

**ÜNİVERSİTE
HASTANELERİ
BİRLİĞİ
TOPLANTISI**
16-17 MAYIS 2009 ANKARA

**ÜNİVERSİTE HASTANELERİ BİRLİĞİ
II. TOPLANTISI
RAPORU**



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
KÜLTÜR MERKEZİ
Sıhhiye-Ankara





**ÜNİVERSİTE HASTANELERİ BİRLİĞİ
II. TOPLANTISI
RAPORU**

16-17 MAYIS 2009

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
KONGRE VE KÜLTÜR MERKEZİ**

ANKARA

Üniversite hastanelerinin yaşadığı sıkıntıların boyutundaki artış göz önünde bulundurulduğunda, kamu adına görev yapmakta olan bu kurumların önünü açmak amacıyla oluşturulan Üniversite Hastaneleri Birliği'nin, ilişkide olduğumuz diğer kamu kurumlarıyla işbirliği içinde, tüm üniversite hastaneleri adına hızlı çözümler üretecek bir platform olduğu ve yararlı girişimlerde bulunacağı inancıyla 18-19 Nisan 2009'da İstanbul'da başlatılan süreci 16-17 Mayıs 2009'da Hacettepe Üniversitesi ev sahipliğinde bir araya gelerek sürdürmekteyiz. Bugüne dek ilk kez böyle bir birlikteliğin sağlanıyor ve hakların aranması için bir platform altında ortak hareket ediliyor olması son derece önemlidir.

ÜHB'nin hedeflerini gerçekleştireceğinin ilk somut kanıtı önceki toplantıda alınan kararlardan birisi dışında hepsinin hayata geçmiş olmasıdır. Bu kararları ve sonuçlarını kısaca özetleyecek olursak:

1. İlk toplantının geniş bir özetini, raporunu hazırlayarak bastık ve ikinci toplantıda tüm katılımcılara sunduk.
2. Raporu ilgili mercilere ulaştırmayı kararlaştırmıştık, bir nüshasını ilgili bakanlıklara, YÖK başkanı ve üyelerine, gerekli diğer mercilere gönderdik.
3. Platformun gönüllülük esasına göre devam edeceğini kararlaştırmıştık, ikinci toplantıdaki katılım bu amaca ulaştığımızı ortaya koymakta.
4. Bir sonraki, II. ÜHB toplantısını Mayıs ayı içinde Hacettepe Üniversitesi'nin ev sahipliğinde gerçekleştirmeyi kararlaştırmıştık, 16-17 Mayıs 2009'da gerçekleştirmekteyiz.
5. YÖK içinde bir "Üniversite Hastaneleri Komisyonu" oluşturma yönünde girişimde bulunmayı kararlaştırmış olmakla birlikte bu henüz gelenekleri oluşmamış bir platform için acele oluşturulmuş bir karar idi, çünkü geleneklerimizi yeni oluşturmaktayız.
6. Elektronik posta grubu kurmayı kararlaştırmıştık, 79 üyeli bir grup oluşturduk, mail grubunu yeni katılımcılarla genişletmeyi amaçlamaktayız.

İlk toplantıdan sonra oluşturulan e- posta grubu aracılığı ile yürütülen ankette, ÜHB'nin temsiliyete gereksinimi olduğu ortaya çıktı. Bu konuda

biraz daha hızlı yol katetmek, düşündüklerimizi icraate dökmek için ikinci toplantıya Haziran ayı içinde ilgili mercilerle (Başbakan yardımcısı ve ekonomiden sorumlu Devlet Bakanı, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Sağlık Bakanları ile YÖK başkanı nezdinde) çalışmalar başlatmak üzere bir temsil heyeti kurulması önerisiyle başlıyoruz.

İkinci toplantının programını, geçtiğimiz ay İstanbul'da yapılan toplantının ışığında, kısmen önceki toplantıda ele alınan bazı konuları pekiştirmek, kısmen de biraz daha değişik konuları ele almak amacıyla, ilk toplantı ile eşgüdüm içinde oluşturduk.

İlk oturumda Maliye Bakanlığı Bütçe Mali Kontrol Genel Müdürü Sn. Naci Ağbal'ın yaptığı "Mali Yapılandırma ve Döner Sermaye" başlıklı sunumda Maliye Bakanlığı'nın, Üniversite Hastaneleri Bütçelerine ilişkin 2010 yılından itibaren yapılması planlanan dönüşüm ve üniversite hastanelerinin döner sermayelerine ilişkin görüşleri ve planları, ayrıca sağlık harcamalarına ilişkin görüşleri aktarıldı.

"Üniversite Bütçeleri, Merkezi Yönetim Bütçeleri'nin bir parçasıdır. Toplam bütçede %4-4,5'luk bir paya sahip ve bütçe sistemiyle tabii olduğu usuller Merkezi Yönetim Bütçesi'nde yer alan diğer kurumlarla aynıdır. Bununla birlikte Merkezi Yönetim Bütçesi kapsamında yer alan diğer kamu kuruluşlarında daha global ve daha birleştirilmiş yapılar oluştururken üniversite bütçeleri daha mikro düzeyde yapılmaktadır.

Bu durum çeşitli sıkıntılara yol açmaktadır:

1. Bütçe teklifinin hazırlanması aşamasında detaylı, mikro düzeyde planlama, iş yükü oluşturmakta ve hazırlık sürecini karmaşıklaştırmaktadır.
2. Üniversitelerin toplam bütçedeki payı küçük olmakla birlikte Merkezi Yönetim Bütçe Kanununun önemli kısmını üniversite bütçeleri oluşturmaktadır.
3. Üniversitenin birimlerinden bir kısmı ödeneklerinin tümünü kullanmazken diğer birimlerde ödenekler yetersiz kalmaktadır.
4. Planlamadan sonra ortaya çıkan yeni gereksinimlerin karşılanmasında güçlükler ortaya çıkmakta, bürokrasi artmaktadır.
5. Üniversitenin kendi bütçesi üzerindeki inisiyatif ortadan kalkmakta,
6. Mevcut bütçe yapısı performans bazlı uygulamayı önlemektedir.

Üniversiteler ve YÖK'nin yukarıda belirtilen sorunlara ilişkin şikayetleri üzerine aksaklıkları gidermek amacıyla bir proje başlattık. "Yüksek Öğrenim Kurumları Bütçelerinin Yeniden Yapılandırılması" başlığını taşıyan bu projede birim bazlı bütçeden kurum bazlı bütçeye geçilmesi planlanmakta ve 2010 yılından itibaren uygulamaya geçilmesi öngörülmektedir. Bu uygulama yukarıda belirtilen olumsuzlukları büyük ölçüde giderecektir. Bu proje ile birlikte 2009 yılında birimler arasında yatırım ödeneklerindeki aktarma sınırı %20'den %100'e çıkarılmıştır.



Orta- uzun vadede hedefimiz ise üniversitelerin kendi gelirleriyle ayakta duran, gelirlerini önceliklerine göre kullanan bir yapıya dönüşmesidir.

2006 yılında yürürlüğe giren 5018 sayılı kanun çerçevesinde döner sermayelerin yeniden yapılandırılmasına çalışılmıştır. Maliye Bakanlığı'nda, Üniversitelerin sağlık işletmelerinin döner sermaye olarak nasıl dönüştürülebileceği konusundaki çalışmalar henüz tamamlanmamıştır. En başlıca sıkıntı akademik önceliklerle hizmetlerin sunumundaki verimlilik ve etkinlik önceliklerinin nasıl bir araya getirilebileceği konusudur.

Bilindiği üzere 2003 yılından itibaren vatandaşların sağlık hizmetlerine ulaşımının önündeki engeller kaldırılmış, elbette bu da sağlık harcamalarında ciddi artışlara yol açmıştır. İstatistiksel verilere göre 2004 yılında ilaç dahil sağlık harcamalarımız 16,8 milyar TL dolayından, 2008'de 32,1 milyar TL'ye çıktı, sağlık harcamaları içinde önemli yer tutan ilaç harcamaları da 2004'de 7,8 milyar TL dolayından 2008 sonunda 13 milyar TL düzeyine ulaştı. 2009 yılında beklenen sağlık harcaması 35–36 milyar TL dolayındadır, bunun 14–15 milyar TL'sinin ilaç harcamaları olması beklenmektedir.. 2007'den itibaren özel hastaneler ile birinci basamak sağlık kuruluşları sistemden gitikçe artan oranda daha fazla pay almaya başlamış, bu durum elbette üniversite hastanelerinin payını bir noktada durdurmuş yada azaltmıştır, bu eğilim devam etmektedir. Sağlık harcamalarından üniversite hastanelerinin aldığı pay 2004'de 1,7 milyar TL iken 2008 sonunda 3,5 milyar TL'ye varmıştır. 2009 yılında üniversite hastanelerinin sistemden alacağı payın 2008'e benzer bir eğilim izleyeceği tahmin edilmektedir.

Yukarıda belirtilen sayıların anlamını çözümlenmemiz gerekirse Merkezi Yönetim Bütçesi bakımından:

1. 2002–06 döneminde bütçe gelirleri artmış, ancak sosyal programlar devreye sokuldukça bütçe giderleri de artış göstermiştir.
2. Sağlık alanı bütçede oransal olarak en fazla artış sağlayan birkaç kalemden birisidir. Bunun sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla önlemler alınmaktadır (SUT ve BUT fiyatlarının sınırlandırılması, tedaviye ulaşımın sınırlandırılması, katılım payı uygulaması).

3. Üniversite hastanelerinin döner sermayeleri, gider bakımından bu önlemlerden etkilenmektedir, ayrıca nakit akışı konusunda bazı sıkıntılar da vardır. Bazı üniversite hastanelerinin biriken alacakları nedeniyle ciddi bir nakit giriş- çıkış sorunu yaşamakta olduğu bilinmektedir.
4. Sistemin içinde görünen en iyi çözüm 2015 yılından itibaren tüm kamu personelini Sosyal Güvenlik Şemsiyesi altına dahil etmektir (3 milyar düzeyinde bir ciro). Üniversitelerin döner sermayelerini olumsuz etkileyen, kamu personeli tedavi alacakları ile yeşil kartlı hastalara ilişkin alacaklarıdır.

Kısa ve orta vadede sağlık harcamalarını artıracak bir tedbir alınması olanağı yoktur. Hem küresel ekonomideki gelişmeler nedeniyle, hem de Türkiye'deki Merkezi Yönetim Bütçesi'nin olanakları göz önünde bulundurulduğunda SUT, BUT fiyatları arttırılarak çözüm üretilmesi olabilir gözükmemektedir. Eldeki çözüm, bunun yerine fiyatları mümkün oldukça geri kabul edip giderlerde nasıl azaltma yapabiliriz noktasında olabilir. Bu konuda maliye bakanlığı olarak üniversitelerle birlikte çözümler üretebiliriz. Son söz olarak üniversite bütçelerinin ve döner sermayelerinin gelir bakımından önümüzdeki dönemde stabil gideceğini, giderler bakımından mutlaka gider azaltıcı önlemler alınması gerektiğini belirtmek gerekir”.

TARTIŞMA

Sunumun tartışma bölümünde son 3–5 yıldır kamu adına yürütülen ve DPT, Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müsteşarlarının imzaları bulunan “Taniya dayalı ödeme sistemi” başlıklı proje anımsatıldı. Projenin sağlık harcamalarını öngörülebilir kılma amacıyla başlatıldığı, Türkiye'ye en uygun modellerin incelendiği ve projenin tamamlandığı, ancak henüz uygulamaya geçilmediği belirtilerek projenin uygulanması konusunda Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, SGK ve Maliye Bakanlığı'nın görüşleri ve son durum soruldu.

Sn Ağbal'ın yanıtında projenin hizmet sunucuları ve alıcıları bakımından önemli olduğu, ciddi bir veritabanı oluşturulduğu, ilk defa veriye dayalı bir politika üretme olanağına kavuşulduğu dile getirilerek, geçtiğimiz ay Maliye Bakanlığında tüm tarafların (DPT, Hazine, Maliye SGK, projenin hazırlayıcısı olarak Hacettepe Üniversitesi) katıldığı bir toplantıda SGK'nin bir an önce bu projelerin çıktılarını kullanması ve verileri tüm tarafların istifadesine sunması biçiminde bir karar alındığı aktarıldı.

Tartışma bölümünde dile getirilen diğer görüşler:

- 2004–2008 döneminde üniversite hastanelerinin sağlık harcamalarından aldığı pay iki kat artmış gibi görünmekle birlikte artan hasta sayıları, tetkik ve hizmet fiyatlarındaki düşme göz önünde bulundurulduğunda rakamlar reel durumu tam olarak ifade etmemektedir.
- Üniversite hastanelerinin temel işlevleri eğitim ve araştırmadır, çıktı yalnız sağlık hizmeti değildir, harcamalarda bu göz önünde bulundurulmalı, üniversite hastanelerine kaynak aktarılmalıdır (SGK üzerinden yada genel bütçeden).
- Üniversite hastanelerinde hizmet alan hasta profili riskli, komplikasyonlu, sorunlu hastalardır; verilen hizmet SB hastanelerinden farklı, bedeli yüksek bir hizmettir; ücretlendirme de buna göre yapılmalı ve ücretlendirme komisyonunda mutlaka üniversite hastanelerinin sorun ve koşullarını bilen temsilciler olmalıdır.
- Üniversite hastanelerinin döner sermayeleri üzerindeki yük ve kesintilerde (Hazine kesintisi üniversite hastanelerinde %5, SB hastanelerinde %1'dir, aynı zamanda araştırma fonu bakımından da SB hastanelerinde olmayan bir kesintiye maruz kalmaktadır) düzeltme yapılmalıdır.
- Kamu personel politikası nedeniyle üniversite hastaneleri personel, hizmet gereksinimlerini 4B kadrolar yada şirketlerden hizmet satın alınması yoluyla döner sermaye üzerinden karşılamak durumunda kalmaktadır, kadro sayıları (4A) arttırılmalıdır.

Sn. Ağbal, yanıtında, Maliye Bakanlığı açısından personel alımlarının döner sermayeden gerçekleştirilmesi düşüncesinin benimsendiğini, söz konusu personelin gelir getirici nitelikte olduğu, Bakanlığın bakış açısının gelir üretilen bir yerde giderin de aynı yerden yapılması gerektiği biçiminde olduğunu belirtti. Döner sermayelerin, tüm gelirlerin toplandığı ve üniversite hastanelerinde çalışan tüm doktorların giderlerinin de ödendiği bir yapı olması gerektiğini dile getirdi.

2008 sonunda üniversite hastanelerinin gelirlerinin 4 milyar, giderlerinin ise 3,7 milyar TL; yıl sonu nakit gelir–gider bakiyesinin 1,59 olduğunu dile getirdi. Sağlık işletmeciliği yapan üniversitelerde gelir gider farkının yüksek olduğunu, bazı üniversitelerin negatif, bazılarının önceden pozitif iken şimdi negatife doğru bir eğilim izlemekte olduğunu aktardı. Hiçbir üniversitenin döner sermaye gelir gider kompozisyonunun bir başka üniversiteye uymadığını (örn. bir üniversite tüm personel giderlerini bütçeden öderken bir başka üniversite tüm personel giderlerini döner sermayeden karşılamakta), Maliye Bakanlığı'nın orta vadedeki amacının tüm personel giderlerini, kadro, yapı, gelir, gider bakımından aynı noktaya getirmek olduğunu, bu gerçekleştirildikten sonra sürdürülebilir olmayan döner sermayelere katkı sağlamayı düşündüklerini, ancak bu desteğin doğrudan döner sermayeye transfer biçiminde olması gerektiği görüşünü savundu.



İlk oturumun ikinci sunumunda İstanbul Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Yunus Söylet'in başkanlığında "Üniversite hastanelerinin gelir ve giderlerinde iyileşme sağlayıcı öneriler, yapılabilecekler, tam gün yasası" interaktif biçimde ele alındı.

