



SAĞLIK HİZMET ÖDEMELERİNDE USULSÜZLÜK TÜRLERİ VE MÜCADELE STRATEJİLERİ

TYPES OF ABUSE AND FRAUD IN HEALTHCARE PAYMENTS AND COMBATING STRATEGIES

Aziz KÜÇÜK¹

ÖZ

Sağlık hizmeti sunucularının ve hastaların suistimalleri veya hileli davranışları, sağlık sistemleri için önemli finansal, idari ve hukuki sorunlar oluşturmaktadır. Dünya genelinde bu usulsüzlüklerin toplam sağlık harcaması içindeki payı kesin olarak tespit edilememekle birlikte, bu tutarın toplam sağlık harcamalarının %10'unu bulduğu tahmin edilmektedir. Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerindeki usulsüzlük ve suistimal türlerini kuramsal ve ampirik olarak irdeleyerek sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerine etkilerini ortaya koymak ve bu tür eylemlere karşı mücadele sürecini tartışmaktır. Bunun için literatür taraması yanında Sayıştay, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu denetim raporları, doküman incelemesi yöntemi ile analiz edilmiştir. Avrupa Yolsuzluk ve Dolandırıcılıkla Mücadele Ağı tarafından geliştirilen 'İsraf Tipolojisi Matrisi' çerçevesi kullanılarak Türkiye'de sağlık hizmetlerinde usulsüzlük türlerinin hatadan yolsuzluğa kadar uzanan geniş bir yelpazede kategorize edilebileceği saptanmıştır. Bundan dolayı, sağlık hizmeti sunucuları ve ilgili kurumların, usulsüzlüklerle mücadele için eğitim programlarından veri madenciliği ve modelleme yazılımlarından yararlanmaya kadar çeşitli araçlarla stratejiler geliştirmeleri gerekmektedir.

1- Doç. Dr., Daire Başkanı, Sağlık Bakanlığı, aziz.kucuk@yahoo.com, ORCID: 0000-0002-1296-4726.

Gönderim Tarihi/Submitted: 23.10.2022

Revizyon Talebi/Revision Requested: 18.11.2022

Son Revizyon Tarihi/Last Revision Received: 03.12.2022

Kabul Tarihi/Accepted: 03.12.2022

Atıf/To Cite: Küçük, A. (2022). Sağlık Hizmet Ödemelerinde Usulsüzlük Türleri ve Mücadele Stratejileri. Sayıştay Dergisi, 33 (127), 585-607. <https://doi.org/....>

ABSTRACT

Fraud and abuse by healthcare providers and patients cause significant financial, administrative, and legal problems for healthcare systems. Although the share of fraud and abuse in the total health expenditure worldwide cannot be determined precisely, it is estimated that this amount reaches 10% of the total healthcare expenditure. The aim of this study is to conceptually explain the types of abuse and fraud in healthcare, to provide an overview of their effects on health and social security systems, and to discuss the process of combating such cases. For this reason, the audit reports of the Turkish Court of Accounts, the Ministry of Health, and the Social Security Institution were analyzed by using the document analysis method. Using the 'Waste Typology Matrix' framework developed by the European Healthcare Fraud and Corruption Network, it has been determined that the types of abuse and fraud in healthcare can be categorized in a wide range from error to corruption in Türkiye. Therefore, healthcare providers and related institutions need to develop strategies against abuse and fraud, with tools ranging from training programs to leveraging data mining and modeling software.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sigortası, Suistimal, Sağlık Hizmet Sunumu, Sahtekârlık, Denetim.

Keywords: Health Insurance, Abuse, Delivery of Health Care, Fraud, Audit.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin riskli, asimetrik bilgiye dayanan ve çok aktörlü (ilaç şirketleri, sağlık hizmet sunucuları, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri, eczaneler, sağlık sigorta şirketleri, beşerî tıbbi ürün üreten veya sunan özel hukuk tüzel kişileri gibi) yapısı sağlık sektörünü karmaşık ve kârlı bir alan haline getirirken, aynı zamanda hileli faaliyetler için de çekici kılmaktadır (Avcı ve Teyyare, 2012: 205-208). Sağlık hizmetlerinin belirtilen sebeplerle sahtekârlık, yolsuzluk ve diğer usulsüzlük biçimlerine açık bir sektör olması, büyük bir finansal risk oluşturmaktadır. Sağlık hizmet sunucularının ve hastaların hileli davranışları, sağlık sistemindeki kaynakları tüketerek gereksiz maliyet artışına yol açmakta ve böylece kamu veya özel sağlık sigorta sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir (Johnson ve Nagarur, 2016: 249). Finansal kayıpların ötesinde sağlık hizmet usulsüzlükleri, hastaları ciddi fiziksel sağlık sorunlarıyla, gereksiz laboratuvar testleri ve işlemlerle, aşırı antibiyotik kullanımı riskiyle de karşı karşıya bırakabilmektedir (Stowell, 2020: 482).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık sisteminin mali sürdürülebilirliği açısından suistimalleri ve yolsuzluğu önlemek, tespit etmek ve nihayetinde sona erdirmek çok önemlidir. Suistimallerin öneminin bilinmesine ve alınan siyasi, hukuki ve idari tedbirlere rağmen, sağlık hizmetlerinde yaşanan suiistimaller,

mücadele edilmesi gereken önemli bir alan olmaya devam etmektedir. Ulusal sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilir bir yapıya kavuşmasını riske atan bu tür usulsüzlüklere karşı politikalar geliştirilmesi ise sağlık reformunun temel bileşenlerinden biri haline gelmiştir. Bu yüzden Türkiye'nin de aralarında bulunduğu pek çok ülke sağlık hizmetlerinde suistimalleri tespit etmek ve önlemek için çeşitli yöntem ve stratejiler geliştirme arayışı içindedir. Bu çalışma, sağlık hizmetlerindeki usulsüzlük ve suistimal türlerini kuramsal ve ampirik olarak irdeleyerek sağlık ve sosyal güvenlik sistemine etkilerini ortaya koymayı ve bu tür eylemlere karşı mücadele sürecini tartışmayı amaçlamaktadır.

Sağlık hizmeti ödemelerinde karşılaşılan usulsüzlük ve suistimalleri saptayabilmek ve kategorize edebilmek için literatür taraması yanında Sayıştay denetim raporları, SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından tespit edilen usulsüz ve yersiz uygulamalar doküman incelemesi yöntemi ile analiz edilmiştir. Bunun yanında Hastane Bilgi Yönetim Sistemleri (HBYS) ile Sağlık Bakanlığı e-Nabız verileri üzerinden risk esaslı ölçümlerle yüksek miktarda ve hayatın olağan akışına aykırı işlemler de analize dâhil edilmiştir. Genel olarak ana kategoriler ve alt kategorilerin belirlenmesi için 2014 yılında Avrupa Yolsuzluk ve Dolandırıcılıkla Mücadele Ağı (European Healthcare Fraud and Corruption Network-EHFCN) tarafından farklı ülkelerde sağlık hizmetleri usulsüzlüklerinin karşılaştırılabilirliğini sağlayabilmek için geliştirilen bir araç olan 'İsraf Tipolojisi Matrisi' esas alınmıştır. Böylece İsraf Tipolojisi Matrisi çerçevesi kullanılarak Türkiye'de sağlık hizmetleri usulsüzlük türleri sınıflandırılmaya çalışılmıştır.

1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE USULSÜZLÜĞÜN TANIMI VE UNSURLARI

Sağlık hizmetlerinde haksız, hukuka aykırı ve yersiz ödemelere yol açan kötü yönetim uygulamalarının açık bir biçimde tanımlanması, sağlık sistemindeki gayrimeşru alanların ortaya çıkarılması, uluslararası karşılaştırmalar ve hukuki düzenlemeler için son derece önemlidir. Bu maksatla EHFCN (2022) tarafından hata (error), kötüye kullanım-suistimal (abuse) ve aynı anlamda israf (waste), sahtekârlık (fraud) ile yolsuzluk (corruption) arasında ayırım yapılmıştır. İsraf (waste), sağlık hizmetlerinde mali kayıplara neden olan bir dizi olguyu kapsayan şemsiye bir kavramdır. New England Sağlık Enstitüsü'ne göre (NEHI, 2008: 1) israf, hizmet kalitesini düşürmeden ortadan kaldırılabilen sağlık harcamalarıdır. Thomson Reuters'in 2009 yılındaki raporuna göre israfın 1/3'ü idari sistem verimsizlikleri, tıbbi hatalar, hizmet koordinasyon eksikliği ve önlenebilir durumlar (kontrol edilemeyen diyabet gibi) nedeniyle meydana gelirken, 2/3'ü suistimal ve sahtekârlık ile gereksiz

bakım sebebiyle oluşmaktadır (EHFCN, 2022). Sağlık hizmeti sahtekârlığı ise kısaca “mevzuata aykırı hareket ederek, bilerek yanlış beyanda bulunarak veya gerçeği saptırarak hakkı olmayan bir sağlık hizmeti ödemesi almak” olarak tanımlanabilir (Bauder vd., 2017: 33). Suistimal, sahtekârlığa yakın bir kavram olup, genellikle ona eşlik eder. Hastanın veya sağlık hizmet sunucusunun niyetinin derecesi, genellikle suistimal ile sahtekârlık arasındaki farkın belirleyici unsurudur (Rashidian vd., 2012: 1). EHFCN tarafından Tablo 1’de görüldüğü üzere hata, suistimal, sahtekârlık ve yolsuzluk sınıflandırması ile sağlık hizmetlerinde kasıtlı ve kasıtsız ihmaller ile kabahatler arasında ayırımı yapıldığı ‘İsraf Tipolojisi Matrisi’ geliştirilmiştir. Bu tipoloji, sağlık hizmet sunucularının kontrol ve denetiminde operasyonel tanımlamaları ortaya koymak amacıyla tasarlanmıştır.

