

Araştırma Türü: Derleme

2020;1 (2) : 96 – 117

Geliş Tarihi: 29.04.2020

Kabul Tarihi: 10.12.2020

SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Gamze DEMİREL¹

¹Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Öğrencisi

Öz

Sağlık kurumlarına ve sağlık hizmet sunucularına yapılan geri ödeme mekanizmaları, sağlık hizmet sunumunun kalitesi ve verimliliği açısından çok önemli bir etkiye sahiptir. Ödeme yöntemlerinden her biri sağlık hizmetlerinde kaliteyi, üretim miktarını, sağlık hizmetlerinin etkinliğini aynı zamanda da hem hizmet sunan hem de hizmet alan tarafı olumlu ve olumsuz etkileyebilen farklı özelliklere sahiptir. Bu nedenle ödeme sistemlerinden tek bir yöntemi temel alarak kullanmak yerine birden fazla ödeme yöntemini bir arada kullanmak daha iyi bir yol olarak görülmektedir. Yine ülkemizde de birden fazla geri ödeme yönteminin birlikte kullanıldığı söylenebilmektedir.

Ödeyiciler tarafından sağlık hizmeti kurumlarına ve sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemleri ise şunlardır; global ve harcama kalemlerine göre bütçe yöntemi, kişi başına ödeme, hizmet başına ödeme, prim ödemesi, vaka başına ödeme (TİG), maaş yöntemi ve gün başına ödemelerdir (Beylik vd., 2015: 40). Bu çalışma sağlık hizmetlerinde kullanılmakta olan geri ödeme yöntemlerinin neler olduğunun hem sağlık kurumu açısından hem de bireysel hizmet sunucuları açısından incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiş bir çalışmadır. Çalışmada her bir yöntemin hem güçlü hem de zayıf yönleri ele alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, Geri ödeme yöntemleri, Hizmet sunucuları

Sorumlu Yazar: Gamze DEMİREL

e-posta: gamzee135@gmail.com.

ORCID: 0000-0003-2126-3590

PAYMENT METHODS IN HEALTH CARE

Abstract

Reimbursement mechanisms to health institutions and health care providers have a significant impact on the quality and efficiency of health care delivery. Each of the payment methods has different characteristics that can affect the quality and quantity of production and the effectiveness of health services both positively and negatively. Therefore, instead of using a single method based on payment systems, it is seen as a better way to use multiple payment methods together. Again, it can be said that more than one payment method is used together in our country.

Payment methods made by the payers to health care institutions and health professionals are as follows; According to the global and expenditure items, the budget method is pay per person, pay per service, premium payment, pay per case (TIG), salary method and pay per day (Beylik vd., 2015: 40).

This study was conducted to examine the reimbursement methods used in health services both in terms of health institution and service providers. Both strengths and weaknesses of each method were discussed in the study.

Keywords: Health services, Reimbursement methods, Service providers

GİRİŞ

Sağlık harcamaları, bir ülkenin doğrudan ekonomik büyümesini ve verimliliğini etkileyen önemli bir gösterge olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin tedarik edilmesi için yapılan, genellikle büyük miktarda ödemeleri kapsamaktadır. Daha geniş anlamda, sağlık harcaması genellikle sağlık harcamalarının korunması, geliştirilmesi ve rehabilitasyonu için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Sağlık ekonomisinde karşılaşılan en büyük problemlerden birisi de sağlık harcamalarının iyi yönetilip yönetilemediği konusudur (Yorulmaz, 2019). Sağlık sektöründe kullanılan ödeme yöntemleri, hem sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırmak açısından hem de ödemeyi yapan üçüncü taraf ve sağlık hizmet sunucuları açısından oldukça önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumuna bağlı olarak ortaya çıkan koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin maliyetlerinin giderek artması ve bunların karşılanması amacıyla, sağlık sektöründe geri ödeme kavramı ortaya çıkmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerini maliyet-etkili sunabilmek amacıyla nelerin yapılması gerekliliğiyle ilgili hastaların, sağlık profesyonellerinin ve sağlık idarecilerinin, daha yoğun bir şekilde çalışmasını sağlamaktadır. (Maceira, 1998:1).

Ödeme sistemleri; finansal kaynakların, devlet, hizmet alan hastalar ve sigorta kurumları gibi taraflardan alınarak, bireysel (hekim veya diğer sağlık çalışanları) ve kurumsal (hastaneler) hizmet sunucularına paylaştırılması olarak tanımlanabilmektedir. Ödeme sistemleri, sağlık hizmeti alanlara ve sağlık hizmeti sunanlara göre farklılıklar gösterdiği gibi, sağlık sunucularının kişi ya da kurum olmasına göre de farklılıklar göstermektedir.

Sağlık sektöründe ki geri ödeme yöntemleri, bireysel olarak sağlık hizmet sunucularına ve kurumsal olarak sağlık hizmeti sunan kurumlara yönelik olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Ancak hem bireysel hem de kurumsal olarak yapılan ödemeler genellikle aynı ödeme yöntemleriyle gerçekleşmektedir ve genellikle sağlık hizmetinde sekiz temel ödeme yöntemi uygulanmaktadır (Quinn, 2015:300). Bu yöntemler; hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, prim ödemesi, maaş ödemesi, vaka başına ödeme, bütçe ödemesi, günlük ödemeler ve düz oranda ödemelerdir.

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE ÖDEME YÖNTEMLERİ

Küreselleşmenin etkisiyle birlikte gelişen teknoloji, bilimdeki ilerlemeler ve buna bağlı olarak da yeni ilaç, malzeme, ekipman ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi, nüfusun hızla artması ve yaşlılık gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamaları giderek artmakta bu da maliyetlerin giderek artmasına neden olmaktadır. Maliyetlerin artmasıyla birlikte de sağlıkta ödeme yöntemleri daha önemli hale gelmektedir.

