



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU'NDA
YÜRÜTÜLEN SAĞLIK DENETİMLERİ
VE DEĞİŞEN DENETİM ANLAYIŞI
(SÜREKLİ DENETİM SİSTEMİ)**

BÜLENT TARIM

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI

ARALIK 2014



**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU'NDA YÜRÜTÜLEN
SAĞLIK DENETİMLERİ VE DEĞİŞEN DENETİM ANLAYIŞI
(SÜREKLİ DENETİM SİSTEMİ)**

Bülent TARIM

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

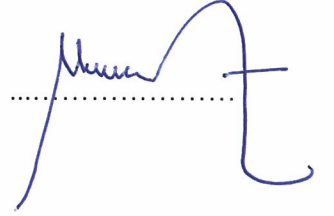
ARALIK 2014

Bülent TARIM tarafından hazırlanan “Sosyal Güvenlik Kurumu’nda Yürütülen Sağlık Denetimleri ve Değişen Denetim Anlayışı (Sürekli Denetim Sistemi)” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / ~~OY ÇOKLUĞU~~ ile Gazi Üniversitesi İşletme Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Prof. Dr. Nezir KÖSE

Ekonometri Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

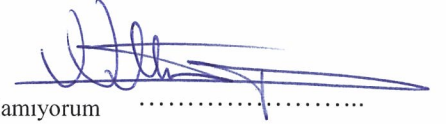
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Başkan : Prof. Dr. Nurettin PARILTI

İşletme Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Üye : Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK

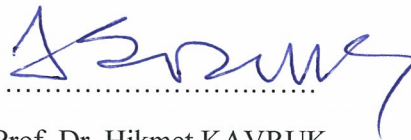
Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Tez Savunma Tarihi: 11/12/2014

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Hikmet KAVRUK

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.


Bülent TARIM

11/12/2014

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU'NDA YÜRÜTÜLEN
SAĞLIK DENETİMLERİ VE DEĞİŞEN DENETİM ANLAYIŞI
(SÜREKLİ DENETİM SİSTEMİ)
(Yüksek Lisans Tezi)

Bülent TARIM

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Aralık 2014

ÖZET

Türkiye’de nüfusun tamamına yakınına sosyal güvenlik hizmeti veren Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), elde ettiği gelirler karşılığında vatandaşlara başta sağlık olmak üzere pek çok hizmet sunmaktadır. SGK sağlık hizmetlerini sağlık hizmet sunucularından hizmet satın almak suretiyle sağlar. SGK’nın harcamaları içinde önemli bir paya sahip olan ve son yıllarda hızla artış gösteren sağlık harcamalarının etkin bir şekilde denetlenmesi önem arz etmektedir. SGK tarafından yürütülen sağlık denetimlerinin amacı, sağlık hizmet sunucularını yasalara uygun çalışmaya ve hareket etmeye yöneltmektir. Denetimlerde halen büyük çoğunlukla, incelemeler sırasında tespit edilen eksiklik ve aksaklıklar ile ancak ihbar veya şikayet yoluyla ayrıntısı hakkında bilgi edinilebilen yolsuzluk ve usulsüzlükler üzerine harekete geçilebildiği görülmektedir. Günümüzde artan veri hacimlerinin kontrolünün zorlaşması ve değişen dinamikler nedeniyle bazı çağdaş denetim yaklaşımları ön plana çıkmaktadır. Çağdaş denetim yaklaşımlarından biri olan sürekli denetim sistemi, veri ambarlarında tutulan çok çeşitli verilere dayanarak, bilgisayar destekli yazılımlar vasıtasıyla, suiistimale açık alanların iş kuralları ışığında sürekli ve düzenli olarak sorgulanması yöntemidir. Bu çalışmada, SGK’nın sağlık hizmetleri finansmanındaki rolü ve önemi belirtilerek, geleneksel anlamda SGK tarafından yürütülen sağlık denetimlerinin yapısı ve işleyişi ortaya konulmuş, değişen denetim anlayışı çerçevesinde yeni yaklaşımlara yer verilerek sürekli denetim sistemi açıklanmaya çalışılmış, genel olarak sürekli denetim sisteminin aşamaları, uygulanması için gerekli alt yapı unsurları ve yolsuzluğu önlemeye katkısı incelenmiştir. Bu bilgiler ışığında SGK’daki sağlık denetimlerine yönelik bir sürecin denetiminin yapılabilmesi için Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı’nda kullanılan denetim yazılımı programı (LAE) vasıtasıyla bir uygulama geliştirilmiştir. Bu çalışmaya konu olan uygulamada bilgi sistemlerinde, iş süreçlerinde ve kurumsal politikalarda değişiklik yapılmadan denetim etkinliğinin sağlanabileceği gösterilmiştir. Türk kamu denetim birimleri içerisinde örnekleme yapmadan verilerin tümü üzerinden bilgisayar destekli yazılımlar kullanılarak sürekli denetimin yapılabilmesi bilindiği kadarıyla ilk defa bu çalışmada gerçekleşmiştir. Bu da sürekli denetim yönteminin yaygınlaşması yolunda önemli bir adımdır.

Bilim Kodu : 2.088

Anahtar Kelimeler : SGK, sağlık hizmetleri finansmanı, denetim, sürekli denetim sistemi

Sayfa Adedi : 102

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Nezir KÖSE

HEALTH AUDIT CONDUCTED IN SOCIAL SECURITY INSTUTION
AND CHANGING AUDIT APPROACH
(CONTINUOUS AUDİT SYSTEM)
(M.S. Thesis)

Bülent TARIM

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF EDUCATIONAL SCIENCES
December 2014

ABSTRACT

SSI, providing social security services nearly whole population in Turkey, in return for its income offers to citizens many services including healthcare. SSI provides health services by purchasing services from health care providers. The effective auditing of health spending which has a significant share in SSI's expenditures and increased rapidly in recent years is very crucial. The purpose of health auditing conducted by SSI is to direct health care providers to work and act in accordance with the law. The monitoring of the effectiveness and efficiency of institution's resource during in audits use still largely depends on deficiencies detected reviews and the information that is available through the details of action taken on corruption and irregularities. Nowadays, because of the difficulty to control of growing data volumes and the changing dynamics, some modern control approaches comes to the fore. Continuous auditing system as a modern audit approach is a method of computer-aided investigation in light of business rules of fields open to abuse, based on a variety of data held in the data warehouse. In this study, SSI's role and significance in financing health care has been emphasized, the structure and functioning of the health auditing carried out by SSI in traditional sense has revealed, in general the stages of continuous auditing system and infrastructure elements required for the implementation of continuous auditing system and its contribution to preventing corruption were investigated. In light of this, in order to audit a process for the control of health auditing in SSI, an application has been performed via the control software program (LAE) used in the Presidency of Guidance and Inspection. In application which is covered by this study, it is shown that effectiveness of supervision can be achieved without changes in information systems, business processes and public policies. As far as it is known, in Turkish public audit departments, this is the first continuous auditing using all of the data without sampling via computer aided software. This is an important step towards the expansion of the continuous auditing method.

Science Code : 2.088
Key Words : SSI, health care financing, auditing, continuous auditing system
Page Number : 102
Supervisor : Prof. Dr. Nezir KÖSE

TEŞEKKÜR

“Sosyal Güvenlik Kurumu’nda Yürütülen Sağlık Denetimleri ve Değişen Denetim Anlayışı (Sürekli Denetim Sistemi)” isimli çalışmanın konusunun seçilmesinde ve araştırmanın yönlendirilmesinde kıymetli tecrübelerinden faydalandığım tez danışmanım olan Prof. Dr. Nezir KÖSE’ye; çalışmama vermiş olduğu çok değerli katkılarından ve önerilerinden dolayı Sosyal Güvenlik Uzmanı Nuray ÖZTÜRK’e; verilerin uygulanmasında desteklerini esirgemeyen Risk Analizi ve Sürekli Denetim Grup Başkanlığı personeline; tez sürecinde bana sonsuz sevgi ve anlayış gösteren sevgili eşim Nihal TARIM’a teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. SGK’NIN SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI İÇİNDEKİ ROLÜ	5
2.1. Sosyal Güvenlik	5
2.1.1. Sosyal güvenlik kavramı	5
2.1.2. Sosyal güvenliğin amaçları	5
2.1.3. Sosyal güvenliğin temel prensipleri	6
2.2. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi	7
2.2.1. SGK’nın idari yapısı	8
2.2.2. SGK’nın mali yapısı.....	9
2.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	11
2.3.1. Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı.....	11
2.3.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması	12
2.3.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri	12
2.3.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	13
2.2.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri	14

2.3.3. Sağlık hizmetleri finansmanının tanımı ve amacı.....	15
2.3.4. Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri.....	16
2.3.4.1. Gelir toplama işlevi	16
2.3.4.2. Fon biriktirme işlevi	17
2.3.4.3. Satın alma işlevi.....	17
2.3.5. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri	18
2.3.5.1. Kamu kaynaklı finansman yöntemleri.....	18
2.3.5.2. Özel kaynaklı finansman yöntemleri.....	19
2.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	20
2.4.1. Sağlık sistemi	21
2.4.2. Sağlık hizmetlerinin finansmanı	23
2.4.3. Sağlık harcamaları.....	25
2.5. SGK’nın Sağlık Hizmeti Satın Alması.....	27
2.5.1. Kamu sağlık hizmet sunucularından hizmet alınması.....	29
2.5.2. Özel sağlık hizmet sunucularından hizmet alınması.....	30
2.5.3. Eczane ve optikçilerden hizmet alınması.....	30
3. SGK’DA YÜRÜTÜLEN SAĞLIK DENETİMLERİ VE SAĞLIK HİZMET SUNUCULARININ DENETİMİ.....	33
3.1. SGK’da Yürütülen Sağlık Denetimleri	33
3.1.1. Denetim ve sağlık denetimi kavramları	33
3.1.1.1. Denetimin tanımı ve amacı.....	33
3.1.1.2. Denetimin faydaları	34
3.1.1.3. Sağlık denetiminin tanımı.....	34
3.1.1.4. Sağlık denetimlerinin amacı	35

3.1.2. Sağlık denetiminin özellikleri	36
3.1.2.1. Hukukilik	36
3.1.2.2. Tarafsızlık	37
3.1.2.3. Dış denetim	37
3.1.3. Sağlık denetiminin fonksiyonları	38
3.1.3.1. Araştırma	38
3.1.3.2. Önleme	38
3.1.3.3. Düzeltme	39
3.1.4. Sağlık denetiminin türleri	39
3.1.4.1. İhbar ve şikâyete bağlı denetim	40
3.1.4.2. Planlı denetim	40
3.1.4.3. Gerekçeli denetim	41
3.1.5. Sağlık denetiminin örgütsel yapısı	42
3.1.5.1. Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı	42
3.1.5.2. Sağlık sosyal güvenlik merkezleri	44
3.2. Sağlık Hizmet Sunucularının Denetimi	45
3.2.1. Kamu ve özel hastane denetimleri	46
3.2.2. Eczane ve optik denetimleri	48
3.2.3. Sağlık hizmet sunucularına yapılan denetim sonuçları	49
4. DEĞİŞEN DENETİM ANLAYIŞI ÇERÇEVESİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR: SÜREKLİ DENETİM SİSTEMİ VE BİR UYGULAMA	53
4.1. Değişen Denetim Anlayışı	53
4.1.1. Denetimde değişimi gerekli kılan faktörler	53

4.1.2. Denetim uygulamalarında öne çıkan gelişmeler	54
4.1.2.1. Gelişen bilgi teknolojilerinin etkisi	55
4.1.2.2. Denetlenene müşteri olarak yaklaşılması	56
4.1.2.3. Risk odaklılık üzerine yoğunlaşılması.....	56
4.1.2.4. Denetim kalitesinin süreklilik temelinde yükseltilmesi.....	57
4.1.2.5. Proaktif yaklaşımın benimsenmesi	58
4.2. Denetim Anlayışında Yeni Yaklaşımlar	58
4.2.1. Risk karnesi yaklaşımı	58
4.2.2. Veri madenciliği yaklaşımı	60
4.2.3. Sürekli denetim sistemi yaklaşımı	61
4.3. Sürekli Denetim Sistemi.....	62
4.3.1. Sürekli denetim sistemi altyapısı (Veri ambarı).....	63
4.3.2. Sürekli denetim sistemi tanımı ve amaçları	64
4.3.3. Sürekli denetim ile geleneksel denetim arasındaki farklar	65
4.3.4. Sürekli denetim sisteminin aşamaları	67
4.3.4.1. Planlama	67
4.3.4.2. Veri erişimi	68
4.3.4.3. Veri analizi (Analitik uygulama).....	69
4.3.4.4. Raporlama.....	71
4.3.4.5. Aksiyon takibi.....	71
4.3.5. Sürekli denetim sisteminin yolsuzluğu önlemeye katkısı	71
4.3.6. Uygulanabilir sürekli denetim sisteminin koşulları	72
4.4. SGK’da Sürekli Denetim Sistemi Uygulaması.....	73
4.4.1. Uygulamanın konusu	74

Sayfa

4.4.2. Uygulamanın yöntem ve örnekleme	75
4.4.3. Uygulamanın aşamaları.....	77
4.4.3.1. Veri erişimi	79
4.4.3.2. Veri hazırlama	81
4.4.3.3. Kural analitikleri.....	83
4.4.3.4. İş analitikleri	87
4.4.3.5. Raporlama.....	88
5. SONUÇ	91
KAYNAKLAR	95
ÖZGEÇMİŞ	102

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 1.1. SGK Finansman Yapısı	10
Çizelge 1.2. Sağlık Hizmet Sunucusuna Göre Müracaat Sayısı	25
Çizelge 1.3. Türkiye’de Temel Sağlık Harcamaları Göstergeleri.....	26
Çizelge 1.4. Sağlık Hizmet Sunucuları	28
Çizelge 2.1. Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı Tarafından Sağlık Alanında Yapılan Denetim Sonuçları.....	50
Çizelge 2.2. İl Müdürlükleri Tarafından Sağlık Alanında Yapılan Denetim Sonuçları .	50

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1.1. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	13
Şekil 1.2. Sağlık Hizmetleri Üçgeni	15
Şekil 1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri.....	18
Şekil 3.1. Sürekli Denetimde Verinin Elde Edilmesi ve Analiz Edilme Stratejisi	69
Şekil 3.2. Uygulamaya İlişkin Sürekli Denetim Sisteminin Aşamaları.....	78

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

Açıklama

\$

Amerikan Doları

₺

Türk Lirası

Kısaltmalar

Açıklama

Bağ-Kur

Esnaflar ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

CAATT's

Bilgisayar Destekli Denetim Araç ve Teknikleri

GSS

Genel Sağlık Sigortası

GSYİH

Gayri Safi Yurtiçi Hasılası

ILO

Uluslararası Çalışma Örgütü

LAE

Lavastorm Analytic Engine

MEDULA

Medikal - Ulak

SDP

Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK

Sosyal Güvenlik Kurumu

SHS

Sağlık Hizmet Sunucusu

SSK

Sosyal Sigortalar Kurumu

SUT

Sağlık Uygulama Tebliği

Kısaltmalar**Açıklama****T.C.**

Türkiye Cumhuriyeti

TBMM

Türkiye Büyük Millet Meclisi

TEB

Türk Eczacılar Birliği

WHO

World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. GİRİŞ

Sosyal güvenlik; toplumu oluşturan bireylerin hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık ve ölüm gibi iradesi dışında meydana gelen gelir azaltıcı, gider artırıcı risklere karşı ekonomik güvence sağlayan bir sistemdir.

Sosyal güvenlik, temel insan haklarından biridir ve bu temel hakkın sağlanmasında gerekli tedbirlerin alınmasını ve teşkilatların kurulmasını sağlama görevi devlete verilmiştir. Sağlık ve sosyal sigortacılık alanında sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi ve toplumun geneline yayılması ülke ekonomisinin kalkınmasına da olumlu yansımaktadır.

Türkiye’de 2006 yılında yapılan sosyal güvenlik reformu ile birlikte üç sosyal güvenlik kuruluşu Emekli Sandığı, Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) tek çatı altında toplanarak SGK kurulmuştur. SGK tüm vatandaşlar için sosyal güvenlik hizmetinin verilmesinden sorumludur. SGK özetle, sigortalılardan topladığı primler ve diğer gelirler ile tüm risk alanları için harcama yapma yetkisine sahip bir kurumdur.

Ülke bütçesinin yaklaşık yarısına yakın bütçesi olan bir hizmet kurumu mantığına sahip SGK, sosyal sigorta hizmetlerine paralel olarak toplumu oluşturan bireylerin sağlığının korunması, hastalık halinin tedavi edilmesi ve rehabilitasyonu amacıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamaktadır. SGK, ağırlıklı olarak işveren ve işçilerden aldığı primlerle kişilerin sağlık harcamalarını karşılar. Toplam kamu sağlık harcamaları içinde yaklaşık %80 oranında sağlık hizmetlerinin finansmanında rol almaktadır.

SGK’nın harcamaları içinde sağlık harcamaları önemli bir paya sahip olup, özellikle sosyal güvenlik reformu ile birlikte sağlık harcamalarında yıllar içinde ciddi artışlar yaşanmıştır. Dünya Bankası verilerine göre 2003 yılında yaklaşık 13,6 milyar TL olan toplam kamu sağlık harcamaları, 2013 yılına gelindiğinde yaklaşık 50 milyar TL’ye yükselmiştir. Bu çerçevede sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği, usulsüzlük ve suiistimallerin önlenmesi amacıyla sağlık denetimlerine büyük önem verilmektedir.

Etkin bir sağlık denetiminin sağlık harcamalarının kontrolü üzerinde sayısız yararlar sağlayacağı kuşkusuzdur. Kıt kaynakların mümkün olabildiğince verimli ve en yüksek faydayı sağlayacak şekilde değerlendirilmesinde denetim, en yüksek katkıyı yapabilecek unsurların başında gelmektedir. Bunun içinde sağlık denetimlerinde etkinlik ve verimliliği artırmaya, denetimi geliştirmeye odaklanan çağdaş denetim yaklaşımlarının ön plana çıkarılması gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık hizmetleri finansmanında SGK'nın rolü, geleneksel anlamda SGK tarafından yürütölen sağlık denetimlerinin yapısı ve işleyişi ortaya konularak, değerşen denetim anlayışı çerçevesinde kaynakların ve araçların daha etkin kullanılmasını sağlayıcı bir denetim sisteminin önemini vurgulamaktır. Söz konusu amaca uygun olarak çağdaş denetim yaklaşımlarından olan "Sürekli Denetim Sistemi" tanıtılmıştır. Bu amaçla SGK'daki sağlık denetimlerine yönelik bir sürecin denetiminin yapılabilmesi için denetim yazılımı programı (LAE) vasıtasıyla bir uygulama geliştirilmiştir.

SGK tarafından sağlık, sigorta ve kurum içi denetimler yapılmakla birlikte, çalışmada sağlık denetimleri üzerine yoğunlaşılmış, diğer denetim uygulamaları kapsam dışında bırakılmıştır. Çalışmada "SGK tarafından istisnai durumlar dışında özel hastanelerce yapılacak bir işlemin 'tanıya dayalı işlemler' listesinde paket kodu bulunmasına rağmen aynı işlemin 'hizmet başı işlemler' listesi üzerinden tek tek SGK'ya fatura edilmesi durumunda oluşabilecek fazla ve yersiz ödemelerin tespit edilerek olası kamu zararının önlenmesi" konusunda Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından yürütölen sürekli denetim sistemi uygulamasına yer verilecektir. Uygulama 1 Ocak – 31 Aralık 2013 dönemine ait özel hastanelerde yatan hastalar olarak sınırlandırılmıştır. Uygulama kapsamında veri ambarından alınan verilerin ve elde edilen sonuçların tamamının doğru olduğu varsayılmıştır.

Uygulama sonucunda SGK'nın yürüttüğu tüm iş süreçlerinin doğru, eksiksiz ve olası kayıp, kaçak, suiistimal gibi negatif etkilerden arındırılması amacıyla birtakım kontrol noktalarının belirlenmesi ve bu kontrol noktalarının periyodik olarak denetlenerek kurum kaynaklarının etkinlik ve verimlilik ölçütlerine uygun olarak kullanılması yönünde olumlu katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Genel olarak SGK’da sağlık hizmetleri finansmanının nasıl sağlandığı, yürütülen sağlık denetimlerinin ne şekilde yapıldığı, gelişen bilişim teknolojileri doğrultusunda bilgisayar destekli denetim tekniklerinin kullanılarak veriye dayalı suiistimal tespit ve önlenmesini öngören bir modelin önerildiği bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm, “SGK’nın Sağlık Hizmetleri Finansmanı İçindeki Rolü”, başlıklı bölümdür. Bu bölümde öncelikle sosyal güvenlik, SGK, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve finansman yöntemleri anlatılmıştır. Daha sonra Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı içinde SGK’nın yeri ve önemi açıklanmıştır. Bu bölümde son olarak SGK’da sağlık hizmetleri finansmanının nasıl sağlandığı incelenmiştir.

İkinci bölüm, “SGK’da Yürütülen Sağlık Denetimleri ve Sağlık Hizmet Sunucularının Denetimi”, başlıklı bölümdür. Bu bölümde ilk olarak, denetim ve sağlık denetimi kavramı, özellikleri, fonksiyonları ve türleri anlatılmıştır. Daha sonra SGK’da mevcut sağlık denetim sisteminin örgütsel yapısı ve sağlık hizmet sunucularının denetimi ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Üçüncü bölüm, “Değişen Denetim Anlayışı Çerçevesinde Yeni Yaklaşımlar: Sürekli Denetim Sistemi ve Bir Uygulama” başlıklı bölümdür. Bu bölümde öncelikle denetimde değişimi gerekli kılan faktörler ve denetim uygulamalarında öne çıkan gelişmeler açıklanmıştır. Denetim anlayışında yeni yaklaşımların neler olduğu teorik çerçevede incelenmiştir. Daha sonra sürekli denetim sistemi kavramı üzerinde durularak, sürekli denetim ile geleneksel denetim anlayışı arasındaki farklar, sürekli denetim sisteminin yararları, aşamaları, yolsuzluğu önlemeye katkısı ve uygulanabilir sürekli denetim sisteminin koşullarına değinilmiştir. Son olarak SGK’da sürekli denetim anlamında yapılan çalışmalar ve sağlık alanında Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından belirlenen bir senaryo üzerinden sürekli denetime yönelik örnek bir uygulamaya yer verilmiştir.

Çalışmanın sonuç kısmında ise; sürekli denetim ile ilgili değerlendirmeler ve öneriler ifade edilmiştir. Bu çalışmada ortaya konulan önerilerin ilgili kesimler tarafından incelenerek kapsamlı olarak değerlendirilmesinin sonuçları çok daha etkili olabilecektir.

Çalışmada bahsi geçen bazı tanımlar şunlardır:

Aktüeryal Denge: Sigorta şirketine belli bir prim karşılığında devredilen finansal olarak kaybetme riski için oluşturulan sigorta ürünleri ve bu ürünlere ilişkin primler karşılığında sigortalılara ödenecek hasar ödemelerinin karşılanabilmesidir. Yapılan katkılar ile sağlanan menfaatlerin eşitliğidir. SGK'nın aktüeryal dengesi ise elde edilen gelirler ve artı rezervler ile giderlerin karşılanabilmesidir (Tuna, 2009: 42).

Etkinlik: Hedeflere ulaşma derecesini ve istenilen etki ile gerçekleşen etki arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bir karar biriminden elde edilen sonuçlarla, istenilen sonuçların örtüşmesi durumunda incelenen birimin etkin; örtüşmemesi durumunda da etkin olmadığı söylenir (Kasnakoğlu, 1980: 2).

Verimlilik: Bir işi yaparken harcanan girdilerle sonuçta elde edilen işin karşılaştırılması sonucu edinilen bilgiye göre yapılan değerlendirmenin adıdır. Amaç en düşük girdi ile en fazla işin yapılabilmesidir (<http://orhon.wordpress.com/2009/02/09/verimlilik-kavrami-ve-onemi/>). Verimlilik işi doğru yapmak, etkinlik doğru işi yapmaktır.

MEDULA: Sağlık hizmeti sunucularının iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplayan, işlemlerin SGK ile entegre ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesini sağlayan bütünlük bir bilgisayar sistemidir (SGK, 2011: 32).

Sosyal Güvenlik Sistemi: Sosyal güvenlik olgusu, kişilerin iradeleri dışında maruz kaldıkları tehlikelerden ve bu tehlikelerin sebep olduğu zararlardan korunması amacıyla çeşitli müesseselerin vücuda getirilmesi ve bu müesseselerin de devlet erki tarafından yönetilmesi, hukuki temellere dayandırılması ve korunması halinde bir sistem halini alır ve bu sisteme sosyal güvenlik sistemi denir (Gürbüz, 2009: 23).

Sürekli Denetim Sistemi: Denetimin; geleneksel yöntemlere göre çok daha kısa sürede ve dolayısıyla daha etkin ve verimli yapılmasını sağlayan, bilgisayar destekli denetim tekniklerinin kullanıldığı bir yaklaşımdır.

2. SGK'NIN SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI İÇİNDEKİ ROLÜ

2.1. Sosyal Güvenlik

Bu bölümde, sosyal güvenlik kavramı, sosyal güvenliğin araçları ve temel prensipleri açıklanmaktadır.

2.1.1. Sosyal güvenlik kavramı

Toplumda her birey, gerek özel hayatı içinde gerekse meslek hayatı boyunca kazanç veya gelirlerinin azalmasına, tasarruflarından sarf etmeye yol açan türlü olaylarla karşılaşma ihtimali içindedir. Bu olayların bir kısmının gerçekleşmesi şüpheli olmakla beraber (hastalık, kaza, maluliyet, işsizlik gibi), bir kısmının ortaya çıkması kaçınılmazdır (yaşlılık, ölüm gibi). Bu risklerin bir kısmı birey iradesi ile ortaya çıkarken (evlenme, çocuk sahibi olma), bir kısmı ise birey iradesinin tamamen dışında (kaza ve ölüm gibi) gelişir (Tuncay ve Ekmekçi, 2008: 5).

Sosyal güvenlik; kişilerin gelirleri ne olursa olsun, belirli sosyal, ekonomik veya mesleki riskler karşısında ekonomik olarak güvence sağlama işlevine sahip sistem ve kurumlar bütünüdür. Sosyal güvenlik sistemleri, çalışanları ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kişileri, hayatın gelir azaltıcı, gider arttırıcı risklerine karşı koruyan bir sistemdir (Mil, 2013: 94).

2.1.2. Sosyal güvenliğin amaçları

1952 tarihli ve 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sözleşmesi sosyal riskleri sınıflandırmış ve dokuz tane risk belirlemiştir. Bunlar, hastalık halinde sağlık yardımı, hastalık halinde tazminat, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, analık, malullük, aile yardımları ve ölüm yardımlarıdır.

Sosyal güvenlik, sosyal güvenliğin konusu olan risklere karşı insanlarda emniyet duygusunun (ekonomik anlamda) yerleşmesini hedeflemektedir. Sosyal güvenlik bu amaca ulaşmak için geliştirilmiş bazı tekniklerle belirli bir ölçüde insanda güven duygusunun

yerleşmesine çalışır. Sosyal güvenlik sistemleri, riskler karşısında, risklerin etki ve sonuçları ile kişinin tek başına mücadele etmesini destekler; dayanışmalı bir mücadele ile tehlikelerin sonuçlarının daha kısa zamanda giderilmesini sağlayıcı bir rol oynar. Sosyal güvenlik sistemi, bu şekilde riskler karşısında kişilere muhtaçlık riskine karşı bir emniyet sağlamayı amaç edinir (Duygulu ve Pehlivan, 2004: 53). Fukaralığın yok edilmesi, muhtaçlığın önlenmesi, böylece sosyal adaletin ve barışın sağlanması amaçlanır. Özetle sosyal güvenliğin amacı, insanları gelecek endişesinden kurtarmaktır.

2.1.3. Sosyal güvenliğin temel prensipleri

Sosyal güvenlik, temel insan haklarından biri olarak kabul edilmiş ve bu hakkın gereklerini yerine getirme görevi devlete verilmiştir. Devlet bu görevi, öncelikle bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmak ve faaliyetlerinde sürekliliği sağlamak suretiyle yerine getirmektedir. Sosyal güvenlik sistemi ile doğrudan ilgili tarafların sistemin finansmanına katılımı gerekli olup tarafların finansmana katılım şekilleri ve yükleri, ülkelerin ekonomik ve sosyal yapılarına bağlı olarak değişmektedir. Ancak genel olarak ağırlık sigortalı ve işveren üzerinde bulunmaktadır. Devlet prim ödeyen üçüncü taraf olarak değil, açıkları kapatan veya harcamaların belirli bir miktarını karşılayan taraf olarak sistemin içinde yer almaktadır (Alper, 1999: 18).

Sosyal güvenlik garantisinin sağlanması, hiçbir toplumda ferdin inisiyatifine bırakılmamıştır. Öncelikle sosyal sigorta kurumları, finansmanından yönetimine bu zorunluluk ilkesi doğrultusunda yapılandırılmıştır.

Modern sosyal güvenlik sistemleri tüm risklere karşı değil, insana en çok zarar veren ve en sık rastlanan sosyal risklere karşı sosyal koruma sağlamayı amaç edinmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik insanları çalışmadan alıkoymayacak ve tasarrufu unutturmayacak bir işlev üstlenmektedir. Bununla birlikte sosyal güvenlik kurumları toplumda temel birimin aile olduğu düşüncesinden hareketle yükümlülük açısından bireylerle ilişki kurarken, sağlanan sosyal güvenlik garantisi bakımından bireyi ailesi ile birlikte dikkate almaktadır (Oral, 2002: 17).

2.2. Türkiye’de sosyal güvenlik sistemi

Anayasamız, devletin niteliğinin tanımlandığı maddelerinde Türkiye Cumhuriyeti’nin sosyal bir devlet olduğunu hükme bağlamıştır. Bu doğrultuda ‘sosyal devlet’ olma ilkesinin başında ülkenin bir sosyal güvenlik sistemine sahip olması ve vatandaşların işsizlik, yaşlılık, hastalık, sakatlık gibi olumsuzluklara karşı koruma altına alınması şartı gelmektedir. Bu ülke vatandaşlarının geleceğe daha güvenle bakmasını sağlayacak, toplumsal adaleti ve barışı da tesis edecek önemli bir sistemdir. Türk sosyal güvenlik sisteminin hukuki çerçevesi de sosyal devlet ilkesinden yola çıkılarak, anayasa ve kanunlarla çizilmiştir (Kamu-Sen, 2006: 16).

1982 Anayasa’sının 60’ıncı maddesine göre, “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” Bu hükümden hareketle, devlet sosyal güvenlik sistemini kurmuş ve bu konudaki gerekli tedbirleri almaya gayret etmiştir.

Ülkemizde tarihi süreç içinde sosyal güvenlik sistemi olarak kanunla kurulu özel sandık ve birlikler dışında üç büyük sosyal güvenlik kuruluşu oluşturulmuştur. Bunlar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı SSK ile Bağ-Kur ve Maliye Bakanlığına bağlı T.C. Emekli Sandığı idi. Ancak söz konusu kurumlarla yürütülen sosyal güvenlik sistemi erken emeklilik, nüfus yapısının değişmesi, gelir-gider dengesinin bozulması, sağlık harcamalarının artması ve emekli aylığı ile prime esas kazanç arasındaki bağın zayıflığı yüzünden gittikçe daha zor sürdürülebilir hale gelmiş ve bu sorunu aşmak amacıyla yasal düzenleme yapma gereği doğmuştur (Korkusuz ve Uğur, 2009: 170).

Sosyal güvenlik sistemindeki uzun yıllardır süren sorunlar ve daha zor sürdürülebilir hale gelmiş yapıyı düzeltmek için her ne kadar mevcut Kanunlarda tali düzenlemeler yapılmış olsa da yeterince verim alınamamıştır. Bu sebeple; temel amacı adil, kolay erişilebilir, norm ve standart birliğini hedefleyen, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlayan, mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemine ulaşabilmek için sosyal güvenlik çalışmaları 2002 yılında başlamıştır.

Aslında ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi diğer bir ifade ile “tek çatı” konusu kırk yılı aşkın bir süredir tartışılan bir husustur (Makas, 2004). Nihayet

sosyal güvenlik sisteminin kurumsal olarak “tek çatı” altında toplayacak şekilde 16/06/2006 tarih ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SGK kurulmuştur. Yeni sistemde artık işçi, memur ve bağımsız çalışanlar ayrı ayrı kurumlardan değil tek bir kurumdan sosyal güvenlik hizmeti alacaklardır. Sosyal sigorta hizmetlerine paralel olarak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve finansmanı da SGK tarafından gerçekleştirilmektedir.

2.2.1. SGK'nın idari yapısı

SGK, kamu tüzel kişiliğini haiz, idari ve mali açıdan özerk, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili bir kuruluşudur¹. SGK'nın merkezi Ankara'dadır ve Sayıştay denetimine tabidir.

SGK'nın temel görevi; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. Bu görevi yerine getirmek için kısaca; sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, hizmet sunduğu kişilerin hak ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini sağlamak, sosyal güvenlik alanında ulusal ve uluslararası kuruluşlarla koordinasyon ve işbirliği yapmakla yükümlüdür (SGK Kanunu, 2006).

SGK'nın organları Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık'tır. Genel Kurul 5502 sayılı Kanunun beşinci maddesinde sayılan üyeleriyle bir danışma birimi niteliğinde olup üç yılda bir toplanır.

Yönetim Kurulu en yüksek karar organıdır. Aynı zamanda Yönetim Kurulu Başkanı da olan SGK Başkanı, Başkanın önerisi ve müşterek kararname ile atanan bir kurum başkan yardımcısı ve kanunun ilgili maddesinde özellikleri sıralanan sekiz üye olmak üzere toplam 10 üyeden oluşur. Görevleri 5502 sayılı Kanunun sekizinci maddesinde düzenlenmiştir.

