

MALİ REGÜLASYON OLARAK SAĞLIK REGÜLASYONLARININ SAĞLIK KURUMLARINA ETKİSİ: TÜRKİYE’DE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ VE SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ*

EFFECTS OF HEALTH REGULATIONS ON HEALTH INSTITUTIONS AS A FISCAL REGULATION: UNIVERSITY HOSPITALS AND COMMUNIQUE ON HEALTHCARE PRACTICES IN TURKEY

Mustafa Alpin GÜLŞEN

Doktora Öğrencisi, Akdeniz Üniversitesi SBE, Maliye Bölümü, ANTALYA
(*m.alpingulsen@gmail.com*)

Mustafa YILDIRAN

Akdeniz Üniversitesi, İİBF, Maliye Bölümü, ANTALYA
(*mustafayildiran@akdeniz.edu.tr*)

ÖZ

Sağlık alanında yapılan bir kamu regülasyonu olarak Sağlık Uygulama Tebliği, sağlık piyasalarını doğrudan etkileyen bir fiyat regülasyonudur. Çalışma kapsamında regülasyonlara, piyasaların arz, talep ve dolayısıyla fiyat yapısını negatif yönde etkileyen bir kamu müdahalesi olarak bakılmaktadır. Çalışmanın amacı ülkemizin sağlık piyasasını finansal ve idari açıdan doğrudan etkileyen ve bir sağlık regülasyonu aracı olan Sağlık Uygulama Tebliği’nin özellikle üniversite hastanelerinin mali yapısında neden olduğu etkilerin analiz edilmesidir. Bu kapsamda çalışmada kamu ile piyasa yaklaşımlarının regülasyona nasıl baktığının yanı sıra SUT ile regülasyonlar arasında çeşitli ilişkilerden bahsedilmiş ve birtakım önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sağlık uygulama tebliği, Regülasyon, Sağlık regülasyonu, Üniversite hastaneleri

ABSTRACT

A public regulation made in the field of healthcare, the Communiqué on Healthcare Practices is a price regulation that has affected the healthcare market directly. In this study, the regulations are regarded as a public intervention with negative impacts on the market supply and demand, as well as its price structure. This study attempts to analyze the impact of the Communiqué on Healthcare Practices, a healthcare regulation tool that directly governs financial and administrative aspects of the healthcare market in our country, on the financial structure of university hospitals. In this context, we have scrutinized how public and market approach to this regulation, mentioning various relations between Communiqué on Healthcare Practices and the regulations and presenting several suggestions.

Keywords: *Communiqué on healthcare practices, Regulation, Healthcare regulation, University hospitals*

* Bu çalışma, Doç. Dr. Mustafa YILDIRAN danışmanlığında Mustafa Alpin GÜLŞEN (2016) tarafından Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans programında hazırlanmış olan “Kamu Regülasyon Türü Olarak Sağlık Uygulama Tebliği ve Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkileri” başlıklı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

1. Giriş

Sağlık sektörü kamu kesiminin yoğun müdahale ettiği alanlar arasındadır. Politik karar alıcılar sağlık bakanlığı ve sağlıkla dolaylı olarak ilgili diğer bakanlık ve kuruluşlar, insani, mali ve diğer sağlık sektöründe mali regülasyonlar, sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması, belgelendirilmesi ve sağlık ödeme sistemlerinin düzenlemesi fonksiyonlarını karşılamaktadır. Bu çalışma, Türkiye’de özellikle sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması ve belgelendirilmesi üzerindeki sınırlamaları belirleyen en önemli regülasyon olan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’nin nasıl bir regülasyon olduğunu ve üniversite hastaneleri açısından nasıl sonuçlar doğurduğunu açıklamak amacındadır. Çalışmada önce regülasyonların teorik değerlendirmesi ve sağlık sistemlerindeki yeri incelenmektedir. Türk sağlık sisteminde sağlık regülasyonu olarak SUT ‘un üstlendiği fonksiyonlar ve hastanelerin konumu analiz edilecektir. SUT’un getirdiği fırsat ve zayıflıklar ortaya konulduktan sonra, üniversite hastaneleri açısından değerlendirilecektir.

1.1. Kamu Yaklaşımı

Literatürde kamu sektörünün sağlık alanında faaliyette bulunmasını genel anlamda açıklayan iki görüş hâkimdir: Kamu Yaklaşımı ve Piyasa Yaklaşımı. Sağlık hizmetinin kamusal aktörler tarafından sunulması, nüfusun ihtiyaçlarına cevap verme, sağlık hizmetinin finansmanında adaletli olmayı güvence altına alma, sağlık hizmetlerine ulaşmada eşitsizliği azaltma ve sağlıkla ilgili tüm göstergelerde iyileşme sağlayabilme açısından güvence sağlamaktadır (WHO, 2006: 1).

Diğer taraftan kamu sektörünün piyasa işleyişine müdahale etmeden sadece güvenlik ve dış politika gibi alanlarda etkisini göstermesini savunan klasik liberal ve neo-liberal görüşler bulunmaktadır. Bu görüşe göre devlet kamusal alanda kendini sınırlayan ve bireylerin özgürlük alanını genişleten önlemler almalyken, özel alanda mülkiyet haklarını koşulsuz şekilde koruma altına almalı ve rekabet ile serbest piyasa önündeki tüm engelleri ortadan kaldırmalıdır.

Modern anlamda kamu sağlığına yönelik anlayış, 19. yüzyılda temel hijyen sorunları ile başlamış, batılı refah devletlerinin yapılandırılması ile güçlenmiştir. Kamu sağlığı kavramı özellikle 1970’li yıllardan itibaren içine toplumsal sağlık anlayışını da alarak genişlemeye başlamıştır. Bu dönemde sağlık alanındaki hakkaniyetsizlikler önemli bir sorun olarak görülmüş ve buna bağlı olarak da yoksul ve dezavantajlı gruplar için birtakım regülasyonlar hayata geçirilmiştir. Söz konusu düzenlemeler, nüfusun sağlık düzeyinin yükselmesine ve sağlık harcamalarının artışına neden olmuştur. Bu dönemde gelişmiş toplumlarda kamu sağlığı, eşitlikçi bir anlayışa bürünmüştür (Günaydın, 2011: 351).

Kamu yaklaşımına göre sağlık hizmetleri piyasa başarısızlıkları nedeniyle piyasada bulunan aktörlerin sunamayacağı kadar önemlidir. Kamu kesimi, sağlık piyasasında ortaya çıkan etkinsizlikleri gidermek, gelir dağılımı adaletsizliği nedeniyle nispeten dengesiz sunulan sağlık hizmetlerini erişiminde eşitliği gözetmek, koruyucu sağlık hizmetlerini sunacak tedbirleri almak, sağlık sisteminin finansmanını sağlamak veya denetim fonksiyonunu üstlenmek gibi unsurların bir kısmını ya da tümünü bünyesinde toplayarak sağlık hizmetleri piyasasına çeşitli müdahalelerde bulunmaktadır (Çelikay & Gümüş, 2010: 4). Bununla birlikte sağlık hizmetleri, bireylerin yaşam kalitesini ve verimliliğini arttırması nedeniyle nitelikli insan sermayesinin bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin hizmet sunulan bireylere özel fayda sağlamasının yanında tüm topluma sosyal fayda sağlaması nedeniyle, devlet sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumunda aktif bir rol üstlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin erdemli mal olmasının doğal bir sonucu olarak piyasa mekanizmasına bırakıldığında eksik olarak sunulması, bireylerin sağlık hizmeti almasını

engelleyecek, bu durumda da negatif dışsallık nedeniyle toplumsal faydanın azalmasına neden olacaktır (Kesik vd., 2013:100)

1.1.1. Türkiye’de Sağlık Sistemi ve Hastaneler

Temelleri Marshall’a kadar uzanan neo-klasik refah iktisadına göre teoride belirli şartlar altında piyasa mekanizması optimal kaynak tahsisi sağlasa da gerçek hayatta kaynak tahsisinin iyileştirilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla kaynak tahsisinde etkinliği sağlamanın önemli bir yolu kamu reglasyonlardır. Pigou ile birlikte marjinal sosyal hasıla ile marjinal özel hasıla arasında yapılan ayırım (dışsallık) da ekonominin optimal çıktı seviyesine ulaşabilmesi için vergiler ve diğer reglasyon biçimleri ile kamu müdahalesinin gerekliliğini açıklayan argümanlar olmuştur. Başta Keynes’in devletin ekonomideki rolünün önemini vurgulayan açıklamaları olmak üzere Lindahl’ın kısmi denge analizi sonrasında kamu mallarına ilişkin açıklamaları, devletin iktisadi faaliyetler içindeki rolünü yeniden biçimlendirmiştir. Böylece kamu yaklaşımına göre reglasyon, refah kayıplarına yol açan piyasa aksaklıklarını telafi etmenin bir aracı olarak görülmektedir (evik, 2005: 252). Bu açıdan Türkiye’nin sağlık hizmetlerinin sunumuna ve finansmanına bakıldığında kamu sektörünün hem mülkiyet (hastane, yatak sayısı vd.) hem de harcamalar açısından yukarıda anlatılan kamusal yaklaşıma uygun bir yapıda olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Sağlık Sektöründe Mülkiyet (2000-2014)

Yıllar	Mülkiyet				Toplam	Harcama				Toplam (Milyon TL)
	Kamu	Oran (%)	zel	Oran (%)		Kamu	Oran (%)	zel	Oran (%)	
2000	903	78	261	22	1 164	5.190	63	3.058	37	8.248
2005	852	74	293	26	1 145	23.987	68	11.372	22	35.359
2010	905	65	489	35	1 394	48.482	79	13.196	21	61.678
2014	935	63	556	37	1 491	73.382	77	21.368	23	94.750

Kaynak: TÜİK

Tablo 1’de yapılan sınıflandırmada niversite hastaneleri yönetsel değil *mülkiyet anlamında* kamu sağlık kurumlarına dahil edilmiř¹; diğer yataklı sağlık kurumları² ile yataksız sağlık kurumları³ ise tabloya dahil edilmemiştir.

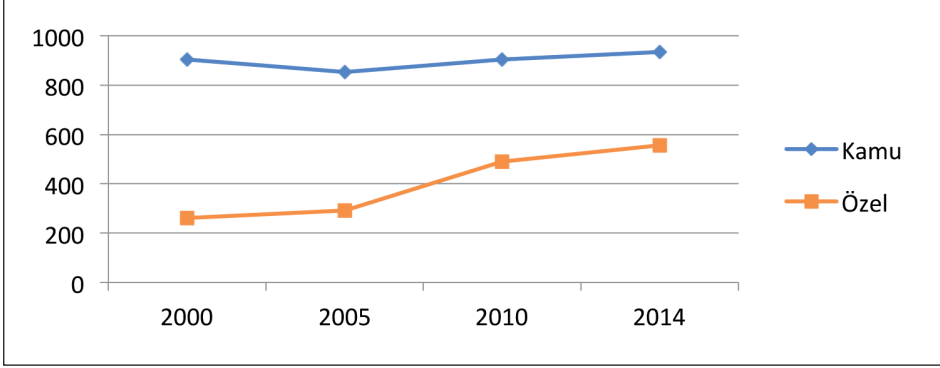
Kamunun sağlık sistemindeki mülkiyet ağırlığı 2000’li yılların başında fazlayken sağlık harcaması düşük; fakat ilerleyen yıllarda mülkiyeti düşük iken harcamaları artış göstermektedir. Söz konusu artışlara neden olarak, hızla büyüyen sağlık sektörünün denetim eksikliği sonucu verilmeyen hizmetlerin de SGK’ya faturalandırılması, fatura tutarlarının yüksek gösterilmesi (Yereli vd., 2010: 38), toplumun sağlık hizmetine olan talebinin ve beklentilerinin artması ve bu talebin ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmetlerinden oluşması (Memiş, 2012: 4) gösterilmektedir. Söz konusu etkenlerin yanı sıra nüfusun artması, yaşam sresinin yükselmesi, GSS’nin kabul edilmesiyle birlikte SGK’ya dahil olan nüfusun artış göstermesi ve hizmet sunumunda yükselen sağlık teknolojisi giderleri (Yereli vd., 2014: 275) diğer nedenler arasında gösterilmektedir.