Tablo 1: Sağlık Hizmetlerinde Uygunsuz Ödemelere Yol Açan Usulsüzlük Yelpazesi

	İHLAL TÜRLERİ			
	Error Hata	Abuse Suistimal	Fraud Sahtekarlık	Corruption Yolsuzluk
Tanım	Bir kuralı istemeden ihlal ederek usulsüz bir biçimde herhangi bir menfaat elde etmek	Bir kuralı/kılavuzu bilerek esnetmek suretiyle veya bir kural/kılavuzun yokluğundan yararlanarak haksız yere herhangi bir menfaat elde etmek	Bir kuralı kasten ihlal ederek herhangi bir faydayı usulsüz bir biçimde elde etmek	Üçüncü şahısların katılımıyla yetkinin kötüye kullanılması yoluyla yasadışı olarak herhangi bir menfaat elde etmek
Örnek Olgular	- Yanlışlıkla geri ödeme kurumu tarafından ödenmeyen bir tetkiki fatura etmek, - “Acil poliklinik muayenesi” yerine sehven “yeşil alan muayenesi” fatura etmek, - Farkında olmadan basit bir enfeksiyon için en pahalı antibiyotiği reçete etmek	- Klinik endikasyonu açıkça görülmeyen hastalara EKG istemek ve fatura etmek	Estetik amaçlı kapsam dışı tedavileri; kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak gösterip geri ödeme kurumuna fatura etmek	- Tekil bir kalp pilinin implantı için medikal firmadan komisyon almak, - Gereksiz kan testleri isteyerek bir laboratuvarı komisyon almak
Yaptırımlar (Olgunun durumuna göre)	- Bilgilendirme - Uyarma - Geri ödeme talebi - İdari para cezası	- Sistem üzerinden kural koymak - Geri ödeme talebi - İdari para cezası - Disiplin cezası	- Geri ödeme talebi - İdari para cezası - Cezai yaptırım - Hapis cezası - Disiplin cezası	- Geri ödeme talebi - İdari para cezası - Tazmin talebi - Cezai yaptırım - Hapis cezası - Disiplin cezası

Kaynak: EHFCN (2022).

Hatadan yolsuzluğa kadar uzanan sağlık israfı yelpazesinin tüm boyutlarının birlikte ele alınması, etkili bir mücadele stratejisinin temeli olarak görülmektedir. Dolayısıyla böyle bir sınıflandırma, sorunun kapsamını belgelerle kanıtlamaya yardımcı olarak sağlık hizmeti usulsüzlüklerinin seviyesini ortaya koyabilir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinde hileli davranışı tanımlamanın ve tespit etmenin karmaşıklığı nedeniyle usulsüzlüklere bağlı finansal kayıpları ölçmek ve bu yolla israfı önlemek hiç de kolay değildir. Nitekim sağlık hizmetlerinde israfın önlenmesiyle ekonomik kayıpların azalacağı, kaynakların daha verimli kullanılacağı, sağlık hizmetlerine erişimin artacağı ve sağlık Ar-Ge ve inovasyon projelerinin daha etkili finanse edilebileceği göz önüne alınmalıdır.

2. DÜNYADA USULSÜZLÜĞÜN DURUMU VE FİNANSAL BOYUTU

Dünyadaki birçok ülkede demografik, ekonomik, sosyo-kültürel ve hukuki yapıdaki değişimler nedeniyle sağlık hizmetlerinin maliyetleri artış göstermektedir. Sağlık hizmet maliyetlerindeki bu artış, kamu ve özel sigorta sistemini doğrudan etkilemektedir. Diğer yandan, sağlık hizmetlerinde usulsüzlük ve suistimal, kamu sağlık sigorta fonlarında kayıplara yol açma ve sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürme potansiyeline sahiptir. Sağlık hizmetlerinde usulsüzlük vakaları, tüm dünyada farklı yoğunluklarda ve türlerde meydana gelmektedir. Bu vakaların, toplam sağlık harcaması içerisindeki payını mutlak bir kesinlikte tespit etmek mümkün olmamakla birlikte, dünya genelinde bu usulsüzlüklerin tutarının toplam sağlık harcamalarının %10'unu bulduğu ileri sürülmektedir (Thaifur vd., 2021: 441).

ABD'de sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına neden olan unsurların başında sağlık hizmetlerindeki usulsüzlük türlerinden biri olan sahtekârlık gelmektedir. ABD'de kamu ve özel sağlık sigortası sistemine karşı işlenen sahtekârlığı ve suistimalleri önlemeye yönelik olarak 1985 yılında kurulan Ulusal Sağlık Hizmetleri Sahtekârlıkla Mücadele Derneği (National Health Care Anti-Fraud Association -NHCAA) ile Federal Soruşturma Bürosu (FBI) verilerine göre, sağlık hizmeti sahtekârlığından kaynaklanan mali kayıpların her yıl on milyarlarca dolar olduğu tahmin edilmektedir (Stowell, 2020: 481). 2018 yılında ABD sağlık hizmetlerine 3,6 trilyon dolar harcadığı dikkate alındığında, bu harcamanın %3-10'unun hileli davranışlar ve suistimal nedeniyle finansal kayıp olduğu öngörülmektedir (NHCAA, 2022).

Avrupa ülkelerine bakıldığında, sağlık alanında usulsüzlükle mücadele amacıyla 2005 yılında kurulan EHFCN verilerine göre, Avrupa’da sahtekârlık ve yolsuzluktan kaynaklanan kayıpların yılda 56 milyar Euro’ya kadar ulaştığı veya ulusal sağlık bütçelerinin %5’inden fazla olduğu öngörülmüştür (Vincke ve Cylus, 2011: 14). Benzer biçimde Gee ve Button (2015: 9-11) tarafından yapılan çalışmada bazı Avrupa ülkelerinde (İngiltere, Fransa, Belçika, Hollanda) sahtekârlık nedeniyle finansal kayıpların %3,29 ile %10 arasında değiştiği ve ortalamasının %5,59 olduğu tespit edilmiştir. Almanya’da ise Alman Federal Meclisi’nde “sağlık hizmetlerinde yolsuzlukla mücadele” konulu bir yasa tasarısında, yolsuzluk rakamlarının kamu sağlık harcamalarının %10’una ulaştığı belirtilmiştir (Sommersguter-Reichmann vd., 2018: 290). Ülke bazında usulsüzlük ve suistimal örnekleri vermek gerekirse, Almanya’da sağlık çalışanları tarafından daha yüksek gelir elde etmek için bebeklerin doğum ağırlığının manipüle edildiği (Hennig Schmidt vd., 2019: 319) ve 2003-2012 yılları arasında hastanelerin en az 12 bin prematüre bebeğe sundukları hizmetin gerçek karşılığını almak yerine daha pahalı işlemleri faturalandırarak yaklaşık 100 milyon Euro geri ödeme aldığı ortaya çıkarılmıştır (Elliott, 2021: 407). Yine 2014 yılında Hollanda Sağlık Kurumu (Dutch Healthcare Authority-NZa) bir hastanenin sunduğu 26,4 milyon Euro tutarındaki sağlık hizmetinin hatalı faturalandırma olduğunu saptamıştır (Elliott, 2021: 408).

