

Sağlıkta yeni bir dönemin başlangıcı

Doç. Dr. Akif Tan

Yasemin K. Şahinkaya

Ü

niversite hastanelerinin Bağ-Kur ve SSK hastalarına da sevksiz hizmet vermesi ile gündeme gelen yeni Sağlık Uygulama Tebliği, yurtdışı tedavi ödemelerinden diş protezine, teşhis ve tanı tetkiklerinden doktorların bakacağı hasta sayısına kadar pek çok konuda yenilik ve kolaylık sağlıyor.

15 Haziran 2007'den itibaren uygulanmaya başlayan yeni Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile ilgili pek çok

soru işareti, yanıtlanmayan pek çok soru ve sürekli çıkıp, geri çekilen tebliğlerden kaynaklanan güven sorunu vardı. Kimi sadece Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur birleşiyor olarak, kimi üniversitelerin SSK ve Bağ-Kurlu'lara sevksiz açılması olarak algıladı yeni tebliği... Bunlar vardı tabii ama daha fazlası da vardı bu yeni tebliğde. Bu yüzden en doğru bilgiyi ilk ağızdan almak istedik ve SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlü Salih Kenan Şahin ile görüştük.

Kendisi de doktor olan Salih Kenan Şahin'in, bu açıdan hem tıbbi konula-

ra hem de işleyişe son derece hakim olduğunu gözlemledik. Hiçbir sorumuzu yanıtız bırakmadığı gibi, hatalarını, eksikliklerini söyleyecek kadar da cesur davrandı sohbetimiz esnasında...

Yasemin K. Şahinkaya: Öncelikle yeni Sağlık Uygulama Tebliği'ni kısaca açıklayabilir misiniz bize?

Sağlık Uygulama Tebliği, geçmişte Maliye Bakanlığı'nın yayınladığı Bütçe Uygulama Tebliği'nin Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yayımlanmış yeni şeklidir. Yeni dönemde



Sağlık Uygulama Tebliği yaklaşım tarzı olarak benzer şeyleri içermekle birlikte birçok yenilik getiriyor. Bilindiği gibi 5510 sayılı yasanın yürütmesi durdu. Yürütmesi durunca istenen tek çatı oluşamadı. Ancak 5502 sayılı yasa gereği Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'nın devri gerçekleşti. Uygulamada memurlar ve yeşil kartlılar dışındakiler genel sağlık sigortası kapsamına alınmış oldu. Emekli Sandığı'nın, Bağ-Kur'un ve SSK'nın mevzuatında bir takım farklılıklar vardı. Ancak mevzuatından kaynaklanmayan, sadece uygulamadan kaynaklanan farklılıkları da vardı. Bu tebliğ ile bu farklılıklar asgariye indirilmeye çalışıldı. Bir anlamda sağlıkta daha eşitlikçi bir yaklaşım Sağlık Uygulama Tebliği ile hayata geçmiş oldu. Artık sınırlı bir iki husus dışında Emekli Sandığı da Bağ-Kur da SSK mensubu da aynı ve eşit şartlarda hizmet alacaklar.

(YKŞ) Bu sınırlı hususlar neler?

Mesela katkı payları konusu... SSK mensupları bu yıl 95 kuruş katkı payı ödeyecekler, Bağ-Kurlu'lar; emeklileri % 10 katkı payı ödeyecek, çalışanları % 20. Onun dışında bir takım tıbbi malzeme ve diş proteziyle ilgili farklılıklar var. Eskiden şu vardı. Emekli Sandığı mensupları üniversite hastanelerine doğrudan, SSKlı'lar sevkle Bağ-Kurlu'lar ise cebinden ödeyerek giderlerdi. Bunlar kalktı.

Akif Tan: Sağlık sektöründe eşitsiz bir dağılım vardı; şimdi daha eşitlikçi bir yaklaşım var. Bu son tebliğ ile sağlık sektörü olması gerekene yaklaşıyor diyebilir miyiz?

Tabii. Yeni tebliğ ile üç amacın çok önemsendiğini ve tebliğin ruhuna da yansıdığını görüyorum: Birincisi temel, asgari sağlık hizmetlerinde mümkün olduğunca eşitliğin sağlanması. İkincisi, mutlak kayıtlı ve izlenebilir bir yapının oluşturulması hedeflendi. Geçmişte sağlıkla ilgili konuşulurken "bana göre, benim rakamlarıma göre" diye bir söylem vardı. Bunun mutlaka ortadan kalkması gerekiyordu. Ciddi kayıtların olmadığı bir sistemi yönetmeniz mümkün değil. Spekülasyonla yönetilen bir yapıdan veriyle yönetilen bir yapıya geçilmesi hedeflendi ki bu çok net bir şekilde Sağlık Uygulama Tebliği'nin ruhuna da yansıdı. Üçüncüsü ise; kurumların vizyonları vardı. Her kurumun kendince belirlediği vizyonu ve bu vizyon doğrultusunda oluşan farklılıkları vardır. Bu uygulamada sorunlar oluşturuyordu. Sosyal Güvenlik Kurumuyla, tek bir kurum oluştu. Sosyal Güvenlik Kurumları arası farklı vizyonlar yerine tek bir vizyon oluştu. Başta Sağlık Bakanlığı, üniversiteler ve sek-

tör kurumlarıyla etkin iletişimle, ortak vizyon sağlandı. Bu vizyonu destekler şekilde bir tebliğ ortaya kondu.