1 Üniversite hastaneleri literatürde kamu hastanesi olarak sınıflandırılmakta ve devlete dolaylı bağlı hastaneler grubunda yer almaktadır (Tengilimoğlu vd., 2015: 193).

2 Diğer grubu altında Belediyelere ait yataklı sağlık kurumları bulunmaktadır. Ayrıca, 2002 yılı ve sonrasında Millî Savunma Bakanlığı’na ait hastanelerde bu gruba dahil edilmiştir.

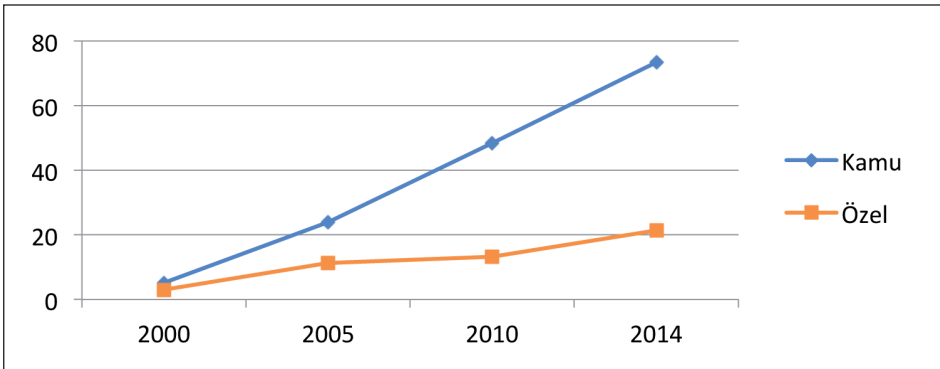
3 Aile Hekimliği Birimi, Sağlık Ocağı, Verem Savaş Dispanseri, Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi, AÇSAP Merkezi sayıları toplama dahil edilmiştir.

Tablo 1 ve Şekil 1'de kamuya ait hastanelerde 2000 sonrası oransal olarak azalma, özel hastanelerde ise artma görülse de kamu mülkiyetine ait yataksız sağlık kuruluşlarında önemli artışlar meydana geldiği gösterilmektedir. Dolayısıyla kamu mülkiyeti, Türkiye sağlık sisteminin çok önemli bir bölümünü oluşturmaktadır.



Şekil 1. Mülkiyetine Göre Hastane Sayısı (2000-2014)

Şekil 1'e sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bakıldığında, Şekil 2'de toplam sağlık harcamalarının içinde kamu payının yıllar içinde artış gösterdiği görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artışı sadece SDP reformu ile ilişkilendirmek doğru bir sonuca ulaştırmayacaktır. Söz konusu artış kamu sağlık politikalarının geçmişten günümüze kamu maliyesinin öncelikli politikaları arasında yer almasından kaynaklanmaktadır. Ancak sağlık politikalarında kamu sektörü 2003 öncesi doğrudan arz ve finanse eden bir konumdayken 2003 sonrasında düzenleyen ve denetleyen bir konum almaya yönelik hedefleri olmasına rağmen Tablo 1'de görüldüğü üzere ağırlığı devam etmektedir. Diğer taraftan 2003 sonrası dönemde sağlık piyasalarında tek ve en önemli regülatör olan SGK'nın kamu finansmanının içindeki payının 2014 yılında %70⁴ olması Türkiye'nin sağlık sisteminde kamunun geniş varlığını göstermektedir.



Şekil 2. Mülkiyetine Göre Sağlık Harcamaları (2000-2014)

Diğer taraftan 5510 sayılı kanunda (62.md.) yer alan " genel sağlık sigortasından sağlanacak

4 51.356 milyon TL olarak gerçekleşmiştir.

sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür” ifadesi ile birlikte SGK’nın toplam kamu sağlık harcamasında %70 gibi bir ağırlığının olması ve bu oranın %55’inin⁵ hastanelere (oğunluğu SUT yoluyla) yapılan cari sağlık harcamalarından oluşması, bir regülatör olarak sağlık piyasalarındaki etkinliğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla kamu kesiminin 2002 yılı sonrasında sağlık piyasasında sadece düzenleyici ve denetleyici rol almasına yönelik hedeflerin gerçekleşmediği görülmektedir.

2. Regülasyon, Sağlık Reglasyonları ve Sağlık Uygulama Tebliği

Hukuk ve ekonomi literatüründe regülasyonun net bir tanımı bulunmamaktadır. Yapılan tanımlara bakıldığında ise reglasyon, sosyo-ekonomik politika amaçlarının uygulanması için yasal araçların kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Yasal araçların karakteristiği belirli cezai yaptırımlar altında öngörülen davranışların hkmetin cebir yoluyla firmalara veya bireylere uygulanmasıdır. şirketlere yönelik bu yaptırımlara örnek olarak, fiyat belirlemek, belli malları üretmek veya üretmemek, piyasa dışı kalmak, asgari ücret gibi düzenlemeler verilebilir. Dolayısıyla yaptırımlar, hak mahrumiyetlerinden şirketin kapatılmasına kadar bir dizi kararları içermektedir (Den Hertog, 1999: 223).

Dolayısıyla kamunun reglasyon yapması için, kaynak tahsisinde etkinliği sağlamak, rekabeti ve rekabetin dayandığı hukuki ve ahlaki değerleri korumak, tüketiciyi korumak, çevreyi korumak, çeşitli mesleklerle ilgili ahlaki ve hukuki temel değerleri korumak, gelir dağılımını iyileştirmek, üreticileri aşırı rekabetten korumak, istihdamı geliştirmek gibi nedenler ne sürülmüştür (Trkkn, 2001: 109).

Kamunun veya özel sektörlerin uyguladığı kurallar bütününün hemen hepsinin reglasyon kapsamında olduğu düşünüldüğünde hem konuyu etraflıca ele almak hem de sınıflandırma yapmak zor olmaktadır. Dolayısıyla mevcut şartlar altında reglasyon genel olarak Ekonomik, Sosyal ve İdari (yönetsel) diye 3 ana başlık altında toplanabilir (OECD, 1997: 6). Ekonomik (iktisadi) reglasyon fiyatları, miktarı, piyasaya girişi ve belirli sektörler için çıkış kısıtlamaları anlamına gelmekteyken, sosyal reglasyon sektörleri olumsuz etkileyen piyasa kusurlarını düzeltmek amacıyla yapılan düzenlemeler anlamında kullanılmaktadır. Sosyal regülasyonlara örnek olarak evre, halk sağlığı ve güvenliği gösterilebilir. İdari reglasyonlar ise tüketiciyi ve üreticiye kamu veya özel sektörde idari maliyetler yükleyen evrak masraflarına yönelik kamu kesimi politikalarıdır (Hahn, 2000: 7).

2.1. Sağlık Uygulama Tebliği ve Sağlık Hizmeti Regülasyonu

Sağlık hizmetleri hastalığın tanı ve tedavisi, ya da sağlık iyileştirmesi, bakım ve restorasyonu ile ilgili kişisel olan veya olmayan tüm hizmetleri içermektedir. Bu hizmeti değerlendirebilmek için para, personel, ekipman ve sağlık hizmetlerine yapılan devlet müdahalesi gibi unsurlar kullanılmaktadır (WHO).

Sağlık Uygulama Tebliğinde düzenlenen hizmet sunucuları 5510 sayılı kanun gereği Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık kuruluřları⁶ ve sağlık kurumları⁷ olmak üzere basamaklandırılmıştır (SUT md.1.4.).

⁵ 27.986 milyon TL olarak gerçekleşmiştir.

⁶ Bunlar Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu, Birinci basamak özel sağlık kuruluşu, Serbest eczanelerdir.

⁷ Bunlar İkinici basamak resmi sağlık kurumu, İkinici basamak özel sağlık kurumu, üçüncü basamak resmi sağlık Kurumu’dur.

Türkiye’ de kamu sağlık regülasyonlarının temel nedeni sağlık hizmetinin serbest piyasa ile yürütülemeyeceği düşüncesidir. 2001 sonrası sağlık alanında rekabeti sağlamaya yönelik özel hastanelerin SGK ile protokol imzalaması gibi girişimler, sunulan sağlık hizmetinin kalitesi bakımından rekabet sağlamakta, fiyatlandırma politikaları açısından ise rekabeti engelleyici etkiler ortaya çıkarmaktadır.

Bu açıdan ülkemizde sağlık sektöründe uygulanan fiyat regülasyonu SUT ile sağlanmaktadır. SUT fiyatları, SGK’nın belirli hizmetler için belirlediği ve bu hizmetleri sunan sağlık kurumlarına usulüne uygun faturalandırmak kaydıyla ödediği, işlem ve paket bazında tespit edilen detaylı bir fiyatlandırma uygulamasıdır. Bu fiyatlandırma işlemi Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu (SUT md.1.1.) tarafından belirlenmektedir.

2.1.1. Sağlık Uygulama Tebliği ve Mali Regülasyonlar

Sağlık hizmetlerinde yer alan iktisadi alanlara SUT aracılığıyla düzenlemeler yapan SGK, başta katılım payı olmak üzere ilave ücret, tıbbi malzeme temin ve ödeme esaslarından fatura düzenlemeleri ve ödeme, kan ve kan bileşenlerinin temini ve bedelinin ödenmesine kadar birçok mali konuda düzenlemeler yapmaktadır. Yapılan düzenlemeler içinde Dünya Bankası tarafından da dikkat çekilen uygulama katkı paylarıdır. Dünya Bankasına göre kullanıcı katkıları üç nedenden dolayı sağlık sektöründe yer alan sorunları çözebilir: (i) Kullanıcı katkılarının kullanılması sonucu meydana gelen gelir artışıyla daha iyi sağlık hizmeti verilir. (ii) Kullanıcı katkılarıyla elde edilen yeni gelirle birlikte devlet, sağlık hizmetlerini kırsal kesimlere de ulaştırarak hem yoksul kesimin yoğunlukta olduğu kırsal alanlarda hizmete erişim mümkün hale gelir hem de ülke genelinde sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik azaltılır. (iii) Kullanıcı katkıları, iktisadi anlamda bir fiyatlama politikası olduğundan gereksiz talebi engelleyerek sağlık hizmeti tüketicilerinin taleplerinde duyarlı olmasını sağlamaktadır. Böylece gereksiz reçete yazılımı veya sevk sisteminin gereksiz kullanılması sonucu kamu hizmetlerinde meydana gelen verimsizlik de en aza indirilmiş olacaktır (Yıldırım vd., 2011: 77). Bu çerçevede SUT ‘ta katılım payı, kamu sağlık hizmeti sunucularının yanında sosyal güvenlik kurumuyla anlaşmalı vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel sağlık hizmeti sunucularına sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek amacıyla müracaat eden genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade etmektedir. (SUT,2016:md.1.8). Ancak “iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payı alınmamaktadır (SUT,2016: md.1.8.5.).

