

YAŞAR GÖKALP

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2018

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**SAĞLIK KURUMLARINDA GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ;
PAKET FİYAT UYGULAMASI KAPSAMINDAKİ
AMELİYAT MALİYETLERİNİN SUT FİYATLARI İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

YAŞAR GÖKALP

**DANIŞMAN
PROF. DR. ÖZGÜR ASLAN**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2018

TEZ ONAYI

Bu çalışma 01.10.2018 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek
Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ



Prof. Dr. Özgür ASLAN
İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Selma SÖYÜK
İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Suna M. ERTUĞRAL
İstanbul Üniversitesi
İktisat Fakültesi

BEYAN

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

Yazar GÖKALP



İTHAF

Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Öğrenim hayatımda katkısı olan tüm hocalarıma, aileme, arkadaşlarıma, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde birlikte çalıştığımız tüm hocalarıma ve arkadaşlarıma, tez sürecimde sürekli bilgilerinden yararlandığım öncelikle Doç. Dr. Yeter DEMİR USLU'ya, Öğr. Gör. Erman KEDİKLİ'ye, Öğr. Gör. Aliye Aslı SONSUZ'a ve son olarak akademik çalışmalarımın başından itibaren bana her konuda yol gösteren, anlayış ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyip beni teşvik eden tez danışmanım sayın Prof. Dr. Özgür ASLAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunmayı bir borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİ
İTHAF.....	İİİ
TEŞEKKÜR.....	İV
İÇİNDEKİLER	V
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	XV
2. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	2
2.1. Sağlık Kavramı	2
2.2. Sağlık Hizmetleri	4
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	5
2.2.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.2.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	6
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	7
2.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	7
2.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	7
2.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri	7
2.2.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri	7
2.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon	8
2.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon	8
2.3. Sağlık Hizmetleri Özellikleri	8
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları	10
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz	11
2.6. Sağlık Hizmetlerinin Talebi	13
2.7. Sağlık Hizmetlerinde Hastaneler	15
2.8. Hastane İşletmelerinin Sınıflandırılması.....	17

2.8.1. Mülkiyetlerine Göre Sınıflandırma	17
2.8.2. Hastaların Kalış Sürelerine Göre Sınıflandırma	18
2.8.3. Büyüklüklerine Göre Sınıflandırma	18
2.8.4. Eğitim Statüsüne Göre Sınıflandırma	18
2.8.5. Hizmet Türüne Göre Sınıflandırma	18
2.8.6. Hizmet Basamağına Göre Sınıflandırma	18
2.8.7. Akreditasyon Durumuna Göre Sınıflandırma	19
3. SAĞLIK EKONOMİSİ VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ	20
3.1. Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi	20
3.1.1. Sağlık ve Ekonomi İlişkisi	21
3.1.2. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi ve Önemi	22
3.1.3. Sağlık Piyasası Özellikleri	23
3.2. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları	25
3.2.1. Kamu Malları	25
3.2.2. Eksik Rekabet	26
3.2.3. Dışsallık	27
3.2.4. Bilgi Eksikliği	27
3.2.5. Arz ve Talebin Önceden Belirlenememesi	29
3.2.6. Belirsizlik Altında Seçim	29
3.3. Sağlık Ekonomisinde Kullanılan Ekonomik Değerlendirmek Teknikleri	30
3.3.1. Maliyet Etkililik Analizi	31
3.3.2. Maliyet Fayda Analizi	31
3.3.3. Maliyet Minimizasyon Analizi	32
3.3.4. Maliyet Değer Analizi	32
3.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Önemi	33
3.5. Finansman Yöntemleri	34
3.5.1. Kamu Finansman Yöntemleri	35
3.5.1.1. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler	35
3.5.1.2. Sosyal Sigorta	35
3.5.2. Özel Finansman Yöntemleri	37
3.5.2.1. Cepten Ödemeler	37
3.5.2.2. Doğrudan Ödemeler	37
3.5.2.3. Kullanıcı Katkıları	38

3.5.2.4. Enformel Ödemeler	38
3.5.3. Özel Sağlık Sigortaları	39
3.6. Sağlık Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	39
3.6.1. Bismarck Modeli Finansman	40
3.6.2. Beveridge Finansman Modeli	41
3.6.3. Cepten Ödeme İle Finansman	42
3.6.4. Özel Sağlık Sigortası İle Finansman	42
3.6.5. Karma Modeller İle Finansman	43
4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYETLEME VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ	44
4.1. Maliyetleme Yöntemleri	44
4.1.1. Maliyetlerin Çeşitlerine Göre Sınıflandırılması.....	44
4.1.2. Maliyetlerin İşletme Fonksiyonlarına Göre Sınıflandırılması	45
4.1.3. Maliyetlerin İzlenebilirliklerine Göre Sınıflandırılması	46
4.1.4. Maliyetlerin Üretim Hacmine Gösterdikleri Tepkiye Göre Sınıflandırılması ..	46
4.2. Geri Ödeme Yöntemleri.....	46
4.2.1. Hizmet Başına Ödeme	48
4.2.2. Gün Başına Ödeme	48
4.2.3. Tanı İlişkili Gruplar (TİG)	49
4.2.4. Kişi Başına Ödeme.....	50
4.2.5. Vakaya Dayalı Ödeme	51
4.2.6. Paket İşleme Dayalı Geri Ödeme Yöntemi.....	52
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	56
5.1. Araştırmanın Amacı.....	56
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	57
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
5.4. Veri Toplama Araçları	57
5.5. Verilerin Değerlendirilmesi	58
5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	58
5.7. Etik Kurul Onayı.....	58
6. BULGULAR.....	60
7. TARTIŞMA	93
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	97

9. KAYNAKLAR	101
ETİK KURUL KARARI	112
PATENT HAKKI İZNİ	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	113
ÖZGEÇMİŞ	114



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1-1:Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgi Problemi ve Sağlık Piyasasına Etkileri	28
Tablo 3-1: Ekonomik Değerlendirme Teknikleri	33
Tablo 6-1: Hasta Fatura Bilgileri (P610131)	60
Tablo 6-2: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (P610131).....	61
Tablo 6-3: Hastaların Yaş Tablosu (P610131)	62
Tablo 6-4: Hastanede Kalış Süreleri (P610131)	62
Tablo 6-5: Cinsiyetlerine Göre Hastaneden Kalış Süreleri(P610131).....	63
Tablo 6-6: Cinsiyetlerine Göre Hastaneden Kalış Süreleri(P610131).....	64
Tablo 6-7: Yaş Dağılımına Göre Kalış Süreleri (P610131)	64
Tablo 6-8: Hasta Fatura Bilgileri(P610130)	66
Tablo 6-9 Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (P610130).....	72
Tablo 6-10: Hastaların Ortalama Yaş Tablosu(P610130)	72
Tablo 6-11: Hastaların Yatış Süreleri(P610130)	72
Tablo 6-12: Erkek Hastaların Hastanede Kalış Süreleri(P610130)	73
Tablo 6-13: Kadın Hastaların Hastanede Kalış Süreleri(P610130).....	74
Tablo 6-14: Yaş Dağılımına Göre Hastanede Kalış Süreleri(P610130).....	75
Tablo 6-15: Hastaların Cinsiyet Dağılım.....	76
Tablo 6-16: Hastaların Ortalama Yaş Tablosu	76
Tablo 6-17: Hastaların Yatış Süreleri	77
Tablo 6-18: Erkek Hastaların Hastanede Kalış Süreleri	77
Tablo 6-19: Kadın Hastaların Hastanede Kalış Süreleri.....	78
Tablo 6-20: Hastaların Yaş Dağılımına Göre Hastanede Kalış Süreleri	79
Tablo 6-21: Erkek Hastaların Yatış Maliyetleri(P610131).....	80
Tablo 6-22:Kadın Hastaların Yatış Maliyetleri(P610131)	81
Tablo 6-23: Hastaların Yatış Maliyetleri(P610131)	81
Tablo 6-24: Hastaların Yoğun Bakım Maliyetleri(P610131)	82
Tablo 6-25: Hastaların Otelcilik Hizmet Maliyetleri(P610131).....	82
Tablo 6-26: Erkek Hastaların Yatış Maliyetleri(P610130).....	82
Tablo 6-27: Kadın Hastaların Yatış Maliyetleri(P610130)	83

Tablo 6-28: Hastaların Yatış Maliyetleri(P610130)	83
Tablo 6-29: Hastaların Yoğun Bakım Maliyetleri(P610130)	84
Tablo 6-30: Hastaların Otelcilik Maliyetleri(P610130).....	84
Tablo 6-31: Toplam Otelcilik Maliyetleri	85
Tablo 6-32:İlaç/Sarf Malzeme Maliyetleri(P610131)	86
Tablo 6-33: İlaç/Sarf Malzeme Maliyetleri(P610130)	87
Tablo 6-34: Toplam İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti	87
Tablo 6-35: Ameliyat Maliyetleri (P610131)	88
Tablo 6-36 Ameliyat Maliyetleri (P610130)	88
Tablo 6-37: Toplam Ameliyat Maliyeti	88
Tablo 6-38: Hizmet Maliyetleri(P610131)	89
Tablo 6-39: Hizmet Maliyetleri(P610130)	89
Tablo 6-40: Toplam Hizmet Maliyetleri.....	90
Tablo 6-41: Toplam Maliyet Tablosu	90
Tablo 6-42: Erkek Hastalar İçin Geri Ödenen Ücret	91
Tablo 6-43: Kadın Hastalar İçin Geri Ödenen Ücret	91
Tablo 6-44: Tüm Hastalar İçin Geri Ödenen Ücret	92
Tablo 6-45: Toplam Gelir Gider Kıyaslaması	92

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3-1: Sosyal Sigorta Sistemlerinin Piramit Modeli	36
Şekil 5-1: Fatura İşlemleri	86



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
WHO: Dünya Sağlık Örgütü
QALY: Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılı
Ar-Ge: Araştırma ve Geliştirme
GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
TİG: Tanı İlişkili Gruplar
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

ÖZET

Gökalp, Y. (2018). Sağlık Kurumlarında Geri Ödeme Sistemleri; Paket Fiyat Uygulaması Kapsamındaki Ameliyat Maliyetlerinin SUT Fiyatları ile Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Sağlık hizmet sunucusu olan hastaneler, kaliteden ödün vermeden sürdürülebilirliklerini sağlamak için sağlık hizmetlerini minimum maliyetle, kaynaklarını etkin ve verimli şekilde kullanmalıdırlar. Kaynakların etkin ve verimli kullanılması ise yapılacak maliyet analiz çalışmaları ile mümkün olmaktadır. Yapılacak maliyet analiz çalışmaları hem hastaneler hem de Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) için faydalı olacaktır.

SGK, sık görülen hastalıklar ve geri ödeme işlemlerinin kolaylaştırılması için paket fiyat uygulaması kapsamına birçok hastalığı almıştır. Bu hastalıklardan biri de Appendektomi'dir. Bu araştırmada bir Üniversite Hastanesi'nde 1 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında Appendektomi ameliyatı ile Appendektomi Laparoskopik ameliyatı olan hastaların faturaları incelenerek söz konusu ameliyatların maliyet analizi yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 203 hasta oluştururken ikinci bir ameliyat kodlanan hastalar çalışmadan çıkarılmış ve 143 hasta üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Yapılan maliyet analizi çalışması neticesinde SGK'nın geri ödediği ücretlerin hizmet sağlayıcı kurum olan hastanelerin katlanmış olduğu üretim maliyetlerinin çok altında olduğu ve hastanenin zarar ettiği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geri Ödeme Yöntemleri, Sağlık Uygulama Tebliği, Maliyet Analizi, Sağlık Harcamaları, Appendektomi

ABSTRACT

Gökalp, Y. (2018). Reimbursement Systems in Health Institutions; Comparison of Surgical Costs with SUT Prices. Istanbul University Health Sciences Institute, Department of Health Management. Master Thesis. Istanbul.

Hospitals that are health service providers must use health services efficiently and efficiently with minimum cost to ensure their sustainability without sacrificing quality. Effective and efficient use of resources is possible through cost analysis studies. The cost analysis work to be done will be beneficial for both the hospitals and the Social Security Institution.

Social Security Institution has received many diseases within the scope of package price application for facilitating frequent diseases and reimbursement transactions. One of these diseases is Appendektomi. In this research, Appendectomy and Appendectomy between January 1, 2017 and December 31, 2017 in a university hospital were investigated and the cost analysis of these operations was performed by examining the invoices of patients who had Appendectomy Laparoscopic surgery. 203 patients were included in the study's universe, and a second operation was performed without coding patients and 143 patients were evaluated.

As a result of the cost analysis study, it has been determined that the salaries paid by the Social Security Institution are far below the production costs of hospitals, which are service providers, and the hospital is harmed.

Key Words: Reimbursement Methods, Health Practice Statement, Cost Analysis, Health Expenditures, Appendectomy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küreselleşmenin etkisinin yanı sıra dünyada gerçekleşen teknolojik gelişmeler, bireylerin daha sağlıklı yaşama bilincinin yükselmesi sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmuştur. Artan bu talep ise sağlık hizmetlerinin daha etkin, verimli ve kaliteli şekilde sunulması gerekliliğini gözler önüne sermiş ve artan maliyetleri kontrol altına almak hem hizmet sağlayıcısı kurum olan hastaneler için hem geri ödemekle yükümlü kurum olan devlet ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun için hem de hizmet alıcı konumundaki vatandaşlar için giderek önemli hale gelmiştir. Dolayısıyla son zamanlarda hükümetler sağlık politikalarını ve reformlarını ödeme mekanizmaları üzerinde yoğunlaştırmaktadır.

Kıt kaynak tüketiminin büyük çoğunluğunun sağlık harcamalarının oluşturması ise dikkat çeken başka bir unsur olarak göze çarpmaktadır. Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD)'nin 2017 yılında yayınladığı 2016 ülke verilerine bakıldığında kişi başı sağlık harcamalarında ABD 9.992\$ ile ilk sırayı alırken, 7.919\$ ile İsviçre ve 6.647\$ ile Lüksemburg onu takip etmektedir. OECD ülkeleri kişi başı sağlık harcamaları ortalaması ise 4003\$'dır. Türkiye kişi başı sağlık harcaması ise 1088\$'dır. 269\$ ile Hindistan, 302\$ ile Endonezya ve 733\$ ile Çin en az kişi başı sağlık harcamasına para ayıran ülkelerdendir (OECD, 2017). Ayrıca Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 yılında yayınladığı 2015-2016 yılları sağlık harcama kıyaslamasına bakıldığında ise Türkiye 2015 yılında sağlık harcamalarına 104.567 Milyon TL ayırırken 2016 yılında 119.756 Milyon TL ayırmıştır (TÜİK, 2017). Artan sağlık hizmet talebi ve sağlık harcamalarına karşın hizmet sunumunun mevcut kaynaklarla sunulması gerekmektedir. Bu nedenle kıt kaynakların verimli ve etkili kullanımına yönelik politikalar ve yöntemler geliştirilmelidir. Gerekli düzenlemeler yapılırken gelişmiş, gelişmekte ya da gelişmemiş ülke vatandaşları, yüksek ya da düşük gelirli kim olursa olsun sağlık hizmetine erişimde hakkaniyetli, adil ve kaliteli politikalar izlenmelidir

Ülkemiz için bahsi geçen reformların başında 2007 yılında gerçekleştirilen Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında birleştirilmesidir. Bu sayede SGK kamu ve özel tüm hastanelerle anlaşma yaparak vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmıştır.

Yapılan bu anlaşmalarla birlikte SGK hizmet sağlayıcı kurumlara yapacağı ödemeler için modeller geliştirilmiştir. Bu modeller tanıya dayalı gruplar (tig), hizmet başına, gün başına, kişi başına, vakaya dayalı ve paket işleme dayalı modellerdir.

Sağlıkta geri ödeme yöntemlerinden, paket fiyat uygulaması sık karşılaşılan hastalıkların tanı ve tedavisi sırasında hizmet içeriği bakımından hasta bazında değişiklik göstermeyen ve bu nedenle ortalama maliyeti öncesinde tahmin edilebilen tüm işlemler için tek bir fiyat belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Bir başka ifade ile üretilen sağlık hizmeti için ne kadar fiyata mal edildiğine bakılmaksızın geri ödeyici kurum tarafından ödenecek tutarın öncesinden belli olmasıdır. Geri ödeme işlemlerinin daha hızlı yürümesi ve prosedür işlemlerinin kolaylaşması hastaneler açısından önemli artıları niteliğindedir.

SGK tarafından sağlık hizmet sunucularına yönelik çıkarılan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’nde ve eklerinde paket işlem fiyat listesi ve ödemeye dair tüm ayrıntılar açıklanmıştır. Ancak SUT paket işlem fiyat listesinde belirlenen ücretlerin hizmet üretim maliyetlerini karşılayıp karşılamadığı noktasında büyük tartışmalar bulunmaktadır.

Bu nedenle yapmış olduğumuz çalışmada Sağlık Uygulama Tebliği Paket İşlem Fiyat Listesi Ek-2/C’de yer alan ve halk arasında sık görülen P610130 kodlu Appendektomi ve P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyat hizmetlerinin sağlık hizmet üreticisi olan hastanelere olan maliyetleri ile geri ödemekle yükümlü olan Sosyal Güvenlik kurumunun ödemiş olduğu fiyatlar karşılaştırılacaktır. Bir Üniversite Hastanesinde söz konusu ameliyat hizmetlerinin faturaları incelenecek olup geri ödenen ücretlerin hizmet üretim maliyetlerini karşılayıp karşılamadığı incelenecektir.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, dünden bugüne değışen sosyal, ekonomik ve kültürel farklılıklar gibi içeriğı ve kapsamı değışen bir kavramdır. Sağlık çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Bu çeşitliliğın sebebi ise kültürel farklılıklar, sağığın tanımlandığı dönem, sağlık kavramından oluşan farklı beklentiler ve anlayışlardır Sağlık, bilim ve teknolojinin temelinde, sağığı muhafaza etme, geliştirme ve ihtiyaç halinde yeniden yapılandırmaya yönelik hizmetler bütünü olarak tanımlanmıştır (Tengilimoğlu ve ark. 2012 pp.35).

Bir başka tanıma göre sağlık, fiziksel, toplumsal ve çevre ile ahenk içinde vücut bütünlüğünün çalışması olarak tanımlanmıştır. Sağlık kavramı her ne kadar kültürden kültüre farklı şekilde tanımlanıyor olsa bile tüm insanlığı ilgilendirmesi nedeniyle ortak bir tanım yapılmalıdır. Bu ortak tanımı Dünya Sağlık Örgütü “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde yapmıştır ve günümüzde en çok kabul gören sağlık tanımıdır (WHO 2009 pp.45).

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevrede yaşama hakkı, temel insan haklarının başından gelmektedir. Sağlık hakkı M.Ö. 2000’li yıllarda yaşayan Babil Kralı Hammurabi’ye kadar dayanırken ülkemizde Anayasanın 41. ve 56. maddelerinde vatandaşların sağlık haklarına yer verilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982).

Madde 41:

Aile, Türk toplumunun temelidir. Devlet, ailenin huzur ve refahı ile özellikle ananın ve çocukların korunması ve aile planlaması öğretimi ile uygulamasını sağlamak için gerekli önlemleri alır, teşkilatı kurar (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982).

Madde 56:

Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevreme yaşama hakkına sahiptir (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 1982).

Dünya Sağlık Örgütünün sağlık tanımına göre sağlık çok boyutlu bir kavramdır ve sağığı çok sayıda faktör doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. Henrick L.

Blum'a göre sağlık düzeyini etkileyen dört temel faktör vardır. Bunlar  evre, davranış, sağlık hizmetleri ve kalıttır (Blum 1974).

Canlı bir organizmanın yaşamını ve gelişimine etki eden dış faktörlerin tamamı  evre olarak adlandırılır (Dirican ve Bilgel 1993). Sağlık açısından bakıldığında ise  evre üç ana grupta incelenmektedir. Bunlar biyolojik  evre, fiziksel  evre ve sosyal çevredir. Biyolojik  evre bünyesinde mikroorganizmalar, vektörler bitkiler, hayvanlar ve besinler bulunmaktadır. Kolera, verem gibi hastalıkların nedeni bu mikroorganizmalardır (Güler ve Benli 1995). Fiziki  evre içinde iklim, hava kirliliği, atıklar gibi faktörler yer almaktadır. İnsan sağlığını etkilediği bilinen bu unsurlardan olan arseniğin deri ve akciğer kanserine, benzenin kan kanserine , nikelin akciğer ve gırtlak kanserine yol açtığı bilinmektedir (Cassens 1992). Sosyal  evre ise sağlığı etkileyen bir diğer faktördür. Toplum ve birey sağlığını etkileyen sosyal çevrenin kapsamı nüfus hareketliliği, yaşlanma, gelir dağılımı ve eğitim düzeyi şeklinde (Schulte 2009).

Bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirmiş olduğu değerler, tutum ve davranışlar, alışkanlıklar yaşam tarzını şekillendirmede etkili olmaktadır. Sigara, alkol kullanımı, kişisel hijyene gösterilen önem, doktor  nerilini dikkate almama ya da sağlık hizmeti ihyiyacını erteleme gibi davranışlar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı ve Yıldıırım 2015 pp.20).

Sağlık hizmetleri genel olarak bireylerin sağlığının korunması, tedavi ve rehabilite edilmesi ve geliştirilmesi için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanabilir. Ancak bir ülkede sağlık sisteminin çok iyi işliyor olması sağlık statüsünün yüksek olduğu anlamına gelmemektedir. Dünya Sağlık  rg t  tarafından 1978 yılında hazırlanan Alma Ata Bildirgesinde de, toplum sağlığının iyileştirilmesi ve geliştirilmesinde sağlık ve diğer sekt rlerarasında işbirliği sağlanması faydalığı olacağına işaret edilmiştir (WHO 1978 pp.15).

Bireyin sağlığı, fiziksel özellikleri, kişiliği, becerileri genetik yapısı ve içinde bulunduğu çevrenin etkileşimi ile belirlenir. Bireyin genleri onun potansiyelini oluşturken  evre faktörü bu ise bu potansiyeli sınırlamaya veya geliştirmeye yardımcı olur. Genlere bağlı özellikler aynı zamanda çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkilemektedir(Kavaklı 1992). Bir başka ifade ile kalıtsal özellikler bireyin hastalığa karşı olan duyarlılığını etkileyebilir, hastalığın bir sonraki jenerasyona geçmesine neden

olabilir. Artrit, diyabet, kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve sindirim sistemi hastalıkları kalıtım ile doğrudan bağlantılı hastalıklardır (Dever 1980).

2.2. Sağlık Hizmetleri

İnsanların gereksinimleri her zaman için ürünlerle karşılanmamakta, bazı durumlarda bu gereksinimler hizmet adı altında yürütülen soyut faaliyetlerle giderilmektedir. Eğitim kurumlarının, tamir atölyelerinin, taşımacılık şirketlerinin ve sağlık kurumlarının faaliyetleri hizmet olarak nitelenmektedir (Oral ve Yüksel 2006).

Sağlık hizmetleri kavramı geçmişten günümüze, hen dönemin kendine has bir anlayışı olacak şekilde, çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Antik dönemde maruz kalınan çeşitli iyi ve kötü durumların diğer faktörler gibi tabiat üstü güçlerden kaynaklandığı düşünülmektedir. Kötü olarak nitelendirilen faktörlerden korunmak ya da iyi olarak belirtilen faktörlerin devamlılığını sağlamak adına tabiat üstü varlıklara kurban verme, söz konusu güçlere tapma gibi faaliyetler yürütülmektedir. Bazı toplumlarda nazar inanışına bağlı olarak mavi boncuk takma, doğum yapmış kadınlara belli bir süre için kırmızı renkte giysi giydirmeye gibi uygulamalar antik dönem izlerindendir. Bu inanışların hala devam ediyor olması sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. İlerleyen süreçte ise sağlık hizmetleri çeşitli bitki, besin ve maddelerin bazı hastalıkları tedavi ettiği gözlemlenmiştir. Bu gözlemlerin zaman içerisinde yeni bilgilerle desteklenerek spiritüel uygulamalardan maddeler vasıtasıyla tedavi aşamasına geçildiğinin bir göstergesidir (Akdur 2006 pp.20).

Modern dönemde ise bilimdeki ilerleyiş ile sadece hastalık oluşumuna neden olan faktörlerle değil, bu oluşuma zemin hazırlayan fiziksel, biyolojik, toplumsal ve kalıtsal kaynaklı etmenler ve birbirleri arasındaki ilişki ispatlanmıştır. Çevresel ortamdaki bazı faktörlerin ortadan kaldırılarak birçok hastalığın önlenmesinin mümkün olduğu, bazı hastalıkların ise tamamen yok edilceği anlaşılmıştır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri önem kazandığı gibi öncelik de kazandığı bir dönem olmuştur (Akdur 2006 pp.21).

Günümüzde ise sağlık hizmetleri bireyleri hastalıklardan korumak, hastalandıkları takdirde tedavi etmek ve tedavi edildikten sonra tekrar hastalanmalarını önlemek amacıyla yapılan faaliyetler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve Subaşı 2015).

Dünya Sağlık Örgütü ise sağlık hizmetlerini “Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin faydalanarak toplumun ihtiyaç ve isteklerine göre değişen amaçları yerine getirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici faaliyetlerle sağlamak üzere örgütlenmiş kalıcı bir sistem” olarak tanımlamıştır (Güllülü ve ark. 2008).

Türkiye’de 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerini “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi alışkanlıkları azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetler” olarak tanımlamıştır (Taşdelen 2012).

Sağlık hizmetleri kavramı için çeşitli tanımlar yapılmasına rağmen ortak nokta, hastalıkların ortaya çıkışının önlenmesi, hastalık ortaya çıktığı takdirde hastanın tedavi ve rehabilite edilmesi olarak söylenebilir.

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici hizmetler olarak 4’e ayrılmaktadır.

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri öncelikle sağlığın korunması, hastalıkların ortaya çıkışının engellenmesi için yürütülen faaliyetlerin tümünü ifade etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin tüketilmesi, o toplumda yaşayan her bir bireye fayda sağlamaktadır. Besin kontrolü, aşılama, çevre güvenliğinin sağlanması ve ana çocuk sağlığı gibi hizmetler koruyucu sağlık hizmeti kapsamına girmektedir(Albayrak 2010).

Sağlığı koruyucu tedbir ve faaliyetler birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere 3 aşamada incelenmektedir. Birincil koruma hastalık meydana gelmeden önce alınması gereken tedbirleri ifade etmektedir. Sağlığı geliştirmek amacıyla yapılan aşılama, kişisel hijyen kurallarına uyma, çevre güvenliği ve kazaları engellemek için alınan tedbirler birincil koruma kapsamındadır. İkincil koruma bireyin sağlığını kaybetme ihtimaline karşı erken tanı ve tedavi önlemlerinin hem kişisel hem de toplumsal düzeyde alınmasını ifade etmektedir. Üçüncül koruma ise oluşan hastalığa bağlı şekilde meydana gelebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların minimum seviyeye indirilmesi, hastanın yeni durumuna adaptasyonu sağlanarak yaşam kalitesinin

artırılması için alınan önlemleri kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere kendi içerisinde de iki kısımda incelenmektedir (Mollahaliloğlu 2005).

2.2.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hem bireyleri hem de toplumu hastalık faktörlerine karşı dirençli ve güçlü hale getirerek hastalanmalarını önlemeyi, hastalanmaları halinde ise en hızlı şekilde tanı koyularak hasarsız ya da en az hasarla tedavi edilmelerini sağlayan hizmetler kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak nitelendirilebilir. Hekim, hemşire ve üyelerinin yürüttüğü bu hizmetlerden başlıcaları aşağıdaki gibi özetlenebilir(Hayran ve Sur 1998).

- Sağlık Eğitimi
- Bağışıklama
- Aile Planlaması ve Ana-Çocuk Sağlığı
- İyi ve Dengeli Beslenme
- Erken Tanı ve Tedavi
- Kişisel Hijyen

2.2.1.2. Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyin çevresindeki ve sağlığını olumsuz etkileyebilecek biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri ortadan kaldırmak veya insanlar üzerindeki etkisini minimuma indirmek için yapılan çalışmalardır. Bu hizmetlerin başlıcaları şunlardır (Ünal 2013 pp.55).

- Çevre kirliliğinin önlenmesi
- Zararlı atıklarla mücadele
- Hava kirliliğinin önlenmesi
- Konut ve işyeri sağlığı
- Su güvenliği

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlığını kaybetmiş bireylerin eski sağlık düzeylerine kavuşmalarını sağlamak amacıyla verilen hizmetler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetler uzman hekim öncülüğünde ve diğer sağlık personelinin ekip halinde çalışması ile sunulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım 2012). Ayaktan ya da yatarak verilen tedavi edici sağlık hizmetleri hizmet kapsamı ve yoğunluğu temel alınarak üç basamakta incelenmektedir (Ateş 2011).

2.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastala olan bireylerin tedavilerinin sağlık kurumuna yatırılmadan, evde veya ayaktan yapılan hizmetler bu hizmetler kapsamındadır. Sağlık ocakları, aile sağlığı merkezleri, özel muayenehaneler ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri gibi sağlık kuruluşlarına örnek gösterilebilir. Sevk zincirinin ilk aşamasını oluşturan bu kuruluşlarda genelde yatak bulunmamasına rağmen, yaygın bir örgütlenme ve hizmete erişim kolaylığı gibi özellikleri bulunmaktadır (Özdemir ve ark. 2003).

2.2.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Yatarak verilen tedavi hizmetleri bu kapsamda değerlendirilmektedir. Bireylerin birinci basamakta teşhis ya da tedavi edilemeyen rahatsızlıklarına yönelik verilen hizmetlerdir. Birinci basamak hizmetlere nazaran nitelikli işgücü ve yüksek teknoloji kullanılmaktadır. Devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri hariç özel hastaneler ikinci basamak sağlık hizmeti sunucusu konumundadır (Özdemir ve ark. 2003).

2.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklarında tedavisinin yapıldığı, ileri teknolojinin kullanıldığı ve sağlık hizmetini yüksek nitelikte tıbbi personelin sağladığı hastaneler bu kapsamda değerlendirilmektedir. Birinci ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinde çözüm üretilmeyen, ağır hastalıkların kabul edildiği kurumlardan başlıcaları sanatoryumlar, onkoloji merkezleri, eğitim ve araştırma hastaneleri, kalp cerrahisi ve ruh hastalıkları hastaneleridir (Özdemir ve ark. 2003).

2.2.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Dünya Sağlık Örgütü rehabilitasyonu, bireylerin engellilik durumlarının azaltılmasını hedefleyen ve bu bireylerin sosyal adaptasyonunu sağlamaya yönelik

yürütülen bütün faaliyetler olarak tanımlamıştır (Pan Korur 2010). Rehabilitasyon edici hizmetler iki şekilde verilmektedir (Tatarlı 2007).

2.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Bireylerde oluşan sakatlıkların ve bedensel engelliliğin düzeltilmesi, yaşam kalitelerinin artırılmasına yönelik verilen hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetlerine örnek olarak protez, gözlük, işitme cihazları, koltuk değneği ve sandalye verilebilir (Tatarlı 2007).

