

ÖZEL SEKTÖR VE SGK AÇISINDAN HASTANE FİNANSMANINDA PROSEDÜR



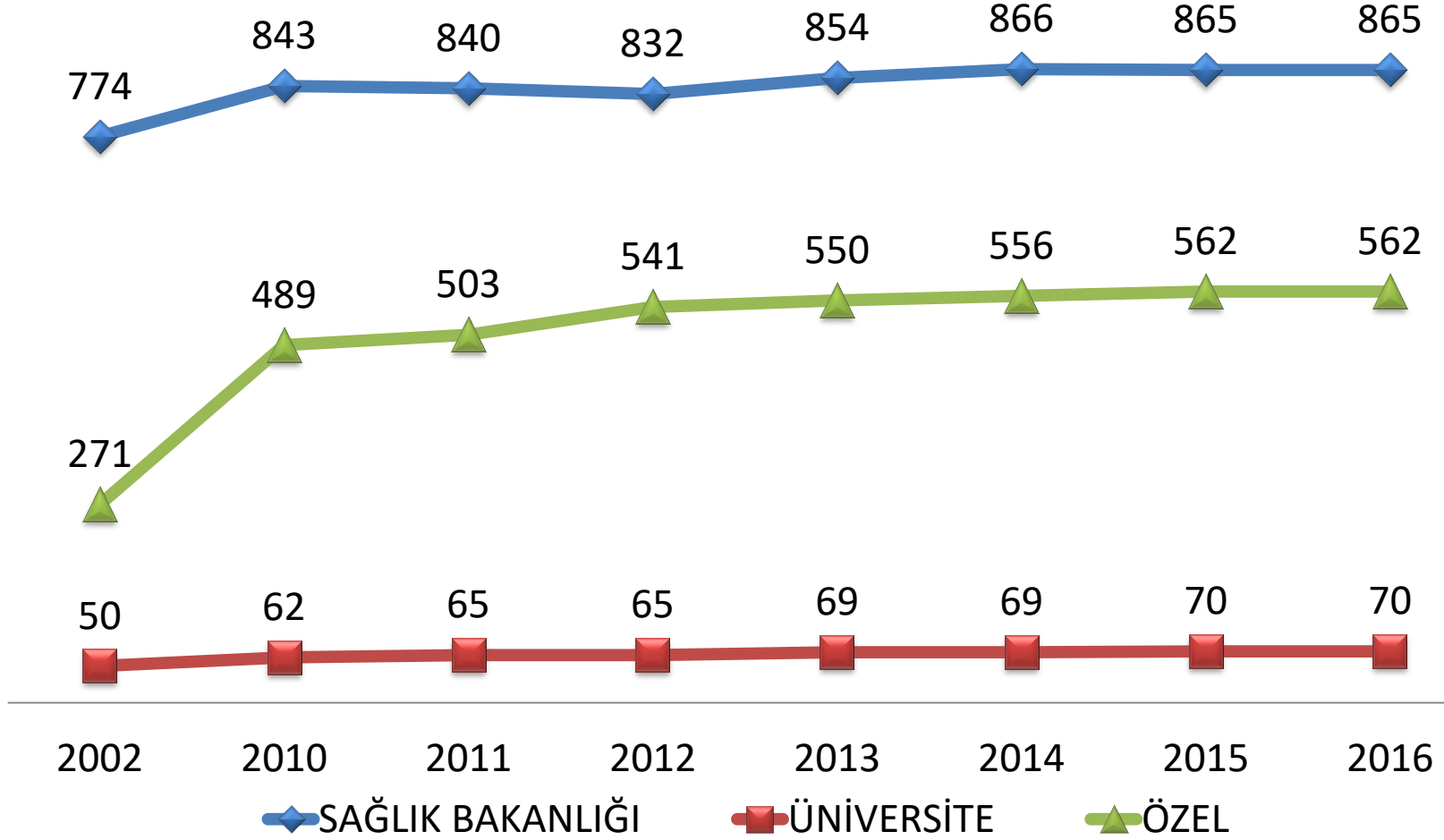
- **Özel hastanelerin iş modeli ve ekonomik yapısı, düzenleme gerektiren bir sektör olması nedeniyle, doğal olarak dış etmenlere açık, hassas dengeler üzerinde kuruludur. Tüm paydaşların (Sağlık Bakanlığı, SGK, Maliye Bakanlığı, yatırımcılar, yöneticiler, çalışanlar) bu yapıyı iyi anlaması ve yapılacak değişikliklerin etkilerini öngörebilmesi, sektörün sağlıklı gelişimi için çok önemlidir.**
- Sağlık harcamalarına bireysel katkının düştüğü bir ortamda ve SGK bütçesinden aldığı pay azalırken, özel hastanelerin sistem içerisindeki etkinliği artmıştır.
- **Bu gelişmelere paralel olarak özel hastaneler kalite standartlarını hem artırmış hem de yaygınlaştırmıştır. (Bunun en önemli göstergesi sağlık turizminin önemli düzeyde gelişip büyümesi)**



