

Derleme / Review Article

Türkiye’de farklı hastane türleri ve ödeyiciler arasındaki ilişkinin incelenmesi: Bir derleme çalışması

An examination of the relationship between different types of hospitals and payers in Turkey: A review study

Ahmet Genç¹, Berfin Kesiroğlu²

¹ İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, ahmetgenc@aydin.edu.tr, 0000-0001-8381-1164

² İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, berfinkesiroglu@stu.aydin.edu.tr 0009-0007-2349-8285

ÖZ

Bu derleme çalışması, sağlık sisteminin verimliliği, erişilebilirliği ve mali sürdürülebilirliği üzerindeki rollerine odaklanarak Türkiye’deki farklı hastane türleri ve ödeyiciler arasındaki karmaşık ilişkiyi incelemektedir. Anayasa ile güvence altına alınmış temel haklardan birisi de sağlık hizmeti alma hakkıdır. Arz tarafında hakkaniyetli hizmet sunumunu sağlamak için ise sağlam finansman modelleri gerekir. Hastane-ödeyici etkileşimi, sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve erişilebilirliği üzerinde doğrudan etkili olmaktadır. Bu çalışma, mülkiyet, hizmet türü ve diğer kriterlere dayalı hastane sınıflandırmalarının yanı sıra kamu kurumları, özel sigorta şirketleri ve cepten ödemeler de dâhil olmak üzere çeşitli ödeyicilerin rollerini incelemektedir. Ayrıca, hastane-ödeyici dinamikleri çerçevesinde fiyatlandırma stratejileri, maliyet yönetimi teknikleri, Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Teşhis İlişkili Gruplar gibi hükümet politikalarının da etkileri araştırılmıştır. Bulgular, hastaneler ve ödeyiciler arasındaki etkili işbirliğinin, kaynak tahsisi ve sağlık sistemi performansı üzerinde etkileri olan hizmet kalitesi ve maliyet kontrolünü dengelemek için çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Çalışma, Türkiye’de sağlık hizmeti sunumunu ve finansal sürdürülebilirliği geliştirmek için bu ilişkilerin sürekli olarak değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi gerektiğinin altını çizmektedir.

ABSTRACT

This review examines the complex relationship between different types of hospitals and payers in Türkiye, focusing on their role in the efficiency, accessibility and financial sustainability of the health system. One of the fundamental rights guaranteed by the Constitution is the right to health care. Ensuring equitable service delivery on the supply side requires sound financing models. The hospital-payer interaction has a direct impact on the quality, cost and accessibility of health services. This paper examines hospital classifications based on ownership, type of service and other criteria, as well as the roles of various payers, including government agencies, private insurance companies and out-of-pocket payments. It also explores the effects of pricing strategies, cost management techniques, and government policies such as the Health Transformation Program and Diagnosis Related Groups on hospital-payer dynamics. The findings emphasize that effective collaboration between hospitals and payers is crucial for balancing service quality and cost control, which have implications for resource allocation and health system performance. The study underlines that these relationships need to be continuously assessed and improved in order to enhance health service delivery and financial sustainability in Türkiye.

Anahtar Kelimeler:

Sağlık Finansmanı, Hastane Türleri, Ödeyiciler, Sigorta, Maliyet Yönetimi

Key Words:

Health Financing, Hospital Types, Payers, Insurance, Cost Management

Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

istanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, berfinkesiroglu@stu.aydin.edu.tr 0009-0007-2349-8285

DOI:

10.52880/sagakaderg.1730233

Gönderme Tarihi/Received Date:

30.06.2025

Kabul Tarihi/Accepted Date:

26.07.2025

Yayınlanma Tarihi/Published Online:

30.09.2025

GİRİŞ

Sağlık hakkı, yaşama, barınma gibi temel haklarımızdan biridir (Ata, 2017). Sağlıkın geçmişten günümüze birçok kez tanımı yapılmıştır. Geçmişte yalnızca hastalık, sakatlık ve ölümün olmaması durumu olarak dar şekilde incelenen sağlık kavramı, zamanla fiziki olarak iyi olma durumu olarak sabit kalmamış ve psikolojik, sosyal açılardan da bir sorun olmaması olarak genişletilerek çok yönlü hale getirilmiştir (Ulutürk, 2015). Dünya Sağlık Örgütü anayasasında sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence,

ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Bu tanımda bedence ve ruhça iyilik hali sağlığın bilinen yönüdür. “Sosyal yönden tam iyilik hali” yeni ve açıklanması gereken bir kavramdır (Fişek, 1982).

Sağlıkla ilgili tanımlardan yola çıkarak, sağlığın yaşam için önemli bir hak ve ihtiyaç olduğu söylenebilir. Doğuştan kazanılan bu hak ayrıca başkalarına devredilemez ve devletler bu hakkı vatandaşlarına bir sorumluluk olarak sunmaktadır (Metin, 2017). Bu noktada sağlık hizmetlerinin beş temel özelliği olan koruma, tanı, tedavi, iyileştirme ve geliştirme fonksiyonları bireylerin “sağlıklı

yaşamaları” noktasındaki prensiplerindendir. Sağlık hizmeti, sağlığın bozulmadan önce veya bozulduktan sonra sunulan hizmetlerle üretici ve sağlıklı bir toplum amaçlamaktadır (Ulutürk, 2015). Sağlık yalnızca bireysel değil, toplumsaldır. Herkesin ulaşabilmesi için gerekli finansman ve kaynakların sağlanabilmesi toplumun tamamını ilgilendirmektedir (Alpugan, 1984).

Günümüzde yaşanan değişimler ve gelişmeler sonucunda devletler sağlık alanına ekonomilerinden büyük paylar ayırmaktadır (Bülbül, 2016). Ayrılan paylar, devlet bütçesine bir külfet oluşturmaktadır. Bu noktada devletler, üzerlerine düşen yükü hafifletmek ve rahatlatmak amacıyla sağlık sistemlerinde reform uygulamaları gerçekleştirmektedir. Sağlık sistemlerindeki reformlar ekonomik krizlerle birlikte birçok nedenin getirdiği bir zorunluluktur. Çünkü devlet, harcamalarını kontrol etmek istemektedir. Bu noktada sağlıkta hizmet sunucuları ile finansmanı noktasında değişimlere gidilmektedir. Ekonomik krizler, nüfusun yaşlanması, tıp alanındaki gelişmeler, kronik hastalıkların artması, küreselleşme gibi etkenler devletin sağlık harcamalarının kontrol etmesi gücünü zorlaştırmaktadır. Bu kontrolü devletler genellikle kaynakları etkin ve verimli kullanma politikaları olarak yapmaktadır. Politika yapıcılarının eldeki kaynakların hastalık grubu, yaş-nüfus aralığı, ilaç kullanımı, hizmet alanları açısından önceliklendirilmesi konusu bir ilgi sahasına dönüşmüştür (Çalışkan, 2009).

HASTANE ENDÜSTRİSİ

Hastane Endüstrisinin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü hastaneleri “müşahede, teşhis, tedavi ve iyileştirme olmak üzere sınıflandırılabilen sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreçte tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır.” şeklinde tanımlamaktadır (Aslan, 2023, s. 133). Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi İşletme Yönetmeliğinde “hasta ve yaralıların, hastalıkların şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak izleme (müşahede), muayene, tanı (teşhis), tedavi ve rehabilite edildikleri aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır (Gazete, 1983). Bu tanımlamalar, hastanelerde sağlık hizmetlerine ilişkin dört eylemin yerine getirildiğini ortaya koymakla birlikte, hastanelerin araştırma, eğitim, koruma ve geliştirme gibi ek fonksiyonları hizmetler de sunmaktadır. Bu noktada Brown, hastaneleri geniş bir şekilde tanımlayarak, sadece sağlık hizmetinin verildiği bir kurum değil aynı zamanda finansal bir organizasyon, eğitim verilen ve araştırma- geliştirmeye olanak tanıyan bir yapı, birden fazla mesleğin bir arada yürüttüğü bir ekip işi olduğunu açıklamıştır. (Ağırbaş, 2019, s. 16). Bu noktada hastaneler farklı işlevleri bünyesinde bulundurmaktadır. Bir diğer ifadeyle hastaneler tıp,

ekonomi, eğitim, araştırma, sosyoloji bilimlerinden yararlanan işletmelerdir (Aslan, 2023).

