

Sağlık hizmetlerinde finansal koruma ve hasta güvenliği

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. 2002-2005 yılları arasında Van'da hekimlik ve yöneticilik görevlerinde bulundu. 2006-2016 yılları arasında Sağlık Bakanlığında performans, kalite-akreditasyon ve sağlık finansmanı konularından sorumlu daire başkanlığı ve genel müdür yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2016 yılı itibarıyla da Sosyal Güvenlik Kurumunda hekim olarak görev yapmakta olup geri ödeme politikaları, hasta ve çalışan güvenliği, kalite-akreditasyon ile performans yönetimi konularında aktif çalışmalar yürütmeye devam etmektedir.

Doç. Dr. Bayram Demir



1993 yılında Sağlık Bakanlığında göreve başladı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Şube Müdürlüğü yaptı, Dünya Sağlık Örgütünde (DSÖ) Bakanlık görevlisi olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatında Daire Başkanlığı, Batman Bölge Devlet Hastanesi Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkan Danışmanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğünde danışmanlık görevlerinde bulundu. Halen Batman Üniversitesi Sosyoloji Bölümünde Öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

ktisatta temel düstur olan kaynaklar sınırlı ihtiyaçlar sınırsız ilkesini sağlığa teşmil ettiğimizde sağlık ihtiyacının gelişmelerle paralel arttığını ve ötesinde yaşanan dünya nüfusu ile birlikte bu ihtiyacın geometrik artış eğiliminde olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle ülke yönetimlerinin de sağlığa daha fazla kaynak aktarma ihtiyacı hissettiği görülmektedir. Bu durumun sağlık sisteminin organizasyonunu ve sağlık finansmanını değişime ve evrime zorladığı gerçeğiyle karşı karşıyayız.

Hasta güvenliği ve sağlık finansmanı konularının birlikte ele alınmadığı ve dahi hasta güvenliğinin sadece tıbbi tanı ve tedavi aşamalarında değerlendirildiği izlenmektedir. Bugüne kadar yapılan değerlendirmeler de büyük ölçüde bu çerçevede şekillenmiştir. Çoğu zaman hasta güvenliği altında finansal boyutla ilişkilendirmeler de maliyet etkililik kavramı altında kaybolup gidebilmektedir. Oysaki, hasta güvenliği olgusu "finansal koruma" olgusundan bağımsız düşünülemeyecek denli önemli bir alandır.

Geri ödeme kurumları maliyet-etkin bir ödeme sistemi oluşturulması adına ödeme kurallarını, ödeme kalemlerini/teminat paketlerini revize etmekte ve maliyet-etkin bir dizayna ulaşma çabası içine girmektedirler. Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde geri ödeme kuruluşları olan Medicare ve Medicaid hizmet aldıkları sağlık merkezlerinin hasta güvenliği konusunda yetki sahibi en az bir kuruluş ile çalışmasını ve belirlenen göstergeler üzerinden başarı elde edilmesini şart koşmaktadır. Bu noktada kendi sigortalılarını proaktif olarak hasta güvenliği bağlamında koruma altına almaya ve kuruluşları bu ilkelere uymaları için teşvik etmeye çalışmaktadırlar. Esasen bu örnek bile finansman ile hasta güvenliğini kısmen ilişkilendirmektedir.

Öte yandan hasta güvenliği olgusu, insanların hastalandıkları andan; modern sağlık sistemi ve de uygulamalarına dahil olması sürecinden itibaren başlamalıdır. Dolayısıyla, hasta güvenliği olgusunun çatı bir kavram ve diğer unsurların ise buna hizmet edecek komponentler olduğu dikkat-

lerden kaçmamalıdır. Ancak uygulamada sürecin çoğu zaman bu temel ilkeyi gözetmediği bilinen bir husustur. Bu çalışma Türkiye özelinde temel olarak hasta güvenliğini finansal boyutta temsil etmesi gereken kurumların nasıl bir yöntem izlemesi gerektiğine dair sosyal politika eksenli oluşturulmuştur. Çalışmada konunun anlaşılmasına dair hukuki durum, teknik ve sosyal tespitler ile çözüm önerilerine yer verilecektir.

