

# *Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye*

## *Global Budget as a Reimbursement Method in Health and Turkey*

Çağdaş Erkan AKYÜREK\*

### ÖZET

Ülkelerin gelişme yolunda verdiği mücadelede sağlıklı bireyler ve bu sağlıklı bireylerin oluşturduğu sağlıklı toplumlar anahtar rol oynamaktadır. Bu bağlamda büyük önemi olan sağlık hizmetleri sistemlerinin finansmanı, o sistemin işleyişi üzerinde son derece etkilidir. Bu çalışmada öncelikle sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemlerine genel olarak değinilmiştir. Bir geri ödeme sistemi, sağlık hizmeti sunucularına, kişilere sundukları sağlık hizmetlerinin bedelinin, ödeyici kurum ve kuruluşça nasıl geri ödeneceğini belirleyen mekanizmadır. Bu mekanizmaların işleyiş ilkelerine, güçlü ve zayıf yönlerine değinilmiştir. Ardından bu sistemlerden biri olan global bütçe ele alınmıştır. Sunulan hizmetlerin ücret ve kalitesini tayin eden genel bir harcama sınırı şeklinde tanımlanan global bütçenin mantığı irdelenmiştir. Çalışmanın son kısmında ise, global bütçenin ülkemizdeki uygulama alanlarına, bu alanlar içerisindeki düzenlemelere ve uygulama süreci boyunca yaşanan gelişmelere yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansmanı, geri ödeme sistemleri, global bütçe

### ABSTRACT

In the struggle that countries give on the way of development, healthy individuals that form a healthy nation play a key role. Financing of health care services is very important in this context and very influential on operation of that system. In this study first health care reimbursement methods were touched upon in general. A reimbursement system is a mechanism determining how the costs of health care services provided to individuals by health care providers will be purchased by the payer organization. The working principles, strong and weak sides of these mechanisms are adressed. Second, one of these systems, the global budget is dealed. The logic of global budget defined as a general spending limit that determines the price and the quality of the services provided is examined. In the last part of the study, the implementation areas, the regulations in these areas and the experience throughout the execution process of global budget are discussed.

**Key Words:** Health, health services, the financement of health care services, reimbursement systems, global budget

---

\* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, cagdaserk@hacettepe.edu.tr

## GİRİŞ

Hangi siyasi ya da ideolojik perspektiften bakılırsa bakılsın, bir ülkenin belirlemiş olduğu vizyona ulaşması, refah içerisinde yaşaması ve hep daha iyiye doğru ilerlemesi sağlıklı bireylerden ve bu sağlıklı bireylerin oluşturduğu sağlıklı bir toplumdaki geçmektedir. Bu bağlamda büyük önem arz eden sağlık sistemlerinde, sağlık hizmetlerinin finansmanı hayati bir konu durumundadır. Son yıllarda küresel anlamda hastalıkların yarattığı maliyetlere karşı sağlık hizmetlerine daha iyi erişim ve finansal koruma bağlamında, sağlık hizmetlerinin kolektif finansmanı aracılığıyla önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu hayati konunun odağında ise tartışmasız sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemleri yer almaktadır.

Bir geri ödeme sistemi, sağlık hizmeti sunucularına (bireysel ya da kurumsal) kişilere sundukları sağlık hizmetlerinin bedelinin, ödeyici kurum veya kuruluşça hangi esaslara göre geri ödeneceğini belirleyen mekanizmadır. Daha önceleri sadece hastanelere odaklı olan geri ödeme kavramının kapsamı zamanla genişleyerek içerisine hastane gruplarını, görüntüleme merkezlerini, evde bakım hizmetlerini ve diğer sağlık hizmetlerini de dahil ederek daha büyük çaplı bir sağlık hizmeti örgütlenmesine yönelmiştir.

Sağlık hizmetlerinde kamusal ağırlıklı finansmanın görüldüğü pek çok ülkede temel bir finansman mekanizması olarak global bütçeye rastlanmaktadır. En yalın ifadeyle, sunulması gereken hizmet hacmi ve bu hizmet hacmine dair bir genel harcama sınırı ya da hedefi olarak tanımlanabilecek olan global bütçenin temel amacı ve aynı zamanda avantajı, belirli bir program, hizmet ya da sağlık hizmeti kuruluşu için toplam harcamaları kontrol altına almaktır. Yönetimsel bakımdan kolaylıkla performansın geliştirilmesine yönelik birtakım teşvikleri bir araya getirebilmesi modelin en cazip yönüdür. Buna ek olarak, global bütçe tipi ödeme mekanizmalarının Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) gibi daha karmaşık ödeme yöntemlerine kıyasla daha az karmaşık bilgiyle maliyet etkili bir şekilde gerçek bir gelişim sağlayabilmesi de modeli cazip kılan başka bir yönüdür.

Global bütçe modelinin en çok eleştirilen özelliği, performansı teşvik etmesi yönünde diğer çıktıya dayalı geri ödeme sistemlerine kıyasla daha zayıf olmasıdır. Hizmet biriminin küçük olması halinde beklenmeyen harcama artışlarına karşı, hastaları ve hizmet sunucularını korumak

için ihtiyaç duyulan sağlık sigortası havuzunda çatlaklar yaratabilme ihtimali de modelin sorgulanan başka bir boyutudur.

Bu çalışmada, sağlık hizmetlerine yönelik maliyetlerin önlenemez yükselişi karşısında başvurulmuş önemli araçlar olan geri ödeme sistemleri ele alınarak, bu yöntemlerden biri olan global bütçe üzerinde yoğunlaşmıştır. Çalışmanın temel amacı global bütçenin ülkemizdeki seyri adına okuyucuyu yola çıkarmaktır.

Her ülkenin sağlık hizmeti sisteminin kendine özgü bir karmaşıklığı vardır. Mevcut geri ödeme yöntemlerinin aksaklıklarından hareketle geliştirilen yeni yöntemler ve düzenlemeler bu karmaşıklığı daha da artırmıştır. Bu karmaşıklık içerisinde konunun daha iyi anlaşılabilmesi için geri ödeme başlığı kapsamındaki belli başlı bir takım kavramların ele alınması doğru olacaktır.

## **I- SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEMENİN TEMEL KAVRAMLARI**

### **A- Sağlık Hizmetlerinin Maliyetlerinin Karşılanması**

Sağlık hizmetlerinin sunumu neticesinde ortaya çıkan maliyetlerin karşılanması geri ödeme süreciyle gerçekleştirilmektedir. Sağlık hizmetlerinde çok büyük ölçüde hizmetlerin ödeme yapılmadan önce sunumu söz konusudur. Diğer sektörlerde müşterilerin malı veya hizmeti almadan önce ödeme yaptıkları veya gerekli kredi finansmanını sağladıkları uygulamalardan farklı olarak, hastalar sağlık kuruluşlarından hizmeti almış biçimde ve çoğunlukla herhangi bir ödeme yapmaksızın ayrılırlar. Hekimler ve hastaneler ise daha önce sunmuş oldukları hizmetler ve yapmış oldukları harcamaları geri almanın çabasıdadırlar (Casto ve Layman, 2006: 4).

### **B- Üçüncü Taraf Ödeyici**

Üçüncü taraf ödeyici, en basit tanımıyla hizmet sunucularına yapılacak ödemeleri belirleyen ve finansman temin eden organizasyondur. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmeti ödeyicileri belirli bir nüfus adına sağlık hizmetlerini tedarik eden kamuya ait ya da özel organizasyonlardır (Waters ve Hussey, 2004: 2). Ödeyicilerin temel rolü; sorumlulukları kapsamında yer alan nüfus için sağlık hizmetlerinin sunumunu güvence altına almaktır. Bunu yaparken de hizmetlerin söz konusu nüfusun sağlık ihtiyaçlarına

uygun ve bunları tatmin edecek şekilde olduğundan emin olmalı, maliyet etkili biçimde hareket etmeli ve ayrıca önceden belirlenmiş kalite standartlarının karşılanmasını sağlamalıdır (Dredge, 2004: 1).

Peki ödeme sürecinin tarafları kimlerdir? Bu işleyiş içerisinde birinci taraf hastanın bizzat kendisi ya da sunulan hizmetin faturasına katılmaktan sorumlu olan hasta yakınlarıdır. İkinci taraf, sağlık hizmetini sunan doktor, klinik, hastane, bakımevi ya da diğer sağlık kuruluşudur. İkinci taraf genellikle hizmet sunucusu olarak adlandırılır çünkü sağlık hizmetini sunan kişi ve kuruluşlardır. Sağlık hizmetini alan bireyler ikinci tarafa doğrudan ödeme yaparlar. Bu, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen transferlerin en basit şeklidir. Karmaşık transfer şekli ise bir üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmasıdır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135). Burada üçüncü taraf hekime, kliniğe ya da diğer hizmet sunucularına hastaya (birinci tarafa) sunulan hizmet karşılığında ödeme yapan, kamu veya özel sağlık güvencesi sağlayan sigorta ya da sağlık kuruluşlarıdır (Casto ve Layman, 2006: 4). Bunlar gönüllü kuruluşlardan, ticari veya sosyal sigorta programlarına ve ulusal veya yerel düzeydeki devlet organlarına kadar farklı şekillerde olabilir. Üçüncü taraf ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık sorunlarının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsizlik nedeniyle bireylerin karşı karşıya kalabileceği finansal riskin paylaşılmasını ve bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135).

### **C- Sağlık Sigortası**

Sağlık hizmetlerine yönelik talebin şekillenmesinde kişilerin bir sosyal güvence kapsamında yani sigortalı olup olmadıkları önemli bir rol oynamaktadır. Sosyal güvenceye sahip olmanın sağlık hizmetlerine yönelik talebi artırdığı bilinmektedir (Akyürek, 2007: 11). Buna paralel biçimde sağlık hizmetleri için yapılacak geri ödemelerde de hastaların sigortalı olup olmadığı temel belirleyici faktörler arasındadır. Bu durumun temelinde esasen sigorta kavramının tanımı yatmaktadır. Sigorta, kişilerin karşı karşıya kalabilecekleri kayıp riskinin başka bir kesim tarafından (sigorta kuruluşu) üstlenilerek azaltılmasını amaçlayan sistemdir. Sağlık hizmetlerinde, sağlık sigortası kuruluşlarının üstlenmekte olduğu risk, bir kişi ya da gruba sunulacak sağlık hizmetlerinin öngörülemeyen

malîyetleridir (Casto ve Layman, 2006: 3). Hastalık riski ile ne zaman karşılaşılacağına bilinmemesi ve hastalık ile karşılaşıldığı anda tıbbî hizmetlerin yüksek malîyetleri ile yüz yüze gelinmesi, bireyleri kendilerini güvence altına alma ihtiyacı ile karşı karşıya bırakmaktadır. Sigortanın temelinde yatan, bireyleri ve grupları olası zararlara karşı koruma amacıdır ve sigorta kuruluşları bunu risk paylaşımı uygulaması ile yani bireyin ve grupların taşıdığı riskin tüm sigortalılara yayılması ile sağlamaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2000: 125).

