İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ A.B.D.

SAĞLIK HİZMETİ GERİ ÖDEMESİNDE FATURA KESİNTİ NEDENLERİ VE FİNANSAL KAYBIN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ahmet ALMALİ

Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN

ARALIK, 2021

SAĞLIK HİZMETİ GERİ ÖDEMESİNDE FATURA KESİNTİ NEDENLERİ VE FİNANSAL KAYBIN İNCELENMESİ

Ahmet ALMALİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans Programı / Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN

İzmir Bakırçay Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Aralık, 2021

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim dalında öğrenim görmekte olan Ahmet ALMALİ'nin "Sağlık Hizmeti Geri Ödemesinde Fatura Kesinti Nedenleri ve Finansal Kaybın İncelenmesi" başlıklı tezi 23/12/2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "İzmir Bakırçay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddeleri uyarınca, Anabilim dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri	Unvanı Adı Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN	
Üye	Prof. Dr. Süleyman DÜNDAR	
Üye	Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	
Üye		
Üye		

Prof. Dr. Serkan ONSAL

(Unvanı, Adı ve SOYADI)

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

FINAL APPROVAL FOR THESIS

This thesis titled “Investıgatıon of The Reasons of Bill Deductions ond Fınancıal Loss In Healthcare Reımbursement” has been prepared and submitted by Ahmet ALMALİ in partial fulfilment of the requirements in “İzmir Bakırçay University Directive on Graduate Education and Examination” for the Degree of Master of Science / Doctor of Philosophy (PhD) in Management of Health Institutions Department has been examined and approved on 23/12/2021

Jüri Üyeleri	Unvanı Adı Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı	Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN	
Üye	Prof. Dr. Süleyman DÜNDAR	
Üye	Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ	
Üye		
Üye		

Prof. Dr. Serkan ÜNSAL

(Unvanı, Adı ve SOYADI)

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ÖZET

SAĞLIK HİZMETİ GERİ ÖDEMESİNDE FATURA KESİNTİ NEDENLERİ VE FİNANSAL KAYBIN İNCELENMESİ

Ahmet ALMALİ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Tezli Yüksek Lisans Programı
İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN

Bu çalışmanın amacı; özel hastanelere başvuran SGK hastalarının fatura kesinti nedenlerini ve tutarlarını belirlemektedir. Çalışma, Van ilinde faaliyet gösteren iki özel hastanede yapılmıştır. Araştırma verileri; her iki hastanenin 01.01.2020 / 30.06.2020 tarihleri arasındaki altı faturalama döneminde; ayakta hastalar, yatan hastalar, günübirlik hastalar ve diğer hastalar kategorilerden SGK'nın örnekleme yöntemiyle seçtiği hasta faturaları oluşturmaktadır. Araştırmanın verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Araştırmanın verileri, her hastane için toplam düzenlenen fatura sayıları, örneklenen ve kesinti yapılan fatura sayıları ve tutarları ile fatura kesinti nedenleri olarak analiz edilmiştir. Altı aylık dönemde fatura kesintilerinin fatura tutarı içindeki payı A hastanesinde %1,72 ve B hastanesinde %0,12 bulunmuştur. Her iki hastanede de fatura dönemleri arasında kesinti oran ve tutarları farklılık göstermektedir. Tedavi gruplarına göre fatura kesinti oranı A hastanesinde en yüksek diğer grubunda, B hastanesinde ise günübirlik grubundadır. Her iki hastanede da sayıca en fazla sayıda fatura kesintisine, hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin olmaması neden olmuştur. Tutar açısından en fazla kesintiye neden olan faktör ise, yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılmasıdır. Çalışma sonucunda, her iki hastanedeki fatura kesinti oranlarının düşük olduğu (yaklaşık binde bir) değerlendirilmiştir. Ancak bu kesintilerin de diğer birimler ile koordinasyon geliştirilmesi ve fatura sürecinin daha iyi yürütülmesi ile engellenebilir olması nedeniyle, hastaneler açısından geliştirmeye açık bir alan olduğunu söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Fatura kesinti nedenleri; Faturalama; Geri ödeme yöntemleri; Medikal muhasebe; Özel sağlık kurumları.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE REASONS OF BİLL DEDUCTİONS OND FINANCIAL LOSS IN HEALTHCARE REIMBURSEMENT

Ahmet ALMALİ

Graduate School of Education,
Health Institutions Management, Master's Program with Thesis
İzmir Bakırçay University Institute of Health Sciences

Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN

The aim of this study; It determines the reasons and amounts of bill deductions of SSI patients who apply to private hospitals. The study was conducted in two private hospitals in the province of Van. Outpatients, inpatients, outpatients, and other patients comprise the patient bills picked by SSI by sampling method in the six billing periods of both institutions between 01.01.2020 and 30.06.2020. In order to analyze the study's data, descriptive statistics were used. The data of the research were analyzed as the total number of invoices issued for each hospital, the number and amounts of invoices sampled and deducted, and the reasons for bill cuts. In the six-month period, the share of invoice deductions in the invoice amount was 1.72% in Hospital A and 0.12% in Hospital B. In both hospitals, deduction rates and amounts vary between billing periods. According to the treatment groups, the rate of bill deduction is highest in the other group in hospital A and in the outpatient group in hospital B. The absence of indication and examination information in the patient file resulted in the greatest number of bill decreases in both institutions. The factor that causes the most interruptions in terms of amount is the incorrect stratification of intensive care treatments. As a result of the study, it was determined that the bill deduction rates in both hospitals were low (approximately one in a thousand). However, it is possible to say that these cuts are a significant loss for hospitals, since they can be prevented by developing coordination with other units and carrying out the billing process better.

Keywords: Billing processes; Medical accounting; Private health institutions; Reasons for bill cuts; Reimbursement methods.

TEŞEKKÜR

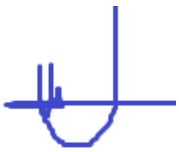
Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, yüksek lisans eğitimim ve tezime başladığım süre boyunca yoğun çalışmaları arasında, sabırlı bir şekilde değerli bilgilerini benimle paylaşan, saygıdeğer danışman hocam; Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN'a teşekkürlerimi bir borç bilirim.

16/01/2022

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmanın İzmir Bakırçay Üniversitesi tarafından kullanılan turnitin bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve hiçbir şekilde "intihal içermediğini" beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçları kabul ettiğimi bildiririm.

Ahmet ALMALİ

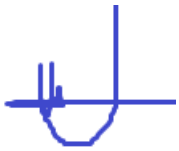


16/01/2022

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES

I hereby truthfully declare that this thesis is an original work prepared by me; that I have behaved in accordance with the scientific ethical principles and rules throughout the stages of preparation, data collection, analysis and presentation of my work; that I have cited the sources of all the data and information that could be obtained within the scope of this study, and included these sources in the references section; and that this study has been scanned for plagiarism with turnitin scientific plagiarism detection program used by İzmir Bakırçay University, and that "it does not have any plagiarism" whatsoever. I also declare that, if a case contrary to my declaration is detected in my work at any time, I hereby express my consent to all the ethical and legal consequences that are involved.

Ahmet ALMALİ



İÇİNDEKİLER

SAĞLIK HİZMETİ GERİ ÖDEMESİNDE FATURA KESİNTİ NEDENLERİ VE FİNANSAL KAYBIN İNCELENMESİ i

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI iii

ÖZET. iii

ABSTRACT iv

TEŞEKKÜR v

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ vi

STATEMENT OF COMPLIANCE WITH ETHICAL PRINCIPLES AND RULES vii

İÇİNDEKİLER viii

TABLOLAR DİZİNİ xi

ŞEKİLLER DİZİNİ xiii

KISALTMALAR DİZİNİ xiv

1. GİRİŞ 1

1.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu 2

1.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanı 9

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri 15

1.3.1. Hizmet başına ödeme 16

1.3.2. Vaka başına ödeme 17

1.3.3. Tanı ilişkili gruplar temelli ödeme 18

1.3.4. Kişi başına ödeme 19

1.3.5. Gün başına ödeme 20

1.3.6. Değere dayalı ödeme 21

1.3.7. Maaş Ödemesi 22

1.3.8. Bütçe ödemesi 22

1.3.8.1. Harcama kalemli bütçe ödemesi 23

1.3.8.2. Global bütçe ödemesi 23

1.4. Türkiye'de Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri 25

1.4.1. Ayakta tedavilerde geri ödeme 25
1.4.1.1. Aile hekimliğinde geri ödeme 26
1.4.1.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına geri ödeme 27
1.4.2. Yatarak tedavilerde geri ödeme 29
1.4.2.1. Vaka başına ödeme 29
1.4.2.2. Hasta günü başına ödeme 30
1.4.2.3. Hizmet başına ödeme 31
1.5. Özel Hastanelerde Faturalama 31
1.5.1. Özel hastanelerde faturalandırma birimi 32
1.5.2. Özel hastanelerde faturalama mevzuatı 33
1.5.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği 33
1.5.2.2 Fatura İnceleme Usul ve Esasları 35
1.5.2.3. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik 36
1.5.3. Özel hastanelerde faturalama süreci 36
1.5.3.1. Özel hastanelerde faturalamaya ilişkin tıbbi süreçler 37
1.5.3.2. Özel hastanelerde faturalama işlemi 38
1.5.3.3. Özel hastanelerde fatura inceleme süreci 39
1.5.3.4. Özel hastanelere fatura tutarının ödenmesi süreci 41
1.5.4. Özel hastanelerde fatura kesintileri 42
1.5.4.1. Fatura kesintilerin hesaplanması 42
1.5.4.2. Fatura kesinti nedenleri 43
1.5.5. Özel hastanelerde faturalamanın yapılamamasına neden olan hatalar 46
1.5.6. Özel hastanelerde faturalama süreçlerinin denetimi 47
1.5.6.1. Özel hastanelerde faturalama sürecinin iç denetimi 48
1.5.6.2. Özel hastanelerde faturalama sürecinin dış denetimi 48
2. YÖNTEM 50
2.1. Araştırmanın Türü 50
2.2. Araştırmanın Verileri 50
2.3. Verilerin Analizi 51
2.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları 52
3. BULGULAR 53

3.1. Hastanelerde Düzenlenen Faturalara İlişkin Bulgular 53

3.2. Fatura Örneklemlerine İlişkin Bulgular 54

3.2.1. Faturalama dönemlerine göre fatura örnekleme bulguları 54

3.2.2. Tedavi gruplarına göre fatura örnekleme bulguları 56

3.2.3. Branşlara göre örneklem bulguları 58

3.3. Fatura Kesintilerine İlişkin Bulgular 60

3.3.1. Faturalama dönemine göre kesinti bulguları 60

3.3.2. Tedavi gruplara göre kesinti bulguları 62

3.3.3. Branşlara göre kesinti bulguları 63

3.4. Fatura Kesinti Nedenlerine İlişkin Bulgular 65

3.4.1. A hastanesi kesinti nedeni bulguları 65

3.4.2. B hastanesi kesinti nedeni bulguları 67

4. TARTIŞMA 69

5. SONUÇ VE ÖNERİLER 73

KAYNAKÇA 75

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. İBBS-1'e ve sektörlere göre hastane sayısı 5

Tablo 1.2. Sektörlere göre hastane yatağı ve nitelikli hastane yatağı sayı ve oranları 6

Tablo 1.3. Türlerine ve sektörlere göre yoğun bakım yatak sayıları 6

Tablo 1.4. Sektörlere göre hastanelerde bazı cihaz sayıları 7

Tablo 1.5. Kurum türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayısı 8

Tablo 1.6. Sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı 9

Tablo 1.7. A özel hastanesinin örnek bir ayın fatura toplamları 42

Tablo 3.1. Hastanelerin faturalama dönemlerine göre toplam fatura sayıları 53

Tablo 3.2. Hastanelerin tedavi gruplarına göre toplam fatura sayıları 54

Tablo 3.3. A hastanesinin faturalama dönemlerine göre örnekleme bulguları 55

Tablo 3.4. B hastanesinin faturalama dönemlerine göre örnekleme bulguları 56

Tablo 3.5. A hastanesi tedavi gruplarına göre örnekleme bulguları 57

Tablo 3.6. B hastanesi tedavi gruplarına göre örnekleme bulguları 58

Tablo 3.7. A hastanesi branşlarına göre örnekleme bulguları 59

Tablo 3.8. B hastanesi branşlara göre örnekleme bulguları 60

Tablo 3.9. A hastanesi faturalama dönemlerine göre kesinti bulguları 61

Tablo 3.10. B hastanesi faturalama dönemlerine göre kesinti bulguları 62

Tablo 3.11. A hastanesi tedavi gruplarına göre kesinti bulguları 63

Tablo 3.12. B hastanesi tedavi gruplarına göre kesinti bulguları 63

Tablo 3.13. A hastanesi branşlara göre kesinti bulguları 64

Tablo 3.14. B hastanesi branşlara göre kesinti bulguları 65

Tablo 3.15. A hastanesi kesinti nedenleri, sıklıkları ve tutarları 67

Tablo 3.16. B hastanesi kesinti nedenleri, sıklıkları ve tutarları 68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Yıllara göre özel hastane sayıları, 1990-2019 4

Şekil 1.2. Normal mallarda satınalma 10

Şekil 1.3. Sağlık hizmetleri finansman üçgeni 11

Şekil 1.4. Sağlık hizmeti sunucularının faturalama süreci aşamaları 37

Şekil 1.5. SGK fatura inceleme süreci 41

KISALTMALAR DİZİNİ

DRG: Diagnosis Related Group

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

FTR: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

FİUE: Fatura İnceleme Usul ve Esasları

GSS: Genel Sağlık Sigortası

GSYİH: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla

GVK: Gelir Vergisi Kanunu

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

İBBS: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması

KKM: Komuta Kontrol Merkezi

MEDULA: Medikal Ulak

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SHS: Sağlık Hizmet Sunucuları

SB: Sağlık Bakanlığı

SUT: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

TİG: Teşhis İlişkili Gruplar

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ÜTS: Ürün Takip Sistemi

YUPASS: Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi

VUK: Vergi Usul Kanunu

WHO: World Health Organization

1. GİRİŞ

Sağlık kurumları kişilerin sağlık hizmeti almak amacıyla başvurdukları kurumlardır. Sağlık hizmetlerinin özellikleri nedeniyle; bireylerin sağlık hizmetine ne zaman ve hangi miktarda ihtiyaç duyacakları belirsizdir. Sağlık hizmeti alıcıları ya da hastalar, bu belirsizliklerden dolayı aldıkları hizmet karşılığında katlanacakları maliyetlerin düzeyini bilemezler. Sağlık hizmet bedelinin kişilerin ödeme gücünü aştığı durumlarda, kişiler yüksek düzeyde mali yük altında kalabilirler. Kişileri bu mali yükten korumak ve sağlık hizmetine erişimin artırılması amacıyla sağlık sistemlerinin bileşenlerinden birisi olarak finansman mekanizmaları geliştirilmiştir (Tatar, 2011).

Sağlık hizmetleri finansmanını finansal kaynakların transferi şeklinde tanımlamak mümkündür. Üçüncü taraf ödeyici ya da geri ödeme kurumu olarak da ifade edilen bu yapı, kamu ya da özel sağlık sigortası olabilmektedir. Bireyler ya da hanehalkları hastalık öncesinde, geri ödeme kurumlarına belli tutarlarda ödemeler yaparak sigorta kapsamından yararlanma hakkı elde etmektedir. Kişiler sağlık hizmeti aldığında, sigorta kuruluşları hizmetin bedelini hizmet sunucuya aktarmaktadır. Ödeyici taraf, bu aktarımı geri ödeme yöntemleri şeklinde yapmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Bismarck sağlık sistemi özelliği taşıyan Türkiye'de, sağlık sisteminin ana finansman kaynağı sosyal sağlık sigortasıdır. Sosyal sigortanın yanı sıra, belli uygulamalar ile vergiler ve düşük bir oranda özel sağlık sigortası kullanılmaktadır (SGK, 2020). Ülkede sosyal sağlık sigortasının yönetiminden sorumlu kurum, Sosyal Güvenlik Kurumudur (SGK). SGK, sigortalıları için kamu ve özel hastanelerden sözleşmeler yaparak hizmet satın almaktadır. SGK'lı hastalar tarafından kullanılan hizmetlerin bedellerini, kuruma ve sunulan hizmetin özelliğine göre farklı geri ödeme yöntemleri ile ödemektedir.

Özel hastanelerde hastalar ve geri ödeme kurumlarından ödemelerin tahsil edildiği birim faturalandırma ya da diğer adıyla medikal muhasebe birimidir. Bu birimde hastanede tedavi olan hastaların faturaları Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) üzerinden kesilerek, dönem sonunda SGK'nın kayıt sistemi olan MEDULA (Medikal Ulak)'ya aktarılır (Kördeve, 2017).

SGK fatura inceleme birimleri, kesilen faturalardan kontrol etmek amacıyla %5 ila %10 arasındaki oranla havuz içindeki hastaları rastgele seçerek kesilen faturaları incelemekte ve bu faturalar üzerinden özel hastanelere ödeyeceği tutar üzerinden bazı nedenlerle kesinti yapmaktadır. Yapılan kesintilerin açıklanmasından sonra özel hastane doktorları kesintilerin sebeplerini inceleyerek kesintilerin yersiz olduğuna dair kesinti savunması yaparlar. Yapılan kesinti savunması sonucunda, SGK fatura inceleme birimleri tekrardan kesinti yapılan evrakları mutabakat yöntemiyle bir daha değerlendirir ve eğer SGK fatura inceleme birimleri kesintileri haklı görürlerse kesinti yapılan faturalarda herhangi bir değişiklik yapmadan MEDULA üzerinden kesintileri açıklarlar. SGK fatura inceleme birimleri, özel hastane doktorlarını kesinti savunması sonucunda haklı görülmesi durumunda, kesinti yapılan bazı hastaların kesintilerini iptal eder ve geriye kalan hastalar üzerinden özel hastaneye kesinti tutarı kadar kesinti yaparlar. Yapılan kesintiler sağlık kuruluşunda büyük gelir kayıplarına neden olabilmektedir. Bu da sağlık kurumunu büyük bir zarara uğratmaktadır (SGK Fatura İnceleme Usul ve Esasları, 2020).

Bu çalışma; özel hastanelere başvuran SGK'lı hastalara sunulan hizmetler karşılığında alınan ödemelerden yapılan kesintilerin nedenlerini ve bu kesintilerin sağlık kurumunu uğrattığı finansman (gelir) kayıplarını incelemektedir. Araştırmanın amacı, özel hastanelere başvuran SGK kapsamındaki hastaların, aldıkları hizmetleri karşılığında üçüncü taraf ödeyici olan SGK fatura inceleme birimleri tarafından yapılan değerlendirmeler sonucunda özel hastanelere yapılan ödemelerin kesintilerinin sebeplerini ve hastanelerin yaşadığı finansal kaybın düzeyini belirlemektir. Araştırma verileri, Van'da faaliyet gösteren iki özel hastanenin 01.01.2020 / 30.06.2020 tarihleri arasındaki altı faturalama dönemi oluşturmaktadır.

Çalışmanın alanını tanımlayan literatür bilgileri; Sağlık Hizmetleri Sunumu, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri, Türkiye'de Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri, Özel Sağlık Kurumlarında Faturalama başlıkları altında toplanarak sunulmuştur.

1.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde dört ana

başlık altında toplanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla kişilere ve topluma yönelik alınacak önlemleri ifade etmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, gelişmiş olan hastalıklar veya sakatlıkların en az kalıcı etkiyle iyileştirilmesi yönelik yapılan tıbbi işlemlerdir. Rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlık durumu hastalık, sakatlık, yaralanma gibi nedenlerle bozulmuş olan bireylerin bedensel engellerin olabildiğince düzeltilmesi ve bireyin başkasına bağımlılığını azaltmak için sunulan sağlık hizmetleridir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, kişilerin sağlık statüsünü, yaşam süresi ve kalitesini artırmaya yönelik sağlanan hizmetleri kapsamaktadır (Mehmet Atasever, 2020; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018).

Sağlık sistemlerinde; sağlık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak üç düzeyde örgütlenmiştir. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara; aile sağlığı merkezleri (ASM), kurum hekimlikleri, iş yeri hekimlikleri, üniversitelerin medikososyal birimleri, diş hekimi muayene haneleri ve eczaneler örnek olarak verilebilir. Birinci Basamak sağlık hizmetleri, yaygınlığına bağlı olarak geniş bir erişim sağlar ve diğer tedavi edici sağlık hizmetlerine göre daha uygun maliyetlidir. Etkili bir irinci basamak sağlık hizmeti, hastane ve acil başvurularını, hastane yatışlarını azaltabilmesi, bakımın koordinasyonu sağlaması nedeniyle sağlık sisteminin performansının arttırmasına katkı sağlamaktadır (SGK, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2019).

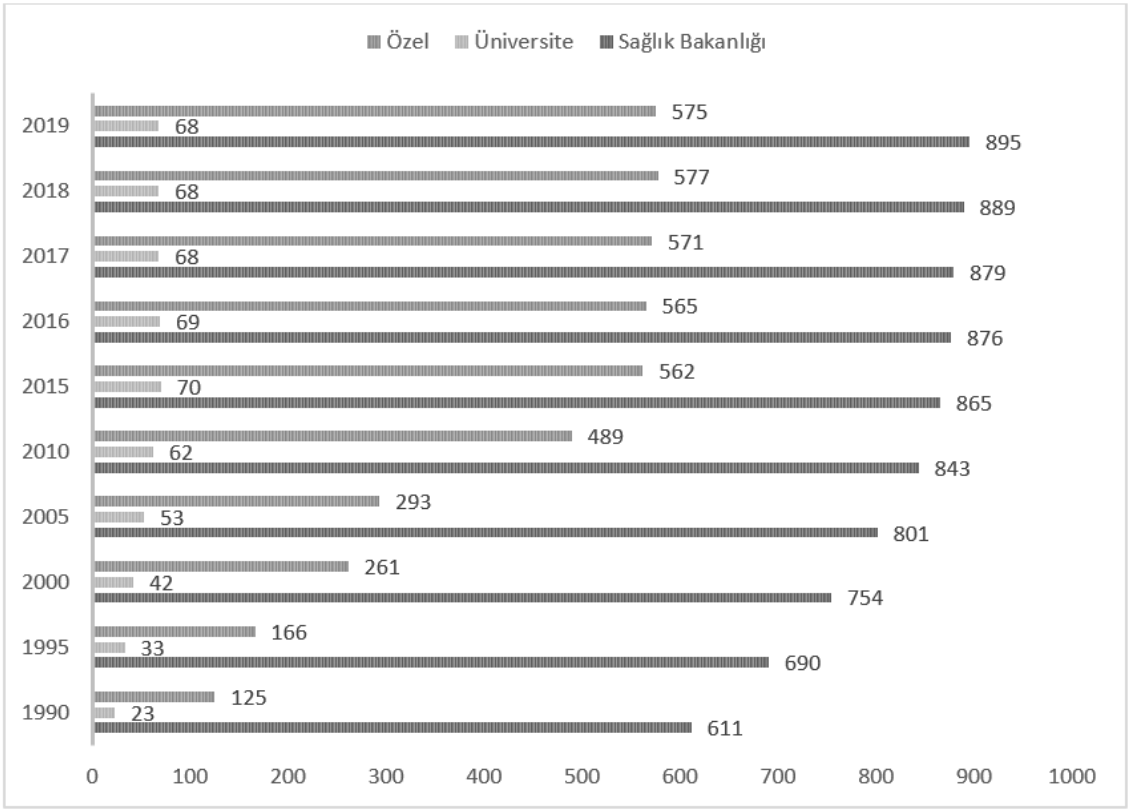
Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara örnek olarak; Sağlık Bakanlığına bağlı devlet ve dal hastaneleri, bu hastanelere bağlı semt polikliniklerı ile ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp merkezleri ve özel hastaneler verilebilir. İkinci basamak sağlık hizmetleri, uzman tıp ve sağlık personeli tarafından, ekip anlayışı ile yatarak tedavinin de dahil olduğu sağlık hizmetlerini içermektedir (SGK, 2013).

Türkiye'de üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar; üniversite hastaneleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri ve Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt polikliniklerıdir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri veren sağlık kurumların sağlık sistemi içerisindeki rolü; birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında verilmesi

mümkün olmayan, yoğun bilgi ve teknolojik olanaklar gerektiren karmaşık, ağır olgulara (vaka) yönelik sağlık hizmeti sunmaktır (SGK, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2019).

Türkiye sağlık sisteminde basamaklandırılmamış, sağlık hizmeti sunan kurumlar da bulunmaktadır. Bu kurumlar arasında; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Merkez Laboratuvarları, tanı, tetkik ve görüntüleme hizmeti sunan laboratuvarlar, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış diyaliz ve diğer özelleşmiş tedavi merkezleri, kaplıcalar, tıbbi cihaz ve medikal malzeme tedarik ve satışı yapan işletmeler ile optisyenler bulunmaktadır (SGK, 2013).

Şekil 1.1'de Türkiye'de yıllara göre hastane sayılarındaki değişim verilmiştir. Şekil 1.1.'de görüldüğü üzere 1990-2019 yılları arasında Türkiye'de özel hastane sayısı 271'den 575'e yükselmiştir. 29 yıl içerisinde özel hastane sayılarında %360 oranında bir artış olduğu görülmektedir. En yüksek artış 20005-2010 yıllarında %66,89 oranında gerçekleşmiştir.



Şekil 1.1. Yıllara göre özel hastane sayıları, 1990-2019 (TÜİK, 2010; Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2008-2019; Çetin Aslan ve Türkmen, 2021)

Tablo 1.1'de belirtildiği üzere Türkiye'de hizmet veren hastane sayıları 2019 yılındaki verilere göre toplamda 1.538 sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bu sağlık kuruluşlarının %58,19'u Sağlık Bakanlığına bağlı, %37,38'i özel hastane, %4,42'si ise üniversite hastaneleridir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Özel hastaneler çoğunlukla İstanbul bölgesinde yoğunlaştığı görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı Van ilini kapsayan Ortadoğu Anadolu bölgesinde 16 özel hastane yer almaktadır.