Ülkemizde sağlığın temel, sosyal ve bir insan hakkı olduğu ve sağlık hizmetine ulaşma ve nitelikli sağlık hizmeti alma hususunun Anayasal güvence altına alınmış olduğunu görüyoruz. Nitekim, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 56. maddesinde; "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." hükmüyle ülkemizdeki sağlık hakkının arka planı ve ana çerçevesini ortaya koymaktadır. Bu madde de yer alan "Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama" ifadesini sağlık hizmetleri perspektifinden ele aldığımızda tüm vatandaşların hasta güvenliğini de içerecek şekilde zamanında, nitelikli ve finansal koruyuculuk şemsiyesi altında bir sağlık hizmeti almasını vazettiği ve bunu sağlamaya yönelik olarak da kamu ve özel kurumlardan yararlanmayı, bu kapsamda denetim fonksiyonunu icra etmesini şart koşmaktadır. Ayrıca sağlık sektörünü de kamu özel ayırımı yapmadan bir bütün olarak gördüğü anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin zamanında, nitelikli ve finansal koruyuculuk şemsiyesi altında verilebilmesinin ve/veya alınabilmesinin pratikteki yansımaları, gerçekleşme durumunu ülkemiz açısından ele aldığımızda; sosyal güvenlik kurumlarının yani SGK'nın rolünün salt bir ödeme sistematiğinden daha büyük bir anlam ifade etmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu adına tek yetkili SGK'dır. SGK'nın yıllık sağlık harcamaları içindeki finansman payı %80'lerin üzerindedir. Geri ödeme mekanizmasının temel düzenlemesi olan Sağlık Uygulama Tebliğinde tüm süreçlere dair kurallar, ödeme kalemleri/temel teminat paketi ve fiyatlandırma yer almaktadır. Tebliğde "Vatandaşların sağlıklı kalmalarını ve hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını sağlamaya yönelik verilecek sağlık hizmeti bedellerinin belirlendiği" vurgulanmakta ve a) geniş ve kapsayıcı bir temel teminat paketi, b) kural ve fiyatlandırma sistematiğine sahip, c) salt bir ödeme anlayışı üzerine bina edildiği görülmektedir. Ancak bağlı sigortalıların sağlık hizmeti alırken bu hizmetin zamanında, nitelikli, hasta güvenliğini önceleyen ve tam anlamıyla finansal koruyuculuk sağlayan türden önceliklere sahip olup olmadığı veyahut da ne düzeyde bu öncelikleri gerçekleştirdiği kestirilememektedir. Aşağıda yer verilen yaşanmış örnekler belki de bu sorgulamaları yapmaya vesile olabilecektir.

"Örnek-1: Gözünden katarakt ameliyatı olmak için ameliyathaneye alınan x hasta, aynı yaşlarda bir kadın hastayla karıştırılınca rahmi alındı."

"Örnek-2: 4 yaşında çocuk hasta devlet Hastanesinde muayene oluyor ve yan dal uzmanına gitmesi öneriliyor. Ebeveynler bir başka hastanede olan yan dal uzmanı için randevu almaya çalışıyor ancak bir türlü randevu bulamıyor bulabilirse bile 1 ay sonrasına randevu veriliyor. Haliyle ebeveynler özel bir hastaneden 3 gün sonrasına randevu alıyor ve çocuklarını muayene ettiriyorlar."

"Örnek-3: 15 yaşında erkek bir çocuk skolyoz tanısı almış olup ameliyat edilmesi endikasyonu konmuştur. Bu ameliyat için yapılan araştırmalar sonucunda x üniversite hastanesindeki y hocanın bu ameliyatı yaptığı ancak özel bir hastanede sözleşme yaptığından bahse konu ameliyatlarını orada yaptığı ifade edilmiştir."