Bu tebliğde, SSK'nın iki yıllık sağlık sigortacılığı tecrübesinden faydalandığını düşünüyorum.

Yaygın sağlık hizmeti, yüksek kalite ve memnuniyet

(AT) Bu uygulamayla birlikte sağlık sektöründe nereye doğru yol aldık. En nihai çerçeveye ne olacak? Ve biz bu genel çerçeveye giderken, şu anda neredeyiz? Daha atılması gereken adımlar var mı?

Temel hedefimiz daha nitelikli, daha kaliteli ve herkes tarafından ulaşılabilir bir sağlık hizmetini oluşturmak. Biz burada bu takımın finansman oyuncusuyuz. İyi bir finansmanla ve finansmanın düzenleyici rolünü kullanarak en iyi hizmeti vermeyi amaçlıyoruz. Paranın gücü etkili bir güçtür, teşvik ya da ceza mekanizmalarını etkili kullanarak olabirliği sağlayabilirsiniz.

Sağlık politikaları diğer kurumların desteği ile Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenir. Bizim rolümüz burada finansman aygıtını kullanarak sağlıktaki kaliteye destek vermek. Finansman perspektifimizde Türkiye'de sağlık giderlerini azaltalım gibi bir kaygımız yok. Sağlık giderlerinin azalması demek; sağlıkta kalitenin olumsuz etkilenmesi demek olacaktır. Hâlbuki tam tersi bir ülkenin sağlığa, eğitime, sosyal alanlara parasını aktarması son derece olumlu bir şeydir.

Harcadığımız paranın en verimli sonucunu alacak şekilde yönetilmesini önemsiyoruz. Bununla en yaygın ve en yüksek kalitedeki sağlık hizmetini ve en yüksek vatandaş memnuniyetini hedefliyoruz.

(AT) Yeni tebliği sonucunda finans sektörünü yönetimi açısından daha derli toplu bir uygulama mı var? Yani finansın sağlanması değil de mevcut finansmanın derli toplu uygulaması ile ilgili bir uygulama mı var?

Tebliğin kamuoyuna yansıyan en önemli şekli üniversite hastanelerine sevsiz gidilecek olunması. Tabii bu önemli bir düzenleme. Avantajları ve dezavantajları, riskli yanları var. Bununla ilgili farklı düşünceler var. Bunlara da saygı duyuyorum ama ifade edilen şu: Bu üniversiteler paralarını alamıyor; paralarını alamazken, devlet neden böyle bir uygulamaya geçiyor denmesi son derece yanlış ve eksik bir bilgidir. Çünkü ben 2005 Nisan ayından beni bu görevi sürdürü-



Salih Kenan Şahin kimdir?

1967'de Erzurum'da doğdu. 1990'da Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Zorunlu hizmetini SSK Amasya Suluova Dispanseri'nde yaptı. İhtisasını Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde 1996'da tamamladı. 1997'de Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Başa-sistan kadrosuyla atanmış olduğu halde devlet memurluğundan istifa etti. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü'nde İşletme yüksek lisansı yaptı. Özel sağlık sektöründe, siyasette ve Pendik Belediyesi'nde yöneticilikler yaptı. Bir yıl kadar SSK İstanbul Kartal Hastanesi'nde İntaniye Uzmanı olarak çalıştı. Nisan 2005'ten bu yana SSK İstanbul Sağlık İşleri İl Müdürlüğü görevini yürütmektedir. Salih Kenan Şahin evli ve üç çocuk babası...

yorum. Belki 2005 yılında birtakım teknik problemler oldu ama 2006 yılından beri yaklaşık 1,5 yıllık süreç içinde bizden kaynaklanan üniversitelerin finansman problemi olmamıştır. En azında kendi bölgem İstanbul, Edirne illeri için bunu söyleyebilirim. Zaman zaman aksamalar oluyor ama bu çoğunlukla üniversitelerin faturalama süreçleri ve otomasyonları ile ilgili sorunlardan kaynaklanıyor. Yoksa bize gelen fatura 45 günlük vadesi süresince ya incelenerek ödenmiştir ya da incelenememişse hemen % 70 avansı ödenmiş, kısa zamanda incelenip, tamamı ödenmiştir.

Şu anda reçete dışında tüm alanlarda özel hastane, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri faturalarını vaktinde inceleyebiliyoruz. Özel sektör için yerinde, etkili denetimler yapılabiliyor. Eczacılık sektörü için çok ciddi mânâda sistemin hatalarını, yanlışlarını düzeltici ve sistemde suç teşkil edici konuların üzerine gidici bir yapıyı oturttuğumuzu düşünüyorum. Elbette bu iç görüdür, kendimizi daha iyi anlattıkça dış görüşü de daha olumlu olacaktır.

