

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**FATURALAMA SÜRECİNDE YAPILAN HATALAR
SONUCU OLUŞAN GELİR KAYIPLARININ NEDENLERİ
VE KAYIPLARI ÖNLEMELİK İÇİN YAPILMASI
GEREKENLER**

AHMET BİLGE SÖZEN

**DANIŞMAN
PROF DR HAYDAR SUR**

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI**




İSTANBUL-2015

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programında Ahmet Bilge SÖZEN tarafından hazırlanan "Faturalama Sürecinde Yapılan Hatalar Nedeniyle Oluşan Gelir Kayıplarının Nedenleri ve Kayıpları Önlemek İçin Yapılması Gerekenler " başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

31 / 07 / 2015

Tez Sınav Jürisi

<u>Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)</u>	<u>İmzası</u>
1.Prof.Dr.Abdulbaki KUMBASAR İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fak.Sağlık Yönetimi ABD	
2.Prof.Dr.Haydar SUR (Danışman) Biruni Üniversitesi SABİF.Sağlık Yönetimi ABD	
3.Yrd.Doç.Dr.Selma SÖYÜK İ.Ü. Sağlık Bilimleri Fak.Sağlık Yönetimi ABD	
4.	
5.	

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ahmet Bilge SÖZEN



İTHAF

Eşime ve kızıma ithaf ediyorum.

ÖNSÖZ

Bir yandan Sağlık Bakanlığı'nın politikaları, diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun adaletsiz uygulamaları nedeniyle oldukça zor günler geçiren Devlet Üniversitesi Hastaneleri'nin kendilerine çıkış yolları aradığı bu dönemde önce biraz iğneyi kendimize batırıp ardından çözüm yolları önermek amacıyla yapılan bu tez çalışmasının Devlet Üniversitesi Hastaneleri'ne faydalı olmasını ümit ederim.

TEŞEKKÜR

Başta tez danışmanım *Prof. Dr. Haydar Sur* ve bu tezin yazımında başlangıç noktası olarak kullandığım, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Bilgi Yönetim Sistemi ve MEDULA kayıtlarını karşılaştırarak yapılan hatalar sonucu ne kadar büyük gelir kayıplarının olduğunu ortaya koyan güzel çalışmanın sahipleri olan *Doç.Dr. Suphi Vehid* ve *Doç. Dr. Serhat Yanık* olmak üzere, tezin yazımı sırasında Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nden elde edilmesi gereken verileri alıp hataları tespit ederek yorumlamaya yardımcı olan *Meltem Dinç Kökmen* ve *Mehmet Soydemir*'e, odak grup görüşmesinin yönetimi, kayıtların deşifre edilmesi ve sonuçların değerlendirilmesinde yardımcı olan *Prof. Dr. Nuray Özgülner* ve *Prof. Dr. Nuran İnce*'ye, görüşme ses kayıtlarının metne dönüştürülmesine yardımcı olan *Ece Işıl Ercanlı*'ya, tabloların ve grafiklerin hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen *Belkıs Güler* ve *Nermin Kılçak*'a, yazım hatalarını kontrol edip düzeltmeye yardımcı olan *Ayşe Ergün*'e ayrıca *Gelir İdaresi Süreç Yönetimi*, *Fatura Üretim* ve *Fatura Denetim Merkezlerinin tüm çalışanlarına* teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	ii
BEYAN.....	iii
İTHAF.....	iv
ÖNSÖZ	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLOLAR LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	xv
ÖZET	xvi
ABSTRACT.....	xvii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	45
4. BULGULAR.....	49
5. TARTIŞMA	117
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	155
7. KAYNAKLAR	157
HAM VERİLER	161
BAŞHEKİMLİK ONAYI.....	177
PATENT HAKKI İZİNİ	178
TELİF HAKKI İZİNİ.....	179
ÖZGEÇMİŞ	180

TABLOLAR LİSTESİ

- Tablo 2.1: Sağlık Hizmetinin Özellikleri
- Tablo 2.2: Sağlıkta Finansman Modelleri
- Tablo 2.3: Ödeme Yöntemlerinin Olumlu Ve Olumsuz Yanları
- Tablo 2.4: Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başı Sağlık Harcaması
- Tablo 2.5: Onbeş Yaş Ve Üzeri Bireylerin Genel Sağlık Durumunun Cinsiyet, Yaş Grubu Ve Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı
- Tablo 2.6: Sektörlere Göre Yataklı Tedavi Kurumlarındaki Tıbbi Cihaz Sayıları
- Tablo 2.7: Türk Sağlık Sektöründeki Bazı Özel Hastanelerin Yatak Sayıları
- Tablo 2.8: Yıllara Ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı, TÜRKİYE
- Tablo 2.9: Türkiye'deki Özel Hastanelerdeki Yabancı Sermaye Oranları
-
- Tablo 3.1: Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri
- Tablo 4.1: Kadın Doğum Anabilim Dalına Başvuran Erkek Hastaların Hasta Tür Dağılımları
- Tablo 4.2: Kadın Doğum Anabilim Dalına Başvuran Erkek Hastaların Poliklinik Sayıları
- Tablo 4.3: Kadın Doğum Anabilim Dalına Başvuran Erkek Hastalara Yapılmış Olan Tetkik Girişleri
- Tablo 4.4: Acil Polikliniklerde Haftalık Yeşil Alan Kaydı Ortalaması
- Tablo 4.5: Acil Polikliniğe Başvurup Borcunu Ödemeden Giden Hastaların Listesi.
- Tablo 4.6: Trafik Kazası Olduğu Halde Diğer Alanlarda Provizyon Alınmış Hastalar.
- Tablo 4.7: Tanı/Tedavi Tipi Onkoloji Olarak Seçilmemiş Onkolojik Vakalar.
- Tablo 4.8: SPAS Kayıtlarına Göre Müstahak Olmayı Form İmzalatılan Fakat Buna Rağmen Borcunu Ödemediği İçin Dava Açılan Hastaların Listesi
- Tablo 4.9: Yanlış Takip Alma Çabası ve Hata Mesajı Örnekleri
- Tablo 4.10: SUT Eki Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi (EK-2/A-1)
- Tablo 4.11: Günübürlük İşlem Yapıldığı Halde Rapor Yazılmamış Hastalar Listesi.
- Tablo 4.12: Birden Fazla İşlem Yapıldığı Halde Kesi ve Taraf Ayrımı Yapılmamış Hastalar.

Tablo 4.13: Epikrizlerde Eşlik Eden Hastalık / Komplikasyon Evet Seçilmiş, Paket Ameliyatı Olan, Ancak Eşlik Eden Hastalık/Komplikasyon Olarak Takip Alınmamış Hastalar.

Tablo 4.14: 2013 Yılında Eşlik Eden Hastalık, Uzayan Yatış ve Komplikasyon Takibi Alınarak Faturalandırılan Maliyet Bilgisi

Tablo 4.15: Kullanıcı Tarafından Gönderilmemek Üzere İşaretlenmiş Tetkik, İlaç ve Malzemelerin Tutarı

Tablo 4.16: Temmuz 2014 Özel Oda Yatak Farkı Ve Günübirlik İşlem Yatak Farkı

Tablo 4.17: Temmuz 2014 Hastalardan Fark Ödemesi Talep Edilmeyen Tutarlar

Tablo 4.18: Temmuz 2014 Borçlu Hastalar

Tablo 4.19: Bazı Hemşirelik İşlemlerinin 2013-2014 Yılları Temmuz Dönemlerinin Karşılaştırması

Tablo 4.20: Bazı İşlemlerin Sağlık Turizmi Fiyatları.

Tablo 5.1: İTF Borç, Alacak ve Stok Durumu (Milyon TL)

Tablo 5.2: A ve B Grubu Ameliyatların Tüm Ameliyatlara Oranı

Tablo 5.3: A ve B Grubu Ameliyatlar ve Özellikli Ameliyatların Sayısı

Tablo 5.4: Bazı Polikliniklerimizde Asistan Başına Düşen Günlük Hasta Sayısı

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1: Son 3 Yılda Ortalama Fatura Başına Düşen Gelirler

Şekil 2.1: Türk Sağlık Sektörü SWOT Analizi Özeti

Şekil 2.2: Türkiye GSMH’da Reel Büyüme Oranları

Şekil 2.3: Türkiyede Bireysel Harcanabilir Gelirin ve Reel Harcanabilir Gelirin Seyri.

Şekil 2.4: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının ve Bu Harcamanın GSMH İçindeki Payının Seyri.

Şekil 2.5: Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları

Şekil 2.6: Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırması

Şekil 2.7: Türkiye İlaç Pazarının Gelişimi (Milyar ABD \$)

Şekil 2.8: Yataklı tedavi kurumlarında 1.000.000 kişiye düşen MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırması

Şekil 2.9: Dünya Tıbbi Cihaz Pazarı

Şekil 2.10: Türkiye Tıbbi Cihaz Pazarı.

Şekil 2.11: Sağlık harcamaları ve GSYİH karşılaştırması

Şekil 2.12: Yıllara Göre Kamu Ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı

Şekil 2.13: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı

Şekil 2.14: Yıllara Ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

Şekil 2.15: Şekil 2.15: Yıllara Ve Sektörlere Göre Yatak Sayısı

Şekil 2.16: Yıllara Ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı

Şekil 2.17: Yıllara Ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Dağılımı

Şekil 2.18: Yıllara Ve Sektörlere Göre Yoğunbakım Yataklarının Dağılımı

Şekil 2.19: Yıllara Ve Sektörlere Göre Yoğunbakım Yataklarının Oranı

Şekil 2.20: Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı

Şekil 2.21: AB Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı

Şekil 2.22: AB Ülkeleri Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranının SGP İle İlişkisi

Şekil 2.23: Sağlık Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi

Şekil 2.24: Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Sağlık Harcamaları

Şekil 2.25: Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması

Şekil 3.1: Oturma Düzeni

Şekil 4.1: İşlem Başarı İle Sonlandı Mesajı

Şekil 4.2: Ölmüş Hastaya Provizyon Alma Çabası ve Hata Mesajı

Şekil 4.3: Provizyon Tipleri

Şekil 4.4: Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu” (EK-1/D)

Şekil 4.5: Adli Vaka Olduğu Halde Normal Hasta Olarak Yapılmış Kayıt Örneği

Şekil 4.6: Trafik Kazası Olduğu Halde Normal Poliklinik Türünde Provizyon Alınmış Hasta

Şekil 4.7: Adli Vaka Olarak Alınması Gerekirken Acil Olarak Alınan Provizyon.

Şekil 4.8: SPAS Hata Mesajları

Şekil 4.9: Müstahak Olmama Halinde İmzalatılması Gereken Form

Şekil 4.10: Muayene Bulguları Yazılmamış Hasta

Şekil 4.11: Yurt Dışından Gelen Bir Hastanın Muayene Ekran Görüntüsü.

Şekil 4.12: Tanısı Girilmeyen Fatura Örneği.

Şekil 4.13: Doktora Tanı Girişi Yaptırıldıktan Sonra Faturası Yapılmış Hasta Örneği.

Şekil 4.14: Dr Tarafından Rastgele İşaretlenmiş Tahliller

Şekil 4.15: Yapılan İncelemede Bu Tahlillerin Bazılarını Hastanın Kendisinin İşaretlediği Anlaşılmıştır.

Şekil 4.16: Akılcı Laboratuvar Uygulaması Öncesi Ve Sonrası Poliklinik Laboratuvar İsteklerinin HBS Tutarı, SGK Tarafından Ödenen Tutar ve Farklar.

Şekil 4.17: Bir Devlet Hastanesinde Tetkik İsteme Sırasında Özen Gösterilmesine Dair Yazı

Şekil 4.18: Akılcı Kaboratuvar Uygulaması Öncesi ve Sonrası Aynı Dönemlerde Yapılan Tahlil Sayısı

Şekil 4.19: Akılcı Laboratuvar Uygulaması Sonrası Toplam Gelir/Gider ve Fark.

Şekil 4.20: Akılcı Laboratuvar Uygulamasının Gerektirdiğinden Fazla Tahlil İstenen Hasta Sayısı

Şekil 4.21: Akılcı Laboratuvar Uygulamasının Gerektirdiğinden Fazla İstenen Tahlillerin Tutarı

Şekil 4.22: Endikasyon Yazılmadan Tetkik İstenmiş Hasta.

Şekil 4.23: Patoloji Gerektiren İşlem Yapılmış Fakat Patolojik İnceleme İçin Gönderilmemiş Hasta

Şekil 4.24: Radyolojik Tetkik Kaydı Yanlış Yapılmış Hasta.

Şekil 4.25: Sisteme Yanlış Kaydedilen Ve İade Edilmeyen Malzeme Örneği

Şekil 4.26: Rapor Yazılmamış Radyolojik Tetkik.

Şekil 4.27: Patoloji Raporu Yazılmamış İşlem.

Şekil 4.28: Kullanma Gerekçesi Epikrizde Doğru Yazılmadığı İçin Ödenmeyen Malzeme.

Şekil 4.29: SUT Kurallarına Uygun Kullanılmama Gerekçesiyle Ödenmeyen Malzemeler

Şekil 4.30: Kullanılmadığı Halde Rapora Düşülen İlaç

Şekil 4.31: Takiple Eşleştirilmemiş Taze Donmuş Plazmalar

Şekil 4.32: Birden Fazla İşlem Yapıldığı Halde Kesi Ve Ayrım Yapılmamış Hasta

Şekil 4.33: Eşlik Eden Hastalık Ve Komplikasyon Bilgileri Doğru Girilmiş Fakat Takibi Doğru Alınmamış Hasta

Şekil 4.34: Eşlik Eden Hastalık Ve Komplikasyon Bilgileri Yanlış Girilmiş Hasta

Şekil 4.35: Kullanıcı Tarafından Gönderilmemek Üzere İşaretlenmiş Tetkiklerin Oranı

Şekil 4.36: Kullanıcı Tarafından Gönderilmemek Üzere İşaretlenmiş İlaç Ve Malze-Melerin Oranı

Şekil 4.37: İstinai İşlem Olmasına Rağmen Fark Alınmayan Hasta

Şekil 4.38: İstinai İşlem Olmasına Rağmen Fark Alınmayan Hasta

Şekil 4.39: Konsültasyon Girişi Yapılmayan Hastaların Sayısı

Şekil 4.40: Tanı Girişi Yapılmayan Hastaların Sayısı

Şekil 4.41: Yatak Doluluk Oranı

Şekil 4.42: Hastanemizde Yatak Doluluk Oranı

Şekil 4.43: Yıllık Yatak Devir Hızı

Şekil 4.44: Hastanemizde Aylık Yatak Devir Hızı

Şekil 4.45: Yıllara Göre Yatak Devir Aralığı

Şekil 4.46: Hastanemizde Yatak Devir Aralığı

Şekil 4.47: Ortalama Yatış Süresi

Şekil 4.48: Hastanemizde Ortalama Yatış Süreleri

Şekil 4.49: Ülkemizde Ve Dünyada Ortalama Yatış Süresi.

Şekil 4.50: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Karaciğer Transplantasyonu Fiyatlarının Karşılaştırması

Şekil 4.51: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Böbrek Transplantasyonu Fiyatlarının Karşılaştırması

Şekil 4.52: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Sezaryen Fiyatlarının Karşılaştırması

Şekil 4.53: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Otolog Kemik İliği Transplantasyonu Fiyatlarının Karşılaştırması

Şekil 4.54: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Allojenik Kemik İliği Transplantasyonu Fiyatlarının Karşılaştırması

Şekil 4.55: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Kozmetik Muayene Ücretlerinin Karşılaştırması

Şekil 4.56: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Botox Uygulama Ücretlerinin Karşılaştırması

Şekil 4.57: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Tek Hekim İkinci Görüş Ücretlerinin Karşılaştırması

Şekil 4.58: Çeşitli Fiyat Listelerine Göre Tek Hekim Konsültasyonlu İkinci Görüş Ücretlerinin Karşılaştırması

Şekil 4.59: Gelir Kaynaklarımızın Dağılımı

Şekil 4.60: İç Hastalıkları AD Gelir Dağılımı

Şekil 4.61: Hastanemize Sağlık Turizmi Yoluyla Gelen Hastaların Geldikleri Ülkelere Göre Dağılımı

Şekil 4.62: Tüm Gelirler İçinde Sağlık Turizmi Gelirlerinin Oranı

Şekil 5.1: 2014 İlk Yarısına Ait Aylık Gelir Gider Farkları

Şekil 5.2: 2012-2013-2014 Yıllarının İlk 6 Aylık Gelir-Gider Farkı

Şekil 5.3: 2012, 2013 Ve 2014'ün İlk 6 Ayında BAP'a Ayrılan Tutarlar

Şekil 5.4: KİK Kaydı Sorunları İle Olan Malzeme Kesintileri.

Şekil 5.5: A Ve B Grubu Ameliyatlar Ve Özellikli Ameliyatların Oranı

Şekil 5.6: Dünyada Ve Türkiye'de 1000 Kişiye Düşen Hemşire Sayısı

Şekil 5.7: Dünyada Ve Türkiye'de 100 000 Kişi Başına Düşen Yeni Mezun Hemşire Sayısı

Ek 1- Odak Grup Görüşmesinin Metni

Ek 2: İÜ Hastaneleri SWOT Analizi

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

İÜ: İstanbul Üniversitesi

İTF: İstanbul Tıp Fakültesi

CTF: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

GİSY: Gelir İdaresi Süreç Yönetimi

BİSY: Bilgi İşlem Süreç Yönetimi

GİSY: Gider İdaresi Süreç Yönetimi

TMY: Taşınır Mal Süreç Yönetimi

İKSY: İnsan Kaynakları Süreç Yönetimi

MEDULA: MEDikal ULAK

SPAS: Sağlık Provizyon Aktivasyon Sistemi

MERNİS: Merkezî Nüfus İdare Sistemi

KHB: Kamu Hastaneleri Birliği

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

HBS, HBYS, Otomasyon: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme

BT: Bilgisayarlı Tomografi

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Uluslararası Hastalık Sınıflaması (UHS)

HbA1c: Glikozillenmiş Hemoglobin

SWOT: Strength, Weakness, Opportunity, Threats

ÇKYS: Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi

HAGED: İÜ Hastaneler Genel Direktörlüğü

ÜHB: Üniversite Hastaneleri Birliği

TİG: Teşhisle İlişkili Gruplar (DRG)

KİK: Kamu İhale Kanunu

BAP: Bilimsel Araştırma Projeleri

Ör: Örneğin

SGP: Satınalma Gücü Paritesi

GSYİH: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla

GSMH: Gayrisafi Milli Hasıla

ÖZET

SÖZEN, A.B. (2014). FATURALAMA SÜRECİNDE YAPILAN HATALAR SONUCU OLUŞAN GELİR KAYIPLARININ NEDENLERİ VE KAYIPLARI ÖNLEMELİK İÇİN YAPILMASI GEREKENLER. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

İÜ İstanbul Tıp Fakültesinde SUT kurallarına uygun olarak yapılan faturalama işlemleri sırasında, kuralların iyi bilinmemesi nedeniyle, bazı hizmet ve işlemler eksik veya yanlış faturalandırılmakta ve bu hatalar örnekleme öncesi veya sonrasında ciddi gelir kaybına yol açmaktadır. İTF için yaklaşık yıllık yaklaşık 44 milyon lira civarında olduğu hesaplanan bu kaybın özellikle mutabakat öncesi hatalardan kaynaklandığı görülmektedir. Bu tezin amacı bahsi geçen kayıplara yol açan sebeplerin belirlenmesi, önlemek için alınacak tedbirlerin oluşturulması ve bu tedbirlerin uygulama yöntemlerinin ortaya konulmasıdır. Çalışmanın materyalini 01.01.2013 – 30.07.2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesine ayaktan, gününbirlik ve yatarak tedavi olmak üzere başvuran hastalardan almış olduğu hizmetler 31.07.2014 tarihine kadar faturalandırılmış olanlara ait mali bilgiler oluşturmaktadır. Yapılan hataların değerlendirilmesi, hata sebeplerinin bulunması, çözüm üretilmesi için çalışanların görüşlerini almak amacıyla Odak Grup Görüşmesi yöntemi kullanıldı. hataların en çok yapıldığı yerler olan kayıt, servis ve fatura bölümlerinde çalışan görevlilerden oluşan 3 ü erkek, 5 i kadın toplam 8 kişilik bir grupla bir gözlemci eşliğinde ve bir moderatör yönetiminde görüşme yapıldı. Ayrıca dosya incelemesi sırasında tespit edilen hataların düzeltilmesi için davet edilen doktorlarla yapılan görüşmeler sırasında yaptıkları açıklamalar, anabilim dallarına yapılan ziyaret ve bilgilendirme toplantılarında tarafımıza sorulan sorular ve toplantı sonrası yapılan değerlendirme sırasında ortaya konan görüşler de tezin yazımı sırasında dikkate alındı. Yapılan hataların özellikle eğitimsizlik, konu hakkında bilgi eksikliği ve kurumsal aidiyet duygusunun zayıflığından kaynaklanan duyarsızlık nedeniyle ortaya çıkan kişisel hatalar olduğu görüldü. Ayrıca altyapı ve hastane bilgi yönetimi sisteminin yetersizliğinin de rolü olduğu tespit edildi. Çözüm önerilerinde bulunuldu.

Anahtar Kelimeler: Üniversite, Sağlık, Fatura, Gelir, Zarar

ABSTRACT

SOZEN, A.B. (2014). THE CAUSES OF INCOME LOSS DUE TO ERRORS AND OMISSIONS IN BILLING PROCESSES AND IT'S REMEDIATION. Istanbul University Faculty of Health Sciences, Health Management Master Thesis. İstanbul.

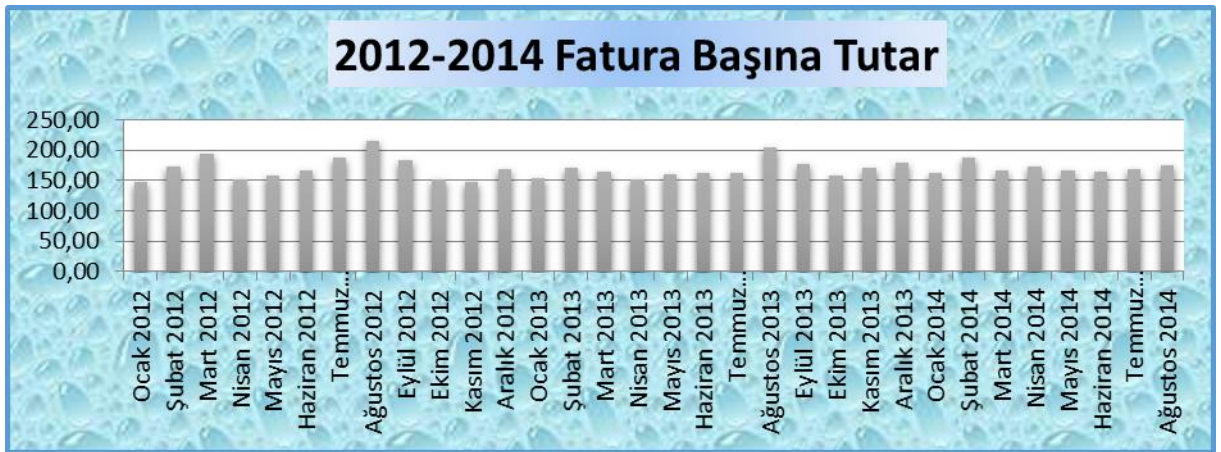
In UI İstanbul Faculty of Medicine, due to lack of knowledge on billing processes according to SUT some services and procedures are billed with erroneous or omitted information causing important loss of income after the mistake is amplified by pre and post sampling of bills. This loss, estimated at 44 million TL/year was mainly due to errors and omissions done before settlement. This work was undertaken to analyze the causes of these errors and omissions, methods of remediation and their application. For this purpose, financial information from the outpatient, one day hospital admission and hospital admission bills compiled between 01.01.2013 – 30.07.2014 were reviewed. Most of the errors and omissions were made during patient registration, gathering of data in the services and in the billing division. Focus Group interviews method using a sample of subjects from these sections were examined to find the causes of errors and omissions and put forth solutions. These interviews were carried out with 8 workers (3 male) under the guidance of an observer and a moderator. Additional sources of information were the explanations given on the errors and omissions by the treating doctors, informations gathered during visits to the services, Q&A sessions during informal visits. The source of errors and omissions were mainly personal mistakes committed due to general lack of education, lack of specific billing and reporting knowledge and apathy due to the weakness of institutional bonding. Additional factors were weaknesses in infrastructural and hospital information retrieval system. Remedial propositions were made.

Key Words: University, Health, Billing, Income, Loss

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde üniversite hastanelerinin en önemli sorunlarından biri gelir gider dengelerinin sağlanamamasıdır. Üniversite hastanelerinin borcu son dört yılda yüzde 93'lük bir artışla 1,4 milyar TL'den 2,7 milyar TL'ye çıkmıştır. 2010 yılında yasalaşan kanun ile 22 üniversite hastanesine yapılan hazine yardımı olmasaydı, bu borç toplamının yüzde 264'lük bir artışla 3,7 milyar TL'ye ulaşmış olacağı belirtilmektedir.

Sorunun kaynağına inildiğinde iki önemli sebebin varlığı hemen dikkati çekmektedir. Birincisi sağlık Bakanlığının ve SGK'nın *politikalarıdır*. Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) bulunan fiyatların düşük olması ve yaklaşık 7 yıldır bu fiyatlara zam yapılmaması bir yana zaman içinde birçok kalemden fiyatların eskisinin de altına düşürülmesi üniversite hastanelerinin bütçelerine büyük darbe vurmaktadır. Üniversite hastaneleri güncellenmeyen SUT fiyatları nedeniyle hâlihazırda % 33,9 düşük hizmet fiyatı ile çalışmaktadır. Şekil 1.1 de son 3 yılda hastanemizde fatura başına düşen ortalama gelirler verilmiştir. Grafikte de görüldüğü gibi bir fatura için mevsimsel dalgalanmalar hariç ortalama 160 TL civarında gelir elde etmekteyiz. Gelirlerimizde enflasyon oranında dahi artış olmamıştır.



Şekil 1.1: Son 3 yılda ortalama fatura başına düşen gelirler

Oysa sadece ağırlıklı olarak yapılmakta olan ilk 150-250 işlemin SUT fiyatında yapılacak %30-55 civarında bir artışla üniversite hastanelerinde gelir-gider yönünden başabaş noktasına ulaşılabilirdiği görülmektedir.

Sebeplerin ikincisi ise *adaletsizliktir*. SGK bütçesinin olması gerekenin altında olması nedeniyle fiyatların düşük olmasının yanı sıra, paylaşımda adaletin sağlanmaması olması ayrıca ciddi bir problemdir. Daha önce birçok hastanede tedavi edilmeye çalışılıp başarısız olduğu için sevk edilen en ağır ve komplike hastaların yatırıldığı ve tedavi edildiği, öğrenci yetiştirilen, üstelik temel bilimler gibi gelir getirmeyen birimleri de finanse etmek zorunda olan üniversite hastanelerine bu hastaları masraf etmeden sevk eden devlet hastaneleri veya özel hastanelerle aynı fiyat tarifelerini uygulamak sadece SGK bütçesinin yetersizliği ile açıklanması zor bir tutumdur. SGK'nın eşitliğin yanı sıra adalete de önem vermesi gerekmektedir.

Fiyatlar açısından zaten adaletli davranılmayan üniversite hastanelerine SGK dışı kaynaklardan yararlanma konusunda da haksızlık edildiği su götürmez bir gerçektir. Nitekim nakit para akışının sağlanması için önemli bir kaynak olan *hastadan ilave ücret alınması* konusunda üniversitelerin elleri kolları bağlanmaktadır. Özel hastanelerde çeşitli isimler altında hastadan %200'e kadar fark alınabilmekte, üstelik son dönemde bu sınırın kaldırılması talepleri söz konusuysen üniversitelere bu kadar imkân tanınmamıştır. Böylece zaten ağır ve dolayısıyla masrafı fazla olan hastalara bakmayarak giderlerini düşük tutan özel hastanelere üniversitelere göre daha yüksek miktarda gelir elde etme şansı verilmiş olmaktadır. Özel hastaneler de SGK ve kanunların onlara verdiği bu "haksız hak" sayesinde bir yandan otelcilik hizmetlerinde kaliteyi arttırarak diğer yandan da yeni şubeler açarak yüksek gelir düzeyine sahip hastaları çekme şansı elde edip pozitif bir döngü oluşturmaktadır. Nitekim 3 üniversite hastanesi ve 2 enstitüsü ile Türkiye'nin en büyük üniversite hastaneleri grubu olan İÜ hastaneleri sürekli bütçe açığı vermekteyken bazı özel hastaneler giderek büyümektedir. Benzer bir şekilde tüm bina ve cihaz yatırımları devlet tarafından karşılanan, öğrenci yetiştirmeyen, temel bilimlere olmayan devlet hastaneleri de üniversite hastaneleri ile aynı şartlarda yarışmamaktadır.

Bütçedeki dengesizlik, sadece bilginin üretildiği değil, aynı zamanda bu bilginin teknolojiye dönüştürülmesi sonrasında ilk önce kullanıldığı yer olması gereken üniversite hastanelerinde bu uygulamayı yapacak kişiler olan kalifiye çalışanların ve öğretim üyelerinin kariyerlerinde bir basamağa ulaşmalarını (ki, son zamanlarda bu doçentlik unvanının alınması anlamına gelmektedir) takiben hemen rakip kurumlara kaptırılmasına yol açmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye genelinde

öğretim üyelerinin ortalama yüzde 23'ü, bazı büyükşehir üniversitelerinde ise %50'si ya erken emekli olmuş veya Üniversite'den ayrılmış bulunmaktadır (1). İÜ İTF için bu oranlar tablo 1.1 de verilmiştir. Neticede yıllarca emek ve kaynak harcayarak rakip kurumlara kalifiye öğretim üyesi yetiştirmiş olmaktadır.

Üniversite hastanelerinde sadece yüksek kalitede çalışanların bulunması yeterli değildir. Onlara gerektiği gibi çalışabilecekleri ve bilgi ve deneyimlerini yeni nesillere aktarabilecekleri ortam da yaratılmalıdır. Bu da ihtiyaç duydukları en yüksek teknolojiye sahip cihaz ve en kaliteli malzemeleri, laboratuvarları onların kullanımına sunmak yoluyla sağlanabilir. Oysa iç huzuru duyarak ve işini severek çalışmalarını sağlayacak miktarda döner sermaye katkı payı dahi veremediğimiz kişilere bahsi geçen kaliteli ve aynı zamanda pahalı cihaz ve malzemeleri temin etmek pek mümkün olmamaktadır. Bunu sağlayabilmek için sadece dengede değil oldukça yüksek miktarda fazla veren bir bütçenin gerekliliği tartışılmazdır. Fakat mevcut durumda bunu sağlamak mümkün görünmemektedir.