Diğer yandan katılım payı, gelir durumuna bakılmaksızın uygulanması, özellikle alt gelir gruplarının refahını olumsuz etkilemesi ve adil bir uygulama olmadığı yönünde eleştirilmektedir. Ancak aynı zamanda devletin tüm sağlık harcamalarını merkezi bütçeden karşılaması ve bu şekilde oluşan bütçe açıkları (bunun sonucunda enflasyona kadar giden bir dizi makroekonomik sorunlar) ve hastanelere olan yoğun talep nedeniyle oluşan kuyruklar da eleştirilmektedir. Katkı payının alınma nedeninin hastanelere yapılan gereksiz müracaatlar ve bu sebeple de meydana gelen SGK giderlerinin azaltılması olarak düşünüldüğünde katkı paylarının hakkaniyetsiz bir uygulama olmadığı, aksine gereksiz müracaatların engellenmesi ve çoğunlukla gerçekten hasta olan bireylerin uzun süre beklemeden tedavi olması nedeniyle adaleti kısmen sağlayan uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1.2. Sağlık Uygulama Tebliği ve Kullanıcı Regölasyonları

Literatürde “tıbbi müşteri” olarak da adlandırılan (Tengilimoğlu, 2000: 197) sağlık hizmeti kullanıcısı, hastane veya sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlarda sağlık hizmetini o an kullanan veya potansiyel olarak alıcısı olan ve bu hizmet sürecine ücret veya sosyal güvencesiyle katılan veya katılacak olma hali bulunan kişi veya kişiler olarak tanımlanmaktadır. Hizmet kullanıcısı terimiyle (i) Hastaların sağlık ve sosyal sağlık hizmetlerini kullanan, hasta bakıcılar, ebeveynler veya veliler, (ii) sosyal sağlık hizmetlerini ve sağlık hakkını bireyler adına temsilen savunan, örgütler ve topluluklar, (iii) sosyal sağlık müdahalelerini ve sağlık hizmetlerinin potansiyel kullanıcıları olan, topluluklar ve vatandaşlar ifade edilmektedir. Bu ifadeyle ayrıca farklı ihtiyaçları ve yönelimi olabilen toplumdaki ırk, etnik köken ya da milliyet, din, engellilik, cinsiyet, yaş vb. açılardan benzerlik unsuru taşımayan tüm bireyler anlatılmaktadır (HSE, 2012: 2).

Sağlık hizmeti kullanıcısı ile ilgili regölasyonları mali ve hizmet regölasyonlardan ayırt etmek pek mümkün olmamaktadır. Kullanıcılara yönelik her türlü regölasyon aynı zamanda hizmet sunumunu ve bu sunumun finansmanı ile yakından ilgili olmaktadır. 2007 yılında SUT ‘un kabulü ile SB hastanesinden üniversite hastanesine sevk zorunluluğunun kaldırılması, kronik rahatsızlığı olan hastaların hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yaptırabilmesi, SGK ile sözleşmesi bulunan SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde ayakta ve yatan hastalara yönelik sabit fiyat ödemesinin getirilmesi, SGK ile sözleşme yapan hastanelerin yatan hasta ilaç ve tıbbi malzemeleri (sigorta kapsamında) ücret ödemedi sağlaması ve hastadan ücret alınır sa bir takım cezai yaptırımların uygulanması, SGK ile sözleşmeli tüm SB, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirilmesi (OECD, 2008: 37) gibi regölasyonlar sağlık hizmetini kullananları doğrudan etkileyen regölasyonları oluşturmaktadır.

Dolayısıyla SUT’ ta yer alan kullanıcı regölasyonları daha çok işlem maliyetlerini azaltmaya yöneliktir. Bir diğer ifadeyle sağlık hizmetini sunan kurumların ve kullanan bireylerin, işlemleri yaparken daha az zaman harcaması veya masrafları daha aza indirmesi olarak gerçekteleşmiştir. Ayrıca sağlık hizmetini sunan aktörlerin, kullanıcılara karşı hesap verilebilirliği ve şeffaflığı MEDULA sistemiyle artış göstermiştir.

2.1.3. Piyasa Yaklaşımı Açısından Sağlık Regölasyonları ve SUT

Kamu kesiminin, sağlık hizmetlerinin regüle edilmesinde ve finansmanının sağlanması başlıca aktör olduğu pek çok ülkenin, 1980’lerin sonlarından itibaren yeniden yapılanma sürecine girdiği görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinde yıllar itibariyle artışların yaşanması ülkelerin bütçesinde baskılar oluşturması bu süreci hızlandıran temel neden olmuştur. Söz konusu değişim sürecinde devletin geleneksel sağlık hizmetlerinin her aşamasında yer alması fonksiyonu, tekrar gözden geçirilmiş ve bazı faaliyetleri özel sektöre devredilmiştir. Ancak piyasa odaklı reformlardan sadece devletin işlevlerinin veya becerilerinin özel sektöre aktarılması anlaşılmalı aynı zamanda ademi merkezilik ve deregölasyon süreçlerini de kapsamaktadır (Günaydın, 2011: 333).

Kamusal yaklaşımın regölasyonla ilgili ortaya koyduğu yaklaşımdan farklı bir yaklaşım ortaya koyan ve regölasyonu Chicago Okulu ve Kamu Tercihi Okulu temelinde inceleme konusu yapan piyasa yaklaşımı, devleti (bürokrasiyi ve politikacıları) kendi çıkarlarını takip eden ve faydasını maksimize etmeye çalışan bireylerin bir uzantısı olarak görmektedir. Bu açıdan kamu regölasyonların, çıkar gruplarının rant kollama ve politikacıların oy arttırma hedefiyle yapıldığını

savunmaktadır. Dolayısıyla regülasyonu negatif dışsallıklar ve tekelleri düzenleyici, kamu yararına yönelik açıklayan kamu çıkarı yaklaşımına alternatif bir tez olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşım belli bir zaman sonra regülasyonun, içerdiği sanayi dalının çıkarlarına hizmet eder hale geleceğini varsaymaktadır (Çevik, 2005: 253). Bu açıdan kamu kesimi, faydasını/oyunu maksimize edecek faaliyetlerde bulunmakta ve regülasyon uyguladığı sektörde varlığını arttırmak veya devam ettirmek istemektedir. Bu durum fiyatların yükselmesinden, ürünlerin kalitesiz oluşu ve gelir dağılımında adaleti bozucu etkilere kadar birçok olumsuz sonuca yol açabilmektedir.

Diğer yandan fiyat kontrollerinin, firmaların piyasa dengesi altında bir fiyat belirlenmesi nedeniyle kalitesiz mallar üretmelerine ve üretim teknolojisi olarak maliyet azaltıcı motivasyonlardan uzaklaşmaları gibi piyasalar üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle fiyat kontrolleri yoluyla piyasaya müdahalede bulunmak etkin olmayan sonuçlara neden olmakta ve politik olarak sürdürülebilir olmamaktadır (Çetin, 2009: 32). Dolayısıyla piyasanın yol açtığı olumsuzluklara karşı kamusal yaklaşımın tamamlayıcı, regüle edici çözüm yolu aslında piyasa yaklaşımında da kendini göstermektedir. Piyasa yaklaşımına göre hizmet sunucuları müşteri kaybetme korkusundan dolayı hileli işlem yapmayı rasyonel bir davranış olarak görmemekte; aksine ihmalkârlık varsa onu düzeltmeyi tercih etmektedir. Başka bir deyişle, hukukun hakimiyeti tarafından kontrol edilen ve rekabetçi bir çevre tarafından teşvik edilen bir dengeli serbest piyasa ekonomisi, hileleri, ihmali ve başarısızlığı ortadan kaldırılmasa bile en aza indirecektir (Skousen, 2010: 306). Dolayısıyla piyasa yaklaşımına göre, mülkiyet hakları doğru ve kesin olarak belirlenen, adaletin, özgürlüğün ve rekabetin sağlandığı bir sistemde piyasa faaliyetlerinden kaynaklanan (dışsallık, tekeller gibi) herhangi bir olumsuzluk ortaya çıktığında piyasa mekanizması görünmez el yardımıyla kendi kendini regüle edebilecek mekanizmalara sahiptir.

Piyasaların herhangi bir kamu müdahalesine gerek duymadan regüle edebilecek mekanizmaları, piyasa yaklaşımının en önemli temsilcileri arasında yer alan Ronald Coase açıklamaktadır. Coase, 1960 yılında yazdığı *The problem of social cost* adlı makalesinde geleneksel yaklaşımın (Pigoucu/kamusal yaklaşımın), bireylerin yapacağı seçimlerin doğasını engelleme eğiliminde olduğunu söylemekteydi. Coase'a göre "A bireyi yaptığı eylemler neticesinde B bireyini zarara uğrattıyorsa A'nın eylemlerini kısıtlamak yolunu seçmek yerine ilgilenmemiz gereken nokta karşılıklılık problemi olmalıdır. A, B ye zarar veriyor diye A'nın faaliyetlerini engellemek (müdahalede bulunmak) A'ya zarar verebilir. Burada sormamız gereken A'nın B'ye zarar vermesine izin mi verilmeli ya da B'nin A ya zarar verilmesine mi izin verilmeli?" sorusudur (Coase, 1960: 2). Neo-klasik teoriye göre, negatif bir dışsallık, bu durumu ortaya çıkaran tarafa bir vergi konması yolu ile çözülecektir. Bu şekilde bulunan bir çözüm ile tarafların karşılıklı pazarlık yolu ile etkin bir alternatif üretebileceklerini dışlamaktadır. Buna karşı Coase, piyasada tarafların pazarlık yolu ile üretebileceği bir çözümün daha etkin olabileceğini göstermiştir. Pek çok durumda taraflar kendi menfaatlerine en uygun çözümü bulmada devletten daha etkin davranacaktır. Girişimcilerin kendilerinin bulunduğu piyasalardaki kâr fırsatlarını en iyi görebileceğini düşündüğümüzde, dışsallık problemini çözmenin piyasa mekanizması dışında düşünülmesinin ortaya çıkaracağı sorunlar da görülecektir. Dolayısıyla Coase, piyasa başarısızlığına *piyasaların kendi kendini regüle edebileceği* ve bu nedenle devlet müdahalesine gerek kalmadan sorunların ortadan kalkabileceğini söylemektedir (Oğuz,2005:260).

