



Usaysad Derg, 2019; 5(1): 12 -20 (Derleme makale)

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN VE GERİ ÖDENME YÖNTEMLERİ: TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM

THE FINANCING AND REIMBURSEMENT OF HEALTH SERVICES: CURRENT SITUATION IN TURKEY

Dr. Öğr. Üyesi Fatih ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi
fatih.santas@bozok.edu.tr
<http://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

Dr. Öğr. Üyesi Ümit ÇIRAKLI

Yozgat Bozok Üniversitesi
umit.cirakli@bozok.edu.tr
<http://orcid.org/0000-0002-3134-8830>

Makale gönderim-kabul tarihi (20.02.2019-18.04.2019)

Özet

Bu çalışma sağlık hizmetlerinde finansman ve geri ödeme yöntemlerinin teorik olarak incelenmesi ve Türkiye'de uygulanmakta olan finansman ve geri ödeme yöntemlerinin neler olduğunun araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Türkiye'de birden fazla finansman sisteminin ve geri ödeme yönteminin bir arada kullanıldığı ifade edilebilir. Finansman sisteminde ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası kullanılmakla birlikte vergilerden sağlık sisteminin finanse edildiği, kişilerin cepten ödeme yaptıkları, özel sağlık sigortasının gittikçe daha fazla ağırlığının arttığı, sağlık tesislerinin inşasında kamu-özel ortaklığından yararlandığı söylenebilir. Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesinde hizmet başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi, kişi başına ödeme, maaş yönteminin bir arada uygulanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme, Türkiye.

Abstract

This study is carried out to investigate the financing and reimbursement methods of health services in terms of theory, and to research what the financing and reimbursement methods being implemented in Turkey are. The study is a descriptive study. As a result of the study, it has been determined that a combination of the multiple financing system and the reimbursement methods are used together in Turkey.. It is seen that although the social health insurance model is mainly used in the financing system, the health system is also financed from taxation, people are paying out of pocket, the weight of private health insurance has increased more and more and the public-private partnerships have been utilized in the construction of health facilities. Pay-per-service, per-case, per-person, and salary methods are all applied together in the reimbursement of health services.

Keywords: Financing of health services, Reimbursement in health services, Turkey.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansal kaynakların sağlık sektöründe harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içermektedir. Sağlık sistemi finansmanı, birincil ve ikincil kaynaklardan gelirlerin toplanması, belirli bir havuzda toplanması ve hizmet sağlayıcılara geri ödemede bulunulması sürecidir (Murray ve Frenk, 2000). Bir sağlık hizmeti finansmanının üç temel fonksiyonu vardır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma. Gelir toplama; hane halkları, işletmeler, devlet ve bağışçı kurumlardan para toplanması anlamına gelmektedir. Fon havuzlama, toplanan gelirlerin kişilerin ortak çıkarı için biriktirilmesi şeklinde ifade edilmektedir. Hizmet sunuculara ödeme yapma, toplanan ve bir havuzda biriktirilen fonların, bireysel veya kurumsal hizmet sunuculara hizmet sunumları karşılığında belirli yöntemlere göre aktarılmasıdır.

Sağlık hizmetleri finansmanında vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri geri ödenmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır: Hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe ve ücret ödemesi öne çıkmaktadır.

Bu çalışmada, sağlık hizmetleri finansman ve geri ödeme yöntemleri teorik olarak ele alınmıştır. Ayrıca Türkiye’de şu an uygulanan finansman ve geri ödeme yöntemlerinin incelenmesi ile bu çalışmanın ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1. TEORİK ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansal kaynakların sağlık sektöründe harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içermektedir. (Mossialos ve Dixon, 2002). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), iyi bir sağlık finansman sistemini, insanların ihtiyaç duydukları hizmetleri sunabilmek için yeterli fona sahip, sağlık hizmetinden yararlanmak isteyenleri finansal yıkıcı harcamalardan ve yoksullaşmadan önleyen sistem olarak tanımlamaktadır (DSÖ, 2007).

