katılımcılarının %97.9'unun soruya “evet” cevabı verdiği, %1'inin “hayır” cevabı verdiği, %1'inin ise soruya cevap vermemiş olduğu saptanmıştır.

“Hastaneniz Sosyal Güvenlik Kurumuyla Sözleşme Protokolü İmzaladı mı?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; anket katılımcılarının %99'unun soruya “evet” cevabı verdiği, %1'inin ise soruya cevap vermemiş olduğu saptanmıştır.

“Örnekleme Yapılarak Fatura İncelemesi Yöntemini Kabul Ettiniz mi?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde; anket katılımcılarının %96.9'unun soruya “evet” cevabı verdiği, %0.5'inin “hayır” cevabı verdiği, %2.6'sının ise soruya cevap vermemiş olduğu saptanmıştır.

Anket katılımcılarının sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri içerisinde en önemli sorun olarak 3.45 değeriyle “SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi.” sorunu olduğu saptanmıştır. En az önem arz eden sorunun ise 2.35 değeriyle “Faturaların yanlış tahakkuk dairelerine gönderilmesi.” olduğu saptanmıştır. Buna göre anket katılımcılarının sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabullenme derecelerinin orta düzeyde olduğu söylenebilmektedir.

Anket katılımcılarının ödeme yapan kuruluşlardan kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri içerisinde en önemli sorun olarak 4.03 değeriyle “Fatura

İnceleme Yapan Doktor ile Hizmet Sunucu Doktorun vakaları ve işlemleri değerlendirmede yorum farklılıkları olması” sorunu olduğu saptanmıştır. En az önem arz eden sorunun ise 2.55 değeriyle “Geri ödeme kurumlarında fatura ve fatura eklerinin kaybolması.” olduğu saptanmıştır. Buna göre, anket katılımcılarının ödeme yapan kuruluşlardan kaynaklanan sorunları kabullenme derecelerinin, sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabullenme derecelerine göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Anket katılımcılarının mevzuattan kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri içerisinde en önemli sorun olarak 4.05 değeriyle “Paket ve ayaktan vaka başı fiyat listesinde yer alan fiyatların maliyet hesaplamaları yapılmadan belirlenmiş olması” sorunu olduğu saptanmıştır. En az önem arz eden sorunun ise 3.44 değeriyle “Mevzuat ilkelerinin geçerliliğinin yaptırımı olmaması.” olduğu saptanmıştır. Buna göre, anket katılımcılarının mevzuattan kaynaklanan sorunları kabullenme derecelerinin, ödeme yapan kuruluşlardan kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri ve sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabullenme derecelerine göre daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

Anket katılımcıları, ödemelerde yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerisi olarak en yüksek değeri 4.20 değeri ile “Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.” ifadesine vermekte olduğu saptanmıştır. En az önem arz eden çözüm önerisinin 3.90 değeriyle “Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.” ifadesi olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla anket katılımcılarının “alacaklara gecikme zammı uygulanması” fikrine çözüm önerisi olarak en az önemi verdiği, fakat tüm çözüm önerilerine oldukça yüksek değere bakmakta oldukları söylenebilmektedir.

Elde edilen sonuçlara göre, vakıf üniversitesi hastane yöneticilerinin tedavi faturalarının ödenmesinde; sağlık hizmeti sunucularından, diğer hastane yöneticilerine göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmektedir. Ödeyici kurumlardan kaynaklanan sorunlar hususunda belli bir hastane türüne ait yöneticilerin daha fazla

sorun yaşadığı konusu net olarak ortaya konulamazken; mevzuattan kaynaklanan sorunlar ile ilgili özel hastane yöneticilerinin diğer hastane yöneticilerine göre daha fazla sorun yaşadıkları görülmektedir.

Eğitim durumlarına göre bakıldığında, üniversite ve yüksek lisans / doktora düzeyindeki hastane yöneticilerinin çözüm önerilerini daha fazla benimsedikleri görülebilmektedir.

Hastane yetkililerinin görev unvanlarına göre bakıldığında ise, başhekim / başhekim yardımcılarının çözüm önerilerini benimseme dereceleri diğer unvanlara göre daha yüksek olmaktadır.

Tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunların hastane türüne göre dağılımı ve karşılaştırılması test edildiğinde; katılım dereceleri arasında yalnızca iki ifadede gruplar arasında farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu ifadeler; “SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi.” ile “Faturalandırma bölümünün fiziksel şartlarının yetersizliği.” ifadeleridir. Dolayısıyla, bu iki ifade için “Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan geri ödemelerde sağlık hizmet sunucularından kaynaklanan sorunların algılanış biçimleri hastane türlerine göre değişiklik göstermektedir.” hipotezi kabul edilirken, diğer dokuz ifade için ise bahsedilen hipotez reddedilmiştir. Burada vakıf üniversitesi hastane yöneticilerinin sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunları kabullenme derecelerinin genellikle üniversite hastanesi ve özel hastane yöneticilerine göre biraz yüksek olarak konumlandığı söylenebilmektedir.

Tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin ödeme yapan kurumlardan kaynaklanan sorunların hastane türüne göre dağılımı ve karşılaştırılması test edildiğinde; katılım dereceleri arasında mevcut ifadeler kapsamında gruplar arasında önemli bir farklılık ($p<0.05$) anlamlı bulunamamıştır. Dolayısıyla, “Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan geri ödemelerde sosyal güvenlik kurumundan kaynaklanan sorunların algılanış biçimleri hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi ankette yer alan on

bir ifade için tümüyle reddedilmiştir. Dolayısıyla, ödeme yapan kurumlardan kaynaklanan ödeme sorunlarına ilişkin kabullenme derecelerini hastane türünün anlamlı biçimde etkilemekte olduğu söylenememektedir.

Tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin mevzuattan kaynaklanan sorunların hastane türüne göre dağılımı ve karşılaştırılması test edildiğinde; hastane türüne göre 1 mevzuattan kaynaklanan sorun ifadesine katılım açısından hastaneler arasında anlamlı bir farklılık söz konusu iken ($p<0.05$), geriye kalan 6 sorun ifadesine katılım açısından hastaneler arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Anlamlı farklılığın belirtildiği ifade ise “Ücret tarifesinin mali yıl başlangıcında yayınlanmaması.” ifadesidir. Dolayısıyla, bu ifade için “Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yapılan geri ödemelerde mevzuat kaynaklı sorunların algılanış biçimi hastane türlerine göre farklılık göstermektedir.” hipotezi kabul edilirken, diğer altı ifade için ise reddedilmiştir. Burada özel hastane yöneticilerinin mevzuattan kaynaklanan sorunları kabullenme dereceleri genellikle biraz daha yüksek olarak konumlanmıştır.

Geri ödeme ile ilgili sorunlara çözüm önerilerinin hastane yetkililerinin eğitim durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması test edildiğinde; verilen çözüm önerisi ifadelerine katılım dereceleri arasında yalnızca üç ifadede anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu ifadeler; “Hastane ödemeleri konusundaki mevzuat bütünlendirilmelidir.”, “MEDULA sisteminin uygulamaya geçirilme süreci hızlandırılmalıdır.” ve “İtiraz talep ve sonuçlandırma süreçlerine ilişkin safhaların da elektronik olarak belirlenmesi (itirazın evrak kabulde olduğu, inceleme amacıyla komisyona aktarıldığı, teftiş sürecinin yürütüldüğü, kararın verildiği ve bildirimin yapıldığı ve benzeri üst düzey safha isimleri belirlenerek) ve söz konusu safhaların sağlık hizmet sunucuları tarafından web tabanlı uygulamalar ve/veya web servisleri aracılığıyla izlenebilmesi sağlanmalıdır.” ifadeleridir. Dolayısıyla, bu üç ifade için “Geri ödeme ile ilgili sorunlara çözüm önerileri hastane yetkililerinin eğitim durumlarına göre değişiklik göstermektedir.” hipotezi kabul edilirken, geri kalan sekiz ifade için hipotez reddedilmiştir. Bu sonuca göre, lise ve dengi mezunlarının diğer eğitim grubu mezunlarına göre çözüm önerilerini kabullenme derecelerinin genellikle daha düşük olduğu söylenebilmektedir.