¹ İlgili Kuruluş: Tüzelkişiliğe sahip olan, bağlı kuruluşlar dışında diğer hizmet yerinden yönetim kuruluşları (örneğin SGK), idarenin bütünlüğü ilkesinin bir gereği olarak bakanlıklarla ilişki içine sokulmuşlardır. Bu kuruluşlar bakanlık ilgili kuruluşları olarak adlandırılmakta ve bu kuruluşlarla bakanlıklar arasındaki ilişki bir idari vesayet ilişkisi olmaktadır (Günday, 1998: 269).

Başkanlık organı merkez ve taşra olmak üzere ikili bir teşkilatlanma yapısına sahiptir. Merkez teşkilatı altı ana hizmet, üç yardımcı hizmet ve dört danışma biriminden oluşmaktadır. Taşra teşkilatında ise 81 adet Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü ve 2013 yılı itibariyle 371 Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlüğü ile 35 Sağlık Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlüğünden oluşmaktadır (SGK, 2014: 73).

2.2.2. SGK'nın mali yapısı

SGK, kişilerin doğumundan ölümüne kadar, hatta ölümünden sonra da sağlık, sigorta ve sosyal yardım alanlarında, elde ettiği gelirler karşılığında çok sayıda hizmet sunmaktadır.

SGK'nın en temel finansman kaynağı primlerdir. Primler işverenlerin, işçilerin ve bağımsız çalışanların ücretlerinin belli bir oranı üzerinden kendileri tarafından ödenmektedir.

SGK'nın ikinci önemli gelir kaynağı devletçe sağlanan finansmandır. Sistemin devlet tarafından finanse edilmesi bir kaç farklı yolla yapılmaktadır. Bu yolların başında sosyal sigortalar sistemine devletin de prim ödeyen üçüncü taraf olarak katılması gelmektedir. Devletin sistemi finanse etmesinin bir başka yolu ise finansman açıklarını hazine kaynaklarıyla kapatmaktır. Özellikle sistemin aktüeryal dengesinin bozulduğu dönemlerde bu yöntem politika belirleyiciler açısından sistemin devamının temini ve aktüeryal dengesinin yeniden sağlanmasına kadar kullanılması zorunlu bir alternatiftir (Korkmaz, 2007: 22).

SGK'nın gelirleri içerisinde işçi, işveren primleri ve devlet katkısı haricinde taşınır ve taşınmaz gelirleri, sahibi bulunduğu işletmelerden elde edilen gelirler, idari para cezaları, gecikme cezaları, gecikme zamları, yapılandırma gelirleri ve sair gelirlerden oluşur.

SGK'nın sosyal sigorta kapsamında sigortalı ve hak sahiplerine emekli aylığı ödemeleri, sağlık hizmeti giderleri, primsiz ödemeler kapsamında yapılan ödemeler, genel yönetim, faiz ve yatırım giderleri gibi harcama kalemleri yer almaktadır.

Çizelge 1.1.'deki SGK'nın finansman yapısına göre, sosyal güvenliğin finansmanı sürecinde gelirlerinin giderlerini karşılayamaması nedeniyle merkezi yönetim bütçesinden SGK'ya kaynak aktarımı söz konusu olmaktadır. Bütçe transferinin katkısı ile olumlu bir görünümde olan gelir-gider dengesi, gelecek dönemlerde krize bağlı olarak prim gelirlerindeki azalma, giderlerdeki emekli aylıkları ve sağlık harcamalarındaki yükselişle olumsuz bir görünüme ulaşma riski bulunmaktadır (Tuna, 2009: 35). SGK'nın giderleri içinde en büyük gider kalemi emekli aylıklarıdır. Emekli aylık giderlerinden sonra sağlık giderleri toplam giderlerin yaklaşık olarak %27' sini oluşturduğu dikkate alındığında politika belirleyicilerinin karşı karşıya olduğu önemli bir gündem maddesi olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde sağlık hizmetlerinin finansmanına yer verilecektir.

Çizelge 1.1. SGK finansman yapısı (2013 – milyon ₺)

BÜTÇE KALEMLERİ	2013 YILI TOPLAM
I- GELİRLER	163.014
1- Prim Gelirleri	116.856
2- Yeniden Yapılandırma	1.873
3- Devlet Katkısı	27.471
4- Ek Ödeme	4.639
5- Faturalı Ödemeler	5.366
6- Diğer Gelirler	6.809
II- GİDERLER	182.689
1- Emekli Aylıkları	119.162
2- Sigorta Ödemeleri	1.235
3- Ek Ödeme	5.004
4- Sağlık Giderleri	49.938
5- Faturalı Ödemeler	2.372
6- Yönetim Gideri	826
7- Yatırım Gideri	176
8- Diğer Giderler	3.976
III- AÇIK	19.675
IV- BÜTÇE TRANSFERLERİ	71.264
1- Açık Finansmanı	20.348
2- Devlet Katkısı	27.471
3- Ek Ödeme	4.639

4- Faturalı Ödemeler	4.432
5- Teşvikler	7.445
6- Ödeme Gücü Olmayanların GSS Primi	6.929

Kaynak: SGK, 2013b: 136

2.3. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Sosyal riskler içinde yer alan hastalık riski yapısı itibariyle diğer risklerden farklı bir konuma sahiptir. Çünkü insanlar her yaşta ve her zaman sağlıklı yaşamak istemektedirler. Bu nedenle hastalık riski sosyal güvenlik kapsamına katılan ilk riskler arasında yer almıştır (Giray, 2010: 2).

Bireylere sağlıklı yaşama hakkı sunmak devletin görevleri arasında yer almaktadır. Devlet, sağlıklı bir gelecek için sağlık hizmetlerini kaliteli, yeterli, ulaşılabilir, sürdürülebilir bir şekilde sunmak için gerekli sağlık politikaları geliştirmelidir.

2.3.1. Sağlık ve sağlık hizmetleri kavramı

Sağlık kısaca, sağlıklı olmama, hasta olmama halini ifade eden bir kavramdır. Günümüzde genel kabul görmüş olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün tanımına göre ise “sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. Tanımdan da anlaşılacağı üzere sadece bedensel olarak iyi olma değil, ruhi ve sosyal boyutları da mevcuttur (Giray, 2010: 12).

Sağlık insan hayatı için vazgeçilemez bir unsurdur ve tüm dünyada toplumun sağlığının korunup sürdürülmesi temel hedeflerden bir tanesidir. Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması için sosyo-ekonomik, biyolojik ve fizyolojik çevre şartlarının olumlu yönde düzenlenmesi, zarar verici etkenlerin ortadan kaldırılması, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirilmesi ve bunun için gerekli şartları yerine getirmelerinin sağlanması ve tıbbi yöntemlerin uygulanması oldukça önemlidir. Dolayısıyla sağlık hizmetleri, insan sağlığının korunup geliştirilmesi için gerekli bileşenlerden sadece bir tanesi olup, oldukça önemli bir role sahiptir (Günaydın, 2007: 19).

Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli etkenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etkenlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir. Kısaca bireylerin ruhi ve fiziksel sağlıklarının iyileştirilmesi ve korunması olarak ifade edilebilir. Toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba sarf etmek, bireylerin sağlık hakkını güvence altına almak ve bireylerden üretim faktörü olarak yararlanılmasını sağlamak sağlık hizmetlerinin esas amacıdır (Şakar, 1999: 10).

2.3.2. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri genel olarak, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri olmak üzere üç ana başlık altında incelenmektedir.

2.3.2.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

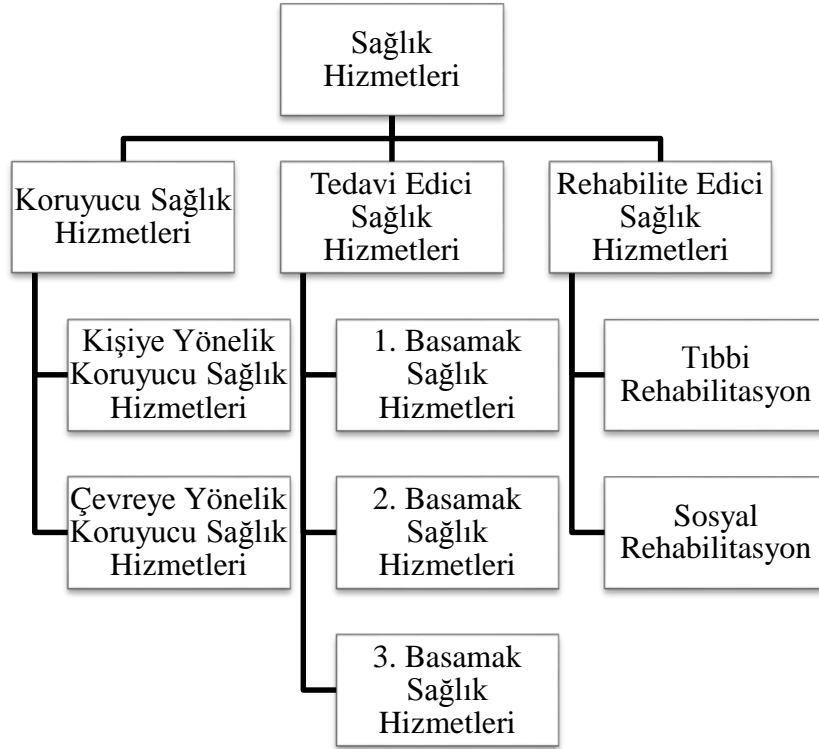
Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve uygulamayı içermektedir. Bağışıklık kazandırma, ilaçla koruma, erken teşhis, sağlık eğitimi, iyi beslenme ve aile planlaması gibi hizmetler koruyucu sağlık hizmetlerindedir. Sağlık hizmetlerinin içerisinde “koruyucu sağlık hizmetleri”, diğer sağlık hizmetlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü sağlığı korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir (Altay, 2007: 34).

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde kişiye yönelik ve çevreye yönelik olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır (Günaydın, 2007: 24).

Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; kişileri dolayısıyla toplumu hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılmayı, hastalanmaları halinde ise en erken dönemde tanı konularak, uygun tedavi ile hasarsız veya en az hasarla iyileşmelerini sağlayan hizmetler bu grup altında toplanır. Başlıcaları, erken tanı ve tedavi işlemleri, aşılama, ilaçla koruma, beslenmenin iyileştirilmesi ve sağlık eğitimidir.

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; insanın çevresinde bulunan ve sağlığını olumsuz etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenleri yok ederek

veya kişileri etkilemesini önleyerek çevreyi olumlu hale getirme çabalarının tümü olarak ele alınır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak yeterli temiz su sağlanması, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, konut sağlığı, endüstri sağlığı, haşerelerle savaş, hava kirliliği, radyasyon ve gürültü ile savaş sıralanabilir.



Şekil 1.1. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması

2.3.2.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri

Hastalık belirtisi ortaya çıktıktan sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere ya da sağlık durumu bozulan kişilerin eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlere “tedavi edici sağlık hizmetleri” denilmektedir (Serin, 2004: 11).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetlerinin sunumunda basamak sistemi söz konusudur. Bu sistem içinde ayrıca sevk zinciri işletilebilmektedir. Söz konusu hizmetlerin görülebilmesi için hastalığın niteliğine göre birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere üç basamak bulunmakta, bu basamaklarda kendi aralarında süzgeç görevi görmektedirler (Çelikay, 2009: 185).

- Birinci basamak tedavi hizmetleri: bireylerin hastalık şikâyetlerinin ortaya çıkması ile ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarında ya da kendi evlerinde hekim tarafından yapılan, daha çok ayaktan (günübirlik) gerçekleştirilen tedavi hizmetleridir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin mediko sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık üniteleri ve belediyelere ait poliklinikler örnek olarak gösterilebilmektedir (Öztek, 2000: 73).

- İkinci basamak tedavi hizmetleri: Yatarak tedavi hizmetlerinin verildiği sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Birinci basamakta tedavi edilemeyen veya doğrudan hastaneye başvurulması gereken durumlardaki klinik veya genel hastane hizmetlerini kapsamaktadır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler, sağlık merkezleri gibi yataklı sağlık kuruluşları ikinci basamağı oluşturmaktadır (Öztürk, 2002: 5).

- Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Genellikle belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenilen, en yüksek tıp teknolojilerinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezlerinde verilen sağlık hizmetleridir. Doğum ve çocuk bakımevi, çocuk hastanesi, göğüs hastalıkları hastanesi, ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesi, onkoloji hastanesi, kemik hastalıkları hastanesi, diş hastanesi bu basamağı oluşturan sağlık birimleri arasında sayılabilir (Ateş, 2011: 12).

2.3.2.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri

“Rehabilitasyon hizmetleri; hastalık ve kazalara bağlı olarak gelişen kalıcı bozuklukların, günlük hayatı etkilemesini engellemek ya da bu etkiyi en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamasını sağlamak amacıyla verilen sağlık hizmetlerini kapsar” (Kavuncubaşı, 2000: 45).

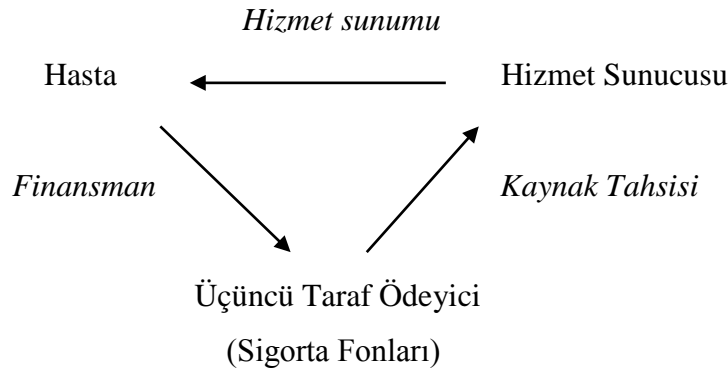
Rehabilitasyon hizmetlerinde temel amaç, fertleri ihtiyaç içine düşmekten korumak, engelli bireylerin evde, işte, okulda, toplum içinde uyumlu yaşamalarını sağlamak, kısacası bireyi yeniden üretici duruma getirerek başkalarına bağımlı olmaktan kurtarmaktır. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır (Hayran ve Sur, 1998: 18);

- Tıbbi Rehabilitasyon: Bedensel kalıcı bozuklukların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir.

- Sosyal Rehabilitasyon: Engelliği veya özrü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan, işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır.

2.3.3. Sağlık hizmetleri finansmanının tanımı ve amacı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı geniş kapsamlı bir kavramdır. Genel olarak; sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılması olarak ifade edilmektedir (İstanbulluoğlu, Güleç ve Oğur, 2010: 89). Sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan başka bir tanıma göre ise sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, sağlık hizmeti sunanlar ile finanse edenler arasında bir kaynak değişimi ya da transferi süreci olarak tanımlanmaktadır (Tatar, 2011).



Şekil 1.2. Sağlık hizmetleri üçgeni

Sağlık hizmetleri üçgeni Şekil 1.2’de gösterilmiştir. Kaynak değişimi olarak tanımlanan bu süreçte, sağlık hizmet sunucuları, kendilerine başvuran bireylerin sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar. Hastalar ya da üçüncü taraf ödeyicileri ise hizmetin karşılığını hizmet sunana aktarmaktadırlar. Bu işlem, birinci taraf, ikinci taraf ve üçüncü taraf kavramları ile açıklanmaktadır. Birinci taraf, yani sağlık hizmetlerini alan bireyler ikinci tarafa doğrudan ödeme yapabilmekte yani kaynak akışı doğrudan doğruya hasta ile hizmet sunucusu arasında gerçekleşebilmektedir. Bu, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen en basit transfer şeklidir. Karmaşık transfer şekli ise, bir üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmasıdır. Özel ve kamu kuruluşu olabilen üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, kapsam altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya

doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Üçüncü taraf ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık sorunlarının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsizlikten dolayı bireylerin karşılaşılabileceği finansal riskin paylaşılmasını ve bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır (Mossialos, Dixon, Figueras, Kutzin, 2002: 2-3).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel amaç tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Bu amaca ulaşmak için herkese finansal koruma sağlarken adalet gözetilmeli, yaratılan kaynaklar verimli bir şekilde kullanılmalı ve kaynak yaratılırken insanların yoksullaşmasını engel olacak önlemler alınmalıdır (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010: 89).

2.3.4. Sağlık hizmetleri finansmanının işlevleri

Sağlık hizmetleri finansmanının temel işlevleri gelir toplamak, fon biriktirmek ya da fon havuzlaması yapmak ve sağlık hizmetlerini satın almak olarak özetleyebiliriz (Gottret ve Schieber, 2006: 47).

2.3.4.1. Gelir toplama işlevi

Gelir toplama işlevi, elde edilen gelirleri kimin ödediği, yapılan ödemelerin türü ve gelirleri kimin topladığı ile ilgilenebilir (Mossialos ve diğerleri, 2002: 6). Gelir elde etme, birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve kuruluşlar) kaynaklardan elde edilen para hareketlerini ifade eder. Gelir toplama yöntemleri; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borç ve bağışlardan oluşmaktadır (Çelik, 2011: 171).

Birçok ülke, bu kaynakların sentezini sağlık sistemlerine entegre etmişlerdir. Sadece tek bir finansman kaynağına bağlı kalarak gelir elde eden bir sağlık sistemi mevcut değildir. Kısaca belirtilecek olursa, vergileme yoluyla finansmanda vergiler, tüm nüfus bakımından zorunludur ve hükümet tarafından toplanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası modelinde ise primler ya da katkılar, nüfusun tümü ya da belli bir kısmı için zorunludur ve

diğer hükümet gelirlerinden ayrı olarak belli bir fonda toplanmaktadır ve bu fon tarafından yönetilmektedir (Dixon, Langenbrunner, Mossialos, 2004: 53).

2.3.4.2. Fon biriktirme işlevi

Fon biriktirme ya da fon havuzlaması işlevi, elde edilen gelirlerin bir araya getirilmesi ve bu gelirlerin yönetimini belirtmektedir. Bu işlevin temel amacı, sağlıkla ilgili olarak toplanan gelirlerin oluşması ihtimal dâhilinde bulunan sağlık ile ilgili risklere karşı biriktirilmesi sürecini ifade etmektedir (Kutzın, 2008: 9).

Riskin üyeler arasında paylaşılması ve düşük gelirli kişilerin desteklenmesi için farklı sağlık sistemlerinde farklı kurumsal ve teknik düzenlemeler bulunmaktadır. Sağlık finansmanında tek bir fon yapısının bulunması, hem riskin hem de gelirin ülkelerdeki tüm üyeler arasında yeniden dağıtımını en üst seviyede sağlamaktadır. Bu nedenle fon oluşturma ve kaynakları kontrol etme noktasında farklı kuruluşlar tarafından yapılan düzenlemeler önerilmemektedir (Yenimahalleli, 2007: 9).

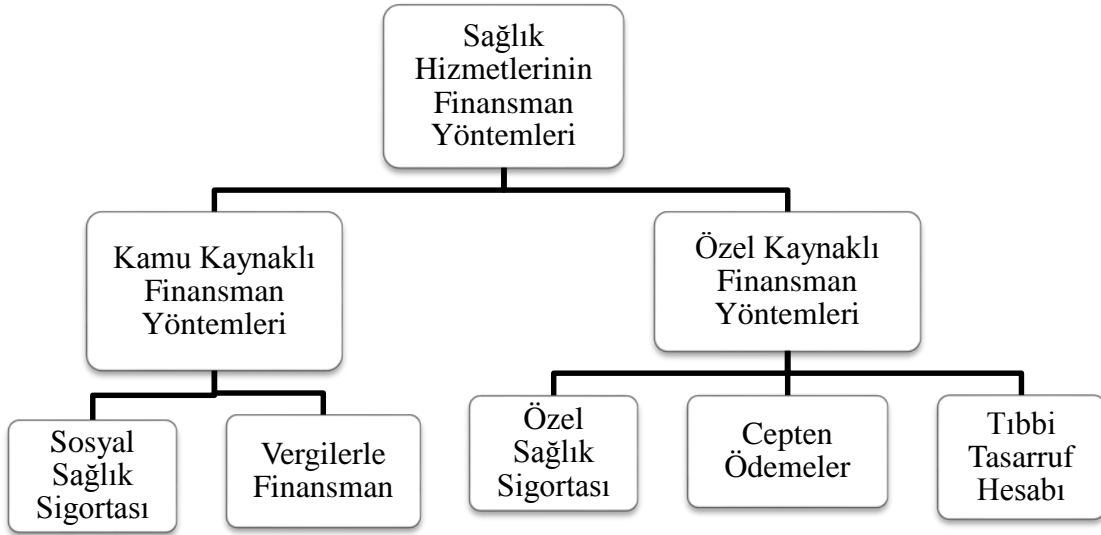
2.3.4.3. Satın alma işlevi

Sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma; toplanan gelirlerin sağlık hizmeti kullanımı karşılığında sağlık hizmet sunucularına aktarılmasıdır. Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynı olmaktadır. Hizmet sunucularına farklı yöntemler kullanılarak ödeme yapılabilmektedir. Hizmet sunucularına başlıca ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir (Çelik, 2011: 173).

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanı, gelirlerin toplanması, toplanan gelirlerin ve oluşabilme ihtimali yüksek risklerin belli bir fonda toplanması ve sağlık hizmetlerini sunanlardan sunulan bu hizmetlerin satın alınması yoluyla gerçekleşmektedir.

2.3.5. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri

Temel amacı, bireyleri hastalığın finansal yüküne karşı korumak olan sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollardan toplanan kaynakların farklı şekillerde kullanımı ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri Şekil 1.3’de gösterilmiştir.



Şekil 1.3. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri

Sağlık finansmanı, modern anlamda ilk kez 19. yüzyılın sonuna doğru sosyal dayanışma prensibine dayanan ve işçi, işveren primleri ile finanse edilen sosyal sağlık sigortacılığı modeli ile gerçekleşmiştir. 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ise kamusal çıkar göz önünde bulundurularak tüm nüfusu kapsayan ve vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri yöntemi ön plana çıkmıştır. Son yıllarda ise, sağlık finansmanında ortaya çıkan darboğazı aşmak ve kaynakların etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak güdüsüyle tıbbi tasarruf hesapları ve kullanıcı katkıları gibi finansman yöntemleri gündeme gelmiştir. Özel nitelikli finansman yöntemlerinin gündeme gelmesindeki temel düşünce, artan sağlık harcamalarının ve sağlığa ilişkin maliyetlerin kamusal nitelikli finansman modelleri yoluyla karşılandığında, kamu ekonomisi üzerinde gerçekleşen yükün gittikçe artması ve bu sebeple sağlık hizmetlerinde etkinliğin sağlanamayışı olarak gösterilmektedir (Erumut, 2012: 19).

2.3.5.1. Kamu kaynaklı finansman yöntemleri

- Vergilerle finansman, günümüz sağlık hizmetleri sistemlerinde yaygın olarak kullanılan finansman kaynaklarından biridir. Vergilerle finansman yöntemi “Beveridge Modeli” olarak da adlandırılmaktadır. Sağlık harcamalarının çoğunluğunun vergi ödemeleri ile karşılandığı finansman yöntemidir. Vatandaşlardan çeşitli şekillerde toplanan vergiler bir havuzda toplanmakta ve daha sonra bu kaynaklar devletin karar mekanizmaları

tarafından çeşitli sektörlerle dağıtılmaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili bireysel katkılarını ödedikleri vergiler yoluyla yaptıkları için hizmeti kullanma aşamasında sistem tarafından belirlenen katkı payları dışında herhangi bir ödemede bulunmamaktadırlar (Tatar, 2011). Bu finansman yöntemi Danimarka, Finlandiya, İsveç ve İngiltere gibi Kuzey Avrupa Ülkeleri ile İtalya, İspanya ve Portekiz gibi Güney Avrupa Ülkelerinde yaygın olarak uygulanmaktadır (Evans, 2002: 31).

- Sosyal sağlık sigortası, kamu yönetimi ve denetimindeki sigortalara daha önceden belirlenmiş kişilerin belli oranda prim ödemek suretiyle sigortalandığı sistemdir. Sosyal sağlık sigortası finansman yöntemi “Bismarck Modeli” olarak da adlandırılmaktadır. Sistem ağırlıklı olarak çalışan ve işveren katkıları ile finanse edilmesine rağmen genellikle devlet katkısı da söz konusudur. Bu nedenle sisteme sosyal sağlık sigortası denilmektedir (Çelik, 2011: 181).

Sistemin özünü oluşturan sigorta primleri, bireylerin hastalanma riskleri göz önüne alınarak ortak bir havuzda toplanmakta, dayanışma temelinde oluşturulan ortak bir fondan sağlık problemiyle karşılaşan sigortalılara sunulacak sağlık hizmetinin finansmanı sağlanmaktadır (Çelikay, 2009: 25).

2.3.5.2. Özel kaynaklı finansman yöntemleri

- Özel sağlık sigortası; genellikle gönüllü ve kar amaçlı bir sağlık finansman yöntemi olup bireylerin veya kurumların sağlık risklerinin özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sigortalanması söz konusudur. Bu finansman yöntemi; devlet tarafından sağlanan imkânlarla ek olarak, daha kaliteli hizmete, daha hızlı ulaşmak ve sosyal sigortaların kapsamadığı alanları güvence altına alma hedefine bağlı olarak oluşturulmuştur (Öz, 2008: 14).

Bu sistemde, sağlık hizmeti satın alan ile sağlık hizmeti sunan arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası kuruluşları potansiyel hizmet alıcısı pozisyonunda olan fertlerden prim toplamakta, olası bir sağlık problemi çıkması durumunda ise bireyin sağlık hizmeti sunucusundan aldığı hizmetin bedelini ödemektedir (Çelikay, 2009: 22).

- Tıbbi tasarruf hesabı, bireyler tarafından ihtiyaç duyulduğunda sağlığa özel kullanılmak üzere kişiye özgü tasarruf hesaplarına yapılan zorunlu veya gönüllü katkıları kapsayan bir hesaptır. Bu hesap ile bireylerin bugünkü gelirlerinin bir bölümünü tasarruf yoluyla gelecekteki sağlık hizmeti risklerine karşı kullanılmak üzere aktarmaları söz konusudur. Hesaplar, bireyler için ayrı ayrı tutulmakta ve sadece hesap sahibi birey için kullanılabilir (H. Yıldırım, T. Yıldırım, Akbulut, 2012: 58).

- Cepten Ödemeler, kişilerin sunulmakta olan sağlık hizmetlerinden yararlanmaları suretiyle doğrudan kendi ceplerinden ödeyerek yaptıkları sağlık harcamalarına cepten ödemeler modeli adı verilmektedir. Bireyler, sağlık hizmetlerinden yararlanırken yaptıkları harcamaları daha sonra kamu ya da özel bir takım kaynaklardan iade olarak tahsil etmemekte, hizmetin finansman yükünü kendileri taşımaktadır (Sekhri ve Savedoff, 2006: 357).

1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma gibi sorunlar ile temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları, ek kaynak yaratma, kaynakların etkin ve verimli kullanılması ihtiyacını gündeme getirmiştir (Yenimahalleli, 2007: 16).

2.4. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Uluslararası bildirgelerde yer alan ve insanların temel haklarından olan sağlık hakkının elde edilebilmesi için harcamalar yapılmaktadır. Sağlığın korunması ve iyileştirilmesini hedefleyen sağlık harcamaları ve bu harcamaların nasıl gerçekleşeceğine yön veren sağlık politikaları büyük bir öneme sahiptir.

Son yirmi yılda hemen hemen tüm ülkelerde sağlığa ayrılan pay giderek artmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışta kişi başı gelirin yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, teknolojik değişimler, şehirleşme, yaşam süresinin uzaması ve toplumsal düzende meydana gelen değişimler etkili olmuştur (Akin, 2007: 31). Bütün bu değişimler sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulduğu ülkelerde, sistemin sürdürülebilirliği konusunda endişelere yol açmakta ve sağlık harcamaları kamu bütçesi üzerinde gittikçe artan bir baskı oluşturmaktadır.

Türkiye’de 1990’lı yıllardan sonra sağlık sisteminde görülen sorunların çözümü için çeşitli reform çalışmaları başlatılmış olup, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) uygulamaya konulmuştur. Sağlıkta dönüşümün amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır (Sülkü, 2011: 1). Bu amaçlar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı alanında önemli reformlar yapılmış olup, bu süreç halen devam etmektedir.

2.4.1. Sağlık sistemi

Türkiye’de 2003 yılından önceki dönemde mevcut sağlık sistemi incelendiğinde, sağlık hizmetlerini finanse eden ve sunan çeşitli kamu kurumları söz konusuydu. SDP öncesindeki sistemde prime dayalı sosyal güvenlik sistemi, SSK,-Bağ-Kur, Emekli Sandığı olmak üzere üç farklı sosyal güvenlik kurumu tarafından uygulanmaktaydı. SSK, özel sektör çalışanları ile kamu işçilerine, Bağ-Kur, bağımsız çalışanlara ve Emekli Sandığı, devlet memurlarına sosyal güvenlik hizmeti sunmaktaydı. Bu güvenlik fonları hem emeklilik sigortası hem de sağlık sigortası işlevini üstlenmişlerdi. Ayrıca, 1992 yılından itibaren “Yeşil Kart” programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerini karşılama gücü olmayan veya çok kısıtlı olan düşük gelirli bireylere, kamu tarafından ücretsiz sağlık bakım hizmetleri sunulmaya başlanmıştı (Sülkü, 2011: 15).

SDP reformlarından önce sağlık hizmetleri sunumunda, karmaşık ve çok parçalı bir yapı vardı. Türkiye’de kamu ve özel sağlık hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sunum sistemi söz konusuydu. Sağlık Bakanlığı, SSK ve üniversite hastaneleri başlıca üç kamu hizmet sunucusuydu. Sağlık Bakanlığı, en önemli birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısıydı ve gerçekte koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdu. SSK’nın da kendi kuruluş/hastane ağı mevcuttu. Ayrıca, pek çoğu düzenlemeye tabi tutulmayan özel sağlık kuruluşları da bulunmaktaydı.

2003 yılında, Türkiye’de sağlığa ayrılan toplam finansmanın büyük kısmı kamu kaynaklarından, kalan kısmı ise özel kaynaklardan karşılanmakta idi. Türkiye’de sağlık alanında yapılan kamu harcamaları; Sağlık Bakanlığı, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler, devlet teşebbüsleri, devlet memurları ve sosyal

güvenlik kurumlarınca üstlenilen harcamaları içermektedir. Özel harcamalar; cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından finanse edilen özel sağlık sigortası ödemelerini içermektedir (OECD ve Worldbank, 2008: 20).

Gerek kapsam altında bulunan nüfus oranının düşük olması gerekse de kapsanan nüfusun aldığı sağlık hizmetleri açısından sosyal güvenlik kurumları arasında çok belirgin farklar olması gibi nedenlerle 2003 yılından itibaren sağlık sisteminde SDP adı altında birçok sağlık reformu gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu reformlar ile sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanının birbirinden ayrılması sağlanmıştır (Tatar: 2011).

SDP kapsamında sağlık hizmet sunucuları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. 19 Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun ile Cumhurbaşkanlığı, Yüksek Mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflar hariç olmak üzere diğer kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık birimlerinin, bu birimlere ait her türlü görev, hak ve yükümlülükleri, taşınmazlar, taşınmazlar ve taşıtları Sağlık Bakanlığı'na devri sağlanmıştır. Bu devir ile sağlık hizmetlerinin sunumunun tek elden idare edilmesi yönünde önemli bir adım atılmıştır (Çelikay, 2009: 90).

Sosyal güvenlik kurumlarının uygulamalarında ve aktüeryal hesaplarında, norm ve standart birliğini sağlamak için 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SGK kurulmuştur. SGK ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı aynı çatı altında toplanmıştır. Çeşitli sigorta kuruluşları kapsamındaki teminat paketi bir kuruluş altında entegre edilmiştir (Sülkü, 2011: 20).

SDP kapsamında gerçekleştirilen reformlardan bir diğeri de genel sağlık sigortası (GSS) sistemine geçilmesidir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanunla; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu, 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, 2829 sayılı Kanun ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu ve diğer bazı kanunların ilgili hükümleri kaldırılıp Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu olarak tek bir düzenleme haline getirilmiştir (Pekten, 2012).

Söz konusu kanunun GSS kısmında da sağlık hizmeti sunumu, kapsamı ve faydalanma şartları düzenlenmiştir. GSS'nin hedefi, tüm vatandaşların eşit kapsam ve nitelikteki sağlık hizmetlerine ulaşımını, risk paylaşım ilkesine ve adalete dayalı olarak üst düzeye çıkarmak, çağdaş denetim ve takip sistemlerine dayalı, ülke kaynaklarının suiistimal edilmesini önleyen etkin işleyen bir düzenin kurulmasıyla, sağlık alanında finansal koruma sistemini gerçekleştirmek amaçlanmıştır (Sülkü, 2011: 29).

GSS kapsamında sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektörden hizmet alınmak suretiyle karşılanmaya başlanmıştır. SGK'nın, ayakta ve yatan hasta hizmetleri sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler yapmaya başlaması sonucunda özel hastane sayısı yüksek artış göstermiş ve hastane sektörünün temel dinamikleri değişmiştir (Sülkü, 2011: 16).

GSS'ye geçiş süreci, yeşil kart sahibi olanlar ile yeşil kartı olmayanlardan herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların, 01/01/2012 tarihinden itibaren GSS kapsamına alınmaları ile tamamlanmıştır. Yaklaşık 9,5 milyon yeşil kart sahibi GSS kapsamına alınmış ve bu sayede ülke nüfusunun tamamına yakın kısmı GSS kapsamına girmiştir.

