

SAĞLIKTA GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ VE GLOBAL BÜTÇE

REFUND SYSTEMS IN HEALTHCARE AND GLOBAL BUDGET

Özer ARIK¹, Yusuf Yalçın İLERİ²

ÖZET

Günümüzde ülkeler, bir taraftan vatandaşlarına çağdaş seviyede hak ettiği sağlık hizmeti sunma gayreti içerisinde sağlık politikaları geliştirirken, bir taraftan da sağlık hizmetleri finansmanına yeterli kaynak sağlayacak en ideal geri ödeme yönteminin ne olması gerektiği konusunda arayışlarını sürdürmektedirler. Ödeme yöntemleri geliştirilirken öncelikle sunulan sağlık hizmetinin kaliteli olması hedeflense de bu kriter ile dengede olması gereken mali sürdürülebilirlik konusunda başarılı olunduğu söylenemez.

Sağlık sistemlerinde çok amaçlı ve ihtiyaca cevap verebilecek mükemmel bir geri ödeme yöntemi bulunmamaktadır. Ancak ülkelerin gelişmişlik düzeylerinden yönetim ve örgütlenme biçimlerine kadar pek çok faktörün etki ettiği geri ödeme sistemlerinin, ülkelerin ekonomik, sosyal, kültürel, çevresel özellikleri ve politik hedefleri dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin finansörlüğünü üstlenecek kurumsal yapıya en uygun, temelde maliyet etkili ideal bir yapıyla geliştirilmesi mümkündür. Bu noktadan hareketle yapılan bu çalışmada, sağlık hizmeti sunucularına yapılan başlıca ödeme modelleri incelenerek bilgi verilmiş, son yıllarda Türkiye’de geri ödeme yöntemi olarak kullanımı genişleme eğiliminde olan “global bütçe” uygulaması değerlendirilerek ülkemiz sağlık sisteminde uygulanabilecek ideal geri ödeme yöntemlerinin geliştirilebilmesi adına bilim çevrelerince sunulan önermelere katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Geri Ödeme; Global Bütçe; Sağlık Finansmanı

ABSTRACT

Nowadays countries, on one hand, are in the effort to develop health policies to provide the deserved healthcare services, on the other hand, they keep searching for the most ideal refund method which will be able to provide sufficient financial resources for healthare services. Although the quality of health services is the primary target in developing payment methods, it can not be declared that this criteria is successfully balanced with the financial sustainability.

There is not a refund method which is versatile or meets all needs of healthcare systems. Although repayment systems are influenced by many factors such as level of development and form of governance of the countries, it is possible to develop repayment systems which undertake financial burden of healthcare services and appropriate for organizational structure and cost effective considering countries’ economic, social, cultural, environmental features and political targets. In this study, principal refund models of healthcare providers are examined, "global budget" system of which, in recent years, the usage tends to expand as the refund method in Turkey was evaluated and intended to contribute to the scientific propositions to develop and present an ideal refund method which can be applied in the healthcare system of the Turkey.

Keywords: Refund; Global Budget; Health Financing

¹Hastane Müdürü, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi

²Yrd.Doç.Dr., Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık hizmetlerinin özellikle kamu kaynakları ile karşılandığı ülkelerde hizmetlerin finansmanı için yeterli kaynak kullanımını sağlayacak ve adil kaynak dağıtımına imkân verecek en doğru ve etkili geri ödeme yönteminin tespiti sağlık yöneticilerinin günümüzde arayış içerisinde olduğu konuların başında gelmektedir. Bu nedenle uygulanacak geri ödeme yöntemi noktasında ideale ulaşma çabası hükümetlerin sağlık politikalarına yön veren en önemli etmen olmaya devam etmektedir.

Genel anlamda bir geri ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunucularının sağlık hizmeti talep edenlere sunmuş oldukları hizmetlerin karşılığı olan bedelin, ödeyici kurum tarafından geri ödenmesine ilişkin esasları belirleyen ve düzenleyen sistemdir.¹ Sağlık sistemlerinin mekanizması içinde gerekli bir unsur olan geri ödeme yöntemleri, bir taraftan sağlık harcamalarını kontrol altına alırken diğer taraftan sağlık hizmet sunucularının finansman yöntemini de belirlemektedir. Bu nedenle, uygulanacak geri ödeme yönteminin sağlık hizmet sunucularının hizmet sunum maliyetlerinin karşılığını azami ölçüde verimle yansıtabilecek, kalite ve maliyet etkili bir geri ödeme sistemine ihtiyaç duyulmaktadır.

Giderek artan sağlık harcamaları nedeniyle kıt kaynakların sağlık hizmetlerine artan şekilde yönlendirildiği döngüsel bir sistemde, sağlık hizmet sunucularının kuruluş amaçları, mali yapıları ve sundukları sağlık hizmetlerinin niteliğindeki farklılıkların dikkate alınması, hizmet sunucularının hak ettiği kadar aldığı kaynak ile hizmet sunum maliyetlerini dengeleyebilecek geri ödeme yöntemlerinin uygulamaya konulması, sağlık hizmet sunucularının finansal olarak ayakta kalabilmeleri ve hayati faaliyetlerinin devamını sağlaması için vazgeçilmez bir gereksinimdir.

Türkiye'deki sağlık sistemine bakıldığında farklı sağlık hizmet sunucuları için farklı ödeme yöntemlerinin uygulandığı

görülmektedir. Mevcut durumda Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde üniversite hastanelerinin ise bir kısmında global bütçe modeli uygulanırken, diğer üniversite hastanelerine, özel hastanelere ve diğer sağlık hizmet sunucularına Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çıkartılan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre hizmet başına ödeme, vaka başına veya tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yapılmaktadır. Bu durum, farklı nicelik ve nitelikte hizmet sunan sağlık hizmet sunucuları için adil olmayan bir kaynak dağıtımına yol açmaktadır.

Özellikle eğitim ve araştırma faaliyetleri içinde bulunan ve ayrıca üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği noktasında, doğru ödeme yöntemiyle finanse edilmesi nitelikli sağlık hizmetlerinin devamı ve kalitesi açısından büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle üniversite hastaneleri, kuruluş amaçları doğrultusunda kar amacı gütmeksizin en son basamakta yer alan sağlık hizmetlerini sunmakla kamu hizmetini ifa etmek zorunda olduğundan, sundukları özellikli ve kompleks yapıdaki sağlık hizmetlerinin sunum maliyetlerini azami ölçüde karşılayabilecek bir geri ödeme sistemine ihtiyaç duymaktadır.

Sağlık sistemlerinde geliştirilmiş geri ödeme yöntemlerinden biri olan ve belirli hacimdeki sağlık hizmetinin sunulması için gerekli genel bir harcama sınırı şeklinde tanımlanabilen genel bütçenin birincil amacı, sağlık hizmet sunumunda toplam harcamaların kontrol altına alınmasıdır. Global bütçenin bu temel avantajı ve diğer yönetsel kolaylıkları bu modeli yöntem açısından cazip kılmaktadır.¹ Bu model, Türkiye'de 2006 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde uygulanırken, son birkaç yıl içinde ilgili taraflarca üzerinde mutabakata varılan üniversite hastanelerinin bir kısmında da uygulamaya geçilmiş, özel sağlık sektörünün

de geçişi noktasında tartışmalar şimdiden başlamıştır.