Bir sağlık hizmeti finansmanının üç temel fonksiyonu vardır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma. Bu fonksiyonlar aynı ülkede dahi değişik şekillerde bir araya getirilebilir ya da ayrılabilir. Bazen tüm fonksiyonlar tek bir örgüt bünyesinde toplanırken, bazen de geliri toplama ve havuzlama işini bir örgüt yaparken geri ödeme işlevini başka bir örgüt yapabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Gelir toplama; hane halkları, işletmeler, devlet ve bağışçı kurumlardan para toplanması anlamına gelmektedir. Fon havuzlama, toplanan gelirlerin kişilerin ortak çıkarı için biriktirilmesidir. Sigorta işlevi olarak da anılan fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır (Murray ve Frenk, 2000; DSÖ, 2000). Hizmet sunuculara ödeme yapma, toplanan ve bir havuzda biriktirilen fonların, bireysel veya kurumsal hizmet sunuculara, hizmet sunumları karşılığında belirli yöntemlere göre aktarılmasıdır (Murray ve Frenk, 2000; Mossialos ve Dixon, 2002). Ödeme yapmada önemli olan ödemenin stratejik bir nitelikte olmasıdır. Stratejik satın alma, satın alınacak en iyi sağlık hizmetinin, hizmet sunanın, en iyi ödeme yöntemi ve anlaşma koşullarının araştırılmasıdır (Carrin vd., 2005).

1.2. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin finansmanında çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, cepten ödemeler, toplum tabanlı sağlık sigortası ve tıbbi tasarruf hesapları öne çıkan yöntemlerdir.

1.2.1. Vergilere Dayalı Finansman

Vergilere dayalı finansman sisteminde ödeme zorunlu olduğu için, gönüllü sigortalar pazarında görülen birçok sorunla karşılaşmamaktadır. Vergi gelirleri genel sağlık sigortasının finansmanında oldukça önemli avantajlara sahiptir. En önemli avantajlarından birisi bütün nüfus için sağlık risklerinin

aynı havuzda toplanmasıdır. Diğer sistemlerde önemli bir sorun olan ters seçim (daha yüksek hastalanma ve sağlık riski olanların sigortalanma eğilimi göstermesi ve bunun sonucu olarak maliyetlerin artması) ve risk seçimi (sigortaların bireyleri tarayarak daha sağlıklı olan bireyleri sigortalı etmeleri) problemlerinden kaçınılmış olmaktadır (Evans, 2002; Savedoff, 2004).

Vergiye dayalı sistemde birtakım hususlarda karar verilmesi gereklidir. Vergilemede tüketim ya da gelirin mi ağırlıklı rol oynayacağı, sağlık hizmetlerine bütçeden ne kadar kaynak ayrılacağı, sağlık sektörü içinde spesifik sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrılacağı ve sağlık hizmetlerinin verimli sunumunun nasıl gerçekleştirileceği belirlenmelidir (Savedoff, 2004).

1.2.2 Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası, üyelerinin sağlık risklerini havuzlayan ve çalışan, işveren ve devletin prim ödediği sistemdir. Çalışan ve işveren katkıları gelirleri temelinde alınırken, devlet katkısı genel vergilerden transfer edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası ile evrensel kapsam amacına hizmet edilmekte ve temel sağlık hizmetleri gelir ve sağlık statüsüne bakılmaksızın herkese ulaşılabilir hale getirilmektedir. Böylece sosyal sağlık sigortası, kişilerin sadece tıbbi masraflarını ödedikleri cepten ödeme veya doğrudan ödeme planlarından farklıdır. Sosyal sağlık sigortasının risk havuzlama ve prim toplama işlevleri vergilere dayalı finansman sistemine benzemektedir. Sosyal sağlık sigortasının genel vergilerden farkı, genel vergilerde vatandaşlar vergilerini ödeyerek dolaylı bir katkı sağlamaktadırlar, sosyal sağlık sigortasında ise kişiler doğrudan katkı yapmaktalar ve kişiler sağlık için yaptıkları katkının bilincindedirler (Carrin, 2002).