Sonuç olarak; 2003 yılından itibaren sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sisteminde yapılan köklü değişiklikler ile hem sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi hem de sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi açısından önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Tatar, 2011). Türkiye'deki kamu hastaları için tek bir ödeyici sistem oluşturulmuş ve Türkiye'de ikamet eden tüm nüfus açısından zorunlu hale gelen GSS'nin; gelirlerin elde edilmesi, havuzlanması ve hizmetlerin satın alınması fonksiyonları tek bir örgütsel yapıda, yani SGK çatısı altında toplanmıştır (Yıldırım ve diğerleri, 2012: 149).

2.4.2. Sağlık hizmetlerinin finansmanı

Türkiye'de sosyal sağlık sigortası ağırlıklı bir finansman yapısı söz konusudur. Ayrıca birden çok sağlık sigortası yerine tek bir sigorta kurumunun söz konusu olduğu model uygulanmaktadır. Bu modelin çeşitli avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. En önemli avantajı SGK'nın, tek kurum olarak monopsonik güce (temel hizmet alıcısı) sahip

olmasının yanında temel alıcı olarak sağlık hizmetleri ile ilgili kararları ve sağlık politikalarını doğrudan etkileyebilme ve değiştirme gücüne sahip olmasıdır (Tatar, 2011).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı SDP sonrasında dört ana kaynaktan sağlanmaya başlamıştır. Bu kaynaklar (Çelikay, 2009: 113):

- SGK tarafından sağlanan kaynaklar,
- Merkezi yönetim bütçesince sağlanan kaynaklar,
- Cepten yapılan ödemeler,
- Özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sağlanan kaynaklar.

SGK tarafından GSS'nin gelirleri merkezi olarak toplanmaktadır. GSS zorunludur ve herkesi kapsamaktadır. Kişilerin kapsanması temelde Türkiye’de ikamet etme kriterine göre olmaktadır. GSS'nin gelirleri üç ana katkı mekanizması ile sağlanmaktadır. Bunlar: sigorta katkıları (primler), devlet katkıları (genel vergi gelirleri) ve kullanıcı katkılarıdır (Yıldırım ve diğerleri, 2012: 150).

Sigorta katkıları ağırlıklı olarak gelir temelli olup primlerden oluşmaktadır. Bu primler kişinin prime esas kazancının %12,5’ini teşkil etmektedir. Bu oranın %5’ini çalışan, %7,5’ini ise işveren ödemektedir. Emeklilerden sağlık hizmetleri için prim talep edilmemektedir ve kesinti yapılmamaktadır. Tüm yoksulların primlerini ise sosyal yardımlara ayrılan kaynaklardan devlet karşılamaktadır (Sülkü, 2011: 29).

Bunların dışında devlet genel bütçeden GSS'ye doğrudan bir katkı da yapmaktadır. Bu anlamda devlet, SGK’nın ay itibarıyla tahsil ettiği malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile GSS priminin dörtte biri oranında SGK’ya katkı yapmaktadır.

Kullanıcı katkıları eskiden olduğu gibi, GSS kapsamında da yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Kullanıcı katkıları SGK tarafından belirlenmektedir. Güncel katkı payları ve katkı paylarından muaf olma durumları SGK Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) yer almaktadır.

SGK ana olarak bu üç kaynaktan sağlamış olduğu gelirler ile sağlık hizmetlerinin finansmanını yani kamu ve özel sağlık hizmet sunucularından sağlanan sağlık

hizmetlerinin bedellerini karşılamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı da sağlık hizmet sunucularına mali kaynak sağlamaktadır. Ancak buradaki mali destek, üniversite hastaneleri açısından personel maaşlarının ödenmesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile birinci basamak sağlık kuruluşları için ise temel sağlık hizmetlerinin görülmesi ve idari işlemlerin devamlılığının sağlanması ile sınırlıdır (Çelikay ve Gümüş, 2011).

Sağlık hizmetlerinin bir kısmı da özel sağlık sigortası kuruluşlarınca sağlanan kaynaklarla finanse edilmektedir. Bireyler özel sağlık sigortasından daha çok GSS'yi tamamlayıcı mahiyette isteğe bağlı olarak yararlanmaktadırlar. Özel sigorta sistemi de GSS sistemi gibi prim esasına dayanmaktadır (Yenimahalleli, 2007: 183).

Bunların dışında kalan ve GSS tarafından kapsanmayan sağlık hizmetleri doğrudan cepten yapılan ödemelerle karşılanabilmektedir.

2.4.3. Sağlık harcamaları

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık harcamaları kişi başına yıllık gelir düzeyindeki artış, teknolojik gelişmeler, sağlık konusundaki genel bilincin artması, ortalama yaşam süresinin ve yaşlı nüfusun sürekli olarak artması gibi etmenler nedeniyle artış eğilimi göstermektedir (Yüksekdağ, 2012).

Gerek sağlığın korunması, gerekse de sosyal güvenlik haklarının geliştirilmesi adına kurumların tek çatı altında toplanması, yeşil kartlıların GSS kapsamına dâhil edilmesi ile GSS kapsamının genişlemesi ve sağlık hizmeti sunucularına erişimin kolaylaşması neticesinde genel sağlık sigortalılarının sağlık hizmeti sunucularına başvuru sayılarında artış eğilimi söz konusu olmuştur.

Çizelge 1.2'deki verilere göre 2009 yılında sağlık hizmet sunucularına toplam başvuru sayısı 245 930 iken 2013 yılında bu rakam 421 388 olarak gerçekleşmiştir.

Çizelge 1.2. Sağlık hizmet sunucusuna göre müracaat sayısı (Bin adet)

YILLAR	DEVLET 2. BASAMAK	DEVLET 3. BASAMAK	ÖZEL	ÜNİVERSİTE	TOPLAM
2009	122 659	39 905	66 877	16 488	245 930
2010	138 607	44 075	72 155	21 775	276 613

2011	155 292	50 142	86 750	25 179	317 362
2012	201 998	65 124	89 070	30 592	386 784
2013	220 789	73 167	92 733	34 699	421 388

Kaynak: SGK Aylık İstatistik Bültenleri, Sağlık İstatistikleri, Aralık, 2013.

Sonuç olarak, son yıllarda süregelen sağlık politikaları neticesinde sağlığa erişim ve sağlık hizmetlerinin kullanımı artmıştır. Bu durum sağlık harcamalarının da paralel olarak artmasına neden olmuştur.

Çizelge 1.3. Türkiye’ de temel sağlık harcamaları göstergeleri

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Kişi başı sağlık harcaması (ABD \$)	469,2	545,8	620,7	749,1	839,5	912,4	972,2	1039,1	1160,5
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurt içi hasılaya oranı (%)	5,34	5,37	5,45	5,81	6,04	6,07	6,75	6,67	6,66
Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı (%)	71,9	71,2	67,8	68,3	67,8	73,0	75,1	74,8	74,9
Özel sağlık harcamasının toplam sağlık harcamalarına oranı (%)	28,1	28,8	32,2	31,7	32,2	27,0	24,9	25,2	25,1
Toplam kamu sağlık harcaması (Milyar ₺)	13,6	16,8	17,6	23,0	26,7	32,6	38,5	39,7	45,0
Toplam SGK sağlık harcaması (Milyar ₺)	10,7	13,2	13,6	17,7	20,0	25,4	28,8	32,5	36,5

Kaynak: (World Bank, 2013)

Çizelge 1.3’deki temel sağlık harcamaları göstergelerine göre, Türkiye’de 2003 yılında toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %5,34 iken bu oran 2011 yılında %6,66’ya yükselmiştir. Kişi başı toplam sağlık harcamalarının yıllar itibariyle değişimine bakıldığında satın alma gücü paritesiyle kişi başı sağlık harcamalarının 2003-2011 yılları arasında 469 \$’dan 1160 \$’a doğru önemli bir ilerleme kaydettiği görülmektedir. 2011 yılı itibariyle kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %74,9 iken özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %25,1 olarak gerçekleşmiştir. 2003-2011 yılları arasında toplam sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı artarken özel sağlık harcamalarının payı ise azalma göstermiştir. Kısaca sağlık harcamalarının kamu tarafından finanse edilen kısmı artış göstermiş ve

%71'den %75'e yükselmiştir. Türkiye'de kamu sağlık harcamaları 2011 yılında 45 milyar TL olup, bunun 36,5 milyar ₺'si SGK bünyesinde gerçekleşmiştir.

Dolayısıyla bugün SGK, sağlık hizmetlerinin finansmanında en güçlü kurum konumundadır. SGK temel alıcı olarak sağlık hizmetleri ile ilgili kararları ve sağlık politikalarını doğrudan etkileyebilme gücü bulunmaktadır. Özellikle hangi sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği sorusunun cevabı hem sağlık hizmeti sunanları hem de sağlık hizmetini alanları etkilediği için SGK sağlık sektörü ile ilgili kararlarda birçok tarafı etkileyen bir kurum olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.5. SGK'nın Sağlık Hizmeti Satın Alması

SGK, genel sağlık sigortalısı ve hak sahiplerine, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerini kamu-özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından sözleşmeler (protokoller) yoluyla sağlamaktadır. SGK ile sözleşme imzalamayan sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmetleri bedelleri acil sağlık hizmetleri dışında SGK tarafından karşılanmamaktadır.

SGK, sağlık hizmetlerini finanse ederken GSS kapsamında olan kişilerden doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamakta, toplanan gelir sonucunda sağlık hizmet sunucularına sundukları hizmetin karşılığı olarak ödemede bulunmaktadır.

SGK tarafından 2014 yılı Ocak ayı verilerine göre, 820 kamu sağlık kurum ve kuruluşu, 1.751 özel sağlık kurum ve kuruluşu, 125 üniversite hastanesi, 23.975 eczane ve 5.077 optik müessesesi ile sağlık hizmet sunumu sağlanmaktadır. Ülke nüfusunun tamamına yakınına geniş bir teminat paketiyle hizmet verilirken, Türkiye'de tedavisi yapılamayan hastalar ve bazı tetkikler, yurt dışına gönderilip bazı tetkik ve tedavileri yurt dışında yaptırılmaktadır.

Bunun yanında tüm sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin SGK tarafından SUT yayımlanmakta ve bu tebliğde belirtilen düzenlemeler çerçevesinde sağlık giderlerini karşılamaktadır. SUT, sağlık hizmet sunucuları tarafından yapılan hizmetleri ve karşılığında yapılacak ödemeleri bildiren belirli aralıklarla yenilenen bir kitapçıktır. SGK ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucuları tarafından ayakta ve yatarak tedaviler ile ilgili

olarak yapılması gerekli görülen tetkik ve tahlile ilişkin faturalama işlemleri SUT hükümleri çerçevesinde MEDULA denilen elektronik bir sistem üzerinden yapılmaktadır.

MEDULA, sağlık hizmeti sunucularının iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini elektronik olarak toplayan, işlemlerin SGK ile entegre ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesini sağlayan bütünlük bir bilgisayar sistemidir. 2007 yılında uygulamaya giren sistem sayesinde sağlık hizmeti sunucularına başvuran hastaların hangi tarihte hangi hastaneye başvurduğu, hangi doktora muayene olduğu; tetkik, tedavi varsa yatış gibi tüm işlemleri ve ilaç alımları izlenebilmekte; maliyetlerin kontrolü ve süreç denetimi mümkün hale gelmiştir (SGK, 2011: 32).

Çizelge 1.4. Sağlık hizmet sunucuları

1- Kamu Sağlık Hizmet Sunucuları
- Sağlık Bakanlığı Kurum ve Kuruluşları
o Aile Hekimliği
o İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumları
- Üniversite Hastaneleri
o Devlet Hastaneleri
o Vakıf Üniversiteleri
- Askeri Hastaneler
- Belediye Hastaneleri
- Kurum Hekimleri
2- Özel Sağlık Hizmet Sunucuları
- Sözleşmeli Sağlık Hizmet Sunucuları
- Ruhsatındaki Tüm Branşlarda Sözleşme Yapan Sağlık Sunucuları
- Kısmi Branş Sözleşmesi Yapan Sağlık Sunucuları
- Sözleşmesiz Sağlık Hizmet Sunucuları
3- Eczane ve Optisyenler

Kaynak: Topcuk, 2011

2.5.1. Kamu sağlık hizmet sunucularından hizmet alınması

5510 sayılı Kanununun 73. maddesinin 8. fıkrasında SGK'nın, "... kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle de sağlamaya yetkili" olduğu hükmüne dayanarak 2009 yılından itibaren SGK Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmet sunucularından aldığı hizmetlerin tamamını götürü bedel ile satın almaya başlamıştır.

Her yıl belirlenen bir bütçe üzerinden Sağlık Bakanlığı ile SGK arasında Götürü Bedel Üzerinden Sağlık Hizmeti Alım Sözleşmesi imzalanmakta olup, işlemler bu sözleşme hükümlerine göre yürütölmektedir. Uygulama ile SGK, kapsamda bulunan sigortalıların Sağlık Bakanlığına müracaat sayıları ve yapılan işlemlerin sayısını dikkate almadan bir yıl boyunca alınacak hizmet karşılığı belirlenen bir meblağı ödemekte, Sağlık Bakanlığı da kendisine müracaat eden tüm sigortalıların sağlık hizmetini karşılamaktadır (Topcuk, 2011).

"Sağlık Bakanlığı hizmetleri verirken verdiği hizmetleri SGK tarafından kurulan MEDULA adı verilen sisteme girmekle birlikte ödemeler sisteme girilen hizmet üzerinden yapılmamaktadır. Sisteme girilen bilgiler gelecek yılın götürü bedelinin hesaplanması sırasında kullanılmaktadır"(Ordu, 2011).

SGK Sağlık Bakanlığı haricinde diğer kamu sağlık hizmet sunucularıyla da protokoller imzalamaktadır. 15/06/2007 tarihinde, Üniversite Hastaneleri, Belediye Hastaneleri ve Askeri Hastanelerle imzalanan protokoller birbirleriyle yakınlık bulunmakta ve aynı protokoller devam etmektedir. Söz konusu protokoller gereği, sağlık hizmet sunucuları, sigortalı hastalara sundukları sağlık hizmet bedellerini gösterir faturaları, ödeme genelgesi doğrultusunda SGK'ya göndermektedirler. SGK, fatura ve eki belgeleri inceleyerek, kesinti yapması gerekiyorsa kesintiden sonra arta kalan kısmın ödemesini yapmaktadır. Burada, Sağlık Bakanlığından farklı olarak, götürü bedel değil, sunulan sağlık hizmeti karşılığında ödeme yapılmaktadır.

SGK, kurum hekimliklerine sundukları hizmet karşılığında herhangi bir bedel ödememektedir, ancak hekimlerin yazdığı sigortalı hastalara ait reçete bedellerini

ödemektedir. Kurum hekimleri ile SGK arasında yapılmış bir protokol/sözleşme bulunmamaktadır (Topcuk, 2011).

2.5.2. Özel sağlık hizmet sunucularından hizmet alınması

SGK tarafından, genel sağlık sigortalısı ve hak sahiplerine, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri kamu sağlık hizmeti sunucuları yanında, imzalanan sözleşmeler yoluyla özel sağlık hizmeti sunucularından da karşılanmaktadır. Sözleşme yapılan özel sağlık hizmet sunucuları; özel hastaneler, tıp/dal merkezleri, fizik tedavi merkezleri, diyaliz merkezleri, ESWL merkezleri, üremeye yardımcı tedavi merkezleri, hiperbarik oksijen tedavi merkezlerinden oluşmaktadır. Özel poliklinikler, diş tedavi merkezleri ve özel diş hekimleri, görüntüleme merkezleri (BT,MR, Radyoloji vs.), tıbbi tahlil ve tetkik laboratuvarları ile de sözleşme yapılmamaktadır.

SGK sözleşmesiz özel sağlık hizmet sunucularından sağlanan sağlık hizmetlerinin bedelini ödemez. Sadece acil hallerde (ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma vb.) sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularının faturalarının ödemesi yapılır.

SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin fiyatı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı'nı temsil eden birer üye ve Kurumu temsil eden iki üye olmak üzere, toplam yedi üyeden oluşan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir. SGK belirli hizmetler için tanıya dayalı paket fiyat uygulamasını, belirli hizmetler için hizmet başına ödeme uygulamasını kullanmaktadır (Topcuk, 2011).

2.5.3. Eczacı ve optikçilerden hizmet alınması

SGK, sigortalıların ilaç teminini sağlamak üzere Türk Eczacılar Birliği (TEB) üyesi eczanelerle protokol imzalamaktadır. SGK ile TEB arasında imzalanan protokol çerçevesinde, sigortalı hasta, reçetesini eczaneye vermekte, ilaçlarını almakta, ilaç katılım payını, muayene katılım payını eczaneye ödemektedir. Eczaneler her ay, sigortalılara verdikleri ilaç tutarlarını SGK'ya fatura etmektedirler. Yine acil haller dışında SGK ile

sözleşmesi olmayan eczanelerden temin edilen ilaçların bedelleri SGK'ca karşılanmamaktadır.

SGK görmeye yardımcı tıbbi malzemelerin temini konusunda optisyenlik müesseseleri ile ayrı ayrı sözleşme yapmaktadır. Optisyenlerin, eczacılar gibi mesleki odaları ve birlikleri bulunmamaktadır. Sözleşme hükümleri doğrultusunda optisyenlik müesseseleri tarafından sigortalılara temin edilen görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ile ilgili reçetelerin ödeme işlemleri, ödemeye esas belgelerin kontrolleri ve cezai şartlar yapılan sözleşme hükümleri doğrultusunda yürütülmektedir (Topcuk, 2011).

3. SGK'DA YÜRÜTÜLEN SAĞLIK DENETİMLERİ VE SAĞLIK HİZMET SUNUCULARININ DENETİMİ

3.1. SGK'da Yürütülen Sağlık Denetimleri

Bu bölümde, denetim ve sağlık denetimi kavramları, SGK açısından sağlık denetimlerinin özellikleri, fonksiyonları, türleri ve mevcut sağlık denetim sisteminin örgütsel yapısı açıklanmaktadır.

3.1.1. Denetim ve sağlık denetimi kavramları

Denetimin tanımı, amacı ve faydaları belirtildikten sonra sağlık denetiminin tanımı ve sağlık denetimlerinin amaçları aşağıda açıklanmıştır.

3.1.1.1. Denetimin tanımı ve amacı

Denetim “bir kişinin, kurumun veya yönetim biriminin yapısı, işlerliği ve uğraşlarının önceden saptanmış kıstaslar çerçevesinde ölçülmesi, gözlenmesi ve bu kıstaslara göre yanlışlık, tutarsızlık, çelişki veya eksiklik içerip içermediğinin belirlenmesi için yazılı ve sözlü olarak yapılan bir araştırmadır” (Altuğ, 2000: 13).

Denetim, kurum ve işletmelerin faaliyetlerinin teftiş, inceleme ve gerektiğinde soruşturma yoluyla mevzuata ve amaca uygun olup olmadığının saptanması ve değerlendirilmesi olarak tanımlanabilir.

Denetim ile “idarenin işleyişindeki aksaklıklar belirlenerek kamu hizmet ve faaliyetlerinin hukuka uygun ve toplumun ihtiyaçlarına yönelik daha iyi bir şekilde sunulması ve kaynakların daha etkin bir biçimde kullanılması hedeflenir ve bunun için gerekli tedbirler alınır” (Yıldız, 2008: 13).

Örgüt yapısı içinde denetimi en üst yöneticinin yapması beklenir. Ancak örgütler büyüdükçe yapılan iş ve işlemlerin artması ve karmaşıklaşması ile denetim görevini yöneticilerin yapması her zaman mümkün olmadığından konusunda uzmanlaşmış, bağımsız ve tarafsız kişilerce yapılması yoluna gidilmektedir. Denetim işini yapmakla

görevli meslek mensuplarına genel olarak denetçi dendiği gibi denetim faaliyetinin türüne göre denetmen, müfettiş, uzman, kontrolör gibi adlarında kullanıldığı görülmektedir (Mil, 2013: 22).

3.1.1.2. Denetimin faydaları

Yönetimin bir işlevi ve ayrılmaz parçası olan denetim; yöneticilere, karar mercilerine bir taraftan denetledikleri birim hakkında yeterli ve doyurucu bilgi verirken diğer taraftan denetlenen kurumların eksikliklerini rapor etmek ve ihtiyaç duyduğu değişiklik, yenilenme ve gelişme yol ve yöntemlerini önermektir.

Denetimin ilk akla gelen faydası yasal düzenlemelere uygunluk denetimi açısından, uygulamaların mevzuata, yürürlükteki yazılı hukuk kurallarına uygunluğunun tespitidir. Yasalara uygunluk denetimiyle bağlantılı olarak, mevzuatı oluşturan ilke, norm ve standartlarda zaman içinde koşulların değişmesi ve yeni ihtiyaçların ortaya çıkması ile oluşan farklılıkların yetkili makamlara iletilmesi denetimin diğer bir önemli işlevidir.

Denetimin en önemli işlevlerinden biri eğitim ve rehberlik işlevidir. Gerek yeniliklerin uygulamaya konması sırasında ve gerekse uygulamadaki uzmanlık gerektiren konularda denetim denetlenene eğitim ve rehberlik hizmeti sunmaktadır (Yıldız, 2008: 19-20).

Son olarak denetimin denetleyenlere yönelik bir işlevinden bahsedilebilir. Her kurumun denetim birimi kendi kurum mevzuatına hakim, alanında uzman, uzun yıllar kuruma ilişkin konular üzerinde düşünmekten gelen bir farklılıkla yüksek tecrübe ve kariyer sahibi kadroları yetiştiren birer okul niteliğinde hizmet vermektedirler (Ertekin, 1999: 60).

3.1.1.3. Sağlık denetiminin tanımı

Sağlık denetimi; sağlık hizmeti veren kurumların mali, idari ve teknik açılarından denetlenmesinden başlayarak tüm sağlık sektörünün denetimini içeren geniş bir çalışma alanını ifade etmektedir (Yıldız, 2008: 8).

Devletin sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlara yönelik, sağlık gibi yaşamsal öneme sahip olan sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde kurallara uygun hizmet sağlayıp sağlamadıkları, erişilebilirlik, kalite, miktar ve gerekli koşullar açısından sürekli denetlenmelerini zorunlu kılmaktadır. Bu açıdan sağlık denetimi; sağlık hizmet sunucularının kanunlara uygun hareket edip etmediklerini, yanlış uygulamaların düzeltilmesini, sağlık alanındaki hata ve suiistimallerin önlenmesi amacıyla yapılan işlemlerin tamamıdır.

Sağlık denetimi, sağlık harcamalarının artışını önlemede yararlanılan bir araçtır. Zira, sağlık hizmet sunucuları, sağlık denetimi sonucu etkin ve yakalanma şansının yüksek olduğunu bildiği ölçüde, yasal sorumluluklarını yerine getirmekten kaçınmayacaktır.

Bir kurumda en iyi uygulama yasaları yürürlükte olsa ve en iyi idari işleyiş sağlansa da, etkin denetimin olmayışı zaman içerisinde sistemin bozulmasına neden olabilmektedir. Denetimin temel amacı, sağlık hizmet sunucularını yasalara uygun çalışmaya ve hareket etmeye yöneltmektir.

3.1.1.4. Sağlık denetimlerinin amacı

SGK'da sağlık denetimlerinin amacı, GSS kapsamında olan bireylerin sağlık ihtiyaçlarının tanımlanması, bunun için gerekli adımların en iyi ve doğru biçimde sıralanması, bu adımların gerektiği anda aksamaya uğramadan atılması ve giderek daha yüksek etkinlikte gerçekleştirilmesinin yollarını göstermektedir. Böylece sağlık hizmetleri faaliyetleri içerisinde sigortalıya değer yaratmayan ve Kurum kaynaklarını tüketen israfın önlenmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık harcamalarında israf, hizmetin tanımının, kalitesinin, tasarımının gereği gibi planlanması ve sunulması ile önlenebilecektir. Bu hizmetten yararlanma hakkına sahip olan genel sağlık sigortalılarının gerçek durumlarına uygun bir şekilde hizmeti alabilmeleri gerekmektedir. Fayda yaratmayan faaliyetleri kaldırıp, fayda yaratan faaliyetlerin sigortalı tarafından yararlanmasında süreklilik sağlanmalıdır. SGK, sigortalılar adına satın aldığı sağlık hizmetleri için, gerçeğe uygun sağlık hizmetlerinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkan hata ve suiistimallerin ortaya konulması, riskli noktaların en aza

indirgenmesi ve gerekli önlemlerin alınması açısından sağlık harcamalarının denetimi çok önemli bir konudur (Kabataş, 2010: 71-72).

3.1.2. Sağlık Denetiminin Özellikleri

Sağlık denetiminin çok çeşitli özellikleri olmakla birlikte başlıcaları ve en önemli özellikleri hukukilik, tarafsızlık ve dış denetim özellikleridir.

3.1.2.1. Hukukilik

Sağlık denetimi, kanuni yetkilere dayanılarak yapılır. Kanun koyucu SGK'nın sağlık hizmeti satın aldığı sağlık kurumlarının reçete ve faturalarını inceleme, gerek duyduğunda sağlık hizmet sunucularının denetlenmesini imkân sağlayan düzenlemeler yapmıştır.

Gerçekten 5510 sayılı Kanununun 78'inci maddesinin 3'üncü fıkrasında yer alan "Kurum, Genel Sağlık Sigortası hükümlerinin uygulanmasıyla ilgili olarak; işverenler, sağlık hizmeti sunucuları ve diğer gerçek ve tüzel kişiler nezdindeki defter, belge ve bilgileri inceleyebilir, ibrazını isteyebilir" hükmü ve aynı Kanun maddesinin 4'üncü fıkrasında yer alan "Kurum, bu Kanunda belirtilen görevleriyle ilgili olarak sağlık hizmeti sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahiptir. Kurum, bu yetkisini görevlendirdiği personeli vasıtasıyla... kullanabilir" hükmü yer alırken aynı kanunun 'idari yaptırımlar ve fesih' başlıklı 103'üncü maddesinde inceleme yöntemi ile ilgili düzenlemeler ve sağlık hizmet sunucularına uygulanacak müeyyidelerle ilgili düzenlemeler bulunmaktadır.

Diğer yandan, SGK'nın özel sağlık hizmet sunucularıyla yaptığı sözleşmelerde, sağlık hizmet sunucularının Kurum tarafından denetleneceği, denetim sonucunda sözleşmeye/protokole uymayan sağlık hizmet sunucusuna fesih ve/veya cezai müeyyide uygulanacağına ilişkin hükümler yer almaktadır (Topcuk, 2011).

Hukuk devletinin en önemli özelliği; devletin yapmış olduğu her türlü idari eylem veya idari işlemin yasal bir dayanağının olması ve bu yapılan idari eylem veya idari

işlemlerin yargı denetimine tabi olmasıdır. Bu nedenle devletin en önemli unsurlarından birisi olan sağlığın denetiminin de yasal bir dayanağı vardır.

3.1.2.2. Tarafsızlık

Sağlık denetiminin amacı yalnızca sağlık harcamalarının azaltılması olmamalı hem SGK hem de sağlık hizmet sunucuları açısından tarafsız olması gerekmektedir. Kanunlar ve sağlık hizmet sunucuları ile yapılan sözleşme ve protokollerde bu yönde düzenlemeler mevcut olup denetimin sonunda fazladan yapılan kesinti ve/veya cezai müeyyide yapıldığı anlaşılan durumlarda ödemenin sağlık hizmet sunucularına iadesi mümkün olabilmektedir.

Denetim elemanları denetim faaliyetlerini yürütürken sadece SGK'nın yararını düşünmek değil tarafsız davranmak zorundadır. SGK tarafından reçete/fatura inceleme ve denetim görevini yapan ekipler bütün görevleri boyunca önyargılardan, kayırmadan, dışsal etkilenmelerden veya çıkar çatışmalarından arınmış bir mesleki davranış içerisinde bulunmalıdır.

3.1.2.3. Dış denetim

Dış denetim; bir işletmenin hesaplarının işletmede çalışanların dışında başka kişi veya kurumlarca denetlenmesidir. Denetimi yapanların işletmeye bağlı olmaması ve bağımsız olmasından dolayı bağımsız dış denetim olarak adlandırılır. SGK açısından bağımsız dış denetim 5510 sayılı Kanununun 59'uncu maddesinde, "bu kanunun uygulanmasına ilişkin işlemlerin denetimi, Kurumun denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları eliyle yürütülür..." hükmü yer almaktadır. Sağlık denetimi; sağlık hizmet sunucularının işyerinde çalışan elemanları tarafından yapılmayıp, SGK'ya bağlı denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları tarafından yapılmaktadır. Bu özelliğinden dolayı dış denetim sayılmakta ancak inceleme elemanlarının devlete bağlı olması nedeniyle bağımsız dış denetim değil de sadece dış denetim olarak kabul edilmektedir.

3.1.3. Sağlık denetiminin fonksiyonları

Sağlık denetiminin; araştırma, önleme ve düzeltme olmak üzere üç fonksiyonu bulunmaktadır. Aşağıda kısaca bu fonksiyonlara değinilecektir.

3.1.3.1. Araştırma

Araştırma fonksiyonu; sağlık denetiminin arayıcı ve bulucu fonksiyonu olarak da adlandırılır. Bu fonksiyon, sağlık denetimi yoluyla sağlık hizmet sunucularının yaptığı işlemleri ve bu işlemlerini defter ve kayıtlarına alıp almadığının doğruluğunu tespit etmek amacıyla defter ve kayıtlarında yapılan hata ve hilelerin araştırılması, bulunup ortaya çıkarılması yani yakalanmasını ve bulunan hata ve hilelerin mevzuat hükümleri çerçevesinde düzeltilip gerekli işlemlerin uygulamaya konulmasını sağlar.

Sağlık denetiminin temel fonksiyonu olan araştırma fonksiyonunun önemi zaman içerisinde SGK'nın sağlık hizmet sunucuları ile işbirliği anlayışı esasına dayalı politikası nedeniyle önemini kaybetmekte bunun yerine önleme fonksiyonu daha ön plana çıkmaktadır.

3.1.3.2. Önleme

“Önleme fonksiyonunun temeli; hata yapılmasını önleyici etkilerin meydana getirilerek hataların kaynaklarının yok edilmesi düşüncesidir” (Akdoğan, 1979: 10).

Araştırma fonksiyonunda; hata ve suiistimallerin ortaya çıkarılıp tespit edilerek düzeltilmesi varken önleme fonksiyonundaki amaç ise bundan tamamen farklı olarak bu hata ve hilelerin yapılmasını engellemektir. Böylece sağlık hizmet sunucuları hata ve hile yollarını kullanmak suretiyle SGK'nın gereksiz sağlık harcaması yapmasına sebebiyet vermemiş olacaklardır. Ancak bunun gerçekleşebilmesi için sağlık denetiminin etkin olması zorunludur.

Sağlık denetiminin sayısı ve etkinliği arttıkça sağlık hizmet sunucularının denetimden geçme olasılığı ve her an denetimden geçebilecekleri hissi de artacaktır. Bunun sonucunda sağlık hizmet sunucuları bilerek suiistimal yapmaktan vazgeçeceklerdir

3.1.3.3. Düzeltme

Düzeltme fonksiyonunun amacı; sağlık denetimleri sırasında sağlık hizmet sunucuları ile SGK arasında karşılıklı iletişiminin sonucu, denetim elemanı/müfettiş sağlık hizmet sunucularını uyarmak, bilgi vermek ve yardımcı olmak suretiyle sağlık hizmet sunucularına eğitici bir görev üstlenerek onların hata yapmalarını önlemek ve hatalarını da düzelttirmektir. Sağlık hizmet sunucularının eğitilmeleri sonucu sağlık harcamalarında hata ve suiistimal oranı en aza indirilmiş olacaktır.

3.1.4. Sağlık denetiminin türleri

Denetim, denetim çalışmasının ne amaçla yapıldığına veya denetimin konusunun ne olduğuna göre sınıflandırılır (Kabataş, 2010: 60). Denetim faaliyeti ile ulaşılmak istenen amaca göre denetim türleri; uygunluk denetimi ve performans denetimi olmak üzere sınıflandırılabilir.

Uygunluk denetimi, bir kurumun düzenlilik açısından, mali açıdan ve usul yönüyle denetime alınmasıdır. Bir kurumun iş ve işlemlerinin önceden belirlenmiş yöntemlere, kurallara veya mevzuata uygun olup olmadığını belirlemek amacıyla denetlenmesidir. Denetimin konusu ise, genel olarak kurumun mali işlemleri ve faaliyetleridir (Mil, 2013: 40). SGK kendi faaliyet konuları dâhilinde uyulması gereken bazı kurallar belirlemiştir. Bu kurallara uyulup uyulmadığını ise görevli denetim elemanları tarafından yürütülmektedir.

Performans denetimi, uygunluk denetimine göre daha geniş bir alana yayılan genel kabul görmüş bir denetim türüdür. Performans denetimi kurumların güçlü ve zayıf yönlerini, karşılaşılabilecekleri tehditleri ve yakalayabilecekleri fırsatların değerlendirilerek, kurum üst yöneticilerine yararlı ve güvenilir bilgiyi üretmeyi amaçlamaktadır. Uygunluk denetimi sadece harcamaların meşruluğu, uygunluğu ve düzenliliği yönlerinden inceleme yaptığından kapsamı dardır. Performans denetimi ise verimlilik, etkinlik ve tutumluluğun gerçekleşme derecesini saptamak için çeşitli yönetim işlerini incelediğinden kapsamı geniştir (Apan, 2008: 81-82).

SGK'nın hizmet satın aldığı yaklaşık 32.000 sağlık hizmet sunucusunun bulunması ve sağlık hizmet sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemlerin daha etkin ve verimli şekilde denetlenmesi amacıyla "Sağlık Hizmet Sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları" konulu 2012/41 sayılı Genelge 28 Aralık 2012 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

2012/41 sayılı Genelge ile birlikte sağlık hizmeti sunucuları hakkında, ihbar ve şikâyete bağlı denetim, planlı denetim ve gerekçeli denetim olmak üzere üç şekilde denetim yapılmaktadır. Görüldüğü üzere bu denetimler uygunluk denetimi kapsamında gerçekleştirilmektedir.