2.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Kişileri tekrar topluma kazandırmayı amaçlayan hizmetlerdir. Öncesinde çalışan kişinin çalışamayacak kadar sakat kalması durumunda tekrar çalışmalarını sağlamak temel amaçtır. Psikolojik ve fiziki yönden engelli bireylerin uygun işlere yerleştirilmesini kapsamaktadır (Tatarlı 2007).

2.3. Sağlık Hizmetleri Özellikleri

Sağlık sektörü bir hizmet sektörüdür. Hizmet sektörleri her ne kadar benzer özellikler taşısa da, kendilerine has özelliklerinin de olduğu unutulmamalıdır. Bu özelliklerin göz ardı edilmemesi sektörün yapısını tanımak ve kaliteli hizmet sunabilmek adına önemlidir. Bireylerin sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavi etmek, yaşamını sakat olarak devam ettirenleri rehabilite etmek ve toplumların sağlık seviyelerini geliştirmek adına yapılan tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak anılmaktadır (Bilgili ve Ecevit 2009). Sağlık hizmetlerinin arz ve talebinin olduğu piyasa sağlık hizmetleri piyasası olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında ise diğer piyasalardan farklı, sağlık sektörünün kendine has özellikleri bulunmaktadır (Normand 1991). Bu özellikler şu şekilde sıralanabilir.

- **Sağlık hizmetleri talebi raslantısaldır:** Sağlık hizmetlerinin arzı planlı ve eğitilmiş yürütülmesine rağmen, sağlık hizmetleri talebinin ne zaman olacağı öngörülememekte, hastanın ihtiyacı doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık personelleri tarafından hizmet verilir (Çelik 2013)
- **Sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur:** Hastaya uygulanacak olan tedavi sağlık personeli tarafından uygun görüldüğü şekilde gerçekleşmelidir. Alternatif yöntemler ile tedavi yerine getirilemez (Çelik 2013)

- **Sağlık hizmeti ertelenemez:** Birey sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğu andan itibaren ihtiyacını gidermek durumundadır. Sağlık hizmetleri hayati önem taşıyan hizmetlerdir. Bu nedenle tedavi sürecinin ertelenmesi söz konusu değildir. Sağlık hizmetleri aciliyet durumuna göre sınıflandırılabilir ancak ertelenmesi yada ortadan kalkması mümkün değildir (Ünal 2013)
- **Sağlık hizmetleri çıktısı paraya çevrilemez:** Bireylerin sağlık hizmeti almaları karşılığında elde ettikleri sağlıklı yaşam doğal hakları olması sebebiyle maddi karşılıkla ölçülmesi mümkün değildir. Ancak sağlık personelinin eğitimi, hizmet sunum maliyetleri, personel ödemeleri gibi faktörler ücretlendirilebilir (Ünal 2013)
- **Sağlık hizmeti depolanamaz:** Sağlık hizmeti hasta bireylerin taleplerine bağlı olarak gelişir. Hastanın tedavi olması ve iyileşmesi ile hizmet son bulur. Sağlık hizmetlerinin depolanması, saklanması veya yedeklenmesi söz konusu değildir. Bir başka ifade ile sağlık hizmetleri hasta tarafından talep edildiği andan itibaren sunulmaktadır (Çelik 2013)
- **Sağlık hizmetlerinde hata payı düşüktür:** Sağlık hizmetlerinin odaklandığı nokta insan hayatı olması sebebiyle nitelikli ve donanımlı personel ile doğru hizmetin verilmesi elzemdir. Yanlış teşhisler, hatalı uygulamalar hem hastanın hem de toplumun hayatını tehlikeye atmak anlamı gelmektedir. İnsan hayatının tekrar yerine konulması söz konusu olmadığı için sağlık hizmetlerinde hata toleransı düşüktür (Çelik 2013)
- **Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi vardır:** Asimetrik bilgi kavramı ekonomik birimlerden bir tarafın diğerlerine nazaran bilgi düzeylerinde farklılık olması olarak tanımlanmaktadır (Şimşek ve Karakaş 2006 pp.21). Hastalıkların oluşma evrelerini, meydana gelmesini ve muhtemel sonuçlarını bilmek yoğun bilgi gerektirir. Toplumun büyük bir bölümünde de bu bilgi birikimine sahip olması beklenmez (Ünal 2013 pp. 75). Asimetrik bilgi sağlık hizmetlerinde doktorların bireylerin hastalıkları hakkında, onlardan daha fazla bilgiye sahip olması anlamına gelmektedir (Shmanske 1996 pp.191).

- **Sağlık hizmetlerinde dışsallık vardır:** Dışsallık, bir mal veya hizmetin tüketiminden, tüketim sağlayanların dışındakilerin etkilenmesi olarak tanımlanmaktadır (Tatar 2008 pp.340). Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yapılan aşılama, aşılananın yapıldığı bireyin çevresindeki toplumunda hastalıklardan korunmasına yarar sağlayacak ve pozitif dışsallık ortaya çıkacaktır (Çalışkan 2008 pp.44). Negatif dışsallık ise hava kirliliği gibi insan sağlığını olumsuz etkileyecek, zararlı durumları beraberinde getirebilecek durumlar olarak nitelenmektedir (Bal 2012 pp.5).

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Amaçları

Bir toplumun sağlık statüsü, o toplumda yaşayan bireylerin sağlıklı olma düzeyleri ile ölçülebilmektedir. Bireylerin sağlıklarını korumak ve geliştirmek devletler tarafından üstlenilen bir vazife olduğu gibi, sağlık hizmetlerine olan talebin artması sağlık piyasalarındaki gelişmeyi açıklamaktadır. Sağlık hizmetlerinin amaçları şu şekilde açıklanabilir (Sözen ve Özdevecioğlu 2002).

- Sağlık talebinin oluşması sağlamak
- Bireylerin sağlık standardını yükseltmek
- Koruyucu sağlık hizmetlerini yürütmek
- Bireylerin yaşam sürelinin uzatmak
- Hastalıkları mümkün olduğu kadar azaltmak ve hasta olanları en hızlı şekilde iyileştirmek
- Sakatlıkları mümkün olduğu kadar azaltmak ve engelli olanlara rehabiliti edici sağlık hizmetleri sunmak
- Kaynakları sınırlı olan toplum kesiminin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak.

Bir başka ifade ile sağlık hizmetlerinin temel amacı toplumun ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini hastaların istediği zaman diliminde, istediği kalitede ve en düşük maliyetle sunmaktır (Zerenler ve Öğüt 2007).

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz

Fiyatlarda belli dönemler içerisinde üretilen toplam mal ve hizmet miktarı toplam arzı ifade etmektedir. Tam rekabet piyasasında üretilen malın ve diğer malların(tamamlayıcı ve ikame) fiyatları, maliyetleri ve tüketici tercihleri gibi değişkenler içerisinde fiyat anahtar rol oynamaktadır. Arz eğrisinin belirlenmesi hususunda arzın fiyatlar karşısındaki esnekliği önemlidir. Arzın fiyat esnekliğinin 1'den büyük olması, fiyat değişikliklerinin küçük olmasında dahi arz miktarını etkilemektedir (Wessels 2006 pp.122).

Sağlık hizmetlerinde ise arz hastaneler, doktorlar, hemşireler, eczaneler yani sağlık hizmet sunumunda etkili olan tüm faktörlerin faaliyetleri ile oluşmaktadır. Hastaneler ve doktorlar sağlık hizmet üretiminde en temel belirleyiciler olmaları nedeniyle, bu belirleyicilerin üretim fonksiyonları sağlık hizmetlerinin arz fonksiyonu için önem oluşturmaktadır. Üretim fonksiyonu çıktı ile girdiler arasında teknik bağlantıyı gösteren fonksiyondur. Hastane üretim fonksiyonu oluşturulmasındaki temel problem, sonuçları ölçmede yaşanan sıkıntılardır (Wessels 2006 pp.122).

Doktorlar tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin en muhim girdilerinden biri doktorların harcamış olduğu zamanlarıdır. Hekimlerin üretim fonksiyonunun oluşturulmasındaki temel problem doktorların zamanının değeridir. Sağlık hizmet üretiminde etkin rol oynayan sağlık personeli ve sağlık kurumları arasında amaç farklılıklarının yanı sıra, sağlık hizmetleri piyasasındaki eksik rekabet, ikame edilememesi ve sağlık hizmetlerinin uluslararası bir problem olması nedeniyle sağlık hizmetleri klasik piyasalardan ayrılmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmeti arzını etkileyen faktörleri ortaya koymak gerekli olmaktadır (Culyer 1991 pp.332).

Bir mal veya hizmetin arzını etkileyen en önemli unsur fiyattır. Fiyatın dışında teknolojik gelişim, maliyetlerdeki değişim gibi faktörler arzı etkilemektedir. Sağlık hizmetleri arzını ise fiyat ve maliyet gibi faktörlerin haricinde beslenme, milli gelir, eğitim gibi birçok faktör etkilemektedir.

- **Teknolojik Değişim:** Sağlık hizmetleri sunumundaki tıbbi ilaç, tedavi yöntemlerindeki değişimin temel nedenlerinden biri teknolojik değişimlerdir. Teknolojik yatırımlar sağlık hizmetleri arzına etki etmektedir (Özkara 2006 pp.22). Sağlık teknolojisi sağlık hizmetleri sunumunda kullanılan ve hastaya fayda sağlayan ilaç, ekipman, tedavi

tekniki, aygıt ve destekleyici sistemler gibi her türlü ürünlerdeki teknolojik gelişmeyi kapsamaktadır (Abeykoon 2003 pp.4). Teknolojik gelişmeler sağlık hizmetleri arzını artırmasının yanı sıra, sağlık hizmetleri üretim maliyetlerinin düşmesine ve kalitenin iyileştirilmesine fayda sağlamaktadır (Smith 1988 pp.6).

- **Ücret:** Bireyler sağlık hizmetlerini talep ederken, diğer talepleri arasında sağlığa öncelik verecektir. Sağlık hizmetlerinin ikame edilememesi nedeniyle yüksek fiyat artışlarını kabul etmek durumunda kalacaklardır. Ayrıca hekim ve hemşirelerin ücretleri, gelişmekte olan ülkelerden söz konusu personellerin göçünü hızlandırmaktadır. Bu göçün temel sebebi gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki ücret farklılıklarıdır. Bu durum gelişmiş ülkeler açısından sağlık hizmetleri arz artışına neden olurken, gelişmekte olan ülkeler için sağlık hizmetleri arzında düşüşe neden olmaktadır. (Vujicic ve ark. 2004 pp.12).
- **Girdi Fiyatları:** Sağlık hizmetleri üretimine dair en önemli girdi uzman sağlık personelidir. Başta doktorlar olmak üzere hemşireler, eczacılar, laborantlar ve diğer yetişmiş tüm sağlık personelleri sağlık hizmetleri arzındaki en önemli girdi kalemini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının birim girdi fiyatlarındaki artış ya da azalış sağlık arzı üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bir başka ifade ile sağlık girdi fiyatlarındaki değişim, gelir ve ikame etkilerine bağlı olarak sağlık hizmeti arz miktarını etkilemektedir (Aiken 1982 pp.34).
- **Sağlık Yönetim Sistemlerindeki Değişim:** Sağlık sistemi hem bireylerin hem de toplumların sağlık düzeylerinin korunması ve geliştirilmesi amacıyla yürütülen faaliyetler bütünü olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri arzını sağlayan bireyler sağlık sistemi içerisinde alt sistemi oluşturmaktadır (Kavuncubaşı 2000 pp.27). Sağlık hizmetleri üretim alt sistemini oluşturan rehabilitasyon merkezleri, sağlık eğitim birimleri vb. tüm kurumların yönetim sistemleri, kalite yönetim modelleri ve birçok etken nedeniyle değişmekte ve gelişmektedir. Üretim alt sistemi içerisinde varolan tüm kurumlar kalitenin evrimine bağlı olarak sağlık hizmetleri üretim ve

sunumundaki verimlilik ve etkinliklerini artırmak istemişlerdir (Asunakutlu 2007 pp.436).

2.6. Sağlık Hizmetlerinin Talebi

Talep belli bir zaman diliminde satın alma isteği ve gücü olan tüketicilerin belirli bir bedel ödemeye rıza gösterdikleri mal veya hizmet miktarı olarak tanımlanmaktadır. Talebi belirleyen en önemli unsur alma istediğidir (Özer ve Erkilet 2012 pp.128).Sağlık hizmetleri talebi ise herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaşan bireyin sağlık hizmeti sunucusu kurumlardan istediği şekilde yaralanabilme imkanı olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri ikame edilememesi ve hayatın devamlılığı için gerekli bir husus olması sağlık hizmetleri talebini önemli derecede etkiler. Bireyin sağlık hizmeti talebinin oluşması halinde, diğer mal ve hizmetlere olan talep arka planda kalacaktır (Yaylalı ve ark. 2012 pp.48).

Bir ülkenin sağlık hizmet kullanımı gösteren temel unsurların başında o ülkedeki toplam poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, hastanede ortalama yatış süresi ve yatak işgal oranı gibi göstergeler yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinde talep genellikle acil bir durumun oluşması ya da hastalık belirtilerinin meydana gelmesi ile oluşmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetleri talebi düzensiz ve kesikli olduğundan tahmini zordur (Özer ve Erkilet 2012 pp.128). Sağlık hizmetleri yapısı nedeniyle talebin yeri, zamanı, miktarı ve kimlere ne derece sunulacağı tam olarak öngörülememektedir (Tıraş 2013 pp.128).

Sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli etken insan sağlığıdır. Bunun sebebi ise hayatın temel kaynağı olması ve insanların hayatını idame ettirebilmeleri için zarurî olmasıdır. Sağlık hizmetleri stoklanamaması ve ikame edilememesi nedeniyle fiyat önemli bir unsur oluşturmamaktadır (Sargutan 2005 pp.138).

Sağlık hizmetleri piyasası diğer piyasalardan ayrımı olan özellikleri olması nedeniyle, sağlık hizmetlerine talep kavramı farklı değerlendirilmelidir. Çünkü satın alma gücü sınırlı olan bireylerin sağlık hizmetinden yararlanamaması, toplumun diğer bireylerini de doğrudan etkilemektedir (Tıraş 2013 pp.138).

Hasta taleplerinin sürekli değişkenlik göstermesi sosyal güvenlik kurum uygulamalarından, eğitim seviyesinden, algılanan sağlık durumundan, kültürel özelliklerden ve maliyetten etkilenmektedir. Ayrıca hastanın yaşı, cinsiyeti, tercihleri, gelir düzeyi, sağlık personelinin hastaya olan tutumu gibi çeşitli faktörler de etkili

olmaktadır. Ancak trafik kazası gibi hayati tehlikenin var olduğu acil durumlarda hiç bir faktörün sağlık hizmeti talebini etkilemediği unutulmamalıdır (Örgev 2004 pp. 30).

Sağlık hizmetleri oluşumunda genellikle hasta ilk girişi yapıyor olsa da, sağlık hizmetleri talep değişikliklerini hasta ve doktorlar belirler. Doktor tercihlerini etkileyen en önemli unsur tedavi sürecinde gerekli çalışmaların yapılması ve doktorların hastalarının izleyeceği yolu göstermeleridir. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen temel faktörler: sağlık hizmetinin fiyatı, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, eğitim seviyesi ve kişisel arzu ve istekleridir (Yaylalı ve ark. 2012 pp.49).

Ücret: Sağlık hizmetleri talebi esnektir. Bir başka ifade ile sağlık hizmet ücretlerinde meydana gelecek %1’lik bir düşüş talep miktarını %1’den daha az artıracaktır. Bir başka ifade ile ücretlerdeki artış insanların sağlık hizmetlerine daha az talep göstermelerine neden olacaktır. Bir başka ifade ile tüketiciler maliyet artışı ile karşılaştıkları taktirde sağlık hizmetine olan talepleri azaldığı görülmektedir. Sağlık hizmeti kullanan kişilerin ücret ödememesi, hizmet kullanımını gereksiz artırabilir (Özer ve Erkilet 2012 pp.129).

Üretilen mal ve ya hizmeti almak için ücretle ödeme yapılır. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin ücretleri Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Sağlık sigortası kapsamındaki hastalardan ücret talep edilmezken, özel sigortalı hastalar için sigorta kurumları belirli ücretler karşılığında sağlık kurumları ile anlaşma yapmaktadırlar (Cantürk 2012 pp.68).

Tercihler: Bireyler can ve mal kaybına sebebiyet verebilecek kötü bir durum ya da hastalıkla karşılaştıklarında, hiçbir şey yapmamak, hastanın kendisini dışarıda tedavi etmesi, geleneksel doktorlara tedavi olmak, hastanın kendisini evde tedavi etmesi ve modern sağlık hizmetlerinden faydalanması gibi beş seçenekle karşılaşır. Hastanın modern sağlık hizmetlerini tercih etmesi durumunda ise hastane, dispanser, kar amacı güderek ve kar amacı gütmeyen sağlık hizmeti sunan sağlık merkezi gibi dört seçenekle karşılaşır. Bu süre zarfında sağlık hizmeti talebinde bulunan bireyler alabileceği faydayı maksimuma çıkarmaya çalışırlar. Bunların dışında hastanenin nitelikleri, fiziki imkanları, hekimlerin ve diğer sağlık personellerinin hasta ile kurmuş olduğu iletişim ve hekimlerin aldığı eğitim düzeyi hasta tercihlerini etkilemektedir (Yaylalı ve ark. 2012 pp.51).

Gelir Düzeyi: Sağlık hizmetlerinin ücretinin sağlık hizmetlerine olan talebine olan etkisi az olmasına rağmen gelir düzeyinin sağlık hizmetleri talebine olan talebine etkisi büyüktür. Sağlık hizmetlerinin ücretlerinin bireyler tarafından ödendiğinde, sağlık hizmetlerinin sosyal sigortalar kapsamında olmadığı durumlarda ve devlet tarafından desteklenmediği durumlarda bu ehemmiyet daha da artmaktadır. Bireylerin gelir seviyeleri arttıkça, sağlık hizmetlerine olan talep de doğru orantılı olarak artış göstermektedir (Özer ve Erkilet 2012 pp.129).

Finansman Yöntemleri: Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık hizmetleri üretiminde katlanılmak zorunda olunan maliyetleri karşılamak amacıyla gerekli kaynakları yaratma olarak tanımlanabilir (Gottret ve Schieber 2006). Sağlık hizmetleri finansmanın temel maksadı, öngörülmeven hastalıklarla karşılaştığında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır (WHO 2000 pp.52). Sağlık hizmetleri finansmanı vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten harcamalar yollarıyla yapılmaktadır (Murthy 2004). Bireylerin sigorta koruması altında olmaları, sağlık hizmetlerine olan talebi artırırken sağlık hizmeti ücretlerine olan hassasiyetlerinde azalışa neden olmaktadır. Sigortalı bireyler sigortalarından vazgeçtiklerinde sağlık hizmetlerine olan taleplerinde azalma oluşmaktadır. Sağlık sigortası olmayan bireyler sağlık harcamalarını kendileri karşılamak durumundadırlar. Bu nedenle durumu olmayan bireylere yapılan sosyal yardımlar vesilesiyle o bireylerin sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları sorunları azaltacak ve sağlık hizmetlerine olan taleplerinde artışa neden olacaktır (Yaylalı ve ark. 2012 pp.52).

2.7. Sağlık Hizmetleri Çerçevesinde Hastaneler

Ülke ekonomisinin bir parçası olan ve sağlık sistemi içerisinde hastaneler, topluma çeşitli sağlık hizmeti sunan ve sağlıklı bir toplum oluşturulmasında önemli sorumluluklar üstlenen hizmet kuruluşlarıdır. Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri, “tanı, teşhis, tedavi ve önleyici sağlık hizmeti sunan ve sağlık personelinin eğitimi ve biyo-sosyal araştırmaların yapıldığı hizmet kuruluşları” olarak tanımlamıştır (WHO 1963 pp.9).

Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’ne göre ise hastaneler, “hastaların, yaralıların, hastalıktan kuşku duyanların ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayakta veya yatarak tanı, teşhis, tedavi ve rehabilite

hizmeti talep ettikleri, aynı zamanda doğum yaptıkları kurumlar” olarak tanımlamıştır (Sağlık Bakanlığı 2005 pp.10).

Hastaneler değişken bir ortamda hizmet üretirler. Hastaneler çevreden aldıkları girdileri dönüşüm sürecinden geçirdikten sonra çevreye tekrar sunarlar. Bu süreçte de verdikleri hizmetlerden geri bildirim alırlar. Hastalar, çalışanlar, sarf malzemeler, teknoloji, sermaye ve bilgi hastanelerin girdilerini oluştururken, tedavi edilmiş hastalar, personel eğitimi, Ar-Ge faaliyetleri, toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesi hastanelerin çıktılarını oluşturmaktadır. Bu süreçlerde hastanelerde işletme fonksiyonları olan planlama, örgütleme, yürütme ve denetimin sorunsuz yürütülmesi gerekmektedir. Etkin sağlık hizmeti sunumu için bu kurumların sorunsuz şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Yurdakul ve ark. 2007 pp.32).

Hastanelerin başlıca amacı, birey sağlığını korumak, bozulan sağlığı tedavi etmek ve bunlarla doğru orantılı olarak hastaların beklentilerini karşılamaktır (Teke ve ark. 1999 pp.44). Hasta beklentilerini karşılanmasının yanı sıra, birey ve toplum sağlığına olan etki de teşhis ve tedavi kadar önem taşımaktadır. Amaçlar bireyden ziyade topluma yönelik olmak durumundadır (Ak 1990 pp.74).

Hastanelerin amaçlarını aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür (Çil Koçyiğit 2006 pp.66).

- Kaliteli sağlık hizmetini minimum maliyetle üretmek ve bunu ihtiyaç sahiplerine sunmak
- Kıt kaynakları en ekonomik şekilde kullanarak daha çok sayıda hastaya hizmet vermek
- Hem devletin istihdam politikasına hem de ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak
- Güncel tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metodlarını kullanmak
- Hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirleri almak.

2.8. Hastane İşletmelerinin Sınıflandırılması

Hastaneler topluma çok yönlü hizmet veren kuruluşlardır. Bu sebepten dolayı hastaneler için çeşitli sınıflandırmalar yapılmaktadır. Hastanelerin sınıflandırılmasında etkili olan faktörler aşağıdaki gibidir (Tengilimoğlu ve ark. 2012 pp.182).

Tablo 2-1: Hastane İşletmelerinin Sınıflandırılması

Hizmet Türü	Mülkiyet	Yatış Süresi	Büyüklik
Eğitim Statüsü	Akreditasyon	Hizmet Basamağı	

Kaynak: Tengilimoğlu ve ark. *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 2012:182

Ülkemizde sağlık hizmet sunucusu konumunda olan birçok sağlık kuruluşu vardır. Bunlar (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği 1986);

İlçe/Belde Hastaneleri: Bünyesinde 112 hizmetleri, acil, ayaktan ve yatarak tedavi hizmetlerinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerini de içinde barındıran ayrıca ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların uygun sevkini sağlayan sağlık kurumlarıdır.

Gün Hastaneleri: Günübirlik ayakta muayene, tanı, tedavi ve bakım hizmetleri verilen, minimum 5 yataklı ve 24 saat sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarıdır.

Genel Hastaneler: Minimum 50 yataklı olan sağlık kurumları olmalarını yanı sıra her türlü acil vaka ile bünyesinde bulunan uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği kurumlardır.

Özel Dal Hastaneleri: Belli bir hastalık ya da organ veya organ grubu hastaların tanı, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri: Eğitim, öğretim ve araştırma yapılabilen, uzman ve yan dal uzmanlarının yetiştirildiği genel ve ya özel dal sağlık kurumlarıdır.

2.8.1. Mülkiyetlerine Göre Sınıflandırma

Hastanenin mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşa ait olduğu yada kurum ve kuruluşun özelliklerine göre yapılan sınıflandırmadır (Tengilimoğlu ve ark. 2012 pp.182). Bir başka ifade ile Türkiye’de hastaneler Sağlık Bakanlığına, üniversitelere, yabancılara, azınlıklara, derneklere, belediyelere ve özel kesime ait şeklinde sınıflandırılmaktadır.

2.8.2. Hastaların Kalış Sürelerine Göre Sınıflandırma

Bu sınıflandırmada esas alınan husus hastaların hastanede kalış süreleridir. Buna bağlı olarak hastaneler, kısa süreli kalınan hastaneler ve uzun süreli kalınan hastaneler olmak üzere iki kısımda incelenir. Uzunluk ve kısalık arasındaki ölçüt ise 30 gündür. Bir başka ifade ile 30 günden az kalınan hastalıklar için kısa süreli, 30 günden fazla kalınan hastalıklar için ise uzun süreli hastane ifadesi kullanılmaktadır (Mohammad 2007 pp.88).

2.8.3. Büyüklüklerine Göre Sınıflandırma

Hastanenin büyüklüğünü ifade etmek için kullanılan kısıtlar yatak sayısı ve personel sayısıdır. En yaygın kullanım ise yatak sayısına göre olandır. 50-100 aralığında yatağa sahip hastaneler küçük ölçekli, 200-400 aralığında yatağa sahip hastaneler orta ölçekli ve 600 ve daha fazla yatağa sahip hastaneler büyük ölçekli hastaneler olarak kabul edilmektedir (Kavuncubaşı 2002 pp.74).

2.8.4. Eğitim Statüsüne Göre Sınıflandırma

Eğitimi amacı güden ve eğitim amacı gütmeyen olmak üzere ikiye ayrılır. Eğitim amacı güden hastaneler teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sağlık profesyonllerinin eğitim ve gelişimine yönelik hizmet sunmaktadır. Bu statüde üniversite hastaneleri ve sağlık bakanlığına bağlı yüksek ihtisas hastaneleri girmektedir (Kavuncubaşı 2002 pp.75).

2.8.5. Hizmet Türüne Göre Sınıflandırma

Hizmet türüne göre hastaneler, genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Genel hastaneler, acil vakalar ile yaş ve cinsiyet ayrımı yapılmaksızın, mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastalıkların tedavi edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise belirli grup hastalıklar ile bir organ veya organ grubu hastalıkların muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı hastanelerdir (Seçim 2012).

2.8.6. Hizmet Basamağına Göre Sınıflandırma

Hizmet basamağına göre sınıflandırmada hastaneler 3 grupta incelenmektedir (Tatarlı 2007 pp.10). Hastaneler hizmet basamağına göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olarak incelenmektedir.

- **Birinci Basamak Hastaneler:** Çoğunlukla ayaktan tanı ve tedavi hizmeti sunan hastanelerdir.
- **İkinci Basamak Hastaneler:** Birinci basamak hastanelerde tedavisi olmayan hastalıkların tanı ve tedavisinin yapıldığı hastanelerdir. Ancak eğitim ve araştırma bölümü bulunmamaktadır.
- **Üçüncü Basamak Hastaneler:** Birinci ve ikinci basamak hastanelerde tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisinin yapıldığı, ileri teknolojik donanıma sahip, uzmanlaşmış hizmet sunan hastanelerdir.

2.8.7. Akreditasyon Durumuna Göre Sınıflandırma

Akreditasyon, sağlık kurumunun sunmuş olduğu hizmet kalitesini iyileştirmek maksadıyla ve kurumun hasta odaklılığının bağımsız bir grup tarafından değerlendirildiği, neticesinde de ulusal veya uluslararası bir belgeyle ödüllendirildiği bir süreçtir. Hastaneler ise akredite olup olmadıklarına göre 2 şekilde sınıflandırılmaktadır (Yüce 2011 pp.48).

3. SAĞLIK EKONOMİSİ VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminde geçerli kuralların sağlık piyasasına uygulanmasıyla çıkmış bir alandır. Bir başka ifade ile sağlık sektöründeki kıt kaynakların en etkin ve akılcı şekilde kullanılarak maksimum sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplum bireylerine en iyi şekilde bölüştürmek sağlık ekonomisi olarak tanımlanabilir. Sağlık ekonomisinin en temel iki bileşeni “En İyi Üretim” ve “En İyi Bölüşüm” olarak ifade edilebilir (Tokat 2008).

3.1. Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi

Ekonomi, en genel ifade ile kıtlık bilimidir. Ekonomi kıt kaynakları etkin kullanarak refahı maksimize etmek adına mal ve hizmetler arasında yapılan seçimlerin analizi ile ilgilenir. Ekonomi açısından 4 temel sorundan bahsedilebilir. Bunlar (Wonderling ve ark. 2005 pp.8);

- Üretilen olan nedir ve ne miktarda üretilen?
- Bu ürünlerin üretimi hangi metotla sağlanacak?
- Mal ve hizmetlerin toplumsal çıktıların bölüşümü toplum arasında nasıl yapılacaktır?
- Toplum üyeleri arasında üretim ve dağıtımda etkinlik sağlama nasıl yapılacaktır ?

Sağlık kavramı ise, bireyler için “hasta olmama” olarak ifade edilirken, genel literatürde bireyler, sağlıklı oldukları durumlarda meydana gelen her türlü sapmayı hastalık olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı olma hali yalnızca beden iyilik hali değil aynı zaman da bireyin ruhsal ve psikolojik olarak kendini iyi hissetmesidir. Bir başka ifade ile sağlık bedensel ve ruhsal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanabilir (Öztek 2001 pp.294).

Uluslararası kıyaslamalarda sağlık göstergelerinin, ülkelerin gelişmişlik düzeyinin belirlenmesinde kullanılan bir faktör olması sağlığın ekonomik boyutunun önemini gün geçtikçe artırmıştır. Sağlığın geliştirilmesi adına düzenlenen uluslararası konferanslar ve yayınlanan bildireler sağlığa verilen önemi ortaya koymaktadır.

Zaman içerisinde sağlık ile ilgili verilerin ekonomi ile entegre edilerek sağlık ekonomisi alanının oluşmasını sağlamıştır (Tokat 2008).

3.1.1. Sağlık ve Ekonomi İlişkisi

Sağlık ve ekonomi arasındaki ilişki çift yönlüdür. Sağlık hizmetlerinin ekonomik sonuçları şu şekildedir (Çelik 2013):

- **Üretkenliği ve ekonomik çıktıyı artırmak:** Sağlıklı bireylerin üretime katılma potansiyelleri diğerlerine nazaran daha yüksektir. Ayrıca genel olarak sağlık çalışanlarının diğer insanların üretkenliklerinin artmasına katkısı olduğu söylenebilir.
- **Kişisel ve ulusal geliri artırmak:** Sağlıklı bireyler işlerinde devamsızlık yapmazlar. Bir başka ifade ile iş gücü devir hızının düşmesine katkı sağlarlar. Dolayısıyla daha çok kazanırlar.
- **Yurtiçi ve yurtdışı yatırım hızını artırmak:** Endemik ve epidemik hastalıkların az olduğu bölgeler yatırımcıların daha çok dikkatini çeker. Dolayısıyla yapılacak olan bir yatırımın bölgeye yapılmasına katkı sağlarlar.
- **Tasarrufları artırmak:** Sağlıklı insanlar daha çok kazanç sağlarlar ve daha çok tasarruf ederler. Bu da yatırım fonlarının artmasına katkı sağlar.
- **Beşeri sermayeyi geliştirmek:** Bireylerin ekonomik üretkenliğine katkı sağlayan doğuştan yetenekleri ile bilgi, beceri ve deneyimleri beşeri sermayeyi oluşturmaktadır. Sağlıklı olma durumu ise işe ve okula devam durumunu doğrudan etkiler. Ancak beşeri sermaye unsurları olan eğitim ve becerilerden farklı olarak, sağlık biriktirilemez. Sağlık ayrıca hastalıklar ve ölüm gibi ciddi risklere maruz kalma ihtimali de bulunmaktadır(Saltık 2003 pp.22).

