

# TNDer NÖROŞİRÜRJİ MESLEKİ VE ÖZLÜK HAKLARI KURULTAY RAPORU

Türk Nöroşirürji Derneği Mesleki Ve Özlük Hakları Kurultayı 21-22 Ocak 2017 tarihleri arasında İzmir’de toplandı. Kurultaya Türk Nöroşirürji Derneği yönetimi, derneğin tüm alt gruplarından üçer temsilci ile Sağlık Bakanlığı temsilcileri ve TTB temsilcileri de katıldı.

Kurultayda aşağıdaki konular tartışıldı;

- Nöroşirürji ve İnsan Gücü: Dr. Önder OKAY
- Nöroşirürji ve Geri Ödeme Kurumları: Dr. Ali DALGIÇ
- Kamu ve Geri Ödeme Kurumları: Dr. Ali İhsan ÖKTEN
- Özel Hastaneler ve Geri Ödeme Kurumları: Dr. Haluk ÖZER
- Üniversite ve Geri Ödeme Kurumları: Dr. Cüneyt TEMİZ
- Geri Ödeme Kurum Temsilcisi- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı –SUT: Dr. Mustafa ÖZTÜRK
- TTB-Hekimlik Uygulama Veri tabanı Temsilcisi-TTB Temsilcisi- HUV: Dr. Raif KAYA
- Sağlıkta Şiddet: Dr. Suat ÖKTEM
- Tartışmacı-Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı: Osman Arıkan NACAR

TND Yönetim Kurulu Başkanı Dr. Talat Kırış ve Dr. Şükrü Çağlar’ın kurultayın açılış konuşmasında yapılacak kurultayın önemine değinerek konuşulacak konuların sonunda oluşturulacak komisyonun kurumsallaşarak bundan çeşitli bakanlıklarla yapılacak olan toplantılara bu komisyonun katılacağına daha iyi olacağını belirterek bu kurultayı düzenleyen Dr. Sedat Çağlı ve Dr. Önder Okay’a teşekkür ettiler. Dr. Kırış ve Dr. Çağlar’ın açılış konuşmalarından sonra ilk konuşmayı **Dr. Önder OKAY** yaptı. Dr. OKAY konuşmasında “**NÖROŞİRÜRJİ VE İNSAN GÜCÜ**”ne değindi. Konuşmasını TÜİK, Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü verileri ile zenginleştiren Dr. OKAY şunları söyledi; 2000 ile 2014 yılları arası karşılaştırıldığında nüfusumuz giderek yaşlanmakta, 1990 yılında yarı yarıya olan kentsel ve kırsal nüfus oranının 2014 yılında %87.2 oranında kentsel nüfusa dönüştüğünü, 27 ilde 71 eğitim ve araştırma hastanesi olduğu, 100.000 kişiye düşen hekim oranını Türkiye, Avrupa Birliği ve DSÖ Avrupa ortalaması açısından sırasıyla 171, 346, 334 olduğunu, uzman hekim sayısını ise 123, 267,263 olarak belirtti. 2014 yılı için 98.521 Olan nitelikli yatak sayısının 50.587’sinin SB, 29.283’ünün özel ve 18.651’inin üniversitelere ait olduğu, 2002 il2 2014 yılları karşılaştırıldığında üniversitelerde yatak sayısı azalırken (33.8’den, 18.9’a), SB’na ait hastanelerde yatak sayısının arttığını (36.1’den 51.3’e), özel hastanelerde ise yatak sayısının ise aynı kaldığını belirtirken son 13 yılda özel hastane sayılarındaki artışa rağmen yatak sayısının ise aynı kalması ilginç bir veriydi. Yıllara göre (2002 v2 2014) yoğun bakım yatak sayılarında ciddi artış sağlanmışken (2.214’den 28.572) SB ve üniversite hastanelerinin özeld e iki katına bir artış olması dikkat çekiciydi. 2014 yılında 10.000 kişiye düşen yatak sayısı ise DSÖ Avrupa ortalaması 53 iken ülkemizde bu rakam 26.6’ydı. 2002 yılında hekime müracaat sayısı 208.966.044 kişi iken 2014 yılında bu rakam 643.992.030 çıkmış. Bir yılda kişi başı hekime başvuru oranlarında ise 2002 yılında 3.1 olan rakam 2014 yılında 8.3’e ulaşmış. 2002’de 1. Basamağa başvuru oranı 1.1, 2. Ve 3. Basmağa olan başvuru oranı 2.0 iken bu oranlar 2014’de 2.8 ve 5.5 olmuş. 1. Basamağa başvuru ile 2. Ve 3.basmağa başvuru oranları arasındaki fark giderek açılmış. Dr. Önder, bunda basamak sisteminin uygulanmasının en önemli etken olduğunu belirtti. 2002 ve 2014 yıllarına göre hastanelere başvurulara bakıldığında ise SB. Hastanelerine 3 kat, üniversite hastanelerine 3.5 kat, özel hastanelere ise 13 kat hasta başvurusu olmuştu. 2002 yılında 124.313.629 olan başvuru sayısı

2014 yılında 396.577.644 olmuş. Yıllara göre ameliyat sayılarına bakıldığında 2002 yılında 1.598.362 olan sayı 2014 yılında 4.798.496 olmuş. Bu sürede ameliyat sayıları 3 kat artarken en fazla artış özel hastanelerde olmuş.SB. hastanelerin 2.5 kat, üniversite hastanelerinde 2 kat artış olurken özel hastanelerde artış 12 katına çıkmış. 2014 yılı verilerine göre; muayene sayısı; SB %75, Üniversite %8, özel hastane %17, acil muayene sayısı SB %84, Üniversite %4, Özel %12 ve yatan hasta sayısı, SB %56, Üniversite %15, özel %29 olarak gerçekleşmiş. Acillere başvuruda özel ve üniversite hastanelerine sadece %25 başvuru olurken, yatan hasta sayısına bakıldığında bu oranın %44'e çıkması acillerin yükünü SB hastaneleri çekmektedir. Türkiye genelinde yatak doluluk oranı açısından Beyin Cerrahisi %78 ile üst sıralarda görülmekte ve yatak doluluk oranı ve yatan hasta oranı açısından beyin cerrahisi ilk 10 içerisinde bulunmakta. A grubu ameliyatları ise en fazla beyin cerrahi servisi yapmakta olduğu Dr. Önder tarafından bildirildi.