Sağlık sektöründe yapılacak olan geri ödemelerin, sağlık hizmeti verilirken katlanılan giderleri karşılayabilecek ölçüde olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hizmetin kalitesinin artırılabilmesi için, yapılan ödemelerin araştırma ve geliştirme çalışmalara imkân tanıyacak şekilde yapılması gerekmektedir. Sağlık kurumlarına yapılacak ödemelerde, tedavilerin fiyatlandırılması konusunda dengesizlik yaratacak farkların oluşmamasına da dikkat edilmelidir. Bu sebeple bir ülkede sağlık kurumlarına ve sağlık profesyonellerine yapılacak olan ödemelerde kullanılacak yöntemi belirlerken, kurumun sağlık hizmetlerinin nasıl örgütlendiği ayrıntılı bir şekilde incelenmelidir (Sur, 2007).

Sağlık kurumlarına yapılacak olan ödeme yönteminin belirlenmesini etkileyen temel faktörler ise şunlardır (Top ve Tarcan, 2007:171);

- Sağlık hizmeti sunan kurumlar,
- Sağlık çalışanları,
- Hastalar,
- Ödeme yapan kurumlar (sigortalar).

Sağlık kurumlarına ya da profesyonellerine yapılan ödemeler verilen hizmetin zamanına göre ileriye ve geriye dönük olarak gerçekleşirken, verilen hizmetin miktarına göre, sabit ve değişken olmak üzere iki şekilde gerçekleşmektedir.

İleriye Dönük Ödeme Yöntemi: Sağlık kurumlarına ve sağlık profesyonellerine, hastalara sağlık hizmeti vermeden önce ödemenin gerçekleştirilmesidir. Ödenecek tutar en baştan belirlendiği için de verilen hizmetin miktarını artırmak veya azaltmak, yapılacak olan ödemeyi etkilemez. İleriye dönük ödemeler, günlük ödeme, TİG ve global bütçe ödemesi gibi farklı ödeme sistemleri ile uygulanmaktadır (Hsiao ve

Dunn, 1987:212). Bunun yanı sıra uygulamada ise daha çok vaka başına ödeme ve bütçe ödemesi yönteminde kullanılmaktadır (Dewar, 2010: 36).

Geriye Dönük Ödeme Yöntemi: Hastanelere ve sağlık profesyonellerine hastalar hizmet aldıktan sonra yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler hizmet verildikten sonra belirlenmektedir. Geriye dönük ödemeler daha çok maaş yöntemiyle karşımıza çıkmaktadır.

Sabit Ödemeler: Verilen hizmetin miktarında meydana gelen artış veya azalışlara bağlı olarak artıp azalmayan ödemelerdir.

Değişken Ödemeler: Verilen hizmet miktarına göre değişen, artış ve azalışlara bağlı olarak artıp azalan ödemelerdir. Yani yapılan ödemeler verilen hizmetler arttıkça veya azaldıkça ödenen miktar değişmediğinde “sabit”, verilen hizmet miktarının değişimi ödeme miktarında da bir değişime neden olduğunda ise “değişken” olarak nitelendirilmektedir (Jegers vd., 2002: 257).

KURUMSAL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ÖDEME YÖNTEMLERİ

Kurumsal hizmet sunucularına yapılan ödemeler; özel ve sosyal sigortalar, devlet ya da diğer üçüncü taraflardan, kurumsal sağlık hizmet sunucularına (hastaneler, poliklinikler, sağlık merkezleri ve görüntüleme merkezleri) yapılan kaynak tahsisi olarak tanımlanmaktadır. Türkiye’de sağlık kurumlarına yapılan kaynak tahsisleri genellikle genel bütçe yöntemi ve diğer karma ödemeler çerçevesinde gerçekleştirilmektedir (Yıldırım, 2013: 67). Sağlık kurumlarına yapılan ödemeler; ödeme kapsamı, sağlık profesyonellerinin katılımı ve hastaların katılımı gibi faktörlere göre değişkenlik gösterebilmektedir (Stokes vd., 2018: 965).

Bütçe Ödemesi Yöntemi

Genel Bütçe: Bir yıl içinde sağlık kurumunun verdiği hizmetler sonucunda oluşan maliyetlerin toplam miktarının önceden tahmin edilip sağlık kurumlarına aktarılmasını içermektedir. Genel bütçelemeye kurumun tüm geliri, devletin genel bütçeden aktardığı kaynaklardan oluşmaktadır.

GSS Kanununa göre Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), kamu hastanelerince verilecek olan sağlık hizmetlerini global bütçe ödemeleri üzerinden sağlamaya yetkilidir. Kamu hastanelerinde hizmet sunanlar, sözleşmede belirtilen global bütçe karşılığında bakmak zorunda olduğu ve genel sağlık

sigortası kapsamındaki kişilere sözleşmede belirlenen tüm sağlık hizmetlerini sunmak zorundadır (Yıldırım vd., 2013:109). Türkiye’de 2006 yılından beri Sağlık Bakanlığı hastanelerin tamamında ve 2015 yılından itibaren ise çok sayıda üniversite hastanelerinde bu ödeme yöntemi uygulanmaktadır (Yiğit, 2016: 755; Şimşir, 2018: 85). Global bütçenin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Berenson ve ark., 2016: 33-34):

Avantajları:

- Global bütçeleme yöntemi sağlık kurumlarının verimliliğini ve etkinliğini artırmak ve vaka sayısını, sunulan tedavi işlemlerini ve hastaya verilen tedavi hizmetlerini azaltmak için özendiriciler sağlamaktadır.
- Harcama kalemlerine göre bütçeleme sisteminin aksine, hastanelerin hizmetleri daha verimli ve etkili sunmalarını sağlamaktadır.

