

PAY PER CASE PAYMENT MODEL IN HOSPITALS: COMPARISON OF POLICLINIC COSTS WITH REIMBURSEMENT PRICES*

Yazar / Author: Yrd. Doç. Dr. Vahit Yiğitⁱ

Abstract

Today, the fact that the prices of health care services are not determined according to the financial situation affects the financial sustainability of the hospitals. In Turkey, there has not been a significant increase in tpatient wages for approximately nine years. However, the hospital's labor, material and operating costs are increasing every year. The purpose of this study is to compare the remuneration costs of a university hospital with inpatient examinations. At the end of the research, the total income of the hospital from the inpatient was 1.753.953-TL and inpatient costs was determined as 2.156.439-TL. Social Security Institution (SSI) has an average repayment of 66.3-TL for one patient. However, the cost of a polyclinic patient of the hospital is 81.6-TL. For this reason, it is thought that the per-incident price should be increased by at least about 15% in future periods.

Keywords: Pay per case, reimbursement, cost, hospital

HASTANELERDE AYAKTAN VAKA BAŞI ÖDEME MODELİ: POLİKLİNİK MALİYETLERİ İLE GERİ ÖDEME FİYATLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Özet

Günümüzde sağlık hizmeti fiyatlarının maliyete göre tespit edilmemesi hastanelerin finansal sürdürülebilirliğini etkilemektedir. Türkiye’de yaklaşık dokuz yıldır poliklinik vaka başı ücretlerinde anlamlı bir artış sağlanmamıştır. Ancak hastanenin işçilik, ilk madde ve malzeme ve işletme maliyetleri her yıl artmaktadır. Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinin ayakta vaka başı muayene maliyetleri ile geri ödeme fiyatlarını karşılaştırmaktır. Araştırma sonucunda hastanenin ayakta vaka başı toplam geliri 1.753.953-TL gider ise 2.156.439-TL olarak tespit edilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) bir hasta için ortalama 66.3-TL geri ödemede bulunmaktadır. Ancak hastanenin bir poliklinik hastasının maliyeti 81.6-TL olarak gerçekleşmektedir. Bu nedenle ayakta vaka başı fiyatlarının gelecek dönemlerde asgari yaklaşık % 15 artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Vaka başı ödeme, geri ödeme, maliyet, hastane

1. Giriş

Türkiye’de 2002 yılında toplam sağlık harcamalarının %42.3’ü, 2013 yılında ise %51.4’ü sağlık kuruluşlarına transfer edilmiştir (Atasever, 2014). Ancak hastanelere finansman sağlayan geri ödeme kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nun kısıtlı bir bütçesi bulunmaktadır. SGK hem gelir gider dengesini sağlayabilmek hem de gereksiz hizmet kullanımını engellemek için 2005 yılında ayakta geri ödeme sisteminde hizmet başı ödeme yönteminden vakabaşı ödeme yöntemine geçmiştir. Ancak SGK’nun hizmet başı ödeme yönteminden vaka başı ödeme yöntemine geçmesi, yatan hastaların bütün ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyacının hastane tarafından karşılanması, ilaç ve tıbbi sarf malzemesi için sabit fiyat

* Bu çalışma 26-27 Kasım 2016 tarihlerinde, İstanbul’da düzenlenen International Congress of Management Economy And Policy isimli uluslar arası bilimsel kongrede bildiri olarak sunulmuştur.

ⁱ Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı
yigitv@hotmail.com

belirlenmesi ve hizmet fiyatlarını yaklaşık 9 yıldır artmaması (Yiğit ve Yiğit, 2016:254) özellikle üniversite hastanelerin finansal sürdürülebilirliğini etkilemiştir.

Sağlık hizmetlerinde ödeme modelleri, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini ve sağlık kurumlarının finansman yönetimini önemli ölçüde etkilemektedir. Son zamanlarda farklı ülkelerde kaynakların sınırlılığı karşısında (Ersoy, 2014:i) farklı geri ödeme sistemi benimsenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikalarını belirleyenlerin gündemlerindeki en önemli konular arasında yer almaktadır. Hangi finansman ve sunum yöntemini benimserse benimsesin temel amaç, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır(Tatar, 2011:103). Geri ödeme kuruluşlarının sağlık hizmeti sunucularına değişik ödeme modelleri kullanılmasındaki amaç, gereksiz kullanımı maliyetleri azaltmak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmaktır(Waters and Hussey, 2004:175). SGK son yıllarda sağlık hizmetleri talebini karşılamak için kıt kaynakların etkili bir geri ödeme yöntemi ile nasıl dağıtılması gerektiği (Arık ve İleri, 2016:46) noktasında farklı geri ödeme modelleri benimsemişlerdir.

