

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINA ve
SUNUMUNA YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
NEVAL KAYA

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. NERMİN ÖZGÜLBAŞ

ANKARA - 2008

TEŞEKKÜR

İlk olarak, Rektör Yardımcısı ve Bölüm Başkanımız Sayın Prof. Dr. Korkut Ersoy'a bilimsel çalışmam süresince, engin bilgi ve tecrübeleriyle beni yönlendirdiği ve desteğini esirgemediği için saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmam süresince sıkıntılarımı ve endişelerimi paylaşan, ilgi ve desteğini esirgmeden yönlendiren, hata payımı en aza indiren danışmanım sevgili hocam Sayın Doç. Dr. Nermin Özgülbaş' a katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

Çalışmamın anket tasarımı ve analiz kısımlarında, çok emeği geçen, bıkmadan, üşenmeden beni dinleyen ve yönlendirmelerde bulunan Sayın Dr. Ali Serhan Koyuncugil'e çok şey borçlu olduğumu ifade eder teşekkürlerimi sunarım.

6 yıllık Lisans ve Yüksek Lisans Eğitimlerim süresince bana verdiği emeklerinden dolayı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü hocalarıma teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Son olarak hayatım boyunca benden desteğini esirgemeyen aileme, minnet ve saygılarımı sunarım.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, sağlık yöneticilerinin reform çalışmaları sonucu ortaya çıkan mevzuat ve uygulama değişiklikleri konusundaki farkındalıkları ile bilgi düzeylerini ölçmek ve sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumuna yönelik görüşlerini değerlendirmektir.

Sağlık sektörü ile ilişkili son dönem reform çalışmaları olan Sağlıkta Dönüşüm, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetleri Finansmanı Alt Yapısını konu alan bu çalışmada, evrenimizi Ankara ili merkezindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile özel mülkiyetli hastanelerin üst düzey yöneticileri oluşturmaktadır. Saha aşamasında, hastanelerin üst düzey yöneticilerine anket uygulanmıştır. Çalışma, Ankara ili merkezi için tam sayım esası ile tasarlanmış, örneklem kullanılmamıştır ancak, sadece görüşmeyi kabul eden cevaplayıcıların anket sonuçları değerlendirmede esas alınmıştır.

Çalışmada Ankara ili merkezindeki Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile özel mülkiyetli hastanelerin üst düzey yöneticilerinin demografik özellikleri, finansal yönetim bilgi düzeyi, Sağlık Hizmetleri Finansmanı Yönetiminin Güçlendirilmesi çalışmaları hakkındaki bilgi düzeyi, Sağlıkta Dönüşüm çalışmaları hakkındaki bilgi düzeyi, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası çalışmaları hakkındaki bilgi düzeyleri sorgulanmıştır.

Reform çalışmalarının etkin şekilde yürütülebilmesi ve sonuçlarının alınabilmesi için uygulayıcı durumunda olan sağlık yöneticilerinin çalışmalar konusundaki bilgilerinin yüksek olması beklenir. Çalışma sonuçları dikkate alındığında, sağlık yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili bilgi düzeylerinin genel olarak az ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda, finansal eğitim almış olan yöneticilerin bilgi düzeylerinin ya da başka bir ifadeyle farkındalıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçtan yola çıkarak sağlık yöneticilerinin işletme ve sağlık işletmeciliği ile ilişkili alanlarda eğitim almış olmaları, sağlık sektöründeki gelişmelere karşı daha duyarlı olmalarını etkilediği söylenebilir. Sağlık yöneticilerinin mezun oldukları bölüm açısından, bilgi düzeylerinde farklılık tespit edilmese de, uzmanlaşmış alanlarda ve reform çalışmaları kapsamındaki uzmanlık alanlarında eğitim verilmesinin yöneticilerin farkındalıklarını artıracakı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıkta D n    m, Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Farkındalık.

ABSTRACT

The aim of the research is to survey the awareness of the healthcare managers after the changes in the regulations and practice, which have come out as a result of the reforms, and to evaluate the healthcare managers' views on health service financing and providing.

The research includes the last reforms in Healthcare Sector like Transformation in Healthcare, Social Security and General Health Insurance, and the substructure of Healthcare Service Finance. The Population is the top managers in the hospitals connected to the Ministry of Health in Ankara, and private hospitals. During the field process, the top managers of the hospitals were performed surveys. The research had purposed all the top managers in Ankara, but only the results of surveys of the top managers who accepted the negotiation, were evaluated. Sample was not used in the research.

In the research, the demographic features of the top managers in the hospitals connected to the Ministry of Health in Ankara, and private hospitals, the knowledge level of finance, the knowledge level of making the Healthcare Service Management more powerful, the knowledge level of Transformation in Healthcare studies and the knowledge level of the studies on Social Security and General Health Insurance, were questioned.

It is expected that healthcare managers should have high knowledge about the reforms to execute the reform studies more effectively and to get results. When the results of the studies were taken into account, it was found that healthcare managers had a little or little knowledge on Healthcare Service Finance, Transformation in Healthcare Project, Social Security and General Health Insurance. After the research, it was found that the managers having education on finance had more knowledge and were more conscious. Then, it could be concluded that having education on management or healthcare management make the managers more sensitive and conscious. Even though it is not so much important which department the managers graduate from, it is thought that the mastering field and the mastering field in the reform studies raise the awareness of the managers.

Key Words: Transformation in Healthcare, General Health Insurance, Social Security and General Health Insurance, Healthcare Service Finance, Awareness.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xvii
KISALTMALAR	xviii
BÖLÜM I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
I. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ ve TÜRK SAĞLIK REFORM	
GİRİŞİMLERİNİN TARİHSEL PERSPEKTİFİ	3
1.1. Türk Sağlık Reform Girişimlerinin Tarihsel Perspektifi	4
1.1.1. Kurumsallaşma Dönemi / Reform	
Öncesi Dönem: 1920–1960	4
1.1.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960–1980	6
1.1.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980–2002.....	8
1.1.4. Üçüncü Dalga Sağlık Reformları:	
2002-Günümüze Kadar.....	12
II. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ KAVRAMSAL ve	
TARİHSEL GELİŞİMİ	13
2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları.....	14
2.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri.....	15
2.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Tarihsel Gelişimi	18
2.4. Sağlık Hizmetleri Finansman Reformuna İhtiyaç	
Duyulmasının Nedenleri	18
2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	20
2.5.1. Kamusal Nitelikli Finansman	21
2.5.2. Sosyal Sağlık Sigortacılığı.....	22
2.5.3. Vergilerle Finansman.....	31
2.6. Özel Nitelikli Finansmanın Gelişimi	34
2.6.1. Cepten Ödemeler.....	35

2.6.1.1. Doğrudan Ödemeler	35
2.6.1.2. Kullanıcı Katkıları	36
2.6.1.3. Enformel Ödemeler	37
2.6.2. Özel Sağlık Sigortacılığı.....	38
2.7. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hastanelere	
Ödeme Modelleri	43
2.7.1. Sabit Bütçe (Fixed Budget).....	44
2.7.2. Fatura Bedelinin Ödenmesi (Payment by Itemised Bill).....	44
2.7.3. Gün Başına Ödeme (Payment by Day)	46
2.7.4. Vaka Başına veya Teşhise Göre Ödeme (Case Payment - Payment by Diagnosis)	46
2.7.5. Kişi Başına Ödeme (Capitation Fee).....	47
2.8. Hekimlere Ödeme Modelleri	48
2.8.1. Maaş (Salary)	49
2.8.2. Kişi Başına Ödeme (Per Capita Payment-Capitation).....	49
2.8.3.Hizmet Başına Ödeme (Fee-For-Service)	50
2.8.4.Vaka Başına Ödeme (Case Payment).....	51
2.9. Modellerin Birbirleri İle Karşılaştırılması	54
III. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İLE İLGİLİ SON DÖNEM	
REFORM ÇALIŞMALARI.....	58
3.1. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi	58
3.1.1. Proje Kapsamında Gerçekleşen Uygulamalar	67
3.2. Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası	69
3.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Genel Hatlarıyla Tanımı ve Gelişimi.....	71
3.2.1.1. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Üzerine Eleştiriler	76
3.3. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” Projesi.....	80
BÖLÜM II. MATERYAL ve METOT	88
2.1. Çalışmanın Amacı	88
2.2. Problem Cümlesi	88

	<u>Sayfa</u>
2.3. Kısıtlılıklar	88
2.4. Evren ve Örneklem	88
2.5. Veri Toplama Aracı	91
2.6. Verilerin Analizi	92
2.7. Araştırma Hipotezleri.....	94
BÖLÜM III. BULGULAR.....	98
3.1. Genel Bulgular.....	98
3.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular	151
3.2.1. Bilgi Düzeyine Yönelik Hipotezlerin Testi	151
3.2.2. Farkındalıkların Demografik Nitelikler ve Finansal Bilgi Düzeyi Bakımından Değerlendirilmesi.....	154
3.2.2.1. Cinsiyetin Etkisinin Test Edilmesi	156
3.2.2.2. Yaşın Etkisinin Test Edilmesi	160
3.2.2.3. Finansal Bilgi Düzeyi.....	164
3.3. Sağlıkta Dönüşümün Amacına Ulaşmasına Yönelik Etüd.....	167
BÖLÜM IV. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	169
KAYNAKÇA	173
EKLER	179
EK – 1 Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzin Belgesi	179
EK – 2 Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Talep Belgesi	180
EK – 3 Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	181
EK – 4 Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Sunumuna Yönelik Reform Çalışmaları Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi Anketi.....	182

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sağlık Finansmanının İşlevleri İle İlgili Politikalar

Tablo 2. Hastaneye Yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması

Tablo 3. Bazı Avrupa Ülkelerinde Birinci Basamak Hizmetlerde Çalışan Hekimlerin Temel Ücretlendirme Metotları

Tablo 4. Maaş, Kişi Başına Ödeme ve Hizmet Başına Ödeme Modellerinin Avantaj ve Dezavantajları

Tablo 5. Hekimlere yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması

Tablo 6. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne Yönelik Temel Bileşenler

Tablo 7. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında yapılan Uygulamalar

Tablo 8. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılmasına Yönelik Çalışmalar

Tablo 9. Çalışma Kapsamında Görüşülen Hastane ve Uygulanan Anket Sayıları

Tablo 10. Ankete Katılan Yöneticilerin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo 11. Ankete Katılan Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 12. Ankete Katılan Yöneticilerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Tablo 13. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanedeki Görevlerine Göre Dağılımı

Tablo 14. Ankete Katılan Yöneticilerin En son Bitirdiği Öğrenim Kurumuna Göre Dağılımı

Tablo 15. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanedeki Görevinde Çalıştığı Yıla Göre Dağılımı

Tablo 16. Ankete Katılan Yöneticilerin Finansal Yönetim Eğitimi Almasına Göre Dağılımı

Tablo 17. Ankete Katılan Yöneticilerin Finansal Yönetim Konusunda Eğitim Aldıysa Nerede ve Nasıl Bir Eğitim Aldığına Göre Dağılımı

Tablo 18. Ankete Katılan Yöneticilerin Mevcut Görevinden Önce Herhangi Bir Yerde Finans Konusunda Çalışıp Çalışmadığına Göre Dağılımı

Tablo 19. Ankete Katılan Yöneticilerin Finans Konusunda Bir Eğitim İhtiyacı Duyup Duymadığına Göre Dağılımı

Tablo 20. Ankete Katılan Yöneticilerin Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İle Hacettepe Üniversitesi Tarafından Yürütülen "Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi" Projesi Hakkında Bilgi Dağılımı

Tablo 21. Ankete Katılan Yöneticilerin GSS Tarafından Ödenecek Tüm Sağlık Bakım Hizmetleri İçin Gerekli Hizmet Satın Alma Sözleşmeleri Hazırlanmasıyla İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 22. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Politikalarının Desteklenmesi İçin Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemelerine Dayalı Teşvik Mekanizmaları Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 23. Ankete Katılan Yöneticilerin Operasyonel Faaliyetleri Yürütecek Bir Sağlık Bakım Hizmetleri Ödeme Birimi Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 24. Ankete Katılan Yöneticilerin Satın Alınacak Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemelerini İzleyecek ve Değerlendirecek Bir Denetim Birimi ve İzleme Değerlendirme Sistemi Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 25. Ankete Katılan Yöneticilerin Provizyon, Fatura ve Geri Ödeme İçin MEDULA Sisteminin Kullanılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 26. Ankete Katılan Yöneticilerin Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) Sisteminin Gözden Geçirilecek Hizmet Başına Ödeme Sisteminin Daha Etkili ve Rasyonel Bir Biçimde Uygulanması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 27. Ankete Katılan Yöneticilerin GSS İle Uygulanacak Ödeme Modelleri Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 28. Ankete Katılan Yöneticilerin Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) Önceden Belirlenmiş Vaka Başına Ödeme Sistemi ve Bütçeleme Sistemi Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 29. Ankete Katılan Yöneticilerin Yatarak Tedavi Gören Hastalara Verilen Sağlık Hizmetlerinin Ödemelerinde Risklerin Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarla Paylaşımının Benimsenmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 30. Ankete Katılan Yöneticilerin Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Vaka Başına Ön Ödeme Sistemine Geçilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 31. Ankete Katılan Yöneticilerin Sistemin Desteklenmesi İçin Gerekli Elektronik Kaynaklar ve Enformasyon Sistemleri Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 32. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Hekim Veritabanının Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 33. Ankete Katılan Yöneticilerin Fatura ve Diğer Suiistimallerin Tespiti İçin Sistem Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 34. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakım Finansman Yönetimi Aracı Olarak, DRG Uygulamalarının Ülke Geneline Yaygınlaştırılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 35. Ankete Katılan Yöneticilerin Klinik Kodlama Eğitimlerinin Yaygınlaştırılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 36. Ankete Katılan Yöneticilerin Seçilmiş 8 Hastanede Klinik ve Maliyetlendirme Verilerinin Kalitesinin Arttırılması Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 37. Ankete Katılan Yöneticilerin Farklı Hastane Tiplerini ve Farklı Maliyet Yapılarını Temsil Edebilecek 40 Hastanede DRG'lere Dayalı Klinik Kodlama ve Maliyetlendirme Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 38. Ankete Katılan Yöneticilerin DRG Klinik Kodlama ve Maliyetlendirme Verilerinin Merkezi Olarak Toplanması ve Analiz Edilmesini Sağlayacak Bir Yönetim Enformasyon Sistemi Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 39. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal Klinik Maliyetlendirme Standartlarının Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 40. Ankete Katılan Yöneticilerin BUT'da Yer Alan Hastalık Tanılarında ICD-10-AM Dört Basamak Kodlarının Kullanılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 41. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal İlaç Bilgi Bankasının Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 42. Ankete Katılan Yöneticilerin Tıbbi Sarf Malzemesi ve Cihaz Bilgi Bankasının Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 43. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakanlığının Yürüttüğü Sağlıkta Dönüşüm Projesi Hakkında Bilgi Dağılımı

Tablo 44. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimliği Pilot Çalışmalarının Yapılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 45. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimliği Sistemine Göre Vatandaşların Kendi Aile Doktorunu Seçme Hakkına Sahip Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 46. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimliği Sistemine Göre Doktorunun Hizmetinden Memnun Olmayan Vatandaşın İsteddiği Takdirde Başka Bir Doktoru Seçebilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 47. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimlerinin Kayıt Ettiği Hasta Başına Alacağı Prim Alacak Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 48. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimlerinin Verdiği Koruyucu Sağlık Hizmeti Karşılığında Hizmet Başına Alacağı Puanlarla Da Ek Gelir Sağlayacak Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 49. Ankete Katılan Yöneticilerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 50. Ankete Katılan Yöneticilerin Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetlerin Sağlanması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 51. Ankete Katılan Yöneticilerin Temel Sağlık Hizmetleri Ve Aile Hekimliği Kapsamında Kişisel Sağlık Kayıtlarının Tutulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre

Dağılımı

Tablo 52. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastane Yönetimlerinin Kapasite ve Kaynak Kullanımında Bağımsız ve Ekonomik Şartlarını Değerlendirmede Daha Esnek Olacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 53. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanelerin Tümünün Sigorta Kurumu İle Sözleşme Yapabilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 54. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanelerin Tümünün Sevk Sistemi Esaslarına Uymak Kaydı İle Bütün Vatandaşlara Hizmet Verebilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 55. Ankete Katılan Yöneticilerin Kamu Hastaneleri Merkeze Bağımlı Yapısında Değişiklikler Yapılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 56. Ankete Katılan Yöneticilerin Her Hastanenin Kendi Yönetim Kararlarından Sorumlu Tutulacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 57. Ankete Katılan Yöneticilerin Her Hastanenin Kendi Hizmet Kalitesinden Sorumlu Tutulacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 58. Ankete Katılan Yöneticilerin Her Hastanenin Kendi Verimliliğinden Sorumlu Tutulacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 59. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Sektörünün İhtiyaç Duyduğu İnsan Gücüne Mezuniyet Sonrası Eğitimler Verecek Bir Kurumun Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 60. Ankete Katılan Yöneticilerin Tıpta Uzmanlık Eğitimini Planlayacak, Standardize Edecek ve Denetleyecek Kurumsal Bir Yapının Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 61. Ankete Katılan Yöneticilerin Bu Uygulamaların Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu Çatısı Altında Akademik Bir Yapıya Kavuşturması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 62. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğünün Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 63. Ankete Katılan Yöneticilerin Kalite Konusunda Koordinasyonunu Sağlama Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 64. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Hizmetlerin Etkili, Verimli Ve Kaliteli Hizmet Anlayışıyla Sunulabilmesi İçin Kalite Yönetimi Projelerinin Başlatılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 65. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal Sağlık Akreditasyonu Konusunda Birlik Sağlamaya Yönelik Çalışmalar Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 66. Ankete Katılan Yöneticilerin Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 67. Ankete Katılan Yöneticilerin Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi Uygulamaya Konulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 68. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimin Sağlanmasına Yönelik Denetim Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 69. Ankete Katılan Yöneticilerin Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Ölçülmesine Yönelik Düzenli İşleyen Bir Denetim Yapısı Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 70. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastane Altyapılarının ve Hizmet Süreçlerinin Denetlenmesi Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 71. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanelerin Puanlanmakta ve Her Denetim Döneminde Bu Puanlamalar Yenilenmekte Olduğu Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 72. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerinde Standardizasyon Belirleme ve Kalite Artırımına Yönelik Çalışmaların Başlatılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 73. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Ruhsatlandırma, Sertifikasyon ve Akreditasyon Konusunda Çalışan Kurumlara Bilgi, Belge ve Teknik Konularda Lojistik Destek Verilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 74. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Envanterinin Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 75. Ankete Katılan Yöneticilerin Bireylerin Tıbbi Kayıtlarının Korunması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 76. Ankete Katılan Yöneticilerin Sevk Basamakları Esnasında Bilgi Transferini Sağlayan Bir Sistem Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 77. Ankete Katılan Yöneticilerin Temel Sağlık Uygulamalarındaki Verilerin Toplanması Amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 78. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Amaçlarına Ulaşma Derecelerine Göre Dağılımı

Tablo 79. Ankete Katılan Yöneticilerin Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Reform Çalışmaları Hakkında Bilgi Dağılımı

Tablo 80. Ankete Katılan Yöneticilerin SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 81. Ankete Katılan Yöneticilerin Yeşil Kart Kapsamının Genişletilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 82. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerinde Temel Teminat Paketi Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 83. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastalık ve Analık Nedeniyle Ayakta ve Yatarak Hekim Tarafından Yapılan Muayene, Laboratuar, Tetkik ve Tedaviler, Tıbbi Danışmanlık Hizmetinin Verilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 84. Ankete Katılan Yöneticilerin Acil Sağlık Hizmetlerine Herkesin Ulaşması

Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 85. Ankete Katılan Yöneticilerin 18 Yaşına Kadar Ağız ve Diş Muayenesi Diş Hekimliği Hizmetlerinin Ücretsiz Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 86. Ankete Katılan Yöneticilerin 60 Yaş Üzerindekiler İçin Diş Protezleri İçin Katkı Payı Alınması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 87. Ankete Katılan Yöneticilerin Çocuğu Olmayan Kişinin 23 Yaşından Büyük, 39 Yaşından Küçük Olması Halinde, 2 Kez Tüp Bebek Tedavi Masraflarının Karşılanması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 88. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerine Ödenecek Tutarların "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu"na Belirlenmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 89. Ankete Katılan Yöneticilerin Estetik Amaçlı Sağlık Hizmeti, Estetik Amaçlı Ortodontik Diş Tedavileri ve Alternatif Tıp Uygulamalarının Karşılanmayacak Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 90. Ankete Katılan Yöneticilerin Hekimin Göreceği Lüzum Üzerine Genel Sağlık Sigortalısı ve Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişilerin Yurtdışı Dâhil Yerleşim Yeri Dışına Yapılan Sevklerinde, Kendisinin ve Bir Kişiyle Sınırlı Olmak Üzere Refakatçisinin Yol Gideri ve Gündeliklerinin Karşılanacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 91. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Karnesi Uygulamasının Kaldırılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 92. Ankete Katılan Yöneticilerin Kamu Hastanelerinin "Sağlık İşletmeleri"ne Dönüştürülmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Tablo 93. Test Edilen Hipotez Başlıkları Bazında Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Tablo 94. Sağlık Yöneticilerinin bilgisine yönelik Tek Örnek t-Testi Sonuçları

Tablo 95. Grup İstatistikleri

Tablo 96. Erkek grubu için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal Dağılım

Tablo 97. Kadın grubu için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal

Dağılım

Tablo 98. Cinsiyet İçin Bağımsız İki Örnek T-Testi

Tablo 99. Grup İstatistikleri

Tablo 100. 20-29 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Tablo 101. 30-39 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Tablo 102. 40-49 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Tablo 103. 50-59 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Tablo 104. Varyans Analizi (ANOVA)

Tablo 105. Finansal Yönetim Konusunda Eğitim Alanlar İçin Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Tablo 106. Finansal Yönetim Konusunda Eğitim Almamış Olanlar İçin Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Tablo 107. Finansal Yönetim Eğitimine Yönelik Bağımsız İki Örnek T-Testi

Tablo 108. Grup İstatistikleri

Tablo 109. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Amacına Yönelik Tek Örnek T-Testi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi

Şekil 2. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri

KISALTMALAR

AÇS	Ana Çocuk Sağlığı
BYKP	Beş Yıllık Kalkınma Planı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
IMF	(International Monetary Fund) Uluslararası Para Fonu
AKP	Adalet ve Kalkınma Partisi
AEP	Acil Eylem Planı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
WHO	(World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü
KİT	Kamu İktisadi Teşebbüs
KYK	Kamu Yardımlaşma Kurumu
SSGSS	Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DB	Dünya Bankası
DRG	(Diagnosis-Related Group) Teşhise Dayalı Grup
SB	Sağlık Bakanlığı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
ILO	(International Labour Organization) Uluslararası Çalışma Örgütü
OECD	(Organisation for Economic Co-operation and Development) Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
BUT	Bütçe Uygulama Talimatı

BÖLÜM I. GİRİŞ ve AMAÇ

Türk sağlık sektörü genel olarak birçok sistematik problemi bünyesinde barındırmaktadır. Hem finansman hem de hizmet sunumu açısından yüksek düzeyde bölünmüşlük, makro ve mikro düzeydeki zayıf yönetim kapasitesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlıkta olması, hizmetlerin ve insan kaynaklarının coğrafik olarak dengesiz dağılımı, insan gücü yetersizliği, herkesi kapsamama, zayıf enformasyon sistemi, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım sorunu, yetersiz kullanılan imkânlar, verimsiz kurumlar ve personel, kamu ve sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği, kötü sağlık statüsü göstergeleri ve bölgesel farklılıklar bu problemler arasında sayılabilir. Kısmen bu belirtilen sorunları çözüme kavuşturmak ve kısmen de global sağlık reform trendlerinin etkisiyle Türkiye, son 40 yılı aşkın bir süredir, özellikle de son 15 yılda, sağlık reformları girişimlerinde bulunmaktadır.

58 ve 59 uncu Hükümet Programları'nda yer alan "Acil Eylem Planı" ülke önceliklerini belirtmiş ve Kamu Yönetimi Reformlarını da kapsayan bir dizi reformu başlatmıştır. Sağlık alanındaki reform çalışmaları "Herkesin Sağlık" başlığı altında yürütülmeye başlanmıştır. Reform çalışmaları, reform gerekçeleri göz önüne alındığı için hızla gerçekleşmiş, ancak hem kamuya hem de ilgili yönetici ve çalışanlara yeterince bilgi sunulmamış ve gerekli farkındalık yaratılmamıştır. Reform çalışmalarının amacına ulaşması ve aksamadan yürütülebilmesi için özellikle yöneticilerin çalışmalar konusundaki bilgi düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir.

Bu tezin amacı, Sağlık Yöneticilerinin reform çalışmaları sonucu ortaya çıkan mevzuat ve uygulama değişiklikleri konusundaki farkındalıkları ile bilgi düzeylerini ölçmek ve sağlık hizmetleri finansmanı ile sunumuna yönelik görüşlerini değerlendirmektir.

Bu amaçla tezin birinci bölümünde, Türk Sağlık Sistemi ve Temel Sorunlar, Türk Sağlık Reform girişimlerinin tarihsel perspektifi ayrıntılarıyla ele alınarak incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümünde, ülkemizde yaklaşık yirmi yıldır tartışılmakta olan Sağlık Hizmetleri Finansmanı Sistemi sorunlarını özel bir teorik değerlendirme çerçevesi ile ortaya koyularak, sağlık hizmetleri finansmanının amaçlarına ulaşp ulaşmadığını da gösteren bu teorik çerçeve kapsamında Türkiye için seçenек olabilecek kamu veya özel nitelikli finansman yöntemlerini değerlendirilip, Türkiye’de sağlık finansmanının tarihsel gelişimi, sağlık hizmetleri finansmanının amaçları ve işlevleri, ödeme modelleri, özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemleri, alt başlıkları ile ele alınmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde, Türk Sağlık Sistemi ile ilgili son dönem reform çalışmaları başlığı altında, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve proje kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik kavramının tanımı, amaçları ve Genel Sağlık Sigortasının genel hatlarıyla tanımı, gelişimi alt başlıklarıyla ele alınmıştır. Ayrıca, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi tarafından yürütölen “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” Projesi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, tezin amacına ulaşmak için Ankara ili merkezinde Sağlık Bakanlığı’na bağılı kamu hastaneleri ve özel hastaneler sağlık yöneticileri ile yürütölen saha çalışmasına yönelik metodoloji sunulmuştur.

Çalışmanın beşinci bölümünde, saha çalışması ile sorgulanan demografik özellikler, finansal yönetim bilgi düzeyi, Sağlık Hizmetleri Finansmanı Yönetiminin Güçlendirilmesi çalışmaları hakkındaki bilgi düzeyi, Sağlıkta Dönüşüm çalışmaları hakkındaki bilgi düzeyi, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası çalışmaları hakkındaki bilgi düzeyine ilişkin bulgulara ve hipotez testlerinin bulgularına yer verilmiştir.

Son olarak çalışmanın altıncı bölümünde, sonuç ve öneriler kısmına yer verilmiştir.

Bu çalışmanın, Sağlık Bakanlığı'na, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na, Sosyal Güvenlik Kurumuna, Sağlık Yöneticileri ve Sağlık Politikacılarına sağlıkla ilgili reform çalışmalarının daha etkin bir şekilde yürütülmesi, reform çalışmalarına yönelik uygulamalarda sağlık yöneticilerinin katkı düzeyinin artırılması ve reform çalışmaları sonuçlarının etkili olması için atılacak adımlarda ışık tutacağı düşünülmektedir.

I. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ ve TÜRK SAĞLIK REFORM GİRİŞİMLERİNİN TARİHSEL PERSPEKTİFİ

Türk sağlık sistemi, hem sunum ve hem de finansman açısından kamu-özel karışımı özelliği göstermektedir. Ana hizmet sağlayıcıları arasında Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin ana hizmet sağlayıcısı ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. Sağlık Bakanlığı, kapsamlı bir sağlık hizmetleri olanaklarını işletmektedir (kırsal sağlık ocakları, evleri, merkezleri, dispanserler ve hastaneler gibi). Üniversite hastaneleri tanımları gereği teorik olarak üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaları gerekirken, pratikte tüm basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar. Özel sektör de; hastaneler, klinik ve poliklinikler, muayenehaneler, eczaneler, laboratuvarlar, medikal ve ilaç üretimi aracılığıyla sağlık hizmetlerini üretmektedir (Yıldırım, 2007).

Türk sağlık sektörü genel olarak birçok sistematik problemi bünyesinde barındırmaktadır. Hem finansman hem de hizmet sunumu açısından yüksek düzeyde bölünmüşlük, makro ve mikro düzeydeki zayıf yönetim kapasitesi, tedavi edici sağlık hizmetlerinin ağırlıkta olması, hizmetlerin ve insan kaynaklarının coğrafik olarak dengesiz dağılımı, insan gücü yetersizliği ve beceri karışımı problemleri, herkesi kapsamama, zayıf enformasyon sistemi, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım sorunu, yetersiz kullanılan imkânlar, verimsiz kurumlar ve personel, kamu ve sağlık çalışanlarının memnuniyetsizliği, kötü sağlık statüsü göstergeleri ve bölgesel farklılıklar bu problemler arasında sayılabilir. Kısmen bu belirtilen sorunları çözüme kavuşturmak ve kısmen de global sağlık reform trendlerinin etkisiyle Türkiye, son 40 yılı aşkın bir süredir, özellikle de son 15 yılda, sağlık reformları girişimlerinde bulunmaktadır.

1.1. Türk Sağlık Reform Girişimlerinin Tarihsel Perspektifi

Kavramsal olarak Türk sağlık sisteminin tarihsel gelişimini, Türkiye'nin ekonomik ve politik dinamiğine paralel olarak dört aşamada ve bu bağlamda Türkiye'deki sağlık reform girişimlerini de üç ana dalga kapsamında ele almak olanaklıdır. Bunlar: 1) Kurumsallaşma dönemi, 2) Birinci dalga sağlık reformları, 3) İkinci dalga sağlık reformları ve 4) Üçüncü dalga sağlık reformları (Yıldırım, 2007).

1.1.1. Kurumsallaşma Dönemi / Reform Öncesi Dönem: 1920–1960

Çağdaş Türk sağlık sisteminin kökenleri Tanzimat reformlarına kadar gitmesine karşın, sistemin kurumsallaşması Mayıs 1920'de Sağlık Bakanlığı'nın (ilk kurulduğunda Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı olarak adlandırılmaktaydı) kurulmasına dayanmaktadır. Kurulduğundan bu yana, sağlık politikalarının oluşturulmasında ve sağlık hizmetlerinin sunumunda ana sorumlu kurum Sağlık Bakanlığı olmuştur. Zamanla, Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın hastaneler, dispanserler, sağlık evi, merkezleri ve ocakları gibi kurumları ve hastalık oryantasyonlu dikey programları yanında, nüfusun belirli kesimlerine yönelik sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumunda rol alan SSK ve Emekli Sandığı gibi aktörler de ortaya çıkmıştır. Bölgesel numune hastaneleri de bu dönemde kurulmaya başlanmıştır. Sağlık sistemimizin temel hukuksal çerçevesi ve temelleri de bu dönemde oluşturulmuştur. Bu yasalar sağlık sistemini yöneten temel kanunlar olup zaman içinde çok sayıda değişime uğramışlardır (Ergör ve Öztekin, 2000).

Kurumsallaşma dönemi 3 ana başlık altında da incelenebilir. İlk olarak yapılanma dönemi, daha sonra koruyucu sağlık hizmetleri ve son olarak da ulusal sağlık politikası dönemidir (Hülür, 2008).

1920-1923 (Yapılanma Dönemi)

- 1920’de 3 sayılı kanunla kuruluş
- Daha çok savaş yaraları sarılmış
- Mevzuat gelişimi
- İlk Sağlık Bakanı Dr. Adnan Adıvar

1923-1946 (Koruyucu Hizmetlerin Önceliği)

- 1937 yılına kadar Dr. Refik Saydam dönemi,
- Halen geçerli olan birçok kanun çıkarılmış,
- Planlama modeli,
- Mecburi hizmet getirilmiş ve serbest çalışması yasaklanmış,
- Geniş bölgede tek amaçlı dikey örgütlenme
- Rehber olması için numune hastaneleri açılmış,

1946-1960 (Milli Sağlık Politikası Çalışmaları)

- Milli sağlık Politikası süreci,
- Nüfus esaslı entegre sağlık hizmetleri,
- Hastanelerin Sağlık bakanlığına devri,
- 1946’da SSK kurulması,
- 1952’de AÇS hizmetleri başlatılmış, ayrıca sigortalı işçiler için hastaneler açılmaya başlamıştır.
- Tıpta uzmanlaşma ön plana çıkmıştır.

Bu dönemde, başka bir ifade ile 1950'den önce ulusal sağlık politikasının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verdiği belirtilebilir. Tedavi edici hizmetler ise, Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan sorumluluğu olarak görülmemiş ve hastane hizmetlerinin sunumu belediyelerin sorumluluğuna verilmiştir. Ancak ilerleyen yıllarda belediye hastaneleri ulusallaştırılmış ve Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğuna verilmiştir. Ek olarak bu dönemde yaklaşık olarak 15 yıl Sağlık Bakanlığı yapan Refik Saydam'ın kurumsallaşma adına yürüttüğü çalışmalar (fiziksel, yasal ve insan gücü altyapısı açısından) da Türk sağlık politikası ve sisteminin şekillenmesinde önemli unsurlar olarak yer almıştır. Özetlemek gerekirse, bu dönem sağlıkla ilgili kanunlar, kurumlar, finansman ve insan gücü anlamında kaynakların ve yapıların vücut bulduğu bir dönem olarak ön plana çıkmaktadır. Dolayısıyla bu period “Türk sağlık hizmetlerinin kurumsallaşması dönemi” olarak tanımlanabilir (Yıldırım, 2007).

1950 yılı Türkiye'nin gelişimi açısından önemli bir kilometre taşı olmuştur. Batı tipi demokrasiye bu yıl geçilmiştir. Bu dönem, diğer kamu hizmetleri gibi ulusal sağlık politikalarının ve stratejilerinin kökten değiştiği bir dönem olmuştur. Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi üstlenmiştir. Yeni devlet hastaneleri kurulmuş, daha önce kırsal kesimde koruma ve iyileştirme hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları kent hastanelerinde görevlendirilmiştir. Daha yüksek ücret ve özel muayene yapma izni verilmesi, çalışanlar açısından kentleri çekici hale getirmiş ve bu durum çoğunun koruyucu hizmetlerdeki görevlerini bırakıp hastanelere geçmesiyle sonuçlanmıştır. 1950'lerin sonunda, insan kaynağının dengesiz dağılımı Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin başlıca sorunu haline gelmiştir (Ergör ve Öztekin, 2000).

1.1.2. Birinci Dalga Sağlık Reformları: 1960–1980

1960'lara gelindiğinde Türk politik ve ekonomik sisteminin 1960'daki askeri darbe ile birlikte değişim sürecine girdiği görülmektedir. Bu dönemi karakterize eden en önemli gelişmelerden birisi de, temelde ulusal ve uluslararası eğilimlerden etkilenen “yaygın devlet müdahalesi” olmuştur. Bu ekonomik politika ile paralel olarak devletin sağlık alanındaki

müdahalesi de artış eğilimi göstermiştir. Bu dönemi şekillendiren diğer bir unsur ise, kendisi de dönemin bir ürünü olan Devlet Planlama Teşkilatı'nın himayesinde başlatılan Beş Yıllık Kalkınma Planıdır (BYKP). BYKP diğer alanlarda olduğu gibi sağlık politikalarının belirlenmesinde ön plana çıkan unsurlardan birisi olmuştur ve halen de devam etmektedir (Yıldırım, 2007).

Türkiye'nin bugünkü sağlık sistemi 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile kurulmuştur. Nüfusa göre örgütlenmeyi, entegre sağlık hizmetini, kademeli sağlık hizmetini, toplum katılımını, ekip hizmetini, öncelikli hizmeti ve tek elden yönetimi ilke edinen 224 sayılı Yasa, planlı döneme geçilen 1963 yılından beri uygulanmaya çalışılan ve özellikle temel sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yaygınlaştırılması konusunda önemli bir adımdır Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin 15 yıllık bir sürede tüm ülkeye yaygınlaştırılması planlanmasına rağmen, ancak 1983 yılında tüm ülkenin kapsama alındığı bilinmektedir. Türkiye'deki sağlık politikası pratiklerinin 1980'lere kadar Sosyalizasyon Kanunu'na göre şekillendiği belirtilebilir. Bu bağlamda bir temel sağlık hizmetleri yapısının tüm Türkiye'ye yaygınlaştırıldığı da ifade edilebilir. (Yenimahalleli,1998:25; Fişek, 1985:170; Akdur, 1998:1988-1989; Öztekin, 2001:62-63).

Sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon reformunun iki ana ayağa sahip olduğu belirtilebilir: 1) Finansman ayağı ve 2) Örgütlenme ayağı. Sosyalizasyonun finansman modeli karma bir yapı öngörmekte ve bu karma yapının da primler, kullanıcı katkıları ve kamu kurumları bütçesinden oluşması öngörülmüştür. Diğer taraftan Sosyalizasyon'un öngördüğü örgütlenme yapısı ise; kamu sağlık çalışanları için tam gün çalışma, basamaklandırılmış sağlık hizmetleri, sevk sistemi, entegre hizmetler, nüfusun ihtiyaçları ile orantılı hizmetler, ekip temelli sağlık hizmetleri, sürekli eğitim, alt yapı sağlama, planlama ve değerlendirme için üst konsey oluşturma, toplum katılımı ve sektörler arası işbirliği unsurlarını içermektedir.

Sosyalizasyon politikalarına dayalı programlar aynı zamanda kendisi de 1960 askeri müdahalenin bir sonucu olan birinci Beş Yıllık Kalkınma planında da yer almıştır. 1960'lardaki sosyalizasyon kanunun ağırlıklı olarak kâğıt üstünde kaldığı ve sağlık

hizmetlerine evrensel erişimi sağlamada başarısız olduğu belirtilebilir. Her ne kadar ulusal sağlık hizmetleri zamanla ülkeye yaygınlaştırılmaya çalışılmışsa da, sistem planlandığı gibi kurgulanamamış ve işletilememiştir. Sistemin iki ana ayağından birisi olan finansman bileşeni hayata geçirilemediği gibi, örgütlenme ayağı ile ilgili amaçlar ve gerekler de tam anlamıyla gerçekleştirilememiştir. Sosyalizasyon kanunun uygulanmasındaki başarısızlıklar pek çok faktörün bir sonucudur.