Dezavantajları:

- Global bütçeler, hastaneler arasında gerçekleşen yarışını yani rekabeti teşvik etmemektedirler.
- Kapsamındaki sağlık kurumlarının maliyetlerini düşürmeye yönelik sergiledikleri yaklaşım, hem erişimi hem de kaliteyi olumsuz etkileyebilmektedir.

Harcama Kalemlerine Göre Bütçe: Bu bütçelerde hastane bütçesi belirli harcama kalemlerine göre belirlenmektedir. Sağlık kurumlarındaki idareciler üst yönetimin izni olmaksızın harcama kalemlerinin arasında para değişimi ve aktarımı yapamamaktadır.

Avantajları:

- Finansman birimine, oluşan girdi maliyetlerini belirleme ve denetleme imkânı vermektedir
- Sürekli istihdam konusunda güvence sağlayabileceği için etkili bir ödeme yöntemidir.

Dezavantajları:

- Girdilerin maliyetlerinde yapılacak hiçbir değişiklik onaylanmamaktadır.
- Sağlık çalışanlarına hareket ve tutumlarını ya da tedavi de uyguladıkları yöntemlerini iyileştirmek için herhangi bir özendiricide bulunmamaktadır.

- Bütçenin hepsinin harcanması gibi kötü yönde özendiriciler sağlamaktadır çünkü genellikle bütçenin fazlasını gelecek dönemlere aktarma olanağı bulunmamaktadır (Dredge, 2004: 12).

Hastanelerde hizmet veren sağlık personeli ve sağlık yöneticilerinin bütçe döneminde, harcama kalemlerindeki bütçe kaynaklarının tümünü harcama yoluna gitmesinin sebebi, bütçede artan kaynakların her ne amaç için olursa olsun sadece belirlenen amaç için harcanmasıdır. Yıl sonunda bütçe kalemlerindeki artışlar ihtiyaca dönükte olsa gelecek dönemlere aktarılamamaktadır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152).

Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Hastaya konulan tüm tanı ve teşhisler, yapılan tedavi ve ilaç gibi her bir hizmet kaleminin tutarının ödenmesine dayanan bir yöntemdir (WHO 1993: 37). Sağlık kurumuna, sağlık çalışanları tarafından hastalara sunulan tedavi, kullanılan malzeme ve yapılan her test başına ödeme gerçekleşmektedir (Normand ve Weber,1994: 60). Bu da özellikle tedavisi karmaşık ve yüksek maliyetli olan hastalıkların teşhis ve tedavisinde, doktorların maliyet baskısı altında olmadan hizmet vermesini sağlamaktadır (Gökalp, 2018: 48).

Sunulan her bir hizmet kalemine göre önceden belirlenmiş bir tutar bulunmaktadır. Hizmet sunan sağlık kurumlarının verdikleri hizmetler bu belirlenmiş fiyatlara bağlı olarak faturalanmakta ve sağlık kurumlarına geri ödemedede bulunan kurum, hizmet sunucularının verdikleri bu faturaları dikkate almaktadır (Akyürek, 2012). Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Sağlık hizmeti sunan kurumlar, sağlık bakım hizmetlerinin hem kalitesini hem de üretimini artırmak amacıyla güçlü teşviklere sahip olmaktadır.
- Karmaşık ve yoğun bakım hizmetlerine ihtiyacı bulunan kişilerin gerekli tedavi hizmetlerinden yoksun bırakılmaları söz konusu değildir.

Dezavantajları:

- Sağlık bakım hizmetlerinin gereksiz üretilmesine, kullanılmasına ve aşırı hizmet sunulmasına neden olabilmektedir.

- Sağlık kurumları açısından bakım maliyetlerinin hızla artmasına neden olmaktadır.
- Hizmet başına ödeme alındığından tedavi hizmetleri ön plana çıkarken koruyucu sağlık hizmetleri arka plana atılmaktadır.

Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Bu ödeme sisteminde, önceden belirlenmiş olan hizmet paketindeki sağlık hizmeti maliyetlerinin finanse edilmesi amacıyla sağlık kurumlarına, kapsamındaki her bir birey için belli bir süreyi kapsayan sabit tutarda ödeme yapılmaktadır (Chawla vd., 1997: 10).

Geri ödemede bulunan üçüncü tarafla sağlık kurumu arasındaki anlaşmaya göre, belirli sayıda hastanın belirli bir dönem için sağlık kurumundaki hizmetleri kullansın ya da kullanmasın, hastanede verilebilecek tüm tedavi maliyetlerini karşılamak amacıyla kişi başına ödeme yapılmasını kapsamaktadır (Karacaoğlan, 2009: 12). Hastalara daha fazla hizmet verilmesi yapılan ödemeyi artırmaz veya daha az hizmet verilmesi yapılan ödemeyi azaltmamaktadır (Casto ve Layman, 2006: 7). Yapılan ödemeler genellikle yaş, cinsiyet ve kalıtım gibi sağlık hizmetlerine olan gereksinimleri etkileyen birtakım özelliklere göre belirlenmekte ve çoğunlukla ileriye dönük olarak ödenmektedir (Brick ve ark., 2010: 52). Genellikle aile hekimliği gibi yürütülen hizmetlerin ödemesinde çokça kullanılan bir ödeme yöntemidir (Öztürk, 2015: 44).