Sağlığın ekonomik sonuçlarının yanı sıra ekonominin de sağlık sonuçları vardır. Ülkeler ekonomik performansın yüksek olması bireylerin gelirlerini de etkilemektedir. Gelirlerin yüksek olması ise bireylerin sağlık hizmetlerinden ve ürünlerinden daha çok yararlanmalarına, dolayısıyla daha sağlıklı olmalarına neden olacaktır. Ekonomik gelişmişliğin getirmiş olduğu sedanter yaşam tarzı ve şişmanlık gibi sağlık açısından olumsuz sonuçları olsa da olumlu sonuçlar daha ağır basmaktadır (Çelik 2013).

3.1.2. Sağlık Ekonomisinin Gelişimi ve Önemi

1929 Dünya Ekonomik Buhranı sağlık ekonomisi için bir dönüm noktası olduğu söylenebilir. Adam Smith tavsiyeleri doğrultusunda hareket eden ABD sağlık sistemi politikası, “laissez faire, laissez passer” yani “bırakınız yapsınlar, bırakınız geçsinler” politikası başarılı olamamıştır. Bu süreçte sağlık hizmeti sunucularının mali krize girmeleri ve hastane faturalarının ödenememesi ya da geç ödenmesi hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanamamalarına neden olmuştur (Saltık 2003 pp.22).

Sağlık ekonomisi, 1950’li yıllardan itibaren ABD’de tıp fakültelerinde ders olarak okutulmaya başlamış ve tüm dünyadaki araştırmacılar için yeterli kaynak ayrılmıştır (Kurtulmuş 1998). Buna bağlı olarak, sağlık hizmetlerinde verimlilik sağlamak, sağlık giderlerini denetlemek, tasarruf sağlamak ve sağlık sistemini krizlere karşı korumak amacıyla bilimsel çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Saltık 2003 pp.22).

Sağlık ekonomisinin ekonominin alt dalı olarak ortaya çıkması 1950’li yıllara tekabül etmektedir. Arrow’un ABD’de yapmış olduğu çalışmalar sağlık ekonomisinin temellerini oluşturmaktadır. Bu dönemlerde yapılan çalışmalarda sağlık piyasalarının talep yönü incelenmiş, talebi etkileyen diğer faktörler göz ardı edilmiştir. Ancak Grossman’ın, talebi etkileyen diğer faktörleri de dikkate almasıyla sağlık ekonomisi gelişme göstermiştir. ABD’nin New Orleans kentinde 1969 yılında yapılan ilk sağlık ekonomisi konferansı ile önemi daha da artmıştır. İlk sağlık ekonomisi konferansında sağlık ekonomisinin ne olduğu ve sağlık ekonomisinin temel konuları tartışılmıştır (Mutlu ve Işık 2005 pp.21).

Son yıllarda çeşitli sebeplerden dolayı milli gelir içinde sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların payı giderek artmıştır. Sağlık harcamaları bireylerin sınırsız taleplerinden dolayı artmaya devam etmektedir. (Philips 2002). Sağlık harcamalarındaki söz konusu artış, nüfusun yaşlanması, teknolojik gelişmeler ve bireylerin beklenti artışları sebep gösterilebilir (Lieven 2008 pp.1).

Ekonomistlerin, sağlık ekonomisi alanına girmelerinin temel üç sebebi vardır (Dağlı 2006 pp.17).

- Sağlık hizmetleri sunumunda maliyelerin ve finansmanın önem kazanmış olması
- Sağlık harcamalarının ve sağlık piyasasına ayrılan kaynağın artması
- Ekonomi içerisinde sağlık ekonomisinin giderek büyümesi

Sağlık ekonomisi alanının gelişmesindeki en önemli unsurlardan birinin dışsalılık olduğu düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerinin dışsalılık özelliği sayesinde, sağlık hizmetleri arzının tamamen piyasa tekeline bırakılmasını engeller ve kamusal arzı gerekli kılar (Işık 1998 pp.11).

Gelişen teknoloji, ortalama yaşam süresinin uzaması, nüfusun hızla artması, sağlık harcamalarındaki artış, maliyetlerdeki artışın dikkat çekmesi ve verimlilik tartışmaları gibi sebeplerden dolayı sağlık ekonomisindeki gelişim devam etmektedir (Tutar ve Kılınç 2007 pp.33).

3.1.3. Sağlık Piyasası Özellikleri

Bir toplumun ekonomik düzeni toplumsal ihtiyaçlara cevap veren üretim ve tüketim ilişkilerinin toplamıdır. Tüm toplumların karşılaştığı temel sorunsal aynıdır. Hangi mal ya da hizmetler üretilecek, üretimi nasıl yapılacak, ne miktarda üretilecek ve kimler için üretim yapılacaktır? Toplumlar sosyo-ekonomik sistem araçlarıyla bu problemlere seçenekler arasından seçim yaparlar (Sayim 2011).

Piyasa ekonomisi, kaynakların dağılımını piyasa mekanizmasının kendi işleyişinin belirlediği ekonomidir. Üretim ve tüketim gibi ekonomik kararların, devlet müdahalesi olmadan ya da minimum düzeyde devlet müdahalesinin olduğu piyasalarca gerçekleştirilen ekonomiyi ifade etmektedir. Piyasa mekanizması, tam rekabetçi piyasaların bir müdahale olmadan, serbestçe işlemesine dayalıdır. Buna bağlı olarak piyasada hangi mal, nasıl, ne miktarda ve kimin için üretileceği sorularının karşılığı rekabetçi bir ortamda fiyat mekanizmasının işleyişi ile cevap bulmaktadır. Rekabet ve fiyat mekanizması, ekonominin doğal ve asıl düzenleyicisi olan “görünmez el”i oluşturmaktadır. Fiyat mekanizması piyasadaki dengenin temelini oluşturmaktadır. Herhangi bir mal piyasasının diğer piyasalar ile dengesi fırsat maliyet ile açıklanmaktadır. Fırsat maliyet, bir mal ya da hizmetin üretimi için başka bir alanda üretilebilecek faydalardan vazgeçilmesi anlamına gelmektedir. Piyasanın “serbest

piyasa” olarak nitelendirebilmesi ve ekonomik dengeyi kendiliğinden sağlayabilmesi için aşağıdaki durumların bulunması gerekmektedir (Ünal 2013 pp.26).

- Rasyonel bireyin egemenliği: Piyasadaki her birim rasyoneldir. Bir başka ifade ile piyasadaki her aktör kendi faydasını ençoklamaya çalışacaktır.
- Tam rekabet: Piyasada çok sayıda alıcı ve satıcı bulunmaktadır. Her birimin söz konusu mal için toplam arz ve talep içindeki payı küçüktür. Bir başka ifade ile herhangi bir firmanın piyasadaki fiyatı etkileme gücü yoktur.
- Homojen mal: Üretilen mallar aynı tiptedir. Homojen mal varsayımı alıcıların bilgiye ulaşımının herkes için kolay olmasının temelidir. Bu nedenle alıcılar için mal üzerine araştırma ihtiyacı ya da araştırma maliyeti bulunmamaktadır.
- Girişim özgürlüğü: Her türlü piyasaya giriş ve çıkış serbesttir. Girişimciler piyasaya giriş ve çıkışta engellerle karşılaşmazlar.
- Bilginin tamlığı ve şeffaflık: Alıcılar mal hakkında gerekli fiyat ve diğer bilgilere sahiptir. Ya da bilgiye ulaşımı kolay ve erişilebilirdir.
- Özel mal: Üretilen mal veya hizmetin bölünebilirliği mümkündür. Dolayısıyla, pazarlanabilir bir mal veya hizmet söz konusudur.

Tam rekabet piyasası serbest piyasa ekonomisinin temelini oluşturmaktadır. Gerçek hayatta bu piyasa koşullarını sağlayan çok az piyasa örneği bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasası ise diğer birçok mal ve hizmet piyasasına göre tam rekabetçi piyasa koşullarına daha fazla uyumsuzluk göstermektedir. Sağlık hizmetleri piyasası genellikle çok sayıda alıcı ve satıcı kuralına uyumsuzluk göstermektedir. SGK gibi ya büyük bir alıcı ya da bazı sağlık hizmet sağlayıcıların durumu gibi az sayıda satıcı bulunmaktadır. Sağlık hizmet çıktıları homojenliğin aksine heterojendir. Piyasa giriş çıkışlarında devletin sıkı düzenlemeleri bulunmaktadır. Alıcı ile satıcı arasında bilgi tamlığı ve şeffaflığının yerine bilgi asimetrisi yoğunudur. Bahsi geçen sağlık hizmetlerinin tam rekabetçi piyasa ile genel hatlarıyla uyumsuzluk, ekonomi biliminde “piyasa aksaklıkları” olarak adlandırılmaktadır (Ünal 2013 pp.27).

3.2. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Aksaklıkları

Tam rekabet piyasasında, piyasaya giriş çıkış serbestir. Bu sebeple piyasada alıcı ve satıcı sayısı çoktur. Tüm taraflar tam bilgi sahibir, mallar homojendir ve kıt kaynakların dağılımı etkindir. Aynı zamanda üretim açısından kar, tüketim açısından fayda maksimum seviyededir. Bu özellikler piyasaların “tam rekabet” için uygun olduğunu göstermektedir. Bu özelliklerden biri ya da birkaçı olmadığı takdirde ise eksik rekabet koşullarından bahsetmek mümkün olacaktır (Çetinkaya 2012 pp.46).

Sağlık hizmetleri piyasasında çok sayıda alıcıdan bahsedilirken, arz sınırlı kalmaktadır. Bu sebeple sağlık piyasalarında, arzın talep karşısında yeterli olmadığı görülmektedir (Stiglitz 2000 pp.310). Ayrıca sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi tam rekabet piyasasının oluşmasına engel olmaktadır. Hizmet talep edenlerin, sunulan hizmetin özellikleri ve gerekliliklerini tam olarak bilemedikleri için, arz sahipleri karşısında etkili pazarlık şanslarını yitirmektedirler. Sağlık piyasalarının, eksik rekabet piyasası kapsamında olmasının nedenlerini şu şekilde sıralayabiliriz (Yaylalı ve ark. 2012 pp.568).

3.2.1. Kamu Malları

Toplumsal ihtiyaçların karşılanması için üretim seviyesi ve finansmanının siyasi mekanizmalar tarafından belirlendiği mal ve hizmetler kamu malları olarak adlandırılmaktadır. Kamu mal veya hizmetlerinden etkilenip etkilenmemek kişinin seçiminde değildir. Bir başka ifade ile söz konusu olan zorunlu üretim ya da tüketimdir (Ortaç 2004).

Kamu mallarında yararlanılan faydanın büyük oranda bedeli belirlenemez. Dolayısıyla bu mal ve hizmetler için, bu mal ve hizmetler için, piyasa mekanizmasının en temel düzenleyicisi olan fiyat oluşmamaktadır (Wolf 1998 pp.20).

Bir başka ifade ile kamusal mallar, tüketiminde rakabet olmayan, bölünemeyen, fiyatlandırılmayan ve hiçbir bireyi tüketiminden mahrum bırakılamayan mallardır. Kamusal mallar bu özellikleriyle özel mallardan ayrılmaktadır (Tekin ve Vural 2004 pp.324).

Sağlık hizmetleri ile meydana gelen en önemli dışsallık, sağlık hizmetlerinin yarattığı toplumsal faydadır. Koruyucu sağlık hizmetleri salgın ve bulaşıcı hastalıkları önlemek için yürütülen faaliyetler toplumun bütünü için fayda sağlayacaktır. Ayrıca

tedavi edici sunulan sağlık hizmetleri de, hasta bireyin çevresi için fayda sağlayacaktır. Sunulan hizmetler neticesinde oluşan dışsal fayda, bireysel talebin ve piyasa fiyatının oluşmasında göz ardı edildiğinde, toplam faydanın yanlış tahmin edilmesine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak piyasada devlet olmadığında koruyucu sağlık hizmetlerine olan talep eksik değerlendirecek, eksik fiyatlandırma yapılacak ve eksik üretim yapılacaktır (Yıldırım ve Bakır 2014 pp.4).

Sağlık hizmetleri tüketiminde rekabet olmaması ve bireylerin bu hizmete erişimi kısıtlanamaması, tüketicilerin bu hizmetler için fiyat ödemekten alıkoymaktadır. Tüketicilerin ödeme yapmıyor olmaları, üreticilerin mal veya hizmetin üretimi hususunda isteksiz davranmasına neden olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde erişimde kolaylık olması, sağlık hizmetleri talebinin olduğundan fazla gözükmesine neden olabilmektedir (Mutlu ve Işık 2012 pp.48).

3.2.2. Eksik Rekabet

Piyanın ekonomik açıdan verimli sonuçlar vermesi fiyat mekanizmasının işleyişine bağlıdır. Bunun için de rekabet şarttır. Rekabetin eksik kaldığı alanlarda fiyat mekanizmasının yol göstericiliği bozulur (Erdoğan 2013 pp.67).

Yeni stratejiler kullanarak rakipler arasında varlığını geliştirerek sürdürmek rekabet olarak açıklanmaktadır. Buna bağlı olarak tam rekabet piyasası, sınırsız alıcı ve satıcının olduğu, tüketicilerin tam bilgiye erişebildiği ve kaynakların etkin kullanıldığı piyasayı ifade etmektedir (Akgemci 2007 pp.215).

Sağlık hizmetleri piyasası, kendine has özellikleri nedeniyle eksik rekabet piyasası kapsamında değerlendirilmektedir. Bir başka ifade ile sağlık hizmetleri piyasası arz ve talep açısından diğer piyasalara göre farklılık göstermektedir (Ecevit 2007 pp.46).

Hem sağlık hizmeti sunucularının hem de sağlık çalışanlarının mesleki yeterlilikleri, diğer piyasalara kıyasla daha fazla öneme sahiptir. Sağlık hizmet sunumunda standartların korunması için devlet müdahalesi gereklidir. Buna bağlı olarak devlet, hizmet sunucularını denetlemekte, eczane birimlerini ruhsatlandırmakta ve piyasaya giriş çıkışları kontrol etmektedir. Piyasaya giriş çıkışların denetlenmesi ise piyasada eksik rekabet koşullarının oluşmasına neden olmaktadır (Mutlu ve Işık 2012 pp.53).

3.2.3. Dışsallık

Bir ekonomik faaliyetin özel fayda ve maliyetinin dışında, toplumu etkileyen maliyet ve fayda üretmesi dışsallık olarak bilinmektedir. Serbest rekabet piyasası, dışsallığın söz konusu olduğu durumlarda etkin kaynak dağılımı sağlayamaz. Bunun nedeni ise dışsallık durumunda piyasanın işleyişi kendiliğinden aşırı ya da eksik üretim ve tüketim düzeyine neden olacaktır (Korinek 2017 pp.67).

Dışsallık, bir ekonomik faaliyetten, üçüncü kişilerin fayda veya zarar görmesidir. Birey fayda görürse pozitif dışsallık, zarar görürse negatif dışsallık olarak tanımlanmaktadır (Stiglitz 1994 pp.93).

Diğer birçok piyasada olduğu gibi sağlık hizmetleri piyasasında da negatif ve pozitif dışsallıklar oluşmaktadır. Bu durum ise piyasa aksaklıklarına sebebiyet vermektedir. Sağlık hizmetlerinde oluşan en önemli dışsallık, insanların üretilen sağlık hizmetlerini tüketmesi sonucu ortaya çıkan toplumsal faydadır. Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmet, toplumun geneline yayılan sosyal bir fayda yaratacaktır (Yıldırım ve Bakır 2014 pp.6).

Sağlık hizmetleri pozitif dışsallığın yanı sıra negatif dışsallıklarda yaratabilmektedir. Negatif dışsallıklara, bilinçsiz antibiyotik kullanımı örnek olarak gösterilebilir. Artan antibiyotik kullanımı ile ilaç kullanımının negatif sonuçları da ortaya çıkabilmektedir. Bunlara bağlı olarak ortaya çıkabilecek negatif dışsallıklar, devletin sağlık piyasasına müdahale etmesine sebebiyet verebilmektedir (Aktan ve Işık 2007 pp.16).

3.2.4. Bilgi Eksikliği

Tam rekabet piyasasının önemli varsayımlarından biri de söz konusu mal veya hizmet hakkındaki bilgilenmenin eksiksizliğidir. Hem alıcılar hem de satıcılar mal veya hizmetlerin kaliteleri ve piyasadaki fiyatları hakkında tam bilgiye sahiptirler. Aslında serbest piyasanın temel varsayımlarından olan homojen olma esasına göre mallarda farklılaşma söz konusu değildir; dolayısıyla malın kalitesine ait bilgilenme zaten gerçekleştiği kabul edilir (Erdinç 2013 pp.74).

Gerçek hayatta tüketiciler, birçok mal ve hizmet için gerekli bilgi sahibi değildirler. Bunun nedeni ise piyasaların yeterli bilgi sağlamıyor olmaları ya da üreticilerin kendi pazarlama çıkarlarına uygun bilgilendirme sağlıyor olmaları olarak

söylenbilir. Üretilen mal veya hizmet hakkında yeterli bilgilendirmenin maliyetli veya imkansız olduğu çok sayıda piyasa vardır. Bu piyasaların başında sağlık hizmetleri piyasası gelmektedir (Varian 2004 pp.10).

Tam rekabet piyasasında üretici ve tüketici tam ve net bilgiye sahipken, eksik rekabet piyasasında bilgi eksikliği Bir başka ifade ile asimetrik bilgi problemi yaşanmaktadır. Sağlık piyasasında söz konusu mal ve hizmetlere ilişkin bilgi edinilmesi hususunda üretici ve tüketici ile bağlantılı olarak meydana gelen problemler piyasa aksaklığına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde asimetrik bilgi probleminin oluşmasında birçok neden vardır; hizmet sunumunun uzmanlık gerektirmesi, hastanın tüketilen söz konusu hizmetin fiyatı ve kalitesi hakkında yeterince bilgi sahibi olmasına engel olmaktadır (Bilgili ve Ecevit 2009 pp.204).

Tablo 3-1:Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgi Problemi ve Sağlık Piyasasına Etkileri

Piyasa Başarısızlıkları	Problem	Etkileri
Ahlaki tehlike	Sağlık hizmetlerine olan talebin marjinal maliyeti, hastalar için sıfır ya da çok düşüktür.	Bireylerin talepleri artmaktadır. Maliyetlerde ve tüketimde artışa neden olmaktadır.
	Piyasa aktörleri arasında asimetrik bilgi vardır.	Sağlık hizmetleri aşırı tüketilmektedir. Bireysel faydaya katkı sağlanırken toplumsal refahı azaltmaktadır.
Ters seçim	Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır.	Ortalama risk primi kullanılması yüksek risk grubunda yer alanların sigortadan daha kapsamlı yararlanmalarına neden olmaktadır.
Risk seçimi	Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır.	Özel sağlık sigortası kuruluşları, risk grubuna giren hastaları sigorta kapsamına almak istemeyecektir.
Rekabetçi güçlerin etkisizliği	Devletin piyasaya müdahalesi ya da verimliliği artıran teşviklerin kaldırılması, ileri teknolojik donanıma yatırım yapılması	Hizmet fiyatları yüksektir. Yüksek ücretler kadar medikal ürünlerinde fiyatları yüksektir.

	manasına gelmektedir.	
--	-----------------------	--

Kaynak: Bilgili ve Ecevit,. *Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri*, 2009

Teknolojinin sürekli gelişmesi ve ilaç konusundaki ilerlemeler, sağlık hizmet sunumunda görevli olanların sürekli kendilerini geliştirmesi gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Ancak tüketicilerin, bu gelişmelere uyum sağlayabilmeleri ya da bu bilgi birikimine sahip olmaları neredeyse imkansızdır. Kısaca tüketicilerin sağlık hizmetleri hakkında tam ve eksiksiz bilgiye sahip olmaları mümkün değildir (Koç 2004 pp.47).

3.2.5. Arz ve Talebin Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetleri talebi tesadüfi olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin hangi zaman diliminde, nerede ve kimler tarafından talep edileceği öngörülememektedir. Dolayısıyla planlı bir hizmet sunumu yapılamamaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinde etkin kaynak kullanımını da kısıtlamaktadır (Mutlu ve Işık 2012 pp.58).

Sağlık hizmetleri talebine ilişkin en önemli özellikleri düzensiz olması ve tahmin edilememesidir. Bu durum, aniden ortaya çıkan sağlık problemlerinin, bireylerin gelirlerinde azalmaya neden olabilmektedir. Tahmin edilememe durumu da bireyleri tedbirli davranmaya yöneltmektedir. Buna bağlı olarak bireyler, sağlık sigortası, sosyal sigorta ya da özel sigorta gibi uygulamalar ile, ekonomik şoklardan kendilerini korumayı hedeflemektedir (Arrow 1963 pp.948). Bir başka deyişle sağlık hizmetleri talebinin öngörülemez olmasına rağmen sağlık hizmetlerinin sabit maliyetlerinin yüksek olması ve eksik rekabet koşulları nedeniyle, arzın talebe karşı esnekliğini sağlamak mümkün değildir. Bu durum piyasanın dengeye gelmesini zorlaştırmaktadır. Bu sebeplerden dolayı sağlık hizmetlerinde talep tahmininin ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır (Koç 2004 pp.41).

3.2.6. Belirsizlik Altında Seçim

Sağlık hizmetlerinde hekim hasta ilişkisinde hekime başvurma kararını ilk veren hastadır. Ancak söz konusu sağlık hizmetinin ne kadar süre için verileceğine ve hangi kapsamda yararlanılacağına hekim karar vermektedir. Hastanın seçim hakkı bu noktada ortadan kalkmaktadır. Bir başka deyişle hasta, belirsizlik altında seçim yapmak durumunda kalacaktır (Arrow 2001 pp.868).

Hastanın sağlık hizmetleri piyasasında seçim yapma 6zg6rl6đ6 kısıtlıdır. Hasta, hekim, hizmet sunucusu kurum veya ilaē sunucusuna bağımlı durumdadır. Hastaların fiyat konusunda pazarlık etme, t6k6timden vazgeēme ya da t6k6timi erteleme gibi seçim şansı bulunmamaktadır (Can 2012).

3.3. Sağlık Ekonomisinde Kullanılan Ekonomik Değerlendirme Teknikleri

Sağlık hizmetlerine olan talebin sınırsız olduğu varsayılmasına rağmen, sağlığa ayrılan b6tēe doğrultusunda ve sınırlı kaynaklarla hizmet sunulmaktadır. Bir başka deyişle, gelişmiş 6lkelerde dahil olmak 6zere hiē bir 6lkenin kaynakları t6m vatandaşlarına sağlık hizmeti sağlamaya yetecek kadar kaynağı yoktur. 6zellikle son d6nemde artan sağlık harcamaları ve gelişmiş teknolojinin getirmiş olduğu y6ksek maliyetle birlikte ekonomik y6k, birēok 6lkeyi sağlık sunum paketlerinin belirlenmesi evresinde g6venilir bilimsel y6ntemler geliştirip uygulamaya y6nlendirmiştir (Top 2006 pp.103).

Sağlık harcamaları ve sağlık iēin ayrılan kaynaklar, karar vericilerden akademisyelere, sağlık hizmet sunucularından hizmet satın alıcılara, yani t6m d6nya iēin 6nemli g6ndem maddelerinden biridir. Dolayısıyla ekonomik değerlendirme y6ntemleri, son yıllarda yaygın olarak kullanılmaktadır (6zsarı 2013 pp.439).

Ekonomik değerlendirme, birbirlerine alternatif olacak uygulama ve y6ntemlerin maliyet ve fayda aēısından değerlendirilmesidir. Ekonomik değerlendirme tekniklerinin temel gayesi, uygulamaların maliyet ve faydalarını belirlemek, analiz etmek ve karşılaştırmaktır (Drummond ve ark. 2005).

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme teknikleri, başta gelişmiş 6lkeler olmak 6zere t6m d6nyada karar alıcıları destekleyen 6nemli bir araē olarak kullanılmaktadır. Yeni ilaēların, tedavi y6ntemlerinin ve tıbbi malzemelerin geri 6demeye dahil edilip edilmeyeceği, geri 6demeye dahil edilecekse bunun hangi koşullarda ve ne oranda 6deme yapılacağına karar veriliken maliyet ve faydalarının ekonomik değerlendirme y6ntemlerine g6re tespil edilmesi gerekmektedir (Yiğit ve Erdem 2014 pp.212).

Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme teknikleri d6rt başlık altında incelenmektedir(6nal 2013 pp.144).

- Maliyet Etkililik Analizi

- Maliyet Fayda Analizi
- Maliyet Minimizasyon Analizi
- Maliyet Değer Analizi

3.3.1. Maliyet Etkililik Analizi

Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir. Maliyet etkililik analizinde en etkin sağlık projesinin, en düşük maliyetle uygulanacağı sağlık projelerinin üzerinde odaklanmaktadır. Maliyet etkililik analizi ile farklı projelerin maliyetleri hesaplanarak etkilerinin ölçümü yapılmaktadır (Mutlu ve Işık 2013 pp. 155).

Maliyet etkililik analizi, bir hastalığı önlemek ya da tedavi etmek amacıyla, kullanılacak alternatif tedavi uygulamalarından birinin diğerine göre sağladığı faydaya karşılık, fazladan para harcanmasına değip değmeyeceği sorusuna cevap aramaktadır (Newby ve Hill 2003 pp. 145).

Bu yöntem, sağlık hizmeti çıktıları ile girdileri arasındaki hem parasal hem de faydasal ilişkiyi ifade etmektedir. Toplam maliyetlerin pay kısmına, faydaların ise payda kısmında gösterildiği bir oran olarakta nitelendirilebilir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin analizi için uygun bir yöntem olduğu söylenebilir (Ünal 2013 pp.144).

3.3.2. Maliyet Fayda Analizi

Maliyet fayda analizinde, söz konusu sağlık çıktılarının maliyet ve sonuçları kıyaslanarak, seçenekler arasından bir tercihte bulunulur. Söz konusu sağlık çıktıların maliyet ve sonuçları belirlendikten sonra, sonuçlar parasal olarak ifade edilir. Elde edilen veriler ise karar verme kriteri olarak kullanılır (Çelik 2013 pp.278).

Bu yöntem, herhangi bir sağlık projesinin avantaj ve dezavantajlarını ortaya koyar. Maliyet fayda analizinde yeterli mesleki donanıma sahip nitelikli birimler tarafından karar alınması gerekmektedir. Aksi bir durumda maliyet fayda analizi ile elde edilecek veriler sağlıklı olmayabilir (Getzen 1997 pp.51).

Maliyet fayda analizinin en önemli özelliği ise farklı tedavileri karşılaştırma şansı tanınmasıdır. Bu sayede toplum sağlığını etkileyecek bir politikanın maliyetleri

fayda olarak kıyaslanabilir duruma getirilir. Böylece uygulanan sağlık politikalarının verimliliğinin artırılması sağlanır (Öksüz ve Malhan 2005 pp.61).

3.3.3. Maliyet Minimizasyon Analizi

Maliyet minimizasyon analizi, sonuçları itibariyle aynı olan ya da benzerlik gösteren tedavileri mukayese etmek amacıyla yapılan ekonomik değerlendirme tekniğidir. Kıyaslanması düşünülen iki tedavi yönteminin ya da iki ilaçtan analizler sonucu elde edilen bulgular eşitse, sadece maliyetler üzerinden kıyaslama yapılır. Maliyet minimizasyon analizi kullanılabilmesi için bu durum şarttır (Burckhardt ve Anderson 2003 pp.340).

Kıyaslanacak olan her iki seçenek için sağlık kazanımları aynı ise, değerlendireleek olan tek şey maliyettir. Maliyet minimizasyon analizinin sağlık hizmetlerinde kullanıldığı alanların başında ilaç sektörü gelmektedir. Eşdeğer ilaçların çıktıları hep aynıdır ya da öyle kabul edilir. Buna bağlı olarak karar durumunda eşdeğer ilaçların yalnızca maliyetleri kıyaslanır (Ünal 2013 pp.141).

3.3.4. Maliyet Değer Analizi

Diğer ekonomik değerlendirme analizlerinde göz ardı edilen husus yaşam kalitesidir. Yaşam kalitesi sağlık hizmetleri için önem arz eden bir çıktıdır (Ünal 2013 pp.147).

Maliyet değer analizindeki çıktı ölçütü kaliteye ayarlanmış yaşam yılı olarak(QALY-quality adjusted life years) ifade edilmektedir. QALY sıfır ile bir arasında bir değer alır. Sıfır değeri ölümü, bir değeri ise mükemmel sağlığı göstermektedir (Balçık ve Şahin 2013 pp.123).

Maliyet değer analizinde kullanılan ölçütün QALY olması, farklı maliyet değer analizlerini kıyaslanabilir hale getirmektedir. QALY, her türlü sağlık çıktısı için söz konusu tüm tedavilere uygulanabilen ve her türlü sağlık programlarını karşılaştırma olanağı sağlayan uluslararası bir değerlendirme ölçütüdür. Maliyet değer analizinin bu özelliği ile ehemmiyeti artmaktadır (Berger ve ark. 2003).

Tablo 3-2: Ekonomik Değerlendirme Teknikleri

Analiz Çeşidi	Sonuçlar	Girdi Ölçü Birimi	Çıktı Ölçü Birimi
Maliyet Minimizasyon Analizi	Sonuçlar aynıdır.	Para(Türk Lirası, Dolar vb.)	Yok
Maliyet Etkililik Analizi	Sonuçlar doğal değerler ile ölçülür.	Para(Türk Lirası, Dolar vb.)	Doğal ölçütler, kazanılmış yaşam yılı.
Maliyet Yararlanım Analizi	Sonuçlar fayda ile ölçülür.	Para(Türk Lirası, Dolar vb.)	QALY veya DALY
Maliyet Fayda Analizi	Sonuçlar para ile ifade edilen ölçütlerle ölçülür.	Para(Türk Lirası, Dolar vb.)	Para(Türk Lirası, Dolar vb.)

Kaynak: Arı, Sağlık Ekonomisinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri , 2017.

3.4. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Önemi

Bir ülkenin sağlık sistemini sürdürebilmek için ihtiyaç duyulan fonları sağlama, artırma ve bu fonları en iyi şekilde kullanma işine finansman denir (Yalçın ve Yıldırım 2001 pp.2).

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması, sağlık hizmet sunucularının kaliteli sağlık hizmeti sunmayı hedeflemeleri, teknolojinin gelişmesi ve giderek pahalılaşması ve sağlık hizmetlerinin kalifiye personel istihdam etme gerekliliği sağlık giderlerini artırmaktadır. Sağlık hizmet sunucu kurumların giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan karşılanacağı ve nasıl yönetileceği önemli bir husustur (Orhaner 2006 pp.6).

