



TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

GENEL CERRAHİDE PERFORMANS SİSTEMİ ÇALIŞTAYI 2010



Türk Cerrahi Derneği

GENEL CERRAHİDE PERFORMANS SİSTEMİ ÇALIŞTAYI

26.12.2010

Editörler

Prof. Dr. Cem Terzi - Prof. Dr. Fatih Ağalar



TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Türk Cerrahi Derneği

GENEL CERRAHİDE PERFORMANS SİSTEMİ ÇALIŞTAYI - 2010

Bu yayının her hakkı saklıdır. Tanıtım için yapılacak alıntılar dışında Türk Cerrahi Derneği'nin izni olmaksızın, tamamı ya da bir bölümü, hiçbir yolla ve biçimle çoğaltılamaz, dağıtılamaz, veri tabanlarında ve bilgi erişim sistemlerinde kullanılamaz.

ISBN:978-975-97830-8-2

TÜRK CERRAHİ DERNEĞİ

Koru Mah. Koru Sitesi

Ihlamur Cad. No:26, 06810, Çayyolu, Ankara

Tel: (312) 241 99 90

Faks: (312) 241 99 91

E-posta: turkcer@turkcer.org.tr

www.turkcer.org.tr

Tasarım ve Uygulama

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Ziya Gökalp Cad. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara

Tel: (0-312) 431 3062

Baskı

Tuna Matbaacılık San. ve Tic. A.Ş.

Bahçekapı Mah., 50. Sok. No:7

06370 Şaşmaz, Ankara

Tel: (0-312) 278 3484

Baskı Tarihi: Ocak 2011

İÇİNDEKİLER

Çalıştayın Amacı ve Çağrı Metni	5
I. Bölüm: SUNUŞ	7
II. Bölüm: PERFORMANS SİSTEMİ HAKKINDA TCD GÖRÜŞ VE ÖNERİ RAPORLARI	15
III. Bölüm: PERFORMANS SİSTEMİ HAKKINDA ÜYELERİN GERİ BİLDİRİMLERİ	27
IV. Bölüm: TCD PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ DEĞERLENDİRME ANKETİ 2010 SONUÇLARI	41
V. Bölüm: ÇALIŞTAY SUNUMLARI	53
VI. Bölüm: ÇALIŞTAY SONUÇ BİLDİRGESİ	133
VII. Bölüm: EKLER	153

Türk Cerrahi Derneği

GENEL CERRAHİDE PERFORMANS SİSTEMİ ÇALIŞTAYI PROGRAMI

Çalıştay Yöneticileri: Prof. Dr. Cem Terzi, Prof. Dr. Fatih Ağalar
Çalıştay Raportörleri: Uzm. Dr. Sedat Döm, Dr. Tayfun Şahiner
Tarih: 26 Aralık 2010, **Yer:** TCD Merkezi, Çayyolu, Ankara

10.00-10.30 Kayıt

10.30-10.45 Açılış Konuşmaları

Prof. Dr. Cem Terzi
TCD Başkanı

10.45-11.00 Performans Sistemi ile ilgili TCD Ön Görüşü

Prof. Dr. Fatih Ağalar
TCD Yönetim Kurulu Üyesi

11.00-11.15 S.B. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Ölçeğinde Performans: Deneyimler

Op. Dr. Hakan Özel
S.B. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği

11.15-11.30 S.B. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Performans Uygulamasının Bir Şef Gözünden Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Adil Baykan
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

11.30-11.45 Üniversite Hastanelerinde Performans Hakkında Beklentiler ve Döner Sermaye Deneyimi

Doç. Dr. Erol Eroğlu
T.C. Isparta Devlet Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bölümü

11.45-12.00 Yeni Uygulanacak Olan Performans Sistemi Neler Getiriyor?

Prof. Dr. Alper Cihan
İstanbul Üniversitesi

12.00-13.00 Kurum Katılımcılarının Konuşmaları ve Tartışma-I

(Kurum katılımcıları alfabetik sıra ile konuşacaklar - Her sunum 5 dakika ve 12 katılımcı)

13.00-13.45 ARA-YEMEK

13.45-14.45 Kurum Katılımcılarının Konuşmaları ve Tartışma-II

(Kurum katılımcıları alfabetik sıra ile konuşacaklar - Her sunum 5 dakika ve 12 katılımcı)

14.45-15.15 KAHVE ARASI

15.15-15.45 Çalıştay Ön Raporu'nun Raportörler tarafından sunulması

15.45-16.15 Çalıştay Raporu'nun Tartışılması ve Katılımcılar tarafından onaylanması

16.15-16.30 Kapanış ve Gelecek Çalışmaların Planlanması

ÇALIŞTAYIN AMACI ve ÇAĞRI METNİ

Bildiğiniz üzere ülkemizde 2004 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde uygulanmakta olan performans sistemi 01 Şubat 2010 tarihinde üniversite hastanelerinde de uygulanmaya başlanacaktır.

Şimdiye kadar tamamen işlem sayısı (volüm) tabanlı bir değerlendirme sistemi ile yürütülen “Performansa Dayalı Geri Ödeme” uygulamaları pek çok sorun içermektedir.

Bu sorunların en yoğun yaşandığı alanlardan biri de genel cerrahidir.

Türk Cerrahi Derneği olarak son iki yılda Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde uygulanmakta olan performans sistemi için iki rapor yayınlayarak ilgililere sorunları ve çözüm önerilerimizi sunmaya çalıştık. Bir sonuç alınamadı...

Yeni yıl itibarı ile üniversite hastaneleri de performans sisteminin getirdiği değişim zorlamaları ve sorunları ile karşı karşıya kalacaktır. Bu nedenle aşağıda programını sunduğumuz “Performans Değerlendirme Çalıştayı” nı düzenlemeye karar verdik.

Bu çalıştayın amacı, üniversite hastanelerinde uygulamaya konulacak olan performansa dayalı geri ödeme sisteminin nasıl olacağı konusunda bilgi edinmek, bu sistemin genel cerrahi alanına etkilerini değerlendirmek, var olan olası sorunları ve gelecekteki yaşanması muhtemel olumsuzlukları saptamak, çözüm önerileri geliştirmek, bu konularda TCD önderliğinde ortak görüş oluşturmak ve gelecekte yapılacak çalışmaları planlamaktır.

Bu Çalıştayın hedef kitlesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanları ve Klinik Şefleri'dir. Çalıştay'a YÖK, Sağlık Bakanlığı ve TTB yetkilileri de davet edilecektir.

Katılımınız kurumunuzu temsil etmenizle kalmayıp geleceğimizi etkileyecek bu konuda gerçekçi ve doğru saptamalar yapmak ve öneriler geliştirmek için büyük önem taşımaktadır.

Kurum temsilcilerine Çalıştay'da konuyu kendi kurumları açısından değerlendirmeleri için söz verilecektir.

Çalıştay'da görüşmek üzere en içten saygılarımızı sunarız.

Prof. Dr. Cem Terzi

Türk Cerrahi Derneği

Yönetim Kurulu Başkanı

I. Bölüm

Sunuş



Performansa Göre Ödeme Sistemi:

Etik değil!

Akılcı değil!

Adil değil!

Yararlı değil!

Üstelik dünyada yaygın bir uygulama da değil!

Prof. Dr. Cem Terzi

Dünyada yeni ve kısmi (uygulayan ülke sayısı az ve uygulama olan ülkelerde hekim ücretlendirmesinin küçük bir kısmı ya da topluma sunulan sağlık hizmetinin kısıtlı bir kısmı için) bir uygulama olan performans sistemi, ülkemizde ortaya çıkan sorunlarına rağmen tüm sağlık hizmetini kapsayacak ve hekim ücretlendirmesinin ciddi bir kısmını oluşturacak biçimde genişletiliyor...

Bu sistemin yaratıcısı ve bizdekine kıyasla daha küçük bir ölçekte uygulayıcısı olan Amerika Birleşik Devletleri(ABD)'nde performans sisteminin yol açtığı meslek erozyonu ciddi boyutlardadır. Aşağıda sunulan literatür derlemesi performansa göre hekim ücretlendirmesi hakkında ABD'de yapılan çalışmalara dikkat çekmek amacıyla.

Bu sistem açıkça hekimliğin varoluşsal temelini değiştirme riski taşımaktadır.

Adeta hekimlik mesleğinin genetiğine müdahale edilmektedir.

Son 4 yıllık kısmi uygulama ile ülkemizde ortaya çıkan büyük sorunları bir önceki raporumuzla (daha sonraki bölümlerde ayrıntılı biçimde yer alacaktır) kamuoyuna sunmuştuk.

Şimdi ise neredeyse tüm sağlık sisteminde performansa dayalı ödemeye geçilmektedir.

Sistemin kurucuları ve uygulayıcıları tarihsel bir sorumluluk altındadır.

Meslektaşlarımızı ve toplumu uyarıyoruz: Performansa göre ücretlendirme hekim hasta ilişkisini bir daha düzeltilemeyecek biçimde bozabilir!

Performansa göre ödeme (PGÖ) hekimin gelirinin finansal teşvik doğrultusunda hasta görme ve girişim yapmalarına göre değişmesi olarak tanımlanmaktadır(1).

Performans sisteminde, sağlık hizmeti sunanlara hizmetin karşılığını ödeyenler tarafından bir dizi gerçekleştirilmesi gereken hedefler konmakta ve bunları başarmaları talep edilmektedir. Sistemim amacı sağlık hizmetinde kaliteyi artırmak ve kaynak kullanımını etkinleştirmek için sağlık sistemine piyasa güçlerini yerleştirmek olarak özetlenmektedir. Böylelikle piyasa mantığı, kalite ve maliyet üzerinde asli ve temel bir etki oluşturacaktır (1).

Düzenleyiciler tarafından övülen PGÖ sistemi hekimler tarafından ciddi biçimde eleştirilmektedir. ABD’de performans sisteminin hekimin yetenek ve tecrübelerini aşağıladığını ileri süren yazarlar olmuştur (2).

Performans sisteminin uzun vadede sağlık hizmetlerini nasıl etkilediği henüz bilinmemektedir. Sağlık hizmetlerinde iyileşmeyi değerlendirmek ve kanıtlamak teknik olarak çok güç bir konudur ve PGÖ sistemi kriterleri arasında genellikle sağlık hizmetinde iyileşme bir ölçüt olarak yer almamaktadır (3).

PGÖ sistemlerinin uygulama maliyetleri yüksektir (4) ve sağlık hizmeti kullanımı artırma potansiyeline sahiptir (5).

Performans ölçütleri standardizasyondan yoksundur ve değişik durumlar için uygulanabilirliği oldukça kısıtlıdır (6).

PGÖ ile ilgili çalışmalar sistemin en kolay ölçülebilir konulara odaklandığını ve bu konuların genellikle en önemli konular olmadığını ortaya koymuştur (7).

Ayrıca bireysel ölçümlere odaklanan sistem bir ekip çalışması olması istenen ve böylece daha etkin ve yararlı olması beklenen kalite gelişimini kötü yönde etkilemektedir(7).

Birden çok sayıda uzmanın devrede olduğu durumlar için sonuçları ve bunların birbirine bağımlı ödemelerini öngörmek oldukça zordur (8).

PGÖ ağır hastaları tedavi eden hekimlerin bir bakıma cezalandırılmaları gibi ters teşvik edici durumlara yol açmaktadır (9,10). Bu durum hekimlik değerleri ile tam bir çelişkidir.

Tıp mesleği ontolojik olarak insanlara hizmet etme idealine dayanır. Oysa PGÖ sistemi, hekimin sağlık hizmeti/hasta bakımı ile ilgili düşünce ve davranışlarını ekonomik teşviklerle yönetmekte ve hekimlik idealleri ile açık bir çelişkiye düşmektedir.

Hekimlik mesleği seçimi yalnızca bir kariyer tercihi değildir. Bu mesleği seçerken ve uygularken hümanizm ve insana hizmet etme güdülleri başat rol oynar. Tıp mesleğinin bu özelliği, hasta bireyler ve toplum için binlerce yıldır büyük olumluluklara yol açmıştır. Hekimlerin meslekleri ile edindikleri insana hizmet etme ve hümanizm gibi değerler, bir birey olarak kişisel çıkarları doğrultusunda hareket etmelerine karşı güçlü bir denge oluşturmaktadır.

Oysa PGÖ sistemi potansiyel maddi ödül ve/veya cezalandırmaya dayalıdır. Sonuçları hastaların değil üçüncü bir tarafın (hükümet ya da ödeme kurumu) tatminiyle ilişkilendirmektedir. Bu durum tıp mesleğinin temel kurgusuna aykırıdır (11).

PGÖ sistemi hasta-hekim arasındaki ilişkiyi rekabetçi primleri ile de bozmaktadır. Bu ödeme sistemi hekimleri birbiri ile yarışmaya itmektedir. Önceden belirlenmiş göstergelere göre performansta artış sağlayabilenler ödüllendirilmektedir. Bu önceden belirlenmiş göstergeler genellikle klinik sonuçlardan çok referans yapısal iyileşmelere dayandırılmaktadır (12).

Pek çok çalışma, kompetitif PGÖ sisteminde herkesin ortadaki paradan bir pay kapmak için çalıştığını göster-

miştir. Performansı yüksek olan hekimler bile hâlihazırda yüksek olan performanslarının devamını sağlamak için bu oyuna devam etmek zorunda kalmaktadır. Sağlık hizmeti kalitesinde gerçek gelişimi ölçmek ve tanımlamak ise bu sistemde imkânsızdır (12).

Ayrıca yapılan çalışmalarda PGÖ sistemi ile elde edilen kazançların hekim primlerini karşılamakta yetersiz kaldığı gösterilmiştir (12).

Hekimlerin toplumsal olarak şekillendirilmiş bir bilinçle karar verdikleri kabul edilmektedir. Hekimlerin toplumsal eğitimleri birine, birinin ailesine ya da toplumun kollektif yapısına zarar verecek bir tercih yaptıklarında derin bir suçluluk duymalarına neden olmaktadır (13).

ABD Tabipler Birliği başkanı William G Plested'in gözlemlerine göre PGÖ tıp mesleğinin erozyonuna geçmiş on yıllardaki geri ödeme kesintilerinden çok daha büyük bir katkıda bulunmuştur. "...En büyük tehdit bir mesleğin kendisi için belirlediği mesleki kurallarından vazgeçmesidir..." Plested hekimleri tıbbi ve onun ana prensiplerini koruyan bir grup olarak tanımlamaktadır. Hekimleri mesleklerini geri almaya ve değerlerini korumak için haklarını yeniden kazanmaya çağırılmaktadır (14).

"Bu çağrı hekimlerin yalnızca meslektaşlarına hesap verdikleri ve her şey üzerinde otorite oldukları eski paternalistik modele geri dönüş olarak algılanmamalıdır. Yetmişli ve 80'li yıllarda hukuk ve tıp gibi mesleklerde önemli ve radikal bir demistifikasyon ortaya çıktı. Hekimler mesleklerinin sorgulanmasını ve hastalara şeffaf biçimde hizmet etmeyi benimsedi. İnternetin yaygınlaşması ve tıbbi içeriğe erişimin kolaylaşmasının hasta hekim ilişkileri üzerinde önemli etkileri oldu ve bu durum hasta hekim arasındaki bilgi asimetrisini azalttı. Hekimler bilgilerini ve deneyimlerini hastalarının yaşam biçimi ve ihtiyaçlarına göre kullanmaya başladılar. Şeffaflaşan hekimlik uygulamaları sayesinde hasta-hekim ilişkileri daha eşitlikçi olmaya başladı" (14).

"Şimdi PGÖ sistemi ile gelen ekonomik teşvikler, hasta hekim ilişkisini oynak bir zemine oturtmaktadır. Hekimin öncelikli motivasyonu hastasının iyiliğini savunmak olmadığına raydan çıkmaktadır. PGÖ sistemi hekimleri genel durumu kötü hastaların tedavisinden kaçınmaları konusunda cesaretlendirmektedir" (14).

"Uygulama farklılıklarına karşın eğer PGÖ emrivaki haline getirilecek gibi görünüyor. Sistemin açıklarını bulmak hekimlerin ahlaki ve etik bir görevidir"(14).

Dr. R. Adams Dudley, PGÖ sistemini öven çalışmaları incelediğinde ciddi yapısal sorunlar saptamakta ve hekimlere bu çalışmalara kuşku ile yaklaşmalarını önermektedir (15).

Plested'e tekrar kulak verirse; "... kimliklerimizi ve bilgi birikimimizi erozyona uğratan ve kendi hastalık ve stres riskimizi artıran bu duruma karşı uyanık olmalıyız... **Çok az şey bu kadar acemi ve mantıksız olabilir...**"

PGÖ sistemi hekimlere yönelik ücretlendirmede bir yöntem olarak görece yeni ve pek çok ülkenin kullanmadığı bir sistemdir. Sağlık harcamalarının aşırı arttığı ve sağlık hizmetine erişimde çok ciddi sıkıntılar yaşandığı bilinen Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle son 6 yılda yürütülmekte olan "medicare" (sağlık hizmeti sunumunun %40'ı) içinde yaygınlaşmıştır.

İngiltere'de genel bir sistem olmayıp yalnızca aile hekimleri için sınırlı biçimde denenmektedir.

İtalya'da kısmi bir uygulama vardır; hekim maaşının %20'si performans sisteminden ödenmektedir.

İspanya ve Portekiz'de ise halen deneme aşamasındadır. Bu az sayıdaki örneklerin dışında, dünyada yaygın olarak uygulanmamaktadır (16).

Yakın zaman önce yayınlanan iki derleme makalede performans sisteminin etkinliği incelenmiştir. Her iki makale geniş biçimde örnek ülkeleri ve alınan sonuçları irdeledikten sonra şu konulara vurgu yapmıştır: Performansa dayalı ödeme sisteminin topluma sunulan sağlık hizmeti kalitesi üzerinde etkisi minimaldir. Belirgin yarar sağladığı konu sağlık alanında dökümantasyonda iyileşme sağlanmasıdır (17,18).

Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bu sistemin değerlendirme (dökümantasyon) ve gösterme (kamuoyuna rapor etme) yararlı olduğu ancak, performans sisteminin sağlık hizmetleri üzerine yararının (hizmet sunumunda artış gibi) çok minimal olduğu, bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklindedir (16).

Büyük fotoğraf

Ülkemizde sağlık sistemi hızla piyasa güçlerine açılıyor. Bu sadece bizim ülkemizde görülen bir durum değil aslında. Bu radikal değişim bizde olduğu gibi pek çok ülkede de sağlık reformu adı altında yürütülmekte. Sağlık sistemlerinde değişim ABD kaynaklı ve literatürdeki ismi “Managed Care”.

“Managed Care” sistemi piyasa güçlerinin sağlık sektörüne yerleştirilmesi, sağlık sisteminde rekabet ve kar üzerinden düzenlemelere gidilmesi ve kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi gibi temel ilkeleri içeriyor.

ABD 1990’larda “Managed Care” (piyasa yönelimli sağlık hizmeti) sistemine geçti: Bu dönem sağlık hizmet sunucuları (hastaneler ve hekimler) ile sigorta şirketleri arasındaki işbirliğinin bittiği dönemdir... (19).

Kısaca özetlersek:

- Hastanelerden seçici kontrat yaklaşımı ile sağlık hizmeti satın alınması yaygınlık kazandı. Yürürlüğe konan paket ödeme sistemi ile hastaneler çok ciddi gelir kaybına uğradı. Pek çok diğer önlem ile ucuz hizmet satın alınmasına ağırlık verildi.
- Hizmeti sunanlar arasında daha ucuz bedelli hizmet için rekabet başladı
- Büyük entegre sağlık “network” ları oluşturuldu
- Hekimler ‘solo’ hekimlik (muaynehane hekimliği) yerine büyük gruplar halinde (“HMO” - Bunlar hekimlerin maaş+performans ile işe alındıkları ve büyük gruplar halinde kadrolu çalıştırıldıkları organizasyonlardır) çalışacak biçimde organize olmak zorunda bırakıldı.
- Muaynehane hekimliği kısa sürede ortadan kalktı. Hekimler kendilerinin işvereni olma özelliklerini hızla yitirdiler.
- 1990’larda büyük HMO’lar, küçük olanları satın aldı. 1998’de ABD pazarının % 40’ı, 6 HMO’nun eline geçti.
- Hekimlere kıyasla, hastanelerin konsolidasyonu çok daha büyük oldu. 2000 yılında hastanelerin % 80’i hastane zincirlerinden birine katıldı.
- Bir süre sonra sigorta şirketleri “managed care” piyasasının kontrolünü eline geçirdi
- Birincil amacı kar olmayan sağlık kuruluşları el değiştirdi. Kar amaçlı kuruluşlara dönüştürüldüler.
- 100’den fazla kâr amacı gütmeyen hastane, 1993-1996 yılları arasında kâr amaçlı tek bir hastane grubu tarafından satın alındı.
- Kar amacı güden sağlık kuruluşlarının önemi ve gücü arttı
- Akademik merkezlerin çoğu iflas etti
- Sağlık sigorta şirketleri, hizmet sunucularına karşı güç elde ettiler Hizmet sunucular ile sigorta şirketleri arasındaki işbirliği dönemi kapandı
- Sigorta şirketleri, hastane ve hekimleri, hastalara gereksiz tıbbi müdahaleler yapmakla suçladı... (19).

1996 yılında “Academy for International Health Studies” kuruluşunun başkanı yeni bir hedef tanımladı: “2000 yılına kadar ABD nüfusunun % 80’i bir şekilde “Managed Care” organizasyonlarından biri tarafından sigortalı olacaktır. ABD’deki “Managed Care” organizasyonlarının % 70’i kar amaçlı kuruluşlar olduğu için büyümeyi ve yatırımı sürdürebilmenin yolu yeni piyasalar bulmaktır” (20).

Böylelikle “Managed Care” şirketleri için zaman yabancı piyasalara açılma zamanı olarak ilan edilmiş oldu!

İlk aşamada Avrupa oldukça çekici göründü. Pek çok Avrupa ulusal sağlık programında “Managed Care” ilkeleri (piyasa rekabeti, kamusal hizmetlerin özelleştirilmesi gibi) uyarınca reformlar yapıldı. Başta İngiltere olmak üzere bazı Avrupa ülkelerinde iktidarlar bu reformları benimsediler. Clinton hükümetinin “Managed Care” planı danışmanı Alain Enthoven ve ekibi, bu reformların gerçekleşmesi için Avrupa ülkelerindeki hükümetlere danışmanlık hizmeti verdi. Ancak kamusal sağlık alanının güçlü olduğu ülkelerde, reform çabaları toplum tarafından destek bulmadı. Kısa bir süre sonra İngiltere, Hollanda ve İsveç gibi ülkeler 90’ların sonundan itibaren özelleştirme politikalarından vazgeçtiler (20).

ABD’den “Managed Care” planının diğer ülkelere ihraç edilmesi, Dünya Bankası, IMF ve diğer uluslararası şirketler tarafından desteklenmektedir. Gelişmekte olan ülkelere “Managed Care” planını kabul etmeleri; sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini bu plan doğrultusunda düzenlemeleri için büyük baskılar yapılmaktadır. Yakın zaman öncesinde ABD “Managed Care” organizasyonları hızla Latin Amerika piyasalarına girdi ve bu modeli Afrika ve Asya için de bir örnek olarak kullandılar. Hükümetlerin sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini özelleştirmeleri “Managed Care” organizasyonlarının Latin Amerika’da genişlemesine büyük imkân tanıdı. Arjantin ve Kolombiya gibi kamu sektörünün hali hazırda verimsiz, pahalı ve yolsuzluklardan muzdarip olduğu ülkelere “Managed Care” sistemi, bu durumu düzeltme vaadiyle kolayca girdi (20).

Hükümetlere, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerine yaptıkları finansmanı azaltmaları, bu sistemleri özelleştirmeleri ve “Managed Care” ilkeleri ile reorganize etmeleri için baskı yapılmaktadır. Bu reformlar (!) uluslararası borç para veren kurum ve şirketler tarafından yönetilmekte ve finanse edilmektedir (20).

Şimdi de ülkemize neler olduğuna bakalım:

- Sağlık alanında özel sektör hızla geliştirilmektedir (sayı, kapasite, hizmet sunumu ve finansman boyutlarıyla).
- Devlet sağlık hizmeti sunumundan mümkün olduğunca çekilmek istemektedir.
- Kamu hastaneleri de bu dönüşüme uygun hale getirilmektedir.
- Hastanelerde otomasyon sistemleri kurulmuştur
- Hastaneler hızla şirketleşmeye zorlanmaktadır
- Son aşamanın özelleştirme olacağı ön görülmektedir
- Kamu Hastaneleri Birlikleri Yasası bu çalışmaya imkan tanımaktadır.
- Kamu hastaneleri yönetiminin özel sektör yönetim yapısına benzemesi için büyük çaba harcanmaktadır.
- Kamu hastanelerinin özel sektöre devri ya da bir aşama olarak Kamu-Özel İşbirliği Modeli üzerinde çalışılmaktadır.
- En çok tedavi hizmetleri ve ilaçta olmak üzere sağlık harcamalarında çok ciddi artış olmuştur
- Tedavi hizmetleri ve ilaç harcamalarının artışında hastanelerin rolü büyüktür
- SGK harcamalarında özel hastanelerin payı sürekli artmış ve 1/3’e ulaşmıştır
- Öte yandan sağlık hizmetleri ciddi bir finansal baskı altındadır

- Pek çok üniversite hastanesi iflas etmiş ya da eşliğindedir
- Döner sermaye ek ödemeleri personele ek gelir sağlamayacak durumdadır
- Personel geliri ise döner sermayeye dayandırılmıştır
- Hizmet maliyeti ve giderleri artmaktadır
- Önümüzdeki süreç hastanelerin yerel yönetimlere (belediyelere, il özel idarelerine, hastane birliklerine) devredilmesidir
- Bu da yeni yönetsel yapı, yeni finansman biçimi ve mekanizmaları demektir...

Kaynaklar

1. Pawlson LG: Pay for performance: two critical steps needed to achieve a successful program. American Journal of Manag Care. November 2004 (suppl): 4-6.
2. Weber DO: Pay-for-performance programs pressure and please physicians. Physician Exec 30: 6-11, 2004.
3. Ittner C, Larker D, Pizzini M: Performance-based Compensation in Professional Service Firms. Organizational Economics of Health Care Conference 2003 (revised draft 2005) http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=468340.
4. Chartres L: Pay for performance likely to become physicians' reality. Ophthalmology Times. March 1, 2006. <http://www.opthalmologytimes.com/opthalmologytimes/article/articleDetail.jsp?id=310088&pageID=2>.
5. Bothe A: Physician pay for performance. Presentation to the Practicing Physician Advisory Council, Centers for Medicare and Medicaid Services, Association of American Medical Colleges. May 23, 2005.
6. Bodenheimer T, May JH, Berenson RA: Center for Studying Health System Change: Issue Brief 102, 2005.
7. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B: Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. Health Aff (Millwood) 23: 127-41, 2004.
8. Pham HH, Schrag D, O'Malley AS, et al: Care patterns in Medicare and their implications for pay for performance. N Engl J Med 356: 1130-9, 2007.
9. Poses R: A skeptical look at pay for performance. Health Care Renewal. May 26, 2006. <http://hcrenewal.blogspot.com/2006/05/skepticallook-at-pay-for-performance.html>.
10. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, et al: Does pay-for-performance improve the quality of health care?. Ann Intern Med 145: 265-72, 2006.
11. Dawes R, van de Kragt J, Orbell J: Cooperation for the benefit of us – not me, or my conscience, in Mansbridge J (ed): Beyond Self-Interest. Chicago, University of Chicago Press, 1990, pp 99-110.
12. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B: Paying for quality: providers' incentives for quality improvement. Health Aff (Millwood) 23: 127-41, 2004.
13. Dawes R, van de Kragt J, Orbell J: Cooperation for the benefit of us – not me, or my conscience, in Mansbridge J (ed): Beyond Self-Interest. Chicago, University of Chicago Press, 1990, pp 99-110.
14. Plested W: AMA President's Address to the House of Delegates, Interim Meeting 2006. 60th Interim Meeting of the AMA House of Delegates, Las Vegas Nevada. November 11, 2006. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/17082.html>.
15. Dudley RA: Pay-for-performance research: how to learn what clinicians and policy makers need to know. JAMA 294: 1821-3, 2005.
16. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. N Engl J Med. 2007; 1;356(5):515-7.
17. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? Med Care Res Rev. 2006; 63(2):135-57.
18. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006; 15;145(4):265-72.
19. Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding Health Policy, Lange Medical Books/McGraw-Hill, New York, 2005, p. 4-189.
20. Waitzkin H, Celia I. How the United States exports managed care to developing countries. In Political and Economic Determinants of population Health and Well-Being. Ed. Navarro V, Muntaner C. Baywood Publishing Company Inc., New York 2004 p. 147-157.

II. Bölüm

Performans Sistemi Hakkında TCD Görüş ve Öneri Raporları

(12.6.2009)



Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Genel Cerrahi Alanına Etkileri (12.6.2009)

Hazırlayanlar

**Prof. Dr. Atila Korkmaz, Doç. Dr. Haldun Gündoğdu,
Doç. Dr. Nuri Aydın Kama, Doç. Dr. Hakan Kulaçoğlu, Prof. Dr. Cem Terzi**

12.6.2009 tarihinde TCD Yönetim Kurulu tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

Sağlık Bakanlığı (SB)'nın 2004 yılında başlattığı “**Performansa Dayalı Ek Ödeme**”, uzman hekimlerin ürettikleri iş ve hizmet karşılığında uygun hak edişler almasına dayalı olarak geliştirilen bir ücretlendirme sistemidir. Geçen 5 yıl içinde bu sistem hekimler arasında çeşitli yönleriyle tartışılmış ve konuyla ilgili yeteri kadar bilgi ve deneyim oluşmuştur.

Bu raporda temel olarak, performansa dayalı ek ödeme sisteminin cerrahi mesleğine ve uygulamalarına etkileri üzerinde durulacaktır.

Dünyada performans uygulaması

Çok kısaca değerlendirmek gerekirse, performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlere yönelik ücretlendirilmede bir yöntem olarak görece yeni ve pek çok ülkenin kullanmadığı bir sistemdir. Sağlık harcamalarının aşırı arttığı ve sağlık hizmetine erişimde çok ciddi sıkıntılar yaşandığı bilinen Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle son 3 yılda yürütülmekte olan “medicare” içinde yaygınlaşmıştır. İngiltere’de genel bir sistem olmayıp yalnızca aile hekimleri için sınırlı biçimde denenmektedir. İtalya’da kısmi bir uygulama vardır; hekim maaşının %20’si performans sisteminden ödenmektedir. İspanya ve Portekiz’de ise halen deneme aşamasındadır. Bu az sayıdaki örneklerin dışında, dünyada yaygın olarak uygulanmamaktadır (Epstein AM. N Engl J Med. 2007; 1;356(5):515-7).

Yakın zaman önce yayınlanan iki derleme makalede performans sisteminin etkinliği incelenmiştir. Her iki makale geniş biçimde örnek ülkeleri ve alınan sonuçları irdeledikten sonra şu konulara vurgu yapmıştır: Performansa dayalı ödeme sisteminin topluma sunulan sağlık hizmeti kalitesi üzerinde etkisi minimaldir. Belirgin yarar sağladığı konu sağlık alanında dökümentasyonda iyileşme sağlanmasıdır (Rosenthal MB, Frank RG. Med Care Res Rev. 2006; 63(2):135-57. Petersen LA et al. Ann Intern Med. 2006; 15;145(4):265-72.) Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bu sistemin değerlendirme (dökümentasyon) ve gösterme (kamuoyuna rapor etme) yararlı olduğu ancak, performans sisteminin sağlık hizmetleri üzerine yararının (hizmet sunumunda artış gibi) çok minimal olduğu, bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklindedir (Epstein AM. N Engl J Med. 2007; 1;356(5):515-7).

Ülkemizdeki uygulamanın etkilerine ilişkin değerlendirme

SB Devlet Hastanelerinde

- İl ve ilçeler düzeyinde yıllık olarak yapılan cerrahi girişim sayısında artış (yaklaşık %60),
- Serbest hekimlik yerine hastanede tam gün çalışmanın cerrahlar tarafından tercih edilmesi (pek çok serbest çalışan cerrah gelir vergisi, KDV, muayenehane kirası vb. giderlerden kurtulmak için muayenehanelerini kapatarak tam gün çalışma düzenine geçmiştir),
- Diğer meslektaşlarına kıyasla daha az iş üreten cerrahları gelir artışı üzerinden motive etme etkisinin olumlu yönleri kadar, ciddi olumsuzları da olmuştur,
- Pek tercih edilmeyen bazı il ve ilçelerde çalışmak isteyen genel cerrah sayısında kısmi bir az da olsa artış,
- Cerrahi endikasyonlarda genişleme (cerrahi tedaviyi daha kolay önerme), tanılarda değişme (cerrahi girişimi öne çıkaracak tanılara yönelme),
- Daha fazla hasta muayene etmek için her bir hastaya düşen muayene süresinde azalma,
- Gereksiz tetkik isteminde artış,
- Cerrahin iş yükünde artma ve buna bağlı olarak dikkatinde azalma,
- Cerrahlar hakkındaki şikâyet ve adli olaylarda artış,
- Performans puanı nedeniyle diğer branş hekimleri ile geçimsizlik,
- Meslektaşlar ile dayanışma yerine rekabete girme ve rekabette etik dışı davranışlarda artış
- Ameliyat tercihlerinde hastanın ihtiyaç ve cerrahın deneyimi yerine ilgili performans puanının öne çıkması

SB Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde

- Klinik şefi ve şef yardımcılarının bir kısmı ile başasistan ve uzmanların büyük çoğunluğunun tam zamanlı olarak çalışması,
- Hastaların hastanede yatış sürelerinde kısalma ve böylece hasta sirkülasyonunda hızlanma (bunun olumlu ve olumsuz yönlerinin iyi değerlendirilmesi gerekir)
- Tam zamanlı çalışan genel cerrahların maddi durumlarına kısmi bir katkı sağlanması,

- Cerrahi asistan ve yardımcı sağlık personeline maddi destek,
- Acil ve klinik nöbet hizmetlerinde, uzman nöbetinin daha düzenli ve fonksiyonel olması,
- Hastalara gereksiz tetkik yazılması,
- Cerrahi tedavi endikasyonlarında genişleme, işlem sayısında artış,
- Muayenehanesini kapatmayan bir kısım klinik şef ve şef yardımcılarının altlarında çalışan kadrolardan performans sisteminde daha düşük gelir alması ve bu durumun geleneksel kıdem ilişkilerini olumsuz etkilemesi,
- Birden fazla genel cerrahi eğitim kliniği olan hastanelerde, doktorların aynı emek ve zamanı harcamasına rağmen, farklı performans ücretleri alması,
- Ekip anlayışı ile yürümek zorunda olan cerrahi hizmette, ekibin içinde yer almasına rağmen performansla ücretlendirilmeyen sağlık çalışanları varlığı nedeniyle çalışma barışının bozulması,
- Tüm hastanede ama özellikle de cerrahi klinikler arasında çalışma barışının bozulması,
- Etik kuralları zorlayan uygulamalarda artış;
 - o Daha fazla puan yapma çabası nedeniyle klinik içi ve klinikler arası rekabette etik olmayan davranışlar,
 - o Cerrahi işlem puanların diğer branşlarla karşılaştırıldığında çok düşük olması nedeniyle bazı cerrahi işlemlerin yapılmış gibi kaydedilmesi,
 - o Bir ameliyatın bölümlerinin ayrı ameliyatlarda şeklinde kaydedilmesi,
 - o Klinik şeflerinin girmedikleri ameliyatlarda, yapmadıkları işlemleri konumlarını kullanarak kendilerine kaydettirebilmeleri,
 - o Uzmanlarla asistanlar arasında olmaması gereken ilişkilerde artış,
 - o Hastane idarelerince oluşturulan üst komisyonlarda bazı puanların silinmesi veya başka kliniklere yönlendirilmesi,
- Ameliyat tercihlerinde hastanın ihtiyaç ve cerrahın deneyimi yerine ilgili performans puanının önüne çıkması

Cerrahi Eğitime Etkisi

- Eğitim ve hizmet arasındaki dengenin hizmet lehine bozulması
- Hizmet ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitim ve araştırma hastanelerinin 2. basamak standart devlet hizmet hastaneleri haline dönüşmesi
- Kliniklerde ve klinikler arası mortalite toplantısı, seminer, konsey, olgu tartışması gibi eğitim etkinliklerinde azalma
- Yapılmayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerini yapılmış gibi gösterme
- Asistan eğitimine yeterince özen gösterilmemesi, zamanı iyi kullanmak adına ameliyat vb. uygulamaların uzmanlar tarafından yapılması
- Etik dışı davranışların asistanlara kötü örnek olması, olumsuz rol model olunması
- Kurs ve kongreler gibi sürekli mesleki eğitim etkinliklerine katılımın puan kaybı korkusu nedeniyle azalması

- Aşırı iş yükü nedeniyle kişisel mesleki gelişim etkinliklerine, örneğin, makale okumaya ve eğitim toplantılarına daha az zaman ayırma
- Performans ile elde edilen maddi desteğin hayat boyu süreceği sanısı ile esas özlük haklarının göz ardı edilmesi
- Performans uygulaması nedeni ile asistanların uzmanlık eğitimi için SB Eğitim Hastanelerini tercih etmeleri,
- Her şeyin toplum önünde cereyan etmesi ve sonuçlardan halkın doğrudan etkilenmesi nedeniyle, cerrahın toplum içinde prestijinin azalması,
- Performans uygulaması nedeniyle branşlar arasında ortaya çıkan farkların suni bir önemiönemsiz ayrımına yol açması,
- Hafta içi-hafta sonu, mesai içi-fazla mesai ayrımının kalkması ve bu durumun tüm sistemi etkilemesi,
- Yapılan ödemelerin özlük haklarına yansımaması sonucu emeklilikte alınan maaşların son derece yetersiz kalması,
- Başhekimin %30'a varan ödül ve ceza yetkisinin kamu çalışma düzeni ile çelişmesi.

Toplum Sağlığına Etkisi

- Koruyucu sağlık hizmetleri önemsiz duruma gelmektedir,
- 1. ve 2. basamak kuruluşlar yerine eğitim hastaneleri ön plana çıkmakta ve kalabalıklar artmaktadır.
- Kısa muayene zamanı, bol tetkik, geniş ameliyat endikasyonu şeklindeki döngünün halk sağlığını olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır.
- Hastalarda hekimlere karşı güven azalması yaşanmaya başlamıştır.
- Yeni yetişen cerrahların eğitimindeki yetersizlik halk sağlığını daha da olumsuz etkileyecektir.

Sonuç olarak; performansa dayalı ek ödeme sisteminin Sağlık Bakanlığı kurum ve kuruluşlarındaki uygulamasında maalesef olumsuz yönler olumlu yönlerine göre çok daha fazla olup, sistem çalışma barışını bozan, etik değerleri göz ardı eden, halk sağlığına olumsuz etkileri olan ve ülke ekonomisine sanılandan çok daha büyük bir yük haline gelen kaotik bir duruma sürüklenmiştir.

1. Hekim ve diğer sağlık çalışanları ücretlendirilmesinde performans sistemi uygun bir yöntem değildir.
2. Özellikle Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde uygulanması son derece sakıncalıdır.
3. Uygulamadaki hali ciddi kusur ve eksiklikler içermektedir. Hizmet hastanelerinde uygulanabilmesi için çok ciddi revizyona gereksinim vardır.
4. Bu revizyonda göz önünde bulundurulması gereken temel noktalar genel cerrahi alanı açısından Türk Cerrahi Derneği tarafından bir rapor haline getirilmiş ve ilgili mercilere iletilmiştir.

Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamaları: Genel Cerrahi ile İlgili Uygulamalar İçin Öneriler (12.6.2009)

Hazırlayanlar

Doç. Dr. Haldun Gündoğdu, Doç. Dr. Nuri Aydın Kama, Doç. Dr. Hakan Kulaçoğlu, Prof. Dr. Cem Terzi

Türk Cerrahi Derneği, “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin” uygulanması ile Genel Cerrahi alanında ortaya çıkan sorun ve aksaklıklarla ilgili olarak bir komisyon kurarak, detaylı bir çalışma yapmıştır.

Sağlık Bakanlığı’na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki Genel Cerrahi Klinik Şeflikleri’den yazılı görüşleri istenmiştir. Ayrıca, internet ortamında Genel Cerrahi uzmanlarının görüşleri alınmıştır. Bu güne kadar yapılan uygulamalardan ortaya çıkan sonuçlar değerlendirilerek Genel Cerrahi aleyhine olan ve düzeltilmesini istediğimiz hususlar tespit edilmiştir.

Uzman hekimlerin ürettikleri iş ve hizmet karşılığında uygun hak edişler almasına dayalı olarak geliştirilen bir ücretlendirme sistemi olan bu uygulamada adaletli bir dağılım yapabilmek için, işlemin ne denli beceri ve deneyim istediği, riski, belirlenmiş morbidite ve mortalite oranları ile işlemin süresi ve beklenen hastanede kalış süresi temel alınmalıdır.

Ayrıca, özel sigorta şirketlerinin mesleki risk grubu kategorilerine bakıldığında, Genel Cerrahi’nin katsayısı 4 veya 5’tir, ki bu en riskli grup anlamına gelir. Yüksek Sağlık Şurası’ndaki davaların sıklığında da Genel Cerrahi’nin ikinci sırada yer alması bu bilgiyi desteklemektedir. Bu kadar büyük risk altında çalışan meslektaşlarımızın hak ettikleri performans puanını alabilmeleri konusunda yararı olacağına inandığımız önerilerimizi ve gerekçelerini aşağıda bulacaksınız.

I- Performans Sisteminin Oluşturulması Esnasında Göz Önünde Bulundurulmayan Temel Eksiklikler

Öneri 1. Eğitim Hastanelerinde klinik toplam puanı bölünürken sadece uzman sayısı kullanılmalıdır, asistanlar bu sayıya dahil edilmemelidir.

Gerekçe: Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Hizmet Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'ndeki uzman hekimlerin aldığı performans puanları arasında önemli derecede farklılık olmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde bir cerrahi kliniğinin puanı, topladığı puanların toplamının o klinikteki asistan sayıları da eklenerek toplam doktor sayısına bölünmesiyle hesap edilmektedir. Yani, hizmet hastanelerinde bir uzman hekimin topladığı puan direkt kendisine yazılırken, eğitim ve araştırma hastanelerinde cerrahi kliniğindeki uzman hekimlerin topladığı puanlar asistan sayısı da eklenerek bölünmeye uğramaktadır. Eğitime değer ve puan verilmemektedir. Böylece ikinci basamak devlet hastanelerinde bir genel cerrahi uzmanı eğitim hastanelerindekine göre oldukça yüksek oranda döner sermaye primi alabilmektedir. Bu da adaletsiz bir durum ortaya çıkarmakta ve eğitim ve araştırma hastaneleri bir anlamda cezalandırılmaktadır. Klinik toplam puanın o klinikteki uzman sayılarına bölünerek yapılacak hesaplama daha uygun olacaktır.

Öneri 2. Eğitim hastanelerinde klinik toplam puanına en az %10 olmak kaydıyla bir eğitim puanı eklenmelidir.

Gerekçe: Sistem temel olarak yapılan mesleki uygulamaları puanlandığı için eğitim hastanelerindeki eğitim faaliyetlerine puansal karşılık verilmemektedir. Eğitim hastanelerinde asistanlara yaptırılan işlemler daha uzun zaman almaktadır. Ayrıca, teorik eğitim faaliyetleri ve pratikler sırasında yapılan eğitimler de zaman gerektiren işlerdir. Ancak, bu tip aktiviteler nedeniyle sadece eğitim kadrosundaki kişilere ek puan uygulanırken, uygulayıcı olarak tüm bu faaliyetlerde rol alan uzmanların puanına herhangi bir ek yapılmamaktadır. Bu da uzmanları, eğitime katkı anlamında dirençli hale getirmektedir. Üstelik eğitim hastanesinde çalışması nedeniyle, aynı şehirde hizmet hastanesinde çalışan meslektaşından daha düşük performans primi almaktadır. Bu nedenle asistana işlem yaptırarak kaybedeceği zamanı, işleri kendi yaparak kazanmayı tercih etmektedirler. Eğitim kliniklerinin toplam puanına eklenecek bir yüzde ile uzmanlar arasındaki farklar eritilmiş olur.

Öneri 3. Eğitime katkı yapacak kalite ve zorlukta ameliyatlara ve işlemler eğitim hastanelerinde yapıldığında %10 daha fazla puan almalıdır.

Gerekçe: Daha fazla puan üretmek kaygısıyla eğitime katkı sağlayacak, önemli ameliyatlara yapmaktansa, toplam puanı daha yüksek olacak irili ufaklı eğitim değeri olmayan vakalardan oluşan ameliyat listeleri hazırlamak daha cazip bir hal almaya başlamıştır. Zira bu küçük cerrahi müdahalelerinin toplamı büyük bir ameliyattan birkaç kat daha yüksek puan olmaktadır. Bir uzman hekim asistana kanser için bir mide rezeksiyonu yaptırırken veya ilk ameliyatı başka bir merkezde yapılmış olan sorunlu bir hastanın ikinci ameliyatını yaparken doğal olarak uzun bir zamanı bu ameliyata ayıracaktır. Halbuki, aynı süre içerisinde kendisi poliklinikte hasta muayenesi, lipom eksizyonu, tırnak çekimi, nevüs eksizyonu, fıtık vb. küçük ameliyatlara yaparak çok daha fazla puan üretebilirdi. Bu düşüncenin giderek uygulama alanına da yansması eğitimin giderek bozulmasına sebep olmaktadır. Eğitimi özendirmek amacıyla, zorluk derecesi yüksek eğitim yönünden akademik değeri olan özel beceri ve deneyim gerektiren ameliyatlara eğitim kliniklerinde yapıldığında, normal puanın üzerine "akademik vaka puanı" veya "ameliyat eğitim puanı" adı altında bir %10 eklenmelidir.

(Bu öneri uygun görülürse, bu ekstra ameliyatların hangileri olduğu konusunda Derneği'miz ayrı bir çalışma yapmayı üstlenecektir).

Öneri 4. Hesaplamalardaki “aktif çalışma günü” kaldırılmalıdır.

Gerekçe: Sistemde çalışılmayan gün oranında hak ediş azaltılmaktadır. Burada önemli bir adaletsizlik söz konusudur. Sağlık personeli ürettiği puanı zaten çalıştığı günler içinde üretmiştir. Çalışmadığı gün kadar eksik puan üretecektir. Doğal olarak ürettiği performansın tümü kendi hakkıdır. Buna rağmen üretilen puanın ikinci kez belli oranda kesintiye uğratılması yanlış ve haksız bir uygulamadır.

;Öneri 5. Yarı zamanlı çalışan doktorların katsayısı 0.5 olmalıdır.

Gerekçe: Tam zamanlı çalışan meslektaşlarından sadece 1 saat az çalışan yarı zamanlı (part-time) hekimlerin ücretlerinde kısıntıya gidilmesi de benzer şekilde haksız bir uygulamadır. Tam zamanlı çalışıp üretmeyen ama yarı zamanlı çalışıp çok hizmet üreten kişiler olabileceği aşıkardır. Bu sebeple, 1 saat daha az çalışan hekimlerin performans puanı hesaplanmasında uygulanan 0.3 çarpanı 0.5’e yükseltilmesi uygun olur.

Öneri 6. Asistanlar hastane ortalaması üzerinden eşit ücret almalıdır.

Gerekçe: Kliniklerde eğitim almak amacıyla bulunan asistanlar tek başlarına girişimsel işlem yapma hakkına sahip değildirler. Bu yüzden asistanlar arasındaki adaleti sağlamak için asistanların hastane ortalaması üzerinden eşit ücret almaları sağlanmalıdır.

II- Genel Cerrahi Uygulamalarında Göz Önünde Bulundurulmayan Temel Eksiklikler

Öneri 7. Yapılan ziyaret hizmetleri karşılığında her hastaya günde 1 kez 21 puan işlenmesi gerekir.

Gerekçe: Genel Cerrahi uygulamalarında “vizit” yok sayılmıştır. Bu husus istisnasız herkesin yakındığı çok önemli bir haksızlık olarak ortaya çıkmaktadır. Ziyet, hastanın muayene, tetkik, tanı, tedavi planlaması, tedavi sürecinin takibi ve değerlendirilmesini içeren ve medikolegal sorumluluğu olan asli bir hizmettir. Dahili dallarda hafta içi sabah – akşam ziyaretleri, cumartesi-pazar ziyaretleri, yoğun bakım ziyaretleri ayrı ayrı puanlanmışken Genel Cerrahi’de ziyaret yok sayılmıştır. Özellikle postoperatif bir hastanın günlük olarak en az 3 kez ziyaretinin yapılması gerektiği düşünüldüğünde ciddi bir eşitsizlik oluşmaktadır. Öyle ki, 20 Haziran 2008 Tarih ve 1938 numaralı “Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı” yazısında telefon ve kamera aracılığı ile ziyete müsaade edildiği düşünülecek olursa durumun adaletsizliği daha da belirgin bir şekilde anlaşılmış olur.

Ayrıca, Genel Cerrahi kliniklerine müşahade amaçlı olarak yatırılan, ameliyat edilmeden medikal tedavi ile takip edilen akut kolesistit, akut pankreatit, GİS kanaması, kısa barsak sendromu, postoperatif beslenme bozukluğu vb. hastalarla ilgili yapılan günlük işlemlerden, nütisyon desteği uygulamalarından Genel Cerrahi uzmanları puan alabilmelidirler.

Dahili branşlarda olduğu gibi Genel Cerrahi için de günlük ziyaretler, haftasonu ziyaretleri ve yoğun bakım ziyaretleri her hasta için günde en az 1 kez 21 puanla değerlendirilmelidir.

Öneri 8. Laparoskopik yapılan ameliyatlara, açık yapıldığında verilen puanın %50 fazlası verilmelidir.

Gerekçe: Laparoskopik appendektomi ve laparoskopik inguinal herni onarımı dışında hiçbir ameliyat laparoskopik olarak tanımlanmamıştır. Laparoskopik kolesistektomi de açık kolesistektomi gibi puanlanmaktadır. Laparoskopik reflü ameliyatları, laparoskopik kolon ameliyatları, laparoskopik adrenektomi, laparoskopik morbid obezite ameliyatları vb. puanlanmamıştır. Oysa, kısmen benzeri bir işlem olan artroskopide yapılan tüm işlemler ayrı ayrı değerlendirilmiş ve üstelik açık işlemlere göre ekstra puanlar verilmiştir.

Öneri 9. Nüks nedeniyle yapılan ameliyatlarda her defasında %30 daha fazla puan verilmelidir.

Gerekçe: Nüks cerrahi girişimler için ayrı bir puanlanma ve fiyatlanma yapılmamış olması önemli bir eksikliktir. Nüks tiroid patolojileri, nüks herniler, nüks pilonidal sinüsler, nüks ve komplike perianal fistüller ile rekürren laparatomilerin daha yüksek cerrahi deneyim, emek ve süre gerektirdiği açıktır. Bu vakaların primer vaka gibi puanlanması ve fiyatlandırılması adaletsiz bir durumdur. Primer ameliyat gibi puanlamasının yanı sıra, daha yüksek komplikasyon olasılığı ve buna bağlı çıkabilecek medikolegal sorunlar nedeniyle nüks olguları ameliyat etmekten kaçınmak gibi bir tehlike doğmaktadır. Nüks nedeniyle yapılan ameliyata %30 daha fazla puan verilmeli ve bu durum nüksün sayısına göre aynı oranda artırılmalıdır.

Öneri 10. Travma nedeniyle yapılan operasyonlar ile 24.00-06.00 saatleri arasında yapılan acil ameliyatlara iki misli puan verilmelidir.

Gerekçe: Acil ameliyatların farklı puanlandırılmaması bir diğer önemli temel eksikliktir. Acil ameliyatlar daha riskli olup, olağan dışı saatlerde yapılan, daha yıpratıcı ve yorucu ameliyatlardır. Çeşitli travmalar, trafik kazaları, çeşitli yaralanmalar, postoperatif gelişen acil durumlar sebebiyle herhangi bir zamanda aniden yapılmak zorunda kalınan ameliyatların elektif ameliyatlardan en az iki kat fazla puanlandırılmalarının uygun olacağını düşünmekteyiz.

Öneri 11. Aynı kesiden yapılan ikinci ameliyat da normal puanını almalıdır.

Gerekçe: Karın geniş bir alan olduğu için bir kesiden birden fazla müdahale gereği en çok genel cerrahi ameliyatlarında ortaya çıkmaktadır. Aynı kesiden yapılan ikinci ameliyatta %70 indirim olması, yapılan işin ciddiyeti ile bağdaşmayacak bir şeydir. Nissen ameliyatı ile birlikte kolesistektomi yapılması çok sık görülen bir örnektir. İlave edilen her işlemin kendine has mortalite ve morbiditesi mevcuttur.

Öneri 12. İki cerraha puan yazılacak ameliyatlar için sınır 1000 puana çekilmelidir.

Gerekçe: En az iki uzmanın girmesi gereken büyük ve özelliği olan onkolojik ameliyatlarda ikinci cerraha puan yazılabilmesi için işlemin 1500 puan ve üzerinde olması şartı vardır. Mevcut sistemde bu durum çok az sayıdaki ameliyat için söz konusudur. Genel Cerrahi için 1000 puanın üstündeki tüm ameliyatlarda 2 uzman gereksinimi olabilir. Dolayısı ile bu sınır 1000 puana indirilmelidir ve 1000 puan üzerinde ameliyatlarda ikinci cerraha da aynı puan yazılabilmelidir.

Öneri 13. Karın duvarından tümör eksizyonu 500 puan olmalıdır.

Gerekçe: Göğüs Cerrahisinin yaptığı, toraks duvarındaki tümör veya kist eksizyonu 500 puan iken karın duvarından benign tümör çıkarılması 200, malign tümör çıkarılması 300 puandır, düzeltilmelidir.

Öneri 14. İnsizyonel herni ameliyatının puanı artırılmalıdır.

Gerekçe: İnsizyonel herni onarımı daha önce yapılan bir operasyona ikincil girişim olup komplikasyonu yüksek olan bir işlemdir ve belirtilen puan bu girişim için çok düşüktür.

Öneri 15. Modifiye radikal mastektomi 1000 puan olmalıdır.

Gerekçe: Modifiye radikal mastektomi 750 puandır. Malign tümör nedeniyle yapılan bu işlemde beraberinde aksiler diseksiyon da yapılmaktadır. Süre en az 3-4 saattir. Aynı sürede, mesela 3 adet TUR yapılabilir ve puan karşılığı $3 \times 1000 = 3000$ 'dir. Bu çok bariz bir adaletsizliktir.

Öneri 16. Karaciğer kist hidatiği için yapılan ameliyatların puanı artırılmalıdır.

Gerekçe: Akciğer kist hidatiği için yapılan ameliyat 750, karaciğer kist hidatiği için ise 500'dür. Karaciğer ameliyatları daha komplike olması sebebiyle puanları artırılmalıdır. Perikistektomi ameliyatı tanımlanmadığı için puan alamamaktadır.

Öneri 17. Koledok ile barsak arasında yapılan anastomozların puanları artırılmalıdır.

Gerekçe: Koledok ile barsak arasında yapılan anastomozlar, çok dikkatli yapılması gereken, az yapılan ama mükemmel bir teknik gerektiren ameliyatlardır. Bazen de transplantasyon, tümör rezeksiyonu gibi çok büyük ameliyatların en önemli parçasıdır. Buna rağmen, mevcut listede koledokoenterostomi 1500 iken koledokoduodenostomi 750, hepatikojejunostomi 850 puandır. Koledokoenterostomi terimi hepatoenterostomi olarak değiştirilmeli, hepatikojejunostomi 1250 ve koledokoduodenostomi 1000 puan olmalıdır.

Öneri 17. Splenorafi 1000 puan olmalıdır.

Gerekçe: Splenorafi 500 puan iken, renorafi için 1000 puan verilmiştir. Oysa dalakta sütür tekniği organın yapısı nedeniyle daha zordur. Puanı en az renorafi kadar olmalıdır.

Öneri 18. Karaciğer yaralanmaları 1500 puan olmalıdır.

Gerekçe: Karaciğer, büyük damar ve safra yolu ile ilişkili multipl yaralanmalara 750 puan verilmektedir. Bu acil bir ameliyattır, morbidite ve mortalitesi çok yüksektir. Hayati önem taşıyan bu ameliyatlar en az 1500 puan olmalıdır.

Öneri 19. Hepatektomi 3000, segmentektomi 1500 puan olmalıdır.

Gerekçe: Karaciğerin sağ/sol regüler hepatektomileri ayrıca tanımlanmamış olup canlı dönörden hepatektomi şeklinde ifade edilmiştir. Bu işlemler çoğunlukla tümör için yapılan son derece güç, mükemmel teknik gerektiren ve uzun süren stresli ameliyatlardır. Bu nedenle ayrı ayrı tanımlanmalı ve hepatektomilerin puanı 3000, segmentektomilerin puanı ise 1500 olmalıdır.

Öneri 20. Whipple ameliyatı 4000 puan olmalıdır.

Gerekçe: Pankreatektomiler zorluk derecesi, morbiditesi, mortalitesi yüksek, çok özel teknik gerektiren, ortalama 6-7 saat süren işlemler olmasına karşın puanları düşük tutulmuştur. Cerrahinin en güç ve prestijli ameliyatı olan Whipple ameliyatında 4 farklı organ rezeksiyonu ve 3 anastomoz yapılmaktadır. Puanı 4000 olmalıdır.

Öneri 21. Genel olarak kolorektal ameliyatların puanları düşük olup en az %50 oranında artırılmalıdır.

Gerekçe: APR ile aşağı anterior rezeksiyon bir tutulmuş ve 1250 puan verilmiştir. Her iki ameliyat da çok ciddi teknik beceri ve bilgi birikimi gerektirir. Komplikasyonu düşük bir ameliyatı yapmak önemli bir iştir, üstelik geliştiğinde her bir komplikasyonun yönetimi farklı bir eğitimi gerektirir. Ayrıca, aşağı anterior rezeksiyonda, bir anastomoz ve ona ait riskler vardır. Tüm bu detaylar değerlendirilmeli ve bu ameliyatların puanları artırılmalıdır.

Öneri 22. Mide kanserleri için yapılan ameliyatların ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonlarının puanları düşük olup % 50 oranında artırılmalıdır.

Gerekçe: Mide kanserleri için yapılan ameliyatlar, olası komplikasyonları, teknik açıdan iyi bir donanım gerektirmeleri ve perioperatif döneminin zorlukları nedeniyle özellikli işlerdir. Tüm branşların puan ağırlıkları ile dengelendiğinde, en az %50 oranında artırılmaya gereksinim vardır.

Öneri 23. Özofajektomi ameliyatının puanı 3000 olmalıdır.

Gerekçe: Tüm bilim dallarına yönelik listeler incelendiğinde, 3 boşlukta (laparotomi+sağ torakotomi+servikal kesi) çalışılarak yapılan özofajektomi + rekonstrüksiyon ameliyatına 2000 puan verilmesi makul gözükmemektedir.

Öneri 24. Tiroidektomi ameliyatlarının puanları düşük olup, %50 oranında artırılmalıdır.

Gerekçe: Tiroidektomi ameliyatları telafisi zor komplikasyonların gelişme ihtimalinin olduğu riskli ameliyatlardır. Mevcut puanlar gerçekten çok düşük olup en az %50 artırılmalıdır.

Öneri 25. Perfore olan iltihabi organ hastalıklarında yapılan cerrahilerin puanları %50 oranında artırılmalıdır.

Gerekçe: Perfore apandisit, perfore akut kolesistit, divertikülit perforasyonu durumları tanımlanmamıştır. Organ bazlı gibi düşünülerek puanlandırılmamış olan bu ameliyatlar akut apandisit, akut kolesistit, divertikülit vb. hastalıklarda yapılan ameliyatlara göre zorluk derecesi, teknik etapları, mortalite ve morbidite oranları açısından önemli farklar arzeder.

Öneri 26. Genel Cerrahlar tarafından da yapılabilen bazı girişimlerin cerrahi için de tanımlanması gerekir.

Gerekçe: Bazı girişimler diğer cerrahi branş kodlarında yer aldığı için genel cerrahi tarafından yapıldığında (bu girişimlere çoğunlukla acil ameliyatlar sırasında veya tümör için yapılan ameliyatlarda infiltrasyon nedeniyle gerek olmakta) puanlandırılmamaktadır. Örneğin; skar revizyonu, damar onarımı, diafragma onarımı, salpingooferektomi, biyofeedback uygulaması vb. Bu tip girişimler yapıldığında puanının girilebilmesi için tanımlamalarının cerrahi için de yapılması gerekir.

Öneri 27. Mevcut listede bulunmadığı için, yapıldığında puanlandırılmayan, ama yeni yapılacak listeye eklenmesi şart olan girişimler alttaki tabloda gösterilmiştir.

KOD	İŞLEM ADI	ÖNERİLEN PUAN
Yeni	Meme koruyucu cerrahi, aksiler diseksiyon dahil	750
Yeni	Preperitoneal inguinal herni onarımı	600
Yeni	Stoppa herni onarımı, bilateral hernilerde	800
Yeni	Ekstrahepatik safra yolları rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu	2000
Yeni	Rektosel onarımı	450
Yeni	Epigastrik herni onarımı	400
Yeni	Subtotal kolektomi	1250
Yeni	Rektal mukozektomi	500
Yeni	Perianal fistülde seton uygulaması	350
Yeni	İnce barsak transplantasyonu	5000
Yeni	Pankreas transplantasyonu	5000

III. Bölüm

Performans Sistemi Hakkında Üyelerin Geri Bildirimleri



Performans Sistemi Hakkında Üyelerin Geri Bildirimleri

04.01.2011

Başlık: P610130 Appendektomi

Sorun Tanımı: Appendektomi ameliyat paketi üniversite hastanelerinde uygulaması çok problemlili hasta popülasyonuna baktığımız zaman yandaş hastalık grubu olan yaşlı hastalar (yani devlet hastanelerinden yoğun bakım gerektiği için sevk edilen hastalar). Bu hasta grubunda yapılan paketli ameliyatlara özellikle Appendektomi ameliyatı (paketi 440 TL) kuruma zarar ettirmekte.

Çözüm Önerisi: Önerimiz bu hasta gruplarında ek hastalıklar tanı aldıktan sonra (bu konsül tan hekimlerin oluşturduğu 3' lü yada 4'lü kurullar olabilir) paketin olmaması gibi bir uygulama olabilir. Saygılar

Başlık: P610130 Appendektomi

Sorun Tanımı: Genel olarak ameliyat puanları çok düşük. Örnek: kolesistektomi 500, apandektomi 400, troidektomi 850 puan yani bir poliklinik hastası 20 puan olduğuna göre alınan riske karşı bu puanların çok düşük olduğunu düşünüyorum.

Çözüm Önerisi: Ameliyat puanlarının yeniden düzenlenmesi gerekiyor. Biz risk alarak hasta ameliyat ediyoruz, diğer cerrahi branşlardan ve dahili branşlardan emek ve zaman olarak daha fazla çalışıyoruz ve onlardan çok daha az kazanmıyoruz, bu nedenle de bizi mağdur duruma düşüren bu puanlama sisteminin bir an düzeltilmesi gerekiyor.

Başlık: Girişimler hakkında

Sorun Tanımı: Biz hastaları ameliyat ettikten sonra günde en az iki kere hasta başına gerektiğinde defalarca hasta başına gittiğimiz oluyor ama bu durumda ne oluyor dahili branşlar sabah ve akşam viziti olmak üzere 20+20: 40 puan genel cerrahiye 0 puan, bu nasıl haksızlıktır, ayrıca pansuman 5 puan günde birden fazla girilmiyor debridman içinde aynı şeyler geçerli bunların giderilmesi gerekiyor.

Çözüm Önerisi: Dahili branşlardaki hasta viziti puanı verilmeli. Pansuman ve debridman gibi müdahalelerin puanlamaları yükseltilmelidir. Aksi halde performans sistemi genel cerrahları mağdur eden ve hekimler arasında ücret eşitsizliği sonucu sürtüşmeler neden olan bir sistem olarak devam edecektir.

Başlık: Poliklinik punalama hakkında

Sorun Tanımı: Poliklinik hastalarına yaptığımız uygulamalarda diğer branşlar gibi ayrı puanlama mevcut değil. Yani, örneğin bir FTR veya ortopedi, nörolojideki gibi denge muayenesi 10 puan, postur muayenesi 20 puan, eklem açıklığı 20 puan, gibi... e bu duruma göre poliklinikte hasta geldi ve hem guatr hem de karın muayenesi yaptık diyelim bunlarında ayrı ayrı puanlanması gerekmez mi? Ama böyle değil bize poliklinikten sadece hasta muayene puanı girilebiliyor. Bu durum çok fazla emek hırsızlığına yol açmaktadır.

Çözüm Önerisi: Yani bu basit örnekte de anlattığım gibi performans sistemindeki özellikle ortopedi, cildiye, FTR, nöroloji gibi branşları kayıran ve bizim emeğimizi boşa çıkaran bu tip puan uygulamalarının kaldırılması lazım, yani zaten hastanın rahatsızlığını ortaya çıkarmak için bu muayeneler yapılıyor ilaveten birde bu muayeneler puan verilerek haksız kazanca ve hekimler arasında huzursuzluklara yol açılmaktadır. Örnek bir FTR poliklinik hastası için normal muayene 20 puan, denge-postür-yürüme analiz, eklem açıklığı vs. her bir uygulama puanlandığında poliklinikten en az 100-120 puanla çıkıyor, yani biz bir hastadan 20 puan FTR 120 puan bu sistemle bizim diğer branşlara yetişme şansımız zaten yok. Ayrıca şimdi her bir test için form istenecek diye bir genelge geldi. Bu branşlardaki arkadaşlar zaten bu testleri yapmıyordu ki form doldursunlar, bunu şöyle ispat edebiliriz, günde 70-80 hasta bakılıyor ve her bir hasta için en az 10 dakika harcamak gerekiyor ki bu testler tam anlamıyla yapılsın, bu durumda 70x10 :700 dakika yani 10 saatin üzerinde hiç aralık vermeden çalışması lazım ki zaten mümkün görünmüyor, ayrıca baklanlık bu durumu denetlemediği içinde sorumsuzca herkes yapmadığı muayeneleri de sisteme girerek haksız kazanç elde etmektedir. ÖNERİ:1-Hasta muayenesi sabit puana bağlanmalıdır, çünkü zaten bu muayeneler ve testler tanı koymak için yapılıyor, 2-Bu yapılamıyor veya kasten yapılmak istenmiyorsa genel cerrahi muayeneleri içinde ek puanlama uygulamaları konulmalı, örneğin, sağ alt kadrın muayenesi 10 puan, fitik muayenesi 20 puan, ayakta fitik muayenesi 10 puan, rowsing testi 20 puan, guatr muayenesi 10 puan(Bu öneri ne kadar saçma ise diğer branşlardaki testlere verilen puanlarda o kadar saçma) 3-Yeni uygulamayla bu ek testlere puanlamalar için form doldurulması zorunlu kılındı. Arkadaşlar çoğunlukla medullada görünsün diye bu test yapıldı, o test yapıldı şeklinde belirtiyorlar, onun için çok iyi denetim gerekiyor, çünkü yapılmayan her şeyi yapılmış gibi yazabiliyorlar.

Başlık: Konsültasyon

Sorun Tanımı: Acil serviste pratisyen arkadaşımız muayene ediyor ve uzman hekimden konsültasyon istiyor. Pratisyen hekim arkadaşımız 21 puan alıyor konsültasyon yapan uzman arkadaşımız 10 puan alıyor. Ben şimdi soruyorum: Bu sistem Dünyanın neresinden alınmış biz bunu kendimiz mi koyduk? Bunun mantığı ne? Evrensel bir kural mı?

Çözüm Önerisi: Konsültasyon yapan hekime 30 puan verilmesi uygundur

Başlık: P603860 Ventral herni onarımı

Sorun Tanımı: Performans sisteminde, yapılan vakaya göre puanlamanın yeterli olmadığı. Diğer branşlara göre, puanlamamız yeterli değildir.

Çözüm Önerisi: Örneğin; 1-Zor kolesistektomi, lap kolesistektomi ve normal yapılan kolesistektomi ayrımı yoktur. 2-Greft konulması gerekli olan ve saatleri alan insizyonel herninin karşılığı yoktur. 3-Perfore apandisitinin karşılığı yoktur. Bu örnekler tabii ki çoğaltılabilir, vaka zorluğu ve yapılan işe göre genel cerrahinin çok kolay bir branş izlenimi vardır. Unutulmaması gerekli olan, örneğin diğer branşlarda yapılan müdahaleye göre hasta sakat kalabilmekte, fakat genel cerrahide ise hasta ölebilmektedir. Bu bağlamda bile bakıldığında genel cerrahi açısından puanlamanın daha ayrıntılı ve tatminkâr bir oranda olması gerektiğini düşünüyorum. Saygılarımla

Başlık: P609080 Karaciğer Transplantasyonu (tüm cerrahi işlemler dahil)

Sorun Tanımı: TUR prostatektomi=1000 puan Karaciğer transplantasyonu tüm işlemler dahil=2500 puan.

Çözüm Önerisi: TUR prostatektomi= 1000 puan Karaciğer transplantasyonu tüm işlemler dahil=2500 puan Çözüm önerim bu performans puanlarını belirleyen kişilerin azıcık tıptan anlayan kişilerden oluşması, pratisyen kafasıyla hareket etmemesidir. TUR prostatektominin sadece bir sağ hepatik veni askıya almak veya hilar plate'i açıp disseksiyon yapmakla bile eşdeğer olmadığı açıktır. Bunun dışında yine Laparoskopik kolesistektomi 500 puandır. Bence en az TUR prostatektomi kadar puanı olmalıdır. Performans puan komisyonunda ürolog ağırlığı olduğu gün gibi ortadadır. Bu konuda bir çalışma yapıp itiraz edilecekse bende destek vermeye hazırım. Saygılarımla.

Başlık: Risk

Sorun Tanımı: Ayrıca madem bu iş performans yapılan işlerdeki riskler ne olacak. Yapılan zorunlu sigortalarda bakanlık risk grupları belirlemiş fakat dikkat edilirse en çok risk alan bölüm daha az daha az riski olan daha çok kazanıyor bence çok açık bir çelişki.

Çözüm Önerisi: Performansla beraber yapılan işlemlerdeki risklerde değerlendirilmeli.

Başlık: Performans

Sorun Tanımı: Çok saçma bir sistem puanlama çok adaletsiz kbb doktoru laringoskopi yapıp kolonoskopi den daha fazla puan alıyor. Tıp'la hiç alakası olmayan birisi bile bunu kabul edemez. Ayrıca ftr uzmanları nörologlar çok basit bir muayenede bile ekstra puan alırken bizim bin bir nazla yapabildiğimiz rektal muayene puansız.

Çözüm Önerisi: Yeniden düzenlenmeli.

Başlık: Performans abartıları

Sorun Tanımı: Şu an uygulanan performans sisteminde "ne kadar çok muayene, o kadar çok para, ne kadar çok ameliyat, o kadar çok para" anlayışının olduğu insani olmaktan çok kapitalist-materyalist bir uygulama var. Bu nedenle bir sürü gereksiz iş, işlem ve ameliyat yapılmaktadır. Kutsal olan insan bedeni para kazanmada araç olan meta haline getirilmiştir. Cerrahi branşlara vizit puanı verilmemekte ve ameliyat puanları çok düşük kalmaktadır. FTR, Cildiye gibi riski düşük branşların puanları yanında genel cerrahi puanları iş yüküyle orantısız şekilde düşük kalmaktadır.

Çözüm Önerisi: Maaşlarımız 5000 TL. de sabitlenmeli, döner sermayenin payı azaltılmalı, döner sermaye payı maksimum 3000 TL alacak şekilde olmalıdır. Ameliyat puanları en az iki kat artırılmalı, hasta vizitlerine cerrahlara da puan verilmelidir. Zorunlu sigortadaki diğer branşlarla farklı olan risk katsayımız döner sermayede de farklı olmalıdır.

Başlık: Acil nöbetleri

Sorun Tanımı: Acilde yapılan her bir ameliyat hayat kurtarıcı iken ve genel cerrahlar hastanenin ağır yükünü taşıyan hamallardan biriyken puanlarımız çok az ve sıradan ayda sadece bir veya 2 tane acil vakası çıkan branşlarla aynı nöbet parasını almamız çok saçma.

Çözüm Önerisi: Tutduğumuz acil nöbetlerin ücretlerinin ameliyat yapsakta yapmasak ta artırılması

Başlık: P600530 Doku genişletici uygulamaları birinci seans

Sorun Tanımı: Performans kaygısıyla çok fazla sayıda ameliyat yapılması cerrahın aşırı yorulmasına sebep oluyor. Yine aynı kaygıyla yıllık izinler kullanılmıyor. Aşırı iş, yoğun stres, üstüne üstlük bir de izin yapmama doğal olarak hatayı doğuruyor. Bence önümüzdeki günlerde komplikasyon davalarında, cerrahların izin kullanmamaları ve-veya az kullanmaları ve aşırı ameliyat yapıyor olmaları da aleyhimize kullanılacaktır.

Çözüm Önerisi: 1- Performans sisteminin kaldırılması. Net standart emekliliğe yansıyan bir ücretlendirme planlanmalıdır 2- Yıllık izinlerin mecburen kullanılması ve bu zaman zarfında ücret kesintisinin olmaması (çalışanın ortalama gelirinin ödenmesi)

Başlık: Eğitim Hastaneleri

Sorun Tanımı: Eğitim ve araştırma hastanelerinde net performans puanı hesaplanırken adlarına puan toplanmayan asistan hekimler de hesaba katıldığından uzman doktorların bireysel puanları düşmektedir. Bu şekilde asistan eğitimi vermek maddi olarak adeta cezalandırılmaktadır.