Avantajları:

- Alınan sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapan kişiler açısından hiçbir belirsizlik söz konusu olmamaktadır. Hizmet sunucuları nasıl bir hasta grubuna sahip olacağını bilirken, sigorta kurumları ise sunulan hizmetin bakım ve tedavi giderlerinin ne olacağını kesin olarak bilmektedir.
- Kişi başına ödeme mekanizması sağlık hizmetleri maliyetlerinin düşürülmesi için etkili bir yöntem olmaktadır.

Dezavantajları:

- Sağlık hizmeti sunan kurumların kişi başına ödemeyi kullanabilmesi için verilen sağlık hizmeti ve oluşan maliyetlerle ilgili ayrıntılı veriye ihtiyaç duymaktadır.

- Eğer sağlık hizmeti sunan kuruma yapılan ödeme miktarı çok az ise, sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşüşler meydana gelebilmektedir.

Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Tedavi edilen her bir vaka için önceden belirlenen miktarlara bağlı kalarak sağlık kuruluşlarına ödeme yapılmasını kapsamaktadır. Yöntemde aynı tedavi süreçlerini içeren veya aynı miktarda kaynak kullanımını gerektiren belirli hastalık (vaka) grupları belirlenmekte ve bu gruplara göre ödemelerde bulunmaktadır. Vaka başına ödeme yöntemi vaka gruplarına göre yapılacaksa, vakalar arasındaki aynı özelliklerin belirlenmesi gerekmektedir. Gruplandırma sürecinde bulunan bu değişkenler ise: ana tanı, ameliyathane prosedürleri, hastanın cinsiyeti, yaşı ve kilosu gibi değişkenlerdir (Telyukov, 2001: 6)

Bu ödeme sistemi, sağlık kurumlarına yapılan ödemelerin denetlenmesini kolaylaştırmaktadır. Buna karşı hastaların daha erken taburcu edilmesini, bazen de hastaların tam iyileşmeden taburcu edilmesini teşvik edebilmektedir (Karacaoğlan, 2009: 12).Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Sağlık hizmet sunumu sırasında katlanılan birçok faktörü göz önüne aldığı için daha adil bir sistemdir.
- Sağlık hizmetleri maliyetlerinin azaltılması için teşvik edici bir yöntemdir.

Dezavantajları:

- Sağlık sunucularının, tedavi açısından hizmet sunum maliyeti daha az olan vaka gruplarına öncelik vermesine sebep olabilmektedir.
- Vaka başına verilen hizmetin maliyetini düşürmek amacıyla sunulan hizmet kalitesinden ödün verilmesine neden olabilmektedir.

Günlük Ödemeler Yöntemi

Hastalara hem yatarak hem de ayakta verilen tedavi hizmetleri için sağlık hizmet sunucularına belirli bir oranda, bir gün başına ödeme yapılan yöntemdir. Hastaya verilen bir günlük hizmetin tümünü kapsamaktadır (Pamukçu, 2014: 64). Bu yöntem daha çok, hastalarını uzun süre tedavi eden hastaneler

ve bakım evleri gibi hizmet sağlayıcılara ödeme yapmak için kullanılmaktadır. Günlük ödemeler hastaya verilen tedavi, ilaç ve konaklama gibi unsurlara ilişkin harcamaları, kısaca hastaya verilen gün içindeki tüm hizmetleri kapsamaktadır (Normand ve Weber, 2009:92; Tengilimoğlu vd., 2015: 309).

Avantajları:

- Hastaların, hizmet aldıkları sağlık kurumlarından iyileşmeden önce taburcu olmasını engellemekte böylece sağlık hizmetlerinin kalitesi artmaktadır(Yıldırım vd., 2013: 111)
- Günlük ödeme yöntemi, hem yönetim maliyeti çok düşük hem de uygulanması oldukça kolay bir yöntemdir (Şengül ve Bulut, 2019: 200).

Dezavantajları (Yıldırım vd., 2013):

- Sağlık hizmeti sunan kurumda yüksek doluluk oranlarına aynı zamanda da hastaların gereğinden çok daha fazla hastanede kalmasına neden olmaktadır.
- Sağlık kurumuna ödemede bulunan sigorta kurumlarının sağlık kurumlarındaki gereksiz yatış sürelerini kontrol etmek ve denetlemek amacıyla etkili kontrol mekanizmaları oluşturmalarını gerekli kılmaktadır.
- Sağlık kurumları, tedavi ve bakım maliyetlerini düşürmek için sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinde düşmelere neden olmaktadır.

Düz Oranda Ödeme Yöntemi

Sigorta kurumlarının, sağlık hizmeti sunan kurumlara hem yatırım hem de kuruluş ihtiyaçlarında kullanmaları amacıyla yaptıkları ödemelerdir. Bu ödeme sisteminde, kurumlara belirli makine, malzeme, teçhizat ve ekipman alımlarını sağlamaları amacı ile sabit bir miktarda bütçe ödemesi tahsis edilmektedir. Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Sağlık kurumları, yaptıkları giderleri azaltmak ve gelirlerini artırmak, böylece elde para bulundurarak farklı alanlara yatırım yapabilmek amacıyla satın almaya karar verirken daha hesaplı davranma çabasına girmektedirler.

- Maliyeti çok yüksek olan ekipman, malzeme ve teknolojiyi kullanmak zorunda olmayan sağlık kurumlarının, gereksinim duydukları ekipman ve malzemeleri düz oranda ödeme yöntemiyle sağlaması hem basit hem de uygulanması kolay olmaktadır.

