

T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

MEDİKAL MUHASEBE SİSTEMİNİN İNCELENMESİ VE ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

YÜKSEK LİSANS

Emre TURAN

OCAK-2026
GÜMÜŞHANE



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**MEDİKAL MUHASEBE SİSTEMİNİN İNCELENMESİ VE ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME**

**AN ANALYSIS OF THE MEDICAL ACCOUNTING SYSTEM AND ITS
EFFECTIVENESS: A STUDY ON HOSPITALS**

YÜKSEK LİSANS

Emre TURAN

**OCAK-2026
GÜMÜŞHANE**



**T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI

**MEDİKAL MUHASEBE SİSTEMİNİN İNCELENMESİ VE ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME**

**AN ANALYSIS OF THE MEDICAL ACCOUNTING SYSTEM AND ITS
EFFECTIVENESS: A STUDY ON HOSPITALS**

YÜKSEK LİSANS

Emre TURAN

Danışman: Doç. Dr. Gül YEŞİLÇELEBİ

**OCAK-2026
GÜMÜŞHANE**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak hazırlamış olduğum “**Medikal Muhasebe Sisteminin İncelenmesi ve Etkinliğinin Değerlendirilmesi: Hastaneler Üzerine Bir Değerlendirme**” isimli bu tezimin, tamamen kendi çalışmam olduğunu, her alıntıya kaynak gösterdiğimi, alıntı yaptığım tüm çalışmaları kaynakçada belirttiğimi ve Gümüşhane Üniversitesi’nin lisanslı kullanıcısı olduğum intihal yazılım programı ile Lisansüstü Eğitim Enstitüsü’nün belirlediği kıstaslara uygun olarak raporladığımı taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Gümüşhane Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü arşivinde saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca gereğinin yapılmasını arz ederim.

30/01/2026

.....
Emre TURAN

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanmasından sonuçlandırılmasına kadar geçen süreçte; bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, sabır ve hoşgörüsüyle desteğini her zaman hissettiğim, Sağlık Yönetimine bakış açısı kazanmamı sağlayan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Gül YEŞİLÇELEBİ'ye ve yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen tüm hocalarıma şükranlarımı sunarım.

Tez savunma jürimde yer alarak değerli görüş, öneri ve yapıcı eleştirileriyle çalışmamın son halini almasına katkı sağlayan Sayın Prof. Dr. Alper Veli ÇAM ve Sayın Doç. Dr. Filiz YÜKSEL'e teşekkür ederim.

Araştırma sürecinde kurumlarında uygulama yapmama imkân tanıyan hastane yönetimlerine; ayrıca değerli zamanlarını ayırarak bilgi ve deneyimlerini paylaşan tüm katılımcılara teşekkür borçluyum.

Bu zorlu süreçte yardımlarını esirgemeyen dostlarım Furkan SAYIMER, Zehra YAREN ve Ahmet SAKA'ya; lisansüstü eğitime başlamam konusunda beni teşvik eden, motivasyonunu ve bilgisini eksik etmeyen değerli arkadaşım, Gümüşhane Üniversitesi Öğretim Görevlisi Bülent BAL'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak; hayatım boyunca aldığım her kararda yanımda olan, benden umudunu kesmeyen, sevinç ve üzüntümü paylaşan, maddi ve manevi destekleriyle bugünlere gelmemi sağlayan kıymetli aileme minnettarım.

Bu çalışma Gümüşhane Üniversitesi, Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'nce desteklenmiştir. Proje No: 24.E0123.07.01.

Emre TURAN
GÜMÜŞHANE – 2026

ÖZET

Bu çalışma, sağlık sektöründe finansal yönetimin önemli bir bileşeni olan medikal muhasebe sisteminin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte medikal muhasebe uygulamalarının gelişimi, hasta kayıtlarının izlenmesi, faturalandırılmayan işlemlerin kayıt altına alınması, maliyet analizleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile uyumlu muhasebe süreçleri üzerinden incelenmiştir. Araştırmada nitel yaklaşım benimsenmiş, Türkiye’de farklı kamu, özel ve üniversite hastanelerinde görev yapan 23 medikal muhasebe çalışanıyla yüz yüze ve çevrimiçi görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerden elde edilen veriler içerik analizi yöntemiyle çözümlenmiş ve 9 tematik alan ortaya çıkmıştır. Bulgular, sağlık sektöründe medikal muhasebe sisteminin güçlü ve zayıf yönlerini, muhasebe sisteminde karşılaşılan yapısal ve süreçsel sorunları, personel ve eğitim ihtiyaçlarını ortaya koymakta; sistemsel verimliliğin artırılması ve sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğine katkı sağlayacak yönetsel ve stratejik çıkarımlara imkân tanımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Medikal Muhasebe, Muhasebe Sistemi, Sağlık Sektörü, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Sosyal Güvenlik Kurumu

SUMMARY

This study aims to evaluate the effectiveness of the medical accounting system, which is a crucial component of financial management in the healthcare sector. The development of medical accounting practices alongside the Health Transformation Program has been examined through the monitoring of patient records, the recording of unbilled transactions, cost analyses, and accounting processes compliant with the Social Security Institution (SGK). A qualitative approach was adopted in this research, and both face-to-face and online interviews were conducted with 23 medical accounting professionals employed in various public, private, and university hospitals across Turkey. The data obtained from the interviews were analyzed using the content analysis method, resulting in the emergence of nine thematic areas. The findings reveal the strengths and weaknesses of the medical accounting system within the healthcare sector, the structural and procedural problems encountered in the system, and the needs regarding personnel and training; thereby providing managerial and strategic implications that will contribute to enhancing systemic efficiency and ensuring the financial sustainability of healthcare services.

Keywords: Medical Accounting, Accounting System, Healthcare Sector, Health Transformation Program, Social Security Institution

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	III
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
ÖZET.....	VI
SUMMARY	VII
İÇİNDEKİLER	VIII
TABLolar DİZİNİ	XI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	XII
EKLER DİZİNİ.....	XIII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XIV
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK KURUMLARI VE MUHASEBE.....	4
2.1. Sağlık Hizmetleri ve Ekonomi	4
2.2. Muhasebe Kavramı ve Tarihsel Gelişimi	5
2.2.1. Muhasebe Kavramı ve İşlevleri	5
2.2.2. Muhasebenin Tarihsel Gelişimi.....	5
2.2.3. Muhasebe Türleri	6
2.3. Sağlık Kurumlarında Muhasebe.....	7
2.4. Medikal Muhasebe	7
2.4.1. Medikal Muhasebenin Kapsamı ve İşleyiş Süreçleri	8
2.4.2. Sağlık Kurumlarında Medikal Muhasebenin Entegrasyonu	10
2.4.3. Kamu ve Özel Sağlık İşletmelerinde Uygulama Farklılıkları.....	10
2.4.4. Medikal Muhasebede Hata Yönetimi ve Riskler	11
2.4.5. Medikal Muhasebenin Önemi ve Finansal Sürdürülebilirlik	11
3. LİTERATÜR İNCELEMESİ.....	13
3.1. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Muhasebe Uygulamaları ve Maliyet Unsurları... 13	
3.2. SGK ve Özel Sigorta Uygulamaları	14
3.3. Sağlık Kurumlarında Finansal Sürdürülebilirlik.....	15
3.4. Teknolojik Altyapı ve Dijitalleşme	15
3.5. Yönetimsel Boyut, Performans ve Şeffaflık	16
3.6. Literatür Değerlendirmesi	16
4. YÖNTEM.....	18

4.1. Araştırmanın Problemi ve Amacı	18
4.2. Araştırmanın Örneklemi	18
4.3. Araştırmanın Önemi	18
4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
4.5. Araştırmanın Yöntemi	19
4.5.1. Nitel Veri Analizi Süreci	19
5. BULGULAR	21
5.1. Hastanelerde Medikal Muhasebe Biriminin Kurumsallaşma Süreci	22
5.1.1. Kurumsal Ayırışma ve Stratejik Konumlama	22
5.1.2. Rol Netleşmesi ve Uzmanlaşma Dinamikleri	23
5.1.3. Geçiş Süreci, Rol Belirsizliği ve Operasyonel Gerilimler	23
5.1.4. Adaptasyon, Mesleki Kimlik ve Kurumsal Öğrenme	24
5.1.5. Kurumsal Performans ve Finansal Etkinlik Üzerindeki Etkiler	24
5.2. Medikal Muhasebede Mesleki Eğitim ve Formasyon	24
5.2.1. Standartlaşma ve Sertifikasyon Eksikliği	25
5.2.2. Parçalı ve Kurumdan Kuruma Değişen Eğitim Pratikleri	25
5.2.3. Deneyime Dayalı Öğrenme ve Sürekli Mevzuat Güncellemeleri	27
5.3. Mevzuat ve Sağlıkta Dönüşümün Etkileri	27
5.3.1. Mevzuatın Dilsel Karmaşıklığı ve Yorum Açıklık	28
5.3.2. Mevzuat-Saha Uygulaması Arasındaki Uyum	29
5.3.3. Dijitalleşmenin Çift Yönlü Etkisi	30
5.3.4. Eğitim, Bilgilendirme ve Kullanıcı Desteği	31
5.3.5. Standardizasyon ve Mesleki Kurumsallaşma	32
5.3.6. Sık ve Ani Mevzuat Değişikliklerinin Kurumsal Etkisi	32
5.4. Kurum İçi Paydaşların Medikal Muhasebe Süreçlerine Yaklaşımı	33
5.4.1. Yönetmelik Destek ve Algılanan Yetersizlik	33
5.4.2. Eğitim, Bilgilendirme ve Farkındalık Çalışmaları	34
5.4.3. Dijitalleşme ve Organizasyonel Müdahaleler	34
5.4.4. Klinik Personelin Sorumluluk Algısı	35
5.4.5. Öğrenmeye Açıklık ve Pozitif Katkı	35
5.5. İnsan Kaynağı, Uzmanlaşma ve Kurumsal Riskler	37
5.5.1. İnsan Kaynağı Yetersizliği ve İş Yükü Baskısı	37
5.5.2. Kalifiye Personel Eksikliği ve Kurumsal Risk	38
5.5.3. Deneyim, Takım Dinamikleri ve Kurumsal Hafıza	39
5.5.4. Eğitim ve Yetiştirme İhtiyacı	40

5.5.5. Uzmanlaşma ve Operasyonel Verimlilik.....	41
5.6. Dijitalleşme Süreci: Entegrasyon ve Süreç Tasarımı	41
5.6.1. Sistem Entegrasyonu Eksikliği ve Süreç Tasarım Sorunu	42
5.6.2. Operasyonel Verimsizlik ve İş Yükü Artışı.....	43
5.6.3. Kurumsal ve Hasta Düzeyinde Sonuçlar	44
5.7. Kişisel Veri Güvenliği ve Uyum Sorunları	44
5.7.1. İnsan Faktörü ve Güvenlik Kültürü.....	44
5.7.2. Mevzuatın Yeterliliği ve Kurumlar Arası Uygulama Farkları.....	45
5.7.3. Teknolojik Riskler ve Sürdürülebilir Güvenlik	46
5.8. Medula Sisteminin Kurumsal İşleyişteki Rolü	46
5.8.1. Kurumsal Merkezilik ve Sağladığı Yapısal Avantajlar	47
5.8.2. Operasyonel Performans ve Teknik Kırılmalıklar.....	48
5.8.3. Kullanılabilirlik, Öğrenme Eğrisi ve Destek Mekanizmaları	48
5.9. Medikal Muhasebenin Süreç, Entegrasyon ve Kullanıcı Deneyimi Analizi.....	49
5.9.1. Süreç Tasarımı ve Operasyonel Verimlilik.....	50
5.9.2. Kurumsal Öğrenme, Eğitim ve Geri Bildirim Mekanizmalarının Zayıflığı	50
5.9.3. Sistem Entegrasyonu, Performans ve Kullanıcı Deneyimi	51
5.10. Tematik Kod Bulutu	52
6. TARTIŞMA	54
7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	59
KAYNAKÇA.....	61
EKLER.....	67
ETİK KURUL KARARI	67
ÖZGEÇMİŞ	69

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların demografik dağılımı	21
---	----



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Medikal muhasebe süreç döngüsü (Kavuncubaşı ve Beyazıt, 2017).....	9
Şekil 2. Hastanelerde medikal muhasebe biriminin kurumsallaşma süreci hiyerarşik kod modeli	22
Şekil 3. Medikal muhasebede mesleki eğitim ve formasyon hiyerarşik kod modeli.....	25
Şekil 4. Mevzuat ve sağlıkta dönüşümün etkileri hiyerarşik kod modeli	28
Şekil 5. Kurum içi paydaşların medikal muhasebe süreçlerine yaklaşımı hiyerarşik kod modeli	33
Şekil 6. İnsan kaynağı, uzmanlaşma ve kurumsal riskler hiyerarşik kod modeli	37
Şekil 7. Dijitalleşme süreci: Entegrasyon ve süreç tasarımı hiyerarşik kod modeli	42
Şekil 8. Kişisel veri güvenliği ve uyum sorunları hiyerarşik kod modeli.....	44
Şekil 9. Medula sisteminin kurumsal işleyişteki rolü hiyerarşik kod modeli	47
Şekil 10. Medikal muhasebenin süreç, entegrasyon ve kullanıcı deneyimi analizi hiyerarşik kod modeli	50
Şekil 11. Medikal muhasebe kod bulutu.....	52

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Tezde Kullanılan Görüşme Soruları	67
---	----



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
K	: Katılımcı (tezdeki katılımcı kodları olarak kullanılmıştır)
KVKK	: Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
MAXQDA	: Nitel Veri Analiz Yazılımı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
ÜTS	: Ürün Takip Sistemi

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, toplumların yaşam kalitesini doğrudan etkileyen en temel alanlardan biridir. Günümüzde sağlık sektöründe yaşanan hızlı gelişmeler, yalnızca tıbbi hizmetlerin çeşitliliğini ve kalitesini artırmakla kalmamış, aynı zamanda yönetsel ve finansal süreçlerde de önemli değişimlere yol açarak sağlık ekonomisinin önemini artırmıştır. Özellikle hastanelerin mali yapılarının sürdürülebilirliği, verilen hizmetlerin sürekliliği açısından kritik bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu noktada sağlık kurumlarının mali işlemlerini düzenleyen sistemler hem hizmetin devamlılığı hem de kurumsal başarının sağlanması bakımından stratejik bir rol üstlenmektedir.

Sağlık kuruluşlarının mali süreçlerinde yaşanan her türlü aksaklık, yalnızca gelir-gider dengesini olumsuz etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda sunulan hizmetlerin kalitesine de doğrudan yansımaktadır. Özellikle özel hastanelerde rekabetin yoğunlaşması, mali kaynakların etkin biçimde yönetilmesini zorunlu kılmıştır. Bu çerçevede, gelirlerin eksiksiz biçimde kaydedilmesi, giderlerin kontrol altında tutulması ve finansal raporlamaların zamanında gerçekleştirilmesi, kurumların sürdürülebilirliği açısından büyük bir önem taşımaktadır. Sağlık sektöründe faaliyet gösteren kurumların uzun vadeli planlamalar yapabilmeleri, güvenilir mali verilere ulaşmalarına ve bu verileri karar alma süreçlerinde etkin biçimde kullanabilmelerine bağlıdır.

Ancak sağlık kurumlarının mali yapılarında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, sunulan hizmetlerin çeşitliliği ve karmaşıklığının muhasebe süreçlerine doğrudan yansımalarıdır. Her bir sağlık hizmetinin farklı maliyet unsurlarına sahip olması, doğru kayıt tutulmasını ve raporlamayı güçleştirmektedir. Özellikle sigorta şirketleri ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile olan faturalama süreçlerinde yaşanan gecikmeler, hatalar ve uyumsuzluklar kurumların finansal dengelerini olumsuz etkilemektedir. Bunun yanında, mevzuatta sık sık yapılan değişiklikler, medikal muhasebe alanında görev yapan personelin sayıca yetersiz olması ve bilgi işlem sistemlerindeki entegrasyon eksiklikleri, sağlık kurumlarının mali işleyişinde ek yükler oluşturmakta ve yönetsel kararların alınmasını zorlaştırmaktadır.

Tüm bu sorunlar, sağlık kurumlarının mali yapısında etkin ve güvenilir bir sistemin gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu noktada medikal muhasebenin rolü daha da ön plana çıkmakta; sadece gelir ve gider kayıtlarını tutmakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda kurumların stratejik karar alma süreçlerine yön verecek verilerin üretilmesini de sağlamaktadır. Medikal muhasebe, tıbbi süreçler ile finansal raporlama arasında bir köprü

görevi üstlenerek, hatalı faturalandırmaların önlenmesi ve gelir kayıplarının azaltılması noktasında kritik bir öneme sahiptir. Bu çerçevede araştırmanın temel amacı, medikal muhasebenin sağlık kurumlarındaki konumunu analiz etmek, uygulamada karşılaşılan problemleri belirlemek ve bu problemlere yönelik çözüm önerileri sunmaktır.

Bu çalışma, yalnızca sağlık kurumlarının finansal işleyişine ışık tutmakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda uygulamada karşılaşılan sorunların daha görünür hale getirilmesini sağladığı için önem arz etmektedir. Araştırma sürecinde elde edilen veriler, sağlık yöneticileri ile medikal muhasebe birimlerinde görev yapan personele rehberlik edecek nitelikte olacaktır. Özellikle personel eksikliği, mevzuat değişiklikleri ve bilgi işlem sistemlerindeki aksaklıkların sağlık kurumlarının mali yapısına olan etkilerinin ortaya konulması, bu alanda karar alıcı konumda bulunan kişilere somut bilgiler sunacaktır.

Bu çalışma, nitel araştırma yöntemi esas alınarak yapılandırılmıştır. Katılımcıların deneyimlerine, görüşlerine ve gözlemlerine dayalı olarak elde edilen veriler, MAXQDA yazılımı aracılığıyla analiz edilmiştir. Görüşmeler sonucunda toplanan veriler, kodlama sürecine tabi tutularak, hiyerarşik kod ve alt kod yapıları oluşturulmuş ve tematik başlıklar altında sınıflandırılmıştır. Analiz aşamasında frekans dağılımlarından yararlanılarak bulgular desteklenmiş, katılımcı ifadeleriyle analizlere derinlik kazandırılmıştır. Araştırmanın örneklemini, farklı illerde bulunan kamu, özel ve üniversite hastanelerinde görev yapan 23 medikal muhasebe personeli oluşturmaktadır. Veri toplama sürecinde yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme tekniği kullanılmış; veriler nitel analiz yöntemiyle MAXQDA programı aracılığıyla çözümlenmiştir. Kodlama süreci sonucunda elde edilen temalar, görsel modellerle desteklenmiş ve ilgili literatür doğrultusunda yorumlanmıştır.

Türkiye’de medikal muhasebe alanında gerçekleştirilen çalışmaların sayıca sınırlı olması, bu araştırmanın literatürdeki önemini artırmaktadır. Sağlık kuruluşlarının mali yapıları genellikle genel muhasebe ya da sağlık ekonomisi bakış açısından ele alınmış olup, medikal muhasebe bağımsız ve uzmanlık gerektiren bir alan olarak yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışma, medikal muhasebenin sağlık kuruluşlarının işleyişindeki stratejik rolüne dikkat çekmekte ve alana özgü sorunları ortaya koyarak literatüre katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, nitel veri analizi yöntemiyle katılımcı deneyimlerinin derinlemesine incelenmesi, mevcut literatürdeki boşluğun doldurulmasına katkı sağlamakta ve gelecekte gerçekleştirilecek benzer araştırmalar için yol gösterici nitelik taşımaktadır.

Bu alışma yedi bölümden oluşmaktadır. Giriş bölümünde araştırmanın erevesi, amacı ve yöntemi açıklanmış; ikinci ve üçüncü bölümlerde medikal muhasebenin gelişimi ile literatürdeki mevcut durum ele alınmıştır. Dördüncü bölümde veri toplama süreci, beşinci bölümde ise tematik bulgular sunulmuştur. Altıncı bölümdeki tartışmaların ardından son bölümde sonuç ve önerilere yer verilmiştir. Çalışma, sağlık kurumlarında medikal muhasebenin durumunu saptayarak uygulamaya veri temelli katkı sunmayı amaçlamaktadır.



2. SAĞLIK KURUMLARI VE MUHASEBE

2.1. Sağlık Hizmetleri ve Ekonomi

Sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini belirleyen temel faktörlerden biri olup, toplumların sosyoekonomik gelişmişlik düzeylerinin ne seviyede olduğunu gösteren önemli göstergelerinden biridir (Zengin, 2010). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu, bir ülkenin makroekonomik yapısının ve politik tercihlerinin bir yansıması olarak, kurumların finansal yönetim stratejileri de bu yapıya göre şekillenmektedir (Young, 2014). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının kamu bütçesi üzerindeki baskısı giderek artmakta ve buna bağlı olarak kaynakların verimli kullanılmasını zorunlu hale getirmektedir (Orhaner, 2006). Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşanan değişim, 2000’li yıllardan itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile ivme kazanarak sağlık ekonomisi alanında yeni tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Sülkü (2011) çalışmasında, bu dönüşüm sürecinde finansman ve hizmet sunumunun ayrıştırıldığını, Genel Sağlık Sigortası ile finansal yapının yeniden kurgulandığını ve bunun sağlık harcamaları üzerinde önemli etkiler ortaya çıkarttığını belirtmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansal kaynakların sağlık sektöründe aktif bir şekilde kullanılmasını içermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002). Şantaş ve Çıraklı (2019)’a göre sağlık hizmetleri finansmanı ülkelerin ekonomik yapısına bağlı olarak farklılık göstermekte; gelişmiş ülkelerde sosyal güvenlik sistemleri sağlık harcamalarının büyük bir kısmını karşılarken, gelişmekte olan ülkelerde bireylerin kendi cebinden yaptığı sağlık harcamalarının yüksekliği dikkat çekmektedir. Dolayısıyla bu finansal yapı, sağlık hizmetlerine erişimde toplumsal eşitsizliğin tam olarak giderilememesine ve uygulamada belirgin farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda sağlık sistemlerinin finansman modelleri genel olarak kamu kaynaklarına dayalı sistemler, özel sigorta sistemleri ve karma modeller olarak sınıflandırılmakta; bu modellerin işleyişi, sağlık kurumlarının mali sürdürülebilirliği ve muhasebe sistemlerinin kurgulanması üzerinde belirleyici bir rol oynamaktadır.

Türkiye özelinde incelendiğinde sağlık hizmetleri, uzun yıllar boyunca karma bir yapıda sürdürülmüş, 2000’li yıllardan itibaren sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi ve Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile daha entegre bir finansman sistemi benimsenmiştir (Ergun ve Dericioğulları, 2010).

Türkiye’de sağlık harcamaları özellikle son 20 yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte artarak bu sayede sağlık hizmetlerine erişim kolaylaşmış, ancak buna bağlı olarak artan talep kamu bütçesi üzerindeki yükü de artırmıştır (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) içindeki oranı yıllar içinde istikrarlı bir şekilde yükselmiş, bu da kaynakların sürdürülebilirliği konusunu önemli bir tartışma alanı haline getirmiştir (Nazlıoğlu, 2020). Karasioğlu ve Çam (2008)’e göre bu süreçte, mali disiplinin korunması ve hizmetlerin etkin bir şekilde sunulabilmesi için sağlık kuruluşlarında etkili finansal yönetim sistemlerine duyulan ihtiyaç artmıştır. Ayrıca, Gençtürk ve Cansever (2016)’e göre sağlık kuruluşlarının gelir-gider dengelerini sağlayamaması hem sunulan hizmetin kalitesini azaltmış hem de kurumların sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkilemiştir.

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesini ve maliyet kontrolünün belirlenmesinde en önemli faktörlerden biri kaynak kullanımının etkinliğidir (Abernethy, 2007). Gereksiz tetkikler ve yapılan işlemler, kurumların maliyetlerini artırırken, aynı zamanda kaynak israfına da yol açtığından sağlık ekonomisi literatüründe verimlilik ve etkinlik kavramları, hizmet sunumunun ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Şenol ve Metin, 2022). Kördeve (2017)’e göre Türkiye’de de sağlık kuruluşlarının mali yapılarında görülen dengesizliklerin büyük ölçüde kaynak kullanımında yapılan hatalardan ve planlama eksikliklerinden kaynaklandığı ifade edilmektedir.

2.2. Muhasebe Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

2.2.1. Muhasebe Kavramı ve İşlevleri

Muhasebe, işletmelerde gerçekleşen mali nitelikteki işlemlerin kaydedilmesi, sınıflandırılması, özetlenmesi ve raporlanarak ilgili paydaşlara sunulmasını sağlayan bir bilgi sistemi olarak tanımlanır (Abdioğlu, 2018). Bu tanımıyla muhasebe, yalnızca sayısal verilerin kayıt altına alınmasından ibaret değil, aynı zamanda işletme yöneticileri ve karar vericilere rehberlik edebilecek bilgiler üretmektedir (Aysan, 2007). Muhasebenin temel işlevleri arasında; mali olayların belgelere dayandırılması, mali tablolarla birlikte işletmenin finansal yapısının ortaya konulması ve geleceğe yönelik planlamalarda kullanılabilecek verilerin sağlanması yer almaktadır (Sevilengül, 2019).

2.2.2. Muhasebenin Tarihsel Gelişimi

Muhasebenin kökenine bakıldığında, ticaretin gelişimiyle birlikte ekonomik işlemlerin kayıt altına alınma zorunluluğu ortaya çıkmış ve bu ihtiyaç, muhasebe

uygulamalarının doğmasına zemin hazırlamıştır. Çift taraflı kayıt sistemi ise 15. yüzyılda Luca Pacioli'nin çalışmalarıyla bilimsel bir boyut kazanmış ve modern muhasebe sistemlerinin temelini atmıştır. Zaman içinde muhasebe, yalnızca bir kayıt tutma aracı olmaktan çıkarak, işletmelerin faaliyetlerini planlama, denetleme ve kontrol etme gibi işlevleriyle ekonomik yaşamın vazgeçilmez bir unsuru haline gelmiştir (Güvemli, 2001).