Bu konuda üç ayrı kurumduk. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK ayrı ayrı çalışıyorduk. 20 Mayıs'ta İstanbul'da pilot uygulamayla başladık. Önce Bağ-Kur ile entegre olduk. 15 Haziran itibarıyla de Emekli Sandığı'nın sağlık şubesi ile entegre olduk. Şu anda İstanbul, Edirne, Tekirdağ, Kırklareli illeri için Sosyal Güvenlik Kurumu çerçevesindeki tüm kişi ve sözleşmeli



SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) hak kında notlar:

- Aktif çalışanlar dışında vizite kâğıdı kalktı.
- Kâğıt kırtasiyesi azaltıldı, fatura eki basitleştirildi.
- Muayene katılım payı yeniden düzenlendi.
- Sağlık raporları basitleştirildi.
- Kronik hastalıkları olanların, sağlık raporu ile reçetesiz ilaçlarını temini sağlandı.
- Tüm işlemlerin kayıtlı ve otomasyonda olması zorunluluğu getirildi.
- Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK, ayırımı kalktı.
- Diş protez katılım paylarının tedavi kurumuna ödenmesi sağlandı.
- İlaç katılım payının tüm emeklilerin maaşlarından kesilmesi sağlandı.
- Şeker ölçüm çubuklarının reçete ile eczane-den temin edilmesi sağlandı.
- Kontakt lenslerin karşılanması sağlandı.
- Ambulans ücretlerinin kurumca karşılanması sağlandı.
- Sünnet bedelinin kurumca ödenmesi sağlandı.
- Sadece tetkik ve tahlil amaçlı sevkler kaldırıldı.
- Hastanın tahlillerinin kurum dışına gönderilmesi yasaklandı. Sadece hasta örneği hastane tarafından gönderilecek.
- Sevksiz doğrudan sağlık kurumlarına başvuru sağlandı.
- Kronik hastalığı olanların Sağlık Bakanlığı aşı-lama projesi dışındaki aşıları kurumca karşılan-ması sağlandı.
- 65 yaş üstü ve kronik hastalığı olanların grip aşıları yılda bir kez tüm hak sahipleri için öden-mesi sağlandı.
- Hastalar için ihtiyaç duyulan kanı sağlık ku-rumları temin edecek. Hasta ve yakınları kan te-mininde aracı olarak kullanılmayacak.
- Hasta yakınları kan vermeye zorlanamayacak.
- Transplantasyon için doku tiplendirme labora-tuarlarına doku gurusu test giderlerini 20 ada-yı geçmemek üzere ödeme yapılacaktır.
- Kemik iliğinin yurtdışından Türkiye'ye getiril-mesinde, nakil masrafları kurumca karşılanacak. Amerika, Avusturya için 3000 Euro, Avrupa ülke-leri için 1500 Euro üst sınırdır.
- Yurtdışından getirilecek ilik ve kordon kanı için doku bilgi bankalarına avans ödenebilecek.
- Sağlık kurumlarının tetkik ve tahlilleri hizmet alım suretiyle başka kurumlarda ulaşımını önü açıldı.
- Teşhise dayalı ilaçlar hariç reçetede endikasyon uyumu aranmaması kararlaştırıldı.
- Yatarak tedavide kullanılan ilaçların hastane tarafından ödemeleri 15 gün içinde yapılması kararlaştırıldı..
- Sözleşmelerle tek kullanımlık malzemelerin tekrar kullanımı yasaklandı.
- Anjiyografi sayısı 20 ile sınırlandırıldı.
- Tıbbi malzemelerin hastaneler tarafından temini zorunlu hale getirildi.

sağlık kurum hizmetleri artık tek bir elden yürütülecek hale geldi. Bu konudaki sorunları ortadan kaldırmak için önümüzdeki süreç avantajlı olacaktır.

(YKŞ) Muhatap tek olduğu için sorunların çözümleri de daha kolay olacaktır. Üniversite hastanelerinin bu konuda endişeleri vardı. Yiğilme olacak, sorunlar yaşanacak diye... Bu konuda ne gibi önlemler alındı, ya da önlem alındı mı?

Üniversitelerin herkese açılması konusunda üniversiteler bizden daha istekliydi. Tabii insanlar dışarıdan bunları bilmiyor. Özellikle özel sektöre açılmamız sonrası nitelikli ve kâr oranlarının daha fazla olduğu ope-

rasyonlar önemli ölçüde özel sektöre kaydı. Kardiyolojide, kardiyovasküler cerrahi ve ortopedideki özel sektör payı artınca üniversite hastanelerinin hasta sayısı önemli ölçüde azaldı. Bu tür nitelikli işler insanın hayatı ile doğrudan ilişkili olunca insanlar burada en iyisini ve en konforlusunu arıyorlar. Hâl böyle olunca da bu tür vakalar özel sektöre ya da toplum içinde itibarı ve güvenirliliği yüksek hastanelere doğru kayıyorlar. Üniversitelere çok komplike, kimsenin kabul etmediği vakalar dışında giden hastanın azaldığı; üniversitedeki asistanın, öğrencinin eğitimi için vaka bulunmadığı konusunda geri bildirimler aldık.