Sosyal sağlık sigortacılığında bireylerin ödedikleri primler, bireylerin sağlık risklerine göre belirlenmemekte, ödeme güçleri temeline dayanmaktadır. Primlerin belirlenmesinde risk derecelendirmesi olmadığı için yaşlılar veya kronik hastalığı olanların daha yüksek prim ödemeleri söz konusu olmayıp, sosyal sağlık sigortasının amacı, sağlık hizmetlerinin kişileri maddi anlamda kötü duruma düşürmeden satın alınabilir hale getirmektir (Normand ve Weber, 2009).

1.2.3. Özel Sağlık Sigortası

Politika yapıcılar vatandaşları sağlık hizmetinin yıkıcı finansmanından kurtarmak istediklerinde çeşitli alternatiflere sahiptirler. Vergi, sigorta, toplum tabanlı sağlık sigortası ve kar amacı güden ve gütmeyen kurumların sunduğu özel sağlık sigortası bu seçenekler arasındadır. Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyeti sağlama hedefine dayalı olan vergi ve sosyal sağlık sigortasının aksine özel sigorta eşit olmayan erişim, sigortalı olmayan kişi sayısının fazlalığı ve zenginler için elit sağlık hizmetleri olarak görülmektedir. Özel sağlık sigortasının, düzenlenememesi ya da zayıf bir şekilde düzenlenmesi durumunda, eşitsizlikleri artırdığı, genç ve sağlıklı kişilere hizmet sunma eğiliminde olduğu ve maliyetlerin artışına neden olduğu söylenebilir. Ancak özel sağlık sigortacılığının uygun bir şekilde yönetimi gerçekleştirildiğinde hizmete erişim ve hakkaniyet üzerinde pozitif bir etki de oluşturabilmektedir. Özel sağlık sigortaları ile hanelere büyük çaplı cepten harcamalardan kurtulma şansı verilmiş olmaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2004).

Özel sağlık sigortacılığında cevaplanması gereken sorular vardır (Sekhri vd., 2005): Sigorta kimlere satılmalı? Kimler kapsama alınmalıdır? Neler kapsam içine alınmalıdır? Fiyatlar nasıl belirlenmelidir? Hizmetlerin geri ödemesi nasıl yapılmalıdır?

1.2.4. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, doğrudan hastalar veya hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir (Belli vd., 2002). Hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan özel ve özellikle kamusal nitelikli finansman yöntemlerinin doğması ve yaygınlaşması, cepten ödemelerin finansmandaki ağırlığını zaman içinde azaltmıştır. Ancak 1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma gibi sorunlar ile temel

sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları, ek kaynak yaratma ve kaynakların verimli kullanılması ihtiyacını gündeme getirmiştir (Yenimahalleli-Yaşar, 2007).

Cepten ödemeler, sağlık hizmeti kullanıcıları tarafından yapılan tüm ödemeleri içermekte olup; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve informal ödeme olarak üç gruba ayrılmaktadır. Doğrudan ödemeler, sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkıları, güvence kapsamında olsa da çeşitli sebeplerden sağlık hizmeti kullanıcılarından alınan katkılardır. Informal ödemeler, yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002; Lewis, 2002; Robinson, 2002; Gaal vd., 2006).

1.2.5. Tıbbi Tasarruf Hesabı

Tıbbi tasarruf hesapları; bireyler, hanehalkları ve firmaların gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı, gönüllü veya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına, önceden para yatırmaları ve bu parayı yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esaslarına dayanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002; Dixon, 2002). Bu sistemde, bireyler gelirlerinin belirli bir yüzdesini düzenli olarak kendi hesaplarına yatırmaktadırlar. Hesaptaki para sağlık hizmeti ihtiyacı ortaya çıktığında alınan hizmetin finansmanı için kullanılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesabı mutlaka başka bir finansman yöntemiyle desteklenmek zorundadır. Çünkü tıbbi tasarruf hesabında fon havuzlama olmadığı için yıkıcı harcamalara karşı herhangi bir koruma bulunmamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002).