Bu uygulamalar neticesinde gelinen nokta üniversite hastanelerinde hem hasta hizmetine hem de eğitime gerektiği kadar pay ayrılamaması, bunun sonucunda üniversite hastanelerinin özel hastaneler, eğitim hastaneleri ve Vakıf Üniversitesi hastaneleriyle rekabet etmekte zorlanmaları, yarışta giderek daha geride kalmalarıdır. Marmara Üniversitesi Hastanesi gibi bazı üniversite hastaneleri daha da kötü durumda olup artık özerkliğini yitirmiş ve Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilir hale gelmişlerdir. Eğer süreç aynı şekilde devam ederse diğer üniversite hastanelerini de aynı son beklemektedir. Bu üniversite hastanelerine akıtılan fonlar ve sağlık hizmeti sunumu mantığının değişmesi nedeniyle döner sermaye gelirlerinin büyük oranda artmış olması elbette ki refahı arttırmıştır fakat asli görevlerinden ikisi araştırma ve eğitim olan üniversite hastanesi kimliğinin ne derece korunmuş olduğunun sorgulanması gerekmektedir.

Üniversitelerin bu duruma gelmesinde Sağlık Bakanlığının politikalarının ve SGK uygulamalarının rolü tartışılmazdır fakat tüm suçu SGK'ya yüklemek de kolaycılığa kaçmak olacaktır. Dönüp kendimize bakmamız, kendi hatalarımızı görüp düzeltmeye çalışmamız şarttır. Biz SGK, Sağlık ve Maliye Bakanlıklarını bize karşı

adaletsiz davranmakla eleştirirken onlar da bizi, SUT ve faturalama kurallarını bilmemek veya doğru uygulamamakla eleştirmektedir. SUT'un üniversitelerin görüşü alınmadan hazırlanmış olması ve bu güne kadar yapılan değişikliklerde de aynı tutumun devam ediyor olması gerçeğini bir yana koyarsak aslında bu eleştirilerde haklılık payı vardır.

İÜ İstanbul Tıp Fakültesinde SUT kurallarına uygun olarak yapılan faturalama işlemleri sırasında, kuralların iyi bilinmemesi nedeniyle, bazı hizmet ve işlemler eksik veya yanlış faturalandırılmakta ve bu hatalar örnekleme öncesi veya sonrasında ciddi gelir kaybına yol açmaktadır. Üniversitemizde yapılan bir ön çalışmada bu kaybın toplam SGK gelirimizin yaklaşık %22 sine tekabül ettiği görülmüştür. Bu ön çalışmada Sosyal Güvenlik Kurumundan elde edilen yıllık gelirlerimizin olması gerekenden (İTF için) yaklaşık 44 milyon lira daha düşük olmasına neden olduğu belirtilen bu kaybın özellikle mutabakat öncesi hatalardan kaynaklandığı görülmektedir. Bilindiği kadarı ile üniversitelerin kendi hatalarından kaynaklanan kayıplarının araştırıldığı bir yayın bulunmamaktadır. Bu tezin amacı bahsi geçen kayıplara yol açan sebeplerin belirlenmesi, önlemek için alınacak tedbirlerin oluşturulması ve bu tedbirlerin uygulama yöntemlerinin ortaya konulmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde tüm dünyada ve ülkemizde sağlık sektörünün özellikleri, finansman ve ödeme yöntemlerinden bahsedilecek, sektördeki gelişmelerin ülkemiz sağlık politikalarına olan etkisi, sağlık politikalarındaki değişmelerin üniversite hastanelerini nasıl etkilediği konuları anlatılacaktır.

Sağlık sektörünün yapısını ve işleyişini, sorunların kaynağını ve çözüm yollarını anlamak için öncelikle sağlık sisteminin özelliklerini bilmek gerekmektedir (Tablo 2.1) (2).

Tablo 2.1: Sağlık hizmetinin özellikleri	
✓	Arzı pahalıdır,
✓	Talebini tüketici belirlemez,
✓	Toplumsaldır, sadece kar amaçlı olamaz,
✓	Talebi rastlantısaldır,
✓	İkamesi yoktur,
✓	Dışsallığı (externality) vardır,
✓	Talep esnekliği katıdır.

Bu özelliklerin bazıları sektörü cazip hale getirirken, bazıları ise yatırımcıların fazla hoşlanmayacakları özelliklerdir. Ör: *Toplumsal* olması ve *dışsallığının* bulunması siyasi otoriteyi çok memnun edici özelliklerken özel yatırımcılar ve sigorta şirketlerinin iştahını azaltabilir. Oysa *ikamesinin olmaması ve talep esnekliğinin katı olması* sektöre yatırım yapmış veya yapmaya kesin karar vermiş kişi yada kurumları memnun edecektir. Diğer yandan *bilgi asimetrisinin olması* da sağlık çalışanlarını rahatlatan bir özelliktir.

Sektörünün başka bir özelliği *talebin rastlantısallığı* yani talebin ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesidir. Ör: Kişilerin aniden ortaya çıkan bir hastalığın veya bir trafik kazasının ortaya çıkardığı sonuçları ortadan kaldırmak için gereken miktarda paraları o anda olmayabilir. Bu nedenle önceden birtakım birikimlerin oluşturulması şarttır. Devletler gerek vergi toplayıp bunun bir kısmını sağlığın finansmanına ayırarak, gerekse sadece sağlığın finansmanı için sigorta primleri toplayarak kişilerin ihtiyacı olduğunda onları desteklerler. Yine bazı hayır kurumları kendilerine yapılmış olan bağışlar sayesinde ihtiyaç anında kişilere sağlık giderlerini karşılamada yardımcı olurlar. Bunların dışında sadece ülke içinde veya tüm dünyada faaliyet gösteren finansör kuruluşlar da hizmeti alan ve veren arasında kaynak transferine aracı olurlar. Bu finansörlerin hangi kuruluşlar olacağı ilgili devletin sağlık politikalarına göre belirlenir.

Arzının pahalı olması ise en büyük sorundur. Ör: Kanser hastalığının tedavisi gelir düzeyi yüksek olan kişilerin bile ödeme gücünün üzerinde olabilir. Sektörde meydana gelen değişikliklerin çoğunun sebebi arzın ve buna bağlı olarak finansmanın pahalı olmasıdır. Çünkü sadece ülkemizde değil, hatta onlarda bizden önce başlamış olmak üzere, tüm dünyada sektöre yatırım yapan da, hizmeti alan da, bunu finanse eden de bu pahalılığın sebebinin araştırmakta, hesabını sormaktadır. Aynı durum devletler için de geçerlidir. Sosyal devlet olmanın getirdiği sorumluluk nedeniyle sağlık hizmetini daha yaygın bir şekilde sunabilmek için özel sektöre göre daha az verimli yatırımlara onay vermek zorunda olan siyasi otorite bile zorunlu olmayan harcamaları ve ısrافی önlemek durumundadır, bu nedenle de sektöre müdahale etmektedir. Sektörde başlayan ve en çok üniversite hastanelerini zor durumda bırakan değişim sürecini anlayabilmek için öncelikle *sağlıkta finansman modelleri hangileridir, sektörü finanse edenler kimlerdir, ödemede kullandıkları yöntemler nelerdir, ödemeyi nasıl yapmaktadırlar* gibi konuların anlaşılması gerekmektedir. Ancak ondan sonra ülkemizde neden bu değişiklik olmakta, bizi kimin veya neyin bu değişime zorlamakta olduğunu anlayabiliriz.

Sağlık Finansman Modelleri

Sağlıkta arzın pahalı olması sadece ülkemizin değil tüm dünyanın bir sorunudur. Bu konu yıllar önce ekonomistlerin dikkatini çekmiş ve sorunun nedenleri, giderleri azaltmanın yolları, sağlığın ekonomiyi bozmadan nasıl finanse edilebileceği gibi konular üzerinde çok sayıda bilimsel çalışmalar yapılmış, bunların sonunda sağlığın finansmanı için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Her ülkenin sosyo kültürel,

demografik ve ekonomik yapıları birbirinden farklıdır ve hepsine birden uygulanabilecek tek bir sistem yoktur. Her ülke kendi yapısına uygun bir sistem seçmeli, geliştirmeli ve uygulamalıdır (3). Sağlık finansörleri bu yöntemlere göre yatırım politikalarını belirlerler ve yatırım yaparlar.

Her hizmette olduğu gibi sağlık hizmetinde de hizmeti alan ve bu hizmetin bedelini ödeyen birileri vardır. Evsizler, çalışamayacak kadar yaşlı, ileri derecede hasta veya özürlü olanların ödeme yapma şansı olmadığı için, şehit ve gazi yakınlarının ödeme yapması düşünülemeyeceği için bu grupların sağlık giderleri devlet veya hayır kurumları tarafından karşılanır ve karşılanmalıdır da. Bunun dışında hangi finansman modeli benimsenmiş olursa olsun mutlaka hizmeti alan kişiler şu veya bu isim altında sağlıkları için ödeme yaparlar. Aksi takdirde sistemin sürdürülebilir olması mümkün olmayacaktır. Mevcut 4 yöntemin üçünde risk paylaşımı yani bir nevi sigorta mantığı vardır, 4. yöntem olan cepten ödeme yönteminde ise kişiler tüm ödemeyi kendileri yaparlar. Sistemin sürdürülebilir olması için devletler finansman modellerini belirli kriterlere göre belirler. Bu kriterler;

- 1- Ülkelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyleri
- 2- Mali kapasite
- 3- Uygulanabilirlik
- 4- Verimlilik
- 5- Hakkaniyet
- 6- Talep/kullanım ve tüketici davranışı
- 7- Arz ve hizmet sunucusunun davranışı

olarak özetlenebilir (4, 5). Ör: Vergi toplama kapasitesi düşük olan, vergi yapısı iyi olmayan, vergileri adil olmayan devletlerde vergilere dayalı finansman sistemi başarılı olmayacaktır. Keza kayıt dışı ekonominin oranının yüksek, prim toplamının güç olduğu ülkelerde ise prime dayalı finansman yöntemi başarılı olmayacaktır. Ayrıca işveren primlerinin yüksek olması bir yandan kayıt dışı istihdamı arttırırken diğer yandan işverenin yeni yatırımlar yapmasına ve istihdamın artışına engel olabilir (6, 7).

Tüm finansman sistemlerinde temel prensipler finansman akışının gelir düzeyi yüksek olandan gelir düzeyi düşük olana, sağlık düzeyi iyi olanlardan kötü olanlara

doğru olmasıdır. Ama genellikle zengin olanlar daha sağlıklı, fakir olanlar daha sağlıksız oldukları için zenginler sistemi daha az kullanmaktadır ve bu nedenle fazla prim ödemek istemezler. Fakirler ise sistemi daha fazla kullanmak zorundadır ama buna güçleri yetmez. İşte en önemli prensip olan hakkaniyet prensibi burada devreye girer, zayıf olanı koruyucu tedbirler alınır. Fakat sağlık hizmetine erişimin aşırı kolay olması, hiç prim ödenmemesi veya primlerin çok düşük olması ise bireylerin sağlık hizmeti talebini ve gereksiz tüketimi arttıracaktır (6).

Tüm bu nedenlerle bir ülkede çok mükemmel işleyen bir sistem diğer ülkede tamamen başarısız olabilir ve devletler bunu göz önüne alarak sağlık politikalarını belirlerler. Birçok ülke her bir yöntemin avantajından yararlanmak, dezavantajlarını azaltmak için bu yöntemlerin karışımından oluşan bir finansman yöntemini benimsemiştir (Tablo 2.2).

Tablo 2.2: Sağlıkta finansman modelleri (8, 9)

	Bismarck Modeli	Beveridge Modeli	Özel Sigorta Modeli
Örnek	Sosyal Sağlık Sigortası Almanya	Kamu Finansmanı İngiltere	ABD
Karar / Yönetim	Sigorta fonu, hekim birlikleri	Devlet	Özel Sigorta
Kaynak	Çalışan, işveren katkısı	Vergiler	Özel
Hizmet Sunucu	Kamu/ Özel	Kamu + Özel	Özel

Bu yöntemleri kısaca inceleyelim:

Vergilere dayalı finansman (Beveridge Modeli)

İlk olarak ikinci dünya savaşı sonrası İngiltere’de ortaya çıkan bu yöntemde belirli bir katkı payı dışında sağlık hizmetleri ücretsizdir. Doktor ve diğer sağlık

çalışanlarının maaşları ile sağlık kurumlarının giderleri devlet tarafından karşılanır. Gelir kaynağı vergilerdir. Genel vergilerin yanında sağlığa özel vergiler (milli piyangodan, sigara ve alkolden vb.) de söz konusu olabilir ve bu durumda toplanacak paranın nereye kaynak olarak aktarılacağı önceden belirlidir .

Eğer devletin vergi toplama kapasitesi kötüyse, verginin dağılımı adil değilse sistem başarısız olacaktır. Vergilerin yüksek olması vergi kaçırmaya ve gelirde azalmaya yol açacak, ülkenin genel olarak rekabet gücünü azaltacaktır.

Vergi toplama şekli de önemlidir. Doğrudan vergilerin ağırlıklı olduğu sistemlerde vergiler bir yere kadar da olsa gelirle orantılı olacaktır. Teorik olarak hakkaniyet prensibine uygun görünmekle birlikte yüksek geliri olup sağlığı iyi olan kişilerin sisteme katılımda gönülsüz olmasına sebep olacaktır. Ayrıca kayıt dışı gelirlerin fazla olduğu ülkelerde vergiler adil olarak toplanamayacaktır.

KDV gibi dolaylı vergiler ise gelirle orantılı değil tüketimle orantılıdır. Vergi kaçırmanın zor olması nedeniyle kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ülkelerde daha çok tercih edilirler. Verginin tüketimle orantılı olması özellikle kalabalık ailelerden daha fazla vergi alınması demektir ki kalabalık ailelerin aynı zamanda düşük gelir düzeyli olmaları, düşük gelirli kişilerin ise daha sağlıksız olmaları nedeniyle bu vergilendirme yöntemi “finansman akışının gelir düzeyi yüksek olandan gelir düzeyi düşük olana, sağlık düzeyi iyi olanlardan kötü olanlara doğru olması” prensipleriyle ters düşmektedir (10)

Cepten ödeme modeli

Daha önce de belirtildiği gibi Sağlık sektörünün pahalı olması ve talebin ne zaman ortaya çıkacağına bilinmemesi nedeniyle kişilerin tüm sağlık giderlerini cepten karşılamaları pek mümkün değildir. Bu yöntem daha ziyade diğer sistemlerin ödemediği giderlerin ve ekstra taleplerin ödenmesinde kullanılır. Ör: ülkemizde SGK kozmetik işlemleri ödememektedir. Kişiler kozmetik amaçlı botox veya cerrahi girişim yaptırdıklarında ücretini ceplerinden öderler. Ayrıca aşırı veya gereksiz sağlık hizmetlerinin önlenmesi için acil poliklinik dışındaki polikliniklere gelenlerden ve ilaçlardan alınan katkı payları da bu gruba girmektedir. Burada da dikkat edilmesi gereken husus gelir düzeyi düşük olanların daha fazla sağlık hizmeti almaları nedeniyle daha fazla katkı payı ödemek durumunda olmaları ve bunun da yukarıda belirtilen finansmanın akış yönü prensibiyle uyuşmamasıdır. Ülkenin gelir düzeyine göre

belirlenecek primler ve bazı muafiyetler mağduriyetlerin azaltılmasına yardımcı olabilir (11).

Prime dayalı ödeme, Sosyal Sağlık Sigortası (Bismarck modeli)

İlk defa Bismarck tarafından geliştirilerek Almanya’da uygulanmaya başlayan, günümüzde Dünya Bankasının da teşvikiyle giderek yaygınlaşmakta olan bu modelde sağlık kullanıcılarının giderleri bu amaçla toplanan primlerle ödenir. Hem işverenden hem de çalışandan belirli oranlarda kesinti yapılarak bir havuzda toplanan gelirler, üyelerin sağlık hizmeti harcamalarını karşılamakta kullanılır. Sosyal sigorta mantığında kişilerin primleri bordroya dayalı olarak yapıldığından, katkılar ödeme gücüne göre yapılandırılmakta; hizmetlere erişim ve kullanım ise ihtiyaca göre belirlenmeye çalışılmaktadır (10, 12, 13, 14).

Alınan prim gelir düzeyi ile kısmi paralellik gösterdiği için hakkaniyet ilkesi ile de uyumludur. İşleyiş şu şekildedir (6, 10, 12):

- 1- Sigortalılar gelir düzeyi ile orantılı düzenli prim öderler.
- 2- Bizde pek geçerli olmamakla birlikte sistemi özerk veya yarı özerk bir kurum yönetir. Ülkemizde çalışanlar ve işverenler tarafından ödenen primler bir havuzda birikir, ihtiyaç halinde SGK tarafından çeşitli ödeme yöntemleri ile gereken yerlere aktarılır.
- 3- Halkın tamamı veya büyük kısmı için zorunludur. Türkiye’de de 2013 yılından itibaren Meclis hastaları, şehit ve gazi yakınları ve yeşil kartlılar hariç herkes SGK kapsamına alınmıştır

Sistemin sürdürülebilir olması için primlerin düzenli ödenmesi şarttır. Kayıt dışı çalışanların fazla olduğu ülkelerde ödemeler yetersiz ve düzensiz olacağı için sürdürülebilirlik tehlikeye girer.

Türkiye’deki SGK’nın pozisyonu gibi çok güçlü kurumların olduğu ülkelerde monopsonik piyasalar oluşur, bu da hizmet veren kurumların pazarlık şanslarını ortadan kaldırır. Ülkemizde üniversite hastanelerinin düştüğü durumun sebeplerinden biri de SGK’nın bu orantısız gücüdür.

Özel Sağlık Sigortası

Bu modelde özel sigorta şirketleri tarafından kişilerin taşıdığı risk oranında (aktüerya) toplanan primler sağlık hizmetinin finansmanında kullanılır. Özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde kullanılan bu modelin Sosyal Sağlık Sigortası yoluyla finansman modelinden farkı primlerin gelire değil risk ile orantılı olmasıdır. İlk bakışta sistemi fazla kullananların fazla prim ödemesi nedeniyle adil bir sistem gibi görünmektedir fakat yine gelir düzeyi ile sağlık arasındaki ilişki nedeniyle düşük gelir düzeyine sahip olan kişiler daha yüksek prim ödemek zorunda kalırlar ve bu da daha önce belirtilen sağlık sektöründe finansmanın akış yönü ilkesine ters düşer. Düşük gelirli oldukları için yüksek prim ödeyemeyenlerin açığını kapatmak üzere primlerin yüksek tutulması halinde sağlıklı olanlar fazla ödeme yapmak istemeyeceklerdir ve sistem duracaktır. Bu nedenle özel sağlık sigortası genellikle sosyal sağlık sisteminin ödemediği hizmetleri ödemek için destekleyici/ tamamlayıcı sigorta şeklinde kullanılmaktadır. Ayrıca hiç hizmet almaya ihtiyaç duymadan yıllarca prim ödeyen kişilerin kanser olduktan sonra ilk yıl tedavilerinin ödenip ertesi yıl sistem dışına atılması gibi kötü örnekler nedeniyle sistem sorgulanmaya başlamış, ABD gibi kişi başına düşen GSMH'sı çok yüksek olan bir ülkede bile sağlık finansman sisteminde çeşitli değişiklikler yapılma ihtiyacı duyulmuştur (15, 16, 17).

Her finansman modelinin açıkları ve olumsuz tarafları olduğu için ülkeler bunların karışımından oluşan sistemler kurmuşlardır. Ör: Ülkemizde SGK aracılığıyla sosyal sağlık sigortası, hastane ve ilaç katkı payı ödeme şeklinde cepten ödeme, tamamlayıcı/destekleyici sigorta yoluyla da özel sağlık sigortası finansman yöntemlerinin karışımından oluşan bir sistem uygulanmaktadır. Bunun dışında SGK'nın ödemediği kozmetik işlemler vb. hizmetlerde de kişiler cepten ödeme yapmaktadırlar.

Ödeme Yöntemleri

Finansör kurumlar ödemelerini iki yolla yaparlar (18,19, 20, 21, 22, 23, 24):

1- Doğrudan ödeme: Bu yöntem SGK öncesi dönemde SSK hastanelerinin hastayı tedavi etmesinde olduğu gibidir.

2- Hizmet alımı: Hastaların sağlık kurumlarında tedavi olduktan sonra masrafların finansman kurumları tarafından ödenmesi şeklindedir. SGK ve özel sigorta kurumları bu yöntemi kullanmaktadır. SGK ödeme geri yöntemi olarak karma bir yöntem uygulamaktadır:

a- Global bütçe: Devlet hastanelerine yapılan ödeme şeklidir. Bu yöntemde SGK sene başında veya belirli dönemlerde Sağlık Bakanlığına belirlenen miktarda ödemeler yapar. Bakanlık ta bu parayı kendi politikalarına uygun bir şekilde hastanelere dağıtır. Paranın erken bitmesi halinde çeşitli yöntemlerle ek bütçelerin oluşturularak devlet hastanelerine tekrar ödeme yapılması fakat üniversite hastaneleri için böyle bir uygulamanın olmaması haksız rekabete yol açmaktadır.

b- Paket fiyat uygulaması: Verilecek hizmetin karşılığında ödenecek paranın önceden belirli olması, hizmetin verilmesi esnasında yapılan masraf değişse bile ödenecek paranın değişmemesidir. Ör: Dahiliye polikliniğinde muayene olan bir hastaya 10 liralık tahlil de yapılırsa 1000 liralık tahlil de yapılırsa sadece 56 lira ödenmesi.

c- Kişi başına (Per capita) ödeme: Belirli bir zaman diliminde kaç kişinin başvurduğuna ve ne gibi hizmet üretildiğine bakılmaksızın bu sisteme alınan kişi başına (nüfusa göre) belirli bir fiyatın ödendiği mekanizmadır. Bir ödeme biçimi olduğu gibi kaynak ayırma yöntemidir de. Belirli bir hizmet paketinin yerel yöneticilerce hazırlanıp bunun kapsanacak nüfusa genellenmesinde kullanılır. Amerika Birleşik Devletleri'nde HMO, PPO, MCO gibi finansman mekanizmalarının tipik ödeme modelidir. Avrupa'da ise yerel kuruluşlara kaynak ayırmada (İngiltere, İspanya), Temel Sağlık Hizmetleri'nde (İngiltere, Macaristan) kullanılmaktadır. Ödemenin zamanlaması ileriye dönüktür.

d- Hizmet başına ödeme: Bu sistemde sunulan hizmetin tür ve miktarına göre ödeme yapılır ve fatura esas alınır. Ör: BT-MR gibi bazı tahlillerde endikasyon girildiği takdirde, patoloji işlemlerinde rapor yazıldığı takdirde ödeme yapılır. Her hizmetin belirli veya değişken bir fiyatı vardır. Hizmeti sunan ve ödemeyi yapan her tür ve miktar için bir fiyatta uzlaşmıştır ve bu fiyatlar belirli aralıklarla gözden geçirilir. Değişken fiyatta hizmet sunucu herkese verdiği fiyat tarifesi üzerinden faturasını keser. İzleme maliyetleri yüksektir. Hükümetler ve ödeme kuruluşları bir takım önlemlerle başvuruları kontrol altına almaya çalışır. Bunun en tipik örnekleri arasında kullanıcı katkısı ile maliyet paylaşımı ve hizmetin kullanılmasında ödemeye üst sınır getirilmesi sayılabilir. Ödemenin zamanlaması geriye dönüktür.

e- Vaka bazlı geri ödeme: Bu yöntemde hekim ve diğer personele hastalık vakasının önceden belirlenmiş tüm hizmetlerini ve epizodunu kapsayacak masrafları ödenir. Ödenecek miktar vaka için üzerinde anlaşılmış bir hizmet protokolü baz alınarak

hesaplanır. Tanı ilişkili gruplar (DRG – diagnosis related groups), yaş ilişkili gruplar vb. uygulamaları mevcuttur. Yönetimi Vaka bazlı geri ödeme sisteminin bilgi yönetim sistemi ve muhasebe sistemi pahalıdır. Tanıların değişik raporlanması en büyük farklılıktır

f- Maaş: Genel olarak her düzeydeki sağlık görevlilerine uygun bir yöntem olarak kabul görmektedir. Devlet hastanesinde ve üniversite hastanelerinde çalışanlara ödenen maaş bu gruba girer. Ülkemizde maaşları SGK ödememektedir. Ödemenin zamanlaması ileriye dönüktür.

g- Hedef ödemeleri (bonus): Belirli hedeflere ulaşma halinde fazladan ödemelerin yapılmasıdır. Bu yöntem SGK tarafından uygulanmamaktadır.

h- Karma ödeme sistemleri: Karma sistemler Birden çok yöntemin aynı anda kullanıldığı sağlık sistemleri karma ödeme sistemi olarak adlandırılır. Ör: Maaş + bonus veya Maaş + hizmet başına gibi. Verimlilik, etkililik ve hakkaniyeti sağlamak üzere birçok ülke yukarıda sayılan ödeme sistemlerinin karmalarını denemiştir. Karma sistemde mantık avantajı en çok istenen ve dezavantajlarına karşı önlem alınabilen bir ödeme modeli bulmaktır. Karma model başarılı olursa her yöntemin en avantajlı halini yakalar, tersi durumda hepsinin en kötü olma ihtimali vardır. Sözgeşi maaş ile hizmet başına ödemenin bir karması şimdilerde performans dayalı ödeme adı altında Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılmaktadır.

Tüm bu ödeme yöntemlerinin verilen hizmetin kalitesi, hizmet sunucu için getirdiği risk, müşteri memnuniyeti ve kaynak kullanımı üzerine çeşitli derecede etkileri mevcuttur. Aşağıdaki tablolarda bazı ödeme sistemlerinin olumlu ve olumsuz yanları özetlenmiştir (22, 23, 24).

Tablo 2.3: Ödeme yöntemlerinin olumlu ve olumsuz yanları (22,23,24)

1- MAAŞ YÖNTEMİ
Avantajlar
Gereksiz hizmet üretirmek için çaba yaratmaz.

Sağlık görevlilerinin adaletsiz dağılımını dengelemede kullanılabilir.
Hekimler kendi kararlarını verirken bu yöntemi rahat sayarlar.
Oynak değildir, harcamayı önceden bilirsiniz.
Yönetim maliyetleri düşüktür.
Az streslidir, bazı hekimlerde iş tatminin artırıcı etkisi görülmektedir (gelir, çalışma saatleri).
Dezavantajlar
Daha yüksek kalitede hizmet üretmeye teşvik etmez.
Tanımlanan işi üretmek için bile teşvik edici değildir.
Daha çok iş yüküne talip olmaya teşvik edici değildir.
Verimliliği artırmaya teşvik edici değildir.
Kendisinin değil başkalarının hizmetini kullanırmaya istek doğurur.
Yüksek sevk oranları
Reçete yazma
Hekim hasta ilişkilerini minimuma indirir.
Daha az riskli hastaları seçmeye çalışan kişiler oluşur.
Hastalar üzerine potansiyel yararları
Hastanın yalnızca kendisine yararlı olan hizmetleri alma olasılığı artar. Gereksiz müdahaleler ve hizmetin körüklenmesi olasılığı azalır.
İş güvencesi ve gelir tutarlılığı sağlık çalışanlarını sürekli iş değiştirmekten alıkoyar
Hastalar hizmet almaya gidince önüne kullanım bariyerleri dikilmez.
Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

Hekimden istediği ilgiyi görmeyebilir.
Maaşa karşılık gelecek mesai saatleri erişimin kısıtlılığını oluşturur.
Hekimler optimalden daha az hasta bakmaya meyledebilir.
Hizmet kalitesi istenilenden düşük kalabilir.
2- KİŞİ BAŞINA ÖDEME
Avantajlar
Maaşa göre daha yüksek ama hizmet başına ödemeye göre daha düşük maliyet oluşur.
Hizmet başına ödemeye göre sağlık görevlilerinin daha dengeli dağılımı söz konusudur.
Maliyet-etkili olmayan ilaç ve tıbbi cihaz yazılmasını en aza indirir.
Hekimler finansal maliyetleri azaltmaya büyük özen gösterir.
Hekimler hizmet epizodunun bütününe verimli yapmaya çok isteklidir.
Hastaları kabul etmeye ve elde tutmaya meyleder.
Risk havuzu oluşturur ve kötü durumda olanlar arada eritilir.
Dezavantajlar
Hekimler göreceli olarak daha iyi durumda olan hastalara talip olur ve komplikasyon ihtimali olan hastalardan uzak kalmaya çalışır.
Hekimler veya kuruluşlar hastalara sunduğu hizmetin miktarını en aza indirerek faaliyet giderlerini en azda tutmak ister.
Hekimler veya kuruluşlar yüksek kalite hizmetleri sınırlandırmak ister çünkü kalitenin yükselmesinin ek maliyetleri olur.
Erişim zorlukları ve uzayan bekleme süreleri belirir.

3- VAKA BAZLI ÖDEME

Avantajlar

Hekimler maliyetleri azaltma yönünde güçlü bir etki altına girer.

Dezavantajlar

Hekimler tanı koyarken ücreti yüksek olan kategorileri seçmeye çalışır.

Hekimler daha az masraf açacak hastaları ele almaya uğraşır.

Hekimler hizmet kantitesini ve kalitesini düşük tutmaya çalışır, çünkü ödeme tedaviyi göz önüne almaz, tanıyı göz önüne alır.

Hastalar üzerine potansiyel yararları

Hasta yalnızca kendisine gereken tedaviyi ve uygulamaları almış olur, gereksiz müdahalelere maruz kalmaz. Hastalar üzerine potansiyel istenmeyen etkileri

Daha karmaşık ve uzmanlık isteyen hizmetlere hastanın erişimi kısıtlanır.

Hastaların optimal hizmetten daha az hizmet alması olasılığı artar.

Birçok kişi başına ödeme modelinde hastanın hekimini istediği zaman değiştirmesi mümkün olmaz.