Tablo 1.1. İBBS-1'e ve sektörlere göre hastane sayısı (Sağlık Bakanlığı, sağlık istatistikleri, 2019).

İBBS-1	**Sağlık Bakanlığı**	**Üniversite**	**Özel**	**Toplam**
İstanbul	54	16	165	235
Batı Marmara	54	4	21	79
Ege	122	7	7	200
Doğu Marmara	80	4	54	138
Batı Anadolu	70	13	52	135
Akdeniz	84	8	91	183
Orta Anadolu	76	4	23	103
Batı Karadeniz	97	3	19	119
Doğu Karadeniz	68	1	11	80
Kuzeydoğu Anadolu	52	2	5	59
Ortadoğu Anadolu	57	3	16	76
Güneydoğu Anadolu	81	3	47	131
Türkiye	895	68	575	1.538
Oranı (%)	58,19	4,42	37,38	100

*****İBBS (İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması)

Tablo 1.2'de sektörlere göre hastane yatağı ve nitelikli hastane yatağı verileri sunulmuştur. Türkiye'de fiili olarak kullanılan hastane yatağı sayısına bakıldığında toplamda 237.504 hastane yatağı bulunmakta bu yatak sayılarının 143.412'si Sağlık Bakanlığı, 51.167'si özel hastaneler ve 42.925'ini üniversite hastaneleri bünyesindedir (Sağlık Bakanlığı, 2019). Türkiye'de toplam yatakların %21,54'ü özel hastanelerde bulunmaktadır.

Tablo 1.2. Sektörlere göre hastane yatağı ve nitelikli hastane yatağı sayı ve oranları (Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Değişken	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Hastane Yatağı	143.412	42.925	51.167	237.504
Oran (%)	60,38	18,07	21,54	100
Nitelikli Yatak sayısı	90.770	23.790	33.095	147.655
Oran (%)	61,47	16,11	22,41	100
Toplam Yataklar İçerisindeki Oran, (%)	72,0	64,8	95,1	74,7

Nitelikli yatakların toplam yataklar içerisindeki oranı belirtilmektedir. Nitelikli yatakların toplam yataklar içerisindeki oranı 2019 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerin de %72'ye, üniversite hastanelerinde %64,8'e, özel hastanelerde %95,10 ve toplamda ise %74,7'dir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Tablo 1.3'te türlerine ve sektörlere göre yoğun bakım yatak sayıları belirtilmiştir. Türkiye'de 2019 yılında erişkin yoğun bakım yatak sayısı 2019 yılında 25.364, çocuk yoğun bakım yatak sayısı 1.778, yenidoğan yoğun bakım yatak sayısı 12.813'tür. Türkiye'deki erişkin yoğun bakım yataklarının %35,72'si, çocuk yoğun bakım yataklarının %8,27'si, yenidoğan yoğun bakım yataklarının %55,88'i ve toplamın %40,96'sının özel hastanelerde olduğu hesaplanmıştır. Bu hesaplamaya göre, özellikle yenidoğan olmak üzere, yoğun bakım hizmeti sunumunda özel hastanelerin önemli bir payının olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 1.3. Türlerine ve sektörlere göre yoğun bakım yatak sayıları (Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Yoğun Bakım Türü	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Erişkin	12.136	4.168	9.060	25.364
Oranı (%)	47,85	16,43	35,72	100
Çocuk	1.043	588	147	1.778
Oranı (%)	58,66	33,07	8,27	100
Yenidoğan	4.210	1.443	7.160	12.813
Oranı (%)	32,86	11,26	55,88	100
Toplam	17.389	6.199	16.367	39.955
Oranı (%)	43,52	15,51	40,96	100

Tablo 1.4'te belirtildiği üzere hastanelerde BT cihaz sayısı, Ultrason cihaz sayısı, Doppler Ultrason cihaz sayısı, EKO cihaz sayısı, mamografi sayısını toplama göre oranına bakıldığında %54'ü Sağlık Bakanlığı, %35 özel hastaneler ve %11'ini üniversite hastaneleri oluşturmaktadır. Bu tabloda görüldüğü üzere özel hastaneler sağlık bakanlığı hastanelerinde verilen bazı hizmetleri vermekle, hastalara daha hızlı tedavi olma ve uzun kuyruklarda beklememe gibi avantajlar sağlayarak sağlık bakanlığı hastaneleri üzerindeki yükü azaltmaktadır.

Tablo 1.4. Sektörlere göre hastanelerde bazı cihaz sayıları (Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Cihaz	**Sağlık Bakanlığı**	**Üniversite**	**Özel**	**Toplam**
MR	338	112	452	902
Oranı (%)	37,47	12,41	50,11	100
BT	550	139	524	1.213
Oranı (%)	45,34	11,45	43,19	100
Ultrason	2.580	898	2.620	6.098
Oranı (%)	42,30	14,72	42,96	100
Doppler Ultrason	4.066	642	1.675	6.383
Oranı (%)	63,70	10,05	26,24	100
EKO	1.647	297	770	2.714
Oranı (%)	60,68	10,94	28,37	100
Mamografi	403	73	485	961
Oranı (%)	41,93	7,59	50,46	100

Tablo 1.5'te kurum türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayıları gösterilmiştir. 2019 yılında gerçekleşen sağlık kurumu başvurularının %35'i birinci basamak sağlık kurumlarına, %65'i ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapılmıştır. Ülke geneli, kişi başı hekime müracaat sayısı ortalama 9,8'dir. Bu müracaat sayısının 4,7'si Sağlık Bakanlığı hastaneleri, 0,9'u özel hastaneler, 0,6'sı üniversite hastaneleri oluşturmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu verilere göre toplam sağlık kurumu başvurularının %9'dan fazlası ve ikinci ve üçüncü basamak başvurularının %14'ü özel hastanelere yapılmıştır.

Tablo 1.5. Kurum türlerine göre toplam ve kişi başı hekime müracaat sayısı (Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Kurum Türü	**Hekime Müracaat**	**Kişi Başı Hekime Müracaat**
Aile Hekimliği	278.043.149	3,3
Verem Savaş Dispanseri	1.256.364	0,1
ÇEKÜS*	309.984	
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler*	3.959.746	
Özel Poliklinikler	629.221	
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri**	3.903.402	
Birinci Basamak Toplamı	288.101.866	3,5
Özel Tıp Merkezleri	18.298.592	0,2
Hastaneler	506.503.164	6,1
Sağlık Bakanlığı	387.622.848	4,7
Üniversite	46.211.148	0,6
Özel	72.669.168	0,9
İkinci ve Üçüncü Basamak Toplamı	524.801.756	6,3
Genel Toplam	812.903.622	9,8

Tablo 1.6'da sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı bulunmaktadır. Toplam hekim sayısı 2019 yılında 160.810'dur. Genel olarak toplam hekim sayısına bakıldığında 97.145'i sağlık bakanlığı, 29.915'i özel hastaneler ve 33.750'si ise üniversite hastaneleri oluşturmaktadır. Toplam personel sayısı ise 2019 yılında 1.033.767'ye yükseldi. 650.438'i sağlık bakanlığı, 246.800'i özel ve 136.529'u üniversite hastaneleridir.

Tablo 1.6. Sağlık personelinin sektörlere ve unvanlara göre dağılımı (Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019).

Sağlık Personeli	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	44.698	14.822	25.679	85.199
Pratisyen Hekim	42.300	307	4.236	46.843
Asistan Hekim	10.147	18.621	-	28.768
Toplam Hekim	97.145	33.750	29.915	160.810
Oranı (%)	64,40	20,98	18,60	100
Toplam Diş Hekimi	11.387	4.425	17.113	32.925
Eczacı	3.404	840	29.597	33.841
Hemşire	132.333	31.324	34.446	198.103
Ebe	52.076	809	3.087	55.972
Diğer Sağlık Personeli	124.758	17.050	40.648	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	229.335	48.331	91.994	369.660
Toplam Personel	650.438	136.529	246.800	1.033.767
Oranı (%)	62,91	13,20	23,87	100

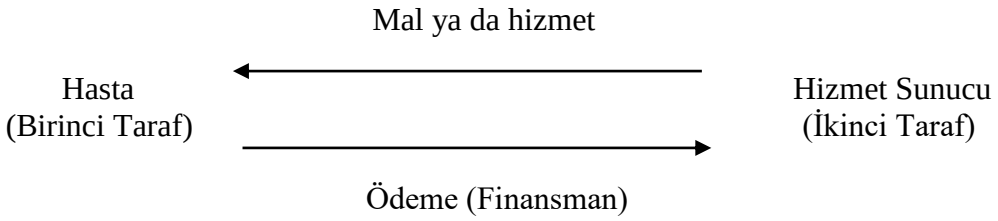
Önceki paragraflarda sunulan Türkiye'deki; hastane, hastane yatağı, nitelikli hastane yatağı, yoğun bakım yatağı ve sağlık çalışanlarına ilişkin sunulan veriler, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda özel hastanelerin önemli bir payı olduğunu göstermektedir. Üstelik yıllar içerisindeki değişim, ilerleyen yıllarda özel hastanelerin payının artacağına işaret etmektedir.

1.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Ülkelerin ekonomik, siyasal ve sosyal yapılarının doğru bir şekilde işleyebilmesi için toplumun sağlık içinde yaşamaları gerekmektedir. Sağlıklı bir toplumun oluşması ülkelerin sağlık politikalarının doğru bir şekilde işlemesi önemlidir. Bunun sonucu olarak birçok ülkede sağlık hizmeti finansmanı sürekli gündemde olan önemli konulardan biri olmuştur. Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık kurumlarının sunduğu hizmetlerin maliyetlerini karşılamak amacıyla finansal kaynakların oluşturulması ve kullanılmasıdır. Sağlık finansmanının amaçları, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmak, kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, finansmanda adaleti sağlamak hane halklarını yoksullaştırmasını engellemektir. Dolayısıyla etkili bir sağlık hizmeti finansmanı,

bireylerin ödeme gücü olmadığı için sağlık kurumlarının sunduğu hizmeti kullanamaması ya da sağlık kurumlarına yaptığı ödeme yüzünden yoksullaşması sorununu azaltabilir ya da yok edebilir (DSÖ, 2000; Lee ve Goodman, 2002; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Sağlık hizmetleri piyasasının özellikleri ve sağlık hizmetlerinin ihtiyacının belirsizliği sağlık hizmetlerinin satın alma şeklini diğer satın alınan mallardan farklılaştırmaktadır. Mal ve hizmet sunumu ve finansmanı, en basit şekliyle hizmet sunucuları ile finanse eden mekanizmalar arasında bir kaynak değişimi ya da transferi süreci olarak tanımlanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002). Sağlık dışı birçok mal alışverişinde, şekil 1.2'de görüldüğü gibi, satıcının mal/hizmet sunup karşılığında ödeme aldığı, alıcının ise mal/hizmet alıp ödeme yaptığı iki taraflı bir değişim söz konusudur. Bu alışverişte hasta (birinci taraf), mal veya hizmet sağlayıcı satıcı (ikinci taraf) oluşturmaktadır.



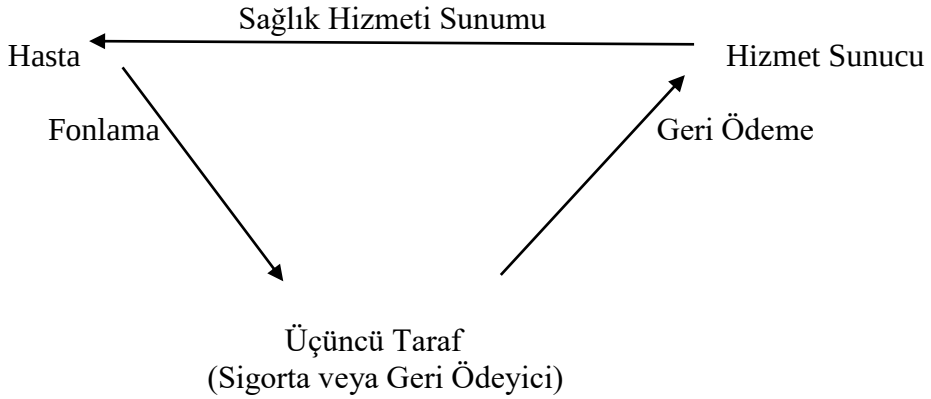
Şekil 1.2. Normal mallarda satınalma (Mossialos ve Dixon, 2002).

Şekil 1.2'de görüldüğü üzere belirtilen ödemelerde sağlık hizmet sunucusu sağladığı her hizmet için direkt hastadan cepten ödeme şeklinde hizmetin tutarını tahsil eder. Fakat sağlık hizmetinin ne zaman ve nerede ihtiyaç duyulacağı belirsizliği ve bu belirsizliğin getirdiği finansal yüklerden bireyleri korumak için bir diğer taraf olan geri ödeme mekanizmasının (üçüncü taraf) oluşturulması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bireyleri finansal yüklerden koruma aracı, ön ödemeli mekanizmalar veya sigortadır (üçüncü taraf). Sağlık hizmeti sunucusu ile hasta arasındaki sürece bir diğer üçüncü tarafın dâhil olması Şekil 1.3'te görülen "sağlık hizmeti finansman üçgeni" olarak adlandırılan bir mekanizma meydana getirmiştir (Mossialos ve Dixon, 2002; Tatar, 2011).

Şekil 1.3'te geri ödeme kurumları gelir toplama yöntemleri aracılığıyla kişilerden elde ettiği gelirleri, yararlanıcıların sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak için fon

havuzlarında biriktirirler. Bireyler sağlık hizmetine ihtiyaç duydukları zaman, anlaşmalı sağlık kurumlarına başvurarak sağlık hizmeti almaktadırlar. Geri ödeme kurumlarının, hizmetin karşılığını hizmet sunana aktarması ile süreç tamamlanmaktadır. Başka bir deyişle hastalar, geri ödeme kurumuna fon, geri ödeme kurumu hizmet sunucuya ödeme ve sağlık hizmeti sunucusu hastaya sağlık hizmeti aktarmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002; Tatar, 2011).

Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı, Şekil 1.2'de ikinci ve üçüncü taraf arasındaki kaynak transferi sürecinin en basit şeklini oluşturmaktadır. Şekil 1.3'te ise belirtildiği üzere sağlık hizmeti sunucuları, kendilerine başvuran hastaların sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetleri sunarlar ve hastalar veya ülkenin benimsemiş olduğu finansman modeline göre üçüncü taraf ödeyici sunulan hizmetin karşılığını hizmet sunucusuna aktarmaktadır. Üçüncü taraf ödeyicinin kaynak transferi içinde rol oynadığı durumlarda bile sağlık hizmeti alan bireyler hizmetin maliyetinin belli bir kısmını ceplerinden ödeyebilmektedirler (Mossialos ve Dixon, 2002; Tatar, 2011).



Şekil 1.3. Sağlık hizmetleri finansman üçgeni (Mossialos ve Dixon, 2002; Tatar, 2011).

Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık harcamalarının finanse edilmesi ve hangi şekilde kullanılması gerektiğini kapsamaktadır. Sağlık sektöründeki yöneticilerin asıl amacı toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Bu amaçla toplum sağlığın geliştirilmesi için sağlık hizmetleri finansmanını bu amaca ulaşmada önemli bir araç olarak kullanmaktadır. Bütün bireylerin sağlık hizmetlerine finansal yönden ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmak, oluşturulan kaynakları etkin bir biçimde kullanmak, finansmanda adaleti sağlamak ve kaynak yaratılması süresi içinde bireylerin daha fazla fakirleşmesini engellemek gerekmektedir

(Mcıntyre, 2007; Çelik, 2019). Gelişmiş olan ülkelerde bireylerin daha fazla fakirleşmesinin önlenmesi ve hastaları yıkıcı mali yüklerden kurtarmak amacıyla devlet kurumları ağırlığını göstermekte ve sağlık hizmetleri finansmanının büyük bir bölümü devlet tarafından toplanan vergilerle ya da sosyal sigorta primleri ile karşılanmaktadır (DSÖ, 2004; Mossialos ve Dixon, 2002).

DSÖ sağlık sistemleri için üç önemli göreve değinmektedir. Bu görevler; sağlık statüsünün yükseltilmesi, sağlık hizmetlerine ulaşmada finansal olarak eşitlik sağlanması ve sağlık sisteminin sağlık hizmeti kullanıcılarının taleplerine duyarlı olması olarak belirtilmiştir (DSÖ, 2000). Bu amaçlara erişmede sağlık hizmetleri finansmanının ne şekilde yapılacağı, sağlık sisteminin hedeflerine erişmesinde takip edilen sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerini sunma şekli önemlidir. Sağlık hizmetleri finansman sistemlerinden beklenen özellikleri aşağıda belirtilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2017; Balbay, 1997):

- Uygulanan sağlık finansman sistemi hizmet yoksunluğunu önleyerek, tüm bireylere sağlık hizmetini elde etme imkânı (finansman olarak) sağlamalıdır.
- Öngörülemeyen ciddi bir sağlık sorunun getirdiği finansal yük karşılanırken hastanın önemli bir finansman sorunu yaşamalarını önlemelidir,
- Sağlık hizmetleri finansman sistemi, etkin kaynak kullanımının sağlanmalıdır.
- Sağlık hizmeti finansman sisteminin hekimler, toplum ve bütün bireyler tarafından kabul edilmeli,
- Sağlık hizmeti finansman sistemi maliyeti büyük, uygunsuz, karışık işlemleri içermemeli veya sağlık hizmeti kaynaklarının verimli kullanımını engelleyecek gelişigüzel kararlara dayandırılmamalıdır.
- Hekimler, sağlık sigortasının varlığından dolayı maliyetlerin hastalara büyük bir yük oluşturmayacağını düşünerek hasta başvuru ücretlerini arttırmamalı ve gereksiz hizmet arzına sebep olmamalıdır (Tengilimoğlu vd., 2017; Balbay, 1997).

Bir ülkede sağlık hizmeti finansman modelinin belirlenmesinde göz önünde bulundurulması gereken birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler genel olarak şu şekilde sıralanabilir (Roberts vd., 2004; Hoare ve Mills, 1986; Tatar, 2011);

- Ülkenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi,
- Mali kapasitesi,
- Finansman modelinin uygulanabilirliği,
- Finansman modelinin verimliliği,
- Finansman modelinin hakkaniyetli olma gerekliliği,
- Sağlık hizmetine talep ve tüketici davranışı,
- Sağlık hizmeti sunucusu ve arzı gerçekleştiren birimlerin davranışı,

Yukarıda belirtilenler bir ülkede sağlık hizmeti finansman modeli belirlenmesi sürecinde dikkate alınması gereken ana faktörler olup her bir modelin çeşitli avantaj ve dezavantajları söz konusudur. Bu faktörlerin yanı sıra ülkenin sağlık hizmetlerinin geçmişten beri gelen finansman ve organizasyon biçimi, buna ilişkin olarak toplumun modele karşı genel anlayışı ve kabulleri, kültürel etmenler gibi faktörler de seçilen finansman modelinin saptanmasında ve işleyişinde önemli bir rol oynamaktadır (Tatar, 2011)

Sağlık hizmetleri finansmanı birbirini takip eden üç temel süreçten/işlevden oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının fonksiyonları olarak da adlandırılan bu işlevler; gelir toplama, fon(risk) havuzlama ve geri ödemedir(satınalma). Gelir toplama; bireylerin alacağı sağlık hizmetlerinin bedelini karşılamak için gerekli finansal kaynakların yaratılması sürecini ifade etmektedir. Gerekli fonlar; işletmelerden, hane halkından ve dış kaynaklardan; vergilendirme, sosyal sigorta primleri, özel sigorta primleri, yerli ve yabancı kaynaklı bağışlar yoluyla elde edilmektedir. Cepten ödemeler ve tıbbi tasarruf hesapları sağlık hizmetleri finansmanında gelir kaynağı olmakla birlikte, geri ödeme kurumlarının fon havuzlarına aktarılmadan kişiler tarafından sağlık kurumlarına direkt olarak ödenmektedir. Gelirin toplanmasında önemli olan sürdürülebilir gelir kaynaklarının oluşturulması ve hakkaniyetli bir katkı sağlanmasıdır (Kutzin, 2001; Çetin Aslan, 2020).

Fon (risk) havuzlama, risk havuzlama mekanizmaları devlet ve özel sigorta şirketleri tarafından toplum adına ön ödemeli sağlık hizmetleri gelirlerinin belirli bir havuzda toplanması ve yönetimi şeklinde tanımlanmaktadır (Kutzin, 2001; Çetin Aslan, 2020). Fon havuzlama bireyler arasında risk paylaşımını ortaya çıkardığı için genel olarak “risk havuzlama” ifadesi de kullanılmaktadır. Fon havuzlama, kişinin sağlık

hizmetlerine ne zaman ihtiyacı olacağı ve ihtiyaç meydana geldiğinde katlanması gereken maliyetlerin belirsizliği karşısında bireyleri koruma amacı gütmektedir. Oluşturulan fon havuzları aracılığıyla, zenginler düşük gelirli bireyleri, sağlıklı bireyler hasta bireyleri, gençler ise yaşlıları ve çocukları sübvanse edeceği için, adil bir finansman sistemi için önemlidir. Bu yönüyle bakıldığında toplum kesimleri arasında bir yeniden dağıtım aracı işlevi olarak görülmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Fon havuzlamanın etkili olması için fonların adil dağıtımının yanı sıra havuzun büyüklüğü de önemlidir. Büyük havuzlardan oluşan bir sistem kullanılacak kaynak miktarında artış sağlayacağından, belirsiz sağlık hizmeti taleplerine karşı finansal koruma sağlamak amacıyla gerekli katkı düzeyi azalacak ve bireyler talep ettikleri sağlık hizmetlerine ulaşma zorluğu yaşamayacaktır (Carrin ve James, 2005; Çetin Aslan, 2020).

Sağlık hizmetleri finansmanının son fonksiyonu geri ödeme ya da satınalmadır. Geri ödeme; geri ödeme kurumlarının bireylere sunduğu sağlık hizmeti karşılığında onların adına sağlık kurumlarına yapılan ödemeyi kapsamaktadır. Sağlık sisteminde belirlenen geri ödeme yöntemlerinin amacı sağlık kurumları tarafından hizmet sunumu sırasında meydana gelen hizmet giderlerinin kontrol altında tutmak ve sağlık kurumunun iyi kalitede hizmet sunmaya teşvik etmektir.

Geri ödeme yöntemleri belirlerken göz önünde bulundurulması gereken birden fazla taraf bulunmaktadır. Bunlar; sağlık kurumları (kamu veya özel hastaneler gibi), sağlık çalışanları (hekim ve hemşire gibi), geri ödeme yapan kurum ve kişiler (sosyal güvenlik kurumu ve özel sağlık sigortaları gibi) ve hastalardan oluşmaktadır. Bu taraflar göz önünde bulundurularak uygulanacak geri ödeme yöntemi belirlenirken kendine has avantaj ve dezavantajları, sağlık kurumlarının geri ödeme yöntemine cevabı, uygulama kolaylığı, sağlık sisteminin diğer unsurları ile uyumluluğu, yönetsel maliyetlerin büyüklüğü, süreci yönetecek yeterli ve yetişmiş insan kaynağının olması gibi faktörler dikkate alınmaktadır. Bu faktörlerin yanı sıra, bir geri ödeme yönteminin başarısı, hizmet sunucularını maliyet kontrolü ve iyi kalitede hizmet sunumuna teşvik etmesi ile ölçülmektedir. Sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemleri bir veya birden fazla geri ödeme yöntemine dayanmaktadır (DSÖ, 2004).

Sağlık hizmeti geri ödeme yöntemlerini tanımlayan özelliklerden biri ödeme birimidir (Çetin Aslan, 2020; Çelik, 2019). Ödeme birimi; sağlık kurumu tarafından

sunulan hizmetin miktarı, başvuran hasta sayısı, tedavi edilen vaka sayısı ve türü, hastanın kaldığı gün sayısı veya çalışılan gün sayısı olabilmektedir. Ödeme birimine göre sağlık kurumları farklı eğilimlerde bulunarak en yüksek faydayı sağlamaya çalışmaktadır. Örneğin yoğun bakımda yatılan gün başına ödeme alan sağlık kurumu en yüksek karı sağlamak amacıyla hastaları erken taburcu etmeme eğilimde olabilirler. Uygulanan geri ödeme yönteminin kullandığı birimi, sağlık kurumlarına neye öncelik vermesi gerektiği konusunda bir mesaj vererek sağlık kurumunun bu yöndeki üretimi artmaktadır (Cashin, 2015; Çetin Aslan; 2020).

Ödeme yöntemlerini tanımlayan özelliklerden bir diğeri ise geriye ya da ileriye dönük olmasıdır. Geriye dönük ödeme yöntemi; sağlık hizmeti sunucularının katlandıkları maliyetler ödeyiciler tarafından hizmet sunumundan sonra faturalandırılır ve daha sonra geri ödeme kurumu tarafından ödenmektedir. Geriye dönük ödeme yöntemine; hizmet başına ödeme, hasta günü başına ödeme, vaka başına ödeme örnek olarak verilmektedir. Bu yaklaşım sağlık kurumlarına gelirini arttırma olanağı sağlarken, geri ödeme kurumu açısından belirsizlik taşımaktadır. İleriye dönük ödeme sisteminde ise sağlık kurumları tarafından daha hizmet sunulmadan belli bir tutarda ödeme yapılmaktadır. Bu yönteme örnek olarak bütçe uygulaması verilebilir. Bütçe uygulamasında, hizmet sunum maliyetleri sağlık kurumuna genellikle yılın başında belirlenen bir tutarda ödeme yapılmaktadır. Sağlık hizmeti maliyetlerindeki belirsizlik sebebiyle ortaya çıkacak finansal risk, sağlık hizmet sunan kuruma aktarılmaktadır (Çetin Aslan, 2020; Çelik, 2019).