1.2.6. Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası

Gelir düzeyinin düşük olduğu sosyal sigorta ve vergiye dayalı finansman sistemlerini yürütebilecek ekonomik altyapıya sahip olamayan ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim için alternatif bir yöntem olarak kullanılan Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası (TTSS) alternatif bir sağlık hizmetleri finansman yöntemidir. Risk havuzlama ve toplumsal kaynakların paylaşımını artırmak için gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için uygun bir yöntemdir (Gnawali vd., 2009).

TTSS, “topluma hizmet amacıyla toplum tarafından kurulan, tasarlanan ve yönetilen gönüllü sağlık sigortası kurumlarıdır.” Özellikle de gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerin sayıca fazla olduğu Afrika’da sağlık hizmetlerinin kullanımı arttırmak için sıklıkla başvurulan bir yöntemdir. (Franco vd., 2008). Birçok düşük ya da orta gelirli ülke, resmi olarak çalışmayan ve sağlık güvencesi olmayan nüfus grubunun sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak amacıyla küçük ölçekli ve kâr amacı gütmeyen TTSS programlarına başvurmaktadır. Bu nüfus grupları belirli bir coğrafi bölgede yaşayanlar şeklinde adlandırılabilir gibi belli bir alanda çalışanlar (çiftçiler, dükkân sahipleri vb.) şeklinde de belirlenebilmektedir (Mills ve Bennet, 2002).

1.3. Geri Ödeme Yöntemleri

Hizmet sunuculara ödeme yapma (geri ödeme), toplanan ve bir havuzda biriktirilen fonların, bireysel veya kurumsal hizmet sunuculara hizmet sunumları karşılığında belirli yöntemlere göre aktarılmasıdır. Ödeme yöntemlerinin temelde üç kategori altında toplandığı söylenebilir: Fiyat ya da bütçe belirlenmesinin ileriye ya da geriye dönük olmasına, ödemenin ileriye ya da geriye dönük olup olmadığına ve hizmet sağlayıcılara ödemenin kullanılan girdilere (maaş veya ilaç maliyetleri) ya da çıktılara (hizmetler) göre belirlenip belirlenmediğine göre sınıflandırılabilir (Dünya Bankası, 2009). Sağlık hizmetlerinde geri ödenmesinde çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, bütçe ve ücret ödemesinin temel özellikleri şu şekildedir:

Hizmet başına ödeme yöntemi, ayakta veya yatarak tedavilerde hastaya sunulan her hizmet için yapılan ödemedir. Hizmet sunuculara sundukları her bir tedavi ya da sundukları ürün başına geri ödeme yapılmaktadır. Örneğin, bir hekim yaptığı muayene veya konsültasyon başına, bir eczacı vermiş

olduğu bir kutu ilaç başına ücretlerini alırlar. Bir hastaneye, çalıştırdığı hekimler tarafından sunulan bir tedavi hizmeti sayısına veya yatan hasta gün sayısına göre geri ödemede bulunmaktadır. Hizmet başına ödeme yönteminin bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Hizmet sunuculara sundukları her hizmet için geri ödemede bulunulması, hizmet sunucuları daha fazla hizmet (arz yanlı talep) sunmaya teşvik edebilmekte, ayrıca hizmet sunucular daha fazla geri ödeme alabilmek için hizmet alıcı başına ayırdıkları zamanı azaltabilmekte ya da daha az kalifiye kişilere bu işi devredebilmektedirler. Ayrıca faturalama, geri ödeme ve fatura edilen hizmetlerin gerçekten sağlanıp sağlanmadığı ile ilgili denetim maliyetleri yönetim maliyetlerini artırmaktadır (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004).