Sağlık Bakanlığı üçüncü basamak

hastaneleri ile üniversite hastanelerinin hekim başına hasta oranları birkaç misli farklı. Böyle bir tablo da o kapasitenin kullanılması lazım. Üniversiteler de bunu talep ediyorlardı. SSKlılar için üniversitelere, ikinci ya da üçüncü basamak hastanelerden sevkle gidiş mümkündü. Bu ikinci ve üçüncü basamak hastaneler için bir angarya ve yük oluşturdu. Bu da vatandaşın işini zorlaştırıyordu maalesef. Yani, "beni sevk edin" diye giden vatandaş sevkini alamaz oldu ya da sevk için zorlayınca hastanenin hizmetini tıkar oldu. Bu geri bildirimleri üst üste koyunca böyle bir tercih ortaya çıktı. Bunun doğruluğu da zaman içinde görülecektir.

(YKŞ) Bu da çok tartışılıyor: Çıkan ve yürürlükten kaldırılan tebliğler... Sağlıkta deneme yanılma olur mu?

Bu sağlıkta her zaman tartışılıyor. Uygulamaların sonuçları toplumdan topluma farklılık gösterebiliyor. Bunu her şey için söylemiyorum, istisnaları mutlaka vardır. Çünkü sosyal refleks, toplumsal refleks değişebilir. Türkiye'deki toplumsal refleks ile Batı Avrupa'daki toplumsal refleks ya da Amerika'daki toplumsal refleks eşdeğer tutmanın imkânı yok. Onun için bazı şeyleri süreç içerisinde görebiliyoruz ve göreceğiz. Türkiye aile hekimliği sürecine gidiyor. Sağlıkta dönüşüm projesinin temelinde bu var. Aile hekimliği yaygınlığı istenilen ölçülere gelince bu konular yeniden değerlendirilecektir. Bu konuda üniversitelerimizle sürekli iletişim halindeyiz. Muhtemel olabilecek sorunlar karşısında onlar da biz de çok dinamiğiz. Şu kısa süreli uygulama sonuçları açısından da kontrol edilemez problemler olmamıştır.

(AT) Şu son zamanlarda sağlık sektöründe ciddi bir çözüm arayışı var. Bizzat içinde olduğum için de söyleyebilir ki bayağı bir rahatlama söz konusu... Bu son uygulamadan sonra en fazla problem nereden çıkacak diye bekliyorsunuz? Böyle bir öngörü vardır herhalde...

Elbette. Türkiye'de 40 yıldır 50 yıldır konuşulan şeyler iki yıllık kısa bir sürede içinde sonuçlanır hale geldi. Bu hem iyi hem kötü. İyi tarafı; kırk yıldır konuşulanların sonuçlarını görmüş olmamız. Her şey bu kadar kısa sürede olunca hep bir kriz yönetimi perspektifiyle işler yürüyor. Halbuki çok daha dikkatli, temkinli, uzun öngörülerle, uzun denemelerle, uzun veri çıkarımlarıyla yapılması gereken şeyler vardı, ancak çok hızlı, dinamik yürüdü. Tabii bunun bir ihtiyaç yönü var. Türkiye'de bazı şeyleri fırsat elinize

geçtiği zaman yapamazsanız bir daha o şans önünüze gelmeyebilir. Bu fırsatı kaçırmaya telaş da olmuştur. 40 yıldır hep fırsatlar kaçırıldı. Böyle bir fırsat için açıkçası bir 40 yıl daha bekleme riski vardı. Bu da öngörümüzün perspektifini göreceli daraltmıştır.

Biz hastaneleri devrettikten sonra yeni bir yapı kurduk, o yapı içerisinde uygulama çok sık değişti. Çok sık değişen uygulamalar karşısında çok sık kriz yöneterek ciddi tecrübe kazandık. Bundan dolayıdır diyebiliriz ki otomasyonda problem çıkar. Ve çıktı. Eczane otomasyonunun entegrasyonunda problem çıktı. Biz bütün sağlık kurumları ve sözleşmeli kurumlara hemen "sorunun vatandaşa yansıyan kısımlarını minimize ediniz, biz bu konuda oluşabilecek eksiklikler konusunda toleranslı davranacağız" dedik. Bu da etkili oldu. Muhtemel riskler konusundaki tecrübemizle gelişmeleri takip ediyoruz. Bize yansıyan şu anda sınırlı şeyler dışında problem olmadı. Sadece önümüzdeki süreç içerisinde görüntüleme merkezleri ile köklü bir değişiklik, yaklaşımla ilgili bir değişiklik var. Bir süre görüntüleme merkezlerinin tepkileri ve muhtemel boykotlarından kaynaklanan bir problem çıkma ihtimali var. Bununla ilgili de tedbirlerimizi de almış bulunmaktayız.

Memur, kurum, muhattap sıralaması

(YKŞ) Yeni uygulamanın ödeme problemlerine yol açacağı endişesi var. Zaten ödemelerde sabıkalı olan SSK kültüründen dolayı var olan korku ve tedirginlik nasıl aşılanacak?