Riski üstlenen sigorta kuruluşu riski, “risk havuzu” olarak adlandırılan ve benzer riskleri taşıyan daha geniş bir sigortalı grubuna dağıtarak azaltır. Risk havuzlama, finansal kaynakların toplanması ve yönetimi olarak da tanımlanabilir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 136). Sigorta kuruluşu üstlendiği riske karşılık, kapsamındaki sigortalılardan prim adı verilen bir ödeme tahsil eder. Grup içerisindeki tüm sigortalılardan alınan primler bir havuzda toplanır. Sigorta kuruluşları tahsil edeceği primleri hesaplarırken aktüaryel verilerden faydalanır. Böylelikle havuz, grubun tamamının kayıplarını karşılamaya yetecek büyüklükte oluşturulur (Casto ve Layman, 2006: 3). Risk havuzlama ile sağlık harcamalarının yaratacağı finansal risk, hizmetleri kimin kullandığına bakmaksızın, havuzdaki tüm bireyler tarafından paylaşılır. Bu işleyiş sayesinde zenginler yoksulları, sağlıklı olanlar hasta olanları, gençler yaşlıları sübvansedeceği için finansman sisteminin adaleti bakımından önemlidir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 136).

## II- SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmetini üreten kuruma, güvence altına aldığı bireylerin kullandığı hizmet karşılığı ödeme yapması gerekir. Ödeme mekanizmaları finansör ve hizmet üreticisi kurumları arasındaki ilişkiyi tanımlar. Ödeme mekanizmalarının hizmetin verimliliği ve eşitliği üzerinde önemli etkileri vardır (Belek, 2009 :131). Geri ödeme kavramı sağlık hizmeti sunucularının bireylere hizmet sunduğu durumlarda yapılan ödemeleri kapsadığı gibi, sağlık kurumlarının yatırımlarını da (bina ve ekipman) kapsamaktadır. Sağlık kurumlarının yapacağı yatırımlar için ayrı finansman yöntemlerine başvurulması söz konusu olsa da bu noktada net bir ayırım yapmak kolay değildir (Çelik, 2011: 213).

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerini sınıflarken başvuru temel karakteristik özellikler ödeme birimi, zaman yönelimi ve taraflar için finansal risk derecesidir. Ödeme birimi, gerçekleştirilen her bir tetkik için yapılan ödemelerden, ilgili organlara aktarılan devlet bütçeleri gibi belirli bir nüfus için belirli bir zaman dilimi ölçü alınarak yapılan ödemelere kadar değişebilmektedir.

*Zaman yöneliminde* ise, ileriye ve geriye dönük olma seçenekleri söz konusudur. Sistemin bu özelliği hizmet sunucusunun geliri ve hizmet üretirken katlandığı maliyetlerle ilgilidir. Bu özellik, sistemin hizmet sunucularına yönelik cömertliği hakkında bilgi sunarken, hizmet sunucularının davranışlarının anlaşılmasında daha sonra değinilecek olan değişkenlik/sabitlik boyutuna bilgi bağlamında katkıda bulunmaktadır. Geriye dönük bir sistemde, hizmet sunucusuna, hizmet sunumundan kaynaklanan maliyetler ortaya çıktıktan sonra tamamen (veya kısmen) ödeme yapılır. İleriye dönük bir ödeme sisteminde, hizmet sunucusuna yapılacak ödemelerin oranları ya da bütçeler önceden belirlenmektedir. Geriye dönük ödemelerin aksine hizmet sunucusunun bireysel giderleri ile herhangi bir bağlantı kurulmamaktadır (Jegers ve diğerleri, 2002: 260; Waters ve Hussey, 2004: 3).

*Finansal riskte*, sağlık sigortasının tanımlanmasına bir gönderme söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin maliyeti hizmet sunumundan sonra öğrenildiğinde, üçüncü taraf ödeyici risk altına girmektedir. Hizmet sunucularının hastaların tedavi maliyetlerini öngörerek ve bu öngörülen maliyet sınırları içinde tüm bakım hizmetini sunmak zorunda olmaları, onları risk altına sokmaktadır (Casto ve Layman, 2006: 4).

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinin sınıflandırılmasında bir başka ayırım noktası *sabitlik* ve *değişkenlik*dir. Sabit ve değişken geri ödeme sistemleri arasındaki ayırım, faaliyetler ile ödemeler arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Bir geri ödeme sistemi, geri ödenen miktar, faaliyetlerin artışında ya da azalışında değişiklik göstermiyorsa sabit olarak kabul edilir. Faaliyetlerde görülen artış ve azalışlar, ödenen miktara etki ettiğinde değişken olarak tanımlanmaktadır.

Sabit ve değişken sistemler hem makro düzeyde hem de mikro düzeyde ayırma tabi tutulabilirler. Mikro düzey, hizmet sunucusundan ibarettir. Bu seviyede, hizmet sunucularının finansal teşviklere karşı davranışları

incelenmektedir. Makro düzey ise hizmet sunucularının tamamından ya da belirli bir grubundan oluşmaktadır. Sonuç olarak ödeyiciyi ilgilendiren boyut esasen makro düzeydir (Jegers ve diğerleri, 2002: 257). Tablo 1’de geri ödeme yöntemleri ve bu yöntemlerin hizmet sunucularının tavırları üzerindeki etkisi özetlenmektedir.

**Tablo 1.** Geri Ödeme Sistemleri

Ödeme Sistemleri	Zaman yönelimi	Sabit / Değişken	Hizmet sunucularının davranışlarına yönelik etkisi		
			Korunma	Sunum	Maliyet Önleme
Kalem Bütçe	İleriye dönük	Sabit	+/-		+++
Global Bütçe	İleriye dönük	Sabit	++	--	+++
Kişi Başına (rekabet altında)	Geriye dönük	Değişken	+++	--	+++
Vaka Başına (TİG)	Her ikisi de	Değişken	+/-	++	++
Hizmet Başına	Geriye dönük	Değişken	+/-	+++	---

Kaynak: Waters ve Hussey, 2004: 3.

Bu bölümde sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemleri iki temel ödeme birimi olan hizmet başına ödeme ve bakım dönemine göre ödeme arasındaki ayrıma göre ele alınacaktır.

### A- Hizmet Başına Geri Ödeme

Hizmet başına geri ödemede, hizmet sunucusuna ürettiği her birim hizmet için ödeme yapılır. Geri ödemelerin tayininde sıkça başvurulan bir yöntemdir. Sunulan her bir kalem hizmet için belirlenmiş bir fiyat söz konusudur. Sağlık hizmeti sunucuları bu belirlenmiş fiyatlar üzerinden sunmuş olduğu hizmetleri fatura eder. Bu faturalardan hareketle geri ödeyici konumundaki sağlık sigortası kuruluşu ödenecek hizmetler kapsamında yer alan hizmetler için hizmet sunucusuna gerekli ödemeleri yapar. Sağlık hizmetlerinde geri ödemelere esas olan miktarlar hizmet sunucusunun çıkarmış olduğu faturalarda yer alanlardır. Geri ödeyici konumundaki kuruluş gerekli incelemeleri ve lüzumlu gördüğü kesintileri yaptıktan sonra geri ödemeyi gerçekleştirir.

Hizmet başına ödeme prensibi ile geri ödeme yapan bir sağlık sigortası bünyesinde yer alan kişilerin önemli bir hareket serbestliği söz konusu-

dur. Hangi hekime görünecekleri ve hangi koşullar altında tedavi alacakları konusunda mensubu oldukları sigorta planı onlara karar süreçlerinin hemen hemen hepsinde yer alma imkanı yaratmaktadır. Hasta açısından hizmet başına ödeme yönteminin dezavantajı, bu ödeme yönteminin diğerlerine kıyasla daha fazla kesinti veya tamamlayıcı ödeme içermesidir.

Sağlık sigortası kuruluşları açısından bakıldığında yöntemin en belli başlı olumsuz yönü belirsizliktir. Hizmet sunucularına, sunmuş oldukları sağlık hizmeti karşılığında yapılacak ödemelerin yarattığı maliyet bilinmemektedir. Çünkü hastalara hangi sağlık hizmetlerinin sunulacağı önceden bilinmesi gibi bir durum söz konusu değildir. Bunlara ek olarak, hizmet sunucularının her bir hizmet için ücretleri yükseltmeleri, hastaların beklenenden daha fazla hizmet almaları ve ucuz olan hizmetlerin yerine göreceli olarak daha pahalılarının tercih edilmesi halinde maliyetler artacaktır (Casto ve Layman, 2006: 5).

Hizmet başına ödeme kapsamında bireysel olarak yapılan cepten ödemeler ve geriye dönük ödemeler örnek olarak gösterilebilir.

*Bireysel olarak cepten yapılan ödemeler* de bir tür hizmet başına ödemedir. Sağlık amaçlı cepten ödeme, doğrudan hastalar veya hane halkı tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir (Özgen ve Tatar, 2008: 104). Hastalar ve bu hastalara bakmakla yükümlü olan kişilerin alınan her bir hizmet için belirli bir miktar para ödemesi bu işleyişi hizmet başına ödeme kapsamına sokar. Bu ödemeleri doğrudan kendilerine hizmet sunan hekim, klinik ya da hastanelere yapan hastalar veya yakınları sonrasında bir sağlık sigortasına mensuplarsa, ödemiş oldukları bedeli geri almak için başvururlar. Bazı durumlarda ortaya çıkan maliyete tamamen kendileri katlanırlar.