Türkiye'de muhasebe uygulamalarının geçmişi Osmanlı dönemine kadar uzanmaktadır ve özellikle devletin gelir giderlerinin izlenmesinde defterdarlık sistemi önemli bir işlev görmüştür. Cumhuriyetin ilanıyla birlikte ekonomik ve kurumsal yapının gelişimi doğrultusunda muhasebe uygulamaları daha düzenli bir yapıya kavuşmuş ve uluslararası muhasebe standartlarına uyum sağlama çalışmaları başlamıştır. 1994 yılında uygulamaya konulan Tekdüzen Muhasebe Sistemi ile hesap planları standartlaştırılmış, böylece işletmelerin mali tablolarının kıyaslanabilmesi ve şeffaflığı da artırılmıştır. Bu gelişmeler, muhasebenin sadece kayıt tutma işleviyle sınırlı kalmayıp, işletmelerin yönetim süreçlerinde etkin bir rol üstlenmesine olanak tanımıştır (Kalaycı, Tekşen ve Dalgıç, 2005).

2.2.3. Muhasebe Türleri

Muhasebe, işletmelerin birtakım ihtiyaçlarına yanıt verebilmek amacıyla çeşitli alt dallara ayrılmıştır (Ağırbaş, 2018). Bu alt dallar arasında en temel olanları ise genel muhasebe, maliyet muhasebesi ve yönetim muhasebesidir (Akgün, 2013). Genel muhasebe, işletmenin tüm mali işlemlerinin kayıt altına alınması, sınıflandırılması ve raporlanmasını içermekte; maliyet muhasebesi ise üretim sürecinde oluşan maliyetlerin hesaplanması ve kontrol edilmesine odaklanmaktadır (Akdoğan, 2020). Yönetim muhasebesi ise, yöneticilere karar alma süreçlerinde destek olacak bilgilerin üretilmesini amaçlayan bir muhasebe dalı olarak öne çıkmaktadır (Abernethy, 2007).

Sağlık kuruluşlarında kullanılan muhasebe türleri, kurumun yapısına ve sunduğu hizmetlerin niteliğine bağlı olarak farklı görevler üstlenmektedir (Nazlıoğlu, 2020). Genel muhasebe, kurumun tüm mali işlemlerini yasal düzenlemelere uygun şekilde kayıt altına alırken; maliyet muhasebesi, özellikle tedavi hizmetleri, laboratuvar işlemleri ve görüntüleme gibi alanlarda oluşan maliyetlerin hesaplanmasında önemli bir rol oynamaktadır (Akdoğan, 2024). Yönetim muhasebesi ise sağlık kurumlarının kaynak kullanımını planlamalarına, bütçe denetimlerini gerçekleştirmelerine ve stratejik kararlar almalarına katkı sağlamaktadır (Gizer ve Atış, 2022). Bu açıdan bakıldığında, farklı muhasebe türleri sağlık kurumlarında hem mali disiplini sürdürmekte hem de hizmet kalitesini artırmaya yönelik karar alma süreçlerine destek sunmaktadır (Ağırbaş, 2020).

2.3. Sağlık Kurumlarında Muhasebe

Sağlık kuruluşları, doğrudan insan sağlığını temel alarak faaliyet göstermeleri ve karmaşık ödeme sistemlerine sahip olmaları nedeniyle mali yapı bakımından diğer ticari işletmelerden belirgin bir şekilde farklılık gösterir. Bu kurumlarda muhasebe, yalnızca finansal işlemlerin kaydedilmesiyle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda yöneticilere belirsizlik ortamında doğru kararlar almaları için hayati bilgiler sağlayan bir yönetim aracı işlevi görür (Gapenski ve Reiter, 2016).

Sağlık kuruluşlarının en belirgin özelliklerinden biri, sundukları hizmetlerin genellikle yüksek maliyetli olmasıdır. Tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde kullanılan teknolojik ekipmanlar ve tıbbi malzemeler, kurum bütçelerinde önemli bir yer tutar. Bu nedenle, sağlık sektöründe muhasebe, sadece finansal işlemleri kaydetmekle kalmaz; aynı zamanda maliyet kontrolü, israfın önlenmesi ve kaynakların etkin yönetimi konularında da önemli katkılar sağlar (Karasioğlu ve Çam, 2008). Özellikle personel maaşları, tıbbi sarf malzemeleri ve ileri teknoloji cihazlarının kullanımı gibi maliyet kalemlerinin doğru hesaplanması, sağlık kuruluşlarının finansal sürdürülebilirliği açısından hayati öneme sahiptir. Etkili muhasebe sistemlerinin kullanımı, sağlık kurumlarının rekabet avantajını artırır ve sunulan hizmetin kalitesini doğrudan etkiler (Şenol ve Metin, 2022).

Sağlık kurumlarında muhasebe, yalnızca finansal işlemlerin kaydedildiği bir sistem olmanın ötesinde, yöneticilere bütçe planlaması ve mali risklerin yönetimi konularında rehberlik eden önemli bir araçtır. Güvenilir muhasebe verileri, kurumların stratejik planlama süreçlerini destekler ve uzun vadeli sürdürülebilirliklerini sağlamalarına katkıda bulunur (Kördeve, 2017).

Son yıllarda akıllı sağlık hizmetleri kapsamında muhasebe bilgi sistemlerinin dijital dönüşümü, özellikle yapay zekâ, tıbbî nesnelerin interneti ve blokzinciri teknolojileri ile entegre edilerek daha etkin, şeffaf ve güvenilir hale gelmiştir. Bu bağlamda, Türkiye'deki sağlık bilgi sistemlerinde bilgisayarlı muhasebe bilgi sistemlerinin kullanımına ilişkin yapılan değerlendirmeler, elektronik beyan ve belge uygulamalarının ötesine geçerek hastaya ait sağlık geçmişinin bütünsel saklanması, gerçek zamanlı veri paylaşımı ile ürün ve stok takibinin etkin yürütülmesi gibi işlevsel kazanımlar sağladığını göstermektedir (Selimoğlu, Altunel ve Yeşilçelebi, 2025).

2.4. Medikal Muhasebe

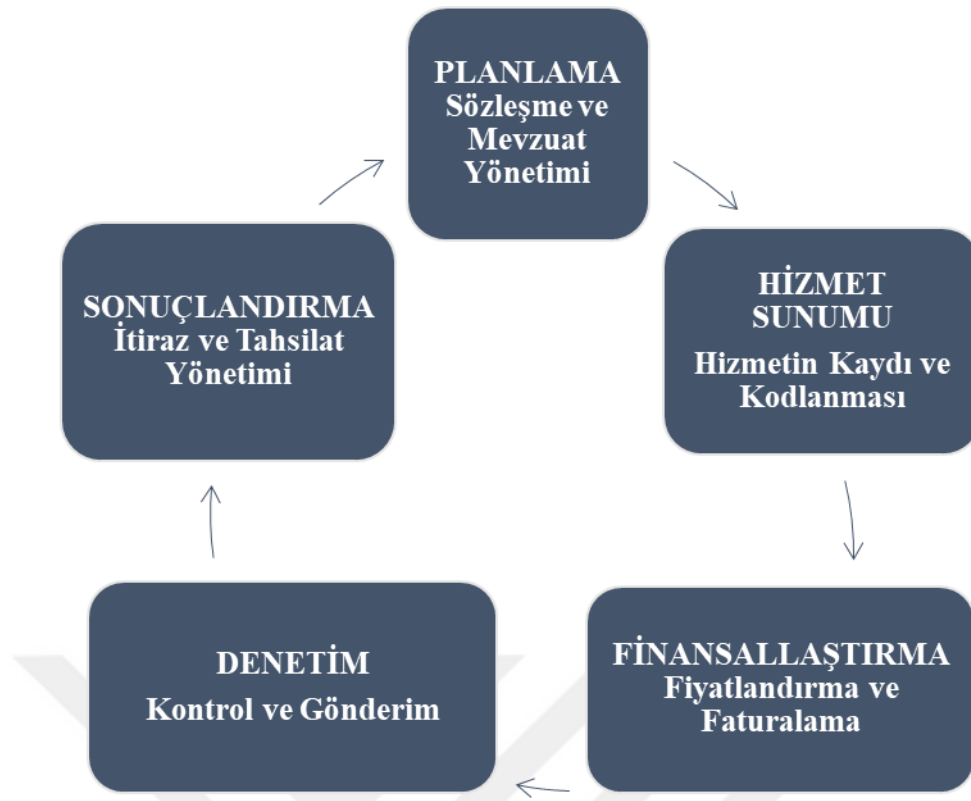
Medikal muhasebe, sağlık kuruluşlarının finansal yapısının yönetilmesi ve hizmet üretim süreçlerinde ortaya çıkan maliyetlerin kaydedilmesi amacıyla kullanılan özel bir muhasebe dalıdır. Bu sistem, yalnızca gelir ve giderlerin kaydedilmesiyle sınırlı kalmaz,

aynı zamanda hizmet başına maliyetlerin belirlenmesine ve kaynak kullanımının denetlenmesine de katkı sağlar (Nazlıoğlu, 2020). Geleneksel muhasebe anlayışı, işletmelerin varlık ve kaynaklarındaki değişimleri parasal olarak ifade ederken; medikal muhasebe, tıbbi süreçlerin (tanı, tedavi, ameliyat vb.) finansal dile çevrilmesi, mevzuata uygun hale getirilmesi ve kuruma gelir olarak döndürülmesi sürecini kapsar (Arık ve Yılmaz, 2021).

Medikal muhasebe, aynı zamanda sağlık hizmetlerinde fiyatlandırma, geri ödeme mekanizmaları ve sigorta uygulamaları açısından da kritik bir rol oynar. Bu yönüyle, kurumların mali disiplini korumasının yanı sıra, hizmet kalitesini artırmaya yönelik karar alma süreçlerine de destek sağlar (Akdoğan, 2024). İşletme kurallarının doğası gereği sağlık kurumları sundukları hizmetlerin karşılığını tam ve eksiksiz bir şekilde almayı hedeflerken, geri ödeme kurumları ise kaynakların adil dağılımını sağlamak amacıyla denetim mekanizmalarını işletmektedir. Bu dinamik döngü içerisinde medikal muhasebe; hem sağlık kurumunun finansal haklarını koruyan hem de geri ödeme kurumlarının denetim standartlarına uyumu sağlayan stratejik bir köprü vazifesi görmektedir. Ayrıca medikal muhasebe, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında oluşan maliyetlerin SGK'ya fiyatlandırılması, faturaların izlenmesi ve tahsilat işlemlerinin yürütülmesi gibi süreçlerin düzenlenmesinde de önemli bir rol oynar. Hastanın başvurusundan taburcu edilmesine kadar geçen tüm aşamalarda finansal kayıtların doğru ve zamanında tutulması, sağlık hizmetlerinin kesintisiz şekilde sürdürülmesine katkı sağlar (Kördeve, 2017).

2.4.1. Medikal Muhasebenin Kapsamı ve İşleyiş Süreçleri

Medikal muhasebe, sadece operasyonel bir faturalandırma faaliyeti olarak görülmemesi gereken; aksine hastanenin neredeyse tüm birimleriyle entegre şekilde yürütülen, dinamik bir süreçtir. Şengül (2019)'a göre Türkiye'de sağlıkta geri ödeme sisteminin temeli olan Medula (Medikal Ulak) sistemi zorunlu sigortaların tek çatı altında toplandığı e-Sağlık hizmetidir. Sağlık kurumları, sundukları tıbbi hizmetleri bu sistem üzerinden kayıt altına alarak finansal süreci başlatmaktadır. Şekil 1'de medikal muhasebenin süreç döngüsü gösterilmektedir.



Şekil 1. Medikal muhasebe süreç döngüsü (Kavuncubaşı ve Beyazıt, 2017).

Bu süreç temel olarak şu aşamaları kapsamaktadır (Kavuncubaşı ve Beyazıt, 2017):

1. **Sözleşme ve Mevzuat Yönetimi:** Medikal muhasebe birimi, SGK başta olmak üzere özel sigorta şirketleri ve diğer anlaşmalı kurumlarla yapılan sözleşmelerin şartlarını yönetir. Her kurumun ödeme kuralları ve provizyon şartları farklılık gösterdiğinden, bu süreç dinamik bir takip gerektirir.
2. **Hizmetin Kaydı ve Kodlanması:** Hekimler ve sağlık personeli tarafından sunulan hizmetlerin, tıbbi terminolojiye uygun olarak Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden kaydedilme sürecidir. Bu aşamada yapılan hatalı kodlamalar sonucu, doğrudan gelir kaybına sebebiyet verebilir.
3. **Fiyatlandırma ve Faturalama:** Kaydedilen hizmetlerin SUT fiyatları veya özel sigorta anlaşma fiyatları üzerinden ücretlendirilmesidir. Sağlık hizmeti sunucuları, Medula sistemi üzerinden provizyon onayı almak suretiyle hizmetleri kaydeder ve tek bir fatura altında toplar.
4. **Kontrol ve Gönderim:** Oluşturulan faturaların ve ekli belgelerin (epikriz, ameliyat raporu vb.) mevzuata uygunluğunun denetlenmesidir. Özellikle Medula sistemi üzerinden yapılan gönderimlerde, sistemin verdiği hata mesajlarının anlık olarak çözülmesi kritiktir.

5. **İtiraz ve Tahsilat Yönetimi:** Gönderilen faturaların incelenmesi sonucu yapılan kesintilere itiraz edilmesi ve hak edilen gelirin tahsil edilmesidir.

2.4.2. Sağlık Kurumlarında Medikal Muhasebenin Entegrasyonu

Medikal muhasebe süreci, hastanenin tek bir biriminin görev ve sorumluluğunda olamayacak kadar çok yönlü bir süreçtir. Başarılı bir medikal muhasebe yönetimi; stok, satın alma, eczane ve bilgi işlem birimlerinin senkronize çalışmasını gerektirir. Arık ve Yılmaz (2021) tarafından yapılan çalışmaya göre, bu entegrasyon şu başlıklar altında incelenebilir:

- **Satın Alma ve Stok Yönetimi ile İlişkisi:** Medikal muhasebe süreci, tıbbi malzemelerin Ürün Takip Sistemi (ÜTS) üzerinden takibini zorunlu kılar. Tıbbi malzemelerin tedarikçiden hastaneye girişi ve hasta üzerinde kullanımı zincirleme bir bildirim sürecidir. Bu entegrasyon sayesinde hastanelerde mükerrer satın alma ve stok kaçakları önlenerek, sadece geri ödeme kapsamında olan malzemelerin satın alınması sağlanır.
- **Eczane Birimi ile İlişkisi:** Medikal muhasebe ilaçların faturalandırılması sürecinde; ilaç tanımlamalarının sözleşme şartlarına uygunluğunu, ilaçların barkod bilgilerinin doğruluğunu ve özellikle kan ürünleri ile raporlu ilaçların miat kontrollerini denetler.
- **Bilgi İşlem (IT) Birimi ile İlişkisi:** Tüm teşhis ve tedavi hizmetlerinin HBYS'ye eksiksiz girilmesi ve güncel SUT fiyatlarının sisteme entegre edilmesi medikal muhasebenin sorumluluğundadır. Ayrıca sağlık verilerinin E-Nabız ve Sağlık-Net ile eşleştirilmesi, mükerrer tetkiklerin önlenmesi yoluyla kamusal tasarruf sağlanır.

2.4.3. Kamu ve Özel Sağlık İşletmelerinde Uygulama Farklılıkları

Medikal muhasebe kavramı, kamu ve özel sektörde farklı yönetsel önceliklerle ele alınmaktadır. Kamu hastanelerinde süreç genellikle “Faturalandırma Birimi” veya “Gelir Tahakkuk Birimi” adı altında yürütülür. Odaklandığı husus, kamu mali yönetimi esaslarına göre gelir tahakkukunun yapılması ve döner sermaye bütçesinin yönetilmesidir. Özel sağlık işletmelerinde ise medikal muhasebe, kârlılık ve nakit akışı yönetimi açısından merkezi bir role sahiptir. Özel hastanelerde bu birim; sadece SGK faturalarını değil, aynı zamanda özel sigorta provizyonlarını, hasta fark ücretlerini, hekim hak ediş hesaplamalarını ve anlaşmalı kurum cari hesaplarını da yönetir. Özellikle hekim hak edişlerinin hesaplanması, özel sektör medikal muhasebesinin en karmaşık ve önemli iş süreçlerinden birini oluşturur (Sayım, 2016).

2.4.4. Medikal Muhasebede Hata Yönetimi ve Riskler

Sağlık hizmetlerinin finansmanında karşılaşılan en büyük risklerin başında, faturalandırma süreçlerindeki hatalardan kaynaklanan kesintiler ve cezai yaptırımlar gelmektedir. Buğdaycı (2022)'e göre faturalandırmada yapılan hatalar, sağlık sistemi maliyetlerini artırarak kurumun nakit akışını bozmaktadır. Medikal muhasebe süreçlerinde karşılaşılan bu hatalar mahiyetlerine göre iki ana grupta ele alınmaktadır:

- **Teknik Hatalar:** Genellikle idari ve prosedürel aksaklıklardan kaynaklanan; eksik imza, yanlış barkod kullanımı, hasta bilgilerindeki hatalar veya epikriz gibi zorunlu belgelerin sisteme yüklenmemesi gibi süreç bazlı hatalardır.
- **Tıbbi İçerik Hataları:** Doğrudan tıbbi uygulama ile faturalandırılan işlem arasındaki uyumsuzluğu ifade eder. Tanı ve işlem kodlarının (ICD-10 ve SUT) birbiriyle örtüşmemesi, hastanın klinik tablosuna uygun olmayan ilaç veya malzeme kullanımı gibi hatalar bu kapsamda yer alır.

Faturaların Medula sistemine gönderilmeden önce uzman personel tarafından tıbbi ve teknik açıdan kontrol edilmesi, HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) üzerinde hata payını düşüren otomatik kontrol filtrelerinin tanımlanması ve medikal birimler ile muhasebe birimi arasında koordinasyonun iyileştirilmesi bu uygulamaların temelini oluşturmaktadır. Tüm bu süreç yönetimi; personelin sadece muhasebe bilgisine değil, aynı zamanda tıbbi terminolojiye ve güncel sağlık mevzuatına tam hakimiyetini zorunlu kılmaktadır (Gençtürk ve Cansever, 2016).

2.4.5. Medikal Muhasebenin Önemi ve Finansal Sürdürülebilirlik

Medikal muhasebe, sağlık kuruluşlarında finansal sürdürülebilirliğin sağlanması açısından hayati bir öneme sahiptir. Gelir ve gider dengesinin korunması ile hizmet başına maliyetlerin doğru şekilde hesaplanması medikal muhasebenin temel işlevlerindendir (Şenol ve Metin, 2022). Medikal muhasebe, kurum içi finansal işlemlerin yanında SUT kapsamında gerçekleştirilen fiyatlandırmalar ve SGK'ya yönelik faturalandırma süreçlerini de kapsamaktadır (Kılınç ve Boztosun, 2024).

Medikal muhasebe, sağlık hizmetlerinde mali disiplinin tesis edilmesine katkı sağlayarak kurumların sürdürülebilirliğini desteklemektedir. Doğru maliyet hesaplamaları ile kaynakların verimli kullanımı gerçekleşmiş haliyle bu durumda sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına zemin hazırlamıştır (Zelman, McCue ve Glick, 2014).

Son yıllarda, sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlayan bir diğer önemli gelişme olan dijitalleşmeyle, hastane sistemleri ve yapay zekâ destekli

muhasabe uygulamaları, faturalandırma süreçlerinde hata oranını düşürerek kaynakların daha verimli kullanılmasına olanak tanımaktadır (Ak, 2013).

OECD ülkeleriyle kıyaslandığında Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı görece düşük olsa da bu oranın 2000 yılından itibaren artış gösterdiği dikkat çekmektedir; bu durum, küresel ölçekte sağlık finansmanı politikalarının ne denli önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Ersöz, 2008). Bu finansal çerçevede medikal muhasebe, sağlık hizmetlerinde mali disiplinin tesis edilmesine katkı sağlayarak kurumların sürdürülebilirliğini desteklemekte; doğru maliyet hesaplamaları ile kaynakların verimli kullanımı, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasına da zemin hazırlamaktadır (Zelman, McCue ve Glick, 2014).

Ancak, özellikle üniversite hastaneleri ve kamu sağlık kurumlarında yaşanan faturalandırma uyumsuzlukları ile SGK’dan gelen geri ödemelerdeki gecikmelerin, mali sürdürülebilirliği olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Gençtürk ve Cansever, 2016). Ak (2013)’e göre son yıllarda sağlık hizmetlerinde finansal sürdürülebilirliğe katkı sağlayan bir diğer önemli gelişme olan dijitalleşmeyle birlikte hastane sistemleri ve yapay zekâ destekli muhasebe uygulamaları, bu tür faturalandırma süreçlerindeki hata oranını düşürerek kaynakların daha verimli kullanılmasına olanak tanımaktadır.

3. LİTERATÜR İNCELEMESİ

Bu bölümde, sağlık kurumlarında muhasebe uygulamaları ve medikal muhasebe alanında yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmalar sistematik bir biçimde ele alınmaktadır. İncelenen araştırmalar aracılığıyla, medikal muhasebe uygulamalarının maliyet kontrolü, finansal sürdürülebilirlik, geri ödeme sistemleri, teknolojik altyapı ve yönetsel süreçlerle ilişkisi değerlendirilerek literatürdeki boşluklar belirlenmiştir.

3.1. Türkiye’de Sağlık Kurumlarında Muhasebe Uygulamaları ve Maliyet Unsurları

Türkiye’de sağlık kurumlarında muhasebe uygulamalarını inceleyen çalışmalar; bu sistemin mali disiplin, sürdürülebilirlik ve yönetsel karar alma süreçlerindeki stratejik rolüne odaklanmaktadır. Nazlıoğlu (2020), medikal muhasebenin yalnızca yasal bir zorunluluk değil; mali disiplinin sağlanmasında ve kurumun geleceğine yön verecek kararların desteklenmesinde kritik bir işlev üstlendiğini belirtmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarının maliyet yapısı; temel olarak personel giderleri, tıbbi sarf malzemeleri ve ileri teknoloji kullanımına dayanmaktadır. Karasioğlu ve Çam (2008) tarafından yapılan araştırmada, personel giderleri ile ileri teknoloji yatırımlarının sağlık kurumlarında en yüksek maliyet kalemleri olduğu belirlenmiş; maliyet muhasebesi uygulamalarının ise bu kaynakların etkin kullanımına doğrudan katkı sağladığı vurgulanmıştır. Benzer şekilde Gençtürk ve Cansever (2016), personel maliyetlerinin toplam giderler içindeki yüksek payına dikkat çekerek, muhasebe sistemlerinin bu giderlerin izlenmesinde en önemli araç olduğunu ortaya koymuştur.

Sağlık kurumlarının bütçelerinde önemli bir paya sahip olan tıbbi sarf malzemeleri ve yüksek teknoloji cihazların yönetimi de muhasebe süreçlerinin odağında yer almaktadır. Şenol ve Metin (2022), bu maliyetlerin doğru muhasebe uygulamalarıyla takip edilmesinin hem mali disiplinin korunması hem de hizmet kalitesinin sürdürülebilmesi açısından kritik olduğunu ifade etmektedir. Javid vd., (2016) ise personel ve teknoloji giderlerinin maliyetleri artırdığını, ancak sağlıklı bir şekilde uygulanan medikal muhasebe sisteminin bu maliyetleri optimize edebildiğini savunmaktadır. Kördeve (2017) tarafından yapılan çalışmada da maliyet muhasebesi uygulamalarının, özellikle personel ve sarf malzemesi gibi yüksek gider kalemlerinin kontrol altına alınmasında etkili olduğu vurgulanmıştır. Naijar vd., (2017) ise cerrahi bakımlarda geleneksel muhasebe sistemlerinin gerçek maliyet dağılımını yansıtmakta

yetersiz kaldığını dile getirerek, süreç odaklı maliyet analizlerinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Medikal muhasebe literatüründe bu maliyet unsurlarının ölçülmesi noktasında ise son yıllarda Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (FTM) ve Zamana Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (TDABC) yöntemleri öne çıkmaktadır. TDABC yaklaşımı, süreç bazlı zaman ölçümleriyle doğrudan ve dolaylı maliyetleri hesaplayarak atıl kapasitenin tespit edilmesine olanak tanımaktadır. Jalalabadi vd., (2018), TDABC uygulamalarının hastanelerde maliyetleri önemli ölçüde azaltabildiğini belirterek, yöntemin kapasite hesaplamalarındaki avantajlarına dikkat çekmektedir. Kaplan ve Porter (2015), değer bazlı sağlık hizmeti anlayışının temelinde doğru maliyet ölçümünün yer aldığını ve bunun en etkin biçimde TDABC yöntemiyle sağlanabileceğini ileri sürmektedir. Amandaningrum vd., (2020) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada da bu yöntemin finansal şeffaflığı sağlama açısından etkili olduğu ortaya konmuştur. Yöntemin sağlık kurumlarında uygulanabilirliğini ve raporlama kalitesini artırmak amacıyla Etges, Polanczyk ve Urman (2020) tarafından uluslararası bir konsensüs bildirisi yayınlanmıştır. 32 maddelik bir kontrol listesinden (checklist) oluşan bu çerçeve, TDABC çalışmalarının metodolojik olarak tekrarlanabilirliğini desteklemekte ve maliyet tasarrufu odaklı stratejilerin sağlık sistemlerine entegrasyonu için bilimsel bir rehber sunmaktadır. Bu tür standartlaşma çabaları, medikal muhasebe süreçlerinden elde edilen verilerin dünya genelinde karşılaştırılabilir ve değer odaklı olmasını sağlamaktadır. Bu akademik çalışmaların bütünü; medikal muhasebenin sadece kayıt tutmakla sınırlı olmadığını, maliyetlerin izlenmesi ve hizmet değerinin ortaya konulması açısından stratejik bir yönetim aracı olduğunu kanıtlamaktadır (Ağırbaş, 2018).