Dolayısıyla sosyal güvenlik politikaları neticesinde belirlenen prim ve SUT gibi uygulamalar kişilerin fayda maksimizasyonu ile bağdaşmayabilir ve kaynakların etkin kullanılmaması sorununa yol açabilir. Buradan hareketle fiyat regülasyonu yoluyla sağlık hizmetlerini veya genel anlamda

sağlık işlemlerini bir üst kurul tarafından belirlemek, işlemleri gereğinden fazla yaptırabilir veya olması gerekenden düşük yaptırmaya neden olabilir. Bu durumda hizmet sağlayıcılar, gelir getiren işlemleri arttırırken gelir düşürücü işlemleri yapmaktan kaçınabilecektir. Bu durum ise nihayetinde kaynakların etkin kullanılmamasına yol açabilecektir.⁸

2.1.4. Sağlık Uygulama Tebliği'nin Türkiye Sağlık Sistemine Getirdiği Fırsatlar ve Zararlar

Hukuk sistemimizde bağlayıcı yazılı bir kaynak olan tebliğler, kamu kurumlarının yasalardan veya tüzükten aldığı yetkiye dayanarak bir takım idari işeyişi düzenlemek amacıyla çıkarılan resmi metinler olarak tanımlanmaktadır (Battal, 2001: 17). Hukuki regüasyon kapsamına giren tebliğler ile kamu yönetimi örgütü içinde yer alan birimler, genel ve objektif nitelikte birtakım regüasyonlar yapmaktadır (Aybay vd., 2013: 111).

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği de 26532 sayılı Resmî Gazete 'de 25.05.2007 tarihinde yayınlanmış ve 15.06.2007 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu tebliğ ile SGK, Türk sağlık sisteminde yer alan sağlık hizmeti sunucuları ile kullanıcıları ve malzeme temin eden firmaları düzenlemektedir. Tebliğde, sunulan sağlık hizmetlerinin (tetkik, tedavi, ayaktan ve yataklı) bedelleri ile bu bedellerin nasıl ödeneceğine dair esaslar belirtilmekte, sunulan sağlık hizmetlerini merkezi bir sistem (MEDULA) ile kayıt altına almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerini talep edenlere yönelik sunulan her türlü ameliyat, tıbbi sarf ve malzeme giderlerini (örneğin tıbbi malzeme giderlerinin hangi tedavilerde ödeneceği) Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen tek bir fiyat ile sabitlemesi, tedavilerin ve tıbbi malzemelerin fiyatını belirleyen fiyat regüasyonuna; hastanelerin SGK ile anlaşma yapması neticesinde SUT' da yer alan ameliyat kodlarını, işlem puanlarını ve fiyatlandırılmasını bilmek ve hasta kayıt gibi yapılan işlemleri belirtilen kodlar doğrultusunda bildirmek gibi zorunluluklar nedeniyle organizasyonlarını bu regülatör ile şekillendirdiği idari regüasyona; son olarak "2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden (SUT' un 3.2.1, 3.2.2 ve 3.2.3 numaralı maddelerinde tanımlanan) katılım payları" alınmaması gibi Devletin sağlıkla ilgili sosyal politikalarının uygulanmasında önemli bir rol oynaması açısından bir çok alanda düzenlemeler yaparak sosyal regüasyona işaret etmektedir. Bu çerçevede SUT' un SDP'deki konumu, sağlık hizmetlerine yönelik önemli bir regüasyon aracıyken; gerekliliği ise bu regüasyonların uygulanabilmesine imkân veren yasal bir zemin oluşturmasıdır.

SUT' un sağlık sistemine getirdiği fırsatlara bakıldığında, SDP öncesi var olan SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandiğini oluşturduğu parçalı yapının SGK ile tek çatı altına toplanmasıyla SUT kapsamında belirtilen sağlık sigorta sistemleri kapsamında yer alan sağlık hizmetleri hakları da uyumlu hale getirilmiş, bunun neticesinde farklılıklar ortadan kaldırılmıştır. Yapılan bu yasal düzenlemelerle sosyal güvenlik kurumu kapsamında olan sağlık harcamalarının kamu maliyesi üzerindeki yükünü azaltmak; diğer bir ifadeyle sosyal güvenlik kurumunu harcamalarına dair maliyet minimizasyonu hedeflenmektedir. Ancak hastanelerin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerine yönelik bedellerin, SUT' da düşük gösterildiği; verilen hizmetin gerçek maliyetinden daha düşük belirlenmiş SUT fiyatlarının olması, hastanelerin özellikle *üniversite hastanelerinin* mali dengesini olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır.

8 Konuyla ilgili Hovenkamp'ın (1989) Marginal Utility and the Coase Theorem çalışmasına bakılabilir.

3. Üniversite Hastaneleri ve Sağlık Uygulama Tebliği

Türkiye’de kamu sağlık hizmetleri sunumu, koruyucu hekimlik, tanı ve tedavi kapsamında farklı basamaklarda yer alan kurum ve kuruluşlarla gerçekleşmektedir. Birinci basamak işlemleri daha önce sağlık ocakları ile ana ve çocuk sağlığı merkezleri olarak yer alan birinci basamak sağlık kuruluşları ile sunulmakta iken, 2010 yılından itibaren yerini Aile Hekimliklerine bırakmıştır. İkinci basamak sağlık kuruluşları olarak devlet hastaneleri, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak Sağlık Bakanlığı’na ve üniversitelere bağlı hastaneler yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesine dair yönergeye göre⁹ birinci basamak sağlık hizmetleri evde ve ayakta sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaların yataklı bir sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatılı olarak aldıkları sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise özel bir alanda, hastalık türünde o konuda geniş olanaklara sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen hizmetleri ifade etmektedir. Bu hizmetler özel dal hastanelerinde veya eğitim veren sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmektedir. Bu kuruluşların yapıları, işlem kapsamı yukarıda da belirttiği gibi ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunan kuruluşlarda farklılaşmakta ve özelleşebilmektedir. Bu durum hastanelerde sunulan hizmetlerin maliyetlerini de etkilemektedir. Bu şekilde değerlendirildiğinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan hizmet türlerinin dağılımı, işlem hacmi ve doğal olarak işlem maliyeti de farklılıklar göstermektedir (Yılmaz & Yazıhan, 2014: 5).

2014 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelere, üniversite hastaneleri ve özel hastanelere yapılan yaklaşık 400 milyon müracaatın %8’i 3.basamak sağlık kuruluşu olan üniversite hastanelerine yapılmaktadır. Toplam başvurular içindeki payının düşük görülmesi, üniversite hastanelerinin özel bilgi ve beceri gerektiren vakalara yönelik hizmet kuruluşu olması; bu vakaların diğer tedavi gerektiren hastalıklara kıyasla az olması neden olarak gösterilebilir. Diğer taraftan SDP sonrası sosyal güvencesi olan kişilerin özel hastanelerde sağlık hizmetinin önünün açılması ve sağlık hizmeti altyapısını güçlendiren ve sağlık sektöründe önemli bir aktör olduğunu gösteren bu kurumlara yönelik müracaatların yaklaşık %300 artmasına neden olan etkenlerden birisidir. Hastanelere müracaatın artmasının yol açacağı sorunlardan birisi hasta başına alınan performans ödemelerinin yaratacağı bütçe yükü ile gerçekten hastalığı olan kişilerin işlemlerinin aşırı müracaattan dolayı gecikmesi söylenebilir. Bu noktada SDP ile sağlık sistemine giren ilk basamak sağlık kuruluşu olan Aile Hekimlerine öncelikli olarak başvurup buradaki yönlendirmeye 2.basamak ve 3.basamak sağlık kuruluşlarına gidilmesi müracaatlara yönelik sorunların çözümü açısından yararlı olabilir (ÜHB, 2009: 1).

9 Bu yönerge, “Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının bütün kademelerinde verilen hizmetlerin nasıl yürütüleceğine açıklık getirmek, sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak ve uyum içinde verilmesini sağlamak, bu yönde personele rehberlik etmek ve yardımcı olabilmek amacıyla hazırlanmıştır” (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesine Hakkında Yönerge, Md. 1).

Tablo 2. Temel Sağlık Göstergeleri (2002-2014)

Göstergeler	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel	
	2002	2014	2002	2014	2002	2014
Hastane Sayısı	774	866	50	69	271	556
Hastane Yatağı Sayısı	107,394	123,695	26,341	36,673	12,387	40,509
Hastanelere Müracaat Sayısı	109.793.128	292.100.331	8.823.361	132.143.930	5.697.170	72.333.383
Yatan Hasta Sayısı	4.169.779	7.396.239	781,99	1.737.627	556,494	3.900.407
Yatak Doluluk Oranı (%) ¹⁰	60,6	71,1	69,8	76,7	32	56,1
Yatan Hasta Ort. Kalış Günü ¹¹	5,7	4,3	8,6	5,9	3,1	2,4

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistiği Yıllığı,2015

Diğer taraftan SDP ile birlikte sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması ile daha fazla hastanın daha fazla hastaneye tedavi amacı ile başvurması durumu ortaya çıkmıştır. Buna paralel olarak ilaç tüketimi de artış göstermiş, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükü çoğalmıştır. Aynı zamanda tıp hizmetlerinin vazgeçilmez ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksamaması ve uzman personel probleminin artma riski ile karşı karşıya kalınmıştır (Emil vd., 2013: 16).

Tablo 2’de yatan hastaların ortalama kalış gün sayısının ve yatak doluluk oranının SB ve özel sağlık kuruluşlarına bağlı hastanelerden fazla olduğu sağlık kuruluşunun, üniversite hastaneleri olduğu görülmektedir. Üniversite hastanelerinin görevinin diğer sağlık kuruluşlarından farklı olması; özellikle hastalar üzerinde teorik eğitimin de verilmesi ile genellikle 1. ve 2. basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilemeyen veya diğer hastanelere nispeten ağır ve uzun tedavileri yapan sağlık hizmetleri sunması, bu rakamların fazla olmasına yol açan etkenlerden birisidir. Diğer taraftan ortalama kalış sresinin yıllar itibarıyla tüm sağlık kurumlarında düşüş göstermesi özellikle üniversite hastanelerinin hasta başına düşen tanı, tetkik ve tıbbi sarf gibi maliyetlerden kaçınmak adına hastaları mümkün olduğunca en abuk Şekilde taburcu etmesi neden olarak gösterilebilir.

Bununla birlikte üniversite hastanelerinin görev ve sorumlulukları hem tıp eğitiminde hem de toplum sağlığını ilgilendiren konularda olduğu gibi geniş bir alana yayılmaktadır. Görev alanının genişliği, üniversite hastanelerini diğer hastanelerden ayırmakta ve finansal açıdan koruma sağlanması gerektiğini düşündürmektedir.

10 Bir hastanın ortalama kalış günü; “belirli bir süre (ay, üç ay veya bir yıl) içerisinde toplam (klinik bazında) yatılan gün sayısının, çıkan toplam (taburcu olan ve ölen) hasta sayısına bölünmesiyle elde edilen sayıdır” (Sağlık Bakanlığı, 2015: 65).

11 Yatak doluluk oranı, “belirli bir süre içerisinde hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını gösteren sayıdır. Yatak Doluluk Oranı= Toplam Yatılan Gün Sayısı / Dönemdeki Toplam Gün Sayısı x Fiili Yatak Sayısı x 100 formülü ile hesaplanır” (Sağlık Bakanlığı, 2015: 65).