*Geleneksel geriye dönük ödemede* ise sunuculara hizmetin bedeli, hizmet sunumu gerçekleştikten sonra yapılır. Geriye dönük ödeme de bir tür hizmet başına ödemedir çünkü hizmet sunucularına sunmuş oldukları her bir hizmet karşılığında ödeme yapılır. Üçüncü taraf ödeyiciler hizmet sunucularına daha önce gerçekleşmiş maliyetler ya da oluşmuş faturalar için ödeme yaparlar (Casto ve Layman, 2006: 5). Geriye dönük ödeme hizmet sunucularına katlandıkları maliyetleri geri alma imkânı yaratmaktadır fakat yöntem maliyet etkili davranmaya teşvik etme bağlamında sorgulanmaktadır (Folland ve diğerleri, 1997: 453).



## B- Bakım Dönemine Göre Geri Ödeme

*Bakım dönemi*, bir hastanın belirli bir sağlık durumu ya da hastalık nedeniyle, bir hizmet sunucusu tarafından üretilen ve sürdüğü zaman dilimi içerisinde almış olduğu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. *Bakım dönemine göre geri ödeme*, hizmet sunucularının ilgili koşullara ya da hastalığa göre toptan bir miktar ödeme aldığı bir sağlık hizmeti geri ödeme yöntemidir. Bu yöntemde ödemeye esas birim, sunulan her bir sağlık hizmeti değil, dönemdir. Bakım döneminde, bakımın tamamı için bir durum ya da hastalığa bağlı olarak bir ödeme miktarı belirlenir. Bu yolla ayrı ödemeler ya da fiyatlar ortadan kaldırılmaktadır. Çıkış noktasına bakıldığında döneme göre ödeme yönteminin, hizmet başına ödeme yönteminin içerdiği hataları ortadan kaldırmak üzere geliştirildiği görülmektedir. Yöntemin amacı geniş ve sistematik bir ölçekle maliyetleri kontrol altına almaktır.

Bakım dönemine göre ödemenin başlıca türleri kişi başına ödeme, bütçeleme ve ileriye dönük ödemedir.

### 1- Kişi Başına Geri Ödeme

Kişi başına ödeme yöntemi, sağlık hizmetlerinde üçüncü taraf ödeyicilerin hizmet sunucularına belirli bir zaman dilimi içerisinde, kişi başına belirlenmiş sabit ücretler üzerinden ödeme yaptığı bir yöntemdir. Kişinin belli bir süre zarfında kullanacağı tüm hizmetleri karşılamak üzere bir ödeme miktarının tayin edilmesi esasına dayanmaktadır (Çelik, 2011: 220). Bu yöntemde her bir hastaya sunulan hizmetlerin hacminin ya da yoğunluğunun ödeme üzerinde herhangi bir etkisi yoktur. Daha fazla hizmet sunumu ödemeyi artırmadığı gibi, daha az hizmet sunulmasının da ödemeyi azaltıcı bir etkisi yoktur. Bir hizmet sunucusu üçüncü taraf ödeyici ile belirli bir gruba kişi başına ödeme esasıyla sağlık hizmeti sunma konusunda mutabakata varırsa, hizmet sunucusu o grupta yer alan her kişi için sağlık hizmetinden faydalanıp faydalanmadığına bakılmaksızın ödeme alır. Bu yöntemde sağlık hizmetlerinin kapsamına ya da karmaşıklığına yönelik herhangi bir düzenleme yoktur.

Kişi başına ödeme yönteminin başlıca avantajları, üçüncü taraf ödeyici için herhangi bir belirsizliğin söz konusu olmaması ve hizmet sunucusunun garanti bir müşteri tabanına sahip olmasını sağlamasıdır. Üçüncü taraf ödeyici, kapsam içerisinde yer alan gruba ait sağlık hizmetleri maliyetinin ne olacağı konusunda bilgi sahibidir. Diğer yandan hizmet

sunucusu da belli bir hasta grubuna sahiptir. Ancak hizmet sunucusu için, hastaların alacağı hizmetler ile bu hizmetlerin karmaşıklığı ve maliyetleri bilinmediğinden büyük ölçüde belirsizlik söz konusudur (Casto ve Layman, 2006: 7).

## **2- Bütçeleme**

Hem vergi sisteminde hem de sosyal sigorta kapsamında hastane ödemeleri ileriye dönük bütçeleme ile yapılabilmektedir. Bazı ülkelerde (örneğin Polonya ve Danimarka) ileriye dönük bütçeleme geleneksel yöntemlerle yapılmaktadır. İleriye dönük bütçeler geçmiş yılların bütçeleri dikkate alınarak hazırlanmaktadır. Bu yöntem kaynak tahsisi ve maliyet sınırlaması bakımından işe yarasa da verimlilik ölçümü bağlamında eleştiri alabilmektedir. Bu eleştirilerden hareketle bütçelemede geleneksel yaklaşımların esnetilmesi gerektiği savunulmaya başlanmıştır.

İleriye dönük bütçelemenin esnek biçimlerinde, geçmiş yılların bütçeleri esas alınarak oluşturulan bütçe, hastane, denetleyici kurumlar ve sigorta fonunun gerçekleştirdiği görüşmeler sonucunda kesinleştirilir. Bunun yanı sıra bütçeleme uygulamasıyla eş zamanlı olarak vaka başına ödeme sistemi de yürütmeye konulur. Vaka başı ödemede hastaneye belirli bir hizmet paketi veya bakım dönemi için sabit bir ücret garanti edilir. Bu uygulama ile aynı vakanın farklı dönemlerinde maliyet farklılıkları ortaya çıkabilse de, sabit geri ödeme yapılan hastaneler maliyetlerini sınırlandırmaları yönünde teşvik edilmiş olurlar (Belek, 2009: 139).

Bütçe yoluyla ödemede, üçüncü taraf ödeyici bakım hizmetinin tek bir döneminde hizmet sunumunu sürdüren birden fazla hizmet sunucusuna tek bir blok ödeme yapar. Burada bahsi geçen blok ödenek, belirli bir programın tümü için tahsis edilmiş sabit para miktarıdır. Ödeme büyüklüğü genellikle enflasyon faktörünün kullanılması ile düzeltilebilecek olan daha önce yapılan ödemelere dayanmaktadır (Waters ve Hussey, 2004: 11). Hastanenin yılın sonuna kadar bu bütçe ile bütün programı gerçekleştirmesi beklenir. Bütçe ödemesi, sağlık kurumlarına harcama kalemleri üzerinden ya da global bütçe şeklinde gerçekleştirilebilir (Barnum ve diğerleri, 1995: 25). Harcama kalemlerine göre bütçe tahsisinde, ödemeler; maaş, ilaç, ekipman, bakım - onarım, yatırım, taşıma gibi bazı kategorilere göre belirlenmektedir. Bu yöntemde, her bir hizmet ve masraf grubu için tahsis edilecek ödenekler bellidir ve sağlık kurumunun har-

cama kategorileri arasında transfer yapması hemen hemen olanaksızdır. Global bütçe yöntemi ise yıllık olarak, sağlık kurumunun işletim maliyetlerinin toplam miktarına yönelik öngörüler doğrultusunda sağlık kurumuna aktarılmasını içermektedir (Casto ve Layman, 2006: 8). Global bütçe yöntemine çalışmanın ilerleyen kısımlarında daha detaylı biçimde değinilecektir.

### **3- İleriye Dönük Geri Ödeme Yöntemleri**

İleriye dönük geri ödeme yöntemlerinde sağlık hizmetleri için ödemeler, belirli bir zaman dilimi esas alınarak, sağlık hizmeti türleri için harcanan ortalama kaynak düzeylerine göre önceden belirlenen oranlara göre yapılmaktadır. İleriye dönük geri ödeme yöntemlerinin ortalamalara dayandığını belirtmek gerekir. Ödemeler ortalama hastalar için söz konusu olan kaynak gereksinimine göre daha önce de ifade edildiği üzere belirli bir zaman dilimi için ya da belirli koşullar ya da hastalıklar için şekillendirilmektedir. İleriye dönük geri ödeme yöntemlerinde bu iki durum gün başına ödeme ve vakaya dayalı ödeme olarak nitelendirilmektedir.

Hizmet sunucularına gerçekleşen maliyetler göz önüne alınmaksızın önceden belirlenmiş oranlar üzerinden ödemeler yapılır. Bu nedenle, gerçekleşen hasta sayısı ya da verilen hizmetlerinin yoğunluğunun daha önceden belirlenmiş ödemeleri etkilemediği bir başka yöntem de ileriye dönük geri ödeme sistemidir. İleriye dönük geri ödeme uygulamalarında amaç, maliyetlerin ya da masrafların artma ihtimalini azaltmaktır. Çünkü ödemeler için belirlenen sınırlar, gelecek dönemler için önceden çizilmektedir (Folland ve diğerleri, 1997: 453).

#### **a- Gün Başına Geri Ödeme**

Gün başına geri ödemede, üçüncü taraf ödeyici hizmet sunucusuna hastanede tedavi gören her kişi için, sağlık hizmeti verilen gün başına sabit bir miktar öder. Bilinen haliyle gün başına ödeme yöntemi, yataklı tedavi hizmetlerinin geri ödenmesinde tercih edilmektedir.

Hizmet sunucularına ödenecek miktarlar geçmişe ait verilerden hareketle belirlenmektedir. Örneğin yatan hastalar için günlük oran, belirli bir zaman diliminde belirli bir nüfus grubuna sunulan yataklı tedavi hizmetlerine ait toplam maliyetin, o zaman dilimi içerisindeki toplam kalış gün sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Ödemeyi belirlemek için

ise, gün başına hesaplanan oran, hastanede kalınan gün sayısı ile çarpılır. Geçmişe ait verilerin olmaması durumunda, üçüncü taraf ödeyiciler ve hizmet sunucuları, günlük ödeme oranlarının belirlenmesinde pek çok faktörü göz önünde bulundurmamak durumunda kalırlar. Bu faktörler arasında maliyetler, kalış süreleri, hizmet hacimleri ve hastalık şiddetleri yer almaktadır.

İleriye dönük geri ödeme yöntemlerine yöneltilen en büyük eleştiri, yöntemin hizmet sunucularını yatarak tedaviye kabul sayılarını şişirmeye ve/veya kalış sürelerini uzatmaya teşvik ettiği yönündedir. Bu strateji kimi durumlarda geri ödemede artışla sonuçlanabilmektedir.