Bu örnekleri çoğaltmak mümkündür. Bu satırları okuyan hemen herkesin bizzat şahit olduğu veya duyduğu, okuduğu anımsayacağı örnekler de çıkabilecektir. Bu örnekler, vatandaşların hasta güvenliği şemsiyesi altında, finansal korumayı sağlayacak şekilde, zamanında ve nitelikli bir sağlık hizmeti alma yönünde sorumlu kuruluşların değerlendirme yapmasını gerektirmektedir. Hasta güvenliği olgusu görüldüğü üzere salt teknik boyutta değerlendirilmeyecek denli insani ve iktisadi boyutlara sahiptir. Bizler tarafından, hasta güvenliğinin çatı kavram diğer tüm unsurların ise ikincil öneme sahip olması gerektiğini ifade ediyoruz. Dolayısıyla, SGK'nın bu ve benzeri konularda rol alması, önceliklendirme sistematiğini gözden geçirmesini ve bu alana özel bir ilgi göstermesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Ayrıca finansal koruyuculuk anlamında mevcut duruma baktığımızda istisnalar olmakla birlikte vatandaşlar başvurduğu sağlık tesisi türüne göre: a) farklı miktarlarda muayene katılım payı, b) ilaç katılım payı, c) özel sağlık kurumlarında ilave ücret ve otelcilik hizmeti, d) üniversitelerde öğretim üyesi katkı payı adı altında ödemeler yapmaktadır. Her bir ödeme türünün amacı farklı olmakla birlikte günün sonunda vatandaşlar bu ücretleri belli düzeyde ödemek

Amerika Birleşik Devletleri'nde geri ödeme kuruluşları olan Medicare ve Medicaid hizmet aldıkları sağlık merkezlerinin hasta güvenliği konusunda yetki sahibi en az bir kuruluş ile çalışmasını ve belirlenen göstergeler üzerinden başarı elde edilmesini şart koşmaktadır. Bu noktada kendi sigortalılarını proaktif olarak hasta güvenliği bağlamında koruma altına almaya ve kuruluşları bu ilkelere uymaları için teşvik etmeye çalışmaktadırlar. Esasen bununla finansman ile hasta güvenliğini ilişkili bir sistematiğe büründürmektedirler.

durumunda kalmaktadır. Vatandaşlar tarafından yapılan veya yapılmayan bu ödemelerin onların sağlık hizmetine zamanında ulaşmasına ve de nitelikli bir sağlık hizmeti almasına etkisi yadsınmaz. Bunun yanı sıra sağlık sistemimizde hastaların serbest dolaşımı ve finansman bağımsız, uygun gördüğü sağlık tesisine istediği zaman olmasa bile başvurabilmesi gözden geçirilmelidir. Çünkü bu ve benzeri durumlar SGK'nın sağlık bütçesini etkilediği gibi kaynak israfına yol açıp, gereksiz hasta yükü artışı ve yeterli hizmetin alınmasını engelleyici faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gibi nedenler sağlık sistemi organizasyonunun gözden geçirilmesi ve SGK'nın hizmet sunumunda alacağı rolün önemini ortaya koymaktadır.

Tablo-1'de 2017-2021 yıllarına dair 5 yıllık hekime müracaat sayıları incelendiğinde Covid-19 pandemi döneminde azalmakla birlikte ülke nüfusunun neredeyse yıllık ortalama 9'un üzerinde OECD ortalamalarının çok üzerinde hekime başvuru gerçekleştirdiğini görmekteyiz. Bu durum temelde iş yükü ve sağlık harcamaları artışını beraberinde getirmektedir.

Tablo-2'de 2012-2021 yıllarına ait 10 yıllık sağlık harcamaları verisi incelendiğinde sağlık harcamalarının pandemi döneminde hasta sayısı azalmasına rağmen her yıl arttığı ve toplam sağlık harcaması ile paralel seyrettiğini görmekteyiz. Özellikle hane halkı cepten

sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%) yatay bir seyir izlese bile miktarsal olarak artış gösterdiğini vurgulamamız gerekir. Dolayısıyla hane halkı cepten harcamaların hane halkı bazında katastrofik sağlık harcamasına yol açmaması, vatandaşın hizmeti nitelikli ve zamanında almasını sağlayacak şekilde hane halkı gelir düzeyi ile ilişkilendirilmiş bir sistematüğün kurulması elzemdir.

Tablo-1 ve tablo-2'de yapılan değerlendirmelerde özellikle SGK'nın bu veriler ışığında sağlık harcamalarının maliyet-etkin kullanımı, hane halkı cepten harcamaların katastrofik düzeyi ve hekime başvuru sayılarını ele alacak ve değer-

lendirecek hem mevzuatsal hem de istatistiksel bir çalışma yapması gerekliliği de ortaya çıkmaktadır.