Dezavantajları:

- Maliyeti yüksek olan teknoloji, ekipman ve malzemeleri kullanması gereken sağlık kurumları açısından bu maliyetleri finanse etmek çok zor olmaktadır.
- Sağlık hizmeti sunan bazı kurumlar ihtiyacı olmadığı halde pahalı malzeme ve ekipmanları kullanmak isteyebilirler. Böyle bir durumda tedavi ve bakım giderlerinin gereksiz olarak artmasına sebep olmaktadır.

BİREYSEL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ÖDEME YÖNTEMLERİ

Bireysel sağlık hizmeti sunucuları, herhangi bir sağlık kurumunda ücret karşılığında sağlık hizmeti verenler ile kendi adına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşmaktadır. Doktorlar, diş hekimleri, eczacılar, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarını kapsamaktadır (Karacaoğlan, 2009: 12).

Maaş Yöntemi

Sağlık hizmet sunucularının belirli bir süre (genellikle bir aylık olmak üzere) çalışmalarının karşılığı olarak aldıkları sabit ve geriye dönük ücretlerdir. Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Chawla vd., 1997):

Avantajları:

- Ödenecek ücret ileriye dönük olarak ödeneğinden ve sabit olduğundan, doktorların herhangi bir hastayı reddetmesi için bir neden yoktur bu yüzden tüm hastalar kabul edilmektedir.
- Hastaya sadece gerekli olan sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu ödeme sisteminde aşırı hizmet sunumu ve gereksiz müdahaleler söz konusu olmamaktadır.

Dezavantajları:

- Doktorlar, hastaya verdikleri hizmetlerin sayısını azaltma ve sağlık kurumunun maliyetlerini düşürme açısından herhangi bir çaba göstermemektedirler. Doktorların, hizmet bakım kalitesi ya

da hasta memnuniyeti açısından herhangi bir özen göstermeleri amacıyla hiçbir maddi teşvik bulunmamaktadır.

- Sağlık bakımına ulaşım, doktorun çalışma zamanına bağlı olarak belirli bir zamanla sınırlı olmaktadır.

Prim Ödemesi Yöntemi

Kuruluşlarda insan unsuru son derece önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalarda insan kaynağı unsuru mutlu olduğu zaman kurumsal başarı da beraberinde gelmektedir (Demirkıran, v.d., 2013). Prim ödemeleri hizmet sunan kişileri teşvik etmek için yapılan ilave ödemelerdir. Önceden belirlenmiş amaçlara ulaşılması halinde ödeme yapılmasını kapsamaktadır. Prim ödemeleri genellikle koruyucu sağlık hizmetleri için geliştirilen hedeflere yönelik gerçekleştirilmektedir (Normand ve Weber 19940: 69). Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Hükümetin belirlediği sağlık hizmetleriyle ilgili bazı politika hedeflerine ulaşılması ve belirlenen bu hedeflerin yaygınlaştırılmasına yönelik çok önemli etkileri bulunmaktadır.
- Kurumun hizmet maliyetlerinin ve gereksiz girdi miktarlarının azaltılmasını teşvik etmektedir.

Dezavantajları:

- Belirlenmiş olan sağlık politikası hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığının kontrol edilmesi, denetlenmesi ve değerlendirilmesini sağlayacak etkili denetim mekanizmalarının kullanılmaması halinde bazı kötü kullanımlara neden olmaktadır.
- Sağlık profesyonellerinin bakım ve tedavi giderlerini azaltarak çok daha fazla prim elde edebilmek için sağlık hizmeti alıcılarının ihtiyacını karşılamayacak, ucuz ve etkisi olmayan ilaçları, tedavi yöntemlerini ve malzemeleri hastaya önerebilmekte, sunulan hizmetin miktarını oldukça azaltma yoluna gidebilmektedir.

Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık profesyonelleri tarafından tedavi verilen her bir vaka başına yapılan ileriye dönük bir ödeme yöntemidir. Hekimler tedavide bulunduğu her bir vaka türüne göre ödeme almaktadırlar. Vaka başı

ödeme sistemi sağlık kurumlarının hizmetlerinin verimliliklerini yükseltirken, hastaların erken taburcu edilmesine neden olur ve test ve tahlillerin yetersiz kullanımı sebebiyle de kaliteyi düşürmektedir (SB, 2009: 207).

Vaka başına ödeme mekanizmasının en spesifik örneği TİG ödeme yöntemidir. TİG yönteminin mantığına göre kuruma gelen her hasta benzersizdir (Arik ve İleri, 2016: 47). Yöntem, vakalarla ilgili klinik verilerin toplanmasını sağlamakta ve hastanenin verimliliğinin özendirilmesini amaçlamaktadır (Şencan vd., 2013: 1). Aynı zamanda sağlık kurumundaki kıt kaynakların kuruma başvuran vakaların tür ve şiddetine göre eşit ve adil bir biçimde dağıtılmasını sağlamaktadır (Avcil vd., 2014:25). TİG yönteminin ilk gelişmiş uygulaması Amerika’da denenmiş ve hastaneler sisteme 1983 yılından itibaren dahil edilmişlerdir (Yorulmaz ve Uysal, 2019).

Tedavi maliyetlerini kontrol etmek için önemli olan TİG ödeme modeli, gereksiz hizmet sunumuna neden olmaktadır. Aynı zamanda hekimlerin daha ciddi ve bu nedenle daha pahalı vaka gruplarını tercih edip, daha kompleks, teşhis ve tedavi gerektiren ve tedavisi daha ucuz olan hizmet alıcılarını başka yerlere nakletmeleri de mümkün olmaktadır (DSÖ, 2004).