3.1.4.1. İhbar ve şikâyete bağlı denetim

İhbar ve şikâyet müessesesi yasal düzenlemelerce korunan dilekçe verme hakkı çerçevesinde işleyen bir mekanizmadır. Vatandaşların kendileri veya kamuyla ilgili dilek ve şikâyetleri hakkında, yetkili makamlara ve TBMM'ne yazı ile başvurma hakkına sahip oldukları anayasal bir hak olarak tanınmıştır. Bu hakkın kullanımına ilişkin düzenleme 01.11.1994 tarih 3071 sayılı Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Yasa ile yapılmıştır. Bu düzenlemeler çerçevesinde SGK kayıtlarına intikal ettirilmiş bir dilekçede yer alan hususların araştırılması denetimin konusunu oluşturabilmektedir.

2012/41 sayılı genelgede belirtildiği üzere, ihbar ve şikâyete bağlı denetim, sağlık hizmetlerinin sunumu ile ilgili, sağlık hizmet sunucuları hakkında, genel sağlık sigortalısı ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, üçüncü kişiler ya da kamu kurumları tarafından, SGK'ya yazılı veya elektronik ortamda gönderilen ihbar ve şikâyetlerde belirtilen hususların incelenmesi ve araştırılması ile ilgili olarak yapılır.

3.1.4.2. Planlı denetim

Etkin bir denetim için planlama şarttır. Bu durum kurumlar için en önemli sorunlardan biridir. Ülkemizde kamu denetim sisteminin planlı ve programlı olarak tabir edilen yani öncelikli ve riskli alanları dikkate alan stratejik planlara ve yıllık programlara dayalı olarak gerçekleştirilmediği, böyle bir anlayışın bulunmadığı görülmektedir. Bu durumun üzerine denetim birimleri arasındaki işbirliği ve koordinasyon eklendiğinde

karşımıza dağınık ve denetlenmeyen alanların çok olduğu bir denetim sistemi çıkmaktadır (Mil, 2013: 84).

2012/41 sayılı genelge hükümleri doğrultusunda planlı denetim, sağlık hizmet sunucuları hakkında Kurumca yayımlanan mevzuat ve sözleşme/protokol hükümlerine göre iki yılda en az bir defa yapılması gereken denetimdir.

Genelge kapsamında sağlık hizmet sunucularına yönelik, sağlık hizmet sunucularının adreslerinin ve ortaklarının değişip değişmediği, acil servisteki hekim sayıları, fazla oranda ilave ücret alınması, katılım payı alınmaması, yasaklı ya da miadı geçmiş ilaç ve malzeme kullanılıp kullanılmadığı vb. hususlara yönelik denetim birimleri tarafından denetimler yapılmaktadır.

3.1.4.3. Gerekçeli denetim

Gerekçeli denetim, sağlık hizmet sunucularının mevzuat ve sözleşme hükümlerine uyumluluk açısından fiilen denetlenmesidir. Sağlık hizmet sunucuları hakkında, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ve Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezlerinin kurulu bulunduğu ildeki Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri tarafından tespit edilen usulsüz işlemler gerekçeli denetimin konusunu oluşturur.

SGK ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına yönelik çok sayıda denetim gerekçesi bulunmaktadır. Her bir gerekçeli denetim ayrı bir süreç gerektirmekte ise de konu ile ilgili mevzuatın derlenmesi, gerektiğinde konu hakkında teknik bilgi edinilmesi oldukça önemlidir.

Denetim konusunun içeriğine göre hasta dosyası içeriği belgelerin (teşhise esas olan bulgular, hasta yakınması, hekimin fizik muayene bulguları, tetkik, tahlil sonuçları, protokol kayıt defteri, hasta yatış kayıtları, hemşire gözlem kağıdı, hasta tabelası, laboratuvar kayıtları, ameliyathane kayıtları, epikriz raporu vd.) tetkiki, gerektiğinde, tedaviyi yapan sağlık personelinin (hekim, hemşire, teknisyen) bilgisine başvurulması gerekebilir. Ayrıca uygulanan tedavi konusunda hastadan bilgi alınması, yapılan tedavi ile ilgili bilirkişi tetkik ve görüşlerine başvurulması faydalı olabilir.

Konu ile ilgili tüm delillerin toplanmasının sonucunda sağlık hizmet sunucusu yetkililerinin bilgilerine müracaat edilir. Varsa kurum zararı ve sorumluları tespit edilir (SGK, 2012: 19-20).

3.1.5. Sağlık denetiminin örgütsel yapısı

5510 sayılı Kanun'un 78 inci maddesine göre; SGK'nın sağlık hizmet sunucularının yürüttüğü hizmet ve işlemleri kontrol yetkisine sahip olduğu, bu konuda gerekli defter, belge ve bilgileri inceleyeceği hüküm altına alınmıştır. SGK'nın bu yetkisini kullanması ile gerekli hükümler ayrıca sağlık hizmet sunucuları ile yapılan sözleşme ve protokollerde de yer almaktadır.

SGK sağlık harcamalarının denetimi için özel bir harcama denetimi birimi kurmuş değildir. Kendi bünyesinde oluşturduğu ödeme kanalları ve denetim mekanizması ile beraber, belirlenen fiyat üzerinden ödeme yapmakta ve denetimi de kendisi gerçekleştirmektedir (Kabataş, 2010: 50).

Sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin mevzuat hükümleri doğrultusunda yerine getirilip getirilmediğinin tespiti; SGK'nın merkez teşkilatı ana hizmet birimlerinden olan ülke ölçeğinde genel denetim yapan Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ve Sağlık Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlüğü bulunan Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerinde "fatura incelemeleri"nde görevli uzman hekim, hekim, diş hekim, eczacı unvanlı personel tarafından yerine getirilmektedir.

3.1.5.1. Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı

SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı; 16.05.2006 tarihli ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu'nun 17. ve 30. maddelerine istinaden kurulan, doğrudan SGK Başkanına bağlı ve onun adına görev yapan, bir Başkan ile başmüfettiş, müfettiş ve müfettiş yardımcılarında oluşan, kurum içi ve kurum dışı teftiş ve denetimlerini bir arada yapmak üzere görevlendirilmiş ana hizmet birimidir (SGMDER, Tarihçe, 2014).

SGK'nın merkez ve taşra teşkilatı ile personelinin idarî, malî ve hukukî işlemleri hakkında teftiş, inceleme ve soruşturmalar, SGK ile sözleşme yapmış gerçek ve tüzel

kişiler hakkında inceleme ve soruşturmalar, kayıt dışı istihdamı ve sosyal güvenlik suiistimallerini önlemeye, olumsuz sigorta olaylarını azaltmaya ve sorumlularını tespit etmeye yönelik inceleme ve soruşturmalar Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı bünyesinde görev yapan müfettişlerce yapılmaktadır.

SGK Müfettişleri genel olarak;

- SGK ile sözleşmeli tüm sağlık hizmet sunucularının iş ve işlemlerinin denetlenmesi ile birlikte sağlık sigortası yolsuzluklarına yönelik inceleme ve soruşturma yapmak,
- Kayıt dışı istihdam ile mücadele kapsamında asgari işçilik incelemesi ve sahte sigortalılık soruşturması gibi sigorta olaylarına ilişkin inceleme ve soruşturma yapmak,
- SGK'nın tüm merkez ve taşra teşkilatının iş ve işlemlerini yıllık programlar dâhilinde düzenli olarak teftiş etmek ve personelinin iştirak ettiği suç unsurları taşıyan eylemlerinin incelenmesini ve soruşturmasını yapmak ile görevlidirler (SGK, 2013c: 10-11).

Özellikle sağlık hizmetlerinin özel sektöre açılması ve GSS'ye geçilmiş olması vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmıştır. Ancak buna paralel olarak sağlık hizmet sunumunda usulsüz uygulamalar da artmıştır. Buna yönelik denetimler de ülke çapında faaliyet gösteren müfettişler vasıtasıyla yapılmaktadır. SGK müfettişleri sağlık hizmetleri mevzuatının uygulanması ile ilgili işlemlerin, mevzuat hükümlerine uygun biçimde yürütülmesi, mevzuattan ve standartlardan sapmalar varsa, bunların nedenlerini tahlil ederek sapmaların düzeltilmesi ve hizmetlerin etkin ve verimli bir düzeye ulaşması için ilgili mercilere önerilerde bulunulması, sağlık sistemindeki yolsuzluk ve usulsüzlüklerin en aza indirilmesi amacıyla denetimlerini yürütür.

SGK müfettişleri tarafından yapılan denetimler sonucunda karşılaşılan uygunsuzluklar konusunda sağlık hizmet sunucuları bilgilendirilerek yanlış ve eksikliklerin düzeltilebilmesine olanak sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerini sunan kurumlarda tespit edilmiş, hukuki yönden sakıncalı olan konular hakkında takipler yapılarak gerektiğinde adli süreç işletilebilmekte, sözleşme şartlarına uymayan kurumlara para cezası ve diğer cezai müeyyideler uygulanabilmekte, gerektiğinde sözleşme fesih edilebilmektedir.

3.1.5.2. Sağlık sosyal güvenlik merkezleri

Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleri SGK'nın taşra teşkilatı olan Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerine bağlıdır. Sağlık Sosyal Güvenlik Merkez Müdürlüğü bulunan Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerinde görevli uzman hekim, hekim, diş hekimi, eczacı unvanlı personel sağlık hizmet sunucuları tarafından SGK'ya fatura edilen bedellerin kontrol ve incelemesi yapılmaktadır.

Sağlık hizmet sunucuları tarafından GSS kapsamında bulunan kişilere sunulan hizmetleri gösterir faturalar SGK'ya elektronik ortamda gönderilmektedir. Sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler ile karşılığı ödeme işlemlerinin elektronik ortamda yürütülmesi MEDULA olarak isimlendirilen sistem üzerinden gerçekleştirilmektedir.

Genel olarak sistem, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi iç iş süreçlerine müdahale edilmeden, hastane yönetim sistemine entegre edilecek web servisleri ile bilgilerin aktarılması şeklinde çalışmaktadır. MEDULA sistemi, bilgilerin elektronik ortamda aktarılması işlevinin yanında, teknik imkânlar ölçüsünde, ödeme kurallarının da sisteme eklenmesi ile sağlık hizmeti sunucularının sağladıkları bu hizmetlerin kurallara uygunluğunu kontrol etmelerine katkı sağlama amacı da taşımaktadır (SGK, 2013a: 16).

Sağlık hizmet sunucularının ürettikleri sağlık hizmetlerinin %5 ila %10 oranı üzerinden örnekleme yöntemi ile incelenmekte ve bunlar için sağlık hizmet sunucuları, her ayın başı ile sonu arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin tek bir fatura düzenlemektedirler. MEDULA sistemini kullanan sağlık kurum ve kuruluşları, faturalar ile işlemlerin ayrıntısını gösteren eki hizmet detay belgelerini, hem kendi sistemleri üzerinden basılı olarak hem de MEDULA sisteminde elektronik olarak düzenlemektedirler. Yine yapılan tıbbi işlemlerin ayrıntılarını gösteren epikriz ve rapor gibi istenen diğer belgeler ise basılı olarak SGK'ya intikal ettirilmektedir.

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından, karşılığı tutarları tek bir fatura ile SGK'dan talep edilen sağlık hizmetlerinin ayrıntıları, her başvuru için ayrı ayrı düzenlenen fatura eki belgelerde (hizmet detay belgesi, epikriz, rapor vb.) gösterilmektedir. Bazı sağlık hizmetlerinin ise örneklemeye dâhil edilmeksizin tamamının incelenecek olması nedeniyle, bu grupta yer alan başvuruların bir kısmı her hasta için ayrı ayrı, bir kısmı ise tek bir grup

halinde eki belgeleri ile birlikte fatura edilmektedir. Gerek örnekleme yöntemi ile gerekse tamamı incelenmekte olan fatura ve eki belgelerde yer alan bilgilerin şekil ve içerik yönüyle incelenmesine “fatura incelemesi” denilmektedir.

Sağlık hizmet sunucuları tarafından üretilen sağlık hizmetleri, SGK, SUT, sözleşmeler ve diğer ilgili mevzuat ile belirlenen kurallara uygun olup olmadığı, fatura ve eki belgelerin usulüne uygun düzenlenip düzenlenmediği, bu belgelerde gösterilen tıbbi işlemlerin bilimsel gerçeklere, sağlık alanındaki ilgili mevzuata, genel tecrübeler ve hayatın olağan akışına göre beklenen durumlara uygun olup olmadığı gibi yönlerden incelenmekte ve yapılan bu inceleme sonucuna göre ödemeye ilişkin karar verilmektedir.

Fatura inceleme ve kontrollerinin temel amacı, yapılan incelemeler sonucunda uygun bulunanların ödenme, uygun bulunmayanların ise ödenmeme veya kesinti kararlarının oluşturulmasıdır. Diğer yandan kaynakların etkin kullanılması, haksız çıkar temini ve haksız rekabetin önlenmesinin temin edilmesi ve caydırıcılığın sağlanması ile sağlık suiistimallerinin en alt düzeye indirilmesi de amaçlanmaktadır.

Söz konusu inceleme ve kontroller sırasında, inceleyiciler arasındaki farklılıkların ortadan kaldırılarak uygulama birliğine ulaşılması hedeflenmektedir. İncelemelerin etkin, verimli ve hukuka uygun olarak sonuçlandırılması suretiyle SGK ile sağlık hizmet sunucuları arasındaki uyuşmazlıkların asgariye indirilmesi ve bu sayede ödeme süreçlerinin iyileştirilerek genel sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşması sağlanabilecektir. Böylece SGK'nın sağlık hizmeti satın aldığı sağlık hizmet sunucuları ve bu hizmetlerden yararlandığı kişilerle olan ilişkilerini düzenleyerek sosyal güvenliğe olan güvenin pekiştirilmesi amaçlanmaktadır (SGK, 2011: 2).

3.2. Sağlık Hizmet Sunucularının Denetimi

Sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin mevzuat hükümleri doğrultusunda yerine getirilip getirilmediği SGK'nın denetim ve kontrol ile görevlendirilmiş memurları tarafından yerine getirilir.

2012/41 sayılı Genelge kapsamında sağlık hizmet sunucularının denetime alınma usulleri;

- Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı bünyesinde çalışan SGK Müfettişleri tarafından yürütülmekte olan inceleme ve soruşturmalar neticesinde denetim talebinde bulunulması,
- Sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, üçüncü şahısların ya da diğer kamu kurumlarının SGK'ya yazılı, ALO 170 veya elektronik ortamda gönderilen ihbar ve şikâyetlerinin bulunması,
- Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri tarafından, SGK tarafından yayımlanan mevzuat ile sözleşme ve protokol hükümlerine aykırılıkların tespit edilmesi veya herhangi bir aykırılık olup olmadığının kontrolü amacıyla inceleme ve kontrol talebinde bulunulması,
hallerinde sağlık hizmet sunucusu hakkında görev emri hazırlanır.

3.2.1. Kamu ve özel hastane denetimleri

Sağlık Bakanlığı ve diğer kamu kurumlarıyla (üniversiteler, belediyeler, askeri hastaneler vs.) imzalanan protokollerde, SGK'nın, sunulan sağlık hizmetinin niceliğini kontrol etme, bilgi ve belge isteme yetkisinin bulunduğu belirtilmiştir. Yapılan denetimler sonucunda protokol hükümlerinin uyulmadığı, sunulmayan sağlık hizmetinin fatura edildiği ve/veya faturaların gerçek rakamların üzerinde bir rakamla tanzim edildiğinin tespit edilmesi halinde, ilgili kamu sağlık hizmeti sunucusuna yapılacak ödemelerden yalnızca kesinti yapılabilmektedir. Kamu sağlık hizmet sunucularına ayrıca cezai müeyyide uygulanmamaktadır (Topcuk, 2011).

SGK ile özel sağlık hizmet sunucuları ile yapılan sözleşmelerde, hasta kabulünün ne şekilde yapılacağı, ilave ücretin sınırı, hangi tedavi ve kişilerden ilave ücret talep edilemeyeceği, sağlık hizmeti sunucularının devir ve birleşmelerde uyacağı usul ve esaslar, hekimlerin çalışma şekli, hekim ayrılış ve yeni başlayanların bildirim zorunluluğu, bazı tedavilere ait özel hükümler yanında cezai şart ve fesih hükümleri yer almaktadır.

Sağlık hizmeti sunumlarında karşılaşılan usulsüzlüklerin başlıcaları; endikasyonsuz tedavi (tıbbi, cerrahi), gereksiz tetkik ve tahlillerin yapılması ve/veya yapılmayan tetkik ve

tahlillerin fatura edilmesi, mükerrer faturalandırma, cerrahi tedavilerin üst gruptan fatura edilmesi (paket dışı tedavilerde), anestezi tipinin farklı faturalanması, antibiyotik gibi ilaç sarfiyatlarının yüksek fatura edilmesi(yatan hastada), demirbaş ve basit (sıhhi) sarf malzemelerinin fatura edilmesi, hasta yatış sürelerinin fazla gösterilmesi, tedavinin Kuruma bildirilen hekimin dışında hekim tarafından yapılması, ruhsatsız ve/veya lisanssız birim ve cihazlarla tedavi yapılması, çoklu kullanımlı malzemelerin her hastaya ayrı ayrı fatura edilmesi, paket tedavilerde, paket kapsamındaki tahlil ve tetkiklerin ayrıca fatura edilmesi ve paket kapsamı dışında ilave muayene, tetkik ve tahlil yapılmasıdır (SGK, 2008: 221-222).

Tıbbi malzeme temin ve kullanımında karşılaşılan usulsüzlüklerin başlıcaları; tıbbi malzeme fiyatlarının yüksek tespiti, hak sahibi olmayan kişilere kullanılan malzemelerin fatura edilmesi, süreli cihazların izlenememesi, sözleşme kapsamında olmayan malzemelerin fatura edilmesi, tek kullanımlık malzemelerin birden fazla fatura edilmesi, malzemelerin hastalara temin ettirilmesidir (SGK, 2008: 225).

Denetimler sonucunda; sağlık hizmeti sunucusunun faaliyetiyle ilgili tabi oldukları mevzuat ve SUT hükümlerine uygun olmayan durumun SGK'ca ya da İl Sağlık Müdürlüklerince tutanakla tespit edilmesi halinde, ilgili branş ve branşlar MEDULA sistemi üzerinden pasif hale getirilir ve cezai şart uygulanır. SGK'ca tespit edilen fiiller açık olarak belirtilmek suretiyle sağlık hizmet sunucusuna tebliğ edilir. Ayrıca tespit edilen durum sözleşmede ayrı bir cezai şart gerektiriyorsa maddi olarak daha ağır olan şarta göre işlem yapılır. SGK tarafından tespit edilen durum ilgili İl Sağlık Müdürlüğü'ne yazılı olarak bildirilir. Mevzuat hükümlerine uygun duruma getirildiğini gösteren İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınacak belgenin SGK'ya iletildiği tarihten itibaren 3 (üç) iş günü içinde, ilgili branş veya branşlar MEDULA sistemi üzerinden aktif hale getirilir. Sağlık İl Müdürlüğü'nün yapmış olduğu tespitler sonucu pasif hale getirilen branştan fatura edilen sağlık hizmeti bedelleri ödenmez, ödenmiş ise ödeme tarihinden itibaren hesaplanacak yasal faizi ile birlikte sağlık hizmeti sunucusunun SGK'da tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilir. SGK'da tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan sağlık hizmeti sunucuları için SGK alacağı genel hükümlere göre tahsil edilmektedir.

Sağlık hizmet sunucusu denetimler sonucunda; ortaya çıkabilecek SGK zararını ve SGK'nın bu konuda Kurum dışından yaptırdığı bilirkişi ve inceleme giderlerini ödeme

tarihinden itibaren hesaplanacak yasal faizi ile birlikte sağlık hizmeti sunucusunun SGK'da tahakkuk etmiş alacağından mahsup edilir. SGK'da tahakkuk etmiş alacağı veya yeterli alacağı bulunmayan sağlık hizmeti sunucuları için SGK alacağı genel hükümlere göre tahsil edilmesini kabul ve tahakkuk etmektedir (Kabataş, 2010: 54-55).

3.2.2. Eczane ve optik denetimleri

SGK kapsamındaki kişilerin TEB yesi eczanelerden ilaç alımına ilişkin protokolde, reçete ve faturaların düzenlenme şekilleri, faturaların ödenmesi, teslimi, incelenmesi yanında cezai şart ve fesih hükümleri yer almaktadır. Sigortalı hasta, protokol çerçevesinde, reçetesini eczaneye vermekte, ilaçlarını almakta, ilaç katılım payını, muayene katılım payını eczaneye ödemektedir. Eczaneler her ay, sigortalılara verdikleri ilaç tutarlarını SGK'ya fatura etmektedirler (Topcuk, 2011).

2014 yılı itibariyle SGK kapsamında yer alan 60 milyona yakın kişi SGK ile sözleşmeli yaklaşık 24 bin eczaneden hizmet almaktadır. Eczanelerle sözleşme yapılması ile karşıladıkları reçetelerin kontrolü sonrası ödeme işlemleri 35 ilde faaliyet gösteren Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleri tarafından yrtlmektedir.

Eczane denetimlerinde karşılaşılan usulsüzlüklerin başlıcaları, sahte reçeteler, sahte sağlık kurulu raporları, reçetedeki ilaçların hastaya teslim edilmemesi/eksik teslim edilmesi, ilaç katkı payının alınmaması, doktor-eczacı işbirliği, reçete ve eki belgelerde tahrifat, muvazaa yapılmasıdır.

SGK tıpkı eczane denetimlerinde olduğu gibi reçetelerin kontrolü sonrası ödeme işlemleri Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleri tarafından yrtlmektedir.

Optik işlerinde genellikle karşılaşılan usulsüzlükler SGK ile optik sahibi arasında akdedilen sözleşmedeki hususların ihlal edilmesidir. Genellikle, sağlık karnesine yazdırılan gzlk ve camların, hak sahibine verilmemesi ya da güneş gözlüğü verilmesi şeklinde gerçekleşmektedir (SGK, 2008: 226-227).

Sağlık hizmet sunucuları ile SGK arasında yapılan sözleşme/protokol hükümleri doğrultusunda SGK tarafından yapılan inceleme ve soruşturmalar neticesinde uygulanacak

olan idari yaptırım ve fesih hükümleri 5510 sayılı Kanunun 103'üncü maddesi'nde düzenlenmiştir. İlgili madde uyarınca yapılan denetimler neticesinde;

- a) Sağlık hizmeti sunulmadığı halde sağlık hizmetini fatura ettiği,
- b) Faturayı veya faturaya dayanak oluşturan belgeleri, gerçeğe aykırı olarak düzenlediği,
- c) 5510 sayılı Kanunun 64 üncü madde gereğince kapsam dışı tutulan sağlık hizmetlerini, kapsam içinde olan sağlık hizmetleri gibi gösterdiği,
- d) Sağlık hizmetlerine hak kazanmayan kişilere, sağlık hizmeti sunarak Kuruma fatura ettiği,
- e) 5510 sayılı Kanunun 73 üncü maddesi gereğince belirlenen tavanın üzerinde ilave ücret aldığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucuları hakkında genel hükümlere göre takip yapılır. Bu fiiller nedeniyle SGK'nın yersiz ödediği tutar 96 ncı maddeye göre geri alınır. Ayrıca bu fiilleri işleyen veya sağlık hizmeti satın alınmasına ilişkin sözleşmelerde belirtilen hükümlere aykırı davrandığı tespit edilen sağlık hizmeti sunucularının SGK ile yaptıkları sözleşmeleri feshedilebilir ve Kurumca belirlenecek süre içinde tekrar sözleşme yapılmaz.

5510 sayılı Kanunun 71 inci maddesinde yer alan kimlik tespiti yükümlülüğünü yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle Kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından uğranılan zarar geri alınır.

3.2.3. Sağlık hizmet sunucularına yapılan denetim sonuçları

SGK ile sözleşme/protokol imzalayan kamu ve özel hastaneler, eczane ve optikçilerden yapılacak sağlık hizmet alımı incelemeleri kapsamında; SGK'ya intikal eden ve sağlık hizmeti temin edilen sağlık hizmet sunucuları tarafından gerçekleştirildiği iddia edilen usulsüzlük konuları ve verilen sağlık hizmetlerinden usulsüz biçimde yararlananlara yönelik gerek Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı müfettişleri tarafından gerekse Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri tarafından denetimler gerçekleştirilmektedir. 2012/41 sayılı genelgeye göre ihbar ve şikayete bağlı denetim, gerekçeli denetim ve planlı denetim olmak üzere yapılan denetim sonuçlarına ilişkin sayısal veriler Çizelge 2.1 ve 2.2'de gösterilmektedir.

Çizelge 2.1. Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından sağlık alanında yapılan denetim sonuçları (2012 yılı)

Konu	Toplam
Denetlenen Hastane Sayısı	111
Sözleşme Feshi Önerilen Hastane Sayısı	4
Denetlenen Eczane Sayısı	198
Sözleşme Feshi Önerilen Eczane Sayısı	96
Denetlenen Optik Sayısı	11
Sözleşme Feshi Önerilen Optik Sayısı	3
Denetlenen Diğer Sağlık Tesisi Sayısı	44
Sözleşme Feshi Önerilen Diğer Sağlık Tesisi Sayısı	2
Denetlenen Tıbbi Malzeme Firması Sayısı	18
Sağlık Hizmetlerinden Usulsüz Yararlanmaları Sebebiyle İncelenen Kişi Sayısı	580
Sağlık Hizmetlerinden Usulsüz Yararlanmaları Sebebiyle Sorumlu Tutulan Kişi Sayısı	202
Sağlık Hizmetleri Alanında Tespit Edilen Kurum Zararı Toplamı	78 400 536- ₺
Sağlık Hizmet Sözleşmesi Gereği Önerilen Ceza Tutarı	545 069 889- ₺

Kaynak: SGK, 2013b: 66.

Çizelge 2.1'deki denetim sonuçlarına göre, 2012 yılında Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından 382 sağlık hizmet sunucusu denetlenmiş olup, bunların 105 tanesi için sözleşme feshi önerilmiş, 580 kişi hakkında sağlık hizmetlerinden usulsüz yararlanmaları sebebiyle inceleme başlatılmış, bunların 202'si hakkında gerekli yasal işlemler yapılmıştır. Yapılan denetimler sonucunda yaklaşık 78 milyon ₺ Kurum zararı tespit edilmiş olup, 585 milyon ₺ ceza önerilmiştir.

Çizelge 2.2. İl müdürlükleri tarafından sağlık alanında yapılan denetim sonuçları

Sağlık Hizmet Sunucusu Türü	Yapılan Denetim Sayısı	Sözleşme Feshi Önerilen SHS Sayısı	Uyarı Cezası Önerilen SHS Sayısı	İdari Para Cezası Önerilen SHS Sayısı	Ceza Olarak Tahsil Edilen Tutar (₺)
Hastane (Özel 2. Basamak)	2 125	0	33	968	18 822 632
Eczane	1 064	102	573	806	7 451 959
Optik	1 255	21	185	195	1 870 351
Toplam	4 444	123	791	1 969	28 144 942

Kaynak: SGK, 2013b: 78.

Çizelge 2.2'deki denetim sonuçlarına göre, 2012 yılında Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri tarafından 4 444 sağlık hizmet sunucusu denetlenmiş olup, bunların 123 tanesi için sözleşme feshi önerilmiş, 791'i için uyarı cezası verilmiş, 1 969'u için ise idari para cezası önerilmiştir. Yapılan denetimler sonucunda yaklaşık 28 milyon ₺ Kurum zararı ceza olarak tahsil edilmiştir.

SGK'nın sağlık hizmeti satın aldığı yaklaşık 32000 sağlık hizmet sunucusu bulunmasına rağmen 2012 yılında 4826 sağlık hizmet sunucusunun denetlendiği görülmektedir. Denetim oranının yetersiz olması sağlık alanında SGK'nın açıklarının adeta bir "kara delik" olarak görülmesine neden olmaktadır. Sosyal güvenlik teşkilatının çağdaş denetim esasına göre oluşturulmamış olması, inceleme birimleri arasında eş güdüm ve birim içi planlama noksanlığı, sosyal güvenlik teşkilatında denetim elemanlarının sayılarının yetersizliği, yoğun iş yükleri ve sağlık suiistimallerinin takibinde uzman eleman yokluğu denetimin etkinliğini doğrudan etkilemektedir.

SGK'da sağlık denetimi alanında görevli birimlerin yapmış olduğu denetimlerin türlerine bakıldığı zaman ağırlıklı olarak ihbar ve şikâyete bağlı denetimler yanında kamu kurum ve kuruluşlarından (savcılık vb.) gelen gerekçeli denetimlerin varlığı göze çarpmaktadır. Denetim birimleri genellikle geçmişe yönelik olarak yapılan geleneksel görevlerinin yanında çağdaş denetim uygulamaları konusunda arayış çabalarını sürdürmektedir. Söz konusu denetim sistemi arayışları geleneksel yaklaşımlardan farklı olarak yeni yöntem ve tekniklerin uygulamaya geçirilmesini de hızlandırmıştır. Etkin bir denetim için planlı denetimlerin yani öncelikli ve riskli alanları dikkate alan denetimlerin yapılması şarttır.

4. DEĞİŞEN DENETİM ANLAYIŞI ÇERÇEVESİNDE YENİ YAKLAŞIMLAR: SÜREKLİ DENETİM SİSTEMİ VE BİR UYGULAMA

4.1. Değişen Denetim Anlayışı

Bu bölümde değişen denetim anlayışı çerçevesinde denetimde değişimi gerekli kılan faktörler ve denetim uygulamalarında öne çıkan gelişmeler açıklanmaktadır.

4.1.1. Denetimde değişimi gerekli kılan faktörler

Ulusal ve uluslararası düzeyde faaliyet gösteren tüm kurum ve kuruluşlar hizmet alanlarının çeşitliliği, iş süreçlerinin karmaşıklaşması, zorlayıcı yasal düzenlemeler sonucunda sistemlerini sağlıklı bir şekilde sürdürebilmek, hizmetlerin kesintisiz işleyişini sağlamak ve oluşabilecek tüm risklere karşı kendilerini güvence altına almak konusunda artan ihtiyaçlar doğrultusunda yeni arayışlar içerisine girmektedir. Bir başka deyişle tüm kurum ve kuruluşlar değişen koşullar karşısında gelir kaybı yaşamadan hizmetlerin sürekliliğini sağlayabilmeyi amaçlamaktadır. Bu amacı gerçekleştirmek için her kuruluşun sistemini denetleyebilmesi, sistem işleyişini riske atan faktörleri analiz ederek tanımlayabilmesi ve söz konusu riskleri yönetebilmesi gerekmektedir (Tüker, 2013).

Artan ekonomik faaliyetler ve teknolojik gelişmelere paralel olarak kurum ve kişilere ait veri hacimleri hızla artmakta, kontrol edilemez bir noktaya doğru ilerlemekte ve buna paralel olarak ta suiistimal yöntemleri ve araçları da çeşitlenmektedir. Bu nedenle etkin bir denetimin önemi giderek artmaktadır.

Geleneksel denetim olarak adlandırılan denetim sisteminde, halen büyük çoğunlukla, rutin teftişler veya incelemeler sırasında tespit edilen eksiklik ve aksaklıklar ile ancak ihbar veya şikayet yoluyla ayrıntısı hakkında bilgi edinilebilen yolsuzluk ve usulsüzlükler üzerine harekete geçilebilmektedir. Genel anlamda “sondajlama” veya “sondaj usulü” de denilen “iradi” örnekleme yöntemine dayalı, örnekleme seçiminin denetim elemanının iradesine bırakıldığı, mümkün olduğunca fazla işlemi denetlemenin amaçlandığı, riskli alanlara yönelik denetim çalışmalarının kullanılmadığı görülmektedir.

Zaman zaman önemli konulara odaklanmaları yönünde denetim elemanlarının yönlendirildiği, fakat bunun bir sistematikten uzak olduğu, istatistiki örnekleme yöntemlerinin kullanılmadığı, önemli olan konuların seçiminin daha çok denetim elemanının tecrübesine bırakıldığı, bunun sonucu olarak da denetleyene göre değişen önem derecesi seçimlerinin olduğu ifade edilebilir

Denetim yöntemlerinin geliştirilemeyerek, denetim devresine giren işlemlerin büyük çoğunluğunun incelenmeye çalışılmasının en büyük yansıması denetim sürelerine olmuş ve denetimler genellikle “uzun süren ve geçmişe yönelik” çalışmalar olarak gerçekleştirilir hale gelmiştir. Bu kapsamda bir birimdeki denetim çalışmasının 1 aydan 6-7 aylara uzayabildiği, bazen de daha uzun sürebildiği görülmektedir. “Uzun denetim süreleri” doğal olarak denetimin etkinliğini azaltmış ve denetim sıklığının azalmasına neden olmuştur. Bu dönemlerdeki denetim uygulamaları genellikle bir yıl veya daha uzun aralıklarla gerçekleştirilmiş, işlemlerin uzun bir süre sonra denetlenmesi nedeniyle güncelliğini yitiren tespitler, zarar ya da operasyonel risklerin boyutlarının önemli oranda büyümesine neden olmuştur (Akdeniz, 2013).

Denetime konu olan iş hacminin sürekli olarak artması, denetim personeli sayısının yetersizliği ve yoğun iş yükü nedeniyle gün geçtikçe etkinliği ve verimliliği azaltan bir yöntemdir. Geleneksel yaklaşım ile yapılan denetimler, bütünün oldukça küçük bir kısmını kapsamakta, denetime konu alanlar çoğu zaman sistematik ve istatistiksel olmayan yöntemler ile belirlenmektedir. Denetimlerin kısa sürede sonuçlandırılmaması suiistimallere müdahalenin ve risk önleyici çalışmaların gecikmesine ve kayıpların engellenememesine sebebiyet vermektedir. Ayrıca geleneksel denetim yöntemi ile riski saptanan alanların sürekli denetlenmesi ve kontrolünün sağlanması pratikte uygulanamamaktadır. Geleneksel denetimler, yüksek maliyeti ve uygulama zorlukları dikkate alındığında, riskleri ve kayıpları belirlemede yetersiz kalması nedeniyle risk belirleme yöntemi olmaktan ziyade riskin kendisi olmaktadır (Tüker, 2013).