**Dr. Önder OKAY, “SAYILARLA NÖROŞİRÜRJİ”** konusunda ülkemizdeki nöroşirürji alanındaki hekim (asistan, uzman, akademisyen), hasta, ameliyat, servis ve yoğun bakım yatak oranları gibi çeşitli verileri değerlendirmiştir.

- Aktif Çalışan: Kamu 785. Üniversite 297. Özel 474.
- Toplam: 1556
- Kamuda toplam poliklinik: 5301696
- Toplam Yatış: 153000
- Toplam ameliyat: 186000
- Başvuru/Yatış: %2.9
- Başvuru/ Ameliyat: %3,5
- Kamuda hekim başı ameliyat/ yıl:240
- Kamuda hekim başı poliklinik /yıl: 6840
- Üniversite ve Özelde toplam ameliyat: Tahmini 177000
- Üniversite ve Özelde hekim başı ameliyat/yıl : Tahmini 230
- Tahmini ameliyat oranı: 3800/1000000 kişi yıl.
- Kamuda asistan sayısı: 135(2015),
- Kamuda eğitim görevlisi sayısı:31
- Üniversitede öğretim görevlisi sayısı:297 (2015)
- Üniversitede asistan sayısı: 157(2014)
- 2011-2016 yılları arasında TUS kadro sayısı : 509
- Türkiye’de 100.000 kişiye 171 hekim düşerken Avrupa ortalaması 346 kişi.
- Uzman hekim sayısı Türkiye’de 96, Avrupa ortalaması 267,
- Hemşire sayısı açısından 100.000 kişide Türkiye’de 197 iken Avrupa ortalaması 836,
- 100.000 kişiye düşen Beyin Cerrahi oranı Türkiye’de 2.0 iken Avrupa’da daha az 1.6 olarak bulunmuş.
- 1 yılda kişi başı hekime başvuru oranı 8.2 iken Avrupa ortalaması 6.7 olarak saptanmış,
- Hastalık bazında en fazla şikayet bel ağrıları olmuş.
- ABD 61.235 kişiye 1 nöroşirürjiyen düşmekte iken Avrupa ortalaması : 100000/1 uzman olarak değerlendirilmiş.

Dr. Önder, ülkemizde nöroşirürji alanında en fazla spinal ameliyat yapıldığını, ancak elimizde birkaç çalışma haricinde düzgün ve güvenilir bir çalışma olmadığını, veriler açısından Avrupa ile ABD arasında bir yerlerde olduğumuzu, bizim kendi ülkemiz gerçeklerine göre hem sağlık

hizmeti açısından hem de nöroşirürji asistan ve uzman sayısı açısından yeni stratejiler ve istihdama yönelik yeni yöntem ve çözümler geliştirmemiz gerektiğini belirtti.

**Dr. Ali DALGIÇ** ise “**NÖROŞİRÜRJİ VE GERİ ÖDEME KURUMLARI**” hakkında bilgi verdi. Konuşmasına hekimlerin aldıkları ücretlerin düşük olmasıyla başlayan Dr. Dalgıç, sağlıkta dönüşüm sisteminin 1980’lerin özelleştirme politikalarının bir sonucu olduğunu belirterek bu süreçte muayenelerin kapatılarak tam güne geçildiğini, bu süreçte ise hekimlerin daha fazla çalışmasına rağmen ücret bazında sürekli olarak geriye düştüğünü, son noktada hekimlerin artık birer işçi olduğunu ifade etti. Dr. Dalgıç, Sağlıkta Dönüşüm Sisteminin bu iktidarın uygulaması olmadığını bunun temellerinin uluslararası Dünya Bankası ile anılan anlaşmaların sonucunda olduğunu belirtti. Bu süreçte aile hekimliği sistemine, tam gün sistemine geçildiğini, tüm hastanelerin tek çatı altında toplandığını şimdi sıranın üniversite hastanelerine geldiğini ifade ederek sonuçta şu an şehir hastanelerinin yapımı ile bu sürecin tamamlanacağını belirtti. 10. Kalkınma planında sağlık harcamalarında artış olacağını, 2002 yılında 3.8 olan sağlık harcamalarının 4.2’ye çıktığını, bu harcamaların bir kısmının genel sağlık sigortasından karşılanacağını söyleyerek bu harcamaların büyük kısmının tıbbi cihaz pazarına gittiğini söyledi. Dr. Dalgıç ne yapmamız konusunda ise bireysel olarak bir şeyler yapılamayacağını, ancak dernekler, tabip odaları ve sendikalar ile bir takım kazanımların elde edilebileceğini ifade etti. Dr. Dalgıç konuşmasının son bölümünde SGK ve Geri Ödemeler konusunda konuşarak SGK denetçilerinin genellikle pratisyenlerden oluştuğunu, ameliyatları ve kullanılan malzemeler hakkında bilgileri olmadığı için bir çok haksız kesintiler yapıldığını, bizim açımızdan ise dosyaların çok iyi doldurulması gerektiği, kullanılan malzemelerin endikasyon, isim, sayı ve boyut olarak ayrıntılı yazılmasının geri dönüşleri azaltacağını vurguladı. Bu toplantı sonunda SGK denetçileri ile nöroşirürji derneğinin toplantılar düzenleyerek denetçileri bilgilendirilmesi kararlaştırıldı.