TİG, hem klinik profil hem de ihtiyacı olan kaynaklar açısından benzer olan hizmet alıcılarını kategorize etmektedir. Hastalıklar konulan tanılara yönelik sınıflandırıldıktan sonra her vaka kategorisinin maliyeti ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Yapılan bu hesaplamalarda prosedürler ve yatış günleri gibi değişik ölçütler de kullanılmaktadır (Özkan ve Ağırbaş, 2016: 25). Bu ölçümler hem genel giderlerin direkt giderlere hem de direkt giderlerin TİG’lere dağılımı olmak üzere iki aşamalı bir süreç gözetilerek yapılmaktadır (Aydın vd., 2013:75).

TİG’ler aynı zamanda, hastanelerin tedavi süreçlerinde birbirlerine göre niçin daha fazla kaynağa gereksinimleri olduğunu tespit etmek, hastanelerin sağlık tedavi hizmetlerinin finansmanını sağlamak, hastalara aynı hizmeti veren sağlık kurumları arasındaki farklılıkları bulmak amacıyla benzer özelliklere sahip hastanelere ait vakaların özetini oluşturan bir yöntemdir (Forgia ve Couttolenc, 2008: 159). Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Sağlık profesyonellerinin hastalara daha fazla işlem yapma aynı zamanda da taburcu edilmesi gereken hastayı tabucu etmeme yani hastanın yatış süresini gereksiz uzatmaya yönelik eğilimini yok etmektedir.

Dezavantajları:

- Sağlık profesyonelleri, hizmet alan hastada bulunmayan vakayla ilgili fatura gönderme ve hastaları gerçekte hastanın ait olduğu tanı grubunda sınıflamak yerine fiyatı daha yüksek diğer tanı gruplarında sınıflama gibi yollara başvurabilmektedir.
- Vaka başına oluşan maliyetleri azaltmak amacıyla sağlık hizmetinin kalitesinden ödün verilmesine neden olmaktadır.

Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Bireysel sağlık hizmet sunucularına, sağlık hizmeti verdiği her bir kişi başına yapılan ödeme sistemidir. Bu ödemeler genellikle belli bir zamana bağlı olarak belirlenir ve yapılan ödemeler hizmet verilen kişi sayısına bağlı olmaktadır (Hacettepe Üniversitesi, 2006).

Bu ödeme yöntemi daha çok aile hekimliği vb. uygulamalarda kullanılmaktadır. Aile hekimi, kapsamı önceden belirlenmiş ve vermeyi kabul ettiği hizmetleri, listesindeki kayıtlı tüm hastalara sunsa da sunmasa da karşılığında sabit bir ücret almaktadır (Tengilimoğlu vd. 2015: 310). Ancak hastanın kabulü, hastanın yatış süresi ve kaynak kullanımı gibi tüm risk faktörlerini de üstlerine almaktadırlar (Bodenheimer ve Grumbach, 2016: 40). Sistemin bazı avantaj ve dezavantajları şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Hastalar aldıkları hizmetlerin çoğunu aynı hekimden almakta bu da sunulan hizmetlerin devamlılık göstermesini sağlamakta böylece hasta-hekim ilişkisi de kuvvetlenmektedir.
- Hastalar yalnızca gerekli olan sağlık hizmetlerini aldığı için gereksiz ve aşırı hizmetin üretilmesi durumu söz konusu olmamaktadır.
- Tedavi edici hizmetlerin arka plana atılıp koruyucu hizmetlerin öncelik verildiği bir sistemdir.

Dezavantajları:

- Sağlık profesyonelleri, risk seçimi yoluna giderek yalnızca daha az sağlık sorunu olan veya tedavi maliyetleri daha az olan hastalara hizmet vermeyi seçebilmektedir. Böylece tedavi maliyetleri yüksek olan ve hastalık şiddeti yüksek olanlar açısından sağlık hizmetlerine ulaşımında sorunlar çıkabilmektedir.
- Sağlık hizmet sunucuları verdikleri hizmetlerin hem miktarını hem de kalitesini düşürerek oluşan giderleri en aza indirebilmektedirler. Bu da hastalar açısından hem daha az hem de daha kalitesiz sağlık hizmeti almak anlamına gelmektedir.
- Hastalara sunulan bakım ve tedavi hizmetlerini azaltmak amacıyla hastaların diğer hizmet basamaklarına sevk edilmesine neden olmaktadır.

Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Bu ödeme sisteminde sağlık çalışanları, önceden belirlenmiş olan fiyatlar üzerinden, verdikleri hizmetler karşılığında fatura düzenler daha sonra bu faturalar doğrultusunda sigorta kurumlarınca ödemeler gerçekleştirilmektedir (Harrington, 2016: 46; Akyürek, 2012).

Bu yöntemde sağlık profesyonelleri sağlık bakımının hem kalitesini hem de verimliliğini artırmak için güçlü özendiricilere sahiptir (Chawla vd., 1997:17; Pan American Health Organization, 1999:16). Buna karşılık kaliteyi artırmak, koruyucu hizmetleri ön plana çıkarmak veya hasta eğitimi gibi karı artırmayan sağlık hizmetlerini sunmak için herhangi bir özendirici sağlamamaktadır (Steinbrook, 2009; Jegers vd., 2002). Hizmet başına ödemelerin; kaliteli hizmet bakımını sağlaması, aşırı hizmet kullanımını önlenmesi ve ödemeleri avantajlı hale getirmesi yalnızca oluşturulacak hizmetlerin fiyat listesinin çok iyi bir şekilde hazırlanmasıyla mümkün olmaktadır (Benli, 2011: 12). Bireysel olarak kişilerin cepten yaptığı ödemeler, hizmet başına yapılan ödemelere örnek olarak verilebilmektedir (Özgen ve Tatar, 2008: 104).Yöntemin avantaj ve dezavantajları ise şunlardır (Yıldırım vd., 2013):

Avantajları:

- Hizmet alıcılar en uygun düzeyde ve kaliteli hizmetten faydalanabilmekte aynı zamanda hastaların hizmete erişimi olumlu yönde etkilenmektedir.