Çözüm Önerisi: Eğitim hastaneleri döner sermayeleri bakanlık tarafından fonlanmalıdır.

Başlık: Adalet adalet adalet

Sorun Tanımı: Bilindiği üzere malpraktis yasası ile sağlık bakanlığı hekimleri dört ayrı risk grubuna ayırdı ve 300 milyar için her bir grubun ödeyeceği prim miktarını belirledi. Yıllardan beri devam eden müthiş haksızlığa ilişkin olarak kendi elleriyle koz verdiler. Bilindiği gibi mevcut sistemde tüm hekimlerin döner sermaye katsayısı 2,5'dur. Hâlbuki bir cerrah (tüm cerrahi branşlar) ile fizik tedavici veya mikrobiyolog nasıl aynı katsayı ile çarpılır. Riskin cerrahda çok fazla olduğu apaçık ortadadır. Yeni çıkan grupta ile bunu en sonunda kendileri de matematiksel olarak kabul etmişlerdir. Örneğin: Ben Gebze Fatih Devlet Hastanesi'nde genel cerrah olarak çalışıyorum. Temmuz 2010 döner sermayem 4100 TL. Aynı hastanede görev yapan mikrobiyolog 5800 TL, Çocuk Hastalıkları Uzmanı 6000 kusur TL. Ayda üç tane branş nöbeti tutuyorum. Elektif vakaların riskinden vazgeçtim. Acilden gelen trafik kazası bıçaklanma majör is kazaları vs. Mikrobiyolog nasıl oluyor da benden 1800 TL fazla para alıyor. Eğer malpraktise grupta olması esas alınırsa ki doğrusu budur (çünkü mesleki risklere göre yapılmış gibi gözüküyor) örneğin mikrobiyologun katsayısı 2,5 ise benimkisinin 12,5 olması lazım. Ben hem daha az para kazanıcam hemde daha fazla prim ödeyeceğim bu nasıl adalettir ve yıllardır devam ettiriliyor.

Artık buna son vermek için gerekli koz da verildiğine göre harekete geçme zamanıdır. Lütfen konuyla İLGİLENİN.

Çözüm Önerisi: İlgili mahkemeye acilen dava açılması gerekiyordur herhalde. Sizler dernek olarak yapmazsanız bizler bireysel olarak yapmaya çalışacağız ama kesinlikle daha az etkili olacaktır.

Başlık: Ne olmalı?

Sorun Tanımı: Daha önce yazıldı mı bilmiyorum ama cerrahi kliniklerinde maalesef performans sadece yapılan ameliyatlara sınırlı. Yani siz yatırdığınız bir hastaya herhangi bir cerrahi girişim uygulamamışsanız performans almanız da söz konusu olmuyor. Halbuki harcanan bir emek ve mesai söz konusu. Örneğin, yatırılan akut kolesistit ve akut pankreatit gibi hastalar, travma nedeni ile gözlem amaçlı yatırılan ve pek çoğumuzu yıpratın, emek harcadığımız hastalardan herhangi bir puan ve bunun sonucu döner sermaye ek ödemesinden pay alamıyoruz. Pek çok dahili klinikten daha fazla hasta viziti yapmamıza rağmen dahili kliniklerde olduğu gibi ziyaret puanı da alamıyoruz. Bu durum ister istemez bizlerde performans alamayacağımız hastalıklara karşı, malasef bir isteksizlik oluşturuyor. Ama mesleki vicdana ve etiğe sahip olduğumuz için bunu dile getirmek bile bizleri utandırıyor. Daha pek çok şey var aslında anlatılması gereken. nüks inguinal herni gibi bir performans yok mesela, komplike apandisit ile komplike olmamış apandisit puanlarında fark yok. bilateral inguinal herni onarımı yapıldığında çoğu kez faturalandırmada problem yaşanıyor. enteral ya da parenteral beslenme takiplerinin karşılığı yok. liste daha çok uzatılabilir böyle.

Çözüm Önerisi: Cerrahi kliniklerde de ziyaret puanı olmalı. Cerrahi girişim gerektirmeyen durumlar için açıklama getirilmeli (travma hastasının takibi, iltihabi hastalıkların medikal tedavisi gibi.) komplike vakaların performans sisteminde tanımlanması ve yeniden puanlandırılması gerekli. performans düzenlemesi ve döner sermaye ek ödemelerinin arttırılması ve yaptığımız işin karşılığının tam olarak ödenmesi durumunda inanıyorum ki genel cerrahi ihtisası, uzmanlık tercihlerinde üst sıralarda yer alacaktır.

Başlık: P603861 Ventral herni onarımı (laparoskopik)

Sorun Tanımı: Şu an kullanılan doktor performans sisteminde halen birçok Laparoskopik ameliyatın puan karşılığı olmadığı için doktorlara açık ameliyat puanları girilmektedir. Başlık kutusunda gördüğüm Laparoskopik kese, kasık fıtığı, Appendektomi dışında hiçbir Laparoskopik ameliyatın doktor puanını giremiyoruz. Ayrıca bu doktor performans yönetmeliği halen ilk çıktığı gibi, SUT kaçkare yenilendi ama puanlar yenilenmedi.

Çözüm Önerisi: Öncelikle çok acil doktor performans yönetmeliği yenilenmelidir. Yeni SUT taki ameliyatları da kapsamalıdır. Özellikle Laparoskopik ameliyatların puanlamaları en azından açık ameliyatın 1,5-2 katı olmalıdır. Çünkü emek ve zaman çok daha fazla harcanmaktadır. Laparoskopik puanlar fazla olmalıdır ki yapılması cazip hale gelmelidir. Puanlamalardaki adaletsizlik genel cerrahi komisyonu oluşturularak düzeltilmelidir.

Başlık: P610625 Pilonidal sinüs eksizyonu

Sorun Tanımı: Puanı yetersiz uğraşmaya değmez

Çözüm Önerisi: Adam gibi tüm cerrahi puanlar gibi gözden geçirilmelidir.

Başlık: Performans

Sorun Tanımı: 1-sağlıkta performans sistemi 2-ameliyat puanları arasındaki dengesizlik 3-bakanın hekimlere karşı tutumu

Çözüm Önerisi: 1-sağlıkta performans olmaz. İnsanlara eğitimimizin 1/3 ü kadar eğitim alan 1.derece hakimler kadar maaş, bunun %50 si kadarda ek performans puanı verilmelidir. 2-ameliyat zorluğu ve süre kıyaslanınca performans puanları arasında korkunç dengesizlikler mevcut. Bunlar risk grubuna göre düzeltilmelidir. 3-bakan açıklamalarıyla hekimlere karşı saygılı olmaya davet edilmelidir. Unutulmamalı ki oy isteyeceği kitlelere sürekli aşağıladığı hekimler hizmet verecektir.

Başlık: Vizit puanı

Sorun Tanımı: Genel cerrahların ve cerrahi tüm branş hekimlerinin yatan hastaya yaptıkları vizitlerden puan alamamaları büyük bir haksızlıktır aynı işi yapan dahili hekimler bu puanı aldıkları halde cerrahların alamaması saçmalık ve eşitsizliktir bu uygulama cerrahi ameliyat olmayacak hastayı hastaneye yatırmamaya teşvik etmektedir. Cerrahlar sadece ameliyat yapan teknisyenler değildir, eğer böyle ise ameliyat öncesi ve sonrası takip ve tedavilerin dahili branşlar tarafından yapılması gibi saçma bir durum olmalıdır.

Çözüm Önerisi: Cerrahi branşlar da dahili branşlar gibi hasta takip/vizit puanı almalıdır

Başlık: P603781 İnguinal herni onarımı (tek taraflı)

Sorun Tanımı: Yapılan işlemlerin puanları düşük ve adil değil. Örneğin mesh'li fıtık tamiri 600 puan ama Laparoskopik kese ameliyatı 500 puan. İkisi arasındaki riski siz değerlendirin. Ayrıca burada belirteceğim bir şey de yatan hastalar ile ilgili. Cerrahi servislerde yatan hastalar için günlük vizit puanı yok. Ama dahili branşlar için var.

Çözüm Önerisi: Ayaktan ve poliklinikte yapılan işlemlerin puanları artmalı ve parasal değeri olmalıdır. Yatan hastalar için de günlük vizit puanı olmalıdır.

Başlık: Poliklinik

Sorun Tanımı: Poliklinikte yapılan girişimler ücretlendirilmiyor ve performans puanları çok düşük. Örneğin bir nörolog yaptığı her muayeneye duyu algı muayenesi adı altında ikinci bir puan giriyor. Ayrıca branş gereği olarak cerrahinin poliklinik sayısı da düşük olduğu için alınan puanlar da düşük oluyor. En küçük ve uç hastanede bile Genel Cerrahi uzmanı var ve hastanenin olmazsa olmazı. Ayrıca hastaneler büyüdükçe en büyük gurubu cerrahlar oluşturuyor ve dönerden aldıkları pay en az oluyor.

Çözüm Önerisi: Mademki performans sistemi gelir üzerine kurulu dağıtılacak oran da gelir üzerinden olmalı. Eğer bu olmuyorsa cerrahi işlemlerin ve poliklinik hizmetlerinin puanları arttırılmalıdır. Örneğin gastroskopi puanı 70 iken aynı işlemin daha minimali ve başlangıcı olan nazofarinks muayenesinin puanı yanılıyorsa 150.

Başlık: P610625 Pilonidal sinüs eksizyonu**Sorun Tanımı:** Puanı çok yetersiz**Çözüm Önerisi:** Puanı en az 400 olmalı**Başlık: Acil nöbetler**

Sorun Tanımı: Nöbetle ilgili bir başlık bulamadığımdan buraya yazıyorum. Sizde belirtmişsiniz ancak ben sadece travma ile ilgili değil tüm acil ameliyatlardan iki kat puan alınması gerektiğine inanıyorum. Ayrıca nöbette yapılan konsültasyon puanı 10 puan olup bir hekimin danışmanlık istediği bir konuda aldığımız riskide göz önüne alıp bunun 40 - 50 puan olması gerektiğini düşünüyorum. Çünkü bu hastaların hangisinin ameliyat olması gerektiğine karar verip ameliyat olmayanın riskini de kendi üstümüze almış oluyoruz. Bir sorunu daha bildirmek istiyorum acil nöbetlerimiz bilindiği üzere diğer çoğu branşta olduğu gibi nöbet bitiminde devredilemiyor. Bazen sabah 08.00 da biten nöbetten gelen vakalara saat 16.30 a kadar devam etmek zorunda kalıyoruz. Buda nöbetin devamı olduğuna göre nöbet saat ücretinin devam etmesi gerektiğini düşünüyorum.

Çözüm Önerisi: Her an neyle karşılaşma olasılığı belli olmayan ve sürekli diken üstünde nöbet tutan genel cerrahi ve bunun benzeri acilde sıkça hasta bakan gruplara yıpranma payı verilmesi. Nöbetlerinin devam etmesi durumunda saat başı ücretlerinin ödenmesini öneriyorum. Ayrıca bu grupların konuyla ilgisi olmamada daha erken ve eşit şartlarda emeklilik hakkı olması gerektiğini düşünüyorum. Saygılarımla

Başlık: Performans ve asistanlar**Sorun Tanımı:** Performans sisteminden uzmanlık öğrencisinin hiç yararlanamaması

Çözüm Önerisi: Adı üzerinde performans olan bu sistemden hastanenin dokusunu oluşturan, hastanın tanı ve tedavisinde primer rol alan, nöbetleri aktif olarak tutan uzmanlık öğrencilerinin de hakkı vardır. 14-08'i bir fiil çalışarak geçiren asistanlara da performans ödenmelidir.

Başlık: P609871 Obezite, by-pass (laparoskopik)

Sorun Tanımı: Aslında yanlış noktadan bakıyoruz. Tek tek şu ameliyatın ederi budur, şu branş bizden az yapıp iki katı puan alıyor vb tartışmalar bizi zaten tüm cerrahi branşlar olarak çekmek istedikleri noktadır. İşin aslı whipple ameliyatının 2000 değil 4000 puan olması değildir. İşin aslı bu sistemin gerçekten hak eder şekilde işleyebilecek bir tam gün ve performansla dayalı kazanım sistemi olmamasıdır.

Çözüm Önerisi: Ana karşı çıkılması gereken konu performansa ne olursa olsun sınırlama getirilmesidir. Hâlbuki olması gereken hekimin harcadığı çabanın ve aldığı riskin boyutu ile birebir doğru orantılı bir performans sistemidir. Bunu basitçe şöyle özetleyebilirim. Hekim ameliyat başına puan almamalıdır. Puan toplamak için ıvır zıvır puanlar peşinde koşturmalıdır. Hekim yaptığı her ameliyatın hastaneye net ödenen bedeli üzerinden belirli bir yüzdesini net olarak almalıdır. Örneğin bir ameliyatın paket fiyatı 1000 TL olsun. Hekim bu bedelin örneğin %20'sini yani 200 lirasını doğrudan alabilmelidir. Bu alacaklarını da hastanenin o ay dağıtacağı paradan ne kadarsa alama şeklinde olmamalıdır. Çünkü her yerdeki hekimler aynı ameliyatı yaparak aynı riskleri almakta ancak farklı hastanelerin farklı farklı döner ödemeleri olmaktadır. Oysa hekimin her yaptığı ameliyat için onun hakkı olan payını maliye doğrudan ay sonunda hesabına aktarmalıdır. Yüzde oranları değişebilir. Önemli değil ama önemli olan diğer husus devletin ameliyatların puanlarından ziyade paket fiyatlarını

rasyonalize etmesidir. Bugün için örneğin Laparoskopik gastrik bypass ameliyatının ortalama ederi 4500 TL civarındadır. Ve her şey dâhil ödenmektedir. Oysa bu ameliyatın sadece maliyeti 7000 TL düzeyine yakındır. Yapan hekimin ve yapılan hastanenin kazanması gerekenleri katmıyorum bile. Oysa bu ameliyatın puanı hiç önemli olmadan paket fiyatı ortalama 25000 TL olmalı ve hekim bu fiyatın net %20 sini ay sonunda maaşında görebilmelidir. Bu takdirde sayın bakanımızın bizleri devamlı itham ettikleri bıçak parası meselesi doğal yollarla hem hasta hem de hekim tarafını birlikte mutlu ederek çözer. Unutulmaması gereken en önemli nokta sağlığın gerçekten pahalı bir hizmet olduğu ve asıl olarak da el emeğine bağlı olarak işlediğidir. Kamuoyuna bu yönde bilgi akışının devamının sağlanması biz hekimleri hem ahlaksızlıktan hemde açlıktan kurtararak yurttaşlara da en sağlıklı ve huzurlu hizmeti verebilmemizi sağlar.

Başlık: P603860 Ventral herni onarımı

Sorun Tanımı: Test booklarda tüm batın duvarı fıtıkları Ventral herni olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle umbilikal herni veya epigastrik herni veya insizyonel herni puanlarının farklı olması anlamsızdır. Ventral herniye 2000 puan neye göre verilmiştir.

Çözüm Önerisi: Ameliyatın adına göre değil yapılan işleme göre puan verilmeli. Örneğin mayo takviye ise puanı şu, onlay ise bu veya underlay ise farklı puan. Laparoskopik ise ona göre puan verilir. Verilen emek ile puan doğru orantılı olmalıdır.

Başlık: Günlük bakılabilen hasta sayısı

Sorun Tanımı: Özel sektörde çalışan hekimin günlük bakabileceği hasta sayısı sınırlandırılırken kamu hastanelerinde sınır yok. Günlük 100-120 hasta bakan bölümler var. Hatta bazı cerrahi branşlarda poliklinik sayıları fazla olduğundan ameliyat yapmak bile istemiyorlar. Puan toplama amaç olunca sonuç bu oluyor. Her şeye gelince kaliteden bahseden yönetim nedense hastaların daha düzgün incelenmesine iş gelince görmezden geliyor.

Çözüm Önerisi: Bir hekimin mesai saatlerinde bakabileceği hasta sayısı bellidir. Buna göre sınırlama getirilmelidir. Bu hem hasta için gereklidir hemde hekimi kölelik hizmetinden çıkarmak için gereklidir.

Para varsa puanın önemi vardır. SGK tarafından ödenen paket girişim ücretleri oldukça düşüktür. Hastanelerin tüm giderleri hastane döner sermayesine yüklenmektedir. Dolayısı ile dağıtılan para azalmaktadır. Girişim ücretleri arttırılmalıdır.

Başlık: Deneyim ve önerilerim

Sorun Tanımı: Tek başıma, haftada ortalama 10 ameliyat yaptığım bir hastanede 4 sene çalıştım. İnsanüstü bir performans göstermeme rağmen meslektaşlarımdan benim neredeyse iki mislim ameliyat yaptıklarını fark ettim. Bir araştırma yaptım: Benim reçeteyle ve önerilerle tedavi ettiğim tüm anal fissur hastalarının “Hemoroid tanısı ile” ameliyat edildiklerini, tamamen takiplik MNG hastalarının hepsinin “ameliyatlık” olduğunu fark ettim. Çalıştığım hastanede başhekimlik periyodik olarak uzmanları toplayıp daha çok hasta bakın daha çok para kazanın baskısı yapmaktaydı. Günde 100 ve üzeri hasta bakmayı hedef almış bir hekimi hastaları muayene etmeden mamografi ve usg ye gönderip sonuçta “patolojik bulgu yoktur ama MR önerilir” şeklinde bir raporla karşılaşp, hastaya ya MR isteyip ya da istemeden “önemli bir şeyiniz yokmuş” derken acaba radyolog arkadaşının da daha fazla puan için o hastaya toplam kaç dakikasını ayırdığının farkında mıdır?

Çözüm Önerisi: Bu meslek bizim, öncelikle yaptığımız işi kendi içimize sindirmemiz lazım. Ülkemizde sistem her zaman değişebilir ama biz değişmemeliyiz. Yozlaşmak çok kolaydır buna ancak kendi irademizle karşı çıkabiliriz. Yaptığımız işin miktarından çok kalitesi uzun vadede her zaman bize kazandıracaktır. Siz bugün bir hastayı muayene etmeden gönderirsiniz 1 sene sonra bakarsınız bu sayı 10 olmuş. Bence doktor odalarında toplantılarda konuşulması gereken bunlardır. Bu ay sen kaç puan yaptın değildir. Saygılarımla.

Başlık: PERFORMANS

Sorun Tanımı: Genel olarak performans.

Çözüm Önerisi: Bu sistem niteliğe değil niceliğe değer ve prim veren bir sistem olduğu için karşıyım. Bu performans sistemi yerine, her hekime baz bir ücret takdir edildikten sonra, risk gruplarına göre branşlar değerlendirilip, her branştan hekime ek bir sağlık uygulaması tazminatı ödenmesinden yanayım. Aynı branştan olanlar da kıdem ve deneyimlerine göre, değerlendirmeye tabi tutulabilir. Eğitim hastanelerinde öğretim ve eğitimle görevli hocalara da eğitim tazminatı adı altında ek bir ödeme daha yapılır. Bunun yanında fazla çalışma ve nöbetler de, hakkaniyete uygun olarak değerlendirilir. Ve bütün bu tazminatların toplamından elde edilecek ücret emekliliğe de yansıtılır. Kısaca, performans sistemi kaldırılmasından ve hekimlere yaptıkları işe uygun, aldıkları riskleri de göz önünde bulunduran bir ücret ve emeklilik sistemi getirilmesinden yanayım. Selam ve saygılarımla.

Başlık: P610625 Pilonidal sinüs eksizyonu

Sorun Tanımı: Primer eksizyonu ile eksizyonu+flap rotasyonu ile onarım prosedürlerine aynı ücretlendirme yapılıyor.

Çözüm Önerisi: SUT da flap rotasyonuna ait kodlar var, ücretlendirilmeye bunlar eklenebilir. Ancak SGK bunu kabul etmiyor.

Başlık: Poliklinikten girilen yan puanlar

Sorun Tanımı: KBB, FTR, nöroloji, çocuk gibi polikliniklere göre göre poliklinik sayımız azdır. Ve bu nedenle neredeyse 2 katımız puanlara çıkmaktadırlar. Peki, performans bu duruma nasıl yaklaşmış biliyor musunuz? Nörolojik bilimlere 21 puanın yanına yetmiyormuş gibi nörolojik muayene puanı vermiş. Denge koordinasyon testleri puanı eklemiş. Ftr ye yürüme analizi, ev içi aile terapisi, eklem hareket açıklığı vs. Gibi birçok yan puan vermiştir. Bu arkadaşlar ile aynı hastaya baktığımız zaman yaklaşık 2,5 katı puanımızı almaktadırlar. Hal böyleyken hastane ortalaması yükselmekte ve genel cerrahların ortalamadan döner alması hayal olmaktadır.

Çözüm Önerisi: Poliklinikten girilen yan puanlar haksızdır. Adaletsizdir. Derhal sonlanmalı yada her bir işlem için kurum rapor istemelidir. Rektal tuşenin yan puanı mı vardır? Meme muayenesinin ayrı puanı mı vardır? Postoperatif aile eğitimi mi vardır? Yoksa niye yoktur? Biz genel cerrahlar bu sistemde öldürülmüşüz. Tam gün yasası iptal olursa sırf bu yüzden muayenehane açmak istiyorum.

Başlık: Pansuman

Sorun Tanımı: O kadar adaletsizlik var ki hangisine çözüm bulunacak. Pansuman 5-7 puan iken sütür alınması (Pansuman dahil) puanı sıfır.

Çözüm Önerisi: Ameliyatları cerrahlar yapsın sütürleri bakanlık alsın. Nasıl olsa puan vermeye değmeyecek kadar emek gerektirmeyen işler.

Başlık: P603800 İnsizyonel herni onarımı

Sorun Tanımı: Ne kadar kolay değilmi bu ameliyat saatlerce sürebiliyor puanına da bakınız el insaf diyorum ne diyeyim artık bildiğin gibi yap.

Çözüm Önerisi: Sorundan çözüm belli

Başlık: P603540 Karın duvarı malign tümörleri için girişim

Sorun Tanımı: İlk olarak söyleyeceğim şey performansın kalkmasıdır. Kalkmaz ise ameliyat puanları özellikle mide kolon ks safra yolları ve tiroit ameliyatları puanları çok çok az.uzmanlar bu yüzden bu grup ameliyatları çok çok az yapıyorlar buda bir cerrah olarak bana göre hiç doğru değil.

Çözüm Önerisi: Mide kolon puanları2000 üzeri safra yolları 1500 üzeri tiroit ameliyatları 2000 üzeri ve Laparoskopik cerrahi ameliyatları kendi grup ameliyatların puanlarının iki katı olmalıdır. Cerrahiyi ilgilendiren jinekolojik acillerin ödenmesi gerekir. Cilt cilt altını ilgilendiren lipom vs gibi rahatsızlıklar cerrahiden alınmalıdır. Sünnetin cerrahiden alınması gerekir. Tırnak çekimine resmi ödeme yapılmamalıdır.

Başlık: Performans

Sorun Tanımı: TDK sözlüğünde performansın karşılığı “başarım” olarak tanımlanmaktadır. Performans konusunda Türk Cerrahi Derneğinin Tutum ve Görüşlerine aynen katılıyorum. Keşfedilen bu sistemde girişimler puanlandırılarak bir zaman dilimi içerisinde kaç birimlik girişim yapıldığı saptanmaktadır. Hizmet kalitesi ile alakası yoktur. Bir tarafta performans puanları diğer tarafta malpraktis olunca diğerlerine göre göreceli olarak puanı düşük uzun süren girişimleri kim neden yapacaktır. D2 disseksiyon mu yoksa aynı sürede bir sürü fitık mı yapmak istersiniz.

Çözüm Önerisi: Hastalanınca kesilen böyle bir sistem yerine özlük hakları için TTB ile birlikte mücadele etmek gerekir. Saygılarımla.

Başlık: Berbat uygulama

Sorun Tanımı: Bu uygulama insanlık dışı bir uygulamadır.

Çözüm Önerisi: İnsanca yaşanacak bir maaş ve işini yapmayanlara uygulanacak iyi bir denetim mekanizması.

Başlık: P610150 Hemikolektomi, sağ veya sol

Sorun Tanımı: Benim söylemek istediğim yaptığımız ameliyat puanları arasındaki dengesizlik

Çözüm Önerisi: Örneğin fitik ameliyatı 400 acil olursa 500 puan kolektomi yapıyorsunuz 750 puan. Acilde olsa 750 puan. Ben acildeki kolektomi yapıp 4-5 tane fitik onarım puanımı alırım. insizyonel herni 400 puan. Bazı insizyonel herniler 30 dakika bazıları 3 saat sürer ve puan aynı. Bence sağlık bakanlığı genel cerrahlara mümkünse ameliyat yapmayın sevkedin özel hastaneye hasta farkını versin ameliyat olsun demek istiyor sanırım. Teşekkür ederim.

Başlık: P603800 İnsizyonel herni onarımı

Sorun Tanımı: Genel Cerrahi tarafından yapılan işlemlerin puanları diğer cerrahi branşlara göre çok düşük. Örneğin insizyonel herniler bazen saatlerce sürüyor ama apendektomi ile aynı puanı var.

Çözüm Önerisi: Puanlama sistemi tekrar gözden geçirilmeli.

Başlık: Performans sistemi sorunları

Sorun Tanımı: Branşlar arasında adaletsizliğe neden olan performans puan tespit sistemi. Özellikle operasyonların yetersiz puanlandırılması.

Çözüm Önerisi: Bir girişimsel işlem veya ameliyatın performans puanı hesaplanırken zaman bazlı bir sistem esas alınmalıdır. Yani herhangi bir (indeks) girişimsel işlemin hekimin 8 saatlik mesaisinde ne kadar zaman işgal ettiği hesaplanarak puansal karşılığı belli tablolarda kayıt altına alınmalıdır. Böylece, mesaisini tam ve verimli kullanan iki hekim hangi branşa mensup olurlarsa olsunlar ve hangi işi üretirlerse üretsinler eşit ve adil hak ediş elde etmiş olacaklardır. Buna ilaveten, yapılan işlemin zorluk ve risk derecesi, akademik değeri, özgünlüğü ve hastaneye maddi getirisi gibi unsurlar performans puanını belli oranlarda arttırmalıdır. Örneğin böbrek transplantasyonu gibi sadece özel eğitim almış ruhsat sahibi cerrahların gerçekleştirebilecekleri ve yaklaşık 30.000 TL fatura karşılığı olan, son derece özellikli bir operasyonun puansal karşılığı sadece 2000'dir. Saygılarımla.

Başlık: Branşlara atfedilmesi gereken katsayılar

Sorun Tanımı: Karşılaşılan hasta ve hastalıklar açısından en sıkıntılı tıp dallarından birinin genel cerrahi olduğu herkesin malumudur. Bu durum gerek ihtisas sürecinin ağırlığı ve de gerekse de mesleğin uygulama pratiğinden de açıkça görülmektedir. Ayrıca artık zorunlu hale gelecek "Mesleki Kötü Uygulamalara Karşı Mali Sorumluluk Sigortaları" ında da öngörüldüğü üzere en riskli meslek branşı kategorisinde de genel cerrahi en başlarda gelmektedir.

Çözüm Önerisi: Buna göre performans ödemelerinde her uzman için öngörülen 2,5 ödeme katsayısı mutlaka "Mesleki Kötü Uygulamalara Karşı Mali Sorumluluk Sigortaları" ında belirlendiği üzere en riskli branşlardan daha az riskli branşlara göre kademeli olarak azaltılmalıdır. Her azalış birimi 0,2 veya 0,3 olmalıdır. Söz gelimi bir genel cerrahi uzmanı ile bir nükleer tıp uzmanı ya da dermatoloji uzmanı aynı katsayı üzerinden kesinlikle değerlendirilmemelidir.

IV. Bölüm

TCD Performansa Dayalı Ödeme Sistemi Değerlendirme Anketi 2010 Sonuçları



TCD Performansa Dayalı Ödeme Sistemi Değerlendirme Anketi 2010

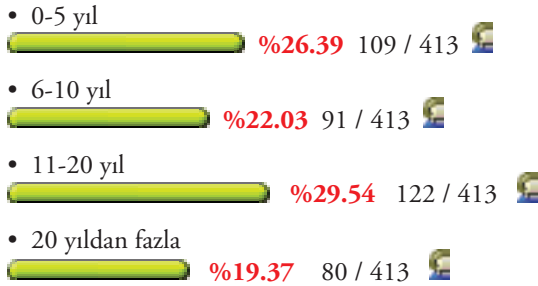
Ankete katılım: 413 kişi

Anketin hedeflenen popülasyonu: TCD web sitesine üye genel cerrahi uzmanları ve araştırma görevlileri

Prof. Dr. Fatih Ağalar
Prof. Dr. Cem Terzi
Doç. Dr. Meral Saygun
Doç. Dr. Oral Saygun
Uzm. Dr. Sedat Döm
Dr. İ.Tayfun Şahiner

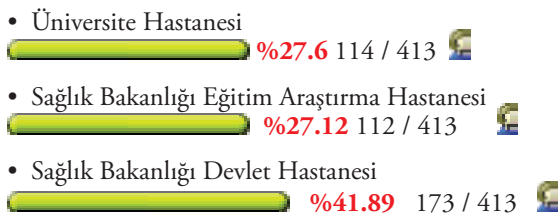
Ankette yer alan hiçbir kişisel bilgi ve kişilerin cevapları, bireysel olarak değerlendirilmemiştir. Yalnızca istatistiki açıdan değerlendirme yapılmıştır.

1) Kaç yıldır uzman hekim olarak görev yapıyorsunuz?



Ankete katılanların % 49'u 10 yıldan uzun süredir uzmanlıklarını icra etmektedirler.

2) Çalıştığınız kurum



Ankete katılanların % 69'u Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi ve Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesinde çalışan genel cerrahlardır. Bu ankete daha fazla oranda Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde çalışan cerrahlar ilgi göstermiştir. Üniversite hastanelerinde sistem henüz başlamadığı için ankete ilgi düşük olmuştur.

3) Son çalıştığınız kurumdaki çalışma süreniz.

- 1 yıldan az
 **%15.5** 64 / 413 
- 1-5 yıl
 **%33.41** 138 / 413 
- 6-10 yıl
 **%14.53** 60 / 413 
- 10 yıldan fazla
 **%34.14** 141 / 413 

Ankete katılanların % 49'u aynı kurumda uzunca bir süredir çalışmaktadırlar. Bu bulgu bu gruba girenlerin çalıştıkları yeri ve işlerini benimsediklerini ifade eder özelliğindedir.

4) Akademik Kadronuz

- Profesör
 **%13.08** 54 / 413 
- Doçent
 **%10.41** 43 / 413 
- Yrd.Doç.
 **%5.08** 21 / 413 
- Uzman
 **%57.38** 237 / 413 
- Araştırma Görevlisi
 **%4.84** 20 / 413 
- Şef
 **%1.69** 7 / 413 
- Şef yard.
 **%1.69** 7 / 413 
- Başasistan
 **%3.15** 13 / 413 

Ankete katılanların çok önemli bir kısmı performans sisteminde ana unsur olarak görev yapan uzman hekimlerden oluşmuştur. Uzmanlık öğrencileri ancak % 4 oranında katılım sağlamıştır.

5) İdari göreviniz var mı?

- Evet
 **%14.29** 59 / 413 
- Hayır
 **%82.57** 341 / 413 

6) Çalıştığınız kurumdaki mevcut ödeme sisteminden memnun musunuz?

- Evet

 **%13.08** 54 / 413 

- Hayır

 **%82.57** 341 / 413 

Ankete katılanların çok büyük bir kısmı çalıştıkları kurum ve mevcut ödeme sisteminden bağımsız olarak, kendileri için geçerli olan ödeme sisteminden memnun değildir.

7) Çalıştığınız kurumda performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanma süresi nedir?

- Son 6 ay

 **%4.12** 17 / 413 

- Son 1-2 yıl

 **%4.84** 20 / 413 

- Son 3-4 yıl

 **%62.23** 257 / 413 

- Henüz Başlamadı

 **%18.16** 75 / 413 

- Fikrim yok

 **%7.26** 30 / 413 

Ankete katılanların % 71'i hali hazırda performansa dayalı geri ödeme sisteminin uygulandığı hastanelerde çalışmaktadır.

8) Çalıştığınız klinikteki ortalama yatak sayınız nedir?

- 1-5 yatak

 **%7.02** 29 / 413 

- 6-15 yatak

 **%16.22** 67 / 413 

- 16-25 yatak

 **%25.18** 104 / 413 

- 26-50 yatak

 **%29.78** 123 / 413 

- 51 yatak ve üzeri

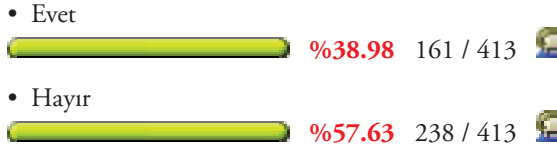
 **%18.64** 77 / 413 

Ankete katılanların önemli bir kısmının orta ve büyük ölçekli hastanelerde çalıştığı anlaşılmaktadır.

9) Çalıştığınız klinikteki ortalama yıllık toplam vaka (ameliyat) sayısı nedir?



10) Kurumunuzda size ait “cerrahi yoğun bakım ünitesi” var mı?



11) Kurumunuzda hastalara ait hizmetlerin veri girişi kim tarafından yapılıyor?



Ankete katılanların % 38'i tıbbi kodlamacı veya sekreterin yapması gereken veri girişini hekim olarak kendisi yapmaktadır. Veri girişinin neredeyse % 30'unun uzmanlık öğrencileri tarafından yapıldığı dikkati çekmektedir.

12) Performansa dayalı ödeme sisteminin iş yükü (poliklinik, ameliyat vb..) sayısını artırdığını / artıracığını düşünüyor musunuz?

- Evet

%61.74 255 / 413

- Hayır

%34.14 141 / 413

Ankete katılanların % 62'si performansa dayalı ödeme sisteminin iş yükünü artırdığını/artıracığını düşünmektedir.

13) Performansa dayalı ödeme sisteminde kurumunuza sevk edilen/edilecek komplike hasta sayısında artış olduğunu /olabileceğini düşünüyor musunuz?

- Evet

%54.72 226 / 413

- Hayır

%33.41 138 / 413

- Fikrim yok

%8.72 36 / 413

Ankete katılanların yarısından fazlası komplike hasta sayısında artış olduğunu /olabileceğini ifade etmektedir. Bu sonuç ankete katılan hekimlerin büyük bir kısmının büyük ölçekli referans hastanelerinde çalışmasından kaynaklanabileceği gibi, performans sisteminin hekimi komplike hastalarını bir üst basamağa sevk etmeye yönlendirmesinden olabilir. Ayrıca, referans hastanesinde çalışan hekimler bir alt basamakta çalışan hekimlerin komplikasyon sayılarının artacağını düşünüyor olabilirler.

14) Performansa dayalı ödeme sisteminden sonra uzmanlık öğrencilerinin/tıp fakültesi öğrencilerinin/akademik üretimde eğitim programında aksama olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- Evet

%77.72 321 / 413

- Hayır

%13.56 56 / 413

- Fikrim yok

%5.81 24 / 413

Ankete katılanların önemli bir kısmı performansa dayalı ödeme sisteminin eğitim ve öğretim faaliyetlerini aksattığını/ aksatacağını düşünmektedir.

15) Performansa dayalı ödeme sisteminin kliniğinizdeki akademik liyakata/kıdeme dayalı çalışma düzeninde bozulmaya sebep olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- Evet

%77 318 / 413

- Hayır

%15.5 64 / 413

- Fikrim yok

%4.36 18 / 413

Ankete katılanların çok önemli bir kısmı esasen yarıştırmacı bir mantığa dayanan performansa dayalı ödeme sisteminin akademik liyakat /kıdeme dayalı çalışma düzenini etkilediğinden/etkileyeceğinden endişelidir.

16) Performansa dayalı ödeme sistemi başladıktan sonra aylık gelirinizde artış olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- Evet

%27.12 112 / 413

- Hayır

%61.26 253 / 413

- Fikrim yok

%8.47 35 / 413

Ankete katılanların 3/5'i performansa dayalı ödeme sisteminin, gelirlerinde artışa yol açmadığını/açmayacağını düşünmektedir. Bu bulgu sistemden beklentiler ile paralellik göstermemektedir.*

17) Performansa dayalı ödeme sisteminde kliniğinizde üretilen performansa bağlı gelirin dağıtılma sistemi nasıldır?

- Bireysel

%61.99 256 / 413

- Havuz

%14.77 61 / 413

- Sistem henüz başlamadı

%18.89 78 / 413

18) Performansa dayalı ödeme sisteminden önceki ödeme sistemine geri dönmek ister misiniz?

- Evet
 **%39.95** 165 / 413 
- Hayır
 **%30.51** 126 / 413 
- Fikrim yok
 **%24.94** 103 / 413 

Genel cerrahların önemli sayılabilecek bir oranının dünyadaki ödeme sistemleri ve finansal teşvikler ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıkları anlaşılmaktadır.

19) Mevcut performans ödeme sisteminden memnun değil iseniz veya sistem henüz başlamamış ise, kliniğinizde üretilen hizmetlere bağlı performans gelirin nasıl dağıtılmasını istersiniz?

- Bireysel
 **%21.55** 89 / 413 
- Bölüm içi havuz
 **%24.46** 101 / 413 
- Hastane ortalaması
 **%13.56** 56 / 413 
- Sabit döner sermaye
 **%24.21** 100 / 413 
- Diğer
 **%7.26** 30 / 413 

Genel cerrahların önemli sayılabilecek bir oranının dünyadaki ödeme sistemleri ve finansal teşvikler ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmadıkları anlaşılmaktadır. Ayrıca bölüm içi havuz, hastane ortalaması, sabit döner sermaye, bireysel veya diğer ödeme sistemleri arasında baskın bir tercih de ortaya çıkamamıştır.

20) Diğer kurumlarda/uzmanlık dalında/kliniklerde/çalışan bireylerin performansa bağlı elde ettikleri gelir sizin çalışma performansınızı etkiliyor mu/etkileyebileceğini düşünüyor musunuz?

- Evet
 **%66.59** 275 / 413 
- Hayır
 **%19.61** 81 / 413 
- Fikrim yok
 **%8.96** 37 / 413 
- Diğer
 **%1.21** 5 / 413 

Yarıştırmacı finansal ödeme sistemlerinde böyle bir sonucun ortaya çıkması beklenir.

21) Kurumunuzda performansa dayalı gelir sistemi için özelleştirilmiş bir çalışma grubu var mı?

- Evet

%29.3 121 / 413

- Hayır

%56.17 232 / 413

- Fikrim yok

%10.65 44 / 413

Ankete katılanların yarısından fazlası kurumlarında performansa dayalı gelir sistemi için özelleştirilmiş bir çalışma grubu olmadığını bildirmektedir. Ne var ki Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde bu tür kurullar vardır. Ancak anlaşıldığı kadarıyla cerrahların bu tür kurulların varlığından haberi bulunmamaktadır.

22) Kurumunuzda periyodik olarak performans değerlendirme raporu hazırlanıyor ve çalışanlar ile paylaşılıyor mu?

- Evet

%21.55 89 / 413

- Hayır

%64.16 265 / 413

- Fikrim yok

%9.93 41 / 413

Ankete katılanların 3/5'i periyodik olarak performans değerlendirme raporlarının çalışanlar ile paylaşılmadığını bildirmektedir. Bu sonuç bir önceki sorunun yorumu ile birlikte değerlendirilmelidir.

23) Kurumunuzda SGK geri ödemesi ile ilgili problem yaşıyor mu?

- Evet

%47.22 195 / 413

- Hayır

%26.15 108 / 413

- Fikrim yok

%23.49 97 / 413

Ankete katılanların yaklaşık yarısı SGK geri ödemelerinde sorun yaşandığından bahsetmektedir.

24) Bir önceki soruda cevabınız evet ise problemin sizce nedeni ? (Birden Fazla seçenek işaretlenebilir)

- Kurum yönetiminin SGK işleyiş sistemine hakim olmaması

 **%19.37** 80 / 413 

- Veri girişi sisteminde aksaklıklar

 **%26.63** 110 / 413 

- Veri girişi yapan personelin yetersizliği

 **%25.67** 106 / 413 

- Yapılan hizmeti dökümanite etme de (sınıflandırma) yaşanan sorunlar (Örn:Hizmet karşılığına uygun kod bulamamak)

 **%33.41** 138 / 413 

- Diğer

 **%9.44** 39 / 413 

Ankete katılanların 1/3 'ü yapılan hizmeti dökümanite etmede (ICD-10 kodlama sorunları,yetersizliği) ortaya çıkan sorunları SGK ödemesindeki önemli bir sorun olarak görmektedir. Ancak diğer sorunlarda önemli bir ağırlık taşımaktadır.

25) Performansa bağlı ödeme sisteminin komplikasyon sayısını artırdığını/artıracağını düşünüyor musunuz?

- Evet

 **%74.82** 309 / 413 

- Hayır

 **%17.19** 71 / 413 

- Fikrim yok

 **%4.6** 19 / 413 

Ankete katılanların % 75'i performansa bağlı ödeme sisteminin komplikasyon sayısını artırdığını/artıracağını düşünmektedir. Bu bulgu performans sisteminin bir taraftan cerrahları ameliyat yapmaya teşvik ettiğini , diğer taraftan çekinik tıp uygulamalarına da neden olabileceğine işaret etmektedir.

26) Bir önceki soruda cevabınız evet ise nedeni?

- Performans kaygısı ile uygun olmayan hasta/ameliyat seçimi
 **%23.24** 96 / 413 
- Mediko-legal kaygı dışında performansı arttırmak amacı ile bireysel kapasiteyi zorlamak
 **%20.82** 86 / 413 
- Kuruma gelen komplike hasta sayısındaki artışa bağlı olarak komplikasyon oranında artış
 **%11.14** 46 / 413 
- Diğer
 **%0.24** 1 / 413 

Ankete katılanlar performansa dayalı geri ödeme sisteminin cerrahın almış olduğu eğitim, kıdem ve ameliyat tecrübesi gibi nitelik ile ilgili donanımlarını zorlama, bireysel fizik kapasiteyi zorlamaya neden olabileceğini düşünmektedir.

27) Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra endikasyon dışı ameliyat sayısında/etik sorunlarda artış olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- Evet
 **%84.26** 348 / 413 
- Hayır
 **%9.2** 38 / 413 
- Fikrim yok
 **%2.18** 9 / 413 

28) Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra, hastaların hastanede ortalama yatış süresinin kısaldığını/kısılacağını düşünüyor musunuz ?

- Evet
 **%61.02** 252 / 413 
- Hayır
 **%29.78** 123 / 413 
- Fikrim yok
 **%5.08** 21 / 413 

Ankete katılanların önemli bir kısmı performansa bağlı ödeme sisteminden sonra, hastaların hastanede ortalama yatış süresinin kısaldığını/kısılacağını ifade etmektedir. Bu bulgu performans sisteminin en temel özelliklerinden birisi ile paralellik göstermektedir.

29) Hastalar için istenen tetkikler, işlemler ve konsültasyonların sayısının azaldığını/ azalacağını düşünüyor musunuz ?

- Evet
 **%36.56** 151 / 413 
- Hayır
 **%53.27** 220 / 413 
- Fikrim yok
 **%6.54** 27 / 413 

Ankete katılanların yarısından fazlası performansa dayalı ödeme sisteminin hastalar için istenen tetkikler, işlemler ve konsültasyonların sayısının azaldığını/azalacağını düşünmemektedir. Bu bulgunun nedenleri daha detaylı analizlerle ortaya konmalıdır.

30) Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra hukuksal bir sorun yaşadınız mı?/ yaşanacağını düşünüyor musunuz?

- Evet
 **%42.13** 174 / 413 
- Hayır
 **%37.53** 155 / 413 
- Fikrim yok
 **%16.95** 70 / 413 

31) Sizce performansa bağlı ödeme sistemi üretilen hizmetin kalitesini değerlendiriyor mu?

- Evet
 **%5.81** 24 / 413 
- Hayır
 **%86.92** 359 / 413 
- Fikrim yok
 **%3.39** 14 / 413 

Ankete katılanların çok önemli bir kısmı sistemin hizmet kalitesini değerlendiremediğini düşünmektedir.

32) Sizce performansa bağlı ödeme sistemi volüm(nicelik) bazlı mı yoksa değer (nitelik) bazlı mı olmalı?

- Volüm Bazlı
 **%15.01** 62 / 413 
- Değer Bazlı
 **%27.6** 114 / 413 
- Her ikisi birden
 **%49.88** 206 / 413 
- Fikrim Yok
 **%3.63** 15 / 413 

Ankete katılanların % 50'si sistemin üretilen hizmetin hem niceliğini hem de niteliğini değerlendirmesi gerektiğini düşünmektedir. Bir önceki sorunun yorumu ile birlikte değerlendirilmelidir.

33) Performansa dayalı geri ödeme hasta güvenliği ve bakım kalitesini arttıracaktır.

- Kesinlikle katılıyorum
 **%2.18** 9 / 413 
- Katılıyorum
 **%6.78** 28 / 413 
- Kararsızım
 **%11.38** 47 / 413 
- Katılmıyorum
 **%38.74** 160 / 413 
- Kesinlikle Katılmıyorum
 **%37.53** 155 / 413 

Ankete katılanların 4/5'i geri ödeme sisteminin hasta güvenliği ve bakım kalitesinde artışa yol açmayacağını düşünmektedir.

34) Performansa dayalı ödeme sistemi hekim özerkliğini etkileyecek ve çıkar çatışmasına neden olabilecektir.

- Kesinlikle katılıyorum
 **%61.5** 254 / 413 
- Katılıyorum
 **%27.6** 114 / 413 
- Kararsızım
 **%3.63** 15 / 413 
- Katılmıyorum
 **%2.42** 10 / 413 
- Kesinlikle Katılmıyorum
 **%1.45** 6 / 413 

V. Bölüm

Çalıştay Sunumları





Türk Cerrahi Derneği Performansa Göre Ödeme Sistemi Çalıştayı



OTURUM BAŞKANI _ PROF. DR. CEM TERZİ _ *Türk Cerrahi Derneği Başkanı*

Efendim hepimize, hepinize günaydın diyorum. Türk Cerrahi Derneği'nin eski başkanları, Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri, Değerli hocalarım, sevgili arkadaşlar Türk Cerrahi Derneğinin Yönetim Kurulu adına hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Bu Performans ile ilgili çalıştaya katıldığınız için hepinize çok teşekkür ederim. Türk Cerrahi Derneği'nin Yönetim Kurulu üyesi arkadaşlarımız var, onlar da belki oturdukları yerden size bir “merhaba” demek isterler, Genel Sekreterimiz, Prof. Dr. Savaş Koçak,

PROF. DR. ÖMER ALABAZ_ Hoş geldiniz, merhabalar,

OTURUM BAŞKANI_ Arkadaşlar, Yönetim Kurulu Üyelerini hepiniz tanıyorsunuz,

DR. YEŞİM ERBİL_ Hepinize hoş geldiniz diyorum.

DR. SÜMER YAMANER _ Merhabalar,

OTURUM BAŞKANI_ O'nu da tanıyorsunuz. Diğer arkadaşlarımızı da, kim var başka, Mutlu var, görmedim, kusura bakmayın, Doçent Doktor Mutlu Doğanay. Seher Demirer burada mı? Evet, Fatih Ağalar, O da burada, evet.

Şimdi çalıştay programı önünüzde, bu çalıştayı sevgili arkadaşım Fatih Ağalar ve ben yönetmeye çalışacağım,

iki Raportör arkadaşımız var, Doktor Sedat Döm ve Doktor Tayfun Şahiner. Arkadaşlarımız çalıştay raporunun hazırlanmasında bize yardımcı olacaklar. Daha önceki çalıştaylarda yaptığımız gibi çalıştayı kayıt altına alıyoruz, daha sonra oluşturulacak metni deşifre edip bir kitap haline getirmeyi planlıyoruz. Dolayısıyla sizler çalıştay sırasında söz alırken kendinizi ve kurumunuzu tanıtırmanız daha sonraki “Çalıştay Kitabında” kimin söz aldığını görme imkânımız olacak.

Ben çok kısa bir açılış konuşması yaptıktan sonra kurumsal davetliler bölümünde Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Türk Tabipleri Birliğinden davet ettiğimiz temsilcilere sözü bırakacağım. Aslında üzülererek söylemem gerekir ki YÖK ve Sağlık Bakanlığından davet ettiğimiz kişiler bugün aramızda değiller. YÖK Başkanı’nın sağlık alanındaki danışmanı Profesör Doktor Recep Öztürk’ü davet ettik, iş yoğunluğuyla katılamayacağını belirtti. Gene “Üniversitede Performans Sisteminin” hazırlayıcı olan, ekibin başında olan Profesör Doktor Yunus Söylet’i davet ettik, O da iş yoğunluğu nedeniyle katılamayacağını bildirdi. Sağlık Bakanlığında Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Profesör Doktor Nihat Tosun’u davet ettik, Nihat Bey de iş yoğunluğu nedeniyle katılamayacağını bize ilettiler. “Eğitim ile olan ilişkilerini” irdelemek üzere Sağlık Bakanlığı Eğitim Genel Müdürü Profesör Doktor Safa Kapıcıoğlu’nu davet ettik, O da iş yoğunluğu nedeniyle katılamıyor. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı Doktor Hasan Güler davetliydi, maalesef, aramızda değil. Ve SGK Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı Dr. Ufuk Akdikan’ı davet ettik, O da bize bir mektup ile katılamayacağını ama oluşturacağımız raporu ve görüşlerini okumaktan mutlu olacağını, kendisine göndermemizi ilettiler. Sağ olsun, Türk Tabipler Birliği Genel Sekreteri Profesör Doktor Feride Aksu Tanık aramızda, birazdan kendisine söz vereceğiz.

Birçoğunuz konuyu gayet iyi biliyor çünkü uzun bir zamandır Türkiye’de Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulanmakta olan “performans sistemi” 1 Şubat itibarıyla üniversite hastanelerinde de uygulanmaya başlayacak ve ülkenin çok geneline yayılan ve bir temel geri ödeme sistemi haline gelecek performans ödeme sistemi, bugün ağırlıklı olarak bunu ele alacağız. Aslında tek başına performans konuşmak çok yeterli değil, diğer konuşmacılar da buna değinecekler, bu sağlıkta piyasalaşmanın bir parçası ve buzdağının görünen kısmı. Aslında bir hafta “sağlıkta dönüşüm programlarının” yol açtığı sonuçlarla ülkemizde kamusal sağlık alanı neye dönüştüğünü incelemekte yarar var ama biz bugün buzdağının bir parçasıyla, performans üzerinde durmaya çalışacağız.

Kurumlarımıza rekabet ve kâr sistemini getiren sağlıkta dönüşüm programının hekim ücretlendirmesine yönelik ayağı performans sistemi. Türk Cerrahi Derneği olarak biz bu konuyla daha öncede de ilgilendik ve 12 Haziran 2009 tarihinde performans sistemi hakkında “Türk Cerrahi Derneği’nin Görüşleri” isimli bir rapor yayınladık. Bu raporu ulusal sağlık otoritesinde ve ilgili taraf arın hepsiyle paylaştık. Arkasından uygulamada doğan genel cerrahiye özgü aksakları içeren bir başka rapor yayınladık, ikinci raporumuzu da ilgili kuruluşlarla paylaştık. Son olarak üniversitedeki uygulamalara yönelik olarak da geçen ay, Sayın Ağalar’ın başkanlığında bir ekip Türk Cerrahi Derneği adına bir “ön rapor” hazırladı. Bu ön rapor, Yönetim Kurulu’nda ayrıntılarıyla görüşüldü ve bugün size takdim edilecek bu alandaki üçüncü raporumuzu da yayınlamış, kamuoyuyla paylaşmış olacağız.

Bugün çalıştayda sizlerin katkıları ve diğer sunum yapan konuşmacıların katkılarıyla bizim raporumuz daha da şekillenecek, genişleyecek ve sonunda da oylayacağız görüşleri aldıktan sonra ve Türk Cerrahi Camiasının Raporu haline getirilecek ve o rapor çerçevesinde de bir kamuoyu oluşturmaya, performans sisteminin yarattığı aksilikleri gözler önüne sermeye, özellikle de bir genel cerrahi alanı olarak bundan çok olumsuz etkilenen bir branş olarak kendi alanımızda haklarımızı, özlük haklarımızı nasıl koruruz, bunun için bir yol haritası çizmeye çalışacağız.

Ben Programa geçmeden önce TTB Genel Sekreteri Sayın Aksu’yu davet ediyorum size seslenmesi için. Tekrar hepimize çok teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum. Sayın Aksu, buyurun,

PROF. DR. FERİDE AKSU TANIK _ TBB Genel Sekreteri

Değerli meslektaşlarım, günaydın. Hepinizi Türk Tabipleri Birliği adına saygıyla selamlıyorum.

Türk Cerrahi Derneği'ne çok teşekkür ediyorum, bu alandaki çok nitelikli çabaları ve ürünleri için. Gerçekten, Sayın Başkanımızın da ifade ettiği gibi, sevgili Cem Terzi'nin ifade ettiği gibi sağlıkta dönüşüm programının, hekim emeğinin ücretlendirilmesine yönelik ayağıdır performansa dayalı ücretlendirme. Son yıllarda temel ücretlendirme sistemine dönüş-
türülmektedir ve işlem başına yapılan bir ödeme ne yazık ki tıbbi uygulamaların da yönünü belirlemeye yönelik bir etki oluşturmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulunun ve Türk Cerrahi Derneği'nin "Performansın Hekimlik Uygulamalarının Etkilerine" ilişkin çok değerli çalışmaları 2009 yılında yapılan. Bu çalışmalarda da belirlendiği gibi performansa dayalı ücretlendirme hekimlik uygulamalarında endikasyonları olumsuz etkilemekte, malpraktisi yine arttırdığı bilinmekte. Meslektaşlarımız, eğitime ayrılan sürenin azaldığını ifade etmekte, çalışma barışını yine bozduğunu ifade etmekte.

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, hekimleri klinik kararlardan uzaklaştırmakta, ne yazık ki: global bütçeleme, Sağlık Uygulama Tebliği, Bütçe Uygulama Talimatı, şimdi 2011 yılında uygulamaya girecek olan "tanıyla ilişkilendirilmiş gruplar" yaklaşımlarıyla da bir bütün olarak değerlendirdiğimizde mali tedbirlerin, teminat paketlerinin, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından neyin ücretlendirileceğine ilişkin tebliğlerin, talimatnamelerin, klinik gerekçelerin ve klinik özerkliğinin önüne geçtiğini, geçirilmeye çalışıldığını da gözlemlemekteyiz.

Öte yandan biliyoruz ki; gerek kamu, devlet hastanelerinde gerek üniversite hastanelerinde bütçeden ayrılan finansmanın giderek azaldığını biliyoruz. Ve ne yazık ki yine gözlemlediğimiz şeyler arasında yer alan Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından üretilen hizmetin karşılığında üniversitelere, kamu-devlet hastanelerine ayrılan payın da giderek azaltıldığı ya da hak edilen paraların da bedelsiz kamu hizmetine dönüştürülerek ödenmediğini, geri ödenmediğini biliyoruz. 2009 yılı için çok ciddi paraların üniversitelerin alaca-

ğı olan ya da devlet hastanesinin alacağı olan çok ciddi miktardaki alacakların bedelsiz kamu hizmetine dönüştürülerek ödenmediğini biliyoruz.

Yine 2009 yılına ait bir mali analiz raporunda Numune

Hastanesi'nin, Ankara'daki en büyük hastanelerden biri olan Numune Hastanesi'nin gelir-gider dengesi-ne bakıldığında 100 milyon TL zararda olduğuna ilişkin bir Maliye Bakanlığı Analiz Raporu var ama buna karşılık 2009 yılında Numune Hastanesi'nin çalışanlarına performans ödediğini biliyoruz. Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı Meclis'in gündeminde, eğer seçim nedeniyle ötelenmezse bütçe görüşmelerinden sonra gündeme alınabilir. Burada da temel ödeme sisteminin Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı yasalastıktan sonra temel ödeme sisteminin performans üzerinden olacağını, hastanelerin tabakalandırılacağını ve elde ettikleri kâra göre bu teşhisle ilintilendirilmiş gruplara kategorize edileceklerini ve eğer kâr elde edemezlerde çalışanlarına hiçbir ücret ödemeyeceklerini de biliyoruz. Dolayısıyla bir bütün içinde değerlendirmek çok kıymetli bu performans meselesini, o nedenle performansın nasıl ölçüleceğine ilişkin teknik tartışmalar aslında çok gündemimiz olmamalı çünkü bu teknik tartışmalardan öte hastanelerin kâr elde edip edemeyeceğine indeksli bir ücretlendirme modeli getirilmeye çalışılmakta. Bu da global bütçeleme içinde ne yaparsanız yapın kazanacağınız bedelin, arkadaşımızın kazanacağından alınacağını bilerek bu işi tartışmak çok önemli.

Türk Tabipleri Birliği, öteden beri emeğin ucuzlatılmasına karşı mücadele etmekte ve emekliliğe yansıyan güvenceli bir temel ücreti savunmaktadır. Kuşkusuz klinik performansın değerlendirilmesi hekimlik açısından çok değerlidir ama bunun ancak teşvik nitelikli bir oranda hekimlere verilmesi savunulabilir bir ölçü olmalıdır. Dolayısıyla % 80'inin temel ücret



olduğu, % 20 gibi bir civarın teşvik amaçlı performans ücretlendirmesi olan bir sistem ancak savunulur olabilir ve Anayasa Mahkemesi “Tam Gün Yasası” ile ilgili gerekçeli kararında da hekimlere verilecek performansın alt limitinin, yani tabanının tanımlanmadığı bir sistemin Anayasa’ya aykırı olduğunu gerekçeli kararında belirtmiştir. Bu nedenle hiçbir alt tabanı

olmayan performans ücretlendirmesinin Anayasa’ya aykırı olduğunu belirtmiştir.

Ben sözü çok uzatmayacağım, Türk Cerrahi Derneğine, bu alandaki nitelikli katkıları, bütünlüklü yaklaşımı ve çabaları için çok teşekkür ediyorum, bize de burada kendimizi ifade etme olanağı sağladıkları için ayrıca saygılarımı sunuyorum, çok teşekkür ederim.

PROF. DR. FATİH AĞALAR _ *Türk Cerrahi Derneği*



Değerli Meslektaşlar, Değerli Katılımcılar, ben yaklaşık 3.000 Genel Cerrah üyesi bulunan Türk Cerrahi Derneği’nin, bu performansa dayalı geri ödeme sistemi hakkındaki görüşlerini ve tutumunu açıklamaya çalışacağız sizlere.

Bakanlığı hastanelerinde uygulanmaya başlanmıştır.

**Resmi Gazete Tarihi: 12.05.2006 Resmi Gazete
Sayı: 26166**

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında, bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, eğitim, öğretim, inceleme ve araştırma faaliyetleri ile yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellikle arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmek amacıyla taşımaktadır . .

Rekabet ve kâr gibi kavramların öncelikli olduğu kurumlarda daha çabuk ve daha kolay para kazanılan sağlık uygulamalarını ağırlık verilir. Zor hasta bakımı, özellikle hasta hizmeti karmaşık sağlık hizmeti gibi akademik merkezleri toplum için vazgeçilmez kılan hizmetler yok olma tehlikesiyle karşı karşıya kalabilirler. Bu merkezler, ikinci hatta birinci basamakta üretilmesi gereken rutin sağlık hizmetlerine döner sermaye veya işte performansa dayalı geliri arttırmak amacıyla yönelebilirler. Bu durum, akademik merkezlerin temel niteliğini ortadan kaldırır. Performansa dayalı ödeme sistemlerinin dikkatsiz uygulama sonuçları, hiç kimse tarafından istenmediği halde hasta bakımı ve hasta güvenliği sorunlarına neden olabilir.

Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastaneleri Genel Cerrahi Kliniklerinde Performans Dağıtım Esasları Sorunlar - Çözüm Önerileri (TCD Görüşü)

Prof. Dr. Fatih Ağalar
TCD Performans komisyonundan sorumlu YK Üyesi

24.11.2010 tarihinde Türk Cerrahi Derneği
Yönetim Kurulunda Oy birliği ile Kabul edilmiştir

Evet, 2006 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, eğitim, öğretim, inceleme ve araştırma faaliyetleriyle yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellikle arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmek amacıyla bir yönetmelik hazırlanmış ve Sağlık

Performansa dayalı ödemede çekinceler

1. Rekabet ve kar gibi kavramların öncelikli olduğu kurumlarda daha çabuk ve daha kolay para kazanılan sağlık uygulamalarına ağırlık verilir.
2. Zor hasta bakımı, özellikle hasta hizmeti / karmaşık sağlık hizmeti gibi akademik merkezleri toplum için vazgeçilmez kılan hizmetler yok olma tehlikesiyle karşı karşıya kalır.
3. Bu merkezler ikinci hatta birinci basamakta üretilmesi gereken rutin sağlık hizmetlerine, döner sermaye gelirlerini arttırmak amacı ile yönelirler. Bu durum, akademik merkezlerin temel niteliğini yitirmesi, “butik” hastaneler riskini ortaya çıkarır.
4. Performansa dayalı ödeme sistemlerinin dikkatsiz uygulama sonuçları hiç kimse tarafından istenmediği halde hasta bakımı ve hasta güvenliği sorunlarına neden olabilir.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve diğer kurumlarında performansa dayalı gelir dağıtımı halen uygulanmakta, çok yakın bir zamanda üniversite hastaneleri de bu uygulamaya geçecekler. Bütün dünyada olduğu gibi çok az ve değişik modelleri var, Bu halen gelişen, adeta soluk alıp veren ve idealden uzak olan bir sistem.

Ben Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu üyesi olarak cerrahların olası olumsuzluklardan etkilenmemeleri, kritik hastaların yönetimi ve sağaltımında yaşanması muhtemel sorunlar, cerrahi pratikte sistematik tutum ve davranış değişiklikleri olabilecek ödeme sistemlerine göre neyi dikkate almamız gerekir diye düşünüyorum.

Kalite değerlendirme parametreleri var; bunlar genellikle performans sistemleri içinde kurumsal, işte taraf işaretlemeleri, hasta memnuniyeti, yatak işgal oranı, yatak devir aralığı, ortalama kalış süresi gibi kurumsal nitelikleri, kalite niteliklerini incelemekte ve değerlendirmektedir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin önemli bir kısmında da uygulandığını görüyoruz ancak hastayla ilgili birebir hizmetlerde bireysel olarak kalite değerlendirme parametreleri dünyada da çok belirgin değildir. Sağkalım, morbidite, mortalite, risk uyarlanmış mortalite bunlar bilinmez. Sevklerde overtrij/undertrij dediğimiz gereksiz hastaların kabul edilmesi, gereksiz yere sevk, gereksiz yere yatışlar, bunların çok iyi denetlenmesi gerekir, bununla ilgili çok ciddi bir altyapı gerekir. Bu tür uygulamalar, çekimlik tıp uygulamalarına neden olabilir, kritik hastalardan kaçma veya daha basit, bizim anlayabileceğimiz dilde, “ameliyatlarda durumu idare etme” gibi davranışlara sebep olabilir.

- Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve diğer kurumlarında *performansa dayalı gelir dağıtımı* uygulanmaktadır. Üniversite hastaneleri de yakın bir dönemde bu uygulamaya geçeceklerdir.
- Halen geliştirilmektedir – ideal olduğunu söylemek zor
 - Cerrahların olası olumsuzluklardan etkilenmeleri
 - Kritik hastaların yönetim ve sağaltımında yaşanması muhtemel sorunlar
 - Cerrahi pratikte sistematik tutum ve davranış değişiklikleri
- “KALİTE” değerlendirme parametreleri ?
 - Kurumsal (Taraf işaretleme, hasta memnuniyeti, yatak işgal oranları, yatak devir aralığı ve ortalama kalış süresi , ameliyat masası kullanım oranı gibi pek çok ölçülebilir parametre var. Sağlık bakanlığı hastanelerinin çoğunda uygulanmakta)
 - Bireysel (?), kalite-verimlilik katsayısı (?)
 - Sağkalım, morbidite, mortalite (risk -uyarlanmış),
 - Sevklerde overtrij/undertrij,
 - Çekimlik tıp uygulamalarına yönelim (kritik hastadan kaçma, veya daha basit ameliyatla durumu idare etme)

Eğitim ve araştırma üreten akademik hastaneler, ben bunu hem üniversite hastaneleri hem Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim-araştırma hastaneleri olarak birleştirdim. Bunlar topluma daha iyi sağlık hizmeti sunan, daha doğru ve güncel tedaviyi uyguladıkları kabul edilen, daha düşük mortalite ve morbidite ile çalışan, daha uzun sağ kalımı sağlayan, daha zor hasta için, daha özel sağlık hizmeti sunan hastaneler olma özellikleri ile çok önemli bir toplumsal işlev görürler. Eğitim hastanelerinde sağlık hizmetinin bedeli; eğitim ve araştırma kompleks ve ağır hastalara hizmet gibi çok önemli işlevler nedeniyle diğer hastanelere göre yaklaşık % 25 - 30 daha yüksektir.

Eğitim ve araştırma hastaneleri/Üniversite hastaneleri

- Eğitim ve araştırma üreten akademik hastaneler;
 - topluma daha iyi sağlık hizmeti sunan, daha doğru / güncel tedavi uygulayan,
 - daha düşük mortalite / morbiditeyle çalışan, daha uzun sağ kalım sağlayan,
 - daha “zor” hasta için daha özel sağlık hizmeti sunan hastaneler olma özellikleri ile çok önemli toplumsal işlevler gören yerlerdir.
- Eğitim hastanelerinde sağlık hizmeti bedeli; eğitim, araştırma, kompleks ve ağır hastalara hizmet gibi çok önemli işlevler nedeniyle diğer hastanelere kıyasla yaklaşık % 25 - 30 daha yüksektir.

Nitekim tanıya dayalı geri ödeme çalışmalarının ilk sonuçlarında, üniversite hastanelere başvuran hastaların daha az olduğu ve maliyetlerinin herhangi bir ikinci basamak hastaneden 1,5 ile 3 kat daha fazla olduğunu öğrenmiş bulunuyoruz.

- TiG (Tanıya Dayalı Geri Ödeme) çalışmalarının ilk sonuçları üniversitelere başvuran hastaların daha ağır olduğunu ve maliyetlerinin herhangi bir 2. basamak hastaneden 1,5-3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemler, genel cerrahide ki geleneksel eğitimi olumsuz yönde etkiler. Bu sistem; eğitim ve hizmet arasındaki dengenin hizmet lehine bozulmasına, hizmet ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitim ve araştırma hastanelerinin ikinci basamak standart hizmet hastanelerine dönüşmesine. Kliniklerde ve klinikler arasında mortalite, morbidite toplantısı, seminer, konsey, olgu tartışması gibi eğitim etkinliklerinde azalmaya veya yapılmayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerinin yapılmış

gibi gösterilmesine, asistan eğitimine yeterince özen gösterilmemesine neden olur. Zamanı iyi kullanmak adına ameliyat uygulamalarının daha fazla uzmanlar tarafından yapılması durumu ortaya çıkabilir. Cerrahi de kıdem, bilimsel liyakat ve bireysel volüme yani tecrübeye dayalı olarak yapılan girişim sayısı, ameliyat sayısı bir ameliyattaki başarıyı belirleyen en önemli nedenlerden birisidir.

Cerrahi eğitim

Performansa dayalı ek ödeme sistemi genel cerrahi eğitimini olumsuz etkileyebilir.

- Bu sistem; eğitim ve hizmet arasındaki dengenin hizmet lehine bozulmasına, hizmet ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitim ve araştırma hastanelerinin ikinci basamak standart hizmet hastaneleri haline dönüşmesine,
- Kliniklerde ve klinikler arası mortalite toplantısı, seminer, konsey, olgu tartışması gibi eğitim etkinliklerinde azalmaya, yapılmayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerinin yapılmış gibi gösterilmesine, asistan eğitimine yeterince özen gösterilmemesine,
- Zamanı iyi kullanmak adına ameliyat uygulamalarının daha fazla uzmanlar tarafından yapılmasına neden olabilir.

TCD Performans Sistemi Çalıştayı 26.12.2010



Özellikle, hepatobilier cerrahide, rektum cerrahisinde, komplike cerrahilerde bireysel volüm, ameliyat sayısı çok önemlidir. Diğer bazı ameliyatlarda ise cerrah volüme ile birlikte kurumsal volüm de çok önemlidir, o kurumda kaç tane yapıldığıyla ilişkilidir. Şimdi bunlar bireysel olarak rekabetin teşvik edildiği bir sistemde çok önemli bir değerlendirme parametresi olmalıdır.

Performansa dayalı ödeme sisteminde, eğitim kurumlarında ameliyatlara ve girişimleri nasıl planlayacağız? Liyakat, volüm ve tecrübeye dayalı mı? Performansa göre mi yoksa her isteyen istediğini yapacak mı?

Cerrahi eğitim

- Kıdem, bilimsel liyakat, bireysel volüm bir ameliyattaki başarıyı belirler
 - Pek çok genel cerrahi ameliyatında cerrah volümü ile mortalite ve morbidite arasında direk bir ilişki vardır.
- Kurum /Cerrah volümü
 - Hasta güvenliğinde önemli bir belirteçtir
- Performansa dayalı ödeme sisteminde eğitim kurumlarında ameliyatlara ve girişimler, nasıl yapılacak?
 - Bireyselliği teşvik eden bir ödeme sisteminde hastanın ameliyatına girecek ekip nasıl belirlenecek?
 - Paylaşımı nasıl yapılacak?
 - Liyakata –volüme-tecrübeye uygun,
 - Performansa göre
 - İsteyen istediğini yapar

TCD Performans Sistemi Çalıştayı 26.12.2010



Uzmanlık öğrencilerinin durumu genel cerrahide dikkatle incelenmesi gereken bir konudur çünkü tıbbi el atmaya yetkisi sınırlı, eskiden hiçbir yetkisi yok denirdi ama son içtihat kararlarında sınırlı bir yetkisi olduğunu biliyoruz yani pratisyen oldukları için en azından tedavide yetkileri var ama ameliyat yapmaya yetkileri yok. Kendi başına ameliyat yapma yetkisi olmayan ve bu yetkiyi, öğretim üyesiyle veya başındaki uzmanla birlikte yaptığı ameliyatlarda sadece öğrenmek amacıyla kullanan ve ana hedefi uzmanlık eğitimi almak olan asistanlara değişik oranda ödemelerin yapılması, o asistanların motivasyonunu ve eğitime olan odaklanmalarını bozmaktadır. Türk Cerrahi Derneği, bunların tümü için eşit oranda ve tatmin edici ödeme yapılmasını önermektedir.

Uzmanlık Öğrencilerinin Durumu

- *Tıbbi el atma için yetkisi sınırlı- kendi başına ameliyat yapma yetkisi yok.*
- Ana hedef: "uzmanlık eğitim almak"

Değişik oranda ödemelerin yapılması asistanların motivasyonunu ve eğitime olan odaklanmalarını bozmaktadır.

TCD Önerisi: Tümü için eşit oranda ve tatmin edici ödeme yapılmalıdır.

"Kodlama", şimdi Amerika, kendi ihtiyacı doğrultusunda halen ICD-9'dan vazgeçememiştir, ICD-10'a henüz geçmemiştir, ülkemizde ise ICD-10, bir süredir uygulanmaktadır. ICD-10'un doğru ve doğru kullanımı, ülke genelinde yaygın özel eğitim görmüş kalifiye insan gücü varlığına ve bunların işteki sürekliliğine paralel olarak başarı gösterir. Halen kodlamanın, asistanlara, öğretim üyelerine yaptırılması, kaçakların engellenmesinin en önemli çaresi olarak görülmektedir. Sürecin adeta bütün aşamalarının klinisyene takip edilmeye kalkışılması dikkat ve motivasyonun akademik işlerden uzaklaştırılıp faturalara yöneltilmesine neden olmuştur.

Kodlama

- Amerika kendi ihtiyacı doğrultusunda, hala ICD -9 dan vazgeçememiştir,
- Ülkemizde (ICD-10) a hızla geçilmiştir.
- ICD-10'un doğru ve etkin kullanımı ülke geneline yaygın özel eğitim görmüş kalifiye insan gücü varlığına bağlıdır.
- Halen; kodlamanın asistanlara öğretim üyelerine yaptırılması, kaçakların engellenmesinin en önemli çaresi olarak görülmektedir.
- Sürecin adeta bütün aşamalarının klinisyene takip ettirilmeye kalkılması, dikkat ve motivasyonun akademik işlerden uzaklaştırılıp faturalara yöneltilmesine neden olmuştur.

Genel cerrahide bir önemli konu da “liyakattir”, herkesin kıdemine uygun çalıştığı ve işini yaptığı durumda liyakate uygun olmayan ödemeler iş barışını bozar. Performansa dayalı ödemenin, devlet mekanizmasında ve akademik ortamlarda önemi tartışılmaz olan liyakati bozmasına izin verilmemelidir. Yeni yönetmelik ve taslaklarda liyakatin korunma gayreti içinde bulunduğunu görüyoruz. Ancak eğitim-araştırma ve üniversite hastanelerinde özellikle, kritik ve cerrah volümü gerektiren, burası Türk Cerrahi Derneği olduğu için bu yönüyle bakıyorum, ameliyatların dağıtımı konusunda bireyselliğin teşvik edildiği bir anlayışta bunun nasıl korunacağını uygulamalar gösterecektir.

