

**T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANA BİLİM DALI**

**SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA YENİ BİR
UYGULAMA ALANI OLARAK MEDİKAL MUHASEBE
ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Yüksek Lisans Tezi

**Hazırlayan
Şeymanur TERCAN**

**Danışman
Doç. Dr. Ersin KORKMAZ**

HAZİRAN 2023, ERZİNCAN

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

“Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Bir Uygulama Alanı Olarak Medikal Muhasebe Üzerine Bir Araştırma” “**Yüksek Lisans**” tezim tarafımda incelenmiştir. Buna göre tezimde bilimsel etik ihlali ve intihal olarak nitelendirilebilecek herhangi bir durum olmadığını taahhüt ederim. Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir biçimde elde edildiğini; aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi beyan ederim.

Şeymanur TERCAN

T.C.
ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Ana Bilim Dalı :Sağlık Yönetimi

Program Adı : Tezli Yüksek Lisans

Tez Başlığı :Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Bir Uygulama Alanı Olarak Medikal Muhasebe Üzerine Bir Araştırma

Yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının a) Giriş b) Ana bölümler ve c) Sonuç kısımlarından oluşan (Kapak, Ön Söz, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) toplam 120 sayfalık kısmına ilişkin 10/08/2023 tarihinde **Turnitin** intihal programından aşağıda belirtilen filtreleme uygulanarak alınmış olan özgünlük raporuna göre tezin benzerlik oranı %24'tür.

Filtrelemeye tırnak içerisindeki alıntılar dâhil edilmiştir. Filtrelemede yedi (7) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç tutulmuştur.

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez İntihal Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmasının herhangi bir intihal içermediğini, aksinin tespit edilmesi durumunda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim. 10/08/2023

Danışman

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

Öğrenci

Şeymanur TERCAN

KILAVUZA UYGUNLUK

“Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Bir Uygulama Alanı Olarak Medikal Muhasebe Üzerine Bir Araştırma” başlıklı Yüksek Lisans/Doktora Tezi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan

Şeymanur TERCAN

Danışman

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ



KABUL VE ONAY TUTANAĞI

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ danışmanlığında **Şeymanur TERCAN** tarafından hazırlanan “**Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Bir Uygulama Alanı Olarak Medikal Muhasebe Üzerine Bir Araştırma**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Dalı’nda **Yüksek Lisans Tezi** olarak oy birliğiyle kabul edilmiştir.

22/06/2023

JÜRİ:

Danışman : **Doç. Dr. Ersin KORKMAZ**
Üye : **Doç. Dr. Murat SERÇEMELİ**
Üye : **Doç. Dr. Mehmet GÜNER**

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulu'nun /.... /2023 tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

..... /..... /2023

Prof. Dr. Necdet TOZLU

Enstitü Müdürü

ÖN SÖZ

Yüksek lisans süreci boyunca deneyimleriyle ve motive edici yaklaşımıyla beni destekleyerek yol gösteren danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ersin KORKMAZ'a, jüri üyelerim Doç. Dr. Murat SERÇEMELİ ve Doç. Dr. Mehmet GÜNER hocalarıma katkı ve desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca her daim desteklerini hissettiğim Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bahadır TERCAN ve Dr. Öğr. Üyesi Müjdat YEŞİLDAL hocalarıma teşekkür ederim.

Çalışmamın veri toplama aşamasında büyük destek sağlayan BAU Tıp Göztepe Medicalpark Üniversite Hastanesi Genel Müdürü Sayın Serdal SERİN' e ve süreç boyunca yanımda olan kıymetli arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Yüksek lisans süreci boyunca her daim desteklerini hissettiren, bana inanan ve yaptıklarımla her zaman gurur duyan sevgili annem Hatice TERCAN' a, çok kıymetli babam Harun TERCAN' a, kız kardeşlerim Hümanur TERCAN ve Senanur TERCAN' a sonsuz teşekkür ederim.

Şeymanur TERCAN, Erzincan, 2023.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA YENİ BİR UYGULAMA ALANI OLARAK MEDİKAL MUHASEBE ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Şeymanur TERCAN

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi, Haziran 2023

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ersin KORKMAZ

ÖZET

Türkiye’de 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık alanında birçok yeni düzenlemeyi ve yeniliği beraberinde getirmiştir. Bu yeniliklerden biri de Sosyal Güvenlik Kurumu’ nın kurulmasıyla, özel hastanelerin tüm sağlık sigortalarına hizmet vermeye başlamasıdır. Özel hastanelerin vermiş olduğu bu hizmet sonucunda yeni bir kavram olarak değerlendirilen medikal muhasebe ve medikal muhasebe uzmanlığı kavramı ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarında yeni bir kavram olarak ortaya çıkan medikal muhasebe ve medikal muhasebe uzmanlığına yönelik farkındalığın artırılarak bir durum tespitinin yapılması, bu alanda yaşanan sorunların tespit edilmesi, söz konusu kavramların muhasebe sistemi ve muhasebe eğitimi sürecindeki yerlerinin belirlenmesidir. Bu amaç doğrultusunda Türkiye’ de özel sağlık kurumlarında medikal muhasebe departmanında çalışanlara yönelik bir anket uygulanmıştır. Elde edilen veriler T-testi, varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile analiz edilmiştir.

Araştırma sonucunda sağlık kurumlarında medikal muhasebeye ilişkin farkındalık düzeyinin orta seviyelerde olduğu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte bu alanda olumlu gelişmelerin yaşandığı tespit edilmiştir. Medikal muhasebe ile ilgili mevzuatsal sorunların, bilgi ve iletişim teknolojisi alanındaki eksikliklerin ve nitelikli personel eksikliğinin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğu belirlenmiştir. Ayrıca medikal muhasebenin ayrı bir muhasebe dalı olarak değerlendirilmesi ve bununla birlikte ön lisans düzeyinde ayrı bir ders olarak okutulması gerektiği ifade edilmiştir.

Son olarak, katılımcıların medikal muhasebenin iyileştirilmesine, yönetim desteğine, işleyişindeki engellere ve bu alanda yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları ile çeşitli demografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İşletmeleri, Medikal Muhasebe, Medikal Muhasebe Uzmanı

MEDICAL ACCOUNTING AS A NEW FIELD OF APPLICATION IN THE PROVISION OF HEALTH SERVICES A RESEARCH ON

Şeymanur TERCAN

Erzincan Binali Yıldırım University

Graduate School of Social Sciences

Master's Thesis, June 2023

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Ersin KORKMAZ

ABSTRACT

The Health Transformation Program, which has been implemented in Turkey since 2003, has brought many new regulations and innovations in the field of health. One of these innovations is that with the establishment of the Social Security Institution, private hospitals started to serve all health insurances. As a result of this service provided by private hospitals, the concept of medical accounting and medical accounting expertise, which is considered as a new concept, has emerged. The aim of this study is to determine the situation by increasing awareness of medical accounting and medical accounting expertise, which has emerged as a new concept in health institutions, to determine the problems experienced in this field, to determine the place of these concepts in the accounting system and accounting education process. For this purpose, a questionnaire was applied to the employees working in the medical accounting department in private health institutions in Turkey. Obtained data were analyzed with T-test, analysis of variance (ANOVA), correlation analysis, explanatory and confirmatory factor analysis.

As a result of the research, it has been determined that the level of awareness about medical accounting in health institutions is at moderate levels and positive developments have been experienced in this area with the Health Transformation Program. It has been determined that the legislative problems related to medical accounting, the deficiencies in the field of information and communication technology and the lack of qualified personnel prevent the successful execution of medical accounting transactions. In addition, it was stated that medical accounting should be evaluated as a separate branch of accounting and should be taught as a separate course at associate degree level.

Finally, it has been determined that there is a significant difference between the participants' perspectives on the improvement of medical accounting, management support, obstacles in its functioning and the problems experienced in this field, and various demographic characteristics.

Keywords: Healthcare Businesses, Medical Accounting, Medical Accounting Specialist

İÇİNDEKİLER

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SUNUMUNDA YENİ BİR UYGULAMA ALANI OLARAK MEDİKAL MUHASEBE ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	i
TEZ ÖZGÜNLÜK SAYFASI.....	ii
KILAVUZA UYGUNLUK	iii
KABUL VE ONAY TUTANAĞI	iv
ÖN SÖZ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	xii
TABLolar LİSTESİ	xiv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ve SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

1.1. Sağlık Kavramı	4
1.2. Hastane Kavramı	5
1.2.1. Hastanelerin Özellikleri	6
1.2.2. Hastanelerin İşlevleri	7
1.2.3. Hastanelerde Hizmet Üretimi ve Sunumu	7
1.3. Sağlık Sistemi Kavramı	8
1.3.1. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları	10
1.3.2. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması	12

1.4. Sağlık Hizmetleri Kavramı	15
1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin Önemi ve Amacı	15
1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Unsurları.....	16
1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	18
1.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	20
1.4.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	20
1.4.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	21
1.4.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	21
1.4.4.4. Sağlık Geliştirilmesi	21
1.4.5. Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	21
1.4.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	25
1.4.6.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri	26
1.4.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	26
1.4.6.3. Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	28
1.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	30
1.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Amaç ve İlkeleri	31
1.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Bileşenleri.....	31
1.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık İle İlgili Temel Problemler	32
1.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Sağladığı Önemli Dönüşümler	34

İKİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL MUHASEBE

2.1. Muhasebe Nedir?	37
2.2. Muhasebenin Kapsamı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	38
2.3. Sağlık Kurumlarında Yönetim Muhasebesi Kavramı	39
2.4. Medula Sistemi	40

2.5. Medikal Muhasebe	41
2.5.1. Kamu Hastaneleri Açısından Medikal Muhasebe (Faturalandırma)	43
2.5.2. Özel Hastaneler Açısından Medikal Muhasebe	45
2.6. Medikal Muhasebeyi Oluşturan İş Envanterleri ve İş Süreçleri.....	46
2.6.1. Anlaşmalı Kurumlar	46
2.6.1.1. Sözleşmelerin Yapılması	46
2.6.1.2. Fiyatlandırma Yapılması	46
2.6.1.3. Hastanede (Sahada) Hizmet Verilmesi.....	47
2.6.1.4. Hakediş Hesaplanması.....	47
2.6.1.5. Fatura (Anlaşmalı Kurum Faturaları Kontrolü).....	48
2.6.1.6. Tahsilat	49
2.6.1.7. İtiraz ve İade Süreci	50
2.6.2. Doktor Hakedişi.....	51
2.6.2.1. Sözleşme Yapılması	52
2.6.2.2. Doktorun Sahada Hizmet Vermesi	52
2.6.2.3. Hakediş Hesaplanması.....	52
2.6.2.4. Doktordan Fatura Alınması	53
2.6.2.5. Ödeme.....	53
2.6.2.6. İtiraz ve Düzeltme	53
2.7.1. Özel Hastanenin Yaptığı İşlemleri SGK' ya Fatura Etmesi	53
2.7.1.1. SGK Faturalandırma Hataları	54
2.7.1.1.1. Genel Hatalar	55
2.7.1.1.2. Teknik Hatalar	55
2.8. Medikal Muhasebe Eğitimi	56

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARININ MEDİKAL MUHASEBEYE BAKIŞ AÇISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1.Literatür Taraması	60
3.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi	64
3.4.Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi	65
3.5. Araştırmanın Dayandığı Hipotezler	66
3.6. Güvenilirlik Analizi Ve Verilerin Normallik Testi	69
3.7. Araştırma Bulgularının Analizi	71
3.7. 1.Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular	71
3.7.2. Faktör Analizine İlişkin Bulgular	83
3.7.3. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular	88
3.7.4.Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi	90
SONUÇ ve ÖNERİLER	111
KAYNAKÇA.....	119
ETİK KURUL ONAYI	126
EKLER	127
ÖZ GEÇMİŞ	131

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AFA	: Açıklayıcı Faktör Analizi
DFA	: Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ES	: Emekli Sandığı
FKB	: Fatura Kontrol Birimi
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HBYS	: Hasta Bilgi Yönetim Sistemi
KDV	: Katma Değer Vergisi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
MMB	: Medikal Muhasebe Birimi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖSHS	: Özel Sağlık Hizmet Sunucuları
ÖSS	: Özel Sağlık Sigortası
ÖTB	: Ödeme Takip Birimi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHS	: Sağlık Hizmeti Sunucuları
SMM	: Serbest Meslek Makbuzu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SSGSS	: Sosyal Sigortalar Ve Genel Sağlık Sigortası
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu

SSS	: Sosyal Sağlık Sigortası
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TTB	: Türk Tabipler Birliği
ÜTS	: Ürün Takip Sistemi
VUK	: Vergi Usul Kanunu



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. 1. Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edici Özellikleri	13
Tablo 1. 2. 2002-2019 Yılları Arasında Hastane Sayıları.....	23
Tablo 1. 3. SDP’ nin Sağladığı Önemli Dönüşümler	35
Tablo 2. 1. Kamu ve Özel Hastanelerde Medikal Muhasebe Kapsamı	43
Tablo 2. 2. Medikal Muhasebe Çalışanından Kaynaklanan Ceza Sebep ve Tutarları..	56
Tablo 2. 3. Medikal Muhasebe Adı Altında Müfredatlarda Okutulan Üniversiteler..	58
Tablo 3. 1. Güvenilirlik Testi.....	70
Tablo 3. 2. Normallik Testi.....	70
Tablo 3. 3. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları	71
Tablo 3. 4. Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımları	72
Tablo 3. 5. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları	72
Tablo 3. 6. Katılımcıların Mesleki Tecrübelerine Göre Dağılımları	73
Tablo 3. 7. Katılımcıların Çalıştıkları Departmanlara Göre Dağılımları.....	73
Tablo 3. 8. Katılımcıların Çalıştıkları Birimdeki Kişi Sayısına Göre Dağılımları	74
Tablo 3. 9. Katılımcıların Medikal Muhasebe Eğitimlerine Dair Dağılımları	74
Tablo 3. 10. Katılımcıların Medikal Muhasebe Sertifikalarına Dair Dağılımları.....	75
Tablo 3. 11. Kesinti ve Cezalar İçin Alınan Aksiyon Ve Tedbirlerin Dağılımları.....	75
Tablo 3. 12. Medikal Muhasebenin Ayrı Bir Muhasebe Dalı Olarak Değerlendirilmesine İlişkin Dağılımlar	76
Tablo 3. 13. Üniversitelerde Ayrı Bir Ders Olarak Okutulmasına İlişkin Dağılımlar	76
Tablo 3. 14. Üniversitelerde Hangi Seviyede Okutulmasına İlişkin Dağılımlar	77
Tablo 3. 15. Medikal Muhasebe Uzmanlığı Kurumlardaki Farkındalık Düzeyinin Dağılımı	78
Tablo 3. 16. Sağlık İşletmelerinde Medikal Muhasebe İşlemleri İle İlgili Medikal Muhasebe Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik İfadeler.....	79

Tablo 3. 17. KMO ve Barlett's Testi Analizi	83
Tablo 3. 18. Faktör Analizi	84
Tablo 3. 19. Uyum İyiliği İndeksleri Referans Aralıkları ve Çalışma Uyum İyiliği Bulguları	88
Tablo 3. 20. Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi	89
Tablo 3. 21. Cinsiyet İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar.....	92
Tablo 3. 22. Yaş İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar	93
Tablo 3. 23. Eğitim Durumu İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar	94
Tablo 3. 24. Mesleki Tecrübe Değişkeni İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar	96
Tablo 3. 25. Çalışılan Departmandaki Konum Değişkeni İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar.....	97
Tablo 3. 26. Medikal Muhasebe Birimindeki Çalışan Sayısı Değişkeni İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar	99
Tablo 3. 27. Medikal Muhasebe İşlemleriyle İlgili Herhangi Bir Eğitim Alınıp Alınmadığı Değişkeni İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye	

Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar..... 101

Tablo 3. 28. Medikal Muhasebe Uzmanlığı Sertifikasına Sahip Olup Olmadıkları Değişkeni İle Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller Ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar 102

Tablo 3. 29. Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu 104



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. 1. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları	11
Şekil 1. 2. Sağlık Hizmetlerinin Unsurları	17
Şekil 1. 3. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	25
Şekil 1. 4. Sağlık Hizmetleri Finansman Süreci.....	26
Şekil 2. 1. Kamu Hastanelerinde Faturalama Süreci.....	44
Şekil 3. 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları.....	87



GİRİŞ

Sağlık kavramı, insan hayatının devamlılığı açısından önemli unsurlardan biridir. Ayrıca uluslararası alanda bir ülkenin gelişmişlik seviyesini gösteren en önemli belirtiler arasında da yer alan bir kavramdır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerini üretmek ve üretilen bu hizmeti topluma etkin ve verimli bir şekilde sunmak önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinden beklenen katma değerin elde edilebilmesi, bu hizmeti alan bireylerin memnuniyet seviyelerinin yüksek olabilmesi ve ülke ekonomisine katkı sunulabilmesi için sağlık hizmeti yöneticilerinin doğru kararlar almaları gerekmektedir. Sağlık işletmelerinin karmaşık yapısı, çalışan sayısının fazla olması, iş yükünün yoğunluğu ve birden çok sektörle bağlantılı olması gibi faktörler de sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin yöneticilerin alacakları kararların ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu kapsamda yöneticilerin sağlık hizmeti sunumunda alacakları kararlara dayanak oluşturan işletme bilgi sistemlerinde üretilen bilgilerin; doğru, tam zamanlı ve güvenilir olması gerekir. Bu bilgileri üreten ve yöneticilerin sık sık başvurduğu sistemlerden biri de muhasebe bilgi sistemi başlığı altında yer alan yönetim muhasebesidir. Yönetim muhasebesi sayısal bilgilere ulaşmada kolaylık sağlayan bir alan olarak değerlendirilmektedir. Bu alan sağlık hizmeti sunan işletmelerde; planlama, denetim ve modern karar alma mekanizması amacıyla uygulanması gereken bir muhasebe alt sistemidir.

Sağlık işletmelerinde de kullanılan yönetim muhasebesi ağırlıklı olarak gider kalemlerine odaklanarak tahmine dayalı ve geleceğe yönelik bilgiler sunmaktadır. Bu kapsamda yönetim muhasebesi departmanının yapmış olduğu analizlere dayanak oluşturan her türlü bilgi ve belgenin doğru olması önem taşımaktadır. Özellikle bir hastanın herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurusundan taburcu olması sürecine kadar ortaya çıkan gider kalemlerine ilişkin faturalandırma sürecinin doğru bir şekilde yapılarak takip edilmesi gerekir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) faturalandırma hatalarını ve sağlık hizmeti sahtekârlığını, “en büyük azaltılmamış sağlık hizmeti maliyeti” olarak ifade etmektedir. Bu durum sağlık kuruluşlarında faturalandırma sürecinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Dolayısıyla gerek kamu gerekse özel sağlık kurumlarının etkin ve verimli bir muhasebe sistemine sahip olmaları faturalandırma sürecinde ortaya çıkabilecek hata veya hilelerin en az seviyeye düşürülmesini sağlayacaktır.

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde ve özellikle muhasebesel konularda ortaya çıkabilecek her türlü sorunların önüne geçebilmek için bu alanda ihtiyaçlar doğrultusunda yetkililer tarafından gerekli yasal düzenlemelerin veya uygulamaların yapılması gerekir. Bu kapsamda Türkiye’ de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hayata geçirilmiştir. Bu programla birlikte sağlık hizmetlerinin sunumunda değişiklikler ve düzenlemeler yapılmıştır. Bu yeniliklerden birisi de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nun kurulması ve özel sağlık kurumlarının bütün sağlık sigortalarına hizmet vermeye başlamasıdır. Sunulan bu hizmetin karşılığının SGK aracılığı ile devletten talep edilmesi ortaya yeni kavramların çıkmasını sağlamıştır. Bu kavramlardan birisi de medikal muhasebedir. Medikal muhasebe, sağlık hizmetlerinin amaçları doğrultusunda devamlılığının sağlanabilmesi, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) çerçevesinde ortaya çıkan maliyetlerin SGK’ ya fiyatlandırılması, faturaların takibi ve tahsilinin sistematik olarak takip edilmesini sağlayan, bunların yanında hastanın sağlık kurutuluşuna başvurusundan taburcu işlemlerine kadar eksiksiz ve zamanında hizmet verilebilmesi amacıyla sağlık kurumlarında uygulama alanı bulan bir yönetim muhasebesi uygulaması olarak değerlendirilmektedir.

Yukarıda anlatılanlar ışığında bu çalışma ile medikal muhasebeye yönelik farkındalığın artırılması, bu alanda yaşanan sorunların tespit edilmesi, medikal muhasebenin muhasebe sistemindeki yerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.. Ana tema olarak medikal muhasebenin ele alındığı bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümünde sağlık ve sağlıkla ilgili genel kavramlara, sağlık sisteminin fonksiyonlarına, unsurlarına, amaçlarına ve sınıflandırılmasına, sağlık hizmetleri ve sınıflandırılma şekillerinin neler olduğuna, sağlık hizmeti ve sağlık hizmetinin amaçlarına, önemine ve unsurlarına, Türkiye’ deki sağlık hizmetlerinin gelişimine, sağlık hizmetlerinin finansmanına, SDP ve sonrasında yapılan yeniliklere yer verilmiştir.

İkinci bölümde; medikal muhasebenin kavramsal çerçevesine, özel hastanelerde medikal muhasebe kavramına, medula sistemine, medikal muhasebe uzmanının kim olduğuna ve ne iş yaptığına, kamu ve özel hastanelerde medikal muhasebenin tanım ve kapsamına, medikal muhasebeyi oluşturan iş envanterleri ve iş süreçlerine, medikal muhasebe uygulamalarına ilişkin muhasebe kayıt örneklerinin belirlenmesine, SGK fatura hatalarına, medikal muhasebe uzmanlık eğitimi ve önemine, medikal muhasebeye

Araştırmanın uygulama kısmı olan üçüncü bölümünde ise Türkiye’ de medikal muhasebe alanında görev yapan kişilere uygulanmış olan anket çalışması bulunmaktadır. Bu bölümde sırasıyla konuyla ilgili literatür taraması, çalışmanın amacı, önemi, kapsam ve yöntemi, verilerin güvenilirlik analizi ve normallik testi ile diğer analiz sonuçlarının değerlendirilmesine yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK ve SAĞLIKLA İLGİLİ GENEL KAVRAMLAR

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramı, insanoğlunun var oluşundan bu yana önemini koruyan, sürekli değişim ve gelişim halinde olan bir kavramdır. Bununla birlikte sağlık alanında yaşanan gelişmelerin özellikle 1950 ve 1960'lı yıllardan sonra daha hızlı bir gelişme gösterdiği görülmektedir (SRI, 2010, s. 3). Bireylilerin sağlık alanında meydana gelen biyolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörlerdeki gelişme ve iyileşmeler sonucunda sağlığa karşı bakış açılarının değişmesi, tıbbi alanda mevcut ve geçerli olan modellerde değişimlerin olması meydana gelen bu gelişmelerin nedenleri arasında gösterilebilir (Yorulmaz & Erdem, 2021, s. 58).

Sağlık, yapısı gereği dinamik ve gelişen bir kavram olduğundan dolayı geçmişten günümüze kadar bu kavramla ilgili çeşitli tanımların yapıldığı görülmektedir (Mete, 2012, s. 65). Bununla birlikte tarihsel süreçte bakıldığında 1990'lı yıllardan bu yana farklı bilim dalları ve sağlıkla ilgilenen uzmanların da birbirlerinden farklı görüşleri dikkate alınmış ve bu dikkate alınan görüşlerden yola çıkılarak sağlık kavramını tanımlama yoluna girdikleri görülmüştür (Yorulmaz & Erdem, 2021, ss. 58-59; Adak, 2015, s. 7). Bu noktada yapılmış olan tanımlar incelendiğinde literatürde en yaygın olarak yapılan tanımın DSÖ tarafından yapıldığı söylenebilir. Bu tanıma göre; “sağlık, yalnız hastalık ve sakatlık hali değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” (Yorulmaz & Erdem, 2021, s. 59; Fişek, 1983, s. 1). Türk Dil Kurumu (TDK)'nın yapmış olduğu tanımda ise sağlığın, “bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olduğu ifade edilmiştir(<https://sozluk.gov.tr>). Son olarak Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun'un 2. Maddesinde yer alan tanımda sağlığın: “Sadece hastalık ve sakatlık durumlarının yok olması demek değil, insanın

fiziki ve ruhsal olarak iyi olmasıdır” şeklinde ifade edildiği görülmektedir. DSÖ’nün, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun’un 2. Maddesinin ve TDK’nın yapmış olduğu sağlık tanımlarından yola çıkılarak bireylerin sağlıklı olabilmesi için yalnızca fiziksel anlamda değil, sosyal anlamda ve ruhsal olarak da kendilerini iyi hissetmesi ve çevrede meydana gelmekte olan tüm değişimlere uyum sağlayabilmesi gerektiği söylenilebilir (Yorulmaz & Erdem, 2021, s. 59).

1.2. Hastane Kavramı

Hastaneler; hastaların veya yaralıların, hasta olma durumundan şüphe duyanların ve mevcut sağlıklarının durumunu kontrol ettirmek isteyen kişilerin yatarak ya da ayakta müşahede edildiği, muayene olup hastalıklarına teşhislerin koyulduğu daha sonrasında tedavi edilip rehabilite imkânının sağlandığı ve aynı zamanda doğum yapma imkânlarının bulunduğu kurum ve kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (YTKİY, Madde 4). DSÖ ise hastaneleri şu şekilde tanımlamıştır: “Hastaneler müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır” (SB, 2007, s. 193).

Hastaneler için yapılmış olan yukarıdaki tanımlar hastanenin işlevsel tanımları olarak değerlendirilmektedir. Yani sadece hastanedeki tanı koyma, tedavi etme ve hastaların bakımlarına yönelik işlevlerini ele almıştır. Oysaki hastaneler sistem yaklaşımı çerçevesinde de ele alınıp tanımlanabilecek bir düzeye sahiptir. Buradan hareketle hastaneler, dinamik yapıda, değişkenlik gösteren bir çevre içerisinde almış oldukları girdileri(malzeme, insan gücü, fiziksel ve parasal kaynaklar) dönüştürme sürecinden geçirerek daha sonra çıktıların(hastaların veya yaralıların tedavi edilmeleri, çalışan personellerin hizmet içi eğitimleri, öğrencilerin klinikte alacakları eğitimleri, araştırma ve geliştirme faaliyetleri içinde bulunduğu toplumun sağlık seviyelerinin maximum düzeye çıkarılması) önemli bir bölümünü tekrar bulunduğu çevreye vermekte olan geri bildirim mekanizmalarına sahip olan sistemlerdir (Akbolat, 2009, s. 18; Seçim, 1991, s. 6).

1.2.1. Hastanelerin Özellikleri

Shotell ve Kaluzny'nin değerlendirmelerine göre sağlık kurumlarının sahip olduğu bazı ayırt edici özellikler vardır. Bu zellikler aşağıda ifade edilmiştir (Akbolat, 2009, s. 22; Kavuncubaşı, 2000, s. 52):

- Sağlık kurumlarının vermiş olduğu hizmet çıktılarının tanımlanma ve ölçüm zorluğuna sahip olması.
- Sağlık kurumlarında yapılmakta olan işlerin gereğinden fazla karmaşık ve değişken olması.
- Sağlık kurumlarında yapılan faaliyetlerin ne yazık ki büyük bir çoğunluğunun acil olası ve bu durumların ertelenemez özelliğe sahip olması.
- Hastanelerde faaliyette olan işlemlerin hata kabul etmemesi ve belirsiz durumlardan dolayı kaynaklanan durumlara karşı tolerans gösterilememesi.
- Sağlık kurumlarındaki uzmanlaşma seviyesinin fazla yüksek olması.

Hastanelere başvuru yapan her bir hastaya farklı türlerde teşhisler konulmakta ve bu teşhisler doğrultusunda da tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Bundan dolayı temel amaçları hastalara tedavi hizmetleri üretmek olan bu hastaneler verdikleri hizmetlerin tamamını öncesinden belirleme ve değerlendirme imkânına sahip olamamaktırlar. Yani hastaneler kendilerine olan talepleri önceden belirleyemez ve sınırlandıramazlar. Sözü edilen bu durum hastanelerin bazı özelliklerinden dolayı ortaya çıkmaktadır. Bunlar (Akbolat, 2009, s. 23; Kurtulmuş, 1998, ss. 236-237):

- Her an, her türlü hizmet sunumuna hazır bulunmak zorunda olmaları, diğer işletmelerde bulunmayan bir özelliktir ve sahip olduğu kapasitenin üzerinde istihdamı zorunlu kılmaktadır, zarar eden bazı ünitelerin bu nedenden dolayı kapatılması gibi bir durumun söz konusu da olmamaktadır.
- Hastaneler kendilerinden talep edilen talep edilen değişikliklere kısa bir süre içerisinde ayak uyduramamaktadırlar ve buna da bağlı olarak kapasitelerini azaltmak ya da arttırmak yoluna gidememektedirler.
- Sağlık hizmetlerinin üretimi stoklanamayan türde bir üretim şeklidir. retildiği andan hemen sonra tüketilmesi zorunludur.
- Her hastanın kendine has kişisel hastalık özellikleri vardır ve bundan dolayı her birine farklı tedavi ve teşhis özellikleri sunulmaktadır. Doğal olarak sunulacak

olan hizmetlerden yararlanmaları da farklılaşacaktır. Bu nedenle hizmetin tanımlanması zorlaşmaktadır ve sağlık işletmeleri için standart çıktı birimi bulmak güçleşmektedir.

1.2.2. Hastanelerin İşlevleri

Hastaneler sağlık sisteminin, hizmet üretim kapasitesi açısından ve sağlık harcamaları bakımından en önemli alt sistemi konumundadır. Hastaneler teşhis, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarıyla birlikte, sağlık hizmeti verecek olan personellerin eğitimiyle, araştırma yapmakla ve toplum sağlığını korumakla sorumlu olan kuruluşlardır. Hastanelerin belirlemiş oldukları amaç ve misyonlarına göre genel kabul görmüş olan dört işlevi vardır. Bu işlevler (Akbolat, 2009, ss. 24-25; Seçim, 1991, ss. 9-19) :

- “Tedavi Hizmetleri işlevi
- Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri işlevi
- Eğitim işlevi ve
- Araştırma işlevi” olarak sıralanmaktadır

Tedavi hizmetleri sağlık hizmeti sunucularının en eski ve bununla birlikte en temel işlevi olarak ifade edilmektedir. Hastaneler hastalara ve yararlılara ayakta ya da yatarak tanı ve tedavi hizmetlerini sağlayan sağlık kurumları olarak ifade edilirler. Bu kurumlar hastaların ve yaralıların tedavisinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerini de sunmaktadır. Bununla birlikte alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlık açısından zararlı olan alışkanlıklarla mücadele konusunda etkin rol oynamaktadırlar. Bu yolla toplum sağlığının olumlu yönde geliştirilmesine önemli katkılar sağlamaktadırlar. Hastaneler aynı zamanda bir eğitim kurumlarıdır. Hastanelerde verilmekte olan eğitim veya hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri; hasta ve yaralıların, öğrencilerin, hastane personelinin ve sağlıkla ilgili konularda kamuoyunun eğitimi şeklinde sıralanabilir. Hastanelerin bir diğer işlevi de araştırma işlevidir. Hastaneler tıp bilimleri alanındaki araştırmaların yapılmakta olduğu merkezlerdir. Bunun yanında bu tür araştırmalara sponsorlukları da bulunmaktadır (Akbolat, 2009, s. 25).

1.2.3. Hastanelerde Hizmet Üretimi ve Sunumu

Hastaneler, içinde bulunduğu toplumların sağlığını korumak amacıyla sağlık hizmetlerini yürütmekte olan kuruluşlardır. Hastaneler yapı olarak hizmet işletmeleriyle

benzeri bir yapıya sahiplermiş gibi görülebilirler. Fakat hizmet işletmeleriyle hastaneler arasında temel olan bazı farklılıklar bulunmaktadır. Ancak hastaneler üretim yapan diğer işletmelerde olduğu gibi öncelikli amaçlarını kar elde etmek olarak ilk planda düşünmeyen kuruluşlardır. Hastanelerin edindiği amaçların başında bireylerin ve toplumların sağlığını yükseltmek gelmektedir. Hastaneler bu yönleriyle sosyal amaçlarını ön plana çıkarmaktadırlar (Okursoy, 2010, s. 84). Hastanelerin genel hizmetlerinin çok büyük bir bölümü, hasta bakım hizmetleri bölümünden oluşturmaktadır. Hastaneye başvuru yapan hastalara, özenli ve gerektiği gibi hasta bakım hizmetlerinin verilebilmesi hastanelerden beklenmekte olan en önemli hizmetlerin başında gelmektedir. Hizmet kuruluşlarında olduğu gibi sağlık kuruluşlarında da hizmetin kalitesi çoğu şeyden daha önemlidir (Gülmez, 2005, s. 208).

1.3. Sağlık Sistemi Kavramı

Günümüzde insanların yaşayışlarındaki ekonomik ve sosyal yönlerden mevcut olan şartlardan daha iyisine sahip olarak hayatlarını sürdürmek istemeleri bir hak olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinden yeteri kadar ve etkin bir şekilde yararlanmak iyi bir yaşam standardına sahip olmanın en temel ve en önemli unsurları arasında yer almaktadır. Beşeri anlamda gelişmenin artması ve aynı şekilde refahın da artırılması ülkelerde sunulan sağlık hizmetlerinin yeterli bir şekilde ve etkin olarak uygulanmasıyla mümkündür. Ayrıca bu durum büyük önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkin bir biçimde sunulabilmesi için o ülkedeki sağlık sisteminin de bunu destekleyecek nitelikte olması gerekir (Çelebi & Cura, 2013, s. 48).