Tablo 3. Hastanelerin İşlev ve Sorumlulukları

Üniversite Hastanesi	Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi	Mezuniyet Sonrası Tıp Eğitimi (Uzmanlık, Doktora)	Sürekli Tıp Eğitimi	Araştırma	Akademisyen Yetiştirme-Geliştirme	Sağlık Hizmeti
Eğitim-Araştırma Hastanesi	Uzmanlık Eğitimi	Sürekli Tıp Eğitimi	Sağlık Hizmeti			
Hizmet Hastanesi (Sağlık Hizmet Kurumu)	Sağlık Hizmeti					

Kaynak: ÜHB, 2009: 10

Dolayısıyla üniversite hastanelerinden genel olarak sağlık hizmetinin sunumu, eğitim ve araştırma geliştirme faaliyetleri olmak üzere üç önemli görevi yerine getirmeleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu 3.maddesine göre beklenmektedir. Bu maddeye göre üniversite hastaneleri diğer sağlık kuruluşları gibi sorumluluklara sahip olmasının yanı sıra üniversite hastanelerinden yalnızca belirli bir bölge halkına değil; aynı zamanda tüm ülke için sağlık hizmetleri sunması gerekmektedir. Ayrıca sektördeki yenilikler konusunda liderlik etmesi ile birlikte ilgilendiği her bir sağlık sorunu ile ilgili olarak en kapsamlı çözümleri sunması da beklenmektedir. Bu açıdan üniversite hastanelerinden beklenen ilk önemli misyon sağlık hizmeti sunumu olmaktadır.

Üniversite hastanelerinden beklenen ikinci önemli misyon, mümkün olan en iyi sağlık hizmet sunucusunu yetiştirme kabiliyeti yani eğitimidir olmaktadır. Son olarak (beklenen üçüncü misyonu) üniversite hastaneleri tüm topluma tıbbi araştırma faydasını sağlamak ve çok geniş bir alana yayılan sağlık sorunları için teşhis ve tedavi yöntemlerinde iyileştirmeler üretmeleri beklenmektedir (Uğurluoğlu, 2015: 52-53). Bu misyonları nedeniyle üniversite hastanelerinin teknolojik ve operasyonel anlamda altyapıya sahip olma zorunluluğu olmakta, bu durum ise bütçelerine ek maliyetler oluşturmaktadır.

Hastanelerin 2009 ve 2014 yıllarına ait fatura tutarları ve ortalama maliyetleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Tabloda diğer hizmet sunucularına kıyaslandığında üniversite hastanelerinin gelirleri son sırada yer almaktadır. Ancak üniversite hastanelerinin ortalama maliyetleri diğer hizmet sunucularıyla kıyaslandığında ise ilk sırada yer almaktadır. Dolayısıyla üniversite hastaneleri en düşük ortalama gelir ve en yüksek maliyet ile hizmet sunucuları arasında farklılığını bir kez daha ön plana çıkarmaktadır.

Tablo 4. Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Ortalama Gelir ve Maliyet

Gösterge	Devlet 2. basamak		Devlet 3. basamak		özel		niversite		Toplam	
	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014	2009	2014
Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Fatura Tutarı KDV Hariç (Milyon TL)	5,061	12,325	3,022	7,229	4,573	7,679	2,962	6,944	15,611	34,170
Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Ortalama Maliyet (TL)	41,3	50,9	75,7	93,1	68,3	86,5	179,7	180,6	63,49	76,45

Kaynak: SGK, 2015

Tablo 4'de yer alan kamu mülkiyetinde bulunan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları ile özel ve niversite hastanelerine ait hasta müracaat sayısı ile yukarıda açıklanan diğer verilerin artmasının yanında hastanelere başvuru başına düşen ortalama maliyetler de artış göstermiştir. 2014 yılı itibariyle başvuru başına düşen ortalama maliyet, 179,71 TL ile niversite hastaneleri olmuştur. Ortalama maliyet göstergesine 2009 yılı itibariyle bakıldığında en fazla artış %24 ile Devlet 3.basamak hastaneleri ile özel hastanelerde olmuştur. Üniversite hastanelerindeki artış ise yaklaşık %1'dir. Özellikle niversite hastanelerinin maliyetlerindeki bu yksekliliğin nedenleri arasında, personel sayısı ile uzman, profesör gibi nitelikli iş gücünün istihdamının fazla olması ve döner sermayeden yapılan yüksek performans ödemeleri sayılabilir. Diğer taraftan 2009 -2014 yılları arasında fatura tutarlarının %100 den fazla artmasına neden olan etkenlerden biri yine yukarıda bahsedilen hastanelere yapılan müracaatların ciddi derecede artış göstermesiyle beraber yapılan işlemlerin neticesinde ortaya çıkan fatura bedelleri olduğu söylenebilir.

3.1. Üniversite Hastanelerinin Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanan Sorunları

Sağlık hizmetlerinin kurumsal finansmanına bir çözüm olarak dşnlmş sağlık uygulama tebliği paket fiyat yöntemi, niversite hastanelerinin mali yapısını zarara uğratan bazı özellikler barındırmaktadır. Özellikle karmaşık vakalara veya ileri teknolojiye sahip cihazların kullanılmasıyla müdahale edilmesi gereken hastalıklar için uygun bir ödeme sağlamaması, genel hastanelerden farklı olarak niversite hastanelerinde hizmet üretiminin %30 kadar daha pahalıya sunulması ve güncellenmeyen fiyatlar nedeniyle düşük fiyatla sağlık hizmeti sunması gelir kayıplarına neden olmaktadır (HB: 2014).

3.2. Sağlık Uygulama Tebliğinden Kaynaklanan Fiyat Farklılıkları

SDP ile birlikte uygulanan sağlık politikalarındaki esas amaç merkezi bütçedeki sağlık harcamalarını azaltmak ve böylece tasarruf sağlamaktı. Ancak SUT kapsamında yer alan fiyat kısıtlamasıyla beraber bu fiyatın üstünde harcama yapmak istenmediğinde hem sağlık sisteminin

kalitesi azalacak hem de toplumsal sağlık açısından önemli sorunlar doğuracaktır. Yıldırım ve Kılıç (2014:86) tarafından yapılan çalışmada bir hastanede 10 poliklinik hekimine ait muayene gelirleri incelenmesi örnek olarak gösterilebilir. Bu hastanede hekim tarafından istenmiş olan tetkik tutarları vaka başı bedelini aşan miktarı SGK tarafından hastaneye ödemesi yapılmamaktadır. Yani hastanenin gelirleri bu oran kadar eksik kalmaktadır. Bu sadece seçimi yapılan birkaç poliklinik olup diğerleri de dikkate alındığında bu rakamın boyutu kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Bu durum ise hastanelerin yeni yatırım yapma, gelişen teknolojiyi satın alma, özel sağlık sektöründe olduğu gibi daha yüksek kaliteli hizmet sunma fırsatını azaltmaktadır. Söz konusu çalışmadaki diğer bulgulara bakıldığında asıl problemin, hastanelerin vaka başı bedellerini aşmama çabasına girerek hastaya gerekli olmasına karşın bir kısım tetkiklerden kaçınmaya yönelmeleri sonucu, hastanın teşhis ve tedavisi eksik yapılma ihtimalinin olacağını belirtmişlerdir.

3.3. Dışarıdan Mal ve Hizmet Alımı

Özel hastanelerde çalışan personelin ağırlıklı olarak asgari ücret ile çalışması, SUT fiyatları aşabilme esnekliği gibi nedenlerden dolayı finansal yapıları üniversite hastaneleri kadar olumsuz etkilenmemektedir. Üniversite hastanelerinde ise ağırlıklı olarak asgari ücretli çalışmamakta; nitelikli işgücü veya uzman personeller bulunmaktadır. Buna ek olarak hem SGK'nın ödemelerindeki gecikmelerden hem de (buna bağlı olarak) üniversite hastanesinin dışarıdan aldığı mal ve hizmetlerin ödemelerindeki gecikmeler sonucu piyasa fiyatından yükseğe aldığı mal ve hizmetlerden dolayı döner sermayeye dayanan giderleri ve bütçe üzerindeki yükü artmaktadır. Dolayısıyla sağlık sektöründeki aktörlerin aynı kurumlardan mal ve hizmet alması; bir başka deyişle aynı firmadan hem özel sektörün hem de üniversite hastanesinin mal ve hizmet alması, bu iki sağlık kurumunun aynı hizmeti verdiği veya aynı idari ve mali yapıda olduğu anlamına gelmektedir. Oysa üniversite hastanelerinin görev ve sorumlulukları kıyaslanamayacak şekilde oldukça geniş bir alana yayılmaktadır. Ayrıca SUT kapsamında üniversitelere önemli sayılabilecek ayrıcalıkların yapılmaması, SUT 'da yer almayan hizmetlerin olması, geri ödeme süreçlerine ilişkin belirsizliklerin olması (Kalkınma Bakanlığı, 2014: 2), SUT fiyatlarının teknolojiye dayalı hizmetlerde düşük tutulması nedeniyle düşük kaliteli ürünlerin kullanımı tercih edilmesi de diğer olumsuzluklar arasında gösterilmektedir. Bir başka açıdan ödemelerin geç yapılması nedeniyle özellikle özel sağlık sektöründe sermaye birikiminin olmaması karşılaşılan bir diğer sorundur.

Karşılaşılan sorunlar ve alınan önlemlere rağmen üniversite hastanelerinin artış gösteren borçlarının varlığı hem tedarikçi firmalara yapılacak ödemelerin gecikmesine hem de bu nedenle alınacak yeni ilaç ve tıbbi malzemelerin pahalıya tedarik edilmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla tüm bu süreç sonunda giderler daha da artmaktadır. Borçlanmanın artması alımları da daha pahalı hale getirmekte, işlem maliyetleriyle SGK ödemesi arasındaki fark daha da açılmaktadır (Azap & Açırbas, 2014: 441).

4. Sağlık Uygulama Tebliği Dışındaki Regülasyon Önerileri

Üniversite hastanelerinin sorunları sadece mali konulardan kaynaklanmamaktadır. Hastanelerin organizasyonel iyileşmeleri idari veya yönetsel sorunlarını da en aza indirerek kaynakların daha etkin kullanılmasına imkân tanıyacaktır. Bu çerçevede üniversite hastanelerinin bir üst kurum tarafından temsil edilmesi gibi regülatöre ihtiyacı bulunmaktadır. Diğer taraftan sevk sistemine dair süreç regülasyonu, üniversite hastanelerinin sadece yatarak hizmet vermesi ve son olarak çalışmada değinilmese de önemli olarak görülen tıp eğitimi regülasyonu ihtiyacı bulunduğu düşünülmektedir.

4.1. Regülatör İhtiyacı

Klasik ekonomi teorisine göre, arz ve talebin rekabetçi piyasalarda karşılaşması sonucunda mal ve hizmetin denge fiyatı ve denge miktarı oluşmaktadır. Eğer böyle bir karşılaşma gerçekleşmez ise, piyasa başarısızlığa uğramakta ve etkinlik sağlanamamaktadır. Bu bağlamda, sağlık piyasası tam rekabetçi bir yapının gereklerini sağlamada bazı açılardan başarısızlığa uğramaktadır. Dolayısıyla, böyle bir piyasa başarısızlığı ekonomide kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır (Yereli vd,2010: 7).