Sosyalizasyon Kanunu 1960'daki askeri müdahalenin bir sonucu olması nedeniyle (yani olağan üstü koşullarda şekillenen bir kanun olduğundan) doğal olarak tepeden inme politika oluşturma sürecinin bir ürünü olmuştur. Dolayısıyla politika oluşturma sürecinde sivil otoritenin ve tarafların katılımı çok sınırlı kalmıştır. Hazırlık sürecinde, katılım sağlanamamış, o günkü ülke koşulları dikkate alınmamış ve kanun derinlemesine uygunluğu değerlendirilmeden aceleci bir şekilde kabul edilmiştir. Uygulama sürecinde ise; hükümetler ve diğer sivil aktörler hiçbir zaman yeterli desteği sağlamamışlar, hekimler yasanın öngördüğü tam gün çalışmaya karşı çıkmışlardır ve ülke kaynakları başta yasanın öngördüğü sağlık merkezleri olmak üzere altyapının oluşturulması ve bunların sürdürülebilir kılınması konusunda yeterli olamamıştır. Bunların yanı sıra, mevcut kaynakların büyük bir kısmının büyük sermaye yatırımlarına ayrılması nedeniyle, araç-gereç için gerekli kaynaklar yetersiz kalmıştır. İşletim bütçesinin büyük bir çoğunluğunu maaşlar oluşturmuştur. Sevk sistemi işletilememiş ve dolayısıyla hedeflenen örgütlenme düzeyine de ulaşamamıştır. Böylece, sınırlı düzeyde finansman, insan kaynakları ve düşük politik destek nedeniyle program amaçlarına ulaşmada başarısız olmuştur.

1.1.3. İkinci Dalga Sağlık Reformları: 1980–2002

Türkiye, Eylül 1980'de diğer bir askeri müdahaleye maruz kalmıştır. Bu müdahale ve eşzamanlı olarak global ölçekteki değişim dinamikleri Türkiye'nin ekonomik ve politik sisteminde yeni bir döneme yol açmış olup, ağırlıklı olarak da liberalizasyon ve deregülasyonca karakterize edilen bir sürece girilmiştir. Devletin temel rolü hizmet

sunumundan, hizmetlerin düzenlenmesi veya kolaylaştırılmasına doğru kaymıştır. Özel sektörün rolünün ise özellikle hizmet sunumu anlamında artmaya başladığı belirtilebilir.

Sosyalizasyon politikalarının uygulanmasına 1980’lerde de devam edilmiş, akabinde 1987 yılında Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. Ancak, bu yasanın uygulanması için gerekli olan düzenlemeler tam anlamıyla şu ana kadar gerçekleştirilememiştir. Bunun sonucu olarak, hem dünya ölçeğinde görülen sağlık reformu hareketi ve hem de Türk sağlık sistemini geliştirmeyi amaçlayan çeşitli girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanması ile birlikte otoriteler sağlık reformları için yeni girişimlerde bulunmuşlardır. Çeşitli politika düzeylerinde reform hazırlıklarına ilişkin tartışmalar tarafların göreceli katılımıyla ve katkısıyla yapılmış olup, bu tartışmalara dayalı olarak sağlık reformları için öneriler içeren ve reformları tanımlayan Master Çalışma Planı ve Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı ortaya konulmuştur.

1992 ve 1993’de birinci ve ikinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, Sağlık Reformu süreci başlatılmıştır. “Ulusal Sağlık Politikası” belirlenmiş ve sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli bireyler için Yeşil Kart Uygulaması başlatılmıştır. İkinci Ulusal Sağlık Kongresi’nden sonra, Sağlık Bakanlığı tarafından Birinci Sağlık Projesi kapsamında başlatılan ve sektörde ilk defa yapılan sağlık hizmetleri araştırmaları sonuçlanmış ve “Yapısal Uyum Programı”yla Sağlık Reformu bağlantısı gerçekleştirilmiştir. 1995-1996 yıllarında Hazine Müsteşarlığı koordinatörlüğünde yürütülerek, sosyal güvenlik ve sağlık alanında yapılacak yapısal değişikliklerin harmonizasyonu sağlamaya yönelik hazırlanan “Yapısal Uyum Programı” şu ana başlıkları içermektedir (Özsarı, 2000):

1. Sosyal Güvenlik Reformu: Emeklilik Planlarının Sağlık Planlarından Ayrılması, Emeklilik ve Sağlık Güvencesi Sistemlerinin Nüfusun Tamamını Kapsaması, Sağlık Finansmanının Yönetiminde Kamu Ağırlıklı Kontrol (Genel Sağlık Sigortası).
2. Vergi Reformu: Ortak/Uniform Prim Toplama Sistemi, Ortak/Uniform Veri Tabanı / Tek Tanımlayıcı Numara Sistemi.
3. Kamu Yönetimi Reformu: Yerinden Yönetim
4. Kamu Finansmanı Reformu

5. Özelleştirme

İkinci dalga sağlık reform önerileri; genel sağlık sigortasına geçme, verimliliği sağlama, sağlık hizmetlerine olan hakkaniyetli erişimi artırma ana unsurlarını içermekteydi. Söz konusu reformların bu amaçlarına; sağlık finansmanında, hizmet sunumunda ve örgütsel yapıda gerçekleştirilecek reformlar aracılığıyla erişilebileceği umuluyordu. Ancak gerekçeleri 2000’li yılların başlarına kadar ikinci dalga sağlık reformları ile gündeme gelen hiçbir ana sağlık reform bileşeni bağlamında istenilen sonuca ulaşılamamıştır. Yasalaşma aşaması dahi tamamlanamayan reform girişimlerinin hemen hemen hiçbirini uygulanamamıştır. Başka bir ifade ile son zamanlara kadar bu reform girişimleri tartışmalardan öteye geçememiştir. Ancak bu reformların bir bileşeni olan Genel Sağlık Sigortası’na (GSS) geçiş uygulaması olarak kabul edilen Yeşil Kart uygulamasına bu dönemde başlanmıştır. Bu programdan başka, örneğin aile hekimliği uygulaması, genel sağlık sigortası gibi sistematik ve stratejik bileşenlere dair bir reform gerçekleştirilememiştir.

Genel olarak 1990’lardaki sağlık hizmetleri reformunun hedefleri şunlardan oluşmaktaydı (Özsarı, 2000):

- Tüm toplumu sosyal sağlık sigortası kapsamına alarak tüm nüfusun sağlık durumunun geliştirilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin sağlanması,
- Koruyucu hizmetler, sağlığı geliştirmeye ve birinci basamak tedavi hizmetlerine gereken önemin verilmesi,
- Hizmet sunumunda verimliliğin arttırılması,
- Sağlık hizmetini tedarik eden ve sunanların birbirinden ayrılması,
- Hizmet sunucuları arasında rekabet ortamının yaratılması,
- Teknolojinin uygun kullanımının sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinde sektörler arası işbirliğinin geliştirilmesi,
- Bilgiye dayalı karar verme süreçlerini geliştirmek için etkin, zamanında ve doğru bilginin toplanması,

- İnsan kaynakları için uygun yönetim biçimlerinin güçlendirilmesi,
- Karar verme yetkisinin hizmetin sunulduğu birimlere aktarılması.

Politika oluşturma sürecinde; ilgili kurumlar, sektörler, üniversiteler ve profesyonel örgütlerin göreceli desteğini aldığından ve böylece göreceli toplum katılımını sağladığından birinci dalga sağlık reformlarının aksine ikinci dalga sağlık reformlarının hazırlık sürecinin daha demokratik olduğu, uzlaşa temeline dayandığı ve göreceli olarak daha iyi hazırlandığı belirtilebilir. Ancak bu göreceli başarılı politika oluşturma sürecine karşılık reform stratejileri kanunlaşmamış, dolayısıyla da uygulanamamıştır. Politika oluşturma girişimleri ile uygulama arasındaki bu açığın sebepleri birçok nedene bağlanmaktadır: Politik (örneğin koalisyon hükümetleri) ve ekonomik istikrarsızlık (örneğin ekonomik krizler), demokratik kültür eksikliği, çıkar gruplarının muhalefeti, toplumsal destek yetersizliği ve entellektüel kapasitedeki eksiklikler gibi yapısal problemlerdir. Bu durumlar bu dönemde sağlık reformlarının kanunlaşması ve uygulanmasında başarısızlığa yol açmıştır. Kısmen belirtilen faktörler ve kısmen de hükümet kaynaklı hazırlıkların eksikliği nedeniyle, bu dönemde Türk Sağlık Reformları kendisini aynı noktada bir sonraki aşamaya geçmeden bir kısır döngü şeklinde tekrar eder hale gelmiştir.

Son olarak, her ne kadar ikinci dalga sağlık reform girişimleri ana reform unsurları açısından kanunlaşa uygulama ile neticelenmese de, bu (reform) girişimlerinin sürece temel katkısı; belli bir düzeye kadar bilimsel veri ve bilgi birikimini, kapasite ve uzlaşa oluşturmaya sağlamış olmasıdır.

Bu anlamda bakıldığında, bu dönemde ortaya konulan çabaların tümüyle bir israf olmadığı da belirtilebilir. Başka bir ifade ile, bu dönemdeki Türk sağlık reform çalışmalarında 10-12 yıllık bir sürede tam bir tur atılmıştır. Dönemin sonunda gelinen nokta, reform çalışmalarının ilk başladığı günlerdeki nokta, ancak farklı bir izdüşümde olmuştur. Aradan geçen zamanın ve harcanan tüm kaynakların tümünden bir israf anlamına

gelmeyeceğini, 1990'la aynı noktada olunmasına karşın farklı bir izdüşümde olunmasının Türkiye açısından bir kazanım olduğunu belirtmek mümkündür.

1.1.4. Üçüncü Dalga Sağlık Reformları: 2002-Günümüze Kadar

Kasım 2002 tarihindeki genel seçimlerden tek parti hükümeti olarak çıkan ve AB katılım süreci dinamiğini, Dünya Bankası ve IMF'yi arkasına alan AKP hükümeti, genel anlamdaki reform çerçevesini Acil Eylem Programı'nda (AEP) sağlığa ilişkin reform çerçevesini ise AEP'nin sektörel bir ürünü olan Sağlıkta dönüşü Programı ile ortaya koymuştur. AEP ve sağlık sistemindeki ana unsurlara (finansman, hizmet sunumu, yönetim ve organizasyon gibi) ilişkin değişim niyetini ortaya koymuştur (üçüncü dalga sağlık reformları). Bu üçüncü dalga sağlık reformlarının temel unsurları arasında; daha iyi kaynak tahsisi ve kullanmayı sağlamak üzere hizmet sunumu ile finansmanının birbirinden ayrılması; sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti ve erişimi sağlamak üzere genel sağlık sigortasının kurulması; verimliliği sağlamak ve yönetimi güçlendirmek üzere kamu hastanelerine finansal ve yönetsel özerklik verilmesi; birinci basamağın güçlendirilmesi ve tedavide sürekliliği sağlamak üzere aile hekimliğinin başlatılması yer almaktadır.

Mevcut hükümet, 2002 yılında iktidara geldiği zaman popüler bir görüş olan Türk sağlık sisteminin radikal bir dönüşümden geçmesi gerektiğinin pazarlamasını yoğun bir şekilde yapmıştır. İş başına gelindikten sonra hükümetin sağlıkta reformları gerçekleştirme adına iki koldan/kanaldan harekete geçtiği belirtilebilir: Birinci koldan/kanaldan (inkremental yaklaşım olarak nitelendirilebilecek), kısa vadede gerçekleştirilebilecek değişimler için girişimlerde bulunulmuştur. İkinci koldan/kanaldan ise yapısal reform kanalı olarak da adlandırılabilir ve uzun vadede gerçekleştirilebilecek değişimlere girilmiştir. Birinci kanaldan; kamu sağlık hizmetleri sunumunun tek bir çatı altında toplanması amacıyla; askeri ve üniversite hastaneleri hariç SSK hastaneleri, diğer hizmet sunum olanakları ve diğer bazı kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. SSK mensuplarının serbest eczanelerden ilaç almalarının önü açılmıştır. Hastanın seçim olanaklarını artırmak için farklı grupların farklı hizmet sunum olanaklarından yararlanması ayırımı kaldırılmıştır. Birinci

basamak ile ikinci basamak sağlık hizmetleri arasında sevk sistemi uygulaması başlatılmıştır. Referans fiyatlama ve pozitif ilaç listesi ilaç sektöründe ön plana çıkan yenilikler arasında yer almıştır. Ülkenin hekim yoksunu bölgeleri için “zorunlu hizmet uygulaması” bu dönemde tekrar başlatılmıştır. Bu inkremental değişimlerin yanında, mevcut hükümet ikinci kanaldan da sağlık reformlarının iki ana unsurunda da kanunlaşmayı sağlayabilmiştir: Aile hekimliği ve Genel Sağlık Sigortası’dır.

Türk sağlık sisteminin, üçüncü dalga sağlık reformları çerçevesinde önemli ölçüde bir değişim sürecine girdiği belirtilebilir. Üçüncü dalga sağlık reformlarının yasama aşamasına ulaşması, yasalaşması ve peyderpey uygulanmaya başlanması bakımından ikinci dalga sağlık reformlarından farklılıklar arz ettiği belirtilebilir. Başka bir ifade ile Türk sağlık reformları üçüncü dalga sağlık reform girişimleri ile birlikte yasama aşamasının da ötesine geçerek uygulanma sürecine girmiştir. Örneğin, yukarıda da belirtildiği gibi inkremental koldan bazı değişimler yapılmış ve ikinci koldan da hükümet iki en önemli sağlık reform unsuru için kanunlaşma sürecini tamamlamıştır. Bu reform unsurları yollarca tartışıla gelmiş reform girişimleridir (aile hekimliği ve GSS).

II. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ KAVRAMSAL ve TARİHSEL GELİŞİMİ

Genel olarak sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee ve Goodman, 2002: 98). Sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan başka bir tanım, sağlık hizmetleri finansmanını kaynak aktarımı şeklinde basitleştirmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:2-3).

Bir mal veya hizmet karşılığında en basit ödeme şekli doğrudan ödemedir. Burada tüketici (birinci taraf) bir mal veya hizmet karşılığını doğrudan hizmet sunana (ikinci taraf) ödemektedir. Sağlık sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf ödeyicileri geliştirmiştir. Özel ve kamu kuruluşu olabilen üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı

olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Sağlık sistemleri sadece hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamakla kalmamış, zamanla kişilerarası yeniden dağıtım aracı haline de gelmişlerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a:2-3).

2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Amaçları

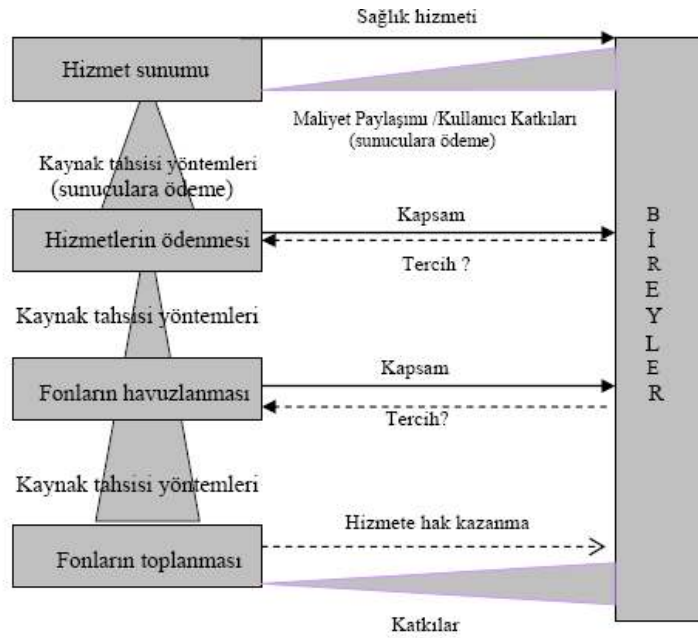
Sağlık Hizmetleri finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ayrıca bu kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, herkese finansal koruma sağlarken finansmanda adaleti gözetmek ve kaynak oluşturma yöntemlerinin hane halklarını yoksullaştırmasını engellemek hedefleri de bulunmaktadır (WHO 2000a:95; WHO, 2004:18; WHO-WB, 2004:11-12).

Sağlık sistemlerinin sağlık finansmanı ile ilgili amacı, başlangıçta herkese, yeterli düzeyde ve adaletli bir yöntemle finansal kaynak sağlamak olmuştur. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmaları gerektiğini gündeme getirmiştir. Kaynak sorunu nedeniyle cepten ödemelerin hemen her sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi veya kullanıcı katkıları uygulaması ile yeniden gündeme gelmesi, bu yöntemle finansman sırasında hane halklarının yoksullaşmamasının gözetilmesini finansmanda adaleti sağlamak için kaçınılmaz kılmıştır (Cutler, 2002:881).

2.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri

Sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapmadır (Murray ve Frenk, 2000:724; WHO, 2000a:95-96, Kutzin, 2001:174).

Şekil 1. Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi



Kaynak: Kutzin, 2001: 174.

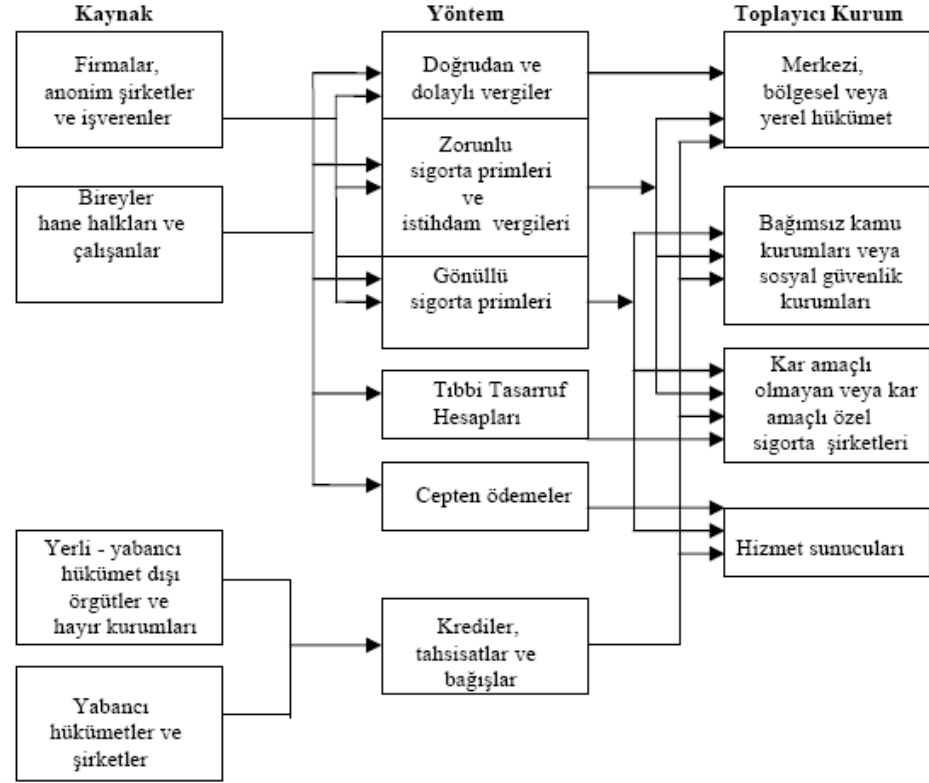
Tablo 1. Sağlık Finansmanının İşlevleri İle İlgili Politikalar

Finansman İşlevi	İlgili Politika
Gelir Oluşturma	- Kimden ne kadar para toplanmalı? - Kimleri ve neleri kapsamalı?
Fon havuzlama	- Kaynakları nasıl havuzlamalı? - Kaynakları hizmet sunuculara nasıl tahsis etmeli?
Hizmet Sunuculara Ödeme Yapma	- Hizmetler kimden alınmalı ve nasıl ödenmeli? - Hangi fiyatla ödenmeli ve nasıl ödenmeli?

Kaynak: Dixon, Langenbrunner ve Mossialos, 2004:53.

Sağlık finansmanında gelir toplama; sağlık sisteminin hane halkları, şirketler ve donörlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir (WHO, 2000a:95). Gelir toplama işlevi; kimin, hangi yöntemle, ne kadar ödeme yapacağı; bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı ve ödemeleri toplayacak kurumları kapsamaktadır (Tablo 1; Mossialos ve Dixon, 2002).

Şekil 2. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002

Kaynaklar genel olarak hane halkları ve şirketlerden toplanmaktadır. Toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002).

2.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanının Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri, Ortaçağ Avrupa'sının zanaatçıları arasında özel sigortacılık ile başlayan hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan sistemlerin kurulmasına kadar olan dönemde cepten ödemeler ile finanse edilmiş veya hayır kurumlarınca ücretsiz olarak sağlanmıştır. Sağlık finansmanı, 19. yüzyılın sonlarına doğru sosyal dayanışma ilkesine dayanan ve işçi işveren primleri ile finanse edilen sosyal sigortacılık yöntemi ile 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ise kamu yararı gözetilerek tüm nüfusu kapsayan ve vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri sistemleri ile tanışmıştır.

Son yıllarda yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmak ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla, tıbbi tasarruf hesapları ve kullanıcı katkıları gibi sosyal dayanışma boyutu bulunmayan finansman yöntemleri de gündeme gelmektedir.

2.4. Sağlık Hizmetleri Finansman Reformuna İhtiyaç Duyulmasının Nedenleri

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanında görülen durum aşağıdaki başlıklar altında özetlenmektedir (Erol, Yıldırım, 2004).

- Sağlık harcamalarında kamu kesiminin payı % 70'in üzerindedir. Özel kesim sağlık harcamalarına, piyasa büyüklüğü, karlılık oranı, sağlık hizmetleri arzının birçok unsura bağlı olması, vb. nedenleriyle daha fazla katkıda bulunamamaktadır.
- Devlet gerek doğrudan gerekse dolaylı olarak (sosyal güvenlik kuruluşlarına transfer harcaması yaparak) her yıl daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır.

- T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları nüfusun yaklaşık % 85,4'üne sağlık yardımı yapmaktadır. Ancak söz konusu kuruluşlar arasında alınan prim oranları ve sağlık yardımları farklı uygulanmaktadır.
- Kamu sağlık sigortasına sahip olan kişiler sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu için uzun süre muayene, teşhis, tahlil ve tedavi için beklemektedir. Bu durum, kamu sosyal sigorta mensuplarının memnuniyetini engellemektedir.
- Kişi başına gelirin düşük olduğu ülkemizde kişilerin özel sağlık harcamalarının kısıtlı olacağı ve sağlık hizmetlerini devletten bekleyeceği açıktır.
- Özel sağlık sigortasında, sigorta şirketlerinin elinde sağlıklı verilerin olmayışı, uygun tarifenin bulunmasını zorlaştırmakta uygulanan tarifeler ya sigorta şirketi ya da sigortalı aleyhine olmaktadır. Net risk primini etkileyen yaş, cinsiyet, teminat türü, teminat kullanım maliyeti, iştirak oranı, vb. hakkında sağlıklı veriler ve istatistikî bilgiler yeterli değildir.
- Özel sağlık sigortasına sahip kişiler sınırlı sayıda özel hastane, laboratuvar, hekim, vb. imkânlarından yararlanmakta zorluk çektiği için yine devlet ve üniversite hastanelerine başvurmaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortasıyla daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyen kişiler yine devlet ve üniversitelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.

- Günümüz gelişmiş ülkeleri, tıbbın ve sağlık koşullarının gelişmesi ile doğumda hayat beklentisinin arttığını ve bunun sonucunda iki etkinin ortaya çıkacağını  ne sürmektedirler:

- 1) Yaşlılar gençlere göre daha sık tedaviye ihtiyaç duyacaklardır.
- 2) Yaşlı nüfusun artması vergi ödeyenlerin sayısını azaltacak, sağlık harcamalarının finansmanı zorlanacaktır. Gerçekten yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun ve sağlık giderlerinin artması buna karşın ekonomik büyümenin yavaşlaması, doğum oranının düşmesi, sistemin finansmanını sağlayan çalışan kesimin artısının sınırlı kalması, önemli bir krize neden olmuştur (Erol, Yıldıırım, 2004).

Sayılan bu nedenlerle ülkemizde sağlık sistemini iyileştirmek için çeşitli reform çalışmalarına ihtiyaç duyulmuştur. Reform çalışmalarının amacı, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların yararlanacağı şekle gelmesini sağlamaktır.

2.5. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Teorik olarak sağlık hizmetleri üç ana kaynaktan finanse edilmektedir: Kamu Finansmanı,  zel Finansman ve Karma Finansman'dır.

Pratikte ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin finansman modellerine bakıldığında ise, temel yaklaşımın kamu, özel veya çoğunlukla rastlanan her ikisinin belli derecelerde yer aldığı bir karma modelin var olduğu görülür, ancak gerçek hayatta bu modelleri birbirinden ayırmak ve bir ülkenin finansman modelini bu üçlü sınıflamadan birine dâhil etmek oldukça güçtür. Çoğunlukla farklı derecelerde olmak üzere kamu ve özel sektörün oluşturduğu ve çeşitli kaynaklardan beslenen kombinasyonlara rastlanır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:8).

Hem sağlık hizmetlerinin finansmanında hem de sunumundaki kamu - özel karışımının dereceleri ülkenin sosyal değerleri ve verimlilik ve hakkaniyet (*equity*) politikalarına bağlı olarak ülkeden ülkeye, hatta ülke içinde zamanla farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, SSK, üniversiteler, diğer Bakanlıklar, belediyeler, KİT’ler kamu kurumları olarak, Kızılay, Organ Nakli Vakfı gibi Kamuya Yararlı Kuruluşlar (KYK - *Non-governmental Organisations*), özel hekim muayenehaneleri, özel poliklinik ve laboratuvarlar, özel hastaneler ve eczaneler ise özel sektörü temsilen sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Buna karşın Maliye, Sağlık ve diğer Bakanlıklar, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, KYK, özel sigortalar ve uluslararası kuruluşlar da sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumludur.

2.5.1. Kamusal Nitelikli Finansman

Kamusal nitelikli sağlık finansman yöntemlerinin doğuğu, özel nitelikli finansman yöntemleri ile kıyaslandığında oldukça yakın bir tarihe, 19. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır. 19. yüzyıl sonunda sosyal sigortacılık yöntemi ile bağlayan kamusal nitelikli finansmanı, 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkan vergilerle finansman izlemiştir.

Türkiye’de hastalık riski için finansal koruma sağlayan kamusal nitelikli ilk Yasa, 1950 yılında bağımlı çalışanlar için, sigortacılık tekniği öngörölerek yürürlüğe girmiştir. Bunu 1965 yılında sağlık harcamaları kurumlarınca karşılanmak üzere kamu çalışanlarının, 1971 yılında emekli memurların, 1985 yılında bağımsız çalışanların güvence altına alınması izlemiştir. Ayrıca, çeşitli tarihlerde çıkarılan birçok özel yasa, bazı kişi veya grupların genel bütçeden finansman yoluyla sağlık güvencesine kavuşturulmasına olanak sağlamıştır. Bu yasaların en geniş kapsamlısı 1992 yılında çıkarılan Yeşil Kart Yasa’sıdır. 2006 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası (SSGSS), tek bir finansman kurumu ile bütün vatandaşların sosyal sigortacılık yöntemiyle sağlık güvencesine kavuşturulmasını öngörmektedir. SSGSS Yasası ile ülkemizde sosyal sigortacılık finansmanına ilk kez katılacak olan devlet, yukarıda anılan genel bütçe ile finansmanı sağlanan kişi ve grupların finansmanını da yüzde yüz oranında sağlayacaktır.

2.5.2. Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Gönüllü sağlık sigortacılığının hazırladığı zemin üzerine kurulan zorunlu sağlık sigortacılığı yasal olarak ilk kez 1883 yılında, Otto Van Bismarck önderliğinde, Almanya'da başlatılmıştır. Bu uygulama belirli endüstrilerde, belli bir ücret düzeyi altında çalışanların hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesini gerektirmektedir (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:8).

Almanya'da tüm ülke çapında başlatılan bu uygulamanın yerel düzeyde ve bazı sektörlerde birçok öncülüğü bulunmaktadır. Örneğin Almanya'nın bazı eyaletlerinde 18. yüzyıldan itibaren kamu görevlileri için zorunlu olarak uygulanan sağlık sigortası bulunmaktadır. Ancak asıl öncülün madenlerdeki uygulamalar olduğu kabul edilmektedir. 16. yüzyıldan itibaren birçok eyalette madencilere sağlık hizmeti sunulması, hatta bazı işverenlerin kendi doktorlarını istihdam edip, kendi küçük hastanelerini kurmaları ve sağlık sigortalarına madencilerin yanı sıra işverenlerin de karlarının belli bir oranında katkıda bulunması, 1883 yılında kabul edilen yasadaki yükümlülüklerle benzer uygulamalardır. Ayrıca 1848 devriminden hemen sonra belediyelere işçilerine sağlık ve diğer yardımları sağlayan karşılıklı refah sandıkları kurup, bu sandıklara işverenlerin de işçi katkılarının en fazla yüzde 50'si oranında katkı sağlaması ve sandıkların yönetiminde temsil edilmeleri hakkını tanıyan bir yasa kabul edilmiştir. Bu düzenleme daha sonra diğer eyaletlere de yayılmıştır ve 1868 yılına kadar sadece Prusya'da yaklaşık 4.000 fon, yarım milyondan fazla üyeye ulaşmıştır. Dolayısıyla 1883 yılındaki yasal düzenleme, uygulamayı ülke düzeyine taşımış, işverenlerin yükümlülüklerini açıklığa kavuşturmuş ve katkılarının zorunlu hale getirilmesini sağlamıştır (Abel-Smith, 1994:70-71).

Zorunlu sağlık sigortacılığın 1883 yılında Almanya'da ortaya çıkmasının iki önemli nedeni bulunmaktadır. Birincisi yoksulluğu azaltmak, ikincisi ve daha önemlisi, gelişen sosyalist ve devrimci baskı karşısında işçilerin işverenlere ve devlete olan bağlılığını arttırmak, diğer bir deyişle onları sistemle bütünleştirmektir (Abel-Smith, 1994:71; Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:2).

İşçilerin ve ailelerinin beklentilerine yanıt vermesi ve devletin sağlık alanındaki sosyal kaygılarını somut bir şekilde ifade etmesi nedeniyle, zorunlu sağlık sigortasının politik kabul edilirliği hızla artmıştır. Ayrıca zorunlu sağlık sigortası, geleneksel olarak hayır kurumları veya kamu yardımları ile sunulan sağlık hizmetleri sunumunun gelişiminde de önemli bir rol oynamıştır. Almanya'yı takiben 1887 yılında Avusturya, 1902 yılında Norveç, 1910 yılında İngiltere ve 1921 yılında Fransa (ancak uygulama 1930 yılında olmak üzere) sağlık sigortası uygulamalarını başlatmıştır. Böylece 1930'lu yılların başında "hastalık ve analık sigortası" olarak anılan zorunlu sağlık sigortası Avrupa'nın çoğu endüstrileşmiş ülkesinde başlatılmış bulunmaktadır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:8).

Sürekli çalışanlar için yapılan bu düzenlemeleri çiftçiler, balıkçılar gibi göreceli olarak daha düşük ücretle ve işveren katkısının olmayacağı bağımsız çalışanların kapsam altına alınması izlemiştir. Çok kolay olmayacağı düşünülen bu uygulama için bazı öneriler geliştirilmiştir. Birinci öneri, tüm sigortalılara İskandinav ülkelerinde olduğu gibi kaliteli hizmet sunan ve büyük oranda kamu tarafından sübvans edilen kamu hastaneleri ile hizmet sunarak sigorta maliyetlerini düşük tutmaktır. İkinci öneri, ülkede bulunan diğer fonların düşük gelirli bağımsız çalışanları karşılıklı olarak sübvans etmesidir. Üçüncü öneri, ya tüm zorunlu sağlık sigortalarını ya da sadece belirli bazı bağımsız çalışanların sigorta fonlarını kamu fonlarıyla sübvans etmektir. Ayrıca bağımsız çalışanlardan katkı toplanması da oldukça zor bir uygulamadır. Bu nedenle çiftçilerden katkı toplayabilmek için birçok yöntem geliştirilmiştir. İtalya'da potansiyel kar getirisine göre toprak üzerinden, Brezilya'da tarım üretimi üzerinden vergi alınması yoluyla katkı toplanmıştır. Hollanda, Fransa ve Belçika'da ise katkılar gelir vergisinin bir bölümü olarak toplanmıştır (Abel-Smith, 1994:73).

Bağımsız çalışanların sisteme dâhil edilmesinden sonra sıra işsizler, yaşlılar ve engellilere gelmiştir. Bazı ülkeler bu kimseleri sigortalıların bağımlıları olarak sisteme dâhil etmiştir. Bazıları yaşlılık, maluliyet ve işsizlik sigortaları ile sosyal güvenlik sisteminin pasif üyeleri olarak ya herhangi bir ilave katkı sağlamadan ya da makul bir katkı miktarı ile sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamıştır. Bazıları ise primlerinin yerel veya merkezi düzeydeki sosyal yardım programları ile ödenmesini öngörmüştür (Abel-Smith, 1994:74).

Gelişmekte olan ülkelerde sosyal sağlık sigortasının tarihi gelişimi üzerine bilinenler oldukça sınırlıdır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:13). Son 60 yıllık bilgilerin görece olarak daha iyi korunduğu Latin Amerika ülkelerinde sosyal sağlık sigortacılığı 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkmaya başlamıştır (Tiryaki ve Tatar, 2000:123; Abel-Smith, 1994:72). Afrika ve Asya ülkelerindeki gelişim ise II. Dünya Savaşı sonrasında başlamıştır (Belek, 2000:93).

Avrupa'daki gelişmiş ülkelere daha farklı ekonomik ve sosyal koşullara sahip gelişmekte olan ülkeler, sosyal sağlık sigortalarını, gerek kapsam gerekse sağlık hizmeti sunumu açısından kendilerine özgü bazı özelliklerle uygulamaya koymuşlardır. Bu özelliklerden biri, sağlık hizmetleri sunumundaki yetersizlikler nedeniyle sağlık sigortası kuruluşlarının sadece kendi üyeleri için kendi hastanelerini ve polikliniklerini kurmalarıdır. Bu uygulama Latin Amerika ülkelerinde başlamış ve 1950'li yıllardan itibaren Mısır, Libya ve Türkiye'de görülmüştür. İkinci özellik gelişmiş ülkelere de gözlenen "dereceli uygulama"dır. Dereceli uygulama, sosyal sağlık sigortası kapsamının başlangıçta belli ölçütlerle (coğrafik bölge, işyeri büyüklüğü ve bağımlılar) sınırlandırılmasıdır. Önce büyük işyerleri ve belirli sektörlerdeki bağımlı çalışanlardan başlanmış, zamanla kapsam genişletilerek sigortalıların bağımlıları ile bağımsız çalışanlar da sisteme dâhil edilmiştir. Üçüncü özellik, hizmeti kullananlar ve prim ödeyenlere temsilcileri veya seçilmiş bir yönetim organı yoluyla sağlık sigortası yönetimine katılma fırsatı tanınmasıdır. Bu durum, bu yeni kurumların güçlendirilmesi için oldukça değerli bir uygulama olmuştur (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:14-15).

Bu gelişmelere rağmen, istihdama dayalı olduğu için sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, çok yakın zamanda ve sadece bazı ülkelere sınırlı olmak üzere mümkün olmuştur. Avrupa'da İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa 2000 yılında tüm nüfusa yüzde yüz oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır (Busse, Saltman ve Dubois, 2004:34-60). Bugün ağırlıklı olarak sosyal sigortacılık ile finanse edilen yaklaşık 60 ülke içerisinde (Gottret ve Schieber, 2006:17) yalnızca 27'si sosyal sağlık sigortacılığı ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı başaramıştır (Carrin ve diğerleri, 2001; Carrin ve James, 2005).

Günümüzde sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklara bağlı olarak yapısı, işleyişi ve teknik yönleri açılarından oldukça farklılaşmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997:117; Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990; Normand ve Weber, 1994).

Günümüz sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır (Normand ve Busse, 2002:62-69; Busse, Saltman ve Dubois, 2004:34-60; ILO, 1999:10; Saltman ve Figueras, 1997:118) :

- Üyeliğin zorunlu oluşu hala sistemin en temel özelliklerinden birisidir. Ancak istisnalar da mümkündür. Fransa’da üyelik zorunlu değildir. Bu nedenle Fransa’daki sistem gönüllü sosyal sağlık sigortacılığı olarak da adlandırılmaktadır.
- Zorunlu işçi ve işveren katkısı ile başlayan ilk uygulama, zaman içinde sosyal sigortanın ulusal refaha yaptığı katkının bedeli olarak devleti de finansmana katmıştır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:3). Bugün sosyal sağlık sigortası sistemleri genel olarak işçi - işveren primleri ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Primler genellikle ücretin belli bir oranında tespit edilmekte olup, işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır. Ancak prim oranları, işçi ve işveren prim oranları, prim tavanı bulunması, ücrete dayalı olmayan ek ödemelerin varlığı, düşük ücretlilerin ve ücret geliri olmayanların primlerinin hesaplanması, primlerin toplanması ve finansmanda genel vergilerin rolü konularında farklılıklar bulunmaktadır.

Prim oranları, bazı ülkelerde standart bir oran, bazılarında ise üyelik statüsü ve hastalık fonlarına göre değişiklik göstermektedir. Prim oranları Almanya ve Lüksemburg’da olduğu gibi işçi ve işveren arasında eşit oranlarda paylaşılabileceği gibi, Fransa’da olduğu gibi işveren ağırlıklı veya Hollanda’da olduğu gibi işçi ağırlıklı olabilmektedir. Bu konuda en ilginç iki örnek, primlerin yüzde 100’ünün işçiler tarafından ödendiği İsrail ve İsviçre’dir. Ayrıca bazı ülkelerde prim tavanı uygulaması bulunmakta iken, bazı ülkelerde böyle bir uygulama bulunmamaktadır.

Belçika, Fransa ve Hollanda gibi bazı ülkelerde primlerin yanı sıra ek ödemeler de bulunmaktadır. Belçika ve Hollanda'da primlerin yanı sıra, sigorta kuruluşlarına göre değişen oranlarda ve ücrete dayalı olmayan kişi başı katkılar alınmaktadır. Belçika'da düşük miktarda olan bu ek katkılar, Hollanda'da sigortalıların yanı sıra bağımlılarından da alınmakta ve kişi başına yıllık 345€'yu bulmaktadır (2000 yılının başlarında sigorta kuruluşu gelirlerinin de yüzde 10'unu oluşturmaktadır). Tamamlayıcı finansman araçları olarak da adlandırılan bu ek gelirlerin uygulanmasının nedeni, Fransa'da olduğu gibi sigorta kuruluşuna ek gelir sağlamak veya Hollanda'da olduğu gibi sigorta kuruluşları arasında fiyat rekabeti yaratmaktadır. Ek ödemelerin tersi uygulamalarla karşılaşmak da mümkündür. Örneğin adaletle ilgili kaygılara rağmen, Almanya'da 1989 yılından itibaren (1997'de tüm sosyal sağlık sigortalarına yaygınlaştırılmıştır) sağlık hizmeti kullanımı az olanlar bir aylık prim ödemesinden muaf tutulmaktadır, İsviçre'de de benzer bir uygulama 1990'ların başından beri uygulanmaktadır, ancak 2002 yılında nüfusun sadece yüzde 0,12'si bu uygulamadan faydalanmak için başvuruda bulunmuştur.