Sağlık sistemlerinin sosyal sistem olma özelliği vardır. Mevcut olan sosyal sistemler içinde en yoğun ve karmaşık özellikler gösteren sistem ise sağlık sistemidir. Sağlık sistemlerinin mevcut yapıları incelendiğinde her birinin birbirinden farklı amaçları olan kurum ve bireylerin olduğu görülmektedir. Ülkeler kendilerine özgü sağlık sistemleri uygulamaya çalışmaktadırlar. Bununla birlikte uyguladıkları bu sağlık sistemlerinin kendi aralarında sınıflandırılması ve birbiriyle karşılaştırılabilir duruma gelebilmeleri için sağlık sistemlerini tanımlamakla yükümlüdürler ve bu durum devletler için büyük bir önem arz etmektedir. Bu kapsamda 2000 yılında DSÖ tarafından yayınlanan “Sağlık Sistemleri: Performansı Arttırmak” adlı raporda “Amaçı sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her bir faaliyeti içerisinde barındıran

sistem” şeklinde ele alınmış olan tanım nitelik bakımından en kapsamlı en geniş tanım olarak değerlendirilmektedir (Çelebi & Cura, 2013, s. 48). Farklı bir tanım olarak ele alınan sağlık sistemi; bir toplumun mevcut olan sağlık düzeyini geliştirmek amacıyla beşerî ve maddi kaynakların kullanılmasıdır. Bununla birlikte bu amaca yönelik olarak uygulanacak olan hizmetlerin tümüdür şeklinde ifade edilmektedir (Okursoy, 2010, s. 56).

Sağlık sistemleri insanların yaşamlarında vazgeçilmez bir öneme sahiptir. Ayrıca toplumların sağlıklı bir şekilde gelişebilmeleri için sağlık sistemleri büyük önem arz etmektedirler (Byamba, 2018, s. 4). Bir sistemin varlığını devam ettirebilmesi için bazı amaçlarının olması gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık sistemlerinin amacını “*sadece insan sağlığını geliştirmek olarak yapılan faaliyetler*” şeklinde dar bir bakış açısıyla ifade etmek var olan bu sistemin anlaşılmasında yetersiz kalabileceği düşünülmektedir. Temel amacının sağlığın olumlu yönde iyileştirmesiyle mümkün olduğu ifade edilen sağlık sistemlerin amaçları genel olarak şu şekilde ifade edilebilir (Arı, 2014, s. 11):

- Toplumların mevcut olan sağlık durumlarını her zaman daha iyiye ulaştırmak.
- Sağlıkla etkileşim içindeki eğitim, refah düzeyi ve istihdam gibi önemli faktörlerle birlikte hareket halinde olmak. Bu açıdan bakıldığında hedeflenmiş olan amaç sağlık statüsünde mevcut olan eşitsizlikleri düzeltmektir.
- Toplumda yaşayan bireylerce eşit bir oranda ulaşılabilir olmak ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda hizmet sağlamayı güvence altına almak.
- Kamu, özel ya da kar amacı gütmeyen kurumlarca bu hizmetler sunulmaktadır ve çeşitli kaynaklardan finansmanlarını sağlanmaktadır.
- Aynı zamanda, sağlık sisteminin amaçlarının eğitim, ekonomi, siyaset ve diğer sistemlerin amaçları üzerine de etkili olduğu söylenebilir.

Sağlık sistemi sosyal bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Sosyal sistemler, çevreleri ile olan sınırların çizilmesinin zorluklarından dolayı karmaşık bir yapıya sahiptirler. Sağlık sistemi de, sosyal sistemler kapsamında en karmaşık olan sistem özelliğini taşımaktadır. Bununla birlikte sistemlerin tanımının yapılabilmesi için ilk

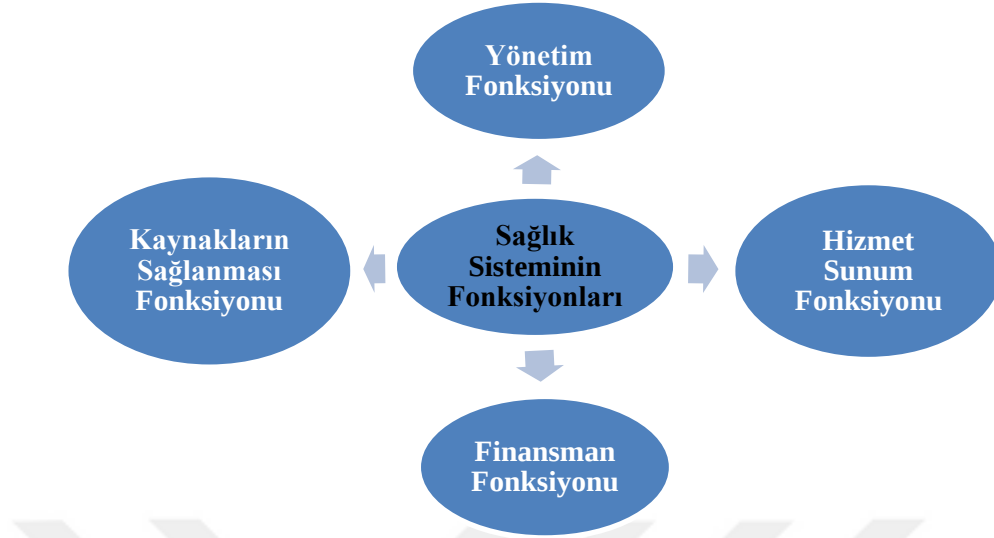
olarak sınırlarının belirlenmesi gerektiği düşünülmektedir. Sağlık sistemi açısından sınırlarının belirlenmesi ise, toplumun birçok kesimini birden etkilediği için oldukça zordur (Okursoy, 2010, ss. 55-56).

Bu nedenlerden dolayı günümüz dünyasında sağlık sistemlerinin sınırlarını çizmek tam olarak nerede başlayıp nerede bittiğini açıklamak zordur. Ancak, sağlık sistemlerinin performansları ölçülmelidir ve bunun için de sınırlarının belirlenmesi gerekir. Sağlık sistemleri belirledikleri amaçlar doğrultusunda bireylerin ve toplumun sağlığını koruyacak ve geliştirecek şekilde hizmet vermektedirler. Sağlık sisteminin sınırlarını belirlemek güç olsa da amacı sağlığı geliştirmek olan ve sağlığı koruyan tüm faaliyetler ve hizmetler sağlığın sınırları içine girmektedir. Bunun yanında temel amaçları sağlık olmayan bütün hizmetler ve bu sınırın dışında tutulmaktadır (Okursoy, 2010, s. 58).

1.3.1. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Bir ülkenin uygulamış olduğu sağlık sisteminden beklenen en temel fayda, sağlık sistemlerinin amaçlarının tam ve etkin bir biçimde yerine getirilmesidir. Bu kapsamda, sağlık sistemlerinin amaçları ile etkileşim içerisindeki ve sağlık sisteminin performans düzeyini belirleyecek fonksiyonları Şekil 1. 2'teki gibi oluşturmak mümkündür. Sağlık sisteminin fonksiyonlarının, DSÖ'nün 2000 yılında hazırladığı Dünya Sağlık Raporu kapsamında bir sağlık sisteminin dört ana fonksiyonu olduğu belirtilmiştir. Bunlar; yönetim, hizmetlerin sunulması, finansman ve kaynak sağlama olarak belirlenmiştir (Karagan, 2008, s.32). Ayrıca her sağlık sistemi mevcut olan bu fonksiyonları kolaylaştıracak kurumların ve kuruluşların tasarlanmasıyla, uygulanmasıyla, değerlendirilmesi ve yeniden düzenlenmesiyle sorumludur. Ayrıca bu alanlardaki kilit sorunlarla da ilgilenmektedir (Murray & Frenk, 2000,s. 723). Sağlık sisteminin fonksiyonları aşağıda Şekil 1. 1'de gösterilmiş daha sonra bu fonksiyonlar açıklanmaya çalışılmıştır.

Şekil 1. 1. Sağlık Sisteminin Fonksiyonları



Kaynak: (Karagan, 2008, s. 32)

DSÖ tarafından yapılan sınıflandırma kapsamında sağlık sisteminin fonksiyonlarından ilki yönetim fonksiyonudur. Yönetim kavramı, ek bir merkezi görev politikası oluşturulabilmesi amacıyla bu göreve uygun verilerin üretilmesi şeklinde tanımlanabilir. Yönetim fonksiyonunun temel noktası kamu ya da özel sektörün herhangi bir hedef belirlemesi ve belirlenen bu hedeflere sosyal açıdan ulaşılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin yönetimine ülkelerin politik ideolojileri, tarihleri, kültürel ve sosyal değerleri, coğrafyası etkili olmaktadır. Yönetimsel düzenlemeler, karar verme ve liderlik gibi süreçler sağlık sistemlerinin yönetim alanını kapsamaktadır (Karagan, 2008, s. 34).

Diğer bir fonksiyon ise sağlık hizmetlerinin sunumudur. Sağlık hizmetlerinin sunum fonksiyonu hastalıkların teşhisini, tedavisini ve hastaların rehabilitasyonunu sağlamak amacıyla sunulmakta olan hizmetlerdir. Bununla beraber hastalıkların önlenmesi ve toplumun mevcut olan sağlık statüsünün yükseltilmesi amacı ile yürütülen faaliyetleri kapsayan bir süreçtir. Kaynakların varlığı, sağlık sisteminin oluşturulması açısından en önemli bileşendir. Kaynaklar sağlık hizmetlerinin sunulması için gerekli olan bileşenlerin bir araya getirilmesiyle yönetilmektedir (Byamba, 2018, s. 6).

Kaynaklar, sağlık hizmetlerini sunacak olan doktorlar, hemşireler, eczacılar ve sunulacak olan bu hizmetleri yönetecek yönetim birimleri gibi insan kaynaklarından oluşmaktadır. Hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılmakta olan ilaç, teçhizat,

malzeme gibi mallar, sađlđđn geliştirilmesi ve hastalıkların önleminde kullanılan bilgi sağlık sisteminin kaynakları arasında bulunmaktadır (Karagan, 2008, s. 31).

Sağlık hizmetlerinin kullanımı sonucunda meydana gelen maliyetleri karşılamak amacıyla gerekli kaynakları elde etmek, sağlık hizmetlerinin finansmanını olarak ifade edilmektedir. Sağlık finansmanın asıl amacı, kişilerde sağlık sorunlarının ortaya çıkması veya toplumda beklenmedik zamanlarda meydana gelen sağlık sorunlarında topluma sağlık hizmetleri bakımından destekte bulunmaktır (Byamba, 2018, s. 7).

1.3.2. Sağlık Sisteminin Sınıflandırılması

Günümüzde ölkelerin, toplumları hastalıklardan korumak, tedavi süreçlerinde imkânlar sağlamak ve hastalık sonucunda oluşan engelleri rehabilite etmek amacıyla birçok sağlık sistemleri geliştirdiği görölmektedir. Mevcut olan bu sistemlerin temel bileşenlerini sağlık hizmetleri, yönetim, organizasyon, finansman ve sunum bileşeni oluşturmaktadır (Daştan & Çetinkaya, 2015, ss. 105-106). Sağlık sistemi diğer sistemler gibi dinamik bir yapıya sahiptir. Bundan dolayı sağlık sistemi; ölkelerin teknolojik, sosyal, ekonomik ve çevresel faktörleri gibi dış faktörlerden etkilenmekte ve sürekli olarak değişime maruz kaldığı söylenebilir. Günümüzde ölkelerin her birinin sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin öne çıkan bazı sistem modellerinin olduğu görölmektedir. Bu modeller arasında “Milton I. Roemar’in Sağlık Sistemleri Sınıflandırma Modeli”, sağlık sistemlerinin sınıflandırılması kapsamında literatürde kabul görmüş ve yaygın olarak kullanılmakta olan bir modeldir (Sungur, 2021, s. 2184). Roemer “National Health Systems of the World” isimli çalışmasında sağlık sistemlerini dört başlık altında toplamıştır. Bu çalışmaya göre sağlık sistemini aşağıdaki gibi sınıflandırmıştır (Sungur, 2021, s. 2186; Atabey, 2012, s. 43):

- “Serbest ve girişimci sağlık sistemleri,
- Refah yönelimli sağlık sistemleri,
- Genel/ kapsayıcı sağlık sistemleri ve
- Sosyalist/ merkezden sağlık sistemleri” .

Bu sıralama devletin müdahalesinin az olduğu yönden çok olduğu yöne doğru yapılmıştır (Koçak, 2014, s. 13). Ölkelerin mevcut olan bu dört sağlık sistemi tiplerinden sadece birine sahip özelliklere sahip olabilecekleri gibi birden fazla sağlık tipinin özelliklerine de sahip olabilecekleri ifade edilebilir (Sungur, 2021, s. 2184).

Geliştirilen bu sınıflandırmadaki sağlık sistemi tiplerinin her birinin özellikleri Tablo 1.1’de sunulmuştur.

Tablo 1. 1. Sağlık Sistemi Tipleri ve Ayırt Edici Özellikleri

Özel Teşebbüs/Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı/Bütüncü/ Tekcil Hizmet Tipi	Sosyalist/Merkezi Planlama Tipi
1. Kişisel olan, doğrudan ödeme şeklinde veya isteğe bağlı olan sigortalarla hastalık ve sağlık hizmetinin talepleri karşılanmaktadır.	1. Refah Yönelimli sağlık sistemi tipinde Bütün bireylere yönelik olan zorunlu, kişisel prim ödemeye yönelik sağlık sigortası mevcuttur. Bu sağlık sistemi tipinde asıl unsur hastalıktır. Bazen de asıl unsur olarak kabul edilen kavram sağlık olarak ifade edilmektedir.	1. Kapsayıcı hizmet tipi, bütün bireylere yönelik olan tam anlamıyla kapsamlı bir yapıya sahi olan, zorunlu bir sağlık sigortasına sahiptir. Asıl unsuru, Ücretsiz kamu sağlık arzı ve talebidir	1. Sosyalist Planlama Tipi Tüm bireylere yönelik zorunlu bir yapıda olan sağlık sistemi tipidir. Toplumun ortak sağlık güvencesiyle birlikte sağlık hizmeti talebini karşılamaktadır. Bu sağlık sistemi tipinde sağlık hizmetinin arzı ise ücretsizdir
2. Kamu sektörü sağlık hizmetleri kapsamında arz ve talebi birlikte karşılasa bile serbest Pazar tipinde asıl unsur olarak kabul görmemektedir.	2. Sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsur kamu sektörüdür. Bu sektör sağlık hizmetlerinin arzı konusunda daha az yer almaktadır.	2. Kapsayıcı hizmet tipi kapsamında kamu sektörü sağlık hizmetlerinde arz ve talebin asıl unsuru olarak kabul edilmektedir.	2. Bu sağlık sistemi tipinde sağlık hizmetlerinin arz ve talebi konusundaki asıl unsur kamu sektörüdür
3. Özel sektör, serbest pazar tipinde sağlık hizmetlerinin arz ve taleplerinin karşılanmasında asıl unsur olarak kabul görmektedir.	3. Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzı konusunda bu hizmet tipi yer alabilir, talebinde ise ek imkânlar sunabilir.	3. Özel sektör de sağlık hizmetleri arzında yer alabilme imkânına sahiptirler. Ayrıca bunun yanında sağlık hizmetinin talebinde de ek imkânlar sunarlar	3. Sağlık hizmetinin arz ve talebinde özel sektör yer almaz ya da çok az yer alır.

Kaynak: (Sargutan, 2006, s. 53)

Aşağıda sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin öne çıkan diğer sağlık sistemi modellerine yer verilmiştir.

Hollings Worth vd'nin Sağlık Sistemlerini Sınıflandırması: Bir diğer sağlık sistemi sınıflandırmasıysa 1990 yılında Hollings Worth ve diğerleri tarafından geliştirilen sistemdir. Bu sağlık sistemi modelinde ülkelerin sağlık sisteminin sınıflandırılmasında finansman yöntemlerinin ve diğer kaynakların üretilmesi konusunda devlet müdahalesinin düzeyine daha çok odaklanıldığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde planlanma, sunum, finansman ve geri ödemesi konularında, ülkelerin sağlık sisteminin sınıflandırılmasında temel olarak ele aldığı iki gösterge kullanılmaktadır. Hollings Worth vd'nin sağlık sistemlerindeki bu göstergeler kamu hâkimiyetinin derecesi ve yönetim odağı olarak ele alınmaktadır. (Rahmatollah & Rouzbehani, 2016, s. 184).

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)'nin Sağlık Sistemleri Sınıflandırması: Sağlık sistemi modelleri kapsamında ele alınan bir diğer model ise 1987 yılında OECD tarafından yapılmıştır. Bu modelde sağlık sistemlerinin sınıflandırılması üç temel kriterin dikkate alınmasıyla yapılmaktadır: Kullanılabilirlik, finansman yöntem şekli ve sağlık hizmetlerinin sunucularının türleri (kamu-özel). Bahsi geçen bu sınıflandırmada temel gösterge olarak ele alınan iki düzey bulunmaktadır. Bunlar: Hasta egemenliği ve sosyal adalet yaklaşım düzeyleridir. Ayrıca OECD'ye göre sağlık sistemlerinin üç temel modeli mevcuttur. Bu modeller aşağıda sıralanmış daha sonra açıklanarak ifade edilmiştir (Rahmatollah & Rouzbehani, 2016, s. 184):

- “Ulusal sağlık sistemi (National Health Services-NHS)
- Sosyal Sağlık Sigortası (Social Health Insurance-SHI)
- Özel Sağlık Sigortası (Private Health Insurance-PHI)”

Ulusal Sağlık Sistemi'ni benimseyip uygulayan ülkelerde, sosyal adalet ilkesinin çok önemli bir yere sahip olduğu ifade edilmektedir. Bu sistemlerde, sağlık sistemlerinin kapsamı evrenseldir. Bununla birlikte finansmanı tamamıyla vergilere dayanmaktadır. Aynı zamanda bahsi geçen bu model Beveridge Modeli olarak da bilinmektedir (Burau & Blank, 2006, s. 65).

Sosyal Sağlık Sigortası (SSS) sistemiye hastanın egemenliğinin temel olarak ele alındığı ve sosyal adalet yönelimin esas alındığı bir sağlık sistemidir. Bu sistemi benimseyip uygulamakta olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinin finansmanları işçi-işveren

katılımının zorunlu olduğu sağlık sigortacılığı aracılığı ile karşılanmaktadır. Aynı zamanda bahsi geçen bu model Bismarck Modeli olarak da bilinir (Bureau ve Blank, 2006, s. 65; ztrk ve Karakaş, 2015, s. 44).

Özel Sağlık Sigortası (SS) sistemi de SSS sistemi gibi hastanın egemenliğinin temel olarak ele alındığı bir sağlık sistemi türüdür. Ancak temelde sosyal sigortası bu özel sağlık sigorta sisteminin özünde bulunmamaktadır. Bu sistemlerde insanlar işveren kişiler aracılığı ile veya şahsi olarak özel sağlık sigortası yaptırmaktadırlar. Bu tarz bir sağlık sisteminin uygulandığı ülkelerde açıkçası çok sayıda kişinin sağlık sigortasının olmadığı düşünülmektedir (Rahmatollah & Rouzbehani, 2016, s. 184).

1.4. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Sağlık sektörü; sağlıkla ilgili her şeyi geri kazanmak, sağlığı korumak, geliştirmek ve sağlığın sürekli liğini oluşturabilmek amacıyla sağlıkla alakalı oluşturulmuş olan bütün kurum ve kuruluşların meydana getirdiği teşkilatlardır. Bahsi geçen bu sektörde sağlığa dair yapılan tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasının amacı kamu ya da özel kurumlar fark etmeksizin toplumun yapı taşı olan bireylerin sağlığını korumaktır ve toplumun sağlığı bu yönde alımlar ve araştırmalar yapılarak sağlanmaktadır (Polat, 2018, s. 4; ztekin, 2001, s. 39).

Sağlık hizmetleri birçok bileşenden oluşmaktadır. Ayrıca farklı organizasyonlarda faaliyet gösterme potansiyeline sahip bir hizmet çeşididir. Sağlık hizmetleri sıfır hata ile çalışılması gereken bir sistem olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedeni belirsizliklere duyarlı bir yapıya sahip olan, insan hayatını doğrudan ilgilendiren, ertelenemez özelliğe sahip olan ve talep karşısında uygulanacak olan müdahalenin özelliği bakımından aciliyet gerektiren bir hizmet türü olmasıdır. Bunun yanında çok boyutlu, karmaşık ve sürekli olma özelliğine de sahiptir. İfade edilen bu ayırt edici özellikler kapsamında sağlık hizmetlerinin; bireylerin sağlığını etkileyen, tedavi eden, koruyucu ve rehabilite eden her türlü faaliyeti kapsadığı söylenebilir (Okursoy, 2010, s. 63).

1.4.1. Sağlık Hizmetlerinin nemi ve Amacı

İnsanların yaşamlarının sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için sağlık hizmetleri olduğa önemli bir yere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde sıfır hata mantığı

vardır ve hata kabul edilmemektedir. Olası hatalar sonucu ölümle bile karşı karşıya kalılabilmektedir. Buradan yola çıkılarak sağlık hizmetlerinin ne kadar çok önemli olduğu anlaşılmaktadır (Polat, 2018, ss. 6-7; Kavrakoğlu, 1998, s. 47).

İnsanların yaşam kalitesinin yüksek olmasında ve hayatlarını devam ettirebilmesinde sağlığın payı çok büyüktür. Bireylerin sağlığı, bulundukları toplumun sağlığı anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetleri de bu kapsamda insanların yaşama dair mutluluklarını ve yaşam standartlarını etkileyen bir sektör olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu seviye ise, ülkelerin refah seviyelerinin en önemli göstergeleri arasında yer almaktadır (Polat, 2018, ss. 6-7). Sağlık hizmetlerinin bazı amaçları bulunmaktadır ve söz konusu bu amaçlardan aşağıda bahsedilmiştir (Polat, 2018, s. 6; Sözen & Özdevecioğlu, 2002, s. 2):

- Sağlık ihtiyacı meydana geldikten sonra bunun için gelmesini için çözüm önerileri oluşturmak,
- Toplumun sağlık düzeyi artırmak ve maximum düzeye çıkarmak için çalışmalar yapmak,
- İnsanlar hasta olmasın diye gerekli önlemleri almak,
- Hasta olan kişilerin en kısa zamanda iyileşmesine olanak sağlamak,
- Hasta ve sakat olan insanlara çözüm önerileri bulduktan sonra bu duruma tekrar uyum sağlamaları için çalışmalar yapmak

1.4.2. Sağlık Hizmetlerinin Unsurları

Sağlık hizmetlerinde bazı temel unsurlar var. Bunlar; arz ve talep düzenleri, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması, yardımcı unsurlar ve sağlıkta insan gücü başlığı altında incelenmektedir (Polat, 2018, s. 7). Aşağıda Şekil 1. 2’de gösterilmiş daha sonra bu unsurlar açıklanmaya çalışılmıştır.

Şekil 1. 2. Sağlık Hizmetlerinin Unsurları



Kaynak: (Polat, 2018, s. 7)

İnsan Gücü: Sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel faktör olarak kabul edilen en önemli ve gerekli tüm donanımlara sahip olan insan gücü hekimlerdir. Bundan dolayı modern tıpta “Doktor yoksa hizmet de yoktur” ifadesine yer verilmektedir (Sargutan, 2006, s. 100). Bu bağlamda sağlık alanında insan gücü kavramı kullanıldığında akla ilk gelecek olan ifade doktorların varlığıdır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin düzenli bir şekilde yürütülmesi yeterli sağlık personelinin varlığına bağlıdır (Polat, 2018, s. 7).

Yardımcı Unsurlar: Sağlık alanında, insan gücü ile sağlık hizmeti sunulabilmesi için teçhizat, ilaçlar, fiziksel altyapı, donanım, mekânlar, enerji, bilgi ve beceri gibi yardımcı unsurlara ihtiyaç duyulmaktadır. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunabilmek için ilk olarak bahsedilen bu etmenleri kullanabilecek yeterli fiziksel alt yapının varlığı gereklidir. Yardımcı unsurlar; fiziksel alt yapı ve mekândır. Bu yüzden diğer yardımcı unsurların aktif olarak kullanılabilmesi ilk olarak bir mekân unsurunun varlığına bağlıdır (Polat, 2018, s. 8).

Arz ve Talep Düzenleri: Arz - talep dengesi, arzın talebe eşit olması durumu olarak ifade edilir. Arz-talep düzenleri iş gücü desteğinden faydalanarak sağlık alanında üretilen ürünlerden ihtiyaç duyanların tüketmesini sağlayacak olan arz-talep dengesini

düzenli bir şekilde gerekli olan faaliyet alanları ve şartları sağlanarak oluşturulur (Sargutan, 2006, s. 10).

Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılanması: Bu unsur toplumun ve bireylerin, devlet kurumlarının ve sağlık uzmanlarının kaliteli bir şekilde sağlık hizmeti alabilmeleri için yeniden yapılandırılmalarını ifade eder. Toplum içinde var olan sağlık sorunları, imkânların farklı seviyelerde oluşu, ekonomik kaynaklar ve sağlık hizmetlerinin sunulması gibi konular ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. DSÖ ülkeler üzerinde yaptırım gücü en fazla olan kuruluştur (Polat, 2018, s. 8).

1.4.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi amacıyla yapılmakta olan faaliyetler kişiler üzerinde doğrudan etkisini gösteren bir durumdur. Son yıllarda görülen maliyet artışları ve finansman sorunları sebebiyle özel sektörün sağlamış olduğu katkı son derece gelişmiştir. Kamu ya da özel sektör tarafından sunulmakta olan sağlık hizmetleri, kendine özgü özelliklere sahip oldukları için üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklılık gösterirler. Bu kısımda refah ölçüsü olarak kabul gören ve ekonomi literatüründe de gitgide daha çok yer alan sağlık sektöründe üretilmekte olan hizmetlerin temel özellikleri ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri aşağıda başlıklar halinde anlatılmıştır (Odabaşı & Oyman, 2008, ss. 28- 29; Sayım, 2015, ss. 4-9).

Sağlık Hizmetlerinin Tesadüfî Bir Özellik Göstermesi: İnsanların sağlığa ne zaman, hangi miktarda ihtiyaç duyduklarının belli olmaması, tüketicilerin davranışlarının değişkenlik göstermesi, bilgi seviyesi düzeyinin yetersiz olması ve sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet düzeylerinin önceden belirlenememesi sağlık hizmetlerinin tesadüfî bir özellik göstermesi nedenleri arasında gösterilebilir (Yılmaz, 2015, s. 55).

Sağlık Hizmetlerinin İkamesi ve Ertelenmesinin Mümkün Olmaması: Tüketiciler mal konusunda pek çok seçeneğe sahiptir. Bununla birlikte satın alma süreçlerinin çoğu yeniden geçirilebilir. Kişiler herhangi bir ürün veya hizmet satın alınması durumunda bu satın alma sürecini erteleme imkânına sahiptir. Ancak sağlık hizmetlerinin alımı ertelenemez. Bunun nedeni sağlıkla ilgili ortaya çıkan sorun gerek duyulduğu anda ortadan kaldırılamazsa kişilerde kalıcı olarak hasarlar meydana

gelebilmekte ya da kişinin bu durumda hayatı tehlikeye girebilmektedir. Ayrıca sadece kişiyi değil toplumda bulunan bireylerin tamamını etkileme ihtimalinden dolayı sağlık hizmetlerinin ertelenmesi ya da ikamesi mümkün değildir. Örneğin sağlık sorunu yaşamakta olan bir kişiye düşük ücretli veya daha pahalı olan alternatif bir tedavi uygulanması teklif edilemez (Yılmaz, 2015, s. 55).

Sağlık Hizmetleri Sosyal Bir Sorumluluktur: Sağlık hizmetleri sektörü kapsamında fiyat kavramının oluşu bu sektörde var olan arz ve talep eşitliği anlamına gelmemektedir. Bireylerin ödeme gücünün olmaması, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetinden faydalanamayacağı anlamına gelmemektedir. Ödeme gücü olmayan bireylere ihtiyaç duydukları sağlık hizmeti, bu hizmeti sunmakta olan kurumlar tarafınca ücretsiz bir şekilde sunulması sosyal bir sorumluluktur (Çoban, 2009, s.14).

Sağlık Hizmetlerini Sunan ile Talep Edenler Arasında Bilgi Asimetrisi Vardır: Sağlık hizmeti talebinde bulunan bireyler hangi oranda hizmet almaları gerektiği bilmemektedir. Bundan dolayı talep edecekleri hizmetin miktarını da belirleyemezler. Örneğin; herhangi bir sağlık probleminden dolayı ilgili sağlık kuruluşuna başvuruda bulunan kişi kendisine uygulanacak olan tedaviyi, yapılacak tahlilleri, tetkikleri ve bunların ne oranda yapılacağı hakkında herhangi bir bilgiye sahip değildir. Sağlık hizmetlerin geriye kalan ortak özelliklerinden bazıları ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Sayım, 2015, ss. 4-9):

- Sağlık hizmetleri soyut bir kavramdır ve elle tutulup gözle görülemezler.
- Hizmetler kaynaklarından ayrılmaz bir bütündür.
- Hizmetlerin kalitesi değişiklik özelliği göstermektedir.
- Hizmetler belirli bir alanda depolanamazlar.
- Tüketicilerin davranışları değişkenlik göstermektedir.
- Sağlık hizmetlerinin yerine geçebilecek başka bir hizmet daha yoktur.
- Sağlık hizmetlerinde tesadüfi olarak meydana gelen tüketim vardır.
- Temel rol oynayan kişiler hekimlerdir.
- Sağlık hizmetinin ne zaman ortaya çıkacağı bilinmemekle birlikte hizmeti alan kişilerin de memnuniyet düzeylerini önceden bilmek imkânsızdır.
- Sağlık hizmetinde ürünler paraya çevrilemezler.

Sağlık hizmetindeki genel nitelikler değişmez bir yapıya sahiptir. Ancak ülkelerdeki sağlık politikaları kişilerin niteliğine, ülkenin coğrafi yapısına ve şartlarına, finansal olan gücüne, mesleki ve örgütsel olan faktörlerine göre şekillenmektedir. Bundan dolayı sağlık mekanizmalarının oluşturulmasında ve bununla birlikte sağlık hizmetlerinin niteliklerinin belirlenmesinde; ülkelerdeki ekonomik durum, hastalık türleri ve yaygınlığı, siyasal olarak alınan kararlar, hukuki sistemler ve gelirlerindeki dağılımlar oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu doğrultuda sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran özellikler; sağlık hizmetlerinin arz ve talep özelliği, ertelenemez olma özelliği, maliyet özelliği, yerinin başka hizmetle doldurulamaz olma özelliği, bilgi asimetrisi özelliği, insan gücü ve emek yoğun özelliği, değişkenlik özelliği şeklinde sıralanabilir (Polat, 2018, s. 12; Sayım, 2015, s. 6).

1.4.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sunan kurumlar 4 başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bunları: Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri şeklinde sıralamak mümkündür (Akbolat, 2009, s. 13).

1.4.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması ve hastalıkların önlenmesi amacıyla verilmekte olan hizmetlerin tamamı bu başlık altında yer almaktadır (Akbolat, 2009, s. 13; Hayran, 1998, s. 17). Koruyucu sağlık hizmetleri iki grupta incelenmektedir. Bunlardan ilki çevreye yönelik olan ikincisiye kişiye yönelik olan sağlık hizmetleridir.

Çevreye yönelik olan sağlık hizmetlerinin amacı, çevrede sağlıklı olma halini olumsuz yönde etkilemekte olan biyolojik, fizyolojik ve kimyasal etkenleri ortadan kaldırmak ya da mevcut olan etkenlerin kişilere zarar vermemesi için gerekli tedbirleri alarak çevre için olumlu hale getirmektir (Akbolat, 2009, s. 13; Fişek, 1983, s. 5). Kişileri ve toplumları hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü bir hale getirmeyi, hastalanmaları durumundaysa en erken dönemde tanı koyularak en az hasarla tedavi etmeyi amaçlamış olan hizmetler, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (Akbolat, 2009, s. 13; Akdur, 1998, s. 13).

1.4.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri sağlık durumu bozulmuş olan kişilerin, eski sağlıklarına tekrar kavuşmalarını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmeti kavramıdır. Bu hizmet türü hekimler öncülüğünde ve diğer sağlık uzmanlarının da katkılarıyla gerçekleştirilmektedir. (Akbolat, 2009, s. 14; Kısa, 2002, s. 31). Tedavi edici sağlık hizmetleri, poliklinik, müdahale ve yatan hastalarla birlikte dışarıdan gelmiş olan hastaların klinik müdahaleleri de dahi olmak üzere, hastalar için muayenelerinde ve sağlık kuruluşları sınırları dâhilinde verilen bütün tedavi edici hizmetler ve bu tedavilere bağlı olarak hastaların satın aldıkları tüm ilaç, sağlık araç ve gereçlerini kapsayan hizmet türüdür (Akbolat, 2009, s. 14; Kurtulmuş, 1998, s. 84).

1.4.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bu hizmetler doğuştan ya da daha sonra kazanılmış olan fonksiyonel bozuklukların en az seviyelere indirilerek veya tamamen yok edilerek bireyleri fiziksel yönden, psikolojik yönden ve sosyal yönden en iyi en kaliteli seviyeye ulaştırmak için uygulanmakta olan tedavilerin bütünüdür (Akdemir & Akkuş, 2006, s.85).