Sağlık hizmetlerinde usulsüzlük ve suistimal Asya ülkelerinde de oldukça yaygındır. Çin’de sağlık sigortası sahtekârlığının neden olduğu finansal kayıpların, ulusal sağlık harcamalarının yaklaşık %7-8’ini oluşturduğu bildirilmektedir (Li vd., 2022: 2). Güney Kore’de 2018 yılında sağlık hizmetlerindeki usulsüzlüklerin bir önceki yıla göre %9,3 artarak en az 798,2 milyar Won’a ulaştığı rapor edilmiştir (Thaifur vd., 2021: 441). Benzer biçimde Tayvan’da hileli sigorta taleplerinin yılda 2 milyar sterlin olduğu tahmin edilmektedir. Endonezya’da ise 2014 yılında Ulusal Sağlık Sigortası’nın uygulanmasından bu yana sağlık hizmetlerinde sahtekârlık potansiyelinin arttığı ve Haziran 2015’de 440 milyar Endonezya rupisine ulaştığı tespit edilmiştir (Mauren Michaela vd., 2021: 167). Sağlık hizmet sunucularında en sık görülen hileli davranışın gereksiz sağlık hizmet sunumu olduğu görülmüştür.

Afrika ülkelerinde de usulsüzlük ve suistimal vakalarının sürekli arttığı ve sağlık sektörünü olumsuz bir şekilde etkilediği gözlemlenmektedir. Güney Afrika’da hileli davranışlar nedeniyle ne kadar bir finansal kayıp olduğu henüz belirlenememekle birlikte, özel sağlık sektöründe yılda yaklaşık 13 milyar Güney

Afrika Rand'ının kayıp olduğu tahmin edilmektedir (Legotlo ve Mutezo, 2018: 299). Nortjé ve Hoffmann'ın (2016: 46-47) Güney Afrika Sağlık Meslekleri Konseyi (HPCSA) tarafından 2007-2013 yılları arasında sağlık profesyonellerine uygulanan yaptırımların vaka içeriğini değerlendiren çalışmasında, tüm etik ihlallerin %51,7'sinin hileli davranışlar nedeniyle olduğu bulunmuştur. Debpuur vd. (2015: 2-9) tarafından yapılan çalışma ile de Gana'da sağlık hizmetlerinde suistimale yol açan etik dışı davranışların yaygın olduğu gözler önüne serilmiştir.

Türkiye'de ise sağlık hizmetlerinde usulsüzlük, suistimal ve yolsuzluk nedeniyle meydana gelen finansal kayıplarla ilgili bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bununla birlikte, genel olarak Türk sağlık sistemindeki finansal kayıpların oranının Türkiye ile benzer geri ödeme sistemine, finansmana ve sağlık harcamalarına sahip (SGK, 2020) Kıta Avrupası ülkelerine yakın düzeyde olduğu ileri sürülebilir.

3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE USULSÜZLÜK TÜRLERİ

Sağlık hizmetlerinde usulsüz uygulamalarla mücadele stratejisinin bağlamını, teorik ve kavramsal araçlarla ilişkilendirerek tanımlamak gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde hileli faaliyetlerin doğası ve yapısı gereği birçok farklı biçimde sınıflandırılması mümkündür. Ancak özellikle sağlık hizmeti ödemelerinde usulsüzlüğün genellikle hastalar, sağlık hizmet sunucuları veya üçüncü kişiler (ilaç veya medikal firmalar, aracılar/komisyoncular gibi) etmenli olmasından ötürü sınıflandırma açısından aktör temelli olarak suistimal ve usulsüzlük türleri üç başlık altında kategorize edilebilir.

3.1. Hastalar Tarafından Yapılan Usulsüzlükler

SGK ve Sağlık Bakanlığı inceleme birimleri tarafından yapılan tespitler ile SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı raporlarına göre hastalar veya iş birliği halinde oldukları kişilerce en sık yapılan usulsüzlükler arasında Tablo 2'de görüldüğü üzere kimlik hırsızlığı (sahtekârlığı), ilaçların hileli bir biçimde reçete edilmesi ve gerçeğe aykırı beyanda bulunarak sigorta kapsamında yararlanılmaya çalışılması yer almaktadır.

Tablo 2: Hastalar Tarafından Yapılan Usulsüzlük Örnekleri

Usulsüzlük Türleri	Açıklamalar
Kimlik hırsızlığı (sahtekârlığı)	Kimlik sahtekârlığı, sigortasız bir kişinin tedavi olmak için sigortalı bir kişinin kimliğini üstlenmesi durumunda gerçekleşir (Çiğli, 2014: 46-47; Evliyaoğlu, 2015: 104). Bu durumda kimliğini ödünç veren kişinin sağlık kayıtları, sunulan sağlık hizmetlerinden ötürü potansiyel olarak gerçeğe aykırı bilgileri içereceğinden kendisi de bu durumdan olumsuz etkilenecektir. Kimlik hırsızlığı, kimliğin sahibi bilmeden de gerçekleşebilir.
Reçeteli ilaçları hileli bir biçimde yazdırmak	Hastanın ağrısı/sızısı varmış gibi yapmasının veya bir doktora rüşvet vermesinin işe yaramadığı durumlarda hasta, istenen ilaçları kendisine reçete edecek başka bir doktor arayışına girebilir. Bu şekilde hasta, tıbbi bir durum uydurarak reçeteler yazdırabilir ya da genellikle ilaçları karaborsada yeniden satma, yakınlarına/ akrabalarına verme niyetiyle farklı doktorlardan birden fazla reçete alabilir (Thornton vd., 2015: 716; Özen, 2019: 149; Winters-Miner, 2015: 991).
Gerçeğe aykırı beyanda bulunarak sigorta kapsamından faydalanmak	Bu tür bir usulsüzlük, sigorta kapsamına başvuru aşamasında önceden mevcut olan hastalıkların bildirilmemesi halinde ortaya çıkar. Örneğin, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 64 üncü maddesine göre "Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakımına yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları" SGK tarafından karşılanmamaktadır. Ancak bu durumdaki kişiler gerçeğe aykırı beyanda bulunarak yani kronik hastalıklarını gizleyerek sağlık hizmetlerinden yararlanmaya çalışmaktadırlar.

Türkiye’de sosyal güvenlik mevzuatına göre, kapsamdaki kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır. Bu fiilleri işleyenlerden geri ödeme kurumunun uğradığı zararın iki katı kanunî faiziyle birlikte müştereken ve müteselsilen tahsil edilmekte ve ilgililer hakkında 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri doğrultusunda suç duyurusunda bulunulmaktadır.

3.2. Sağlık Hizmet Sunucuları Tarafından Yapılan Usulsüzlükler

Sağlık sektöründe sahtekârlığın ve yolsuzluğun kesin bir ölçüsü olmamasına ve sağlık hizmet sunucularının çoğunluğu dürüst ve iyi niyetli olmasına rağmen, bir kısmı sistemi kötüye kullanma eğilimindedir. Sayıştay denetimleri yanında SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ile Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından sağlık hizmet sunucularında yapıldığı tespit edilen usulsüzlükler genel olarak ‘faturalandırma hataları’, ‘suistimal’ ve ‘sahtekârlık’ olarak kategorize edilebilir (Tablo 3). Ancak her işlemin kesin olarak ‘suistimal’

veya 'sahtekârlık' olarak nitelendirilemeyeceği, bazı durumlarda sağlık hizmet sunucusunun niyetine göre uygulama hatası veya hatalı veri girişi kapsamına girdiği de sıklıkla görülebilmektedir. Örneğin bir sağlık hizmet sunucusunda saat 23.30'da vefat eden bir hastaya ölüm tarihinden sonraki gün sağlık hizmeti ve ilaç faturası düzenlenmesi çoğu durumda sahtekârlık olarak nitelendirilir (Sayıştay, 2019: 35). Ancak bazı durumlarda sağlık hizmet sunucuları tarafından yoğunluktan veya dikkatsizlikten o gün faturalandırılması unutulmuş işlemlerin bir sonraki gün faturalandırılması isteğinden kaynaklandığı da saptanabilmektedir.