4.1.2. Denetim uygulamalarında öne çıkan gelişmeler

Günümüzde denetim birimleri, dış dünyada yaşanan değişimlerle daha yoğun bir şekilde ilgilenmekte; performans iyileştirilmesi için katkı sağlama ve fark yaratma gereksinimi duymaktadırlar. Denetim birimlerinin görev ve yetkileri dış dünyadaki fırsat

ve gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan yeni gelişmelerden etkilenmektedir. Özellikle denetim anlayışında müşteri ihtiyaçlarına yönelme, risk yönetimi, yeni teknolojiyi daha etkin kullanma yönünde değişiklikler olduğu görülmektedir. Uygulamada yansımalarını bulan bu yeni anlayışlar şu başlıklar altında toplanmaktadır (Çetin, 2011: 61);

- Teknolojik imkânlardan giderek artan biçimde yararlanılması
- Denetlenene müşteri olarak yaklaşılması
- Risk yönetimi üzerine daha fazla yoğunlaşılması
- Denetim kalitesinin süreklilik temelinde yükseltilmesi
- Denetimde daha proaktif bir yaklaşım benimsenmesi

4.1.2.1. Gelişen bilgi teknolojilerinin etkisi

Bilgi teknolojileri kavram olarak; “verilerin kayıt edilmesi, saklanması, belirli bir işlem sürecinden geçirmek suretiyle bilgiler üretilmesi, üretilen bu bilgilere erişilmesi ve nakledilmesi gibi işlemlerin etkili ve verimli bir biçimde yapılmasına imkân tanıyan teknolojileri tanımlamada kullanılan bir terimdir” (Ömürbek, 2003: 1).

Bilgi teknolojilerindeki yaşanan ve yaşanmakta olan gelişim, kurumların bilgi işlem altyapılarında verilerin oluşturulması, kullanılması, bilgilerin üretilmesi ve nihayet üretilmiş olan bilgilerin denetlenmesi süreçlerini etkilemiştir. Gelişen bilgi teknolojileri sayesinde, kullanılan verilerin ve beraberinde üretilen bilgilerin sayısında ve sunulma sıklığında öngörülemez oranda artışlar meydana gelmiştir. Nicel anlamda sağlanan bilgi artışının, niteliğe de yansması için, sunulan bilgilerin –veri oluşturma ve giriş aşamaları ile bilginin oluşturulma süreçlerinde- sürekli bir şekilde gözlenmesi ve denetlenmesi gerekmektedir. Bu şekilde bir denetimin yapılmasına, bilgi teknolojilerindeki gelişmeler fazlasıyla imkân sağlamaktadır (Memiş ve Tüm, 2011).

Günümüzde tüm kurum ve kuruluşlar mal, hizmet, para ve bilgi gibi unsurlarla ilgili değer hareketlerini dijital ortamlarda hazırlayarak, iç ve dış çevreler ile olan ilişkilerini yürütmektedirler. Bilgi teknolojilerinden faydalanarak toplum ile sağlanan iletişimde şeffaflık, paylaşım ve entegrasyonun sağlanması çok önem kazanmıştır. Kurumlar, bilgi teknolojilerinin imkânlarından faydalanabilmek adına -farklı boyutlarda- bilgi teknolojilerine yatırım yapmaktadırlar. Bilgi teknolojilerinin rolü son yıllarda

değişime uğrayarak kurumların yönetimi ve kaynakların kontrolünün önemli bir parçası haline gelmiştir. Kurum ve kuruluşların içerisinde bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımında sürekli bir artış gözlenmektedir.

Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler denetimi çeşitli şekillerde etkilemektedir. En temel ve yaygın olan etki, geleneksel denetim yöntem ve tekniklerinin teknolojinin sunduğu yeni olanaklar kullanılarak yerine getirilmesidir. Burada, denetim fonksiyonunun niteliğinde önemli bir değişikliğe gidilmemekte, teknolojiyle denetime verimlilik, güvenilirlik, hız, tespit ve önleyicilik açılarından katkıda bulunmaktadır (Kapanoğlu, Sökmen, Aykın, 2013: 2).

Bilişim alanındaki gelişmeler ve devlet bilgi sistemlerinin gelişmesi sonrasında, denetimde bir ileri aşamaya geçilerek denetimlerin bilgi sistem altyapılarını yoğun olarak kullandığı, bilgi ve risk esaslı olarak gerçekleştirildiği, daha kapsamlı, geneli daha iyi kavrayan ve çözüm üreten yeni denetim yöntem ve tekniklerinin kullanılması söz konusu olmaktadır (Arca, 2013: 1). Teknolojik gelişmelerle birlikte artan iş yükünün karşılanabilmesi, yine teknolojik gelişmelerin getirmiş olduğu imkânların kullanılmasını zorunlu hale getirmiş ve geleneksel yöntemlerin uygulanmasını güçleştirmiştir.

4.1.2.2. Denetlenene müşteri olarak yaklaşılması

Kurum ve kuruluşlar ilişki halinde olduğu paydaşların yapmış olduğu iş ve işlemleri denetler iken denetlenen kurum ve kuruluşları müşteri olarak yaklaşımakta, sorunların belirlenmesi ve organizasyona değer katan iyileştirmelerin önerilmesi yoluyla risk yönetimi bakımından kurumlara yardımcı olmaktadır. Denetlenen kurum iş ortağı olarak görülmekte, kurumlar ile ilişkilerde ağ sistemleri ve bağlantılar oluşturarak, denetlenen kurumla denetim sürecinde daha yakın iletişim içinde bulunulabilmektedir (Çetinoğlu, 2007: 32).

4.1.2.3. Risk odaklılık üzerine yoğunlaşılması

Tüm kurum ve kuruluşların amacı çevresi ile etkileşerek değer yaratmaktır. Kurumlar bu etkileşim ve ilişkiler sonucunda risklerle karşılaşmaktadırlar. Risk,

kurumların mali, operasyonel amaçlarına ulaşma ve stratejilerini gerçekleştirmesini engelleyecek, her türlü olayın gerçekleşme olasılığıdır.

“Riskten bahsedildiği zaman belirsizlik, şüphe, kayıp olasılığı ve zarar ihtimali bulunmaktadır. Beklenmeyen olaylardan kaynaklanan risk tehlikeyi, değişimlerden kaynaklanan risk belirsizliği, çeşitli riskleri avantaja dönüştürme yeteneği de fırsatları beraberinde getirmektedir” (Tüzün, 2002).

Riskler gerçekleşen olaylar değildir. Riskler gerçekleştiğinde problem olur. Gerçekleşen suistimalin tespiti kadar bu suistimali gerçekleşmeden önce tespit etmek, mevcut sistemlerde suistimal yapmaya imkan tanıyan açıkları, bir nevi kara delikleri, tespit edip önlemekte önemli bir işlemdir.

“Risk Odaklı Denetimde amaç; Denetim kaynaklarının etkin kullanımının sağlanmasıyla riskli alanlara yoğunlaşarak yönetim, kontrol ve risk yönetimi süreçlerinin etkinlik düzeylerinin artırılmasında yönetime yapılan katkının en üst seviyeye çıkartılmasıdır. Süreç ileriye dönük olarak suistimallerin engellenmesinde risk analizlerine dayalı denetimi öngörmektedir” (Akdeniz, 2013).

4.1.2.4. Denetim kalitesinin süreklilik temelinde yükseltilmesi

Denetim birimleri, değişen dünyada var olabilmek ve örgütlerinin denetim ihtiyaçlarını giderebilmek için denetim uygulamalarını geliştirmek zorundadırlar. Denetimlerde denetim süreçlerinin izlenmesine ve ölçülmesine ilişkin uygulamalar geliştirmiş, denetim birimlerinin performanslarının ölçülmesi hem müşteri ile ilişkilerinin süreklilik temelinde geliştirilmesi hem de denetimin olumlu bir değer yaratması bakımından önemli görülmektedir. Kurumlar denetim elemanlarının mesleki yeterliliklerini sürdürmek ve artırmak amacıyla eğitime ayrı bir önem vermektedirler. Denetim sonrasında düzenlenen raporların daha kaliteli olması yönünde bir takım standartlar ve örnek şablonların geliştirilmesine yönelik çalışmalarla denetim kalitesinin sürekli olarak artması amaçlanmaktadır (Çetin, 2011: 63).

4.1.2.5. Proaktif yaklaşımın benimsenmesi

Denetim birimleri etki tepki zinciri içinde yani ihbar ve şikâyet sonucu geçmişe yönelik olarak yapılan reaktif denetim anlayışından; sürekli aktif olmayı sağlayan gelecek yönelimli proaktif denetim anlayışına önem vermektedirler. Bu amaçla denetimlerde denetlenen alanlarda ortaya çıkan olumsuz eğilimler ve riskleri belirlemek amacıyla veri tabanlarını sürekli olarak izlemek üzere ileri teknolojik araçlar geliştirilmektedir.

Proaktif yaklaşım ile entegre edilecek kontrol mekanizmaları ile herhangi bir suiistimal tespit edilmesi durumunda ilgili birimlere uyarı ve alarmlar üretilerek, kayıp/suiistimal/zarar gerçekleşmeden anında müdahale mümkün hale gelecektir. Bununla birlikte, tüm iş süreçleri bütünsel ve kontrollü bir biçimde ilerleyecek, sistem üzerinde anlık aksiyonlar alınabilecek, böylelikle tam anlamıyla güvence altına alınmış bir yapı oluşturulabilecektir (Tüker, 2013).

4.2. Denetim Anlayışında Yeni Yaklaşımlar

Son yıllarda sayısal ortamlarda saklanan veri miktarının hızla artması ve bu verilerin değer ifade etmesi için çok çeşitli yöntemler kullanılmakla birlikte başlıcaları; Risk Karnesi Yaklaşımı, Veri Madenciliği Yaklaşımı ve Sürekli Denetim Yaklaşımıdır.

4.2.1. Risk karnesi yaklaşımı

Kurum ve kuruluşlar birçok risk ile karşı karşıya bulunmaktadır. Bu sebeple kurumlar tarafından etkin ve sürekliliği sağlanabilir bir risk analiz sisteminin kurulması önemlidir. Risk ile mücadelede bir dizi sistematik adımlar uygulanmaktadır. Bu adımlar şu şekilde sıralanabilir;

- Kurum risk haritasının çıkartılması
- Risklerin belirlenmesi
- Risk analizine dayanak teşkil edecek risk kriterlerinin belirlenmesi
- Risklerin analiz edilmesi
- Risk analiz modelinin oluşturulması
- Risklerin indirgenmesine yönelik adımların atılması ve takip edilmesi
- Risk modelinin sürekli olarak izlenmesi ve güncellenmesi

Belirtilen adımlar içinde en kritik nokta risk kriterlerinin belirlenmesi aşamasıdır. Risk kriterlerinin belirlenmesinde geleneksel yöntemlerin daha çok kişilerin bilgi ve deneyimine dayandığı, analitik bulgular içermediği gözlemlenmektedir. Halbuki günümüzde bir çok farklı analitik risk değerlendirme metotları bulunmaktadır. Bu sebeple ilk aşama olarak risk kriterlerinin belirlenmesinde ağırlıklı olarak analitik yöntem ve teknikler kullanılarak risk karnelerinin oluşturulması yoluna gidilmelidir.

“Risk karnesi, geçmiş ve şu anki verileri kullanarak gelecekteki bir davranış/sonucu tahmin etmeye yarayan bir rakamı (skoru) hesaplamak için kullanılır ve istatistiksel bir modele dayanır” (Tüker, 2013). Risk karnelerinin oluşumu kişi ve kurumun geçmiş bilgi birikiminden faydalanmayı gerektirdiği gibi aynı zamanda geçmişe dönük verilerin analiz edilerek olası suiistimal riskini belirleyici olan kriterleri istatistiksel önemliliklerine göre risk analiz modeline katmaktadır. Risk karnesi yöntemi uygulamada aşağıdaki adımlardan oluşmaktadır;

- Risk analizine tabi tutulacak geçmişe dönük veri kümelerinin oluşturulması
- Veri kümesi üzerinden istatistiksel sınıflandırmaların yapılması
- İyi/kötü tanımlamalarının yapılması
- İstatistiksel olarak önemlilik derecelerine göre risk kriterlerinin belirlenmesi
- İş mantığının kurulan risk modeline aktarılması
- Risk modelinin nihai şeklinin verilmesi
- Risk modelinin test edilmesi ve onaylanması

Bu sayede risk kriterleri belirlenirken sadece geçmiş bilgi ve deneyim kullanılmamakta aynı zamanda veriye dayalı suiistimal tespit ve önleme sistematiği getirilmiş olmaktadır. Bu aşamadan sonraki süreçte risk modeli doğru bir şekilde oluşturulabilmektedir. Ancak unutulmamalıdır ki risk modeli her geçen gün gerek içsel değişiklikler gerekse dış faktörlerde oluşan değişiklikler nedeni ile değişebilmektedir, bu nedenle sürekli olarak güncellenmesi gerekmektedir.

Risk karneleri, operasyonel işlemlerin verimliliğini artırma, zararın azaltılması, hizmet kalitesinin artırılması gibi konularda katkı sağlamaktadır. Özellikle denetim yapan

birimler tarafından hedef kitlenin anlaşılması, daha kolay ve daha tutarlı takip edilmesinin yanında kişi/kuruluşların gelecek davranışlarını öngörerek daha etkin denetim yapılmasına olanak vermektedir.

4.2.2. Veri madenciliği yaklaşımı

Veri madenciliği daha önceden bilinmeyen, geçerli ve uygulanabilir bilgilerin geniş veri tabanlarından elde edilmesi ve bu bilgilerin işletme kararları verilirken kullanılmasıdır (Silahtaroglu, 2008: 10).

Veri madenciliği; veri yığınları arasından istatistik ve matematik teknikleri kullanılarak verilerdeki gizli örüntüleri çözmeye yarayan, fark edilmesi güç ilişkileri açığa çıkaran, ileriye yönelik tahminler yapılmasını sağlayan ve bu alanda kurallar üreten veri tabanı teknolojisi ve tekniklerinin uygulamasını ifade etmektedir (Larose, 2005: 2).

Veri madenciliğinin amacı, geçmiş faaliyetlerin analizini temel alarak gelecekteki davranışların tahminine yönelik karar verme modelleri oluşturmaktır. Büyük veri kümelerinde iş bilgisi ile öngörülemeyen anlamlı ilişkilerin tespit edilerek ham veriden nitelikli veriye geçişi hızlandıran veri madenciliği yöntemi pazarlama, sağlık, ekonomi, güvenlik gibi birçok sektörde uygulama alanına sahiptir.

Veri Madenciliği süreci 5 adımdan oluşmaktadır. Bu adımlar şu şekildedir (Shearer, 2000: 13-23):

Adım 1: Problemin Tanımlanması: Bu aşamada modelin hangi amaç için ve elde edilen sonuçların başarı düzeyinin ölçümünde nasıl kullanılacağı belirlenir.

Adım 2: Verilerin Hazırlanması: Dağınık ve düzensiz haldeki veriler bir araya getirilir. Veri hazırlama; verilerin temizlenmesi (uygun olmayan ve hatalı verilerin çıkarılması), verilerin dönüştürülmesi ve özellik seçiminden oluşmaktadır.

Adım 3: Modelin Kurulması ve Değerlendirilmesi: Bu süreçte, amaca uygun, en iyi modellemenin ortaya konması için birden fazla modelleme kullanılır. Modelleme sonrası, ortaya çıkan sonuçların gerçekleşmesi istenen amacın ne ölçüde karşılandığının değerlendirilmesi yapılır.

Adım 4: Modelin Kullanılması: Bu noktada, önceki süreçte kabul edilen modelin uygulaması söz konusudur.

Adım 5: Modelin İzlenmesi: Modelin uygulama sürecindeki tüm hareketleri izlenmektedir.

Veri madenciliği ile ilgili pek çok yöntem bulunmakla birlikte her geçen gün yeni yöntem ve algoritmalar eklenmektedir. Bunlardan bir kısmı klasik teknikler diyebileceğimiz regresyon ve K-en yakın komşuluk yöntemleri yanında, yapay zeka destekli karar ağaçları, birliktelik kuralları, sinir ağları gibi yeni nesil yöntemler bulunmaktadır. Bunların dışında birden fazla tekniği içine alan hibrit yöntemler ve zaman serilerine dayalı yöntemlerden de veri madenciliği yöntemi olarak faydalanılmaktadır. Özet olarak, bilgi keşfine yarayan her yöntem veri madenciliği yöntemi olarak kullanılabilir (Kovalerchuk ve Vityaev, 2001: 308).

Bu yöntemlerde unutulmaması gereken husus sonuçların hiçbir zaman kesinlik ifade etmeyeceği, kurulan modellerin her zaman test edilerek revizyon gereksiniminin olmasıdır. Sonuçlar tamamen tahminlere dayanır ve kurulan model sürekli olarak güncel tutulmalı ve test edilmelidir. Bu yöntemlerin diğer bir engeli ise çalışma için tam, eksiksiz ve kaliteli veri gereksinimi olmasıdır. Aksi takdirde kurulan modeller yanlış ve yanıltıcı sonuçlar üretebilirler. Yöntemde en uzun süren aşama verilerin hazırlanması aşamasıdır, hızlı sonuç almak için ideal bir yöntem değildir, uzun süreli arkada görülemeyen ilişkilerin çıkartılmasında kullanılması gereken bir yöntemdir (Taşkın, 2011: 20).

4.2.3. Sürekli denetim sistemi yaklaşımı

Sürekli denetim, birçok farklı tanıma sahip olmakla birlikte, temelinde bir kurum veya kuruluşun, iş hedeflerine ulaşmasındaki tüm iş süreçleri üzerinde yapılan kontrol faaliyetlerinin, sürekli ve düzenli bir şekilde yapılması anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, bir kurumun yürüttüğü tüm iş süreçlerinin, doğru, eksiksiz ve olası kayıp, kaçak, suiistimal gibi negatif etkilerden arındırılması amacıyla, tüm bu süreçler üzerinde birtakım kontrol noktalarının belirlenmesi ve bu kontrol noktalarının periyodik olarak denetlenmesi olarak tanımlanabilir (Tüker, 2013).

Sürekli denetim, fiziki belge olmaksızın gerçek zamanlı muhasebe bilgi sisteminde üretilmiş olan finansal tablolarda yer alan finansal karakterli bilgilerin doğruluğuna ve güvenilirliğine ilişkin görüş oluşturmak amacıyla bilgisayar destekli denetim teknikleri ve analitik prosedürleri kullanarak elektronik denetim kanıtlarını toplamaya ve toplanan kanıtlardan ulaşılan görüşü bir denetim raporu ile bilgi kullanıcılarına sunmaya yönelik sistematik bir süreçtir (Selimoğlu, 2005: 9).

Sürekli denetim, zaman içerisinde tespit edilen problemlerin erken çözümü anlamında katkıda bulunabilir. Kurumların iş süreçleri ile ilgili riskler tespit edildikten ve bu riskleri azaltıcı tedbirler alındıktan sonra alınan önlemlerin ne derece iyi çalıştığı görülmüş olacaktır.

Otomatik yazılım, sürekli denetim teknikleri, yerleşmiş denetim ölçü modülleri, bütünleşmiş test olanakları ve gerçek zamanlı denetim araçlarını da içeren belirli sayıda gelişen denetim teknolojilerinin kullanımı vasıtasıyla, milyonlar, hatta milyarlarca işlem dakikalar içerisinde incelenebilmektedir. Bu aşamada sürekli denetim sistemi daha detaylı olarak incelenecektir.

4.3. Sürekli Denetim Sistemi

Günümüzde ekonomik sistem içinde veri ya da bilgi, mal ya da hizmet üretim faktörlerinden birisi olarak algılanmaktadır. Bu ise; karar vericileri yanlış karar riskinden uzaklaşabilmek için, mümkün olduğunca fazla veriyi depolamaya zorlamaktadır. Ayrıca internetin küreselleşmeyi körüklemesi, rekabetin kırıncı seviyelere ulaşması, kar marjlarının düşmesi ve müşteri memnuniyetinin öneminin artması, bu endişeyi daha da körüklemektedir. Bu durum ise doğru veriyi toplama ya da doğru veriye ulaşma zorunluluğunu doğurmaktadır. Bu durumda veriye erişmek en az verinin kendisi kadar önemli hale gelmiştir (Kabataş, 2010: 87).

Bilgisayar ve bilgi iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve kurum ve kuruluşlarda giderek daha fazla kullanılması sonucu; kurumsal rapor ve çıktılarının daha kolay ve hızlı bir şekilde hazırlanması ve yorumlanması kaçınılmaz olmuştur. Kaliteli ve zamanında karar verme, veri kalitesi ve gerçek zamanlı bilginin varlığına bağlıdır. Elektronik bilgi, kağıt şeklindeki belgelerden daha esnek, daha kolay ulaşılabilir ve transfer edilebilir olma özelliğindedir. Bilgi iletişim teknolojileri ile kurumlar artık veri paylaşımlarını elektronik olarak çevrimiçi ve gerçek zamanlı olarak sürdürebilmektedir.

Bilgi teknolojilerinin sağladığı dönüşüm, şeffaflığı ve bilgiye kolay erişimi sağlamaktadır. Bu nedenle, sistemlerin işleyişinde karşılaşılabilecek risk ve tehlikelere karşı “Sürekli Denetim” kavramı önem kazanmakta ve “Sürekli Denetim Sistemi” birçok kurum ve kuruluşun ilgisini çekmektedir.

4.3.1. Sürekli denetim sistemi altyapısı (Veri ambarı)

Temel olarak sürekli denetim çalışmaları için veri ve veritabanı gerekmektedir. Ancak kurumlarda kullanılan işlemsel veritabanları doğrudan sürekli denetim uygulamalarında kullanılabilmesi için bu verilerin uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Belirli bir döneme ait, yapılacak çalışmaya göre konu odaklı olarak düzenlenmiş, birleştirilmiş ve sabitlenmiş kurumlara ait veritabanlarına veri ambarı denilmektedir (Silahtaroglu, 2008: 15).

Kurumların bilgi sistemlerinde depolanan verilerin tamamının veya belirli bir kısmının düzenli bir şekilde tutulduğu, merkezi veri depolama alanı olarak tanımlanan veri ambarları, günümüzde sağlık sektöründen coğrafi bilgi sistemlerine, işletmelerin pazarlama bölümünden üretime, kurum ve kuruluşların yönetim stratejilerini belirlemede kullanılmakta olan bir sistemdir. Veri ambarı temel olarak, verilerin bir veri havuzunda toplanmasını amaçlamaktadır ve bu nedenle hedefinde, çeşitli kaynaklardan alınan verilerin faydalı analizlere dönüşümü ve bunun sonucunda ham verinin kurum adına katma değer sağlayacak akıllı bilgilere dönüşümü bulunmaktadır.

Veri ambarı, ham verinin işlenip kurum ya da kuruluşlar adına değerli bir bilgi haline gelmesi sürecinde atılan ilk adım iken, kurumun geleceği ile ilgili kararların alınmasında elzem olan bir gelişim sürecinin başlangıcıdır. Ancak veri ambarı tek başına bir değer oluşturmamakta, bir değer oluşumu için sadece gerekli olan verileri sağlamaktadır.

Basit anlamda, veri ambarı, gelişmiş konfigürasyonlara sahip bir makine üzerine kurulmuş bir sunucudur ve çalışma mantığı, veriyi kaynak sistemlerden alma (Extract), verinin amaca uygun olarak istenilen formata sokulması yani temizlenmesi ve kalitesinin artırılması (Transform) ve verilerin hedef sisteme yüklenmesi (Load) olmak üzere 3

adımdan oluşmaktadır, bu süreç ETL(Extract-Çekme,Transform-Dönüştürme, Load-Yükleme) olarak tanımlanmaktadır (Karabulut, 2011:1).

Veri ambarından beklenen, hem organizasyonu hem de çevresini anlatan tutarlı ve yararlı bir bilgi kaynağına ulaşabilmektir. Veri ambarının bileşenleri ve fonksiyonları şu şekildedir (Başkent Üniversitesi, 2011).

- Değişik platformlar üzerindeki işletimsel uygulamalara ait verilere erişim ve gerekli verilerin bu platformlardan alınması,
- Alınan verilerin temizlenmesi, tutarlı duruma getirilmesi, özetlenmesi, birleştirme ve birbirleriyle entegrasyonunun sağlanması,
- Dönüştürülen verilerin veri ambarı ortamına dağıtımı,
- Gönderilen verilerin bir veri tabanında toplanması,
- Depolanan bilgilerin veri kataloğunda saklanması ve son kullanıcılara sunulması,
- Veri ambarında bulunan bilgileri uç kullanıcıların karar destek amaçlı kullanımının sağlanmasıdır.

Sonuç olarak, sürekli denetim sistemi büyük miktarda veri inceleme amacı üzerine kurulmuş olduğu için veri ambarları ile yakından ilişkilidir. Artan veri hacmi ile birlikte stratejileri belirlemek, rekabet açısından öne geçmek, verimliliği ölçmek, süreçlerin yönetimi ve denetimleri etkin hale getirmek için veri ambarı çok önemli bir konu haline gelmiştir.

4.3.2. Sürekli denetim sistemi tanımı ve amaçları

Sürekli denetim sistemi, “teknolojik imkânlardan yararlanarak otomatik metodlarla belirli bir aralıkta düzenli ve sürekli olarak bilişim teknolojileri sistemlerinin, mali verilerin oluşumunu sağlayan en detay işlemlerin ve süreçlerin izlenmesi, kontrol ve risk değerlendirmelerinin yapılması olarak” tanımlanmıştır (Sevimli, 2009: 1). Bu tanımdan anlaşılacağı üzere sürekli denetim kurum iç ve dış verilerini kullanarak, teknolojik imkânlardan faydalanılarak, sürekli olarak risk analizlerinin yapılması, riskli noktaların belirlenmesi ve takip edilmesi olarak yorumlanabilir.

Sürekli denetim, denetim kapsamında olan konuların olayın gerçekleşmesinden kısa bir süre (aylık, haftalık, günlük hatta talep olması durumunda anlık) sonra denetimden geçirilmesini ve eş zamanlı olarak raporlanmasını içeren bir süreçtir (Çomak, 2005). Sürekli denetim, bir süreklilik temelinde denetimle ilişkilendirilmiş uygulamaların gerçekleştirilmesinde, denetim elemanları tarafından kullanılan bir yöntemdir.

Sürekli denetim tamamen bilgi teknolojilerine dayandığından; teknolojiye gelişmeler sürekli denetimin uygulanabilirliğini arttırmıştır. Sürekli denetimin uygulanabilirliği risk seviyesi ile orantılıdır. Risk arttıkça denetimin sıklığı da artar, ayrıca sürekli denetim, sadece bireysel işlemlerin incelenmesi ile yetinmeyip, risk seviyelerinin önceki yıllarla, kurum ve kuruluşların diğer birimleri ile kıyaslanmasını içerir. Burada amaç, performansın kabul edilebilir değerlerin altına düştüğü ya da tarihsel trendlerin büyük sapmalar gösterdiği, yüksek riskli süreçlerin belirlenmesidir.

Ayrıca, sürekli denetim sistemi, denetim elemanlarına kurumların kritik kontrol noktalarının, kuralların ve istisnaların tam olarak anlaşılması için olanak sağlar.

Sürekli denetimin uygulanması, birkaç amaca daha hizmet edecektir. Bunlar, modern ve sağlam bir kontrol kültürünün geliştirilmesi ve yönetim kontrol çerçevesinin sürekli olarak değerlendirilmesine destek vermektir. Bu denetçilerin birimlerin uygulamalarındaki sıradışılıkları veya diğer koşulları tespit ederek, karar verme mekanizmalarında kullanılan bilgilerin tutarlılığını ve güvenilirliğini test etmelerini sağlayacaktır (Altıok, 2003).

4.3.3. Sürekli denetim ile geleneksel denetim arasındaki farklar

Sürekli denetim ile geleneksel denetim anlayışı arasındaki belli başlı farklılıklar şunlardır:

a) Geleneksel denetim; geriye dönük olarak ve genellikle işlemler gerçekleştikten aylar sonra, örneklem yoluyla işlemlerin seçilmesi ve bunlara ilişkin olarak politika ve prosedürlerin, belge ve mutabakatların incelenmesi yoluyla gerçekleştirilmektedir. Sürekli denetim ise, kontrol ve risk analizlerinin otomatik olarak gerçekleştirilmesidir. Örnek işlemlerin belli periyotlarda örneğin; yıllık, altı aylık, üç aylık veya aylık incelenmesinden

ziyade işlemlerin tamamının sürekli bir inceleme konusu olması, denetim paradigmasını değiştiren bir yaklaşımdır. Bu değişimi tetikleyen ana unsur ise teknolojidir (Cankar, 2006). Bilginin otomatik analizi sayesinde, denetim elemanları kontrol ve risk analizlerini gerçek zamanlı olarak yapabilmektedirler. Sürekli denetim ile elde edilen sonuçlar, denetim planının hazırlanmasından denetim sonuçlarının takibine kadar denetim sürecinin tüm boyutlarında kullanılabilir.

b) Geleneksel denetimde her ne kadar bazı donanım ve yazılımlar kullanılıyor olsa da, denetimde insan faktörü ön plandadır. Sürekli denetimde ise denetim donanım ve yazılımlarla gerçekleştirilecek, yani insan faktörü geri planda kalacaktır. Çünkü sürekli denetim elektronik ortamda bulunan veriler ve denetim kanıtlarını odağına almıştır (Ağca, 2006).

c) Geleneksel denetimde belli aralıklarla denetim faaliyeti gerçekleşir ve denetim raporu hazırlanır. Oysa sürekli denetimde kayıtlar eşzamanlı olarak denetlenir, olağandışı durumlar anında denetçilere bildirilir ve denetim raporu istendiği anda hazırlanır.

d) “Sürekli denetimin maliyeti geleneksel denetime göre daha düşüktür. Daha kısa sürede ve daha az kişi ile denetim yapılabilir” (Hazar, 2013: 10).

Sürekli denetim sistemi, geleneksel denetim yöntemlerini tamamen kaldırmak yerine geleneksel denetimlere alan, konu ve yöntem belirleyebilecek bir özelliğe sahiptir. Sürekli denetim sistemi, geleneksel anlayışın sonuçlarını girdi olarak kabul edip bu denetimlerde suiistimal olarak belirlenen konuları tüm ana veri seti üzerinde tecrübe etmeye imkân vermektedir. Bir nevi geleneksel yaklaşımların sonuçlarından beslenen sürekli denetim sistemi benzer şekilde geleneksel denetime kılavuzluk edebilmektedir. Sürekli denetim sistemi üzerinde tespit edilen konular geleneksel denetimde öncelik teşkil edebilir. Rastgele seçim ile yapılacak yerinde denetimlerden ziyade, bu yöntemle gerçekleştirilecek denetimler daha başarılı sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır (Tüker, 2013).

4.3.4. Sürekli denetim sisteminin aşamaları

Sürekli denetim sistemi iş kuralları/süreçleri doğrultusunda denetim yapılacak konunun belirlenmesinden elde edilen sonuçların raporlanarak sürekli izlenmesinin sağlanmasına kadar birçok aşamadan oluşmaktadır. Genel olarak etkin bir denetim için iş süreçlerinin doğru anlaşılması ve olası suiistimallerin engellenmesi amacıyla sürekli denetim sistemi sırasıyla planlama, veri erişimi, veri analizi, raporlama ve aksiyon takibi aşamalarından oluşur.

4.3.4.1. Planlama

İdeal bir sürekli denetim sisteminde planlama aşaması en temel aşamadır. Bu aşamaya kurum ve kuruluşlar tarafından çoğunlukla gerekli önemin verilmediği görülmektedir. Bu aşamada, denetimin gerçekleştirileceği alanların doğru planlanması bir zorunluluktur. Kapsam dahilinde kurum verilerinin ve ulaşılmak istenen hedeflerin doğru bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Planlamanın tam yapılamamasından dolayı çoğunlukla denetim kapsamındaki verilerin tamamı elde edilememekte veya bu problemi ortadan kaldırmak için ilgili birimlerden analizde kullanılmayacak veriler talep edilebilmektedir.

Planlamada denetimin gerçekleştirildiği alanların tespiti ile ilgili detaylı seviyede iş bilgisi elde edilir. Bu iş bilgisi, kimi zaman sürekli denetimi gerçekleştirecek denetçi veya müfettişler tarafından kendi tecrübelerinin ortaya konulması yoluyla, kimi zaman mevzuata dayalı iş kuralları önderliğinde kimi zaman ise harici kaynaklara başvurmak yoluyla toplanır. Denetimin kapsamı, denetimde kullanılacak temel verilerin neler olduğu, verilerin oluşumu ile ilgili süreçlerin belirlenmesi sonrasında yapılacak analizlerde kullanılacak veri kalitesi problemleri tespit edilir. Elde edilen bilgiler ışığında, konu bazlı çalışma kağıtları oluşturulur ve denetim taksonomisi belirlenir.

Planlama aşamasından sonraki aşamalarda gerçekleşebilecek olası aksaklık, yeni ihtiyaç, veri üzerinde veya sistematik hatalar göz önünde bulundurularak planlama yapılmalı, teknolojik gereksinimler buna göre belirlenmeli ve kurumun suiistimal ile mücadele politikaları da göz önünde bulundurularak seçimler yapılmalıdır. Bu seçimlere örnek olarak olası suiistimal belirtisine karşı kurumun ne tür bir aksiyon alacağı ve aksiyonun zamanlaması belirlenmelidir. Organizasyonun olası her suiistimal belirtisine anında tepki vermesi ve aksiyon alması gibi bir politikası ya da gereksinimi

varsa bu yönde araştırmalar gerçekleştirilmeli, yöntem araç ve teknikler buna göre seçilmelidir (Taşkın, 2011: 10).