Oturuma Maliye Bakanlığı'nın Tam Gün Yasası konusunda görüşlerine başvurularak başlandı. Sn. Ağbal Maliye Bakanlığı'nın yasaya bütünüyle mali yönden baktığını; personel giderlerinin artmasını, üniversitelerin yasadan ötürü gelir kaybına uğramasını istemediklerini belirtti. Ayrıca hizmetin sürdürülebilirliği açısından, sağlık hizmetlerinin devlet ve üniversite hastanelerinde sunulmasının, özel hastanelere kıyasla birim başına hizmet maliyetleri bakımından daha iyi olması nedeniyle kendileri için birinci öncelik olduğunu dile getirdi. TGY'nin buna hizmet edeceğini, temel varsayımın, planlanan rejimin sağlık hizmeti sunan personeli SB ve üniversite hastanelerinde daha fazla hizmet üretmeye, daha fazla performans sergilemeye iteceği, bunun da hastaları bu hastanelerden daha fazla hizmet almaya yönlendirerek sistemin mali sürdürülebilirliğini destekleyeceği biçiminde olduğunu belirtti.

Önceki ÜHB toplantısında TGY konusunda katılımcılardan yalnız bir kişinin şerh düştüğü anımsatılarak TGY'nin üniversitelerce de üst yöne-

timleri nezdinde desteklendiği belirtildi. Üniversitelerin TGY'ye taraftar olmalarına karşın bazı endişeleri bulunduğu dile getirildi. Bunlar

1. TGY'nin mali boyutunun tam gün tazminatı vb. adlar altında Maliye Bakanlığı'nca hiçbir şekilde üstlenilemeyeceği önceki bakan tarafından kesin bir dille ifade edilmişti.
2. Yasanın kesin sonuçlarından birisi 470 milyon TL'lik bir gelirin yitirilmesi (140 milyon TL Maliye Bakanlığı'nın gelirlerinden, 140 milyon TL üniversite hastanelerinin döner sermaye gelirlerinden, 20 milyon TL üniversitenin araştırma fonlarından), bu durumda üniversite döner sermayelerinin gelirlerini arttırma konusunda olanağı kalmayacaktır.
3. Maliye Bakanlığı SUT'de artış yapılmasının olanaksız olduğunu söylemekte, ÜHB ise üniversite hastanelerindeki farklı hasta portföyü, farklı harcamalar ve kalite yönü dikkate alınarak farklı ödemeler beklentisindeydi. Bu beklentinin gerçekleşmeyeceğinin anlaşılmasıyla birlikte eldeki sistemin özel muayene katkı payı olmadan yürütülmesi gerçekten mümkün müdür?



Tartışmada sağlık sistemi ve harcamalarının bugünkü durumunda TGY'nin olabirliği ve sorunları tartışıldı.

1. TGY ve döner sermayelerin yapılandırılmasına ilişkin en büyük engel SGK'nin uygulamalarıdır, aile hekimliği uygulamaları sevk zinciriyle birlikte ilaç harcamalarını arttırmaktadır, bu toplum sağlığına, temel sağlık hizmetlerine yönelik bir yatırım değildir.
2. SB'ye bağlı hastanelerde uygulamada olan sistem, performansa dayanan ancak iyi denetlenmeyen, sağlık harcamalarını arttırır nitelikte bir sistemdir. Sağlık harcamaları ciddi denetim gerektirir, denetim sağlıklı işlememektedir.
3. Türkiye'de son dört yıl içinde sağlık harcaması verileri analiz edilerek %100'lük artışın kaynağının bulunup tartışılması gerekmektedir, artış birinci ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki sistemin liberalize edilmesinden kaynaklanıyor olabilir; sistem değişikliği hekimlere, sağlık harcamalarını arttırarak daha çok gelir elde etme yolunu açmaktadır. Üniversite hastanelerinde de özel muayene katkı payı kaldırılarak aynı sistemin getirilmesi sağlık harcamalarını arttıracaktır.

Çözüm önerilerinde

1. TGY'nin uygulanabilirliği ve döner sermayelerin yapılandırılması bakımından özel muayene değilse de üniversite hastanelerinin özel statüde değerlendirilerek özel farkı alınması gerekir (üniversite hastanelerinin hem verdikleri hizmet özeldir, hem ağır hastalara hizmet verilmektedir, hem de sürdürülebilirlik yönünden döner sermayelerin çöktürülmemesi gerekmektedir). Genel bütçeden kaynak aktarılacağına göre bu fark kişilerin kendisinden alınabilir.
2. Öğretim üyesinin verdiği hizmete karşılık hizmet alanın döner sermayeye katkı payı ödeyeceği türden bir uygulama, üniversitenin gelirlerini arttırması yanında öğretim üyelerini tatmin ederek tam gün hastanede tutacaktır. Ayrıca vergi gelirleri bakımından Maliye Bakanlığı'nı da tatmin edecektir.
3. Katılım payı alınmaması, üniversite hastanelerine yönelik gereksiz ve karşılanması olanaksız bir talebe yol açabilir.
4. TGY oluşturulurken üniversitelerdeki öğretim üyelerinin çalışma alanlarının kısıtlanması TGY'nin başarılı olma şansını azaltır.
5. Alternatif çözüm önerileri de (hazine payının azaltılması, bilimsel araştırma projelerine ayrılan payın %5'ten %1'e çekilmesi) düşünülebilir.

Tartışmada, üniversite hastanelerindeki özel muayene gelirlerinin döner sermaye bütçesinde %15'lik bir nakit pay oluşturduğu, nakit gelir olması nedeniyle ödeme gecikmelerinde yükü hafifletmek bakımından ayrı bir önem taşıdığı, bunun kaldırılması halinde, mali açıdan sorunların nasıl giderilebileceği sorusu ortaya atıldı.

Sn Ağbal yanıtında özel muayene ücretleri konusunda, ilgili tarafların farklı algılama içinde olduğunu, bununla birlikte bu tür dönüşümlerin bazen yeni çözümleri de beraberinde getirebileceğini, henüz tasarı yasallaşmamış olmakla birlikte sistemde özel muayene katkı payının yerine bunu ikame edecek bir gelir türünün belki oluşturulabileceğini dile getirdi. Bu konuda henüz oluşmuş bir görüş, yaklaşım olmadığını vurgulayarak kendi kişisel görüşünün, son dönemde uygulamaya geçilen sağlıkta, tedavide katılım payı uygulamasına benzer biçimde, üniversite hastanelerinden yararlanmak isteyenlerin, kamuya dönmeyen, üniversitede kalan bir katılım payı ödeyebileceği yönünde olduğunu belirtti.



Üniversite hastanelerinin gelir/gider durumuna ilişkin diğer sorunlar da ele alındı.

1. Sağlık hizmetlerinin maliyeti artmış, fiyatlandırma sabit kalmıştır.
2. Sistem üniversite hastanelerini, hastaların tedavi edildiği yerler olmaktan çıkarıp hastaların bakıldığı yerler haline getirecektir.
3. Üniversite hastanelerine genel bütçeden hasta başına katkı payı ödenmelidir.
4. Üniversite hastanelerindeki nitelikli hizmet göz önünde bulundurulmazken SB hastanelerinde yanlış, denetimsiz bir performans sistemi işletilmektedir, tanıya dayalı (DRG) ve nitelikli hizmeti göz önünde bulunduran ücretlendirme yapılması gerekmektedir.
5. SGK uygulamaları son dönemde hem ağırlaşmış hem de kesintiler artmıştır, süre aşağı çekilmeli ve faturaların %90–95'i ödenmelidir.
6. SGK'nin ilaç/malzeme uygulamaları, ilaç ve tıbbi malzemelerin hastanelerde bulundurulması zorunluluğu ve son dönemde SGK'nin protez / ortez ödemelerinden çekilmesi üniversite hastanelerinin özellikle de küçük boyutlu hastanelerin mali yükünü arttırmaktadır.
7. Tıbbi malzeme ve ilaç alımlarının Avrupa'da olduğu gibi ortak ihale kurumları aracılığı ile yapılması giderleri azaltabilir.
8. Üniversite hastanelerinin her türlü hizmeti vermeye çalışması maliyetleri arttırmaktadır, mükemmellik merkezleri oluşturularak hizmetler sınırlandırılabilir.
9. Üniversitelerin eğitim ve araştırma işlevlerinin de mali yönden karşılanması gerekir.



Oturumun bundan sonraki bölümünde sevk zinciri ve üniversite hastanelerinin konumu tartışıldı.

Aile hekimliği uygulaması ve sevk zincirinin ülke genelinde yaşama geçirilmesi, üniversite hastanelerine başvuruları önemli ölçüde azaltacak (eldeki örneklerde üçte bire varan azalma vardır), buna karşılık ilaç harcamalarını çok arttıracak ve sağlık harcamalarına da artış olarak yansıtacaktır.

Üniversite hastanelerindeki hasta kayıpları, zaten zor durumda olan döner sermayeleri daha da zorlayacaktır; sevk zinciri işletilecekse üniversite hastanelerinde farklı ücretlendirme (nitelikli performansla göre) yapılması yada tanıya dayalı ödeme sistemi (DRG) getirilmesi gerekmektedir.

İkinci oturumda Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Danışmanı Sn. Dr. Haluk Özseri, “Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Modelleri ve Sigortacılık” başlıklı sunumunda Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Modelleri ve Sigortacılık konusunu irdeledi.

“Sağlık hizmetleri, finanse eden geri ödeme kuruluş/ları, sağlık hizmetini alan ve sağlık hizmeti sunucuları arasında işleyen bir ilişki biçimidir.

Sağlık hizmetlerinde arz ve talebi olabildiğince dengede tutmak için kapsayıcılık, hakkaniyet, ulaşılabilirlik gibi eski kavramların yanında harcanana değer olma, maliyet etkililik, verimlilik gibi kavramlar da kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri içindeki temel tartışma noktaları iki başlıkta toplanabilir:

1. Kim(ler) finanse edecek,
2. Hizmeti kim(ler) sunacak

Yukarıdaki tartışmada tüm amaç toplumun sağlık akıbetini (sağlık geleceği) ortaya koymaktır. Bunun için sahip çıkma rolü oynayan, kaynağı oluşturan, finansmanını sağlayan ve hizmeti sunan olmak üzere dört yapı vardır. Bu dört yapının varlık amacı toplumun sağlık akıbetini iyi bir noktaya getirmektir.

Geri ödeme yöntemlerinde ekonomistlerle hekimler sürekli çatışırlar. Çatışma noktalarının temelinde ekonomistler, ödeme mekanizmalarında işin sadece finansman boyutunu düşünürler; hekimler ise verdikleri hizmeti Hipokrat yemininden etik yaklaşıma, vicdani temele kadar (ekonomik yaklaşımın dışında) mesleki bir yaklaşımla değerlendirirler.

Ödeme yöntemlerini değerlendirirken

1. Sunulan hizmetin kalitesini,
2. Sadece kendi kurumumuzda değil toplumun genelinde maliyeti ve sağlık harcamalarını azaltmaya etkisini,
3. Yönetim giderlerini,
4. Teknik verimlilik ve tahsisat verimliliğine olan katkısını,
5. İhtiyaç ortaya çıktığında, ihtiyaç duyan kişiye, ihtiyaç duyduğu kadar sağlık hizmetini sunabilmeyi, hakkaniyete olan etkisini değerlendirmek gerekir.

Hastane ödeme modelleri dört ana başlıkta toplanabilir:

1. Geriye dönük bedellerin iadeten ödenmesi,
2. Hizmet başına yada ileriye dönük ödemeler (taniya dayalı ödeme – DRG çalışması)
3. Bütçe yoluyla ödeme (Sağlık Bakanlığının, Maliye Bakanlığından tüm hastaneleri için aldığı global ödeme),
4. Kişi bazında ödeme

Hizmet kurumlarında, sağlık profesyonellerine yapılan ödemeler:

1. Hizmet başına
2. Maaş olarak
3. Kişi başına
4. Kişi başına ek olarak performans ödemeleri (örn. hizmeti belirli bir noktaya getirme karşılığında – prim) biçiminde yapılabilir ya da
5. Yukarıdakilerin karması olabilir.

OECD ülkelerinde hastane finansmanı gözden geçirildiğinde,

1. Önde gelen ödeme yöntemlerinde, genelde ya global bütçeler yada etkinliğe dayalı (DRG) yöntemler,
2. Doktor ödemelerinde ya hizmete karşılık ödemeler yada bunun maaşla entegre edildiği sistemler (sistemleri ister vergi ister primle desteklenmiş olsun) karşımıza çıkmaktadır.

Her ülke kendi sağlık yönetim sisteminin hazırlıklı olmasıyla, kurumsal destek durumuyla, yönetim bilgi sistemlerinin bulunabilirliğiyle, diğer alanlarda yapılan reform yada iyileştirmelerin karşılıklı etkisiyle ve hükümetlerin sağlık hizmetlerine ilişkin kısa ve orta dönem hedefleriyle birlikte ödeme modellerini oluşturur. Hiçbir ödeme modeli bir ülkede tek başına kullanılacak nitelikte değildir.

Sağlık sigortacılığı ister kamusal (sosyal) ister özel sigortacılık olsun standartları belirlenmiş bir hizmeti önceden prim karşılığı almaktır.

Sağlık sigortacılığında risk paylaşımını dört ana yaklaşım biçiminde görmekteyiz:

1. Bismarck modeli (1883’deAlmanya’da zamanın başbakanının adıyla anılan sosyal sağlık sigortacılığı modeli, prim bazlı bir sistem),

2. İngiliz modeli (vergi bazlı Beveridge modeli),
3. Özel sigortacılık (risk yaklaşımıyla aktüeryel dengelere dayanan bir model, Amerika'da yaygın kullanılmakta),
4. Karma model

Yukarıdaki modellerin hiçbirisi, hiçbir ülkede tek başına kullanılmamaktadır. Ülkelerin kendi koşullarına göre bunlardan ikisi bazen üçü bir arada kullanılmaktadır.

Özel sağlık sigortacılığındaki modellere bakacak olursak

1. Temel-birincil sağlık sigortası (Kamu sigortası olmadığından yada olsa bile isteğe bağlı özel sigorta)
2. Çifte teminat (Türkiye de bugün kullanılan model, aynı kişinin hem kamu sigortası (SGK) hem de özel sigortası olması, mükerrer sigortacılık anlamında)
3. Tamamlayıcı sigorta (Parasal yada limit olarak kamunun verdiği için üstüne bir şey vermektir)
4. Destekleyici sigorta (Kamunun ödemediğinin üstlenilmesi)

Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı yapan 32 şirket mevcuttur ve 1.300.000 kişi kapsamaktadır; toplanan prim 1 milyar dolar dolayındadır. 1997 yılından bu yana 500.000'den bu sayıya ulaşılmış durumdadır.

Türkiye'de son 5 yılda cepten sağlık harcaması toplam sağlık harcamalarının %32,1'inden %16,5'ine düştü, hekime başvuru sıklığı yılda 2,4'den 6,3'e çıktı, sağlık hizmetlerinde KDV indirimi %18'den %8'e indirildi; sağlık harcamalarında bir kontrol sistemi yürürlüğe girdi.

Bundan sonra neler olabileceğine baktığımızda, aile hekimliğinin yaygınlaşması, tanıya dayalı ödeme (DRG) sistemine geçiş, kamu hastane birliklerinin kurulması, sevk sistemi, tam gün, akreditasyon, tıbbi ilaç cihaz kurumu gibi önümüzdeki günlerde beklenen bazı gelişmeler var.

Bir İngiliz kuruluşu (City of London College) tarafından Türkiye'de yapılmış bir çalışmaya göre (toplam sağlık harcamalarında: kamu, özel, cepten) dünyada 1960–2000 yılları arasındaki 40 yıllık sürede toplam sağlık harcamaları ortalama 3 kat artarken, Türkiye'de 2008'e gelindiğinde son 16 yılda 8,45 kat artmış ve 50 milyar dolar düzeyine ulaşmıştır. Bu artış 1992'den 2000 yılına kadarki 8 yıllık dönemde 6 milyardan 12 milyar dolara, sonraki 8 yıllık dönemde ise 50 milyar dolara çıkmıştır;

sadece 2004–08 arasında 2 kat artmıştır. Alt başlıklarına bakıldığında 50 milyar doların 5 milyar doları üniversite hastanelerinin sağlık harcamalarıdır. Sağlık Bakanlığı hastaneleri her zaman olduğu gibi %30'luk bir payı kapsamaktadır.

Üniversite hastanelerinde medulaya başvuru sayısı 2008 Ekim'inde 1.050.000 kişi iken şimdi 1.200.000'e ulaşmış durumda. 2008 ile 2009'un ilk çeyrekleri karşılaştırıldığında da aynı eğilimler göze çarpmakta. 2009 yılında ön görülen 35 milyar TL'lik sağlık harcamasının eğer IMF yada başka dinamiklerle kısıtlamalar arttırılmazsa %30 civarında sapma göstermesi beklenebilir.