**Dr. Suat ÖKTEM**, son dönemlerde en çok yaşadığımız şikayet ve şiddet hakkında “**SAĞLIKTA ŞİDDET**” konusunda ayrıntılı bir sunum yaptı. Dr. Öktem, şiddetin tanımından başlayarak, sağlıkta şikayet ve şiddetin neden bu kadar arttığı konusunda Kayseri Tabip Odası olarak yaptıkları bir araştırmadan örnekler vererek konuşmasını ayrıntılı hale getirdi. Daha sonradan bu konudaki çözüm önerilerini sundu. Şiddetin ahlaksal, siyasal, ekonomik ve hukuksal olarak incelenmesi gerektiğini ifade ederek sağlıkta şiddetin sağlık hizmetinin sunumu esnasında olduğunda sağlıkta şiddet olarak değerlendirilebileceğini, sağlık çalışanlarının diğer hizmet sunucularına göre 16 kat daha fazla şiddete maruz kaldığını örneklerle gösterdi. Şiddet sonucunda verilen ceza örnekleriyle de sunumunu zenginleştiren Dr. Öktem, Kayseri Tabip Odası olarak yaptıkları şiddet konulu anketin sonuçlarını değerlendirdi. 597 hekim ve 64 sorudan oluşan anket yapıldığını sonuçların bir çok platformda paylaşıldığını, ve bu sonuçların ulusal uluslararası dergilerde yayın olarak yapıldığını, mecliste grubu olan partilerle görüşülerek bu konu ile ilgili destek istendiğini, ancak TT B tarafından meclise gönderilen sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayanlara karşı cezaların arttırılmasına yönelik yasa teklifinin bir türlü mecliste kabul edilmediğini, son olarak sağlıkta şiddetin uygulanan sağlık politikalarının bir sonucu olduğunu, bunun ancak eğitimle, sağlıkta şiddet uygulayanların acil durumlar dışında hastanelerde sağlık hizmeti almasının engellenmesi ile ve son olarak TTB’nin önerdiği cezaların mecliste yasalaşarak arttırılması ile çözülebileceğini ifade ederek konuşmasını tamamladı.

**Dr. Mustafa ÖZTÜRK** tarafından “**GERİ ÖDEME KURUM TEMSİLCİSİ OLARAK SGK**” anlatıldı. Önce Genel Sağlık Sigortası hakkında bilgi veren Dr. Öztürk, Genel Sağlık Sigortasının tüm vatandaşların kapsam altına alınması, zorunlu olması, sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve ulaşılabilir olmasının sağlanması, belirli oranda prim ödenmesi, kaynakların etkin ve verimli kullanımının sağlanması, şeklinde yürütüleceğini belirterek bu konudaki mevzuatlarla ilgili açıklamalar yaptı. Daha sonra SUT ve ekleri konusunda beyin cerrahisini ilgilendiren kısımlar hakkında bilgi verdi. SUT konusunda son zamanlarda iyileştirme yapıldığını ve bu durumun zamanla daha iyi olacağını belirtti. Kamu sağlık harcamalarının giderek arttığını, 2014 yılında SGK toplam sağlık harcaması 54,5 milyar TL’ye ulaştığını, GSS Tedavi Giderlerinin %8.7’si Tıbbi Malzemeye harcadığını, bununda %15 Nöroşirürji Malzemeleri (%34 Ortopedi, %17 Kardiyoloji, %8 KVC, ...) olduğunu ve Beyin Cerrahisinde kullanılan Tıbbi Malzemenin %30’u ikinci basamak Sağlık Hizmet Sunucularında kullanılmaktadır. Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonun 9 üyeden oluştuğunu (SGK Başkanı, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (1 üye), Maliye Bakanlığını temsilen (1 üye), Sağlık Bakanlığını temsilen (1 üye), Kalkınma Bakanlığını temsilen (1 üye), Hazine Müsteşarlığını temsilen (1 üye), Üniversite Hastaneleri temsilen (1 üye), Özel Hastaneleri temsilen 1 üye). Belirtmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık hizmeti sunucuları ile global bütçe üzerinden geri ödemeler yapılmaktadır. 2016 yılı için Bakanlığa 27 Milyar 387 Milyon TL götürü bedel ödenmiştir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yatarak verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri, SUT eki EK-2/C Listesinde yer alıyorsa “tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme” yöntemi ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer almıyorsa, “hizmet başına ödeme” yöntemi ile faturalandırılır. Ödeme yöntemi olarak Hizmet Başına Ödeme Yöntemi ve Tanıya Dayalı İşlemler Üzerinden Ödeme Yöntemi kullanıldığını belirtmiştir. 01.10.2014 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile tüm taslak listeler SUT eki liste haline getirilmiştir. Böylelikle SUT ekinde yatarak tedavilerde başka bir branş listesi yada ürün grubu listesi oluşturulmasına ihtiyaç kalmamış, tüm listeler tamamlanmış ve fiyatlandırılmıştır. 01.07.2015 tarihinden itibaren ise MEDULA serbest kodsuz malzeme girişine tamamen kapatılmıştır. SUT eki EK-3 listelerinde yer alan SUT kodları üzerinden gönderimler gerçekleştirilmektedir. Yeni SUT düzenlemelerinde şunlar yer almıştır; Beyin pili endikasyonlarının net olması, yapılan merkezlerin az sayıda olması ve sağlık kurulu raporu ile uygulanabilmeleri nedeniyle ödeme kural ve/veya kriterlerinden “3.Basamak Hastanelerde uygulanması halinde” ibaresi kaldırılmıştır. Beyin Cerrahisi işlemlerine EK-2/B’de 28 yeni SUT kodu eklenmiştir. Devam eden düzenlemeler ise şöyledir; Kanser Cerrahisi İşlemlerinde Puan/Ücret Güncellemesi, Tıbbi Malzeme Alan Tanımları, Tıbbi Malzeme Firmaları İle Sözleşme Aynı amaç için kullanılan mükerrer tıbbi malzeme alan tanımlarının tespit edilmesi ve tekleştirilmesi, Mevcut olan 22 tıbbi malzeme listesinin, tek liste haline getirilmesi, Tek liste sistemine geçilmesi sonrasında SUT kodlarının yanına hangi branşlar da kullanılacağı ile ilgili açıklamalar yapılarak, geri ödeme kural ve kriterlerinin eklenmesi böylece suistimallerin önlenmesi, Tanıya dayalı işleme ilave olarak Kurumca bedeli karşılanacak tıbbi malzemelerin, tıbbi malzeme alan tanımı bazında belirlenmesi.