Sağlık hizmetleri de piyasalar açısından rekabetçi bir piyasada yer almakta ve ileri teknolojiler, artan beklentiler, gelişen yaşam şartları ve sürekli ilerleme göstermesi de bu rekabeti git gide arttırmaktadır (Tezcan, Altunta, & Yeşildal, 1999). Bu rekabet ile birlikte hastaneler türleri ve hizmetleri bakımından farklı yöntemleriyle önem kazanmaktadır.

Hastane Türleri ve Hizmetleri

Hastaneler hizmet sektörünün bir bileşenidir. Diğer hizmet sektörlerinden farklı olarak sağlık sektöründe insan hayatı söz konusudur. Hastaneler 7/24 hizmet sunumu gerçekleştiren, karmaşık yapılı, bilgi asimetrisinin yoğun olduğu işletmelerdir. Bu özellikleri nedeniyle hastaneler çok işlevli kuruluşlar olarak kabul edilmekte ve rollerinin daha kolay ayırt edilebilmesi amacıyla belirli ölçütler çerçevesinde sınıflandırılmaktadır (Aslan, 2023). Bu doğrultuda hastaneler yapısına, eğitim verme durumuna, sunulan hizmetin özelliklerine, kapasitelerine, hasta yatış zamanlarına, akreditasyon ve kalite belgelerin sahipliklerine ve sağlık hizmeti sunum basamaklarına göre yedi şekilde sınıflandırılmıştır (Yazıcı & Çiçen, 2021);

Hastaneler, insanların sağlık ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan kurumlardır. Sağlık hizmetleri insan yaşamının devamı ve bu yaşamın kaliteli olmasını amaçlamaktadır. Bu noktada sağlık hizmetleri ne kadar iyi olursa ülkelerin gelişmişlik seviyesine olumlu yönde o kadar etki edecektir (Ataman & Kurşunluoğlu Yarimoğlu, 2018). Sağlık hizmetleri, devletlerin uyguladığı politikalar doğrultusunda belirlenmektedir. Devletler bu politikaları, sağlık sisteminin yapısı, finansmanı, işleyişi, sunumu gibi faktörleri belirlemek için geliştirmektedir (Gökkaya & Erdem, 2017).

Sağlık en temel sağlık haklarından biridir (Gökkaya & Erdem, 2017). Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmeler teşhis, tedavi, hasta iletişimi, koruyucu hizmetlerde ilerlemeler, yenilikler meydana getirerek ve güncelliğini koruyarak devam etmektedir. Bu teknolojiler sadece tıbbi alanda mevcut olmayıp ödeme yöntemleri, idari alanlar gibi sahalarda da yerini almıştır (Davenport & Kalakota, 2019). Sağlık hizmetlerinin asıl amacı, bireyde bir hastalık durumu gelişmeden bu durumun engellenmesi, hastalık geliştiği durumlarda da doğru tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yapılarak gereksiz ekipman kullanımı, müdahale, iş gücünün önüne geçilmesidir (Egici, 2024).

Sağlık hizmetleri; hastalıkları önleyici, mevcut hastalıkları iyileştirici, sağlık durumunu iyileştirerek yaşam kalitesini

artırıcı ve fonksiyonları yeniden kazandırıcı hizmetler olarak gruplara ayrılmaktadır. Bu hizmetlere verilen öncelikler, ülkelerin gelişmişlik düzeyi doğrultusunda farklılık arz etmektedir. Gelişmiş ülkelerde koruyucu sağlık hizmetleri daha önemli olduğundan önceliklidir. Buradaki anlayış bir hastalık meydana gelmeden onun oluşmasını önlemek, hastalık meydana geldikten sonra oluşacak maliyetten daha azdır (Altay, 2007). Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığın oluşmaması, mevcut sağlık halinin korunması için sağlıklı bireylere verilen hizmetlerdir (Alu, 2017). Bireylerde herhangi bir hastalık ortaya çıkması durumunda da bunun erken teşhis edilerek hastalığın bireye en az şekilde zarar vermesi sağlanmaktadır (Akman & Kopuz). Bunlar bağışıklama, erken teşhis, sağlık eğitimi, temiz suyun sağlanması, gıda güvenliğinin sağlanması, ana-çocuk sağlığı ve salgın hastalıklarla mücadele etmek olarak sayılabilir (Alu, 2017). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerine bireylerin daha hızlı erişebilmesini ve maliyetleri en aza indirerek verimli bir hizmet sunmayı amaçlamaktadır (Egici, 2024). Bu sebeple ülkemizde 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) yürürlüğe girmiş olup, sağlıkta, insan odaklı, eşit bir hizmet için toplumun tamamına verilecek şekilde sürdürülmektedir (Canatan Genç & v.d, 2021).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireylerin genel sağlık durumlarının bozulması sonucunda sağlık kurumlarına başvurmaları sonucu tanı ve tedavi aşaması ile; tıbbi görüntüleme, ilaç, ameliyat uygulamalarını kapsayan bireye hasta olmadan önceki sağlık durumuna kavuşturmayı amaçlayan bir hizmettir (Kaya & Tekpınar, 2021)..

Rehabilite edici sağlık hizmetleri, bireylerin genel iyi hallerinin hastalanma, fiziksel bütünlüğün bozulması, zihinsel işlevlerde bozulmalar şeklindeki sebeplerle kişilerin bozulan bedensel ya da zihinsel kabiliyetlerine ve kişinin başkalarına bağımlılığını da azaltmaya yönelik olarak sunulan yardımcı hizmetlerdir (Atasever, 2021). Bu hizmetler, fiziksel ya da zihinsel açıdan özel gereksinimli bireylerin kimseye bağımlı olmadan hayatlarını sürdürebilmelerine destek vermek için yürütülen bütün çabaların toplamıdır. Bu hizmet türü, diğer hizmetlerle karşılaştırıldığında çözüm süreci açısından en düşük etkinliğe sahip olanıdır. Psikolojik danışmanlık, fizik tedavi uygulamaları, konuşma terapileri ve sosyal hizmetler gibi tedavi uygulamaları bulunmaktadır (Tankül, 2024).

Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi kapsamında sunulan hizmetler sağlıklı bireylere sunulmaktadır. Buradaki amaç, birey ve toplumların sağlık kalitelerini arttırarak, kendi sağlık kontrollerini de geliştirmelerini sağlamaktır. Bu noktada tüm yükümlülük bireye ait olmaktadır. (Atasever, 2021).

Hastane Yönetimi ve İşleyişi

Sağlık kuruluşları, sağlık hizmeti veren organizasyonlardır. Bu hizmeti toplumun sağlığını muhafaza etmek için, koruyucu, teşhis, tedavi faaliyetleri ile yerine getirmektedir. Birden fazla branş ve servislerden oluşmaktadır. Bir ülkenin sağlık kuruluşu sayısı, cinsi ve nitelikleri, o ülkenin sağlık profilini yansıtmaktadır (Altan, 2003). Yönetim fonksiyonlarının tamamını barındıran yönetim biliminin bir koludur. Sağlık hizmetlerini sunabilmek için mevcut insan kaynağı, ekipman ve finansal kaynaklar etkin bir şekilde kullanılmalıdır. (Beyatlı, 2021).

