

HASTANE SEKTÖRÜNDE KAYNAK AKIŞI: HASTANE ÖDEME YÖNTEMLERİ (MEKANİZMALARI)¹

Mehmet TOP*

Menderes TARCAN**

Öz:

Bu çalışmada hastane alternatif ödeme yöntemleri ve bunların değişen çevre şartlarına göre sürdürülebilirliği ve etkileri üzerinde durulmaktadır. Bütün ödeme yöntemleri kendine göre sağlık hizmetleri verimliliğini, üretim miktarını, hizmet karmasını, kaliteyi etkileyebilen değişik olumlu ve olumsuz yönlere sahiptir. Alternatif ödeme yöntemlerinin tüm yönetsel maliyetlerini kesin olarak ölçmek oldukça zordur. Sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemedeki hükümet ve üçüncü taraf ödeyicilerin (sigorta şirketleri, sosyal güvenlik kurumları, yardım sandıkları vb.) kurumsal hizmet sunuculara yaptığı ödemeler kastedilmektedir.

Bütün ödeme yöntemleri kendine göre sağlık hizmetleri verimliliğini, üretim miktarını, hizmet karmasını, kaliteyi etkileyebilen değişik olumlu ve olumsuz yönlere sahiptir. Alternatif ödeme yöntemlerinin tüm yönetsel maliyetlerini kesin olarak ölçmek oldukça zordur. Ancak sağlık hizmeti sunucularına daha çok özendirici sunan ödeme yöntemlerinin diğerlerine göre daha çok yönetsel maliyeti olduğu söylenebilir. Ödeme yöntemlerinde tek bir yöntemi uygulamak yerine değişik yöntemleri içeren karma ödeme modelleri kullanılmaktadır. Karma ödeme yöntemlerinin belirlenmesinde ödeme yöntemlerinin yönetsel maliyetleri ile arzulanan özendiricileri yaratıp yaratmadıkları dikkate alınarak en az iki ödeme yöntemini içeren değişik karma ödeme modelleri seçilmektedir. Herhangi bir spesifik yaklaşımın arzulanabilirliği ekonomik, sosyal ve kurumsal içeriğe bağlıdır. Örneğin, kurumsal gelişim düzeyi düşük ülkeler ödeme yöntemlerindeki reformları bütçe reformları veya kişi başı ödeme gibi çok basit ödeme yöntemleri ile sınırlı tutma eğilimindedirler.

Anahtar Kelimeler: Hastane ödeme yöntemleri, özendiriciler, sağlık hizmetleri sektörü

RESOURCE TRANSFERS IN THE HOSPITAL SECTOR: HOSPITAL PAYMENT METHODS (MECHANISMS)

Abstract:

This paper surveys the main alternatives for hospital payment and assesses their suitability across a \wide range of country environments. Ali methods generale both adverse and beneficial incentives affecting the volume, quality and mix of services. The full administrative costs of alternative payment mechanisms have not been auantified. The scope of the paper is confined to government and thirdparty payment of instiitutionalproviders.

Ali methods generale both adverse and beneficial incentives affecting the volume, cpiality and mix of services. The full administrative costs of alternative payment mechanisms have not been auantified, but the limited Information that is available suggests that methods intended to generate more desirable incentives have higher administrative costs. Mixed forms of provider payment are superior to reliance on any single method they are more practical and allow a trade offof administrative costs and desirable incentives. The desirability of a specific approach depends on the economic, social, and institutional context. For example, in countries with low levels of institutional development, reforms should be limited to simple alternatives such as budget reforms or modest capitation schemes.

Keywords: Hospital payment methods, incentives, health sector

GİRİŞ

Son zamanlarda hükümetler, hastalar, sağlık sigortalı, sağlık hizmetini sunanlar ve sağlık yöneticileri sağlık hizmetlerini daha maliyet-etkili sunmak için nelerin yapılması gerekliliği ile yoğun bir şekilde ilgilenmektedirler (Maceira, 1998: 1). Uluslararası deneyim, kaynak sınırlılığının daha fazla olduğu sağlık sistemlerinde performansı geliştirmek için kaynak miktarından çok, kaynakların nasıl dağıtılması gerekliliği üzerinde yoğun çalışmaların olduğunu göstermektedir. Politika belirleyenler ve sağlık yöneticileri sağlık sistemini maliyet-etkili kılmak için sağlık hizmeti sunucularının finansal risklerini de göz önüne alarak yeni ödeme mekanizmalarının uygulanması konusunda yeni arayışlar içindedir (Maceira, 1998: 1; Wouters, 1999: 2).

Sağlık hizmeti sunucularına ödeme mekanizmaları, genel olarak paranın hükümet, sigorta şirketleri veya diğer üçüncü taraf ödeyiciler tarafından kurumsal boyutta (hastane, sağlık merkezi, teşhis üniteleri, eczane, medikal firmalar vb.) ve bireysel boyutta (hekimler, dış hekimleri, hemşireler, eczacı vb.) olmak üzere sağlık hizmeti sunucularına aktarılma şekli ve esasları olarak tanımlanmaktadır (Barnum vd., 1995: 2; Pan American Health Organization, 1999: 9; Maceira, 1998: 1; Wouters, 1999: 1). Sağlık sunucularına ödeme mekanizmaları ödeme birimini, hasta faturalarında bulunması gereken ayrıntıları, tedavi sonunda hastaya verilmesi gereken

belgeleri, ödeme süresinin ne kadar olduğunu, hasta faturalarında sağlık hizmeti sunucusundan kaynaklanan maddi hataların sonuçlarının neler olacağı gibi bir çok konu ve sorunu düzenlemektedir. Bu düzenlemeler sağlık hizmeti satın alan kurumlarla (sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık sigorta şirketleri, fon sahipleri, yardım sandıkları vb.) sağlık hizmeti sunan bireysel ve kurumsal mekanizmalar arasındaki hizmet sözleşmelerinde yer almaktadır (WHO, 1993: 37).

Ödeme yönteminin ileriye veya geriye dönük olması, hizmeti almadan veya hizmeti aldıktan sonra ödeme yapmakla ilgilidir. Eğer sağlık sunucusuna sözleşme paketindeki hizmetleri hastalar hizmeti kullanmadan önce ödeme yapıyorsa, bu ileriye dönük bir ödeme (prospective payment system) mekanizmasıdır. İleriye dönük ödemeler (kişi başı ve vaka esaslı ödemeler gibi) yüksek finansal riskten dolayı sağlık hizmeti sunucularını yüksek verimliliğe zorlayan faktörlerden birisi olarak değerlendirilmektedir (Maceira, 1998: 4). Eğer hizmet alırken/kullanırken veya kullandıktan sonra ödeme yapılırsa bu ise geriye dönük bir ödeme yöntemidir (retrospective payment mechanism). Geriye dönük ödeme yöntemleri maliyetleri azaltmaktan daha çok maliyetleri artırmaya yöneliktir. HBÖ (Hizmet Başı Ödeme-Fee For Service), geriye dönük bir ödeme yöntemidir (Wouters, 1999: 3; Isokava ve Sheiman, 1999:12).

Hastane ödeme mekanizmalarını (yöntemlerini) etkileyen dört ana aktör vardır. Bunlar; sağlık kurumları (hastaneler, sağlık işletmeleri gibi), sağlık profesyonelleri (hekimler ve hemşireler gibi), hastalar ve ödeme yapan kurum ve kişiler (sağlık sigortaları, hükümet birimleri, sosyal güvenlik kurumları ve diğer üçüncü taraflar gibi). Her aktör kendi amaçlarını belirler ve bu amaçlar diğer tarafların amaçları ile örtüşebilir veya çelişebilir. İşte sunuculara ödeme mekanizmaları bu aktörler arasındaki amaç belirsizliklerini ve çatışmalarını mümkün olduğunca azaltmalı ve amaçları ortak bir yöne doğru entegre edebilmelidir. Sağlık sektöründe asıl ödeme yapanlar genellikle kurumlardır. Yani hükümetler, sosyal güvenlik kurumları, sağlık sigorta şirketleri asıl ödeme yapan mekanizmalardır. Bireysel bazda ise sosyal güvenlik veya sağlık sigortası kapsamında olmayanlar doğrudan kendileri ödeme yapmaktadır. Ayrıca özel hizmet almak ve temel sağlık hizmetleri paketinde yer almayan sağlık bakımı ve hizmeti için de hastalar doğrudan ödeme yapmak zorunda kalmaktadırlar.