Sağlık finansmanın amaçları şu şekilde özetlenebilir (Teksöz 2008):

- Kalite
- Şeffalık
- Verimlilik
- Kaynak Dağılımında Eşitlik

Bir mal veya hizmetin en temel ödeme biçimi doğrudan ödemedir. Burada birinci taraf olarak nitelenen tüketici, bir mal veya hizmet karşılığında, ikinci taraf

olarak nitelenen hizmet sunucusuna ödeme yapmaktadır. Sağlık sistemleri, bireyleri hastalanmamanın finansal riskinden korumak için üçüncü taraf ödeyicileri geliştirmiştir. Üçüncü taraf ödeyiciler özel ya da kamu olabilir. Üçüncü taraf ödeyiciler sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için, koruma altına aldığı halktan dolaylı ya doğrudan olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya hastaların doğrudan ödeme yaptıkları hizmetleri karşılamak için ya da hizmet karşılığında hizmet sağlayıcı kurumla ödeme yapılmaktadır (Mossialos ve Dixon 2002 pp.3).

Sağlık hizmetleri kamu, özel ve karma olmak üzere üç ana kaynaktan finanse edilmektedir. Ülkelerdeki sağlık hizmetleri finansman modelleri göz önüne alındığında hem kamu hem özel hem de karma modellerin kullanıldığı görülmektedir (Çelikay ve Gümüş 2010 pp.185).

Sağlık finansmanın temel amacı, başlangıçta, yeterli seviyede ve hakkaniyetli bir yöntemle finansal kaynak sağlamaktır. Ancak geçen süre zarfında meydana gelen ekonomik ve demografik problemler kıt kaynakların verimli kullanılabilmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Kaynak sorunu nedeniyle cepten ödemelerin artması ve bu harcamaların bireyleri yoksullaştırması finansmanda adaleti sağlamanın önemini daha da artırmıştır (Uğurluoğlu ve Özgen 2008 pp.134).

Sağlık finansmanı sadece ekonomik faktörler değil, politik yapı, sosyal değerler, çevresel faktörler ve uluslararası baskılardan da etkilenmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri finansmanı, dışsalılığı ve kamusal özelliği ağır basan hizmetlerin finanse edilmesi, sosyal güvenlik maliyetlerinin karşılanması, sağlık hizmetleri arzına etki eden her bir etmene ödeme yapılabilmesi için önemlidir (Çelikay ve Gümüş 2010 pp.186).

3.5. Finansman Yöntemleri

Ortaçağda insanların hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan sistemlerin kurulması ve geliştirilmesinden önce, sağlık hizmetleri cepten ödeme yoluyla veya hayır kurumları tarafından finanse edilmiştir. İlerleyen süreçlerde işçi işveren pirimleri ile finanse edilen sağlık hizmetleri daha sonra vergilerle finanse edilmeye başlamış ve sağlık hizmetlerinin kamusal boyutu genişlik kazanmıştır. Sağlık hizmetleri sisteminin bireysel ve cepten ödeme şekline sosyal sigortacılığa evrilmesi, finansman yöntemlerinde de değişime neden olmuştur (Yaşar 2007 pp.15).

Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin sınıflandırılması çeşitli şekillerde yapılabilmektedir. Yapılan ödemenin şekline göre doğrudan ya da dolaylı, kaynağına göre kamusal ya da özel olarak sınıflandırmak mümkündür. Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talep edenlerin hizmet bedelini kendileri ödemeleri anlamına gelmektedir. Dolaylı finansman yönteminde ise, sağlık hizmeti talep edenlerle hizmet sunucuları arasında üçüncü bir taraf vardır ve bedeli kısmen ya da tamamen bu taraf ödemektedir. Bir diğer ayrım da kamusal veya özel finansmandır. Kamu birimleri tarafından toplanan kaynaklar kamu, özel kişi veya kurumlar tarafından toplanan kaynaklar ise özel finansmanı ifade etmektedir (Aktan ve Işık 2007 pp.25).

3.5.1. Kamu Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılanması maksadıyla kamu birimlerince kaynakların tahsisi, birleştirilmesi ve aktarılması sürecinde kullanılan yöntemler kamu finansman yöntemleri olarak değerlendirilmektedir.

3.5.1.1. Dolaylı ve Dolaysız Vergiler

Vergiler, diğer tüm hizmetlerde olduğu gibi tüm ülkeler için sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi açısından en önemli araçlardan birini oluşturmaktadır. Vergiler çeşitli kriterler ekseninde çeşitli sınıflandırmalara tabi tutulabilir. Yansımasına, ekonomik etkinliğine ve adalet algılamasına göre çeşitli vergi sınıflandırmalar yapılmaktadır. Yansımalarına göre sınıflandırma dolaylı ve dolaysız vergiler olmak üzere iki kısımda incelenmektedir (Seligman 2004 pp.537).

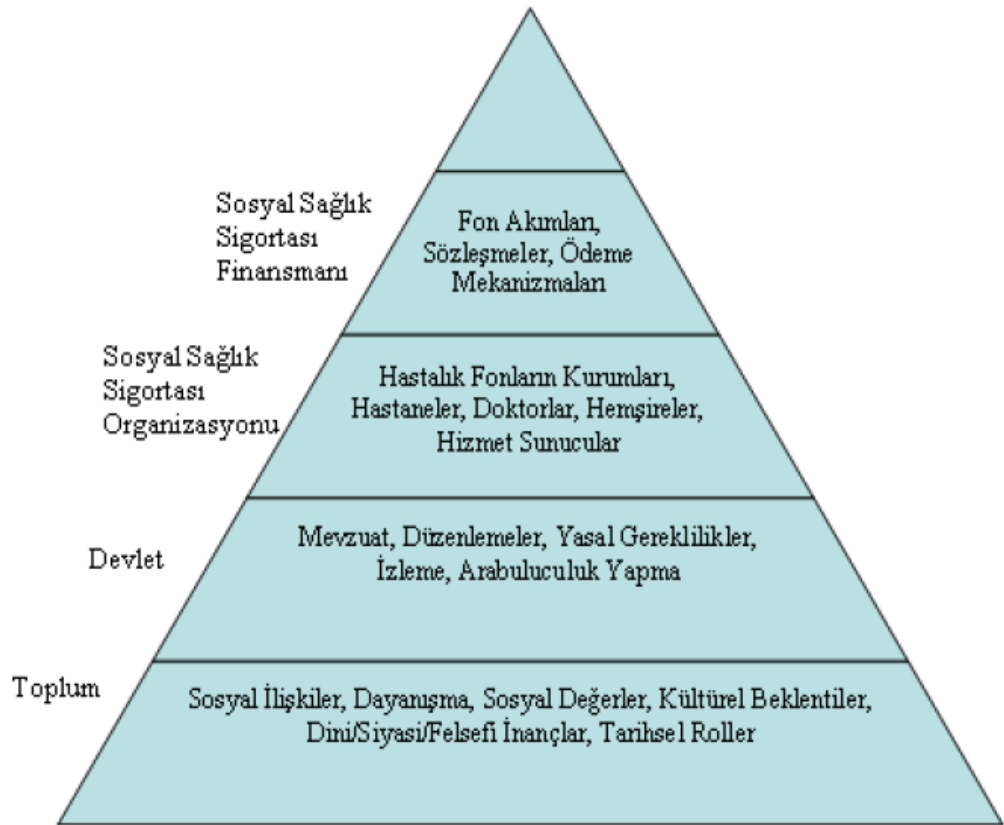
Gelişmekte olan ülkelerde toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %50'si kamu harcamalarından gerçekleşmekteyken bu oran gelişmiş ülkelerde yaklaşık olarak %70 civarındadır. Her ne kadar sağlık hizmetleri finansmanı büyük ölçüde vergiler vasıtasıyla sağlanıyor olsa da, sağlık hizmetlerinden vergi mükellefi olmayanların yararlanamayacağı yönünde bir kısıt bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde bireyler arasında ayrımcılık yapmak, sağlık hizmetlerinden faydalanmayı vergi ödeme koşuluna bağlamak söz konusu değildir (Gottret ve Schieber 2006 pp.42).

3.5.1.2. Sosyal Sigorta

Mecburi sağlık sigortacılığı ilk defa Almanya'da Otto Van Bismarck tarafından başlatılmıştır. Buna bağlı olarak, belirli bir miktar altında kazanç sağlayan işçilerin hastalık fonuna katılması mecburi kılınmıştır. Bununla ilgili finansmanın ise işçi ve

işveren tarafından karşılanmasına karar verilmiştir (Yaşar 2007 pp.32). Sosyal sigorta ise öngörülemeyen sağlık problemleri nedeniyle meydana gelen ekonomik ve sosyal kayıpların minimum zararlar kapatılması amacıyla mecburi katkı payları ile finanse edilmektedir. Sisteme dair katkılar işçi ve işverenden karşılanmakta ve risk paylaşılmaktadır (Güvercin 2004 pp.89).

Sosyal sigorta sisteminin özü, zorunlul olması ve işçi, işveren ve devletin finansmana katılmasıdır. Söz konusu riskin paylaşılması ile belirsizliklerin ortadan kalkması ve ekonomik maliyetlerin önüne geçilmesi mümkün olabilmektedir. Sigorta sistemi, hizmet kalite standartlarının tanımlanması ve kaynak tahsisinden sağladığı etkinlik ile olumlu neticeler ortaya koyarken, yüksek personel maliyeti, yönetsel karmaşa ve maliyet kontrolü nedeniyle olumsuz neticeler meydana gelebilmektedir (Cichon ve Normand 1994 pp.326).



Şekil 3-1: Sosyal Sigorta Sistemlerinin Piramit Modeli

Kaynak: Saltman, Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability, 2004.

Sağlık sigortası, işçi, işveren ve devlet tarafından sağlanan kaynaklar ile sağlık hizmetleri finansmanının sağlandığı ve belirsizlikler sebebiyle meydana gelebilecek ekonomik ve sosyal maliyetlerin minimuma indirildiği sistemin kendisidir.

3.5.2. Özel Finansman Yöntemleri

Sigorta sistemleri kurulmadan önceki dönemde sağlık hizmetleri finansmanı kişisel ödemeler ve hayır kurumları tarafından sağlanmaktaydı. İlerleyen süreçte işçi, işveren ve devlet tarafından sağlanan sağlık hizmetleri finansmanı, daha sonraları alternatif finans modellerindeki artışla birlikte özel finansman yöntemleri de önem kazanmıştır (Mossialos ve Dixon 2002 pp.22).

3.5.2.1. Cepten Ödemeler

Bireylerin, sağlık hizmetlerini satın almak amacıyla kendi bütçelerinden yaptıkları ödemeler, cepten yapılan ödemeler olarak ifade edilmektedir. Cepten ödemeler sigorta sistemi gibi hastalıkların finansal riskine karşı koruma özelliği bulunmamaktadır (Yaşar 2007 pp.16). Sosyal güvence kapsamında olmayan hizmetler için yapılan doğrudan ödemeler, sosyal güvence kapsamında olup hizmet bedelinin tamamının karşılanmadığı durumlardaki kullanıcı katkıları ve hekimlere bıçak parası adı altında yapılan informal ödemeler cepten ödemeler kapsamındadır (Mossialos ve Dixon 2002 pp.22).

Gelişmekte olan ve gelişmemiş ülkelerde, cepten yapılan ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı oldukça yüksektir. Söz konusu ülkelerde kamu kaynaklarının yetersiz olması, sigorta sistemlerinin gelişmemiş olması gibi faktörler cepten yapılan ödemelerin miktarını artırmaktadır. (Schieber 2005 pp.61).

3.5.2.2. Doğrudan Ödemeler

Sigorta kapsamında yer almayan ve sağlık hizmetine erişimin zaman ve mekan bakımından kısıtlı olduğu durumlarda, sağlık hizmet bedelinin tamamı bireyin kendisi tarafından ödenmektedir. Doğrudan ödemeler genellikle dış sağlık hizmetleri ve ilaç alımlarından karşımıza çıkmaktadır. Doğrudan ödemeler sigorta kapsamı dışındaki dış, estetik gibi hizmetlerden faydalanılma durumlarında ya da hizmetten memnun olmama gibi durumlarda kullanılmaktadır (Mossialos ve Dixon 2002 pp.22).

Doğrudan ödeme yöntemi genellikle gelişmekte olan ülkeler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Bu yöntem Ar-Ge faaliyetlerinden uzak, küçük bölgelerde hizmet sunan hekimlerin gelirlerinde artış sağlamaktadır (Markle ve ark. 2007 pp.275).

3.5.2.3. Kullanıcı Katkıları

1978 yılından Kazakistan'ın başkenti Alma Ata şehrinde toplanan Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, genel olarak bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyetsiz oldukları ve sağlık hizmetlerinin toplumların gelişmişliklerinden geri kalması gibi sorunlara çözüm üretmek amacıyla “uluslararası sağlık sözleşmesi” değer taşıyan önerilerin sunulduğu bir toplantıdır. 2000 yılında herkese sağlık hedefiyle yola çıkılan bu toplantı ilkelerinden en mühimi, temel sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşlara yaygınlaştırılmasıdır. Buna bağlı olarak sağlık harcamalarını artıracak olan üye ülkeler, finansman sağlanabilmesi için yeni kaynak arayışına girmişlerdir (Yıldırım ve ark. 2011 pp.75).

Sağlık hizmeti ihtiyacı sonucu ortaya çıkan bedelin bir bölümünün sosyal sigortası olan kişiler tarafından karşılanmasına kullanıcı katkıları ismi verilmektedir. Doğrudan ödemeden farklı olarak kullanıcı katkıları sigorta kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine yönelik talepte kullanılmaktadır (Yıldırım 2004 pp.2).

Kullanıcı katkılarının sağladığı en temel yarar gelirdeki artıştır. Gelirlerin artması uzun vadede devlet fonlarını artıracak ve söz konusu hizmetler için etkin bir finansman imkanı sağlayacaktır. Ayrıca hizmet talep edenlere seçim şansı sunarak hizmet kalitesinin artmasını da sağlamıştır (World Bank 1999 pp.33).

Kullanıcı katkıları sağlık hizmeti satın alma gücü olmayıp ihtiyaç duyanların sağlık ve gelirleri üzerinde büyük etkiye sahiptir. Söz konusu bireylerin gerekli veya gereksiz sağlık hizmet kullanımını azaltmaktadır (Merson ve ark. 2006 pp.633).

3.5.2.4. Enformel Ödemeler

Kamu sağlık sisteminde bedelsiz olarak sunulan hizmetler için hastalar tarafından yapılan ödemeler enformel ödemeler olarak nitelenmektedir (Alin ve ark. 2006 pp.63). Enformel ödemeler, hem çeşitli ödeme şekilleri açısından hem de sağlık hizmet türlerinin yaygınlaşması açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için önemi giderek artmaktadır. Enformel ödemelerin kaydının tutulamaması ve sağlık

hizmet alıcılarının zor durumda olmaları nedeniyle ülkeler açısından sağlık harcamaları içerisindeki payını ölçmek pek mümkün değildir (Gaal ve ark. 2006 pp.251).

3.5.3. Özel Sağlık Sigortaları

Bireylerin, hastalık sebebiyle oluşabilecek finansal riskten korunmak maksadıyla, özel sigorta şirketlerine, belirlenen tutar üzerinden prim ödemesi yapmaları özel sağlık sigortası olarak nitelendirilmektedir. Özel sağlık sigortası genel olarak gelişmiş ülkelerde gelir düzeyi yüksek kişiler tarafından tercih edilmektedir. Sosyal sağlık sigortalarından farklı olarak gönüllü esaslı yapılan ödemelerdir. Özel sağlık sigortaları sağlık sisteminin altyapılarının sağlanabilmesi için ek finansmana ve fakirler açısından ise maliyetlerin düşürülmesine katkı sağlamaktadır (Gottret ve Schieber 2006 pp.28).

Ayrıca, özel sağlık sigortaları sağlık hizmetlerindeki seçenekleri artırarak yeni teknolojilerin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Aynı zamanda sosyal sağlık sigortası üzerindeki finansal riski azaltarak etkin ve teknoloji tabanlı sağlık hizmeti sunumuna katkı sağlayacaktır (Maynard ve Dixon 2002 pp.111).

3.6. Sağlık Finansman Sistemlerinin Sınıflandırılması

Ülkelerde uygulanan sağlık hizmet sistemleri dikkate alındığında, Beveridge, Bismarck, Özel Sigorta, Cepten Ödeme ve Karma model olmak üzere 5 ayrı model bulunmaktadır. Beveridge modeli tek vergi yükümlüsünün olduğu ve Birleşik Krallık'ta görülen bir sistemdir. Bismarck modeli kar amacı taşımayan hastalık fonları veya sosyal sigorta modeli kullanan bir sistemdir ve Almanya'da yaygın olarak görülmektedir. Özel sağlık sigortası modeli Kanada gibi ülkelerde sıklıkla görülürken, tek vergi yükümlüsünün ulusal sağlık sigortasına karşılık gelen modeldir. Cepten ödeme modeli ise piyasa odaklı sistemi ifade etmektedir (McCanne 2010). Söz konusu modeller arasında temel ayrım, sağlık hizmet sunucu, sigortacı ve alıcı arasında finansal risklerin nasıl ayrıldığı şeklindedir (Chen ve Feldman 2000 pp.213).

Sağlık sistemlerinin yaşadığı temel problem, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini almalarını sağlarken maliyetleri kontrol altında tutmaktır. Sağlık maliyetlerinin 2050 yılına kadar GSYİH'nın yaklaşık %9'u kadar artış göstereceği öngörülmektedir. Bu durum söz konusu zorluğun önemini daha da artırmaktadır (OECD 2011 pp.28).

3.6.1. Bismarck Modeli Finansman

Bu modelde, sağlık hizmetlerinin finansman sürecine, devlet tarafından oluşturulacak sosyal sigorta ağı aracılığıyla müdahale edilmektedir. Özel sağlık sigortasına katılımın istenen düzeyde olmaması ve özel kuruluşların bireylerin hasta olma risklerini ön plana çıkararak gelir dağılımını yıkıcı yönde davranmaları, sistemin işleyişinin bozulmasındaki temel problemler olarak nitelenebilir. Bu sebeple, sosyal sigorta sistemi 1883 yılında Almanya’da Otto Van Bismarck tarafından inşa edilmiştir. (Edizdoğan ve Giray 2007 pp.34).

Devlet tarafından idame ettirilen sosyal sigortalara vatandaşlar belli bir ön ödemenin akabinde prim olarak nitelendirilen, aylık periyotlarla ödeme yapmaktadırlar. Ödenen primlerle bir havuz oluşturulmakta ve bu havuza sigorta fonu adı verilmektedir. Bireylerin sağlık harcamaları da bu sigorta fonundan karşılanmaktadır (Akdur 2003).

Sosyal sağlık sigortasının temel özellikleri şu şekildedir (İstanbulluoğlu ve ark. 2010 pp.89):

- Sigorta fonuna üyelik zarurîdir.
- İlk etapta işçi işveren katkıları ile finanse edilirken, sonraları finansmana devlette katkı vermiştir.
- Primler işçi, işveren ve devlet arasında üleştirilmektedir.
- Sigorta kuruluşlarının kar amacı taşıyıp taşıyamaması ülkelere göre farklılık göstermektedir.

Sosyal sağlık sigortasının temelinde; vatandaşların ödemiş olduğu aylık primler, çalışanların aylık ücretlerinden düzenli olarak kesilerek tahsis edilmektedir. Bu yol ile, toplanan primler yükümlüden toplanan hizmete özgü vergi özelliği taşımaktadır (Akdur 2003)

Kısaca, Bismarck modeli Avrupa’da yaygın olarak görülen bir sistem konumundadır. Bu sistemin ortaya çıktığı ülke Almanya olup, geliri belli bir miktarın altında olan vatandaşlar için katılım zorunludur. Sağlık hizmetlerinde makro düzeyle işlev gören devlettir. Bu sayede toplumun tamamının refaha erişmesi hedeflenmektedir (Wallece 2013 pp.84).

3.6.2. Beveridge Finansman Modeli

Sağlık hizmetlerinin kamu kaynaklı finanse edildiği sistem Beveridge modeli olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının, vatandaşlardan toplanacak vergilerle ve hizmetlerin tümünün kamu bütçesinden karşılanmasını amaçlamaktadır. Sağlık hizmet sunucuları ile sağlık hizmetlerinden faydalanicılar arasından doğrudan parasal ilişki bulunmamakta, para alışverişi üçüncü kurumlar tarafından yapılmaktadır. Bireylerin almış oldukları mal veya hizmet karşılığında bedel, üçüncü kurumlar tarafından para olarak ödenmektedir (Akdur 2003).

Vergiler, ülkelerin sosyal güvenliğinin finansman kaynağı olarak önemli bir paya sahiptir. Örneğin, Danimarka, sosyal güvenlik finansmanını ulusal bütçeden karşılamaktadır. Hollanda ise sosyal güvenlik finansmanını, büyük ölçüde dolaysız vergilerden karşılamaktadır. Yine İskandinav ülkelerinden olan İsveç ve Norveç sağlık sistemi için vergiler önemli bir paya sahiptir (Egeli 2008 pp.31).

Söz konusu hizmetlerin finansmanı için uygulanacak verginin türü, ülkelere göre çeşitlilik gösterirken, ayrı bir öneme de sahiptir. Gelir vergisinin düşük olduğu ülkelerde verginin belli bir kısmını sağlık hizmetleri finansmanına ayırdığı gibi bazı ülkelerde de dolaylı vergiler aracılığıyla aynı sonuçlar alınabilmektedir (Egeli 2008 pp.61).

Beveridge modeli, dünyanın en maliyet-etkin sağlık sistemlerinden biri olarak gösterilirken, Dünya Bankası'nın sağlık reformuyla alakalı girişimleri sebebiyle en çok başvuru alan sağlık finansman yöntemlerinden biridir (Ramesh 2011).

Bu model, yoksulluk problemini çözülebilir bir sorun olarak görerek sosyal güvenlik teorisini savunmaktadır. Beveridge modeli, mikro düzeyde sosyal güvenliği gelir düşüşlerine karşı minimum da olsa gelir garantisi olarak tanımlanırken, makro düzeyde bireylere refah bir hayat sağlanması, eğitim, sağlık, barınma gibi konuları içine almaktadır. Bu model kapsamında sosyal riskler; işsizlik, iş gücü kaybı, emeklilik ya da evlilik gibi nedenlerle ortaya çıkan bireysel ihtiyaçlar ve hastalık olarak değerlendirilmektedir (Arıcı 1999 pp.274).

İngiltere'de ortaya çıkan bu modelin raporunun yayınlamasının akabinde 1946'da Ulusal Sağlık Yasası, 1897'de İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları, 1948'de Sosyal Yardım Yasası, 1945'te Aile Yardımları Yasası ve 1946 yılında Ulusal Sigorta Yasası yürürlüğe girmiştir (Güzel ve ark. 2010 pp.25).

3.6.3. Cepten Ödeme İle Finansman

Cepten ödemeler, sağlık hizmeti alıcılarının aldıkları hizmet bedelini doğrudan kendilerinin ödediği durumları kapsamaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmeti finansmanına katılmak durumundadırlar. Bu duruma etken olarak, hizmet sunucuları gereksiz veya aşırı hizmet kullanımını önlemek istemeleri ve hizmetlerin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için ek gelir oluşturma gerekliliğidir. İlk durum, artan fiyatların hizmetlere olan talebi azaltacağı düşüncesiyle fiyat esnekliğinin pozitif olduğu varsayımdır. İkinci durum ise, artan fiyatlara rağmen hizmetlere olan talebin süreceğinden dolayı fiyat esnekliğinin katı olduğu varsayımdır (Belek 2009 pp.124).

Cepten ödeme yönteminde, üçüncü taraf olarak adlandırılan ödeme grupları yer almamaktadır. Bu yöntemde, bireyler yaptıkları her ödemeyi bütçelerinden karşılamak durumundadırlar. Ayrıca hastalık durumunun neden olduğu mali külfet tüketici tarafından karşılanmakta ve risk paylaşımı gibi bir durum söz konusu olmamaktadır (Mutlu ve Işık 2005 pp.283).

Sağlık harcamalarındaki hızlı artış ve dünyada yaşanan makroekonomik daralma ek kaynak yaratma ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Söz konusu ihtiyaç, tüketici katkısı gibi yeni cepten ödeme yöntemlerinin gelişmesine sebep olmuştur. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve resmi olmayan ödemeler olmak üzere üç kısımda incelenmektedir. Doğrudan ödemeler, hizmet aksaklıklarının yaşandığı durumlarda söz konusu hizmetlerden yoksun kalmamak için veya hizmetin sosyal güvence kapsamında olmadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Genellikle dişçiler ve laboratuvar hizmetlerinde yapılan ödemeleri kapsamaktadır (Mossialos ve Dixon 2002 pp.31). Sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan ek kaynaklar; kamu hizmetlerinden kullanıcı katkıları alınması, mevcut kaynakların daha etkin kullanılması ve sağlığın özel sektöre açılması şeklindedir. Resmi olmayan ödemeler ise kayıt dışı olan ve kanunsuz olarak nitelenen ödemelerdir. Tedavi akabinde bıçak parası ya da teşekkür hediyesi olarak yapılan ödemelerdir. Bu ödemelerin yapılmasının temel nedeni ise hizmet sunucularını etkileme düşüncesidir (Lee ve Goodman 2002 pp.10).

3.6.4. Özel Sağlık Sigortası İle Finansman

Özel sağlık sigortasını zorunlu sağlık sigortasından ayıran iki özellik bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası zorunlu sağlık sigortasının aksine emeklilik ve sakatlığı kapsam dışı bırakmaktadır. Ayrıca özel sigorta primleri, sigorta sahiplerinin

hastalanma risklerine ve sigorta kapsamına göre belirlenmektedir. Primler bireylere göre farklılık gösterebilmektedir (Yalçın ve Yıldırım 2001 pp.1649).

Özel sigorta ile sağlık hizmetleri finansmanında, tamamen kar maksadıyla kurulmuş sigorta şirketleri finansman sağlayıcısı durumundadır. Sigorta şirketleri bireylerden, belirlenen miktarlardaki primleri toplamaktadır. Prim miktarını, hastalık riski ve sağlık hizmetlerine başvurma sıklığı gibi faktörler belirlemektedir. Primlerin belirlenmesinde gelir düzeyinin hiçbir etkisi yoktur. Hastalık riski yüksek olan kişiden yüksek prim alınmaktadır (Belek 2009 pp.125).

Özel sağlık sigortalarında yaşanan bazı sorunlar şu şekilde özetlenebilir: (İstanbuluoğlu ve ark. 2010 pp.91).

- Primlerin miktarını belirlemede hatalar yapılması,
- Özel sigortalı adaylarının mevcut hastalıklarını gizlemeleri,
- Sigorta şirketlerinin yüksek riskli hastalık gruplarını sigorta kapsamına almaktan kaçınmaları,
- Bireylerin, sigortalanmalarının akabinde, riskli davranışlarda bulunmaları,
- Sigorta şirketlerinin, piyasa tekelleri oluşturma istekleri.

3.6.5. Karma Modeller İle Finansman

Günümüzde hasta profilinin değişmesi, bilinçlenmesi ile birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin sayısında da artış gözlemlenmiştir. Buna bağlı olarak, hizmet maliyetlerinin sürekli artması, hizmetlerin finansmanını da zorlaştırmaktadır. Bu tarz durumlarda kamu ekonomik şartlarına göre sürdürülen sistemler, hizmetin verimli bir şekilde finanse edilmesinde eksik kalmaktadır. Dolayısıyla finansman sistemleri, birbirlerini destekleyecek şekilde iş birliği içinde sistemi idame ettirmektedirler (Demir ve Canbay 2013).

Bütünleştirilmiş finansman modelleri olarak da adlandırılan karma modeller, kamu ve özel kaynakların tümünden faydalanmaktadır. Bu noktada hangi kaynağın daha belirleyici olacağı, sağlık sisteminin temel özelliklerine göre şekillenmektedir (Çelikay ve Gümüş 2014 pp.198).

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYETLEME VE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Sağlık sistemlerinin en önemli kuruluşlarından olan hastanalar, teknolojik gelişmelerle birlikte önemleri gittikçe artmış ve sağlık harcamalarının büyük bölümünü tüketen kuruluşlar haline gelmiştir (Erkol ve Ağırbaş 2011 pp.88). Dolayısıyla, bu harcamaların kontrollü bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmet çıktısı bir ürün olmadığı için, alış maliyeti yerine üretim maliyet vardır. Üretim maliyetinin satış fiyatını minimumda tutmak, hastaneyi sadece başa baş noktasında olmasını sağlayacaktır (Alpaslan ve ark. 2012). Üretilen mal ve hizmetin maliyetlerinin hesaplanması, gider kontrolü ve gerekli planlamayı yapmak maliyet muhasebenin görevidir (Sevilengül 2009).

4.1. Maliyetleme Yöntemleri

Maliyet, sağlık kurumlarının işletilebilmesi için bir zaman diliminde kullanılan veya tüketilen mal ve hizmetlerin parasal olarak değerini ifade etmektedir (Haftacı 2007 pp.44). Hedeflenen her sonuca ulaşabilmek için, çeşitli maliyetler söz konusu olabilir (Büyükmirza 2007 pp.44).

Hastane maliyet muhasebesi, genel muhasebeden aldığı bilgiler doğrultusunda hizmet üretim maliyetlerinin belirlenmesi, sınıflandırılması ve rapolanmasında yarayan finansal bilgi sistemidir. Maliyet muhasebesinin sağlık işletmelerinden edindiği temel amaç; birim maliyetleri belirlemek, maliyet kontrolü yapmak ve planlamaya yardımcı olmaktır (Ağırbaş ve ark 2012 pp.104).

Sağlık işletmelerinde maliyetler, çeşitlerine, işletme fonksiyolarına, izlenebilirliklerine, üretim hacmine gösterdikleri tepkiye göre 4 şekilde sınıflandırılmaktadır.

4.1.1. Maliyetlerin Çeşitlerine Göre Sınıflandırılması

Maliyetler için akla gelecek ilk ayırım ölçütü maliyetlerin türleri veya ortaya çıkış biçimleridir. Bu bakımdan maliyetler şu şekilde açıklanabilir (Karakaya 2006):

- **Malzeme Maliyetleri:** Üretimde mamule katılmış olabileceği gibi, mamulün üretiminde katkı sağlayan makinaları temizlemek için kullanılan, üretim amacıyla harcanan her türlü maddeyi kapsamaktadır.

- **İşgücü Maliyetleri:** İşgücü maliyetleri işçilik, ücret veya maaş şeklinde olabileceği gibi prim, tazminat veya ikramiye olarakta ifade edilebilir. Üretimde kullanılan en önemli maliyet kalemlerinin başında gelir. Ayrıca sosyal sigorta işveren hissesi de işgücü maliyetleri arasından değerlendirilebilir (Karakaya 2006).
- **Sabit Kıymetleri Kullanma Maliyetleri:** İşletmelerde bir yıldan daha uzun zaman dilimi için faydalanmak amaçlanan makine, bina, teçizat ve demirbaşların maliyetlerini ifade etmektedir (Savcı 2000).
- **Dışardan sağlanan hizmet maliyetleri:** İşgücü maliyetleri bu kapsamda değerlendirelebileceği gibi, tamir, nakliye, haberleşme maliyetleri dışardan sağlanan hizmet adı altında değerlendirilmektedir.
- **Sermaye Maliyetleri:** İşletmelerin katlanmış olduğu, bankaların para ve kredi işlemleriyle alakalı gerçekleştirdikleri maliyetlerdir.
- **Sosyal Maliyetler:** İşletmelerin karşılıksız olarak kendi bünyesi haricindeki birey ya da kurumlara yaptığı yardımlardır(Savcı 2000).
- **Vergiler:** Üretime bağlı olmayan, en önemli maliyetler vergiler ve harçlardır (Nasuhi ve Ercan 1994).