Düşük ücretlilerin ve ücret geliri olmayanların primlerinin hesaplanmasında da farklı uygulamalar bulunmaktadır. Örneğin bir emeklinin ne kadar prim ödeyeceği ülkeler arasında farklılaşmaktadır. Birçok ülkede emekliler, emekli maaşları üzerinden halen çalışanların ödediği yüzde oranında (veya İsviçre'deki gibi kişi başı aynı miktarda) sağlık sigortası primi ödemektedir. Emeklilerin sağlık sigortası primleri Almanya ve Lüksemburg'da olduğu gibi ya emekliler ve emekli sandıkları (işveren payı olarak) tarafından birlikte ödenmekte ya da Hollanda'da olduğu gibi sadece emekliler tarafından ödenmektedir. Prim oranı Belçika'da olduğu gibi çalışanlara göre daha düşük veya Avusturya'da olduğu gibi çalışanlara göre daha yüksek olabilmektedir. Düşük gelirliyle uygulanan prim miktarları genel olarak diğer çalışanların ödediği prim miktarlarından düşük olmasına rağmen tersi durumlara da rastlanmaktadır. Fransa ve Lüksemburg gibi bazı ülkeler belli bir gelirin altında kalanlardan hiç prim almamakta, İsrail gibi bazı ülkeler ise daha düşük oranda prim almaktadır. Almanya'da ilginç bir uygulama dikkati çekmektedir. Almanya, aylık 400€'ya kadar geliri olanlardan hiç prim almamakta, 800€'ya kadar olanlardan ise daha düşük oranda prim almaktadır. Ancak, aylık 400€'ya kadar geliri olanlar (yüzde 11'lik prim oranları bulunmaktadır ve tümü işveren tarafından ödemektedir), ikinci bir işte çalışıyor olabilecekleri veya aileye ve topluma dayalı düzenlemelerden faydalanacakları düşüncesiyle, sağlık sigortasından yararlanma olanağına sahip değildirler. Avusturya, Belçika ve Hollanda sabit

bir düşük prim almaktadır, ancak sabit olması nedeniyle gelir azaldıkça gerçek oran artmaktadır.

Primler Avusturya, Almanya ve İsviçre'deki gibi sosyal sağlık sigortası kuruluşları, Lüksemburg'taki sigorta birlikleri ve Belçika ve Fransa'daki gibi kamu otoritelerince toplanabilmektedir.

Sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda genel vergilerin önemli bir rolü bulunmaktadır. Örneğin Avusturya ve İsviçre'de hastane hizmetleri büyük oranda vergilerle finanse edildiğinden, anılan ülkelerin toplam sağlık harcamaları içerisinde sağlık sigortasının payı düşüktür. Örneğin Avusturya'da bu oran yüzde 50'den azdır. Hollanda'da hastane hizmetleri sadece sigorta fonlarınca karşılanmasına rağmen, bu hizmetler için önemli oranda vergi sübvansiyonu sağlanmaktadır. Almanya ve Avusturya'da bulunan sağlık sigortaları hiçbir sübvansiyon almazken (çiftçiler hariç), Almanya'da 16 eyalet hükümeti bütün büyük sermaye yatırımları için ödeme yapmaktadır. Vergi sübvansiyonları Hollanda'nın (birleşik hastalık fonları kuruluşlarına ödenmektedir) yanı sıra, Belçika, İsrail ve Lüksemburg'da da önemli oranlardadır. Dolayısıyla sosyal sağlık sigortası sistemine sahip ülkelerin sağlık hizmetlerinin ne oranda ücrete dayalı primlerle finanse edildiğini ortaya koymanın iki yolu bulunmaktadır. Birincisi, sosyal sağlık sigortaları gelirlerinin ne oranda ücrete dayalı primlerle finanse edildiği, diğeri ise toplam sağlık harcamalarının ne oranda sosyal sağlık sigortalarınca karşılandığıdır. Örneğin Almanya ve Hollanda toplam sağlık harcamalarının yüzde 60'ından fazlasını, İsrail yüzde 25'ini ücrete dayalı primlerle finanse etmektedir.

Devlet katkısı düzenli primler şeklinde olabileceği gibi yasal olarak sistem dışında kalanların sübvansiyonu veya bazı sağlık hizmetlerinin sübvansiyonu şeklinde de olabilmektedir.

- Bağımsız, yarı-kamu kuruluşu niteliğinde, genellikle risk havuzlaması yapıp kar amacı gütmeyen sosyal sağlık sigortaları varlıklarını sürdürmektedir. Ancak bu

kuruluşlar sayıları, büyüklükleri, yapıları, kar amacı taşıyıp taşıyamamaları ve risk havuzlaması bulunup bulunmaması açılarından oldukça farklılaşmaktadır.

Sigorta kuruluşları Avusturya, Fransa ve Lüksemburg gibi bazı ülkelerde mesleki statüye, Avusturya gibi bazılarında ise meslek grubu ve/veya ikamet edilen bölgeye göre değişen oldukça küçük, sabit sayıda ve sigortalılarca üyeliğin tercih edilemediği fonlar şeklinde olabildiği gibi, Almanya, Hollanda, Belçika, İsrail, İsviçre gibi bazılarında çok sayıda ve rekabetçi yapılar ve rejimler (Fransa, İsviçre) şeklinde olabilmektedir. Çok sayıda ve rekabetçi yapıya sahip ülkelere en az sayıda sosyal sağlık sigortasına sahip ülke 4 sigorta fonu ile İsrail, en çoğuna sahip ülke ise 355 ile Almanya'dır.

Sigorta kuruluşları Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa ve Lüksemburg gibi ülkelere kar amacı taşıyamamakta iken, Hollanda ve İsviçre'de kar amacı taşımaktadır. Kar amacı taşımayan ülkelerdeki kuruluşların yönetimi işçi ve işveren arasında genellikle eşit oranda paylaştırılmış olup, yetkileri yasalarla belirlenmiştir. Kar amacı taşıyan ülkelere biri olan Hollanda'da sosyal sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları ile birleşerek hem kamu hem de özel sağlık sigortası sunabilmektedir. İsviçre'de ise zorunlu sağlık sigortası kamuya ait sosyal sağlık sigortası kuruluşlarının yanı sıra, özel sağlık sigortalarının da sunulabilmektedir.

1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Yasası Türkiye'de ilk kez sosyal sigortaların kurulmasını öngörmüş ve sosyal güvenliğin bugün de geçerli kimi temel ilkelerini belirlemiştir (Güzel ve Okur, 2004:31). Bu yasaya dayanılarak 16.7.1945 tarihinde çıkarılan İşçi Sigortaları Kurumu Yasası ile İşçi Sigortaları Kurumu doğmuştur. İşçi Sigortaları Kurumu'nun kurulmasından sonra diğer sosyal riskleri de güvence altına alan birtakım yasalar çıkarılmış, hastalık sigortası 4.1.1950 tarih ve 5502 sayılı Yasa'yla analık sigortası ile beraber düzenlenmiştir (Güzel ve Okur, 2004:33). Ancak 5502 sayılı Yasa'yla hastalık sigortası yalnız bağımlı çalışanlar için yürürlüğe girmiş, dahası bağımlı çalışanların büyük bir kesimi kapsam dışında bırakılmıştır.

1.3.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası ile Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş ve o güne kadar değişik tarihlerde kurulan, dağınık bir görünüm sunan sosyal sigorta kolları, kapsamları genişletilerek, tek bir çatı altında toplanmıştır. Ancak 506 sayılı yasa ile de tüm bağımlı çalışanlara sağlık güvencesi sağlanamamıştır. Örneğin Avrupa'daki uygulamalara benzer şekilde, tarımda bağımlı çalışanlar daha geç bir tarihte, 1983 yılında 2925 sayılı yasayla sosyal sağlık güvencesine kavuşmuştur. Buna karşılık sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması ilkesi çerçevesinde sağlık güvencesi açısından kapsam zamanla genişlemiş ve bağımlı çalışan statüsü taşımayanların bir bölümü de diğer sosyal risklerin yanı sıra hastalık riski açısından kısmen veya tamamen sosyal güvenceye kavuşturulmuştur. Ayrıca isteğe bağlı sigorta ve topluluk sigortası gibi uygulamaların başlatılması kapsam dışında kalan bir kısım nüfusa daha kapsama girme olanağı tanımıştır.

506 sayılı Yasa'nın geçici 20. maddesi ile bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret ve sanayi odaları, borsalar ve bunların birliklerine de kendi personelleri için özel sandıklar kurma hakkı tanınmıştır. Bu sandıklar, diğer sosyal risklerin yanı sıra hastalık riskine karşı da güvence sağlamaktadır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:15).

Diğer yandan 8.6.1949 tarihinde çıkartılan 5434 sayılı Emekli Sandığı (ES) Yasası ile o güne kadar dağınık halde bulunan ve emekli memurlara sosyal güvence sağlayan yasa ve sandıklar birleştirilerek, emekli olan memurların sağlık güvencesi düzenli bir sosyal güvenlik rejimine dönüştürülmüştür (Güzel ve Okur, 2004:33, 459). Halen çalışan devlet memurlarının sağlık yardımları ise 1965 tarih ve 657 sayılı Yasa çerçevesinde kurumlarınca karşılanmaktadır.

2.9.1971 tarihinde 1479 sayılı "Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu" ile Bağ-Kur'un kurulması ile kimi sınırlamalarla da olsa bağımsız çalışanlar ilk etapta uzun vadeli sigorta kapsamına alınmıştır. SSK'da olduğu üzere Bağ-Kur kapsamına alınanlar da zamanla genişlemiştir. Bağ-Kur sigortalıları 1985 yılında kabul edilen 3235 sayılı yasa ile aşamalı bir biçimde sağlık güvencesine kavuşmuştur. Bağımlı

Çalışanlarda olduğu üzere bağımsız çalışanlarda da tarımda çalışanlar daha sonraki bir tarihte, 4386 sayılı yasayla 1998 yılında sağlık güvencesi kapsamına alınmışlardır.

Her üç sosyal güvenlik kurumu ve aktif çalışan memurlar için tanınan sağlık güvencesi, sosyal güvenliğin toplumun tüm bireylerini kapsama alma hedefine uygun olarak, belli koşullarla ve birtakım farklılıklarla da olsa, sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine de, onların adına herhangi bir prim veya katkı ödenmeden sağlanmaktadır.

Ülkemizde sigortacılık ilkesi ile sağlık yardımını sunan SSK, ES ve Bağ-Kur istihdam statüsü gözetilerek kurulmuştur. Bu nedenle kapsamı genişleten yasalara rağmen, sigortacılık yöntemiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak mümkün olamamıştır. Ayrıca üç kurumun diğer sigorta kollarında olduğu üzere sağlık yardımları konusunda da farklı norm ve standartları bulunmaktadır. Bu farklı norm ve standartlar hizmete hak kazanma koşulları, bakmakla yükümlü olunan aile bireyleri, sağlanan sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi ve prim oranları gibi konularda gözlenmektedir.

Türkiye’de primli rejim alanında yapılan son düzenleme, yukarıda belirtilen norm ve standart farklılıklarını ortadan kaldırmayı ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı amaçlayan 31.5.2006 tarih ve 5510 sayılı ‘‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’’nın kabulüdür. Hem sosyal güvenlik alanında hem de sağlık finansmanı alanında köklü değişimleri beraberinde getiren Yasa, şimdiye kadar kurulan sosyal güvenlik rejimlerini aynı çatı altında birleştirmiş, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını birbirinden ayırmış, ilk kez zorunlu devlet katkısını getirmiş ve tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamı altına alan (dolayısıyla sağlık yardımları ve hizmetlerini içeren primsiz rejim uygulamalarını da yeniden düzenleyip yasa kapsamına alan) genel sağlık sigortası (GSS) sistemini getirmiştir. Sistemin idari yapılanması ise, üç sosyal güvenlik kurumunu bünyesine alıp tek bir çatı altında toplayan 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı ‘‘Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu’’ ile kurulmuştur.

2.5.3. Vergilerle Finansman

Zorunlu sağlık sigortası ile kapsamı genişletme tartışmalarının son aşaması, bu hizmetin tüm nüfusa kamu finansmanı yoluyla yayılmasıdır. Bu durum vergilerle finanse edilen ve tüm nüfusu kapsayan “ulusal sağlık hizmetleri” sistemlerinin doğmasına yol açmıştır. İlk girişim 1920 yılında Macaristan’da olmuştur. Eski Sovyetler Birliği, Çarlık döneminde başlatılan kamu finansman yöntemini 1938 yılına kadar büyük oranda tüm nüfusa yaygınlaştırmıştır. Ancak ulusal sağlık hizmetleri sistemini 1938 yılında başlatan ilk ülke Yeni Zelanda’dır (WHO 2000a:12). İngiltere 1948 yılında bu uygulamayı başlatan ilk Batı Avrupa ülkesi olmuştur. Bu uygulamaları II.Dünya Savaşı’nı takiben henüz tüm nüfusu kapsam altına almayı başaramamış eski Sovyetler Birliği, Macaristan, Avrupa’daki diğer eski sosyalist ülkeler, Japonya, İskandinav ülkeleri ve Şili, 1970’li yıllarda Kanada, 1980’li yıllarda İtalya, Portekiz, Brezilya, Yunanistan ve İspanya, 1990 yılında Güney Kore ve 1994 yılında Tayvan izlemiştir (Abel-Smith, 1994:73; WHO 2000a:13).

Az gelişmiş ülkelere bakıldığında Afrika ve Asya’nın birçok eski sömürge ülkesinin, ücretsiz veya neredeyse ücretsiz denilebilecek sağlık hizmetlerini büyük oranda yaygınlaştırmayı başardığı görülmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için daha fazla hastane inşa edilmiş, yabancı doktorların yerini yerel olarak eğitilenler almış ve hizmetler kırsal bölgelere yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Bu ülkeler değişik boyutlarda yardımcı sağlık personeli de kullanmışlardır. Ancak hizmetler sadece vergilerle finanse edildiği için sınırlı vergilendirme kapasitesi ile tüm nüfusa ücretsiz sağlık hizmeti sunma uygulaması zamanla sorunlar yaşanmasına yol açmış ve gelişmekte olan ülke ekonomilerinde istikrarı bozan 1980’lerdeki ekonomik kriz, sorunu daha da ciddi bir tabloya dönüştürmüştür (Abel-Smith, 1994:75).

Günümüzde genel vergi gelirleri neredeyse bütün ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır. Bu gelirler özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir finansman kaynağıdır (Hoare ve Mills, 1986:16-18). Bugün 191 DSÖ üyesinin 106’sı ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir (Gottret ve Schieber, 2006:17). Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı vergi kaynakları, toplanma düzeyleri ve vergi türleri açısından farklılaşarak heterojen bir yapı göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:14).

Vergi kaynakları dolaysız ve dolaylı vergiler olarak ikiye ayrılmaktadır. Dolaysız vergiler, faktör gelirleri (rant, ücret, faiz, kâr) ve servet üzerinden alınmaktadır (Ünsal, 2001:104). Gelir vergileri oranı gelir artışı ile arttığında (artan oranlı) vergi adaleti sağlanmakta ve gelir düşük gelirli lehine yeniden dağıtılmaktadır. Dolaysız vergilerin gelirin belli bir oranında olması (oransal) ve gelir artışı ile azalması (azalan oranlı) da söz konusudur. Bu durumda vergi adaleti konusunda sorunlar yaşanabilmektedir.

Dolaylı vergiler, mallar ve işlemler üzerinden (satış vergisi, katma değer vergisi, özel tüketim vergisi, ithalat ve ihracat vergileri gibi) alınan vergilerdir (Ünsal, 2001:104). Dolaylı vergiler gelirle ilişkili olmayıp tüketilen mal miktarı ile ilişkili olduğundan, gelir artışı ile birlikte azalan oranlı olma özelliğine sahiptirler. Yani düşük gelir grubunda yer alan bireyler, gelirlerinin oransal olarak daha büyük bir kısmını dolaylı vergilere (özellikle alkol ve tütün gibi yüksek vergi alınan mallara) harcamaktadırlar. Yine birçok dolaylı verginin sabit bir miktar olarak (sürücü ehliyeti gibi) tespit edilmesi de benzer sonuca neden olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:14). Lüks tüketim mallarına yüksek oranda, zorunlu tüketim mallarına ise hiç dolaylı vergi uygulanmadığı durumlarda dolaylı vergilerin vergi adaleti sağlaması mümkündür. Ancak, dolaylı vergiler yoluyla vergi adaleti sağlanamadığında, sağlık sisteminin dolaylı vergilerle finansmanı da arzu edilmemektedir.

Toplanma düzeyleri açısından vergiler ulusal ve yerel vergiler olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Ulusal düzeyde alınan vergiler Arnavutluk, Yunanistan, Polonya, Portekiz, İspanya, İngiltere gibi birçok ülkede sağlık finansmanının temel kaynağıdır. Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu politikası alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın avantajı, yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır (Mossialos ve Dixon, 2002a:15-16).

Yerel vergilendirme, vergilerin genellikle belirli bir coğrafi bölgeye göre belirlenmesidir. Bulgaristan, Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç, İtalya gibi birçok ülkede sağlık finansman kaynağı olarak kullanılmaktadır. Yerel vergilendirmenin; daha şeffaf, sorumluluğu arttıran, yerel tercihlere yanıt veren ve sağlığa ayrılan kaynakları ulusal önceliklerle rekabet etmekten koruyan özelliklere sahip olduğu iddia edilmektedir. Ancak, bu

düşünceye katılmayanlar, sağlık harcamalarının yerel bütçelerden sağlanması bir atalet durumu yaratabileceğini savunmaktadırlar. Çünkü yerel politikacılar risk değişimi konusuna pek duyarlı değildir. Ayrıca farklı bölgelerde farklı vergi oranlarının uygulanması durumunda yatay adaletsizlik de söz konusu olabilmektedir. Dahası, refah düzeyindeki bölgesel farklılıklar nedeniyle, aynı vergi oranı, refah düzeyi daha yüksek (düşük) bölgeler için daha fazla (az) gelir anlamına gelebilmektedir. İç göç, özellikle gençlerin kırsal bölgelerden kentlere doğru göç etmesi, bölgesel eşitsizliği arttırabilmektedir. Yerel vergiler teorik olarak adaletli ve adaletsiz olabilmektedir. Yerel vergilendirme, gelirin tüm ülke yerine belli bir bölgede yeniden dağıtımını sağlamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:15).

Türleri açısından vergiler genel amaçlı vergiler ve özel amaçlı vergiler olarak iki sınıfa ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları; geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan dolaysız ve dolaylı vergilerdir ve birçok ülkede uygulanmaktadır. Örneğin Fransa ve İtalya’da sigorta primine benzer bir şekilde gelir üzerinden, İngiltere ve Belçika’da ise sigara üzerinden alınmaktadır. Genel amaçlı vergilere göre birçok avantajı bulunmaktadır. Örneğin; daha görülebilir olduklarından vergi vermeye direnci azaltabilmektedirler ve vergilendirme ile harcama arasındaki gerçek ilişki sağlık hizmetleri finansmanını daha şeffaf ve yanıt verir bir hale getirmektedir. Bu vergiler politik müdahaleye daha az açıktırlar. Diğer yandan, sağlık sektörü için toplanan vergilerin diğer vergilerle birleştirilmesi durumunda, gelir ve harcama arasındaki ilişkiyi zayıflatarak halkın bu vergilere olan güvenini azaltması mümkündür. Ayrıca özel amaçlı vergiler bütçeleme sürecinde katılıklara neden olmaktadır. Çünkü harcamalar politika kararlarına göre değil, toplanan gelire göre belirlenmektedir. Bunların dışında, sağlık hizmetlerini diğer kamu sektörü harcamalarından ayırmak, diğer sektörlerin de özel amaçlı vergiler talep etmelerine neden olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:16).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı genellikle “sağlık yardımı” mantığı ile işlemiştir. Vergilerle finansmanın en önemli uygulaması Yeşil Kart’tır. Bunun dışında bazı özel yasalarla bazı nüfus gruplarına sosyal sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür.

Bütün bunlara rağmen devletin sağlık hizmetlerinin finansmanında belli ölçülerde belli rolleri üstlenmesi hemen tüm ülkelerde (pazar ekonomisini benimseyen ABD’de bile) görüldüğü bir gerçektir. Sağlıkta özel sektörün güçlendirilmesi gerektiğini savunan Dünya Bankası yetkililerince de bu gerçek kabul edilmektedir. Çünkü devletin sosyal verimliliği ve eşitliği sağlamak ve korumak amacıyla pazar şartlarına müdahale etmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında benimsenen model ne olursa olsun mutlaka aşağıdaki şartları yerine getirmesi gerekir (Uz, 1995).

- Hakkaniyeti ulaşılması gereken vazgeçilmez bir hedef olarak görmesi
- Kaynakların toplanması ve yönetimi maliyetlerinin düşük olması
- Kaynak akışında devamlılığın sağlanması
- Halkın kabul etmesi ve memnuniyetinin temin edilmesi
- Öncelikli olmayan konuları finanse etmemesi
- Hizmet sunucular arasında rekabeti teşvik etmesi
- Sağlık hizmetlerinin kullanımının ve bu hizmetlerin maliyetlerinin sürekli takibine olanak vermesi
- Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmesi
- Hizmeti finanse eden tarafı hizmet verenlerle pazarlık sırasında güçlü konumda tutması
- Hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunumuna ve/veya hizmeti kullanıcıların gereksiz hizmet talebine yol açmaması
- Paranın hastayı takip etmesini sağlaması.

2.6. Özel Nitelikli Finansmanın Gelişimi

Özel nitelikli finansmanın bilinen en eski şekli cepten ödemelerdir. Hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama düşüncesi özel sağlık sigortacılığını doğurmuştur.

2.6.1. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalar olup, hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve enformel ödeme olarak üç başlık altında incelenmektedir. Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan bütün hizmetler için yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkıları; güvence kapsamında kalan hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemelerdir. Enformel ödemeler ise; sosyal güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve formel olmayan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a:22).

Cepten ödemelerin bilinen ilk uygulamaları Mezopotamya'da M.Ö. 2000 yılları civarında geçerli olan Hammurabi yasalarına kadar uzanmakta, bu yasalarda hekimlik yapan kişiye yapılacak ödemeleri düzenleyen maddeler bulunmaktadır (Singer ve Underwood 1962; Çilingiroğlu, 1997:392). Hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan özel ve özellikle kamusal nitelikli finansman yöntemlerinin doğması ve yaygınlaşması, cepten ödemelerin finansmandaki ağırlığını zaman içinde azaltmıştır. Ancak 1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma gibi sorunlar ile temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları, ek kaynak yaratma ve kaynakların verimli kullanılması ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı ve enformel ödeme gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur.

2.6.1.1. Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler genellikle dişçiler, güvence kapsamı dışındaki ilaçlar için eczaneler, özel hekim muayeneleri, özel hastaneler, özel laboratuvarlar veya test klinikleri gibi

özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır. Bazı ülkelerde özel sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar vergilerle desteklenerek özel sektörden hizmet alımı teşvik edilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:22). Portekiz’de bu amaçla yapılan vergi desteği miktarı dolaysız vergilerin yüzde 4,8’ine, GSMH’nın binde 2-3’üne ulaşmaktadır (Dixon ve Mossialos, 2000:56).

2.6.1.2. Kullanıcı Katkıları

1978 yılında DSÖ ve UNICEF önderliğinde yapılan Alma Ata Konferansı’nda, üye ülkelerin temel sağlık hizmetlerini bütün vatandaşlarına (özellikle kırsal bölgelere) yaygınlaştırma taahhüdünde bulunması, gözlerin bu taahhüdü yerine getirecek finansal kaynakların varlığına çevrilmesine neden olmuştur. Bu dönemde temel sağlık hizmetleri yaklaşımı hem ideolojik olarak genel bir kabul görmüş, hem de en maliyet-etkili strateji olarak değerlendirilmiştir. Ancak kaynakların elverişliliği üzerine yapılan araştırmalardan biri, 1980’li yılların ilk yarısında, temel sağlık hizmetlerinin tüm dünyaya yaygınlaştırılmasının dünya çapında yıllık 50 milyar dolar açığa neden olacağını tahmin etmiştir (De Ferranti, 1985:20). Bu nedenle anılan hedefe ulaşmak için ek kaynak yaratılması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (Lee ve Goodman, 2002:99).

Ayrıca, yapısal uyum politikaları uygulayan gelişmekte olan ülkelerin kamu kaynaklarıyla böyle bir hedefe ulaşmasının neredeyse imkânsız olduğu öne sürülmüştür (Abel-Smith, 1986).

Bu dönemde elindeki uzman kadrolar nedeniyle sağlık sektöründe politika belirleme konularında öne çıkmaya başlayan Dünya Bankası (DB), ek kaynak yaratmak için kamu hizmetlerinden “kullanıcı katkıları” alınması (De Ferranti, 1985), var olan kaynakların daha verimli kullanılması için kamu hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlığın özel sektöre açılması önerilerinde bulunmuştur (WB, 1987). Ancak

ekonomik kaygılarla ortaya atılan bu önerilerin sağlık hizmetleri finansmanında adalet tartışmalarını doğurması da gecikmemiştir.

Kullanıcı katkılarının iki durumda kullanılabileceği belirtilmektedir. İlki, sağlık harcamalarının genelde düşük ve düşmekte olduğu durumlarda, sağlık hizmetleri için var olandan daha fazla kaynak yaratmak amacıyla kullanılmasıdır. İkincisi ise, ilkinin tersi durumunda, yani sağlık harcamalarının yüksek olduğu ve hızla yükselmeye devam ettiği durumlarda, talebi azaltarak verimliliği arttırmak ve maliyetleri kısıtlamak amacıyla kullanılmasıdır (Creese, 1997:202). Kullanıcı katkıları yoluyla toplanacak ek gelir, gelir düzeyi düşük olan vatandaşların desteklenmesi veya finansman sistemindeki adaletsizliklerin azaltılması için kullanılabilir. Ancak, kullanıcı katkılarının finansmanda adalet konusunda olumsuz etkisi bulunmaktadır. Çünkü kullanıcı katkıları finansman yükünün topluma yayılmasını ve riskin paylaşılmasını engellemektedir (Creese, 1991). Dolayısıyla sağlık finansman kaynakları içerisinde kullanıcı katkılarının oranı arttıkça, finansman yükünün gelir düzeyi düşük olan bireyler ile sağlık durumu daha kötü olan bireylere kayma olasılığı artmakta (Rice ve Morrison, 1994) ve dayanışma azalmaktadır (Van de Ven, 1983; Mossialos ve Dixon, 2002a:23).

Abel-Smith ve Kutzin'e göre de kullanıcı katkıları belli durumlarda uygulanabilmektedir (Abel-Smith, 1994; Kutzin, 1998): Herkesi sosyal sağlık güvencesi altına alan bir sağlık sigortasının bulunmadığı, hükümetin sağlık hizmetlerini finanse etmek için yeterli kaynağa sahip olmadığı ve bireylerin sigorta veya vergi ile sistemi finanse etmeye gönüllü olmadığı durumlar başlıcalarını oluşturmaktadır.

2.6.1.3. Enformel Ödemeler

Enformel ödemeler, genellikle kamu sektöründe gerek tedavi sonrası “teşekkür hediyeleri”, gerekse tedavi öncesi doktorlara büyük zarflarla sunulan “benimle özel olarak ilgilenin” paralarından oluşmaktadır. Enformel ödemeler kayda geçmediği ve birçok ülkede yasadışı olduğu için varlığı ve miktarı konusundaki iddialar tartışmalıdır. Enformel ödemelerin temel nedenleri; kamu sistemindeki finansal kaynakların yetersizliği, özel sağlık

hizmetlerinin yetersizliği, hizmet sunucuları etkileme arzusu ve kültürel geleneklerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a:24).

2.6.2. Özel Sağlık Sigortacılığı

Hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama fikri ilk olarak Ortaçağ Avrupa'sının zanaatçıları arasında, sonradan hastalık fonlarına dönüşecek sandıkların kurulması ile başlamıştır. Her üyenin fonlara düzenli katkılarda bulunduğu bu uygulama, daha fazla istihdam olanağı yaratan endüstrileşme süreci ile genişlemiş ve çeşitlenmiştir. 18. yüzyıl sonları ile 19. yüzyıl başlarında, aynı endüstrilerde çalışan bazı işçiler ile aynı yerleşim yerinde bulunan küçük çiftçiler karşılıklı yardımlaşma sandıkları oluşturmaya başlamışlardır. Karşılıklı yardım sandıkları terimi, daha sonra sosyal güvenlik çerçevesinde ortaya çıkacak olan sosyal sağlık sigortasının gelişimini anlamak açısından çok önemlidir. İhtiyacı olanlara destek sağlamak amacıyla, haftalık gelir üzerinden sabit bir miktarda katkı toplayan bu sandıklar, kar amacı gütmemektedirler. Temel ilkeler; dayanışmayı sağlamak, üyelerinin sandıkların yönetiminde söz sahibi olması ve yardımların üyelerin değişen ihtiyaçlarına göre belirlenebilmesidir. Üyelerine para yardımı ile başlayan ilk uygulamalar, bazı sandıkların düzenli olarak sözleşmeli doktor istihdam etmeleri ile devam etmiş ve daha sonra özellikle sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu ülkelerde üyeleri için hizmet sunumunu garantilemek amacıyla kendi sağlık tesislerini kurmaya yönelik uygulamalara dönüşmüştür (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:7; Abel-Smith, 1994:68).

Gönüllülük ilkesine dayanan ve 19. yüzyıla gelene kadar daha çok İngiltere, Hollanda ve Danimarka'da gözlenen bu uygulamalar, 19. yüzyıl boyunca Avusturya, Almanya ve İsviçre'de de oldukça gelişmiştir. Daha sonra Avustralya ve Yeni Zelanda'ya küçük ölçekte de olsa yayılmıştır. Sandıklar Kuzey Avrupa'da yerel bölgelere, Orta Avrupa'da ise genellikle işverenlere dayalı olarak gelişmiştir. Fonlara genellikle işverenler de katkıda bulunmaktadır ve bu katkı zamanla ücretin belli bir oranında olmaya başlamıştır. Kuzey Avrupa ile Orta Avrupa'daki uygulamalar açısından ikinci farklılık, hastane hizmetlerinin önemli oranda kamu ve hayır kurumları tarafından, parası olmayanlara ücretsiz olarak sunulduğu Kuzey Avrupa ülkelerinde bu hizmetlerin hastalık fonlarınca sağlanan yardımlar

kapsamına alınmamasıdır. Hastane hizmetleri daha çok Orta ve daha sonraları Güney Avrupa ülkelerinde yardım kapsamında olmuştur (Abel-Smith, 1994:68-69).

Gönüllü veya özel sağlık sigortacılığı olarak da adlandırılacak olan karşılıklı yardım sandıkları uygulaması daha geç tarihlerde ve daha küçük ölçekte Arjantin, Brezilya ve Uruguay'da da başlamıştır. Uygulamanın Latin Amerika'daki en önemli işlevi, belli ulusların göçmenleri için hayır kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden daha iyi hizmet sağlamayı garanti altına almasıdır.

Özel sağlık sigortacılığı tarihinde en ilginç gelişme Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşanmıştır. I. Dünya Savaşı öncesinde ABD'nin bazı kentlerinde başlayan Avrupa modeli karşılıklı yardım sandıkları uygulaması, ABD'deki tıbbi profesyonellerin doktorlarla sözleşme yapılmasına karşı çıkması nedeniyle uygulanamamıştır. Bu baskıya rağmen, 1929 tarihinden itibaren Batı Eyaletlerde kurulan sandıklar, 1949 yılına gelindiğinde yüzün üzerine çıkmıştır. Ancak on yıl sonra sadece birkaç tane kalmışlardır. O döneme kadar her ikisi de hizmet sunucular tarafından kurulan "Blue Cross" ve "Blue Shields" sağlık sigortası piyasasına hâkim olmuştur (Abel-Smith, 1994:70). Bu tarihsel gelişim, ABD'nde, özel sigortacılığın ağırlıklı olarak uygulanan finansman yöntemi olmasına neden olmuştur. ABD'nin yanı sıra, Avustralya ve İsviçre gibi kimi ülkeler de özel sağlık sigortacılığına ağırlıklı bir yer vermişlerdir (Mossialos ve Thompson, 2002:128).

Özel sağlık sigortacılığının hazırladığı zemin üzerine doğup gelişen sosyal sağlık sigortacılığı ve sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı gibi kamu nitelikli finansman uygulamaları, başta Avrupa olmak üzere birçok ülkede, özel sağlık sigortacılığını sınırlandırmış ve büyük ölçüde zorunlu kamu finansmanını tamamlayıcı nitelikli sigorta şekline dönüştürmüştür (Mossialos ve Thompson, 2002:128).

Günümüzde özel sağlık sigortaları; işlevlerine, primlerin hesaplanma şekillerine, yardımların belirlenmesine ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre farklılaşmaktadır. İşlevleri açısından iki tür özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Birincisi, zorunlu sağlık sigortası yerine geçen "ikame edici özel sağlık sigortası", diğeri ise, zorunlu sağlık sigortası ile birlikte

görülen “tamamlayıcı özel sağlık sigortası”dır. Primlerin hesaplanma şekilleri açısından; bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları mevcuttur. Statü açısından sigorta şirketleri, kar amaçlı olanlar ve olmayanlar olarak farklılaşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:19).

İkame edici özel sağlık sigortaları zorunlu kamu sigortalarının alternatifidir. Bu sigorta, zorunlu kamu sigortaları kapsamı dışında kalan bireyler ile zorunlu kamu sigortaları kapsamından çıkma hakkı olan sigortalılar tarafından tercih edilebilmektedir. Almanya ve Hollanda’da geliri belirli bir düzeyin üzerinde olan sigortalılar, zorunlu kamu sisteminden gönüllü olarak çıkma hakkına sahiptirler ve böyle bir tercihte bulunan sigortalılar, genellikle özel sağlık sigortalarına yönelmektedirler. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası genellikle; zorunlu kamu sigortası dışında kalan hizmetlerin tamamı veya bir kısmı için, zorunlu sistem tarafından yalnızca bir miktarı ödenen hizmetler için ve sağlık hizmetlerine ulaşımı hızlandırmak için tercih edilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:19-20).

Primlerin bireysel riske göre belirlenmesi, sigortalının olası sağlık ihtiyacını değerlendiren birtakım aktüeryal hesaplarla yapılmaktadır. Bu yöntem özel sağlık sigortacılığı piyasasında en çok kullanılan yöntemdir. Primlerin işverenlerce ödendiği sistemlerde bu hesaplama genellikle grup riskine göre, diğer bir deyişle o işyerinde çalışan grubun ortalama riskine göre belirlenmektedir. Bazı özel sigortalar ise bir coğrafik bölgede yaşayanların ortalama riskine göre, yani toplumsal riske göre belirlenmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:20; Maynard ve Dixon, 2002:111-112).

Özel sağlık sigortası primlerini toplayan kuruluşlar bağımsız, özel, kar amaçlı kuruluşlar olabileceği gibi özel, kar amaçsız kuruluşlar da olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:20). Özel sağlık sigortaları birçok ülkede vergi indirimleri yoluyla devlet tarafından sübvansede edilmektedir.

Teoride özel sağlık sigortasının en büyük avantajı, gelir düzeyi görece olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek, kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için

harcanmasına imkân verebilmesidir. Ayrıca özel sağlık sigortalarının sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması, yenilikleri ve verimliliği destekleyerek (esneklik ve kâr güdüsü ile) kamu sektörü reformunu körüklemesi ve tüketicilerin tercihini arttırması da söz konusudur (Maynard ve Dixon, 2002:111).

Bu potansiyel avantajların gerçekteşip gerçekteşmemesi özel sağlık sigortalarının performansı ile yakından ilişkilidir. Özel sağlık sigortalarının performansı, özel sağlık sigortaları piyasasının düzenlenmesine bağlıdır. Düzenlemenin yokluğu veya yetersizliği piyasanın verimli bir şekilde çalışmasını engelleyerek “piyasa başarısızlığına” neden olmaktadır. Piyasa başarısızlığı ise aşağıda belirtilen istenmeyen durumlara yol açmaktadır:

- İhtiyacı olacağını düşünene bireylerin sigortayı tercih etme oranlarının artması ve bireylerin sigorta olacakları zaman var olan hastalıklarını gizleyebilmeleri (ters seçim),
- Sigorta şirketlerinin genetik ve kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, özürlüler ve doğum çağındaki kadınlar gibi yüksek riskli grupları sigortalamaktan kaçınabilmeleri,
- Riske göre belirlenmiş primlerin miktarının doğru olarak belirlenmesindeki zorluklar,
- Bireylerin, sigortalandıktan sonra, hizmete ihtiyaç doğuracak riskli davranışlarda bulunabilmeleri ve hizmeti gereğinden fazla kullanmaları (ahlaki tehlike). Örneğin sağlıklı bir yaşam sürdürmek için herhangi bir çaba göstermemeleri, nezle ve grip gibi hastalıklar için hekime başvurmaları,
- Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla hastalığa yakalanma riskinin başkalarının hastalığa yakalanma olasılığından bağımsız olmaması,

- Şirketlerin sigorta tekelleri yaratma eğilimleri.

Piyasa başarısızlığı yaşlılar, özürlüler ve düşük gelirli gibi riskli grupların sigorta hizmetlerine ulaşmasını engelleyebileceği gibi, sigorta şirketlerinin daha az riskli gruplar üzerinden aşırı karlar elde etmesini de sağlamaktadır (Maynard ve Dixon, 2002:110; Hsiao, 1995a:167-171).

ABD’de özel sigortaların yüzde 90’ı işveren sigortasından oluşmakta olup, çoğu grup riskine göre belirlenmiştir. Ancak grup riski avantajından sadece büyük firmalar yararlanabilmektedirler, çünkü küçük firmaların istihdam kapasitesi de küçük olduğundan primlerin grup riskine göre belirlenmesi bir avantaj oluşturmamaktadır. 1998 yılı verilerine göre ABD’de işverenin finanse ettiği sağlık sigortası planlarının yüzde 47’si 200’den az işçi çalıştıran işyerlerini kapsamaktadır. Ayrıca küçük firmaların ödedikleri ortalama prim oranı, büyük firmaların ödediklerinden yüzde 10 daha fazla olup, sağlanan yardımlar da daha kısıtlıdır (Maynard ve Dixon, 2002:112).

Ülkemizde ilk özel sağlık sigortası 1950’li yıllarda gemi işçileri için gündelik tazminat uygulaması şeklinde Ankara Sigorta tarafından başlatılmış, benzeri bir uygulama 1970’li yıllarda Başak ve Anadolu Sigorta tarafından banka mudileri için yapılmıştır. Bugünkü sistemin ilk örneği ise, 1983 yılında “grup bazında” Şark sigorta tarafından başlatılmıştır. Teminatların kapsamı zamanla genişlemiş ve başlangıçta sadece Türkiye içinde geçerli olan teminatlar daha sonra aynı limitlerle yurtdışında da geçerli olmaya başlamıştır (Karacık, 2001:1488).

Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren özel sağlık sigortalarına olan talep artmış, bu talep artışı özel sigorta şirketlerinin sağlık sigortası alanında uzmanlaşmalarını beraberinde getirmiştir. Bu gelişmeler Bakanlar Kurulu Kararı ile 1990 yılından itibaren özel sigortacılık içerisinde ayrı bir hastalık branşı oluşturulmasını sağlamıştır. Ancak özel sağlık sigortacılığı sektörü 1999 ve 2000 yıllarında durağanlık dönemine girmiştir (Karacık, 2001:1488). Bu

durağanlığı ortadan kaldırmak ve özel sağlık sigortacılığını teşvik etmek için özel sağlık sigortalarından alınan Banka ve Sigorta Muamele Vergisi 4697 sayılı Yasa ile 7.10.2001 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır. Bu durum sigortalıların özel sağlık sigortaları için ödedikleri primlerin yüzde 5 ucuzlaması anlamına gelmiştir. Aynı Yasa ile getirilen bir başka teşvik, bordro ile ücret alanların ödeyeceği özel sağlık sigortası priminin, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın yüzde 5'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmamak şartıyla, gelir vergisi matrahından indirilebilmesidir.

2.7.Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hastanelere Ödeme Modelleri

Bireylerin ve toplumların sağlık hizmetine olan ihtiyaçları sonsuz olmasına karşın bu hizmetlere ayrılan kaynaklar her zaman kısıtlıdır. Bu da ülkeleri sağlık hizmetlerinin finansmanında daha akılcı politikalar yapmaya ve daha verimli faaliyetleri finanse etmeye zorlamaktadır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin finansman modelleri, hizmet sunuculara ödeme yöntemleri ve bunun denetleme mekanizmaları gibi konular hem pratikte hem de bilimsel çevrelerde daha çok tartışılır hale gelmiştir.

Sağlık hizmeti sunanlara temel olarak iki kaynaktan ödeme yapılmaktadır. Doğrudan yapılan ödemelerde, hizmetten yararlanan kişiler, kamu veya özel sektördeki hizmet sunucuya doğrudan yapmaktadırlar. Dolaylı ödeme yönteminde ise, hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren veya ödeme gücü olmayanlar için de devlet “üçüncü şahıs” olarak (*third party*) hizmet sunan kiti, kurum veya kuruluşlara ödeme yaparlar. (Normand C. and Weber A. 1994).

Birçok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da hiç birisi mükemmel değildir ve sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya olumsuz etkileri vardır. Bir kısmının verimlilik, bir kısmının hakkaniyet, bir kısmının hasta ve/veya hizmet sunucu tarafından suistimali diğerlerinin de her üçünün değişik

kombinasyonlarıyla ilgili çeşitli dezavantajları vardır. Ancak hastanelere ödeme modeli, örneğin, düşük idari maliyeti olan, suistimali önleyen, etkililiği, verimliliği ve insancılığı (örneğin hasta tatmini) göz önünde tutan, etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olmalıdır. Ayrıca ödemeler hastanenin iş yüküne ve/veya kullanılma kriterlerine göre yapılmalıdır.

2.7.1. Sabit Bütçe (Fixed Budget)

Hastaneye tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için (sıklıkla yıllık) belirlenen sabit bir bütçe verilmektedir. Ancak hastaneler, beklenilmeyen bir morbidite artışında veya maliyetleri artıran ve önceden kestirilemeyen olaylarda riske girmektedirler. Ödeme yapan kuruluş ve hastane arasında yapılacak anlaşmaya göre bütçe sabitlenir veya yukarıda sayılan riskleri bertaraf etmek için belli parametrelerdeki değişikliklerde (örneğin morbiditedeki aşırı değişiklikler) ek bütçe yapma olanağı tanınmaktadır (7). Bu modelde hastane yöneticileri kendilerine tahsis edilen bütçeyi en verimli şekilde harcamak zorundadır. Elindeki kaynakları en etkili ve verimli şekilde kullanmanın yollarını araştırmak gereklidir.

2.7.2. Fatura Bedelinin Ödenmesi (Payment by Itemised Bill)

Özel hastanelere hak edişleri devlet veya sigorta kurum ve şirketleri tarafından genelde bu yöntemle ödenmektedir. Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılmaktadır. Örneğin, bir mide ülserinin hastanede yatarak tedavisinde hastanenin tüm imkânlarından faydalanan hastanın kendisi veya onun adına üçüncü şahıslar (*third party*) hastaya yapılan tüm harcamalar karşılığında ödeme yapmaktadır. Hastanın hastanede bulunduğu süre içindeki tüm maliyetler hastanın faturasına yansıtılmaktadır.

Her bir hizmetin fiyatı pazar şartlarında hastaneler tarafından belirlenebildiği gibi maliyet artışlarını önlemek üzere üçüncü şahıslar tarafından belli bir üst sınır da konulabilmektedir. Bu durumda da hastaneler üç muhtemel yolla kazançlarını artırabilirler: (Normand C. and Weber A. 1994).

- Ürettikleri hizmet sayısını artırmak,
- Hizmetlerin kalitesini düşürmek (örneğin muayene başına düşen zamanı kısıtlamak), Ancak bir rekabet ortamında hizmetlerin kalitesinin artması beklenir (örneğin hastayla daha fazla zaman geçirme),
- İş yükünün büyük bir kısmını daha ucuz çalıştırılan personele (örneğin hemşireler, teknisyenler) kaydırmak.

Bu yöntemin ödeme yapan kişi, kurum veya kuruluşlar açısından gözle görülür en önemli dezavantajı sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ve hizmet sunucular tarafından yaratılan ve çoğu zaman gereksiz olan taleplerdir. Gereksiz tıbbi müdahaleler yapmak, gereksiz ve aşırı sayı ve nitelikte testler istemek (özellikle hastaneye ortak ve/veya döner sermaye gibi yapılanmalardan belli bir ödenek alan hekimler arasında sık rastlanılabilir), gereksiz ilaç reçete etmek buna örneklerdir. Bu ödeme yönteminde hizmet sunucular ödemeyi yapanlara göre daha güçlü durumdadırlar (Abel-Smith B, 1994).

2.7.3. Gün Başına Ödeme (Payment by Day)

Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları (tedavi, protez, ilaçlar, konaklama gibi) kapsar. Hastaneler ise kazançlarını daha da artırmak için hastanın gerekenden daha da uzun kalmasını sağlamak isteyebilirler. Çünkü hastaya yapılan müdahaleler ve buna personel, araç-gereç, malzeme vb. girdilerin maliyetleri dikkate alındığında hastanede yatan bir hastanın maliyeti genellikle ilk iki gün çok yüksek olmakta ve daha sonra giderek azalmaktadır.

Bu durumda ödemeyi yapan kurum veya kuruluş ya kendisinin görevlendireceği hekim veya hemşire aracılığıyla hastanede hastayı ziyaret ederek olası taburcu tarihini belirlemekte veya belli teşhisler için ödeme yapılabilecek hastanede kalış sürelerini kısıtlayabilir ve bir apendektomi için, örneğin, sadece 3 gün için ödeme yapar. Bu sürenin sonunda ya hastanenin uygun görülen başvurusuna göre süre uzatılmakta veya hastane tüm maliyetleri karşılamak zorunda kalmaktadır.

2.7.4. Vaka Başına veya Teşhise Göre Ödeme (Case Payment - Payment by Diagnosis)

Vaka başına ödeme; hem ayakta hem de yatarak tedavilerde, hastaya konulacak teşhise göre yapılan ödemedir. En önemli şekli, hastanın teşhis grubuna göre, belirlenen sabit bir fiyat üzerinden, o teşhis doğrultusunda yapılan her hizmetin kapsama dâhil olduğu Teşhise Dayalı Grup (DRG) ödemesidir. Bu yöntemde teşhis gruplarının çok net bir şekilde belirlenmesi önemlidir. Maliyetleri kontrol etmek açısından önemli olan bu yöntem, gereksiz hizmet sunumunu arttırmaktadır. Ayrıca hizmet sunucuların daha ciddi ve dolayısıyla daha pahalı olan vakaları tercih edip, daha karmaşık, teşhis ve tedavisi daha ucuz olan hastaları başka yerlere göndermeleri mümkündür. Bu nedenle hastalığın doğru teşhis edilip edilmediği ve karmaşık vakaların diğer hizmet sunucularına gönderilip gönderilmediğini denetlemek çok önemlidir. Bu denetimler de oldukça maliyetlidir (WHO, 2004:38).

2.7.5. Kişi Başına Ödeme (Capitation Fee)

Kişi başına ödeme; hem ayakta hem de yatarak tedavilerde kullanılan, hizmet sunulan kişi sayısına göre belirlenen ve yönetimi kolay olan bir ödeme şeklidir. Daha önceki yöntemlerden farklı olarak hizmet veya hizmet bileşimleri başına ödeme yapılmadığından, gereksiz hizmet sunumuna neden olmamaktadır. Fakat bu kez tam tersi bir şekilde, gerekli hizmetin sunulmasını sağlamak zorlaşabilmektedir. Ayrıca hastaların daha üst basamak sağlık

hizmetlerine sevki, bu yöntemin maliyetleri kontrol altına alma özelliğini kısıtlamaktadır. Bu yöntemde, hizmetin gereğinden az kullanımını engellemek için hizmet kullanım veya işgal oranları gibi yöntemlerle denetim yapmak önemlidir (WHO, 2004:38).

Tablo 2. Hastaneye Yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması

Ödeme Modeli	Maliyet	Hizmet	İdaresi
Bütçe	Çok İyi	Fena Değil	Kolay
Fatura Bedeli	Çok Zayıf	Çok İyi	Çok Güç
Gün Başına	Fena Değil	Zayıf	Çok Kolay
Vaka Başına	İyi	Fena Değil	Güç
Kişi Başına	Çok İyi	Fena Değil	Çok Kolay

Kaynak: Normand C, Weber A. Social Health Insurance. A Guidebook For Planning. WHO/ILO. 1994.

Yukarıda verilen ödeme modellerinin maliyet kontrolü, sunulan hizmetin kalitesine etkisi ve modelin ödeyen kurum açısından idaresinin kolaylığı bakımından bir karşılaştırmasını vermektedir. Her ne kadar bazı modellerin diğerlerine göre açık avantajları olsa da belli bir modelin daha verimli olduğunu söylemek oldukça güçtür. Her bir ülke veya sağlık sistemi kendi yerel şartlarını göz önünde tutarak en uygun modeli seçmelidir.

2.8. Hekimlere Ödeme Modelleri

Bu bölümde hekimlere yapılan ödemelerin yöntemleri, bunların kendi içlerindeki avantaj ve dezavantajları, diğer yöntemlerle karşılaştırılmaları ve Avrupa ülkelerindeki uygulamalarıyla ilgili temel bilgiler verilmektedir.

Yukarıda sayılan hizmet sunumu sistemlerinde hekimlerin ücretlendirilmeleri incelendiğinde, sistemin ana mantığına uygun olarak farklı modellerin var olduğu görülür. Örneğin doğrudan hizmet sunumu sistemlerinde daha çok maaş, dolaylı ve karma sistemlerde ise maaş, kişi başına ödeme ve hizmet başına ödeme modellerinin çeşitli karışımlarına rastlamak mümkündür.

Hastanelere yapılan ödeme modellerinde olduğu gibi mükemmel bir hekim ödeme modeli yoktur. Bununla birlikte ülkelerdeki uygulamalar ve teorik bilgilerin ışığında hekimlerin ödeme modellerinin sahip olması gereken minimum şartlardan oluşan bir çerçeve çizmek mümkündür. Buna göre uygun bir hekim ödeme modeli (Abel-Smith, 1994).

- Etkili ve verimli tıbbi bakım verilmesini sağlamalı,
- Hekimlerin ihtiyaç duyulan bilim dallarında ve coğrafik bölgelerde çalışmasını teşvik etmeli,
- Hizmet sunumu sistemine uygun olmalı,
- Parasal teşviklerle maliyet kontrolü arasındaki dengeyi korumalı,
- Hekimlerin işlerinden tatmin olmalarını sağlamalı,
- Hekimlerin klinik özgürlüğünü kısıtlamamalı,
- Hasta tatminini sağlamalı,
- Hem hekimlerin hem de işverenin karşılıklı pazarlık gücünü azaltmamalıdır.

Hekimlerin ücretlendirilmesinde başlıca dört ana model izlenmektedir (Uz, 1995).

2.8.1. Maaş (Salary)

Maaş esasıyla tam veya yarım gün çalışan hekimler belli bir süre için (genellikle ay) sabit bir ücret almaktadır. Hekime ürettiği hizmetin kantitatif ve/veya kalitatif büyüklüğü ile orantılı olmayan bir ödeme yapılmaktadır. Bu nedenle hekimler daha nitelikli, daha çok sayıda ve standartları daha yüksek hizmet üretmek amacıyla verimli ve daha etkili çalışmak için teşvik edemez.

Finansman modeli olarak kamu kaynaklarını benimseyen sağlık hizmeti sistemlerinde hizmeti doğrudan sunan kurumlar (ülkemizdeki Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi) genellikle maaşla ödeme yoluyla hekimleri ücretlendirmektedirler.

2.8.2. Kişi Başına Ödeme (Per Capita Payment-Capitation)

Kişi başına ödeme sıklıkla bir hekimin belli bir süre için (sıklıkla bir yıl) belli bir nüfus grubuna birinci basamak sağlık hizmeti verdiği hizmet sunumu sistemlerinin (örneğin aile hekimliği) benimsendiği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri kendi listesine kaydetmekte ve kaydettiği her bir kişi için belli bir zaman dilimi için (sıklıkla aylık) sabit bir ücret almaktadır. Yani kendisine kayıtlı bir kişide gebelik takibi de yapsa apse drenajı da yapsa o kişi için sabit aynı ücreti almaktadır.

Ne kadar fazla sayıda kişiyi listesine kaydederse onları listesinde tutabildiği sürece o kadar fazla kazanmayı hak etmektedir. Fakat verdiği hizmetlerdeki sayısal ya da niteliksel farklılaşmalar ücretine yansımamaktadır. Ancak bir rekabet ortamında olduğundan hekim verdiği hizmetin kalitesini her zaman üst düzeylerde tutmak zorundadır. En azından kendini hastalarına karşı daha nazik davranmaya, onlarla daha yakından ilgilenmeye zorlamaktadır.

Kişi başına ödeme modeline eklenecek ve verilen bazı hizmetlerin karşılığı olarak belirlenecek maddi teşviklerle hekimlerin gelirlerini artırmaları sağlanırken, aynı zamanda da öncelikli olarak verilmesi gereken hizmetlerin üretilmesi de sağlanabilir. Ayrıca yine bu model ile hekimin çalışma ortamını ve mesleki bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmesi, mahrumiyet bölgelerinde daha istekli çalışması da mümkün kılınabilir.

2.8.3.Hizmet Başına Ödeme (Fee-For-Service)

Hizmet başına ödeme; ayakta veya yatarak tedavilerde hastaya sunulan her hizmet için yapılan ödemedir. Bu yöntemin en büyük avantajı, ihtiyaç duyulan her hizmetin sağlanmasını garanti ederek hizmette kaliteyi arttırmasıdır. Diğer yandan en büyük dezavantajı ise, hizmet sunucuların daha fazla kar elde etmek amacıyla hastaya ihtiyacı olmayan hizmetleri sunması veya sunmuş gibi gösterebilmesine olanak tanınmasıdır. Bu kaygıyla, gereksiz hizmet sunumunu kontrol altına almak için bu yöntemle bütçe yöntemi birlikte kullanılmaktadır. Ayrıca hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunması, kullanıcı katkıları yoluyla da engellenmeye çalışılmaktadır. Bu yöntemin diğer bir dezavantajı, faturalama, geri ödeme ve fatura edilen hizmetlerin gerçekten sağlanıp sağlanmadığı ile ilgili denetim maliyetlerinin yönetim maliyetlerini arttırmasıdır. (WHO, 2004:37).

Başka bir ifadeyle, hekim kendisine başvuran kişiye verdiği her türlü teşhis, tedavi ve diğer hizmetlerin her biri için ücret almaktadır. Örneğin, demir eksikliği anemisi olan bir hastadan hem tanı, hem tedavi hem de kontrole çağırılması durumunda her geliş için daha önceden saptanmış sınırlar içinde olmak üzere ayrı ayrı ücret talep etmektedir. Hasta bu parayı doğrudan cebinden ödemekte ve varsa sosyal güvenlik kurumundan bunu geri alır veya hizmetlerini karşılığı kişi adına onun özel veya kamu sosyal güvenlik kurumu tarafından fatura karşılığı olarak ödenmektedir.

Bu özel muayenehane hekimliği uygulamalarının bir formudur. Maaş ve kişi başına ödemeye göre, hastaya daha saygılı davranmayı gerektiren bu modelin hekim ve hasta

tarafından suistimal edilmesi çok kolay olduğundan özellikle sosyal sigorta sistemlerinde, sağlık hizmeti sunumunda yüksek maliyetler söz konusu olabilir.

2.8.4.Vaka Başına Ödeme (Case Payment)

Hekim hastasına koyduğu teşhise göre para alır. Bu yapılan her türlü müdahalenin (teşhis ve tedavi) hepsi için sabit bir ücrettir ve teşhis farklılaştıkça ücrette değişir. Örneğin hekime, pnomoni teşhisine yaptığı bütün müdahaleler için farklı, pnomoninin kalp komplikasyonlarına müdahaleler için farklı bir ödeme yapılır. Hastanelerdeki uygulama örneklerinde (“teşhis veya Teşhise Dayalı Gruplandırma kurnazlığı”) görüldüğü gibi hekimlerin gelirlerini artırmak için ücreti daha yüksek olan teşhise yönelmelerini sağlaması vaka başına ödeme modelinin belki de en önemli dezavantajıdır.

Bir hekimin verdiği sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak elde ettiği gelir aşağıdaki şekilde formüleleştirilebilir (Delnoy, 1990).

$$\text{Gelir} = f (\text{Üretilen hizmetin birim fiyatı} \times \text{Üretilen hizmetin miktarı})$$

Formüldeki hizmetin miktarı ödeme modeline göre farklılık göstermektedir: Buna göre;

- Maaş olarak ödemede belli bir zaman diliminde çalışılan saati, günü veya haftayı;
- Kişi başına ödemede hekimin listesindeki kayıtlı kişi sayısını;
- Hizmet başına ödemede hekimin hastaya verdiği her bir hizmetin toplamını ve
- Vaka başına ödemede de hekimin hastasına koyduğu teşhisi

ifade etmektedir.

Birim fiyatı ise, maaş modeli dışındakilerde, genelde hekime ödemeyi yapan taraf belirler. Bu düzeyin tespitinde ülkeden ülkeye değişmekle birlikte hekimlerin pazarlık gücü sınırlıdır. Çünkü ödemeyi yapan kuruluş veya Türkiye’de Türk Tabipleri Birliği’nin yaptığı gibi bir başka taraf hekim ödemelerinde başvurulmak üzere belli dönemler için bir alt ve/veya üst sınır belirleyebilmektedir.

Tablo 3. Bazı Avrupa Ülkelerinde Birinci Basamak Hizmetlerde Çalışan Hekimlerin Temel Ücretlendirme Metotları

Ülkeler	Ödeme Metodu
Almanya	Hizmet Başına + Maaş (eski Doğu Almanya bölümünde)
Avusturya	Kişi Başına + Hizmet Başına
Belçika	Hizmet Başına
Danimarka	Kişi Başına + Hizmet Başına
Finlandiya	Maaş
Fransa	Hizmet Başına + Maaş (2,000 sağlık merkezinde)
Hollanda	Kişi Başına + Hizmet Başına (Özel sigortası olan kitler için)
İngiltere	Kişi Başına + Sabit Ödemeler + Bazı koruyucu hizmetler için Hizmet
İrlanda	Kişi Başına
İspanya	Hekimlerin % 60'ına Maaş + Kişi Başına % 40'ına sadece Kişi Başına
İsveç	Maaş
İtalya	Kişi Başına
Lüksemburg	Hizmet Başına
Norveç	Maaş + Hizmet Başına (Özel çalışan hekimlere)
Portekiz	Maaş
Türkiye	Maaş
Yunanistan	Maaş

Kaynak: Normand C, Weber A. (1994). Social Health Insurance. A Guidebook For Planning. WHO/ILO.

OECD (1992). The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries. Health Policy Studies No:2. Paris.

OECD (1987). Financing and delivery health care: A comparative analysis of OECD countries, OECD Social Policy Studies, No:4, Paris.

2.9. Modellerin Birbirleri İle Karşılaştırılması

Maaş şeklindeki ödemede hekimlerin motivasyonlarının düşük olması, kişi başına ödemede gerekenden daha az hizmet üretilmesi ve aşırı sevk, hizmet başına ödemede ise maliyet kısıtlamasındaki problemler modellerin önemli birer dezavantajı olarak hemen göze çarpmaktadır. Bu nedenle de bazı ülkelerde karışık (maaş + kişi başına + hizmet başına) ödeme modelleri ile ilgili planlama çalışmaları yapılmakta (örneğin Almanya) bazı ülkelerde ise (örneğin İngiltere) mevcut sistem içinde uygulamaları devam etmektedir (Uz, 1995:56-58).

Kişi başına ve hizmet başına ödemelerde iki ortak problem vardır: Birincisi, daha kaliteli bir hizmet sunumu için her hangi bir mali ödüllendirme bulunmamaktadır. İkincisi ise yaşı ilerlemiş hekimler, gelirlerini artırmak amacıyla gençlere göre fazladan çalışma performansını (kişi başına ödemede uzun hasta listesi, hizmet başına ödemede uzun çalışma saatleri) gösteremeyecekleri için daha az kazanma eğiliminde olacaklardır (Uz, 1995:56-58).

Kayıt, izleme ve denetim, geri bildirim, gibi idari işlerin daha yoğun olmasından dolayı idari maliyetler hizmet başına ödemede diğerlerine göre daha yüksektir. Kişi başına ödemede hekimler fazla sayıda hastaya hizmet vermekten yakınırırlarken, hizmet başına ödemede sağlık hizmetlerinin finansmanından sorumlu kurum ve kuruluşlar (örneğin, sağlık

bakanlıkları ya da sigorta kuruluşları) gereksiz tipte ve miktarlarda üretilen hizmetlerden şikâyetçidirler (Abel-Smith, 1986). Bununla birlikte, hizmet sunumundan topluma karşı sorumlu olan ve verilen hizmetleri denetleyici konumundaki kurum ve kuruluşlara (örneğin sağlık bakanlıkları) göre maaşlı ve kişi başına ücretlendirmelerde hekimler gereken düzeylerin altında hizmet vermektedirler (Uz, 1995:56-58). Bunlardan maaş, kişi başına ödeme ve hizmet başına ödeme modellerinin potansiyel avantaj ve dezavantajları ise Tablo 4’te listelenmektedir.

Tablo 4. Maaş, Kişi Başına Ödeme ve Hizmet Başına Ödeme Modellerinin Avantaj ve Dezavantajları

MAAŞ	
Avantajları	• Hizmet kalitesinin kolayca takip edilebilmesi. • Koruyucu hizmetlere daha fazla önem verilmesi. • Daha uygun fiziki çalışma koşullarının yaratılması. • Ekip çalışması. • Daha kolay yönetilmesi ve daha düşük yönetim maliyeti. • Hizmet sunumunda aşırı hizmet talebinin yaratılmaması. • Geleceğe dönük bütçelemelerde kolaylık sağlaması.

Dezavantajları	• Uzun bekleme zamanı ve kuyrukların olması. • Kolaylıkla verim azalması ve gerekenden daha az hizmet üretilmesi. • Hekimlerin maddi sebeplerden dolayı moralinin bozuk olması. • Hekimlerin zamanlarını iyi kullanmamaları. • Hizmette sürekliliğin olmaması. • Hastaya daha az nazik davranılması.
KİŞİ BAŞINA ÖDEME	• Hizmetin sürekli olması. • Aşırı hizmet üretimine yol açmaması. • Koruyucu hizmetlere maaşa göre daha az önem verilmesi. • Klinik değerlendirme ve karar verme özgürlüğünün daha az kısıtlanması. • Belli oranda ekip çalışması. • Hastaya daha nazik davranılması. • Hekimlerin coğrafik olarak daha dengeli dağılması. • Hekimlerin daha yüksek morale sahip olması. • Muayene sürelerinin uygun uzunlukta olması. • Yönetiminin basit olması. • Hizmet maliyetlerinin önceden daha kolay tahmin edilebilmesi.
Avantajları	

Dezavantajları	• Uzun bekleme süresi ve kuyrukların olması. • Fiziki çalışma ortamının gelişmesini daha az teşvik etmesi. • Hastalara gerekenden daha az hizmet sunulması. • Diğer hizmet basamaklarına sevklerin aşırı olması. • Hekimin daha fazla zaman harcaması geren hastalara (özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olanlar) daha az zaman ayrılması ya da listeye alınmaması. • Hekimin yaşlanmasıyla daha az kazanmaya başlaması. • Hekim uygulamalarının takibinin zor olması. • Hekimin, listesindeki kişilerin gereksiz isteklerine (rapor, sevk vb) karşı savunmasız olması.
HİZMET BAŞINA ÖDEME	• Hekimlerin moralinin yüksek olması. • Hastaya daha nazik davranılması. • Gerekenden daha az hizmet üretiminin olmaması. • Diğer basamaklara aşırı sevkin olmaması. • Çok daha iyi fiziki çalışma ortamının yaratılması.
Avantajları	• Hekim uygulamalarının kolayca takip edilebilmesi.
Dezavantajları	• Hekimlerin coğrafik dağılımının dengeli olmaması. • Koruyucu hizmetlere daha az önem verilmesi. • Hizmetin sürekliliğinin olmaması. • Daha az ekip çalışması. • Gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarının aşırı düzeylere ulaşması. • Daha pahalı uygulamaların tercih edilmesi. • Yönetim maliyetlerinin yüksek olması. • Önceden tahmin edilemeyen maliyetler.

Aralarında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamasına karşın, hekimlerin hizmet başına ödeme modellerinde, kişi başına ödemeye göre hastalarını daha az sıklıkla ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevk ettikleri görülmektedir (Shimmura K, 1988: 245-258).

Hekim ödemelerinde benimsenen dört temel modelin sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrolü, verilen hizmetin kalitesi, ödeme modelinin idaresi, hekimlerin işlerinden ve hastaların da aldıkları hizmetten memnuniyetlerine göre birbiri ile karşılaştırılması Tablo 5'te özetlenmektedir.

Tablo 5. Hekimlere yapılan Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması

Ödeme Modeli	Maliyet Kontrolü	Hizmet Kalitesi	Modelin İdaresi	Hekim Tatmini	Hasta Tatmini
Maaş	Zayıf	Zayıf	Kolay	Zayıf	Zayıf
Kişi Başına	Çok İyi	Fena Değil	Çok Kolay	İyi	Çok İyi
Hizmet Başına	Çok Zayıf	Çok İyi	Çok Zor	Çok İyi	İyi
Vaka Başına	İyi	İyi	Zor	İyi	İyi

Kaynak: Uz M. (1995). Hekimlerin Ücretlendirilme Modelleri: Karşılaştırmalar ve Avrupa'daki Uygulamalar. 3(1): 56-58.

Ödeme yöntemlerinin en önemli özelliği, bu yöntemlerin hizmet sunucularının davranışlarını etkileyebilmesidir. Bu konudaki deneysel çalışmalar ödeme yöntemlerinin; hastalığın teşhisi, hizmetin şekli (örneğin, anjinin tıbbi ya da cerrahi tedavisi), reçeteye yazılan ilaçların miktarı ve türleri, hizmetlerin niceliği, hastanede yatış süresi, ayakta tedavi edilen hastaların yatarak tedavi edilenlere oranı, uzman doktora gönderilme ve tahlil istenme

sıklığı gibi konularda ölçülebilen etkilere sahip olduğunu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 1999:130).

III. TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ İLE İLGİLİ SON DÖNEM REFORM ÇALIŞMALARI

3.1. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Projesi

58 ve 59. Hükümet programında yer alan “Acil Eylem Planı”nda tanımlanan kamu yönetimi reformu kapsamında; “Herkese Sağlık” başlığı altında, sağlık alanında yürütülmesi öngörülen temel hedefler belirlenmiş (Acil Eylem Planı, 2000) ve bu hedeflerden yola çıkılarak Sağlık ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı tasarlanmış ve programın hayata geçirilebilmesi için Sağlıkta Dönüşüm Projesi hazırlanmıştır.

Projede, sistem yönetimi geliştirilerek finansman ve hizmet sunumunun verimlileştirilmesi, sağlık sigortası kapsamını finansal açıdan sürdürülebilir şekilde tüm nüfusa yaymak için, kurumsal kapasitenin oluşturulması projenin uygulanabilmesi için Türkiye’nin kurumsal kapasitesinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır (World Bank Loan Agreement, 2004).

Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organizasyonu, finansmanının sağlanması ve sunulması amacıyla hazırlanmıştır (SB, 2003).

Etkililik, uygulanacak politikaların halkımızın sağlık düzeyinin yükseltilmesi amacını ifade eder. Sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef insanların hastalanmasının önlenmesidir.

Verimlilik, kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesidir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarında verimlilik ön planda olmalıdır.

Hakkaniyet, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması ilkesidir.

İnsan merkezlilik: Bireyin ihtiyaç, talep ve beklentilerinin esas alınmasıdır.

Sürdürülebilirlik: Sistemin ülkemiz koşulları ve kaynakları ile uyumlu olarak kendini finanse etmesi ve hizmet sürekliliğinin sağlanmasıdır.

Sürekli kalite gelişimi: Sistemin sürekli kendini değerlendirerek, hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması oluşturulmasıdır.

Katılımcılık: İlgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması, yapıcı bir tartışma ortamı sağlayacak platformların oluşturulması, ayrıca sağlık sektörünün bütün bileşenlerinin sistemin kapsamı içine alınarak, uygulamada kaynak birliğinin sağlanmasıdır.

Uzlaşmacılık: Demokratik bir yönetimin gereği olarak sektörün farklı bölümleri arasında karşılıklı çıkarları gözeterek ortak noktalarda buluşma arayışıdır.

Gönüllülük: Sistemde hizmet üreten ve hizmet alan kesimlerin, teşvik edici önlemler doğrultusunda gönüllü bir şekilde yer almalarıdır.

Güçler ayrılığı: Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan, planlamasını yapan, denetimi üstlenen ve hizmeti üreten güçlerin birbirinden ayrılması ilkesidir.

Desentralizasyon: Değişip gelişen koşullara ve çağdaş anlayışa uygun olarak yerinden yönetim ilkesinin hayata geçirilmesidir.

Hizmette Rekabet: Sağlık hizmet sunumunun tekel olmaktan çıkarılıp, farklı hizmet sunucularının yarışmasının sağlanmasıdır. Böylece sürekli kalite artırımına ve maliyet azalmasına yönelik bir teşvik ortamı oluşacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, belirtilen ilkeler çerçevesinde yukarıda sayılan amaçlara ulaşırken, Dünya Sağlık Teşkilatının "21. Yüzyılda Herkese Sağlık" politikasını, Avrupa Birliği tarafından açıklanan "Katılım Ortaklığı Belgesi" ve ülkemiz tarafından hazırlanan "Ulusal Program" doğrultusunda Türk Sağlık Mevzuatı'nın, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatı ile uyumlu hale getirilmesi ihtiyacını ve diğer uluslar arası deneyimleri de dikkate alacaktır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sektörü bütün boyutları ile kavramak üzere şekillendirilmiş toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır. Her bileşen bir diğeri ile ilişkilendirilmiş olup, programın bütünlüğü içinde uygun olabilecek çözümleri ihtiva etmektedir.

- Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı
- Stratejik planlama, insan kaynakları politikası, personel yönetimi, kaynak dağılımı, malzeme yönetimi konularında yeni misyonunun tanımlanması
- Mali ve yönetsel kontrol ve denetimin taşra teşkilatına aktarmasına yardımcı olacak şekilde yeniden yapılanması gerekmektedir
- Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası

Sağlık Bakanlığı hem yeniden yapılanmasını gerçekleştirirken, hem de sağlık hizmetlerini planlaması ve sunumu sırasında sosyal devlet anlayışı çerçevesinde koruyucu hizmetlere öncelik verecek, birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilecektir.

Vatandaşlarımızın ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri ihtiyaçları ölçüsünde kullanacakları bir sigorta modeli oluşturulmalıdır.

Hizmet kalitesini arttırmak, her hastaya eşit düzeyde temel sağlık hizmetini sunmak ve hasta ile doktor arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırmak için toplumun bütününe kapsayan zorunlu sağlık sigortacılığı sistemine ihtiyaç vardır.

Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması yanında özel sağlık sigortacılığının da gelişimi desteklenerek, özel sigortaların tamamlayıcı bir rol ile sistemde bulunmaları sağlanmalıdır.

Sağlık sigortası mutlaka diğer sigorta sistemlerinden ayrılmalıdır. Primi yatırma veya sigortasız olma sorununun muhatabı sağlık kuruluşları olmamalı; sigorta kurumu bunu takip etmelidir. Hizmet üretenlere geri ödeme tek elden düzenli ve zamanında yapılmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Bileşenleri aşağıdaki gibidir (SB, 2003):

1.Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi

Sağlık hizmeti vermeye talip bütün dinamikleri sistem içine alan bir anlayış içinde hizmette rekabet ortamının oluşturulması gereklidir. Bu anlayış ülke kaynaklarının verimli

kullanımına yol açacağı gibi, herkesin kolayca erişebileceği bir hizmet sunumuna fırsat tanıyacaktır.

1.1. Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Doktorluğu

Temel sağlık hizmetlerinde sorumluluk paylaşımı ve bireye "tek pencere" sistemi ile yaklaşım başarıyı arttıracak önemli faktörlerdir. Bu yüzden bireye yönelik koruyucu hizmetler ile birinci basamak tanı ve tedavi hizmetlerinin, bireylerin kendi seçeceği doktorlar tarafından yürütülmesi amaçlanmaktadır. Bu sayede doktor ve aile üyeleri daha yakın ve kişisel ilişkiler kuracak ve sağlık eğitiminde, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın düzeltilmesinde doktor önemli rol oynayacaktır.

Bireylerin sağlık kayıtlarının birinci basamak hekimlerince tutulması kontrol, takip ve risk analizlerinin yapılabilmesine imkân sağlayacaktır. Koruyucu diş hekimliği uygulamaları birinci basamakta yer alacaktır.

1.2. Etkili, Kademeli Sevk Zinciri

Etkili bir sevk zincirinin kurulabilmesinin ön şartı, hastanın kendi seçtiği ve güvendiği bir hekimden birinci basamak hizmeti almasıdır. Bu da temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bu hizmet sunumunun kalitesine bağlıdır. Kısaca, hasta memnuniyetini esas alan bir "aile hekimliği uygulaması" sistemin esasını oluşturmaktadır.

Bu hedefe yönelik olarak planlama ve teşvik yapılması, birinci basamakta birçok hastanın probleminin çözülmesini sağlayacaktır.

1.3. İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri

Ülkemizdeki hastanelerin tümü, aralarında hiçbir ayırım yapılmaksızın, sigorta kurumu ile sözleşme yapmak ve sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlarımıza hizmet verebileceklerdir. Hastanelerimiz bu hizmeti verirken hizmet kalitesi ve sözleşme esaslarına uygun fiyat uygulamaları açısından denetim altında tutulacaktır.

Kamu hastanelerinin bu değişen yapıya uyum sağlaması, daha verimli işletmeler haline dönüşmesi ve sektörün diğer aktörleri ile rekabet edebilmesi için şu andaki merkeze bağımlı yapısından kurtulması gereklidir.

Bu yapının doğal bir sonucu olarak her hastane kendi yönetim kararlarından, hizmet kalitesinden ve verimliliğinden sorumlu olacaktır. Ancak ülkemizdeki kaynak dağılımı dengesizliği göz önünde bulundurularak sosyal devlet ilkesi gereği yetersiz bölgelerdeki sağlık kurumları desteklenecektir.

1.4. Bilgi ve Beceri ile Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü

Dönüşümlerin başarılı olarak gerçekleştirilmesi, uygun nitelikli ve gerekli insan kaynaklarının mevcudiyetine büyük ölçüde bağlıdır. Program çerçevesinde öncelikle sağlık sektöründe çalışanların görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık çalışanlarının ülke geneline dengeli dağılımını teşvik edici gönüllü politikalarla sağlayacaktır. Bu yaklaşımın sonucu olarak zorunlu hizmet kaldırılmış isteğe bağlı sözleşmeli personel uygulamasına geçilmiştir.

1.5. Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları

Dönüşümü gerçekleştirmek ve başarıyı sürekli kılmak için, halk sağlığı bilgi ve becerisine sahip, özellikle sağlık politikası, sağlık işletmeciliği, sağlık ekonomisi ve sağlık planlaması konularını bilen insanlara ihtiyaç olduğu inkâr edilemez. Ülkemizde sektörel analizleri yapabilecek, araştırmalar planlayacak, hükümetlere danışmanlık yapacak ve sektörün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kuruma ihtiyaç vardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının öncelikli hedefleri arasında ülkemize böyle bir kurumu kazandırmak vardır. Cumhuriyetimizin ilk yılları ile var olan, fakat zamanla sadece yasalarda varlığını sürdüren Hıfzısıhha Okulu'na çağdaş bir anlayışla ve bu ihtiyaçlara cevap verecek tarzda yeniden işlerlik kazandırılmıştır.

Tıpta uzmanlık eğitimi müfredat programlarının meslek örgütlerinin de katılımı ile geliştirilip denetlenmesi gerekir. Eğitim hastanelerinin yeniden organize edilip, verilmekte olan tıpta uzmanlık eğitimi planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapı oluşturulacaktır. Bu uygulamalar Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturulacaktır.

1.6. Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon

Sağlık sektöründe hizmetin kabul edilebilirliği ve standardı, en az kullanılan sarf malzemesi ile tanı ve tedavi araçlarının kalitesi kadar önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin kalite ve standardizasyonunun sağlanması, sağlık hizmetinden yararlananların memnuniyetleri ve sağlık hizmet sunucularının performans göstergelerinin oluşturulması açısından değerlidir.

Sağlık hizmetlerinde standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmalara hız verilerek ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konusunda çalışan kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek verilecektir.

1.7. Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma

İlaç, malzeme ve tıbbî cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır.

1.7.1. Ulusal İlaç Kurumu

Ülkemizde ilaçlara ve farmasötik ürünlere yapılan harcamalar oransal olarak çok yüksektir. Sosyal güvenlik kurumlarının mevcut politikaları yüzünden nüfusun çok büyük bir bölümü ilaç fiyatlarına karşı duyarsızdır. İlaç fiyat artışlarının da bilimsel bir temeli olmalıdır.

İlaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi, ilacın ruhsatlandırılması, üretimi, tanıtımı, satışı, araştırma geliştirme faaliyetlerinin yönlendirilmesi gibi konularda düzenleyici ve destekleyici olmak üzere "Ulusal İlaç Kurumu"nın oluşturulması sağlanacaktır.

1.7.2. Tıbbi Cihaz Kurumu

Tıbbi cihaz ve sarf malzemesi temini daha çok ithalata dayalıdır. Denetim, kalite belgesi ve kalibrasyon gibi konularda daha çok yurt dışı referanslar dikkate alınmaktadır. Uluslararası referansların yanında ulusal standartların belirlenmesi ve kalite belgesini tanzimi yerli üretime kolaylık sağlayacaktır. Ayrıca kullanılan cihazların periyodik kalibrasyonu, tanı ve tedavi güvenilirliğini ve verimliliğini arttıracaktır.

Tıbbî sarf malzeme ve cihaz konusunda da standardizasyon ve denetim vazgeçilmez öneme sahiptir. Hastanelerdeki klinik mühendislik hizmetlerine odaklanan ulusal düzeyde denetleyici, eğitici ve düzenleyici yetkilere sahip olarak tasarlanmış bir Tıbbî Cihaz Kurumu'nun kurulması planlanmaktadır.

2. Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bütün bileşenleri arasında uyumun sağlanabilmesi için entegre bir sağlık bilgi sistemine ihtiyaç vardır.

Sağlık hizmetlerinde eş güdüm, sağlık envanterinin oluşturulması, bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması, sevk basamakları esnasında bilgi transferi ve temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulacaktır.

Bu sistem, verilerin sağlıklı analizi ile karar vericiler ve sağlık politika yapıcılar için büyük bir destek sağlayacaktır.

3.1.1. Proje Kapsamında Gerçekleşen Uygulamalar

Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında gerçekleşen uygulamaları tespit etmek üzere, literatür taramasının yanında, Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Birimi ile Strateji Geliştirme Başkanlığı Biriminden uzmanlarla görüşülerek bilgi alınmıştır.

Aşağıda Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne yönelik temel bileşenler yer almaktadır. Bu bileşenler kapsamında Sağlık Bakanlığının tamamladığı ve yakın zamanda tamamlanmak üzere olan çalışmalar yer almaktadır.

Tablo 6. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne Yönelik Temel Bileşenler

Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Aile Hekimliği Uygulaması
• Aile Hekimliği pilot çalışmalarının yapılması • Aile Hekimliği sistemine göre vatandaşların kendi aile doktorunu seçme hakkına sahip olması • Aile Hekimliği sistemine göre doktorunun hizmetinden memnun olmayan vatandaşın istediği takdirde başka bir doktoru seçebilmesi • Aile hekimlerinin kayıt ettiği hasta başına alacağı prim alacak olması • Aile hekimlerinin verdiği koruyucu sağlık hizmeti karşılığında hizmet başına alacağı puanlarla da ek gelir sağlayacak olması • Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi • Bireye yönelik koruyucu hizmetlerin sağlanması • Temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kapsamında kişisel sağlık kayıtlarının tutulması
Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Hale Getirilmesi
• Hastane yönetimlerinin kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede daha esnek olacağı • Hastanelerin tümünün sigorta kurumu ile sözleşme yapabilmesi • Hastanelerin tümünün sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlara hizmet verebilmesi • Kamu hastaneleri merkeze bağımlı yapısında değişiklikler yapılması

Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Hale Getirilmesi
- Her hastanenin kendi yönetim kararlarından sorumlu tutulacağı - Her hastanenin kendi hizmet kalitesinden sorumlu tutulacağı - Her hastanenin kendi verimliliğinden sorumlu tutulacağı
Sağlık Sistemini Destekleyen Eğitim ve Bilim Kurumlarının Oluşturulması
- Sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kurumun oluşturulması - Tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapının oluşturulması - Bu uygulamaların Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturması
Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon
- Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğünün kurulması - Kalite konusunda koordinasyonunu sağlama çalışmaları - Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için kalite yönetimi projelerinin başlatılması - Ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamaya yönelik çalışmalar - Performans yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturulması - Kamu hastanelerinde kurumsal performans ve kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya konulması - Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasına yönelik denetim çalışmaları - Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesine yönelik düzenli işleyen bir denetim yapısı çalışmaları - Hastane altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi çalışmaları - Hastaneler puanlanmakta ve her denetim döneminde bu puanlamalar yenilenmektedir - Sağlık hizmetlerinde standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmaların başlatılması - Sağlık ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konusunda çalışan kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek verilmesi
Sağlık Bilgi Sistemi Oluşturulması
- Sağlık hizmetlerinde sağlık envanterinin oluşturulması - Bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması - Sevkiyet basamakları esnasında bilgi transferini sağlayan bir sistem geliştirilmesi - Temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulması

3.2. Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası

Sosyal güvenlik bireylerin istek ve iradeleri dışında oluşan fiziksel ve sosyal risklerin, kendilerinin ve geçindirmekle yükümlü oldukları kişilerin üzerlerindeki gelir azaltıcı ve harcama artırıcı etkilerini azaltmak ve kişilere sağlıklı ve asgari bir hayat standardını garanti edebilmek olarak tanımlanabilir. Diğer bir deyişle, sosyal güvenlik insanların bulundukları toplumlarda insan onuruna yakışır bir şekilde, başka insanlara muhtaç olmadan yaşamalarının ve kişisel özgürlüklerinin teminatıdır. İnsanlık tarihinin her döneminde, bireyler kendilerini bir takım risklere karşı korumak ihtiyacı duymuşlardır. Bu anlamda sosyal güvenlik kavramı insanlık kadar eski bir olgudur ve tarih boyunca toplumsal hayatın önemli bir parçası olmuştur (SGK, 2005).

Sosyal güvenlik sistemlerinin var oluş sebebi bireylerin kazançlarını ve çalışma yeteneklerini etkileyen risklere karşı bireyleri korumak ve bu tür risklerin zararlarını telafi etmeye çalışmaktır. Bu risklerin kapsamı yıllar boyunca her ülkede ülkenin koşullarına göre değişimlerden geçmiştir. Yirminci yüzyılın son yarısında ise, dünyadaki bütün sosyal güvenlik sistemlerinin kabul ettiği bazı uluslararası standartların oluştuğu görülmektedir. Bunlardan en önemlileri 1948 tarihli “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”, 1952 senesinde 35. Uluslararası Çalışma Konferansında kabul edilen “Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin 102 Sayılı Sözleşme”, diğer Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sözleşmeleri ve Türkiye’nin 1976 yılında onayladığı Avrupa Sosyal Güvenlik Kodu’dur. Bu sözleşmelerde sosyal güvenlik sistemi içine alınması öngörülen sosyal riskler hastalık (hem tıbbi hem de parasal yardım), işsizlik, yaşlılık, iş kazası, meslek hastalığı, analık, sakatlık, ölüm ve aile ödenekleri olarak sıralanabilir. Bu listeye en son olarak Almanya’da önerilen ve yaşlıların ve sakatların kendi evlerinde bakımlarını içeren “bakım sigortası” da eklenebilir. Birçok gelişmiş ülkede nüfusun büyük bir kısmı veya tamamı, bu sıralanan risklerin hepsine karşı sosyal güvenlik sistemleri altında korunmaktadırlar. Son 50 yıl içinde işsizlik sigortalarının verilme süreleri uzatılmış, sağlık hizmetlerinin standartları arttırılmış, aylık miktarlarının enflasyona karşı endekslenmesi benimsenmiş ve düşük gelirli grupların yararlanması için karşılıksız sosyal güvenlik garantileri sağlanmıştır. Sosyal güvenlik hizmetlerinde sağlanan

bu ilerlemeler aynı zamanda sosyal güvenlik sistemlerinin maliyetlerinin artmasına yol açmıştır.

Sosyal güvenlik sistemlerinin kurumsal gelişimini incelerken, 19. yüzyılın son çeyreğinden itibaren sanayi devrimini yaşayan ülkelerde gördüğümüz sosyal güvenlik sistemini başlangıç noktası olarak alabiliriz. Daha sonraki dönemlerde bugün birçok ülkede gördüğümüz sosyal güvenlik sistemlerinin temelleri atılmış ve sosyal güvenlik sistemi devletin, gönüllü kuruluşların ve sendikaların yaptıkları yardımlardan oluşan yapısından çıkıp, sosyal sigortaların öne çıktığı bir yapıya dönüşmeye başlamıştır. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde sosyal güvenlik sistemlerinin devamlılığının garantilemesi ve daha yüksek sosyal güvenlik standartlarının sağlanması için, kamu tarafından yapılan harcamalar artmıştır. Daha sonraki yıllarda insanların daha iyi yaşam şartlarını ve sağlık hizmetlerini talep etmeleri sonucunda Avrupa'da sosyal refah devleti kavramı ortaya çıkmıştır. Refah dönemi diye de bilinen ve 1975 yılına kadar süren bu dönemde genel olarak bütün devletlerin sosyal güvenlik alanındaki görev ve sorumlulukları artmıştır. Aynı dönemde değişik ülkelerde uygulanan sosyal güvenlik sistemlerinin yapısı ve bu ülkelerde devletin sosyal güvenlik konusunda benimsediği sorumluluklar değişiklik göstermiştir. Örneğin, İngiltere, İsveç ve Danimarka gibi kimi ülkeler çoğunlukla devlet bütçelerinden genel vergilerle finanse edilen ve toplumun bütününe kapsayan sosyal güvenlik sistemleri benimsemişler, Almanya, Fransa ve İtalya gibi ülkeler ise sistemlerini sosyal sigortalar çerçevesinde düzenlemişlerdir (TC çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2005).

Günümüz sosyal güvenlik sistemlerinin gelişmesine öncülük eden en önemli ülke, Bismark Modeli'nin geliştirildiği Almanya olmuştur. Almanya'yı, Beveridge Modeli'nin uygulandığı İngiltere ve daha sonra Kara Avrupa'sı, Kuzey ve Güney Amerika ve Asya ülkeleri izlemiştir. Bugün gelişmekte ve gelişmiş olan ülkelerin çoğunda benimsenmiş olan sistemlerin ortak özelliği ise, sosyal sigortacılık anlayışının hâkim olmasıdır. 1970'lerin ikinci yarısından sonra birçok gelişmiş ülkedeki sosyal güvenlik sistemleri değişen toplumsal ihtiyaçlar sonucu ciddi mali krizlerle karşılaşmış ve köklü reformların yapıldığı yeni bir evreye girmişlerdir.

3.2.1. Genel Sağlık Sigortasının Genel Hatlarıyla Tanımı ve Gelişimi

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sorunlarının niteliği, kişilerin sağlık sistemlerinden talepleri ve tercih ettikleri hizmetler değişmektedir. Tedavi hizmetlerinin kapsamı, teknolojisi ve maliyeti artmakta; ülkeler, kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirerek tedavi hizmetlerinin maliyetlerini düşürme ve kaynaklarını daha etkili kullanabilmek için sistem arayışlarına girmektedir.

Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ele alındığında, Türkiye'nin sağlık göstergeleri tatmin edici değildir. Türkiye'de en yaygın ölüm sebepleri önlenabilir ve kontrol edilebilir sebeplerdir. Türkiye'nin nüfus yapısındaki değişimin eğilimleri de hizmet sunumunda bir değişimi gerektirmektedir. Ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin hala tam olmadığı, sağlık için harcanan kısıtlı kaynağın büyük bir kısmının tedavi edici hizmetlere harcandığı, sağlık hizmetlerini kullanan ve sunanların hizmet çeşidinden ve kalitesinden memnun olmadığı görülmektedir. Bütün bunların yanı sıra daha birçok etken ve sağlık sektöründe iyileşmeye olan bu büyük ihtiyacın bilinci devleti alternatif modeller aramaya yöneltmiştir (Aytekin, 2000:150).

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan, sağlık sigortasıdır. Genel sağlık sigortasının anlamı ise, bir ülkedeki bütün fertlerin ağırlıklı sistem sağlık sigortası olmak üzere sağlık güvencesine kavuşturulmasıdır. Gelişmiş ülkelerde, geçirilen uzun deneyimler sonucu, hemen hemen tüm vatandaşları kapsamına almış olan sağlık sosyal güvenlik sistemleri mevcutken, ülkemizde hâlen belirli kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Öte yandan, ülkemizde bugün için sosyal sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Var olan sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamakta, hatta aynı kuruluşça üyelerine farklı gruplar için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş

grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir (<http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php>).

Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile birlikte vatandaşlar arasında sağlık hizmetine erişim ve kullanım konusundaki ayrımcılığın sona ermesi, herkese eşit kapsam ve kalitede sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır. Planlanan bir diğer önemli yenilik ise, yoksul vatandaşların sağlık sigortası primlerinin devlet tarafından karşılanacak olmasıdır. Ayrıca, anne ya da babasının prim borcu olup olmadığına ya da diğer yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğine bakılmaksızın, 18 yaş ve altındaki bütün çocuklar koşulsuz olarak bütün sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olacaklardır. Çalışanların primleri işverenleri tarafından, işveren olanların veya zengin olanların primleri kendileri tarafından, yoksul olanların primleri ise devlet tarafından yatırılmak suretiyle tüm vatandaşlarımız sağlık sigortası güvencesine kavuşacaktır. Genel Sağlık Sigortası kapsamında verilecek sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki olmayacaktır. Özel sigortacılıktan farklı olarak, bir risk hesabı yapılmayacaktır. Genel Sağlık Sigortası'nda sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektör hastaneleri, laboratuvarları ve tetkik merkezlerinden, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanmış polikliniklerden hizmet alınmak suretiyle sağlanacaktır. Sigortalılar, sözleşme imzalayan sağlık hizmeti sunucularından hiçbir bedel ödemeksizin faydalanabileceklerdir. Tasarı ile kamu-özel ayrımı olmadan, sektörün tamamında rekabet şartlarına dayanan daha kaliteli sağlık hizmet üretilmesi teşvik edilecektir (SGK, 2007).

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalayarak, düşük gelir gruplarına devlet yardımı yaparak sağlık finansmanında yeni bir yapılanmayı gerekli kılmaktadır. Şüphesiz tüm vatandaşlarını sağlık hizmetinden yararlandıran Yeni Zelanda, İngiltere gibi örnek ülkeleri vermek mümkündür. Ancak Yeni Zelanda, sosyal güvenlik sisteminde 1993'de yaptığı değişikliklerle hastalık yardımlarında belli kısıtlamalara gitmiş, sağlık sisteminin finansmanı üzerine bir dizi tedbir almıştır. İngiltere'de çeşitli türde tıbbi yardımlar, iş kazası yardımları, çocuk yardımı için herhangi bir sigorta kaydının bulunmasına gerek yoktur. Bu yardımlar için finansman kaynağı vergilerdir. Her İngiliz vatandaşı Ulusal Sağlık Hizmeti'nce seçilmiş bir pratisyen hekimin listesine

kayıtlıdır. Kişinin bir uzmanca görülmesi veya hastaneye yatırılması gerektiğinde tek yetkili bu hekimdir. Hekimler ücretlerini devletten almaktadır (OECD, 1994: 239).

Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası (GSS) düşüncesi ilk kez 1946 yılında gündeme gelmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı’nın (SB) bu girişimi başarısızlığa uğramıştır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:85-94). Bu tarihten sonra SB’nın GSS kurulması hedefi çeşitli zamanlarda gündeme gelmiştir. Bu hedef 1963 yılındaki Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na da yansımış ve dördüncü plan dışındaki bütün planlarda yer almıştır (Özsarı ve Varlık, 1998:2002-2005). Bu amaçla ilk kez 1968 yılında SB’nca hazırlanan bir rapor, 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası’nın tüm yurda yayılması aşamasından önce mutlaka bir GSS sisteminin aşamalı olarak hayata geçirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu rapordan sonra çeşitli tarihlerde bir dizi Yasa tasarısı ve taslağı hazırlanmıştır. 1968 tarihli raporu Yasa maddeleri haline getiren ilk tasarı 1974 yılında hazırlanmış, ancak yasalaşamamıştır. Bu konudaki çabalar 1982 Anayasa’sına da yansımış ve Anayasa’nın 56.maddesinde “...kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” ibaresi yer almıştır (Sağlık Bakanlığı).

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi’nin 1984 yılında “Herkes İçin Sağlık” politikasını belirlemesi, bu bölgede ulusal sağlık politikası belirleme çalışmalarını başlatmıştır. 1980’li yılların sonunda DSÖ uzmanları desteği ile Türkiye’de de başlayan çalışmaların bir boyutu da sağlık finansmanı ile ilgilidir. Ayrıca bu dönemde DB ile “sağlık sektörünün finansman yapısı” konusunda yürütülen çalışmalar, 1990 yılında DB ile SB arasında “Sağlık Projesi İkraz Anlaşması”nın yapılmasına ve projenin yürütülmesi için SB bünyesinde Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nün kurulmasına yol açmıştır. SB bu çalışmalar içerisindeyken, DPT sağlık planının temel ilkelerini belirlemek üzere 1990 yılında “Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü” çalışmasını yaptırmıştır. Sağlık sektörü reformu için dört formül öneren bu Plan’ın “ara formül” önerisi benimsenmiştir. Bu ara formül, GSS ile birlikte vergilere dayalı finansmanı tavsiye etmektedir (DPT, 1990).

1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri’nin yapılmasına da neden olan Master Plan Etüdü, Türkiye’de sağlık finansmanını da içeren sağlık reformu

sürecini başlatmıştır (Morlock ve diğerleri, 2004:45). Kongre çalışmaları sonucunda 1993 yılında hazırlanan resmi “Ulusal Sağlık Politikası” dokümanı 1999 yılına kadar bütün vatandaşları kapsayacak bir GSS sistemi kurulmasını hedeflemiştir (SB, 1993:57-59; Ergör ve Öztekin, 2000:194). Bu çalışmalar paralelinde 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır.

SB ve DPT çalışmalarının yanı sıra, Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı, açtığı bir ihale ile “Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu”na, “Sağlık Finansmanı Politikası Seçenekleri Araştırması”nı yaptırmıştır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:93).

Bu gelişmelerle 1990’ların başından itibaren yoğunlaşan GSS tartışmaları, iktidara gelen her hükümet tarafından benimsenmiş, bu tarihten sonraki bütün kalkınma planlarında yer almış, sadece hazırlanan tasarı ve taslaklar farklı iktidarlar döneminde farklı isimler almıştır¹. Tasarı ve taslak isimleri farklı olsa da 1990’lardaki sağlık reformu programı sağlık finansman reformu, hastaneler ve sağlık işletmeleri reformu, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri reformu, teşkilat ve yönetim reformu, insan kaynakları reformu ve sağlık enformasyon sistemleri konularını kapsamıştır. Bu reform arayışlarının sağlık finansmanı ile ilgili kısmı ancak 59. Hükümet döneminde SSGSS Yasası’nın kabulü ile noktalanmıştır. 59. Hükümet yukarıda belirtilen diğer sağlık reformlarını “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile hayata geçirmektedir (Müderrişoğlu, Say ve İçki, 1998:165-196; Özçatal, 1999).

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının gerçekleştirilmesi için değişik tarihlerde çalışmalar yapılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın 1967’de oluşturduğu komisyon ilk kez Genel Sağlık Sigortası tasarısını hazırlayıp Bakanlığa vermiş ancak bu tasarı hükümete iletilmemiştir. Genel Sağlık Sigortası, 1969’da Sigorta Yasası olarak TBMM’ne sevk edilmiş fakat komisyonlarda görüşülememiştir. Genel Sağlık Sigortası

¹ Örneğin Nisan 1997 tarihinde “Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Taslağı ve Gerekçeleri” hazırlanmış, ancak TBMM’ye sunulamamıştır. Benzer bir taslak bir sonraki hükümet tarafından 1998 yılında “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarı Taslağı” adıyla TBMM’ye sunulmuştur.

alanında ilk ge çalışma, Sağlık Bakanlığı'nca 1989 yılında başlatılmış ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı oluşturulmuştur. Ancak bu tasarıda çeşitli nedenlerle yasalaşmamıştır. 1992 yılında kabul edilen 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilene kadar fakir vatandaşların sağlık hizmeti, ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında 1997 Programı içinde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkin sunumu amacıyla “Aile Hekimliği” uygulamasına geçileceği, sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasının sağlanacağı belirtilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Plan döneminde de Genel Sağlık Sigortası üzerinde çalışmalar yapılmış ve 2005 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM’ne gönderilmiştir. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM’de kanunlaştığında tüm nüfus sağlık güvencesine sahip olacaktır. Bu bağlamda Genel Sağlık Sigortası kapsamına, “Türkiye’de sürekli ikamet eden T.C. vatandaşları ile bunların yabancı uyruklu eş ve çocukları, sosyal sigorta kurumlarına tabi çalışan yabancılar ve Türkiye’nin onayladığı sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında olan kimseler ile sığınmacılar ve vatansızlar” girmektedir (Orhaner, 2000).

3.2.1.1. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Üzerine Eleştiriler

Orhaner, (2006) Genel Sağlık Sigortasının ülkemizde uygulanmasının olumlu ve olumsuz taraflarını şöyle sıralamaktadır:

- Genel Sağlık Sigortası ile toplumun tüm fertleri sağlık hizmetlerinden faydalanacaktır. Böylelikle tıbbi bakım ve tedavi garantisini bütün ülke nüfusuna sağlayan Japonya, İngiltere, İsveç, Avustralya, vb. arasında Türkiye’de yer alacaktır.

- Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetlerine olan talep büyük kentlerdeki sağlık tesislerine kaymayacak her il ve ilçede aile hekimleri gerek görmezse hastaları hastaneye göndermeyecektir.
- Sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları işletmecilik anlayışına uygun olarak daha verimli çalışacak bunun için sağlık kurumları arasında rekabete önem vereceklerdir. Rekabet ortamında her sağlık kurumunun teknolojiye, hizmet kalitesine, kaynak kullanımına, fiyata, nitelikli işgücü ve ücret durumuna, vb. önem vermesi gerekecektir.
- Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun tümüne asgari sağlık hizmeti verileceğinden daha fazla daha iyi daha kaliteli hizmet bekleyen kişilerin özel sağlık sigortalarına talebi artacaktır. Özel sağlık sigortasının gelişmesi sigorta sektöründe mali kaynağın artması aynı zamanda kaliteli sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının da yurt genelinde artması ve yaygınlaşması anlamına gelecektir. Dolayısıyla özel kesimin sağlık yatırımlarını artıracığı, sağlık arzında daha fazla söz sahibi olacağı söylenebilir.
- Ülkemizde temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale gelecektir. Aile hekimliği sistemi yerleştğinde hastaları takip etmek, hastanın hastalık ilerlemeden aile hekimini daha sık ziyaret etmesi mümkün olacaktır. Yatak sayısı, hizmet kalitesi gelişecek, sağlık kurumları birer sağlık işletmesi olarak özerkleşecektir.
- Ülkemizde hasta yatak kullanma oranı ortalama % 62 iken il merkezlerinde bu oran % 75'in üstünde, ilçe merkezlerinde % 25'in altında kalmaktadır (DPT, 2004: 147). Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya girmesiyle il merkezlerindeki hastanelere olan yoğun talep ilçe merkezlerine kayacaktır.

- Devletin sağlık hizmetlerinin üretimini daha fazla yerel yönetimlere bırakabileceği de beklenmelidir. Böylelikle merkezi yönetim sadece denetim isini sürdürerek bulunulan mahallin sağlık ihtiyacını yerel yönetimlerin yerine getirmesini bekleyecektir.

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası uygulanmasının olumsuzlukları ise;

- Genel Sağlık Sigortası uygulamaya girdiğinde, kısa vadede getireceği en önemli sorun kargaşadır. Hastaların daha önceki alışkanlıklarından vazgeçip aile hekimine gitmesi kolay olmayacaktır. Kaldı ki aile hekimliği konusunda çalışmaların hemen başlaması, kişilerin aile hekimini tanınması gerekmektedir. Bunun için aile hekimliğinin yeri, araç-gereçleri, idari personeli, teknik donatımı, vb. belirlenmeli bunun için şimdiden finansman kaynakları bulunmalıdır. Kısa vadede sağlık kurumları ve sağlık personelinin sayıca artırmak, zordur. Hekim sayısının artması bilindiği gibi en az altı yılı gerektirmektedir.
- Genel Sağlık Sigortası uygulaması için de devletin finansman kaynağına ihtiyacı vardır. Halen sağlık harcamalarında en önemli finansman kaynağı devlet bütçesiydi. Genel Sağlık Sigortası ile devlet yine en önemli finansman kaynağıdır ancak prim ödeme gücü olan Bağ-Kur'ludan destek almaktadır. T.C. Emekli Sandığı sağlık primi olarak prim almazken bu uygulamayla çalışandan % 6, işverenden (devlet) % 6,5 prim alacaktır. Dolayısıyla T.C. Emekli Sandığı'nda sigortalı sağlık primi olarak % 6 katkı verecektir. Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı sigortalılar ise % 5 prim öderken % 6, işveren % 6 öderken % 6,5 prim ödeyecektir. Genel olarak sağlık primi artmış gözükmemektedir. Sigortalılar bunun farkında olarak daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyeceklerdir.
- Genel Sağlık Sigortası sağlık konusunda asgari sağlık hizmeti verecek daha fazla ve kaliteli sağlık hizmeti için kişiler özel sağlık sigortasına ihtiyaç duyacaklardır. Oysa

sağlık hizmetlerinin kısa ve orta vadede artırılması mümkün değildir. Uzun vadede özellikle özel kesim sağlık hizmetleri arzında daha istekli olabilir.

- Yıllardır üç ana sosyal güvenlik kuruluşunun (Bağ-Kur, SSK, T.C. Emekli Sandığı) aynı çatı altında belli bir standart ve normda hizmet sunması sağlanamamıştır. Genel Sağlık Sigortası ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar da sağlık güvencesine alınacağı için bu yeni grup için sunulan sağlık hizmetinin hangi sosyal güvenlik kuruluşuna yakın olacağı bilinmemektedir. Kaldı ki hangi sağlık hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınacağı (estetik operasyonlar, vb.) tartışma konusu olacaktır.
- Ülkemizde sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu gibi şehirlerarası da büyük farklılıklar bulunmaktadır. Birçok şehrimizde hekim, araç-gereç yetersizdir. Bunların ihtiyaca cevap verebilir hale gelmesi orta ve uzun vadede mümkündür.
- Genel Sağlık Sigortası sistemi ulaşım, haberleşme, kentleşme, vb. alanlarında sağlam bir alt yapı gerektirmektedir. Oysa bu alanlarda eksiklikler bulunmaktadır. Elektrik kesintisi, haberleşmede tıkanıklıklar, bilgisayar sistemlerinde geçici duraksamalar, özellikle doğu bölgelerimizde kış aylarında kapalı yollar, vb. sağlık hizmetinden yararlanmayı güçleştirmektedir.
- Özel sağlık sigortası şirketlerinin prim tespitinde daha gerçekçi olması, zamanında ödeme ya da hizmet yapması ve güven yaratması gerekmektedir. Bugünkü şartlar devam ettiği sürece Genel Sağlık Sigortası uygulamaya girdiğinde özel sağlık sigortasına olan talep artışı sigorta şirketlerinin tutumu nedeniyle tersine dönebilir. Özel sağlık sigortası yaptırmak yerine kişiler sağlık hizmetini doğrudan satın almayı tercih edebilir.

Aşağıda Genel Sağlık Sigortası ile ilgili yapılan çalışmalar yer almaktadır.

Tablo 7. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında yapılan Uygulamalar

- SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri
- Yeşil kart kapsamının genişletilmesi
- Sağlık Hizmetlerinde temel teminat paketi uygulaması
- Hastalık ve analık nedeniyle ayakta ve yatarak hekim tarafından yapılan muayene, laboratuvar, tetkik ve tedaviler, tıbbi danışmanlık hizmetinin verilmesi
- Acil sağlık hizmetlerine herkesin ulaşması
- 18 yaşına kadar ağız ve diş muayenesi diş hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olması
- 60 yaş üzeridekiler için diş protezleri için katkı payı alınması
- Çocuğu olmayan kişinin 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması halinde, 2 kez tüp bebek tedavi masraflarının karşılanması
- Sağlık hizmetlerine ödenecek tutarların “Sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonu”na belirlenmesi
- Estetik amaçlı sağlık hizmeti, estetik amaçlı ortodontik dış tedavileri ve alternatif tıp uygulamalarının karşılanmayacak olması
- Hekimin göreceğı lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğı kişilerin yurtdışı dâhil yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde, kendisinin ve bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri ve gündeliklerinin karşılanacağı
- Sağlık karnesi uygulamasının kaldırılması
- Kamu hastanelerinin “Sağlık İşletmelerine” ne dönüştürülmesi.

3.3. Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi tarafından yürütülen “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” Projesi

Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi tarafından yürütülmekte olan araştırma projesinin adı "Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi"dir.

Ülkemizde son yıllarda “Sağlıkta Yeniden Yapılanma” adı altında özetlenen ve sağlık hizmetinde performansı, hizmetin verimliliğini, kalitesinin ölçülebilirliğini ve denetlenebilirliğini öngören bir dizi çalışmalar yapılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumuna yönelik bu tür yeni yaklaşımlar; bir yandan bu konuda istatistiksel çalışmaların ve maliyet analizlerinin yapılmasını, diğer yandan gerçekçi bir bütçeleme yapabilmek için yıllar içinde sağlık harcamalarındaki değişimin tahminini sağlayacak simülasyon sistemlerinin geliştirilmesini amaçlamakta olup, bu kapsamda yapılacak bilimsel çalışmalar, bir dizi verinin toplanmasını ve bu verilerden yararlanarak kodlama, sınıflandırma ve sağlık hizmetlerine dair fiili maliyet analizlerinin yapılmasını zorunlu kılmaktadır.

Bu yeni anlayış çerçevesinde Hacettepe Üniversitesi tarafından hazırlanarak yürütülen ve detayları bu dokümanda belirtilen araştırma ve geliştirme projesine yönelik olarak Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi arasında görüş birliğine varılmış ve bir protokol düzenlenmiştir.

Bu kapsamda; sağlık kurumlarının finansman yönetiminin en önemli fonksiyonlarından olan sağlık bakım hizmetleri ödeme yöntemleri, aktivite bazlı bütçeleme ve tıbbi malzeme yönetimi ile bu alanlar için gerekli enformasyon altyapıları ile enformasyon sistemlerine yönelik olarak “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve

Yeniden Yapılandırılması için Alt yapı Geliştirilmesi” adı altında bir proje başlatılmıştır. Projenin finansmanı Maliye Bakanlığı tarafından Üniversite Bütçesine aktarılacak ödeneklerden sağlanmaktadır.

Projenin amaçları; Proje üç ana bölümden oluşmaktadır:

1. Hizmet başına ödeme sisteminin yeniden yapılandırılması;
2. Tanı ilişkili gruplara dayalı diagnosis related group (drg) önceden belirlenmiş vaka başına ödeme sistemi ve bütçeleme sistemi geliştirilmesi;
3. İlaç ve tıbbi malzeme yönetimi için altyapı geliştirilmesi.

Projenin nihai amacı; sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin kontrol altına alınmasını ve sağlık bakım kurumlarının verimli birer işletme olarak yönetilmesini sağlayacak finansman yönetimi yöntemleri geliştirmek için araştırma ve altyapı geliştirme çalışmaları gerçekleştirerek kamu maliyesinin güçlendirilmesine katkıda bulunmaktır.

Projenin her bir bölümüne yönelik amaçlar aşağıda verilmiştir:

1. Hizmet Başına Ödeme Sisteminin Yeniden Yapılandırılması – Sağlık hizmetlerinin ödemeleri için ülkemizde halen uygulanmakta olan Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) Sistemi uluslararası alanda uygulanmakta olan diğer hizmet başına ödeme sistemlerinden de yararlanılarak gözden geçirilecek, hizmet başına ödeme sisteminin daha etkili ve rasyonel bir biçimde uygulanması sağlanacaktır;
2. Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) Önceden Belirlenmiş Vaka Başına Ödeme Sistemi ve Bütçeleme Sistemi Geliştirilmesi – Yatarak tedavi gören hastalara verilen sağlık hizmetlerinin ödemelerinde tüm finansal riskleri geri ödeme kurumlarına

yükleyen hizmet başına ödeme sisteminden finansal risklerin sağlık hizmeti veren kurumlarla paylaşılmasını sağlayan ve giderek artan bir biçimde pek çok ülkenin ulusal sağlık sistemlerinde uygulanmakta olan vaka başına ön ödeme sistemine geçilmesi sağlanacaktır. “Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG)” bir ön-ödeme ve bütçeleme sistemine geçilmesi, sağlık hizmeti veren kurumların da verimli bir işletme olarak yönetilmelerini teşvik edecektir;

3. İlaç ve Tıbbi Malzeme Yönetimi için Altyapı Geliştirilmesi – Geri ödeme kurumları ile sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar için en önemli maliyet kalemlerinden birini oluşturan ilaç, tıbbi sarf malzemesi ve tıbbi cihazların satın alınması, stok yönetimi, fatura edilmesi gibi temel tıbbi malzeme yönetimi süreçlerinin etkin ve verimli bir şekilde yönetilebilmesi için gerekli enformasyon sistemlerinin kurulabilmesi için gerekli altyapı çalışmaları gerçekleştirilecektir.

Belirlenen amaçlara uygun olarak Proje’nin her bir bölümü kapsamında ulaşılması gereken sonuçlar aşağıda belirtilmiştir:

1. Hizmet Başına Ödeme Sisteminin Yeniden Yapılandırılması

BUT’da yer alan sağlık hizmetleri listesi, uluslararası standartlara göre gözden geçirilerek yeniden hazırlanmış olacaktır.

BUT’da yer alacak sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılabilmesi için, her hizmetin birbirlerine göre göreceli maliyetlerinin esas alınacağı bir “Katsayı ve Parasal Dönüştürme Faktörü Sistemi” geliştirilmiş olacaktır.

BUT’da yer alacak tanısal tetkiklerin gereğinden fazla yapılıp fatura edilmesini önlemek için gerekli idari ve tıbbi kurallar geliştirilmiş olacaktır.

BUT’da yer alan sağlık hizmetlerinin ödemeleri ile ilgili kurallar, yoruma neden olmayacak ve enformasyon sistemleri tarafından işlenebilecek şekilde yeniden tanımlanmış olacaktır.

Yeni geliştirilecek fiyatlandırma sistemi ile her mali yıl başında öngörülecek fiyatların bütçeye etkisinin tahmin edilebilmesi için bir “Simülasyon Sistemi” geliştirilmiş olacaktır.

BUT’da yer alan ilaç, ortez, protez, tıbbi sarf malzemesi gibi diğer ödeme kalemleri uluslararası standartlara uygun bir şekilde sınıflandırılmış olacaktır.

BUT’da yer alan hastalık tanılarında ICD-10-AM dört basamak kodlarının ülke çapında kullanılmasının başlatılması için gerekli alt yapı çalışmaları yapılmış olacaktır.

Sistemin idamesi için gerekli kurumsal mekanizmalar tasarlanmış, gereken yasal düzenlemeler tespit edilmiş olacaktır.

Sistemin desteklenmesi için gerekli elektronik kaynaklar ve enformasyon sistemleri geliştirilmiş ve kurulmuş olacaktır.

Hizmet başına ödeme sisteminin yeniden yapılandırılması çalışmaları için tanıtım faaliyetleri yapılacaktır.

2. Tanı İlişkili Gruplara Dayalı Vaka Başına Ödeme ve Bütçeleme Sistemi Geliştirilmesi

Tanı İlişkili Gruplara Dayalı bir önceden ödeme sistemine geçmek için farklı DRG sistemlerinin incelenerek, seçilecek DRG sistemine dayalı bir Ulusal DRG sistemi geliştirmenin gerekliliklerinin belirlenmesi için benzerlik-farklılık analizleri yapılmış olacaktır.

Seçilecek DRG sisteminin Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde pilot uygulaması yapılmış olacaktır.

Farklı kurumlara bağlı ve farklı maliyet yapılarına sahip 8 hastane seçilerek Ulusal DRG sistemi geliştirilmiş olacaktır.

Dört basamaklı ICD-10-AM hastalık kodlamaları uygulamasının ülke çapında yaygınlaştırılabilmesi için altyapı çalışmaları tamamlanmış olacaktır.

Geliştirilecek Ulusal DRG sistemine uygun bir DRG Yönetim yazılımı geliştirilmiş olacaktır.

Tanı ve cerrahi girişim kodlamalarının kolay ve hatasız bir şekilde yapılabilmesini sağlamak amacıyla kod bulma yazılımı geliştirilmiş olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin ödenmesi ve hastane bütçelerinin hazırlanması için DRG'lere dayalı ödeme ve bütçe hazırlama modelleri geliştirilmiş, gereken yasal düzenlemeler tespit edilmiş olacaktır.

Sağlık hizmetlerinin yönetilmesi için gerekli enformasyonun elde edilmesini sağlamak amacıyla Ulusal DRG verilerinin toplanmasını ve analiz edilmesini sağlayacak bir yönetim enformasyon sistemi kurulmuş olacaktır.

3. İlaç ve Tıbbi Malzeme Yönetimi için Altyapı Geliştirilmesi

Tıbbi malzeme yönetimi süreçlerinin elektronik ortamda yürütülebilmesi için gerekli uluslararası standartlar belirlenerek uygulamaya konulmuş olacaktır.

Ülkemizde ruhsatlandırılan tüm ilaçlar ile bu ilaçları üreten ve/veya ithal eden firmalar ile ilgili temel bilgileri içeren bir "Ulusal İlaç Bilgi Bankası" kurulacak ve anılan bankanın idamesi için gerekli enformasyon sistemleri geliştirilecektir.

Ülkemizde sağlık kurumlarının satın alacakları tüm tıbbi sarf malzemesi ve cihazların tanımlarının, bu cihaz ve malzemelerin üretimini, alım ve satımını yapan gerçek ve tüzel kişilere ilişkin bilgilerin kaydedilip izleneceği bir "Tıbbi Sarf Malzemesi ve Cihaz Bilgi Bankası" kurulacak ve bu bilgi bankasının idame edilmesini sağlayacak enformasyon sistemleri geliştirilecektir.

Sistemin idamesi için gerekli kurumsal mekanizmalar tasarlanacak ve gereken yasal düzenlemeler tespit edilecektir.

Çalışma kapsamında Hacettepe Üniversitesi Proje Birimi ile görüşülmüş, gerçekleştirilen faaliyetler ile ilgili aşağıdaki tablo oluşturulmuştur.