Bir başka ileriye dönük geri ödeme yöntemi de vakaya dayalı geri ödemedir. Bu yöntem, gün başına geri ödemenin içerdiği kusurları düzeltmeye yönelik bir girişim olarak ortaya çıkmıştır (Casto ve Layman, 2006: 9).

### **b- Vakaya Dayalı Geri Ödeme**

Vakaya dayalı geri ödeme yönteminde, hizmet sunucularına her bir vaka için önceden belirlenmiş, sabit bir miktar ödenir. Burada vakadan kasıt; belirli bir durum ya da hastalığa bağlı olarak sağlık hizmeti alan hastalardır. Üçüncü taraf ödeyiciler, hizmet sunucularına gün ya da hizmet başına ödeme yapmak yerine her bir vaka için ödeme yaparlar.

Ödemeler, belirli şartlar altında ya da bir hastalığa bağlı olarak, her bir hasta için ihtiyaç duyulan ortalama kaynak miktarına dair geçmiş verilere göre tayin edilmektedir. Vakaya dayalı geri ödemeler, vaka başına tek bir fiyat üzerinden ya da vaka gruplarına göre (hastalığa ya da koşullara göre) farklı oranlar üzerinden gerçekleştirilebilmektedir. Bu bağlamda son dönemin adından en çok söz ettiren uygulaması olan TİG, klinik profili ve ihtiyaç duyduğu kaynaklar açısından homojen olan hastaları kategorize etmektedir (Folland ve diğerleri, 1997: 453). Böylelikle aynı grup içerisinde sınıflanan hastalar, benzer teşhis ve tedavilere, kaynak tüketimine ve kalış sürelerine sahip olmaktadır. Her bir TİG, ağırlık adı verilen bir ödeme oranına sahiptir. Ağırlıklar kendi içerisinde görecelidirler. Daha yüksek düzeydeki ağırlıklar, bakım ve tedavi için daha fazla kaynağa gereksinimi olan hastaların yer aldığı gruplarla ilgilidir. Daha yüksek düzeyde kaynak tüketimi, hastalığın şiddetine ya da pahalı ekipmanla tıbbi uygulamalar gibi bakım ve tedavi için ihtiyaç duyulan

hizmetlerin türlerine bağlı olarak sunulacak hizmetlerin yoğunluğu ile alakalıdır. Daha yüksek ağırlıklar, daha yüksek ödemelere dönüşmektedir (Casto ve Layman, 2006: 9).

Tablo 2’de ödeme mekanizmalarının zayıf ve güçlü yanlarına değinilmiştir.

**Tablo 2.** Geri Ödeme Mekanizmalarının Zayıf ve Güçlü Yanları

Ödeme Mekanizması	Güçlü Yanları	Zayıf Yanları
Hizmet başına ödeme	Hizmet sunucusunun ödüllendirilmesi çaba ve ürün düzeyiyle yakından alakalıdır. Hizmet sunucusunun gerçekleştirdiği uygulamaların analizi kolaydır.	Maliyet enflasyonu yaratabilir. Aşırı ve gereksiz tedavi talebine yol açabilir.
Vaka başına ödeme	Hizmet sunucusunun ödüllendirilmesi ürün düzeyine çok yakından bağlıdır. Hizmet sunucusuna kaynak kullanımını minimize etme güdüsü aşılır.	Bütün hastalıkların listelenmesindeki zorluk ürün ile ödüllendirilmenin karışmasına neden olur. Hizmet sunucusu fazla ödül alabilmek için yanlış tanı bildirebilir.
Kişi başına ödeme	Yönetimi kolaydır, hizmet sunucularının faaliyetlerini değerlendirme zorunluluğu içermemektedir. İleriye dönük bütçeleme kolaylığı vardır. Maliyeti minimize etme güdüsü yaratır. Tüketicie seçme hakkı tanır.	Hizmet sunucusunda yüksek maliyetli ve riskli hastaları reddetme dürtüsü uyandırır. Hizmet sunucusunu, kabul ettiği hastalara gerekenden daha az hizmet vermeye yönelir. Hizmet sunucularının uygulamalarının analizi zordur.

Kaynak: The World Bank, 1993: 124 aktaran Belek, 2009: 141.

### III- BÜTÇELERİN OLUŞTURULMASI VE GLOBAL BÜTÇE

Bir bütçe hazırlanırken, kapsam dahilindeki nüfus ve bu nüfus için karşılanacak hizmetler arasındaki ilişki tam olarak ve gerektiği şekilde hesaba katılmalıdır. Bir global bütçe için en temel hareket noktası; kapsayacağı nüfusun, sunulacak hizmetlerin ve bütçenin başlangıç yılındaki finansal dağılımının tanımlanmasıdır. Temel dağılım bir kere gerçekleştirildikten sonra aşağıdaki faktörlere göre yıllık inceleme ve düzeltmelerle (mümkün olduğu durumlarda) uygulamayı sürdürmek mümkündür (Dredge, 2004: 2):

- Nüfus değişimleri
- Girdi fiyatları enflasyonu

- Teknolojik gelişmeler
- Nüfusun göreceli ihtiyaçları
- Sistem verimliliği

Bir global bütçenin en temel amacı, daha önce de ifade edildiği üzere sağlık hizmetlerine harcanan toplam para miktarına bir sınırlama getirmektir. Buradaki “toplam” finansman kuruluşunca daha önceden belirlenmiştir ve sistemin geneli üzerinde bir harcama tavanı işlevi üstlenmektedir. Finansal amacının yanı sıra ödeyici, bütçe kapsamında karşılanacak hizmetlerin nitelik ve nicelik bakımından önceden belirlenmiş hizmet hacmi ve standartlarını karşıladığından emin olmayı da arzu edecektir. Bu hedeflere ulaşmak için;

- Bütçenin finansal limiti belirlenmeli,
- Bütçe hedeflerine ulaşılmasından sorumlu olan yönetici kurum ve kuruluşlar belirlenmeli,
- Bütçe performansının, kurum ve kuruluşlara fon akışı ile bağlantısını sağlayacak süreçler tayin edilmelidir.

Bu bağlamda hizmet sunumunun erişim, hacim ve kalite açısından gözlenmesi sağlanmalıdır.

Global bütçe sistem üzerinde olumlu anlamda bir katalizör işlevi üstlenmelidir. Ödeyiciler tarafından tayin edilen amaçlara daha iyi ulaşılması gibi davranış ve tutum değişiklikleri yaratmak için kullanılabilirdiğinde etkili olmaktadır. Bu nedenle bütçe ödeyiciler, hizmet sunucuları ve tüketiciler için olumlu teşvikler içermeli ve onları sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların kullanımında daha akılcı kararlar almaya yönlendirmelidir.

Geniş açıdan bakıldığında global bütçelerin şu olumlu getirileri sağlanması beklenir:

- Maliyetlerin önlenmesi,
- Fon sağlamada belirlilik,
- Daha kolay (daha ucuz) yönetim,
- Hizmetlerin daha iyi koordinasyonu ve planlanması,
- Gereksiz hizmet sunumunun önüne geçilmesi.

Bu potansiyel kazanımlar arasında bazı dengeleme riskleri de söz konusudur. Bu riskler içerisinde en çok bilineni maliyet önleme çabalarının sağlık hizmetleri sunumunun kalitesi üzerinde yaratabileceği olumsuz etkidir. Bu türden tepkiler global bütçenin tasarlanması ve uygulanmasında mutlaka dikkate alınmalı, global bütçenin sağlayacağı potansiyel kazanımlar elde edilmeye çalışılırken diğer yandan da oluşabilecek dezavantajları asgariye indirecek önlemlere yönelik adımlar atılmalıdır.

Sistem ayrıca global bütçe kapsamında sunulacak hizmetler açısından son derece açık olmalıdır. Aynı şekilde global bütçenin sorumluluk alanına girmeyen hizmetler konusunda da soru işaretlerine yer bırakılmamalıdır. Bunlar, bir bütçenin tasarlanmasının ve işleyişinin en temel gerekliliklerindedir (Dredge, 2004: 3). Bütçe kapsamına alınacak hizmetlerin birkaç yolla tanımlanması mümkündür:

- Sağlık hizmetlerindeki sektörler (Bakımevleri, hastaneler, vb.),
- Kuruluşların sunduğu hizmetler (Örneğin belirli kuruluşların sunduğu tüm hizmetler),
- Belirli tedaviler (Örneğin sağlanacak tıbbi ve klinik koşulların kapsayıcı bir listesi) olabilir.

Söz konusu bu pozitif listenin oluşturulmasının ardından liste dışında kalan hizmetler de tamamen kapsam dışında bırakılacaktır. Tıbbi uygulamaların doğasına ve teknolojinin etkilerine bağlı olarak birtakım problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu durum bütçe yapısının tutarlı biçimde gözden geçirilmesi, uygunluk ve etkililik açısından yenilenmesi ile alakalıdır. Ancak kamusal finansman yapısına sahip pek çok sağlık hizmetleri sisteminde genellikle maliyet etkililik ya da klinik uygunluğa dayalı olarak kapsam dışı bırakma yoluna gidilebilmektedir. Hastanelerin bu bağlamda odaklandıkları nokta, hizmet sunacakları hasta nüfusunun tanımlanmasıdır. Global bütçe bunun altından kalkabilecek kapsamlı bir metodolojiye ihtiyaç duyacaktır. Bu çoğunlukla bir sağlık ya da sigorta nüfus kayıt indeksi ile gerçekleştirilebilmektedir.

### **A- Global Bütçe**

Global bütçe kavramını “sunulan hizmetlerin ücret ve kalitesini tayin eden genel bir harcama sınırı” şeklinde tanımlamak mümkündür. Global bütçe pek çok farklı şekilde karşımıza çıkabilmektedir ve tüm harca-

ma programlarına veya bu programların belirli kısımlarına uygulanması mümkündür. Aynı şekilde ödeyici tarafından kapsanan nüfusun, bir sağlık kuruluşunca sunulan hizmetlerin ya da bu hizmetleri sunan kuruluşların tamamına ya da belirli kısımlarına da uygulanabilir (Dredge, 2004: 5).