Global bütçeye geçiş konusunda üniversite hastaneleri özel sağlık sektörüne göre uzlaşmaya daha yakın görünmektedir. Finansal durumu gittikçe bozulan üniversite hastaneleri, bazı gerekçelerle global bütçeye geçiş konusunda istekli iken, mali açıdan daha iyi durumda olan üniversite hastaneleri geçişe mesafeli durmaktadır. Üniversite hastanelerinin büyüme eğilimleri ve mali durumlarına göre gelir etme isteklerinin farklı olması gibi içinde bulunulan farklı koşullara göre değişen belirleyici etkenler, üniversite hastanelerinin global bütçe uygulamasına ilişkin tepkilerini de değiştirmektedir. Üniversite hastanelerinin global bütçeye geçişi konusunda son zamanlarda yapılan çalışmalar global bütçe uygulamasının sağlık hizmet sunucuları açısından genişleme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Bu yöntemin uygulanabilirliği sağlık sektöründeki tüm kesimleri ilgilendirirse de, global bütçe uygulamasına en yakın görünen kurumlar üniversite hastaneleridir.¹

Bu çalışmada, günümüzde güncel bir tartışma konusu olan hastane ve sağlık hizmeti sunucularına yapılan çeşitli ödeme modelleri ile son yıllarda Türkiye’de geri ödeme yöntemi olarak uygulanmaya başlayan ve farklı sağlık hizmeti sunucuları açısından kullanımı genişleme eğiliminde olan “global bütçe” yöntemi incelenerek, üniversite hastanelerinde global bütçe modelinin uygulanabilirliğinin ortaya konulması, bir taraftan mali sıkıntı içerisinde olan üniversite hastanelerinin finansal açıdan rahatlatılması bir taraftan da ülkemiz sağlık sistemine uygun geri ödeme yöntemlerinin geliştirilebilmesi noktasında önermelerle katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri, insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavileri ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümü şeklinde ifade edilebilir.² Bu tanım

bağlamında, sağlık hizmetlerinin sunumunu üstlenen işletmeleri, insan hayatı ile doğrudan ilgili acil, zorunlu ve ertelenemez nitelikte olan hizmetleri ifa ettikleri için diğer sektörlerdeki hizmet işletmelerinden farklı şekilde değerlendirmek gerekmektedir. Buna nedenle, sağlık hizmetlerinin niteliği, sunumu ve diğer hizmetlerden ayrılan özellikleri finansman biçimini de kendine özgü kılmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanı ise sağlık hizmeti sağlamak için kaynak kullanımı anlamına gelen genel bir terimdir.³ Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre sağlık sektörü finansmanının amacı, bireysel ve kamusal sağlık hizmetlerine erişimi sağlayacak şekilde sağlık hizmeti sunucularını motive etmek için yeterli fon oluşturmaktır.⁴

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin sunulmasında gerekli faaliyetleri finanse etmek için paranın hareketi ve nasıl kullanılması gerektiği ile ilgilidir. Sağlık sistemi içinde yer alan herkesin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmak, edinilen bu kaynakları verimli kullanmak ve adil bir finansman yönetimi kurarak yoksullaşmayı engellemek gerekmektedir.⁵

Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu arasındaki en temel ilişki kaynakların transferidir. Bu transfer, mal veya hizmet şeklindeki sağlık hizmeti kaynaklarının sağlık hizmetini sunanlardan talep edenlere iletilmesi, hizmet talep eden kişi veya kurumların da finansal kaynakları hizmet sunanlara transfer etmesi ile döngüleşmektedir.⁶

Sağlık hizmetleri birçok ülkede büyük oranda kamu kaynakları ile finanse edilirken farklı modeller de sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmaktadır. Her ülkenin sağlık sistemi kendine has özelliklere sahip olsa da finansman sistemi tercihleri temelde benzerlik göstermektedir. Genel olarak sağlık finansman sistemlerini Beveridge, Bismarck

modeli ve özel sağlık sigortası olarak sınıflandırmak mümkündür.

Beveridge modelinin kapsamı vatandaşlardır. Tüm vatandaşlar aile ve çalışma durumlarına bakılmaksızın aynı biçimde kapsama alınırlar ve finansmanı da genel vergilerden sağlanmaktadır. Sistemin en temel özelliği; herkesi kapsamaması, finanse etmesi ve kamu üretimine dayanmasıdır. Bu modelde finansman büyük oranda vergilerden sağlanmaktadır. Bu sistemi kullanan ülkelere İngiltere, Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç örnek verilebilir.⁷

Bismarck modeline göre sigortanın konusu 'vatandaş' değildir. Çalışanlar istihdam alanlarına göre gelirlerinin bir kısmını hastalık fonlarına veya üçüncü taraflara katkı olarak ödemektedir. Emekliler ve bağımlılar gibi aktif olmayan nüfus, çalışanlar üzerinden kapsama dahil edilmektedir. Modelin çıkış kaynağı olan başta Almanya olmak üzere Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre, Lüksemburg, Japonya ve bazı Güney Amerika ülkeleri gibi hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede tercih edilen bir sistemdir.^{7,8}

Özel sağlık sigortasının ana kaynağı bu modeli sağlık finansman yöntemi olarak kullanan Amerika Birleşik Devletleri'dir. Bu model, geri ödeme kurumunun özel sağlık sigortası olduğu bireylerin veya kurumların sağlık risklerini sigortalaması esasına dayanır. Bu yöntem, ülkelerin sağlık sistemlerinde farklı amaçlarla kullanılabilir. Örneğin bazı ülkelerde (ABD), nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansman sağlayıcısı görevini üstlenirken bazı ülkelerde (Fransa) kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği kısmı finanse etmede tamamlayıcı bir rol oynamaktadır.⁸

Türkiye'de sağlık sisteminin finansman yapısı karma bir özelliğe sahiptir. Belli bir kesim için sağlık sigortacılığı (Bismarck Modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu

yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmakta, ayrıca sistemin finansmanında özel harcamalar da yer almaktadır.⁹ Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik ve özel sigorta primleri ve cepten ödemeler ile sağlanmaktadır.¹⁰

Tablo 1. Türkiye'de Sağlık Harcamalarına İlişkin Temel Göstergeler, 2013-2014

	2013	2014
Toplam Sağlık Harcaması		
Milyon Türk Lirası (TL)	84390	94750
Milyon ABD Doları (\$)	44317	43325
Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)		
Türk Lirası (TL)	1110	1232
ABD Doları (\$)	583	563
Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%)		
	5,4	5,4
Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı (%)		
	78,5	77,4

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2014 Sağlık Harcama İstatistikleri¹¹

Tablo 1'de yer verilen Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'in sağlık harcama istatistiklerine bakıldığında, 94 milyar 750 milyon TL'lik toplam harcama ile bir önceki yıla göre % 12,3 artış gösteren sağlık harcamaları, son on yılda iki kat artış göstermiştir. Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması, 2013 yılında 1110 TL iken, 2014 yılında %11 artarak, 1232 TL'ye yükselmiştir. Sağlık harcaması gayri safi yurtiçi hasılanın (GSYH) %5,4'ünü oluşturmuştur. Sağlık harcamalarının %77,4'ü ise genel devlet bütçesinden karşılanmaktadır.