4- HİZMET BAŞINA ÖDEME

Avantajlar
Hekimler bu sistemde hizmetin hem üretimini hem de kalitesini artırmak ister.
Dezavantajlar
Hekimler gereğinden çok hizmet üretme eğilimine girer. Bu durum sağlık hizmeti harcamalarını artırır.
Hekimler veya kuruluşlar talebi körükleme eğilimine girer (supplier induced demand).
Hastalar üzerine potansiyel yararları
Hastanın optimal düzeyde ve kalitede hizmet alma olasılığı yüksektir.
Karmaşık ve uzmanlık isteyen hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların bunlara erişimi kolaydır.
Diğer sistemlere göre hastanın hekimini seçme ve değiştirme fırsatı vardır.
Her zaman hizmetin fazladan kullanılması ve gereksiz müdahalelere maruz kalma ihtimali vardır ve bu en büyük risktir.
Hastalar üzerine potansiyel zararları
Hastalar ihtiyaç duyduğu miktardan daha az hizmet alabilir.

Sağlık politikaları oluştururken hangi geri ödeme yöntemlerinin kullanılacağına tüm bu fayda ve maliyet analizlerinin sonucuna göre karar verilir. Ülkemizde global bütçe, paket, hizmet başı ve maaş ödeme yöntemlerinin karışımı olan bir geri ödeme sistemi kullanılmaktadır. TİG yöntemine göre ödeme sistemine geçiş çalışmalarının sürdüğü bilinmektedir. Üniversite hastanelerine birkaç kalem hariç diğer hastanelerle aynı fiyatların uygulanması üniversite hastanelerini çok zor duruma sokmuş, çalışan memnuniyetinin azalmasına, hastaneden ayrılmalara, hizmet kalitesinin düşmesine yol açmıştır.

Sağlık sisteminin özellikleri gereği ortaya çıkan fırsatlar büyük finans kuruluşlarının da ilgisini çekmiş ve yatırım yapmak için çalışmalar yapmaya başlamışlardır. Bu kurumlar gerekirse sistemlerini manipule edebilecekleri cazip ülkeleri tespit etmekte, bu ülkelere şirket politikalarına uygun olarak uzun veya kısa vadeli yatırımlar yapmaktadırlar. Ülkemiz bu cazip ülkelerden birisidir. Sağlık Bakanlığı da ülkemizin daha cazip hale gelmesi ve yabancı sağlık finansörlerinin sektöre daha fazla yatırım yapmalarını sağlamak için sağlık sistemimizde köklü değişiklikler yapmaya karar vererek uygulamaya geçmiştir. Bu değişiklikler üniversiteleri de etkilemektedir. Aşağıda ülkemizin durumu, sektördeki gelişmeler ve üniversitelere olan etkileri gözden geçirilmiştir.

Neden Türkiye

Ülkemizin sağlık sisteminde 2003-2013 Sağlıkta Dönüşüm Programı'na bağlı olarak büyük bir değişim yaşanmaktadır. Programın amacı bir dizi reform aracılığıyla sağlık sisteminin kalite ve verimliliğini artırmak, sağlık kuruluşlarına erişimi kolaylaştırmaktır. Bu çaba aynı zamanda ülkemizi sağlık sektörüne yatırım yapmak isteyen büyük yatırımcıların da ilgisinin ülkemize yönelmesine sebep olmaktadır.

Doğaldır ki sağlık sektöründe yatırım yapmak isteyen iç ve dış kaynaklı kuruluşlar öncelikle ülkelerin yapısını, dinamiklerini inceleyecekler, pazarda nasıl bir seyir olacağını tahmin etmeye çalışacaklar ve ardından buna uygun yatırım planlaması ve pazarlama stratejisi geliştireceklerdir. Bu nedenle yatırımcıları çekmek isteyen her ülke gibi Türkiye'de yatırımcıları bilgilendirmek, yönlendirmek ve karar vermelerine yardımcı olabilmek amacıyla belirli aralıklarla iç ve dış kaynaklı araştırma kuruluşlarına incelemeler yaptırmakta sonra da bu araştırmanın sonuçlarını yayınlamaktadır. Bu araştırmalardan biri olan ve YASED tarafından hazırlanan Türkiye Sağlık Sektörü: Sürdürülebilir ve Kaliteli bir Sağlık Sektörü için Genel Bakış ve Potansiyel İyileştirme Alanları Çalışma Sonuçları adlı raporda Türkiye'nin SWOT analizi yer almaktadır (25) (Şekil 2.2).

Aynı raporda Türkiye'nin yabancı yatırımcılar için getirdiği teşvikler de aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

1-İlaç Ar-Ge çalışmalarına yatırım yapılması için teşvikler sağlayan yeni Ar-Ge yasası,

2-Geçmişte yabancı yatırımcılardan prosedür gereği karşılamları istenen birtakım şartların yürürlükten kaldırılması,

3-Hisse devri ya da şirketlerin yabancı yatırımcılar ile ortaklık kurmasının Yabancı Sermaye Genel Müdürlüğü onayına bağlı olmaması,

4-Yabancı yatırımcıların Türkiye'deki işlemlerden kaynaklanan ticari anlaşmazlıklarda uluslararası tahkim de dahil olmak üzere çeşitli çözüm yolları arasından seçim yapabilmeleri,

Bunlara ek olarak, aşağıdaki faktörler Türkiye'de temelde liberal bir yaklaşım bulunduğunu göstermektedir (25):

1-Türkiye'de yabancı yatırımcılar tarafından elde edilen kârların yurt dışına çıkarılabilmesi konusunda özgürlük,

2-Yabancı yatırımcılar için Türkiye'de taşınmaz mal veya hak elde edebilme özgürlüğü,

3-Bir Türk iştirakte % 100'e varan hisseye sahip olabilme serbestliği.

Türkiye Sağlık Sunumu Sektörü GZFT Analizi (SWOT Analizi)

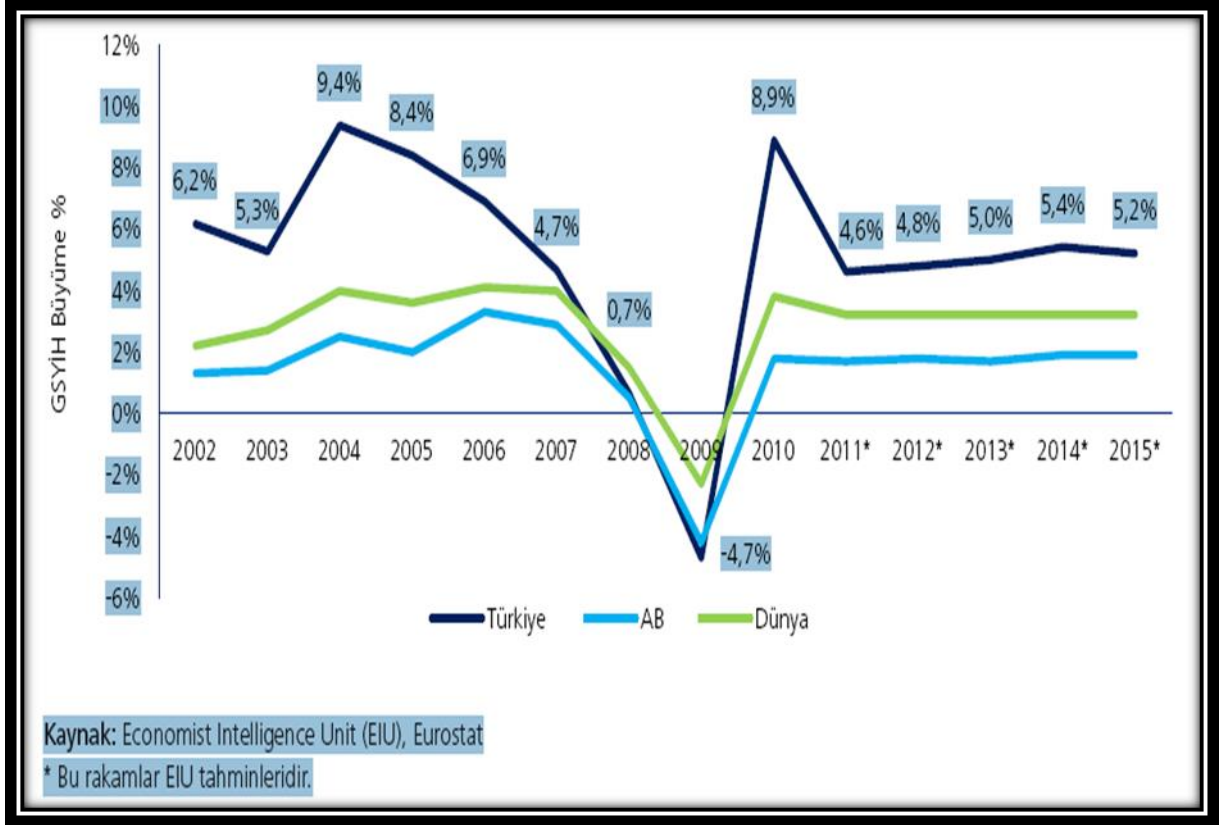
Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi ve tecrübe düzeyi yüksek araştırma hastanelerinin varlığı • Uluslararası yatırımcıların Türkiye’de konumlanmış olması • Artan sağlığa erişim • Politika belirleyiciler tarafından performans bazlı yaklaşımların benimsenmiş ve uygulanıyor olması • Sağlık turizminin politika belirleyiciler tarafından benimsenmiş olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık verilerinin raporlama araçları olarak kullanılmıyor olması • Önleyici sağlık politikalarının yeterince yaygınlaşmamış olması • Özel sağlık hizmet sunumu organizasyonlarının yatırım konularında yönlendirilmiyor olması • Sağlık hizmet sunumunda kamunun kapasite olarak üstünlüğü ve yükü
Fırsatlar	Tehditler
<ul style="list-style-type: none"> • Uluslararası yatırımcıların sağlık hizmet sunumuna olan ilgisi • Sağlık verilerinin raporlanarak en iyi uygulamaların tespit edilmesi • Sağlık talimatlarının oluşturularak standardizasyon sağlanması • Artan özel sağlık sigortası sayesinde daha fazla faydalanan olması ve neticede özel sağlık hizmet sunucularının gelirlerinin artması • Tanı bazlı yerine tedavi bazlı hizmet yaklaşımının oluşması 	<ul style="list-style-type: none"> • Özel sağlık hizmet sunucularının yeterli finansal kaynak bulamama neticesinde el değiştirmesi ve kalitenin düşmesi • Performans yaklaşımının istismar edilerek kalitenin düşmesi • Artan rekabet neticesinde atıl kapasitenin oluşması ve yatırım geri dönüş hızlarının düşmesi • Tıbbi hizmet, teknoloji ve malzeme fiyatlarının, dolayısıyla maliyetin sürekli artması ve finansmanı güçleştirilmesi

Şekil 2.1: Türk sağlık sektörü SWOT analizi özeti (25).

Türkiye’nin ve Sektörün Pazar Analizi

Büyüyen Türkiye

Türkiye 2002 den bu yana hızla büyümekteyken tüm dünyayı etkisi altına alan ekonomik krize rağmen kendisini hızla toparlayabilmiş ve bir çok gelişmiş ülkeden daha iyi bir performansla büyümeye devam etmeyi başarmıştır (Şekil 2.1).

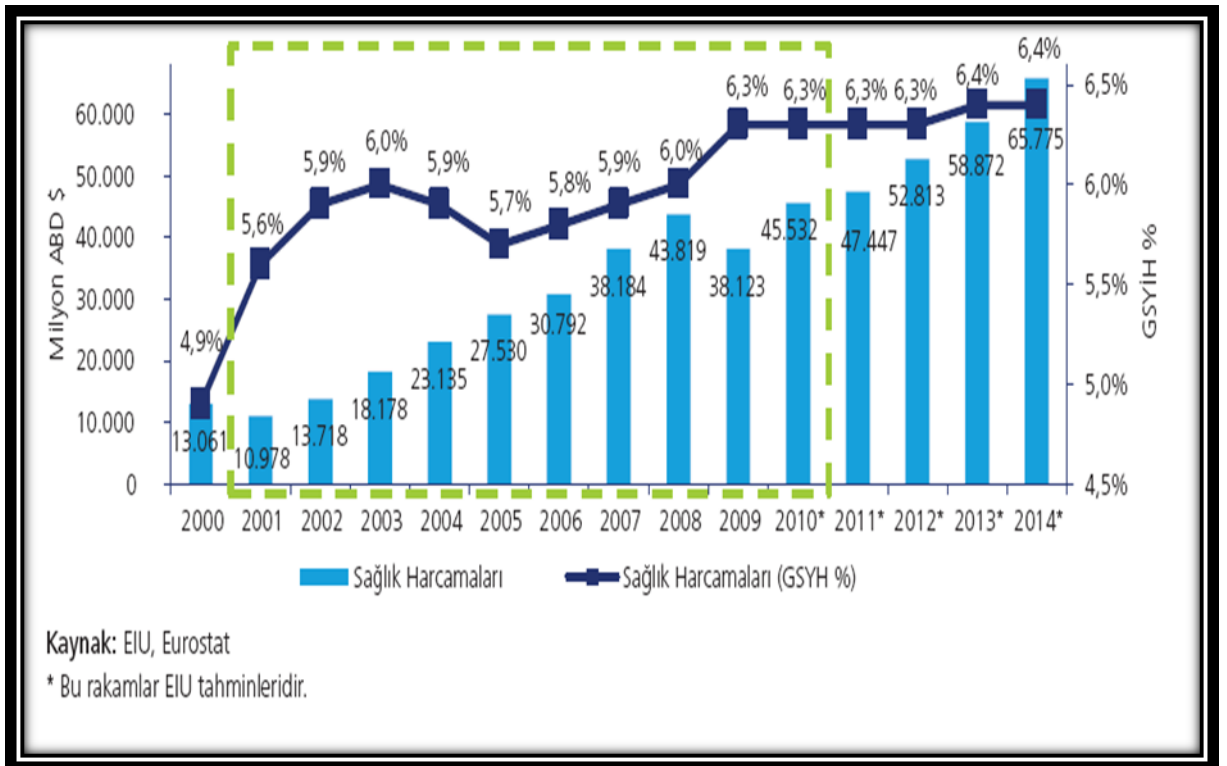


Şekil 2.2: Türkiye GSMH da reel büyüme oranları (25).

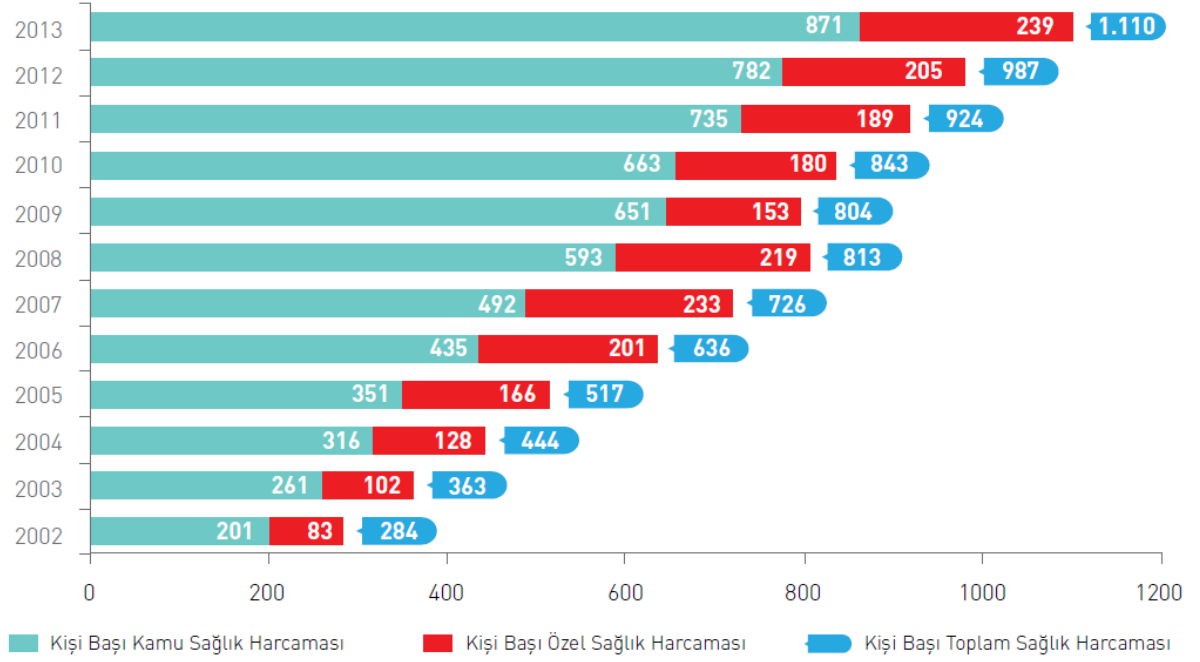
GSMH artışı haliyle bireysel harcanabilir gelirin ve reel harcanabilir gelirin de artışına olanak vermiştir (Şekil 2.3). Sağlık harcamaları da benzer bir şekilde artmaya devam etmiş, 2009 yılında 38 milyar ABD doları tutarında gerçekleşmiştir. Bu değer GSMH içindeki payı 2000 yılında %4,9 iken 2014 yılında %6,4'e ulaşması beklenmektedir (Şekil 2.4). Kişi başına düşen sağlık harcamaları da benzer bir artış göstermektedir. Bu oran eskiye göre oldukça yüksek olmasına rağmen dünyanın bir çok ülkesine kıyasla çok düşüktür (Şekil 2.5) (25).



Şekil 2.3: Türkiye'de bireysel harcanabilir gelirin ve reel harcanabilir gelirin seyri (25).



Şekil 2.4: Türkiye’de sağlık harcamalarının ve bu harcamanın GSMH içindeki payının seyri (25).



Şekil 2.5: Kişi başına düşen sağlık harcamaları (26).

Tablo 2.4: Satın alma gücü paritesine göre kişi başı sağlık harcaması (26)

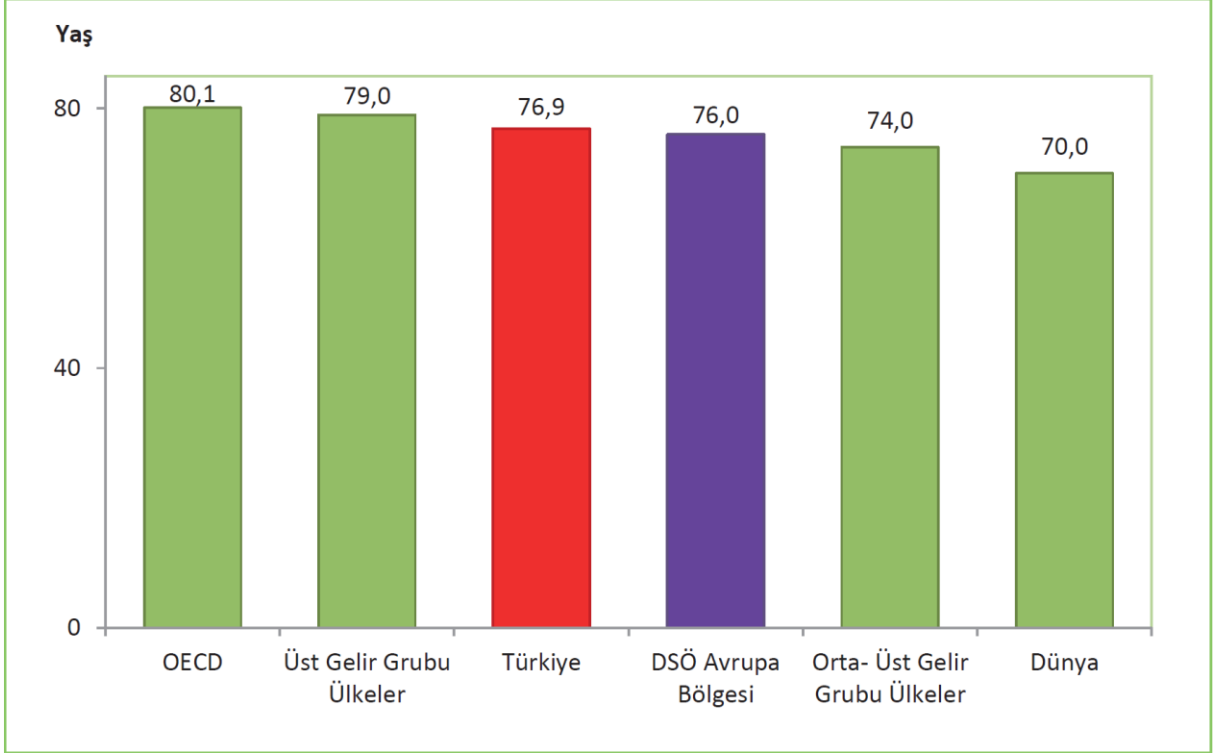
Yıllar	Satın alma gücü paritesine göre kişi başı sağlık harcaması		
	2007	2008	2009
Fransa	3679	3809	3978
Almanya	3724	3963	4218
Amerika	7437	7720	7960
UK	3051	3281	3487
Hollanda	3944	4241	4914
Kanada	3844	4024	4363
Danimarka	3770	4052	4348

Türkiye	798	902	965
----------------	------------	------------	------------

Büyüme ve sağlık harcamalarındaki yüksek artış hızına rağmen satınalma gücü paritesine göre kişi başı sağlık harcamasına bakıldığında dünyanın bir çok ülkesinin çok gerisinde olduğumuz görülmektedir (Tablo 2.3). 2010 yılında 817 ABD doları olan kişi başına sağlık harcamaları tutarının aşağıdaki etkenlerle birlikte Türkiye'deki kişi başına sağlık harcamalarının artması beklenmektedir:

- 1-Genel sağlık sigortası programının kademeli olarak uygulanmaya başlaması,
- 2-Kişi başına yıllık gelir düzeyindeki artış,
- 3-Sağlık konusundaki genel bilincin artması,
- 4-Nüfus artış hızının yüksek olması, ortalama yaşam süresinin ve yaşlı nüfusun sürekli olarak artması.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılı raporunda Türkiye için doğumda beklenen yaşam süresi 2025 yılında 75 yıl olarak tahmin edilmişti (Şekil 2.7) (28). Bunu şimdiden geçmiş durumdayız. Türkiye ekonomik olarak orta-üst gelir grubu bir ülke olmasına rağmen doğumda beklenen ortalama yaşam süresi bu grup ülkelerin ortalamasının üstündedir (Şekil 2.5).



Şekil 2.6: Doğumda beklenen yaşam süresinin uluslararası karşılaştırması (29)

Yaşam süresinin artması muhakkak ki istenen birşeydir fakat yaşam süresi arttıkça doğal olarak sağlığın kalitesi bozulmakta, hastalıkların sayısı ve ağırlıkları artmakta bu da tedavi giderlerinin artmasına yol açmaktadır (Tablo 2.5).

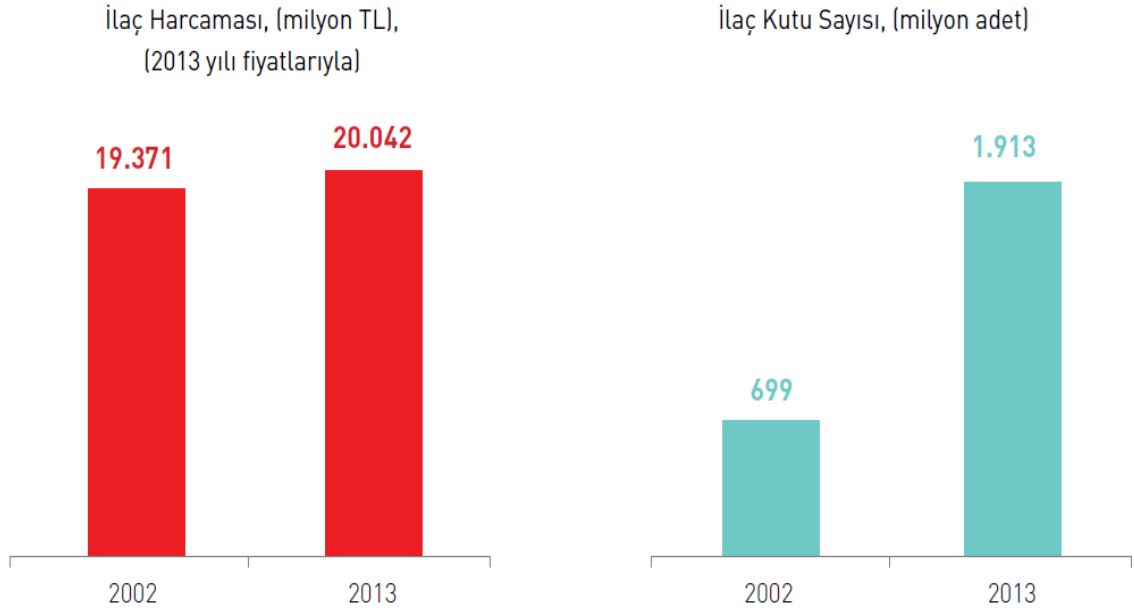
Neticede Türkiye nüfusu AB nüfusundan daha hızlı artmakta, yaş ortalaması yükselmektedir. Bu nedenlerle toplam sağlık harcamalarının 2014 yılında yaklaşık 63 milyar ABD dolarına çıkacağı tahmin edilmektedir, ancak devlet sağlıkla ilgili özel ve kamu harcamalarını sınırlandırmayı başaramazsa, bu rakam daha da yükselecektir.

Tablo 2.5: Onbeş yaş ve üzeri bireylerin genel sağlık durumunun cinsiyet, yaş grubu ve yerleşim yerlerine göre dağılımı (%), 2012 (29)

Yaş Grubu		Kır			Kent			Türkiye		
		Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
15-24	Çok İyi/ İyi	93,4	91,2	92,2	93,6	91,6	92,6	93,5	91,5	92,5
	Kötü/Çok Kötü	1,4	1,8	1,6	1,3	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4
25-34	Çok İyi/ İyi	83,4	81,6	82,4	89,6	82,8	86,2	88,1	82,5	85,3
	Kötü/Çok Kötü	2,6	2,9	2,8	1,8	2,1	1,9	2,0	2,3	2,1
35-44	Çok İyi/ İyi	77,7	63,3	70,4	80,9	68,8	74,9	80,0	67,3	73,7
	Kötü/Çok Kötü	4,2	5,5	4,8	3,2	4,8	4,0	3,4	5,0	4,2
45-54	Çok İyi/ İyi	67,7	41,8	54,9	72,9	53,4	63,1	71,2	49,7	60,5
	Kötü/Çok Kötü	6,4	14,2	10,3	4,7	8,9	6,8	5,3	10,6	7,9
55-64	Çok İyi/ İyi	49,4	33,2	40,8	59,1	37,2	48,2	55,6	35,6	45,4
	Kötü/Çok Kötü	0,9	22,6	17,1	9,6	17,8	13,7	10,1	19,7	15,0
65-74	Çok İyi/ İyi	42,4	20,3	30,2	45,0	23,9	33,5	43,7	22,1	31,9
	Kötü/Çok Kötü	18,1	30,3	24,8	15,7	26,3	21,5	16,9	28,3	23,1
75+	Çok İyi/ İyi	21,9	13,2	16,9	27,1	14,1	19,0	24,3	13,6	17,9
	Kötü/Çok Kötü	33,6	44,1	39,6	30,2	38,7	35,5	32,0	41,4	37,6
Toplam	Çok İyi/ İyi	70,3	57,1	63,4	80,1	67,9	74,0	77,1	64,5	70,7
	Kötü/Çok Kötü	7,4	13,1	10,4	4,3	7,3	5,8	5,2	9,2	7,2

Büyüyen pazar

Türkiye, dünyadaki en büyük 16. ilaç üreticisi ve Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya'nın ardından Avrupa'daki 6. en büyük ilaç pazarıdır. Sektörün önemli bir bileşeni olan *ilaç pazarı* 2013 yılında 20 milyar TL büyüklüğüne ulaşmıştır. Kutu sayısı olarak artış daha da fazladır (Şekil 2.7). Hastane ve doktorların sağlık hizmetlerine birincil erişim noktası olmasına bağlı olarak ilaç pazarının % 90'ını oluşturan reçeteli ilaç pazarının önümüzdeki yıllarda da ağırlığını sürdürmesi beklenmektedir (26).

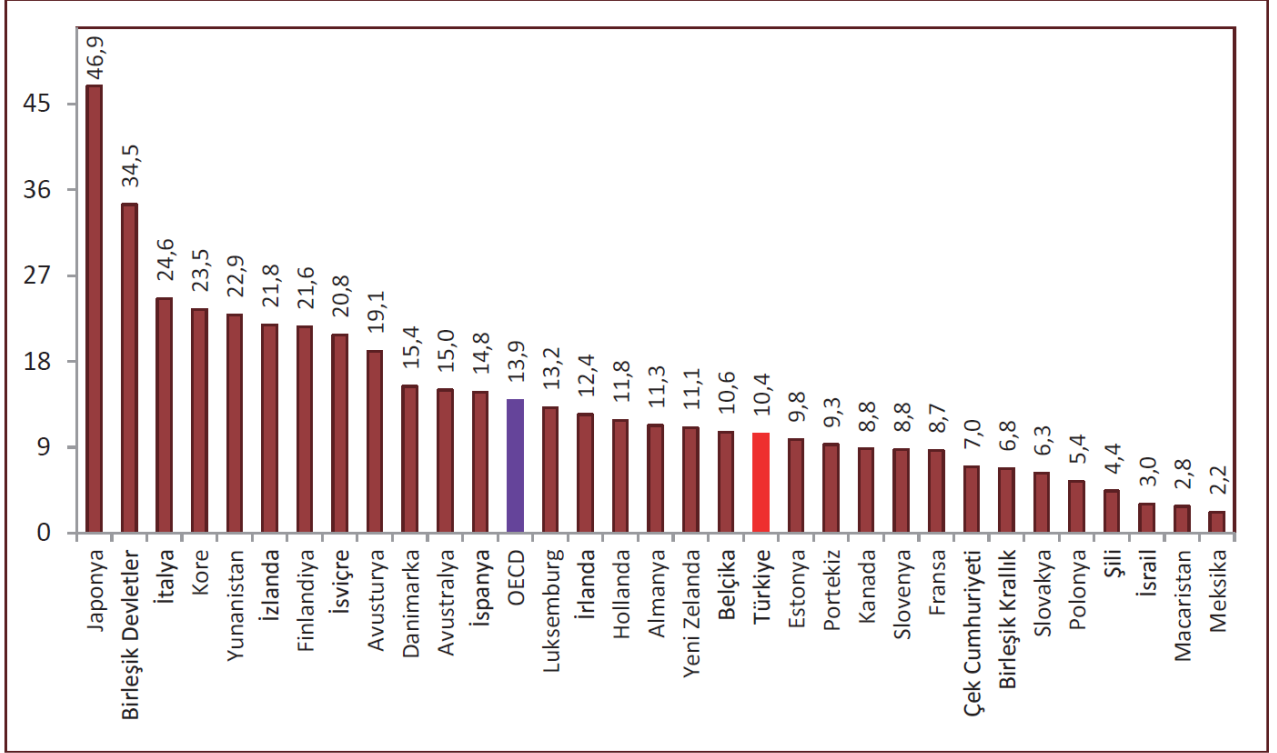


Şekil 2.7: Türkiye ilaç pazarının gelişimi (Milyon TL) (26).