- Sağlık hizmetinin üretimini ve kalitesini artırmak amacıyla hekimlere yönelik olumlu teşvik ediciler bulunmaktadır.

Dezavantajları:

- Verilen sağlık hizmetlerinin gereğinden çok daha fazla üretilmesi, sunulması ve hastaların gereksiz tedavi ve işlemlere maruz kalmasına sebep olabilir. Bu da sağlık hizmeti harcamalarının kısa sürede artmasına neden olup verilen hizmetin hem kalitesini hem de maliyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
- Maliyetlerin önceden tahmin edilememesi ve belirsizlik altında oluşması, ödemeyi yapan kişiyi finansal açıdan riske sokmaktadır.
- Bu yöntem, maliyetli hizmetlerin ödüllendirilmesine ve sağlık bakımının devamlılık göstermediği alanlara katkı yapılmasına neden olmaktadır (Keckley vd., 2011: 1).

Ayrıca bu dezavantajlar, tedavi harcamalarını azaltmak için yapılacak olan değişikliklerin önünde de bir engel sayılmaktadır (Miller, 2014: 59).

SONUÇ

Sağlık sunucularına, sundukları hizmetlerin bir karşılığı olarak yapılan ödemeler, sağlık sigortalarının çeşitli geri ödeme sistemleriyle gerçekleştirilmektedir. Bu ödeme modelleri ülkelerin sosyo-kültürel, siyasal ve ekonomik koşulları gibi çeşitli koşullarına göre belirlenmekte olup ülkeler bu çeşitli ödeme sistemlerini tek başına veya bir arada kullanabilmektedir (Aydemir ve Ağırbaş, 2017: 64). Sağlık hizmetlerinde uygulanmakta olan geri ödeme yöntemlerinin temelinde, sürekli artan sağlık harcama maliyetlerinin düzenli olarak denetlenmesi ve sistemin finansal yönden devamlılığının sağlanması amacı yatmaktadır (Arık ve İleri, 2016: 89).

Sağlık işletmelerinde ödeme modelleri sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini ve sağlık kurumlarının finansman yönetimini önemli ölçüde etkilemektedir.(Yıldız, 2008:105) Sağlık hizmetlerinde kullanılan her bir ödeme yöntemi sağlık hizmetinin verimliliğinde ve hizmetlerin maliyet-etkin bir şekilde sunulmasında farklı etkilere sahiptir (Kocakanat, 2018: 79).

Ülkemizde sağlık sunucularına yapılan geri ödemelerde birden fazla ödeme yöntemi (vaka başına, kişi başına ve maaş yöntemi gibi) bir arada kullanılmaktadır. Bunun sebebi ise her yöntemin farklı avantaj ve dezavantajının bulunmasıdır. Böylece Türkiye’de yöntemlerin avantajlarından yararlanmak için birden fazla yöntemin bir arada kullanıldığı söylenebilmektedir (Şantaş ve Çıraklı, 2019: 18).

KAYNAKLAR

Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2(2), 124- 153.

Arık, Ö. İleri, Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG). SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(2), 45-50.

Arık, Ö. İleri, Y. (2016). Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe. GÜSBD, 5(4): 78-92.

Avcil, M., Beylik, U., Doluküp, İ. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Teşhisle İlişkili Gruplar: KOAH Vakaları Üzerine Karşılaştırma. SGD, 7(1): 21-42.

Aydemir, İ., Ağırbaş, İ., (2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 20(1): 49-67.

Aydın, S., Yiğit, P., Demir, M., ve Güler, H. (2013). Tanı İlişkili Gruplama Verileri Çerçevesinde Türkiye’de Ürogenital Kansere Bakış. Yeni Üroloji Dergisi, 8(2), 72-78.

Berenson, R.A., Upadhyay, D. K., Delbanco, S.F. ve Murray, R. (2016). Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care. Washington DC: Urban Institute.

Bodenheimer, T., ve Grumbach, K. (2016). Understanding Health Policy: A Clinical Approach. McGraw-Hill Education, United States of America (7). ABD. McGraw-Hill.

Brick, A., Nolan, A., O’reilly, J., Smith, S. (2010). Resource Allocation, Financing and Sustainability in Health Care: Evidence for the Expert Group on Resource Allocation and Financing in the Health Sector. The Economic and Social Research Institute, Dublin.

Casto, A. B., Layman, E. (2006). Principles of healthcare reimbursement. American Health Information Management Association, Chicago.

Chawla, M., W. Berman, Adam, M., Peter, K. (1997). "Paying the Doctors: Review of Different Methods", Harvard School of Public Health, Data for Decision Making Project, Boston.

Demirkıran M., Yardan E. D. ve Yorulmaz M. (2013) İl Sağlık Müdürlüğü Çalışanlarının Örgütsel Adalet Algılamalarının İletişim Doyumlarına Olan Etkisi. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 5(2): 322-334.

Dredge, R. (2004). Hospital Global Budgeting. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC.

DSÖ. (2004). Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period. Geneva: World Health Organization.