**Dr. Cüneyt TEMİZ** tarafından “**SGK- ÜNİVERSİTE HASTANELERİ ARASINDAKİ ÖDEME İLİŞKİLERİ**” anlatıldı. Dr. Temiz, öncelikle anayasal temel haklardan bahsederek sonradan liberal- kapitalist sistemde sağlığı anlattı. Sağlıkta temel sorunları şu başlıklar altında özetledi;

- Tıp eğitiminin doğası- felsefesi değişti.
- Tıp eğitimi sırasında mevzuat ve dökümantasyon eğitimi yeterince verilmiyor.
- Hastanelerimizde dökümantasyon açısından yetersiz altyapı mevcut.

- Dökümantasyon ve arşivleme personeli yetersizliği var.
- Sağlık çalışanlarının kanun ve mevzuat hakkında bilgisi yetersiz.
- İmplant ve tıbbi cihazlarda kötüye kullanım giderek artmakta.
- İmplant merkezi sertifikasyonunda sorunlar mevcut.
- Firmaların denetlenmesinde yetersizlikler var.
- Hasta sayısının sürekli artması nitelikli sağlık hizmetlerini engelliyor.
- Hastalara, mevcut şartlarla mümkün olmayan derecede, yüksek hizmet kalitesi öngörülüyor, ancak bu hizmeti görmeyen hasta ve yakınları şikayet ve şiddete başvuruyor.
- Sağlık hizmetleri ücretsiz olacak dendi ancak giderek pahalı oluyor.
- Sağlık araç- gereçlerinin Türkiye’de üretilmiyor olması dışa bağımlılığımızı artırıyor.
- Hasta yoğunluğuna, çoğu zaman, cevap veremeyen sağlık altyapısı mevcut.
- Halkımızın sağlık hizmeti ile ilgili irrasyonel beklentileri (internet hekimliği) giderek artmakta.
- Üçüncü basamak sağlık hizmeti ile ilgili hukuki mevzuat yetersiz.
- SGK fatura değerlendirme birimlerinde ilgili branş uzmanının her zaman bulunmaması hastane ve hekimlerin emeğini gasp ediyor.
- SGK- Üniversite hastaneleri yönetimleri arasında iletişim sorunları mevcut.
- Defansif tıp uygulamaları (hukuki soruna karşı fazla tetkik ile kendini koruma içgüdüsü) giderek artmakta.

Dr. Temiz, implantlarla ve tıbbi cihazlarla ilgili mevzuata anlatarak bu konuda kliniklerinden SGK tarafından yapılan kesintilerle ilgili örnekler verdi. Daha sonra bu durumların çözümü için önerileri ise şöyle oldu.

- Tıbbi malzeme ve implantların mümkün olan en yüksek oranda ve kalitede ülkemizde üretilmesi
- Firmaların sıkı denetimi ve bu konuda yeni mevzuat
- Ar-Ge çalışmaları
- Malpraktis, BIMER, CIMER başvurularının ön elemeden geçirilmesi
- SGK tarafından hekim endikasyon-işlem değerlendirme skorlaması oluşturulması ve geri bildirim
- Hastane yönetimi-SGK arasında hızlı iletişim imkanlarının kurulması
- Bürokratik sürecin minimize edilmesi
- SGK da bir bilimsel üst kurul oluşturulması ve itirazların objektif olarak değerlendirilmesi
- Sağlık sistemindeki istihdam politikasının gözden geçirilmesi
- Özellikle üniversite hastanelerinde, belli bir miktar, katılım payı uygulaması
- Tedavi edici hizmetlerde, gerçekten, basamaklandırma sistemine geçilmesi
- Üniversite hastanelerinde özellikle dökümantasyon altyapısının hızla geliştirilmesi
- Dökümantasyon ve arşivleme için yardımcı personel yetiştirilmesi ve istihdamı
- Tıp fakültelerinde, temel sağlık mevzuatı eğitimi verilmesi

**Dr. Haluk ÖZER, “Özel Hastaneler ve Geri Ödeme Kurumları”** başlıklı konuşması ile özel hastanelerde yaşanan sorunlar, geri ödeme konularında yapılan bir çok kesintilerin nedenleri hakkında ve bunların önlenmesi ile ilgili detaylı açıklamalar yaptı. Özel hastaneleri lüks bir lokantaya benzeterek iyi ve kusursuz bir hizmet ile gelirin de o oranda artacağını belirterek poliklinik, klinik ve ameliyat işlemlerinin düzenli yapılması, özellikle

epikriz ve ameliyat notlarının detaylı yazılmasının geriye ödeme konusunda yaşanan sıkıntıları azaltacağını bildirdi. Polikliniklerde özellikle;

- Doğru tetkik endikasyonu
- Yeterli tetkik
- Ve tatmin edici tetkik isteme gerekçesi ile ileri tetkik
- Doyurucu poliklinik epikrizi yazılmasının önemine değindi.