3.2. SGK ve Özel Sigorta Uygulamaları

Medikal muhasebe, sağlık kurumlarının gelir yönetiminde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve özel sigorta süreçleriyle doğrudan ilişkilidir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansal yapısı incelendiğinde, kamu sağlık harcamalarının yaklaşık %80’ini tek başına karşılayan ve ülke bütçesinin yaklaşık yarısını yöneten SGK, piyasadaki en belirleyici aktör konumundadır (Mil, Güvercin ve Tarım, 2016). Sayım (2016), SGK geri ödeme süreçlerinde yaşanan faturalandırma sorunlarının tahsilat sürelerini uzattığını ve kurumların nakit akışını olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

Gençtürk ve Cansever (2016), SGK’nın geri ödeme politikalarının sağlık kurumlarının mali planlamasında belirleyici olduğunu; sık değişen mevzuatın muhasebe birimlerinde iş yükünü artırdığını ifade etmektedir. Benzer şekilde Nazlıoğlu (2020) da

mevzuat değişikliklerinin faturalandırma süreçlerinde sıkıntılara yol açtığını vurgulamaktadır.

Uluslararası literatürde geri ödeme modelleri hizmet başına ödeme ve paket ödeme sistemleri bağlamında ele alınmaktadır. Busse vd., (2011), Avrupa ülkelerinde paket ödeme (DRG) uygulamalarının mali disiplin ve şeffaflık üzerinde olumlu etkiler olduğunu dile getirmiştir. Anderson ve Davis (2015) ise ABD’de hizmet başına ödeme modellerinin maliyetleri artırdığını; paket ödeme sistemlerinin ise bütçe disiplinini güçlendirdiğini ortaya koymuştur.

3.3. Sağlık Kurumlarında Finansal Sürdürülebilirlik

Çevik ve Sarıççek (2023) medikal muhasebe birimlerinin finansal sürdürülebilirlikte kritik rol oynadığını; deneyim, mevzuat bilgisi ve iletişim becerilerinin bu alanda belirleyici olduğunu vurgulamaktadır.

Finansal sürdürülebilirlik, sağlık kurumlarında muhasebe ve medikal muhasebe uygulamalarının temel hedeflerinden biri olarak değerlendirilmektedir. Nazlıoğlu (2020), kaynakların etkin kullanımının yalnızca mali başarıya değil, hizmet sürekliliğine de katkı sağladığını ifade etmektedir.

Porter ve Kaplan (2016), mevcut ödeme modellerinin sağlık hizmetlerinde değer üretimini sınırladığını; paket ödeme ve değer bazlı yaklaşımların ise finansal sürdürülebilirliği desteklediğini ileri sürmektedir.

Abernethy (2007), doğru muhasebe verilerinin yöneticilerin stratejik karar alma süreçlerine katkı sağladığını ve maliyet kontrolü ile performans ölçümünde kritik rol oynadığını ortaya koymaktadır.

3.4. Teknolojik Altyapı ve Dijitalleşme

Teknolojik altyapının muhasebe sistemlerine sağladığı katkılar da literatürde incelenmektedir. Avaner ve Fedai (2017) tarafından belirtildiği üzere, sağlık reformları çerçevesinde kurulan bilgi sistemleri, karar destek süreçlerini hızlandırarak kurumlar arası eşgüdümü artırmaktadır. Ayrıca dijital hastane dönüşümü üzerine yapılan bir araştırmada, elektronik muhasebe sistemlerinin kullanımının hata oranlarını azalttığı ve raporlama süreçlerini hızlandırdığı ortaya konulmuştur. Çalışmada, dijitalleşmenin yalnızca mali kayıtların doğruluğunu artırmakla kalmaz; aynı zamanda sağlık kurumlarının karar alma mekanizmalarına daha güvenilir veri sağladığı görüşü dile getirilmektedir (Ak, 2023).

Teknolojik altyapının güçlendirilmesi, sağlık kurumlarında muhasebe süreçlerinin etkinliğini artırmanın yanı sıra kurumsal verimliliğe de katkıda bulunmaktadır. Sağlıkta dijitalleşme ve yapay zekâ uygulamalarını ele alan bir çalışmada, elektronik muhasebe sistemlerinin kullanıldığı hastanelerde mali raporlama hızının yükseldiği, hata oranlarının azaldığı ve yöneticilerin daha sağlıklı kararlar alabildiği tespit edilmiştir (Akalın ve Veranyurt, 2020)

3.5. Yönetimsel Boyut, Performans ve Şeffaflık

Literatürde sağlık kurumlarında muhasebe uygulamalarının yönetimsel süreçler, performans ölçümü ve şeffaflık üzerindeki etkisi sıklıkla vurgulanmaktadır. Arık ve Yılmaz (2021), muhasebe uygulamalarının yalnızca finansal denetim değil, aynı zamanda hesap verebilirlik ve hizmet kalitesi açısından da önemli olduğunu belirtmektedir. Hastanelerde faturalandırma ve kayıt süreçlerini inceleyen bir araştırmada, dijital sistemlerin kullanımından kaynaklı şeffaflık sayesinde hem çalışan verimliliğinin hem de kurumsal hesap verebilirliğin arttığı vurgulanmıştır (Improving Hospital Billing Report, 2020).

Pflueger (2015)'e göre, performans ölçümünde çoklu değerlendirme yaklaşımlarının ve maliyetlendirme yöntemleriyle entegrasyonun önemine dikkat çekmektedir. Geleneksel ve tek boyutlu ölçüm araçları sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısını tam olarak yansıtmaktan uzaktır. Bu nedenle, maliyet verilerinin klinik çıktılarla eş zamanlı olarak değerlendirildiği bir altyapı, kurumsal kalitenin ölçülmesinde daha stratejik bir perspektif sunmaktadır. Bu entegrasyon sayesinde sağlık yöneticileri, kaynak kullanımındaki verimliliği sadece finansal bir veri olarak değil, hizmet kalitesini artıran bütünsel bir değer olarak analiz edebilmektedir. Böylece muhasebe, pasif bir kayıt sistemi olmaktan çıkarak kalite iyileştirme süreçlerinin temel altyapısını oluşturan dinamik bir mekanizmaya dönüşmektedir. Hardy (1996), kriz dönemlerinde muhasebe uygulamalarının organizasyon içerisinde güç ve iş birliği dinamiklerini etkilediğini ortaya koymaktadır.

3.6. Literatür Değerlendirmesi

Literatür genel olarak sağlık kurumlarında muhasebe uygulamalarının maliyet kontrolü ve finansal performans üzerindeki etkilerine odaklanmaktadır. Ancak saha uygulamalarına, çalışan deneyimlerine ve operasyonel güçlüklerin nitel boyutuna odaklanan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu durum, mevcut araştırmanın

özgün değerini ortaya koymakta ve medikal muhasebe uygulamalarının etkinliğinin nitel bir bakış açısıyla değerlendirilmesine duyulan ihtiyacı göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, sağlık kurumlarında muhasebe ve medikal muhasebe uygulamalarının ağırlıklı olarak maliyet kontrolü, geri ödeme sistemleri, finansal sürdürülebilirlik ve teknolojik altyapı boyutlarıyla ele alındığı görülmektedir. Mevcut çalışmaların büyük bir bölümü, belirli maliyet hesaplama yöntemleri, nicel finansal göstergeler ve geri ödeme modelleri üzerinden değerlendirmeler sunmakta; muhasebe sistemlerinin kurumsal performans üzerindeki etkilerini sayısal verilerle ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte, literatürde medikal muhasebe uygulamalarının saha düzeyindeki işleyişini, uygulayıcıların deneyimlerini, karşılaşılan operasyonel güçlükleri ve mevzuat ile dijital sistemlerin günlük uygulamalara yansımalarını ele alan nitel araştırmaların sınırlı olduğu dikkat çekmektedir. Özellikle hastanelerde medikal muhasebe birimlerinin kuruluş süreci, iş yükü, personel yeterliliği, hata yönetimi ve sistem etkinliği gibi konuların uygulayıcı bakış açısıyla derinlemesine incelenmesine yönelik çalışmaların eksikliği göze çarpmaktadır.

Bu bağlamda, mevcut çalışma; medikal muhasebe sisteminin hastanelerdeki işleyişini, etkinliğini ve karşılaşılan sorunları uygulayıcıların deneyimleri ve görüşleri doğrultusunda değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Çalışma, literatürde ağırlıklı olarak nicel verilerle ele alınan medikal muhasebe konusunu, nitel bir yaklaşımla inceleyerek saha gerçeklerini ortaya koymayı ve mevcut bilgi birikimine bütüncül bir katkı sunmayı hedeflemektedir. Bu durum, çalışmanın özgün değerini öne çıkarmakta ve alana katkı sağlama potansiyelini güçlendirmektedir.

4. YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Problemi ve Amacı

Sağlık hizmet sunumunun dijitalleşmesi ve finansal sürdürülebilirliğin giderek önem kazanması, sağlık kurumlarında medikal muhasebe birimlerinin daha işlevsel ve kurumsal yapılara dönüşmesini gerekli kılmaktadır. Ancak bu dönüşüm sürecinde karşılaşılan mevzuat eksiklikleri, sistemsel uyumsuzluklar, eğitim yetersizlikleri ve personel eksiklikleri gibi yapısal, teknik ve insan kaynağına dair sorunlar ile karşılaşmaktadır. Bu bağlamda, araştırmanın temel problemi, Türkiye’de hastanelerde medikal muhasebe sistemlerinin mevcut işleyişi, yapısal sorunları ve bu sistemin etkili çalışmasını engelleyen unsurların ne olduğu sorusudur.

Araştırmanın amacı, medikal muhasebe biriminin kuruluş süreci, görev alanları, personel deneyimleri, sistem entegrasyonu, mevzuat uyumu ve eğitim süreçlerini katılımcı görüşleri doğrultusunda detaylı biçimde analiz etmek, bu alanda yaşanan sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmek ve sistemin etkinliğini artırmaya yönelik stratejik çıkarımlar elde etmektir.

4.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, Türkiye’nin çeşitli illerindeki kamu, özel ve üniversite hastanelerinde görev yapan toplam 23 medikal muhasebe çalışanı oluşturmuştur. Katılımcılar; medikal muhasebe biriminde aktif olarak çalışan, farklı görev ve sorumluluklara sahip personelden oluşmakta olup, nitel veri analizinde çeşitlilik esasına uygun olarak belirlenmiştir. Katılımcılar, iş deneyimi, kurum tipi, pozisyon ve eğitim durumu bakımından heterojen bir yapı sunmaktadır.

4.3. Araştırmanın Önemi

Medikal muhasebe, sadece finansal işlemlerin yürütüldüğü teknik bir alan değil, hastane gelirlerinin korunması, mali sürdürülebilirliğin sağlanması ve sağlık hizmet sunumunun şeffaflık ve denetlenebilirlik içinde yürütülmesi açısından kritik bir fonksiyona sahiptir. Ancak bu alana dair bilimsel çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Bu çalışma, medikal muhasebe birimlerinin yapısal ve işlevsel değerlendirmesini derinlemesine ele alarak, sağlık yönetimi literatürüne özgün ve pratik yönleri olan katkılar sunmaktadır. Ayrıca araştırma, mevzuat sadeleştirme ihtiyacı, personel eğitimleri ve

dijital sistem entegrasyonu gibi alanlarda politika yapıcılar ve hastane yöneticileri için somut öneriler sunmayı hedeflemektedir.

4.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın temel sınırlılığı, yalnızca 23 katılımcıyla sınırlı kalması ve verilerin nitel görüşmelere dayalı olmasıdır. Bulgular, Türkiye'deki genel uygulamaları yansıtmakla birlikte, tüm sağlık kurumları için genelleştirilemeyebilir. Ayrıca araştırma, yalnızca medikal muhasebe birimi çalışanlarının görüşlerine dayalıdır. Hekim, hemşire veya üst yönetim temsilcilerinin doğrudan görüşleri bu çalışmaya dahil edilmemiştir. Bununla birlikte, çalışma saha temelli deneyimleri derinlemesine analiz etmesi bakımından güçlü bir içgörü sağlamaktadır.

4.5. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışma; Merriam ve Tisdell (2016)'nın vurguladığı üzere, katılımcıların mevcut bakış açılarını esas alarak deneyimlerine ilişkin kapsamlı ve derinlemesine bilgi elde etmeyi hedeflediğinden, nitel araştırma metodolojisi çerçevesinde tasarlanmıştır. Araştırmada ilk olarak verilerin toplanabilmesi için özgün bir şekilde görüşme formu ve soruları oluşturulmuştur. Görüşme formunda kullanılan sorular araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve kapsam geçerliliğinin sağlanması amacıyla iki akademisyenin uzman görüşüne sunulmuştur. Forma ilişkin Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 22/04/2024 tarih ve 2024/4 sayılı izni bulunmaktadır (Ek-1).

Araştırmada, katılımcıların deneyim, görüş ve gözlemlerine dayalı olarak veri toplanmış ve MAXQDA yazılımı aracılığıyla içerik analizi uygulanmıştır. Kodlamalar sonucunda elde edilen veriler, hiyerarşik kod-alt kod modelleri ile tematik başlıklar altında sınıflandırılmış ve frekans analizleriyle desteklenmiştir.

4.5.1. Nitel Veri Analizi Süreci

Araştırmada elde edilen nitel veriler, tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiştir. Braun ve Clarke (2006), tematik analizin yaygın kullanılan ve esnek bir analiz yöntemi olduğunu belirtmektedir. Kullanılan tematik analiz yöntemi verilerdeki temaları belirlemede ve bunların analiz edilip raporlanmasında kullanılır. İçerik analizinde temelde üç kodlama yönteminden bahsedilir: (1) açık kodlama, (2) eksenel kodlama ve (3) seçici kodlama (Saldaña, 2021; Hsieh ve Shannon, 2005).

Açık kodlama; tümevarımsal bir yaklaşım benimseyerek sadece verilerden elde edilen kodları kullanır. Eksenel kodlama; açık kodlama aşamasında elde edilen kod ve kategorilerin birbiriyle olan ilişkilerini saptayarak, veriler arasındaki bağlantıları ve üst temaları belirler. Seçici kodlama ise; tüm kategorileri ana bir çekirdek kategori etrafında bütünleştirerek, verilerin kuramsal veya tematik bir çerçeveye oturtulmasını sağlar (Glesne, 2013; Elo ve Kyngäs, 2008).

Verilerin sistematik olarak analiz edilmesinde MAXQDA yazılımı kullanılmıştır. MAXQDA programı, nitel çalışmaların tematik analiz yöntemiyle sistematik bir şekilde yorumlanması ve kodlanması sürecinde kullanılan güçlü bir arayüzdür (Kuckartz ve Kuckartz, 2001).

Tematik analizin önemli ve ilk aşamalarından biri verilerin kodlanmasıdır (Glesne, 2013). Analiz sürecinde veriler değerlendirilerek, çalışma için anlamlı ifadeler belirlenmiş ve bu ifadeler tematik yapıya uygun kodlara dönüştürülmüştür.

Nitel veri analizi sürecinde aşağıdaki adımlar izlenmiştir:

- Veri Toplama: 23 medikal muhasebe çalışanı ile yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir.
- Verilerin Kodlanması: Görüşme transkriptleri MAXQDA programına aktararak açık, eksenel ve seçici kodlama yöntemleri kullanılmıştır.
- Tematik Sınıflandırma: Kodlar, anlam bütünlüğü çerçevesinde birleştirilerek ana tema ve alt temalar oluşturulmuştur.
- Modelleme: Elde edilen temalar, hiyerarşik modelleme ile yapılandırılmış; görsel şemalarla ifade edilmiştir.
- Yorumlama: Kod frekansları, katılımcı alıntıları ve literatür destekleriyle yorumlanmış ve anlamlı bir bütünlük içinde raporlanmıştır.

Bu yöntemsel süreç sayesinde, sahadaki uygulama gerçekliği, sadece anlatı düzeyinde değil, tematik yapı, kod yoğunluğu ve katılımcı örnekleriyle bütüncül biçimde analiz edilmiştir.

5. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın amacı doğrultusunda gerçekleştirilen yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen veriler analiz edilerek sunulmuştur. Araştırmanın temel amacı olan medikal muhasebe sisteminin incelenmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi kapsamında, katılımcıların görüşleri tematik olarak analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular; katılımcıların demografik özellikleri ve araştırmanın alt problemlerine yönelik temalar olmak üzere iki ana başlık altında ele alınmıştır.

Araştırmanın çalışma grubunu, farklı hastane türlerinde (kamu, özel ve üniversite) görev yapan ve medikal muhasebe süreçlerinde aktif rol alan personel oluşturmaktadır. Veri toplama sürecinde toplam 23 katılımcı ile görüşme sağlanmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine (kurum tipi, unvan/pozisyon, mesleki deneyim süresi ve eğitim düzeyi) ilişkin dağılım Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların demografik dağılımı

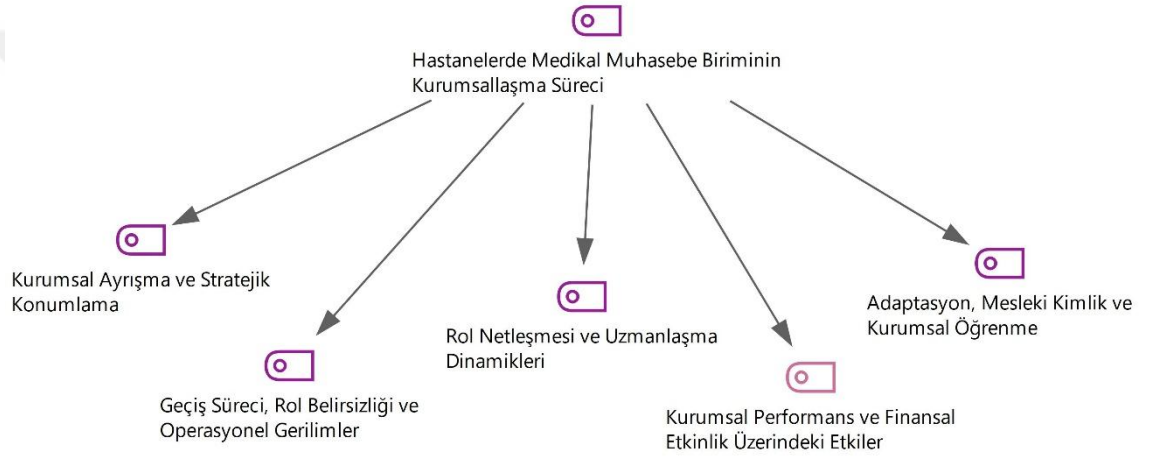
Katılımcı No	Kurum Tipi	Unvan/Pozisyon	Mesleki Deneyim (Yıl)	Eğitim Düzeyi/Alan
K1	Özel	Medikal Muhasebe Çalışanı	2	Lisans/Muhasebe
K2	Özel	Medikal Muhasebe Çalışanı	3	Lisans/Muhasebe
K3	Özel	Medikal Muhasebe Çalışanı	10	Lisans/Sertifikalı
K4	Özel	Medikal Muhasebe Uzmanı	1	Lisans/Muhasebe
K5	Özel	Medikal Muhasebe Çalışanı	8	Lisans/Sertifikalı
K6	Özel	Medikal Muhasebe Çalışanı	5	Lisans/Sertifikalı
K7	Özel	Medikal Muhasebe Çalışanı	7	Lisans/Sertifikalı
K8	Kamu	Medikal Muhasebe Çalışanı	2	Lisans/Muhasebe
K9	Üniversite	Medikal Muhasebe Çalışanı	4	Lisans/Sağlık Yönetimi
K10	Üniversite	Birim Sorumlusu	6	Lisans/Hizmet Alım Eğitimi
K11	Üniversite	Medikal Muhasebe Çalışanı	26	Lisans/Muhasebe
K12	Üniversite	Medikal Muhasebe Çalışanı	4	Lisans/Sertifikalı
K13	Üniversite	Medikal Muhasebe Çalışanı	6	Önlisans/Muhasebe
K14	Üniversite	Medikal Muhasebe Çalışanı	3	Lisans/Sağlık Kurumları İşletmeciliği
K15	Üniversite	Medikal Muhasebe Çalışanı	11	Lise/Sağlık Meslek Lisesi
K16	Üniversite	Medikal Muhasebe Çalışanı	5	Önlisans/Paramedik
K17	Özel	Medikal Muhasebe Çalışanı	4	Lisans/Sertifikalı
K18	Kamu	Birim Sorumlusu	6	Lisans/Muhasebe
K19	Kamu	Medikal Muhasebe Çalışanı	11	Lisans/Muhasebe
K20	Kamu	Medikal Muhasebe Çalışanı	14	Lisans/Sağlık Yönetimi
K21	Kamu	Birim Sorumlusu	17	Lise/Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni
K22	Kamu	Medikal Muhasebe Çalışanı	4	Lise/Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni
K23	Kamu	Birim Sorumlusu	6	Lisans/Sertifikalı

Örnekleme yer alan sertifikalı katılımcılar, akademik eğitimlerini farklı disiplinlerde tamamlamış olsalar dahi, medikal muhasebenin teknik gereklilikleri olan

SUT mevzuatı ve Medula sistemi gibi konularda spesifik uzmanlık eğitimi almış kişileri temsil etmektedir. Bu durum, araştırmanın verilerini sadece genel yönetim perspektifiyle değil, aynı zamanda doğrudan uygulama ve teknik mevzuat uzmanlığıyla da zenginleştirmiştir.

5.1. Hastanelerde Medikal Muhasebe Biriminin Kurumsallaşma Süreci

Medikal muhasebe biriminin kurulması, sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği açısından stratejik bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir. Şekil 2’de sunulan hiyerarşik kod-alt kod modeli, bu birimin kurulma gerekçeleri ve işleyişine dair sahadan toplanan 23 katılımcı verisiyle desteklenmiş beş alt kategori üzerinden yapılandırılmıştır.



Şekil 2. Hastanelerde medikal muhasebe biriminin kurumsallaşma süreci hiyerarşik kod modeli

5.1.1. Kurumsal Ayırışma ve Stratejik Konumlama

Şekil 2’de görülen bu tema, medikal muhasebe biriminin son yıllarda Türkiye’deki hastanelerde giderek daha yaygın hâle geldiğini ve yapısal olarak ayrıştırıldığını göstermektedir.

Katılımcıların çoğu, birimin önce genel muhasebe içinde tanımsız şekilde yer aldığını, ancak sonradan ayrı bir birim olarak organize edildiğini belirtmiştir.

“Evet, var ama çok yeni. Daha beş ay önce kuruldu... Şimdi ayrı bir birim olduk.”
(K3)

“Eskiden her şey dağınıktı, şimdi en azından belli bir düzen var.” (K7)

Bu dönüşüm, medikal muhasebenin artık sadece teknik bir alt alan değil, hastane gelir süreçlerinin yönetiminde stratejik bir rol üstlendiğini göstermektedir.

“Medikal muhasebe birimlerinin son yıllarda bağımsız yapılar olarak ortaya çıkması, sağlık kurumlarında bu alanın kurumsal bir boyut kazandığını ve stratejik öneminin giderek arttığını göstermektedir (f=22).”

5.1.2. Rol Netleşmesi ve Uzmanlaşma Dinamikleri

Katılımcıların aktarımlarına göre medikal muhasebe biriminin temel görev alanları; SGK ve özel sigorta işlemleri, kodlama, provizyon, fatura düzenleme ve ödeme takibidir (f=13).

“SGK işlemleri, özel sigorta şirketleriyle yapılan anlaşmalar, hizmetlerin doğru kodlanması gibi işlerle uğraşıyoruz.” (K10).

“Kod eşleştirmelerinde manuel ve otomatik kontrol araçlarını birlikte kullanıyoruz.” (K16).

Bu görevlerin doğru bir şekilde yürütülmesi hem kurum gelirlerinin korunmasını hem de hasta hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Ayrıca işleyişin dijital sistemlere entegre olması, hataları azaltmakla birlikte uzmanlık gereksinimini de arttırmaktadır. Bu nedenle denilebilir ki:

“Birim görev tanımlarının netleşmesi, sağlık hizmet sunumunun finansal boyutunu denetim altına alarak hataları minimize etmekte, sistemin düzenli ve izlenebilir hâle gelmesini sağlamaktadır (f=13).”

5.1.3. Geçiş Süreci, Rol Belirsizliği ve Operasyonel Gerilimler

Yeni kurulan birimlerin ilk aşamada karşılaştığı en büyük sorunlardan biri, rol belirsizlikleri ve sistem karmaşasıdır.

“Sistemi hâlâ oturtmaya çalışıyoruz. Her şey tam yerleşmiş değil.” (K3)

“Kim ne yapacak belli değil, bazen bir işi yapıyoruz sonra başkasının işiymiş çıkıyor.” (K8)

Yeni sistemlerin oturtulması zaman alırken, çalışanlar iş yüküyle başa çıkmakta zorlanabilmekte, sık sık tekrar eden hatalar sistemsel aksamalara yol açabilmektedir.

“Yeni oluşan medikal muhasebe birimlerinde iş tanımlarının netleşmemesi, mevzuat değişikliklerinin hızına yetişilememesi ve sistem uyumsuzlukları, süreçte belirsizliklere ve operasyonel zorluklara neden olmaktadır (f=8).”

5.1.4. Adaptasyon, Mesleki Kimlik ve Kurumsal Öğrenme

Katılımcılar bu yeni yapıya alışma sürecinde hem bireysel zorluklar hem de duygusal deneyimler yaşamaktadır.

“İlk başta çok zorlandım, çok hata yaptım... Ama şimdi alıştım.” (K9).

“Eve geldiğimde hâlâ kafamda eksik kalan belgeleri düşünüyorum.” (K15).

