



# SAĞLIK KURUMLARINA YAPILAN GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİNİN SAĞLIK EKONOMİSİ PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİ

*THE REVIEW OF METHODS OF REIMBURSEMENT TO HEALTH INSTITUTIONS FROM  
THE POINT OF HEALTH ECONOMICS*

Mustafa BUĞDAYCI<sup>1</sup> , Leyla YUMRUKAYA<sup>2\*</sup> , Selen YEĞENOĞLU<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yaşlı Sağlığı Ana Bilim Dalı, 48000,  
Muğla, Türkiye

<sup>2</sup>Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Eczacılık İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, 06100, Ankara,  
Türkiye

## ÖZ

**Amaç:** Sağlık sektörüne ayrılmış olan kaynakların etkin bir şekilde kullanılmasını ve bu hizmetlerin topluma en iyi şekilde nasıl bölüştürülebileceğini araştıran sağlık ekonomisi, sağlık politikalarının belirlenmesinde en önemli noktalardan biri haline gelmiştir. Bu çalışmada sağlık ekonomisi alanında önemli bir yer tutan geri ödeme sistemlerinin hem ekonomik hem de sağlık hizmet kalitesi açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

**Sonuç ve Tartışma:** Sağlık hizmetlerinin dağıtımı ve sunumunda temel aşamalardan biri hizmetler karşılığında yapılan ödemeler ve bu ödemelerin nasıl yapılacağıdır. Bu anlamda esas olarak Beveridge, Bismarck ve özel sigorta yaklaşımı olmak üzere üç farklı yaklaşımın hakim olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin doğası gereği ödeme tutarları tanı ve tedavi süreçleri tamamlandıktan sonra ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin hesaplanması hususunda ortaya çıkan bu zorluklar çeşitli ödeme yöntemleri ile aşılmaya çalışılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık ekonomisi, geri ödeme, sağlık politikası, ilaç ekonomisi

## ABSTRACT

**Objective:** Health economics aims to use all the resources allocated to the healthcare sector with the most efficient way and how this service can be distributed to the society in the best way. This discipline has become one of the important topics in the determination of health policies. In this study, we aimed to review the

\* Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Leyla Yumrukaya  
e-posta / e-mail: leylayumrukaya@hacettepe.edu.tr, Tel. / Phone: +90 312 305 23 49

*reimbursement systems, which have a significant place in the field of health economics, regarding both economics and healthcare service quality.*

**Result and Discussion:** *One of the fundamental steps in the distribution and delivery of healthcare services is the payments made in return for the services and how they will be made. In this context, there are three different approaches: Beveridge, Bismarck and private insurance. However, due to the nature of healthcare services, the payments could be calculated after the completion of diagnosis and treatment processes. The difficulties in calculation of costs are coped with various reimbursement methods.*

**Keywords:** *Health economics, reimbursement, health policy, pharmacoeconomics*

## GİRİŞ

Sınırlı kaynakların sınırsız sayıdaki ihtiyaçların karşılanması adına kaynak dağılımının sağlanabilmesi, ekonomi biliminin tartışma konusu olarak yerini korumaktadır [1]. Sağlık ekonomisi ise; benzer şekilde sağlık sektörü için ayrılan kaynakların (işgücü, ekipman, finansal kaynak vb.) en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretilmesi adına, etkin bir şekilde ne şekilde ve nasıl kullanılacağını araştıran bilim dalıdır. Ekonomi ile paralel olarak, sağlık ekonomisi de sağlık hizmetlerinde kullanılan kaynakların etkin bir biçimde kullanılmasını amaçlamaktadır [2]. Bu kapsamda, sağlık politikalarının belirlenmesinde, son yıllarda sağlık ve ilaç ekonomisi çokça tartışılan ve konuşulan konu başlıklarından biri olmuştur. Bu durumun temelinde ise, ülkelerin bütçelerinden sağlık hizmetlerine ayrılan payın artması ve bu artışın sürdürülebilir olmaması yatmaktadır [3]. Dünyadaki sınırlı kaynaklara erişimin belirli bir nüfus için mümkün olabilmesi tedavi maliyetlerinin de irdelenmesi gereğini ortaya çıkarmaktadır [4]. Bu çalışmanın amacı sağlık ekonomisi alanında önemli bir yer tutan geri ödeme sistemlerini hem ekonomik hem de sağlık hizmet kalitesi açısından incelemektir.