Kliniklerde ise yatan hastalara yapılan her işlemin mutlaka kayıtlara doğru geçirilmesini gerektiğini, bunun içinde aşağıdaki durumlara dikkat edilmesi gerektiğini belirtti;

- İşlem kodları
- Birden fazla işlem kodu
- Birden fazla cerrahi
- Ameliyat raporu
- Epikriz

Ameliyatların ise çok önemli olduğunu ameliyat notlarının çok ayrıntılı, kullanılan malzemelerin ne için gereksinim duyulduğu, kullanılan miktarların adet veya hacim olarak belirtilmesi gerektiğini, endikasyonların tam olması ve bu endikasyonlarda kullanılan malzemelerin ancak geri ödenebileceğini belirtti. Bunun içinde dosya notuna aşağıdakilerin konulmasını önerdi;

- Ayrıntılı başlangıç
- Birden fazla kodlamalarda her kod için işlemi anlatan paragrafın sonuna parantez içinde kodun yazılması
- Tartışmalı konularda gerekçenin bir cümle ile eklenmesi
- Kullanılan ortez ve diğer malzemelerle ilgili bilgiler
- Ameliyatın tamamlanma biçimi

Dr. Özer son olarak SGK denetleyicilerinin epikrizlere göre davrandığını belirterek epikrizler konusunda çok hassas olunması gerektiğini belirtti.

- Tanıyı destekleyen ve doğrulayan tetkikler ve raporları
- Kullanılan ortezlerle ve malzemelerle ilgili belgeler
- Klinik gidiş ve sonuç bilgisi

**Dr. Raif KAYA** tarafından “**TTB AÜT’DEN – TTB HUV’A GEÇİŞ**” anlatıldı. Dr. Kaya önce TTB-AÜT neden TTB HUV oldu sorusuna yanıt verdi.

Asgari Ücret Tarifesi (AÜT), yıllardan beri Türk Tabipleri Birliği tarafından 6023 sayılı TTB yasası ile kendisine verilen yetki kapsamında hazırladığı ve son olarak 2008 yılında kitap formunda yayımladığı bir listedir. AÜT’nin ilk uygulamasından bu güne liste üzerinde çalışmalarımız, uzmanlık derneklerinin destek, öneri, işbirliği ve TTB’nin bilgi birikimi ile yoğun ve aralıksız bir şekilde devam etmektedir. TTB bu çalışmalarına rutin ve düzenli bir şekilde devam ederken, kendi istek ve tercihi dışında gelişen hukuksal değişimlere ve zorlamalara da uyum sağlamak durumunda kalmıştır. TTB-HUV tarifesinin ortaya çıkışı, bu bakımdan kendisinin dışında oluşan bu hukuksal gelişmenin bir sonucudur.

TTB-HUV Tarifesi, geçmişten kopuk ve bağımsız bir liste değildir. TTB Asgari Ücret Tarifesinin günün koşullarına göre güncellenerek ve yenilenerek yazılmış bir halidir. 2006 yılında 5477 sayılı kanunla, 6023 sayılı TTB Kanununun 28. maddesinde değişikliğe gidilerek, Asgari Ücret Tarifesinde (AÜT) bulunan asgari ücret tanımı yerine rehber ücret tanımı getirilmiştir. Böylece TTB Asgari Ücret Tarifesi, TTB Referans Ücret Tarifesine dönüşmüştür. Ortaya çıkan bu durum, rehber olmanın gereği olarak, sanılanın ve beklenenin aksine TTB'nin görevlerini ve sorumluluğunu azaltmayıp daha da artırmıştır.

Bu görev ve sorumluluk anlayışı içerisinde, Asgari Ücret Tarifesinde, uzun zaman içerisinde ortaya çıkan eksiklikleri tamamlamak, çelişki ve yanlışları gidermek üzere güncelleme çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışma sürecinde günümüz dünya koşullarına artık uymayan ücret tarifesi kitabı metodunun bırakılması gerektiği anlaşılmış, güncelleme ihtiyacının karşılanabilmesi için yeni bir altyapı hazırlanmış ve sonuçta Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (TTB-HUV Tarifesi) adıyla elektronik yeni bir liste hazırlanmıştır.

Dr. Kaya, 2015 güncellemesinde TTB ne yaptı sorusuna şu yanıtları verdi.

- Günümüzde uygulamadan kalkmış olan işlem adları ve birimleri listeden çıkarılmıştır.
- İşlem adları, hem genel ifadeyle hem de işlem bazlı olarak yazılmış ancak ikisinin birbirleriyle uyumsuzluk gösteren birimlerini eşitlenmiştir.
- Tıbbi terimlerde bulunan ve anlam karışıklığına yol açan isimlendirme hataları veya farklı yazımlar düzeltmeye çalışılmıştır.
- Doğru uzmanlık başlığı altında olduğu halde, içeriği nedeniyle yanlış bölüm başlığı altında olan işlem tanımları doğru başlık altına alınmıştır.
- Aynı uzmanlık başlığı altında olduğu halde, işlem karşılığı birimler kıyaslanmış ve görece birimi yüksek olan hizmetlerin birimleri düşürülmüştür.
- Farklı uzmanlık başlığı altındaki farklı hizmetlerin karşılığı birimler kıyaslanmış ve hizmet olarak birbirine benzer işlemlere eşit birimler verilmeye çalışılmıştır.
- Farklı uzmanlık başlığı altında ismi farklı fakat aslında içerikleri aynı olan işlemlerin birimler de kıyaslanmıştır. Böyle adı farklı, içerikleri aynı olan işlemlerin işlem adları (mümkünse) eşitlenmiş veya birbirine benzerlikleri anlaşılır hale getirilmeye çalışılmıştır. Bu şekilde bulunan işlemlerin birimleri de eşitlenmiştir.
- Bu şekilde listemize ilk defa alınmasına karar verilen işlemlerin birimleri, ilgili uzmanlık derneğinin görüş ve önerileriyle, listenin mevcut birimlendirme kural ve kriterleri çerçevesinde, HUV Çalışma Kurulu kararıyla listeye eklenmiştir.
- Bu şekilde, 2015 TTB-HUV Tarifesinde yaklaşık **8000 kod** oluşturularak listeye tanımlanmıştır.
- HUV Tarifesiyle, kitap olarak yazdığımız asgari ücret listemiz bilgisayar yazılımıyla **elektronik** bir liste şekline çevrilmiştir.
- Hekimlik ücreti tarifemizi kullanan tüm taraflardan gelen ortak istek nedeniyle, işlem adı, yazılım ve ücretlendirme mantıkları birbirleriyle tam uyuşmasa da, TTB-HUV Tarifemiz ile SGK-SUT Listesinde birbirine uyan işlem tanımları bulunarak **eşleştirmeleri** yapılmış ve bunlar listemizde bir sembolle gösterilmiştir. Listemizde eşleştirmesi yapılan işlemlerin sayısı toplam işlem sayısının yaklaşık olarak %40'ı kadardır. Burada henüz eşleşmesi yapılmamış işlemlerin bulunarak zaman içinde eşleşmelerinin yapılması gerekmektedir.
- Hazırlanan yazılımla, kodlanmış her bir işlemin adı ve birimi için sağ alt köşede **değerlendir** adı ile bir penceresi açılmış, böylece kullanıcıların ilgili işlemle ilgili düşünce, eleştiri ve önerilerini alma olanağı verilmiştir.