1.3. Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri

Sağlık kurumları tarafından hizmet sunumu sırasında oluşan giderlerin faturalandırılması sonucunda yapılan geri ödemeler, sağlık hizmeti sunum maliyetlerin kontrol altına tutulması için farklı yöntemler kullanılarak yapılmaktadır. En sık kullanılan geri ödeme yöntemleri aşağıdaki gibidir (World Health Organization, 2004; Çetin Aslan, 2020).

- Hizmet başına ödeme (Fee-for-service)
- Vaka başına ödeme (Case based payment)
- Tanı İlişkili Gruplar (TİG) temelli ödeme
- Kişi başına ödeme (Capitation payment)

- Gün başına ödeme (Daily payment)
- Değere dayalı ödeme (value based payment)
- Maaş ödemesi (Salary)
- Bütçeler
    - Global bütçe
    - Harcama kalemli bütçe

1.3.1. Hizmet başına ödeme

Hizmet başına ödeme yöntemi; ayakta ve yatarak tedavilerde hastaya sunulan her mal ve hizmet için daha önce belirlenen tutarlarda ödeme yapılması esasına dayanmaktadır. Her işlem, tetkik ve malzeme ayrı ayrı fiyatlanır ve ödenir. Örneğin; bir hekim yaptığı muayene ya da konsültasyon başına veya sundukları ürün başına ücretlerini almaktadırlar. Bu yöntemde sağlık kurumları önceden belirlenmiş fiyatlara göre sunmuş oldukları hizmetler için geri ödeme kurumlarına fatura düzenlemekte ve daha sonra geri ödeme kurumları tarafından incelemeler yapıldıktan sonra, gerekli görülen kesintileri de göz önünde bulundurarak hizmet sunucularına geriye yönelik ödeme yapılmaktadır (Akyürek, 2012).

Hizmet başına ödeme yönteminin en büyük avantajı sağlık kurumunu, daha sağlıklı hasta seçmeye ve kaynak tasarrufu yapmak için eksik tedavi sunmaya teşvik etmemesidir.

Hizmet başına ödeme yönteminde sağlık kurumlarının gerektiğinden daha fazla miktarda hizmet vermeyi teşvik etmektedir. Hatta tedavi sonucunu ve hizmetlerin verimli sunulmasını olumsuz yönde etkileyen, uygun olmayan hizmetlerin daha fazla sunulmasını özendirebilir. Bundan dolayı sağlık harcamalarını artırma eğilimi vardır. Ayrıca geri ödeme kurumu açısından bakıldığında, sağlık kurumlarının hastalara hangi sağlık hizmetlerini sunulacağı belirsiz olması, finansal planlama yapmayı zorlaştırmaktadır. (Casto ve Layman, 2006).

Hizmet başına ödeme yöntemi ayrıntılı ve güncel fiyat listelerinin yanı sıra sağlanan tüm hizmet kalemlerinin kaydı ve faturalandırılmasını gerektirmesi nedeniyle yönetsel işlemleri zorlaştırabilmektedir. Bu ödeme yöntemi diğer yöntemlere kıyasla

daha fazla kesintiye neden olabilmekte veya tamamlayıcı ödeme içerdiğinden hasta açısından dezavantajlı olabilmektedir (Akyürek, 2012).

1.3.2. Vaka başına ödeme

Vaka başına ödemede, sağlık kurumları her bir vaka türüne göre önceden belirlenmiş sabit bir ödeme almaktadır. Bunun amacı, hastanelere, belirli bir kategorideki bir vakayı tedavi etmek için gereken maliyeti, ortalama performans gösteren bir hastaneye göre geri ödemektir (Cashin, 2009). Yapılacak ödemeler, belirli koşullar ya da hastalıklar için her bir hastanın ortalama kaynak gereksinimine göre geçmiş yıllardaki verilerden faydalanılarak belirlenmektedir. Bu ödeme yönteminde belirli bir hastalığın tedavisi için kullanılan hizmet miktarı, kullanılan girdi veya yatış gün sayısı gibi tedavinin ana maliyet unsurları göz önünde bulundurulmaktadır (Casto ve Layman, 2006).

Geçmiş veriler kullanılarak belirlenen ödeme tutarları her bir vaka için ayrı ayrı belirlenmektedir. Ancak, belirlenen vaka gruplarının gerçek kaynak kullanımı ve maliyetleri yansıtması önemlidir. Vaka gruplarının, farklılıkları yeterince yansıtmaması durumunda, komplike vakalar için ödemeler çok düşük, daha az sorunlu vakalar için ödemeler çok yüksek olabilir. Sonuç olarak, hastaneler daha karmaşık hastaları tedavi etme riskinden kaçınmaya çalışabilir. Aynı sebepten ötürü, bu yöntemde basit vakaları tedavi eden ikinci basamak (devlet hastaneleri) tedavi kurumlarının karlılığı artarken, referans hastane konumundaki üçüncü basamak kurumlar (üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri) finansal zorluklar yaşayabilmektedir (DSÖ, 2004; Casto ve Layman, 2006; Wiley, 2011; Çetin Aslan, 2020).

Vaka esaslı ödeme yöntemi, ayrıntılı ve standart bir teşhis ve prosedür kodlaması gerektirdiği ve vaka başına ortalama kaynak tüketimi (maliyetler) hakkında sistemli bilgi gerektirdiğinden idari olarak karmaşıktır ve yetişmiş insan gücüne ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca vaka başına ödeme yöntemi, hizmet başına ödeme yöntemine göre uygulamak daha kolay ve faturalama süreci daha basit ve sağlık harcamalarını daha az arttırır (DSÖ, 2004; Berenson vd., 2016; Çetin Aslan, 2020).

Vaka başına ödeme yöntemi, verimli hizmet üreten sağlık kurumlarına avantaj sağlaması nedeniyle meydana gelebilecek maliyetlerin azaltılması için iyi bir

yöntemdir. Sağlık hizmeti sunucuları mümkün olan en kısa kalış süresiyle, mümkün olan en düşük maliyetli hizmetleri sunmak ve daha fazla hasta kabul etmek için motive olurlar. Bu yöntem sağlık sunucularını verimli hizmet sunumunu teşvik etmesinin yanı sıra hasta başına düşen kaynak kullanımını azaltmak için gerekenden daha kısa zamanda, henüz tedavi tamamlanmadan hastayı taburcu etme eğiliminde olmalarını sağlayabilmektedir (Barnum vd., 1995; DSÖ, 2004; Berenson vd., 2016; Çetin Aslan, 2020).

Vaka başına ödeme yöntemindeki bir diğer olumsuz etki ise hasta seçimidir. Sağlık sunucuları, kar açısından daha fazla yarar sağlayan vaka gruplarını veya aynı vaka grubuna dahil olan daha sağlıklı hastaları tercih ederek; ortalamadan daha fazla kaynak kullanılma ihtimali olan vakaları sevk etmeye yönelebilmektedir. Ayrıca, vakanın bir üst kategoriye kodlanarak daha fazla kar sağlamaya çalışılması da mümkündür. Bu sebeplerle, yöntemden kaynaklanan olumsuz etkileri önlemek için kalite standartlarının getirilmesi ve kontrol önlemleri yöntemden istenen sonucun elde edilmesi açısından önemlidir (DSÖ, 2004; Berenson vd., 2016; Wiley, 2011; Çetin Aslan, 2020).

1.3.3. Tanı ilişkili gruplar temelli ödeme

Teşhis İlişkili Gruplar ya da İngilizcesiyle Diagnosis Related Groups (DRGs) ödeme yöntemi, sağlık kurumlarında hizmet alan hastaların demografik ve klinik verilerinin kullanılarak benzer hastaların benzer gruplara atanmasını içeren yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. TİG yönteminin amacı, sınırlı kaynakları vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adaletli bir şekilde dağıtmak, sağlık kurumunun verimliliğini ve etkinliğini teşvik etmek ve sistematik, anlamlı klinik veri toplamaktır (Wiley, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2013). Bu ödeme yöntemde aynı gruba alınan hastalar, benzer tanı ve tedavilere, yatış sürelerine ve kaynak tüketimine sahiptir. Her bir TİG grubunda bağıl değer olarak adlandırılan bir ödeme oranı bulunmaktadır (Casto ve Layman, 2006; Wiley, 2011).

TİG oluşumu, hastalıkların teşhisi, yapılan işlemler, yaş, cinsiyet, taburcu şekli, yatış süresi, hastalığın komplikasyon ve komorbidite (eşlik eden hastalıklar) olup olmadığı; yeni doğansa doğum ağırlığı, yoğun bakımda yatış süresi gibi pek çok parametrenin değerlendirilmesi sonucu hasta belirli bir gruba ayırılarak yapılmaktadır.

Her hastaya özgü bir TİG oluşturulur. Ayrıca eşlik eden hastalıkların varlığı TİG'i değiştirebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Her TİG'de "bağıl değer" adı verilen bir ödeme oranı bulunur ve ağırlıklar birbirine göre değişmektedir. Daha yüksek ağırlıklar, hastaların bakım ve tedavi için daha fazla kaynak gerektirdiğini ifade eder. Daha fazla kaynak tüketimi; hastalığın ciddiyeti, bakım, tedavi için pahalı ekipman veya ilaçlar kullanılması gibi ihtiyaç duyulan hizmetler nedeniyle hizmet yoğunluğuyla ilişkilidir. Daha yüksek ağırlıklar, daha yüksek ödemelere dönüşmektedir (Casto ve Layman, 2006).

TİG, bütünleşik, standart bir sınıflandırma sistemine sahip olunması şeffaflığı mümkün kılar ve geri ödeme kurumları ve tüketiciler tarafından hastaneler arası karşılaştırmalar yapılmasına izin verir ve tedavi edilen hastalara ilişkin özet bilgiler sağlanmaktadır. Geri ödeme yöntemi olarak kullanıldığında; etkin kaynak kullanımını teşvik etmede finansal baskı uygulamak, hastane yöneticilerinin klinisyenlerin işlerini izleme ve kontrol etmelerine imkân tanıyarak yönetsel etkililiğe yardımcı olmakla birlikte, hasta sınıflandırma ve bütçeleme olarak kullanılması bu yöntemin olumlu etkileri arasındadır.

TİG'in avantajlarının yanında dezavantajları da bulunmaktadır. TİG grubu başına ödeme tutarı sabit olduğu için hastanelerin yatış başına maliyetlerini düşürmeye yönelik güçlü teşvikleri bulunmaktadır. Bu teşviklerin hastanın tedavi için ihtiyaç duyduğu kaynakların yeterince sağlanamamasına ve tedavinin eksik kalmasına neden olabilir. Diğer dezavantajı ise, hastanelerin gelirlerini artırmak için vakayı bir üst TİG grubuna kodlamasıdır.

1.3.4. Kişi başına ödeme

Kişi başına ödeme yöntemi, geri ödeme kurumunun, sağlık hizmeti sunucularına belirli bir süre boyunca kuruma kayıtlı olan kişi sayısına göre sabit bir tutar ödediği geri ödeme yöntemidir. Bu ödeme yönteminin temel uygulamasında, ödeme tutarı sadece kayıtlı kişi sayısına bağlı olup, hastalara verilen hizmetlerin gerçek hacmi veya yoğunluğu ödeme üzerinde bir etkiye sahip değildir. Başka bir deyişle, hizmet sunucunun kişi başına veya belli bir hasta grubuna daha fazla hizmet sunması, alacağı ödemeyi arttırmadığı gibi, daha az hizmet sunması da ödeme miktarını azaltmayacaktır.

Örneğin; kayıtlı hastaya hamilelik takibi de yapılsa diğer başka bir hizmet de verilse hizmet sunan aynı sabit ücreti alır. (Barnum vd. 1995; DSÖ, 2007; DSÖ, 2004; Casto ve Layman, 2006; Çetin Aslan, 2020). Bu yöntem, çoğunlukla aile hekimlerince ayakta muayene ve tedavilerin finansmanı için kullanılsa bile yatarak tedavi için kullanmak mümkündür.

Kişi başına ödeme yönteminde, hizmet sunuculara kayıtlı olan hasta grubuna hizmet sağlama sağlık sunucularının verdikleri hizmetin maliyetlerini düşürmek için düşük riskli hastaları seçme ve verilen hizmetlerin sayısını ve kalitesini düşürmeye teşvik edebilir (Barnum vd. 1995). Bu teşvik risk grubundaki ya da dezavantajlı gruptaki bireylerin yetersiz hizmet alması açısından sorun oluşturabilmektedir.

Kişi başına ödemede ödeme tutarı, sigortalı hasta sayısı, sigortalı hastaların hastalık yükü, epidemiyolojik ve demografik yapısını yansıtacak şekilde ayarlanması mümkün olduğu için bölgeler arası dengenin sağlanması ve risk gruplarındaki hastaların yeterli tedavi almasını kolaylaştırmaktadır (DSÖ, 2004; Barnum vd., 1995).

Kişi başına ödeme yöntemi hizmet sunuculara belirli bir hasta popülasyonu ve gelir garantisi sağlamasından dolayı sağlık hizmet sunucularına avantaj oluşturmaktadır. Bu yöntemde, geri ödeyici kurum, sağlık hizmetleri talebinin belirsizliğinden meydana gelen riskleri hizmet sunucuya aktarmış olmaktadır. Buna karşın bu yöntemde sağlık hizmeti sunucuları en az tedaviye ihtiyaç duyan sağlıklı bireyleri tercih etmeye, koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesine, hastaların yetersiz tedavi görmesine, hastaların randevular ile bekletilmesine ve üst kurumlara sevk etmeye teşvik yaratabilmektedir. Dolayısıyla, geri ödeme kurumlarına, hizmet sunum maliyetini kolay tahmin ve kontrol etme olanağı sağlayan bu yöntem, hastalıkların ağırlaşması ve üst basamaklara sevki durumunda daha büyük maliyetlere neden olma ihtimalini arttırmaktadır (Barnum vd., 1995; DSÖ, 2004; Casto ve Layman, 2006).

1.3.5. Gün başına ödeme

Sağlık kurumlarının yatarak tedavilerde hastalara sunulan hizmet için önceden belirlenen bir tutar üzerinden, hastanın sağlık kurumunda geçirdiği her gün başına yapılan ödemeye dayanan bir yöntemdir. Örneğin; sağlık kurumlarındaki yoğun bakım ünitelerinde hastaya yapılan hizmetlere bakılmadan hastanın kaldığı gün süresi boyunca

sağlık hizmeti sunucusuna ödeme yapılmaktadır. Bu yöntemde sunulan hizmetleri ve bu hizmetlerin maliyetlerini göz önünde bulundurmadan sunulan bütün hizmetler tek bir çatı altında toplamaktadır (Çelik, 2019). Bu yöntemde geri ödeme kurumu tarafından hizmet sunucusuna ödenecek miktarlar geçmiş yıllara ait verilerden yararlanılarak saptanmaktadır. Geçmiş yıllara ait verilerin bulunmaması durumunda ise geri ödeme kurumu ve hizmet sunucuları hizmet maliyetleri, üretim miktarları, hastalık türleri ve kalış süreleri vb. faktörleri göz önünde bulundurmaktadır (Akyürek, 2012).

Gün başına ödeme yönteminde, günlük olarak belirlenmiş sabit bir tutar hastaneleri daha verimli üretim yapmaları test ve işlemleri azaltmaları yönünde teşvik etmektedir. Ayrıca sağlık kurumunun sağlıklı hasta seçmeye yönelik bir teşviki bulunmaktadır.

Yöntemin bilinen en büyük olumsuz etkisi gereksiz yatışlara ve uzun hastane kalışlarına neden olmasıdır. Sağlık kurumları hastanın kalış süresini ne kadar fazla uzatırsa o kadar çok kar elde edeceklerini bildikleri için hastanın hemen taburcu olmaması için gerekenden daha uzun bir süre kalmasını sağlayabilmektedirler. Ayrıca sağlık kurumu gün başına ödeme aldıkları için sağlık kurumları yatan hasta sayısını arttırma eğiliminde de olabilmektedir (Casto ve Layman, 2006; Berenson vd., 2016). Bu yöntemde hastaların iyileşmeden taburcu edilmeleri beklenmez.

1.3.6. Değere dayalı ödeme

Değere dayalı ödeme yöntemi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite standartlarına uygun bir şeklide hizmet sunmaları ve sunulan hizmetin sağlık hizmeti alan kişilere olan etkisi üzerine yoğunlaşan bir ödeme yöntemidir. Değere dayalı ödeme yönteminde, maliyetler düşürülürken sağlık hizmetlerinin kalitesinin korunması amaçlanmaktadır. Sağlık hizmet sunucularının bu amacı gerçekleştirirken maliyet ve kalite dengesini doğru bir şekilde sağlaması gerekmektedir (Choudhry vd., 2010; Ağlamış, 2020).

Değere dayalı ödeme yönteminde hastanın hastaneye girdiği andaki sağlık durumu ile hastanın hastaneden taburcu olduğu andaki sağlık durumu önemlidir. Çünkü hastanın hastaneye girişindeki durumu ile hastaneden çıkışındaki durumu hastaya katılan değerin ölçümünü sağlamada değerlendirilen iki olgudur (Kolarczyk vd., 2018). Bu yöntemde geri ödeme kurumları, hastaya sunulan hizmetler veya hastaya yapılan

işlemlerin ayrı ayrı ödemek yerine verilen hizmetlerin ya da yapılan işlemlerin bir bütün olarak kattığı değeri değerlendirerek ödeme yapmaktadır (Porter, 2008; Ağlamış, 2020).

Değere dayalı ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunucularını hizmet sunumu sonrasında değer sağlama konusunda ödüllendirildiği için sunulan hizmetin kalitesinin arttırılmasını teşvik etmektedir. Hizmetin kalitesinin arttırılması aynı zamanda maliyetlerinde azaltılması noktasında olumlu etki yaratmaktadır. Bu durum sağlık hizmet sunucuları ve sağlık hizmeti alanlar adına avantajlı bir durum ortaya çıkarmaktadır. Bu yöntemin sağladığı avantajların yanında bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Bu ödeme yönteminde hizmetin niceliği yerine sağladığı yarara göre ödeme yapılması yaşanacak finansal riskin büyük çoğunluğunu hekimler ve sağlık hizmet sunucuları arasında paylaşılmaktadır (Kolarczyk vd., 2018; Ağlamış, 2020).

1.3.7. Maaş Ödemesi

Kamu veya özel sağlık kurumlarında görev yapan hekim ve diğer sağlık personelinin, sağlık kurumlarında çalıştıkları süreler karşılığında aldıkları ücrettir. Bu yöntem sadece çalışanlara ödeme olarak kullanılabildiğinden, sağlık kurumunun diğer ödemeleri için (ilaç, tıbbi malzeme, elektrik vb.) ayrı bir ödeme yöntemi ile tamamlanması gerekmektedir.

Maaş ödeme yönteminde, çalışanlara verilen ödeme miktarında hizmet verilen kişi sayısına, hizmetin yoğunluğuna ya da sağlanan hizmetin maliyetine bakılmaz. Göz önünde bulundurulan tek parametre sağlık çalışanının çalışma süresidir Maaş ödeme yönteminde sağlık hizmetlerinde, gereksiz hizmet sunumu olmamaktadır. Aksine sağlık çalışanları gelirlerini arttırmak için bir herhangi bir çabaya girişmemektedir (DSÖ, 2004; DSÖ, 2007; Çetin Aslan, 2020).

1.3.8. Bütçe ödemesi

Bütçe ödeme yöntemi, sağlık kurumlarına, bireylere sağladıkları hizmet karşılığında belirli bir süre için (genellikle bir yıl) sabit bir bütçe verilmesidir. Bütçeler genellikle daha önceki bir yıl belirlenmektedir. Sağlık kurumunun hizmet sunmadan önce belirlemesi ve ödenmesi özelliği açısından ileriye dönük bir ödeme yöntemidir. Bu ödeme yönteminin temel amacı, ülkedeki sağlık hizmetlerine harcanan toplam para miktarını kontrol etmek için bir hastanenin harcayabileceği miktarı sınırlamaktır

(Berenson vd., 2016). Sağlık hizmeti finansmanında bütçeler iki farklı şekilde uygulanmaktadır. Bunlar; harcama kalemli bütçe ve global bütçe şeklindedir.

1.3.8.1. Harcama kalemli bütçe ödemesi

Harcama kalemli bütçeleme yöntemi, sağlık kurumlarının her bir hizmet ve masrafını belli başlıklar altında kategorileştirerek (maaş, ekipman, ilaç, taşıma, bakım-onarım vb.) ödeme yapılması esasına dayanmaktadır. Harcama kalemli bütçe, genellikle merkezi yönetimlerinin etkinliğinin yoğun olduğu sağlık sistemlerinde kullanılmaktadır (Barnum, 1995). Bu ödeme yönteminde, merkezi makamlar onaylamadığı sürece her bir harcama kalemi arasında transfer olmamaktadır. Her bir harcama kalemi için belirlenen tutarın tamamen tüketilmesi veya yetersiz kalması durumunda, yapılan düzenlemeler bütçe dönemi ya da sonrasında ek bütçe tahsisi şeklinde yapılmaktadır (Berenson vd., 2016; Barnum vd., 1995).

Harcama kalemli bütçe yöntemi, sağlık kurumlarındaki finansman (muhasebe) birimine meydana gelen girdi maliyetlerin belirlenmesi ve denetlenmesi için imkan tanımaktadır. Ayrıca istihdamın sürekliliğini güvence altına alabileceği için etkili bir yöntem olarak görülmektedir (Barnum vd., 1995; Dredge, 2004)

Bütçenin fazlasını sonraki dönemlere aktarma imkanı bulunmamasından dolayı sağlık kurumuna bütçenin tamamını harcanması gibi olumsuz yönde teşvikler sağlayabilme ve sağlık kurumu çalışanlarına davranışlarını veya tedavide uyguladıkları yöntemleri iyileştirmek için herhangi bir teşvik sunmama gibi dezavantajları bulunmaktadır (Barnum vd., 1995; Dredge, 2004; Çetin Aslan, 2020).

1.3.8.2. Global bütçe ödemesi

Global bütçe yöntemi, tek satırlık bir bütçeyi temsil eder. Yani sağlık kurumuna yapılan tüm ödemelerin tek kalemde toplanmasını ifade etmektedir (Berenson vd., 2016). Global bütçelemede, sağlık kurumunun harcama kalemleri ile sağlık kurumuna tahsis edilen tutar arasında herhangi bir ilişki kurulmamaktadır. Bu yüzden sağlık kurumları tahsis edilen bütçeyi istedikleri şekilde kullanabilme yetkisine sahip olmaktadır. Böylece merkezi yönetimler finansal riski hastaneye aktarmaktadır. Söz konusu yöntemde, sağlık kuruma tahsisi edilen bütçe bir kez sabitlendikten sonra,

bütçenin bütçe dönemi boyunca değiştirilmesi zordur (yani, ek bütçe tutarları merkezi mali otoritelerden kolayca alınamaz) (Barnum vd., 1995). Global bütçeleme yönteminde, ödeyici kurum (genellikle geri ödeme kurumu) doğrudan sağlık hizmet sunucularına ödeme yapabileceği gibi, ödeyici ile sağlık hizmeti sunucusu arasında bulunan bir kurum aracılığıyla da yapabilmektedir (Berenson vd., 2016). Bu uygulamaya Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile Sağlık Bakanlığı Hastaneleri arasındaki bağlantı örnek teşkil etmektedir (Çetin Aslan, 2020).

Global bütçe, geri ödeyici kurumlar tarafından istenilen amaçlara daha kolay erişilmesi gibi davranış ve tutum değişiklikleri yaratmak için kullanılabildiğinde etkili olmaktadırlar. Bundan dolayı bütçe ödeyen kurumlar, sağlık kurumları ve tüketiciler için olumlu teşvikler içermeli ve onları sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kullanımında daha akılcı kararlar almaya yönlendirmelidir. Genel olarak bakıldığında global bütçe maliyetlerin önlenmesi, fon sağlamada belirlilik, daha kolay (daha ucuz) yönetim, hizmetlerin daha iyi koordinasyonu ve planlanması ve gereksiz hizmet sunumunun önüne geçilmesi gibi olumlu getirileri sağlaması beklenmektedir (Dredge, 2004; Akyürek, 2012).

Global bütçe, kişi başı ödemeye benzer şekilde hastanelerin karşılaştığı teşvikleri temelden değiştirerek, işletim verimliliğini artırmak ve vakaların hacmini, ayakta tedavi görüşmelerini ve hasta başına hizmet hacmini azaltmak için doğrudan bir teşvik sağlar. Aynı zamanda harcama kalemli bütçenin aksine global bir bütçe, hastane yönetimine sağlık hizmetlerinin verimli üretimini iyileştirmek için daha fazla özerklik ve esneklik sağlar. Ödeyici kurum ve sağlık hizmetleri politika yapıcıları açısından bakıldığında ise sabit bir global bütçe, harcama sınırlarını katı bir şekilde belirler ve harcamaların tahmin edilebilirliği sağlanmaktadır (Barnum vd., 1995; Dredge, 2004).

Yukarıda belirtilen olumlu getiriler arasında bazı dengeleme riskleri de söz konusudur. Bu riskler içerisinde en çok bilineni maliyet önleme çabalarının sağlık hizmetleri sunumunun yetersiz ve düşük kaliteli hizmet sunum olasılığı global bütçenin yaratabileceği olumsuz etkidir. Ödeyici kurum bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak için gerekli önlemler alınması gerekmektedir. Ayrıca ödeyici kurum sağlık kurumları tarafından sunulacak hizmetler açısından son derece açık olmalı ve global bütçeye dahil

olmayan hizmetler konusunda da soru işaretlerine yer bırakılmamalıdır. Bütçe kapsamına alınacak hizmetlerin birkaç yolla tanımlanması mümkündür (Dredge, 2004; Akyürek, 2012).