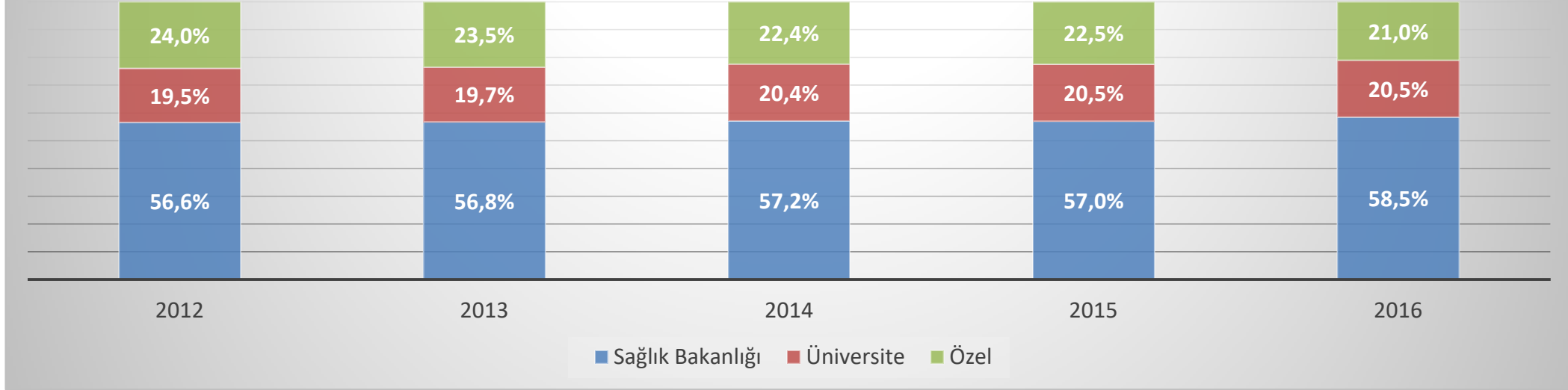
- Özel hastaneler yabancı sermayenin de dikkatini çekmiştir. Bu dönemde sektörün önde gelen oyuncularını da dahil olmak üzere birçok hastane grubu görüşmeler yapmış ve bunların bir kısmını ortaklıkla sonuçlanmıştır.
- **Artan rekabet ve lisans kısıtlaması sektörde konsolidasyonu gerekli ve faydalı hale getirmiştir.**
- Bu kurumsallaşmada kamunun kurduğu sistemlerin ve yaptığı düzenli ödemelerin katkısı yadsınamaz.
- **Özel hastaneler olarak vizyonumuz, büyümesinin temel kaynağı SGK gelirleri olmayan, hizmet kalitesinin, yatırımlarının ve uluslararası etkinliğinin artması ile büyüyen, sürdürülebilir bir yapıya sahip özel sağlık işletmesi modelidir. Kamunun da birkaç önemli konudaki desteği ile bu hedefe ulaşabileceğimize inanıyoruz.**