“Ben sabah sayfa açarken bile içim daralıyor.” (K22).

Bu ifadeler, medikal muhasebenin teknik bilgiden çok daha fazlasını, yani stres yönetimi, dikkat, koordinasyon ve öğrenme motivasyonunu gerektiren bir alan olduğunu göstermektedir. Birçok katılımcı bu süreci “yavaş alışma” ve “içsel sorgulama” ile tanımlamıştır. Buradan hareketle denilebilir ki:

“Medikal muhasebe biriminde çalışan bireylerin adaptasyon süreci, sadece teknik bilgiye değil; aynı zamanda psikolojik dayanıklılığa, motivasyonel faktörlere ve mesleki doyuma dayalı olarak şekillenmektedir” (f=8).

5.1.5. Kurumsal Performans ve Finansal Etkinlik Üzerindeki Etkiler

Son olarak, birçok katılımcı, medikal muhasebe biriminin kurulmasının hastane işleyişi açısından büyük faydalar sağladığını belirtmiştir (f=7).

“Daha önce işlemler manuel yapılıyordu, şimdi elektronik ortamda daha hızlı ve güvenli ilerliyoruz (K6).”

“Hatalarımız azaldı, iş yükümüzde de hafifleme oldu (K8).”

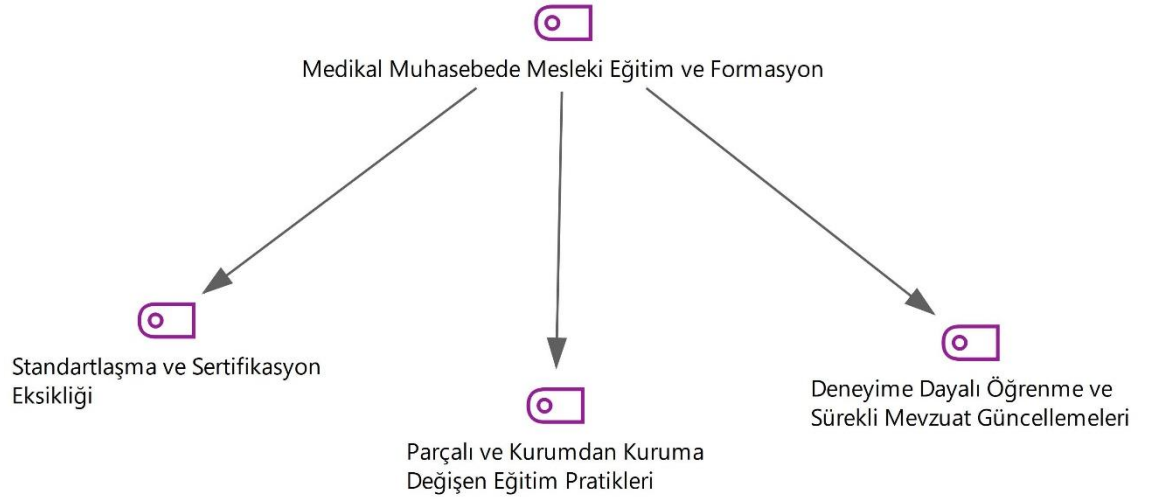
“Sistemli çalışınca motivasyon da artıyor” (K16).

Bu gelişmeler, fatura reddi oranlarının düşmesi, gelirlerin zamanında tahsil edilmesi ve iç denetim mekanizmalarının güçlenmesi gibi çıktılarla kendini göstermektedir. Özellikle çalışan motivasyonu ve profesyonel aidiyetin artması, sistemin sürdürülebilirliği açısından oldukça önemlidir. Akademik düzeyde şöyle denilebilir:

“Medikal muhasebe birimlerinin işlevselleşmesi, sadece mali doğruluğu değil; aynı zamanda çalışan bağlılığını ve kurumsal etkinliği artıran pozitif bir dönüşüm yaratmaktadır (f=7).”

5.2. Medikal Muhasebede Mesleki Eğitim ve Formasyon

Medikal muhasebe sistemine ilişkin eğitim süreçleri; bireysel çaba, kurum içi uygulamalar, resmi eğitim programları ve informal öğrenme biçimleri etrafında şekillenmektedir. Şekil 3’te yer alan hiyerarşik kod modeli, bu süreçlerin ne derece sistemli olduğunu, katılımcıların hangi yollarla bilgi edindiğini ve bu eğitimlerin belgelendirilip belgelendirilmediğini üç alt tema altında analiz etmektedir.



Şekil 3. Medikal muhasebede mesleki eğitim ve formasyon hiyerarşik kod modeli

Şekil 3, Türkiye’de medikal muhasebe alanında alınan eğitim türlerine ilişkin nitel bulguları kategorik olarak sunmaktadır. Ana tema olan “Medikal Muhasebede Mesleki Eğitim ve Formasyon”, üç alt tema altında analiz edilmiştir: Standartlaşma ve Sertifikasyon Eksikliği, Parçalı ve Kurumdan Kuruma Değişen Eğitim Pratikleri, Deneyime Dayalı Öğrenme ve Sürekli Mevzuat Güncellemeleri.

5.2.1. Standartlaşma ve Sertifikasyon Eksikliği

Verilere göre birçok katılımcı, medikal muhasebe alanında çeşitli eğitimlere katılmış olsa da bu eğitimlerin sonucunda resmi ve geçerli bir sertifika edinmenin yaygın olmadığını belirtmiştir. Bazı katılımcılar katılım belgesi aldıklarını ifade etmiş, ancak bu belgelerin genellikle e-devlet sisteminde görünmeyen, resmi geçerliliği sınırlı belgeler olduğu vurgulanmıştır. Bu durum, mesleki niteliğin belgelenmesi açısından ciddi bir boşluk olduğunu göstermektedir (f=20).

“Ama şu an için resmi bir sertifikam yok. Tabi bir katılım belgesi veriyorlar ama bu katılıma yönelik girdiğiniz zaman e-devlette olan bir şey değil.” (K1).

Öte yandan bazı katılımcılar, sertifikalarını kişisel başarı sembolü olarak değerlendirmekte, özgeçmişlerine ek bir değer kattığını düşünmektedir:

“Sertifikam da var, dolabımın kapağına bile astım, bakıp bakıp ‘aferin bana’ diyorum bazen.” (K7).

5.2.2. Parçalı ve Kurumdan Kuruma Değişen Eğitim Pratikleri

Medikal muhasebe konusunda eğitim veren kurumlara bakıldığında Sağlık Bakanlığı, SGK, özel eğitim kurumları yer almaktadır. Bu eğitimlerin çoğunlukla teorik

bilgiye dayalı, seminer formatında ve çoğu zaman mesai saatleri içinde verilmesi, çalışanlar için katılım zorluğu yaratmaktadır. Katılımcılar özellikle özel sigorta işlemleri, Medula kullanımı ve geri ödeme süreçleri konularında dış eğitimlerin katkısını vurgulamaktadır (f=15):

“SGK’nın düzenlediği bazı bilgilendirme seminerlerine katıldım. Medula sistemi kullanımı ve geri ödeme süreçleri gibi konular anlatıldı.” (K2).

“Bir özel üniversitenin düzenlediği Medikal Muhasebe Sertifika Programı’na katıldım. Orası daha kapsamlıydı, özellikle vaka üzerinden gitmeleri çok faydalı oldu.” (K12)

Ancak bazı katılımcılar, dış eğitim kurumlarının uygulama yetersizliği ve sürekli değişen mevzuata ayak uyduramaması nedeniyle tatmin edici bulunmadığını da dile getirmiştir:

“Eğitim veren yerlerin de kendini bu çerçevede geliştirmesi gerek. Eğitim veriliyorsa uygulamalı da olmalı.” (K5)

Kurum içi eğitimler, özellikle işe yeni başlayanlar için temel bir öğrenme aracı olarak görülmektedir. SGK mevzuatı, faturalandırma süreçleri, hasta tahsilatları gibi uygulamaya dönük içeriklerin, hastanelerin finans birimleri tarafından düzenlenen bu eğitimlerde işlendiği görülmektedir (f=10):

“SGK mevzuatı, faturalandırma süreçleri, hasta tahsilatları gibi konulara yönelik iç eğitimler aldım.” (K2).

“Hastanemizin kendi iç eğitimlerine katıldım. Bu eğitimler daha çok uygulama ağırlıklıydı.” (K14).

Ancak eğitimlerin içeriği ve eğitmen yeterliliği zaman zaman sorgulanmaktadır. Bazı katılımcılar, eğitimin “eğitimden çok toplantı havasında” geçtiğini ve eğitmenlerin konuya tam hâkim olmadığını ifade etmiştir:

“Eğitim demeye bin şahit ister. Anlatan zat-ı muhterem de işi yeni öğreniyor gibiydi.” (K11).

Pandemiyle birlikte yaygınlaşan online kurslar, medikal muhasebe alanında alternatif bir öğrenme aracı olarak değerlendirilmektedir. Bazı katılımcılar bu kurslardan memnun kalmış ve sertifika aldıklarını belirtmiştir (f=7):

“Online olarak eğitim aldım ve oradan aldığım sertifikam var.” (K6).

“Sağlık Bakanlığı onaylı uzaktan eğitim programlarına katıldım.” (K12).

Ancak içerik açısından teorik ağırlıklı ve uygulama desteği zayıf olan bu eğitimlerin, özellikle yeni başlayanlar için yeterli olmadığı görüşü de dikkat çekmektedir:

“Eğitimler genelde teorikti ve uygulamalı kısımlar yetersizdi.” (K9).

5.2.3. Deneyime Dayalı Öğrenme ve Sürekli Mevzuat Güncellemeleri

Katılımcıların önemli bir kısmı, medikal muhasebe bilgisini sahada çalışarak, hata yaparak ve deneyimleyerek kazandıklarını ifade etmektedir. Bu öğrenme biçimi çoğu zaman sistemin karmaşıklığı nedeniyle zaman alıcı ve stresli bir süreç olarak tanımlanmaktadır (f=10).

“Her dosya yeni bir şey öğretiyor çünkü mevzuat sürekli güncelleniyor.” (K12).

“Her hata bana yeni bir şey kattı, her dönüş yeni bir tecrübe oldu.” (K21).

Deneyime dayalı öğrenme, özellikle eğitim kaynaklarının yetersiz olduğu kurumlarda, neredeyse zorunlu bir öğrenme yolu hâline gelmiştir:

“Bize bir sistem gösterdiler ama hangi işlem nereye girilir, hangi kod neye karşılık gelir, bunları açıklayan olmadı.” (K11).

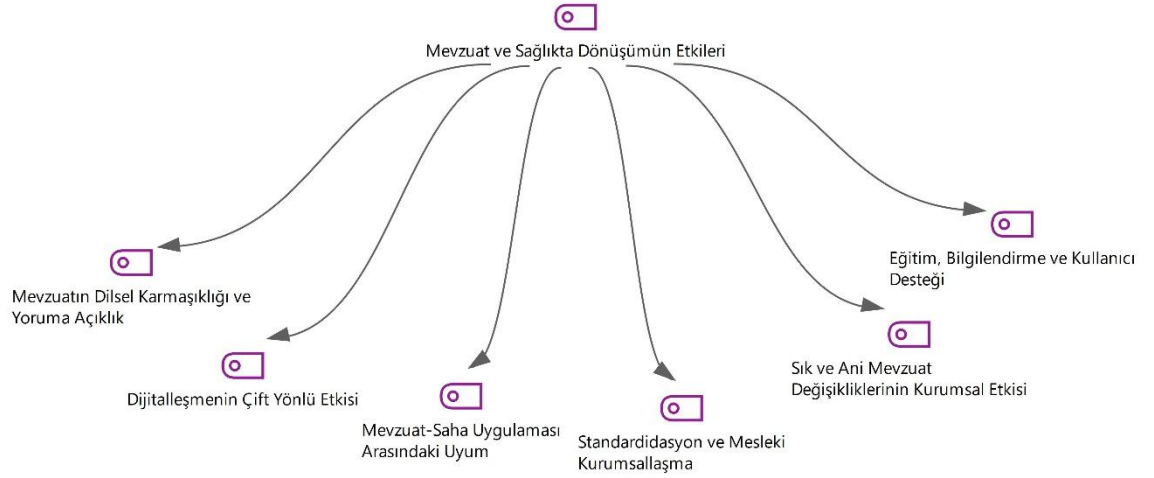
Katılımcılar, medikal muhasebe alanında en büyük zorluklardan birinin mevzuatın sürekli değişmesi olduğunu vurgulamaktadır. Özellikle SGK ve SUT güncellemelerinin sık ve karmaşık olması, çalışanların güncel kalmasını zorlaştırmakta, bu da eğitimlerin sürekli hale getirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (f=5):

“Mevzuat dediğimiz şey bazen yemek tarifi gibidir. Tarif var ama bazı yerleri eksik yazılmış gibi.” (K10).

“Bu sistem sürekli güncelleniyor ama biz bu güncellemelerden ancak dosya döndüğünde haberdar oluyoruz.” (K15).

5.3. Mevzuat ve Sağlıkta Dönüşümün Etkileri

SDP'nin etkisiyle birlikte medikal muhasebe sistemlerinde önemli yapısal dönüşümler yaşanmış; ancak bu değişimin mevzuatın anlaşılabilirliği, uygulama pratiği, standartlaşma, eğitim eksikliği ve saha-uygulama uyumsuzluğu gibi pek çok boyutta çeşitli zorluklarla karşılaştığı görülmektedir. Şekil 4'te sunulan hiyerarşik model, mevzuat ile uygulama arasındaki çok katmanlı ilişkiyi görselleştirmektedir.



Şekil 4. Mevzuat ve sağlıkta dönüşümün etkileri hiyerarşik kod modeli

5.3.1. Mevzuatın Dilsel Karmaşıklığı ve Yorum Açıklık

Medikal muhasebe uygulamaları açısından mevzuatın anlaşılabilirliği konusu, katılımcılar arasında en çok dile getirilen meselelerden biri olmuştur. SDP ile birlikte mevzuatın varlığı ve kapsamı artmış olsa da uygulayıcıların bu metinleri sahada ne ölçüde anlayabildiği ve uygulayabildiği halen tartışmalıdır (f=10).

"Mevzuat dosyası kalın, evet; içerik de bol ama dili biraz ağır. Özellikle ilk bakışta bu cümle ne demek istiyor diye durup düşündüğümüz çok oluyor" (K11).

"Mevzuat teoride ne kadar net olsa da pratikte bu açıklık her zaman hissedilmiyor" (K16).

Katılımcı görüşlerine bakıldığında, mevzuatın yoruma açık ve farklı yorumların uygulanabilirliğe zarar verdiğini vurgulamıştır. Bu durum, sadece deneyimli çalışanlar için değil, yeni başlayan personel için de bir zorluk oluşturmaktadır:

"Yeni gelen biri o tebliği eline alsa, işlem yapamaz" (K21).

Dolayısıyla, mevzuatın sadeleştirilmesi, örneklerle desteklenmesi ve uygulayıcı odaklı hale getirilmesi gerektiği yönünde güçlü bir konsensüs oluşmuştur.

Katılımcılar, mevzuatın açık, net ve tek yorumlanabilir olmaması nedeniyle sahada büyük belirsizlikler yaşandığını vurgulamaktadır. Özellikle SGK ile Sağlık Bakanlığı'nın işlem ve geri ödeme kriterleri arasındaki tutarsızlıklar, aynı işlemin farklı kurumlarda farklı şekilde uygulanmasına sebep olmaktadır. Mevzuatın yoruma açık olması, fatura reddi, kesinti ve hasta mağduriyeti gibi sonuçlara yol açmaktadır (f=7).

“Bazı işlemlerde SGK'nın ödeme kriterleriyle Sağlık Bakanlığı'nın işlem tanımları birbiriyle çelişiyor. Mesela bir işlem tıbben gerekli ama SGK karşılamıyor, biz de fatura edemiyoruz; hasta mağdur oluyor, biz sıkıntıya giriyoruz.” (K7)

Bu bağlamda, mevzuatın sahada çalışanlar için rehberlik özelliği taşıması gerektiği, ancak mevcut durumda bir “bulmaca kitabı” gibi işlediği dile getirilmektedir.

“Mevzuat var ama çoğu zaman hem eksik hem de yoruma açık.” (K6).

Katılımcıların ortaklaştığı en temel sorunlardan biri, mevzuat metninin çok teknik, hukuki ve çoğu zaman yoruma açık ifadelerle yazılmış olmasıdır. Mevzuatı okuyan çalışanların, aynı maddeye farklı anlamlar yükleyebilmesi uygulama birliğini bozmakta ve hata oranını artırmaktadır (f=7).

“Mevzuat varsa bile sahaya tam inmemiş. Cümleler uzun, teknik, yoruma açık. Bir maddeyi üç kere okuyorum, hâlâ ne demek istediğini tam çıkartamıyorum.” (K13)

Özellikle yeni başlayan personel açısından bu durum öğrenmeyi ve doğru uygulamayı zorlaştırmakta, çoğu zaman da deneme-yanılma yöntemine başvurulmasına neden olmaktadır.

“Açık yazılmadığı için yorum farkı çıkıyor. Mevzuat sade olsa, isteyen için görselli anlatım bile yapılırsa, herkes aynı dili konuşurdu.” (K20).

Son olarak, mevzuat eksiklikleri tartışmasında en fazla dikkat çeken unsurlardan biri de iletişim yetersizliğidir. Katılımcılar, mevzuat güncellemeleri veya önemli değişikliklerin net, sade ve zamanında bildirilmediğini belirtmiştir. Bu durum, yalnızca bilgi eksikliğine değil, aynı zamanda işgücü verimliliğinde düşüşe ve moral bozukluğuna da yol açmaktadır (f=6):

“Yeni çıkan her şeyin çalışanlara özel, sadeleştirilmiş eğitimlerle anlatılması lazım.” (K10).

Bu eksikliğin giderilmesi için önerilen çözümler arasında, sadeleştirilmiş uygulama rehberleri, örnekli anlatımlar, görsel destekli dijital eğitimler ve birim bazlı mevzuat danışmanlığı yer almaktadır.

“Mevzuat bol ama kılavuz yok. Bu da bizi her seferinde aynı hataya düşüren bir düzen kuruyor” (K11).

5.3.2. Mevzuat-Saha Uygulaması Arasındaki Uyum

Mevzuatın karmaşıklığına paralel olarak, sistemsal ve yapısal aksaklıklar da katılımcılar tarafından sıklıkla vurgulanmıştır. Dijitalleşme süreciyle birlikte sistemlere dair aksaklıklar, entegrasyon problemleri ve kullanıcı uyumsuzlukları öne çıkmaktadır (f=10). Örneğin bir katılımcı,

“Yeni bir işlem kodu geldi mi, eski uygulama gidiyor. Ama sorun şu: bir değişiklik geliyor, sekiz kişilik birimizde hepimiz farklı yorumluyoruz” (K10).

diyerek, sistem güncellemelerinin ekip içi kaosa neden olabildiğini aktarmıştır. Bir başka katılımcı, sistemin yapısal eksikliklerini şu şekilde özetlemektedir:

“SUT tebliği çok kapsamlı ve sık değişen bir yapı. Bazen aynı işlem için farklı hastanelerde farklı yorumlar yapıldığını görebiliyoruz. Uygulayıcıya göre esneyebilen bir sistem yani.” (K16).

Bu ifadeler, sistemin teorik yapısının sahada uygulayıcılar tarafından tam olarak benimsenemediğini ve bunun da iş akışında aksamalara yol açtığını göstermektedir. Ayrıca eğitimlerin yetersizliği de bu zorlukları derinleştirmektedir.

Mevzuatın teoride var olması, uygulamada aynı etkinlikle işlerliği olmadığı anlamına gelmektedir. Katılımcılar, sistemde tanımlı olan işlemler ile gerçek hasta süreçleri arasında uyumsuzluk yaşandığını ifade etmektedir. Bu da sistemle mevzuat arasında bir köprü eksikliğine işaret etmektedir (f=7).

“Bir işlem türünün kodu mevzuatta yer alsa da, uygulama sırasında bu kodun sistemdeki karşılığı eksik olabiliyor.” (K23).

Bu tür durumlar, özellikle SGK dosyalarının reddedilmesine, ödeme kesintilerine, hatta hasta memnuniyetinin düşmesine neden olmaktadır. Bazı işlemler için gerekli belgelerin temin edilmesinde iç prosedürlerin uzunluğu da süreci zorlaştırmaktadır.

“Bir işlem için belgeler lazım deniyor ama o belgeleri almak için hastane içinde ayrı bir süreç gerekiyor. Yani sistem kendi kendine düğüm atıyor.” (K4)

Tüm bunlar, mevzuatın “kâğıt üstündeki gücü” ile “sahadaki gerçekliği” arasındaki mesafeyi göstermektedir.

5.3.3. Dijitalleşmenin Çift Yönlü Etkisi

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte dijitalleşmenin hız kazanması, medikal muhasebe işlemlerinde hem hız hem de doğruluk açısından büyük kolaylıklar sağlamıştır. Dijital sistemlerin kullanımı, işlemlerin kayıt altına alınmasını, hataların daha erken tespit edilmesini ve veri güvenliğinin artırılmasını mümkün kılmıştır (f=8).

“Eskiden fatura reddi geldiğinde dosyayı baştan sona manuel tarardık, şimdi sistem uyarabiliyor” (K10).

ifadesi, dijital sistemlerin hata kontrol mekanizmasında ne denli etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Benzer şekilde,

“Medula sayesinde SGK bildirimleri, geri ödeme süreçleri ve faturalandırma işlemleri çok daha hızlı ilerliyor” (K2).

ifadesi de bu kolaylıkların kurumlar açısından değerini göstermektedir. Bununla birlikte dijitalleşmenin her zaman sorunsuz ilerlemediği de ifade edilmiştir:

“Sistem çöktü mü her şey duruyor çünkü” (K8).

“Bazen sistem bile kararsız kalıyor, neye göre uyarıyor belli değil” (K8).

Yani teknolojik gelişmeler önemli kolaylıklar sağlamış olsa da sistemlerin istikrarı hâlâ tam sağlanamamıştır.

Katılımcıların önemli bir bölümü, sistemsel sorunlara rağmen Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın getirdiği düzenleme ve entegrasyon çabalarını olumlu bulmaktadır. En sık vurgulanan katkılardan biri, medikal muhasebe işlemlerinin daha sistematik ve şeffaf hale gelmesidir (f=7).

“Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe sadece ilerlemedi, başka bir boyuta taşındı” (K16).

şeklinde ifade edilen görüş, sistemsel bir paradigma değişimini ortaya koymaktadır. Ayrıca,

“Mevzuat ile birlikte artık işlemler daha hızlı, daha kontrollü. Bu sistem sayesinde kurumlar hatalarını daha hızlı görebiliyor” (K4).

yorumu da dijitalleşmenin pratik katkılarına örnektir. Olumlu ilerlemeler sadece sistemsel değil, aynı zamanda mesleki düzeyde de etkili olmuştur.

“Medikal muhasebe artık ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul ediliyor” (K4).

gibi ifadeler, mesleğin kurumsal bir kimlik kazanmaya başladığını göstermektedir.

5.3.4. Eğitim, Bilgilendirme ve Kullanıcı Desteği

Mevzuat ve dijital sistemler ne kadar güçlü olursa olsun, bu yapıların sürdürülebilirliği büyük ölçüde kullanıcıların bu sistemlere olan hâkimiyetine bağlıdır. Katılımcıların önemli bir kısmı, eğitim ve bilgilendirme süreçlerinin yetersizliğinden şikayetçidir (f=5).

“Mevzuat oluşturulduktan sonra medikal muhasebe personeline eğitim verilmeliydi diye düşünüyorum” (K6).

ifadesi bu boşluğa işaret ederken,

“Yeni sistemlerin uygulanması için personelin sürekli güncel bilgiye sahip olması gerekiyor” (K2).

cümlesi de eğitim ihtiyacının sürekliliğini vurgulamaktadır. Ayrıca, bu alanda alınan desteklerin kişisel ilişkiler üzerinden ilerlediği gözlenmektedir:

“Genelde biz birbirimize sorarız, sistem hata verince ekipteki biri muhakkak daha önce yaşamıştır aynı şeyi” (K20).

Bu da resmi eğitim mekanizmalarının yeterli düzeyde işlemediğini göstermektedir.

5.3.5. Standardizasyon ve Mesleki Kurumsallaşma

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın en önemli yapısal katkılarından biri, süreçlerin standardizasyonu ve şeffaflığı yönündeki etkileridir. Katılımcılar, SGK ile olan işlemlerin daha net kurallar çerçevesinde yürütülmesinden memnuniyet duyduklarını ifade etmektedir.

“Eskiden faturalandırma ve ödeme süreçlerinde çok daha fazla karmaşa yaşıyorduk, ama şimdi belirli kurallar çerçevesinde işlemler yürütülüyor” (K4)

cümlesi sistemin daha şeffaf hale geldiğini ortaya koymaktadır. Benzer şekilde,

“SUT, Medula rehberleri ve SGK genelgeleriyle mevzuat sistematik hâle getirilmeye çalışılıyor” (K23)

ifadesi de standardizasyonun hem mevzuat hem de uygulama düzeyinde etkili olduğunu göstermektedir.

Mevzuatın ve sistemin getirdiği bu standartlaşma adımlarına karşın, medikal muhasebe süreçlerinin önünde sahadan kaynaklanan yapısal mevzuat eksiklikleri de bulunmaktadır.

5.3.6. Sık ve Ani Mevzuat Değişikliklerinin Kurumsal Etkisi

Sağlık alanında mevzuat değişikliklerinin çok sık ve ani şekilde yapılması, çalışanların bunlara zamanında adapte olmasını zorlaştırmaktadır. Katılımcıların çoğu, değişikliklerin duyurulma yöntemlerinin yetersiz olduğunu, genellikle “dosya reddedildiğinde” bir değişiklikten haberdar olduklarını belirtmektedir (f=7).