4.1.2. Maliyetlerin İşletme Fonksiyonlarına Göre Sınıflandırılması

Maliyetlerin işletme fonksiyonlarına göre sınıflandırılması üretim maliyetleri, satış maliyeti, araştırma geliştirme maliyetleri ve pazarlama, satış ve dağıtım maliyetleri olmak üzere 4 sınıfta incelenmektedir.

- **Üretim Maliyetleri:** Mal veya hizmetin üretilebilmesi için için üretimden satışa kadar olan süreçteki katlanmış oldukları direk ilk madde ve malzeme giderleri, işçilik giderleri ve genel üretim giderleri üretim maliyetleri olarak değerlendirilmektedir (Savcı 2000).
- **Satış Maliyeti:** Üretilen mal veya hizmet için talep oluşturulması ve müşteriye teslim işlemleri için katlanılan maliyetlerdir (Gürsoy 1999).
- **Araştırma Geliştirme Maliyetleri:** Üretilecek olan mamulün üretim süreçlerinin tasarımı ile test, muayene ve laboratuvar maliyetlerinin

yanında piyasa araştırması ve tutundurma faaliyetleri bu kapsamda değerlendirilmektedir (Karakaya 2006).

- **Pazarlama, Satış ve Dağıtım Maliyetleri:** Üretim gerçekleştirildikten sonra, müşteriye teslim edilişine kadar geçen süreçteki depolama, reklam ve lojistik maliyetlerini kapsamaktadır.

4.1.3. Maliyetlerin İzlenebilirliklerine Göre Sınıflandırılması

Maliyetlerin izlenebilirliklerine göre sınıflandırılması dolaylı ve dolaysız olmak üzere iki sınıfta incelenmektedir.

- **Dolaysız Maliyetler:** Maliyetler ile maliyet taşıyıcılar arasında doğrudan bir ilişkinin bulunan, üretimi doğrudan etkileyen maliyetler bu doğrultuda incelenmektedir (Savcı 2000).
- **Dolaylı Maliyetler:** Hangi mamul veya hangi satış bölgesi için harcama yapıldığı izlenemeyen maliyetlerdir. Dolaysız maliyetin aksine, üretilen mamul ile maliyetler arasındaki ilişkiyi açıklamak zordur (Yükçü 2011 pp.78).

4.1.4. Maliyetlerin Üretim Hacmine Gösterdikleri Tepkiye Göre Sınıflandırılması

Maliyetlerin üretim hacmine gösterdikleri tepkiye göre sabit ve değişken maliyetler olmak üzere iki sınıfta incelenmektedir.

- **Sabit Maliyetler:** Mal veya hizmet üretimindeki mühim değişmelere rağmen, belirli bir zaman dilimi için değeri sabit kalan maliyetlerdir. Tıbbi cihazlar, kiralar, personel maaşları sabit maliyetlere örnek olarak gösterilebilir (Savcı 2000).
- **Değişken Maliyetler:** Üretim ve satış hacmi veya başka bir faaliyet ölçüsü ile aynı doğrultuda değişkenlik gösteren maliyetler değişken maliyetler olarak ifade edilmektedir(Karakaya 2006).

4.2. Geri Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmeti üreten kuruma, kullanılan hizmet karşılığında güvencesi altındaki kişiler için ödeme yapması gerekir. Ödeme mekanizması hizmetin verimliliği ve hakkaniyeti üzerinde önemli etkisi olduğu

söylenebilir (Belek, 2009:131). Geri ödeme kavramı, hizmet sunucuların sağlık hizmeti kullanıcılara yapılan ödemeleri kapsadığı gibi, sağlık kurumlarının yatırımları da geri ödeme kapsamında değerlendirilebilmektedir (Çelik 2013 pp.213).

Sağlık sistemi içerisinde sağlık hizmetlerinin geri ödeyicileri farklılık göstermektedir. Geri ödeme, bireylerin kullanmış oldukları tıbbi ürün ya da sağlık hizmet bedelinin tamamının ya da belli bir kısmının hastaya veya hizmet sunan kuruluşa sorumlu geri ödeme kuluşu tarafından ödenmesi olarak belirtilebilir. Ayrıca geri ödeme mekanizmasında bilgi asimetrisi, arzın talep yaratması gibi temel sağlık hizmetleri özelliklerinden ötürü büyük önem taşımaktadır (Phelps 1992).

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği sermaye yatırımları ve sağlık çalışan hizmetleri olmak üzere iki temel faktöre bağlıdır. Hem sermaye yatırımlarını hem de çalışan maliyetlerini karşılayacak olan sağlık geri ödeme sistemleridir (Mutlu 2005).

Her ülke, gelenek, görenek ve kültür çeşitliliğine de bağlı olarak sağlık hizmetleri finansmanı için kendi sosyal güvenlik sistemi içerisinde çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanı temelde vergilerle sağlanırken cepten ödemelere kadar geniş bir ödeme sisteminde faydalanılmaktadır. Birçok ülkede de farklı finansman yapıları bir arada kullanılmaktadır. Sağlık hizmet sunucusu konumundaki kuruma yapılacak olan ödemenin, hizmet maliyetlerini karşılayacak derecede olması önemlidir. Hizmet sunucularına yapılan ödeme yöntemleri, ödemenin şekli, ödeme birimi, süresi, finansal riskler gibi birçok konu için açıklayıcı niteliktedir (WHO 1993 pp.37).

Geri ödeme sistemi, sunulan sağlık hizmeti bedelinin hizmet sunucularına ödemekle yükümlü kurum veya kuruluş tarafından hangi kriterlere göre ödeme yapılacağını belirleyen mekanizmadır (Akyürek 2012).

Eşitlik ve etkinlik, tüketici tercihleri ve serbest fiyat düzenlemeleri ile bütçe sınırlamaları sağlık hizmetleri finansmanında, dikkat edilen hususların başında gelmektedir. Bu üç amacın birbiriyle çelişmeden yürütülmesi gerekmektedir. Amaçların uyumu finansman yönetimini etkileyecektir (Mutlu 2005).

Sağlık harcamalarındaki sürekli artış, sağlık sistemlerinin performansını etkilemiştir. Bu nedenle, sağlık harcamalarının kontrol edilmesi de sağlık sistemlerinin performansının iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık harcamalarını kontrol altına

almak için hizmet sunucularına verilen hizmet karşılığında geri ödeme sistemlerinin, ülke sağlık sistemine uygun yöntem veya yöntemlerinin bir arada kullanılmasını gerektirmektedir. Geri ödeme yöntemleri; tanıya dayalı gruplar(tig), hizmet başına, gün başına, kişi başı, vakaya dayalı ve paket işleme dayalı modellerinden oluşmaktadır (Tengilimoğlu ve ark. 2012 pp.235).

4.2.1. Hizmet Başına Ödeme

Hastaya sunulan teşhis, terapi, tedavi vb. her bir hizmet kaleminin bedelinin ödenmesi esasına dayalı ödeme şekline, hizmet başına ödeme denilmektedir (WHO 1993:37).

Geri ödeme ile yetkili kuruluş, sağlık hizmet sunucusuna ürettiği her bir birim hizmet için ödeme yapar. Sağlık sistemlerinde sıklıkla başvuru bir yöntemdir. Üretilen her bir hizmet kalemi için belirlenmiş bir fiyat vardır. Hizmet üretici kurumlar belirlenmiş fiyatlar üzerinden ürettikleri hizmetin hizmetler fatura edilir. Sağlık hizmetleri için geri ödeme yapan kurum, hizmet sağlayıcısının çıkarmış olduğu faturayı dikkate almak durumundadır. Geri ödeyici kurum gerekli incelemeleri ve kesintileri yaptıktan sonra geri ödeme yapılır (Akyürek 2012).

Bir hekime her konsultasyon ve muayene için ödeme yapılırken, eczacıya ilaçlar için ilgili ödeyici kuruluş ödeme yapar. Sağlık hizmeti üreticisi kuruma da, verilen tedavi hizmeti, kullanılan her bir malzeme ve her tetkik ve tahlil için ödeyici kuruluş tarafından ödeme yapılmaktadır (Normand ve Weber 1994).

Söz konusu geri ödeme sisteminde, sunulacak sağlık hizmetinin kalitesi ve fiyatı üzerinde durulan temel faktörlerin başında gelmektedir. Ayrıca hizmet başına ödeme sisteminin pozitif özellikleri dikkat çekmektedir. Bir başka deyişle, özellikle tedavisi zor ve maliyetli olan hastalıkların teşhis ve tedavisinde, hekimler yüksek maliyet baskısı altında kalmadan ayrıntılı işlemler uygulayabileceklerdir. Ancak geri ödeyici kurum açısından bakıldığında maliyetlerin kestirilememesi ve sağlık hizmeti talebinin öngülememesi gibi sebeplerden dolayı belirsizlik söz konusudur.

4.2.2. Gün Başına Ödeme

Üçüncü taraf ödeyicinin sağlık hizmet üreticisi kuruma, hastanede tedavi gören bireyler için hizmet verilen gün başına ödeme yapmasına gün başına ödeme

denilmektedir. Gün başına ödeme yöntemi, yataklı tedavi kuruluşlarında tercih edilmektedir (Akyürek 2012).

Yıl içerisinde gerçekleşebilecek olağandışı durumlara göre, tahmini günlük ödeme miktarı düzenlenebilir. Örneğin yıl içinde sağlık hizmet sunucusu kurumun maliyetlerinde artış gözlemlenmişse günlük ödeme miktarı da artar yada maliyetler azalırsa günlük ödeme miktarı da azaltılabilir (Normand ve Weber 1994).

Gün başına ödeme yöntemi, finansman sisteminin basit olduğu işletmeler için rahat kullanılan bir yöntemdir. Bir yıl içinde sağlık hizmet üreticilerinin hasta günü başına birim maliyetler iyi belirlenmelidir. Bir yıllık süre zarfındaki hastane toplam maliyetinin toplam yatılan hasta günü sayısına oranı hasta günü başına yıllık maliyet verilerini göstermektedir (Glaser 1987).

Gün başına ödeme yöntemi, hasta adına kullanılmış malzeme ve hizmet maliyetlerinin tümünü kapsamaktadır. Bu nedenle sağlık kurumları, gelirlerini artırmak için hastanın gerekenden daha uzun kalmasını sağlayabilmektedirler. Hastaların evinde sunulan evde bakım hizmetleri de gün başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır.

4.2.3. Tanı İlişkili Gruplar (TİG)

Tanı ilişkili gruplar Amerika Birleşik Devletleri'nde 1970'li yıllarda sağlık hizmetlerinin kalite standartlarını iyileştirme amacıyla uygulanmış vaka sınıflanma sistemidir. 1980'li yıllardan itibaren sağlık hizmetleri geri ödeme sistemi olarak kullanılmaya başlanmıştır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar 2014 pp.7).

TİG, tedavi edilen hasta türlerini anlamak, herhangi hastanenin bir diğerine göre tedavi sürecinde neden daha fazla kaynağa ihtiyaç duyduğunu anlamak, hastane açısından sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak, aynı hizmeti veren sağlık kuruluşları arasındaki farklılıkları belirlemek ve uluslararası kıyaslamalar yapabilmek için benzer özelliklere sahip sağlık kuruluşlarına ait vakaların özetini çıkaran bir sistemdir (Forgia ve Couttolenc 2008 pp.159).

Teşhis ilişkili grupların temel amacı, hastaya yapılan müdahaleler ışığında tedavi maliyetlerinin en doğru şekilde belirlenmesini sağlamaktır. TİG sisteminde, sağlık hizmet sunucusu kuruma hastaya yapılan tanıya göre geri ödeme yapılmaktadır (Busse ve ark. 2006 pp.212)

Teşhis ilişkili grupların başlıca kullanım alanları şu şekildedir (Busse ve ark. 2006 pp.212):

- Maliyet analizleri
- Kaynak kullanım analizleri
- Kalite geliştirme
- Klinik araştırmalar
- Planlama ve bütçeleme
- Fiyatlandırma ve ödeme.

Teşhis ilişkili gruplar hizmet sağlayıcılardan hizmet sunucu kurumlara, yöneticilerden politika belirleyicilere sağladığı faydalar şu şekilde sıralanabilir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Teşhis İlişkili Gruplar Yönetmeliği 2014 pp.8):

- Kıt kaynakların eşit ve hakkaniyetli bir şekilde tahsisi ve hastane bütçesinin etkin yönetilmesine yardımcı şeffaf bir yöntem
- Klinik, epidemiyolojik ve ekonomik araştırmalar için veri oluşturacak gelişmiş kodlama uygulaması
- Hastaneler arası kıyaslama yapılmasına imkan sağlayacak bilgiler
- Hasta kabul ve taburcu yöntemi
- Sağlık hizmet sağlayıcıların maliyet yönetimi
- Sağlık kurumlarında üst kademe ile alt kademe arasında etkili iletişim

4.2.4. Kişi Başına Ödeme

Sağlık kurumlarında kişi bazında yapılan ödeme sistemine kişi başına ödeme denilmektedir. Bireyin belirlenen süre zarfında kullanacağı tüm hizmetler için belirlenmiş ödeme miktarıdır (Çelik 2013 pp.220).

Kişi başına ödeme yönteminde sunulan hizmetin hacminin veya yoğunluğunun bir önemi yoktur. Bir başka deyişle bireylere daha fazla hizmet sağlamak ödemeyi artırmadığı gibi, daha az hizmet sağlamakta ödemeyi azaltmayacaktır. Bu yöntemde, hizmet kapsamı ya da kompleks olması hususunda bir düzenleme yoktur (Casto ve Layman 2013 pp.7).

Uygulaması bölge temelinde yürütülen aile hekimliği gibi uygulamalarda sık kullanılan bir ödeme yöntemidir. Aile hekimi, kapsamı belirlenmiş, sunmayı kabul ettiği tüm hizmetleri listesinde kayıtlı olan tüm vatandaşlara hizmeti sunar ve sabit ücret alır (Tengilimoğlu ve ark. 2012 pp.241).

Kişi başına ödeme yönteminde karşılaşılan temel sorunlar şu şekildedir (Langenbrunner ve Wiley 2002 pp.156):

- Hizmet sunucuları kişi başına ödeme yöntemini kullanabilmek için sunulan hizmet ve maliyetler ile ilgili kapsamlı veriye ihtiyaç duymaktadır.
- Sağlık hizmet sunucuları açısından karmaşık ve riskli bir ödeme modelidir.
- Eğer hizmet sunucusu kuruma ödenen miktar çok az ise, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde de düşüş yaşanacaktır.

4.2.5. Vakaya Dayalı Ödeme

Bu ödeme yönteminde, hizmet sağlayıcılara her bir vaka için önceden belirlenmiş sabit ücret ödenmektedir. Ödeme yapmakla mükellef kurum, hizmet sağlayıcılara gün yada hizmet başına ödeme yapmaktan ziyade her bir vaka için ödeme yaparlar (Akyürek 2012).

Vakaya dayalı ödeme yönteminde ne kadar ödeme yapılacağına karar verilirken iki önemli yol izlenir.

- Her tür vaka için önceden belirlenen sabit oran üzerinden hesaplama yapılabilir
- Bir teşhisler programı dikkate alınarak hesaplama yapılabilir.

Vakaya dayalı ödeme sistemi daha çok ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunma noktasında önemli teşvik edici özellikleri bulunmaktadır. Arjantin ve Brezilya gibi Amerika kıtası ülkelerinde sıklıkla kullanılmaktadır. (Barnum ve ark. 1995).

Söz konusu ödeme yöntemi, sağlık hizmet sağlayıcı kurumlarının maliyetleri düşük vakalara öncelik ve ağırlık vermesine neden olabilir. Hizmet sağlayıcı kurumlara ödeme yapmakla yükümlü kurumlar için ise hastaların gerçek tanıları dışında ödeme

seviyesi yüksek vakalar üzerinden bildirim yapılması olumsuz bir özellik olarak belirtilebilir (Akyürek 2012).

4.2.6. Paket İşleme Dayalı Geri Ödeme Yöntemi

Paket işleme dayalı geri ödeme yöntemi, uygulanan tedavi açısından hasta bazında değişikliği az olan ve yaklaşık maliyeti öngörülebilir tüm işlemleri kapsamaktadır. Uygulanacak tedavi maliyetlerinin öngörülen yaklaşık maliyetten yüksek çıkması, sağlık hizmet sunumuna engel olarak görülmemektedir. Aynı şekilde uygulanacak tedavi maliyetlerinin öngörülen yaklaşık maliyetten düşük çıkması da ihtimal dahilindedir. Paket işleme dayalı geri ödeme kapsamında değerlendirilecek ve ayrıca faturalandırmayacak faktörler şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı 2005):

- Sarf malzeme
- Anestezi ücreti ve ilaçları
- Patoloji, radyoloji ve laboratuvar tetkikleri
- Trombosit vb. kan bileşenleri
- Kanama durdurma, doku yapıştırmada kullanılacak ilaçlar haricindeki yatış süresince kullanılan ilaçlar
- Yatak ücreti
- Muayeneler ve konsültasyonlar
- Operasyonlar.

Paket işleme dayalı geri ödeme sistemi kapsamındaki bir hizmetin iptal olması yada yarım kalması; hastanın ölmesi, yapılacak olan ameliyattan vazgeçmesi gibi nedenlerle hizmetin tamamlanamaması durumunda, söz konusu giderler hizmet başına ödeme yöntemine göre faturalandırılmaktadır. Ancak SUT 2/B Listesinde bulunan işlem bedelleri üzerinden %10 indirim yapılarak faturalandırılması gerekmektedir. Ayrıca işlemlerde kullanılmayan malzemeler faturalandırılmayacaktır.

Sağlık hizmet talep sahibinin taburcu olduktan sonraki, aynı kurum ve aynı uzmanlık dalında 10 günlük süre zarfında yapılan muayene ve gerekli görülen tetkikleri tanıya dayalı ödeme sistemine göre faturalandırılmaz. Ayrıca taburcunun A, B, C, D, ve E gruplarında belirtilen sürelerden erken gerçekleşmesi halinde, belirtilen sürelerin

bitişi taburcu tarihi olarak kabul edilmektedir. Paket işleme dahil olmayan tıbbi malzemeler aşağıdaki gibidir (Sağlık Bakanlığı 2005):

- Plak, çivi, vida
- Kemik çimentosu
- Eksternal fiksator setleri
- Eklem implantları
- Omurga implantı
- Kalp pili
- Pace elektrodu
- Koroner stentler
- Kalp kapakları
- İntraaortik balon, ventrikül destek cihazı
- Kapaklı ve kapaksız kondüit
- Valf ringi
- Her türlü greft, shunt ve suni damar
- Protezler
- Aterektomi cihazı
- Çift yüzlü yamalar
- İntraoperatif nöromonitarizasyonda kullanılan tıbbi malzemeler
- SUT eki EK-2/C Listesi açıklama bölümünde tanıya dayalı ödeme işlem puanına dâhil olmadığı belirtilen tıbbi malzemeler
- SUT eki EK-3/F-2 listesinde yer alan “Artroskopi ve Eklem Cerrahisi Malzeme Seti”
- SUT eki EK-3 Tıbbi Malzeme Listelerinde ayrıca faturalandırılabilceğı belirtilen tıbbi malzemeler(Sağlık Bakanlığı 2005).

Verilen hizmetlerin A grubu ameliyatlarda 15 günü, B grubu ameliyatlarda 10 günü, C grubu ameliyatlarda 8 günü, D grubu ameliyatlarda 5 günü ve E grubu ameliyatlarda 3 günü aşması durumunda verilen hizmet ve kullanılan malzemeler ayrıca faturalandırılır.

Hastaya birden fazla kesi yada işlem uygulanması durumunda:

- Aynı seansta aynı kesi ve birden fazla işlem uygulanması durumunda, işlem puanı yüksek olan tanıya dayalı işlem puanı tam olarak, diğer işlemler ise işlem puanının %25'i alınarak,
- Aynı seansta ayrı kesi ve birden fazla işlem uygulanması durumunda, işlem puanı yüksek olan tanıya dayalı işlem puanı tam olarak, diğer işlemler ise işlem puanının %50'si alınarak,
- Aynı seansta aynı kesi ve SUT Ek-2/C listesinde yer alan bir işlem işle SUT Ek-2/C listesinde yer almayan bir işlem yapılması durumunda tanıya dayalı işlem tutarı tam olarak, SUT Ek-2/B listesinde bulunan işlem puanının %30'u alınarak, SUT Ek-2/B listesinde bulunan işlem puanının diğer işlemlerden yüksek olması halinde 2.2.2.A fıkrası dikkate alınarak hizmet başına ödeme yöntemiyle,
- Aynı seansta ayrı kesi ve SUT Ek-2/C listesinde yer alan bir işlem işle SUT Ek-2/C listesinde yer almayan bir işlem yapılması durumunda tanıya dayalı işlem tutarı tam olarak, SUT Ek-2/B listesinde bulunan işlem puanının %50'si alınarak, SUT Ek-2/B listesinde bulunan işlem puanının diğer işlemlerden yüksek olması halinde 2.2.2.A fıkrası dikkate alınarak hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır(Sağlık Bakanlığı 2005).

Üniversite hastanelerinde ve Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim araştırma hastanelerinde, Ek-2/C listesinde yanında (*) işareti olan işlemler için liste fiyatlarına %10 ilave yapılır.

Üniversite hastanesinde hastaya birden fazla kesi yada işlem uygulanması durumunda:

- En üst gruptaki ameliyat, Ek-2/C listesine göre yapılması gereken (*) işaretli uygulamalardan ise, yapılan diğer ameliyatların (*) işaretli olup olmadığına bakılmaksızın, Ek-2/C listesindeki fiyatlara %10 ilave yapılmak kaidesiyle, bu ilkelere belirtilen indirim oranlarına göre faturalandırılır.
- En üst gruptaki ameliyat, Ek-2/C listesine göre yapılması gereken (*) işaretli uygulamalardan değil ise, yapılan diğer ameliyatların (*) işaretli olup olmadığına bakılmaksızın, yapılan tüm ameliyatlar paket işlem uygulamasının dışında tutulup, Ek-2/B listesinde yer alan birim fiyatlara göre faturalandırılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Appendektomi ameliyatı cerrahlar tarafından en sık uygulanan cerrahi müdahalelerin başında gelmektedir. İlk olarak McBurney tarafından tarif edilen açık appendektomi ameliyatı uzun yıllarca kullanılmıştır. Gelişen teknoloji ve laparoskopik görüntülemelerin cerrahiye girmesiyle birlikte bu hastalığın laparoskopik olarak tedavi edilebilmesini mümkün kılmıştır. Laparoskopik appendektomi ilk olarak Semm tarafından 1983 yılında tarif edilen bir ameliyattır. Bu tarihten sonra laparoskopik appendektomi ve açık appendektomi etkililiği ve üstünlüğü sıkça tartışılmıştır. Bazı çalışmalarda laparoskopik appendektominin açık appendektomiye kıyasla daha iyi sonuçları olduğu savunulurken, bazı çalışmalarda da laparoskopik appendektominin klinik avantajının olmadığı ve maliyetlerinin yüksek olduğu savunulmuştur. (Yıldız ve ark. 2009 pp.96)

P610130 kodlu Appendektomi ve P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyatlarının halk arasında sık görülmesi çalışmamıza konu olarak seçilmesinin başlıca sebeplerindendir. Yaklaşık her 15 kişiden biri yaşamının bir döneminde apandisit hastalığı ile karşılaşmaktadır.

Ayrıca Türkiye’de maliyet analizi ile ilgili veri toplama zorluğu, yapılmış çok fazla çalışma olmaması ve istatistiksel bilgi yetersizlikleri bu çalışmanın yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

5. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın önemi, amacı, veri toplama yöntemi ve veri toplama sürecinde elde edilen temel bulgulara yer almaktadır.

5.1. Araştırmanın Amacı

Sağlık hizmetleri finansmanı temelde vergilerle sağlanmasının yanı sıra cepten ödemeler, özel sigortalar gibi pek çok model kullanılmaktadır. Ancak hangi model kullanılırsa kullanılsın sağlık hizmeti veren kurumlara yapılacak olan geri ödemenin, hastanenin hizmet üretilirken katlanmış olduğu maliyetleri karşılayabilecek ölçüde olması gerekmektedir. Bir başka deyişle sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmeti üreten kuruma, kullanılan hizmet karşılığında güvencesi altındaki kişiler için ödeme yapması gerekir (Belek 2009). Ayrıca sağlık sektöründe ödeme sistemleri, bilgi asimetrisi ve arzın talep yaratması gibi özelliklerinden dolayı büyük önem taşımaktadır (Çelik 2011).

Kıt sağlık kaynaklarının büyük bir kısmını sağlık harcamaları oluşturmaktadır. OECD'nin 2017 yılında yayınladığı 2016 ülke verilerine bakıldığında kişi başı kişi sağlık harcamalarında ABD 9992\$ ile ilk sırayı alırken, 7919\$ ile İsviçre ve 6647\$ ile Lüksemburg onu takip etmektedir. OECD ülkeleri kişi başı sağlık harcamaları ortalaması ise 4003\$'dır. Türkiye kişi başı sağlık harcaması ise 1088\$'dır. 269\$ ile Hindistan, 302\$ ile Endonezya ve 733\$ ile Çin en az kişi başı sağlık harcamasına para ayıran ülkelerdendir (OECD 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 yılında yayınladığı 2015-2016 yılları sağlık harcama kıyaslamasına bakıldığında ise Türkiye 2015 yılında sağlık harcamalarına 104.567 Milyon TL ayırırken 2016 yılında 119.756 Milyon TL ayırmıştır (TÜİK 2017).

Sağlık harcamaları, bireylerin istekleri doğrultusunda sağlık hizmeti üretimi için gerekli olan ana kaynaklardan biridir. Devletler temel ihtiyaçları olan sağlık hizmetlerini üretmek için sağlık harcaması yapmak durumundadırlar. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği personel hizmetleri ve sermaye yatırımları olmak üzere iki temel faktöre bağlıdır. Sermaye yatırımlarının ve personel hizmetlerinin maliyetlerini karşılayacak olan etkin bir geri ödeme mekanizmasıdır (Işık 2005).

Sağlık harcamalarında gözle görülen artıştan dolayı, Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanını sağlayan Sosyal Güvenlik Kurumu’nun hazırladığı Sağlık Uygulama Tebliği ile sağlık harcamalarını kontrol altına almayı hedeflemiştir (Yılmaz 2010).

Sağlık hizmet sağlayıcılarına geri ödeme yöntemleri, ödemenin şekli, yapısı, ödeme süresi, maddi hatalar, finansal riskler gibi birçok hususa açıklık getirmektedir. Bu hususlar sağlık hizmeti talep edenler ile sağlık hizmeti sunucuları arasındaki hizmet sözleşmelerinde açıkça belirtilmektedir (WHO 1993 pp.43).

Bilindiği üzere geri ödeme yöntemleri hizmet başına, gün başına, tanıya dayalı gruplar, kişi başı, vakaya dayalı ve paket işleme dayalı modelleridir (Tengilimoğlu ve ark. 2012 pp.240).

Bu tezin amacı Tanıya Dayalı Paket Fiyat Uygulanan Ek-2C Listesindeki P610130 ve P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ve Appendektomi ameliyatının maliyetlerinin Sağlık Uygulama Tebliği kapsamında geri ödenen fiyat miktarı ile karşılaştırılması kurum için bir öneride bulunmaktadır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir Üniversite Hastanesi’nde 01.01.2017-31.12.2017 tarihleri aralığında P610130 ve P610131 kodlu ameliyatlara ait veriler toplanarak yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir Üniversite Hastanesi’nde P610130 ve P610131 SUT kodlu Appendektomi Laparoskopik ve Appendektomi hizmetlerine ait hasta faturaları oluşturmaktadır. 1 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri aralığında 203 hastaya söz konusu hizmet sunulmuştur. Appendektomi ameliyat maliyetlerini etkileyebilecek komplikasyonların olup olmadığı incelenmiş ve ikinci ameliyat kodlanan 60 hasta faturaları çalışmadan çıkarılmıştır. Geriye kalan 143 hasta faturası çalışmaya dahil edilmiştir.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya dahil edilen 143 hastanın ilaç, sarf malzeme, radyolojik tetkik, muayene, ameliyathane hizmetleri ve maliyetlerine ilişkin bilgiler hastane bilgi yönetim sistemi ve hasta faturalarından elde edilmiştir.

5.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada kullanılan veriler, hasta faturları ve elektronik ortamda tutulan kayıtlardan elde edilmiştir. Verilerin Microsoft Office 2017 Excel programının aracılığıyla maliyet analizi yapılmıştır. Söz konusu ameliyatlar için hizmet sunucusu hastanenin katlanmış olduğu maliyetler belirlenerek toplam maliyet bulunacaktır.

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bir Üniversite Hastanesi'nde sunulan hizmet çeşitliliğinin ve hasta sayısının fazlalığından dolayı P610130 ve P610131 SUT kodlu Appendektomi Laparoskopik ve Appendektomi ameliyatlarının maliyet analizi yapılacaktır.

5.7. Etik Kurul Onayı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe Ü	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe Ü	İngilizce	Diğer
	Karar No: 241	Tarih: 25/04/2018				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI		Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK				

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

6. BULGULAR

Bu kısımda hastaneden alınan hasta fatura bilgileri ile yapılan analizler ve sonuçları ele alınacaktır. Analizler sonucu elde edilecek mali durum ile ödeyici kuruluştan sağlanan fon miktarı kıyaslanacaktır.

Hasta faturalarını P610130 Appendektomi ve P610131 Appendektomi Laparoskopik olmak üzere 2 farklı kodlu ameliyat türü oluşturduğundan dolayı önce ayrı ayrı incelenecek, daha sonra her iki ameliyat türü için katlanılan maliyetler ile ödeyici kuruluştan sağlanan fon miktarı karşılaştırılacaktır.

2017 yılı Ocak-Aralık ayları aralığında 203 hastaya Appendektomi Laparoskopik ve Appendektomi hizmeti sunulmuştur. Ancak 60 hasta başka bir hizmet aldığından dolayı araştırma dışında bırakılmıştır. P610131 kodlu hizmet sunulan 18 hastaya ait fatura bilgileri ise Tablo 1'deki gibidir.