Liyakat

- Herkesin kıdemine uygun çalıştığı ve işini yaptığı durumda liyakate uygun olmayan ödemeler iş barışını bozar.
- Performansa dayalı ödemenin devlet mekanizmasında ve akademik ortamlarda önemi tartışılmaz olan liyakati bozması esas olmalıdır.
- Yönetmelik ve taslaklarda liyakatin koruma gayreti içinde bulunduğu anlaşılmaktadır.
- Ancak, eğitim-araştırma/üniversite hastanelerinde, özellikle kritik ve cerrah volümü gerektiren ameliyatların dağıtımı konusunda bireyselliğin teşvik edildiği bir anlayışta bunun nasıl korunacağını uygulamalar gösterecektir.

Üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerinde genellikle daha kritik, karmaşık sorunları olan komplikasyon gelişmiş olgular tedavi edilmektedir. Kârlılık oranı çok düşük olan hastalara hizmet üretme sonucunda çok yüksek amortisman ve maliyetleri neredeyse başa baş bir gelir oluşmaktadır. Poliklinik hastasına veya rutine yönelimin daha kârlı görüldüğü gibi çok tuhaf bir durum ortaya çıkmaktadır. Genç hasta, basit ameliyat, sorunsuz süreç; kârlılık gibi algılanmaktadır. Sistemin kendisi, bizzat uygulama sorunu yüzünden bir paradigma arayışı oluşturmaktadır.

Araştırma ve Eğitim/ Üniversite Hastaneleri Genel Cerrahi Klinikleri

- Üniversite/ Eğitim ve araştırma hastanelerinde genellikle daha kritik, karmaşık sorunları olan, komplikasyon gelişmiş olgular tedavi edilmektedir.
 - Kârlılık oranı çok düşük olan hastalara hizmet üretme sonucunda, çok yüksek amortisman ve maliyetle neredeyse başa baş bir gelir tablosu oluşmaktadır.
- Poliklinik hastasına veya rutine yönelimin daha kârlı görüldüğü çok tuhaf bir durum ortaya çıkmaktadır!
 - Genç hasta, basit ameliyat- sorunsuz süreç= kârlılık ?
- Sistemin kendisi uygulama sorunu yüzünden bir paradigma arayışı oluşturmaktadır.

Kritik olgular; ameliyat edilmeyen kritik olgular ki, klinik referans hastanelerinin, araştırma, eğitim hastanelerinin, üniversite hastanelerinin çok önemli bir uğraş alanı içerir. Akut pankreatit, peritonit, travmalar, yaşlılar, yandaş sorunu olan hastalar, bunlarla ilgilenmek çok konsültasyon, çok uğraş demektir, çok sarf, çok teknik, çok malzeme, çok ilaç demektir, çok fazla kayıt ve çok fazla süreç analizi demektir. Zor öğrenilebilen kodlamalar, ICD-9, ICD-10, ICD-10’nun Avustralya modifikasyonu, bir de bunlar üstüne bindiği zaman çok karmaşık ve zor indirekt maliyet hesaplamaları var. Birçok kurumda maliyet muhasebesi birimleri henüz yok üniversitelerde.

Genel Cerrahide önemli bir hasta grubu kritik olgulardır

Kritik olgu (Akut pankreatit, peritonit, travma, yaşlılar, yandaş sorunları olanlar)

- Çok konsültasyon, Çok uğraş,
 - Çok sarf (Çok tetkik, Çok malzeme, Çok ilaç)
 - Çok fazla, kayıt-veri
 - Zor öğrenilebilen, kodlamalar (ICD-9,10, 10-AM?)
 - Çok karmaşık/zor indirekt maliyet hesaplamaları
 - Özelleşmiş birimler çoğu kurumda yok! (maliyet muhasebesi)
- SONUÇ= Verimsiz bir genel cerrahi kliniği ??, (Yüksek SGK kesintisi)

Sonuçta, genel cerrahi klinikleri, verimsiz, maliyet etkili olmayan bir çalışma yürütüyormuş gibi görünebilir bu hastalarla uğraştıkları zaman, oysa bu kaniya varabilmek için çok ciddi analizler yapılması gerekir. Türk Cerrahi Derneği, ilkesel olarak geri ödeme sistemlerine karşıdır ama öyle görünüyor ki, bundan kaçabileceğimiz bir yol yok.

Kalite Geliştirme Organizasyonu Leapfrog, Mart 2007 tarihinde yaptığı bir araştırmada dünyada halen kullanılmakta olan 148 ayrı performans ödeme sistemi olduğunu söylüyor ve her geçen gün gelirleri artıyor. İdeali olmadığı için hiçbirisi birbirine benzermiyor ve her ülke için performansa dayalı ödeme sistemine geçiş ilki ne olursa olsun, mevcut geçerli ödeme sistemleri açısından çok çok radikal bir değişim, bir sürü sosyolojik sorunu da beraberinde getiren bir değişim olarak kabul ediliyor. Bizdeki kadar liberal bir uygulama olmadığını söylemiştim.

Performansa dayalı ödeme

- Kalite geliştirme organizasyonu Leapfrog'un Mart 2007 tarihinde yaptığı bir araştırmada dünya çapında halen kullanılmakta olan 148 ayrı performans için ödeme sistemi bulunduğu belirtilmiştir.
- Her ülke için, "Performans için ödeme sistemine geçiş" mevcut geçerli ödeme sistemleri açısından çok radikal bir değişimdir.

Avustralya, Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Norveç gibi ülkelerde sınırlı ve böyle az ödüllendirmeler tarzında performans uygulamaları var, koroner arter hastalığı, pnömoni gibi alanlarda. İngiltere'de aile hekimliğinde uygulanıyor, ICD-10 kodlaması yüzünden bir sürü şikâyetler olduğu bildiriliyor. Sonuçlarla ilgili analizler çok çeşitli, başta hatırlayın, Yönetmelik ne kadar iyi düşüncelerle hazırlanmıştı ama 'kalite geliştirme üzerine etkisi var' diyen var. 'Sınırlı' diyen var, 'hiç etkisi yok' diyen de var. Hasta güvenliği sorunlarına neden olabileceği söyleniyor, maliyet etkinliği artırıyor, hekime ulaşma süresini kısaltıyor, bekleyen hasta süresini kısaltıyor, hastanede yatış süresini azaltıyor ama aynı şikâyetleri başka veya aynı kuruma geri dönüş ve yatışları incelememiz gerekir, bunlarla ilgili çok ilginç yayınlar var. Sadece veri kayıt sistemini arttırdığı yönünde kesin bilgilerimiz var.

Performansa dayalı ödeme

- Bizdeki kadar liberal uygulayan ülke yok.
- ABD, Avustralya, İngiltere, Norveç, ... gibi ülkelere çok sınırlı biçimde uygulanmakta.
 - İngilterede aile hekimliğinde uygulanıyor.
- Sonuçları ile ilgili analizler çok çeşitli
 - Kalite geliştirme üzerine etkisi var-sınırlı-yok
 - Hasta güvenliği sorunlarına neden olabilir
 - Maliyet etkinliği artırdığı
 - Hekime ulaşma süresini kısaltır
 - Bekleyen hasta sayısını azaltır
 - Hastanede yatış süresini azaltır
 - Veri kayıtlarını artırır

Dünyada ödeme biçimleri hepimizin bildiği maaş veya hizmete dayalı ödeme ki, hekim hep bunu istiyor dünyada. Bu işte, Burger King'teki ödemeler gibidir, işte her hizmet başına bir ödeme yalnız bu ekonomi bakışıyla çok fazla tetkik gerektirdiği için devletler buna çok sıcak bakmıyorlar ve maliyet etkin olmadığını söylüyor. Kelle başı ödeme diye bir sistem var, bizim Sosyal Güvenlik Kurumu'nun aşağı yukarı uygulaması buna paralel, bu sigorta sistemleri hep bunu

istiyor. Siz çok fazla çalıştıkça bu sefer cebinizden gidiyor, tetkiklere sınırlama getiriyor, maliyet düşürücü etkisi var ama kritik hastalar kaçmak gibi etik açıdan çok sorunlu tutum ve davranış değişikliklerine neden olabiliyor. İşte, "pay for performance", p4p diye böyle bir sürü yüzlerce makale var, olan sistemde maliyet etkin ama kaliteyi arttırma üzerine etkisi tartışmalı, bazıları buna "pragmatism for practice" diyerek eleştiri getiriyor.

Ödeme biçimleri

- Maaş
- "Fee for Service" Hizmet başına ödeme (hekimin istediği)
 - Burger King
 - Çok fazla tetkik istenir
 - Maliyet etkin değildir
- "Capitation" Kelle başı ödeme (sigorta sisteminin istediği)
 - Tetkiklere sınırlama getirir, maliyet düşürücü etkisi vardır
 - "Kritik hasta"dan kaçma gibi etik açıdan çok sorunlu tutum ve davranış değişimine neden olabilir
- p4p (performansa dayalı ödeme)
 - Maliyet etkindir
 - Kaliteyi artırma üzerine etkisi tartışmalıdır
 - "pragmatism for practice" denilerek eleştirilir.

Ülkemizdeki performans sistemi Dünya Sağlık Örgütü ve OECD tarafından izlenmektedir. Kendine özgü bir sistem, teşvik amacı güdüyor, kurumsal performans ve kalite ölçütleri daha fazla değerlendirilebiliyor, risk uyumlu değerlendirmeye maalesef olanak tanımıyor. Bu tercihen referans hastaneleri olan eğitim hastaneleri ve üniversite hastanesi çok önemli oysa ve niceliği daha fazla önceleyen ve ona göre ödemeyi planlayan bir sistemdir, hâlihazırda öyle ama anladığım kadarıyla değişme yolunda bir gayret var.

Ülkemizdeki Performans Sistemi

- WHO, OECD tarafından izlenmektedir
- Kendine özgü
 - Makedonya, KKTC
 - AR-GE'si için üniversiteler öncü pozisyon almalı
- Teşvik amacı güden
- Kurumsal performans ve kalite ölçütlerinin daha fazla değerlendirilebildiği
- Direk olarak hasta ile ilgili hizmetlerde (tanı, ameliyat, algoritmalara uyum vb..) bireysel kalite- verimlilik kriterlerinin değerlendirilemediği,
- Risk-uyumlu değerlendirmeye olanak tanımayan
- Niceliği daha fazla önceleyen ve ona göre ödemeyi planlayan bir sistemdir

Sosyal Güvenlik Kurumumuz, geri ödemeleri paket esaslı ve sadece maliyet düşürücü özelliğe uygun oluşturulmuş ve uygulanmakta olan bir ödeme biçimi.

Maliyet-fayda, maliyet-etkinlik ve maliyet-kaynak kavramlarını değerlendirmeye almıyor. Bu da güncel durumda, halen hastalara verilen hizmetin kalitesiyle ilgili sorunlara neden oluyor. Bakın, bir kendimiz böyle ufak çalışmalar yaptık indirekt maliyetleri tabii hesap edemiyoruz.

SGK

- SGK geri ödemesi “paket” esaslı olup “**cost-reduction**” özeliğine uygun oluşturulmuş ve uygulanmakta olan bir ödeme biçimidir.
- “**cost-benefit**”, “**cost-effectiveness**” ve “**cost-utility**” kavramları değerlendirme ölçütü olarak alınmamaktadır.
- Güncel durumda hastalara verilen hizmetin kalitesiyle ilgili sorunlara neden olmaktadır.

Hali hazırdaki sosyal güvenlik kılavuzu uygulamasında akut apandisitte CT paketi dışında kalıyor. Oysa IDSA Kılavuzu bu konuda çok önemli bir kılavuzdur, intraabdominal enfeksiyonlarda tedavi prensibi belirler. Şüpheli akut apandisit tanısında CT kullanın der. Sosyal güvenlik bunun geri ödemesinde postoperatif tanı vardır, CT paket içinde değildir. CT’yi bizler istediğimiz zaman algoritmaya ve çağdaş tıbbı uygun davrandığımız halde uygulama sonucunda maliyet etkin veya doğru bir uygulama yapmamışız gibi algılanmaktadır.

Performansa dayalı ödeme

- Dinamik bir süreçtir: Değişir, gelişir
 - Tıptaki gelişme hızına ayak uydurabilmelidir
- Hali hazırdaki SGK uygulamasında:
IDSA kılavuzu (Intraabdominal enfeksiyonlar 2010)
— “Şüpheli akut apandisit” tanısında – “CT kullan” der !
- SGK geri ödemesi, postoperatif tanıya göredir
 - CT, SGK apandisit paket ödemesi içinde değildir
 - CT istendiğinde= Hastaya fayda, kuruma ve hekime zarar

Uygulama maliyet etkin değil izlenimi doğabilir

İndirekt maliyetlerin hesap edilmeden yapılan kaba bir değerlendirme arz etmek istiyorum şimdi. Sağ hemikolektomi yapıldığını düşünelim, hasta masada kalsın. Masada kaldığı için maliyet azalıyor, kârlılık artıyor.

Geri ödeme sırasında sadece nicelik değerlendirildiğinde (1)

İndirek maliyetler hesap edilmeden yapılan kaba bir değerlendirilmede,

Örnek 1: Sağ hemikolektomi

A. Hasta ameliyat masasında öldü. Maliyet azaldı.

Paket fiyat: 1771 TL, hizmet tutarı: 975 TL, kar: 795 TL

B. Hasta 10. gün sorunsuz taburcu oldu. Maliyet arttı.

Paket fiyat: 2700 TL, hizmet tutarı: 2200 TL, kar: 500 TL

C. Hastaya komplikasyon nedeniyle tekrar ameliyatlar gerekti. Maliyet arttı. Paket dışına çıkıldığı için gelir de arttı.

Paket fiyat: 10798 TL, hizmet tutarı: 9330 TL, kar: 1460 TL

Hasta 10. gün sorunsuz taburcu edilsin maliyet artıyor, ilk duruma göre biraz daha dezavantajlı. Hastada komplikasyon nedeniyle tekrar ameliyatlar gerekti, maliyet arttı, paket dışına çıkıldığı için geri döndü.

SGK kesintisi olmadığı varsayımı

1A: Fm, cbc, biyo, marker, elisa, AC, ADKG, USG, CT, Anestezi

1B: fm, cbc*2, biyo*2, marker, elisa, AC, ADKG, USG, CT, Anestezi, YB (II. Basamak), yatak

1C: fm, cbc*2, biyo*2, marker, elisa, AC, ADKG, USG*4, CT, Anestezi, YB (II (6 gün), III (3 gün), yatak, laparotomi*2 + intraabdominal abse*2

Akut apandisit yaşlı ve genç hastada indirekt maliyetler hesaplanmadan böyle tuhaf sonuçlar çıkıyor.

Geri ödeme sırasında sadece nicelik değerlendirildiğinde (2)

Örnek 2: Akut apandisitte,

A. Genç hasta

Paket fiyat: 495 TL, hizmet tutarı: 421 TL, kar: **73 TL**

B. Yaşlı hasta

Paket fiyat: 495 TL, hizmet tutarı: 757 TL, kar: **-262 TL**

25 yaşında bir kadın memesinde üç adet fibroadenom olduğunu varsayın, tek seansta tek insizyonla çıkartılırsa 330 bin lira, tek seans üç insizyonla çıkartılırsa 380 lira, üç ayrı seansta yaparsanız 993 lira.

SGK kesintisi olmadığı varsayımı

- 2A: Fm, cbc, biyo, elisa, INR, AC, USG
- 2B: Fm, cbc*2, biyo*2, elisa, inr, AC, USG, kültür, kons*2, pans*10, yatak*10

Sistem sadece niceliği değerlendiriyor. Ya bir hiç birisinin çıkartılması gerekmiyorsa? Niceliğe göre ödeme yapılacaksa ameliyatların gerekliliğinin de bir sistematik içinde sorgulanıyor olması gerekmez mi? Ama bu çok zor! Dünyada da böyle bir uygulama yok zaten. Ayrıca malpraktis korkusu, çekinik tıp uygulamaları, nicelik bazlı performans uygulamaları bir araya geldiğinde çok ameliyat, çok kazanç dürtüsüne neden oluyor. Türk Cerrahi Derneği ülkemizdeki basit ameliyat sayısındaki artışın dikkatli analiz edilmesi gerektiğini savunmaktadır.

Geri ödeme sırasında sadece nicelik değerlendirildiğinde (3)

Örnek 3: 25 yaşında kadın, memede üç adet fibroadenom varlığında,

- Tek seans, tek insizyon
Kar: 331 TL
- Tek seans, iki insizyon
Kar: 356 TL
- Tek seans, üç insizyon
Kar: 381 TL
- Üç ayrı seans
Kar: 993 TL

Ya hiç birisinin çıkarılması gerekmiyorsa?

Eğitim, araştırma ve üniversite hastaneleri genel cerrahi kliniklerindeki hastalar kritik hastalardır. Bu olgularda hizmet etmenin maliyeti için doğası gereği yüksektir. Paket tipi ödemelerle karşı karşıya kalındığında gerektiğinden daha fazla maliyet azaltıcı bir yaklaşım içine girer yöneticiler ve yanlış algılama neticesinde “sen kazandı, ben kazandırdığını ödeyeyim” şeklinde bir pratik uygulama hâkim olabilir.

Hasta Güvenliği Sorunu

- Sistem çıkarılan fibroadenom sayısına göre ödeme yapıyor.
 - Niceliğe göre ödeme yapılıyorsa
 - Ameliyatların gerekliliğinin de bir sistematik içinde sorgulanıyor olması gerekir (çok zor)
- Malpraktis korkusu,
- Çekinik tıp uygulamaları,
- Nicelik bazlı performans uygulamaları,
 - “Çok ameliyat - çok kazanç” dürtüsüne neden olur

TCD, ülkemizdeki basit ameliyatların sayısındaki artışın dikkatle analiz edilmesi gerektiğini düşünmektedir.

Performansa dayalı ödeme- hasta güvenliği sorunu

Eğitim ve araştırma /üniversite hastaneleri genel cerrahi kliniklerindeki hastalar genellikle kritik hastalardır. Bu olgularda hizmet üretmenin maliyeti için doğası gereği yüksektir.

Hastane yönetimleri,

- Paket tipi geri ödemelerle karşı karşıya kaldığında gerektiğinden daha fazla maliyet azaltıcı bir yaklaşım içine girerler.
- Yöneticinin yanlış algısı neticesinde uygulama pratikte “**sen kazandı- ben kazandırdığını ödeyeyim**” şekline dönebilir.
- Bu sorunla baş edebilmek yüksek düzeyde yönetim bilgisi ve fleksibilite gerektirir.

Bu sorunla baş edebilmenin yüksek düzeyde yönetim bilgisi ve fleksibilite getirdiği söylenmektedir. Gerçekten ameliyat sayılarında bilimsel gerekçelere uygun performansa dayalı ödemeden önce ve sonra karşılaştırıldığında artışlar var mıdır? Komplike ameliyatların sayısı ve yapıldığı yerlerin dağılımı performanstan önceki döneme göre nasıldır? Kurumların, risk-uyarlanmış, perioperatif mortalite ve morbidite oranları performans öncesi döneme göre nasıldır? Giriş tanısı dışında aynı yatışta ikincil ameliyatlar; nazokomiyal enfeksiyon gelişimi gibi diğer değerlendirme parametreleri izleniyor mu? Aynı şikâyetle, yeniden, başka kurula veya aynı kuruma acil servislere başvurular izleniyor, inceleniyor mu?

Performansa dayalı ödemeden önce ve sonra

- Ameliyat sayılarında bilimsel gerekçelere uygun artışlar mı vardır?
- Komplike ameliyatların sayısı ve yapıldığı yerlerin dağılımı performansdan önceki döneme göre nasıldır?
- Kurumların; risk-uyarlanmış, perioperatif mortalite, morbidite oranları performans öncesi döneme göre nasıldır?
- Giriş tanısı dışında, aynı yatışta ikincil ameliyatlar, nazokomiyal enfeksiyon gelişimi gibi diğer değerlendirme parametreleri izleniyor mu?
- Aynı şikâyetle yeniden başvuru (kuruma veya diğer sağlık kuruluşlarına) izleniyor mu?

Son olarak tanıyla ilişkili grup veya DRG dedikleri üzerinde maliyet hesaplı tanıya dayalı bir ödeme biçimine dönmek üzere olduğumuz anlaşılmaktadır. Bu daha az para harcayarak daha faydalı, daha çok iş yapılması beklenen bir sistemdir. Avantajları vardır ama sihirli değnek de değildir.

Yoğun Bakım uygulamaları ve performans dayalı ödeme

Genel cerrahi alanında,

- Perioperatif süreçte, bir başka bölüm veya hekime hastalarımızı devretmek, “*Tıbbi el atmalar*”dan doğan sorumluluğumuz” nedeniyle mümkün değildir.
- Performans ödemesi, yasal yetki ve sorumluluk ölçüsünde hizmeti kim üretiyorsa ona yapılmalıdır.

Yoğun bakım uygulamaları genel cerrahide önemli bir sorun teşkil etmektedir. Çünkü birazdan bir istatistik göstereceğim, bir anket sonucu sizlere aktaracağım. Yaklaşık genel cerrahi kliniklerimizin % 50’sinde yoğun bakım yoktur. Oysa genel cerrahi alanında perioperatif süreçte bir başka bölüme hastalarımızı devretmemiz istenmektedir tebliğlerde. Bir başka bölüme veya hekime hastalarımızı devretmek “*tıbbi el atmalardan doğan sorumluluğumuz*” nedeniyle mümkün değildir. Performans ödemesi, yasal yetki ve sorumluluk ölçüsünde hizmeti kim yönetiyorsa ona yapılmalıdır. Bir geri ödeme siteminde, adı ne olursa olsun, maaşta bile; verimlilik, kalite ve esaslarla ilgili her türlü analiz ve hesaplamanın şef af olması ve bunun çalışanlara açıkça bildirilmesi gerekmektedir.

Yoğun Bakım uygulamaları ve performans dayalı ödeme

Genel cerrahi alanında,

- Perioperatif süreçte, bir başka bölüm veya hekime hastalarımızı devretmek, “*Tıbbi el atmalar*”dan doğan sorumluluğumuz” nedeniyle mümkün değildir.
- Performans ödemesi, yasal yetki ve sorumluluk ölçüsünde hizmeti kim üretiyorsa ona yapılmalıdır.

Şeffaflık

- Geri ödeme ve verimlilik- kalite ile ilgili her türlü analiz ve hesaplamanın şeffaf olması gerekir.
- Bireysel ve kurumsal veriler aylık veya belli dönemlerde hekim ve diğer sağlık personeline sunulmalıdır.
- Şeffaflık, genel cerrahi kliniklerinin kendi SWOT analizlerini yapabilmelerine olanak tanıyacaktır.

Biz Türk Cerrahi Derneği olarak bir süredir Sayın Başkanın da destekleriyle bir mailing grubumuz var, oraya mensuplarımız, üyelerimiz buraya görüşlerini yolluyorlar. Bu ana başlıklar altında incelenebilir şikâyetler, çok fazla şikâyet var.

**TCD WEB SAYFASINA GELEN
ONLİNE GÖRÜŞ VE ÖNERİLER****TCD Performans sistemi online görüş ve öneriler
(e-posta)**

1. Branşlar arası adaletsizlik var
2. Sigorta risk gruplarına göre ödeme yapılmalı
3. Genel Cerrahi ameliyat puanları düşük, adil değil, diğer hizmetlerin puanları çok düşük, vizitlere neden puan verilmiyor?
4. Acil ameliyatlar, icap ve hastane nöbetlerinde üretilen hizmetler gerçekçi bir değerlendirme kapsamına alınmalı
5. Komplike ameliyatların karşılığı yok
6. ICD-10’un modifikasyonu bir felaket
7. Performans karşılığı elde edilen gelir, harcanan emek, risk ile orantılı değil
8. D2 diseksiyon mu - aynı sürede bir sürü fitık mı?

Branşlar arası adaletsizlik olduğu söyleniyor, sigorta-risk gruplarına göre ödeme yapılması gerektiği söyleniyor. Genel cerrahi ameliyat puanlarının düşük, adil değil, diğer hizmetlerin puanları çok düşük, vizitelere neden puan verilmediği soruluyor. Acil ameliyatlar, icap ve hastane nöbetlerinde üretilen hizmetler gerçekçi bir değerlendirme kapsamında değil deniyor. Komplike ameliyatların karşılığını kodlama sitemden bulamadıkları söyleniyor. Performansa karşı elde edilen gelir harcanan emek ve risk ile orantılı değil deniyor. Performans sisteminin D2 diseksiyonu yerine aynı sürede bir sürü fitık ameliyatı yapılmasını provoke ettiği söyleniyor. Niteliğe değil niceliğe değer veren bir sistem olduğu için karşı olanlar var, hizmet kalitesiyle hiç alakası yok deniyor. Acil serviste hasta muayenesinin 30 puan, tanısını koyup, tedavisini düzenleyen genel cerrahlar için konsültasyonun 10 puan olduğu söyleniyor, şimdi yeni 15 puana çıkmış. Biz genel cerrahlar bu sistemle ölmüş görünüyoruz.

**TCD Performans sistemi online görüş ve öneriler
(e-posta)**

9. Niteliğe değil, niceliğe değer veren bir sistem olduğu için karşıyım,
10. Hizmet kalitesi ile alakası yok,
11. Acil serviste hasta muayenesi 30 puan, tanısını koyup tedavisini düzenleyen bizler için konsültasyon 10 puan.
12. Biz genel cerrahlar bu sistemle ölmüşüz.

Bizim asistan Hüseyin diyor ki buraya gelmeden önce; epikrizle birlikte radyoloji bölümünün çektiği tomografinin raporunu fatura bölümüne benim vermem gerektiği söyleniyor. Sürecin her aşamasında ben nasıl olabilirim? Radyolog; ya bu CT ile anlayamadık bir de MR çekelim derse! Yani genel cerrahinin back up sorunları vardır, patolojiyi birkaç defa tekrar etmek zorunda kalırsınız, her türlü tetkiki birkaç defa istemek zorunda kalırsınız. Hiçbir sonuç doğru düzgün gelmez ki! Ama bunların tek sorumlusunun genel cerrahi olduğu gibi bir izlenim çıkabilir geri ödeme kurumlarında. Diyor ki, “bu ödenmediğinde bu da benim cebimden çıkacak. Bu raporlar faturada eksik çıkarsa benim ücretimden kesiliyor. Bu iş için 20 tane sekreter aldılar ama” bunlar iyi kütüphanecilik eğitimi almamış ki, katalog sistemini bilmiyor ki! Döner sermayeden sözleşmeli statüsünde insanlar alıyoruz, kalifiye insanlar değil. “Bu sekterler yüzünden benim iş yüküm daha da arttı, hasta için çabaladıkça daha beter batıyorum.” Bu çok kötü, çok üzülüyorum. Yani asistan böyle hissederse bizim durumumuz kötü!



Asistan Dr. Hüseyin diyor ki:

... Epikrizle birlikte, radyoloji bölümünün çektiği tomografinin raporunu fatura bölümüne benim vermem gerektiği söyleniyor.

Sürecin her aşamasında ben nasıl olayım?
Radyolog ; ya bu CT ile anlayamadık bir de MR çekelim derse (MR'ı SGK ödemez ki?).

Ödenmediğinde bu da benim cebimden çıkacak.
Bu raporlar faturada eksik çıkarsa benim ücretimden kesiliyor.
Bu iş için 20 tane sekreter aldılar ama,
benim iş yüküm daha da arttı.
Hasta için çabaladıkça daha beter batıyorum!...

TCD Performans Sistemi Çalıştayı 26.12.2010



Türk Cerrahi Derneği söylemiştim, ilkesel olarak performans sisteminin yararlı olmadığını düşünüyor. Buna rağmen halen uygulamada olan performans sistemi yapılan ameliyatlara göre gerçekçi bir katsayı oluşturmadığı için genel cerrahi alanı özelinde daha eşitsiz bir duruma yol açıyor.

TCD'nin performansa dayalı ödeme konusundaki tutumu

TCD ilkesel olarak performans sisteminin yararlı olmadığını aksine önemli yandaş sorunlara yol açtığını daha önce yayınladığı 2 raporla bildirmiştir.

- Buna rağmen halen uygulamada olan performans sistemi, yapılan ameliyatlara göre gerçekçi bir katsayı oluşturmadığı için genel cerrahi alanı özelinde daha eşitsiz bir duruma yol açmaktadır.

Yapılan işin riskinin çoğu zaman gelirle orantılı olduğu gerçekliği göz önüne alındığında hem riski yüksek iş yapmak hem de ücretlendirme politikası eksiklikleri nedeniyle diğer branşlardan daha az ücret almak durumunda kalan cerrahlar bu haksız durum dolayısıyla beklenenin tam tersine bir demotivasyon süreci içindelerdir. Türk Cerrahi Derneği ulusal sağlık otoritesinin performans ile ilgili yeni düzenlemeler yaparken bu durumu gözetmesi ve ödemelerde risk-uyumlu değerlendirme kriterlerini devreye sokması beklenmektedir.

TCD'nin performansa dayalı ödeme konusundaki tutumu

- Yapılan işin riskinin çoğu zaman gelirle orantılı olduğu gerçekliği göz önüne alındığında hem riski yüksek iş yapmak hem de ücretlendirme politikası ve eksiklikleri nedeniyle diğer branşlardan daha az ücret almak durumunda kalan cerrahlar bu haksız durum dolayısı ile beklenenin tam tersine bir demotivasyon sürecine girmişlerdir.
- TCD, Ulusal sağlık otoritesinin performans ile ilgili yeni düzenlemeler yaparken bu durumu gözetmesi ve ödemelerde risk-uyumlu değerlendirme kriterlerini devreye sokmasını beklemektedir.

Genel cerrahi uygulama alanında tanı ve tedaviye yardımcı, diğer bölümlerin ürettikleri hizmetlerdeki kalite sorunları düzeltilmeli, kesintilerin tek sorumlusu olarak genel cerrahlar gösterilmemelidir. SGK'nın her gün hızla artan bilgi karşısındaki zafiyetinin önleyecek, SGK üniversite ve Türk Cerrahi Derneği ile işbirliği geliştirilmelidir. “Çok ameliyat yap, çok kazan” şeklindeki tutum ve davranış değişikliğine yol açan uygulamadan hızla vazgeçilmelidir.

Öneriler

- Genel cerrahi uygulama alanında, tanı ve tedaviye yardımcı diğer bölümlerin ürettikleri hizmetlerdeki kalite sorunları düzeltilmeli, kesintilerin tek sorumlusu olarak genel cerrahlar gösterilmemelidir.
- SGK'nın her gün hızla artan tıbbi bilgi yükü karşısındaki zafiyetini önleyecek SGK-üniversite-TCD işbirliği geliştirilmelidir.
- Çok ameliyat yap, çok kazan** şeklindeki tutum ve davranış değişikliğine yol açan uygulamalardan hızla vazgeçilmelidir

Biz bir anket yaptık kendi web sitemizde, bir e-posta yoluyla ulaşıldı bu anketlere, on-line yapıldı. Ankete cevap verme koşulları içinde Dernek üyeliği aranmadı ama genel cerrah olma koşulu arandı. 23.12.2010 tarihinde 386 kişi, çünkü tarihle de 400'ün üzerinde kişi cevap verdi. Buradan rasyonel örnekleri size söyleyeceğim, bakın cevaplandıranların önemli bir kısmı çok uzun süre uzman olarak çalışıyorlar, bunların önemli bir kısmı aynı kurumda çalışıyorlar. Bu memnuniyet anketlerinde hep önemli değerlendirme kriterlerindendir. Ödeme sisteminden, ne olursa olsun, % 81'i 'memnun değilim' diyor. Cerrahların çalıştığı yerlerde % 60'a yakın bir oranda da yoğun bakım ünitesi yok. Kurumumuzda hastalara ait hizmetlerin veri girişi kim tarafından yapılıyor diye sorduğumuzda ancak % 50'sinin tıbbi sekreter tarafından yapıldığını görüyoruz. Performansa dayalı ödeme sisteminin iş yükünü arttırdığını veya arttıracığını düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda sistemin aylardır poliklinik hasta sayısını arttırdığını gözlemlemişler ankete cevap verenler. Performans sistemi bekleyen hasta sayısını azaltıyor olabilir, performansa dayalı ödeme sisteminde kurumunuza sevk edilecek veya edilen komplike hasta sayısında artış olabileceğini düşünüyor musunuz diye sorduğumuzda % 55'i 'evet' cevabı vermiş. Bu sistemde uzmanlık öğrencilerinin, fakülte öğrencisinin akademik eğitim programında aksama olacağını düşünüyor musunuz dediğimiz zaman yaklaşık % 80'i 'evet' cevabı vermiş. Kıdeme dayalı, liyakate dayalı çalışma düzeninde bozulmaya sebep olur mu dediğimizde yine % 80'i 'evet' cevabı vermişler. Performansa dayalı ödeme sistemi başladıktan sonra aylık gelirde artış olacağını düşünüyor musunuz dediğimiz zaman % 60'ı 'hayır' cevabı vermiş. Performansa dayalı ödeme sisteminden önceki sisteme dönmek ister misiniz diye sorulunca yaklaşık % 40'ı 'evet' cevabı vermiş. Katılımcıların 2/3'ü performans sisteminin diğerlerinin aldıkları oranlara göre motivasyon düzeyini etkilediğini ya da etkileyeceğini düşünmektedirler. Kurumların yaklaşık yarıdan fazlası özelleşmiş bir maliyet muhasebesi birimi yok. Periyodik olarak performans değerlendirme raporu hazırlanıyor mu diye sorduğumuzda % 65'inde 'yok' cevabı vermişler veya farkında değiller. SGK geri ödemesiyle ilgili

problem yaşıyor mu deyince sadece % 50'si problem yaşıyoruz demişler. Birçok nedenden dolayı hem altyapı, hem çalışanlarla ilgili sorunlardan dolayı bu geri ödeme problemleri SGK ile yaşıyor. Komplikasyon sayısını arttırır mı deyince % 75'i 'arttırır' demiş. Endikasyon dışı ameliyat sayısında artış olduğunu veya olacağını düşünüyor musunuz deyince çok büyük bir oranda 'olabilir' diyor, ameliyat bazında, bu nedenle bireysel ameliyat bazında eğer yapılacaksa kalite performans göstergelerine ihtiyaç var. Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra hastaların hastanelerde ortalama yatış süresi kısalıyor, hastanın Medulla sisteminden aynı şikâyetle başka kuruma veya aynı kuruma, aynı servise, diğer servislere veya acile başvurularını izlememiz lazım bunun gerçekçi olup olmadığını anlamak için. Hastalar için istenen tetkiklerde ve konsültasyon sayısında azalma olacağını düşünüyor musunuz diye sormuşlar, performans sisteminin önemli özelliklerinden birisi bu, % 53'ü 'hayır' cevabı vermiş, bunun da incelenmesi gerekir. Performansa bağlı ödeme, hizmetin kalitesini değerlendiriyor mu diye sorduğumuzda neredeyse % 90'ı 'hayır' cevabı vermiş. Nicelik mi, nitelik mi veya her ikisini birden mi değerlendirmeli bir geri ödeme sistemi diye sorduğumuz zaman; katılımcıların yaklaşık yarısı 'hem emek hem de fikre dayalı olması' gerektiğini söylemişler. Hasta güvenliği ve bakım kalitesini arttırmadığı yönünde çok ciddi bir bulgu var. Performansa dayalı ödeme sistemi hekim özerkliğini etkiler mi diye sorduğumuzda, önemli bir hekim oranı cevaplayanların içinde "hekim özerkliğini etkiler, çıkar çatışmasına neden olur" demektedirler.

Türk Cerrahi Derneği doğru işlerin doğru yapılması ilkesini benimsemektedir. Çok teşekkür ederim beni dinlediğiniz için.

Türk Cerrahi Derneği

İşlerin Doğru Yapılmasını Değil,

Doğru İşlerin Yapılmasını da Değil,

Doğru İşlerin- Doğru Yapılması

İlkesini Benimser.



Referanslar

1. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik
2. A. Terzi C. Sağlıkta piyasalaşma ve tıp fakülteleri. Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık, 2007;22:436-442.
3. B. Terzi C. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim, 2007;22(1-2):2-22.
4. Türk Cerrahi Derneği Raporu: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Genel Cerrahi Alanına Etkileri. Korkmaz A, Gündoğdu H, Kama NA, Kulaçoğlu H, Terzi C. Haziran, 2009 http://turkcer.org.tr/files/file/tutum_gorus/performans_sistemi_tcd_gorusu.pdf
5. Türk Cerrahi Derneği Raporu Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamaları: Genel Cerrahi ile İlgili Uygulamalar İçin Öneriler Gündoğdu H, Kama NA, Kulaçoğlu H, Terzi C. Haziran, 2009 http://turkcer.org.tr/files/file/tutum_gorus/performans_TCDonerisi.pdf
6. Terzi C, Eryılmaz M, Erel S, ve ark., TCD Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu. TCD Yayınları, Tuna Matbaacılık San.ve Tic. A.Ş., 2010, s.21-25.
7. Üniversite hastanelerinde performans için volüm-değer kontrollü model önerisi, Cihan A, SD Dergisi (Mart, Nisan, Mayıs 2010)
8. Ludmerer KM. The development of American medical education from the turn of the century to the era of managed care. Clin Orthop Relat Res 2004; 422: 256-262.
9. Editorial. A case of market failure. Lancet 2000; 355(9216): 1657.
10. Clark J. Five futures for academic medicine: the ICRAM scenarios. BMJ 2005; 331: 101-104.
11. Chung KC, Shauver MJ. Measuring quality in health care and its implications for pay-for-performance initiatives. Hand Clin. 2009;25(1):71-81
12. Wilson RL, Feldman SR. Physician performance measures in dermatology. J Am Acad Dermatol. 2010;63(2):29-35.
13. Erikson EA, Sung VW, Myers DL. Pay for performance: what the urogynecologist should know. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;19(8):1039-41.
14. Russell TR. The future of surgical reimbursement: quality care, pay for performance, and outcome measures. Am J Surg. 2006;191(3):301-4.
15. Nicholson S, Pauly MV, Wu AY, Murray JF, Teutsch SM, Berger ML. Getting realperformance out of pay-for-performance. Milbank Q. 2008;86(3):435-57.
16. Reed RL 2nd, Luchette FA, Esposito TJ, Pyrz K, Gamelli RL. Medicare's "Global" terrorism: where is the pay for performance? J Trauma. 2008;64(2):374-83; discussion 383-4.
17. Jones JW, McCullough LB. Quality credentialing: boon or boondoggle? J Vasc Surg. 2006; 43(5):1073-5.
18. Greene SE, Nash DB. Pay for performance: an overview of the literature. Am J Med Qual. 2009;24(2):140-63.
19. Chien AT, Dudley RA. Pay-for-performance in pediatrics: proceed with caution. Pediatrics. 2007;120(1):186-8.
20. Fink L. Pay for performance--a clash of cultures. Physician Exec. 2006;32(4):34-8.
21. Larriviere DG, Bernat JL. Invited Article: Threats to physician autonomy in a performance-based reimbursement system. Neurology. 2008; 10;70(24):2338-42.
22. McMahon LF Jr, Hofer TP, Hayward RA. Physician-level P4P--DOA? Can quality-based payment be resuscitated? Am J Manag Care. 2007;13(5):233-6.
23. Taub SJ. Pay for performance: is it ethical? Compr Ophthalmol Update. 2007 Sep; 8(5):277-83. Review.
24. Berman B, Friedman CD. Value-based purchasing paradigms for facial plastic surgery. Facial Plast Surg. 2010;26(4):283-8.
25. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res. 2010;10:247.
26. Glickman SW, Peterson ED. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. Am J Manag Care. 2009; 15:300-5.
27. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD002215.
28. Berenson RA, Rich EC. US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care. J Gen Intern Med. 2010; 25(6):613-8.
29. Weigel RJ, Dracon G, Radhakrishnan R, Rho Y, Sevgen F, Dafoe DC. Incentive systems for academic productivity in a department of surgery. J Am Coll Surg. 2004;199(2):300-7.
30. Ayanian JZ, Weissman JS, Chasan-Taber S, Epstein AM. Quality of care for two common illnesses in teaching and nonteaching hospitals. Health Aff (Millwood). 1998;17(6):194-205.
31. Kuper-Smith J. Quality of care in teaching hospitals: a literature review. Acad Med. 2005; 80(5):458-66.
32. Marini G, Street A. A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. Health Policy. 2007;83(1):17-26.
33. Enthoven AC, Crosson FJ, Shortell SM. 'Redefining health care': medical homes or archipelagos to navigate? Health Aff (Millwood). 2007;26(5):1366-72.
34. Smoldt RK, Cortese DA. Pay-for-performance or pay for value? Mayo Clin Proc. 2007;82(2):210-3

OTURUM BAŞKANI _ Üçüncü konuşmacımız Sağlık Bakanlığı Eğitim, Araştırma Hastaneleri içindeki 2004 yılından beri uygulanmakta olan performans sistemiyle ilgili deneyimlerini bize aktaracak. Sayın Doktor Hakan Özel, kürsüye davet ediyorum.

DR. HAKAN ÖZEL_Ankara Numune Eğt. ve Arş. Hastanesi

Sayın Başkan, Türk Cerrahi Derneğinin Saygıdeğer Üyeleri hepiniz hoş geldiniz. Ben Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği Şef Yardımcısı olarak çalışmaktayım. Aynı zamanda Döner Sermaye İnceleme Komisyonu Üyesiyim.



SAĞLIK BAKANLIĞI EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANELERİ ÖLÇEĞİNDE PERFORMANS

DR.HAKAN ÖZEL
ANKARA NUMUNE EĞİTİM ve
ARAŞTIRMA HASTANESİ
1.CERRAHİ KLİNİĞİ

Performansa Dayalı Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına dair Yönetmelik 12.05.2006 tarihinde ve 26166 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikle birlikte girişimsel işlemler listesi ekinde mevcuttur.

SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA GÖREVLİ PERSONELE DÖNER SERMAYE GELİRLERİNDEN EK ÖDEME YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK

12/05/2006 Tarih ve 26166 Sayılı
Resmi Gazete

01.05.2009 tarihinde Girişimsel İşlemler Yönergesi halinde bu performansla ilgili puanlama sistemi be-

lirlenmiştir. Bu yönergenin amacı Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personelin ek ödeme tutarlarını belirleyen net performans puanının tespiti amacıyla tabipler tarafından yapılan muayene, ameliyat, anestezi gibi işlemlerin ve bu işlemlere ilişkin puanların belirlenmesidir. Bu yönerge aralık ayı başında yenilendi. Daha önce geri ödeme kurumu olan SGK'nın bağlı olduğu Sağlık Uygulama Tebliğindeki verilere daha uygun hale getirilmiştir.

GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER YÖNERGESİ

- **Bu Yönergenin amacı**, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personelin ek ödeme tutarlarının belirleyen net performans puanının tespiti amacıyla tabipler tarafından yapılan muayene, ameliyat, anestezi gibi girişimsel işlemlerin ve bu işlemlere ilişkin puanların belirlenmesidir.
- Bu yönerge **01/05/2009 tarihinde** yürürlüğe girmiştir.
- 01/12/2010 tarihinden geçerli olmak üzere bu yönerge SUT a daha uygun hale getirilmiştir

Döner sermaye ödemesinde yönetmeliğe bağlı olarak bazı parametreler mevcuttur. Bunlardan bir tanesi tabip muayene ve girişimsel işlevler puanı, hastane hizmet puan ortalaması, klinik hizmet puan ortalaması, aktif çalışma gün katsayısı, bilimsel çalışma destek puanı, eğitici destek puanı, hizmet kadro unvan katsayısı, net performans puanı, dönem tek ödeme katsayısı önümüze çıkan önemli parametreler.

DÖNER SERMAYE ÖDEMESİNE ETKİLİ PARAMETRELER

- Tabip muayene ve girişimsel işlem puanı
- Hastane hizmet puan ortalaması
- Klinik hizmet puan ortalaması
- Aktif çalışma gün katsayısı
- Bilimsel çalışma destek puanı
- Eğitici destek puanı
- Hizmet kadro unvan katsayısı
- Net performans puanı
- Dönem ek ödeme katsayısı

Doktorların performans aldığı net performans puanı hesaplanmasında klinik hizmet puan ortalaması kadro unvan katsayısıyla, yani bu eğitim hastanelerinde klinik şef eri için 2,6, şef yardımcılar için 2,2, uz-

manlar için 1,85 olarak tespit edildi. Ayrıca bilimsel çalışma destek puanı vardı, bu hastane ortalamasının % 30'u puan olarak ilave edilir. Bilimsel çalışma destek puanı bile yönetmelikte belirtilen şartlar dâhil olmak üzere bir önceki yılda yapılan yurtiçi, yurtdışı yayınlar, kongre sunumları bunlarla ilgili puanların toplamı 500 puanı geçtiğinde bilimsel çalışma destek puanı verilmektedir ve bu hastane ortalamasının % 30'udur. Eğitici destekleme puanı vardır, bunlar da bir uzmanın o ayki yaptığı vizite, ameliyat ve poliklinik hizmetlerinin toplam 40 saati geçtiğinde hastane ortalamasının yine % 30'u kadar ilave edilmektedir. Tabip muayene ve girişimsel işlevler puanından klinik hizmet ortalaması puanının çıkartılmasıyla ve bunun 0,5 katsayısıyla çarpılmasıyla da bir puan ilave olmaktadır. Ayrıca bu karmaşık bir formül halinde, aslında uzun bir formül buraya getiremedim, ayrıca bu toplamda aktif çalışma gün katsayısı 30 gün eşittir 1 olarak getirildikten sonra elde edilen toplam puan net performans puanı olarak çıkmaktadır ortaya.

DOKTOR NET PERFORMANS PUAN HESAPLAMASI

- Klinik hizmet puan ort x kadro ünvan katsayısı (klinik şefi 2.6,şef yard 2.2)+
- Bilimsel çalışma destek puanı (hastane ortalama puanının %30)+
- Eğitici destekleme puanı (hastane ort.%30)+
- (Tabip muayene ve girişimsel puan-klinik hizmet puan ort.) x 0.5
- Aktif çalışma gün katsayısı (30 gün=1)X

Burada ben kasım ayına ait kendi döner sermaye bordromu getirdim açıklama olsun diye. Şurada kadro unvan katsayısı şef yardımcısının 2,2, hastane ortalaması 9100, klinik ortalaması 10 bin civarında. Benim bir ayda yaptığım toplam puan 12 bin küsur. Ayrıca bilimsel ek puan alıyoruz hastane ortalamasının % 30'u, eğitim destekleme ek puanı şef yardımcılar için % 20'dir. Komisyonunda olduğum için komisyon ek puanı ilave olmakta ve bunlar hastane içinde dağıtılan döner sermayenin doktor net performans puanına bölünmesiyle elde edilen bilim puanının değeri ile toplam net performans puanının çarpılmasıyla

elde edilen gelir brüt 6.100 lira döner sermaye geliridir. Bu son Tam Gün Yasası ile her ayın 15'inde ek ödeme, sabit ek ödeme yapılmaktadır. Bunun 2.300 lirası brüt olarak bu döner sermayede kesilmektedir, her ayın 15'inde maaşla birlikte 1.300 lira hesabımıza yatmaktadır. Kalanın yüzde gelir vergisi çıktıktan sonra 2.400 küsur döner sermaye elde etmekteyiz.

Temel prensipler olarak döner sermaye performans uygulamasında; performans uygulaması bireyseldir, girişimsel işlem yönergesindeki puanlama ve kısıtlamalar esastır. Bireysel net performans puanları kurum içi dağıtılacak olan döner sermaye oranlarını belirler. Puanlama sadece uzmanlar üzerinde olmaktadır, asistanlar puanlamada yoktur. Klinikler hasta dosyalarının kayıt, ameliyat notu, epikriz, fatura yönünden eksiksiz olmasını sağlamakla yükümlüdür.

TEMEL PRENSİPLER-1

- Girişimsel işlemler yönergesindeki puanlama ve kısıtlamalar esastır
- Performans uygulaması bireyseldir
- Bireysel net performans puanları kurum içi dağıtılacak olan döner sermaye oranlarını belirler
- Puanlama sadece uzmanlar üzerine olmaktadır. Asistanlar puanlamada yoktur
- Klinikler hasta dosyalarının(kayıt, ameliyat notu, epikriz, fatura yönünden) eksiksiz olmasını sağlamakla yükümlüdür

Ayrıca kliniklerde alınacak döner sermaye miktarları ile o ayki fatura gelir-gider hesapları ilişkili değildir. Hastanelerde başhekim başkanlığında döner sermaye

komisyonu dağıtılacak total döner sermaye miktarını belirler. Ayrıca oluşturulan inceleme heyeti tabip girişimsel işlem puanlarının bütçe uygulama tebliğine, niteliğine ve nicelik bakımında ve tıp etiğine uygunluğunu denetler. Ay sonunda inceleme heyetinin raporu döner sermaye Komisyonuna gönderilerek ödemeler yapılır.

TEMEL PRENSİPLER-2

- Kliniklerde alınacak döner sermaye miktarları ile o ayki fatura gelir-gider hesapları ilişkili değildir
- Hastane **DÖNER SERMAYE KOMİSYONU** dağıtılacak total döner sermaye miktarını belirler
- **İNCELEME HEYETİ** tabip girişimsel işlem puanlarının bütçe uygulama tebliğine, nitelik, nicelik ayrıca tıp etiğine uygunluğunu denetler

Girişimsel İşlemler Yönergesinde yapılan işlemler uzun bir liste halindedir, yapılan işlemler, karşılıklarında puanları ve bunlara uygulanacak kısıtlamalar varsa yanında mutlaka belirtilir ve tabip performans puanı hesaplanmasında sadece girişimsel işlemler listesi ve Girişimsel İşlemler Yönergesi geçerlidir.

2. HEKİM MUAYENELERİ VE RAPORLAR

520.010	Konsültasyon ücretleri (her bir hekim için)	10
520.020	Acil poliklinik muayene ücreti	21
520.030	Normal poliklinik muayene ücretleri	21
520.031	Sevki yapılan muayene	5
520.032	İçapçı/ brani, nöbetinde yapılan muayene	30
520.033	Paliyatrik Muayenesi (ilk 10 hasta için 30 puan sonraki hastalar 21 puan)	30
520.040	Randevulu öğretim üyeleri özel muayene ücreti	0
520.050	Sajlık kurulu rapor ücretleri	0
520.060	Tek hekim rapor ücretleri	İlaç ve malzeme temini için bir rapor ve bir muayene ücreti ödenir
520.070	Genel anestezi altında muayene	75
520.080	1.Basamak poliklinik muayene ücreti	1. Basamak sağık kuruluşları
520.081	İlçe/Bölde Gün Hastanesi poliklinik muayene ücreti	20
520.090	1. İnci Basamaktan sevki halinde poliklinik muayene ücreti	5

Girişimsel işlemler performans puanı SUT ile geri ödeme kurumunun fatura karşılığı olan işlemleridir. Şimdi SUT'da girişimsel işlemler arasında bazı farklılıklar oluşmakta; performans puanı olup yani mesela ameliyatlarda bunun fatura karşılığı vardır. Performans puan karşılığı olup para karşılığı olmayan bazı hizmetler vardır; örneğin dahili branşlarda vizite puanının fatura karşılığı yoktur.

Girişimsel İşlem Sut 2009 ek 8

- Puan var
- Puan var
- Puan var
- Puan yok
- Puan var
- Karşılığı var
- Karşılığı yok
- Karşılığı kısıtlı
- Karşılığı var
- Karşılığı paket

Puanı vardır, performans puanı vardır fatura karşılığı kısıtlıdır, örneğin arter kateterizasyonu dört günde bir yapılır der, siz her gün yapılırsınız dersiniz. Sadece dört günde bir faturası puanlanabilir. Puanı yoktur karşılığı olan şeyler çok kısıtlı olmakla birlikte özellikle bazı dahili branşlarda var, faturası hastane tarafından kesilmesine rağmen doktor puanını alamaz. Puanı olup paket karşılığı olduğu için örneğin poliklinik hastalarında girişimsel işlemlerden yapılan her türlü müdahalede puanları doktorlar almasına rağmen paket karşılığında sabit ücret alındığı için direkt performans karşılığı alınmamaktadır. Girişimsel işlemler listesinde yine bazı çelişkiler vardır, örneğin transkateter tedavi SUT'da 350 puandır, girişimsel işlemler puanı 100 puandır. Bu daha önce her gün uygulanıyordu, daha sonra bazı branşlar olayı fazla yazıldığı için, günlük yazdıkları için haftada bir olarak uygulandı. Daha önceki hali 300 puandı, yeni uygulama ile 100 puana indirildi. Değişik böyle örnekleri mevcut.

Girişimsel işlem SUT 2009 ek 8

- 607 710 Transkateter tedavi-100 puan
- 608 990 Hepatikojejunostomi-850 puan
- 609 320 Distal pankreatektomi -750 puan
- 607 710 Transkateter tedavi-350 puan
- 608 990 Hepatikojejunostomi 875 puan
- 609 320 Distal pankreatektomi-773 puan

Genel cerrahide performans puanı veya girişimsel işlemler listesindeki puanlara şöyle bakacak olursak; normal poliklinik puanı 21 puan, konsültasyon 10 puan, kesi, pansuman, inguinal herni onarımı bunlar arttırılmış puanlardır, 01 Aralık'tan itibaren puanlarda kısmı %3-5 oranında bir artış olmuştur. Whipple ameliyatı 2000 puan, apendektomi 1000 puandır. Genel cerrahide 1500 puanı geçen ameliyatlar iki cerrahe yazıldığı için bu puan 3000'e çıkmakta, Whipple ameliyatı 4000 puana çıkmaktadır.

Genel Cerrahi Uygulamaları

- 520.030 Normal poliklinik muayene 21 puan
- 520.011 Konsültasyon poliklinik 10 puan
- 530.200 Kesi sutureasyonu küçük 50 puan
- 530.500 Yara pansumanı küçük 5 puan
- 603.780 Inguinal herni onarımı 453 puan
- 603.801 İnsizyonel herni onarımı 440 puan
- 609.230 Kolesistektomi açık 515 puan
- 609.460 Whipple operasyonu 2000 puan
- 609.760 Gastrektomi radikal total 1288 puan
- 610.130 Apendektomi 420 puan
- 610.349 APR 1500 puan
- 618.490 Total tiroidektomi 876 puan

Size cerrahiden bir örnek vermek istiyorum, burada bir Whipple operasyonu pakete dahil olmak üzere hastaya yapılmış birkaç ameliyat gözükmetedir.

GENEL CERRAHİ

- **609.460 (P) Whipple operasyonu**
- 604.110 (P) Peritoneal tuvalet ve debridman
- 609.100 (P) Karaciğer yaralanmalarında primer suture
- 610.010 (P) İnce barsak perforasyonunda primer suture
- 606.550 (P) Damar onarımı, direkt, intraabdominal

Peritoneal tuvalet ve debridman, karaciğer yaralanması, damar onarımı gibi bazı girişimsel işlemler yapılmıştır, bunlarda da primer ameliyatın %100'ü alınır, diğer ameliyatlar aynı kesiden yapıldığında kendi puanlarının % 30'u farklı kesilerde yapıldığında % 50'si alınmaktadır puan hesaplamasında. Burada bir plastik cerrahide üç farklı dokuyu birden içeren serbest fep ameliyatı yaklaşık 2000 puan civarında, plastik cerrahideki arkadaşlarımızın bu hastayla ilgili şeylere bakarsak; grefti alınmadı, damar eksplorasyonu, bunda biraz abartılı uygulamaları olmuş. İşte Döner Sermaye İnceleme Komisyonlarının görevlerinden bir tanesi de bu yapılan işlemlerin nitelik, nicelik yönünden araştırılması, ameliyat notlarının doğru olup olmadığının kontrol edilmesi Komisyonun görevidir. Burada ikinci kesiden yapılan ameliyatlar % 50 olarak geçmektedir.

Plastik Cerrahi

- P600.710 (P) Üç farklı dokuyu birden içeren serbest (free) flep
- P611.450 (P) Kemik grefti alınması
- P616.350 (P) Her türlü periferik sinir eksplorasyonu, tek bir sinir
- P616.350 (P) Her türlü periferik sinir eksplorasyonu, tek bir sinir
- P600.550 (P) Fasiyokütan flep
- P600.550 (P) Fasiyokütan flep
- P607.400 (P) Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, diğer damarlar
- P607.400 (P) Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, diğer damarlar
- P607.400 (P) Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, diğer damarlar
- P607.400 (P) Eksplorasyon, cerrahi onarım yapılmayan, diğer damarlar

Performans uygulamasında bazı çeşitli durumlar ortaya çıkmıştır. Özellikle çok karmaşık bir sistem olduğu için hastane otomasyon sistemleri uygulamada yetersiz kalmaktadır. İnceleme heyetlerinin kısa sürede sonuca varması güç olmaktadır, çünkü ay sonunda hemen formlar teslim edilip, bunlar incelenip hatalı işlemlerin ayıklanması çok zordur. Puanı düşük olan branşlarda girişimsel işlemlerde abartılı olarak fazladan yazmaktadırlar. Yapılan ameliyatlar birkaç parçaya bölünüp salamizasyon yapılmaktadır.

Performans Uygulamasındaki Çelişkiler-1

- Hastane otomasyon sistemleri uygulamada yetersiz kalmaktadır
- İnceleme heyetlerinin kısa sürede sonuca varması güç olmaktadır
- Puanı düşük kalan branşlar girişimsel işlemlerde abartıya gidiyor
- Yapılan ameliyatlar birkaç parçaya bölünüp salamizasyon yapılmaktadır

Girişimsel işlem, muayene, müdahale, tanı ve tedaviye ek testler yapılmış gibi gösterilebilmektedir. Bir yerde kısıtlama ile karşılaşınca doktor arkadaşlarımız başka yerlerden puan çıkartma arayışına girmektedir. Dâhili ve cerrahi branşlarda klinik muayene ek tanı metotları puanlanırken genel cerrahi branşında ek işlem kısıtlı kalmaktadır, yok kadar azdır. Mevcut disiplin sistemine göre yaptırım uygulamak zordur, süre kısıtlıdır, cezalar ağırdır. Bu yüzden sadece puan kesintisi yapılabilmektedir. Yapılan usulsüz bir işlemde disiplin cezası vermek klasik memur disiplin cezası gibi olmakta bu uzun süre aldığı için o ayki performans sistemi ödemeleri yapılmış olmaktadır ve çok

da böyle disipline verme veya soruşturma açma gibi işlem yapılmamaktadır.

Performans Uygulamasındaki Çelişkiler-2

- Girişimsel işlem, muayene, müdahale, tanı ve tedaviye ek testler yapılmış gibi gösterilmektedir
- Bir yerde kısıtlama ile karşılaşınca başka yerlerden puan çıkartma arayışına girilmektedir
- Dahili ve bazı cerrahi branşlarda klinik muayeneye ek tanı metotları puanlanırken GENEL CERRAHİ branşında ek işlemler kısıtlı kalmaktadır
- Mevcut disiplin sistemine göre yaptırım uygulamak zor, süre kısıtlı, cezalar ağır bu yüzden sadece puan kesintisi yapılabilmektedir

Tek başına cerrahide, tek başına sistemin düzeltilmeye gidilmesi yetersiz kalacaktır. Diğer branşların abartılı puanlamaya girmesi düzgün çalışanların aleyhine bir durum yaratmaktadır. Uygulama poliklinik bazlı çalıştığı için dâhili branşlar sistemden daha fazla puan çekmektedir. Özellikle dâhili branşlar ve bazı cerrahi branşlar demişim, örneğin kulak, burun, boğaz kliniklerinde, poliklinikte bir hastanın poliklinik muayenesi 21 puan, diğer işlemler 150 puan, kulak buşon temizliği, mikroskobik kulak muayenesi yaparak toplam poliklinik hastasından 200 puana yakın puan çıkartmasına rağmen genel cerrahide sadece muayene puanı girilmektedir, girdiği puan alınmakta. Poliklinik hastalarında paket program uygulandığı için sadece sabit bir ücret, yani 30 ile 40 arasında bir para hastaneye gelir sağlamakla iken genel cerrahi o poliklinik hastasından 21 puan alırken diğer branşlarda, dahili branşlarda 50 puan, 100 puan, bazı branşlarda da 200 puana yakın puan üretmektedirler. Branşlar arası adaletsiz dağılım şef, şef yardımcısı uzmanlar arası hiyerarşiyi bozmaktadır. Bazı uzmanlar şeflerden daha fazla puan alabilmektedir. Aynı şekilde bazı klinik asistanları mağdur olmaktadır sistemin yanlış işlemlerinden.

Performans Uygulamasındaki Çelişkiler-3

- Tek başına genel cerrahide sistemin düzeltilmesine gidilmesi yetersiz kalacaktır. Diğer branşların abartılı puan girmesi düzgün çalışanların aleyhine bir durum yaratmaktadır
- Uygulama poliklinik bazlı çalıştığı için dahili branşlar sistemden daha fazla puan çekmektedir
- Branşlar arası adaletsiz dağılım şef, şef yard, uzmanlar arası hiyerarşiyi bozmaktadır. Aynı şekilde bazı klinik asistanları mağdur olmaktadır.

Şimdi, Türk Cerrahi Derneğinin de önemleri arasında olan bazı önerileri ben getirmek istiyorum.

Eğer aynı sistem uygulanacaksa, eğitim, araştırma hastanelerindeki döner sermaye performans uygulaması üniversitelerde de uygulanacaksa klinik ortalama puan hesabında sadece uzman sayısı göz önüne alınmaktadır. Şu mevcut sistemde asistanlar da bölen olduğu için ortalama düşmektedir. Klinik toplam puanına eğitim ek puanı verilmelidir. Asistanlar hastane veya aynı branşlarda olanlar ortalama ücret almalıdır. Cerrahi branşlarda da vizite puanı verilmelidir. Daha önce sadece dâhili branşlarda vizite ve yoğun bakım ücretleri puanı alınırken aralık ayında yürürlüğe giren Girişimsel İşlemler Yönergesinde genel cerrahide ve cerrahi branşlara da yoğun bakım vizite puanı verilmiştir. Ama kliniklerde yatan hastalar için vizite puanı yoktur, tıbbi tedavi uyguladığınız hastalardan herhangi bir puan almamaktayız. Acil ve laparoskopik ve nüks vakalarda ekstra puan verilmelidir. İki cerraha puan yazılacak ameliyatlar için 1000 puana çekilmelidir bu oran, şu anda mevcutta 1500 puandır. Diğer branşlara göre daha düşük kalan genel cerrahi puanları makul ölçüde arttırılmalıdır. Tabii biz puanlarımızı arttıracakız ama fatura karşılığı olmayan işlemlerin de ücretlendirilmesi gerekli ki hastane döner sermayesine artış sağlanmalıdır. Ve her türlü girişimsel işlem kayıt altına alınıp, raporlanması sağlanmalıdır. Bu özellikle poliklinik hastalarında ek işlem yapılan ve raporlanmayan hatta yapılmadığı halde yapılmış gibi gösterilen birçok işlem vardır. Bu da tabii genel cerrahi ve cerrahi branşların aleyhine işlemektedir. Buraya şu da ilave edilebilir; eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şef ve şef yardımcılarının puanlama ve performans sisteminden çıkartılması, belli oranda eğitim işlerine yönelmesi önerilerimiz arasındadır.

Üniversite ve Eğitim Hastaneleri için Öneriler

- Klinik ortalama puan hesabında sadece uzman sayısı göz önüne alınmalı
- Klinik toplam puanına eğitim ek puanı verilmeli
- Asistanlar hastane veya branş ortalamasından ücret almalı
- Cerrahi branşlarda vizit puanı verilmeli
- Acil, laparoskopik, nüks vakalara ekstra puan verilmeli
- İki cerraha puan yazılacak ameliyatlar 1000 puana çekilmeli
- Diğer branşlara göre daha düşük kalan genel cerrahi puanları makul ölçüde arttırılmalıdır
- Fatura karşılığı olmayan işlemler ücretlenmelidir
- Her türlü girişimsel işlem kayıt altına alınıp raporlanması sağlanmalıdır

Sonuç olarak hastanelerimizde bu performans sisteminin uygulanması için güçlü bir donanım ve altyapı sistemi gereklidir. Aktif yazılım desteği çok önemlidir çünkü girişimsel işlevler listesi ve SUT'ta birçok değişiklikler olmakta, bunların anında yürürlüğe girmesi gerekmektedir. Suiistimale kapalı otomasyon sistemi olmalıdır, aynı işlem birkaç defa tekrar edildiğinde bu sisteme girişin kabul edilmemesi, bazı filtrelerin, bazı engellemelerin olması gereklidir. Klinikler içi ve klinikler arası otokontrol sistemi sağlanmalıdır. Uygulanabilir etkin uyarı ve ceza sistemi getirilmelidir, yani şu andaki sadece arkadaşların hatalı işlemlerinin puanını silmekteyiz. Tabii bunun sonucu olarak olay tamamen ahlaki ve vicdani bir sorumluluk gerektirmektedir. Türk Cerrahi Derneği gibi diğer branş ve uzmanlık derneklerinin de Girişimsel İşlemler Yönergesinin işlemler listesinde olumlu uyarıları yaparak bu listenin değişmesinin sağlanması için Sağlık Bakanlığında mücadeleyi bırakmamak gerekli, çünkü biliyoruz ki bazı dahili branşlar puanların düşük olduğunu bahane ederek kendilerine ait puanları çok yükselterek şu anda mevcutta genel dahiliye harici bütün yan dal uzmanlıklarının klinikleri genel cerrahilerin üstünde ve hastane ortalamasının üstünde puan almaktadırlar.

SONUÇ;

- Güçlü donanım ve aktif yazılım desteği
- Suiistimale kapalı otomasyon sistemi
- Klinik ve klinikler arası otokontrol
- Uygulanabilir etkin uyarı ve ceza sistemi
- Ahlaki ve vicdani sorumluluk

Benim genel uygulamayla ilgili söyleyeceklerim bu kadardır, teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI _ Sayın Özel'e çok teşekkür ediyoruz, tabii uzun yıllardır uygulamanın içinde olan bir arkadaşımız olarak ciddi bir teknik bilgi aktardı bize. Sanıyorum tartışma bölümünde de pek çok soruyla muhatap olacak. Bir kere çok karmaşık bir sistem, yani gerçekten algılanması, uygulanması çok zor, çok ilginç bir şekilde de dünyada hani bu genişlikte uygulayan da tek ülkeyiz. Yani o çok dikkate şayan bir nokta.

Şimdi Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde uygulanmakta olan performans sisteminin eğitime ve araştırmaya olan ilgilerini bir klinik şefi gözüyle dinleyeceğiz. Sayın Profesör Doktor Adil Baykan'ı kürsüye davet ediyorum.

PROF. DR. ADİL BAYKAN _ *Şişli Etfal Eğt. ve Arş. Hastanesi*

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Sayın Başkan, Değerli Arkadaşlar, tahmin ediyorum ki akşamüstüne kadar benzer sözleri sık sık duyacağız, tekrarlamayacağım. Ancak biliyoruz ki hepimizin tek başına bildiği, aramızda konuştuğumuz sözleri bir dernek çatısı altında dile getirmek, hep birlikte bunları tekrar gündemde tutmak bu işle ilgili bir sinerji yaratacağını düşünüyorum ve bu nedenle de Türk Cerrahi Derneğimize, Yönetim Kuruluna, bütün Başkan ve Yönetim Kurulu üyesi arkadaşlarıma böyle bir toplantı yaptıkları için teşekkür ediyorum.



Performans Çalıştayı

Prof. Dr. Adil Baykan

Şişli ETFAL Eğt. ve Arş. Hastanesi
Genel Cerrahi Klinik Şefi

Türk Cerrahi Derneği, ANKARA
26 Aralık 2010

Performans farklı şekillerde tanımlanabilir

- Eyleme dönüştürülen enerjidir
- Kişinin yetişmiş olduğu spor, oyun, eser vs. dalında ortaya koyacağı, yapabileceği, başarabileceği en üstün derece, başarının üst sınırı, takat sınırı
- Enerjinin dikkatli ve ekonomik kullanılarak daha çok iş üretilmesi,
- Bir işte gösterilen başarı derecesi

2

Şimdi, ben bir şey öğrenmek istiyorum; salonda üniversite mensubu kaç tane arkadaşımız var? Lütfen bir görebilir miyiz? Evet, şöyle bir baktığımda hemen hemen yarısı! Tabii ki üniversitedeki arkadaşlarımız 01 Şubat'ta bu işle karşılaşmaya başlayacaklar, biz bunu altı aydır çekiyoruz, pardon dört senedir, yok altı yıl değil, daha önce ufak bir pilot çalışma yapmışlardı, 2006'dan beri. Şimdi, performans genelinde bir tanım nedir konuşuyoruz, tabii her branşta, her bilim dalında farklı tanımlanabilir iş kollarında. Eyleme dönüştürülen enerji diyen var, sporda farklı şekilde yorumlayanlar var, enerjinin dikkatli kullanılması ve ekonomik kullanılmasını ileri süren var iş üretiminde, tabii bir de işte gösterilen başarı derecesi var.

Şimdi başarı dediğimiz zaman, başarının ne şekilde olacağını da bir standardize etmek, bir programlamak gerekiyor. Kişi ne yapacak, hangi işi yapacak? Bunun tanımlanması lazım. Bizler de tabii ki ameliyatlar, bir takım muayeneler, diğer girişimsel işlemler ve bunların mutlaka bir standardının tanımlanması lazım. Yani yapacağınız ameliyatın, evet hepimiz biliyoruz ne ameliyatın ne şekilde olacağını ama bunun nicelik ve nitelik yönünden iyice oturtulması gerekiyor ve tabii ki kişinin özellikleri.

Başarıdan söz edebilmek için öncelikle;

- Kişinin yapacağı işin tanımlanması,
- İşin gerektirdiği standartların mutlaka ortaya konması
- Bu standartlara kişinin özelliklerinin uygunluğu

Şimdi, performansta demin de arkadaşlarım bahsetti; gerçekten nitelik mi önce, yani kalite. Nicelik mi, sayı önce yoksa ikisi birden mi? Siz cerrah olarak baktığımızda sizler hangisini tercih ediyorsunuz bilemiyorum, belki ikisi de denebilir ama benim için birinci herhalde birçoğunuz için de öyle olacak önce geliyor.

- Performans;

Nitelik
Nicelik
İkiside

Hekimlerin performansı bu özelliklerden hangisi ile değerlendirilmektedir veya değerlendirilmelidir? Değerlendirilmelidir sorusuna baktığımızda; bugünkü performans sistemi kesinlikle bunu nicelikle değerlendiriyor, sayı! Ne kadar basket attığınıza bakıyor ama bu basket nasıl? Faul yaparak mı attınız, yandan topu soktunuz da mı oldu? Sayı önemli! Bunun doğruluğunun kesinlikle tartışılması gerekir. Malum demin de bahsedildi yine, yaptığımız ameliyatın sayısı çok olabilir veya sayıyı arttıracakım diye burada gördüğümüz bir takım özelliklerini ameliyatın göz ardı edebiliriz. Bunu kim, ne şekilde tartışıyor, nasıl değerlendiriyor?

Hekimlerin performansı bu özelliklerden hangisi ile değerlendirilmektedir? veya değerlendirilmelidir?

- Bugünkü sistemde Nicelikle-sayısal.
 - Peki bu doğru mu?
 - Yapılan ameliyat ve işlemlerin Niteliği-kalitesi ne? (morbidite, mortalite, yaşam süresi, uygulanan teknik, işlemlerde yeterlilik? muayenelerde hata? vs.)

Şimdi nicelik ve niteliğin bir örnek burada Sağlık Bakanlığının bir takım kitapçıları var, orada yazılan bir örnek vereyim nicelik için, sayısal olarak verilen nicelik doğru. Hekimin muayene ettiği hasta sayısı, ancak nitelik için bakıldığında o hastanede hasta memnuniyetinin % 80, işte X doktorun sezaryen % 20, öbürünün % 50 olması ve diğer yoğun bakım ve sairedeki enfeksiyon oranı gibi şeylerin nitelik olarak göstermişler. Bu bence tartışılması gereken bir konu! Yani burada sezaryenin gene sayısal dikkat ederseniz hekimin performansı öne alınıyor ama bu sezaryenin nasıl yapıldığı, çocuğun durumu nedir, annenin durumu nedir bunlar yine nitelikte yok.

SB'nin bir yayınında; Performans değerlendirmede nicelik ve nitelikte ilgi şu örnek verilmiştir:

- Bir hastanede; Dr A'nın 60 hasta, Dr B'nin 70 hasta görmesi **Nicelik** olarak değerlendirilmiş (**Doğru**)
- O hastanede hasta memnuniyetinin %80, Dr C'nin sezaryen yüzdesinin % 20, Dr D'nin % 50, yoğun bakımda enfeksiyon oranının % 8, genel cerrahi servisinde % 4 olmasının performans değerlendirmesindeki **Nitel** sonucu gösterdiğini belirtmiştir (**Tartışmalı**).

www.asm.gov.tr/UserFiles/File/performans_kalitemehmetdemir.pdf

6

Demin Türk Cerrahi Derneğinin raporunda Baki anlatırken değerlendirmenin de üzerinde duruldu; hasta memnuniyeti arttı. Nasıl değerlendiriyoruz performansı? Hasta memnuniyeti arttı. Neye göre arttı? Hasta şu anda biliyorsunuz ki hastalar şu anda ücret ödemesi son derece düşük hatta son aylarda mı bilemiyorum belki Hakan şey yapar, biraz biraz katkı payı gibi koymaya başladılar, ondan önce hiç yoktu. Şimdi böyle bir şeyde hasta memnun oluyor, bunda hiç tereddüt yok. Hasta memnuniyetinin bir takım memnuniyet kriterlerini hastanın gözünden çok nitelik açısından değerlendirilmesi lazım. Ameliyat sayıları yine aynı şekilde; neye göre sayı arttı, hangi ameliyatlara arttı, daha önce neydi, şimdi ne oldu? Bunların hepsi muallâk, sadece rakamsal artışlar var, yine hekime çok hasta başvurusunun olması gibi. Bütün bunlar madem artıyor ama bakıyorsunuz döner sermayeler azalıyor. Hepimiz biliyoruz ki televizyonlardan, bir şefin 15 bin lira kadar para alabileceği ilan ediliyor. Ama ben klinik şefiyim, belki muayenehanem var onun için ama muayenehanesi olmayan

klirik şefi arkadaşlarım da hiçbir zaman değil bu rakamlar bunların yarısına bile çıkabilmiş değiller.