Sağlık sektöründe ödeme mekanizmaları bilgi asimetrisi (information asymmetry), arzın talep yaratması (supply-induced demand) ve asil-vekil ilişkisi teorisi (principal agent theory) gibi sektörün temel özelliklerinden dolayı büyük önem arz etmektedir (Phelps, 1992: 6, 214-215). Hekim ile hasta arasındaki, ilişki *asil-vekil ilişkisidir (principle agent relationship)* ve *bilgi asimetrisi* problemini içermektedir. Vekalet teorisi iki taraf arasındaki (hekim vekili, hasta ise asili nitelendirmektedir) ilişkiyi esas almaktadır. Asil yani hasta kendisini tedavi etme yetki ve sorumluluğunu hekime vermektedir. Asil-vekil teorisi hekim ile hasta arasında mükemmel bir ilişkinin kurulamayacağını savunmaktadır. Hasta hekiminin hastalığını ve tedavisinin ne

olduğunu bildiğini kabul etmektedir. Buna karşılık hasta alması gereken sağlık hizmetinin ne olduğunu, miktarını ve kalitesini bilmemektedir. Sadece hastalığındaki büyük iyileşmelere göre çok genel bir değerlendirme yapabilmektedir. Ayrıca eğer almış olduğu sağlık hizmetinin bedelini kendisi ödemeyip, sağlık sigortası veya herhangi bir sosyal güvenlik kurumu ödemekteyse, bu durumda hastalar tedavinin maliyeti ile pek ilgilenmemekte, hekimden mümkün olduğunca fazla yararlanmak istemektedirler. Sağlık sektöründe bilgi asimetrisi problemi hasta ile hekim arasında olduğu gibi hekim ve sağlık hizmeti sunucuları ile ödeme yapan kurumlar (sağlık sigorta şirketleri, sosyal güvenlik kurumları vb.) arasında da vardır. İşte sağlık sektöründeki asil-vekil ilişkisi ve bilgi asimetrisi problemleri sağlık hizmeti sunucularının hastalara gerekli tedaviyi sağlayıp sağlamadıkları ve tedavi maliyetlerini sorgulamak açısından ödeme yapan taraflara büyük sorunlar yaratmaktadır. Benzer şekilde sağlık sigortası şirketleri ile hasta doğru tedavinin alınıp alınmadığı konusunda bazen ikilemlere düşebilmektedirler. Artık özel sağlık sigortalarının sağlık hizmeti sunucularından hastaya yapılan ameliyatların video çekimlerini istemelerine dahi tanık olunmaktadır (Maceira, 1998: 3; Getzen, 1997:114-115; Phelps, 1992: 214-215; Donaldson ve Gerard, 1992: 43-45).

Sağlık sektöründe sunuculara ödeme mekanizmalarındaki değişiklikler ile birlikte sağlık sektörü yapısında da bazı değişimler yaşanmaktadır. Örneğin ödeme mekanizmalarındaki reformlar ve değişiklikler sağlık hizmetlerindeki risk paylaşımını, hekim ve hastaneler arasındaki işbirliğini, rekabeti, entegrasyonu, sağlık kurumlarının hizmeti satın alanlarla yaptığı sözleşmeleri önemli ölçüde etkilemektedir (Maceira, 1998: 1-3; Saltman ve Figureas, 1998: 152; Langenbrunner ve Wiley, 2002: 150; Maceira, 1998: 1).

Bu makalede sağlık sektöründe kurumsal sağlık hizmeti sunucularından hastanelere ödeme yöntemleri üzerinde durulacaktır. Hastane ödeme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları, sağlık hizmeti sunucuları ve ödeme yapanlara sağladığı özendiriciler ve finansal riskler, ödeme yöntemlerinin yönetsel maliyetleri esas alınarak açıklanmaya çalışılacaktır. Ayrıca makalede ülkemiz sağlık sektöründe hastane başta olmak üzere kurumsal sağlık hizmeti sunucularına ödeme şekilleri ele alınacaktır.

I) KURUMSAL SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINA ÖDEME MEKANİZMALARI

Daha öncede tanımlandığı üzere kurumsal sağlık hizmeti sunucularına ödemeler, sosyal sigorta kurumları, sağlık sigorta şirketleri veya diğer hükümet kurumları ile özel ve tüzel kişilikler tarafından hastaneler başta olmak üzere sağlık merkezleri, sağlık ocakları, tıbbi görüntüleme merkezleri, poliklinik ve dispanser gibi kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler veya kaynak aktarımı olarak tanımlanmaktadır. Harcama kalemlili bütçeler (line-item budgets), genel bütçeler (global

budgets), kişi başına ödeme (KBÖ) , vaka başına ödeme (VBÖ), hizmet başına ödeme (HBÖ), günlük ödeme hastane ödeme yöntemlerinin başlıcalarıdır. Makalenin bu bölümünde yukarıdaki ödeme yöntemleri ele alınacaktır.

A) Harcama Kalemlili (Line-Item) Bütçeler ve Genel (Global) Bütçeler

Gelişmekte olan ülkelerde hükümetler sağlık kurumlarının finansmanını spesifik harcama kalemlerine göre (line-item budgets) -maaş, ilaç, ekipman, bakım-onarım, yakıt, ısınma vb. kategorilere göre-yapmaktadır. Sağlık kurumlarındaki yöneticiler merkezi yönetimin izni olmaksızın harcama kalemleri veya bütçe kalemleri arasında transfer yapamazlar (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152; Pinto ve Andersson, 2001: 9). Sağlık kurumlarında çalışan personel ve yöneticiler bütçe döneminde (genellikle 1 yıl) bütçe kalemlerindeki kaynakların hepsini harcama yolunu gitmektedirler. Çünkü bütçede kalan fazla kaynak hangi amaç için ayrılmışsa sadece o amaç için kullanılması gerekmektedir. Bundan dolayı bütçe döneminin sonunda bütçe kalemlerindeki fazlalık gerçek ihtiyaca yönelik olmayan şekilde kullanılması mümkündür. Bu tür uygulamalardan dolayı kamu yöneticilerinin performans değerlendirmeleri yapması da zorlaşmaktadır. Harcama kalemlili bütçeleme (line-item budgeting) doğrudan merkezi otorite veya hükümet tarafından yönetilen sağlık sistemlerinde daha çok kullanılmaktadır (Barnum vd., 1995: 3; Langenbrunner ve Wiley, 2002: 152).

Genel bütçeler kaynakların verimli kullanımına imkan vermektedir. Verimlilik artışı bütçelerin nasıl oluşturulduğuna ve kamu yöneticilerinin performans değerlendirmelerine bağlıdır. Genel bütçeler çoğunlukla harcamaların kontrol altına alınmasını sağlamaktadır (Pinto ve Andersson, 2001: 9). Ancak genel bütçelerin uzun süreli (birden çok bütçe dönemi) veya kısa süreli (bir bütçe dönemi) olmasına göre sağlık hizmetlerinin maliyetleri üzerine etkileri değişmektedir. Kısa dönemde maliyetleri kontrol altına almak için sabit bütçe sınırlandırmalarına gidilebilir. Ayrıca yöneticilere karar alma esnekliği ve hizmetlerin üretimi için gerekli girdileri planlama yetkisi verilebilir (Glaser, 1987: 44; Barnum vd., 1995: 4).

Harcama kalemlili bütçeler ve genel bütçelerin hazırlanmasında geçmiş yılların bütçeleri esas alınmaktadır. Yani geçmişteki kaynak kullanım düzeylerine göre bütçelerin oluşturulmasına çalışılmaktadır. Harcama kalemlerine göre ayrı ayrı bütçe hazırlarken sonuçlardan çok hasta yatağı başına, personel başına veya birim maliyet başına gibi normlar ile geçmiş yılın gerçekleşen değerlerine dikkat edilmektedir (Barnum vd., 1995: 4). Avustralya, Norveç, Portekiz'de genel bütçeler beklenen vaka karması (hastalık yapısı) ve kullanım modellerine göre maliyet projeksiyonları yapıldıktan sonra oluşturulmaktadır (Wiley, 1992: 120). İrlanda'da kamu hastanelerinin bütçeleri bir önceki yılın hastane harcamalarına göre beklenen enflasyon, kullanım ve toplam kamu harcamaları doğrultusunda belirlenir. Bütçeleme sabit girdi başına birim maliyetle (örneğin hasta yatağı başına) yapılırsa hastanelere ek sermaye girdileri sağlamak için özendiriciler sağlayabilmektedir. Hastaneler gelirlerini artırmak için

maliyetlerini yükseltme veya uzun dönemde kapasitelerini artırmaya çalışmaktadırlar (Barnum vd., 1995:4).

Harcama kalemlili bütçelerde kaynak ayrılacak kalem sayısı azaldıkça veya detaylandırılmadıkça, kaynak sahibi ödeme yapan mekanizmaların yönetsel maliyetleri de azalmaktadır. Guatemala'da Dünya Bankası desteği ile sağlık bütçesindeki 1750 harcama kalemi 250'ye düşürülmüştür. (Barnum vd., 1995: 5; Normand ve Weber, 1994:76).

Harcama kalemlili bütçeleme (line-item budgets) verimlilik açısından olumsuz özendiriciler yaratabilmesine rağmen, hala gelişmekte olan ülkelerde en çok kullanılan ödeme yöntemidir. Bunun bazı haklı nedenleri vardır. Gelişmekte olan ülkelerde Sağlık Bakanlıklarının merkez teşkilatı, taşra teşkilatında ve sağlık hizmeti sunucularında yeterli bilgi ve beceriye sahip yöneticilerin bulunmadığını savunmaktadırlar. Bundan dolayı özellikle Sağlık Bakanlığının merkez teşkilatı ve diğer sosyal güvenlik mekanizmaları taşra teşkilatı ve sağlık hizmeti sunucularının yöneticilerini kalem bütçeler ile kontrol altına almaya çalışmaktadır. Kalem bütçeler sadece uygulama açısından pratik görünmekte aynı zamanda bazen verimliliği olumlu yönde etkileyebilmektedir. Kalem bütçeler gerçeğe uygun hazırlanırsa kaynakların israfı önenebilir. Kalem bütçeleme dahilinde personelin verimliliğini geliştirmek için performansa dayalı ücretlendirme ve ödüllendirmeye gidilebilir (Barnum vd., 1995: 5-6).