Türkiye *tıbbi cihaz pazarı* dünyadaki en büyük 30 pazarın arasında yer almaktadır (Tablo 2.6, Şekil 2.8). 2010 yılında Türkiye tıbbi donanım ve sarf malzemeleri pazarının büyüklüğünün 2,1 milyar ABD doları olduğu hesaplanmaktadır (25).

Tablo 2.6: Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarındaki tıbbi cihaz sayıları (29)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	251	95	452	798
BT	436	116	528	1.080
Ultrason	2.648	502	1.606	4.756
Doppler Ultrason	1.459	332	1.002	2.793
EKO	711	221	610	1.542
Mamografi	323	76	506	905

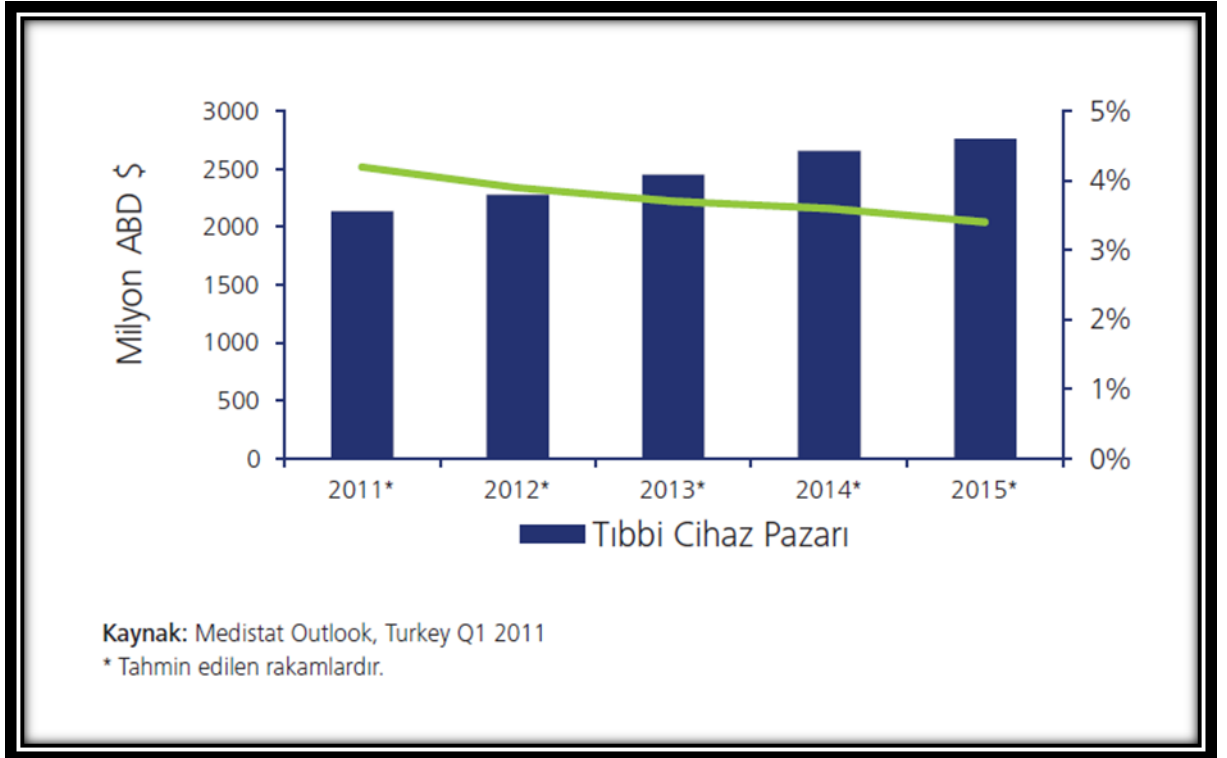


Şekil 2.8: Yataklı tedavi kurumlarında 1.000.000 kişiye düşen MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırması (29)

Türkiyede bu pazarın neden bu kadar büyük olduğu ayrı bir tartışma konusudur. Bu miktarı Türkiye'nin GSMH, kişi başı geliri, nüfusu, hasta yatağı, hastane, doktor sayısı gibi değerlerle orantılıysak muhtemelen gereğinden fazla tıbbi cihaz olduğu düşünülebilir. Üstelik 2015 yılının sonuna kadar, ilaç ve tıbbi cihaz pazarlarının toplam büyüklüğünün, sırasıyla 22,8 milyar ve 3,12 milyar ABD dolarına ulaşacağı tahmin edilmektedir (Şekil 2.9).



Şekil 2.9: Dünya Tıbbi cihaz pazarı (25).

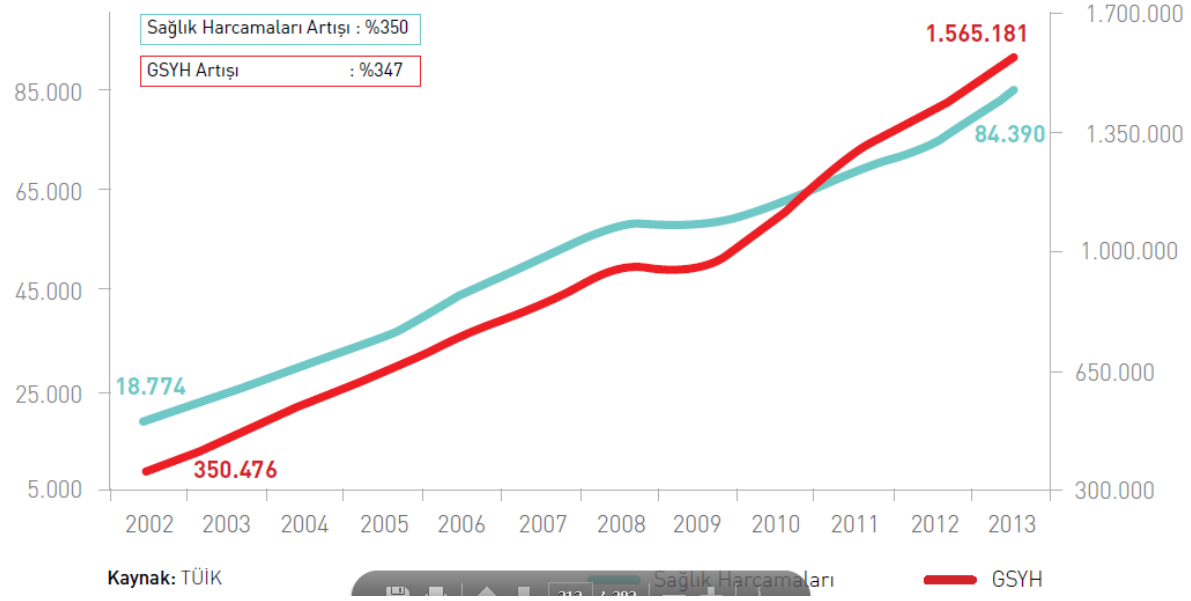


Şekil 2.10: Türkiye tıbbi cihaz pazarı (25).

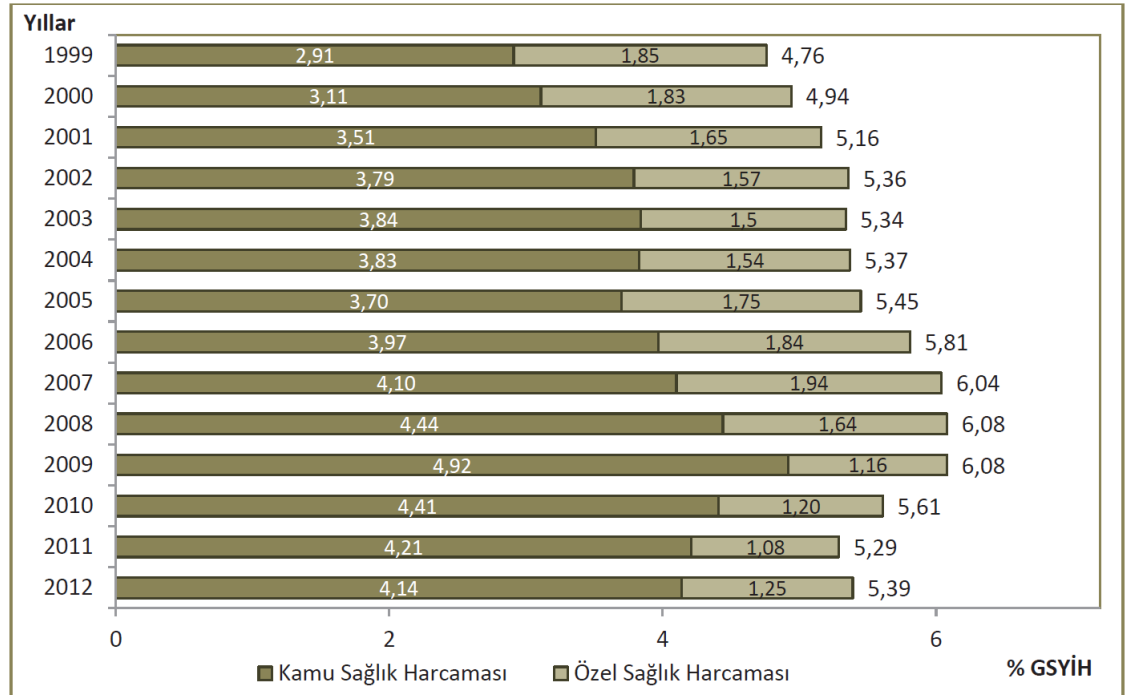
Hızla büyüyen pasta nedeniyle Türkiye özellikle 2004 yılından beri, sağlık sektörünün farklı alt sektörlerinde faaliyet gösteren birçok tanınmış çokuluslu şirketi kendisine çekmiştir. Bu şirketler Türkiye'nin coğrafi konumu, üretim ve yönetimdeki nitelikli insan kaynakları ve yüksek büyüme potansiyeline sahip, doymamış yurt içi pazarından yararlanmak için ülkede üretim üsleri kurmaktadır (25).

Sağlık sektörü, en eğitilmiş kişilerin dünyada var olan en yüksek teknolojiyi kullandıkları alanlardan biri olması itibarıyla finansmanı en pahalı olan sektörlerden biridir. Hızla gelişen teknoloji nedeniyle kullanılan yüksek teknolojili cihazların oldukça kısa denilebilecek periyotlarda yenilenmesi gerekliliği ilk yatırım sonrasında da düzenli olarak yüksek miktarda yatırımlar yapılmasını gerektirmekte, yapılan yatırımların geri dönüş süresini uzatmaktadır. Yurt dışında 20 yıl civarında olan bu süre ülkemizde özel sektörün sağlığa yatırım yapmaya başladığı ilk dönemde 2-3 yıl civarında iken son dönemde 10-12 yıla çıkmıştır. Buna rağmen sürenin hala yurt dışındaki geri dönüş sürelerinden kısa olması, ortalama gelir düzeyinin yükselmesi, kişilerin eğitim seviyelerinin artışına paralel olarak sağlık hakkındaki genel bilgi düzeyi arttıkça daha kaliteli hizmet talep etmeleri, ortalama yaşam süresinin artması ve nüfusun giderek yaşlanması gibi nedenlerle sağlığa harcanan paradaki artış hızının göreceli yüksek olması bir yandan ülkemizde sağlık hizmetini giderek daha da pahalı hale getirirken diğer yandan da ülkemizdeki sağlık sektörünü yerli sermaye için olduğu gibi yurt dışı kaynaklı sağlık finansörleri için de cazip hale getirmektedir.

Devlet ise hem yerli hem de yabancı sağlık yatırımcılarını ülkemize çekebilmek için bilinçli olarak özel sektörü cezbedecek şartları oluşturmaya yönelik sağlık politikaları geliştirmektedir. Bu sayede hem devlet hastanelerinin, hem de özel hastanelerin sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. Tabii ki bu artış kamu ve özel sektör sağlık harcamalarındaki artışı da beraberinde getirmektedir (Şekil 2.11 ve Şekil 2.12) (25, 29). Bu oran OECD ülkeleri içindeki en düşük orandır ve artacak olması sağlık finansörlerinin iştahını kabartmaktadır (Şekil 2.13) (29).

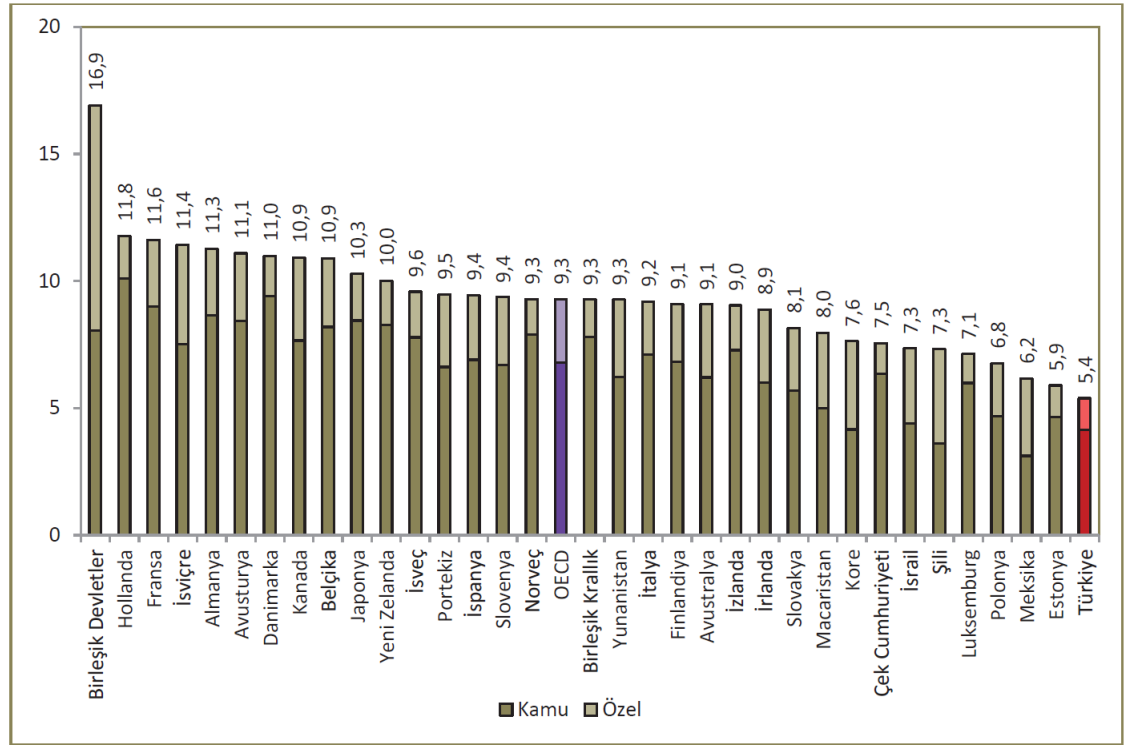


Şekil 2.11: Sağlık harcamaları ve GSYİH karşılaştırması (Milyon TL) (25)



Şekil 2.12: Yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı

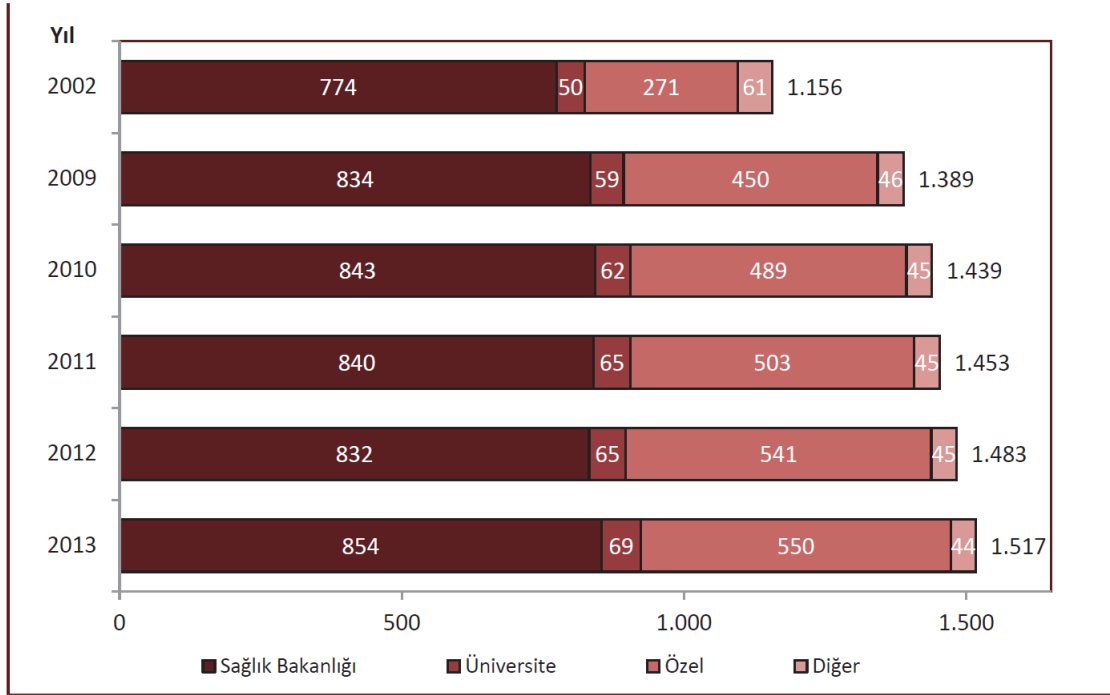
(29)



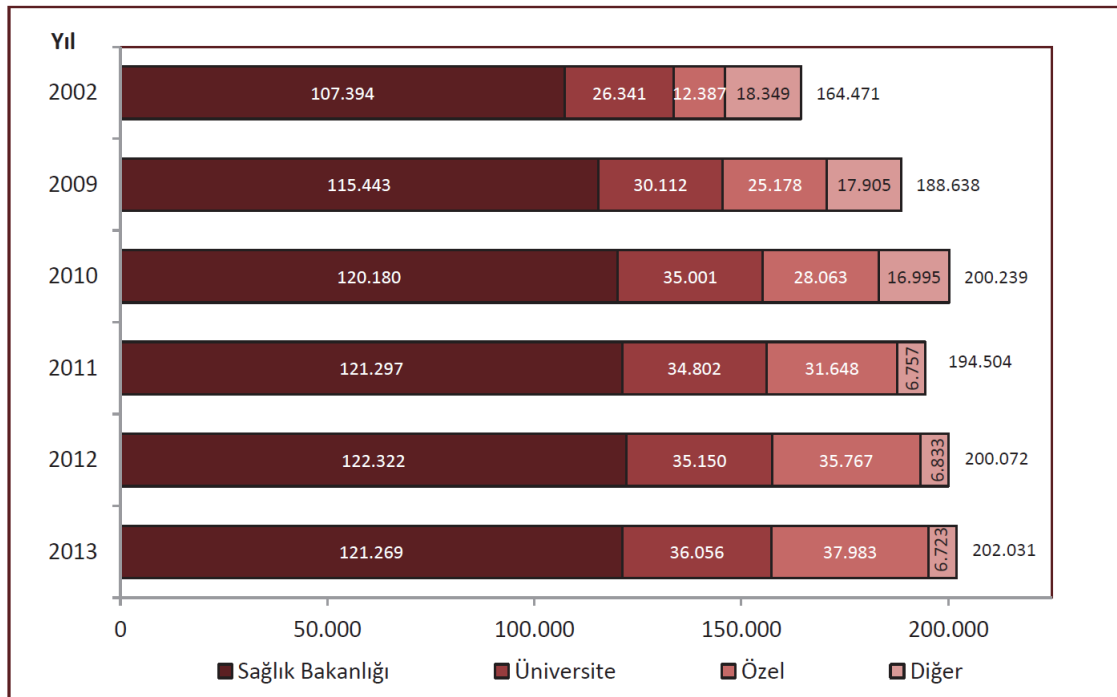
Şekil 2.13: OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı 2013 (29)

Bu teşvikler sayesinde ülkemizdeki toplam hastane ve yatak sayısı sırasıyla 2002 yılında 1.156 ve 164.471 iken 2013'te bu sayılar sırasıyla 1517 ve 202.031'e yükselmiştir (Şekil 2.14, Şekil 2.15). Özel sektörün yıllar içindeki büyüme hızı, günümüzde yatak sayısında ulaştığı sayı ve pastadan almakta olduğu pay bu politikaların amaca hizmet ettiğini göstermektedir (Şekil 2.17) (26).

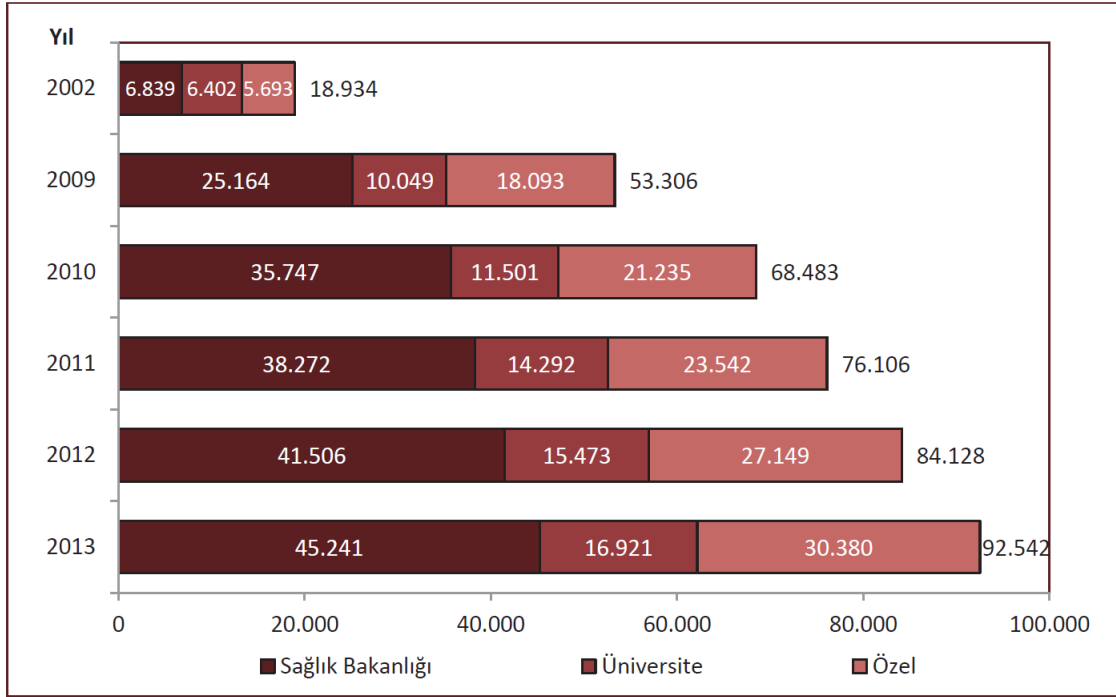
Tablolarda özel sektörün hasta ve yatak sayısını üniversite ve devlete oranla daha yüksek oranda arttırdığı görülmektedir. Nitelikli yatak sayısında da aynı durum söz konusudur (Şekil 2.18, Şekil 2.19) (26).



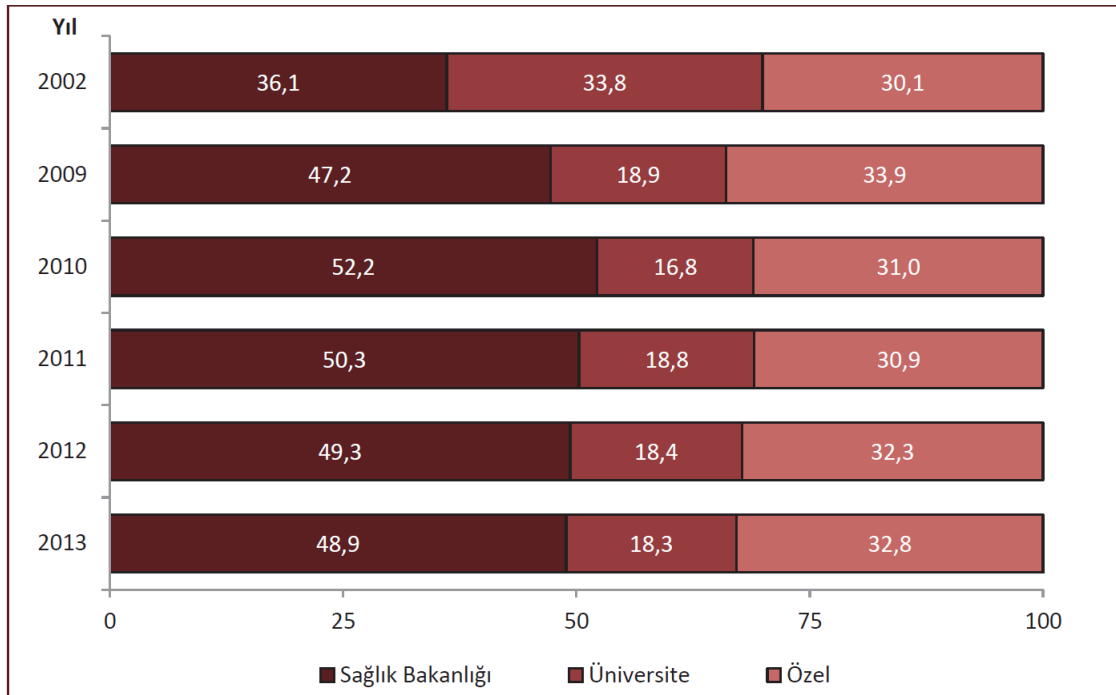
Şekil 2.14: Yıllara ve sektörlere göre hastane sayısı, TÜRKİYE (2002-2013) (29).



Şekil 2.15: Yıllara ve sektörlere göre yatak sayısı, TÜRKİYE (2002-2013) (29).

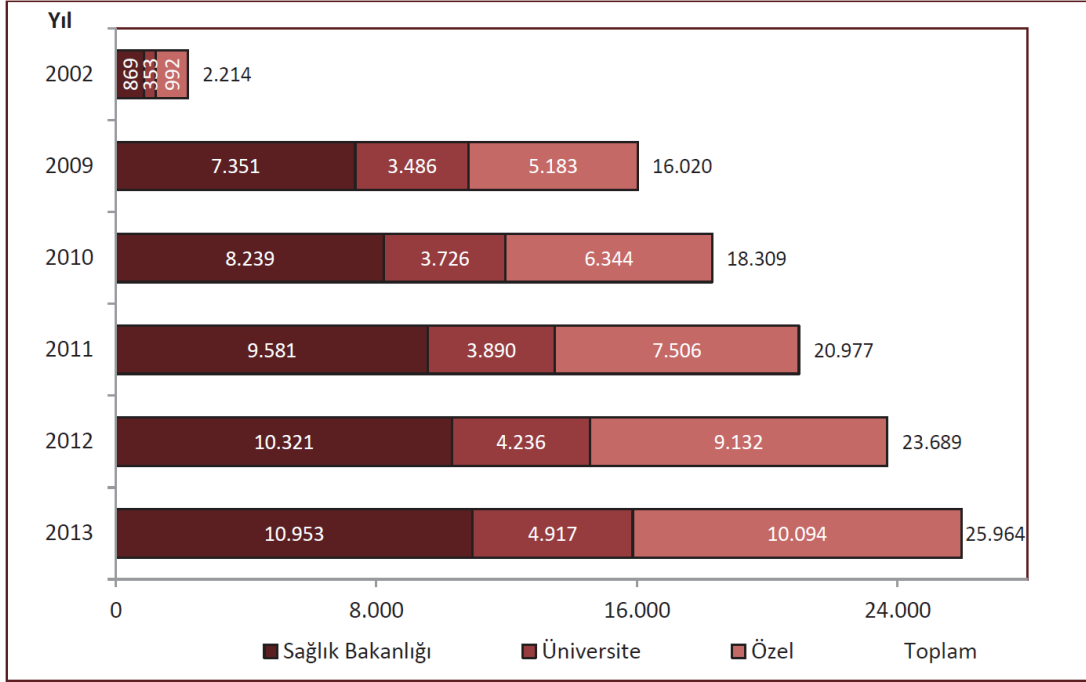


Şekil 2.16: Yıllara ve sektörlere göre nitelikli yatak sayısı, TÜRKİYE (2002-2013) (29).

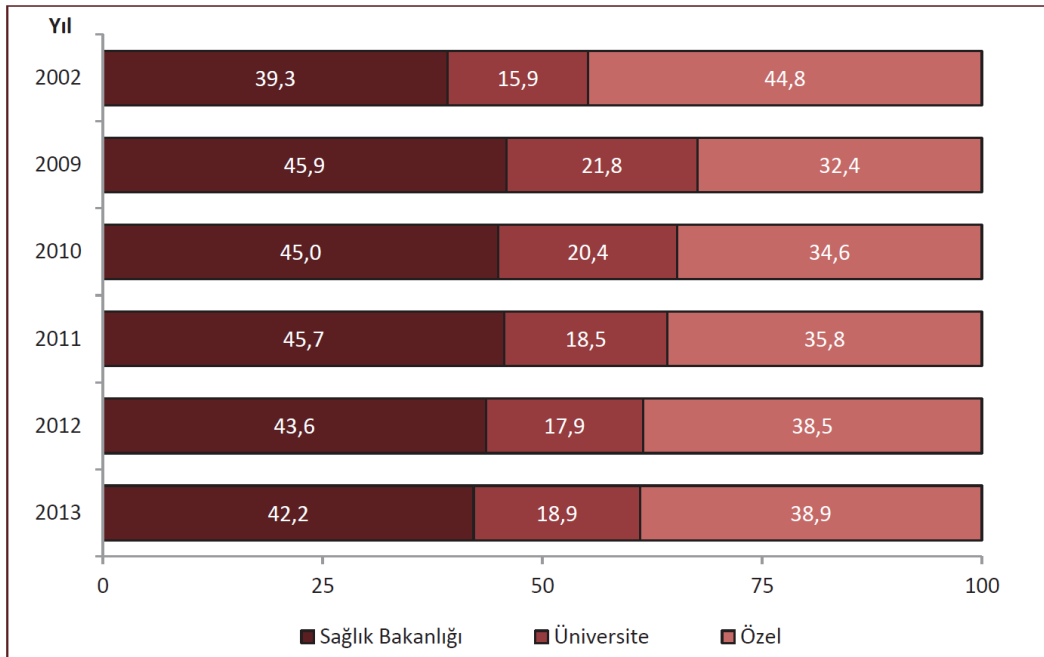


Şekil 2.17: Yıllara ve sektörlere göre nitelikli yatak dağılımı, TÜRKİYE (2002-2013) (29).