- Hazırlanan yazılımla, kodlanmış her bir işlemin adı ve birimi için, işlemin sol alt köşesinde **ücretler** adı verilen bir pencere daha açılmış, ilgili işlemin birimi karşılığı olacak ücretin, işlemin uygulandığı il katsayısı da göz önünde tutularak otomatik olarak hesaplanması olanağı sunulmuştur.
- Hazırlanan yazılımla, HUV bölümler ana sayfası ve her bir sayfanın başına sol üst köşeye bir **arama çubuğu** konularak, aranan kod, kelime, rakam, cümle veya tanımların (birden fazla ise tamamının) bölüm ayırımı olmaksızın tüm HUV listesi içinden bulunması olanağı sağlanmıştır. Bu elektronik olanak ile işlem adı ve birimleri arasındaki uyum veya uyumsuzluklar kolayca görünür kılınmıştır.
- Sıralanan elektronik ortamın sağladığı bu avantajlar ve TTB olarak oluşturduğumuz yeni yapılanma şekli, ilgili tüm çözüm ortaklarımızın listemize gösterecekleri ilgi, verecekleri destek ve katkı, yeni TTB-HUV tarifemizin daha dengeli, sağlıklı, kullanışlı ve güvenilir bir liste (**Türkiye Listesi**) olmasını sağlayacaktır.

**Dr. Ali İhsan ÖKTEN, “KAMU SAĞLIK KURUMLARI ve HASTANELERDE GERİ ÖDEME İLİŞKİLERİ”** konulu bir sunum yapmıştır. Dr. Ökten bu sunumda sağlık hizmetlerine yönelik maliyetlerin önlenemez yükselişi karşısında başvurulmuş önemli araçlar olan geri ödeme sistemlerini ele alarak, bu yöntemlerden biri olan ve özellikle kamu hastanelerinde uygulanan **GLOBAL BÜTÇE** ve **TİG** (Tanı İlişkili Gruplar) üzerinde yoğunlaşmıştır.

- Sağlık sektörü, ülke ekonomisinden sağladığı kıt kaynakları etkili bir biçimde kullanmak, verimli ve ekonomik sağlık hizmeti üretmek zorunda olan bir sektördür.
- Sağlık hizmeti sunucularına verdikleri sağlık hizmeti karşılığında yapılacak ödemelerde her ülkenin kendi sağlık sistemine uygun ödeme şekli veya şekilleri bir arada kullanılmaktadır.
- Türkiye’de 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile gerçekleştirilen sağlık reformları kapsamında ülkemiz sağlık sisteminde köklü bir değişim yaşanmaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri alanında gerçekleştirdiği dönüşümlerle sağlık sistemini güçlendirmeye çalışan Sağlık Bakanlığı, bir taraftan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı hedeflerken bir taraftan da sağlık hizmetleri için gerekli finans kaynaklarının hizmet sunucularına dengeli bir şekilde dağıtılması için bir takım geri ödeme modeli üzerine çalışmalarını yoğunlaştırmıştır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda karşılaşılan üç model;
  - **Doğrudan Hizmet Sunumu**
  - **Hizmet Satma ve Satın Alma (Dolaylı)**
  - **Karma Model**
- **Doğrudan Hizmet Sunumu;** Hizmet sunumundan sorumlu kurum, aynı zamanda hizmetin finansmanı görevini de üstlenir. Hizmet üretmek üzere yatırımlar yapar, hekim istihdam eder. Bu modelde hekimlere yönelik olarak genellikle iş yükü ile orantılanmış bir ödeme sisteminden söz edilemez. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ve SSK buna birer örnektir.
- **Hizmet Satma ve Satın Alma (Dolaylı);** Hizmeti sunan ve finanse eden kurum ya da kuruluşlar birbirinden farklıdır. Hizmet sunanlar kişi ya da kuruluşlar personel istihdamında, ürettiği hizmetin fiyatını belirlemede bağımsızdır ve belli anlaşmalar ile



sorumlu (ve/veya finanse eden) kuruma bu hizmetlerini satar. Hizmet sunan kişi ya da kurumlarda çalışan hekime ise genellikle işle orantılı olarak ödeme yapılır.

- **Karma Model;** Hizmet sunumundan sorumlu kurum ya da kuruluş bir taraftan hizmetin bir kısmını kendisi üretirken, diğer taraftan da ihtiyaç duyduğu, fakat üret(e)mediği hizmetleri de diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır. Sağlık Bakanlığı ya da SSK'nın bazı hizmetleri (diyaliz, bilgisayarlı tomografi) özel sektörden satın alması buna örnektir.