Sağlık hizmetlerinin önemli sunucularından biri olan üniversite hastane işletmelerinin varlıklarını sürdürebilmeleri için maliyet ve teşhis dayalı bir geri ödeme sisteminin uygulanması ile mümkün olabileceği düşünülmektedir. Günümüzde üniversite hastanelerine uygulanan geri ödeme sisteminde fiyatlar maliyete dayalı olarak belirlenmemektedir. Bu durum üniversite hastanelerinde geri ödeme fiyatlarının verilen sağlık hizmetinin maliyetinin altında olması hastanenin zarar etmesine neden olmaktadır. Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinin ayaktan vaka başı muayene maliyetleri ile geri ödeme fiyatlarını karşılaştırmaktır.

2. Üniversite Hastanelere Uygulanan Geri Ödeme Yöntemleri

Kaliteli sağlık hizmeti talebine bağlı olarak sağlık harcamaları artış eğilimi göstermektedir. Artan bu harcamalar kıt olan ülke sağlık finansman kaynakları üzerinde ciddi baskılar oluşturmaktadır(Yıldırım, Yıldırım, ve Erdem, 2011:71). Bu kapsamda geri ödeme yöntemleri verimliliği artırmak maliyetleri ise düşürmek için bir araç olarak kullanılmaktadır(García-Lacalle and Martín, 2013:335). Geri ödeme yöntemi, sağlık hizmeti sunucularının sağlık hizmeti talep edenlere sunmuş oldukları hizmetlerin karşılığı olan hizmet bedelinin, finansör kurum tarafından geri ödenmesine ilişkin esasları belirleyen ve düzenleyen sistemdir(Akyürek, 2012).

Bireylerin beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında hastalığın finansal yükünden korunmak temel amacı ile uygulanan sağlık finansmanı, ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, ayrıca aynı finansman yöntemi benimsense dahi özellikle sağlık hizmetlerini sunanlara ödeme yöntemleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli ve hizmete erişim için geliştirilen kurallardaki farklılıklar ortaya çıkabilmektedir (Tatar, 2011:104; Uğurluoğlu ve Özgen, 2008:133). Hangi finansman ve sunum yöntemini benimserse benimsesin temel amaç, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır (Tatar, 2011:103). Her ülke bu amacı gerçekleştirmek için aşağıda belirtilen temel sağlık finansman modellerinden birini veya birkaçını benimseyebilmektedir (Şekil 1).



Şekil 1. Sağlık Sistemleri Finansman Modelleri

Kaynak: Çelik, 2013; Borowitz and Atun, 2007;Tatar, 2011; den uyarlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemleri, ileriye dönük (prospective) ve geriye dönük (retrospective) ödeme sistemleri olarak ikiye ayrılmaktadır (Jegers et al. 2002:256) Geriye dönük ödeme sistemlerinde, sağlık hizmet sunucusunun sunum maliyetleri ödeyici tarafından tamamen veya kısmen hizmet sunulduktan sonra ödenirken, ileriye dönük ödeme sistemlerinde önceden belirlenen ödeme oranları ve bütçeler yoluyla ödeme yapılmaktadır (Çelik, 2013). Üniversite hastanelerine uygulanan ödeme modelleri ile ilgili aşağıda kısaca bilgi verilmiştir.

2.1 Global Bütçe

Global bütçe bir yıllık bir dönem için sağlık hizmeti sunucularına ileriye dönük yapılan sabit ödemelerdir. Bir sonraki yıl ödeme tutarının belirlenmesinde enflasyon faktörü dikkate alınmaktadır. Global bütçeler düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hastanelerde yaygın olarak kullanılan ödeme yöntemleridir (Waters and Hussey, 2004:4). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere ilk kez 2006 yılında “Global Bütçe Modeli”ne geçirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Türkiye’de 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tamamında ve 2015 yılından itibaren ise çok sayıda üniversite hastanelerinde uygulanmaktadır. Global bütçelerin hem olumlu hem de olumsuz yönü bulunmaktadır. Olumlu yönü hastane harcamalarını disipline etmekte ve giderleri kontrol altına almaktadır olumsuz yönü ise yıl içinde alınan bütçe sabit kaldığı için hastanenin maksimum düzeyde sağlık hizmeti üretilmesini teşvik etmemektedir.