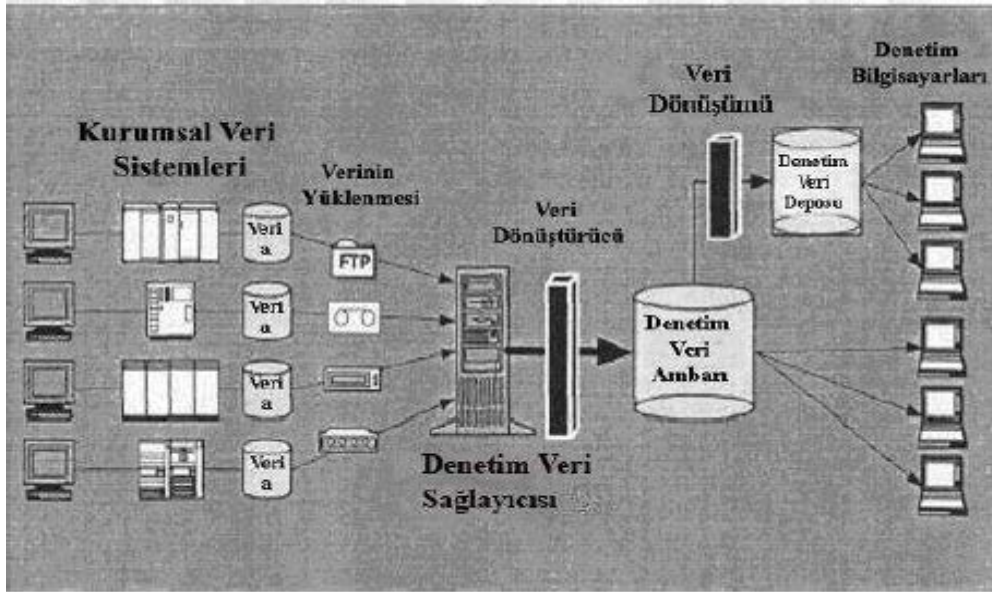
4.3.4.2. Veri erişimi

Veri erişimi her denetim projesinin kritik bir bölümüdür. Bu bölümde, üzerinde inceleme yapılacak denetim faaliyetine ilişkin verilere erişim sağlanır. Veri analizinin yapılabilmesi için veriye etkin bir Şekilde ulaşmak gerekir.

Veri erişimi için yalnızca bilgi sistemini genel anlamda bilmek yeterli değildir. Verinin yapısını, kaynak dosyanın hangi bölümlerden oluştuğu ve hangi bilgiyi barındırdığının, ilgili dosyaların kimler tarafından yaratıldığının ve nasıl ulaşılabileceğinin denetim elemanı/analist tarafından bilinmesi gerekir (Hazar, 2013: 105).

Günümüz veri dünyasında, tek bir faaliyet ile ilgili veriler bile birbirinden farklı sistemlerde dağınık yapıda bulunabilmektedir. Veri kaynaklarının ve teknolojilerinin çok değişik olması, veri erişim yöntemlerini de farklılaştırmaktadır. Günümüzde veriye erişim noktasında en doğru ve etkin yöntem doğrudan veri tabanlarına erişerek ham veri üzerinden ve kaynak sistemlerden analiz konusu veriyi elde etmektir. Uygulamada genellikle kurumsal veritabanları, yapılacak denetime ilişkin en büyük veri kaynağı olsa da, özellikle farklı kurum, kuruluş ya da sistemlerden de veri alma konusunda, yazılım anlamında herhangi bir zorlukla karşılaşılmıyor olunmalıdır.

Elde edilen verilerin analiz konusu ile uygunluğu test edilerek veri kalitesi anlamında, üzerinde inceleme yapılacak veriye ilişkin doğruluk, tamlık, mükerrerlik ve uygunluk testlerinin yapılması, kalitesiz veri ile veri analizine direkt olarak geçilmemesi gerekmektedir. Nitekim kaliteden yoksun veri ile yapılan veri analiz çalışmaları da yine kalitesiz, yani yanlış sonuçlar verebilecektir.



Şekil 3.1. Sürekli denetimde verinin elde edilmesi ve analiz edilmesi stratejisi (Rezaee, Sharbatoghlie, Elam, McMickle, 2002: 156)

Son olarak denetim elemanı kaynak veriyi denetim yazılımına aktarması gerekir. Veri aktarımına başlamadan önce hangi verilerden yararlanılabileceği ve bunların hangi formatta olduğunun tespiti gerekir. Özellikle farklı veritabanlarından gelen bilginin birleştirilmesi sırasında hatalar oluşabilir. Farklı veritabanlarında kayıtlar farklı formatlarda olabilir. Bu kayıtlar ortak bir formata göre (excel dosyaları, txt dosyaları, veri tabanları veya kurumsal veri ambarları gibi) birleştirilmelidir. Denetim planlaması yapıldıktan, veriler ele geçirildikten, dönüştürüldükten ve denetim veri deposunda depolandıktan sonra denetim elemanı raporlama için veri analizini yapmaya hazırdır.

4.3.4.3. Veri analizi (Analitik uygulama)

Sürekli denetim sisteminin en önemli ve sonuca dönük olan aşamasıdır. Denetim elemanının en önemli hedefi sistemler üzerindeki veriyi denetim amaçlarına ulaşmak için en doğru şekilde analiz edebilmek ve yorumlayabilmektir. Denetim elemanı tarafsız görüş bildirmek için denetime konu olan veriyi çeşitli analiz teknikleri ile incelemek zorundadır. Dijital ortamda verileri analiz eden çeşitli araç ve teknikler vardır. Bunlar paket program olarak satın alınabilir veya denetim elemanı tarafından geliştirilebilir. Bu araç ve tekniklere topluca Bilgisayar Destekli Denetim Araç ve Teknikleri (Computer Aided Audit Tools and Techniques, CAATT's) adı verilir.

Sürekli denetimde Bilgisayar Destekli Denetim Araç ve Tekniklerinin temel amacı analiz konusu verilerin analiz edilebilir hale getirilerek doğrudan denetim elemanının karşısına konularak hızlı soru sorup cevaplarını alabilecek bir yapının sağlanmasıdır.

CAATT's araç ve tekniklerinin en önemli öne çıkan özelliği önceden veri üzerinde modelleme gereksinimi olmadan doğrudan veri üzerinde çalışarak denetim elemanının analizlerini gerçekleştirebilmesidir. Bilgisayar destekli denetim teknikleri kapsamında çok çeşitli yazılım araçları kullanılmaktadır. İlgili yazılımlar vasıtasıyla finansal verilerin tamamı hiçbir ayrıma gerek kalmadan incelenebilir. Denetim elemanı bilgisayar destekli denetim tekniklerini ne zaman, nerede, nasıl ve hangi aracı kullanarak uygulayacağına doğru olarak karar vermek ve uygulamakla yükümlüdür.

En yaygın kullanılan CAATT's teknikleri şunlardır;

- Sayısal Analizler
- Tabakalandırma ve Özetleme Teknikleri
- Zaman Bazlı Trend Analizleri
- Bulanık Arama ve Eşleme
- Mükerrerlik, Atlayan ve Sıra Analizi
- İlişkilendirme ve Eşleştirme Teknikleri
- İzolasyon-Filtreleme-Sorgu Teknikleri
- Yeniden Hesaplama Teknikleri

Yukarıda sayılan teknikler ve bunların dışında da kullanılan bilgisayar destekli denetim yazılımları sayesinde denetim elemanları denetim yaptıkları iş ve sektör verilerini bir araya getirerek potansiyel risklerin nerede olduğu ve bu riskleri yönetmek için hangi kontrol yöntemlerinin gerektiğini belirleyebilmektedir. Bu araçlar sayesinde denetim elemanları iş süreçlerinin uygunluğunu ve etkinliğini sürekli denetleyebilmektedir (Taşkın, 2011: 13-19).

4.3.4.4. Raporlama

Bu aşamada, analitik yöntemler ile elde edilen bulgular (kamu zararı, finansal aksaklıklar, suiistimal gerçekleştiren personel vb) çeşitli yöntemler ve veriye farklı bakış açıları kazandırmak suretiyle raporlanır.

Raporlama aşaması, beraberinde ilgili denetim prosedürünün de gerçek hayattaki önemini, kaybın veya zararın büyüklüğünü de ortaya çıkaracaktır. Ortaya çıkan bu büyüklük, aslında tamamlanan denetim sürecinin de ne kadar sıklıkla tekrar edilmesi gerektiğini anlatacaktır (Tüker, 2013).

4.3.4.5. Aksiyon takibi

İster özel sektör isterse kamu sektörü olsun, elde edilen bulgularla ilgili aksiyonların alınması, sürekli denetim sisteminin somut kazanımlara dönüşmesi anlamına gelmektedir. Tespit edilen zarar, şayet bu zarara neden olanlarla ilgili (kişi, kurum, sistemler vb.) düzenleyici ve iyileştirici işlem yapılmadığı takdirde, hiçbir zaman net başarı sağlanmış olmayacaktır.

Uygulamada bu alanda, sürekli denetim sisteminin yönlendirmesi ile saha personeli tarafından birtakım aksiyonlar alınmaktadır. İdeal bir sürekli denetim sisteminin oluşturulması için, sonuçların saha personeline iletilmesi ve her bir olay üzerinde yapılan işlemlerin takibi de gerekmektedir. Ancak bu sayede kurum finansallarına etki eden somut kazanımlar elde edilebilecektir (Tüker, 2013).

4.3.5. Sürekli denetim sisteminin yolsuzluğu önlemeye katkısı

Yolsuzluk, bir ya da birden fazla kişinin katılımı ile kasti ve gizli olarak kendi çıkarlarına yönelik bir değeri eksik ve/veya fazla gösterme olarak tanımlanabilir. Yolsuzluk insanlık tarihinin var oluşu kadar eskidir ve birçok şekilde karşımıza çıkabilmektedir. Son yıllarda artan teknolojik gelişmelerle birlikte yolsuzluğun çeşitlerinde de hızlı artışlar meydana gelmiştir.

Yolsuzluk, kontrolü ve önlenmesi zor olan önemli bir problemdir. Yolsuzlukların ortaya çıkarılması kolay olmamakta, yolsuzluk olaylarının her birinin titiz, kapsamlı ve hızlı algoritmalar yardımıyla doğru bir şekilde tanımlanması gerekmekte, ayrıca her yolsuzluk olayına ilişkin ayrı bir sınıflandırma gerekmektedir. Yolsuzluklar sonucunda dünya genelinde her yıl milyarlarca dolarlık kayıplar yaşanmaktadır.

Pek çok işlemin elektronik ortamda ve kablolar vasıtasıyla gerçekleştirildiği günümüzde, yolsuzlukların geleneksel yöntemlerle önlenmesi imkânsız hale gelmiştir. Yolsuzluk olgusu sürekli değişen ve duruma göre uyarlanabilen bir suç çeşidi olduğu için, yolsuzluğu ortaya çıkarabilecek ve önleyebilecek kabiliyette tasarlanmış veri analiz metotları kullanılmalıdır. Pek çok kurum ve kuruluş değişik alanlardaki yolsuzluk suçlarının tespitinde, uygulanabilir ve mükemmel çözümler üreten metotların geliştirilmesine çalışmaktadır. Bu bağlamda sürekli denetim sistemi yolsuzluğun tespit ve önlenmesinde etkin bir yöntemdir.

Sürekli denetim sisteminin kullanılmasıyla, bilgisayarlardaki mevcut programlar vasıtasıyla yapılması mümkün olmayan büyük boyutlardaki veriler üzerinden hızlı kontrollerin yapılması, kurumlardaki veri tabanının %100 oranında denetlenmesi, daha kapsamlı ve daha çok veri ile denetimlerin yapılması mümkün hale gelmiştir.

Sürekli denetim ile denetimlerde verimlilik artışı sağlanmakta, denetim yöntemleri standart hale gelmekte, tekrarlayan işlemler otomatik hale getirilerek denetlenmekte, insan gücü ve zamandan tasarruf sağlanmakta, daha etkin ve verimli denetimlerin yapılması mümkün olmaktadır. Sonuç olarak, yolsuzlukları önlemede etkili bir mücadele vermeyi sağlayacak, kayıpları önleyecek ve yolsuzluk yapanların delilleriyle birlikte yargıya teslim edilmesi kolaylaştırabilecektir (Bağcı, 2009: 4-5).

4.3.6. Uygulanabilir sürekli denetim sisteminin koşulları

Sürekli denetim; işlemlerin gerçekleşmesiyle aynı anda veya gerçekleştikten kısa bir süre sonra sonuçların denetlenmesi olduğu için, ancak farklı sistemlerden gelen farklı dosya formatlarına erişimin sağlanması ve bu dosyaların dönüşümünü sağlayan bilgi teknolojisi altyapısının kurulması gerekmektedir. Bu sayede, çeşitli kaynaklardan sağlanan bilgi standart hale dönüşecektir. Bilginin standartlaştırılması, sürekli denetim kapasitesi

oluşturulmasının önündeki en karışık ve zorlu meseledir. Çünkü, muhtemel hatalı ve mükerrer kayıtlardan kaynaklanan risk, karışıklık ve maliyet son kullanıcının denetim testleri yapabilmesi ve analize tabi tutabilmesinin önünde zorlu engeller oluşturacaktır (Rezaee ve diğerleri, 2002: 164).

Kurumların veri odaklı bir denetim anlayışını yerleştirebilmeleri için öncelikle doğru, güncel veriye hızlı erişim sağlayacak veri ambarı altyapısına sahip olmaları ardından da bu altyapıdan beslenen, sistemin her an takip edebileceği bilgisayar destekli sürekli denetim sistemini uygulamaları gerekmektedir. Bununla hem sistemin tamamına hakim bir bakış açısı geliştirebilmeli hem de tüm veri üzerinden suiistimale açık alanları tespit ederek karşılaşılabileceği riskleri en düşük seviyeye indirgeyebilmelidir.

Ayrıca sürekli denetim için denetim elemanları ve analistlerin kabiliyetlerinin artırılması gerekmektedir. Çünkü, sürekli denetim uygulamasının ön şartı, denetim ekibinin bilgi teknolojileri konusunda yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmalarıdır. Denetim ekibinin teknik yeterliliğinin olması, bilgi teknolojilerini ve denetim konusunu iyi bilmesi gerekmektedir.

4.4. SGK’da Sürekli Denetim Sistemi Uygulaması

SGK tarafından denetim birimleri içerisinde Türkiye’de ilk defa veri analizine dayalı, ileriye dönük (proaktif sistemler) denetim faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla Ekim/2012 - Ağustos 2014 tarihleri arasında Rehberlik ve Teftiş Başkanlığına bağlı “Risk Analizi ve Sürekli Denetim Grup Başkanlığı” faaliyet göstermiştir. Halihazırda sürekli denetim sistemi çalışmaları Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı bünyesinde devam etmektedir. Sürekli denetim alanında müfettiş, doktor, eczacı, sosyal güvenlik uzmanı, istatistikçi, bilişim uzmanı gibi tecrübeli uzmanlar görevlidir

Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı; sağlık, sigorta, muhasebe, insan kaynakları gibi SGK’nın tüm işlemlerine yönelik denetimler gerçekleştirmektedir. Bununla birlikte çalışmanın bu bölümünde Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından sağlık hizmet sunucularına yönelik yürütülen bir senaryo üzerinden sürekli denetim sistemi uygulaması yapılacaktır.

4.4.1. Uygulamanın konusu

Çalışmanın daha önceki bölümlerinde belirtildiği üzere, SGK sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlarken sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapar. Sağlık hizmet sunucuları tarafından GSS kapsamındaki hastalara sağlık hizmeti sunulur. Sunulan sağlık hizmetlerinin karşılığında SGK tarafından sağlık hizmet sunucularına ödeme yapılır. Geri ödeme yöntemleri SUT ve eki belgelerinde belirtilmiştir. SGK ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucuları tarafından yapılması gerekli görülen tetkik ve tahlile ilişkin faturalama işlemleri SUT hükümleri çerçevesinde MEDULA sistemine kayıt edilmektedir. MEDULA sistemi sayesinde sağlık hizmeti sunucularına başvuran hastaların hangi tarihte hangi hastaneye başvurduğu, hangi doktora muayene olduğu; tetkik, tedavi varsa yatış gibi tüm işlemleri ve ilaç alımları izlenebilmekte; maliyetlerin kontrolü ve süreç denetimi mümkün olmaktadır

SGK adına biri ayaktan tedavilere diğeri yatarak tedavilere ait olmak üzere iki adet fatura düzenlenmesi esas alınmıştır. Uygulamada yatarak verilen sağlık hizmetleri bedellerinin ödenmesi üzerine çalışılmıştır. SUT hükümleri doğrultusunda yatarak tedavilerde ödeme yöntemleri olarak iki farklı ödeme yöntemi bulunmaktadır. Bunlar “taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi” ve “hizmet başına ödeme yöntemi” olmak üzere iki ana başlık altında incelenmektedir. 24/03/2013 tarihli ve 28597 sayılı SUT’un 2.2.2 maddesinde yatarak tedavilerde ödeme yöntemlerinin uygulama ilkeleri düzenlenmiştir.

Taniya Dayalı İşlem Üzerinden Ödeme Yöntemi (Paket Ödeme); dahili ve cerrahi branşlarda sık karşılaşılan hastalıkların tanı ve tedavisi sırasında hizmet içeriği bakımından hasta bazında çok fazla değişiklik göstermeyen ve bu sebeple yaklaşık maliyeti önceden tahmin edilebilen tüm işlemlerin tek bir fiyat üzerinden belirlenmesi olarak tanımlanabilir. Burada tanımlanan paket, tüm masrafların dâhil olduğu, tek fiyatın geçerli olduğu bir kavramdır. Hastanın, hastaneye yatışından taburcu oluncaya kadar yapılan tüm masraflar için tek bir fiyat geçerlidir. Bu fiyatın içerisine, hastanın taburcu olduktan sonraki döneminde yapılan kontrollerin maliyetleri de dâhil edilmiştir (Ceran ve Özdemir, 2013).

Taniya dayalı işlem üzerinden ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-2/C listesi esas alınarak faturalandırılır. Ek-2/C listesinde hastaneler sınıflanmış ve oluşturulan hizmet gruplarına göre yapılacak olan ödeme miktarları belirtilmiştir. Örneğin

poliklinik muayenelerine verilen fiyat 55 TL'dir. Polikliniğe gelen bir hasta için özel sağlık hizmet sunucusuna 55 TL ödeneceği baştan kabul edilmiş olur ve hastanın muayenesi, kan, idrar tahlilleri ve çekilen röntgenler gibi hizmetler için ayrıca para ödenmez. Sadece hastayı muayene edip gönderilse de hastaya 1000 TL'lik tahlil yapılsa da ödenecek miktar 55 TL'dir.

Hizmet Başına Ödeme Yöntemi; hizmet sunucusuna ürettiği her birim hizmet için ödeme yapılır. Sağlık hizmet sunucuları belirlenmiş fiyatlar üzerinden sunmuş olduğu hizmetleri fatura eder. Bu kapsamda SGK gerekli ödemeleri yapar. Hizmet başına ödeme yönteminde, sağlık hizmeti bedelleri SUT eki EK-2/B listesi esas alınarak faturalandırılır.

Ülkemizde son yıllarda sağlık alanındaki harcamaların ve buna paralel olarak sağlığa ayrılan bütçenin artması, sağlık alanında bir takım önlemlerin alınmasına yol açmaktadır. Sağlık alanında alınan bu önlemlerin başında da tanıya dayalı paket ödeme uygulaması gelmektedir. Bu uygulama sayesinde SGK tarafından belirlenen pek çok tedaviye yönelik paket fiyatlar sayesinde hastaların hastaneye yatışlarında gördükleri cerrahi veya dâhili tedavilerinin tüm masraflarının tek bir fiyat olarak belirlenmesi ile sağlık harcamalarında maliyet kontrolü mümkün hale gelmektedir. Tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemine dâhil olmayan faturalandırılabilir sağlık hizmeti bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

Bu çalışmada, SGK tarafından istisnai durumlar dışında özel hastanelerce yapılacak bir işlemin “tanıya dayalı işlemler” listesinde paket kodu bulunmasına rağmen aynı işlemin “hizmet başı işlemler” listesi üzerinden tek tek SGK'ya fatura edilmesi durumunda oluşabilecek fazla ve yersiz ödemelerin tespit edilerek olası kamu zararının önlenmesi konusunda Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından yürütülen sürekli denetim sistemi uygulamasına yer verilecektir.

4.4.2. Uygulamanın yöntem ve örnekleme

Uygulamamızda, SGK'nın özel hastanelere yönelik yaptığı fatura ödemelerinde suiistimale açık bir hususu tespit etmeye yönelik analizler gerçekleştirilecektir. Bu analizler sırasında Lavastorm Analytic Engine (LAE) paket programı kullanılacaktır. LAE,

veriye erişimi, veriyi analiz etme ve raporlama alanında kullanılan bir bilgisayar destekli denetim tekniği yazılım programıdır.

LAE, verilerin tamamının incelenmesine imkân tanıyan ve milyonlarca veriyi çok hızlı bir şekilde işleyebilen bir kapasiteye sahiptir. LAE, verilerin sadece okunmasına izin verdiği için veri güvenliği açısından herhangi bir tehlike içermez.

LAE aracılığı ile Excel, Access, Oracle ve Microsoft SQL gibi hemen hemen her veri tabanına bağlanılabilir ve veriler işlenebilir. Bunun yanı sıra, kullanım kolaylığı ve komutların tanıtıldığı yardım menüsüyle LAE kurum ve kuruluşlar için ideal bir veri analiz programı olarak ortaya çıkmaktadır.

Bu çalışmada geliştirilen sürekli denetim uygulaması aşağıdaki özelliklere sahiptir:

o Öncelikle SGK Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından kullanılan LAE paket programının temel çalışma mantığı esas alınarak modelleme oluşturulacaktır. Bu referans modele göre ilk olarak verilerin erişilmesi, verilerin hazırlanması, analitik uygulama için kural ve iş analiz süreçleri anlatılacak, ardından raporlama aşamasına geçilip, sonuçlar değerlendirilecektir.

o Sürekli denetim uygulamasının tüm aşamalarında kurumun bilgi sisteminde hiçbir değişiklik yapılmamıştır. Kurumun mevcut kodlama sistemi korunarak bu uygulama geliştirilmiştir.

o Sürekli denetim uygulamasının planlama, geliştirme veya analizi sırasında kurumun iş süreçlerinde hiçbir değişiklik yapılmamıştır. Kurumsal politikalar ve uygulamalar dikkate alınarak bu sürekli denetim uygulaması geliştirilmiştir.

o Değerlendirmeler 1 Ocak – 31 Aralık 2013 dönemine ait kayıtların analizinin sonucudur.

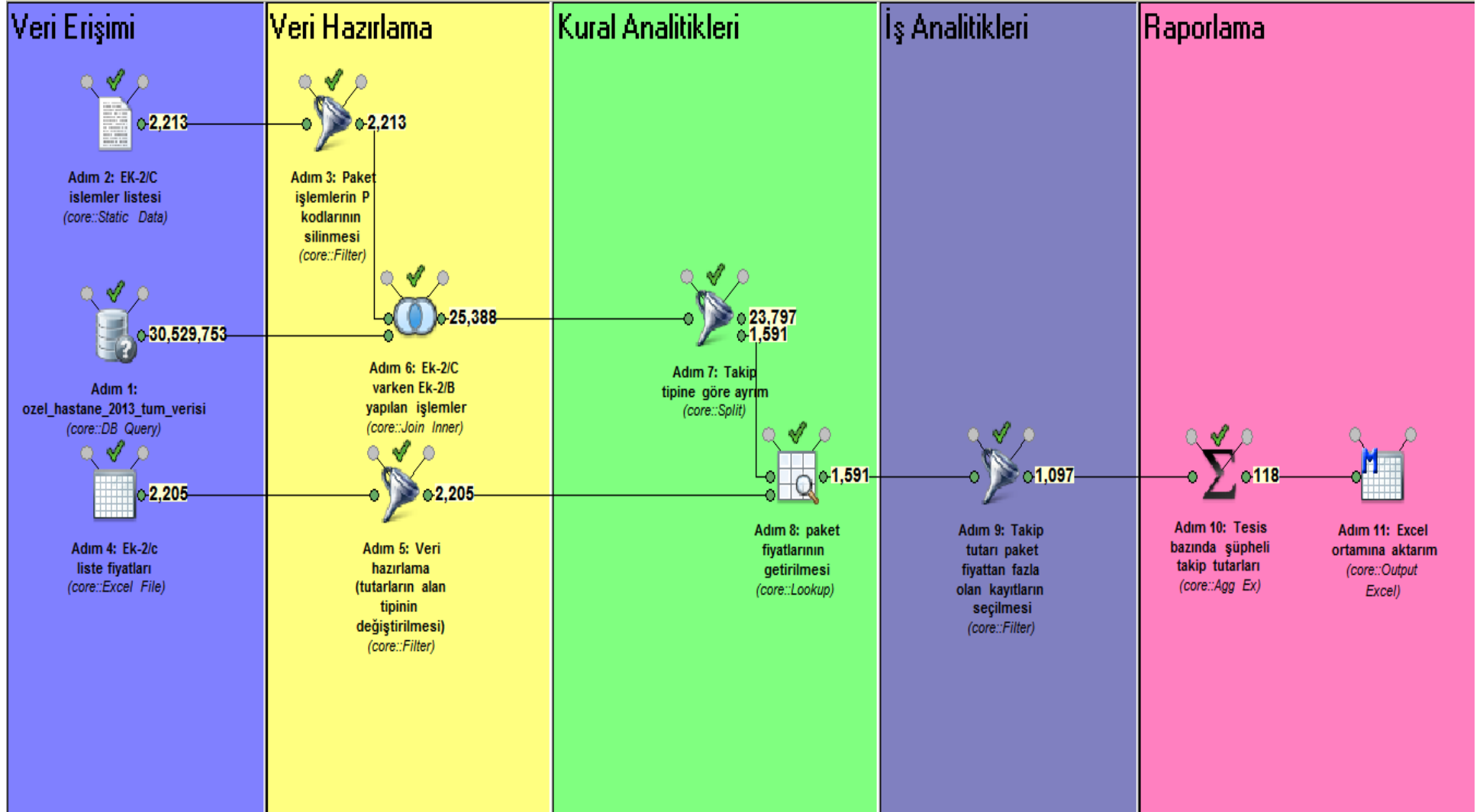
o Uygulama sırasında gerekli olan veriler GSS Genel Müdürlüğü İzleme ve Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Daire Başkanlığından temin edilmiştir. SGK verilerinin

güvenliği açısından gerekli olan hastane verilerinden kişisel ve ticari gizlilik içeren veriler, ilgili Daire Başkanlığı tarafından maskelenerek tarafımıza teslim edilmiştir.

SGK ile sözleşme imzalayan özel hastaneler tarafından 2013 yılı içerisinde yatan hastalara yönelik yapılan tüm iş ve işlemler uygulamanın veri setini oluşturmaktadır. GSS Genel Müdürlüğü İzleme ve Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Daire Başkanlığı'nın izniyle, analiz çalışmasında faydalanılacak Medula 2013 yılı özel hastane işlem verisi Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü veri ambarından temin edilmiştir. Ayrıca, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından kullanılan paket programdaki ekran görüntülerinin ve temel çalışma mantığının paylaşılması hususunda ise gerekli izinler alınmıştır. Son olarak analiz çalışmasında kullanılmak üzere, SUT EK-2/C paket işlem kodları listesi ile birlikte, ilgili işlemlerin fiyatları da temin edilmiştir.

4.4.3. Uygulamanın aşamaları

Şekil 3.2'de uygulamanın tüm işlem adımlarının analitik kurguya göre düzenlendiği süreç haritası bulunmaktadır. Bu harita, uygulamanın veri erişim kaynaklarından raporlama aşamasına kadar sürekli denetim sisteminin tüm aşamalarını kapsamaktadır. Uygulama kapsamında gerek veri ambarından gerekse SUT eki listelerden temin edilen veriler analize uygun hale getirilerek iş kurallarının çalıştırılması neticesinde sonuçlar elde edilmektedir.



Şekil 3.2. Uygulamaya ilişkin sürekli denetim sisteminin aşamaları

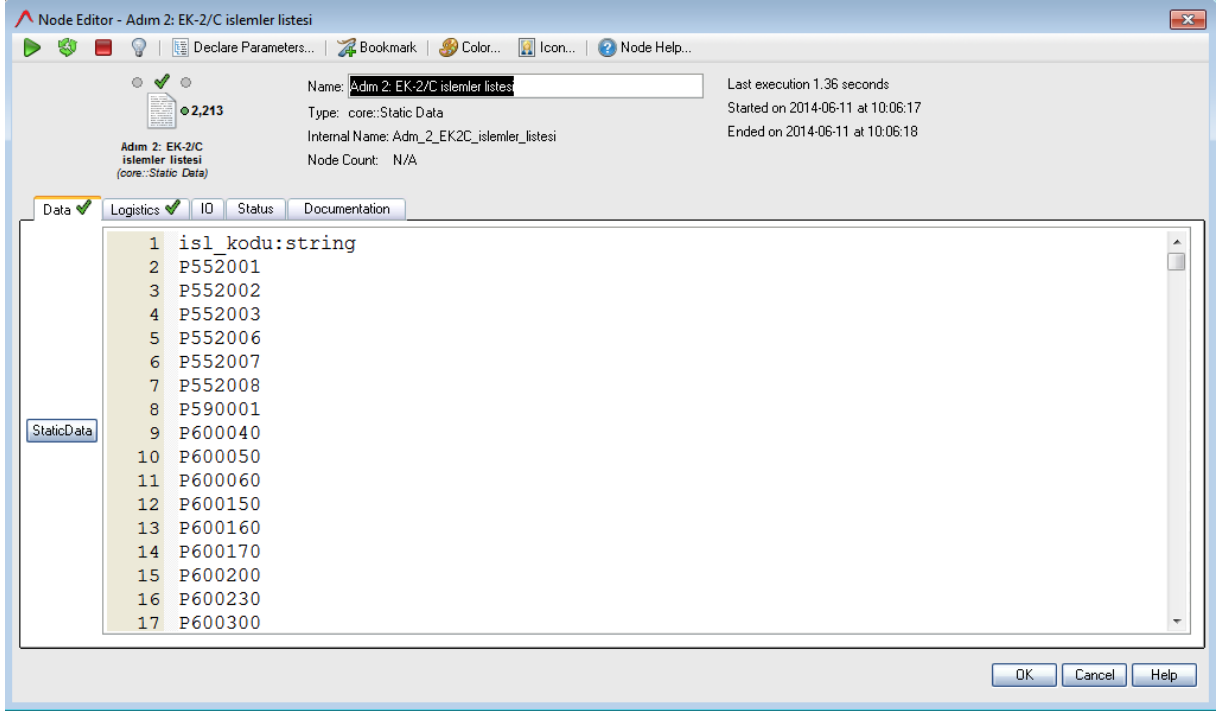
4.4.3.1. Veri erişimi

Veri erişimi aşaması, uygulama ile ilgili analizde kullanılacak olan ve farklı formatlarda yer alan tüm verilerin LAE analitik ortamına alındığı aşamadır. İlgili uygulama aşamasında gerekli olan tablolar ve onlara erişim aşağıdaki gibi gerçekleştirilmiştir.

2013 Yılı Özel Hastane İşlem Verilerine Ulaşılması: 2013 yılında özel hastaneler tarafından yatarak tedavi gören genel sağlık sigortalısı kişilere yapılan tüm işlem verileri veri ambarında oluşturulan tablodan DB Query aracılığı ile sql yazarak LAE analiz ortamına alınmıştır. SGK Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan veri ambarı tarafından hazırlanan veride ad, soyad, T.C. Kimlik No, hastane adı, hastane kodu gibi bilgiler maskelenmiş şekilde aşağıdaki örnek tabloda görünmektedir. Söz konusu tablo içinde 30.529.753 adet işlem verisi bulunmaktadır.