Hastaneler, birden fazla işlevin bir araya gelmesiyle meydana gelmiştir. Temel fonksiyon alanları poliklinik, hasta kabul servisi, tanı üniteleri, ameliyathane gibi birimler; yardımcı fonksiyon alanları hasta hizmet servisi, teknik servis gibi birimler; yönetim ve personel hizmet alanları personel servisi, personel yatakhane gibi birimler; diğer ek servis alanları ise konferans salonu, otopark gibi ana birimleri destekleyen birimlerdir (Altan, 2003, s. 49-65). Hastaneler tıbbi tedavi, teşhis, poliklinik, ameliyathane, hasta bakım, personel hizmetlerine ilişkin işe başlayıştan emekliliğe kadar olan tüm süreçler, hizmetin sunumu için gereken her türlü ürünün alımı, gelir ve giderler, teknik açıdan bakım onarımlar, eğitimler olmak üzere çok yönlü fonksiyonlara sahiptir (Beyatlı, 2021).

Türkiye’de sağlığın yönetiminde en üst birim Sağlık Bakanlığı’dır. Hiyerarşide Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, kamu hastaneleri için Kamu Hastaneleri Hizmetleri Birliği ve hastaneler yer almaktadır. Sağlık kuruluşları sundukları hizmetin niteliğine göre genel hastane, eğitim hastaneleri ve branş hastaneleri (göğüs hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, kadim doğum hastalıkları, onkoloji, kemik hastaneleri vb.) olarak ayrılmaktadır. Mülkiyetine göre sıraladığımızda ise kamu hastaneleri, özel hastaneler ve vakıf hastaneleri şeklinde sınıflandırılmaktadır. Sağlık Bakanlığı, hastanelerin organizasyonu, yürütülmesi ve denetlenmesinden mesul bir teşkilattır (Acar, 2018). Hastaneler işleyişinin çok fonksiyonlu olması, birden fazla meslek grubunu içerisinde barındırması nedeniyle karmaşık yapıları organizasyonlardır (Yazan, 2015). Bu sebeple sağlık hizmetleri iyi yönetilen bir ekip çalışması gerektirir. Bu ekibin verimli çalışması durumunda hastane personeli üzerinde olumlu bir etki bırakacağı gibi, performans, hasta memnuniyeti ve finansal açıdan da sürecin iyi işlenmesine katkı sağlayacaktır (Turan, 2022).

Kamu hastanelerinde tıbbi, mali, yönetim ve teknik hizmetler sağlanmaktadır. Gelişen sağlık sektörüne yeni eklenen hizmet anlayışı olan otelcilik hizmetleri de sektöre yeni bir bakış açısı kazandırmıştır. Tıbbi

hizmetler arasında; poliklinik, ameliyathane, yoğun bakım, acil, morg, görüntüleme üniteleri, laboratuvarlar yer almaktadır. Mali hizmetler arasında ise bütçeleme, gelir tahakkuk, gider tahakkuk, personel, satın alma, ayniyat- temizlik- sarf- ilaç depoları birimleri yer almaktadır. Bunlara ek olarak hasta hakları, halkla ilişkiler, yemekhane, çamaşırhane, terzi, teknik servis, bilgi işlem gibi birimleri de bulunmaktadır. Tüm bu birimler hastaneyi hastane yapan bölümlerdir. Her birimin kendine özgü özelliği, görevi bulunmaktadır. Bu birimlerde bir iş bölümü mevcuttur ve bunlara uygun görev ve yetkileri vardır. Kimi birimlerin iş birliği içerisinde işlemesi gerekmektedir. Bu durumda da ilgili birimlerin bütünleşik olarak ve görevi aksatmadan işlerini yerine getirebilmesi için iyi bir koordinasyon gerekmektedir (Yalçın, Akın, & Şeker, 2011).

Hastane yönetiminde, mali işler müdürü, müdür yardımcısı, sağlık hizmetleri ve bakım müdürü ve yardımcısı, başhekim ve yardımcısından oluşmaktadır. Başhekim, en üst idari organdır. Hastanede yapılması gereken günlük faaliyetlerin yürütülmesini sağlamaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde hastane başhekimi, hastanedeki verilen hizmetlerin yürütülmesi noktasında takip ve denetimin, oluşabilecek aksaklıklara ilişkin tedbirlerin, hizmetin devamının sağlanabilmesi ve belirlenen kalite doğrultusunda ekonominin gerçekleşmesinden sorumludur. Bu sorumluluklarını ilgili mevzuat çerçevesinde gerçekleştirmelidir. İdari ve mali işler müdürü ile sağlık bakım hizmetleri müdürü, başhekimin yetki ve sorumluluk alanında görev yapmaktadır. Bunlar iş birliği içerisinde çalışmaktadırlar. Hastanelerin yatak sayılarına göre müdür yardımcılarının sayıları arttırılabilir. Aynı şekilde hastane büyüklüğü baz alınarak müdürlerin de sayıları arttırılmaktadır. Hastanelerin tıbbi ve mali ölçütleri göz önünde tutularak kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim ölçütleri ilgili Bakanlık tarafından değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucunda hastaneleri (A), (B), (C), (D), (E) olarak kümelemektedir (Atalay, 2000) .

Hastanelerde tıbbi hizmetler, hastaların teşhis ve tedavisine yönelik faaliyetleri kapsar ve bu süreçte başta hekimler olmak üzere hemşireler, teknikerler, ebeler, hasta bakıcılar ve eczacılar görev alır. Hastanelerde yer alacak servisler ve yatak sayıları, hastane büyüklüğüne göre yönetmeliklerle belirlenmektedir.

Sağlık hizmetleri bakım müdürü; bakım hizmetlerinin planlanması, verimliliği ve sürekliliğinden sorumludur. Görevleri arasında personel çalışma alanlarının belirlenmesi, ilaç ve malzeme temini ve takibi, sterilizasyon süreçlerinin denetimi ve hizmet içi eğitimlerin planlanması yer alır. Ayrıca refakatçi uygulamaları, temizlik ve yemek hizmetlerinin

düzenlenmesinde idari ve mali işler müdürüyle iş birliği yapar.

İdari ve mali işler müdürü ise bütçe, muhasebe, malzeme tedariki, satın alma ve cihaz bakımı gibi alanlardan sorumludur. Aynı zamanda gelir-gider işlemlerini yürütür, personel özlük işlemleriyle ilgilenir ve hizmet içi eğitimleri planlar (Kavuncubaşı, 2000).

Ödeyiciler

Bir toplumu, orada yaşayan bireyler oluşturmaktadır. Toplumun ileri seviyeye ulaşabilmesi, refah içinde hayatını idame ettirebilmesi içinde o toplumun sağlıklı olması gerekmektedir. Devletler, sağlık sistemlerini oluştururken bu hizmetleri karşılayacak finansman konusu her zaman önemli noktalardan olmuştur. Bu önemli noktalardan biri de ödeyicilerdir. Ödeyiciler, sağlık hizmeti sunan ve hizmeti alan arasında oluşan maliyetlerde köprü görevi görmektedir. Geri ödeme sistemleri de ödeyicilerin sağlık hizmeti sunanlara bunu nasıl ödemesi gerektiğini belirleyen bir yapıdır (Akyürek, 2012). Bahsi geçen sağlık hizmet sunucuları sadece hekimler ve sağlık profesyonelleri değil hastaneler de bu kapsama girmektedir (Aydemir & Ağırbaş, 2017). Geçmişten günümüze kapsamı genişleyen geri ödeme sistemleri, yalnızca hastane odaklı kalmamış hastane grupları, görüntüleme merkezleri ve diğer sağlık hizmetlerini de içine alan bir sistem haline gelmiştir (Akyürek, 2012). Bu sistemler zamanla sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı alanlarının konuları arasına girmiştir (Aydemir & Ağırbaş, 2017).