Hastanelerin yönetsel açıdan yeterli bilgi ve beceride olmaması ve kalite güvencesi uygulamalarında yaşadığı sıkıntılar genel bütçelerin başarı ile uygulanmasındaki önemli engeller arasında yer almaktadır. Çünkü genel bütçeler sağlık hizmeti sunucularına hizmet kalitelerini yükseltme noktasında zayıf özendiriciler sunmaktadır. Meslek birlikleri veya akreditasyon kurumları hastaneler başta olmak üzere sağlık kurumlarının kalite açısından uyması gereken standartları belirlemek durumundadır. Kalite için performans göstergeleri oluşturmanın zor olduğu da unutulmamalıdır. Genel bütçeden daha fazla pay almak için hastaneler sağlık hizmetleri kalitesini yükseltmek isteyebilir. Ancak sonuçta genel bütçeler kalite açısından zayıf özendiriciler sunmaktadır (Barnum vd., 1995: 6; Glaser, 1987: 43-44).

Genel bütçeler çoğunlukla diğer ödeme yöntemleri ile birlikte kullanılmaktadır. Ülke uygulamaları incelendiğinde genel bütçelerin çoğunlukla geleneksel harcama kalemlili bütçeleme (line-item budgets), KBÖ ve VBÖ yöntemleri ile birlikte uyumlaştırılarak kullanıldığı görülmektedir (Glaser, 1987: 44).

B) Hizmet Başına Ödeme Yöntemi (HBÖ)

HBÖ yöntemi, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde en çok kullanılan ödeme yöntemidir (Barnum vd., 1995: 6). Spesifik hizmetler başına ve ilaç veya tıbbi araç ve malzemeler (kulaklık, kalp pili vb.) kalemleri başına ödeme yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Hastanelere her bir tedavi aktivitesi ve sağlanan ürün başına ödeme

yapılmaktadır. Örneğin, bir hekime konsültasyon için ödeme yapılabilir, muayene için ödeme yapılabilir, benzer şekilde eczacıya ilaç kutusu başına, ilaç tableti başına veya ilacın katı, sıvı, gaz olmasına göre belli bir miktara göre ödeme yapılabilir. Bir hastaneye hasta tedavisi için (ameliyat, muayene, tahlil, yatak ücreti vb.) sağlık personeli tarafından sunulan tedavi aktiviteleri ve barınma, temizlik hizmeti başına ödeme yapılır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 154; Normand ve Weber, 1994: 60; Pinto ve Andersson, 2001: 15).

HBÖ yöntemi ile hastane doktorlar sağlık bakımının kalitesi ve üretimini artırmak için güçlü özendiricilere sahiptir. Böylelikle bir çok müşterinin tatmin olacağı şekilde daha çok hastayı tedavi ederek daha çok hizmet sunması olasıdır. (Chawla vd., 1997: 17; Pan American Health Organization, 1999: 16).

Hastanelere hizmet başına ödeme yapmanın olumsuz özendiricileri (Chawla vd., 1997: 17): (i) Hastaneler hizmetlerin hacminin gereken düzeyden daha fazla artırmak için çok güçlü finansal özendiricilere sahiptir, (ii) Hastaneler kendilerine talep yaratma konusunda güçlü özendiricilere sahiptir. Sağlık hizmetlerinin müşterileri sağlık ihtiyaçlarıyla ilgili kararlarını hizmet sunucusunun tavsiyelerine göre verme eğilimindedirler. Bundan dolayı hizmet sunucuları hizmet hacmini artırma yönünde özendiricilere sahip bu da hizmetlerin gereksiz kullanımına ve aşırı hizmet sunumuna neden olmaktadır, (iii) Sağlık hizmetlerinin gelir seviyesi yüksek yerleşim yerlerine kaymasını sağladığından, coğrafik ve sosyal adaletsizliklere neden olabilir, (iv) Sağlık hizmetlerinde yolsuzluğu artırabilir.

HBÖ yönteminin hastalar üzerine olumlu etkileri şunlardır (Chawla vd., 1997: 17; Pan American Organization, 1999: 16):

(i) Kompleks ve yoğun bakıma ihtiyacı olan hastaların tedaviden yoksun bırakılması söz konusu değildir, (ii) Hasta için doktorunun seçmek veya herhangi bir zamanda değiştirmek göreceli olarak basit ve açıktır.

HBÖ yönteminin hastalara olumsuz etkileri şunlardır (Chawla vd., 1997: 17; Ensorvd.,2003:4):

(i) Hasta için en büyük risk doktorun aşırı bakım ve gereksiz müdahalede bulunmasıdır. Hastalar için doktorun üstün tıp bilgisine güvenmek ve önerdiği bakım planını kabul etmek olağan bir durumdur, (ii) Koruyucu sağlık hizmetleri ve bakımın ikinci plana itilmesi söz konusu olabilir. Çünkü sağlık profesyonelleri genellikle teknoloji yoğun ve yüksek gelir getirici sağlık hizmeti kalemlerine yönelecektir.

Aslında HBÖ yöntemi, daha çok sağlık hizmeti kullanması veya ileri düzeyde teknoloji gerektiren sağlık hizmeti almayı kalite göstergesi olarak algılayan hastaların daha çok tatmin olmalarına neden olabilir. HBÖ yönteminde aşırı hizmet kullanımları gereksiz veya potansiyel olarak zararlı sağlık hizmetlerinin hastalara verilmesine neden olmuştur. 1981 yılında Brezilya'daki hastane doğumlarının % 31'i sezaryanlı doğum ile dünyanın en yüksek oranına ulaşmıştır. Bunun en önemli nedeni hekimlere

sezaryanlı doğum için daha yüksek ödemelerin yapılmaya başlanmasıdır. Gereksiz sezaryanlar anne sağlığını ve doğumları olumsuz yönde etkilemiştir. Özellikle sezaryanlı doğumlarda doğum sonrası enfeksiyonlarda, yeni doğan bebeklerin solunum rahatsızlıklarında ve genel anestezi kullanımından kaynaklanan anne ölümlerinde ciddi artışlar yaşanmıştır (World Bank 1993; Barnum vd., 1995: 10).

HBÖ yönteminin yönetsel maliyetleri yüksektir. Yapılan çalışmalar KBÖ yönetim maliyetlerinin, HBÖ yöntem maliyetlerinin yaklaşık üçte biri (1/3) düzeyinde olduğunu gözlemlemiştir. Ayrıntılı hizmet kalemlerine göre ödeme yapmak sunulan hizmetlerin miktar ve türlerinin kayıtlarının tutulmasını gerektirmektedir. Hasta faturaları ayrıntılı olarak hazırlanıp ödeme yapacak fon sahiplerine gönderilmektedir. Ayrıca ödeme kayıtlarının hem sunucu kurumlarda hem de ödeme yapan fon sahiplerinde saklanması gerekmektedir. Bütün bunlar için gerekli bilgi altyapısı, elektronik veri transferi, kurumlar arasında elektronik ağ bağlantıları gibi yönetsel kapasite artışları gerektirmektedir (Barnum vd., 1995: 11; Normand ve Weber, 1994: 61). Sağlık hizmeti sunucuları tarafından rapor edilen bilgi ve belgelerin doğruluğunu kontrol etmek için yeterli bir bilgi sistemi ve altyapısı olmalıdır (Barnum vd., 1995: 11).

HBÖ yöntemi, sağlık sistemi verimliliğini yükseltilmesinde başarılı olmasına rağmen, arzın talep yaratmasından dolayı sistemin gereksiz hizmet sunması sonucu sağlık hizmeti harcamalarının hızla artmasına neden olmaktadır (Langenbrunner ve Wiley, 2002: 154). Çin ve Kore gibi aşırı hizmet kullanımlarının kontrol altına alınmadığı ve üçüncü taraf ödeyicilerin sadece birer finansal aracı olarak kullanıldığı ülkelerde bu hızlı artışın üzerine gidilemeyebilir. Sağlık hizmetlerinden yararlananların hizmetlerin maliyetlerine katılmaları veya maliyet paylaşımları HBÖ yönteminin yukarıdaki olumsuzluklarını azaltabilir. Ancak Kore deneyimi maliyet paylaşım stratejisinin sağlık sunucularının yarattığı hizmet miktarını sınırlandırmada yeterli olamayacağını göstermiştir. Almanya ve diğer ülkelerde düzenlenmiş fiyat tarifeleri ile sağlık hizmeti sunucuları arasında rekabet sağlanarak hizmet kalitesinin yükseltilebilir (Barnum vd., 1995: 11).

C) Kişi Başına Ödeme (KBÖ) (Capitation)

KBÖ yönteminde, belirlenen hizmet paketindeki sağlık hizmeti giderleri finanse etmek için sigortalı her birey için belli bir dönemi kapsayan (genellikle yıllık) sabit bir miktarda ödeme hastanelere yapılmaktadır (Chavva vd., 1997: 10; Ensor vd., 2003: 4; Pinto ve Andersson, 2001: 20). KBÖ sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapanlara göre daha yüksek finansal risk getirmektedir. Bu durum sağlık hizmeti sunucuları üzerinde maliyet kontrolü ve sağlık hizmetlerinin sunulmasında maliyet-etkililiği sağlama konusunda baskı yaratmaktadır. KBÖ yöntemi sağlık hizmetleri için ödeme yapan kurum veya mekanizmaların maliyetlerini daha iyi analiz, kontrol ve tahmin etmelerine olanak sağlamaktadır (Barnum vd., 1995: 6-7; Telyukov, 2001: 11).