Bir defa artık konuyu daha iyi biliyoruz. Türkiye'de hekimler kendi branşlarını biliyorlar, operasyonları biliyorlar, hasta muayene etmeyi biliyorlar ama iş sistemi yönetmeye gelince yeterli bir birikim yoktu. Bu hasbeler değişik alanlara kaymış olan hekimlerin, bu işin farklı boyutlarını hissetmeleri ya da bu konudaki özel ilgileriyle kendi gayretleri ile bir noktaya gelinmiştir.

Bizim sabıkamız şu: Biz faturaları inceleme sürecinde belki biraz daha riskimizi azaltmaya çalışıyoruz. Açık kuralları olmayan bir işi yapıyoruz. Sağlık Bakanlığı'nın bu konuda rehberleri yok. Bu rehber olmayınca Sağlık Bakanlığı hekimleri özgürce davranıyor. Bizim arkadaşlarımız da incelerken aynı özgürlükleri kendileri kullanıyorlar. Bu bizim sabıkamız. Çözümü bu konu ile ilgili standartları, kuralları belirlemek gerekiyor. Bunları tam anlamıyla ortaya koymadıkça herkes önce kendi kurumu perspektifi ile olaya bakar. Ancak pratikte

memur önce kendini, sonra kurumunu en son olarak da muhatabını düşünür. Ancak bu işin kuralları tam anlamıyla koyulunca hep beraber rahat edeceğiz. Bu bir süreç.

Önceliklerimizi iyi belirlemek lazım. Tümü için söz konusu olmayabilir ama çok majör hastalıklar için mesela kışın üst solunum yolu enfeksiyonları gibi; hipertansiyon, diyabet, kolesterol yüksekliği, osteoporoz gibi hastalıklarla ilişkili, belki ilk 10 ya da 20 hastalık için kılavuzların oluşturulması, bu konuda hem uygulayıcılar hem de inceleyiciler açısından olağanüstü kolaylık sağlayacaktır.

(AT) Geçen zaman sistemin lehine geçiyor denilebilir yani... Sistem daha hızlı, daha konforlu çalışabilir hale gelecektir...

Otomasyon bu işte çok önemli. Ağustos 2006'dan beri özel sağlık kuruluşları için tam anlamıyla yürüyen bir otomasyon var. Bunun sonuçlarını 2007 yılının başından beri çok net görüyoruz. 2007 yılının başından beri özel hastanelerde işler daha kurallı, ödemeler daha düzenli, mağduriyet ve şikayetler daha az. Sorunlu alanlar hemen tespit edilebiliyor ve çözüm yolları bulunuyor.

Özel sigortalar tamamlayıcı sağlık sigortasına dönecek!

(YKŞ) İnsanların özel sağlık sigortalarına yönelmelerinin SSK'nın çeşitli özel sağlık kuruluşlarıyla başlayan anlaşması ve sonrasında gelen böyle bir tebliğe yaptırım etkisi oldu mu?

İlk etapta bir etkisi olduysa bile bendeki rakamlar son zamanlarda özel sağlık sigortalarının işlerinin azaldığı yönünde. Özellikle grup sigortalarında ciddi sıkıntıları var. Çünkü geçmişte insanlar SSK'lıydı ama önemli bir varlıklı kesim ne sağlık karnesi çıkarıyorlardı, ne ilaç yazdırıyorlardı, ne de tedavi görüyorlardı. Kullanılmayacakları bir hakları vardı. Kullanım, güçtü, konforsuzdu.

Bugün özel sağlık kuruluşuna gidebiliyorsunuz, yazılan reçetede ilacı en yakın eczaneden ödeyerek alabiliyorsunuz. Böyle olunca da özel sigortalara talep eskisi gibi olmamaya başladı. Bu sefer de özel sağlık sigortaları, tamamlayıcı sağlık sigortasını kendileri için bir açılım olarak gördüler. Bu konuda ciddi çalışmalar var. Doğrusu da budur. Kamunun tüm şemsiye altında olması gerekenleri şemsiye altına aldığı yerde, konfor isteyenler ya da farklı talepleri olanlar doğal olarak özel sektörü tercih edeceklerdir.

Özel talepler de maliyeti yükselte-



Yeni Sağlık Uygulama Tebliğindeki en önemli yeniliklerden biri 'Ya hep ya hiç!' ilkesidir. Ya hastane tüm ruhsatlı branşlarıyla bizimle sözleşmelidir ya biz onunla hiç sözleşme yapmayız. Bu düzenleme özel sağlık sigortalarının tamamlayıcı sağlık sigortalarına girmesinde onların açılmasını sağlamıştır.

cektir. Kamunun ödediği maliyetler dışında maliyetlerle karşı karşıya kalanlar cepten ödeyeceklerdir. Halbuki sağlıkta bu hiç istenmez. Sağlıkta önceden fona para yatırın, gerektiğinde ödemeler oradan yapılsın perspektifi daha modern ve daha gerçekçi bir yaklaşım olduğundan, tamamlayıcı sağlık sigortası perspektifinin de bu anlamda önemli olacağını düşünüyorum. Geçmişte bizim uygulamalarımız tamamlayıcı sağlık sigortasının işini zorlaştırıcı tarzdaydı. Yeni Sağlık Uygulama Tebliği bu anlamda özel sağlık sigortalarının da tamamlayıcı sağlık sigortasına geçebilmesinin önünü açacak nitelikte.