Kişi başına ödeme sistemi, kişinin belirli bir süre zarfında kullanacağı tüm hizmetleri karşılamak için belirlenmiş bir ödeme miktarıdır. Sağlık hizmeti sunucusuna geri ödeme verdiği hizmete bakılmaksızın kendisine kayıtlı kişi sayısına göre yapılmaktadır. Kişi başına ücret uygulaması hem temel sağlık hizmeti sunucuları hem de hastaneler için uygun bir ödeme sistemidir. Kişi başına ödeme, sigortalı birey tarafından seçilen sağlık hizmeti sunucusuna yapılır. Sunucular arasında rekabeti teşvik etmek ve yüksek kaliteli hizmet sunulmasını sağlamak için sigortalı birey düzenli aralıklarla sunucu değiştirme hakkına sahiptir. Kişi başına ödeme sisteminin maliyetleri düşürmeye olan etkisi olumludur. Bu sistem, hizmet sunucuları kaynakları boşa kullanmasına veya gereksiz yere maliyetleri arttırmasına yönelik herhangi bir unsuru bünyesinde taşımamaktadır. Ancak bu sistem, daha kaliteli sağlık hizmeti sunma ihtimalini azaltma potansiyeline sahiptir (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004).

Günlük ödeme, yatarak ya da ayakta, hastalara sağlanan hizmetler için sunucuya belirli oranda günlük ödenen bu yöntemde, verilen gerçek hizmetlere ve bu hizmetlerin maliyetlerine bakılmaksızın bütün hizmetleri bir çatı altında toplamaktadır. Genellikle hastanelere geri ödemede uygun olan bu yöntem, hizmet sunucusunun özelliğine göre (üniversite hastanesi ya da kırsal bölgede faaliyet gösteren genel hastane) farklılık gösterebilir. Günlük ödemeler, hastaneleri yüksek doluluk oranları ve daha geniş yatak kapasitesi için teşvik etmektedir. Hastanelerdeki uzun kalışları engelleyebilmek için hastanın kalış gününün uzamasına paralel olarak azaltılması ve rekabet ve takibin yapılması uygun davranışlar olabilmektedir. Günlük ödeme yönteminin sunulan hizmetin kalitesi üzerindeki etkisi, rekabetin ve izlemenin olmadığı durumlarda hastanelerin daha fazla fayda elde edebilmek için girdilerin niceliği ve niteliğinde kısıntıya gitmeleri nedeniyle negatif olabilmektedir. Günlük ödeme yönteminin idari olarak uygulanması kolay ve ucuzdur (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004; Çelik, 2013).

Vaka başına ödeme, tek bir tedavi türünden ziyade tek bir vakaya dayalı olarak belirlenir. Bu sistemde tedavi edilen vaka tipine göre bir ödemede bulunmaktadır. Hem ayakta hem de yatarak tedavilerde, hastaya konulacak teşhise göre yapılan ödemedir. En önemli şekli, hastanın teşhis grubuna göre belirlenen sabit fiyat üzerinden, o teşhis doğrultusunda yapılan her hizmetin kapsama dâhil olduğu Teşhise Dayalı Grup (DRG) ödemesidir. Bu yöntemde teşhis gruplarının çok net bir şekilde belirlenmesi gereklidir. Maliyetleri kontrol etmek açısından önemli olan bu yöntem, gereksiz hizmet sunumunu artırmaktadır. Ayrıca hizmet sunucuların daha ciddi ve dolayısıyla daha pahalı olan vakaları tercih edip, daha karmaşık, teşhis ve tedavisi daha ucuz olan hastaları başka yerlere göndermeleri mümkündür. Bu nedenle hastalığın doğru teşhis edilip edilmediği ve karmaşık vakaların diğer hizmet sunucularına gönderilip gönderilmediğini denetlemek çok önemlidir. Bu denetimler de oldukça maliyetlidir (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004; SB, 2009).