Tablo 2. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2015

Ülke	Kişi Başına Sağlık Harcaması (\$)	Sağlık Harcaması (GSYİH %)
Avustralya	4.420	9,3
Avusturya	4.987	10,3
Belçika	4.611	10,4
Kanada	4.614	10,2
Şili	1.748	7,8
Çek Cum.	2.473	7,6
Danimarka	4.943	10,6
Estonya	1.824	6,3
Finlandiya	3.984	9,6
Fransa	4.415	11,0
Almanya	5.267	11,1
Yunanistan	2.245	8,2
Macaristan	1.845	7,0
İzlanda	4.012	8,8
İrlanda	5.107	9,4
İsrail	2.533	7,4
İtalya	3.272	9,1
Japonya	4.150	11,2
Kore	2.488	7,2
Letonya	1.371	5,6
Lüksemburg	5.155	7,2
Meksika	1.070	5,9
Hollanda	5.343	10,8
Yeni Zelanda	3.590	9,4
Norveç	6.567	9,9
Polonya	1.677	6,3
Portekiz	2.631	8,9
Slovakya	2.064	7,0
Slovenya	2.644	8,4
İspanya	3.153	9,0
İsveç	5.228	11,1
İsviçre	6.935	11,5
Türkiye	1.064	5,2
İngiltere	4.015	9,8
Amerika B.D.	9.451	16,9
OECD Ort.	3.740	9,0

Kaynak: OECD Health Statistics 2016 ¹²

Tablo 2'ye göre toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içindeki payına ilişkin OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkeleri ortalaması % 9'dur. Bu kategoride en yüksek sağlık harcaması yüzdesini %16,9 ile Amerika Birleşik Devletleri (ABD) alırken, ABD'nin ardından İsviçre, Japonya ve Almanya gelmektedir. Bu verilere göre sağlık harcamalarına en çok pay ayıran ve kişi başı sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkenin ABD olduğu görülmektedir. ABD, kişi başı düşen 9.451 (\$) sağlık harcaması ile OECD ülkeleri içinde en yüksek sağlık harcamasına sahipken, ABD'yi İsviçre, Norveç ve Hollanda takip etmektedir. Türkiye ise kişi başına 1.064 (\$) sağlık harcaması ve % 5,2 pay yüzdesi ile OECD ortalamasının bir hayli altında kalmıştır.

Türkiye, gelişmekte olan ülkeler ve kendi gelir grubundaki ülkeler ile karşılaştırıldığında sağlık harcamalarına göre OECD üyesi ülkelere kıyasla sağlık göstergeleri açısından geridedir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarında benzerlik taşıyan ülkelerde sağlık harcamaları paylarında görülen farklılıklar, ülkelerin sağlık sistemleri model tercihlerinin, farklı organizasyon ve finansman yapılarının, kurumsal özelliklerin de sağlık harcamalarının payını ve büyüme hızını etkileyebileceğini göstermektedir.¹⁰

Dünyada ve Türkiye'de giderek artan sağlık harcamalarının etkin bir şekilde kontrol edilmesi, sağlık sistemlerinin finansal açıdan sürdürülebilirliği için zorunluluk haline gelmiştir. Bu doğrultuda sunulan sağlık hizmetinin karşılığı olarak sağlık hizmeti sunucularına yapılan geri ödemelerde, uygulanan sağlık sistemi için en ideal yöntemlerin kullanılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri sağlık sistemlerinin başarısını yapısal olarak etkileyebildiğinden adil kaynak dağıtımını mümkün kılacak uygun geri ödeme yöntemlerinin geliştirilmesi sistem içinde yer alan sağlık

hizmet sunucularının finansal başarısı için hayati bir öneme sahiptir.

Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme

Hastalanma durumunda ortaya çıkan finansal risk, sağlık sistemlerinde ödeyici kuruluşları gerekli kılmıştır. Bu amaçla kamu veya özel nitelikte olabilen ödeyici kuruluşlar, sağlık hizmetlerinin finansmanı için, güvence kapsamındaki nüfustan gelir toplamakta, elde edilen kaynak sağlık hizmeti bedeli olarak doğrudan geri ödeme şeklinde hastalara veya verdikleri hizmet karşılığında sağlık hizmeti sunucularına aktarılmaktadır.¹³

Sağlık hizmetini finanse eden kurumun, güvence altına aldığı bireylerin kullandığı hizmetlerin karşılığı olarak sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapması gerekir. Finansör kurum ile sağlık hizmeti sunucusunun arasındaki ilişkinin temelini oluşturan ödeme sistemleri, hizmetin verimliliği ve eşitliği üzerinde etkilidir.¹

Yapılan araştırmalar geri ödeme sistemlerinin sağlık hizmeti üreten ve sunan kurumların davranışlarını etkilediğini göstermektedir. Sağlık kuruluşlarında hastalığın teşhis edilmesinde kullanılan yöntemler, tetkik istenme sıklığı, hizmetin sunulma şekli, reçete edilen ilaçların türü ve miktarları, ayaktan ve yatarak tedavi edilen hasta oranları, hastanede kalış süresi gibi parametrelerde ödeme yöntemlerinin etkili olduğu deneysel çalışmalar ile ölçülmüştür.⁵

Ödeme sistemleri, ileriye dönük (prospective) ve geriye dönük (retrospective) sistemler olarak iki grupta incelenebilmektedir. Geriye dönük ödeme sistemlerinde, ödeyici kurum sağlık hizmeti sunucularının o zamana kadar sunduğu hizmetlerin maliyetlerini karşılamakla yükümlüdür. İleriye dönük ödeme sistemleri, kullanılan geriye dönük ödeme sistemleri için bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır.¹⁴

Geriye dönük ödeme sistemlerinde, sağlık hizmeti sunucusunun sunum maliyetleri ödeyici tarafından tamamen veya kısmen

hizmet sunulduktan sonra ödenirken, ileriye dönük ödeme sistemlerinde önceden belirlenen ödeme oranları ve bütçeler yoluyla ödeme yapılmaktadır.⁵

Sağlık sistemi içindeki kurumsal sağlık hizmeti sunucuları için kullanılan başlıca ödeme yöntemleri şunlardır;

- ✓ Harcama Kalemli Bütçeler
- ✓ Vaka Başına Ödeme,
- ✓ Hizmet Başına Ödeme,
- ✓ Kişi Başına Ödeme,
- ✓ Günlük Ödeme,
- ✓ TİG (Teşhis İlişkili Gruplar),
- ✓ Global Bütçeler.

Harcama Kalemli Bütçeler

Harcama kalemli bütçeler, global bütçe gibi belirli bir dönem için yapılan ileriye dönük birleştirilmiş sabit ödemelerdir. Ödeme miktarının belirlenmesinde enflasyon faktörü dikkate alınarak daha önce yapılan ödemeler kullanılmaktadır. Global bütçede hizmet kategorileri arasında kaynakların yeniden tahsisi mümkün iken harcama kalemli bütçede bu durumun söz konusu olmaması, iki bütçe arasındaki temel farkı oluşturur. Harcama kalemli ve global bütçeler düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hastanelerde yaygın olarak kullanılan ödeme yöntemleridir.¹⁵

Harcama kalemli bütçeler hem olumlu hem de olumsuz özelliklere sahiptir. Olumlu tarafı, yönetimin zayıf olduğu yerel bölgelerde güçlü bir merkezi kontrol sağlaması ve her faaliyetin asgari standartlarda karşılandığı öngörülebilir düzeyde bütçe ve harcamaları gerçekleştirmesidir. Bu yöntemin olumsuz tarafları ise şöyle sıralanabilir;¹⁶

- ✓ Gerekli sağlık hizmetinin optimal düzeyin altında sunulmasını teşvik eder;
- ✓ Yerel ya da yenilikçi koşullara uyum sağlamak için esneklik azdır;
- ✓ Bilgi veya yönetim uzmanlığı için doğrudan bir özendirici yoktur;
- ✓ Çıktılar veya sonuçlar için doğrudan herhangi bir teşvik yoktur;

✓ Sabit kaynakların yüksek seviyelerde oluşturulması, harcama kalemlerine tahsisin nadiren değişmesi gibi bir eğilim vardır.