“Kod listeleri sürekli değişiyor ama güncel hali bir türlü sisteme net aktarılmıyor. Bir kodun karşılığı bir ay farklı, öbür ay farklı çıkabiliyor.” (K7)

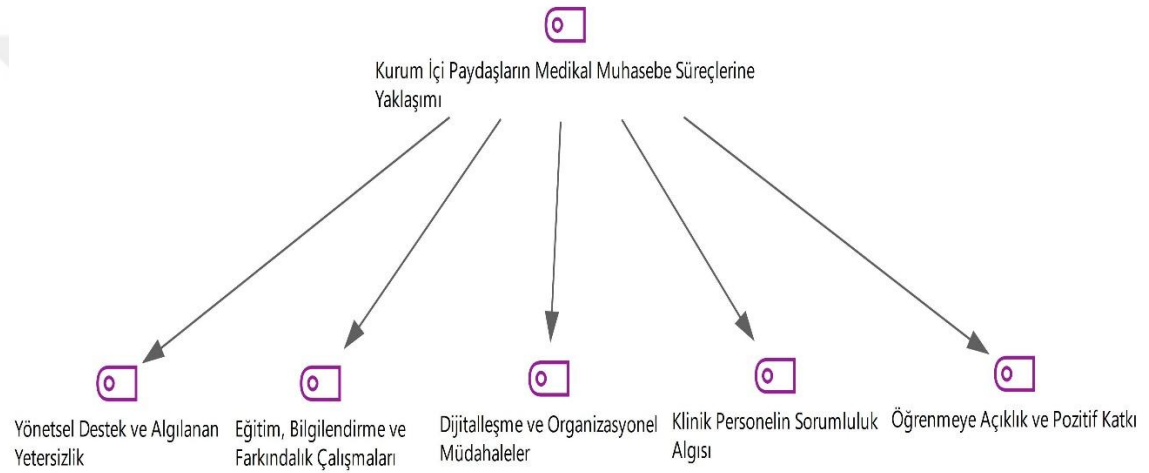
Bu da sistemde istikrar ve güven duygusunun zedelenmesine neden olmaktadır.

“Sabah başka kural, öğlen başka kod.” (K11).

Tüm bu sık değişiklikler, yalnızca teknik bir güncelleme meselesi değil, saha pratiğini doğrudan etkileyen bir verimlilik sorunu haline gelmiştir. Bu durumun, bilgi aktarımı sistemlerinin zayıf olmasıyla birleştiğinde, medikal muhasebe süreçlerinde ciddi gecikmelere yol açtığı gözlemlenmektedir.

5.4. Kurum İçi Paydaşların Medikal Muhasebe Süreçlerine Yaklaşımı

Medikal muhasebe süreçlerinin etkinliği, birim çalışanlarının çabalarının yanı sıra kurum içi diğer paydaşların (yöneticiler ve klinik personel) bu sürece olan yaklaşımı, ilgisi ve sunduğu çözümlerle doğrudan ilişkilidir. Yöneticilerin medikal muhasebe süreçlerine yönelik çözüm uygulamaları, yalnızca bireysel desteklerle sınırlı kalmamakta; aynı zamanda kurumsal yapı, sistemsal müdahale ve mevzuat uyumu gibi çok boyutlu alanlara yayılmaktadır. Buna ek olarak, süreci besleyen en önemli damarlardan biri olan sağlık personelinin ilgisi ve katkısı da hem bireysel tutumlar hem de kurumsal dinamikler çerçevesinde şekillenmektedir. Şekil 5’te sunulan hiyerarşik model, yöneticilerin ve sağlık personelinin medikal muhasebe süreçlerine yaklaşımını ve sistem üzerindeki etkilerini bütüncül olarak görselleştirmektedir.



Şekil 5. Kurum içi paydaşların medikal muhasebe süreçlerine yaklaşımı hiyerarşik kod modeli

5.4.1. Yönetimsel Destek ve Algılanan Yetersizlik

Bu tema, katılımcıların önemli bir kısmının yöneticilerin çabalarını yetersiz bulduğunu ve özellikle sistemsal problemlerin çözümünde geç kaldıklarını düşündüklerini göstermektedir (f=10).

“Yöneticiler ilgisiz diyemem, çünkü zaman zaman gerçekten çabalıyorlar ama bu çaba çoğu zaman sistemin karmaşasında kayboluyor.” (K15).

Bu ifade, yönetici desteği olsa bile, yapısal karmaşanın ve sistemin hantallığının bu çabaları etkisiz kıldığını göstermektedir. Benzer şekilde:

“Sorunu söylüyorsun, ‘bakarız’ deyip gidiyorlar. Sonra ne geri dönüş var, ne çözüm.” (K22).

Yönetimsel refleksin eksikliği, çalışanlar üzerinde yalnızlık duygusu yaratmakta, bu da motivasyonu olumsuz etkilemektedir.

Katılımcıların bir kısmı, yöneticilerin sorunları çözmek için ciddi çaba gösterdiğini ifade etmektedir. Bu ifadelerde, yapıcı iletişim ve sistemsal adımlar ön plandadır (f=9).

“Yöneticilerimiz, sorunları çözmek için bazen çok hızlı hareket ediyorlar... ellerinden geleni yapıyorlar.” (K18).

“Bizim yöneticilerle iletişimimiz kuvvetlidir. Problemleri sadece yukarıdan izlemiyorlar, sahadan bilgi alıyorlar.” (K16).

Bu tür ifadeler, bazı kurumlarda çözüm odaklı bir kültürün gelişmekte olduğunu göstermektedir.

İyi bir yönetim anlayışının temelinde etkili iletişim ve koordinasyon yer almaktadır. Katılımcılar, yöneticilerle açık ve samimi bir iletişim kurulmasının sorunların çözümüne katkı sağladığını ifade etmektedir (f=5):

“Bizim yöneticiler iyidir ha, bir derdimiz olduğunda kapılarını çalıyoruz, dinliyorlar sağ olsunlar... bazı konular var ki, yöneticinin de eli kolu bağlı.” (K20).

“Yöneticilerle aramızda soğukluk falan yok, gayet rahat konuşuyoruz... ama bazı şeyler onların da elinde değil gibi.” (K19).

Bu ifadeler, yapıcı iletişim ortamının varlığına işaret etmektedir. Ancak, bu iletişimin somut çözüme dönüşmesinde hâlâ eksiklikler olduğu da vurgulanmaktadır.

5.4.2. Eğitim, Bilgilendirme ve Farkındalık Çalışmaları

Eğitim faaliyetleri, birçok katılımcının olumlu değerlendirdiği bir alan olarak öne çıkmaktadır (f=8).

“Kodlama sistemleri ve faturalandırma süreçleri hakkında eğitimler aldık, sisteme daha hızlı ayak uydurduk.” (K5).

“Her ay sonunda yapılan mali toplantılarda hizmet üretim raporları üzerinden değerlendirme yapılıyor.” (K16).

Bu bulgu, eğitimlerin sistematik biçimde uygulanması halinde hem işlem hatalarının azaldığını hem de çalışan memnuniyetinin arttığını ortaya koymaktadır.

5.4.3. Dijitalleşme ve Organizasyonel Müdahaleler

Katılımcılar, özellikle dijital sistemlerin devreye alınmasıyla birlikte işlemlerde hız ve doğruluk artışı yaşandığını belirtmektedir (f=7).

“Yeni dijital sistemler ve yazılımlar kullanmaya başladılar... iş daha hızlı ve doğru ilerliyor.” (K1).

“HBYS modüllerinin daha kullanıcı dostu hale getirilmesi, hatırlatma sistemlerinin devreye alınması gibi dijital çözümler sunuluyor.” (K16).

Bu veriler, dijitalleşmenin sadece teknolojik değil aynı zamanda organizasyonel bir dönüşüm yarattığını göstermektedir. Ancak bazı sistem sorunlarının hâlâ çözüm beklediği vurgulanmaktadır:

“SGK sistemsal hata verdiği kodlar var, bu tür sorunları biz söylüyoruz, hâlâ güncelleme bekliyorlar.” (K15).

Bu tür durumlar, dijitalleşmenin tek başına yeterli olmayıp, sistem entegrasyonunun önemini ortaya koymaktadır.

5.4.4. Klinik Personelin Sorumluluk Algısı

Katılımcı görüşlerinden elde edilen veriler, sağlık personelinin sistemsal işleyiş konusunda yetersiz bilgiye sahip olması nedeniyle sık sık hatalı ya da eksik veri girişi yaptığını, bu durumun ise doğrudan medikal muhasebe birimini etkilediğini ortaya koymaktadır. Yönetim baskısının artmasıyla birlikte işlemlerde daha fazla dikkat beklenmekte, ancak sahada uygulama ile beklenti arasında ciddi farklar olduğu görülmektedir (f=13).

“Epikriz eksik, işlem tarihi yanlış, belge eksik... Hepsi bize yansıyor. Öğrenmek isteyenle iş kolay. Bilinçli personelle çalışmak işimizi yarı yarıya azaltır.” (K7)

Bu tema, sağlık personelinin büyük bir kısmının muhasebe işlemlerini kendi sorumluluğu dışında görme eğilimine odaklanmaktadır. Pek çok sağlık çalışanı, klinik hizmetlerin faturalandırılması sürecini sadece muhasebe biriminin işi olarak görmekte ve bu sürece aktif katkı sunmaktan kaçınmaktadır (f=7).

“Genelde sağlık personeli ‘biz işimizi yaptık, gerisi sizin işiniz’ diye bakıyor. Bu da bize fazladan iş çıkartıyor.” (K4).

Bu anlayış hem süreçlerin uzamasına hem de yapılan hizmetlerin eksik veya hatalı şekilde faturalandırılmasına neden olmaktadır. Sistemdeki bu kopukluk, ekipler arası iletişimin zayıflığına işaret etmektedir. *“İşlem yapılır yapılmaz sorumluluğu sistemden atıyorlar.*

‘Ben girdim, siz halledin’ deniyor ama fatura reddolunca yine biz uğraşıyoruz.” (K13).

5.4.5. Öğrenmeye Açıklık ve Pozitif Katkı

Öte yandan, bazı sağlık çalışanlarının medikal muhasebe süreçlerine yönelik olumlu tutum geliştirdiği, sürece katkı sunmak için çaba gösterdiği de görülmektedir. Özellikle yeni nesil doktorlar, hemşireler ve sekreterlerin, hangi işlemin SGK kapsamında

olduğunu, hangi belgenin gerekli olduğunu öğrenmeye istekli olduğu raporlanmıştır (f=7).

“Özellikle yeni mezun hemşireler ve genç doktorlar, işlem kodlarını öğrenmek için gerçekten çaba sarf ediyorlar.” (K17)

Bu öğrenme çabası, yalnızca bireysel değil, aynı zamanda kurumsal verimliliği de doğrudan artırmaktadır. Bu bağlamda, öğrenmeye açık olan personelin sisteme kattığı değer oldukça büyüktür. Muhasebe personelinin aktardığına göre, bu grup çalışanlarla süreçler daha hızlı, daha hatasız ve daha uyumlu ilerlemektedir.

“Eskiden sadece biz uğraşırdık, şimdi doktor da sorumluluğunu biliyor, hemşire de ‘bu işlem böyle mi girilmeli?’ diye soruyor.” (K10)

Son tema, sağlık personeli ile muhasebe birimi arasında gelişmekte olan iş birliği ve iletişim kültürüne odaklanmaktadır. Bazı kurumlarda bu kültürün oluşmaya başladığı, personelin karşılıklı anlayış içinde çalıştığı ve işlemleri ortaklaşa yürüttüğü gözlemlenmiştir (f=5).

“Karşılıklı anlayış oldukça yüksek. Bazı kliniklerde kendi içlerinde küçük destek grupları bile kuruldu.” (K15).

Bu tür uygulamalar, sadece hata oranını azaltmakla kalmamakta, aynı zamanda kurum içi bağlılığı ve aidiyeti de artırmaktadır. Ortak dilin oluşması, iletişimin güçlenmesi ve birimlerin birbirini desteklemesi, sağlık hizmet sunumunun kalitesini doğrudan etkilemektedir.

“Bilmediklerini sormaktan çekinmiyorlar, öğrenmeye çalışıyorlar. Bu da kurum için büyük bir artı.” (K10)

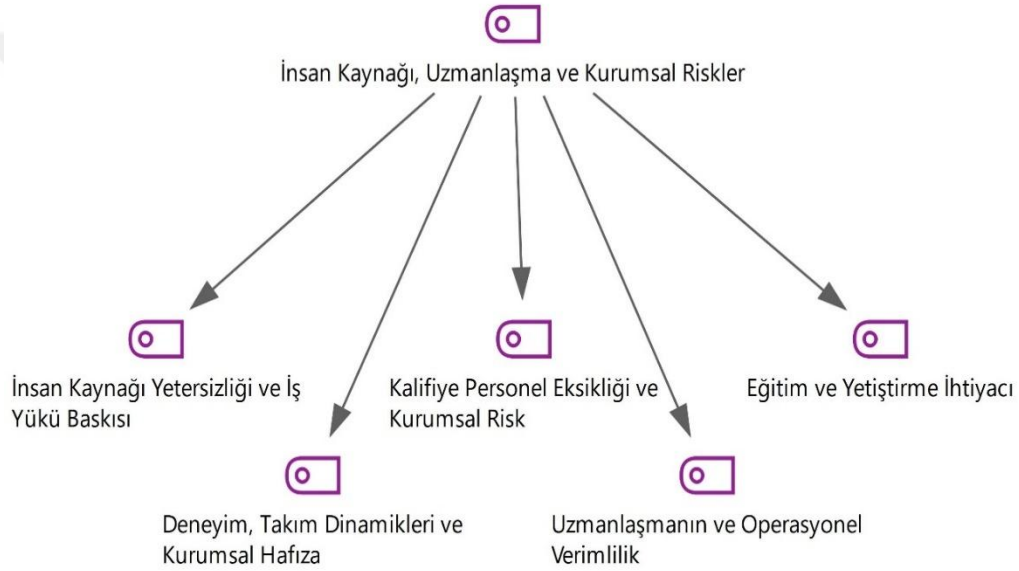
İş birliği kültürünün gelişmesiyle birlikte, muhasebe süreçlerinde yaşanan aksaklıkların azalması ve sistemin daha hızlı işlemesi sağlanmaktadır. Ancak bu kültürün kurum geneline yayılması için hâlâ yapılması gerekenler vardır. Eğitimlerin sistematik hâle gelmesi ve iletişim kanallarının açık tutulması, bu sürecin kalıcı hâle gelmesini sağlayacaktır.

Sağlık personelinin medikal muhasebe süreçlerine yönelik tutumu, bireysel farkındalık düzeyine, yönetim politikalarına ve kurum içi iletişim yapısına bağlı olarak çeşitlilik göstermektedir. Yönetim baskısı ve sorumluluk transferi gibi olumsuzluklar devam etse de öğrenmeye açık ve katkı sağlayan personelin varlığı umut vericidir. Bu süreçte farkındalık ve ortak sorumluluk bilincinin artırılması, sistemin daha verimli işlemesini sağlayacaktır.

“Sağlıkta dönüşümün bir parçası da bu iş birliği olmalıydı ama daha tam oturmadı. Eğitim şart.” (K11).

5.5. İnsan Kaynağı, Uzmanlaşma ve Kurumsal Riskler

Medikal muhasebe birimlerinin kurumsal verimliliği, yalnızca personel sayısı ile değil; aynı zamanda personelin bilgi, deneyim ve sektörel farkındalık düzeyiyle de doğrudan ilişkilidir. Medikal muhasebe; sadece genel muhasebe bilgisiyle değil, sağlık hizmetlerine özel kodlama, mevzuat takibi, sigorta süreçleri ve sistem uyumluluğu gibi çok katmanlı bilgi alanlarının entegrasyonunu gerektiren bir uzmanlık alanıdır. Şekil 6’da sunulan hiyerarşik kod-alt kod modeline göre, süreçleri etkileyen en önemli faktörlerden olan kalifiye personel eksikliği, bunun operasyonel etkileri ve uzmanlaşmanın sağladığı çok boyutlu katkılar, MAXQDA yazılımı ile yapılan içerik analizi sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda toplam beş alt başlık altında sınıflandırılarak bütüncül bir yapıda sunulmuştur.



Şekil 6. İnsan kaynağı, uzmanlaşma ve kurumsal riskler hiyerarşik kod modeli

5.5.1. İnsan Kaynağı Yetersizliği ve İş Yükü Baskısı

Medikal muhasebe birimlerinde çalışan sayısı ile iş yükü arasında ciddi bir dengesizlik olduğu, görüşmelerin tamamında açıkça ortaya konmuştur. Birçok hastanede yalnızca 2–3 kişiyle yürütülen işlemler, ay sonu gibi yoğun dönemlerde ciddi bir birikmeye ve işlerin aksamasına yol açmaktadır (f=22).

“Bir işlem için belgeler lazım deniyor ama o belgeleri almak için hastane içinde ayrı bir süreç gerekiyor. Yani sistem kendi kendine düğüm atıyor.” (K4)

“Fatura dönmüyor, işlem iade oluyor, SGK kesinti yapıyor, sonra da ‘neden böyle oldu?’ diye soruluyor.” (K8).

Personel sayısındaki yetersizlik yalnızca hız sorunu yaratmakla kalmamakta, aynı zamanda çalışanlar üzerinde yoğun stres, fazla mesai ve motivasyon kaybı gibi psiko-

sosyal sorunlara da neden olmaktadır. Bu dengesizlik, çalışanların performansına doğrudan yansımakta, hataların artmasına zemin hazırlamaktadır.

Personel sayısının yetersizliği ve kalifiye eksikliği doğrudan iş hızını ve verimliliği olumsuz etkilemektedir. Birçok katılımcı, dosyaların gereğinden uzun sürede sonuçlandığını ve işlem tekrarlarının arttığını belirtmiştir. Özellikle yeni başlayan çalışanların hata yapma olasılığı daha yüksek olduğu için, tecrübeli çalışanlar onların işlemlerini sürekli denetlemek zorunda kalmaktadır (f=10).

“Hatalı girilen bir işlem, geriye döner; sonra onu düzelt, sistemden çık, tekrar gir... Zaman kaybı, emek kaybı, sinir.” (K11).

“Sistemde hata yapma oranı arttıkça hem hastane için hem de bizler için daha fazla iş ortaya çıkıyor.” (K17).

Bu tür tekrar işlemler yalnızca bireysel değil, aynı zamanda sistematik bir iş yükü yaratmakta ve tüm iş akışını sekteye uğratmaktadır. Süreçlerin hızla tamamlanması gereken dönemlerde bu tür hatalar kurumun SGK'dan alacağı ödemeleri geciktirmekte ve hatta reddedilmesine neden olmaktadır.

5.5.2. Kalifiye Personel Eksikliği ve Kurumsal Risk

Kalifiye personel eksikliği, medikal muhasebe alanının en çok vurgulanan sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Görüşmelerde katılımcılar, alanın yalnızca muhasebe bilgisiyle değil, aynı zamanda sağlık mevzuatı, SGK kodlama sistemleri, SUT tebliği, Medula ve HBYS entegrasyonları gibi çok katmanlı bilgi gerektirdiğini vurgulamıştır.

“Kalifiye eksikliği resmen bizim zamanımızı, enerjimizi yiyor.” (K8).

“Bir kişi sistemi iyi biliyorsa, üç kişinin yapamadığını yapar.” (K21).

Kalifiye personelin eksikliği, sadece işlem kalitesini değil, aynı zamanda kurumsal itibar ve gelir akışını da olumsuz etkilemektedir. Yanlış kodlama, eksik belgeler veya mevzuat bilgisi eksikliği nedeniyle SGK'dan dönen faturalar hastanelere hem zaman hem de maliyet yüklemektedir.

“Bilinmiyorsa sistem uyarı verene kadar hata devam eder, bazen çok geç olur.” (K16)

Medikal muhasebe işlemlerinde yapılan hataların büyük bölümü, uzmanlık eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Katılımcılar, özellikle SGK tarafından geri dönen faturalarda eksik belge, uyumsuz kodlama, hatalı işlem-tanı eşleşmesi gibi problemler yaşandığını belirtmişlerdir. Bu durum hem sağlık kurumunun gelirini azaltmakta hem de denetim süreçlerinde ceza riskini artırmaktadır (f=9).

“Bir dosyada sadece bir belge unutulduğu için SGK tarafından 100 bin TL’lik bir kesinti yapıldığını gördüm.” (K14).

Uzman çalışanların hata yapma oranlarının düşük olduğu, olası riskleri önceden görebildikleri ve dosya hazırlama süreçlerini proaktif bir anlayışla yürüttükleri vurgulanmaktadır.

“Uzman kişi, sadece kayıt yapmaz; veriyi okur, analiz eder, doğru yönlendirir.” (K16)

Uzmanlaşma sayesinde kesinti oranlarının azalması, doğrudan kurumun mali başarısına etki etmektedir. Kurumların gelir-gider dengeleri, nitelikli insan kaynağı ile doğrudan ilişkilendirilmektedir.

Sağlık sisteminde sık sık değışen mevzuatlar, kod sistemleri ve SGK uygulamaları dikkate alındığında, güncel bilgiye sahip olmak ve bu değışimleri sürekli izlemek uzmanlığın temel bileşeni olarak öne çıkmaktadır. Katılımcılar, mevzuat takibi yapılmadığında yapılan işlemlerin geçerliliğini yitirdiğini ve bu durumun geri ödeme süreçlerinde aksamaya neden olduğunu belirtmişlerdir (f=6).

“Sistem değışiyor, kodlar güncelleniyor. Bugün bildiğin yarın geçersiz olabiliyor. Bu da uzmanlığı sürekli bir ihtiyaç haline getiriyor.” (K14).

Sayıştay ve SGK denetimlerinde, mevzuata aykırı yapılan her işlemin yüksek tutarlı kesintilere yol açabileceğı vurgulanmıştır. Uzman personel, bu riskleri minimize etmekte ve denetim süreçlerinde güvenli bir operasyon zemini sunmaktadır.

5.5.3. Deneyim, Takım Dinamikleri ve Kurumsal Hafıza

Sahada gözlemlenen bir diğerk önemli bulgu, deneyimli personelin iş süreçlerini daha hızlı ve sorunsuz yürütebildiğı; buna karşılık yeni başlayanların adaptasyon sürecinde zorlandığıdır. Özellikle takım çalışması becerisi yüksek olan birimlerde işlerin daha az aksadığı ve sorumlulukların daha iyi paylaşıldığı görülmektedir (f=10).

“Herkesin belli bir sorumluluk alanı var ve iş bölümü sayesinde işler bir şekilde yürüyor.” (K10).

“Yeni bir şey öğrenildiğinde birbirimize anlatıyoruz, destek oluyoruz.” (K15).

Ancak deneyim farklarının çok yüksek olduğu ekiplerde, bazı çalışanlar “sürekli öğreten” rolüne sıkışmakta, bu da onların kendi işlerine yeterince odaklanamamasına neden olmaktadır. Ayrıca, eksikliklerin tüm yükünü deneyimli personele bindirmek, ekip içi motivasyon dengesini bozmakta ve adil olmayan bir görev dağılımı algısına neden olabilmektedir.

Uzmanlaşmanın sadece bireysel değil, aynı zamanda kurumsal bir çıktı olduğu dikkat çekmektedir. Uzman çalışanların ekip içinde bir rehber rolü üstlenmesi, iş bölümü ve görev dağılımını daha adil hale getirmektedir. Yeni başlayan çalışanlar, uzmanların desteğiyle sürece daha kolay entegre olmakta ve daha kısa sürede öğrenme imkânı bulmaktadır (f=7).

“Uzman olan daha özgüvenli çalışır, sistemle de daha barışık olur. Yeni gelenlere de yol gösterir.” (K7).

Uzman personelin varlığı, ekip içi moral ve iş birliğini artırarak motivasyonel bir denge oluşturmakta, hata yapma korkusunu azaltmakta ve stres yönetimini kolaylaştırmaktadır.

“İşi bilen birinin yanında olmak, insanı rahatlatıyor. 'Doğru yapıyorum' hissi bile başlı başına bir motivasyon.” (K8).

Kurumsal hafıza oluşumu, iş akışının standardize edilmesi ve bilgi transferinin kurumsallaşması açısından da uzmanlık büyük bir rol oynamaktadır.

Uzmanlaşmanın sağladığı en temel katkılardan biri, iş süreçlerinin hızlanması ve operasyonel verimliliğin artmasıdır. Görüşmelerde uzman çalışanların işlerini çok daha kısa sürede ve hata yapmadan tamamladıkları vurgulanmıştır. Özellikle manuel veri girişi süreçlerinde yaşanan zaman kaybı, uzmanlık düzeyiyle doğru orantılı olarak azalmaktadır (f=12).

“Bir işlemi uzman biri 5 dakikada yaparken, bilgisi eksik biri 30 dakika uğraşır, yine de emin olamaz.” (K13)

Uzmanlaşma sayesinde aynı işlemin defalarca yapılması, silinip yeniden girilmesi gibi tekrar eden süreçlerin minimize edildiği; böylece birim içi iş yükünün daha dengeli dağıldığı ifade edilmektedir.

“Uzmanlık sayesinde dosya döngüsü azalıyor. Aynı dosyayı üç kere işlemek ne büyük lüks, anlatamam.” (K15).

Bu durum sadece işlemlerin hızını değil, kurum içi motivasyonu da doğrudan etkilemekte; çalışanlar arasında “işe hâkimiyet” hissi gelişerek genel iş doyumu artmaktadır.

5.5.4. Eğitim ve Yetiştirme İhtiyacı

Tüm bu sorunların merkezinde eğitim yetersizliği yer almaktadır. Görüşmelerde birçok katılımcı, alana yeni giren personelin sahada yetiştiğini ve çoğu bilginin “deneme-yanılma” yöntemiyle öğrenildiğini ifade etmiştir (f=6).

“Bence bu durumu düzeltmenin en iyi yolu, yeni gelenlere sağlık muhasebesine dair sağlam bir eğitim vermek.” (K1).