Tablo 6-1: Hasta Fatura Bilgileri (P610131)

<i>P610131 Kodlu Hasta Bilgileri</i>				
Toplam Fatura	Erkek	Kadın	Toplam Hasta	Toplam Fatura
4489,38 ₺	1		1	4489,38 ₺
3685,69 ₺		1	1	3685,69₺
3595,17 ₺	1		1	3595,17₺
3068,75 ₺		1	1	3068,75 ₺
2624,43 ₺		1	1	2624,43 ₺
2599,58 ₺		1	1	2599,58 ₺
2575,43 ₺	1		1	2575,43 ₺
2342,79 ₺	1		1	2342,79 ₺

P610131 Kodlu Hasta Bilgileri				
Fatura	Erkek	Kadın	Toplam Hasta	Toplam Fatura
2253,35 ₺		1	1	2253,35 ₺
1823,7 ₺	2		2	3647,40 ₺
1722,25 ₺	1		1	1722,25 ₺
1704,43 ₺	1		1	1704,43 ₺
1633,54 ₺		1	1	1633,54 ₺
1596,24 ₺		1	1	1596,24 ₺
1322,37 ₺		1	1	1322,37 ₺
1278,31 ₺	1		1	1278,31 ₺
1085,48 ₺	1		1	1085,48 ₺
TOPLAM	10	8	18	41.224,59₺

Tablo 6-1’de görüldüğü gibi hastalara ait fatura tutarları ve cinsiyet bilgileri yer almaktadır.

Tablo 6-2: Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (P610131)

Demografik Özellikleri	Sayı(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	10	%55
Kadın	8	%45
Toplam	18	%100

Tablo 6-2’de görüldüğü gibi araştırmadaki P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyat hizmeti alan hastaların %55’i erkek, %45’i kadındır.

Tablo 6-3: Hastaların Yaş Tablosu (P610131)

Yaş/Cinsiyet	Erkek	Kadın	Toplam
22		1	22
26	1		26
27	1		27
31		3	93
38	1		38
39		1	39
48	1		48
49	2		98
52	1		52
55		1	55
58		1	58
63		1	63
68	1		68
69	2		138
Ortalama Yaş	49,5	41,25	45,83

Tablo 6-3'te görüldüğü gibi araştırmaya katılan P610131 kodlu ameliyat hizmeti alan hastaların toplam yaş ortalaması 45,83'tür. Erkek hastaların yaş ortalaması 49,5 iken kadın hastaların yaş ortalaması 42,25'tir. Erkek hastaların yaşları 26-69 yaş aralığında iken, kadınların yaşları 22-63 yaş aralığındadır.

Erkek hastaların yaş dağılımına bakıldığında 48 yaş ve üzeri hastalar yoğunlukta olup kadınlarda ise 55-63 yaş aralığında yoğunluk bulunmaktadır.

Tablo 1-4: Hastanede Kalış Süreleri (P610131)

Kalınan Gün Sayısı	Kalan Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde
--------------------	--------------------	--------------------	-------

1	1	1	1,26
2	3	6	7,22
3	4	12	14,45
4	3	12	14,45
5	1	5	6,02
6	2	12	14,45
7	1	7	8,43
8	1	8	9,63
9	1	9	10,84
11	1	11	13,25
Toplam	18	83	100

Tablo 6-4'te görüldüğü gibi Söz konusu ameliyat hizmeti alan hastaların hastanede kalış süreleri 1-11 gün aralığında değişkenlik göstermektedir. Hastanede kalış sürelerine göre, hastalar çoğunlukla 3 gün hastanede kalmaktadırlar. Bu ameliyat hizmeti için en fazla hastaneden kalınan gün sayısı ise 11'dir. Bu da dikkat çekici bir durum olarak göze çarpmaktadır.

Tablo 6-5: Cinsiyetlerine Göre Hastaneden Kalış Süreleri(P610131)

Kalınan Gün Sayısı	Erkek Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde(%)
1	1	1	2,70
2	2	4	10,82
3	3	9	24,32
4	1	4	10,82
5	1	5	13,51
6	1	6	16,21
8	1	8	21,62

Toplam	10	37	100
--------	----	----	-----

Tablo 6-5'te görüldüğü gibi P610131 kodlu laparoskopik appendektomi ameliyat hizmeti alan erkek hastaların hastanede yatış süreleri görülmektedir.

Tablo 6-6: Cinsiyetlerine Göre Hastaneden Kalış Süreleri(P610131)

Kalınan Gün Sayısı	Kadın Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde(%)
2	1	2	4,35
3	1	3	6,52
4	2	8	17,39
6	1	6	13,05
7	1	7	15,22
9	1	9	19,56
11	1	11	23,91
Toplam	8	46	100

Tablo 6-6'te görüldüğü gibi P610131 kodlu laparoskopik appendektomi ameliyat hizmeti alan kadın hastaların hastanede yatış süreleri görülmektedir. P610131 kodlu ameliyat hizmeti alan hastaların hastanede ortalama kalış süreleri 4,61 gündür. Bu oran erkeklerde 3,7 gün, kadınlarda ise 5,75 gündür. Hastaların hastanede kalış sürelerinin uzun olması, hastanenin yatak devir hızını düşürmektedir. Yatak devir hızının düşmesinde kadınların daha etkili olduğu da bu bilgilere göre söylenebilir. Ayrıca kadın hastalardan bir kişinin hastaneden 11 gün kalmış olması da ortalamayı artırmaktadır.

Tablo 6-7: Yaş Dağılımına Göre Kalış Süreleri (P610131)

Yaş	Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Ortalama Yatış Süresi(Gün)
<i>17-32 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	2	4	2

Kadın	4	15	3,75
Toplam	6	19	3,16
<i>33-48 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	2	12	6
Kadın	1	11	11
Toplam	3	23	7,66
<i>49-64 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	3	11	3,66
Kadın	3	20	6,66
Toplam	6	31	5,16
<i>65 Yaş Üstü</i>			
Erkek	3	10	3,33
Kadın	0	0	0
Toplam	3	10	3,33

Tablo 6-7’de görüldüğü üzere P610131 kodlu ameliyat hizmeti sunulan hastalar dikkate alındığında 17-25 yaş aralığında hem kadın hem erkek hastaların başvurularının daha az olduğu anlaşılmaktadır. Yoğunluk ise bu bilgiler doğrultusunda 41-65 yaş aralığında gözükmemektedir. 41-65 yaş aralığındaki hastaların hastanede toplam 39 gün yattığı görülmektedir. Bu maliyeti, ödeyici kuruluş “Standart Yatak Ücreti” adı altında yatılan gün başına 30 ₺ olarak ödemektedir. Sunulan hiçbir hizmet dikkate alınmadan sadece yatılan gün sayısının maliyeti hesaplandığında 1170₺ olduğu görülmektedir.

Aynı ameliyat iki farklı şekilde yapılmış olduğundan veriler iki ayrı şekilde incelenmiştir. Daha sonra genel değerlendirme yapılacaktır. P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyat hizmet alan hastalara ait veriler yukarıda

incelenmiştir. Tablo 8’den itibaren P610130 kodlu Appendektomi ameliyat hizmeti alan hastalara ait veriler değerlendirilecektir.

P610130 kodlu Appendektomi ameliyat hizmeti alan hastaların fatura bilgileri ise Tablo 8’deki gibidir.

Tablo 6-8: Hasta Fatura Bilgileri(P610130)

<i>P610130 Kodlu Hasta Bilgileri</i>				
Toplam Fatura	Erkek	Kadın	Toplam Hasta	Toplam Fatura
630,91 ₺	1		1	630,91 ₺
804,80 ₺	1		1	804,80 ₺
805,34 ₺	1		1	805,34 ₺
866,71 ₺	1		1	866,71 ₺
880,65 ₺		1	1	880,65 ₺
900,67 ₺	1		1	900,67 ₺
904,90 ₺		1	1	904,90 ₺
905,29 ₺		1	1	905,29 ₺
936,44 ₺		1	1	936,44 ₺
938,06 ₺	1		1	938,06 ₺
977,57 ₺		1	1	977,57 ₺
997,97 ₺		1	1	997,97 ₺
999,07 ₺	1		1	999,07 ₺
1.016,24 ₺	1			1.016,24 ₺
1.018,81 ₺		1		1.018,81 ₺
1.020,10 ₺	1			1.020,10 ₺
1.025,91 ₺		1	1	1.025,91 ₺
1.034,41 ₺	1		1	1.034,41 ₺
1.044,90 ₺		1	1	1.044,90 ₺
1.052,04 ₺	1		1	1.052,04 ₺
1.055,59 ₺	1		1	1.055,59 ₺
1.057,90 ₺		1	1	1.057,90 ₺
1.061,40 ₺	1		1	1.061,40 ₺

1.061,88 ₺		1	1	1.061,88 ₺
1.067,06 ₺		1	1	1.067,06 ₺
1.071,68 ₺	1		1	1.071,68 ₺
1.074,67 ₺	1		1	1.074,67 ₺
1.077,15 ₺	1		1	1.077,15 ₺
1.082,01 ₺	1		1	1.082,01 ₺
1.092,43 ₺		1	1	1.092,43 ₺
1.099,33 ₺		1	1	1.099,33 ₺
1.103,53 ₺	1		1	1.103,53 ₺
1.117,02 ₺	1		1	1.117,02 ₺
1.140,62 ₺		1	1	1.140,62 ₺
1.141,64 ₺	1		1	1.141,64 ₺
1.145,41 ₺	1		1	1.145,41 ₺
1.160,42 ₺	1		1	1.160,42 ₺
1.166,09 ₺	1		1	1.166,09 ₺
1.167,94 ₺	1		1	1.167,94 ₺
1.169,05 ₺		1	1	1.169,05 ₺
1.170,93 ₺	1		1	1.170,93 ₺
1.174,50 ₺		1	1	1.174,50 ₺
1.178,15 ₺		1	1	1.178,15 ₺
1.181,90 ₺	1		1	1.181,90 ₺
1.185,43 ₺		1	1	1.185,43 ₺
1.192,33 ₺	1		1	1.192,33 ₺
1.198,29 ₺		1	1	1.198,29 ₺
1.198,46 ₺	1		1	1.198,46 ₺
1.211,08 ₺	1		1	1.211,08 ₺
1.223,56 ₺		1	1	1.223,56 ₺
1.025,91 ₺		1	1	1.025,91 ₺
1.034,41 ₺	1		1	1.034,41 ₺
1.044,90 ₺		1	1	1.044,90 ₺
1.052,04 ₺	1		1	1.052,04 ₺
1.055,59 ₺	1		1	1.055,59 ₺

P610130 Kodlu Hasta Bilgileri				
Toplam Fatura	Erkek	Kadın	Toplam Hasta	Toplam Fatura
1.057,90 ₺		1	1	1.057,90 ₺
1.061,40 ₺	1		1	1.061,40 ₺
1.061,88 ₺		1	1	1.061,88 ₺
1.067,06 ₺		1	1	1.067,06 ₺
1.071,68 ₺	1		1	1.071,68 ₺
1.074,67 ₺	1		1	1.074,67 ₺
1.077,15 ₺	1		1	1.077,15 ₺
1.082,01 ₺	1		1	1.082,01 ₺
1.092,43 ₺		1	1	1.092,43 ₺
1.099,33 ₺		1	1	1.099,33 ₺
1.103,53 ₺	1		1	1.103,53 ₺
1.117,02 ₺	1		1	1.117,02 ₺
1.140,62 ₺		1	1	1.140,62 ₺
1.141,64 ₺	1		1	1.141,64 ₺
1.145,41 ₺	1		1	1.145,41 ₺
1.160,42 ₺	1		1	1.160,42 ₺
1.166,09 ₺	1		1	1.166,09 ₺
1.167,94 ₺	1		1	1.167,94 ₺
1.169,05 ₺		1	1	1.169,05 ₺
1.170,93 ₺	1		1	1.170,93 ₺
1.174,50 ₺		1	1	1.174,50 ₺
1.178,15 ₺		1	1	1.178,15 ₺
1.181,90 ₺	1		1	1.181,90 ₺
1.185,43 ₺		1	1	1.185,43 ₺
1.192,33 ₺	1		1	1.192,33 ₺
1.198,29 ₺		1	1	1.198,29 ₺
1.198,46 ₺	1		1	1.198,46 ₺
1.211,08 ₺	1		1	1.211,08 ₺

P610130 Kodlu Hasta Bilgileri				
Toplam Fatura	Erkek	Kadın	Toplam Hasta	Toplam Fatura
1.223,56 ₺		1	1	1.223,56 ₺
1.252,36 ₺	1		1	1.252,36 ₺
1.262,32 ₺	1		1	1.262,32 ₺
1.263,46 ₺	1		1	1.263,46 ₺
1.274,59 ₺	1		1	1.274,59 ₺
1.296,15 ₺	1		1	1.296,15 ₺
1.299,90 ₺	1		1	1.299,90 ₺
1.302,54 ₺		1	1	1.302,54 ₺
1.309,31 ₺	1		1	1.309,31 ₺
1.312,02 ₺	1		1	1.312,02 ₺
1.319,00 ₺	1		1	1.319,00 ₺
1.322,27 ₺		1	1	1.322,27 ₺
1.324,45 ₺	1		1	1.324,45 ₺
1.325,45 ₺	1		1	1.325,45 ₺
1.341,40 ₺	1		1	1.341,40 ₺
1.342,98 ₺		1	1	1.342,98 ₺
1.357,52 ₺	1		1	1.357,52 ₺
1.358,82 ₺	1		1	1.358,82 ₺
1.359,32 ₺		1	1	1.359,32 ₺
1.366,60 ₺		1	1	1.366,60 ₺
1.366,85 ₺		1	1	1.366,85 ₺
1.369,34 ₺	1		1	1.369,34 ₺
1.378,31 ₺		1	1	1.378,31 ₺
1.382,30 ₺		1	1	1.382,30 ₺
1.393,64 ₺		1	1	1.393,64 ₺
1.396,83 ₺		1	1	1.396,83 ₺
1.459,33 ₺		1	1	1.459,33 ₺

P610130 Kodlu Hasta Bilgileri				
Toplam Fatura	Erkek	Kadın	Toplam Hasta	Toplam Fatura
1.465,31 ₺	1		1	1.465,31 ₺
1.468,22 ₺	1		1	1.468,22 ₺
1.500,68 ₺	1		1	1.500,68 ₺
1.503,93 ₺		1	1	1.503,93 ₺
1.505,46 ₺	1		1	1.505,46 ₺
1.516,45 ₺	1		1	1.516,45 ₺
1.534,68 ₺		1	1	1.534,68 ₺
1.548,01 ₺	1		1	1.548,01 ₺
1.552,48 ₺		1	1	1.552,48 ₺
1.563,24 ₺		1	1	1.563,24 ₺
1.574,89 ₺	1		1	1.574,89 ₺
1.596,09 ₺	1		1	1.596,09 ₺
1.603,78 ₺	1		1	1.603,78 ₺
1.605,26 ₺		1	1	1.605,26 ₺
1.631,10 ₺		1	1	1.631,10 ₺
1.632,38 ₺	1		1	1.632,38 ₺
1.660,15 ₺	1		1	1.660,15 ₺
1.678,92 ₺		1	1	1.678,92 ₺
1.680,89 ₺	1		1	1.680,89 ₺
1.718,31 ₺		1	1	1.718,31 ₺
1.719,40 ₺	1		1	1.719,40 ₺
1.761,38 ₺		1	1	1.761,38 ₺
1.785,41 ₺	1		1	1.785,41 ₺
1.789,44 ₺		1	1	1.789,44 ₺
1.856,11 ₺	1		1	1.856,11 ₺
1.884,74 ₺	1		1	1.884,74 ₺
1902,28 ₺		1	1	1902,28 ₺

P610130 Kodlu Hasta Bilgileri				
Toplam Fatura	Erkek	Kadın	Toplam Hasta	Toplam Fatura
1.914,21 ₺		1	1	1.914,21 ₺
1.928,54 ₺	1		1	1.928,54 ₺
1.978,69 ₺		1	1	1.978,69 ₺
1.985,54 ₺	1		1	1.985,54 ₺
2.030,57 ₺	1		1	2.030,57 ₺
2.132,42 ₺		1	1	2.132,42 ₺
2.138,27 ₺	1		1	2.138,27 ₺
2.167,04 ₺	1		1	2.167,04 ₺
2.354,13 ₺	1		1	2.354,13 ₺
2.485,24 ₺	1		1	2.485,24 ₺
2.592,51 ₺		1	1	2.592,51 ₺
2.779,35 ₺	1		1	2.779,35 ₺
2.897,25 ₺	1		1	2.897,25 ₺
2.988,60 ₺	1		1	2.988,60 ₺
3.041,62 ₺		1	1	3.041,62 ₺
3.097,54 ₺		1	1	3.097,54 ₺
3.496,12 ₺	1		1	3.496,12 ₺
3.694,63 ₺		1	1	3.694,63 ₺
4.868,36 ₺		1	1	4.868,36 ₺
5.194,71 ₺		1	1	5.194,71 ₺
14.767,82 ₺	1		1	14.767,82 ₺
106.750,95 ₺		1	1	106.750,95 ₺

Tablo 6-9 Hastaların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (P610130)

Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde (%)
Erkek	72	%57,6
Kadın	53	%42,4
Toplam	125	%100

Tablo 6-9’de görüldüğü üzere P610131 kodlu ameliyat hizmetini alan hastaların %57,6’lık kısmını erkekler oluştururken %42,4’lük kısmını ise kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 6-10: Hastaların Ortalama Yaş Tablosu(P610130)

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Ortalama Yaş
Erkek	72	37,06
Kadın	53	35,56
Toplam	125	36,43

Tablo 6-10’de görüldüğü üzere Söz konusu hizmetten yararlanan hastaların 72 kişilik kısmı erkeklerden oluşmaktayken, erkeklerin yaş ortalaması 37,06’dır. 53 kişiden oluşan kadınların yaş ortalaması ise 35,56’dır. Erkeklerin yaş ortalamasının yüksek olma sebebi, hasta sayısının kadınlara göre daha fazla olması olarak yorumlanabilir.

Araştırmaya katılan P610130 kodlu ameliyat hizmeti alan hastaların toplam yaş ortalaması 36,43’tür. Erkek hastaların yaşları 18-78 yaş aralığında iken, kadınların yaşları 17-76 yaş aralığındadır. Hem erkek hastaların hem de kadın hastaların yaş dağılımına bakıldığında 30 yaş ve üzeri yaş aralığında yoğunluk bulunmaktadır.

Tablo 6-11: Hastaların Yatış Süreleri(P610130)

Kalınan Gün Sayısı	Kalan Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde
1	15	15	3,35
2	26	52	11,70
3	31	93	21

4	22	84	18,90
5	13	65	14,50
6	8	48	10,70
7	3	21	4,70
8	1	8	1,80
9	3	27	6
11	3	33	7,35
Toplam	125	450	100

Tablo 6-11’de görüldüğü üzere P610130 kodlu ameliyat hizmeti alan hastaların hastanede kalış süreleri 1-11 gün aralığında değişkenlik göstermektedir. Hastanede kalış sürelerine göre, hastalar çoğunlukla 2-3 gün hastanede kalmaktadırlar. Bu ameliyat hizmeti için en fazla hastaneden kalınan gün sayısı ise 11’dir. Bu da dikkat çekici bir durum olarak göze çarpmaktadır. Ödeyici kuruluşun hastanede kalınan gün başına yaptığı ödeme göz önüne alındığında, sağlanan diğer hizmetler hesaba katılmadan, yalnızca yatılan gün için katlanılan maliyetin 13.500₺ olması dikkat çeken başka bir husustur.

Tablo 6-12: Erkek Hastaların Hastanede Kalış Süreleri(P610130)

Kalınan Gün Sayısı	Erkek Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde(%)
1	10	10	3,95
2	15	30	11,85
3	16	48	18,97
4	15	60	23,73
5	6	30	11,85
6	5	30	11,85
7	2	14	5,55
9	1	9	3,55

11	2	22	8,70
Toplam	72	253	100

Tablo 6-12’de görüldüğü üzere P610130 kodlu ameliyat hizmeti sunulan erkek hastaların hastanede kalış süreleri göz önüne alındığında, hastaların 2-3-4 gün aralıklarında yoğunluk bulunmaktadır. Erkek hastaların en çok hastanede kaldığı gün sayısı 3’tür. Erkek hastaların ortalama hastanede yatış süresi 3,51’dir. Ayrıca Appendektomi ameliyatı C grubu ameliyat sayılması sebebiyle 8 günden fazla hastanede yatan hastalar için ayrıca faturalandırma yapılmaktadır. Bu nedenle erkek hastalardan 9 ve 11 gün hastanede kalan toplam 3 hasta maliyetlerin artmasına da neden olmuştur. Ödeyici kuruluşun hastanede kalınan gün başına yaptığı ödeme göz önüne alındığında, sağlanan diğer hizmetler hesaba katılmadan, yalnızca erkek hastaların hastanede yattıkları gün için katlanılan maliyetin 7.590₺ olması dikkat çeken başka bir husustur.

Tablo 2 6-13: Kadın Hastaların Hastanede Kalış Süreleri(P610130)

Kalınan Gün Sayısı	Kadın Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde(%)
1	5	5	2,54
2	11	22	11,16
3	15	45	22,85
4	7	28	14,22
5	7	35	17,76
6	3	18	9,14
7	1	7	3,55
8	1	8	4,06
9	2	18	9,14
11	1	11	5,58
Toplam	53	197	100

Tablo 6-13’de görüldüğü üzere P610130 kodlu ameliyat hizmeti sunulan kadın hastaların hastanede kalış süreleri göz önüne alındığında, hastaların 2-3 gün

aralıklarında yoğunluk bulunmaktadır. Kadın hastaların en çok hastanede kaldığı gün sayısı 3'tür. Kadın hastaların ortalama hastanede yatış süresi 3,71'dir. Ayrıca Appendektomi ameliyatı C grubu ameliyat sayılması sebebiyle 8 günden fazla hastanede yatan hastalar için ayrıca faturalandırma yapılmaktadır. Bu nedenle erkek hastalardan 8, 9 ve 11 gün hastanede kalan toplam 4 hasta maliyetlerin artmasına da neden olmuştur. Ödeyici kuruluşun hastanede kalınan gün başına yaptığı ödeme göz önüne alındığında, sağlanan diğer hizmetler hesaba katılmadan, yalnızca kadın hastaların hastanede yattıkları gün için katlanılan maliyetin 5.910₺ olması dikkat çeken başka bir husustur.

Tablo 6-14: Yaş Dağılımına Göre Hastanede Kalış Süreleri(P610130)

Yaş	Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Ortalama Yatış Süresi(Gün)
<i>17-32 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	37	131	3,54
Kadın	28	98	3,37
Toplam	65	229	3,52
<i>33-48 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	20	54	2,7
Kadın	14	54	3,85
Toplam	34	108	3,17
<i>49-64 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	11	52	4,72
Kadın	7	29	4,14
Toplam	18	81	4,50
<i>65 Yaş Üstü</i>			
Erkek	4	16	4

Kadın	3	16	5,33
Toplam	7	32	4,57

Tablo 6-14’de görüldüğü üzere P610130 kodlu ameliyat hizmeti sunulan hastalar dikkate alındığında hastanede kalınan ortalama gün sayılarına göre 33-48 yaş aralığında düşüktür. Bu bilgiler doğrultusunda hastaneye en sık başvuran yaş grubu 17-32 yaş aralığıdır. Başvurunun sık olması ortalama kalış süresinin artmasına da neden olabilir. 17-32 yaş aralığında hastalar 229 gün, 33-48 yaş aralığında hastalar 108 gün hastanede kalmıştır. Bu maliyeti, ödeyici kuruluş “Standart Yatak Ücreti” adı altında yatılan gün başına 40 ₺ olarak ödemektedir. Sunulan hiçbir hizmet dikkate alınmadan sadece yatılan gün sayısının maliyeti hesaplandığında 13.480₺ olduğu görülmektedir.

P610130 Appendektomi ve P610131 Laparoskopik Appendektomi kodlu ameliyat hizmetlerine ait veriler ayrı ayrı incelenmiştir. Genel değerlendirme yapılabilmesi için her iki hizmet türüne ait veriler birlikte incelenecektir.

Tablo 6-15: Hastaların Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Sayı(n)	Yüzde (%)
Erkek	82	%57,3
Kadın	61	%42,7
Toplam	143	%100

Tablo 6-15’de görüldüğü üzere Toplam hastaların %57,3’lük kısmını erkekler oluşturmaktadır. Geriye kalan %42,7’lik kısmını ise kadınlar oluşturmaktadır.

Tablo 6-16: Hastaların Ortalama Yaş Tablosu

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Ortalama Yaş
Erkek	82	38,58
Kadın	61	36,31
Toplam	143	37,61

Tablo 6-16’de görüldüğü üzere Araştırmaya katılan tüm hastaların toplam yaş ortalaması 37,61’dir. Erkek hastaların yaşları 18-78 yaş aralığında iken, kadınların

yaşları 17-76 yaş aralığındadır. Erkek hastaların yaş ortalaması 38,58 iken kadın hastaların yaş ortalaması 36,31'dir.

Tablo 6-17: Hastaların Yatış Süreleri

Kalınan Gün Sayısı	Kalan Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde
1	16	16	3
2	29	58	10,90
3	35	105	19,70
4	25	100	18,76
5	14	70	13,14
6	10	60	11,25
7	4	28	5,25
8	2	16	3
9	4	36	6,75
11	4	44	8,25
Toplam	143	533	100

Tablo 6-17'de görüldüğü gibi söz konusu hizmeti alan hastaların hastanede kaldıkları toplam gün sayıları verilmiştir.

Ameliyat hizmeti alan hastaların çoğunlukla 2-3 gün hastanede yatmış olduğu görülmektedir. Ayrıca söz konusu hizmet C grubu ameliyat türü olduğundan dolayı 8 gün üzeri verilen hizmetler ayrıca faturalandırılmaktadır. Buna göre 8, 9 ve 11 gün hastanede yatmış olan toplam 10 hastanın maliyetleri artırtıldığı da söylenebilir.

Tablo 6-18: Erkek Hastaların Hastanede Kalış Süreleri

Kalınan Gün Sayısı	Erkek Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde(%)
1	11	11	3,8
2	17	34	11,72
3	19	57	19,66
4	16	64	22,06
5	7	35	12,06
6	6	36	12,42

7	2	14	4,82
8	1	8	2,76
9	1	9	3,10
11	2	22	7,6
Toplam	82	290	100

Tablo 6-18’de görüldüğü gibi söz konusu hizmeti alan erkek hastalar çoğunlukta 2-3-4 gün aralığında hastanede kaldığı söylenebilir. Tüm erkek hastaların %50’den fazlasını 2, 3 ve 4 gün hastanede kalan hastalar oluşturmaktadır.

Tablo 6-19: Kadın Hastaların Hastanede Kalış Süreleri

Kalınan Gün Sayısı	Kadın Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Yüzde(%)
1	5	5	2,05
2	12	24	9,88
3	16	48	19,75
4	9	36	14,82
5	7	35	14,40
6	4	24	9,88
7	2	14	5,76
8	1	8	3,3
9	3	27	11,11
11	2	22	9,05
Toplam	61	243	100

Tablo 6-19’de görüldüğü gibi Appendektomi ve Laparoskopik Appendektomi ameliyat hizmeti alan kadın hastaların, sayı bazında bakıldığında çoğunlukla 2 ve 3 gün hastanede kaldıkları söylenebilir. Ancak hastanede kalınan toplam gün sayıları yüzdelik olarak oranlandığında çoğunluğu oluşturan kısmın 3, 4 ve 5 gün olduğu görülmektedir.

Tablo 6-20: Hastaların Yaş Dağılımına Göre Hastanede Kalış Süreleri

Yaş	Hasta Sayısı	Kalınan Toplam Gün	Ortalama Yatış Süresi(Gün)
<i>17-32 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	39	135	3,46
Kadın	32	113	3,53
Toplam	71	248	3,49
<i>33-48 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	22	66	3
Kadın	15	65	4,33
Toplam	37	131	3,54
<i>49-64 Yaş Aralığı</i>			
Erkek	14	63	4,5
Kadın	10	49	4,9
Toplam	24	112	4,66
<i>65 Yaş Üstü</i>			
Erkek	7	26	3,71
Kadın	3	16	5,33
Toplam	10	42	4,2

Tablo 6-20’de görüldüğü gibi P610130 ve P610131 kodlu ameliyat hizmeti sunulan hastalar dikkate alındığında hastanede kalınan ortalama gün sayılarına göre 17-32 yaş aralığında en düşüktür. Bu bilgiler doğrultusunda hastaneye en sık başvuran yaş grubu yine 17-32 yaş aralığıdır. 17-32 yaş aralığında hastalar ile 33-48 yaş aralığında hastalar toplam 379 gün hastanede kalmıştır. Günlük yatış ücreti için ödenen fiyat ile

sadece bu iki yaş grubunun hastanede yattığı gün sayısı çarpıldığında 15.160₺ gibi bir maliyet kalemi oluşmaktadır. Erkek hastalar kadın hastalara göre hastanede daha az yatmaktadır.

Bu çalışmada maliyet analizi, hastane otomasyon sistemi üzerinden sağlanan hasta faturaları üzerinden yapılmıştır. Hasta faturalarında otelcilik hizmetleri maliyetleri, tıbbi ilaç/sarf malzeme maliyeti, ameliyat maliyetleri ve hizmet maliyetleri ayrı ayrı incelenecek olup geri ödeyici kuruluş olan SGK'nın ödediği fiyatla karşılaştırılacaktır.

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği Ek-2/C listesinde yer alan paket fiyat tarifesindeki P610130 Appendektomi ameliyatı için 674,54₺ ödemektedir. Üniversite hastaneleri için paket fiyatlarına %10 ekleme yapılarak 741,99₺ ödenmektedir. P610131 Appendektomi Laparoskopik ameliyatı için geri ödeyici kuruluş 1146,71₺ ödemektedir. %10 ekleme ile bu fiyat 1261,38₺ olarak ödenmektedir.

Hastaneler tanı ve tedavi hizmetlerinin dışında, konaklama, yiyecek, ve güvenlik hizmetleri de verilmektedir. Günümüz rekabet koşullarında, hastanelerin konaklama, karşılama, güvenlik gibi otelcilik hizmetlerini sağlamak durumundadır. Hastanelerde otelcilik hizmetleri, tedavi gören hastaların hastaneye girişinden çıkışına kadar geçen sürede hasta beklentilerini maksimum seviyede karşılaması olarak tanımlanmaktadır.

İncelenen hasta faturalarında yalnızca “Standart Yatak Ücreti” ve “Yoğun Bakım Ücreti” kalemleri verilmiş olduğundan güvenlik, yiyecek, danışma gibi hizmet maliyetlerinin bu kalemlere eklenmiş olduğu varsayılmıştır.

İncelenen hasta faturalarında standart yatış ücreti kalemi 40,00₺ olarak faturalandırılmıştır.

Tablo 6-21: Erkek Hastaların Yatış Maliyetleri(P610131)

Yatış Ücreti	Yatan Erkek Hasta Sayısı	Toplam Ücret
40,00 ₺	1	40,00 ₺
80,00 ₺	2	160,00 ₺
120,00 ₺	3	360,00 ₺
160,00 ₺	1	160,00 ₺

200,00 ₺	1	200,00 ₺
240,00 ₺	1	240,00 ₺
320,00 ₺	1	320,00 ₺
Toplam	10	1.480,00 ₺

Tablo 6-22:Kadın Hastaların Yatış Maliyetleri(P610131)

Yatış Ücreti	Yatan Kadın Hasta Sayısı	Toplam Ücret
80,00 ₺	1	80,00 ₺
120,00 ₺	1	120,00 ₺
160,00 ₺	2	320,00 ₺
240,00 ₺	1	240,00 ₺
280,00 ₺	1	280,00 ₺
360,00 ₺	1	320,00 ₺
440,00 ₺	1	440,00 ₺
Toplam	8	1.840,00 ₺

Tablo 6-21 ve Tablo 6-22’de görüldüğü gibi P610131 kodlu ameliyat hizmeti alan 10 erkek hastanın toplam otelcilik hizmet maliyeti 1.480,00 ₺’dir. Aynı hizmeti alan 8 kadın hastanın otelcilik hizmet maliyeti ise 1.840,00 ₺’dir. Kadın hasta sayısının erkek hasta sayısından daha az olmasına rağmen otelcilik hizmet maliyetleri, bu verileri doğrultusunda daha yüksek çıkmıştır.