Sonuç olarak, geri ödemede aslan payı harcamayı yapan kurum olan SGK'nın görev icra tarzını ve sistematüğünü gözden geçirme zorunluluğu doğmuştur. Buna göre, a) büyük bir bütçeyi yönetmesi hasebiyle sağlık sistemine yönelik bütüncül bir bakış açısı geliştirmelidir, b) görev alanını ve icra tarzını günümüz şartlarında sağlık sistemi organizasyonuna dair söz sahibi olacak şekilde revize etmelidir, c) Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmet sunucuları, vatandaşlar ve diğer sektör paydaşlarını içine alan bir master eylem planı ortaya koymalıdır. Ayrıca her ne kadar sağlık sistemi organizasyonuna dair kurallar koymakla yükümlü kurum Sağlık Bakanlığı ise de Bakanlığın sağlık hizmeti sunucusu rolünün olması işleyişte çıkar çatışmasını beraberinde getirebilmekte, dolayısıyla SGK'nın sigortalılarını koruma adına belli düzeylerde rol almasını doğurmaktadır.

Sistemde mevcut süregiden sorunlar olduğu bilinmektedir. Sorunların çözümü için bir yerlerden başlanması gereklidir. Hazırlanacak master eylem planında aşağıdaki yer verilen tespit ve önerilerin dikkate alınması önerilmektedir. Bu konuda bir farkındalık oluşturması için geliştirilen öneri seti başta SGK olmak üzere tüm paydaşların dikkatine sunulmuştur: 1) SGK finansman ve geri öde-

Tablo-1: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler					
Sektör/Yıl	2017	2018	2019	2020	2021
Birinci Basamak Toplamı	238.492.427	269.073.571	288.101.866	253.119.935	245.525.320
Özel Tıp Merkezleri	18.912.829	19.055.722	18.298.592	14.527.627	15.672.466
Hastaneler	461.519.553	494.385.911	506.503.164	332.613.569	414.454.404
Sağlık Bakanlığı	350.347.005	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174
Üniversite	38.963.933	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992
Özel	72.208.615	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238
2. ve 3. Basamak Toplamı	480.432.382	513.441.633	524.801.756	347.141.196	430.126.870
Genel Toplam	718.924.809	782.515.204	812.903.622	600.261.131	675.652.190

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı

Tablo-2: Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler-(2012-2021)

Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Kişi başına sağlık harcaması(TL)	Toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı(%)	Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı(%)	Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı(%)	Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı(%)
2012	76.358	1.020	5,4	76,8	23,2	15,4
2013	84.390	1.110	5,4	78,5	21,5	16,8
2014	94.750	1.232	5,4	77,4	22,6	17,8
2015	104.568	1.345	4,5	78,5	21,5	16,6
2016	119.756	1.524	4,6	78,5	21,5	16,3
2017	140.647	1.751	4,5	78	22	17,1
2018	165.234	2.030	4,4	77,5	22,5	17,3
2019	201.031	2.434	4,7	78	22	16,7
2020	249.932	2.997	5	79,2	20,8	16
2021	353.941	4.206	4,9	79,2	20,8	15,9

Kaynak: TÜİK



me gücünü daha aktif kullanarak, etki ve görev alanına hasta güvenliği, sağlık hizmetine zamanında ve nitelikli erişimi sağlayacak şekilde vatandaşların finansal koruma şemsiyesi altında sağlık hizmeti almasına ön ayak olmalıdır. 2) SGK ödediği bedelin niteliksel olarak karşılığını alıp almadığını ölçecek bir sistem geliştirmelidir.