Maaş, hizmet verilen hasta sayısına, hizmetin yoğunluğuna ya da sağlanan hizmetin maliyetine bakılmaksızın, sağlık personelinin iş başında buldukları sürece, belli zaman aralıklarında aldıkları ücrettir. Bu sistemde, hizmet sunucuları zaman esasına göre çalışırlar ve verilen ücretle sunulan hizmet miktarı arasında bir ilişki kurulmaz. Maaşlı olarak çalışan hekimler çok az finansal risk altındadırlar ve hasta ziyaretlerini azaltmak ya da çoğaltmak gibi bir inisiyatife sahip değildirlar. Bireysel sunucular tarafından sağlık hizmetlerinin sunulduğu bütün durumlarda bu sistemin uygulanması mümkündür (Normand ve Weber, 2009; DSÖ, 2004; Park vd., 2007).

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinin; maliyet sınırlama, hizmet kalitesi ve yöntemlerin yönetimine ilişkin karşılaştırma Tablo 1’de yapılmıştır.

Tablo 1. Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Ödeme Sistemi	Maliyet Sınırlama	Hizmet Kalitesi	Modelin Yönetimi
Maaş	Orta	Orta	Kolay
Bütçe	İyi	Orta	Kolay
Hizmet Başına	Zayıf	İyi	Zor
Vaka Başına	İyi	Orta	Zor
Gün Başına	Orta	Zayıf	Kolay
Bonus	İyi	İyi	Kolay
Düz Oranda Ödeme	İyi	İyi	Kolay
Kişi Başına	İyi	Orta	Kolay

Kaynak: Normand ve Weber, 2009:98.

2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA VE GERİ ÖDENMESİNDE MEVCUT DURUM

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı değişik dönemlerde farklı şekillerde yerine getirilmiş olup, uzun bir süre parçalı bir yapı mevcut olmuştur. Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulana dek farklı kurumlarca sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı yerine getirilmiştir. Karışıklıkların giderilmesi ve kontrolün sağlanabilmesi için, Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ve Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü’nü aynı çatı altında toplayan 20.06.2006 tarihli ve 26173 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile kurulmuştur (Işık, 2013).

Türkiye’de sağlık harcamalarının kaynakları ve GSYH’deki payı sürekli olarak üzerinde tartışılan konular olmuştur. Sağlık harcamalarının farklı birimlerce farklı şekilde hesaplanması nedeniyle aynı yıl için hesaplanan sağlık harcaması rakamları farklı olmuştur. Türkiye sağlık harcamalarının yıllar itibariyle artış gösterdiği görülmektedir. 1980 yılında GSYH’nin %2,4’ü sağlık için harcanırken, bu 2015 yılında %4,5 ve 2016 yılında ise %4,6 olarak gerçekleşmiştir. 2016 yılındaki toplam sağlık harcamalarının %78,5’i kamu tarafından gerçekleştirilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2016 yılında %16,3’tür. Kişi başı sağlık harcaması, 2016 yılında 1.524 TL olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2016).

Türkiye Sağlık Sisteminde çeşitli kaynaklardan gelir elde edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası katkı ve prim oranları devlet tarafından belirlenmektedir. Sosyal sağlık sigortasının teminat paketi oldukça geniş kapsamlıdır. Özel sağlık sigortası, başlangıç aşamasındadır. Şu an, zorunlu özel sağlık sigortası programı mevcut değildir. Sektörde kar amacı gütmeyen özel sağlık sigortası şirketi bulunmamakta, bireyler ve işletmeler kendi istekleri doğrultusunda kendileri ve çalışanları için özel sağlık sigortası satın almaktadırlar (Tatar vd., 2011). Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanı, devlet bütçesinden yapılan ödemeler, sosyal güvenlik kurumu ve bireylerin kişisel harcamaları olmak üzere üç temel kaynaktan sağlanmaktadır.