Performansın değerlendirilmesi günümüzde

- “Hasta memnuniyeti arttı”
- “Ameliyat sayısı arttı”
- “Önceki yıllara göre daha çok hasta Dr’a başvurdu”
- “Bunlara rağmen DS dağıtımı giderek azaldı”

Şimdi, eğitim ve araştırma hastanelerinde öteden beri tartışılan hizmet mi öncelik, eğitim mi gibi bir soru akla gelir. Elbette eğitim ve hizmet birbiriyle değişmez ikilidir.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

- Eğitim mi?
 - Hizmet mi?
- Önce gelir?

Eğitimde siz, ne kadar eğitime değer verirsiniz yapacağınız hizmette o nispette artacaktır. Çünkü sadece hizmet eğitimden kaçarak veya eğitim yapmadan o eğitim bir yerde değerini biraz aşağı çekecektir. Onun için ikisini birlikte götürmek gerekir. Bu sayede de hastanın volümü artacaktır. Eğitim hastanelerinde şu tabloda gördüğümüz birçok konular işlenmekte ancak bu işlenen faaliyetler, aktivitelerin hemen hiç biri performansla yansımamaktadır. Demin Hakan bir ara bahsetti, işte hastane ortalamasının % 30’u performansla ve 2000 puan gibi bir yansıma, 2000 puanın parasal yansıması ne olacaktır? Çok cüzi bir şey! Kaç lira? 100 lira filan, işte o civarlarda. Yani bu, şu yapılan işlerin hiçbirinin pratik olarak değer alınmadığının göstergesidir. Bunu bir kere kesinlikle, üniversiteden de katılan hocalarımız, arkadaşlarımız var, bunu bir kere hepimizin bilmesi lazım. Orada döner sermaye yönergesinde hepsi % 30 falan, sanki % 30 daha verilecekmiş gibi şeyler yok! Kaldı ki bütün bunlar dönecek, daha sonra da söyleyeceğim gibi, ita amirinizin, dekanınızın, başhekiminizin elinde olan şeyler. Ve örnek bizim hastanede şu ana kadar bu denilen rakam, işte 1.300 liralık fark bile, birçok şeyi

doğru 500’ü geçiyorsunuz, buna rağmen herhangi bir ödeme yapılmış değil.

Şimdi arkadaşlar, eğitim hastanelerinde hepimiz bir ekip halinde çalışmaktayız. Şimdi tabii ki bir şef, şef muavini, baş asistan arkadaşlarımız mevcut ancak bu ekip mutlak surette kendi içinde belli konularda, belli cerrahimizin alt dallarında kendisini yetiştirmesi gerekir. Ekip o şekilde bölünmesi lazım, bölünme derken; yani birisi bir şeyle uğraşması lazım. Şimdi ancak o takdirde o klinik olabilir, bir referans kliniği haline gelebilir. Aksi takdirde hepimizin her şeyi yaptığı bir klinikte belki biraz tecrübeli olanlar biraz daha iyi yapıyor denir, o kadar!

Eğitim ve araştırma hastanelerinde neler yapılmaktadır?

- Seminer ve makale saatleri
- Olgu, mortalite, morbidite toplantıları
- Tümör konseyi gibi konseyler
- Asistan dersleri, tezleri, sınav jüri üyeliği
- Kongre katılımı, bildiri, poster sunumları
- Makale, kitap yayınları
- Uzm.yeterl.-Board, şef, şef mv. Doç. Sınavları vs.

Ama bir referans kliniği olacaksanız mutlak içinizde bölünmeniz gerekiyor. Şimdi böyle olunca bir yine performans sisteminde mutlaka hekim seçme şartı var, yani Bakanlık biliyorsunuz devamlı surette; “istediğiniz hekime gidip, muayene olabileceksiniz, gerekli ameliyatı olabileceksiniz” şeklinde bir çağrı yapıyor. Şimdi düşünün ki, bir kliniktesiniz bu performans yasasına göre ekip halinde çalışıyorsunuz. Örneğin memeyle ilgileniyor bir arkadaşınız ve bir birikim oluyor onun üstünde ama geliyor hasta, onunla ilgilenmeyen bir başka arkadaşımı istiyor. Şimdi, bu tip işler son derece ekip içerisinde eğitim hastanelerinde yanlış işler. Tabii ki doğacak tedaviyle ilgili sıkıntılar, olası problemler ekip içerisinde bazılarının bir şekilde kendini öne atması bu nedenle. Bu takdirde bunlar büyük çapta karmaşa yaratacaktır ekibin çalışma düzeni içerisinde. Tabii bunların yanında esas olan nedir? Asistanlarımız. Eğitim hastanelerinin esas görevi. Asistanlar, bu takdirde ne olacak? Hekimlerin çıkar ilişkisine kapılması ekip ruhunu dağıtacak ve asistanlar için en az eğitimleri kadar önemli olan, yaşmaları boyunca rol-model olarak göreceği bu kişilerin hasta

peşinde performans arttırmak için koşan, birbiriyle çatışan kişiler haline gelmesi bu gençleri her yönüyle kötü etkileyecektir. Yani şu anda hekimlerin performans için eğitim hastanelerinden bahsediyoruz, onların üstünden konuşuyoruz tabii ki üçüncü basamak olarak, birlikte çalışmasını hiçbir şekilde farklı kişilere, hekimlere dönük seçim yapılması hoş bir davranış şekli değildir.

Eğitim Hastaneleri bir ekip halinde çalışır

- Her eğitici kişi farklı konuda çalışmalı
- Ekipten hastanın Dr seçmesi yanlış
- Asistanlar için “rol model”
- Zor ameliyat, büyük ameliyat, asistana yaptırma yerine puan getirici küçük amely. ve işlemler, bir ameliyatın birkaç ameliyat haline getirilmesi vs.
- Şefin de tüm hastaları üstlenmesi yanlış
- Havuz sistemi

Yine demin de bahsedildi, büyük ameliyat, küçük ameliyat; hekim bu sefer ne yapacaktır, cerrah devamlı küçük ameliyatla puanını arttırmaya çalışacaktır, problemsiz ameliyat. Örneğin, gene hepinizin bildiği büyük bir ameliyatı yapacağınız zaman o hasta kliniğinize yatacak, en az ameliyat öncesi, ameliyattan sonra 8-10 gün yatması bir Whipple düşünün, bir rektum düşünün. Ama bunun yanında siz fıtığı aynı gün sabah çağırıp, ertesi gün gönderip yatağınızı da hızla çevirebilirsiniz. Bir günde yapacağınız 3-4 fıtıkla siz iki tane rektumu yapmış olursunuz, başınız da ağrımaz, problemsiz de cerrah olursunuz, performansınız da iyi olur.

Şimdi, bu ekip içerisinde hekim seçmenin olmaması, ekibin eğitim hastanelerinde performansta tam takım halinde çalışması gerekir dedik fakat burada bir de şef problemi var. Eğer şef, bu performans yasasına göre işleri üstlenebilir, asistanla yaptırtıp bütün işleri kendine yazdırabilir. O takdirde şefin puanı yükselir. Ne kadar? Belki 7-8 bin, cerrah olarak söylüyorum. Ama diğer uzman arkadaşların, yani şef muavini, diğer asistan arkadaşların hiçbir şekilde alacağı performans ücreti çok düşük seviyelere iner. Bu da yine büyük çapta o kliniğin ekip ruhunu bozar.

Şimdi genelde biz ne yapıyoruz? Tabii demin yine Hakan'ın gösterdiği şef olarak benim biraz farklı bir,

% 20 mi, bazı şeylerde bir fark oluyor işte, Tabii ki bu, bizler şu anda varız bu şekilde gidiyor ama klinik neticesinde aşağıdan gelenler bu sistemi, yani biz eski sistemin yetiştirdikleriyiz dolayısıyla bu işleri böyle yapıyoruz ama alttan gelenlerin bunun böyle yapacağı söylenemez Bu takdirde korkunç bir hiyerarşik bozulma, ekipler içerisinde birbiriyle didişme ve bu arada da kalan asistanları düşünmek bile istemiyorum. Şimdi, tabii asistanlar eğitim sürelerinde mesleki gelişimlerini sağlanması, hekimlik uygulamalarının etik ilke ve kurallarına uygun gerçekleştirilmesi açısından asistanlık son derece kritik bir dönemdir. Peki, bu arada bu asistanlar, demin de bahsettiğimiz gibi ne oluyor? Asistana eğer böyle bir sistem içindelerse, böyle bir çalışan klinik içindelerse son derece ezilen bir grup olmaya mahkûm.

Asistanların durumu

- Eğitim hastanelerinin oluş nedeni Asistanlardır
- Asistanlık eğitim süresi, Mesleki gelişimlerinin sağlanması, hekimlik uygulamalarının Tıp Etiği ilke ve kurallarına uygun gerçekleştirilebilmesi açısından kritik bir dönemdir
- Asistanlık eğitimi süresince görülen kuramsal ve uygulamalı eğitim, özellikle rol model olan eğiticilerden edinilen hastaya yaklaşım tarzı çok önemlidir.

Dilim varmıyor, söylemek dahi istemiyorum ama bir takım ağabeyleri, ablalarıyla bir takım ekipler oluşmaya kadar bunlar gidebilir. Son derece yanlış ve tehlikeli görüyorum bu konuda çalışmayı, bir kliniğin grup grup hekimlere ayrı ayrı performans uygulamasını. Yine asistanlar kendi eğitim sürelerinde kuramsal ve uygulamalı eğitim görmekte, özellikle rol-model olan eğiticilerinden edinilen hastaya yaklaşım tarzı çok önemlidir. Şimdi, böyle bir durumda asistan neyi görecek? Hasta peşinde koşan uzman ağabeyini, başasistan ağabeyini, şefini, şef muaviniyi görecek. Bunlar da bizi rahatsız eden noktalar.

Bir diğer asistanlar açısından dikkat çekici nokta, döner sermaye. Asistanlar şimdi biliyorsunuz TUS'da katıyen sizin nasıl bir klinik falan olduğunu düşünmüyor. Şişli Etfal Beyin Cerrahi nasıl bir şey hiç umurunda değil. Şişli Etfal Beyin Cerrahi ne kadar döner sermaye veri-

yor, işte Kartal Beyin Cerrahi ne kadar? Kartal 3000, aa tamam Kartal! Bu son derece yanlış arkadaşlar. Hâlbuki asistan esas seçmesi gereken iş; ben nerede iyi eğitimimi en iyi alabilirim, asistan dikkat edersek şu anda paranın peşine düşmüş vaziyette. Eğitimin peşine düşmesi gerek, daha eğitilecek, daha hiçbir şey yokken bu performans sistemlerinin getirdiği, bu tip parasal sistemlerin getirdiği sonuç, asistanı önce ben nereden parayı alabileceğimin peşine düşürüyor. Bu arada bizim kişisel olarak önerim, ben bunları buraya gelmeden önce bütün arkadaşlarım, asistan ve de başasistan arkadaşlarımla konuştum. Asistan, demin de bir arkadaşım bahsetti, tüm eğitim hastaneleri en azından eğitim hastanesi içerisindeki hastane ortalaması var, oradan parasını alması lazım, bütün hastaneler, fizik tedavisi, cerrahisi, bir tek cerrahiye veyahut da nöbet tutan, ağır nöbet tutanlara nöbet parasının artı olarak eklenmesi lazım. Daha da ilerisine asistanlar Türkiye genelinde eşit para alması lazım. Yani asistan o, bu hastane peşinde koşacağına, döner sermayenin nereden, ne kadar alabileceğine, genelde bir para alacak, dört sene, beş sene onu bilmesi ve ona göre işini ayarlaması, eğitimini sürdürmesi gerektiğini düşünüyorum. Bir de demin de bahsedildi, çocuklar çok bu sistem nedeniyle yoğun bir şekilde bilgisayara girmelerde vesairelerle uğraşıyorlar, karmaşık bir sistem. İnan Hakan anlattı ben sistemin nasıl olduğunu biliyor musun diye sorsanız, bilmiyorum açık söyleyeyim. Bilmiyorum, o girdiler, o şeyler çok acayip!

- Asistan DS'si yüksek Hastaneyi seçmekte
- Esas olan eğitimin iyiliğine göre seçim yapmalarıdır
- Bu durumda para eğitimin önüne geçmektedir.
- Asistana DS, tüm eğitim hastanelerinde sabit olarak verilmelidir
- Bilgisayara DS girdilerini sekreter yapmalı, asistan değil !!

Şimdi, pekâlâ bu kadar performans veriliyor, gayet büyük paralar alıyoruz, bunların garantisi var mı? Yok! Bir kere demin de bahsettik, bize söylenilen veyahut da her gün televizyonlarda beyan edilen rakamlar hiçbir zaman oralara gelmediği gibi bundan işte birkaç sene önceki rakamların da yavaş yavaş altına doğru inmeye başladı. Yani bugün için demin Hakan söyledi ama ben de sizlere rahatlıkla söyleyebilirim, bu ayın döner sermaye veya performans param olarak ödenen 1.500

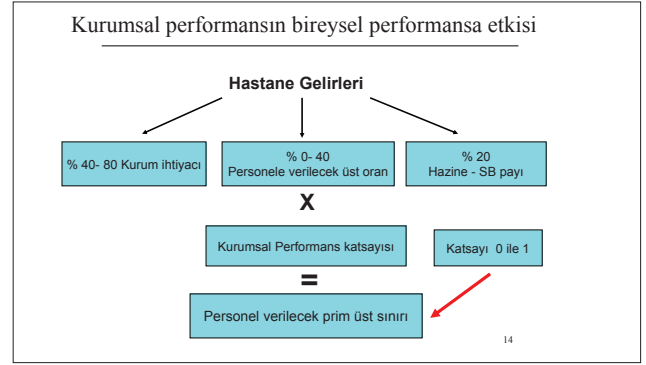
TL artı bir de 1.300 de öbürü, 1.300 de işte 800 lira maaşımın dışında, maaşım 1.700. Evet, yani bunları bir üniversitedeki grup arkadaşlarımıza biraz spot böyle rakamsal, maddi şeyleri koymamıza da yarar oluyor. Çünkü başka farklı şeyler düşünme, biz nasıl olsa arttırırız, şundan şöyle yaparız gibi! Hiçbir şekilde, sistem öyle bir dengeliyor kendini ki demin “puan var, puan yok” diye o ayrı geliyor, neticede alınacak bu. Şimdi, emekliye yansımıyor hepimiz biliyoruz, bunun emeklilikle hiçbir ilgisi yok. Dolayısıyla garantisi ve tatminkârlığı olmayan bu ücretler karşısında eğitimciler gittikçe demoralize olmakta. Yani sizin hani elinizi kaldırarak artık dermanınız olmuyor ve giderek hâl böyleyse, ufukta da bir ışık görmüyorsunuz, o zaman en iyisi artık biz buradan yolumuzu ayıralım deme noktasına geliniyor, gelinecek veyahut da. Şimdi öte yandan bu performans ücretlerinin garantisizliğinin bir başka kolu da başhekimler, ita amiri. Şimdi Sağlık Bakanı her gün başhekimlerle işte toplantı vesaire, bizlere intikal eden en üst tavandan vereceksiniz diye başhekimleri sıkıştırıyor. Tamam, başhekimlerin de verebilecek bir hali yok, çünkü dönüyor iş kurumsal performans ve de bir de kurumun ihtiyacını bu döner sermayeden başhekim karşılamak durumunda.

Performans ücretlerinin garantisizliği

- Ücretler hiçbir zaman söylenilen seviyelere gelmemiş olup giderek azalmaktadır.
- Emekliliğe de yansımayan, garantisi ve tatminkârlığı olmayan bu ücretler karşısında eğitimciler giderek moralsizleşecek veya kurumdaki ayrılacaktır.
- S.Bakanı politik nedenlerle tavandan verilmesini isterken ita amiri başhekim, çalışanı hiç ilgilendirmeyen ancak ilgili mevzuat gereği birçok nedenden bu parayı verememektedir. (Kurumsal performans ve Kurumun ihtiyacı %40-80)

Ne kadar? Döner sermayenin % 40'ını, 80'ine kadar kuruma aktarmak zorunda kalıyor. Şimdi hâl böyle olunca kuruma aktaracağı para, yani hastanenin diğer giderlerine kurumsal olarak performans, hastanenin kendi performansı bunların hepsi bir harman oluyor ve sizin performansınıza, bireysel performansınıza dönüştürülüyor. Ne oluyor? Burada gördüğümüz gibi bir başhekim işte bakıyor, hastanenin ihtiyacı var, şu var; % 40'ını, 80'ine kadar ayırabiliyor. Yetkisini de 80'ine kadar alabiliyor. Size en fazla % 40'a kadar verebilir, Bunu veremiyor, mutlak bir de

Hazine payı var, bunu ayır diyor % 20, bütün bunları eklediği zaman geliyor aşağıya kurumsal performans katsayısı diye bir şeyimiz var, engel. Nedir o? o engel 0'dan 1'e kadar hastanenizin değerlendirilmesi bakımından, yani kurumsal performans, demin yine değerlendirmede performansın kurumsal performans nispeten iyi değerlendiriliyor demişti yanlış hatırlamıyorsam Fatih. Ancak arkadaşlar kurumsal performansın bir de şu boyutu var; binanız eski diyelim sizin hastaneniz, o zaman sizin performansınız hiçbir zaman kurumsal performansınız 1'e gelemes, 1 diye bir hakkınız yok! Yani 0'dan 1, 0.60, 0.70, 0.75 o aralarda kalırsınız. Nedir, asansörleriniz kurumsal performans mı? Oda durumlarınız, yani hastanenizdeki odanız, odanızda şu var mı, bu var mı vesaire, vesaire, vesaire! Bunlar artırılıyor ve dolayısıyla sizin katsayınız o hastanede 0.60, 0.70'i geçemiyor. Ama yeni bir hastanedeyseniz 1'den başlıyorsunuz, örnekleyeyim hemen; bizim Şişli Etfal'de biz eski bir hastaneyiz Allaha şükür, bununla da iftihar ediyoruz, 110 seneyi geçmiş bir hastaneyiz. Ama binamızda 1960'larda başlayıp 80'lerde biten binalardan o devrin. Demek ki son derece aslanlar gibi bekliyoruz depremi yerle bir olmak için, kesinlikle öyle, raporlar öyle. Dolayısıyla bir kere kurumsal performans yerlerde sürünüyor hastanede. Hastaneyi kötülemek için demiyorum, iftihar ediyorum her zaman, Şişli Etfal Hastanesi her zaman için iftihar ediyorum o ayrı bir konu. Hastanenin kurum ismi olarak o ayrı bir konu bununla iftihar edilir ama şu anki pozisyonu söylüyorum. Aletlerimiz ister istemez eskiyor, nedir işte MR'ımız eskiyor, endoskopi aletlerimiz eskiyor hepinizin başında o sorunlar ama bir taraftan da Bağcılar Devlet Hastanesi, yeni eğitim hastanesi, yepyeni kuruldu. Hastane performansı 1, hiç tereddütsüz, hiçbir eksiği yok. Aletlerin hepsi yeni, alet bakımındaydı vesaire, başhekimin öyle bir derdi yok, hepsi yepyeni aletler. Dolayısıyla demin o başhekimlerin % 40-80'e kadar döner sermayeden ayırdığı para böyle bir kurumda 0! Neye ayıracak? Yani ne yeni alet alacak, ne şunu yapacak, ne bunu yapacak! Orada 1 üzerinden veriyor kurumsal performansı. O zaman ne oluyor? Oradaki rakam 6-7 bin liraya kadar çıkabiliyor. Şu anda bildiğim, öğrendiğim buraya gelmeden oradaki performans rakamı olarak.



Evet, sonuç; şöyle bir takım yine benzer arkadaşlarla sonuç çıkıyor zaten. Klinik performansın olması, kişisel performans eğitim hastanelerinde olamaz, olmaması lazım, son derece yanlış. Ekipleri böler, ekipleri birbirine düşürür ve asistanlar ortada perişan olurlar. Asistanlara demin dediğimiz gibi hastane ortalamasından hatta yurt genelinde belli bir ücret verilmesi, eğitim programlarında her aktivitenin ameliyatlara eşdeğer performansla değerlendirilmesi. Aksi takdirde eğitimle ilgili kimsenin elini kıpırdatacak hali kalmaz, bu üniversiteler için de geçerli olur arkadaşlar. Ve sıkça yaptığımız önemli ameliyatlara olan bir takım kliniklerimiz var, yani o klinik hep bunu yapıyor, artık ona referans olmuş. Hiç fark etmiyor şimdiki sistemde. Siz ama o baskılar geliyor, ne yapacaksınız, küçük ameliyatlara mı kayacaksınız? Hayır! Onları yapıyorsunuz, onları yaptığınız zaman performans da aşağıya gidiyor. Çünkü demin söylendi, morbiditesi fazla, hastanede kalma süresi fazla vesaire. O zaman bu hastane kliniklere referans kliniği belli bir sayıda konarak, işte düşünün Whipple'ı işte senede şu kadar yapan bir klinik ekstra bir performans mutlaka alması lazım. Yine yapılan işlemler kantitesinin değil kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir, bu da çok zor ama yapılması lazım.

Sonuç 1

- Klinik performansı olması, bununla belli oranda hiyerarşik düzende dağıtılması
- Asistanlara hastane ortalamasından- hatta yurt genelinde belli bir ücret verilmesi (nöbet hariç)
- Eğitim programlarındaki her aktivitenin, ameliyatlara eşdeğer performansla değerlendirilmesi
- Özellikle olguları sıkça yapan referans kliniklerin farklı performansla değerlendirilmesi
- Riskli-komplikasyonlu ameliyatlara, diğerlerine göre en az 4-5 katı performansla değerlendirilmesi
- Yapılan İşlemlerin Kantitesinin değil, kalitesinin değerlendirilmesi (ZOR ancak insan sağlığında-ameliyatlarda esas olan Kalitedir)

Asistanlara yapılan olgudan ek puan alması lazım. Çünkü ekip de olsanız, diyelim ki biz ekibiz, e güzel neticede şimdi ama ekibin, havuzun parasının artması için ne kadar çok ameliyat yaparsa ekip hep birlikte o kadar, e hastane yaptırdınız mı? İş gene karışıyor. Asistanla gıygıdı gıygıdı oynayınca kadar siz girer, onu yapar çıkarsınız. Hem daha az yorulursunuz hem de daha puan gelir kliniğinize. Dolayısıyla asistanın yapılan ameliyatlara ek bir puan getirilmesi gerekiyor gibi düşünüyorum. Bunda da yalnız çok emin değilim arkadaşlar, bu bana pek etik de gelmedi. Yani ben bunu yazdım ama çok da bana etik gelmedi onu da söyleyeyim. Tamamen, yani içtenlikle söylüyorum bunu bu performansın bana dikte ettirdiği bir yazı kafamda ama yüreğimin etmediği bir yazı onu da söyleyeyim. Kurum koşullarının performansının kesinlikle kişisel performansa etki etmemesi lazım. Yani demin söylediğim hastane örneği, hastanenin benim performansıyla ne ilgisi var! Yani ben o hastanede

değil de Bağcılar'a gitsem 6.000 lira para alacağım, ben Etfal'deyim diye 2.000 lira alıyorum, 1.500 lira alıyorum. Hastanenin birçok komisyonlarında, diğer nokta bu, arkadaşlarım ondan pek bahsetmedi Fatih de ama bunun dikkate alınması lazım. Bir sürü ihaleye, satın alamaya biliyorsunuz hepiniz giriyorsunuz, bundan hiç performans şeyi yok, veriyorlar mı?

Sonuç 2

- Asistanlara yaptırılan olgudan ek puan alınması
- Nöbet ücretlerinin ve gece ameliyatların performans puanlarının yükseltilmesi
- Kurum koşullarının-performansının kesinlikle kişisel performansa etki etmemesi
- Hastanenin bir çok komisyonlarında alınan görevlerde performansa katılmalı (ihale, satın alma)
- Cerrahi performans puanları kesinlikle yeniden düzenlenmeli

16

KATILIMCI _ Veriyorlar, % 10.

PROF. DR. ADİL BAYKAN _ % 10! Ne ediyor dönüp dolaşıp?

KATILIMCI _ Hastane ortalaması, 1000-1500,

PROF. DR. ADİL BAYKAN _ Hayır, ne ediyor arkadaşlar? Bakınız ihaleye imza atıyorsunuz, o imza attığınız ihale yarın size öyle bir dönüp önünüze gelip sizi mahkemeye çıkartıyor ki! Yani perişan oluyorsunuz. Dolayısıyla benim dediğim bunlar değil, yani bunlar değil derken var ama çok cüzi bunlar, hiçbir kıymeti yok. Evet, cerrahi performans puanları yeniden kesinlikle düzenlenmeli.

Hepinize saygılarımı sunuyorum, teşekkür ediyorum.

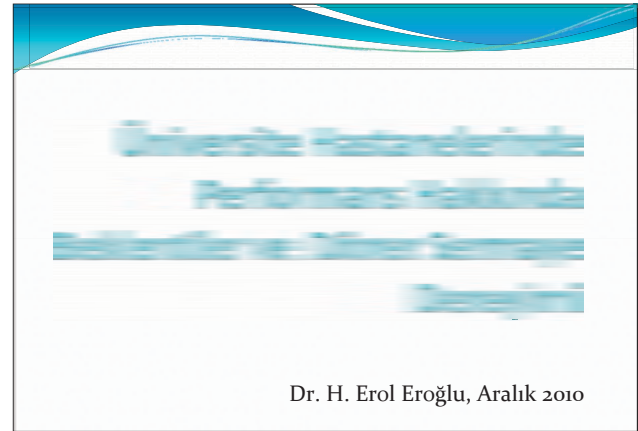
OTURUM BAŞKANI _ Şimdi de, 'Üniversite Hastanelerinde Performans Hakkında Beklentiler ve Döner Sermaye Deneyimini' Sayın Doçent Doktor Erol Eroğlu sunacak. Sayın Eroğlu uzun bir süre üniversitede döner sermaye sisteminde görev almış, üniversitelerin döner sermaye yapısını bilen bir cerrah arkadaşımız. O da bize üniversitenin bu döner sermaye yapısıyla yeni uygulanmaya başlanacak olan performans sistemini nasıl karşılar, zaten ekonomik olarak sıkıntıda olan, borçta olan üniversite hastaneleri performans ödeme sisteminin altından kalkabilir mi, bu konudaki görüşlerini sunacak. Sayın Eroğlu buyurun lütfen.

DOÇ. DR. EROL EROĞLU

Sayın Başkan, Çok Değerli Katılımcılar, hepinizi saygıyla ben de selamlıyorum. Çok zor bir konu, ben biraz serbestlik aldım. Ben, üniversiteler ve döner sermayeler beklentileri deneyimi dışında, bizim performansla ilgili beklentilerimiz dışında biraz farklı bir sunabilirsem memnun olacağım. O açıdan başka bir genel bakışla işe başlamayı tercih ediyorum.

1996'dan sonra üniversite hastaneleri, özellikle 2000'li yıllarda döner sermaye işletmelerini yeniden yapılandırma çerçevesinde önce Maliye Bakanlığının, ardından YÖK'ün çabaları sonucunda döner sermaye işletmeleri ciddi bir revizyon geçirdi. Döner sermaye işletmeleri kendi ayakları üzerinde durmak zorunda kaldı. 2000'lerde bunun şiddetle yaşandığı süreç. Üniversite hastaneleri de kendi içlerinde bir takım önlemler almaya başladılar, özellikle 2000'lerden sonra. O önlemlerin başında bir takım insanların bu konuda, özellikle hekimlerin, öğretim üyelerinin bu döner sermaye işlemleri, işte faturalandırma, idari işler konusunda daha fazla, daha etkin görev almalarıydı. Ben de bu çerçevede bu işlerden isteyerek, gerçekten mutlu olduğumu söylemeliyim bu işleri yaparken, daha fazla bu işlerin içine girdim. Benim gibi de birçok arkadaşım bu işlerde görev aldı. İzninizle, ben kendimle ilgili olduğun için değil de bir örnek olması nedeniyle bazı şeyleri söylemek isterim. İşte ben uzun bir süre, çok uzun bir süre başhekim yardımcılığı yaptım, döner sermaye işletme müdürlüğü yaptım, üniversite genel sekreter yardımcılığı yaptım. Sınavlarına girerek üç ayrı yüksek lisansın derslerini aldım, işte İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümünden yüksek lisans dersleri aldım, Kamu Yönetimi bölümünden yüksek lisans dersleri aldım, Yönetim Organizasyonundan, İşletme Bölümü Yönetim Organizasyon Bölümünden yüksek lisans dersleri aldım. Onun dışında hastanelerde yönetim sistemleriyle ilgili uzun soluklu çalışmalarım oldu, 2000'lerde başlamıştım. Hem Oracle hem de Microsoft SQL eğitimlerine katıldım. Kayıt ve akreditasyon eğitimlerinin hemen hemen var olan hepsini almışımdır herhalde. Bunlar bir zorunluluk olarak, yani bu işleri çözmenin, üniversite hastanelerinin ayakta kalmasını sağlamanın bir karşılığı olarak yapmamız gereken şeylerdi, ben de onların içinde bu-

lundum. Bugün yalnız ben değil pek çok arkadaşım da yaptı yani, benim gibi yapan pek çok arkadaşım vardı gerçekten. O süreç geçti, şimdi artık yeni bir sistem var, yeni bir sisteme adım atıyoruz; performansa dayalı bir sistem. Ben bu deneyimler ışığında bu söyleyeceklerimi ifade etmek istiyorum ama gerçekten performans açısından hiç bakmak istemiyorum çünkü performansı hem Fatih ağabey hem diğer hocalarım gayet güzel anlattılar, daha evvel de defalarca tartışıldı. Türk Cerrahi Derneğimizin 2009'da yapmış olduğu çalışma zaten önünüzde duruyor. İşte son yine bu performansa dayalı çalıştay nedeniyle hazırlanan rapor gayet güzel ve doyurucu. Yani onun üzerine ben ekstra bir şeyler söylemek istemiyorum ama genel durumu görürsek zaten işin ne olduğu kendiliğinden ortaya çıkacak bence.



Şimdi ortada büyük bir garabet var, bu sağlıkla ilgili hiçbir bilgiye ulaşamazsınız Türkiye Cumhuriyetinde. Yani inanılmaz bir veri var ortada ama bu veriler asla bilgiye dönüşmez ne hikmetse! Bunları hep kendiniz böyle kaza kaza tırnaklarınızla kazıya kazıya bir şekilde elde edersiniz. Yine aynı şey her zamanki gibi başıma geldi, Yaklaşık 1-1,5 ay önce benden bir konuşma istendiğinde hemen sağdan soldan bir takım veriler toplayayım da hani bazı şeyleri söyleyebileyim istedim. Ama hiç mümkün olmadı gerçekten. 2009

sonunda bilinen diyeceğim izninizle, 355 özel hastane var, muhtemelen 2010 itibarıyla bu sayı 500 civarında olmuştur yani. Ama şu anda kaç tane özel hastane var ben bilmiyorum. Bakanlıktan görüştüğüm yetkililer söylemedi, SGK'ya sordum asla hiçbir şekilde ifade etmediler, devlet sırrı olduğu için! Fakat Bakanlıktan bildiğim bir şey var; Cuma günü itibarıyla 835 tane devlet hastanesi olduğunu öğrendim. Kurum hastanesi sayısını bilmiyoruz. Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler var kurum hastanesi adı altında. Aktif üniversite hastane sayısını da yine öğrenemedim YÖK'ten de. Ama işte belli birazdan bir sayı vereceğim size, hani kaç tane hastane var ben bilmiyorum ama onu söyleyebileceğim size.

Yatak sayısı Sağlık Bakanlığına bağlı 122227 aktif yatak var, bunlardan 118523'ü tescilli, diğer özel hastanelerin, üniversite hastanelerinin, kurum hastanelerinin yatak sayılarını açıkçası öğrenemedim.

Genel Durum

- 2009 sonunda bilinen
 - 355 Özel Hastane
 - 835 Devlet Hastanesi
 - Kurum Hastanesi ?
 - Üniversite Hastanesi ?
- Yatak Sayısı
 - Sağlık Bakanlığına bağlı 122227 (118523 Tescilli)
 - Özel Hastanelerin Yatak Sayısı ?
 - Üniversite Hastanelerinin Yatak Sayısı ?
 - Kurum Hastanelerinin Yatak Sayısı ?

Şimdi işin önemli kısmına gelirsek kamu sağlık harcamaları açısından 1996 yılında, ben eski rakamlarla alıştığım için izninizle eski rakamları verebileceğim, 1996 yılında kamu sağlık harcamaları genel bütçe içinde 321 trilyon iken 2001 yılında 4,5 katrilyon, 2008 yılında da 19,9 katrilyon gelmiş vaziyette. Yani 2009 ve 2010'un bilmiyoruz daha. Yani kamu sağlık harcamaları yaklaşık 13 yıllık zaman içinde 60 kat artmış durumda. Maaşlarınızda ne kadar artış olduğunu sormama hiç gerek yok herhalde, hiçbir artış olmadı reel maaşlarınızda da fiili maaşlarınızda da, gerilediğini söylemek isterim.

Genel Durum

- Kamu Sağlık Harcamaları
 - 1996 Yılında 321 trilyon
 - 2001 Yılında 4.576
 - 2008 Yılında 19.984
- Yani, Kamu Sağlık Harcamaları 14 yıl içinde yaklaşık **60 kat** artmış

2001 yılında bu 4,5 katrilyonluk sağlık harcamasının 1,8'i tedavi giderlerine, 2,5'u ilaç giderlerine, 343 trilyonu da malzeme ve optik giderlerine ayrılmışken 2008 yılında bu 20 katrilyonluk sağlık harcamasının 10,2 trilyonu tedavi giderlerine, 8,8'i ilaç giderlerine, 859 trilyonu da malzeme ve optiğe gitmiş durumda.

Genel Durum

- 2001 yılında 4.576 trilyonluk sağlık harcamasının:
 - 1.799'u Tedavi Giderleri
 - 2.434'ü İlaç Giderleri
 - 343'ü Diğer (malzeme ve optik)
- 2008 yılında 19.984 trilyonluk sağlık harcamasının:
 - 10.267'si Tedavi Giderleri
 - 8.858'i İlaç Giderleri
 - 859'u Diğer (malzeme ve optik)

Bu anlamda 2001'den 2008'e tedavi giderleri yaklaşık 6 kat, ilaç giderleri yaklaşık 4 kat, malzeme giderleri yaklaşık 2,5 kat artmış durumda. 2008 yılında toplam sağlık harcaması için tedavi giderlerinin oranı % 51, ilaç giderlerinin oranı % 44, malzeme giderlerinin oranı da % 4,2.

Genel Durum

- 2001'den 2008'e
 - Tedavi Giderleri yaklaşık **6 kat**
 - İlaç Giderleri yaklaşık **4 kat**
 - Malzeme Giderleri **2,5 kat** artmış
- 2008 yılında Toplam Sağlık Harcaması İçinde;
 - Tedavi Giderlerinin oranı %**51**
 - İlaç Giderlerinin oranı %**44,5**
 - Malzeme Giderlerinin oranı %**4,2**

Ve 2001 yılında bu tedavi giderleri adı altında ki harcamadan devlet hastanelerine 1,1 katrilyon, üniversite hastanelerine 130 trilyon, özel hastanelere 284 trilyon pay ayrılmış. 2008 yılında tedavi giderlerinde devlet hastanelerine 6,4 katrilyon, üniversite hastanelerine 1,5 katrilyon, özel hastanelere 2,3 katrilyon pay ayrılmış vaziyette. Yani bu anlamda devlet hastanelerinin payı 8 yıllık zaman dilimi içinde 5,4 kat, üniversite hastanelerinin payı 4,4 kat, özel hastanelerin payı ise 8,2 kat artmış durumda. Artık bunları söyledikten sonra zaten çok fazla konuşmaya da gerek aslında.

Genel Durum

- 2001 yılında Tedavi Giderlerinden:
 - Devlet Hastanelerine **1.185**
 - Üniversite Hastanelerine **330**
 - Özel Hastanelere **284** trilyon pay ayrılırken,
- 2008 yılında Tedavi Giderlerinden:
 - Devlet Hastanelerine **6.399**
 - Üniversite Hastanelerine **1.523**
 - Özel Hastanelere **2.345** trilyon pay ayrılmış
- Tedavi Giderleri içinde:
 - Devlet Hastanelerinin payı **5,4 kat**
 - Üniversite Hastanelerinin payı **4,4 kat**
 - Özel Hastanelerin payı **8,2 kat** artmış

Tabii 1996'dan buraya personel giderleri ne kadar arttı diye sormak lazım birilerine. Maaşlarınız ne kadar arttı? Ele geçen net ücretleriniz ne kadar arttı? Herhangi bir ücret kademelendirmesi var mı? Riske göre ücretleriniz belirleniyor mu? İş yükü analizi yapıldı mı? Yaşam standartları çalışması yapıldı mı bu güne kadar? Aynı meslek grubu içindeki insanlara dair stres katsayıları ücretlendirme açısından değerlendirilirse böyle bir çalışma var mı? Hani belirlenmiş mi? Bunları hiçbir yoktu!

Genel Durum

- 1996'dan bugüne personel giderleri ne kadar arttı?
- Maaşlar ne kadar arttı?
- Ele geçen net ücret ne kadar arttı?
- Ücret Kademelendirilmesi var mı?
- Riske göre ücret belirleniyor mu?
- İş yükü analizi yapılmış mı?
- Yaşam standartları çalışması var mı?
- Stres katsayıları belirlenmiş mi?

Şimdi 2004 yılında pilot uygulaması başlayan ardından da 2006 yılında resmi olarak yürürlüğe giren şimdi 2011 yılının Şubat ayı itibarıyla üniversitelerde de yürürlüğe girecek performans uygulaması yani çok kaba tabiriyle; 'ne kadar yaparsan o kadar kazanırsın' uygulaması aslında. Neyi, ne zaman, nerede, kimlerle ve nasıl yaptığı asla sorgulanmıyor bu sistemde. Ama ben 4. sınıftaki cerrahi staj öğrencilerinin cerrahi nedir dediğimiz zaman, işte neyi, ne zaman, neden, kimlerle ve nasıl yapacağını bilen hekimdir diyorum, yani teknisyenden en önemli farkımız budur diye anlatıyorum. Ama bunun böyle olmadığını çocuklar hemen mezun olduklarında anlıyorlar tabii.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Ne kadar yaparsan, o kadar kazanırsın uygulaması !
- Neyi, ne zaman, neden, nerede, kimlerle ve nasıl yaptığın sorgulanmaz !
- Cerrah; neyi, ne zaman, neden, kimlerle ve nasıl yapacağını bilen hekimdir !

Evet, demin söylediğim şeyi aslında bir başka şekliyle ifade etmek istiyorum; 2004 yılından bu yana döner sermaye işletmeleri, özellikle üniversite döner sermaye işletmeleri Maliye Bakanlığına on-line bağlı. 2008 yılından bu yana da tüm sağlık işletmeleri Sosyal Güvenlik Kurumuna on-line bağlı.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- 2004'den bu yana Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde uygulanıyor.
- 2004'den bu yana tüm kamu hastaneleri Maliye Bakanlığı'na on-line bağlı
- 2008'den bu yana tüm sağlık işletmeleri SGK'ya on-line bağlı

Yaklaşık 1300 hastane var, bunların 1135 tanesi devlet ve özel diğerleri işte kurum hastaneleri, üniversite hastaneleri, her hastane için ben kaba bir hesap yaptım, yaklaşık 100 civarında kullanıcı tanımladım çoğunda çok daha fazla kullanıcı var. Yaklaşık 13000 kullanıcı çeşitli düzeylerde yetkili 24 saat on-line bu sisteme bağlı, yaklaşık 8000 de eczane var. Yani kabaca 20000 kişi, 20000 kullanıcı sürekli veri girişinde bu sistemde bulunuyor. Fakat 20000 kişi veri girişinde bulunurken milyonlarca, milyarlarca, trilyonlarca ortada veri dolaşırken bu verilerden çıkartılmış inanın hiç bilgi yok. Yani bu sistem sanki bilgisiz işliyor. Bu bence gerçekten kasıtlı yapılan bir şey, yani 2010 yılındayız, Sosyal Güvenlik Kurumunun elinde inanılmaz bir veri deposu var, bunları bilgiye çevirme konusunda inanılmaz bir tembellik, özen gösteriyorlar. Şimdi burada oturuyoruz işte, hani eski hikâye var paket sistem, tanıya diye hani aslında işleme dayalı sistem, onunla ilgili o kadar çok veri var ki, yani bunların hepsini bize söyleyebilirler öngörü olarak. Yani gelecek planlamamızda bize yol göstermesi açısından bütün bu uzmanlık derneklerine, Türk Tabipleri Birliğine, sağlıkla ilgili sektörün diğer unsurlarına her şeyi söyleyebilirler. Yani bu kadar fazla veri varken bu kadar bilgisiz olmak ancak bize mahsus demek lazım. Yani korkunç bir cehalet var bilgi açısından. Ama istediğiniz kadar veri var, ben de biliyorum, ben bunu kendi hastanemde yaptığım için gayet kolay olduğunu da bildiğim için bu bir yazılım sorunu, son derece basit. Bir tane cümle yazacaksınız, bir SQL cümleciği yazacaksınız elinizdeki veriler size istediğiniz gibi dökülecek. Ha verilerin yanlış girilmesi, onlar ayrı sorunlar ama bunlar ulaşılabilir şeyler ve asla ulaşamayız, hiçbir zaman! Şu anda da yok, sistemde şu anda

SGK'nın istatistikler linkine giderseniz göreceksiniz 2008'e ait ancak sağlıkla ilgili bulabileceğiniz istatistikler toplam sağlık harcamalarının işte demin bahsettiğim bölümünü oradan aldım nasıl dağıttığıyla ilgili. Son derece yetersiz, hiçbir şey açıklamayan ama olsun yine de bize hiç olmazsa bir öngörü sunan basit bir tablo.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Türkiye'de ki kamu ve özel yaklaşık 1300 hastanede ortalama 100 civarında kullanıcı olduğunu varsayarsak 13000 kullanıcı çeşitli düzeylerde yetki ile 24 saat işlem yapabiliyor.
- Bunlara 8000 civarındaki eczaneyi de eklerseniz 20000 civarında kullanıcının on-line bağlı olduğu devasa bir sistemden bahsediyoruz demektir.

Şimdi gelelim kendi özel durumumuza; performans uygulamasına. Biliyorsunuz eskiden, şu anda işte 2011'den itibaren sistem değişiyor tamamen, işlem bazlı bir geri ödeme sistemi var. Elbette son derece yanlış, yani gerçek bir komedi sistem! Yani dünyada uygulayan yok falan filan, hani dünyada uygulanmıyor olması sistemin kötü olduğunu elbette göstermez, kendi özel yapınızdan yola çıkarak, kendi öznel durumlarınızı tanımlayarak kendinize özel bir sistem yarattırsınız dünyada tektir ama doğru ve dayanıklı bir sistemdir, o sistemi de elbet savunun. Ama bu işlem bazlı geri ödeme sistemi gerçekten ila nihai elle tutulur bir tarafı yok yani! Yıllardan beri ben bunu bir sürü toplantıda dile getirdiğim için, yalnız ben değil herkes dile getirdiği için savunacak bir tarafı yok. Şimdi bir başla sisteme geçiliyor, 'tanıyla ilişkilendirilmiş gruplama sistemi'. Fazla bir şey söylemek istemiyorum gerçekten, hani toplantımızın amacı o değil diye söyleyeceğim ama yani işte biraz önce bahsedildi. ICD-10 kodlamasını dahi herhangi bir şekilde yapamayan bir sistem bırakın güvenliği falan daha yaşama geçirilmemiş bir sistemin tanıya ilişkili gruplandırma sistemini getirmesi! Geçen gün Sağlık Bakanlığı yetkilileri geldiler bize de anlattılar, ya dedim, yapmayın Allah aşkına, şu söylediniz şeyler yeni bir kaos yara-

tacaksınız. Yani bir hastaya akut kolesistit yazmanız yeterli değil, işte yanına ne kadar çok tanı yazarsanız o kadar geri ödeme açısından farklı bir gruptandırma içine alınacak, sistem de bunun geri ödemesini ona göre yapacak. Şimdi iki gün sonra çıkacaklar, şimdi oraya beş tane tanı yazdınız KOAH dediniz, işte tip2 diyabet dediniz ya da tip1 diyabet dediniz, işte iskemik kalp hastalığı dediniz. Bunlarla ilgili belge isteyecekler bizden. Yani şimdi herkes bunları yazacak tabii ki, yani kimse enayi değil, herkes sistemden biraz daha fazla para almak istiyor, herkes de bunları gayet güzel yazacak. İşte KOAH yazacak, tip1 diyabet, tip2 diyabet, işte iskemik kalp hastalığı bir, iki, üç! En sonunda diyecek ki, yahu kardeşim çok yazıyorsunuz artık, bunları bana kanıtla diyecek. Şimdi onları nasıl kanıtlarsınız, KOAH'ı nasıl kanıtlarsın, solunum fonksiyon testi isteyecek senden, iskemik kalp hastalığının ya da kalp yetmezliğini nasıl kanıtlarsın? EKO isteyecek senden, yani yaptığınız olgular için bunları, yani sistem o kadar böyle, tutar bir tarafı yok ki, neresinden bahsedeceğim bilemiyorum. Yani bu sistem de yeni bir karmaşa, o karmaşa içinde yeniden insanlar yollarını bulmaya çalışacaklar, yeni çözümler üretecek, onlar başka önlemler alacaklar falan yani! Fatura işiyle uğraşan arkadaşlarıma Allah kolaylık versin yani hastanelerde. Ben 2,5 yıldır bu işlerden uzağım, yani memnun ve mutlu bir şekilde hekimlik yapıyorum açıkçası, rahatlamış durumdayım. Ancak ortada başka bir garabet var, siz sistemi tamamen tanıyla ilişkilendirip gruplandırma, yani geri ödemeyi bunun üstünden yapacaksınız, insanlara performansı eski sistemden vermeyi planlıyorsunuz. Ya şimdi olacak iş değil! Yani insanlar verileri nasıl girecek kardeşim? Yani bu çok açık bir soru. Tıbbi sekreterlerinize diyorsunuz ki, bütün sisteminizi tanıyla ilgili gruplandırma sistemi üzerinden kurguluyoruz. İyi, gayet güzel! Ancak sizin hastanede çalışan hekimleriniz eski sistemden, yani işlem bazlı sistemden ücretlendirme alacakları için onların yaptıkları işlemleri de bir yandan gireceksiniz.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- İşlem bazlı bir geri ödeme sistemi
- Tanı ile ilişkilendirilmiş Gruplama Sistemi
- Performans uygulaması işlem bazlı
- İşlem bazlı bu sistemin geri ödeme ile ilişkisi yok

Yani BUT ve SUT yani, eski adıyla BUT, yeni adıyla SUT devrede olacak, hekimler yaptıkları işlemleri sisteme öyle aktaracaklar, hastane işletmesi geri ödeme tanıyla ilişkilendirme gruplandırma sistemi üzerinden geri ödeme alacak, o sistem devrede değil. Fakat hekimler bu sistemden para almaya devam edecekler, performans sisteminden para almaya devam edecekler. Yani bu ne demektir? O zaman bu yaptığınız sistemin hastanenin maddi yani, finansal performans sistemi ile hiçbir ilişkisi yok demektir. Burada sıradan bir hukukçu olsa herhalde bununla ilgili açılacak ilk mahkeme bunun iptal olması gerektiğini söyler. Yani ödeme bazlı olmayan bir sistemden bahsediyorsunuz, ben şu anda işte mecburi hizmet nedeniyle bir devlet hastanesinde çalışıyorum, Isparta Devlet Hastanesinde, orada yan dal uzmanlığının mecburi hizmetini yapıyorum. Orada da Döner Sermaye İnceleme heyetinin başkanlığını yapıyorum, çok komik bir şey var hemen anlatayım, işte biliyorsunuz hepiniz poliklinik hizmetleri işte basamak basamak, işte birinci basamak, ikinci basamak, üçüncü basamak ve üniversite hastaneleri diye paket işleme tabi. Bizimki ikinci basamak bir hastane ve 26 lira çoğu polikliniklerin bir hasta muayenesi. Şimdi poliklinikte hasta muayenesine 26 lira alıyorsunuz, yani bir hastayı muayene ettiğiniz zaman o hastane o hastadan 26 lira alıyor. Hekim arkadaşlar bir takım şeyler yapıyorlar, işte örnek vermek gerekirse göz hastalıkları uzmanları kuru göz-gözyaşı testleri ekliyorlar her şeye, her poliklinik hastasına. Ya da işte nörologlar ya da beyin cerrahları arkadaşlar duyu-duyu-motor muayenesi ekliyorlar her şeye. Şimdi çağırıyoruz arkadaşımız, tabii böyle bir konuşmayı yaparken ben önce hekim arkadaşım ile konuşurken önce kendisinden özür diliyorum; “ya çok özür di-

lerim bu sistem gereği ne yazık ki sizi sorguluyormuş pozisyonundayım ama ben bundan utanıyorum ama bazı şeyleri de sormak durumundayım” diye bir giriş yapmak zorunda kalıyorum. Ya diyorum, yani şimdi siz bundan para almıyorsunuz, yani hastane para almıyor bundan 26 lira alıyor, siz eklediğiniz kuru göz-gözyaşı testlerini eklediniz, bundan performans alacaksınız. Yani ben de sizinle aynı hastaya bakıyorum, siz de bir hastaya bakıyorsunuz, yaptınız ya da yapmadınız beni ilgilendirmez ama bir test yaptığınızı iddia ediyorsunuz, bundan ekstra performans puanı alacaksınız. Yani her hastaya da yazmışsınız kardeşim, yani 100 hasta bakmışsınız poliklinikte 100’üne de yazmışsınız. Ee şimdi yani yazmayan dâhiliye uzmanı ne yapsın? Yani adamın elinde bir test yok ekstrem gireceği bir şey yok! Performans puanı alacak bir şey yok, ne yapsın adamcağız! Yani perişan vaziyette, hem sabahtan muayene edecek işte tetkiklerini isteyecek, öğleden sonra tekrar muayene edecek zaten unutup çogunu, bu tetkiklere bakacak ve bir reçete yazacak. Bir garabet yani! Neresinden tutayım ben, tutulacak bir şey yok. Ne yazık ki BUT ve SUT bu tarihi hatalar sistemde devam ediyor. İşlemler yanlış, işlemler yetersiz, işlem puanları uygun değil, güncelleme yok, tıbbi bilgilerimiz verilerimizle uyumuyor. Basit bir örnek vermekten kendimi alamıyorum. Açık kolesistektomi ile laparoskopik kolesistektomi karşılaştırırsınız, hangisi daha pahalı şu anda paket fiyatı uygulaması içerisinde? Laparoskopik kolesistektomi daha pahalı. Ben soruyorum; niye? Hâlbuki laparoskopik kolesistektomi daha ucuz. Kim hastasına açık kolesistektomi yapar bu devirde? Ancak belli endikasyonları olan, zor olanlara kolesistektomi yapılıyor. Onu da üniversite hastaneleri ve eğitim hastaneleri gerçekleştiriyorsunuz. Yani açık kolesistektomi yaptığınız olgular berbat, yani yerlerde sürünen, pek çok ek tetkik istediğiniz işte ERCP’si, MRCP’si şu, bu falan gibi. Ya onun daha pahalı olması lazım, niye daha pahalı değil ki? Yani niye daha ucuz yani! Şimdi herkesin ödö kopuyor açık kolesistektomi yapacağız, yani zorunluluk olacak da açık kolesistektomi yapacağız diye. Hani eskiden ben anlıyordum, tamam yani işte laparoskopik kolesistektomi daha böyle teknolojik bir işti falan filan, hani onu ödüllendirmek babından 2000 yılında filan herhalde fiyatını bir miktar arttırmışlardı. Ya

ama devir değişti, aradan 10 yıl geçti, sistem tamamen başka bir yöne geldi, açık kolesistektomi son derece zorlukla eğitim, araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerinin uğraştığı olgu haline geldi. Yani siz şimdi cezalandırıyorsunuz adamı açık kolesistektomi yaptığınız için. Tam tersini yapmanız lazım. Yani kimse açık kolesistektomi yapmak istemiyor, zaten kim uğraşır. Böyle işte SUT ve BUT da budur yani! Yani fazla uzatmaya da hiç gerek yoktur yani!

Özel Durum: Performans Uygulaması

- BUT ve SUT tarihi hatalar
 - İşlemler yanlış
 - İşlemler yetersiz
 - İşlem puanları uygun değil
 - Güncelleme yok
 - Tıbbi bilgilerimiz ve pratiğimizle uyumuyor

Bizim özel durumumuz da, üniversite hastanelerinin özel durumu da çok daha vahim bir durum. Üniversite hastanelerinin yasal durumları diye bir şey söz konusu bile değil. Üniversite hastaneleri şu anda YÖK’e gönderdiğiniz işte Başbakanlık Mevzuat Müdürlüğünün işte neyse o Daire midir, oraya gönderdiğiniz Araştırma Uygulama Merkezi Yönetmeliği çerçevesinde yasal kimliklerini bulurlar. Yani böyle bir şey olabilir mi? Düşünebiliyor musunuz, üçüncü basamak sağlık hizmeti veren, yani bu kadar çok komplikasyonun ve sorunun olabileceği kurumlarda hukuksal veya yasal herhangi bir altyapı yok. Yani sıradan bir devlet hastanesinin hiç olmazsa Yatakta Tedavi İşletmeleri Yönetmeliği var dayanabileceği, sizin o da yok! Siz yalnızca kendi üniversite yönetim kurulunuzun ve üniversite senatonuzun onayladığı Araştırma ve Uygulama Merkez Yönetmeliği çerçevesinde çalışıyorsunuz. Yani bunun ne kadar hukuksal olduğu bile tartışma götürür yani. Yani yasal durumu yetersiz, hukuki durumu son derece sallantılı, idari yapılanması bu ayrı bir tartışma konusu. Yani bir başhekiminiz var, yalnızca idari personelden ve temizlik işlerine bakan personelden ancak sorumlu olabilir. Diğer akademik personelle hiçbir alakası yoktur, yani onlarla herhangi bir ilişki içinde olması bile söz konusu değildir. O akademik personel

dekanın emrinde çalışır ama hastanede birisine bir şey olsa yani bir davalık durum olsa soracakları adam başhekim, başhekim yardımcıları ve hastanenin personeli dir yani tam bir garabet yani idari yapılanma da ayrı bir hikâyledir. Ve daha da kötüsü finansal yapılanması olarak, bu finansal yapılanması, biliyorsunuz o kanun hâlâ yürürlükte hani döner sermaye işletmeleri sözde kalkacak yani, önümüzdeki sene olmayabilir, o kanunla ilgili şimdi torba yasada değişiklik yapmak zorunda kalacaklar. Çünkü bundan 10 sene önceki bir uygulama IMF'in zoruyla getirilen bir uygulama, döner sermaye işletmelerini 10 sene sonra kaldırılacağını öngörüyordu ve Kanuna koydular bunu, şimdi 2010 bitiyor 2011 gelecek hani ortada yeni finansal işlerin devam ettirileceğini, sürdürüleceği bir yapı yok, mecburlar yani döner sermaye işletmelerinin bir şekilde devam edecek. Onun ötesinde finansal yatırımda bir sürü problem var, giderlerinizi işte, nereden karşılayacağınız yani bir yandan eğitim-araştırma merkezisiniz üniversitenin içinde, işte ısıtma giderlerini üniversitenin bütçesinden karşılayamazsınız. Neden? Siz işte, hastanesiniz artık, hastane yapamaz.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Üniversite Hastaneleri'nin **yasal durumu**
- Üniversite Hastanelerinin **hukuki durumu**
- Üniversite Hastanelerinin **idari yapılanması**
- Üniversite Hastanelerinin **finansal yapılanması**

Söyleyeceklerim çok da artık daha fazla söylemek istemiyorum yani hani finans, yasal, hukuki durumu, idari yapılanması, finansal yapılanması son derece sorunlu olan üniversite hastanelerinde şimdi biz performans uygulamasına geçiyoruz, neden? Performans uygulaması adı altında değerlendireceği şeyler, gelir getirici tıbbi uygulamalar! Ya şimdi gelir getirici tıbbi uygulamalarla ilgili deneyimi zaten 2006'dan beri hem eğitim hastaneleri hem Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde gördük yani bunun nasıl garabete, nelere yol açtığını gayet iyi biliyoruz hepimiz ama bu gelir getirici tıbbi uygulamalar inatla üniversite hastanelerinde yeni bir şey olarak uygulanacak.

Eğitim-öğretim faaliyetlerini diyeceğiz, şimdi burada biraz önce Hocalarım gayet güzel ifade ettiler. Hangi eğitim-öğretim faaliyetlerinin ödemesi olmayan bir sistemde performansla yansıyacağını ifade ediyorsunuz? Yani bunların finansal açıdan hiçbir karşılığı yok ama siz “ben bunları performansla yansıtacağım” diyorsunuz. Araştırma faaliyetlerini nasıl performansla yansıtacaksınız? Diğer ilgili etkinlikler, yani bizim bütün üniversitelerde her zaman yaptığımız işte sağda, solda konuşulan, Hocam biraz önce çok güzel ifade etti, bir sürü eğitim, öğretim faaliyeti adı altında değerlendirdiğimiz faaliyetler gören onlar eğer o işleri çok yaparsanız ne kadar performanstan yararlanacaksınız hani bunların hepsi soru işareti.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Gelir getirici tıbbi uygulamalar ?
- Eğitim-öğretim faaliyetleri ?
- Araştırma faaliyetleri ?
- Diğer İlgili Etkinlikler ?

Esas bence çok güzel bir sonuç var; bizim bütün bu konuşmalarımızı hiçe sayan bir şey, ben geçen gün yani eminim sizler de izlemiştinizdir, SGK Genel Müdürlüğünün Genel Bütçe ve global bütçe ile ilgili düşünceleri, o kadar böyle öğretici ki yani bizim bu yaptığımız tartışmaların gerçekte hiçbir değerinin olmadığını çok güzel ifade ediyor.

Evet, 2011 yılından itibaren genel bütçe ve global bütçeye geçtiler, hastanelerde tedavi giderleri adı altında dağıtacakları para belli, hastanelere dağıtacakları para belli! Bu şu ancak demektir; o para içinde biz ne alacağız mücadelesi yani işte, tedavi giderleri sabitlenecek, hastaneler arasında bir pasta paylaşımı söz konusu, klinikler arasında bir pasta paylaşımı söz konusu, klinik içinde bir pasta paylaşımı söz konusu, bu ne demektir? Yani sağlık işletmeleri, üniversiteler birbiriyle yarışma içinde olacaklar. Zaten dağıtılması belli olan o bir pastadan biraz daha bir başka üniversitenin üstüne çıkarak, ezerek falan işte daha fazla pay

alacak ya da hastane içinde klinik, işte Genel Cerrahi Kliniği, Üroloji kliniğini ezebiliyorsa, hani biraz sıkar, ezmeye çalışacak falan, yani işte, klinik içinde yine aynı şeyler. Yani bu mücadele, hekimleri ve sağlık sisteminin içine düştüğü bu mücadele öyle çok acınası bir şey yani gerçekten, çok üzüntü verici, bizi birbirimizle bu şekilde mücadeleye yönlendirdikleri için.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Genel Bütçe – Global Bütçe
- Tedavi Giderleri sabitlenecek
- Hastaneler arasında pasta paylaşımı
- Klinikler arasında pasta paylaşımı
- Klinik içinde pasta paylaşımı

Şimdi hekimlik bence, bence değil mutlaka, eminim çok kişi katılacaktır; çok zor kazanılan bir eğitim hakkı sonrasında uzun ve yorucu bir eğitimle pek çok şeyden fedakârlık ederek elde edilen bir meslek. Mesleği uygulamak en azından elde etmek kadar zor ve meşakkatli ama bu zorluklar hiçbir şeyi ifade etmiyor! Bu zorluklara karşı emekleriyle yaşamlarını sürdürmek zorunda hekimler yani iyi, güzel, tamam, bütün bu zorluklardan sonra hekim oldunuz da, o da yetmez kardeşim yani emeğiniz varsa siz varsınız, yani bu emekle iş yürüyecek. O yüzden ben diyorum işte, kafa ve kol emekçisi hekimler ve her emekçi gibi de ücretleri için mücadele etmeleri gerekir.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Hekimlik; zor kazanılan bir eğitim hakkı sonrasında, uzun ve yorucu bir eğitim ile pek çok şeyden fedakârlık ederek elde edilen bir meslektir.
- Mesleği uygulamakta en az elde etmek kadar zor ve meşakkatlidir.
- Tüm bu zorluklara karşın hekimler emekleri ile yaşamlarını sürdürmek zorundadır.
- Esasen birer kafa ve kol emekçisi olan hekimlerinde her emekçi gibi ücretleri için mücadele etmesi gerekir.

Soru şu; ücret mücadelesinin yolu ve yöntemi nedir bence? Esas bunu tartışmamız gerekir. Yani bugün tartışmamız gereken şey performans uygulaması değil, ücret mücadelesinin yönü ve yolu nedir, yöntemi nedir? Bunu tartışmamız lazım, yani performans uygulaması ne sıradan devlet hastaneleri için ne Sağlık Bakanlığına bağlı eğitim-araştırma hastaneleri için ne üniversite hastaneleri için uygun bir sağlık çalışanını ücretlendirme yöntemi değil yani gerçekten, bunu tartışmamız da gerekir.

Özel Durum: Performans Uygulaması

Ücret mücadelesinin yolu ve yöntemi ?

Yıllardan beri hep konuştuğumuz şeyler, ben de defalarca dile getirmişt看 ama bir kere de burada dile getirmek istiyorum sizin önünüzde, izninizle; sağlık sistemi hekimlerin liderliğinde çalışan bir organizasyon. Çok net bir şekilde bu böyle bence yani bunu sakın yani bir şovenizm falan olarak algılamayın lütfen, bu bir gerçek. Her anlamda lider olması gereken insanların ücret talebinde bulunurken ve ücret mücadelesinde liderlik etmemesi sonuçta bizi bu noktaya getirmiştir, bu yıllardır yaşadığımız bir problem. Hekimler ne yazık ki ücret mücadelesi yapmaktan utanırlar, kaçınırlar! Yani bunu ben bakın, çok özür dileyerek benden büyük pek çok ağabeyim, ablam var şu anda burada, ben 1980'den beri, 1980'de tıp fakültesine girdim. Yaklaşık 30 yıl olmuş demek ki, 30 yıldan beri ücret mücadelesi yaptığımızı görmedim ben! Yani 30 yılda, 30 yılını biliyorum ben yani, benden önce yapılıyor muydu, okuduklarımız var, izlediklerimiz var ama ücret mücadelesinden neden özenle kaçınılıyor bunu anlamıyorum yani. Bu ne bizi küçültür, ne mesleğimizi küçültür ne de insan olarak bizleri küçültür. Bu anlamda bu bir havuç performans uygulaması, gerçekten bir havuç! Yani bu ne ücretlerinizde artış sağlayacak, ne de daha kaliteli ve güvenli sağlık hizmetleri üretmemize neden olacak bir yöntem değil. Asla ve

kat'a bu, en azından 4 yıllık deneyimimiz bugün bize bunu gösteriyor, yani hani zaten bu hiç denemedik, denemeden de söyleyebilirdik aslında, pek çoğumuz bunu defalarca bunu dile getirmişti ama. Yani bu sistem işe yaramaz yani mümkün değil, bize de faydası yok hekimler olarak, bu sisteme de faydası yok.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Sağlık sistemi hekimlerin liderliğinde çalışan bir organizasyondur.
- Her anlamda lider olması gereken insanların ücret talebinde bulunurken ve ücret mücadelesinde liderlik etmemesi sonuçta bizi bu noktaya getirmiştir.
- Yeni bir havuç olan performans uygulamaları, ne ücretlerimizde artış sağlar, ne de daha kaliteli ve güvenilir sağlık hizmeti üretmemize neden olur.

O yüzden ben diyorum yani şu performans ile ilgili performans sistemini revize etmekle ilgili yapacağımız çabaların hepsi günü kurtarma adına yapacağımız işlerdir. Bu, günü kurtarma adına yapacağımız işlerle geleceğimizi kaybetmemize neden olacak, her zaman öyle yapıyoruz, her zaman yani küçük kaçaklar bulmaya çalışıyoruz. Yahu küçük kaçaklar bulmaya çalışmak doğru bir yöntem değil, geleceğimizi feda ediyoruz her seferinde yani bu tamam, bugünü kurtardı,

yani biraz daha fazla para aldık, ne olacak, geleceği kurtarıyor muyuz biz? Yani kendi çocuklarımızın hekim olmasını isteyebileniniz var mı? Herkes bundan imtina ediyor, ben yani gönül rahatlığıyla demek isterim çocuğuma “sen de doktor ol, evet, çok harika bir iş kardeşim, her anlamda tatmin olacaksın” yani bunu söylememiz lazım yani. Ben şunu söylemek istiyorum, geleceğimizi kazanmak için bu mücadele ancak örgütlü mücadele ile olur, başka türlü olmaz yani hangi platformlarda neyi yapacağımızı gerçekten, oturup tartışmamız lazım, hızla yeniden mesleki örgütlenmemiz lazım.

Hepinize çok teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için.

Özel Durum: Performans Uygulaması

- Günü kurtarmak adına yapacaklarımız geleceği kaybetmemize neden olacaktır.
- Geleceğimizi kazanmak için vereceğimiz mücadele ise ancak, hekimlerin örgütlü mücadelesi ile başarılı olabilir.

OTURUM BAŞKANI _ Sayın Eroğlu'na çok teşekkür ediyoruz.

Bir ara konuşmasında “keşke salonda bir hukukçu olsa” dedi, Türk Cerrahi Derneği Hukuk Bürosu Sorumlusu Sayın Avukat Verda Ersoy aramızda, bir hukukçumuz var aramızda. Bu süreçte de zaten sanıyorum ciddi bir hukuk mücadelesi de gerekecek, o yüzden Sayın Ersoy'un burada olması da bize güç veriyor.

Şimdi işi zorlayacak bir meslektaşımızı çağıracağım, “Yeni Uygulanacak Olan Performans Sistem Neler Getiriyor”, Profesör Doktor Alper Cihan İstanbul Üniversitesi Rektör Yardımcısı ve üniversitelerde yakında uygulanmaya başlanacak olan performans sisteminin geliştirilmesine entelektüel katkı sunmuş ve o süreç içerisinde aktif rol almış bir arkadaşımız. Ayrıca da genel cerrahinin dışında da bu alanda birikim sahibi, performansla ilgili birikim sahibi bir arkadaşımız. Uygulanacak olan sistemi ciddi iyi bildiğini düşündüğümüz bir arkadaşımız. Dolayısıyla O'ndan bunu öğrenmeye çalışacağız, yani üniversitelere böyle bir sistem getirilerek ne bekleniyor, bu ne kadar uygulanabilir üniversitelerde ve Sağlık Bakanlığında bunca sorun varken, bu sorunları üniversitelere de bulaştırarak nasıl bir kaosun içine gidiyoruz ve biz niye bu kaotik durumun bir yandan da iyi bir şey olduğuna inanıyoruz ve onu savunuyoruz gibi zor soruların muhatabı olacak. Sayın Alper Cihan, buyurun efendim,

PROF. DR. ALPER CİHAN _ *İstanbul Üniversitesi Rektör Yardımcısı*

Sayın Başkan, Çok Değerli Hocalarım, Değerli Katılımcılar, Türk Cerrahi Derneği'nin Değerli Yönetim Kurulu Üyeleri, şimdi açılıştan beri dört konuşmacı dinledik. Benim moralim çok bozuldu.

Şimdi çok ciddi sorunlar, yasal hatalar, uygulama sıkıntıları, kanuni düzenleme hataları yani bütün sorunlarımızdan söz edildi, çok net, açık, buradaki birçok slaytlarla, örnek bilgilerle, anlatılanların %20'sine tamamen katılıyorum ama %80'ninin çok net olarak yanlış olduğunu, biraz sert olacak ama her türlü mekanda, her türlü kanıtla, daha yüksek kanıt seviyeleriyle ispatlarım. Bu konuda çok netim, yani buradaki süre yetmez! Bir an için gerçekten öyle hissettim kendimi, onun için moralim bozuldu, şimdi ben konuşunca biraz moralim düzelecek diye düşünüyorum. Çünkü çok karamsar bir tablo çizildi, çok karamsar. Yani işler öyle değil.



Şimdi, tabii nereden başlayacağım diye tahmin ediyorum ama bu toplantı için özel bir sunum hazırlamadım. Çünkü ne konuşulacağını bilmiyordum gelirken, Sayın Başkanım'a da sordum, dedi ki, "Hocam burada şekillendiririz", bu konuyla ilgili bir ben herhalde 200. falan sunumumdur. Yani birçok meslek

örgütünde, diğer tıp derneklerinde, birçok kuruluştaki, üniversitelerde, Bakanlık platformlarında, üniversiteler platformlarında, değişik üniversitelerde o kadar çok yerde sundum ki artık sayamıyorum. Şu ana kadar anlatılanların birçoğunun cevabı burada var ama bana en az bir 45 dakikalık konuşma lazım o zaman, yani birçok konuşacağım konunun burada çözümü ve örneği var. Tabii ki biz boşluk bırakırsak doğa boşluk af etmez, doldurur, iyi veya kötü doldurur bir şekilde, peki, o boşlukları nasıl bırakmayacağımız da var burada ama buradaki her başlık aslında yaklaşık birkaç saatlik konuşma başlığı.

Şimdi özellikle üniversitelerdeki mevzuat karmaşası ve döner sermaye karmaşası, Türkiye'deki ciddi bir sorun ama bu sorunu çözecek olan yine biziz, başkası yok. Mevzuat karmaşası derken sadece üniversiteleri kast ediyorum bu slaytta, Sağlık Bakanlığı tarafında da var. Şimdi Sağlık Bakanlığı tarafına bugün hiç girmeyeceğim, çok iyi bildiğim bir alan, son 4 senedir Bağcılar Eğitim-Araştırma Hastanesinin Başhekimliğini yapıyordum, daha önce üniversitedeydim, birçok hocam tanıır beni, üniversiteden Sağlık Bakanlığına geçtim, 4 sene boyunca Sağlık Bakanlığındaki o sistemin kurulumu ve tasarımı yapıp tekrar üniversiteye döndüm. Konu gelirse Sağlık Bakanlığı sisteminin yanlışları konusunda da tartışmaya girebiliriz ama uzun bir konu o, ben daha çok üniversiteler tarafından bakacağım, şimdi de cerrahlar tarafından.

Katkı oranı değerlendirme sistemi ne demektir? Performans nedir bilimsel anlamda? Yani bu performans tam bir "gavur icadı", biz bulmadık bunu, bizim bulduğumuz, Bakanlığımızın bulduğu, getirdiği bir kelime değil, televizyon da bir gavur icadıydı, radyo da gavur icadıydı, bu da öyle.

Nereye gidiyoruz? Yeni bir devir başlıyor ama iyiye mi, kötüye mi gidecek? Neden karmaşık sistemler, bundan söz edildi, buradaki temel teori nedir? Uygulama mantığı nasıldır? Bunun simülasyon, kalibrasyon ve "tam gün yasası" ihtiyaç olursa çünkü şu anda en çok tartışılan konu o, "tam gün yasası" ne getirdi, Anayasa Mahkemesinin iptali neyi doğurdu, gerekçeli karar neleri değiştirdi, bundan sonraki uygulamalar nasıl olacak, o konuda bir takım bilgilerimiz var.

ÜNİVERSİTELERDE YASAL YAPILANMA

- Mevzuat Karmaşası ve Döner Sermaye
- Katkı Oranı Değerlendirmesi
- Performans ?
- Nereye Gidiyoruz ? Yeni Bir Devir Başlıyor...
- Neden Karmaşık Sistemler ?
- Temel Teori Nedir ?
- Uygulama Mantığı Nasıldır ?
- Simulasyon
- Kalibrasyon
- Tam Gün Yasası

Şimdi üniversitedeki yasal, bazı kısımları çok kısa geçeceğim, "6+3" 9 temel kuralımız var üniversitelerle yönetiminde biliyorsunuz. Kargaşa; bunları uygulamamızdan dolayı, az önce Hocamızın söylediği kargaşa, biz bunları uygulamıyoruz, uygulayanlar da doğru uygulamıyorlar onun için kargaşa var. Ha, kanunlarımızda çelişki var, % 5'i bu çelişkilere sebep oluyor, % 90-95'i bizim bunları doğru uygulamamızdan.

ALTI + ÜÇ TEMEL KILAVUZ

- 3 ADET KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME (78, 124, 190)
- 3 ADET KANUN (2547, 2809, 2914)
- 3 ADET GENEL KANUN (657, 4734, 5018)
- TAM GÜN KANUNU ??