Sağlık hizmetlerini gerçekleştirirken pazarlama sürecinde hedef kitleye bir katkıda bulunma ve sağlık hizmetini sunanlar ile sağlık hizmetini alanlar arasında değer değişimini basitleştirme ve sağlık hizmetini alanlara dair memnuniyet yöntemlerini belirleme önemli rol oynamaktadır (İ. F. Doğan, Bakan, & Hayva, 2017). Sağlık hizmetleri finansmanlarına olan ihtiyacın ve ihtiyacın mevcudiyetinde katlanılacak maliyet miktarının belirsizliği, sağlık hizmeti sunucuları ve alıcıları arasında üçüncü taraf ödeyicilerinin olduğu bir finansman modeli oluşturulmuştur. Her ülkenin farklı sağlık sistemi ve finansman modeli vardır. Benimsenen finansman modeli doğrultusunda üçüncü taraf ödeyici, aldığı hizmet bedelini, hizmet sunucusuna (hekim, hastane vb.) aktarır (Tatar, 2011).

Sağlık, herkese eşit sunulması gereken bir haktır. Devletler de bu temel hakkı, bir görev olarak vatandaşlarına hakkaniyetli, ulaşılabilir ve eşit bir biçimde sunmalıdır (Başol & Işık, 2015). Ödeme yöntemleri, mali kaynakların devlet, hasta, sigorta şirketi vb. finansal ağdan sağlık hizmeti sunanlara geçirilen bir sistemdir. Bu hususta bahsi geçen mali kaynağın sağlık hizmetini sunucusuna nasıl aktarılacağı netleştirilmelidir. Bu

durumda belirleyici faktör hizmetin ne miktarda ne şekilde verildiği ve hizmet verildiği sırada sergilenen davranışlardır (Aydemir & Ağırbaş, 2017).

Dünyada temel olarak benimsenen üç çeşit sağlık finansman modeli vardır. Bunlar Beveridge, Bismarck ve özel sağlık sigortası modelidir. Beveridge modeli, İkinci Dünya Savaşı sonrasında İngiltere’de ortaya çıkmıştır. Bu finansman türü, sağlık hizmetlerini vergiler yoluyla finanse etmektedir. Bismarck modeli, Almanya’da ortaya çıkan, işçi-işveren primleriyle finanse edilen, çok yaygın kullanılan bir modeldir. Özel sağlık sigortası modeli ise çıkış yeri Amerika Birleşik Devletleri olan, gönüllü sigorta ve cepten ödemelerle finanse edilen bir modeldir (Tatar, 2011).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliği ödeme sistemleriyle de bağlantılıdır. Sağlık sektörü sağlık kurumları, hizmet sunucuları, ödeme yapanlar ve hizmeti alanlardan oluşan bir geri ödeme mekanizmasına sahiptir. Geri ödemelerin, sağlık hizmeti sunumunda oluşan maliyetlere denk gelecek şekilde, sağlık hizmetlerini geliştirmek ve araştırma alanları sağlanması için asıl husustur (Demirel, 2020).

ÖDEYİCİ TÜRLERİ

Devlet Kurumları

Devlet kurumları oluşturularak sağlık hizmet finansmanının sağlanması, devletin sağlık hizmetlerine karşı yükünü hafifletmeyi, bütçesinden ayırdığı payı azaltmayı hedeflemiştir. Kamu sağlık sigortasında kişiler sağlık hizmeti alabilmek için prim öderler (Tapan, Alıcı, Yıldırım, & Gayef, 2015). Ülkemizde finansman yöntemi tüm nüfusu kapsayan zorunlu bir yöntemdir. Sistem, sigorta primlerinden, vergilerden ya da karma olarak meydana gelmek üzere üç farklı şekilde finanse edilmektedir. Toplanan primler ortak bir havuzda birleştirilerek sağlık hizmeti ihtiyacı doğan sigortalıların alacağı sağlık hizmetini karşılamaktadır (Ermut, 2014).

Prime dayalı finansman yönteminde ödenen primlerin miktarında, işçi, işverenler ve devlet katkısı olmaktadır. Bu ödemeye dâhil olan devletler, sosyal güvenlik kurumlarının bütçelerine katkı sağlayacak vergi indirimleri, gelir-gider farkını sıfıra indirme gibi kolaylıklar sağlamaktadır (Özmen, 2017).

Sosyal sigortalar, bireyleri mesleki, fiziki, ekonomik ve sosyal risklerden korumayı amaçlamaktadır. Bu risklerden korunmak isteyen bireyler bu doğrultuda bir bedel öderler. Tüm çalışanları kapsayan, devlet tarafından uygulamaya geçirilen zorunlu bir sistemdir (Erol, 2019). Sosyal sigortalar, sosyal güvenlik sisteminin araçlarından biridir. İş yerinde meydana gelecek beklenmedik durumlar, işyeri kaynaklı hastalık, işsizlik,

hastalık, yaşamın sona ermesi, yaşlılık yardımları bu sigorta türü içerisinde ele alınmış ve bunun dışında kalan sosyal güvenlik hakları ise ülkemizde “5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile güvenceye alınmıştır. Bu doğrultuda yasalarla güvence altına alınan sosyal güvenlik hakları, sosyal güvenlik kurumları aracılığı ile sağlık hizmetlerini sürekli bir şekilde sunulmasını sağlamaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri zorunlu olarak tüm nüfusu kapsaması, siyasi ve sosyal değişimler, nüfusun yaşlanması, gelir eşitsizliği, kronik hastalıkların artması ve işsizlik sorunları sosyal güvenlik kurumlarına olan harcamaları arttırarak doğru orantıda kurumların maliyetlerini de arttırmaktadır (Bolukçu, 2020).

Sigorta Şirketleri

Özel sağlık sigortası, sağlık hizmeti alıcısı ve sağlık hizmet sunucusu arasında köprü görevi görmektedir. Sağlık hizmeti alıcılarından toplanan primlerle, sağlık hizmet ihtiyacının doğması durumunda sağlık hizmeti alıcısının, hizmet sunucusundan aldığı hizmetin maliyetini karşılanmaktadır. Burada birey, sağlık sorunuyla karşılaşma ihtimaline karşı kendini korumakta ve riske karşı önlemini almaktadır. Bu ihtiyacını karşılamak için, bazı harcamalarından vazgeçmektedir. Cari harcamalarından vazgeçerek aynı zamanda tasarruf etmektedir (Çelikay & Gümüş). Bu finansman yönteminde bireylerin ödeyecekleri prim miktarları hastalanma risklerine ve mevcut hastalıklarına göre değişim göstermektedir. Yüksek sağlık riskine sahip bireyler daha fazla miktarda prim ödemektedirler (Tatar, 2011). Özel sağlık sigortasını genellikle gelir seviyesi yüksek gruplar tercih etmektedir. Bu sistemden faydalanmak için bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olma gereksinimi yoktur (Orhaner, 2000).

Özel Ödeyiciler

Özel ödeyiciler, cepten ödemelerdir. Bu yöntem ile sağlık hizmeti alıcıları, ödemelerini doğrudan kendi ceplerinden yapmaktadır. Yöntemin riske karşı bir finansal koruması mevcut değildir (İstanbuluoğlu, Güleç, & Oğur, 2010). Bu ödeme yönteminde, hizmet alımında yaptığı harcamayı geri ödeme olarak gerek özel gerek kamu hiçbir kaynaktan almamakta olması sebebiyle hizmeti doğrudan satın almaktadır. Kısacası, arada hiçbir aracı kuruluş/ kişi bulunmamaktadır (Çelikay & Gümüş).