Tablo 6-23: Hastaların Yatış Maliyetleri(P610131)

Yatış Ücreti	Yatan Hasta Sayısı	Toplam Ücret
40,00 ₺	1	40,00 ₺
80,00 ₺	3	240,00 ₺
120,00 ₺	4	480,00 ₺
160,00 ₺	3	480,00 ₺
200,00 ₺	1	200,00 ₺
240,00 ₺	2	480,00 ₺
280,00 ₺	1	280,00 ₺

320,00 ₺	1	320,00 ₺
360,00 ₺	1	360,00 ₺
440,00 ₺	1	440,00 ₺
Toplam	10	3.320,00 ₺

Tablo 6-23’de görüldüğü gibi P610131 Appendektomi Laparoskopik ameliyat hizmeti alan hastaların yatış ücretlerine göre toplam maliyeti 3.320,00 ₺’dir.

İncelenen hasta faturalarında yoğun bakım kalemi 104,00₺ olarak faturalandırılmıştır.

Tablo 6-24: Hastaların Yoğun Bakım Maliyetleri(P610131)

Yoğun Bakım Ücreti	Yatan Kadın Hasta Sayısı	Yatan Erkek Hasta Sayısı	Toplam Ücret
104,00 ₺	1	-	104,00 ₺
208,00 ₺	1	-	208,00 ₺
312,00 ₺	-	2	624,00 ₺
520,00 ₺	1	-	520,00 ₺
Toplam	3	2	1.456,00 ₺

P610131 kodlu ameliyat hizmetini alan kadın hastalardan 3, erkek hastalardan 2 olmak üzere 5 hasta toplam 14 gün yoğun bakım hizmeti almıştır (Tablo 6-24).

Tablo 6-25: Hastaların Otelcilik Hizmet Maliyetleri(P610131)

Hastaların Yatış Maliyetleri	3.320,00 ₺
Yoğun Bakım Maliyetleri	1.456,00 ₺
Toplam	4.776,00 ₺

P610131 hizmeti için hastanenin katlanmış olduğu otelcilik hizmet maliyet toplamı 4.776,00₺’dir (Tablo 6-24).

Tablo 6-26: Erkek Hastaların Yatış Maliyetleri(P610130)

Yatış Ücreti	Yatan Hasta Sayısı	Toplam Ücret
40,00 ₺	10	400,00 ₺

80,00 ₺	15	1.200,00 ₺
120,00 ₺	16	1.920,00 ₺
160,00 ₺	15	2.400,00 ₺
200,00 ₺	6	1.200,00 ₺
240,00 ₺	5	1.200,00 ₺
280,00 ₺	2	560,00 ₺
360,00 ₺	1	360,00 ₺
440,00 ₺	2	880,00 ₺
Toplam	72	10.120,00 ₺

Tablo 6-27: Kadın Hastaların Yatış Maliyetleri(P610130)

Yatış Ücreti	Yatan Hasta Sayısı	Toplam Ücret
40,00 ₺	5	200,00 ₺
80,00 ₺	11	880,00 ₺
120,00 ₺	15	1.800,00 ₺
160,00 ₺	7	1.120,00 ₺
200,00 ₺	7	1.400,00 ₺
240,00 ₺	3	720,00 ₺
280,00 ₺	1	280,00 ₺
320,00 ₺	1	320,00 ₺
360,00 ₺	2	720,00 ₺
440,00 ₺	1	440,00 ₺
Toplam	53	7.880,00 ₺

Tablo 6-26 ve Tablo 6-27’de görüldüğü üzere P610130 kodlu ameliyat hizmeti alan 72 erkek hastanın yatış maliyeti 10.120,00₺ iken 53 kadın hastanın 7.880,00 ₺’dir.

Tablo 6-28: Hastaların Yatış Maliyetleri(P610130)

Yatış Ücreti	Yatan Hasta Sayısı	Toplam Ücret
40,00 ₺	15	600,00 ₺

80,00 ₺	26	2.080,00 ₺
120,00 ₺	31	3.720,00 ₺
160,00 ₺	22	3.520,00 ₺
200,00 ₺	13	2.600,00 ₺
240,00 ₺	8	1.920,00 ₺
280,00 ₺	3	840,00 ₺
320,00 ₺	1	320,00 ₺
360,00 ₺	3	1.080,00 ₺
440,00 ₺	3	1.320,00 ₺
Toplam	125	18.000,00 ₺

Tablo 6-28’de görüldüğü üzere P610130 kodlu ameliyat hizmeti alan toplam 125 hastanın yatış maliyeti 18.000,00 ₺’dir.

Tablo 6-29: Hastaların Yoğun Bakım Maliyetleri(P610130)

Yoğun Bakım Ücreti	Yatan Kadın Hasta Sayısı	Yatan Erkek Hasta Sayısı	Toplam Ücret
104,00 ₺	2	3	520,00 ₺
208,00 ₺	1	5	1.248,00 ₺
312,00 ₺	1	-	312,00 ₺
2.080,00 ₺	-	1	520,00 ₺
Toplam	4	9	4.160,00 ₺

Tablo 6-29’de görüldüğü üzere P610130 kodlu ameliyat hizmeti alan hastaların yoğun bakım maliyeti 4.160,00 ₺’dir.

Tablo 6-30: Hastaların Otelcilik Maliyetleri(P610130)

Hastaların Yatış Maliyetleri	18.000,00 ₺
Yoğun Bakım Maliyetleri	4.160,00 ₺
Toplam	22.160,00 ₺

Hizmet sağlayıcı kurumun P610130 kodlu Appendektomi ameliyatı için katlanmış olduğu otelcilik hizmet maliyetleri 22.160,00₺'dir. P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyatı için katlanmış olduğu otelcilik hizmet maliyeti ise 4.776,00₺'dir. Bir başka deyişle hizmet sunucu konumundaki hastanenin otelcilik hizmetleri için katlanmış olduğu toplam maliyet 26.320,00₺'dir (Tablo 6-30).

Tablo 6-31: Toplam Otelcilik Maliyetleri

P610130 Otelcilik Maliyetleri	22.160,00₺
P610131 Otelcilik Maliyetleri	4.776,00₺
Toplam	26.936,00₺

Hizmet sunucu birim tarafından hastaların tedavilerinde kullanılan ve hasta faturalarına kodlanan ilaçların, alış tutarları ile kullanım sayıları hesaplanarak ilaçların toplam maliyeti her iki hizmet türü için ayrı ayrı bulunacaktır. P610131 kodlu Appendektomi ameliyatı için katlanılan ilaç/sarf malzeme maliyetleri kadın hastalar için 2.629,35₺, erkek hastalar için 3.540,57₺' olmak üzere toplam 6.169,91₺'dir. P610130 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyatı için ilaç/sarf malzeme maliyetleri kadın hastalar için 13.387,79₺, erkek hastalar için 17.392,16₺ olmak üzere toplam 30.779,95₺ maliyet katlanmak durumunda kalınmıştır. Her iki hizmet türü için toplam katlanılan ilaç/sarf malzeme maliyeti 36.949,87₺'dir (Tablo 6-31).

The screenshot displays a medical billing application window. The top section contains patient information: Name (Enin CANAKLITAS), Date of Birth (19.09.2017), and various dates for admission, discharge, and payment. Below this, there are tabs for 'Hizmetler' (Services) and 'İşlem Bilgi' (Operation Information). The main area shows a list of services provided to the patient, including 'Müavir Dış Poliklinik Muayene Ücreti (Hizmet Adı)', 'Fizyoterapi', 'Diyet', 'Radyoloji', and 'Laboratuvar'. Each service entry includes a date, a description, a unit, and a price. At the bottom, there is a section for 'Önceki Geçmiş Bilgileri' (Previous History Information) showing a list of previous services and their dates.

Şekil 5-1: Fatura İşlemleri

Hastalara ait faturalara erişimin sağlanmasında kullanılan otomasyon sisteminde de görüldüğü gibi otelcilik hizmetleri, ilaç/sarf malzeme, hizmet ve diğer maliyetler kalem kalem ayrı şekilde işlenmiştir. Verilerin tamamı hastane otomasyon sistemi üzerinden alınmış ve değerlendirilmesi yapılmıştır.

Tablo 6-32:İlaç/Sarf Malzeme Maliyetleri(P610131)

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Toplam İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti	Ortalama İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti
Kadın	8	2.629,35₺,	328,67₺
Erkek	10	3.540,57₺	354,06₺
Toplam	18	6.169,91₺	342,77₺

P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyatı için erkek hastaların ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti kişi başı 354,06₺'dir. Kadın hastaların ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti kişi başı 328,67₺'dir. Söz konusu hizmet için hasta başı ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti ise 342,77₺'dir (Tablo 6-32).

Tablo 6-33: İlaç/Sarf Malzeme Maliyetleri(P610130)

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Toplam İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti	Ortalama İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti
Kadın	53	13.387,79₺	252,60₺
Erkek	72	17.382,16₺	241,56₺
Toplam	125	30.779,95₺	246,24₺

P610130 kodlu Appendektomi ameliyatı için erkek hastaların ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti kişi başı 241,56₺'dir. Kadın hastaların ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti kişi başı 252,60₺'dir. Söz konusu hizmet için hasta başı ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti ise 246,24₺'dir (Tablo 6-33).

Tablo 6-34: Toplam İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Toplam İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti	Ortalama İlaç/Sarf Malzeme Maliyeti
Kadın	61	16.017,14₺	262,57₺
Erkek	82	20.922,73₺	255,15₺
Toplam	143	36.939,87₺	258,32₺

Söz konusu ameliyatlara için erkek hastaların ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti kişi başı 255,15₺, katlanılan toplam maliyet 20.922,73₺'dir. Kadın hastaların ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti kişi başı 262,57₺, katlanılan toplam maliyet 16.017,14₺'dir. Hasta başı ortalama ilaç/sarf malzeme maliyeti 258,32₺, katlanılan toplam ilaç/sarf malzeme maliyeti ise 36.939,87₺'dir (Tablo 6-34).

Söz konusu ameliyatlara paket fiyat kapsamında sunulan hizmetlerden olması sebebiyle, geri ödeyici kurumundaki kurumun her bir ameliyat için ödemiş olduğu fiyat sabittir. Bu yüzden hasta faturalarına kodlanan ameliyat maliyet maliyetleri de tek kalem olarak işlenmiştir. P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyatı için hasta başına faturalara kodlanan tutar 373,80₺'dir. P610131 kodlu Appendektomi ameliyatı için hasta başına faturalara kodlanan tutar ise 249,20₺'dir.

Tablo 6-35: Ameliyat Maliyetleri (P610131)

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Ameliyat Maliyeti	Toplam
Kadın	8	373,80₺	2.990,40₺
Erkek	10	373,80₺	3.783,00₺
Toplam	18	373,80₺	6.728,40₺

P610131 kodlu ameliyat için hizmet sağlayıcı kurumun kadın hastalar adına katlanmış olduğu maliyet tutarı 2.990,40₺'dir. Erkek hastalar için katlanmış olduğu maliyet ise 3.373,00₺'dir. Toplam katlanılan maliyet ise 6.728,40₺'dir (Tablo 6-35).

Tablo 6-36 Ameliyat Maliyetleri (P610130)

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Ameliyat Maliyeti	Toplam
Kadın	53	249,20₺	13.207,60₺
Erkek	72	249,20₺	17.942,40₺
Toplam	125	249,20₺	31.150,00₺

P610130 kodlu ameliyat için hizmet sağlayıcı kurumun kadın hastalar adına katlanmış olduğu maliyet tutarı 13.207,60₺'dir. Erkek hastalar için katlanmış olduğu maliyet ise 17.942,40₺'dir. Toplam katlanılan maliyet ise 31.150,00₺'dir (Tablo 6-36).

Tablo 6-37: Toplam Ameliyat Maliyeti

Ameliyat Kodu	Hasta Sayısı	Ameliyat Maliyeti	Toplam
P610130	125	249,20₺	31.150,00₺
P610131	18	373,80₺	6.728,40₺
Toplam	143		37.878,40₺

Hizmet sağlayıcı kurumun söz konusu ameliyatlar için katlanmış olduğu toplam maliyet tutarı 37.878,40₺'dir (Tablo 6-37).

Analiz edilen faturalardan günlük yatak ücreti, ameliyat maliyetleri ve ilaç/sarf malzeme maliyetleri düşülerek hizmet maliyetleri hesaplanacaktır. Hizmet maliyetleri kapsamında muayene ücretleri, damar yolu açma gibi verilen hizmetleri kapsamaktadır. Her iki ameliyat türü için de hizmet maliyetleri ayrı ayrı hesaplanarak, hizmet sağlayıcı kurumun katlanmış olduğu toplam maliyet hesaplanacaktır.

Tablo 6-38: Hizmet Maliyetleri(P610131)

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Toplam Hizmet Maliyeti	Ortalama Hizmet Maliyeti
Kadın	8	10.492,20₺	1.311,53₺
Erkek	10	13.058,07₺	1.305,81₺
Toplam	18	23.550,28₺	1.308,28₺

Hizmet sağlayıcı kurumun söz konusu ameliyat kadın hastalar için katlanmış olduğu maliyet 10.492,20₺ iken erkek hastalar için katlanmış olduğu maliyet 13.058,07₺'dir. Kadın hastalar için kişi başı katlanılan maliyet 1.311,53₺, erkek hastalar için kişi başı katlanılan maliyet 1.305,81₺'dir (Tablo 6-38).

Tablo 6-39: Hizmet Maliyetleri(P610130)

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Toplam Hizmet Maliyeti	Ortalama Hizmet Maliyeti
Kadın	53	155.714,88₺	2.938,02₺
Erkek	72	69.243,57₺	961,72₺
Toplam	125	224.958,45	1.799,67₺

Kadın hastalar için katlanılan toplam maliyet 155.714,88₺, kişi başı ortalama maliyet 2.938,02₺'dir. Erkek hastalar için ise katlanılan toplam maliyet 69.243,57₺ iken kişi başı ortalama maliyet 961,72₺'dir. Kurumun katlanmış olduğu toplam maliyet 224.958,45₺, kişi başı ortalama maliyet 1.799,67₺'dir (Tablo 6-39).

Tablo 6-40: Toplam Hizmet Maliyetleri

Cinsiyet	Hasta Sayısı	Toplam Hizmet Maliyeti	Ortalama Hizmet Maliyeti
Kadın	61	166.207,08	2.724,71₺
Erkek	82	82.301,64₺	1.003,68₺
Toplam	143	248.508,72₺	1.737,82₺

Hastanenin kadın hastalar için 166.207,08₺, erkek hastalar için 82.301,64₺ maliyete katlanmak zorunda kalmıştır. Kadın hastalar için kişi başı ortalama hizmet maliyeti 2.724,71₺ iken erkek hastalar için 1.003,68₺’dir. Kişi başı ortalama hizmet maliyeti ise 1.737,82₺’dir (Tablo 6-40).

Tablo 6-41: Toplam Maliyet Tablosu

Maliyet Kalem Adı	Toplam Maliyet	Yüzde(%)
Hizmet Maliyetleri	248.508,72₺	70,94
Ameliyat Maliyetleri	37.878,40₺	10,81
İlaç/Sarf Malzeme Maliyetleri	36.939,87₺	10,55
Otelcilik Hizmet Maliyetleri	26.936,00₺	7,70
Toplam	350.272,99₺	100

Hizmet sunucusu kurum P610131 ve P610130 kodlu ameliyat hizmetleri için, hizmet kalemi adı altında toplam 248.580,72₺, ameliyat kalemi adı altında toplam 37.878,40₺, ilaç/sarf malzeme adı altında toplam 36.939,87₺ ve otelcilik kalemi adı altında 26.936,00₺ maliyet katlanmak durumunda kalmıştır. Kurum bu hizmetleri vatandaşlara sunabilmek için toplam 350.272,99₺ maliyet katlanmak durumunda kalmıştır (Tablo 6-41).

Geri ödeme ile yetkili olan Sosyal Güvenlik Kurumu’nun, söz konusu her iki hizmet için ödediği miktar hesaplanacaktır. Sağlık Uygulama Tebliği’nde belirtilen ve paket fiyat kapsamında olan bu hizmetler için Sosyal Güvenlik Kurumu hastaneye; P610130 kodlu Appendektomi ameliyatı için 674,54₺., P610131 Appendektomi Laparoskopik ameliyatı için geri ödeyici kuruluş 1146,71₺ ödemektedir. Yine Sağlık

Uygulama Tebliği'nde belirtildiği üzere bu ameliyatlar için üniversite hastanelerine %10 ilave ücret ödenmektedir. İncelenen hizmetleri sunan kurumun bir üniversite hastanesi olması sebebiyle bu ilave ücret geri ödenen miktara da eklenecektir. Bir başka deyişle P610130 kodlu Appendektomi ameliyatı için %10 ekleme yapılarak 741,99₺, P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyat için %10 ekleme yapılarak 1.261,38₺ geri ödeme yapılmıştır.

Tablo 3 6-42: Erkek Hastalar İçin Geri Ödenen Ücret

Ameliyat Kodu	Ameliyat Sayısı	Geri Ödenen Ücret	Toplam Ücret
P610130	72	741,99₺	53.423,28₺
P610131	10	1.261,38₺	12.613,80₺
Toplam	82		66.037,08₺

Geri ödeyici kurulu erkek hastalar için toplam 66.037,08₺ ödeme yapmıştır. Bu ödemenin 53.423,28₺'lık kısmı P610130 kodlu ameliyat hizmeti için, geriye kalan 12.613,80₺'lık kısmını da P610131 kodlu ameliyat hizmeti için yapılmıştır (Tablo 6-42).

Tablo 6-43: Kadın Hastalar İçin Geri Ödenen Ücret

Ameliyat Kodu	Ameliyat Sayısı	Geri Ödenen Ücret	Toplam Ücret
P610130	53	741,99₺	39.325,47₺
P610131	8	1.261,38₺	10.091,04₺
Toplam	61		49.416,51₺

Geri ödeyici kurulu kadın hastalar için toplam 49.416,51₺ ödeme yapmıştır. Bu ödemenin 39.325,47₺'lık kısmı P610130 kodlu ameliyat hizmeti için, geriye kalan 10.091,04₺'lık kısmını da P610131 kodlu ameliyat hizmeti için yapılmıştır (Tablo 6-43).

Tablo 6-44: Tüm Hastalar İçin Geri Ödenen Ücret

Ameliyat Kodu	Ameliyat Sayısı	Geri Ödenen Ücret	Toplam Ücret
P610130	125	741,99₺	92.748,75₺
P610131	18	1.261,38₺	22.704,84₺
Toplam	143		115.453,59₺

Geri ödeyici kuruluş söz konusu hizmetler için toplamda 115.453,59₺ ödeme yapmıştır (Tablo 6-44). Hizmet üretmek için katlanılan maliyet 350.272,99₺ iken hizmet sunucu kurum 115.453,59₺ geri ödeme almıştır.

Tablo 6-45: Toplam Gelir Gider Kıyaslaması

2017 Yılı Gelir Gider Kıyası	
Toplam Gelir	115.453,59₺
Toplam Gider	350.272,99₺
Fark	-234.819,40₺

Söz konusu durumda hizmet sunucu kurumun bu ameliyat hizmetleri için 1 yıllık süre zarfında toplam 234.819,40₺ zarar ettiği görülmüştür. Hizmet yelpazesinin çeşitliliği göz önüne alındığında sadece bu iki hizmet türü için edilen bu zarar küçümsenmeyecek derecede büyüktür (Tablo 6-45).

7. TARTIŞMA

P610130 kodlu Appendektomi ve P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyatlari halk arasında sık görölmesi çalışmamıza konu olarak seçilmesinin başlıca sebeplerindendir. Türkiye’de tedavilerin maliyet analizi ile ilgili veri toplama zorluğu, yapılmış çok fazla çalışma olmaması ve istatistiksel bilgi yetersizlikleri söz konusu hizmetlerin maliyet analizinin yapılma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca sağlık hizmet sunumunda çeşitliliği yüksek olan sağlık kurumlarının, sağlık hizmet üretimi için ihtiyaç duyduğu cihaz, personel, ilaç gibi girdilerin maliyetlerinin yüksek olmasının yanında bu maliyetlerin her geçen gün daha da artması maliyet analiz çalışmalarının önemini ortaya koymaktadır. Gelişen ve değişen çevre koşullarında, büyük bir borç yükü altında olan bu kurumların ayakta kalması ve hizmet üretim maliyetlerinin kontrol altında tutmak durumundadırlar.

Hastane otomasyon sistemi üzerinden elde edilen hasta faturaları ile sınırlı sayıda hasta üzerinden yapılan bu çalışma Türkiye genelinde yapılacak çalışmalara örnek oluşturabilmektedir. Retrospektif olarak hastaların faturalarına sağlanan erişimle birlikte otelcilik hizmet maliyetleri, ilaç/sarf malzeme maliyetleri, ameliyat maliyetleri ve hizmet maliyetleri analizleri yapılmıştır.

Bir üniversitesi hastanesinde 1 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri aralığında P610130 ve P610131 SUT kodlu Appendektomi Laparoskopik ve Appendektomi hizmeti sunulan hastalarda maliyet analizini bozacak, sonuçları etkileyebilecek komplikasyonları olan ya da başka bir cerrahi operasyon geçirmiş hastalar çalışma dışında bırakılmıştır. Toplamda 203 hasta bu hizmetlerden yararlanırken 60 hasta yukarıda bahsedilen durumlardan ötürü örneklem dışında bırakılmıştır.

SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’un Sosyal Güvenlik Kurumu’na devri ve tek çatı altında birleşmesiyle ülkemizde sağlık reformları başlamış ve sağlık sistemi iyileştirilmeye de düzenlenmeye çalışılmıştır. Söz konusu düzenlemelerden bir diğeri ise sunulan bazı sağlık hizmetlerinin, prosedürleri ve maliyetleri azaltmak amacıyla paket fiyat tarifesi kapsamına alınmasıdır. Çalışmamızda incelenen P610130 ve P610131 kodlu Appendektomi ve Appendektomi Laparoskopik ameliyatlari da paket fiyat kapsamında değerlendirilmektedir. SGK açısından bakıldığında söz konusu düzenlemenin denetim ve inceleme konusunda iş yükünü hafiflettiği ve fatura

ödemelerinin eskiye nazaran daha hızlı yapıldığı söylenebilir. Ancak hizmet sunucu kurumlar, paket fiyat kapsamına alınan hizmetlerin maliyetlerinin geri ödenen ücretlerin çok altında olduğu konusunda hemfikirdirler. Özel hastaneler ödeyici kuruluşun ödemiş olduğu fiyat ile hizmet üretiminde katlanmış olduğu maliyetlerin farkını hastalardan talep ettikleri ücretlerle karşılabılırken, kamu hastanelerinde bu durum pek mümkün değildir. 1 Temmuz 2008 tarihinde yayınlanan genelge ile özel hastanelerin hastalardan almış olduğu fiyat farkı %30 olarak sınırlandırılmış ve birçok kurumu üretim maliyetinin altında sağlık hizmet vermesine neden olmuştur. Bu sebeplerden dolayı SGK'nın SUT fiyat tarifleri çok tartışılmaya başlanmış ve iyileştirilme yapılması beklenmektedir.

Günümüz dünyasında sağlık bakım harcamalarının giderek artması ve sigorta şirketlerinin geri ödemedede yaşadığı zorluklardan dolayı hasta maliyeti çalışmaları hastalık bazında yapılmaktadır. Bu tür çalışmaların temel amacı sağlık bakım hizmet kalitesinden ödün vermeden hastalık bazında maliyetleri minimuma indirmektir. Ayrıca ülkemizde geri ödeyici kurum olan SGK'nın izlemiş olduğu fiyat politikalarından dolayı ucuz ve kalitesiz malzeme alımı, daha önce kullanılmış bir malzemeyi sterilizasyona sokarak tekrar kullanma gibi etik dışı davranışlara yönelmektedir.

Çalışmamızda appendektomi ameliyatı için hastanede ortalama kalış süresi 3,6 gün, laparoskopik appendektomi ameliyatının 4,61 gün olarak bulunmuştur.

Laparoskopik appendektomi ameliyatı olan hastalar hastanede ortalama 4,61 gün kalırken, appendektomi ameliyatı olan hastalar ortalama 3,6 gün hastanede kalmıştır.

Laparoskopik appendektomi ameliyat hizmeti alan hastalar için ortalama 342,77₺ ilaç/sarf malzeme maliyetine, appendektomi ameliyatı hizmeti alan hastalar için ortalama 246,24₺ ilaç/sarf malzeme maliyetine katlanılmıştır.

Appendektomi ameliyat hizmet için 177,28₺ otelcilik hizmet gideri, laparoskopik appendektomi ameliyat hizmeti için 265,33₺ otelcilik hizmet gideri bulunmuştur.

Appendektomi ameliyat hizmeti için 1.799,67₺ ortalama hizmet maliyeti, laparoskopik appendektomi ameliyat hizmeti için 1.308,35₺ ortalama hizmet maliyeti bulunmuştur.

Hasta faturalarında appendektomi ameliyat maliyeti 249,20₺ iken laparoskopik appendektomi ameliyat maliyeti 373,80₺ olarak işlenmiştir.

Toplamda Appendektomi ameliyatının ortalama maliyeti 2.290,26₺, laparoskopik appendektomi ameliyatının ortalama maliyeti 2.472,39₺ olarak bulunmuştur.

Toplam ameliyat maliyetlerinin %70,94'lük kısmı hizmet maliyetlerinden oluşmaktayken, %10,81'ini ameliyat maliyetleri, %10,55'ini ilaç/sarf malzeme maliyeti ve %7,70'ini otelcilik hizmet maliyetleri oluşturmaktadır.

Cothren ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde bir üniversite hastanesinde 2003 yılında yapılan bir çalışmada 152'si appendektomi, 88'i laparoskopik appendektomi ve 7'si laparoskopik appendektomiden appendektomi ameliyatına dönmüş hasta olmak üzere 247 hastaya ait faturalar incelenmiştir. Hastaların hastanede kalış sürelerinde anlamlı fark olmamakla birlikte appendektomi ameliyat maliyeti 12.310\$, laparoskopik appendektomi ameliyat maliyeti 16.773\$ olarak bulunmuştur.

Vernon ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletlerinde 105'i laparoskopik appendektomi ve 95'i appendektomi ameliyatı olmak üzere 200 çocuk hasta faturasının incelendiği çalışmada hastaların hastanede kalış sürelerinde anlamlı fark olmamakla birlikte laparoskopik appendektomi ameliyatının maliyeti 5.572\$, appendektomi ameliyatının maliyeti 4.472\$ olarak bulunmuştur.

Tuncer ve arkadaşları tarafından 2012 yılında ülkemizde 6 çocuk hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ise appendektomi ameliyat maliyeti 676,00₺, laparoskopik ameliyat maliyeti 753,00₺ olarak bulunmuştur.

Ağırbaş ve arkadaşları tarafından 2012 yılında bir Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR) kliniğinde yapmış olduğu ve SGK'nın SUT kapsamında ödemiş olduğu fiyatlarla karşılaştırma yaptığı maliyet analizi çalışması yapmıştır. Araştırma sonucunda; poliklinik maliyeti 72,02 TL, yatan hasta maliyeti 7.825,54 TL, hasta günü maliyeti 221,05 TL ve fizik tedavi seans maliyeti 49,38 TL olarak bulunmuştur. Bu maliyetler Sosyal Güvenlik Kurumu'nun hizmet sunucularına yaptığı ödeme rakamlarının üstündedir.

Özkan ve arkadaşları tarafından 2012 yılında bir devlet hastanesinde tıbbi, idari ve mali kayıtları incelenerek maliyet analiz çalışması yapılmış ve SUT fiyatları ile

karşılaştırılmıştır. Araştırma neticesinde; poliklinik maliyeti 72,02 TL, yatan hasta maliyeti 7.825,65 TL ve fizik tedavi seans maliyeti 49,38 TL olarak bulunmuştur. Bu maliyetler geri ödeyici kurum tarafından yapılan ödemelerin üzerindedir.

Büyükmirza ve Köse tarafından 2014 yılında bir eğitim ve araştırma hastanesinde poliklinik muayene birim maliyetlerinin belirlenmesi üzerine bir çalışma yapılmış ve SUT fiyatları ile karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışma neticesinde 17 poliklinikten 15 poliklinik maliyetinin SGK tarafından geri ödenen ücretlerin üzerinde olduğu tespit edilmiştir.

SUT Ek 2-C listesinde yer alan paket fiyat kapsamındaki ameliyat hizmetlerinin tümü için maliyet analiz çalışmaları yapılması ve SGK'nın bu çalışmaları dikkate alarak hizmet sunucu kurumlar ile ödeme hususunda ortak bir noktada buluşmaları gerekmektedir. Bu sayede hastanelerin hizmet üretim maliyetlerinde altında hizmet sunmak zorunda kalmayacak, hizmet kalitesinden taviz verilmemiş olacak, kıt kaynakların etkin kullanılması sağlanacak ve hastaların hizmete erişimi kısıtlanmamış olacaktır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinin talebi rastlantısal olması, ertelenememesi ve hata payı çok düşük olması gibi özelliklerinden dolayı diğer hizmet sektörlerinden ayrılmaktadır. Ayrıca ülkemizin sosyal devlet anlayışında olması sebebiyle bu hizmetler kesintisiz olarak karşılanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerini kesintisiz sunabilmek adına sürekli gelişen teknolojik gelişmelere ayak uydurmak, nitelikli personel yetiştirmek ve farmakolojik gelişmelere uyum sağlamak durumundadır. Bu durumların var olması zaten yüksek olan sağlık hizmet maliyetlerinin daha da artmasına neden olmaktadır. Maliyetlerin artması ise sağlık hizmetlerinin sürekliliğini, kalitesini ve diğer birçok özelliğini doğrudan etkilemektedir.

Maliyet analizi çalışmaları zor ve zaman alan çalışmalar olmalarının yanı sıra ülkemizde maliyet analizi konusunda doğru bilgiye erişim zorluğu, muhasebe sistemlerinin düzgün tutulmaması gibi sebepler bu çalışmaları daha da zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çeşitliliği, girdi yelpazesinin de genişlemesine neden olmaktadır. Geniş girdi yelpazesi ise gerçek maliyetlerin ortaya konulmasını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle iyi bir maliyet muhasebe sistemi kurulmalı ve sağlıklı bir şekilde yürümesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Ülkemizde devlet sağlık hizmetlerinin büyük kısmının hem hizmet sağlayıcısı hem de ödeyicisi konumundadır. Dolayısıyla devlet sağlık geri ödeme sisteminde doğrudan söz sahibidir. Hastaneler ile geri ödeyici kurumlar arasındaki karmaşık finansal işlemlerin düzenlenmesi de haliyle devletin vazifesidir. Söz konusu karmaşık işlemlerin düzenlenmesi, geri ödemenin daha hızlı ve kolay yapılabilmesi adına Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından Paket Fiyat Uygulaması yürürlüğe sokulmuştur.