Vaka Başına Ödeme

Tek bir tedavi eyleminden çok tek bir vakaya dayanmaktadır.¹⁷ Bu yöntemde, belli bir hastalık için sağlık hizmeti alan her hasta bir vaka olarak kabul edilmekte ve vaka başına sunum bedeli önceden belirlenerek sabit bir miktar üzerinden hizmet sunuculara ödenmektedir. Ödeyici kurumlar, burada farklı olarak hizmet sunucuları için gün başına veya hizmet başına değil vaka başına ödeme yapmaktadırlar.¹

Tedavi edilen her vaka için vaka tipi dikkate alınarak belli bir ödemenin yapılması gerekmektedir. Bu yöntem, ileriye dönük bir ödeme yöntemi olmakla birlikte, tedavi edilen vaka için yapılacak ödeme miktarı tespit edilirken hizmet sunumunun gerçek maliyetleri pek dikkate alınmamaktadır. Vaka başına yapılacak ödemenin miktarı iki şekilde belirlenmektedir;⁵

- Hastalık teşhisi göz önünde bulundurulmaksızın, her tür vaka için belirlenen tek bir sabit oran göz önünde bulundurulur hesaplanmaktadır.
- Vaka başına ödeme bir teşhisler programı göz önünde bulundurulur hesaplama yapılmaktadır.

Teoride vaka başına ödeme sistemleri, hizmet başına ödeme sistemlerinin mümkün olduğunca çok sayıda hizmet üretme yönündeki teşvik edici dezavantajını önlemek için geliştirilmiştir.¹⁷

Vaka başına ödeme belirli bir vakanın tedavisi için harcanacak bütçeye dayalıdır. Bu yöntemde, daha fazla gelir elde etmek isteyen sağlık hizmet sunucuları tedavi ve bakım maliyeti düşük ve tedavi edilebilirliği yüksek hastaları tercih ederken, vaka başına maliyetleri düşürme eğiliminde olacaklarından sağlık hizmeti kalitesinin de düşebileceği unutulmamalıdır.⁵

Hizmet Başına Ödeme

Bu ödeme yöntemi, sağlık hizmet sunucusu tarafından üretilen birim hizmet başına ödeme yapılması esasına dayanmaktadır. Geri ödeme sistemleri içerisinde en yaygın kullanılan yöntemdir. Ödeyici kurum, sunulan sağlık hizmetlerine karşılık her bir hizmet için belirlenen fiyatlar üzerinden kestiği faturaları dikkate alarak hizmet sunucusuna gerekli ödemeleri yapmaktadır. Bu sistemde, sağlık hizmet sunucusunun kestiği faturalarda yer alan miktarlar, sağlık hizmetlerinde geri ödemelere esas kabul edilir. Ödeyici kurum, fatura edilen hizmetleri belirlenen esas ve usullere göre uygunluk açısından inceledikten sonra, gerekli görülen kesintileri de dikkate alarak geri ödeme yapmaktadır.¹

Bu yöntem, özel hastanelere yapılan ödemelerde ödeyici kurumların genel olarak tercih ettiği bir yöntemdir. Örneğin; mide ülseri olan bir hastasının hastanede yatarak yapılan tedavisinde, hastaya yapılan her bir harcama karşılığında ödeyici kurumlarca ödeme yapılmaktadır. Böylece hastanede geçen sürede ve hastanın tedavi sürecinde gerçekleşen bütün maliyetler hasta hesabına fatura edilmiş olmaktadır.¹⁸

Sağlık hizmet sunucuları arasında rekabet olduğu ortamda, sağlık hizmetlerinin kalitesini belli bir seviyede tutmak oldukça zordur. Hizmet başına ödeme yöntemi, gereğinden fazla hizmet üretimine neden olabilirken, aynı zamanda sunulan sağlık hizmetinin kalitesini de artırabilir. Ancak, hizmet başına ödeme yönteminin etkileri büyük oranda ücret belirlemelerine bağlıdır.⁵

Hastalara sunulacak sağlık hizmetlerinin önceden bilinmemesi, hizmet sunucularına yapılacak ödemelerin oluşturduğu maliyeti de bilinmez kılmaktadır. Bu durum, yöntemin olumsuz bir tarafı olarak ödeyici taraflar açısından belirsizliğe neden olmaktadır. Ayrıca, hizmet sunucularının belirlenen hizmet başına ücretleri artırmaları ve ucuz hizmetler yerine pahalıların tercih edilmesi maliyetleri artırmaktadır.¹

Kişi Başına Ödeme

Bu ödeme yöntemi, belirli bir süre zarfında ödeyici tarafların sağlık hizmet sunucularına kişi başına belirlenmiş sabit ücretleri esas alarak ödeme yaptığı bir yöntemdir. Kişiye belli bir dönemde sunulacak bütün sağlık hizmetlerini karşılayacak bir ödeme miktarının tespit edilmesi temeline dayanır.¹

Kişi başına ödeme yönteminde, ödeyici taraf ile hizmet sunucusu arasında yapılan sözleşme kapsamında belli bir dönem içinde, tedavi süresince hizmetlerin kullanılıp kullanılmadığına bakılmaksızın uygulanması muhtemel bütün tedavi harcamalarını karşılayacak kişi başına belirlenmiş bir ödeme yapılmaktadır. Buna göre sağlıklı kişiler sağlık hizmetlerini daha az kullanacakları ve hizmet sunucusunda daha az kalacaklarından kar elde edilecek, ancak yaşlılar ve kronik hastalar sağlık hizmetlerini daha sık ve uzun süreli kullanacağından hizmet sunucusunun maliyetleri artacaktır.¹⁸

Bu ödeme yönteminin olumlu tarafı, ödeyici taraf için hiçbir belirsizliğin olmaması ve hizmet sunucusu için garantili bir müşteri tabanı sağlamasıdır. Hizmet sunucuları belli bir müşteri grubuna sahip olacağını, üçüncü taraf ödeyici ise bu grup için sağlık bakım maliyetlerinin ne olacağını tam olarak bilir. Ancak, hizmet sunucusu açısından hastalara sunulacak sağlık hizmetlerinin karmaşık olması ve maliyetlerinin bilinmemesi belirsizlik oluşturmaktadır.¹⁹

Öte yandan, kişi başına ödeme yöntemi maliyetlerin düşürülmesi bakımından etkilidir. Sağlık hizmet sunucularının gereksiz yere maliyetlerini artırmamasına olanak vermediği gibi, kaynakların verimli kullanılmasını sağlar. Ancak bu sistem, hizmet sunucusuna güvence altındaki sigortalı için belli bir ödeme garantisi verirse, hizmet sunucusunun daha kaliteli sağlık hizmeti sunma anlamında bir isteklendirmesi olmadığından kaliteyi azaltma potansiyeline sahip olmaktadır. Ayrıca yöntem, hizmet

sunucularını daha az maliyet için düşük riskli hastaları tercih etmeye teşvik ettiğinden tedavi maliyetleri yüksek hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımı olumsuz etkilenmektedir.⁵