Üniversite hastanelerinde ise durum her zaman diğerlerinden kötüdür. Durum üniversite hastanelerinin bariz olarak üstün olması gerektiği yoğunbakım yataklarında bile değişmemektedir (Şekil 2.17, Şekil 2.18) (29).



Şekil 2.18: Yıllara ve sektörlere göre yoğunbakım yataklarının dağılımı, TÜRKİYE (2002-2013) (29).



Şekil 2.19: Yıllara ve sektörlere göre yoğunbakım yataklarının oranı, TÜRKİYE (2002-2013) (29).

Aşağıda bazı özel hastanelerin yatak sayıları verilmiştir (Tablo 2.7) (25). Tabloda özel hastanelerin sadece otelcilik hizmeti kalitesini değil sağlık hizmeti kalitesini de arttırmaya yönelik olarak yabancı sağlık kuruluşları ile işbirliğine gittikleri

görülmektedir. Burada sorulması gereken soru özel hastanelerin neden yabancı kuruluşlarla işbirliği yaptıkları değil neden yerli üniversite hastaneleri ile işbirliği yapmadıklarıdır. Üniversite hastanelerinin şapkalarını önlerine koyup düşünmeleri gereklidir.

Tablo 2.7: Türk sağlık sektöründeki bazı özel hastanelerin yatak sayıları (25)

Hastane	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Uluslararası İşbirlikleri
Acıbadem Grubu	11 Hastane, 7 tıp merkezi, 3 laboratuvar, 1 Genetik Tanı Merkezi	1.400+	Harvard Medical International
Amerikan Hastanesi	1 Hastane, 2 Poliklinik	300	M.D. Anderson Cancer Center, New York Presbyterian, The Methodist, and Texas Children's Hospitals
Anadolu Sağlık Merkezi	1 Hastane	209	Johns Hopkins Medicine
Ankara Güven Hastanesi	1 Hastane	279	-
Bayındır Sağlık Grubu	3 hastane, 1 tıp merkezi, 4 klinik	321	-
Florence Nightingale	4 Hastane, 1 tıp merkezi	550	The Memorial Hospital Houston, Cancer Center Institute New York
Hisar Intercontinental	1 Hastane	120	-
International Hastanesi	1 Hastane, 1 tıp merkezi	120	Harvard Medical International
Kent Hastanesi	1 Hastane, 1 tıp merkezi	120	Mayo Clinic
Medical Park	15 Hastane	2.780	-
Medicana Sağlık Grubu	6 Hastane, 2 dış polikliniği	1.170	-
Memorial Sağlık Grubu	5 Hastane, 3 tıp merkezi	750	-
Universal Hastaneler Grubu	12 Hastane	1.370	Massachusetts General Hospital
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	1 Hastane, 1 Göz Hastanesi, 1 Poliklinik, 1 Genetik Tanı Merkezi	190	-

“Yatan hasta sayısı da aynı şekilde özel sektör tarafında diğer iki gruba hastaneye göre çok yüksek daha oranda artmıştır (Tablo 2.8) (29).

Tablo 2.8: Yıllara ve sektörlere göre yatan hasta sayısı, TÜRKİYE (2002-2013)
(29).

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	5.934.978	6.361.116	6.775.154	6.891.857	7.023.313
Üniversite	781.990	1.462.690	1.509.484	1.607.462	1.601.878	1.630.464
Özel	556.494	2.503.992	2.657.573	3.054.165	3.485.092	3.719.780
Toplam	5.508.263	9.901.660	10.528.173	11.436.781	11.978.827	12.373.557

Uygulanan politikalarla birlikte özellikle 2007 yılından itibaren oldukça hızlı büyüyen özel sağlık sektörünün kamu sağlık hizmet sunucularındaki özellikle az bulunan ve tercih edilen hekimleri yaygın bir şekilde yüksek ücretler ödeyerek transfer etmeye başlamasıyla kamuda sağlık hizmet sunumunda aksamalar yaşanmaya başlamıştır. “Sağlık Bakanlığı özel sektörün bu *obez* büyümesini kontrol etmek için 2008 yılı Şubat ayında özel sağlık kurumlarının personel dâhil bütün büyüme alanlarını kapsayacak şekilde planlama ve ruhsatlandırma kuralları getirmiştir. Ayrıca vatandaşlara finansal koruma sağlamak amacıyla 2008 yılı Haziran ayında özel sağlık hizmet sunucuların vatandaştan alacakları fark miktarının Sağlık Uygulama Tebliğindeki fiyatlarının %30’unu geçemeyeceği kuralı getirilmiştir. Bu oran 2010 yılı Ocak ayından itibaren bakanlar kurulu kararı ile %70’e, 2012 yılı Mart ayında %90’a, Ekim 2013’de ise %200’e çıkarılmış ” (26) ve anlamını yitirmiştir.

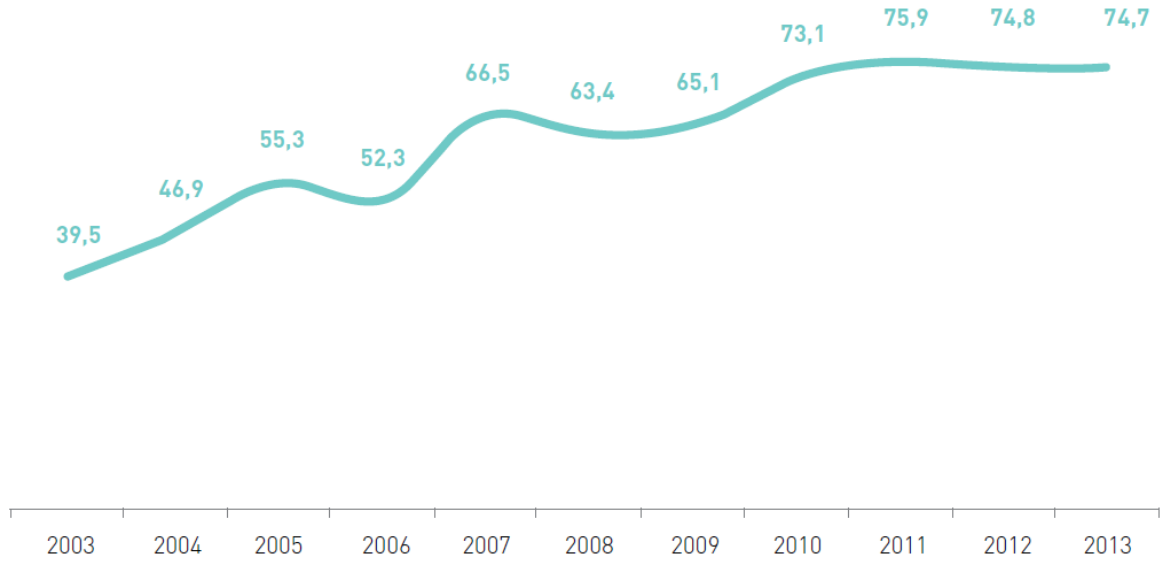
Özel sektördeki gelişme otelcilik hizmeti kalitesinin artışı yönünde rekabet oluşturması nedeniyle hastalar açımızdan memnuniyet vericidir. Yabancı sermayeyi çekme konusunda hızla yol alınması da güzel bir şeydir. Fakat acı bir gerçek yerli sermayemizin hemen her alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de yabancı sermaye ile yarışacak kadar güçlü olmamasıdır. Özellikle konu ile ilgisi olmadığı halde sadece parası olduğu için ve ilk zamanlardaki hızlı geri dönüşe bakarak tatlı kâr elde etmek üzere sektöre giren, SGK’nın fiyat politikaları nedeniyle beklediği kârı elde edemeyen özel yatırımcılar bir süre sonra yaptıkları hatayı anlayarak sektörden çıkmaya çalışmakta veya tesislerini kısmen yada tamamen satmak zorunda kalmaktadır. Bu nedenle özellikle sermaye yapısı kuvvetli olmayan özel sektör hastanelerimiz yavaş yavaş yabancı sermaye tarafından ele geçirilmektedir (Tablo 2.6).

Tablo 2.9: Türkiye’deki özel hastanelerdeki yabancı sermaye oranları (30)

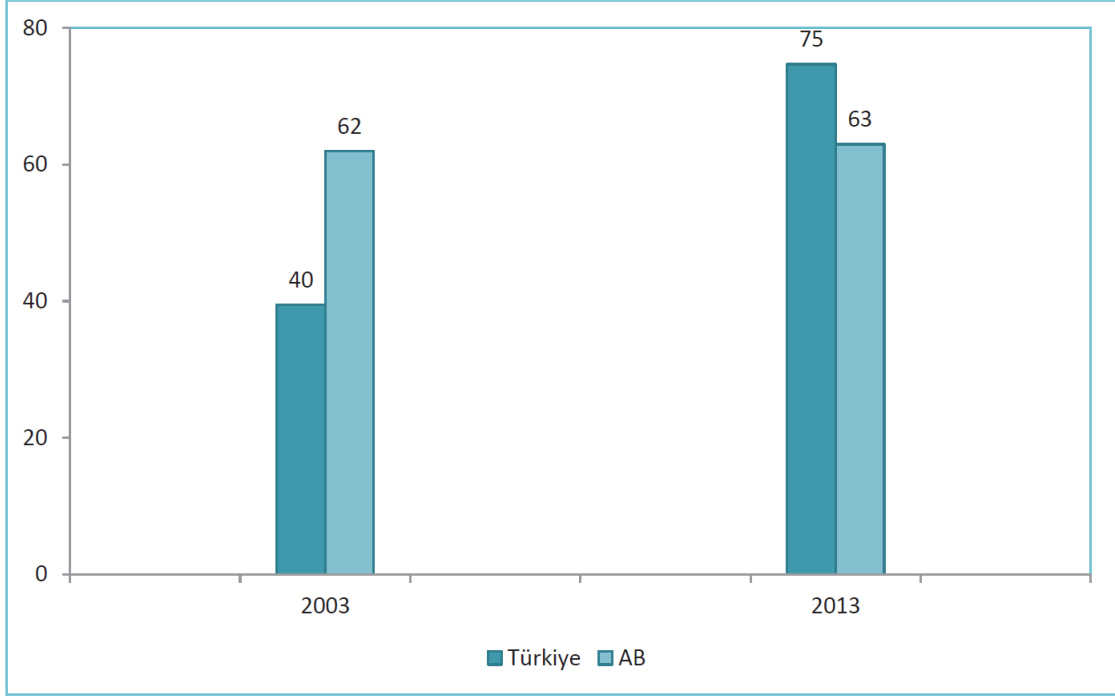
Alıcı Şirket	Alıcının Ülkesi	Alınan Şirket	Alt-Sektör	Tarih	Hisse	İşlem Değeri ABD Doları (milyon)
Argus Capital Partners / Qatar Investment Authority	İngiltere/Katar	Memorial Sağlık Grubu	Sağlık Kuruluşu	6 Ağustos 10	40,0%	120,0
Sw an Holding	Lüksemburg	Dünya Göz Hastanesi	Sağlık Kuruluşu	11 Ocak 10	30,0%	n.a
The Carlyle Group LLC	ABD	Medical Park Hospital Group	Sağlık Kuruluşu	7 Aralık 09	%40,0	100,0
Zentiva NV	Çek Cumhuriyeti	Eczacibasi-Zentiva Kimyasal Urunler San. ve Tic. A.S. ; Eczacibasi-Zentiva Saglik Urunleri Sanayi ve Tic. A.S.	İlaç	21 Temmuz 09	%25 ve %25	n/a
Recordati SpA	İtalya	Yeni İlaç	İlaç	23 Aralık 08	%100,0	60,0
Hygeia Diagnostic & Therapeutic Center of Athens SA	Yunanistan	Safak Group	Sağlık Kuruluşu	8 Aralık 08	%50,0	48,0
Partners in Life Sciences (PLS)	İngiltere	Betasan Bant Sanayi	Tıbbi Cihaz	1 Aralık 08	%100,0	n/a
Ebew e Pharma	Avusturya	EBV Limited	İlaç	17 Ekim 08	%99,5	n/a
Alvimedica ApS	Danimarka	Nemed Tıbbi Urunler Sanayi Ve Dis Ticaret Ltd Sti	Tıbbi Cihaz	11 Şubat 08	%85,0	6,8
Abraaj Capital Holdings Limited	Birleşik Arap Emirlikleri	Acibadem Saglik Hizmetleri ve Ticaret AS	Sağlık Kuruluşu	27 Mayıs 08	%32,3	443,3
Abraaj Capital Holdings Limited	Birleşik Arap Emirlikleri	Acibadem Saglik Hizmetleri ve Ticaret AS	Sağlık Kuruluşu	12 Ocak 08	%21,7	162,5
GAM Holding Ltd	İsviçre	Ozel Safak Hastaneleri	Sağlık Kuruluşu	25 Kasım 07	%60,0	60,0
Eastpharma Holding	ABD	Saba İlaç Sanayii ve Ticaret A.S.	İlaç	6 Temmuz 07	%96,0	10,0
Global Environment Fund	ABD	Dentistanbul	Sağlık Kuruluşu	19 Nisan 07	%100,0	n/a
Zentiva NV	Çek Cumhuriyeti	Eczacibasi-Zentiva Kimyasal Urunler San. ve Tic. A.S. ; Eczacibasi-Zentiva Saglik Urunleri Sanayi ve Tic. A.S.	İlaç	2 Temmuz 07	%75 ve %75	602,0
Sandoz International GmbH	Almanya	Roche Holding AG (Gebze production plant)	İlaç	31 Mart 07	%100,0	n/a
Citibank Venture Capital Ltd; Partners in Life Sciences (PLS)	ABD ve İngiltere	Biofarma Pharmaceuticals Co. Ltd.	İlaç	28 Kasım 06	%100,0	200,0
White Sw an Corporation B.V.	Hollanda	Taymed Saglik Urunleri Ticaret Ltd Sti	İlaç	1 Eylül 06	%100,0	n/a
Partners in Life Sciences (PLS)	İngiltere	Munir Sahin İlaç Sanayi ve Ticaret A.S.	İlaç	22 Haziran 06	%100,0	22,0
International Pharma Ltd.	Bermuda Adaları	Deva Holding AS	İlaç	12 Haziran 06	%17,9	50,2
Actavis Group hf (önceden Pharmaco hf)	İzlanda	Fako İlaçları AS	İlaç	23 Ocak 06	%11,0	20,4
Euromedic International	Macaristan	Yasam Özel Saglik Hizmetleri	Sağlık Kuruluşu	1 Ekim 05	%100,0	2,7
Euromedic International	Macaristan	Falkon	Sağlık Kuruluşu	1 Ocak 05	%100,0	1,5
Actavis Group hf (önceden Pharmaco hf)	İzlanda	Fako İlaçları AS	İlaç	19 Ocak 04	%90,0	63,0

Kaynak: Merger Market ve Deal Watch
n/a: Açıklanmamıştır

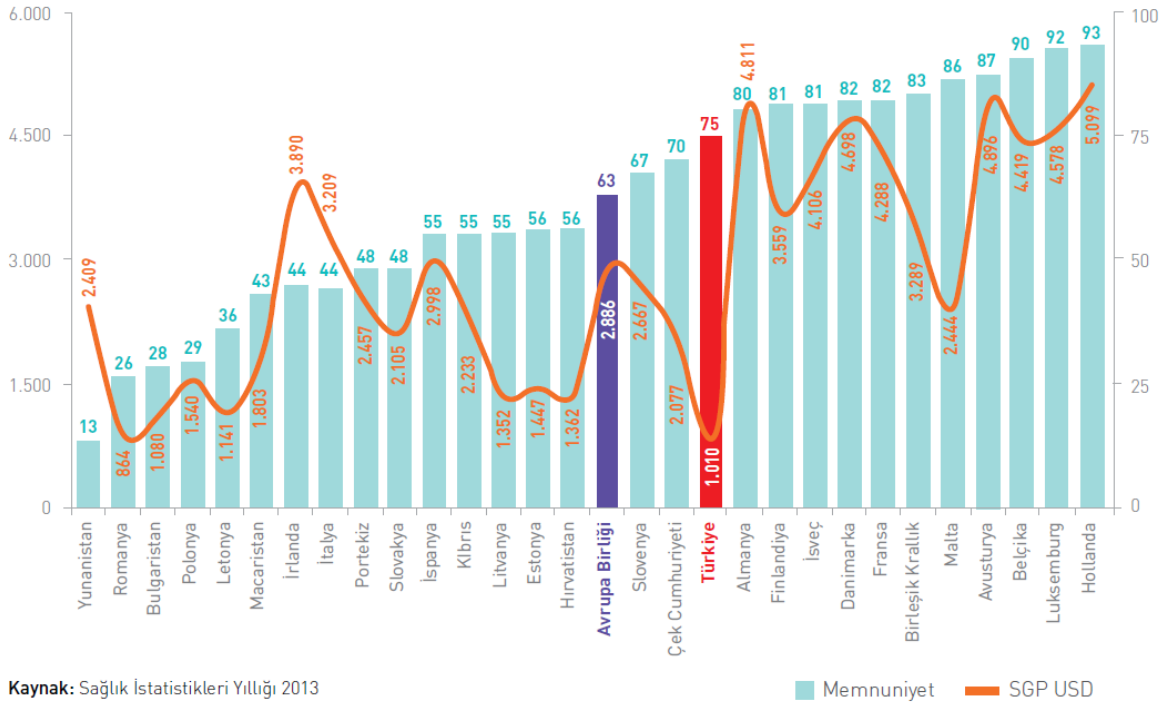
Özel hastanelerimizden elimizde kalanlar ve yabancı sermaye tarafından kontrolü ele geçirilenlerde otelcilik hizmet kalitesinin ve dolayısıyla hasta memnuniyetinin artacağı bir gerçektir. Zaten tüm bu düzenlemelerin amaçlarından biri de yerli ve muhtemel yabancı hastaların sağlık sisteminden memnuniyetini arttırmak ve böylece Türkiye'ye olan talep ve yatırımları arttırmaktır. Nitekim sağlık hizmeti memnuniyeti araştırmalarında Türkiye'nin hızla yol almış olduğu, hatta AB ülkelerini bile geride bıraktığı görülmektedir (Şekil 2.20, Şekil 2.21) (26). SGP'ye göre değerlendirildiğinde de durumun Türkiye lehine olduğu görülmektedir (Şekil 2.22) (26). Türk halkının sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi sağlığa Türkiye'den daha fazla para harcayan ülkelerle aynı seviyelerde hatta bazılarında daha yukarıdadır. Avrupa Birliği ortalaması ile kıyaslandığında da bu durum geçerlidir.



Şekil 2.20: Yıllara göre Türkiye'de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, (%), 2003- 2013 (26)



Şekil 2.21: AB ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, (%), 2003-2011 (26)



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yılığ 2013

Memnuniyet SGP USD

Şekil 2.22: AB ülkeleri ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının (SGP ile ilişkisi, (%), 2003- 2013 (26)

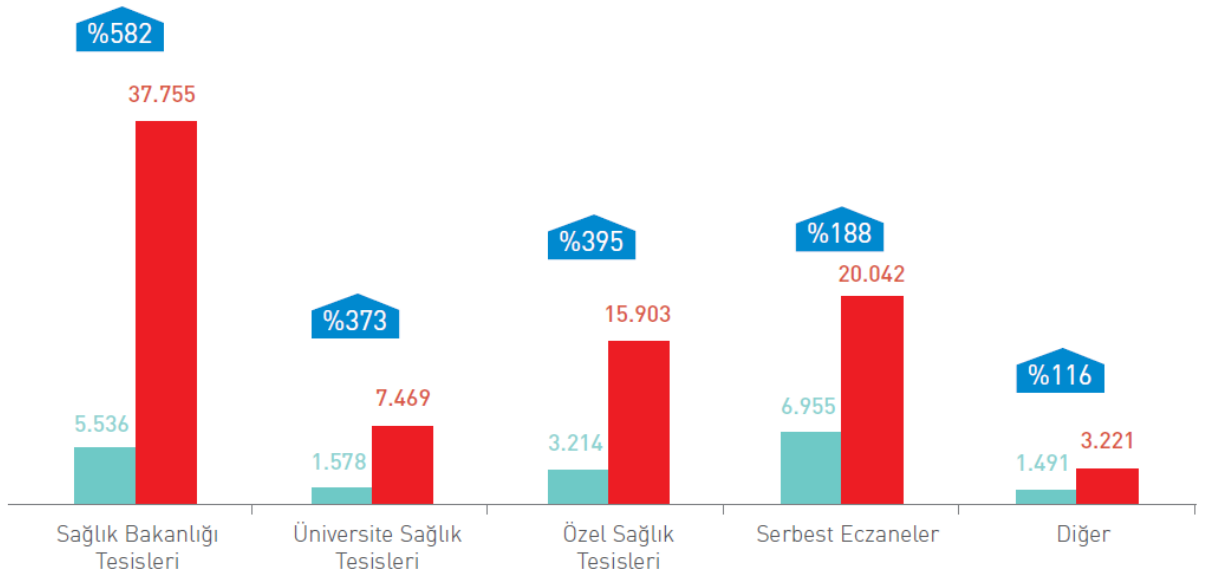
Fakat bu anketler hastaların değil hasta yakınlarının sağlık hizmetinden memnuniyetini yansıtıyor olabilir. Hasta yakınları hastası için daha çabuk randevu aldığında, daha az sıra beklediğinde, hastası daha iyi muamele ve hizmet gördüğünde memnun olabilir fakat hastalar ancak tedavi olduklarında gerçekten mutlu olurlar. Özel hastaneler doğası gereği otelcilik hizmetlerinin kalitesini arttırmış ve pahalı cihazlar almıştır. Haliyle bunların bedelini fiyatlara yansıtılmışlardır. Özel sektörün katılımı her ne kadar otelcilik hizmetlerinin kalitesini arttırsa da, yurt dışındaki bazı sağlık kuruluşları ile işbirliği yapsalar da bunlar sağlık hizmetinin temel çıktısı olan sağlığa kavuşturma özelliğinde bir artışa yol açmamıştır. Yani özel sektörün katılımı hastaları memnun etmiş fakat tedavi etmemiştir. Çünkü hastaları tedavi eden kaliteli binalar, lüks oda ve yataklar, pahalı cihazlar değil kaliteli doktorlar ve öğretim üyeleridir. Oysa özel hastaneler üniversite değildir ve doktor veya öğretim üyesi yetiştiremezler, ancak ithal edebilirler. Onlar da bazen yüksek transfer ücretleri vererek, bazen de yüksek maaşlar vererek bu kaliteli hekimleri transfer etme yolunu seçmişlerdir. Bu da fiyatlara yansımıştır, hizmet fiyatları artmıştır. Üstelik bu öğretim üyelerini elde tutmak için hastalardan kayıt dışı para almaya başlamışlardır. Fakat bu durum kendi içinde bir açmazı barındırmaktadır. Transfer ettikleri bu öğretim üyelerinin aynı kaliteyi korumaları için eğitim ortamı içinde kalmaları ve sürekli bilgilerini yenilemeleri şarttır. Bunun için de öğrencileri olmalı, ders vermeli, literatür takip etmeli, yayın yapmalıdırlar. Oysa özel hastanede onların doğası gereği bu mümkün değildir. *Hafıza-i beşer nisyân ile maluldür.* Bu kişilerin mevcut çalışma koşullarında er yada geç bildiklerini unutmaları, yaşları ilerledikçe de melekelerini yitirmeleri doğal bir süreçtir. Özel sektör bunu kaldıramaz, performansı azalmaya başladığında mümkün olan en kısa sürede işlerine son verip yeni çalışan transfer etmek isteyecek, verilen tazminatlar ve transfer ücretleri hizmet fiyatlarına yansıtacaklardır. Özel sektörün Özel üniversite ve vakıf üniversitelerine yönelmesi bunun sonucudur. Amaç bu kısır döngüyü kırmak, rekabet güçlerini kaybetmeden karlılıklarını korumak veya artırmaktır. Fakat maaşların devlet tarafından karşılanmadığı bir eğitim ortamında temel bilimler gibi gelir getirmeyen birimlerin finanse edilmesi, temel bilimlerin olmadığı bir üniversite hastanesinin de yaşaması çok zordur. Hastane hizmetinde devlet üniversiteleriyle anlaşma yapıp patoloji gibi hizmetleri satın almak bir çözüm olabilir fakat öğrenciye bu tür hizmetleri vermek mümkün değildir. Ayrıca Fizyoloji, Anatomi, Histoloji vb. gelir

getirmeyen branşlarda eğitim vermek özel üniversiteler için taşınması imkansız yakın bir yük olacaktır. Bu kısır döngü onları da zor durumda bırakacaktır.

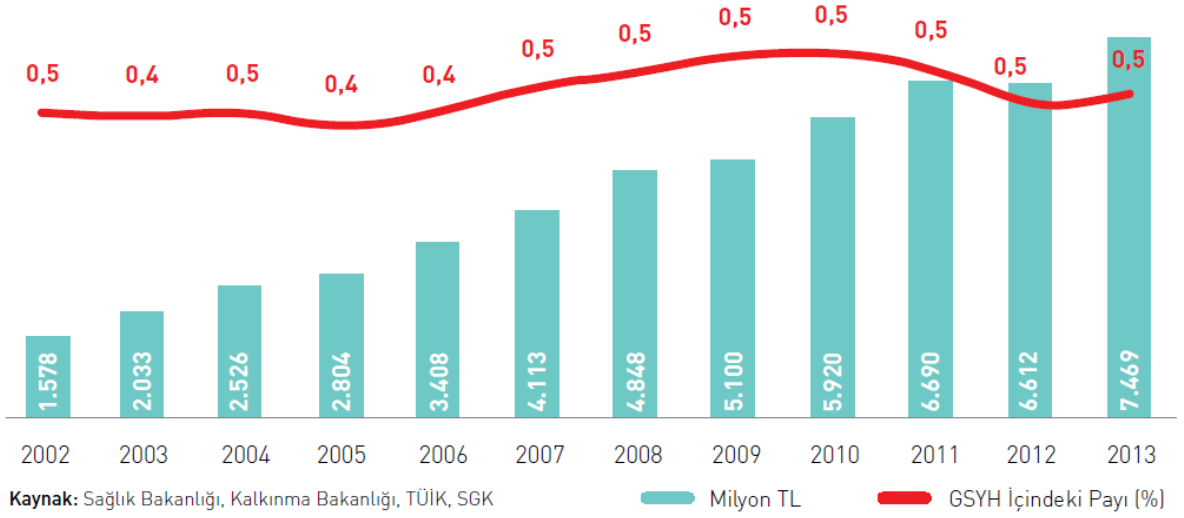
Olaya devlet üniversitesi hastaneleri açısından baktığımızda süreç özel ve devlet hastanelerinin tam tersine seyrettiği görülmektedir. Yıllardır değişmeyen SGK fiyatları nedeniyle değil binalarını ve cihaz parklarını yenilemek, öğretim üye ve diğer çalışanlarına yeterli döner sermaye verme şansı bile olmayan üniversite hastanelerinde bir yandan otelcilik hizmeti kalitesi düşerken diğer yandan öğretim üyelerinin özel hastanelere kaptırılması nedeniyle verilen eğitim ve yataklı tedavi hizmetinin miktarı ve kalitesi düşmeye devam etmiştir.

Yatırımlardan üniversitelerin aldığı paylar hem şu anda diğerlerinden daha azdır hem de artış göstermemektedir (Şekil 2.23 ve Şekil 2.24). Üniversite hastaneleri yatırım ve kendini yenileme açısından diğer iki rakibinden geride kalmaya devam etmekte, aradaki fark hızla açılmaktadır.

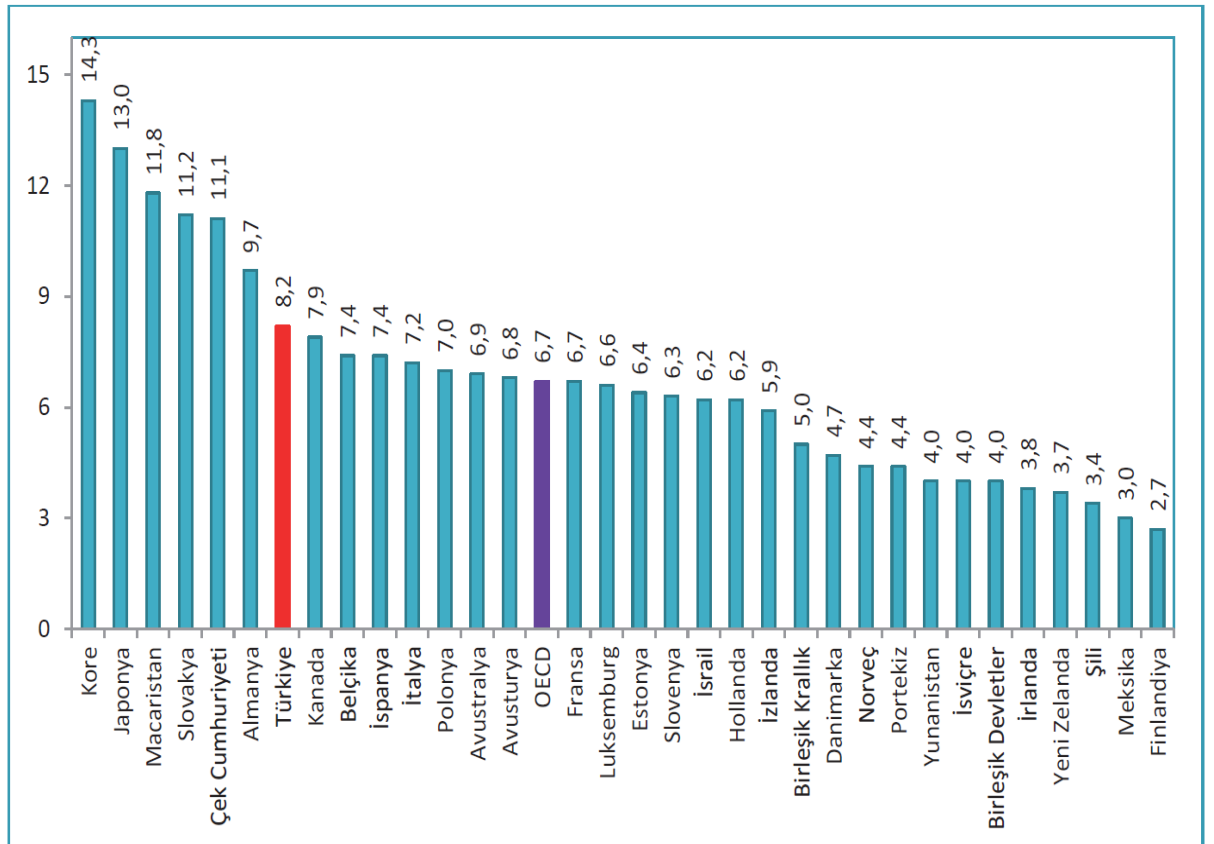
Netice itibarıyla sağlık politikalarındaki bu değişim hastaneye başvuru sayılarını, otelcilik hizmetlerinde kaliteyi arttırmış, sağlık hizmetlerinde kaliteyi arttırmamıştır. Nitekim 2011 yılında hasta başına doktora başvuru sayısı OECD ülkelerinde ortalama 6,6/yıl iken ülkemizde bu sayı 8,2/yıldır (Şekil 2.25) (29).