Geri ödeme ile ilgili sorunlara çözüm önerilerinin hastane yetkililerinin görev unvanlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması test edildiğinde; verilen çözüm önerisi ifadelerine katılım dereceleri arasında altı ifadede anlamlı farklılık ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu ifadeler; “Fatura ödemelerinde yapılan itiraz ve ihtilaflarda, inceleme ve değerlendirme yapmak için deneyimli, mevzuata hakim personelden oluşan bir fatura inceleme komitesi oluşturulmalıdır.”, “Mevcut paket fiyat uygulamalarındaki sorunların giderilmesine yönelik yeni sistemlerden (Taniya Dayalı Grup=DRG gibi) yararlanılmalıdır.”, “Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.”, “Geri ödeme kurumları tarafından ödenek talepleri düzenli yapılarak sağlık hizmeti sunucularının ödenek takipliği üstlenmelerine son verilmelidir.”, “Geri ödeme kurumlarının fatura bedelinde yaptıkları kesinti dayanak ve kriterleri hizmet sunucuları ile işbirliği yapılarak belirlenmelidir.” ve “Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.” ifadeleridir. Dolayısıyla, bahsedilen bu altı ifade için “Geri ödeme ile ilgili sorunlara çözüm önerileri hastane yetkililerinin görev unvanlarına göre değişiklik göstermektedir.” hipotezi kabul edilirken, geri kalan beş ifade için hipotez reddedilmiştir. Bu sonuç doğrultusunda hastane başhekim / başhekim yardımcılarının geri ödeme sorunları ile ilgili çözüm önerilerini kabullenme dereceleri diğer hastane çalışanlarına göre genellikle daha yüksek çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

- Ak, B. (2001). Kavramlar ve sağlık sistemi. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık zel Sayısı*, 7(39):300.
- Akdur, R. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu lkeleri ile Kıyaslanması. 3. Baskı, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumı. Yayın No: 2, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Akdur, R. (2008). Sağlık harcamaları. *Bilim ve topya Dergisi*, 14(170):14-19.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64:36.
- Avcı, A. (1997). Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı Melisa Matbaacılık, İstanbul.
- Aydın, S. (2008). Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Yaklaşımı ve Sağlık Hizmet Sistemi Reformundaki Yeri. Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sempozyumu, FTS Turizm, Ankara.
- Aytekin, S. ve ifti-Aytekin, A.G. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve kamu sağlık harcamalarının finansmanı. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*. Sayı 2.
- Barnum, H.; Kutzin, J. and Saxenian, H. (1995). Incentives and Provider Payment Methods. World Bank HRO Working Papers, HROWP 51, USA.
- Başara, B.B., Güler, C., Yentür, G.K., Birge, B., Pulgat., E. ve Mamak-Ekinci, B. (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Mdrlğu, Ankara.
- Batırel, . F. (1986). Sağlık hizmetleri ve devlet politikası. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(3):171.

- Chawla, M., Windak, A., Berman, P. and Kulis, M. (1997). Paying The Physician: Review of Different Methods. Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project, Boston, USA.
- Çalış, S. (2006). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İ Akhisar).
- Çelikay, F. (2009). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Doç. Dr. E Gümüş).
- Çilingiroğlu, N. E. (2003). Sağlık Ekonomisine Giriş Ders Notları,
- Dağlı, G. (2006). Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. M Akkaya).
- DPT, VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. Haziran 2000. Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu, Finansman ve Maliyet Alt Komisyonu Raporu. Ankara.
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Ak).
- Glaser, W. (1987). Paying The Hospital: The Organization, Dynamics and Efficiency of Differing Financial Arrangements. Jossey-Bass Publishers, London.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2):86-99.
- Karabağ, H. (2007). Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları İçin Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Gazi

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. D Tengilimoğlu).

Langenbrunner, J. and Wiley, M. (2002). Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries. Hospital in a Changing Europe. ed. Martin McKee, Judith Healy, Öpen University Pres, Buchingham, ss. 150-176.

Liu, Y., Çelik, Y. ve Şahin, B. (2005). Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaç Geri Ödeme Politikası.