Günlük Ödeme

Günlük ödeme, her gün başına hastaya yapılan tüm hizmet ve giderleri (örneğin tıbbi tedavi, ilaçlar ve bandaj, protezler, konaklama) kapsamaktadır. Hizmet sağlayıcılar arasında farklı bölüm ve uzmanlıklara rağmen hasta için gerekli tedavi ne olursa olsun her zaman aynı ödeme yapılmaktadır. Yöntemin hesaplama temeli, belli bir dönem boyunca (normalde bir yıl) hizmet sunucularının katlandığı toplam maliyetin aynı dönemdeki hasta günü sayısına bölünmesine dayanmaktadır.¹⁷

Günlük ödemeler, hastaneleri geniş yatak kapasitesi ve yüksek doluluk oranları için cesaretlendirmektedir. İdari olarak yöntemin uygulanması kolay ve ucuzdur. Sağlık hizmet sunucuları için yöntemin temelinde, belli bir sürede katlanılan toplam maliyetler ve hasta günü sayıları önemli iki değişkendir. Hizmet sunucusuna gün başına yapılan ödeme sabit olduğunda, karını artırmak isteyen hizmet sunucularının maliyetleri düşürmek için hasta günü sayısını yükseltmelerine, gün başına yapılan ödemenin değişken olması ise maliyet ne olursa olsun günlük ödeme yapılacağından dolayı tıbbi açıdan gereksiz yere uzun süreli hasta yatışlarına neden olmaktadır.⁵

TİG (Teşhis İlişkili Gruplar)

TİG; hastaların klinik ve maliyet verilerinin kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara atanmasını içeren bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. Yöntem, hastalıkların gruplandırılmasında ana tanıyı ve yapılan işlemleri esas alırken, tedavi sürecindeki harcamaları parasal tutar yerine bağıl değer olarak belirlemektedir.²⁰

TİG'ler; hastaların ne kadar "hasta" olduklarını ölçmek, hastanelerde tedavi

edilen hasta türlerini belirlemek, bir hastanede tedavi edilen hastalara bakıldığında başka bir hastaneye kıyasla neden daha fazla kaynağa ihtiyaç duyulduğunu anlamak, hastanedeki sağlık bakımını finanse etmek, hastaneler arasındaki farklılıkları ortaya koyarak karşılaştırmalar yapmak amacıyla, klinik ve maliyet özellikleri açısından benzer vakaları özetleyen ve anlamlı hale getiren bir araçtır.²¹

TİG sisteminde, sağlık hizmet sunucularına hastanın tanısı göz önüne alınarak geri ödeme yapılmaktadır. Sistemin temelinde benzer özellikleri olan hastaları sınıflandırarak her hasta grubunun benzer tedavi aldığı ve bu yüzden benzer kaynakları gerektirdiği düşünülmektedir. Her hasta grubu için kaynak kullanımı tahmin edilerek hizmet sunucu için sabit bir geri ödeme tutarına dönüştürülmektedir.²²

TİG'in hastalık şiddetini dikkate alması, sadece cerrahi vakaları değil tüm yatan hastaları sınıflayabilmesi, vaka karmaşıklık indeksi yoluyla hastaneleri kıyaslamayı ve performans ölçümünü mümkün kılması yönüyle diğer ödeme sistemlerine göre üstünlükleri vardır.²⁰ Bu yöntem, hastane yerine hasta temeline dayandığından farklı yapıdaki ve basamaktaki sağlık hizmet sunucularına sağlık hizmetinin niteliğini dikkate alarak yeterli ve dengeli bir kaynak dağılımı sağlamaktadır.

Türkiye'de Geri Ödeme Sistemi

Türkiye'de kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu kaynakları ile finanse edilirken, sağlık hizmet sunucuları verdikleri sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme almaktadırlar.

Türkiye sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), en kapsayıcı ve en aktif rol oynayan kurumdur. Mevcut durumda, Türkiye nüfusunun tamamının sağlık ihtiyaçları SGK tarafından Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarından alınan sağlık hizmetleri ile

karşılanmaktadır. Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT), sağlık hizmetleri satın alma fonksiyonunu icra etmede SGK'nın kullandığı temel kılavuzdur.²³

SGK tarafından çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'un amacı, sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'na belirlenen Kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.²⁴

SGK tarafından geri ödeme kapsamına alınan tüm hizmet ve işlemlerin fiyatları Sağlık Uygulama Tebliği'nde yer almaktadır. Bununla birlikte, herhangi bir sağlık hizmet sunucusundan alınan hizmetin hangi yöntemle geri ödeneceği, sağlık hizmetinin acil olması durumu, hizmetin türü ve sağlık hizmet sunucusunun özelliğine göre farklılık gösterebilmektedir.²³

Türkiye'de uzun bir süre hizmet başı ödeme modeli kullanıldıktan sonra, 2005 yılı Mali Bütçe Uygulama Tebliği ile birlikte cerrahi işlem yapılan yatan hastalar için hizmet başı ödemededen, tanıya dayalı paket ödeme uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile 2000'in üzerinde cerrahi işlem tanısı için paket fiyatlar belirlenmiş, sağlık hizmet sunucusunun sınıfına göre, hizmetin karmaşıklığı ve maliyetleri göz önünde bulundurularak farklı fiyatlar uygulanmıştır.²⁵ Daha sonra, 1 Temmuz 2006 tarihli Resmi gazetede yayınlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile birlikte ayaktan hastalara verilen sağlık hizmetleri karşılığında düzenlenen faturalar "vaka başı ödeme yöntemi" ile ödenmeye başlanmıştır.²⁶

Mevcut durumda, Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklara ayrılan sağlık hizmeti sunucularının ayakta ve yatan hasta tedavi hizmetleri bedeli, sağlık hizmetinin kapsamı ve niteliğine göre belirlenmiş olan SUT eki

listelerdeki işlemler ve fiyatlar dikkate alınarak SGK tarafından karşılanmaktadır. Sınıflarına göre ikinci ve üçüncü basamak olabilen sağlık hizmet sunucularında yatan hasta tedavisine ilişkin işlem bedelleri, “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme” veya “hizmet başına ödeme” yöntemi ile SGK’ya fatura edilmektedir.²⁴

Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe

Global bütçe, ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl içinde sunulacak sağlık hizmetleri karşılığında tahsil edilecek tutarı, başka bir deyişle harcama sınırını ve hedefini ifade eder. Global bütçe ile amaçlanan, sağlık hizmetleri için yapılacak harcama veya ödenecek toplam tutara bir sınırlama getirerek sağlık harcamalarının kontrolünü sağlamaktır.²⁷

Yönetimi genellikle bir mutabakat sözleşmesine dayanan global bütçe, sağlık hizmet sunucularının tüm işlem maliyetlerini kapsayan, üzerinde taraflarca anlaşılmış toplam bir tutarı ifade etmektedir. Belirlenen sağlık politikasının amaçlarına ulaşmasında global bütçeye ayrılan gelir oranı oldukça önemlidir. Öte yandan, geri ödeme işleminde ödeyici tarafın tek bir kurum olması global bütçenin etkisini artırmaktadır.¹