YILLARA VE SEKTÖRLERE GÖRE HASTANE SAYILARI



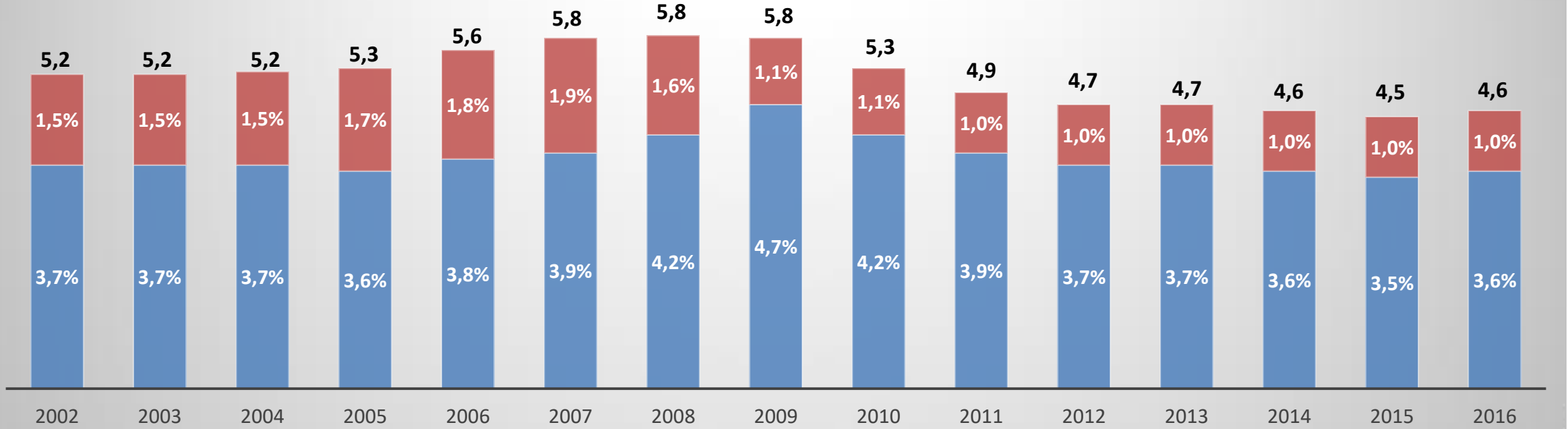
SGK TEDAVİ HARCAMALARI



SGK harcamalarının son beş yıllık gelişimi incelendiğinde özel hastanelerin toplam tedavi harcamaları içerisindeki payının giderek azaldığı gözlemlenmektedir.

SAĞLIK HARCAMALARININ GSYH ORANI

■ Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH Oranı ■ Özel Sağlık Harcamalarının GSYH Oranı



Sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranı giderek azalmaktadır.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı



- Özel hastanelerin büyük çoğunluğu SGK ile anlaşmalı olarak çalışmaktadır ve çalışmaya devam edecektir. Ortalama SGK anlaşmalı bir hastane, bu anlamda sektörü temsil etmektedir.
- Ortalama bir hastanenin iş modelinde gelirler tarafında güncellenmeyen SUT tarifeleri önemli bir rol oynamaktadır. Bunu, hastalardan alınan farklar, özel sağlık sigortaları/cepten ödemeler ve en sonunda yurtdışı hasta gelirleri takip etmektedir.
- Ortalama bir hastanenin en önemli gider kalemlerini ise enflasyonun üstünde artış gösteren nitelikli iş gücü giderleri (doktor ve sağlık personeli) ile döviz kurundan etkilenen malzeme/sarf giderleri ve kira giderleri oluşturmaktadır.



Dünya Sağlık Örgütü Dört Finansman Modeli Tanımlar;

1. Kamu Finansmanı,
2. Özel Finansman,
3. Sağlık Sigortası,
4. Dış kaynaklar.

Bu finansman modellerinden biri ya da birkaçını bir ülke özelinde görmek mümkündür.