1.4.4.4. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sağlıklı olan kişilerin, sağlıklı olma hallerini iyileştirmek amacıyla sağlanan hizmetler olarak ifade edilebilir. Sağlığın geliştirilmesinde sorumluluk bireylere aittir. Sağlığın geliştirilmesindeki amaç; bedensel ve zihinsel sağlık durumunu, yaşam kalitesini ve yaşam süresini yükseltmektir (Akbolat, 2009, s. 18; Kavuncubaşı, 2000, s. 46).

1.4.5. Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türk sağlık sistemi bakımından yerine getirilen sağlık hizmetlerinin hem üretimi hem de sunumu kamu ve özel sektör dâhilinde birçok kurum tarafından yapılmaktadır. Sağlık bakanlığı, bu kurumların faaliyetlerinin denetlenmesinden ve kurumlar arası koordinasyonun sağlanmasından sorumludur. Sağlık Bakanlığı(SB) bunlara ek olarak verilecek olan sağlık hizmetlerinin planlamasını ülke genelinde yaparken bu hizmetlerin hem organizasyonunu hem de yönlendirilmesini ve denetlenmesine dair olan faaliyetleri yürütmekle de sorumludur (Gök, 2019, s. 22; Somunoğlu, 2012, s. 16).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu uzun yıllar boyunca kamu sektörü ağırlıklı olarak yürütülmüştür. Bununla birlikte kamu sektöründen bağımsız bir şekilde özel sağlık sektörü de her zaman varlığını sürdürmüştür. Bu özel sağlık sektörünün yapısıysa temel olarak hekim muayenahanelerinden, laboratuvarlardan bunların yanında radyoloji merkezlerinden ve ağırlıklı olarak doktorlar tarafından kurulmuş ve işletilmekte olan poliklinikler ve küçük tıp merkezlerinden oluşmaktaydı. Geçmiş dönemlerdeki özel hastanecilik sektörü incelendiğinde başta İstanbul’da olmak üzere faaliyet gösterdikleri fakat sayıca çok az olduğu görülmektedir. Ayrıca, birçoğunun da Osmanlı döneminden kalmış olan azınlık ve yabancılara ait hastaneler olduğu ifade edilebilir. Türkiye’de 1980 sonrası faaliyet gösteren özel sermayeye her türlü imkânın sağlanmasını hedefleyen neoliberal ekonomi politikaları ile birlikte bu tablo değişmeye başlamıştır. Özellikle 1980’lerin ikinci yarısından itibaren başlayarak, özel sağlık kuruluşlarına getirilmiş olan teşviklerle, sermaye sınıfının sağlığa yatırım yapılabilecek alanlardan oluşturulması sağlanmaya başlamıştır. Yine de bu dönemlerde özel hastanelerin gelişimi oldukça sınırlı sayıda kalmıştır. Nitekim bu durumun yanında İstanbul Ticaret Odası tarafından 2003 yılının Haziran ayında yayınlanan “Özel Hastaneler Sektör Profili” raporunda “1985-1990’lı yıllar aralığında özel hastaneler hızla artmıştır” şeklinde ifade edilmekteydi (Gök, 2019, ss. 12-18; Öztürk & Özata, 2010, ss. 10-11).

Yukarıda da bahsedildiği üzere Türkiye’de daha önceleri de kamu sektörünün yanı sıra özel sağlık sektörü varlığını devam ettirmekte olan bir sektör olarak değerlendirilmekteydi. Bununla birlikte SDP öncesinde sosyal sigorta kuruluşları, bahsi geçen özel sağlık sektöründen ancak istisnai durumlarda hizmet satın almaktaydı. Bu sektörün finansmanı esasen kamusal fonların dışında, özel sigorta ya da cepten harcamalar ile gerçekleşmekteydi. SDP sürecinde özel sağlık kuruluşları alanında yapılmış olan en önemli ve köklü değişiklik, sosyal sigorta kurumlarının özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın almaya başlaması olmuştur. Türkiye’de özel hastaneciliğin büyümesinin asıl sebebi Dünya Bankası tarafından da desteklenen 2002 yılında hayata geçirilmeye başlanan “Sağlık Reformu” sürecinin başlaması olarak gösterilebilir. Tablo 1. 2’de görüldüğü üzere 2002-2019 yılları arasında Sağlık Bakanlığı hastanelerinin sayısı % 15,6 artışla 774’ten 895’e, üniversite hastanelerinin sayısı % 36 artışla 50’den

68'e çıkarken özel hastanelerin sayısı % 112,2 artışla 271'den 575'e yükseldi (Gök, 2019, ss. 12-18; Öztürk & Özata, 2010, s. 11).

Tablo 1. 2. 2002-2019 Yılları Arasında Hastane Sayıları

Hastane sayısı	2002	2019	Artış (%)
Sağlık Bakanlığı	774	895	15,6
Üniversite	50	68	36,0
Özel	271	575	112,2

Kaynak: (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2019, s. 114)

Girişimcilerin kar elde etmek amacıyla işlettikleri hastaneler özel hastaneler adını almakla beraber piyasa içinde varlıklarını devam ettirebilmeleri bir nevi kar elde etmelerine bağlıdır. Böylelikle sağlık sektöründe özel hastaneler, varlıklarını devam ettirebilmek adına hem rakip özel hastanelerle hem de devlet hastaneleriyle rekabet etme durumdadır. Ayrıca kamuya ait olan sağlık kuruluşları asgari düzeyde toplumun en temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek hem klinik hem de tedavi ünitelerini kendi alanına katmaya özen gösterirken, özel hastaneler ise hem popüler hem de topluma daha görkemli hale gelen klinik ve ünitelerle topluma hizmeti sunmak adına çaba sarf etmektedir (Gök, 2019, ss. 45-46; Tengilimoğlu vd. , 2014, s. 218).

Sağlık hizmeti devletin sunmuş olduğu hizmetler arasında en önemlisidir ve Türkiye' de SB tarafından yürütülmektedir. 2012-2017 yılları arasında faaliyette bulunan ve bakanlık bünyesinde yer alan Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna özellikle halka sunulan sağlık konusunda önemli sorumluluklar verilmiştir. Böylece SB birçok görev ve sorumlulukların önemli bir kısmını kurum ve birliklere devretmiş olmakla birlikte halka hem kaliteli hem de verimli bir sağlık hizmeti sunmaları adına geniş yetkiler vermiştir. Sonuç olarak bu kurum ve birlikler ürettiği ve sunduğu sağlık hizmeti ile aslında hayati bir sorumluluğu almışlardır (Gök, 2019, ss. 121-122).

Türkiye'de 2006 yılında çıkarılmış olan 5502 sayılı kanunla Sosyal Sigortalar Kanunu(SSK), BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı, SGK adı altında tek çatı altında toplanmıştır. 2006 yılında 5510 sayılı kanunla çıkarılmış olan bir başka düzenleme ise Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu(GSSK)'nun çıkarılması olmuştur.

Bu kanunla birlikte tüm vatandaşlar sigorta kapsamına alınmıştır. Bu düzenlemelerle birlikte 2010 yılında “Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulamaları Tebliği” çıkarılmıştır. Bu tebliğ ile bütün vatandaşların özel ve kamu sağlık hizmet sunucularından aldıkları hizmetin bedelini nasıl finanse edecekleriyle ilgili düzenlemeler yapılmıştır. Buna göre, bu tebliğin “Tedavi Hizmetleri Temini ve Ödeme Esasları” başlığı altında düzenlenmiş olan “Finansmanı Sağlanan Sağlık Hizmetlerinin Sağlanma Yöntemleri ve Ödeme Kuralları” kısmındaki 4.maddesinde

...Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alım sözleşmeleri yapılması veya acil hallerde kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmetleri giderlerinin kişilere ödenmesi suretiyle karşılanır.

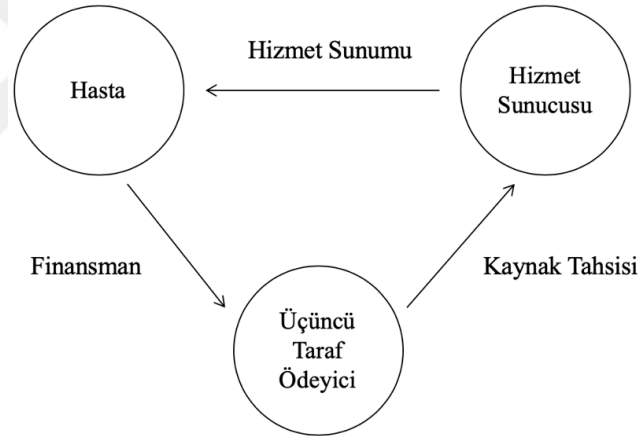
ifadesine yer verilmiştir.

Böylelikle sağlık sigortasına sahip olan bütün vatandaşların, almış oldukları sağlık hizmetinin türüne ve özel sağlık kurumu ile SGK arasında yapılmış olan sözleşmelere göre değişen oranlarda, harcamaların belirli bir kısmının SGK tarafından karşılanacağı belirtilmiştir. Özet olarak, Türk sağlık sistemi alanında yapılan bu harcamalar finansman bakımından, 1964 yılından 2003 yılına kadarki süreç içerisinde kamu hizmeti mantığı hâkimiyetini korumuştur. Ancak 2003 yılından sonra, özel sağlık hizmeti sunucularından hizmet alımının önünün açılmasıyla birlikte piyasa mantığının güçlendiği tespit edilmiştir. Türkiye’de kamu hastanelerinin yönetiminde 2003 yılı öncesi uzun yıllar boyunca varlığını sürdürmekte olan kamu hizmeti mantığının, 2003 sonrasında geleneksel çizgisinden farklılaşarak yeni bir mantık çerçevesinde değişime uğradığı görülmektedir. 2003 sonrasındaki uygulamaların 2003 yılından öncesine göre farklılık göstermesi bir yandan sağlık harcamalarındaki artışa karşı gösterilen bir reaksiyona, diğer bir yandan özel hastanelerin sayısındaki artışla birlikte güçlenen piyasa mantığının ortaya çıkarmış olduğu rekabete dayanmaktadır. Güçlenmiş olan piyasa mekanizması içerisinde, kamu hastanelerinin rekabetçi niteliğinin arttırılmasına yönelik olarak geliştiği görülen yeni kurumsal mantıkla, bir tarafta sağlık hizmetlerinin kamu aracılığı ile sunumu korunuyor iken, diğer tarafta piyasa kurumsal mantığındaki gibi, sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlanmasına, performans yönetimine ve kaynakların etkili ve verimli kullanılmasına odaklanıldığı görülmektedir (Özseven & Danışman & Bingöl, 2014, ss. 126-130).

1.4.6. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Toplumdaki bireylere daha sağlıklı bir yaşam sunmak ülke yöneticilerinin başlıca görevlerindendir. Devletler, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir bir yapıda olması için bazı politikalara geliştirmektedirler. Ayrıca kolay ulaşılabilir olan, kaliteli ve yeterli düzeyde sağlık hizmeti sunabilmek amacıyla da gerekli olan bir takım sağlık politikaları geliştirmektedir. Sağlık hizmetleri bu şekilde sunulurken bazı maliyetler ortaya çıkmaktadır. Devletler, oluşan bu maliyetlerin finansal olarak kaynağını sağlamak amacıyla sağlık sistemleri oluşturmaktadır ve oluşturulan bu sistemlerin takibini yapmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetlerinin sunucularıyla sağlık hizmetinin finansman sağlayıcıları arasındaki kaynak alış verişi sürecini anlatmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki finansman süreçleri Şekil 1. 3'te gösterildiği gibi işlemektedir (Güvercin & Mil & Tarım, 2016, s. 82).

Şekil 1. 3. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: (Güvercin & Mil & Tarım, 2016, s. 82).

Yukarıda kaynak değişimi ve aktarımı şeklinde tanımlanmakta olan bu süreçte, kişiler sağlık açısından ortaya çıkan ihtiyaçlarını gidermek amacıyla sağlık hizmet sunucularına başvurmaktadır. Bu durumun karşılığı olarak hastalar ya da üçüncü kişi tarafında olan ödeyiciler hizmeti sunan tarafa kaynak aktarımı yapmaktadırlar. Bu işlemler, birinci, ikinci ve üçüncü taraf kavramlarıyla açıklanmaktadır. Birinci taraf, yani sağlık hizmetlerini alan kişiler ikinci tarafa doğrudan ödeme yapabilmektedir. Bununla birlikte kaynak akışı doğrudan hastalarla hizmet sunucusu arasında gerçekleşmiş olur. Bu durum, hizmet sunumu ve finansman sürecinde ortaya çıkan en kolay transfer biçimidir. Karmaşık olan transfer biçimi ise, üçüncü tarafın sağlık

hizmeti sunucusuna ödemeler yapmasıdır. Üçüncü taraf ödeyici kamu veya özel sağlık kuruluşlarından biri olabilmektedir. Bu kuruluşlar sağlık hizmetlerini finanse etmek amacıyla, kapsamı altında olan nüfustan doğrudan ya da dolaylı bir şekilde gelir veya prim toplamaktadır. Toplanan bu gelirler doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek amacıyla hastalara aktarılabilmesi gibi sunmuş oldukları sağlık hizmetinin karşılığı olarak da hizmet sunuculara aktarılabilir. Bu sistemde üçüncü taraf ödeme mekanizmalarının geliştirilmesinin asıl nedeni, sağlık problemlerinin ortaya çıkma zamanının belli olmamasıdır. Bundan dolayı kişilerin karşı karşıya kalabileceği finansal risklerin azaltılması ve kişiler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır (Mossialos & Dixon, & Figueras & Kutzin, 2002, ss. 2-3)

1.4.6.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri; gelir toplamak, fon biriktirmek ve sağlık hizmeti satın almak olarak sıralanabilir. Sağlık hizmetlerinin finansman süreci Şekil 1. 4'te gösterildiği gibidir (Güvercin & Mil & Tarım, 2016, s. 83; Gottret & Schieber, 2006, s. 47).

Şekil 1. 4. Sağlık Hizmetleri Finansman Süreci



Kaynak: (Güvercin & Mil & Tarım, 2016, s. 82).

Gelir toplama süreci; elde edilen gelirlerin kim tarafından ödendiği, ödeme türüyle ve gelirleri kimin topladığıyla ilgilidir. Fon biriktirme süreci ise, elde edilen gelirlerin tamamının yönetimidir. Sağlık hizmetlerinde satın alma süreci, fon biriktirilerek elde edilmiş olan gelirlerin bu hizmetlerin karşılığında sağlık hizmetlerinin sunucularına aktarılmasıdır (Güvercin & Mil & Tarım, 2016, s. 83).

1.4.6.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Çeşitli yollar kullanılarak toplanan kaynakların farklı şekillerde kullanımıyla sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerinden ilki kamu kaynaklı finansman yöntemi diğer bir yöntem ise özel

kaynaklı finansman yöntemidir (Güvercin & Mil & Tarım, 2016, s. 84). Buna ayrıma göre kamusal birimlerce toplanan kaynaklar kamusal sınıflandırma, özel kişi ve kurumlarca toplanmakta olan kaynaklar ise özel sınıflandırma içerisinde yer almaktadır. Piyasa koşulları baz alınarak düzenlenmiş bir sağlık sisteminde maddi güce yeteri kadar sahip olamayan bu konuda yetersiz olan bireyler, sağlık hizmetlerinden mahrum kalabilmektedirler. Bundan dolayı sağlık sisteminde, verilen hizmetlerin toplumsal tabana yayılarak, etkinliğin sağlanması amacıyla kamu sektörü devreye girmektedir (Çoban, 2009, ss. 119-120). Bu noktada bireylerin sağlık harcamaları kamu sektörleri tarafından karşılanmaktadır. Kamusal nitelikli finansman kaynakları aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

Sosyal Sağlık Sigortası: Bu sağlık sigortası Almanya’da geliştirilmiş olan bir modeldir. Sağlık sigortacılığının kamu tarafınca yürütülerek zorunlu bir hale getirilmesiyle oluşturulmuş olan bir finansman yöntemidir. Bu modele göre çalışanlar, işveren kişiler ve devlet, fon oluşturabilmek amacıyla prim ödemesi yapmaktadırlar. Bismarck yöntemi olarak da adlandırılmış olan bu yöntem kapsamında nüfusun hemen hemen hepsi için zorunlu bir ödeme yöntemidir (Tosun, 2018, s. 59).

Vergilerle Finansman: Bu finansman yöntemine göre finansmanın tamamının ya da çoğunluğunun vergilerden karşılandığı görülmektedir. Beveridge modeli olarak da adlandırılan bu yöntem bütün nüfusu kapsamakla birlikte kanunen belirlenmiş olan katkı payları haricinde ücretsiz hizmet verilmesi esasına dayanmaktadır. Yani sağlık hizmetlerinden faydalanan kişiler gelir düzeyinden bağımsız bir şekilde kamu tarafından finanse edilmektedir. DSÖ’ye üye olan ülkelerin birçoğu çoğunlukla vergiler ile finansman yöntemini kullanmaktadırlar. Finansman kaynağı vergi olduğundan dolayı bu yöntemde toplumun tamamının katkısı mevcuttur (Tosun, 2018, s. 60).

Özel nitelikli finansman kaynaklarında; sağlık hizmetlerini talep etmekte olan kişiler maliyetleri kendi imkânlarıyla karşılayabilecekleri gibi bunu özel sağlık kurumları aracılığıyla da karşılayabilmektedirler. Her iki durumda da kişiler, çıkan maliyeti kendileri karşılamakta ve herhangi bir kamu işletmesinin müdahalesi bulunmamaktadır (Kınacı, 2021, s. 18). Özel nitelikli finansman kaynakları aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

Cepten Ödemeler (Doğrudan ödeme): Bu yöntemle göre hizmetten faydalanan kişiler hizmet vermekte olan kişiye ya da kuruma doğrudan kendi ceplerinden ödeme yapmaktadırlar. Cepten ödeme yöntemi herhangi bir sağlık güvencesinin kapsamında değildir (Sevinç & Yılmaz, 2020, ss. 118-132).

Özel Sağlık Sigortacılığı: Bu yöntem ABD, Avustralya ve İsviçre gibi ülkeler tarafında en çok tercih edilen yöntemdir. Bu finansman yöntemine göre, hizmet almakta olan taraf ile hizmet veren taraf arasında yer alarak aracılık yapan özel sağlık sigortası kuruluşları mevcuttur. İlgili kuruluşlar hizmet alan taraflardan prim toplamaktadırlar. Bununla birlikte gerekli zamanda hizmet almakta olan bireyin sağlık hizmeti aldığı sunucuya gerekli ödemeleri yapmaktadır. Bu yöntem çoğunlukla zorunlu sağlık sigortasına seçenek olarak sunulmakta ya da tamamlayıcı sigorta olarak kullanılmaktadır (İstanbuluoğlu & Güleç & Oğur, 2010, s. 91)

Tıbbi Tasarruf Hesabı: Kişilerin gelecekte karşılaşılabileceği sağlık problemlerine karşı kendi hesaplarına para yatırmaları bu parayı da sadece oluşabilecek sağlık harcamaları için kullanmaları esasına dayanmaktadır (Sevinç & Yılmaz, 2020, ss. 118-132; Tengilimoğlu, 2017, s. 309).

1.4.6.3. Türkiye’deki Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Türkiye’ de uzun yıllar boyunca sağlık hizmetlerinin finansmanı, birbiriyle ilişki düzeyi düşük olan farklı finansal kaynaklar tarafından sağlanmıştır. Bu bağlamda uygulanmaya başlayan genel sağlık sigortası sistemiyle mevcut sisteme yeni bir düzen gelmiş, birbirinden farklı finansal kaynaklarının yerini kontrol edilebilen ölçüdeki finansman kaynaklarından oluşmakta olan bir mekanizma almıştır. 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilmiş olan ve 1 Ekim 2008 tarihi itibarı ile yürürlüğe koyulan SSK ve GSSK ile sağlık sisteminin bütün kademesinde olduğu gibi sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin finansmanı aşamasında da bazı köklü değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Öncelikle Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi ile SSS kapsamına alınmış olan nüfus daha geniş bir kapsamda tanımlanmaya başlanmıştır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı ile sağlık hizmetlerinin sunumu birbirlerinden ayrılmıştır (Çelikay & Gümüş, 2011, s. 203). Ayrıca sağlık hizmetlerinin finansmanını yürütmekte olan SSS kuruluşları GSS kapsamı altında toplanmıştır. GSS sistemi ile sağlık hizmetlerinin finansmanının dört kaynaktan sağlandığı ifade edilmektedir. Hizmetlerin

finansmanı, bünyesinde bulunan aktörlerin sayısının azaltılması veya SGK bünyesinde birleştirilmesiyle birlikte var olan önceki sisteme göre daha sade bir hale geldiği ifade edilebilir (Sıvacı, 2006, ss. 33-34).

Sağlık sisteminin finansman yapısının hem güçlü hem de sürdürülebilir olması sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesinde önemli bir yere sahiptir (Doorslaer & Wagstaff, 1998, s. 181). Sistemin finansman kaynakları sağlık hizmetinde ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Türk sağlık sisteminin finansman yapısına bakıldığında ise karma bir modelle karşılaşılmaktadır. Bu karma model, sosyal sigorta mantığının geçerli olduğu ve kamu yardımı modelinin benimsenmesinden oluşmaktadır. Uygulanılan sağlık hizmetleri hem kamu sağlık kurumlarından hem de serbest piyasa ekonomisinin geçerli olduğu ve kar amacı içerisinde hareket eden özel sağlık sunucularından da alınmaktadır. Türk sağlık sisteminde yer alan sağlık hizmetlerinin finansman kaynağında üç temel kaynak bulunmaktadır. Bunların ilkinin devlet bütçesi, ikincisini sosyal güvenlik kurumları ve sonuncusunu özel sağlık finansmanı oluşturmaktadır (Somunoğlu, 2012, s. 19).

Devlet, ekonomik kalkınmayı sağlamak, hem akılcı hem de geleceklerini planlamada istekli davranan sağlıklı bireyleri yetiştirmek adına sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinde ve yaygınlaştırılmasında ivedilikle çalışmaktadır. Lakin yapılan sağlık hizmetlerinin hem iyileştirilmesinde hem de yaygınlaştırılmasında sağlık hizmeti veren kurumların yaptıkları harcamaların hızlı bir şekilde artması kaçınılmazdır. Böylelikle sağlık hizmetleri adına yapılan harcamaların finansmanı sigorta primlerinden, vergilerden ve doğrudan yapılan ödemelerden karşılanmakta olup halen daha finansman kaynakları yeterli gelmemektedir (Orhaner, 2006, s. 3).

Sonuç olarak, finanse edilen bu sağlık harcamaları, ekonomi içerisinde hem mikro hem de makro düzeyde meydana getirdiği etkiler sayesinde bu konu başlığının önemini artırmaktadır. Özellikle yapılan bu sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamak adına yapılan harcamaların büyüklüğü ve bunlar için etkili olan kaynakların tespiti ekonomiyi makro açıdan etkilemektedir. Tahsis edilen bu kaynakların hizmet sunucuları tarafından hem etkin hem de verimli bir şekilde kullanılması ile istenilen ölçüde hizmet sunumunun sağlanabilirliği ise mikro temelli konular arasında yerini almaktadır (Aktan, 2001, s. 1557).

1.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı

16 Kasım 2002 tarihinde “Herkes Sağlık” başlığı altında sağlık ile alakalı yapılması planlanan hedefler “Acil Eylem Planı”na bağlı kalarak 2003 yılında hazırlanan SDP ile halka sunulmuştur. DSÖ’nün “21. Yüzyılda Herkes Sağlık” politikası, AB tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi” ve çeşitli uluslararası tecrübeler, SDP tarafından örnek alınmıştır. Böylece SDP, 8 tema etrafında şekillenmiştir (Akdağ, 2008, s. 20). Özellikle 2000’li yılların başlarında bazı sağlık problemleri ortaya çıkmasıyla birlikte sağlıkta dönüşüm zorunlu hale gelmiştir. Bu doğrultuda Türkiye’de son dönemlerde sağlıkta reform hareketleri ortaya çıkmış ve 2003 yılında SDP uygulanmaya başlamıştır. Bu programın amacı; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde kişilere sunmak, sağlık giderlerini disipline etmek ve finansal sürdürülebilirliktir (Akkavak, 2018, s. 71; Sülkü, 2011, s. 15). Türkiye’de daha önceki dönemlerde SSK, BAĞ-KUR, ES ve yeşil kart uygulamaları mevcuttu. Bununla birlikte sağlık finansmanının büyük bir kısmı kamu tarafından karşılanmaktaydı. SDP ile sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanının birbirinden ayrılması amaçlanmıştır. SDP ile kamuya ait olan üniversiteler, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı ve Cumhurbaşkanlığı gibi birkaç kuruma ait olan sağlık kurumları haricindeki bütün sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Böylelikle sağlık hizmetlerinin sunumu tek çatı altında toplanmıştır. Daha sonra 2006 yılında 5502 sayılı Kanun ile aktüeryal denge, norm ve standart birliğini sağlamak amacıyla SSK, Bağ-Kur ve ES tek çatı altında SGK’ da toplanmıştır. Devamında ise 2008 yılında 5510 sayılı Kanun ile GSS sistemine geçilmiştir. GSS ile hedef; tüm vatandaşlara eşit bir şekilde ve nitelikli bir sağlık hizmeti sunmak, risk paylaşımı yapmak, adalete dayalı olan bir sistem oluşturmak ve sağlık alanındaki finansal korumayı sağlamaktır (Akkavak, 2018, s. 71-85; Sülkü, 2011, s. 29). GSS kapsamında sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulmaya başlamıştır. Bununla birlikte ve özel sağlık hizmet sunucularının sayısında da artışlar meydana gelmiştir (Akkavak, 2018, s. 71-85, Sülkü, 2011, s. 16).

Genel olarak 2003 yılı ve sonrasında SDP ile sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri köklü değişikliklere uğramış ve kapsam olarak genişletilmiştir (Tatar, 2011, s. 105). Sağlık hizmeti almak amacıyla kamuya kurumuna başvuran hastalar için bir sistem oluşturulmuştur. Nüfusun büyük bir kesimi ise zorunlu olarak GSS’de

toplanmıştır. Bununla birlikte sağlık finansmanının kontrolü SGK çatısı altında sunulmaya başlamıştır. 2003 yılında uygulanmaya başlayan SDP, 1990'lı yıllardaki uygulamalardan farkı, piyasaya dönük reform uygulamalarına hız kazandırmış ve daha geniş bir uygulama alanı bulabilmiş olmasıdır (Elbek & Adaş, 2009, ss. 33-44).

1.5.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Amaç ve İlkeleri

SDP'nin temel amacı sağlık hizmetlerini etkili, verimli, eşitlik ilkesinin yanında hakkaniyetli bir şekilde sunmak ve finanse etmektir. Amaç olarak geçen kavramlardan olan;

- ❖ **Etkililik;** Uygulanacak olan sağlık politikası ile toplumda yer alan sağlık düzeyinin yükseltebilmek
- ❖ **Verimlilik;** Sağlık adına ayrılan mali kaynakların hem doğru bir şekilde kullanılarak maliyetlerin en aza indirilmesi hem de aynı kaynak üzerinden fazla hizmet üretiminin sağlanması
- ❖ **Hakkaniyet;** Toplumun geneli üzerinden ihtiyaç duyulan ölçüde sağlık hizmetlerine ulaşılması ve kişilerin elde ettikleri maddi durumları kadar sağlık hizmetleri finansmanına katkıda bulunmuş olmalarıdır (Çetin, 2017, s. 282).

SDP'nin temel ilkeleri ise insan merkezlilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon, hizmette rekabet olarak sıralanabilir (Akdağ, 2012, ss. 69-70).

1.5.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Bileşenleri

Türk sağlık sisteminde 2003 yılında köklü değişiklikler yapılmıştır. Yapılan bu değişiklikler arasında hizmet sunumu, sağlık hizmetleri finansmanı, insan gücü ve bilgi işlemleri gibi birçok alanı içermektedir (Akdağ, 2012, s. 80).

SDP, 58. ve 59. Hükümet Planı ve Acil Eylem Planı'nda yer alan hedefler üzerinden hareket ederek hazırlanmıştır. SDP ile hali hazırda yer alan sağlık sistemi yeniden tasarlanmış olup birçok değişikliğe gidilmiştir. Yapılan bu değişiklikler şu şekildedir; ilk olarak mevcut sağlık sisteminin işleyişinde ardından kurumsal yapısında, personel yapısında ve dağılımında, kaynak kullanımında, sağlık hizmetleri finansmanında, sağlıklı insan gücünde ve son olarak sağlık hizmetlerinde yer alan merkeziyetçilikte köklü değişikliğe gidilmiştir (Ergun & Ergun, 2010, s. 38). Yapılan

SDP bütün sağlık sistemini içeren sekiz ana bileşen ve alt bileşenlerden oluşun sorunlara karşı özömler sunan bir içeriğe sahiptir (elikay & Gümüş, 2011, s. 59). Bu bileşenler aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Akdağ, 2008, s. 20):

- “Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
- Herkesi tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
- Yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi,
 - -Güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği
 - -Etkili, Kademeli sevk zinciri,
 - -İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri,
- Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü,
- Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için akreditasyon,
- Akılcı ilaç ve malzeme üretiminde kurumsal yapılanma,
- Karar sürecinde etkili bilgiye erişim: Sağlık Bilgi Sistemi”

1.5.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Sağlık İle İlgili Temel Problemler

SDP’ nin sağladığı önemli dönüşümlerden önce sağlık ile ilgili bazı temel problemler yaşanmaktaydı. Sağlık hizmetleri SDP’ den önce hizmet sunumu açısından hem karışık hem de parçalı bir yapıya sahipti. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Sağlık Bakanlığı ve üniversiteler şeklinde olmak üzere üç ana kamu hizmet sunucusu yer almaktaydı. Sağlık Bakanlığı, bakanlığa bağlı kalan sağlık tesisleri ve hastaneler vasıtası ile sağlık hizmetleri alanında en büyük sunucu olarak birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sağlık hizmetlerini vermekteydi. Buna ek olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin tek ve yegane sunucu konumunda yer almaktaydı (Akkavak, 2018, s. 71-85; Sülkü, 2011, s. 15).

Aşağıda bahsedilen problemler ve sağlık göstergeleriyle ilgili ekonomik göstergelerin uyumsuzluğu bir nevi bu sağlık hizmetini sunanların ve bu hizmeti alan kişilerin memnuniyetsizliği ile küresel reform etkileri, sağlık başlığı altında yeniden

yapılanmayı gündeme taşımıştır. Bu açıdan Türkiye’de daha kaliteli sağlık hizmetlerini adaletli bir şekilde sunan ardından sağlık giderlerinde yaşanan artışa karşı bir koruma sağlayan ve sürdürülebilir bir sistemi inşa etmek ve sağlık hizmetlerinde yer alan sunum ve finansmanın da önemli değişiklikler yapma gayesiyle SDP başlatılmıştır (Sülkü, 2011, s. 97).

Sağlıkta dönüşüm programı öncesi sağlık ile ilgili temel problemler aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Yılmaztürk, 2013, ss. 183-184):

- Türkiye’deki bebek ve çocuğa dair sağlık göstergeleri Avrupa ülkelerine kıyasla daha düşüktür.
- Hem kentsel-kırsal alanda hem de sosyo-ekonomik düzeyler arasında sağlık alanındaki eşitsizlikler fazlaca görülmektedir.
- Sağlık Bakanlığı’nda ve sağlık kurumlarında yer alan yönetsel verimsizlikler bir nevi yetişmiş eleman sayısının artırılmasına işaret etmektedir.
- Sosyal güvenlik başlığı altında değerlendirilmeyen sayıca fazla olan bir kesim bulunmakta ve bu kesimin hem sosyo-ekonomik düzeylerinin hem de sağlık göstergelerinin düşük olması ciddi bir sorun olarak görülmektedir.
- Sağlık hizmetlerinde yer alan erişim sorunu nüfusun büyük bir kısmının sağlık güvencesinin olmamasından kaynaklanmakla beraber sağlık güvencesi olan kesim için dahi tam bir kapsama olmamakta ve böylece eksik sigortacılık olgusu kendini göstermektedir.
- Hem hizmet sunumunda hem de finansmanındaki bölünmüş yapı verimsiz sonuçlara yol açmaktadır.
- Sevk sisteminin uygulanmaması sonucu hastane hizmetlerinde gereksiz kullanıma sebebiyet vermekte olup bu durum üniversite hastaneleri dahil olmak üzere birçok sağlık kurumu önemli olmayan hastalıklar için birinci basamak şeklinde bir sağlık kurumu gibi hizmet vermektedir.
- Toplumda yer alan kırsal kesimde ise hizmete erişim adına ciddi miktarda informal ödeme gerçekleşmektedir.
- Sağlık çalışanlarının hem dengesiz dağılımı hem de hekimlerin kentsel alanlarda görev yapmak istemesi sonucu sağlık hizmetlerine erişim zorlaşmaktadır

1.5.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Sağladığı Önemli Dönüşümler

Sosyal güvenlik ve sağlık sisteminde 2003 yılında SDP'nin başlaması ile önemli sayılan dönüşümler gerçekleşmiştir. Türkiye' de bulunan sağlık sisteminde ise sağlık hizmetleri sunum ve finansmanında parçalanmışlık, etkililik ve verimlilik ilkelerine uymayan, eşitlik kavramından uzak bir sağlık sisteminden, tüm topluma hizmet veren adaletli bir sağlık sistemine geçilmesi adına program uygulanmıştır. Program eşliğinde Türkiye sağlık sisteminde ise köklü değişiklikler yapılmıştır. Kaynakların verimli bir şekilde kullanılması, sağlık hizmetlerinde yaşanan erişimdeki eşitsizliğin giderilmesi, sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde kullanılması adına değişiklikler yapılmıştır (Akkavak, 2018, s. 69). Aşağıdaki Tablo 1. 3.'te SDP'nin sağladığı önemli dönüşümlere yer verilmiştir.