Şekil 2.23: Sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre gelişimi (Milyon TL) (26)



Şekil 2.24: Üniversite Sağlık Tesislerine Yapılan Sağlık Harcamaları (26)



Şekil 2.25: Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırması (29)

Her ne kadar bu tablo yeterli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunun temel göstergesi denilerek övünülecek bir başarı gibi sunulmaktaysa da farklı bir açıdan baktığımızda aslında hastaların “yılda 8,2 defa doktora gittiği ve muhtemelen de iyileşmedikleri” yorumunu yapmak mümkündür. Olması gereken hastaneye AB ülkelerinden daha fazla sayıda değil daha az sayıda giderek hatta mümkünse ilk gidişte iyileşmektir. Bu başarısızdır. Üstelik fiyatlar artmış ve sağlık sektörünün topluma olan maliyeti yükselmiştir. SGK yıllardır fiyatlara zam yapmamakta, üniversite hastanelerine diğerlerinden daha yüksek fiyat tarifeleri uygulamamakta bu da hastadan %200 fark alma özgürlüğü olan “özel sektör obez bir şekilde” (29) gelişirken üniversite hastanelerinin zor durumda kalmalarına sebep olmaktadır.

Tüm bunlardan çıkan sonuçlar kısaca şu şekilde özetlenebilir:

- 1- Türkiye özel yerli ve yabancı sermayeyi çekmeye yönelik olarak sağlık hizmeti sayı ve kalitesini arttırmaktadır.
- 2- Üniversite hastaneleri otelcilik hizmet kalitesi yarışında giderek daha geride kalmaktadır.
- 3- Üniversite hastaneleri öğretim üyesi kaybı nedeniyle daha da geride kalmaya mahkum görünmektedirler.

Sağlıkta dönüşüm programı yürürlükteyken ve süreç bu şekilde seyretmekteyken üniversitelerin kurtuluşunu sadece SGK'dan gelecek daha fazla parada görmek fazla hayalcilik olacaktır. Bize düşen kendi hatalarımızı görmek, bunları düzeltmek için gereken tedbirleri almak ve uygulamayı dikkatle takip etmektir. Artık kendi yağımızla kavrulmanın zamanı gelmiş ve geçmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın materyalini 01.01.2013–30.07.2014 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesine ayaktan, günübirlik ve yatarak tedavi olmak üzere başvuran hastalardan almış olduğu hizmetler 31.07.2014 tarihine kadar faturalandırılmış olanlara ait mali bilgiler oluşturmaktadır. Her hastanın “Hastane Bilgi Yönetim Sisteminde” yer alan masraf bilgileri ile aynı hastanın Sosyal Güvenlik Kurumuna ait “MEDULA” sisteminde var olan fatura bilgileri karşılaştırılarak, hizmet bedeli fatura bedelinden yüksek olarak saptanan hastalardaki fark anabilim bazında incelenerek her bir anabilim dalının 2013-2014 yıllarında ürettiği ancak faturaya yansıtılmayan hizmet tutarları değerlendirilmiştir.

Belirtilen süre içinde fatura yapımı esnasında fatura yapım ekibi tarafından yaklaşık 1.600.000 ayaktan, 56.000 yatan, 54.000 hizmet alımı, 52.000 günübirlik, 1.070 manuel, 15.000 adet te diğer tedaviler için yapılan hasta kaydı veya dosyası incelenmiş olup bunlardan

Ayaktan hastaların %10’unda,

Yatan hastaların %50’sinde,

Hizmet alımı hastalarının %1’inde,

Günübirlik hastaların %20’sinde,

Manuel faturaların % 1 inde,

Diğer tedavilerin ise %1’inde

hata tespit edilmiştir. Faturalama esnasında tespit edilen bu hataların yanısıra örnekleme sonrası MEDULA ekranına düşen 120.000 dosyada tespit edilen 30.000 hatanın düzeltilmesi için gerek birimize davet etmek, gerekse yerlerinde ziyaret etmek yöntemiyle GİSY, fatura üretim ve fatura denetim birimi çalışanları tarafından kayıt görevlisi, tıbbi sekreter, fatura çalışanı ve hemşirelerle yaklaşık 20.000, tıpta uzmanlık öğrencisi ve uzman doktorlarla yaklaşık 5.000, Doçentlerle yaklaşık 500 ve Profesörlerle ise yaklaşık 200 defa görüşme yapılmış ve görüşme sonuçları kaydedilmiştir.

Yine örnekleme sonrası SGK incelemesinde kesintiye uğradığı görülen 1050 dosya için doktorlarla merkeze davet etme veya yerinde ziyaret yöntemiyle 2775 kez görüşülüp hataların sebepleri kendilerine açıklanmış, düzeltilebilecek hatalar düzeltilmiştir. Düzeltilemeyen hatalar veya SGK tarafından kabul edilmeyen düzeltmeler için ise ilgili 45 doktor SGK mutabakat görüşmesine götürülmüş ve orada yapılan görüşmelerle bazı kesintiler önlenmiştir. Bu süreçte elde edilen bilgiler de çalışanlara ve hekimlere aktarılıp aynı hataların yapılması engellenmeye çalışılmış, ayrıca çalışmada kullanılmak üzere kaydedilmiştir.

Ayrıca aynı süre içinde Anabilim Dallarına toplam 43 bilgilendirme ziyareti, 4 kez de tüm hekimlerin katıldığı genel bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Bu toplantılarda dile getirilen sorunlar, görüşler, çözüm önerileri de kaydedilmiştir.

Ardından yapılan hataların değerlendirilmesi, hata sebeplerinin bulunması, çözüm üretilmesi için bu sorunlarla en fazla muhatap olan çalışanların görüşlerini almak amacıyla Odak Grup Görüşmesi yapılmıştır (31, 32, 33):

Yer: Süreç Yönetimi Toplantı Odası Dekanlık Binası 3. kat

Tarih: 23.06.2014

Süre: 90 dakika

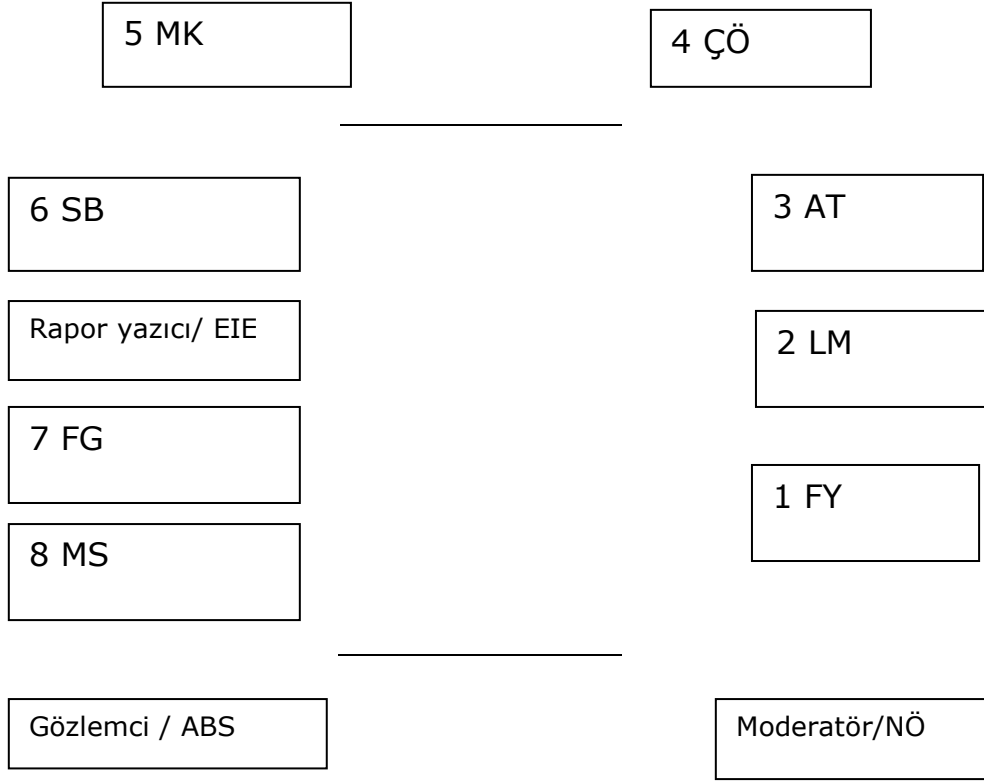
I-TANIŞMA ve SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

A) SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

Tablo 3.1: Katılımcıların sosyodemografik bilgileri

Ad	FY	LM	AT	ÇÖ	MK	SB	FG	MS
Yaş	40	40	35	34	26	46	37	42
Eğitimi	Lise	Lise	Lise	Lise	Ön Lisans	Lise	Üniv.	Üniv
Medeni durumu	Evli	Evli	Bekâr	Evli	Bekâr	Evli	Evli	Evli

OTURMA DÜZENİ (kişiler oturdukları yere göre tabloda işaretlemiştir)



Şekil 3.1: Oturma düzeni

İTF Dekanlık/Başhekimlik Binası 3. kat Süreç Yönetimi Toplantı Odasında, hataların en çok yapıldığı yerler olan kayıt, servis ve fatura bölümlerinde çalışan görevlilerden oluşan 3'ü erkek, 5'i kadın toplam 8 kişilik bir grupla bir gözlemci eşliğinde ve bir moderatör yönetiminde görüşme yapıldı (Tablo 3.1). Salon her katılımcının ve moderatörün birbirlerini görebileceği gibi hazırlandı. İlk olarak araştırmacılar yalnızca isimlerini söyleyip, görüşmedeki güven, gizlilik, mahremiyet ilkelerini açıkladı. Görüşme öncesinde sesli ve yazılı kayıt alabilmek için katılımcılardan izin alındı. Daha sonra katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik bilgi toplandı ve odak grup tartışması başlatıldı. Görüşme sırasında rapor yazıcı ve gözlemci tarafından ayrı ayrı yazılı olarak not tutuldu. Ses kaydı ve tutulan bu notlar karşılaştırılarak metne dönüştürüldü. Yazılan metin daha sonra katılımcılara okutulup söylenen ve yazılanlar arasında uyumsuzluk olup olmadığı kontrol ettirildi. Kontrol edilip doğru olduğu onaylanan metin katılımcılara ıslak imza ile imzalandıktan sonra elektronik ortamdaki örneği teze eklendi (Ek 1).

Tezin yazımı sırasında dosya incelemesi esnasında tespit edilen hataların düzeltilmesi için davet edilen doktorlarla yapılan görüşmelerde yaptıkları açıklamalar, anabilim dallarına yapılan ziyaret ve bilgilendirme toplantılarında tarafımıza sorulan sorular ve toplantı sonrası yapılan katkı ve yorumlar ile İÜ Hastaneleri SWOT analizinden de yararlandı (Ek 2).

Odak Grup Görüşmesi notları

Görüşme öncesinde üzerinde konuşulması için 6 ana sorun tespit edilmiş ve bunlara yönelik 6 soru hazırlanmıştır:

- A- Temel sorunlar nelerdir?
- B- Çalışanların eğitim düzeyi yeterli midir?
- C- Kayıt, tıbbi sekreter/sekreter düzeyindeki sorunlar nelerdir?
- D- Hekim ve hemşire düzeyinde sorunlar nelerdir?
- E- Otomasyondan kaynaklanan sorunlar nelerdir?
- F- Malzeme sorunları nelerdir?

Sıralamaya uyulmaya çalışılmakla birlikte konuşmaların gidişatı gereği bazı soruların yerleri değiştirildi. Ör. İkinci soru (B) görüşme sırasında ancak 5. sırada sorulabildi. Yine bazı soruların cevaplarının bir kısmı başka bir sorun görüşülürken de verilebildi, fakat akışın bozulmaması için müdahale edilmedi. Bunun yanısıra görüşme sırasında konuşmacılar tarafından ayrıca belirtilen bazı önemli sorunlar ortaya çıkınca o konularda da görüşler alındı.

4. BULGULAR

Bu bölümde bir hastanın hastanemize başvurduğu andan itibaren her aşamada sistemin nasıl çalıştığı anlatılacak, ardından da HBS’de yapılan inceleme sonucunda tespit edilen kullanıcı hatalarından örnekler verilecektir. Hataların kolay anlaşılabilmesi için gereken yerde hangi MEDULA, SUT veya SGK Fatura inceleme Usul ve Esasları kuralı ile uyumsuzluk olduğu, doğru işlemin ne olması gerektiği anlatılıp niçin ve ne kadar zarar ettiğimiz gösterilecektir (34, 35, 36).

Bu hataların kimler tarafından, nasıl ve niçin yapıldığı, nerelere müdahale edilmesi ve düzeltme yapılması gerektiği konusu ise tezin tartışma bölümünde irdelenecektir.

Aşağıda doğru fatura yapılabilmesi için uyulması gereken kurallar, kısıtlamalar hakkında kısa bilgi verilmiştir. Kayıt anından faturalamaya kadar olan tüm süreçte bu kurallara uyulmaması nedeniyle kurum zarara uğramaktadır.

Fatura İnceleme Usul Ve Esasları (34):

1. Ayaktan vakalarda **EK-2/A-2 (Ayaktan başvurularda ilave olarak faturalandırılabilir-cek işlemler)** listesinden bir işlem yapılması durumunda *hizmet detay belgelerinde muayene sonucu/açıklama kısmına veya fatura eki belgelere gerekçesi* yazılmalıdır. Aksi halde EK-2/A-2 tetkikleri ödenmez. Tanıyla uyumsuz işlemin olması EK-2/A-2 listesindeki tahlil ve tetkiklerin kesinti gerekçesidir.
2. Ayaktan polikliniğe başvuran hastalarda *hizmet detay belgelerinde muayene sonucu açıklama kısmında veya fatura eki belgelerde belirtilen muayene bilgilerinin* ön tanı ve kesin tanı ile **uyumsuzluğu** halinde EK-2/B işlemi ödenmez.
3. Yapılan işlemin branş dışı olup olmadığının değerlendirilmesi, Sağlık Bakanlığı ilgili mevzuatı çerçevesinde yapılması gerekir. **Branş dışı muayenenin** kabul edilebilir bir gerekçesi yoksa ödenmez.
4. **Kontrol muayeneleri** ve raporlu ilaç yazımı acil değildir, acilde yapılması halinde ödenmez.

5. Paket işlem varsa, EK-2/C'de belirtilen istisnalar hariç ayrıca **ilaç ve/veya malzeme ücreti** ödenmez.
6. Tüm faturalarda **geçmiş muayenelerin** sorgulaması yapılmalıdır.
7. **Onkolojik vaka**; kesin veya ön tanı konmuş vakalardır ve EK-2/B listesinden ödenir. Kesin veya ön tanı konmamış vakalar “onkolojik vaka” olarak kabul edilmez. Bu durumdaki hastaların fatura ödemeleri EK-2/B listesi üzerinden yapılır
8. Gününbirlik tedavilere ilişkin belgelerde hastalığın adı, verilen ilacın günlük dozu ve miktarına ilişkin (intravenöz ilaç, kan, kan bileşenleri, kan ürünleri, kemoterapötikler gibi uygulamalarda) bilgilerin eksikliği kesinti nedenidir.
9. Cerrahi müdahalelerde **biyopsi alınmış veya parça çıkarılmışsa**, epikriz veya eki belgelerde yeterli bilgi yoksa ve inceleyici tarafından gerek görülürse patoloji raporu istenir.
10. **Konsültasyon** bedelinin ödenmesi için epikrizde bilgi ve gerekçesinin yazılı olması yeterlidir. Yatış döneminde her branş için **aynı gerekçeyle** en fazla bir adet konsültasyon ödenir.
11. Faturadaki yatış çıkış tarihinin epikrizdeki yatış çıkış tarihiyle uyumsuz olması halinde sağlık hizmeti sunucusundan ek belge istenir. Bu uyumsuzlukla ilgili yeterli bilgi alınmazsa kesinti yapılır.
12. **Epikrizlerde**, ameliyat notları ayrıntılı bir şekilde yazılı olmalıdır. Ayrıca özellikli durumlar ve malzemeler yazılmalıdır.
13. Yoğun bakım hasta epikrizlerinde **günlük olarak yapılan takiplerin detaylı yazılması**, kısaltma yapılmaması, anormal laboratuvar bulgularının yazılması gereklidir.

MEDULA

MEDULA Hastane Sistemi Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından sunulan, GSS ile sağlık tesisleri arasında, sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin fatura bilgisini online elektronik olarak toplamak ve hizmetlerin ödemesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünleşik sistemdir.

Sistemde aşağıdaki bölümler bulunmaktadır:

Hak Sahipliği ve Sözleşme Doğrulama (Provizyon Alma)

Sevk, Reçete ve Tetkik Bildirimi

Ödeme Sorgulama

Ödeme Durum Kontrol

Fatura Bilgisi Kayıt

Rapor Bilgisi Kayıt

Hasta Kabul İşlemleri

Provizyon Alınması

Hastane Bilgi Sistemleri (HBS) bünyesinde yer alan Hasta Kabul menüsünde aşağıdaki provizyon tipleri bulunmaktadır:

N: NORMAL

I: İŞ KAZASI

A: ACİL

T: TRAFİK KAZASI

V: ADLİ VAKA

M: MESLEK HASTALIĞI

Başvuru

Hasta *Normal* Polikliniğe gelmek istediği zaman internet (www.istanbul.edu.tr) ya da telefon ile (0212 414 22 00) randevu alabilir. Yaptığımız bir çalışmada kapasitemiz hemen dolduğu için hastaların ancak % 26'sının randevu talebini karşılayabildiğimiz tespit edilmişti. Bu bize kapasitemizi arttırmamız gerektiğini göstermektedir fakat fiziki olanaksızlıklar ve sağlık çalışanı sayısının yetersizliği

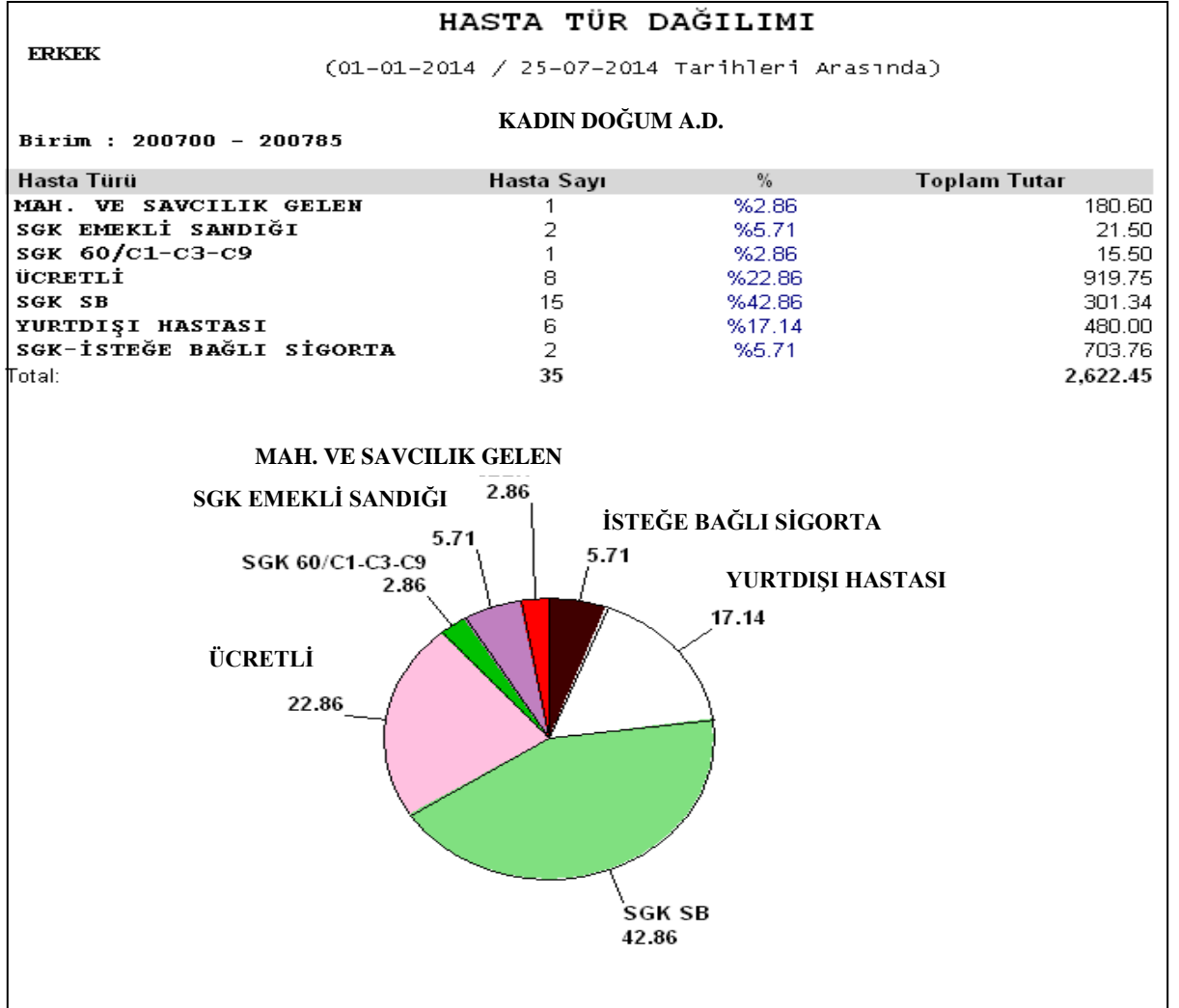
nedeniyle bu pek mümkün görünmemektedir. Zaten bir üniversite hastanesinin sağlık bakanlığı hastanesi gibi çalışarak 1.-2. basamak hastanelerinin tedavi edebileceği hastalara randevu vermesi doğru değildir. Fakat başka bir çalışmamızda klinikten kliniğe değişmekle birlikte hastaların yaklaşık olarak %5-10 unun randevu aldıktan sonra hastaneye gelmediği tespit edilmiştir. Randevularına gelmeyen hastalarla temasa geçildiğinde çoğunun unutmama, iş yerinden izin alamama, çocuğu ile ilgili sorunlar nedeniyle gelemedikleri anlaşılmıştır. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon kliniğinin hastaları ise çoğunlukla kliniğin başka bir yere (Esnaf Hastanesi) taşındığını öğrendikten sonra oraya gitmekten vazgeçtiklerini ifade etmiştir. Her ne kadar açıklamalar makul olsa da başka hastaların randevu alamadığı bir ortamda randevuya gelinmemesi hem mağduriyete hem de gelir kaybımıza neden olmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde olduğu gibi randevularına gelmeyen hastalara bir süre için randevu verilmemesi hastaların konuyu ciddiye almalarını sağlayabilir.

Hasta randevu günü, randevu saatinden yarım saat önce muayene olacağı polikliniğe başvurur. Kayıt esnasında hasta sağlık uygulama tebliğine göre kimlik ibrazını yapmak zorundadır. Sistemde hastanın randevusu görülüyorsa kayıt memurunun Mernis sisteminden T.C numarasını sorgulaması ardından adres ve telefon numarasını doğru girerek kayıt yapması gerekir. SGK hastane kayıt bilgilerini inceleyip sisteme kaydedilen TC kimlik ve telefon numaralı hastayı arayarak gerçekten muayene olup olmadığını araştırmaktadır. Eğer aranan hasta o tarihte muayene olmadığını ifade ederse ilgili faturayı ödememektedir.

SGK ile yapılan anlaşma gereği ayaktan hastaların 1/20 si, yatan hastaların ise 1/10 u örneklemeye alınmaktadır. Örneklenen hastada hata bulunmuşsa ayaktan hastalarda 20, yatan hastalarda ise 10 katı kadar ceza kesilmektedir. Yani her hatalı poliklinik hastası aslında 20 kat daha fazla zarara yol açmaktadır. Eğer aşağıdaki hatalı işlemler zamanında tespit edilip hatası düzeltilmeden fatura edilseydi çok ciddi kesintiye yol açacaktı.

Kayıt bilgilerinin doğru olması gereklidir. Kayıt sırasında bazen yapılması mümkün olmayacağı düşünülen hatalar yapılmaktadır. Aşağıdaki tabloda *Kadın Doğum Anabilim Dalına başvuran erkek hastaların* hasta tür dağılımları listelenmiştir (Tablo 4.1). Bu bir kullanıcı hatasıdır.

Tablo 4.1: Kadın H Doğum Anabilim Dalına başvuran erkek hastaların hasta tür dağılımları



Aşağıdaki tabloda da Kadın Doğum Anabilim Dalına başvuran *erkek hastaların* poliklinik sayıları listelenmiştir (Tablo 4.2). Bu da kullanıcı hatasıdır.

Tablo 4.2: Kadın Doğum Anabilim Dalına başvuran erkek hastaların poliklinik sayıları

Poliklinik Sayıları
(01-01-2014 - 25-07-2014 Tarihleri Arasında)

ERKEK

Birim	Birim Adı	Poliklinik Sayısı	Günlük Ort.	Yüzde
200702	KADIN DOĞ.İNFERTİLİTE POL.	15	0.101	%41.67
200706	KADIN DOĞ.POLK	5	0.034	%13.89
200722	KADIN DOĞUM GÜNÜBİRLİK HİZMETLER	1	0.007	%2.78
200746	KADIN DOĞ.ACİL POLK.	14	0.095	%38.89
200767	KADIN DOĞUM GEBE POLİKLİNİK	1	0.007	%2.78
Toplam :		36	0.243	

Aşağıdaki tabloda ise *Kadın Doğum Anabilim Dalına başvuran erkek hastalara* yapılmış olan tetkik girişleri listelenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3:Kadın H ve Doğum Anabilim Dalına başvuran erkek hastalara yapılmış olan tetkik girişleri

TETKİKLERİN DAĞILIMI					
(01-01-2014 / 25-07-2014 Tarihleri Arasında)					
ERKEK					
Birim : KADIN DOĞUM A.D					
Hasta Türü : Tüm Hasta Türleri					
Süt Kodu	Tetkik Kodu	Tetkik Adı	Tetkik Say	%	Toplam Tutar
510030	2	REF.ÜCRETİ(2.SINIF)	4	%6.15	80.00
510030	11003	2. SINIF: İKI YATAKLI ODALAR	4	%6.15	60.00
510050	11005	4. SINIF: GENEL HASTA ODALARI (4 VE DAHA FAZLA YAT	4	%6.15	52.00
520010	12001	KONSÜLTASYON ÜCRETLERİ (HER BİR HEKİM İÇİN)	2	%3.08	56.00
520020	12002	ACIL POLIKLINİK MUAYENE ÜCRETLERİ	11	%16.92	428.50
520030	12003	NORMAL POLIKLINİK MUAYENE ÜCRETLERİ	23	%35.38	613.00
530150	14002	IV ENJEKSİYON	1	%1.54	2.40
530080	14024	DAMAR YOLU AÇILMASI	1	%1.54	4.80
620040	24224	EKSFOLIATIF SİTOLOJİ(SMEAR ALINMASI)	1	%1.54	18.00
620580	24278	OOFEREKTOMİ	1	%1.54	178.00
620970	24471	HİSTEROSKOPI DIAGNOSTİK	1	%1.54	59.40
704560	24497	ARTİFİSİEL İNSEMINASYON (SEANSI)	1	%1.54	29.70
530160	38504	İNTRAVENÖZ İLAÇ İNFÜZYONU	1	%1.54	8.90
530680	38555	KATATER PANSUMANI VE BAKIMI	1	%1.54	6.00
803550	39670	TRANSVAJİNAL US	1	%1.54	47.00
530140	80512	İM ENJEKSİYON	1	%1.54	1.80
0	81626	SPERM DONDURMA (1 YILLIK)	2	%3.08	500.00
620530	84130	HİSTEREKTOMİ, ABDOMİAL	1	%1.54	354.26
520021	520021	YESİL ALAN MUAYENESİ	2	%3.08	39.14
620101	620101	BUMM KÜRETAJ	1	%1.54	74.20
803602	803602	ULTRASON, GENEL	1	%1.54	9.35
Toplam :			65		2,622.45

Provizyon Alınması

Hastanın güncel bilgileri kontrol edildikten sonra MEDULA sisteminden hastanın sağlık güvencesinin olup olmadığı kontrol edilir. *İşlem başarı ile sona erdi* cevabı geldiği zaman hastanın sağlık güvencesinde sorun olmadığı anlaşılır (Şekil 4.1).

The screenshot shows a medical software interface with the following fields and values:

- Sonuç Kodu:** 0000
- Sonuç Mesajı:** İşlem başarı ile sona erdi.
- Dış Hastane Takip No:** [Empty]
- Provizyon Tipi:** Adli Vaka
- Takip Tipi:** Normal
- Yatış Bitiş Tarihi:** [Empty]
- Tedavi Türü:** Yatarak Teda
- Tedavi Tipi:** Normal Sorgu
- Adli Geçmiş Tipi:** ADLI VAKA
- Adli Geçmiş Tarihi:** 16.07.2014
- Yeni Doğan Bilgileri:** Doğum Tarihi, Çocuk Sıra
- Hasta Bilgileri:** Devredilen Kurum, Sigortalı Türü, Diğer
- Donör İşlemleri:** Donör Kimlik No
- Yeşil Kart Sevklı Hasta Bilgileri (Yeşil Kart, 2022, S.G.K.):** Sevk Tarihi, Takip No, Dış Hast. Brans, Branş, Tesis Kodu

Şekil 4.1: İşlem başarı ile sonlandı mesajı.