Bu yöntemde, yapılan ödemeler harcama gruplarına ayrılmamakta, tek bir kalemden yapılmaktadır. Sağlık kurumu kendisine yapılan ödemeyi ihtiyaç duyduğu alanlarda harcama yetkisine sahiptir (Çelik, 2011: 229). Global bütçe uygulamasında daha yüksek hizmet hacmi ya da daha karmaşık veya pahalı hizmetler için ek ödemeler yoktur.

Global bütçe yönteminin en kapsamlı türü, toplam bakım dönemidir. Bir bakım dönemi için, toplam bakım dönemi ödeme oranı aşağıdakileri içerecek şekilde bakım sürdüğü müddetçe oluşabilecek maliyetleri kapsayacak tek bir ödeme miktarından oluşmaktadır:

- Bakım hizmeti süresince oluşacak kuruluş maliyetleri: hastaneler, bakım evleri, klinikler ve ayakta tedavi merkezleri gibi,
- Radyoloji, Patoloji ve laboratuvarlar ile ilgili prosedürlerin teknik ve profesyonel bileşenleri,
- Anestezi, cerrahi ve konsültasyon hizmetleri için uzman hekim ücretleri,
- Evde bakım hizmetlerinin maliyeti.

Global ödeme yönteminin daha az kapsamlı türleri de mevcuttur. Örneğin bazı global ödeme yöntemlerinde sadece yataklı tedavi ya da sadece ayakta tedavi hizmetlerine ait maliyetleri kapsamaktadır. Bu yöntemler ayakta tedavi bakım dönemi ya da yatarak tedavi bakım dönemi olarak da adlandırılmaktadır. Genel cerrahi paketi gibi daha sınırlı olan türleri de mevcuttur. Genel cerrahi paketi ameliyatları, genel ya da lokal anesteziyi, ameliyat öncesi ve sonrası klinik ziyaretlerini ve genel ameliyat sonrası takibini kapsamaktadır. Özel işlem paketlerinde ise herhangi bir teşhis ya da tedavi prosedürü ile ilgili tüm maliyetler ödeme kapsamına dahil edilmektedir (Casto ve Layman, 2006:8).

Global bütçe uygulamasına yönelik girişimlerin temel nedeni, sağlık hizmetlerinin miktarları ile fiyatlarının çarpımı neticesinde ortaya çıkan toplam sağlık hizmeti harcamalarını kontrol altına alabilmektir. Maliyet-



lerin önlenmesine yönelik olarak pek çok farklı ülkede, pek çok farklı uygulamaya rastlansa da genel itibariyle bu girişimler, toplam harcamalar yerine fiyatların kısıtlanmasına, hizmet kullanımının sınırlandırılmasına ya da sistem kapasitesi üzerindeki kontroller aracılığıyla hizmet hacmini detaylı biçimde etkilemeye yöneliktir. Söz konusu çabalar genellikle bir bütünlükten yoksun, parça parça yürütülmüş, çoğunlukla tek bir ödeyiciyi ya da tek bir harcama kategorisini etkileyebilmiştir. Daha da önemlisi bu girişimler, hedeflerine gerçek anlamda işlerlik kazandıracak politik isteklilik ve iradeden yoksun bırakılarak sekteye uğratılmışlardır.

Almanya, Fransa ve Kanada gibi ülkelerin global bütçe ile ilgili deneyimleri, bu ülkelerde harcama düzeylerini Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içinde %9'un altında tutarak, harcama limitlerinin gerçek anlamda kısıtlayıcı etkileri olabileceğini ortaya koymuştur (Altman ve Cohen, 1993: 195).

Bir global bütçenin sahip olduğu gelir kaynakları başarısı üzerinde önemli bir belirleyicidir. Bütçeye ne kadar yüksek oranda gelir ayrılırsa, politika amaçlarına ulaşma olasılığı da o kadar fazla olacaktır. Bunun yanı sıra ödeyici rolünü üstlenen tek bir kuruluşun olması global bütçeyi daha etkili kılacaktır. Global bütçelerin yönetim mekanizması sıklıkla bir mutabakata dayanmaktadır. Hastanelerin global bütçesi sağlık kuruluşunun işlem maliyetlerini kapsayacak, üzerinde uzlaşmış ileriye dönük bir toplam meblağ olmalıdır. Toplam harcamalar üzerinde bir tavan işlevi görerek, ödeyici kuruluş tarafından kaynaklar üzerinde açıkça ortaya konulmuş bir sınıra işaret etmelidir. Diğer yandan hastanelere hizmet hedeflerine ulaşılması halinde kendilerine tahsis edilen bütçeyi diledikleri gibi harcama serbestliği de tanınmalıdır (Choi, 2011: 40).

Bir global bütçe, hastanelerin harcamalarına açıkça tanımlanmış bir kaynak kısıtı getirecektir. Sağlık hizmetlerinin benzersiz ekonomik özellikleri nedeniyle bu tarz bir kontrolün gerekliliği üzerine sıkça kafa yorulmaktadır. Pek çok ülkede nüfusun önemli kısmı bir havuzlama düzenlemesine dahil edilmiştir ve sağlık hizmetlerini kullanma yönündeki kararlarından doğan maliyetlerin tümüne katlanmaları söz konusu değildir. Bireylerin davranışlarının altında yatan nedenler, onların hizmetlere yönelik talepleri üzerinde finansal bir kısıtlılık işlevi görmez. Çok sık dile getirilen ahlaki bir bakış açısına göre, ödeme konusundaki istekliliğe dayanan bir ekonomik pazar, sağlık hizmetlerine erişimde belirleyici olmamalıdır. Bu koşullar altında global bütçe, sağlık hizmetlerinin

kullanımının sınırlandırılması ve tahsisinde daha adaletli bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu bağlamda ortaya atılan karşıt görüşler, global bütçelerin hastaları, kaynakların daha akılcı ve etkili kullanımından uzaklaştırdığı noktası üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bireyler faaliyetlerinin tüm finansal sonuçlarından korunmakta ve maliyet etkili davranmaları yönünde yeterli biçimde yönlendirilmemektedirler (Dredge, 2004: 8).

Sağlık hizmetlerinde artan maliyetleri kontrol edebilme yeteneğine rağmen, global bütçe planlarının sağlık hizmetlerinin sunumunda istenmeyen etkilerinin olduğu da düşünülmektedir. Barnum ve diğerlerine (1995: 24) göre ödeme biçimi, sağlık hizmetlerinin kalitesi, eşitlik ve etkililik konularını ve hizmet sunucularını etkileyen güçlü teşvikler sunacaktır. Ancak bu teşvik unsurlarının doğasına bağlı olarak ve buldukları kurumsal şartlara göre ödeme mekanizmaları, gelişmiş etkililik, eşitlik, hasta memnuniyeti ve sağlık statüsü konularında gerekli noktayı kaçırmaya neden olacaktır.

**Tablo 3.** Ödeme Sistemleri ve Teşvik Durumları

Geri Ödeme Şekli	Teşvik Unsuruna Göre			
	Maliyet / Birim	Hizmet / Vaka	Miktar (Vaka)	Risk Seçimi
Global Bütçe	--	--	-	0
Hizmet Başı-Sınırlı	-	++	+	0
Hizmet Başı-Sabit	--	++	+	+
Kişi başı	--	--	--	++
Vakaya Dayalı	--	--	++	+
-- Azalma yönünde güçlü teşvik - Azalma yönünde makul teşvik 0 Açık bir teşvik yok + Artırma yönünde makul teşvik ++ Artırma yönünde güçlü teşvik				

Kaynak: Barnum ve diğerleri, 1995: 25

Tablo 3’de farklı geri ödeme sistemlerinin içerdiği teşvik unsurları görülmektedir. Bir global bütçe birim başına maliyeti ve vaka başına hizmet düzeyini azaltma yönünde güçlü teşvikler sunarken, vaka miktarının azaltılmasına yönelik yarattığı teşvik makul olarak nitelendirilebilir.

Bütçe sınırları içerisinde kalma yönünde harcanacak çaba, hastaların gerektiği gibi tedavi edilmemesi riskini doğurmaktadır. Kabul sayılarının

azaltılması ve olası en ucuz vaka karmasına yönelmek bu noktada atılacak olası adımlardandır (Saltman, 1994: 288).

Enthoven ve Kronick'e göre ise (1989: 32) kamu sektöründe global bütçeyi benimseyen ülkelerden hiçbiri, sağlık hizmetlerinin sunumu ve organizasyonunda etkililiği sağlayacak teşvik unsurlarını yaratma sorununu çözememiştir. Global bütçeler, bir maliyet kontrolü stratejisi olarak başarılı görünmekte fakat "mikro verimlilik" göze çarpan bir problem olarak ortaya çıkmaktadır. Mikro ekonomik etkililik paranın değerinin artırılmasını ve kıt olan beşeri ve fiziksel kaynakların verimliliğini artıran tıbbi ve örgütsel tekniklerin geliştirilmesini içermektedir.

Tüm bu eleştirilere rağmen, global bütçelerin pek çok ülkenin sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olduğunu görmekteyiz. Global bütçeyi uygulama yönünde tercih yapan ülkeler bu tercihlerini pek çok farklı şekilde uygulamaya yansıtılmaktadır. Bütçeler belirli nüfus gruplarını ve hizmetleri içermektedir ve çok kapsamlı olmak gibi bir zorunlulukları da yoktur. Buna paralel olarak bütçe içerisindeki düzenlemeler de farklılık gösterebilir.

Global bütçe deneyimine sahip ülkeler, verimlilik ve etkililik bağlamındaki tüm kazanımların otomatik olarak gerçekleşmeyeceğini kabul etmektedirler. Bu noktada yönetim sorumluluğunun belirli bir kısmının hastanelere delege edilmesi kaçınılmazdır. Hastanelerin sahip olduğu yönetsel kapasite bütçe potansiyeline erişilmesinde kilit rol oynar hale gelmektedir. Yönetim kapasitesinin ve sorumluluğunun desantralizasyonu mikro verimliliğin sağlanmasında önemli bir ön koşuldur. Bunun bir adım ötesinde maliyet etkili davranmayı teşvik edecek ölçü ve araçlara da bütçe içerisinde yer verilmelidir.