## GERİ ÖDEME NEDİR?

Geri ödeme, sağlık hizmeti satın alanların (devlet, sigorta şirketi, hasta gibi) sağlık hizmet sunucularına para tahsis etme yoludur. Artan dünya nüfusu ve kısıtlı ekonomik kaynaklar nedeniyle sağlık hizmetini sunan taraflar ve sağlığın finansal kaynağını sağlayan kurumlar sağlık hizmetlerini daha maliyet-etkin sunmak için yeni yöntemler geliştirme çabasıdadır. Finansal kaynakların kısıtlılığı nedeniyle sağlık sistemlerinde performansı arttırmak için kaynak miktarının artırılmasından daha çok, kaynakların nasıl dağıtılacağı konusu önem kazanmıştır.

- Geri ödeme yöntemi olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşları için 2006 yılından itibaren "Global Bütçe Modeli" kullanılırken, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan ve aynı zamanda eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunan çoğu üniversite hastaneleri için Sosyal Güvenlik Kurumu'nun belirlediği kurallar çerçevesinde hizmet başına ödeme, tanıya dayalı (Tanı İlişkili Gruplar-TİG) paket ödeme ve vaka başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır.
- Ancak farklı basamaklara (I., II., III.) başvuran hastaların personel, donanım, klinik ve maliyet tablosunun da farklı olduğu unutulmamalıdır.
- Ülkemizde kamuda sağlıkta tek geri ödeme kurumu **SGK**'dir.
- SGK, sağlık hizmetlerini sağlayıcı kurum değil, sağlığın finansörüdür.
- Finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, kurumla sağlık hizmeti sunucuları arasında sağlık hizmeti satın alımı sözleşmeleri yapılması suretiyle karşılanır.
- Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından ise acil hallerde alınan sağlık hizmetlerinin bedelleri kurumca karşılanır.

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ

- Sağlık sistemi içindeki kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan başlıca ödeme yöntemleri şunlardır;
  - **Harcama Kalemli Bütçeler**
  - **Global Bütçeler,**
  - **Vaka Başına Ödeme,**
  - **Hizmet Başına Ödeme,**
  - **Kişi Başına Ödeme,**
  - **Günlük Ödeme,**
  - **Bonus (Prim) Ödeme Yöntemi**
  - **Taban Fiyat Ödemesi Yöntemi**
  - **TİG (Teşhis İlişkili Gruplar)**

Bu çalışmada üzerinde durulan konu, son yıllarda gelişmiş ülkelerin çoğunda tercih edilen, Türkiye'de ise geçiş süreci ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulamaya konulmuş, «Global Bütçe» ve «Teşhis İlişkili Gruplar (TİG)» geri ödeme yöntemidir

## GLOBAL BÜTÇE

- En yalın ifadeyle, sunulması gereken hizmet hacmi ve bu hizmet hacmine dair bir genel harcama sınırı ya da hedefi olarak tanımlanabilecek olan global bütçenin temel amacı ve aynı zamanda avantajı, belirli bir program, hizmet ya da sağlık hizmeti kuruluşu için toplam harcamaları kontrol altına almaktır.
  - Buna ek olarak, global bütçe tipi ödeme mekanizmalarının Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) gibi daha karmaşık ödeme yöntemlerine kıyasla daha az karmaşık bilgiyle maliyet etkili bir şekilde gerçek bir gelişim sağlayabilmesi de modeli cazip kılan başka bir yönüdür.
  - Bir global bütçenin en temel amacı, sağlık hizmetlerine harcanan toplam para miktarına bir sınırlama getirmektir. Buradaki “toplam” finansman kuruluşunca daha önceden belirlenmiştir ve sistemin geneli üzerinde bir harcama tavanı işlevi üstlenmektedir.
- Geniş açıdan bakıldığında global bütçelerin şu olumlu getirileri sağlaması beklenir:
    - Maliyetlerin önlenmesi,
    - Fon sağlamada belirlilik,
    - Daha kolay (daha ucuz) yönetim,
    - Hizmetlerin daha iyi koordinasyonu ve planlanması,
    - Gereksiz hizmet sunumunun önüne geçilmesi.
  - Bu potansiyel kazanımlar arasında bazı dengeleme riskleri de söz konusudur. Bu riskler içerisinde en çok bilineni maliyet önleme çabalarının sağlık hizmetleri sunumunun kalitesi üzerinde yaratabileceği olumsuz etkidir.

## GLOBAL BÜTÇENİN SORUNLARI

- Global bütçe uygulaması hakkında en çok dile getirilen sorulardan biri belirlenen harcama limitinin aşılması durumunda ne olacaktır.
  - Devlet hastanelerine yönelik uygulamada belirlenen tavan izleme sürecindeki kontroller doğrultusunda çok istisnai bir durum yoksa aşılmamaktadır. Fakat devlet hastanesinin belirlenen bütçeyi aşacak düzeyde hizmet sunması halinde bütçe dahilindeki miktar kuruma ödenmekte, kalan kısım için ise terkin işlemi yapılarak alaktan vazgeçilmektedir.
  - İlaç global bütçesinde ise esasen pozitif liste dahilindeki tüm ilaçlar ödenmektedir. Tavanın aşılması halinde arada oluşan farkı devlet bir sonraki bütçe döneminde iskonto şekliyle geri alınmaktadır.
- Mevcut finansal durumları iyi olmayan hastaneler için global bütçeler önlerini görme anlamında önemli bir fayda sağlayacaktır.
- Üretmiş oldukları hizmetler doğrultusunda çıkardıkları fatura bedellerinin ne kadar kesintiye uğrayacağı yönünde bir endişeden kurtulacaklardır.
- Ama şurası göz ardı edilmemelidir ki, bir hastanenin gelir – gider dengesi sağlanamamış ise global bütçeden medet ummak mucize beklemeye eş değer olacaktır.
- Global bütçelerin tasarlanması açısından önemli olan bir başka nokta da şudur; Tüm sağlık kuruluşlarına aynı bakış açısı ile global bütçe tayin etmek doğru olmayacaktır.
- Örneğin bir üniversite hastanesinin görev kapsamı ile bir devlet hastanesinin görev kapsamı farklıdır. Üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunumu ile elde ettikleri gelire, bu kapsam dışındaki eğitim ve araştırma gibi diğer fonksiyonlarını da finanse etmek durumundadır.