2.2. Vaka Başına Ödeme

Vaka başına ödeme sistemleri, hizmet başına ödeme sistemlerinin mümkün olduğunca çok sayıda veya gereksiz sağlık hizmeti üretme yönündeki teşvik etmesini engellemek için geliştirilen bir ödeme modelidir (Normand and Weber; 2009:89). Bu yöntem, ileriye dönük bir ödeme yöntemi olmakla birlikte, tedavi edilen her vaka için yapılacak ödeme miktarı tespit edilirken hizmet sunumunun gerçek maliyetleri pek dikkate alınmadan, hastalık teşhisi göz önünde bulundurulmaksızın, her tür vaka için belirlenen tek bir sabit oran göz önünde bulundurulmaktadır (Çelik, 2013). Türkiye’de 1 Temmuz 2006 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği ile birlikte ayaktan hastalara verilen sağlık hizmetleri karşılığında düzenlenen faturalar “vaka başı ödeme yöntemi” ile ödenmeye başlanmıştır (Resmi Gazete, 2006). Türkiye’de üniversite hastanelerinde hem ayaktan hem de yatarak tedavide daha çok dahili branşlarda bu ödeme modeli uygulanmaktadır. Üniversite hastaneleri için “Ayakta tedavilerde ödeme” uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, aşağıdaki Tablo 1’de yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılmaktadır.

Tablo1. Üniversite Hastanelerinde Uzmanlık Dallarına Göre Ayaktan Vaka Başı Ücretleri

Sıra No	Uzmanlık Dalları	Vaka Başı Ücret
1	Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	43
2	Aile Hekimliği	44
3	Beyin ve Sinir Cerrahisi	55
4	Çocuk Cerrahisi	49
5	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	45
6	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	49
7	Deri ve Zührevi Hastalıkları	41
8	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	55
9	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	50
10	Genel Cerrahi	55
11	Göğüs Cerrahisi	49
12	Göğüs Hastalıkları	49
13	Göz Hastalıkları	43
14	İç Hastalıkları	56
15	Kadın Hastalıkları ve Doğum	61
16	Kalp ve Damar Cerrahisi	56
17	Kardiyoloji	68
18	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	43
19	Nöroloji	51
20	Ortopedi ve Travmatoloji	49
21	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	55
22	Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	49
23	Spor Hekimliği	50
24	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	50
25	Üroloji	55

Kaynak: (SUT, 2013)

Hastanın aynı sağlık kurumuna, acil servise başvuruları hariç olmak üzere ayaktan başvurduğu gün dâhil, 10 (on) gün içindeki aynı uzmanlık dalına başvurması halinde bu günler için ödeme yapılmamaktadır. Hastanın aynı gün içerisinde, aynı sağlık hizmeti sunucusunda; birden fazla uzmanlık dalına başvurusunda ise “normal poliklinik muayenesi” bedeli ödenmektedir. Hastanın başka bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde sevk eden sağlık kurumuna, ödenecek tutarın %75’i ödenmektedir. Ayrıca ayaktan vaka başı ilave faturalandırılacak hizmetlerde işlem puanlarına %10 ilave edilmektedir. (SUT, 2013). Yatan hastalarda ise vaka başı ödeme kapsamında yatak ücreti, poliklinik, operasyon ve girişimler, anestezi ilaçları, ilaç (kan ürünleri hariç), kan bileşenleri, tıbbi sarf malzemesi, anestezi ücreti, biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji tetkikleri, refakatçi ücreti gibi tedavi kapsamında yapılan tüm işlemler dâhildir(SUT, 2013).