Maceira, D. (1998). Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries. Partnership for Health Reform, Majör Applied Research 2, Working Paper 2.

Ed: Mollahaliloğlu, S., Bora-Başara, B. ve Eryılmaz, Z. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Kalkan Matbaacılık, Ankara.

Normand, C. and Weber, A. (1994). Social Health Insurance: A Guidebook for Planning, World Health Organization.

OECD, (2013). Health At A Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing.

OECD, (2011). Health At A Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing.

Orhaner, E. (2000). Türkiye’de Sağlık Sigortası. Gazi Kitabevi, Ankara.

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1:1-22.

Önertürk, P. (1984). Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri. Yayın No: 1984 / 262, Maliye ve Gümrük Bakanlığı, Ankara.

Özdemir, O., Ocaktan, E. ve Akdur, R. (2003). Sağlık reformu sürecinde Türkiye ve Avrupa’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin

- değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 56(4):208.
- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M Şanlı).
- Özsarı, H. (2000). Sağlık ve sigorta. *Sigorta Dünyası Dergisi*, 472:21-22,
- Öztek, Z. (2001). Türkiye’de sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı 1*, 7(39): 294.
- Phelps, C. (1992). Health economics. Harper Collins Publishers Inc, New York, 6.
- Pinto, M. ve Anderson, B. (2001). Paying Health Care Providers in The Caribbean. Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization, Washington D.C.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Editör: Sabahattin Aydın. Mafî Ofset, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları: 2002-2003. Bakanlık Yayın No: 691, Ankara.
- “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” Md. 2, Resmi Gazete. 12 Ocak 1961. Sayı: 224, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>.
- Sayım, F. (2011). Sağlık hizmetlerinin finansmanına ilişkin ulusal hesaplar ve sağlık alanında belediyelere verilen görev ile yetkiler. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 35, 2011/1.
- Sevim, İ. (2006). 1980 Sonrası Uygulanan Yeni Liberal Politikaların Sağlık Sektörüne Etkisi Türkiye Örneği. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. M Aykaç).
- SGK, İstatistik Yıllıkları. (2012). Mali İstatistikler.

SGK, İstatistik Yıllıkları. (2010). Mali İstatistikler.

Sülkü, S.N. (2011). Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Yayın No: 2011 / 414, Hermes Matbaacılık, Ankara.

iman, S. (2010). Aile Hekimliği Sistemine Sağlık alıanlarının Bakı Açısı. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. S Altın).

T.C. Kalkınma Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı. Ekonomik ve Sosyal Göstergeler, 5. Bölüm: Kamu Finansmanı, No:45 Sosyal Güvenlik Kuruluşları Gelir-Gider Dengesi (GSYH)’ya Oran.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. (2004). Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı.

Tatar, M. Sağlık Politikası ve Planlaması. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü Sağlık Politikası ve Planlaması Ders Notları.

Tatar, M. (2006). Sağlıkta Değerlendirme Teknikleri ve Farmaekonomi. 15 Nisan 2006 Hyatt Regency Oteli Toplantı Sunumları.

Telyukov, A. (2001). Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America. Latin America Countries Research Health Sector Reform Initiative.

Thomson, S. and Mossialos, E. (Ed). (2002). Health Care Systems in Transition: Turkey. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Tokat, M. (1993). Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat, M. (2006). Sağlık Ekonomisi Sunumu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUSEP).

- Top, M. ve Tarcan, M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1):169-189.
- TÜİK, 2009 – 2012 Sağlık Harcamaları.
- TÜİK, 1999 – 2008 Sağlık Harcamaları.
- TÜİK Haber Bülteni Sayı 15871. 10 Ekim 2013. Sağlık Harcama İstatistikleri 2009 – 2012.
- Tüylüoğlu, Ş. ve Tekin, M. (2009). Gelir düzeyi ve sağlık harcamalarının beklenen yaşam süresi ve bebek ölüm oranı üzerindeki etkileri. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1):1-31.
- Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı. Ocak 2004. T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Ankara.
- Ulaş, I. (1997). Uygulamalı Can Sigortası Hukuku. Turhan Kitabevi Yayınları, Ankara.
- Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001). Sağlık hizmetlerinin finansmanı. *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, 40:1-11.
- Yıldırım, S. (1994). Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü Uzmanlık Tezi.
- Yıldız, G. (2008). Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunucularından Hastanelere Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunların Algılanma Biçimleri “Ankara İli Uygulaması”. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. D Tengilimoğlu).
- Yurdadoğ, V. (2006). Sağlık Karma Malının Tahsisinde Etkinlik Sorunu ve Türkiye’de Sağlık Reformu. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G Akalın).
- WHO. (1993). Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services. A Report of a WHO Study Group. World Health Organization, Geneva, p. 37.