Önceden bir hastane bizle iki branşta sözleşmeli, bir hastane tek branşla sözleşmeliydi. Bu tamamlayıcı sağlık sigortasını önünü engellediği gibi, vatandaşımızı da mağdur ediyordu. Bizim de çok isteğimize uygun değildi. Bu yeni sağlık uygulama tebliğindeki en önemli yeniliklerden biri budur: Ya hep ya hiç! Ya hastane tüm ruhsatlı branşlarıyla bizimle sözleşmelidir ya biz onunla hiç sözleşme yapmayız. Bu düzenleme özel sağlık sigortalarının tamamlayıcı sağlık sigortalarına girmesinde onların açılmasını sağlamıştır.

(AT) Bu yeni uygulamayla katkı paylarıyla ilgili durum nasıl olacak?

Vatandaş eğer özel hastaneyi tercih ediyorsa, fark ödemeyi göze alıyor olmalı. Ancak acil girişler gibi mecburen gitmek zorunda olduğu durumlar sorun oluşturuyor. 5510 sayılı kanunun iptali ve hükümetin de konuyu ertelemesi ile gerekli düzenlemeler yapılmadı. 1 Ocak'tan sonra onlar hayata geçince fark konusunda vatandaşın rahatsızlığı da daha az olacaktır.



Katkı payı ile fark meselesinin iki ayrı boyutu var. Katkı payı sigortacılığın gereği. Yani riski paylaşmak. Hizmeti alan kişinin bir miktar katkı vermesinin istersiniz ki bunun kötüye kullanılmasını engelleyebilirsiniz. Katkı payı ile ilgili kimsenin bir problemi yok. Yukarıda da söylediğim gibi bu oranlar belli... SSK mensupları bu yıl 95 kuruş katkı payı ödeyecekler, Bağ-Kurlu'lar emeklileri % 10 katkı payı ödeyecek, çalışanları % 20. Bir de özel sağlık kuruluşlarının aldığı bir fark var.

Vatandaş eğer o hastaneyi tercih ediyorsa, fark ödemeyi göze alıyor olmalı. Ancak mecburen gitmek zorunda olduğu durumlar sorun oluşturuyor. Acil durumlar gibi... Ümit ediyorum 1 Ocak'tan sonra onlar hayata geçince de fark konusunda vatandaşın rahatsızlığı da daha az olacaktır. Ancak bu süreç içerisinde tıp merkezlerinin de sözleşme kapsamına alınması vatandaş açısından önemli ölçüde bir rahatlama yol açacaktır. Çünkü tıp merkezlerinin maliyetleri hastaneler nazaran daha tolere edilebilir düzeyde. Bu da hastaya yansımaları kısmı azaltacaktır. Önemli bir kısmı bu işi fark almaksızın sürdürecektir. Bu da ayakta hastalardan alınan farklar konusunda önemli bir rahatlama sağlayacaktır. Vatandaşın bu konudaki şikayetini de azaltacaktır. Bir takım hastaneler hiç fark almada bu sisteme geçtiler. Bir günde 100-200'ün üstünde poliklinik yapmak zorunda kaldılar. Çünkü halkımızın da sağlıkla ilgili birikmiş bir talebi var. Bu birikmiş talep, bilgi ve bilinçle iyi yönlendirilmezse; sektörün kâr ve

gelir kaygısıyla gereksiz, yersiz talep oluşturulursa işler sarp sarabilir. Bu açıdan alınacak farkın bizim açımızdan bir emniyet supabı olduğunu da düşünüyorum. Vatandaşın yerli yersiz doktora gitmesini engellemek, bu konuda gereksiz bir talep oluşmasını sağlamaması için reklam, tanıtım ve simsarlıkla ilgili çok net yasaklayıcı hükümler ve sınırlamalar koyduk. Bir hekimin günlük bakacağı hasta ve yapabileceği işlem sayısına sınırlama getirdik. Bu sınırlarla bu riskleri azaltmayı amaçlıyoruz.

(YKŞ) 25 YTL'lik ödeme halk tarafından ciddi bir tepki ile karşılanmıştı ve basında da geniş yer bulmuştu. 25 YTL'lik ödemenin akıbeti nedir?