2.3. Hizmet Başına Ödeme

Hizmet başına ödeme yöntemi, sağlık hizmet sunucusu tarafından üretilen her bir sağlık hizmet için ödeme yapılması esasına dayanmaktadır. Geri ödeme sistemleri içerisinde en yaygın kullanılan yöntemdir (Akyürek, 2012). Hizmet başına ödeme yöntemi, gereksiz sağlık hizmeti üretimine neden olabilirken, hekimin klinik özgürlüğüne önem vermesi açısından sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin en iyi geri modellerinden biridir (Çelik, 2013). Geri ödeme kuruluşları sağlık hizmet sunucularının gereksiz sağlık hizmeti sunmasını ve maliyeti yüksek sağlık teknoloji kullanmaları engellemek için hizmet başına ödeme modelini sadece belli alanlarda kullanmaktadır. Türkiye’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ayaktan hizmet başına ödeme yöntemi ile ödenen hizmetler; acil, iş kazası, meslek hastalıkları,

onkolojik tedavi, sağlık hizmetleri organ ve doku nakline ilişkin donöre yapılan tester, diş tedavilerine, alkol, madde bağımlılığı tedavisi hizmet başına ödeme yöntemi" ile. (SUT,2013) geri ödemesi yapılmaktadır.

3. Gereç Ve Yöntem

Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesinin ayakta vaka başı muayene maliyetleri ile geri ödeme fiyatlarını karşılaştırmaktır. Ayaktan vaka başı poliklinik muayene maliyetleri tespit edilirken SGK perspektifi esas alınmıştır. Araştırmanın geri ödeme boyutunda evren olarak 2016 Eylül döneminde hastaneye başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem çekilmemiş bütün hastaların tamamı araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın maliyet boyutunda ise "Geleneksel Maliyet Analizi" yöntemi ile 2016 Eylül dönemine ait poliklinik gider yerlerinin maliyetleri tespit edilmiştir. Araştırma verileri hastanenin idari, mali, muhasebe ve otomasyon ve uzman görüşüne dayalı olarak temin edilmiştir. Araştırma SGK perspektifinden yapıldığı için sadece döner sermaye kapsamındaki giderler alınmıştır.

4. Bulgular

Bu bölümde bir üniversite hastanesinin ayakta vaka başı muayene maliyetleri ile geri ödeme fiyatlarını karşılaştırılmıştır. Tablo 1'de hastane gelirlerinin tedavi türlerine göre dağılımı Hastanenin seçilen dönemde toplam 8:195.673-TL gelir elde etmiştir. Bu gelirin %57'si yatarak, %21'i ayakta, %14'ü ise günübirlik tedaviden elde edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Hastane Gelirlerinin Tedavi Türlerine Göre Dağılımı (TL)

Tedavi Türü	Grup Adedi	Başvuru Sayısı	Toplam Tutar (TL)	%
Yatarak	24	2.151	4.695.202,45	57,29
Ayakta	29	26.425	1.753.953,32	21,40
Günübirlik	20	1.542	1.126.339,97	13,74
Diğer	9	968	620.177,25	7,57
TOPLAM:	82	31.086	8.195.672,99	100,00

Tablo 2'de bölüm ve başvuru bazında poliklinik hastaların gelir analizi yapılmıştır. Buna göre seçilen dönemde hastaneye 26.425 vaka başı işlem gerçekleşmiş ve toplam Eylül 2016 döneminde.753.953-TL gelir elde edilmiştir. Poliklinikler içerisinde en fazla iç hastalıkları bölümüne başvuru ve gelir elde edilmiştir. Ayaktan vaka başı geliri olarak en yüksek göğüs cerrahisi (143-TL), en düşük ise dermatoloji (39-TL) bölümlerinde gerçekleşmiştir.

Tablo 2. Bölüm ve Başvuru Bazında Poliklinik Hastaların Gelir Analizi (Eylül 2016)