Bu bağlamda, batılı toplumların hemen hemen tamamında, sağlıkta düzenleme, performansın artırılmasına yönelik bir araç olarak gelişmiştir. Portekiz’de 2003 yılında kurulan Sağlık Hizmetleri Düzenleme Kurumu (Regulatory Authority of Health) ile İngiliz Sağlık Komisyonu (The Commission for Healthcare Audit and Inspection) bağımsız otorite ve iyi uygulama örnekleri olarak gösterilebilir. Dolayısıyla, harcama artışının kontrol altına alınması, sektörün tamamının denetimi ile birlikte düzenlenmesiyle gerçekleşebilecektir. Türk sağlık piyasasında düzenleyici ve denetleyici bir kuruma olan ihtiyaç, Sağlık Piyasasını Düzenleme ve Denetleme Kurumu (SPDDK) adı altında oluşturulacak bağımsız bir otoriteyi gerekli kıldığı düşünülmektedir (Yereli vd, 2010: 19). Bu üst kurum ile birlikte her bir hastanenin mali risklerinin olup olmadığını takip etmek ve bu alanda önceden uyarı mekanizmalarını devreye sokarak asimetrik bilgiyi, olası fiyat dalgalanmalarını veya malzeme eksikliğini engellemek mümkün hale gelecektir.

4.2. Süreç Regülasyonu İhtiyacı

SDP ile yapılan reformlar neticesinde günümüzde artık sevk sistemi bulunmamaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti kullanıcıları her basamaktaki hastanelere doğrudan başvurmakta, yasaların verdiği haklar çerçevesinde ihtiyacı olan sağlık hizmetini alabilmektedirler.¹² Üniversite hastanelerine yapılan müracaatı arttıran ve dolayısıyla hastane gelirlerine katkısı olan bu yeniliğin faydalarının yanı sıra, spesifik hastalıklarla birlikte 1. veya 2. basamak sağlık hizmeti sunucularında tedavi edilecek olan basit sağlık sorunları olan hastalar da üniversite hastanelerinde iş yoğunluğu oluşturmaktadır (ÜHB, 2009: 1). Konuyla ilgili Akpınar vd. (2007) yapılan çalışmada örnekleme bulunan hastaların %36’sı hiçbir sağlık kurumuna başvurmadan doğrudan üniversite polikliniğine gittiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu ve buna benzer nedenlerle hastaların kendi belirledikleri alandaki bir uzman hekime yönelmeleri yanlış başvurulara, kaynak ve zaman israfına yol açmakta, gereksiz uzun kuyrukların ortaya çıkmasıyla hastalara ayrılan süre azalmaktadır.

Diğer taraftan Üniversite Hastaneleri Birliği (2009: 1) raporuna göre “Sağlık Bakanlığı hastanelerinde poliklinik (ayaktan) geliri tüm gelirin %35’ini aşarken, bu oran üniversite hastanelerinde %20 olarak gerçekleşmektedir. Performans uygulamasıyla birlikte, üniversite hastaneleri de az masraflı ve az riskli, gelir getirici bu hastaları tercih etmekte ve aynı zamanda gelirlerinin belli bir kısmının (%35 kadar) poliklinik hastaları oluşturmasını da kabul eder hale gelmişlerdir. Bir başka açıdan üniversite hastanelerine yapılan müracaatların neden olduğu giderleri azaltabilmek için Aile Hekimliği mekanizmasının daha aktif kullanılması gerekmektedir. Yeterli altyapı ve Aile Hekimi sayısına ulaşıldıktan sonra getirilecek bir sevk sistemiyle hasta önce Aile Hekimine gitmeli ve aile hekimi hastayı evinde ziyaretlerde bulunmalı ve vakanın türüne göre sevk sistemi devreye sokulmalıdır. Fakat yukarıda da bahsedildiği gibi bu sistemin getirilmesi için uygun koşulların varlığı gerekli olmaktadır (ÜHB, 2009: 2). Ancak bu sistemin getirilmesiyle

¹² Ancak burada istisnai olarak Yeşil kart sahipleri üniversite hastaneleri doğrudan başvuru yapamamakta; sevk yapılması koşuluyla üniversite hastanelerinden sağlık hizmeti alabilmektedirler.

birlikte, gelirlerinin büyük kısmını poliklinik gelirlerinden elde eden üniversite hastanelerinin mali yapısında bozulmalar yaşanacaktır. Söz konusu sistemin getirilmesiyle üniversite hastanelerinin gelirlerinde %17-20 oranlarında gelir kaybı söz konusu olacağı ifade edilmektedir (age: 3).

4.3. Üniversite Hastanelerinin Yatarak Tedavi Hizmeti Vermesi

Üniversite hastanelerinde ayaktan tedaviler çok karmaşık hastalıklarda ve acil durumlarda uygulanması, diğer taraftan yatarak tedavilerde uzmanlaşarak tüm faktörleri bu alanlara kaydırması, üniversite hastanelerini asıl misyonu olan Eğitim ve Araştırmaya daha çok vakit ayırmasına katkıda bulunacaktır. Diğer taraftan tıp eğitimi alan hekim adaylarının kliniklerde daha karmaşık vakalarla karşılaşarak uzmanlaşmaları artacaktır. Böyle bir yenilik üniversite hastanelerine olan gereksiz müracaattan kaynaklanan işlem maliyetlerini azaltacak, aynı zamanda ciddi bir gider kalemi olan personel giderleri de azalan işlem maliyetlerinden dolayı nispeten tasarruf sağlanan bir bütçe kalemi haline gelmiş olacaktır.

Yukarıda bahsedildiği gibi üniversite hastanelerine özel koşullar haricinde ayaktan hasta başvurusunu engelleyecek regülasyonlar, önemli bir gelir kalemi olan poliklinik gelirlerini önemli miktarda azaltacak ve kaçınılmaz olarak bütçe gelirlerini oldukça olumsuz etkileyecektir. Bu duruma çözüm olarak ise SUT fiyatlarının yatan hastalara ve yatarak tedavi olması gereken hastalıklara uygun olarak ve bu hastanelerde aynı zamanda tıp eğitiminin de yapıldığı göz önünde bulundurularak güncellenmesi gerekmektedir.

4.4. Fiyat Regülasyonu Olarak Sağlık Uygulama Tebliği

Kamu kesiminin birçok alanda olduğu gibi sağlık alanına yönelik müdahaleleri çoğunlukla savunulmakta ve hizmet kullanıcılarının tercihlerinin ne ve nasıl olabileceği yönünde kararlar alınmaktadır. Paternalizmin¹³ bir unsuru olan karar alıcıların önkoşulu, toplumsal tercihin ne yönde olacağını en iyi bilenlerin yine kendileri olduğudur (Lemieux, 2015: 31). Kişinin hangi sağlık kurumuna hangi yolla gideceğine ilişkin bir dizi düzenlemeler yaparak toplumun değerleri değil devletin değerleri ya da politikada etkin olan grupların değerleri veya bir diğer deyişle kar/oy maksimizasyonu ön planda olmaktadır. Yine aynı şekilde sağlık veya herhangi bir alanda bireylerin yerine karar alan söz konusu karar alıcılara yönelik Skousen (2010: 318), dünyada birçok konuda olduğu gibi sağlık sisteminde de öncü bir rolü olan İngiltere gibi birkaç ülkenin benimsediği NHS (National Health System-Ulusal Sağlık Sistemi)¹⁴ gibi sağlık regülasyonlarını diğer ülkeler de uygulama yoluna gittiğini söylemektedir. Bu sistem tek ödeyici sağlık hizmeti finansmanı üzerine kurulmuştur. Bu politikaya göre her birey merkezi hükümet tarafından idare edilecek bir tek plan çerçevesinde sağlık sigortasına sahip olacaktır. Bu sistemi destekleyenlere göre, bir tek ödeyici sistem ile maliyetler düşecek ve kırtasiyecilik azalacaktır. Herkesi programda olmaya zorlamak ve vergiler yoluyla kendi sağlık hizmetlerini kolayca temin edebilecek kimseler için dahi ödemedede bulunmak zorunda bırakıldığını (Skousen, 2010: 318) söyleyerek bireylerin kendi faydalarını yükseltecek sağlık hizmeti kapsamını ve erişimini belirleyebileceğini ifade etmektedir.

Tablo 5' de kamu kesiminin ekonomik faaliyetlerdeki payının azalacağı iddiasıyla girilen ve çalışmamızda da belirtilen regülasyonlar neticesinde, 2001 yılında başlatılan dönüşüm programı öncesinde tablodaki tüm veriler kamu sektörünün sağlık piyasalarındaki payının yüksek

13 Paternalizm, kamu politikaları veya özel sektör yoluyla bireylerin davranışlarını, yine bireylerin lehine değiştirmeyi amaçlayan anlayıştır. (Leonard, 2008: 5)

14 Türkiye için bu sistem GSS ye benzetilmektedir.

olduğunu göstermektedir. Buna göre günümüze kadar kamu sektörünün payı toplam sağlık harcamaları açısından %63'den %77'e yükselmiştir. Dolayısıyla devletin, piyasaları düzenleyici ve denetleyici rolü ile piyasalardaki payının küçüleceği hedefi 2001 sonrasında da gerçekleşmemiştir. Benzer şekilde SGK açıkları (aşağıda belirtilecek nedenlerden dolayı) artış göstermiş ve kamu kaynaklarından 2000 yılında herhangi bir kaynak aktarımı gerekleşmemişken 2014 yılı itibariyle 30 milyar TL tutarında katkı verilmiştir.

Türkiye bu açıdan değerlendirildiğinde karşımıza şöyle bir tablo çıkmaktadır:

Tablo 5. Sağlık Harcamalarına İlişkin Göstergeler (2000-2014)

Yıllar	Merkezi Hkmet Sağlık Harcaması (Toplam Sağlık Harcamaları %)	Sosyal Güvenlik Fonu (Merkezi Hkmet Sağlık Harcaması %)	SGK açıkları (2003-2014) bin TL	SGK devlet katkısı bin TL	Toplam SGK tedavi ve ilaç bin TL	Toplam tedavi ve ilaç bin TL
2000	63	56	-13.419.538	0	2.633.552	3.422.424
2014	77	70	-20.071.505	30.512.184	54.906.000	55.302.100

Kaynak: WHO, SGK (2016), Yılmaz & Yentürk (2015)

Ülkemizde zellikle 2001 SDP sonrası (2001 öncesinde de sağlık alanında önemli iyileşmeler olmuştur.) sağlık göstergelerinde önemli ölçüde ilerleme sağlanmıştır. Bebek ve Anne lm oranı gibi temel sağlık göstergelerinde yaşanan iyileşmeler yanında özel hastanelerle SGK anlaşma/protokol sağlayarak sağlık hizmetinin arzında da büyük ilerleme kaydedilmiştir. Özel – Kamu ayrımı olmaksızın vatandaşların mülkiyetine göre hangi hastaneye gideceği veya hangi doktora muayene olacağı gibi kısıtlar ortadan kaldırılarak bu tip tercihler tüketicilere bırakılmıştır. Ancak diğer yandan kamunun sağlık sektöründeki ağırlığı yıldan yıla artmakta; bu durumun doğal bir sonucu olarak da sağlık harcamalarında kaynakların etkin kullanılmama riskiyle karşı karşıya kalınmaktadır.