Global bütçe uygulamasında, bu bütçeden sunulacak hizmetlerin hacmi ile maliyetleri arasında bir tercihin yapılması da başka bir gerekliliktir. Bu tercih esnasında daha önceden tayin edilmiş asgari kalite standartlarının korunduğu varsayımından hareket edilmektedir. Eğer bir hizmet sunucusu bir çıktının birim maliyetini düşürebiliyorsa, bütçe kapsamında sunulacak toplam hizmet hacmi artacaktır. Aynı şekilde birim maliyetlerin artması, toplam hizmet hacminin düşeceği anlamına gelmektedir. Bilindiği üzere bir global bütçe en yalın biçimde şöyle formüle edilmektedir:

$$\text{Bütçe} = \text{Fiyat} \times \text{Hacim}$$

Bütçe belirli bir sabit meblağ olduğundan, eğer harcamalar ve fiyat değişimleri bütçe sınırları içinde tutulacaksa, bütçeden sunulacak hizmetin hacminde de orantılı bir değişim olmalıdır (Dredge,2004: 9).

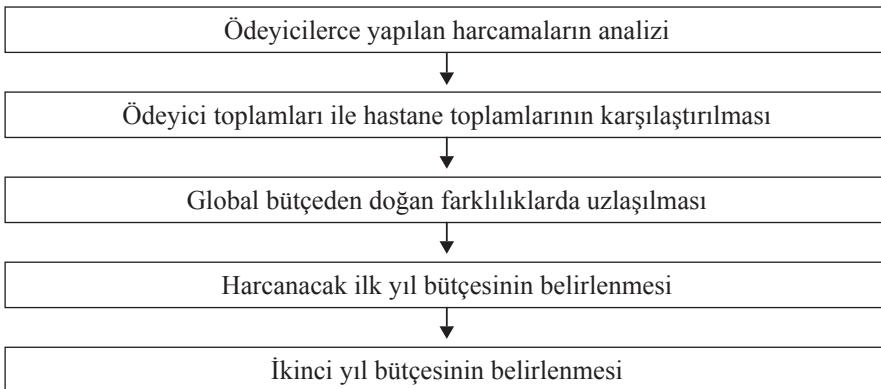
### B- Bütçenin Belirlenmesi

Bir global bütçe sisteminin en temel esasları şunlardır (Waters ve Hussey, 2004: 14):

- Sağlık hizmetlerinin sunumunda harcanabilecek önceden belirlenmiş sabit bir toplam tutar vardır; bu tutar yerel ya da ulusal düzeyde bir ödeyiciye tahsis edilir,
- Ödeyicilerden hizmet sunucularına dağıtılacak toplamın ileriye dönük olarak belirlenmesi söz konusudur,
- Global bütçeler hizmetlerin fiyatları (maliyetleri) ve kalitesi arasında bir tercih yapılmasını gerektirir.

Global bütçenin ilk yılı için hem ödeyicilerin hem de hizmet sunucularının adil bir dağıtım yapıldığı ve hizmet sunumunun sürdürülebileceği konularında tatmin olmaları önemlidir. Eğer tahsis süreci mevcut bir coğrafi ve/veya kurumsal ilişkiye dayanıyorsa, böyle bir sürekliliğin sergilenmesi zor olmayacaktır. Bunun anlamı mevcut fon sağlama seviyesinin korunduğu, bütçelerin oluşturulmasında başvurulacak yeni tekniklerle nominal bir bütçenin hesaplandığı ve geçiş düzenlemelerinin planlandığıdır. Bu yaklaşım hastanelerce gerçekleştirilen toplam harcamalara dayalı olarak Şekil 1’de görüldüğü şekilde özetlenebilir.

**Şekil 1.** Özetle Bütçe Oluşturma Süreci

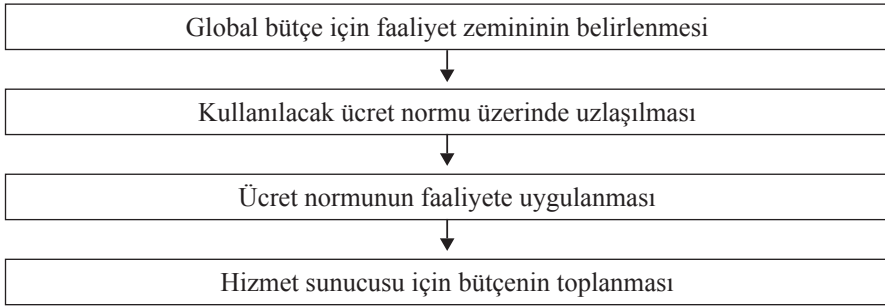


Ödeyici tarafından yapılacak harcamaları analiz edebilmek için hasta akışı ve maliyetlerinin ortaya konulması gerekmektedir. İdeal olarak mevcut eğilimleri saptayabilmek için üç yıllık bir akış süreci irdelenmelidir. Hasta akışları uzmanlık alanlarına göre ve mümkünse karmaşıklık durumuna göre sınıflandırılmalıdır.

Karşılaştırma ve uyumlu hale getirme aşamasında mevcut döneme ait bütçe aşimlarından kaynaklanan konular da çözüme kavuşturulacaktır. Burada ortaya çıkan fark yeni oluşturulacak global bütçeye yedirilecek, eldeki mevcut kaynakların tahsisi gerçekleştirilecektir.

Bütçelerin tayininde başvuru normatif yaklaşımlar açısından pek çok seçenek söz konusudur. Esas itibariyle hepsi aynı temel prensipten hareket etmektedir. Bu prensibe göre bir dış fiyat belirleme mekanizması tarafından birim fiyatlar belirlenir ve buradan hareketle bütçenin temelleri oluşturulur. Süreç içerisinde hizmetler için daha önceden belirlenen oranlar alınarak ödeyicinin hizmet sunucusundan temin ettiği hizmet hacmine uygulanır. Bu genellikle bütçe yılı için sabit, ileriye dönük belirlenmiş bir orandır. En basit haliyle mevcut faaliyet erişim ve sunum maliyetlerinin düzeylerini dikkate almamaktadır. Yöntemin uygulanışı Şekil 2’de özetlenmiştir.

**Şekil 2.** *Bütçe Tayininde Başvuru Normatif Yaklaşımların İzlediği Adımlar*



Kaynak: Choi, 2011: 66

Gerekli düzeyde veri temin edilebilmesi halinde yaklaşım son derece basit ve oldukça şeffaftır. Yaklaşım ayrıca ödeyicilerin kabul edilebilir bir maliyet düzeyine ilişkin bakış açısını ortaya koyan bir maliyet normu uygulanabilmesine de imkan yaratmaktadır. Bu şekilde hizmet sunucuları

daha verimli hareket etmeye zorlanmış olacaktır. Eğer bir hizmet sunucusu belirlenen normu aşan bir maliyet yapısına sahipse, ayakta kalabilmek için daha verimli davranmaya sevk edilecektir. Ancak bu verimlilik baskısı gereğinden fazla olursa, hizmet sunucularının mevcut pazarı terk etmeleri yönünde gerçek bir risk söz konusu olacaktır. Bu durum devamında mevcut nüfusun belirli bir kısmına sunulacak hizmetlerden vazgeçilmesini ve sağlık hizmetine eşit erişim bağlamında gerçek endişeleri ortaya çıkaracaktır. Diğer yandan bir hizmet sunucusu verimli bir şekilde hizmet üretebiliyor ve maliyet normundan daha iyi bir seviyede maliyet yapısını koruyorsa, daha fazla mali kaynak kullanma imkanına sahip olacak, daha fazla hizmet geliştirebilecek, kaliteyi artırabilecek ve çalışanlarını ödüllendirebilecektir. Bu son derece basit ve güçlü bir dinamiktir fakat hizmetlerin kapsamlılığının korunabilmesi için hizmet sunucularına yönelik bir takım düzenlemeleri gerektirebilecektir (Dredge, 2004: 11; Choi, 2011: 50).

Pek çok gelişmekte olan ülkede hastaneler geleneksel olarak merkezden yönetilen kalem bütçelere dayalı biçimde finanse edilmektedir. Bu işleyişte, merkezi finansman kuruluşu sadece toplam bütçeyi belirlemekle kalmamakta aynı zamanda bu bütçenin nasıl harcanacağını da tayin etmektedir. Pek çok durumda bu düzenlemeler yasalar veya düzenlemelerle desteklenmekte, bütçe kalemleri arasında para aktarımı yok denecek kadar sınırlı tutulmaktadır. Bu yaklaşımın finansman kuruluşu açısından faydası girdi maliyetlerini belirleme ve kontrol etme imkanı sunmasıdır. Ancak bazı açık sakıncaları da söz konusudur. Bunları şöyle sıralayabiliriz:

- *Esnek olmaması*: Girdilerin göreceli maliyetlerine göre yıl içerisinde ya da yıllar arasında değişikliğe izin vermemektedir.
- *Teşvikler*: Hekimlere veya yöneticilere davranışlarını ya da tedavi kalıplarını gözden geçirme yönünde herhangi bir teşvik sunmamaktadır.
- *Yıl sonu*: Tüm bütçenin harcandığından emin olma gibi ters bir teşvik durumu söz konusudur. Genel olarak harcanmayan kısmın bir sonraki yıla devredilmesinin söz konusu olmaması bu durumun temel nedenidir (Altman ve Cohen, 1993: 202).

### **C- Bütçenin Yönetimi**

Pek çok finansal reform projesinde global bütçe uygulamasına geçiş

radikal bir değişim olarak yansıtılmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık hizmetlerinin yönetiminde merkezi süreçlerden daha merkezkaç süreçlere doğru radikal değişimler de yaşanmaktadır. Bazı durumlarda global bütçeler merkezi olarak dikte edilen, hastaneye özel, belirli harcama başlıklarını ve kaynakları içeren kalem bütçelerin yerini almaktadır. Pek çok koşulda bütçe kalemleri arasında her bir kaleme yönelik talepten bağımsız olarak bütçelerin aktarılması bağlamında oldukça sınırlı bir esneklik söz konusudur.