KBÖ yönteminde KBÖ miktarının belirlenmesinde kullanılan yaklaşım ve formülleri iyi seçmek gerekmektedir (Chawla vd., 1997: 10). Formüllerin oluşturulmasında epidemiyolojik ve demografik göstergeler yanında, sağlık sunucularının (hastanelerin) bakmakla yükümlü olduğu nüfusların sağlık ihtiyaçları, sağlık riskleri hakkında da yeterli veri olmalıdır. Aslında KBÖ genel bütçelerin bireysel (hasta başına bütçe) boyutu gibi düşünebilir (Barnum vd., 1995: 7).

KBÖ yöntemi, gelir ve harcamalar arasındaki farkı maksimize etmek için maliyet sınırlandırması yönünde hastanelere finansal özendirici sağlamaktadır. Bu finansal özendirici hastanelerin maliyetlerini kıstak için maliyet azaltıcı yeni tıbbi teknoloji ve tedavi yöntemlerine yönelmelerine neden olmaktadır. KBÖ yöntemi ayrıca sunucuların maliyetlerini azaltmak için düşük riskli hastaları tercih etmesine ve hizmet miktarı ile kalitesinde sınırlandırmaya gitmelerinde de önemli rol oynamaktadır. Sonuçta KBÖ yöntemlerinin yarattığı bütün özendiriciler pozitif değildir (Barnum vd., 1995: 7; Telyukov, 2001: 12).

KBÖ yöntemindeki risk seçimi, maliyet kontrolü ve kalite sınırlandırması sorunlarını çözmek için bazı öneriler getirilebilir. Bunlar (Barnum vd., 1995: 7):

(i) Belli sağlık hizmetlerinin KBÖ kapsamına alınması, (ii) tercih edilen risk seçimine göre uygulamalar ve düzenlemeler yapma, (iii) fon sahipleri veya sağlık hizmeti sunucularının üyelerini kayıtlarında esnek olmaları ve üye kayıtlarında rekabet yaratmadır.

KBÖ yöntemi kapsamındaki hizmetlerin kaynak kullanım modellerini olumlu yönde etkilemektedir. Eğer KBÖ temel veya birinci basamak sağlık hizmetleri için bu düzeydeki sağlık hizmeti sunucularına yapılacaksa, bu durumda birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ve küçük hastaneler maliyetleri azaltmak için hastalarını olabildiğince bir üst sağlık kurumuna veya hastanelere sevk etme yoluna gidebilir (Barnum vd., 1995:7).

Eğer KBÖ yönteminde hastanelerin kayıtlı hastalarını diğer sağlık kurumlarına sevk etmesi önlenebilirse veya minimum düzeyde tutulursa, belirlenen sağlık hizmetleri kapsamında verimlilik için daha çok özendirici elde edilmiş olur. Hastaneler maliyeti yüksek hastalıkların kısa sürede tedavisini mümkün kılacak kliniklerin oluşturulmasına yönelebilirler (Barnum vd., 1995: 7).

Fon sahipleri (sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık sigorta şirketleri vb.) tedavi maliyeti yüksek sağlık ve tıbbi hizmetler gerektiren bireyleri mümkün olduğunca kapsamlarına almayarak düşük risk grubundan üyeler kazanmak suretiyle maliyetlerini düşürme yoluna gitmektedirler (Chawla vd., 1997: 13). Eğer KBÖ'ler bireysel risklere göre ayarlanmazsa, fon sahipleri rekabetin gereği olarak tercih edilebilir risk gruplarından üye kazanmak (kaymağını sıyırmak-skimming-yani daha düşük maliyetle tedavi edilebilecek hastalık gruplarına sahip kişileri sisteme dahil etme yoluna gitmek) için yoğun bir çaba içine gireceklerdir. Bu eğilim sağlık hizmetlerinde

verimlilik, eşitlik ve etik açıdan negatif etkiler yaratmaktadır. Fon sahiplerinin yüksek maliyetli hastalık karmasına sahip üyeleri arttıkça, sağlık hizmetleri maliyetlerini karşılama riskleri de artmaktadır. Hastaların kronolojik olarak ihtiyaç duydukları sağlık bakımı veya hizmetini alamaması zamanla sağlık sigortasından ayrılmasına neden olmaktadır. Uygulamada yaşlılar başta olmak üzere kronik hastalığı olanların genellikle kamu sağlık sigortalılarına kapsama alındığı, buna karşılık özel sağlık sigorta şirketlerinin bu tür grupları kapsama pek almak istemediklerine tanık olunmaktadır (Barnum vd., 1995:8).

KBÖ mekanizmaları maliyetleri minimize etmek için hizmet sunucularına yetersiz hizmet sunmak veya hizmet kalitesinde azalmaya neden olma noktasında negatif özendiriciler yaratmaktadır. Fon sahipleri arasındaki rekabet doğru sağlık hizmeti paketlerini devreye soktukça, KBÖ yönteminin kalite üzerindeki olumsuz sonuçları azalacaktır. KBÖ yapılan sağlık hizmeti sunucuları arasındaki kalite farklılıkları her zaman sistematik olarak ölçülmemektedir. Rekabet ortamında sağlık hizmeti sunucuları gelir ve harcamalar arasındaki farkı yükseltmek için hasta tatminini artırılmasına önem vermektedir. Rekabet esasına dayalı KBÖ'ler özellikle sağlık hizmeti sunucularının (hastane, hekim, laboratuvar vb.) çok olduğu kentsel alanlarda daha çok uygulanmaktadır. Buna karşılık kırsal alanda sağlık hizmeti sunucularının az olması, rekabete dayalı KBÖ'ler açısından bir olumsuzluktur. İyi bilgilendirilmiş hastalara kendi sağlık hizmeti sunucusunu seçme hakkının tanınması kalite ve verimliliğe olumlu yönde yansımaktadır (Barnum vd., 1995: 8-9).

KBÖ yöntemi potansiyel olarak bütçe transferleri ödeme yöntemlerine (kalem bütçeler ve genel bütçeler) göre daha yüksek yönetim maliyeti gerektirmektedir. Diğer taraftan KBÖ yöntemi HBÖ ve VBÖ yöntemine göre çok kayıt tutmak gerektirmediğinden daha düşük yönetim maliyetine neden olmaktadır. Yüksek bir kaynak çevresinde KBÖ planlarının oluşturulmasında fon sahiplerinin sağlık hizmeti sunucularından beklediği yönetsel talepler dikkate alınmak zorundadır. Fon hastane sunucularının faaliyetlerini izlemek, hizmet sözleşmeleri yapmak için müzakereler yapmak ve KBÖ miktarını belirlemek gibi yönetsel sorumlulukları vardır (Chavla vd., 1997: 14). Bu yönetim maliyeti özel teşebbüsler tarafından karşılanabileceği gibi hükümet tarafından da karşılanabilir. KBÖ yöntemi hastalara çok az bir yönetsel maliyet sunmaktadır (Barnum vd., 1995: 9).

D) Vaka Başına Ödeme (VKÖ)

VBÖ yönteminde sağlık hizmeti sunucusuna hastalık veya vaka başına tüm hizmetler için önceden belirlenmiş miktarlara göre ödeme yapılmaktadır. Vaka ödeme yönteminin basit modelinde aynı tedavi süreçlerini gerektiren ve benzer miktarda kaynak kullanımı olan hastalık grupları için benzer vaka kategorilerine göre ödemeler yapılmaktadır (Glaser, 1987: 44). VBÖ yöntemi tek vaka başına değil de vaka gruplarına göre yapılacaksa, vakalar arasındaki homojenitenin ve eşit kaynak kullanımının

sağlanması gerekmektedir (Telyukov, 2001: 6). VBÖ sağlık hizmeti sunucularına daha çok sağlık hizmeti üretme ve sunma konusunda önemli özendiriciler sağlamaktadır. Arjantin, Macaristan, Brezilya ve Birleşik Devletler hastanelere ödeme yöntemi olarak çoğunlukla VBÖ yöntemini kullanmaktadırlar (Barnum vd., 1995: 11; Langenbrunner ve Wiley, 2002: 155).

Vaka başına maliyetlerin sınırlandırılması VBÖ'nin sağlık hizmeti sunucularına sağladığı en büyük özendiricidir. Vaka veya teşhis özelliklerine göre sonuçların/çıktıların ölçülmesi, hastanelere maliyetlerini minimize etmek ve kontrol altına almak için önemli avantajlar sağlamaktadır. Coulam ve Gaumer (1991) maliyet esaslı geri ödeme sisteminden vaka esaslı ödeme sistemine geçmekle birlikte, Medicare programının yataklı sağlık hizmeti harcamalarında azalmaların yaşandığını vurgulamaktadırlar. Birleşik Devletler'de TDG'da—teşhise dayalı gruplar— (diagnostic related groups-DRGs) yapılan değişikliklerle vaka başına kullanılan girdi miktarlarında ve ortalama yatış süresinde azalma sağlanmıştır. Ancak hasta günü başına kullanılan girdi miktarlarında yükselmeler yaşanmıştır (Coulam ve Gaumer 1991: 45-50; Barnum vd., 1995: 12).