Aşağıdaki örnekte (isim benzerliği nedeniyle ölmüş bir hastaya ait olan) yanlış protokol girmesi nedeniyle dönen hata mesajını okumadığı için hem zaman kaybeden hem de hastayla sorun yaşayan bu nedenle hasta tarafından şikayet edilen bir çalışanın otomasyonda üzerinde çalıştığı ekran görüntüsü verilmiştir (Şekil 4.2). Hastanın ismi yerine TCK No ile kayıt yapılması halinde bu sorun yaşanmayacaktı.

The screenshot shows a medical software interface with the following fields and values:

- HASTA BİLGİLERİ (ALT+H) | DETAY BİLGİLER (ALT+D) | SEVK İŞLEMLERİ (ALT+S) | MEDULA İŞLEMLERİ | Tüm Takipler**
- Sevk Tarih:** 16-09-2014
- Provizyon Tarihi:** 16.09.2014
- Birim:** 300805
- Birim Adı:** İÇ HAST.GASTRO HEPATOLOJİ POL1
- Başvuru No:** [Empty]
- Takip No:** [Empty]
- Tetkik Sayı:** 0
- Sonuç Kodu:** HATA
- Sonuç Mesajı:** 1103 : Provizyon tarihinde kişi ölü gözükmemtedir, provizyon verilememiştir.
- Dış Hastane Takip No:** [Empty]
- Provizyon Tipi:** Normal
- Takip Tipi:** Normal
- Yatış Bitiş Tarihi:** [Empty]
- Tedavi Türü:** Ayakta Tedav
- Tedavi Tipi:** Normal Sorgu
- Adli Geçmiş Tipi:** [Empty]
- Adli Geçmiş Tarihi:** [Empty]
- Yeni Doğan Bilgileri:** Doğum Tarihi, Çocuk Sıra
- Hasta Bilgileri:** Devredilen Kurum, Sigortalı Türü, Diğer
- Donör İşlemleri:** Donör Kimlik No
- Yeşil Kart Sevklı Hasta Bilgileri (Yeşil Kart, 2022, S.G.K.):** Sevk Tarihi, Takip No, Dış Hast. Brans, Branş, Tesis Kodu
- Kimlik Bilgileri:** Ad, Soyad, Doğum Tarihi, Cinsiyet

Şekil 4.2: Ölmüş hastaya provizyon alma çabası ve hata mesajı

Hastanın müracaat başvurusu (İş Kazası, Acil, Trafik Kazası, Adli Vaka veya Meslek Hastalığı) olması durumunda Provizyon Tipinin muhakkak (İş Kazası, Acil, Trafik Kazası, Adli Vaka ve Meslek Hastalığı) olarak seçilmesi gerekmektedir (Şekil 4.3). Seçim yanlış yapılmışsa fatura ödenmeyecektir.

Şekil 4.3: Provizyon tipleri

Provizyon alınamaması

SGK tarafından prim ödeme gün sayısı veya prim borcu bulunması vb. nedenlerle hasta takip numarası/provizyon verilmemesi halinde sağlık hizmeti sunucularınca kişinin müracaatının, aşağıda belirtilen *istisnai haller* nedeniyle yapılıp yapılmadığı değerlendirilecektir. Müracaat aşağıda sayılan istisnai nedenlerle yapılmış ise sadece söz konusu müracaat nedeni ile ilgili sağlık hizmeti bedelleri faturalandırılabilir.

İstisnai haller

- 1) Acil hal,
- 2) İş kazası ile meslek hastalığı hali,
- 3) Trafik kazası,
- 4) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık,
- 5) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti,
- 6) Analık hali,
- 7) Afet ve savaş ile grev ve lokavt hali,
- 8) 18 yaş altı çocuklar,
- 9) Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler

Acil hal ile gelen hasta/acile gelen hasta

SUT'ta *acil hal* kavramı şu şekilde tanımlanmaktadır:

"Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlarda olayın meydana gelmesini takip eden ilk 24 saat içinde tıbbi müdahale gerektiren durumlar ile ivedilikle tıbbi müdahale yapılmadığı veya başka bir sağlık kuruluşuna nakli halinde hayatın ve/veya sağlık bütünlüğünün kaybedilme riskinin doğacağı kabul edilen durumlardır. Bu nedenle sağlanan sağlık hizmetleri acil sağlık hizmeti olarak kabul edilir. Sözleşmeli/protokollü ve sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları acil servislerde acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri için kişilerden veya Kurumdan herhangi bir ilave ücret talep edemez. Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin sözleşmesiz sağlık kurum veya kuruluşuna SUT'un 1.7 maddesinde tanımlanan acil haller nedeniyle müracaatı sonucu oluşan sağlık giderleri; acil tıbbi müdahale yapılmasını zorunlu kılan durumun müdahaleyi yapan hekim tarafından imzalanmış bir belge ile belgelendirilmesi ve Kurumca kabul edilmesi şartıyla karşılanır."

Bu maddeden hastaların acil hal ile başvurmaları halinde herhangi bir sosyal güvenceleri olmasa dahi tedavi giderlerinin SGK tarafından ödeneceği anlaşılmaktadır. Yani acile gelen hastalardan hiçbir şekilde ücret talebinde bulunulamaz, hastaya müdahale edilmesi gerekir. Hastadan gerekli evraklar bile (İş kazası, Trafik kazası, Adli vaka vs.) ancak hastanın aciliyet durumu geçtikten sonra istenir.

Acil hal ile gelen hastalar için durum böyle iken basında çıkan net olmayan açıklamalar nedeniyle konu halk tarafından "Acile gelen *her* hastanın acil olduğu ve hiçbir hastadan ilave ücret alınmayacağı" şeklinde anlaşılmaktadır. Oysa doğrusu şekildedir:

- 1- Hasta acil hal ile gelmiş olmalıdır yani müdahale edilmediği takdirde hayatını veya bir organını kaybetme riski olmalıdır.

Oysa hastalar "Nasıl olsa acil polikliniğe başvurduğumuzda herhangi bir ücret ödemeyeceğiz" diye düşünerek en basit hastalıklarında, poliklinikten takip edilmesi gereken sorunlarında veya kronik hastalıklarının tedavisi için bile acil polikliniğe başvurmaya başlamışlar ve bu da acil poliklinikte yığılmalara yol açmıştır. Hastanelerin itirazları üzerine bu durumu önlemek için gerçekte acil olmayan hastaların para öder hale gelmesini sağlayan yeşil alan uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamada acile

başvuran hastalar yeşil-sarı ve kırmızı alan hastası olarak gruplandırılmaktadırlar. Yeşil Alan, aciliyeti olmayan poliklinikte de görünebilecek hastalar iken sarı alan acil olan ancak bekleyebilecek durumda olan hastalardır. Kırmızı alan ise acil olan ve bekleyemeyecek olan hastaların bulunduğu alandır (Trafik kazası, bıçaklanma, elektrik çarpması, akut miyokard infarktüsü vs.).

Böylece doktorlar acil olmayan hastaları yeşil alan polikliniğine kayıt ettirebilecek, hastalar da hem muayene hem yatak hem de ilaçlar için fark ödeyeceklerdir. Bu hastaların çoğu bir daha gereksiz yere acil polikliniğe başvurup gerçek acil vakalara yeterli hizmet verilmesine engel olmayacaktır. Fakat kliniklerde düzenli olarak bilgilendirme toplantıları yapılmasına rağmen doktorlar ve personel bu konuya gereken ilgiyi göstermemektedir. Aşağıdaki tabloda bir haftalık sürede yapılan yeşil alan muayenesi kaydı sayıları görülmektedir.

Tablo 4.4: Acil polikliniklerde haftalık yeşil alan kaydı ortalaması

YEŞİL ALAN	POLİKLİNİK HASTA SAYISI
Acil Çocuk Sağlığı Yeşil Alan polik.	
Acil Dahiliye Müşahade Yeşil Alan Polik.	
Acil Dahiliye Yeşil Alan polik.	77
Acil KBB Grip Yeşil Alan Polik.	
Acil Nöroloji yeşil alan polik	
Acil Ortopedi Yeşil Alan polik	
Acil Plastik Cerrahi Yeşil Alan	
Travma Acil Cerrahi Onkoloji Yeşil Alan Polik.	
Travma Acil Cerrahi Yeşil Alan Polik.	
TOPLAM	77

Tabloda görüldüğü gibi İç Hastalıkları AD hariç hiçbir acil birimde yeşil alan uygulamasına özen gösterilmemektedir. Uzun süre yapılan itirazlar sonunda SGK'nın verdiği hakkı kullanmamakta, acillerde gereksiz yığılmaların olmasına sebep olmaktan dolayı acil olmayan hastaların çokluğu yüzünden yine biz şikâyet etmekteyiz.

2- Acil hal devam ediyor olmalıdır.

Yani acil hal sona erdiğinde *hasta bilgilendirildiği takdirde* hastadan ilave ücret alınabilecektir. Bu nedenle hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurması ve acil halin sona ermesi halinde, acil halin sona erdiğine ve müteakip

işlemlerin ilave ücrete tabi olduğuna ilişkin hastaya/hasta yakınına SUT eki “Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu” (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunludur (Şekil 4.4).

EK-1/D			
ACİL HALİN SONA ERMESİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME FORMU			
<p>Acil hal nedeniyle başvurduğum’ da yapılan tedavim sonrası acil halimin sona erdiği ve bundan sonra sunulacak sağlık hizmetleri için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen usul ve esaslara göre ilave ücret ödemeyi ve ödediğim ilave ücreti Sosyal Güvenlik Kurumundan talep etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ediyorum.</p>			
Hasta ve/veya yakınının		Sağlık Hizmeti Sunucusu Yetkilisinin	
Adı Soyadı	:	Adı Soyadı	:
T.C. Kimlik No	:	Görevi	:
Tlf No	:	Tarih	:
Adresi	:	İmza	:
Tarih	:		
İmza	:		

Şekil 4.4: Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu” (EK-1/D)

Bu formda hastaya acil durumun sona erdiğinde bundan sonraki tedavinin acil kapsamında olmayacağını ve dolayısıyla yapılan işlemlerin ücretli olacağı bildirilmektedir. Buna rağmen bilgilendirme formunu doldurup imzalayan hastalar, zorla para aldığımızı iddia ederek hastaneyi Sosyal Güvenlik Kurumu’na şikâyet etmektedirler. Bazı hastalar ise formu imzalamadan ve borcunu ödemededen gitmektedir. Bu hastalar tarafımızdan adli makamlara bildirilmekte ve kendilerine dava açılmaktadır (Tablo 4.5).

Acil polikliniğe trafik kazası, adli vaka vb. nedenlerle gelen hastalara veya normal poliklinik hastası olduğu halde acilde para ödemeyeceğini düşünerek acile başvurmuş olan hastalara da ilgili alanlarda provizyon alınmalıdır, aksi takdirde SGK tarafından ödeme yapılmamaktadır.

Aşağıdaki tabloda acil birimlerimize başvurup **borçlarını ödemiş** hasta listesi görülmektedir.

Tablo 4.5: Acil polikliniğe başvurup borcunu ödemedен giden hastaların listesi.

Birim	TÜR	HASTA TÜRÜ	TETKİK	İLAC ve MALZEME	VEZNE	BORÇ
TRAVMA.ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	890,00	0,00	0,00	890,00
KBB ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	625,00	19,29	0,00	644,29
TRAVMA.ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	625,00	19,29	0,00	644,29
TRAVMA.ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	464,00	0,00	0,00	464,00
TRAVMA.ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	379,00	41,59	0,00	420,59
ORTOPEDİ VE TRAV. ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	408,00	0,00	0,00	408,00
TRAVMA.ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	240,00	0,00	0,00	240,00
KBB ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	236,00	0,00	0,00	236,00
TRAVMA.ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	236,00	0,00	0,00	236,00
ORTOPEDİ VE TRAV. ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	176,00	19,29	0,00	195,29
TRAVMA.ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	176,00	19,29	0,00	195,29
ORTOPEDİ VE TRAV. ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	143,00	0,00	0,00	143,00
ORTOPEDİ VE TRAV. ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	99,00	0,00	0,00	99,00
ORTOPEDİ VE TRAV. ACİL POLK.	Ayaktan	ÜCRETLİ	159,00	0,00	99,00	60,00
İÇ HAST.ACİL POLİKLİNİĞİ	Ayaktan	ÜCRETLİ	82,00	6,00	55,00	33,00

İş kazası geçiren hastadan vizite kağıdı, SGK bildirim formu ve nüfus cüzdanı fotokopisi, adli vakalarda adli vaka tutanağı (polis tarafından), geçici hekim raporu ve kimlik fotokopisi istenmeli, trafik kazalarında olay yer tutanağı, kazaya karışan arabaların plakaları kayıt altına alınmalıdır. Çünkü bu evraklar olduğu takdirde SGK ödeme yapmakta, SGK yaptığı ödemeyi suçlu taraftan tahsil etmekte (Ör: adli vakada mahkemenin suçlu bulduğu kişi veya iş kazasında işyeri sahibi), hasta aynı olayın devamı veya komplikasyonu olan bir sorun nedeniyle (Ör: trafik kazası sonrası pankreası alınan hasta diabet nedeniyle) takiplere geldiğinde o takiplerin tümünde ortaya çıkan masrafları da karşı tarafa ödetmektedir. Eğer doğru kayıt yapılmamış, hastanın masrafları normal sağlık güvencesi üzerinden fatura edilmişse SGK konuyu inceleyip bize yaptığı ödemeyi geri almaktadır.

Protokol	Tkr	Birim	Branş Kodu	Prov. Tarihi	Takiptipi	Takipno	Tedavi Turu	Tedavi Tipi	Başvuru No	Takip No	Sonuc Kodu	Sonuc Mesajı	Sil Sonuç Kodu	Sil Sonuç Mesajı	Takip Tutarı	Takip Durumu	Takibi Alan	Takibi Silen	Medulaya Çıktığı Gonderen	Plaka Numaraları
1	200345	...	4400	16.03.2013	N		A	D	B_Y3E0FQ	156N73I	0000	İşlem başanı ile:			124.7	Kapalı				?
1	200565	...	2900	16.03.2013	N	156N73I	Y	D	B_Y3E0FQ	156QDKR	0000	İşlem başanı ile:			849.28	Kapalı				?
2	200565	...	2900	01.04.2013	N		A	D	B_YEIGFKZ	15U14LB	0000	İşlem başanı ile:			15.5	Kapalı				?
3	200565	...	2900	22.04.2013	N	162B5BS	Y	D	B_YU0I4V	162BSN6	0000	İşlem başanı ile:			2086.55	Kapalı				?
3	200565	...	2900	22.04.2013	N		A	D	B_YU0I4V	162B5BS	0000	İşlem başanı ile:			15.5	Kapalı				?

Kimlik No: Bağıl Takip

Yeşil Kart Sevklı Hasta Bilgileri (Yeşil Kart, 2022, S.G.K.)

Protokol	Tkr	Birim	Branş Kodu	Branş Adı	Prov. Tarihi	Takiptipi	Tedavi Turu	Tedavi Tipi	Takip No	Sonuc Kodu	Sonuc Mesajı	Tesis Kodu	Tesis Adı

Yurt Dışı SGK
Yupass No(Kişi No):
Yardım Hakkı ID:
Yurt Dışı Yardım Hakkı Getir

1 Ocak 2012 Öncesi
Sig. Türü: Yurtdışı sigortalılar
Devr. Kurum: Yurtdışı sigortalılar

1 Ocak 2012 Sonrası - Meduladan Dönen
Sig. Türü: Çalışan
Devr. Kurum: SSK

Dış / Bağıl Takip No: Takip Tipi: Normal
Prov. Tipi: Adli Vaka
Yatış Başlangıç Tarihi: Hal: Yatış Bitiş Tarihi:

Yeşil Kart Manuel Sevki Tesis Kodu:0

Silinen Takip Listesi Yeşil Kart Sevklı Sil Takibi Manuel Sil Takip Al Takip Sil

Şekil 4.5:Adli vaka olduğu halde normal hasta olarak yapılmış kayıt örneği

Yukarıdaki örnekte hastanın geliş olgusu adli vakadır (Şekil 4.5). Ancak kayıdı, yatışı ve faturası normal sağlık güvencesi üzerinden yapılmıştır. Bu faturada SGK tarafından kesinti yapılmıştır.

Bunun tersi de kesinti sebebidir. Yani adli vaka, trafik kazası ve iş kazası geçiren hastalar *hastanemizin başka bir kliniğine başka bir hastalık nedeniyle* başvurduğu zaman kayıtlarının adli vaka, trafik kazası ve iş kazası olarak değil normal sağlık güvencesi üzerinden yapılması gerekir. Aksi takdirde yine kesinti olacaktır. Aşağıdaki örneklerde (**V0 – V99 Trafik kazaları**) Tanı kodu aralığı kullanılmış olup tabloda provizyon tipi *Trafik Kazası* olarak alınmadan faturası yapılmış hastalar görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6: Trafik kazası olduğu halde diğer alanlarda provizyon alınmış hastalar.

Takip_no	Provizyon tipi	Birim	Provizyon Tarihi	Fatura Tarihi
1FD7U96	N	201201	08.05.2014	01.07.2014
1FQJ9RO	A	201246	23.05.2014	26.06.2014
1GOZ2VG	I	201201	01.07.2014	14.07.2014
1G1Q4WQ	N	200801	05.06.2014	30.06.2014
1FSAEEJ	A	200345	26.05.2014	24.06.2014
1GS13LS	A	200345	04.07.2014	21.07.2014
1EJ70PG	V	300246	04.04.2014	14.07.2014
1GGSPXQ	A	200345	15.06.2014	18.07.2014
1FPIY64	A	200345	23.05.2014	30.06.2014
1FVFSC	N	300501	29.05.2014	21.07.2014
1FN6MLD	A	200345	20.05.2014	24.06.2014

Acile acil hal ile gelen hastalara Ek2B üzerinden ödeme yapılır, normal polikliniğe başvuran hastalara ise paket ücreti kadar (ör: İç hastalıkları için 56 TL) ödeme yapılır. Yani Acile gelen hasta doğru kaydedilmiş ise 1000 TL masraf yapılmış bile olsa tamamı ödenir. Oysa acile gelen hasta Ör: İç hastalıkları poliklinik hastası olarak kayıt edilmişse 1000 TL masraf yapılmış bile olsa paket fiyatı olan 56 TL ödenecektir.

Aşağıdaki örnekte hastanın tanı kodu *V19.5 Yolcu Yaralanması, Trafik Kazası* olarak seçilmiş, provizyon tipi normal sorgulu olarak faturalandırılmıştır (Şekil 4.6). Bu hastaya paket ücreti kadar para ödenecek, yapılan tahliller için ayrıca para ödenmeyecektir. Oysa doğru kayıt yapılsaydı tüm tahliller için ayrıca para ödenecekti.

Prov. Tarihi	Birim	Birim Adı	Branş Kodu	Bağlı Takip No	Başvuru No	Takip No	Sonuç Kodu A/K	Tedavi Türü	Takip Tipi
08-05-2014	201201	ORTOPEDİ POLK.	2600		B_16N1A78	1FD7U96	0000 K	Avakta Tedavi	Normal
Provizyon Tipi	Normal	Değiştir	İstisnai Hal		Tedavi Tipi	Normal Sorgu	Değiştir		
Tedavi Turu	Avaktan	Değiştir	Takip Tipi	Normal	Değiştir	Taburcu Kodu	Diğer		
<input type="checkbox"/> Paket Muayene Gönder									
İşlem Tarihi	Tetkik Kodu	Sut Kodu	Tetkik Adı	Tescil	Doktor Adı	Birim Adı	Sağ & Sol	Kesi	Gönd. Medule
08.05.2014 13:	12003	520030	Normal poliklinik mu.	47258	Prof.Dr. C	ORTOPEDİ POLK.			1 1 0000
08.05.2014 13:	39101	801750	Ekleme grafisi (iki yön)	46573	Prof.Dr. A	RAD. ORTOPEĞİ R			2 2 0000
08.05.2014 13:	39102	801780	Ekleme grafisi (iki yön)	46573	Prof.Dr. A	RAD. ORTOPEĞİ R			2 2 0000
Tanı Kodu	Tanı Adı	Tanı Tipi	Birincil Tanı?	Sonuç	Sil				
V19.5	YOLCU YARALANMASI, TRAFİK KAZ	İn Tanı	Fvet	0000					

Şekil 4.6: Trafik kazası olduğu halde normal poliklinik türünde provizyon alınmış hasta.

Aşağıdaki örnekte 25.06.2014 tarihinde Çocuk Cerrahi Acil Polikliniğimize başvuran hastanın muayene bulgularında temizlik maddesi içme şüphesi nedeniyle başvurduğu görülmektedir (Şekil 4.7). Hastanın provizyon tipi acil olarak alınmıştır. Adli vaka olarak alınması gerekirdi.

Prov. Tarihi	Birim	Birim Adı	Branş Kodu	Bağlı Takip No	Başvuru No	Takip No	Sonuç Kodu A/K	Tedavi Türü	Takip Tipi
25-06-2014	200246	ÇOCUK CER.ACİL POLK.	4400		B_17M×RH9	1GKBHCC			
Provizyon Tipi	Acil	Değiştir	İstisnai Hal		Tedavi Tipi	Normal	Değiştir		
Tedavi Turu	Avaktan	Değiştir	Takip Tipi	Normal	Değiştir	Taburcu Kodu	Diğer		
İşlem Tarihi	Tetkik Kodu	Sut Kodu	Tetkik Adı	Tescil	Doktor Adı	Birim Adı	Sağ & Sol	Kesi	Gönd. Medule
25.06.2014 18:	12001	520010	Konsültasyon (her t	29625		ÇOCUK CER.ACİL			
25.06.2014 18:	39081	801740	Düz karin grafisi	46573		GEN.CER.ACİL.RA			
25.06.2014 18:	39047	801720	Akciğer grafisi P.A.	46573		GEN.CER.ACİL.RA			

Şekil 4.7: Adli vaka olarak alınması gerekirken *acil* olarak alınan provizyon.

Onkolojik Hastalar

SUT'un 2.2.1.B-2 - *Hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılacak ayakta tedaviler* başlığının 2. maddesi ç fıkrasında "MEDULA'da tedavi tipi "onkolojik tedavi" olarak seçilmiş onkolojik ön tanı/tanı konulmuş hastalıklar ile ilgili tüm işlemler *hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılacaktır*" demektir. Bu hastalarda yapılan her tahlil, tedavi vb. ayrıca ödenecektir. Fakat kayıt doğru yapılmazsa bu işlemler için para ödenmeyecek, sadece ilgili branşa tekabül eden paket tutarı kadar ödeme yapılacaktır.

Aşağıdaki tabloda kanser tanısı konulmuş fakat tedavi tipi onkolojik tedavi olarak *seçilmemiş* hasta listesi gösterilmiştir (tablo 4.7).

Tablo 4.7: Tanı/tedavi tipi onkoloji olarak seçilmemiş onkolojik vakalar.

BİRİM	PROVİZYON TARİHİ	TEDAVİ TİPİ	TEDAVİ TÜRÜ	TAKİP TİPİ	BAŞVURU NO	TAKİP NO
İÇ HAS HEMATOLOJİ GÜNÜBİRLİK TEDAVİ HİZ.	22.07.2014	Normal Sorgu	Günübirlik Tedavi	Normal	B_184T14Z	1H5WVAY
İÇ HAST.GENEL DAHİLİYE 3 POLK	21.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_183TUKO	1H4PPGP
İÇ HAST.GENEL DAHİLİYE POL.	22.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_184PA7F	1H5RXOO
KADIN DOĞ.POLK	24.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_186B00Z	1H7QRGQ
İÇ HAS HEMATOLOJİ GÜNÜBİRLİK TEDAVİ HİZ.	21.07.2014	Normal Sorgu	Günübirlik Tedavi	Normal	B_183PXD0	1H4PD4P
GEN.CER.POLİKLİNİK	21.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_1843AIB	1H5106N
GÖĞÜS HAST.POLİK.	22.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_184IO0O	1H5K50N
GEN.CER.POLİKLİNİK	21.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_1842YUN	1H519MM
İÇ HAST.ENDOKR.POLK.	21.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_183KIGE	1H4ENG1
İÇ HAST.GASTRO HEPATOLOJİ POL1	23.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_185DFE5	1H6LGLA
İÇ HAST.ENDOKR.POLK.	24.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_18640MD	1H7I2IA
ANESTEZİ ALGOLOJİ POLKLİNİK	24.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_1869ZK7	1H7PHB6
PLASTİK VE REK.CER POL.	23.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_185C4LP	1H6JXWE
DERİ VE ZÜHREVİ GENEL POL.	23.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_185C4LP	1H6RW7R
DERİ VE ZÜHREVİ GÜNÜBİRLİK HİZMETLER	23.07.2014	Normal Sorgu	Günübirlik Tedavi	Normal	B_185C4LP	1H6UVRA
İÇ HAST.GENEL DAHİLİYE POL.	23.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_185L6O3	1H6V1UN
ORTOPEDİ POLK.	23.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_185V4K9	1H77MYW
KADIN DOĞ.POLK	21.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_1842MNV	1H50TF5

İÇ HAS HEMATOLOJİ GÜNÜBİRLİK TEDAVİ HİZ.	24.07.2014	Normal Sorgu	Günübirlik Tedavi	Normal	B_18657ZT	1H7NRWK
GÖĞÜS HAST.POLİK.	21.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_183Z7H9	1H58Q6F
İÇ HAST.GENEL DAHİLİYE POL.	22.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	B_184W7SB	1H60MZJ
İÇ HAS HEMATOLOJİ GÜNÜBİRLİK TEDAVİ HİZ.	22.07.2014	Normal Sorgu	Günübirlik Tedavi	Normal	B_182J17A	1H5Z9X5
İÇ HAS HEMATOLOJİ GÜNÜBİRLİK TEDAVİ HİZ.	22.07.2014	Normal Sorgu	Günübirlik Tedavi	Normal	B_182J17A	1H5Z9X5
İÇ HAS HEMATOLOJİ GÜNÜBİRLİK TEDAVİ HİZ.	23.07.2014	Normal Sorgu	Günübirlik Tedavi	Normal	B_182J17A	1H6NKY9

Müstahak Olmama

Sağlık Provizyon Aktivasyon Sistemi (SPAS) programı yeni doğan çocukların, işe girenlerin, emekli aylığı bağlananların bilgilerini nüfus kayıtlarından ve kurumun tescil, hizmet, tahsis, ödeme kayıtlarından kontrol ederek sağlık hak sahipliklerini otomatik olarak oluşturmaktadır. Evlenenlerin, boşananların, işten çıkanların, sigorta kapsamı değişenlerin sağlık hak sahiplikleri yeni durumlarına göre değişmekte, işten çıkanların, emekli aylığı durdurulanların, ölenlerin sağlık hak sahiplikleri SPAS tarafından otomatik olarak sonlandırılmaktadır. HBS hasta kayıt ekranından kişinin TC Kimlik numarası ile kayıt işlemi yapılarak, sağlık yardımlarına müstahak olup olmadıkları kontrol edilir. Gelen cevaba göre davranılmalı, hatalı kayıt yapılmamalıdır. Aşağıdaki örneklerde farklı birimlere müracaat eden hastalar için MEDULA'dan dönen SPAS hataları listelenmiştir (Şekil 4.8).

İsmini	Birim Adı	Birim Turu	Provizyon Tarihi	Bitiş Saati	Sevk Tipi	Sonuç Kodu	Sonuç Mesajı
ORTOPEDİ VE TRAV. ACİL POL.	Poliklinik	05-07-2014	05.07.2014 22:23:25	...	A	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
ÇOC.VE ERGEN RUH SAĞ. POL.	Poliklinik	14-07-2014	14.07.2014 12:28:36	...	N	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
ÇOC.SAĞ.NÖROLOJİSİ POLK.	Poliklinik	08-07-2014	10.07.2014 09:12:30	...	N	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
İÇ HAST.GENEL DAHİLİYE POL.	Poliklinik	18-07-2014	18.07.2014 08:24:34	...	N	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
KADIN DOĞ.INFERTİLİTE POL.	Poliklinik	11-07-2014	11.07.2014 11:59:53	...	N	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
RUH SAĞLIĞI VE HAST. ACİL POL.	Poliklinik	16-07-2014	16.07.2014 21:13:47	...	A	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
GÖĞÜS HAST.POLİK.	Poliklinik	11-07-2014	11.07.2014 08:53:40	...	N	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
RUH SAĞLIĞI VE HAST. ACİL POL.	Poliklinik	05-07-2014	05.07.2014 20:04:54	...	A	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si
ÜRÖLOJİ ACİL POLK.	Poliklinik	13-07-2014	13.07.2014 02:23:14	...	A	HATA	SPAS hata : 1106 : 60/g si

Şekil 4.8: SPAS hata mesajları

Hastanın müstahak olmaması durumunda aşağıdaki taahhütname imzalatılması, ücretli kayıt yapıp ücretinin hastadan alınması sağlanmalıdır (Şekil 4.9). Hasta formu imzaladığı halde borcunu ödemediği takdirde kendilerine dava açılmaktadır. Aşağıdaki

tabloda borçlarını ödemedikleri için mahkemeye verilmiş hastaların listesi gösterilmektedir (Tablo 4.8).

TAAHÜTNAME	
<p>..... /...../..... tarihinde İstanbul Tıp Fakültesi'nde yaptırmış olduğum işlemler, almış olduğum hizmetler ve /veya kullanmış olduğum malzemeler için bulunan TL borcumu/...../..... tarihinde ödemeyi, aksi halde aleyhimde yasal yollara başvurulmasını kabul, beyan ve taahhüt ederim.</p>	
<p>TC Kimlik No:</p> <p>Adı Soyadı :</p> <p>Telefon :</p> <p>Adres :</p> <p>İmza :</p>	

Şekil 4.9: Müstahak olmama halinde imzalatılması gereken form.

Tablo 4.8: SPAS kayıtlarına göre müstahak olmayıp form imzalatılan fakat buna rağmen borcunu ödemediği için dava açılan hastaların listesi.