Bu 1 Temmuz 2006 genelgesiyle yürürlüğe giren ayakta, vaka başı ödeme miktarı idi. Türkiye'de çok ciddi manada gereksiz tetkik isteme konusunda bilgilerimiz, verilerimiz var. Bazı alanlarda sözleşmeli merkezlerin bunu, geri dönüşüm adı altında hekime ödemeleriyle de provoke ettikleri yönünde çok ciddi bulgu ve kayıtlarımız mevcuttur. Bunu azaltmak açısından risk paylaşımı esasına dayalı bir yaklaşım ortaya konmuştur. Vaka başına ödenecek bir miktar belirlenmiştir. İstanbul'da geçen yıl 1 Temmuz genelgesinden önce Nisan ve Mayıs aylarında bir hastanenin dahiliye, nöroloji, beyin cerrahi ve göğüs hastalıkları branşlarındaki tıbbi tetkik uygulamasında ortalamaları 30 ile 50 YTL arasında. Aynı hastanenin 1 Temmuz genelgesi çıktıktan sonraki ortalamaları ciddi manada düşüyor; biyokimya laboratuvarının

toplam hasta oranı % 45 azalıyor. Buradan iki sonuç çıkarıyorsunuz: Ya hekimler gerektiği halde tetkik istemediler (ki bu çok zor), ya da geçmişte çok lüzumsuz tetkik istediler. Danıştay bu genelgenin yürürlüğünü durdurdu. Yürürlüğü duruca Aralık ayında bu işlemler eskiye döndü. Yani hizmet başı faturalama sistemi... Ocak ayı rakamları ile Nisan ayı rakamlarını karşılaştırdık. Aradaki farktan 30 YTL olan rakamların 19 YTL'ye 35 YTL olan rakamların 23 YTL'ye düştüğünü gördük. Bu da bir bilincin oturduğunun göstergesidir.

(YKŞ) Sağlık tesisleri ile ilgili durum nedir?

Türkiye'de sağlık tesisi açmak için maalesef bir kural, kaide, kısıtlama yok. İsteyen, istediği yerde, mevcut mevzuata uygun olmak şartıyla sağlık tesisi açabiliyor. Sonuçta İstanbul'da bu konuyla ilgili 20 tane merkez ihtiyaç varsa, merkez sayısı 100 olunca, bir kısmı meşru olmayan yollara sapıyor. Biz burada Sağlık Bakanlığı'nın perspektifine Sosyal Güvenlik Kurumu olarak destek verdik, Sağlık Uygulama Tebliği'nde de bu tip merkezlerle sağlık kurumlarının sözleşme yapmasını, bizim doğrudan sözleşme yapmayacağımızı ortaya koyduk. Böylece ihtiyaç fazlası gereksiz merkezlerin açılması suretiyle, ülkemiz kaynaklarının gereksiz şekilde yurtdışına akmasının engellenmesi ve oluşan ihtiyaç fazlası yapının da sistemi sabote etmemesi adına böyle bir karar alındı. Belki rahatsızlık oluşturacak ama rasyonaliyeti ve realitesi gerçekten yüksek bir

SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) için demekler ne diyor?

SİF
(Sağlık İşletmeleri Federasyonu)
Yönetim Kurulu Başkanı
Mehmet Altuğ:

"Hizmet başı değil vaka başı fiyatlandırma çok olumsuz"

"Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin en olumlu yanı ortak bir çatı oluşturmalarıdır. Maliye Bakanlığı ve Sağlık Güvenlik Kurumu'nun da SUT kapsamında birlik olması önemli. Ülkemizde % 90 itibarıyla uygulanmayan sağlıkta eşit hizmet anlayışı, yeni Sağlık Uygulama Tebliği ile gelmiş oldu. SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur mensupları eşit imkânlarla sahip oldular. Bir sonraki uygulamaya kadar bile uygulanması çok güzel bir şey. Yeni Sağlık Uygulama Tebliği kamuoyu ile özeli birbirine yaklaştırdı. Bu da son derece önemli bir gelişmedir.

Olumsuz yönü ise; bu tebliğde de belirlenen fiyat, bir önceki tebliğde olduğu gibi yine hizmet başı değil de vaka başı olarak çıktı. SİF olarak bunu olumlu karşılamıyoruz. Bir de fiyatlar 2004'ten beri aynı. Bu da pek olumlu bir durum değil. Ancak her şeye rağmen 'Genel Sağlık Sigortası'nın bir ön hazırlığı şeklinde olması SUT'u son derece önemli kılıyor. Bizler, Genel Sağlık Sigortası'nın çıktığını görmek istiyoruz."

TÜMSAD
(Tüm Sağlık Kuruluşları Derneği)
Yönetim Kurulu Başkanı
Ahmet Karataş:

"Bizim için olumsuz bir tarafı yok!"

"Yeni Sağlık Uygulama Tebliği ile Tıp ve Dal merkezleri de sisteme dahil edilmiş oldu ki burada istihdam edilen 3000'den fazla tabip sisteme dahil edilmiş oldu. Ortalama 3000 kadar tabibin sisteme dahil olması hastanelerdeki kuyrukların azalması anlamına geliyor.

Hastanelerdeki kuyrukların azalması demek de vatandaşın yaşadığı mağduriyetinin azalmasıdır. Bunun yanı sıra SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) rekabeti ortaya çıkıyor. Rekabet ise sağlıkta hizmetin kalitesini artıracak en önemli unsurdur.