- Global bütçenin kurgusu da söz konusu sağlık hizmetinin kurgusuna paralel olarak değiştirilmelidir. Hizmet detayına göre bir bütçe tavanının belirlenmesi daha sağlıklı olacaktır.
- Global bütçe uygulamasının en zayıf noktası ise kontrol sürecinde karşımıza çıkmaktadır. Mevcut uygulama içerisinde ödeyici kurum olan SGK, üniversite hastanelerinde yaptığı gibi devlet hastanelerinden kendisine gelen faturalarda herhangi bir inceleme yapmamaktadır.
- Devlet hastanelerinden gelen toplam tutarın bütçe dahilindeki kısmı ödenmekte, kalan kısmı için devlet hastaneleri alacaklarından vazgeçmektedirler.
- Fatura incelemesinin olmaması nedeniyle ortaya çıkan rakamların ne kadarının gerçek sağlık harcaması olduğu, üretilen sağlık hizmetlerinin gerekliliği veya yerindeliği konularında bir kontrol boşluğu yaratmaktadır.

### **TİG (Teşhis İlişkili Gruplar)**

- Türkiye’de kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetleri büyük oranda kamu kaynakları ile finanse edilmekte, sağlık kuruluşları verdikleri sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından geri ödeme almaktadırlar.
- Bu noktada en çok tercih edilen geri ödeme yöntemi olan teşhis ilişkili gruplar (TİG) sistemi, genel anlamıyla sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların benzer klinik ve maliyet verilerine göre sınıflandırılarak, benzer hasta grupları için benzer kaynakların kullanıldığı prensibi ile hasta tanısına göre geri ödeme yapılması, böylece hastane etkinliğine veya sınıfına göre kaynak tahsisinin yapılmasına dayanır.
- TİG; klinik ve maliyet verilerine bakılarak benzer hastalıkların benzer gruplara dâhil edilmek suretiyle hastaların gruplandırılmasını içeren bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. TİG yönteminde, hastalıklar öncelikle ana tanıya göre, daha sonra ise işlemlerine göre gruplandırılırken, sistem tedavi harcamalarını parasal değer yerine bağıl değer olarak belirlemektedir.
- TİG’in birincil amacı, kıt kaynakları hastalıkların şiddeti ve türleri dikkate alınarak adil bir şekilde dağıtmak, hastane verimliliğini ve etkililiğini teşvik etmek, anlamlı ve sistematik klinik veri toplamak, gözlenebilir ve ölçülebilir hasta özellikleri (özellikle tanılar) ile değişen oranlarda hastaya yapılan müdahaleler ışığında belirli bir hastanın tedavi maliyetlerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktır.

**NOT:** Toplantı oturumları interaktif olarak yapılmıştır. Her oturum sonunda zaman sınırı olmaksızın her konu ayrıntılı tartışılmıştır. Toplantıya Sağlık Bakanlığı ve Çalışma Bakanlığının temsilcileri olan Dr. Mustafa Öztürk ve Dr. Osman Arıkan Nacar’ın katılımı oturumlardaki bir çok sorunların daha ayrıntılı tartışılmasına neden olduğu için ve bazı sorunlara çözüm bulunma noktasında ki yaklaşımları nedeni ile çok faydalı olmuştur.

### **TOPLANTI SONUÇ BİLDİRGESİ**

1-Türkiye’de nöroşirürji akademisyen ve uzman sayısının yeterli olduğu, ancak istihdam da sıkıntılar olduğu ve bu konunun bakanlık yetkililerine bildirilmesi; asistan (uzmanlık öğrencisi) eğitimlerinin çağdaş standartlara kavuşması için klinikler arası rotasyon programlarının başlatılması, bu konuda tıpta uzmanlık kurulu ile ortak çalışma başlatılması nöroşirürji hasta hizmetlerinin verilmesi için hemşire, teknisyen ve diğer yardımcı personelin yetersiz olduğu, bu konuda çözüm üretilmesi,

2-Özellikle özel hastaneler ve üniversitelerde geri ödemeler konusunda yaşanan sıkıntılar nedeniyle SGK geri ödeme inceleyicileri (fatura denetçileri) ile Türk Nöroşirürji Derneği arasında ortak çalışma ve bu konuda inceleyicilere (denetçilere) bilgi aktarım ve bu toplantıların bölgesel olarak yapılması,

3-SUT işlem puanlarının düzeltilmesi ve iyileştirilmesi konusunda konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı-Çalışma Bakanlığı ile Türk Nöroşirürji Derneği arasında ortak danışmanlık kurulu oluşturulması ve bundan sonraki görüşmelerin bu kurul aracılığıyla yapılması, tüm eğitim çalışma gruplarından kendi alanlarındaki SUT işlem puanlarının yeniden hazırlanarak 3 hafta içinde derneğe iletilmesi,

4-Özel hastanelerde çalışan hekimlerin hak edişlerinin TTB'nin oluşturduğu Hekimlik Uygulama Veri tabanı (HUV) üzerinden yapmaları, diğer kurumlardaki hekimlerinde gerektiğinde HUV'u referans olarak alması,

5-Sağlıkta şiddetin giderek arttığı, bu konuda TTB'nin Sağlık Bakanlığına sunulan cezaların arttırılmasını öngören yasa önerilerinin meclisten geçmesi için bu konuda ki çalışmaların ve girişimlerinin devam etmesi,

6-Mesleki ve Özlük Hakları Komisyonu kurulması ve komisyon üyeliklerinin Önder Okay, Ali Dalgıç, Ali İhsan Ökten, Zihni Sanus, Suat Öktem, Sertaç İşlekel, Haluk Özer, Hakan Karabağlı, Kemal Hoşver, Sedat Çağlı'dan oluşması kararına varılmıştır.

**DR. ALİ İHSAN ÖKTEN**