S. No	Bölüm	Başvuru Sayısı		Gelir		Ortalama Ayaktan Vaka Birim Fiyat
		Sayı	%	Toplam Tutar(TL)	%	
1	Acil	2.394	9,06	181.430	10,34	76
2	Aile Hekimliği	400	1,51	19.983	1,14	50
4	Beyin ve Sinir Cerrahisi	586	2,22	47.428	2,70	81
5	Çocuk Cerrahisi	128	0,48	5.545	0,32	43
6	Çocuk Psikiyatrisi	353	1,34	16.697	0,95	47
7	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1.449	5,48	85.259	4,86	59
8	Dermatoloji	1.587	6,01	62.025	3,54	39
10	Enfeksiyon Hastalıkları	352	1,33	27.186	1,55	77
11	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	650	2,46	54.101	3,08	83
12	Genel Cerrahi	1.167	4,42	90.610	5,17	78
13	Göğüs Cerrahisi	98	0,37	14.003	0,80	143
14	Göğüs Hastalıkları	913	3,46	84.195	4,80	92
15	Göz Hastalıkları	1.337	5,06	55.943	3,19	42
16	İç Hastalıkları	6.055	22,91	471.321	26,87	78
17	Kadın Hastalıkları ve Doğum	1.593	6,03	99.060	5,65	62
18	Kalp ve Damar Cerrahisi	476	1,80	25.666	1,46	54
19	Kardiyoloji	861	3,26	58.887	3,36	68
20	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	1.353	5,12	66.788	3,81	49
21	Nöroloji	861	3,26	67.956	3,87	79
22	Ortopedi ve Travmatoloji	1.024	3,88	55.125	3,14	54
23	Plastik Cerrahi	527	1,99	27.305	1,56	52
24	Psikiyatri	749	2,83	36.168	2,06	48
27	Spor Hekimliği	143	0,54	8.021	0,46	56
29	Üroloji	1.031	3,90	68.520	3,91	66
	Diğer	338	1,28	24.733	1,41	73
TOPLAM:		26.425	100,00	1.753.953	100,00	66

Tablo 3’de araştırmanın maliyet boyutunda e “Geleneksel Maliyet Analizi” yöntemi ile 2016 Eylül dönemine ait poliklinik gider yerlerinin maliyetleri tespit edilmiştir. Yapılan maliyet analizine göre hastanenin Eylül 2016 döneminde 10.178.435,60-TL gideri gerçekleşmiştir. Bu giderlerin %29’ü direkt ilk madde ve malzeme gideri, %32’si personel ve %39’u ise genel üretim gideri olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir. Bu giderlerin ne kadarının poliklinik esas üretim birimlerinde gerçekleştiğinin tespit etmek için geleneksel maliyet yöntemine göre ikinci dağıtım işlemi gerçekleştirilmiş ve ayaktan vaka başı birim maliyet tespit edilmiştir (Tablo 4). Buna göre ayaktan vaka başı toplam gideri 2.156.439-TL olarak tespit edilmiştir. SGK bir hasta için ortalama 66.3-TL geri ödemede bulunmakta ancak hastanenin bir poliklinik hastasının maliyeti 81.6-TL olarak gerçekleşmiştir. Bu durum hastanenin ayaktan vaka başı hastalardan yaklaşık % 15 zarar ettiği tespit edilmiştir.

Tablo 3. Giderlerin Gider Çeşitlerine Göre Dağıtımı

Gider Türü	Gider Çeşidi	1. Dağıtım	%	Küm %
Direkt İlk Mad. ve Malz. Gid.	Laboratuvar Malzemesi i Alımları	662.231	6,51	28,64
	Tıbbi Malzeme Alımları	418.145	4,11	
	Tıbbi İlaç Alımları	1.834.318	18,02	
Personel Giderleri	Memurlar	653.035	6,42	32,13
	Sözleşmeli Personel	29.500	0,29	
	İşçiler	6.846	0,07	
	Geçici Personel	17.815	0,18	
	Sabit Ek Ödemeler	956.221	9,39	
	Performansa Dayalı Ek Ödemeler	1.370.460	13,46	
	Diğer Ek Ödemeler	235.964	2,32	
Genel Üretim Giderleri	Kırtasiye ve Büro Malzemesi Alımları	37.560	0,37	39,24
	Su ve Temizlik Malzemesi Alımları	33.502	0,33	
	Enerji Alımları	350.049	3,44	
	Yiyecek, İçecek ve Yem Alımları	104.914	1,03	
	Giyim ve Kuşam Alımları	11.111	0,11	
	Diğer Tüketim Mal ve Malzemesi Alımları	12.107	0,12	
	Temizlik Hizmeti Alım Giderleri	1.506.735	14,80	
	Veri Hazırlama ve Bilgi İşlem Hizmeti Giderleri	28.869	0,28	
	Personel Hizmet Alım Gideri	676.695	6,65	
	İlaçlama Hizmet Alım Giderleri	802	0,01	
	Teknik Destek Hizmeti Alım Giderleri	126.361	1,24	
	Diğer Personel Hizmet Alımı Gideri	25.085	0,25	
	Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri	89.115	0,88	
	Laboratuvar Hizmeti Alım Giderleri	42.838	0,42	
	Tıbbi Atık İmha ve Taşıma Hizmeti Alım Giderleri	63.493	0,62	
	Haberleşme Giderleri	7.431	0,07	
	Tarifeye Bağlı Ödemeler	19.315	0,19	
	Diğer Hizmet Alımları	19.016	0,19	
	Görev Giderleri	59.723	0,59	
	Bakım ve Onarım Giderleri	169.499	1,67	
	Bilimsel Araştırma Proje Payı	427.949	4,20	
	Hazine Hissesi	112.332	1,10	
	Tıbbi Cihaz Alımı	69.398	0,68	
	Genel Toplam	10.178.435,60	100,00	0,00