Türkiye’de Global Bütçe Öncesi Mevcut Durum

Türkiye’de global bütçe öncesi dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanı, faturalandırma esası ile kurulmuştu. Sosyal güvenlik kapsamında olan kişiler, birinci basamak sağlık kuruluşlarına sağlık karnesinin yanında vizite kâğıdı veya hasta sevk kâğıdı ile başvururken, yeşil kartlı hastalar da yeşil kartlarıyla müracaat edebilmekteydi. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar ise ücretli muayene olmaktaydılar.²⁷

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayeneler sonucunda sağlık karnesi, vizite kâğıdı, hasta

sevk kâğıdı, istem fişi, tahlil ve tetkik kâğıtları gibi belgelerin birer fotokopisi sağlık kuruluşunda saklanırken, asılları ise her ay il sağlık müdürlüğüne gönderilmekteydi. İl sağlık müdürlüğü, kişi ve geri ödeme kurumlarına göre ayırdığı bu belgeleri, farklı geri ödeme kurumlarına düzenlediği hizmet bedeli faturaları ekine koymakta, fatura ve eklerini posta veya kargo yoluyla geri ödeme kurumlarına göndermekte ve bir örneğini de dosyada saklamaktaydı. Benzer bürokratik işlemler ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında da gerçekleştirilmekteydi.^{27,28}

Bürokratik ve maliyetli bir faturalama ve tahsilât şekli olan bu sistemde, geri ödeme kurumlarına gönderilen bu fatura ve eki belgeler incelenerek uygun görülürse bütçe imkânlarına göre ödeme yapılmaktaydı. Buna rağmen ödeme sisteminde belli bir düzen sağlanamadığından bazı kurumlara alacakları tam olarak ödenememekteydi.⁹ Aynı zamanda geri ödeme kuruluşlarında büyük iş yükü oluşturan fatura inceleme işlemleri faturaların zamanında incelenmesine engel teşkil etmekteydi.²⁸

Sağlık Bakanlığı’na bağlı kuruluşlar, global bütçe uygulamasına geçişin ilk defa yapıldığı 2006 yılı öncesi dönemde,²⁸ sunmuş oldukları hizmetin bedelini bütçe uygulama talimatı uyarınca geri ödeme kurumlarına fatura ederek tahsil etmekteydiler. Geri ödeme kurumları borçlarını ödemekte zorlandığından bu kurumlar finansal olarak çok güç durumdaydı. Mevcut durum sonrası, bu yöntemin Sağlık Bakanlığı açısından sürdürülebilir olmadığı 2006 yılı bütçesi görüşmelerinde yapılan bir düzenleme ile ortaya konularak hizmet kalitesi ve memnuniyetinden ödün vermeden kalıcı çözüm oluşturmak ve finansal sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı için global bütçe uygulamasına geçilmiştir.⁹

Türkiye’de Global Bütçe Uygulaması Ve Sonuçları

Türkiye’de 2006 yılında hayata geçirilen global bütçe uygulaması günümüze kadar üç aşamalı bir gelişim göstermiştir. Bu aşamalar şunlardır;⁹

Birinci aşama, global bütçeye geçişin yapılması ve ödenecek yıllık tutarın tespit edilmesidir. Bu aşamada, geri ödemeler belirlenen global bütçe tutarı kadar yapılırken Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları tarafından sosyal güvenlik kurumlarına fatura gönderme işlemi devam etmiştir. Uygulama süreci Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (SGK) arasında Global Bütçe Protokolü’nün imzalanması ile başlamaktadır. Söz konusu protokole; sosyal güvence kapsamında bulunan kişilere sunulan sağlık hizmetleri karşılığında Sağlık Bakanlığı’na ödenecek toplam tutar, belirlenen tutarın hangi geri ödeme kurumu tarafından, hangi tarihte, ne miktarda ödeneceği gibi hususlar düzenlenmektedir. Global bütçe şartlarına ilişkin taraflar arasında mutabakat sağlandıktan sonra; SGK ile Sağlık Bakanlığı arasında “Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi” imzalanmaktadır. Sağlanan mutabakat gereğince tespit edilen global bütçeyi aşan alacak miktarları her yıl çıkarılan bakanlar kurulu kararına göre terkin edilmektedir.

İkinci aşama, 08.03.2007 tarih ve 5597 sayılı kanunun 4. maddesi ve 5502 sayılı kanuna eklenen ek madde-2 ile yapılan düzenlemeye istinaden birinci basamak sağlık kuruluşlarının fatura düzenleme zorunluluğunun kaldırılması ile başlamıştır. Akabinde güvence kapsamına göre ilgili ödeyici kurumlarla hizmet alım sözleşmeleri imzalanmıştır.

Üçüncü aşama ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumlarında sosyal güvenlik kurumuna fatura gönderme işlemi son bulmuştur. Uygulama sayesinde hastanelerin hizmet bedelleri geliştirilen “medula” sistemi üzerinden elektronik ortamda hesaplanmış,

böylece Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumlarında daha önce birinci basamakta uygulandığı gibi SGK’ya fatura veya herhangi bir ödeme belgesi gönderme işlemi son bulmuştur.

Global bütçe uygulaması ile sağlık hizmetleri alanında pek çok yönden önemli sonuçlar elde edilmiştir;^{27,28}

- Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayeneler ve verilen sağlık raporları, kan gurubu tespitleri, kan şekeri ölçümleri gibi her türlü hizmet ücretsiz hâle getirilmiştir.

- Global bütçe uygulaması ile öncelikle vatandaşın birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırılmış, herhangi bir başvuru belgesi isteme zorunluluğu kalmamıştır.

- Kamu kurum ve kuruluşları arasında işleyen bürokrasi ve kırtasiyecilik azaltılarak geri ödeme kurumlarına fatura ve dayanağı ek belgeleri gönderme işlemi bitmiştir. Böylece, gereksiz zaman kaybı önlenerek iş gücünde tasarruf sağlanmış, önemli bir gider kalemi olan posta işlemleri, fotokopi, belge ve fatura basım maliyetleri büyük ölçüde ortadan kalkmıştır.

- Global bütçe uygulaması ile maliyetlerde azalma yaşanırken, bütçe ve ödeme işlemleri hızlanmıştır.

Bütün bunların yanında, global bütçe kapsamına alınan sağlık kurumları, sundukları hizmet karşılığında fatura edilen tutarların hangi oranda kesintiye uğrayacağına ilişkin bir endişeden kurtulmaları da olumlu bir gelişmedir.¹ Böylelikle, sağlık yöneticileri finansal rahatlamının etkisiyle maliyetlerini kontrol altına alarak yeni projelere daha kolay yönelebilmişlerdir.