Sağlık harcamalarındaki artışa karşılık dünya geneliyle karşılaştığımızda sağlık hizmetleri bakımından neredeyiz? Ortalama yaşam süremiz gelişmiş ülkelere göre 6 yıl daha az; bebek ölümlerimiz hala 4 kat fazla; BM Kalkınma Programının insani kalkınma endeksinde son 12 yılda 22 sıra aşağı düşmüş durumdayız.

Sağlık hizmetlerinde akut sorunlardan kronik sorunlara yönelmekteyiz, yaşlanan nüfus ön plana alınmakta. Bugün genç nüfus olsak da biz gelişmiş ülkelere göre daha erken yaşlanacağız; hesaplamalara göre 25 yıl içinde gelişmiş ülkelerin yaşlılık yüzdesine ulaşacağız.

Sağlık hizmetlerine erişim açısından bölgeler arası, sosyoekonomik gruplar arası uçurumları azaltmaya yönelik girişimler yapılacak, başta obezite olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıklarla mücadele edeceğiz.

Sağlıkta gelecek için yapılması gerekenleri ana başlıklarla sıralarsak:

1. **İşbirliği ve ortaklıklar kurmak**
2. Hasta merkezliliği gündeme getirmek
3. **Teknolojik değerlendirme ve ağ kurmak**
4. Şeffaflık
5. Portföy yönetimi
6. İnsan kaynakları yönetimi yapmak gerekmekte.

İş birliği ve ortaklıklarda bugün SGK'nin uygulamalarında olduğu gibi "zorunlu prim ödersin ama yalnız benim istediğim yerden hizmet alırsın" yaklaşımını ortadan kaldırmak gerekmektedir. Bunun yerine "primini öde, benim kurallarımla hizmet al, her yerden al" denmelidir. Fark almanın önü açılmalıdır, bunun tersi üniversite hastaneleri için büyük risktir. Yukarıdaki öneriler gerçekleştirildiğinde ortaya çıkacak kazanımlar:

1. Kayıt dışı sağlık harcamalarının azaltılması, aksi takdirde cepten harcamalar artacaktır,
2. Vergilendirmeler artacaktır,
3. Kamuya yönelik "fiyatı yukarı çekme" baskısı azalacaktır,
4. Kamu harcamalarının ön görülemez, sürdürülemez artışı önlenecektir,
5. Kamunun rasyonel işleyiş için kural koyma ve denetleme gücü artacaktır,
6. Rekabet, hizmet kalitesi, teknoloji kullanımı artacaktır.

Dünyanın hiçbir yerinde hiçbir sosyal sigorta sistemi, vatandaşlarının tüm sağlık gereksinimlerini karşılayamamıştır. Karşılanamayan durumlarda iki seçenek vardır; cepten ödemek yada riski sigortacılık anlayışı ile önceden paylaşmak (Tamamlayıcı Sağlık Sigortası). Bu sistem yalnız yukarıda belirtilen tüm avantajları sağlamakla kalmaz, GSS'nin sürdürülebilmesini sağlayacak, kapasite kullanımını, çalışan memnuniyetini arttıracaktır. Tehditleri ise sınırsız rekabet ve sistemin iyi denetlenmesidir.

Dünyaya bakıldığında Fransa'da toplam sağlık harcamasının %12'si ile nüfusun 92'sine tamamlayıcı sağlık hizmeti sunulmaktadır.

Yapılması gerekenlerden ikincisi bilginin iyi yönetilmesidir. Bunun için dünyada standartları konulmuş, entegre, kurumu değil hastayı merkez alan, kurum içi ve dışı iletişimi destekleyen, hatta gerektiğinde sağlık bilgilerini mahremiyet kurallarına uyararak yaşam boyu saklayan, performans dayalı bir entegre sağlık sistemi modeli var. Bu model vaka karışımı bilgi sistemleri ve hasta kayıt sistemlerini gündeme getirmektedir. Yatarak ve ayaktan tedavilerde oluşturulan bu modelleri (diagnosis related ve ambulatory related groups) sağlık bakım hizmetlerinde, maliyet analizlerinde, kaynakların değerlendirilmesi ve geliştirilmesinde, epidemiyolojik ve klinik araştırmalarda, kaynak planlamasında kullanıyoruz.

Dünyada bu sistemi kullanmayan ülkelere bakacak olursak, Afrika ve Güney Amerika'nın belli bölümleri kullanmıyor; biz de ne yazık ki kullanmıyoruz. Bu noktada Hacettepe Üniversitesi'nin yürüttüğü bir DRG projesinde gelinen önemli bir noktayı sizlerle paylaşmak istiyorum. Bu proje kapsamında ulusal bilgi bankası kuruldu, 10.780 tane tıbbi cihaz satan, ithal eden şirket buraya üye oldu, 1.500.000'e yakın tıbbi cihaz bu veri tabanına girdi.

Her ne kadar Amerika'da tıp mesleği için, "belki de kağıt ortamında gerçekleştirilecek son meslek" deniyorsa da Amerika'da son kriz ortamında Mart ayında çıkarılan 787 milyar dolarlık II.Kriz Paketi'nin, 19,2 milyar dolarlık kısmı (%2,5) sağlık enformasyon sisteminin düzenlenmesi için tahsis edildi.

Sonuç olarak işbirliği ve ortaklıkları güçlendirmeliyiz. Devletten ek finansman istemek yerine TSS ile farklılaşmış hizmetlerinizi ortak ürünlere dönüştürmek mümkündür, bu konuda ortak çalışma yapılabilir.

Referans, kalite, akreditasyon, hasta güvenliği, malpraktis, geri ödeme gibi konularda da ortak projeler geliştirmenin yararını vurgulamak istiyorum."

TARTIŞMA

Tartışma bölümü soru yanıt biçiminde yürütüldü.

S: Sağlık Sigortacılığı maliyet etkinlik analizine bakıldığında ödenen prime karşılık gelen hizmet arasında büyük uçurum görüldüğü dile getirilerek, bunun kamudaki sağlık harcamalarında gözlenen 8,45 kat artıştan daha çarpıcı olduğuna değinildi ve nedeni soruldu.

Y: Sigortacılığın ölçek ekonomisi olduğu, özel sağlık sigortalarının rakamlarına bakılacak olursa 1 milyar dolarlık prim üretimi, 32 şirket ve 1.250.000 kişiden söz edildiği, payda büyütülebildiğinde, sigortalı kişi sayısı arttırıldığında primleri düşürmenin mümkün olduğu dile getirildi. Portföyün küçük olmasının bir sakıncasının da toplanan primin %92-93'ünün tazminat olarak ödenmesi olduğu, bunun üzerine işletme giderleri, reasürans payları, acente komisyonları eklendiğinde genelde eksi ile çalışıldığı dile getirildi. Türkiye'deki 32 şirketin içinde ilk üç şirketin portföyün %50'sine sahip olduğu vurgulandı.

S: Özel sigortaların kamu özel ayırımı yapmadan sigortaladığı kişilere hizmet alma olanağı sağlarken nasıl bir denetim mekanizması kullandığı sorusu yöneltildi.

Y: ÖSS'lerin sağlık hizmetlerini internet üzerinden provizyon sistemiyle denetlediği, ayrıca bir takım hastanelerde deskler üzerinden provizyon hizmeti de verdiği belirtilerek hizmetin, bilgi işlem sistemleri ile provizyon verilerek, alındığı anda denetlenmesi gerektiği dile

getirildi. Dünyanın hiçbir yerinde, Türkiye’de kamuda yapıldığı gibi “faturaları geriye dönük denetlemek” biçiminde bir sistemin uygulanmadığı belirtildi. SGK’nin denetimi kendisinin üstlendiği ve medula denen sistemi kurduğu, işletilmesine dek de zaman geçen bu sistemde, her değişiklik vize edilinceye ve hizmet sunucularına duyuruluncaya kadar haftalar geçtiği, sistemin çöktüğü anımsatıldı. ÖSS’lerin bunu bilgi işlem ile anında provizyonla denetlediği, kamunun da bunu yapabileceği, ama öncelikle her şeyi ben yaparım anlayışından uzaklaşmak gerektiği dile getirildi.

S: ÖSS’lerin başlangıçta herhangi bir hastaneye giden sigortalıların tüm harcamalarını karşıladığı, ancak son zamanlarda “öncelikle SGK ödese aradaki farkı biz ödeyelim” biçiminde TSS’ye dönüşmüş olduğu dile getirildi.

Y: SGK ile müşterek ödemelerin henüz yasal dayanağı olmadığı belirtildi. GSS’nin biraz iyimser bir yaklaşımla kişinin hizmeti kendi sağlık sigortasıyla alabileceğini söylediği, ama aslında yasal alt yapı bulunmadığı; ancak bir yıl önce GSS kanununda yapılan değişikliklerden birisinin yeni sisteme geçiş sırasında TSS’nin altyapısının da oluşturulması olduğu dile getirildi.

Üçüncü oturumda İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanı Sn. Doç. Dr. Faik Çelik’in “Hekimler ve Hastanelerin Karşılaştıkları Yasal Sorunlar” başlıklı sunumunda hekimlerin yasal sorumlulukları, ülkemizde bu alandaki mevzuatla ilgili sorunlar tartışıldı.

“Türkiye’de hekimler 1928’de çıkarılmış Tababet ve Şuabatı Sanatlarını Tarzı İcrasına Dair Kanun’la yönetilmekte. Ülkemizde hekimi tanımlayan, hekimin yapması gerekenleri belirleyen iki temel belge var. Bir tanesi TTB’nin Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, diğeri de TTB’nin Disiplin Yönetmeliği. Hekimin yasalar karşısındaki sorumluluklarını sıralayacak olursak bunlardan ilki cezai sorumluluktur (adli yargıda olan ceza davası dediğimiz, hapis, para cezası gibi yaptırımları olan yargılamadır); ikincisi hukuki sorumluluktur (hukuk mahkemelerinde görülen tazminat davaları vb) üçüncüsü idari sorumluluktur (kurum içinde soruşturma ile yürütülür, sonuçta idari yargıya kadar gidebilir); sonuncusu da mesleki sorumluluktur (meslek örgütünün yaptığı inceleme, soruşturma sonunda neticelendirilir, bu da idari yargıya gidebilir).

İdari soruşturma sonucunda hatanın ağırlığına göre uyarma, kınama, aylıktan kesme, kademe ilerlemesinin durdurulması ve devlet memurluğundan çıkartmaya kadar gidebilen bir süreç yaşanır. Mesleki soruşturmada ise uyarı, para cezasının dışında geçici meslekten men cezasının olduğunu biliyoruz. Hukuki soruşturma Borçlar Kanununa dayanmakta. Burada hekimin kusuru nedeniyle ortaya çıkan zarardan (zararlarda mutlaka bir illiyet, nedensellik bağı olmalı) sorumlu tutulması söz konusu olabilir. Bunun maddi manevi tazminat gibi alt açılımları var. Önemli bir nokta ceza davaları ile hukuk davaları birbirini bağlayan davalar değildir. Birisinde kusur görülür, öbüründe görülmeyebilir; ama elbette yargıçlar sonuçtan etkilenebilmektedir.

Anayasanın 129. mad. 5. fıkrasına göre memurlar ve diğer kamu görevlileri hakkında, görevleri sırasında işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları kendilerine rücu edilmek (dönmek) kaydıyla idare aleyhine açılır; devamında da ceza davaları özel hastane ve serbest çalışan hekime doğrudan, kamuda çalışan hekime ise bir ön izinle açılır.

Eğer hekim herhangi bir hata sonucu hastaya zarar vermişse kusurlu sayılır. Kusur sorumluluk getirir, kusur yoksa sorumluluk da yoktur. Suç oluşması için kusur olması ve zarar ile kusur sayılan eylem arasında illiyet (nedensellik) bağı olması gerekir.

Kusur çeşitleri aşağıdaki gibidir:

1. **Dikkatsizlik:** Bir tıbbi girişim sırasında yapılmaması gerekeni yapmaktır (örn yanlış kan nakli).
2. **Tedbirsizlik:** Önlenebilir bir tehlikeyi önlemede yetersiz kalmak, geç kalmak, unutmaktır (en basit örneği batında alet unutmaktır).
3. **Özen eksikliği:** Dikkatsizlik ve tedbirsizlik dışında evrensel tıp değerlerini uygulamamaktır. (En çok bunun üzerinde durulmakta, örneğin telefonla tedavi önerisinde bulunmak, vb).
4. **Emir ve yönetmeliklere uymamak:** Kanun, tüzük ve yönetmelikler ile yetkili idari ve mülki amirin verdiği emirlere uymamaktır (örn. Nöbete icabet etmemek, vb).

Suç çeşitleri iki türdür:

1. **Taksirli Suç:** Kişi eyleminden doğacak sonucu bilmekte, bu sonucu istememekte, ancak gerekli önlemleri almamakta veya yetersiz kalmaktadır.
2. **Kasıtlı Suç:** Kişi eyleminin sonuçlarını bilmekte buna rağmen bilerek ve planlayarak eylemini uygulamaktadır. Elbette bu ikincisi hekimler için genellikle geçerli değildir.

Malpraktisi, "hekimin tanı ve tedavide standart ve belirlenmiş davranış biçimlerinden farklı davranması (hatalı davranış) veya görev ihmal sonucu, hastada geçici sağlık bozulmasından, ölüme kadar giden bir değişkenlikte zarara neden olması" biçiminde tanımlayabiliriz.

TTB malpraktisi, hekimin tıbbi girişim sırasında deneyimsizlik, bilgisizlik veya ilgisizlik/özensizlik sonucu hastaya zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır. (TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 13. madde)

Malpraktis nedenlerini sorgulayacak olursak:

1. Tıbbi bilgi yetersizliği, acaba yeterli tıp eğitimi verebiliyor muyuz? (tıp eğitimi, STE)
2. Beceri sorunu, TUS varken hekimlerin yeteneğini, deneyimini öğrenme şansımız var mı?

3. Karar verebilme yeteneğinde eksiklik
4. Kendini yenilememe ve değerlendirmeme
5. Çevreyle iletişimde başarısızlık
6. Karakter (sorumluluk duygusu, vicdan)
7. Altyapı ve fiziki koşulların yetersizliği
8. Nitelikli insan gücü yetişmemesi
9. Ekipman/araç-gereç durumu
10. Hukuki işleyişte nitelik, zaman ve saydamlık konusundaki pratik olumsuzluklar

Komplikasyon, bir hata klasik tıp bilgilerinde (uluslararası kitaplarda ve yayınlarda) komplikasyon olarak adlandırılıyorsa ve müdahale, tıbbın kabul ettiği normal risk ve sapmalar çerçevesinde yapılmışsa kötü sonuçlar meydana gelse bile, hekime sorumluluk yükletilmeyen olumsuzluklar olarak tanımlanabilir. Komplikasyon ne zaman malpraktise döner sorusunun yanıtı, eğer komplikasyon zamanında fark edilmezse, fark edilmesine rağmen gerekli önlemler alınmazsa, fark edilip önlem alınmasına rağmen yerleşmiş standart tıbbi girişimde bulunulmazsa olabilir.

Bu aşağıdaki durumlarda olabilir:

1. Değerlendirme hatasından (yanlış veya eksik tanı)
2. Tıbbi hatadan (yanlış tedavi, yanlış ilaç vermek, yanlış taraf ameliyatı)
3. Teknik-ekipman hatasından (elektrik kesintisi, O₂-CO₂ karışması)
4. Sistem hatasından (alt yapı eksikliği, sevk zincirinde aksama)

Sistem hataları ile teknik hatalar hastane idaresi yada diğer idari merciler ile ilgilidir. Vurgulanması gereken bir nokta da asistanın yaptığı işlerden bireysel hatalar dışında uzmanının sorumlu olduğudur. Bu nedenle asistana verilen görevlerde dikkatli olmak gerekir.