Tablo 1. 3. SDP'nin Sağladığı Önemli Dönüşümler

Tarih	Değişiklik
2003	<i>SDP açıklandı.</i>
	<i>Performansa dayalı ek ödeme çalışması başladı.</i>
	<i>Memurlar özel sağlık kuruluşlarından faydalanmaya başladı.</i>
2004	<i>Performansa dayalı ek ödeme sistemine geçildi.</i>
	<i>Aile hekimliği uygulamasına geçildi.</i>
	<i>SSGSS Yasası Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) 'ye gönderildi.</i>
	<i>İlaç fiyatlarında referans fiyatlamaya geçildi.</i>
	<i>İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.</i>
2005	<i>Reçeteli ilaçlarda KDV onarı %18'den %8'e düşürüldü.</i>
	<i>SSK sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredildi.</i>
	<i>SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı.</i>
	<i>Yeşil Kart' lı kişilerin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı.</i>
2006	<i>Yeşil Kart' lı kişilerden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başlandı.</i>
	<i>SB hastanelerinde global bütçe uygulamasına geçildi.</i>
	<i>Program öncesi ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.</i>
	<i>Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.</i>
2007	<i>SSGSS kanunun bazı maddeleri iptal edildi.</i>
	<i>Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.</i>
	<i>SGK'da MEDULA sistemi uygulanmaya başladı.</i>
2008	<i>Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili düzenlemeler yapıldı.</i>
	<i>SSGSS ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.</i>
	<i>Reşit olmayan tüm nüfus güvence altına alındı.</i>

Tablo 1.3. SDP'nin Sağladığı Önemli Dönüşümler (Devamı)

2009	<i>İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirildi.</i>
	<i>Ödeme komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayınlandı.</i>
	<i>Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.</i>
2010	<i>Yeşil Kart'lı kesim özel hastanelerin acil ve yoğun bakımlarından ücretsiz yararlanmaya başladı.</i>
	<i>İlaçta global bütçe uygulamasına geçildi.</i>
	<i>İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları belirlendi.</i>
	<i>Aile hekimliği uygulaması tüm ülkeye yayıldı.</i>
	<i>Özel hastaneler sınıflandırıldı ve alabilecekleri ek ücretler belirlendi.</i>
	<i>Aktif kamu çalışanları SGK'ya devredildi.</i>
2011	<i>Tam Gün Yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.</i>
	<i>SB hastanelerinde teşhis ile ilgili gruplara geçildi.</i>
	<i>Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.</i>

Kaynak: (Tatar, 2011, s. 128)

Tablo 1. 3'ten yola çıkılarak SDP ile sağlık hizmetleri alanında önemli değişikliklerin yapıldığı görülmektedir. SDP sonrası SSK'ya bağlı sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na geçişi sonucunda sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna dair yapılan düzenlemelerin daha çok Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasına ilişkin birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde köklü değişikliklerin yapılmasına ilişkin olarak planlandığı da ifade edilebilir (Şentürk Doğan, 2017, s. 8).

İKİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL MUHASEBE

Medikal muhasebe kavramına ilişkin detaylara geçilmeden önce konunun daha iyi anlaşılabilmesi için ilk olarak muhasebe kavramına ve muhasebenin kullanım alanlarına, Medula sistemine sonrasında ise sağlık kurumlarında yönetim muhasebesi kavramına değinmenin faydalı olacağı düşünülmektedir.

2.1. Muhasebe Nedir?

Muhasebe, “İşletmenin hem varlıklarında hem de kaynaklarında değişime yol açan tamamen ya da kısmen olmak şartıyla mali niteliklerdeki bu sebepten dolayı parayla ifade edilen işlemlere ve kayıtlara ait bilgilerin tamamıyla ilgili kaynaklardan bir araya toplanması, bunların doğruluğunun saptanması, kayıt haline alınması, gruplandırılması, elde edilmiş olan sonuçların raporlaştırılmış bir şekilde ilgili tüm kişilere sunulması sonrasında bu bilgilerin tümünün analiz edilip yorumlanmasıdır”. Tanımdan yola çıkarak muhasebeyi, kâr elde etme amacı olan ya da olmayan kuruluşların tüm işlemlerini takip eden, daha sonrasında bu işlemleri kaydeden ve bir sonuca vardıran bir bilim olduğunu söylenebilir. Gerek kamu gerekse özel sektörde faaliyette bulunan tüm kurum ve işletmelerin etkin çalışan bir muhasebe bilgi sisteminin olması gerekli olduğu söylenebilir. Sayılan bu unsurlar muhasebenin tüm işletmelerde önemli bir yere sahip olduğunu göstermektedir. İşletmeler açısından muhasebenin önemi göz önünde bulundurulduğunda muhasebenin işletme yönetimi içerisinde oldukça önemli bir yere sahip olduğu ifade edilebilir. Her kuruluşun mali bakımdan ne durumda olduğunu bilmesi geleceğini yönetebilmesi için son derece önemlidir. İşletmelerin geleceği için önem arz eden söz konusu bilgileri de muhasebe bilgi sistemi sağlar. İşletme üst yönetimi de muhasebe bilgi sisteminden aldığı bilgi, belge ve raporlar sonucunda değerlendirmelerini yaparak kararlarını vermektedirler (Küçüksavaş, 2012, s. 5).

2.2. Muhasebenin Kapsamı ve Gelişimini Etkileyen Faktörler

Muhasebe sistemi; durağan olmayan, sürekli değişim halinde olan bir sistemdir. İşletmelerin her zaman aktif oldukları sistemlerde belli bir statüye sahip olmaları beklenir. Bundan dolayı işletmeler, içinde bulundukları sistemler ile her daim karşılıklı bir şekilde ilişki kurmak durumundadırlar. Bu yüzden işletmeler mevcut durumda olan varlıklarını sürdürebilmek için içinde bulundukları sistemlere ayak uydurmak zorundadırlar. İşletmeler ilk olarak kendi iş çevrelerinde oluşan değişim ve farklılıkları oldukça yakından takip etmeli, detaylı bir şekilde izlemelidirler. İş çevresi denildiğinde akla gelen unsurlar; işletmenin sahipleri, işletmenin yöneticileri, çalışan personelleri, alıcı ve satıcılarıdır. İşletmenin gücünü kaybetmeden varlığını sürdürebilmesi için sahada yer alanların, istek ve beklentilerini sağlayabilmesi çok büyük önem arz etmektedir. Örneğin; alıcıların istek ve ihtiyaçlarında değişikliklerin olması, yapılarında meydana gelen farklılıklar gibi durumlarda işletmeler, yeni ve çözüm odaklı kararlar almak zorunda kalmaktadırlar. Bundan dolayı işletmeler, kendi iş çevresi içerisinde çok iyi bir gözlem yeteneğine sahip olmalı, meydana gelen değişimler ele alınarak mevcut alandaki değişiklikler sonrasında kendini güncelleyerek yeni bir yol haritası oluşturmak durumundadır (Sürmen & Aygün, 2013, ss. 362-364). Oluşturulan bu yol haritası ve muhasebenin gelişim süreci boyunca etkilendiği bazı faktörler bulunmaktadır. Bu faktörleri aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Yazıcı, 2001, ss. 70-73):

- **Siyasi Alandaki Faktörler:** Devletin siyasi fikirleri muhasebe uygulamalarını etkilemektedir. Bunun nedeni muhasebenin yasalara göre yürütülen bir sistem olmasıdır. Bir ülkede siyasi istikrarın olması durumunda ekonomik anlamda ve diğer faaliyetlerde kalkınmanın olması anlamına gelmektedir.
- **Ekonomik Alandaki Faktörler:** Ekonomik gelişmelerin ve politikaların muhasebe uygulamalarında büyük etkisi olduğu söylenebilir. Ülkelerde uygulanmakta olan ekonomik sistemin yapısı muhasebe uygulamaları alanında olumlu gelişmelerin meydana gelmesinde etkili olmaktadır.
- **Eğitim ve Kültürel Alandaki Faktörler:** Ülkelerdeki eğitim düzeyi ve muhasebe uzmanlarının bireysel eğitim düzeyi bu alandaki uygulamalara etki etmektedir. Ülkelerin kültürel gelişmişlik düzeyi ve dini inançları, sosyal ve ahlaki kuralları muhasebe alanındaki uygulamalara ve bu alandaki uygulayıcılara etki ettiği söylenebilir.

- **Bilim Ve Teknolojik Faktörler:** Bilim ve teknoloji alanındaki gelişmelerin muhasebe uygulamaları için büyük önem taşıdığı görülmektedir. Değişen teknoloji ile birlikte muhasebe sisteminde de olumlu yönde gerçekleşen değişikliklerin ortaya çıktığı ifade edilebilir.

2.3. Sağlık Kurumlarında Yönetim Muhasebesi Kavramı

Yönetim muhasebesi en basit haliyle, işletme yöneticilerinin karar alma süreçlerini kolaylaştırmak amacıyla, işletmeye ait olan verilerin analiz edilerek, yöneticilerin bu konulardaki karar alma aşamasına yardımcı olmak şeklinde ifade edilebilir (Büyükmirza, 2014, s. 29).

Tüm işletmeler için, sahip olunan kıt kaynakları en etkin ve verimli şekilde kullanmak oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu düşünce şekli sağlık işletmelerinin de sahip olduğu ve uygulamaya çalıştığı bir stratejidir. Hastaneler, toplumun tamamını ilgilendirmekte olan sağlık sektörü içerisinde hizmet üretiminin en önemli faktörüdür. Bu yönüyle hastanelerin girdilerini en etkili şekilde kullanarak optimum hizmet üretmeleri gerekmektedir. Bunun sonucunda, toplumun genel refah seviyesinin ve yaşam kalitesinin olumlu yönde etkileneceği ifade edilebilir (Altıntaş, 2003, s. 48). Sağlık kurumlarında yönetsel konularda verilecek kararların etkinliği, işletmenin sahip olduğu bilginin güncelliğine, nitelik ve niceliğine bağlıdır (Erkol & Ağırbaş, 2011, s. 88). Bilgi düzeyinin yetersizliği, sağlık hizmetlerinde belirsizliklerle sonuçlanacak tesadüfî kararların verilmesine neden olmaktadır (Toraman vd. , 2009, s. 93). Yönetim muhasebesi bu yönüyle, işletmelerdeki yöneticilere muhasebe alanındaki bilgilere sahip olmalarında yol gösteren ve işletmeleri için koydukları hedeflere ulaşabilmek amacıyla etkin bir karar almalarını sağlayan finansal yapıda, sayısal yapıda veya finansal olmayan yapıdaki bilgileri düzenlemeye yarayan bir muhasebe dalıdır (Aktaş, 2013, s. 57).

Sağlık hizmeti yöneticileri bazı nedenlerden ve belirsizliklerden dolayı yönetsel konularda isabetli kararlar alamamaktadırlar. İnsanların sağlığa ne zaman, hangi miktarda ihtiyaç duyduklarının belli olmaması, bilgi seviyesi düzeyinin yetersiz olması, tüketicilerin davranışlarının değişkenlik göstermesi ve sağlık hizmeti alan kişilerin memnuniyet düzeylerinin önceden belirlenememesi ortaya çıkan bu belirsizliklerin nedenleri arasında gösterilebilir. İfade edilen bu durumların

iyileştirilmesinin sağlık hizmetlerinin arzının gerçekleştirilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Yöneticilerin bu duruma binaen alacakları kararlar için yönetim muhasebesine ihtiyaç duydukları düşünülmektedir. Yönetim muhasebesi sayısal bilgilere ulaşmada kolaylık sağlayan disiplinler bir alan olarak değerlendirilmektedir. Bu alan sağlık hizmeti sunan kurumlarda; planlama, denetim ve modern karar alma mekanizması amacıyla uygulanması gereken bir muhasebe alt sistemidir. Sağlık kurumlarında faaliyet gösteren bu alan analizlerini çoğunlukla giderlere odaklanarak yapmakta ve gelirlerle ilgili işlemler üzerinde yeteri kadar durmadığı düşünülmektedir. Sağlık işletmeleri yöneticileri sundukları sağlık hizmetini tam ve eksiksiz bir şekilde geri ödeme kurumlarına fatura ettiklerinde kurumun lehine sonuçlar elde edebilirler. Bu durum karşısında yöneticilerin bahsedilen durumdan daha çok daha hastane giderlerinin azaltılmasına yönelik çalışmalar yaptıkları düşünülmektedir. Hâlbuki sağlık hizmetleri üretilirken kullanılan kaynakların tam olarak karşılığını yansıtamayan gelir tahakkuku, giderler konusundaki ekonomik kayıplardan daha fazla olabilmektedir. SDP faturalandırma hatalarını ve sağlık hizmeti sahtekârlığını, “en büyük azaltılmamış sağlık hizmeti maliyeti” olarak tanımlanmıştır. Tahminler göz önünde bulundurulduğunda küresel sağlık harcamalarının %7’sinin (487 milyar ABD Doları) bu nedenden dolayı israf olduğunu göstermektedir. Sağlık kurumlarındaki yönetim muhasebesini ise sağlık yöneticilerine, kurumlardaki yönetimle ilgili faaliyetlere yönelik finansal nitelikte olan sayısal bilgileri, sağlıklı kararların alınmasına imkân sağlamak amacıyla sunan önemli bir araç olarak açıklanabilir (Arık & Yılmaz, 2021, s. 35; Ağırbaş, 2014). Bu yönüyle sağlık kurumlarının sağlam bir muhasebe sistemine sahip olmalarının, faturalandırma alanında yapılan hataların en az seviyeye düşürülmesiyle mümkün olacağı düşünülmektedir.

2.4. Medula Sistemi

MEDULA sistemi; sağlık hizmetlerinin sunulduğu kurumlarda SGK’ nın sağlamış olduğu GSS’ni kullanarak aldığı hizmetin, sağlık kurumlarının iç süreçlerine müdahale etmeksizin faturaya ait olan takip numaralarının elektronik bir ortamda toplanmasını ve verilen hizmetlerin ödemesini sağlayan çoklu sistemsel bir yapıdır (Sözen, 2015, s. 51). Bir başka deyişle MEDULA; Kullanım Kılavuzu ve Biyometrik Kimlik Doğrulama Sistemi Kullanım Kılavuzu ile birlikte çalışan ortak provizyon takip sistemidir. Kullanılmakta olan MEDULA sistemi ile verilen sağlık hizmetlerinin kalitesi

artmıştır. Biyomedikal doğrulama sistemi sayesinde verilerin kötüye kullanımı engellenmiş ve kayıt altına alınmış olan hasta bilgileri ile doktorlar hastalarını daha kolay bir şekilde takip etme imkânı elde etmişlerdir (Kördeve, 2017, s.3). Sağlık hizmetinin sunucuları, MEDULA sistemi aracılığıyla provizyon onayı olarak MEDULA sistemine kaydettikleri hizmet için tek fatura/e-fatura hazırlamaktadırlar (Sağlık Uygulama Tebliği [SUT], 2013).

2.5. Medikal Muhasebe

Günümüzdeki sağlık sisteminin sağlık işletmeleri açısından değerlendirmesi yapıldığında son derece karmaşık bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Yoğun ve karmaşık olan bu sistemde sağlık hizmeti veren kuruluşların, finansal anlamda başarı elde edebilmeleri için yöneticilerin faaliyet gösterdikleri kurumlarda muhasebe ve yönetim konularında mutlak bir anlayışı özümsemeleri ve bunları uygulamaları gerekmektedir. Uygulamaya geçirilmiş olan bu alanlardan biri de medikal muhasebe olarak değerlendirilmektedir. İşletmelerde ön muhasebe olarak değerlendirilen muhasebe uygulamaları, sağlık hizmeti sunan işletmelerde medikal muhasebe işlemlerine karşılık gelmektedir. Medikal muhasebe ayrı bir muhasebe dalı olarak değerlendirilmemekte; *“finansal muhasebe uygulamalarının sağlık işletmelerinde yürütülmesini sağlayan bir alt muhasebe dalı”* şeklinde konumlandırılmaktadır (Nazlıoğlu, 2020, s. 541; Bozdemir, 2019, s. 9). Bu kapsamda medikal muhasebeyi *“Sağlık kuruluşundan hizmet alımı sonucu ortaya çıkan maliyetlerin SGK’ ya fiyatlandırılması, fatura edilmesi, faturaların takibi ve tahsilini sistematik bir şekilde takip eden muhasebe departmanının gerçekleştirdiği işlemlerdir”*. şeklinde tanımlamak mümkündür. Medikal muhasebe süreçlerini takip eden personele ise medikal muhasebe uzmanı denilmektedir (Kördeve, 2017, s. 4).

Medikal muhasebenin çıktıları, karmaşık olan iş süreçleri sonrasında bu süreçlerin belli bir düzen içinde faturalandırılmasıyla devam eden dinamik bir yapıya sahiptir. Medikal muhasebe işlemleri, faaliyet gösterilen süreç boyunca oldukça yoğun aşamalardan geçmektedir. Bununla birlikte bu süreçlerin, derlenip düzenlenerek belli bir uyum içine koyulması ve faturalandırılmasıyla devam etmekte olan sistemsel bir yapıdır. Tüm bu işlemlerin yerine getirilmesiyle sorumlu olan medikal muhasebe uzmanları sadece oluşan sağlık hizmeti giderlerini SGK’ya tahakkuk ettirmekle görevli

olmayıp; aynı zamanda kurumlar, özel sigortalar, iş kazaları, hekim sözleşmeleri ve daha birçok işlemin halledilmesiyle yükümlüdürler. Medikal muhasebe uzmanları bu konumuyla son yıllarda sağlık kuruluşlarınca aranan nitelikli bir çalışan haline gelmişlerdir (Akkuyu, 2020, s. 49). Medikal muhasebe uzmanları sahip olması gereken eğitimleri aldıktan hemen sonra medikal muhasebe biriminde çalışan elemanlarla birlikte faturalama bölümünün süreçlerini takip etmekle sorumlu hale gelmektedir.

Özel ya da kamu sağlık kurumlarınca sunulmakta olan sağlık hizmetinin SUT kuralları çerçevesinde muhasebe edilmesi süreci, kamu hastaneleri kapsamında “faturalama birimi” tarafından yürütülmektedir. Özel sağlık hizmetleri sunucularındaysa bahsedilen işlemler “medikal muhasebe” işlemleri olarak adlandırılmaktadır. Buna binaen medikal muhasebe kamu ve özel sektörde farklılaşmakta olan bir sisteme sahiptir. Farklılaşan bu yapı kamu sağlık işletmelerinde uygulanmakta olan bütçeler ve taşınır mal kayıt sistemindeki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir. Kamu sağlık işletmelerinde alanla ilişkili bölümler temel noktalarıyla gelir ve gider tahakkukları, maaş mutemetliği, vezneler ve taşınır yetkili birimlerinden oluşmaktayken, özel sağlık işletmelerinde durum medikal muhasebe ve finans departmanının muhasebeyle ilgili işlemlerin gerçekleştirmesi şeklinde yürütüldüğü görülmektedir (Sayım, 2016, s. 676) . Yani adı geçen medikal muhasebe kavramı, özel hastanelerin daha çok tercih ettiği ve fonksiyonel anlamda kullandıkları bir terimdir ayrıca bu şekilde yaygınlaşmaya devam etmektedir (Arık & Yılmaz, 2021, s. 37).

Kamu ve özel hastanelerde medikal muhasebenin faaliyet alanları biriminin bölüm başlıkları bazı noktalarda farklılık göstermektedir. Bu farklılıklar Aşağıdaki başlıklar kapsamında kamu ve özel hastanelerde medikal muhasebe kapsamını ifade eden bilgiler Tablo 2. 1’de verilmiştir.

Tablo 2. 1. Kamu ve Özel Hastanelerde Medikal Muhasebe Kapsamı

Kamu Hastanesi	Özel Hastane
Kamu hastanelerinde muhasebe ile ilgili bölümler;	Özel hastanelerde muhasebe ile ilgili bölümler;
➤ Gelir Tahakkukları ➤ Gider Tahakkukları ➤ Maaş Mutemetliği ➤ Hastane Vezneleri ➤ Taşınır yetkili servislerden oluşmaktadır.	➤ Muhasebe ➤ Medikal Muhasebe ➤ Finans Bölümünden oluşmaktadır.

Medikal muhasebe sağlık kurumlarında tanım olarak farklılık göstermese de özel ve kamu kurumlarındaki işleyişi açısından bazı farklılıklara sahiptir. Kamu hastanelerinde faturalandırma başlığı altında değerlendirilen bu kavram aşağıda açıklanmaya çalışılmıştır.

2.5.1. Kamu Hastaneleri Açısından Medikal Muhasebe (Faturalandırma)

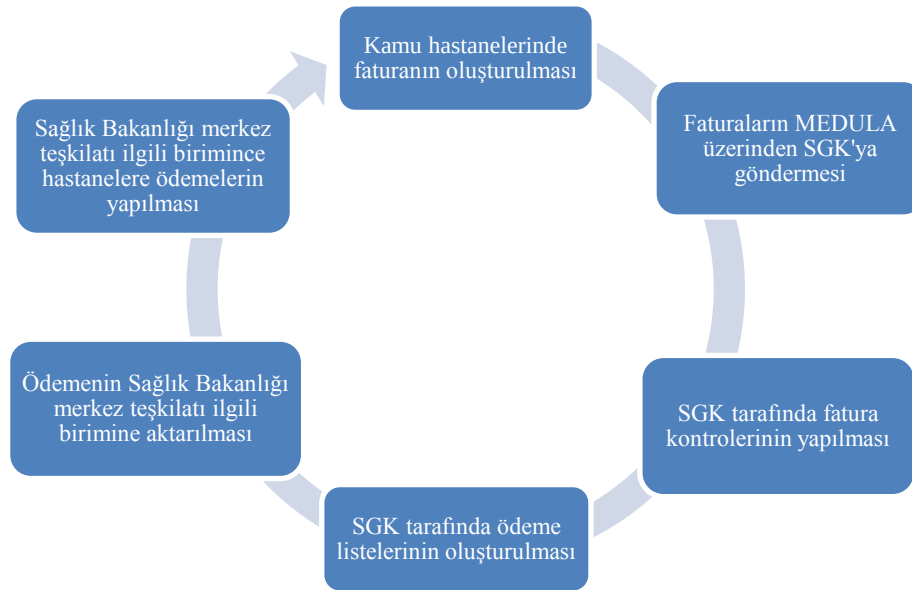
Kamu hastanelerinde medikal muhasebe süreçleri faturalandırma adı altında ifade edilmektedir. Faturalandırma, sağlık kurumları tarafından sunulmuş olan sağlık hizmetlerinin karşılığını almak amacıyla sigorta şirketlerine yapılan taleplerin sunulması ve sunulan bu taleplerin takip edilmesi işlemidir. Sağlık kurumlarında faturalandırma süreci, hastanın sağlığıyla ilgili herhangi bir şikâyetiyle ilgili durumunun teşhisi ve tedavisi için sağlık kurumuna başvurusuyla birlikte başlar. Hastanın sağlık kurumundan ayrılışına kadar verilmiş olan bütün hizmetler hasta adına ya da anlaşmalı kurum adına sisteme kaydedilmektedir. Daha sonraki adımda, sigorta şirketleri tarafından belirlenmiş olan kurallara göre bütün hizmetler ücretlendirilir. Ardından faturalandırma işlemi yapılarak ilgili sigorta payına veya hasta payına yansıtılarak işlenir (Daşdemir vd. , 2013, s. 2).

Faturalama birimi, “Sağlık kurumunun hastalarına sunmuş olduğu hizmetin maliyetini ilgili kurumdaki alması ve sağladığı hizmet sürekliliğinin devamı için hastanelerin süreçleri takip eden medikal muhasebe biriminin bir ayağıdır” şeklinde ifade edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından faturalama birimlerindeki fatura işlemlerinin tam zamanlı bir şekilde kesilmesi ve ayrıca geri

ödemelerin takip edilmesi gerekmektedir. Bu süreç devam ederken geç fatura ya da yanlış fatura işlemi gibi bir takım olumsuzluklar meydana gelmektedir. Bundan dolayı bu birimde görev yapacak olan personellerin, medikal muhasebe süreçlerine hâkim, değişimi anlayabilen ve bu değişim sürecini yönetebilen, mali mevzuata hâkim, farklı disiplinlerin oluşturduğu çalışma takımlarıyla çalışabilen, bilgili ve deneyimli kişiler olması önem arz etmektedir (Gençtürk ve Cansever, 2016, s. 228).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu genellikle kamu sektörüne ait olan sağlık kuruluşları aracılığıyla sunulmaktadır. Bunun yanında özel sektör de sağlık hizmetinin sunumunda çok önemli bir rol oynamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri başlığı altında; birinci basamak sağlık hizmetleri, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri yer almaktadır. Hastaneler ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında bulunmaktadır. SGK tüm basamaklarda sunulmakta olan hizmetin karşılığını geri ödeyen en büyük geri ödeme kurumudur. Kamu hastanelerinde, genel sağlık sigortasının kapsamında bulunan hastaların yararlanması amacıyla oluşturulmuş olan faturalar “*Medula*” sistemi aracılığıyla SGK’ya iletilmekte ve bu kurum tarafınca yapılmış olan kontroller doğrultusunda geri ödemeler gerçekleştirilmektedir (Pirim ve Bulut, 2022, s. 317). Kamu hastanelerinde faturalama süreci Şekil 2’de verilmiştir.

Şekil 2. 1. Kamu Hastanelerinde Faturalama Süreci



Kaynak: (Pirim & Bulut, 2022, s. 317)

Faturalandırma süreci Şekil 2.1’de görüldüğü üzere kamu hastanelerinde faturanın oluşturulmasıyla başlayıp SGK tarafından fatura kontrollerinin yapılmasıyla devam eden ve Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının ilgili birimince hastanelere ödemelerin yapılmasıyla son bulan bir süreçtir.

2.5.2. Özel Hastaneler Açısından Medikal Muhasebe

Özel hastanelerde medikal muhasebe, bu alanının kapsamına giren ve hastanelerde bu konuyu ele alan tüm işlemlerin tahlil edilip, değerlendirilerek, fatura oluşturma işleminin bitimine kadar izlendiği ve bu süreçleri kapsayan bir organizasyondur. Medikal muhasebe, hizmet verilen kişinin protokolü üzerinden ameliyat ya da hastanede yatar şeklindeki tüm hizmetlerini içine alır. Yapılan tüm işlemlerin eksiksiz bir şekilde faturalandırılmasının yapıldığı bir süreçtir. Hizmet verilen kuruluş ister Özel Sağlık Sigortası’na ister SGK’ya kayıtlı olsun, fatura kesim zamanı yaklaşmakta olan hasta kayıt işlemleri tespit edilerek, faturalama aşamasında tamamlanmamış olan belgeler (ameliyat bildirgesi, inceleme neticeleri, çıkış özeti, endoskopi bildirgesi, vb.)ilgili üniteden istenerek tamamlanır. Belgelerin ve işlemlerin eksik olmaması ve hepsinin bir arada olması gerekir (Akkuyu, 2020, s. 49).

Hizmet sunucusu olarak çalışan doktorlarca oluşturulan, hastalara ait rapor ve tetkik sonuçlarının bu konuyla ilgilenen personellerce gerekli birimlere imzalatılmış olarak ilgili hasta dosyalarının tam bir şekilde tamamlanmasını ve düzenlenmesini sağlamak özel hastanelerde medikal muhasebe biriminin en temel görevlerindendir (İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, 2017, s. 1).

Medikal muhasebe departmanında görevli olan medikal muhasebe çalışanlarının sağlık hizmetleri sunumuyla ortaya çıkan maliyetleri SGK’ya fatura etmesinin dışında, diğer departmanlarla bağlantılı olarak yürütmekte olduğu ve kurumsal anlamda bir bütün oluşturarak yerine getirmeye çalıştığı başka görevleri de vardır. Aynı zamanda özel sigorta şirketleri, anlaşmalı kurumlar, iş kazaları, doktor sözleşmeleri, trafik kazaları, adli vakalar, itiraz veya iadeler gibi oldukça uzun ve karmaşık bir süreci takip etmekle yükümlüdürler. Bu yönüyle, fonksiyonel anlamda sağlık hizmeti sunumunda ayrıcalıkları olan medikal muhasebe departmanının özel sağlık işletmelerindeki iş envanterleri ve iş süreçleri aşağıda ele alınmıştır. (Kördeve, 2017, s. 5).

2.6. Medikal Muhasebeyi Oluşturan İş Envanterleri ve İş Süreçleri

2.6.1. Anlaşmalı Kurumlar

Medikal muhasebe birimi SGK, Özel Sigorta, Banka ve Diğer anlaşmalı kurumların sözleşme süreçlerini takip etmekle ve bunları sonuçlandırmak sorumludur. Özel sağlık kurumları açısından medikal muhasebe iş envanterlerinin ve iş süreçlerinin birinci basamağını anlaşmalı kurumlar oluşturmaktadır. Bu birimin anlaşmalı kurumlardaki işleyişi ise 7 başlık altında toplanmış ve açıklanmaya çalışılmıştır.

2.6.1.1. Sözleşmelerin Yapılması

Anlaşmalı olan Kurumların ilgili birimi tarafından yapılmış olan anlaşma kuralları baz alınarak mutabakat sağlanır ve sözleşme yapılır. Baz alınan bu sözleşme şartlarınca, söz konusu birimin en önemli amacı; bireylerin hastalık ya da kaza sonrasında oluşan sağlık durumuyla ilgili problemlerini ayakta veya yatarak tanı ve tedavi edilmelerini temin etmek için kontrat imzalamaktır. Bu kontratla; tedavi anında uygulanması gereken işlemler ödemelerin düzenlendiği müşterilerle kurumlar arasındaki her türlü konudaki iletişim, Anlaşmalı Kurumlarca yapılmaktadır. Sözleşmenin yapılmasının amaçlarından bazıları aşağıdaki gibi sıralanabilir(Akkuyu, 2020, ss. 52-53):

- Kurum ile anlaşmalı kurum arasındaki iş süreçlerini yönetmek.
- Anlaşmalı kurumların ziyaretlerini gerçekleştirmek
- Kronik durum aşamasına gelen problemlerin tespit edilmesi ve çözüm önerisi geliştirmek.
- Anlaşmalı kurumların isteklerine hızlı bir şekilde ve kalıcı çözümler sunmak
- Prosedürlerin güncel bir şekilde olmasını yardımcı olacak öneriler sunmak
- Hizmetlerin gelirlerini arttırmak amacıyla fiyat kampanyaları oluşturmak
- Gerekli raporların hazırlanmasına birim yöneticisinin onayına sunmasına yardımcı olmak.

2.6.1.2. Fiyatlandırma Yapılması

Fiyatlandırma yapılmasının genel amacı; ekonomik göstergeleri ve sektörde uygulanan fiyatlandırmaya yönelik uygulamaları; Türk Tabipler Birliği (TTB), (Türkiye’de bulunan hekimleri temsil etmekte olan bir meslek grubudur. Tüm

hekimlerin haklarını savunmayı ve korumayı, hekimlik mesleğini uygun bir şekilde temsil etmeyi, ahlakını korumayı amaçlayan, tıp eğitimlerine katkı sağlamayı ve Türkiye'nin halk sağlığını üst seviyelere çıkarıp geliştirmeyi ve yaygınlaştırmayı amaç edinen bir meslek grubudur) ve SUT gibi sektörde geçerliliği bulunan, fiyatlandırmaya yönelik uygulamaları izleyerek, piyasa araştırmalarına göre rekabet üstünlüğü sağlayabilecek fiyatların oluşturulmasını sağlamaktır. Ayrıca anlaşmalı kurumlar ve sigorta ortaklıkları ile olan operasyonel ilişkilerin aktif yürütülmesine destek olmak, raporları sürekli olarak takip etmek, geliştirilmesi gereken alanları tespit ederek iyileştirme faaliyetleri yapmaktır (Akkuyu, 2020, s. 53).

2.6.1.3. Hastanede (Sahada) Hizmet Verilmesi

Hastalara yüksek düzeyde ve kalitede hizmetler sunarak muhasebe departmanının ve hizmetlerinin politik, prosedür, program ve standartlarını, amacına uygun bir şekilde oluşturup sahada ihtiyaç duyulan alt yapıyı temin ederek faturalandırma ve bu işlemin en doğru şekilde yapılmasını sağlayan bir sistemdir. Bu bağlamda hastanede (sahada) hizmet verilmesinin amaçları: şu şekilde sıralanabilir (Akkuyu, 2020, ss. 55-56):

- Hizmet alan kişilerin en iyi biçimde hizmet alabilmesini sağlamak
- Sistemin güncel kalmasını sağlayacak çalışmalar yapmak, sistemdeki sorunları gidermek, takip etmek, gelişimine katkıda bulunmak.
- Faturalandırmayı takip etmek, süreç üzerinde iyileştirmeler de bulunmak ve işleyen bu sürecin doğru ilerlemesine katkıda bulunmak.
- Sıkça rastlanan faturalarla alakalı hatalarla sık sık karşılaşmamak için çalışma ve toplantılar yapmak. Bu çalışmaların ve toplantıların sonuçları hakkında birim yöneticisini düzenli bir şekilde bilgilendirmek.