### Sağlık Ekonomisi

Kıt kaynakların en verimli şekilde kullanımı ile ilgilenen ekonomi bilimi farklı alt dallara ayrılabilir. Bunlar başlıca makroekonomi, mikroekonomi, pozitif ekonomi ve normatif ekonomi olarak sınıflandırılabilir. Mikroekonomi daha çok tüketici davranışları ve bir malın fiyatının nasıl belirlendiği ile ilgilenir. Bununla birlikte üretim ve maliyet gibi konuları da ele alır. Ancak buna karşın makroekonomi ülke ekonomisi, dünya ekonomisi gibi konuları inceler. Esas olarak büyüme, iş gücü, kamu dengesi, enflasyon, ödemeler dengesi, ihracat gibi konuları ele alır [5]. Pozitif ekonomi yaklaşımında veriler neden sonuç ilişkisi içerisinde sunulur ve elde edilen sonuçlar kesin ve hesaplanabilir. Ancak normatif yaklaşımda bu değerlendirmelerden ziyade farklı bakış açıları ve değer yargıları üzerinden hesaplamalar yapılır. Başka bir anlamda pozitif ekonomi yaklaşımında bir durumun “ne olduğu” açıklanırken, normatif ekonomi yaklaşımında “nasıl olması gerektiği” ele alınır [6]. Sağlık ekonomisinde hem tüketici hem ülkeler açısından değerlendirmeler yapılmakta, bununla birlikte durumların ortaya konması ve değerlendirilmesi sürecinde hem normatif hem de pozitif ekonomi yaklaşımları kullanılmaktadır.

Temel olarak sağlık ekonomisi; ekonominin genel prensiplerinin sağlık alanında da uygulandığı

bir çalışma alanıdır. Sağlık ekonomisinde mikroekonominin talep teorisi, maliyet teorisi gibi araçları kullanılarak sağlık hizmetlerinin ekonomik açıdan değerlendirilmesi amaçlanır. Bu sayede var olan hizmetlerin düzeltilmesi veya sağlık politikaları oluşturulması sağlanabilir [7]. Bu kapsamda; sağlık ekonomisinin tam olarak anlaşılabilmesi ve elde edilen sonuçları doğru şekilde yorumlayabilmek sağlık hizmetleri ile ilgili konuları maliyet ve hizmet kavramlarıyla değerlendirebilmek gerekir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık ekonomisinin ihtiyaç temelli, sürdürülebilir, eşitlikçi ve adil bir sağlık hizmeti sunulması esasına dayanması gerektiğini ifade etmiştir [8].

### **Sağlık Sistemi ve Sağlık Sistemi Modelleri**

Sağlık sistemi amacı sağlığı iyileştirmek olan eylemler üreten tüm kurum, kuruluş ve kaynaklar kapsayan bir sistem olarak tanımlanmaktadır [9]. Sağlık finansmanı ise sağlık sisteminde etkili hizmet kapsamını ve finansal korumayı geliştirerek genel sağlık sigortasına doğru ilerlemeyi mümkün kılan sağlık sistemlerinin temel bir işlevidir [10].

Sağlık sistemleri finansman sistemlerine, ekonomik politikalara ve sağlık hizmetlerinin sağlanma şeklinde göre sınıflara ayrılmaktadır. Literatürde özellikle sosyal sigorta modeli, ulusal sağlık sistemi modeli ve özel sigorta modeli olmak üzere üç model öne çıkmaktadır. Ulusal sağlık sistemi modeli, Beveridge modeli olarak adlandırılır. Bu sistem varlığında, tüm vatandaşlar merkezi yönetimle idare edilen devlet tarafından sağlık sigortası kapsamına alınır. Finansman kaynağı ise genel vergilerdir. Sağlık hizmeti sağlayıcısı ya devletin kendisi ya da devlet tarafından kontrol edilen kurumlardır. Sosyal sigorta modeli ise Bismarck modeli olarak da adlandırılan bir sistemdir. Bu sistemde finansman kaynağı işveren, bireysel ve özel sigorta fonları ile sağlanır. Üretim faktörlerinin özel sektör veya devlet tarafından kontrol edildiği/yönetildiği bu sistem aynı zamanda vergi tabanlı bir sigorta sistemidir. Çalışanların vergilendirmelerinden elde edilen vergiler ulusal sağlık sistemi dışında değerlendirilir. Özel sigorta modeli ise direkt olarak çalışanların yaptığı ödemeler veya bireysel sağlık sigortalarına yapılan ödemelerle karakterizedir. Sağlık hizmetleri özel kuruluşlar tarafından serbest piyasada koşullarında sağlanır [11]. Bu modellerin finansman kaynağı, kapsamı, altyapısı, sağlık personeline yapılan ödemeler, devlet müdahalesi ve planlama şekli açısından karşılaştırılması örnek teşkil eden ülkeler ile birlikte Tablo 1’de gösterilmiştir.