VBÖ, hastanelerin tedavi maliyeti düşük vakalara daha çok ağırlık vermesine neden olabilir. Başka bir ifade ile sağlık hizmeti sunucuları VBÖ kategorisinde düşük maliyetli vakaların bakım ve tedavisine öncelik verebilir. Hastaneler ödeme miktarının maliyetlerden fazla olduğu garantili vakaların tedavisine yönelebilir (Chawla vd., 1997: 19). Brezilya'da VBÖ yönteminin bir sonucu olarak özel hastanelerin düşük maliyetli hastalıkların tedavisine ağırlık verdiği, buna karşılık kamu hastanelerinde daha komplike ve maliyeti yüksek hastalıkların tedavi edildiği vurgulanmaktadır (Barnum vd., 1995: 12).

Hastaneler VBÖ yönteminde gelirlerini artırmak için hastaları gerçek teşhisleri dışında ödeme seviyesi yüksek vakalardan fon sahiplerine bildirebilir. Örneğin, DRG esaslı ödemede yapılan değişikliklerle Medicare hastalarının karma raporlarda hastalık şiddetleri daha yüksek gösterilmeye başlanmıştır. Coulam ve Gaumer (1991), sağlık hizmeti sunucularının vaka kodlama hatalarında daha yüksek DRGs ağırlıklarını tesadüfen değil de daha çok sistematik olarak yapıldığını ortaya koymuştur (Coulam ve Gaumer 1991: 45-50; Barnum vd., 1995: 12).

VBÖ, vaka başına maliyetin azalması için sağlık hizmeti sunucularına önemli özendiriciler sağlarken, sağlık hizmetlerinin kalitesi konusunda da önemli endişelere neden olmaktadır. Fakat Birleşik Devletler'de yapılan araştırmalar, DRGs uygulamasına geçildikten sonra Medicare hastalarına sunulan sağlık hizmeti kalitesinde artışların olduğunu göstermektedir (Wiley, 1992: 119-123). Başlangıçta DRG esaslı ödeme sistemine geçişle birlikte vaka başına teşhise dayalı testler ve terapi aktivitelerinde azalma olduğunu, bunun sonucu olarak da sağlık bakım kalitesinin olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır (Barnum vd., 1995: 12; Coulam ve Gaumer 1991: 45-47).

VBÖ yönteminde vakalar detaylandırıldıkça, hem sağlık hizmeti sunucuları hem de ödeme yapan fon sahipleri için yönetim maliyetleri de önemli derecede artmaktadır. VBÖ yönteminde fon sahibi ödeyiciler ve hizmet sunucuları arasında sürekli veri akışı, ödemelerin takibi, vakaların çift taraflı kontrolü için yönetim bilgi sistemlerinin gerekli altyapısı oluşturulması gerekmektedir. Fon sahibi ödeyiciler veya hükümetin idari kurumu hasta protokollerindeki yönetim bilgisini artırmalı ve yeni teknoloji ve ilaçların durumuna göre VBÖ miktarlarını güncelleyici düzenlemeler getirmelidir. Periyodik aralıklarla VBÖ miktarlarının yeniden ayarlanması oldukça zor bir süreçtir. Bu işlem HBÖ yönteminde biraz daha kolaydır (Barnum vd., 1995: 13; Normand ve Weber, 1994: 66).

E) Günlük Ödeme (Daily Charge)

Günlük ödemeler hastanın tedavi uzunluğuna göre yapılmaktadır. Bu yöntem sadece hastane ödemelerinde kullanılmaktadır (Pinto ve Andersson, 2001: 12). Teorik olarak diğer bazı durumlarda da uygulanabilir. Örneğin, hastalara evlerinde uzun süreli hemşirelik hizmetlerinin sunulmasında hemşirelere günlük ödeme yapılabilir (Normand ve Weber, 1994 : 67).

Günlük ödeme hastaya verilen günlük hizmetlerin hepsini kapsamaktadır. Günlük ödemeler hastaya verilen tıbbi tedavi, ilaçlar, bandajlar, protezler, konaklama gibi unsurlara ait harcamaları kapsamaktadır (Pinto ve Andersson, 2001: 12-13). Günlük ödeme ücretleri sunucu (hastane) ile sağlık fonu arasındaki müzakerelerden sonra belirlenmektedir. Teorik olarak bir üniversite hastanesi ile bir kırsal alandaki küçük hastaneye yapılacak günlük ödeme arasında fark olması beklenmektedir (Normand ve Weber, 1994: 67).

Günlük ödeme yöntemi göreceli olarak kolaylıkla uygulanabilir. Personel, materyal ve yatırım gibi maliyetlerin göz önüne alınarak ödenebilir maliyetlerin ayrıntılı olarak açıklanması gerekmektedir. Genellikle bir yıllık süreç içinde hastanelerin birim hasta günü başına maliyetleri belirlenmelidir. Yıl içindeki hastane toplam maliyetinin toplam yatılan hasta günü sayısına bölümünden hasta günü başına yıllık maliyet elde edilmektedir (Normand ve Weber, 1994: 67).

Tablo : 1, makalede açıklanan hastane ödeme yöntemlerinin genel bir özeti sunmaktadır. Okuyucularda bütüncül bakış açısı sağlamak açısından temel hastane ödeme yöntemlerinin ödeme birimi, ileriye veya geriye dönük olması, genel bir tanımı, verimlilik, kalite, eşitlik, hastane yönetimi ve yönetim maliyetlerine etkisi ile finansal riskleri bütüncül bakış açısı ile sunulmaktadır.

Tablo : 1
Hastane Ödeme Yöntemlerinin Avantaj, Dezavantaj, 1- inansal Riskleri

Ödeme yöntemi	Ödeme birimi	İleriye veya geriye dönüşü	Tanım	Ayanla/arı	Dezavantajları	Finansal risk
Harcama kalemleri bütçe (litte-item budgets)	Genellikle yıl esasına dayalı fonksiyonel bütçe kategorileri	İkisinden birisi	Bütçe spesifik kaynaklar veya fonksiyonlara göre genellikle yıllık dağıtılır. Bütçe kategorileri maaşlar, ilaç, tıbbi malzeme, isınma, haberleşme, yakıt, yiyecek, yönetim vb. kalemlerden oluşur.	-Göreceli olarak basit	-Kaynak kullanımında az esneklik -Bütçe fazlasını harcama yönetimi. Çünkü geçmiş yıl harcamaları temel alındığından bütçede azalmasını önlemek için bütçe fazlası gereksiz yere de harcanabilir. -Bütçe çok düşük tutulursa hizmetlerde sınırlandırma -Kompleks vakalarda bütçe baskısından dolayı başka yere hastalanı sevk etme	Sunucuya ve ödeyici için düşük finansal risk sağlar.
Genci (global) bütçe	Sağlık kurumu: hastane, klinik, sağlık merkezi, dispensar vb.	İleriye dönük	Belli bir süre için kapsamlı dakilere toplam sabit ödeme. Bazen dönem sonunda bazı düzeltmeler yapılabilir. Farklı formüllerden yararlanılır: geçmiş yılların bütçeleri, kullanım araştırmaları, yaş ve cinsiyet gibi değişkenlere göre KBÖ'ler	-Kaynak kullanımında esneklik -Kompleks vakalar için genel formüllerdeki vaka karması düzeltmeleri bütçe miktardan ile bağlantılı olabilir. Özel nüfus gruplarının (çocuklar, yaşlılar vb.) ödemeleri içinde düzeltme yapılabilir. -Farklı departmanlarda kaynakların verimli ve etkili kullanıma olanak sağlar.	-Bütçe çok düşük tutulursa hizmetlerde sınırlandırma -Kompleks vakalarda bütçe baskısından dolayı başka yere hastaları sevk etme -Piyasadaki eğilim yerine daha çok yapay harcamalar -Genellikle harcamalarla performans göstergeleri arasında ilişki yoktur (örneğin hasta sayısı, kalite, vaka karması- case mix) -Genel bütçe çok sınırlı sağlık hizmetini kapsama alırsa, bu durumda sağlık sunucularını hastaların genellikle başka kurumlara sevk ederek maliyetlerini düşürmeye çalışır.	Sunucuya yüksek risk, ödeyiciye düşük finansal risk sağlar.
Kişi Başı Ödeme- KBÖ (Capitation)	Yıllık kişi başına	İleriye dönük	Her bir kayıtlı hasta için sağlık hizmeti sunucusuna sabit bir ödeme yapılır. Ödeme belli bir zaman diliminde tanımlanan hizmet paketindeki maliyetleri kapsar. Bazı durumlarda sorumlu hizmet sunucu kendisinin sunmadığı hizmeti başka sunuculardan satın alabilir.	-Kaynak kullanımında esneklik -Daha fazla hizmet fayda paketi kapsamına alınabilir. -Kaynaklar hizmet verilen nüfus ve sağlık ihtiyaçları ile yakından ilişkilidir -Özel nüfus grupları için KBÖ' debazı düzenlemeler yapılabilir	-Hizmet sunucular maliyetleri kontrol altına almak için kaliteden ödün verebilir -KBÖ çok düşük olursa hizmet sınırlanmış olabilir -KBÖ hizmet sunucuların sağlıklı hastalan kapsadannan almalanna neden olur. Yani tedavi gideri düşük hastalıklara yönelirler -Hastaların sağlık hizmeti sunucusunu seçim şansı azdır	Sunucuya yüksek risk, ödeyiciye düşük finansal risk sağlar.
Vaka esaslı ödeme- VBÖ	Vaka başına	İleriye dönük	Belli bir hastalık veya vaka için tüm hizmetleri kapsayan sabit bir ödeme yapılır. Hasta sınıflandırma sistemleri (örneğin Teşhise Dayalı Gruplar- diagnosis related groups -DRGs) hastalan teşhis veya yapılan prosedüre göre sınıflandırılmaktadır. Çoğunlukla yatan hastalar için sınıflandırma vardır- Poliklinik hastalan için de sınıflandırmalar geliştirilmektedir.	-Kaynak kullanımında esneklik -Hasta sınıflandırma sistemi ile performans izleme ve değerlendirme kolaylaşabilir.	-Hastaneler gelirlerini artırmak için daha çok vakayı tedavi ettiklerini beyan edebilir. (Örneğin gereksiz yatışlar yapabilir, bazen de bir hastayı iki kez yatmış gösterebilir).	Sunucuya ve ödeyiciye orta düzeyde finansal risk sağlar
Diem (kalem) başına	Farklı hastane departmanları için gün başına	İleriye dönük	Bir hasta günü boyunca sağlanan bütün hizmet maliyetlerinin toplamı miktarında ödeme.	-Kaynak kullanımında esneklik	-Hasta günü başına ödeme kompleks vakalarda hastaların daha çok yatmasını sağlar. -Hastane gelirlerini artırmak için yatılan hasta günü sayısını yüksek gösterme eğiliminde olabilir.	Sunucuya düşük risk, ödeyiciye yüksek finansal risk sağlar
Hizmet Başı Ödeme- HBÖ	Hizmet birimi başına ödeme	Geriye dönük	Farklı hizmet kalemleri için ayrı ayrı ödemeler. Örneğin, ilaçlar, konsültasyon, testler vb. için ayrı ödemeler.	-Kaynak kullanımında esneklik -Ödeme verilmesi gereken hizmetle doğrudan ilişkilidir.	-Gereksiz hizmet sunumu veya aşın hizmet kullanımı söz konusu olabilir. -Hizmet sunucu gelirini artırmak için sağlanan hizmetlerin sayısını artırma eğilimindedir. Hastaya gereksiz ilave hizmet sağlayabilir. -Hizmet sunucu her tıbbi hizmet için fatura ve kayıt yapmak zorundadır.	Sunucuya düşük risk. Ödeyiciye yüksek finansal risk sağlar