2.6.1.4. Hakediş Hesaplanması

Hak ediş hesaplamasının yapılma amacı; sağlık kurumlarında hizmet sunmakta olan hekimlere hak ediş düzenini ve sistemini oluşturabilmek, oluşturulan bu sistemi yönetmek ve bu sistemin yeni oluşturulan şartlara göre uygun çalışabilmesini sağlamaktır. Kurumların bünyesindeki yayınlanmış olan raporları uygun bir şekilde takip etmek, geliştirilmesi gerekli olan alanların tespitini yapmak ve bu alanlarda köklü iyileştirmeler sağlayabilmek amacıyla aşağıda bazı amaç başlıklarına yer verilmiştir (Akkuyu, 2020, ss. 56-57):

- Sistemin gelişimine katkı sağlamak
- Hak ediş sistemlerine yönelik olan üst yönetime ve bununla ilgili departman ve birimlere önerilerde bulunmak ve iyileştirilmesi gereken konular için bazı çözümler sunmak.
- Yapılması gereken işleğin standartlarını belirlemede katkı sağlamak
- Projenin; tasarım ve planlama gibi safhalarında, diğer departmanlarla iletişim içinde olarak, projenin ilerleme süreçleri ve sonuçlarıyla ilgili üst yönetimde bulunanları bilgilendirmek ve rapor halinde sunmak.
- Daha sonra da değerlendirilmesi yapılacak olan noktaları belirleyip bildirmek ve gerekli önlemleri alabilmek amacıyla bazı öneriler sunmak
- Standart süreçlerde sürekliliğin sağlanması amacıyla hak ediş sistemlerinin doğru bir şekilde çalışmasını sağlayabilmek.
- Doktorların hak ediş düzeylerinin ve oranlarının, sistemsal bir şekilde tüm kontrollerinin yapılmasını sağlamak.
- Yöneticilerin kontrolleri uygun ve doğru bir şekilde yapabilmeleri için detaylı raporlar hazırlayarak üst yönetime sunmaktır.

2.6.1.5. Fatura (Anlaşmalı Kurum Faturaları Kontrolü)

Vergi Usul Kanunu (VUK)’ta faturanın tanımı; “Satılan emtia (mallar) veya yapılan iş karşılığında müşterinin borçlandığı meblağı göstermek üzere emtiayı satan veya işi yapan tüccar tarafından müşteriye verilen ticari vesikadır” şeklinde ifade edilmektedir (3475 Sayılı Kanun, Madde 229). Sağlık hizmeti sunucularında fatura kavramı, Sağlık Hizmeti Sunucuları (SHS) belirli bir zaman aralığında (genellikle 1 ay) sunmuş oldukları hizmetlerin bütününe gösteren işlemler için SGK’ya Medula sistemi üzerinden kestikleri evraklar olarak değerlendirilmektedir. Genellikle Medula üzerinden otomatik olarak kesilen faturalar bazı dönemlerde kurumdan kaynaklanan sebeplerden ve provizyon alma süreci kapsamında vefat eden hastalardan dolayı manuel olarak da kesilmektedir (Gençtürk & Cansever, 2016, s. 228).

Vezne birimince kontrollerinin sağlanabilmesi amacıyla fatura kontrol departmanına gönderilen bütün fatura ve benzeri evrakların takibini yapmak bununla beraber kontrolünü de gerçekleştirmek bu birim tarafından yapılmaktadır. Fatura birimi

ve bu alanlarda iyileştirmeler sağlamak üzere aşağıda bazı amaç başlıklarına yer verilmiştir (Akkuyu, 2020, ss. 58-59):

- Ayaktan kabul edilen hasta işleyiş sürecinde, ayaktan hasta kabulleri yapmakla görevli olan vezne çalışanları, gün sonlarında bütün faturaları bu birimlere yani Fatura Kontrol Birimlerine, faturaların ekleri ile beraber teslim etmekle görevlidir.
- Fatura üzerinde; hastanın bazı kişisel bilgileri, eğer kurum tarafından isteniyorsa hastanın imzası, kurum adı, hasta payı, fatura numaraları, toplamda mevcut olan fatura tutarının miktarı ve faturaların hizmet girişleri özenli bir şekilde kontrol edilmektedir.
- Hastanın muayene formları üzerinde ise; hastanın ismi ve soy ismi, gerekli yerlere atılmış olan imzaları, hastanede muayene olunan tarih, doktor tarafından istenilen tetkikler, hekimin kaşesi ve imzası, şikâyet ve tanı bilgilerinin tamamı ve son olarak istisna işlem bilgileri bulunur.
- Kurumun gerekli gördüğü haller durumunda ise ibraname ya da internet dökümü ve kurum provizyon formu ayrıca kurum onay formuna eklenmelidir.
- Faturalarda eğer varsa tüm eksik evraklar ve hatalar barkod okuyucular tarafından okutulmuş bir şekilde sistemlere faturanın hatalı olduğu belirtilerek yazılır.
- Hatasız olan faturalar ve evraklar tamamlanmış olan kurum faturalarıyla birlikte barkod okuyucuları tarafından listelenir.
- Vezne tarafından düzenlemeye alınan ve düzeltilen tüm faturalar, gerekli olan eksikliklerin tamamlanmasından sonra tekrar fatura kontrol birimine gönderilir.

2.6.1.6. Tahsilat

Ödeme mekanizmaları sağlık hizmeti sunan kurumlara, ödeme birimini (tahsilat), hasta faturalarında olması gereken ayrıntıları, uygulanan tedavi sonucunda hastaya verilmesi gerekli olan belgeleri, ödeme sürelerinin ne kadar olduğunu, hasta faturalarında sağlık hizmeti sunan kurumlardan kaynaklı maddi hataların sonuçlarını ve bunun gibi diğer birçok tahsilatla ilgili konu ve sorunları düzenlemektedir. Tahsilatla ilgili bu düzenlemeler sağlık hizmeti satın alan kurumlar ile (özel sağlık sigorta şirketleri, sosyal güvenlik kurumları, fon sahipleri ve yardım sandıkları vb.) sağlık

hizmetini sunan bireysel ve kurumsal olan mekanizmalar arasındaki hizmet sözleşmelerinde yer almaktadır (WHO, 1993, s. 37).

Tahsilat biriminin iş süreci; anlaşmalı kurumlar sigorta şirketleri ile karşılıklı ilişkilerin aktif bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır. Tahsilat birimi ve bu alanlarda iyileştirmeler sağlamak üzere aşağıda bazı amaç başlıklarına yer verilmiştir (Akkuyu, 2020, ss. 60-61):

- Sunulmuş olan hizmetin karşılığında, kesilmiş olan tüm faturaların mutabakatlarını sağlamak.
- Ön muhasebenin hazırlamış olduğu raporları vezne raporlarıyla karşılaştırmak ve daha sonra muhasebedeki ilgili hesaplara bu raporların aktarımını sağlamak.
- Muhasebe kayıtlarına girilmiş olan yapılmış olan bütün aktarımların kontrollerini yapmak.
- Kurumların ve kişilerin ödenmemiş olan faturalarının takibini çok özenli ve dikkatli bir şekilde yapmak, gerektiğinde hukuksal süreçlerin yerinde ve zamanında başlatılmasını sağlamak.
- Faturalarla alakalı sıkça rastlanmakta olan hataların tekrar edilmemesine karşı sunulan önerileri üst yönetimle ilgilenen birimlere düzenli bir şekilde belirli aralıklarla iletmek.
- Tahsilat sürecine yönelik olan tüm planlamaları yaparak gerekli bilgilendirmeyi üst yöneticilere iletme işlemini gerçekleştirmek.
- Tahsilat sürecinin ve medikal muhasebe çalışmalarının etkinliğinin sürekli bir şekilde gelişmesine öncülük edip olumlu katkılarda bulunmak.

2.6.1.7. İtiraz ve İade Süreci

Bazı kurumlarca oluşturulan eksikliklerden ya da yanlışlıktan dolayı iade süreci oluşmaktadır. Ortaya çıkan bu iade sürecinin bazı işleyiş aşamaları şu şekildedir (Akkuyu, 2020, ss. 62-63):

- Kurumdan gelen iade faturaları öncelikle Ödeme Takip Birimi (ÖTB)'ne gelmektedir.
- Sistemler yardımıyla elde edilen bilgiler sonucunda iadeye düşüldü olarak gösterilen faturalar, düzenlenmiş olan liste ekinde hastanenin Fatura Kontrol Birimi (FKB)'ne teslim edilir.

- Fatura Kontrol Birim görevlisi birime teslim dilmiş olan bu faturaları kontrol ettikten sonra teslim alır.
- Kuruma gelen iade e-faturaları ise “Medikal Muhasebe Birimi (MMB)” tarafından e-iade, e-red, geçici iade olmak üzere, FKB’ ne gönderilmektedir.
- Daha sonra bahsi geçen faturalama sistemi üzerinden “İade” butonu seçilerek sisteme düşmüş olan geçici iade, e-iade, normal faturalar için iadelerin nedenleri sisteme girilir.
- Böylelikle yeni faturaların konumları Fatura Kontrol adı altında olarak değiştirilmiş olur.
- Faturanın iadesinin nedenleri ilgili sistemlere girildikten hemen sonra bu bölümlerle ilgili yazışma süreçleri başlatılmış olur.
- Bu süreçte seçilmiş olan iadelerin nedeninde bir hata olduğu kanısına varılırsa, ilk baştaki iade nedeninin sisteme girişlerinin yapıldığı günden başlayan ilk 10 gün içerisinde faturalara atanmış olan iade nedenlerinin değiştirilebilme ihtimali vardır.
- Daha sonrasında hatalı neden girişi yapıldığı tespit edildiğinde ilgili süreler dahilinde hata nedenleri değiştirilebilir ve doğru olan hata nedenleri tanımlama sistemlerine girilir.
- Kurumun eksik ödeme yazısını kabul etmesiyle birlikte eksik ödemeler ilgili kişilere yapılarak tahsilatlar uygun ve eksiksiz bir biçimde sonuçlandırılır.
- İşlemler ile düzeltmeler eksiksiz bir şekilde tamamlanıp daha sonrasında, tahsilat olabilmesi için faturalar tekrar ilgili kurumlara gönderilir.

2.6.2. Doktor Hakedişi

Doktor hak ediş biriminin amacı; yönetim tarafından belirlenmiş olan kuralları uygun bir biçimde, doktorların doğru fiyatlarla çalışabilmesi ve emeklerinin tam karşılığı olan hak edişi alabilmeleri için tanımlanmış olan hizmetlerin tamamını, hak ediş sistemlerine uygun ve uyumlu bir şekilde uygulamaktır. Ayrıca bunun yanında ödeme raporlarını hazırlayarak analizlerinin ve incelemelerinin yapılmasını sağlamaktır (Akkuyu, 2020, s. 64).

2.6.2.1. Sözleşme Yapılması

Kurumlarda hizmet verebilmek amacıyla belirli protokoller ve esaslar baz alınarak anlaşma sağlanmakta ve sözleşmeler yapılmaktadır. Doktor hak edişleri ilgili birimlerde yapılan görevler aşağıda sıralanmıştır (Akkuyu, 2020, s. 66).

- Kurumlarda hizmet sağlayan doktorlar için hak ediş sistemini olması gerektiği gibi oluşturmak ve geliştirmek.
- Tüm sistemlerin sorunsuz bir şekilde ve doğru, yanlışsız olarak işleyebilmesi amacıyla tanımlamalarının ve kontrollerinin düzenli olarak yapılmasını sağlamak.
- Branş bazlı olan standart profillerin düzenlenmesini ve güncelleştirilmesini sağlamak.
- Çalışma sahalarından iletilen tüm sorunlara çözüm yolu aramak.
- Sözü edilen bu sahalarla destek sağlamak ve hak ediş sistemiyle alakalı bilgi aktarımında ve bilgi paylaşımlarında bulunmak.
- Doktorlar tarafından ilgili birimlere iletilen sorunlara çözüm yolları arayarak ve bularak destek vermek.
- Birimlere destek sağlayarak hak ediş sistemiyle ilgili bilgi aktarımında ve geri dönüşümünde bulunmak.
- Manuel işlemleri yönetmek.

2.6.2.2. Doktorun Sahada Hizmet Vermesi

Doktorlar belirlenen gün ve saatler üzerinden düzenlenen çalışma programlarına göre hastaların ihtiyaçlarına ve isteklerine, sorunlarına yönelik hizmet vermektedirler. Doktorlar muayene karşılında, ameliyat sonrasında, talep etmiş olduğu tetkikler ve laboratuvar hizmetleri üzerinden hak edişlerini almaktadırlar (Akkuyu, 2020, s. 67).

2.6.2.3. Hakediş Hesaplanması

Sağlık kurumları kapsamında hakediş, hekimin muayene ettiği hasta başına (muayene ücreti, ameliyat ücretleri, tetkik ücretleri) belirlenmiş olan ciroyu geçmesi durumunda elde ettiği ücretleri tanımlayan bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetlerinin üzerinde yapılan anlaşma kurallarına ve maddelerine göre doktorlar hak ediş almaktadırlar (Akkuyu, 2020, s. 67).

2.6.2.4. Doktordan Fatura Alınması

Doktorların kendilerine ait olan herhangi bir şirketi ve bağlı bulundukları bir şirket bulunmaktaysa (örneğin; Ltd Şti.) böyle durumlarda fatura ilgili birimlerce ilgili kişilere kesilmektedir. Hastanede tercih edilmekte olan yöntem çoğunlukla doktorun şirkete ya da şirketlere bağlı bulunmasıdır. Başka şirketlere bağlı olmayan ve hizmet vermekte olan doktorlar ise Serbest Meslek Makbuzu (SMM) kesmektedirler. SMM kesmiş olan hekimler kesmiş oldukları makbuzlar üzerinden %20 stopaj ödemektedirler. Sistemlerden hak ediş yansıtılan doktorlarsa hizmet bedellerinin karşılığı olarak her ay düzenli bir şekilde hizmet karşılığı olarak belirlenen tutarda, ödenen tutar miktarınca fatura kesmektedir. Kesilmiş olan tüm bu faturaların Katma Değer Vergisi (KDV) değeri %8'dir (Akkuyu, 2020, ss. 67-68).

2.6.2.5. Ödeme

Sistemde ortaya çıkmış olan doktor payları üzerinden, doktorun belge durumlarına göre sistem üzerinden üretilmiş olan hak ediş miktarı, belirlenen net bir şekilde doktorlara bedel başlığı altında ödenmektedir. Yapılan bu uygulamaların karşılığında da doktorlar fatura kesmektedirler (Akkuyu, 2020, s. 68).

2.6.2.6. İtiraz ve Düzeltme

Sistemlerde kesilmiş olarak belirtilen faturanın, hatalı faturalar olarak kesilmesi, yanlış hizmetlerin belirlenip sisteme o şekilde girilmesi, faturanın hatalı şekillerde düzenlenmiş olmasından dolayı itirazların söz konusu olduğu görülmektedir. Özel sigortalı faturalardaysa, yapılmış olan anlaşmanın koşulları haricinde faturalandırmaların yapılması, sistemsel bazı hataların oluşması gibi sebeplerle itirazların ve yapılan hatalı işlemlerin kabul edilmemesi söz konusu olmaktadır. Böyle durumlarda hatanın kaynağı araştırılmalı, düzeltilmeli ve fatura yeniden düzenlenmelidir. Faturada probleme sebep olan kaynaklar düzeltilerek itiraza konu olan işlem veya işlemler mutlaka sonlandırılmaktadır ve gerekli işlemler yapılarak ortaya çıkmış olan problem ve hatalar ortadan kaldırılmaktadır (Akkuyu, 2020, s. 68).

2.7.1. Özel Hastanenin Yaptığı İşlemleri SGK' ya Fatura Etmesi

Sağlık hizmetleri finansmanının son fonksiyonu olan geri ödeme kavramı, sağlık hizmeti sunucularının bireylere sunmuş olduğu hizmet karşılığında hastalar adına sağlık

kurumlarına yapılan ödemeyi kapsamaktadır. 5502 sayılı kanunla Emekli Sandığı (ES), BAĞ-KUR ve SSK gibi sosyal kurumlar, SGK bünyesinde toplanmıştır. Bu yeniliğin sağlamış olduğu yararlar bundan böyle ES, BAĞ-KUR ve SSK gibi sosyal güvenlik kurumlarına bağlı olmuş olan bireylerin sağlık ve tedavi hizmetlerini ilgilendiren giderler, SGK tarafınca karşılanmaya başlamıştır. SGK; hastanelerle (özel olan) ile düzenli olarak her sene anlaşmalar yapmakta SGK'ya bağlı olan ve özel hastanelerin, bireylere para talep etmeksizin veya düşük bir bedel karşılığında katkı paylarıyla sağlık hizmetinden faydalanmalarını sağlayan bir kurumdur. Özel hastanelerce SGK'ya bağlı olan bireylere verilmekte olan sağlık hizmetlerinin karşılığı, SGK'ya faturalandırılmakta ve bu faturaların karşılıkları da SGK tarafınca düzenli ve doğru bir şekilde geri ödenmektedir. Sağlık işletmelerince sağlık hizmeti sunulmakta olan genel sağlık sigortası üyesi ve bu bireylerin bakmak zorunda oldukları ailelerine ait olan başvuru numaraları; SUT hükümlerince belirlenen oranlar dahilinde, genel bir sonuç elde edecek şekilde MEDULA sistemi kullanılarak örneklenmektedir (Akkuyu, 2020, ss. 84-85).

2.7.1.1. SGK Faturalandırma Hataları

Özel Sağlık Hizmet Sunucuları (ÖSHS) başvuru yoluyla gelen hastaların SGK'ya fiyatlandırılıp, fatura edilmesi, bu faturaların takip edilmesi sırasında yapılacak olan hatalara SGK tarafından yüksek miktarlarda cezalar kesilmektedir. ÖSHS'ye faturalandırılan bu cezalar, ÖSHS'ye maddi anlamda ciddi boyutlarda zarar vermektedir ve bunun yanında toplumu ilgilendiren kurum imajını da zedelemektedir. Bundan dolayı ÖSHS'ler bu ve bunun gibi cezalara maruz kalmamak adına medikal muhasebe departmanına çok daha fazla önem vermektedir ve burada çalışma potansiyeli olan personelleri de özenle seçmeye dikkat etmektedir (Kördeve, 2017, s. 7).

MEDULA sistemi bazı durumlarda hatalar vermektedir. Hatalar medulaya kayıtlı olup tanımlanan ama faturalandırmaya uymadığı için sıkıntı çıkan durumlarda meydana gelmektedir ve bunlar SUT denilen mevzuatta bulunan kurallardır. Hataların; kanunun koymuş olduğu kararlara aykırı olma ve teknik açıdan verilerin gönderilmesine uygun olmama gibi sayılacak daha pek çok nedeni vardır (Akkuyu, 2020, s. 86).

2.7.1.1.1. Genel Hatalar

Genel hatalara ilişkin bazı başlıklar aşağıdaki gibidir (Akkuyu, 2020, s. 87):

- Muayene, çıkış özeti, ameliyatlara ve irişim raporunun eksik yazılmış olması ya da hiç yazılmaması gibi nedenlerden dolayı onaylanmaması
- Laboratuvarından çıkması gereken sonuçların çıkmamış olması ve ya da onaylanması gereken raporların onaysız bir şekilde getirilmesi
- Görüntüleme işlemlerinde gerekli olan raporların yazılmamış olması ya da onaylanmamış olması
- Malzemelerin gerekli ödenme standartlarına uymaması
- İlaçlarda ödenme standartlarına uyulmamış olması
- Çoklu ameliyatlarda seans veya kesi kural hataları yapılmış olması
- Hatalı ya da eksik provizyon alınması vs.
- Avuç içi biyometrik doğrulamasının yapılmamış olması ya da hatalı yapılmış olması

2.7.1.1.2. Teknik Hatalar

Medulaya verileri ve hizmetleri kaydetmek için medula kullanım şartlarında ya da kılavuzunda gösterilen yöntemlerin ve şartların hastanelerin otomasyon sistemlerinde olmaları gerekmektedir. Bu yöntemlerin otomasyon sisteminde yer almaması halinde medula sistemi hata vermektedir. Aşağıda medula sisteminde hata veren bazı başlıklara yer verilmiştir (Akkuyu, 2020, s. 87):

- Epikriz veya Ameliyat bilgilerinin doldurulması gereken kısımlarının boş bırakılmış olması
- Laboratuvar sonuçlarının ilgili birim bilgisinin boş bırakılması
- Radyoloji sonuç bilgi kısmının boş bırakılmış olması
- Hastanelerde özelliği farklı olan ilaçlar(özellikli ilaç) için bazı rapor şartları aranmaktadır. Aranan bu şartların Raporlarının yazılmamış olması.
- Özellikli malzemeler için ÜTS (Ürün Takip Sistemi) kaydının bulunmaması.
- İlgili görüntüleme hizmetlerinin Tele tıpta görüntüsünün bulunmaması.

Medikal muhasebe çalışanlarının SGK' ya fatura aşamasında gerek genel hatalar gerekse teknik hatalar sonucunda oluşturduğu kesinti ve ceza tutarlarından Tablo 2. 2'de bahsedilmektedir.

Tablo 2. 2. Medikal Muhasebe Çalışanından Kaynaklanan Ceza Sebebi ve Tutarları*

Hastane Adı	Yapılan İşlem Hatası	Toplam Ceza Tutarı
X Hastanesi	Acil Poliklinik hastasının yanlış fatura edilmesi	12.000 TL
Y Hastanesi	Yapılan işlemin ait olduğu branş dışında başka bir branşta kuruma fatura edilmesi	60.000 TL
Z Hastanesi	Finansmanı karşılanmayan sağlık hizmetlerinin fatura edilmesi	36.000 TL
T Hastanesi	Yapılan işlemin ait olduğu branş dışında başka bir branşta Kuruma fatura edilmesi	50.000 TL

*Ceza tutarları SGK tarafından yayınlanmadığından veriler ilgili hastanelerle bire bir görüşme esnasında elde edilmiş ve hastane isimleri yazılmamıştır.

Tablo 2. 2’den çıkarılabilecek sonuçlara bakıldığında; medikal muhasebe departman çalışanlarının yapmış oldukları hatalar sonucunda, kesilmiş olan bu cezalar nedeniyle, ÖSHS’ler sektörde ayakta durmakta zorlanabilmekte ve varlıklarını sürdürmemeye gibi risklerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Kârlılık oranının da düşük olması nedeniyle özel sağlık sektörüne olan yatırımları sınırlanmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmeti veren kuruluşların az olması da göz önünde bulundurulduğunda hem sektör hem de ülke olarak olumsuz etkilenildiği görülmektedir. Bundan dolayı bu ve bunun gibi hataların en aza indirilmesiyle ya da hiç yapılmaması, alanında uzman olan medikal muhasebeciler tarafından gerçekleştirilmektedir (Kördeve, 2017, ss. 8-9).

2.8. Medikal Muhasebe Eğitimi

Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte kamu hastaneleriyle özel sağlık kurumları arasındaki ayrım önemli oranda kalkmıştır. Bunun sonucunda özel hastanelerde finansal muhasebe işlemlerine verilen önem daha da artmıştır. Özel sağlık kurumlarında hastanın kuruma müracaatından taburcu olana kadar ki bu yoğun

süreçlerin medikal muhasebe uzmanları tarafından yapılması, kontrol edilmesi ve sonuçlandırılması gerekmektedir. Yapılan bu uzun, yorucu ve büyük önem arz eden süreç medikal muhasebe uzmanları tarafından zamanında ve eksiksiz bir şekilde yapılmak zorundadır. İş kazaları, trafik kazaları, acil mevzuatı, özel sağlık kurumları gibi farklı işleyişlere sahip olan hizmet kollarında yapılan herhangi bir yanlış işlem sağlık kuruluşuna ciddi manada mali kayıp verebilmektedir. Böylece medikal muhasebe uzmanlarının ve medikal muhasebe eğitimlerinin ne kadar gerekli olduğunun önemi anlaşılmaktadır (Şahin, 2020, s. 104).

Ülkemizde medikal muhasebe uzmanlarına olan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır ve buna rağmen sağlık yönetimi ve sağlık kurumları işletmeciliği gibi bölümlerde gereken önem hala verilmemektedir. Medikal muhasebeden ziyade genel muhasebe ve finansal muhasebeye ağırlık verildiği yapılan çalışmalarda görülmektedir (Şenol ve Metin, 2022, ss: 116-117).

Medikal muhasebe eğitiminin üniversitelerin sağlık yönetimi bölümlerinde ders olarak verilmeye yeni başlandığı, Sevim (2019) tez çalışmasında anlaşılmaktadır. Verilen bu eğitimlerin üniversitelerin hangi bölümlerinde hangi yarıyıllarında ve buna benzer bilgiler tablo 2. 3.'de verilmiştir.

Tablo 2. 3. Medikal Muhasebe Adı Altında Müfredatlarda Okutulan Üniversiteler

Üniversite	Fakülte	Bölüm	Ders Adı	AKTS /Kredi	Verildiği Yarıyıl	L/ÖL/YL
Harran Üniversitesi	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Sağlık Turizm İşletmeciliği Programı	Medikal Muhasebe	5/5	4	Ön Lisans
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Sağlık Bilgi Sistemleri Teknikerliği	Medikal Muhasebe	3/3	2	Ön Lisan
Marmara Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Sağlık Yönetimi	Medikal Muhasebe	3/2	6	Lisans
İstanbul Okan Üniversitesi	Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Medikal Muhasebe	3/4	2	Ön Lisans
Gelişim Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Sağlık Yönetimi	Medikal Muhasebe	3/3	5	Lisans

Kaynak (Şenol & Metin, 2022, s. 117)

Tablo 2. 3’de görüldüğü gibi incelenmiş olan 68 kamu ve vakıf üniversitesinden beş üniversitede zorunlu olarak “Medikal Muhasebe” adı altında müfredatlarında ders olarak okutulduğu ve sadece bir tanesinde seçmeli olarak okutulduğu gözlemlenmiştir. Bu üniversitelerde henüz yüksek lisans düzeyinde derslerin verilmediğine yalnız lisans ve ön lisans düzeyinde verildiği görülmektedir.

Medikal muhasebe alanındaki eğitimlerin ise daha çok kurs ya da kısa süreli eğitimler aracılığıyla verildiği ya da sektörde çalışmaya başlanmasıyla birlikte tecrübe kazanarak öğretildiği incelenen tezlerde görülmüştür (Şenol & Metin, 2022, s. 117).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARININ MEDİKAL MUHASEBEYE BAKIŞ AÇISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Medikal muhasebe elemanlarına yönelik yapılan anket uygulamasını içeren araştırmanın bu bölümünde; literatür taraması, çalışmanın amacı, önemi, kapsam ve yöntemi ele alınmıştır. Daha sonra ise yapılan analizler neticesinde araştırma bulguları sonuç kısmında değerlendirilerek ilgililere çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

3.1.Literatür Taraması

Araştırmanın bu kısmında sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir uygulama alanı olarak ortaya çıkan medikal muhasebeyle ilgili yapılmış olan çalışmalara ve bu çalışmanın amacına yakın olduğu düşünülen yerli ve yabancı çalışmaların bazılarına yer verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni bir uygulama alanı olarak ortaya çıkan medikal muhasebeyle ilgili yapılmış olan çalışmalara ve bu çalışmanın amacına yakın olduğu düşünülen yerli ve yabancı çalışmaların bazılarına aşağıda yer verilmiştir.

Rodriguez-Martinez vd. (2012) çalışmalarında faturalandırmayı destekleyen uygun fiyatlı, güvenli ve ölçeklenebilir bulut bilgi işlem teknolojilerini kullanarak bir platform oluşturmayı amaçlamışlardır. SGK' ya yönelik olan geri ödemeler öncesinde, faturalandırma esnasında yapılan hatalardan kaynaklı kesinti ve cezalar üzerinde durmuşlardır. Cezaların ez az seviyeye indirilmesinin elektronik ortamlarda kayıt yapılmasıyla mümkün olduğu konusuna vurgu yapılmıştır. Faturalandırma faaliyetleri hakkında bilgi alışverişi sağlamak amacıyla MedBook adında bir platform geliştirmişlerdir. Sonuç olarak, sağlık hizmeti sunucularının yazılımlar aracılığıyla yapılmasının kesilen cezaları azaltacağı sonucuna ifade edilmiştir.

Daşdemir vd. (2013) çalışmalarında, sağlık kurumlarında faturalama hatalarından dolayı meydana gelen mali kayıplar üzerinde durmayı amaçlamışlardır.

SGK' nın sağlık kurumlarının finansmanı için faturalandırma prosedürleri geliştirdiğini ifade ederek işlem sırasında meydana gelen hataların azaltılması ve kesintilerin olmaması için hastanelerin SGK tarafından belirlenen standartlara uyması gerektiğini ifade etmişlerdir. Faturalandırma işlemleri sırasında büyük miktarda kayıpların olduğu tespit edilen araştırmada, Yalın Altı Sigma ve DMSIC gibi amaçlarına uygun geliştirici çözüm önerileri sunulmuştur. Araştırma kapsamında Hacettepe Üniversitesi'nin sağlık hizmeti ödemeleri incelenmiş ve bu ödemelerin %95'inin SGK tarafından yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sayım ve Temir (2014) alışmalarında kamu hastanelerinin sunmuş olduğu hizmetlerin gelire dönüşmesinde önemli bir yere sahip olan faturalandırma süreçlerinde sorunlar olduğunu ifade etmiş ve yaşanan bu sorunlara yönelik çözüm önerisi sunmayı amaçlamışlardır. Sağlık kurumlarının mali açıdan rutin giderlerini karşılamaya çalışırken kaliteli hizmet verebilir ve yatırım yapabilir hale gelmelerini sağlayabilecek türde planlamaların önünün açılması çalışmanın bir diğer amacını oluşturmaktadır. Çalışmada örnek hastane olarak seçilen kamu hastanesinde birimlerde yaşanan uygulama sorunlarının saha çalışması ile tespit edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Gençtürk ve Cansever (2016) alışmalarında üniversite hastanelerinin faturalama sürecinde yaşadıkları sorunların tespit edilmesini ve bu doğrultuda çözüm önerileri sunulmasını amaçlamışlardır. Araştırmada Türkiye'de faaliyet göstermekte olan üniversite hastanelerinin faturalandırma birimindeki kişilere anket uygulanmıştır. Sonuç olarak, üniversite hastanelerinde oluşan sorunların kurumların neden olduğu sorunlar, i denetimden kaynaklı olan sorunlar, Medula hatasından dolayı ortaya çıkan sorunlar, ödeyici kurumlardan dolayı kaynaklanan sorunlar ve fiyatlandırmadan kaynaklı sorunlar olduğu tespit edilmiştir.

Kördeve (2017) alışmasında medikal muhasebenin önemini vurgulamayı amaçlamıştır. Araştırmanın içeriğinde medikal muhasebenin sağlık işletmelerinde önemli bir fonksiyonu olmasına rağmen yeterince önem verilmeyen bir departman olduğu, medikal muhasebe iş süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için yönetmelik veya yönergelerin daha kapsamlı oluşturulması gerektiği gibi konuların üzerinde durulmuştur. Ayrıca medikal muhasebenin üniversitelerde ders olarak okutulmasıyla birlikte ya da zaman zaman bu işin uzmanları tarafından gerekli

görüldüğü zamanlarda seminerler yapılmasının bu alandaki hata ve risklerin en aza indirilmesine hatta tamamen ortadan kalkmasına katkı sağlayacağı çalışmanın sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Heese (2018) çalışmasında sağlık hizmeti sunucularının kazanç elde etme yönetimlerinden biri olduğunu düşündüğü fazla faturalandırmanın rolünü incelemektedir. Çalışmada; bir hastayı daha yüksek geri ödeme sağlayan teşhisle ilgili bir gruba yanlış sınıflandırmayı içeren bir gelir manipülasyonu biçimi olarak ifade edilen fazla faturalandırmanın, sağlık hizmeti sunan kurumlar tarafından yapıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca fazla faturalandırmanın, hastanelerin yapmış olduğu faaliyetleri değiştirmeden, maliyetleri etkilemeden veya gelecekte bu tür davranışları değiştirmek zorunda kalmadan gelirlerini artırmasına izin veren bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Sağlık hizmeti sunucularının istekleri doğrultusunda harcama yapılacağı zaman tahakkukları yönetmek harcamadan kısmak yerine fazla faturalandırmayı tercih ettikleri ifade edilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada fazla faturalandırmanın kamu ve özel kurumlarda önemli bir alternatif manipülasyon aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sevim (2019) çalışmasında kamu ve vakıf üniversitelerinde sağlık yönetimi bölümlerinde medikal muhasebenin ders olarak verildiğini ifade etmeyi amaçlamış ve bu sayının çok az olduğundan ve seçmeli olarak ilgili bölümlerde yer verildiği sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca medikal muhasebe eğitiminin sağlık yönetimi bölümlerinde ders olarak verilmeye yeni başlandığı ifade edilmiştir.

Nazlıoğlu (2020) çalışmasında, sağlıkta dönüşüm programı ile sağlık işletmelerinde önem kazanan medikal muhasebe kavramını teorik olarak açıklayarak sağlık işletmeleri muhasebe sistemi içerisindeki yerini ve önemini vurgulamayı amaçlamıştır. Bu amaç doğrultusunda çalışmanın içeriğinde, medikal muhasebenin tanımı, fonksiyonları, kamu ve özel sektördeki uygulama alanları, önemi ve medikal muhasebe mesleğinin geleceği gibi konuları detaylı bir şekilde değerlendirmiştir.