Tablo 8. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılmasına Yönelik Çalışmalar

GSS Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemeleri İçin Gerekli Politikaların ve Araçların Geliştirilmesi
- GSS tarafından ödenecek tüm sağlık bakım hizmetleri için gerekli hizmet satın alma sözleşmeleri hazırlanması - Sağlık politikalarının desteklenmesi için sağlık bakım hizmetleri ödemelerine dayalı teşvik mekanizmaları geliştirilmesi - Operasyonel faaliyetleri yürütecek bir “Sağlık Bakım Hizmetleri Ödeme Birimi” oluşturulması
GSS Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemeleri İçin Gerekli Politikaların ve Araçların Geliştirilmesi
- Satın alınacak sağlık bakım hizmetleri ödemelerini izleyecek ve değerlendirecek bir “Denetim Birimi” ve “İzleme Değerlendirme Sistemi” oluşturulması - Provizyon, fatura ve geri ödeme için Medula sisteminin kullanılması - Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) Sisteminin gözden geçirilecek hizmet başına ödeme sisteminin daha etkili ve rasyonel bir biçimde uygulanması - GSS ile uygulanacak ödeme modelleri - Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) Önceden Belirlenmiş Vaka Başına Ödeme Sistemi ve Bütçeleme Sistemi Geliştirilmesi - Yatarak tedavi gören hastalara verilen sağlık hizmetlerinin ödemelerinde risklerin sağlık hizmeti veren kurumlarla paylaşımının benimsenmesi - Yatarak tedavi gören hastalarda vaka başına ön ödeme sistemine geçilmesi - Sistemin desteklenmesi için gerekli elektronik kaynaklar ve enformasyon sistemleri geliştirilmesi - Ulusal Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Hekim Veritabanının oluşturulması - Fatura ve diğer suiistimallerin tespiti için sistem geliştirilmesi
Hastane Tipleri ve Bölgelere Göre Yatan Hasta Sağlık Bakım Hizmetleri Maliyet Analizleri
- Sağlık bakım finansman yönetimi aracı olarak, DRG uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılması - Klinik kodlama eğitimlerinin yaygınlaştırılması - Seçilmiş 8 hastanede klinik ve maliyetlendirme verilerinin kalitesinin artırılması çalışmaları - Farklı hastane tiplerini ve farklı maliyet yapılarını temsil edebilecek 40 hastanede DRG'lere dayalı klinik kodlama ve maliyetlendirme çalışmaları - DRG klinik kodlama ve maliyetlendirme verilerinin merkezi olarak toplanmasını ve analiz edilmesini sağlayacak bir yönetim enformasyon sistemi kurulması - Ulusal Klinik Maliyetlendirme Standartlarının geliştirilmesi - BUT'da yer alan hastalık tanılarında ICD-10-AM dört basamak kodlarının kullanılması

İlaç ve Tıbbi Malzeme Yönetimi için Altyapı Geliştirilmesi
• Ulusal İlaç Bilgi Bankasının kurulması • Tıbbi Sarf Malzemesi ve Cihaz Bilgi Bankasının kurulması

BÖLÜM II. MATERYAL ve METOT

2.1.Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Sağlık Yöneticilerinin reform çalışmaları sonucu ortaya çıkan mevzuat ve uygulama değişiklikleri konusundaki farkındalıklarını ölçmek ve sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumuna yönelik görüşlerini değerlendirmektir.

2.2.Problem Cümlesi

“Ankara ilindeki Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile Özel Hastanelerdeki sağlık yöneticilerinin sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumuna yönelik reform çalışmaları hakkında bilgi düzeyleri nedir?” sorusu bu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

2.3.Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın uygulanma aşamasında tüm Türkiye’deki Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile Özel Hastaneler için düşünülmüştür, fakat maliyet ve zaman kısıtlılığından dolayı çalışma, sadece Ankara’daki hastanelere indirgenerek uygulanmıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığına bağlı bazı hastanelerdeki üst düzey yöneticiler iş yükü ve hasta sirkülasyonu yoğunluğu bakımından anketi uygulayamamıştır.

2.4.Evren ve Örneklem

Genel Sağlık Sigortasını ve Finansman alt yapısını konu alan bu çalışmada, evrenimizi Ankara ili merkezindeki Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ile özel mülkiyetli hastanelerin üst düzey yöneticileri oluşturmaktadır. Saha aşamasında, hastanelerin üst düzey yöneticilerine anket uygulanmıştır.

Ankara ili merkezinde 16 tane Sağlık Bakanlığına bağlı hastane, 18 tane özel hastane bulunmaktadır. Araştırmada, bu hastanelerin üst düzey yöneticileri kapsama alınmış, randevu sistemiyle anketler uygulanmıştır. Çalışma Ankara ili merkezi için tam sayım esası ile tasarlanmış, örneklem kullanılmamıştır ancak, sadece görüşmeyi kabul eden cevaplayıcıların anket sonuçları değerlendirmede esas alınmıştır.

Saha çalışmasında Sağlık Bakanlığına ait 3 hastaneden görüşme randevusu geri çevrilmiş bu 3 hastaneye anket uygulanamamıştır. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığına (SB) bağlı 16 hastaneden 3'üne ulaşmak mümkün olmamış, 13 hastanedeki 30 yöneticiye anket uygulanabilmiştir. Aynı durum özel hastaneler içinde geçerli olmuş ve 18 hastaneden 15'ine ulaşılmış ve toplam 36 hastane yöneticisine anket uygulanmıştır. Aşağıda tablo 9'da görüşmeye gidilen SB bağlı hastanelerle özel hastanelerde uygulanan anket sayıları dağılımı görülmektedir.

Tablo 9. Çalışma Kapsamında Görüşülen Hastane ve Uygulanan Anket Sayıları

Özel Hastaneler	Uygulanan Anket Sayısı
Özel Bayındır Ankara Hastanesi	3
Özel Güven Hastanesi	2
Özel Akay Hastanesi	3
Özel Mesa Hastanesi	4
Özel Kavaklıdere Umut Hastanesi	2
Özel Yüzüncü Yıl Hastanesi	2
Özel Çağ Hastanesi	2
Özel Keçiören Hastanesi	2
Özel Ulus Hastanesi	3
Özel Lokman Hekim Hastanesi	2
Özel Çankaya Hastanesi	2
Özel Kudret Göz Hastanesi	2
Özel Bayındır Kavaklıdere Hastanesi	2
Özel Ankara 29 Mayıs Hastanesi	3
Özel Lösante Lösemili Çocuklar Hastanesi	2
Özel Hastaneler Toplam	36
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	Uygulanan Anket Sayısı
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	4
Ulus Devlet Hastanesi	2
Etlik İhtisas Hastanesi	3
Gazi Devlet Hastanesi	3
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2
Türkiye Yüksek İhtisas Eğit. ve Araş. Hastanesi	2
Etlik Doğumevi ve Kadın Hast. Hastanesi	2
Zübeyde Hanım Doğum ve Çocuk Bakımevi	2
Dış kapı Yıldırım Beyazıt EA Hastanesi	2
Dış kapı Çocuk Hastalıkları EA Hastanesi	2
Dr.S.Ulus Çocuk Hastalıkları EA Hastanesi	2
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Toplam	30
Toplam Uygulanan Anket Sayısı	66

2.5. Veri Toplama Aracı

Çalışmanın amacına ulaşabilmek ve sağlık yöneticileri ile görüşebilmek için bir soru kâğıdı tasarlanmıştır. Amaç, yöneticilerin gerçekleştirilen reform çalışmaları hakkındaki bilgi düzeyini belirlemek olduğundan gerçekleştirilmiş reform çalışmalarını tespit etmek için literatür taraması dışında, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Birimi, Sağlık Bakanlığı Strateji Başkanlığı Birimi, Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Proje Birimi ile görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerde elde edilen bilgiler ile anket tasarlanmıştır.

Sağlık Yöneticilerinin reform çalışmaları sonucu olarak ortaya çıkan mevzuat ve uygulama değişiklikleri konusundaki farkındalıklarını ölçmek ve Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Sunumuna yönelik görüşlerini almak amacıyla hazırlanan ve Ek-1’de sunulan anket temel olarak beş bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler;

1. Demografik Özellikler
2. Finansal Yönetim Bilgi Düzeyi
3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı Yönetiminin Güçlendirilmesi
4. Sağlıkta Dönüşüm Çalışmaları Hakkındaki Bilgi Düzeyi
5. Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası

Bölüm 1. Sağlık Yöneticilerinin cinsiyetleri, yaşları, medeni durumları, hastanedeki görevleri, eğitim durumları ve çalıştığı görevdeki süreleri ile ilgili bilgilerin toplanması.

Bölüm 2. Sağlık Yöneticilerinin Finansal Yönetim konusunda eğitim alma durumları, eğitimi nerede ve nasıl aldıkları, daha önce herhangi bir kurumda finans konusunda çalışıp çalışmadıkları ile ilgili bilgilerin toplanması.

Bölüm 3. Sağlık Yöneticilerinin GSS Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemeleri İçin Gerekli Politikaların ve Araçların Geliştirilmesi, Hastane Tipleri ve Bölgelere Göre Yatan Hasta Sağlık Bakım Hizmetleri Maliyet Analizleri, İlaç ve Tıbbi Malzeme Yönetimi için Altyapı Geliştirilmesi hakkındaki bilgi düzeyleri.

Bölüm 4. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne yönelik temel bileşenler; Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Aile Hekimliği Uygulaması, Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Hale Getirilmesi, Sağlık Sistemini Destekleyen Eğitim ve Bilim Kurumlarının Oluşturulması, Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon, Sağlık Bilgi Sistemi Oluşturulmasıyla ilgili verilerin toplanması.

Bölüm 5. SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri, Yeşil kart kapsamının genişletilmesi, Sağlık Hizmetlerinde temel teminat paketi uygulaması, Hastalık ve analık nedeniyle ayakta ve yatarak hekim tarafından yapılan muayene, laboratuvar, tetkik ve tedaviler, tıbbi danışmanlık hizmetinin verilmesi, Acil sağlık hizmetlerine herkesin ulaşması, 18 yaşına kadar ağız ve diş muayenesi diş hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olması, Sağlık karnesi uygulamasının kaldırılması, Kamu hastanelerinin “Sağlık İşletmelerine” ne dönüştürülmesi, Sağlık hizmetlerine ödenecek tutarların “Sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonu”na belirlenmesine ilişkin bilgiler.

2.6.Verilerin Analizi

Toplanan veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak bilgisayara girilmiş, denetlenmiş ve analiz edilmiştir.

Demografik özellikler, finansal eğitim durumu ve reform çalışmaları ile ilgili sorulara ilişkin frekans dağılımlarından sonra analizlerde;

- Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi,
- Sağlıkta Dönüşüm,
- Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası,

konusundaki hipotezlerin test edilebilmesi için soru grupları,

- ‘Duydum ama bilgim yok’, 1 puan,
- ‘Çok az bilgim var’, 2 puan,
- ‘Yeterince bilgim var’ 3 puan,
- ‘Oldukça fazla bilgim var’ 4 puan,
- ‘Konuyu tamamen biliyorum’ 5 puan

olmak üzere puanlanmıştır. Söz konusu puanlama dikkate alınarak başlıklar altındaki soruların puanları toplanıp soru sayısına bölünerek; her bir başlık için sorulara gelen cevaplar en düşük 0 ve en yüksek 5 olmak üzere standart puanlara dönüştürülmüştür. 0 ‘Hiç bilgim yok’, 5 ise ‘Konuya tamamen hâkimim’ anlamına gelmektedir.

Puanlama tamamlandıktan sonra, demografik nitelikler ve finansal bilgi düzeyi bakımından gruplar arasında fark olup olmadığı test edilmiştir. Test yönteminin belirlenmesi ve öncelikle grupların Normal Dağılıma sahip olup olmadığının belirlenmesi için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal Dağılım için uygulanmıştır. Hipotezler her bir demografik nitelik ve finansal bilgi düzeyi bakımından ayrı ayrı test edilmiştir.

Hipotezlerin test edilmesinde, standart puanlar esas alınmış olup, gelen cevapların ortalama puanlarının 2,5 değeriyle kıyaslanması esas alınmıştır. 2,5 puan altı bilgisi ortalamanın altında ve 2,5 puan üstü bilgisi ortalamanın üstünde kabul edilmiştir. Hipotez testinde tek örnek mukayesesi esas alınmıştır. Ankete gelen cevapların, 2,5 ortalama değere sahip bir kitleden gelip gelmediği sınanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programının amacına ulaşmasına yönelik analizlerde;

- ‘Çok az’, 1 puan,
- ‘Az’, 2 puan,
- ‘Orta’ 3 puan,
- ‘Yüksek’ 4 puan,
- ‘Çok yüksek’ 5 puan

olmak üzere puanlama yapılmıştır.

Hem erkek, hem de kadınlar için puan dağılımları bakımından Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası gruplarının Normal Dağılımlı olması nedeniyle, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası bakımından cinsiyetler arası farklılık olup olmadığının belirlenmesi için Bağımsız İki örnek t-Testi gerçekleştirilmiştir.

Yaş grupları bakımından gruplar arası farklılık olup olmadığının test edilmesi için ise Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

2.7.Araştırma Hipotezleri

Araştırmada, Sağlık Yöneticilerinin reform çalışmaları sonucu ortaya çıkan mevzuat ve uygulama değişiklikleri konusundaki farkındalıklarını ölçmek ve Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Sunumuna yönelik görüşlerini almak amacıyla geliştirilen hipotezler aşağıda sunulmuştur:

Hipotez 1: “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi

H0: “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeydedir.

H1: “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalamadan farklıdır.

Hipotez 2: “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi

H0: “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeydedir.

H1: “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalamadan farklıdır.

Hipotez 3: “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi

H0: “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeydedir.

H1: “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalamadan farklıdır.

Hipotez 4: Sağlık yöneticilerinin “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar konusunda farkındalıkları açısından demografik ve finansal bilgi düzeyi olarak fark var mı?

H0: Sağlık yöneticilerinin “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi vardır.

H1: Sağlık yöneticilerinin “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi yoktur.

Hipotez 5: Sağlık yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları konusunda farkındalıkları açısından demografik ve finansal bilgi düzeyi olarak fark var mı?

H0: Sağlık yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi vardır.

H1: Sağlık yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi yoktur.

Hipotez 6: Sağlık yöneticilerinin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” alışmaları konusunda farkındalıkları açısından demografik ve finansal bilgi düzeyi olarak fark var mı?

H0: Sağlık yöneticilerinin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” alışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi vardır.

H1: Sağlık yöneticilerinin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” alışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi yoktur.

BÖLÜM III. BULGULAR

Çalışma kapsamında yer alan, Ankara ili merkezinde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile özel hastane yöneticilerine uygulanan anket sonucu elde edilen bulgular iki grup halinde sunulmuştur. Birinci grupta, genel bulgulara, ikinci grupta ise, hipotezlerle ilgili bulgulara yer verilmiştir.

3.1.Genel Bulgular

Tablo 10. Ankete Katılan Yöneticilerin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	23	34,8
Kadın	43	65,2
Toplam	66	100,0

Ankete katılan yöneticilerin cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde, 43 yöneticinin (%65,2) kadın; 23 yöneticinin (%34,8) erkek ile toplam 66 yöneticiden oluştuğu görülmektedir. Kadınların % 65,2 ile katılımı daha fazla olmuştur.

Tablo 11. Ankete Katılan Yöneticilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	Sayı (n)*	Yüzde (%)
20-29	11	17,1
30-39	20	31,3
40-49	24	37,5
50-59	9	14,1
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, en çok katılımın 24 yönetici ile 40-49 (%37,5) yaş grubunda olduğu görülmektedir. En az paya sahip grup ise 9 yönetici ile 50-59 (%14,1) yaşları arasındaki katılımcı grubudur.

Tablo 12. Ankete Katılan Yöneticilerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Evli	50	79,3
Bekâr	11	17,4
Boşanmış	2	3,2
Toplam	63	100,0

*Kayıp gözlem 3 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin medeni durumları incelendiğinde, evli olanlar 50 (%79,3) yönetici ile en büyük katılımcı grubunu oluştururken, boşanmış katılımcılar 2 (%3,2) yönetici ile en az grubu oluşturmuştur.

Tablo 13. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanedeki Görevlerine Göre Dağılımı

Görev	Sayı (n)	Yüzde (%)
Başhekim	1	1,5
Başhekim yardımcısı	10	15,2
Hastane müdürü	31	46,9
Hastane müdür yardımcısı	13	19,7
Finans müdürü	3	4,5
Muhasebe müdürü	5	7,6
Döner sermaye saymanı	3	4,5
Toplam	66	100,0

Ankete katılan yöneticilerin hastanedeki görevleri incelendiğinde, hastane müdürü görevinde olanlar 31 (%46,9) yönetici ile en büyük katılımcı grubunu oluşturmaktadır. İkinci ve üçüncü olarak hastane müdür yardımcılarının ve başhekim yardımcılarının oluşturduğu katılımcı grupları sırasıyla 13 (%19,7) ve 10 (%15,2) yönetici olarak saptanmıştır. Bu bulgulara göre idari departmanlarda çalışanlardan daha fazla bir katılım söz konusudur.

Tablo 14. Ankete Katılan Yöneticilerin En son Bitirdiği Öğrenim Kurumuna Göre Dağılımı

Öğrenim Kurumu	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Tıp fakültesi	14	22,9
Sağlık Kurumları İşletmeciliği/İdaresi	13	21,3
Yüksekokulu		
Açık öğretim Fakültesi	9	14,7
İİBF	11	18,2
Mühendislik Fakültesi	5	8,2
Ticari bilimler Fakültesi	9	14,7
Toplam	61	100,0

*Kayıp gözlem 5 olarak belirlenmiştir.

Tablo 14'e bakıldığında, yöneticilerin en son bitirdiği öğrenim kurumları görünmektedir. Buna göre tıp fakültesini bitirenler 14 (%22,9) yönetici ile ilk sırada yer alırken bunu sırayla 13 (%21,3) ve 11 (%18,2) yönetici ile sağlık kurumları idarecileri ve iktisadi idari bilimler mezunları izlemektedir. En düşük seviyede katılımcı grubunu ise, mühendislik fakültesi mezunları 5 (%8,2) yönetici oluşturmaktadır.

Tablo 15. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanedeki Görevinde Çalıştığı Yıla Göre Dağılımı

Çalışma Süresi	Sayı (n)	Yüzde (%)
< = 5 Yıl	49	90,7
> = 5 Yıl	5	9,3
Toplam	54	100

Ankete katılan yöneticilerin hastanedeki görevinde çalışma süreleri incelendiğinde, 49 (%90,7) yönetici beş yıldan az bir süredir görevinin başında iken 5 (%9,3) yönetici beş yıldan uzun bir süredir görevini icra etmektedir.

Tablo 16. Ankete Katılan Yöneticilerin Finansal Yönetim Eğitimi Almasına Göre Dağılımı

Finansal Yönetim Eğitimi Alma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Alan	33	50,0
Almayan	33	50,0
Toplam	66	100,0

Ankete katılan yöneticilerin finansal eğitim alma durumlarına bakıldığında, katılımcı gurubunun yarısının bu eğitimi aldığı yarısının da almadığı gözlemlenmiştir.

Tablo 17. Finansal Yönetim Konusunda Eğitim Alan Yöneticilerin Nerede ve Nasıl Bir Eğitim Aldığının Dağılımı

Eğitim Alınan Yer	Sayı (n)	Yüzde (%)
Lisans eğitimi	24	75,0
Yüksek lisans eğitimi	3	9,3
Sertifika programı	4	12,5
Özel eğitim kursu	1	3,2
Toplam	32	100,0

Finansal eğitim alan katılımcı grubu incelendiğinde, bu eğitimin 24 (%75,0) yönetici ile en çok lisans döneminde alındığı, en az ise 1 (%3,2) yönetici ile özel eğitim kursu olarak alındığı gözlemlenmiştir.

Tablo 18. Ankete Katılan Yöneticilerin Mevcut Görevinden Önce Herhangi Bir Yerde Finans Konusunda Çalışıp Çalışmadığına Göre Dağılımı

Finansal Yönetim Tecrübesi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Çalışan	20	30,7
Çalışmayan	45	69,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerden 45 (%69,3) yönetici mevcut görevinden önce finans konusunda hiç çalışmamışken, 20 (%30,7) yönetici mevcut görevinden önce finans konusunda tecrübeye sahiptir.

Tablo 19. Ankete Katılan Yöneticilerin Finans Konusunda Bir Eğitim İhtiyacı Duyup Duymadığına Göre Dağılımı

Eğitim İhtiyacı	Sayı (n)	Yüzde (%)
İhtiyaç Duyan	27	40,9
İhtiyaç Duymayan	39	59,1
Toplam	66	100,0

Tablo 19'a göre, bütün katılımcı grubunda finans konusunda bir eğitime ihtiyaç duyanlar 27 (%40,9) yöneticiden oluşurken, 39 (%59,1) yönetici finans konusunda bir eğitime ihtiyaç duymamaktadır.

Tablo 20. Ankete Katılan Yöneticilerin Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İle Hacettepe Üniversitesi Tarafından Yürütülen "Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi" Projesi Hakkında Bilgi Dağılımı

Bilgi Olma Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Olan	29	43,9
Olmayan	37	56,1
Toplam	66	100,0

Tablo 20'de katılımcıların Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi projesi hakkında bilgilerinin olup olmadığına bakıldığında, 37 (%56,1) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olmadığı, 29 (%43,9) yöneticinin bilgi sahibi olduğu görülmektedir.

Tablo 21. Ankete Katılan Yöneticilerin GSS Tarafından Ödenecek Tüm Sağlık Bakım Hizmetleri İçin Gerekli Hizmet Satın Alma Sözleşmeleri Hazırlanmasıyla İlgili Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	19	29,2
Çok az bilgim var	19	29,2
Yeterince bilgim var	19	29,2
Oldukça fazla bilgim var	8	12,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “GSS tarafından ödenecek tüm sağlık bakım hizmetleri için gerekli hizmet satın alma sözleşmeleri hazırlanması” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, oldukça fazla bilgisi olanların 8 (%12,4) yönetici, yeterince bilgisi olan, çok az bilgisi olan, duyan ama bilgisi olmayanların 19’ar (%29,2) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 22. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Politikalarının Desteklenmesi İçin Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemelerine Dayalı Teşvik Mekanizmaları Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	20	30,7
Çok az bilgim var	24	36,9
Yeterince bilgim var	19	29,3
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “sağlık politikalarının desteklenmesi için sağlık bakım

hizmetleri ödemelerine dayalı teşvik mekanizmaları geliştirilmesi” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımına bakıldığında, çoğunluğu oluşturan 24 yöneticinin (%36,9) bu konuda çok az bilgisi olduğu görülmektedir. Ayrıca konuyu tamamen bilen yöneticinin olmadığı saptanmıştır. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 23. Ankete Katılan Yöneticilerin Operasyonel Faaliyetleri Yürütecek Bir Sağlık Bakım Hizmetleri Ödeme Birimi Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	24	36,9
Çok az bilgim var	22	33,8
Yeterince bilgim var	18	27,7
Oldukça fazla bilgim var	1	1,6
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “operasyonel faaliyetleri yürütecek bir sağlık bakım hizmetleri ödeme birimi oluşturulması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, bu konuda bilgisi olmayanlar 24 (%36,9) yönetici ile en büyük katılımcı grubunu oluştururken, yeterince ve oldukça fazla bilgisi olanlar toplamda 19 (%29,3) yöneticinin oluşturduğu bir katılımcı grubunu oluşturmaktadır. Konuyu tamamen bilen yöneticinin olmadığı görülmektedir. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 24. Ankete Katılan Yöneticilerin Satın Alınacak Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemelerini İzleyecek ve Değerlendirecek Bir Denetim Birimi ve İzleme Değerlendirme Sistemi Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	20	30,8
Çok az bilgim var	26	40,0
Yeterince bilgim var	18	27,7
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “satın alınacak sağlık bakım hizmetleri ödemelerini izleyecek ve değerlendirecek bir denetim birimi ve izleme değerlendirme sistemi oluşturulması” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, çok az bilgiye sahip olan grup 26 (%40,0) yönetici ile en büyük katılımcı grubunu oluştururken, konuya tam anlamıyla hâkim olan 1 (%1,5) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 25. Ankete Katılan Yöneticilerin Provizyon, Fatura ve Geri Ödeme İçin MEDULA Sisteminin Kullanılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	11	16,9
Çok az bilgim var	13	20,0
Yeterince bilgim var	24	36,9
Oldukça fazla bilgim var	9	13,9
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “provizyon, fatura ve geri ödeme için MEDULA

sisteminin kullanılması” hakkında bilgi seviyelerine bakıldığında, yeterince ve fazla bilgi sahibi olanlar 33 (%50,8) yöneticiden oluşurken, bilgisi olmayan toplamda 24 (%36,9) yöneticiden oluşmaktadır. Ayrıca konuya tamamen hâkim olanlar ise 8 (%12,3) yöneticinin oluşturduğu bir katılımcı grubunu temsil etmektedir. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 26. Ankete Katılan Yöneticilerin Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) Sisteminin Gözden Geçirilecek Hizmet Başına Ödeme Sisteminin Daha Etkili ve Rasyonel Bir Biçimde Uygulanması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	14	21,6
Çok az bilgim var	17	26,1
Yeterince bilgim var	24	36,9
Oldukça fazla bilgim var	6	9,2
Konuyu tamamen biliyorum	4	6,2
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “bütçe uygulama talimatı (BUT) sisteminin gözden geçirilecek hizmet başına ödeme sisteminin daha etkili ve rasyonel bir biçimde uygulanması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, dağılımın en büyük katılımcı grubunu 24 (%36,9) yönetici ile yeterince bilgisi olanlar oluştururken, en az katılımcı grubunu 4 (%6,2) yönetici ile konuya tamamen hâkim olanlar oluşturmaktadır. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeyleri arasında fazla fark olmadığı görülmektedir.

Tablo 27. Ankete Katılan Yöneticilerin GSS İle Uygulanacak Ödeme Modelleri Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	18	28,1
Çok az bilgim var	20	31,3
Yeterince bilgim var	17	26,6
Oldukça fazla bilgim var	7	10,9
Konuyu tamamen biliyorum	2	3,1
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “GSS ile uygulanacak ödeme modelleri” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımına bakıldığında, dağılımın çoğunluğunu çok az bilgi düzeyine sahip 20 (%31,3) yönetici oluşturmaktadır. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeyinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 28. Ankete Katılan Yöneticilerin Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) Önceden Belirlenmiş Vaka Başına Ödeme Sistemi ve Bütçeleme Sistemi Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	12	18,4
Çok az bilgim var	25	38,5
Yeterince bilgim var	19	29,3
Oldukça fazla bilgim var	8	12,3
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Tanı ilişkili gruplara dayalı (DRG) önceden belirlenmiş vaka başına ödeme sistemi ve bütçeleme sistemi geliştirilmesi” hakkında bilgi seviyeleri

ölçüldüğünde, bu konu hakkında az bilgisi olanlar toplamda 37 (%56,9) yönetici ile çoğunluğu oluştururken, bilgi sahibi olanlar toplamda 28 (%43,1) yöneticiden oluşmaktadır. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 29. Ankete Katılan Yöneticilerin Yatarak Tedavi Gören Hastalara Verilen Sağlık Hizmetlerinin Ödemelerinde Risklerin Sağlık Hizmeti Veren Kurumlarla Paylaşımının Benimsenmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	17	26,1
Çok az bilgim var	21	32,3
Yeterince bilgim var	20	30,8
Oldukça fazla bilgim var	5	7,7
Konuyu tamamen biliyorum	2	3,1
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Tablo 29'a göre, "Yatarak tedavi gören hastalara verilen sağlık hizmetlerinin ödemelerinde risklerin sağlık hizmeti veren kurumlarla paylaşımının benimsenmesi" hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, çok az bilgisi olan 21 (%32,3) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 30. Ankete Katılan Yöneticilerin Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Vaka Başına Ön Ödeme Sistemine Geçilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	12	18,4
Çok az bilgim var	23	35,4
Yeterince bilgim var	22	33,9
Oldukça fazla bilgim var	7	10,8
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Yatarak tedavi gören hastalarda vaka başına ön ödeme sistemine geçilmesi” hakkında bilgi düzeyine bakıldığında, toplamda 30 (% 46,2) yöneticinin bilgi sahibi olduğu, ancak 35 (% 53,8) yöneticinin az bilgisi olduğu görülmektedir.

Tablo 31. Ankete Katılan Yöneticilerin Sistemin Desteklenmesi İçin Gerekli Elektronik Kaynaklar ve Enformasyon Sistemleri Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	12	18,4
Çok az bilgim var	24	36,9
Yeterince bilgim var	25	38,5
Oldukça fazla bilgim var	3	4,7
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sistemin desteklenmesi için gerekli elektronik kaynaklar ve enformasyon sistemleri geliştirilmesi” hakkında bilgi düzeyine bakıldığında, toplamda 36 (%55,3) yönetici bu konuda bilgi sahibi değilken, 29 (44,7) yönetici bu konuda bilgi

sahibidir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 32. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Hekim Veritabanının Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	12	18,4
Çok az bilgim var	27	41,6
Yeterince bilgim var	18	27,7
Oldukça fazla bilgim var	7	10,8
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Ulusal sağlık hizmet sağlayıcıları ve hekim veritabanının oluşturulması” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, çoğu yöneticinin bilgi sahibi olmadığı tespit edilmiştir, bilgi sahibi olmayan toplamda 39 (% 60,0) yöneticiye karşılık toplamda 26 (% 40,0) yönetici ise bu konuda belli bir bilgi seviyesine sahiptir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 33. Ankete Katılan Yöneticilerin Fatura ve Diğer Suiistimallerin Tespiti İçin Sistem Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	15	23,5
Çok az bilgim var	21	32,8
Yeterince bilgim var	19	29,6
Oldukça fazla bilgim var	6	9,4
Konuyu tamamen biliyorum	3	4,7
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin“Fatura ve diğer suiistimallerin tespiti için sistem geliştirilmesi” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, çok az bilgisi olan 21 (% 32,8) yönetici tespit edilmiş, dağılım genel olarak incelendiğinde ise, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmüştür.

Tablo 34. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakım Finansman Yönetimi Aracı Olarak, DRG Uygulamalarının Ülke Geneline Yaygınlaştırılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	24	36,9
Çok az bilgim var	20	30,9
Yeterince bilgim var	19	29,2
Oldukça fazla bilgim var	1	1,5
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin bilgi düzeylerine bakıldığında, “Sağlık bakım finansman yönetimi aracı olarak, DRG uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılması” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, duyup da bilgisi olmayan 24 (%36,9) yönetici olduğu belirlenmiş, genel dağılım incelendiğinde yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmüştür.

Tablo 35. Ankete Katılan Yöneticilerin Klinik Kodlama Eğitimlerinin Yaygınlaştırılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	22	33,8
Çok az bilgim var	21	32,4
Yeterince bilgim var	18	27,7
Oldukça fazla bilgim var	3	4,6
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Klinik kodlama eğitimlerinin yaygınlaştırılması” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, bu konuda toplamda 43 (% 66,2) yöneticinin az bir bilgiye sahip olduğu, buna karşılık toplamda 22 (%33,8) yöneticinin yeterince bilgisinin olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 36. Ankete Katılan Yöneticilerin Seçilmiş 8 Hastanede Klinik ve Maliyetlendirme Verilerinin Kalitesinin Arttırılması Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	28	43,2
Çok az bilgim var	22	33,8
Yeterince bilgim var	12	18,4
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Tablo 36’ya göre, “Seçilmiş 8 hastanede klinik ve maliyetlendirme verilerinin

kalitesinin artırılması çalışmaları” hakkında yöneticilerin bilgi düzeylerine bakıldığında, toplamda 50 (%77,0) yöneticinin bilgi düzeyinin az olduğu, 15 (%23,0) yöneticinin ise bu konuda bilgi sahibi olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 37. Ankete Katılan Yöneticilerin Farklı Hastane Tiplerini ve Farklı Maliyet Yapılarını Temsil Edebilecek 40 Hastanede DRG'lere Dayalı Klinik Kodlama ve Maliyetlendirme Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	29	44,6
Çok az bilgim var	20	30,8
Yeterince bilgim var	13	20,0
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Farklı hastane tiplerini ve farklı maliyet yapılarını temsil edebilecek 40 hastanede DRG'lere dayalı klinik kodlama ve maliyetlendirme çalışmaları” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, duyup ta bilgisi olmayan 29 (%44,6) yönetici tespit edilmiştir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 38. Ankete Katılan Yöneticilerin DRG Klinik Kodlama ve Maliyetlendirme Verilerinin Merkezi Olarak Toplanması ve Analiz Edilmesini Sağlayacak Bir Yönetim Enformasyon Sistemi Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	29	45,3
Çok az bilgim var	19	29,7
Yeterince bilgim var	13	20,4
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “DRG klinik kodlama ve maliyetlendirme verilerinin merkezi olarak toplanmasını ve analiz edilmesini sağlayacak bir yönetim enformasyon sistemi” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, duyup ta bilgisi olmayan 29 (%45,3) yönetici tespit edilmiştir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görülmektedir.

Tablo 39. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal Klinik Maliyetlendirme Standartlarının Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	25	38,4
Çok az bilgim var	25	38,4
Yeterince bilgim var	12	18,4
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “ulusal klinik maliyetlendirme standartlarının

geliştirilmesi” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, yoğunluğun 25’er yönetici (%76,8) ile duyan ama bilgisi olmayan ve çok az bilgisi olan yöneticiler olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 40. Ankete Katılan Yöneticilerin BUT'da Yer Alan Hastalık Tanılarında ICD-10-AM Dört Basamak Kodlarının Kullanılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	16	24,7
Çok az bilgim var	21	32,3
Yeterince bilgim var	17	26,2
Oldukça fazla bilgim var	6	9,2
Konuyu tamamen biliyorum	5	7,6
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “BUT'da yer alan hastalık tanılarında ICD-10-AM dört basamak kodlarının kullanılması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, yoğunluğun 21 yönetici (%32,3) ile çok az bilgisi olan yöneticiler olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 41. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal İlaç Bilgi Bankasının Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	17	27,9
Çok az bilgim var	17	27,9
Yeterince bilgim var	19	31,3
Oldukça fazla bilgim var	6	9,8
Konuyu tamamen biliyorum	2	3,1
Toplam	61	100,0

*Kayıp gözlem 5 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Ulusal İlaç Bilgi Bankasının Kurulması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, yoğunluğun 17’şer yönetici (%55,8) ile duyan ama bilgisi olmayan ve çok az bilgisi olan yöneticiler olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 42. Ankete Katılan Yöneticilerin Tıbbi Sarf Malzemesi ve Cihaz Bilgi Bankasının Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	17	27,4
Çok az bilgim var	16	25,8
Yeterince bilgim var	19	30,7
Oldukça fazla bilgim var	10	16,1
Toplam	62	100,0

*Kayıp gözlem 4 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Tıbbi Sarf Malzemesi ve Cihaz Bilgi Bankasının Kurulması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, yeterince bilgisi olan yöneticilerin 19 (%30,7) ile en yüksek paya sahip olduğu görülse de az bilgiye sahip yöneticilerin toplamdaki payı bilgisi olan yöneticilere göre fazla olduğu tespit edilmiştir.

Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 43. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakanlığının Yürüttüğü Sağlıkta Dönüşüm Projesi Hakkında Bilgi Dağılımı

Bilgi Olma Durumu	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Olan	64	98,5
Olmayan	1	1,5
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Yöneticilerin “Sağlık Bakanlığının Yürüttüğü Sağlıkta Dönüşüm Projesi Hakkında” Bilgi Dağılımına bakıldığında, bilgisi olan 64 (%98,5) yönetici olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 44. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimliği Pilot Çalışmalarının Yapılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	6	9,2
Çok az bilgim var	22	33,9
Yeterince bilgim var	20	30,7
Oldukça fazla bilgim var	9	13,8
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Aile Hekimliği Pilot Çalışmalarının Yapılması” Hakkında Bilgi Düzeyleri incelendiğinde, bu konuda bilgi sahibi olan toplamda 37 (%56,8) yönetici ile konu hakkında bilgisi olmayan toplamda 28 (%43,1) yönetici olduğu görülmektedir.

Tablo 45. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimliği Sistemine Göre Vatandaşların Kendi Aile Doktorunu Seçme Hakkına Sahip Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	4	6,2
Çok az bilgim var	22	33,8
Yeterince bilgim var	20	30,8
Oldukça fazla bilgim var	11	16,9
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerden “Aile Hekimliği Sistemine Göre Vatandaşların Kendi Aile Doktorunu Seçme Hakkına Sahip Olması” konusunda bilgisi olan toplamda 39 (%60,0) yönetici ile bu konuda bilgi sahibi olmayan 26 (%40,0) yöneticiden oluşmaktadır. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 46. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimliği Sistemine Göre Doktorunun Hizmetinden Memnun Olmayan Vatandaşın İsteddiği Takdirde Başka Bir Doktoru Seçebilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	4	6,2
Çok az bilgim var	21	32,3
Yeterince bilgim var	22	33,8
Oldukça fazla bilgim var	6	9,3
Konuyu tamamen biliyorum	12	18,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “aile hekimliği sistemine göre doktorunun hizmetinden

memnun olmayan vatandaşın istediği takdirde başka bir doktoru seçebilmesi” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, toplamda 40 (%61,5) yöneticinin bu konuya hâkim olduğu saptanmıştır. Buna karşılık toplamda 25 (%38,5) yöneticinin bu konuyu bilmediği ortaya çıkmıştır. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 47. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimlerinin Kayıt Ettiği Hasta Başına Alacağı Prim Alacak Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	6	9,5
Çok az bilgim var	20	31,3
Yeterince bilgim var	23	35,9
Oldukça fazla bilgim var	7	10,9
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,4
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Aile hekimlerinin kayıt ettiği hasta başına prim alacak olması” konusunda bilgi seviyeleri ölçüldüğünde, toplamda 38 (%59,2) yönetici bu konuda bilgi sahibi gözükürken, toplamda 26 (%40,8) yöneticinin bu konu hakkında bir bilgisi yoktur. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 48. Ankete Katılan Yöneticilerin Aile Hekimlerinin Verdiği Koruyucu Sağlık Hizmeti Karşılığında Hizmet Başına Alacağı Puanlarla Da Ek Gelir Sağlayacak Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	10	15,4
Çok az bilgim var	22	33,9
Yeterince bilgim var	19	29,3
Oldukça fazla bilgim var	7	10,7
Konuyu tamamen biliyorum	7	10,7
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Aile hekimlerinin verdiği koruyucu sağlık hizmeti karşılığında hizmet başına alacağı puanlarla da ek gelir sağlayacak olması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımına bakıldığında, toplamda 33 (%50,7) yöneticinin bu konu hakkında bilgi sahibi olduğu, buna karşılık olarak 32 (%49,3) yöneticinin de bilgisi olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 49. Ankete Katılan Yöneticilerin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	7	10,8
Çok az bilgim var	21	32,3
Yeterince bilgim var	24	36,9
Oldukça fazla bilgim var	5	7,7
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi”

hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, yöneticilerden 37 (%56,9) tanesinin konuya hâkim olduğu görünürken, 28 (%43,1) yöneticinin bu konuda bilgisi olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 50. Ankete Katılan Yöneticilerin Bireye Yönelik Koruyucu Hizmetlerin Sağlanması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	8	12,3
Çok az bilgim var	19	29,1
Yeterince bilgim var	24	36,9
Oldukça fazla bilgim var	6	9,4
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Bireye yönelik koruyucu hizmetlerin sağlanması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, çoğunluğu oluşturan 38 (58,6) yöneticinin bu konuda bilgisi olduğu saptanırken, 27 (%41,4) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 51. Ankete Katılan Yöneticilerin Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Kapsamında Kişisel Sağlık Kayıtlarının Tutulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	8	12,3
Çok az bilgim var	19	29,1
Yeterince bilgim var	24	36,9
Oldukça fazla bilgim var	4	6,3
Konuyu tamamen biliyorum	10	15,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kapsamında kişisel sağlık kayıtlarının tutulması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı analiz edildiğinde, bilgi sahibi olan 38 (%58,6) yönetici çoğunluğu oluştururken, bu konuda bilgi sahibi olmayan 27 (%41,4) yönetici azınlığı oluşturmaktadır.