Bu doğrudan ödeme yapısının bir sonucu olarak, bireylerin sağlık hizmetlerini ihtiyaçları doğrultusunda kullanmaları ile sağlık harcamalarının gereksiz yere kullanımını azaltacağı ön görülmektedir. Ancak finansal yükün tamamen bireylerin üstlenmiş olması, özellikle maddi kaygılar güden bireylerin sağlık gereksinimleri

oluşturduğunda erteleme fiili gerçekleştirmeleri sonucu, ötelenen bu sağlık gereksiniminin ileri dönemde daha büyük bir hastalık ve maliyet doğurabilmesi de olasıdır. Özel ödeyici modelinin uygulanabilirliği için eşit ve dengeli gelir dağılımı ve sağlık bilgi birikimi olmalıdır (Çelikay & Gümüş).

HASTANELER VE ÖDEYİCİLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN TEMELLERİ

Fiyatlandırma Stratejileri

Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması oldukça zor ve karmaşık bir yöntemdir. Fiyatlandırma stratejisinin standardize edilmesi için hizmet sunucular ve hizmet alıcılar dahil tüm paydaşların takım halinde çalışması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerindeki maliyet yükünün günümüzde artarak devam etmesi doğru fiyatlandırmayı zorlaştırmaktadır. Fiyatlandırma stratejilerinde bir diğer noktada sağlık hizmet sunucusu kuruluşların doğru bir strateji belirlenmesi konusudur. Hastalara aşırı yük getirmeden sağlık hizmetinin değerini ortaya koyabilme olanağı olmalı, tüm paydaşlara fayda sağlamalı, uygun maliyetli yüksek kaliteli hizmet için uygun fiyatlar sağlanabildiği şekilde stratejiler belirlenmelidir. (Yıldız, 2018)

Fiyatlandırmada ilk olarak iç ve dış çevre analiz edilerek kişi/ kurum açısından en iyi olan yönetime karar verilmektedir. Bu noktada verilen karar fiyatlandırma stratejisi için yol gösterici olmaktadır (Vural & Baltacı, 2022). Sağlık sunucusu kurumların fiyat belirlerken önemseydiği bazı yaklaşımlar, fiyatlandırma stratejilerini simgelemektedir. Ancak fiyatlandırmada yalnızca bir strateji kullanılmamaktadır. Güncel kaynaklarda geçen fiyatlandırma türleri şunlardır (Gapenski, 2005).

Zorunlu fiyatlandırma; sağlık hizmetlerine büyük oranda kamunun müdahalesi bulunmaktadır. Dünyada Amerika dışındaki çok sayıda ülke sağlık hizmetlerini sunmada devletler bu sorumluluğu üstlenmiştir. Bu noktada politika yapıcılar, sağlık bakanlığı, meslek odaları gibi kuruluşlar sağlık hizmetlerinin fiyatlandırma sürecinde önemli bir rol almaktadır. Ülkemizde zorunlu fiyatlandırmanın örneği Sağlık Uygulama Tebliği'dir. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından, hizmet veya paket bazlı gerçekleştirilen işlemler için bir fiyatlandırma komisyonu belirlenerek bu komisyon tarafından belirlenmektedir. Bu sağlık hizmetlerinin taban fiyatı olarak kabul edilmektedir. Ayrıca meslek odalarının her sene sağlık hizmetleri için alt sınır olarak belirlediği fiyatlarda özellikle özel sağlık kuruluşlarında kullanılmaktadır. (Şengül & Bulut, 2019)

Marjinal maliyet fiyatlandırması; ürün ve/veya hizmetin çıktısının gerçekleşmesinde oluşan değişken

maliyetleridir. Bunlara örnek verecek olursak çamaşırhane, tıbbi sarf ve malzeme giderleri, konaklama giderleri gibi maliyetlerdir. Bu fiyatlandırma yönteminin avantajı hasta potansiyelini arttırması ve mevcut müşteri kitlesini korumasıdır. Uzun vadede giderlerin gelirleri karşılayamamasından ötürü, uzun süreli olarak kullanılabilecek bir fiyatlandırma stratejisi değildir (Yıldız, 2018).

Hedef maliyet fiyatlandırması; yeni bir ürünü piyasaya sunmadan tüm yaşam seyri maliyetlerinin azaltılarak planlama, araştırma ve geliştirme süreçlerindeki maliyetlerin azaltılmasını sağlayan bir fiyatlandırma yöntemidir. Sağlık alanındaki artan maliyetler, maliyetlerin yönetimi, kontrolü ve denetimini zorunlu hale getirmiştir. Maliyetleri yönetirken, sağlık hizmeti kalite ve verimlilik açısından düşüş yaşamamalıdır. Çünkü sunulan sağlık hizmeti, müşteriye yöneliktir. Hedef maliyet fiyatlandırmasında amaç planlama aşamasında müşterinin beklenti ve ihtiyacı baz alınarak ürünün toplam maliyetini müşteri açısından düşürmektir. (Ceran & Özdemir, 2013)

Talebe dayalı fiyatlandırma; sunulacak mal veya hizmete karşı oluşacak talep miktarına dayalı yapılmaktadır. Mal/ hizmete gelen talep ne kadar yüksekse fiyatı da o oranda yüksek olur, ne kadar düşüğe fiyatı da o oranda düşük olacaktır. Ancak sağlık hizmetlerinde bu fiyatlandırma yöntemi kullanılmamaktadır. Bunun sebebi hem sağlık hizmetlerinin talebinin fiyat esnekliğinin katı olması hem de sağlık hizmetlerinde talebinin arzı yaratması gibi özelliklerdir (Şengül & Bulut, 2019).

Rekabete dayalı fiyatlandırma yönteminde, işletme bulunduğu pazar konumundaki rakiplerini belirler. Bu rakiplerinin fiyatlarını göz önünde tutarak, en düşük düzeyde karı hedefleyerek fiyatlandırma gerçekleştirir. Bu yaklaşımda işletmeler fiyat, maliyet, talep kavramlarını göz ardı etmektedir (Şengül & Bulut, 2019).

MALİYET YÖNETİMİ VE TEKNİKLERİ

Maliyet Yönetimi Kavramı

Maliyet, bir hedefi yerine getirmede katlanılan fedakârlıkların parasal toplamıdır. Maliyet bir varlığı elde etmek için gerekli harcamaların tümüdür (Söyler, 2023). Varlıklarında devamlılık kılmak isteyen her kurum/kuruluş için oldukça önemli bir yere sahip olan bir kavramdır. Maliyet yönetimi ise işletmelerin ulaşmak istedikleri kar amaçlarını gerçekleştirebilmeleri için sonuçları değerlendirerek, bu sonuçlar doğrultusunda iyileştirme faaliyetlerinde bulunmaktır. Burada olay, doğru bir strateji belirleyip bu strateji doğrultusunda uygun maliyetli bir mal ya da hizmeti ortaya koymak esastır (Ünal & Çil Koçyiğit, 2023).

Günümüz değişen koşullarında müşteri memnuniyeti kavramının ön plana çıkmasıyla işletmeler, mal ve hizmet üretimini müşteri istekleri doğrultusunda yapmaya başlamıştır. Bu noktada işletmelerde tedirginlik ortamının görülmesi olasıdır. Bu ortamı engelleyecek uygun kararların verilmesi ise yönetimin sahip olduğu bilgilerle birlikte yönetim alanının paha biçilmez unsuru haline gelmiştir. Bu noktada etkinlik açısından üzerinde durulması gereken en önemli bilgi, şüphesiz maliyet bilgisidir (Kepçe, 2022). Maliyet bilgisi, işletmelerin rekabet ortamında tutunabilmesi için gereklidir (Alkan, 2001). Ancak maliyet yönetimi, maliyet kavramına göre daha bütüncüdür. Maliyet muhasebesi maliyetlerin raporlanması aşamalarından oluşan spesifik bir kavramken, maliyet yönetimi kavramı maliyet ve yönetim muhasebesinde meydana gelen değişikliklerin toplamıdır (Otlı & Karaca, 2005).