Wouters, A. (1999). Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery. Partnerships for Health Reform (PHR) Primer For Policymakers.

EK-1

TÜRKİYE DE SOSYAL GÜVENLİK KURUMU TARAFINDAN SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI SAĞLANAN HASTANELERİN ÖDEME YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN SORUNLARI ALGILAMA BİÇİMLERİ: TÜRKİYE'DEKİ MEVCUT DURUM, SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ ANKETİ

Bu çalışmada kurumsal sağlık hizmeti sunucularından hastanelere geri ödeme kurumları tarafından yapılan ödeme yöntemleri incelenerek, İstanbul ilinde bulunan hastanelerdeki mevcut durum, sorunlar ve çözüm önerilerine yönelik bir değerlendirme yapılacaktır. Buradan elde edilen sonuçların, hastanelere yapılan tedavi faturası ödeme sürecinde yaşanan sorunlara çözüm önerisi getirmesine yönelik önemli faydalar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anketlerden elde edilecek bilgiler, yüksek lisans tezinde kullanılacaktır ve sorulara vereceğiniz cevaplar çalışmayı doğrudan etkileyecektir. Bu üç bölümden oluşan anketi özenle ve sabırla dolduracağınıza inanarak, yardımlarınız için şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarız.

DİLEK PAMUKCU AYDIN

I. GENEL BİLGİLER

1. Hastanedeki görev ünvanınız?
 1. () Hastane Başhekim / Başhekim Yrd.
 2. () Hastane Müdür / Müdür Yrd.
 3. () Diğer Belirtiniz sgk sorumlusu.....
2. Çalıştığınız hastanenin türünü işaretleyiniz?
 - () Vakıf Üniversitesi
 - () Üniversite Hastanesi
 - () Özel Hastane
3. Bulunduğunuz görevde çalışma süreniz ?
 1. () 5 yıldan az
 2. () 6-10 yıl
 3. () 11-15 yıl
 4. () 16-20 yıl

5. ☐ 20 yıldan fazla
4. Cinsiyetiniz?
1. ☐ Kadın
2. ☐ Erkek
5. Eğitim durumunuz?
1. ☐ İlköğretim
2. ☐ Lise ve Dengi
3. ☐ Üniversite (Ön lisans)
4. ☐ Üniversite (Tıp fakültesi dahil)
5. ☐ Yüksek lisans / Doktora
6. 2007 yılı fiili yatak sayınız yatak.
7. Üniversite mezunu iseniz bitirdiğiniz bölümün adını yazınız (var ise lisans üstü bilgilerinizi de yazınız)
8. Kurumunuzda hasta işlemleri doğru kayıt altına alınıyor mu? 1() Evet
2 () Hayır
9. Kurumunuzda faturalar, faturalanmadan önce ön kontrole tabi (idari ve tıbbi) tutuluyor mu?
1()Evet 2 () Hayır
10. Hastaneniz Sosyal Güvenlik Kurumuyla sözleşme protokolü imzaladı mı?
1()Evet 2 () Hayır
11. Örnekleme yapılarak fatura incelemesi yöntemini kabul ettiniz mi? 1() Evet
2 () Hayır

II. MEVCUT SORUNLAR

1. Tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin sağlık hizmeti sunucularından kaynaklanan sorunlara katılıp katılmama derecenizi ilgili kutulara "X" işareti koyarak belirtiniz.

Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalandırma Bölümünden Kaynaklanan Olası Sorunlar		Hiç Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Tamamen Katılıyorum (5)
1	SUT ve BUT da yer alan zorunlu olarak fatura ekinde gönderilmesi gereken belgelerin bazen eksik gönderilmesi					
2	Faturalandırma bölümünün fiziksel şartlarının yetersizliği					
3	Faturalandırma bölümünde çalışan personelin özellikle tıp ve tıbbi terimler ve işlemler konusundaki bilgi yetersizliği					
4	Faturalandırma bölümünde personel eksikliği					
5	Faturaların ekinde bulunan hasta sevk kağıtlarında eksik işlem olması (imza, mühür, kaşe vb.)					
6	Faturaya yanlış tanı girilmesi					
7	Hastane otomasyonu kapsamında faturalandırmada kullanılan yazılım programının MEDULA 'ya uyarlanmasında yetersiz kalması					
8	SUT ve BUT 'da yer almayan hizmetlerin faturalandırılması					
9	Faturaların yanlış tahakkuk dairelerine gönderilmesi					
10	Sevk ve faturanın kabul sürelerinin uyuşmaması					
11	Pakete dahil işlemlerin paket dışına çıkılarak fatura edilmesi					
12	Diğer Belirtiniz					

Yukarıdaki sorunlardan size göre önemli gördüğünüz 3 sorununun önem sırasına göre numaralarını yazınız.....

2. Tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin hasta faturasını ödeyen kuruluşlardan kaynaklanan sorunlara katılıp katılmama derecenizi ilgili kutulara "X" işareti koyarak belirtiniz.

Geri Ödeme Kurumlarından Kaynaklanan Olası Sorunlar		Hiç Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Tamamen Katılıyorum (5)
1	Geri ödeme kurumlarının mevzuatta yer almayan kurallar harici kendi belirledikleri prosedürler doğrultusunda hizmet sunuculardan işlem rapor ve formlarının istenmesi (Örn: Hemşire Gözlem Formu)					
2	Ödeme kurumlarının sağlık hizmeti sunucularının sunduğu işlemlere olan güvensizliği					
3	Geri ödeme kurumlarında fatura ve fatura eklerinin kaybolması					
4	Faturada geçen her bir ayrıntının epikrizde detaylandırılmasının istenmesi					
5	Malzeme alış faturalarının istenmesi ve malzeme alış faturasını göndermeyen hastanelerin faturalarından kullanılan malzemelerin düşülmesi					
6	Fatura İnceleme Yapan Doktor ile Hizmet Sunucu Doktorun vakaları ve işlemleri değerlendirmede yorum farklılıkları olması					
7	MR, CT çekim sonuç raporları olsa dahi ödeyici kurumda değerlendirme yapan doktor tarafından ödenmemesi					
8	Geri ödeme kurumların; faturalarda yer alan tetkik, tedavi ve malzemelerden bazılarını sayıca fazla bulması nedeniyle kesinti yapması					
9	Geri ödeme kurumlarında fatura incelemede deneyimli, mevzuata hakim personel olmaması					
10	Geri ödeme kurumlarının zamanında ödenek talep etmemesi					
11	Geri ödeme kurumlarının mevzuattaki ödeme gün sürelerine uymaması					
12	Diğer Belirtiniz.....					

Yukarıdaki sorunlardan size göre önemli gördüğünüz 3 sorunun önem sırasına göre numaralarını yazınız

3. Tedavi faturalarının ödenmesinde yaşanan kesinti, iade, geç ödenme ve hiç ödenmeme sorunlarına ilişkin mevzuattan kaynaklanan sorunlara katılıp katılmama derecenizi ilgili kutulara "X" işareti koyarak belirtiniz.