Tablo 52. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastane Yönetimlerinin Kapasite ve Kaynak Kullanımında Bağımsız ve Ekonomik Şartlarını Değerlendirmede Daha Esnek Olacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	14	21,4
Çok az bilgim var	18	27,9
Yeterince bilgim var	16	24,5
Oldukça fazla bilgim var	13	19,8
Konuyu tamamen biliyorum	4	6,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Hastane yönetimlerinin kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede daha esnek olacağı” konusunda bilgi seviyeleri analiz edildiğinde, büyük grubu temsil eden 33 (%50,7) yönetici bu konuda yüksek bilgi seviyesine sahip iken, 32 (%49,3) yönetici bu konuda bilgiye sahip değildir.

Tablo 53. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanelerin Tümünün Sigorta Kurumu İle Sözleşme Yapabilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	13	19,9
Çok az bilgim var	18	27,9
Yeterince bilgim var	19	29,2
Oldukça fazla bilgim var	8	12,3
Konuyu tamamen biliyorum	7	10,7
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Hastanelerin tümünün sigorta kurumu ile sözleşme yapabilmesi” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, 34 (%52,2) yöneticinin bu konuda bilgiye sahip olduğu saptanırken, 31 (%47,8) yöneticinin bu konuda bilgisinin olmadığı saptanmıştır.

Tablo 54. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanelerin Tümünün Sevk Sistemi Esaslarına Uymak Kaydı İle Bütün Vatandaşlara Hizmet Verebilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	10	15,7
Çok az bilgim var	14	21,8
Yeterince bilgim var	24	37,3
Oldukça fazla bilgim var	8	12,6
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,6
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin, “Hastanelerin tümünün sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlara hizmet verebilmesi” konusunda bilgi düzeyleri incelendiğinde,

çoğunluğu oluşturan 40 (%62,5) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olduğu, buna karşılık 24 (%37,5) yöneticinin de bu konuda bir bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır.

Tablo 55. Ankete Katılan Yöneticilerin Kamu Hastanelerinin Merkeze Bağımlı Yapısında Değişiklikler Yapılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	13	20,1
Çok az bilgim var	16	24,9
Yeterince bilgim var	20	31,3
Oldukça fazla bilgim var	8	12,6
Konuyu tamamen biliyorum	7	11,1
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “kamu hastanelerinin merkeze bağımlı yapısında değişiklikler yapılması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı analiz edildiğinde, 35 (%55,0) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olduğu, buna karşılık 29 (45,0) yöneticinin de bu konuda bilgi sahibi olmadığı görülmüştür.

Tablo 56. Ankete Katılan Yöneticilerin Her Hastanenin Kendi Yönetim Kararlarından Sorumlu Tutulacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	12	18,4
Çok az bilgim var	12	18,4
Yeterince bilgim var	21	32,2
Oldukça fazla bilgim var	12	18,4
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,6
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Her hastanenin kendi yönetim kararlarından sorumlu tutulacağı” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, yoğunluğun 12’şer yönetici (%36,4) ile duyan ama bilgisi olmayan ve çok az bilgisi olan yöneticiler olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 57. Ankete Katılan Yöneticilerin Her Hastanenin Kendi Hizmet Kalitesinden Sorumlu Tutulacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	11	16,9
Çok az bilgim var	14	21,7
Yeterince bilgim var	21	32,2
Oldukça fazla bilgim var	10	15,4
Konuyu tamamen biliyorum	9	13,8
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Her hastanenin kendi hizmet kalitesinden sorumlu tutulacağı” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı analiz edildiğinde, 40 (% 61,4) yönetici bu konu hakkında bilgi sahibi iken, 25 (%38,6) yöneticinin bu konuda bir bilgisi yoktur.

Tablo 58. Ankete Katılan Yöneticilerin Her Hastanenin Kendi Verimliliğinden Sorumlu Tutulacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	9	13,9
Çok az bilgim var	15	22,8
Yeterince bilgim var	23	35,5
Oldukça fazla bilgim var	9	13,9
Konuyu tamamen biliyorum	9	13,9
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin, “Her hastanenin kendi verimliliğinden sorumlu tutulacağı” konusunda bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, büyük grubu oluşturan 41 (%63,3) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olduğu, 24 (%36,7) yöneticinin de bu konuda bir bilgiye sahip olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 59. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Sektörünün İhtiyaç Duyduğu İnsan Gücüne Mezuniyet Sonrası Eğitimler Verecek Bir Kurumun Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	30	45,8
Çok az bilgim var	21	32,1
Yeterince bilgim var	8	12,3
Oldukça fazla bilgim var	3	4,9
Konuyu tamamen biliyorum	3	4,9
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kurumun oluşturulması” hakkında bilgi düzeyleri ölçüldüğünde, bu konuda toplamda 51 (%77,9) yöneticinin bilgi sahibi olmadığı, 14 (%22,1)

yöneticinin ise bu konuda bilgisi olduğu saptanmıştır. Dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 60. Ankete Katılan Yöneticilerin Tıpta Uzmanlık Eğitimini Planlayacak, Standardize Edecek ve Denetleyecek Kurumsal Bir Yapının Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	28	43,1
Çok az bilgim var	23	35,1
Yeterince bilgim var	9	13,9
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	3	4,8
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Tıpta uzmanlık eğitimini planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapının oluşturulması” konusunda bilgi düzeyleri ölçüldüğünde, 14 (%21,8) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olduğu, büyük çoğunluğu oluşturan 51 (%78,2) yöneticinin de bu konuda bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 61. Ankete Katılan Yöneticilerin Bu Uygulamaların Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu Çatısı Altında Akademik Bir Yapıya Kavuşturması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	29	44,5
Çok az bilgim var	22	33,9
Yeterince bilgim var	8	12,7
Oldukça fazla bilgim var	3	4,9
Konuyu tamamen biliyorum	3	4,9
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Bu uygulamaların sağlık akademisi veya sağlık uzmanlık kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı analiz edildiğinde, 14 (%22,5) yöneticinin konuya hâkim olduğu saptanmıştır. Dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 62. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğünün Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	16	24,6
Çok az bilgim var	21	32,4
Yeterince bilgim var	19	29,1
Oldukça fazla bilgim var	1	1,5
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sağlık bakanlığı kalite koordinatörlüğünün kurulması”

hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, 28 (%43,0) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olduğu, 37 (%57,0) yöneticinin ise bu konuda bilgi sahibi olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 63. Ankete Katılan Yöneticilerin Kalite Konusunda Koordinasyonunu Sağlama Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	15	22,9
Çok az bilgim var	20	30,8
Yeterince bilgim var	21	32,4
Oldukça fazla bilgim var	1	1,5
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Kalite konusunda koordinasyonunu sağlama çalışmaları” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, 30 (%46,3) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olduğu, 35 (%53,7) yöneticinin ise bu konuda bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 64. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Bakanlığı Tarafından Sunulan Hizmetlerin Etkili, Verimli Ve Kaliteli Hizmet Anlayışıyla Sunulabilmesi İçin Kalite Yönetimi Projelerinin Başlatılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	16	24,6
Çok az bilgim var	19	29,1
Yeterince bilgim var	21	32,4
Oldukça fazla bilgim var	1	1,5
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “sağlık bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için kalite yönetimi projelerinin başlatılması” konusunda bilgi düzeyleri analiz edildiğinde, 30 (%46,3) yöneticinin konuya hâkim olduğu, 35 (%53,7) yöneticinin ise bu konu hakkında bilgisi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 65. Ankete Katılan Yöneticilerin Ulusal Sağlık Akreditasyonu Konusunda Birlik Sağlamaya Yönelik Çalışmalar Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	18	27,8
Çok az bilgim var	18	27,8
Yeterince bilgim var	17	25,9
Oldukça fazla bilgim var	4	6,1
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,4
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamaya yönelik çalışmalar” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, oldukça fazla bilgisi olanların 4 (%6,1) yönetici, çok az bilgisi olan, duyan ama bilgisi olmayanların 18’er (%27,8) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 66. Ankete Katılan Yöneticilerin Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	21	32,4
Çok az bilgim var	19	29,1
Yeterince bilgim var	17	26,1
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	6	9,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin, “Performans yönetimi ve kalite ölçütlerini geliştirme daire başkanlığı oluşturulması” konusunda bilgi düzeyleri incelendiğinde, büyük katılımcı grubunu oluşturan 40 (%61,5) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olmadığı, 25 (%38,5) yöneticinin ise bu konuda bilgi sahibi olduğu tespit edilmiştir. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 67. Ankete Katılan Yöneticilerin Kamu Hastanelerinde Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme Yönergesi Uygulamaya Konulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	15	23,1
Çok az bilgim var	24	36,9
Yeterince bilgim var	18	27,6
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	6	9,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Kamu hastanelerinde kurumsal performans ve kaliteyi

geliştirme yönergesi uygulamaya konulması” hakkında bilgi düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, 39 (%60,0) yönetici bu konu hakkında bilgi sahibi değilken, 26 (%40,0) yöneticinin bu konuda bilgi sahibi olduğu saptanmıştır.

Tablo 68. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimin Sağlanmasına Yönelik Denetim Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	21	32,4
Çok az bilgim var	17	26,1
Yeterince bilgim var	19	29,1
Oldukça fazla bilgim var	3	4,6
Konuyu tamamen biliyorum	5	7,8
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin, “Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasına yönelik denetim çalışmaları” hakkındaki bilgi düzeyi incelendiğinde, büyük katılımcı grubunu oluşturan 38 (%58,5) yöneticinin konuya hâkim olmadığı, 27 (%41,5) yöneticinin ise konuya hâkim olduğu saptanmıştır. Dağılım incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 69. Ankete Katılan Yöneticilerin Hasta ve Hasta Yakınlarının Memnuniyetinin Ölçülmesine Yönelik Düzenli İşleyen Bir Denetim Yapısı Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	21	32,4
Çok az bilgim var	13	19,9
Yeterince bilgim var	23	35,2
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	6	9,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin, “Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesine yönelik düzenli işleyen bir denetim yapısı çalışmaları” hakkındaki bilgi düzeyi incelendiğinde, büyük katılımcı grubunu oluşturan 34 (%52,3) yöneticinin konuya hâkim olmadığı, 31 (%47,6) yöneticinin ise konuya hâkim olduğu saptanmıştır.

Tablo 70. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastane Altyapılarının ve Hizmet Süreçlerinin Denetlenmesi Çalışmaları Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	21	32,4
Çok az bilgim var	15	22,9
Yeterince bilgim var	22	33,8
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	5	7,8
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Hastane Altyapılarının ve Hizmet Süreçlerinin Denetlenmesi Çalışmaları” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, 22 (%33,8) yöneticinin

yeterince bilgisi olduğu, duyan ama bilgisi olmayan yönetici sayısının 21 (%32,4) olduğu tespit edilmiştir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin az olduğu görölmektedir.

Tablo 71. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastanelerin Puanlanmakta ve Her Denetim Döneminde Bu Puanlamalar Yenilenmekte Olduğu Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	15	22,9
Çok az bilgim var	16	24,5
Yeterince bilgim var	23	35,2
Oldukça fazla bilgim var	2	3,1
Konuyu tamamen biliyorum	8	12,3
Toplam	64	100,0

*Kayıp gözlem 2 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Hastanelerin Puanlanmakta ve Her Denetim Döneminde Bu Puanlamaların Yenilenmesi durumu” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, yeterince bilgisi olan yöneticilerin sayısı 23 (%35,2) olarak tespit edilmiştir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin fazla olduğu görölmektedir.

Tablo 72. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerinde Standardizasyon Belirleme ve Kalite Artırımına Yönelik Çalışmaların Başlatılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	16	24,5
Çok az bilgim var	18	27,6
Yeterince bilgim var	21	32,4
Oldukça fazla bilgim var	4	6,2
Konuyu tamamen biliyorum	6	9,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sağlık Hizmetlerinde Standardizasyon Belirleme ve Kalite Artırımına Yönelik Çalışmaların Başlatılması” hakkında bilgi düzeylerine bakıldığında, yeterince bilgisi olan yöneticilerin sayısı 21 (%32,4) olduğu gözlemlenmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bilgi düzeylerinin orta olduğu görülmektedir.

Tablo 73. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Ruhsatlandırma, Sertifikasyon ve Akreditasyon Konusunda Çalışan Kurumlara Bilgi, Belge ve Teknik Konularda Lojistik Destek Verilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	20	30,7
Çok az bilgim var	16	24,5
Yeterince bilgim var	18	27,6
Oldukça fazla bilgim var	6	9,3
Konuyu tamamen biliyorum	5	7,9
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sağlık Ruhsatlandırma, Sertifikasyon ve Akreditasyon Konusunda Çalışan Kurumlara Bilgi, Belge ve Teknik Konularda Lojistik Destek Verilmesi” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, yoğunluğun 20 yönetici (%30,7) ile duyan ama bilgisi olmayan yöneticiler olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 74. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Envanterinin Oluşturulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	24	36,8
Çok az bilgim var	16	24,5
Yeterince bilgim var	14	21,5
Oldukça fazla bilgim var	5	7,9
Konuyu tamamen biliyorum	6	9,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sağlık Hizmetlerinde Sağlık Envanterinin Oluşturulması” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, yoğunluğun 24 yönetici (%36,8) ile duyan ama bilgisi olmayan yöneticiler olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 75. Ankete Katılan Yöneticilerin Bireylerin Tıbbi Kayıtlarının Korunması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	17	26,1
Çok az bilgim var	18	27,6
Yeterince bilgim var	19	29,2
Oldukça fazla bilgim var	4	6,3
Konuyu tamamen biliyorum	7	10,8
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Bireylerin Tıbbi Kayıtlarının Korunması” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, yoğunluğun 19 yönetici (%29,2) ile yeterince bilgisi olan yöneticiler olduğu görülse de, dağılım genel olarak incelendiğinde yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 76. Ankete Katılan Yöneticilerin Sevk Basamakları Esnasında Bilgi Transferini Sağlayan Bir Sistem Geliştirilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	24	36,9
Çok az bilgim var	14	21,4
Yeterince bilgim var	16	24,5
Oldukça fazla bilgim var	5	7,9
Konuyu tamamen biliyorum	6	9,3
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sevk Basamakları Esnasında Bilgi Transferini Sağlayan Bir Sistem Geliştirilmesi” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, yoğunluğun 24 yönetici (%36,9) ile duyan ama bilgisi olmayan yöneticilerden oluştuğu görülmektedir. Dağılım genel

olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 77. Ankete Katılan Yöneticilerin Temel Sağlık Uygulamalarındaki Verilerin Toplanması Amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi Kurulması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	21	32,3
Çok az bilgim var	18	27,6
Yeterince bilgim var	17	26,0
Oldukça fazla bilgim var	4	6,3
Konuyu tamamen biliyorum	5	7,9
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Temel Sağlık Uygulamalarındaki Verilerin Toplanması Amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi Kurulması” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, yoğunluğun 21 yönetici (%32,3) ile duyan ama bilgisi olmayan olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin az olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 78. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Amaçlarına Ulaşma Derecelerine Göre Dağılımı

	Çok az		Az		Orta		Yüksek		Çok yüksek		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Etkililik Derecesi	3	5,0%	19	31,7%	27	45,0%	11	18,3%			60	100,0%
Verimlilik Derecesi	5	8,3%	16	26,7%	27	45,0%	12	20,0%			60	100,0%
Hakkaniyet Derecesi	11	18,3%	24	40,0%	13	21,7%	11	18,3%	1	1,7%	60	100,0%
İnsan Merkezlilik Derecesi	8	13,6%	18	30,5%	18	30,5%	11	18,6%	4	6,8%	59	100,0%
Sürdürülebilirlik Derecesi	6	10,0%	26	43,3%	16	26,7%	12	20,0%			60	100,0%
Sürekli Kalite Gelişimi Derecesi	7	11,7%	18	30,0%	19	31,7%	15	25,0%	1	1,7%	60	100,0%
Katılımcılık Derecesi	6	10,0%	22	36,7%	20	33,3%	12	20,0%			60	100,0%
Uzlaşmacılık Derecesi	9	15,3%	20	33,9%	18	30,5%	12	20,3%			59	100,0%
Gönüllülük Derecesi	13	21,7%	20	33,3%	17	28,3%	10	16,7%			60	100,0%
Güçler Ayrılığı Derecesi	10	16,9%	18	30,5%	20	33,9%	7	11,9%	4	6,8%	59	100,0%
Desentralizasyon Derecesi	10	17,2%	16	27,6%	21	36,2%	8	13,8%	3	5,2%	58	100,0%
Hizmette Rekabet Derecesi	5	8,3%	18	30,0%	18	30,0%	15	25,0%	4	6,7%	60	100,0%

Ankete Katılan Yöneticilerin “Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Amaçlarına Ulaşma Dereceleri” hakkında verdiği cevaplar incelendiğinde, etkililik ve verimlilik derecesine yöneticilerin verdiği yanıt yoğunluk olarak orta düzeyde olup, 27 (%45)’tir. Hakkaniyet derecesi, 24 (%40) ile az, insan merkezliliğin hem az hem de orta düzeyde olduğu 18 (%30,5), sürdürülebilirlik derecesi 26 (%43,3) ile az, sürekli kalite gelişimi derecesi 19 (%31,7) ile orta, katılımcılık derecesi 22 (%36,7) ile az, uzlaşmacılık derecesi 20 (%33,9) ile az, gönüllülük derecesi 20 (%33,9) ile az, güçler ayrılığı derecesi 20 (%33,9) ile orta, desentralizasyon derecesi 21 (%36,2) ile orta, hizmette rekabet derecesi hem az hem de orta düzeyde olup, 18 (%30,0) olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin sağlıkta dönüşüm projesinin amaçlarına ulaşma dereceleri için verdiği cevaplar orta ile az arasında değişmektedir.

Tablo 79. Ankete Katılan Yöneticilerin Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Reform Çalışmaları Hakkında Bilgi Dağılımı

Bilgi Olma Durumu	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Olan	56	85,2
Olmayan	9	13,8
Toplam	65	100,0

*Kayıp gözlem 1 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan Yöneticilerin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Reform Çalışmaları” hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, bilgisi olan yöneticilerin 56 (%85,2) olduğu saptanmıştır.

Tablo 80. Ankete Katılan Yöneticilerin SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	2	3,1
Çok az bilgim var	4	6,9
Yeterince bilgim var	26	46,4
Oldukça fazla bilgim var	1	1,5
Konuyu tamamen biliyorum	23	41,1
Toplam	56	100,0

*Kayıp gözlem 10 olarak belirlenmiştir.

Ankete Katılan Yöneticilerin “SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına Devri” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olanların 26 (%46,4) ile konuyu tamamen bilenlerin 23 (%41,1) olduğu tespit edilmiştir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 81. Ankete Katılan Yöneticilerin Yeşil Kart Kapsamının Genişletilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	2	3,1
Çok az bilgim var	12	21,8
Yeterince bilgim var	20	36,3
Oldukça fazla bilgim var	5	9,7
Konuyu tamamen biliyorum	16	29,1
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete Katılan Yöneticilerin “Yeşil Kart Kapsamının Genişletilmesi” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 20 (%36,3) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 82. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerinde Temel Teminat Paketi Uygulaması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	10	17,8
Çok az bilgim var	13	23,2
Yeterince bilgim var	20	35,7
Oldukça fazla bilgim var	6	10,8
Konuyu tamamen biliyorum	7	12,5
Toplam	56	100,0

*Kayıp gözlem 10 olarak belirlenmiştir.

Ankete Katılan Yöneticilerin “Sağlık Hizmetlerinde Temel Teminat Paketi Uygulaması” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 20 (%35,7) yönetici ile çok az bilgisi olan 13 (%23,2) yönetici olduğu saptanmıştır. Dağılım genel olarak

incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 83. Ankete Katılan Yöneticilerin Hastalık ve Analık Nedeniyle Ayakta ve Yatarak Hekim Tarafından Yapılan Muayene, Laboratuar, Tetkik ve Tedaviler, Tıbbi Danışmanlık Hizmetinin Verilmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	9	16,1
Çok az bilgim var	14	25,0
Yeterince bilgim var	19	33,9
Oldukça fazla bilgim var	8	14,2
Konuyu tamamen biliyorum	6	10,8
Toplam	56	100,0

*Kayıp gözlem 10 olarak belirlenmiştir.

Ankete Katılan Yöneticilerin “Hastalık ve Analık Nedeniyle Ayakta ve Yatarak Hekim Tarafından Yapılan Muayene, Laboratuar, Tetkik ve Tedaviler, Tıbbi Danışmanlık Hizmetinin Verilmesi” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 19 (%33,9) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 84. Ankete Katılan Yöneticilerin Acil Sağlık Hizmetlerine Herkesin Ulaşması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	4	7,4
Çok az bilgim var	8	14,2
Yeterince bilgim var	22	39,2
Oldukça fazla bilgim var	8	14,2
Konuyu tamamen biliyorum	14	25,0
Toplam	56	100,0

*Kayıp gözlem 10 olarak belirlenmiştir.

Ankete Katılan Yöneticilerin “Acil Sağlık Hizmetlerine Herkesin Ulaşması” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 22 (%39,2) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 4 (%7,4) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 85. Ankete Katılan Yöneticilerin 18 Yaşına Kadar Ağız ve Diş Muayenesi Diş Hekimliği Hizmetlerinin Ücretsiz Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	8	14,6
Çok az bilgim var	13	23,6
Yeterince bilgim var	22	40,0
Oldukça fazla bilgim var	5	9,7
Konuyu tamamen biliyorum	7	12,1
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete Katılan Yöneticilerin “18 Yaşına Kadar Ağız ve Diş Muayenesi Diş Hekimliği Hizmetlerinin Ücretsiz Olması” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 22 (%40,0) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 8 (%14,6) yönetici olduğu görülmektedir.

Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 86. Ankete Katılan Yöneticilerin 60 Yaş Üzerindekiler İçin Diş Protezleri İçin Katkı Payı Alınması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	9	16,3
Çok az bilgim var	12	21,8
Yeterince bilgim var	24	43,6
Oldukça fazla bilgim var	3	6,2
Konuyu tamamen biliyorum	7	12,1
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete Katılan Yöneticilerin “60 Yaş Üzerindekiler İçin Diş Protezleri İçin Katkı Payı Alınması” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 24 (%43,6) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 9 (%16,3) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 87. Ankete Katılan Yöneticilerin Çocuğu Olmayan Kişinin 23 Yaşından Büyük, 39 Yaşından Küçük Olması Halinde, 2 Kez Tüp Bebek Tedavi Masraflarının Karşılanması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	8	14,6
Çok az bilgim var	7	12,1
Yeterince bilgim var	25	45,4
Oldukça fazla bilgim var	6	11,6
Konuyu tamamen biliyorum	9	16,3
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “çocuğu olmayan kişinin 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması halinde, 2 kez tüp bebek tedavi masraflarının karşılanması ” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 25 (%45,4) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 8 (%14,6) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 88. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Hizmetlerine Ödenecek Tutarların Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu”nca Belirlenmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	6	11,6
Çok az bilgim var	8	14,6
Yeterince bilgim var	25	45,4
Oldukça fazla bilgim var	7	12,1
Konuyu tamamen biliyorum	9	16,3
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “sağlık hizmetlerine ödenecek tutarların sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyon”unca Belirlenmesi ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 25 (%45,4) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 6 (%11,6) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 89. Ankete Katılan Yöneticilerin Estetik Amaçlı Sağlık Hizmeti, Estetik Amaçlı Ortodontik Diş Tedavileri ve Alternatif Tıp Uygulamalarının Karşılanmayacak Olması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	7	12,1
Çok az bilgim var	10	18,2
Yeterince bilgim var	23	41,8
Oldukça fazla bilgim var	6	11,6
Konuyu tamamen biliyorum	9	16,3
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Estetik Amaçlı Sağlık Hizmeti, Estetik Amaçlı Ortodontik Diş Tedavileri ve Alternatif Tıp Uygulamalarının Karşılanmayacak Olması” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 23 (%41,8) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 7 (%12,1) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 90. Ankete Katılan Yöneticilerin Hekimin Göreceği Lüzum Üzerine Genel Sağlık Sigortalısı ve Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişilerin Yurtdışı Dâhil Yerleşim Yeri Dışına Yapılan Sevklerinde, Kendisinin ve Bir Kişiyle Sınırlı Olmak Üzere Refakatçisinin Yol Gideri ve Gündeliklerinin Karşılanacağı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	6	11,6
Çok az bilgim var	11	19,3
Yeterince bilgim var	25	45,4
Oldukça fazla bilgim var	6	11,6
Konuyu tamamen biliyorum	7	12,1
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Hekimin Göreceği Lüzum Üzerine Genel Sağlık Sigortalısı ve Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişilerin Yurtdışı Dâhil Yerleşim Yeri Dışına Yapılan Sevklerinde, Kendisinin ve Bir Kişiyle Sınırlı Olmak Üzere Refakatçisinin Yol Gideri ve Gündeliklerinin Karşılanacağı” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 25 (%45,4) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 91. Ankete Katılan Yöneticilerin Sağlık Karnesi Uygulamasının Kaldırılması Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)*	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	1	1,7
Çok az bilgim var	7	12,6
Yeterince bilgim var	27	48,3
Oldukça fazla bilgim var	5	8,9
Konuyu tamamen biliyorum	16	28,5
Toplam	56	100,0

*Kayıp gözlem 10 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Sağlık Karnesi Uygulamasının Kaldırılması” ile ilgili

bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 27 (%48,3) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 1 (%1,7) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 92. Ankete Katılan Yöneticilerin Kamu Hastanelerinin "Sağlık İşletmeleri"ne Dönüştürülmesi Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı

Bilgi Düzeyi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Duydum ama bilgim yok	5	8,9
Çok az bilgim var	8	14,6
Yeterince bilgim var	21	39,0
Oldukça fazla bilgim var	10	18,2
Konuyu tamamen biliyorum	11	19,3
Toplam	55	100,0

*Kayıp gözlem 11 olarak belirlenmiştir.

Ankete katılan yöneticilerin “Kamu Hastanelerinin "Sağlık İşletmeleri"ne Dönüştürülmesi” ile ilgili bilgi düzeyleri incelendiğinde, yeterince bilgisi olan 21 (%39,0) yönetici, duyan ama bilgisi olmayan 5 (%8,9) yönetici olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, yöneticilerin bu konuda bilgi düzeyinin fazla olduğunu söylemek mümkündür.

3.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular

Hipotezlerin test edilmesinde öncelikli olarak, bilgi düzeyi ve ardından da bilgi düzeyleri arasındaki demografik ve finansal bilgi düzeyine göre farklılaşma olup olmadığı etüd edilmiştir.

3.2.1. Bilgi Düzeyine Yönelik Hipotezlerin Testi

Hipotezlerin test edilmesinde, standart puanlar esas alınmış olup, gelen cevapların ortalama puanlarının 2,5 değeriyle kıyaslanması esas alınmıştır. 2,5 puan altı bilgisi ortalamanın altında ve 2,5 puan üstü bilgisi ortalamanın üstünde kabul edilmiştir. Hipotez testinde tek örnek mukayesesi esas alınmıştır. Ankete gelen cevapların, 2,5 ortalama değere sahip bir kitleden gelip gelmediği sınanmıştır.

Sınamada kullanılacak yöntemin tespiti için öncelikle puan dağılımının Normal Dağılıma sahip olup olmadığının belirlenmesi için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal Dağılım için gerçekleştirilmiştir. Elde edilen test sonuçları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 93. Test Edilen Hipotez Başlıkları Bazında Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	66	66	66
Ortalama	2,1680	2,4938	2,6072
Standart Sapma	,81830	,97464	1,43999
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,951	,719	,243

Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal Dağılım için test edildiğinde Tablo

93'teki sonuçlara göre Asimptotik Önem değerinin bütün başlıklar için de 0,05'den büyük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla, tüm başlıklar için de puanlar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 94. Sağlık Yöneticilerinin bilgisine yönelik Tek Örnek t-Testi Sonuçları

	Test Değeri = 2,5		
	t	Serbestlik Derecesi	Önem (2kuyruklu)
Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	-3,296	65	,002
Sağlıkta Dönüşüm	-,052	65	,959
Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası	,605	65	,547

Puan dağılımlarının Normal Dağılıma sahip olması nedeniyle, hipotezlerin testinde puan ortalamaları 2,5 değeri için Tek Örnek t-Testi ile sınanmıştır.

Grup istatistikleri Tablo 95'te verilmiş olup; sonuçlar aşağıdaki hipotezler ve yorumlarıyla aktarılmıştır.

Tablo 95. Grup İstatistikleri

	N	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	66	2,1680	,81830
Sağlıkta Dönüşüm	66	2,4938	,97464
Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası	66	2,6072	1,43999

Hipotez 1: “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi

H0: “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeydedir.

H1: “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalamadan farklıdır.

Test Sonucu 1: ‘Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi’ne yönelik puanların Tek Örnek t-Testi ile 2,5 değeri için test edilmesi sonucu; test edilmesi sonucunda önem düzeyi $p = 0,02 < 0,05$ elde edilmiştir. Dolayısıyla, grup ortalaması istatistiksel açıdan önemli düzeyde ortalamadan farklıdır. Bir başka deyişle H0 hipotezi red edilmektedir. H1 hipotezi geçerlidir ve “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalamadan farklıdır. Dolayısıyla sağlık yöneticilerinin, bilgi düzeyinin ortalamanın altında olduğu veya yeterince bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir.

Hipotez 2: “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi

H0: “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeydedir.

H1: “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalamadan farklıdır.

Test Sonucu 2: ‘Sağlıkta Dönüşüm’e yönelik puanların Tek Örnek t-Testi ile 2,5 değeri için test edilmesi sonucu; önem düzeyi $p = 0,959 > 0,05$ elde edilmiştir. Dolayısıyla, grup ortalaması istatistiksel açıdan önemli düzeyde ortalamadan farklılık göstermemektedir. Bir başka deyişle H_0 hipotezi red edilemez. H_0 hipotezi geçerlidir ve “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Hipotez 3: “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi

H_0 : “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeydedir.

H_1 : “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalamadan farklıdır.

Test Sonucu 3: ‘Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası’na yönelik puanların Tek Örnek t-Testi ile 2,5 değeri için test edilmesi sonucu; önem düzeyi $p = 0,547 > 0,05$ elde edilmiştir. Dolayısıyla, grup ortalaması istatistiksel açıdan önemli düzeyde ortalamadan farklılık göstermemektedir. Bir başka deyişle H_0 hipotezi red edilemez. H_0 hipotezi geçerlidir ve “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası”na yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeyde olduğu belirlenmiştir.

3.2.2. Farkındalıkların Demografik Nitelikler ve Finansal Bilgi Düzeyi Bakımından Değerlendirilmesi

Hipotez 4: Sağlık yöneticilerinin “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar konusunda farkındalıkları açısından demografik ve finansal bilgi düzeyi olarak fark var mı?

H0: Sağlık yöneticilerinin “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi vardır.

H1: Sağlık yöneticilerinin “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi”ne yönelik çalışmalar konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi yoktur.

Hipotez 5: Sağlık yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları konusunda farkındalıkları açısından demografik ve finansal bilgi düzeyi olarak fark var mı?

H0: Sağlık yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi vardır.

H1: Sağlık yöneticilerinin “Sağlıkta Dönüşüm” çalışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi yoktur.

Hipotez 6: Sağlık yöneticilerinin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları konusunda farkındalıkları açısından demografik ve finansal bilgi düzeyi olarak fark var mı?

H0: Sağlık yöneticilerinin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi vardır.

H1: Sağlık yöneticilerinin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası” çalışmaları konusunda farkındalıkları üzerinde demografik niteliklerinin ve finansal bilgi düzeylerinin etkisi yoktur.

Demografik nitelikler ve finansal bilgi düzeyi bakımından gruplar arasında fark olup olmadığı test edilmiştir. Test yönteminin belirlenmesi ve öncelikle grupların Normal Dağılıma sahip olup olmadığının belirlenmesi için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiği Testi, Normal Dağılım için uygulanmıştır. Hipotezler her bir demografik nitelik ve finansal bilgi düzeyi bakımından ayrı ayrı test edilmiştir.

3.2.2.1.Cinsiyetin Etkisinin Test Edilmesi

Tablo 96. Erkek grubu için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiği Testi, Normal Dağılım

Erkek Grubu	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	23	23	23
Ortalama	2,0000	2,1969	2,2542
Standart Sapma	,89493	,87521	1,58045
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,616	,922	,754

Erkekler için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibarıyla Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için 0,05’den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için erkeklerden gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 97. Kadın grubu için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal Dağılım

Kadın Grubu	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	43	43	43
Ortalama	2,2579	2,6525	2,7961
Standart Sapma	,77009	,99741	1,34014
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,814	,847	,093

Benzer biçimde kadınlar için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için 0,05’den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, tüm Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için kadınlardan gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Hem erkek, hem de kadınlar için puan dağılımları bakımından Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Normal Dağılımlı olması nedeniyle, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası bakımından cinsiyetler arası farklılık olup olmadığının belirlenmesi için Bağımsız İki örnek t-Testi gerçekleştirilmiştir. Hem grup istatistikleri, hem de test sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 98. Cinsiyet İçin Bağımsız İki Örnek T-Testi

	t	Serbestlik Derecesi	Önem (2kuyruklu)
Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	-1,225	64	,225
Sağlıkta Dönüşüm	-1,843	64	,070
Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası	-1,470	64	,147

Bağımsız İki Örnek t-Testi sonucunda erkek ve kadınlar arasında bilgi düzeyi açısından farklılık sınamasında,

- Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi konusunda önem değeri $p = 0,225 > 0,05$
- Sağlıkta Dönüşüm, konusunda önem değeri $p = 0,70 > 0,05$
- Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası önem değeri $p = 0,147 > 0,05$ elde edilmiştir. Dolayısıyla, hiçbir başlık için de cinsiyetler arası bir farklılık görülmemektedir.

Tablo 99. Grup İstatistikleri

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Erkek	23	2,0000	,89493
	Kadın	43	2,2579	,77009
Sağlıkta Dönüşüm	Erkek	23	2,1969	,87521
	Kadın	43	2,6525	,99741
Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası	Erkek	23	2,2542	1,58045
	Kadın	43	2,7961	1,34014

Ankete verilen cevapların ortalama puanlarının 2,5 değeriyle kıyaslanması esas alınmıştır. 2,5 puan altı bilgisi ortalamanın altında ve 2,5 puan üstü bilgisi ortalamanın üstünde kabul edilmiştir. Tablo 99'a göre, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi için, erkeklerin ortalaması 2, kadınların ortalaması 2,25 ile her iki grup için de bilgi ortalamanın altındadır. Sağlıkta Dönüşüm için, erkeklerin ortalaması, 2,19 ile ortalamanın altındadır. Kadınlar da ise, 2,65 ile ortalama üzerinde olduğu görülmektedir. Son olarak, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için bakıldığında, erkeklerin ortalaması 2,25 ile ortalamanın altında, kadınların 2,79 ile ortalamanın üzerindedir.

3.2.2.2.Yaşın Etkisinin Test Edilmesi

Yaşın etkisi olup olmadığının test edilmesinden önce, uygulanacak yöntemin belirlenebilmesi için; yaş gruplarına göre cevapların dağılımının Normal Dağılıma sahip olup olmadığının belirlenmesi gerekmektedir. Dolayısıyla, Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal Dağılım için her bir yaş grubuna Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için ayrı ayrı uygulanmıştır.

Tablo 100. 20-29 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

20-29 Yaş Grubu	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	11	11	11
Ortalama	2,1777	2,7380	2,5524
Standart Sapma	,94791	1,04662	1,60281
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,981	,999	,960

20-29 yaş grubu için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için 0,05'den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, her üç çalışma için 20-29 yaş grubundan gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 101. 30-39 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

30-39 Yaş Grubu	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	20	20	20
Ortalama	2,0068	2,1853	2,5423
Standart Sapma	,92631	,82221	1,46961
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,992	,934	,706

30-39 yaş grubu için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için 0,05’den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, her üç çalışma için 30-39 yaş grubundan gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 102. 40-49 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

40-49 Yaş Grubu	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	24	24	24
Ortalama	2,2652	2,7218	2,6603
Standart Sapma	,69178	,97270	1,51689
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,717	,712	,445

40-49 yaş grubu için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık

Sigortası için 0,05'den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, her üç çalışma için 40-39 yaş grubundan gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 103. 50-59 Yaş Grubu Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

50-59 Yaş Grubu	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	9	9	9
Ortalama	2,2576	2,3693	2,8462
Standart Sapma	,89333	1,11018	,89872
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,860	,496	,705

50-59 yaş grubu için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için 0,05'den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, her üç çalışma için 50-59 yaş grubundan gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 104. Varyans Analizi (ANOVA)

		Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi	Ortalamanın Karesi	F	Önem
Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Gruplar arası	,819	3	,273	,384	,765
	Grup içi	42,679	60	,711		
	Toplam	43,499	63			
Sağlıkta Dönüşüm	Gruplar arası	3,935	3	1,312	1,420	,246
	Grup içi	55,420	60	,924		
	Toplam	59,355	63			
Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası	Gruplar arası	,662	3	,221	,105	,957
	Grup içi	126,109	60	2,102		
	Toplam	126,771	63			

Yaş gruplarının Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için Normal Dağılıma sahip olması nedeniyle; yaş grupları bakımından gruplar arası farklılık olup olmadığının test edilmesi için Varyans Analizi (ANOVA) uygulanmıştır. ANOVA sonucunda, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi için önem değeri $p = 0,765 > 0,05$ elde edilmiştir. Dolayısıyla, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi için yaş grupları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamaktadır. Yaş değişkeninin, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi konusunda bilgi düzeyi üzerinde etkisi yoktur.

Sağlıkta Dönüşüm için önem değeri $p = 0,246 > 0,05$ elde edilmiştir. Dolayısıyla, Sağlıkta Dönüşüm için yaş grupları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamaktadır. Yaş değişkeninin, Sağlıkta Dönüşüm konusunda bilgi düzeyi üzerinde etkisi yoktur.

Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için önem değeri $p = 0,957 > 0,05$ elde edilmiştir. Dolayısıyla, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için yaş grupları arasında

istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamaktadır. Yaş değişkeninin, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası konusunda bilgi düzeyi üzerinde etkisi yoktur.