Gökalp, Y. (2018). Sağlık Kurumlarında Geri Ödeme Sistemleri; Paket Fiyat Uygulaması Kapsamındaki Ameliyat Maliyetlerinin Sut Fiyatları İle Karşılaştırılması, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Hacettepe Üniversitesi. (2006). Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirilmesi Projesi Rapor (D.B.7.1): Ulusal DRG'ye Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması.

Harrington, M. K. (2016). Health Care Finance and the Mechanics of Insurance and Reimbursement. Jones and Bartlett Learning, United States of America.

Hsiao, W.C., Dunn, D.L. (1987). The Impact of DRG Payment on New Jersey Hospitals. Inquiry, 212-220.

Jegers, M., Kesteloot, K. Graeve, D., Gilles, W. (2002). A Typology for Provider Payment Systems in Health Care. Health Policy, 60(3), 255-273.

Karacaoğlan, N. (2009). 'Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar', SD Dergi (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu), sayı 12, s.16-21.

Keckley, P., S. Coughlin ve S. Gupta (2011). Value-Based Purchasing: A Strategic Overview for Health Care Industry Stakeholders. Deloitte Center for Health Solutions.

Kocakanat, İ. (2018). Sağlık Kuruluşlarında Ödeme Yöntemleri ve İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

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

Langenbrunner, J. Wiley, C., Miriam, M. (2002). “Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries” Hospital in a Changing Europe, Open University Press, Buchingham, s. 150-176.

Maceira, D. (1998). “Provider Payment Mechanisms In Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact in Developing Countries” Partnership For Health Reform, Major Applied Research 2, Working Paper 2 – August.

Miller, H.D. (2014). Measuring and Assigning Accountability for Healthcare Spending, Center for Healthcare Quality and Payment Reform.

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

Normand, C., Weber, A. (2009). Social Health Insurance: a Guidebook for Planning. World Health Organization Geneva.

Özgen, H., Tatar, M. (2008). “Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11 (1): 103-132.

Özkan, O., Ağırbaş İ. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Modelleri: Teşhis İlişkili Gruplar ve Vaka Karması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 69(1), 21-27.

Öztürk, F. (2015). Sağlık Kuruluşlarında Geri Ödeme Yöntemleri ve Tanıya Dayalı (Paket) Fiyat Uygulanan Laparoskopik Ameliyatların Hizmet Maliyetlerinin Belirlenerek Sut Fiyatıyla

Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi.

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Pamukçu, D. (2014). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu Tarafından Sağlık Hizmeti Finansmanı Sağlanan Hastanelerin Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunları Algılama Biçimleri (İstanbul İlinde Bir Uygulama). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Pan American Health Organization Final Report; “Regional Forum On Provider Payment Mechanisms.”

Pan American Health Organization,.LAC HSR Health Sector Reform Initiative. March, 1999.

Quinn, K. (2015). The 8 Basic Payment Methods in Health Care. *Annals of Internal Medicine* 2015; 163: 300-306.

Sağlık Bakanlığı. (2009). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz. Ankara: Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Steinbrook, R. (2009). The end of fee-for-service medicine? Proposals for payment reform in Massachusetts. *New England Journal of Medicine*, 361(11): 1036-1038.

Stokes, J., Struckmann, V., Kristensen S.R., Fuchs, S., Ginneken, E., Tsiachristas, A., Rutten van Mölken, M., Sutton, M. (2018). Towards incentivising integration: A typology of payments for integrated care. *Health Policy* 122(9): 963-969.

Sur, H. (2007). Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*. Sayı: 3.

Şantaş F., Çıraklı Ü., (2019), “Sağlık Hizmetlerinin Finansman ve Geri Ödenme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum”, *Usaysad Dergisi*, 2019; 5(1): 12 -20

<https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/705133>

Şencan, İ., Şeker, M., Demir, M., (2013). Teşhis İlişkili Gruplar İleri Klinik Kodlama Standartları.

Şengül, H. Bulut, A. (2019). “ Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları ve Teşhis İle İlişkili Gruplar” Estüdam Halk Sağlığı Dergisi 2019;4(2):196-209.

Şimşir, İ. (2018). Geri Ödeme Mekanizmalarının Hasta Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi (Bir Sistem Önerisi), Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Doktora Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

Telyukov, A. (2001).” Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America”, Latin America Countries Research Health Sector Reform Initiative.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., Işık, O. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Top, M., Tarcan, M. (2007). Hastane sektöründe kaynak akışı: hastane ödeme yöntemleri (mekanizmaları). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(1):169-189.

WHO; “Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services.” A Report of a WHO Study Group, World Health Organization, Geneva, 1993.

Yıldırım, H.H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu.

Yıldırım, H.H., Yıldırım T., Akbulut, Y. (2013). "Sağlık Sigortacılığı", Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 2527.

Yıldız, G. (2008). Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunucularından Hastanelere Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunların Algılanma Biçimleri: Ankara İli Uygulaması. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>.

Yiğit, V. (2016). Hastanelerde Ayaktan Vaka Başı Ödeme Modeli: Poliklinik Maliyetleri İle Geri Ödeme Fiyatlarının Karşılaştırılması, BJSS Balkan Journal Of Social Sciences / Balkan Sosyal Bilimler Dergisi International Congress Of Management Economy And Policy.

Yorulmaz M., Uysal, B. (2019). Mehmet Yorulmaz A Comparison of Public Health Insurance: TheCase of Turkey and the United States ofAmerica. Peter Lang GmbH Internationaler Verlag der Wissenschaften Berlin 2019. E-ISBN 978-3-631-78869-1 (E-PDF).

Yorulmaz, M. (2019). An Overview Of The Health Spending In Turkey Between The Years 2002-2017. Economics and Politics. Academician Publishing House Inc. ISBN: 978-605-258-346-3.