Mevzuattan Kaynaklanan Olası Sorunlar		Hiç Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Tamamen Katılıyorum (5)
1	Hizmetlerin birim fiyatları belirlenirken sağlık kurumlarının maliyetlerinin göz önüne alınmaması					
2	Faturalandırma ile ilgili mevzuatın sık değişmesi					
3	Paket ve ayaktan vaka başı fiyat listesinde yer alan fiyatların maliyet hesaplamaları yapılmadan belirlenmiş olması					
4	Hastane alacaklarının her yıl terkin edilmesi nedeniyle hastanelerin alacaklarında kayıpların oluşması					
5	Ücret tarifesinin mali yıl başlangıcında yayınlanmaması					
6	SUT ve BUT 'ta yayınlanan yatarak tedavi gören hastalara sağlanacak ilaç ve malzemelerin alımı için tanınan 120 günlük sürenin yetersiz kalması					
7	Mevzuat ilkelerinin geçerliliğinin yaptırımı olmaması					
8	Diğer Belirtiniz.....					

Yukarıdaki sorunlardan size göre önemli gördüğünüz 3 sorununun önem sırasına göre numaralarını yazınız

III. ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Olası çözüm önerilerine katılıp katılmama derecenizi ilgili hücrelere "X" işareti koyarak belirtiniz.

Olası Çözüm Önerileri		Hiç Katılmıyorum (1)	Katılmıyorum (2)	Kararsızım (3)	Katılıyorum (4)	Tamamen Katılıyorum (5)
1	Hastane ödemeleri konusundaki mevzuat bütünlleştirilmelidir.					
2	GSS (Genel Sağlık Sigortası) tam olarak uygulamaya geçirilmelidir.					
3	MEDULA sisteminin uygulamaya geçirilme süreci hızlandırılmalıdır.					
4	MEDULA sistemin uygulanmasıyla ilgili sağlık hizmeti sunucularına (başta faturalandırma bölümünde çalışanlar olmak üzere) eğitim seminerleri verilmelidir.					
5	Fatura ödemelerinde yapılan itiraz ve ihtilaflarda, inceleme ve değerlendirme yapmak için deneyimli, mevzuta hakim personelden oluşan bir fatura inceleme komitesi oluşturmalıdır.					
6	Mevcut paket fiyat uygulamalarındaki sorunların giderilmesine yönelik yeni sistemlerden (Taniya Dayalı Grup= DRG gibi) yararlanılmalıdır.					
7	İtiraz talep ve sonuçlandırma süreçlerine ilişkin safhaların da elektronik olarak belirlenmesi (itirazın evrak kabulde olduğu, inceleme amacıyla komisyona aktarıldığı, teftiş sürecinin yürütüldüğü, kararın verildiği ve bildirimin yapıldığı ve benzeri üst düzey safha isimleri belirlenerek) ve söz konusu safhaların sağlık hizmet sunucuları tarafından web tabanlı uygulamalar ve/veya web servisleri aracılığıyla izlenebilmesi sağlanmalıdır.					
8	Faturaların mevzuattaki ödeme sürelerinde ödenmemesi durumunda 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunu gereğince alacaklara gecikme zammı uygulanmalıdır.					
9	Geri ödeme kurumları tarafından ödenek talepleri düzenli yapılarak sağlık hizmeti sunucularının ödenek takipliği üstlenmelerine son verilmelidir.					

10	Geri ödeme kurumlarının fatura bedelinde yaptıkları kesinti dayanak ve kriterleri hizmet sunucuları ile işbirliği yapılarak belirlenmelidir.					
11	Hizmet sunumunun aksamaması için geri ödeme kurumlarına teslim edilen faturaların 45 gün içerisinde (fatura bedelinin ilaç ve tıbbi malzeme bölümü dışında kalan kısmının) ödenmelidir.					
12	Diğer Belirtiniz					

Yukarıdaki sorunlardan size göre önemli gördüğünüz 3 sorununun önem sırasına göre numaralarını yazınız.....

Teşekkür ederim

EK-2 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Dilek	Soyadı	PAMUKCU AYDIN
Doğum Yeri	ORDU	Doğum Tarihi	01.09.1981
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	
E-mail		Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2002
Lise	Ünye 70.Yıl Cumhuriyet Sağlık Meslek Lisesi	1998

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hastane Ödemeleri-Denetim	Sosyal Güvenlik Kurumu	2005.Halen
2.	Hemşire	SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2001-2005
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Başarılmış birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır

KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test of English as a Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test of English as a Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test of English as a Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate in English; CAE: Certificate in Advanced English; CPE: Certificate of Proficiency in English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