Kalem bütçelerden global bütçeye geçiş esnasında, global bütçenin uygulanmasına yönelik merkezi bir yönlendirmeye ihtiyaç duyulabilir. Bu gereksinimin altında yatan neden hizmet sunucularının (ve ödeyicilerin) global bütçenin kavram ve işleyişine uyum sağlamak için zamana ihtiyaç duymasıdır. Teknik ve yönetsel kapasitenin oluşturulması zaman alabilir. Ayrıca yeni bütçelerin desteklenmesi için uygun izleme ve kontrol süreçlerinin oluşturulması, test edilmesi ve uygulamaya konulması gereksinimi de söz konusudur (Choi, 2011: 52).

Global bütçeler ancak belirli bir otonomi, otorite ve sorumluluğun hastanelere delege edilmesiyle başarılı bir şekilde işlev görebileceklerdir. Hizmet sunucusu global bütçe ile kendisine tahsis edilen kaynakların yönetimi konusunda özgür bırakılmalıdır. Bütçe tarafından konulan kalite, hacim ve maliyet hedeflerine ulaşabilmek için, hizmet sunucusu kaynakları ihtiyaç duyduğu gibi organize edebilmelidir. Ödeyiciler bütçeyi izleyerek ve hedeflerle, planlardan sapmaların yaşandığı durumlarda gerekli girişimleri yaparak, sorumluluk sergileyebilmelidirler.

Hizmet sunucuları global bütçeyi harcarken ödeyicilerle üzerinde uzlaştıkları hizmet hedeflerini (kalite, hacim ve maliyet) karşıladıklarını gösterebilmelidir. Bütçenin tamamının hesabını verebilmeli ve tüm harcamaların yasal ve sağlık hizmeti sunumu esaslarına uygun olduğunu ortaya koymalıdır. Tabi ki toplam bütçe sınırları içerisinde kalmaları da kaçınılmaz bir zorunluluktur (Dredge, 2004: 32).

#### **IV- TÜRKİYE VE GLOBAL BÜTÇE**

Pek çok ülkenin gelişme yolunda seyrettiği rotada sağlık hizmetleri sistemleri üzerinde gerçekleştirdiği reformlar en önemli adımlar arasında yer almıştır. Sağlık reformlarının amaçları buldukları aşamalara göre farklılık sergileyebilmektedir. Reformun ilk aşamasında sağlık hizmet-

lerine erişimin önündeki engellerin ortadan kaldırılması hedeflenmekte, ikinci aşamada sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların kontrol altına alınması reformların odağına yerleşmekte ve üçüncü aşamada ise işin içine kalite ve verimlilik kavramlarının geliştirilmesi dahil olmaktadır.

Bu açıdan ülkemizin reform sürecinin ilk aşamasını geçmiş olduğu ve ikinci aşamasında da önemli bir mesafe kaydettiğini söylemek doğru olacaktır. Reformların ikinci aşamasının özünü oluşturan sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların kontrol altına alınması bağlamında, sağlık hizmetlerinde geri ödeme sistemleri ve bunların içerisinde de global bütçe uygulaması başvuru araçlarıdır.

Ülkemizde global bütçe uygulamasının iki boyutu söz konusudur. Bunlardan ilki T.C. Sağlık Bakanlığına (SB) bağlı temel hizmet sunucusu kurumlar niteliğinde olan devlet hastanelerine sundukları teşhis ve tedavi hizmetleri karşılığında geri ödemenin yapılmasında kullanılan global bütçedir. Uygulamanın diğer ayağında ise ilaç harcamaları yer almaktadır.

SB'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında global bütçenin uygulanmaya başlanma tarihi 2006 yılının ikinci yarısına denk gelse de, tam bir bütçe yılı esasıyla uygulamaya başlanması 2007 yılındadır. 2012 yılı için de global bütçe tayin edilmiştir ve uygulamadadır. İlaç global bütçesindeki uygulama sürecinde ise 2009 yılında sektörle görüşmelerin başlamasıyla ilk adım atılmıştır. 2010 -2012 yılları arasındaki üç yıllık süre için ilaçta global bütçe tayini yapılmıştır. İki uygulama arasındaki fark devlet hastanelerine yapılacak geri ödemelerde kullanılan global bütçenin yıllık, ilaçta geri ödemede kullanılan global bütçenin ise üç yıllık zaman dilimleri için belirlenmesidir. Bu noktada ilaç global bütçesinin ilk uygulama dönemi halen devam etmektedir.

Global bütçe uygulaması için bir tavanın belirlenmesi, ilgili taraflar arasında uzlaşma sağlanmadığı sürece bir harcama hedefi olmaktan öteye gitmeyecektir. Bu bağlamda üniversite ve özel sektör hastaneleri global bütçe kapsamında yer almamaktadır. Taraflar arasında görüşmeler yaşanmış fakat bir uzlaşma sağlanamaması nedeniyle bahsi geçen kurumlar uygulama kapsamına alınamamışlardır.

Üniversite hastanelerinin özel sektöre kıyasla global bütçe konusunda uzlaşmaya daha yakın olduğunu belirtmek doğru olacaktır. Üniversite



hastanelerinin uygulamaya dahil edilmesi için 2012 yılı içerisinde görüşmelere başlanmıştır. Genel itibariyle uzlaşmaya yakın geçen görüşmeler bağlamında üniversite hastanelerinin vermiş oldukları tepkileri ikiye ayırmak gereklidir. Finansal anlamda sıkıntı çeken üniversite hastaneleri, pek çok nedenle global bütçe uygulamasına daha olumlu yaklaşmaktadır. Diğer yandan normal süreç içerisinde finansman sıkıntısı çok daha az olan üniversite hastaneleri diğerlerine kıyasla daha mesafeli bir tutum sergilemektedirler. Bu noktada üniversite hastanelerinin sergilediği tutumu şekillendiren pek çok farklı etken vardır. Hastanelerden kimi büyüme eğilimi içerisindeyken, kimi doyum noktasına ulaşmıştır. Öncekinden daha fazla gelir elde etme isteği belirleyici başka bir etkidir. İçerisinde buldukları bu farklı koşullar, üniversite hastanelerinin global bütçe uygulamasına yönelik verdikleri tepkileri de farklılaştırmaktadır.

Üniversite hastanelerinin global bütçeye geçişi için gerekli altyapı hazırlıkları ve görüşmeler bulunduğumuz yıl içerisinde gerçekleşmiştir. Fakat bu aşamada süreç beklemededir. Her ne kadar bu konuda yetki Sosyal Güvenlik Kurumu'nda (SGK) ise de bir global bütçenin tayini diğer tüm bütçe büyüklüklerini etkileyeceğinden bakanlıklar arası düzeyde alınması gereken üst düzey bir karardır. Sürecin bu niteliği işleyişi doğal olarak beklemlere uğratmaktadır. Özel hastanelere yönelik böyle bir adım atılması hali hazırda söz konusu olmasa da üniversite hastanelerine yönelik yapılan çalışmalar, global bütçe uygulamasının genişleme eğilimi sergilediğini açıkça göstermektedir. 2009 yılı içerisinde, sağlık sektöründe yer alan kesimlerin hepsiyle görüşmeler yapılmış ise de global bütçe uygulamasına en yakın görünen kurumlar üniversite hastaneleridir.

Global bütçenin yasal dayanağı incelendiğinde bu uygulamaya özel bir kanun metninin olmadığı görülmektedir. Sürecin öncelikli yasal dayanağı global bütçeyi yapabilecek ve sağlık hizmetlerini satın alıp karşılığında para ödeyebilecek kurum olan SGK'nun kapsamındaki sigortalıları adına hizmet alımı sürecini düzenleyen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'dur. Bu kanunla SGK'na kendi sigortalıları adına hizmet satın alma ve karşılığında yapılacak ödemeleri belirleme hakkı tanınmaktadır. Sigortalılar için finanse edeceği sağlık hizmetlerinin elde edilme yöntemleri, fiyatlandırılması ve satın alınması ile ilgili yetkiler tanınmıştır. 5510 sayılı Kanunun dışında T.C. Maliye Bakanlığının (MB) bu süreç içerisindeki işlevini tayin eden bütçe kanunundan aldığı yetki-

ler de vardır. MB'nın global bütçeyi tek başına oluşturması söz konusu değildir. Bu süreçte ilgili yasalar çerçevesinde MB, SB ve SGK birlikte hareket etmektedirler. MB'nın devlet hastanelerinden sağlık hizmeti alan fakat harcamaları SGK tarafından karşılanmayan kişilerin sağlık harcamaları üstlenmek gibi bir yükümlülüğü de vardır. İlaç global bütçesinde ise süreç yasal anlamda çok daha basit işlemektedir. Burada uygulama tamamen ikili anlaşmalara dayanmaktadır.

Global bütçenin işleyişi içerisinde gerçekleştirilen yıl sonu tahminleri son derece önemli rol oynamaktadır. Periyodik olarak bu bağlamda bir izleme süreci olmasa da, düzenli olarak gelen gerçekleştirmelerin belirli bir birikime ulaşmasının ardından yıl sonunda bütçenin aşılabileceğine yönelik öngörülerde bulunmaktadır. Toplanan verilerin hali hazırda tam olarak sağlıklı duruma gelmemesi yukarıda bahsedilen belirli birikim noktasını farklılaştırmaktadır. Kimi durumlarda yıl sonuna ait senaryolar ilk üç ay içerisinde oluşturulabilirken, bunun için daha fazla beklenildiği durumlar da olmuştur.

Global bütçe uygulaması hakkında en çok dile getirilen sorulardan biri belirlenen harcama limitinin aşılması durumunda ne olacaktır. Burada da soruyu global bütçenin uygulandığı iki alana göre cevaplamak doğru olacaktır. Devlet hastanelerine yönelik uygulamada belirlenen tavan izleme sürecindeki kontroller doğrultusunda çok istisnai bir durum yoksa aşılmamaktadır. Fakat devlet hastanesinin belirlenen bütçeyi aşacak düzeyde hizmet sunması halinde bütçe dahilindeki miktar kuruma ödenmekte, kalan kısım için ise terkin işlemi yapılarak alacaktan vazgeçilmektedir. İlaç global bütçesinde ise esasen pozitif liste dahilindeki tüm ilaçlar ödenmektedir. Tavanın aşılması halinde arada oluşan farkı devlet bir sonraki bütçe döneminde iskonto şekliyle geri alınmaktadır.