Tablo 3'te yer alan sınıflandırmada farklı kategorilerde yer alabilecek usulsüzlüklerden biri de sağlık hizmet sunucularının, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve diğer ilgili mevzuat hükümlerine uygun faturalandırma yapmaması durumudur. Bu durumlara bazı ilaçların günlük maksimum doz limitlerinin üzerinde fatura edilmesi; plastik cerrahi ameliyatlarının yapılması için sağlık kurulu raporu istenilmesine rağmen, sağlık kurulu raporunun olmaması; birlikte ödenmemesi gereken işlemlerin ("P614040 ve P614050 kodlu, 614040, 614050 kodlu posterior segmental enstrümasyon işlemleriyle birlikte artrodez işlemleri ödenmez" kuralı gibi) SGK'ya faturalandırılması (Sayıştay, 2018: 93-94); aynı tarihte aynı kişiler için birden fazla sağlık kurumunda yatarak tedavi işlemi fatura edilmesi (Sayıştay, 2017: 71-72); aynı başvuruda bir defa faturalandırılabilir işlemlerin (fizik tedavi ve rehabilitasyon işlemleri gibi) birden fazla faturalandırılması (Sayıştay, 2016: 128); sağlık tesislerinde çalışan doktorların, hastalıkları nedeniyle yatarak tedavi gördükleri ya da yıllık izinde oldukları günlerde aynı zamanda görevli oldukları sağlık tesislerinde işlem yapmaları (ameliyat, muayene vb.) ve bu işlemlerin SGK'ya faturalandırılması (Sayıştay, 2019: 37) gibi birçok örnek gösterilebilir.

Türkiye'de SGK ve Sağlık Bakanlığı denetim raporlarına göre sağlık hizmet ödemelerinde en yaygın görülen usulsüzlüklerin; fiyatı daha yüksek olan işlemin kodlanarak faturalandırılması (upcoding), sunulmayan hizmetlerin fatura edilmesi, çift fatura gönderme ve gereksiz hizmetlerin sunulması olduğu söylenebilir. Türkiye'deki bulguların gerek Endonezya, Almanya, Malezya ve Portekiz'deki gerekse Afrika ülkelerindeki çeşitli hastanelerde yapılan araştırmalardan (Smit ve Derksen, 2020: 368; Thaifur vd., 2021: 448; Legotlo ve Mutezo, 2018: 300-302) elde edilen sonuçlarla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Sağlık hizmet sunucularını usulsüzlük ve suistimale iten nedenlerin başında, geri ödeme kurumlarının bazı hizmetler için ödemelerde getirdiği çeşitli kısıtlamaları aşma, böylece gelirlerini (tahakkuklarını) artırma isteği gelmektedir (Winters-Miner, 2015: 992). Diğer yandan performansa dayalı ek ödeme sistemi de sağlık hizmetlerinde usulsüzlük ve muhtemel suistimaller için bir risk faktörü olarak rol oynamaktadır.

Türkiye’de kamu hastanelerinde Bakanlıkça belirlenen genel tıbbi işlemleri yapan doktorların elde ettikleri puan üzerinden hesaplanan ve döner sermayeden dağıtılan ek ödeme modelinde, doktorların ‘genel tıbbi işlemler puanı’ nı artırma güdüsü söz konusudur. Böylece doktorlar daha fazla ek ödeme alabilmek için gereksiz veya sunulmayan hizmetleri kodlama eğilimi gösterebilmektedirler. Bu ödeme mekanizmasına etkisiz denetim ve kontrol eşlik ederse, sağlıkta kaynak kaybı yani israf ve hastalara potansiyel zararlar meydana gelebilir.

Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Hizmet Sunucuları Tarafından Yapılan Usulsüzlük Türleri

Ana İhlal Kategorisi	Alt Kategori	Açıklama	Örnek Olgular
Hata (<i>Error</i>)		Faturalandırma hataları, bilerek veya isteyerek değil, kişilerin dikkatsizliğinden veya bilgisizliğinden kaynaklandığı için mazur görülebilecek durumlardır.	Sağlık hizmet sunucuları tarafından kişilerin dikkatsizliğinden SUT işlem kodlarının, dış işlemlerinde dış numaralarının veya ilaç dozlarının yanlış girilmesi gibi sehven yapılan birçok faturalandırma hatası ile karşılaşmaktadır.
Suistimal (<i>Abuse</i>)	Gereksiz tıbbi hizmetlerin sunulması	Bu tür ihlaller, sağlık hizmeti sunucusunun kararıyla daha yakından ilgilidir; sağlık hizmeti sunucusu sunulan sağlık hizmetinin uygun veya gereksiz olmadığını düşünebilir. Bu tür bir ihlalin kanıtı bu nedenle genellikle kısmen uygulanmamış tıbbi standartlara dayanmaktadır (Mikkers vd., 2017: 10). Bu durumda hastayı iyileştirmek için gerçekte gerekenden daha fazla sağlık hizmeti sunulabilir, böylece gereksiz bakım ortaya çıkar.	Hastanede yatış süresinin gereksiz yere uzatılması veya acil servisten başvuran hastalara gününbirlik yatış verilmesi, gereksiz yere moleküler ve genetik testlerin istenilmesi gibi örnekler verilebilir.
	Klinik rehberler ve bakım protokolleri ile uyuşmayan veya meslek standartlarını karşılamayan hizmetlerin fatura edilmesi	Hasta bakım prosedürleri, rehberleri, standartları ve algoritmalarının uygulanmasındaki boşluklardan dolayı, hizmetlerin hangi doktorlar tarafından hangi tanılarda sunulacağı ile ilgili tereddütlerin olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır (Busch, 2012: 4).	“Algoloji ve Ağrı Tedavisi Uygulamaları” başlığı altındaki işlemlerin hangi branş hekimleri tarafından yapılması durumunda fatura edilebileceğinin açıkça ortaya konulmaması nedeniyle algoloji uzmanları dışındaki ilgili hekimlerce de yapıp fatura edilebilmektedir.
	Kapsam gereksinimlerinin karşılanmaması	Geri ödeme kapsamındaki kişilere sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili gerekli uyarı mekanizmaları olmaması nedeniyle bazı kapsam dışı hizmetler kapsam içi gibi değerlendirilebilmektedir.	Genel sağlık sigortası kapsamındaki yabancı uyruklu kişilerin tescil tarihi öncesi mevcut olan kronik hastalıklarının Medula sistemi uyarı vermemesi nedeniyle SGK’ya fatura edilmesi.

Ana İhlal Kategorisi	Alt Kategorisi	Açıklama	Örnek Olgular
Sahtekârlık (Fraud)	Fiyatı daha yüksek olan işlemin kodlanarak faturalandırılması (Upcoding)	Bir sağlık hizmeti sunulduğunda, sunulan hizmetin gerçek karşılığını almak yerine daha pahalı bir işlem veya hizmet kodları faturalandırılmaktadır. Bu durum idari bir hatadan ziyade geliri artırmaya yönelik kötü niyetli bir girişimdir (Thornton vd., 2015: 716). Türkiye’de sağlık tesislerinde bu usulsüzlük, genellikle kasıtlı olarak pahalı işlem kodunun seçilmesi yani “faturalandırma kurallarna uyulmaması” şeklinde ortaya çıkmaktadır.	“Kan gazları” tetkiki yerine puanı ve dolayısıyla fiyatı daha yüksek olan “kan gazları ve kooksimetre” tetkikinin fatura edilmesi örnek gösterilebilir.
	Ayrıştırma (Unbundling)	Ayrıştırma, birlikte gruplandırılması gereken hizmetler veya sarf malzemeleri için ayrı talepler oluşturmak anlamına gelmektedir. Bu usulsüzlükte fiyatı yüksek olan bazı işlemler veya malzemeler paket dışına çıkartılarak işlemin her adımı ayrı işlemlermiş gibi fatura edilmektedir.	Sağlık hizmet sunucularının, kemik iliği nakli paket fiyatlarına her türlü tetkik, tahlil, işlem, kan ve kan bileşenleri, tıbbi malzeme, ilaç ve komplikasyon tedavisine ilişkin ücretler dahil olmasına rağmen bunların ayrıca fatura edilmesi (Sayıştay, 2016: 134-135) örnek verilebilir.
	Çift Fatura Gönderme	Çift faturalandırma “aynı hizmet için birden fazla faturalandırma” olarak tanımlanmaktadır.	Sağlık hizmet sunucuları, bazı işlemlerde iki kez ödeme almak için aynı talebi birden çok kez gönderebilirler. Bu durumla genellikle bir işlemin hem paket işlem kodunun hem de hizmet başı işlem kodunun aynı gün gönderilmesi şeklinde karşılaşmaktadır. Bu durum sehven olabileceği gibi bilinçli bir eylem şeklinde de gerçekleşebilir. Bir diğer örnek, bir kişiye aynı gün içerisinde birden fazla koroner anjiyografi işlemi girilmesidir.
	Sunulmayan hizmetlerin faturalandırılması	Çift faturalandırmada en azından bir hastaya hizmet sunulurken, bu tür ihallerde hiç sunulmayan sağlık hizmetleri (muayene, tetkik ve tahlil gibi) veya hastaya teslim edilmeyen ilaçlar veya tıbbi cihazlar faturalandırılmaktadır. Bu kavram “hayali faturalandırma” olarak da adlandırılır.	Sağlık tesislerinde acil servisten başvuran her hastaya monitorizasyon, oksijen inhalasyon tedavisi gibi hiç yapılmamış işlemlerin girilmesi örnek verilebilir.
	Kapsam dışı tedavilerin sunulması	Sağlık sigortası kapsamı dışında olan tedavilerin, sigorta ödemelerini almak amacıyla tıbbi olarak gerekli kapsam içi tedavi olarak gösterilmesidir.	“Burun estetiği” gibi kapsamda olmayan kozmetik işlemlerin Medula’da “septum deviasyonu” olarak faturalandırılması örnek verilebilir. Yine tarama amaçlı muayene ve işlemlerin (check-up gibi) Sağlık Uygulama Tebliğine aykırı olarak SGK’ya faturalandırılması da bir diğer örnektir (Sayıştay, 2019: 33).