78 nolu kanun hükmünde kararname öğretim elemanı kadrolarını söyler, 124'te idari teşkilat hakkında kanun vardır, genel katılım usulleri vardır. 2547'yi hepimiz biliyoruz, teşkilat kanunu var dedik ya, hastane nedir, üniversite, tıp fakültesi nedir, tıp fakültesi hastanesinin konumu nedir? Bunların hepsi tarif edilmiş durumda. Personel kanunu var, şartları, sınırları hepsi belirlenmiş durumda. Şimdi buralarda bunların nasıl yapılacağı yazılı, emin olun üniversitemizin bir çoğunluğu bunlara muhalefetle çalışıyor, doğru çalışmıyor! Ben bu kanunu seviyorum, ha yanlışları var, düzeltmek için çaba göstermemiz lazım, düzeltilmiş çalışmalarımız da var, birtakım gruplar, fonksiyonlar çalışıyor.

78 NOLU KHK

- **YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARI ÖĞRETİM ELEMANLARININ KADROLARI HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME ⁽¹⁾**

• Kanun Hük. Kar. nin Tarihi	:29/1983 No: 78
• Yetki Kanununun Tarihi	:17/6/1982 No:2680
• Yayımlandığı R.G. Tarihi	:16/9/1983 No:8167
• V. Tertip Düsturun Cildi	:22 Sh.: 1197

124 NOLU KHK

- **YÜKSEKÖĞRETİM ÜST KURULUŞLARI İLE YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARININ İDARİ TEŞKİLATI HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME ⁽¹⁾**

• Kanun Hük. Kar. nin Tarihi	: 7/10/1983 No : 124
• Yetki Kanununun Tarihi	: 17/6/1982 No : 2680
• Yayımlandığı R. G. Tarihi	: 21/11/1983 No : 18228
• V.Tertip Düsturun Cildi	: 22 Sh.: 1418

190 NOLU KHK

- **GENEL KADRO VE USULÜ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME ⁽¹⁾**

• Kanun Hük. Kar. nin Tarihi	: 13/12/1983 No : 190
• Yetki Kanununun Tarihi	: 17/6/1982 No : 2680
• Yayımlandığı R.G.Tarihi	: 14/12/1983 No : 18251 (Mük.)
• V.Tertip Düsturun Cildi	: 23 Sh.: 556

2547

- **YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU**

• Kanun Numarası	: 2547
• Kabul Tarihi	: 4/11/1981
• Yayımlandığı R. Gazete	: Tarih : 6/11/1981 Sayı : 17506
• Yayımlandığı Düstur	: Tertip : 5 Cilt : 21 Sayfa : 3

2809 TEŞKİLAT KANUNU**• YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARI TEŞKİLATI****KANUNU (1) (2)**

- Kanun Numarası : 2809
- Kabul Tarihi : 28/3/1983
- Yayımlandığı R. Gazete : Tarih : 30/3/1983 Sayı : 18003
- Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 22 Sayfa : 244

2914 PERSONEL KANUNU**• YÜKSEK ÖĞRETİM PERSONEL KANUNU**

- Ek ders ücreti ve diğer ödemelere atf
- Kanun Numarası : 2914
- Kabul Tarihi : 11/10/1983
- Yayımlandığı R. Gazete : Tarih : 13/10/1983 Sayı : 18190
- Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 22 Sayfa : 673

- 657 Personel Kanunu
- 4734 KİK
- 5018 Kamu Mali Kontrol ve Yönetimi Kanunu

2547**YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU**

- Yükseköğretim Kurulı: Madde 6 – (Değişik: 2/12/1987 - KHK - 301/1 md.)
- Yükseköğretim Denetleme Kurulı: Madde 8
- Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi Madde 10
- Üniversitelerarası Kurul Madde 11
- Üniversite Organları
 - Rektör Madde 13
 - Senato Madde 14
 - Üniversite Yönetim Kurulı Madde 15
- Fakülte Organları
 - Dekan Madde 16
 - Fakülte Kurulu Madde 17
 - Fakülte Yönetim Kurulu Madde 18
- Öğretim Üyelerinin görevleri Madde 22
- Doçentlik sınavı Madde 24
- Profesörlüğe yükselme ve atama Madde 26
- Öğretim elemanı yetiştirme Madde 35
- Kamu kuruluşları ve vakıflarda görevlendirme Madde 38

para. Kendi gelirlerini kaydettiği “Döner Sermaye Bütçesi”, bir de öğrencilerin harçlarından oluşan “Sağlık, Kültür ve Spor Bütçesi”, bu üçü de kurumun dönen varlıklarıdır anlamında ama nedense üç ayrı defter tutuyoruz, üç ayrı sayman, üç ayrı harcama yetkilisi, bence bunların zaten hepsinin birleştirilmesi lazım. Niye bizim üç tane ayrı harcama yetkisi, üç tane ayrı saymana, üç tane ayrı muhasebeciye ihtiyacımız var, para, paradır sonuçta. Şimdi diğerlerine girmeden sadece 58. Maddeye değinmek istiyorum maddeye, 58. Madde, Üniversitelerin Döner Sermaye Kanunu, her döner sermaye bir kanunla kurulur, Sağlık Bakanlığı da 209 sayılı kanunla kurulmuş durumda. Denizcilikte ayrı, Milli Eğitimde ayrı, Orman Bakanlığında ayrı, Türkiye’de 33 tane döner sermaye kanunu var, hepsi birbirinden ayrı. Şimdi bunları teke düşürme çalışması var şu anda.

**2547 YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU
DÖNER SERMAYE MADDE 58**

- Döner sermaye: (1) (2)

(1) Bu madde hükümlerinin 2009 Mali yılında uygulanması ile ilgili olarak, 31/12/2008 tarihli ve 27097 Mükerrer sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan, 27/12/2008 tarihli ve 5828 sayılı 2009 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununun 29 uncu maddesine bakınız.

(2) Bu bağlamda bulunan; “ve araştırma fonu” ibaresi, 20/6/2011 tarihli ve 4684 sayılı Kanunla metinden çıkarılmıştır.

Madde 58 – (Değişik: 17/8/1983 - 2880/31 md.)

- a) Döner Sermaye: Üst kuruluşlarda, ilgili kurulların önerisi ve Yükseköğretim Kurulunun onayı ile; üniversitelerde ve bunlara bağlı fakülte, enstitü, yüksekokul, konservatuvar, meslek yüksekokulları ile uygulama ve araştırma merkezlerinde ilgili yönetim kurulunun önerisi, rektörün olumlu görüşü ve Yükseköğretim Kurulunun onayı ile döner sermaye işletmeleri kurulabilir. Verilecek ilk sermayenin miktarı bütçede gösterilir ve kendi gelirleri ile, yükseköğretim üst kuruluşlarında Yükseköğretim Kurulunun kararı ile; üniversitelerde ise ilgili yönetim kurulunun önerisi ve rektörün onayı ile artırılabilir.

Üniversitelerdeki 58. Madde ile kurulan, kanunla kurulan döner sermayeler, yeniden yapılanma sürecine girdi 1990’lı yıllarda, 1990’lı yılların sonunda işte, 2000’li yıllarda falan tamamlandı. Ve üniversitelerde tek döner sermaye işletmesi oluşturuldu, bütün fakülteler, merkezler, enstitüler gelir getiren faaliyetleri kapsamında alt şube olarak, alt birim olarak tanımlandı. Gelir getiren birimlerin kendi bütçeleri oluşturuldu, önceden her fakültenin ayrı bir döner sermaye işletmesi vardı yani bir ticari tüzel kişilik döner sermaye işletmesi, tam bir tüzel kişilik ve ticari tüzel kişilik. İhaleye görebilir, ihale alabilir, mal satabilir, mal alabilir, eleman çalıştırabilir, eleman gönderebilir, her tür ticari yetkiye sahip bir işletme döner sermaye işletmesi. 58. Madde de bunun nasıl çalışacağını, nasıl çalıştırılacağını, buradaki gelirlerin nasıl olacağını tarif ediyor bize.

Şimdi Yüksek Öğretim Kanununa geldiğimizde direk döner sermaye kısmına geleyim, şimdi döner sermayelerin kapatılması diye bir konu yok. Üniversitelerde üç çeşit bütçe var, üç tane farklı bütçe var; özel bütçe dediğimiz “Devlet Yardımı” denen Maliye’den gelen

2547 YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU DÖNER SERMAYE MADDE 58

- Döner sermaye işletmelerinin faaliyet alanları, sermaye limitleri, işletme ile ilgili yönetim işlerinin yürütülmesi esasları ve muhasebe usulleri, **Maliye Bakanlığının olumlu görüşü alınmak** suretiyle Yükseköğretim Kurulunun tespit edeceği esaslara göre ilgili kurumun veya birimin döner sermaye yönetmeliğinde belirtilir.

2547 YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU DÖNER SERMAYE MADDE 58

- Kurulacak döner sermaye işletmeleri, 1050 sayılı Muhasebe Umumiye ve 2490 sayılı Artırma ve Eksiltme ve İhale kanunlarına tabi değildir. Döner sermayeden elde edilen ve her yıl sonunda kullanılmayan gelir ertesi yılın döner sermaye gelirine eklenir. Mali yılın bitiminden başlayarak dört ay içinde hazırlanacak bilanço ve ekleri ile **bütün gelir ve gider belgeleri** denetim için **Sayıştaya** birer örneği de aynı süre içinde **Maliye Bakanlığına** verilir.

YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU

- (Değişik dördüncü paragraf: 24/7/2008-5793/4 md.) Her eğitim-öğretim, araştırma veya uygulama birimi veya bölümü ile ilgili öğretim elemanlarının katkısıyla toplanan döner sermaye gayrisafi hasılatının en az yüzde 35'i o kuruluş veya birimin araç, gereç, araştırma ve diğer ihtiyaçlarına ayrılır. Kalan kısmı ise üniversite yönetim kurulunun belirleyeceği oranlar çerçevesinde bağlı bulunduğu üniversitenin bilimsel araştırma projeleri ile döner sermaye gelirinin elde edildiği fakülte, enstitü, yüksek okul, konservatuar ile uygulama ve araştırma merkezlerinde görevli öğretim elemanları ve aynı birimlerde görevli 14/7/1965 tarihli ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tâbi personel (döner sermaye işletme müdürlüğü ve döner sermaye saymanlık personeli dahil) ile aynı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personel arasında **katkıları da dikkate alınmak suretiyle** paylaşılır.

Bu uygulama kargaşalarının içinde bir de mesai saati garabeti yaratılmış, saat 14.00'e kadar mesai içi, 14.00'den sonra mesai dışı, o zaman niye hepimiz 14.00'te gitmiyoruz? Yani bir de burada kargaşa var. Mesai içindeki gelirlerden iki katına kadar, mesai dışındaki gelirlerden on katına kadar pay verilebilir diyor, iki katı verilir demiyor kanun. Katkı oranına göre iki katına kadar, diğerinde on katına kadar bir hesaplama yaptırıyor. Şimdi insan kaynakları yönetiminde hak ediş hesaplama alt bilim dalları var, dünyada çok standart işler bunlar, bir katkı oranı, bir hak ediş nasıl hesaplanır, bunların bilimsel, literatürel standartları var yani biz yeniden bulmak zorunda değiliz. Şimdi bu neticesinde bir insan kaynakları uzmanı veya bir gerçek yönetici okursa ortaya çıkardığı değerleri tartışma götürmez hepsi birbirinin aynısı olur. Katkısına nasıl bakılır? Kurumsal katkısı, bireysel katkısı, marka değerinin katkısı, eğitime katkısı, bilimsel katkısı, gelir getirici katkısı gibi görevi, kadrosu, unvanı gibi birçok parametrenin bunun içine katılması lazım bu metnin. Şimdi kanun yazmamış diye kanundan kısa olmalı çünkü ama nendense Türkiye'de hiçbir kurum bunu böyle anlamamış! Yıllardır bu kanun yürürlükte ve biz ona muhalefetle döner sermaye dağıtıyoruz ve birçok üniversitede şu anda yürüyen Sayıştay sorguları var "hep yanlış döner sermaye dağıtılıyorsunuz" diye geri alımlar, fazla verilen, eksikler bir sürü sorun var.

Şu anki bu gördüğümüz eski kanun dediğimiz, şu anda geçerli olan kanun, bundan sonra "Tam Gün Yasasında" yeni kanun olarak adlandırılacak. Eski kanun dediğimizde 01 Şubat'a kadar geçerli bir kanun, eski Kanundaki tanım şu; bu gelirler döner sermaye varsa döner sermayeye kaydedilir, döner sermaye kaydedilen bu gelirden belli giderler kesilir. Nedir o giderler? İşte, hep devlete giden para dediğimiz, öncelikle bir % 5 vergi, algı, pul parası, damga vergisi, Çocuk Esirgeme Kurumu gibi, % 5 bir giden para var, bu % 5 parayı o kurul kesinlikle kullanamıyor. Onun dışında % 5, bilimsel araştırmalara ayrılıyor, bilimsel araştırmalar yönetmeliğinde de öncelikle o parayı getiren kısma o para harcama verilir deniyor. Bir % 35, şuandaki Kanunda, eski Kanunda, kurumun gider ve ihtiyaçları için ayrılır diyor. Dolayısıyla o parayı getiren yer, işte, masa, bilgisayar, kit, ilaç, sarf ne alacaksan en % 35 harcanır diyor, bunları oradan yapacak, dolayısıyla o % 5 BAP'a giden harcama % 35'i, % 40'ı gene o geliri sağlayan birim, kurum veya kişi kullanacak yani devlete giden para değil bu. Geri kalandan da, öğretim üyelerine katkılarına göre ek ödeme yapılır diyor eski kanunda, şuanda geçerli olan bir kanun. Türkiye'de kaç tane üniversite katkılarına göre ek ödeme yapıyor? Evet, sayısı bir elin parmaklarını geçmiyor. Peki, biz bu Kanununa niye muhalefet ediyoruz? Çünkü uygulayamıyoruz.

2547 **YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU**
DÖNER SERMAYE MADDE 58

- Öğretim üyelerine **saat 14.00'den sonra döner sermayeye yaptıkları doğrudan gelir getirici** katkılarında dolayı almakta oldukları aylık (ek gösterge dahil), ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatları hariç) **toplamının on katına kadar pay verilebilir.**

Kanunda dolaylı ve doğrudan katkı tanımı yok. O kanunu bizim anladığımız şekilde temel bilimlere döner sermaye vermemiz lazım ama diyoruz ki, “biz orasını öyle anlamıyoruz, temel bilimlerde dolaylı katkı vardır” diyoruz, bir alt yönetmelikte yani bir resmi şekilde, bir alt yönetmelikte temel bilimleri de gelir getirmediği halde döner sermaye veriyoruz. Normalde bu kanunun uygulama, algılama prensibimize göre temel bilimlere döner sermaye vermememiz lazım ve bundan dolayı Sayıştay sorunu çıkan üniversiteler var, “şu bölüme niye verdin?”, işte, ders anlattı, “o bölümde hiç ders anlatmamış” diyor!

2547 **YÜKSEK ÖĞRETİM KANUNU**
DÖNER SERMAYE MADDE 58

- (Ek beşinci paragraf: 17/9/2004 – 5234/2 md.) Yukarıdaki hüküm uyarınca kuruluş veya birimin **araç, gereç, bilimsel araştırma ve diğer** ihtiyaçlarına harcanmak üzere döner sermaye gelirlerinden **ayrılan en az % 35'lik tutar**, bu ihtiyaçların yanı sıra devam etmekte olan projelerin tamamlanmasına yönelik **inşaat işleri ile her türlü bakım ve onarım için** harcanabilir.

Neyse, şimdi yeni kanun ne getiriyor? Üniversiteler nereye gidecek? Aslında yeni kanunla eski kanun arasında temelde hiçbir fark yok, yeni kanun, bizim eski kanundan anlamadığımızı burada gözümüze sokuyor yani veya kısaca kanunda bunu böyle anlamadınız, bu maddeyi böyle, böyle, böyle yapmazsanız üniversitelerde dağıttırmam diyor.

30 OCAK 2010 CUMARTESİ **RESMÎ GAZETE**
KANUN NO. 5947 KABUL TARİHİ: 21/1/2010

- **ÜNİVERSİTE VE SAĞLIK PERSONELİNİN TAM GÜN ÇALIŞMASINA VE BAZI KANUNLARDA DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR KANUN**
- **MADDE 1 – 4/1/1961 tarihi ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “serbest çalışıp çalışmaması” ibaresi “etkik, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri” şeklinde, dördüncü ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

Bazı değişiklikler var, kanunun ruhunu hiç bozmayan değişiklikler. Standart % 35’lik kurumun ihtiyaçları için kesilecek pay; 35, 25, 15 gibi limitlere bölündü. Tıp fakültesi, diş hekimliği gibi bölümlerde % 35 kurumun ihtiyaçları için pay ayrılıyor, laboratuvarı olan işte, mühendislik gibi bölümlerde % 25 pay ayrılıyor, sosyal bilimler, hukuk gibi alanlarda, gider oranları düşük görünenlerde % 15 kurum ihtiyaçları için pay ayrılıyor. Yani bunu da al devlete ver demiyor gene, sadece sosyal bilimler açısından daha avantajlı oldu, değişen bir bu var.

MADDE 5 – 2547 SAYILI KANUNUN 58 İNCİ MADDESİ AŞAĞIDAKİ ŞEKİLDE DEĞİŞTİRİLMİŞTİR.

- b) Döner sermaye gelirlerinden tahsil edilen kısmın, tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezleri için **asgari yüzde 35**, ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ile bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumları için **asgari yüzde 25**, diğer yükseköğretim kurumları için ise **yüzde 15**, ilgili yükseköğretim kurumunun ihtiyacı olan mal ve hizmet alımları, her türlü bakım, onarım, kiralama, devam etmekte olan projelerin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri ve diğer ihtiyaçlar ile yönetici payları için kullanılır. Bu oranları **yüzde 50’ine kadar artırmaya üniversite yönetim kurulu yetkilidir.**

İkinci değişen ne var? 14.00’e kadar iki katı, 14.00’den sonra on olan katı olan yani toplamda on iki katlık tav, yine on iki katı bir şey değişmedi. 14.00- 10.00, 08.00-16.00 oldu, saat içinde 17.00’e kadar sekiz katına kadar ek ödeme alınabilir, mesai dışından sonra dört katına kadar alabiliyor. Gelir getirmeyenlerde bir alt limit tutuldu, gelir getirmeyen temel bilimlerde altı katına kadar alabilirler, sekiz kata, gelir getirici bir faaliyeti varsa mesela, farmakoloji, sadece eğitim, öğretim, bilimsel araştırma yapıyorsa, altı katı ama bir tez, araştırma, geliştirme, gelir getirici bir faaliyeti de varsa oradan da getirdiğinin altında sekiz katına çıkıyor, sekiz artı dört on iki katı olabiliyor.

C) TIP VE DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTELERİ İLE SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZLERİNİN HESABINDA TOPLANAN DÖNER SERMAYE GELİRLERİ BAKİYESİNDEN, BU YERLERDE;

- 1) **Gelir getiren** görevlerde çalışan **öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine** aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı) hariç toplamından oluşan ek ödeme matrahının yüzde **800'ünü** **araştırma görevlilerine** ise yüzde **500'ünü**; bu yerlerde görevli olmakla birlikte **gelire katkısı olmayan** öğretim üyesi ve öğretim görevlilerine yüzde **600'ünü**, araştırma görevlilerine ise yüzde **300'ünü**,
- 2) **657 sayılı** Devlet Memurları Kanununa tabi personel (döner sermaye işletme müdürlüğü ve döner sermaye saymanlık personeli dahil) ile aynı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personele ek ödeme matrahının; hastaneler başmüdürü ve eczacılar için yüzde 250'sini, başhemşireler için yüzde 200'ünü, **diğerleri için yüzde 150'sini**, işin ve hizmetin özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetlerinde çalışan personel için yüzde 200'ünü **geçmeyecek şekilde aylık ek ödeme yapılır.**

Diğerlerine çok girmiyorum yani detaylarına yani asistanlar şu oldu, bu oldu! Asistanların beş katına kadar çıktı şu anda bir buçuk katına kadar olanların beş katına kadar çıktı tavanları, diğer idari personelin tavanlarında bir miktar yükselme var. Ve ödemelerin zamana bağlanması istendi, tabii gelir, gidere tam endeksli, paran varsa dağıt yoksa dağıtma koşulu kanunda yok.

TAHSİLAT AYINDA ÖDEME ??

- d) **Ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu** ve bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumlarında üretilen mal ve hizmetlerden elde edilen döner sermaye gelirlerine katkısı bulunan personele yapılacak ek ödemeler hakkında da (c) fıkrası hükümleri uygulanır.
- e) Yükseköğretim kurumlarının (c) ve (d) fıkraları kapsamına girenler haricindeki diğer birimlerinde döner sermaye işletmesi hesabına yapılan iş veya hizmetler karşılığında tahsil edilen gelirlerden kanunî kesintiler ile varsa yapılan iş veya hizmetle bağlantılı giderler düşüldükten sonra geri kalan tutar, **hizmet karşılığı olarak gelir tahsilatının yapıldığı tarihi izleyen bir ay içinde, hizmeti veren öğretim elemanlarına**, memurlara ve sözleşmeli personele ödenir.
- Tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki öğretim elemanlarının **sağlık hizmeti dışında verdikleri hizmetler** karşılığında döner sermaye hesabına tahsil edilen paradan pay alma hususunda bu fıkra hükümleri uygulanır.

Yöneticilerin bir haksızlığı var, haksızlığa uğraması var, bir kişi profesörse ama rektör olursa altı katı alabiliyor, burası Anayasa kararlarına da aykırı çünkü tavanlar kat ve unvana göre belirlenirken yöneticilerin görev ve unvanına göre belirlenmiş durumda, bunu değiştirmek için yoğun bir mücadele veriliyor, bazı blokajlar var, mesela rektör yardımcısının üç katına kadar tavanı var, o mesleği yapmasa normal mesleği yapsa sekiz katı var. Ayrıca idarecilerin mesai içinde mesleki faaliyetlerden gelir elde etmesi gibi bir konu yasaklanmış durumda.

YÖNETİCİLER ???

- f) **Rektör, rektör yardımcısı ve genel sekreterlere** gelir getirci katkılına bakılmaksızın, üniversite yönetim kurulunun uygun gördüğü birimin döner sermaye hesabından yönetici payı olarak ayrılan tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek ödemenin tutarı ek ödeme matrahının, rektörler için yüzde 600'ünü, rektör yardımcısı için yüzde 300'ünü, genel sekreterler için yüzde 200'ünü geçemez.
- Döner sermaye gelirinin elde edildiği birimlerin dekan, başhekim ve enstitü ve yüksekokul müdürleri ile bunların yardımcılarının, gelir getirci katkılına bakılmaksızın, görev yaptıkları birimin döner sermaye gelirlerinden yönetici payı olarak ayrılan tutardan ek ödeme yapılır. Yapılacak ek ödemenin tutarı, ek ödeme matrahının, dekan, enstitü ve yüksekokul müdürü için yüzde 250'sini, bunların yardımcısı için yüzde 100'ünü, tıp ve diş hekimliği fakülteleri dekanları ile sağlık uygulama ve araştırma merkezleri başhekimleri için yüzde 500'ünü, bunların yardımcısı için yüzde 300'ünü geçemez.
- Bu fıkra kapsamında bulunan yöneticilere, mesai saatleri içerisinde verdikleri mesleki hizmetlerinden dolayı ayrıca ek ödeme yapılmaz. Mesai saatleri dışında döner sermaye gelirlerine katkısı bulunması hâlinde alabilecekleri toplam ek ödeme tutarı, hiçbir şekilde yönetici payı dahil ilgisine göre (c), (d) ve (e) fıkralarında belirtilen esaslara göre hesaplanacak tutarı geçemez.

Ve diyor ki kanun; bunlar kanunu'nun birebir kendisidir, hizmet sunum şartları ve kriterleri, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, eğitim, öğretim, araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulama ile ilgili performansı, riskli bölümleri, hizmete katkı oyuncularını her şeyi değerlendirerek, yani kişilerin katkı oranlarını belirle diyor, faaliyet alanları, gelir ve giderleri, sermaye limitleri, bütün esaslarını değerlendirerek bir sistem yarat diyor kanun. İşte para bende diyor, bir sistem yarat diyor ve katkı oranlarına göre kişileri tavanlarını yükselttim diyor, bir ödeme yapacakmış.

H) YAPILACAK EK ÖDEME ORANLARI İLE BU ÖDEMELERİN ESAS VE USULLERİ,

- YÜKSEKÖĞRETİM KURUMLARININ
- hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle
- personelin unvanı,
- görevi,
- çalışma şartları ve süresi,
- eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamalar ile ilgili performansı
- ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi
- hizmete katkı unsurları esas alınarak
- Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

I) DÖNER SERMAYE İŞLETMELERİNİN

- faaliyet alanları,
- gelir ve giderleri,
- sermaye limitleri ile işletmelerin yönetimine
- ilişkin esas ve usuller
- Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulunca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir."

Şimdi temelde, bu performans sistemi diye algıladığımız aslında bir katkı oranı belirleme sistemi. Yani kim ne yapıyor? Şuanda ben çok net söyleyeyim, birçok üniversitede kimin ne yaptığını çıkartamıyoruz, ben birçok üniversite ile beraber çalışıyorum, bu yeni performans sisteminin simülasyonlarda birçok üniversitenin bana verileri geliyor; başhekim, dekan listede yok, hiçbir şey yapmadı mı? Personel listesinde yok. Personelin % 5'i listede yok, onlar bu işlere katılmıyor, ee, sizin kurumunuzun çalışanı bunlar? Mesela, asistanların yarısı yok, niye, “o asistan 1. yılında ise sabit veriyoruz, onları katmıyoruz” veya ameliyat listeleri geliyor, ya bu kadar mı ameliyat var diyoruz, o diyor ki “kaydedilmemiş” diyorlar, bizim zaten kayıt sorunlarımız var yani performans geçmeden önce başka sorunlarımız var bizim. Katkı oranını belirleyeceğiz ama önce bir kurumda çalışan insan kaynağını birebir sayabilmemiz lazım. Ben söyleyeyim, İstanbul Üniversitesi için biz sayamıyoruz. Yani bu Kurumda deyin ki aktif kaç kişi çalışıyor, yani liste var, sayı var, artı-eksi 50! Bu gelmişti, şu izin deydi, bu puan yoktu ama yanlış yazmışız, o sonuncu pardon burada kalmış, bu emekli olmuştu veya bu yeni atanmıştı, onu yazmamışız! Şimdi bu sorunlarla, biz daha personelimizi sayamıyoruz. Şimdi kanun diyor ki, bunları yapmazsan döner sermaye dağıttırmam diyor.

Ve kaynak üretimi-kaynak tüketiminin verimliliği esas almamız lazım. Şimdi dünyada birçok şey değişiyor yani biz, dünyada yapılan yenilikleri gerçekten takip etmek zorundayız, buradaki hepimiz, bilim adamları ve bir çok yenilikleri takip ediyoruz ama bu başka bir literatür. Yeni ameliyatlara, yeni teknikleri takip etmenin dışında burada başka bir literatür var, bir “yönetim literatürü” var burada ve dünyada yönetim sistemleri değişti artık. Biz dünyayı bir noktada takip etmezsek yok olmaya başlıyor. Şimdi yeni değerler, yani bir yönetsel sistem var dünyada; paraya bakış, maddeye bakış, dünyaya bakış değişti. Dünyada dört temel kaynak var şu anda; insan, taşınır, taşınmaz ve zaman, dört temel kaynak, doğadan çıkan, topraktan çıkan kaynak bunlar. Para bir kaynak değil ama biz hep parayı konuşuyoruz, para, kaynaklar arası takas aracı. Bir kaynak arttı, bir kaynak azaldı, biz parayı bir birim değeri olarak kullanıyoruz aslında ekonomide ve kaynaklar artık takas aracı yani ölçme aracı

para, bir yer sürekli negatif bilanço'ya gidiyorsa kaynakta eksilme vardır, pozitive gidiyorsa kaynakta artış vardır. Kaynakta artış olduğu halde negatife gidiyorsa ölçme, değerlendirme veya kayıt hatası vardır. Şimdi sistemin tamamı buna bağlı, biz bu noktada bir yönetim felsefesi uygulamıyoruz, dolayısıyla ne kaynaktan ürettiğimizi ne de tükettiğimizi ve verimliliğimizi ölçemiyoruz. Şimdi bugün artık bunlar olmadan herhangi bir işletme yönetilemez.

KATKI ORANI DEĞERLENDİRMESİ (PERFORMANS)→(HAKEDİŞ)

- Kaynak Üretimi ?
 - Gelir Getiren
 - Gelir Getirmeyen
- Kaynak Tüketimi ?
 - Sabit Maliyetler
 - Değişken Maliyetler
- Verimlilik ?
 - Eğitim
 - Hizmet



ÖĞRETİM ÜYESİNİN İSTEĞİ MESLEKİ TATMİN – MADDİ TATMİN

Peki, biz bu performans denen sistemi neye göre yapacağız veya kaynak artırma, kaynak azaltmayı neye göre değerlendireceğiz? Yani klinik kaliteyi mi değerlendireceğiz, hasta merkezli, hasta memnuniyetini mi yoksa verimliliğimizi değerlendireceğiz?

PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ ???

- Klinik Kalite (klinik sonuçlar) ?
- Hasta merkezlilik (odaklılık) ?
- Verimlilik ?

Şimdi burada değerlendirirken tabii, girdilerimizi nasıl sağladığımız da önemli, Türkiye’de uygulanan sistem, fee-for-service, yani parça başı ödeme sistemi,

hekimlerimiz için çok avantajlı, ekonomi için çok zararlı bir sistem. Bir zamanlar dünyanın çoğunda uygulanan bir sistem, dünyada birçok ülke bunu uyguluyordu bunu, biz de kendimiz icat etmedik bunu! Ama biz gene bu noktada yeni değerlere uymadığımız için, yıllarca gerisinde kaldığımız için dünyanın şuan-da % 90'ı bu sistemi bırakmış durumda, ortalama % 9, % 10'u bunu kullanıyor, işte, Afrika'da birkaç ülke, Orta Asya'da, Uzakdoğu'da, işte, üçüncü dünya ülkeleri bu sistemi uyguluyor şu anda ama nerede? Sağlık hizmetlerinin kurumsal olarak ücretlendirilmesinde, hekimin ücretlendirmesinde değil. Sağlık hizmetlerinin kurumsal olarak ücretlendirilmesinde dünyanın % 90'ı DRG uyguluyor şuanda ki, o da yetmiyor DRG, 1974'de ortaya atılmış bir teori DRG, dünyada çokça uygulanmış ve artık sonu gelmiş bir teori DRG, biz daha yeni geçmeye çalışıyoruz ve geçmek zorundayız, başka çaremiz yok çünkü o bir basamak. Yani üç kat birden zıplayamayacağımıza göre tak, tak çıkacağız ya da üç kat birden zıplayacağız.

PERFORMANSA BAĞLI ÜCRETLENDİRME “HAKEDİŞ”- “FEE-FOR-SERVICE”

Bu sistem:

- Her türlü volümü artırır.
 - Daha fazla test,
 - Daha fazla görüntüleme,
 - Daha fazla yan dal konsültasyonu,
 - Daha fazla hastane yatışı.
- Ancak kalite ve değeri düşürür.
 - Kalite ölçümü yoktur.
 - Gereksiz test veya görüntüleme sorgulaması yoktur.
 - Klinik sonuçlar sorgulanmaz.
 - Daha fazla hasta güvenliği ihlallerine (tıbbi hata) yol açar.
 - Daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimleri cezalandırır.

Spotlight on Payment Reform, Health Reform, Robert Wood Johnson Foundation, 23.09.2009

Şuanda temel, zemin kattayız yani hak edişi böyle hesaplıyoruz ve bunun sonunun geldiği artık birçok bilimsel makalelerde ispatlanmış durumda ekonomistler tarafından.

THE END OF FEE-FOR-SERVICE MEDICINE

The End of Fee-for-Service Medicine? Proposals for Payment Reform in Massachusetts

Robert Steinbrook, M.D.

N Engl J Med 361;(11)1036-8, September 10, 2009

İdeal olan nedir? Peki, sağlık hizmetleri nasıl ücretlendirilmeli? Şimdi sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesinde iki katman var, bir; kurumdan çıkan hizmeti geri ödeme kurumu tarafından ödenmesi yani ben bir Whipple ameliyatı yaptım, bunun değeri kaç paradır? Her şeyi, hasta yattı, çıktı; işte 4 milyon TL'dir. Geri ödeme kurumu diyor ki, 5 milyon TL'dir, fee for service veya DRG bunu tespite, bunu dengeleyen bir araç, hekimin maaşını araştırarak bir araç değil. DRG temelde veya tanı ilişkili gruplama, tamamen bir kaynak tüketim maliyetlendirmesi yapan bir araç, kaynak gereklilik araştırması yapmıyor. Yani bu ameliyatı yapan kişinin, bu hastayı taburcu edene kadar ne kadar insan gücü kullandı, ne kadar taşınır maliyet kullandı, ne kadar taşınmaz maliyet kaynağı tüketti, ne kadar elektrik, su, yakıt, işte kaç kişi nöbete kaldı, öğlen kaç kişi yemek yedi gibi tam bir maliyet muhasebesinin o ayki kurumsal tüketime bölünmesiyle bir vaka, bir ağırlığı çıkarıyor, diyor ki bu vakanın ağırlığı 2,3'dür, onu ilgili çarpanlarıyla bunun faturası işte, 20.000 olmalıdır diyor. Peki, bu ameliyat gerekli miydi? Bu anjiyo lazım mıydı? Bu birinci anjiyo da stent konmadıysa ikincisi niye kondu? Üçüncüsünde gene stent kondu, dördüncüsünde niye ameliyat yapıldı gibi hiçbir soru yok DRG'nin içinde! DRG gruplarıyla toplantılar yapıyoruz ve benim orada her toplantıda söylediğim bir söz var yani DRG'nin if ası makalesini 5 yıl sonra Türkiye'de yazacağız, niye? Yurtdışında yazılmış aslında şu anda var o makale ama biz daha görmedik.

Peki, bu ayrı bir konu, onu bence burada tartışmamamız lazım, burası Cerrahi Derneği, hekim nasıl ücretlendirilmeli? Aslında performansın konusu o, hekim nasıl ücretlendirilecek yani hekimin emek değeri, emek hakkı nedir? Şimdi dünyada gene ortak görüş bu, burada eski makalelerin de örnekleri var, şu anki görsel hala öyle. Hekimlik hizmeti, parça başı iş ile ücretlendirilmemeli yani fee-for-service de aynı şekilde hekimlik hizmeti aynı şekilde, “ne kadar taş atarsan o kadar para alırsın” hizmeti olmamalı! Hekimlik ücreti, reel tespitli sabit ücret olmalı. Bu tür performans ölçümü ve katkı oranı denen sistemler tamamen akademik ilerleme kriteri veya tercih kriteri olmalı, dünyadaki kabul gören görüş bu. Türkiye'de de öyle ama biz bu değer sistemini yaratamamışız ki, ölçmüyoruz. Fakat buna gitmemiz lazım, buna gideceğiz yani eninde sonunda buna gidi-

lecek çünkü bu da bir gavur icadı olarak gelecek, biz de istesek de istemezsek de kabul edeceğiz. Kabul etmezsek standart altı sağlık hizmeti sunumuna dünya gitmiş zaten, biz de gideceğiz.

İDEAL

Sabit ücret
kanıta dayalı sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi
sonrası terfi
en etik ve etkin ücretlendirme yöntemidir.

L Emanuel, Ethics and Health Care Service, Essential Issues for Leaders; Emerging Challenges in Health Care. JCAHO, 2001
ABIM, ACP-ASIM, EFIM, Medical professionalism in the new millennium, Ann Intern Med 2002

Çözüm nedir peki? Çözüm; klinik uygulama rehberleri, özellikle hekimin ücretlendirilmesinde veya hekimlikteki değerlerin tespitinde doğru karşılaştırmalar yapılmasında klinik uygulama rehberleri. Var mı şu an dünyada veya Türkiye’de? Yok, ha mesela, bir tane çıktı işte, apandisitte böyle olur, Hocam gösterdi, şu kritere göre yani neydi o, enfeksiyoncular dediğiniz ama herkes tarafından kabul gören, geri ödeme kurumları, sigorta şirketleri tarafından kabul edilen, resmi otoriteler tarafından kabul edilen kriterler yok. Çalışması yok mu? Hayır, şu anda dünyada çok büyük çalışmalar var, yaklaşık 10 yıldır sürüyor, çalışmaları, tamamen toplu olarak tüm branşlarda klinik uygulama rehberleri, karar destek haritaları, yetki-sonuç analizleri, standart kodlama standartları ki, ICD-10, bunun % 1 çalışmaz. ICD-10’un yaklaşık, bu her çalışma 20 katı büyüklüğünde, olarak da, 2015’te ilk sonuçlar çıkacak dünyada, Dünya Sağlık Örgütü, Amerika Sağlık Örgütü, NIH hepsi beraber çalışıyor bunların, biz katılmıyoruz ama bu sorunlar olduğundan söz ediyoruz, katılmıyoruz.

STANDART-ALTI SAĞLIK HİZMETİ SUNUMU

- RAND grubunun yayınladığı çalışma, uzmanlarca geliştirilen 439 kalite indikatörüne göre yapılan analizde hastaların ancak %54.9’unun önerilen sağlık hizmetini aldığını ortaya koymuştur.
- Bu sağlık hizmetleri koruyucu, akut ve kronik bakım süreçlerinin hepsini içermektedir.

McGlynn, Asch, Adams, et al. The quality of health care delivered adults in The United States. N Engl J Med 2003; 348:2635-45.

Şimdi bunlar çıkana kadar ne yapacağız peki? Yani bir geçiş yaşamamız lazım, bu üçüncü kat, dördüncü katta çalışıyorlar şu anda dünya, biz zemindeyiz, atlamıyoruz şu anda, biz de adım adım, hızlı adımlar atarak buraya çıkmamız lazım. DRG, ben mesela kabul etmiyorum DRG’yi ama bizim bunu tanımlamamız lazım, onu uygulamadan bir maliyet muhasebesi mantığını insanlarımızın zihnine, yöneticilerimizin zihnine oturtamayız. Şimdi DRG, burada hazır bir sistem,

ÇÖZÜM = KLİNİK UYGULAMA REHBERLERİ ?

- Belli bir klinik uygulamada klinisyene ve hastasına karar verme sürecinde yardımcı olabilecek sistematik olarak geliştirilmiş belgelerdir.
- Uygulama rehberleri “doğru yapılacak işlemi” tanımlar.
- Performans rehberleri ise “işlemi doğru yapma yolunu” tanımlar.

peki, bu performans nasıl geçeceğiz, performans geçecek miyiz nedir? Adil Hocam çok güzel sundu performansın kelime anlamını, çok katılıyorum. Performans kelimesi, bizim yapmak istediklerimizin karşılığı değil, yanlış bir isim performans kelimesi. Ben merak ettim sonradan geriye dönüp baktım, Sağlık Bakanlığının bu Performans Yönetmeliğinde bir kelime dahi performans geçmiyor, bilerek mi yazmadılar, bilmeden mi yazmadılar bilmiyorum ama geçmiyor ama literatürde, yani Türkiye literatüründe performans olarak kullanılıyor bu, ben de sıkça öyle kullanıyorum ama kesinlikle katılmadığım bir kelime çünkü performansın iki anlamı var, Adil Hocamın dediği gibi “bir başarıya ulaşma yüzdesi” ya da bir fiil olarak canlı performans gösterdiği, yani bir fiilin tipini bize tanımlıyor ya da bir fonksiyonun başarı yüzdesi, onun içinde standart değerler vardır. Şimdi bu konu, dünyada nasıl ele alınıyor? Bir kere bu konu, insan kaynakları yönetiminin bir konusu, insan kaynakları yönetimi yani bizde nasıl genel cerrahi bir ana bilim dalıysa insan kaynakları yönetimi de işletmede bir ana bilim dalı, onun da bilim dallarından birisi bu hak ediş hesaplama sistemleri. İş yükü hesaplama sistemleri var, işte kariyer sistemleri gibi bir sürü bilim dalları var, bu da öyle bir bilim dalı ve bununla ilgili sayısız makale, kitap, tebliğ her şey var. Yani burada biz yenden bir sistem teorisi yaratmak zorunda değiliz.

PERFORMANS ?

- Türkçe
- **Anlamlar**
- [1] bir görev veya fonksiyonu yerine getirme düzeyi, başarım
- [2] bir tiyatro konser veya benzeri herhangi bir gösterinin sahnelenmesi, sunulması

Şimdi temelde, bu hak edişlerdeki başlıklar belli, mesai bazlı, hedef bazlı, iş bazlı, üretim bazlı, tüketim bazlı, ölçekleme bazlı veya iş kollarına göre de detaylandırılabilir sistemlerdir. Şimdi bunlar genel başlıklar, Türkiye’de alınan üretim bazlı sistem Sağlık Bakanlığı tarafından, niye, çünkü doğal gelişim öyle sağlandı, “ne yazarsan alırsın, ne yazarsan alırsın”. Ee, Sağlık Bakanlığı şimdi ben 1 sene oldu ayrılalı ama takip ediyorum, tüketim bazlı sisteme de geçti, gelir-gider oranı düşüyorsa sen 10 bin lira hak etmiş olsan 20 bin lira alırsın diyor, hastane yönetim başarısı da, yönetici performansı geldi, hastaneyi kötü yönetiyorsan, o başhekimin hak edişi 8 bin liraysa düşürür 5 bin liraya diyor, buna da sahiplerdi o zamanı hesaplayarak. Veya kalite bazlı kriterleri, ha genel kaliteler geldi sadece, kurumsal, bireysel kalite gelemiyor çünkü karar destek haritalarımız yok, uygulamayız da şuanda. İş bazlı sistemler girdi, hedef bazlı sistemler girdi, hedef nedir, mesela, stratejik planlaman var, önemli hedeflerin vardır, bu değeri bundan buna çıkacaktır, çıkarılmazsan dönerin düşer.

Şuanda bizim üniversiteler için yapmamız gereken bunların tamamını içeren bir sistem. Kanun ne diyor bize? Bunların tamamını yap diyor, başka bir şey demiyor. Kime yap diyor? Diyor ki, YÖK’ün görevi artmış, YÖK ile Maliye Bakanlığı yani Meclis, YÖK ile Maliye Bakanlığına atmış, bunların tamamıyla bir sistem kur diyor yani nasıl istiyorsan öyle kur diyor şuanda. Ana başlıkları da belirlemiş, biz kuramıyoruz ki bu kadar eleştiriyoruz!

“PERFORMANS SİSTEMİ”NİN KULLANILAN MANASI NEDİR? DOĞRU MUDUR?

- İnsan kaynakları yönetimine göre bir **HAKEDİŞ** hesaplama yöntemidir
- Sabit bir havuzda paydaşlara dağıtım oranını belirleme aracıdır
- Temelde geri ödeme sistemini de ilgilendirir
 - Mesai bazlı sistemler
 - Hedef bazlı sistemler
 - İş bazlı sistemler
 - **Üretim bazlı sistemler (Türkiye’de uygulanan)**
 - Tüketim bazlı sistemler
 - Ölçekleme bazlı sistemler

Şimdi, tabii bu sisteme göre kanunun emrine, lafzına göre bazı vazgeçilmez özellikler var. Bir; sabit maaş sistemi olmalı. Niye? Çünkü kanun, maaşı katı olarak belirlemiş şu anda. O ideal dediğimiz sisteme geçemiyoruz, yani şöyle söyleyeyim bu performans veya bu katkı örneği veya buna göre bir ek ödeme sistemi, benzetme yanlış olmasın, ben futbolculardan örnek veriyorum genelde. Çok iyi, çok kaliteli, tam formunda futbolcuya 3 yıllık için peşin para verilirse 10 milyon dolar, 20 milyon dolar, biraz böyle çaptan, formdan düştüğünde maç başına para vermeye başlarlar veya sakatlığı falan olmaya başladı mı, ne kadar oynarsa o kadar. Yani bu sistem de kalitesi düşük futbolcuya ödeme sistemi aslında bu ama burada temel amaç, kalitesi düşük bir futbolcuya bir ödeme sisteminde geçmek değil, bizim komple yapılanmayı değiştirmemiz, yani birkaç basamağı, o basamakların yanlış olduğu daha önceden tespit edilse de çıkıp geçmemiz lazım. Ha, yanlışsa, gerçekten çok durmayalım o basamakta, daha çabuk geçelim. Dolayısıyla üretime göre ek katkı sistemi, tüketime göre denetim sistemi, bilimsel katkıya göre destekleme, yeni kaynak üretimi olan eğitim faaliyetlerine göre destekleme sistemlerini kurmak zorundayız. Kanun da emretmiş, ha, bizde olandan farklı bir şey emretmemiş, bizde zaten bunlar yok bir kısmı, şuanda yok yani, kötü otomasyon sistemlerinden bahsediyoruz, otomasyonlarımızın % 80’i bunları kapsamıyor, bunları yapmak zorundayız artık, yapacaklar bizi.

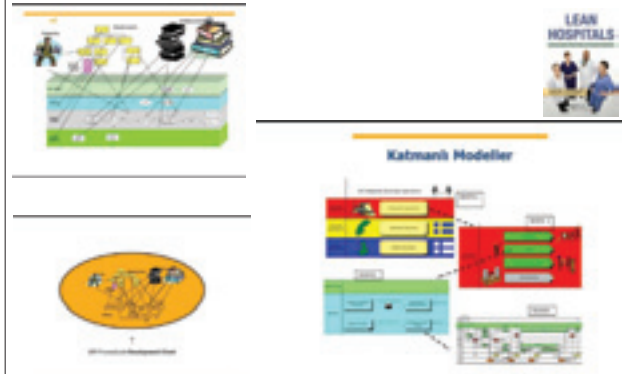
VAZGEÇİLEMEZ ÖZELLİKLER

- Sabit maaş sistemi
- Üretime göre ek katkı sistemi
- Tüketime göre denetim sistemi
- Bilimsel katkıya göre destekleme sistemi
- Yeni kaynak üretimi olan eğitim faaliyetine göre destekleme sistemi
- Standart prosedür ve süreçler ile şeffaf bir sistem olmalıdır

Ve tüm standart prosedür ve süreçte de şef af bir sistem oluştur diyor ve bunu yapmak için, biz diyoruz ki bu çok karmaşık, bunu yapamayız, filme bakanlar yapacak o zaman bunu ya da filme bakanlardan bir grup özelleşecek, tamamen bir işyeri yöneticisi olacak, işte, hak ediş sistemi nedir, katma oranı nedir, algoritma yönetimi nedir, sistem tasarımı nedir, kanunun nasıl yorumlanır, yönetmelik nasıl yazılır, YÖK'le, orayla, burayla bu çalışmaları yapacak. Bunlar kim? Meslek örgütleri mi veya kurumların yöneticileri mi artık adını kim koyarsa; yani birisi çıkacak ben bu konuda ekspertim diyecek, hadi bu işi yapıyoruz diyecek.

TAM GÜN YASASI YENİ BİR ÇAĞ BAŞLATIYOR**TAM GÜN YASASI YENİ BİR ÇAĞ BAŞLATIYOR**

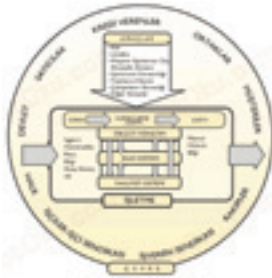
Bizde yapan yok şu anda ve bu sistemlerde tasarımlar yapılırken, birçok tasarım modeli var, bir model seçilecek. Öyle biz hepimiz toplanalım da bir yönetmelik yazalım, buna 300, buna 500, buna 700 veririz diye olmamalı. Merak ediyorsak yapılmış bir sürü model örneği dünyada var, bu ameliyatı ilk kez biz yapıyoruz ama modeller de yapılırken kötüye göre dizayn yapılmaz, ideale göre dizayn yapılır, kötüye göre denetim konur. Biz hep kötüye göre sistem kurmayı tartışıyoruz. Algoritma tasarımı standartlar vardır, ideale göre sistem kurulur, kötüye göre denetim kurulur. Ondan sonrada bunlar ölçüp, biçilerek neresinde hata varsa tıkr tıkr düzeltilir.

KARMAŞIK SİSTEMLERDEN YALIN SİSTEMLERE**DAHA BASİT BİR SİSTEM TASARLANAMAZ MI ??**

Şimdi bir bakış açımızda biraz fark var, onu değiştirmemiz lazım bence. Şimdiye kadar hep teknik konular, teknik konular dışında biraz daha dışına çıkacağız ve birde bu işe bir işletmeci gözüyle bakmamız lazım. İşletme deyince biz direk parayı, kârı, ticari anlıyoruz. İşletme dediğimizde, bir çalışan döngü, bir kuruluş, bir organizasyon, bir insanlar topluluğu, bir cihazlar

topluluğu, bir girdisi, çıktısı olan bir döngü sistemi literatürde tarif ediliyor. Yani işletme denince bir ticari kuruluş, bakkal, market anlaşılmıyor. Bir vakıf da bir işletmedir, bir hayır kuruluşu da bir işletmedir, işte ama bizim dilimizde işletmeye yüklediğimiz tanım, biraz bizim zihnimizi karıştırıyor. Bir kuruluş veya organizasyonun işletme olabilmesi için mal veya hizmet üretmeli, bir hayır kuruluşu da bir hizmet üretir, karşılığında bir gelir elde edilmelidir, karşılığında, bir hayır kuruluşu hayır yapıyor ama bunu yoktan var etmiyor. Bir yerden gelir geliyor o zaman. Bu hayır bir yerden geliyor, bir yere veriyor, bağış topluyor, o bağış bir gelir, bir girdi, gelirle kârı birbirinden ayırtmak lazım. Ve bu dönen maddi, duran veya aktif varlıklar yatırım yapabilmeli, varlığını sürdürebilmeli ve çalışanlarına kâr payı veya maaş verebilmeli, vakıf herhalde kendi elemanlarına maaş veriyordur, orada bir girdisi var. Şimdi bu üç koşul gerçekleşiyorsa bu bir işletme, bir organizasyon, kuruluş. Bu kâr amaçlı da olabilir, zarar amaçlı da olabilir, sadece eğitim amaçlı da olabilir, tamamen bağış veya hayır amaçlı olabilir ama bir işletmesel bir döngü bu.

İŞLETME NEDİR ?



- Mal veya hizmet üreten
- Karşılığında gelir elde eden
- Kendi kazancı ile faaliyetini sürdürüp yatırım yapan organizasyonlar

Ve hastanelere baktığımızda bu literatür mantığına göre, yani bakkal veya esnaf mantığına göre değil; hastanenin işletmecisi işletecek mi? hayır, zaten hastane literatür anlamında, organizasyon anlamında bir işletme. Şimdi eğitim ücretsiz olmalı, eğitim ne zaman ücretsiz olur? Çalışan öğretmenler maaş almazlarsa ücretsiz olur. Dolayısıyla ücretli, parasını şahıs vermiyor devlet veriyor, dolayısıyla bir kaynak tüketiliyor, biz para temelli değil tüketilen kaynak ve üretilen kaynak temelli bakarsak para gündemden kalkıyor, yani bir birim dönüştürüyorsunuz. Bugün elma, armut, şeftali toplanmaz ama bu şirketteki meyvelerde ne kadar

glikoz var dersek toplarız bu sepette, işte 1.300 kalori bir glukoz var deriz. Sonuçta para da böyle bir değer, işletmedeki biz paraya değil, kaynak tüketen ve kaynak üreten, bu kaynak bilgi olabilir, hizmet olabilir, ürün olabilir, mal olabilir, iş olabilir, her şey olabilir, hastaneler de bu konuda çok büyük işletmeler, mega işletmeler, sayısız kaynağın döndüğü, tüketildiği ve üretildiği işletmeler yani milyonlarla sayılan cirolar var, binlerce personel çalışıyor, milyonlarca hastaya hizmet var, taşınır mal yani bir kalem, enjeksiyondan, bilgisayardan MR'a kadar yaklaşık orta ölçekli bir hastanede 20.000 çeşit taşınır malı işletiyoruz biz, bir yanda en az 30 değişik iş kolu 75 civarında fonksiyonel departman ve pek çok eğitim seviyesi var,

MEGA İŞLETME 300-750 YATAKLI BİR HASTANE

- Yıllık 60 – 200 Milyon TL Ciro
- 1000 – 2000 Personel
- Yıllık 1 – 2 Milyon Hastaya Hizmet
- 16.000 – 30.000 çeşit taşınır mal
- Bir arada en az 30 değişik iş kolu
- 70 ve daha üstü fonksiyonel departman türü
- İlkokul mezunundan Profesöre kadar değişikken

peki, sorunumuz var mı? Yani bence sorunumuz yok. Bu soruların hiçbirine olumlu cevap vermiyoruz yani çok profesyonel idarecilerimiz var, kayıtlı ve israfsız taşınır mallarımız var, gecikmesiz ve şaibesiz satın almamız var, değil mi? İnsan kaynakları her sorunumuzla ilgileniyor yani arabamızın otoparkını bile ayarlıyorlar, faturalarımızda hiç kesinti yok, kayıt dışı hizmetimiz hiç yok, güvenlik, temizlik, yemeklerimiz mükemmel, benim hastamın düşmanı burada erişmez veya beni sevmeyen biri yani hasta yakını beni buradan kovalayamaz gibi ya da hastalardan hiç bir şikâyeti yok. Çalışanların hiçbir şikâyeti yok, verimlilikte çok üst düzeydeyiz, kârlılıkla birbirinden ayırmak lazım.

SORUNUMUZ VAR MI?

- Profesyonel İdare
- Kayıpsız ve ısratsız taşınır mal
- Gecikmesiz ve şaibesiz satın alma
- Mutlu eden insan kaynakları
- Kesinti olmadan faturalama
- Sıfır kayıt dışı hizmet
- Mükemmel güvenlik, yemek ve temizlik
- Hastaların hiçbir şikayeti yok
- Hiç enfeksiyonumuz olmuyor
- Herkes bu kurumda çalışmak istiyor
- 1-2 ila 1-3 oranında karlılık

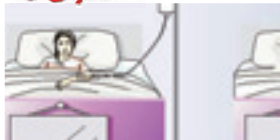


Bizim bunu böyle yapmadığımızı, bir başka devlet kurumu 2007 yılında raporlamış. Şimdi diyoruz ki, devlet bu yasayı niye çıkarıyor? Bu işin böyle olmadığını, bu süreçte sorun olduğunu Sayıştay denetçileri rapor olarak çıkarmış, ben onu sonradan gördüm, diyor ki “hastaneler bu işleri yapamıyorlar, kamu kaynaklarını israf ediyorlar, çalışanlarını mutsuz ediyorlar, hastane çalışanı, herkes şikayetçi, hastalar her şeyden şikayetçi” diye onlar raporlamış, apar topar üstü örtülmüş, bana sonradan bir başka arkadaşım söylüyorum, ben görmedim o zaman basında veya medyada bunu görmedim.

SAYIŞTAY RAPORU: HASTANELER HASTA ??? 4

ARALIK 2007, SALI

SABAH



- Sayıştay teşhisi: Hastaneler hasta
- ERSAN ATAR ANKARA
- Hastanelerde özellikle ameliyat sonrası ölümlere yol açan enfeksiyon olaylarını araştırarak Sayıştay, 48 temel aksaklık saptadı..

Sayıştay, özellikle ameliyat ve doğum sonrasında sıkça rastlanan ve kimi zaman ölümlere neden olan hastane kaynaklı enfeksiyonları araştırırken ortaya “hastaneler ağır hasta” teşhisi çıktı. Sayıştay Başkanlığı bir süre önce raporları görevlendirerek, ilköğretici hastanelerdeki enfeksiyonların nedenini araştırmalarını istedi. Raporlar, aralarında çok tanınmış özel hastanelerin, devlet ve üniversitelerin de bulunduğu 10 ilde 19 hastaneye gidip araştırma yaptı. 119 hastaneye de sorular gönderip eksiklikleri tespit etti. Sonunda ortaya, hastanelerde 48 ayrı başlıkta sorun bulunduğu çıktı. Rapor, Sayıştay Genel Kurulu’nda görüşülüp onaylandı ve “acil önlem alınması” için TBMM Başkanlığı’na gönderilmesine karar verildi. Hastane enfeksiyonları ile ilgili genel bilgilerle başlayan raporda, bu enfeksiyonlara kamu zararının hesaplanmadığı belirtildi ve doktorlara, hemşirelere ve hastane çalışanlarına gerekli eğitim verilmediği kaydedildi. Raporda, hangi eksikliğin hangi hastanede görüldüğüne ayrı ayrı yer verilmedi ancak ölümlü hastane enfeksiyonlarının nedenlerinden bazıları şöyle sıralandı:

NEDEN SORUN YAŞIYORUZ

• MODELİMİZ YOK



Simple patient to discharge a patient from Red Sea Hospital – results of mapping, evidence understanding by hospital staff

NELERİ DEĞİŞTİRMELİYİZ?
GENETİK KODU DEĞİŞTİRMELİYİZ

- Kendimizde olanı değiştirmedikçe, geleceğimiz değişmez.

Zihniyete Müdahale
↓
Yapıya Müdahale
↓
Süreçe Müdahale
↓
Davranışa Müdahale



HEDEF DAHA KALİTELİ YOLCULUK



Peki, o zaman ne yapmamız lazım? Bazı şeylerin değişmesi lazım yani gavur icadı deyip atmayacağız, biz

NASIL DEĞİŞTİRMELİYİZ?

Değişim Mühendisliği
Modern Proje Yönetimi
Öğrenen Organizasyonlar
Temel Yönetim Teknikleri
Toplantı Yönetimi
Performans Değerlendirme
İş Stresi, Motivasyon
Proses (Süreç Yönetimi)
Bilim Nedir, Bilim Adamı Kimdir?
Matematik Nedir
Kanıtı Dayalı Yönetim, Kanıtı Dayalı Tıp
Ölçümleme Mühendisliği
6 Sigma, Balanced Scorecard, KPI
Dijital Hastane
Kurum Kültürü



Birtakım yöntemleri, sistemleri kullanarak birtakım değerleri değiştireceğiz. Öncelikle bizim şikâyet etme hakkımız yok, çünkü bu işi doğuran, yaratan, yürüten biziz, ha beklentilerimiz sunulandan fazlaysa, ya beklentiyi azaltacağız ya sunulanı arttıracacağız. Sonuçta, profesyonel yönetimlere ihtiyacımız var, buradan şimdi konuşanların yarısından çoğu, ben not aldım, yönetim hatası, Kanun hatası değil, çoğunluğu yönetim hatası.

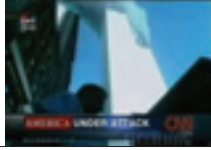
AMAÇ: SARIŞIN OLUŞTURMA



- Kendisinden şikâyet edilmeyen birimlere sahip olmak.
- **Şikâyet = Beklenti > Sunulan Hizmet**

DEĞİŞİM MÜHENDİSLİĞİ

- Herkes değişim için çalışıyorsa **ÇOK BAŞARILI**
- Çoğunluk değişimi istiyor ise **BAŞARILI**
- Çoğunluk politikalara karşı ise **EKİP YETERSİZ**
- Çoğunluk değişime karşı ise **EKİP DEĞİŞMELİ**



YÖNETİM NEDİR ?(FAYOL, 1949-1987)

1. Planlama
2. Organize etme
3. Liderlik
4. Kontrol (Ölçme Değerlendirme)

Klasik Yönetim Teorisi
Neoklasik Yönetim Teorisi
Modern Yönetim Teorisi
Postmodern Yönetim Teorisi

Hedeflere Göre Yönetim
Sistem Yaklaşımı
Yalın Sistem
Yatay Sistemler
Dikey Sistemler
Matriks Yapılanma (???)

İdareci
Yönetici
Lider
Rol Model

6 SIGMA
Balanced Scorecard
KPI

KATILIMCI _ Bir örnek verebilir misiniz yönetim hatasına?

PROF. DR. ALPER CİHAN _Hocam, sorularla cevap vereyim daha sonra,

OTURUM BAŞKANI _ Konuşmacıya lütfen, müdahale etmeyelim, sıramızı bekleyelim, tartışma bölümü var, orada herkes görüşünü söyler, Sayın Hocam,

PROF. DR. ALPER CİHAN _Şimdi kurulacak sistemde, volüme mi, değer mi, hangi ağırlıkta olacak? Üniversiteler için bir sistem kurulacak, nasıl olacak, nasıl kayıt alınacak? Bunları kanun emretmedi üniversiteler için, bize diyor ki, “çıkarın”, nasıl bir değer yapacaksınız? Dolayısıyla bir tanım yapılacak, şimdi insan kaynakları yönetim sisteminden girdik, fonksiyonel iş yükü nasıl değerlendirilir, standartları var. Fonksiyonel iş gücü önce gruplanır, sonra tanımlanır, sonra ölçeklenir, sonra kıyaslanabilir birbiriyle. Biz neleri fonksiyonel iş yüküne alacağız? Hekimlikteki, üniversite hekimliğindeki gruplar nelerdir? Onları tartışmamız lazım, onlara göre tanımlar getirip ortaya koymamız lazım, bizim hekimimiz şunları, şunları,

şunları yapar. Ha, bunları nasıl yapar başka bir sorundur, “denetim sorusu”.

KOŞUL: TAM KAYNAK YÖNETİMİ

- **İNSAN KAYNAĞI**
- **TAŞINMAZ KAYNAĞI**
- **TAŞINIR KAYNAĞI**
- **ZAMAN KAYNAĞI**



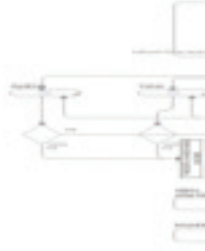
FONKSİYONEL SİMULASYON



BALANCED SCORECARD



BİLGİ İŞLEM GERİ BİLDİRİM



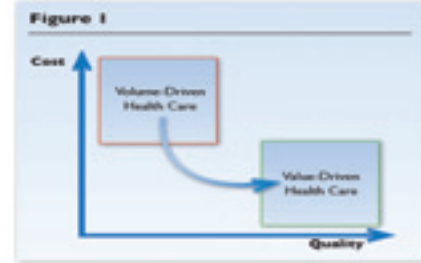
KPI



STOK YÖNETİMİ



MOVING FROM VOLUME TO VALUE



From VOLUME to VALUE : Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs, RWJF, 2009.

TALEP OLUŞTURMA



VOLÜM KRİTERLERİ

- Üretilen kaynak kredisi
 - Tabip hizmet kredi cetveli
 - Ders kredi katsayı cetveli
 - Bilimsel yayın kredi cetveli
- Kadro unvan katsayısı
 - Akademik unvanlar
 - İdari görevler
 - Bölüm görecelemesi

DEĞER KRİTERLERİ

- Hastane kalite performans kredisi
- Bölüm kalite performans kredisi
- Bölüm maliyet muhasebesi katsayısı
- Bölüm çalışan memnuniyeti katsayısı
- Bölüm hasta memnuniyeti katsayısı
- Bölüm eğitim değerlendirme katsayısı
- Bireysel eğitim değerlendirme katsayısı

HAZIRLANACAK YÖNETMELİK VE CETVELLER

- Kalite performans yönetmeliği
- Maliyet muhasebesi yönetmeliği
- Hasta ve çalışan memnuniyeti yönetmeliği
- Eğitim ve bilimsel yayın değerlendirme yönetmeliği
- Tabip muayene ve girişimsel hizmet kredi cetveli
- Bilimsel yayın ve eğitim kredi cetveli
- Kadro unvan katsayı cetveli
- Tavan eködeme katsayı cetveli

Dolayısıyla temelde biz, katmanları, sınıf arı belirleyip fonksiyonel iş yükü değerlendirmesi neleri alacağımızı önce bir standart hale getirmemiz lazım. Şimdi bu konuda biz ülke olarak hemfikir değiliz çünkü bunu bize tarif eden bir kanun, bir yönetmelik yok şu anda, değişik kongrelerde konuşuyoruz, ben hep dörtlü sunuyorum, karşıma beşli, altılı, yedili, dokuzlu, hekim iş gücü tanımları geliyor. Ha, onlar da doğru, hepsi doğru ama bir ortak değerde buluşmamız lazım ve ortak değer herkesi eşit oranda kapsamalı. Dokuzlu iş gücü geldiği zaman bana, bu balonları görmüşsünüdür birçok Hocamız, dokuzlusu var, bazı kurumlara uymuyor. Dolayısıyla benim şahsi önerim bu şekilde olur, dörde kadar gideriz, ha, bu şahsi öneri nereden? Benim Değerli Hocam Profesör Doktor Atilla Engin, zaman zaman bunları bana anlattı, dünyada cerrahlar böyle satılır diye, ders anlatan cerrahlar vardır çok iyi, lisans dersi anlatır yani öğrenciyi versin, öğrenci dilinden o anlar, öğrenci ondan ders dinleyince mutlaka başka bir hocadan daha iyi anlayabilir. Uzman yetiştiren cerrahlar vardır, gerçekten, yeni cerrahlar yetiştirir, bütün bilgi, becerisini her şekilde asistanına, öğrencisine aktarır. Cerrahi virtüözler vardır, yeni cerrahi teknikler, modaliteler, teknik uygulamalar geliştirir. Birde deneysel cerrahlar vardır, bunlar dört ana tip içinde herkes eğitimi verir, dersini verir, araştırmasını

yapar, ameliyatını yapar gibi bir tanımlama vardır. Ve bu tıbbın bütün dallarında uygulanabilir bir sistem.

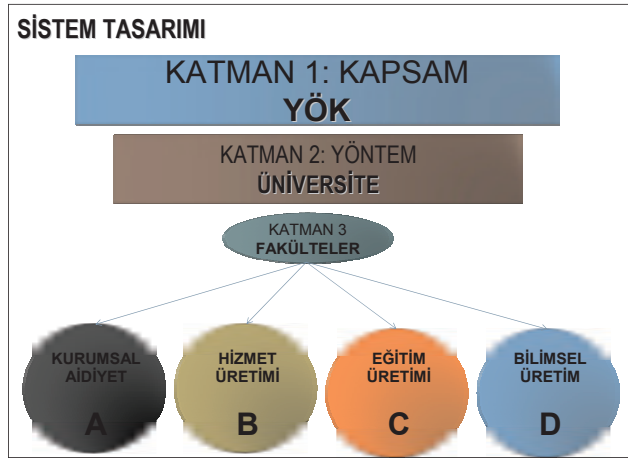
Şimdi biz önce bu standartları oturtmamız lazım. Yani kanun bize bunları yapın diyor yani bunlara göre tanım yapın diyor, bunlara göre yönetmelik çizin diyor, şu ana kadar Türkiye’de böyle bir fonksiyonel iş yükü veya bir iş planı, tanımı yok, YÖK’ün yeni getireceği yönetmelikte bunlar çıkacak şimdi, ortak özellik olarak. Buna göre eğitimi ve hizmeti tanımlayın diyor. Şimdi buna göre yönetme kadro unvanlarını tanımlayın diyor, ona göre de nitelikli akademisyen çıkarma yolunda bir yöntem belirleyin diyor. Şimdi buna kaynak nereden bulunacak, bu ayrı bir mücadele meselesi. Şu anda kaynak konusunda başka çalışmalar çok geniş platformlarda yürüyor.



Kaynak derken iki şey var; hastaneden çıkan hizmetin hastaneye faturalanması, ücretlendirilmesi veya hastanede yapılan işlerin tekrar ücretlendirilmesi, o konuya soru olursa gireceğim, onun için de büyük çalışmalar şu anda yapılıyor.

Peki, sistem ne getirecek şimdi? Üniversite Hastaneler Birliği’nin geniş çalışmalarıyla bu şekilde öneri gelişti, kanun böyle söylemiyordu, kanun diyordu ki, “her şeyi YÖK belirler”, kanunda bir değişiklik tasarısı yapıldı, Meclis’e sunuldu, ana kapsamı YÖK belirlesin, yöntemleri üniversiteler belirlesin, fakülteler de kendilerine göre sistemi dizayn etsinler. Çünkü Kars Kafkas Üniversitesiyle İstanbul Üniversitesi’nin ihtiyaçları çok farklı olabilir, çok ciddi farklılıklar oluyor arada, Sağlık Bakanlığının yaptığı gibi tek bir cetvel, tek bir yönetmelikle çıkıp bütün üniversiteleri bağlamasın. Sağlık Bakanlığındaki temelindeki sorunlarda

o da var zaten. Ondan sonrada fakülteler yani hukuk fakültesi kendine göre, tıp fakültesi kendine göre, dişçilik kendine göre özelliklerini tanımlasın ama dört temel unsur olsun. Dört fonksiyon oldu, dört de temel dağıtım unsuru olsun. Bir, kurumsal aidiyet yani ortalamadan etkilenen bir yapı olsun, bir tane hizmet üretimi yani gelir getirici faaliyetler, ders olur, ameliyat olur, ne olursa, buna tamam "B" puanı. Gelir getirmeyen eğitim hizmetlerinden gelen bir puantaj olsun, "C" puanı, gelir getirmeyen bilimsel araştırma, uygulama, proje, yayın, Nobel gibi ne varsa, işte, doçentlik sınavı jüriliği, tez jüriliği gibi ona da "D" puanı olsun, şu anki tasarı böyle. Birde "E" puanı yani ek puan, yüzdelik değer olarak işte, ek görevler, ek faaliyetler, komisyonlar şunlar, bunlar alırsa ona. Şimdi Sağlık Bakanlığı sistemini bilen Hocalarımız var, Sağlık Bakanlığı sistemine benziyor gibi gözükebilir, aynı alfabeyi kullanıyor "A-Z'ye" kadar 29 harf ama sistemin tasarımıdaki mantık tamamen farklı. Yani orada da gelir getirici faaliyetler var, orada da bilimsel var, orada da eğitim var, aynı işi yapıyoruz çünkü sonuçta aynı alfabeyi kullanıyoruz ama sistemin tasarımı neredeyse tamamen farklı.



Şimdi peki, nasıl olacak o zaman sistem? Burada, doğru veya yanlış, o kısımlarını geçtim şimdi yani hekimin parça başına ücretlendirme konusunu falan geçtim, biz dedik ki, bunları sonra düzeltiriz, şimdi öncelikle düzeltmemiz gereken iş, ikinci kata çıkmak, üç, dörde sonra çıkarız. O zaman orada dağıtılacak bir para var şimdi, komisyonun karar verdiği bir dağıtılacak bir para var, birde kurumda, yapılmış bütün işlerin, fonksiyonel iş yükünden birim iş yüküne

dönüş hesaplaması var, herkesin yaptığı her işi yani elma, armut, şeftaliyi topladığınız zaman hepsinde bir glukozu ölçüyoruz dolayısıyla hepsine cervellere hiç girmiyorum burada, bir B puan, C puan, D puan cervelleri var, onların ayrı kalibrasyon ve simülasyon mantıkları var. Kişi B, C, D puanıyla ilgili aylık işleri tamamladıktan sonra herkesin B,C,D toplanıyor, bütün toplanan sayı, dağıtılacak paraya bölündüğünde "birim dağıtım katsayısı" çıkıyor. Bu standart bir sistem, Sağlık Bakanlığı da bunu kullanıyor, bulduğu bir sistem değil, dünyada uygulanan bir sistem bu ki ona göre bölüm veya kurum ortalama oluşuyor. Kişilerin de hesaplarla gelen bir toplam, o ay için kurumsal katkı oranı var yani net puanı var, dağıtım katsayısı ile çarpınca kişinin alabildiği miktar çıkıyor ortaya. Ha, bu miktarda tavan sınırı geçemez, mesai içinde sekiz katını, mesai dışını da eklerse on iki katını geçemez. Şimdi sistemin tasarımı böyle, buraya kadar standart, hiçbir fark yok, bu bir gelirin veya paranın dağıtılmasında dünyada en çok kullanılan modellerden birisi bu. Peki, bu puanların kişisel net puan hesaplanması nasıl olacak? Burası tartışmalı konu, burada değişik alternatif yöntemler var yani bireysel mi olsun kurumsal mı olsun, işte, havuz mu olsun, parça başı mı olsun, burası nasıl olmalı? Sağlık Bakanlığı tasarımlarında burada tek tip var, bu tek tip, bütün her yere uymadığı için bölümler, işler farklı uygulamalar yaratıyor. Ben bir hastanede gördüm, bizzat otururken, Türkiye'de, Ankara'da bir hastanede arkadaşımıza mesaj geldi, baktım, "bu ayki dağıtım miktarı şu kadar hesabınıza yatmıştır, şu kadar lütfen geri ödeyiniz" diyor. O kişiye 700 lira yatmış, alacağı 500 lira imiş, ondan sonra 200 lirasını geri verecek, şimdi bu tür uygulamalarımız da var bizim. Buradaki, üniversiteler için genelde nasıl? Ağırlıklı olan, A puanı burada yani kişinin bağlı olduğu birimin, alt birimin ortalaması, çocuk ise çocuğun ortalaması, cerrah ise cerrahinin ortalaması. Bunu görev, unvan katsayısına göre bir katsayı var, işte, profesörün 5, doçentseniz 4, yardımcı doçentin 3.5, uzmanın 3, asistanın 2.5 gibi, bu da tamamen kurumun inisiyatifinde, kurum nasıl bir kalibrasyon yapmak istiyorsa, profesöre 8, doçente 3 verebilir. Niye? Çünkü Kars'ta profesöre ihtiyaç vardır, der ki ben bugün 8 kat ödüyorum şuanda, Kars'ta bunlarda zorunluluk getirmemiş, bunları belirle-

yin, bize bildirin diyor Maliye'ye nasıl dağıtacağınızı. A puanını oradan aldı diyelim ki, kurumun ortalaması mesela, çocuk bölümünün ortalaması 2.000 idi, o klinikteki hocamız, A puanı üstteki cetvel öğretim üyeleri için, burası öğretim üyelerinin, işte yaptığı vizite, eğitim, araştırma, yayın, kongre, o ay içinde ne yaptıysa mutlaka hepsi düzenli tutuluyordur, düzenli kaydedilmek zorunda. Şuandaki en büyük sorunumu o, kayıt sorunu. Biz bunu mecburen kaydetmemiz zorundayız yani bu sistem için değil, biz sabit ücret akademik başarıya göre terfi düzeni oluştursak da bunu kaydetmek zorundayız. Dolayısıyla para değişir ama bu kalır. Ne oluşturduysanız o ay, kurumun ortalaması 2.000, hocamızın 4.000, eğer 2.000 ile 4.000 aralığı varsa A'dan aldığı 10.000 belli bir oranı kadar puanı yükselecek, kurumun ortalaması 2.000 idi, oradan mesela 500 diyelim ki, o da A puanı bir miktar azalacak ama ortak havuzdan faydalanma sistemi. Dolayısıyla hem bireysel hem de bölüm ortalaması, havuz ortalaması var, Kanunun emrettiği bu yani bu en uygunu en istenileni değil. Kanun, hem kurumdan ortalamadan hem bireyin artı-eksi totalden gelsin diyor. Araştırma görevlileri için onların bizzat gelir getirici faaliyet gösterme yetkisi olmadığı için A,B,E puanları toplanıyor. 657 için de onların ders anlatma veya yayın yapma yetkisi yok, onun için de gelirleri yok, A, E puanları toplanıyor.