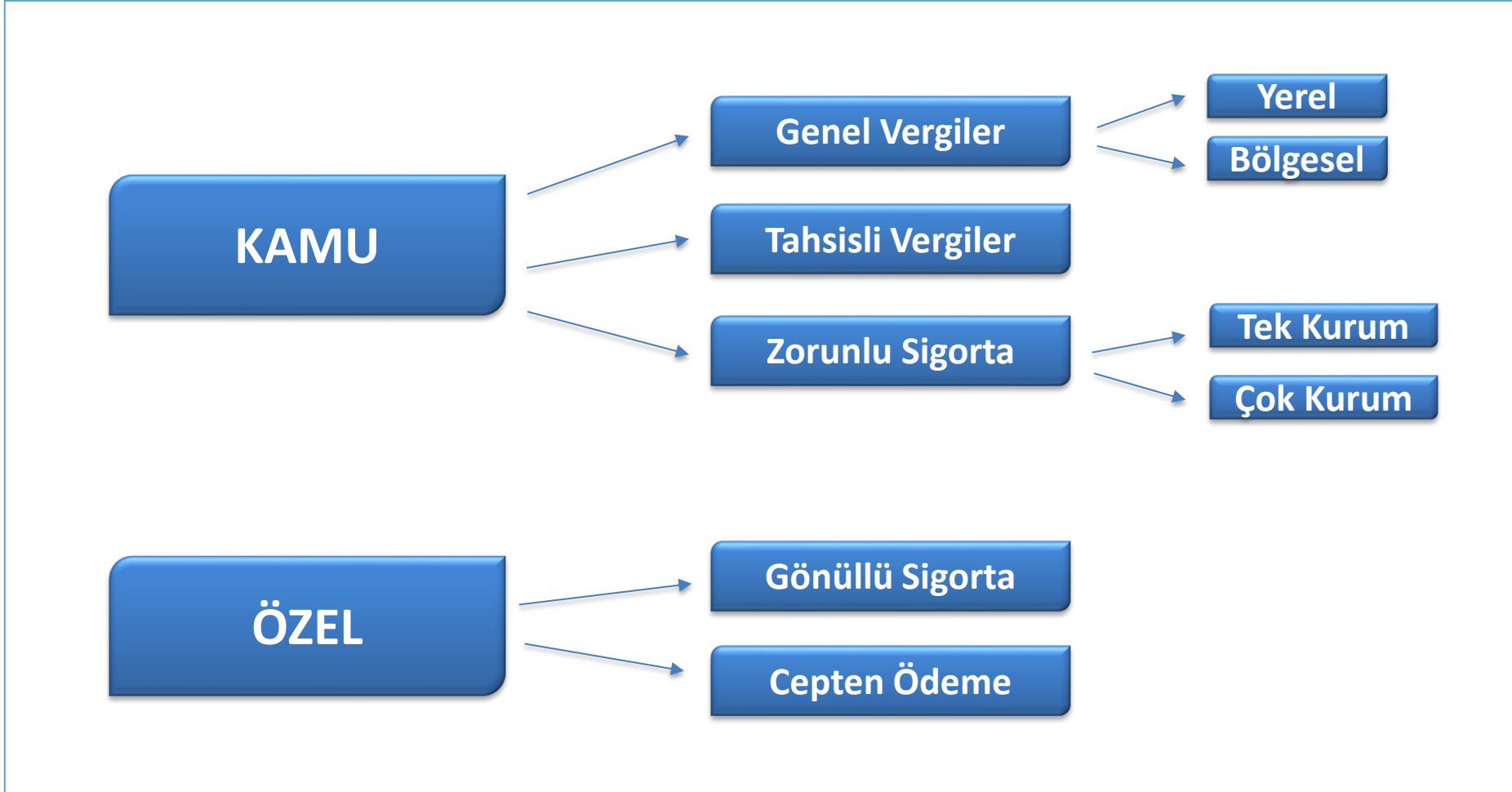
SAĞLIK SİSTEMLERİ MODELLERİ

	Kamu Finansmanı (Beveridge Modeli)	Özel Finansman	Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck Modeli)	Zorunlu Sosyal Sigorta
Örnek	İngiltere	Amerika	Almanya	Türkiye
Karar Verme Mekanizması	Devlet	Özel Girişimcilik İlkeleri	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri	Devlet
Kaynaklar	Vergiler	Özel Finansman	Çalışanların ve İşverenlerin Katkıları	Çalışanların ve İşverenlerin Katkıları
Sağlık Hizmeti Sunucuları	Kamu	Özel	Kamu/Özel	Kamu/Özel