3.3. Üçüncü Kişilerin Dâhil Olduğu Usulsüzlükler

Bazı sağlık hizmet sunucuları veya doktorların laboratuvar firmaları, ilaç ve tıbbi malzeme üreticilerinden komisyon alarak hileli davranışlarda bulunduğu; sağlık personeli, hastalar veya sigorta şirketi temsilcilerinin de kendilerine menfaat sağlayacak hileli davranışlara yöneldiği görülebilmektedir (Teftiş Kurulu Başkanlığı, 2021: 61). Yine kişiler veya suç örgütlerinin de masum üçüncü kişilerin tıbbi kimliklerini yasa dışı yollarla elde ederek reçete yolsuzlukları gibi usulsüz faaliyetlere teşebbüs ettiği durumlarla karşılaşmaktadır.

Tablo 4: Türkiye’de Üçüncü Kişilerin Dâhil Olduğu Usulsüzlük Örnekleri

Usulsüzlük Türleri	Açıklamalar
Komisyon Sistemi	Bu tür usulsüzlüklere, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmayan trombositten zengin plazma uygulamaları (PRP) için belirli firmalardan komisyon alınması veya hastaların bir tedavi için aşırı fiyatla belirli tedarikçilere yönlendirilmesi örnek gösterilebilir. Bu ödene paralar, genellikle dolaylı olarak fiyatları artırmakta ve milyonlarca ek maliyete neden olmaktadır (Sommersguter-Reichmann vd., 2018: 294). Yine çıkar sağlamak amacıyla hastaların sosyal güvenlik kapsamında olmayan ilaç ve tıbbi malzemeler (viskosüplemantasyon ürünleri, dermis/epidermis yerine geçen allogreftler gibi) için belirli eczanelere veya medikal firmalarına yönlendirilmesi sık rastlanılan bir durumdur.
Kişisel Çıkar için Hastaların Özel Sağlık Kuruluşlarına Yönlendirilmesi	Kamuda görev yapan bazı doktorların kamuya ait sağlık tesislerinde tedavi edilebilecek hastaları, mali ilişkisi olduğu bir özel sağlık tesisine (özel hastane, tıp merkezi, diyaliz merkezi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi gibi) sevk etmesi veya hastayı bu tesislerde tedaviye zorlaması bu kapsamda değerlendirilebilir (Thornton vd., 2015, Özen, 2019).
Sahte Sağlık Raporu Düzenlenmesi	Doktorların en çok düzenlediği “iş göremezlik”, “engellilik”, “ilaç ve tıbbi malzeme kullanımı”, “sağlık kurulu”, “sağlık durumu bildirir” raporların sahte veya usulüne uygun olarak düzenlenmemesi belgede sahtecilik suçunu oluşturmaktadır. Örneğin Mersin merkezli 8 ilde, ‘dublör’ kullanılarak para karşılığı sahte sağlık raporu düzenleyen çeteye yönelik operasyonda, 2’si sağlık çalışanı 11 kişi tutuklanmıştır (Cumhuriyet, 25.05.2022).
İlaç Yolsuzluğu ve Sahte Reçete Düzenlenmesi	Bazı doktor, eczacı ve ilaç mümessillerinin genellikle hastaların bilgisi dışında onların adlarına sahte reçete yazdırılması yoluyla karışıklıkları ilaç yolsuzluğu sık görülen yolsuzluk olaylarındandır. Örneğin 2020 yılında İstanbul Cumhuriyet Başsavcılığı tarafından başlatılan soruşturma kapsamında 143 adet sahte reçete ile SGK’nın zarara uğratıldığı belirlenmiştir (Milliyet, 19.08.2020).

Kamu personelinin komisyon alma yoluyla veya hasta yönlendirerek görevi ile ilgili olarak her ne şekilde olursa olsun çıkar sağlandığının tespiti halinde mevzuat doğrultusunda gerekli yaptırımlar uygulanmaktadır. Bu hallerde 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, Kamu Görevlileri Etik Davranış İlkeleri ile Başvuru Usul

ve Esasları Hakkında Yönetmelik ile Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliğinin ilgili hükümleri doğrultusunda kişilere cezai, etik, idari ve disiplin yönünden gerekli işlemler yapılmaktadır (Teftiş Kurulu Başkanlığı, 2021: 61-62).

3.4. Diğer Kategoriler

Sağlık hizmeti usulsüzlüğü ile ilgili diğer ihlaller doğası gereği çeşitlidir ve her zaman sağlık sahtekârlığı suçları olarak nitelendirilemez. Bu tür ihlaller; hastaların doktorlara, sağlık hizmet sunucularına veya tedarikçilere cepten yaptıkları usulsüz ödemeler, ilaç şirketleri tarafından bir ilacın onaylanmış kullanım alanı dışında kullanımı, medikal firmalar tarafından tıbbi cihaz ve malzemelerin geri ödeme fiyatlarını artırmak için yapılan fiyat manipülasyonları (Thornton vd., 2015: 716), eczaneler ile ilaç firmaları arasında doktor reçetesinde belirtilen ilacın yerine muadili olan bir ilacın satılması yönünde anlaşma yapılması (Akpınar ve Kasapbaşı, 2019: 35) gibi geniş bir yelpazeye sahiptir.

4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE USULSÜZLÜKLE MÜCADELEYE YÖNELİK KURUMSAL STRATEJİLER

Sağlık sektörünün kendine has özellikleri nedeniyle suistimale ve yolsuzluklara açık yapısı, usulsüzlüklerin tamamıyla sonlandırılmasını mümkün kılmamaktadır. Diğer yandan sağlık sigorta ödeme sistemi üzerinde yapılan işlemlerin çok parçalı yapıda olması, sağlık ve sigortacılık uzmanlığı gerektirmesi, hile yöntemlerinin değişiklik göstermesi, anlık tespit ihtiyacı ve yanlış alarm ikilemi, işlem hacminin büyüklüğü ve çeşitliliği (Köse ve Kılıç, 2017: 238-243) suistimallerin tespitini ve takibini zorlaştırmaktadır. Suistimallerin klasik yöntemlerle tespiti uzun sürmekte ve hatta bazı suistimaller ilk planda tespit edilememektedir. Bütünsel ve yapısal veriye ulaşmadaki zorluklar ile sorunun doğası gereği karmaşıklık seviyesinin yüksek olması, analizlerin yapılmasını da güçleştirmektedir. Son dönemde dijital teknolojilerdeki gelişmeler yanında kurum bilgi yönetim süreçlerinin otomasyonu da suistimallerin önlenmesinde önemli katkılar sağlamıştır. Bilgi iletişim teknolojilerinin gelişmesi riskli durumların izlenmesini kolaylaştırmakta ve veri setleri üzerinden veri madenciliği teknolojilerinin ve analitik tekniklerin uygulanabilmesine imkan tanımaktadır (Köse vd., 2015; Akçay ve Uysal, 2019). Dış denetimde büyük veri analizi, yapay zekâ, makine öğrenimi, blok zincir gibi dijital teknolojilerin etkin kullanımı da hile, yolsuzluk ve diğer usulsüzlüklere karşı katma değeri yüksek çözümler

üretmesinde fırsatlar sunmaktadır (Köse ve Polat, 2021: 29-41). Bu bağlamda birçok ülkede geri ödeme kurumları ve diğer paydaşlar tarafından teknik analiz yöntemlerinden, yerinde tıbbi incelemelere kadar farklı denetim ve kontrol sistemleri uygulanmaktadır (Mikkers vd., 2017: 13). Türkiye’de de geri ödeme kurumu olan SGK, dış denetim organı olan Sayıştay ile Sağlık Bakanlığı, çeşitli araçlarla usulsüzlükleri kaynağında önleyip müdahale etmeye yönelik çalışmalar yürütmektedir.