Adli durumlarda hekimleri koruyan unsurları sıralayacak olursak:

1. Düzgün kayıt tutulması ve saklanması
2. Bilgilendirilme ve rıza alınması (Aydınlatılmış Onam)
3. Tıpta benimsenmiş klasik bilgilere sahip olmak ve buna uygun davranmak
4. Diğer hekimler ile işbirliği içinde çalışmak
5. Ameliyathane personelinin hatalarından da sorumlu olduğunu bilmek

6. Olası komplikasyon veya olumsuzluğun üstesinden gelinemiyorsa konsültasyon veya ileri merkeze sevk mekanizmasını kullanmak
7. Hekim hekimin dostudur prensibini hayata geçirmek
8. Hasta haklarına saygı göstermek, iletişimde başarılı olmak
9. Bilinmesi gerekeni bilmemek sorumluluk getirdiğinden mevzuatı, yasalaları bilmek

Hastane idarelerinin de bazı sorumlulukları vardır. Örneğin taşeron firma ile sigorta anlaşmazlıkları, ödeme yapmadan hastaneden ayrılan hastalardan harcamaların tahsilatı konusundaki davalar, teknik nedenler yada alt yapı eksikliklerden kaynaklanan tıbbi olumsuzluklar, işletme giderlerinin (elektrik su, havagazı vb) ödenememesi gibi durumlara ilişkin yasal sorunlar hastane idarelerini ilgilendiren konulardır.”

TARTIŞMA

Sunumun tartışma bölümünde üniversite hastanelerine ilişkin bir kanun olmaması eleştirildi, bu durumda üniversite hastanelerinin statülerinin belli olmadığı, Ticaret Kanununun 18. Maddesi'ne göre üniversite hastanelerinin özel bir statüye sahip ticari işletmeler olduğu, ancak bunun üniversite hastanelerini, fonksiyonlarını, yükümlülüklerini tanımlamadığı vurgulandı. Ayrıca hukuki ve cezai sorumluluğun da büyük ölçüde genel hükümlere tabi olduğu dile getirildi.

Üniversite hastanelerinin yasal mevzuat içerisinde olmadığı, YÖK kanununda da üniversite hastanelerine ilişkin bir şey olmadığı, yataklı tedavi kurumları ile ilgili mevzuatın üniversite hastanelerini tanımlamadığı, gereksinimlerini karşılamadığı dile getirildi. Ayrıca pek çok üniversite hastanesinin kendi yönergesi olmadığı, var olanların pratiğe uygulanabilir nitelikte olmadığı belirtildi.

ÜHB olarak ortak bir hukuk danışmanlığı oluşturulmasının yararlı olacağı, böyle bir oluşumun hukuki süreç içerisinde üniversite hastanelerinin temsilini sağlayacağı, SGK'nin üniversite hastanelerini, bir tebliğ kapsamı içerisinde zorunlu tuttuğunda ortak refleks geliştirilebilmesini, ortak gerekçe ve argümanlar oluşturularak dava açılabilmesini sağlayacağı ileri sürüldü.

Doktorların kusurlarından doğan hukuki davaların (tazminat davalarının), borçlar kanununun genel hükümlerine göre çözmeye çalışıldığı, oysa mesleğin kendisine has özellikleri olduğu göz önünde bulundurularak aynı hükümlere tabi olunmasının sıkıntılara yol açtığı belirtildi.

Sabahki oturumda tartışılan, üniversite hastanelerinin özel statüye kavuşturulmasının hukuki olarak hem ceza hukuku hem de borçlar hukuku açısından hekimlere sıkıntı oluşturabileceği belirtildi. Buna karşılık özel üniversitede olsa bile hekimlerin kamu yetkisi kullanmakta olduğu ve doktorların kusurunun hizmet kusuru sayıldığı dile getirildi.

Son zamanlarda sıkıntısı çekilen başlıca sorunlardan birisinin şahsi kusur hizmet kusuru kavramı olduğu, ülkemizde hizmet kusuru ile şahsi kusur ayırımının iyi yapılamamakta olduğu, son yıllarda tazminat davalarında sık karşılaşılan bir durumun kusurun niteliğine bakılmaksızın, hizmet kusuru olup olmadığı araştırılmadan 13. maddeye göre doğrudan doğruya rücu edildiği belirtilerek hukuk devletinde kamu sektöründe alt yapıdan kaynaklanan kusurların hesabını devletin vermesi gerektiği anımsatıldı.

1219 sayılı kanunun uzun zamandan beri yürürlükte olduğu, bu nedenle yeniden gözden geçirilerek zamanın koşullarına göre güncellenmesi gereksinimi dile getirildi.

Üçüncü oturumun sonraki sunumları “Afiliasyon” başlığına ayrıldı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Serhat Bor afiliasyona akademik bakışı, Sağlık Bakanlığı Eğitim Genel Müdür Yardımcısı Dr. Alaaddin Dilsiz ise sunumunda Sağlık Bakanlığı’nın görüşlerini karşılıklı olarak ortaya koydular.

■ **Prof.Dr. Serhat Bor**

“Afiliasyonun günümüzdeki anlamı eğitim, araştırma, sağlık hizmeti alanında kurumlar arası işbirliğidir. Afiliasyon alanları aşağıdaki gibi sıralanabilir.

1. Eğitim (Akademik afiliasyon); kurumların eğitim anlayışlarında paralellik yaratmak, bilgi-deneyim alışverişi ile bilgi gücünün hasta yararına en iyi şekilde kullanılması
2. İnsan gücü (Temelde eğitim amaçlı iş gücü değiş tokuşu)
3. Mezuniyet öncesi eğitim
4. Mezuniyet sonrası eğitim
5. Sürekli tıp eğitimi
6. Teknoloji ve araç gereç
7. Yerleşim alanı
8. İş yükü
9. Finansman
10. İdari konular

Neden afiliasyon oluşturmamız sorusunun yanıtı, nitelikli insan gücü yetiştirme (eğitim), bilgi üretme (araştırma), sağlık hizmeti sunumu (hizmet), hizmet maliyetini azaltma gibi konularda iyileştirme sağlayabileceği, kendini ve çalışanlarını geliştirme ve özelleştire, karşılaştırma olanağı yaratacağı içindir.

Türkiye’deki duruma baktığımızda öğretim üyelerinin hasta hizmeti verecekleri ek mekanlar yaratmak (vakıf hastaneleri ile afiliasyon, sınırlı sayıda örnek var) ve asistanların, bazen de Tıp Fakültesi öğrencilerinin gönderildikleri kurumlarda (SB hastaneleri) hizmete yardımcı olmaları dışında neredeyse hiç kurumsal bir aktivasyon yoktur.

Literatürde afiliasyon üçe ayrılmaktadır:

1. **Majör Afiliasyon:** Akredite sağlık kurumunun mezuniyet öncesi tıp eğitiminde kritik düzeyde bir rol ve sorumluluğu olduğu tıp; eğitim araştırma bölgeleri biçiminde
2. **Sadece Mezuniyet Sonrası:** Akredite sağlık kurumunun uzmanlık eğitimin verilmesi üzerinden tıp fakültesi ve üniversite ile ilişkilendirildiği tıp; uzmanlık öğrencisi rotasyonu, vb
3. **Sınırlı Afiliasyon:** Akredite kurumun mezuniyet öncesi tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi ve sürekli tıp eğitimi alanlarında, özel ve sınırlı süreçlerle ilişkilendirildiği durumdur; öğrencileri klinik staja gönderme, vb.

Türkiye’de hali hazırda bu çabalar sınırlı ve bireyseldir; kurumsallaşmamıştır, kurumlar arası farklar vardır.

Tıpta uzmanlık eğitiminin yapıldığı kurumları iki başlıkta toplayabiliriz:

1. Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve
2. Üniversite hastaneleri

Bu kurumlar arasında alt yapı, insan gücü, deneyim, hizmet sunduğu alan ve nüfus özellikleri, finans kaynakları, eğitim olanakları gibi alanlarda önemli farklılıklar vardır. Kurumların görev ve sorumluluklarındaki farklar elbette afiliasyon sürecini de etkilemektedir.

Üniversite hastaneleri mezuniyet öncesi eğitimin yanı sıra mezuniyet sonrası eğitim de vermektedir, bunun kapsamında çok sefer unutulmuş doktora eğitimi de yer almaktadır. Ayrıca sürekli tıp eğitimi verilmekte, nitelikli bilimsel araştırmaların çoğu üniversitelerden çıkmaktadır. Akademisyen yetiştirme ve geliştirme işlevi yalnız üniversitelerde yürütülen bir fonksiyondur, ayrıca sağlık hizmeti de verilmektedir. SB’ye bağlı eğitim hastaneleri ise uzmanlık eğitimi yanı sıra kısmen sürekli tıp eğitimi vermektedir, ayrıca sağlık hizmeti sunmaktadır. Hizmet hastaneleri ise yalnız hizmet sunar.

TTB’nin İstanbul’da Üniversite, SB Hastaneleri Pediatri Kliniklerinde çalışanların afiliasyona yaklaşımlarını inceleyen bir çalışması, üniversite hastanelerinde eğitim ve bilimsel araştırmanın başarısının SB hastanelerinden daha ön planda olduğunu ortaya koymuştur. Bu durumda aslında afiliasyon SB hastaneleri için daha değerlidir, üniversite hastaneleri ile afiliye olmaları durumunda kazanımları daha üst düzeyde ola-

caktır. TTB'nin çalışmasının sonuçları bazı sorunlara işaret etmektedir. Bunlar:

1. Afiliasyon konusundaki çabaların genellikle şef düzeyinde kişisel olması, kurumsallaşma olmaması.
2. Standart uygulama HİÇ olmaması.
3. Kişisel çabalar ile elde edilen afiliasyonlarda kural olmamasının yarattığı güvensizlik hissi
4. Uzmanlık eğitimi hedeflerinin belirlenmemiş olması
5. Uzmanlık eğitimlerindeki en güçlü yanın hasta sayısı yüksekliği oluşu ve bunun yeterli olduğu fikri
6. Geri bildirim mekanizmalarının yetersizliği
7. Afiliasyon kavramının bilinmemesi yada yanlış bilinmesi

Bugüne dek Sağlık Bakanlığı'ndan ilgililerin demeçlerine bakıldığında büyük tıp fakültesi hastanelerine Sağlık Bakanlığı hastanelerinin yaklaşım afiliye olması biçiminde bir yaklaşım hiç dile getirilmemektedir.

Bu noktada akla gelen sorular:

1. Afiliasyon tanımı konusunda üniversiteler ile Bakanlık aynı fikirde mi?
2. Sağlıkta dönüşüm programının akademik çalışmaları ve eğitimi etkilediği biçiminde bir görüş var.
3. Bakanlık afiliasyonu gerçekten istiyor mu?

Üniversitelerin, sağlık bakanlığı kurumlarının sorunlarına ilişkin görüşlerini sıralayacak olursak:

1. Asgari eğitim gerekleri saptanmamıştır (bazı izole örnekler dışında)
2. Eğitim izlemi ve denetimi zordur.
3. Performans sistemi nedeniyle eğitim kadrosunun eğitim konusundaki motivasyonu yetersizdir
4. Eğitim kadrosu standart değildir.
5. Kurumlar arası eşgüdüm yoktur.
6. Rekabet ortamı yoktur.
7. Bazı yerlerde yeterli yan dallar yoktur
8. Temel hedef performans puanının doldurulmasıdır.
9. Eğitim, performans kriterlerinde yeterince yer almamaktadır.

Üniversite hastanelerindeki sorunlara göz atacak olursak:

1. Her geçen gün artan belirsizlikler sıkıntı vericidir (rotasyon, vb)
2. Kurum ve kişi bazında ekonomik sorunlar gittikçe artmakta, bu durum asistan kadrosunu da olumsuz etkilemektedir.
3. Eğitim kadrosunun "akademik" motivasyonu giderek azalmakta ve hastane motivasyonu artmaktadır, sağlık hizmetine (hastane) yönelik artmaktadır.
4. Akademik hayattan kaçış artmaktadır.
5. Asistan kalitesi düşmektedir.

Afiliasyon organizasyonunu sağlayacak merkezi bir yapıya gereksinim vardır. Ancak o noktada Sağlık Bakanlığı ve YÖK konuya farklı kavramları öne çıkararak bakmaktadır. Ortak bir organizasyonel yapı kurulmalıdır. Sağlık Bakanlığı bu yapıda Tıp Fakültesi kurmaya varan baskın bir tutum içerisinde olmamalıdır.

Ne yapılmalı sorusunun yanıtı öncelikle tüm paydaşlarla ortak bir afiliasyon yapısının oluşturulmasına gidilmelidir. Paydaşlar kamu-vakıf tüm üniversite hastaneleri, özel hastaneler, SGK, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, uzmanlık dernekleri ve TTB'dir. Bunlar afiliasyon oluşturma aşamasında olması gereken paydaşlardır. Bir kez afiliasyon yapısı oluşturulduktan sonra bunların bir kısmı çıkarılabilir.

Sonuç olarak afiliasyonun ana bileşeni YÖK ve Üniversiteler olup Sağlık Bakanlığı paydaş olarak kabul edilmelidir. Eğitim ve araştırmada alt yapısını tamamlamış Tıp Fakülteleri Sağlık Bakanlığı'na daha ağırlıklı destek verirken, gelişmekte olan Tıp Fakültelerinde SB desteği (bunun örneği Rize'dir) daha ağırlıklı olacaktır.

Hangi kurumlarla anlaşma yapılacağı, şartları, kontrol mekanizmaları, hizmeti verenlerin özlük hakları ve disiplin işlemleri konusunda üniversite yönetim kurulu veya bunun görevlendireceği anlaşmalı kurumlar koordinatörlüğü görev yapmalıdır. Afiliasyonda temel şart yasal düzenlemelerdir. O nedenle mutlaka uzlaşmış yasal düzenlemeler hazırlanmalı ve ardından yapısal değişiklikler gerçekleştirilmelidir. Akreditasyonun ana bileşeni YÖK ve Üniversiteler olmalıdır. "Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu" paydaş kabul edilmelidir.

Afiliasyon yapısı oluşturulurken izlenecek ilkeler

1. Karşılıklı eşit koşullarda işbirliği
2. Karşılıklı önyargıların giderilmesi
3. Üniversiteler ve eğitim hastaneleri arasında dengenin (ekonomik, eğitsel, vb. dengeler) sağlanması
4. Genel eğitim programı ve rotasyonların belirlenmesi
5. Uzmanlık eğitimi programının belirlenmesidir.”

■ Dr. Alaaddin Dilsiz

“İşbirliği, afiliasyon konusunda Sağlık Bakanlığı'nın görüşleri üniversitelerin görüşlerinden çok farklı değildir. Afiliasyon konusu, üzerinde konuşmakta çok geç kalınan bir konudur. Bu arada yeni açılan üniversitelerin hastane hizmetleri için SB hastanelerini kullanması biçiminde ortaya çıkan işbirliği gereksinimi bizi bununla ilgili bir protokol oluşturmaya zorladı. Halbuki bunun teorik altyapısı daha önceden konuşulup oluşturulmuş olmalıydı.

Bu sunumda yeni kurulmuş tıp fakültelerinin SB Hastaneleriyle kurmuş oldukları işbirliğine ilişkin esaslar aktarılacaktır.

İşbirliği'nde amaç

1. Bakanlık hastanelerinin eğitim sürecinde etkin kullanımı
2. Çağdaş bilgi ve teknolojinin sağlık hizmetinde kullanılması, kanıta dayalı bilgi ve teknoloji kullanımının özendirilmesi
3. Öğrencilerin uygulama sahası ile bağının güçlendirilmesi, uygulama sahası ile ilgili sorunları görerek eğitim kalitesinin uygulama sahasıyla ilişkilendirilmesi
4. Mezuniyet sonrası (tıp fakültesi, uzmanlık) sahaya uyumun kolaylaştırılmasıdır

İşbirliği oluşturulurken belirlenen temel ve vazgeçilmez prensip üniversite ve bakanlık hastanelerinin tüm olanaklarından üniversite akademik kadroları, bakanlık eğitim kadroları, uzmanlık öğrencileri, tıp öğrencilerinin (varsa diğer sağlık bilimleri öğrencileri) eşit düzeyde yararlanmasını sağlayacak düzenlemelerin yapılmasıdır. Elemanlar, çalışanlar (kadrolu elemanlar) olabilir, öğrenciler, hatta tıp eğitimi dışında diğer sağlık bilimleri öğrencileri de olabilir.