3) Global bütçe uygulaması içerik açısından gözden geçirilmeli ve sağlık sistemini rehabilite edici ve daha reel hedef parametreleri belirlenmelidir. 4) SGK'da fatura inceleme sürecine kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri de dâhil edilmelidir. 5) SGK kanunda koruyucu hizmetlere yönelik verilen görevin içeriğini doldurmak suretiyle Aile Hekimliği Sisteminde etkin rol almalı ve yazılım programı MEDULA'ya entegre etmelidir. 6) SGK sektörü ve hekimi teşvik edici şekilde SUT'u düzenli bir şekilde hem içerik hem fiyat açısından yılda en az 2 kez belirlenen zaman dilimlerinde güncellemelidir. 7) Hekimleri özendirilecek adımları da atılmalı temel teminat paketinde olan işlem fiyat listesinin dışında Hekim Ücretinin belirtildiği ayrı bir hekim hizmet bedeli belirlenmelidir. İlerleyen süreçte bu hekim hizmet bedeli üzerinden doğrudan hekime ödeme yapılabilmesinin önü açılmalıdır. 8) Hane halklarının katastrofik sağlık harcaması yapmasının önüne geçilmeli ve vatandaşların gelir düzeyi ile ilişkili bir harcama üst marjı belirlenmelidir. 9) Hasta güvenliğini güvence altına alacak şekilde geri ödeme kurallarına hasta güvenliği parametreleri eklenmeli, hekim ve sağlık hizmet sunucusu maddi açıdan ödüllendirilmelidir. 10) Sektör

ayrımı yapmadan asgari kalite şartlarını karşılayan kurumlardan hizmet alınmalıdır. 11) Finansal koruma amaçlı SUT'ta yer alan ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmelidir. 12) Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hizmete erişimde öncelikli olarak sorun yaşanan branşların öncelikli olması kaydıyla özel sağlık hizmet sunucularının, branş bazlı muayene kotaları belli sayı veya oranda artırılarak MHRS üzerinden randevulu hasta bakmaları sağlanmalı, kota üstü bakılan hastalardan herhangi bir ilave ücret alınmamalı ve bu hastaların ödemeleri SGK tarafından artırımlı ödenmelidir. 13) Özel sektörde kota içi veya kota üstü fark etmesizin 65 yaş üstü ve 5 yaş altı hastalardan ilave ücret alınmadan sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlanmalı ve hizmet bedeli SGK tarafından artırımlı ödenmelidir. 14) Vatandaşların kişi başı yılda en fazla 2 kez özel sektöre başvurusundan ilave ödeme alınmamalı ve SGK tarafından artırımlı ödeme yapılmalıdır. 15) İlave ücret alınmasına yönelik SGK tarafından merkezi bir yazılım ile hastadan alınacak ilave ücret bedeli hesaplanmalı ve bu sisteme göre ilave ücret alınması sağlanmalıdır. 16) Yatan hastalarda DRG ödeme sistemine geçilmeli ve bir sonraki adım olan değer bazlı ödeme yöntemi belli alanlarda sisteme dahil edilerek ödeme yöntemi daha efektif bir düzeye çıkarılmalıdır. 17) SGK Fatura inceleme birimleri yeniden yapılandırılmalı, etkisi ve yetkisi artırılmalıdır. Bu birimler yaptıkları iş ve işlemlerden dolayı finansal malpraktis koruması altına alınmalıdır. 18) 2547 sayılı kanunun 36.maddesinin 7.fıkrasında özel hastaneler ve vakıf üniversite hastanelerinde sözleşme yoluyla

çalışacak kamu üniversitesindeki profesör ve doçentlere ilişkin hükümlerin vatandaşları finansal koruma altına alacak şekilde revize edilmesi yönünde SGK öneriler geliştirmelidir. 19) SGK hastaya finansal koruma sağlayan ve aktüeryal dengeyi bozmayacak şekilde serbest çalışan muayenehane hekimlerinden hizmet alımını gündemine almalıdır. 20) Bu öneri setinden bir uygulama algoritması oluşturularak uygun bir ilde pilot çalışma yapılması tavsiye edilmektedir.

Kaynaklar

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2013-16161> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2014-18853> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2016-24574> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2017-27621> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2021-45728> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2017-27621> (Erişim Tarihi: 25.07.2023)

<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 20.07.2023)

<https://www.ihha.com.tr/haber-goz-icin-gitti-rahmini-aldilar-30261> (Erişim Tarihi: 29.07.2023)

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17229&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5> (Erişim Tarihi: 15.07.2023)

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2547.pdf> (Erişim Tarihi: 05.08.2023)

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf> (Erişim Tarihi: 10.07.2023)