GSS’nin gelirleri üç ana katkı mekanizması ile sağlanmaktadır. Sigorta katkıları (primler), devlet katkıları (genel vergi gelirleri) ve kullanıcı katkıları (katkı payları). Sigorta katkıları ağırlıklı olarak gelir temelli olup primlerden oluşmaktadır. Gelirin %12,5’i prim olarak ödenmektedir (%5’i çalışan, % 7,5’i işveren tarafından). Ayrıca ödeme gücü olmayanların primi devlet tarafından ödenmektedir. Bir diğer gelir kaynağı katılım payıdır. 2018 yılı itibariyle ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularından hizmet almak için 6 TL, üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri için 7 TL, üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

sunucuları için 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucuları için 15 TL katılım ücreti ödenmektedir. Özel sağlık hizmeti sunucuları %200'e kadar ilave ücret alabilmektedir. SGK tarafından bedeli karşılanan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınmaktadır. Ayakta tedavide her bir reçete için 3 kutuya kadar temin edilen ilaçlar için 3 TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu için 1 TL katılım ücreti alınmaktadır (SUT, 2018).

GSS kapsamında fon havuzlama işlevini SGK yerine getirmektedir. Hizmet satın alma fonksiyonu değişik şekillerde yerine getirilmektedir. SGK, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için Sağlık Bakanlığı'na global bütçeleme yöntemini kullanarak ödeme yapmaktadır. 2018 yılı global bütçe tutarı 36 milyar 600 milyon TL'dir. Bu tutarın 36 milyar 356 milyon TL'si SGK tarafından 244 milyon TL'si ise merkezi yönetim bütçesinden karşılanacak olup, ödemeler aylık olarak gerçekleştirilecektir (KHGM, 2018). SGK, üniversite hastanelerine ödemeyi ise, hizmet başına ödeme ve paket ödeme yöntemleri üzerinden yapmaktadır. SGK, GSS programı kapsamında; özel sağlık kuruluşlarına hizmet başı ödeme ve paket ödeme yöntemlerinden birisini veya ikisini bir arada kullanarak ödeme yapmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştiren aile hekimlerinin geri ödemesi ise maaş olarak ödenmektedir (SB, 2003; Yıldırım, 2013; SUT, 2018).

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği hükümleri çerçevesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ayakta tedavilerde, her başvuru için 11 TL ödeme yapılmaktadır. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde ise 5 TL ödeme yapılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında ayakta tedavilerde ödeme uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, SUT eki "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi"nde (EK-2/A-1) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılmaktadır. Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumundan başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenir. Hastanın, ikinci veya üçüncü basamak sağlık kurumundan başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarın %75'i ödenmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılmaktadır (SUT, 2018).

3. SONUÇ

Bu çalışma teorik olarak sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinin incelenmesi ve Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve geri ödemede mevcut durumun araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de karmaşık uygulamaların olduğu finansman ve geri ödeme yöntemlerinin araştırıldığı bu çalışmanın ilgili alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanında ve geri ödenmesinde birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı belirlenmiştir. Finansman sisteminde ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortası (genel sağlık sigortası) kullanılmakla birlikte vergilerden sağlık sisteminin finanse edildiği, kişilerin cepten ödeme yaptıkları, özel sağlık sigortasının gittikçe daha fazla ağırlığının arttığı görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin geri ödenmesinde de birden fazla yöntem uygulanmaktadır. Hizmet başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi, kişi başına ödeme, maaş yöntemi bir arada uygulanmaktadır.

Sonuç olarak çalışmanın literatür kısmında bahsedildiği gibi her yöntemin avantaj ve dezavantajının bulunması nedeniyle Türkiye'de yöntemlerin avantajlarından yararlanılması amacıyla birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı söylenebilir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 5 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2019 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