Kaynak: Wild ve Gibis (2003)



SAĞLIK HİZMETLERİNİN ALTERNATİF FİNANSMAN MODELLERİ



Kaynak: Appleby (1992)

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

TARİH	DEĞİŞİKLİK
2003	Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklandı.
	Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı.
	Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi.
	Aile hekimliği pilot uygulaması başladı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkelerarası referans fiyatlama geçildi.
	İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.
İlaçta KDV oranı %8'e indirildi.	

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

TARİH	DEĞİŞİKLİK
2005	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi.
	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı
	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı
	Yeşil Kart sahiplerinden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başlandı.
2006	Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi.
	Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

TARİH	DEĞİŞİKLİK
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
	Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi.
	Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.
	18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirildi.
	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayınlandı.
	Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

TARİH	DEĞİŞİKLİK
2010	Yeşil Kartlılar özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarından ücretsiz yararlanmaya başladı.
	İlaçta global bütçe uygulamasına geçildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi.
	Aile hekimliği tüm yurttan yaygınlaştı.
	Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi.
	Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK'ya devredildi.
	Tam gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.
2011	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi.
	Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.



HASTANELERE ÖDEME MODELLERİ

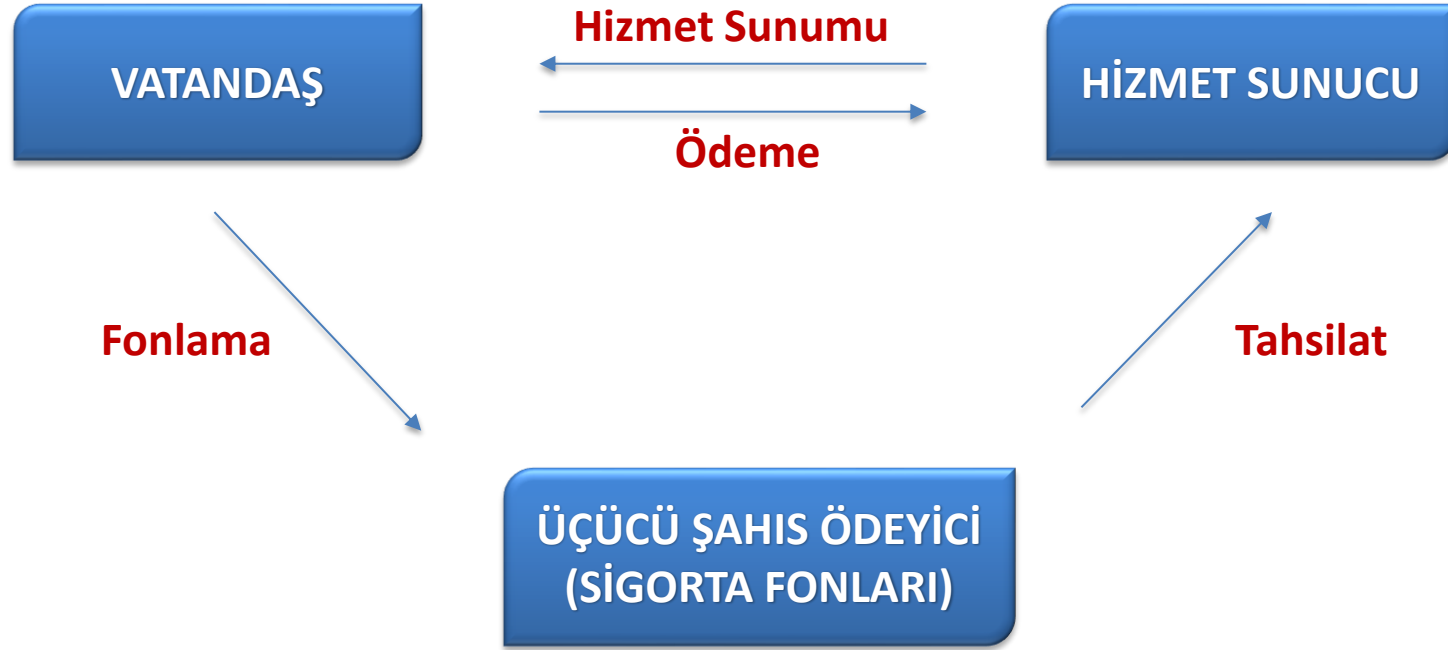
Sağlık hizmeti sunanlara temel olarak iki kaynaktan ödeme yapılır.