II) TÜRKİYE HASTANE SEKTÖRÜNDE ÖDEME MEKANİZMALARI

Türkiye hastane sektöründe ödeme yöntemi olarak hizmet başı ödeme ve harcama kalemleri bütçe esas alınmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinde genel bütçe (katma bütçe üniversite hastanelerinde) ve döner sermaye olmak üzere iki ana finansman kaynağı vardır. MSB (Milli Savunma Bakanlığı) hastanelerinde ise Bakanlık kanalıyla genel bütçeden aktarılan ödenekler temel finansman kaynağıdır. Buna ilave olarak kurum dışı bireylere sunulan hizmetler karşılığında elde edilen döner sermaye gelirleri de bir finansman kaynağı olarak değerlendirilebilir. Genel bütçe veya katma bütçe ödeneklerinde harcama kalemleri bütçeleme esaslarına göre gerekli kaynak aktarımı devlet bütçesinden yapılmaktadır. Döner sermaye gelirlerini ise üçüncü taraf ödeyiciler dediğimiz sosyal güvenlik kurumları, bakanlıklar, diğer kamu ve kurumları tarafından hastalar için yapılan tedavi ödemeleri oluşturmaktadır. Dolayısı ile Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri döner sermaye işletmelerine ödemeler hastalar hizmeti aldıktan sonra ilgili kurum ve kuruluşlar tarafından hizmet başı ödeme esasına göre yapılmaktadır. Türkiye hastane sektöründe ödeme yöntemlerinin omurgasını hizmet başı ödeme ve harcama kalemleri bütçeler oluşturmasına rağmen, sektörde değişik uygulamalarda göze çarpmaktadır. Paket anlaşmalar ile vaka başı ödeme yöntemine geçme çalışmaları basit düzeyde sürdürülmektedir. Aşağıdaki kısımda kamu ve özel sektör açısından ödemeler ele alındıktan sonra, son dönemdeki yeni uygulamalar kısaca tanıtılmaktadır.

Türkiye'de hastanelere ödemeler sigorta kurumları tarafından (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu, yardım sandıkları, özel sigorta şirketleri), devlet memurlarının çalıştığı kurumlar tarafından (bakanlıklar, kamu iktisadi kuruluşları, kamu bankaları, üst kurullar vb.), doğrudan hükümet tarafından (65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki 2022 sayılı Kanun kapsamındaki, Yeşil Kart kapsamındaki hastalar) veya hastalar tarafından yapılmaktadır. SSK ve Bağ-Kur üyelerinin özel hastane sektöründen aldığı hizmetler için önceden kabul edilen sözleşmelere (paket anlaşmalara) göre ödeme yapılmaktadır (WHO, 1996b: 28). İleride değinileceği gibi SSK ve Bağ-Kur üyeleri de ortak kullanım genelgesiyle SB hastanelerinden yararlanmaya başlamışlardır.

A) Kamu Hastaneleri

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin gelirlerinin yaklaşık üçte birini (1/3) üçüncü taraflardan sağlamaktadır. Döner sermaye gelirleri kamu hastanelerinde önemli bir finansman kaynağı haline gelmiştir. Sosyal güvenlik kapsamında olan bireyler adına yapılan ödemeler (devlet memurlarının tabi olduğu devlet kurumları, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, gibi sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık sigortaları ve Yeşil Kart) ve doğrudan şahıs ödemeleri temel döner sermaye gelir kaynağıdır. (Savaş vd., 2002: 90; WHO, 1996b: 28; World Bank, 2003: 72, 75). Sağlık Bakanlığı hastaneleri başta

sosyal güvenlik kurumları olmak üzere tüm kamu kurum ve kuruluşlarına sunduğu sağlık hizmetlerinin karşılığını hizmet başı ödeme prensibine göre döner sermayelerine gelir olarak kaydetmektedir.

Türkiye kamu hastane sektöründe hizmet başı ödemeler için esas alınacak hizmet fiyat tarifesi Sağlık Bakanlığı'nca önerilip Maliye Bakanlığı'nca belirlenmektedir. Başka bir ifade ile M.S.B. ve özel hastaneler dışında kalan, genel ve katma bütçeli daireler, Özel İdare ve Belediyeler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri, diğer kamu kurum ve kuruluşlarına bağlı yataklı tedavi kurumlarında ve sağlık işletmelerinde uygulanacak; muayene, tetkik, tahlil, müdahale, ameliyat ve tedavilere ait tek fiyat tarifesi, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3-c maddesi uyarınca Sağlık Bakanlığınca belirlenmektedir. Bu maddeye göre; "Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi Sağlık Bakanlığınca düzenlenir. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri Sağlık Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık Bakanlığınca tespit ve ilan edilir" şeklinde düzenlenmiştir (Resmi Gazete, 1987).

Sağlık Bakanlığı hastanelerine göre üniversite hastanelerinde sunulan hizmetlerde rasyonel Uyarandırma politikası izlendiğinden döner sermaye gelirleri oldukça yüksektir. Döner sermaye gelirlerinden çalışanlara prim ödemeleri, sözleşmeli personel maaşları, tıbbi teçhizat, malzeme ve sarf malzeme alımları ile rutin işletme maliyetleri karşılanmaktadır (Savaş vd., 2002: 91).

SSK sağlık hizmetleri temelde işçi ve işverenin ödedikleri prim gelirlerinden finanse edilmektedir. Emeklilik ve sağlık sigortası katkıları tek bir sistemde toplanmakta, SSK hesaplarında sağlık sigortası katkıları ve sağlık harcamaları ayrı tutulmaktadır. SSK sağlık tesislerinden yararlanan kurama üye olmayanların yaptıkları ödemeler ile sigortalı ve bakmakla yükümlü olduklarının ilaç bedeline katımlarından elde edilen gelirler de SSK hastanelerinde bir finansman kaynağıdır. SSK, hastanelerine kaynakları Sağlık Bakanlığında olduğu gibi merkezi anlayışla dağıtmaktadır (Savaş vd., 2002: 91). SSK hastanelerinden Bağ-Kur hastaları da yararlanmaktadır. Bağ-Kur, SSK hastanelerine üyeleri sağlık hizmetini kullandıktan sonra hizmet başı ödeme yapmaktadır.

Kamu hastane işletmeciliğinde hastanelere yapılan ödemelerin çok büyük bir çoğunluğu devlet alacaklarından oluşmakta olup, alacakların tahsilatı da bu konuda yapılan yasal düzenlemelere göre gerçekleşmektedir. Aşağıda kamu hastane sektöründeki hizmet karşılığı ödemelerde esas alınan bazı yasal düzenlemeler özetlenmektedir (Akar, 1997:41; Aksakal vd., 2002:281-283).