Ülkemizde ilgili taraflar arasında görüşmelerin yapılmasına rağmen tam bir mutabakat sağlanamadığından üniversite hastaneleri global bütçe kapsamına alınmamışlardır.¹ Sağlık hizmetlerinin çoğunluğunu sunan Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin global bütçe uygulaması

esaslarına göre geri ödeme aldığı bir sistemde, özel sağlık sektörünün de global bütçeye geçişi bazı sorunlar oluşturabilecektir. Harcama serbestliği olan özel sağlık sektörü, her yıl kamu hastaneleri için belirlenen harcama sınırlarının çok üzerine çıkarak sistemi olumsuz etkileyebilecek, belli bir harcama sınırına

tabi olan kamu hastaneleri, harcama sınırı olmayan özel hastaneler karşısında zamanla etkinliklerini kaybedebilecektir. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı hastaneleri için uygulanan global bütçe tekniğinin özel sektöre de aynen uygulanması çok mümkün görünmemektedir.²⁹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde mevcutta uygulanan veya ideal sistem olarak geliştirilmesi düşünülen geri ödeme sistemlerinin temelinde, sunulan sağlık hizmetlerinin oluşturduğu hasta ve hastalık çeşitliliği yüküne bağlı olarak giderek artan sağlık harcamalarının disiplinli bir şekilde kontrol edilmesi ve sistemin mali yönden sürdürülebilirliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde belirlenen kalite kriterlerine ulaşmak için sağlık harcamalarını artırmak zorunlu bir seçenek değildir. Bunun yerine, sağlık hizmetlerinin kalitesi ve maliyeti arasında etkili bir denge unsuru oluşturmak daha uygun olacaktır. Hem hizmet hem de finansman açısından tüm ihtiyaçlara cevap verebilecek mükemmel bir geri ödeme yöntemi mümkün olmasa da geliştirilecek yöntemin sağlık hizmetleri için belirlenen kalite kriterleri ile sağlık hizmetlerinin maliyeti ve yönetimi arasında dengeyi sağlayacak verimli ve dinamik bir mekanizmaya sahip olması büyük önem arz etmektedir.

Genel bir değerlendirme yapıldığında, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre değişik ödeme yöntemleri kullanıldığı, sağlık hizmetlerinin kalitesi, etkililiği, verimliliği, ulaşılabilirliği, maliyeti ve yönetimi konusunda gerekli dengeyi sağlayabilecek ve olumsuz etkileri en az olan yöntemlerin tercih edildiği görülmektedir. Bu bağlamda, her ülkenin seçeceği ödeme yöntemi noktasında kendi sağlık sisteminin geçirdiği gelişim evrelerine ve örgütsel biçimine uygun bir şekilde adapte olabilecek,

hastaların ve hastane yönetimlerinin mali ve tıbbi işlem yönünden talep ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek, teknolojik alt yapı ve bilgi sistemlerinin gelişmişlik düzeyine uygun bir yöntem belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlayan Sağlık Bakanlığı ve finansörlüğünü üstlenen Sosyal Güvenlik Kurumu işbirliği ile özellikle 2003 yılı itibariyle Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan köklü değişikliklere uygun olarak alternatif geri ödeme yöntemleri geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Ebette ki, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de kurumlar ve sağlık hizmeti sunucuları seviyesinde farklı ve karma ödeme sistemleri kullanılmaktadır. Ancak, temelde amaçlanan sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği ilkesi ile istenen düzeyde kaliteli, ulaşılabilir ve hakkaniyete uygun sağlık hizmetlerinin denge içinde olması, nitelik ve nicelik bakımından farklı yapıdaki hastaneler veya sağlık hizmet sunucuları için katlanılan rasyonel maliyetleri en iyi düzeyde karşılayan geri ödeme yöntemlerini gerektirmektedir.

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hayata geçmiş olan global bütçe uygulaması, bu hastanelere finansal açıdan rahatlık sağlamakta, buna rağmen son yıllarda mali sıkıntı içerisinde olan üniversite hastanelerinde tam olarak uygulanmamaktadır. Global bütçenin bütününde sağlık hizmetleri finansmanı açısından getirdiği rahatlama ve kaydedilen olumlu etkileri bir geri ödeme yöntemi olarak

ülke genelinde yaygınlaştırılması fikrini destekler niteliktedir. Bu doğrultuda, kamu ve özel sektörde global bütçenin uygulanma durumunun sağlık hizmet sunucuları açısından kuruluş amaçları ve fonksiyonları, sahiplikleri, sundukları hizmet niteliğine göre türleri ve mali yapıları gibi faktörler dikkate alınarak değerlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Kamu sağlık hizmet sunucularının birincil amacı faaliyetlerinden kar elde etmek değil, sosyal bir hak niteliğindeki sağlık hizmetinin vatandaşlara sunulmasıdır. Bu bağlamda, kamuya ait sağlık hizmet sunucularının tamamen kamusal kaynaklarla finanse edilmesi ve global bütçe uygulanması mümkündür. Ancak, sahipliği gerçek veya tüzel kişilere ait olan özel sağlık hizmet sunucularının öncelikli amacı, genel işletme kurallarını uygulayarak sunduğu sağlık hizmetlerinden kar elde etmek ve böylece varlığını devam ettirmektir. Bu nedenle, özel sağlık hizmet sunucuları karlı olmayan hizmet türlerini sunma eğiliminde değildirler.

Özel bir sağlık hizmet sunucusunun, sunum maliyetleri nedeniyle kar elde etmediği bir sağlık hizmeti işlemi sunmama kararı alarak hastayı kabul etmeme seçeneği varken, kamu sağlık hizmet sunucuları bulunduğu basamaklara göre hizmet niceliği ve niteliğine göre kar elde edip etmediğine bakmaksızın kamu hizmeti ifası gereği kuruluş kapsamında olan bütün hizmet türlerini vermek zorundadır. Diğer taraftan üçüncü basamak sağlık hizmeti gerektiren bir hastanın üniversite hastanesine gitmek dışında başka bir alternatifi bulunmama ile birlikte, üniversite hastanesinin bu işlemde zarar etse dahi hastayı kabul etmeme seçeneği yoktur. Bu durum, ikinci basamak bir kamu sağlık hizmet sunucusunda verilmeyen bir sağlık hizmeti için hastanın üçüncü basamak bir üniversite hastanesine sevk gerektiğinde de geçerlidir.

Ayrıca, kamu sağlık hizmeti sunucuları bu hizmetleri verirken sağlık hizmeti bileşiminde olan asıl ve yardımcı

hizmetlerin, malzemelerin ve diğer gerekli tüm bileşenlerin tedarik edilmesinde ve sonucunda sağlık hizmeti olarak sunumunda tabi olduğu tüm yasa ve yönetmeliklerin gerektirdiği süreçleri işletmek durumundadır. Çünkü kamu kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması noktasında hesap verilebilirlik ilkesi gereğince yetkili merciler tarafından kanunlara uygunluğu denetlenmektedir. Sonuç olarak, statüsü ve mali yapıları farklı olan özel sağlık hizmet sunucuları için global bütçe uygulamasının uygun olmadığı, kamu sağlık hizmet sunucularının ise kendi aralarında sundukları hizmet türlerine göre hangi basamak sağlık hizmetine tabi oldukları değerlendirilerek bir global bütçe belirlenmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.

Diğer taraftan global bütçenin doğru bir geri ödeme yöntemi olduğu ve sağlık hizmet sunucularının bütününde uygulanması gerektiği düşünülürse, olumsuz yönlerinin minimize edilmesi gerekecektir. Sağlık harcamalarının büyüklüğü dikkate alındığında global bütçenin devlet bütçesindeki önemi yadsınamaz. Bu nedenle global bütçe sınırı oluşturulurken ilgili sağlık hizmet sunucularının türünün dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin sunum maliyetlerine odaklanması daha isabetli olabilecektir. Aksi takdirde gerçek giderlerden uzak bir global bütçenin belirlenmesi temelde hedeflenen finansal sürdürülebilirlik ilkesi ile bağdaşmayacaktır. Buna karşılık, global bütçenin doğası gereği sağlık hizmet sunucuları açısından elde edilecek gelirin belli olması, sağlık hizmet sunucularının gelir endişesini bitirerek gider azaltma çabasına girmelerini sağlama noktasında olumlu bir tarafının olduğu söylenebilir.