Bu uygulama sonrasında Derneğimiz üyesi Tıp merkezleri fark almadan hastalara bakma kararı almışlardır. Bu da vatandaş için son derece olumlu bir gelişmedir. Bize göre özel hastanelerin bu tebliği olumsuz karşılamalarının nedeni ise paket fiyat uygulaması... Onlar için, belirlenen rakam çok düşük geliyor. TÜMSAD üyeleri yatarak tedavi yapmadıkları için belirlenen paket fiyat son derece makul karşılanmışlardır."

ÖZGÖRDER (Özel Görüntüleme ve Tanı Merkezleri Derneği)
Başkan Yardımcısı ve Basın Sözcüsü Bülent Taşel:

"Sağlık sektöründe rant özel hastanelere kaydırıldı"

"Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin bizlerin aleyhine, özel hastanelerin ise lehine olduğunu söyleyebiliriz. Bunun mantığını ise anlamak çok zor. Hatta mümkün değil. Yeni tebliğe göre hastaneler görüntüleme bizlere aracılık yapacaklarından komisyon alacaklar. Yeni Sağlık Uygulama Tebliği, bir açıdan komisyonu legal hale getirdi.

Bu uygulama aynı zamanda gereksiz yatırımlar yapılmasına neden olacak. Hastaneler kendi bünyelerine birtakım aletleri alacaklar ki bu da görüntüleme sektöründe kazanç kayıpları getireceği gibi mevcut merkezlerin bir kısmının da kapanmasına neden olacaktır.

Biz ÖZGÖRDER olarak yeni tebliği doğru düşünüp planlanmamış bir tebliğ olarak görüyoruz. Eğer sağlık sektöründe bir rant varsa yeni tebliği bu rantı özel hastanelere kaydırıyor. Yani SUT, sağlıkta kazancın büyük kısmını hastanelere kaydırıyor.

Tebliğdeki ilaçla ilgili bölümlerde de durum aynı. Bu sayede hastanelere ilave gelir kapısı sağlanacak."

OHSAD
(Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği) Genel Başkanı
Dr. Muharrem Usta

"Yanlış ve anlamsız bir fiyat politikası uygulanıyor."

"SUT aslında yeni bir uygulama değil. Sadece sektör için önemli bir açılım. Şimdiye kadar özel hastanelerde dahili yatışlar karşılanmıyordu, yeni tebliğ ile bunun önü açıldı.

Ayrıca bu tebliğ, fatura incelemelerinde önemli bir zaman ve iş gücü kazancı sağlayacak. Ödemelerdeki sorunlar minimal düzeye inecek. Ve en önemlisi bu sayede düzgün çalışan kurumlarla çalışmayan kurumlar birbirinden ayrılacak.

SUT ile kesinleşen ya hep ya hiç kuralı; yani hastanelerin tüm hizmetleri karşılığında anlaşma yapılması hasta için olumlu olabilir ancak, özel hastaneler için son derece olumsuz bir uygulama. Ancak OHSAD olarak Sağlık Güvenlik çatısını pazarlık yapabilen bir kurum olarak görmüyoruz. Bu konuda çok iyi niyetli olduğumuz için pazarlık yapmadık, aynı tarafta olmaya özen gösterdik. Ancak yanlış ve anlamsız bir fiyat politikası uygulanıyor. Yılbaşına kadar bunun düzeltileceğine inanıyoruz. Şu anda fark almak serbest olduğu için bunu bir şekilde kapatıyoruz ama fiyatlandırmanın gücellenmesi şart."

karardır. Riskli bir karardır ama önemli ölçüde sorun çıkacağını düşünmüyorum. Sorun olursa bile buna yönelik ciddi önlemlerimiz mevcut.

Donör ve doku nakillerinde rahatlama

(YKŞ) SUT'ta yurtdışındaki tedavi için uygulamada bir değişiklik var mı?

Yurtdışından gelecek donörlerin konusu geçmişte ciddi manada problemli. Yeni tebliğ ile birlikte bu durum ortadan kalkacak. Çünkü yeni

tebliğ ile ön ödeme imkânı veriliyor. Yine aynı şekilde bir kişinin donör olup olmadığını öğrenmek için yapılacak testlerde 20 vakayı geçmemek üzere muhtemel donörlerin doku tiplendirme bedelleri ödenebilir hale gelmiştir.

Yurtdışından gelecek organ nakli ile ilgili Avustralya ve Amerika için 3000 Euro, Avrupa ülkeleri için 1500 Euro gibi gerçekçi rakamlarla finanse edilir hale geldi. Hedeflenen yurtiçinde donörün bulunmamasından yapıla-

mayan tedavinin yapılması sağlanmaktadır. Türk tıbbı, Avrupa ve Amerika'daki teknolojik ve birikimin önemli bir kısmına sahip. Vaka genelde yurtdışına Türkiye'de olmayan bir imkân için gitmiyor. Özellikle donör bulamadığı için gidiyor. İşte burada önü tıkayıcı bütün faktörleri azaltarak dokunun gelmesini ve problem Türkiye'de çözülmesini arzuluyoruz.