İşbirliği çerçevesinde oluşturulan protokollerde üniversite ve SB hastanesinin ayrı ayrı değerlendirildiğini görüyoruz. Her bir hastane eğitim ve araştırma dışındaki faaliyetlerini diğer hastaneden bağımsız olarak, kendi yönetimlerini özerk yürütecek biçimde sürdürmek durumundadır, hem hasta bakım hizmetlerinin düzenlenmesi hem de akademik kadro dışındaki kadroların çalışma düzeninin oluşturulması bu hastanelerin yönetimince sürdürülecektir

Eğitim ve araştırma faaliyetlerinde işbirliğinin yürütülmesi konusunda bir eğitim koordinatörlüğünün oluşturulması düşünülmektedir. Eğitim koordinatörlüğü dekanlık, üniversitelerdeki akademik eğitim kadrosuna ek olarak SB eğitim hastanelerindeki eğitim kadrosundan seçilecek sınırlı sayıda bir komisyondur. Eğitim faaliyetleri bu koordinatörlüğün plan ve programı dahilinde, klinikteki akademik kadro ve eğitim sorumlularının gözetiminde ve sorumluluğunda yürütülecek; akademik kadro ve eğitim kadrosunun çalışma düzeni, hasta bakım faaliyetleri de eğitim koordinatörlüğü çerçevesinde planlanarak yürütülecektir. Başhekimlik, dekanlık/akademik kadro, eğitim koordinatörlüğünün (nasıl adlandırır-sanız) isteği doğrultusunda hastanenin eğitim amaçlı alt yapı gereksinimlerini karşılamakla yükümlüdür. En sıkıntılı konu, mali hükümlerin düzenlenmesidir. Mevcut yasalar ve mevzuatta mali konuların düzenlenmesinde ciddi sıkıntılar var. Bu nedenle planlanan protokoller de tam anlamıyla hayata geçirilebilmiş değildir. Düşünülen çözüm bakanlık hastanelerinde görevlendirilecek eğitim kadrosunun eşdeğer kadrodaki hekimlerle aynı biçimde hesaplanacak performansla dayalı ek ödemeye tabi tutulması; üniversitede görevlendirilecek eğitim kadrosunun da üniversitelerdeki eşdeğer kadrodaki öğretim üyelerinin aldığı ders ücretlerini alması biçiminde bir düzenlemedir.

Yapılan işbirliğinde bakanlık yada üniversiteden herhangi birisinin hakim yada baskın olması gibi bir düşünce yoktur. Protokolde sorunlar, karşılıklı anlaşma yapılan bakanlık yada üniversite hastanesinin eğitim kadrolarının oluşturacağı komisyonca çözüme kavuşturulmaya çalışılmakta, halledilemediği takdirde üst makamlarca halledilmektedir.

İşbirliğinde hedeflerimiz yeni açılan üniversitelerle bakanlık hastanelerinde bir işbirliği sağlamanın ötesindedir. Hedeflerimiz

1. Üniversitelerin eğitim, hastanelerin sağlık hizmeti fonksiyonlarını bir araya getirmek

2. Kurumlar arasında benzerlikleri ön plana çıkararak işbirliğini en üst düzeye çıkarmak. Bu işbirliğini tüm hizmet alanlarında (eğitim, araştırma, hasta bakımı) işbirliği olarak alabilirsiniz, kurum anlamında da alabilirsiniz.
3. Kurumlar arasında çok sayıda farklılıklar var bunlar bize göre sinerji/güç birliği oluşturabilecek niteliktedir, bunların sorun oluşturacağını düşünmüyoruz.

TGY tasarısında tabiplerin çalışmasına ilişkin şöyle bir hüküm var:

“Tabipler aşağıdaki bentlerde belirtilen sağlık kurum ve kuruluşlarından yalnız birinde mesleklerini icra edebilir.

- Kamu kurum ve kuruluşları,
- Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmeli çalışan özel sağlık kurum ve kuruluşları,
- Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmesi bulunmayan özel sağlık kurum ve kuruluşları ile serbest meslek icrası.

Her bir bent kapsamındaki birden fazla sağlık kurum ve kuruluşunda çalışma ile işyeri hekimliğine ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca belirlenir.”

Yukarıda son cümlede belirtilen alt mevzuatın amacı kamu kurum ve kuruluşları arasında yada SGK ile anlaşmalı diğer kurum ve kuruluşlar arasında afilyasyonun sağlanabilmesidir. Afilyasyon yalnız eğitim alanında değil, özel iki hastanenin insan gücünü, mekanları ortak kullanımına kadar gidecek olanakları da beraberinde getirmektedir.

Kanun bu şekilde gerçekleşirse, çıkarılacak alt mevzuatlarla afilyasyonun gerekleri yerine getirilecektir diye düşünmekteyiz.

Yukarıda belirtilen protokollerin oluşturulmaya çalışıldığı üniversiteler, Rize Üniversitesi, Sakarya Üniversitesi ve İstanbul Bilim Üniversitesi’dir. Ancak bu protokollerin bir kısmı henüz hazırlık aşamasında, bir kısmında anlaşmalar imzalanmış olmakla birlikte tam olarak işbirliği sağlanabilmiş değildir. Bazı sorunlar vardır, bunlar karşılıklı görüşmelerle yada yasal zemin oluşturulması ile çözümlenecektir diye düşünmekteyiz.”

TARTIŞMA

İki sunumda sözü edilen kavramların (afilyasyon ve işbirliği) birbirinden farklı kavramlar olduğu, hukuki alt yapılarının ve işleyişlerinin ayrı olduğu vurgulandı. Sağlık Bakanlığı’nın verdiği yerel örneklerdeki işleyişin 2547 sayılı YÖK yasınının 38. Maddesine göre yürütülmekte olduğu, buna göre üniversitenin akademik personelinin devlet hastanesinde görevlendirmeyle çalıştığı, hizmet ürettikleri ve performans aldıkları anımsatıldı. Uygulamada SB hastanelerinin öğretim üyesinin bilgisinden yararlandığı, hekimin de performans aldığı ancak bunun üniversiteye yararı olmadığı, afilyasyon olarak değerlendirilemeyeceği; ayrıca döner sermaye yasasına göre bir hekimin aynı anda iki döner sermayeden para almasının mevzuata aykırı olduğu, bu durumda iki hastanede birden hizmet vermenin mümkün olmadığı; uygulamada ortaya çıkan olumsuzlukların çözümü konusunda hukuki alanda da belirsizlikler olduğu (örneğin dava söz konusu olduğunda kime karşı açılacağına belli olmadığı) dile getirildi.

Afilyasyonda, iki ayrı kadro yapısının berber çalışmasının söz konusu olduğu, farklı statülere bağlı iki kadronun yan yana çalışmasının önemli sorunlara yol açacağı; Sağlık Bakanlığının şef, şef yardımcısı ve başasistan gibi tarihi temeli olan kadrolarının bütünüyle lav edilip üniversitelerdeki kadrolarla homojenizasyonunun sağlanması gerekeceği, ayrıca bu kadroda olanların da YÖK sistematiği içerisinde üniversitedeki ABD başkanlığının altındaki profesör doçent kadrolarına geçmesi gerekeceği (Amerika’daki faculty member, adjacent faculty member, vb) anımsatılarak bunları kararlaştırırken iyi düşünülmesi gerektiği, iki tarafta da bu türden değişikliklere önemli oranda itiraz olacağı dile getirildi. Buna karşılık şefliklerin lav edilmesi gerekemeyebileceği, dünyada özellikle Amerika’da değişik örnekler bulunduğu; hastanelerin ortak bir komisyonla kendi alt yapılarını koruyarak afilyasyon planı ortaya koyabilecekleri öne sürüldü.

Sağlık Bakanlığı eğitim hastanelerinde çalışan özellikle akademik unvan almış şef yada yardımcılarının afilyasyon konusundaki görüşleri soruldu, Dr Dilsiz, akademik kariyer almış eğitim elemanlarının büyük kısmının bunu özellikle istediğini, çünkü bir şef, iki şef yardımcısı gibi az sayıda eleman başına düşen uzman sayısının yüksek olduğunu, bu-

nun hizmet–eğitim dengesini oluşturmada ciddi sıkıntılar doğurduğunu anımsatarak eğitim amaçlı afilyasyonun onları da bu konuda çok rahatlatacağını dile getirdi.

Sağlık Bakanlığı'nın performans planlarında sağlık hizmetleri dışında eğitim için de bir plan olup olmadığı soruldu. Dr Dilsiz şu anda eğitimle ilgili bir kısım olduğunu ancak bunun çok yetersiz olduğu konusunda bir görüş birliği bulunduğunu dile getirdi.

Afilyasyonun eğitim dışında hasta hizmetleri açısından da iyi kullanıldığında yarar sağlayabileceği öne sürüldü. Alt yapı hizmetlerinin planlanmasında ve oluşturulmasında verimliliğin düşük olduğu anımsatılarak, bir yanda yeni kurulan bazı SB hastanelerinde, iyi donanımlı yataklı servislerin uzman doktor sayısındaki yetersizlik (örn. tek uzmanlı yenidoğan YBÜ'leri) nedeniyle çalıştırılmadığı öte yandan üniversite hastaneleri yatak sayılarını arttıracak kaynak bulamadığından bazı illerde yatak sıkıntısı yaşandığı dile getirildi. Dr Dilsiz konuyu Sağlık Bakanlığı olarak çok düşündüklerini, hatta üniversitelere hastane yapabilir miyiz yada SB hastanelerinin bir kısmını üniversitelere tahsis edebilir miyiz diye düşündüklerini, ancak bunun karşısında hukuksal engeller çıktığını belirtti. Planlamada mutlaka üniversite, özel sektör ve SB hastanelerindeki yatak sayıları beraber alınarak il bazında düzenleme yapmak gerektiğini dile getirdi.

Konunun bir başka boyutunda üniversite hastanelerinde son derece donanımlı birimlerde (radyoterapi, nükleer tıp vb) hasta olmadığı, ancak performans nedeniyle hastaların üniversite hastanelerine gönderilmeye-bildiği anımsatılarak afilyasyon açısından bunun da sorun oluşturduğu anımsatıldı.

Sonuç olarak afilyasyon konusunun ilgili taraflarca henüz yeterince tartışılmamış olduğu ve YÖK ile Sağlık Bakanlığı'nın bir araya gelerek protokol oluşturması gerektiği dile getirildi.

Son oturumda Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Başhekimi Yeşim Çetinkaya Şardan “Hasta Güvenliği” başlıklı sunumunda uluslar arası akreditasyon kuruluşunun hasta güvenliği standartları ve Hacettepe Hastaneleri’nde hasta güvenliğine ilişkin örnekleri, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Kalite Koordinatörü ve İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Başhekimi Prof Dr. Koray Boduroğlu “Üniversite Hastanelerinde Kalite, Verimlilik, Akreditasyon” başlıklı sunumunda Kalite-verimlilik-akreditasyon kavramlarını Hacettepe Hastaneleri’nin geçirdiği süreci aktararak ele aldı.

■ Prof.Dr. Yeşim Çetinkaya Şardan

“Tıpta temel kural yüzyıllardır “Önce zarar verme” olmakla birlikte bugün hala hasta güvenliğiyle uğraşıyoruz. Tanımını yapmak gerekirse hasta güvenliği hastanın tıbbi hatalardan, tıbbi bakım sırasında oluşabilecek kazalardan uzak olması durumudur. Gelişmiş ülkelerin rakamları çok sayıda hastanın önlenemez tıbbi hatalar nedeniyle zarar gördüğünü göstermektedir. CDC sıralamasında ölüm nedenleri arasında tıbbi hatalar 6. sırada yer almakta, başka bir deyişle tıbbi hatalardan ölenlerin sayısı meme kanseri, AIDS yada pnömoniden ölenlerin sayısından daha çoktur. Eğitim hastaneleri ve büyük hastanelerde, cerrahi girişim amacıyla yatırılan hastalarda sıklık daha fazladır. Hacettepe Üniversitesi hastaneleri temel alındığında, 1100 yatak, 26 anabilim dalı, çok sayıda poliklinik, 1.000.000 ayaktan hasta, 40.000’e yaklaşan yatan hasta, 40.000 civarında ameliyat, 5000’den fazla çalışan, tıbbi hatalara son derece açık bir ortam oluşturmaktadır. Bu nedenle hasta güvenliği, üzerinde önemle durmamız gereken bir konu. Uluslararası akreditasyon kuruluşunun (UAK) bununla ilgili bir takip, izleme, raporlama sistemleri var ve bildirilen olayların analizi yapıldığında tıbbi hataların çoğunun iletişim eksikliğinden, oryantasyon eğitiminin yetersizliğinden yada hasta değerlendirilmesindeki eksikliklerden kaynaklandığı görülüyor. UAK bu konuda hasta güvenliğine ilişkin hedefler belirlemiştir. Altı majör hedef var. Bunlar:

1. Hastaların kimlik belirlenmesi sırasında en az iki belirleyicinin birlikte kullanılması (ad-soyad ve dosya numarası yada barkod numarası bi-

çiminde). Hastalara kan/kan ürünü verilirken, ilaç uygulamalarında, herhangi bir test için kan yada örnek alırken yada girişimde bulunurken bu belirleyicileri kullanmak gerekiyor. Belirleyicilerden birisi asla hastanın yattığı oda numarası yada yeri olmamalı.

2. İkinci hedef hasta bakımına katılan çalışanlar arasında iletişimin geliştirilmesi; özellikle riskli alanlar, sözel istemler, telefonla verilen istemler yada test sonuçlarının telefonla bildirilmesi. Burada izlenmesi gereken yol sözlü iletinin önce yazıyla kaydedilmesi, sonra iletiyi kaydeden kişinin bunu ilk söyleyene geri okuması ve doğrulması.
3. Üçüncü hedef yüksek riskli ilaçların hastane ortamında güvenli kullanımının sağlanması, hasta bakım alanlarından konsantre elektrolit çözeltilerinin kaldırılması.
4. Dördüncü hedef doğru hastaya, doğru tarafından, doğru uygulama yapıldığından emin olunması.
5. Hastaların düşmeler nedeniyle zarar görmelerinin önlenmesi ve
6. Son olarak da hastane enfeksiyonlarının azaltılması.

Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde bu başlıklarda neler yapıldığını özetleyeceğiz. Hastanemizde kalite iyileştirme süreci Haziran 2002'de başlatıldı. Çalışanların eğitimi, eğitimcilerin eğitimi, iyileştirme takımları, süreç yönetimi biçiminde çok yönlü bir çalışma başlatıldı, bunun ardından akreditasyon sürecine girildi. Mayıs 2004'de UAK'den bir danışman ekip 5 günlük bir akreditasyon denetimi yapıp 80 sayfalık bir rapor hazırladılar. Raporun 30 sayfası yalnız ilaç yönetiminde ne kadar çok olumsuzluk bulunduğunu gösteriyordu. O sırada ilaç güvenliğine ilişkin yürürlükte olan standartlardan hiçbirisini karşılayamıyorduk (hastane ortamında doğru ilacı, doğru hastaya, doğru yoldan, doğru dozda, doğru zamanda verdiğimiz ve bunun doğru koşullarda saklanmış, süresi geçmemiş bir ilaç olduğunu kanıtlayabilmemiz olanak dışı idi). Kalite geliştirme sürecinde bizim fark ettiğimiz başka sorunlar da vardı. Örneğin yatan hastaya ilk doktor değerlendirmesinin çok uzun sürede yapıldığını gördük. Erişkin hastanesinde yatan hastaların %12'sine günlük olarak ilaç istemi verilmediğini gördük. Sistemi iyileştirmek gerekiyordu. Öncelikle multidisipliner bir komite kurup hastanenin ilaç gereksiniminin bu komite tarafından belirlenmesiyle başladık. Ardından yeni sistem arayışına girdik, elektronik bir sistem

kurmaya karar verdik, gerekli donanımı satın aldıktan sonra, ilaç ve malzeme sistemine yönelik altı aylık bir politika-prosedür çalışması yaptık, elektronik sistemle hastanemizin otomasyon altyapısı arasında bir ara yüz oluşturuldu. Ancak çalışmanın en zor kısmı doktorları günlük olarak elektronik ortamda istem verme konusunda ikna etmekte. Çeşitli yaptırımlarla, bu sistemi çalışır hale getirdik. Son derece ciddi bir donanımın hastanemizde 6 ay içinde kurulmasını sağladık. Doktorlarımız elektronik ortamda bir istemde olması gereken tüm unsurları, menüleri kullanarak, etkileşimler konusunda karşılıklı çeşitli uyarıların çıktığı bir sistem üzerinden istem vermeye alıştılar. Bu istemleri hemşirelerimiz elektronik ortamda alıp, kabul edip, hasta başlarına okunabilir çıktılar koyarak hastalara uygulamaya başladılar.