3.2.2.3. Finansal Bilgi Düzeyi

Finansal bilgi düzeyinin, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası üzerinde etkisi olup olmadığının belirlenmesinde; finansal bilgi düzeyi kriteri olarak “Finansal eğitim almış veya almamış olmak” belirlenmiştir. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası üzerindeki etkiyi etüd etmeden önce uygulanacak analiz yöntemini belirleyebilmek için eğitim almış ve almamış grubun Normal Dağılımlı olup olmadığına bakılması gerekmektedir. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle eğitim almış ve almamış gruba Kolmogorov Smirnov Uyum İyiliği Testi Normal Dağılım için uygulanmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Tablo 105. Finansal Yönetim Konusunda Eğitim Alanlar İçin Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Finansal Eğitim Alan	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	33	33	33
Ortalama	2,5179	2,7424	2,9744
Standart Sapma	,67006	,99599	1,32576
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,953	,369	,398

Finansal yönetim eğitimi almış olanlar için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem, Sağlık

Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için 0,05’den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, her üç çalışma için finansal yönetim eğitimi almış olanlardan gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 106. Finansal Yönetim Konusunda Eğitim Almamış Olanlar İçin Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi

Finansal Eğitim Almayan	Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Sağlıkta Dönüşüm	Sosyal Güvenlik ve GSS
N	33	33	33
Ortalama	1,8182	2,2451	2,2401
Standart Sapma	,81161	,90000	1,47523
Asimptotik Önem (2-kuyruklu)	,593	,492	,468

Finansal yönetim eğitimi almamış olanlar için Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası itibariyle Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi sonuçlarına göre Asimptotik Önem, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için 0,05’den büyük olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için finansal yönetim eğitimi almamış olanlardan gelen cevaplar Normal Dağılıma sahiptir.

Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için değerlerin Normal Dağılıma sahip olması nedeniyle, her üç çalışma için finansal yönetim eğitimi almış ve almamış grupların puanları birbirleriyle kıyaslanacaktır. Kıyaslamada Bağımsız İki Örnek t-Testi uygulanmış ve sonuçlar verilmiştir.

Tablo 107. Finansal Yönetim Eğitime Yönelik Bağımsız İki Örnek T-Testi

	t	Serbestlik Derecesi	Önem (2-kuyruklu)
Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	3,819	64	,000
Sağlıkta Dönüşüm	2,128	64	,037
Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası	2,127	64	,037

Bağımsız İki Örnek t-Testi sonucunda, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi için önem değeri $p < 0,0001$; Sağlıkta Dönüşüm için önem değeri $p = 0,037$ ve Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için önem değeri $p = 0,037$ olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi, Sağlıkta Dönüşüm, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için finansal yönetim bilgisine sahip olmanın etkisi vardır. Grup ortalamaları incelendiğinde de, finansal yönetim bilgisine sahip olmanın her üç çalışma için de farkındalığı önemli ölçüde artırdığı görülmektedir.

Tablo 108. Grup İstatistikleri

	Finansal yönetim konusunda hiç eğitim aldınız mı?	N	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi	Alan	33	2,5179	,67006
	Almayan	33	1,8182	,81161
Sağlıkta Dönüşüm	Alan	33	2,7424	,99599
	Almayan	33	2,2451	,90000
Sosyal Güvenlik ve GSS	Alan	33	2,9744	1,32576
	Almayan	33	2,2401	1,47523

Tablo 108'e göre, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi,

Sağlıkta Dönüşüm, Sosyal Güvenlik ve GSS konusunda eğitim alan yöneticilerin ortalamaları sırasıyla, 2,51; 2,74 ve 2,97 olup genel ortalamanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, eğitim alanların bilgi düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir.

3.3.Sağlıkta Dönüşümün Amacına Ulaşmasına Yönelik Etüd

- a. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi,
- b. Sağlıkta Dönüşüm,
- c. Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası,

Konularında bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve demografik ile finansal yönetim bilgisi niteliklerinin söz konusu başlıklardaki farkındalığa etkisinin yanı sıra; Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin amaçlarına ulaşp ulaşmadığı yönündeki görüşlerde etüd edilmiştir. Yukarıdaki hipotezlerin testine benzer biçimde;

- 'Çok az', 1 puan,
- 'Az', 2 puan,
- 'Orta' 3 puan,
- 'Yüksek' 4 puan,
- 'Çok yüksek' 5 puan

Olmak üzere puanlama yapılmıştır.

Hipotezlerin test edilmesinde, standart puanlar esas alınmış olup, gelen cevapların ortalama puanlarının 2,5 değeriyle kıyaslanması esas alınmıştır. 2,5 puan altı bilgisi ortalamanın altında ve 2,5 puan üstü bilgisi ortalamanın üstünde kabul edilmiştir. Hipotez testinde tek örnek mukayesesi esas alınmıştır. Ankete gelen cevapların, 2,5 ortalama değere sahip bir kitleden gelip gelmediği sınanmıştır.

Sınamada kullanılacak yöntemin tespiti için öncelikle puan dağılımının Normal Dağılıma sahip olup olmadığının belirlenmesi için Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi, Normal Dağılım için gerçekleştirilmiştir. Test sonucunda, Asimptotik Önem (2-kuyruklu) $p = 0,233 > 0,05$ olduğu görülmektedir. Dolayısıyla puanlar Normal Dağılıma sahiptir.

Tablo 109. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Amacına Yönelik Tek Örnek T-Testi

	Test Değeri = 2,5		
	t	Serbestlik Derecesi	Önem (2-kuyruklu)
Sağlıkta Dönüşümün Projesinin Amacı	-,845	65	,401

Puan dağılımlarının Normal Dağılıma sahip olması nedeniyle, hipotezlerin testinde puan ortalamaları için 2,5 değeri için Tek Örnek t-Testi ile sınanmıştır. Sınama sonucunda önem değeri $p = 0,401 > 0,05$ olarak elde edilmiştir. Dolayısıyla, Sağlıkta Dönüşümün Amacına Ulaşmasına Yönelik Etüd, ortalama düzeyde amacına ulaştığı yönünde görüşe sahip olduğunu göstermektedir.

BÖLÜM IV. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık Yöneticilerinin reform çalışmaları sonucu olarak ortaya çıkan mevzuat ve uygulama değişiklikleri konusundaki farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini ölçmek ve sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumuna yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda özetlenmiştir:

Genel bulgularla ilgili analiz sonuçları; ankete katılan yöneticilerin cinsiyetlere göre dağılımı incelendiğinde, 43 yöneticinin (%65,2) kadın; 23 yöneticinin (%34,8) erkek ile toplam 66 yönetici, yaş grupları için en çok katılımın 24 yönetici ile 40-49 (%37,5) yaş grubu, en az paya sahip grup ise 9 yönetici ile 50-59 (%14,1) yaş grubudur. Yöneticilerin hastanedeki görevleri incelendiğinde, hastane müdürü görevinde olanlar 31 (%46,9) yönetici ile en çok katılıma sahip, ikinci ve üçüncü olarak hastane müdür yardımcılarının ve başhekim yardımcılarının oluşturduğu katılımcı grupları sırasıyla 13 (%19,7) ve 10 (%15,2) yönetici olarak saptanmıştır. Tıp fakültesini bitirenler 14 (%22,9) yönetici ile ilk sırada yer alırken bunu sırayla 13 (%21,3) ve 11 (%18,2) yönetici ile sağlık kurumları idarecileri ve iktisadi idari bilimler mezunları izlemektedir. En düşük seviyede katılımcı grubunu ise, mühendislik fakültesi mezunları 5 (%8,2) oluşturmaktadır. Yöneticilerin hastanedeki görevinde çalışma süreleri incelendiğinde, 49 (%90,7) yönetici beş yıldan az bir süredir görevinin başında iken 5 (%9,3) yönetici beş yıldan uzun bir süredir görevini icra etmektedir.

Sağlık hizmetleri finansman yönetiminin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması için altyapı geliştirilmesi projesi hakkında yöneticilerin bilgi olma durumları incelenmiş ve 29 (%43,9) yöneticinin bilgi sahibi olduğu, 37 (%56,1) yöneticinin de bu konuda bilgi sahibi olmadığı, ortaya çıkmıştır.

Yöneticilerin Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Sağlıkta Dönüşüm Projesi hakkında bilgi dağılımı sonuçlarına göre, bu konu hakkında bilgisi olan 64 (%98,5) yönetici, bilgisi olmayan 1 (%1,5) yönetici olduğu tespit edilmiştir.

Yöneticilerin “Sağlıkta Dönüşüm Projesinin Amaçlarına Ulaşma Dereceleri” hakkında verdiği cevapların sonuçlarına göre, etkililik ve verimlilik derecesine yöneticilerin verdiği yanıt yoğunluk olarak orta düzeyde olup, 27 (%45)’tir. Sağlıkta Dönüşüm Projesinin hakkaniyet derecesinin, 24 (%40) ile az, insan merkezliliğinin hem az hem de orta düzeyde olduğu 18 (%30,5), sürdürülebilirlik derecesinin 26 (%43,3) ile az, sürekli kalite gelişimi derecesinin 19 (%31,7) ile orta, katılımcılık derecesinin 22 (%36,7) ile az, uzlaşmacılık derecesinin 20 (%33,9) ile az, gönüllülük derecesinin 20 (%33,9) ile az, güçler ayrılığı derecesinin 20 (%33,9) ile orta, desentralizasyon derecesinin 21 (%36,2) ile orta, hizmette rekabet derecesinin orta düzeyde olup, 18 (%30,0) olduğu görülmektedir. Dağılım genel olarak incelendiğinde, sağlık yöneticilerine göre, Sağlıkta Dönüşüm Projesi’nin amaçlarına ulaşma dereceleri orta ile az arasında değişmektedir.

Yöneticilerin “Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Reform Çalışmaları” hakkında verdikleri cevapların sonuçları doğrultusunda, bilgisi olan 56 (%85,2) yönetici, bilgisi olmayan 9 (%13,8) yönetici olduğu saptanmıştır.

Hipotezlere ilişkin sonuçlara göre, Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi’ne yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama farklıdır. Dolayısıyla, sağlık yöneticilerinin bilgi düzeyinin ortalamanın altında olduğu veya yeterince bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm çalışmaları ile Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası’na yönelik çalışmalar hakkında sağlık yöneticilerinin bilgisi ortalama düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi için, cinsiyetler arasında fark bulunmamış, bilgi düzeyinin ortalamanın altında olduğu tespit edilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Projesi için, cinsiyetler arasında fark olduğu gözlenmiş, bilgi düzeyi erkeklerde ortalamanın altında, kadınlarda ortalamanın üzerindedir. Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası için arasında fark olduğu gözlenmiş, bilgi düzeyi erkeklerde ortalamanın altında, kadınlarda ortalamanın üzerinde olduğu saptanmıştır. Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi için yaş grupları arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmamaktadır. Yaş değişkeninin Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi konusunda, Sağlıkta Dönüşüm Projesi konusunda, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası konusunda bilgi düzeyi üzerinde etkisi yoktur. Finansal yönetim eğitimi bilgisine sahip olmanın her üç çalışma için de etkisi olduğu

tespit edilmiş ve her üç başlık için de farkındalığı önemli ölçüde artırdığı görülmüştür. Yöneticilerin Sağlıkta Dönüşüm Projesinin amaca ulaşma derecesi için derecenin orta düzeyde olduğu düşünüldükleri tespit edilmiştir. Sağlık yöneticilerinin mezun olduğu yerlerine, çalıştıkları görevlerine ve tecrübelerine göre, bilgi düzeylerinde fark olmadığı ortaya çıkmıştır.

Reform çalışmalarının etkin şekilde yürütülebilmesi ve sonuçlarının alınabilmesi için uygulayıcı durumunda olan sağlık yöneticilerinin çalışmalar konusundaki bilgilerinin yüksek olması beklenir. Çalışma sonuçları dikkate alındığında, sağlık yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili bilgi düzeylerinin genel olarak az ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda, finansal eğitim almış olan yöneticilerin bilgi düzeylerinin ya da başka bir ifadeyle farkındalıklarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçtan yola çıkarak sağlık yöneticilerinin işletme ve sağlık işletmeciliği ile ilişkili alanlarda eğitim almış olmaları, sağlık sektöründeki gelişmelere karşı daha duyarlı olmalarını etkilediği söylenebilir. Sağlık yöneticilerinin mezun oldukları bölüm açısından, bilgi düzeylerinde farklılık tespit edilmese de, uzmanlaşmış alanlarda ve reform çalışmaları kapsamındaki uzmanlık alanlarında eğitim verilmesinin yöneticilerin farkındalıklarını artıracığı düşünülmektedir.

Hastanelerde sağlık hizmetlerinin sunumunda, yönetsel sorumlulukların yanında reformlara ilişkin uygulamaları hastanelerde adapte, yürütme ve takip etme sorumlulukları olan hastane yöneticilerinin reform çalışmaları konusunda bilgi düzeylerinin az ve orta düzeyde olması bu konuda farkındalığı artıracak çalışmaların zorunluluğunu ortaya koymaktadır. Bu kapsamda, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası altında uygulamaya başlatılan ve uygulanacak tüm çalışmalar hakkında tanıtıcı, bilgilendirici ve iletişim kanalları açık olan faaliyetler düzenlenmelidir.

Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlıkta Dönüşüm Projesi, Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası uygulamaları hakkında hem sağlık yöneticilerinin hem de sağlık hizmetleri

kullanıcıları olan toplumun farkındalık düzeyinin artırılması ve bilinçlendirilmesi; sağlık hizmetlerinin finansmanı, sunumu, talebi, reform çalışmalarına toplumsal katkının artırılması, sağlık hizmetleri sunucularının iş tatminlerinin artırılması ve sağlık hizmetlerine ayrılan tüm kaynakların daha etkin kullanılması açısından katkılar sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Abel-Smith B. (1994). An Introduction to Health. Policy, Planning and Financing. Longman Group Limited, New York
- Abel-Smith, B. (1986). The World Economic Crisis. Part 1: Repercussion on Health, Health Policy and Planning, Vol:1, N.3, p.202-213
- Abel-Smith, B. (1996). Escalation of Health Care Costs: How Did We Get There?, Health Care Reform: The Will To Change içinde, OECD Health Policy Studies N.8, Paris: OECD
- Akdur, R. (1998). Türkiye’de Sağlık Politika ve Hizmetleri, Yeni Türkiye Sayı: 23-24, s.1984-1995
- Belek, İ. (2000). Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III Sigorta Değil, Genel Vergi, Toplum ve Hekim, C.15, S.2, s.92-108
- Busse, R., Saltman, R.B. and Dubois, H.F.W. (2004). Organisation and Financing of Social Health Insurance Systems: Current Status and Recent Policy Developments, Saltman, R.B, Busse, R., Figueras, J. (eds.), Social Health Insurance Systems in Western Europe, s.33-80, European Observatory on Health Care Systems and Policy Series, Open University Press
- Carrin, G. et al. (2001). The Impact of the Degree of Risk-Sharing in Health Financing on Health System Attainment, WHO, Commission on Macroeconomics and Health
- Carrin, G. and James, C. (2005). Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage, International Social Security Review, Vol.58, N.1, p.45-64
- Creese, A. (1997). User Fees, British Medical Journal, N.315, p.202-203
- Creese, A.L. (1991). User Charges For Health Care: A Review of Recent Experience, Health Policy and Planning, Vol.6, N.4, p.309-319

- Çilingiroğlu, N. (1997). Sağlık Ekonomisi, Bertan, M. ve Güler, Ç. (ed.), Halk Sağlığı Temel Bilgiler içinde, s.391-419, Güneş Kitabevi, 2. Baskı, Ankara
- De Ferranti, D. (1985). Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview, WB Staff Working Papers, No:721
- Deber, R.B., Forget, E.L. and Roos, L.L. (2004). “Medical Savings Accounts in a Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence”, Health Policy, Vol.70, N.1, p.49-66
- Delnoy, DMJ. (1990). GPs' income trends in Western Europe
- Dixon, A. (2002). Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care, Croatian Medical Journal, Vol.43, N.4, p.408-416
- Dixon, A. and Mossialos, E. (2000). Has the Portuguese NHS Achieved Its Objectives of Equity and Efficiency, International Social Security Review, Vol.53, N.4, p.49-78
- DPT, (2005). 2006 Yılı Programı, Ankara
- DPT, (1990). Health Sector Masterplan Study Report On The Current Situation, Price Waterhouse
- Ergör, G., Öztekin, Z. (2000). Türkiye’de Ulusal Sağlık Politikasının Gelişimi
- Erol, A., Yıldırım, E. (2004). Tüm Yönleriyle Bireysel Emeklilik Sistemi, Yaklaşım Yayınları, Ankara
- Fişek, G., Özşuca, Ş.T. ve Şuğle, M.A. (1998). Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996, SSK - Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı
- Fişek, N.H. (1985). Halk Sağlığına Giriş, Hacettepe Üniversitesi – DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara
- Güzel, A. ve Okur, A.R. (2004). Sosyal Güvenlik Hukuku, Beta Yayınları, 10.Baskı
- Gottret, P. and Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide, The World Bank, Washington D.C.

Hoare G. and Mills A. (1986). Paying for the Health Sector, EPC Publication No:12, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London

Hsiao, W.C. (1995). Abnormal Economics in the Health Sector, Berman, P., (ed.), Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable, s.161-179, Harvard Series on Population and International Health, Harvard University Press, Boston, Massachusetts

<http://www.ttb.org.tr/data/haber/mart05/gsstaslakgerekce.php>

Hülür, Ü. (2008). Sağlık Bakanlığı-Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara

Karacık, A. (2001). Türkiye’de Sağlık Sigortaları, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II, S.40, Temmuz-Ağustos, s.1488-1493

Kutzin, J. (1998). The Appropriate Role for Patient Cost Sharing, Saltman, R.B., Figueras, J., Sakellarides, C. (eds.), Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, s.78-134, Buckingham: Open University Press

Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements, Health Policy, Vol.56, N.3, p.171-204

Kutzin, J. and Barnum, H. (1992). Institutional Features of Health Insurance Programs and Their Effects On Developing Country Health Systems, International Journal of Health Planning and Management, Vol.7, p.51-72

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

Maliye Bakanlığı, (2005a). 2005 Yılı Bütçe Gerekçesi, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (<http://www.bumko.gov.tr>)

Maynard, A. and Dixon, A. (2002). Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience, Mossialos, E. Et al., (eds.), Funding Health Care: Options for Europe, s.109-127, Open University Press, Buckingham – Philadelphia

- Morlock, L. ve Diğerleri. (2004). Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, TÜSİAD, Yayın No.TÜSİAD-T/2004-09/380
- Mossialos, E. and Dixon, A. (2002a), Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Options for Europe, s.1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems, Bulletin of World Health Organisation, Vol.78, N.6, p.717-731
- Müderrişoğlu, A.E., Say, G.S. ve İçki, A. (1998). Health Care Finance Reform in Turkey: Transition to Universal Coverage, Nitayarumphong, S. ve Mills, A. (eds), Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries, s.165-196, Ministry of Health, Thailand
- Normand C. and Weber A. (1994). Social Health Insurance. A Guidebook For Planning, WHO/ILO
- Normand, C. and Busse, R. (2002). Social Health Insurance Financing, Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Options for Europe içinde, s.59-79, European Observatory Health Care System Series, Open University Press, Buckingham – Philadelphia
- OECD, (1987). Financing and delivery health care: A comparative analysis of OECD countries, OECD Social Policy Studies, No:4, Paris
- OECD, (1992). The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries. Health Policy Studies No:2. Paris
- OECD, (1994). The OECD Jobs Study Evidence and Explanation II. The Adjustment Potential of the Labor Market, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development
- Orhaner, E. (2000). Türkiye’de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Ankara, Sayı: 1

Özçatal, Ö. (1999). Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

Özsarı, S.H. ve Varlık, M. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Cumhuriyet Özel Sayısı III, Eylül-Aralık, S.23-24

Öztek, Z. (2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I, Mayıs-Haziran, Sayı 39, s.60-64

Ron A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G. (1990). Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach, ILO, Geneva

Sağlık Bakanlığı, (1999). Flagship Eğitim Programı Dokümanları

Sağlık Bakanlığı, (1999). Flagship Eğitim Programı Dokümanları

Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997). European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies, WHO Regional Publications, European Series, No:72.

SGK, (2005). Sosyal Güvenlik Sistemi: Sorunlar ve Çözüm Önerileri

SGK, (2007). Sosyal Güvenlik Reformu, Makro Bakış, Ankara, Sayı:5

Shimmura K. (1988). Effects of different remuneration methods on general medical practice: A comparison of capitation and fee-for-service payment. International Journal of Health Planning and Management. Vol 3, 245-258

Singer, C. ve Underwood, E.A. (1962). A Short History of Medicine, 2nd Edition, Oxford University Press

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm. Haziran 2003
www.absaglik.org/hhy_sdp_sagfin.pdf

The World Bank. World Development Report, (2004). Investing in Health. OUP, New York

- Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.5, S.4, s.123-139
- Uz, H. (1995). Hekimlerin Ücretlendirilme Modelleri: Karşılaştırmalar ve Avrupa'daki Uygulamalar. 3(1): 56-58. <http://www.merih.net/m1/whulkuz23.htm>
- Ünsal, E.M. (2001). Mikro İktisat, İmaj Yayınevi, Dördüncü Baskı. Ankara
- Van de Ven, W.P.M.M. (1983). Effects of Cost Sharing in Health Care, Effective Health Care, Vol.1, N.1, p.47-56
- WB, (1987). Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform, The World Bank, Washington D.C., U.S.A
- WHO, (2000a). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva
- WHO, (2004). Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, by Guy Carrin and Chris James, Discussion Paper, N.2, Department Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster Evidence and Information for Policy (EIP), Geneva
- WHO-WB, (2004). Health System Metrics: Monitoring the Health System in Developing Countries, October 6-7, Report, Glion, Switzerland
- Yalçın, A. (2000). Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Özel Sağlık Sigortaları, Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, s.150
- Yenimahalleli, G. (1998). Türkiye'de Sağlık İşkolunun Özellikleri ve Sendikal Örgütlenme, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi
- Yenimahalleli, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye için Sağlık Finansman Modeli Önerisi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi
- Yıldırım, H. H. (2007). Nasıl Bir Sağlık Reformu?, Ankara. <http://www.absaglik.com/>

EKLER

EK – 1 Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü İzin Belgesi

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02-251-19
Konu : Tez Çalışması

13294 - 16.04.2008

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANKARA

İlgi: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsünün 10.04.2008 tarih ve SBE-2008/73 sayılı yazısı.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Neval KAYA'nın "Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Ankara ilinde Bakanlığımıza bağlı bulunan hastanelerin yöneticilerine anket uygulanması için gerekli iznin verilmesi ilgede kayıtlı ve ilişikte gönderilen yazı ile talep edilmektedir.

Söz konusu talep Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmekle birlikte, verimlilik ve etkinliğin de dikkate alınarak, Valiliğinizce değerlendirilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Ş. Serdar MERCAN
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı V.

Eki: 1 yazı (6 sayfa)

Dağıtım/Gereği:
-Ankara Valiliğine(İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:
-Başkent Üniv. Sosyal Bil.Enst./ANKARA

EK – 2 Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Talep Belgesi

**T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü**

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Tez Çalışması

016231 29.04.2008

VALİLİK MAKAMINA

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuramları İşletmeciliği Yüksek Lisans öğrencisi Neval KAYA'nın "Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi" konulu tezinde kullanılmak üzere ekte yer alan anketi ilimiz Ankara Numune EAH, Keçiören EAH, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH, Ulus Devlet Hastanesi, Etilik İhtisas Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Türkiye Yüksek İhtisas EAH ve Ankara EAH'de uygulamak istemektedir.

Söz konusu çalışma ile ilgili anket formu yazımız ekinde olup, adı geçen in çalışmayı belirtilen kurumlarda yapabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Uz.Dr. Mustafa AKSOY
İl Sağlık Müdürü

OLUR
25.04.2008
Hakkı LOĞOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK: Anket Formu (4 sayfa)

Eğitim Şube Müdürlüğü Tel: 385 97 00 / 11 23 Faks: 385 97 00 / 1397
Adres: Bağdat Cad. No: 16 Gimat Kavşağı Otopazarı Yanı Macunköy / Ankara

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAYI

2. 5. 08
5228

100 YKr
POSTA

EK – 3 Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAYI:

5228

POSTA

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

916328 29.04.2008

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu: Araştırma İzni

Baskent Üniversitesine
Sosyal Bilimler Enst./Sağlık Kurumları İşletmeciliği B.

Üniversiteniz Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans öğrencisi Neval KAYA'nın "Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi" konulu araştırmasını ilimiz Ankara Numune EAH, Keçiören EAH, Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH, Ulus Devlet Hastanesi, Edik İhtisas Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi, Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Türkiye Yüksek İhtisas EAH ve Ankara EAH'de yapması Valilik Makamının 29.04.2007 tarih ve 16231 sayılı onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. S.Rahmi ACAR
Vali
Sağlık Müdür Yard.

EK: 1. Valilik Makamının 15.10.2007 tarih ve 37760 sayılı onayı
2. Anket Örneği 4 (dört) sayfa

DAĞITIM :

Gereği:

Ankara Numune EAH
Keçiören EAH
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH
Ulus Devlet Hastanesi
Edik İhtisas Hastanesi
Gazi Devlet Hastanesi
Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi
Türkiye Yüksek İhtisas EAH
Ankara EAH

Bilgi:

Baskent Üniversitesi Sosyal Bilimler Ens.
Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bölümü

Ek – 4 Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Sunumuna Yönelik Reform Çalışmaları Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi Anketi

Bu çalışma, Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi gereği olarak yapılmaktadır. Anketin amacı, Sağlık Yöneticilerinin reform çalışmaları sonucu olarak ortaya çıkan mevzuat ve uygulama değişiklikleri konusundaki farkındalıklarını ölçmek ve görüşlerini değerlendirmektir. Toplanan veriler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Tüm sorulara cevap vermeniz sonuçlar için oldukça önemlidir. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Neval Kaya

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Öğrencisi

I. GENEL BİLGİLER

Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek Yaşınız:
Medeni Durumunuz: () Evli () Bekâr () Dul () Boşanmış () Ayrı yaşıyor

- Hastanedeki göreviniz nedir?
() Başhekim
() Başhekim Yardımcısı
() Hastane Müdürü
() Hastane Müdür Yardımcısı
() Finans Müdürü
() Muhasebe Müdürü
() Döner Sermaye Saymanı
() Diğer (lütfeñ Belirtiniz)
- En son bitirdiğiniz öğrenim kurumu nedir?
() Tıp Fakültesi
() Sağlık Kurumları İşletmeciliği/İdaresi Yüksekokulu
() Diğer Fakülte ve Yüksekokullar (Lütfeñ Belirtiniz)
- Hastanedeki bu görevinizde kaç yıldan beri çalışıyorsunuz? yıl

II. FİNANSAL YÖNETİM BİLGİ DÜZEYİ

- Finansal Yönetim konusunda hiç eğitim aldınız mı?
() Aldım
() Almadım (6. soruya geçiniz)
- Finansal Yönetim konusunda eğitim aldıysanız nerede ve nasıl bir eğitim aldınız?
() Lisans Eğitimi
() Yüksek Lisans Eğitimi
() Sertifika Programı (Programın adını yazınız).....
() Özel eğitim kursuna katıldım (Kursun adını yazınız).....
() Diğer (Lütfeñ Belirtiniz).....

6. Mevcut görevinizden önce herhangi bir yerde finans konusunda çalıştınız mı?

- ☐ Çalıştım
☐ Çalışmadım

7. Bu konuda bir eğitim ihtiyacı duyuyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

III. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI YÖNETİMİNİN GÜÇLENDİRİLMESİ

8. Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Hacettepe Üniversitesi tarafından yürütülen “Sağlık Hizmetleri Finansman Yönetiminin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi” Projesi hakkında duyum veya bilginiz var mı ?

- ☐ Evet ☐ Hayır

9. Aşağıda sağlık hizmetleri finansman yönetiminin güçlendirilmesi ve yeniden yapılandırılması yönelik çalışmalar yer almaktadır. Bu kapsamda tamamlanan ve yakın zamanda tamamlanmak üzere olan çalışmalar hakkındaki bilgi düzeyinizi değerlendiriniz.

	Duydum Ama Bilgim Yok	Çok Az Bilgim Var	Yeterince Bilgim Var	Oldukça Fazla Bilgim Var	Konuyu Tamamen Biliyorum
GSS Sağlık Bakım Hizmetleri Ödemeleri İçin Gerekli Politikaların ve Araçların Geliştirilmesi					
GSS tarafından ödenecek tüm sağlık bakım hizmetleri için gerekli hizmet satın alma sözleşmeleri hazırlanması					
Sağlık politikalarının desteklenmesi için sağlık bakım hizmetleri ödemelerine dayalı teşvik mekanizmaları geliştirilmesi					
Operasyonel faaliyetleri yürütecek bir “Sağlık Bakım Hizmetleri Ödeme Birimi” oluşturulması					
Satın alınacak sağlık bakım hizmetleri ödemelerini izleyecek ve değerlendirecek bir “Denetim Birimi” ve “İzleme Değerlendirme Sistemi” oluşturulması					
Provizyon, fatura ve geri ödeme için Medula sisteminin kullanılması					
Bütçe Uygulama Talimatı (BUT) Sisteminin gözden geçirilecek hizmet başına ödeme sisteminin daha etkili ve rasyonel bir biçimde uygulanması					
GSS ile uygulanacak ödeme modelleri					
Tanı İlişkili Gruplara Dayalı (DRG) Önceden Belirlenmiş Vaka Başına Ödeme Sistemi ve Bütçeleme Sistemi Geliştirilmesi					
Yatarak tedavi gören hastalara verilen sağlık hizmetlerinin ödemelerinde risklerin sağlık hizmeti veren kurumlarla paylaşımının benimsenmesi					
Yatarak tedavi gören hastalarda vaka başına ön ödeme sistemine geçilmesi					

	Duydum Ama Bilgim Yok	Çok Az Bilgim Var	Yeterince Bilgim Var	Oldukça Fazla Bilgim Var	Konuyu Tamamen Biliyorum
Sistemin desteklenmesi için gerekli elektronik kaynaklar ve enformasyon sistemleri geliştirilmesi					
Ulusal Sağlık Hizmet Sağlayıcıları ve Hekim Veritabanının oluşturulması					
Fatura ve diğer suistimallerin tespiti için sistem geliştirilmesi					
Hastane Tipleri ve Bölgelere Göre Yatan Hasta Sağlık Bakım Hizmetleri Maliyet Analizleri					
Sağlık bakım finansman yönetimi aracı olarak, DRG uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılması					
Klinik kodlama eğitimlerinin yaygınlaştırılması					
Seçilmiş 8 hastanede klinik ve maliyetlendirme verilerinin kalitesinin artırılması çalışmaları					
Farklı hastane tiplerini ve farklı maliyet yapılarını temsil edebilecek 40 hastanede DRG'lere dayalı klinik kodlama ve maliyetlendirme çalışmaları					
DRG klinik kodlama ve maliyetlendirme verilerinin merkezi olarak toplanmasını ve analiz edilmesini sağlayacak bir yönetim enformasyon sistemi kurulması					
Ulusal Klinik Maliyetlendirme Standartlarının geliştirilmesi					
BUT'da yer alan hastalık tanılarında ICD-10-AM dört basamak kodlarının kullanılması					
İlaç ve Tıbbi Malzeme Yönetimi için Altyapı Geliştirilmesi					
Ulusal İlaç Bilgi Bankasının kurulması					
Tıbbi Sarf Malzemesi ve Cihaz Bilgi Bankasının kurulması					

IV. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM ÇALIŞMALARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ

10. Sağlık Bakanlığının yürüttüğü Sağlıkta Dönüşüm Projesi hakkında duyum veya bilginiz var mı?
☐ Evet ☐ Hayır
11. Aşağıda Sağlıkta Dönüşüm Projesi'ne yönelik temel bileşenler yer almaktadır. Bu bileşenler kapsamında Sağlık Bakanlığının tamamladığı ve yakın zamanda tamamlanmak üzere olan çalışmalar hakkındaki bilgi düzeyinizi değerlendiriniz.

	Duydum Ama Bilgim Yok	Çok Az Bilgim Var	Yeterince Bilgim Var	Oldukça Fazla Bilgim Var	Konuyu Tamamen Biliyorum
Temel Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Aile Hekimliği Uygulaması					
Aile Hekimliği pilot çalışmalarının yapılması					
Aile Hekimliği sistemine göre vatandaşların kendi aile doktorunu seçme hakkına sahip olması					
Aile Hekimliği sistemine göre doktorunun hizmetinden memnun olmayan vatandaşın istediği takdirde başka bir					

	Duydum Ama Bilgim Yok	Çok Az Bilgim Var	Yeterince Bilgim Var	Oldukça Fazla Bilgim Var	Konuyu Tamamen Biliyorum
doktoru seçebilmesi					
Aile hekimlerinin kayıt ettiği hasta başına alacağı prim alacak olması					
Aile hekimlerinin verdiği koruyucu sağlık hizmeti karşılığında hizmet başına alacağı puanlarla da ek gelir sağlayacak olması					
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi					
Bireye yönelik koruyucu hizmetlerin sağlanması					
Temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği kapsamında kişisel sağlık kayıtlarının tutulması					
Sağlık İşletmelerinin İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Hale Getirilmesi					
Hastane yönetimlerinin kapasite ve kaynak kullanımında bağımsız ve ekonomik şartlarını değerlendirmede daha esnek olacağı					
Hastanelerin tümünün sigorta kurumu ile sözleşme yapabilmesi					
Hastanelerin tümünün sevk sistemi esaslarına uymak kaydı ile bütün vatandaşlara hizmet verebilmesi					
Kamu hastaneleri merkeze bağımlı yapısında değişimler yapılması					
Her hastanenin kendi yönetim kararlarından sorumlu tutulacağı					
Her hastanenin kendi hizmet kalitesinden sorumlu tutulacağı					
Her hastanenin kendi verimliliğinden sorumlu tutulacağı					
Sağlık Sistemini Destekleyen Eğitim ve Bilim Kurumlarının Oluşturulması					
Sağlık sektörünün ihtiyaç duyduğu insan gücüne mezuniyet sonrası eğitimler verecek bir kurumun oluşturulması					
Tıpta uzmanlık eğitimi planlayacak, standardize edecek ve denetleyecek kurumsal bir yapının oluşturulması					
Bu uygulamaların Sağlık Akademisi veya Sağlık Uzmanlık Kurumu çatısı altında akademik bir yapıya kavuşturması					
Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon					
Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğünün kurulması					
Kalite konusunda koordinasyonunu sağlama çalışmaları					
Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan hizmetlerin etkili, verimli ve kaliteli hizmet anlayışıyla sunulabilmesi için kalite yönetimi projelerinin başlatılması					
Ulusal sağlık akreditasyonu konusunda birlik sağlamaya yönelik çalışmalar					
Performans yönetimi ve Kalite Ölçütlerini Geliştirme Daire Başkanlığı oluşturulması					

	Duydum Ama Bilgim Yok	Çok Az Bilgim Var	Yeterince Bilgim Var	Oldukça Fazla Bilgim Var	Konuyu Tamamen Biliyorum
Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon					
Kamu hastanelerinde kurumsal performans ve kaliteyi Geliştirme Yönergesi uygulamaya konulması					
Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasına yönelik denetim çalışmaları					
Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetinin ölçülmesine yönelik düzenli işleyen bir denetim yapısı çalışmaları					
Hastane altyapıların ve hizmet süreçlerinin denetlenmesi çalışmaları					
Hastaneler puanlanmakta ve her denetim döneminde bu puanlamalar yenilenmektedir.					
Sağlık hizmetlerinde standardizasyon belirleme ve kalite artırımına yönelik çalışmaların başlatılması					
Sağlık ruhsatlandırma, sertifikasyon ve akreditasyon konusunda çalışan kurumlara bilgi, belge ve teknik konularda lojistik destek verilmesi					
Sağlık Bilgi Sistemi Oluşturulması					
Sağlık hizmetlerinde sağlık envanterinin oluşturulması					
Bireylerin tıbbi kayıtlarının korunması					
Sevk basamakları esnasında bilgi transferini sağlayan bir sistem geliştirilmesi					
Temel sağlık uygulamalarındaki verilerin toplanması amacıyla Sağlık Bilgi Sistemi kurulması					

12. Aşağıda Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin amaçları yer almaktadır. Şu ana kadar tamamlanan ve çalışmalarına devam edilen uygulamalar dikkate alındığında amaçlara ulaşma derecesini değerlendiriniz.

	Çok Az	Az	Orta	Yüksek	Çok Yüksek
12.1. Etkililik	1	2	3	4	5
12.2. Verimlilik	1	2	3	4	5
12.3. Hakkaniyet	1	2	3	4	5
12.4. İnsan Merkezlilik	1	2	3	4	5
12.5. Sürdürülebilirlik	1	2	3	4	5
12.6. Sürekli Kalite Gelişimi	1	2	3	4	5
12.7. Katılımcılık	1	2	3	4	5
12.8. Uzlaşmacılık	1	2	3	4	5
12.9. Gönüllülük	1	2	3	4	5
12.10. Güçler Ayrılığı	1	2	3	4	5
12.11. Desentralizasyon	1	2	3	4	5
12.12. Hizmette Rekabet	1	2	3	4	5

V. SOSYAL GÜVENLİK ve GENEL SAĞLIK SİGORTASI

13. Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili reform çalışmaları hakkında bilginiz var mı?

() Evet

() Hayır → Anket tamamlanmıştır.

14. Aşağıda Genel Sağlık Sigortası ile ilgili yapılan çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalar hakkındaki bilgi düzeyinizi değerlendiriniz.

	Duydum Ama Bilgim Yok	Çok Az Bilgim Var	Yeterince Bilgim Var	Oldukça Fazla Bilgim Var	Konuyu Tamamen Biliyorum
SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri					
Yeşil kart kapsamının genişletilmesi					
Sağlık Hizmetlerinde temel teminat paketi uygulaması					
Hastalık ve analık nedeniyle ayakta ve yatarak hekim tarafından yapılan muayene, laboratuvar, tetkik ve tedaviler, tıbbi danışmanlık hizmetinin verilmesi					
Acil sağlık hizmetlerine herkesin ulaşması					
18 yaşına kadar ağız ve diş muayenesi diş hekimliği hizmetlerinin ücretsiz olması					
60 yaş üzerindeki için diş protezleri için katkı payı alınması					
Çocuğu olmayan kişinin 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması halinde, 2 kez tüp bebek tedavi masraflarının karşılanması					
Sağlık hizmetlerine ödenecek tutarların “Sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonu”na belirlenmesi					
Estetik amaçlı sağlık hizmeti, estetik amaçlı ortodontik dış tedavileri ve alternatif tıp uygulamalarının karşılanmayacak olması					
Hekimin göreceği lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurtdışı dâhil yerleşim yeri dışına yapılan sevklerinde, kendisinin ve bir kişiyle sınırlı olmak üzere refakatçisinin yol gideri ve gündeliklerinin karşılanacağı					
Sağlık karnesi uygulamasının kaldırılması					
Kamu hastanelerinin “Sağlık İşletmelerine” ne dönüştürülmesi.					

Teşekkürler