1.4. Türkiye'de Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan ana kurum SGK'dır. SGK sağlık kurumlarından sözleşmeler yoluyla hizmet almaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlar ile kamu üniversite hastaneleri SGK ile sözleşme yapmak durumundadır. Özel hastaneler ise sözleşme yapmak konusunda özgür bırakılmıştır. Fakat Türkiye'de uygulanan genel sağlık sigortası gereği, toplumun büyük kısmının SGK sigortalısı olması (2019 Temmuz ayı itibariyle %86) nedeniyle, özel hastanelerin de neredeyse tamamı sözleşme imzalamış durumdadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Türkiye'de geri ödeme sistemi SGK bünyesindedir. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, Hazine ve Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı geri ödeme sisteminde kurulan komisyonlar aracılığıyla görüşlerini iletebilmektedirler.

SGK, kendisi ile protokollü/sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına hastalara sundukları her hizmet için ödeme yapması SGK'nın sağlık kurumundan bireyler adına hizmet satın aldığı anlamına gelmektedir. Sağlık kurumuyla yapılan sözleşme ile hizmet satın alınan kuruma SUT (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği)'a uygun olarak ödeme yapılmaktadır (SGK, 2013).

Türkiye sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin geri ödemesi sunulan hizmetin türüne (örneğin, ayakta ya da yatarak tedavi) ve hizmet sunucu türüne (Sağlık Bakanlığı, üniversite ya da özel hastane) farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıklara bağlı geri ödemi esasları izleyen paragraflarda açıklanmamıştır.

1.4.1. Ayakta tedavilerde geri ödeme

Geri ödeme kurumu, ayakta yapılan tedavileri, ödeme yöntemlerini birinci basamak sağlık kuruluşları (aile hekimliği vb.) ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak değerlendirerek ödeme yapmaktadır.

1.4.1.1. Aile hekimliğinde geri ödeme

Türkiye'de aile hekimliği modelinde ana geri ödeme yöntemi kişi başına ödeme yöntemidir. Aile hekimliğinde, ayakta tedavilerde kişi başına ödeme yöntemine göre kayıtlı her kişi için belli bir tutarda ödeme yapılır. Yapılan bu ödeme nüfus büyüklüğüne ek olarak risk grubu olarak nitelendirilen bazı toplum kesimlerine göre değişmektedir. Bu toplum kesimleri gebeler, cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler, 0-59 ay grubu çocuklar, 65 yaş üstü, diğer kişilerden oluşmaktadır. Aile hekimine kayıtlı kişiler için ödenecek ücretin hesaplanmasında, belirtilen her risk grubu için farklı bir katsayı belirlenmiştir. Belirlenen risk grupları katsayısı şöyledir;

I. Gebeler (katsayı: 3),
II. Tutuklu ve hükümlüler (katsayısı: 2,25),
III. 5 yaş altı çocuklar (katsayısı:1,6),
IV. 65 yaş ve üzeri (katsayısı: 1,6),
V. Diğer kişiler (katsayısı: 0,79) olarak belirtilmektedir (Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010).

Aile hekimine kayıtlı kişiler için ödenecek ücretin hesaplanmasında, kayıtlı kişiler, katsayısı yüksek olan gruptan başlanarak sıralanır ve puan hesaplaması yapılır. Kayıtlı ilk 4.000 kişiye kadarki kişiler için, her gruptaki kişi sayısı dâhil olduğu grubun katsayısıyla çarpılır ve bulunan puanlar toplanarak maaşa esas puan hesaplanmaktadır. Hesaplanan maaşa esas puanın, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1.000 puana kadarki kısmı için (1.000 puan dâhil); uzman tabip veya tabip için tavan ücretin %78,5'i, aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin %113,5'i, tutarında ödeme yapılmaktadır. 1.000 puanın üzerinde kalan puanların tavan ücretin on binde 5,22'si ile çarpılması sonucu bulunan tutar ayrıca ödenmektedir. Bu şekilde belirlenen ücret, aile hekiminin çalıştığı gün sayısına göre aylık olarak ödenmektedir. Kişi başına ödemelere ilaveten; aile hekiminin görev yaptığı birimin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ve aile sağlığı merkezinin giderleri için de ek olarak ödemeler yapılmaktadır (Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010).

Kişi başına ödeme yönteminin uygulanmasının sonucu olarak geri ödeme yöntemleri bölümünde belirtildiği sağlık kurumuna başvuran kişilerin eksik hizmet görmesi ve bir üst kuruma gereksiz sevk gibi bazı suiistimalleri beraberinde

getirebilmektedir. Bu yüzden geri ödeme kurumu; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi gibi hizmetlerde herhangi bir eksiz gördüğü zaman yapılacak aylık ödenecek ücretten aylık başarı oranına göre kesinti uygulanmaktadır. Aile hekimi için risk gruplarına göre hesaplanan brüt ücretin;

I. Aylık başarı oranı; % 98 - % 97 arasında ise % 2'si,
II. Aylık başarı oranı; % 96 - % 95 arasında ise % 4'ü,
III. Aylık başarı oranı; % 94 - % 90 arasında ise % 6'sı,
IV. Aylık başarı oranı; % 89 - %85 arasında ise % 8'i,
V. Aylık başarı oranı; %85'ten daha düşük olanlar için % 10'u, esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar, aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemeden düşülür. Hesaplanan ücret üzerinden aile hekiminden yapılacak kesintilerin toplamı, Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği 16. maddenin birinci fıkrasının (a) bendi uyarınca hesaplanan brüt tutarın %20'sinden fazla olmama konusunda sınırlama getirilmiştir (Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği, 2010).

1.4.1.2. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına geri ödeme

Kamu veya özel sağlık kurumlarında ayakta tedavilerde ödeme uygulaması kapsamında; SGK sağlık kurumlarında ayakta (poliklinik) her bir başvuru için önceden belirlenmiş sabit bir ödeme yapmaktadır. "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi'nde bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılmaktadır (SGK, 2013).

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi'nde belirtildiği üzere hastanelerin sınıfı, sağlık kurum ve kuruluşları ayakta tedavilerde sınıflandırma listesinde belirtilen kriterlere göre belirlenmektedir. Bu listede sağlık kurumları üç ana ve 15 alt gruptan oluşmaktadır. Ana sınıflamada göz önünde bulundurulan hususlar; üniversite hastaneleri, sağlık bakanlığı hastaneleri ve özel sağlık kurumları olarak gruplara ayrılmıştır. Alt gruplarda ise grubun özelliğine göre farklılıklar bulunmaktadır. Ayakta başvurularda göz önünde bulundurulan bir diğer kriter ise tıpta uzmanlık dallarıdır. SUT'ta uzmanlık dalları; ana dallar, yan dallar, diş hekimliğinde uzmanlık ana ve yan dalları olarak üçe ayrılmaktadır; uzmanlık dalları; 31

ana dal, 45 yan dal ve dokuz diş hekimliği dalı olmak üzere toplam 85 gruptan oluşmaktadır (SGK, 2013).

Sağlık kurumları sınıflandırılmasında, benzer branş içerisinde en yüksek ödeme üniversite hastaneleri için tanımlanmıştır. Uzmanlık dalları içerisinde; en yüksek ödeme yapılan tıp dalı kardiyoloji (101 TL) ve yan dallar içerisinde çocuk kardiyolojisidir (101 TL). Diş hekimliği başvuruları için ödemeler hizmet başına ödeme yöntemi ile yapılmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ayakta başvurularda, vaka başına ödeme dışında, "Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılabilecek İşlemler Listesi'nde" bulunan bir işlemin yapılması durumunda, bu işlemler vaka başına başvuru tutarına ek olarak faturalandırılabilmektedir (SGK, 2013).

Ayakta tedavilerde genellikle vaka başına ödeme yöntemi kullanılmakla birlikte, özel bazı birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin tamamında hizmet başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır. Örneğin, 112 acil sağlık hizmeti, diş tedavisine yönelik hizmetler, kalıtsal hastalıklara yönelik tetkikler, onkolojik tedavi, meslek hastalığına yönelik sağlık hizmetleri, alkol ve madde bağımlılığı ve enjeksiyon gibi bazı basit işlemler hizmet başına yöntemiyle ödenmektedir (SGK, 2013; Çetin Aslan, 2020).

Sağlık kurumlarının sunduğu evde sağlık hizmetleri bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ödenmektedir. Evde bakım uygulamalarına ilişkin işlemler SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç listelerinde yer almaktadır. SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri için sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonca SUT'un Ek-2/B, Ek-2/C ve Ek-2/Ç listelerinde yer alan işlemler için ödemeye esas puanlar yer almaktadır. İşlemlerin ödeme tutarı SUT'ta belirlenen puan ile 0,593 kat sayısının çarpılması ile bulunmaktadır. Genel ilke olarak; hastanın tedavisi kullanılan her türlü tıbbi malzemenin sağlık hizmeti sunucusu tarafından temini zorunludur. SGK tarafından bedeli karşılanan ilaç ve tıbbi malzemeler sağlık hizmeti sunucusu tarafından temin edilen ilaç ve tıbbi malzeme bedellerinin ayrıca faturalandırılması mümkündür. Reçete edilen ilaçlar sözleşmeli eczanelerden sağlanır (SGK, 2013).

1.4.2. Yatarak tedavilerde geri ödeme

Türkiye'de, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci ve üçüncü basamak hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler yatarak tedavi hizmeti sunan kurumlardır. Bu kurumlar geri ödeme kurumu olan SGK ile yaptığı sözleşmeler ve sunulan hizmetin özelliğine göre farklı ödeme yöntemleri uygulayabilmektedirler.

1.4.2.1. Vaka başına ödeme

Global bütçe başlığında da belirtildiği gibi SGK kamu sağlık kurumlarına global bütçe ile ödeme yapmaktadır. Ancak kamu sağlık kurumlarının verdikleri yatarak tedavi hizmetlerini vaka başına ödeme yöntemi ile faturalaması esastır. Kamu sağlık kurumları verdikleri yatarak tedavileri SUT eki EK2/C Listesinde yer alıyorsa vaka başına faturalanmaktadır.

Tanıya dayalı ödeme listesi işlem puanlarına yatarak tedaviler kapsamında takip alındıktan sonraki yapılan bütün işlemler dikkate alınmaksızın; muayeneler, yatak bedeli ve konsültasyonlar, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, yatış dönemindeki ilaçlar, sarf malzemesi, kan bileşenleri, anestezi bedeli, laboratuvar, radyoloji ve patoloji tetkikleri, tıbbi zorunluluğun olduğu durumlarda refakatçi bedeli, gibi tanı ve tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler ödenen tutara dahil olup ayrıca hizmet sunucusuna ödeme yapılmamaktadır. Fakat SGK ile sözleşmeli üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına bu noktada bir ayrıcalık sunulmuş olup bu sağlık kurumlarınca yapılan SUT eki EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti olan işlemler için %20 ilave edilerek ödeme yapılmaktadır (SGK, 2013).

Vaka başına ödemede, bir önceki paragrafta belirtilen kurallara ek olarak üniversite hastanelerini ilgilendiren bazı istisnalar mevcuttur. Fakat üniversite hastaneleri, SUT' ta bulunan EK-2/C Listesinde yanında (*) işareti bulunmayan işlemlerde hizmet başına veya vaka başına ödeme seçeneklerinden istediklerini kullanarak geri ödeme kurumuna hizmetleri fatura etme tercihi verilmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları bu tercihlerini ocak ve temmuz ayı boyunca MEDULA aracılığıyla SGK'ya bildirmeleri gerekmektedir.

Vaka başına ödeme kapsamında olan, ilaç ve tıbbi malzemelerin hastaya ödetilmesi yasaktır. Durumun tespit edilmesi halinde, SGK tutarları hastaya ödeyerek, kuruma yapılacak tutarlardan kesinti yapmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları için Bakanlığa yapılan global bütçe ödemesinden tahsil edilir (SGK, 2013).

1.4.2.2. Hasta günü başına ödeme

Türkiye'de hasta günü başına ödeme yoğun bakım ve palyatif bakım hizmetlerinin finansmanında kullanılmaktadır. Sağlık kurumlarının özel ya da kamu olmasına bakılmaksızın verdikleri yoğun bakım hizmetlerinde esas faturalandırma yöntemi gün başına ödeme yöntemidir. Türkiye'de yoğun bakımlar sağlık bakanlığının bulunduğu sağlık hizmeti basamağı dışında; birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç basamaktan oluşmaktadır. Ayrıca yoğun bakım üniteleri yetişkin ve yeni doğan yoğun bakım üniteleri olarak ayrılmaktadır. Sağlık kurumlarında sunulan yoğun bakım tedavilerinin faturalandırılmasında, bu basamaklar esas alınmaktadır. Yoğun bakım hizmetine ilişkin bedeller SUT eki 2/C listesinde bulunan işlem puanları ile 0,593 katsayısını çarpımı yapılarak belirtilmektedir. Yoğun bakım tedavisi süresi boyunca hastaya kullanılan kan bileşenleri ayrı faturalandırılabilen bazı ilaçlar ve 2/C listesinde yer alan işlemler, gün başına ödemeye ek olarak SGK'ya faturalandırılabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008; SGK, 2013).

Palyatif bakım Sağlık Bakanlığına bağlı palyatif bakım merkezleri, aile hekimleri ve evde sağlık hizmetleri birimleri tarafından verilmektedir. Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi, özel hastanelerin palyatif bakım hizmeti vermesi ve SGK tarafından geri ödenmesi öngörülmemiştir. Palyatif bakım tedavisi yoğun bakım tedavisiyle benzer şekilde gün başına ödeme yöntemine göre faturalandırma yapılmaktadır. Palyatif bakım da herhangi bir basamaklandırma bulunmayıp faturalandırma için sağlık kurumunun palyatif bakım yatağının olması şarttır. Burada yapılan tedavide yoğun bakım tedavisinde olduğu gibi asıl tedavinin kapsamına dâhil edilmeyen ilaçlar ve işlemler ayrıca hizmet başına ödeme yöntemine göre faturalandırılmaktadır (SGK, 2013; Sağlık Bakanlığı, 2015).

1.4.2.3. Hizmet başına ödeme

Yatarak tedavilerde SGK ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına SUT hizmet başı işlem puan listesi (EK-2/B) ve diş tedavileri puan listesini esas alarak faturalandırdığı hizmetleri hizmet başına ödeme yöntemiyle ödemektedir. Kamu sağlık kurumları için yatarak tedavilerin faturalandırılmasında kullandığı asıl yöntem vaka başına ödeme yöntemidir. Fakat SGK, ikinci 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 ödeme yapmaktadır. Özel hastanelerde yatarak tedavi ödemeleri hizmet başına ödeme yöntemine göre yapılmaktadır. Ayrıca global bütçe yöntemi sebebiyle, sağlık bakanlığı hastaneleri ve devlet üniversiteleri için fatura bedelleri, sadece global bütçeye veri sağlamak ve hastaya sunulan hizmeti kanıtlamak amacı taşırken; özel hastaneler için ödeme tutarının gerçek belirleyicisidir (SGK, 2013).

Hizmet başına ödeme kapsamında özel hastanelere yatarak tedavinin kapsamı dahilinde; laboratuvar tetkiki, radyoloji, ilaç, tıbbi cihaz, yatak ücreti, muayene ve konsültasyon ve sunulan hizmetlerin tutarı gibi tüm hizmetler için ek olarak SGK tarafından ödeme alınmaktadır. Yatarak tedavilerde ödeme kapsamında hizmet başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti bedelleri, SUT eki EK-2/B ve EK-2/Ç Listesi esas alınarak faturalandırılarak ödenmektedir (SGK, 2013).

1.5. Özel Hastanelerde Faturalama

5502 sayılı yasa ile BAĞ-KUR (Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu) ve Emekli Sandığı, ve SSK (Sosyal Sigortala Kurumu) gibi sosyal kurumlar, SGK bünyesinde birleşmiştir. Böylece Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olan kişilerin sağlık/tedavi hizmeti ile ilgili giderleri SGK tarafından karşılanmaktadır. SGK, özel hastaneler ile yıllık anlaşma yaparak; özel hastanelerin, SGK'ya bağlı kişilere ücretsiz ya da düşük bedelli bir katkı payı ile sağlık hizmeti almalarını sağlamaktadır. Özel hastaneler tarafından SGK'ya bağlı kişilere verilen sağlık hizmetinin bedeli, SGK'ya fatura edilmekte ve bu fatura bedelleri SGK tarafından ödenmektedir (SGK, 2018).

Fatura; Vergi Usul Kanunu'nda (VUK) "satılan emtia veya yapılan iş karşılığında müşterinin borçlandığı meblağı göstermek üzere emtiayı satan veya işi yapan tüccar tarafından müşteriye verilen ticari vesikadır" şeklinde tanımlanmıştır (VUK, madde 229).

VUK'na göre özel hastanelerde bazı durumlar hariç, hazırlanan basılı faturaların yerine e-fatura düzenlenmesi zorunlu tutabilmektedir. E-fatura, önceden tanımlanmış kullanıcıların elektronik belge olarak düzenledikleri faturaları, belirlenen veri aktarım protokolü aracılığı ile gönderen taraftan alıcı tarafa iletimini sağlayan mesajlaşma alt yapısıdır. E-fatura, kağıda basılı olan faturanın karşılığı bilgileri içeren, belli bir formatta standart hale getirilmiş, değiştirilemez bir şekilde mühürlenmiş, elektronik bir belgedir ve kağıt fatura ile aynı hukuki niteliklere sahiptir.

SUT'un 5.1 maddesinin 1. bendine göre, SGK ile anlaşmalı hastanelerin sunmuş oldukları sağlık hizmeti bedelini, MEDULA üzerinden gönderilmesi gerekmektedir. Buna karşın bazı istisnai durumlarda faturalama manuel olarak da yapılabilmektedir (SGK, 2013).

1.5.1. Özel hastanelerde faturalandırma birimi

Özel hastanelerde, sunulan sağlık hizmeti bedelinin tahsil edildiği birim faturalandırma ya da medikal muhasebe birimidir. Birimin temel görevi, hastanenin hastalara sunduğu sağlık hizmetlerinin bedelinin mevzuata ve belirlenmiş diğer kurallara göre (anlaşmalar ya da Sağlık Bakanlığı fiyat tarifeleri) çıkarılması ve tahsil edilmesidir. Bu yönü ile hastane gelirlerinin toplanmasından sorumludur.

Faturalandırma biriminin temel görevini yerine getirirken, yerine getirmesi gereken alt görevlerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz (Kördeve, 2017);

- Tıbbi işlemlerin sonuçlarının kontrolünü sağlamak,
- Hastaya sunulan hizmete ilişkin, verilen hizmetlerin ve kaynak kullanımın klinik birimler tarafından doğru olarak kaydedilip kaydedilmediği kontrol etmek,
- Gerekli raporların sisteme yüklenip yüklenmediğinin kontrolünü sağlamak,
- SUT çerçevesinde güncel mevzuat takiplerini yapmak ve ilgili tüm bölümler ile paylaşmak,

- Hekimle tedavi uygulamalarını dosya üzerinden kontrol etmek ve dosya eksikliklerinin giderilmesini sağlamak kaydıyla kurumun ceza almasını önlemek,
- Güncel mevzuat ve sözleşme değişiklikleri konusunda hekimleri ve faturalama süreçleri ile ilişkisi olan diğer birimleri (acil servis, satın alma, hasta yatış, eczane, anlaşmalı kurumlar birimi, bilgi işlem vb.) bilgilendirilmek,
- SGK fatura inceleme birimleri tarafından yapılan kesintilerde evrak itiraz ve komisyon aşamalarını takip etmek, gerektiğinde üst komisyon süreçlerini takip etme, kurum tedavi evraklarını sözleşme ve tedavi protokolleri çerçevesinde faturalandırmak.

Faturalandırma birimi, bir hastanenin hastalara verdiği hizmetlerin bedelinin alınması ve hizmetlerin sürekliliğinin sağlanması açısından hastanelerin oldukça önemli bir birimidir. Bu birimde hastanede tedavi olan hastaların faturaları HBYS üzerinden kesilerek, dönem sonunda SGK'nın kayıt sistemi olan MEDULA'ya aktarılır. Fatura biriminde faturaların döneminde oluşturulması, ödemelerin takip edilmesi gibi çok önemli ve hizmet sürekliliğini aksatabilecek işlemler yapılmaktadır. Bu nedenle faturalandırma biriminde yapılan faaliyetler titizlik ile takip edilmesi gereken işlemlerdir (Gençtürk ve Cansever, 2016; Kördeve, 2017).

1.5.2. Özel hastanelerde faturalama mevzuatı

Sağlık kurumlarında düzenlenen faturanın yasal bir boyutunun olması, faturalamanın düzenleyici mevzuata göre yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Özel hastanelerin faturalamada uyması gereken yasal düzenlemeler; SUT, Fatura İnceleme Usul ve Esasları (FİUE) ve Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliktir.

1.5.2.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği

SUT; 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği'ne göre düzenlenmiş bir yasal metindir. SUT, SGK sigortalıların sağlık yardımlarının kapsamını, yararlanma koşullarını belirleyen temel düzenleme niteliğindedir. Ayrıca SGK ile sözleşmesi olan sağlık kurumlarının hangi durumlarda hangi hizmetlerin ödenip ödenmeyeceğine, ne kadar ödeneceğine ve nasıl

faturalanacağına açıklık getiren yol gösterici bir tebliğdir. Dolayısıyla, sağlık kurumlarının da SGK sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetlerinin SUT hükümleri ile uyumlu olması gerekmektedir.

SUT altı bölümden oluşmaktadır. Tebliğin beşinci bölümü faturalandırma ve ödeme işlemlerine ayrılmıştır. Bu bölümde MEDULA sistemi, fatura düzenlenmesi, incelemeye esas belgeler ve fatura, incelemeye esas belgelerin teslimi ve ödeme işlemleri ile ilgili açıklamalar içermektedir. SUT'un ana metni dışında, sağlık hizmetlerine yapılacak ödemeleri puan ya da tutar olarak ifade eden ekleri bulunmaktadır. Sağlık hizmeti karşılığının puan olarak listelendiği durumlarda, puan karşılığı ücretin belirlenmesinde, SUT puanın 0,593 kat sayısı ile çarpılması gerekir (SGK, 2013).

Bütün sağlık hizmeti sunucuları faturalarını, bulundukları sağlık hizmeti basamağına göre belirlenen biçimde düzenlemek ve göndermek zorundadırlar. SUT'un ilk bölümünde belirtilen basamaklandırmaya göre özel hastaneler 2. basamak sağlık kurumu olarak belirtilmektedir. Özel hastanelerinin faturalara ek olarak sunmaları gereken belgeler; fatura üst yazısı, icmal listesi, hizmet detay belgesi ve diğer belgelerdir (SGK, 2013). Sayılan belgelerin kısa açıklamaları şöyledir:

- **Fatura Üst Yazısı:** Özel hastaneler ile ilgili bilgilerin (adı, kodu, hesap numarası, fatura dönemi, fatura tutarı vb.) yer aldığı yazıdır.
- **İcmal Listesi:** Özel hastanelerden hizmet alan hastaları hastaların belli kategorilere göre ayrı ayrı bir havuzda biriktirilmesiyle oluşan havuza icmal denmektedir. Her uzmanlık dalı ile ilgili ayrı ayrı icmal listeleri (ayaktan, yatan, günübirlik ve diğer icmaller) oluşturulur. Bu icmal listelerinde hastalar ile ilgili bilgiler, her hasta tutarı ve tüm hastalara verilen hizmetlerin toplam tutarı yer almaktadır.
- **Hizmet Detay Belgesi:** Her hastaya verilen hizmetlerin tamamının MEDULA sistemine kaydedilmesi sonucu oluşan belgedir. SGK fatura inceleme birimleri tarafından istenilirse ilgili hekimler ve başhekim tarafından imzalanarak SGK'ya gönderilir.
- **Diğer Belgeler:** SGK fatura inceleme birimleri tarafından istenilen sevk belgesi, kan küpürleri, radyoloji raporları, tetkik ve tahliller, adli vaka, iş kazası, trafik kazası tutanakları, sağlık kurulu raporları vb. belgelerdir.

Özel hastaneler genellikle bütün sunulan hizmetler için tek bir fatura düzenlemelerinin yanında her başvuran hasta için ayrı ayrı fatura ve eklerini (hizmet detay belgesi, epikriz, rapor vb.) düzenlemektedirler. Sağlık kurum ve kuruluşları, bu faturalar ile işlemlerin ayrıntısını gösteren eki hizmet detay belgelerini elektronik olarak düzenlemektedirler (SGK, 2010).

1.5.2.2 Fatura İnceleme Usul ve Esasları

FİUE, 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 52. maddesi hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir. SGK tarafından yayınlanan FİUE'nin amacı, fatura inceleme komisyonu tarafından yapılan fatura incelemelerinin etkin, verimli ve hukuka uygun olarak sonuçlandırılması, SGK fatura inceleme birimleri ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki uyuşmazlıkların asgariye indirilmesi ve SGK'nın sağlık hizmeti aldığı sağlık kurumları ve bu hizmetlerden yararlandırdığı kişilerle olan ilişkilerini düzenleyerek sosyal güvenliğe olan güvenin pekiştirilmesidir. FİUE sayesinde özel hastanelerin faturalarının incelenmesi ve kontrol edilmesi sırasında inceleyiciler arasındaki farklılıklar olabildiğince ortadan kaldırılarak uygulama birliğine ulaşılmaktadır (SGK, 2010).

FİUE ile SGK tarafından finansmanı sağlanacak olan sağlık hizmetlerine ilişkin olarak fatura edilen bedellerin ödenebilmesinde uyulması gereken kuralların belirlenmesi amacıyla Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmeti Sözleşme ve Ödemeleri Daire Başkanlığı koordinatörlüğünde; üniversiteler, Sağlık Bakanlığı ve ilgili branş derneklerinden katılımcılar ile SGK il müdürlüklerindeki fatura inceleme birimlerinde fiilen çalışan hekimlerin bulunduğu "ihtisas komisyonlarınca", tüm branşların ayrı ayrı ele alınması sonucunda branş bazlı olarak hazırlanmıştır. İhtisas komisyonlarının çalışma toplantılarında, alınan karar ve getirilen kurallar, ele alınma biçimi nedeniyle bir liste şeklinde açıklanmıştır. Bu komisyonlarca karara varılamayan konular ise SGK adına bu çalışmaları koordine eden çalışma ekiplerince sonuca bağlanmıştır. Bu çalışmalar sonucunda ortaya çıkan, tüm branşlar için ortak olan hususlar FİUE'nin "Ortak Kriterler" bölümünde açıklanmıştır (SGK, 2010).