### **Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme**

Sağlık sistemleri içerisinde bahsedilen sağlık modellerinde ister özel sigorta modelleri olsun ister kamusal kaynaklarla finansmanın sağlandığı modeller olsun, geri ödeme süreçleri kritik önemdedir. Geri ödeme esas olarak sağlık ile ilişkili hizmetler için ödemeler veya tazminatları kapsar. Doğası gereği, sağlık hizmetleri ödemediği önce sağlanabilmekte veya hali hazırda var olan olanaklar ödeme yapılmadan önce kullanılabilir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunucuları, daha önce sağlanmış hizmetler için geri ödeme veya tamamlama/telafi ücreti alırlar [12]. Bu kapsamda geri ödeme; finansal

kaynakların devletler, hastalar veya farklı sigorta kurumları gibi kuruluşlardan alınıp sağlık kurumları arasında dağıtılması olarak tanımlanabilmektedir [13].

**Tablo 1.** Farklı sağlık sistemi modellerinin karşılaştırılması

Model	Beveridge	Bismarck	Özel sigorta
<b>Finansman kaynağı</b>	Genel vergiler	Ücrete bağlı vergiler	Bireysel kaynaklar veya ücrete bağlı katılım
<b>Kapsam</b>	Tüm vatandaşlar	Kapsam farklı gruplarla/bölgelerle sınırlandırılabilir	Bireysel
<b>Altyapısı</b>	Kamusal altyapı	Karma altyapı (kamu ve özel)	Özel kuruluşlar
<b>Sağlık personeline yapılan ödemeler</b>	Devlet tarafından maaş olarak ödenir.	Hizmet başına belirli bir bedel ödenir.	Özel kuruluşlar tarafından ödenir.
<b>Devlet müdahalesi</b>	Devlet müdahalesi söz konusudur.	Devlet düzenleyici konumdadır.	Devlet müdahalesi söz konusu değildir.
<b>Planlanma şekli</b>	Merkezi	Karma	-
<b>Örnek ülkeler</b>	Danimarka, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, İsveç, İngiltere	Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda, Avusturya	Amerika Birleşik Devletleri

Geri ödemeler sağlık hizmet sağlayıcılarına farklı şekillerde yapılabilir. Bu geri ödeme modelleri, etkililik, kalite, eşitlik, tüketici tatmini ve sağlık durumlarına göre farklılıklar gösterebilmekle birlikte, teşvikler, bütçe sınırlılıkları, performans değerlendirmeleri ve ödeme kapsamı gibi çeşitli faktörler de bu farklılıklar üzerinde etkili olabilmektedir [14]. Sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödeme yöntemleri hizmet başına yöntemi, belirli bir hastalık periyoduna göre yapılan ödeme yöntemi, bütçeleme ile ödeme yöntemi gibi yöntemlerdir.

Hizmet başına ödeme yönteminde sağlık hizmeti sağlayıcısının sağladığı her birim hizmet için ödeme yapılır [15]. Bu sistemde hizmet sunucusu etkin bir hizmet sunması için teşvik edilmiş olur. Ancak faturalama hataları, fiyatların düzenli olarak kontrol edilmesi nedeniyle gereken idari maliyetler ve maliyetlerin öngörülemez oluşu bu yöntemi dezavantajlı hale getirmektedir. Bu sistemde hastalar seçecekleri kuruluş veya hekim konusunda özgürlerdir, ancak hizmetler karşısında daha çok tamamlayıcı ödeme yapmak veya daha fazla kesinti ile karşılaşmak durumunda kalırlar [15].