Akkuyu (2020) tarafından yapılan teorik nitelikli çalışmada medikal muhasebenin iş süreçleri ve uygulama aşamalarının belirlenmesi amaçlanarak özel hastanelerde yüksek finansal performans elde edilebilmesi için medikal muhasebenin rolleri üzerinde durulmuştur. Bu kapsamda medikal muhasebe işlemleri uygulanırken ortaya çıkabilecek risklerin minimum seviyeye indirilebilmesi için her çalışan gerekli

prosedürlere göre iş süreçlerini yürütmeli ve çalışanların medikal muhasebe alanında uzman olup olmadıklarına dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca medikal muhasebe uygulamalarında ortaya çıkabilecek sorunlara zamanında çözüm önerileri sunulabilmesi ve faturalandırma sürecini etkileyebilecek yasal değişikliklerin takip edilmesi gibi konular üzerinde durulmuştur.

Arık ve Yılmaz (2021) çalışmalarında sağlık kurumlarında yeni bir kavram olarak ortaya çıkan ve yönetim muhasebesiyle iç içe olan medikal muhasebenin önemini vurgulamayı amaçlamışlardır. Çalışmada faturalandırma hataları, sağlık için sunulan hizmet sahtekârlığı ve sağlık hizmetlerinde meydana gelen gelir kayıpları için ne tür önlemler alınması gerektiği üzerinde durulmuştur. Ortaya çıkan bu kayıpların önlenmesi içinse sağlık yöneticilerinin farkındalığının artırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Almalı ve Aslan (2021) çalışmalarında özel hastanelere başvuru yapan SGK hastalarının fatura kesinti nedenlerini ve buna bağlı olarak bu kesintilerin tutarlarını belirlemeyi amaçlamıştır. Yapılan çalışma Van ilinde faaliyette bulunan iki özel hastaneyi baz almaktadır. Araştırmanın verilerini SGK' nın örnekleme yöntemiyle seçtiği hasta faturaları oluşturmaktadır. Fatura dönemleri arasında kesinti oran ve tutarları farklılık gösteren hastanede, yoğun bakım tedavilerinin yanlış basamaklandırılması tutar açısından en fazla kesintiye neden olan faktör olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda, hastanelerdeki fatura kesinti oranlarının düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Şenol ve Metin (2022) çalışmalarında sağlık işletmelerinde medikal muhasebe uzmanlarının almış olduğu eğitim sürecinden bahsetmeyi ve medikal muhasebe uzmanlarının özel sağlık kurumları açısından ne kadar önemli bir yere sahip olduğunu açıklamayı amaçlamışlardır. Bu kapsamda Türkiye'de ön lisans, lisans ve lisansüstü eğitim veren kurumların ilgili bölümlerinde, medikal muhasebeyle alakalı eğitimlere ne sıklıkla yer verildiği üzerinde durmuşlardır. Çalışma da üzerinde durulan bir başka konu ise medikal muhasebenin ortaya çıkmasıyla birlikte özel sağlık kurumlarında meydana gelen yeni iş bölümlerinden bahsetmek ve bu alanlarda hizmet veren medikal muhasebe uzmanlarının nasıl ve ne derecede uzmanlaştıklarını ortaya koymaktır. Çalışma kapsamında 68 kamu üniversitesi ve vakıf üniversitesi incelenmiş ve sadece beş

üniversitede “Medikal Muhasebe” adı altında müfredatlarında ders olarak yer verildiği sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak Şenol ve Metin (2022) medikal muhasebenin eğitimlerinin 3 üniversitede ön lisan düzeyinde ders olarak okutulduğu tespit edilmiştir.

Pirim ve Bulut (2022) çalışmalarında hastaların kuruma başvurusuyla başlayan ve hastaneden ayrılışına kadarki süreçte faydalandığı tüm hizmetlere yönelik faturalandırma süreçlerinde yaşanmış olan sorunların belirlenmesini ve çözüm önerileri sunulmasını amaçlamışlardır. Bu amaçlarla hazırlanmış olan anket formu, kamu hastanelerinde faturalandırma sürecinde görevli olan çalışanlara gönüllülük esaslı olarak elektronik ortamlarda uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, kamu hastaneleri faturalandırma sürecinde etkili olan 7 adet temel sorunsal faktörün olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, medikal muhasebe ve medikal muhasebe uzmanlığının farkındalığının artırılmasına ve muhasebe sistemindeki yerinin belirlenmesine yönelik kapsamlı bir araştırmanın olmadığı görülmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın ulusal literatürdeki önemli bir eksikliği gidereceğini söylemek mümkündür. Ayrıca yapılan bu çalışmalarda medikal muhasebenin muhasebe sistemindeki yerinin belirlenmesi adına uygulamaya yönelik bir süreç bulunmadığı da tespit edilmiştir. Çalışmalar bu konuda teorik olarak incelemeye sınırlı kalmıştır. Yapılmış olan bu çalışmayla birlikte medikal muhasebenin uygulama alanları ve iş süreçleri göz önünde bulundurularak literatüre uygulamalı bir tez çalışması kazandırılması hedeflenmiştir. Bu durum ise çalışmanın literatürdeki diğer çalışmalardan farkını ve özgünlüğünü ortaya koymaktadır.

3.2.Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmanın amacı, sağlık kurumlarında yeni bir kavram olarak ortaya çıkan medikal muhasebe ve medikal muhasebe uzmanlığına yönelik farkındalığın artırılması, bu alanda yaşanan sorunların tespit edilmesi, söz konusu kavramların muhasebe sistemi ve muhasebe eğitimi sürecindeki yerlerinin belirlenmesidir. Bu kapsamda incelenen literatür taraması sonucunda medikal muhasebenin önemini vurgulayan az sayıda çalışmanın olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda, çalışmanın literatürde yer alan sınırlı sayıdaki çalışmaya katkı sağlaması hedeflenmiştir.

3.4.Araştırmanın Kapsamı ve Yöntemi

Araştırma Türkiye’deki sağlık kurumlarında istihdam ettirilen medikal muhasebe çalışanlarını kapsamaktadır. Çalışmanın amacına uygun olarak ve konuyla ilgili literatürdeki çalışmalardan faydalanılarak yazarlar tarafından oluşturulan anket formu araştırma kapsamındaki kişilere yüz yüze ve online olarak uygulanmıştır. Bu bağlamda toplamda 407 kişiye ulaşılmıştır. Elde edilen bu sayısının yeterlilik durumunu belirlemek amacıyla eleman sayısının bilinmediği durumlarda örneklem büyüklüğünü tespit eden aşağıdaki formül kullanılmıştır (Erken, 2021).

$$\text{Örneklem Sayısı}(n) = \frac{t^2 \times p \times q}{e^2}$$

Bu formülde bulunan n= belirlenecek örneklem sayısını ifade etmektedir. t=Belirli hata düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değeri, p=İncelenen olayın görülüş sıklığını, q=İncelenen olayın görülmeşiş sıklığını, d=Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma (tolerans değeri)’yı temsil etmektedir.

Araştırma kapsamında mümkün olduğunca büyük örneklem ile çalışabilmek amacıyla p değeri 0,5 olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü p=0,50, q=0,50, t=1,96 ve e=0,05 olacak şekilde hesaplama yapıldığında:

$$n = \frac{0,5 \times 0,5 \times 1,96^2}{0,05^2}$$

n= 384 olarak hesaplanmıştır. Bu sayı araştırmada hedeflenen minimum örneklem büyüklüğünün 384 olması gerektiğini ifade etmektedir. 407 katılımcıdan geçerli geri dönüşün olması minimum örneklem büyüklüğüne ulaşıldığını göstermektedir.

Araştırmanın uygulama kısmında kullanılan anket formu iki bölümden oluşmakta olup Ek-1’de verilmiştir. Birinci bölümde katılımcıların demografik bilgilerini ölçmeyi amaçlayan 13 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise katılımcıların sağlık işletmelerinde medikal muhasebe işlemleri ile ilgili görüşlerini belirlemeyi

amaçlayan 5'li likert ölçeğinden (1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Katılıyorum 5: Kesinlikle Katılıyorum) 13 soru yer almaktadır.

Anketlerden elde edilen veriler SPSS 26.0 programı aracılığıyla, güvenilirlik analizi, normallik testi, frekans dağılımı, T-testi, varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi ve Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. AFA ile ortaya konulmuş olan faktörlerin yapı geçerliliğinin tespit edilmesi için AMOS programı yardımıyla Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Dayandığı Hipotezler

Çalışmada katılımcıların medikal muhasebeyi iyileştirme, medikal muhasebeye yönetim desteği, medikal muhasebenin işleyişine engel olan sorunlar ve medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açılarının demografik özelliklerine göre aralarında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacı ile oluşturulan hipotezler aşağıda sırasıyla verilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri ile medikal muhasebeyi iyileştirme arasındaki bakış açılarına yönelik hipotezler:

H₁: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂: Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃: Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₄: Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₅: Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₆: Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₇:Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₈:Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Katılımcıların demografik özellikleri ile medikal muhasebeye yönetim desteği arasındaki bakış açılarına yönelik hipotezler:

H₉: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₀:Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₁:Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₂:Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₃:Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₄:Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₅:Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₆:Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Katılımcıların demografik özellikleri ile medikal muhasebenin işleyişine engel olan sorunlar arasındaki bakış açılarına yönelik hipotezler:

H₁₇: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₈: Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₉: Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₀: Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₁: Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₂: Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₃: Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₄: Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Katılımcıların demografik özellikleri ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlar arasındaki bakış açılarına yönelik hipotezler:

H₂₅: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₆: Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₇: Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₈:Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₉:Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃₀:Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃₁:Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃₂:Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

3.6. Güvenilirlik Analizi Ve Verilerin Normallik Testi

Güvenilirlik analizi, yapılan araştırmada kullanılan ölçek içerisinde bulunan maddelerinin tutarlılığının sorgulanmasında kullanılmaktadır. Güvenilirlik analizi için kullanılan temel analiz Cronbach's Alpha değeridir. Cronbach's Alpha değeri genellikle ve sıklıkla likert tipli ölçeklerde kullanılmaktadır ve elde edilen değer aralıkları aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Yıldız & Uzunsakal, 2018, s. 19)

$0 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değil

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirlikte

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilir

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek güvenilirlikte

Bu kapsamda çalışmada kullanılan ölçeğe güvenilirlik analizi uygulanmış ve elde edilen sonuçlara Tablo3. 1'de yer verilmiştir.

Tablo 3. 1. Güvenilirlik Testi

Cronbach's Alpha(α)	Standartlaştırılmış Dayalı Cronbach Alfa	Öğelere Toplam Öge
0,715	0,715	13

Çalışmada kullanılmış olan ankette demografik soruların dışında kalan soruların güvenilirliğini ölçmek amacıyla Cronbach's Alpha değeri hesaplanmıştır. Hesaplamalar sonucunda α değeri 0,715 bulunmuştur. Bulunan bu değer kullanılan anketin ve elde edilen sonuçların oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

Tablo 3. 2. Normallik Testi

	Skewness	Kurtosis
A1	-,294	-,494
A2	-,627	-,231
A3	-,444	-,393
A6	-,613	-,209
A9	,463	-,912
A10	-,142	-,857
A14	1,106	,182
A15	-,039	-1,001
A11	-,342	-,444
A12	-1,348	1,094
A13	-1,016	,208
A4	-,917	-,047
A5	-1,454	1,312

George ve Mallery normal dağılımı +1 ile -1 arasında kabul etmektedir. Ancak belirli durumlarda bu değer +2 ile -2 arasında da değişiklik gösterebilmektedir. Bunun yanında Hair ve arkadaşları da +1 ve -1 dışında kalan değerlerin büyük ölçüde çarpıklık gösterdiğini kabul eder. Tablo 3. 2'de bu değerlerin +1 ile -1 arasında değişiklik gösterdiği görülmektedir. Bunun sonucu olarak çalışmada verilerin normal bir şekilde

dağıldığını görülmektedir. Dolayısıyla verilerin analizinde Varyans analizi (ANOVA), T-testi, Pearson korelasyon anlamlılık testi gibi parametrik testler kullanılmıştır.

3.7. Araştırma Bulgularının Analizi

Araştırmaya katılan bireylere ait demografik veriler ve diğer bulguların analizi bu bölümde sunulmaktadır.

3.7. 1.Demografik Bilgilere İlişkin Bulgular

Ankette öncelikle katılımcıların kişisel bilgilerin ölçüldüğü sorulara ardından medikal muhasebe ile ilgili görüşlerinin ölçüldüğü sorulara yer verilmiştir. Bu doğrultuda araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3. 3’de verilmiştir.

Tablo 3. 3. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımları

Cinsiyet	N	%
Kadın	250	61,4
Erkek	157	38,6
Toplam	407	100,0

Tablo 3. 3’ye bakıldığında 407 kişinin %61,4’ ünü kadınlar oluştururken %38,6’ini erkekler oluşturmaktadır. Katılımcıların cinsiyet dağılımında kadın ve erkek arasında çok bir fark olmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşlarına göre dağılımları Tablo 3. 4’de gösterilmiştir.

Tablo 3. 4. Katılımcıların Yaşlarına Göre Dağılımları

Yaş	N	%
30 ve altı	87	21,4
31-39	176	43,2
40 ve üstü	144	35,4
Toplam	407	100,0

Tablo 3. 4’de katılımcıların %21,4’ü 30 ve altı, %43,2’si 31-39 yaş arası ve %35,4’ünün ise 40 ve üstü yaş gurubuna ait kişiler olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 3. 5’te gösterilmiştir.

Tablo 3. 5. Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Durumu	N	%
Lise-ön lisans	196	48,2
Lisans	164	40,3
Lisans üstü	47	11,5
Toplam	407	100,0

Katılımcıların %48,2’si lise-ön lisans mezunu, %40,3’ü lisans mezunu ve %11,5’i lisans üstü mezunudur.

Araştırmaya katılan bireylerin mesleki tecrübelerine göre dağılımı Tablo 3. 6’te gösterilmiştir.

Tablo 3. 6.Katılımcıların Mesleki Tecrübelerine Göre Dağılımları

Mesleki Tecrübe	N	%
5 yıl ve altı	81	19,9
6-10 yıl	66	16,2
11 yıl ve üzeri	260	63,9
Toplam	407	100,0

Katılımcıların %19,9'u 5 yıl ve altında bir mesleki tecrübeye, %16,2'si 6-10 yıl arasında bir mesleki tecrübeye ve büyük bir çoğunluğu olan %63,9'luk kısmı da 11 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahiptir.

Araştırmaya katılan bireylerin çalıştığı departmandaki konumuna ilişkin dağılım Tablo 3. 7'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 7.Katılımcıların Çalıştıkları Departmanlara Göre Dağılımları

Departman Konumu	N	%
Medikal Muhasebe Görevlisi	92	22,6
Medikal Muhasebe Uzmanı	107	26,3
Medikal Muhasebe Sorumlusu	144	35,4
Müdür/Müdür Yrd.	64	15,7
Toplam	407	100,0

Katılımcıların %22,6'sı medikal muhasebe görevlisi departmanında, %26,3'ü medikal muhasebe uzmanlığı departmanında, %35,4'ü medikal muhasebe sorumlusu departmanında, %15,7'si ise müdür/müdür yardımcılığı departmanında görev yapmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin çalıştığı departmandaki kişi sayısına ilişkin dağılım Tablo 3. 8'de gösterilmiştir.

Tablo 3. 8. Katılımcıların Çalıştıkları Birimdeki Kişi Sayısına Göre Dağılımları

Birimdeki çalışan sayısı	N	%
3 ve altı	204	50,1
6-9 kişi	127	31,2
10 ve üzeri	76	18,7
Toplam	407	100,0

Katılımcıların %50,1'i 3 ve altı çalışana, %31,2'si 6-9 aralığında çalışan sayısına, 18,7'si ise 10 ve üzerin çalışana sahiptir.

Araştırmaya katılan bireylerin medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıklarının dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3. 9'da gösterilmiştir.

Tablo 3. 9. Katılımcıların Medikal Muhasebe Eğitimlerine Dair Dağılımları

Medikal muhasebe işlemleri ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?	N	%
Evet	168	41,3
Hayır	239	58,7
Toplam	407	100

Katılımcıların %41,3'ü medikal muhasebeyle ilgili eğitim almışken, %58,7'lik kısmı medikal muhasebeyle ilgili herhangi bir eğitim almamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin medikal muhasebe sertifikasına sahip olup olmadıklarının dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3.10'da gösterilmiştir.

Tablo 3. 10. Katılımcıların Medikal Muhasebe Sertifikalarına Dair Dağılımları

Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip misiniz?	N	%
Evet	80	19,7
Hayır	327	80,3
Toplam	407	100

Katılımcıların %80,3 gibi büyük bir çoğunluğunun medikal muhasebe sertifikasına sahip olmadığını görülmektedir. %19,7'lik kısmı ise medikal muhasebe sertifikasına sahiptir.

Araştırmaya katılan bireylerin çalıştıkları kurumlarda olası kesinti ve cezaları önlemek için gerekli aksiyon ve tedbirlerin alınmasının dağılımına ilişkin bilgiler tablo 3.11'da gösterilmiştir.

Tablo 3. 11. Kesinti ve Cezalar İçin Alınan Aksiyon Ve Tedbirlerin Dağılımları

Kurumunuz gelebilecek kesinti ve cezaları önlemek için gerekli aksiyonları ve tedbirleri almakta mıdır?	N	%
Evet	340	83,5
Hayır	17	4,2
Kararsızım	50	12,3
Toplam	407	100,0

Katılımcıların %83,5'lik gibi büyük bir çoğunluğu kurumlarındaki olası kesinti ve cezalar için aksiyon ve tedbir alınıp alınmadığı sorusuna “evet” cevabını vermiştir. %4,2'lik kısmı bu suya “hayır” cevabını verirken %12,3'lük kısmı ise kararsızım cevabını vermiştir.

Medikal muhasebenin ayrı bir muhasebe dalı olarak okutulmasının dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3. 12'de verilmiştir.

Tablo 3. 12. Medikal Muhasebenin Ayrı Bir Muhasebe Dalı Olarak Değerlendirilmesine İlişkin Dağılımlar

Medikal muhasebe ayrı bir muhasebe dalı olarak değerlendirilebilir mi?	N	%
Evet	380	93,4
Hayır	14	3,4
Kararsızım	13	3,2
Toplam	407	100,0

Katılımcıların neredeyse tamamına yakını %93,4'lük kısmı medikal muhasebenin ayrı bir muhasebe dalı olarak değerlendirilmesi sorusuna evet cevabını vermiştir. %3,4'lük kısmı hayır cevabını vermişken %3,2'lik kısmı ise kararsızım cevabını vermiştir.

Medikal muhasebenin üniversitelerde ayrı bir ders olarak okutulmasının dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3. 13'te verilmiştir.

Tablo 3. 13. Üniversitelerde Ayrı Bir Ders Olarak Okutulmasına İlişkin Dağılımlar

Medikal muhasebe üniversitelerde ayrı bir ders olarak okutulmalı mıdır?	N	%
Evet	327	80,3
Hayır	43	10,6
Kararsızım	37	9,1
Toplam	407	100,0

Katılımcıların %80,3'lük kısmı medikal muhasebenin üniversitelerde ayrı bir ders olarak okutulmasına evet cevabını vermiştir. %10,6'lık kısmı ise üniversitelerde ayrı bir ders olarak okutulmasına hayır cevabını vermiştir. %9,1'lik kısmı ise bu konudaki kararsızlıklarını ortaya koymuşlardır.

Medikal muhasebenin üniversitelerde hangi seviyede okutulmasının dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3. 14’te verilmiştir.

Tablo 3. 14. Üniversitelerde Hangi Seviyede Okutulmasına İlişkin Dağılımlar

Eğer 11. soruya cevabınız evet ise üniversitelerde hangi seviyede okutulmalıdır?	N	%
Ön Lisans	207	50,9
Lisans	124	30,5
Yüksek Lisans	15	3,7
Doktora	1	0,2
Toplam	347	85,3

Katılımcıların %50,9’u medikal muhasebenin üniversitelerde “Ön Lisans” seviyesinde okutulmalı demiştir. %30,5’lik kısmı “Lisans” seviyesinde , %3,7’lik kısmı ise “Yüksek Lisans” seviyesinde okutulmasını uygun görmüşken %0,2’lik gibi çok az bir kısmı ise “Doktora” seviyesinde okutulmasını uygun görmüşlerdir. Medikal muhasebenin üniversitelerde hangi seviyede okutulmalı sorusuna toplamda 347 kişi cevap vermiş ve oransal olarak da %85,3’e tekabül etmiştir.

Medikal muhasebe uzmanlığı kurumlardaki farkındalık düzeyinin dağılımına ilişkin bilgiler Tablo 3. 15’te verilmiştir.

Tablo 3. 15. Medikal Muhasebe Uzmanlığı Kurumlardaki Farkındalık Düzeyinin Dağılımı

Medikal muhasebe uzmanlığı mesleğinin kurumunuzdaki farkındalık düzeyini belirtiniz.	N	%
Düşük	106	26,0
Orta	177	43,5
Yüksek	124	30,5
Toplam	407	100,0

Katılımcıların %26,0'lık kısmı medikal muhasebe uzmanlığının kurumlarındaki farkındalık düzeylerinin düşük olduğu kanaatindedir. %43,5'lik kısmı ise bu düzeyin orta olduğunu söylerken %30,5'lik kısmının ise düşük olduğu yönünde düşünceye sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmanın bu kısmında genel olarak medikal muhasebeyle ilgili sorunların tespitinin belirlemesine yönelik hazırlanan soruların analiz ve değerlendirilmeleri yapılmıştır.

Tablo 3. 16. Sağlık İşletmelerinde Medikal Muhasebe İşlemleri İle İlgili Medikal Muhasebe Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik İfadeler

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		X	SS
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe işlemleri, ilgili mevzuatta açık bir şekilde düzenlenmiştir.	42	10,3	38	9,3	160	39,3	94	23,1	73	17,9	3,29	1,172
Medikal muhasebe uzmanlığının gelişimi ile mali nitelikteki işlemlerde hata/hile gibi işlemlerin önüne geçilmiştir.	23	5,7	31	7,6	112	27,5	126	31,0	115	28,3	3,69	1,129
Medikal muhasebe ile ilgili yasal uygulamalar, kişisel veri güvenliği kapsamında ihlallerin önüne geçecek şekilde düzenlenmiştir.	20	4,9	31	7,6	139	34,2	105	25,8	112	27,5	3,63	1,110
Medikal muhasebe kapsamındaki iş süreçleri gereğinden fazla karmaşık ve yorucudur.	21	5,2	26	6,4	86	21,1	92	22,6	182	44,7	3,95	1,175
Kamu ve özel sektör işletmeleri arasında uygulama farklılıklarının olması medikal muhasebe uzmanının işini zorlaştırmaktadır.	15	3,7	17	4,2	57	14,0	72	17,7	246	60,4	4,27	1,083

Tablo 3.16. Sağlık İşletmelerinde Medikal Muhasebe İşlemleri İle İlgili Medikal Muhasebe Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik İfadeler (Devamı)

2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe alanında olumlu gelişmeler yaşandığı söylenebilir.	22	5,4	24	5,9	124	30,5	112	27,5	125	30,7	3,72	1,123
Hasta hizmetleriyle görevli olan personellerin, medikal muhasebe süreçlerini öğrenme ve eksiklerini giderme konusunda istekli olduğunu düşünüyorum.	104	25,6	109	26,8	95	23,3	41	10,1	58	14,3	2,61	1,346
Sağlık işletmelerinde üst yönetimin medikal muhasebe alanında yaşanan eksiklikleri giderme ve kalıcı çözümler üretme konusunda gerekli desteği verdiğini düşünüyorum.	41	10,1	68	16,7	133	32,7	85	20,9	80	19,7	3,23	1,231
Medikal muhasebe ile ilgili mevzuatsal sorunların medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum.	15	3,7	36	8,8	144	35,4	110	27,0	102	25,1	3,61	1,068
Nitelikli personel eksikliğinin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum.	15	3,7	17	4,2	61	15,0	86	21,1	228	56,0	4,22	1,079
Bilgi ve iletişim teknolojisi alanındaki eksikliklerin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum.	18	4,4	22	5,4	82	20,1	91	22,4	194	47,7	4,03	1,138

Tablo 3.16. Sağlık İşletmelerinde Medikal Muhasebe İşlemleri İle İlgili Medikal Muhasebe Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik İfadeler (Devamı)

Medikal muhasebe çalışanları hastane yönetiminin sunmuş olduğu maaş politikasından memnundur.	210	51,6	77	18,9	70	17,2	23	5,7	27	6,6	1,97	1,230
Medikal muhasebe çalışanlarına, çalışma süreci boyunca yol gösteren SUT' un ya da fatura usul ve esas kaynaklarının yeterli olduğu düşünüyorum.	67	16,5	69	17,0	126	31,0	77	18,9	68	16,7	3,02	1,300

Tablo 3.16. incelendiğinde; katılımcıların %41'i sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe işlemlerinin, ilgili mevzuatta açık bir şekilde düzenlendiğini, %59,3'ünün medikal muhasebe uzmanlığının gelişimi ile mali nitelikteki işlemlerde hata/hile gibi işlemlerin önüne geçildiğini, %53,3'ünün medikal muhasebe ile ilgili yasal uygulamaların, kişisel veri güvenliği kapsamında ihlallerin önüne geçecek şekilde düzenlendiğini, %67,3'ünün medikal muhasebe kapsamındaki iş süreçlerinin gereğinden fazla karmaşık ve yorucu olduğunu, %78,1'inin kamu ve özel sektör işletmeleri arasında uygulama farklılıklarının olmasının medikal muhasebe uzmanının işini zorlaştırdığını, %58,2'sinin 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe alanında olumlu gelişmelerin yaşandığını, %40,6'sının sağlık işletmelerinde üst yönetimin medikal muhasebe alanında yaşanan eksiklikleri giderme ve kalıcı çözümler üretme konusunda gerekli desteği verdiğini, %52,1'inin medikal muhasebe ile ilgili mevzuatsal sorunların medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu, %77,1'inin nitelikli personel eksikliğinin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu, %70,1'inin bilgi ve iletişim teknolojisi alanındaki eksikliklerin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu, %35,6'sının medikal muhasebe çalışanlarına, çalışma süreci boyunca yol gösteren SUT' un ya da fatura usul ve esas kaynaklarının yeterli olduğunu ifade etmektedir. Buna karşın katılımcıların %52,4'ünün hasta hizmetleriyle görevli olan personellerin, medikal muhasebe süreçlerini öğrenme ve eksiklerini giderme konusunda istekli olmadığını, %70,5'inin medikal muhasebe çalışanlarının hastane yönetiminin sunmuş olduğu maaş politikasından memnun olmadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların sağlık işletmeleri kapsamında medikal muhasebe işlemleri ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği 13 maddenin genel ortalaması 3,48 olarak hesaplanmıştır. Bu ifadelerden dört tanesi hesaplanan değer altında on üç tanesi ise üstünde bir ortalama sahiptir. Bu ifadeler içinde en düşük ortalama sahip olan “Medikal muhasebe çalışanları hastane yönetiminin sunmuş olduğu maaş politikasından memnundur” ifadesi 1,97 ortalama sahiptir. Bununla birlikte en yüksek ortalama sahip olan “Kamu ve özel sektör işletmeleri arasında uygulama farklılıklarının olması medikal muhasebe uzmanının işini zorlaştırmaktadır.” ifadesinin ise 4,27 ortalama sahiptir.

3.7.2. Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili birden çok değişkenin bilgi kaybına uğramadan daha az sayıda anlamlı ve birbirlerinden bağımsız yeni değişken altında gruplandırılmasıyla oluşan ve yaygın olarak kullanılmakta olan çok değişkenli istatistik tekniklerden biridir (Turanlı, 2021, s. 11). Faktör analizi terimi, birbirlerinden farklı ancak aynı zamanda birbirleriyle bağlantılı olan teknikleri içerir. Bu analizin amacı analizleri yeni bir kategoride sınıflandırarak değişkenler arası yapıyı ortaya çıkarmaktır (Kalaycı, 2010, s. 321). Başka bir amacı ise mevcut olan değişken sayısını daha az boyuta indirmek ve değişkenlerin birbirleri arasında olan ilişkiyi analiz etmektir (Turanlı, 2021, s. 11).

Bir veri setine faktör analizini yapabilmek için ilk önce Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) ve Bartlett Testi (Küresellik Testi) yapılmalıdır. (Kalaycı, 2010: 322). KMO katsayı değerinin dereceli olarak ifade ettiği anlam aşağıdaki gibidir (Ekici, 2020, s. 42; Sharma, 1996, s. 11):

“KMO değeri 0,00 ile 0,49 arasında ise örneklem yeterliliği “kabul edilemez”

KMO değeri 0,50 ile 0,59 arasında ise örneklem yeterliliği “zayıf”

KMO değeri 0,60 ile 0,69 arasında ise örneklem yeterliliği “orta”

KMO değeri 0,70 ile 0,79 arasında ise örneklem yeterliliği “iyi”

KMO değeri 0,80 ile 0,89 arasında ise örneklem yeterliliği “çok iyi”

KMO değeri 0,90 ile 1,00 arasında ise örneklem yeterliliği “mükemmel” dir”.

Tablo 3. 17.KMO ve Bartlett’s Testi Analizi

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Ölçüsü		0,762
Bartlett’s Küresellik Testi	Ki-Kare	1236,071
	Df	78
	P	0,000

Tablo 3.17’de görüldüğü gibi KMO değerinin 0,762 olması örneklem yeterliliğinin “iyi” olduğu anlamına gelmektedir. Böylece örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli seviyede olduğu sonucuna varılmaktadır. Barlett’s değerinin temsili olan p’nin 0,05’ten küçük olması ise değişkenler arasında yüksek oranda korelasyon bulunduğunu göstermektedir. Sonuç olarak veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu görülmektedir (Kalaycı, 2010, s. 327).

Anketteki ifadelerin boyutlarını belirlemek amacıyla 13 ifade için temel bileşenler yöntemi ve varimax döndürme tekniği ile faktör analizi yapılmıştır. İfadelerin faktör analizi Tablo 3.18’de verilmiştir.

Tablo 3. 18. Faktör Analizi

İfadeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Medikal muhasebe uzmanlığının gelişimi ile mali nitelikteki işlemlerde hata/hile gibi işlemlerin önüne geçilmiştir.	0,804			
Medikal muhasebe ile ilgili yasal uygulamalar, kişisel veri güvenliği kapsamında ihlallerin önüne geçecek şekilde düzenlenmiştir.	0,793			
2003 yılında SDP ile birlikte medikal muhasebe alanında olumlu gelişmeler yaşandığı söylenebilir.	0,696			
SDP ile birlikte medikal muhasebe işlemleri, ilgili mevzuatta açık bir şekilde düzenlenmiştir.	0,649			
Sağlık işletmelerinde üst yönetimin medikal muhasebe alanında yaşanan eksiklikleri giderme ve kalıcı çözümler üretme konusunda gerekli desteği verdiğini düşünüyorum.		0,746		
Hasta hizmetleriyle görevli olan personellerin, medikal muhasebe süreçlerini öğrenme ve eksiklerini giderme konusunda istekli olduğunu düşünüyorum.		0,694		

Tablo 3. 18. Faktör Analizi (Devamı)

Medikal muhasebe çalışanları hastane yönetiminin sunmuş olduğu maaş politikasından memnundur.	0,763			
Medikal muhasebe çalışanlarına, çalışma süreci boyunca yol gösteren SUT' un ya da fatura usul ve esas kaynaklarının yeterli olduğu düşünüyorum.	0,577			
Bilgi ve iletişim teknolojisi alanındaki eksikliklerin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum.	0,823			
Nitelikli personel eksikliğinin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum	0,818			
Medikal muhasebe ile ilgili mevzuatsal sorunların medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum	0,668			
Medikal muhasebe kapsamındaki iş süreçleri gereğinden fazla karmaşık ve yorucudur.	0,831			
Kamu ve özel sektör işletmeleri arasında uygulama farklılıklarının olması medikal muhasebe uzmanının işini zorlaştırmaktadır.	0,823			
Açıklanan Varyans(%)	18,801	16,759	14,354	11,270
Toplam Açıklanan Varyans(%)		61,185		
Cronbach's Alpha (%)	0,759	0,710	0,690	0,619

Yukarıda Tablo 3.18'de görüldüğü gibi 15 ifadeden 2 tanesi kapsam dışı bırakılmıştır. Geriye kalan 13 ifade 4 faktör altında toplanmıştır. 13 ifadenin ölçeğe ilişkin açıkladıkları varyanslar sırasıyla birinci faktörün %18,801, ikinci faktörün %16,759 üçüncü faktörün %14,354 ve dördüncü faktörün ise %11,270'tir. Bu dört faktörün açıkladıkları toplam varyans ise %61,185'tir. Ayrıca bu faktörlere ilişkin güvenilirlik düzeyleri sırasıyla 0,759; 0,710; 0,690; 0,619 olarak bulunmuştur. Bu oranlar faktörlerin tamamının oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Faktörlerin

adlandırılmasında kapsamlarındaki ifadelerden yola çıkılmıştır. Bu doğrultuda ilk faktöre “medikal muhasebeyi iyileştirme”, ikinci faktöre “medikal muhasebeye yönetim desteği”, üçüncü faktöre “medikal muhasebenin işleyişindeki engeller” ve son olarak dördüncü faktöre ise “medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlar” adı verilmiştir.

Sağlık işletmelerinde medikal muhasebe çalışanlarının medikal muhasebe işlemleri ile ilgili görüşlerinin belirlenmesine yönelik algıların tespiti amacıyla oluşturulan anketin AFA ile ortaya konulan faktörlerinin yapı geçerliliğinin test edilmesi, bir başka ifade ile söz konusu algıları ölçebilecek geçerli bir yapı (ölçek) olup olmadığının ortaya konulması amacıyla AMOS programı aracılığıyla Doğrulamalı Faktör Analizi yapılmıştır.