FİUE kapsamına; eczaneler, optisyenlik müesseseleri ve kaplıcaların ürettiği sağlık hizmetleri ile fatura bedellerinin incelenmeksizin tamamı ödenecek olan sağlık

hizmetlerine (örneğin bazı yurtdışı sağlık hizmetleri gibi) ait faturalar dahil değildir (SGK, 2010).

1.5.2.3. Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik

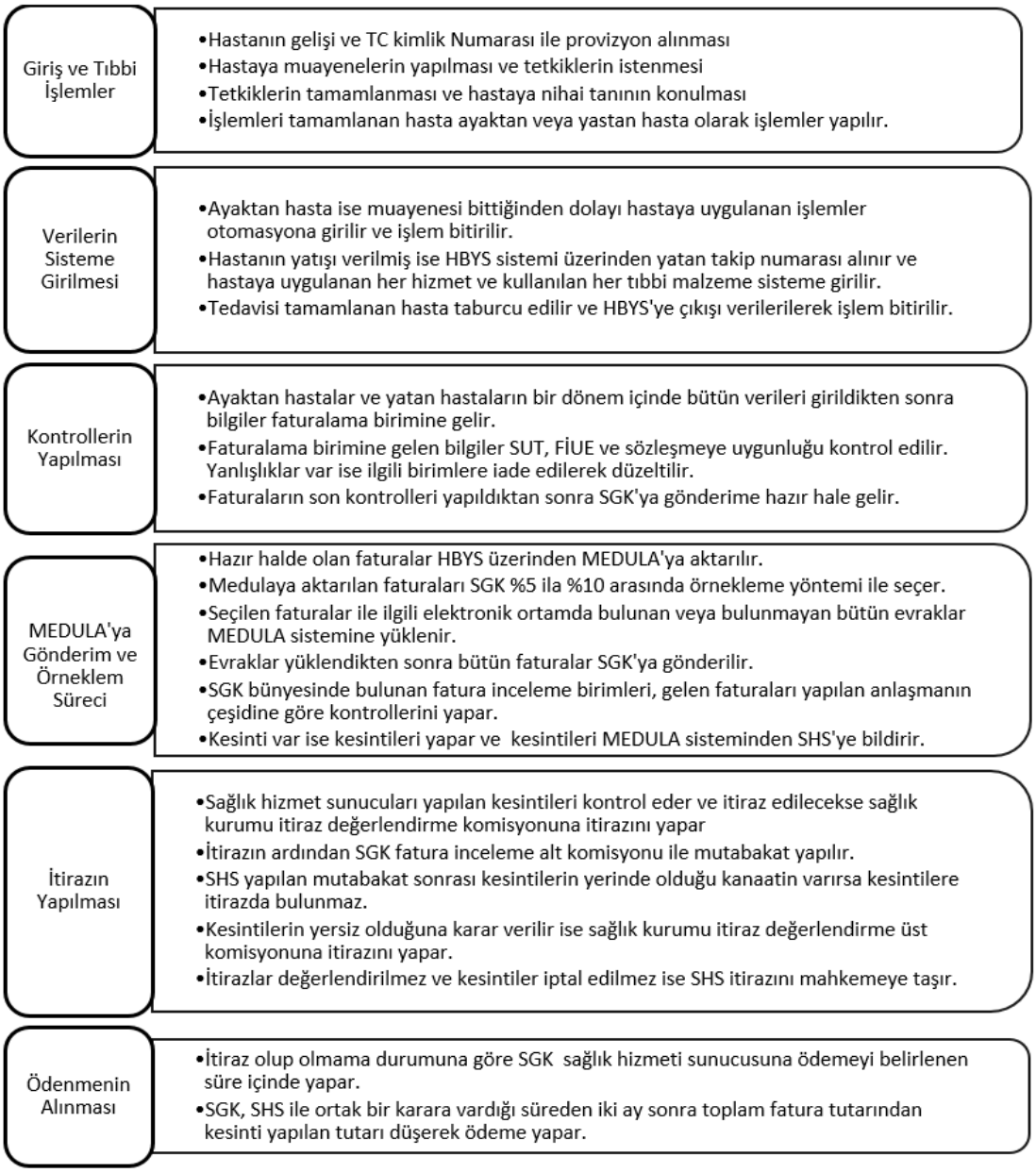
Bu Yönetmelik; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu madde 63, madde 73, madde 97, madde 103 ve madde 107 ile 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kanunu'nun ek 1. maddesi çerçevesinde hazırlanmıştır.

Bu Yönetmelik; SGK tarafından çıkarılan, sağlık hizmet sunucuları, eczaneler ve optisyenlere ait faturalar ile ilgili olan tüm süreçler için yol gösterici niteliktedir. Söz konusu yönetmelikte faturaların tesliminden başlayarak incelenme aşamaları, itiraz mercileri ve ödeme işlemlerine kadarki tüm durum açık bir şekilde ortaya konulmaktadır (SGK, 2017). Özel hastaneler faturalama süreçlerinde bu yönetmelik hükümlerini uygulamak durumundadır. Tekrardan kaçınmak amacıyla, yönetmeliğin özel hastanelerde faturalamaya ilişkin hükümleri takip eden bölümde, açıklanmıştır.

1.5.3. Özel hastanelerde faturalama süreci

Faturalama sürecinin ilk aşamasını, hastanın hastane içerisinde geçirdiği tıbbi ve idari sürecin kaydı oluşturmaktadır. Hastaya sunulan hizmetler, HBYS aracılığı ile her aşamada kayıt altına alınmaktadır.

Sağlık hizmeti sunucularının faturalama süreci Şekil 1.4'te gösterilmiştir. Gençtürk ve Cansever, (2016); Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'ten uyarlanan sağlık hizmet sunucularının faturalama süreci tüm bölümleri daha kolay anlaşılması adına Şekil 1.4'te görselleştirilmiştir.



Şekil 1.4. Sağlık hizmeti sunucularının faturalama süreci aşamaları (Gençtürk ve Cansever, 2016; SGK, 2017).

1.5.3.1. Özel hastanelerde faturalamaya ilişkin tıbbi süreçler

Özel hastanelerde faturalama süreci, tıbbi işlemlerin bitiminden (ayakta hastalarda hastanın kurumdan ayrılması, yatarak hastalarda taburcu olması) sonra başlamaktadır. Faturalamanın hastanın tıbbi süreçlerde geçirdiği aşamaların, parasal tutarının belirlenmesi olması nedeniyle, faturalamanın ilk aşaması olarak düşünmek mümkündür. Özel hastanelerde yatan hastalarda hizmet başına ödeme yöntemi ile yapılması

nedeniyle, tıbbi süreçlerin eksik ve doğru şekilde kayıt altına alınması sağlık kurumunun gelirleri açısından oldukça önemlidir.

Tıbbi süreç hastanın hastaneye girişi ile başlamaktadır. Hasta hastaneye başvurduğunda öncelikle hasta kabulden T.C. kimlik numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınır. Hasta takip numarası/provizyon, hastaya yapılan tıbbi işlemlerin kayıt altına tutulması ve takibinin yapılması için kullanılan bir numaradır (SGK, 2013).

Hastaya hasta kabulden ya da hasta kayıttan provizyon alındıktan sonra tedavi göreceği polikliniğe yönlendirilir. Yönlendirilen polikliniktekı doktor tarafından hastanın muayenesi yapıldıktan sonra, gerekli görülen tetkik ve tahliller istenir. İstenilen tetkikler HBYS üzerinden hastanın fatura bilgisine yansıyacak şekilde kaydedilir. İstenilen tahlillerin sonuçların alınması ve değerlendirilmesinin ardından, başka tetkik ve işleme gerek yok ise hastanın bu başvuruya ilişkin süreci tamamlanmış olur. Hasta ayakta hasta ise muayenesi bittiğinden dolayı hastaya uygulanan işlemler hastane otomasyonuna girilir ve işlem biter.

Poliklinik süreci sonunda hastanın yatışına karar verilmiş ise, HBYS üzerinden hastaya ayrı bir yatan hasta takip numarası alınır. Yatış süresince hastaya verilen tedavi, yapılan tetkikler ve işlemler, kullanılan tıbbi malzemeler bu numara üzerinden izlenir. Daha sonra tedavisi tamamlanan hasta taburcu edilir ve HBYS sistemine çıkışı verilerek tedavi süreci bitirilir (Gençtürk ve Cansever, 2016).

1.5.3.2. Özel hastanelerde faturalama işlemi

"Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik" hükümlerine göre özel hastanelerde SGK'ya faturalama, aylık dilimler halinde yapılmaktadır. Her ayın ilk ve son günü arasında sağlık kurumunda sağlık hizmeti alan tüm hastaların faturaları SUT'a, FİUE'ye, yapılan sözleşmeler ve diğer ilgili mevzuat ile belirlenen kurallara uygun olup olmadığı kontrol edilmektedir. Ayrıca fatura ve eki belgelerin usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediği, bu belgelerde gösterilen tıbbi işlemlerin bilimsel gerçeklere, sağlık alanındaki ilgili mevzuata, genel tecrübelere ve hayatın olağan akışına göre beklenen durumlara uygun olup olmadığı gibi yönlerden kontrol edilmektedir.

Yapılan kontroller sonunda; hatalı olanlar düzeltilerek sonraki ayın başından 15'ine kadar SGK'ya fatura edilmektedir (SGK, 2013; SGK, 2010).

1.5.3.3. Özel hastanelerde fatura inceleme süreci

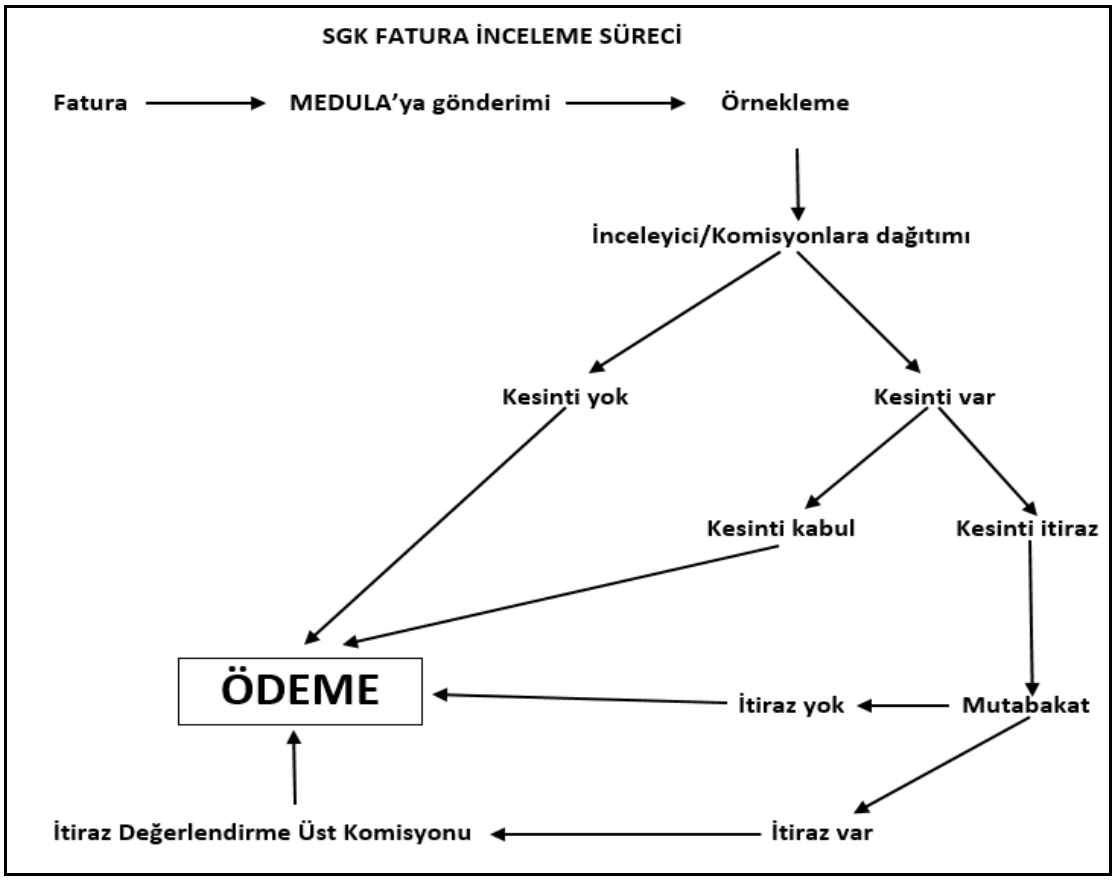
SGK'nın sağlık kurumlarının faturalarının incelenmesinde kullandığı yöntem örneklem yöntemidir. Örneklem, sağlık hizmeti sunucusuna ait dönem hizmetlerinin tamamı yerine belirlenen bir kısmının incelenmesi ve bu incelenen hizmetler üzerinden belirlenen kesinti oranının tüm fatura tutarlarına uygulanması işlemidir (SGK, 2017).

Örnekleme yöntemiyle incelenen kurumlar, SGK fatura inceleme birimlerine sadece örneklemeye düşmüş hasta faturalarını (MEDULA üzerinden SGK fatura inceleme birimleri tarafından seçilen) göndermektedirler. Örneklemeye düşmemiş hasta faturalarının ise ihtiyaç olması durumunda SGK fatura inceleme birimlerine sunmak üzere korunması gerekmektedir (Gençtürk ve Cansever, 2016). SGK fatura inceleme birimlerinin, incelenme amacıyla faturaların seçiminde kullandığı örnekleme yöntemi toplam hasta faturaları içerisinde %5 ila %10 oranında genel sonuçlar verecek şekilde MEDULA sistemi tarafından örneklenir. MEDULA hastane sistemi tarafından küsuratlı çıkan örnekleme sayısı bir üst sayıya tamamlanır (SGK, 2010; SGK, 2017).

Faturalandırılması yapılan hastalar içerisinde örneklem yöntemi ile seçilen hastalar SGK fatura inceleme birimlerinin incelemesi amacıyla hasta hizmet faturası ve ilgili bütün evraklar MEDULA sistemine yüklenir ve dönem sonlandırılır.

Özel hastanelerde örnekleme yöntemi ile seçilen faturaların MEDULA sistemine yüklenmesinden sonra SGK fatura inceleme birimi, MEDULA sistemi üzerinden sağlık kurumuyla yapılan anlaşmaya göre kontrollerini gerçekleştirir. Kontroller sonucunda kesinti yapacakları faturalar var ise bunları MEDULA sistemi üzerinden özel hastanelere bildirir. Özel hastaneler bildirilen faturaları tekrar kontrol eder ve SGK fatura inceleme birimlerinin kesintilerini kabul ederse kesinti netleşmiş olur. Ancak kesinti nedenlerini kabul etmez ise itiraz süreci başlar. Özel hastaneler bu itirazı incelenen fatura dönemine ait oluşan kesinti tutarı ve gerekçelerine ilişkin hususları kabul ya da itiraz yolundaki kararını, MEDULA sisteminde ‘‘incelendi’’ ibaresinin belirdiği tarihi takip eden 5 iş günü içinde SGK sağlık kurumu itiraz değerlendirme komisyonuna MEDULA üzerinden bildireceklerdir. Bu süre 3. basamak sağlık

kurumları için 10 gün olarak belirlenmiştir. Birinci itiraz süresi içerisinde, SGK sağlık kurumu itiraz değerlendirme komisyonuna müracaat etmeyen özel hastaneler, bu sürenin bitim tarihinden itibaren 10 iş günü içerisinde de itirazda bulunabilir. Belirtilen bu 10 iş günlük süre ikinci itiraz süresidir. İkinci itiraz süresi içinde de itiraz etmeyen özel hastanelerin itirazları SGK sağlık kurumu itiraz değerlendirme komisyonu tarafından kabul edilmeyecek olup kesinti tutarı sağlık kurumları tarafından kabul edilmiş sayılır (Gençtürk ve Cansever, 2016; SGK, 2017). Özel hastaneler SGK sağlık kurumu itiraz değerlendirme komisyonuna itirazda bulunduktan sonra SGK fatura inceleme alt komisyonu ile özel hastaneler tarafından görevlendirilen görevliler arasında mutabakat yapılmaktadır. Yapılan mutabakat (görüşme) sonrası özel hastaneler tarafından görevlendirilen görevliler oy birliği ile kesintilerin yerinde olduğu kanaatine varırlarsa kesintilere itirazda bulunmaz. Fakat SGK fatura inceleme alt komisyonu tarafından yapılan mutabakat sonrası hala kesintilerin yersiz olduğu düşünülüyorsa SGK sağlık kurumu itiraz değerlendirme üst komisyonuna itirazda bulunulur. SGK sağlık kurumu itiraz değerlendirme üst komisyonuda kesintilerin yerinde olduğuna karar verirse özel hastaneler itirazlarının mahkemeye taşırlar. Son karar merci mahkeme olmaktadır (SGK, 2017). Özel hastanelerde fatura inceleme süreci Şekil 1.5'te özetlenmiştir.



Şekil 1.5. SGK fatura inceleme süreci (Güngör, 2015; SGK, 2017).

1.5.3.4. Özel hastanelere fatura tutarının ödenmesi süreci

Sağlık hizmeti sunucularının faturalarının incelenmesine ve bedellerinin ödenmesine ilişkin usul ve esaslar hakkında yönetmelikte belirtildiği üzere, sağlık hizmeti sunucularına ödemeler her ayın 15. gününde yapılır. Ayın 15. günün hafta sonu veya resmi tatil olması halinde, ödeme takip eden ilk iş gününde yapılır. Sağlık hizmeti sunucusuna, fatura eki belgelerin teslim tarihinden itibaren 60 gün içerisinde incelemesi tamamlanmış olan fatura tutarları, kesinti tutarları hariç olmak üzere geri kalan tutarı 60. güne kadar ödenir. Kesintiye yapılan itirazın sonuçlanmasından sonra SGK fatura inceleme birimleri tarafından iptal edilen kesintilerin miktarları sonucun açıklandığı tarihten sonraki ilk ödeme tarihinde ödenmektedir (SGK, 2017).

1.5.4. Özel hastanelerde fatura kesintileri

1.5.4.1. Fatura kesintilerin hesaplanması

Özel hastanelerde, SGK fatura inceleme birimlerinin yapacağı fatura kesinti tutarının belirlenmesinde, daha önce yapılan örnekleme sonucundan yararlanılmaktadır. Her branş için yapılan örnekleme sonucunda belirlenen kesinti tutarının, örneklemin toplamındaki fatura tutarına oranlanmasıyla bulunmaktadır. Bu hesaplamayla elde edilen oran, ilgili branş bazında sağlık kurumunun sunduğu tüm hizmetlere uygulanmakta ve ödenecek tutar belirlenmektedir (SGK, 2011; SGK, 2017).

Sağlık kurumlarında fatura kesinti oranının belirlenmesinde kullanılan yöntemler aşağıda belirtilen; kesinti oranı yüzdesi, kesinti tutarı ve ödenmesi gereken tutar formülleri ile özetlenmiştir. Kesinti oranı yüzdesi denklem 1'de verilmiştir. Kesinti oranı, kesinti tutarının, toplam fatura tutarına bölünmesi ve sonucun 100 ile çarpılması ile bulunmaktadır. Hastanenin toplam kesinti tutarı ise, önceki hesaplamada bulunan kesinti oranının çarpımı sonucu hesaplanmaktadır (denklem 2).

$$Kesinti\ Oranı = [\text{kesinti tutarı/toplam tutarı}) \text{ x } 100] \quad \textbf{(1.1)}$$

$$Kesinti\ tutarı = kesinti\ oranı * \text{toplam fatura tutarı} \quad \textbf{(1.2)}$$

Özel hastanelerde fatura kesintilerinin uygulanması aşağıdaki örnek ile açıklanmıştır.

Tablo 1.7. A özel hastanesinin örnek bir ayın fatura toplamları

Grup Türü	Toplam Tutar	Örneklenen Tutar	Kesinti oranı	Toplam Kesinti Tutarı
Ayaktan	767.247,06	45.965,54	%0,6220	4.772,12
Yatarak	2.361.773,92	381.018,24	%0,1683	3.974,05
Günübirlik	45.051,54	23.351,04	%0,1885	84,90
Diğer	102.947,94	102.947,94	%0,1891	194,70
Toplam	3.277.020,46	553.282,76	%0,2754	9.025,77

Kesinti oranı (%) = [(9.025,77/ 3.277.020,46) x 100]" = 0,2754

Kesinti tutarı = 0,2754 (%) x 3.277.020,46 = 9.025,77

Ödenmesi gereken tutar = 3.277.020,46 - 9.025,77 = 3.267.994,69

1.5.4.2. Fatura kesinti nedenleri

SGK bünyesindeki fatura inceleme birimleri, özel hastaneler tarafından MEDULA sistemine yüklenen evrakları inceledikten sonra yaptıkları kesintilerin neler olduğunu açıklamaktadırlar. Açıklanan kesinti sonucu özel hastane hekimleri kesintiye itiraz etmek için yapılan işlemlerin SUT, FİUE'ye uygun olduğuna dair savunmalar hazırlarlar. Hazırlanan savunmalar eksik olan evraklar ile birlikte yine aynı örneklemedeki gibi itiraz edilen hastanın bulunduğu MEDULA'daki dosyasına yüklenmektedir.

Özel hastanelerde karşılaşılan fatura kesinti nedenleri şöyle sıralanmıştır (Sözen, 2015);

- Yanlış provizyon alınması
- Gereksiz tetkik ve tahlil istemi
- Kan, kan bileşenleri ve kan ürünleri bilgi girişinin doğru bir şekilde yapılmamış olması
- Ayakta, yatan ve günübirlik kapsamına giren işlemlerin hatalı faturalanması
- Tek seansta birden fazla kesi veya işlem yapılan durumların faturalanmasında hatalar
- Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklara ilişkin tedavilerin faturalanmasında hatalar
- Hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması
- Acil hastalarının yanlış triaj alandan faturalandırılması

Yanlış provizyon alınması

Sağlık kurumuna başvuran hastanın güncel bilgileri kontrol edildikten sonra MEDULA sisteminden hastanın sağlık güvencesinin olup olmadığı kontrol edilmektedir. İşlem başarı ile sona erdi cevabı geldiği zaman hastanın sağlık güvencesinde sorun olmadığı anlaşılır. Bundan sonra hastanın müracaat başvurusuna göre (iş kazası, trafik kazası veya adli vaka) provizyon türünün muhakkak (iş kazası, trafik kazası veya adli vaka) olarak seçilmesi gerekmektedir. Provizyon türünün seçimi

yanlış yapılmış ise SGK fatura inceleme birimleri tarafından kesinti uygulanmaktadır (Sözen, 2015).

Gereksiz tetkik istemi

SGK kurumlarda istenen tetkiklerin belli kurallara istem yapılmasını istenmektedir. Öncelikle istenilen tetkiklerin bir gerekçesinin olmasıdır. Hastanın şikayeti ile ilgili olmayan ve tekrar niteliğindeki tetkikler gereksiz olarak değerlendirilmektedir. Gereksiz tetkikler SGK fatura inceleme birimleri tarafından ödenmemekte ve faturada belirtilen tutarlar kesintiye tabi tutulmaktadır.

Sağlık kurumlarında genellikle doktorlar tahlil veya tetkik isterken ya tahlilleri sisteme kendileri girmekte veya doktor istek kâğıdına işaretleyip sisteme girmesi için tıbbi sekretere vermektedir. SGK'nın yalnızca tanı ile ilişkili tetkiklere ödeme yaptığı için gereksiz yere istenen tetkikler ödenmemekte ve yapılan masraflar kurumun üzerinde kalmaktadır. Bu nedenle gereksiz tahlil istenmemesi gerekmektedir (Sözen, 2015).

Kan, kan bileşenleri ve kan ürünleri bilgi girişinin doğru bir şekilde yapılmamış olması

Özel hastanelerde hastaya kullanılan, kan ürünlerinin ya da kan bileşenleri ile ilgili bilgilerin hastanın fatura eki belgelerinde (epikriz, hasta ameliyat raporu) belirtilmesi gerekmektedir. Gerekli bilgilerin doğru ve eksiksiz girilmediği/belirtilmediği durumlarında kan ürünü veya bileşenleri kullanılan hasta faturalarında kesinti yapmaktadır (Sözen, 2015).

Ayakta, yatan ve günübirlik kapsamına giren işlemlerin hatalı faturalanması

Sağlık kurumlarında ayaktan, yatan ve günübirlik yapılan işlemlerin kapsamı farklılık göstermektedir. Günübirlik kapsamına giren bir işlemin, ayakta ya da yatan kapsamında faturalandırılması kesintiye neden olmaktadır.

Tek seansta birden fazla kesi veya işlem yapılan durumların faturalanmasında hatalar

Sağlık kurumlarında, tek ameliyatta birden fazla işlem uygulanabilmektedir. Bu işlemler aynı keşiden yapılabileceği gibi, farklı kesilerden yapılabilmektedir. Bu işlemlerin nasıl faturalanması gerektiği SUT'un 2.2.2.B - Tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi 3. maddesi birden fazla kesi ve birden fazla işlemin yapıldığı durumlar belirtilmiştir (Sözen, 2015; SGK, 2013). SUT hükümlerine uygun faturalanmamış işlemlerde, fatura kesintileri yapılabilmektedir.

Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklara ilişkin tedavilerin faturalanmasında hatalar

Bu hüküm, temel olarak vaka başına ödeme yöntemiyle ilgilidir. Önceki bölümlerde de belirtildiği gibi vaka başına ödeme yönteminde her vaka için önceden belirlenmiş bir tutarın ödenmektedir. Ancak gelişen komplikasyonların tedavisi, ilave bir kaynak kullanımı gerektirmektedir.