“Eğitim veriliyor ama yetmiyor, çünkü teorik kalıyor. Sahada işi çözmek gerekiyor ama tecrübe kazanana kadar hata yapılıyor.” (K13).

Yalnızca mevzuatı okumak değil, aynı zamanda sistem deneyimi ve vaka temelli öğrenme süreçlerinin de öncelikli olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Sürekli güncellenen SGK kurallarının ve sistemlerin takibi için periyodik eğitimler, rehberlik mekanizmaları ve dijital eğitim modülleri önerilmektedir.

5.5.5. Uzmanlaşma ve Operasyonel Verimlilik

Katılımcıların büyük çoğunluğu, medikal muhasebenin klasik muhasebe uygulamalarından farklı olarak, sağlık sektörüne özgü bilgi ve deneyim gerektirdiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda uzmanlaşma, sadece mali kayıt tutma becerisi değil; aynı zamanda SGK mevzuatına hâkimiyet, Medula sistemini etkin kullanabilme ve sağlık hizmeti akışını doğru analiz edebilme yeterliliği anlamına gelmektedir. Uzman olmayan personelin neden olabileceği hatalı kodlamalar, eksik belgeler ve işlem-tanı uyumsuzlukları, kurumların gelir kaybına uğramasına yol açmaktadır (f=12).

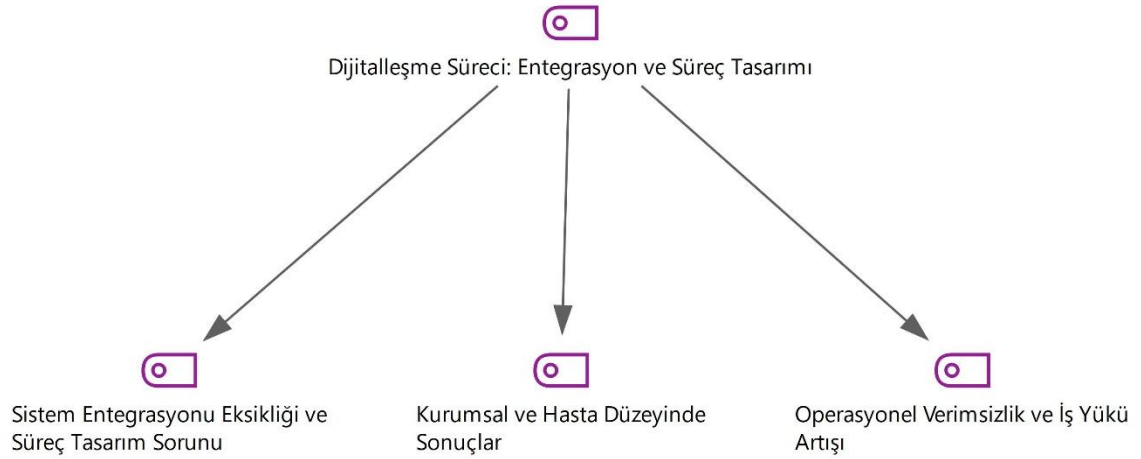
“Bu işte uzmanlaşmak, direksiyon başında ehliyetsiz araba kullanmakla eşdeğer. Görüntüde gidiyorsun ama nereye, nasıl gittiğin belli değil.” (K3)

Ayrıca, uzmanlaşmanın sağlık hizmeti sunumunun kalitesine ve hasta memnuniyetine dolaylı katkılar sunduğu da belirtilmektedir. Kurum içinde sürdürülebilir bir finansal yapı kurmak, doğru bilgiyle donatılmış uzman çalışanların varlığına bağlıdır.

“Uzmanlaşma, sadece işin kolay yapılmasını değil, aynı zamanda kaliteli, sürdürülebilir ve kurumu koruyan bir yapı kurulmasını sağlar.” (K16)

5.6. Dijitalleşme Süreci: Entegrasyon ve Süreç Tasarımı

Medikal muhasebe sistemleri, sağlık hizmet sunumunun mali boyutunun yönetilmesinde önemli rol oynamaktadır. Ancak katılımcı görüşlerine dayalı olarak elde edilen bulgular, bu süreçlerde çok sayıda gereksiz, tekrarlı ve manuel müdahaleye dayalı uygulamanın halen varlığını sürdürdüğünü göstermektedir. MAXQDA ile yapılan içerik analizine göre, gereksiz uygulamaların neden olduğu verimlilik kaybı, hata riski, hasta memnuniyetsizliği ve kurumsal maliyet artışı gibi sonuçlara dikkat çekmektedir. Katılımcı ifadeleri doğrultusunda şekillenen bu tema üç alt başlıkta toplanmış ve Şekil 7’de görsel olarak sunulmuştur.



Şekil 7. Dijitalleşme süreci: Entegrasyon ve süreç tasarımı hiyerarşik kod modeli

5.6.1. Sistem Entegrasyonu Eksikliği ve Süreç Tasarım Sorunu

Katılımcıların büyük çoğunluğu, dijital sistemlerin hâlâ birbirine tam entegre olmamasından kaynaklı olarak aynı verilerin farklı platformlara tekrar tekrar girilmek zorunda kaldığını vurgulamıştır. Bu durum, sistemin kullanıcıya hizmet etmediğini, aksine kullanıcıların sistemi yönetmek zorunda kaldığını ortaya koymaktadır (f=12).

“Sistem bize hizmet etmiyor, biz sistemi yönetmek zorunda kalıyoruz. Aynı belgeyi üç farklı sekmeye yüklemek gerekiyor. Oysa sistem ‘bir kere yüklenen belgeyi her işlemde tanır’ mantığıyla çalışsa, bu işin %30’u çözülür.” (K12)

Dijital sistemlerin birbirinden kopuk olması nedeniyle Medula, HBYS ve iç yazılımlar arasında veri geçişi sağlanamamakta, bu da fazladan iş yükü doğurmaktadır. Görünen o ki, teknoloji mevcut ancak etkili biçimde bütünleştirilemediği için manuel işlemler hâlâ zorunlu hâle gelmektedir. Bu durum, literatürde de sıkça tartışılan bir konu olan “dijital sistem çakışması” olgusunun, Türkiye sağlık sektöründe sahaya nasıl yansıdığını net biçimde gözler önüne sermektedir.

“HBYS ayrı, Medula ayrı, iç yazılım ayrı... bir hasta için beş pencere açar olduk, ama hâlâ hangisinden girsek emin değiliz.” (K11).

Görselde dikkat çeken bir diğer tema, aynı verinin birçok kez farklı sistemlere girilmek zorunda kalınmasıdır. Bu tekrarlar sadece iş gücü israfı değil, aynı zamanda sistemin çelişkili yapısının bir göstergesidir. Katılımcılar, dijitalleşmenin artmasına rağmen hâlâ “kâğıt bağımlılığı” sürdüğünü belirtmişlerdir (f=7).

“Aynı veriyi hem sisteme gir, hem çıktı al, hem imzalat, sonra tekrar tarat yükle... bu kadar tekrar da insanı yoruyor.” (K3).

Verinin dijital ortamda kaydedilmiş olmasına rağmen tekrar tekrar fiziksel çıktılarla işlem yapılmasının zorunlu kılınması, kurumsal hafızanın dijitalleştirilmediğini, sadece

araçların değiştirildiğini göstermektedir. Bu da sistemin mantıksal değil, alışkanlık temelli yürütüldüğüne işaret etmektedir.

“Tek kalemle yapılan işi şimdi beş sistemle yapar olduk... Ama hâlâ düzen yok” (K11).

Son tema olarak öne çıkan bürokratik yük, medikal muhasebe çalışanlarının en çok şikâyet ettiği başlıklardan biridir. Dijital sistemler olmasına rağmen hâlâ ıslak imza, çıktı alma, taratma ve manuel arşivleme işlemlerinin sürdürülmesi, çalışanlar üzerinde ciddi bir baskı yaratmaktadır (f=6).

“Madem sistem var, niye hâlâ kâğıda dönüyoruz? Bu çelişki hep bizi zorluyor.” (K13).

Katılımcılar, bazı uygulamaların tamamen alışkanlık temelli sürdürüldüğünü, mevzuatta zorunlu olmasa bile kurum kültürü nedeniyle işlemlerin gereksiz yere uzatıldığını belirtmişlerdir. Bu durum sadece zaman kaybına değil, aynı zamanda belgelerin takibi sırasında hata riskinin artmasına da neden olmaktadır.

“Her sistemin kendi içinde belge yükleme istemesi, bizi evraklara boğuyor. Aynı belgeyi üç farklı yere yüklediğim oldu.” (K14)

Hata kodlarının açıklayıcı olmaması, çalışanların işlemleri defalarca kontrol etmesine neden olmakta; sistem, bilgi veren değil, soru soran bir yapı hâline dönüşmektedir.

“Medula ‘hatalı işlem’ diyor ama neyin eksik olduğunu açıklamıyor. Hadi al çöz şimdi, uğraş dur.” (K22).

5.6.2. Operasyonel Verimsizlik ve İş Yüğü Artışı

Veriler, gereksiz belge yüklemeleri, tekrar eden kontroller ve manuel doğrulama süreçlerinin ciddi bir zaman israfına yol açtığını göstermektedir. Katılımcılar, bu süreçlerin yalnızca iş yükünü artırmakla kalmadığını, aynı zamanda enerjilerini asıl işlerinden alıkoyduğunu belirtmişlerdir (f=10).

“Bu kadar dolambaçlı yol zaman kaybı demek. İşin özü kaçıyor, enerjimiz belgelerle boğuşmaya gidiyor.” (K7)

Zaman yönetiminde yaşanan bu kayıplar hem işin yetişmemesine hem de çalışanların motivasyonunun düşmesine sebep olmaktadır. Özellikle yeni başlayan personel, sistemin karmaşık yapısı nedeniyle süreci öğrenmek yerine, bu karmaşayla baş etmeye çalışmak zorunda kalmaktadır.

“Sistemle başa çıkmak için çalışıyoruz, öğrenmek için değil.” (K12).

5.6.3. Kurumsal ve Hasta Düzeyinde Sonuçlar

Süreçlerin karmaşıklığı sadece çalışanları değil, hastaları da doğrudan etkilemektedir. Fatura işlemlerindeki gecikmeler, evrak eksiklikleri ve tekrar edilen belge talepleri, hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (f=7).

“Belgelerle uğraşırken hastalar bekliyor, sonra bize yükleniyorlar: ‘Hâlâ işlem olmadı mı?’” (K7).

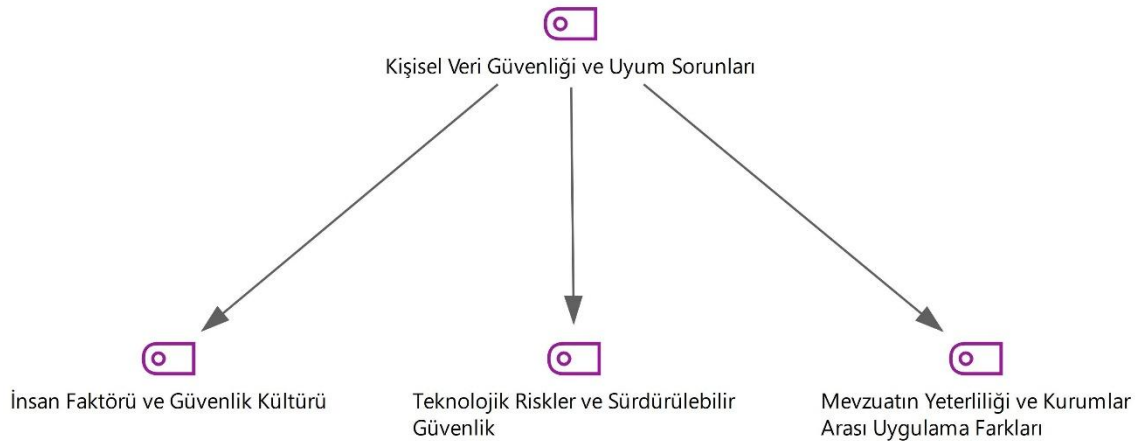
Bu tür gecikmeler, kurumlara olan güveni zedelemekte, bazı durumlarda hasta mağduriyetine yol açmakta ve sonuç olarak kuruma mali zararlar doğurmaktadır.

Ayrıca, SGK’nın yaptığı geri ödemelerdeki gecikmeler ya da kesintiler de doğrudan hastane gelirlerini etkilemektedir.

“SGK bir hizmetin ödemesini aylar sonra geri çekebiliyor. Bu durumda hastane zarar görüyor, hasta tekrar ödeme yapmak zorunda kalabiliyor.” (K1)

5.7. Kişisel Veri Güvenliği ve Uyum Sorunları

Medikal muhasebe uygulamalarında kişisel verilerin gizliliğinin sağlanması, özellikle 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) çerçevesinde değerlendirildiğinde, sadece yasa metinleriyle değil aynı zamanda uygulayıcı personelin farkındalığı, sistem altyapısı, eğitim seviyesi ve kurumsal kültür gibi etmenlerle doğrudan ilişkilidir. Bu tema altında yer alan görüşler, Şekil 8’de gösterilen hiyerarşik kod modeli ile analiz edilmiştir. Aşağıda yer alan alt başlıklar, kod sıklıkları (frekansları) ve katılımcı alıntıları ile birlikte sunulmuştur.



Şekil 8. Kişisel veri güvenliği ve uyum sorunları hiyerarşik kod modeli

5.7.1. İnsan Faktörü ve Güvenlik Kültürü

Katılımcıların büyük çoğunluğu, kişisel verilerin gizliliği konusunda temel sorunların sadece teknik altyapıdan değil, esasen insan kaynaklı hatalardan

kaynaklandığını ifade etmektedir. Bu bağlamda, çalışan farkındalığı, veri güvenliği eğitimi ve uygulama alışkanlıkları en kritik alanlar olarak öne çıkmaktadır (f=6).

“Sistem ne kadar güvenli olursa olsun, eğer çalışanlar bilinçsizse ya da dikkatsiz davranırsa, ihlaller yaşanabilir.” (K4).

Veri güvenliği ihlallerinin çoğu, açık bırakılan ekranlar, yazıcılarda unutulmuş çıktılar ya da ortak şifre kullanımı gibi “insan hatası” niteliğindeki durumlarla ilişkilidir. Bu nedenle, sistemsel önlemlerin yanında, sahadaki personelin bilinç düzeyinin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır.

“Veri güvenliğini sadece yasa değil, alışkanlıklar sağlar. Eğitim yetmez, uygulama kültürü oluşmalı.” (K13).

Sahadaki en belirgin güvenlik açıklarından biri de dijitalleşmeye rağmen hâlâ yoğun şekilde kullanılan kâğıt tabanlı belgeler ve şifre yönetimi zafiyetleridir. Özellikle acil işlemlerde veri güvenliği ikinci plana atılmakta, yazıcılarda unutulmuş evraklar ya da ortak bilgisayar kullanımı gibi durumlar sıklıkla yaşanmaktadır (f=5).

“Kimin hangi belgeye eriştiği bazen kontrolsüz. Yazıcıda unutulmuş bir belge bile ihlal sayılır.” (K14).

Katılımcıların çoğu, teknik altyapının yeterli olduğunu belirtse de şifrelerin paylaşılması, oturumların açık bırakılması gibi temel güvenlik kurallarının ihlal edildiğini ifade etmektedir.

“Şifreyle giriyoruz ama o şifreyi herkes herkesle paylaşıyor. Sisteme giren belli değil, çıkan belli değil.” (K11)

Bu durum, teknik sistemin değil, disiplin ve sorumluluk duygusunun eksikliğini işaret etmektedir. Dolayısıyla, bu temada teknik güvenlik önlemleri kadar, çalışma alışkanlıklarının dönüşümü de anahtar rol oynamaktadır.

5.7.2. Mevzuatın Yeterliliği ve Kurumlar Arası Uygulama Farkları

Katılımcılar, KVKK gibi yasal düzenlemelerin kâğıt üzerinde yeterli olduğunu kabul etse de bu yasaların sağlık kurumlarında etkin ve tutarlı bir şekilde uygulanmadığını sıklıkla dile getirmiştir (f=5).

“Kanun her şeyi yazıyor ama sahada o hassasiyet yok. Özellikle bilgi işlem dışındaki birimler, veri güvenliğini ikinci plana atabiliyor (K8).”

Mevzuatın varlığı, ancak uygulamada eksikliklerin bulunması, veri güvenliğini tehdit eden yapısal bir sorun olarak tanımlanmaktadır. Sahada sık karşılaşılan durumlar arasında; ekranların açık bırakılması, belgelerin masa üstünde unutulması ve yetkisiz kişilerin bilgilere erişmesi yer almaktadır.

“Kanun var mı? Var. Ama yeterli mi dersen, sahada uygulanişında büyük sıkıntılar var.” (K7)

Bir diğerk dikkat çeken bulgu, bazı kurumlarda mevzuatın etkin şekilde uygulandığı ve teknik altyapının yeterli olduğı yönündeki olumlu görüşlerdir. Bu katılımcılar, KVKK ve diğerk düzenlemelerin gerekliliklerine göre sistemlerin yapılandırıldığını ve erişim kontrollerinin başarıyla uygulandığını ifade etmektedir (f=5).

“Sistemde her şey şifreli ve yalnızca yetkili kişiler erişebiliyor. Çıktılar kontrollü alınıyor, ekranlar otomatik kilitleniyor.” (K15)

Bu grubun ifade ettiğı gibi, kullanıcı yetkilendirme sistemleri, otomatik oturum kapatma, loglama (kayıt tutma) gibi uygulamalar veri güvenliği açısından büyük avantaj sağlamaktadır.

“Medula gibi merkezi sistemlerde dışarıya veri aktarımı yok denecek kadar az. Sistem kapalı devre çalışıyor.” (K16)

Ancak bu olumlu durumun, her kurumda eşit düzeyde sağlanmadığı da ayrıca vurgulanmıştır. Bu da genel mevzuat yeterliliğinin kurumlar arası uygulama farkları nedeniyle eşit sonuç vermediğini göstermektedir.

5.7.3. Teknolojik Riskler ve Sürdürülebilir Güvenlik

Katılımcıların bir kısmı, mevcut sistemlerin teknolojik tehditlere karşı kırılgan olduğunu, bu nedenle düzenlemelerin dinamik olarak güncellenmesi gerektiğini savunmuştur. Özellikle siber saldırılar, veri sızıntıları, zayıf şifreleme yöntemleri ve entegre olmayan yazılımlar bu tehdidin başlıca bileşenleri olarak belirtilmiştir (f=3).

“Elektronik sağlık kayıt sistemlerinde güvenlik açıkları veya zayıf şifreleme yöntemleri, siber saldırılara yol açabilir.” (K6)

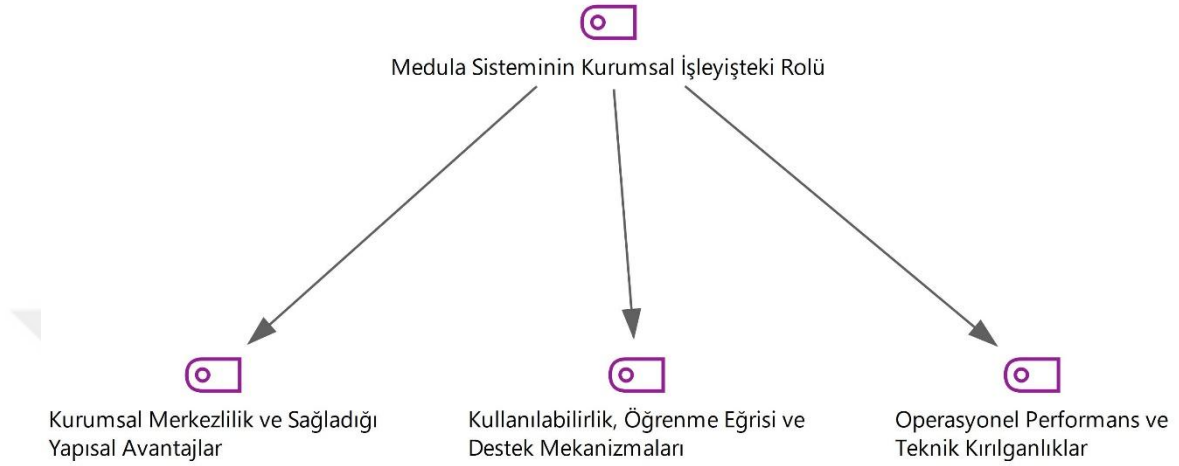
Bu temada, yalnızca sistemin teknik yeterliliğı değil, sistemlerin birbirine entegrasyonu, güncelleme sıklığı, acil durum senaryoları ve yedekleme stratejileri de tartışılmıştır. Ayrıca, teknolojik gelişmelere paralel olarak eğitim içeriklerinin ve denetim mekanizmalarının da yenilenmesi gerektiğı vurgulanmıştır.

“Bir hastanın tıbbi bilgileri, ödeme bilgileri kadar hassas. Herkesin sadece ihtiyacı kadar bilgiye erişebilmesi gerekiyor. Kanunlar koymak tek başına yeterli değil, sistemin de bu kurallara tam uyacak şekilde çalışması lazım.” (K3)

5.8. Medula Sisteminin Kurumsal İşleyişteki Rolü

Medula sistemi, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile dijital olarak entegre şekilde yürütölmesini sağlayan merkezi bir bilgi işlem

altyapısıdır. MAXQDA analizinde elde edilen kodlara göre sistemin kullanıcılar açısından faydaları, karşılaşılan sorunlar, kullanıcı deneyimi, teknik altyapı yetersizlikleri, entegrasyon problemleri ve geliştirilme gereksinimleri gibi temel konularda önemli bulgular ortaya çıkmıştır. Şekil 9 üzerinde yer alan hiyerarşik kod modeli, bu bulguların yapısal ilişkilerini ve yoğunluklarını görsel olarak sunmaktadır.



Şekil 9. Medula sisteminin kurumsal işleyişteki rolü hiyerarşik kod modeli

5.8.1. Kurumsal Merkezilik ve Sağladığı Yapısal Avantajlar

Katılımcıların büyük çoğunluğu Medula sistemini sağlık hizmetlerinde vazgeçilmez bir araç olarak tanımlamaktadır. Sistem, özellikle SGK ile hastane arasındaki entegrasyonu sağlaması ve işlemlerin dijital ortamda izlenebilirliğini kolaylaştırması açısından önemli bir rol oynamaktadır. Medula'nın getirdiği bu merkezi yapı hem zaman tasarrufu hem de iş yükü azaltımı sağlamaktadır (f=7).

“Medula, SGK’nın hastane işlemlerini yönetmek için kullandığı sistem ve işimizi büyük ölçüde kolaylaştırıyor... şimdi en azından işlemleri dijital ortamda yapabiliyoruz.” (K1).

“Medula sistemi olmadan bu iş yürür mü? Yürümez. Bunu kabul etmek lazım. Tüm SGK işlemlerinin merkezi hâline gelmiş bir sistem.” (K13)

Bu sistemin hem şeffaflık sağladığı hem de kurumsal hafızayı güçlendirdiği belirtilmiştir. Kullanıcılar, Medula'nın sunduğu geçmişe dönük kayıt erişimi sayesinde denetim süreçlerinde daha güçlü olduklarını vurgulamaktadır.

“Kim ne zaman hangi işlemi yaptı, hangi dosya ne zaman gönderildi, hepsi sistemde kayıtlı.” (K12).

“Her hastane aynı formatta işlem giriyor, SGK aynı çatıdan kontrol ediyor. Bu sayede standart var.” (K21).

5.8.2. Operasyonel Performans ve Teknik Kırılmalılıklar

Her ne kadar Medula önemli kolaylıklar sağlasa da performans problemleri ciddi şekilde katılımcıların gündeminde yer almaktadır. Sistem zaman zaman çökme, yavaşlama ve yoğunluk anlarında donma gibi sorunlar yaşamaktadır. Bu problemler, hem kullanıcıların iş süreçlerini sekteye uğratmakta hem de hasta memnuniyetini doğrudan etkilemektedir (f=6).

“Özellikle yoğun dönemlerde aşırı yavaşlıyor ya da tamamen çökebiliyor... hastanın saatlerce beklemek zorunda kalmasına neden oluyor.” (K2).

“Sistemin dili ağır geldi. Özellikle yeni başlayanlar için epey karışık; nereye ne kod girilecek, bayağı kafa karıştırıyor.” (K7).

Medula, büyük bir otoban gibi tanımlanırken, trafik sıkışıklığı sistemin erişilebilirliğini kısıtlamaktadır.

“Bu köprüünün bazen trafiğı kilitleniyor... özellikle sistem yoğunluğunda yavaşlamalar, hata vermeler yaşıyor.” (K10).

Bu tür sorunlar, sistemin yaygınlığını ve önemini azaltmamakla birlikte, saha deneyimini olumsuz etkileyen teknik eksiklikler olarak göze çarpmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu, sistemde oluşan hatalarla ilgili olarak yetersiz geri bildirim aldıklarını ve hata mesajlarının yönlendirici olmaktan uzak olduğunu belirtmektedir. Birçok hata mesajı sadece “işlem geçersiz” şeklinde olup, hatanın nedenini açıklamamakta, bu da kullanıcıların çözüm bulmasını zorlaştırmaktadır.

“Bir hata yaptıysanız... bazen sisteme girdikten sonra değişiklik yapmanız mümkün olmuyor.” (K3).

“Sistem hata veriyor ama neden verdiğini söylemiyor... sen çözmeye çalışıyorsun.” (K8)

“Hata mesajları bazen çok belirsiz oluyor... hangi işlemde hata yaptığımızı bulmak zaman alıyor.” (K9).