Harcamalardaki artışa yönelik Yılmaz ve Yentürk (2015) tarafından yapılan çalışmada sağlık harcamalarındaki bu artışın büyük oranda kamu kesiminin kişisel yani ilaç ve tedaviye yönelik olarak yapılan sağlık harcamalarındaki artıştan kaynaklandığı ifade edilmektedir. Bu tablo sadece SDP sonrası değil SDP öncesinde de karşımıza çıkmakta; SDP sonrası artış incelendiğinde ise özellikle tedavi harcamalarındaki artışın genel artışın temel kaynağını oluşturduğu sonucuna ulaşılmaktadır.

Sağlık sektörüne yapılan yoğun reglasyonlar neticesinde SGK açıkları azalmayıp yıldan yıla artış göstermiştir. SGK tarafından karşılanan (hastanelere ödenen) tedavi ve ilaç maliyetlerinin yıllar itibariyle ciddi biçimde artış göstermesi, SUT fiyatlarının poliklinik hizmetlerini teşvik etmesi (bu hizmetin daha karlı olması), klinik hizmetlerinin ise daha çok maliyetli ve yatak doluluk oranı gibi göstergelerde negatif etki ortaya çıkarması bakımından, hastaneler yatan hastaya değil poliklinik hizmetlerine yönelmektedir. Bu durum ise tedavi edici sağlık hizmetlerini arttırmakta, regülasyonun maliyeti nedeniyle bütçe sorunlarına yol açmaktadır.

Diğer taraftan ülkemizde artan sağlık harcamalarını kontrol altında tutabilmek ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltabilmek amacıyla yapılan uygulamalardan bir tanesi olan Paket İşlem Fiyat uygulaması ile sağlık hizmetlerinin sunum fiyatının önceden bilinmektedir. Bu uygulama ile sağlık hizmeti sunan işletmeler kendi sunduğu hizmetin fiyatını belirleyememekte ve paket işlem fiyatını kabul ederek buna göre hizmet maliyetlerini yönetmek ve kontrol altında tutması gerekmektedir (Ceren & Özdemir, 2013: 452).

Sağlık hizmetlerine fiyat regülasyonu yoluyla müdahale edilmesi sağlık hizmetinin konusu gereği çözüm üretememektedir. SUT' ta yer alan paket fiyatlar ve benzeri düzenlemeler, sağlık hizmetinin alınması aşamasındaki belirsizliklerden dolayı çoğunlukla gerçek maliyetleri yansıtamamaktadır. Nitekim SUT' ta yer alan hizmetleri uygulayan hastanelerin hizmet sonrası zarar etmesine yönelik literatürde birçok çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda SUT fiyatlarının gerçek maliyetlerin oldukça gerisinde olduğu ortaya konmaktadır. Bu noktada Yılmaz ve Yazıhan (2014:29) tarafından yapılan kapsamlı çalışma sonucunda "2.807 işleme ilişkin olarak elde edilen SUT fiyatları, SGK tarafından açıklanan SUT fiyatlarına göre toplamda %26,65 oranında daha yüksek seviyede çıkmıştır. Doğrudan birimlerin maliyetleri içinde görülmeyen ama toplam döner sermaye giderleri içinde yer alan kesintiler (Bilimsel Araştırma Proje payları, hazine payları) ile diğer araştırma ve eğitim birimlerinin döner sermaye üzerindeki maliyetleri dahil edildiğinde SUT fiyatlarında artış oranı %40,39'a çıkmaktadır. Hastanelerin bütün maliyetlerine bakıldığında, üniversite hastanelerinin ayrı birer harcama birimi olarak özel bütçeden kullandıkları kaynak, Tıp Fakültesinde öğretim üyelerinin eğitim kapsamında hastanelerde uygulamalı olarak verdikleri eğitim karşılığı olan maaş ve benzeri ödeme payları ile üniversite hastanelerinin bakım ve onarımları için özel bütçeden yapılan giderler eklendiğinde toplam maliyetin başa baş noktada karşılanabilmesi için SUT fiyatlarında öngörülen artış oranı % 86,30'a çıkmaktadır". Diğer taraftan çalışmamız kapsamında yapılan analizde yıllar itibariyle SUT' da yer alan bazı işlemlerin puanının artış gösterdiği gözlenmiştir. Ancak ortaya çıkan tabloda bu artışların hastane bütçesinde artış meydana getirtmediği; artan işlem puanlarının artmayan işlem puanları karşısında etkisini kaybettiği gözlemlenmektedir.

Tablo 6. SUT İşlem Puanlarında Yapılan Değişiklikler (2008-2015)

Bölüm	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	İşlem Adedi
Genel Cerrahi	2	0	0	1	0	0	1	0	36
Kardiyoloji	0	7	22	0	0	0	0	0	79
Üroloji	0	0	2	0	0	0	1	1	15

Tablo 6 'ya bakıldığında Genel Cerrahi alanında bulunan 36 işlem arasında 2008 yılında 2 işlemde, 2011 ve 2014 yıllarında ise 1'er işlemde fiyat değişikliği olmuştur. 2007 baz (temel) yıl kabul edildiğinde 2008 yılına ait bu 2 kalemde yapılan değişiklik oranı %37,5 ve %-25,93'tür. Dolayısıyla bir işlemin birim fiyatında yükselme olurken diğerinde azalma meydana gelmiştir.2011 yılında sadece 1 işlemde %56,30, 2014 yılında ise %79,78 oranında artış meydana gelmiştir. Kardiyoloji alanında ise 79 işlem arasında 2008 yılında değişiklik olmazken 2009 yılında 7, 2010 yılında ise 22 işlemin birim fiyatında bir önceki yıla göre değişiklik meydana gelmiştir. 2007 baz yıl kabul edildiğinde 2009 yılındaki bu 7 işlem birim fiyat değişikliğinin sabit %37,5 olduğu görülmektedir.2010 yılında ise ortalama %19 oranında değişiklik meydana gelmiştir. Son olarak Üroloji alanında 15 işlem arasında 2008 yılında hiçbir işlem puanı değişmemiş;2010 yılında 2 işlem puanı artarken 2014 ve 2015'de 2 işlem puanında artış meydana gelmiştir. 2010 yılında meydana

gelen değişiklik %10 ve %5 olurken 2014'te %10 ve %12 ve 2015'de %10 ve %16 olmuştur. Bu noktada tekrar hatırlatılması gereken husus, değişimlerin bir önceki yıla göre alınmadığıdır. Bir diğer deyişle, örneğin 2015 yılına ait %10 oranındaki değişim 2007 yılına göre artışı yansıtmakta ve aynı şekilde %16 oranındaki değişim de yine 2007 baz yıl birim işlem fiyatında meydana gelen artışı yansıtmaktadır.

Dolayısıyla 2007 yılı baz yıl kabul edildiğinde işlem puanlarının güncellenmediği tabloda ortaya konulmaktadır. 2007 yılı ile 2015 yılı arasında ilgili işlem puanlarının artmamış olması özellikle döviz kurundaki artışın etkisi ve asgari ücrette yaşanan artışlarla birlikte hastane işlem maliyetlerindeki yükselmeler dikkate alındığında hastane bütçesinde oluşturduğu yük daha iyi anlaşılacaktır.

Diğer taraftan fiyat regülasyonları sadece hastaneleri değil aynı zamanda sağlık hizmetlerinin sunulmasında çok önemli bir rolü olan tıbbi cihaz sektörünü de olumsuz etkilenmektedir. Özellikle SUT fiyatlarının teknolojiye dayalı hizmetlerde de düşük tutulması nedeniyle düşük kaliteli ürün kullanımının tercih edilmesi (Kiper, 2013: 142) sadece tıbbi cihaz sektöründe kar oranlarını düşürmemekte aynı zamanda olması gerekenin altında kar eden firmaların faaliyetlerini sürdürememesine yol açmaktadır. Ayrıca başta üniversite hastaneleri olmak üzere kamu hastanelerinin borçlarını ödeyememesi veya uzun vadeli borç sözleşmeleri yapmasına ek olarak sektörün ithalata bağımlı bir özellik arz etmesi nedeniyle hastanelere malzeme tedariki noktasında ciddi sorunlar yaşanmakta; bu sorun sadece sektörü değil aynı zamanda sağlık hizmeti kullanıcılarını da oldukça olumsuz etkilemektedir. Söz konusu olumsuzluklara örnek olarak düşük kaliteli tıbbi malzeme ve sarf kullanılması neticesinde olumsuz sonuçların yaşanması gösterilebilir.

Yapılan tıbbi ve sarf malzeme ihalelerinde veya ihale dışı (özel bütçe gibi) alımlarda düşük fiyattan alınan malzemelerin kalitesi doğal olarak düşmektedir. Her piyasa aktörünün bu tip regülasyonlara verdiği nihai tepkiye uygun olarak kaliteli malzeme ithal eden (az da olsa üretilen) işletmeciler piyasadan ya çekilmekte ya da ürün farklılaştırmasına giderek düşük kaliteli ürünler satmaktadırlar. Burada kaliteli ürün pazarlayanlar, kalitesiz ürün pazarlayanlar tarafından sistemden bertaraf edilmiş olmaktadır. (TÜSİAD, 2011: 12-13)

Bu süreç hastaneler için de geçerli olmaktadır. Belli bir bütçe ile idare edilen özellikle üniversite hastaneleri, düşük fiyattan ürünleri alma yoluna gitmekte; hastanenin rutin işleyişine dahil olan birçok unsurdan (aydınlatma, havalandırma, bilgisayar vb.) vazgeçme yoluna gitmektedir. Sağlık hizmetlerinin hastaneler, medikal malzeme ve tıbbi cihaz sektörü (ya da genel olarak tedarikçi) ve hasta olarak ele aldığımızda bu süreçte zarar gören son ve en önemli unsur da hastalar olmaktadır. Hastalar medikal malzemenin kalitesizliğinden hastane temizliğinde kullanılan kalitesiz kimyasallara (genel hastane hijyeni veya el dezenfektanı vb.) kadar direkt olarak etkilenmektedirler.

SUT fiyatlaması gibi miktar veya fiyat kontrolleri (ve diğer regülasyonlar) herhangi bir politika yapımı sürecinde maliyetleri kısma veya kullanılan miktarı azaltma suretiyle caydırıcılığa ve dolayısıyla tasarruf tedbirlerine karşı alınan geleneksel bir regülasyon yöntemidir. Kamu sektörünün bu yöntemi şart koşmasının doğal bir sonucu olarak tıbbi sarf ve medikal malzemenin, idari hizmetlerin, tetkik ve tedavi gibi uzmanlık hizmetlerinin kalitesini sorgulanmaya başlanmıştır.