SUT'ta hastaların tedavisi sırasında oluşabilecek komplikasyonların nasıl faturalanması gerektiği 2.2.2.C bendinde açıkça belirtilmiştir. 1. madde hükümlerine göre; gelişen komplikasyonların tedavisi için kullanılan hastane kaynaklarının bedeli hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilmelidir. Ancak bu tutarların %10 indirimli olarak faturalanması gerekmektedir. Bununla birlikte, hastanın tedavisi öncesi komplikasyona neden olan eşlik eden bir hastalığı var ise, bu indirim uygulanmayacak ve gerçek tutarlar ile faturalanabilecektir (madde 2) (SGK, 2013).

Hastanın epikriz raporunda eşlik eden hastalık veya komplikasyon ''evet'' işaretliyse ve takip içinde ''paket ameliyat'' varsa mutlaka ''Eşlik Eden'' ''Komplikasyon'' takibi alınarak, ayrıca fatura edilmesi gerekir. Aksi takdirde fatura inceleme komisyonu hasta faturasında kesinti yapmaktadır (Sözen, 2015).

Hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması

Özel hastanelere başvuran her hastaya bir takip numarası verilmektedir. Bu takip numarası ile hastanın hastaneye başvurusundan hastaneden ayrılıncaya kadarki bütün işlemler bulunmaktadır. Hastanın gelişindeki yapılan işlemlere ait olan epikriz, rapor, ameliyat notları ve diğer raporlarda yazılan bilgiler hastanın şikayetleri, fiziki muayenesi, tahlil ve tetkikler ve hastaya yapılan cerrahi işlemler bulunmaktadır. Hastanın epikrizi, hasta raporlarında bulunması gereken muayene bilgileri, tetkik ve

tahlil isteme sebepleri, hastanın anamnezi ile ilgili bilgileri ve yapılan işleme uygun tanı ve endikasyon bilgisi bulunmalıdır. Aksi takdirde bilgi eksikliği bulunan her faturada SGK fatura inceleme birimleri tarafından kesinti yapılmaktadır (Sözen, 2015).

Acil hastalarının yanlış triaj alandan faturalandırılması

Acil servis triaj sistemi, acil servise başvuru esnasında hastaların bakım önceliklerini hızlıca belirlemek ve hastaları bu önceliklere göre sıralamak, yani doğru zamanda ve doğru yerde doğru hastanın doğru kaynağa yönlendirilmesi amacıyla kullanılan bir süreçtir. Triaj uygulaması ile sağlık personelinin hizmet önceliklendirmesine kolaylık sağlamak amaçlanmaktadır. Triajın amacı, kısıtlı kaynakları korumak, hastanelere yapılan gereksiz başvuruları önlemek, kritik olmayan hastanın bakımını kolaylaştırmak, personel etkinliğini sağlamak, sistemin getirdiği düzenle ve işleyiş hızı ile hastaların korkularını hafifletmek, hasta akışını ve birim trafiğini rahatlatmak ve doktor görünceye kadar beklenecek en uygun zamanı bulmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2009; Şimşek, 2017).

Acil servis başvurularının triajın renk kodlaması kullanılmaktadır. Renk kodlamasına ilişkin uygulama esasları "Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliği" Ek-7'de açıklanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2009). Faturalamada açısından triajın önemi; hastanın triajının doğru bir şekilde belirlenmesi ve buna uygun fatura edilmesidir. Hastaya ilişkin, sunulan diğer belgelerde, uygun tiriajın yapılmadığı anlaşılması durumunda faturalarda kesinti yapılmaktadır.

1.5.5. Özel hastanelerde faturalamanın yapılamamasına neden olan hatalar

Önceki paragraflarda belirtilen fatura kesintileri dışındaki bazı hatalarda, MEDULA sistemi faturalama yapılmasına izin vermeyebilmektedir. SUT ve FİUE faturalama ile ilgili birtakım kurallar içermektedir. Bunlar medula sistemine tanımlanmış olup faturalamaya uygun olmaması/aykırı olması durumunda faturalandırma işlemi yapılırken hata vermektedir. Böylece hatalı görünen hasta faturalarının faturalandırılması yapılamamaktadır. Özel hastanelerde karşılaşılan bu hataların mevzuat hükümlerine aykırı ve teknik olarak veri gönderimine uygun

olmaması gibi birçok nedenleri vardır. Bunlardan bazıları aşağıda belirtilmiştir (Akkuyu, 2020; SGK, 2013; SGK, 2010);

- Muayene/epikriz/ameliyat/girişim raporlarının yazılmaması ya da raporlarda eksiklerin olması,
- İlaç ve malzeme ödeme kriterlerine uygunsuzluk,
- Aynı seansta birden fazla ameliyat yapılması durumunda, seans-kesi kurallarına uyulmamış olması,
- Avuç içi biyometrik doğrulamanın yapılmaması ya da hatalı yapılması,
- Hastaya yapılan girişim ve ameliyat bilgisinin girilmemiş olması,
- Laboratuvar ve radyoloji sonuçlarının girilmemiş olması,
- Kullanımı rapor şartına bağlanmış olan ilaçların raporlarının olmaması,
- Bazı malzemelerde Ürün Takip Sistemi (ÜTS) kaydı bulunmaması.
- Görüntüleme sonuçlarının, Teletıpta olmaması,
- Sağlık kurumlarında e-nabız sisteminden kaynaklanan sıkıntıdan dolayı HBYS'de hata vermesi durumunda faturalama işlemi yapılamamaktadır.

1.5.6. Özel hastanelerde faturalama süreçlerinin denetimi

Sağlık kurumlarının sunmuş oldukları hizmetlerin karşılığını alabilmeleri ancak doğru faturalandırma süreci ile mümkün olabilmektedir. Faturalamanın doğru yapılabilmesi için ise sağlık kurumlarında iç denetim ve dış denetim mekanizmalarını iyi işletmesi gerekmektedir. Denetim ilk olarak kurum içinde başlamakta daha sonra dış birimlerce yapılmaktadır (Sayım ve Temir, 2013).

Denetim, gerçekleşmiş sonuçları, önceden belirlenmiş amaçlar, kriterler ve standartlara göre tarafsız olarak analiz etmek ve değerlendirmek, gelecekteki hataları önlemeye yardımcı olmak ve tutarlılığı, verimliliği ve etkinliğin artmasına yardımcı olmak için uygulanan bir süreçtir. İç denetim sağlık kurumunun kendi içerisinde oluşturduğu birimler tarafından gerçekleştirilirken, dış denetim SGK ve Sayıştay Başkanlığı tarafından yapılmaktadır (Gençtürk ve Cansever, 2016).

1.5.6.1. Özel hastanelerde faturalama sürecinin iç denetimi

Sağlık kurumları faaliyetlerinden sorumlu oldukları sağlık kurumunun amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için o kurum içerisindeki birimlerin işleyişini sürekli kontrol etmeleri gerekmektedir. Böylece sağlık kurumu ne denli büyük olursa olsun yönetebilme gücünü yitirmez. Sağlık kurumuna hükmedebilmekte, gerçekleştirilen faaliyetlerinin sonuçlarını görebilmekte ve gereken önlemleri alabilmektedir. Sağlık kurumundaki tüm işleyişin aksaklığa uğramaması için bütün birimlerde yürütülen iş süreçlerinin denetiminin yapılması gerekmektedir (Kaval, 2005).

Özel hastanelerin sunduğu hizmet bedelini alabilmesi açısından faturalama sürecinin iç denetimi önem arz etmektedir. Bundan dolayı hastanelerdeki iç denetiminin aksaklığa uğramaması için faturalama sürecinde yapılan tüm iş ve işlemlerin doğru ve zamanında yapılması gerekmektedir. Bu iş ve işlemlerin doğru ve zamanında yapılıp yapılamadığının kontrol edilmesi için özel hastaneler tarafından faturalandırma birimi kurulmuştur.

Faturalandırma birimi, Faturalama sürecinin iç denetimini gerçekleştiren diğer birimlerle (hasta yatış, hasta kabul, arşiv, bilgi işlem vb.) sürekli koordinasyon içinde olmalıdır. Ayrıca bu biriminde incelenen faturaların, mevzuat, şekil, rakamsal hata, ekli evraklar, evrakların zamanında temini gibi çok önemli konuları kontrol etmesi gerekmektedir (Gençtürk ve Cansever, 2016).

1.5.6.2. Özel hastanelerde faturalama sürecinin dış denetimi

Dış denetim; kamu gelirlerinin elde edilmesi, kamu harcamalarının yapılması ve kamu mallarının korunmasıyla görevli bağımsız bir organ tarafından denetlenen kurumların hesap ve işlemlerinin düzenliliği, yasallığı ve mali yönetim performansının önceden belirlenmiş standartlara uygunluğunun incelenmesi ile mevcut ya da muhtemel aksaklıkların giderilmesi ve sorumluların sorumluluklarının tespiti sürecidir (Öztek, 2001; Karagöz ve Yaman, 2019).

Sağlık kurumlarında faturaların denetlenmesi SGK adına Fatura İnceleme Komisyonu tarafından yapılmaktadır. Fatura İnceleme Komisyonu, özel hastanelerin faturalama işlemlerini resmi olarak denetleyen kuruluştur (Gençtürk ve Cansever, 2016).

Fatura İnceleme Komisyonu, Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik, FİUE ve SUT hükümlerine göre faaliyet göstermektedir. Komisyonun amacı, sağlık hizmet sunucularının MEDULA sisteminden gönderdikleri hasta faturalarının SUT, FİUE, Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'e uygunluğunu denetlemek ve sağlık kurumları tarafından yapılan fatura itirazlarını değerlendirmektir (SGK, 2010).

Fatura inceleme birimlerinin, özel hastaneler ile yapılan sözleşme doğrultusunda örneklem yöntemiyle ya da faturaların tamamını inceleme sorumluluğu bulunmaktadır. Fatura inceleme birimleri özel hastanelerin teslim ettikleri faturaları belirlenen çerçevelerde (mevzuat, fatura ekleri vb.) inceler gerekli kesintileri yaparak özel hastanelere bildirir. Fatura inceleme komisyonunun yapmış olduğu inceleme çok önemlidir. Çünkü burada yapılan incelemeler ne kadar dikkatli yapılırsa SGK'nın iş yükü de o derecede azalacaktır. Fatura inceleme birimleri tarafından yapılan incelemelerde kesintilerin yersiz olması durumunda özel hastanelerinin kesintilere itiraz etme hakkı olduğundan SGK'nın iş yükünün daha fazla artmasına neden olmaktadır (Gençtürk ve Cansever, 2016).

Fatura inceleme ve kontrollerinin temel amacı, yapılan incelemeler sonucunda uygun bulunanların ödenme, uygun bulunmayanların ise ödenmeme (kesinti) kararlarının oluşturulmasıdır. Diğer yandan kaynakların etkin kullanılması, haksız çıkar temini ve haksız rekabetin önlenmesini teminen caydırıcılığın sağlanması ile sağlık suistimallerinin en az seviyeye düşürülmesi de amaçlanmaktadır (SGK, 2010).

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Bu çalışma; geriye dönük (retrospektif), kesitsel ve tanımlayıcı bir kayıt araştırmasıdır.

2.2. Araştırmanın Verileri

Araştırmanın verileri, Van ilinde faaliyet gösteren iki özel hastaneden alınmıştır. Veriler her iki hastanenin, 01.01.2020 / 30.06.2020 tarihleri arasındaki, her ayın ilk gününden son güne kadarki süreyi ifade eden faturalama dönemlerinden, altı faturalama dönemini kapsamaktadır.

Çalışmada "A hastanesi" olarak kodlanmış olan birinci hastane 99 yataklı, 117 yoğun bakım yatağına sahip ve 18 poliklinikte hizmet veren bir özel hastanedir. "B hastanesi" olarak kodlanmış olan ikinci hastane ise, 43 yataklı, 39 yoğun bakım yatağına sahip ve dokuz poliklinikte hizmet veren özel bir hastanedir.

Araştırmada hastanelerin düzenlemiş oldukları toplam faturalar ile örneklenen ve kesinti yapılan faturalara ilişkin verileri kullanılmıştır. Örneklenen faturalar; hastanelerin SGK sigortalılarına sunmuş oldukları sağlık hizmetine ilişkin düzenlenen faturalardan; ilgili Yönetmelik gereğince, SGK'nın fatura inceleme amacıyla yaptığı, toplam faturaların %5 ila %10 arasında bir orandaki örneklem yöntemiyle seçilen faturaları kapsamaktadır. Kesinti yapılan faturalar ise, örneklemeye düşen faturalardan, incelenen ve sonucunda hizmet sunumu ya da faturalama açısından uygun olmadığı için bedeli ödenmeyen faturaları ifade etmektedir.

Araştırmanın verileri, hastanelerin MEDULA sisteminden alınmıştır. Bu sistemde; hastanenin düzenlemiş olduğu toplam faturalar, örneklemeye düşen ve kesinti yapılan faturalar ayrıntılı olarak görülebilmektedir. Toplam ve örneklemeye düşen faturalar sayısal olarak incelenmiştir. Kesinti yapılan faturaların tamamı ayrı ayrı incelenmiştir. Kesinti yapılan faturalar; kesinti tutarı, hastanenin yaptığı itirazlar sonucunda değişip değişmediği ve kesinti nedeni açısından incelenmiştir. Hiçbir faturada SGK fatura inceleme komisyonu tarafından belirlenen kesintiler, itirazlar sonucunda değişmemiştir. Dolayısıyla itiraz öncesi ve sonrası tutarlar birbirine eşittir.

MEDULA verilerin alınması, incelenmesi, yorumlanması ve sınıflandırılmasında uzman görüşünden yararlanılmıştır.

Verilerin kullanımı için her iki hastaneden sorumlu genel müdür yardımcısından izin alınmıştır. Araştırmanın etik kurul onayı, İzmir Bakırçay Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'nun 29.01.2021 tarih ve 155 numaralı kararıyla alınmıştır.

2.3. Verilerin Analizi

Araştırmanın verilerinin analizinde tanımlayıcı istatistikler, frekans ve yüzdelik analizi kullanılmıştır. Araştırmanın verileri, her hastane için toplam düzenlenen fatura sayıları, örneklenen ve kesinti yapılan fatura sayıları ve tutarları ile fatura kesinti nedenleri olarak analiz edilmiştir. Her bir bulgu; faturalama dönemi (aylar), tedavi kategorileri ve branş bazlı olarak ayrı ayrı incelenmiştir. Verilerin analizinde Microsoft Excel'den yararlanılmıştır.

Veriler için yapılmış olan analizler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Faturalama dönemlerine göre, örneklenen fatura sayılarının ve tutarlarının toplam fatura içerisindeki oranları
- Tedavi gruplarına göre, örneklenen fatura sayılarının ve tutarlarının toplam fatura içerisindeki oranları
- Tıp branşlarına göre, örneklenen fatura sayılarının ve tutarlarının toplam fatura sayıları içerisindeki oranları
- Faturalama dönemlerine göre kesinti fatura sayılarının ve tutarlarının toplam fatura içerisindeki oranları
- Tedavi grubuna göre kesinti yapılan fatura sayılarının tutarlarının toplam fatura içerisindeki oranları
- Altı fatura dönemi toplamında gerçekleşen kesinti nedenleri her iki hastane için ayrı ayrı; görülme sıklıkları, nedenlere bağlı fatura kesintilerinin toplam içerisindeki oranları ve toplam fatura tutarları içeresindeki oranları olarak incelenmiştir.

2.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, yapılan çalışma yalnızca iki özel hastaneye ilişkin bulguları yansıtmaktadır. Bulguların diğer özel hastanelerdeki durumu yansıtmaması mümkündür. İkinci olarak, her iki hastanenin de SGK sigortalıları dışındaki hastalara sundukları hizmetlere ilişkin faturalar verileri kısıtı nedeniyle incelenemediğinden, diğer geri ödeme kurumları faturalarındaki kesintiler değerlendirilememiştir. Dolayısıyla, hastanelerde gerçekleşen fatura kesintilerinin daha büyük olması mümkündür. Üçüncü olarak, hastanelerin toplam gelirlerine ilişkin veri olmaması nedeniyle her iki hastaneye başvuran SGK kapsamındaki hastalardan sağlanan gelirlerin tüm gelir içerisindeki payı ve SGK'nın yaptığı kesintinin tüm gelirler içerindeki payı belirlenememiştir.

3. BULGULAR

Araştırma bulgular sırasıyla; hastanelerin düzenledikleri faturalara ilişkin bulgular, fatura örnekleme bulguları, fatura kesinti bulguları ve fatura kesinti nedenlerine ilişkin bulgular olarak sunulmuştur. Her hastaneye ilişkin bulgular; toplam fatura sayısı ve örnekleme düşen fatura sayıları, kesinti sayıları, örneklenen fatura tutarları ve toplam kesinti tutarları açısından incelenmiştir. İncelemeler, aylara göre, gruplara göre ve branşlara göre ayrı ayrı yapılmıştır. Son aşamada ise, SGK fatura inceleme birimleri tarafından fatura kesintine gerekçe olarak gösterilen nedenler gruplanarak incelenmiştir.

3.1. Hastanelerde Düzenlenen Faturalara İlişkin Bulgular

Bu başlık altında hastanelerin özelliklerini belirlemek amacıyla düzenlenen toplam faturalara ilişkin bilgiler özetlenmiştir. Toplam fatura sayıları, faturalama dönemine ve tedavi türüne göre ayrı ayrı sunulmuştur.

Tablo 3.1'de A ve B hastanelerinin altı faturalama dönemi boyunca, düzenledikleri toplam fatura sayıları özetlenmiştir. A hastanesinin toplam fatura sayısının 96.368 olduğu görülmektedir. A hastanesinin her bir faturalama döneminin toplam fatura sayısı içerisindeki oranlarına bakıldığında ocak ayı %26,30, şubat ayı %17,64, mart ayı %17,43, nisan ayı %10,03, mayıs ayı %10,85, haziran ayı %10,72 olduğu görülmektedir. B hastanesinde ise toplam fatura sayısı 40.148 olduğu görülmektedir. B hastanesinin her bir faturalama döneminin toplam fatura sayısı içerisindeki oranlarına bakıldığında ocak ayı %26,22, şubat ayı %18,15, mart ayı %17,37, nisan ayı %10,79, mayıs ayı %12, haziran ayı %15,45 olduğu görülmektedir.

Tablo 3.1. Hastanelerin faturalama dönemlerine göre toplam fatura sayıları

Faturalama Dönemleri	A Hastanesi Toplam Fatura		B Hastanesi Toplam Fatura	
	Sayısı	%	Sayısı	%
Ocak	25.351	26,30	10.528	26,22
Şubat	17.004	17,64	7.289	18,15
Mart	16.800	17,43	6.976	17,37
Nisan	9.671	10,03	4.332	10,79
Mayıs	10.459	10,85	4.820	12,00
Haziran	17.083	17,72	6.203	15,45
Toplam	96.368	100	40.148	100

Tablo 3.2'de A ve B hastanesinin alt faturalama dönemi boyunca ayaktan grubu, yatan grubu, günübirlik grubu ve diğer grubunda (adli vaka, trafik kazası, iş kazası, yancı ülke vatandaşları ve yurtdışı sigortalılar) toplam fatura sayıları özetlenmiştir. A hastanesinin her bir tedavi grubunun toplam fatura sayısı içerisindeki oranlarına bakıldığında %92,09'u ayaktan grubu, %5,60'ı yatan grubu, %1,28'i günübirlik grubu ve %1,02'si diğer grubu olduğu görülmektedir. B hastanesinin her bir tedavi grubunun toplam fatura sayısı içerisindeki oranlarına bakıldığında ise ayaktan grubunun %92,46, yatan grubunun %7,06, günübirlik grubunun %0,17 ve diğer grubunun %0,29 olduğu görülmektedir.

Tablo 3.2. Hastanelerin tedavi gruplarına göre toplam fatura sayıları

Tedavi Grupları	A Hastanesi toplam Fatura		B Hastanesi Toplam Fatura	
	Sayısı	**%**	**Sayısı**	**%**
Ayaktan	88.747	92,09	37.122	92,46
Yatan	5.399	5,6	2.838	7,06
Günübirlik	1.234	1,28	69	0,17
Diğer	988	1,02	119	0,29
Toplam	96.368	100	40.148	100

3.2. Fatura Örneklemlerine İlişkin Bulgular

Hastanelerin toplam fatura sayılarından; örnekleme düşen faturalarına ilişkin bulgular izleyen bölümde sunulmuştur. Örnekleme bulguları sırasıyla; faturalama dönemlerine, tedavi gruplarına ve branşlara göre verilmiştir. Her bulgu başlığı öncelikle A ve ardından B hastanesi için değerlendirilmiştir.

3.2.1. Faturalama dönemlerine göre fatura örnekleme bulguları

İzleyen bölümde fatura örneklenme oranlarının faturalama dönemlerine göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla, hastanelerin örneklenen fatura oranları araştırılmıştır.

Tablo 3.3'te A hastanesinin faturalama dönemlerine göre örneklenen fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablo incelendiğinde altı faturalama döneminde A hastanenin toplam örnekleme düşen fatura sayısının toplam fatura sayısına oranı %7,99 olduğu görülmektedir. Bütün fatura dönemlerinde A hastanesinin örneklenen fatura sayıları farklılık göstermiştir. Altı

faturalama dönemi içerisinde örnekleme düşen fatura sayılarının toplam fatura sayıları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek örneklem sayısı mayıs ayında %8,77 ve en düşük örneklem sayısı ocak ayında %7,19 olduğu görülmektedir. Ayrıca altı faturalama döneminde A hastanenin örnekleme düşen fatura tutarının toplam fatura tutarına oranı %17,38 olduğu görülmektedir. Tüm faturalama dönemlerinde A hastanesinin örneklenen fatura tutarlarının da farklılık gösterdiği görülmektedir. Altı faturalama dönemi içerisinde örnekleme düşen fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek mayıs ayında %20,74 ve en düşük mart ayında %14,61 olduğu görülmektedir.

Tablo 3.3. A hastanesinin faturalama dönemlerine göre örnekleme bulguları

Faturalama Dönemleri	Toplam Fatura Sayısı	Örneklem		Toplam Fatura Tutarı (TL)	Örneklenen Fatura	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Ocak	25.351	1.824	7,19	3.277.020,46	553.282,76	16,88
Şubat	17.004	1.365	8,02	3.111.268,08	467.362,19	15,02
Mart	16.800	1.344	8	3.631.335,00	530.626,79	14,61
Nisan	9.671	836	8,64	3.619.514,84	660.596,63	18,25
Mayıs	10.459	918	8,77	3.741.438,90	776.348,55	20,74
Haziran	17.083	1.417	8,29	4.298.539,30	781.445,29	18,17
Toplam	96.368	7.704	7,99	21.679.116,58	3.769.662,21	17,38

Tablo 3.4'te B hastanesinin faturalama dönemlerine göre örneklenen fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablo incelendiğinde altı faturalama döneminde B hastanenin toplam örnekleme düşen fatura sayısının toplam fatura sayısına oranı %7,05 olduğu görülmektedir. Bütün fatura dönemlerinde B hastanesinin örneklenen fatura sayıları farklılık göstermiştir. Altı faturalama dönemi içerisinde örnekleme düşen fatura sayılarının toplam fatura sayıları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek nisan ayında %8,10 oranında ve en düşük ocak ayında %6,56 oranında olduğu görülmektedir. Ayrıca altı faturalama döneminde B hastanenin toplam örnekleme düşen fatura tutarının toplam fatura tutarına oranı %9,71 olduğu görülmektedir. Tüm faturalama dönemlerinde B hastanesinin örneklenen fatura tutarlarının da farklılık göstermektedir. Altı faturalama dönemi içerisinde örnekleme düşen fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki

yüzdelik oranları incelendiğinde en yüksek mayıs ayında %11,70 oranında ve en düşük ocak ayında %6,34 oranında gerçekleşmiştir.

Tablo 3.4. B hastanesinin faturalama dönemlerine göre örnekleme bulguları

Faturalama Dönemleri	Toplam Fatura Sayısı	Örneklem		Toplam Fatura Tutarı TL	Örneklenen Fatura	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Ocak	10.528	691	6,56	964.753,20	61.244,21	6,34
Şubat	7.289	508	6,96	856.695,34	92.792,25	10,83
Mart	6.976	482	6,9	1.055.840,29	80.724,94	7,64
Nisan	4.332	351	8,10	835.348,84	94.939,38	11,36
Mayıs	4.820	354	7,34	1.029.327,67	120.527,20	11,70
Haziran	6.203	445	7,17	1.069.175,72	114.468,27	10,70
Toplam	40.148	2.831	7,05	5.811.141,06	564.696,27	9,71

3.2.2. Tedavi gruplarına göre fatura örnekleme bulguları

İzleyen bölümde fatura örneklenme oranlarının tedavi gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla, hastanelerin örneklenen fatura oranları araştırılmıştır.

Tablo 3.5'te A hastanesinin tedavi gruplarına göre örneklenen fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde A hastanesinin bütün tedavi gruplarındaki örneklenen fatura sayılarının farklı olduğu görülmektedir. A hastanesinde tedavi gruplarına göre örnekleme düşen fatura sayılarının toplam fatura sayıları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek örneklem sayısı diğer grubu %80,46 ve en düşük örneklem tutarı ayaktan grubu %6,27 oranında olduğu görülmektedir. Ayrıca A hastanesinin bütün tedavi gruplarındaki örneklenen fatura tutarlarının da farklı olduğu görülmektedir. A hastanesinde tedavi gruplarına göre örnekleme düşen fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek (%100) diğer grubu ve en düşük (%6,63) ayaktan grubu olduğu görülmektedir. Tablo 3.5'te örneklem sayılarına bakıldığında diğer grubu faturalarının neredeyse tamamının (özel hastaneler tarafından hizmet verilmesine rağmen SGK'dan herhangi bir tutar talep etmediği faturalar hariç) örnekleme düştüğü görülmektedir. Ayaktan, yatan ve günübirlik grubu faturalarının örnekleme düşmesi tesadüfi olmaktadır. Fakat diğer

grubu faturalarının tamamı SGK fatura inceleme birimleri tarafından incelenmek amacıyla istendiği için hepsi örnekleme düşmektedir.