5.8.3. Kullanılabilirlik, Öğrenme Eğrisi ve Destek Mekanizmaları

Birçok katılımcı, Medula sisteminin arayüzünün kullanıcı dostu olmaktan uzak olduğunu vurgulamaktadır. Sistemin yapısal olarak karmaşık, teknik dil ağırlıklı ve yeni başlayanlar için zorlayıcı olduğu belirtilmektedir. Bu durum, öğrenme eğrisini dikleştirirken, hata yapma riskini de artırmaktadır. (f=6)

“Arayüzü karmaşık, her işlem ayrı yerde... sistemin dilini çözmeye çalışıyoruz.” (K8).

“Yeni başlayan biri için başta çok zorlayıcı olabilir... her sistemde farklı prosedürler olduğu için kafa karıştırıcı.” (K17).

Bazı kullanıcılar zamanla sisteme alışıklarını belirtse de bu alışma süreci desteklenmediği takdirde zaman ve verimlilik kaybına neden olmaktadır.

“İlk başlarda bir acemilik vardı tabii... zamanla alıştık, şimdi ezbere biliyoruz nereye ne yazılacak.” (K20).

Bu bağlamda, Medula'nın daha sade, yönlendirici ve modüler bir tasarıma kavuşması, kullanıcı deneyimini olumlu yönde etkileyecektir.

Medula sistemiyle ilgili en çok eleştirilen yönlerden biri de güncellemelerin yetersiz şekilde duyurulması, teknik destek eksikliği ve eğitim imkanlarının sınırlı olmasıdır. Katılımcılar, sistemdeki değişikliklerin çoğu zaman önceden bildirilmediğini ve işlemler sırasında fark edilerek tespit edildiğini aktarmaktadır (f=5).

“Sabah giriyoruz, dün çalışan kod bugün hata veriyor... haberimiz bile yok.” (K13).

“Güncelleme gelmiş mi, sistem değişmiş mi, biri haber vermiyor.” (K8).

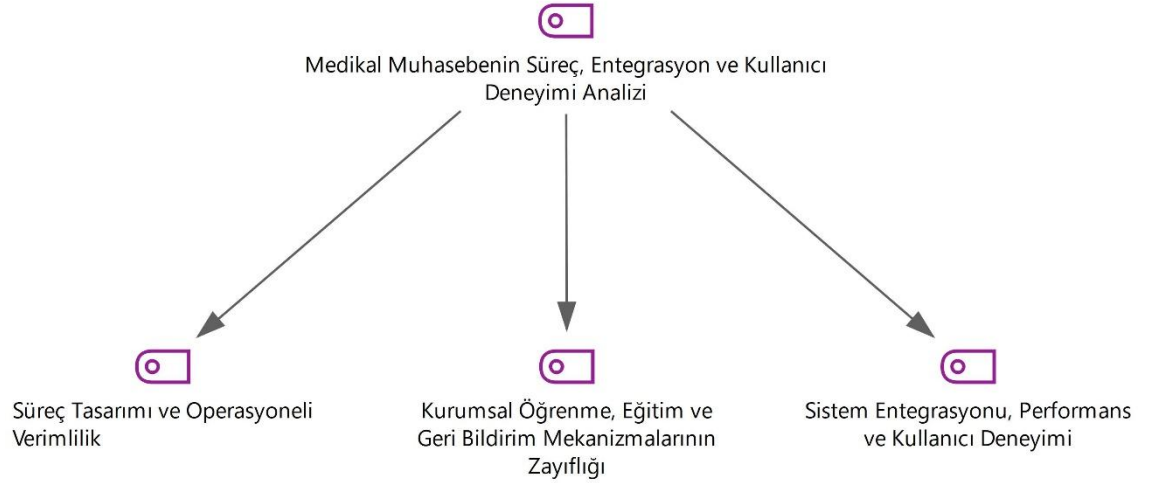
Bu durum, kullanıcının bilgiye erişimini engellemekte ve sahada çalışanların deneme-yanılma yoluyla çözüm üretmek zorunda kalmalarına neden olmaktadır. Ayrıca, kurum içi eğitimlerin eksikliği yeni başlayanlar açısından ciddi bir sorun olarak görülmektedir.

“Yeni başlayan biri için kabus olur bu... sistem içi rehber olsa çok daha kolay olurdu.” (K21).

“Bazen bir kodu girene kadar üç kişiye soruyorum... kurum içi eğitim yok, anlatan da yok.” (K8)

5.9. Medikal Muhasebenin Süreç, Entegrasyon ve Kullanıcı Deneyimi Analizi

Medikal muhasebe sistemi, yalnızca mali kayıtların tutulduğu bir yapıdan ibaret olmayıp, sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğini doğrudan etkileyen stratejik bir bileşen hâline gelmiştir. MAXQDA ile yapılan içerik analizinde elde edilen kodlar doğrultusunda, sistemin mevcut işleyişi ve etkinliğine yönelik yapısal, teknik ve insan faktörüne dayalı çeşitli boyutlarda değerlendirmeler yapılmıştır. Kod yoğunluklarına göre şekillenen tema, üç alt başlık altında toplanmış olup, sistemin iyileştirilmesine yönelik öneriler aşağıda detaylandırılmıştır. Şekil 10 üzerinde yer alan hiyerarşik kod modeli, bu bulguların yapısal ilişkilerini ve yoğunluklarını görsel olarak sunmaktadır. Sahadaki deneyimlerin büyük ölçüde sistemin dijital altyapısı, kullanıcı arayüzü, süreç entegrasyonu, eğitim olanakları ve geri bildirim mekanizmaları üzerinde yoğunlaştığı görülmektedir.



Şekil 10. Medikal muhasebenin süreç, entegrasyon ve kullanıcı deneyimi analizi hiyerarşik kod modeli

5.9.1. Süreç Tasarımı ve Operasyonel Verimlilik

Katılımcıların çoğu, medikal muhasebe sisteminin günlük işleyişinde yer alan gereksiz bürokratik adımların hem zaman kaybına yol açtığını hem de iş motivasyonunu olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. Bu tekrarlar, aynı verilerin farklı sistemlerde yeniden girilmesi, belge onaylarının fazlalığı ve aynı işlemin birden fazla kanaldan yürütülmesi gibi şekillerde karşımıza çıkmaktadır (f=8).

“Bazı işlemler var ki, üç kere giriyorsun, üçünde de aynı şeyi yazıyorsun... Hani bir kere yazdın mı tam sayılsın, bitsin.” (K20).

Bu sorun yalnızca iş yükünü artırmakla kalmamakta, aynı zamanda hata yapma olasılığını da yükseltmektedir. Katılımcılar, bu tekrarların azaltılması durumunda sistemin daha hızlı, verimli ve sürdürülebilir olacağı görüşündedir:

“Medikal muhasebe sistemini daha verimli hâle getirmek için... gereksiz prosedürlerin azaltılması lazım.” (K1).

5.9.2. Kurumsal Öğrenme, Eğitim ve Geri Bildirim Mekanizmalarının Zayıflığı

Bu tema altında en çok dikkat çeken konu, eğitim eksikliği, pratik rehberlerin olmaması, sistem güncellemelerinin geç veya yetersiz duyurulması ve kullanıcı geri bildirimlerinin yeterince dikkate alınmamasıdır. (f=5)

“Sistemi anlamak için insanlar birbirine sorarak öğreniyor. Rehber yok, eğitim eksik.” (K14).

“Her güncelleme önceden duyurulmalı ve sade bir dille anlatılmalı.” (K8).

Katılımcıların önerileri arasında, vaka temelli, sahaya uygun, sade ve periyodik eğitimler ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, kullanıcıların yaptığı gözlemler ve önerilerin dikkate alınması, sistemin saha gerçekliğine daha uygun hâle gelmesi açısından hayati görülmektedir.

“Eğitimler sadece ekran gösterip geçen değil, uygulamalı olmalı. Bizim neyle uğraştığımızı en iyi biz biliriz.” (K13).

Bu noktada bir başka katılımcı da sistemin merkezden değil, sahadaki kullanıcılar dikkate alınarak tasarlanması gerektiğini vurgulamaktadır:

“Yukarıdan bakınca her sistem güzel görünür ama biz hâlâ her gün uğraşır dururuz.” (K11).

5.9.3. Sistem Entegrasyonu, Performans ve Kullanıcı Deneyimi

Medula'nın farklı sistemlerle tam entegre çalışmaması, özellikle HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) ile olan uyum sorunları, katılımcıların yoğun olarak dile getirdiği teknik bir problemdir. Sistemler arası geçişlerde yaşanan veri uyumsuzlukları, gecikmeler ve sistem yavaşlamaları, işlemleri sekteye uğratmakta ve çalışanlar üzerinde baskı oluşturmaktadır.

“HBYS sistemleri hastane içindeki her şeyi tek ekrandan yönetiyor... ama SGK tarafına gelince yine Medula'ya bağımlıyız.” (K3).

“Yoğun dönemlerde sistem çok yavaşlıyor. Bu da işleri zorlaştırıyor.” (K9)

Katılımcılar, Medula'nın arayüzünün kullanıcı dostu olmaktan uzak olduğunu; hata mesajlarının ise yönlendirici nitelik taşımadığını belirtmektedir. Sistem kullanıcılarına yeterli açıklama yapmadan “işlem geçersiz” gibi genel ifadelerle hata vermesi hem zaman kaybına hem de kullanıcı üzerinde belirsizlik baskısına yol açmaktadır (f=3).

“Sistem hata veriyor ama neden verdiğini söylemiyor. Sen çözmeye çalışıyorsun.” (K8).

“Yeni başlayan biri sisteme girince bir saat bakıyor, sonra çay molasına çıkıyor çünkü çözülüyor kolay kolay.” (K22)

Kullanıcılar, sistemin yönlendirici olması, örneğin hatanın hangi koddan kaynaklandığını göstermesi ve çözüm önerisi sunması gerektiğini ifade etmektedir.

“Hata mesajı, hangi adımda hata yapıldığını belirtirse hem zaman kaybı azalır hem de hatalar tekrar edilmez.” (K17)

Kullanılabilirliğin artırılması için sistemin sadeleştirilmiş bir arayüze, adım adım yönlendirme sistemine ve anlaşılır geri bildirim mekanizmalarına sahip olması gerektiği öne sürülmektedir.

5.10. Tematik Kod Bulutu

Araştırma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerden elde edilen veriler MAXQDA programı aracılığıyla analiz edilmiş ve en sık kullanılan anahtar kavramlar Şekil 11'deki kod bulutunda görselleştirilmiştir. Analiz sürecinde, analitik değeri bulunmayan bağlaçlar, edatlar ve yardımcı fiiller kapsam dışı bırakılarak, doğrudan medikal muhasebe süreçlerini niteleyen kavramlara odaklanılmıştır.



Şekil 11. Medikal muhasebe kod bulutu

Şekil 11 incelendiğinde, bulutun merkezinde ve en büyük puntolarla yer alan kelimelerin “Sistem”, “Personel”, “Medikal”, “Muhasebe”, “Fatura” ve “Mevzuat” olduğu görülmektedir. Özellikle “Personel” kavramının “Sistem” ile eşdeğer büyüklükte olması, araştırmanın bulgular kısmında sıkça dile getirilen kalifiye eleman eksikliği, iş yükü dengesizliği ve eğitim ihtiyacının, çalışanların gündeminde teknik altyapı kadar büyük bir yer kapladığını kanıtlamaktadır.

Benzer şekilde “Fatura” ve “SGK” kelimelerinin büyüklüğü, medikal muhasebenin çıktısı odaklı yapısını ve kurumların finansal sürdürülebilirliğinin bu kavramlar etrafında şekillendiğini göstermektedir. Kod bulutunda dikkat çeken diğer önemli grup ise “Hata”, “Eksik”, “Zaman”, “Gereksiz” ve “Bürokrasi” kelimeleridir. Bu kavramlar, süreçlerde yaşanan operasyonel aksaklıkların, tekrarlı işlemlerin ve zaman yönetimi sorunlarının katılımcı deneyimlerine güçlü bir şekilde yansıdığını ortaya koymaktadır.

Ayrıca “Uzmanlaşma”, “Eğitim”, “Medula” ve “Hasta” kelimelerinin de belirgin olması, sistemin hem teknik (Medula) hem de insan kaynağı (Uzmanlaşma/Eğitim) boyutunun birbiriyle ne denli iç içe olduğunu simgelemektedir. Sonuç olarak bu kod bulutu; medikal muhasebenin teknik, idari ve insan faktörüne dayalı çok boyutlu bir yapı

olduğunu; ancak mevcut işleyişte sistemseller zorlukların ve personel kaynaklı sorunların sürecin olağan akışından daha fazla konuşulduğunu somut bir şekilde özetlemektedir.



6. TARTIŞMA

Bu çalışmada, medikal muhasebe sisteminin uygulayıcı konumunda çalışanların algı, deneyim ve eleştirilerinin hiyerarşik kod–alt kod yapısıyla tematik olarak analiz edilmesi, sistemin işleyişine dair kapsamlı bir şekilde değerlendirme yapılmasına olanak sağlamıştır. Görüşmelerden elde edilen bulgular literatürdeki pek çok çalışmayla benzerlik göstermekte; özellikle insan kaynağı niteliği, dijitalleşme süreci, mevzuat yapısı ve kurumsal eğitimlerin yeterliliği konularında önemli tartışma noktaları ortaya çıkmaktadır.

Katılımcıların sıklıkla vurguladığı “kalifiye personel eksikliği” meselesi, Türkiye sağlık sisteminde yaygın olarak karşılaşılan bir sorun olarak literatürde de yer almaktadır. Özbalcı (2020), sağlık bilgi sistemlerindeki dijital dönüşüm süreçlerine direnç gösteren çalışanların çoğunlukla yeterli eğitim almamış ve teknik bilgiye sahip olmayan bireyler olduğunu ifade etmektedir. Bu bulgu, çalışmamızdaki katılımcıların medikal muhasebe süreçlerinde görevli personelin sayıca ve nitelik olarak yetersiz olduğu yönündeki ifadeleriyle örtüşmektedir.

Eğitim eksikliği bağlamında Ak (2023), bilgi iletişim teknolojileriyle desteklenen sağlık hizmetlerinin etkinliğinin, bu sistemleri kullanabilen nitelikli personel varlığına doğrudan bağlı olduğunu vurgulamaktadır. Bazı katılımcılar eğitim aldığını ve sertifikaya sahip olduğunu belirtse de kurumsal eğitimlerin niteliği, içerik uyumu ve uygulama yeterliliği konusunda genel bir standardizasyon eksikliği dikkat çekmektedir. Bu bulgu, Özbalcı’nın (2020) sağlıkta eğitim süreçlerinin performans çıktıları üzerindeki etkisine dair tespitleriyle de paralellik göstermektedir.

Medula sistemi hakkında yapılan değerlendirmelerde katılımcıların büyük çoğunluğu sistemin dijital olarak güçlü olduğunu belirtmiş; ancak kullanım kolaylığı ve arayüz işlevselliği açısından çeşitli eleştiriler getirmiştir. Benzer şekilde Ak (2023), Türkiye’deki dijital hastane dönüşümünün teknik olarak ilerlemesine rağmen, kullanıcı deneyimlerinin sistemsel verimlilik üzerinde belirleyici rol oynadığını ifade etmektedir. Bu bulgu, Medula sisteminin merkezî yapısına karşın sahadaki kullanımda hâlen kullanıcı dostu olmaktan uzak yönlerinin bulunduğunu göstermektedir.

Mevzuat yapısının karmaşıklığı ve uygulama rehberlerinin yetersizliği ise medikal muhasebe sisteminde standart dışı uygulamalara yol açmakta ve sürecin kurumsallaşmasını engellemektedir. Mendi (2012), sağlıkta e-dönüşüm uygulamalarında mevzuat ile uygulama arasındaki uyumsuzlukların sağlık bilişim sistemlerinin

sürdürülebilirliğini tehdit eden en kritik sorunlardan biri olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, katılımcıların “kanuni düzenlemeler ihaleleri önlemeye yetmiyor” veya “mevzuat çok karmaşık” ifadeleri literatürle uyumludur.

Ayrıca, uzmanlaşma ihtiyacı ve eğitimin kurumsal belgelenme eksikliğiyle birlikte anılması, bilgi yönetimi ve eğitim politikalarının yeniden yapılandırılması gerektiğini göstermektedir. Sağlık bilişimi üzerine çalışan Türkiye Sağlık Bakanlığı'nın Bilgi İşlem Dairesi tarafından hazırlanan Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı'nda, insan kaynağı niteliğinin bilgi sistemlerinin başarısı üzerinde belirleyici olduğunu vurgulamakta ve bu alanlarda stratejik planlama ihtiyacını ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Katılımcıların bazıları sağlıkta dönüşüm programına yönelik olumlu değerlendirmelerde bulunmuş, sistemin dijitalleşme yönünde ilerlediğini ve yapısal kazanımlar sağladığını ifade etmiştir. Bu durum Tabanlı (2019) tarafından yapılan çalışmada da belirtilmiş, Medula sisteminin merkezi yapısının sağlık hizmetlerinin kalite kontrolünde önemli rol oynadığı ifade edilmiştir. Ancak dijital sistemlerin başarılı olabilmesi için bu yapının sadece teknik değil, aynı zamanda sosyo-organizasyonel bir bütünlük içinde yönetilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Bu çalışmada, medikal muhasebe sistemine dair 23 farklı sağlık çalışanının görüşleri üzerinden oluşturulan tematik analiz, sistemin mevcut işleyişinin çeşitli yönleriyle değerlendirilmesine imkân tanımıştır. Katılımcı 6–17 arasındaki değerlendirmeler, sağlıkta dönüşüm programı, Medula sistemi, mevzuat yapısı, uzmanlaşma gerekliliği, personel yeterliliği ve kurumsal eğitimin etkililiği gibi temel bileşenler etrafında şekillenmiştir. Elde edilen bulgular literatür ile örtüşmekte ve sistemin geliştirilmesine yönelik öneriler için anlamlı veriler sunmaktadır.

Katılımcıların büyük çoğunluğu tarafından vurgulanan Medula sisteminin güçlü dijital altyapıya sahip olduğu ve sağlık hizmetlerinin izlenebilirliğini artırdığı görüşü, Alp (2022) tarafından yapılan araştırmayla da örtüşmektedir. Bu çalışmada Medula'nın tıbbi dokümantasyon süreçlerine katkı sunduğu ve SGK ile hastane arasındaki işleyişi kolaylaştırdığı ifade edilmiştir. Bu nedenle dijitalleşmenin medikal muhasebe sistemine entegrasyonu, teknik yeterlilik açısından önemli bir kazanım olarak değerlendirilmektedir. Ancak dijitalleşmenin getirdiği avantajlara rağmen kullanıcı deneyiminin tam anlamıyla optimize edilmediği, bazı katılımcılar tarafından “arayüz zorlukları” ve “uygulama karmaşıklığı” şeklinde dile getirilmiştir. *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı* (Sağlık Bakanlığı, 2004) da bu durumu, sistemlerin sadece teknik altyapıyla değil, aynı zamanda kullanıcı dostu tasarımlarla birlikte işler kılınması gerektiği şeklinde açıklamaktadır.

Çalışmada özellikle dikkat çeken bulgulardan biri de mevzuat yapısının eksik ve karmaşık olduğuna ilişkin yaygın görüştür. Katılımcıların çoğu, mevzuatın güncel olmadığını, uygulama kılavuzlarının yetersiz kaldığını ve hukuki altyapının sadeleştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Bu tespit, Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat (2015) tarafından yapılan değerlendirmelerle de örtüşmektedir. Yazarlar, Türkiye’deki sağlık mevzuatının çok sık değişen ve karmaşık yapısının, sağlık kurumlarında yönetsel belirsizliklere yol açtığını; bu durumun hem denetim süreçlerini zorlaştırdığını hem de uygulamada standardizasyonu engellediğini vurgulamışlardır.

Uzmanlaşma ihtiyacı, tüm katılımcılar tarafından dile getirilmiş; sistemin kalitesinin büyük ölçüde personelin yetkinliğiyle ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgu, T.C. Sağlık Bakanlığı (2004) tarafından hazırlanan Eylem Planı’ndaki stratejik hedeflerle de örtüşmektedir. İlgili planda, bilgi sistemlerinin başarısının sadece teknik altyapıya değil, insan kaynağının niteliğine bağlı olduğu yıllar öncesinden tespit edilmiştir. Ancak saha verileri incelendiğinde, bu stratejik hedefe ulaşmada eğitim süreçlerinde aksaklıklar yaşandığı görülmektedir. Katılımcıların eğitimlerin teorik kaldığına ve uygulamaya dönük olmadığına dair eleştirileri, sistemin sürdürülebilirliği açısından bir risk oluşturmaktadır. Bu durum, Şenol ve Metin (2022) tarafından da belirtildiği üzere, medikal muhasebe eğitiminin sadece teorik bilgiyle sınırlı kalmayıp, hastane ortamındaki pratik uygulamalarla ve güncel mevzuat (SUT) bilgisiyle desteklenmesi gerektiğini göstermektedir

Katılımcıların sıklıkla dile getirdiği bir diğer husus, sistemdeki gereksiz uygulamalar ve operasyonel tekrarlardır. Bu tür uygulamaların bürokratik iş yükünü artırdığı ve sağlık çalışanlarını asli görevlerinden uzaklaştırdığı görülmektedir. Alp (2022), sağlıkta dijital uygulamaların temel amacının performansı artırmak ve kaynakları etkin kullanmak olduğunu belirtmiştir. Ancak araştırma bulgularımız, mevcut sistemdeki tekrarların bu verimlilik hedefini sekteye uğrattığını; dijitalleşmenin beklenen faydayı sağlayabilmesi için süreçlerin sadeleştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Sağlıkta dönüşüm programına ilişkin görüşler genel olarak olumludur. Katılımcılar, bu program sayesinde sistematik bir yapıya geçildiğini, dijitalleşmenin arttığını ve veri bütünlüğünün sağlandığını ifade etmiştir. Ancak programın tüm alanlarda eş zamanlı etki göstermediği ve bazı yapısal problemlerin hâlen devam ettiği de vurgulanmıştır. Bu durum, Korkmaz ve Tercan (2023) tarafından yapılan çalışmada da desteklenmiş; sağlıkta dijitalleşme ve muhasebe süreçlerinde farkındalığın arttığı, ancak karşılaşılan sorunların büyük ölçüde sistemsal altyapı eksiklikleri ve nitelikli personel yetersizliğinden kaynaklanmaya devam ettiği belirtilmiştir.

Görüşme verileri ve literatür birlikte değerlendirildiğinde; medikal muhasebe sisteminin dijitalleşme, eğitim, mevzuat, uzmanlaşma ve sadeleştirme başlıklarında yeniden yapılandırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Sistem güçlü yönlerle sahip olmakla birlikte, bu güçlü yönlerin etkili olabilmesi için eşgüdümlü yönetsel reformlara ve sürekli geliştirme politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu kapsamda önerilecek çözüm yolları yalnızca teknik değil, aynı zamanda organizasyonel, hukuki ve eğitsel temellerde şekillendirilmelidir.

Katılımcı 18–22’ye ait ifadeler, medikal muhasebe sisteminin işleyişine yönelik birçok katmanı ortaya koymuştur. Sağlıkta dijitalleşmeden mevzuat eksikliğine, personel niteliğinden eğitime kadar geniş bir yelpazede yapılan değerlendirmeler, sağlık sistemindeki dönüşüm politikalarının medikal muhasebe üzerindeki etkilerini anlamada önemli veriler sunmakta ve mevcut sistemin güçlendirilebileceği yönlerle ışık tutmaktadır.

Katılımcıların tamamı, Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) medikal muhasebe sistemine olumlu katkılar sağladığını vurgulamaktadır. Program sayesinde işleyişin daha sistematik hale geldiği, dijital sistemlerin entegrasyonunun sağlandığı ve genel olarak verimlilik artışı yaşandığı belirtilmiştir. Bu bulgular, Çavmak ve Çavmak (2017) tarafından yapılan çalışmayla da örtüşmektedir. Yapılan çalışmada, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerinde 'e-dönüşüm' projesinin hayata geçirildiğini ve Sağlık Bilgi Sistemi'nin kurulmasıyla karar süreçlerinde etkili bilgiye erişimin hedeflendiğini vurgulamaktadır. Bu bağlamda, katılımcıların dijitalleşme ve sistematik işleyişe yönelik olumlu görüşleri, literatürdeki dönüşüm hedefleriyle uyum içindedir.

Mevzuat eksikliği, katılımcıların büyük kısmı tarafından sistemin uygulanabilirliği açısından ciddi bir sorun alanı olarak tanımlanmıştır. Korkmaz ve Tercan (2023), medikal muhasebe uygulamalarında mevzuatın yeterince açık ve güncel olmamasının uygulamada çelişkili yaklaşımlara ve kurumsal farklara yol açtığını belirtmektedir. Bu bulgu, Katılımcı 20 ve 22’nin “mevzuat belirsizliği” ve “yasal boşluklar” vurgusuyla da örtüşmektedir. Ayrıca, SUT ve SGK mevzuatının sık değişmesinin sistemin istikrarını zedeleyen bir unsur olduğu dile getirilmiştir (Sarıçiçek ve Çevik, 2023).

Gereksiz uygulamalar hem zaman hem de kaynak israfına neden olan yapısal bir problem olarak katılımcılar tarafından sıklıkla dile getirilmiştir. Örneğin Katılımcı 19, bazı işlemlerin “boşuna yapılıyormuş gibi” algılandığını ve bu durumun motivasyon kaybına yol açtığını belirtmiştir. Bu durum, Arslan, Çilhoroz ve Bozdemir (2020) tarafından yapılan çalışmayla da paralellik göstermektedir. Yazarlar, hastane bilgi yönetim sistemleri (HBYS) ve maliyet süreçlerinde karşılaşılan zorlukların, otomasyon eksikliklerinden veya sistemin etkin kullanılamamasından kaynaklandığını; bu tür

aksaklıkların da operasyonel süreçlerde zaman kaybına ve iş yükü artışına neden olduğunu vurgulamışlardır.