Peki, bu puanlar nasıl oluşturacak? En çok tartışma burada, bu puanların oluşturma cetvellerinde, sistemde değil o kadar. Anlatılanların yarısında cetvel hatalarından söz ediliyordu yani Sağlık Bakanlığının geliştirdiği tabip muayene-girişimsel işlemler puan cetveli.

OTURUM BAŞKANI _ Biraz zamanımızı aştık, diğer hocalara zaman kalmadı. Toparlayabilir miyiz?

PROF. DR. ALPER CİHAN _Sağlık Bakanlığı kullanacak ya da yeni cetvel çıkaracak. Yeni cetvel çıkarmak için biz İstanbul Üniversitesinde öyle bir teknik programı geliştirdik, onu da kullanıma sunduk, herkes kendi puan cetvelinde o programı kullanarak geliştirebilir. İçinde zaman, zorluk, maliyet, risk, morbidite, mortalite, bu işlemi yapan kişinin grubu, türü, hizmet türü, hemşire hizmeti mi, asistan hizmeti mi, hekim raporu mu, hekim takibi mi, operasyon mu, uygulama mı, bütün bunlar, buna göre bir tasarımdan geçirilip, bölümün geliri, gideri, ortalama yükü,

Şimdi SUT'daki puanlama veya SUT'daki fiyatlar, o hizmeti geliştirince sigorta kurumunun o hizmet için bize ödeyeceği para. Peki, o SUT'daki kodu geliştiren kişinin o işten dolayı hak edişi ne kadardır? Şimdi SUT'da malzeme fiyatı var, refakatçi ücreti var, yemek ücreti var, film ücreti var, ameliyat ücreti var, enjeksiyon ücreti var, SUT'un listesi bir hekim performans listesi değil veya hekimlik hizmetinin karşılığı değil, bazılarının tekil fiyat SUT'daki fiyat bazen bir grubun fiyatı, paket ameliyata fiyat veriyor, oradaki 10 kişinin yaptığı işin karşılığı o. Dolayısıyla SUT'daki fiyatları bunun için kullanamayız. SUT'daki puan da o paranın 0.597'e bölünmesi sonucu çıkan bir puan, ihalelerde ve satın alma işlemlerinde kullanılması gereken bir puanlama SUT'daki puanlama, sabit bir puan, işleme göre değişmiyor. Para, belli bir çarpana bölünüyor. Dolayısıyla bizim hastanede yapılan tüm işleri "yapılan işlem" adıyla kayda almamız ve buna göre bir sistem tarafından buna bir emek, puan karşılığı doğurmamız lazım.

Şimdi bunun için Sağlık Bakanlığı Tabip-Muayene-Girişimsel İşlemler Cetvelini kullanıyor, SUT bunların aynısını, SUT'da olmayan bazı kodlar da vardır orada ve bunlara Sağlık Bakanlığı kendi amaç ve idarelerine göre puanlar harcıyorlar. Diyor ki, senin ayakta sayısı çok arttı, sizlerin buna puanı 400 ama ben onu 200'e indireceğim diyor, azalsın bu sayı diyor veya bu işlem, tamam 300 puan alıyor, bunu 400 yapacağım, bu işlemin yapılmasını teşvik ediyorum diyor, Sağlık Bakanlığının puanlaması tamamen böyle. Ve en çok eleştiri de o cetvel. Şimdi üniversiteler için böyle bir cetvel var mı? Yok,

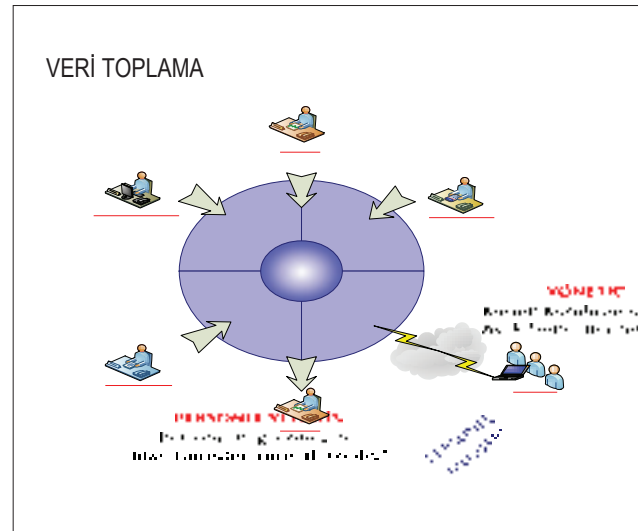
hepsine göre bir hizmet ağırlık sınaması, hizmet ağırlık puanlaması ve doktor ağırlık puanlaması çıkaran bir sistem. Tamamen açık, bütün üniversitelere sunacağız bu hafta, isteyen üniversite girsin oradan puanını, hangi parametreyi kullanmak istiyorsa, zorluk derecesi kullanmak istiyorsa onu, maliyeti kullanmak istiyorsa onu, mortaliteye göre benim verilerim var, mortalitesi yüksek olan işlemlere daha çok puan vermek istiyorum derse kullanıp yapabilir. Yani bizde bu cetveli eleştirmek yerine bunu yapmamız lazım. Bu hafta YÖK'e yolluyoruz bunu, o da çıkacak.

OTURUM BAŞKANI _Süremiz bitti, son kapanış cümlelerinizi rica ediyorum.

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Hemen “tam günü” söyleyeyim, belki merak ediyordur tam gün, Tam Gün Yasasının son durumunda ne oldu şuanda gerekçeli karar çıktıktan sonra; bir kere herkesin mutabık olduğu bir konu var, herkese tam mesai, part-time kalktı. önceden part-time olanlar, sonuna kadar bu haklarını kullanacaklar, süreliydi part-time biliyorsunuz üniversitelerde, 01 Şubat’tan sonra 6 ay daha süresi varsa onu aynen kullanır ama 31 Ocak’ta bitenler yeniden part-time başvurusu yapamıyorlar, dilekçe verip tam güne, tam statüye, daim statüye geçmek istiyorum demeleri gerekiyor, part-time olanlar süresinin sonuna kadar her türlü hakkını kullanır, mesaisi 14.00’te biter, döner sermayeden yaralanamaz, maaşını düşük alır, daha sonra geçmek istiyorsa üniversiteye geçer. Karışıklık şurada; mesai bittikten sonra peki, hekimler ve öğretim üyeleri ne yapacak? Bir görüşe göre öğretim üyeleri dışarıda çalışabilirler ama tüzel kişilik oluşturamazlar, Anayasa Mahkemesinin gerekçeli kararı bunu söylüyor diyorlar yani. Hekimin dışarıda çalışmasına engel olamazsınız, dolayısıyla bilgisini ve akademik, teorik bilgisini burada kullanabilir diyor ama tam gün statüsü kurumun bir hakkıdır, o statüyü veriyse başka bir tam güncü olamaz, bir muayene açtığında o da tam gün gereksinimi olan bir faaliyettir veya bir şirket kurduğunda bireysel olarak çalışabilir diyenler var. Bir görüşe göre de bireysel olarak çalışa-

bilir ama sadece tıpçılar çalışabilir diğerleri çalışamaz diyenler var. Bu için de bir kanun tasarısı var, Meclis’e verilmiş durumda, Sağlık Bakanlığının verdiğinde üniversitelerde 5 yılı doldurmuş, pardon, profesörler, üniversite dışında çalışabilirler ama SGK anlaşması olmayan kurumlarda çalışabilirler ve döner sermayeden faydalanamazlar gibi bir tasarı verildi. YÖK de şuanda kendi tasarısını hazırlıyor, bu hafta verecek, ne çıkacağını ben de bilmiyorum.

Çok teşekkür ederim. Soru ve cevaplarda yardımcı olmaya çalışacağım.



OTURUM BAŞKANI _ Şimdi değerli katılımcılar, kurum katılımcılarının konuşmaları ve tartışmaları bölümüne geçeceğiz, epey geciktik, öğlen yemeği arası verip sonra devam edelim diye düşünüyordum ama onu yapmayalım çünkü sıcak sıcakına bir tartışma ortamı yaratmakta fayda var.

Şimdi söz sizin, Sayın Altan Hocam, buyurun, sizinle başlıyoruz, sonrada ikinci sırada da sözü size vereceğim. Lütfen, bütün konuşmacılardan ricam, kendilerini ve kurumlarını hatırlatırlarsa çok iyi olur. Hocam dilerseniz böyle gelebilirsiniz, buradan daha rahat seslenebilirsiniz. Bütün konuşmacılar dilerlerse kürsüye gelip hitap ederler, böyle daha da iyi olur.

PROF. DR. ALTAN TÜZÜNER *Ufuk Üniversitesi*

Çok teşekkür ediyorum Sayın Başkan. Değerli konuşmacılara da çok teşekkür ediyorum. Şimdi kafamın içerisinde her taraftan gelen bir uğultu var. Pek çok şey anlatıldı, zaten sistemin ne olduğunu bilmiyordum, şimdi kafam iyice karıştı. Meslektaşlarımız çok yakınıyorlar. Şimdi tabii, arkadaşlar çok yakınıyorlar, son konuşmacı arkadaşım üniversitedeki değişikliklerin ne olacağını söyledi ama bizi de kaliteli futbolcuların oynamadığı az transferli II. ligde görüyor, bu ne zaman yüksek transfer olacak, asların oynadığı bir lig ne zaman olacak? Onu sormak isterim. Şimdilik sonuç ne? Ondan da hiçbir şey anlamadık, şimdilik sonuç yok! Yok! Yani kervan yola çıkmış, kervan yolda düzülür diyorlar. “siz bunu yapacaksınız” diyorlar, “nasıl yapacağım arkadaş,.. Onun için şef af ık önemlidir, ne zaman şef af ık, onu da bilemiyoruz. Model, ne zaman yapılacak, o da belli değil. Sen bunu yap diye bir eline bir şey vermişler, öyle gidiyor. Bir arkadaşım

dedi ki, “110 trilyon borcu var benim üniversitemin”, bu nasıl ödenecek? Devletin üniversiteler ile yeni bir ödeme planı ve anlaşması yaptığını duyuyoruz. Kimisinin var, kimisinin yok, kimisi de “öyle bir teklif yapılmış, ben bunu duydum” diyor.. Bir ödeme planı içinde borçların ödeneceği söyleniyor. O sırada da bu sistem oturacaksa, sisteme alışırız, hâlâ belli olmayan ortak değerler de ortaya çıkar, dolayısıyla da bir şeye varırız” deniyor ama bunlar anladığım kadarıyla zorlama, “dediğim dedik, çaldığım düdüğü”. Benim anladığım o, kafamın içerisinde bir sürü uğultu dolaşıp, dolaşıp duruyor, bilmiyorum siz ne anladınız?

Teşekkür ediyorum.

**DOÇ. DR. NECMİ KURT** *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Bizim buraya geliş amacımız belli, eğer hiçbir şey yoksa o zaman buraya niye geldik? 3-4 senedir, ben sadece Sağlık Bakanlığına değil, internete değil, Başhekimliğe, Türk Cerrahi Derneği'ne, şahitsiniz, Türk Tabipler Birliğine yani yazdığım raporları iletmediğim makam kalmadı ama maalesef, Sayın ağabeyimizin, Hocamızın, Altan Bey'in bahsettiği gibi, hiç kimseyi muhatap bulamadık çünkü bizleri muhatap almıyor kimse. Biz buraya hekimler olarak gelirken, asla peşin muhalefetçi değiliz, bizim amacımız siyaset yapmak da değil, ideoloji de değil. Biz buraya Sayın Türk Cerrahi Derneği'nin Başkanı ve ekibi davet etti, biz de gelip burada sorunlarımızı konuşmak istiyoruz. Ha, temennim şuydu; keşke konuşmalar biraz daha az olsaydı da kurumlardan gelen temsilcilerin istek ve konuşmalarına biraz daha ağırlık verilseydi ama ne yapalım, bu kadarmış.

Ben şimdi müsaade ederseniz, benim çıkardığım birkaç notlardan size çözüm önerileri, sorunlar ve çözüm önerileri konusunda birkaç şey söylemek istiyorum. Şimdi biz de Adil Ağabey gibi klinik havuzu oluşturduk, aynen o uygulamayı yapıyoruz. Şimdi haksızlık-

larla dolu bir döner sermaye performans yönetmeliği mi, yasası mı ne dersiniz deyin, bu var, bunu hiç kimse gizleyemez. Benim Sayın Aydın Bey'e, Müsteşar Muavinine teklifim şu oldu, dedim ki, bu performans yasasını ya düzeltelim veya tamamen kaldırın, istemiyoruz bunu. Fatih Ağalar da çok güzel bir anket yayınladı, o anketi, % 40'a yakın kişinin bunu istemediğini söyledi, hiç kimse parayı reddeder mi? Ee, şunu görüyoruz yani bir klinik şefi 1,5 milyar alıyor, 1.250, 1.500 alıyor, bir göz hastanesinde 4.250 alıyor, kulak, burun, boğaz keza öyle. Bakıyorsunuz ki, asistanların bile uzmanlardan ücretlerinden çok fazla aldığı bir sistem var, biz de çalışıyoruz yani tamamen haksız, bunun eğer düzeltilmeyecekse kaldırılmasını istiyoruz. Ha, burada 3.000 üyesi olan Türk Cerrahi Derneği'nin etkinliği ne olacaktır, hep beraber göreceğiz.

Peki, benim teklifim şu; asistanlar sabit ücret almalı-



dır, Adil Ağabey de onu söyledi, hatta ben bir adım daha ileri gidiyorum, klinik şeflerinin sabit bir baz alması, onun üzerine performans yasasının uygulanmasının daha mantıklı olacağını söylüyorum.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde hem tabii yeni uygulanacak olan üniversiteleri de buna katmak lazım, devlet hastanelerindeki bu yasayla farklı olması gerekir diye düşünüyorum veya bunu tekrar gözden geçirmeleri lazım. Yani siz düşünebiliyor musunuz, bir komplikasyonu çıkmış olan adam, ameliyat yapıyor, mide ameliyatı yapmış fistül gelişti, safra yolları ameliyatı yapmış fistül gelişti size gönderiyor, ne oluyor biliyor musunuz? Bu hasta 1-2 ay yatıyor ve siz cezalandırılıyorsunuz, uzun yattığı için katsayıda da yanlış bir hesaplama yapıyorlar, birde yatak işgal oranıyla senin bir fituk, bir guatr yapıp, safra kesesi yapıp çok kısa sürede o yatağı kullanma hakkınızı gasp ediyorlar: Oysaki bunun böyle olmaması lazım, daha önce yine Adil Ağabey söyledi, biz, eğitim hastaneleri olarak her türlü en son noktayız, her türlü ağır hasta bize gönderiliyor, ölecek hasta da gönderiliyor fakat uzun yattığı için cezasını biz çekiyoruz. O halde devlet hastaneleriyle eğitim-araştırma ve üniversite hastaneleri bu konuda bir ayrıcalığa tabi tutulmalıdır.

Yapılan işin riski emeğin süresine yönelik puanlama yapılmalı diye not aldım, şunu demek istiyorum; 10 dakikalık ameliyatı yapıyor, 720 puan, daha önce bizim gastrektomi ameliyatımız 600'dü, sonra itirazlarla Whipple 2.000'e, öbürü de işte 1.800'e falan çıkarıldı.

Biz hiç kimsenin aldığında gözümüz yok ama yapılan işin riski ve emeğin süresine göre bunların gözden geçirilmesi lazım. Yani cerrahlar eğer az alıyorsa bu yönetim hatasından değildir, o yönetim hatası varsa taa Sağlık Bakanlığındadır o yönetim hatası, asla hastanelerde değil.

Eğer komplikasyonlu hastalar sevk ediliyor dedik, birde şöyle bir durum var; Pendik Devlet Hastanesine gelmiş hasta, muayene olmuş, ameliyat olmuş, komplikasyon çıktı, size sevk ediliyor. Yine acilde muayene ediyor hastayı acil tıpcı, kendi 20 puan alıyor, sana geldiği zaman 10 puan, onlar almasın demiyorum, ilk müdahaleyi yapan kişi alıyor parayı ama sevk o kadar kolay ki, "yallah sana, hadi git", 10 puan! 15 mi, pardon, 1 ay önce oldu şimdi eğer bunları suçsa, bu haklarımızı savunmak eğer suçsa o zaman bırakalım yapmayalım yani gelmeyelim de buraya, bunları konuşmayalım da! Adil Ağabey ile gelirken dedik, "Ağabey, yine aynı havanda su mu döveceğiz" beraber konuştuk ve bir kere daha gidelim, bir kere daha konuşalım, bakalım ne olacak dedik.

Şimdi kamu hastaneleri pilot uygulaması, seçimden sonra önünüze gelecek, ben onu 3 senedir, 4 senedir okuyorum, gözümüz aydın, gözünüz aydın, o zaman performans nasıl uygulanacak, kimlerin o kurumda kalacağı kimlerin kalmayacağını göreceksiniz. Bu, biraz önce Sabah gazetesinde Sayın Cihan Bey'in gösterdiği yazıya da bakın, bunun altyapısı hazırlanıyor yani o kurumlar, o büyük kamu pilot hastaneleri olarak seçilen kurumlar elden çıkacaktır, kendinizi hazırlayın. Evet, bunlar varsayım değil, Sayın Bakan'ın uygulamalarından ve eğitim hastanelerine "üst kademedен döner sermayelerini verin" lafına çok katılıyorum. Ama bunu zarardaymış gibi o hastaneleri gösterip de daha sonradan bunların satış veyahut da devrediliş şekline altyapısını oluşturacaksa, belki çok kötümser konuşuyorum. Sayın Hocam çıktı dedi ki "valla, ben cerrahliğimden utandım yani istifa edeceğim, iyi ki ayrılmışım" gibi laf ar etti, öncelikle dedim "bravo, çok güzel yani doğruyu söylüyor" ama sonradan hep suçlu bizmişiz, hiç sistemde bir hata yokmuş gibi, ben üzüldüm. Hepinize saygılar sunuyorum, sürçülisan ettiysem af ola.

OTURUM BAŞKANI _ Evet, arkadaşlar, dilerseniz çok acıktık değerli Hocalarım, bir yemek arası verelim, ondan sonra ikinci bölümüne salona tekrar döneceğiz.





OTURUM BAŞKANI_PROF. DR. CEM TERZİ _Evet değerli katılımcılar, öğleden sonraki oturumumuzu açıyorum. Bu andan itibaren kurum katılımcılarına söz veriyoruz. İster slâytlarla sunum yapmak isteyen hocalarımız, isterse sözel olarak sunum yapmak isteyen hocalarımızı kürsüye davet ediyorum. Sizin bir slaytlı sunumunuz vardı sizle başlayalım sonra Sayın Demirel söz almak istedi ikinci sırada siz. Alabilir miyim slaytları?

DOÇ. DR. RAFET YİĞİTBAŞI _ *Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi* _ Ben yükledim.

OTURUM BAŞKANI _Yüklediniz slaytları. Harika! Açalım buradan, hangisi?

DOÇ. DR. RAFET YİĞİTBAŞI



Lütfen, ben açarım. Sayın Başkan, Değerli Meslektaşlarım hepinizi saygıyla selamlıyorum. Slâyt lafı geçince endişelenmeyiniz. Öylesine çok kısa belki beş dakikayı geçmeyecek bir konuşma olacak ve konuşulan şeyleri tekrarlamaktan kaçınmaya çalışacağım.

Şimdi performans sistemini Sağlık Bakanlığı çıkartırken bir olumsuz belki bir de olumlu gerekçesi var idi. Yani olumsuz gerekçesini söyle açıklayabiliriz. Çalışan, sistemde çalışan hekimlerin sanki yeterince iş üretmeyen emeklerini yeterince işlerine yansıtmayan elemanlar olarak değerlendirip bunu bu kişilerden nasıl daha çok verim alırım, kurumları daha çok nasıl verimli kullanabilirim mantığıyla yaklaştı ve bunu olumsuz görüyorum ama kendi içersinde belki bir mantığı vardır. Olumlu yönü ise şöyle söyleyebiliriz; geçmiş on yıllarda bizim mesleğimiz ciddi bir itibar ve buna paralel olarak da ücret kaybına uğradığı hepimizin malumu. Şimdi Sağlık Bakanı ve sağlık sistemini yönetenlerden duyduğum bir cümleyi ifade etmek istiyorum. Hepimizin sabit maaşlarını biliyoruz. İşte bir klinik şef 1.800 – 1.900 TL civarında maaş alıyor. Bir genel cerrahi uzmanının da 1.500 -1.600 civarında sabit maaşı var. Şimdi, itibar kaybı derken bunu kastediyorum. Hepimiz bir kaymakamdan, hâkimden, yargıçtan veya bir albay rütbesindeki bir askerden çok düşük ücretler almaktayız. Şimdi

zannediyorum sistem içerisinde bu sabit ücretleri arttırmanın bir yolunu bulamadı. Bizi yönetenler, daha doğrusu sağlık sistemini yönetenler sağlık bakanları. Şimdi bunun üzerine ancak hekimlerin de bu mağduriyetlerini bir şekilde ortadan kaldırmayı düşündüler. İşte performans sistemini bu şekilde ürettiler diyeyim ben ve buna dört elle sarıldılar. Evet, kendi demecelerinde bunu söylüyorlar. İşte şu dönemden önceki gelirlerinizle şimdiki kıyaslayınız. Yüzde yüz, belki yüzde iki yüzden fazla artış olduğunu göreceksiniz. Güvenceli midir? Sabit midir? Emekliliğe yansımış, yansımamış. Bu sistemin olumsuzluklarını onlar da kabul etmekle beraber, böyle de bir yaklaşımları var.

Şimdi, bildiğiniz gibi efendim slâyda geçebilirsek; çok klasik olarak emeğin üretimin ücretlendirilmesinde klasik yöntemler vardır. İşte sabit ödeme olabilir, zaman bazlı bir ücretlendirme olabilir, birim iş veya parça başına bir ödeme söz konusu olabilir. Bunların karması, birleştirilmesiyle oluşturulan karma sistemler düşünülebilir. Belki biz son zamanlarda hekimlerin muhatap olduğu sistem bunların hiç birine uymuyor. Biz bunu keyf sistem diye ironik bir şekilde biçimlendirebiliriz, ama adil olmadığı kesin. Şimdi bu sistem, içersinde bulunduğumuz sistem, performans dayalı ödeme sisteminde aslında mantık olarak evet, kelimenin tam lügat karşılığı başka şey anlamına gelse de bizim anladığımız o ki üretilen işin biriminin değerine, biriminin başına biçilen bir değeri ifade ediyor aslında, yani fakat bu gerçek manada uygulanacak olsa emeğin karşılığının sabit olması lazım, kazanılmış bir hak olması lazım, annemizin ak sütü gibi ve kutsal olması lazım. Ya, bir işe bir emek verdik onun bedeli var ise bu bizim için bu sıfatlara haiz olmalı ama bu böyle değil, bu sistem böyle değil tam saf olarak böyle değil. Diyor ki birde hastaneler gelirlerinden %40'ını ayırarak bunu kendi içersinde dağıtsın diyor.

Üretim (Emek) Ücretlendirme Yöntemleri

- Sabit ödeme
- Zaman bazlı ücretlendirme
- Birim iş (parça) başına ödeme
- Paylaşım sistemleri (hasılat, kâr)
- Karma sistemler
- Keyfi sistemler (Gayri-adil)

- Performansa dayalı ödeme: Üretilen işe değer biçmeye dayanır. (Emeğin karşılığı sabit, kazanılmış hak, kutsaldır)
- Paylaşım : Anlaşma şartlarına bağlı olarak kazanımların paylaşımı esasına dayanır. (yönetime katılım, ürünün fiyatını belirleme hakkı gerektirir)

Dağıtma kriterlerini nispi puan sistemini kendisi dağıtmakla birlikte sonunda hastanelerin kazancından belli bir miktar dağıtılmak için ayrılıyor. O zaman bu bir paylaşım mıdır acaba diyoruz. Fakat paylaşım ise eğer, paylaşmanın da felsefesini yaparsak, şu mantığın olması gerektiğini ben düşünüyorum. Bir kere karşılıklı anlaşma ile belirlenen bir paylaşım esas olmalıdır ve böyle durumda paylaşmayı gerçekleştiren taraf aslında yönetim üzerinde hak sahibi olmalı ve söz sahibi olmalı ve ürettikleri işin, ürünün fiyatını da belirleme hakkına sahip olmalıdırlar. O zaman ben ürettiğim bir şeyin gelirini ya hâsılat üzerinden veya kâr üzerinden paylaşabilirim. Şimdi bakın, sistem bunların hiç birine tam anlamıyla uymuyor. Onun için keyfi ve daha gayri adil diye isimlendirmemizin sebebi bu. Şimdi birkaç konuşmacı bu performans sistemine karşıyız, kaldıralım diye laf ar ediyorlar. Şimdi ben pragmatik düşünmekten yanayım. Yani pireye kızıp yorgan yakmanın doğru olmayacağını, sonra pişmanlık yaşanabileceğini düşünüyorum. Bu 1.800 lira bir klinik şefinin sabit maaşının olduğu bir ortamda performans kalktığı zaman en iyimser bakış açısıyla yüzde kaç bu sabit ücretlerimiz arttırılabileceğini düşünüyorsunuz. Bunu hangi bakanlar kurulunda, hangi bakan, Adalet Bakanı efemim ya da İçişleri Bakanı imza atacak bunun altına? Onun için biz hepten karşı çıkmak yerine sistemin adaletsiz yanlarını, olumsuz yanlarını tespit edip, bu olumsuzlukları ortadan kaldıracak alternatif model üretmeliyiz diye düşünüyorum. İşte bildiğiniz gibi puan sistemleri var. Mesleki dernekler, bizi temsil eden kendi iç sistemin bizi ilgilendiren yönü itibarıyla olumsuzluklarını tespit etmeli ve üstüne düşen her türlü çabayı göstermeli.

Puanda bir sürü olumsuzluklar var örnek vermek istemiyordum ama laparoskopiye ben bir arkadaşım-dan farklı bakıyorum. Laparoskopi'nin özel eğitim gerektiren biraz daha akademik bir cerrahi faaliyet olduğunu düşünüyorum. Ayrıca ödüllendirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Faturaya yansıyan yönü başka bir şeydir. Maliyetinden dolayı ama hekime bakan yönüyle de ödüllendirilmesi gereken bir şey olduğunu düşünüyorum. Laparoskopik gastrektomi ile açık gastrektomi arasında sadece 100 puan var, 1000 puan içersinde 100 puan, onunda içersinde farklı tutarsızlıklar var. Laparoskopik sleeve gastrektomi, buradaki herkesin yapabileceği bir operasyon ama Laparoskopik gastrektomi belki biraz daha komplike ama sleeve gastrektomi, subtotal gastrektomiden %50 daha yüksek puanı var, bunlar tespit edilmeli. Şimdi eğitim araştırma hastanelerinde bir formülasyona göre ödeme puan tespiti yapılıyor. Arkadaşım detaya girmeyeceğim dedi ama ben müsaadenizle bir iki detayı dikkatinize sunmak istiyorum. Çünkü burada maddi hatalar var. Bu maddi hatalarda insanların doğrudan hak kaybına sebep olmaktadır. Sistemi bilmiyoruz bizim için karmaşık diyenler için çok basitleştirerek anlatacağım ve anlaşılacağını ümit ediyorum.

Prosedür Adı	Puan	Diğer Bilgiler
1. Laparoskopik Gastrektomi	1000	
2. Açık Gastrektomi	100	
3. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi	1000	
4. Subtotal Gastrektomi	500	
5. Laparoskopik Gastrektomi	1000	
6. Açık Gastrektomi	100	
7. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi	1000	
8. Subtotal Gastrektomi	500	
9. Laparoskopik Gastrektomi	1000	
10. Açık Gastrektomi	100	

Şimdi net performansı hesap ederken, klinik hizmet puan ortalaması çarpı eğitim hastaneleri kadro unvan katsayısı, yani şef er için 2,6 şef yardımcıları için 2,2 olan katsayıyı kastediyor. Bugün klinik hizmet puan ortalamasıyla bunu çarpıyor. Çarpı aktif çalışan gün sayısı yani bir hafta izin kullandıysanız dörtte birini kaybediyorsunuz. Hadi ortalamadan yaptığı için bunu kabul ediyor görünelim ama aslında sizin aldığınız puanın ana iskeletini klinik hizmet puan ortalaması oluşturuyor, sizin kendi puanınız değil. Artı bilimsel çalışma destek puanı varsa, eğer yayın üretmişseniz, onlar eğitici desteklenme puanı bunları geçiyorum çok küçük şeyler bunlar zaten. Fakat şu dışı parantez içersini dikkatini çekeceğim, sizin gerçekten ürettiğiniz puan aslında burada tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı.

- **Eğitim ve araştırma hastanelerinde mesai içi çalışan personelin net performans puanları aşağıdaki şekilde hesaplanır.**
- Klinik Şef, Şef Yardımcıları, Uzman Tabipler ve Başasistanlar
- Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + (varsa) Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı - (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) X 0,5] + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Şimdi sizi klinik puan ortalamasından fazla ürettiğinizi düşünürseniz burada siz artıya geçersiniz. Çünkü arada eksi işareti var siz fazla ürettiyseniz artıya geçersiniz. Ama bakın bununda farkındaysanız aktif çalışan gün-saat kat sayısı ile çarpılmaktadır. Hâlbuki siz zaten çalıştığınız günde ürettiniz onu, o puanları ve o sizin ananızın ak sütü gibi helaldir. Burada tekrar bir kısıntı kırmaya ihtiyaç yoktur ve burada tam bir halk gaspı vardır. Bununla kalınmamıştır ve 0,5 ile bunu çarpmışlardır. Yani siz ortalamanın üstünde puan ürettiğiniz halde fazlasını almanız gerekir. Çünkü formülün birinci bölümü klinik hizmet puanı üzerinden gitmişti. Şimdi şahsi puanımıza geldik, şahsi puanımız zaten fazla ise bunu da bütününü almamız lazım. Neden 0,5 ile çarpılıyor. Bu gibi maddi hatalar vardır. Bu gibi şeyler mutlaka düzeltilmesi lazım.

- Performansa dayalı ek ödeme / sabit maaş oranı çok yüksek
- Ödemeye esas miktar, değişken olup hastane gelirinin %40'ına tekabül etmekte, ödeme kurumu politikaları ve kurumsal performanstan etkilenmekte
- Çalışan hekim sayısı bölen olarak kullanılmakta
- Üretilen aynı işin karşılığı her kurumda farklı oluşmakta
- Branşlar arasındaki dengesizlik tolere edilemez boyutlarda
- Bilimsel-mesleki hiyerarşi, akademik ve riskli üretimler ödüllendirilmemekte
- Eğitim hastaneleri çalışanları özellikle eğiticiler çok yönlü mağdur edilmekte (Örn. Komplike olgular, Kadro-unvan katsayıları, asistanlar, rotasyoneler)
- Formülasyon ve puan tespitindeki hatalar
- Gelir güvencesiz ve emekliliğe yansımamakta

Şimdi, performans sistemi eğitim araştırma hastanelerinde yaklaşık 6 yıldır uygulanıyor, üniversiteler yeni geçecek. Ben Alper arkadaşımı dinleyince onun ilk cümlelerini ben burada kendisine iade etmek istiyorum. Benim daha çok kafam karıştı, umutsuzluğa düştüm. Üniversite benim ilk yuvamdı ama üniversiteler adına üzıldüm. Ortada hiçbir şey olmadığını, çok kaotik uçuşan fikirler olduğunu görüyorum. Bir şeyler ortaya çıkacağını ümit ediyoruz hep beraber ama o kadar kolay olmayacağını düşünüyorum ve bu altı yıllık deneyimden, ortada olan olumsuzluklardan ders alınmasını ve bir düzeltici faaliyet yapılacaksa hem üniversiteler, hem Sağlık Bakanlığı sistemi için ortak düzeltici faaliyetler yürütülmesini gerekliliğine inanıyorum.

Genel Cerrahi yönünden

- Girişimsel işlemler puanı yönünden en mağdur branş genel cerrahidir. Alınan ücretler, branşlararası önem ve risk sıralamasındaki yeri ile ters orantılıdır
- Eğitim hastanelerinde asistanlar bölendir
- Rotasyonier asistanlar yönünden sayısal mağduriyet söz konusudur

İdeal Performans sistemi için öneriler

- Toplumsal ve Meslek içi hiyerarşiyi gözetmeli
- Branşlararası önem-risk dengesini, akademik faaliyetleri gözetmeli, ödüllendirmeli
- Değişken ücret / sabit maaş oranı yarıdan az olmalı, ancak üst sınır yüksek tutulmalı
- Hakedilen ücret dış unsurlardan etkilenmemeli
- Hizmetin kalitesi ve verimliliğine katkı vermeli
- Sistem suistimale izin vermemeli (Kapalı kaplar sistemi)
- Emekliliğe yansımali

Daha fazla uzatarak sabrınızı zorlamak istemiyorum. İnşallah sayın yetkililer, davete katılmamışlardı ama

bir şekilde bu düşüncelerimiz onlara iletilir diye ümit ediyorum, teşekkürler.

OTURUM BAŞKANI _ Sayın Demirer buraya rica edeyim, daha rahat etmez misin?

DR. SEHER DEMİRER _ *A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği*



Ben de tüm konuşmacılara teşekkür ederek başlamak istiyorum. Bir kaç noktayı dile getirmek istiyorum.

Öncelikle Adil Hoca'mın vurguladığı konu, bence bugünkü oturumun herhalde en çarpıcı, en üzücü mesajı! Asistanların gelir dağılımına göre klinik seçmesi, bu hakikaten çok üzücü, çok yaralayıcı bir tespit ama çok doğru bir tespit, çünkü aynı tespiti bende görüyorum kendi üniversitemde hocalarımda var burada pek çok asistanımız istifa edip gidiyor. Gerekçeleri de şu: Ankara için söyleneni söylüyorum, 'Hocam işte Ankara Hastanesi benim arkadaşım daha yüksek alıyor. Numune'deki arkadaşım daha yüksek alıyor.' Bu çocuklar haklı; ev kirası ödüyorlar, çocuk büyütüyorlar ve geçinemiyorlar yani üniversite bu anlamda ne yazık ki çok zor duruma düştü. Yani devletteki bu performans sistemi güzel, gelsin ama üniversiteye bu anlamda devletimizin bir katkısı olmadı. Yani üniversite çok yerinde sayıyor, bu anlamda kan kaybediyor ki üniversiteleri hekimliğin lokomotif olarak görürsek, hekimliği bir trene benzetirsek üniversite lokomotif, lokomotif olmayan bir tren bir yere gidemez. Asla menziline ulaşamaz bu çok önemli üniversiteler bu anlamda da kan kaybetti.

Bir ikinci konu, Hakan Bey'in konuşmasından ben çok yararlandım. Tahmin ettiğim gibi suiistimale açık

bir sistem bu, zaten belli çok kafa yormaya gerek yok ama üzücü olan taraf suiistimal cezalandırılmıyor gördüğüm kadarıyla yani yapan yaptığıyla kalıyor. Bir ay içinde herhalde o şeyleri yapmanız gerekiyor sizin. Gerekli evrakları diyeyim artık tamamlamanız gerekiyor ve bu yetişmiyor yapan da yaptığıyla kalıyor, bu da çok nahoş bir durum. Tabii belki Sağlık Bakanlığındaki meslektaşlarımız daha iyi bilir, ben sadece, benimki duyum doğru mudur bilmiyorum. Bu performanstaki puanlamalarda o dönemde bakanlığın danışmanı mıdır diyeyim ya da her kimdir bu görevle uğraşan bilmiyorum, bir ortopedist ve ürolog olduğu söylendi ve onların ameliyatlarına çok yüksek puanlar verildiği söylendi. Ama bu da çok üzücü ülke için yani bu ülkenin hiç mi genel cerrahi hocası yok, şefi yok, yani çağrılmaz mıydı bu insanlar? Bu ameliyatların niteliği ve boyutu anlatılamaz mıydı? Bu kadar dar bir çerçevede iki meslek grubundan, tabii ki onların da girişimleri de önemli. İki insanın mı karar vermesi gerekirdi? Bu da ülke için çok üzücü.

Söyleyeceğim son şey bir üniversite mensubu olarak Alper'e teşekkür ederim konuşması için. Benim cevabını alamadığım iki konu var. Tam bir şeyler oluşturulmuş ama döner sermaye ile ilgili hâlihazırda üniversitelerin en önemli sıcak para girdisi öğretim üyelerinin yaptığı özel muayene ve özel ameliyatlardır. Bu sıcak para girdisiyle üniversite pek çok para sorununu halleder. Şimdi yeni sistemde bu tanımlanmamış ya da siz bahsetmediniz, olayın bu boyutu nasıl halledilecek? Yani bir girdiden söz ediyorsunuz da bu girdi sadece yani bizim tabii cerrahi polikliniğinde bir hasta yatıyor, elbette benim adıma Seher Hoca yani birinin adına yatıyor, ameliyatı da yapılıyor, taburcu oluyor. O hastadan biz sadece Sosyal Güvenlik Kurumunun geri ödediği parayı belli bir süre sonra kurumumuza intikal ediyor. Ancak bir öğretim üyesinin hastası olursa hem özel muayene hem özel ameliyat bedelini

aynı gün yatırıyor, üniversitenin kasasına direkt giriyor. Üniversite pek çok harcamasını bununla yapıyor. Şimdi bu yeni sisteminizde bunun yeri nasıldır, bu var mı, yok mu? Artı ben kaç yıldır muayenehane açabilecekken, kendimden kişisel bir örnek ama soracağım, açmadım, kamuya ucuz, güvenli hizmet verdim, yani

ama kamu nedense bizi tokatladı! Ben muayenehanesi olanların tuzu kuru diyorum. Onlarda bir sıkıntı yok, bizim durumumuz ne olacak, yani ben bunun cevabını bulamadım sevgili Alper konuşmandan bu konuda bir netlik getirirsen sevinirim. Çok teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI_Başka söz almak isteyen? Hay hay buyurun hocam.

PROF. DR. ADİL BAYKAN _ İlk hesaplamada da klinik ortalama puanı şeklinde bu, fakat şunu biliyoruz ki çok detayını bilmemekle birlikte klinik ortalama puanı hiç de öyle her zaman yaptığınız kadar iş size yansımayabiliyor. Yanındaki kliniğin, bir başka bir kliniğin bir takım farklı davranışları sizin ortalamanızı düşürebiliyor. Bu konuda biraz açıklamalar getirebilir misin?



DOÇ. DR. RAFET YİĞİTBAŞI _ Şimdi hocam, ilk klinik puan ortalaması başka klinikten çalışmasına faaliyetlerinden etkilenmiyor ama bizim sonuçta aldığımız para etkileniyor. Klinik puan ortalaması o klinikte çalışan uzmanlar adına biriken puanların yalnız uzman artı asistan sayısına bölünmesiyle elde ediliyor. Onun için eğitim hastaneleri burada mağdur edilmektedirler. Yani hizmet hastanelerine göre ben aslında süreyi kısa tutmak adına birçok şeyi konuşmadım. Çünkü konuşsaydım herhalde bir yarım saati bulacaktı.

OTURUM BAŞKANI_ Yani, bir Sağlık Bakanlığı perifer hastanesinde tek başına çalışan cerrahla, bir eğitim hastanesinde 7-8 asistan işte 3-4 kişilik bir ekiple çalışan cerrahın klinik puanı biri on kat yüksek oluyor. Dolayısıyla artık bir ikinci basamak sağlık hastanesinde çalışmak performans açısından daha avantajlı, eğitim hastanesinde olmak daha dezavantajlı.

DR. RAFET YİĞİTBAŞI _ Birçok yönden öyle eğitim hastanesinde bir kere asistan sayısını bölen durumunda. Şimdi örneğin benim kliniğimde yedi uzman, altı da asistan var hemen hemen yakın sayı, yani iki misli fazla bir azalma var. Şimdi bunun dışında

hizmet hastanelerinde bir uzmanın sadece sade uzmanın kat sayısı 2,5, hocam eğitim hastanelerimdeki uzmanın 1.85, şefin 2,6, yani ikinci basamakta 2,5 bir uzman şef kadar kat sayı ile çarpılıyor. Bir diğeri aslında bunlardan daha önemli faktörler var gelirin

düşük olmasında. Şimdi hastanelerin %40 hâsılatının %40'ı performans ödemesi için ayrıldığını söylemiş-tik. Fakat buda kendi içerisinde dağıtılıyor. Yani o hastanede çalışan uzman ve asistan sayıları hastanenin bütününde de bölen oluyor. Onun için İstanbul'un Anadolu yakasında iki hastanede çok farklı, birbirinin iki buçuk katı ücret tahakkuk edebiliyor cerrahlar arasında o kadar bir fark olabiliyor. Yani isimde verebilirim Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesinde yüz yirmi uzman ve yüz elli civarında asistan var. Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesinde üç yüz küsur uzman var üç yüz elli – dört yüz arası değişen asistan var, bakın bir katından fazla buradan da bölen oluyor. Ve bu da tabii ki puan başına düşen parayı her hastane için farklı kılıyor hocam. Önemli adaletsizlikten sistemin önemli handikaplarından birisi de bu. Son

bir şey söyleyeceğim sonra bırakacağım. Bir de birleşik kaplar kanununu unutmayalım. Şimdi elbette ki meslektaşlarımızı çoğunu tenzih ediyorum, hepimiz dürüstçe çalışıyoruz, dürüstçe kaydediyoruz ama şeytan omzunda dolaşanlar yok mu aramızda, var. Şimdi bizim hastanemizde dermatoloji uzmanı genel cerrahi şefinin 2,5 katı para alıyor. Zaten göz için bazı örnekler verildi. Örnekler aciller öyle, fizik tedavi öyle, kulak burun boğaz öyle, branşların özelliği gereği zaten müsait sistem ancak bu haksız yere olan fazla puan yazma ve haksız yere olan para almalarında birleşik kaplar teorisine göre dürüst çalışanlar ve hele puan mağduriyeti olan genel cerrahlar iyice aşağıya çekiliyor. Sistem onları bastırabilirse bir kısmı gelirlerin daha adil dağılma imkânı bulur.

OTURUM BAŞKANI_PROF. DR. CEM TERZİ _ Ben bir konuyu da kayda geçmesi için gündeme getireceğim. Yemek arasında şöyle bir şey duyduk biliyorsunuz Marmara Üniversitesi, Pendik Hastanesine geçti. Şimdi geçen ay oradaki bütün öğretim üyelerine profesörlere ve uzmanlara bir döner sermaye ödenmiş. Hâlbuki o hastane henüz işlerlik kazanmamış, hasta bakan ve ameliyat yapan bir hastane değil. Bunun nasıl ödendiği sorulunca oradaki kişiler başka hastanelerde görevlendirilmiş gibi gösterilmiş. Diyelim genel cerrahi profesörleri Şişli Etfal Hastanesinde, işte nöroloji profesörleri bilmem ne hastanesinde görevliymiş gibi gösterilmiş. Bu acaba yasal mıdır yani böyle bir şey gerçekten görevlendirme olmadan o kişiler Pendik'te çalışmaya devam ederken döner sermayelerini sanki başka bir hastanedeymiş gibi almaları ve o hastanelerin bu nedenle döner sermaye kaybına uğramaları, bu sistem içerisinde izah edilebilir mi acaba?

Buyurun siz. Hocam şu cevabı alalım hemen size dönelim.

KATILIMCI _ Onunla ilgili

OTURUM BAŞKANI_ Peki, buyurun size verelim,

KATILIMCI_DOÇ. DR. NECMİ KURT: Bu konuyu bize sayın başhekimimiz tebliğ ettiği zaman biz itiraz ettik. Dedik ki Marmara Üniversitesi eğitim elemanlarına, sağlık çalışanlarına böyle bir katkı yapmak zorunda değiliz. Yasal mı diye sorduk biz, emir böyle bunu yapacağız dedi. Sanıyorum yüzdesini bilmiyorum ama herhalde çoğunluğu biz olmak üzere diğer hastanelere Marmara Tıp Fakültesi'nin Şişli Etfal, Göztepe ama herhalde çoğunluğu bizim Kartal Eğitim Araştırmadan olmak üzere bunlar ödendi. Ne zamana kadar, üniversite performans sistemine başlayıncaya kadar, geçinceye kadar böyle devam edecek sanıyorum.



OTURUM BAŞKANI_Sizce yasal mı Hocam?

DOÇ. DR. RAFET YİĞİTBAŞI _ Şimdi yasal olmakla adil olmak farklı şeyler.

OTURUM BAŞKANI_ Ben ama bir yasalı duyayım. Yani yasal mı?

DOÇ. DR. RAFET YİĞİTBAŞI _ Buraya gelmeden dün akşam okudum. Yönetmelik mi ne, yönerge miydi okuduğum hatırlayamıyorum orada aynen bu durum izah ediliyor. Yeni kurulan bir kuruma giden ve orada çalışmak üzere görevlendirilen kişiler eğer ki daha önce benzer bir sistemde yani Sağlık Bakanlığı'nın diyelim başka bir hastanesinde çalış-

yorsa, eski kurumundan almaya devam ederler altı ay veya on iki ay kadar. Ama bunlardan birinde çalışanlar ise çalışmayan birileri ise o zaman İl Sağlık Müdürlüğüne yetki veriyor. İl Sağlık Müdürlüğü istediği bir hastaneden görev ya da oradan çalışan bir hekimle özdeşleştirerek döner sermaye almasına yetki vermiş İl Sağlık Müdürlüğüne.

OTURUM BAŞKANI _ Sayın Başkan, Hocam böyle buyurun.

PROF. DR. SEMİH BASKAN _A. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı



Önce şu son sorunun yanıtını verelim yasal değil. Öğretim üyesi ancak bir başka kurumda görevlendirilir. Onun ötesinde böyle bir görevlendirme ve onun karşılığında ücret olmaz. Bu yargıya gider. Şimdi bunu niye söylüyorum, beni burada tanıyanlar var. Yaklaşık on bir yıl dekan ve dekan yardımcılığı yaptığım dönemde döner sermayeleri bizzat ita amiri olarak imza atmış biri olarak konuşuyorum. Şimdi biraz önce Alper arkadaşımız bize bir tablo sundu ama ben onunla ilgili size daha farklı bir gerçeği aktarmak istiyorum. 1990'lı yıllarda yani benim görev yaptığım dönemde 2547 sayılı yasanın 58. maddesi diyordu ki %35 oranında makine tesisata para ayıracaksınız, üniversite yönetim kurulunun da belirlediği oranda da üniversiteye fona katkıda bulunacaksınız. Geri kalanı öğretim üyesi, araştırma görevlisi ve 657'ye tabi personele gene üniversite yönetim kurulunun belirlediği oranlarda katkı payı. 2000'li yıllara geldiğimiz zamanlarda iş değişti. O zaman yani 1990'lı yıllarda makine tesisatın ötesinde bir tuğla bile alamazdınız, inşaat yapılmazdı. Ama 2000'li yıllardan itibaren buna bir

esneklik getirildi, devlet kendi üzerindeki yükü üniversitelere yüklemeye başladı. Bunun başında önce biraz önce Alper arkadaşımızın ifade ettiği sabit giderler dediği su, elektrik, doğalgaz, yiyecek ve hepsini döner sermayeden karşılamasına müsaade etti veya böyle bir olanak sağladı. Bir de inşaat giderlerini de döner sermayeden karşılamaya başladığımız zaman döner sermaye giderlerinde büyük bir azalma oldu dağıtılacak primlerde.

Dolayısıyla bugüne geldiğimizde, tabii eğer kazandığımız takdirde dağıtacağız ama son yıllarda bir de devletin memur dediğimiz 657'ye tabi elemanları kısıtlaması ve sizin ancak döner sermayeden sözleşmeli eleman alabilirsiniz diyerek eleman çalıştırması onun karşılığının da döner sermayeden ödenmesi nedeniyle döner sermayeden öğretim üyelerine öğretim elemanlarına ayrılan pay azaldı. Sayın Cem Terzi de bir dönem üniversite genel sekreterliği yaptığı için bu söylediklerime katılacaktır. Dolayısıyla yani kazandığımız takdirde dağıtacağız ama bize kazandıracak bir şey yok. Sabah ki oturumda çok güzel bir şey söylendi. Ben bir kez daha altını çizmek istiyorum bunlar çünkü çok önemli. Bugün SGK'nın bir tek hedefi var; size ne kadar az para ödersem o kadar kârlıyım diye. Çünkü üç sosyal güvenlik sisteminin, yani Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK'nın birleştirilmesinden dolayı kimse bu kadar sağlık giderlerinin artacağını düşünmüyordu. Alper arkadaşımız size 2008'in verilerini verdi, ben size 2010'un verilerini vereceğim. Çünkü buna bana on gün önce Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı Anabilim Dalı Başkanları Toplantısında. Bugün devletin sağlığa ayırdığı katkı

39 katrilyon bunun 19,4'ü tedavi giderleri, 11'i ilaç, dikkatinize sunuyorum 5,4'ü özel hastanelerin, 3,2'si ise üniversitelerin. Yani özel hastanelere ayrılan pay üniversite hastanelerine ayrılanılardan 2,2 katrilyon daha fazla. Toplam 39 katrilyon bu yıl ödenmesi düşünülen. Şimdi peki ne ödenecek, nasıl ödenecek?

Sabahleyin Hakan arkadaşımız bize çok açık ve çarpıcı bir şekilde bize sundu. Medeni cesaretinden dolayı da kendisine teşekkür ediyorum. Kendi bordrosunu bize gösterdi, topu topu aldığı 2.450.- Şimdi yanlışım varsa sevgili arkadaşım bu konuda çok deneyimli ve bir ihtisas kadar, genel cerrahi ihtisası kadar bu eğitim konularına ve yönetim kurumlarına da araştırmalar yapmış Alper arkadaşımın onun cevabını isterim. Benim bildiğim devlette en yüksek maaş alan Başbakanlık Müsteşarıdır. Başbakanlık müsteşarının üstünde kimse para alamaz. Dolayısıyla hatırlayın bir dönem üniversite üyelerine biraz daha para verelim diye şu anda Manisa Üniversitesi rektörünün babası Özal'ın maliye bakanı Ekrem Pakdemirli ek ders diye bir şey çıkarmıştı. Hâlâ içinden bir türlü kurtulamıyoruz öğretim üyelerine bir miktar daha fazla para verebilmek, dolayısıyla nerden para bulacağız, bunu kimlerle ve nasıl paylaşacağız dolayısıyla bu hakikaten çok sıkıntılı bir durum.

Biraz önce Seher Hocam söyledi onu biraz daha açalım. Performansın değerlendirilmesini o dönemin müsteşar yardımcısı Prof. Sabahattin Aydın ve ekibi belirledi. Kendisi ürolog, dolayısıyla puanlara baktığınız zaman bizim puanlarımızın çok düşük olduğunu cerrahi, genel cerrahi üroloji veya genel cerrahi çocuk cerrahisiyle bunu Türk Cerrahi Derneği yıllar yılı bunun savaşını verdi. Ama tarihin garip bir cilvesi, bu

sevgili arkadaşımız bu sene İstanbul'da bir vakıf üniversitesinin rektörü oldu, Medipol Üniversitesi rektörü oldu ve Medimagazin'de bir açıklamada yaptı. Bu SUT Türkiye'ye yakışmıyor dedi. Yani yakışmıyorsa lütfen aynaya baksın orada suçlusunu görecektir diye düşünüyorum. Dolayısıyla tabii ki para kazanılırsa bu ödenecek ama bu para nerden gelecek?

Bakın bir de size anımı anlatayım bu çok çarpıcıdır; yıl 1987 zamanın Başbakanı Turgut Özal, zamanın Sağlık Bakanı Mustafa Kalemli'ye talimat vermiş. Üniversitelerdir, klinik şef ikleri kapanacak ve klinik şef erine aynı bugünkü gibi para verilecek. Bende o zaman Ankara Tıp Dekan Yardımcısıyım, döner sermayeden sorumluyum, döner sermayemizde güçlü, beni de Bakan Bey davet etti toplantıya. Bakan anlatıyor o sırada biri elini kaldırdı ve Bakanın sözünü kesti. "Sayın Bakan dedi siz bu parayı veremezsiniz" dedi. "Sen kimsin kardeşim" dedi Bakan Mustafa Kalemli, sinirlendi. Ben "Maliye Bakanlığı Temsilcisi Abdurrahman Vargün" dedi. Efendim dedi tam o sıralarda bölge valiliği ihdas edilmişti biliyorsunuz biz ona süper vali diyorduk ilk Hayri Kozakçıoğlu. "Efendim," dedi, "bizim süper valiye veremediğimiz parayı siz doktorlara vermek istiyorsunuz" dedi. Bakan da dedi ki, "yahu kardeşim onlara bir güvence veremezsek, laboratuvarları var, röntgen aletleri var, onları gerekirse biz satın almamız lazım başka türlü nasıl geri dönecekler?" "Vallahi efendim o bizim sorunumuz değil o sizin sorunuz" dedi. Hem toplantı bitti, hem proje bitti! Bakın yani ben size tarihi bir gerçeği anlatıyorum dolayısıyla bu parayı nereden bulacağız? Bu parayı acaba bize IMF mi veriyor, Dünya Bankası mı veriyor? Bunu, sonunda Alper Cihan arkadaşımızdan huzurunuzda öğrenmek isterim.

OTURUM BAŞKANI_ Evet buyurun hocam. Buyurun böyle daha güzel oluyor buraya rica edim sizi.

DOÇ. DR. ÜNAL SABANCI _ *Namık Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümü, Tekirdağ*

Aslında çok uzun notlar almıştım, hepsini bir tarafa bıraktım aklımda kalan eksik olduğunu düşündüğüm birkaç konuya gireceğim izninizle. Önce eksik olduğunu düşündüğüm konuyu söyleyeyim sonra bu konuyla ilgili genel kanaatimi söyleyeceğim. Mesela bu çalışma barışını bozacağı konusunda çok ciddi kaygılarım var. Yani ben bölüm başkanayım, ben yardımcı doçentimle uzmanımla yarışa girmem giremem, ya bana da yakışmaz onlara da yakışmaz. Hocam havuz oluşturma şeyinin yasal olmadığını duyuyorum, yasal olmayan bir şeyi de yapmamak lazım. Bir başka konu, şimdi havuza gelirin paylaşılması diyoruz. Şimdi benim bölümde iki kişiyiz ben doçent ana bilim dalı başkanı, birde yardımcı doçent var, ben şimdi bölüme başka adam almamam lazım herhalde. Ama benim kolorektalciye ihtiyacım var, endokrinciyim esas olarak, pek çok şey yapıyorum ama esas olarak endokrinciyim diğer arkadaşım daha çok memeyle ilgilenmek istiyor. Şimdi düşünürseniz genel cerrahinin kapsamını, benim orda -eğitim hastanesiyim- bir sürü adam almam lazım, aldıkça havuz küçülüyor, ameliyathane sayısı sınırlı. Ben şimdi haftada bir ameliyata girebiliyorum. Belki de adam sayısını arttırsam ayda bir gireceğim veya iki ayda bir gireceğim. Yatak sayısı sınırlı yani neresinden tutsanız bu sistem dökülüyor. Üniversitelere bu performans sisteminin uymadığı çok net, mesela yayının performansına girmesi, kesinlikle karşıyım. Yani yayınlı performansın ne ilgisi olabilir? Şimdi doçentliğe girdi biliyorsunuz 2008 yılında Türkiye Dünya 6. olmuş yayın sıralamasında. İnanamadım, yani Türkiye nasıl dünya 6.sı olabilir. Bilimsel yayın sıralamasında herhalde 1. olmamız isteniyor, değil mi? Yani bunu getirirsek 1. oluruz tahmin ediyorum 2011'de. Ama o yayınları hangimiz okuruz, kim okur? İnanılmaz sorun var.

Şimdi Alper Bey konuşurken ben sanki başka bir dünyanın doktoruymuş gibi hissettim kendimi, benim bildiğim gerçeklerin tamamen dışında öyle tablo çizdi ki! Şimdi ben olayı sırf bir üniversitedeki performans sistemi olarak görmüyorum. Ben yirmi yıllık cerrahım. 92'de ihtisası bitirdim. Kendimi ortalamanın üstünde bir cerrah olarak gören birisiyim. Benim bir asistanım vardı. Bu asistan benden birebir ihtisas alıyordu, geçen gün istifa etti. Şu an asistanım yok verileri ben giriyorum. Yani klinikte yapılan her işi biz yapıyoruz. İstifa gerekçesi geçinememesi! Devlet eğitim araştırma hastanesinde ihtisasa giremediği için üzüyor bu çocuk. Ve de ben o zaman şeylere baktım. Hakikatten bir Ok Meydanı'nın belki sizin hocam bilemiyorum ihtisas puanları Hacettepe'den Ankara Tıp'tan Çapa'dan yüksek. Yani şu an bu arkadaş da sınava hazırlanıyor tekrardan, şu anda bir özel hastanenin acil servisinde pratisyen olarak çalışıyor 6 bin lira alıyorum diyor. Bizde 1.200 lira alıyordu işte döner 1.900 lira filan. Şimdi benden iyi, dedim ki yer varsa beni de al oraya pratisyen olarak. Şimdi "conclusion" a gelirim, şimdi ben performansta ayrıntılarına hiç girmiyorum bunu büyük bir resmin parçalarından puzzle'ın parçalarından birisi olarak görüyorum. Kafamızı çok karıştırmak için sürekli yeni bir şey atılıyor dikkat ederseniz. Sürekli gündem değiştiriliyor, sürekli sağlıkta bir şeyler yapılıyor ama büyük resmi görmemiz için düşünmemiz lazım. Şimdi Alper Bey diyor ki bundan sonraki geçeceğimiz aşama yanlış bir aşama diyor kesinlikle yanlış ama oraya geçeceğimiz diyor mesela. Bunu benim mantığım almaz. Hiçbirinizin de aldığını zannetmiyorum. Yanlış bile bile yapacağız diyor. Yanlış mı anladım ben bu sözleri,,yani bu sistemde bir şeye alıştırılıyor, neye olabilir? Net olarak şuraya geliyoruz. Doktor emeğini ucuzlatmak, iyice aşağıya çekmek mesela "tam gün yasası". Muayenehanenin kapatılması. Ne ilgisi var bununla, ilişkilendirdiğin zaman ilgisi var. Mesela profesörlerin muayenehanesi kapatılacak, pardon herkesin muayenehanesi kapatılacak, sadece SGK ile anlaşması olmayan hastanelerde çalışacak. Kaç tane var? İstanbul'da var belki, Ankara'da var, başka hiçbir yerde yok. Bir de ona şey yazmış vakıf hastanelerinde çalışabilir diyor. Vakıf ar kimlerde. Çok net bu, yani bunu konuşalım.

Bir başka şey, şimdi bu kamu hastaneler yasası tasarısı; tam da bilmiyorum ama şunu biliyorum bir süre sonra bu hastanelerin karı çünkü kardan dağıtacak diyor şu an kardan dağıtmıyor hastane zarar da etse puan tutturursa veriyor. Ama bir süre sonra diyecek ki bunu kardan vereceğim, hangi hastane kar edecek. Şu an İstanbul Çapa kar etmesi mümkün mü? 50 tane profesör hepsi hastanede çalışsa ameliyat günü bulabi-

lirler mi? Yatak bulabilirler mi?. Ya bu olacak şey değil, bu tasfiye hareketidir. Yani bunu çok iyi görelim. Muhtemelen karlı bir sektör olan bu sağlık sektörüne birileri yerleşecek ve bizi burada ırgat gibi çalıştıracaklar. Bunu çok iyi görelim. Yani mücadele, teknik ayrıntıları tartışmakta değil. Puan 1550'den 2'ye çıksın bunlar değil. Mücadele siyasaldır. Bu politikaya karşı durmaktır. Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI_ Buyurun.

KATILIMCI_ Ben aslında söz almayacaktım ama son konuşan arkadaşın üzerine bir şeyler söylemek için geldim. Mücadelenin kaybedildiğini düşünüyorum. Bu yedi yıl önce yapılmalıydı. Çünkü 2004-2005 yıllarında KESK ve diğer sendikalar bu konuda yoğun olarak çalıştılar. Ama o zaman bu salondakiler de dâhil olan hiç kimse ortada yoktu. Mücadelenin o zaman kaybedildiğini düşünüyorum,

Cem Hocam sen hariç. Senin oradaki emeklerini biliyorum. Dolayısıyla kaybedilen bir mücadele var. Bu mücadelede günümüzde -az öncede arada konuştuk- kendi durumumuzun nasıl optimize edilmesi gerektiğini konuşabileceğimizi düşünüyorum. Mücadelenin çoktan kaybedildiğini düşünüyorum yani. Bunu paylaşmak istedim.

PROF. DR. SEZER GÜRER_ *Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı*



Ufak tefek talihsiz ifadeler olmasına rağmen, tüm konuşmalardan son derece feyz aldım ve herkese teşekkür etmek istiyorum. Şimdi buradaki sabahtan beri olan konuşmalarda değinilmeyen bazı şeyler var. Bende kendimce onları vurgulamak istiyorum. Şimdi bu performans sisteminin çıkışındaki temel unsurlardan bir tanesi; maalesef hiç bir hastane, bu kadar karlı bir sektör olarak bilinmesine rağmen sağlık maalesef kar etmiyor. Ve biz bunu kar eden masrafı azaltan bir takım tesislere dönüştürelim jargonuyla, bu sisteme bir gidiş oldu. Peki, biz bunu kar eder hale getirelim ama bu işi nasıl yapalım? Şimdi sağlık iki iki dört ticaretini yapabileceğimiz bir hadise değil. İnsan hayatının bence hiçbir ölçülebilir değeri yok. Senin hayatın elli milyondur gibi bir değer biçemeyiz insanlara. İkincisi

tıp, hele hele cerrahi bir takım oyunudur. Şimdi getirilen sistemin içerisinde neler var. Efendim kurumların karlılığı. Biraz daha aşağıya iniyoruz. Bölümlerin karlılığı. Biraz daha aşağıya iniyoruz, bireylerin kuruma menfaati. Şimdi insanları didişmeye yönelttiğiniz zaman veya anabilim dallarını veya kliniklerini birbiriyle sürtüşmeye götürdüğünüz zaman. Tamam, Türkiye'de biz -mış gibi yapmayı çok iyi biliyoruz ama bu takım oyununu nasıl oynayacağız.

Sabah bir örnek verildi. Örneğin bir tomografi istedim. SGK'dan, diyecekler ki tomografinin burada yeri yok. Bana zarar, radyolojiye kar, niye isteyeyim dediginizde eksik evaluasyon, malpraktis... Bu kaçınılmaz bir şekilde kendi içimizdeki, bölümler arasındaki ve giderek kurum içindeki iş barışını ciddi olarak bozacak. Masraf arı kısılam, kaynakları verimli kullanalım biz bu işi rantabl yapalım. Hay hay! Peki, sabahtan beri hiç bir konuşmacının değinmediği bir şeyi ben burada vurgulamak istiyorum. Üniversite hastaneleri birliğine SGK tarafından dikte ettirilmeye çalışılan ve bir kısmına da mecburiyetten ettirilen tavan ödeme limiti. Bunun anlamı ne? Siz ne yaparsanız yapın ne kadar çalışırsanız çalışın tavanı doldurdunuz doldur-

madınız ayrı konu ama atıyorum size bir trilyonluk ödeme vaat edildiyse ve siz iki trilyonluk iş yaptığınız bir trilyonunu Hilal-i Ahmer'e bağışladınız. Ne hastanenize, ne kurumunuza, ne cebinize hiç bir menfaati yok. Peki, bu nereye gidiyor. Yine sabah verilen konuşmalardaki örneklerden bir tanesi: Baktık sezaryen çok yapılıyor, biz bunun puanını düşürürüz çünkü biz bunu azaltmayı istiyoruz. Pardon. Niye? Eğer ben endikasyonsuz olarak bu işi yapıyorsam

asınız. Ama bunu yapma lüksümüz hiç kimsenin hiç birimizin -birbirinizi dahi eleştirmek için- yok. Bunu gören var mı içinde? Evde beslediğimiz hamster'lara benzeyeceğiz. Bir dakikada bir tur attırdık, ha aferin sen bunu becerdin hadi on tur attır, hadi yüz tur attır ama tavanın var yukarı çıkma!

Bende bunu vurgulamak istedim çok teşekkür ediyorum sabrınız için.

PROF. DR. FATİH AĞALAR



Sezer beye teşekkür ederim. Gerçekten böyle bir şey var. Buraya gelmeden önce bir yazıda görmüştüm. Doktorları "treadmill" üzerindeki hamster'a döndürülebilir bazı sistemler diyor da. Şimdi ben Fatih Ağalar, Kırıkkale Üniversitesi doktoru olarak konuşayım bu sefer de. Dünya da sağlık hizmeti çok pahalı bir hizmet. İstesek de istemesek de bunu bizim kabul etmemiz lazım. Yani çeşitli çözümler üretiliyor, hiç birisi ideal değil. Bir kısmı etik sorunlar doğuruyor, bir kısmı çok pahalı, bir kısmı çalışanı ezer nitelikte. Ama bu Amerika'nın icadı olan "Managed Care" den sonra dünya bu hale geldi. Eğer içinde bulunduğumuz dünyada yaşıyorsak, o "fee for service" maaş işte "pay for performance" sın bazı alanlarda ufak tefek uygulanması veya daha iyisini biliyorsak daha iyi yöntemlerin geliştirilmesi için bizim çaba göstermemiz lazım. Çok radikal değişimler olacak. Oluyor da ve bundan sosyal olarak toplumda etkileniyor, bizlerde etkileneceğiz, etkileniyoruz da. Çocuklarımıza evimize götürdüğümüz gofret paralarımızdan oluyoruz. Benim çocuğumun gofret parası yandaki hekime gidebiliyor. Ama ne var ki bu böyle. Çünkü sağlık harcamaları çok feci bir miktarda artmış durumda. Bunu bir şekilde yönetmek gerektiği söyleniyor, kapitalist düzen içinde. İşte "managed care" kavramı buradan çıkmış.

DRG örneğin bu teşhis ile ilişkili gruplar Yale Üniversitesi'nde ortaya konmuş 1980 yılında. Ama bakın mesela Amerika bunu uygulamıyor, kendi sistemine uygun bulmuyor. Norveç'te, Avustralya'da başka bir yerde daha olması lazım. Yaygın kullanım alanı çok fazla yerde yok. Şimdi beni asıl bugün için rahatsız eden nokta şu; biraz önce bizim başhekimimiz buradaydı. Biz şu anda performansı uygulayan üniversitelerden birisiyiz. Bizde performans uygulanıyor, çok düşük bir baz döner var onun üzerine performans geliri alıyoruz. Öğreniyorum ki maliyet muhasebesi gerektiren, hakikaten üst düzeyde bilgi deneyim ve ihtisaslaşma gösteren bir düzeyde bize para ödeme planı yapılıyor. Benim bölümüme gelen teksir kâğıdının parası benden kesiliyor. Ama bizde maliyet muhasebesi birimi yok. Bunun pratikteki anlamı kendi kurumumu tenzih ederek söylüyorum; beceriksiz, deneyimsiz, bilgisiz yönetici ve yetkililerinin uygulama kusurlarını bu geri ödeme sistemleriyle de çok fazla karıştırmamak lazım. Çünkü her sistemin kendine göre avantajı, dezavantajı var. Bizim asıl burada muzdarip olduğumuz nokta uygulamadaki kusurlar, örneğin ürologların girişimlerinin daha fazla puanı olması. ICD-10'e yeterince düzgün giriş yapamamaktan dolayı veri kaçakları ve bunun bize direkt kesinti olarak dönmesi. Ama mesela 2010 da bir yazı okudum; sahada aile hekimlerinin ICD-10'la olan ilişkileri İngiltere'de çok zayıf bulunmuş ve bir sürü ICD-10 kodlamasındaki hatalar yüzünden orada da kayıplar var.

Şimdi sağduyuyla yaklaşıp biz burada genel cerrahinin şu önümüzde ki orta dönemde ve uzun dönemde durumunu da konuşmamız gerekir. Çünkü bir meslek örgütüüz ve kendi uzmanlık alanımızın

varoluş temellerini de güçlendirmemiz gerekir. Yani biz nasıl asistanlarımızı memnun edebiliriz? Nasıl bu aksaklıklarla baş edip hizmet içi barışı sağlayabiliriz? Liyakati bozmayarak nasıl araştırma eğitim ve diğer şeylere katkı sunabiliriz? Ve daha da önemlisi bu sistem madem oldu, var, yapacak da bir şey yok, bununla ilgili ilkesel olarak durabiliriz ama araştırma ge-

liştirme, neyse defektleri bunları anlayabilme yeteneği ve ref eksini nasıl kazandırabiliriz. Bunlar üzerinde de konuşmamız gerekir diye düşünüyorum. Biz tabi çok emekleme devresinde olan bir üniversiteyiz. Maliyet muhasebesi olmadan teksir kâğıdı ücretinin bile kesilmesini uygun bulmuyorum.

OTURUM BAŞKANI_ Buyurun.

DOÇ. DR. HALİL ALIŞ _ *Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi*



Ya ben çok özür dileyerek biraz farklı bir açıdan bakacağım. Belki birazda ters gelecek söyleyeceklerim ama ben altı yıldan beri performans sistemi işleten bir tane hastanede çalışıyorum. Son yedi sekiz aydır da oranın sorumluluğunu üstlendim. Şimdi performans sisteminin temel mantığında, şu anda bir kere şunu başlangıçta söylemek lazım, yani forumlara falan baktığımız zaman biz 69,5 milyon insanın sosyal desteğinden yoksun bir grubuz. Bunun bir kere adını doğru koymamız gerekiyor. O yüzden sosyal politikaları ne kadar etkileriz bunu kenara koymamız gerekiyor. Dönemin bir tanesinin siyasi bir parti temsilcisiyle şu anda iktidardaki temsilcilerinden bir tanesiyle konuşurken dedi ki; Siz toplam yüz bin kişisiniz, genel cerrah olarak da yedi bin kişisiniz. Sizin istediğiniz mi? 69,5 milyon insanın istediği mi? Biz dedi 69,5 milyon insanın istediğini yapıyoruz.

Sosyal anlamda baktığımız zaman biz maalesef tabandan yoksunuz bunu bir kenara koymak lazım bir. İki; var olan bir politika var, bu politikaya ilkesel olarak karşı duralım. Bunu kenara koyalım. Ama öyle ya da böyle Sayın Cihan'ın önerdiği bir takım sistemler var. Sistem bazında bunları bir kenara ko-

yuyorlar ve bunları da uygulamaya kararlılar. Ben buraya İstanbul'dan gelirken şu düşünceyle gelmişim. Türk Cerrahi Derneği cerrahlar adına ne önerecek acaba kararlı bir şekilde bir duruş sergileyebilecek miyiz? Şimdi 2010 yılından itibaren başlayan bir global bütçe var yani Sağlık Bakanlığı ya da üniversiteler içinde aynı şey geçerli. Ne yaparsanız yapın hep aynı parayı ödeyecekler bize. Ve Sağlık Bakanlığı kendi hastanelerine ya da üniversite hastanelerine siz ne yaparsanız yapın hep aynı parayı ödeyecek. Ve bu para içinde biz ne yaparsak yapaalım genel cerrahların payı belli bir düzeyde sabit kalacak. Bizim yaptırdığımız yaptığımız ilave hizmet ya da gözcülerin yaptığı ilave hizmet sadece o hastane içindeki diğer branşların payından kapmak şeklinde ortaya çıkıyor. Bunun dışında başka hiçbir açıklaması yok. Yani benim genel cerrahi kliniğim bugün kırk ameliyat yaparsa, önümüzde ki ay seksen ameliyat yaparsa bilin ki kulak burun boğazdan, ortopediden yani başka bir bölümden alacağım o parayı, başka bir yerden almayacağım. O yüzden Türk Cerrahi Derneği olarak bizim belki de üstümüze düşen şey hekimlerin cerrahların bu noktada alacağı emeğin değeri artırılması için ne yapabileceğimizi tartışmaktır. Arada konuşmalarda söylendi.