Tablo 3.5. A hastanesi tedavi gruplarına göre örnekleme bulguları

Tedavi Grupları	Toplam Fatura Sayısı	Örneklem		Toplam Fatura Tutarı (TL)	Örneklenen Fatura	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Ayaktan	88.747	5.572	6,27	3.217.842,74	213.552,35	6,63
Yatan	5.399	890	16,48	17.472.844,30	2.686.642,01	15,37
Günübirlik	1.234	447	36,22	236.789,22	117.827,48	49,76
Diğer	988	795	80,46	751.640,37	751.640,37	100
Toplam	96.368	7.704	7,99	21.679.116,58	3.769.662,21	17,38

Tablo 3.6'da B hastanesinin tedavi gruplarına göre örneklenen fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere göre B hastanesinin bütün tedavi gruplarındaki örneklenen fatura sayıları farklılık göstermiştir. B hastanesinde tedavi gruplarına göre örnekleme düşen fatura sayılarının toplam fatura sayıları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek diğer grubu %97,47 ve en düşük ayaktan grubu %6,19 oranında olduğu görülmektedir. Ayrıca B hastanesinin bütün tedavi gruplarındaki örneklenen fatura tutarlarının farklı olduğu görülmektedir. B hastanesinde tedavi gruplarına göre örnekleme düşen fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek (%100) diğer grubu ve en düşük (%7,75) yatan grubu olduğu görülmektedir. Tabloda incelendiğinde diğer grubu faturalarının neredeyse tamamının örnekleme düştüğü görülmektedir. Tablo 3.5'te de belirtildiği gibi ayaktan, yatan ve günübirlik grubu faturalarının örnekleme düşmesi tesadüfi olmaktadır. Fakat diğer grubundaki faturaların tamamı SGK fatura inceleme birimleri tarafından incelenmek amacıyla istendiği için hepsi örnekleme düşmektedir.

Tablo 3.6. B hastanesi tedavi gruplarına göre örnekleme bulguları

Tedavi Grupları	Toplam Fatura Sayısı	Örneklem		Toplam Fatura Tutarı (TL)	Örneklenen Fatura	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Ayaktan	37.122	2.299	6,19	1.261.283,40	197.298,52	15,64
Yatan	2.838	351	12,36	4.533.761,45	351.718,62	7,75
Günübirlik	69	65	94,2	7.234,87	6.817,79	94,23
Diğer	119	116	97,47	8.861,34	8.861,34	100
Toplam	40.148	2.831	7,05	5.811.141,06	564.696,27	9,71

3.2.3. Branşlara göre örneklem bulguları

İzleyen bölümde fatura örneklenme oranlarının branşlara göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla, hastanelerin örneklenen fatura oranları araştırılmıştır.

Tablo 3.7'de A hastanesinin branşlara göre örneklenen fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere bakıldığında bütün branşlarda A hastanesinin örneklenen fatura sayılarının farklı olduğu görülmektedir. A hastanesinin her bir branştaki örneklenen fatura sayısının toplam fatura sayısı içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek örneklem sayısı (%56,66) enfeksiyon hastalıkları ve en düşük örneklem sayısı (%5,76) acil olduğu görülmektedir. Ayrıca Tablo 3.7'de bütün branşlarda A hastanesinin örneklenen fatura tutarlarının da farklı olduğu görülmektedir. A hastanesinin her bir branştaki örneklenen fatura tutarının toplam fatura tutarı içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek örneklenen fatura tutarı enfeksiyon %97,83 ve en düşük örneklenen fatura tutarı fiziksel tıp ve rehabilitasyon %5,22 olarak gerçekleşmiştir. Enfeksiyon branşında toplam fatura içerisindeki örnekleme düşen fatura tutarının yüksekliği pandemi dönemi içerisinde covid-19 hastalarının tedavi sürecini denetim altına almaktan kaynaklanmaktadır.

Tablo 3.7. A hastanesi branşlarına göre örnekleme bulguları

Branş Türü	Toplam Fatura Sayısı	Örneklem		Toplam Fatura Tutarı (TL)	Örneklenen Fatura	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Acil	27.436	1.583	5,76	659.844,63	38.034,06	5,76
Beyin ve Sinir Cerrahisi	2.577	216	8,38	2.488.495,17	479.015,46	19,24
Çocuk Cerrahisi	345	98	28,4	23.983,10	17.236,48	71,86
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	9.142	537	5,87	11.254.940,29	601.218,94	5,34
Dermatoloji	4.746	366	7,71	146.965,33	14.686,49	9,99
Enfeksiyon Hastalıkları	30	17	56,66	19.430,16	19.008,96	97,83
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	1.750	108	6,17	345.120,07	18.046,06	5,22
Genel Cerrahi	2.864	284	9,91	416.813,81	64.152,87	15,39
Göğüs Hastalıkları	3.396	299	8,8	676.116,80	202.664,20	29,97
İç Hastalıkları	8.257	703	8,51	1.028.749,04	170.278,76	16,55
Kadın Hastalıkları ve Doğum	14.087	837	5,94	1.108.336,31	78.341,75	7,06
Kalp ve Damar Cerrahisi	1.233	202	16,38	862.851,15	576.103,08	66,76
Kardiyoloji	4.078	309	7,57	593.898,93	117.754,97	19,82
KBB Hastalıkları	5.491	385	7,01	197.369,73	36.084,31	18,28
Nöroloji	2.917	217	7,43	510.538,36	319.562,01	62,59
Ortopedi ve Travmatoloji	4.607	385	8,35	398.216,13	55.881,13	14,03
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	444	151	34	23.379,26	11.241,05	48,08
Üroloji	2.137	263	12,3	130.140,15	61.797,24	47,48
Toplam	95.537	6.954	7,27	20.885.188,42	2.881.107,82	13,79

*****_Tablodaki verilere diğer grubu hasta verileri dahil değildir._

Tablo 3.8'de B hastanesinin branşlara göre örneklenen fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki veriler incelendiğinde bütün branşlarda B hastanesinin örneklenen fatura sayılarının farklı olduğu görülmektedir. B hastanesinin her bir branştaki örneklenen fatura sayısının toplam fatura sayısı içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek örneklem sayısı (%34,07) genel cerrahi ve en düşük örneklem sayısı (%1,13) acil olduğu görülmektedir. Ayrıca bütün branşlarda B hastanesinin örneklenen fatura tutarları da farklılık göstermektedir. B hastanesinin her bir branştaki örneklenen fatura tutarının toplam fatura tutarı içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek örneklenen fatura tutarı FTR branşı %66,63 ve en düşük örneklenen fatura tutarı çocuk sağlığı ve hastalıkları branşı %6,13 oranında olduğu görülmektedir.

Tablo 3.8. B hastanesi branşlara göre örnekleme bulguları

Branş Türü	Toplam Fatura Sayısı	Örneklem		Toplam Fatura Tutarı (TL)	Örneklenen Fatura	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Acil	12.941	697	5,38	222.658,15	16.489,04	7,4
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	6.678	409	6,12	3.974.614,05	243.922,28	6,13
Dermatoloji	1.065	76	1,13	31.020,28	2.087,84	6,73
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	188	57	30,31	196.939,28	131.228,39	66,63
Genel Cerrahi	537	183	34,07	26.821,53	15.512,86	57,83
İç Hastalıkları	2.569	236	9,18	93.936,39	25.527,11	27,17
Kadın Hastalıkları ve Doğum	10.669	728	6,82	1.017.936,12	72.853,77	7,15
KBB Hastalıkları	1.597	154	9,64	55.575,81	14.217,56	25,58
Nöroloji	2.061	176	8,53	127.546	33.396,32	26,18
Toplam	38.305	2.716	7,09	5.747.047,61	555.235,17	9,66

***Tablodaki verilere diğer grubu hasta verileri dahil değildir.*

3.3. Fatura Kesintilerine İlişkin Bulgular

Hastanelerin toplam fatura sayılarından; fatura kesintilerine ilişkin bulgular izleyen bölümde sunulmuştur. Fatura kesinti bulguları sırasıyla; faturalama dönemlerine, tedavi gruplarına ve branşlara göre verilmiştir. Her bulgu başlığı öncelikle A ve ardından B hastanesi için değerlendirilmiştir.

3.3.1. Faturalama dönemine göre kesinti bulguları

İzleyen bölümde fatura kesinti oranlarının faturalama dönemlerine göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla, hastanelerin kesinti yapılan fatura oranları araştırılmıştır.

Tablo 3.9'da A hastanesinin faturalama dönemlerine göre kesinti yapılan fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere göre A hastanesinde kesinti yapılan fatura sayılarının faturalama dönemlerine göre farklılık göstermektedir. A hastanesinin altı faturalama dönemi içerisinde toplam fatura sayılarına göre en yüksek kesintinin mayıs ayında %0,23 ve en düşük kesintinin şubat ayında %0,03 oranında olduğu görülmektedir. Ayrıca A hastanesinde kesinti yapılan fatura tutarları da aylara göre farklılık göstermiştir. A hastanesinin altı faturalama dönemi içerisinde toplam fatura tutarlarına göre en yüksek

kesintinin haziran ayında %3,60 ve en düşük kesintinin ocak ayında %0,27 oranında olduğu görülmektedir.

Tablo 3.9. A hastanesi faturalama dönemlerine göre kesinti bulguları

Faturalama Dönemleri	Toplam Fatura Sayısı	Kesinti Yapılan Fatura		Toplama Fatura Tutarı (TL)	Fatura Kesinti	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Ocak	25.351	26	0,10	3.277.020,46	9.025,77	0,27
Şubat	17.004	6	0,03	3.111.268,08	11.264,93	0,36
Mart	16.800	23	0,13	3.631.335,00	95.483,96	2,62
Nisan	9.671	19	0,19	3.619.514,84	46.337,04	1,28
Mayıs	10.459	25	0,23	3.741.438,90	56.649,10	1,51
Haziran	17.083	20	0,11	4.298.539,30	154.877,74	3,60
Toplam	96.368	119	0,12	21.679.116,58	373.638,54	1,72

Tablo 3.10'da B hastanesinin faturalama dönemlerine göre kesinti yapılan fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere göre B hastanesinde kesinti yapılan fatura sayılarının faturalama dönemlerine göre farklılık göstermektedir. B hastanesinin altı faturalama dönemi içerisinde toplam fatura sayılarına göre en yüksek kesintinin ocak ayı %0,11 ve en düşük kesintinin haziran ayı %0,04 oranında olduğu görülmektedir. Ayrıca B hastanesinin kesinti yapılan fatura tutarları da faturalama dönemlerine göre farklılık göstermiştir. B hastanesinin altı faturalama dönemi içerisinde toplam fatura tutarlarına göre en yüksek kesintinin şubat ayı %0,36 ve en düşük kesintinin mayıs ayı %0,01 oranında olduğu görülmektedir.

Tablo 3.10. B hastanesi faturalama dönemlerine göre kesinti bulguları

Faturalama Dönemleri	Toplam Fatura Sayısı	Kesinti Yapılan Fatura		Toplam Fatura Tutarı (TL)	Fatura Kesinti	
		Sayısı	%		Tutarı (TL)	%
Ocak	10.528	12	0,11	964.753,20	702,62	0,07
Şubat	7.289	7	0,09	856.695,34	3.099,71	0,36
Mart	6.976	5	0,07	1.055.840,29	2.642,88	0,25
Nisan	4.332	3	0,06	835.348,84	247,37	0,02
Mayıs	4.820	3	0,06	1.029.327,67	137,4	0,01
Haziran	6.203	3	0,04	1.069.175,72	668,79	0,06
Toplam	40.148	33	0,08	5.811.141,06	7.498,77	0,12

3.3.2. Tedavi gruplara göre kesinti bulguları

İzleyen bölümde fatura kesinti oranlarının tedavi gruplarına göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla, hastanelerin kesinti yapılan fatura oranları araştırılmıştır.

Tablo 3.11'de A hastanesinin tedavi gruplarına göre kesinti yapılan fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere göre A hastanesinde kesinti yapılan fatura sayıları gruplara göre farklılık göstermiştir. A hastanesinde tedavi gruplarına göre kesinti yapılan fatura sayılarının toplam fatura sayıları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek kesinti diğer grubu %2,12 ve en düşük kesinti ayaktan grubu %0,02 olduğu görülmektedir. Ayrıca A hastanesinde kesinti yapılan fatura tutarları da gruplara göre farklılık göstermiştir. A hastanesinde tedavi gruplarına göre kesinti yapılan fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek kesintinin yatan grubunda %2,37 oranında ve en düşük kesintinin diğer grubunda %0,13 oranında olduğu görülmektedir.

Tablo 3.11. A hastanesi tedavi gruplarına göre kesinti bulguları

Tedavi Grupları	Toplam Fatura	Kesinti Yapılan Fatura		Toplam Fatura Tutarı	Fatura Kesinti	
	Sayısı	Sayısı	%	(TL)	Tutarı (TL)	%
Ayaktan	88.747	22	0,02	3.217.842,74	8.864,42	0,27
Yatan	5.399	65	1,20	17.472.844,30	358.146,59	2,04
Günübirlik	1.234	11	0,89	236.789,22	5.626,84	2,37
Diğer	988	21	2,12	751.640,37	1.000,69	0,13
Toplam	96.368	119	0,12	21.679.116,58	373.638,54	1,72

Tablo 3.12'de B hastanesinin tedavi gruplarına göre kesinti yapılan fatura sayıları ve tutarlarının toplam fatura sayıları ve tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere göre B hastanesinde kesinti yapılan fatura sayıları gruplara göre farklılık göstermiştir. B hastanesinde tedavi gruplarına göre kesinti yapılan fatura sayılarının toplam fatura sayıları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek kesinti sayısı günübirlik grubu %4,34 ve en düşük kesinti sayısı ayaktan grubu %0,01 olduğu görülmektedir. Ayrıca B hastanesinde kesinti yapılan fatura tutarları da gruplara göre farklılık göstermiştir. B hastanesinde tedavi gruplarına göre kesinti yapılan fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki yüzdelik oranlarına bakıldığında en yüksek kesinti tutarı %0,45 oranıyla diğer grubu ve en düşük kesinti tutarı %0,09 oranıyla yatan grubu olduğu görülmektedir.

Tablo 3.12. B hastanesi tedavi gruplarına göre kesinti bulguları

Tedavi Grupları	Toplam Fatura	Kesinti Yapılan Fatura		Toplam Fatura Tutarı	Fatura Kesinti	
	Sayısı	Sayısı	%	(TL)	Tutarı (TL)	%
Ayaktan	37.122	6	0,01	1.261.283,40	3.188,95	0,17
Yatan	2.838	22	0,77	4.533.761,45	4.260,40	0,09
Günübirlik	69	3	4,34	7.234,87	9,18	0,12
Diğer	119	2	1,68	8.861,34	40,24	0,45
Toplam	40.148	33	0,08	5.811.141,06	7.498,77	0,12

3.3.3. Branşlara göre kesinti bulguları

İzleyen bölümde fatura kesinti oranlarının, branşlara göre değişip değişmediğini belirlemek amacıyla, hastanelerin kesinti yapılan fatura oranları araştırılmıştır.

Tablo 3.13'te A hastanesinin branşlara göre kesinti yapılan fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere göre A hastanesinin kesinti yapılan fatura tutarlarına branşlara göre bakıldığında en yüksek kesinti tutarının enfeksiyon hastalıkları (%63,26) ve en düşük kesinti tutarının çocuk cerrahisi ve FTR branşında (%0) olduğu görülmektedir. Bu bulgulardan yola çıkarak, branşlar arasında fatura kesinti açısından fark olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 3.13. A hastanesi branşlara göre kesinti bulguları

Branş Türü	**Toplam Fatura Tutarı (TL)**	**Fatura Kesinti**	
		Tutarı (TL)	**%**
Acil	659.844,63	2.295,34	0,34
Beyin ve Sinir Cerrahisi	2.488.495,17	1.440,90	0,05
Çocuk Cerrahisi	23.983,10	0	0
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	11.254.940,29	240.542,80	2,13
Dermatoloji	146.965,33	84,9	0,05
Enfeksiyon Hastalıkları	19.430,16	12.293,29	63,26
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	345.120,07	0	0
Genel Cerrahi	416.813,81	459,97	0,11
Göğüs Hastalıkları	676.116,80	53.971,17	7,98
İç Hastalıkları	1.028.749,04	10.204,53	0,99
Kadın Hastalıkları ve Doğum	1.108.336,31	884,72	0,07
Kalp ve Damar Cerrahisi	862.851,15	30.644,90	3,55
Kardiyoloji	593.898,93	661,71	0,11
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	197.369,73	1.001,21	0,5
Nöroloji	510.538,36	15.215,44	2,98
Ortopedi ve Travmatoloji	398.216,13	1.794,85	0,45
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	23.379,26	432,75	1,85
Üroloji	130.140,15	709,37	0,54
Toplam	20.885.188,42	372.637,85	1,78

***Tablodaki verilere diğer grubu hasta verileri dahil değildir.*

Tablo 3.14'te B hastanesinin branşlara göre, kesinti yapılan fatura tutarlarının toplam fatura tutarları içerisindeki payları verilmiştir. Tablodaki verilere göre B hastanesinin kesinti yapılan fatura tutarlarına branşlara göre bakıldığında toplam kesinti tutarı en yüksek (%1,03) kulak-burun-boğaz hastalıkları ve en düşük (hiç kesinti olmayan) dermatoloji branşı olduğu görülmektedir. Bu bulgular incelendiğinde, branşlar arasında fatura kesinti açısından fark olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 3.14. B hastanesi branşlara göre kesinti bulguları

Branş Türü	Toplam Fatura	Fatura Kesinti	
	Tutarı (TL)	Tutarı (TL)	%
Acil	222.658,15	152,11	0,67
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3.974.614,05	2.723,70	0,06
Dermatoloji	31.020,28	0	0
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	196.939,28	1.948,39	0,98
Genel Cerrahi	26.821,53	18,36	0,06
İç Hastalıkları	93.936,39	498	0,53
Kadın Hastalıkları ve Doğum	1.017.936,12	1.516,67	0,14
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	55.575,81	576,62	1,03
Nöroloji	127.546	24,58	0,01
Toplam	5.747.047,61	7.458,43	0,12

***Tablodaki verilere diğer grubu hasta verileri dahil değildir.*

3.4. Fatura Kesinti Nedenlerine İlişkin Bulgular

Hastanelerin fatura kesinti nedenlerine ilişkin bulgular izleyen bölümde sunulmuştur. Fatura kesinti nedenlerine ilişkin bulgular sırasıyla; kesinti nedenleri, kesinti nedenlerinin görülme sıklıkları ve toplam kesinti sıklığı içerisindeki yüzdelik oranları, kesinti nedenlerinin tutarları ve kesinti nedenleri tutarlarının toplam kesinti tutarı içerisindeki yüzdelik oranları verilmiştir. Her bulgu A ve B hastanesi için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

3.4.1. A hastanesi kesinti nedeni bulguları

İzleyen bölümde A hastanesinde meydana gelen fatura kesinti nedenlerinin görülme sıklıkları ve hastaneyi hangi oranda gelir kaybına uğrattığı araştırılmıştır.

Tablo 3.15'te A hastanesinde fatura kesinti nedeni bulguları özetlenmiştir. A hastanesinde altı faturalama dönemi boyunca toplam 119 hasta faturasında 123 neden ile kesinti yapılmıştır. Fatura sayısı ve kesinti nedenleri arasındaki farklılık, bir faturada birden fazla nedenle kesinti yapılabilmesinden kaynaklanmaktadır. Örneğin bazı hasta faturasında tetkik veya tahlilin kesintiye uğraması ile aynı hasta faturasındaki bir ilacın kesintiye uğramasının nedeni farklı olmaktadır.

Tablo 3.15'teki verilerde görüldüğü üzere A hastanesinde en sık karşılaşılan kesinti nedeni birinci sırada bulunan "hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması"dır. Bu gerekçe ile toplam 49 faturada kesinti yapılmış olup, kesinti sıklığının %39,83'ünü oluşturmaktadır. A hastanesinde sayıca en az karşılaşılan kesinti nedenleri ise acile başvuran hastaların yanlış triaj alanından faturalandırılması ve yanlış provizyon alınması"dır. Bu gerekçelerin her birinde bir faturada kesinti yapılmış olup, kesinti sıklığının %1,62'ini oluşturmaktadır. Ayrıca Tablo 3.15'teki verilere kesinti tutarı açısından bakıldığında en yüksek kesinti tutarı %81,33 oranıyla "yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması" iken en düşük kesinti tutarı %0,04 oranıyla "vaka başına dahil bir işlemin ayrıca faturalandırılması" kesinti nedeni olduğu görülmektedir. Belirtilen bulgulara göre tüm kesintilerin tutarları arasında farklılık olduğu görülmektedir. Kesinti tutarları arasındaki farklılığın nedeni hastaya sunulan her hizmetin tutarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Hastaya sunulan hizmetin tutarı ne kadar yüksek olursa kesinti tutarının yüksek olma ihtimalide o kadar artmaktadır.

Tablo 3.15. A hastanesi kesinti nedenleri, sıklıkları ve tutarları

Sıra No	Kesinti Nedeni	Kesinti				Toplam Fatura İçindeki Oran (%)
		Sıklığı	%	Tutarı (TL)	%	
1	Hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması	49	39,83	49.250,76	13,18	0,22
2	Hastaya kullanılan ilaçların dozunun yanlış girilmesi	21	17,07	2.600,34	0,69	0,01
3	Mükerrer tetkik ve mükerrer operasyon faturalandırılması	11	8,94	3.200,69	0,85	0,01
4	MEDULA'ya girilen SUT kodunun hastaya yapılan işleme karşılık gelmemesi	10	8,13	11.730,00	3,13	0,05
5	Yabancı ülke vatandaşı hasta faturalarının hatalı faturalandırılması	8	6,50	390,53	0,10	0,001
6	Vaka başına dahil bir işlemin ayrıca faturalandırılması	8	6,50	754,77	0,20	0,003
7	Yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması	7	5,69	303.914,75	81,33	1,40
8	Hasta dosyasındaki evrakların MEDULA'ya yüklenmemesi	5	4,06	290,83	0,07	0,001
9	Acile başvuran hastaların yanlış triaj alanından faturalandırılması	2	1,62	1.350,35	0,36	0,006
10	Yanlış provizyon alınması	2	1,62	155,52	0,04	0,0007
	Toplam	123	100	373.638,54	100	1,72

3.4.2. B hastanesi kesinti nedeni bulguları

İzleyen bölümde B hastanesinde meydana gelen fatura kesinti nedenlerinin görülme sıklıkları ve hastaneyi hangi oranda gelir kaybına uğrattığı araştırılmıştır.

Tablo 3.16'da B hastanesinde fatura kesinti nedeni bulguları özetlenmiştir. B hastanesinde altı aylık faturalama dönemi boyunca toplam 33 hasta faturasında 34 neden ile kesinti yapılmıştır. Tablo 3.16'daki verilere bakıldığında B hastanesinde en sık karşılaşılan kesinti nedeni birinci sırada bulunan "hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması"dır. Bu gerekçe ile toplam 13 faturada kesinti

yapılmış olup, kesinti sıklığının %38,23'ünü oluşturmaktadır. B hastanesinde sayıca en az karşılaşılan kesinti nedenleri ise "yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması ve MEDULA'ya girilen SUT kodunun hastaya yapılan işleme karşılık gelmemesi" Bu gerekçelerin her birinde bir faturada kesinti yapılmış olup, kesinti sıklığının %2,94'ünü oluşturmaktadır. Ayrıca Tablo 3.16'daki verilere kesinti tutarı açısından bakıldığında en yüksek kesinti tutarı %36,32 oranıyla "yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması" iken en düşük kesinti tutarı %0,26 oranıyla "Hizmetlerin SUT fiyatı ile HBYS fiyatının uyumsuzluğu" kesinti nedeni olduğu görülmektedir. Belirtilen bulgulara göre tüm kesintilerin tutarları arasında farklılık olduğu görülmektedir.

Tablo 3.16. B hastanesi kesinti nedenleri, sıklıkları ve tutarları

Sıra No	Kesinti Nedeni	Kesinti				Toplam Fatura İçindeki Oran (%)
		Sıklık	(%)	Tutarı (TL)	%	
1	Hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması	13	38,23	2.680,85	35,75	0,04
2	Hastaya kullanılan ilaçların dozunun yanlış girilmesi	7	20,58	264,38	3,52	0,004
3	Vaka başına dahil bir işlemin ayrı faturalandırılması	6	17,64	1.322,99	17,64	0,02
4	Hizmetlerin SUT fiyatı ile HBYS fiyatının uyumsuzluğu	4	11,76	20,00	0,26	0,0003
5	Mükerrer tetkik ve mükerrer operasyon faturalandırılması	2	5,88	159,15	2,12	0,002
6	Yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması	1	2,94	2.724,00	36,32	0,04
7	MEDULA'ya girilen SUT kodunun hastaya yapılan işleme karşılık gelmemesi	1	2,94	327,40	4,36	0,005
	Toplam	34	100	7.498,77	100	0,12

4. TARTIŞMA

Bu araştırma sağlık kurumlarında faturalama ve fatura kesinti nedenlerini inceleyen az sayıdaki çalışmadan birisidir. Ayrıca çalışmada, kesinti tutarlarının hastane sağlık hizmeti sunum gelirleri içerisindeki payı ilk defa incelenmiştir. Bu nedenler ile çalışmanın özgünlüğü bulunmaktadır.

Araştırma sonuçlarına göre örnekleme oranlarının; hastanelere, dönemlere, tedavi gruplarına ve branşlara göre farklılık gösterdiği görülmektedir. A hastanesinin örnekleme oranı; toplam fatura sayılarına göre %7,99 ve fatura tutarına göre %17,38'dir. B hastanesi için bu oranlar sırasıyla %7,05 ve %9,71 olarak hesaplanmıştır. Aradaki farklılığı, fatura tutarı açısından %100'ü örneklenen diğer tedavi grubunun ağırlığının açıklayabileceği düşünülmektedir. Çünkü diğer grubunun toplam fatura sayısı içindeki payı A hastanesinde %1,02 iken, B hastanesinde için %0,29'dur.