Sağlık hizmetlerinin insan odaklı olması ve kendine has özellikler barındırması sebebiyle maliyet yönetimini birçok faktör etkilemektedir. Rekabetin yoğun görüldüğü sağlık sektöründe, hizmetin kaliteli olması, yeniliklere açık olması, gelişimlere ayak uydurması özellikleriyle sürdürülebilirlik açısından zorluk yaşatmaktadır. Bir sağlık kuruluşu bu özellikleriyle ancak finansal sürdürülebilirliği yakalarsa bu rekabet ortamında yerini bulur ve işletmenin ömrünü uzatabilme fırsatı yakalar. Bu finansal sürdürülebilirlik ancak etkili bir maliyet yönetimi ile mümkündür (Karakullukçu, 2016). Sağlık yöneticilerinin kuruluşlarıyla ilgili stratejik kararlar alması, giderek artan sağlık harcamalarının önüne geçilmesi, sınırlı kaynakların verimli bir şekilde kullanılması gibi konularda maliyet yönetimine oldukça ihtiyaç duyulmaktadır (Milojevic & al., 2024).

Maliyet Yönetimi Teknikleri

Hedef Maliyetleme Yöntemi: Bu yöntemde piyasaya sürülecek yeni bir ürün için kabul edilebilir nitelikte en fazla maliyeti belirleyip bu rakama uygun karlı biçimde üretilmesi ve dağıtılması sürecidir (Yonca, 2015). İşletme burada bir hedef fiyatı düşünür ve o doğrultuda kendine bir kâr payı oluşturarak ürün maliyetini bulmaktadır (Alkan, 2001). Bu yöntemde maliyetler kontrol edilmez, maliyetlerin planlaması yapılır (Yonca, 2015).

Değer Mühendisliği Maliyetleme Yöntemi: Bu strateji, 2. Dünya Savaşı'ndan sonra mevcut kaynakları etkin kullanmak için ortaya çıkarılmıştır (Alkan, 2001). Değer mühendisliği maliyetleme yöntemi müşterilerin ihtiyaçları göz önünde tutularak, hizmet ve ürünlerin yeniden ele alınmasını, kalitenin sabit tutularak maliyetlerin azaltılmasını ve yeniden tasarlanmasını öngören bir yaklaşımdır. Burada piyasadaki ürünü yeniden tasarlama ve geliştirme yapılmaktadır. Mevcut olağan bir ürün ve faaliyet üzerinde yapılan iyileştirici

çalışmalar maliyetleri azaltmayı ve gereksiz durumları ortadan kaldırmayı sağlamaktadır (Dağlı, 2019). Değer mühendisliği stratejisi, sağlık hizmetlerine olumlu katkıları olduğu saptanmıştır. Bu yöntem ile sağlık sektöründe maliyetleri azaltarak hizmet verimliliğinin artmasına ve buna dayalı müşteri memnuniyeti ve sektörel amaçlara ulaşmaya katkı sağlayacaktır (Dehghan & al., 2019).

Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi: Kurum ve/veya kuruluşlarda mal ve hizmet üretimi için sarf edilen kaynakları ve bu kaynakların ilişkili olduğu etkenleri bularak kaynak maliyetlerini gösteren yöntemdir. Bu model, geleneksel maliyet muhasebesini baz alan hesaplama çeşitlerine bir alternatif olarak ortaya atılmıştır (Kara, 2023). Burada odaklanılan husus ürünün birim maliyetleri değil ürünün üretilme sürecindeki faaliyetlerdir. Söz konusu yöntem, işletmelerin rekabet gücünü artırırken aynı zamanda kârlılık düzeyini yükseltmekte ve operasyonel maliyetleri düşürmektedir (Doğan & Çakıcı, 2016).

Kurumsal Karne: Bu yöntem, son yıllarda bilginin önem kazanması, teknoloji ve rekabet alanındaki değişimler sonucunda ortaya çıkmıştır. Kuruluşlardaki finansal ölçütler performans tespiti yalnızca mali tablolar göstergeleri gecikmeli olarak verir ve kısa dönem hakkında veriler sunmaktadır (Karahana & Özgür, 2009). Kurumsal karne modelinde işletmenin finansal göstergeleri ile finansal olmayan göstergelerinin uyumlu bir biçimde raporlandığı bir performans yönetimi yöntemidir. Kurumların misyon ve stratejisine çerçeve oluşturan bir sistemdir. Bu yöntem stratejik amaçların performansının ölçülmesini sağlamaktadır (Aldur, 2008).

Tam Zamanında Stratejisi: Bu teknikte sürekli iyileştirme, maksimum kalite standardını sabit tutmak ve değer yaratmayan her faaliyeti geçersiz kılma yükümlülüğü sunulmaktadır. Tam zamanında stratejisi ürünün ham halinden müşteriye ulaşana kadar geçen süreçteki bütün süreçlerin başlangıç noktasıdır (Emiroğlu, 2016).

Devlet Politikalarının Hastane-Ödeyici İlişkilerine Etkisi

Ülkemizde sağlık hizmet sunumunda görev alanlara yapılan ödeme yöntemleri farklılık arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kurumlarında genel bütçe uygulaması var iken, bunun dışında kalan sağlık kurumlarında Sosyal Güvenlik Kurumu bünyesinde oluşturulan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümleri doğrultusunda hizmet başına, vaka başına veya tanıya dayalı ödeme yöntemleri uygulanmaktadır. Ödeme yöntemlerinin bu farklılığı, kaynak dağıtımlarının eşit olmaması sonucunu oluşturmaktadır (Arık & İleri, 2016). Hastaneler ve ödeyiciler arasındaki ilişkiler, sağlık

hizmetlerinin finansman ve erişim süreçleri açısından önemlidir. Bu ilişkiler, hastaların tedavi masraflarının nasıl karşılanacağını belirlerken, aynı zamanda sağlık sisteminin etkinliği üzerinde de doğrudan etkilidir (Tarcan, 2007). Ayrıca yapılan bir araştırma sonucunda, hekimlere yapılan hizmet başı ödeme yönteminin onların hizmet sunumunu arttırdığı göstermektedir (Tatar, 2011).

Hizmet başı ödeme yöntemi ve harcama kalemleri bütçe yöntemi, hastane-ödeyici ilişkileri açısından önemli farklılıklar ve etkiler sunar. Her iki politikada da etkin bir denetim ve yönetim anlayışı önem taşımaktadır. Hastane ve ödeyici sistemlerin içerisindeki mikro sorunlar beraberinde sistemlerin aksamasına, sağlık kapasite ve kalitesinin düşmesine neden olarak makro sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Bu nedenle devlet politikalarımızda en kritik nokta bu sistemlerin sıkı sıkıya denetlenerek makro sorunlara sebebiyet vermemesi, ya da sistemi daha dijital hale getirerek insan kullanımını minimize edilerek bu iki politikanın daha verimli hale dönüştürülebileceği düşünülmektedir (Tarcan, 2007).