1. Doğrudan yapılan ödemelerde, hizmetten yararlanan kişiler, kamu veya özel sektördeki hizmet sunucuya ödemeyi doğrudan kendileri yapar.

2. Dolaylı ödeme yönteminde ise hizmetten yararlanan kişiler adına onları sigortalayan özel veya sosyal sigorta kuruluşları, işveren veya ödeme gücü olmayanlar için de devlet “üçüncü şahıs” olarak (*third party*) hizmet sunan, kurum veya kuruluşlara ödeme yapar



SAĞLIK HİZMETLERİ ÜÇGENİ



HASTANELERE ÖDEME MODELLERİ

Hastane Ödemeleri;

- Düşük idari maliyeti olan,
- Suiistimali önleyen,
- Etkililiği, verimliliği, hasta tatmini göz önünde tutan,
- Etkililik ve verimlilik arasında uygun bir dengeyi sağlayan yapıda olmalıdır.

*Ayrıca ödemeler hastanenin iş yüküne ve/veya kullanılma kriterlerine göre yapılmalıdır



A- Bireysel Sağlık Hizmeti Sunanlara Yapılan Ödeme Yöntemleri

- Hekimler
- Diş Hekimleri
- Eczacılar
- Hemşire ve Sağlık Memurlarına yapılan ödemeleri ifade eder.



Bireysel Ödemeler Şu Özellikleri Kapsamalıdır;

- **Hekimlerin işlerinden tatmin olmalarına yardımcı,**
- Hasta tatminini sağlayan,
- **Etkili ve verimli tıbbi bakım verilmesine destek,**
- Hekimlerin ihtiyaç duyulan bilim dallarında ve coğrafik bölgelerde çalışmasını teşvik edici,
- **Hizmet sunumu sistemine uygun,**
- Parasal teşviklerle maliyet kontrolü arasındaki dengeyi koruyan,
- **Hekimlerin klinik özgürlüğünü kısıtlamayan,**
- Hem hekimlerin hem de işverenin karşılıklı pazarlık gücünü azaltmayan yapıda olmalıdır.



B- Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunucularına, Hastanelere Ödeme Yöntemleri;

- Hastaneler
- Sağlık merkezleri,
- Sağlık ocakları,
- Tıbbi görüntüleme merkezleri,
- Laboratuvarlar,
- Poliklinikler,
- Tıp merkezleri gibi sunuculara yapılan ödemeleri içerir.



1- Sabit Bütçe (Global Bütçe)

- **Kamu sağlık işletmelerine yapılan bir ödeme biçimidir.**
- Hükümetler veya hazine tarafından sağlanan kaynakların sağlık kuruluşlarına aktarılmasında kullanılan bir yöntemdir.
- **Tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için (sıklıkla yıllık) belirlenen sabit bir bütçe verilir. Bu modelde hastane yöneticileri kendilerine tahsis edilen bütçeyi en verimli şekilde harcamak zorundadır.**



Global Bütçe'nin;

a) Avantajları

- Sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kamu fonlarıyla finanse edildiği ülkelerde sağlık hizmetinin coğrafi ve sosyoekonomik yapıya uygun olarak dağıtılması,
- Harcama kalemlerine dayalı bütçede gerçeğe uygun hazırlandıklarında maliyet azalması sağlarlar.

b) Dezavantajları

- Eğer bütçe tahsisi gerçek verilere dayalı yapılmazsa gereksiz tahsislerle maliyet artışlarına yol açmaktadır.
- Yetersiz bütçe tahsisinde ise hizmet kalitesinde düşüşe yol açmaktadır.
- Sağlık hizmet sunucusuna kalitesini artırma konusunda yeterli teşviki sağlamaz.