Şu anda eğitim hastanesinde ben kaliteli adam bulmakta zorlanıyorum. Niye? Gidiyor. İkinci basamak devlet hastanesinde en az iki katı para alıyor, şu anda en az iki katı. Bizim kliniğimizde ne yapılıyor. İşte kararı ben veriyorum, işte hocalarım veriyor. Başka daha az para alıyor, başka geleceğe ait beklentisi yok, ya da bir umudu yok. Onun yerine ne yapıyor, gidiyor ikinci basamak devlet hastanesinde paşalar

gibi çalışıyor. Ben buraya gelirken aslında bunları konuşmak için geldim. Yani yoksa tabii ki sistemi de konuşalım ilkel olarak buna karşı duralım ama şunu bilin altı yıl önce performans sistemi ilk başladığı zaman bizde çok tepki gösterdik. Ama şu anda ne oldu herkes performans sistemiyle yaşamaya alıştı. Benim buradan beklentim Türk Cerrahi Derneği olarak bundan iki yıl kadar önce Kızılcahamam'da bir toplantıya katılmıştık. Orada biraz önce söylene-

ne benzer ameliyatın emek değeri, zorluğu, derecesi, süresine göre belli bir şey planlanmıştı. Sonra Sağlık Bakanlığı bunu uygulamaktan vazgeçti. Niye vazgeçtiğini bilmiyorum ama Türk Cerrahi Derneği'nin onu uygulatabilecek gücü olduğuna inanıyorum, inanmak istiyorum. Çünkü biz aslında bu ülke için değerli insanlarız. Biz burada tamam sosyal kısmı tartışalım ama kendi gerçeklerimizle de lütfen yüz yüze gelelim. Teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI_PROF. DR. CEM TERZİ _ Şimdi aslında yani sistemin bütününi tartışmadan, sistemin bütününi değerlendirmeden içindekileri tartışmaya konuşmaya imkân var mı? Ben giriş konuşmamda da söyledim. Geçen dönem 2009'da iki rapor yayınladık. Birinci rapor performans sisteminin felsefesiyle ilgiliydi. İkinci raporda genel cerrahiye uygulanan performans sisteminin eksikleri noksanlıkları sorunlarıyla ilgiliydi. Ne birinci rapor dikkate alındı ne ikinci rapor dikkate alındı. Yani buradan şöyle bir gönderme yapmak istiyorsanız bırakın sistemi hiç eleştirmeyin ki bari dedikleriniz dikkate alınsın. Bu tartışmanın, felsefenin, bilimin tabiatına aykırı olan bir şey! Ayrıca da kimsenin düşüncelerini konuşmalarını da biz belirlemiyoruz burada bir çalıştay yapıyoruz. Konuşanların hepsi bilim insanı, son derece bağımsız bir şekilde ortaya koyuyorlar. Ama hemen hemen herkes fotoğrafın bütününe bakmak gerekir diyor. Para nereden alınıyor, ödeme nasıl yapılıyor, onlar birbiriyle çok ilintili. Yani SGK politikalarıyla performans politikaları uyumsuzken siz ne yaparsanız yapın kendi branşınızın lehine bir şey oluşturamıyorsunuz. O yüzden hani bizim dernek olarak pek alınacağımız bir şey yok ama zaten sizin dediğinizi yapmaya çalışıyoruz. Yani genel cerrahinin görece içinde bulunduğu olumsuz durumu nasıl değiştirebiliriz diye de bir yandan var gücümüzle çalışıyoruz. Bu arada hocamıza bir kaç soru vardı. Siz onları yanıtlamak ister misiniz? Buyurun.

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Tamam, konuşmanın başında bir şey söylemişim yani bu anlattığım konuların detaylı anlaşılabilmesi için saatlerce konuşmamız lazım. Ben burada sadece bir özet sundum ve bazı söylemlerimi çok açmadım. Açmadığım için bazı görüşleri değiştirememiş veya farklı anlaşılmış olabilirim tabii ki. Şunu söyleyeyim birçok şeyi dinledim. Buradaki konuşulanların çoğunda yapılacak işlemlerde farklı görüşte değiliz ama bazı eleştirel söylemlere katılmadığımı söyleyeyim. Şimdi şöyle bir şey var; biz toplum olarak direkt böyle ötekileştirme sendromuna sahibiz. Ben bir sistem için mücadele ediyorum, çatır çatırda savaşıyorum. Altı aydır ben şu üniversitenin döner sermaye sistemi böyle çıkarsa bakın bu üniversitelere sıkıntı olur diye. YÖK de, orada, burada, biz üniversiteler birliğinde hep birlikte çalışıyoruz. Yani performans sisteminin hataları bunlardır diye mücadele ediyoruz. Bakın bu performans sistemi değildir buna performans demeyelim bu başka bir sistemdir.

Hak ediş sistemidir. Bunun ideali budur diye ben size başta söyledim, defalarca ben bunu her yerde anlattım. Sağlık Bakanlığının karşısında da anlattım bu slaytları ben. Böyle ücretlendirme olmaz diye. Başka sistemlere geçmemiz lazım. Şimdi bazı noktalara sorulara cevap vereyim ben, ücret dengesizliği bu. Benim en çok savunduğum şey şu, Sağlık Bakanlığının tabip muayene girişimsel işlemler cetveli uygun değil. Bunu herkes biliyor. Genel cerrahlardan hiç kimse sahip çıkmadı. Çıkamadık yani. Ben o zaman bu işlerle uğraşıyordum.



KATILIMCI _ Ama bu sistemde hata yoktur diyordunuz. Bunu söylediğiniz için teşekkür ederiz. Demek ki varmış.

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Ve bunun yerine alternatif bir sistem de geliştirdik., Ben kolay kolay eleştirmem yani düzeltbiliyorsam konuşurum doğrusu bu derim ben düzeltmeyeceksem o hocamızın işidir derim çekilirim. Ben, hep öyle yapıyorum. Şu anda bu tabip muayene girişimsel işlemleri puanını düzeltici bir makro program geliştirdik. YÖK'e ulaştırıldı, Üniversite hastaneler birliğinde sunulacak. Orada bütün bölümler kendi emeklerini birçok yönlü multi faktöriyel bir analizle işleyebilecekler. Her şey var içinde. İstenirse mesela apandisit ameliyatı olanlardan mavi gözlülerin riski daha yüksektir denirse o bile eklenebilir. Zorluk, risk, ücret, zaman, emek bu kaç kişi ameliyatı yapıyor, kaç kişi katılıyor, ne kadar sürüyor, bu işlem, tekil midir, çoğul mudur? Toplam süresi, hizmet süresi, bütünlük süresi her şey var içinde. Sonuçta tasarım geliştirdik. Niye geliştirdik, çünkü kimse yapmıyor. Yapan var mı? Yedi senedir bu tartışılıyor yanlış diye. Biz İstanbul Üniversitesi Bilgi Teknolojisi Merkezi diye bir merkez kurduk orda yazılımcılarımız işletmecilerimiz endüstri mühendislerimiz büyük bir grubumuz var. Bunları yaptık ve bunları herkese sunacağız. Eleştirmek değil bir şey yapmamız lazım. Biz yapıyoruz yaptıklarımızı da herkesle paylaşıyoruz. Tabii biz bunu da her üniversiteye açtık, her üniversite kendisi için yapabilir. Değiştirme gerektiğinde değiştirilebilir, yenisi de yapılabilir. Ben değişik üniversitelerde de birçok üniversite de konuşmaya gidiyorum. Bunları da her tarafta konuşuyorum. Fikirlerimi de söylüyorum, Altan Hocam çok haklı. Hekimler düşük kalitedeki futbolcular gibi değerlendirilemez. Bunu da her yerde söyleyenlerden biri de benim. Sabit ücret olmalıdır. Biz bir şekilde buna geçeceğiz, geçmemiz lazım, geçmek içinde mücadele etmemiz lazım. Ama biz: daha bir takım yapısal sorunlarımızı, bazı kayıt sorunlarımızı ve bir takım denetim sorunlarımızı aşamamış bir toplumuz. Şimdi yönetsel hatalara örnek istemişti hocam. Ben hemen söyleyeyim. Birçok hastanede üniversitelerdeki performans sistemindeki hatalı kullanımlar cezalandırılıyor. Bir sürü hata var. Mesela ben söyleyeyim size. Hocalarımız ameliyatlari çift çift yazıyor aa... yanlış olmuş pardon. Hadi bak yine yanlış yapmışsın. Direk böyle konuşmalar. Yine

yanlış yazmışsın bak sana bunu yapma demedik mi? İki tane çiziliyor. Hâlbuki bunların çok ciddi cezaları vardır. Bu arada bir sürü gözden kaçan var. Kulak burun boğaz, gözcüler, cerrahlardan çok daha fazla alıyor. Niye? Fizik tedavciler, nörologlar çok fazla alıyor. Hep yanlış kayıt. Bunların denetim unsuru yok mu? Var. Niye yapmıyoruz. Ben başhekimlik yaptığım sürece hepsine ceza verdim ve orada çok minimal düzeyde oluyordu. Disiplin cezası. Bu evrakta sahtecilik, çünkü direkt yanlış beyanat, yapılmayan bir işi yapılmış göstermek evrakta sahteciliktir. Kaç tanesini biz tespit ettik. Üzülecek bir şey tabii ki ama bunu yapanın hiç mi suçu yok? Kaç tane dış çekimi? Senin dışın mı çekildi diye hastaları kontrol ediyoruz hiç birisinin çekilmemiş. Şimdi ben mi suçluyum, yapan mı suçlu? Bu denetimi yönetici olarak ben yapmadığım için suçluyum. Şimdi hep eleştiriyoruz bunu ama biraz da kendimize bakacağız. **Yönetimlerdeki en büyük sıkıntı gerçekçi beyanatlara imkân sağlanmamasıdır. En büyük sorun budur. Onun dışında yönetimin en büyük kusuru denetimdir. Onun dışında kayıt sorunları vardır.** Aslında performans sistemi denilen bu sistem Sağlık Bakanlığı'ndaki sisteme göre, üniversite için oluşturulacak olan havuz sistemini ağırlıklı kılan bir sistem. Sağlık Bakanlığı'ndaki de öyle. Havuz sistemini ağırlıklı kılıyor. Bir şef ameliyat yapsa da, yapmasa da zaten ortalamanın epeyce üstünde alıyor. Ama orada değerlendirme hataları var. Hocam çok güzel koydu ortaya. Ben başhekimliğim süresince de Sağlık Bakanlığı karşısında dile getirdim bunlar yanlış diye.

Şimdi bize bir fırsat geldi YÖK tarafından. Doğrusu nasılsa yapın diyorlar. Şimdi onu yapmaya çalışıyoruz. Ha nasıl oldu? Eğer ilk başta yirmi tane üniversite toplanmaya başlandı defalarca toplanıldı. İşte Ankara'da, İstanbul'da, Eskişehir'de, Antep'de, Samsun'da defalarca toplanıldı. Hiç birinde bir görüş birliğine varılamadı. İşte performans yapan üniversiteler var, yapmayanlar var, tamamen karşı olanlar var, karşı olmayanlar var, yapalım diyenler var. Bir tane ortak yönetmelik çıkaramadık. Yani bizden yapmamız isteniyor. Maliyeye gittik en son. Maliye dedi ki; nasıl olmasını istiyorsanız en son bir öneri getirin biz

karişmayız. Ne istiyorsanız yapın, bize getirin dediler. Yasa burada dediler, yasa bunu söylüyor. Bu yasanın istediğine göre bir sistem yapın. En son tartışmalar oldu. İki hafta önce Eskişehir’de bir toplantı oldu. Tartışmalar iyice büyüdü, dedik ki; biz İstanbul Üniversitesi olarak, bir tasarı koyduk ortaya, bu sunduğum tasarımı. Bu olursa herkes için çeşitlenir. O üç katmanlı teoriyi ortaya atan biziz. Üç katmanlı teori olması lazım. Bunun için yasanın değişmesi lazım. Aylardır görüşmeler devam ediyor ve en son maliye bakanlığı yetkilileriyle toplantı yapıldı. Fakat kavga etme değil slogan atarak değil. İspatladık çalıştık binlerce satırlarla formüller, programlar neler neler! Bir sürü simülasyonlar Antep’in simülasyonu, Kayseri’nin simülasyonu, Çapa’nın simülasyonu, bütün rakamları aldık. Bütün çalışanları topladık. Hepsini gösterdik yayınlar, dersler. Bu şekilde durum ortaya konuldu. Şimdi bizim bu çalışmalarını devam ettirmemiz ve bu çalışmalarını beraber yapmamız lazım. Burada hocalarım söyledi Türk Cerrahi Derneği’nin yapması gereken nedir? Cerrahlara haksızlık var. Ben bizzat biliyorum. Nerede? Bizim işlerimizle başka bölümlerin işleri arasındaki koordinasyonunda fark var. Yani eşit işe eşit ücret yok. Bunun çalışılması lazım.

Onun dışında mesela ortalamalar alınırken, bölüm çalışmaları alınırken gözle eşit sayıda personel oranına tabi tutuluyor, yani tüm puan personele bölünüyor. Bizde de tüm puan personele bölünüyor. Orada küçük işler, daha az personel ile daha çok iş yapılabiliyor. Ama ikisini de eşit sayıda personel hesabına tabi tuttunuz mu dengesizlikler oluyor. Biz daha çok personelle nitelikli iş yapabiliyoruz, onlar daha az personelle yapabiliyorlar. Dolayısıyla bunları eleştirmemiz lazım. Onun dışında şimdi asistanlar mesela; kazanca göre klinik seçiyor, çok doğru bu. Etik bir durum da değil bir kere yani. Mesleki heyecana ve bilimsel kariyerine göre seçmesi lazım. Benim başta yıllardır itiraz ettiğim bir şey var, asistanlar eskiden beri paraya göre klinik seçiyor. Niye bütün herkes radyolog, jinekolog, gözcü, dermatolog olmak istiyor. Cerrahi-

yi, beyin cerrahisini, kalp damar cerrahisini daha az seçiyorlar. Daha mı kötü, daha mı düşük bölümler. Genel cerrahi puanı niye düşük. Önceden belli öteki bölümler daha çok kazandığı için. Bu temelde yanlıştır, bunun çözümü bütün klinikteki asistanlar için eşit para mı olmalı? Bu bir çözüm önerisi olabilir ama performans sistemi bunu getirdi demek yanlıştır. Sağlık Bakanlığı sistemine göre çok detaylı değil. Sağlık Bakanlığı sistemine göre daha basit. Sağlık Bakanlığı sisteminde herhalde bir on tane formül var. On ayrı grup için ayrı ayrı formüller. Klinikçisi böyle ortalamadan alansa öbür türlü asistansa daha değişik hepsinin ayrı formülü var. Performans yasasını düzeltelim derken, Sağlık Bakanlığı’nın yasasında da mutlaka düzenlemeler yapılmalı. Bunun için meslek örgütleri bununla ilgili kendi çözümlerini ve çalışmalarını sunacaklar, DRG ye geçeceksek onu sunmamız lazım. Geri ödeme sistemlerinde Dünya’da büyük bir dönüşüm var, yani birçok ülkede ciddi çalışmalar var, onlara geçilmesi lazım. Ha şu anda ben onu yapabiliyorum, yapamıyorum onu şu anda. Yapamadığımda durup eleştirmek yerine, şimdi benim bir, bazı hocalarım eskiden beri çok tanırılar, ben hayatta parayla ve siyasetle işim olmaz, hayatta olmaz, olmayacaktır. Bordromda görmediğim paraya da el sürmem, şimdiye kadar çok şükür hiç sürmedim, bundan sonra da sürmem. Ama bordromda gördüğümü yükseltme çabası yasal çerçeveler içinde hepimizin en doğal hakkı. Benim emeğimin hakkı buysa, bunu vermiyorlar diye benim yan yol aramamam lazım. Bordromda gördüğümü yükseltme ve hakkımı alma mücadelesini hep beraber yapmamız lazım. Şu anki yaptığım iş odur, çünkü sistem bize bunu sağlamış. Sistem demiş ki yani kanun: yöntemini kur, kurallar burada, şartlarını da sen belirle, 12 katına kadar sınır verdim sana demiş. Başka bir şey daha var, hocamız, Semih Hocam söyledi herhalde, tavan konusunu, tıp dışında tavan da kaldırılmış. Bir hocamız, çok daha fazla kazandırıyor ise niye geri ödemesini almasın, ben eskiden beri bunu savunuyorum.

KATILIMCI _ Hocam bir müsaade eder misiniz? Özel hastaneye kadro veriliyor, özel hastane zararına adam çalıştırır mı, adama diyorlar ki ikiden fazla çalıştırmayacaksın, bu nasıl

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Hocam, genel sağlık politikalarında bir takım şeylere bende karşıyım, mesela özel hastanecilik böyle olmamalı.

KATILIMCI _ Söylediklerinizi tekrar etmeyeyim, bu adama hasta buluyorsun, doktor çalıştırıyorsun.

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Şu anda o konuda bir çözümüm olmadığı için hiç bir şey söylemek istemiyorum.

OTURUM BAŞKANI_ **PROF. DR. CEM TERZİ** _ Sayın Alper Hocamız bizim davetlimiz, Size davetimizi kabul edip, gelip burada kendi düşüncelerinizi sunduğunuz için, çok teşekkür ediyoruz. Bir ötekileştirme söz konusu değil ama çok radikal bir dönüşüm yaşanıyor. Yani bunun da algılanması ve kabul edilmesi lazım. Yani kolay bir dönüşüm değil ve bu paylaşılmadan, karşı tarafın görüşü alınmadan bir dayatma ile de oluyor bu dönüşüm. Dolayısıyla, bu tür tepkiler olması da bir parça doğal, ama biz siz katıldığınız için, görüş sunduğunuz için, çok çok teşekkür ediyoruz size. Buyurun, buyurun hocam, tabii

DOÇ. DR. NECMİ KURT



Aslında ikinci kez söz almakla birilerinin hakkını gasp ettiysem, özür dilerim. Sayın Hocamın verdiği cevaba katılmıyorum. Yönetim bazında eğer hastaneyi kastediyorsa, biz kendi hastanem için örnek vereyim. Bizim genel cerrahi içerisinde bile sorguladım, en az biz alandık. Neden yanlış yapıyorsunuz diye sorgulayan

bir adamım ve idare ile bunu çözen. Kaldı ki, gözcülerin, glokom, retina, bilmem bir hastadan altı defa puan yazdığını tespit eden kişiyim. Kulak, burun, boğaz keza, raporlarla konuşan bir insanım. Burada bunların hepsi yukarıya iletilmesine rağmen, yukarıda acaba bu sistemi düzeltmeyen, itirazlarımızı göz önüne almayan kişi, bu yönetimin içinde değil midir?

İçinde değil mi? O zaman lütfen hastane yönetimini sadece kastetmeyelim. Yani biz çabamız, sağ olsun Türk Cerrahi Derneği'ne ben çok teşekkür ediyorum. Neden, biliyor musunuz, insanların yüzüne karşı konuşursam değişik anlaşılır ama Türk Cerrahi Derneği bir ivme kazandı. Benim bu önerilerimi mesela, Nuri Bey'i galiba komisyon başkanı yaptılar ve bunları incelediler, bir rapora döktüler. Ellerinden gelen gayreti sarf ediyorlar ama...

OTURUM BAŞKANI_ Götürüp takdim ettiler. Şimdi arkadaşlar bakın, tam bir buçuk yıl önce cerrahi alanı ile ilgili performans sisteminde 27 eksiklik, 27 öneri, 27 de gerekçe yazmışız. Yani şöyle bir sistem götürdük Sağlık Bakanlığı'na. İşte:

1. Performans sisteminin oluşturulması esnasında göz önünde bulundurulmayan temel eksiklikler olmuştur.

Öneri 1. Eğitim hastanelerinde klinik toplam puan bölünürken sadece uzman sayısı kullanılmalıdır, asistanlar bu sayıya dahil edilmemelidir. Ne zaman önermişiz bunu; 12.7.2009.

Dikkate alınmış mı? Hayır! Buna bir de gerekçe yazmışız, bir paragraf da gerekçe var. Tam bunun gibi 27 öneri var.

Şimdi ben bütün gün dinledim, bugün sunulanlarda, şu 27 maddenin dışında bir şey var mı? İnanın yok. Yani buradaki kapasiteyi küçümsediğim için demiyorum da yani aklın yolu bir. Sistemin eksikleri 27 ana başlık altında toplanabiliyor, biz bunu götürdük, verdik, bir buçuk yıl oldu. Hiç kimse umursamadı bile, şu okunmuş mudur, yoksa şöyle bir kenara atılmış mıdır? Bunu görmemiz lazım, hani dernek şunu da yapsın, tamam yapıyorsun, rapor haline getiriyorsun, çalıştay haline getiriyoruz. Şu yaptığımız iş, rapor yazmaktan daha önemli, bu bilgi alışverişi insanların birbirini tanınması, bakın ilgili olmayan kodlar ve yeni işlemler ta-

nımlanması ile ilgili, bütün ameliyat kodlarını bildirdik. Burada yok, ayrı bir çalışma olarak yapıldı. Bir aydır yeniden çalışıyoruz, yani bir önceki SGK'ya bildirdiğimiz yeni ameliyat kodlarının hiç biri dikkate alınmamış olmasına rağmen, bir çalışma daha yapıyoruz. Önümüzdeki hafta onu da bildireceğiz. Bunların hepsini web sayfamızda yayınlıyoruz. Yüzlerce ameliyatımız var, SGK'nın listesinde olmayan ve o nedenle işaretleyemediğimiz. Ama oraya almıyorlar, niye almıyorlar. Çünkü oraya alırsa, parasını ödemek zorunda, yani tamamen maliyeti düşürmek üzere çalıştığı için SGK, sizin bu çabalarınıza cevap vermiyor. Yani iki taraf arasında bir niyet çatışması var.

Buyurun, böyle buyurun lütfen.

OP. DR. SUAT CAN ULUKENT



Ben somut bir öneride bulunabilir miyim? Çok somut bir öneride bulunmak istiyorum. Şimdi ben iki yönde de çalıştım, hem SGK'nın anlaşmalı olmayan bir özel hastanede, hem SGK anlaşmalı özel hastanede, ardından da Devlet'te çalıştım. SGK anlaşmalı olmayan özel hastaneler, genelde ya parasını nakden ödeyen veya özel sigortalı hastalar üzerinden para kazanırlar. Burada doktorun hak edişi, yani cerrahın hak edişi direkt TTB birimi üzerinden herhangi bir hak kaybına uğramaz, çünkü yaptığı işlemin bedeli bellidir. Ameliyathane kullanım süreniz bellidir, malzemeniz bellidir, bunların hepsini fatura edebilirsiniz. Sizin hak edişinizi görürsünüz.

Ancak SGK'da şöyle bir problem var, şimdi ben sadece öngöründe bulunuyorum. İlerde biz SGK için bir fitiğe 870.- lira para ödüyüz. Bunun tamamı bize yansıyor. Ama bir süre sonra mutlaka bizim meslek örgütümüz, yani Cerrahi Derneği, bu SUT, BUT içinde cerrahın alması gereken parayı sabitlemeli. Aksi takdirde çok büyük hak kaybına uğrayabiliriz. Niye çünkü henüz bunlarda malzeme yok, ameliyathane kullanım bedeli yok. Bunları fatura edemiyorsunuz, paket içinde giriyor, anesteziistin kullanım bedeli yok.

Dolayısı ile biz bunu mutlaka sabitlemeliyiz, sabitlemezsek hak kaybına uğrarız. Niçin bunu söylüyorum çünkü SGK anlaşmalı bir hastanede de çalıştım. SGK anlaşmalı bir hastane bunu o kadar net yapıyor ki, fitiği yapıyorsunuz 870.- lira, hastadan aldığı fark alıp almadığını da bilmiyorsunuz, takip edemiyorsunuz ki. Size 870.- liradan, vergisini filan geçiyorum, direkt malzemesini düşüyor. Mesela, bir anda bir fitikten 60.- lira en fazla 60.- lira para kazanıyorsunuz. Dolayısıyla bu mutlaka şarttır, yani meslek örgütü bunu mutlaka yapmak zorunda, yani kurumla konuşurken, ister SGK ile ister Bakanlıkla. Bakanlık mutlaka doktorun alması gereken parayı sabitlemeli. Aksi takdirde ilerde, çünkü maliyet hesabına girilecek. Alper Bey söyledi, yani bir şekilde performans yasası üniversitelerde uygulanınca, çünkü üniversiteler daha fonksiyonel yerler bir şekilde maliyet hesabı mutlaka yapılacaktır. Greftin parası, vicryl parası, prolen'in parası mutlaka düşecektir. Hani bu günler iyi günlerimiz demek istemiyorum, umarım daha iyi günleri görürüz ama o paralar asla burada kalmayacak. Mümkün değil kalması çünkü özel sektör bunu fiilen yapıyor ve yapılacak da.

Bizim belki çok iddialı olur hani, TTB'den inşallah temsilci gitmiştir, TTB birim fiyatından çıkıp, bizim kendi cerrahi birim fiyatımızı mutlaka oluşturmamız lazım. Bence bizim dernek eleştirmek gibi algılamayın, hepiniz benim büyüklerimsiniz, ama karşı tarafa uygulamayı beklemek yerine olası şeyi görüp doğru planı ortaya koymak daha mantıklı geliyor bana. Yani biz kendi birim fiyatımızı asgari ücretimizi mutlaka belirlememiz lazım. BUT, SUT düşük bile olsa yine de bir fitikten 100.- liramı kazanacağız, bunu sabitlememiz lazım. Yoksa hak kaybına uğrarız, sadece bunu belirtmek istedim.

KATILIMCI _ Hocam güzel bir öneri bu, sağ olun.

OTURUM BAŞKANI_TTB asgari ücret komisyonunda TCD'den yıllardır çalışanlar var, yani her dönemde bizden görüş sorulmuş ve hemen hemen tamamen bizim isteklerimiz yansıyor oraya. Türk Tabipleri Birliği TCD'nin dışında oluşturmuyor o puanları, son dönemde de Sayın Atilla Korkmaz'la Sayın Necdet Özçay çalıştılar son liste üzerinde.

KATILIMCI _ Sadece beş altı hastanede geçerli

OTURUM BAŞKANI_Evet, evet

KATILIMCI _ Maalesef öyle, özel sağlık sigortaları bile

OTURUM BAŞKANI_ SGK' la anlaşması olmayanlarda geçerli, % 98 hastane onu dikkate almıyor, onun çok farkındayız, biliyoruz. Hatta fitik ameliyatı bizde kendi aramızda onu örnek veriyoruz, bizim hesaplarımızıza göre bir cerraha 40.- lira falan kalıyor bir fitik ameliyatında.

KATILIMCI _ Maalesef, SGK anlaşmalı hastanelerle anlaşma yapan özel sağlık sigortaları da sen bu ameliyatı SGK fiyatına yapabiliyorsun, bana niçin TTB fiyatı ile yapıyorsun diye argüman geliştirebiliyor ve anlaşmalarını çok çok düşük şeye çekiyorlar. Mutlaka yapmamız lazım, beş hastane için geçerli.

OTURUM BAŞKANI_ Tabii, tabii. Evet buyurun. Mikrofonu verebilir miyiz oraya.

KATILIMCI _ Biraz önceki konuya tekrar geri dönmeyeceğim ama doktor beyin önerisinde şöyle bir sıkıntı var, puanla parayı birbirine karıştırmayalım. Yani o 870.- lira ödenmiş olması oradan sabit bir rakamın cerraha ödendiği anlamına gelmiyor. O puan karşılığı Bakırköy Eğitim Araştırma Hastanesi'nde X liradır, Kartal'da Y liradır, Boğaziçi'nde farklı liradır, yani burada belki de aslında doktor bey öyle söylemedi ama şu anda reel olarak % 8, % 8,5 civarındadır, toplam paranın cerraha ödenen parası özel hastanelerde. Net olarak söyler ama şu anda temel anlamda olduğu için

ben söz almıştım, şu anda atıyorum 12.000.- puan örneği verildi, 12.000.- puanı Kartal'da yaptığınız zaman alacağınız parayla, Atatürk Eğitim Araştırma'da yaptığınız zaman alacağınız para arasında fark vardır. Bu muhtemelen üniversitelerde olacaktır. Aynı miktarda çalışan iki tane insanın farklı yerlerde farklı olarak ücretlendireceğiz. Bizim problemlerimizden bir tanesi bu, belki de doktor beyin önerisi gibi, bu işi de belki de paraya bağlamak lazım yani o puanı dışarıya alıp, direk paraya bağlamak lazım. Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI_ Muhtemelen gidişatta öyle. Buyurun hocam. Son sözü size veriyoruz, sonra bir on dakika ara, ondan sonrada çalıştay raporunun görüşülmesi ve onaylanmasına geçeceğiz.

PROF. DR. HÜSNÜ SÖNMEZ _ *Adana Tıp Fakültesi, Çukurova*

Ben sadece bir cümle söyleyeceğim, bizim yaptığımız maliyet analizlerinde benim çantamda rakamlar, ufak vakalarda zarar ediyor bizim bölümümüz. Bunun en büyük nedenleri, muhtemel öğrencilerin içinde olması, yani bir fitik hastası sabah yatıp, öğlen ameliyat, yarın çıkar şeklinde olmuyor. Mecburuz onu oraya bir gün yatırmak zorundayız, ameliyattan sonra bir gün kalıyor, iki gün kalıyor. Onun için apsedir, safra kesesi ameliyatı, fitik ameliyatları, apandisit ameliyatlarında ekonomik olarak zarardayız. Büyük ameliyatlardan zararımız yok, hesap üzerine baktığımız zaman. Teşekkür ederim.

PROF. DR. SEHER DEMİNER _ Özel muayene olmadan, üniversite kaynağını nasıl oluşturacak.

OTURUM BAŞKANI _ Evet, Demirer şunu sordu, dedi ki, 1 Şubattan itibaren, zaten negatif bütçede olan üniversiteler, çok taze gelir kaybına uğrayacaklar. Mesai dışı ödemeler olmayacağı için, nakit para kaybına uğrayacaklar. Bu sistemde büyük sorun olacak bunu nasıl aşabiliyor, ne öngörüyorsunuz?

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Hocam şöyle şimdi, özür dilerim unuttuğum için, üniversite hastaneleri birliği kapsamında belli gruplar oluşturuldu: Eğitim maliyetleri grubu, Hizmet maliyetleri grubu gibi. Beş rektör Ege, Hacettepe, İstanbul Üniversitesi, Antep Üniversitesi Kurul başkanı, Üniversitelerarası Kurul

Başkanı, bir rektörümüz daha var. Şimdi pek hatırlamıyorum beş bakanla sürekli toplantı halinde ve yani üniversitelerin bu sorunlarını çok üst düzeyde tartışıyorlar. Sorun da şu: üniversitelerin kaynak ihtiyacının yeterli biçimde karşılanamadığı zaten ortaya kondu.

OTURUM BAŞKANI _ Herkes biliyor.

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Birçok üniversite zarara girdi, mecburen bu zararlar kapatılmak zorunda kaldı. Bunların bir daha bu zarara girmemesi için yeniden yapılanma çalışması var. Birincisi SGK'dan üniversitelerin tüm hizmetlerini kabul etmediler ama belirlenmiş özellikli hizmetlerine % 30 fazla ödeme öngörüldü, bu konuda çalışmaların devam ettiğini biliyorum. Bu şeyde % 15 gibi bir üniversitelere nakit girdisi var, büyük ihtimalle alınamayacak artık. Onun

dışında genel bütçeden bu sene üniversitelerin hepsi % 10 ile % 30 arasında önceki durumlara göre genel bütçe artışları yapıldı. Yani biz İstanbul Üniversitesi olarak, yardım almayan üniversiteyiz, bizde % 20 yapıldı önceki seneye göre bütçe artışı zaten. Birçoğunda yapıldı, bir kısmına şeyler verildi. Yani üniversiteler ciddi bilimsel ve olumlu mücadele yaparsak haklarını alıyorlar, onu görüyoruz şu anda. Daha da devam edeceğiz.

OTURUM BAŞKANI _ Yani merkezi bütçeden üniversiteye kaynak aktarılacak deniyor.

PROF. DR. ALPER CİHAN _ Bir şey daha var, eğitim ve araştırma bütçelerinin de bizim hizmetten elde ettiğimiz gelirlerden karşılanmasına tüm üniversiteler artı üniversite hastane birliği karşı, buda

her konuda dile getiriliyor. Eğitim hizmetlerinin birim maliyetinin çıkarılması, onun için öğrenci başına ek bütçe koyulması istendi. Son görüşmeler halen sürüyor.

OTURUM BAŞKANI_ Evet, teşekkür ederiz, bir beş dakika kahve molası, sonrada çalıştay raporunu oylayacağız.

OTURUM BAŞKANI_PROF. DR. CEM TERZİ _ Şimdi izin verirsiniz bir yöntem önerisinde bulunacağım, eğer o yöntem kabul edilirse, işimizde daha kolaylaşmış olacak. Buradaki bütün sunumları, yapılmış sunumları ve konuşmaları rapor halinde getirdik, notlarımızı aldık. Biliyorsunuz daha önceden de bir ön rapor hazırlamıştık. Bunu size e-posta ile göndermiştik, webimize de koyduk. Bizim raporun genel içeriğine uygun katkılar ve eleştiriler geldi.

Eğer Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulunu çalıştay katılımcıları olarak yetkilendirirseniz, bugün ortaya konulan görüşler çerçevesinde bu raporu genişleterek, çalıştay raporu haline getirelim ve bugün bu raporu oyalayalım. Eğer kabul edilirse bu TCD raporu aynı zamanda çalıştayımızın da sonuç raporu haline gelsin. Sizin gün boyunca yaptığınız katkılarında eklenmesi sureti ile.

Ben bu yöntemi önce oylarınıza sunuyorum, uygun mudur? Evet, peki teşekkür ediyorum. O zaman:

- Üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri genel cerrahi kliniklerinde performans geliri dağıtımı esasları: Sorunlar, çözüm önerileri

Türk Cerrahi Derneği ön raporunun, çalıştay raporu olarak, kabul edilmesini oylarınıza sunuyorum, Ekleriyle birlikte kabul edilmiştir.

Hepinize Türk Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu adına şükranlarımı sunuyorum. Bu çalışmalara devam edeceğiz. Bu tür çalıştayları belki periyodik olarak yapacağız. Tüm bunlarda size web sayfamız üzerinden duyurulacaktır.

Hepinize teşekkür eder, iyi akşamlar dilerim.

VI. Bölüm

Çalıştay Sonuç Bildirgesi



Üniversite ve Eğitim Araştırma Hastaneleri Genel Cerrahi Kliniklerinde Performans Geliri Dağıtım Esasları: Sorunlar - Çözüm Önerileri (Türk Cerrahi Derneği Raporu)

26 Aralık 2010, Ankara

Prof. Dr. Fatih Ağalar (TCD Performans Komisyonundan Sorumlu YK Üyesi)

Uzm. Dr. Sedat Döm

Dr. İ. Tayfun Şahiner

Bu rapor, Türk Cerrahi Derneği 11.12.2010 tarih ve 14 Sayılı Yönetim Kurulu'nda oy birliği ile kabul edilmiştir.

Amaç

Ülkemizde uygulanmaya başlanmış olan performansa dayalı gelir dağıtımında Genel Cerrahi alanında karşılaşılmaması muhtemel sorunların ortaya konması ve bunlarla ilgili çözüm önerilerinin üretilmesi.

Gerekçe

Ülkemizde bir süredir hastalara daha iyi hizmet vermek, gereksiz hasta yığılmalarını ve sevkleri önlemek, maliyetleri azaltmak, etkin sağlık hizmeti sunulması ve bunun çalışanları teşvik ve denetim yöntemi ile yapılmasını sağlamak gibi nedenlere bağlı olarak Sağlık Bakanlığı hastaneleri ve diğer kurumlarında performansa dayalı gelir dağıtımını uygulanmaktadır. Sağlık sisteminde köklü bir değişime yol açan bu ödeme sisteminin yukarıdaki gerekçeleri karşıladığını ve ideal bir yöntem olduğunu söylemek zordur.

Halen geliştirilmekte olan bir sistemin içinde işlerini yapan genel cerrahların olası olumsuzluklardan etkilenmelerinin yanında genel cerrahi hastalarına sunulan hizmette de önemli sorunlar ortaya çıkması muhtemeldir. Sistemin sağlık hizmeti kalitesini ölçmek için hangi parametreleri kullandığı bilinmemektedir. Performans sisteminde öncesi ve sonrasını karşılaştırmaya yönelik veri toplanması ve analizi yapılmamaktadır. Örneğin, hastaların tedaviden sonra yeniden aynı şikayetle aynı kuruma veya başka bir kuruma başvurup başvurmadığına bakılmamaktadır. Bazı hasta grupları için performans sistemi öncesindeki sağ kalım ve morbidite oranları ile sonrasındaki oranlar araştırılmamakta ve oranlar arasında karşılaştırmalı analizler yapılmamaktadır. Bu sistemin hastaları gereksiz sevk etme (overtraj) veya sevk edilmesi gereken hastaları sevk etmeme (undertraj) gibi fenomenlere, çekinik tıp (defensive medicine) gibi uygulamalara yol açıp açmadığını saptamaya yönelik izlenebilir/ölçülebilir epidemiyolojik bilgiler yoktur. Ayrıca performans sistemini doğrudan ilgilendiren pek çok başka sorun alanları da vardır: Genel cerrahi hastalarına yapılan tanı ve izlem amaçlı (back-up) tetkiklerinde yaşanan kalite sorunları, sigorta kurumlarının geri ödemelerdeki isteksiz tavırları, hekimlerin sağlık ekonomisi konusunda eğitim almamış olmaları ve kendilerini/mesleklerini bu konulara uzak hissetmeleri, SGK bünyesindeki geri ödeme kurullarının bilimsel yapısı ve güncel bilimsel gelişmeleri takip etmelerindeki muhtemel yetersizlikler, cerrahların performans sistemine uyum ve adaptasyon zorlukları, performans sistemi ile ilgili uygulama sorunları olarak sayılabilir.

Performans sistemi çoğu kez günlük yaşamda “çok ameliyat yap çok kazan” şeklinde algılanan bir uygulamadır. Bu sistemin morbidite, mortalite ya da hasta memnuniyeti gibi parametreler üzerinde nasıl etki ettiği izlenmemekte, sistem bu açıdan uygulayıcılar ve bağımsız diğer kurumlar tarafından denetlenmemektedir. Bu nedenle yol açtığı olumsuzlukları saptamak ve gerekli değişiklikleri yapmak mümkün olmamaktadır.

TCD için hazırlanan bu ön rapor; yukarıda sıralanan nedenlerle bir veri tabanına dayalı olmayıp ampirik bilgi ve öngörüye dayalıdır; ancak konunun yol açtığı sorunları ve tehlikeli yönlerini gözler önüne sererek gelecekteki verilere dayalı çalışmalar için yol açabilir.

Performans sisteminin, üniversite hastaneleri ve SB eğitim araştırma hastaneleri genel cerrahi kliniklerinde ne gibi değişikliklere neden olacağı; eğitim, araştırma ve geliştirme, bilgi üretimi, hasta bakımı/tedavisi, iş barışı, çalışanların memnuniyeti üzerine etkileri gibi pek çok parametre izlenmelidir. Bu sistemin 1. Hastalar, 2. Genel Cerrahlar, 3. Uzmanlık öğrencileri, 4. Öğretim üyeleri, 5. Hekim dışı sağlık personeli üzerindeki etkileri ölçülmelidir. Bunları yapabilmek kuşkusuz çok ciddi bir altyapı gerektirir. Üniversite hastanelerinde maalesef böyle bir altyapı ve insan kaynağı tam olarak mevcut değildir. Ülkemizde referans merkezlerine hastaların nasıl sevk edileceği ile ilgili kurallar tam olarak belirlenmiş olmadığından hasta sevkleri kesin ve objektif kriterlere dayanmaktan çok, daha subjektif değerlendirmelere (ağır hasta gibi) göre yapılmaktadır. Hastalar yoğun bakıma kabul edilirken ya da acil servislerden sevk edilirken standart değerlendirmeler kullanılmamaktadır. Örneğin bu alandaki skorum sistemi günlük yaşamda henüz hak ettikleri yeri bulamamıştır. Bunlar ve benzeri pek çok eksiklik nedeni ile halihazırda ülkemizde karşılaştırmalı çalışmalar yaparak belli bir dönem sonunda nereye varıldığını görmek mümkün değildir.

Performans geliri dağıtımı ile ilgili olarak Neredeyiz? Hedefimiz nedir? Bu hedefe ulaşırken neler yapmalıyız? sorularını üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri genel cerrahi klinikleri tartışmalıdır. Bu büyük uygulama

gerçekleştirilirken olası zararlı etkiler veya faydalar hiç vakit kaybetmeden anlaşılabilirmeli; sistem ihtiyaçlar doğrultusunda yeniden düzenlenebilmelidir.

Şu anda Sağlık Bakanlığı'nın "sen çalış - ben çalıştığın kadarını ödeyeceğim, böylelikle kapıların önünde tedavi için kuyrukta bekleyen hastaların derdine daha fazla deva olacağız" felsefesiyle yola çıktığı ve bu amaçla yürürlüğe koyduğu bu uygulama; bazı hastanelerde "gelir" hâlihazırda ölçülebilir tek performans parametresi olduğu için "sen kazandır, ben kazandırdığın kadarını ödeyeyim" haline ne yazık ki dönüşmüştür.

Bu bakımdan uygulanmakta olan muayene/ameliyat sayılarına dayalı nicelik temelli performans uygulaması yerine görece daha az sorunlu değer veya nitelik temelli performans sistemine geçilmelidir.

Tıp alanındaki "DOĞRU İŞLERİN- DOĞRU YAPILMASI" felsefesi performans sistemi için de temel olmalıdır.

Performans uygulaması nedir?

Sağlık Bakanlığı (SB)'nın 2004 yılında başlattığı "**Performansa Dayalı Ek Ödeme**", uzman hekimlerin ürettikleri iş ve hizmet karşılığında uygun hak edişler almasına dayalı olarak geliştirilen bir ücretlendirme sistemidir (TCD Performans raporu).

Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında, bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, eğitim, öğretim, inceleme ve araştırma faaliyetleri ile yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmek amacını taşımaktadır. (**Resmi Gazete Tarihi: 12.05.2006 Resmi Gazete Sayısı: 26166.**) Üniversite hastanelerinde uygulanmaya geçilecek olan ve hâlihazırda SB eğitim araştırma hastanelerimizde uygulanmakta olan performans sistemi ile ilgili olarak TCD görüşü aşağıda başlıklar halinde sunulmaktadır.

Liyakat

Yapılan dağıtımın çalışma yaşamında ve eğitim ortamlarında önemi olduğu iyi bilinen liyakate dayalı hiyerarşik yapılanmayı bozmaması esas olmalıdır. Öğretim üyeleri, uzmanlar ve uzmanlık öğrencilerinin hekim dışı sağlık personeli ve kurumda çalışan diğer personelden daha az bir performans geliri alması üretilen hizmetin niteliğine uygun değildir. Yine herkesin üstüne düşen işleri yaptığı bir düzen içinde, meslekteki kıdem göz önüne alındığında, bir profesörün doçentten, bir doçentin yardımcı doçentten, bir yardımcı doçentin uzmandan, bir uzmanın tıpta uzmanlık öğrencisinden daha az performans geliri alması çalışma barışını bozacaktır.

Uzmanlık öğrencilerinin durumu

Esasen hasta üzerinde uzmanlık alanı ile ilgili "tıbbi el atmaya" kanuni bir yetkisi sınırlı olan ve temel amacı "uzmanlık eğitim almak" olan tıpta uzmanlık öğrencilerinin bir eğitim süreci için burada olduğu göz önüne alınarak tümü için eşit oranda ve tatmin edici performans geliri dağıtılmalıdır. Tüm klinik branşların araştırma görevlileri aynı performans gelirine sahip olmalıdır. Araştırma görevlileri arasında yarıştırmaya tabanlı bir ödeme sistemi uygun değildir (mikrobiyoloji, ortopedi, genel cerrahi araştırma görevlileri aynı performans gelirini almalıdır).

Genel cerrahi anabilim dalı ve kliniklerinde kurumlar arası sevk paternleri, kurum içi sevkler, bölümün hastane içindeki durumu ve SGK uygulamaları

Genel Cerrahi kliniğinin hastaneye kazandırdığı gelir göz önüne alınmak durumundadır. Hastanenin gayrisafi hâsılasına ve yansıyan bilançoya yaptığı katkıya göre genel cerrahi kliniğine ayrı bir katsayı verilmesi uygundur. Genel Cerrahi bölümünün tetkikler ve sair işlerden hastaneye sağladığı gayri safi veya bilançoya katkıları SGK kesintilerinden sonra ilgili bölümün performans oranlarına ayrı bir katsayı ile etki ettirilmelidir. Tanı ve tedavi aşamalarında tetkiklerin daha fazla ve lüzumsuz olarak kullanılmasının maliyet etkinliği düşürdüğü açıktır. Ancak böyle bir sonuca varmadan önce ileri maliyet muhasebesi analizleri, çağdaş tedavi ilkeleri de göz önüne alınarak yapılmalıdır.

SGK kesintisi olduğunda, bu tetkikleri isteyen bölümün performansına olumsuz yönde etki ettirilmesi sistemin özelliği olabilir. Ancak, üzerinde kesinti yapılan bu tetkiklerin, tetkiki yapan bölümün (örneğin, radyoloji, biyokimya) performans artışı olarak değerlendirilmesi de uygun değildir. Buna dikkat edilmeli ve SGK kesintisine maruz kalan tetkikler tetkiki yapan bölümün performans gelirin pozitif veya negatif etki etmemelidir.

Hali hazırda uygulamaya geçilen sistemde, üniversite ve eğitim ve araştırma hastanelerinin 3. basamak referans hastaneleri olduğu gerçeği göz ardı edilemez. 3. basamak hastaneleri tanı ve tedavileri güç olan, ender görülen ya da oldukça kompleks olgulara sağlık hizmeti sunan kurumlardır. Kimi zaman, komplike bazı olguların hastaneye hiç kar ettirmediği veya çok yüksek amortisman ve maliyetle başa baş bir gelire mal edildiği ortadadır. Halihazırdaki nicelik temelli sistem, hastaneleri daha karlı olduğu için bu tip olguların yerine poliklinik hizmetlerine yöneltebilmektedir. Eğitim ve araştırma üreten akademik hastaneler; topluma daha iyi sağlık hizmeti sunan, daha doğru / güncel tedavi uygulayan, daha düşük mortalite / morbiditeye neden olan, daha uzun sağ kalım sağlayan, daha 'zor' hasta için daha özel sağlık hizmeti sunan hastaneler olma özellikleri ile çok önemli toplumsal işlevler görürler (Terzi C. 2007, A). Eğitim hastanelerinde sağlık hizmeti bedelinin; eğitim, araştırma, kompleks ve ağır hastalara hizmet gibi çok önemli işlevler nedeniyle diğer hastanelere kıyasla yaklaşık % 25 - 30 daha yüksek olduğu bilinen bir gerçektir (Terzi C. 2007, A).

Daha önceleri yukarıda sözü edilen toplumsal işlevleri desteklemek amacıyla eğitim hastanelerinin görece yüksek faturalarını çekincesiz kabul eden devlet performans sistemi ile bu yaklaşımını terk etmektedir. Bu kurumlarda performans sistemi ile 'rekabet' ve 'kar' gibi kavramların daha öncelikli hale gelmesiyle eğitim ve araştırma etkinliklerinin çok olumsuz etkilendiği, bununla birlikte üretilen sağlık hizmetinin de niteliğinin değiştiği görülmüştür.

Rekabet ve kar gibi kavramların öncelikli olduğu kurumlarda daha çabuk ve daha kolay para kazanılan sağlık uygulamalarına ağırlık verilir (Terzi C. 2007, B). Zor hasta bakımı, özellikli hasta hizmeti / karmaşık sağlık hizmeti gibi akademik merkezleri toplum için vazgeçilmez kılan hizmetler birer birer yok olur. Bunun yerine bu merkezler ikinci hatta birinci basamakta üretilmesi gereken rutin sağlık hizmetlerine, döner sermaye gelirlerini artırmak amacı ile yönelirler. Bu durum, akademik merkezlerin temel niteliğini yitirmesi, 'butik' hastanelere dönüşmesi demektir. Bu akademik merkezlerin biyoteknolojik ve insan gücü yatırımı, örneğin, yeni doğan yoğun bakımı, organ nakli, ya da yanık merkezi gibi özellikli alanlar yerine günlük poliklinik hizmetlerine ve laparoskopik ameliyatlara vb. gibi kuruma para kazandıran alanlara kayar. Akademik merkezlerin temel görevlerinden biri olan alanında bilimsel olarak öncü/lider insan yetiştirmek görevi de böyle bir ortamda mümkün olmaz. Tıp fakülteleri hastaneleri özellikli sağlık hizmeti üreten üçüncü basamağın seçkin akademik merkezleri olmak yerine sıradan sağlık hizmetlerinin butik sağlık işletmelerine dönüşmektedir (Terzi C. 2007, A).

Genel cerrahlar, çoğu kez performans gelirlerinin nasıl hesaplanmakta olduğunu ve dağıtım esaslarının nasıl oluşturulduğunu ayrıntıları ile bilmemektedirler. Hesaplanmanın nasıl yapıldığına ilişkin ham bilgi, ham veri ve belgelerin, ileride genel cerrahi kliniklerinin güçlü yönleri, zayıf yönleri, ilgili olanaklar ve geliştirilebile-

cek yönler ile tehdit oluşturacak yönlerini ortaya koymaya olanak tanıyacak çalışmaların (S.W.O.T analizi) yapılabilmesi için bölüm çalışanlarına aylık veya belirli periyotlarla verilmesi gerekmektedir. Pek çok hastane yöneticisi genel cerrahinin hastanenin belkemiği olduğunu bilir ancak, bunun dökümantasyonunda çok ciddi eksiklikler vardır. SWOT analizler yapılabilirse şu andakinden çok daha gerçekçi, hastalara olası zararları en aza indirgeyen, genel cerrahi kliniğinin hak ettiği yeri almasını sağlayacak bir sistem geliştirilebilir.

Performans sistemi uygulayıcı ve yöneticide yanlış algılanabilir mi? Yanlılığa (BİASA) bağlı hasta güvenliği sorunu yaşanabilir mi? Volüm bazlı ödeme mi, değer bazlı ödeme mi?

TCD, ülkemizde eğitim hastanelerinde uygulanmakta olan ve yakında tüm üniversite hastanelerinde uygulamaya geçilmesi yasal bir zorunluluk olan performans sisteminin yanlılığa (bias) neden olmasının ciddi bir olasılık olduğunu düşünmekte, bu durumun hasta güvenliğini tehlikeye düşürebileceği endişesini taşımaktadır. Maaş dahil her geri ödeme sisteminin kendine özgü sorunları vardır. Bu alandaki hiçbir sistem ideal değildir. Ancak, performansa dayalı geri ödeme sistemi uygulama sorunlarından fazla oranda etkilenen bir sistemdir. Bu sisteme geçilirken kurumsal kalite ölçüm parametreleri ve değerlendirme metodları kadar bireysel olanları da çok iyi saptanmalıdır. Örneğin, antimikrobiyal profilaksi kılavuzlarına uygun davranış, veya sevk aşamalarında “overtriage- undertriage” gibi, parametrelerin sonradan değerlendirebileceği aktif tablo olarak bilgilerin görülebileceği ve bunlardan çıkan sonuçlara göre değişiklik yapılabilecek bir sistem formasyonuna hızla ihtiyaç vardır. Acil cerrahi olgular için RTS (Revised Trauma Score), Manchester Triage skalası, yoğun bakım yatışı için APACHE II, SOFA, GKS gibi skor sistemlerinin hem her hastada hesap edildiği hem de otomasyon sistemine girildiği ve bunlar üzerinden algoritmaların uygulandığı bir bilişim altyapısına ihtiyaç vardır. Bu yapılmadığında ileride performans sisteminin kritik olgulara etkisini veya bu tür olgu yönetimlerinin performans sistemine etkisinin ortaya konabilmesi mümkün olmayacaktır.

Halen uygulanmakta olan sistemde gerek kodlama sorunları gerek uygulama zorlukları nedeniyle genel cerrahinin çok önemli bir hasta grubu performans sistemi tarafından iyi değerlendirilememektedir. Örneğin, Genel Cerrahi hemen hemen izole kafa travması haricindeki her travma ve acil cerrahi hastasının yönetiminde aktif rol almaktadır. Keza yatırılıp tanısı konan ve karmaşık aşamalardan geçerek tedavi edilen akut bakım hastaları (ve bazen ameliyat edilmeden taburcu veya sevk edilen olgulardan) örneğin, akut pankreatitler, (Ranson, GKS, ATLANTA gibi risk skorları çok yüksek olgular), peritonitler, travma hastalarından özellikle ameliyat edilmeyen ama yoğun bakımda yatış gerektiren olgular (GKS, RTS, ISS skorları riskli olanlar) performans sisteminde ve Sosyal Güvenlik Kurumunun geri ödeme uygulamalarında büyük kesintiler nedeniyle bırakın puan getirmeyi zarara bile yol açmaktadır. Geriatrik cerrahi hastalar (65 yaş üstü- genel cerrahi hasta popülasyonunda çok fazla orandadır; bu da daha çok konsültasyon, daha çok uğraş, daha çok tetkik, daha çok malzeme, daha çok ilaç demektir) ve literatürde “difficult tumor” adıyla geçen örneğin rektum kanseri ve diğer GIS kanserleri, ERCP gibi girişimsel radyoloji gerektiren hepatobiliyer cerrahi olguları hastanenin genel performansına katkıda bulunurken, genel cerrahi bölümü maliyet etkin çalışmamış gibi değerlendirilebilmektedir. Ayrıca veri girişi ve yapılanın tam olarak SGK’ya aktarılamaması gibi daha ziyade uygulamaya ilişkin basit sorunlara da bağlı olarak durumunda SGK’nin kesintisi oldukça fazla olabilmektedir. Bütün bu olumsuzluklar genel cerrahi bölümünün performansına kötü etki etmektedir. Gerçekleştirilen pek çok tetkik bir yandan kuruma gelir kaydedilirken, diğer yandan genel cerrahi kliniğinin gideri olarak hesaplanmaktadır. Bazı uygulamalarda, özetle, hastalar için istenen tetkikler, işlemler ve konsültasyonların sayısı arttıkça hastaneye hasta üzerinden gelen gelir artarken, bu tetkik ve konsültasyonlar diğer bölümlere kazanç, tetkiki isteyen bölüme ise gider (sarf) olarak işlenmektedir.

Mevcut sistemin uygulamasında: “nicelik” temelli değerlendirmede çok tetkik zarar getirmekte iken, “değer-nitelik” temelli değerlendirme düşünüldüğünde çok tetkik istenmesinin gerçekten gerektiği için bu tetkiklerin istenmiş olduğu veya sırf gereksiz tetkik istendiği için ortaya çıkabileceği gibi, ayrıca “çekinik tıp” uygulaması, algoritmalara uyum ve benzeri pek çok nedene de bağlı olabilir.

Uygulama aşamasındaki sorunlara bağlı olarak; hizmet kalitesi ve maliyet etkinliğinin değerlendirilmesine imkan tanımayan bir performans sisteminde; genel cerrahi kliniğinin yaptığı “işler” hastaneye ve diğer bölümlere kazanç olarak algılanabilirken, gayrisafi ve bilançoya çok etki ederek hastane sistemine önemli katkı sağlamakta, ancak genel cerrahi kliniği zarar etmiş veya maliyet etkin çalışmamış olarak değerlendirilebilmektedir.

Ülkemizde, uygulamaya konulan performans ve SGK’nın geri ödeme sisteminin sadece “**cost reduction**” parametresine uygun oluşturulduğunu ve uygulanmakta olduğunu, ancak “**cost-benefit**”, “**cost-effectiveness**”, ve “**cost-utility**” kavramlarının değerlendirmeye alamadığı görülmektedir. Sağlık sistemimizde bu tür uygulama sonuçlarının hiç kimse tarafından istenmediği halde hasta bakımı ve hasta güvenliği sorunlarına neden olaalabilir. Performans sistemi doğası gereği yanlılık (bias) taşımaktadır. Bu yanlılık düzeltilmediğinde sistem kendi yarattığı sapmaları normalleştirmekte hatta algılanamaz kılmaktadır. Bu durumun bedeli ise beklenen ve arzu edilenin tam tersine sağlık hizmetlerinde kalite erozyonu olabilir.

Örneğin, kritik olguların tedavi sürecinde hastane otomasyonunun etkin çalışması, **kılavuzların kullanılması**, “**sepsis paketi**”, “**pankreatit paketi**” “**üriner sistem enfeksiyonu paketi**” gibi ne yapılması gerektiğinin **küçük fakat geçerli demetler halinde anlatıldığı, yol şemalarının kullanılması ve daha önemlisi bunlara uyumun SGK tarafından desteklenmesi- akredite edilmesi** gerekir. Buna rağmen kılavuzlara dayalı algoritmik sağlık hizmeti sunumunun da çok kolay ya da her sorunu çözen sihirli bir yaklaşım olmadığı dünyadaki uygulamalardan bilinmektedir. Bu klavuzların bilimsel, gerçekçi, özgün koşullara uygun, büyük çoğunluktaki hasta grubuna uygulanabilir ve de en önemlisi sürekli güncel tutulabilmesi gerekmektedir. Ülkemizde bu tür bir yapılanma için altyapı çalışmalarına önem verilmelidir.

Dünyada iyi klinik uygulamalar için güçlü kılavuzlar hazırlanmakta ve kanıt piramidinin en üstünde bulunan bu dökümanlar her ne kadar her ülke için uygun olmasa da sağlık hizmetinde kullanılmaktadır. Örneğin; IDSA intraabdominal enfeksiyonlarda antibiyotik kullanımını ve diğer konuları düzenlemek için 2010 yılının başında yayınlanmıştır. Bu kılavuza göre “şüpheli akut apandisit” tanısında bilgisayarlı tomografi (BT) kullanımı önerilmektedir. Akut apandisit çok görülen bir hastalıktır ve apendektomi genel cerrahi uygulamaları içinde en sık yapılan ameliyatlardan biridir. Ülkemizde SGK uygulamasında geri ödemeler, preoperatif tanılardan değil postoperatif tanılardan yapılmaktadır ve BT akut apandisit nihai tanısının SGK paket ödemesi içinde değildir. Bu kılavuzun yayınlanmasından uzunca bir süre sonra bile, BT hala paket ödeme içine alınmamıştır. Bu kılavuz ülkemiz için de geçerli ve yararlı ise akut apandisit tanısında BT kullanılmalıdır. Halen bu kılavuzu bilimsel açıdan çağdaş ve değerli bulan bir cerrah hastası için BT yaptırdığında kuruma zarar ettirmiş görünmektedir. Tamamen bir örnek olsun diye ele aldığımız bu durumda, BT kullanarak şüpheli apandisit tanısını daha kolay ve doğru olarak koymak, ameliyat yapılmasını veya yapılmamasını sağlamak ve hastayı birçok diğer masraftan (geniş spektrumlu antibiyotik, serum, yoğun bakım tedavisi, postoperatif fıtık) ve riskten korumak mümkündür. Yani bu örnekte, hekimin davranışı güncel ve başka ülkelerde geçerli bir kılavuza dayalı olsa bile SGK geri ödemesinde sorun olmakta ve adeta bu uygulama akredite edilmemiş olmaktadır. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi SGK çağdaş kılavuzlar ve yayınlarla ilgili olarak kendi yapısını çok güncel tutabilmeli ve geçerli çağdaş bilgileri eskileri ile değiştirebilecek hız ve bilimsel yapıya sahip olmalıdır.

Ülkemizde veri kayıt sistemi için dünyanın en zor tıbbi katalog sistemi kabul edilen “International Disease Classification-10 (ICD-10)”a hızla geçilmiştir. Oysa ilgili literatüre bakıldığında sadece bu kayıt sisteminin doğru kullanılabilmesi için özel eğitim almış insan gücüne ihtiyaç olduğu görülmektedir. Şu anda pek çok

hastane yöneticisi kaçakları önleyebilmek için, asistanlara hatta öğretim üyelerine doğru veri girişi yaptırmaya çalışmaktadır ancak bu hem yetersiz hem de uygun olmayan bir çaba olduğundan başarılı da olamamaktadır. Veri girişi için nitelikli personel istihdamına gerek vardır. Veri girişi, faturalandırma, raporlama ve diğer uygulama aşamalarında oluşabilen sistematik hataların en aza indirilmesi için ICD-10 veya diğer kodlama sistemlerine hakimiyet yanında, bilişim sistemleri, endüstri mühendisleri, uzmanlar ve sağlık sistemi yöneticileri “hospitalist”lerden oluşmuş özel yapılanmalar gerekmektedir.

Ne var ki, bu gün gelinen noktada, ülkemizdeki çoğu üniversite hastanesi böylesine devasa bir dönüşüme ne alt yapı ne de insan kaynakları bakımından hazır değildir.

İçinde bulunduğumuz performans sistemin değer tabanlı bir ölçüm yapamamaktadır. Aşağıda bir hasta üzerinde kavram açıklanacaktır:

Halen içinde bulunduğumuz performans sisteminde bir hastaya genel cerrahi için ağır kabul edilen “kolon rezeksiyonu” yapıldığını varsayalım. Bu ameliyattan sonra hasta için muhtemel üç sonuç üzerinden sistem irdelenirse;

1. Ameliyattan hemen sonraki gün hastanın bir nedenle öldüğünü varsayalım. Bu durumda paketin ön gördüğünden daha az maliyet oluşmakta ve hastane daha fazla kar etmektedir.
2. Hasta 10 gün içinde sorunsuz taburcu edilmiş olsun. Burada da paket geçerli olup daha fazla masraf edildiği için birinci durumdan daha az kar edilmektedir.
3. Durumda ise hastada bir komplikasyon çıkıp hasta tekrar ameliyata alınmış sonra taburcu edilmiş olsun: İçinde bulunduğumuz ödeme sistemine göre en karlı durum bu durumdur. Hasta tekrarlayan ameliyat ile paket dışına çıkıldığı için kurum masraflarını tahsil edebilecektir.

Yine Genel Cerrahi pratiğinde en sık yapılan acil ameliyatlardan akut apandisit örneğinde:

1. Hasta apandektomi sonrası ikinci gün taburcu edilmiş olsun. Hastane kar etmektedir.
2. Hasta: Yara enfeksiyonu, akciğer sorunları vb. yandaş sorunlar nedeniyle daha uzunca bir süre takip edilmiş olsun (sistem perfore- perfore olmamış ayrımı yapmamaktadır, oysa çok farklı durumlardır). Halen paket fiyat geçerli olduğu için hastane ve klinik kar oranı azalmaktadır.

Sistem ister istemez etik sorunlara da yol açmaktadır. Örneğin, performans sistemi memedeki basit fibroadenomların kaç tanesinin hangi kesi tipleri ile çıkarıldığına göre bir ödeme öngörmekte ama fibroadenomların çıkarılmasının hiç gerekli olmadığı durumlarda neden çıkarıldığını sorgulamamaktadır. Bu nedenle, performans sistemi istemeden ve farkında olmadan aslında takip edilmesi gereken pek çok meme fibroadenomunun ameliyatlara çıkarılmasını da bir bakıma desteklemiş olmaktadır. Performans sistemi ameliyat sırası bekleleyen olguların sayısında azaltmaya neden olmakla birlikte basit ameliyatlara sayısında da artışa neden olabilir. Artışın nedenlerinden birisi de endikasyonların daha geniş tutulması olabilir. Bu konu ile ilgili olarak detaylı analizlerin yapılabileceği bir altyapının geliştirilmesi gerekir.

Malpraktis korkusu, özellikle acil ameliyatlarda patolojiyi atlama korkusuna bağlı çekinik tıp uygulamaları yani daha fazla ameliyat tarafında durma ve nicelik temelli performans uygulaması yan yana geldiğinde gereksiz ameliyat oranı artabilir.

Performans sistemi uluslararası çağdaş tıbbi gereksinimlerdeki değişikliklere hızla adapte olabilen bir yapıya ihtiyaç duyar. Oysa, bugün içinde bulunduğumuz durumda, yapılan işlerin bire bir tıbbi kalitesini denetleyemeyen bir sistem söz konusudur. Böyle bir ortamda, yarıştırma sistemi, fazla ve lüzumsuz ameliyatlara neden olabilecektir. Ameliyat sayılarına yönelik alınacak dikkatsiz ve uygunsuz önlem ve düzenlemeler büyük ve sistematik diğer sorunlarına yol açabilir.

Genel cerrahi ve ilgili diğer branşlarda çekinik tıp uygulama eğilimi, malpraktis yasası, SGK geri ödeme esasları

Özellikle 3. basamak referans hastanelerde genel cerrahinin olgularının önemli bir kısmı, karmaşık süreçler içinde tedavi edilen kritik olgulardır. Bu olgularda cerrahın “kötü el atma” ve komplikasyon nedeni ile ceza davası ile karşı karşıya kalması olasılığı gün geçtikçe artmaktadır. Yürürlükte olan malpraktis yasası cerrahları biraz da çekinik tıp (defensive medicine) uygulamasına yöneltmektedir. Çekinik tıp; hekimin ceza veya hukuk davalarıyla karşılaşmamak, tazminat ödememek, sigorta poliçe primlerini artırmamak amacıyla aşırı korumacı veya çekingen davranarak tanı ve tedaviye yönelik tıbbi uygulamaları gereksiz kullanması ve malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek olan uygulamalardan kaçınması olarak tanımlanmaktadır.

Pek çok sağlık kurumunda genel cerrahinin işlerini tam gerçekleştirebilmesi bir multidisipliner çalışma gerekmektedir. Yalnızca genel cerrahi değil anestezi, radyoloji, patoloji medikal onkoloji, biyokimya, konsültasyon istenen diğer bölümler gibi pek çok disiplinin ortak başarı ya da başarısızlığı bir genel cerrahi hastasında sonucu belirlemektedir. Bu nedenle pek çok cerrah kurumunun olanak ve kapasitesine göre hastasını ele almaktadır. Örneğin lüzumsuz istenmiş gibi görünen pek çok tetkik aslında sadece hastaya yardımcı olmak çabasıyla yapılır. Geri ödemelerde bunun çalışana yansıtılması uygun değildir.

Performans sisteminin sağlıklı ve hakkaniyetli uygulanabilir olması için performans değerlendirme kararlarında yukarıda uzun uzun tartıştığımız nihai sonuca etkili çok sayıda değişkenin sistem tarafından algılanması, kullanılması ve değerlendirilmeye alınması gerekmektedir.

Üçüncü basamak referans hastanelerin yoğun bakımları ve kritik olgular

Üçüncü basamak referans merkezi sayılan bir üniversite hastanesine yandaş hastalığı olan, diğer sağlık kurumlarında çözülmemiş sorunları olan, yoğun bakım gereksinimi olan hastaların gelmesi işin doğası gereğidir. Halen, bu tip hastaları tedavi ederek risk alan bölümler, tıbbi ve bazen yapılması bir zorunluluk olan kılavuz ve algoritmalar ile belirlenen bilimsel yaklaşımları uyguladıklarında; hastane kaynaklarının tüketilmesi, yoğun insan kaynağı ve iş gücü harcanması gibi durumlar ortaya çıkarmaktadır. Mali kayıpların daha az olabilmesi için sistemin bütün unsurları tam olarak çalışmak durumundadır. Ne var ki; halihazırda pek çok üniversite hastanesinin “çok daha karmaşık veri kayıt süreci”, çok daha fazla miktardaki ve hesabı çok zor “indirek maliyetler” ve “çok daha karmaşık faturalandırma”, demek olan kritik hasta uğraşındaki gerekli mali başarıyı göstermesi neredeyse imkansızdır.

SGK’nın hem ücretlendirme, hem de bir ölçme-değerlendirme referans sorunu olduğu gerçeğini göz önüne alındığında bu tür olguların tedavisindeki olası mali kayıplar başarısızlık olarak algılanmamalıdır. ABD’de kritik hasta ile uğraşan yoğun bakım merkezlerinin uzun bir süredir, sürekli zarar ettikleri, bunların devlet tarafından desteklendiği buna rağmen her yıl çok sayıda yoğun bakımın kapandığı iyi bilinen bir konudur. Yukarıdaki bilgiler doğrultusunda; içinde bulunduğumuz durum, cerrahi kliniklerini bir açmaz içinde bırakmaktadır: Bir tarafta karlılık diğer tarafta ise hasta güvenliği sorununu düşünmek ve her aşamada buna uygun davranmak hekim için hiç de kolay değildir.

Yoğun bakım örneğinde görüldüğü üzere performans sistemi, “hasta hakları” ve etik değerler gibi temel anlayış ve ilkeler ile çelişen durumlar yaratabilme potansiyeli taşımaktadır.

Türk cerrahi derneğinin performans konusundaki pozisyonu ve TCD performans grubu çalışma raporları

TCD ilkesel olarak performans sisteminin yararlı olmadığını aksine çok önemli yandaş sorunlara yol açtığını daha önce yayınladığı 2 raporlar ortaya koymuştur. Buna rağmen uygulamada olan ve yaygınlaştırılan performans dayalı geri ödeme sistemi, yapılan ameliyatlarının ağırlığına göre bir katsayı oluşturmadığı genel cerrahi alanı özelinde daha da eşitsiz bir duruma yol açmaktadır. En azından bu eşitsizliğin giderilmesi için ağır ameliyatlara daha yüksek katsayı verilmelidir. SB tarafından uygulanmakta olan sistemin bu önemli eksikliği üniversite hastaneleri tarafından yeniden oluşturulmamalıdır. Üniversite döner sermaye işletmeleri döner sermaye yürütme kurulları, kendi maliyet ve risk yönetimleri içinde bu ameliyatlara yeniden risk ve zorluk oranları ve özgün katsayılar belirleyebilmelidir. Oluşturulacak bir katsayı ile yeniden bir değerlendirme yapılabilir. Böyle bir uygulamada hekimlerin yaptırma zorunlu oldukları sigortaların risk oranları da kıstas olarak değerlendirilmeye alınmalıdır.

Yapılan işin riskinin çoğu zaman gelirle orantılı olduğu gerçeği göz önüne alındığında hem riski yüksek iş yapmak hem de ücretlendirme politikası ve eksiklikleri nedeniyle diğer branşlardan daha az ücret almak durumunda kalan cerrahların bu haksız durumdan kayıtsız kalmaları beklenemez. Bu durumun düzeltilmesi gerekmektedir. Cerrahların bu olumsuzluktan daha fazla mağdur olmaması için yasal bir zorunluluk olan sigorta poliçelerindeki risk kategorilerinin performans ödemelerinde dikkate alınması uygun bir yaklaşım olur.

Performans sistemi özellikle ABD’de üniversite hastanelerinin giderek daha çok hasta kabul etmesine ancak, daha az geri ödeme yüzünden gelir kaybetmesine yol açmıştır. Kısacası iş yükü artarken gelir azalmıştır (Terzi C. 2007, B). Tıp fakülteleri bu duruma hasta bakımını hızlandırarak, sürümden kazanmak şeklinde bir yanıt vermiştir. Bu refleks iş piyasası mantığına uygun görünse de bedeli ağır olmuştur. Günümüzde tıp fakültelerinin varlık nedenleri ve misyonları tehlikededir. Bazıları ekonomik olarak ayakta kalmayı başarabilse de temel ilkeler yitirilmiştir. Başlangıçta piyasalaşmaya proaktif yaklaşan akademisyenler gelinen noktada akademik kalitedeki erimeden son derece rahatsızlardır. Günümüzde öğretim üyelerinin pek azı eğitici ve mentor olarak kullanılabilir durumdadır. Öğretim üyeleri klinik iş yüküne boğulmuş; daha çok ödeme yapan hastalara hizmet etme yarışı içindedirler. Öğretim üyesinin üretkenliği kuruma kazandırdığı para ile ölçülmektedir. Ödeme gücü olmayan hastalara yapılan hizmet değerlendirme dışı bırakılmıştır. 1980’lerde hastaların hastanede ortalama yatış süresi 10-12 gün iken günümüzde bu 3-4 güne düşmüştür. Hasta bakımında hız en önemli unsur haline gelmiştir. Öğrenci aktif katılımcı değil pasif gözlemci durumundadır. Temel bilgi ve becerilerin bu hız ortamında kazanmaları çok güçleşmiştir. Hastaneye yatmadan önce tanısı konmuş ve tedavi planı yapılmış bir hasta üzerinde öğrencinin problem çözme becerileri geliştirmesi olanaksızdır. Hastaların tanı ve tedavi süreçleri bir bütünlük içinde izlenememektedir. Çalışma ve eğitim ortamı çok ticarileşmiş durumdadır. Hastaların müşteri olarak kabul edildiği, en iyi vizitin ‘en kısa vizit’ olduğu, sürekli para kaynaklarının kısıtlılığı ve para kazanma yollarının konuşulduğu bir ortamda öğrenci (ve de asistanlarda) doğru tutum ve davranış geliştirilebilme olanağı kalmamıştır (Terzi C. 2007, A, Terzi C. 2010).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi genel cerrahi eğitimini olumsuz etkilemektedir. Bu sistem; eğitim ve hizmet arasındaki dengenin hizmet lehine bozulmasına, hizmet ağırlıklı çalışma nedeniyle eğitim ve araştırma hastanelerinin ikinci basamak standart hizmet hastaneleri haline dönüşmesine, kliniklerde ve klinikler arası mortalite toplantısı, seminer, konsey, olgu tartışması gibi eğitim etkinliklerinde azalmaya, yapılmayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerinin yapılmış gibi gösterilmesine, asistan eğitimine yeterince özen gösterilmemesine, zamanı iyi kullanmak adına ameliyat uygulamalarının uzmanlar tarafından yapılmasına, etik dışı davranışlarla asistanlara kötü örnek olunmasına, olumsuz rol model olunmasına, kurs ve kongreler gibi sürekli mesleki eğitim etkinliklerine katılımın puan kaybı korkusu nedeniyle azalmasına, aşırı iş yükü nedeniyle kişisel

mesleki gelişim etkinliklerine, örneğin, makale okumaya ve eğitim toplantılarına daha az zaman ayrılmasına yol açmıştır. (TCD Performans raporu - 2009).