DFA’da araştırmacı, gözlenemeyen değişkenlerin hangi gözlenen değişkenlerden oluştuğunu bilmektedir. Bundan dolayı AFA’nın ana amacı teoriyi geliştirmek iken, DFA’nın asıl amacı ise teoriyi test etmektir (Nakıboğlu, 2008: 130).

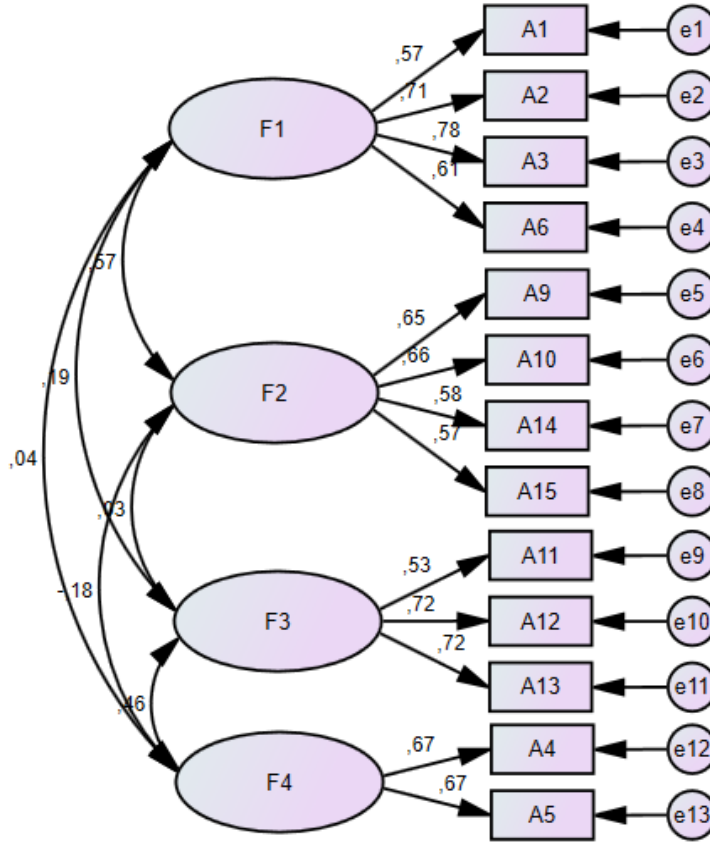
Bu amaç doğrultusunda DFA’nın sahip olduğu diğer varsayımlar ise:

- Ölçümlerin aynı faktör yapısına sahiptir.
- Nedensel model oluşturmada rol oynamaktadır.
- Alternatif çözüm yöntemlerini karşılaştırmaktadır.
- Birbirinden farklı çözümler karşılaştırılmaktadır.
- Faktörler eşleştirilmektedir (Reinard, 2006, s. 428).

Şekil 3. 1, DFA sonuçlarını göstermektedir. Faktör analizinde, model uygunluğunun ortaya konulabilmesi için başka bir ifade ile oluşturulmuş olan modelin geçerli bir model olup olmadığını tespit etmek için çeşitli uyum iyiliği indeksleri kullanılmaktadır. Bunlar aşağıda görüldüğü gibidir (Arı, 2015, s. 555):

- 1- “Ki-kare/serbestlik derecesi (χ^2/df)
- 2- Düzeltilmiş Uyum İndeksi (Adjusted Goodness of Fit Index- AGFI)
- 3- Normalleştirilmiş Uyum İyiliği İndeksi (The Normed Fit Index- NFI)
- 4- Bağlı Uyum İndeksi (Relative Fit Index- RFI)
- 5- Artmalı Uyum İndeksi (Incremental Fit Index- CFI)
- 6- Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index-GFI)
- 7- Ortalama Hata Kök Yaklaşımı (Root-mean-square error approximation-RMSEA)”.

Şekil 3. 1. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) Sonuçları



Chi-Square= 138,440 df=59 P-value=0,000 RMSEA=0,058

Uyum iyiliği indekslerinin referans aralıkları ve elde edilen veriler çerçevesinde yapılan doğrulayıcı faktör analizine ilişkin uyum iyiliği değerleri Tablo 3.19’da sunulmuştur. Ayrıca, modele ilişkin t değerleri de incelenmiş ve AFA neticesinde ortaya çıkan yapıda soru eliminasyonunu gerektirecek bir değer gözlenmemiştir.

Tablo 3.19’a göre tüm uyum iyiliği değerleri modelin geçerli bir model olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlık işletmelerinde medikal muhasebe çalışanlarının medikal muhasebe işlemleri ile ilgili görüşlerinin belirlenmesine yönelik algıların tespiti için oluşturulan ölçeğin, yapıyı oluşturan faktörlerin ortaya konulduğu AFA ve bu faktörlerin oluşturduğu modelin geçerliliğinin test edildiği DFA sonuçlarına göre geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu, söz konusu algıların tespiti için kullanılabileceği ifade edilebilir.

Tablo 3. 19.Uyum İyiliği İndeksleri Referans Aralıkları ve Çalışma Uyum İyiliği Bulguları

Model Uyum Kriteri	İyi Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Çalışma Bulguları
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	$2 < \chi^2/df < 5$	2,346 (Kabul Edilebilir Uyum)
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 < RMSEA < 0,08$	0,058 (Kabul Edilebilir Uyum)
TLI	$0,90 \leq TLI \leq 1$	$0,85 \leq GFI < 0,90$	0,91 (İyi uyum)
GFI	$0,90 \leq GFI \leq 1$	$0,85 \leq GFI < 0,90$	0,95 (İyi Uyum)

Kaynak: (Schermelleh-Engel vd. 2003,s. 52).

Toplam örneklem için çizilen modelin uyum indekslerine bakıldığında; χ^2 değerinin (138,440) serbestlik derecesine (59) oranı 2,346'dır. 2'nin üstünde bir değer olması Kabul Edilebilir bir Uyum olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde RMSEA değerinin 0,058 olması da Kabul Edilebilir bir uyum olduğunun göstergesidir. Bununla birlikte GFI değerinin 0,95 olması iyi uyum olduğunun, TLI değerinin 0,91 olması iyi uyuma sahip olduğunun göstergesidir. Bu değerler modelin kabul edilebilir uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak elde edilen bu uyum indeksleri modelin iyi bir uyuma sahip olduğunu ortaya koymuştur.

3.7.3. Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Korelasyon analizi iki veya ikiden fazla değişken arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla yaygın olarak kullanılan bir istatistik tekniktir. Korelasyon analizi sonucun elde edilen korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında farklılık gösterebilir. Korelasyon katsayısının 0 olarak hesaplanması iki değişken ya da değişkenler arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı anlamına gelir. Korelasyon katsayısı "r" ile gösterilmektedir ve -1 ile +1 aralığında değer alır. +1'e yakın olduğu durumlarda pozitif anlamda ilişki söz konusu iken -1'e yakın olduğu durumlarda ise negatif anlamda bir

ilişki söz konusu olduğu anlamına gelmektedir (Kurnaz, 2020, s. 80; Büyüköztürk; 2010, ss. 31-32).

“Korelasyon katsayısının yer aldığı aralığı şu şekilde tanımlayabiliriz:

Korelasyon katsayısı (-0,25)-0,00 ve 0,00-0,25 arasında ilişki çok zayıf

Korelasyon katsayısı (-0,49) -(-0,26) ve 0,26-0,49 arasında ise ilişki zayıf

Korelasyon katsayısı (-0,69) -(-0,50) ve 0,50-0,69 arasında ise ilişki orta

Korelasyon katsayısı (-0,89) -(-0,70) ve 0,70-0,89 arasında ise ilişki yüksek”

Korelasyon katsayısı (-1,00) -(-0,90) ve 0,90-1,00 arasında ise ilişki çok yüksektir (VBO Blog , 2020).

Çalışmada değişkenler arasındaki korelasyon değerleri Tablo 3.20’de gösterilmiştir.

Tablo 3. 20.Boyutlar Arasındaki Korelasyon Analizi

Değişkenler	Medikal muhasibeyi iyileştirme	Medikal muhasibeye yönetim desteği	Medikal muhasibenin işleyişindeki engeller	Medikal muhasibede yaşanan sorunlar
Medikal muhasibeyi iyileştirme	1			
Medikal muhasibeye yönetim desteği	0,443**	1		
Medikal muhasibenin işleyişindeki engeller	0,131**	0,033	1	
Medikal muhasibede yaşanan sorunlar	0,028	-0,122*	0,322**	1

*Korelasyon $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 3.20’de boyutlar arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığını ortaya koymak amacıyla yapılmış olan korelasyon analizleri incelendiğinde boyutlar arasında

bulunan istatistiki olarak $p < 0,01$ anlamlılığının bazılarında bulunduğu bazılarında ise anlamlılığın bulunmadığı görülmüştür.

Elde edilen sonuçlar incelendiğinde medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik görüşler ile Medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik görüşler arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu iki boyut arasında korelasyon katsayısı ($r=0,443$) olarak hesaplanmıştır. Medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik görüşler ile Medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik görüşler arasında ise çok zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu iki boyut arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ($r=0,131$)'dir. Medikal muhasebede yaşanan sorunlara yönelik görüşler ile Medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik görüşler arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Bahsedilen iki boyut arasında korelasyon katsayısı ($r=0,322$) olarak hesaplanmıştır. Medikal muhasebede yaşanan sorunlara yönelik görüşler ile Medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik görüşler arasında çok zayıf, negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu iki boyut arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ($r= -0,122$) olarak hesaplanmıştır. Medikal muhasebede yaşanan sorunlara yönelik görüşler ile Medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik görüşler arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı olmayan bir ilişki tespit edilmiştir. Bu iki boyut arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ($r=0,028$) olarak hesaplanmıştır. Son olarak Medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik görüşler ile Medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik görüşler arasında çok zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı olmayan bir ilişki tespit edilmiştir. Bu iki boyut arasında hesaplanan korelasyon katsayısı ($r=0,033$) olarak hesaplanmıştır.

3.7.4.Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Araştırmanın bu kısmında katılımcıların demografik özellikleri ve konunun içeriğini oluşturan diğer hususların değerlendirilmesine yönelik analiz sonuçları sunulmaktadır.

Katılımcıların medikal muhasebeyi iyileştirmeye, medikal muhasebeye yönetim desteğine, medikal muhasebenin işleyişindeki engellere ve son olarak medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara ait bakış açılarının demografik özelliklerine göre aralarında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemeye yönelik oluşturulan

hipotezlerin analizi aşağıda verilmiştir. Hipotezlerin analizinde SPSS analiz programı kullanılmış olup ANOVA ve T- testleri uygulanmıştır. Anlamlı çıkan hipotezler ANOVA testi yardımıyla varyansların homojen dağılıp dağılmadığı incelenmiştir. Anlamlı çıkan değerlere post-hock anali yardımıyla analiz edilmiş varyansların homojen dağılmadığı tespit edildiği için Tukey testi tekniği uygulanmıştır.

Cinsiyet değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₁: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₉: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₇: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₅: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_1 , H_9 ve H_{17} ve H_{25} hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar aşağıdaki Tablo 3.21’de sunulmuştur.

Tablo 3. 21. Cinsiyet ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör		Bağımsız değişken	N	X	P
Medikal İyileştirme	Muhasebeyi	Kadın	250	3,61	0,316
		Erkek	157	3,52	
Medikal Yönetim Desteği	Muhasebeye	Kadın	250	2,61	0,012
		Erkek	157	2,85	
Medikal İşleyişindeki Engeller	Muhasebenin	Kadın	250	3,98	0,287
		Erkek	157	3,89	
Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlar		Kadın	250	4,15	0,242
		Erkek	157	4,04	

Tablo 3.21 incelendiğinde katılımcıların cinsiyet değişkeni ile medikal muhasebeyi iyileştirme, medikal muhasebenin işleyişindeki engeller ve medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,012 < \alpha=0,050$).

Yaş değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₂:Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₀:Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₈:Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₆:Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_2 , H_{13} , H_{18} ve H_{26} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.22’de sunulmuştur.

Tablo 3. 22. Yaş ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız Değişken	N	F	P
Medikal İyileştirme	30 ve altı	87	4,971	0,007
	31-39	176		
	40 ve üstü	144		
Medikal Yönetim Desteği	30 ve altı	87	0,431	0,650
	31-39	176		
	40 ve üstü	144		
Medikal İşleyişindeki Engeller	30 ve altı	87	0,594	0,553
	31-39	176		
	40 ve üstü	144		
Medikal Alanında Yaşanan Sorunlar	30 ve altı	87	0,147	0,863
	31-39	176		
	40 ve üstü	144		

Tablo 3.22 incelendiğinde katılımcıların eğitim durumları ile medikal muhasebeye yönetim desteği, medikal muhasebenin işleyişindeki engeller ve medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir($p=0,007<\alpha=0,050$).

Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılıkların “30 ve altı” yaş

gurubu ile “31-39” arası yaş gurubu arasında , “30 ve altı” yaş gurubu ile “40 ve üstü” yaş gurubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumu değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₃:Katılımların eğitim durumu ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₁:Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₉:Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₇:Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_3 , H_{11} , H_{19} ve H_{27} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.23’te sunulmuştur.

Tablo 3. 23. Eğitim durumu ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açılıarı Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız değişken	N	F	P
Medikal İyileştirme	Lise-ön lisans	196	4,737	0,009
	Lisans	164		
	Lisansüstü	47		
Medikal Yönetim Desteği	Lise-ön lisans	196	4,783	0,009
	Lisans	164		
	Lisansüstü	47		
Medikal İşleyişindeki Engeller	Lise-ön lisans	196	0,562	0,570
	Lisans	164		
	Lisansüstü	47		
Medikal Alanında Sorunlar	Lise-ön lisans	196	0,368	0,693
	Lisans	164		
	Lisansüstü	47		

Tablo 3.23 incelendiğinde katılımcıların eğitim durumları ile medikal muhasebenin işleyişindeki engeller ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken medikal muhasebeyi iyileştirmeye ($p=0,009$) ve medikal muhasebeye yönetim desteğine ($p=0,009$) yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir($p<\alpha=0,050$). Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını test etmek için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılıkların “Lise-ön lisans” gurubu ile “Lisans” gurubu ve “Lise-ön lisans” gurubu ile “Yüksek lisans” gurubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Mesleki tecrübe değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₄:Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₂:Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₀:Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₈:Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_4 , H_{12} , H_{20} ve H_{28} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.24’te sunulmuştur.

Tablo 3. 24. Mesleki tecrübe değişkeni ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız değişken	N	F	P
Medikal İyileştirme	Muhasebeyi	5 yıl ve altı	6,046	0,003
		6-10 yıl		
		11 yıl ve üzeri		
Medikal Yönetim Desteği	Muhasebeye	5 yıl ve altı	3,197	0,042
		6-10 yıl		
		11 yıl ve üzeri		
Medikal İşleyişindeki Engeller	Muhasebenin	5 yıl ve altı	0,079	0,924
		6-10 yıl		
		11 yıl ve üzeri		
Medikal Alanında Sorunlar	Muhasebe Yaşanan	5 yıl ve altı	0,891	0,411
		6-10 yıl		
		11 yıl ve üzeri		

Tablo 3.24 incelendiğinde katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere ve medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken medikal muhasebeye yönetim desteğine ($p=0,042$) ve medikal muhasebeyi iyileştirmeye ($p=0,003$) yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<\alpha=0,050$). Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılıkların “5 yıl ve altı” grubu ile “11 yıl ve üzeri” grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Çalışılan departmandaki konum değişkeni ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₅: Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₃:Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₁:Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₉:Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_5 , H_{13} , H_{21} ve H_{29} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.25'te sunulmuştur.

Tablo 3. 25. Çalışılan departmandaki konum değişkeni ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız değişken	N	F	P
Medikal İyileştirme	Medikal Muhasebe Görevlisi	92	4,788	0,003
	Medikal Muhasebe Uzmanı	107		
	Medikal Muhasebe Sorumlusu	144		
	Müdür/Müdür Yrd.	64		
Medikal Yönetim Desteği	Medikal Muhasebe Görevlisi	92	6,818	0,000
	Medikal Muhasebe Uzmanı	107		
	Medikal Muhasebe Sorumlusu	144		
	Müdür/Müdür Yrd.	64		
Medikal İşleyişindeki Engeller	Medikal Muhasebe Görevlisi	92	0,827	0,480
	Medikal Muhasebe Uzmanı	107		
	Medikal Muhasebe Sorumlusu	144		
	Müdür/Müdür Yrd.	64		
Medikal Alanında Sorunlar	Medikal Muhasebe Görevlisi	92	6,568	0,000
	Medikal Muhasebe Uzmanı	107		
	Medikal Muhasebe Sorumlusu	144		
	Müdür/Müdür Yrd.	64		

Tablo 3.25 incelendiğinde katılımcıların çalıştıkları departmandaki konumu ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında

anlamalı bir fark bulunamazken medikal muhasebeyi iyileştirmeye($p=0,003$) ve medikal muhasebeye yönetim desteğine($p=0,000$) ve medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara($p=0,000$) yönelik bakış açıları arasında anlamalı bir fark tespit edilmiştir ($p<\alpha=0,050$). Analiz sonucunda anlamalı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tesit etmek için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır.

Test sonucunda farklılıkların “medikal muhasebe görevlisi” gurubu ile “medikal muhasebe uzmanı gurubu” arasında, “medikal muhasebe sorumlusu” gurubu ile “medikal muhasebe uzmanı” gurubu arasında “medikal muhasebe sorumlusu” gurubu ile “Müdür\Müdür yardımcısı” gurubu arasında, “medikal muhasebe uzmanı” gurubu ile “medikal muhasebe görevlisi” gurubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₆:Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamalı bir fark vardır.

H₁₄:Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamalı bir fark vardır.

H₂₂:Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamalı bir fark vardır.

H₃₀:Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamalı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_6 , H_{14} , H_{22} ve H_{30} hipotezlerinin testi One-way Anova analizi yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.26’te sunulmuştur.

Tablo 3. 26. Medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı değişkeni ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız değişken	N	F	P
Medikal İyileştirme	Muhasebeyi	3 ve altı	3,294	0,038
		6-9 kişi		
		10 ve üzeri		
Medikal Yönetim Desteği	Muhasebeye	3 ve altı	3,928	0,020
		6-9 kişi		
		10 ve üzeri		
Medikal İşleyişindeki Engeller	Muhasebenin	3 ve altı	0,263	0,769
		6-9 kişi		
		10 ve üzeri		
Medikal Alanında Sorunlar	Muhasebe Yaşanan	3 ve altı	0,472	0,624
		6-9 kişi		
		10 ve üzeri		

Tablo 3.26 incelendiğinde katılımcıların çalıştıkları birimdeki çalışan sayısı ile medikal muhasebenin işleyişindeki engeller ve medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken medikal muhasebeyi iyileştirme($p=0,038$) ve medikal muhasebeye yönetim desteğine($p=0,020$) yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<\alpha=0,050$). Analiz sonucunda anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için post-hoc analiz tekniği kullanılmıştır. Test sonucunda farklılıkların “6-9 kişi” grubu ile “3 ve altı” grubu arasında ve “6-9 kişi” grubu ile “10 ve üzeri” grubu arasında olduğu belirlenmiştir.

Medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alınıp alınmadığı değişkeni ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₇:Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₅:Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₃:Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃₁:Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_7 , H_{15} , H_{23} ve H_{31} hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.27’te sunulmuştur.

Tablo 3. 27. Medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alınıp alınmadığı değişkeni ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktö		Bağımsız değişken	N	X	P
Medikal İyileştirme	Muhasebeyi	Evet	168	3,68	0,050
		Hayır	239	3,51	
Medikal Yönetim Desteği	Muhasebeye	Evet	168	2,75	0,434
		Hayır	239	2,67	
Medikal İşleyişindeki Engeller	Muhasebenin	Evet	168	3,94	0,862
		Hayır	239	3,95	
Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlar		Evet	168	4,11	0,982
		Hayır	239	4,11	

Tablo 3.27 incelendiğinde katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alınıp alınmadığı ile medikal muhasebeye yönetim desteği, medikal muhasebenin işleyişindeki engeller ve medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken medikal muhasebeyi iyileştirme yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,050 < \alpha=0,050$).

Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları değişkini ile söz konusu faktörler arasında kurulan hipotezler;

H₈: Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₁₆: Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₂₄:Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebenin işleyişindeki engellere yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

H₃₂:Araştırmaya katılan kişilerin medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.

Yukarıdaki H_8 , H_{16} , H_{24} ve H_{32} hipotezlerinin testi T-testi yardımıyla test edilmiş yardımıyla test edilmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 3.28’te sunulmuştur.

Tablo 3. 28. Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları değişkeni ile Medikal Muhasebeyi İyileştirme, Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği, Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller ve Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara Yönelik Bakış Açıları Arasındaki Farklılıklar

Faktör	Bağımsız değişken	N	X	P
Medikal İyileştirme	Muhasebeyi Evet	80	3,70	0,177
	Hayır	327	3,55	
Medikal Muhasebeye Yönetim Desteği	Evet	80	2,76	0,540
	Hayır	327	2,69	
Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engeller	Evet	80	4,17	0,010
	Hayır	327	3,89	
Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlar	Evet	80	4,40	0,003
	Hayır	327	4,04	

Tablo 3.28 incelendiğinde katılımcıların medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebeyi iyileştirme ve medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark bulunamazken medikal muhasebenin işleyişindeki engeller ($p=0,010$) ve medikal

muhasebe alanında yaşanan sorunlara ($p=0,003$) yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<\alpha=0,050$).

Çalışmada katılımcıların, oluşturulan faktörlere yönelik bakış açılarının demografik özelliklerine göre aralarında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacı ile oluşturulan hipotezlerin kabul veya reddini ifade eden Tablo 3.29 aşağıdaki gibidir.



Tablo 3. 29. Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu

H₁: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂: Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₃: Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₄: Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₅: Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₆: Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₇: Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₈: Katılımcıların Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₉: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₁₀: Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED

3.29.Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu (Devamı)

H₁₁: Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₁₂: Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₁₃: Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₁₄: Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₁₅: Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₁₆: Katılımcıların Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₁₇: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₁₈: Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₁₉: Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED

Tablo 3.29. Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu (Devamı)

H₂₀: Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂₁: Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂₂: Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂₃: Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂₄: Katılımcıların Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebenin işleyişine engel olmaya yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₂₅: Katılımcıların cinsiyetleri ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂₆: Katılımcıların yaşları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂₇: Katılımcıların eğitim durumu ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₂₈: Katılımcıların mesleki tecrübeleri ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED

Tablo 3.29. Hipotezlere İlişkin Kabul-Red Tablosu (Devamı)

H₂₉ :Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL
H₃₀ :Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₃₁ :Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almadıkları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	RED
H₃₂ :Katılımcıların Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmadıkları ile medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açıları arasında anlamlı bir fark vardır.	KABUL

Tablo incelendiğinde H₁, H₈, H₁₀, H₁₅, H₁₆, H₁₇, H₁₈, H₁₉, H₂₀, H₂₁, H₂₂, H₂₃, H₂₅, H₂₆, H₂₇, H₂₈, H₃₀, ve H₃₁ hipotezlerinin red edildiği sonucuna ulaşılırken geriye kalan H₂, H₃, H₄, H₅, H₆, H₇, H₉, H₁₁, H₁₂, H₁₃ ve H₁₄, H₂₄, H₂₉ ve H₃₂ hipotezlerinin ise kabul edildiği tablodan da yola çıkılarak ifade edilebilmektedir.

Çalışmanın bu kısmında medikal muhasebe çalışanlarının ankette belirtilen konular dışında medikal muhasebeyle ilgili eklemek istedikleri diğer hususlara ilişkin değerlendirmeleri aşağıda ifade edilmiştir.

- *Medikal muhasebe çalışanları iş yaşamının gün geçtikçe zorlaşan ortamında her ay ayrı bir zorlukla, her ay yeni gelişmelerle ve SUT'ta yapılan değişimlerle çok fazla muhatap olmaktadır. Bundan 10 sene önceki medikal muhasebe tanımı, görev ve yetkileri ile şimdiki tanımı görev ve yetkileri çok farklılaşmıştır. Bir de bunun yanında medikal muhasebe biriminin yoğunluğu işin içine girince hem alınan verim azalmakta hem de hata oranı artmaktadır. Bu yoğunluklara; teknolojik gelişmeler, e-nabız, tele-tıp, Ürün takip sistemi (ÜTS), SUT'ta ki*

kurallar, birde bunların üstüne özel hastane ve kamu hastaneleri arasındaki aynı yapılan işlemler ama farklılıklar gibi bir sürü örnek verilebilir. Bunların hepsini toparlarsak bir iş gücünün gün geçtikçe teknolojik yeniliklerle kolaylaşması gerekirken bu durum medikal muhasebe için geçerli olmamaktadır. Bundan dolayı medikal muhasebe alanındaki yeniliklerin, iyileştirmelerin çok iyi düşünülerek, isabetli kararalar alınarak yapılması sağlık kurumlarının gelecekleri açısından önem arz eden durumdur. Ayrıca bu konunun alan için oldukça büyük önem arz ettiği düşünülmektedir.

- *İncelenen medikal muhasebe işlemlerinin Türkiye geneline dağıtılıyor olması ve bölgeler arası ve iller arasında farklılıkların mevcut oluşu medikal muhasebenin zaten yoğun olan süreçlerini daha fazla zorlaştırmaktadır. Hatta bazı illerde aynı müdürlük içinde bile yeknesaklık olmadığı görülmektedir. Yapılması gereken medikal muhasebe işlemleri zaten elektronik ortamlarla ilgili kurumlara iletilmektedir. Bundan dolayı bölgeler arası farklılıkların kaldırılması hem olası kesinti ve cezaların önüne geçilmesini sağlayacaktır. Bununla birlikte hem de medikal muhasebe personellerinin iş yükünü hafifleteceği düşünülmektedir.*
- *Medikal muhasebe biriminin hastanenin üst yöneticilerine detaylı bir şekilde anlatılması, yoğunluğunun ne kadar fazla olduğunun dile getirilmesi aslında medikal muhasebenin başlı başına ayrı bir muhasebe dalı olarak nitelendirilmesinde ve bu konunun kabul görmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Medikal muhasebe biriminde medula ve sut güncellemelerinin çok hızlı olası nedeniyle sahada yaşanan sorunlar halledilmeden bir başka sorunla karşı karşıya kalınmaktadır. Bu hızlı güncellemelerden dolayı kurumlardan yapılması istenilen her konu faturanın önüne engel olarak çıkmaktadır. Bu da çalışanlar tarafından hoş karşılanmamaktadır. SUT'un daha sade ve anlaşılır olması ve yapılan güncelleme sıklığının azaltılmasıyla birlikte daha etkili bir medikal muhasebe yönetiminin ortaya konulacağı düşünülmektedir.*
- *Medikal muhasebenin iş yükü diğer departmanlara kıyasla çok daha fazladır. Buna rağmen maaş politikası olarak en düşük tutulan birimlerin ilk başında gelmektedir. Bu sebeple de çalışanların motivasyonlarının büyük ölçüde düştüğü katılımcılar tarafından gözlemlenmiştir. Medikal muhasebe yöneticilerinin birim*

adına maaş politikalarını tekrar gözden geçirmeleri birimin geleceği adına iyi sonuçlar doğuracaktır, personellerin çalışma şevkini arttıracaktır ve bununla birlikte performans olarak da artışın olacağı düşünülmektedir

- *Medikal muhasebe alanında nitelikli personel bulmak çok zor ve yetiştirilmesi de bir kadar zor ve uzun bir süreç gerektirmektedir. Bu nedenle sağlık kurumları yetişmiş personel bulma konusunda zorlanmaktadır. Kurumlarda bazı eğitimler verilmektedir ancak hata oranlarının düşmesi, işe yeni başlayan personelin işe alışma süresinin kısılması için, bilinçli ve nitelikli çalışanların sayısının artırılması amacıyla bu tür seminer ve eğitimlerin de sıklığı arttırılmalıdır. Hata bunun da ötesine geçip bu bölümünün üniversitelerde ders olarak okutulması gerektiği katılımcılar tarafından da düşünülmektedir. Ayrıca muhasebe ile karıştırılmaması gerektiği düşünülmektedir. Ne işle meşgul oldukları sorulduğunda direk muhasebe elemanı sanmaları hem karışıklığa neden olmakta hem de çalışan adına olumsuz bir his oluşturmaktadır. Katılımcılar medikal muhasebe alanında branşlaşma olmalıdır düşüncesi içerisindeyler. Acil medikal muhasebe uzmanı, çocuk sağlığı medikal muhasebe uzmanı gibi. Oluşturulan bu branşlar ile hem iş yükünün azaltılması hem de kesinti ve ceza riskinin en az seviyeye düşürülmesi amaçlanabilir.*
- *Medikal muhasebe çalışanları dışında Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) programı üzerinden hastaya işlem gören tüm personel temel seviyede eğitim ile bilgilendirilmelidir. Sağlık hizmetleriyle görevli olan tüm personelin gerekli eğitimleri alması olası aksaklıkların önüne geçmek için önemli bir adım olarak düşünülmektedir.*
- *Yapılan çalışmanın özel sektörde yeni bir alan olan medikal muhasebe için çok değerli olduğunu düşünmekteyim. Sağlık yönetimi bölümü mezunları için bu departmanın önü açılmalıdır ve teorik bilgilerin pratiğe dönüşmesi için ilgili işverenlerin ve yetkililerin destek olması gerekmekte olduğunu düşünmekteyim. Böylece özel sağlık kurumlarının, iyileşen ve gelişen bir medikal muhasebe departmanı ile daha iyi bir hizmet sunma yoluna gireceğini düşünüyorum.*
- *SUT ve FIU kuralları ayrı bir başlık altında toplanmalı, yıllar önce oluşturulmuş olan bu sistemlerin, teknolojinin bu kadar geliştiği günümüze ayak uydurması gerekmektedir. Çünkü SUT ile FIU'nun çelişen maddeleri nedeni ile*

çok ciddi kesintiler yaşanmaktadır. SUT'ta yayımlanmış olan ama şimdi ki teknolojiye uyum sağlamayan kalıplaşmış maddelerin çıkarılması gerekir. Örneğin medikal onkoloji ve radyasyon onkoloji işlemlerinde ki gibi kalıplaşmış tedaviyi kısıtlayan ve tedaviyi uzatan maddelerin çıkarılması gereklidir. SUT daha sade ve açıklayıcı şekilde yeniden revize edilmelidir. SUT'un ek maddelerindeki malzemeler bir liste halinde toplanmalı ve birden fazla aynı SUT kodlu barkod malzemelerin birleştirilmesi gereklidir



SONUÇ ve ÖNERİLER

Ülkelerin en önemli sosyo-ekonomik gelişme göstergeleri arasında sağlık sektöründe mevcut olan hizmetlerin faaliyetleri yer almaktadır. Bununla birlikte Türkiye’ de sağlık sektörü gün geçtikçe daha fazla gelişim göstererek faaliyetlerini sürdüren bir sektör olarak değerlendirilmektedir. Sağlık hizmeti verilirken temel amaç kalite düzeyi yüksek bir sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Sağlık sektöründe verilen bu hizmetin kalitesinin yükseltilmesi; işleyişteki sorunların ez aza indirilerek hastaya eksiksiz ve zamanında bir hizmetin verilebilmesiyle mümkündür. Verilen bu hizmetlerin kalitesinin artması ve zamanında sağlık hizmeti verilebilmesi için son zamanlarda bazı yeni departman ve kavramların ortaya çıktığı görülmektedir. Medikal muhasebe ve medikal muhasebe uzmanlığı da ortaya çıkan bu kavramlardan biridir.

Medikal muhasebenin gerek kamuda gerekse özel sektörde sağlık hizmetleri sunan işletmeler açısından önemli bir yere sahip olduğu ve sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte hızlı bir şekilde gelişme gösterdiği görülmektedir. Kendi alanına özgü özellikleri, mevcut sistem içerisinde yükümlülükleri, sahip olması gereken bilgi birikimleri ve yerine getirmekte olduğu fonksiyonlar nedeniyle medikal muhasebe, muhasebe sistemleriyle sürekli etkileşim halindedir. Bununla birlikte medikal muhasebeyi diğer alanlardan ayırtıran özellikleri ve fonksiyonları, sağlık hizmeti sunucularında bağımsız bir şekilde konumlamasını gerekli kılmaktadır. Ayrıca sağlık işletmelerinin gelir ve giderlerinin uygun bir şekilde tahakkuk ettirilmesi ve takibinin yapılması, işletmelerin devamlılığı açısından önem arz etmektedir. Bu işlemlerin hatalı bir şekilde yapılması sağlık işletmelerinde önemli maddi kayıplara neden olarak finansal performanslarının düşmesine yol açacaktır. Sağlık işletmelerinde herhangi bir gelir kaybının önlenmesi ve giderlerin kontrol altına altında tutulabilmesi; medikal muhasebe uygulamalarının belli standartlar içerisinde yerine getirilmesine, iş süreçlerinin netleştirilmesine, yetkin medikal muhasebe elemanlarının yetiştirilmesine, sağlık hizmetlerinin sunumu yapılırken SUT ve faturalama kurallarına göre muhasebeleştirilmesine, ve riski azaltacak iç kontrol mekanizmasının oluşturulmasına bağlıdır.