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun "Tedavi Masraflarının Tahsili" ile ilgili hükümlerine göre: sağlık işletmelerinde koruyucu sağlık hizmetleri dışındaki hizmetlerin ücretli olduğu belirtilmekte ve kurumlara tahakkuk ettirilen masrafların kurumlara herhangi bir kesintiye tabi tutulmaksızın ve ödeme emri beklenilmeksizin ivedilikle ödenilmesi gerektiği belirtilmektedir.

Her yıl Resmi Gazete'de yayımlanan tedavi yardımına ilişkin Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı kamu hastanelerine hizmet karşılığı yapılan ödemeler için yasal zemini oluşturmaktadır.

Ayrıca Maliye Bakanlığı çeşitli tarihlerde yayınlamış olduğu tebliğlerde de hastane ödemelerinin ödeme emri beklenmeksizin ödenmesine vurgu yapılmaktadır. Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık İşletmelerinin Yönetimi ile Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'nde sağlık hizmetleri temel kanuna atıfta bulunularak; tedavi masraflarının ilgili kurum tarafından herhangi bir kısıtlamaya tabi tutulmaksızın, öncelik ve ivedilikle ödeme emri beklenmeksizin ödenmesi gerektiği belirtilmektedir. 6183 sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkındaki Kanun'la kamu alacaklarının tahsilinde izlenecek yollar belirtilmektedir.

B) Özel Hastaneler

Türkiye'de özel hastane sektörüne hizmet karşılığı ödemelerde kamu sektöründe olduğu gibi hizmet başı ödeme esas alınmaktadır. Ancak son zamanlarda sosyal güvenlik kurumlarının özel hastanelerle bazı hastalık grupları için (kardiyovasküler hastalıklar, hemodiyaliz vb.) paket anlaşmalar yaparak, özel hastanelere paket fiyatlar üzerinden ödeme yaptıkları göze çarpmaktadır.

III) TÜRKİYE'DEKİ HASTANE ÖDEMELERİNDE YENİ UYGULAMALAR

Bu bölümde paket fiyat uygulaması, Emekli Sandığı tedavi kontrol sistemi, devlet memurlarının özel hastanelerden faydalanması gibi güncel uygulamalar kısaca açıklanmaktadır.

A) Paket Fiyat Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı'na göre paket fiyat uygulamasının gerekçeleri şu şekilde açıklanmaktadır: "Bakanlığa ait hastanelerden sağlık hizmeti alan sosyal güvenlik kuruluşlarına tahakkuk ettirilen tedavi faturaları, abartılı olduğu ve gerçeği yansıtmadığı gerekçesiyle ilgili mevzuatta öngörülen ödeme süreleri içerisinde ödenmeyerek iade edilmekte veya önemli miktarlarda kesinti yapılarak ödenmektedir. Bu durum sağlık hizmeti üreten ve birçok giderini kendi döner sermaye imkanları ile karşılamak durumunda bulunan hastaneleri finansal kaynak sıkıntısıyla karşı karşıya bırakmakta, sunulan hizmet kalitesini ve maliyet etkililiğini olumsuz yönde etkilemekte, hizmeti satın alan ve hizmet sunan kurumlar arasında ihtilaflara sebebiyet vermektedir. Bu sorunlara çözüm getirmek amacıyla 12.09.2003 tarihli ve 8528 sayılı Bakanlık Oluru uyarınca sağlık hizmetlerinde tanıya dayalı paket tedavi uygulamasına geçilmesi uygun görülmüştür" (<http://www.saglik.gov.tr>, 2003).

Paket fiyat uygulamasında esas alınan fiyatlar ise daha önceden Emekli Sandığı Genel Müdürlüğüne KVC/Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Göz ve Hemodiyaliz branşlarında seçilmiş hizmetler için belirlenmiş ve halen uygulanmakta olan paket fiyat

tarifelerinin, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında 01.09.2003-31.12.2003 tarihleri arasında geçerli olmak üzere, Emekli Sandığı mensuplarına ve Bakanlığımız ile Bağ-Kur Genel Müdürlüğü arasında imzalanan 01.05.2003 tarihli protokolün 7. Maddesi hükmü uyarınca Bağ-Kur sigortalılarına indirimli olarak uygulanmasına başlanmış bulunmaktadır (<http://www.saglik.gov.tr>, 2003).

Sağlık Bakanlığı, bu kapsamda, öncelikle göz hastalıkları ve kadın doğum branşlarında belirlenen paket fiyatların yanı sıra; KVC/Kardiyoloji, Genel Cerrahi, Hemodiyaliz branşlarında seçilmiş hizmetler için de paket fiyatları tespit etmiştir. Paket fiyatlar, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında kullanılması gerekli tıbbi ve cerrahi tüm sarf malzemelerini, anestezi dahil ilaç, ameliyat öncesi ve sonrası tetkik, tahlil, ameliyat, anestezi ve yatak ücreti dahil tüm giderleri kapsamaktadır. İlgili hasta veya kurumdan, hiçbir isim altında ayrıca ücret talep edilemeyecektir (<http://www.saglik.gov.tr>, 2003).

Paket fiyat uygulamaları ülkemizde sadece belli hastalık gruplarında uygulanmaktadır. Uygulanmakta olan paket fiyatlardaki ücretlerin gerçek maliyetleri yansıtmadığı konusunda hizmet sunucularından (özellikle üniversite hastanelerinden) eleştiriler gelmektedir. Üniversite hastaneleri, özellikle tedavi maliyeti yüksek hastalıkların tedavisiyle uğraştığından paket fiyatlarda tespit edilen ücretlerin kendi standartlarındaki tedavi maliyetlerini karşılamaktan uzak olduğunu dile getirmektedirler. SSK'nın Nisan 2004'te uygulamaya soktuğu protokoldeki tedavi fiyatlarını ve diğer kriterleri kabul etmediklerinden bu protokolü bazı üniversite hastaneleri imzalamamışlardır.

Paket fiyat sisteminin uygulamaya sokulmasıyla hastane ödemeleri açısından fatura işlemlerindeki iş yükü ve ihtilafların azalacağı varsayılmaktadır.

B) Emekli Sandığı Tedavi Kontrol Sistemi

Bütçe uygulama talimatına göre yapılmış ve Avrupa standartlarında kodlandırılmış bir modül olan programda amaç teşhis, tanı ve tedavinin ortak yapı üzerine getirilmesi ve yapılacakların belirlenmesi olarak amaçlanmaktadır. Sisteme göre bir doktor sadece kendi uzmanlığıyla ilgili bir teşhis koyabilmekte ve sadece bu teşhise göre bir tahlil, ilaç ya da tedavi önerebilmektedir. Sistemde bütün ilaçlar kodlandırılmakta ve dosyası tamamlanan işlemler fatura için Emekli Sandığı'na yollanmakta, kurumda otomatik olarak bilgisayar kayıtlarına geçerek ödeme izni vermektedir. Hastaneler bu sistem öncesinde ödemeleri 45 gün ila 3 ay içinde tahsil edebilirken, bu sistem ile ödeme sürelerinin 5-10 güne düşeceği belirtilmektedir (<http://www.iekd.org.tr>, 2003).

Tablo : 2'de kamu hastane sektöründe hasta faturalarının tahsilatında yaşanan sorunlar dört ana başlık altında özetlenerek tablolaştırılmıştır. Sağlık kurumunun kendisinden, ödeme yapan taraflardan, yasal düzenlemelerden ve paket fiyat uygulamalarından kaynaklanan sorunlar ayrıntılı alt başlıklarıyla birlikte tabloda yer almaktadır.

Tablo : 2**Kamu Hastanelerinin Tedavi Faturalarının Tahsilinde Yaşanan Sorunlar**