SGK’nın usulsüzlük ve suistimal ile mücadele düzenlenmelerinin başında mevzuata aykırı faturalandırmanın önüne geçilmesi amacıyla Medula sistemi üzerinden iş kuralları getirilmesi ve bu kuralların sürekli güncellenmesi gelmektedir. SGK’nın uyguladığı bir diğer tedbir, özel sağlık kuruluşlarında 1 Aralık 2013 tarihinde uygulamaya aldığı ‘Biyometrik Kimlik Doğrulama Sistemi’ ile kimlik doğrulaması yapılmayan hastalara provizyon verilmesi uygulamasıdır (Mengi, 2013: 46-47; Evliyaoğlu, 2015: 110-114). SGK çoğunlukla Medula sistemi üzerinden iş kurallarına yönelik teknik kontroller yaparken, daha ciddi denetimler ‘fatura inceleme birimleri’ veya teftiş organları tarafından yapılmaktadır. Sağlık hizmet sunucuları tarafından Medula’ya gönderilen fatura eki belgeler, örnekleme yöntemi ile ‘fatura inceleme birimleri’ ve bazı durumlarda ilgili komisyonlar (Sağlık Kurum/Kuruluşu İtiraz Değerlendirme Komisyonu gibi) tarafından mevzuat ve tıbbi uygunluk yönünden incelenmektedir. Mevzuata uygun olmayan faturalardan kesintiye gidilmektedir. Kontrollerde suistimal ve uygunsuzluk şeklinde bir ihlal ortaya çıkarsa, SGK mali zararlarını tazmin etmek için gerekli önlemleri almakta, hatta bazı durumlarda sağlık hizmet sunucusunun ödemelerini durdurabilmekte veya sözleşme feshine dahi gidebilmektedir. Nitekim SGK tarafından 2021 yılında 61 hastane/tıp merkezinde yapılan denetimler sonucunda 2’sinin feshi önerilirken, 10 hastane/tıp merkezinin ödemelerinin durdurulmasına karar verilmiştir (SGK, 2022: 67). Ayrıca SGK, suistimalleri tespit ve sahtekârlığı önlemek amacıyla yüksek performanslı özel bir altyapının kurulması amacıyla 2014 yılında ‘büyük veri’ (big data) çalışmalarına başlamıştır. Veri ambarı, veri madenciliği ve büyük veri altyapısı ile mevcut veriler üzerinden farklı istatistiksel algoritmalar kullanılarak sağlık ve sigortalama alanlarında usulsüzlük yapma ihtimali yüksek olan sağlık kurumları tahmin edilerek incelemeye tabi tutulmaktadır (Şık, 2017: 284-290). Şikâyet ve ihbar sonucu yapılan denetimler ile SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından yapılan planlı denetim, inceleme ve soruşturmalar sonucunda ciddi sahtekârlık ve yolsuzluk tespiti halinde konu genellikle adli makamlara sevk edilmektedir.

Sağlık Bakanlığı da SGK ile yaptığı global bütçe protokolü çerçevesince; sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetinin Medula sistemine iletilmesi, SUT hükümleri gereğince kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerinin kapsam içi sağlık hizmetleri gibi gösterilmesi, Medula sistemine iletilen belgelerin gerçeğe aykırı olarak düzenlenmesi, hak sahibi olmayan kişilere sağlık hizmet sunulması gibi usulsüz ve yersiz işlemlerle ilgili her türlü takibi yapmakla yükümlüdür. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığınca usulsüz ve yersiz uygulamaların tespiti halinde her türlü inceleme ve denetim yapılmaktadır. Sadece sehven yapıldığı tespit edilen hatalı faturalandırmalar halinde SGK tarafından global bütçe kesintisine gidilmemektedir. Suistimalleri önleyici tedbir olarak Sağlık Bakanlığı Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından 2018 yılı Mayıs ayından itibaren sağlıkta usulsüzlük, yolsuzluk, kötüye kullanım gibi durumların tespit edilmesi ve olası kayıpların engellenmesi/azaltılması amacıyla REDES (Risk Esaslı Denetim Sistemi) Projesi yürütülmeye başlanmıştır. Bu sistemle, istatistiksel analizler ve veri madenciliği yöntemleri kullanılarak riskli il, riskli sağlık tesisi ve riskli sağlık personeli davranışlarını belirleyemeye yönelik hedefler doğrultusunda risk analizi ile işlemler izlenmekte ve denetlenmektedir. Sağlık ve sosyal güvenlik alanında uzman personel tarafından hazırlanan örüntülerle (belirli bir dönemde aşırı sayıda ilaç faturalandırma, hayatın olağan akışına aykırı işlem girişi yapılması gibi) eşleşen veriler, geleneksel ve yeni modellemelerle veritabanı sorguları ile kolayca hileli davranışlar açısından incelenip tespit edilebilmektedir. Bu kapsamda Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından organ nakli ilaçları, greftler, yeşil reçete, vida, flep işlemi, talasemi hastalığı ilaçları, kan ürünleri, kalp ve damar cerrahisi malzemeleri, kırmızı reçeteye tabi ilaçlar, pregabalın etken maddeli ilaçlar, tıbbi mamalar gibi alanlarda konu veya branş bazlı çalışmalar yapılmıştır (Teftiş Kurulu Başkanlığı, 2022). Ayrıca 'İç Denetim Birimi' de risk odaklı analizlerle mevzuata aykırı ve usulsüz uygulamaların önlenmesine yönelik denetimler gerçekleştirmektedir.

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından da e-Nabız ve Teletıp uygulamaları ile yeni kuralların oluşturulması veya mevcut kuralların adapte edilmesi yoluyla hatalı ve uygunsuz faturalandırmalar engellenebilmektedir. Kamu hastanelerinde e-Nabız veri tabanı kullanılarak sisteme gönderilen verilerdeki anormalliklerin, rakamlarla ilgili beklenmedik ya da olağandışı ilişkilerin araştırılmasında Benford yasasının uygulanmasının elverişliliğinden hareketle (Yıldız, 2018: 850-858), verilerin doğruluğu ve güvenilirliği konusunda çalışmalar yapılmaktadır. Analizler doktorların büyük bir bölümünün suistimale yönelik davranışlarından şüphelenildiğini ortaya koysa da, Joudaki vd. (2016: 165)

belirttiği gibi, tüm doktorların rutin denetiminden ziyade hileli davranışlarından şüphelenen doktorlara (% 2-3 gibi bir orana sahip) yönelik denetim yaklaşımlarına odaklanılması daha etkin sonuçlar ortaya koyacaktır. Bunun yanında kamu hastanelerinde doktorları usulsüz ve yersiz uygulamalara iten içsel faktörlerden birinin de ek ödeme sistemi olduğu belirtilmiştir. Doktorlar, gerçekleştirdikleri tıbbi işlemlerin doğruluğunu ve mevzuata uygunluğunu sağlık tesisinin bilgi yönetim sistemi üzerinden düzenli olarak kontrol etmekle yükümlüdürler. Ancak daha fazla ek ödeme alabilmek için tıbbi işlemlerin manipüle edilebilmesi mümkün olduğundan 209 sayılı yasa ile “her bir sağlık tesisinde ek ödemeye esas işlemleri denetlemek üzere inceleme heyetleri oluşturulur” şeklinde düzenlemeye gidilmiştir. Böylece sağlık tesislerinde oluşturulan ‘inceleme heyetleri’ vasıtasıyla doktorlar tarafından gerçekleştirilen tıbbi işlemlerin doğruluğu ve kurallara uygunluğu periyodik olarak denetlenmektedir.

Sayıştay Başkanlığı da merkezi yönetim bütçesi kapsamındaki kamu idareleri ile sosyal güvenlik kurumlarının gelir ve giderlerini, faaliyetlerini, performansını incelemekte ve denetlemektedir. Bu bağlamda Sayıştay, sağlık hizmet ödemelerinde usulsüzlük ve suistimaller ile ilgili analizler ve denetimler gerçekleştirerek gerekli önlemlerin alınmasını sağlayabilmektedir. Özellikle sağlık hizmet sunucularında medikal muhasebe denetimleri ile SGK Mucula-hastane sistemi veri analizleri, usulsüzlük ve suistimalleri kontrole yönelik stratejik işlev görmektedir.

SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde usulsüzlük ve suistimal ile mücadelede önleme, tespit etme ve müdahale biçiminde üç tür stratejiden söz edilebilir. Bu kapsamda, Türkiye’de usulsüz ve hileli faaliyetlerin önlenmesi açısından kamu yönetiminde etik ilke ve değerlerin içselleştirilmesi ile şeffaflık ve hesap verebilirlik mekanizmalarının geliştirilmesi önem taşımaktadır. Etik ilkeleri ve şeffaflığı tamamlayıcı mahiyette yönetim süreçlerine ilişkin temel ilkelerin belirlenerek potansiyel risklerin tanımlanması ve önlenmesinde güçlü bir iç kontrol yapısının oluşturulması olmazsa olmaz bir gerekliliktir. Doktorların sigorta sistemi, geri ödeme kuralları ve suistimal durumları konusunda eğitilmesi ve farkındalığı da önleyici bir tedbir olarak önemli bir rol oynayabilir. Aynı şekilde EHFCN’nin Avrupa sağlık hizmetlerinde sahtekârlık ve yolsuzluğa karşı “bilinçlendirme kampanyaları” koordine etmesi örneğindeki gibi Türkiye’de de Kamu Görevlileri Etik Kurulu gibi kurumlar aracılığıyla benzer çalışmalara ağırlık verilmelidir.

Bireylerin de kendilerini sağlık hizmeti sahtekârlığından koruması için bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda kişilerin e-Nabız sistemi üzerinden kişisel tıbbi kayıtlarını inceleyerek aldıkları sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olabilmeleri, sahtekârlığı önleyici bir tedbir işlevi sağlamaktadır. Böylece kişiler kendilerine sunulmayan hizmetleri veya işlemleri SGK'ya bildirerek süreçlerin incelenmesini kolaylaştırabilmektedir. Öte yandan Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan/yayımlanacak kanıta dayalı klinik rehber ve protokoller aracılığıyla klinik uygulama standartlarının oluşturulması ve belirsizliklerin ortadan kaldırılması, gereksiz sağlık hizmet sunumunu önleyerek suistimalleri azaltabilir.

Suistimal ve sahtekârlığın yapısı ve doğasının çeşitliliği, mücadeleyi hem dinamik bir süreç haline getirmekte hem de sürekli değişime tabi kılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde usulsüzlüklerin niteliğini ve ölçeğini anlamak, hileli davranışlarla mücadeleye yönelik her türlü girişimde bir ön koşuldur. Bu nedenle sağlık hizmet sunucularında sıklıkla görülen fiyatı yüksek olan işlemin kodlanarak faturalandırılması, çift fatura gönderme, SUT usul ve esaslarına aykırı faturalandırma gibi suistimal ve usulsüzlüklerin tespiti ile risk değerlendirmeleri için yapay zekâ algoritmaları ve makine öğrenmesi ya da veri analitiği teknikleri daha fazla kullanılarak analizler gerçekleştirilmelidir. Nitekim kayıpların ölçüldüğü ve ilgili kuruluşların bu usulsüzlük ve suistimallerin doğası ve kapsamı hakkında doğru bilgiye sahip olduğu durumlarda kayıpların önemli ölçüde azaltılması mümkündür.

Sağlık hizmetlerinde usulsüzlüklerin tespit edilmesi, finansal kayıpları önlemenin yanında sağlık bakım kalitesinin iyileştirilmesini de destekleyecektir. Ayrıca müdahale boyutunda caydırıcılığın artırılması amacıyla cezaların ağırlaştırılmasını sağlayacak hukuki düzenlemeler etkin bir çözüm sunabilir. Bu tür teorik bakış açıları, usulsüzlüklerle mücadeleye yönelik müdahalelerin tasarlanmasında ipuçları sağlamakla beraber, Türkiye'de sağlık hizmetlerinde suistimal ve sahtekârlık ile etkin bir biçimde mücadele edebilmek için, usulsüzlükleri bütün boyutları ile ele alan ve önleme, tespit ve müdahale etme yöntemlerinin maliyet etkililiğini analiz eden bilimsel çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Agrawal, S., Tarzy, B., Hunt, L., Taitsman, J. ve Budetti, P. (2013). Expanding physician education in health care fraud and program integrity. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(8), 1081-1087.
- Akçay, S. ve Uysal, M. (2019). Hastane İşletmelerinde İç Denetim ve Hile Denetimi İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 205-225.
- Akpınar, E. ve Kasapbaşı, M. C. (2019). Sağlık Sigortacılığında Eczane-İlaç Üretici Firması Arasında İlişkilendirme Analizi, *Haliç Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2(1), 35-47.
- Avcı, M. ve Teyyare, E. (2012). Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), 199-221.
- Bauder, R., Khoshgoftaar, T. M. ve Seliya, N. (2017). A survey on the state of healthcare upcoding fraud analysis and detection. *Health Serv Outcomes Res Method*, 17, 31-55.
- Busch, R.S. (2012). *Healthcare Fraud: Auditing and Detection Guide*, 2nd edition, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Cumhuriyet (25.05.2022), 'Dublör' kullanıp 'sahte sağlık raporu' hazırlayan çeteye operasyon, <https://www.cumhuriyet.com.tr/turkiye/dublör-kullanip-sahte-saglik-raporu-hazirlayan-ceteye-operasyon-1939658>, Erişim: 30.05.2022.
- Çiğli, H. (2014). Sosyal Güvenlik Kurumuna Karşı İşlenen Dolandırıcılık Eylemleri, *Terazi Hukuk Dergisi*, 9(90), 46-51.
- Debpuur, C., Dalaba, M. A., Chatio, S., Adjuik, M. ve Akweongo, P. (2015). An exploration of moral hazard behaviors under the national health insurance scheme in Northern Ghana: a qualitative study. *BMC health services research*, 15, 469.
- EHFCN (2022). Waste Typology, <https://ehfcn-powerhouse.org/groups/4-ehfcn-waste-typology-matrix/welcome>, Erişim: 24.03.2022.
- Elliott, T. A. (2021). Healthcare Fraud and Abuse in Europe. D. Orentlicher ve T. K. Harvey (eds), *The Oxford Handbook of Comparative Health Law*, Oxford: Oxford Academic, s.393-413.
- Evlıyaoğlu, F. (2015). Biyometrik Tanımlama Yöntemlerinin Sağlık Harcamalarındaki Suistimalleri Önlemede Başarımı. *Sosyal Güvence*, 8, 96-118.

- Gee, J. ve Button, M. (2015). The Financial Cost of Healthcare Fraud 2015: What Data from Around the World Shows. PKF Littlejohn. <https://www.pkf.com/media/31640/PKF-The-financial-cost-of-fraud-2015.pdf>, Erişim: 15.03.2022.
- Hennig Schmidt, H., Jürges, H. ve Wiesen, D. (2019). Dishonesty in health care practice: A behavioral experiment on upcoding in neonatology. *Health Economics*, 28(3), 319-338.
- Johnson, M. E. ve Nagarur, N. (2016). Multi-stage methodology to detect health insurance claim fraud. *Health care management science*, 19(3), 249-260.
- Joudaki, H., Rashidian, A., Minaei-Bidgoli, B., Mahmoodi, M., Geraili, B., Nasiri, M., ve Arab, M. (2016). Improving Fraud and Abuse Detection in General Physician Claims: A Data Mining Study. *International journal of health policy and management*, 5(3), 165-172.
- Köse, H. Ö. ve Polat, N. (2021). Dijital Dönüşüm ve Denetimin Geleceğine Etkisi. *Sayıştay Dergisi*, 32(123), 9-41.
- Köse, İ, Göktürk, M. ve Kılıç, K. (2015). An interactive machine-learning-based electronic fraud and abuse detection system in healthcare insurance, *Applied Soft Computing*, 36, 283-299.
- Köse, İ. ve Kılıç, K. (2017). Büyük Veri Bilimi ile Sahteciliğin ve Suistimalin Önlenmesi. *Büyük Veri ve Açık Veri Analitiği: Yöntemler ve Uygulamalar*. (Ed.) Sağıroğlu, Ş. ve Koç, O. Ankara: Grafiker Yayınları, 233-250.
- Legotlo, T. G. ve Mutezo, A. (2018). Understanding the types of fraud in claims to South African medical schemes. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 108(4), 299-303.
- Li, J., Lan, Q., Zhu, E., Xu, Y. ve Zhu, D. (2022). A Study of Health Insurance Fraud in China and Recommendations for Fraud Detection and Prevention. *Journal of Organizational and End User Computing (JOEUC)*, 34(4), 1-19.
- Mauren Michaela, S., Nurmalasari, M. ve Hosizah, H. (2021). Fraud in healthcare facilities: A Narrative Review. *Public Health of Indonesia*, 7(4), 166-171.
- Mengi, B. T. (2013). Sağlık Hizmetlerinde Meydana Gelebilecek Hileleri Önlemeye Yönelik Bir Uygulama Olarak Biyometrik Kimlik Doğrulama Sistemlerinin Kullanımı. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (60), 39-50.
- Mikkers, M., Sauter, W., Vincke, P. ve Boertjens, J. (Ed.) (2017). *Healthcare Fraud, Corruption and Waste in Europe: National and Academic Perspectives*, Eleven International Publishing, The Hague.