	TESIS_KODU string	TESIS_ADI string	TAKIP_NO double	MEDULA_TAK string	TAKIP_TARİH datetime	TEDAVI_TURU string	TCK_NO string	AD string	SOYAD string	HIZMET_ADI string	ISLEM_KODU string	ISLEM_ADI string	ADET double	ISLEM_TUTARI double	KESİNTI_TUT. double	TOPLAM_TUT double	TAKIP_TIPI string
1	7178E	OZEL*****NES: 29628553549.0	01014010N1C	2013-03-04 07:Y		BOZLJK	MER***	DEM***	SUT ISLEMI	900900	CRP,TURBOMI	L.0	2.7	NALL	1100.07	N	
2	717A8	OZEL*****NES: 33967656605.0	A7XJATA7B7Y	2013-11-14 07:Y		70NC8M	HEL***	ARS***	SUT ISLEMI	510010	STANDART YAT.	L.0	32.4	NALL	432.65	N	
3	7C617	OZEL*****NES: 34276363885.0	LLS1B8LLSVLS	2013-12-02 07:Y		P52BPCW	MJS***	HEP***	SUT ISLEMI	510010	STANDART YAT.	L.0	0.0	NALL	2067.29	N	
4	621JD	OZEL*****NES: 32399939993.0	I2Y18N1Z14Z	2013-08-12 07:Y		DN9ZEQU	GAN***	HAD***	SUT ISLEMI	P610880	BULUK EKLEM C.	L.0	370.76	NALL	370.76	N	
5	7ARLI	MED*****A.S: 33354873361.0	VPK19VPKYPK	2013-10-07 07:Y		FEDHYZ	SUM***	YL***	SUT ISLEMI	900901	CRP, NEFLOME	L.0	4.86	4.86	289.02	N	
6	7CT9Z	OZEL*****NES: 33907812757.0	8BT1AQ8BT9BT	2013-11-12 07:Y		EUXAM08	DJL***	AYT***	SUT ISLEMI	901620	TAM KAN (HEMC	L.0	0.0	NALL	904.07	N	
7	6ATW9	OZEL*****NES: 31138158769.0	T5F17675PM5F	2013-06-06 07:Y		855KZTK	RJF***	AKC***	SUT ISLEMI	530390	SUBKUTAN ENJE	L.0	0.0	NALL	2626.93	N	
8	650Q6	NPSA*****NES: 32979896609.0	9X219G9X20X2	2013-09-15 07:Y		GZQZPY8	MES***	BAS***	SUT ISLEMI	530080	DAMAR YOLU A	L.0	5.18	NALL	31.96	N	
9	7MGK	OZEL*****NES: 30146179369.0	OL815JOL8KLB	2013-04-01 07:Y		BSV16M	GLJ***	PER***	SUT ISLEMI	550170	ANESTEZI C GR.	L.0	0.0	NALL	580.57	N	
10	79DQ4	OZEL*****RUM: 29417458825.0	3D714J3D7G07	2013-02-20 07:Y		4NWTB7Y	NPS***	TOR***	SUT ISLEMI	510120	GUNDUZ YATAK	L.0	6.48	NALL	28.44	N	
11	650T6	MED*****77A: 34813105141.0	8AH18Z8AH4H4	2013-12-31 07:Y		E44JKQM	BLR***	KAR***	SUT ISLEMI	900900	CRP,TURBOMI	L.0	2.7	NALL	22.36	N	
12	7CDS0	OZEL*****NES: 33460016593.0	3IC1A43IC2IC	2013-10-14 07:Y		DO15NDE	MER***	BAR***	SUT ISLEMI	530150	INTRAVENUZ B	L.0	2.99	NALL	172.89	N	
13	6D7X6	OZEL*****NES: 32742614125.0	I5219452752	2013-09-02 07:Y		N70BOUW	KEZ***	ERD***	SUT ISLEMI	905320	PROTROMBIN Z	L.0	0.0	NALL	606.41	N	
14	7FLHQ	OZEL*****NES: 34483304797.0	V961B1V86R86	2013-12-13 07:Y		FR1N1YG	FER***	HJL***	SUT ISLEMI	510010	STANDART YAT.	L.0	0.0	NALL	1383.48	N	
15	74B7V	OZEL*****NES: 32918774173.0	858190858358	2013-09-11 07:Y		97OEP52	YAS***	GLC***	SUT ISLEMI	701540	OZEFAGOSKOP	L.0	70.52	NALL	433.17	N	
16	76T6T	OZEL*****NES: 30367130185.0	N8G19JN8G58G	2013-04-12 07:Y		6CM200G	BER***	ASL***	SUT ISLEMI	900200	ALANIN AMINO	L.0	1.19	NALL	509.8	N	
17	7ANCT	OZEL*****NES: 29738590585.0	GL414ZGL40L4	2013-03-09 07:Y		AEPN9RQ	MEL***	AKB***	SUT ISLEMI	904010	TROPONIN I	L.0	9.72	NALL	364.51	N	
18	7B3HC	OZEL*****NES: 33514395637.0	SMX1A63M0M4M	2013-10-07 07:Y		87N101G	ALZ***	GOZ***	SUT ISLEMI	701100	BUHAR TEDAVI	L.0	4.54	NALL	45.59	N	
19	62GTX	CORU*****NES: 28903217833.0	0TA13J0TASTA	2013-01-23 07:Y		7RIBK3Z	DUD***	UVS***	SUT ISLEMI	510090	YOLUN BAKIMI	L.0	112.32	NALL	1244.27	Y	
20	7C617	OZEL*****NES: 31212458889.0	L3P17OL3FQ3F	2013-05-31 07:Y		6090ECC	ALZ***	CEY***	SUT ISLEMI	904120	URK ASIT	L.0	1.19	NALL	987.82	Y	

Taniya Dayalı Paket İşlemler Listesine Erişim: 2013 yılı için geçerli SUT EK-2/C listesinde bulunan taniya dayalı işlemler listesi temin edilmiştir. İlgili liste excel ortamında bulunup LAE programı analiz ortamına alınmıştır. İlgili örnek tablo aşağıdaki gibidir.



Tarıya Dayalı Paket İşlem Liste Fiyatlarına Erişim: 2013 yılı için geçerli SUT EK-2/C listesinde bulunan tanıya dayalı işlemler fiyat listesinde yer alan ücretlere Katma Değer Vergisi de yansıtılarak paket işlem fiyat listesi temin edilmiştir. İlgili liste excel ortamında bulunup LAE programı analiz ortamına alınmıştır. İlgili örnek tablo aşağıdaki gibidir.

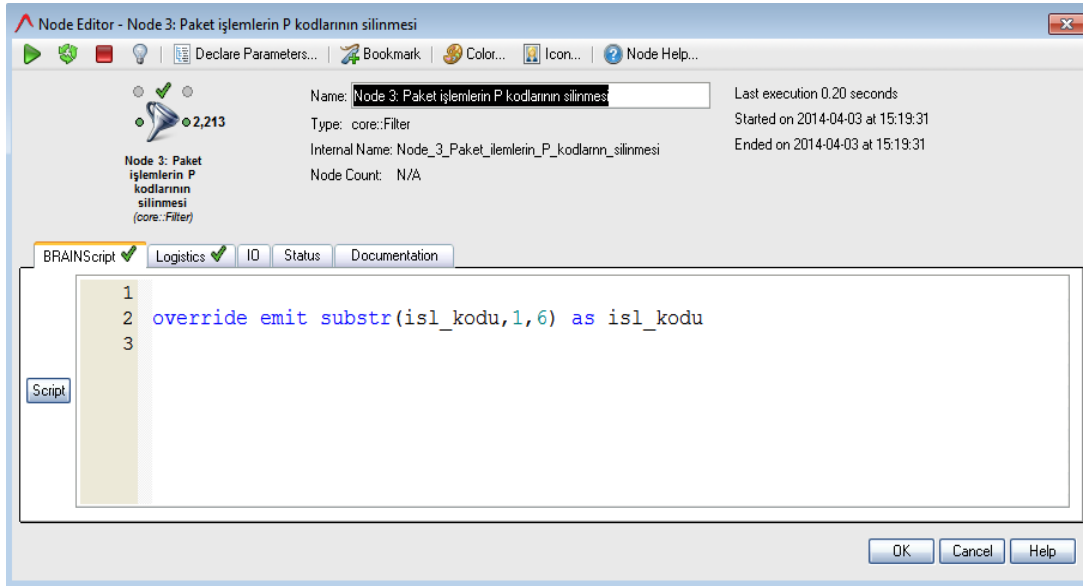
	P_KOD unicode	P_KOD_TUTAR unicode
1	552001	216
2	552002	459
3	552003	841.32
4	552006	216
5	552007	459
6	552008	841.32
7	590001	320.22
8	600040	634.284
9	600050	638.496
10	600060	329.508
11	600150	246.456
12	600160	756
13	600170	237.6
14	600200	328.536
15	600230	1265.76
16	600300	432

Yukarıda belirtilen verilerin LAE ortamına aktarılması ile veri erişim işlemi sona ermiştir. Bu noktadan sonra veri tabanına veya diğer kaynaklara yeni veri temin etme gereğiyle bağlanmaya gerek kalmamıştır. Tüm veriler LAE ortamında mevcut olduğundan analizler çok hızlı bir şekilde çalışabilecektir.

4.4.3.2. Veri hazırlama

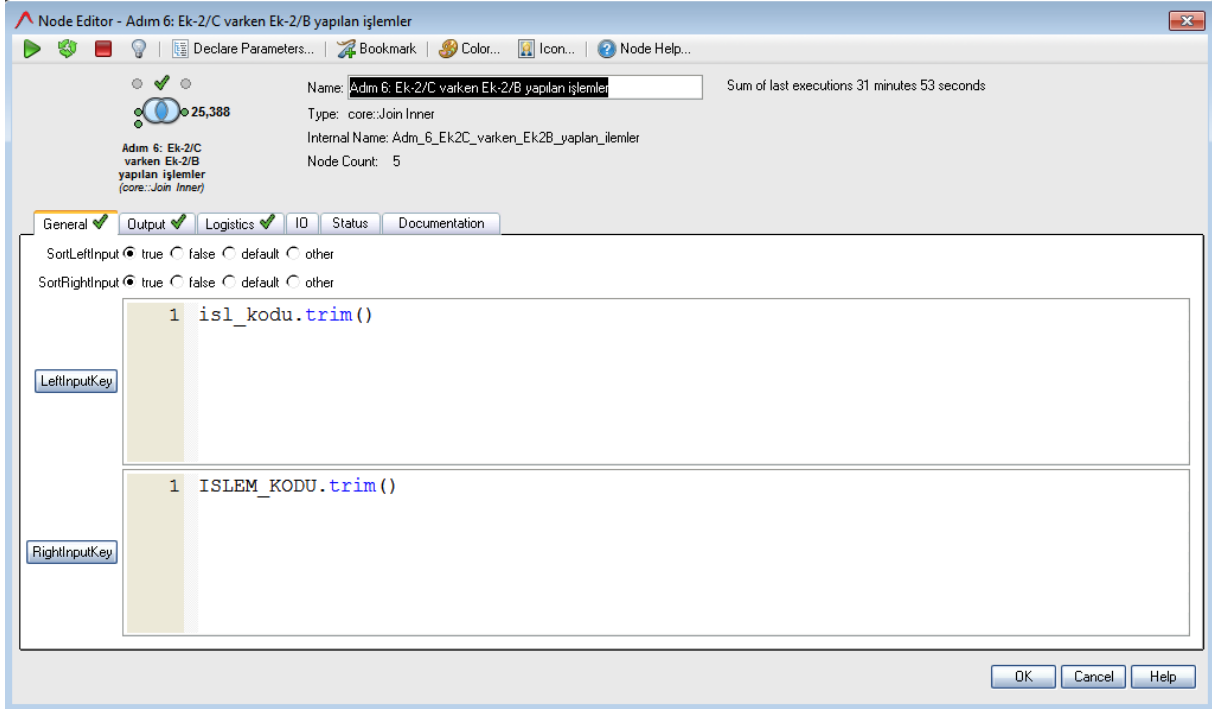
Veri hazırlama aşaması, iş kurallarının veriye uygulanmasından önce, veri içerisinde bir takım format düzenlemelerinin yapıldığı, gerektiği takdirde ek veriler ile ana verilerin zenginleştirildiği, çeşitli veri kalitesi kurallarının işletildiği aşamadır.

Tanıya Dayalı Paket İşlemlerin P Kodlarının Silinmesi: Bu adımda, 2'nci adımda tanımlı bulunan tanıya dayalı paket işlemlerin "P" harfi ile başlayan işlem kodlarından "P" ibaresi kaldırılmaktadır. Kullanılan Filter adımı aracılığıyla, bu işlem gerçekleştirilirken, tanıya dayalı paket işlem olup, aynı zamanda hizmet başına ödeme kapsamına giren işlemlerde yer alan aynı işlem kodlarının birbiriyle benzer formata getirilerek eşleştirilebilmesine hazırlık yapılmaktadır. Bunun için aşağıdaki şu komut kullanılmıştır.

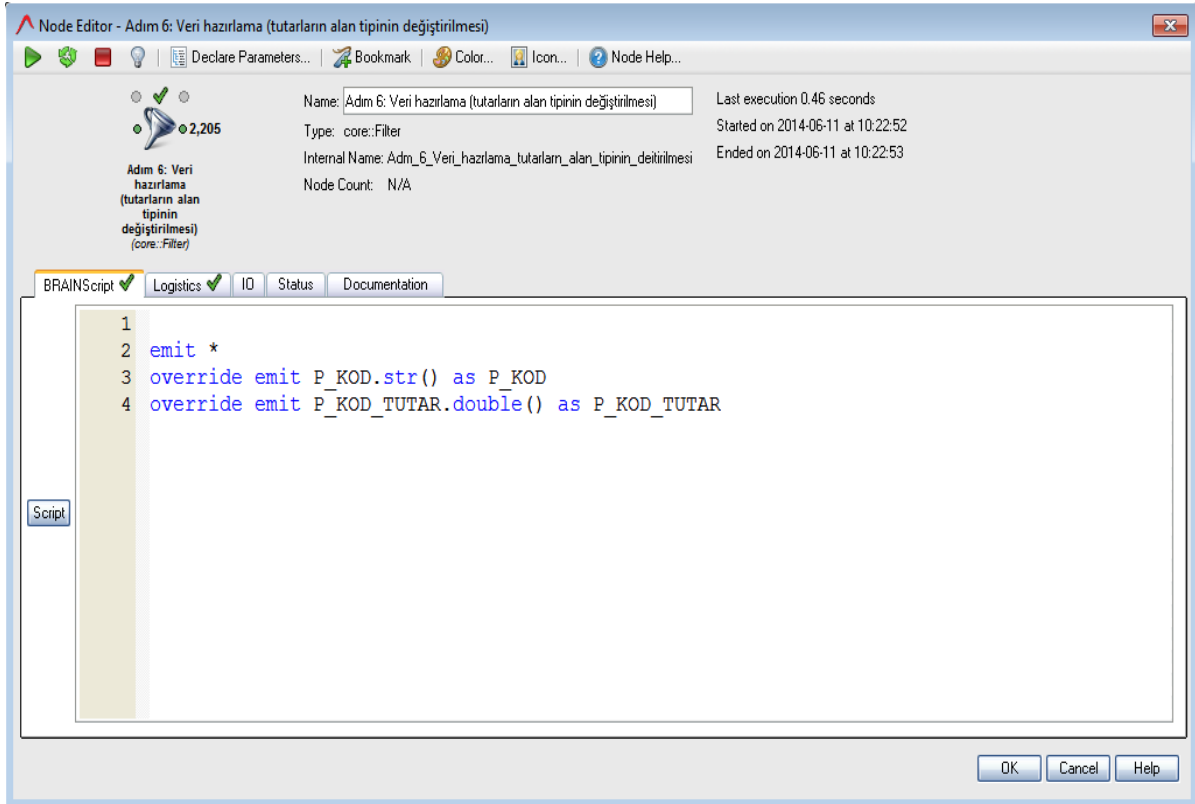


Tanıya Dayalı Paket Ödeme Kodu Varken Hizmet Başı Ödeme Yapılan İşlemlerin Tespiti: Bu adımda, iki farklı veri kaynağı, bir veya birden fazla ortak sütun üzerinden eşleştirme işlemi yapılmıştır. 1'inci adımda tanımlı özel hastane verileri arasından, paket işlemleri içeren işlemlerin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır. Eşleştirme 1'inci

adımda elde edilen özel hastane işlemleri verisindeki ISLEM_KODU sütunu ile içerisinde “P” kodları atılan ısl_kodu sütunu üzerinden yapılmıştır. Bu adım ile 25388 adet tanıya dayalı paket ödeme kodu varken hizmet başına ödeme yapılan işlem tespit edilmiştir. Bunun için aşağıdaki şu komutlar kullanılmıştır.



Tutarların Alan Tipinin Değiştirilmesi: Bu adımda, 3'üncü adımda tanımlı bulunan tanıya dayalı paket işlem fiyat listesinin içerisindeki işlem kodu alanı, eşleştirilebilmesi için aynı formata getirilmektedir. Ayrıca tutar alanı da, daha sonra üzerinden toplam alınabilmesi için “string” veri formatından nümerik format olan “double” formatına çevrilmektedir. Yani tutarlar üzerinde işlem ve eşitlik yapılabilmesi için sayısal bir değere dönüşüm sağlanmıştır. Bunun için aşağıdaki şu komutlar kullanılmıştır.



4.4.3.3. Kural analitikleri

Kural analitikleri aşaması, veri hazırlama aşamasında hazırlanan veriler üzerinden gerektiği takdirde istisnaların elendiği, iş kurallarının veri üzerinde uygulandığı aşamadır.

Tanıya Dayalı Paket Ödemenin İstisnalarının Analiz Dışına Çıkarılması: Tanıya dayalı paket ödeme kapsamına girmesine rağmen belli hal ve durumların oluşması halinde sağlık hizmet sunucuları faturalarını hizmet başına ödeme olarak SGK'ya fatura etmektedirler. Bu adımda, ilgili işlemler arasına giren takipler analiz dışında bırakılmaktadır. Analiz dışı bırakılacak işlemlere ait mevzuat hükümleri aşağıda belirtilmiştir.

24/03/2013 tarihli ve 28597 sayılı SUT'un 2.2.2.B-2 maddesi "hizmetin iptal olması veya yarım kalması" başlıklı bölümünde belirtildiği üzere;

(1) Hastanın tanıya dayalı işlem öncesi hazırlık işlemleri aşamasında ölmesi veya ortaya çıkan başka sağlık sorunları nedeniyle tanıya dayalı işlem kapsamına giren bir müdahalenin yapılamaması halinde verilen hizmetler, ameliyat/girişim kararı verilen

hastanın, herhangi bir nedenle tedaviden vazgeçmesi halinde (hastanın hastaneden ayrılmasından 10 gün sonra) veya başlanan işlemin herhangi bir aşamada kalarak tamamlanamaması halinde o zamana kadar verilen sağlık hizmetlerine ilişkin giderler, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır. Ancak bu durumda SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem bedelleri, %10 indirimli olarak faturalandırılacaktır. Bu durumdaki işlemlerde kullanılmayan malzemeler faturalandırılmayacaktır.

SUT'un 2.2.2.C maddesi "komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar" başlıklı bölümünde belirtildiği üzere;

(1) Tanı veya tedaviye yönelik işlem sonrasında hastada komplikasyon ortaya çıkması durumunda, komplikasyona ait sağlık hizmetlerinin bedelleri aynı sağlık hizmeti sunucusunca %10 indirimli olarak hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır. Ancak hastanın önceden bilinen risk faktörleri (diabetes mellitüs, hipertansiyon, morbid obezite, alkolizm vb) veya eşlik eden hastalıklarının (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immun ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) bulunması halinde, bunlarla ilgili olarak gelişen komplikasyonlarda bu indirim uygulanmaz.

(2) Tanı veya tedaviye yönelik işlemler kapsamında tedavisi yapılan hastanın eşlik eden hastalıkları (hemofili, lösemi, immun yetmezlikler, organ yetmezlikleri, maligniteler, immun ve otoimmün, romatolojik hastalıklar vb) nedeniyle sunulan sağlık hizmetlerinin bedelleri, hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılır.

SUT'un 2.4.4.H maddesi "yoğun bakım tedavisi" başlıklı bölümünde belirtildiği üzere;

(2) Yoğun bakım tedavileri SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan puanlar üzerinden faturalandırılır. Yoğun bakım tedavisi uygulanmayan günlerde verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılabilir. Yoğun bakım tedavisi sürmekte iken; EK-2/C Listesinde yer alan A, B, C grubu işlemin uygulanması durumunda işlemin yapıldığı gün, tanıya dayalı yoğun bakım puanı faturalandırılabilir. Bu durumda yapılan işlemin SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanı ile tanıya dayalı işlemlerde ayrıca

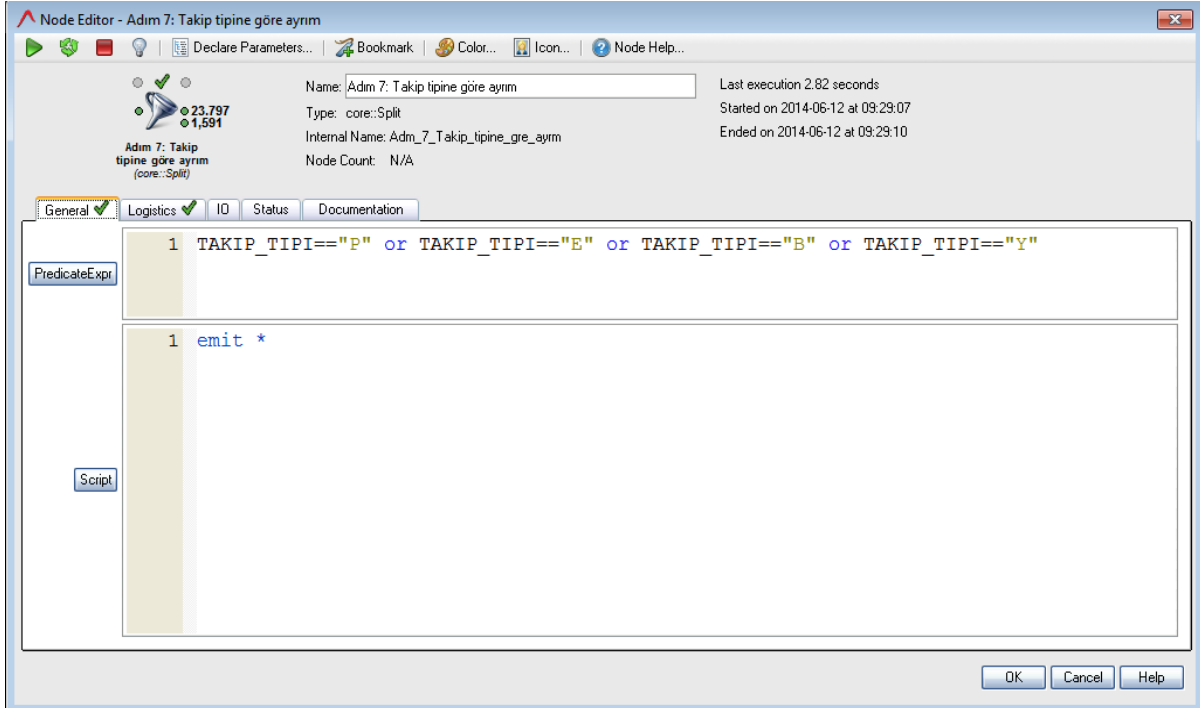
faturalandırılabilir tıbbi malzeme bedelleri faturalandırılabilir. D ve E grubu işlemler yoğun bakım bedellerine dâhil olup ayrıca faturalandırılmaz.

(8) Yoğun bakımda yatan hastanın, yattığı ilk gün ile vefat ettiği veya yoğun bakımdan çıkarıldığı gün ya da başka bir sağlık hizmeti sunucusunun yoğun bakım servisine sevk edildiği gün verilen sağlık hizmetleri, hizmet başına ödeme yöntemiyle faturalandırılır.

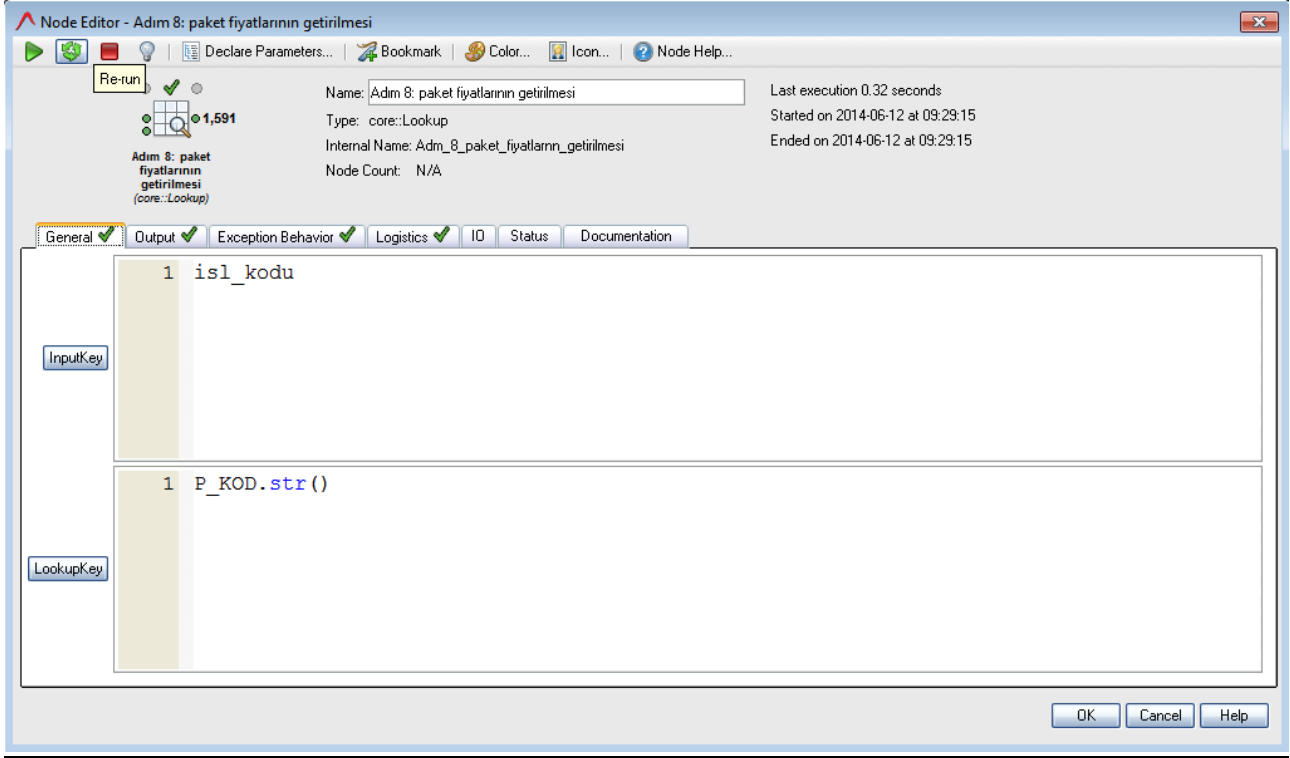
Bahsedilen mevzuat hükümleri doğrultusunda belirtilen durumlar analiz dışına çıkarılmaktadır. 7'nci adımda 25388 işlemde tanıya dayalı paket ödeme varken hizmet başına ödeme yapılmış işlem varken, istisnaların analizden çıkarılması ile işlem adedi 1591'e düşmüştür. Medula'da istisnalara ait kullanılan kodlar aşağıda belirtilmiştir.

Takip Tipi	Açıklama
P	Hizmetin iptal olması veya yarım kalması
E	Eşlik Eden hastalık
B	Faturalanmış uzayan yatış ve yoğun bakım
Y	Yoğun Bakım

Split adımı kullanılan bu ayırmada, aşağıdaki şu komutlar kullanılmıştır.



Tarıya Dayalı Paket Fiyatlarının Getirilmesi: Bu adımda, ham verideki paket varken yapılan hizmet başına ödeme işlemlerinin yanına paket fiyatları getirilmiştir. Bu işlem paket fiyatlar ile Kuruma fatura edilen fiyatların kıyaslanması için gerekmektedir. Hastane işlem verisi ile paket işlem fiyat verileri aşağıda görüldüğü şekilde bir araya getirilmiştir.



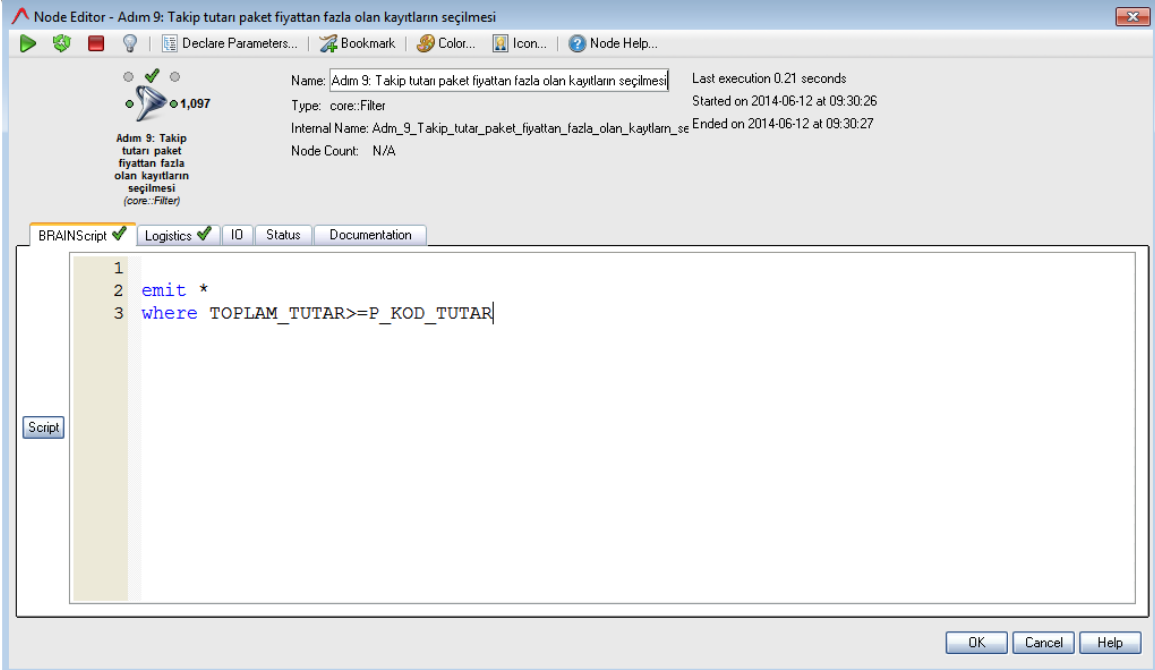
Paket fiyatlar ile Kuruma fatura edilen fiyatlar yan yana getirildiğinde aşağıdaki şekilde görülen liste elde edilmiştir.

	TESIS_KODU string	TESIS_ADI string	MEDULA_TAKIP_NO string	isl_kodu string	ISLEM_ADI string	TOPLAM_TUTAR double	P_KOD_TUTAR double
1	7E3E3	OZEL*****NES?	GHI1AIGH0LHI	600170	SKAR.REV?ZYONU	305.85	237.6
2	78QM2	OZEL*****NES?	T501A0T50250	600300	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	388.49	432.0
3	78QUM	OZEL*****NES?	FZY1BCFZYRZY	600300	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	337.86	432.0
4	78YBM	OZEL*****NES?	P1117AP11611	600300	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	2231.09	432.0
5	61TTT	OZEL*****NES?	ZNF1BMZDF30F	600300	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	367.67	432.0
6	7E3E3	OZEL*****NES?	HY514BHY5Y5	600300	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	1470.87	432.0
7	7CLKI	OZEL*****NES?	BYN1DSEYNDIN	600330	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI, ?LAVE	14720.99	57.024
8	78QM2	OZEL*****NES?	YHC1CBYHCWHC	600330	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI, ?LAVE	636.88	57.024
9	7EB80	OZEL*****NES?	YCJ1AS9YC38CJ	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	229.64	515.16
10	7EB80	OZEL*****NES?	W921BEW92K92	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	462.48	515.16
11	7EB80	OZEL*****NES?	EV3190EV3DV3	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	214.31	515.16
12	7EB80	OZEL*****NES?	W921BEW92K92	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	462.48	515.16
13	7EB80	OZEL*****NES?	M9L1BVM9L9L	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	862.65	515.16
14	7EB80	OZEL*****NES?	MUS1BMUS2U5	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	339.92	515.16
15	7EB80	OZEL*****NES?	60Y1C560YK0Y	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	338.19	515.16
16	7EB80	OZEL*****NES?	BNQ188BNQDNQ	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	250.92	515.16
17	67EYF	OZEL*****NES?	DUZ1BGDUZCUZ	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	268.65	515.16
18	7EB80	OZEL*****NES?	ZBU1BUZBU8BU	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	628.42	515.16
19	7EB80	OZEL*****NES?	P2J1BNP2J82J	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	324.65	515.16
20	7EB80	OZEL*****NES?	P2J1BNP2J82J	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ?LE DEFEKT ONARIMI	324.65	515.16

4.4.3.4. İş analitikleri

İş analitikleri aşaması, raporlama aşamasına geçilmeden önceki iş kuralının tayin edilerek sonuç verilerine erişilecek işlemlerin yapıldığı aşamadır.

Takip Tutarı Tanıya Dayalı Paket Fiyattan Fazla Olan Kayıtların Seçilmesi:
Uygulama kapsamında içerisinde tanıya dayalı paket işlemi bulunan bir takibin fiyatının hizmet başına yapılan işlemlerin tek tek fatura edilmesi sebebiyle, tanıya dayalı paket işlem tutarından fazla olup olmadığı durumlar tespit edilmektedir. Bunun için aşağıdaki şu komutlar kullanılmıştır.



The screenshot shows a Node Editor window titled "Node Editor - Adım 9: Takip tutarı paket fiyattan fazla olan kayıtların seçilmesi". The window contains a script editor with the following code:

```

1
2 emit *
3 where TOPLAM_TUTAR >= P_KOD_TUTAR

```

The script editor also shows a "Script" button and a "Logistics" tab. The window also displays execution details: Name: Adım 9: Takip tutarı paket fiyattan fazla olan kayıtların seçilmesi, Last execution 0.21 seconds, Type: core::Filter, Internal Name: Adm_9_Takip_tutar_paket_fiyattan_fazla_olan_kaytlar_n_se, Started on 2014-06-12 at 09:30:26, Ended on 2014-06-12 at 09:30:27, Node Count: N/A.

Bu adım ile birlikte kaç adet işlemde kurum zararı olduğunun tespiti yapılmaktadır. Sonuç olarak tanıya dayalı paket ödeme kodu olmasına rağmen hizmet başına ödeme yapılan 1591 adet işlemde 1097 adet işlemin kurum zararına sebebiyet verdiği tespit edilmiştir. Aşağıdaki şekilde kurum zararına neden olan kayıtlardan örnekler gösterilmektedir. Örneğin, ilk sıradaki 'Kısmi Kalınlıkta Deri Graft ile Defekt Onarımı' işlemi paket kapsamında 432 ₺ olarak Kuruma fatura edilmesi gerekirken bu işleme bağlı verilen hizmetler 2 231,09 ₺ üzerinden faturalandırılmıştır.