- Belli, P., Gotsadze, G. & Shahriari, H. (2002.) Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia. World Bank, HNP Discussion Paper, Washington.
- Carrin, G. (2002). Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge. *International Social Security Review*, 55(2), 1-13.
- Carrin, G. (2003). *Community-Based Health Insurance in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives*. Geneva: World Health Organization.
- Carrin, G., James, C. & Evans, D. (2005). *Achieving Universal Health Coverage: Developing The Health Financing System*. Geneva: World Health Organization.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi*. 2. Baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Dixon, A. (2002). Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.
- Doetinchem, O., Xu, K. & Carrin, G. (2008). *Conditional Cash Transfers: What's in it For Health?*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2000). *World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2004). *Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2007). *Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: DSÖ's Framework for Action*. Geneva: World Health Organization.
- DSÖ. (2009). *Shaping National Health Financing Systems: Can Micro-Banking Contribute?*. Geneva: World Health Organization.
- Dünya Bankası. (2009). *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. Washington, D.C.
- Evans, R. G. (2002). Financing health care: taxation and the alternatives. In: Mossialos E. et al. (Eds.) *Funding Health Care: Options for Europe* (31-58). Buckingham: Open University Press.
- Franco, L. M., Dlop, F. P., Burgert, C., Kelley, A. G., Makinen, M. & Simpara, C. H. (2008). Effects of Mutual Health Organizations on Use of Priority Health Care Services in Urban and Rural Mali: A Case Control Study. *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 830–838.
- Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M. & Szocska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. *Journal of Health Polit Policy Law*, 31(2), 251-293.
- Hanvoravongchai, P. (2002). *Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience*. Geneva: World Health Organization.
- Işık, O. (2013). Sağlık Hizmetleri Finansmanı İle İlgili Mevzuat. İçinde: Uğurluoğlu, Ö. (Ed.), . *Sağlık Kurumları Mevzuatı* (66-83). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2860, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1817.
- KHGM. (2018). https://khgm.saglik.gov.tr/DB/15/1417_protokoller (Erişim tarihi: 07.08.2018).
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171–204.

- Kutzin, J. (2010). Conceptual Framework for Analysing Health Financing Systems and The Effects of Reforms. In: Kutzin J. Cashin C. Jakab M. (eds.), Implementing Health Financing Reform. USA.
- Maynard, A. & Dixon, A. (2002). Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. In: Mossialos E. et al. (Eds.), Funding Health Care: Options for Europe (109-127). Buckingham: Open University Press.
- Mills, A. & Bennet, S. (2002). Lessons On The Sustainability Of Healthcare Funding From Low- And Middle Income-Countries. In: Mossialos E. et al. (Eds.) Funding Health Care: Options for Europe, pp: (206-225). Buckingham: Open University Press.
- Mossialos, E. & Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. In: Mossialos E. et al. (Eds.) Funding Health Care: Options for Europe (1-30). Buckingham: Open University Press.
- Murray, C. J. L. & Frenk, J. (2000). A Framework for Assesing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 717-731.
- Normand, C. & Weber, A. (2009). Social Health Insurance. A Guidebook For Planning. WHO/ILO.
- Park, M., Braun, T., Carrin, G. & Evans, D. B. (2007). Provider Payments and Cost-Containment Lessons From OECD Countries. Geneva: World Health Organization.
- Robinson, R. (2002). User Charges for Health Care. In: Mossialos E. et al. (Eds.) Funding Health Care: Options for Europe, (161-183). Buckingham: Open University Press.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.
- Savedoff, W. (2004). Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. Geneva: World Health Organization.
- Sekhri, N. & Savedoff, W. (2004). Private Health Insurance: Implications for Developing Countries. Geneva: World Health Organization.
- Sekhri, N., Savedoff, W. & Thripathi, S. (2005). Regulating Private Health Insurance to Serve the Public Interest Policy Issues for Developing Countries. Geneva: World Health Organization.
- SUT. (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. Resmi Gazete Tarihi: 24.03.2013 Resmi Gazete Sayısı: 28597
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'deki Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi 1(1), 103-133.
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. & Hernandez-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health System Review. Health Systems in Transition, 13(6), 1-186.
- TÜİK. (2017). Sağlık Harcama İstatistikleri, 2016. [www.tuik.gov.tr] (Erişim: 08.08.2018).
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara.
- Yıldırım, T. (2013). Türkiye'de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı. İçinde: Yıldırım, H.H. (Ed.), Sağlık Sigortacılığı (146-171). Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1498.