5. Sonuç ve Değerlendirme

Geçmişten bu yana devletler özellikle teknolojik gelişmelerle ve nüfusun artmasıyla birlikte pahalılaşılan sağlık hizmetlerine çözüm olarak çeşitli regülasyonlar yapılmıştır. Türk sağlık sisteminde hizmeti sunan ve finanse eden ağırlıklı olarak devlet olduğundan sorunlara çözüm olarak düşünülen yöntemler de kamu regülasyonları olmaktadır. Dolayısıyla SGK tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği ile özel veya kamu sektörü sağlık kuruluşları tarafından sunulacak (estetik gibi bir kısım sağlık hizmetleri hariç) sağlık hizmetlerinin birim fiyatları belirlenmektedir. Böylece sağlık hizmetleri merkezi bir karar alıcı tarafından sabit ve ulusal çapta geçerli olan bir fiyata bağlanmıştır. Fiyat regülasyonu aracılığıyla belirlenmiş olan tutarlar, alınan hizmete bağlı olarak ilgili kurumlar tarafından SGK'ya (üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri belirlenen tutara %10 ekleyerek) fatura edilmektedir. Düzenlenen faturalar SUT hükümlerine uygunluğuna göre SGK tarafından ilgili kuruma ödenmektedir.

Çalışmanın ana temasını SGK tarafından ilgili kurumlara yapılan ödemelerin üniversite hastanelerinin mali yapısına olan etkisi çoğunlukla teorik açıdan incelenmesi oluşturmaktadır. Çalışmanın tezi ise kamu regülasyonlarının sağlık sistemindeki uygulama alanı olan SUT'un üniversite hastanelerinin mali yapısını olumsuz etkilemesinin yanı sıra SUT'ta yer almayan birtakım hizmet ve sarf malzemelerinin de SGK tarafından değil hastanenin döner sermayesinden karşılanması sonucunda mali yapıya ek bir yük getirmesinin tespit edilmesidir. Döner sermayeden eğitim ve araştırma payı, hazine katkı payı ve personel giderlerini yanı sıra paket fiyat dışı (SUT dışı) hizmetler nedeniyle de ödemeler yapılması hastanenin mali yapısını olumsuz etkilemektedir. Burada hastanelerde sıklıkla karşılaşılan gizli işsizlik, gereksiz tetkik gibi sorunlara karşı gider azaltıcı önlemler alınmalıdır. Ayrıca söz konusu etki sadece mali yapıdan ibaret olmamaktadır. Aynı zamanda hastane yönetiminde yer alan doktorlar, döner sermaye üzerinde gider arttırıcı işlemler de bulunması neticesinde idari sorunlar da yaşamaktadır.

Hastaneler tarafından alınacak önlemlerin yanında önemli bir rol bakanlığa düşmektedir. Bakanlık tarafından belirlenen SUT fiyatları dönemin gereklerine uygun yenilenmemektedir. Bu durum özellikle eğitim faaliyetleri, araştırma ve geliştirme sorumlulukları olan üniversite hastanelerinin giderlerini daha da arttırıcı bir unsur olmaktadır. SUT fiyatlandırılmasında üniversite hastanelerinin bir takım dışsal özellikleri (il, bölge, nüfus, demografik yapı, sosyo-kültürel etkenler vs.) hesaba katılmamaktadır. SUT işlem puanlarının üniversite hastaneleri için (%10 fark gibi) birtakım ayrıcalıkları olsa da bu istisnalar genişletilmelidir. Örneğin il nüfusunun, il enflasyon oranının, hastaneye müracaat yoğunluğu gibi etkenleri göz önünde bulunduracak yeni ve her an güncellenen bir katsayı belirlenmelidir.

Kamu kesiminin sağlık alanına müdahale etme gereği de ayrıca düşünülmesi gereken bir konudur. Çalışmamızda belirtildiği gibi kamu kesimini ekonomiye müdahalesinde ortaya çıkan özellikle nepotizm gibi "adam kayırmacı" eğilimlerin veya popülist politikaların yanı sıra piyasada oluşması gereken fiyatları SUT fiyatlarıyla belirleyerek arz- talep dengesinde bozulmalar meydana getirmektedir. Bu durumun doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetinin arz edilmesi aşamasında gider arttırıcı unsurlardan kaçınılmaktadır. Dolayısıyla sağlık sektörüne SUT fiyatlaması yoluyla müdahale edilme gereği tekrar incelenmesi gereken önemli bir konu olmakla beraber serbest piyasa koşullarının ortaya çıkardığı aşırı fiyatlama, tekelleşme gibi sorunların bir sağlık regülatörü tarafından denetlenmesi ayrıca düşünülmelidir. Bu açıdan rekabeti teşvik eden, sağlık hizmetlerine standart koyan kamu sağlık politikaları aynı zamanda sosyal devlet anlayışıyla gerçekleştirilebilir.

Kaynakça

- Akpınar E., Saatçi E. & Tuna G. E., (2006). Bir üniversite hastanesine başvuruları etkileyen faktörler *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 10(3), 103-107.
- Aybay A., Aybay R. & Pehlivan A., (2013). *Hukuka Giriş*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Azap A. & Ağırbaş İ., (2014). Üniversite Hastaneleri "İşletmeleşme veya Batma" Sarmalından Kurtulabilir mi?. *Toplum ve Hekim Dergisi*, Kasım –Aralık 29(6), 439-442.
- Battal A., (2001). *Hukukun Temel Kavramları*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Ceren Y. & Özdemir Ş. (2013). Sağlık işletmelerinde paket işlem fiyat uygulamasının hedef maliyetleme yöntemi ve stratejik pazarlama muhasebesi açısından değerlendirilmesi ve özel x diyaliz merkezi bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 13(26): 450-478
- Coase, R. H. The problem of social cost (1960), *Journal of Law and Economics*, 1-44.
- Çelikay, F. &Gümüş, E. (2010). Health services and their financing in Turkey. *Social Sciences Institute Journal, Eskişehir Osmangazi University*, 11(1): 177-216.
- Çetin, T. (2009). Regülasyonun etkinlik analizi ve regülasyon türleri. *Çimento İşveren Dergisi*, (1), 22-38.
- Çevik S. & Demir M. (2005). Devletin düzenleyici rolü ve regülasyon teorileri. *Öneri Dergisi*, 6(23), 249-257.
- Den Hertog, J. A. (1999). General theories of regulation. *Encyclopedia of Law and Economics*: 223-270.
- Emil F., Yılmaz H. H., Yazihan N. & Tunca D. (2013) Türkiye’de sağlık politikaları ve sağlık harcamalarının etkinliği üzerine bazı gözlemler. *Ankara Üniversitesi Yayın No: 396*
- Günaydin, D. (2011). Sağlık hizmetlerinde küresel reform yaklaşımları. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (60), 323-365.
- Hahn, R. W. (2000). Reviving Regulatory Reform: a Global Perspective, *AEI-Brookings Joint Center for Regulatory Studies*, Washington D.C.
- Hovenkamp, H. (1989). Marginal utility and the Coase theorem. *Cornell Law Review*, 75,783-810.
- HSE, National Healthcare Charter. (2012). *National advocacy unit, quality and patient safety directorate* Erişim Tarihi: 03.09.2015, https://www.hse.ie/eng/services/yourhealthservice/hcharter/National_Healthcare_Charter.pdf
- Kesik, A., Mutluer, Ö. & Öner, E. (2013). *Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi*, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.
- Kiper, M. (2013). Dünyada ve Türkiye’de Tıbbi cihaz sektörü ve stratejisi önerisi: kavramlar, dünyada durum ve ülke örnekleri, Türkiye’de durum analizler ve strateji önerisi. *Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı*, Ankara.
- Lemieux, P. (2015). Dangers of public health, the. regulation, *Cato Institute Regulation Magazine*, Fall: 30-35.
- Leonard, T.C. (2008). Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein, Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness. *Constitutional Political Economy*, 19(4), 356-360.
- Memiş, S. A. (2012). Son dönemdeki sağlık harcamalarının analizi, *TEPAV Değerlendirme Notu*. Erişim Tarihi:11.04.2016, http://www.tepav.org.tr/upload/files/1354282721-9.Son_Donemdeki_Saglik_Harcamalarinin_Analizi.pdf
- OECD. (1997). *The OECD Report on Regulatory Reform: Synthesis Report*. OECD Publishing.
- OECD. (2008). OECD sağlık sistemi incelemeleri: Türkiye. *OECD and the World Bank*, Paris: 15-43.
- Oğuz F. (2005). Bilgi, regülasyon ve rekabet: bir piyasa süreci yaklaşımı. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 6(2), 253-267.
- SGK. (2016). Sağlık Uygulama Tebliği, (30.04.2016 tarihli)
- Skousen, M. (2010). *Makro İktisat* (Çev. Atilla Yayla), İstanbul: Adres Yayınları.

- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2014). Ankara: *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, Tıbbi Cihaz ve Tıbbi Malzeme Çalışma Grubu Raporu*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2005). *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesine Hakkında Yönerge*
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2015). Ankara: *Sistem Kullanıcıları için TSİM uygulama rehberi*.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 55(1),187-202.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2015). *Sağlık işletmeleri yönetimi*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Türkkan, E. (2001). *Rekabet Teorisi ve Endüstri İktisadi*, Ankara: Turhan Kitabevi.
- TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu. (2011). Sağlık sektörünün öncelikli sorunlarına ilişkin görüş ve öneriler, *TÜSİAD*.
- Uğurluoğlu, Ö. (2015). Üniversite hastanelerinde uygulanan organizasyon yapılarının değerlendirilmesi, *İşletme Bilimi Dergisi*, 3(1), 52-63.
- ÜHB (Üniversite Hastaneleri Birliği), (2009). 2. *Üniversite Hastaneleri Birliği Toplantı Raporu 16 -17 Mayıs 2009*. Erişim Tarihi: 23.04.2016, www.uhbd.org/useruploads/files/sevk_zinciri.doc.
- ÜHB (Üniversite Hastaneleri Birliği), (2014). Üniversite hastaneleri sorunları ve çözümüne yönelik yapılmakta olanlar. Erişim Tarihi: 26.11.2015, http://tip.kocaeli.edu.tr/docs/BilgiNotu_2014_ek2-3.pdf
- WHO (World Health Organization), (2006). *The role of government in health development, Technical Discussion 1*, WHO.
- WHO (World Health Organization), *Health service*. Erişim Tarihi: 17.04.2016, http://www.who.int/topics/health_services/en/
- Yereli A. B., Kobal İ. & Köktaş A.M. (2010). Türkiye’de sağlık piyasasının düzenlenmesi ve denetlenmesi gereği. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 47(549), 5-20.
- Yereli, A. B., Köktaş A. M.& Selçuk I. Ş. (2014). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler, *Sosyoekonomi Dergisi*, 22(22), 273-295.
- Yıldırım, H. H. Yıldırım, T., & Erdem, R. (2011). Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2), 71-98.
- Yıldırım, S., & Kılıç, M. (2014). Vaka başı muayene maliyetlerinin kontrol edilebilirliği. *Erzincan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 79-90.
- Yılmaz, H. H., & Yazıhan, N. (2014). Ankara üniversitesi hastanelerinde sağlık uygulama tebliği fiyatları hesaplaması. *Ankara Üniversitesi Yayınları* No: 405
- Yılmaz, V. & Yentürk, N. (2015). Türkiye’de sağlık harcamalarına tarihsel bir bakış. İstanbul Bilgi Üniversitesi Sivil Toplum Çalışmaları Merkezi.