Bir hastalığın tedavisi için belirli bir periyoda göre yapılan ödemelerde; sağlık hizmeti sunucuları toptan ve tek bir ödeme alırlar. Bu yöntemde bireysel başvurulardan ziyade, hastalığın tedavisinin tamamı kapsanır. Bu nedenle bireysel ödemeler söz konusu değildir. Yöntem esas olarak hizmet başına

ödeme yönteminde ortaya çıkan sorunların düzeltilmesi için ortaya çıkmıştır. Global ödeme, ileriye dönük ödemeler ve kişi başı ödeme yöntemleri, bu yöntemin farklı tipleridir. Kişi başına ödeme yönteminde sağlık hizmet kuruluşlarına belirli bir süre içerisinde hizmet alan kişi başına sabit birim miktar üzerinden ödeme yapılır. Kişi başına ödeme yönteminde sunulan hizmetlerin mahiyeti veya hacmi önemli değildir. Daha iyi veya daha fazla hizmet sunmak ödeme miktarını arttırmayacağı gibi, daha az hizmet de ödemeleri azaltmayacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı göz ardı edilmiş olur. Bu sistemde ödeyici için maliyetler belirli ve öngörülebilir, servis sağlayıcı açısından da müşteri tabanının garanti altında olmasıdır [12].

Bütçeleme ile ödeme yönteminde önceden belirlenmiş sabit bir tutarın ödenmesi söz konusudur. Kurum seviyesindeki bütçelerde kurumun bütçesindeki fonların kullanımı konusunda takdir yetkisi mevcuttur. Bu yöntemde herhangi bir birim başına hizmet ödemesi söz konusu değildir ve bütçe yönetiminde harcamaların dağılımı karar vericilere bırakılmaktadır. Bununla birlikte bir kere belirlendiği için bu bütçeler üzerinde değişiklik yapmak çok zor, hatta imkânsız olmaktadır [14].

İleriye dönük ödeme yönteminde ise ödeme belirli bir zaman aralığı için önceden yapılır. Ödeme miktarı bir sağlık hizmeti için kullanılan kaynak miktarına bakılarak belirlenir. İleriye dönük ödeme yöntemleri gün başına ödeme ve vaka başına ödeme şeklinde uygulanabilir. Gün başına ödemede hastanın hastanede kaldığı her bir gün başına sabit ödeme yapılır. Ödeme miktarı daha önceki zamanlardan elde edilen veriler ışığında belirlenir. Ancak bu yöntemde hizmet sunucunun hastayı daha çok hastanede tutma eğilimde olması temel eleştiri noktasıdır [12]. Vaka başına ödemede ise sağlık hizmet sunucusuna daha önceden belirlenmiş ve vaka veya hastalık başına belirlenen ücret ödenir. Bu nedenle, vaka başına ödeme yönteminde sağlık hizmet sağlayıcısı daha etkin bir sağlık hizmeti sunmak için teşvik edilmiş olur. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunucusu daha fazla ödeme alabilmek için farklı tanımlar bildirebilir [14]. Tüm bu ödeme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları bakımından karşılaştırılması Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tüm bu yöntemlerin yanında, hastanelerde sunulan hizmetlerin performans değerlendirmeleri ve çeşitli karşılaştırmaların yapılabilmesi için bu kuruluşların sağladığı hizmetlerin sınıflandırılması gerekmiş ve bu kapsamda teşhis ilişkili gruplar adı verilen bir sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur [16]. Bu sistemde hastalar teşhis kodlarına (klinik tablo) ve teşhis-tedavi maliyetlerinin verilerine göre gruplandırılır. Benzer hastalıkların belirli gruplarda sınıflandırılması söz konusudur. Bu sistem yalnızca yatan hastalar için kullanılır [17].

## **SONUÇ VE TARTIŞMA**

Sağlık için ayrılan kaynakların en etkin ve verimli şekilde kullanılmasını ve dağıtımını araştıran sağlık ekonomisi; sağlık politikalarının oluşturulmasını da sağlamaktadır. Sağlık ekonomisinde ekonomi biliminin genel kavramları ile sağlık hizmetlerine yönelik değerlendirmeler yapılabilmekte, bu

**Tablo 2.** Geri ödeme yöntemlerinin karşılaştırılması

<b>Ödeme Yöntemi</b>	<b>Avantajları</b>	<b>Dezavantajları</b>
<b>Hizmet başına ödeme</b>	Etkin hizmet sunumu için teşvik söz konusudur.	Faturalama kontrolleri için daha fazla idari maliyet söz konusudur. Hastaların bireysel ödemelerinde artış olabilir.
<b>Kişi başına ödeme</b>	Maliyet açısından öngörülebiliridir.	Sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı göz ardı edilir.
<b>Bütçeleme ile ödeme</b>	Kurumların bütçe dağıtımında takdir yetkisi vardır.	Bütçe üzerinde değişiklik yapmak neredeyse imkânsızdır.
<b>Gün başına ödeme</b>	Kurumlar açısından öngörülebiliridir.	Hastaların gereğinden fazla hastanede tutulması söz konusu olabilir.
<b>Vaka başına ödeme</b>	Sağlık hizmeti sağlayıcısı daha etkin bir sağlık hizmeti sunmak için teşvik edilmiş olur.	Farklı tanıları bildirilebilir. Her hastalık veya tanı için ödeme belirlemek zordur.