P610130 kodlu Appendektomi ameliyatı ile P610131 kodlu Appendektomi Laparoskopik ameliyatı da paket fiyat uygulaması kapsamına alınan hizmetlerden bazılarıdır. Hastanın almış olduğu hizmetler neticesinde oluşturulan faturalar, Sağlık Uygulama Tebliği Ek 2/C listesine göre fiyatlandırılır. Çalışmamıza konu olan ameliyatlara gibi hizmet sunucu kurumlarca sık sunulan ameliyatlara paket fiyat uygulama kapsamına alınması ile geri ödeyici kurumlar tarafından ödenen ücretlerin daha hızlı ödenmesine ve daha rahat bir işleyişin olmasına vesile olmuştur. Geri ödemekle yükümlü kurum sunulan hizmetler süresince kullanılan ilaç, poliklinik

hizmetleri, tıbbi malzeme, laboratuvar ücreti, refakatçi ücreti, standart yatak ücreti gibi tüm kalemler Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre faturalandırılır.

P610131 kodlu hizmet için hizmet sağlayıcı kurumun katlanmış olduğu otelcilik maliyeti Tablo 24'te görüldüğü gibi 4.776,00₺ olarak bulunurken P610130 kodlu hizmet için katlanılan otelcilik hizmet maliyet Tablo 29'da görüldüğü gibi 22.160,00₺ olarak bulunmuştur. Hastanenin katlanmış olduğu toplam otelcilik hizmet maliyeti ise 26.936,00₺ olarak bulunmuştur.

P610131 kodlu hizmet için hizmet sağlayıcı kurumun katlanmış olduğu ilaç/sarf malzeme maliyeti Tablo 31'de görüldüğü gibi 6.169,91₺ olarak bulunurken P610130 kodlu hizmet için katlanılan ilaç/sarf malzeme maliyeti Tablo 32'de görüldüğü gibi 30.779,95₺ olarak bulunmuştur. Hastanenin katlanmış olduğu toplam ilaç/sarf malzeme maliyeti ise 36.949,86₺ olarak bulunmuştur.

P610131 kodlu hizmet için hizmet sağlayıcı kurumun katlanmış olduğu ameliyat hizmet maliyeti Tablo 33'te görüldüğü gibi 6.728,40₺ olarak bulunurken P610130 kodlu hizmet için katlanılan ameliyat hizmet maliyeti Tablo 34'te görüldüğü gibi 31.150,00₺ olarak bulunmuştur. Hastanenin katlanmış olduğu toplam ameliyat hizmet maliyeti ise 37.878,40₺ olarak bulunmuştur.

P610131 kodlu hizmet için hizmet sağlayıcı kurumun katlanmış olduğu hizmet maliyeti Tablo 36'da görüldüğü gibi 23.550,28₺ olarak bulunurken P610130 kodlu hizmet için katlanılan ameliyat hizmet maliyeti Tablo 37'de görüldüğü gibi 224.958,45₺ olarak bulunmuştur. Hastanenin katlanmış olduğu toplam hizmet maliyeti ise 248.508,73₺ olarak bulunmuştur.

Tablo 39'da görüldüğü gibi söz konusu hizmeti sunabilmek adına hizmet sağlayıcı kurum toplamda 350.272,99₺ maliyete katlanmak zorunda kalmıştır. Bu maliyetlerin %70,94'ünü hizmet maliyetleri, %10,81'ini ameliyat maliyetleri, %10,55'ini ilaç/sarf malzeme maliyetleri ve %7,70'ini otelcilik hizmet maliyetleri oluşturmaktadır.

Hastanenin katlanmış olduğu 115.453,59₺ maliyete karşın geri ödeyici kurumun sunulan hizmetler için hizmet sağlayıcı kuruma ödemiş olduğu miktar 115.453,59₺'dir. Bir başka deyişle hizmet sunucu kurum Tablo 43'de de görüldüğü gibi söz konusu hizmetleri üretibilmek için 234.819,40₺ zarar etmek durumunda kalmıştır. Geniş hizmet

yelpazesi olan hastaneler göz önüne alındığında tek bir hizmet için bu derece zarar ediyor olmak hizmet kalitesinin yanında hizmet sürekliliğinin ve hizmet sunmanın önüne geçme ihtimali bulundurmaktadır.

Fiyat politikalarının belirlenmesinde uygulanacak maliyet hesapları hem hizmet veren hem hizmet alan hem de geri ödemekle yükümlü kişi ve kurumları doğrudan etkilediği için ayrı bir ehemmiyet kazanmaktadır. Çünkü alınacak herhangi bir karar devletlerden hastanelere, ilaç firmalarından sigorta şirketlerine, hastane personelinin vatandaşlara kadar herkesi etkileme potansiyeline sahiptir. Bu nedenle kar amacı gütmeyen hastaneler için maliyet analizi yapmak ve bunlarla ilgili doğru kararlar alınmasının önemi daha da artmaktadır.

Sağlık hizmetleri diğer hizmet türlerine nazaran arz ve talebinin belirlenememesi, ertelenememesi ve sürekliliğinin olmasının gerekliliği gibi özellikleri ile çok değişken hasta potansiyellerine cevap vermek durumundadır. Farklı hasta potansiyellerinin farklı özellikleri ve farklı hizmet talepleri olabilmesinin yanında aynı hastalıkla başvursalar bile uygulanacak tedavi, ilaç/sarf malzeme vb. maliyetleri değişkenlik gösterebilmektedir. Bir başka deyişle her hastanın hastaneye olan maliyeti yaşa, cinsiyete, yaşanan coğrafyaya vb. özelliklere göre değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle hizmet maliyet kayıtlarının düzgün tutulması ve yönetilmesi gerekmektedir.

Diğer işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de sabit maliyetlerin değişmeyeceği düşünüldüğünde maliyet kontrolü sağlayabilmek için değişken maliyetler üzerine yoğunlaşmak gerekecektir. Kurulacak iyi bir maliyet muhasebe sistemi giderleri kontrol altına almak için iyi bir yol olarak gösterilebilir. Maliyet muhasebe sisteminin işlerliğini artırmak için ayrı bir maliyet muhasebe kurulmalıdır. Maliyet muhasebe birimi hizmet sağlayıcı kurumun sunmuş olduğu tüm hizmetler için maliyet analizi çalışmaları yapmalı ve yönetime bilgi vermelidir. Bu sayede hizmet sağlayıcı kurum nerede eksikleri olduğunu, hangi aşamada maliyetlerin yükseldiğini ve ne yapılması gerektiğinin kararı verebilir.

Sağlık hizmet sunucularının maliyetlerini kontrol almasının yanında gündem olan bir diğer husus ise geri ödeyici kurumun hizmet üretim maliyetlerinin altında ödeme yaptığıdır. Yapılan maliyet analizi çalışmalarına bakıldığında geri ödenen ücretler ile hizmet üretim maliyetleri arasındaki uçurum fark dikkat çekmektedir. Bu farkın oluşmasında yalnızca yanlış yönetimin ya da maliyet muhasebe sisteminin

olmayışı ile açıklanamaz. Söz konusu fiyat farklarından dolayı hizmet sağlayıcı kurumlar mali açıdan zora düşebilir ya da özel kurumların vatandaşlardan alacağı fiyat farkları vatandaşın da belini bükebilir. Bu nedenle hizmet üretim maliyetlerinin altında yapılan ödemelerin iyileştirilmesi sağlık hizmet sağlayıcı kurumlarının edeceği zararlar aşağı çekecek, vatandaşlara da daha kaliteli ve verimli hizmet sunulmasına yardımcı olacaktır.

Faturalama noktasında çalışan sağlık personelinin eğitimi de bu noktada büyük önem arz etmektedir. Veri giriş personeli yapacağı yanlış, eksik ya da fazla bir kalem girişi yanlış fatura hesaplanmasına, maliyetlerin yanlış gösterilmesine neden olabilir. Bunun önüne geçebilmek için ise sorumlu personeller belli periyotlarla eğitilebilir. Ya da geliştirilecek basit bir yazılım sistemi ile sistemin uyarı vermesi sağlanabilir. Neticede bir hasta için günlük uygulanabilecek ilaç/sarf malzeme, hizmet uygulamaları tahmin edilebilir seviyededir. Geliştirilecek yazılım hataları minimuma indirebilir.

Ülkemizde uygulanan geri ödeme sistemlerine alternatif yeni sistemler geliştirilmeli ve geliştirilecek bu sistemler yapılacak maliyet analiz çalışmalarını esas alarak hazırlanmalıdır. Aksi taktirde hizmet sağlayıcı kurumlar zarar etmeye devam edecek ve borç batağından çıkmaları bir mucize olacaktır. Söz konusu hizmetlerin hem mali boyutu hem de sağlık boyutu göz önünde bulundurularak kaliteden ödün vermeden en etkili ve verimli sistem kurulması tüm sağlık kurumları açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

9. KAYNAKLAR

Abeykoon, P. (2003). The Implications of Technology Change for Health Care Delivery in Sri Lanka. Colombo, Sri Lanka: World Health Organization.

Ağırbaş, İ., Gök, H., Akbulut, Y., ve Önder, Ö. R. (2012). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması. Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi, 15(2).

Aiken, L. H. (1982). The Nurse Labor Market. Health Affairs, 1(4), 30-40.

Ak, B. (1990). Hastane Yöneticiliği. Ankara.

Akdur, R. (2003). Sağlık Sektörü:" Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyum. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi.

Akdur, R. (2006). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar. Türkiye Ve Avrupa.

Akgemci, T. (2007). Stratejik Yönetim. Gazi Kitabevi.

Aksoy, M., ve Subasi, A. T. E. (2015). Quality and Worker Satisfaction in Health Care Services: in Diyarbakır. The Russian Academic Journal, 31(1), 27-33.

Aktan, C., ve Işık, A. K. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. Sağlık Ekonomisi Ve Sağlık Yönetimi, 10-21.

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

Albayrak, F. (2010). Trakya Bölgesindeki Hastaların Sağlık Kuruluşları Tercihinde Etkili Olan Unsurlar ve Sağlık Kuruluşlarında Marka İmajının Önemi, İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Yrd. Doç. Dr.Kahraman Arslan, İstanbul.

Allin, S., Davaki, K., ve Mossialos, E. (2006). Informal Payments in Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States.

Alpaslan, M., Kaptanoğlu, A. Y., ve Yilmaztürk, H., (2012). Hastanelerde Maliyet Yönetimi. 1st Ed. İstanbul: İletişimce Ltd. Şti. A

Annemans, L. (2008). Health Economics for Non-Health-Economists.

Arı, H. (2017). Sağlık Ekonomisinde Ekonomik Değerlendirme Teknikleri. Sağlık Yönetimi Dergisi, 1(2), 25-31.

Arıcı, K., Sağlığı, İ., ve Dersleri, İ. G. (1999). Tes-İş Eğitim Yayınları. Sargın Ofset, Ankara.

Arrow, K. J. (2001). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care (American Economic Review, 1963). Journal of Health Politics, Policy And Law, 26(5), 851-883.

Asunakutlu, T. (2007). Sağlık Kurumları Yönetiminde Kalite ve Kültürel Değişim. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi.

Ateş, M. (2011). Sağlık İşletmeciliği, İstanbul: Beta Basım Yayın.

Bağcı, T., Bertan, M., ve Güler, Ç. (1997). Gebe, Emzikli ve Bebek Beslenmesi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, İkinci Baskı: Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 299-300.

Sağlık Bakanlığı, S. B. (2005). Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih, (25806).

Bal, H. Ç. (2012). Çevre Sorunları ve Bu Sorunların Çözümü Çerçevesinde Küresel Kamusal Mallar, Dışsallıklar ve Küresel Kamusal Malların Arzına İlişkin Sorunlar. Global Journal Of Economics And Business Studies, 1(2), 01-11.

Balçık, P. Y., ve Şahin, B. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 16(2).

Barnum, H., Kutzin, J., ve Saxenian, H. (1995). Incentives and Provider Payment Methods. The International Journal of Health Planning and Management, 10(1), 23-45.

Belek, İ. (2009). Sağlıkın Politik Ekonomisi: Sosyal Devletin Çöküşü. Yazılama Yayınevi.

Berger, M. L., Bingefors, K., Hedblom, E. C., Pashos, C. L., ve Torrance, G. W. (2003). Health Care Cost, Quality, and Outcomes. ISPOR Book of Terms. Lawrenceville NJ.

Bilgili, E., ve Ecevit, E. (2009). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. Sağlık İdaresi Dergisi, 11, 201-228.

Black, N., ve Gruen, R. (2005). Understanding Health Services. Mcgraw-Hill Education (UK).

Blum, H. L., ve Knollmueller, R. N. (1975). Planning for Health; Development and Application of Social Change Theory (Vol. 75, No. 8, P. 1388). LWW.

Burckhardt, C. S., ve Anderson, K. L. (2003). The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, Validity, and Utilization. Health and Quality of Life Outcomes, 1(1), 60.

Busse, R., Schreyögg, J., ve Smith, P. C. (2006). Hospital Case Payment Systems in Europe. Health Care Management Science, 9(3), 211-213.

Büyükmirza, K. (2007). Maliyet ve Yönetim Muhasebesi: Tekdüzene Uygun Bir Sistem Yaklaşımı, 11. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara.

Büyükmirza, H. K., ve Köse, S. D. Sağlık Uygulama Tebliği'nin Poliklinik Birim Maliyetleri Açısından Değerlendirilmesi.

Can, Y. (2012). İktisatta Psikolojik İnsan Faktörü: Davranışsal İktisat. Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi, 4(2).

Cantürk, Ö. (2012). Sağlık Sektöründe Hizmet Konumlandırması: Ankara İlinde Kamu Hastanesi Uygulama Örneği, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Cassens, B. J. (Ed.). (1992). Preventive Medicine and Public Health. Lippincott Williams ve Wilkins.

Casto, A. B., ve Forrestal, E. (2013). Principles of Healthcare Reimbursement. American Health Information Management Association.

Chen, G. J., ve Feldman, S. R. (2000). Economic Aspect of Health Care Systems: Advantage and Disadvantage Incentives in Different Systems. Dermatologic Clinics, 18(2), 211-214.

Cichon, M., ve Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck: Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe.

Culyer, A. J. (1991). The Economics of Health, Volume I And II. Aldershot: Edward Edgar.

Çalışkan, Z. (2008). Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım. HÜ İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(2), 29-50.

Çelik, Y., 2013 Sağlık Ekonomisi, Siyasal Kitabevi, 2. Baskı, Ankara.

Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 177-216.

Çetinkaya, Ç., ve Döner, İ. (2012). Investigation of Right of Gifted And Talented Education in Turkey. Sakarya University Journal Of Education, 2(3), 7-20.

Çetinkaya, Ş. (2012). Asimetrik Bilginin Piyasalara Etkileri ve Finansal Krizlerdeki Rolü. Sakarya İktisat Dergisi, 46.

Çil Koçyiğit, S. (2006). Faaliyete Dayalı Maliyet Yöntemi ve Hastane Uygulaması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara

Dağlı, G.H. (2006). Türkiye’ De Sağlık Sektörünün Yapısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Ss.16-17.

Demir, M., ve Canbay, T. (2013). Türkiye'de Sosyal Güvenlik Açıklarının Azaltılmasında Denetimin Önemi (Manisa İli Örneği). Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(3).

Dever, G. E. (1980). Community Health Analysis, A Holistic Approach. Aspen Systems Corp..

Dirican, R. (1993). Halk Sağlığı:(Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı.

Drummond M.F. Sculpher M.J. Torrance G.W. O'Brien B.J. ve Stoddart G.L. (2005) Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (Third Edition). New York: Oxford University Press.

Ecevit, E., (2007). Özel Hastanelerde Rekabet ve Kayseri Uygulaması, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kayseri Erciyes Üniversitesi, Kayseri.

Edizdoğan, N., ve Giray, F. (2007). Teoride ve Türkiye'de Parafiskal Gelirler. Ezgi Kitabevi.

Egeli, H. (2008). Parafiskalite ve Türkiye'de Sosyal Parafiskal Kurumlar. İzmir, Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım.

Eren N. (1987) Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.

Erkol, Ü., ve Ağırbaş, İ. (2011). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64(02), 087-095.

Gaal, P., Belli, P. C., Mckee, M. ve Szocska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. Journal of Health Politics, Policy and Law, 31(2), 251-293.

Glaser, W. A. (1987). Paying The Hospital: The Organization, Dynamics, And Effects of Differing Financial Arrangements. Jossey-Bass Incorporated Pub.

Gottret, P. E., ve Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. World Bank Publications.

Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S., ve Yapraklı, Ş. (2008). Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti. Ankara: Detay Yayıncılık.

Gürsoy, C. T. (1999). Yönetim ve Maliyet Muhasebesi, Beta Yayınları, 2. Bası. İstanbul.

Güvercin, C. H. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(02).

Güzel, A., Okur, A. R., ve Caniklioğlu, N. (2010). Sosyal Güvenlik Hukuku. Beta Basım Yayın Dağıtım.

Haftacı, V. (2007). Maliyet Muhasebesi, İstanbul: Avcı Ofset.

Hayran, O., ve Sur, H. (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. İstanbul: Yüce Yayın.

Işık, A. (1997). Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Ss.9-13)

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 85(2), 86-89.

Karakaya, M. (2006). Maliyet Muhasebesi. 2bs. Ankara: Gazi Kitabevi.

Kavaklı, A. (1992). Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. İstanbul: Hilal Matbaacılık

Kavuncubaşı, Ş. (2002). Sağlık Kurumları Yönetimi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429, Açık Öğretim Fakültesi Yayın No:767.

Kavuncubaşı, Ş., ve Yıldırım, S. (2015). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi.

Koç, Ç. (2005). Health-Specific Moral Hazard Effects. Southern Economic Journal, 98-118.

Korinek, A. (2017). Regulating Capital Flows to Emerging Markets: An Externality View. Journal of International Economics.

Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. Değişim Dinamikleri Yayınları.

La Forgia, G. M., ve Couttolenc, B. (2008). Hospital Performance in Brazil: The Search for Excellence. World Bank Publications.

Langenbrunner, J. C., ve Wiley, M. M. (2002). Hospital Payment Mechanisms: Theory and Practice in Transition Countries. Hospitals in a Changing Europe, 150.

Lee, K., ve Goodman, H. (2002). Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform since The 1980s. Health Policy In A Globalising World, 2, 2002.

Markle, W. H., ve Fisher, M. A. (2007). Understanding Global Health. Mcgraw Hill Professional.

Maynard, A., ve Dixon, A. (2002). Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. Funding Health Care: Options for Europe, 109-127.

Mccane, Don; Health Care Systems-Four Basic Models; Physicians For A National Health Program (Pnhp); 06.04.2010 Tarihli Basın Bülteni; Chicago

Merson, M., Black, R. E., ve Mills, A. (Eds.). (2006). International Public Health: Diseases, Programs, Systems and Policies. Jones & Bartlett Learning.

Mohammad Taşkiran, G., (2007).Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Mollahaliloğlu, S.(2005). Türkiye’de Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Hane Halkının Cebinden Yaptığı Sağlık Harcamaları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Programı, Doktora Tezi, Ankara.

Mossialos, E., ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. Funding Health Care: Options for Europe, 1, 30.

Murthy, C. S. R. (2004). Ad Hoc Wireless Networkd: Architectures and Protocols. Pearson Education India.

Mutlu A. ve Işık A.K., (2012). Sağlık Ekonomisine Giriş, Ekin Kitapevi, Bursa.

Nasuhi, B., ve Ercan, Y. (1994). Maliyet Muhasebesi İlkeler ve Uygulama. Der Yayınları, İstanbul.

Newby, D., ve Hill, S. (2003). Use of Pharmacoeconomics in Prescribing Research. Part 2: Cost-Minimization Analysis–When are Two Therapies Equal?. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 28(2), 145-150.

Normand, C. (1991). Economics, Health and Economics of Health. Bmj, 1572-1577.

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

OECD (2011). Better Policies for Better Lives. Health: Spending Continues to Outpace Economic Growth in Most Oecd Countries.

Oral, S. ve Yüksel, H. Hizmet İşlemler Yönetimi, Kanyılmaz Matbaası, İzmir, 2006

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1(3).

Ortaç, F. R. (2004). Global Kamu Malları ve Finansmanı. Gazi Kitabevi.

Öksüz, E. ve Malhan, S.,(2005) “Bir Sağlık Gösterge Aracı Olarak Kaliteye Ayarlanmış Yaşam (Qalys) Yılları Tekniği”, Sendrom Dergisi, Sayı:18, Ss: 58-65.

Örgev, C. (2004). Sakarya İli Kamu Hastahanelerinde Yöneticilerin Değişen Hasta Talepleri Karşısındaki Tutumları Üzerine Bir Araştırma. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (Eü Journal Of Health Sciences), 13(3), 30-38.

Özdemir, O., Ocaktan, E., ve Akdur, R. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 4, 2003 207-216 Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi.

Özer, Ö., ve Erkilet, M. (2012). Talep Analizi ve Talep Öngörüsü: Bir Özel Hastanede Uygulama. Dokuz Eylül University Journal of Graduate School of Social Sciences, 14(3).

Özkan, O., Kutlu, G., Aydın, C., Aydemir, I., Ve Ağırbaş, I. (2014). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama. Bildiri]. N. Sarp ve Ç. Yiğit (Ed.), 8, 830-841.

Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Öztek, Z. (2001). Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. Yeni Türkiye Dergisi, 39(7), 204-205.

Pan Korur, A. (2010). Adana İl Merkezinde Yaşayan Farklı Sosyokültürel Grupların Sağlık Hizmetlerini Kullanma Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana.

Phelps, C. E., (1992). Health Economics. New York: Harper Collins Publishers.

Phillips, P. (2002). The Rising Cost of Health Care: Can Demand be Reduced Through More Effective Health Promotion? Journal Of Evaluation in Clinical Practice, 8(4), 415-419.

Ramesh, R. (2011). Comparing Usa And Uk On Efficiency And Effectiveness. Nhs Among Developed World's Most Efficient Health Systems, Says Study. The Guardian. (https://www.theguardian.com/society/2011/aug/07/nhs-among-most-efficient-health-services#history-link-box) Erişim Tarihi: 25.03.2018

Sağlık Bakanlığı, Resmi Sağlık Kurumları Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Uygulama İlkeleri, (2005), (Erişim Tarihi: 01.04.2018) <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/2005ek/but/ek9a.html>

Saltık, A., "Sağlık Ekonomisi", C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25(4), Özel Eki, 2003, 22-24.

Saltman, R. B. (2004). Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability. Series Editors' Introduction, 3.

Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektöründe Hizmet Talebi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(3).

- Savcı, M. Maliyet Muhasebesine Giriş, 2. Baskı, Rize, Akademi Yayınevi, 2000
- Sayım, F. (2011). Sağlık Piyasası Ve Etik. Bursa: Mkm Yayınları.
- Schieber, G. (2005). Sustainable Health Sector Financing. In High Level Forum on The Health Mdgs in Asia-Pacific, Tokyo, Japan.
- Schulte, M. F. (2012). Healthcare Delivery in the Usa: An Introduction. Crc Press.
- Seçim, H., (2012). Management Education Research Informatics For Health. Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması Ve İşlevleri.
- Seligman, Edwin Robert A. (1914). The Income Tax: A Study Of The History, Theory, and Practice of Income Taxation at Home and Abroad. The Lawbook Exchange, Ltd.
- Sevilengül, O. (2009). Genel Muhasebe. 15.Baskı, Ankara:Gazi Kitabevi.
- Shmanske, S. (1996). Information Asymmetries in Health Services: The Market Can Cope. The Independent Review, 1(2), 191-200.
- Smith, V. H. (1988). Health Care Policy and The Economics of Technological Change in Health Care Industry. Ieee Technology and Societymagazine. June: 6-8.
- Sözen, C., ve Özdevecioğlu, M. (2002). Sağlık Hizmetlerinde Ve İşletmelerinde Yönetim. Nobel.
- Stiglitz, J. E. (1994). Kamu Kesimi Ekonomisi (Çev. Ömer Faruk Batırel)(2. Baskı). İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayın, (549).
- Stiglitz, J. E., ve Brown, E. P. (2000). Economics of The Public Sector.
- Şimşek, S. ve Karakaş, A. (2006). Asimetrik Bilgi- İktidar Ve Kurumsal Düzenleme Üzerine. Tuhis İş Hukuku Ve İktisat Dergisi, 21-27.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşhis İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, (2014). Erişim Tarihi: 30.03.2018, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3292,Rehber-Tig-16122015son-1kpdf.Pdf?0>
- Tatar, M. (2013). Sağlık Ekonomisi. Hastane Yönetimi İçinde (337-354). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Tatarlı, N.(2007).Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatminini Etkileyen Unsurlar Ve Sağlık Sektöründe Bir Uygulama. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.

Tekin, A., ve Vural, İ. Y. (2004). Global Kamusal Malların Finansman Aracı Olarak Global Vergi Önerileri. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (12), 323-337.

Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2012). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık.

Thomas E. Getzen. (1997). Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds. John Wiley and Sons.

Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(2), 125-152.

Çoban, H. (2009). Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması (Doctoral Dissertation, Deü Sosyal Bilimleri Enstitüsü)

Top, M. (2006). Sağlık Sektörü Projelerinin Ekonomik Analizi: Maliyet-Etkililik Analizi. Amme İdaresi Dergisi, 39(1), 101-126.

Tutar, F., ve Kılınç, N. (2015). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli Ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(1), 31-54.

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

Ünal, E. (2013). Sağlık Ekonomisi Ve Yönetimi. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım

Varian, H. (2004). System Reliability and Free Riding. In Economics of Information Security (Pp. 1-15). Springer, Boston, Ma.

Vujicic, M., Zurn, P., Diallo, K., Adams, O., ve Dal Poz, M. R. (2004). The Role of Wages in the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries. Human Resources for Health, 2(1), 3.

Wallace, L. S. (2013). A View of Health Care Around The World. The Annals of Family Medicine, 11(1), 84-84.

Wessels, W.J. (2006). Economics. New York: Barron's Business Review Series.

Wolf, C. (1998). Piyasa Ve Devlet. (Çev., Sedef Akgüngör Ve Ali Rıza Karacan), Ege Üniversitesi İİBF Yayınları, (1).

World Bank (1999). Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. Third Printing. Washington D.C.: The World Bank.

World Health Organization(1978). Primary Health Care. Geneva: Who Publication.

World Health Organization (1993), Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services, a Report of a Who Study Group, World Health Organization: Geneva.

World Health Organization. (1963). Terminology Of Malaria And Of Malaria Eradication: Report of a Drafting Committee.

World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.

World Health Organization. (2010). Basic Documents. World Health Organization.

Yalçın, T. ve Yıldırım, H.H. (2001). Sağlık Hizmetleri Finansmanı. Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, (40):2.

Yaşar, G. Y. (2007). Sağlıkın Finansmanı Ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yaylalı, M., Kaynak, S., ve Karaca, Z. (2012). Sağlık Hizmetleri Talebi: Erzurum İlinde Bir Araştırma/Health Services Demand: A Study In Erzurum. Ege Akademik Bakis, 12(4), 563.

Yıldırım, A., ve Bakır, M. Ş. (2014). Sağlık Kurumlarında Üretim Ve Süreç Yönetimi Üzerine Bir Değerlendirme: Malatya Turgut Özal Tıp Merkezi Örneği.

Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış Ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi. Amme İdaresi Dergisi, 44(2), 71-98.

Yıldız, F., Çoban, S., Terzi, A., Kaya, M., Soyalp, M., ve Uzunköy, A. (2009). Laparoskopik apendektomi ve açık apendektomi olgularımızın karşılaştırılması. Tıp Araştırmaları Dergisi, 7(2), 95-100.

Yiğit, V., ve Erdem, R. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19(2).

Yurdakul, N. B., Coşkun, G., ve Öksüz, B. (2007). Hastanelerde Halkla İlişkiler: İzmir İli Özel Hastaneler Örneklerinde Halkla İlişkiler Birimlerinin Yapı-İşlev Ve Uygulamalarına Yönelik Bir Araştırma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi, 2(1), 31-46.

Yüce Ayalan,Ş.(2011).Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi Ve Müşteri(Hasta) Memnuniyeti (Tokat Devlet Hastanesinde Bir Araştırma). Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.

Yükçü, S., (2011). Yönetim Açısından Maliyet Muhasebesi, Altın Nokta Yayınları, 7.Basım, İzmir.

Zerenler, M., ve Öğüt, A. (2007). Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesive Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (18), 501-519.



ETİK KURUL KARARI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe Ü	İngilizce	Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe Ü	İngilizce	Diğer
Karar No: 241		Tarih: 25/04/2018				
Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.						
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI		Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK				

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Toplantıda Bulunma

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

SAĞLIK KURUMLARINDA GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ PAKET
FİYAT UYGULAMASI KAPSAMINDAKİ AMELİYAT
MALİYETLERİNİN SUT FİYATLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

ORIJINALLIK RAPORU

% **11** BENZERLİK ENDEKSİ % **9** İNT ERNET KAYNAKLARI

% **3** YAYINLAR % **6** ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

acikerisim.deu.edu.tr

%2

İnt ernet Kaynağı

www.diader.org.tr

%1

İnt ernet Kaynağı

Submitted to Beykent Universitesi

%1

Öğrenci Ödevi

Submitted to Atilim University

%1

Öğrenci Ödevi

moodle.baskent.edu.tr

%1

İnt ernet Kaynağı

lib.baskent.edu.tr

%1

İnt ernet Kaynağı

Submitted to TechKnowledge Turkey

<%1

Öğrenci Ödevi

Submitted to Canakkale Onsekiz Mart
University

<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yaşar	Soyadı	GÖKALP
Doğ.Yeri	BARTIN	Doğ.Tar.	25.04.1994
Uyruğu	Türk	TC Kim No	32504419996
Email	yasar.gklp74@gmail.com	Tel	541 551 9594

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi	
Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	2016
Lise	Bartın Davut Fıncıoğlu Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	2-Devam Ediyor
2.			-
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	YDS (60)	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	77,84	79,38	72,13
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office Programları (Word, Excel, Powerpoint)	İyi
SPSS	Orta

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Demir Uslu, Y., Aydın, G., Kedikli, E., Gökalp, Y. (2017). Kamu Hastanelerinin Paydaş Odaklılık Düzeyleri Üzerine Uygulamalı Bir Çalışma, 1. Uluslararası 11. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 13-15 Ekim, Trabzon-TÜRKİYE

Tosun N., Tosun M. ve Gökalp Y. (2017) - İkinci Basamak Sağlık Kurumuna Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanım Durumlarının Belirlemesi, 4. Ulusal Ve Uluslararası Katılımlı Evde Sağlık Ve Bakım Kongresi, 23.11.2017-25.11.2017, İstanbul-TÜRKİYE

Projeler

Yaygınlaşma Dönemindeki Şehir Hastanelerinin Sağlık Yönetimi Açısından İyi Uygulama Örnekleri", Araştırmacı, 2017-19.- 12 Ay. Bütçe: ₺19.910

Ödüller

Teşekkür Belgesi, Türkiye Beyazay Derneği, 15.05.2016.

Teşekkür Belgesi, Türkiye Beyazay Derneği Sivas Şubesi, 15.05.2016