Donanım kısmına baktığımızda ağızdan verilen bütün ilaçları pake-tinden çıkararak birim doz paketleme makinesiyle yeniden paketlemeye başladık, böylece üzerinde son kullanma tarihi ve barkodu bilgisi eklenmiş oldu; eczacılar tarafından servislerin ilaç profilleri belirlendi ve eczacılar tarafından barkod okuyucuları aracılığıyla alınıp servislere yine eczacılar tarafından götürülüp, parmak iziyle kendilerini tanıttıktan sonra servislerin ilaç istasyonlarına yüklendi. Kurduğumuz sistem sayesinde doğru hastaya, doğru ilacın, doğru yoldan verildiği ve bunun son kullanma tarihi geçmemiş bir ilaç olduğunu kanıtlama şansına sahip olduk.

Sistemi ilk kurduğumuzda ilaç hatalarında bir patlama var gibi gözükmekteydi; aslında bir patlama yoktu, biz hataları fark edebilir duruma gelmiştik. Bu sistemin bir benzerini tıbbi malzeme için kurduk, malzeme sistemimizi de iyileştirmeyi başardık. Bütün bunlardan sonra akreditasyon denetiminden geçtik, elbette başka pek çok şey de yapmıştık. Denetim sonucunda elektrolitleri bu kadar güvenli bir sistem içinde tutuyor olmamıza karşın katlarda potasyum solüsyonu bulduğumuz için UAK'nin konsantre elektrolit çözeltileri ile ilgili standardından 0 aldık.

Dünyadaki verilere göre çok sayıda hasta konsantre elektrolit özellikle de potasyum klorür solüsyonlarının yanlış kullanımı sonucunda yaşamını yitirmekte. Türkiye'de de benzer raporlar var. Hastaların bunlardan zarar görmesi nasıl önlenabilir? Konsantre elektrolit solüsyonlarını hasta bakımının verildiği alanlardan uzak tutun, bunları doktor istemiyle

verin, bunlar eğitimli kişiler tarafından dilüe edilerek hazırlanmalı, uygun ortamlarda saklanmalı, buna karşılık hastanın gereksinimi zamanında karşılanmalı. 1100 yataklı bir hastanede bunu sağlamak için iki yol var. Solüsyonların hazırlandığı bir merkez oluşturulması gerekmektedir, bu merkez ya anlık olarak hekim istemleri üzerinden çalışacak yada hastanede hangi dilüe solüsyonların ne oranda kullanıldığı konusunda bir çalışma yaparak bu solüsyonları önceden hazırlayarak servislerdeki buz dolaplarına tahmin edilen gereksinime göre önceden yükleyip hizmetin 24 saat boyunca kesintisiz sürmesini sağlayacaksınız. Biz ikinci yolu seçtik. Şu anda ameliyathane dahil hastanemizin tüm alanlarında konsantre elektrolit solüsyonları hasta bakım yerlerinden kaldırılmış durumda, listemizi de gereksinime göre gözden geçiriyoruz. 50 farklı tip-te sulandırılmış solüsyon hazırlanıyor, özellikle çocuk hastanesinin çok farklı gereksinimleri var. Her hafta yaklaşık 1670 şişe yada plastik torba sulandırılmış solüsyon eczane tarafından hazırlanarak katlara gönderilmekte. Üzerlerinde içeriklerini, son kullanma tarihini gösteren etiketleri var, soğuk koşullarda saklanmakta.

Böyle bir sistem kurduktan sonra artık elektronik ortamda pek çok şeyi izleyebilir duruma geldik. İlk istem hasta yatışından sonra ne kadar zamanda veriliyor, istemleri eczane ne kadar zamanda onaylıyor, vb. Ayrıca hasta güvenliğini tehdit eden olay bildirim formu oluşturduk, çeşitli hata türleri, örn. ilaç hatası, düşme şekli, tıbbi cihazla ilgili hatalar, vb. aynı formla bildirilebiliyor. Formu dolduran kimliğini bildirmek durumunda değil, isimsiz topluyoruz. Kalite koordinatörlüğünde veriler analiz ediliyor ve sık görülen olaylar için kök neden analizi yapılıyor, düzeltmek için neler yapılabilir, sistemin hatası nerededir bulmaya çalışıyoruz. Kişilerle uğraşmıyoruz, sistem üstünde çalışıyoruz.

Son olarak kendi işimden, enfeksiyon uzmanıyım, söz etmek istiyorum. Hastanelerde enfeksiyon kontrol programları öncelikle hastaları, bundan sonra da ziyaretçiler ve çalışanlar olmak üzere hastane ortamındaki diğer insanları korumak için var.

Her iki durumda da programların maliyet etkin biçimde yürütülmesi gerekmektedir. Enfeksiyon kontrol programlarının kalite iyileştirme grubuyla entegre biçimde çalışması gerekiyor. Dünyada ilaç hataları ve düşmeler gibi enfeksiyon kontrol süreçleri de bu sistemler üzerinden izleniyor. Biz de enfeksiyon kontrol programını kalite iyileştirme komite-

siyle birlikte çalıştırmaktayız. Sürveyans yapıyoruz, hastane enfeksiyon hızlarını izliyoruz, ilgili anabilim dallarına, yoğun bakımlara ve hemşire düzeyinde geri bildirim yapıyoruz.

Kalite iyileştirmeye entegrasyon içinde yürütülmüş bir örnek YBÜ'lerde ventilatöre bağlı hastalarda pnömoni sıklığıdır. Dünyayla karşılaştığımızda diğer enfeksiyon türlerinde kötü değilken bu konuda iyi olmadığımızı gördük. Literatürden yola çıkarak toplam kalite iyileştirme mantığıyla YB başhemşireleri ve enfeksiyon kontrol hemşirelerinden oluşan bir kalite iyileştirme takımı kurduk. Kalite ekibinden danışmanlarımız vardı, ben de bilimsel danışmanlık yaptım. Çalışmayı 1,5 yıllık bir zaman içinde tamamladık, çarpıcı bir iyileşme sağladık. ABD ile kıyasladığımızda hala oraya ulaşmak için kat etmemiz gereken bir yol var. Hedefimiz buna mümkün olduğunca yaklaşmak. Gelişmekte olan ülkelerin rakamlarıyla yada Türkiye'den bildirilen diğer rakamlarla karşılaştığımızda çok iyi bir noktada olduğumuzu görüyoruz. Rakamlarımız Türkiye'de bizimkiyle karşılaştırılamayacak kadar küçük bazı özel hastanelerin ventilatör ilişkili pnömoni hızlarıyla eşdeğerdir.

Akreditasyon standartları özellikle 2008 yılında el hijyenini vurgulayarak bununla ilgili gözlem yapılmasını ön görüyor. Hastanenin her yerinde bununla ilgili gözlem ve geri bildirim yapıyoruz. İlk gözlem yaptığımızda özellikle doktor grubu kötü oluyor geri bildirim ve eğitimle iyileşiyor, gene kötüleşiyor; bu döngü şeklinde tekrarlanıyor, dünyada da hep böyle.

Son olarak taraf doğrulama çok önemli demiştik. Hastanemizde cerrahi ve girişimsel işlemler için bir taraf doğrulama formumuz var. Bu formların doldurularak hasta dosyasına girmesi yada eksiksiz doldurulması ile ilgili sorunlarla karşılaşılıyor. Bunu da enfeksiyon kontrolü ile entegre ettik. Çünkü biz cerrahi alan enfeksiyon sürveyansı yapıyoruz. Yani belirli ameliyatlara ameliyat olduğu andan başlayarak sonuna kadar izliyoruz. Cerrah spesifik cerrahi alan enfeksiyon hızlarını ilgili kişilere bildiriyoruz. Bu amaçla oluşturduğumuz izlem formuna hastaların taraf doğrulama formu olup olmadığına ilişkin bir madde ekledik, bunu kaydediyoruz. Çünkü neyi eksik yada yanlış yaptığınızı saptayıp somut veri söyleyebildiğinizde, kararlı davrandığınızda hiç iyileşmeyeceğini düşündüğümüz bir çok şeyin iyileşebileceğini gördük."

■ Prof.Dr. Koray Boduroğlu

“Bu sunumda sözü edilen akreditasyonun tıp eğitiminde akreditasyondan farklı ve sağlık hizmetlerinde hastane akreditasyonu olduğunu vurgulamakta yarar var çünkü bazen bu ikisi birbirine karıştırılabiliyor.

Kalite modellerinden bahsedecek olursak ülkemizde gündemde olan belli başlı modeller ISO 9001/2000 modeli (yakın tarihte güncellendi), Avrupa Kalite Yönetim Vakfının yayımladığı EFQM modeli (ülkemizde KALDER modeli olarak adlandırılmakta), vb. Hemen hemen hepsi bir sistemden bahsediyor, bu sistem yönetime stratejilerin, politikaların belirlenmesi ve kaynak kullanımının düzenlenmesi açısından bazı sorumluluklar veriyor, ISO'nun ürün gerçekleştirme, bir başka modelin süreç yönetimi diye bahsettiği işlerin nasıl yapılacağıyla ilgili kısmı var. Son olarak da yapılan işlerin ölçülmesi, analizi, verilerin iyileştirme amacıyla kullanılması ilkesi var.

EFQM, hastanelerimizde 2002 yılında başlayan çalışmalarda temel olarak benimsediğimiz modeldi. Bu modele göre bir kurumun, ondan beklenen temel performans sonuçlarını iyileştirmek, hizmet verdiği kesimi ve çalışanlarını memnun etmek üzere yaptığı işlerde süreçlerini çok iyi yönetmesi gerekir. Bunu başarabilmek için kurumun, çalışanların eğitimine ve niteliğine önem vermesi, belli politika ve stratejiler geliştirmesi, diğer kaynaklarını etkili kullanması, elde ettiği performans göstergelerinden ders alıp yenilikçi, iyileştirici yaklaşımlar geliştirerek öğrenen bir kurum olması gerekir, bu da iyi bir liderlik gerektirir.

Biz bunu esas aldık, yaptıklarımız arasında önemli kabul ettiğimiz iki şey vardı; bunlardan birincisi süreç yönetim sistemi idi. Sağlık kurumlarında genellikle kendimizi birimlere ait hissederiz, önemli olan kendi birimizin performansınıdır. Oysa hastalar hastanede birimlerin sınırları içinde yaşamazlar (hastaneye gelirler hasta kabul birimi vardır, pediatriye gider, doktor film ister, radyolojiye gider, laboratuvara gider, en sonunda ilişkiyi kesmek üzere hasta çıkarma bölümüne gider ve hastaneden çıkar). Biz bu süreçleri öne alarak hastanede bir hastanın başına ne geldiğini adım adım şemalar halinde gösterdik, bunların performansını ölçmeye onlara sorumlular atamaya başladık. Sonuçta sadece idari şemalar halinde değil hastanın yaşadığı süreçler bakımından da iyileştirmeye açık alanlar belirledik. Sürecin her bir adımını analiz ederek katma değeri olmayan, hastaya yada çalışana yararı olmayan süreç adımlarını ayıkladık. İki sene

süren büyük ölçekli bir sadeleştirme çalışması yaptık. Özellikle çalışanların motivasyonuna büyük katkısı oldu. Sadece çıktıya değil, bizzat sürecin kendisine odaklı olup istenmeyen sonuçlardan kaçınmaya çalıştık.

İkinci önemli konu kalite iyileştirme çalışmalarında sahada çalışanları işin içine katmaktı, bunun için iyileştirme takımları kurduk. Bunların sloganı “sorunun tipine göre farklı çözümler gerekir ve bir sorunu en iyi içinde yaşayanlar bilir” idi. İyileştirme takımlarına, “bir araya gelin, sorunlarınız için çözümler üretin onları yönetimle paylaşın, yönetimin geri bildirimini alarak hayata geçirmeye başlayın” dedik. Sorunu verilerle ortaya koyan, önerilen çözümün eldeki sorunu çözebileceğini gene verilerle kanıtladığımız bir çalışma yürüttük. Kurumumuzda şimdiye dek 50 tane takım çalıştırdık. Onlardan pek çok sorunun altında yatan asıl unsurun iletişim eksikliği olduğunu öğrendik.

Kalite çalışmalarına devam ederken yeni bir model arayışına girmek durumunda kaldık. Çünkü EFQM modelinin sağlık sektörüne tercümesi yoktu, ISO'nun da ülkemizde hastane ortamına tercümesi yok.

2004 yılında JCI akreditasyon sisteminde çalışmaya karar verdik. Bunun nedeni, o tarihte JCI, uluslararası standartlarına göre akredite olan hastaneleri inceleyerek, önceki ve sonraki durumları karşılaştırdığında, bütün hastanelerde hasta bakım süreçleri ve sonuçlarında iyileşme olduğu, hasta güvenliği ve halkın hastaneye olan güveninin arttığı, ayrıca verimliliğin arttığı ve maliyetlerin azaldığını verilere dayalı olarak göstermişti. Ayrıca bu hastanelerde yönetim sistemi ve veritabanları, bilgi sistemi de gelişme göstermişti. Biz de bu yöne yönelmeye karar verdik. JCI'nın 2008'deki son güncellemeyle şu anda 13 alanda standartları var, bunların 7 tanesi hasta odaklı, diğerleri kurumsal yönetim standartları. Her bir standart altında ana başlıklar ve eşik standart maddeleri var, toplam 468 standart maddesi ve bunların altında 1035 tane ölçülebilir unsur var. Denetimde bunların her birine var yada yok diye puan veriliyor. Skorumla tablosuna göre 2003 yılında temel (çekirdek) standartlardan almanız öngörülen minimum puanın altındaysanız akreditasyon alamıyordunuz. Çekirdek dışı diğer standartlarda da daha düşük olmak kaydıyla belirli bir puanın altına inmemek gerekiyor. 1035 maddenin tek bir tanesinden, demin sayın Şardan'ın sözünü ettiği konsantre elektrolit çözeltileriyle ilgili bir maddeden 0 aldığınızda akreditasyon alamayabiliyorsunuz.

Yola JCI denetimiyle başladık, sonra bir yol haritası çizdik. Eğitimlerle başladık, önce liderlerin eğitim alması gerekiyordu, bunu akreditasyon sürecinde çalışacak olanlar izledi, arkasından her bir standart için iyileştirme takımları kurduk. JCI'nin kendi web sayfasında yayımladığı iyi örnekler veritabanından yararlandık.

O dönemde ameliyathanelerin yenilenmesi gerekiyordu, yenilenmiş olması yetmiyor, bunun ne sağladığını da ortaya koymak gerekiyor. Biz bunu yenilenme sonrasında Hastane Enfeksiyon Topluluğunun (Hospital Infection Society) ameliyathaneler için tanımladığı bakteri ve mantar partikül sayısı ile ilgili standarda göre ameliyathanemizin durumunu değerlendirerek yaptık. Ayrıca spesifik cerrahi alan enfeksiyon hızlarının ne kadar değiştiğini ölçtük. Ameliyathanelerin yenilenme sonrası hizmete girdiği andaki hız ve sonraki seyri incelendiğinde iyileşme olduğu görüldü.

Akreditasyon sürecinde hastanemizde idari organizasyon şemasının dışında ona ek olarak bir kalite yönetimi organizasyonu oluşturduk. Kalite koordinatörlüğü ilaç hataları, düşmeler, enfeksiyon hızları vb. verileri zaman zaman kalite konseyine sunuyor ve iyileştirici çalışmalar orada organize ediliyor.

2002–08 yılları arasında hastanelerimizde ayaktan ve yatan hasta sayılarına bakıldığında artış olduğu görülmekte. Aynı dönem içinde yapılan ameliyat sayısı da (hatta belirli bir dönemde ameliyathaneler tadilatına olmasına karşın) sürekli artmakta. Hemşirelerin hastalara verdiği hizmet, hasta değerlendirmesindeki performansları yukarıdaki tüm artışlara rağmen yükselmekte, enfeksiyon hızı azalmakta. Hasta memnuniyeti anketi sonuçları 2004–08 arasında yıllar içinde %70'den %75'e arttı, çalışan memnuniyetinde de diğerinden daha küçük de olsa bir artış gözlemlendi.