Eğitim ve yetkinlik, sistemin işlerliği açısından kritik bir değişken olarak öne çıkmaktadır. Katılımcı 18 ve 22 eğitim almanın sistem bilgisi açısından olumlu katkılar sağladığını ifade ederken, Katılımcı 19 hiç eğitim almadığını belirtmiştir. Bu durum, standartlaşmamış eğitim politikalarına işaret etmektedir. Nitekim Savaş ve Ekergil (2019), sağlık yönetimi lisans programlarını inceledikleri çalışmalarında, özel hastaneler için hayati öneme sahip olan 'Medikal Muhasebe' dersinin müfredatlarda neredeyse hiç yer almadığını sadece bir bölümde seçmeli ders olduğu tespit etmiştir. Yazarlar, bu alandaki eğitim eksikliğinin giderilmesi için medikal muhasebe derslerinin müfredatlara eklenmesi gerektiğini vurgulamışlardır. Dolayısıyla, üniversite eğitimindeki bu boşluğun doldurulması ve hizmet içi eğitimlerin zorunlu hale getirilerek içeriklerinin güncellenmesi gerekmektedir.

Personel dağılımı ve uzmanlaşma, farklı kurumlarda farklı biçimlerde görülmektedir. Katılımcı 20, medikal muhasebe biriminde çalışanların çoğunun bu alanda uzman olmadığını belirtirken, Katılımcı 21 ve 22 daha kurumsallaşmış yapılar sunduklarını ifade etmiştir. Bu farklılık, Sarıççek ve Çevik (2023) tarafından dile getirilmiş; Türkiye'de medikal muhasebe alanında hâlâ bir meslek standardı oluşmadığı ve personel seçiminde net kriterlerin bulunmadığı ifade edilmiştir.

Medula sistemi neredeyse tüm katılımcılar tarafından olumlu değerlendirilmiştir. Katılımcıların “harika sistem”, “dijitalleşmenin katkısı” gibi ifadeleri, Medula’nın kurumsal işlemlerdeki hızlandırıcı ve düzenleyici rolüne işaret etmektedir. Bu görüş, Sayın ve Yüksel (2018) tarafından yapılan çalışmayla da desteklenmektedir. Yazarlar, hastanelerde hasta kartlarının açılmasından provizyon alınmasına ve hizmet bedellerinin SUT esaslarına göre belirlenmesine kadar tüm gelir tahakkuk süreçlerinin Medula sistemi üzerinden entegre ve sistematik bir şekilde yürütüldüğünü belirtmişlerdir. Dolayısıyla sistemin, SGK entegrasyonu ve veri yönetimindeki etkinliği literatürle de örtüşmektedir.

Katılımcı 18–22'nin değerlendirmeleri ve literatürdeki bulgular birlikte ele alındığında, medikal muhasebe sisteminin dijital altyapı ve politik destek açısından güçlü bir zemine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Ancak bu zeminin daha verimli işlemesi için mevzuat sadeleştirilmesi, eğitim politikalarının standardizasyonu, uzmanlaşma kriterlerinin belirlenmesi ve gereksiz işlemlerin ortadan kaldırılması gibi yapısal reformlara ihtiyaç duyulmaktadır. Sistemin sürdürülebilirliği yalnızca teknolojik yatırımlarla değil, aynı zamanda insan kaynağına yapılan yatırımlarla da mümkün olacaktır.

7. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Bu araştırmada, Türkiye’de kamu, özel ve üniversite hastanelerinde görev yapan medikal muhasebe çalışanlarının deneyimlerine dayanarak, medikal muhasebe birimlerinin mevcut yapısı, işleyişi, karşılaşılan sorunlar ve sistemin geliştirilmesine yönelik öneriler kapsamlı bir şekilde analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, medikal muhasebenin sadece mali işlem yönetimi değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliğini, şeffaflığını ve denetlenebilirliğini doğrudan etkileyen stratejik bir alan olduğunu ortaya koymuştur. Birimlerin kurulma süreci, personel yapısı ve görev dağılımında yaşanan belirsizlikler, mevzuatın karmaşık yapısı, sistem entegrasyon sorunları, eğitim eksiklikleri ve insan kaynaklarına dair yapısal zorluklar, medikal muhasebenin etkinliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

Çalışma bulguları, medikal muhasebe çalışanlarının yüksek iş yükü, yetersiz eğitim, kalifiye personel eksikliği ve sık değişen mevzuat nedeniyle ciddi uyum sorunları yaşadığını göstermektedir. Katılımcıların çoğu, süreçlerde gereksiz tekrarların ve manuel müdahalelerin fazlalığından şikâyet etmiş, dijitalleşme sürecinin entegrasyon açısından hâlâ yetersiz kaldığını belirtmiştir. Medula gibi merkezi sistemlerin kullanıcı arayüzü, hata bildirim yapısı ve yönlendirici niteliği bakımından geliştirilmesi gerektiği sıklıkla vurgulanmıştır. Kişisel verilerin gizliliği konusunda ise teknik altyapının genellikle yeterli olmasına rağmen, uygulayıcı personelin eğitim düzeyi ve farkındalık eksikliği sistem güvenliğini zayıflatmaktadır. Buna karşın, uzmanlaşma ve eğitim süreçlerine yapılan yatırımların, sistem verimliliğini ve çalışan memnuniyetini doğrudan artırdığı görülmektedir. Kurum içi iş birliği, iletişim kültürü ve yönetim desteği bulunan yapılarda daha az hata, daha yüksek motivasyon ve sürdürülebilir süreçler gözlenmiştir. Ayrıca, sağlık personelinin medikal muhasebe süreçlerine aktif katılım sağlamasının, işlem doğruluğunu ve sistem hızını olumlu etkilediği anlaşılmıştır. Tüm bu veriler, sağlık kurumlarında medikal muhasebe sistemlerinin etkinliğini artırmak için kapsamlı ve çok boyutlu stratejilere ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Mevzuatın sadeleştirilmesi, eğitimlerin uygulama temelli ve periyodik hâle getirilmesi, dijital sistemlerin tam entegrasyonunun sağlanması, kullanıcı dostu arayüzlerin geliştirilmesi ve kalifiye personel yetiştirmeye yönelik kurumsal stratejilerin hayata geçirilmesi, medikal muhasebe sisteminin gelecekte daha verimli ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşmasını sağlayacaktır. Bu çalışma, sağlık yönetimi alanında önemli bir

boşluğu doldurarak, politika yapıcılara, hastane yöneticilerine ve akademik çevrelere bu dönüşüm süreci için somut veriler ve öneriler sunmaktadır.

Elde edilen bulgular ışığında, medikal muhasebe birimlerinin etkinliğini artırmak için bazı stratejik adımların atılması gerekmektedir. Öncelikle birimlerin kurumsal statüye kavuşturulması, görev tanımlarının net ve yazılı hâle getirilmesi, personel planlamasının iş yüküyle dengelenmesi ve her 100 yatak için asgari personel normlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Kalifiye personel yetiştirilmesine öncelik verilmesi, üniversite müfredatına “Sağlık Muhasebesi” veya “Medikal Finans Yönetimi” derslerinin eklenmesi ve uzmanlık sertifikasyon sisteminin oluşturulması, insan kaynağının niteliğini artıracaktır. Eğitimlerin uygulamalı ve vaka temelli olması, yeni başlayan personel için modüler oryantasyon programlarının uygulanması, sürekli mesleki gelişim takibinin yapılması ve deneyimli personelin mentorluk desteği sağlaması hem çalışan verimliliğini hem de sistem etkinliğini yükseltecektir.

Dijital sistem entegrasyonunun güçlendirilmesi, HBYS, Medula ve diğer yazılımlar arasında veri geçişinin tek adımda yapılabilmesi, kullanıcı dostu arayüzlerin geliştirilmesi ve bürokratik yükün azaltılması, süreçlerin hızlanmasına ve hata oranlarının düşmesine katkı sağlayacaktır. Mevzuatın sadeleştirilmesi, değişikliklerin önceden bildirilmesi ve veri güvenliği ile ilgili farkındalık eğitimlerinin zorunlu hâle getirilmesi, çalışanların uyumunu kolaylaştıracaktır. Ayrıca, yöneticilere medikal muhasebenin stratejik önemi konusunda farkındalık eğitimleri verilmesi, performans değerlendirme sistemlerinin oluşturulması ve iç denetim rehberlerinin hazırlanması, kurumsal süreçlerin sürdürülebilirliğini destekleyecektir.

Akademik ve bilimsel alanda ise nicel araştırmaların artırılması, farklı kurum tiplerinin karşılaştırılması, disiplinler arası çalışmaların teşvik edilmesi ve uluslararası karşılaştırmalı araştırmalar yapılması hem uygulamada hem de literatürde medikal muhasebenin gelişimine katkı sağlayacaktır. Tüm bu adımlar, medikal muhasebe birimlerinin daha verimli, sürdürülebilir ve stratejik bir yapıya kavuşmasını mümkün kılacaktır.

KAYNAKÇA

- Abdioğlu, H. (2018). *Uygulamalı Genel Muhasebe: Sunum Slaytları İle*. Bursa: Dora Basım-Yayın.
- Abernethy, M. A., Chua, W. F., Grafton, J., ve Mahama, H. (2007). Accounting and control in health care: Behavioural, organisational, sociological and critical perspectives. *European Accounting Review*, 16(4), 805-829.
- Ağırbaş, İ. (2020). *Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi Ve Maliyetleme*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Ak, B. (2013). Sağlıkta yeni hedef: Dijital hastaneler. *XV. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri içinde* (971-976). Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Ak, S. (2023). Dijital hastane dönüşümü ve muhasebe süreçleri üzerine bir değerlendirme. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 7(1), 55-72.
- Akalın, H., ve Veranyurt, A. (2020). Sağlıkta dijitalleşme ve yapay zekâ uygulamaları: Muhasebe süreçlerine etkileri. *SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi*, 6(2), 101-120.
- Akdoğan, N. (2020). *Maliyet Muhasebesi Uygulamaları* (9. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Akdoğan, R. (2024). Sağlık hizmetleri muhasebe uygulamalarında kuyuya atılan taş: Medikal muhasebe. *Boyabat İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi E-Dergisi*, 4(1), 60-75.
- Alp, F. (2022). Sağlıkta dijital uygulamaların tıbbi dokümanlara etkisi. Y. Karaşin ve A. M. Temizer (Ed.), *Tüm yönleriyle tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik içinde* (185-195). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Amandaningrum, R. F., ve Secokusumo, T. H. (2020). Time-driven activity based costing method for calculating unused capacity of endoscopy services: A case study of XYZ Hospital. In *Proceedings of the 2nd International Conference on Inclusive Business in the Changing World* (380-387). SCITEPRESS.
- Anderson, G. F., ve Davis, K. (2015). Medicare payment reform: Aligning incentives for better care. *The Commonwealth Fund Issue Brief*, 16, 1-12.
- Arık, Ö., ve Yılmaz, F. Ö. (2021). Sağlık kurumlarında medikal muhasebe süreçleri. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 34-42.
- Arslan Çilhoroz, İ., ve Bozdemir, E. (2020). Hastane işletmelerinde maliyet analizi yapılırken karşılaşılan zorlukların incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(75), 1354-1370.

- Avaner, T., ve Fedai, R. (2017). Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme: Sağlık yönetiminde bilgi sistemlerinin kullanılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(Kayfor 15 Özel Sayısı), 1533-1542.
- Aysan, M. A. (2007). Muhasebe ve kurumsal yönetim. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (35), 17-24.
- Buğdaycı, M., Yumrukaya, L., ve Yeğenoğlu, S. (2022). Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme yöntemlerinin sağlık ekonomisi perspektifinden incelenmesi. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 46(1), 231-238.
- Busse, R., Geissler, A., Quentin, W., ve Wiley, M. (Eds.). (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead: Open University Press.
- Choudhery, S., Hanson, A. L., Stellmaker, J. A., Ness, J., Chida, L., ve Connors, A. L. (2021). Basics of time-driven activity-based costing (TDABC) and applications in breast imaging. *British Journal of Radiology*, 94(1119), 20201138. doi:10.1259/bjr.20201138
- Çavmak, Ş., ve Çavmak, D. (2017). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çevik, E., ve Sarıçiçek, R. (2023). Türkiye’de medikal muhasebe uzmanlığı: Aranan nitelikler ve beklentiler. *Ardahan Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 155–162. doi:10.58588/aru-jfeas.1396966
- Çevik, E., ve Sarıçiçek, R. (2024). Özel sağlık kuruluşlarında medikal muhasebenin yeri ve önemine yönelik nitel bir araştırma. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 25(3), 593–613. doi:10.17494/ogusbd.1491026
- Daştan, İ., ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Dewita, Syachbrani, W., ve Uluputty, N. F. (2024). Hospital inpatient cost optimization using activity based costing: A case study at RSUD Bantaeng. *Pinisi Applied Accounting Journal*, 2(2), 35-45.
- Eldenburg, L. G., ve Krishnan, R. (2006). Management accounting and control in health care: An economics perspective. In C. S. Chapman, A. G. Hopwood, ve M. D. Shields (Eds.), *Handbooks of management accounting research* (Kısım 2, 859-883). Amsterdam: Elsevier.

- Ergun, C., ve Dericioğulları Ergun, A. (2010). Dönüşüm mü, piyasalaştırma mı? Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerine bir tartışma. *Toplum ve Demokrasi*, 4(8-9-10), 33-54.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi*, 2, 95-104.
- Etges, A. B., Polanczyk, C. A., ve Urman, R. D. (2020). A standardized framework to evaluate the quality of studies using TDABC in healthcare: the TDABC in Healthcare Consortium Consensus Statement. *BMC Health Services Research*, 20(1107), 1-10. doi:10.1186/s12913-020-05869-0
- Fonou-Dombeu, N. C., ve Nomlala, B. C. (2022). A comparative analysis of implementation of lean accounting in manufacturing and healthcare sectors. *Eurasian Journal of Business and Management*, 10(2), 116-136.
- Gapenski, L. C., ve Reiter, K. L. (2016). *Healthcare finance: An introduction to accounting and financial management* (6th ed.). Chicago: Health Administration Press.
- Gençtürk, M., ve Cansever, İ. H. (2016). Üniversite hastanelerinin faturalama sürecindeki sorunları üzerine bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3), 225-239.
- Gizer, Z., ve Atış, C. (2022). Sağlık işletmeciliğinde maliyet ve yönetim muhasebesi sisteminin oluşturulması: Bir hastane uygulaması. *Akdeniz İİBF Dergisi*, 22(1), 84-101.
- Güvemli, O. (2001). *Muhasebe tarihi* (Cilt 2). Ankara: Maliye ve Hukuk Yayınları.
- Hardy, C. (1996). Understanding power: Bringing about strategic change. *British Journal of Management*, 7(S1), S3–S16. doi:10.1111/j.1467-8551.1996.tb00144.x
- Jalalabadi, F., Waring, J., ve McDonald, D. (2018). Activity-based costing (ABC): An accounting tool for allocating costs in health care. *International Journal of Health Services*, 48(3), 499–507. doi:10.1055/s-0038-1672208
- Javid, M., Hadian, M., Ghaderi, H., Ghaffari, S., ve Salehi, M. (2016). Application of the activity-based costing method for unit-cost calculation in a hospital. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 165-172. doi:10.5539/gjhs.v8n1p165
- Kalaycı, Ş., Tekşen, Ö., ve Dalgat, H. (2005). Tekdüzen muhasebe sistemi uygulamalarının genel bir değerlendirilmesi ve Batı Akdeniz bölgesine yönelik uygulama. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (25), 173-186.
- Kaplan, R. S. (2015, November). Value-based health care: Reconciling mission and margin [Webinar]. Harvard Business Review.

<https://hbr.org/webinar/2015/11/value-based-health-care-reconciling-mission-and-margin>

- Karasioğlu, F., ve Çam, A. V. (2008). Sağlık işletmelerinde maliyet analizi: Karaman Devlet Hastanesinde birim muayene maliyetlerinin hesaplanması. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 15-24.
- Keel, G., Savage, C., Rafiq, M., ve Mazzocato, P. (2017). Time-driven activity-based costing in health care: A systematic review of the literature. *Health Policy*. Advance online publication. doi:10.1016/j.healthpol.2017.04.013
- Kılınç, S., ve Boztosun, D. (2024). Sağlık işletmelerinde medikal muhasebe perspektifinde faturalandırılmayan işlemlere yönelik tahakkuklar. *Denetim Dergisi*, 15(29), 35-46.
- Korkmaz, E., ve Tercan, Ş. (2023). Medikal muhasebe ve sağlık hizmetlerinin etkin yönetilmesindeki rolü. *Sayıştay Dergisi*, (130), 441-466.
- Kördeve, M. (2017). Sağlık ödemelerinde yeni bir kavram: Medikal muhasebe. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(2), 1-13.
- Martin, J. A., Mayhew, C. R., Morris, A. J., Bader, A. M., Tsai, M. H., ve Urman, R. D. (2018). Using time-driven activity-based costing as a key component of the value platform: A pilot analysis of colonoscopy, aortic valve replacement and carpal tunnel release procedures. *Journal of Clinical Medicine Research*, 10(4), 314-320. doi:10.14740/jocmr3350w
- Mendi, O. (2012). *E-dönüşüm sürecinde sağlık bilişimi uygulamalarının yeri ve hastaların e-sağlık uygulamaları kapsamındaki tutumlarını belirlemeye yönelik bir araştırma* (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Mil, H. İ., Güvercin, A., ve Tarım, B. (2016). Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13), 195-214.
- Mogyorosz, Z., ve Smith, P. (2005). *The main methodological issues in costing health care services: A literature review* (CHE Research Paper 7). York: University of York.
- Mossialos, E., ve Dixon, A. (2002). Funding health care: An introduction. In E. Mossialos et al. (Eds.), *Funding health care: Options for Europe* (1-30). Buckingham: Open University Press.
- Najjar, P. A., Strickland, M., ve Kaplan, R. S. (2017). Time-driven activity-based costing for surgical episodes. *JAMA Surgery*, 152(1), 96-97. doi:10.1001/jamasurg.2016.3356

- Nazlıoğlu, B. (2020). Sağlık işletmelerinde muhasebe sistemi perspektifinde medikal muhasebe. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 533-550.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1, 1-22.
- Özbalcı, A. A. (2020). *Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyi ile bilişim sistemindeki değişimlere karşı gösterdikleri direnç arasındaki ilişki: Samsun ili örneği* (Doktora tezi). Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman.
- Pflueger, D. (2015). Accounting for quality: On the relationship between accounting and quality improvement in healthcare. *BMC Health Services Research*, 15, 178. doi:10.1186/s12913-015-0769-4
- Porter, M. E., ve Kaplan, R. S. (2016). How to pay for health care. *Harvard Business Review*, 94(7-8), 88–98.
- Savaş, A. B., ve Ekergil, V. (2019). Üniversitelerin sağlık yönetimi programlarında muhasebe ve finans derslerinin yeri ve Türkiye uygulaması. *Alanya Akademik Bakış*, 3(2), 123-150.
- Sayım, F. (2016). Kamu hastanelerinde muhasebe ilintisi kurulan faaliyetler ve özel hastane karşılaştırması: Yalova örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 12(12), 672-684.
- Sayın, K. Ş., ve Yüksel, İ. (2018). Hastane işletmelerinde hasta bazlı finansal analiz ve örnek bir uygulama. *Business, Economics and Management Research Journal*, 1(1), 1-14.
- Selimoğlu, S., Altunel, M., ve Yeşilçelebi, G. (2025). *Evaluation the computerized accounting information system (CAIS) in smart healthcare systems: Examples of Turkey*. İçinde C. Kurubacak Cakir (Ed.), *Industry 5.0 for Smart Healthcare Technologies Utilizing Artificial Intelligence, Internet of Medical Things and Blockchain* (s. 205–217). Routledge Home / CRC Press.
- Sevilengül, O. (2019). *Genel Muhasebe* (20. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık uygulama tebliği. (2013, 24 Mart). *T.C. Resmi Gazete* (Sayı: 28597).
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye 'de Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayınları.

- Şantaş, F., ve Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık hizmetlerinin finansman ve geri ödenme yöntemleri: Türkiye’de mevcut durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 12-20.
- Şengül, Y. (2019). Türkiye’de sağlık bilişimi altyapısının kamusal alandaki gelişimi ve e-sağlık hizmetleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 14-20.
- Şenol, A., ve Metin, M. H. (2022). Sağlık işletmelerinde medikal muhasebe uzmanlığı eğitimi ve önemi. *Scientific Journal of Innovation and Social Sciences Research*, 2(2), 111-121.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). *Türkiye sağlık bilgi sistemi eylem planı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı.
- Tabanlı, B. İ. (2019). *Bilgi teknolojilerinin sağlık hizmetleri sunum kalitesine etkisi (Sakarya İli’nde bir inceleme)* (Yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2015). *Sağlık işletmeleri yönetimi* (7. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Yalçın, H. (2022). Bir araştırma deseni olarak fenomenoloji. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(Özel Sayı 2), 213-232.
- Young, D. W. (2014). *Management Accounting In Health Care Organizations* (3. basım). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zelman, W. N., McCue, M. J., ve Glick, N. D. (2014). *Financial management of health care organizations: An introduction to fundamental tools, concepts and applications* (4th ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zengin, N. (2010). "Sağlık hakkı" ve sağlık hizmetlerinin sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(1), 44-52.

EKLER

Ek 1. Tezde Kullanılan Görüşme Soruları

GÖRÜŞME FORMU

Sayın Katılımcı,

Medikal muhasebe sisteminin incelenmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmaya katılımcı olmayı kabul ettiğiniz için çok teşekkür ederiz. Çalışma sırasında ve sonrasında isminiz ve verdiğiniz yanıtlar kesinlikle gizli tutulacaktır. Size dair bilgiler herhangi bir başka yerde paylaşılmayacaktır.

Araştırmayla ilgili herhangi bir konuda iletişim kurmak isterseniz, bize e-posta ve/veya telefon ile istediğiniz zaman ulaşabilirsiniz. Değerli vaktinizi ayırdığınız için çok teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,
Tez Öğrencisi: Emre TURAN
Danışman: Doç. Dr. Gül YEŞİLÇELEBİ

- Çalıştığınız hastane yapısı (kamu, özel, üniversite):
- Mesleki deneyim (yıl):
- Çalıştığınız birim adı:

1. Çalıştığınız hastanede medikal muhasebe birimi var mı? Bilgi veriniz.
2. Medikal muhasebe sistemine ilişkin hangi eğitimleri aldınız? Bu eğitimler hangi kuruluşlar tarafından verildi? Konuya ilişkin herhangi bir sertifikanız var mı?
3. Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında medikal muhasebe işlemleri, ilgili mevzuatta anlaşılır bir şekilde düzenlenmiş midir? Bilgi veriniz.
4. Sağlıkta dönüşüm programı ile beraber medikal muhasebe uygulamalarında olumlu anlamda ilerlemeler olduğunu düşünüyor musunuz? Düşünüyorsanız kısaca neler olduğunu söyleyebilir misiniz?
5. İlgili yöneticiler tarafından medikal muhasebe konusunda problemleri çözme ve tamamen ortadan kaldırmaya yönelik yapılan çalışmalar hakkında bilgi verebilir misiniz?
6. Medikal muhasebenin başarılı ve verimli bir şekilde yürütülmesine engel olarak mevzuat eksiklikleri var mıdır? Varsa nelerdir?
7. Çalıştığınız hastanede medikal muhasebe işlemlerinden sorumlu kaç personel var? Sizce medikal muhasebede kalifiye personel eksikliği var mıdır? Eğer varsa bu eksikliğin muhasebe işlemlerinin başarısına nasıl etki eder?
8. Medikal muhasebe alanında uzmanlaşmanın sizce önemi nedir? Bu uzmanlaşma ile nitelikli mali işlemlerde hangi olumsuz durumların önüne geçilebilir?
9. Sizce medikal muhasebe işlemleri kapsamında gereksiz uygulamalar var mıdır? Eğer varsa bu uygulamalar ne gibi olumsuz durumlar ortaya çıkarmaktadır?
10. Kurumunuzdaki sağlık personelinin medikal muhasebe işlemlerine kendi alanları ile alakalı işlerde ilgili midirler? Bu konuda bilmedikleri ve yapmaları gerekenleri öğrenmeye çalışırlar mı?
11. Medikal muhasebe ile ilgili kanuni düzenlemeler, kişisel verilerin gizliliği açısından yapılabilecek ihlalleri önlemeye yeterli midir?
12. Türkiye’de kullanılan Medula sistemi hakkında görüş ve düşünceleriniz nelerdir?
13. Medikal muhasebe sisteminin incelenmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi kapsamında yorum ve önerileriniz nelerdir?

ETİK KURUL KARARI



T.C.
GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU



Sayı : E-95674917-108.99-248169

Konu : Etik Kurul Onay

Sayın Doç. Dr. Gül YEŞİLÇELEBİ

"MEDİKAL MUHASEBE SİSTEMİNİN İNCELENMESİ VE ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: HASTANELER ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME" konulu etik kurul başvurunuz; Gümüşhane Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 22/04/2024 tarih ve 2024/4 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; projenin yürürlükteki mevzuata uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.
Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Günay ÇAKIR
Kurul Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Emre TURAN, lise öğrenimini 1997-2001 yılları arasında Bayburt Sağlık Meslek Lisesinde tamamlamıştır. Yükseköğrenimini sırasıyla; 2001-2003 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Laboratuvar Bölümünde, 2005-2008 yılları arasında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünde ve 2017 yılında Atatürk Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümünde tamamlamıştır. 2023 yılında Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başlamıştır.

Meslek hayatına 2004 yılında Gümüşhane Köse İlçe Devlet Hastanesinde sağlık memuru olarak başlamıştır. 2012 yılında Bayburt Halk Sağlığı Laboratuvarına tayin olmuştur. 2015 yılında Bayburt Halk Sağlığı Müdürlüğünde şube müdürü olarak görev yapmıştır. 2017 yılında Bayburt İl Sağlık Müdürlüğüne Sağlık Hizmetleri Başkan Yardımcısı olarak atanmış olup halen bu görevine devam etmektedir.