Yukarıda anlatılanlar doğrultusunda çalışmada, sağlık kurumlarında yeni bir kavram olarak ortaya çıkan medikal muhasebe ve medikal muhasebe uzmanlığına

yönelik farkındalığın arttırılması, bu alanda yaşanan sorunların tespit edilmesi, söz konusu kavramların muhasebe sistemi ve muhasebe eğitimi sürecindeki yerlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda medikal muhasebe uzmanlarının mesleklerinin geleceğiyle ilgili düşüncelerinin ortaya konulması çalışmanın bir diğer amacını oluşturmuştur. Bu amaçlar doğrultusunda Türkiye'deki sağlık kurumlarında görev yapan medikal muhasebe çalışanlarına yapılmış olan anketlerden elde edilen veriler, SPSS 26 programı yardımıyla T-testi, varyans analizi (ANOVA), korelasyon analizi ve faktör analizi (açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi) kullanılarak analiz edilmiştir. Bu analizler sonucunda elde edilen sonuçlar aşağıda genel olarak değerlendirilmiştir.

Katılımcıların ağırlıklı olarak;

- Kadın,
- 31-39 yaş arasında,
- Eğitim durumlarının lise ya da ön lisans,
- Mesleki tecrübelerinin 11 yıl ve üzeri,
- Çalıştıkları departmandaki konum olarak medikal muhasebe uzmanı oldukları
- Medikal muhasebe biriminde çalışan sayısının 3 ve altında oldukları
- Medikal muhasebeye yönelik herhangi bir eğitim almadıkları
- Medikal muhasebe sertifikasına sahip olmadıkları
- Medikal muhasebe uzmanlığının kurumlarındaki farkındalık düzeyinin orta derece olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sağlık işletmelerinde meydana gelebilecek herhangi bir kesinti ve ceza sonucunda işletmelerin gerekli tedbirleri aldıkları tespit edilmiştir. Sağlık işletmeleri SGK' ya geri ödeme yaparken yapılan bazı yanlış işlemler sonucunda kesinti ve cezalarla karşı karşıya kalmaktadır. Bu cezalar sonucunda asıl amacı kar elde etmek olan özel sağlık işletmelerinin gerekli tedbirleri almaları ve çözüm yolları aramaları kurum için oldukça önem arz etmektedir. Sağlık işletmelerinin olası kesinti ve cezalara yönelik tedbirler almasıyla birlikte maddi açıdan kayıplar azalacaktır. Bu konu kapsamında Kördeve (2017), Nazlıoğlu (2020) ve Arık (2021)'in çalışmalarında da özel

sağlık kurumlarının faaliyetlerinin kesintiye uğraması sonucunda oluşacak kayıpların olumsuz sonuçlar doğuracağından söz edilmiştir.

Medikal muhasebenin ayrı bir muhasebe dalı olarak değerlendirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda Kördeve (2017) ve Nazlıoğlu (2020)'nin yapmış olduğu çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Medikal muhasebe departmanının oldukça yoğun ve karmaşık olması, iş yükü açısından hafifletilemeye ihtiyacı olan bir birim olması ve özellikle uzmanlık gerektiren birçok konuyu içinde barındırması ayrı bir muhasebe dalı olarak değerlendirilmesi gerektiğinin gerekçeleri olarak gösterilebilir.

Medikal muhasebenin üniversitelerde ayrı bir ders olarak okutulması gerektiği ifade edilmiştir. Bu kapsamda Kördeve (2017), Sevim (2019), Şahin (2020), Akkuyu (2020), Nazlıoğlu (2020), Arık (2021) ve Şenol ve Metin(2022)'in çalışmalarında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Medikal muhasebe birimi nitelikli ve tecrübeli personele sahip olması gereken bir birimdir. Bu bağlamda sağlık kurumları için medikal muhasebenin genel kapsamına, işleyişine hâkim olan çalışanlar gün geçtikçe daha fazla önem kazanmaktadır. Bu konuya hâkim olmayan çalışanların hata yapma riskinin genellikle daha fazla olduğu söylenebilir. Bunun sonucunda yaşanan kesinti ve cezalar sağlık kuruluşları açısından önemli kayıplara yol açarak finansal performanslarında da düşürlere neden olabilir. Dolayısıyla sağlık kurumları sadece teorik olarak bu alana hâkim olmayan, uygulamaya yönelik, eğitim almış, nitelikli ve SUT sistemine hâkim olan çalışanlara ihtiyaç duymaktadırlar. Bu niteliklere sahip kişilerin yetiştirilebilmesi için medikal muhasebenin üniversitelerde ders olarak okutulması, gerekli eğitimlerin öğrencilere temelden verilmesi ve staj programlarıyla uygulamalı eğitimin verilmesi gerekir. Günümüzde medikal muhasebeye yönelik eğitimlerin genellikle özel sağlık kurumları tarafından seminerlerle veya eğitimlerle verilmeye çalışıldığı görülmektedir.

Medikal muhasebenin üniversitelerde lise veya ön lisans seviyelerinde okutulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Şenol ve Metin(2022)'in çalışmasında da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Medikal muhasebenin genel muhasebedeki karşılığının ön muhasebe işlemlerine yönelik süreçleri kapsadığı düşüncesinden hareketle, medikal muhasebenin lise veya ön lisans seviyelerinde okutulması gerektiği söylenilebilir.

Sağlık işletmelerinde medikal muhasebe işlemleriyle ilgili katılımcıların görüşlerinin belirlenmesine yönelik ifadelerin boyutlarını belirlemek amacıyla ile açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular aşağıda ele alınmıştır.

“*Medikal Muhasebeyi İyileştirmeye*” yönelik oluşturulan boyut kapsamında medikal muhasebe uzmanlığının gelişimi ile mali nitelikteki işlemlerde hata/hile gibi işlemlerin önüne geçildiğini, medikal muhasebe ile ilgili yasal uygulamaların kişisel veri güvenliği kapsamında ihlallerin önüne geçecek şekilde düzenlendiğini, 2003 yılında sağıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe alanında olumlu gelişmelerin yaşandığını ve sağıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe işlemlerinin, ilgili mevzuatta açık bir şekilde düzenlendiğini ifade etmişlerdir.

“*Medikal Muhasebeye Yönetim Desteğine*” yönelik oluşturulan boyut kapsamında, sağık işletmelerinde üst yönetimin medikal muhasebe alanında yaşanan eksiklikleri giderme ve kalıcı çözümler üretme konusunda genellikle gerekli desteği verdikleri tespit edilmiştir. Buna karşın hasta hizmetleriyle görevli olan personellerin, medikal muhasebe süreçlerini öğrenme ve eksiklerini giderme konusunda istekli olmadıkları ve medikal muhasebe çalışanlarının hastane yönetiminin sunmuş olduğu maaş politikalarından memnun kalmadıkları belirlenmiştir.

“*Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engellere*” yönelik oluşturulan boyut kapsamında bilgi ve iletişim teknolojisi alanındaki eksiklikler, nitelikli personelin yetersizliği ve mevzuatsal sorunların medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesinin önündeki engeller olduğu belirlenmiştir.

Son olarak “*Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara*” yönelik oluşturulan faktör çerçevesinde iş süreçlerinin karmaşık ve yorucu olduğu, kamu ve özel sektör işletmeleri arasında uygulama farklılıklarının olmasının medikal muhasebe uzmanının işini zorlaştırdığı ve SUT çerçevesinde güncel mevzuat takiplerini yapmanın ve ilgili bölümler ile paylaşmanın medikal muhasebenin iş yükünün büyük bir kısmını oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yukarıda bahsedilen faktörler ile katılımcıların bazı demografik özellikleri ve çeşitli değişkenler arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmeye yönelik geliştirilen hipotezlerin sonuçları aşağıda ele alınmıştır.

“Medikal Muhasebeyi İyileştirmeye” yönelik faktör ile katılımcıların yaş, eğitim durumu, mesleki tecrübe, çalıştıkları departmanlardaki konum, medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ve medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almama değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte cinsiyet ve medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmama değişkeni arasında ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Elde edilen bulgular sonucunda katılımcıların yaşları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde 30 ve altı yaş gurubunun medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarının “31-39” ve “40 ve üstü” yaş guruplarından daha olumlu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların eğitim durumları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde lise-önlisans mezunu kişilerin medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarının diğer mezunlardan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum değerlendirildiğinde, verilen eğitimlerin kısa süreli ve erken dönemli olması medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarını olumlu yönde etkilediği şeklinde değerlendirilebilir. Katılımcıların mesleki tecrübeleri arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde 5 yıl ve altı tecrübeye sahip olan kişilerin medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarının 11 yıl ve üzeri olanlardan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Arık (2021)’in çalışmasında ise medikal muhasebe elemanlarının, genellikle çalıştıkları kurum bünyesinde uzun yıllar boyunca çalışma ve tecrübe esasına dayalı olarak yetiştirilmekte oldukları vurgulanmıştır. Bu sonuç incelendiğinde; mesleki tecrübelerinin az olması ve daha az kıdemli olmaları çalışanların medikal muhasebe birimine karşı kendilerini daha fazla sorumlu hissetmelerine neden olduğu söylenebilir. Dolayısıyla da medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarının daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılabilir. Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumlar arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde medikal muhasebe görevlisi gurubunun medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açısının medikal muhasebe uzman gurubundan daha olumlu olduğu; medikal muhasebe sorumlusunun medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarının medikal muhasebe uzman gurubu ve müdür\müdür yardımcısı gurubundan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilmiş olan verilerin yetkililerin konumlarına göre farklılık göstermesi her bir departman yetkilisinin sorumluluk ve görevlerinin birbirlerinden farklı olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan

sayıları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde 6-9 kişi gurubunun medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarının 3 ve altı çalışan grubundan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almamaları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde evet cevabını veren kişilerin medikal muhasebeyi iyileştirmeye yönelik bakış açılarının hayır diyenlere oranla daha olumlu olduğu görülmüştür. Şenol (2022)’un ve Arık (2021)’in çalışmalarında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Medikal muhasebe eğitimlerinin departmanın geleceği adına olumlu sonuçlar doğuracağı düşünüldüğünden dolayı böyle bir sonuca varılmış olunabildiği düşünülmektedir.

“*Medikal Muhasebeye Yönetim Desteğine*” yönelik faktör ile katılımcıların cinsiyet, eğitim durumu, mesleki tecrübe, çalıştıkları departmanlardaki konum ve medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı değişkeni arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bunun yanında; yaş, medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almama ve medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmama değişkeni arsında ise anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda katılımcıların cinsiyetleri arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde kadınların medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açılarının erkeklere oranla daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların eğitim durumları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde lise-ön lisans mezunlarının medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açılarının lisans mezunlarından daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların mesleki tecrübeleri arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde 5 yıl ve altı tecrübeye sahip olan kişilerin medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açılarının 11 yıl ve üzeri olanlardan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumlar arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde medikal muhasebe görevlisi gurubunun medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açısının medikal muhasebe sorumlusu grubundan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların medikal muhasebe birimindeki çalışan sayıları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde 6-9 kişi gurubunun medikal muhasebeye yönetim desteğine yönelik bakış açılarının “3 ve altı” ile “10 ve üzeri” çalışan grubundan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

“Medikal Muhasebenin İşleyişindeki Engellere” yönelik faktör ile katılımcıların medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmama değişkeni arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bununla birlikte cinsiyet, yaş, eğitim durumu, mesleki tecrübe, çalıştıkları departmanlardaki konum, medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ve medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almama değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda katılımcıların medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmamaları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde evet cevabını verenlerin hayır cevabını verenlere oranla daha olumlu oldukları tespit edilmiştir. Aynı şekilde Şenol ve Metin’in (2022)’un çalışmalarında da benzer sonuca ulaşıldığı tespit edilmiştir. Medikal muhasebe kursları aracılığıyla alınan sertifikaların sürece ve işleyişe olumlu yönde katkıda bulunmasının böyle bir sonuca ulaşmada etkili olduğu söylenebilir.

“Medikal Muhasebe Alanında Yaşanan Sorunlara” yönelik faktör ile katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konum ve medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmama değişkeni arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bununla birlikte cinsiyet, yaş, eğitim durumu, mesleki tecrübe, medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ve medikal muhasebe işlemleriyle ilgili herhangi bir eğitim alıp almama değişkeni arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda katılımcıların çalıştıkları departmanlardaki konumlar arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde medikal muhasebe uzman gurubunun medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açısının medikal muhasebe görevlisi ve medikal muhasebe sorumlusundan daha olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip olup olmamaları arasındaki anlamlılık düzeyi incelendiğinde evet cevabını verenlerin medikal muhasebe alanında yaşanan sorunlara yönelik bakış açısının hayır cevabını verenlere oranla daha olumlu oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara dayanarak ve katılımcılarla yapılan görüşmelerde dikkate alınarak, sağlık kurumlarına ve akademik camiaya yönelik başlıca öneriler şu şekilde sıralanabilir:

- Özellikle sağlık yönetimi alanı için oldukça önemli olan medikal muhasebe birimi için verilen eğitimlerin niversite bazında hayata geçirilebilmesi için bu alanda çalışmalar yapılabilir.
- Üniversitelerin medikal muhasebenin içeriğiyle ilgili bölümlerinde staj programlarıyla sisteme yetişmiş personel istihdamı sağlanabilir.
- Medikal muhasebe alanı için nitelikli personel sayısının artması için seminerlerin sıklığı arttırılabilir.
- İncelenen medikal muhasebe işlemlerinin Türkiye geneline dağıtılıyor olması bununla birlikte bölgeler ve iller arasında farklılıkların meydana gelmesi medikal muhasebenin yoğun olan süreçlerini daha karmaşık hale getirmektedir. Bundan dolayı bölgeler arası farklılıkların kaldırılması için çalışmalar yapılabilir. Böylelikle olası kesinti ve cezaların önüne geçilmesi adına bir adım atılabilir. Bununla birlikte medikal muhasebe personellerinin iş yükünün hafifleyeceği düşünülmektedir.
- Medikal muhasebe biriminde MEDULA ve SUT güncellemelerinin çok hızlı olası nedeniyle sahada yaşanan sorunlar halledilmeden bir başka sorunla karşı karşıya kalınabilmektedir. Bundan dolayı SUT'un daha sade ve anlaşılır olması için çalışmalar ve güncellemeler yapılabilir. Yapılan güncelleme sıklığının azaltılmasıyla birlikte de daha etkili bir medikal muhasebe yönetimi ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Adak, N.Ö., (2015). *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme. (1. Basım)*. Siyasal Kitabevi.
- Ağırbaş, İ., (2014). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi*. Siyasal Kitabevi.
- Ak, B., (1990), *Hastane Yöneticiliği*, Özkan Matbaacılık.
- Akbolat, M. (2009). *Türkiye Sağlık Sektöründe Rekabet Stratejileri: Hastaneler Üzerine Bir Araştırma* (Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akdağ, R., (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003/2011)*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 839. Ankara.
- Akdağ, R., (2008). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri, 2002/2008*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:770, Ankara.
- Akdemir, N. (2006). Rehabilitasyon ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 13(1), 82-91.
- Akdur, R., (1998). *Çağdaş Sağlık ve Sağlık Hizmetleri Kavramları Bu Kavramlara Etki Eden Dinamikler*. Halk Sağlığı, An Tıp, Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara.
- Akkavak, T. (2018). *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Gelişimi: Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2011)* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akkuyu, A. (2020). *Özel Hastanelerde Medikal Muhasebe Uygulamaları ve Medikal Muhasebeye Bağlı İç Kontrol Mekanizmasının Testi Özel Bir Hastane Uygulaması*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü.
- Aktan, H.T., (2001). *Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye ve Dünyadaki Uygulamaları*. Yeni Türkiye.
- Aktaş, R. (2013). Yeni Bir Maliyet ve Yönetim Muhasebesi Yöntemi Olarak Kaynak Tüketim Muhasebesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (58), 55-76.
- Almalı, A., & Aslan, E. (2022). Özel Hastanelerde Fatura Kesintisi Nedenleri ve Finansal Kaybın İncelenmesi. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 5(1), 15-28.
- Altıntaş, F. Ç. (2003). Strateji Geliştirme Süreci İçerisinde Stratejik Başarı Unsurlarının Değerlendirilmesi. *Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 5 (2) , 0-0.
- Arı, E. (2015). Öğretmenlerin İş Doyumlarının Mesleki Tükenmişlik Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli ile Araştırılması. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(39).
- Arı, E. (2014). *Uluslararası ve Ulusal Sağlık Sistemlerinde Yerel Yönetimlerin Yeri* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Arık, Ö., & Yılmaz, F. Ö. (2021). Sağlık Kurumlarında Medikal Muhasebe Süreçleri. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 34-42.
- Atabey, S. E., (2012). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası*. Gazi Kitapevi.

- Burau, V., ve Blank, R. H. (2006). Comparing Health Policy: An Assessment of Typologies of Health Systems”, *Journal of Comparative Policy Analysis*, 8(01), 63-76.
- Büyüköztürk, Ş., (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analiziel Kitabı (12. Baskı)*. Pegem Akademi.
- Büyükmirza, K., (2014). *Maliyet ve Yönetim Muhasebesi: Tekdüzene Uygun Bir Sistem Yaklaşımı, 19.Baskı*. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Bozdemir, E., (2019). *Sağlık İşletmelerinde Maliyet Muhasebesi ve Analizi*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Byamba, T. (2018). *Moğolistan Sağlık Sisteminin İncelenmesi ve Bir Değerlendirme (Yüksek Lisans Tezi)*. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü.
- Çelebi, K., & Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*, 164, 47-67.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(03), 55-92.
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlıkın Ekonomi Politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 274-293.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Daşdemir, E., Oguz, M., Atalay, M., Bilgin, V., Testik, M., & Soydan, G. (2013,). Improving Hospital Billing Processes for Reducing Costs of Billing Errors. In *European Network for Business and Industrial Statistics (ENBIS) 13 Conference*
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Doorslaer, E.V., & Wagstaff, A. (1998). Equity In The Finance And Delivery Of Health Care: An Introduction To The Equity Project, (Health, Health Care and Health Economics: Perspectives On Distribution, Editör: Morris L. Barer, Thomas E. Getzen Ve Greg L. Stoddart), New York: John Wiley&Sons Ltd.
- Ekici, H. (2020). *Açıklayıcı Faktör Analizi Yardımı ile Öğrencilerin Akademik Başarısını Ölçmeye Yönelik Ölçek Geliştirme Denemesi (Yüksek Lisans Tezi)*. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Elbek, O., & Adaş, E.B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12(1), 33-44.
- Ergun, C., & Ergun, A. D. (2010). Dönüşüm mü, Piyasalaştırma mı? Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Üzerine Bir Tartışma. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 4(8), 33-54.
- Erken, G., (2021). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Örneklem Büyüklüğünü Belirleme*.
- Erkol, Ü., & Ağırbaş, İ. (2011). Hastanelerde Maliyet Analizi Ve Faaliyet Tabanlı Maliyetleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64 (2) , 87-95.

- Fişek, N., (1983). *Halk Sağlığına Giriş*. Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi, Yayın No: 2, Ankara.
- Gençtürk, M., & Cansever, İ. H. (2016). Üniversite Hastanelerinin Faturalama Sürecindeki Sorunları Üzerine Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3).
- Gök, S. (2019). *Tarihsel Süreç İçerisinde Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve İl Kamu Hastaneleri Birlikleri: Yönetim ve Örgütlenme Bağlamında Bir Değerlendirme* (Yüksek Lisans Tezi). Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gülmez, M. (2005). Sağlık Hizmetlerinde Memnuniyet Ölçümü ve Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma Hastanesi'nde Ayakta Tedavi Gören Hastalara Yönelik Bir Uygulama. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 6(2), 147-169.
- Güvercin, A., & Mil, H. İ. & Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın University Journal Of Faculty Of Economics & Administrative Sciences/Bartın Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(13), 1-94.
- Gottret, P., & Schieber, G. (2006), Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide, *The World Bank*, s. 47.
- Hayran, O., (1998). Sağlık Hizmetleri. İçinde Editör: O. Hayran & H. Sur (Ed.), *Sağlık Hizmetleri El Kitabı* (ss. 15-32). Yüce Yayın, İstanbul.
- Heese, J. (2018). The Role Of Overbilling In Hospitals' Earnings Management Decisions. *European Accounting Review*, 27(5), 875-900. <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 05.12.2019.
- İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Medikal Muhasebe Personel Görev Tanımı, 2017, <https://onkoloji.istanbul.edu.tr/tr/content/kalite-yonetim-sistemi/gorev-tanimlari> (Erişim Tarihi: 17.11.2019).
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Kalaycı, Ş., (2010). *Faktör Analizi: SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*. Asil Yayın.
- Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kavrakoğlu, İ., (1998). *Toplam Kalite Yönetimi*. Rekabetçi Yönetim Dizisi, (3). Kalder Yayınları. İstanbul.
- Kavuncubaşı, Ş., (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
- Kınacı, M. (2021). *1980 Sonrası Türkiye'de Sağlık Sektörünün Gelişimi* (Doktora Tezi) Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Kısa, A., (2002). *Sağlık Kurumları Yönetimi*. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir.
- Koçak, E. (2014). *OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemlerine İlişkin Etkinlik Analizi* (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kördeve, M. (2017). Sağlık Ödemelerinde Yeni Bir Kavram: Medikal Muhasebe. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26(2), 1-13.

- Kurnaz, E., (2020). *Kurum Kültürü Ve İç Denetim*. Gazi Kitapevi.
- Kurtulmuş, S., (1998). *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*. Değişim Dinamikleri Yayınları.
- Küçüksavaş, N., (2016). *Finansal Muhasebe (Genel Muhasebe)*. Beta Basım Yayın.
- Mete, S., (2012). Hemşireliğin Temel Kavramları. İçinde T.A. Aştı & A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları* (ss. 58-78). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (2002), *Funding Health Care: An Introduction*, Buckingham Philadelphia: *Open University Press*. ss.2 – 6.
- Murray, C. J., And Frenk, J. (1999). *A Who Framework For Health System Performance Assessment*, Evidence And Information For Policy. Usa: World Health Organization
- Nakıboğlu, M. A. B. (2008). *Hizmet İşletmelerindeki İlişkisel Pazarlama Uygulamalarının Müşteri Bağlılığı Üzerindeki Etkileri* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Nazlıoğlu, B. (2020). Sağlık İşletmelerinde Muhasebe Sistemi Perspektifinde Medikal Muhasebe. *Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22(2), 533-550.
- Odabaşı, Y., & Oyman, M. (2008). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Yanın No: 1862. Açık Öğretim Fakültesi Yayın No: 977.
- Okursoy, A. (2010). *Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi (Doktora Tezi)*. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi I*(1), 1-21.
- Özseven M., Danışman A., & Bingöl A. (2016). Kurumsal Değişim, Güç Koruma ve Direniş Taktikleri: Türk Sağlık Alanında Bir Araştırma. *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 43(3), 779 - 811.
- Öztek Z.(2001) , Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, *Yeni Türkiye Dergisi*, 1(7), 39.
- Öztürk, Y.E., & Özata, M. (2010). *Hastanelerde Dış Kaynak Kullanımı*, Eğitim Yayınevi.
- Öztürk, Z., & Karakaş, E. T. (2015). Avrupa Birliği’ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(2), 29-59.
- Pirim, E., & Bulut, S. (2022). Kamu Hastanelerinde Gelir Döngüsünün Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 8(3), 315-333.
- Polat, M. (2018). *Özel ve Kamu Hastanelerinde Yatan Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: Edirne İli Örneği* (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Reinard, J. C. (2006). *Communication research statistics*. London: SAGE.
- Rahmatollah G., & Rouzbehani K. (2016). *Social, Economic, and Political Perspectives on Public Health Policy-Making*, IGI Global.

- Rodriguez-Martinez, M., Valdivia, H., Rivera, J., Seguel, J., & Greer, M. (2012). "Medbook: A Cloud-Based Healthcare Billing And Record Management System," *2012 Ieee Fifth International Conference On Cloud Computing*, pp. 899-905, Doi: 10.1109/Cloud.2012.133.
- Roemer, M. I., (1991). *National Health Systems of The World*, Oxford Universitypress.
- Sağlık Uygulama Tebliği, (SUT). (2013). T.C. Resmi Gazete. 24 Mart 2013, Sayı: 28597.ErişimTarihi:19/05/2020,<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324-3.pdf>
- Sargutan, A. E. (2006). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sayım F. (2015). Sağlık Hizmetlerinin Talebini Etkileyen Faktörler. *Akademik Arge Dergisi* 15(1).
- Sayım, F. (2016). Kamu Hastanelerinde Muhasebe İlintisi Kurulan Faaliyetler ve Özel Hastane Karşılaştırması-Yalova Örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 12(12), 672-684.
- Sayım, F. & Temir Y. (2014). *Sağlık Hizmetlerinin Faturalanması İçin Yönetim Süreçleri ve Uygulamada Yaşanan Sorunlar- Kamu Hastanesi Örneği*. Sağlık ve Hastane İdaresi 8. Kongresi, 1479.
- SB (Sağlık Bakanlığı) (2007), 2006 Yılı Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı (YTKİY), <http://www.saglik.gov.tr>, 29.08.2007.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating The Fit Of Structural Equation Models: Tests Of Significance And Descriptive Goodness-Of-Fit Measures. *Methods Of Psychological Research Online*, 8(2), 23-74.
- Seçim, H., (1991). *Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi*, İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları.
- Sevim, S. (2019). *Türkiye’de Sağlık Yönetimi Lisans Programlarında Muhasebe Eğitiminin Analizi: Bir Araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sevinç, Ş., & Yılmaz, F. Ö. (2020). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 118-132.
- Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*.
- Sıvacı, C. (2006). Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği. *Bütçe Dünyası*, (24), 1-9.
- Somunoğlu, S., (2012). *Sağlık Kurumları Yönetimi I*. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Sözen, A. B. (2015). *Faturalama Sürecinde Yapılan Hatalar Sonucu Oluşan Gelir Kayıplarının Nedenleri ve Kayıpları Önlemek İçin Yapılması Gerekenler* (Yüksek Lisans Tezi). Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sözen, C., & Özdevecioğlu, M. (2002). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Ankara.
- SRI. (2010). *Spas And The Global Wellness Market: Synerges and Opportunities*, Prepared By Sri International.

- Sungur, C. (2021). Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması Ve Performans Analizi Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18 (3), 2174-2201.
- Sülkü, S. N., (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Maliye Bakanlığı.
- Sürmen, Y., & Aygün, D. (2013). “Muhasebe Çevresi ve Çevrenin Muhasebeye Etkisi”, *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, Sayı: 7, s. 358-381.
- Şahin, S. (2020). Türkiye’deki Üniversitelerde Sağlık Yönetimi Eğitiminde Muhasebe ve Finansman Dersleri Durum Analizi. *İşletme Akademisi Dergisi*, 1(2), 102-124. <https://doi.org/10.26677/Tr1010.2020.435>
- Şenol, A. & Metin, M. H. (2022). *Sağlık İşletmelerinde Medikal Muhasebe Uzmanlığı Eğitimi ve Önemi*, Scientific Journal of Innovation and Social Sciences Research, 2 (2), 111-121
- Şentürk D.B.(2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi. V. *Anadolu International Conference İn Economics*, 11-13.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2019). 10. Kalkınma Planı (2014-2019); Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması Ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1).
- Tengilimoğlu, D., (2017). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Nobel Yayın Dağıtım.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (6. Baskı). Nobel Yayın Dağıtım.
- Toraman, C., Abdioğlu, H. & İşgüden, B. (2009). İşletmelerde İnovasyon Sürecinde Entelektüel Sermaye ve Yönetim Muhasebesi Kapsamında Değerlendirilmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11 (1), 91-120.
- Tosun, C. (2018). *Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri* (Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Turanlı, H. Ş. (2021). *Karışıklı Faktör Analizi ile Faktör Analizinin Karşılaştırılması* (Yüksek Lisans Tezi). Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- VBO Blog. (2022). <https://www.veribilimiokulu.com>.
- WHO. (1993), Evaluation Of recent Changes İn The Financing Of Health Services, A Report Of A WHO Study Group, World Health Organization , Geneva.
- Yazıcı, M. , (2001). “Muhasebe Bilim Öğeleri”, İstanbul: MÜ-İİBF-Nihad Sayar Eğitim Vakfı Yayınevi.
- Yıldız, D., & Uzunsakal, E. (2018). Alan Araştırmalarında Güvenilirlik Testlerinin Karşılaştırılması Ve Tarımsal Veriler Üzerine Bir Uygulama. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*, 14-28.
- Yılmaz, T.(2015). *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması ve Etkin Bir Pazarlama Örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de Sağlık Reformlarının Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın Küresel Niteliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 176-188.
- Yorulmaz, R., & Erdem, R. (2021). Sağlıklı Yaşam Üzerine Kavramsal Bir Çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 57-74.



ETİK KURUL ONAYI

Bu çalışma için etik kurul onayı Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Sosyal ve Beşerî Bilimler Etik Kurulu 08.06.2023 tarihli ve 26/05 numaralı kararı ile alınmıştır.



EKLER

EK-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket ile “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Bir Uygulama Alanı Olarak Medikal Muhasebe Üzerine Bir Araştırma” başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına veri toplanması amaçlanmaktadır. Bilimsel nitelikteki araştırmanın amacına ulaşması özenle vereceğiniz cevaplara bağlıdır. Araştırmaya yapacağınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Doç. Dr. Ersin KORKMAZ (Danışman)

Şeymanur TERCAN (Yüksek Lisans öğrencisi)

1. Bölüm

Demografik Bilgiler

1. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek
2. Yaşınız ☐ 30 ve altı ☐ 31-39 ☐ 40-49 ☐ 50 ve üstü

3. Eğitim durumunuz ☐ Lise-ön lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora

4. Mesleki tecrübeniz ☐ 5 yıl ve altı ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üzeri

5. Çalıştığınız departmandaki konumuz nedir?

- ☐ Medikal muhasebe görevlisi ☐ Medikal muhasebe uzmanı
- ☐ Medikal muhasebe sorumlusu ☐ Müdür /Müdür yardımcısı

6. Medikal muhasebe birimindeki çalışan sayısı ☐ 3 ve altı ☐ 6-9 kişi ☐ 10 ve üzeri

7. Medikal muhasebe işlemleri ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? ☐ Evet ☐ Hayır

8. Medikal muhasebe uzmanlığı sertifikasına sahip misiniz? ☐ Eet ☐ Hayır

9. Kurumunuz gelebilecek kesinti ve cezaları önlemek için gerekli aksiyonları ve tedbirleri almakta mıdır?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

10. Medikal muhasebe ayrı bir muhasebe dalı olarak değerlendirilebilir mi?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

11. Medikal muhasebe üniversitelerde ayrı bir ders olarak okutulmalı mıdır?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kararsızım

12. Eğer 11. soruya cevabınız evet ise üniversitelerde hangi seviyede okutulmalıdır?

☐ Ön lisans ☐ Lisans ☐ Yüksek lisans ☐ Doktora

13. Medikal muhasebe uzmanlığı mesleğinin kurumunuzdaki farkındalık düzeyini belirtiniz.

☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek

2. Bölüm

No	Sağlık işletmelerinde medikal muhasebe işlemleri ile ilgili medikal muhasebe çalışanlarının görüşlerinin belirlenmesine yönelik ifadeler	Kesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle
1.	Sağlık dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe işlemleri, ilgili mevzuatta açık bir şekilde düzenlenmiştir.					
2.	Medikal muhasebe uzmanlığının gelişimi ile mali nitelikteki işlemlerde hata/hile gibi işlemlerin önüne geçilmiştir.					
3.	Medikal muhasebe ile ilgili yasal uygulamalar, kişisel veri güvenliği kapsamında ihlallerin önüne geçecek şekilde düzenlenmiştir.					
4.	Medikal muhasebe kapsamındaki iş süreçleri gereğinden fazla karmaşık ve yorucudur.					
5.	Kamu ve özel sektör işletmeleri arasında uygulama farklılıklarının olması medikal muhasebe uzmanının işini zorlaştırmaktadır.					
6.	2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte medikal muhasebe alanında olumlu gelişmeler yaşandığı söylenebilir.					
7.	Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) çerçevesinde güncel mevzuat takiplerini yapmak ve ilgili bölümler ile paylaşmak medikal muhasebenin iş yükünün büyük bir kısmını oluşturmaktadır.					
8.	Hasta hizmetleriyle görevli olan personellerin, medikal muhasebe süreçlerini öğrenme ve eksiklerini giderme konusunda istekli olduğunu düşünüyorum.					
9.	Sağlık işletmelerinde üst yönetimin medikal muhasebe alanında yaşanan eksiklikleri giderme ve kalıcı çözümler üretme konusunda gerekli desteği verdiğini düşünüyorum.					

10.	Medikal muhasebe ile ilgili mevzuatsal sorunların medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum.					
11.	Nitelikli personel eksikliğinin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum.					
12.	Bilgi ve iletişim teknolojisi alanındaki eksikliklerin medikal muhasebe işlemlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesine engel olduğunu düşünüyorum.					
13.	Medikal muhasebe çalışanları hastane yönetiminin sunmuş olduğu maaş politikasından memnundur.					

14. Yukarıda belirtilen konular dışında eklemek istediğiniz hususlar varsa lütfen belirtiniz.

ÖZ GEÇMİŞ

Ad Soyad: Şeymanur TERCAN	
Eğitim Bilgileri	
Lisans	
Üniversite	Konya Selçuk Üniversitesi
Fakülte	Sağlık Bilimleri Fakültesi
Bölümü	Sağlık Yönetimi
Yüksek Lisans	
Üniversite	
Enstitü Adı	
Ana Bilim Dalı	
Programı	
Makale ve Bildiriler (Varsa)	
1.	
2.	