Bu dönem içinde yatan ve ayaktan tedavi alan hasta sayısında %40 üzerinde bir artış, ameliyatlarda %30 üzerinde artış gözlenmesine karşın giderlerdeki artış onlarla karşılaştırıldığında daha az idi. Bu gösterge kurumun verimli çalıştığı anlamına geliyor. Gelirlere bakılacak olursa orada da azalma var. İşlem hacmi artan, verimli çalıştığını verilerle ispat eden ve hastaya verdiği hizmetin kaliteli olduğunu verilerle gösterebilen bir kurumda durum böyle.

Ancak performansı baktığı hasta sayısı ile değerlendiren bir sistemde, farklı hastanelerle karşılaştırıldığınızda verimliliğiniz artsa da verim-

siz görünebiliyorsunuz. Bunun nedeni yatırdığınız hastaların profilinde, yoğun bakım gerektiren ağır hastaların oranı yüksek ise siz maliyetleri başka hastanelere göre azaltsanız bile toplam gideriniz, sizinle aynı sayıda ancak çok daha hafif, daha az komplike hastalara hizmet veren bir hastaneden yüksek olabiliyor.

DRG'ye göre bir geri ödeme sistemi kurulmadığı sürece biz hem demin verdiğimiz örnekte olduğu gibi verimli olduğumuzu söyler dururuz, başka bir hesaplama yöntemine göre de verimsiz kurumlar gibi algılanıp kaderimize mahkum oluruz. Bu sorun çözümlenmeli.

Son olarak değişim yönetiminden söz etmek istiyorum. Kalite geliştirme ve akreditasyon çalışmalarında yapılan iş aslında değişim yönetimidir. Bunun en zorlu tarafı kayıpların göğüslenmesidir. Kurumda bir şeyi değiştirmeye başladığınızda insanlar yeni düzene alışınca kadar performansta önce bir kayıp oluşur, ancak doğru yolda olduğunuzdan emin olarak sebat ettiğinizde değişim sizi önceki durumunuzdan daha iyi hale getirir. Üst yönetim kayıp aşamasında kararlılığını sürdürürse iyi örnekler görüldükçe değişim konusunda tavırlar "biz de deneyelim" biçiminde değişir, göstergeler iyice ortaya çıktığında katılım artar. Değişim süreci boyunca bazı kişiler sonuna kadar direnç gösterir, ama bir kurumda katılım safhasına gelen kişilerin sayısı arttığında (örn. bizimki gibi bir kurumda 5000 çalışanın 500'ü) bu kurumu götürmeye yeterli olur.

Başarı açısından elbette kurum kültürü de önemli. Kurum kültürü işi bir kişiye yikarak destek vermeden izlemek biçimindeyse kalite çalışmalarının başarılı olma şansı zayıftır. Ancak kurum kültürü elbirliğiyle çalışmaya uygun ise kalite çalışmalarının başarılı olması mümkündür, biz bu konuda oldukça şanslıydık, iyi bir kurum kültürümüz vardı."

TARTIŞMA

Tartışma bölümünde 29 Nisan'da Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Yönelik Usul ve Esaslara İlişkin Tebliğ anımsatılarak tebliğin üniversite hastanelerini de kapsadığı ve 3 ay içerisinde gerçekleştirilmesi gereken hedefler konduğu, bununla birlikte üniversite hastanelerinin öngörülen hedefleri oluşturmak için yeterli

olmadığı dile getirildi. Kaliteyi geliştirmek için daha fazla kaynağa gereksinim olduğu, oysa daha kaliteli hizmet sunulduğunda daha farklı bir ödeme yapılmadığı anımsatıldı. Bunun sağlanması, ayrıca ücretlendirmede kurumların gelişme güncelleme payının da yer alması gerektiği dile getirildi

Kalite çalışmalarının artı değer yansıması kaygısıyla değil, standartları yükseltmek, iyi olmak, kaliteli hizmet verme hedefiyle yürütülmesi gerektiği vurgulandı. Hedef artı değer olmasa da bu çalışmaların sonunda kurumda verimliliği arttırıcı yönde olumlu sonuçlar verdiği de vurgulandı. Akredite olmuş yada akreditasyon sürecindeki hastanelerde ortaya çıkan mali sorunların temelinde verimsizlik değil, verimliliğin artmasına karşın hizmetlerin maliyetine göre belirlenen fiyatların düşüklüğünün yattığı dile getirildi.

Akreditasyon sürecinde en önemli zorluklardan birisinin sağlık personelinin, özellikle de doktorların alışkanlıklarını değiştirmek olduğu (örn. izlem notu koyma, istem verme vb. konularda); bu tür aksaklıkların çözümünün de zorlu olduğu belirtildi.

Yeni kurulacak hastanelerde tasarım aşamasında inşaat projelerinin akreditasyon standartlarına göre oluşturulmasının sonraki maliyetleri düşürerek işleri kolaylaştıracağı anımsatıldı. Buna karşılık bugün pek çok hastanenin akreditasyon standartlarını sağlamamasının, yapılarda yangın, deprem güvenliği gibi konularda mevzuat hükümlerine uyulmasa da belediyeler tarafından ruhsatlandırılmalarından kaynaklandığı dile getirildi. Türkiye’de hastanesini ilgili mevzuata göre oluşturan kurumların zaten akreditasyon kriterlerini sağlayacağı vurgulandı.

Akreditasyonun getirdiği verimlilik, bu temelde oluşturulan bilgi işlem sistemlerinin bütçe plan ve denetimini de iyileştirmesi nedeniyle geri ödeme kuruluşlarının hizmet sunucularını akreditasyona zorlaması beklenirken ülkemizde, dünyadan farklı olarak SGK’nin bununla ilgilenmediği, onun yerine üniversite hastanelerinin (hizmet sunucularının) bunu önemseyeceği vurgulandı. Bununla birlikte ABD’de de JCAHO’nun 1918’de kurulmasına karşın, 1965’de Medicare ve Medicaid’in akredite olan kuruluşları tanıyacağını belirtmesinden sonra ilgi görmeye başlamış olduğu anımsatılarak önünde sonunda SGK’nin de akredite kuruluşları kullanma biçiminde bir tercih yapacağı, o nedenle akreditasyon konusundaki çalışmaların kesintisiz sürdürülmesi gerektiği dile getirildi.



ÜHB Toplantısının ikinci gününde dört ana başlıkta çalışma grupları oluşturularak sorunlar daha ayrıntılı olarak ele alındı.

Üniversite Hastanelerinde Organizasyon Verimlilik konulu çalışma grubunda ele alınan konular, dile getirilen sorun ve çözüm önerileri:

Çalışma grubu, katılımcıları bakımından az sayıda olsa da katılımcıların temsil ettiği kurumların özellikleri bakımından geniş bir yelpazeden oluşmuş idi. Aralarında uzun süre önce kurumlaşmış, hastaneler kompleksi şeklinde hastaneleri olan üniversitelerden temsilciler olduğu kadar, yeni kurulmakta olan Üniveritelerin de temsilcileri vardı.

Eldeki durum, gereksinimler ve sorunlar

1. Yönetmelik model olarak üniversitelerin bir kısmında dekanlık ve başhekimlik rektörlüğe bağlı ancak birbirinden ayrı, özerk yapılar.
2. Diğerlerinde dekan yada dekan yardımcılarının aynı zamanda başhekimliği de sürdürdüğü idari şemalar mevcut.
3. Yeni kurulan üniversitelerde ikinci model daha çok kullanılmakta iken, kuruluşu eskiye dayanan üniversitelerden bir kısmında dekanlık ve başhekimliğin ayrılması yönünde yeni çalışmalar mevcut.
4. Hastane işletmeciliğinin gereksinimleri ile tıp fakültelerinin gereksinimleri birbirinden farklı; hastane işletmeciliği farklı yapısal unsurlardan oluşmakta ve son derece profesyonelce yönetilmek zorunda, buna karşılık tıp fakültelerinin varlık nedeni olan eğitim başlı başına önemli, bu nedenle ayrıca ve ciddi biçimde ele alınmalı.
5. Verimliliği etkileyen önemli sorunlardan birisi de üniversite hastanelerinde yardımcı sağlık personelinin yetersizliği. Bu durum üniversite hastanelerine ayrılan kadrolar ve kadro istihdamına ilişkin düzenlemelerdeki kısıtlamalar, devletin personel politikası ve mevzuattan kaynaklanmakta.
6. Yukarıdakine ek olarak ilgili mevzuat ve uygulamalar nedeniyle kadro verilebilen personelin yerinde kalması sağlanamadığından personelin sürekli değişmesi sorunu mevcut, bu da verimliliği azaltmakta.
7. Yeni kurulan yada gelişmekte olan üniversitelerde satın alma süreçlerinde sorunlar yaşanmakta.

8. Üniversite hastanelerinin işlev, sorumluluk ve yükümlülükleri tanımlanmış değil, bu bakımdan yataklı tedavi kurumları yönetmeliği üniversite hastanelerinin işletme sorunlarını çözmede yetersiz kalmakta,
9. Ülkemizde hastane işletmeciliği konusunda bilgi ve deneyim yetersiz, bu konuda sistematik bir eğitim oluşturulmuş değil.

Çözüm önerileri

1. Hastane işletmesi ve tıp fakültesi yönetiminin birbirinden ayrılmasının verimliliği artıracığı, bununla birlikte yeni kurulan üniversiteler için geçici yerel modeller oluşturulabileceği;
2. Özellikle kurulmakta olan, yeni kurulmuş yada gelişmekte olan üniversitelerde satın alma yada hastane işletmeciliği ile ilgili süreçlerde ÜHB bünyesinde ortaklıklar kurulması yada bir bilgi altyapısı oluşturulmasının yararlı olacağı, bu konuda en öncelikli gereksinimin tıbbi malzeme, tıbbi cihaz, ilaç alımları ayrıca hastane alt yapısı ile ilgili alımlarda ortaklık yada bilgi altyapısı olduğu;
3. Ülkemizde hastane işletmeciliği konusunda sistemli bir eğitim olmasından kaynaklanan deneyim ve bilgi eksikliğinin ÜHB bünyesinde hastane işletmeciliği konusunda eğitim desteği sağlanarak çözümlenebileceği; bunun ÜHB bünyesinde bir sertifika programı yada çalışma grupları, kurslar biçiminde eğitim programları oluşturularak gerçekleştirilebileceği;
4. Yataklı tedavi kurumları yönetmeliği dışında doğrudan doğruya üniversite hastanelerini ele alan üniversite hastanelerinin işlev, sorumluluk ve görevlerinin tanımlandığı ve gereksinimlerini karşılayan bir mevzuat oluşturulması gerektiği;
5. Personel alımındaki sorunların çözümlenmesi için gereksinimlerin, eldeki sistemin mali boyutuyla ilgili sorunların ilgili mercilerde ve gerekli tüm platformlarda dile getirilmesi ve mevzuatla ilgili sınırlamaların giderilmesi konusunda adımlar atılması gerektiği öne sürüldü.

Tartışmalarda

1. En önemli çalışma alanlarından birisinin yapılanma konusu olduğu, Tıp fakültesi bünyesinde dekanlık ve anabilim dallarından oluşan yapılanmanın başhekimlikle eşgüdüm içinde çalışması konusunun önemli bir sorun olduğu dile getirildi. Başhekimin bu süreci Anabilim

Dalı Başkanlarıyla mı yoksa farklı bir yapılanma içinde mi götürmesi gerektiği sorusu ortaya atıldı.

2. Hastane hizmetlerinin Başhekimliğe bağlı ancak tıp fakültesi dışında uzmanlar tarafından yürütülmesi önerisi ileri sürüldü ancak bunun hem üniversite hastanelerinin işlev ve tanımlarıyla bağdaşmayacağı hem de nitelik açısından ortaya çıkaracağı sorunlar dile getirildi. Bu sürecin anabilim dalları ile iletişim içinde yürütülmesinin daha uygun olacağı öne sürüldü.
3. Hacettepe Üniversitesi'nin idari modelinde, tıp fakültesi ve hastane işletmeciliğinin üniversitenin kuruluşundan beri ayrı yapılanma içinde olduğu, bunun bir avantaj oluşturduğu, hastaneler genel direktörlüğünün dekanlıktan tamamen ayrı, hastaneyi işletme olarak ele alan bir yapı olduğu ve bu haliyle anabilim dallarının lojistik açısından muhatabı olduğu; anabilim dallarının akademik yönden dekanlığa, lojistik yönden Hastaneler genel direktörlüğüne bağlı olduklarının bilincinde hareket ettiği dile getirildi. Ayrıca her anabilim dalında işletme boyutundan sorumlu bir öğretim üyesi yada görevlisinin Hastaneler Genel Direktörlüğü ile özellikle mali işlerden sorumlu Hastaneler Genel Direktör Yardımcısı ile sürekli olarak yakın ilişki içinde çalıştığı belirtildi. Laboratuvarların genel çerçevede ele alındığı ve merkez laboratuvarları olarak işletildiği, birimlerin altında kısıtlı spesifik birkaç laboratuvar bulunduğu, radyolojinin de genel yapının içinde değerlendirildiği aktarıldı.

Sonuç olarak tüm tartışmalarda ortak tespitin üniversite hastanelerinin bir işletme olması ve verimlilik esasına göre çalışması gerektiği, eğitimin de başlı başına önemli olduğu ve ayrıca ciddi biçimde ele alınması gerektiği o nedenle bu iki yapının tek elden yürütülmesinin verimsiz olduğu vurgulandı.

Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Üniversitelerin Yeri ve Önemi başlıklı çalışma grubunda ele alınan konular, dile getirilen sorun ve çözüm önerileri:

Eldeki durum, gereksinim ve sorunlar

1. Üniversite hastaneleri Türkiye'deki hekimlerin %22'sini bünyesinde barındırmaktadır, bu nedenle bu kurumları sağlık hizmetlerinin di-

şında düşünmek olanaksızdır, sağlık hizmeti içerisinde yer almaları gerekmektedir.