Global bütçe uygulamasının en zayıf noktası ise kontrol sürecinde karşımıza çıkmaktadır. Mevcut uygulama içerisinde ödeyici kurum olan SGK, üniversite hastanelerinde yaptığı gibi devlet hastanelerinden kendisine gelen faturalarda herhangi bir inceleme yapmamaktadır. Devlet hastanelerinden gelen toplam tutarın bütçe dahilindeki kısmı ödenmekte, kalan kısmı için devlet hastaneleri alacaklarından vazgeçmektedirler. Bu noktada akla, üniversite hastanelerine yapıldığı gibi devlet hastanelerinden gelen faturaların da bir kontrol sürecinden geçmesi halinde, ortaya

farklı bir tablonun çıkıp çıkmayacağı sorusu gelmektedir. Fatura incelemesinin olmaması nedeniyle ortaya çıkan rakamların ne kadarının gerçek sağlık harcaması olduğu, üretilen sağlık hizmetlerinin gerekliliği veya yerindeliği konularında bir kontrol boşluğu yaratmaktadır.

Mevcut finansal durumları iyi olmayan hastaneler için global bütçeler önlerini görme anlamında önemli bir fayda sağlayacaktır. Üretmiş oldukları hizmetler doğrultusunda çıkardıkları fatura bedellerinin ne kadar kesintiye uğrayacağı yönünde bir endişeden kurtulacaklardır. Ama şurası göz ardı edilmemelidir ki, bir hastanenin gelir – gider dengesi sağlanamamış ise global bütçeden medet ummak mucize beklemeye eş değer olacaktır.

Global bütçelerin tasarlanması açısından önemli olan bir başka nokta da şudur; Tüm sağlık kuruluşlarına aynı bakış açısı ile global bütçe tayin etmek doğru olmayacaktır. Örneğin bir üniversite hastanesinin görev kapsamı ile bir devlet hastanesinin görev kapsamı farklıdır. Üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunumu ile elde ettikleri gelirle, bu kapsam dışındaki eğitim ve araştırma gibi diğer fonksiyonlarını da finanse etmek durumundadır. Yani global bütçenin kurgusu da söz konusu sağlık hizmetinin kurgusuna paralel olarak değiştirilmelidir. Hizmet detayına göre bir bütçe tavanının belirlenmesi daha sağlıklı olacaktır.

İlaçta global bütçe uygulamasının ise farklı zayıflıkları vardır. İlaç global bütçesi kurgulanırken bir harcama tavanı belirlenir. Bu tavanın aşılması halinde bir sonraki bütçe döneminde olmak üzere devlet sektörden iskonto yoluyla oluşan fazlayı geri alır. Bu sürecin en zayıf noktası ise sektör içerisinde yer alan tüm firmalardan aynı oranda iskonto talep edilmesidir. Doğal olarak bir pazar içerisinde her firmanın kar – zarar durumu ve payı farklı olacaktır. Bu farklılık altında tüm firmalardan aynı oranda bir geri dönüş beklenmesi eleştirilere neden olmaktadır. Bu aşamada global bütçenin yüzeysel kaldığı söylenebilir. Piyasanın doğru işleme halinde bunun herhangi bir sakıncası söz konusu olamaz. Ancak piyasada görülen işleyiş aksaklıkları beraberinde soru işaretlerini de getirmektedir.

## SONUÇ

Maliyet önleme konusunda yapılan her yeni girişimin temelinde esasen kendinden önce girilen yöntemlerin başarısızlıkları ve eksik yönleri yatmaktadır. Her ne kadar maliyet önleme çabaları bağlamında başvuru-

lan geri ödeme yöntemleri arasında böyle bir halef – selef ilişkisi doğrudan görünmese de, tasarlanan her yeni yöntemin özünde, kendinden önce başvuru alan yöntemlerin eksik yanları bulunmaktadır.

Yöntemlerin eksik yanları veya başarısızlıkları önemli birer hareket noktasıdır. Fakat bu hareket noktaları irdelenirken başarısızlığa yol açan diğer yönetsel, politik, çevresel vb. etkenler de göz önüne alınmalıdır. Bu bakımdan daha önce başvuru alan maliyet önleme mekanizmalarının başarısızlığında veya eksikliğinde, hem kamu sektörünün hem de özel sektörün, bu tür girişimleri etkili kılmak için gereken değişim düzeyini kabullenme konusunda sergilediği isteksizliğin payı yadsınamaz. Aynı şekilde hükümetlerin kendi belirledikleri politikaların arkasında durarak gösterdikleri veya gösteremedikleri irade de göz ardı edilmemelidir. Yani sadece yöntemin başarısızlığı diyerek faturayı metodolojiye kesmek yanıltıcı olacaktır.

Bu bakış açısıyla, global bütçelerin de kendine has özelliklerinin yanı sıra kendinden önce uygulanmış yöntemlerin eksikliklerini gidermek üzere bir çıkış yolu olarak görüldüğü aşikardır. Global bütçe ile harcama hedeflerinin baştan tayin edilmesi her hükümet için bir avantaj teşkil eder. Devletin sağlığa ayırdığı para miktarının artış hızının, diğer sektörlere ayrılan para miktarının artış hızından daha fazla olması mevcut şartlarda global bütçe uygulamasının ideal olduğu izlenimini yaratmaktadır. Fakat gelişmekte olan sektörün belirli bir istikrara ulaşmasının ardından global bütçe uygulamasının revize edilmesi kaçınılmazdır. Gelişmekte olan sektörlerde global bütçenin sağlayacağı faydalar göz ardı edilmemelidir.

Bu bağlamda global bütçenin getirilerini doğru biçimde analiz edebilmek için, sağlık sektöründe eş zamanlı olarak yaşanan diğer gelişmeleri de göz önünde bulundurmak doğru olacaktır. Her ne kadar geçmişi daha geriye gitse de, global bütçe ile eş zamanlı olarak bakıldığında ülkemiz sağlık sektöründe son beş yıllık dönemde pek çok önemli kırılma yaşanmıştır. Kırılmaların daha az yaşandığı daha durağan şartlarda bir metodolojinin etkilerini ölçmek daha kolay olacaktır. Sağlık sistemimizde özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yaşanan hızlı ve kapsamlı değişim düşünüldüğünde, global bütçenin etkilerinin konu edileceği bir önce – sonra karşılaştırmasından daha sağlıklı sonuçlar alabilmek için sağlık sektöründeki değişim hızının biraz daha yavaşlamasını beklemek

doğru olacaktır. Global bütçenin kendinden önceki geri ödeme yöntemlerinin açıklarını kapatıp kapatamadığı veya ne gibi getirilerinin olduğu bu durumda çok daha net görülecektir. Başka bir ifadeyle bu konuda net bir yargıya varmak için sektörel değişimin tamamlanmasını beklemek gereklidir. Aksi halde yanlış sonuçlara varmak olasılık dahilindedir.

Belirli bir oluşum sürecinin ardından uygulamanın artık bir adım sonrasına taşınması gerekmektedir. Bir sonraki adım ise genel bir bütçe tavanı belirlemek yerine, grup veya hastalıklar bazında global bütçelerin oluşturulmasıdır.

Bu çalışmada sağlık sistemimizde yaşanan köklü reform sürecinin önemli bir bileşeni olan global bütçe uygulamasının içeriğine değinilmiştir. Bu kapsamda bundan sonra gerçekleştirilecek çalışmalarda, ülkemizde global bütçe işleyişinin adım adım ortaya konulması, sağlık sektörümüzde yaşanan değişimin hızının azalmasının ardından global bütçelerin etkisinin daha net biçimde ortaya konulmaya çalışılması, sadece deneyimlerden yola çıkılarak ortaya konulan görüşlerle ülkemizdeki uygulamanın değerlendirilmemesi, bunun yerine sayısal verilerle görüşlerin altının doldurulması çok daha doğru olacaktır. Mevcut seyri itibarıyla, ülkemizde global bütçe uygulamaları daha pek çok bilimsel çalışmaya konu olmaya aday görünmektedir.

## Kaynakça

- Akyürek, Çağdaş E. (2007), *Sağlık Hizmetlerinde Talep ve Öngörü Yöntemleri: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Poliklinik Hizmetlerinin Öngörülmesi* (Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi).
- Altman, Stuart H. ve Alan B. Cohen (1993), “The Need for a National Global Budget”, *Health Affairs*, 12 (1): 194-203.
- Barnum, Howard, Joseph Kutzin ve Helen Saxenian (1995), “Incentives and Provider Payment Methods”, *International Journal of Health Planning and Management*, 10 (1): 23-45.
- Belek, İlker (2009), “Sağlığın Politik Ekonomisi, Sosyal Devletin Çöküşü” (İstanbul: Yazılama Yayınları).
- Casto, Anne B. ve Elizabeth Layman (2006), *Principles of Healthcare Reimbursement* (Michigan: American Health Information Management Association).
- Choi, Nackheon (2011), “Provider Res-

ponses and Financial Incentives in the Health Care System” (Boston University Graduate School of Arts and Sciences, Doktora Tezi).

Çelik, Yusuf (2011), *Sağlık Ekonomisi* (Ankara: Siyasal Kitabevi).

Dredge, Robert (2004), “Hospital Global Budgeting”, (Washington, The World Bank).

Enthoven, Alain C. ve Richard Kronick (1989) “A Consumer – Choice Health Plan for the 1990s: Universal Health Insurance in a System Designed to Promote Quality and Economy, First of Two Parts”, *New England Journal of Medicine*, 320 (1): 29-37.

Folland, Sherman, Allen C. Goodman ve Miron Stano (1997), “The Economics of Health and Health Care” (New Jersey, Prentice Hall).

Jegers, Marc, Katrien Kesteloot, Diana De Graeve ve William Gilles, (2002), “A Typology for Provider Payment Systems

in Health Care”, *Health Policy* 60: 255-273.

Özgen, Hacer ve Mehtap Tatar (2008), “Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (1): 103-132.

Saltman, Richard B. (1994), “A Conceptual Overview of Recent Health Care Reforms”, *European Journal of Public Health*, 4: 287-293.

Tiryaki, Derya ve Mehtap Tatar (2000), “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5 (4): 123-136.

Uğurluoğlu, Ece ve Hacer Özgen (2008), “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2): 133-159.

Waters, Hugh ve Peter Hussey (2004), “Pricing Health Services for Purchasers: A Review of Methods and Experiences”, (Washington, The World Bank).