Dünyada ilk olarak ABD’de uygulanmaya başlayan Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG), ülkemizde 2005 yılında çalışmalara başlanmış ve sistemin tam anlamıyla oturması 2014 yılını bulmuştur. Bu uygulama, şeffaflık ve verimlilik açısından dünyada çok tercih edilen bir uygulamadır. Şeffaflık özelliği sayesinde sağlığın karmaşık yapısını minimuma indirmektedir. (Şengül & Bulut, 2019). Bu yöntem sayesinde sağlık kuruluşları ne kadar hizmet sunarsa o kadar maliyet elde ederek ödeyici kurum ve hizmet sunucusunda oluşacak maliyet risklerini önleyeceği varsayılmaktadır (Işıkçelik & Öztürk, 2019).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmuştur. Toplumun tümünü kapsayan eşitliğin sağlanması yadsınamaz bir gerçekliktir. Ancak bunun klinik boyuttaki etkisine baktığımızda 2002 yılından itibaren hastane başvuru sayılarının önemli oranda artması buna paralel olarak ameliyat sayılarının artmasını getirmektedir. Ayrıca kişi başına düşen doktor sayısındaki ve performans sistemi devlet hastaneleri ile sağlık çalışanlarının klinik otonomilerinde meydana gelen azalma da önemli sonuçlarındandır. Genel Sağlık Sigortası ile sunulan hizmetlerden faydalanan vatandaşlar, muayene ve ilaç katkı paylarını cepten ödeme yapmaktadırlar. Bu durumda aslında sağlık hizmetlerinde eşitlik ve ulaşılabilirlik ilkelerine ters düşmektedir (Demirci, 2015).

Hastane ve ödeyiciler arasındaki finansal akışta, kamu bazında bakıldığında, finansal yükü Sosyal Güvenlik Kurumu üstlenmektedir. SGK’nın havuzlama modelinde

aldığı prim miktarlarının yüksek olması yeni yatırımları engelleyebilir, istihdam kararlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ülkemizde finansmanı tek bir kurumun karşılaması satın alma gücünün yüksekliği ve hizmet alımını yaparken kaynakları etkili ve verimli kullanmanın mümkün olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sağlık hizmetleri kapsamına hangi hizmetlerin alınması gerektiğinin belirleyicisidir. Hastane ve özel sigorta kuruluşları özelinde değerlendirdiğimizde piyasada bir rekabet var olacaktır, bireyler taleplerine daha duyarlı yaklaşacaktır. Kuruluşlar, bireylerin taleplerine cevap vermeyi ve kaliteli hizmet sağlamayı amaçlayarak üye sayısını arttırmak isteyecektir. Cepten ödeme yöntemi gereksiz talebin önüne geçmektedir. Ancak gelire dayalı olarak yapılmadığında hakkaniyet ve risk koruma problemlerini doğurmaktadır (Tatar, 2011, s. 25-34).

SONUÇ

Türkiye’nin anayasasında temel bir hak olarak yer alan sağlık hizmetlerinin sağlanması, hükümeti tüm vatandaşlar için eşit, erişilebilir ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sağlamaya zorlayan sosyal devlet ilkesinin temel taşıdır. Bu hizmetlerin sunumunun temel yapı taşı olan hastaneler, SGK, özel sigorta şirketleri ve cepten ödemeler de dâhil olmak üzere çeşitli ödeyici sistemlerden etkilenen karmaşık bir ekosistem içinde faaliyet göstermektedir. Bu derleme çalışması, hastaneler ile ödeyiciler arasındaki ilişkinin finansal sürdürülebilirliğe ulaşmak, kaynak tahsisini optimize etmek ve hizmet kalitesini korumak için kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. 2003 yılında başlatılan Sağlık Dönüşüm Programı ve 2005’ten bu yana Teşhisle İlişkili Grupların benimsenmesi, bir taraftan artan sağlık hizmetleri maliyetleri ve eşit erişim gibi zorlukları ele almayı önceliklerken aynı zamanda şeffaflığı ve verimliliği teşvik ederek bu dinamiği önemli ölçüde şekillendirmiştir. Ancak ödeme yöntemlerindeki eşitsizlikler ve yüksek prim yükü, güçlü denetim ve yenilikçi finansman modellerine olan ihtiyacı artırmaktadır. Hastaneler ve ödeyiciler arasındaki stratejik maliyet yönetimi ve uyarlanabilir fiyatlandırma stratejileriyle desteklenmiş etkili işbirliği, Türkiye’nin sağlık sistemi performansının artırılması için olmazsa olmazdır. Hastane-ödeyici etkileşiminin sürekli değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi, maliyet kontrolünü kaliteli bakımla dengelemek, tüm paydaşlar için uzun vadeli faydalar sağlamak ve dayanıklı, hasta merkezli bir sağlık hizmeti çerçevesi oluşturmak için zorunludur.

KAYNAKÇA

Acar, O. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrası Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı; Isparta İli Üzerinden Nitel Bir Analiz. MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi, 705-722.