- Milliyet (19.08.2020). Son dakika: Eczanede büyük oyun! Aralarında doktorlar da var, <https://www.milliyet.com.tr/ekonomi/sahte-receteyle-vurgun-sorusturma-baslatildi-6285141>, Erişim: 15.05.2022.
- NEHI (2008). Waste and Inefficiency in the U.S. Health Care System, New England Healthcare Institute. https://www.nehi-us.org/writable/publication_files/file/waste_clinical_care_report_final.pdf, Erişim: 14.04.2022.
- NHCAA (2022). The Challenge of Health Care Fraud. The National Health Care Anti-Fraud Association. <https://www.nhcaa.org/tools-insights/about-health-care-fraud/the-challenge-of-health-care-fraud>, Erişim: 14.04.2022.
- Nortjé, N. ve Hoffmann, W. A. (2016). Seven year overview (2007-2013) of ethical transgressions by registered healthcare professionals in South Africa. *Health Sa Gesondheid*, 21, 46-53.
- Özen, H. (2021). Dijital Kanallar ve Sağlık Hizmetlerinde Hile. *İşletme Akademisi Dergisi*, 2 (2), 143-54.
- Rashidian, A., Joudaki, H. ve Vian, T. (2012). No evidence of the effect of the interventions to combat health care fraud and abuse: a systematic review of literature. *PLoS one*, 7(8), e41988.
- Sayıştay (2016). Sosyal Güvenlik Kurumu 2015 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1492-sosyal-guvenlik-kurumu>, Erişim: 24.05.2022.
- Sayıştay (2017). Sosyal Güvenlik Kurumu 2016 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1494-sosyal-guvenlik-kurumu>, Erişim: 24.05.2022.
- Sayıştay (2018). Sosyal Güvenlik Kurumu 2017 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1496-sosyal-guvenlik-kurumu>, Erişim: 24.05.2022.
- Sayıştay (2019). Sosyal Güvenlik Kurumu 2018 Yılı Sayıştay Denetim Raporu, <https://www.sayistay.gov.tr/reports/download/1498-sosyal-guvenlik-kurumu>, Erişim: 24.05.2022.
- SGK (2020). OECD ve AB Ülkelerinde Sağlık ve Geri Ödeme Sistemleri, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Yayın No: 173, Ankara: Has Matbaa Ajans.
- SGK (2022). 2021 Yılı Faaliyet Raporu, Sosyal Güvenlik Kurumu Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.

- Smit, D. ve Derksen, J. (2020). The complexity of healthcare fraud-ethical and practical considerations. *ethic@-An international Journal for Moral Philosophy*, 19(2), 367-385.
- Sommersguter-Reichmann, M., Wild, C., Stepan, A., Reichmann, G. ve Fried, A. (2018). Individual and Institutional Corruption in European and US Healthcare: Overview and Link of Various Corruption Typologies. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(3), 289-302.
- Şık, Ş. (2017). Sosyal Güvenlik Kurumu Büyük Veri Çalışmaları. Büyük Veri ve Açık Veri Analitiği: Yöntemler ve Uygulamalar. (Ed.) Sağıroğlu, Ş. ve Koç, O. Ankara: Grafiker Yayınları, 283-288.
- Teftiş Kurulu Başkanlığı (2021). Sağlık Personeli El Kitabı (Sıkça Karşılaşılan Sorunlar). Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Teftiş Kurulu Başkanlığı (2022). REDES Hakkında. <https://teftis.saglik.gov.tr/TR-82455/1redes-hakkinda.html>, Erişim: 10.04.2022.
- Thaifur, A. Y. B. R., Maidin, M. A., Sidin, A. I. ve Razak, A. (2021). How to detect healthcare fraud? "A systematic review". *Gaceta sanitaria*, 35(2), 441-449.
- Thornton, D., Brinkhuis, M., Amrit, C. ve Aly, R. (2015). Categorizing and Describing the Types of Fraud in Healthcare, *Procedia Computer Science*, 64, 713-720.
- Vincke, P. ve Cylus, J. (2011). Health care fraud and corruption in Europe: An overview. *Eurohealth*, 17(4), 14-18.
- Winters-Miner, L.A., Bolding, P.S., Hilbe, J.M., Goldstein, M., Hill, T., Nisbet, R., Walton, N. ve Miner, G. D. (2015). Practical Predictive Analytics and Decisioning Systems for Medicine: Informatics Accuracy and Cost-Effectiveness for Healthcare Administration and Delivery Including Medical Research, London: Elsevier Publishing.
- Yıldız, M. S. (2018). Benford Yasasının Veri Doğruluğunun Değerlendirilmesi Amaçlı Kullanımı: Hastane Verileri İçin Bir Uygulama. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 25(3), 849-861.

TYPES OF ABUSE AND FRAUD IN HEALTHCARE PAYMENTS AND COMBATING STRATEGIES

Aziz KÜÇÜK

EXTENDED ABSTRACT

The risky, asymmetric information-based, and multi-actor structure of healthcare makes the health sector a complex and profitable field, while at the same time making it attractive for fraudulent activities. This is both a financial risk and can expose patients to serious physical health problems. Therefore, many countries, including Türkiye, are in search of developing various methods and strategies to detect and prevent abuses in health services. The aim of this study is to conceptually explain the types of abuse and fraud in healthcare, to provide an overview of their effects on health and social security systems, and to discuss the process of combating such cases.

Although the share of fraud, waste, and abuse in the total health expenditure worldwide cannot be determined precisely, it is estimated that this amount reaches 10% of the total healthcare expenditure. In order to detect and categorize the abuse and fraud encountered in healthcare payments, besides the literature review, the audit reports of the Turkish Court of Accounts and the illegal and inappropriate practices identified by the SSI's Directorate for Guidance and Inspection and the Inspection Board of the Ministry of Health were analyzed by using the document analysis method. In order to determine the types of abuse and fraud, the "Waste Typology Matrix", developed by the European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) in 2014 as a tool to ensure comparability of healthcare abuse in different countries, was taken as a basis. EHFCN distinguishes between error, abuse (in the same sense as waste), fraud, and corruption. Thus, using the Waste Typology Matrix framework, healthcare abuse and fraud types in Türkiye were tried to be classified.

Considering that abuse and fraud in healthcare payments in Türkiye are generally caused by patients, healthcare providers, or third parties (such as pharmaceutical or medical companies, agents/brokers), it has been determined that fraudulent activities can be categorized in three different ways:

1) Fraud perpetrated by a patient subscriber: According to the determinations made by the SSI's and Ministry of Health's audit units and the reports of the SSI's Directorate for Guidance and Inspection, the most common fraud committed by patients or their collaborators includes identity theft (selling

or lending a covered healthcare identity to others), fraudulent prescriptions, and attempting to take advantage of the insurance coverage by making false statements.

2) Fraud perpetrated by a healthcare provider: These breakdowns made by healthcare providers can be classified as 'billing errors', 'abuse' and 'fraud'. According to the audit reports of the SSI and the Ministry of Health in Türkiye, the most common abuse and fraud in healthcare payments are: charging for excessively expensive care ("upcoding"), charging for services not provided, double billing for the same services, and providing unnecessary services.

3) Fraud perpetrated by third parties: Some healthcare providers or doctors may engage in fraudulent acts by receiving commissions from laboratory companies, drug manufacturers, and medical equipment manufacturers. Similarly, healthcare personnel, patients, or insurance company representatives may engage in fraudulent behaviors that will benefit them. Again, there are cases where individuals or criminal organizations attempt illegal activities such as prescription fraud by obtaining the medical identities of innocent third parties illegally.

The Social Security Institution, which is the reimbursement agency in Türkiye, combats abuses through Medula (Medical Messenger) business rules, the Biometric Authentication System, invoice review units, or audits by inspection bodies. The Ministry of Health works to prevent and intervene in abuse and fraud at their source with various tools such as risk-based control system (REDES), E-Pulse, and Tele-medicine controls, and checking the accuracy of transactions by 'examination committees' in hospitals. The Turkish Court of Accounts functions strategically to control abuse and fraud in healthcare providers through medical accounting audits and SSI's Medula-hospital system data analysis.

In order to combat abuse and fraud in healthcare, preventive measures such as an effective internal control system, training of relevant personnel, especially physicians, raising awareness among patients, and establishing a culture of transparency are needed. In addition, the strategies of detecting abuse and fraud (detection of risky areas through artificial intelligence algorithms and machine learning or data analytics techniques) and intervention (regulations to increase deterrence through legal sanctions) should be carried out simultaneously and effectively.