2. Ülkemizde ciddi bir sağlık planlaması sorunu mevcuttur, ayrıca planlamanın hangi elden nasıl yapılacağı da belli değildir. Örneğin bir üniversite hastanesi bulunduğu bölgede ihtiyaç gördüğü alanda bir yapılanmaya giderken, aynı şehirde kurulan sağlık bakanlığına bağlı bir devlet hastanesi de ilkinden bağımsız ve planlamasız biçimde aynı türden yapılanmaya gidebilmektedir.
3. Hangi ilde kaç yatak gerektiği, hangi sınıfta (2.-3. basamak) ne kadar yatağa ve her yatak sınıfı için kaç personele gereksinim olduğu konusunda bir planlama yoktur.
4. Temel varlık amacı eğitim olan üniversite hastaneleri sağlık hizmetlerinde de önemli bir rol üstlenmektedir, buna karşılık üniversite hastanelerine Sağlık planlamasında yeterince önem, etkin bir işlev ve sorumluluk verilmemektedir.
5. Üniversite hastanelerinde yatırım için yeterli kaynak ve olanak mevcut değildir, bu kurumlar SB'ye bağlı hastaneler kadar rahat kaynak sağlayamamakta ve tüm gereksinimlerini döner sermayeden karşılamaları beklenmektedir,
6. Üniversite hastanelerinde en başta yardımcı sağlık personeli olmak üzere ciddi kadro sorunu mevcuttur. Bu bakımdan üniversite hastaneleri gerek özel hastanelerin gerekse de SB hastanelerinin gerisindedir. SB'ye bağlı hastanelerde her hemşireye 2 yatak düşerken bu oran özel hastanelerde 1,3; üniversite hastanelerinde ise hemşire başına 2,6 yataktır.
7. Diğer yardımcı sağlık personeline ise durum daha da kötüdür. Üniversite hastanelerinde diğer yardımcı sağlık personeline kişi başına 5-5,5 yatak düşerken SB'ye bağlı devlet hastanelerinde bu oran personel başına 2 yataktır.
8. Kadro sıkıntısının başlıca nedenlerinden birisi, Devlet Personel Dairesi Başkanlığı'nca, 2009 yılı Merkezi Bütçe Kanununun 22. maddesiyle belirlenene göre 2008 yılında (13/12/1983 tarihli ve 190 sayılı Genel Kadro ve Usulü Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 2.nci maddesinde belirtilen kamu idare, kurum ve kuruluşları; serbest memur kadrolarına) emeklilik, ölüm, istifa veya nakil sonucu ayrılan memur sayısının yüzde 25'ini geçmeyecek şekilde açıktan veya diğer

kamu idare, kurum ve kuruluşlarından nakil suretiyle atama yapabileceği kısıtlamasının getirilmesidir,

9. SB hastanelerinden farklı olarak üniversite hastanelerinde 4B kadroları döner sermaye üzerinden ödenmekte, yukarıda belirtilen devlet personel politikası çerçevesinde kadrosu 4A olan personel sayısı azaldıkça personel gereksinimi daha yüksek oranda 4B ile üniversitelerin döner sermayesinden karşılanmakta ve bu da döner sermaye gider kalemleri arasında personel bütçesinin giderek ve hızla artmasına yol açmaktadır

Çözüm önerileri

1. Ulusal bir sağlık planı oluşturulması, bölgesel ve kurumsal olarak yatak sayılarının böyle bir plan doğrultusunda belirlenmesi,
2. Sağlık hizmetlerini planlayan bağımsız çalışan bir üst kurul yada resmi kuruluş oluşturulması (Amerika yada Fransa örneğinde olduğu gibi),
3. Gerekli yatırımlar için imkan sağlanması (hazine katkısı, kredi vb.)
4. Genel bütçeden aktarılan ödeneklerin artırılması,
5. Üniversiteler büyüdüğü halde her yıl genel bütçeden ayrılan ödeneklerin azaltılmakta olduğu, bunların arttırılmasının sağlanması, döner sermaye dışındaki kaynakların da (genel bütçe, özel bütçe yada bağış yollarının) üniversite hastanelerinin kullanımına açılması gerektiği,
6. Ücretlendirmenin diğer sağlık kuruluşlarından farklı olması gerektiği,
7. Personel giderlerinin tamamına yakının döner sermayeden karşılanması yolundaki tutumun değiştirilerek üniversite hastanelerine bu bakımdan SB hastanelerindeki kolaylıkların sağlanması (Maliye Bakanlığı temsilcisi Sn. Nuri Ağbal'ın bir gün önce yaptığı sunumda üniversite hastanelerinin gelirlerinin artmayacağını açıkça dile getirdiği göz önünde bulundurulursa giderlerin azaltılması bakımından bu yaklaşım bir kaynak oluşturabilir).
8. Üniversite hastanelerinde akademik kadrolar dışında hekim kadroları olması,
9. Yan dal ihtisası yapanlar başta olmak üzere tüm doktorların zorunlu hizmet yükümlülüğünü yerine getirirken üniversitelerde de görev yapabilmesi,

10. Yardımcı sağlık personeli kadrolarının SB'ye bağlı hastanelere denklenmesi, bu amaçla personel dağılım cetvellerinde (bu cetveller SB'ye bağlı hastanelerde ihtiyaç fazlası olan yardımcı sağlık personelinin, personel ihtiyacı olan hastanelere görevlendirme ile gönderilmesi ve personel açığının dengelenmesi için kullanılmakta) üniversite hastanelerinin de yer alması,
11. Üniversite hastanelerinin farklı hasta profili göz önünde bulundurularak ücretlendirmede diğer sağlık kuruluşlarından farklı bir model seçilmesi,
12. Kullanılan malzemelerin geri ödeme kuruluşuna fatura edilmesi aşamasında, ayrıca sistemin çalışmaması nedeniyle zaman zaman hizmetlerin fatura edilmesinde yaşanan sıkıntıların çözülmesi
13. Aile hekimliği sisteminin uygulandığı ülkelerde, üçüncü basamak hizmetlerinin verildiği hastanelerde azalan hasta sayısına paralel olarak tedavi ücretleri artırılmış ve bu hastanelerin gelir kaybını önüne geçilmiştir. Bu sistemin ülkemizde de uygulanması,
14. Geri ödeme sisteminin üniversite hastaneleri için gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Üniversite hastanelerinde kalite, akreditasyon uygulamaları ve sonuçların değerlendirilmesi başlıklı çalışma grubunda ele alınan konular ve öneriler:

1. Üniversite hastanelerinde kalite ve akreditasyon çalışmaları yapılmalıdır.
2. Kalite ve akreditasyon çalışmalarının ek kaynak, ek kadro ve tesisin belirli şartlara getirilmesi bakımından ciddi bir mali boyutu vardır, o nedenle akreditasyon çalışmalarının bir devlet politikası olarak ele alınması, finansmanının planlanması ve kurumların ekonomik olarak desteklenmesi gereklidir.
3. Akredite hastaneler tarafından verilen sağlık hizmetinin farklı ücretlendirilmesi gerekir.
4. Yeni kurulacak (Tıp Fakültesi) Üniversite Hastanelerinde alt yapı projelerinde teknik şartnameler hazırlanırken akreditasyon kriterleri dikkate alınmalıdır.
5. Üniversite Hastaneler Birliği Türkiye'de kurulacak ulusal sağlık akreditasyon sisteminin tasarımında söz sahibi olmalıdır.

6. Hastane akreditasyonu çalışmaları eğitim programlarının akreditasyonu çalışmalarına destek sağlar.
7. Akreditasyon çalışmaları sağlık turizmüne katkıda bulunacaktır.
8. Mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası tıp eğitiminde sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi ve akreditasyon konularına daha geniş yer verilmelidir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin kalitesi ve verimliliğin artırılması bakımından akreditasyonun gerekliliğinin tartışılmaz olduğu, mali boyutu göz önünde bulundurulduğunda devlet politikası haline gelmesi ve desteklenmesi gerektiği, ayrıca ulusal sağlık akreditasyon sisteminin oluşturulması konusunda ÜHB'nin çalışma yapması gerektiği konusunda fikri birliğine varıldı.

Üniversite Hastanelerinin Finansal Sorunları ve Çözüm Önerileri başlıklı çalışma grubunda ele alınan konular ve çözüm önerileri:

1. Üniversite Hastanelerinin temel fonksiyonunun hizmetten öte eğitim olduğunun mutlaka algılanması sağlanmalı, finansal yapı buna göre organize edilmelidir.
2. Fiyatlandırma gözden geçirilmeli, ÜHB kendi içerisinde çalışarak kendi fiyat listesini SGK ya sunabilmeli,
3. Yatan hastalarda geri ödemede daha çağdaş bir geri ödeme modeline geçilmeli,
4. Yatan hastalarda keyfi, kurala bağlı olmayan yada kural dışı kesintiler için SGK ile doğrudan görüşülmeli, gerekirse hukuk yoluna başvurulmalı, geri ödeme hızlandırılmalı,
5. 4/B kadroluların maaşları diğer sektörlerde olduğu gibi devlet tarafından karşılanmalı, yeni oluşan üniversitelerde 4/B kadrolarıyla ilgili bir oran tespit edilmeli,
6. İnşaat harcamaları için yatırımlar sağlık bakanlığı hastanelerinde olduğu gibi merkezi bütçeden olmalı, aksi takdirde renovasyon çalışmaları olanaksız hale gelmektedir.
7. Hastalar eğitime katkı payı vermeli,
8. Hazine kesintisi Sağlık Bakanlığı ile benzer orana indirilmeli, araştırma hesabı için genel bütçeden ek kaynak ayrılmalı,

9. Tam gün yasası mali kaynağı sağlamadan gerçekleşmemeli, kaynak sağlanarak yasa geçekleşirse Başhekim ve Başhekim yardımcıları kapsam içinde olmalıdır.

TARTIŞMA

Dünyanın hiçbir yerinde artık sağlık hizmetlerinin tüm toplumu ve tüm sağlık hizmetlerini kapsamadığı, sonsuz olmadığı, öte yandan üniversite hastanelerinin ve öğretim üyelerinin verdiği hizmetin özel olduğu, katkı payı alınması gerektiği vurgulandı. Katkı payı için dünyada çeşitli hesaplamalar olduğu belirtildi (örn. Amerika'da bir hastanın yıllık diyaliz geliri, vb).

Üniversite hastanelerinin buldukları illere katma değer getirdikleri bu nedenle yerel bütçeden pay almaları gerektiği öne sürüldü.

Sonuç olarak SGK'nin uygulamalarının ciddi sorunlara yol açtığı, geri ödeme modelinin düzeltilmesi gerektiği, tam gün yasasının kaynak sağlanmadan yürürlüğe girmesinin sakıncalı olacağı vurgulandı.

16-17 Mayıs 2009 Tarihlerinde Hacettepe Üniversitesi'nde Gerçekleştirilen ÜNİVERSİTE HASTANELERİ BİRLİĞİ II. Toplantısının Sonuç Bildirisi

Bir ay önce İstanbul'da yapılan 1. Üniversite Hastaneleri Birliği toplantısının ikincisi Hacettepe Üniversitesi Kültür Merkezinde 49 Tıp Fakültesinden 14 Sn. Rektör ve 15 Sn. Dekan'ın içinde yer aldığı 89 değerli katılımcı ile başarıyla gerçekleştirilmiştir. Bu toplantıya da istekli ve coşkulu bir şekilde katılımın olması memnuniyetle karşılanmıştır.

İlk gün yapılan toplantılarda Üniversite Hastanelerinin özellikle içinde buldukları mali zorlukların nedenleri ve gelecek için öngörüler görüşülmüş, bütçe ve mali kontrol açısından mali yapılandırma ve döner sermaye yasa tasarısı ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Sağlık harcamalarının artışında ilaç harcamalarının çok büyük miktarda olmasının olumsuz bir gösterge olmasına karşın bu yönde yetkililerce herhangi bir önlem alınmamasının ciddi bir eksiklik olduğu vurgulanmıştır.

Önümüzdeki yıllar için Üniversite Hastanelerinin gelirlerin arttırılmasına yönelik devlet kaynaklı bir gelişmenin beklenmediği, döner sermayelerin güçlendirilmesi için herhangi bir öneri sunulmaması, buna karşılık giderlerin azaltılması yönünde Üniversite Hastanelerinden yana bir beklenti içinde bulunduğu açıkca ifade edilmiştir. Bu beklentinin başta döner sermayelerin zayıflatılması olmak üzere Üniversite Hastanelerini işlevsiz kılma tehlikesini beraberinde getirdiği açıktır. Yukarıdaki konuyla bağlantılı olarak tam gün yasa tasarısı interaktif tartışma ile aynı çerçevede irdelenmiş ve Üniversite Hastanelerini daha da zor günlerin beklediği kanaatine varılarak bundan duyulan üzüntü ve kaygılar belirtilmiştir.

Üniversite Hastaneleri ve buralarda görev yapan hekimlerin yasal sorumlulukları ve karşılaştıkları sorunlar ele alınmış, bu konuda yasal boşluklar olduğu bu nedenle de yasal düzenlemelerin ivedilikle yapılmasının, özellikle hiçbir hukuki belgede tanımı yer almayan Üniversite Hastanelerine ait özel bir yasal düzenlemenin yapılmasının, ayrıca hekimlerin görev ve sorumlulukları ile bağlı buldukları farklı yasa, tüzük

ve yönetmeliklerin elden geçirilerek günün şartlarına uygun yeni bir yasa çıkarılmasının gerekliliği vurgulanmıştır.

Tıp Fakülteleri ile Sağlık Bakanlığı hastaneleri arasındaki afilyasyon şartları, Bakanlık ve Üniversite perspektifinden değerlendirilmiş ve konunun yasal olarak alt yapısının oluşturulması gerektiği, temel olarak her iki tarafın da afilyasyonun gerekliliği konusunda mutabakat içinde olduğu belirlenmiştir.

Üniversite Hastanelerinde kalite, verimlilik, akreditasyon ve hasta güvenliği konuları Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri deneyimleriyle ayrıntılı olarak incelenmiş ve konunun önemi anlatılmıştır. Özellikle akreditasyon sürecinin zorluğu ve gereklilik derecesi tartışılmıştır.

İkinci gün çalışma grupları toplanmış ve gruplarda oluşturulan fikirler katılımcılara sunularak paylaşılmıştır. Bu sunumlarda Dekanlık ve başhekimliğin birbirinden ayrı mekanizmalar olduğu, yardımcı sağlık personelinde kalite ve kantite sorununun bulunduğu, personel alımında mevzuat oluşturulması, yeni Tıp fakülteleri için farklı geçiş modelleri yaratılması gerektiği, hastane işletmeciliği ve üniversitenin akademik işlevlerinin ayrılmasının verimliliği artırabileceği vurgulanmıştır. Sağlık Hizmetini planlayan bir Bağımsız Üst Kurul oluşturulması, hastanelere akademik kadrolar dışında hekim kadrolarının verilmesi, özellikle yandal ihtisası yapanlar olmak üzere doktorların zorunlu devlet yükümlülüğünü üniversitelerde de yapabilmelerinin sağlanması önerilmiştir. Aile hekimliği sisteminin uygulandığı ülkelerde üçüncü basamak hizmetlerinin verildiği hastanelerde azalan hasta sayısına paralel olarak tedavi ücretleri artırıldığı ve bu hastanelerin gelir kaybının önüne geçildiği ifade edilerek bu sistemin ülkemizde de uygulanmasının gerekliliğine işaret edilmiştir. Geri ödeme sisteminin üniversiteler için yeniden gözden geçirilmesi, üniversite hastanelerinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının yapılması ve bu bağlamda ÜHB'nin Türkiye'de kurulacak Ulusal Sağlık Akreditasyon Sisteminin tasarımında söz sahibi olması istenmiştir. **Üniversite Hastanelerinin temel fonksiyonunun hizmetten önce eğitim ve araştırma olduğunun mutlaka algılanması gerektiği ve tam gün yasa tasarısının mali kaynak sağlanmadan yasalaşmaması gerektiği** hususu bir kez daha vurgulanarak gecikmeksizin platformumuzun görüşlerini yansıtmak üzere gerekli girişimlerde bulunulması istenmiştir.

İstanbul'da yapılan ilk toplantıda alınan 7 karardan 6'sının gerçekleştirilmesinden alınan güç ve cesaret ile, yeni somut adımlar atılması için girişimlerde bulunulmasının uygun olduğu kanaatine varılmıştır.

Yukarıdaki belirtilen hususlar ışığında aşağıdaki kararlar alınmıştır:

1. İki günlük toplantının geniş bir rapor haline getirilmesine ve katılımcılara ve ilgililere gönderilmesine,
2. III. Üniversite Hastaneleri Birliği toplantısının Eylül/Ekim ayı içinde Atatürk Üniversitesinin ev sahipliğinde Erzurumda yapılmasına,
3. Bundan sonraki toplantılara sorunlarımızın paydaşları olan Sağlık Bakanlığı, SGK, YÖK ve diğer ilgili kurum temsilcilerinin davet edilmesine,
4. Her kademe ve görüşmede platformu temsil yetkisinin ÜHB İcra Kurulu olarak İstanbul Ü. Rektörü Sn. Yunus Söylet, Hacettepe Ü. Rektörü Sn. Uğur Erdener, Ege Ü. Rektörü Sn. Candeğer Yılmaz, Gaziantep Ü. Rektörü Sn. Mehmet Yavuz Coşkun ve 19 Mayıs Ü. Rektörü Sn. Hüseyin Akan'a verilmesine,
5. ÜHB İcra Kurulu üyelerinin Haziran sonuna kadar YÖK, Sağlık, Maliye ve Çalışma Bakanları, DPT Müsteşarlığı, TTB, SGK Başkanı, DPD Başkanı, TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı ve gerek gördükleri diğer başka yetkililerle görüşmeler yapmasına,
6. Hangi üniversitenin hangi ürünü, nereden, ne kadar fiyatla aldığına dair bilgileri ortak paylaşımına açan Üniversite Hastaneleri Satınalma Network'ü kurulması için Uludağ Ü. Tıp Fak. Dekanı Sn. Prof. Dr. Sadi Kılıçturgay'ın konuyla ilgili detaylı çalışma yapmasına bir sonraki toplantıya getirmesine,
7. Platformumuzda ihtiyaç duyulan hukuk komisyonu, afilyasyon komisyonu ve sağlık sigortacılığı ve geri ödeme komisyonu gibi komisyonların kurulmasına ve komisyon üyelerinin HÜB İcra Kurulunca belirlenmesine,
8. ÜHB-platformu mail grubuna üye kaydının yapılması için gayret gösterilmesine ve aktivitemize şimdilik platform halinde devam edilmesine katılımcılarca karar verilmiştir. 17.05.2009