Tablo 4. Ayaktan Vaka Başı Birim Maliyet Hesaplama Tablosu

Esas Üretim Poliklinik Gider Merkezleri	Gider Tutarı
1. Dağıtım	1.853.942,61
2. Dağıtım	2.156.439
Poliklinik Sayısı	26.425
3. Dağıtım (Birim Maliyet)	81,61
Ortalama Ayaktan Vaka Başı Geri Ödeme Fiyatı	66,37
Kar/Zarar	-15,23

Tartışma Ve Sonuç

Dünyada her ülke sağlık sistemi yapılarını, hizmet sunum modellerini ve geri ödeme yöntemlerini güvenli, maliyet etkili, hasta merkezli, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde yapılandırmaya yönelik (Ayanoglu ve Beylik, 2014) politikalar üretmektedir. Geri ödeme yöntemleri ülkelerin benimsemiş oldukları sağlık sistemine göre her bir veya karma model olarak uygulanabilmektedir. Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan köklü değişikliklere uygun olarak alternatif geri ödeme yöntemleri geliştirilmiş ve uygulamaya konulmuştur. Bu kapsamda ayaktan hastalarda temelde vakabaşı olmak üzere istisnai sağlık hizmetlerinde hizmet başı ödeme yöntemini de uygulamaktadır. SGK ayaktan hastalara birden fazla ödeme yönteminin uygulanmasında maliyetleri düşürerek verimliliği artırmak ve gereksiz sağlık hizmet kullanımını engellemek amacını taşımaktadır. Türkiye’de gerek ayaktan gerekse yatan hastalarda üniversite hastanelerinde hizmet başı, vaka başı ödeme yöntemi ve bazı hastanelerde global bütçe, Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinde global bütçe ve aylık tutarın %10 gibi TİG kullanılmaktadır. Özel hastanelerinde ise temelde vaka başı ve istisnai hizmetlerde hizmet başı ödeme modeli uygulanmaktadır. Ancak sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmetini finanse eden kuruluş arasında en önemli tartışma bu ödeme modellerinde uygulanan fiyatlar olmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları fiyatların maliyete dayalı olarak belirlenmesini ister iken geri ödeme kuruluşu bütçe kısıtlılığı nedeniyle çok uzun süreden beri fiyatları artırmamaktadır. Bu durum sağlık hizmet sunucuların kaliteli sağlık hizmeti üretmesine engel olmaktadır.

Türkiye’de üniversite hastanelerine yapılacak tedavi fiyatlarında maliyeti de hesaba katan DRG geri ödeme sistemi uygulanmalıdır. Günümüzde birçok gelişmiş ve gelişmekte ülkeler ile orta gelirden kullanılmakta olan DRG (Diagnostic Related Groups) geri ödeme sistemi (Mathauer and Wittenbecher, 2013:753)’ler: hastanelerin tedavi ettiği hasta türlerini anlamak, hastaların ne kadar “hasta” olduklarını/hastalık şiddetlerini ölçmek, bir hastanenin tedavi ettiği hastalar açısından neden bir başka hastaneye göre daha fazla kaynak ihtiyacı olduğunu anlamak, hasta bakımının finansmanını sağlamak, hastaneler arasındaki farklılıkları ortaya koymak amacıyla benzer klinik ve maliyet özelliklerine sahip hastane vakalarını tespit etmeye ve gruplamaya yarayan bir geri ödeme yöntemidir(Ayanoglu, Beylik, & Orhan, 2014:274) SGK tarafından TİG’e göre geri ödemeye geçiş süreci Eylül 2014’den itibaren resmi olarak başlatılmıştır(Beylik, Yılmaz, ve Akca, 2015:41). Ayrıca ayaktan tedavilerde üniversite hastanelerine de vakıf üniversitelerine tanınan % 200 fark alabilme hakkını vermesi gerektiği düşünülmektedir(Yiğit ve Yiğit, 2016:269)