- Ağırbaş, İ. (2019). Hastane Yönetimi ve Organizasyon. İ. Ağırbaş. içinde Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Akman, E., & Kopuz, K. (2021). Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. *Journal of Healthcare Management And Leadership*, 1, 1-14.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 125.
- Aldur, V. E. (2008). Performans Değerlendirmede Kurumsal Karne Modeli ve Bir Hizmet İşletmesinde Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi) Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 1-132.
- Alkan, H. (2001). İşletme Başarısında Maliyet Yönetiminin Rolü ve Maliyet Yönetiminde Yeni Yaklaşımlar. Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi, A(2), 177-192.
- Alpugan, O. (1984). Sağlık Hizmetlerinin Ekonomik Açısından İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası, 133.
- Altan, A. (2003). Hastane Yapıları. (Yüksek Lisans Tezi) Balıkesir Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Mimarlık Anabilim Dalı, 1-166.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 33-58.
- Alu, A. (2017). Sağlıkla Temel Kavramları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 32-41.
- Arık, Ö., & İleri, Y. Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye'de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG). Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(2), 45-50.
- Aslan, Ö. F. (2023). Sosyal Sorunlar (Teoriler, Politikalar, Uygulamalar). P. YILIK içinde, Hastanelerin Tanımı, İşlevi ve Sınıflandırılması (s. 131-141). Efeakademi Yayınları.
- Ata, A. (2017, 11 20). Sağlıkla Temel Kavramları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1.2:(4).
- Atalay, G. E. (2000). Devlet ve SSK Hastaneleri'ndeki Faaliyetlerin İncelenmesi ve Bir Araştırma. (Doktora Tezi) İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Fakültesi, 1-160.
- Ataman, G., & Kurşunluoğlu Yarımoğlu, E. (2018). Hastane Türlerine Göre Hasta Memnuniyeti ve Hastane Seçimini Etkileyen Unsurlar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 273-288.
- Atasever, M. (2021). Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Hastane Yönetimi. Akademisyen Yayınevi.
- Aydemir, İ., & Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 49-67.
- Başol, E., & Işık, A. (2015). Türkiye'de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 1-26.
- Beyatlı, H. Z. (2021). Hastane ve Sağlık İşletmeleri İle İlgili Temel Bilgiler. H. Z. Beyatlı içinde, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi (s. 17-20). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Bolukçu, F. (2020). Türkiye Sosyal Güvenlik Harcamalarının Kapsamı ve Finansman Yapısı. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 11-27.
- Bülbül, D. (2016). Sağlık Harcamalarının Kamu Tarafından Finansmanında Ortaya Çıkan Sorunlara Alternatif Bir Çözüm Önerisi. *Vergi Sorunları Dergisi*, 116-125.
- Canatan Genç, C., & v.d. (2021). Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 32(3), 1125-1142.
- Ceran, Y., & Özdemir, Ş. (2013). Sağlık İşletmelerinde Paket İşlem Fiyat Uygulamasının Hedef Maliyetleme Yöntemi ve Stratejik Pazarlama Muhasebesi Açısından Değerlendirilmesi ve Özel X Diyaliz Merkezinde Bir Uygulama. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 450-478.
- Çalışkan, Z. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Önceliklerin Belirlenmesinde Ekonomik Değerlendirme Yöntemi Olarak Maliyet-Etklilik Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi Dergisi, 312-313.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (tarih yok). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 177-216.
- Dağlı, M. (2019). Stratejik Maliyet Yönetiminin Kurumsal Rekabet Gücü Üzerindeki Yansımaları: Sağlık Sektöründe Bir Model Geliştirme. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 1-141.
- Davenport, T., & Kalakota, R. (2019). The Potensial For Artificial Intelligence In Healthcare. *Future Healthcare Journal*, 94-98.
- Dehghan, H., & al., e. (2019). Value Engineering in Health Care: Part I. Basics and Methods. *Internal Medicine and Medical Investigation Journal*, 4(2), 1-5.
- Demirci, B. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) Nasıl Bir Sistem Getiriyor? *Akdeniz İİBF Dergisi*, 122-135.
- Demirel, G. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 96-117.
- Doğan, S., & Çakıcı, C. (2016). Faaliyet Tabanlı Maliyet Yöntemi ve Bir Uygulama. *Global Journal of Economics and Business Studies*, 5(10), 38-51.
- Egici, M. T. (2024). Ülkemizde Koruyucu Sağlık Hizmetlerine Bakış. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*(65), 66-71.
- Emiroğlu, A. (2016). Yalın Üretim ve Tam Zamanlı Envanter Yönetim Stratejisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 72-85.
- Erol, S. I. (2019). Sosyal Güvenlik Sistemi: Sosyal Sigorta, Sosyal Yardım ve Sosyal Hizmet Bileşenleri Bağlamında. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(23), 1-14.
- Erumut, M. C. (2014). Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem. *Sosyal Güvence Dergisi*(5), 93-126.
- Fişek, N. (1982). Türk Tabipler Birliği. *Türk Tabipler Birliği*: https://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html#:~:text=D%C3%BCn%C3%9C%C4%9F%C4%B1k%20%C3%96rg%C3%BCt%C3%BC%20anayasas%C4%B1nda%20sa%C4%9F%C4%B1k,ve%20a%C3%A7%C4%B1klanmas%C4%B1%20gerek%20bir%20kavramd%C4%B1r.adresinden alınmıştır
- Gapenski, L. (2005). *Healthcare Finance: An introduction to Accounting and Financial Management*. Aupha Press: 3rd edition.
- Gazete, R. (1983, 01 13). *Mevzuat.gov*. *Mevzuat*: <https://www.mevzuat.gov.tr/at?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5> adresinden alınmıştır
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Algısıyla Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 149-184.
- İ. F. Doğan, Bakan, İ., & Hayva, S. (2017). Effect of Competition Strategies on the Quality in the Hospitals- Main Players of Health Sector. *Electronic Journal of Social Sciences*, 817-835.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 86-99.
- İşıkçelik, F., & Öztürk, N. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemlerinden Teşhis İlişkili Gruplar. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9(2), 431-448.
- Kara, F. (2023). Hastane İşletmelerinde Maliyet Analizi: Zamana Dayalı Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemi İle Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi) Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 1-153.
- Karahan, A., & Özgür, E. (2009). Stratejik Yönetim Modeli Olarak Kurumsal Karnenin Uygulanabilirliği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 59-81.
- Karakulluğu, E. (2016). Artvin Kamu Hastanelerinde Çalışan Yöneticilerin İleri Maliyet Yönetimi Yaklaşımları Konusundaki Algılarının Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Avrasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yöneticiliği Anabilim Dalı, 1-96.

- Kavuncubaşı, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi.
- Kaya, Ş. D., & Tekpınar, L. (2021). Sağlık, Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri ve Sınıflandırılması. Ş. D. Kaya içinde, Sağlık Hizmetleri Yönetimi (s. 46). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kepçe, N. (2022). Maliyet Yönetimi. Tübitak Bilim ve Toplum Başkanlığı Popüler Bilim Yayınları : https://ansiklopedi.tubitak.gov.tr/ansiklopedi/maliyet_yonetimi?utm_source=chatgpt.com adresinden alınmıştır
- Metin, B. (2017). Sağlık Hakkı. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 46.
- Milojevic, S., & al., e. (2024). Cost Management of Healthcare Organizations for Financial Sustainability. Scientific Article, 27(105), 47-58.
- Orhaner, E. (2000). Türkiye’de Sağlık Sigortası. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Otlu, F., & Karaca, S. (2005). Maliyet Yönetimi ve Yaşam Seyri Maliyet Analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, 10(2), 245-270.
- Özmen, Z. (2017). Avrupa’da Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı: Farklı Refah Devletleri Üzerine Bir İnceleme. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7(2), 600-620.
- Sayar, B., & Ağırbaş, İ. (2023). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar Uygulama Örneği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 306-314.
- Söyler, S. (2023). Modern Sağlık Yönetiminde Temel Konular. C. Teker içinde, Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Yönetimi ve Güncel Gelişmeler (s. 39-56). Mersin: Eğitim Yayınevi.
- Şantaş, F., & Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık Hizmetlerinin Finansman ve Geri Ödeme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 12-20.
- Şengül, H., & Bulut, A. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları ve Teşhis İle İlgili Gruplar. ESTUDAM Public Health Journal, 196-209.
- Tankül, M. (2024). Sağlık Hizmetleri Yönetimi. Karabük Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Ders Notu, 1-15.
- Tapan, B., Alıcı, S., Yıldırım, N., & Gayef, A. (2015). Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği Konusundaki Görüşlerin Değerlendirilmesi. FNG Bilim Tıp Dergisi, 77-86.
- Tarcan, M. (2007). Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 169-189.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), 103-133.
- Tezcan, S., Altunta, K., & Yeşildal, N. (1999). Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi polikliniklerine Başvuran Hastaların Hizmetlerden Memnuniyet Düzeyi. Hacettepe Tıp Dergisi, 267-285.
- Turan, A. (2022). Sağlık Hizmeti Yönetiminde Kurullar. S. Bostan, & v.d içinde, Sağlık Kurumları Yönetimi -1 (s. 355-384). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Ulutürk, S. (2015). Sağlık Ekonomisi, Sağlık Statüsü, Sağlığın Ölçülmesinde Kullanılan Ölçütler ve Önemi: Türkiye Örneği. Finans Politik Ve Ekonomik Yorumlar (603), 48.
- Ünal, A. K., & Çil Koçyiğit, S. (2023). Sağlık Yönetimi Alanında Stratejik Maliyet Yönetimi Alanında Yapılan Araştırmaların Bibliyometrik Analizi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 700-713.
- Vural, A., & Baltacı, A. (2022). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Bir Pazarlama Karması Elemanı Olarak Fiyat. Ankara: IKSAD Yayınevi.
- Yalçın, İ., Akın, M., & Şeker, M. (2011). Kamu Hastanelerinde Dış Kaynak Kullanımı: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 83-92.
- Yazan, T. (2015). Kamu Hastanelerinde Temel Yönetim Sorunları ve İdeal Hastane Yönetimi (Alanya Devlet Hastanesi Çalışanları Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi), 18.
- Yazıcı, U., & Çiçen, Y. B. (2021). Karadeniz Bölgesindeki Devlet Hastanelerinin Sağlık Hizmetleri Etkinliğinin Analizi: 2018 Yılı İçin Veri Zarflama Analizinden Bulgular. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3), 341-352.
- Yıldız, Y. K. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Maliyete Dayalı Fiyatlandırma Stratejileri: İşlem Maliyet Yaklaşımı. Sağlık Yönetimi Dergisi, 41-50.
- Yıldız, Y. K. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Maliyete Dayalı Fiyatlandırma Stratejileri: İşlem Maliyet Yaklaşımı. Sağlık Yönetimi Dergisi, 41-50.
- Yonca, H. (2015). Sağlık İşletmelerinde Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesinde Uygulama). (Yüksek Lisans Tezi) Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, 1-190.