TESIS_KODU	TESIS_ADI	MEDULA_TAKIP_NO	id_kodu	ISLEM_ADI	TOPLAM_TUTAR	P_KOD_TUTAR
string	string	string	string	string	double	double
1	78133	OZEL*****NES? P1117AP11611	600300	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ILE DEFEKT ONARIMI	2231.09	432.0
2	78133	OZEL*****NES? HTS148HY32Y5	600300	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ILE DEFEKT ONARIMI	1470.87	432.0
3	78133	OZEL*****NES? 80N10580N0N	600330	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ILE DEFEKT ONARIMI, ILAVE	14720.99	57.024
4	78133	OZEL*****NES? YHC108YKWHC	600330	KISM? KALINLIKTA DER? GREFT? ILE DEFEKT ONARIMI, ILAVE	636.88	57.024
5	78133	OZEL*****NES? MSL108YKWHC	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ILE DEFEKT ONARIMI	862.65	515.16
6	78133	OZEL*****NES? ZBU108YKWHC	600370	TAM KALINLIKTA DER? GREFT? ILE DEFEKT ONARIMI	628.42	515.16
7	78133	OZEL*****NES? ZBU108YKWHC	600460	CAPRAZ PARMAK FLEB?, 8YKNC? SEANS	628.42	486.0
8	62130	OZEL*****NES? T2H18UT24624	600530	DOKU GENISLETME UYGULAMALARI, 8YKNC? SEANS	1665.91	904.176
9	791PM	OZEL*****NES? 68918U689389	600550	FAS?YOKULAN FLEP	12461.47	627.264
10	791PM	OZEL*****NES? CLD198CLOCLD	600550	FAS?YOKULAN FLEP	2072.81	627.264
11	791PM	OZEL*****NES? 68918U689389	600550	FAS?YOKULAN FLEP	12461.47	627.264
12	78133	OZEL*****NES? 80N10580N0N	600550	FAS?YOKULAN FLEP	14720.99	627.264
13	78133	OZEL*****NES? OSO18C0S0L50	600560	70? FARKLI DOKU ?CEREN SERBEST KOMPOZIT FLEP	14218.16	6874.2
14	78133	OZEL*****NES? SER18C0S0L50	600570	70? LOBLU FLEP	700.56	548.964
15	78133	OZEL*****NES? 3RL10C3RLPRL	600590	INTERPOLASYON FLEPLER?, 70KNC? SEANS	819.87	432.0
16	78133	OZEL*****NES? ZK173ZK3K3L	600600	KAS FLEB?	4858.63	1139.4
17	78133	OZEL*****NES? DCU19WDCURCU	600620	KAS-DER? FLEB?	8013.62	1474.2
18	78133	OZEL*****NES? ZPC1A1ZPC1PC	600700	TEK LOBLU LOKAL DER? FLEB?	887.17	657.72
19	61TTT	OZEL*****NES? B0H1A80H00H	600700	TEK LOBLU LOKAL DER? FLEB?	757.66	657.72
20	78050	OZEL*****NES? XHT100XHT1HT	600720	V-Y YERLETHE DER? FLEB?	4641.32	470.448

4.4.3.5. Raporlama

Tesis Bazında Şüpheli Takip Tutarları: Raporlama aşaması ile nihai sonuçlar, hastane (tesis) bazında gruplanarak “tesis_takip_tutari”, “paket_tut” ve “tesis_fark_tut” kolonlarında oluşturulmuştur. “tesis_takip_tutari” hastanenin paket üzerinden göndermesi gerekirken hizmet başı işlem olarak göndermesinden kaynaklı şüpheli toplam takip tutarını, “paket_tut” tesisin işlemi göndermesi gereken paket işlemin fiyatını, “tesis_fark_tut” ise bu iki fiyat arasındaki farktan oluşan SGK’nın zararını ifade etmektedir. Grublama işlemi “tesis_kodu” üzerinden yapılmıştır. Bunun için aşağıdaki şu komutlar kullanılmıştır.

Node Editor - Adım 10: Tesis bazında şüpheli takip tutarları

Name: Adım 10: Tesis bazında şüpheli takip tutarları Sum of last executions 0.50 seconds

Type: core:Agg Ex

Internal Name: Adm_10_Tesis_bazında_pheili_takip_tutarlar

Node Count: 2

Adım 10: Tesis bazında şüpheli takip tutarları (core:Agg Ex)

General Optional Logistics IO Status Documentation

```

1 tesis_takip_tut=sum(TOPLAM_TUTAR)
2 paket_tut=sum(P_KOD_TUTAR)
3 emit referencedFields(1,{{^GroupBy^}}),tesis_takip_tut,paket_tut
4 emit tesis_takip_tut-paket_tut as tesis_fark_tut
5 where lastInGroup
6

```

GroupBy

```

1 tesis_kodu

```

OK Cancel Help

	tesis_kodu string	tesis_takip_tut double	paket_tut double	tesis_fark_tut double
1	7CDS0	2596875.66	92387.79	2504487.87
2	76T57	1344246.36	30618.0	1313628.36
3	7CT9B	1044942.49	29253.0528	1015689.4372
4	65WFP	579039.02	7417.44	571621.58
5	65OU0	429592.79	6055.344	423537.446
6	7AVQJ	307050.76	72564.7329	234486.0271
7	676Q5	143267.84	3296.592	139971.248
8	65OTL	138739.83	4212.0	134527.83
9	7CLKI	112970.1	4302.288	108667.812
10	778KO	104338.34	3866.184	100472.156
11	7CHRE	101365.83	2748.6648	98617.1652
12	7CLMV	118783.13	21450.4416	97332.6884
13	76T65	78227.6	1230.228	76997.372
14	7EB80	106866.71	32319.5534997	74547.1565003
15	7AVQP	82713.7	10106.154	72607.546
16	7CHXP	70646.94	3369.924	67277.016
17	7H3IW	74873.79	20031.8076	54841.9824
18	61TTW	56275.77	5795.7228	50480.0472
19	5ZONZ	57079.74	9091.44	47988.3
20	78QM2	82039.74	34515.396	47524.344

Uygulama sonucunda 118 özel hastanede şüpheli işlem olduğu, bu işlemlerin toplam tutarının 8 409 528 86 ₺ olduğu ve hastanelerin SGK'ya fatura ettiği tutar ile olması gereken paket tutar arasındaki farkın 7 846 234 34 ₺ olduğu tespit edilmiştir. Uygulama kapsamında kurum zararına sebebiyet veren bir işlemin hangi hastanede, hangi tarihte, hangi kişiye yapılan bir işlem olduğunun tespiti yapılabilmektedir. Geleneksel denetim yöntemleriyle aylar sürebilen ve etkinliği az olan denetim anlayışından geneli daha iyi kavrayan ve çözüm üreten sürekli denetim sistemi yaklaşımı ile SGK'nın yürüttüğü tüm iş süreçleri üzerinde birtakım kontrol noktalarının belirlenmesi ve bu kontrol noktalarının periyodik olarak denetlenmesi mümkün hale gelmektedir.

Excel Ortamına Aktarım: Verilerin analiz edilmesinden sonra denetim çalışmaları tamamlanır. Bundan sonraki işlemler çıkan sonuçların ilgili kişilere iletilmesidir. Son adım olan bu adımda uygulama sonuçları excel ortamına aktarılmış olup, sonuçlar ilgili birimlere iletilmekte ve kurum zararına sebebiyet veren kurum/kişilere yönelik mevzuatın öngördüğü yaptırımlar uygulanmaktadır.

Sağlık alanında sürekli denetim sisteminin uygulanmasına yönelik yapılan çalışmada LAE paket programı ile 11 adımda 2013 yılı özel hastane verileri kullanılarak ilgili denetim kısa sürede gerçekleştirilmiştir. İlgili uygulama her denetim döneminde, aynı formatta alınan verilerin aynı amaçlara yönelik denetimi için, denetim süreci otomatikleştirilerek bu süre saniyelerle ölçülebilecek denli kısaltılabilir.

Bu uygulama örneğimizde; denetim, verilerin tamamına uygulanmıştır ve böylece denetim sonuçları son derece güvenilirdir. Denetim süresinden ve iş gücünden, dolayısıyla denetim maliyetlerinden büyük tasarruf edildiği üzere, denetim süreci çok verimli geçmiştir. Böylece, tamamlanan denetim çalışmasının son derece kaliteli olduğu söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda risklerin en aza indirilmesi, yapılan hata ve suiistimallerin tespit edilmesi SGK'nın sağlık harcamalarının denetimi açısından sürekli denetim sistemi yaklaşımı oldukça önemli bir konudur. SGK'nın sağlık harcamaları denetiminde sağlık hizmet sunucuları ve faaliyet verilerinden hareketle uygulanabilecek pek çok değişkenli denetim senaryoları geliştirilebilir.

Böylece SGK'nın sağlık harcamalarının denetiminde sürekli denetim uygulamaları ile veri analizleri yapılabilecektir. Amaca uygun olarak elde edilen sonuçların raporları sistemde sürekli izlenerek kurum zararına sebebiyet veren riskli alanların etkin biçimde kontrolü ve denetimine imkan verecektir. Bu da denetimde önleyici bir etki yaparak Kurum kaynaklarının tutumluluk, etkinlik ve verimlilik ölçütleri çerçevesinde harcanmasına imkan verecektir.

5. SONUÇ

İnsanlar kendi iradeleri dışında hastalık, kazaya uğrama, işsiz kalma, yaşlanma, ölüm gibi risklerle karşılaşarak, gelirden veya kazançlarından yoksun kalabilmektedirler. Sosyal güvenlik olgusu, söz konusu risklere maruz kalındığında insanların kendilerini güvende hissetmelerini, asgari de olsa bir yaşam standardına sahip olmalarını istemeleri sonucunda ortaya çıkmıştır. Sosyal güvenlik sistemi toplumsal yardımlaşmayı kişilerin vicdanına bırakmayıp kurumsal hale getirerek bu yardımlaşmayı devlet eliyle sağlamaktadır.

Ülkemizde daha önce farklı kesimlerin sosyal güvenliğini sağlayan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi kurumlar tek çatı altında toplanmış ve 2006 yılında 5502 sayılı Kanun ile tüm sigortalılar için sosyal güvenlik faaliyetlerini yürütmeye yetkili SGK kurulmuştur. SGK Ekim 2008 de yürürlüğe giren 5510 sayılı Kanun ile kamu çalışanlarının, bağımsız çalışanların ve bir hizmet akdiyle bağımlı çalışanların tüm sigorta kollarına ödedikleri primleri toplamaya ve harcamaları yapma yetkisine sahip bir kurum haline getirilmiştir. Bu anlamda SGK tarafından sosyal sigorta hizmetlerine paralel olarak sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve finansmanı da gerçekleştirilmektedir. SGK sigortalılarına sunduğu sağlık hizmetini kamu-özel ayrımı yapmaksızın tüm sağlık hizmet sunucularından (kamu sağlık hizmet sunucuları, özel sağlık hizmet sunucuları, eczaneler ve optisyenler) protokol ve sözleşmeler yoluyla hizmet satın almaktadır.

Sosyal güvenliğin finansmanı sürecinde SGK'nın gelirlerinin giderlerini karşılayamaması nedeniyle açık vermektedir. Özellikle sağlık harcamalarının oranının giderek yükselmesi bu açıkların artışının nedenlerinden biridir. Sağlık harcamalarındaki artışta kişi başı gelirin yükselmesi, eğitim seviyesi ve sağlık bilincinin gelişmesi, sosyal değer yargılarının değişmesi, teknolojik değişimler, şehirleşme, yaşam süresinin uzaması ve toplumsal düzende meydana gelen değişimler yanında yolsuzluk ve suiistimallerin artışı da etkili olmuştur. Ülke nüfusunun tamamına yakınına hizmet veren bir kurumda, gerek suiistimallerin önlenmesi gerekse hak sahibi kişilerin bu haklarından tam olarak yararlanmasının sağlanması için denetim büyük önem taşımaktadır. Bir işin yolunda gidip gitmediği, usulüne uygun yapıp yapılmadığı ancak denetimle ortaya çıkmaktadır.

Bu kapsamda; SGK, sözleşme/protokol imzaladığı sağlık hizmeti sunucuları tarafından genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sunulan sağlık hizmetlerinin SGK tarafından yayımlanan mevzuat ile sözleşme ve protokol hükümlerine uygun olarak verilip verilmediğinin denetim ve kontrolünü yapmaktadır. SGK, sağlık denetimi faaliyetlerini ağırlıklı olarak merkezde Rehberlik ve Teftiş Başkanlığına bağlı müfettişler ile taşra teşkilatında Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezlerinde görevli hekim ve eczacılar yardımıyla yerine getirmektedir. Denetim sonucunda yürürlükteki mevzuata ve sözleşmeye/protokole uymayan sağlık hizmet sunucusuna fesih ve/veya cezai müeyyideler uygulanmaktadır.

Sağlık sisteminin daha iyi işlemesi yanında sağlık alanındaki suiistimal ve yolsuzlukların giderilmesi amacıyla sağlık hizmet sunucularına yönelik harcama denetimi anlamında fatura ve reçetelerin %5-%10'u arasında örnekleme dayalı denetimin yanında, ihbar ve şikâyet üzerine yapılan denetimler ve azda olsa planlı denetimler yapılmaktadır. Görüldüğü üzere uygunluk denetimi kapsamında yapılan bu denetimler geleneksel denetim yöntemleri olarak adlandırılmaktadır. Mevzuata uygunluk ve düzenlilik denetimini içeren geleneksel denetim yöntemleri, yapılan işlemlerin hukuka uygun olup olmadığının tespiti ve varsa sorumluların cezalandırılması temeline dayanmaktadır. Denetimlerin, geçmiş döneme yönelik olması ve çoğunluklu olarak ihbar ve şikâyete bağlı olarak yapılması, etkin ve yerinde olması hususunda verimli olmamasına sebep olabilmektedir.

Günümüzde verilerin yüklenmesi, aktarılması, işlenmesi, değiştirilmesi ve silinmesi bilgisayar yardımıyla, elektronik ortamlarda kolay ve hızlı bir biçimde yapılabilmektedir. Bu, denetlenecek verilerin de elektronik ortamda olduğu ve hacimlerinin eskiye oranla çok büyük olduğu anlamına gelmektedir. Denetlenecek verilerin büyük hacimlere ulaşması bilgisayar ortamında denetimi zorunlu hale getirmiştir. Bu durum, SGK'nın hem çağdaş teknolojinin olanaklarından denetim alanında daha fazla yararlanmasını gerektirmekte, hem de bilgisayar destekli denetim teknikleri ve bilişim teknolojisinin denetimi alanlarında kendisini yetkinleştirmesini zorunlu kılmaktadır.

Son yıllarda SGK'da çağdaş denetime yönelik yoğunlaşan talep risk karnesi, veri madenciliği, sürekli denetim sistemi gibi bilişim teknolojisinin yoğun olarak kullanıldığı denetim yaklaşımlarını uygulama konusunda çeşitli somut adımları beraberinde getirmiştir.

Denetim birimleri içerisinde Türkiye’de ilk defa veri analizine dayalı denetim faaliyetlerini gerçekleştirmek üzere Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı tarafından sürekli denetim sistemi çalışmaları yürütülmektedir.

Çalışmamızda, genelleştirilmiş bir denetim yazılım programı olan LAE ortamında özel hastanelerce yapılacak bir işlemin SUT eki tanıya dayalı işlemler listesinde paket kodu bulunmasına rağmen aynı işlemin hizmet başı işlemler listesi üzerinden tek tek SGK’ya faturalandırılması sonucu oluşabilecek kamu zararının önlenmesine ilişkin hazırlanan bir uygulama örneği sonucunda, sürekli denetimin sağlık denetimi sürecine sağladığı faydalara yönelik destekleyici sonuçlara ulaşılmıştır. Geliştirilen sürekli denetim modeli ile SGK’nın bilgi sisteminde ve iş süreçlerinde değişiklik yapmadan denetim etkinliği sağlanmıştır. Bu da sürekli denetim uygulamaları geliştirmenin önündeki engelleri kaldırma yolunda önemli bir adımdır.

Sürekli denetim sistemi yaklaşımı ile gereksiz (irrasyonel) sağlık harcama talebini ve gereksiz ilaç kullanımını, herhangi bir sağlık hizmetini kısıtlamadan, kontrol altına almak ve suiistimalleri engellemek amaçlanmış, sürdürülebilir bir sağlık harcaması için gerekli araçlardan biri olarak kullanılması hedeflenmiştir. Sürekli denetim sistemi ile sisteme kaydedilen veriler analiz edilerek riskli alanlara anında müdahale edilmesi söz konusudur.

Sürekli denetim sistemi ile örnekleme yapmaya gerek kalmaksızın verilerin tümünün incelenmesine olanak sağladığı için sağlığa tabi tüm işlemler kavranmış olmaktadır ki bu husus sağlık denetimi açısından büyük önem arz etmektedir. Hata veya hilelerin tespit edilebilmesi imkânı, işlevsel etkinlik ile maliyetlerde sağlanan tasarruf önemli düzeylere ulaşmaktadır.

Sürekli denetim sistemi, geleneksel yöntemleri tamamen ortadan kaldırmak yerine geleneksel denetimlere alan, konu ve yöntem belirleyebilecek bir özelliğe sahiptir. Sürekli denetim sistemi, geleneksel anlayışın sonuçlarını girdi olarak kabul edip bu denetimlerde suiistimal olarak belirlenen konuları tüm veri seti üzerinde tecrübe etmeye imkân vermektedir.

Ancak, kurumsal verilerin elektronik ortamda kayıt altında bulunması veriden bilgiye erişimde tek başına yeterli olmayacaktır. Kullanılan bilgi teknolojilerinin çeşitliliği ve büyüklüğü bu teknolojiler doğru anlaşılıp işletilemediği sürece bilgi kaybına ve yatırımların atıl kalması riskine neden olacaktır. Dolayısıyla, sürekli denetim ve risk analizi yapabilmek için anlaşılır ve sürdürülebilir bir veri ambarı altyapısı hazırlamak ön koşuldur.

Analiz edilecek verinin güncelliğini, doğruluğunu ve kolay sorgulanabilmesini sağlayacak veri ambarı sisteminin kurulmasının ardından veri ambarındaki bilgilerin iş kuralları ışığında bilgisayar destekli denetim araçlarının yardımıyla sürekli ve düzenli olarak denetimini sağlamak gerekmektedir. Bu hedef sürekli denetim sistemleri tarafından gerçekleştirilecektir.

Denetimin tamamen otomatik bir süreç olması mümkün değildir. Her zaman nihai değerlendirmelerin insan eliyle yapılmasına ihtiyaç olacaktır. Teknolojik değişmelerin çok hızlı yaşandığı günümüz dünyasında, denetim elemanlarının bu değişiklikleri izleyerek, kendi denetim süreçlerini bu değişikliklere göre yenilemesi gerekmektedir. İşte bu noktada, denetim mesleğinin gelecekte nasıl olacağı, bu meslekte yer alacakların sahip olacağı özellikler ve eğitiminin nasıl gerçekleştirileceği tartışılmalıdır.

Elektronik bilgi ortamlarında yapılacak denetimlerden daha iyi sonuç alınabilmesi için, kurumların sürekli denetim sistemi yaklaşımı yanında risk karnesi ve veri madenciliği gibi veri tabanı teknolojisi ve tekniklerinin kullanıldığı çağdaş yaklaşımları devreye almaları gerekmektedir. Bu uygulamaların sistem ile entegrasyonu sağlandığında kurum ve kuruluşlar değişen ihtiyaçlara dinamik çözümler üretebilme şansına ve risk karşısında pozisyon alma rahatlığına sahip olacaktır. Kurumsal yönetim, risk yönetimi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin organizasyonlar tarafından daha iyi anlaşılması ile bu yaklaşım gelecekte daha fazla kullanım alanı bulacaktır.

KAYNAKLAR

- Ağca, A. (2006). Sürekli Denetim: Denetimde Bir Devrim mi Yoksa Bir Hayal mi?, *Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi*, 1(8), Mart, 63-78.
- Akdeniz, S. (2013). SGK Başkanı Yedigörmüş Gökcalp İlhan: Amacımız Bilişim Teknolojilerinin İmkanlarını Kullanarak Hile ve Suistimallerin Tespitinde, Denetim Biriminin Etkinliğini Artırmaktır, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Sayı 86, Temmuz-Ağustos, 6-11.
- Akdoğan, A. (1979). Vergi İncelemesi, *Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayını*, No:127, Ankara.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye’de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Alper, Y. (1999). *Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar* (İkinci Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları, 18.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64, Ocak-Mart, 34.
- Altıok, E. (2003). Sürekli Denetimin Faydaları, *İç Denetim Dergisi*, Bahar, 33.
- Altuğ, F. (2000). *Mali Denetim*, Bursa: Ezgi Kitabevi, 13.
- Apan, A. (2008). “Yeni Kamu İşletimi ve Performans Yönetimi”, *Türk İdare Dergisi*, S.460, Eylül, 81-82.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık İşletmeciliği* (Birinci Baskı). İstanbul: Beta Yayınları, 12.
- Cankar, İ. (2006). Denetimin Yeni Paradigması: Sürekli Denetim, *Sayıştay Dergisi*, Sayı 61, Nisan-Haziran, 69-81.
- Ceran, Y., Özdemir, Ş. (2013). Sağlık İşletmelerinde Paket İşlem Fiyat Uygulamasının Hedef Maliyetleme Yöntemi ve Stratejik Pazarlama Muhasebesi Açısından Değerlendirilmesi ve Özel X Diyaliz Merkezinde Bir Uygulama, *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Sayı: 26, 450-478.
- Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi* (İkinci Baskı). Ankara: Siyasal Kitapevi, 171-181.
- Çelikay, F. (2009). *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortasının Etkinliği ve Geleceği*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2011). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 11, 177-216.
- Çetin, B. (2011). *Sürekli Denetimin İç Denetimde Uygulanabilirliği*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Zonguldak.
- Çetinoğlu, T. (2007). *Sürekli Denetimin İç Denetimde Uygulanabilirliği ve Türkiye’de Ticari Bankalar İçin Sürekli Denetim Yapılandırma Modeli*, Doktora Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Çomak, Y. (2005). Sürekli Denetim, *İç Denetim Dergisi*, Sonbahar-Kış, 13-50.
- Dixon, A., Langenbrunner, J., Mossialos, E. (2004). Facing The Challenges Of Health Care Financing. Figueras, J., Mckee, M., Cam, J., Lessof, S. (Eds.), *Health Systems In Transition: Learning From Experience*, WHO Press, 53.
- Duygulu, E. ve Pehlivan, P. (2004). *Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri*, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı, Ekonomik ve Mali Araştırma Yarışması, Ankara, 53.
- Ertekin, Y. (1999). *Teftis, Teftisin Yönetimdeki Yeri (Müfettislik Mesleği Etik Kuralları), Denetim Mevzuatı ve Uygulaması*, T.C Orman Bakanlığı Teftis Kurulu Başkanlığı, 60.
- Erumut, M. C. (2012). *Sağlık Finansman Sistemleri Uygulama Örnekleri ve Türkiye İçin Finansman Sistemi Önerisi*, Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, SGK Başkanlığı, Ankara.
- Evans, R. G. (2002). Financing Health Care: Taxation And The Alternatives., Mossialos, E., Dixon. A., Figueras, J., Kutzin, J. (Eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, pp. 31- 58.
- Giray, B. (2010). *Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.
- Gottret, P. and Schieber, G. (2006). *Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide*, The World Bank, 47.
- Günaydın, A. (2007). *Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu Değerlendirmeleri*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Günday, M. (1998). *İdare Hukuku* (Üçüncü Baskı). Ankara: İmaj Yayıncılık, 269.
- Gürbüz, R. (2009). *Sosyal Güvenliğin Finansmanı*. Ankara: SGK Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No:9, 23.
- Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*, İstanbul: Yüce Yayım, 18.
- Hazar, H. B. (2013). *Sürekli Denetimde Dijital Analiz Tekniğinin Uygulanması ve Bir Uygulama*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- İnternet: Arca, C. (2013). Denetim Sürecinin Geleceği Üzerine Veri Madenciliği ve Risk Odaklı Yeni Yaklaşımlar. Web: <http://www.isvesosyalguvenlik.com/denetim-surecinin-gelecegi-uzerine-veri-madenciligi-ve-risk-odakli-yeni-yaklasimlar/>. adresinden 10 Şubat 2014'te alınmıştır.
- İnternet: Bağcı, H. (2009). Yolsuzluklarla Mücadelede Veri Madenciliği Web: http://www.alomaliye.com/2009/hasan_bagci_yolsuzlukla.htm adresinden 27 Mart 2014'te alınmıştır.
- İnternet: Dünya Bankası İstatistikleri. Web: <http://data.worldbank.org/country/turkey> adresinden 18 Kasım 2013'te alınmıştır.
- İnternet: Başkent Üniversitesi, Web:<http://mail.baskent.edu.tr/~20394676/0302/bil483/HW2.pdf> adresinden 6 Ocak 2014'te alınmıştır.
- İnternet: SGMDER, Tarihçe, <http://www.sgmder.org.tr/sayfa/7/tarihce.html>. adresinden 26 Ağustos 2014'te alınmıştır.
- İnternet: Kapanoğlu, A., Sökmen, B., Aykın, H. (2013). Kayıtdışı Ekonomi ve Yolsuzlukla Mücadele Açısından Maliye Teftiş Kurulu Elektronik Denetim Uygulaması. Web: <http://www.mmd.org.tr/wp-content/uploads/2011/10/the-financial-inspection-board-electronic-audit-application-in-terms-of-combating-underground-economy-and-corruption.pdf> adresinden 03 Mart 2014'te alınmıştır.
- İnternet: Karabulut, N. (2011). Veri Ambarı Nedir. Web: <http://naimkarabulut.wordpress.com/category/teknoloji-ve-bilisim/>. adresinden 6 Ocak 2014'te alınmıştır.
- İnternet: OECD ve Worldbank. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri ve Türkiye. Web:<http://siteresources.worldbank.org/TURKEYINTURKISHEXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystemsTurkey-tr.pdf> adresinden 03 Mayıs 2014'te alınmıştır.
- İnternet: SGK Aylık İstatistik Bültenleri, Sağlık İstatistikleri. (2013, Aralık). Web: <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler> adresinden 05 Mayıs 2014'te alınmıştır.

İnternet: <http://orhon.wordpress.com/2009/02/09/verimlilik-kavrami-ve-onemi/> adresinden 10 Ekim 2014'te alınmıştır.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri, *Dirim Tıp Gazetesi*, Sayı 85, 89.

Kabataş, Y. (2010). *Sosyal Güvenlik Kurumunun Sağlık Harcamalarının Denetimi ve Stratejik Bir Model Önerisi* (Birinci Baskı). İstanbul: Türkmen Kitabevi, 50-87.

Kamu-Sen. (2006, Mayıs). *Yeni Sosyal Güvenlik Düzenlemeleri Ve Türkiye Kamu-Sen'in Bakışı*, Ankara: Türkiye Kamu-Sen Araştırma Geliştirme Merkezi, Yayın No: 20, 16.

Kasnakoğlu, H. (1980). Etkinlik Ölçümü, *MPV Verimlilik Dergisi*, 2.

Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (İkinci Baskı). Ankara: Siyasal Kitapevi, 45.

Korkmaz, S. (2007). *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Finansman Açıkları ve Sosyal Güvenlik Kurumunun Bu Açıklar Üzerindeki Olası Etkileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Korkusuz, M. R. ve Uğur, S. (2009). *Sosyal Güvenlik Hukukuna Giriş* (Birinci Baskı). Ankara: Karahan Kitapevi, 170.

Kovalerchuk, B., Vitraev, E. (2001). *Data Mining in Finance: Advances in Relational And Hybrid Methods*, USA: Kluwer Academic Publishers, 308.

Kutzin, J. (2008). *Health Financing Policy: A Guide For Decision-Makers*, WHO Press, 9.

Larose, D. T. (2005). *Discovering Knowledge in Data, An Introduction to Data Mining*, New Jersey: John Wiley & Sons, 2.

Makas, R. (2004). Sosyal Güvenlik Kurumlarının Yeniden Yapılanması Üzerine, *Çalışma ve Toplum*, Sayı 1, 67-79.

Memiş, M. Ü. ve Tüm, K. (2011). Sürekli Denetim Süreci ve İç Denetim İle İlişkisi, *Erciyes Üniversitesi İİBF Dergisi*, Sayı 37, Ocak-Haziran, 145-162.

Mil, H. İ. (2013). *Türk Kamu Yönetiminin Teftiş Kurulları Yoluyla Denetimi: SGK ve EGM Teftiş Kurulları Örneği*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Polis Akademisi Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care: An Introduction*, Buckingham-Philadelphia: Open University Press. 2-6.

Oral, A. İ. (2002). *Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:1331, 17.

- Ordu, H. (2011). Sosyal Güvenlik Kurumu İle Sağlık Bakanlığı Arasında Gerçekleştirilen Götürü Bedelle Hizmet Alımı Sözleşmesi, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Sayı 76, Kasım-Aralık, 53-56.
- Ömürbek, V. (2003). *Kurumsal Kaynak Planlamasında Muhasebe Bilgi Sisteminin Rolü: Gıda Sektöründe Uygulama*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Öz, E. (2008). *Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öztek, Z. (2000). Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 31(1), 73-77.
- Öztürk, M. M. (2002). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Değerlendirmesine Yönelik Pilot Bir Araştırma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi, İstanbul.
- Pekten, A. (2012). Genel Sağlık Sigortası ve Getirdiği Yenilikler, *Sayıştay Dergisi*, Sayı 61, 119-138.
- Rezaee, Z., Sharbatoghlie, A., Elam, R., McMickle, P. L. (2002). Continuous Auditing: Building Automated Auditing Capability, *A Journal of Practice & Theory*, Vol. 21, No. 1, 147-164.
- Sekhrı, N. and Savedoff, W. (2006). Regulating Private Health Insurance To Serve The Public Interest: Policy Issues For Developing Countries, *International Journal Of Health Planning and Management*, 21: 357-392.
- Selimoğlu, S. (2005). *Denetim Olgusunun Kurumsal Kaynak Planlaması (ERP) Sistemleriyle Bütünleştirilmesi*, 7. Türkiye Muhasebe Denetimi Sempozyumunda sunuldu, Antalya.
- Serin, İ. (2004). *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği* (Birinci Baskı). İstanbul: Kazancı Kitapevi, 11.
- Sevimli, A. (2009, 20 Temmuz). Sürekli Denetim: Dünü Anla, Bugünü Değerlendir, Geleceği Denetle, *Dünya Gazetesi*, 1.
- SGK. (2008). *Teftiş ve Denetim Rehberi*, Ankara: Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, 221-225.
- SGK. (2011). *2010 Yılı Faaliyet Raporu*. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı, 32.
- SGK. (2012, 28 Aralık). *2012/41 sayılı genelge, Sağlık Hizmet Sunucuları İnceleme ve Kontrol Standartları*, Ankara: Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, 15-20.
- SGK. (2013a). *Genel Sağlık Sigortası Mevzuatı Ders Notu*. Ankara: Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, 16.

- SGK. (2013b). *2012 Yılı Faaliyet Raporu*. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı, 66-136.
- SGK. (2013c). *Denetim Standartları*. Ankara: Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı, 10-11.
- SGK. (2014). *2013 Yılı Faaliyet Raporu*. Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı, 136.
- Shearer, C. (2000). The Crisp-DM Model: The New Blueprint for Data Mining, *Journal of Data Warehousing*, 5(4), 13-23.
- Silahtaroglu, G. (2008). *Kavram ve Algoritmalarıyla Temel Veri Madenciliği* (İkinci Baskı). İstanbul: Papatya Yayıncılık, 10-15.
- Sülkü, N. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Program Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
- Şakar, A. Y. (1999). *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları*, İstanbul: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No: 22.
- Taşkın, K. (2011). *Yolsuzluğun Tespit Ve Önlenmesinde Bilgisayar Destekli Denetim Teknikleri*, 3. Ulusal Kurumsal Yönetim, Yolsuzluk, Etik ve Sosyal Sorumluluk Konferansı’nda bildiri olarak yayınlandı, Nevşehir.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Sayı 1, 105-129.
- Topcuk, Y. (2011). Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Sayı 74, Temmuz-Ağustos, 29-41.
- Tuna, G. (2009). *Genel Sağlık Sigortası Primi Basamaklandırmanın Aktüeryal Denge Üzerine Etkisi*, Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, SGK Başkanlığı, Ankara, 35-42.
- Tuncay, C., Ekmekçi, Ö. (2008). *Sosyal Güvenlik Hukuku’nun Esasları* (İkinci Baskı). İstanbul: Legal Yayınevi, 5.
- Tüker, N. (2013). Risk Analizi ve Sürekli Denetim Stratejisi: Yeni Yaklaşımlar, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Sayı 86, Temmuz-Ağustos, 12-19.
- Tüzün, Y. (2002). Risk Nedir?, *İç Denetim Dergisi*, Sayı 4, 26-31.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi*, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., Akbulut, Y. (2012). *Sağlık Sigortacılığı*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, 58-150.

Yıldız, M. S. (2008). *Yurtdışı Uygulamalar Işığında Sağlık Sektöründe Performans Denetimi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.

Yüksekdağ, F. (2012). Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler ve Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Seyri, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Sayı 80, Temmuz-Ağustos, 26-30.

09.11.1982 tarihli ve 17863 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.

01.11.1994 tarihli ve 3071 sayılı Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Yasa.

5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu. 20.05.2006 tarihli 26173 sayılı Resmi Gazete.

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. 16.06.2006 tarihli 26200 sayılı Resmi Gazete.

24.03.2013 tarihli ve 28597 sayılı Sağlık Uygulama Tebliği.

1952 tarihli ve 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkındaki Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sözleşmesi

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : TARIM, Bülent
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 18/06/1983 B.Almanya
 Medeni hali : Evli
 Telefon : 0 (312) 207 85 95
 Faks : 0 (312) 207 87 86
 e-mail : btarim@sgk.gov.tr



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi/Hastane İşletmeciliği	Devam ediyor
Lisans	Osmangazi Üniversitesi/İşletme Bölümü	2004
Lise	Denizli Lisesi	2000

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2005 – devam ediyor	SGK	Müfettiş

Yabancı Dil

İngilizce

Yayımlar

.....

Hobiler

Futbol, Basketbol, Kitap Okuma



GAZİ GELECEKTİR...



Gazi gelecektir...