Sonuç olarak araştırma yapılan hastanenin ayaktan vaka başı toplam geliri 1.753.953-TL gider ise 2.156.439-TL olarak tespit edilmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu

(SGK) bir hasta için ortalama 66.3-TL geri ödemedeki bulunmaktadır. Ancak hastanenin bir poliklinik hastasının maliyeti 81.6-TL olarak gerçekleşmektedir. Bu nedenle ayaktan vaka başı fiyatlarının gelecek dönemlerde asgari yaklaşık % 15 artırılması gerektiği düşünülmektedir.

Kaynakça

- Akyürek Ç.E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi*; 2 (2): 124-153.
- Arik, Ö. ve İleri, Y. Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG). *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 45–50.
- Atasever M.(2014). Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi. ISBN: 978-975-590-521-1, Bakanlık Yayın No: 983 Ankara-2014. ss:111-114
- Ayanoğlu, Y., Beylik, U. ve Orhan, F. (2014). Tanı İlişkili Gruplara (DRG) Göre Hastaneler ve Ülkeler Arası Karşılaştırma: Bir Vaka Örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(51), 273–290.
- Beylik, U., Yılmaz, A. ve Akca, N. (2015). Hastanelere Geri Ödemede Sağlık Uygulama Tebliği İle Teşhis İlişkili Grupların Karşılaştırması : Kolesistektomi Vakası Örneği. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(2), 39–53.
- Borowitz, M. ve Atun, R. (2007). The unfinished journey from Semashko to Bismarck: health reform in Central Asia from 1991 to 2006. *Central Asian Survey*, 25(4), 419–440. doi:10.1080/02634930701210633
- Çelik Y (2013). Sağlık Ekonomisi. 2. Baskı. ISBN: 978-605-5782-79-5 Ankara-2013. ss: 169 -226
- Ersoy, Z. (2014). Geri Ödeme Modeli Olan Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) ve Bu Model Üzerinde Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara.
- García-Lacalle, J. ve Martín, E. (2013). Efficiency improvements of public hospitals under a capitation payment scheme. *Health Economics, Policy, and Law*, 8, 1–30. doi:10.1017/S1744133112000345
- Goodman, H., Waddington, C. (1993). “Financing Health Care”, Oxfam Practical Health Guide No:8, Ireland. 1993-UK/Ireland.p:1. Erişim: <http://books.google.com.tr>, (02.01.2012)
- Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries, McKee, M. and Healy, J. (eds.) In: Hospital in a Changing Europe, Open University Press, 2002-Buchingham-Philadelphia, pp: 150-176.
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D. ve Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy*, 60, 255–273. www.elsevier.com/locate/healthpol adresinden erişildi.
- Langenbrunner, J.C., Somanathan, A. (2011). “Financing Health Care in East Asia and the Pasific : Best Practices and Remaining Challenges”, The World Bank Washington, D.C. (The International Bank For Reconstruction and Development), 2011-Washington. pp:70
- Mathauer, I. ve Wittenbecher, F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10), 746–756A. doi:10.2471/BLT.12.115931
- Normand, C.,Weber A (2009).. *Social Health Insurance: A Guidebook For Planning*. ADB / ILO/ WHO / GTZ. 2009-Eschborn. pp: 89

Resmi Gazete (2006

Resmi Gazete , 2006. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği (Sıra No: 8)
1 Temmuz 2006, Sayı: 26215

SUT. (2013). Sağlık Uygulama Tebliği, Sosyal Güvenlik Kurumu, Resmi
Gazete Tarih: 24 Mart 2013; Sayı: 28597. Ankara.

Tatar, M. (2011a). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık
Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1, 103–133.

Tatar, M. (2011b). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık
Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), 103–133.

Tengilimoğlu, D. ve Güzel, A. (2011). Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri.
Sosyal Güvenlik Dünyası, (73), 13–26.

Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve
Hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2), 133–159.

Waters, H. R. ve Hussey, P. (2004). Pricing health services for purchasers-a
review of methods and experiences. Health Policy, 70(2), 175–184.

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

Yiğit, V. ve Yiğit, A. (2016). Üniversite Hastanelerinin Finansal
Sürdürülebilirliği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,
8(16), 253. doi:10.20875/sb.84868