Genel cerrahlarda sterotipik yaşam tarzı - tükenmişlik sendromu ve nöbetler ve performans ödemeleri

Nöbet sistemi ve icapçılık sisteminin insan yaşantısı ve aile düzeni üzerinde çok olumsuz etkileri olduğu pek çok araştırma ile ortaya konmuştur. Artık bunun bir meslek hastalığı olduğu ve sterotipik bir hayat tarzının tükenmişlik sendromu yaptığı bilinir. Klinik tıp disiplinleri içinde en çok tükenmişlik sorunu yaşayan bölümler, sık nöbet tutan ve geceleri ikide bir yapılan ameliyatlara nedeniyle normal yaşantısı olamayan cerrahlar ve acil hekimleridir. ABD’de yakın zaman önce çalışma süresi ve nöbet sistemleri ile ilgili yasal durum yeniden düzenlenmiştir. Ülkemizde, halen acil tıp, göğüs cerrahisi, beyin cerrahi, genel cerrahi gibi bazı tıp disiplinleri daha kolay ve risksiz yaşam tarzı arzusu nedeniyle tercih edilmemektedir (TCD Çalıştay Raporu-2009). Bu bağlamda iş yükünün ağır, çalışma yaşamının stresli, nöbet ve acil ameliyatlara nedeniyle düzensiz/kontrol dışı bir yaşam sunan genel cerrahi alanının başka önlemlerle cazip kılınması gereklidir. Örneğin, nöbet tutulduğunda ve mesai saatleri dışında acil ameliyat yapıldığında icapçı ve nöbetçi cerraha yapılan ameliyatlara ve girişimlerin gelirleri daha yüksek bir katsayıdan yansıtılmalıdır. Böylelikle, hem en asgari haliyle, nöbet tutan ve tutmayan bölümler ve hekimler arasındaki fark dikkate alınmış olunur, hem de genel cerrahi alanı görece cazip kılınabilir.

Genel cerrahi kliniklerinde usta çıracak eğitimi, cerraha volüme uygun cerrahi sorumluluk verilmesi

Performans uygulaması, cerrahi branşlarda yaklaşık bir yüz yıldır uygulanan usta çıracak (*hands on apprenticeship*) şeklindeki eğitimi bozmamalıdır. Eğitim kliniklerinde kıdem, bilimsel liyakat ve volümle (aynı ameliyatı kaç defa yapmış) bağlantılı olarak ve yapılan ameliyatlara zorluk derecelerine göre bunların nasıl yapılacağı-yaptırılacağı konusu değişiklikler gösterir. Yüz yıldan fazladır oluşan bilgi birikimi, bu ameliyatlara hastalara zarar verilmeden nasıl öğretileceği konusunda çok önemli kural, tutum ve davranışların gelişmesine neden olmuştur. Genel Cerrahi’de bazı ameliyat tiplerinde ve bu hastalıkların tedavisinde kurum volümü önemli iken (meme, guatr ameliyatlara gibi), diğer pek çok zor ameliyatlarda cerrah volümü ve tecrübesi hasta güvenliği bakımından en önemli belirteçlerdendir. Üçüncü basamak referans hastaneleri hastaları için için değerlendirildiğinde, yeni uzman olmuş bir cerrah ile kıdemli bir profesörün arasında bir çok ameliyat bakımından en azından volüm kriteri bakımından çok büyük farklar olması doğaldır. Genel cerrahinin pek çok ameliyatında, cerrah volümü ile mortalite ve morbidite arasında doğrusal bir ilişki vardır. Buna rağmen, bireysel performans uygulamasının bu kriterler dikkate alınmadan yapılmaya kalkışılması, eğitim ve çalışma barışını tamamen bozabilecektir, hasta güvenliğinde sorunlara neden olabilecektir. Bu durum performansla dayalı geri ödeme sistemi içinde mutlaka dikkate alınmalıdır.

Genel cerrahide uygulanacak performans kriterlerinin sadece “nicelikçi gözeten” olmayıp aynı zamanda “değer” merkezli de olması gerekmektedir.

Dr Alper Cihan “değer kriteri olarak, üretilen kaynak kredisi, tabip hizmet kredi cetveli, ders kredi katsayı cetveli, bilimsel yayın kredi cetveli, kadro unvan katsayısı, akademik unvanlar, idari görevler vb. gibi ölçütler kullanılması gerektiği ayrıca; değer performansı kriterlerinden; hastane kalite performans kredisi, bölüm kalite performans kredisi, bölüm maliyet muhasebesi katsayısı, bölüm çalışan memnuniyeti katsayısı, bölüm hasta memnuniyeti katsayısı, bölüm eğitim değerlendirme katsayısı ve bireysel eğitim değerlendirme katsayısı gibi

değerlendirme kriterleri de önem kazanmaktadır. Ödemeler yapılırken, hizmet üretimi, eğitim üretimi ve bilimsel üretim kıstasları dikkate alınmalıdır” demektedir. Bu model bireysel performans kriterleri dikkate alınırken liyakatı ve genel cerrahinin özgün öğretim modelini daha öncelemeyi hedefleyen bir sistem olabilir.

Eğitim ve öğretim faaliyetleri direkt olarak bölüme gelir getiren kalemlerden değildir. Ancak, eğitim ve öğretim faaliyetleri Üniversite ve eğitim araştırma hastaneleri için çok iyi bir değerlendirme parametresidir. Bu nedenle direkt olarak bölüme gelir getirmemesine rağmen eğitim, öğretim faaliyetlerine ciddi bir katsayı verilmesi gerekir. Ancak, eğitim öğretim faaliyetleri için performansa dayalı geri ödeme sisteminden bağımsız ayrı bir kaynak yaratılması çok daha uygun bir yaklaşımdır.

Özellikle genel cerrahinin şu anki ücretlendirme politikası nedeniyle bulunduğu durum dezavantajlıdır. Genel cerrahide eğitim süreklidir. Bu süreçte daha basit ameliyatlara (sayıları daha çoktur) daha kıdemli uzman cerrahlar tarafından yönetilirken (öğrenim için gereklidir), daha komplike ve sayısı nispeten daha az ameliyatlara yönetimi daha kıdemlilerle beraber yapılır. Eğitim ve hizmet böylece sürer gider. Bireyselliği körükleyen ve diğer öncelikleri öteleyen yarıştırmaya sistemi, hasta güvenliği sorununa neden olabilir. Bunun yerine genel cerrahide kıdem, tecrübe ve liyakata uygun olarak yapılan ameliyatlara gelirlerinin bölüm performansı olarak yansıtılması daha uygun olacaktır. Bölüm performansı içerisinde profesör, doçent, yardımcı doçent, uzman için, halen var olan koordinatör şef, şef, şef yardımcısı, başasistan katsayılarına benzer tabaklandırılmanın oluşturulması gerekir. Bölüm performansı uygulanmadığı durumda sistem bireysel yarışa dönüşür ki bu eğitim ortamı için son derece sakıncalıdır.

Genel cerrahi kliniğindeki kritik hastaların ameliyat ve yoğun bakım takipleri ve performans uygulamaları

Genel Cerrahi Kliniğindeki yoğun bakım gereken hastalarını yoğun bakımda kendilerinin yönetmelerine imkan tanınmalıdır. Genel cerrahide hastalar ameliyat veya bir tedavi öncesi aydınlatırken, hastalarla bütün süreç için görüşülür ve yazılı olarak bir aydınlatılmış onamları alınır. Bu onam sürecin ameliyatı yapacak ve tedaviyi üstlenmiş cerrahin sorumluluğunda tamamlanmasını garanti etmektedir. Genel cerrahinin kritik olgularında ameliyat sürecinin başarısı postoperatif ilk hafta ile çok ilgilidir. Genel cerrahlar için; yetki-sorumluluk ve vekalet alma bakımından, postoperatif dönemdeki hastalar yoğun bakım sorumluluğu makamına devredilip müdavi hekim düzeyinden konsültan hekim düzeyine inmeleri uygun değildir. Bu hastalar ile ilgili ortaya çıkabilecek diğer tıbbi yardım ve diğer gereksinimler için konsültasyon mekanizması vardır.

Bu nedenle ülkemizde az sayıda üniversite hastanesinde olan genel cerrahi kliniklerinin sorumluluğunda, cerrahi hastaların takip ve tedavi edildiği cerrahi yoğun bakım ünitelerinin açılması ve genel cerrahlar tarafından idamesi çok gereklidir. Doğal olarak bu tür servislere üretilen kritik ameliyatlara, acil cerrahi, travma, yanık vb hastalıkların tanı izlem ve tedavilerindeki hizmetler ile ilgili geri ödemelerinin genel cerrahi uzmanına yapılması uygun olur. Diğer bir deyişle: tıbbi el atma için vekâlet ve sorumluluk kimde ise performans gelirin de ona yansıtılması gerekmektedir.

YÖK mevzuatı değişinceye kadar

Üniversiteler için yönetmelikler oluşuncaya kadar, akademik yapılanmayı ve akademik gelenekleri koruyabilmek için hiç olmazsa şimdiki haliyle önemli eksiklikler bulunmasına rağmen Sağlık Bakanlığı Eğitim Hastanelerinde Performans Uygulamasını düzenleyen yönetmeliğe uygun davranılmalıdır

Üniversitelerde performans kurulları ve ilgili idari akademik yapılanma

Üniversite içindeki hukuk, işletme, bilişim gibi diğer fakültelerin de desteklediği akademik desteği de olan yeni bir informatik yapılanması oluşturulmalıdır. Bu idari - akademik birim rutinin yanısıra, AR-GE çalışmasında bulunmalı ve performans ile ilgili her türlü bilgiyi üretmelidir. Kısa dönemde, bundan sonraki yapılanma içinde bir “performans kurulu” oluşturulmalıdır. Performans kurulu döner sermaye yürütme kuruluna bağlı olarak görev yapmalıdır. Kısa vadede performansların gelirlerinin uygulama esaslarını oluşturmalı ve sistem ile bölümlere ve bağlı bulunduğu idari yapıya “SWOT” analizlerini yapabilmelerine olanak sağlayacak veriyi sunabilmelidir.

Şeffaflık

Performans uygulama esaslarına ilişkin uygulama esasları hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılmalıdır. Gerektiğinde bu bilgilendirme belirli periyotlar ile tekrar edilmelidir. Alınacak her türlü idari karar kurum işletmelerinin web sayfalarında çalışanlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

Faturalandırma sorunları

Veri girişi, raporlama, faturalandırma vb aşamalardaki idari sorunlara ikincil gelir kayıpları tamamen idari kadrolarının sorumluluğunda olduğundan, doğacak SGK kesintilerinin ilgili klinik bölüme yansıtılmaması uygun olur.

Performansa dayalı ödemelerde örneklemin doğru belirlenmesi

Bir aylık hesaplamalar ve ona yönelik ödemelerde kurum gayrisafi ve bilançosu aylara göre değişiklik gösterebileceği için; performans gelirlerinin aylık hesaplanması durumunda bazı olumsuzluklar yaşanmaktadır. Bu nedenle daha doğru bir uygulama ve değerlendirme için “üç aylık dönemler halinde” hesaplamaların yapılması ve performansın ona göre belirlenmesi gerekir.

16. Performans sistemi ve dünya perspektifi

ABD’den kaynaklı bir derlemede: “Performansa dayalı ödeme sistemi medikal tazminatlar ile geri ödeme arasındaki dengeyi koruyarak aynı zamanda kalite artırmaya yönelik yeni bir sistemdir, denmektedir. Ayrıca, bu sistemde sağlık personeli belli bir tabandan ödeme alır. Yaptığı iş ve ürettiği hizmet karşılığında ödül olarak bir miktar daha ödeme almaya hak kazanır.” denmektedir. Kalite geliştirme organizasyonlarından olan Leapfrog’un Mart 2007 tarihinde yaptığı bir araştırmada dünya çapında halen kullanılmakta olan 148 ayrı performans için ödeme sistemi bulunmaktadır. Bu rakam her geçen gün artış göstermektedir. Performans için ödeme sistemine geçişin mevcut geçerli ödeme sistemlerinde radikal bir değişim olduğu bilinir.

Uygulamanın birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürütülmesi nispeten kolay iken, uzmanlık gerektiren branşlarda ise ölçüm parametrelerinin belirsiz olduğu gündemdedir. Genel Cerrahi alanının sistem içinde uzmanlık alanlarına özgü ölçüm parametrelerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Cornell üniversitesinden Nicholsan ve arkadaşları performans uygulamasında yakın bir gelecekte çeşitli klinik tutum ve tedavi rejimleri açısından, yanlış (misuse) ve aşırı’nın (overuse) sıkça görülebileceğini bildirmişlerdir. Mevcut aksaklıkların cerrahları geri ödeme kaygısı nedeniyle usulsüz yollara başvurmaya itebileceği, örneğin; normalde cerrahiden önce antibiyotik profilaksisi yapılmış fakat sisteme girilmemiş bir hastada, fatura kesintisi

göz alınarak klinisyen tarafından farklı bir kod girilerek faturaya yansıtılabildiği belirtilmiştir.

Reed ve arkadaşları J Trauma da yaptıkları “Medicare’s Global terrorism: where is the pay for performance?” isimli değerlendirmelerinde Sosyal güvenlik kurumlarının cerrahi işlemler için uyguladıkları mevzuatla, ülke genelinde tüm branşlarda kullanılan mevzuatın aynı olduğu, travma olgularında geri ödeme sorunlarının yaşanabildiği, cerrahların çoğu travma olgularında geri ödeme kaygısı nedeniyle gerçekte olması gerekenden farklı fatura gösterdiklerinden bahsetmektedir.

Dünyada çağdaş bir geri ödeme sisteminde Performans ödeme oranlarının kısıtlı olması gerektiği, sonuç (outcome) değil süreç (process) hedefli olması gerektiği belirtilmektedir. Bunun örneği olarak sınırlı bir uygulama olan profilaktik antibiyotik kullanımı gibi süreci ilgilendiren değer temelli uygulamalar verilemektedir. Profilaktik antibiyotik kullanımı bazı cerrahi kalite girişimlerinde kullanılmaktadır.

Sistem uluslararası sağlık sektöründe de yoğun bir şekilde tartışılmaktadır. Jones ve arkadaşları kaliteyi “insanın ürettiği veya kabul edilebilir standartlardaki servis sunumu, iyi bir şeyin nasıl yapılacağına tarifi olarak değeri ise kalitenin maliyeti” olarak tanımlamışlardır. Ancak “kalite” tanımı hastalar, doktorlar, sağlık işletmecileri ve sigorta kurumlarına göre değişen anlamlar içerebilir (Hastalar için doktoru ile iyi iletişim, beklentilerinin karşılanması, sosyal güvenlik kurumları için düşük maliyet ve vb. örnekler artırılabilir). Kalite beklentisi tüm açılardan karşılanabilir olmalıdır.

Performansa dayalı geri ödeme hasta güvenliği ve bakım kalitesini arttıracak yönünde görüşlere rağmen aksi bildirimlerde mevcuttur. Bazı görüşlerde bakım kalitesini arttırmayacağını sadece, kayıt ve raporlamada gelişme sağlayacağını bildirmişlerdir.

Sağlık kalitesinin ölçümü çeşitli paradoksların ve engellerin olduğu zor bir prosedürdür. Bu sistemin birden fazla bileşeni bulunmakta (hasta, sağlık kuruluşu, sigorta sistemi) ve bu bileşenlerim zorunlu olarak birbirleriyle çatışma ve çakışması bulunmaktadır. Bu sistem içerisinde hata yapmamak neredeyse imkânsız olup, yapılan çoğu kalite değerlendirmesi gerçeği tam olarak yansıtamamaktadır.

Komplike hastaların sağaltımında ve az rastlanılan hastalıklarda performans sistemindeki yeri tartışmalıdır. İngiltere’de özel sağlık bakımı gerektiren hastalar, hekimlerin performans kaygısı nedeniyle bakımlarından kötü yönde etkilenmemeleri için sistem hesaplamalarına dahil edilmemiştir. Yine performansa dayalı ödeme sisteminin pediatrik hasta grubunda uygulanabilirliği mevcut olmadığı, çünkü az rastlanan hastalıklarda bu yaş grubunda örneklem büyüklüğü az olduğundan performans düşük olarak görüneceği, ayrıca kanıta dayalı ölçüm yapıldığı için ve kanıt için ölçüm metotları çok sınırlı olduğundan sisteme uygun olmadığı belirtilmiştir.

Durum ABD’de de cerrahi bilimlerin aleyhinedir. Genel Cerrahi’nin de içinde bulunduğu bazı branşlar sigorta şirketlerinin tercih ettiği hekim grubu değildir. Çünkü sigorta şirketi için albenisi olan hekim grubu, az masraf çıkaran, hastanede az yatıran, sigorta şirketinin beklentilerine göre az komplikasyon çıkaranlardır. Plastik cerrahlar performansa dayalı mevcut sistemin kronik hastaların bakımı için performans sağlayamadığından, bu tür hastaların sağaltımı performans kaygısı yüzünden kötü etkilenebileceğini belirtmişlerdir. Performansa dayalı ödeme sisteminin hekim özerkliğini etkileyeceği, çıkar çatışmasına neden olabileceği hep söylenmektedir.

Literatürde performans sistemi ile ilgili farklı görüşlere rastlamak mümkündür. Ölçüm parametrelerini belirlemede ve değerlendirmekteki güçlük halen sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Van Herck ve arkadaşları yaptıkları analizlerde sistemin etkisinin olumsuzdan, çok olumluya kadar değişebileceği belirtilmiştir.

Performans sisteminin büyük bir değişim olduğu bir gerçektir. Bu değişim için çok fazla zaman, emek, yetişmiş eleman ve maddi kaynak gerekmektedir. Maliyet-etkin çalışma iddiası ile yola çıkılmasına rağmen sistemin çalışması için fazla miktarda kaynak aktarımı gereksinimi de bir başka şikâyet konusudur. Ayrıca fazla odaklan-

ma gerektirdiği için, klinisyenin, normalde günlük yapması gereken görev ve sorumluluklarını aksatabileceği de öne sürülmüştür.

Klinisyenin alacağı para ile klinik davranışının etkileneceği konusunda yaygın bir inanış mevcuttur. Değişik ödeme sistemlerinin etkilerinin ne olduğu tam olarak ortaya konmuş değildir. **Hekimlerin sistem içerisinde boşa kürek çektiklerini düşünmelerine sebep olan ödeme sistemleri, sadece sağlık sunumunu kalitesini düşürmekle kalmayıp, profesyonel tatminde azalmaya ve hekimin veriminin düşmesine sebebiyet verir.**

Dünyada ki performans uygulamalarında üniversite hastaneleri kendilerince açmaz içindedir. Wiegel ve arkadaşlarına göre; cerrahi departmanlarındaki akademik verimlilik ile ilgili olarak: “Üniversitelerdeki cerrahi branşların üç ana temel görevi bulunur, klinikleri yürütmek, eğitim vermek ve araştırma yapmak. Ekonomik yapılarıdaki değişiklikler günümüzde bu dengeyi bozmakta araştırma ve eğitim için harcanması gereken para ve zamanı sadece gelir getiren klinik bölümüne kaydırmaktadır. Bu yüzden klinisyenlerin bir çoğu vaktini geri dönen faturalardaki hataları düzeltmek, kesinti olmasını engellemek ve yürürlükteki hukuksal süreçle baş edebilmek için, vakit ve enerjilerinin büyük kısmını yazım-çizim işlerine ayırmaktadır. Hastane yönetimlerinin ve sigorta şirketlerinin baskısı klinisyenleri içinde bulundukları akademik ortamdan alıp, kliniği özel bir işletme mantığıyla kar ettirmeye zorlamaktadır. Yönetimler üzerinde ekonomik baskı varlığında da bu ödeme sistemi içerisinde esnek olabilmeli, cerrahi branşlara akademik ve araştırma yönlerinin geri kalmaması için destek vermelidir. Bunun çok ayrı bir yönetim bilgisi beceri ve deneyimi gerektirdiği açıktır.

Analizler, maliyetler daha yüksek olmasına rağmen hasta bakım kalitesinin eğitim hastanelerinde daha yüksek seviyede olduğunu göstermiştir. Bu nedenle ülkemizdeki üniversite/Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma hastanelerine başvuru ve sevk kriterleri kesinkes belirlendikten sonra bu tür referans hastanelerinin geri ödeme katsayıları farklı olmalıdır.

Sistemin olumlu yönlerini vurgulayan yayınlar da mevcuttur. İngiltere’den yapılan bir araştırmada hastanelere “yaptıkları iş karşılığı kadar ödeme sistemi” ile: elektif cerrahi girişimi için bekleme süresinin azaldığı, hastalara hastane seçme hakkı sağlandığı bildirilmiştir. Ayrıca bu sistem ile hastanelerin; maliyetleri azaltmaya, yatış süresini kısaltmaya ve daha çok hastayı tedavi etmeye teşvik edildiği belirtilmiştir. Ancak ne gibi hasta güvenliği sorunlarına yol açabileceği detaylı bir şekilde incelenmemiştir.

Sağlık hizmetlerinde, cerrah dünyasındaki uygulamalarında makro dünya, mikro dünyadan daha serttir. Çoğu zaman, klinisyen, hep hasta odaklı mükemmeliyeti, son analizde arzu ederken, makro dünyada maliyet öncelenmektedir. Bir bakıma maliyet azaltması (cost reduction) ile “önce hasta sağlığı ve mükemmeliyet arzusu” arasındaki paradigma arayışı sağlıklı bir zemine oturtulamamaktadır. *American Medical Association* (AMA) Chicago toplantısında “performansa dayalı ödeme” ana konu başlıklarından biri olmuştur. *American College of Surgeons* performans uygulamasını desteklemektedir ancak, geri ödemelerin sadece maliyetleri düşürmeye değil, hasta bakım kalitesi ve güvenliğini de arttırmaya odaklanması gerektiğini belirtmektedir. Değer bazlı sistemin genel cerrahiye doğru dürüst uygulanabilmesi için özelleşmiş ölçüm parametreleri belirlenmesi gerektiği, bunun için çok çalışılması gerektiği söylenmektedir. Değişim sürecinin en iyimser bakışla ABD de bile iki ile on yılda tamamlanacağını ve bir sonraki dekatta neler olup bittiğinin daha iyi anlaşılacağı öngörülmektedir.

Volüm bazlı mı değer bazlı mı? Çağdaş tıp uygulamaları giderek değer bazlı ölçüm üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bettina ve arkadaşları olumsuzluklarına rağmen değer bazlı ödeme sisteminde hastaların sağlık sunumu kalitesinin kötü yönde etkilenebileceğini belirtmişlerdir. Teisburg ve Porter; performansa bağlı ödemenin hastaya verilen sağlık hizmetinde kalite sonucu ile ilgili değil bakım sürecini tanımlamakla ilgili olduğunu, etkisinin sistemi daha iyi sonuçlara ulaştırılamayabileceğini ve “sağlık bakımında değer hedefli, tek etkili ödüllendirme yönteminin süreç aşamalarını veya niyeti değil sonucu ölçmek” olduğunu bildirmektedir.

Mayo klinik sağlık bakım reformu ile ilgili düzenlediği ilk ulusal sempozyumunda geliştirilmesi gereken siste-

min değer bazlı olması konusunda görüş bildirmişlerdir.

Cerrahide tüm dikkatler hastanın nasıl taburcu edildiğine odaklanmıştır. Ne var ki, cerrahi sonuçları çoğu zaman doğru ölçmek çok zordur. Bundan dolayı günümüzde cerrahi kaliteyi değerlendirmede en sık mortalite ve morbidite kullanılmaktadır. Mortalite ve morbiditeyi ölçmek, kolay tanımlanabilir olması ve yönetim verilerinden rahatça elde edilebilir olmasından dolayı çok kullanılır bir kalite ölçüm parametresi olmuştur.

Ülkemizden de bazı performansa dayalı geri ödeme ile ilgili bazı yayınlar mevcuttur. Bunlarda da genel olarak uluslararası güncel literatüre paralel sorunlar ve avantajlara atıflar vardır.

Dr. Aydın “oluşturulan yöntemdeki çok etkenli yapının tasarlanması, her bir etkenin etki gücünü azaltmakta ve bazılarının göz ardı edilmesine yol açabilmektedir.” demektedir. Ayrıca performansa göre ödeme sisteminin eğitim hastanelerine ilişkin kısmının hizmet hastanelerindekinden çok daha fazla etkenleri dikkate alarak tasarlandığını, ancak bunun da, durumu, karmaşık ve zor anlaşılır hale getirebileceğini belirtmiştir. Sistemi basitleştirmenin ise uygulama kolaylığı sağlamakla birlikte, ölçüm hedefinden ve hedefe yönlendirme işlevinden uzaklaştırabileceğini bildirmiştir.

Sonuç

TCD, ülkemizdeki genel cerrahi kliniklerinde görev yapan genel cerrahların sağlık hizmeti, eğitim ve bilgi üretme, araştırma fonksiyonlarının, uygulanacak olan performans sisteminden olumsuz etkilenebileceğini, sistemin karmaşık olduğunu, gerekli altyapı çalışmaları tamamlanmadan uygulanmakta olduğunu, uygulamada sorunlar olabileceğini, etik dışı uygulamalarda artış olabileceğini, istemsiz ve farkında olunmadan sistematik sapmaların yaşanabileceğini öngörmektedir.

Bu sorunlarla ilgili olarak performans sistemi ile beklentilerin yeniden gözden geçirilmesi, olası sakıncalar üzerinde uzun vadeli değerlendirmelerin yapılması gereklidir. Buna rağmen bu sistem yakın zamanda yaygınlaştırılarak uygulanacak ise altyapı, insan kaynakları ve diğer kaynakların hızla geliştirilmesi gereklidir.

Genel cerrahi alanının performans sisteminden olumsuz etkilenmesi hastalara, cerrahlara, asistanlara ve tıp öğrencilerine yansımaktadır. Bu durum taraflar açısından kabul edilebilir bir durum olmaz.

TCD, performans sisteminin oluşturduğu sorunları izlemeye devam edecek ve kendi uzmanlık alanıyla ilgili ortaya çıkabilecek eşitsizlik ve haksızlıkların düzeltilmesi için aktif rol oynayacaktır.

Kaynaklar

1. Sağlık bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönetmelik
2. A. Terzi C. Sağlıkta piyasalaşma ve tıp fakülteleri. Toplum ve Hekim, Kasım-Aralık, 2007;22:436-442.
3. B. Terzi C. Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. Toplum ve Hekim, 2007;22(1-2):2-22.
4. Türk Cerrahi Derneği Raporu: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Genel Cerrahi Alanına Etkileri. Korkmaz A, Gündoğdu H, Kama NA, Kulaçoğlu H, Terzi C. Haziran, 2009 http://turkcer.org.tr/files/file/tutum_gorus/performans_sistemi_tcd_gorusu.pdf
5. Türk Cerrahi Derneği Raporu Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulamaları: Genel Cerrahi İle İlgili Uygulamalar İçin Öneriler Gündoğdu H, Kama NA, Kulaçoğlu H, Terzi C. Haziran, 2009 http://turkcer.org.tr/files/file/tutum_gorus/performans_TCDonerisi.pdf
6. Terzi C, Eryılmaz M, Erel S, ve ark., TCD Genel Cerrahi Uzmanlık Eğitimi Raporu. TCD Yayınları, Tuna Matbacılık San.ve Tic. A.Ş., 2010, s.21-25.
7. Üniversite hastanelerinde performans için volüm-değer kontrollü model önerisi, Cihan A, SD Dergisi (Mart, Nisan, Mayıs 2010)
8. Ludmerer KM. The development of American medical education from the turn of the century to the era of managed care. Clin Orthop Relat Res 2004; 422: 256-262.
9. Editorial. A case of market failure. Lancet 2000; 355(9216): 1657.
10. Clark J. Five futures for academic medicine: the ICRAM scenarios. BMJ 2005; 331: 101-104.
11. Chung KC, Shauver MJ. Measuring quality in health care and its implications for pay-for-performance initiatives. Hand Clin. 2009;25(1):71-81
12. Wilson RL, Feldman SR. Physician performance measures in dermatology. J Am Acad Dermatol. 2010;63(2):29-35.
13. Ereksun EA, Sung VW, Myers DL. Pay for performance: what the urogynecologist should know. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008;19(8):1039-41.
14. Russell TR. The future of surgical reimbursement: quality care, pay for performance, and outcome measures. Am J Surg. 2006;191(3):301-4.
15. Nicholson S, Pauly MV, Wu AY, Murray JF, Teutsch SM, Berger ML. Getting realperformance out of pay-for-performance. Milbank Q. 2008;86(3):435-57.
16. Reed RL 2nd, Luchette FA, Esposito TJ, Pyrz K, Gamelli RL. Medicare's "Global" terrorism: where is the pay for performance? J Trauma. 2008;64(2):374-83; discussion 383-4.
17. Jones JW, McCullough LB. Quality credentialing: boon or boondoggle? J Vasc Surg. 2006; 43(5):1073-5.
18. Greene SE, Nash DB. Pay for performance: an overview of the literature. Am J Med Qual. 2009;24(2):140-63.
19. Chien AT, Dudley RA. Pay-for-performance in pediatrics: proceed with caution. Pediatrics. 2007;120(1):186-8.
20. Fink L. Pay for performance--a clash of cultures. Physician Exec. 2006;32(4):34-8.
21. Larriviere DG, Bernat JL. Invited Article: Threats to physician autonomy in a performance-based reimbursement system. Neurology. 2008; 10;70(24):2338-42.
22. McMahon LF Jr, Hofer TP, Hayward RA. Physician-level P4P--DOA? Can quality-based payment be resuscitated? Am J Manag Care. 2007;13(5):233-6.
23. Taub SJ. Pay for performance: is it ethical? Compr Ophthalmol Update. 2007 Sep; 8(5):277-83. Review.
24. Berman B, Friedman CD. Value-based purchasing paradigms for facial plastic surgery. Facial Plast Surg. 2010;26(4):283-8.
25. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res. 2010;10:247.
26. Glickman SW, Peterson ED. Innovative health reform models: pay-for-performance initiatives. Am J Manag Care. 2009; 15:300-5.
27. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(3):CD002215.

28. Berenson RA, Rich EC. US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care. *J Gen Intern Med.* 2010; 25(6):613-8.
29. Weigel RJ, Dracon G, Radhakrishnan R, Rho Y, Sevgen F, Dafoe DC. Incentive systems for academic productivity in a department of surgery. *J Am Coll Surg.* 2004;199(2):300-7.
30. Ayanian JZ, Weissman JS, Chasan-Taber S, Epstein AM. Quality of care for two common illnesses in teaching and non-teaching hospitals. *Health Aff (Millwood).* 1998;17(6):194-205.
31. Kupersmith J. Quality of care in teaching hospitals: a literature review. *Acad Med.* 2005; 80(5):458-66.
32. Marini G, Street A. A transaction costs analysis of changing contractual relations in the English NHS. *Health Policy.* 2007;83(1):17-26.
33. Enthoven AC, Crosson FJ, Shortell SM. 'Redefining health care': medical homes or archipelagos to navigate? *Health Aff (Millwood).* 2007;26(5):1366-72.
34. Smoldt RK, Cortese DA. Pay-for-performance or pay for value? *Mayo Clin Proc.* 2007;82(2):210-3.
35. Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar? Aydın S. Şubat, 2008. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereyekadar.pdf

VII. Bölüm

Ekler

- Döner Sermaye Taslağı
- Çalıştay Katılımcıları
- Anket Formu



Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Payı Dağıtılmasında Uyulacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç ve kapsam

MADDE 1- (1) Bu Yönetmelik, yükseköğretim kurumlarının döner sermaye faaliyetleri çerçevesinde; hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamalar ile ilgili performansı ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak yapılacak ek ödeme oranları ile bu ödemelerin usul ve esaslarını belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

Dayanak

MADDE 2- (1) Bu Yönetmelik, 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesinin (h) fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 3- (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- Döner sermaye geliri; mesai saatleri içinde ve mesai saatleri dışında döner sermaye faaliyetleri sonucunda elde edilen geliri,
- Mesai içi gelir; ilgili mevzuatı uyarınca tespit edilen çalışma saatleri içinde elde edilen geliri;
- Mesai dışı gelir; ilgili mevzuatı uyarınca tespit edilen çalışma saatleri dışında ve hafta sonu ve resmi tatillerde elde edilen geliri;

- c) Gelir getirici faaliyet; yapılan işlem sonucunda döner sermaye işletmesine gelir getiren faaliyetleri,
- d) Gider: Kanunun 58 inci maddesinin (ı) bendi uyarınca çıkarılan yönetmelikte belirtilen giderleri,
- e) Kanun; 2547 sayılı Kanunu,
- f) Yönetim kurulu; üniversite ve yüksek teknoloji enstitülerinin yönetim kurullarını,
- g) Kurum; üniversite ve yüksek teknoloji enstitülerini,
- h) Birim; döner sermaye gelirinin elde edildiği fakülte, enstitü, yüksekokul, meslek yüksek okulu ve uygulama araştırma merkezini,
- ı) Alt birim; döner sermaye gelirinin elde edildiği birimler içerisinde faaliyet gösteren bölüm, ana bilim/ana sanat dalı, bilim/sanat dalını,
- i) Birim veya alt birim ortalaması; birimde üretilen toplam puanların, ödeme dönemi içinde yer alan tüm personelin aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına bölünmesi ile elde edilen puanı (Birimde veya alt birimde üretilen tüm puan / (birim veya alt birimde bulunan tüm personel x aktif çalışma gün katsayısı toplamı),
- j) Aktif çalışılan gün katsayısı; ilgili dönem içerisindeki toplam gün sayısından (yataksız tedavi kurumlarında ise toplam iş günü sayısı) çalışılmayan günlerin çıkarılması sonucu bulunan çalışılan gün sayısının, o dönem içerisindeki toplam gün sayısına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı,
- k) Bireysel net katkı puanı; ilgili döner sermaye biriminde çalışan personel için; kapsamı 5 inci maddede açıklanan ve (A), (B), (C), (D), (E) puanlarından hesaplamalarda kullanılanların toplamının birim veya alt birim ortalamasına bölünüp (A) puanı ile çarpımı sonucu bulunan puanı,
- l) Dönem ek ödeme katsayısı; ilgili dönemde tespit edilen ve 1 (bir) puanı ücrete dönüştürmek için kullanılan katsayıdır. İlgili ödeme döneminde dağıtımına karar verilen döner sermaye miktarının ilgili ödeme döneminde birim toplam kredisine bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı (Dağıtılabilecek Miktar /Birim Toplam Puanı),
- m) Ödeme dönemi; yıl içerisinde döner sermaye ek ödemesinin yapılacağı aylık dönemler ile Kanunun 58 inci maddesinin (e) fıkrası kapsamına giren birimler açısından, hizmetin gerçekleşmesi ve gelirin tahsilatına göre bu Yönetmelik esasları dikkate alınarak yükseköğretim kurumları yönetim kurullarınca belirlenen ödeme dönemini,
- n) Yasal kesintiler; Kanunun 58 inci maddesi ile 17/9/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesi uyarınca yapılması öngörülen kesintileri,
- o) Dağıtılacak miktar; ilgili ödeme dönemi için ilgili üniversite yönetim kurullarının veya Kanunun 58 inci maddesinin (ı) fıkrası uyarınca yürürlüğe konulan yönetmelikte belirlenen kurulların, yasal sınırlar dahilinde yapılacak kesintilerden sonra dağıtımına karar verdiği miktarı,
- ö) Ek ödeme matrahı; ek ödemedен yararlanacak personelin aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme, ödenek (geliştirme ödeneği hariç) ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamını; kadrosu Maliye Bakanlığına ait olup, döner sermaye işletmelerinin muhasebe birimlerinde görev yapan personel açısından ise, aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı ile 213 sayılı Vergi Usul Kanununun ek 13 üncü maddesinde öngörülen ek ödeme hariç) toplamını,
- p) Rutin işlem: Sonuçlarının yorumlanması, işlemi/hizmeti talep eden öğretim elemanı tarafından gerçekleştirildiği (işlemi talep eden öğretim elemanı tarafından uygulanan endoskopi gibi vs işlemler hariç) laboratuvar, görüntüleme, tahlil ve tetkikleri,
- r) Kadro-Unvan Katsayısı: Yönetim Kurulları tarafından, görev ve unvanlara göre belirlenen katsayıyı,
- s) Kalite-verimlilik katsayısı: Yönetim Kurullarının gerekli görmesi halinde, birim veya alt birimlerin karlılık, verimlilik ve kalite artırıcı faaliyetleri için belirlediği katsayıları,
- ş) Yönetici: Kanunun 58 inci maddesinin (f) fıkrasında sayılan yöneticileri,

ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Genel İlkeler, Dağıtım Esasları

Genel ilkeler

MADDE 4- (1) Döner sermaye gelirlerinden öğretim elemanları ve diğer personele dağıtılacak ek ödemeler, bu Yönetmelikte belirtilen esaslara ve oranlara uygun olarak yetkili kurullara tanınan yetki çerçevesinde birimler veya alt birimler bazında yapılır.

- (2) Kanunun 58 inci maddesinin (c) fıkrası kapsamında bulunan birimlerde çalışan personel dışında diğer birimlerde döner sermaye gelirlerinin elde edilmesine katkısı bulunmayan öğretim elemanları ile aynı şekilde gelirin elde edilmesine katkısı bulunmayan memurlara ve sözleşmeli personele, bu Yönetmelik kapsamında hiçbir şekilde ek ödeme yapılamaz.
- (3) Kanunun 58 inci maddesinin (e) fıkrası kapsamında bulunan birimler açısından; hizmet bedelinin peşin tahsil edilmesi halinde hizmetin gerçekleşme oranına bağlı olarak aynı fıkarda belirtilen koşullar dahilinde aylara bölünerek ödenebilir. Döner sermaye gelirleri düzenli bir şekilde olan birimlerde, yetkili kurullar, Kanunun 58 inci maddesinin (c) fıkrasında belirtilen tavan oranları geçmemek üzere aylık ödeme yaptırmaya yetkilidir.
- (4) Döner sermaye kaynakları uygun olduğu takdirde ek ödeme yapılır.
- (5) Kurumlar isterse öğretim elemanlarına gelir getirici katkılarına göre yapılacak ek ödemelerde; gelire doğrudan katkılarına göre, alt birim gelirine/karına katkılarına göre veya birim gelirine katkılarına göre ek ödeme hesaplaması yapılabilir.
- (6) Yapılacak ek ödemeye esas katkı oranlarının belirlenmesinde; Yönetmeliğin 5 inci maddesinde tanımlanan; kurumsal katkı (A), mesai içi (B1) ve mesai dışı(B2) gelir getirici bireysel katkı (B), eğitim-öğretim faaliyeti (C), bilimsel yayın faaliyeti (D) ve diğer faaliyetler (E) esas alınır. Kanunun 58 inci maddesinin (c) fıkrası kapsamında bulunan birimlerde, söz konusu faaliyetlerin karşılığı puanların tamamı, anılan fıkra dışındaki birimlerde ise; kurumun yapısı ve mali durumu göz önünde bulundurularak bir veya birden fazlası kullanılmak suretiyle belirleme yapılır.

Dağıtım esasları

MADDE 5- (1) Katkı oranlarının hesaplanmasında aşağıdaki puanlama sistemi dikkate alınır. Kalite-verimlilik katsayısının kullanılmasına ve katsayıların nasıl olacağına kurum yönetim kurulları tarafından karar verilir.

- a) (A) puanı; ilgili döner sermaye birim veya alt birim ortalamasının, kadro görev unvan katsayısı, aktif çalışılan gün katsayısı ve kurumun belirleyebileceği diğer katsayıların (kalite-verimlilik katsayısı gibi) çarpımı sonucu bulunan puanı ifade eder. Bu puanın hesaplanmasında aşağıdaki formül uygulanır.

$$(A) = \text{Birim veya alt birim ortalaması} \times \text{kadro görev unvan katsayısı} \times \text{aktif çalışma gün katsayısı} \times \text{kalite-verimlilik katsayısı}$$
- b) (B) puanı; Kurum içinde gelir getirici faaliyetlerden bireysel olarak alınan toplam puandır. Kurum tarafından her bir döner sermaye birimi için düzenlenen “Gelir Getirici Faaliyetlerden Bireysel Katkı Cetveli”ne göre kişinin ürettiği hizmetlerden elde edilen puanlar, kadro görev unvan katsayısı ve kalite-verimlilik katsayısı kullanılarak hesaplanır. Bu puanın hesaplanmasında aşağıdaki formül uygulanır.

$$(B) = \text{“Gelir Getirici Faaliyetlerden Bireysel Katkı Cetveli”ne göre elde edilen toplam puan} \times \text{kadro görev unvan katsayısı} \times \text{kalite-verimlilik katsayısı}$$
- c) (C) puanı; döner sermaye kapsamında yapılmayan eğitim öğretim faaliyetleri karşılığında elde edilen ve bireysel eğitim öğretim faaliyetlerinin katkı oranı belirlemede ölçme ve değerlendirme aracı olarak kullanılmasıyla hesaplanan Tablo 2 esas alınarak kurum tarafından hazırlanan “Eğitim-Öğretim Faaliyetleri Puan Cetveli”nde yer alan puanlar toplamıdır. Bu puanın hesaplanmasında; öğretim elemanının eğitim öğretim faaliyetleri, kadro görev unvan katsayısı ve kalite-verimlilik katsayısı kullanılır. Bu puanın hesaplanmasında aşağıdaki formül uygulanır.

(C) = “Eğitim-Öğretim Faaliyetleri Puan Cetveli”ne göre elde edilen toplam puan x kadro görev unvan katsayısı x kalite-verimlilik katsayısı.

- ç) (D) puanı; döner sermaye kapsamında yapılmayan bilimsel faaliyetler karşılığında elde edilen ve bilimsel faaliyetlerin katkı oranı belirlemede ölçme ve değerlendirme aracı olarak kullanılmasıyla kurum tarafından hesaplanan Tablo 2 ‘deki “Bilimsel Faaliyetler Puan Cetveli”nde yer alan puanlar toplamıdır. Bu puanın hesaplanmasında; öğretim elemanının bilimsel faaliyetleri esas alınır.

(D) = “Bilimsel Faaliyetler Puan Cetveli”ne göre elde edilen toplam puandır.

- d) (E) puanı : (A), (B), (C) ve (D) puanlarının hesaplanmasında dikkate alınan faaliyetler dışındaki komisyon üyelikleri, idari görevlendirmeler ile yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, enfeksiyon, özel bakım gerektiren ruh sağlığı, organ ve doku nakli, acil servis ve benzeri sağlık hizmetler gibi riskli birimlerde çalışma ve benzeri diğer hususları dikkate alınarak kurumlar tarafından belirlenen puandır.

e) Bireysel net katkı puanı aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanır.

Bireysel net katkı puanı = A x (B1+B2+C+D+E/ birim veya alt birim ortalaması)

Yapılacak ek ödeme = Dönem ek ödeme katsayısı x Bireysel net katkı puanı

- f) Nöbet hizmetleri hariç olmak üzere mesai saatleri dışında gelir getirici çalışmalarından doğan katkılarına karşılık olarak ayrıca ödenebilecek ek ödemenin belirlenebilmesi için; Kanunun 58 inci maddesinin (c) fıkrası kapsamında bulunan personel için hesaplanan (B1) puanlarına ilave olarak, doğrudan mesai dışı (B2) puanı eklenir veya ayrı bir çarpan olarak kullanılabilir

Kadroları Maliye Bakanlığına ait olup, döner sermaye işletmelerinin muhasebe birimlerinde görev yapan personele bu bent kapsamında mesai dışı ödeme yapılmaz.

Mesai saatleri dışında, özel kanunlarına göre meslek ve sanatlarını serbest olarak icra etme hak ve yetkisine sahip olanlara, mesai dışı faaliyetlerinden dolayı ayrıca ek ödeme yapılmaz.

(2) Yapılacak ek ödemede;

- a) Tıp ve Diş Hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde görev yapan personelden;

Gelir getirici görevlerde çalışan öğretim üyeleri, öğretim görevlileri ve uzmanlara yapılacak ek ödemede (A), (B), (C), (D) ve (E) puanları; araştırma görevlilerine yapılacak ek ödemede (A), (D) puanları ve (E) puanı ile kurumların uygun görmeleri halinde birimin özelliklerine göre (B) ve (B1) puanları,

Bu yerlerde görevli olmakla birlikte gelire katkısı olmayan öğretim üyesi, öğretim görevlileri ve uzmanlara yapılacak ek ödemede; (A), (C), (D) puanları ve (E) puanları; araştırma görevlilerine yapılacak ek ödemede (A), (D) puanları ve (E) puanları,

657 sayılı Kanuna tabi personel ile aynı Kanunun 4 üncü maddesinin (B) bendine göre sözleşmeli olarak çalışan personele yapılacak ek ödemede; (A) puanı ve (E) puanı,

esas alınarak hesaplama yapılır.

- b) Tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde;

Öğretim elemanları için yapılacak ek ödeme, ilgili birim yöneticisine yönetici payı olarak yapılacak ek ödemenin % 20 sinden, diğer personel için % 10 undan az olamaz.

Mesai dışı gelirlerden yapılacak ek ödeme miktarı, mesai içi gelirlerden yapılacak ek ödeme miktarının yarısından fazla olamaz.

Bir öğretim üyesine yapılacak ek ödemede, ek ödeme matrahının en fazla %600'üne kadar mesai içi gelir getirici bireysel katkı (B), en fazla %200 'üne kadar eğitim-öğretim faaliyeti (C), en fazla %200 üne kadar bilimsel yayın faaliyeti (D) ve en fazla %100 üne kadar diğer faaliyetler (E) olarak dikkate alınır.

Rutin laboratuvar, tahlil, tetkik ve görüntüleme işlemleri; bu işlemleri yapan alt birimler için yapılan hesaplamalara yansıtılamaz. Ancak yukarıdaki hesaplamalar dışında ilave olarak rutin işlemlerde görev alan öğretim üyelerine; öğretim üyesi adına kaydedilen rutin işlem tutarının veya karının birim toplam gelirinin %5'inden yüksek olması durumunda ilgili

öğretim üyesine ek ödeme matrahının 1 katı, %2.5-4.9 arasında olması durumunda 0,5 katı ve %2.5'in altında olması durumunda 0,25 katı sabit ödeme yapılır. Rutin işlem tutarının toplam birim gelirinin içindeki payı ile ilgili limitlerin (% 1-5 arasında) değiştirilmesine kurumlar yetkilidir.

- c) Ziraat ve veteriner fakülteleri, sivil havacılık yüksekokulu ve bünyesinde atölye veya laboratuvar bulunan yükseköğretim kurumlarında döner sermaye gelirlerine katkısı bulunan; öğretim elemanlarına yapılacak ek ödemede; (B), (C), (D), (E) puanları, diğer personele yapılacak ek ödemede (B) ve (E) puanları esas alınır. Bünyesinde açıköğretim fakültesi bulunan yükseköğretim kurumları gibi düzenli döner sermaye geliri bulunan yükseköğretim kurumları için de bu fıkra hükümleri uygulanır.
- d) Kanunun 58 inci maddesinin (c) ve (d) fıkraları kapsamına girenler haricindeki diğer birimlerde döner sermaye işletmesine gelir getiren hizmeti veren öğretim elemanları, memurlar ve sözleşmeli personele yapılacak ek ödeme ile tıp ve diş hekimliği fakültelerindeki öğretim elemanlarının sağlık hizmeti dışında verdikleri hizmetler karşılığında yapılacak ek ödemede; hizmete katkısı bulunanlarca önceden bir protokol ile belirlenen katkı oranları dikkate alınır.

Yöneticilere yapılacak ek ödeme

MADDE 6- (1) Rektör, rektör yardımcısı ve genel sekreterlere gelir getirici katkılarına bakılmaksızın, uygun görülen birimin döner sermaye hesabından yönetici payı olarak ayrılan tutardan kanunda belirtilen oranları geçmeyecek şekilde Üniversite Yönetim Kurullarınca belirlenen tutarda ek ödeme yapılır.

- (2) Döner sermaye gelirinin elde edildiği birimlerin dekan, başhekim ve enstitü ve yüksekokul müdürleri ile bunların yardımcılarının, gelir getirici katkılarına bakılmaksızın, görev yaptıkları birimin döner sermaye gelirlerinden yönetici payı olarak ayrılan tutardan kanunda belirtilen sınırları geçmeyecek şekilde Üniversite Yönetim Kurullarınca belirlenen oranda ek ödeme yapılır.
- (3) Birinci ve ikinci fıkralar kapsamında bulunan yöneticilere, mesai saatleri içerisinde verdikleri mesleki hizmetlerinden dolayı ayrıca ek ödeme yapılmaz. Mesai saatleri dışında döner sermaye gelirlerine katkılarının bulunulması hâlinde; ilgililerin yönetici payı olarak aldıkları ek ödeme matrahına ilave olarak alabilecekleri toplam ek ödeme tavan tutarı, (Kanunun 58 inci maddesinin (e) fıkrası kapsamında bulunan iş ve hizmetler hariç) ek ödeme matrahının yüzde binikiyüzünü geçemez.

Görevlendirilen personele yapılacak ek ödeme

MADDE 7-(1) Yükseköğretim kurumlarının tıp ve diş hekimliği fakülteleri ile sağlık uygulama ve araştırma merkezlerinde ihtiyaç duyulması halinde ilgilinin isteği ve kurumlarının muvafakatiyle diğer kamu kurum ve kuruluşlarında görevli sağlık personeli haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler için görevlendirilebilir. Belirli bir vaka ve iş için görevlendirilenlere, kadrosunun bulunduğu kurumdaki döner sermaye işletmesinden yapılan ödemenin yanı sıra, katkı sağladıkları vaka ve iş dolayısıyla görevlendirildiği sağlık kuruluşundaki döner sermaye işletmesinden, bu Yönetmelikte belirtilen esaslar çerçevesinde ve toplamda tavan oranları geçmemek üzere döner sermayeden ek ödeme yapılır. Bu kapsamda yapılacak ek ödeme emsali personelin yapmış olduğu hizmet esas alınarak ilgili birim tarafından belirlenir.

- (2) Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı tarafından yapılan kısa süreli görevlendirmelerde; Yükseköğretim Kurulu, bağlı birimleri ve Üniversitelerarası Kurul ile Adli Tıp Kurumunda Kanunun 38 inci maddesi uyarınca görevlendirilenlerde; bir takvim yılı içinde toplam üç aya kadar Kanunun 39 uncu maddesinin birinci fıkrası uyarınca maddede belirtilen amaçlarla görevlendirilenlerde; yapılacak döner sermaye ödemeleri hesaplamaları birim ortalaması esas alınarak aktif çalışma gün katsayısı tam dikkate alınmak suretiyle yapılır. Ancak, 39 uncu maddede belirtilen görevlendirmelerden kongre, konferans ve seminerlere öğretim elemanları tarafından bildirilsiz katılımları halinde bu süre takvim yılı içinde toplam 10 günü geçemez.
- (3) 25/6/2001 tarihli ve 4688 sayılı Kamu Görevlileri Sendikaları Kanununun 18 inci maddesinin dördüncü fıkrasının son cümlesi uyarınca haftada bir gün izinli sayılan yönetim kurulu üyeleri, izinli sayıldığı bu günler fiilen çalışmış sayılır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Dağıtılamayacak gelirler

MADDE 8- (1) Bağış, faiz geliri gibi personelin katkısına dayanmayan döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele ek ödeme olarak dağıtılamaz.

Yasaklar

MADDE 9- (1) Kurumlarda gelir getirici işlemleri ve diğer faaliyetleri yapmadığı hâlde yapmış gibi gösterenler ve gerekmediği hâlde işlemleri artıranlar hakkında disiplin işlemleri başlatılır.

(2) Haksız olarak ek ödeme aldıkları tespit edilenlerden; haksız olarak yapılan ek ödemeler geri alınır. Bunlara gelecek üç aya kadar ek ödeme yapılmaz.

Alt düzenlemeler

MADDE 9- (1) Kurumlar, 5 inci maddenin uygulanmasına ilişkin olarak; bu Yönetmelikte yapılan düzenlemeler çerçevesinde kalınmak ve bu Yönetmeliğe aykırı olmamak kaydıyla gelir getirici faaliyetler, eğitim-öğretim ve bilimsel faaliyetler, kalite performansı karşılığında verilecek puanlar ile ek puan verilebilecek durumlar ve puan karşılıklarının belirleneceği alt düzenlemeler yapmaya yetkilidir.

(2) Yönetmelik kapsamında belirtilen işlemleri yürütmek üzere komisyon ve inceleme heyetleri kurmaya ve bu komisyon ve inceleme heyetlerinin görev ve yetkilerini tespit etmeye kurumlar yetkilidir.

Tereddütlerin giderilmesi

MADDE 10- Bu Yönetmeliğin uygulanmasında ortaya çıkan tereddütleri gidermeye Maliye Bakanlığının görüşü üzerine Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı yetkilidir.

GEÇİCİ MADDE 1- Yönetmeliğin yürürlüğe girdiği tarihte, bu yönetmelik hükümlerine göre ek ödeme yapılabilmesi için gerekli şartların kurumlar tarafından oluşturulamaması halinde Kurumsal Katkı payı olarak dağıtılacak miktar, bu yönetmeliğin yürürlük tarihinden önce yapılmakta olan sabit ek ödeme miktarlarını geçmeyecek şekilde belirlenebilir. Ancak 01 Haziran 2010 tarihinden itibaren bu yönetmelik hükümlerine göre kurumlar hazırlıklarını tamamlamak zorundadır. Bu yönetmelik hükümlerine göre yapılacak hesaplamalarla ortaya çıkan ek ödeme miktarı ile dağıtılan miktar arasındaki farkın fazla olanı mahsup edilir, eksik yapılan ödeme ise tamamlanır. Gelir getirici katkılarına göre yapılması gereken ek ödemelerde de benzer uygulama yapılabilir.

Yürürlük

MADDE 11 – (1) Bu Yönetmelik 30/01/2011 tarihinden geçerlik olmak üzere yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 12 – (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Yükseköğretim Kurulu Başkanı yürütür.

Tablo 1-GELİR GETİRİCİ FAALİYETLER (ÖRNEK OLARAK VERİLMİŞTİR)

DOĞRUDAN GELİR GETİREN FAALİYETLER			DOLAYLI GELİR GETİRİCİ FAALİYETLER		
FAALİYET*			FAALİYET		
Danışmanlık hizmetleri,			Döner sermayenin elde edildiği birimler ve bağlı birimlerde yönetici olmak, eğitim-öğretim ve hizmetle ilgili kurullarda görevli olmak		
Eğitim-Öğretim,					
Patent ve Tescil,					
Konferans,					
Yayın,					
Proje yöneticiliği ve yürütücülüğü,			Doğrudan gelir getirenler hariç her türlü eğitim-öğretim, bilimsel ve araştırma ve/veya bu faaliyetlerin kalitesini artıran unsurlar		
Her türlü sağlık hizmeti sunumu başta olmak üzere					
Her türlü mal ve hizmet üretim faaliyetleri					

*Her bir satır üniversite yönetim kurulunca detaylandırılabilir.

Tablo 2- EK ÖDEMEDE DİKKATE ALINACAK EĞİTİM ÖĞRETİM BİLİMSEL, İDARİ FAALİYETLER (ÖRNEK OLARAK VERİLMİŞTİR)

BİLİMSEL YAYINLAR		
Derleme (Review)	SSCI, AHCI veya SCI'ya giren dergilerde yayınlanmış	
	Diğer indekslere giren dergilerde yayınlanmış	
	Yurtiçi ve yurtdışı hakemli dergilerde yayınlanmış	
Makale	SSCI, AHCI veya SCI'ya giren dergilerde yayınlanmış	
	Diğer indekslere giren dergilerde yayınlanmış	
	Yurtiçi ve yurtdışı hakemli dergilerde yayınlanmış	
Diğer Çalışmalar (Teknik not, yorum, vaka takdimi, editöre mektup, v.b)	SSCI, AHCI veya SCI'ya giren dergilerde yayınlanmış	
	Diğer indekslere giren dergilerde yayınlanmış	
	Yurtiçi ve yurtdışı hakemli dergilerde yayınlanmış	
Sunulmuş ve Yayınlanmış bildiriler	Uluslar arası	
	Uluslar arası katılımlı	
	Ulusal	
Sunulmuş ve Yayınlanmış poster ve özet bildiriler	Uluslar arası	
	Uluslar arası katılımlı	
	Ulusal	
Kitap	Araştırma kitabı (Tezler hariç)	Uluslararası
		Ulusal
	Ders kitabı	Uluslararası
		Ulusal
	Kitaba bölüm düzeyinde katkıda bulunmak	Uluslararası
		Ulusal
	Editör olmak	Uluslararası
		Ulusal
	Editörler kurulunda yer almak	Uluslararası
		Ulusal
	Ansiklopedide konu yazarı olmak	Uluslararası
		Ulusal
	Uluslar arası yayınevlerinde yabancı dilde basılmış bilimsel eserlerin Türkçeye tercümesi	Tam Kitap
		Bölüm
	Basılmış ders notu	Tam kitap
		Bölüm

EĞİTİM-ÖĞRETİM, VE BİLİMSEL FAALİYETLER		
Davetli konuşmacı olmak	Uluslararası kongre, konferans ve sempozyumlarda	
	Ulusal kongre, konferans ve sempozyumlarda	
Atıflar	Uluslararası ders kitabı niteliğindeki uluslararası yayınevleri tarafından basılan kitaplarda adayın adı ile anılan formül, şema, grafik, tablo ve resimlere yer verilmesi	
	SSCI, AHCI ve SCI'e giren dergilerde yayınlanmış makalelerde adayın ismine ve değişik çalışmalarına yabancı bilim adamları tarafından yapılan atıfların herbiri için	
	SSCI, AHCI ve SCI'e giren dergilerde yayınlanmış makalelerde(Yazarı veya yazarlardan biri olarak yer aldığı makaleler hariç) adayın ismine ve değişik çalışmalarına yapılan her atıf için	
	Hakemli dergiler, tezler, kongre özetleri, bildiri kitapları ve kitaplarda (Yazarı veya yazarlardan biri olarak yer aldığı makaleler hariç) adayın ismine ve değişik çalışmalarına yapılan her atıf için	
Patent ve tescil	Yurt dışı	
	Yurt içi	
Ödüller	Uluslararası bilim ve araştırmalar için	
	Ulusal bilim ve araştırmalar için	
Proje Ödülleri	Uluslararası	
	Ulusal	
Araştırma Projesi	Yurtdışı destekli	
	Yurt içi, üniversite dışı destekli	
	Üniversite destekli	
Bilimsel kurul üyelikleri	Yurt dışı	
	Yurt içi	
Sürekli hakemli yayınlarda görev almak	Uluslararası indekslerde yer alan	Editörlük
		Yayın komisyon üyeliği
		Hakemlik
	Yurt içi	Editörlük
		Yayın komisyon üyeliği
		Hakemlik
Bilimsel toplantı düzenlemek	Uluslararası	Düzenleme komisyonu başkanlığı
		Düzenleme kurulu üyeliği
		Bilim kurulu üyeliği
	Ulusal	Düzenleme komisyonu başkanlığı
		Düzenleme kurulu üyeliği
		Bilim kurulu üyeliği
Yönetilen Tezler (tamamlanmış olmak)	Yüksek lisans	
	Doktora	
Akademik görevleri ile ilişkili jüri üyeliği yapmış olmak		

İDARİ FAALİYETLER	
İdari görevler	Merkez Müdürlüğü ,
	Bölüm Bşk., Başmüdür, İşletme Müdürü, Fakülte-Yüksek Okul sekreteri
	Seçilmiş Senato, Fakülte ve Üniversite Yönetim Kurulu Üyeliği, Anabilim Dalı Bşk., Kurul (Fak., Enst. Yükseköğretim Kurulu, Hastane kurulları, dönem koordinatörlükleri, satınalma ve muayene komisyonu devamlı üyeleri v.b.) Üyeliği, Hastane Müdürü, Başhemşire
	Müdür Yrd., İşletme Müdür Yrd., Başhemşire Yrd. Servis sorumlu hemşiresi, Gözlemci Hemşire, Gece Müdürleri, Şube Müdürleri, Şefler
Diğer Resmi faaliyetler	Üniversite-Sanayi işbirliği için resmi görevlendirme (her yıl için)
	Kamu ve özel sektörde danışman olarak resmi görevlendirme (her yıl için)
	Bilirkişilik ve eğiticilik
	Rektörlük tarafından idari ve sosyal aktivitelerde resmi görevlendirmeler.
	İnceleme ve soruşturma görevlendirmeleri
	Resmi kamu kurum ve kuruluşları tarafından oluşturulan komisyonlarda görevlendirmeler

Çalıştay Katılımcıları

	İSİM	SOYAD	KURUM	UNVAN
1	PROF.DR. H.FATİH	AĞALAR	TCD YÖNETİM KURULU ÜYESİ KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
2	PROF. DR. CANAN	AĞALAR	EMEK YETERLİK KURULU	YETERLİK KURULU BAŞKANI
3	PROF. DR. MEHMET ALİ	AKKUŞ	ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	4. GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ
4	PROF. DR. ÖMER	ALABAZ	TCD YÖNETİM KURULU ÜYESİ ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
5	DOÇ. DR. HALİL	ALIŞ	İSTANBUL BAKIRKÖY EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1.GENEL GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ
6	PROF. DR. ÖMER	ARAN	HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
7	DOÇ. DR. İSMAİL YAŞAR	AVCI	EMEK	YETERLİK KURULU ÜYESİ
8	DR. ERMAN	AYTAÇ	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
9	PROF. DR. SEMİH	BASKAN	ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
10	PROF. DR. ADİL	BAYKAN	İSTANBUL ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1. GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ
11	YRD. DOÇ. DR. ARAS EMRE	CANDA	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
12	OP. DR. ÖMER	CENGİZ	ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2. GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ
13	PROF. DR. ALPER	CİHAN	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ	REKTÖR YARDIMCISI
14	DOÇ. DR. ÖZGÜR	ÇETİK	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	ORTOPEDİ ve TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI, KÜTF ARAŞ. VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMİ
15	PROF. TBP. TUĞ GENERAL SADDETTİN	ÇETİNER	GATA TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
16	PROF. DR. CAVİT	ÇÖL	İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HAST.	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
17	PROF. DR. SEHER	DEMİRER	TCD YÖNETİM KURULU ÜYESİ ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
18	DOÇ. DR. MUTLU	DOĞANAY	TCD YÖNETİM KURULU ÜYESİ NUMUNE EĞİTİM. ARAŞTIRMA HASTANESİ	4. CERRAHİ KLİNİK ŞEF YARDIMCI
19	OP. DR. SEDAT	DÖM	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
20	OP. DR. MUSTAFA	EMİROĞLU	TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	1. GENEL GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

21	PROF. DR. YEŞİM	ERBİL	TCD YÖNETİM KURULU ÜYESİ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
22	OP. DR. SERAP	EREL	ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	4. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ
23	DOÇ. DR. EROL	EROĞLU	ISPARTA DEVLET HASTANESİ	GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ
24	AV. VERDA	ERSOY	TCD HUKUK BÜROSU AVUKATI	AVUKAT
25	DOÇ. DR. RAMAZAN	ERYILMAZ	ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ
26	YRD. DOÇ. DR. MUSTAFA	GİRGİN	FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
27	YRD. DOÇ. DR. A. KAĞAN	GÖKAKIN	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
28	DOÇ. DR. HALDUN	GÜNDOĞDU	TCD YÖNETİM KURULU 2. BAŞKANI ATATÜRK EĞİTİM ARAŞTIRMA	3. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ
29	PROF. DR. SEZER	GÜRER	AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
30	DOÇ. DR. ENVER OKAN	HAMAMCI	ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	6. GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEF YRD.
31	PROF. DR. HÜSEYİN	İLHAN	OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	DEKAN YARDIMCISI
32	UZ. DR. CAN	KEÇE	TRABZON NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	GASTROENTEROLOJİ CERRAHİ KLİNİĞİ
33	PROF. DR. SAVAŞ	KOÇAK	TCD YÖNETİM KURULU ÜYESİ ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
34	PROF. DR. HAKAN	KULAŞOĞLU	YILDIRIM BEYAZIT EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	4. GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ
35	DOÇ. DR. NECMİ	KURT	DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	3. GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ
36	DR. FATİH	MUTLU	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
37	PROF. DR. FAİK	ÖZÇELİK	İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
38	OP. DR. HAKAN	ÖZEL	NUMUNE EĞİTİM. ARAŞTIRMA HASTANESİ	1. GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ
39	PROF. DR. YILMAZ	ÖZEN	ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
40	OP. DR. YUSUF	ÖZOĞUL	T. YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	GASTROENTEROLOJİ CERRAHİ KLİNİK ŞEF YRD.
41	DOÇ. DR. ÜNAL	SABANCI	NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
42	DOÇ. DR. MERAL	SAYGUN	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	HALK SAĞLIĞI AD
43	DOÇ. DR. ORAL	SAYGUN	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

44	PROF. DR. HÜSNÜ SÖNMEZ	ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
45	DR. TAYFUN ŞAHİNER	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
46	PROF. DR. FERİDE AKSU TANIK	TTB MERKEZ KONSEYİ	GENEL SEKRETER
47	PROF. DR. CEM TERZİ	TCD YÖNETİM KURULU BAŞKANI DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
48	PROF. DR. ALTAN TÜZÜNER	UFUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI BAŞKANI
49	OP. DR. SUAT CAN ULUKENT	ZONGULDAK KARAEMLAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
50	YRD.DOÇ.DR. KUZEY AYDIN URAZ	KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
51	PROF. DR. SÜMER YAMANER	TCD YÖNETİM KURULU ÜYESİ İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ	GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI
52	OP. DR. MEHMET YILDIRIM	İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	2. GENEL GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEF YRD.
53	DOÇ. DR. RAFET YİĞİTBAŞI	GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ	GENEL CERRAHİ KLİNİK ŞEFİ

Çalıştaya davet edilen ancak katılamayan kurum temsilcileri

YÖK

PROF. DR. YUNUS SÖYLET
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRÜ
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ENFEKSİYON HASTALIKLARI ABD.

SAĞLIK BAKANLIĞI

PROF. DR. NİHAT TOSUN
PROF. DR. SAFA KAPICIOĞLU
DR. HASAN GÜLER

SAĞLIK BAKANLIĞI MÜSTEŞARI
S.B. SAĞLIK EĞİTİM GENEL MÜDÜRÜ
S.B. TEDAVİ HİZMETLERİ GN. MÜD. YRD.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

DR. UFUK AKDIKAN

DT. İSMAİL SERDAROĞLU

T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU
GENEL SAĞLIK SİGORTASI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞKANLIĞI
SAĞLIK BAKANLIĞI SOSYAL GÜVENLİK UYGULAMALARI
DEĞERLENDİRME DAİRE BAŞKANI



TCD PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİ DEĞERLENDİRME ANKETİ 2010

Ankette yer alan hiçbir kişisel bilgi ve kişilerin cevapları, daha önceki anketlerde de olduğu gibi, bireysel olarak değerlendirilmeyecektir. Yalnızca istatistiki açıdan değerlendirme yapılacaktır.

1) Kaç yıldır uzman hekim olarak görev yapıyorsunuz?

- ☐ 0-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 11-20 yıl
- ☐ 20 yıldan fazla

2) Çalıştığınız kurum

- ☐ Üniversite Hastanesi
- ☐ Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi
- ☐ Sağlık Bakanlığı Devlet Hastanesi

3) Son çalıştığınız kurumdaki çalışma süreniz.

- ☐ 1 yıldan az
- ☐ 1-5 yıl
- ☐ 6-10 yıl
- ☐ 10 yıldan fazla

4) Akademik Kadronuz

- ☐ Profesör
- ☐ Doçent
- ☐ Yrd.Doç
- ☐ Uzman
- ☐ Araştırma Görevlisi
- ☐ Şef
- ☐ Şef yard.
- ☐ Başasistan

5) İdari göreviniz var mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

Açıklamalar:

6) Çalıştığınız kurumdaki mevcut ödeme sisteminden memnun musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

7) Çalıştığınız kurumda performansa dayalı ödeme sisteminin uygulanma süresi nedir?

- ☐ Son 6 ay
☐ Son 1-2 yıl
☐ Son 3-4 yıl
☐ Henüz Başlamadı
☐ Fikrim yok

8) Çalıştığınız klinikteki ortalama yatak sayınız nedir?

- ☐ 1-5 yatak
☐ 6-15 yatak
☐ 16-25 yatak
☐ 26-50 yatak
☐ 51 yatak ve üzeri

9) Çalıştığınız klinikteki ortalama yıllık toplam vaka (ameliyat) sayısı nedir?

- ☐ 0-100
☐ 101-250
☐ 251-500
☐ 501-750
☐ 751 -1000
☐ 1001 ve üzeri

10) Kurumunuzda size ait "cerrahi yoğun bakım ünitesi" var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

11) Kurumunuzda hastalara ait hizmetlerin veri girişi kim tarafından yapılıyor?

- ☐ Sekreter
- ☐ Yardımcı sağlık personeli
- ☐ Asistan
- ☐ Yne tim
- ☐ Kendim yapıyorum

12) Performansa dayalı ödeme sisteminin iş yükü (poliklinik, ameliyat vb..) sayısını artırdığını/artıracağını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13) Performansa dayalı ödeme sisteminde kurumunuza sevk edilen/edilecek komplike hasta sayısında artış olduğunu/olabileceğini düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

14) Performansa dayalı ödeme sisteminden sonra uzmanlık öğrencilerinin/tıp fakültesi öğrencilerinin/akademik üretimde eğitim programında aksama olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

15) Performansa dayalı ödeme sisteminin kliniğinizdeki akademik liyakata/kıdeme dayalı çalışma düzeninde bozulmaya sebep olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

16) Performansa dayalı ödeme sistemi başladıktan sonra aylık gelirinizde artış olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Fikrim yok

17) Performansa dayalı ödeme sisteminde kliniğinizde üretilen performansa bağlı gelirin dağıtılma sistemi nasıldır?

- ☐ Bireysel
☐ Havuz
☐ Sistem henüz başlamadı

18) Performansa dayalı ödeme sisteminden önceki ödeme sistemine geri dönmek ister misiniz?

- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Fikrim yok

19) Mevcut performans ödeme sisteminden memnun değil iseniz veya sistem henüz başlamamış ise, kliniğinizde üretilen hizmetlere bağlı performans gelirin nasıl dağıtılmasını istersiniz?

- ☐ Bireysel
☐ Bölüm içi havuz
☐ Hastane ortalaması
☐ Sabit döner sermaye
☐ Diğer

Açıklamalar:

20) Diğer kurumlarda/uzmanlık dalında/kliniklerde/çalışan bireylerin performansa bağlı elde ettikleri gelir sizin çalışma performansınızı etkiliyor mu/etkileyebileceğini düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır
☐ Fikrim yok
☐ Diğer

Açıklamalar:

21) Kurumunuzda performansa dayalı gelir sistemi için özelleştirilmiş bir çalışma grubu var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

22) Kurumunuzda periyodik olarak performans değerlendirme raporu hazırlanıyor ve çalışanlar ile paylaşılıyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

23) Kurumunuzda SGK geri ödemesi ile ilgili problem yaşıyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

24) Bir önceki soruda cevabınız evet ise problemin sizce nedeni ? (Birden Fazla seçenek işaretlenebilir)

- ☐ Kurum yönetiminin SGK işleyiş sistemine hakim olmaması
- ☐ Veri giriş sisteminde aksaklıklar
- ☐ Veri girişi yapan personelin yetersizliği
- ☐ Yapılan hizmeti dökümanete etme de(sınıflandırma) yaşanan sorunlar(Örn:Hizmet karşılığına uygun kod bulamamak)
- ☐ Diğer

Açıklamalar:

25) Performansa bağlı ödeme sisteminin komplikasyon sayısını artırdığını/artıracağını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

26) Bir önceki soruda cevabınız evet ise nedeni?

- ☐ Performans kaygısı ile uygun olmayan hasta/ameliyat seçimi
- ☐ Mediko-legal kaygı dışında performansı arttırmak amacı ile bireysel kapasiteyi zorlamak
- ☐ Kuruma gelen komplike hasta sayısındaki artışa bağlı olarak komplikasyon oranında artış
- ☐ Diğer

Açıklamalar:

27) Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra endikasyon dışı ameliyat sayısında/etik sorunlarda artış olduğunu/olacağını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

28) Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra, hastaların hastanede ortalama yatış süresinin kısaldığını/kısalacağını düşünüyor musunuz ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

29) Hastalar için istenen tetkikler, işlemler ve konsültasyonların sayısının azaldığını/azalacağını düşünüyor musunuz ?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

30) Performansa bağlı ödeme sisteminden sonra hukuksal bir sorun yaşadınız mı/?yaşanacağını düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

31) Sizce performansa bağlı ödeme sistemi üretilen hizmetin kalitesini değerlendiriyor mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Fikrim yok

32) Sizce performansa bağlı ödeme sistemi volüm(nicelik) bazlı mı yoksa değer (nitelik) bazlı mı olmalı?

- ☐ Volüm Bazlı
- ☐ Değer Bazlı
- ☐ Her ikisi birden
- ☐ Fikrim Yok

33) Performansa dayalı geri ödeme hasta güvenliği ve bakım kalitesini arttıracaktır.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

34) Performansa dayalı ödeme sistemi hekim özerkliğini etkileyecek ve çıkar çatışmasına neden olabilecektir.

- ☐ Kesinlikle katılıyorum
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kesinlikle Katılmıyorum

ISBN : 978-975-978030-8-2