<i>Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Sorunlar</i>	<i>Hasta Faturasını Ödeyen Kuruluşlardan Kaynaklanan Sorunlar</i>	<i>Paket Program Uygulaması Nedeniyle Yaşanan Sorunlar</i>	<i>Mevzuattan Kaynaklanan Sorunlar</i>
- Yatan hastalarda epikriz ve human albumin için reçete gönderilmesi,	- Alerji deri testleri için rapor eklenmesinin istenmesi,	- Sözleşme fiyat ve uygulamalarının tek taradı olarak (SSK ve Emekli Sandığı tarafından) <u>belirlenmesi.</u>	- Birden fazla muayene ve tetkik bedeli tahakkuk ettirilmesi.
- Faturada yapılan tedavi tarihleri ile, hastanın paket program faturası tarihinin çelişmesi,	- Diyaliz hastaları için sağlık kurulu raporu istenmesi,	- Paket kapsamındaki hastaların teşhis ve tedavisinde kullanılan özellikli sarf malzemelerinin (kalp kapağı, stent vb) satış fiyatlarıyla ilgili <u>yaşanan sorunlar.</u>	- Malzemelerde protokol fiyatları ile faturalarda yazılı fiyatlar arasında fark bulunması.
- Ameliyat raporu olmaması, MR, CT çekim sonuçları olmaması, Yatak fiyat farkı bulunması,	- Faturalarda yazılı işlemlerin daha anlaşılır olması için detaylı rapor veya epikriz istenmesi,	- Paket ücret tespit edilirken bütün vakaların standart olarak kabul edilmesi, komplikasyonlu ve yüksek maliyetli vakaların <u>değerlendirmeye tabi tutulması.</u>	- Bütçe Uygulama Talimatı'ndayer almayan tetkik ve hizmetlerin faturada yer alması.
- Rapor ile fatura arasında uyumsuzluk olması,	- Faturaların yıl sonuna gelmesi ve yeni yılda düzenlenmesinin istenmesi.	- Sözleşme fiyatlarının zamanında yayınlanmaması	- Resmi kurumların (SSK, ES) faturalarda yer alan işlem ve malzemeleri abartılı veya uygun olmadığını belirterek kesinti <u>yapmaları.</u>
- Faturaların yanlış kurumlara gitmesi.	- Fatura içeriğinin anlaşılmadığının bildirilmesi,		- Yeşil kart ve SSK hastalarının sevk öncesi giderlerin ödenmek <u>istenmemesi.</u>
- Faturaların ekinde bulunan hasta sevk kağıtlarında eksik işlem olması (imza, <u>mühür, kaşe).</u>	- Yeterli ödenek olmaması.		- Ücret tarifesinin mali yıl başlangıcında yayınlanmaması.
- Bütçe uygulama talimatında yazılı ilkelere uyulmaması,	- Yeşil kart şevki olan hastaların faturalarına kullanılan malzemenin faturasının eklenmesinin istenmesi.		- Vergi usul kanunu gereke gösterilerek, yapılan hizmetin bitim veya teslim tarihinden itibaren 10 gün içerisinde fatura edilmesinin istenmesi (fatura haline getirilmesi kayıt sisteminin yetersizliği nedeniyle belirlenen sürede <u>yapılamamaktadır).</u>
- Hastanın faturaya itiraz etmesi.	- Tedavi faturalarının tek tek gönderildiği <u>gerçekçe- siyle işleme konulmaması.</u>		
- Hastanın sevk amaçından farklı işlemlerin de faturada <u>yer</u> alması.			

Kaynak: Aksakal vd., 2002:283-284'den uyarlanmıştır.

SONUÇLAR

Bu makalede öncelikle teorik olarak hastane ödeme yöntemleri açıklanmaya çalışılmış, daha sonra ise ülkemizdeki hastane ödeme yöntemleri yeni uygulamalar, yasal düzenlemeler ve karşılaşılan sorunlar açısından ele alınmıştır. Ülkeler değişik ödeme yöntemlerinden bir kaçını bir arada kullanmaktadır. Düşük gelirli ülkeler için kompleks hizmet başına ödeme ve vaka başına ödeme uygun değildir. Çünkü gelişmekte olan ülkelerde organize bir bilgi sistemi ve yönetim anlayışı olmadığından ciddi sorunlar yaşanacaktır. Bundan dolayı az gelişmiş ülkelerde güçlü genel bütçeler veya kişi başına ödemeler daha uygundur.

Her ülke kendi sağlık sisteminin örgütlenme biçimi ve özelliklerine göre uygulanacak yöntemi belirlemeli ve bunu da zaman içinde değişen şartlara adapte edebilmelidir. Hizmetlerin dengeli dağılımını, etkili hastane hizmetlerini garanti eden ve hastaların talep ve ihtiyaçlarına önem veren ideal bir ödeme yöntemi bulunmamaktadır (Tatar, 2001: 16). Hangi ödeme yönteminin tercih edilmesi gerektiği, sağlık yönetim sisteminin hazırlığı, kurumsal desteğin mevcudiyeti, yönetim ve bilgi sistemlerinin varlığı ve gelişimi ve devletin sağlık sektörü ile ilgili kısa ve uzun vadeli planları gibi bir çok faktörün etkisi altındadır.

Türkiye'de hastane ödemelerinde harcama kelemlili bütçeleme ve hizmet başı ödeme yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Basit düzeyde başlatılan birkaç hastalık grubu için uygulanmakta olan paket fiyat uygulamasının yaygınlaştırılması gerekmektedir. Uygulanmaya konulan paket fiyat uygulamaları basit düzeyde vaka başına ödeme yöntemi olarak nitelendirilebilir. Bu yöntemin daha fazla hastalık grubunda uygulanabilmesi için gerekli veri, bilgi ve teknolojik alt yapının kurulması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- AKAR, Çetin. (1997), *Finansal Yönetim Politikaları:Hastanelerin Mali Yönetimi Ders Notları*, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu, Ankara.
- AKSAKAL, Cevat; ÇALIK, Mehmet; YİĞİT, Vahit; CEYLAN, Özer; DİLEKÇİ, Şeref ve DİNÇER, Tefik. (2002), "Kamu Hastane İşletmelerinde Alacak Yönetiminde Sorunlar", 5. *Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyum Kitabı*, T.C. Osmangazi Üniversitesi Yayınları, 16-19 Ekim 2002, Eskişehir, ss. 280-286.
- BARNUM, Howard; KUTZIN, Joesph ve SAXENIAN, Helen. (1995), "Incentives and Provider Payment Methods", *IWorld Bank HRO tWorking Papers*, HROWP 51, USA.
- CHAWLA, Mukesh; WINDAK, Adam; BERMAN, Peter ve KULİS, Marzena. (1997), "Paying the Doctors: Review of Different Methods", *Harvard School of Public Health, Data far Decision Making Project*, Boston, USA.

- COULAM, Robert; GAUMER, Gary. (1991), "Medicare's Prospective Payment Systems: A Critical Appraisal", *Health Care Financing Review*, 1991 Annual Supplement, ss. 45-77.
- DONALDSON, Cam; GERARD, Karen. (1992), *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*, The Macmillan Press Ltd., London.
- ENSOR, Tim; WITTER, Sophie ve SHEIMAN, Igor. (2003), "Methods of Payment to Medical Care Providers", *An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and Countries of the Former Soviet Union*, (der. Tim Ensor, Sophie Witter), <http://www.york.ac.uk/inst/che/internat.htm> (10.10.2003).
- GETZEN, Thomas. (1997), *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*, John Wiley and Sons Inc., New York.
- GLASER, William. (1987), *Paying The Hospital: The Organization, Dynamics. And Efficiency of Differing Financial Arrangements*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco - London.
- <http://wHiv.eW.o'g.r'/haberler/emekli/emekli.htm> 12.12.2003).
- <http://vwwH'.5ag//tgov.rr/sb/default.asp?savfa=aramadetav&id=501&kelime=paket%20fiyat&page=>
(12.12.2003).
- ISOKOVA, Luduila ve SHEIMAN, Igor. (1999), *Guidelines for Selection and Structuring of Health Care Provider Payment System for the International Mandatory Health Insurance*. Developed under the MHI Studies Plan of the Federal MHI Fund, Russia.
- LANGENBRUNNER, John ve WILEY, Miriam. (2002), "Hospital Payment Mechanisms: Theory And Practice In Transition Countries", *Hospital in a Changing Europe*, (der. Martin McKee, Judith Healy), Open University Press, Buckingham, ss. 150-176.
- MACEIRA, Daniel. (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.
- NORMAND, Charles ve WEBER, Axel (1994), *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning* World Health Organization. WHG7SHS/94.3.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. (1999), *Final Report: Regional Forum On Provider Payment Mechanisms*. Pan American Health Organization, LAC HSR Health Sector Reform Initiative, Lima, Peru.
- PHELPS, Charles. (1992), *Health Economics*. Harper Collins Publishers Inc., New York.
- PINTO, Matilde ve ANDERSON, Bernt. (2001), *Paying Health Care Providers in the Caribbean*. Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization, Washington, D.C.
- RESMİ GAZETE. (1987), *Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu*, Kanun No: 3359, Resmi Gazete, 7 Mayıs 1987 tarih, 19461 mükerrer sayı, Ankara.
- SALTMAN, Richard ve FIGUREAS, Joseph. (1998), *Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi*, (çev.) Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

- SAVAŞ, Serdar; KARAHAN, Ömer ve SAKA, Ömer. (2002), *Health Care Systems in Transition: Turkey*, European Observatory On Health Care Systems, Copenhagen.
- TATAR, Mehtap. (2001), "Sağlık Hizmeti Sunan Profesyonellere Ödeme Yöntemleri", *Sağlık ve Toplum*, Yıl:11, Sayı:4, ss.8-16.
- TELYUKOV, Alexander. (2001), *Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America*, Abt Associates Inc., Latin America Countries Research Health Sector Reform Initiative.
- WHO. (1993), *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*, A Report of a WHO Study Group, World Health Organization, Geneva.
- WHO. (1996a), *European Health Care Reforms*, Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen.
- WHO. (1996b), *Health Care Systems in Transition: Turkey*, World Health Organization Regional Office For Europe Copenhagen, Geneva.
- WILEY, Miriam (1992), "Hospital Financing Reform and Case Mix Measurement: An International Review", *Health Care Financing Review*, Vol. 13, No: 4, ss. 119-133.
- WORLD BANK. (1993), *The Organization Delivery and Financing of Health Care in Brazil*. Report, Washington, D.C.'dan aktaran Barnum, Howard; Kutzin, Joseph and Saxenian, Helen (March 1995), *Incentives and Provider Payment Methods*, World Bank Human Resources Development Operations Policy, HRO Working Papers, HROWP 51.
- WORLD BANK. (2003), *Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency*, Volume II: Background Papers, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region.
- WOUTERS, Annemarie. (1999), *Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery*, Partnerships for Health Reform (PHR) Primer For Policymakers.