Araştırma sonucunda hastaneler ve dönemler arasında fatura kesinti tutarı ve toplam fatura içerisindeki yüzdesi arasında farklılık olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarında, tüm faturalama dönemlerinde A hastanesinin kesinti tutarının B hastanesinin kesinti tutarından fazla olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda A hastanesinde fatura kesinti oranı, toplam fatura tutarının %1,72'si iken B hastanesinde %0,12'si olduğu bulunmuştur. Tedavi gruplarına göre, kesinti yapılan fatura sayısı açısında en yüksek oran; A hastanesinde diğer grubunda ve B hastanesinde günübirlik grubunda gerçekleşmiştir. Ancak fatura tutarı açısından durum hastanelere göre tam tersidir. A hastanesinde en yüksek kesinti oranı günübirlik, B hastanesinde diğer tedavi grubunda gerçekleşmiştir. Bu farklılığı ortalama fatura tutarlarının farklı olmasının açıklayabileceği düşünülmektedir.

Araştırma sonucunda, iki hastanede görülen fatura kesinti nedenlerinin farklılık gösterebildiği görülmüştür. A hastanesinde bulunan fakat B hastanesinde bulunmayan kesinti nedenleri; yanlış provizyon alınması, yabancı ülke vatandaşı hasta faturalarının hatalı faturalandırılması, hasta dosyasındaki evrakların MEDULA'ya yüklenmemesi ve acile başvuran hastaların yanlış triaj alanından faturalandırılmasıdır. Buna karşın B hastanesinde bulunan fakat A hastanesinde bulunmayan kesinti nedeni, hizmetlerin SUT fiyatı ile HBYS fiyatının uyumsuzluğudur. Her iki hastanenin de işleyişlerinin birbirinden farklı olmasında dolayı farklı nedenlerle kesintiler görülmektedir.

Literatürde fatura kesinti nedenleri ile ilgili ulaşılabilen tek çalışma Sözen (2015) çalışmasındır. Bu çalışmada fatura kesinti nedenleri olarak; yanlış provizyon alınması, gereksiz tetkik ve tahlil istemi, kan, kan bileşenleri ve kan ürünleri bilgi girişinin doğru bir şekilde yapılmaması, birden fazla kesi veya işlem yapılan durumlar, komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklara ilişkin tedavilerin faturalanması, uzayan yatış ve tekrarlayan gelişler, hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması ve acil hastalarının yanlış triaj alandan faturalandırılması belirtilmiştir. Bu çalışmada gereksiz tetkik ve tahlil istemi, kan, kan bileşenleri ve kan ürünleri bilgi girişinin doğru bir şekilde yapılmaması, ayakta, yatan ve günübirlik kapsamına giren işlemlerin hatalı faturalanması, birden fazla kesi veya işlem yapılan durumlar, komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklara ilişkin tedavilerin faturalanması ile ilgili kesinti nedenine rastlanmamıştır.

Bu çalışmada, Sözen (2015) çalışmasında bulunmayan; hasta dosyasındaki evrakların MEDULA'ya yüklenmemesi, MEDULA'ya girilen SUT kodunun hastaya yapılan işleme karşılık gelmemesi, vaka başına dâhil bir işlemin ayrı faturalandırılması, Mükerrer tetkik ve mükerrer operasyon faturalandırılması, yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması, yabancı ülke vatandaşı hastalarının yanlış faturalandırılması ve hastaya kullanılan ilaçların dozunun HBYS'ye yanlış girilmesi nedenler ile de fatura kesintisi olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada Sözen (2015) çalışmasından farklı olarak bulunan fatura kesinti nedenlerinin açıklamaları kısaca şöyledir:

- **Yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması**: Yoğun bakım tedavilerinin faturalandırmasının, hastanın klinik durumuna ve yattığı yoğun bakım basamağına göre yapılması gerekmektedir. Bu kriterlere uyulmadığı taktirde SGK fatura inceleme birimleri söz konusu faturada kesinti yapmaktadır.

- **Hasta dosyasındaki evrakların MEDULA'ya yüklenmemesi:** SUT'a göre hasta faturasına ek olarak sunulması gereken; epikriz raporları, görüntüleme ve patoloji raporları, ameliyat vb. MEDULA sistemine yüklenmemiş olması nedeniyle gerçekleştirilen fatura kesinti nedenlerini ifade etmektedir.

- **MEDULA'ya girilen SUT kodunun hastaya yapılan işlem ile uyumlu olmaması**: SUT eklerinde, işlemler SUT kodu ve işlem adı şeklinde

gösterilmektedir. Hastanelerin işlemleri fatura ederken, işleme karşılık gelen SUT kodu ve işlem adını doğru olarak eşleştirmesi gerekmektedir. Bu iki unsur arasındaki uyumsuzluk, SGK fatura inceleme birimleri tarafından kesinti nedeni olarak kabul edilmektedir.

- **Vaka başına dahil bir işlemin ayrı faturalandırılması**: SUT hükümlerine göre, vaka başına ödeme esasıyla ödenen yatarak ve ayakta işlemler ve başvurularda, daha önce belirlenmiş sabit tutar ödenmektedir. Faturalamada vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin ayrıca faturalanması, SGK fatura inceleme birimleri tarafından kesinti nedeni olarak kabul edilmektedir.

- **Mükerrer tetkik ve mükerrer operasyon faturalandırılması**: Her tahlil ve tetkikin istenme ya da hastaya ard arda yapılan her işlemin yapılma süresi farklılık gösterebilmektedir. Bundan dolayı hekimin istediği her tetkik ve hasta yapacağı her işlem arasında belirli bir sürenin geçmesi gerekmektedir. Bu sürelere uyulmadan yapılan her işlem SGK fatura inceleme birimleri tarafından kesinti nedeni olarak kabul edilmektedir.

- **Yabancı ülke vatandaşı hasta faturalarının hatalı faturalandırılması:** "GSS Genel Md 28.6.2017 tarih 3455093 sayılı yazısı ve 5510 sayılı kanun 64. madde 1. fıkra c bendi" gereğince yabancı ülke vatandaşları SGK'lı sayıldığı tarihten önceki kronik hastalıklarından kaynaklanan rahatsızlıklar SGK fatura inceleme birimleri tarafından ödenmemektedir. Dolayısıyla, daha hastanın önceki dönemlerde başlamış olan kronik hastalıklarının tedavisine ilişkin faturalarda kesinti yapılmaktadır.

- **Hastaya kullanılan ilaçların dozunun yanlış girilmesi:** Hastaya kullanılan ilaçların belirlenen günlük dozlara uygun olması gerekmektedir. Hastaya kullanılan ilacın dozunun sisteme fazla girilmesi, kesinti nedeni olarak kabul edilmektedir.

- **Hizmetlerin SUT fiyatı ile HBYS fiyatının uyumsuzluğu**: SUT'ta zaman zaman güncellenmeler yapılabilmektedir. Bu güncellemelerin, HBYS'de de yapılması gerekmektedir. Gerekli güncellemelerin yapılmaması durumunda iki fiyat arasında farklılık oluşabilmekte ve bu farklılığın olduğu faturalarda kesintiler yapılmaktadır.

Her iki hastane de kesinti yapılan fatura sayısı açısından, en sık karşılaşılan sorun hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması ve hastaya kullanılan ilaçların dozunun yanlış girilmesi nedenleri olup, ilk iki sırayı almışlardır. Tutar açısından ise en fazla fatura kesintisine neden olan sorun, yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılmasıdır. Bu nedene bağlı fatura kesintileri A hastanesindeki toplam kesinti tutarının %81,33 ve B hastanesindeki kesintilerin %36,32'sini oluşturmaktadır. Yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılmasının büyük fatura kesintilerine neden olmasına, tutarın büyüklüğünün sebep olduğu görülmektedir. Ancak bu konuya ilişkin başka bir çalışma bulgusuna ulaşılamadığından, karşılaştırma yapmak mümkün olamamıştır.

Gençtürk ve Cansever (2016), çalışmasında belirtilen bulgularda kurum kaynaklı ve iç denetim kaynaklı sorunlardan dolayı faturalama sürecinde sıkıntılar yaşandığı belirtilmektedir. Benzer şekilde bu çalışmada da; yanlış provizyon alınması, hastanın yanlış alandan faturalandırılması, hasta dosyasında endikasyon ve muayene bilgisinin bulunmaması, hasta dosyasındaki evrakların MEDULA'ya yüklenmemesi, MEDULA'ya girilen SUT kodunun hastaya yapılan işleme karşılık gelmemesi, hastaya kullanılması gereken ilaç dozu ile sisteme girilen ilaç miktarının birbiriyle uyumsuzluğu, vaka başına dâhil bir işlemin ayrı faturalandırılması, Mükerrer tetkik ve mükerrer operasyon faturalandırılması, yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması ve yabancı ülke vatandaşı hastalarının yanlış faturalandırılması gibi kesintilerin kurum kaynaklı nedenlerden dolayı her iki hastanede kesintiler olduğu bulunmuştur. Bu kesintilerin uygun bir iç denetim ile önlenmesi mümkündür. Buradan faturalama sürecinde iç denetimin oldukça önemli olduğunu ve sürecin iyi işletilmemesinin finansal kayıplara yol açabileceğini söylemek mümkündür.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde fatura kesinti nedeniyle kayıplar olduğu görülmüştür. Bu kayıp A hastanesinde 373.638,54 TL olup, SGK sigortalılarına sunulan toplam hizmet sunum gelirlerinin %1,72'sidir. B hastanesinde ise 7.498,77 TL olup, toplam hizmet sunum gelirlerinin %0,12'sidir. Kesinti tutarlarının hizmet sunum gelirlerine oranı düşük olsa da bu kayıpların engellenebilir olması konuyu önemli kılmaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarının finansal sıkıntı yaşadığı dönemlerde, fatura kesintilerinin hastanelerin durumunu etkileyebilecek durumda olması da mümkündür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tüm hastanelerde olduğu gibi, özel hastanelerde de tedavi gelirleri, toplam gelirin en büyük kısmını oluşturmaktadır. Fatura kesintileri, bu gelirlerde azalma yaratarak, hastanelerin finansal sürdürülebilirliğini etkileyebilir. Ancak önceki yapılan çalışmalar ve bu çalışma bulguları, hastanelerin farklı nedenler ile fatura kesintileri ile karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, fatura kesintisine sebep olan nedenlerin etkili bir iç denetim ve titiz bir faturalama süreci ile en aza indirilebileceğini düşündürtmektedir. Literatürde yer alan çalışmalar ve bu çalışmadaki iki hastane arasındaki farklılığın bu görüşü destekleyebileceği düşünülmektedir.

Çalışma bulguları göz önünde bulundurularak özel hastanelerde kesintilerin azaltılması amacıyla yapılan öneriler aşağıda belirtilmiştir;

- Fatura kesintilerinin genel olarak, tıbbi süreçlerde hastaya verilen tedavinin kaydında eksiklikler ve hatalar nedeniyle gerçekleştiği görülmektedir. Bu nedenle, tıbbi personelin konu hakkında bilgilendirilmesi gerekli eğitimlerin verilmesinde yarar görülmektedir.
- Faturalama birimi, hastaya yapılan işlemlerin faturalanması yanında son kontrollerinin de yapıldığı yerlerdir. Buradaki kontrollerin daha etkin yapılması, gerektiğinde tıbbı personellerden destek alınmasında yarar görülmektedir.
- Hastanelerde sık karşılaşılan fatura kesinti nedenlerinin belirlenmesinin, izlenmesinin ve gerekli önlemlerin alınmasının, gelecekte kesintiler ile karşılaşmama açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

- Kesinti tutarlarının yüksek olmaması açısından, yoğun bakım tedavi faturalarının incelenmesine yönelik ek önlemler alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

- Faturalama süreci yoğun yasal düzenlemelerin olduğu bir alandır. Faturalamanın gerektiği gibi yapılabilmesi için mevzuat değişiklerinin günü güne takibi ve HBYS ile uyumlaştırılması önerilmektedir.

- Faturalama birimleri, hastanelerin sunmuş oldukları hizmetlerin maddi karşılığını almak açısından önemli birim olması, karmaşık bir süreç içermesi nedeniyle

özellikli birimlerdir. Bu birimlerde, alanda eğitim almış, yetkin kişilerin istihdamın sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Ağlamış, M (2020). Sağlık Hizmetlerinde Değere Dayalı Satın Alma Ve Değere Dayalı Geri Ödeme Yöntemi: Dünya ve Türkiye. Selçuk Sağlık Dergisi Sayı:1.

Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği; 30/12/2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazete. https://teftis.saglik.gov.tr/TR-7882/aile-hekimligi-odeme-ve-sozlesme-yonetmeligi.html. Erişim Tarihi: 02.12.2021.

Akkuyu, A. (2020). Özel Hastanelerde Medikal Muhasebe Uygulamaları ve Medikal Muhasebeye Bağlı İç Kontrol Mekanizmasının Testi Özel Bir Hastane Uygulaması. İstanbul Gelişim Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İşletme Anabilim Dalı. İşletme Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

Akyürek, Ç.E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi. 2(2):124-153.

Atasever, M. ve Bağcı, H. (2020). Türkiye Sağlık Sistemi, Akademi Kitapevi. Ankara.

Balbay, Y. (1997). Sağlık Sisteminin Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Hacettepe Üniversitesi Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

Barnum, H., Kutzin, J. and Saxenian, H. (1995). İncentives and Provider Payment Methods United States of America: World Bank HRO Working Papers. HROWP 51.

Berenson, R.A., D.K. Upadhyay, S.F. Delbanco and Murray, R. (2016). Payment Metods And Benefit Designs: How They Work and How They Work Together To İmprove Health Care. Washington DC: Urban İnstitute.

Carrin, G. and James, C. (2005). Social Health Insurance: Key Factors Affecting The Transition Towards Universal Coverage, International Social Security Review 58(1): 45-64.

Cashin, C. (2009). Case-Based Hospital Payment Systems: Summary of Key Aspects of Design and Implementation. Summary for web of chapter 2, pp. 125–214.

Casto, A.B. and Layman, E. (2006). Principles Of Healthcare Reimbursement. Chigago: American Health İnformation Management Association.

Choudhry, N. K., Rosenthal, M. B. ve Milstein, A. (2010). "Assessing The Evidence For Value-Based İnsurance Design", Health Affairs, 29(11).

Çelik, Y. (2019). Sağlık Ekonomisi 4. Baskı. Ankara. Siyasal Kitabevi.

Çetin Aslan, E. (2020) Geri Ödeme Yöntemleri ve Türkiye Uygulamaları. Karaçal, M. Editör. Sağlık Ekonomisi Makro ve Mikro Yaklaşımlar içinde (355-380. Sayfalar). Ankara: Gazi Kitabevi.

Çetin Aslan ve Türkmen. (2021). Araştırma Makalesi Türk Sağlık Politikalarındaki Değişimlerin Hastane Popülasyon Yoğunluğuna Etkisi. Hacettepe Sağlık idaresi dergisi. 24(4): 681-698.

Dredge, R. (2004). Hospital Global Budgeting. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Washington DC.

Dixon, A. (2002). "Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care". Croatian Medical Journal 43(4): 408-416.

Dünya Sağlık Örgütü. (2004). Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key design features in the transition period. World Health Organization, Geneva. https://apps.who.int/ iris/handle/10665/69018.

Dünya Sağlık Örgütü. (2004), What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe? WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Report.

Dünya Sağlık Örgütü. (2000). World Health Report. Health Systems: Improving Performance (Geneva: WHO).

Gençtürk, M. ve Cansever, İ. H. (2016). Üniversite Hastanelerinin Faturalama Sürecindeki Sorunları Üzerine Bir Araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016; 19(3): 225-239.

Gülten, S. (2015). Adım Adım E-fatura ve E-Defter Uygulamaları. Ankara SMMM ODASI Yayınları.

Güngör, Ö. (2015). Fatura İnceleme Süreçleri. http://drondergungor.blogspot.com/2015/12/fatura-inceleme-surecleri.html. Erişim Tarihi: 06.01.2021.

Hoare, G. and Mills, A. (1986), Paying for the Health Sector. (London: EPC Publications) No 2.

Kolarczyk, L. M., Arora, H., Manning, M. W., Zvara, D. A. ve Isaak, R. S. (2018). "Defining Value-Based Care İn Cardiac and Vascular Anesthesiology: The Past, Present, and Future of Perioperative Cardiovascular Care",Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia, 32(1).

Karagöz, N. ve Yaman, E. (2019). Sağlık Kuruluşlarında Uygulanan İç Denetim ve Dış Denetimin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. Cilt:5. Sayı:2.

Kaval, H. (2005). Muhasebe Denetimi Uluslararası Finansal Raporlama Standartları Uygulama Örnekleriyle. Ankara: Gazi Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2012). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi (3. Baskı). Siyasal Kitap Evi. Ankara.

Kördeve, M. (2017). Sağlık Ödemelerinde Yeni Bir Kavram: Medikal Muhasebe. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 26 (2). 1-13.

Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. Health Policy, 56, 171–204.

Lee, K. & Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since The 1980s, İçinde: Lee, K. Buse, K. Fustukian, S. (eds.), Health Policy in a Globalising World, s.97-119, Cambridge University Press.

Mcıntyre, D. (2007). Learning From Experience: Health Care Financing İn Low- And Middle-İncome Countries. Global Forum For Health Research. Geneva.

Mossialos, E. and Dixon, A. (2002). Funding health care: An introduction, E. Mossialos et al. (Ed.). Funding health care: Options for Europe (ss.1-30). Open University Press. Buckingham - Philadelphia.

Mossialos, E. and Dixon, A. (2002a). "Funding Health Care: An İntroduction". Mossialos, E. Et al (eds.). Funding Health Care: Options for Europe (s.1-30). Open University Press. Buckingham – Philadelphia.

Mossialos, E. and Dixon, A. (2002b). Funding Health Care İn Europe: Weighing Up The Options. Mossialos, E. Et Al. (Eds.), Funding Health Care: Options For Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Press, Pp:272-300.

Öztek, Z. (2001). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi. (39). 294

Porter, M. E. (2008). " Value-Based Health Care Delivery". Annals of Surgery. 248(4).

Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması Hakkında Genelge 2019/18 Sayılı Genelge.

Sağlık Bakanlığı. (2015). Palyatif Bakim Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.

Sağlık Bakanlığı. (2019). Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Sağlık Bakanlığı. (2009). Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Tebliğ. 27378 Sayılı Resmi Gazete.

Sağlık Bakanlığı. (2013). Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2008). Yoğun Bakım Ünitelerinin Standartları Genelgesi. 03.04.2008 Tarihli ve 11395 Sayılı Genelge. https://www.saglik.gov.tr/TR,10979/yogun-bakim-unitelerinin-standartlari-genelgesi-200853.html. Erişim Tarihi: 30.11.2021

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2014). Elektronik Belge Yönetim Sistemi 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanunu. Resmi Gazete.

SGK. (2010). Fatura İnceleme Usul ve Esasları.

https://khgmstokyonetimidb.saglik.gov.tr/TR-43976/fatura-inceleme-usul-ve-esaslari.html. Erişim Tarihi: 30.11.2021.

SGK. (2011). 2011/62 Sayılı. Fatura Bedellerinin Ödenmesi Konulu 12/09/2011 Tarihli Sosyal Güvenlik Kurumu genelgesi. Ankara.

SGK. (2012). 2012/36 Sayılı. Fatura Bedellerinin Ödenmesi Konulu 23/11/2012 Tarihli Sosyal Güvenlik Kurumu genelgesi. Ankara.

SGK. (2013). Sağlık Uygulama Tebliği. T.C. 28597 Sayılı Resmi Gazete. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/basin_odasi/duyurular. Erişim Tarihi: 30.11.2021.

SGK. (2017). Sağlık Hizmeti Sunucularının Faturalarının İncelenmesine ve Bedellerinin Ödenmesine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. 08.03.2017 Tarih ve 30001 Sayılı resmi gazete. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170308-2.htm. Erişim Tarihi: 30.11.2021.

SGK. (2020). Veri Uygulaması. https://veri.sgk.gov.tr/ Erişim Tarihi: 30.11.2021

SGK. (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu Özel Sağlık Hizmeti Sunucularından Sağlık Hizmeti Satın Alım Sözleşmesi. https://www.saglikaktuel.com/haber/sosyal-guvenlik-kurumu-ozel-saglik-hizmeti-sunucularindan-saglik-hizmeti-satin-a-60269.htm. Erişim Tarihi: 30.11.2021.

Sayım, F. ve Temir, Y. (2013). Denetim ve Mevzuat Açısından Kamu Hastanelerinde Faturalama Süreçleri. Akademik Ar-ge Yayınları. Ankara.

Sözen, A.B. (2015). Faturalama Sürecinde Yapılan Hatalar Sonucu Oluşan Gelir Kayıplarının Nedenleri ve Kayıpları Önlemek İçin Yapılması Gerekenler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Şimşek, D. Ö. (2017). Triaj Sistemlerine Genel Bakış ve Türkiye'de Acil Servis Başvurularını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Belirlenmesi, Sosyal Güvence Dergisi, Sayı: 13.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2010). İstatistik Göstergeler. 1923-2009. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası. Ankara.

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2017). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. 8. Baskı. Nobel yayınevi. Ankara.

Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. Cilt:11, Sayı:2.

Wiley, M. (2011). From the origins of DRGs to their implementation in Europe. R. Busse, A. Geissler, W. Quentin, ve M. Wiley (Eds.), Diagnosis-related groups in Europe. moving towards transparency. efficiency and quality in hospitals (ss. 3-8). Open University Press. Berkshire.

VUK. Madde 229. 04.01.1961 Tarih ve 3475 Numaralı Kanun. https://khgmstokyonetimidb.saglik.gov.tr/TR,43126/213-vergi-usul-kanunu-resmi-gazete-tarihi-10011961sayisi-10705.html. Erişim Tarihi: 30.11.2021.

VUK. Madde 242. 9/2/2021 Tarihli ve 31390 Sayılı Resmi Gazete. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100305-16.htm. Erişim Tarihi: 30.11.2021.

Yıldırım, H. ve Konca, M. (2018). Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. TÜSEB Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü. Ankara.

T.C
İZMİR BAKIRÇAY ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

KARAR

	AÇIK ADRESİ	Gazi Mustafa Kemal Mah. Kaynaklar Cad. Seyrek MENEMEN /İZMİR		
	TELEFON	0232 493 00 00-11126		
	FAKS	0232 844 71 22		
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Dr.Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN			
YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR	Ahmet ALMALİ			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Özel Sağlık Kuruluşlarında Fatura Kesinti Sebepleri ve Finansal kayıp Düzeyinin Araştırılması			
KARAR	**Karar No:155**	**Araştırma No:137**	**Tarih:29.01.2021**	
	Dr.Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Özel Sağlık Kuruluşlarında Fatura Kesinti Sebepleri ve Finansal kayıp Düzeyinin Araştırılması" başlıklı araştırmanın etik açıdan **UYGUN** olduğuna oy birliği ile karar verildi.			
ETİK KURUL DAYANAKLARI	İyi Klinik Uygulamaları (IKU) Kılavuzu ve bununla ilgili Avrupa Birliği Direktifleri, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun, Hasta Hakları Yönetmeliği, Türk Ceza Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Yükseköğretim Kanunu, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Türk Tabipler Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Yükseköğretim Kurulu'nun Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi			

Etik Kurul Üyeleri Unvanı/Adı/Soyadı	**Uzmanlık Alanı**	**Araştırma ile ilişki**		**Katılım**		**İmza**
Prof. Dr. Servet KAVAK **Etik Kurul Başkanı**	Biyofizik	E ☐	H X	E X	H ☐	
Prof. Dr. Yeşim BAKAR **Etik Kurul Başkan Yardımcısı**	Kardiyopulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	E ☐	H X	E X	H ☐	
Prof. Dr. Serkan ÇINARLI **Üye**	İdare Hukuku, Tıp Hukuku, Spor Hukuku	E ☐	H X	E X	H ☐	
Doç. Dr. Nazan KILIÇ AKÇA **Üye**	İç Hastalıkları Hemşireliği	E ☐	H X	E X	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Seren DÜZENLİ ÖZTÜRK **Üye**	Dil ve Konuşma Terapisi	E ☐	H X	E X	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YILMAZ **Üye**	Klinik Psikoloji	E ☐	H X	E X	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Nilay YÜREKDELER SAHİN **Üye**	Muskoloskeletal Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	E ☐	H X	E X	H ☐	

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre Prof. Dr. Servet KAVAK tarafından 04.02.2021 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı ebysdogrulama.bakircay.edu.tr/ linkinden 8KC9A07A30 kodu ile dogrulayabilirsiniz.

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Ahmet ALMALİ

Doğum Tarihi: 05.11.1991

Doğum Yeri: VAN

Akademik Unvanı: Yüksek Lisans Öğrencisi

E-postası: ahmetalmali287@gmail.com

İngilizce Yökdil: 70 / 28.02.2021

Aldığı Sertifikalar: 20/06/2016 - Milli Eğitim Bakanlığı Öğretmenlik Formasyon Belgesi

03/06/2015 - Sivas Halk Eğitim Merkezi Bilgisayar Kursu Sertifikası

23-28/03/2015 - Sivas İl Afet ve Acil Yardım Müdürlüğü

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Yönetimi	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2012-2016
Y. Lisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği Tezli Yüksek Lisans	İzmir Bakırçay Üniversitesi	09.09.2019-Devam ediyor

Yüksek Lisans Tezi: Özel Sağlık Kuruluşlarında Fatura Kesinti Sebepleri ve Finansal Kaybın Düzeyi

Görevler:

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Medikal Muhasebeci (Faturalandırma Elemanı)	Van Özel Lokman Hekim Hastanesi	30.08.2016-30.11.2018
Stajyer	Van Özel Lokman Hekim Hastanesi	03.07.2015 - 10.09.2015