kapsamda uygun düzenlemelerin ortaya çıkması sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dağıtımı ve sunumunda temel aşamalardan biri hizmetler karşılığında yapılan ödemeler ve bu ödemelerin nasıl yapılacağıdır. Bu anlamda esas olarak Beveridge, Bismarck ve özel sigorta yaklaşımı olmak üzere üç farklı yaklaşımın hakim olduğu görülmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin doğası gereği ödeme tutarları tanı ve tedavi süreçleri tamamlandıktan sonra ortaya çıkmaktadır. Hastalık seyrinin kişiye özel olması maliyetler konusunda kestirim yapabilmeyi zorlaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin hesaplanması hususunda ortaya çıkan bu zorluklar çeşitli ödeme yöntemleri ile aşılmaya çalışılmaktadır.

## YAZAR KATKILARI

Kavram: *M.B, L.Y., S.Y.*; Tasarım: *M.B, L.Y, S.Y.*; Denetim: *M.B, L.Y., S.Y.*; Analiz ve/veya Yorumlama: *M.B, L.Y., S.Y.*; Literatür taraması: *M.B, L.Y., S.Y.*; Makalenin yazılması: *M.B, L.Y., S.Y.*; Kritik inceleme: *M.B, L.Y., S.Y.*

## ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar bu makale için gerçek, potansiyel veya algılanan çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

**KAYNAKLAR**

1. T.C Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Web Site. (2018). Retrieved May 15, 2021, from <https://ms.hmb.gov.tr/uploads/2019/11/426-Murat-U%C4%9EURLU-.pdf>. Erişim tarihi: 15.05.2021
2. Yeğenoğlu, S., Emre, H. (2004). Farmakoekonomi alanında temel Kavramlar. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 33(1),41–61. [Crossref]
3. Akalın, E. (1995). Sağlık ekonomisi: Temel tanımlar. *Antibiyotik ve Kemoterapi Dergisi*, 9(3), 233–235.
4. Eroğlu, L. (1995). Tedavi Maliyetinde Güncel Kavramlar. *Antibiyotik ve Kemoterapi Dergisi*, 9(3), 232.
5. Yıldız, N.Ç. (2017). Makro İktisat. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, p.10.
6. Hausman, D.M. (2018). The bond between positive and normative economics. *Revue D'économie Politique*, 128(2), 191–208.
7. Rexford, E., Santerre, S.P.N. (2010). Basic Healthcare Economic Tools and Institutions. In: Rexford E., Santerre SPN., Neun S. (Eds) Health Economics Theories, Insights and Industry Stuides. Fifth Edition. p. 3–35. Ohio: South-Western Cengage Learning.
8. World Health Organization Web site. (2021). Retrieved: May 16, 2021, from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/health-impact-assessment/environment-and-health-economics> . Erişim tarihi: 16.05.2021
9. World Health Organization Web site. (2003) Retrieved May 20, 2021, from: <https://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7.pdf> . Erişim tarihi: 20.05.2021
10. World Health Organization Web site. (2021) . Retrieved: May 23, 2021, from: [https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_1) . Erişim tarihi: 23.05.2021
11. Kulesher, R., Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127–139. [Crossref]
12. Casto, AB., Layman, E. (2006). Principles of healthcare reimbursement. *American Health Information Management Association, Chicago, Illinois*, 1–15.
13. Çelik, Y. (2019). Sağlık Ekonomisi. Siyasal Kitabevi.
14. Barnum, H., Kutzin, J., Saxenian, H. (1995). Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management*, 10:, 23–45. [Crossref]
15. Akyürek, Ç.E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2, 124–53.
16. Fetter, R.B., Shin, Y., Freeman, J.L., Averill, R.F., Thompson, J.D. (1980). Case mix definition by diagnosis-related groups. *Medical Care*, ;18(2 Suppl):iii, 1-53.

17. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Web site. (2014). Retrieved May 25, 2021, from: <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/Eklenti/3292/0/rehber-tig-16122015son-ikpdf.pdf> . Erişim tarihi: 25.05.2021.