2- Hizmet Başı Ödeme

- Özel hastanelere hak edişleri devlet veya sigorta kurum ve şirketleri tarafından genelde bu yöntemle ödenir.
- Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır.
- Spesifik hizmetler, ilaçlar ve tıbbi sarf malzemelerinin bedellerinin ödenmesinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.
- Hastalara yapılan her hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılmaktadır.
- Bu sağlık sunucuları açısından düşük, ödeyiciler açısından yüksek finansal riskler taşımaktadır.



3- Gün Başına deme

- Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları (tedavi, protez, ilaçlar, konaklama gibi) kapsar.
- Yalnızca hastanelerde verilen hizmetlerin finansmanına yönelik bir ödeme şeklidir. Diđer taraftan evde sunulan hemşirelik hizmetlerinde ödeme yöntemi olarak kullanılmaktadır.



Gün Başına Ödemenin;

a) Avantajları

Ödemeler sabit günlük ödemeler şeklinde uygulanıyorsa hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciliğe sahiptir. Maliyet yöntemi göreceli olarak ucuzdur.

b) Dezavantajları

Ödemeler günlük değişken ödemeler şeklinde yapılıyorsa hastanelerde maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciliğe sahip değildir. Hastanın gereğinden fazla hastanede tutulma riski vardır.



4- Vaka Başına Veya Teşhise Göre Ödeme

- **Vakanın teşhisinin ne olduğuna ve tedavisinin ne kadar zor veya kolay olduğuna bakılmaksızın her bir vaka için farklı ödeme yapılır.**
- **Bu yöntemde hizmet sunucusu kuruma önceden belirlenmiş koşul ve tutarlara dayalı olarak vaka başına ödeme yapılmaktadır.**

Vaka Başına Veya Teşhise Göre Ödeme

- **Bu sistem hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırır.**
- Erken taburcu olaylarını, hatta tam iyileşmeden taburcuları teşvik edebilir
- **Ayrıca hekimlerin hastaneye daha fazla ödeme yapılmasını sağlamak için muhtemel iki teşhisten daha pahalı olanı tercih etmesine yol açabilir.**
- Bu nedenle sistem hekimlerin dürüstlüğü esasına dayanmaktadır.



5- Kişi Başına deme

- demeyi yapan üçüncü tarafla hastane arasında yapılan anlaşmaya göre, belli sayıda kişinin belli bir süre için hastanedeki hizmetleri kullansın veya kullanmasın, hastanedeki olabilecek tüm tedavi giderlerini karşılamak üzere kişi başına belli bir ödeme yapılır.
- Sağlıklı kişilerin hastaneyi daha az kullandığı göz önünde tutulursa hastanenin kar edeceği açıktır.
- Maliyet kontrolü zayıftır, buna karşın hizmet kalitesi çok iyidir.



SONUÇ

- ❖ Birçok ülkede her ne kadar çeşitli ödeme şekilleri kullanılıyor olsa da **hiçbiri mükemmel değildir**
- ❖ Sağlık hizmetlerinin kalitesi, maliyeti ve yönetimi üzerine olumlu veya **olumsuz etkileri** vardır.
- ❖ Bir kısmının verimlilik, bir kısmının hakkaniyet, bir kısmının hasta ve/ veya hizmet sunucu tarafından kötüye kullanımı gibi **dezavantajları** vardır.
- ❖ Hastanelere ödeme modeli, düşük idari maliyeti olan, kötüye kullanımı önleyen, etkililiği, verimliliği ve hasta tatmini göz önünde tutan; **etkililik ve verimlilik** arasında **uygun bir dengeyi** sağlayan yapıda olmalıdır.