SUT kapsamında özel hastane, üniversite hastanesi veya Sağlık Bakanlığı hastanelerinde alınan farklı nitelikteki sağlık hizmetlerinin hizmet başı ödeme, paket fiyat ödeme veya her iki yöntemin kullanıldığı karma ödeme ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yapılan global bütçe ödemesi

gibi geri ödeme yöntemleri noktasında sağlık hizmet sunucularının farklı mali yapıları ve kuruluş amaçları dikkate alındığında adil olmayan bir yaklaşımın söz konusu olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, birinci basamaktan üçüncü basamağa kadar uzanan sağlık hizmetlerinin değişken niteliği ve sağlık hizmet sunucusunun türüne göre hizmet sunum maliyetlerindeki farklılığın rasyonelitesi karşısında teşhis ve tedavi işlemlerine yönelik bütün kurumlarda aynı SUT fiyatlarının uygulanmasının hakkaniyet açısından uygun olmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle kurumların mali yapılarına uygun maliyet etkili fiyatlandırma politikasına göre bir geri ödeme sisteminin geliştirilmesi daha doğru olacaktır.

Global bütçe uygulamasının muhtemel olumsuz bir yönü ise, ödeyici kurum tarafından fatura incelemesinin olmaması ve zamanında denetim yoksunluğudur. Sağlık hizmet sunucularının sağlık hizmeti bedellerinin ödenmesinde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından fatura etme usul ve

esasları ile geri ödeme kurallarının yer aldığı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'a göre hatalı faturalandırma işlemlerinin düzeltilmesine yönelik tedbirlerin önceden alınması imkânını ortadan kaldırdığı, geri ödemeye esas teşkil edecek rasyonel maliyetlerin dikkatlerden kaçmasına ve mali sürdürülebilirlik ilkesinin de işlevsizliğine neden olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, ülkemiz genelinde kar amacı güden özel sağlık kuruluşları haricinde kalan tüm kamu hastanelerinde, bağlı olduğu üst merci dikkate alınmadan, ulusal düzeyde geçerli tek bir geri ödeme sisteminin kullanılması gerektiği, hasta ve hastalık yükünün fazla olduğu, sağlık hizmeti sunumu karşılığında elde ettiği gelirle aynı zamanda eğitim ve araştırma fonksiyonunu da yerine getiren üniversite hastanelerinde mali durumun güçlendirilmesi adına global harcamalara bakılarak "global bütçe" geri ödeme sistemine ivedilikle geçilmesi gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akyürek Ç.E.(2012).“Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye”. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2 (2): 124-153.
2. Akdur R. (2006). “Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu” (genişletilmiş ve güncellenmiş ikinci baskı), Ankara, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi (ATAUM) Araştırma Dizisi no:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, ss:17.
3. Goodman, H., Waddington, C. (1993). “Financing Health Care”, Oxfam Practical Health Guide No:8, Ireland. 1993-UK/Ireland.p:1. Erişim: <http://books.google.com.tr>, (02.05.2016)
4. Langenbrunner, J.C., Somanathan, A. (2011). “Financing Health Care in East Asia and the Pasific : Best Practices and Remaining Challenges”, The World Bank Washington, D.C. (The International Bank For Reconstruction and Development), Washington. pp:70.
5. Çelik Y. (2013). “Sağlık Ekonomisi”. 2. Baskı. ISBN: 978-605-5782-79-5 Ankara, Siyasal Kitabevi, ss: 169 -226.
6. Uğurluğu, E., Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, (2): 133-159.
7. Öztürk Z., Karakaş E.T. (2015). “Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim Ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda Ve İngiltere Örnekleri”. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1;(2):39-59.
8. Tatar M. (2011). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’deki Gelişimi”. Sosyal Güvenlik Dergisi, (1): 103-130.
9. Atasever M. (2014). “Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi”. ISBN: 978-975-590-521-1, Ankara, Bakanlık Yayın No: 983, ss:111-114
10. Daştan İ, Çetinkaya V. (2015). “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”. Sosyal Güvenlik Dergisi, 5;(1): 104-134.
11. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2014 Sağlık Harcamaları İstatistikleri, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (01.09.2016)
12. OECD Health Statistics 2016, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> (01.09.2016)
13. İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”. Dirim Tıp Gazetesi, 85; (2): 86-89.
14. Sarı, N. (Tarih Yok). “Teşhise Dayalı Ödeme Sistemlerinin Sağlık Sektör Reform Tartışmalarına Yansımaları. Erişim : <http://homepage.usask.ca> (24.01.2016)
15. Waters, H.,Hussey, P. (2004). “Pricing Health Services for Purchasers: A Review of Methods and Experiences” The World Bank,. Washington, USA. pp: 4.
16. Langenbrunner, J. C. and Wiley, M. M. (2002). “Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries, McKee, M. and Healy, J. (eds.) In: Hospital in a Changing Europe”. Open University Press, Buchingham-Philadelphia, pp: 150-176.
17. Normand, C.,Weber A. (2009). “Social Health Insurance: A Guidebook For Planning”. ADB / ILO/ WHO / GTZ. Eschborn. pp: 89
18. Uz M.H. (Tarih Yok). “Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri”. <http://www.merih.net/m1/whulkuz23.htm> (15.08.2015)
19. Casto, Anne B. ve Layman E. (2006). “Principles of Healthcare Reimbursement” (Michigan: AmericanHealth Information Management Association). Chicago, pp:4.

20. T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). “Teşhis İlişkili Gruplar Bilgilendirme Rehberi”. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
21. Ayanoğlu Y.,Beylik U.,Orhan F. (2014). “Tanı İlişkili Gruplara (DRG) Göre Hastaneler ve Ülkeler Arası Karşılaştırma: Bir Vaka Örneği”. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, 51 (13): 273-290.
22. Kroneman, M. and Nagy, J. (2001). “Introducing DRG-Based Financing In Hungary: A Study Into The Relationship Between Supply Of Hospital Beds And Use Of These Beds Under Changing Institutional Circumstances” Health Policy 55, pp:19-36.
23. T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014). “10. Kalkınma Planı (2014-2018); Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması Ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu”. Ankara.
24. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Uygulama Tebliği, 24 Mart 2013, Sayı: 28597.
25. Demir M. (2006). “Ayaktan hastalara yönelik vaka başına (başvuru başı) ödeme modeli”. <http://www.medimagazin.com.tr/authors>. (15.08.2015)
26. T.C. Resmi Gazete. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8), 1 Temmuz 2006, Sayı: 26215.
27. T.C. Sağlık Bakanlığı. “Sağlık Bakanlığı 2014 Yılı Faaliyet Raporu”, ss:58-59. <https://sgb.saglik.gov.tr> (30.05.2015)
28. T.C. Sağlık Bakanlığı. “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)”. Ankara. ss:324-327. Erişim: <http://sbu.saglik.gov.tr> (30.05.2015)
29. Demir M. “Global Bütçe”. <http://www.medimagazin.com.tr> (15.08.2015)