TAAHÜTNAME YAPILIP HUKUK MÜŞAVİRLİĞİNE YAZILAN BORÇLU HASTLAR					
BİRİMİ	GELDİĞİ TARİH	ÇIKTIĞI TARİH	TÜRÜ	SAYI NUMARASI	BORÇ TUTARI
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ ANABİLİM DALI	05.03.2014	30.03.2014		2014/1210	8.645,98
ÜROLOJİ ANABİLİM DALI	28.12.2010			2014/2342	296,10
TRAVMA ACİL	13.07.2013		ADLİ VAKA	2014/230	301,50
GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI	27.03.2013	04.04.2013		2014/242	2.610,22
NÖROLOJİ ANABİLİM DALI	25.09.2013			2014/846	50,00
TRAVMA ACİL	16.11.2013		DARP	2013/234	945,98
GENEL TOPLAM					12.849,78

Aynı Branşta Tekrarlayan Gelişler, Farklı Branşlarda Kayıtlar

SUT kuralları gereği ayaktan hastaya 10 gün içerisinde aynı branştan takip verilemez. Eğer verilirse SGK ödeme yapmayacaktır. Yapılması gereken ayaktan takibi [XXXXXX] numaralı *takibe bağlı* olarak almaktır. Aşağıdaki örneklerde hastanın aynı

branş üzerinden 10 gün geçmemiş ayaktan takibi varken yine aynı branşa müracaat eden hastalar için MEDULA'dan takip almayı deneyen kullanıcı hataları dikkat çekmektedir (Tablo 4.9). Bu kural kendilerine öğretildiği, ekranda uyarı yazısı çıktığı halde, yapılan incelemede bazı kullanıcıların ısrarla aynı hatayı tekrarladıkları görülmüştür.

Tablo 4.9: Yanlış takip alma çabası ve hata mesajı örnekleri

BİRİM	PROVİZYON TARİHİ	TEDAVİ TİPİ	TEDAVİ TÜRÜ	TAKİP TİPİ	SONUÇ KODU	SONUÇ MESAJI
FİZİKSEL TIP REH. POL.	08.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	541	Hastanın aynı branştan tesisinizde üzerinden 10 gün geçmemiş 10.07.2014 tarihli Ayaktan bir takibi vardır. Bu nedenle Ayaktan takibi [1GWNPCL] numaralı takibe bağlı olarak alabilirsiniz!
FİZİKSEL TIP REH .POL.	21.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	541	Hastanın aynı branştan tesisinizde üzerinden 10 gün geçmemiş 14.07.2014 tarihli Ayaktan bir takibi vardır. Bu nedenle Ayaktan takibi [1GZ2ZP8] numaralı takibe bağlı olarak alabilirsiniz!
FİZİKSEL TIP REH. POL.	22.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	541	Hastanın aynı branştan tesisinizde üzerinden 10 gün geçmemiş 15.07.2014 tarihli Ayaktan bir takibi vardır. Bu nedenle Ayaktan takibi [1GZ2ZA4] numaralı takibe bağlı olarak alabilirsiniz!
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI GENEL POLİKLİNİK	03.07.2014	Normal Sorgu	Ayakta Tedavi	Normal	541	Hastanın aynı branştan tesisinizde üzerinden 10 gün geçmemiş 07.07.2014 tarihli Ayaktan bir takibi vardır. Bu nedenle Ayaktan takibi [1GU0GS5] numaralı takibe bağlı olarak alabilirsiniz!

Muayene

Hasta kayıt memuru hastanın kaydını yaptıktan sonra hastayı muayene olacağı polikliniğe yönlendirir. Hastanın muayenesi yapıldıktan sonra doktor veya tıbbi sekreter tarafından hastanın bulguları muayene giriş ekranına kaydedilir. Muayene giriş ekranı doldurulmayan hastanın SGK tarafından ödemesi yapılmaz.

v.14 **MUAYENE GİRİŞ**

Tarih: 16-04-2014 H.Prot. Sicil SGK Takip No

H.Protokoli: GÖZ HAŞT.POLIKLINIK Son Gelşi: 1 Yaşı: 32 Cinsiyet: Kadın Hasta Türü: SGK SB

Muayene Edilenler: 190 006 000 0001 T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI

Mua.Tar: 16-04-2014 09:13 Geldiği Birim: GÖZ HAŞT.POLIKLINIK

Dr. [REDACTED]

SEVK DETAY BİLGİ

Sevk Tarihi: 16-04-2014 09:13

Dr. [REDACTED]

Saat: M. Başlangıç Saat: M. Bitiş Saat:

Solunum: ADLI VAKA SONUÇ

Rapor Verildi: 0 Rapor Türü:

Reçete Verildi: Yatış Kararı: Heyete Sevk Edildi: Muayene Sonucu: DIĞER

BULGULAR

Tedavi:

Tanı Kodu	Tanı Adı	Tanı Tipi	Birincil Tanı?
X H52.1	MYOPI	Ön Tanı	Evet
X H52.4	PRESBİYOPİ	Ön Tanı	Evet

Sonuç Açıklama: Özel Sağlık Bilgisi:

Birim Kodu: Birim Adı: Kopyala Tünel Bilgisi: Tünel Kullanımı: Tünel Kullanım Açıklama:

Şekil 4.10: Muayene bulguları yazılmamış hasta

Yukarıdaki örnekte şikâyet, hikâye, bulgu gibi hasta bilgilerinin kaydedilmediği görülmektedir (Şekil 4.10). Sistemde ekrana karakter girilmesi zorunluluğu olduğu için doktor ilgili alanlara (.) koyarak sistemin denetiminden kurtulmuştur. Bu hasta kesintiye uğrayacaktır.

Aşağıda da yurt dışından gelen bir hastanın muayene kaydı görülmektedir (Şekil 4.11). Bu hastanın bilgileri yurt dışındaki ilgili kurum tarafından istendiğinde hastanemizin hakkında olumsuz düşünceler oluşacak, güvenilirliğimiz azalacaktır,

Tarih : 09-09-2014 11:37

HASTA MUAYENE BİLGİLERİ

Hastane Protokolü/Geliş : Açıklama :
 Hasta Adı,Soyadı :
 Muayene Tarihi : 12-08-2014
 Doktor :
 Doktor 2 :
 Geldiği Birim : İÇ HAST.GENEL DAHİLİYE 3 POLK
 Muayene Sonucu : DİĞER
 Sevk Edildiği Birim :

Tansiyon : / Ateş : Nabız :

Tanımlar :	K77	KARACİĞER BOZUKLUKLARI, BAŞKA YERDE SINIFLANMIŞ HASTALIKLARDA
	C80	MALIGN NEOPLAZM, BÖLGE BELİRTİLMEMİŞ

Şikayet :	
Hikaye :	
Bulgu :	
Tedavi :	

Şekil 4.11: Yurt dışından gelen bir hastanın muayene ekran görüntüsü.

SUT kuralları gereği “Ayakta tedavilerde ödeme” uygulaması kapsamında; sağlık kurumlarında ayaktan her bir başvuru için, SUT eki Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi’nde (EK-2/A-1) bulunduğu sınıfa göre belirlenmiş olan SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar esas alınarak ödeme yapılır (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: SUT eki Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi (EK-2/A-1)

AYAKTAN BAŞVURULARDA ÖDEME LİSTESİ			EK-2/A
SIRA NO	UZMANLIK DALLARI	UZMANLIK KODU	U1
	Ana Dallar		
1	Ağız, Yüz ve Çene Cerrahisi	5100	43
2	Aile Hekimliği	4800	44
3	Beyin ve Sinir Cerrahisi	2400	55
4	Çocuk Cerrahisi	2000	49
5	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	1500	45
6	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	1600	49
7	Deri ve Zührevi Hastalıkları	1700	41
8	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	1200	55
9	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	1800	50
10	Genel Cerrahi	1900	55
11	Göğüs Cerrahisi	2200	49
12	Göğüs Hastalıkları	1171	49
13	Göz Hastalıkları	2900	43
14	İç Hastalıkları	1000	56
15	Kadın Hastalıkları ve Doğum	3000	61
16	Kalp ve Damar Cerrahisi	2300	56
17	Kardiyoloji	1100	68
18	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	2800	43
19	Nöroloji	1300	51
20	Ortopedi ve Travmatoloji	2600	49
21	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	2500	55
22	Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	1400	49
23	Spor Hekimliği	4000	50
24	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	600	50
25	Üroloji	2700	55
Yan Dallar	Aşağıda yer alan yan dal uzmanlıkları karşısında sadece bir anadal üzerine yapılan yan dal uzmanlık kodu yer almakta olup birden fazla anadal üzerine yapılan yan dal uzmanlık kodları da ilgili yan dal uzmanlıkları için kullanılır.		
1	Algoloji	3197	51
3	Çocuk Endokrinolojisi	1593	51
2	Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları	1592	51
4	Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları	1594	51
5	Çocuk Gastroenterolojisi	1591	51
6	Çocuk Göğüs Hastalıkları	1590	51

7	Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi	1589	51
8	Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi	2387	56
9	Çocuk Kardiyolojisi	1586	68
10	Çocuk Metabolizma Hast	1585	51
11	Çocuk Nefrolojisi	1584	51
12	Çocuk Nörolojisi	1583	51
13	Çocuk Romatolojisi	1599	51
14	Çocuk Ürolojisi	2781	55
15	El Cerrahisi	2679	49
16	Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	1078	55
17	Gastroenteroloji	1076	55
18	Gastroenteroloji Cerrahisi	1975	55
19	Geriatri	1073	57
20	Hematoloji	1070	56
21	İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları	1069	55
22	Nefroloji	1062	56
23	Neonatoloji	1561	51
24	Romatoloji	1055	55
	Diğer		
1	Diğer Branşlar	9900	44
2	Pratisyen Hekim Muayenesi	9999	
3	Acil	4400	

Hastalar ayaktan tedavi için polikliniğe başvurduğunda her branş için SGK tarafından ödenecek olan miktar yukarıdaki tabloda görülmektedir. Hastaya hiçbir tahlil yapılmıyorsa da 1000 liralık tahlil yapılsa da ödenecek olan miktar budur (Paket fiyat). O halde gereksiz tahlillerin istenmemesi, masrafların mümkünse bu tutarları aşmaması gerekir. Bazı tahliller ise ayrı bir lisede yer almakta ve eğer endikasyon girilmişse ödenmektedir. Yapılan incelemede her iki durumda da çeşitli hataların yapıldığı ve kurumun zarara uğratıldığı tespit edilmiştir.

Doktor muayene sonrası hastasından Tetkik, MR, PET, BT vs. isteme ihtiyacı duyarsa gereken tetkikleri ya sisteme kendi girer veya bir forma işaretleyip hastayı kayıt etmesi için tıbbi sekretere yönlendirir. Bu nedenle teşhis mutlaka yazılmalı, teşhis ile istenen tetkik te mutlaka uyumlu olmalıdır (Şekil 4.12).

v6.93 **HASTA HİZMET KAYIT**

Hastane Protokolü: ... Geliş: 2 ARŞİV Faturalanmış Takipler Ön Fat. Takipler Üzet Fatura Bası Tetc. (Kay./Gön.) 0/0 Diğer Hiz (Kay./Gön.) 0/0 İlaç-Malz. 0/0
 Adı Soyadı: H. Türü SGK BAĞ-KUR D. Tarihi 10-01-1968 Ame. (Kay./Gön.) 0/0 Yatak (Kay./Gön.) 0/0 Diğer 0/0

F Seç Protokol Tekrar Prov. Tarihi Birim Birim Adı Branş Kodu Başıl Takip No Başvuru No Takip No Sonuç Kodu A/K Tedavi Türü Takip Tipi Takip Tutar
 [x] 2 23-01-2014 200301 GEN.CER.POLIKLINIK 1900 B_14CADHM 1CM04VB 0000 K Awakta Tedavi Normal ?
 Medulaya göndermek istediğiniz takipleri seçiniz GASTRO HEPATC 1076 B_14DQLIM 1CNRD\X 0000 K Awakta Tedavi Normal ?
 [x] 2 24-01-2014 300816 İÇ HAST.B BLK.4.K.GASTR 1076 1CNRD\XW B_14DQLIM 1CNRH\X 0000 K Yatarak Tedav Normal ?

Provizyon Tipi Normal Değiştir İstisnai Hal Tedavi Tipi Normal Soru Değiştir Hizmetleri Sil Hizmetleri Oku
 Tedavi Turu Awaktan Değiştir Takip Tipi Normal Değiştir Taburcu Kodu Diğer Geçişler

Tetkik Kodu Ara Doktor Listesi Doktor No / Adı / Tescil No Triaj Bilgisi

Fatura Kayıt Tetkik , Tahvil ve Radyoloji Kan Ünite ve Bişelen Ameliyat ve Girişim Bilgileri Yatışlar İlaç Bilgileri Malzen

X Vaka - Paket	İşlem Tarihi	Tetkik Kodu	Sut Kodu	Tetkik Adı	Dr. Tescil	Doktor Adı	Birim Adı	Sağ & Sol	Kesi	Gönd Adet	Medula Adet	Sonuc	HBS. Tutar	Med. Tutar	Grup	Çoklu Özel Dur
[x]	23.01.2014 07:11	12003	520030	Normal poliklinik mv.			GEN.CER.POLIKLINIK			1	1		15,50		MUA	

Özel Durum Çoklu Özel Durum Seç Top. Tutar 15,50

Hata Kodu Hata Mesajı Hata Mesajı Hatalı Hizmetleri Güncelle

ANAF X Tanı Kodu Tanı Adı Tanı Tipi Birincil Tanı? Sonuc. Sil
 Kızıla ile renklendirilmiş tanımlar başka bir takip ile medulaya gönderilmiştir.

İlaç Muaf Raporu Gönder

Apk. İlaçlar Beraber faturalandırılmayacak işlemler
 Max. kullanım sınırı aşan işlemler
 Max. kullanım sınırı aşip, miktarı azaltılanlar.
 Kullanıcı tarafından gönderilmemesi sağlanan işlemler.
 Sevk süresini aşan işlemleri gösterir.
 Başka bir takip altında gönderilmiş işlemleri gösterir.
 Kalan parandan muaf olan tanımlar
 Hizmet alımı yöntemi ile yapılmış işlemleri gösterir.

İşlemleri ve Tanı Bilgisini Gönder Seçili İşlemleri Meduladan Sil

Şekil 4.12: Tanısı girilmeyen fatura örneği.

Poliklinik kayıtları (aynı birim için) on gün geçerli olup, on gün sonra yeniden kayıt yaptırması gerekir. Sevki kapanan hastanın medikal muhasebe çalışanları (fatura görevlileri) tarafından faturaları yapılır, fatura yapanlar hastanın tanısının endikasyonunun doğruluğunu kontrol edip faturasını yapması gerekir. Bu tür faturalar eğer fatura görevlisinin dikkatinden kaçmazsa doktor bilgi işleme davet edilip hatası gösterilmekte ve tanı girilmesi sağlanmaktadır (Şekil 4.13).

v6.33 **HASTA HİZMET KAYIT**

Hastane Protokolü: ... Gelsi: 118 ARŞİV Faturalanmış Takipler Ön Fat. Takipler Özel Fatura Bas Telk. (Kay./Gön.) 1/0 Diğer Hiz (Kay./Gön) 0/0 İlaç-Malz 0/0
 H. Türü: TRAFİK KAZASI D. Tarihi: 10-05-1992 Ame. (Kay./Gön.) 0/0 Yatak (Kay./Gön.) 0/0 Diğer 0/0

Adı Soyadı: ... H. Türü: TRAFİK KAZASI D. Tarihi: 10-05-1992

F. Sec. Protokol: 108 16-10-2013 301346 NÖROLOJİ ACIL POLK. 4400 B. 1291V05 1A4QNPV 0000 K. Awakta Tedavi Normal 23.60 ?
 117 06-03-2014 201201 ORTOPEDİ POLK. 2600 B. 15A0H4G 1DQ6KDI 0000 K. Awakta Tedavi Normal 30.00 ?
 118 10-04-2014 201201 ORTOPEDİ POLK. 2600 B. 161RUVT 1ENRU7C 0000 A. Awakta Tedavi Normal 30.00 ?

Provizyon Tipi: Trafik kazası Değiştir İstisnai Hal Tedavi Tipi: Normal Soru Değiştir Hizmetleri Sil Hizmetleri Oku

Tedavi Turu: Ayaktan Değiştir Takip Tipi: Normal Değiştir Taburcu Kodu: Diğer Geçişler

Tetkik Kodu: Ara Doktor Listesi Doktor No / Adı / Tescil No Tria Bilgisi

Fatura Kayıt	Tetkik, Tahlil ve Radyoloji	Kanı Ürete ve Boleşen	Ameliyat ve Girişim Bilgileri	Yatışlar	İlaç Bilgileri	Malzeme Bilgileri											
X Pake -	İşlem Tarihi	Tetkik Kodu	Sut Kodu	Tetkik Adı	Dr. Tescil	Doktor Adı	Birim Adı	Sağ & Sol	Kesi	Gönd. Adet	Medula Adet	Sonuc	HBS. Tutar	Med. Tutar	Grup	Çoklu	Sil
<input checked="" type="checkbox"/>	10.04.2014 08:	12003	520030	Normal poliklinik m.	47258	Prof. Dr. C.	ORTOPEDİ POLK.			1	1		15,50		MUZ		
<input checked="" type="checkbox"/>	10.04.2014 11:	39101	801750	Ekleme grafisi (ki yör)	48573	Prof. Dr. #	RAD. ORTOPEDİ R			1	1		14,50		RAD		

Özel Durum: Çoklu Özel Durum Seç Top. Tutar: 30,00

Hata Kodu: Hata Mesajı

Hata Kodu	Tanı Adı	Tanı Tipi	Birincil Tanı? Sonuc. Sil	Üçüncü Tanı?
V09.3	YAYA YARALANMASI, TANIMLANMAMIŞ	Ön Tanı	Evet	
S82.30	TIBIANIN ALT UÇ KIRIĞI, KAPALI	Ön Tanı	Evet	

Kırmızı ile renklendirilmiş tanıları başka bir takipte medulaya gönderin

Açıklamalar: Beraber faturalandırmayacak işlemler, Max kullanım sınırı aşan işlemler, Max kullanım sınırı aşp, miktarı azaltılanlar, Kullanıcı tarafından gönderilmemesi sağlanan işlemler, Servis süresini aşan işlemleri gösterir, Başka bir takip altında gönderilmiş işlemleri gösterir, Hizmet almaya yeteneği de yitmiş işlemleri gösterir

İşlemleri ve Tanı Bilgisini Gönder Seçili İşlemleri Meduladan Sil

Şekil 4.13: Doktora tanı girişi yaptırdıktan sonra faturası yapılmış hasta örneği.

Gereksiz Tetkik İstekleri

Bilindiği gibi polikliniklerimizde bazı doktorlar laboratuvar tahlili isterken ya tahlilleri sisteme kendi girmekte veya istek kâğıdına işaretleyip hastaya vermekte, hasta da bunu sisteme girmesi için tıbbi sekretere götürmektedir. SGK sadece tanı ile ilişkili tetkiklere ödeme yaptığı için gereksiz yere istenen tetkikler ödenmemekte ve yapılan masraf kurumun cebinden ödenmektedir. Bu nedenle gereksiz tahlil istenmemelidir. Oysa uygulamada hekimler, özellikler asistanlar

- Gerekli gereksiz çok sayıda tahlili ekranda işaretleyebilmekte,
- Çok sayıda gereksiz tahlili kâğıda işaretleyip hastaya vermekte (Şekil 4.14),
- Eğer hekim çok sayıda tahlili işaretlememişse hasta dışarıda istek kâğıdının üzerinde “gerekli gördüğü” tahlillere işaret koyabilmekte (Şekil 4.15),
- Hasta bunu kendi yapmamışsa tahlili ekrandan isteyecek olan tıbbi sekretere rica ederek sisteme yazdırabilmektedir.

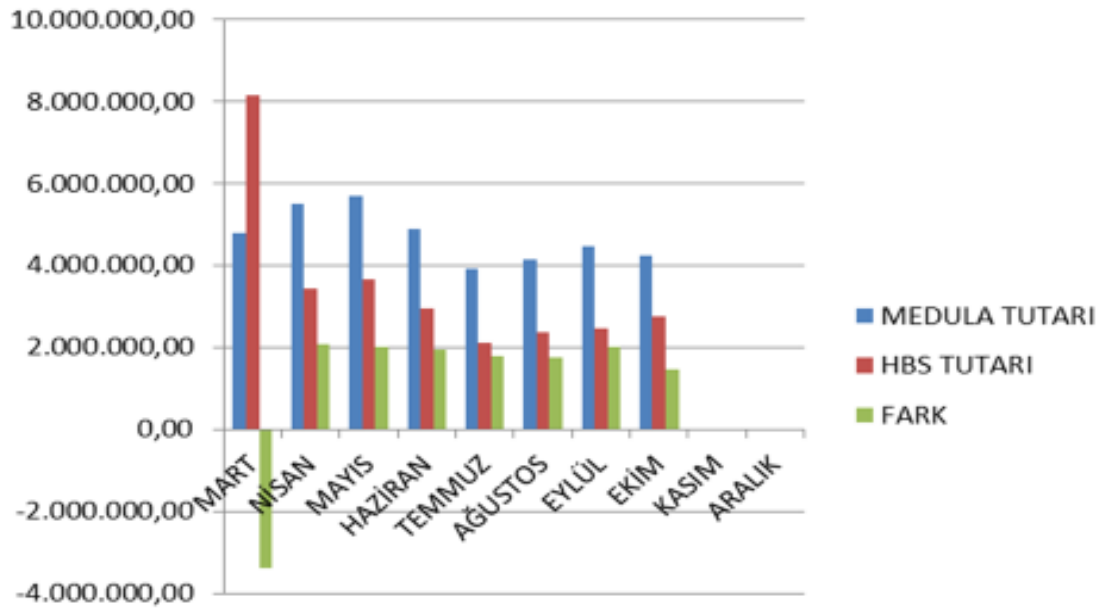
KLİNİK KİMYA		HEMATOLOJİ	
ÖRNEK TİPİ	KAN <input type="checkbox"/> MAYI <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hemogram	<input type="checkbox"/> Sedimentasyon hızı (ESR)
<input type="checkbox"/> Glukoz	<input type="checkbox"/> Kolesterol	KOAGÜLASYON	
<input type="checkbox"/> HbA1c	<input type="checkbox"/> Trigliserit	<input type="checkbox"/> Protrombin Zamani, INR	<input type="checkbox"/> Aktive PTT (aPTT)
<input type="checkbox"/> Fruktozamin	<input type="checkbox"/> HDL- Kolesterol	<input type="checkbox"/> Fibrinojen	<input type="checkbox"/> Protein C
<input type="checkbox"/> BUN	<input type="checkbox"/> LDL- Kolesterol	<input type="checkbox"/> Protein S	<input type="checkbox"/> AT III
<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> VLDL- Kolesterol	<input type="checkbox"/> Faktör VIII	<input type="checkbox"/> Faktör IX
<input type="checkbox"/> Ürik Asit	<input type="checkbox"/> T.Protein	<input type="checkbox"/> D-Dimer	<input type="checkbox"/> Invitro Kanama Zamani (PFA - 100)
<input type="checkbox"/> Elektrolitler	<input type="checkbox"/> Albümin	<input type="checkbox"/> Kollajen Epinefrin	<input type="checkbox"/> Kollajen ADP
<input type="checkbox"/> Kalsiyum	<input type="checkbox"/> Protein	BOS	
<input type="checkbox"/> Fosfor	<input type="checkbox"/> Elektroforezi	<input type="checkbox"/> T Protein	<input type="checkbox"/> Elektrolitler
<input type="checkbox"/> Magnezyum	<input type="checkbox"/> Demir -TDBK	<input type="checkbox"/> Albümin	
<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> Ferritin	<input type="checkbox"/> LDH	
<input type="checkbox"/> AST (SGOT)	<input type="checkbox"/> Vit B ₁₂		
<input type="checkbox"/> ALT (SGPT)	<input type="checkbox"/> Folat		
<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Troponin T		
<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Pro BNP		
<input type="checkbox"/> CK	<input type="checkbox"/> hs-CRP		
<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> Amonyak		
<input type="checkbox"/> Amilaz	<input type="checkbox"/> *İmmunfiksasyon		
<input type="checkbox"/> Lipaz	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Bilirubinler	<input type="checkbox"/>		
HORMON	TÜMÖR BELİRTEÇLERİ	Spot İdrar	24 Saatlik İdrar
<input type="checkbox"/> T ₃	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> T-protein	<input type="checkbox"/> T.protein
<input type="checkbox"/> T ₄	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin
<input type="checkbox"/> FT ₃	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> BUN	<input type="checkbox"/> BUN
<input type="checkbox"/> FT ₄	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> Kreatinin
<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> CA 15-3	<input type="checkbox"/> Mikroalbumin/Krea.	<input type="checkbox"/> Sodyum
<input type="checkbox"/> Anti TPO	<input type="checkbox"/> CA 72-4	<input type="checkbox"/> Sodyum	<input type="checkbox"/> Potasyum
<input type="checkbox"/> Anti TG	<input type="checkbox"/> NSE	<input type="checkbox"/> Potasyum	<input type="checkbox"/> Klorür
<input type="checkbox"/> TG	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> Klorür	<input type="checkbox"/> Kalsiyum
<input type="checkbox"/> PTH	<input type="checkbox"/> Serbest PSA	<input type="checkbox"/> Kalsiyum	<input type="checkbox"/> Fosfor
<input type="checkbox"/> LH		<input type="checkbox"/> Fosfor	<input type="checkbox"/> Amilaz
<input type="checkbox"/> FSH		<input type="checkbox"/> Amilaz	<input type="checkbox"/> Tam İdrar
<input type="checkbox"/> Östradiol	İLAC DÜZEYLERİ	<input type="checkbox"/> Tam İdrar	<input type="checkbox"/> *İmmunfiksasyon
<input type="checkbox"/> Progesteron	<input type="checkbox"/> Digoksin		
<input type="checkbox"/> Prolaktin	<input type="checkbox"/> Lityum		
<input type="checkbox"/> Makroprolaktin			
<input type="checkbox"/> Testosteron			
<input type="checkbox"/> SHBG			
<input type="checkbox"/> β-hCG			
<input type="checkbox"/> DHEA-S			
	<i>Sarı Kapaklı Tüp</i> : Biyokimya, Hormon, Tümör Belirteçleri		
	<i>Siyah Kapaklı Tüp</i> : Sedimentasyon Hızı		
	<i>Mor Kapaklı Tüp</i> : Hemogram		
	<i>Yeşil Kapaklı Tüp</i> : HbA1c		
	<i>Mavi Kapaklı Tüp</i> : Koagülasyon, PFA 100 (Aynı hasta için PFA 100 ve		

Şekil 4.14: Dr tarafından rastgele işaretlenmiş tahliller

KLİNİK KİMYA		HEMATOLOJİ	
ÖRNEK TİPİ	KAN <input checked="" type="checkbox"/> MAYI <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Hemogram	<input checked="" type="checkbox"/> Sedimentasyon hızı (ESR)
<input checked="" type="checkbox"/> Glukoz	<input checked="" type="checkbox"/> Kolesterol	KOAGÜLASYON	
<input checked="" type="checkbox"/> HbA1c	<input checked="" type="checkbox"/> Trigliserit	<input type="checkbox"/> Protrombin Zamani, INR	<input type="checkbox"/> Aktive PTT (aPTT)
<input checked="" type="checkbox"/> Fruktozamin	<input checked="" type="checkbox"/> HDL- Kolesterol	<input type="checkbox"/> Fibrinojen	<input type="checkbox"/> Protein C
<input checked="" type="checkbox"/> BUN	<input checked="" type="checkbox"/> LDL- Kolesterol	<input type="checkbox"/> Protein S	<input type="checkbox"/> AT III
<input checked="" type="checkbox"/> Kreatinin	<input checked="" type="checkbox"/> VLDL- Kolesterol	<input type="checkbox"/> Faktör VIII	<input type="checkbox"/> Faktör IX
<input checked="" type="checkbox"/> Ürik Asit	<input checked="" type="checkbox"/> T.Protein	<input type="checkbox"/> D-Dimer	<input type="checkbox"/> Invitro Kanama Zamani (PFA - 100)
<input checked="" type="checkbox"/> Elektrolitler	<input checked="" type="checkbox"/> Albümin	<input type="checkbox"/> Kollajen Epinefrin	<input type="checkbox"/> Kollajen ADP
<input checked="" type="checkbox"/> Kalsiyum	<input checked="" type="checkbox"/> Protein	BOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Fosfor	<input checked="" type="checkbox"/> Elektroforezi	<input type="checkbox"/> T Protein	<input type="checkbox"/> Elektrolitler
<input checked="" type="checkbox"/> Magnezyum	<input checked="" type="checkbox"/> Demir -TDBK	<input type="checkbox"/> Albümin	
<input checked="" type="checkbox"/> ALP	<input checked="" type="checkbox"/> Ferritin	<input type="checkbox"/> LDH	
<input checked="" type="checkbox"/> AST (SGOT)	<input checked="" type="checkbox"/> Vit B ₁₂		
<input checked="" type="checkbox"/> ALT (SGPT)	<input checked="" type="checkbox"/> Folat		
<input checked="" type="checkbox"/> LDH	<input checked="" type="checkbox"/> Troponin T		
<input checked="" type="checkbox"/> GGT	<input checked="" type="checkbox"/> Pro BNP		
<input checked="" type="checkbox"/> CK	<input checked="" type="checkbox"/> hs-CRP		
<input checked="" type="checkbox"/> CK-MB	<input checked="" type="checkbox"/> Amonyak		
<input checked="" type="checkbox"/> Amilaz	<input checked="" type="checkbox"/> *İmmunfiksasyon		
<input checked="" type="checkbox"/> Lipaz	<input checked="" type="checkbox"/>		
<input checked="" type="checkbox"/> Bilirubinler	<input checked="" type="checkbox"/>		
HORMON	TÜMÖR BELİRTEÇLERİ	Spot İdrar	24 Saatlik İdrar
<input checked="" type="checkbox"/> T ₃	<input checked="" type="checkbox"/> AFP	<input checked="" type="checkbox"/> T-protein	<input checked="" type="checkbox"/> T.protein
<input checked="" type="checkbox"/> T ₄	<input checked="" type="checkbox"/> CEA	<input checked="" type="checkbox"/> Mikroalbumin	<input checked="" type="checkbox"/> Mikroalbumin
<input checked="" type="checkbox"/> FT ₃	<input checked="" type="checkbox"/> CA 125	<input checked="" type="checkbox"/> BUN	<input checked="" type="checkbox"/> BUN
<input checked="" type="checkbox"/> FT ₄	<input checked="" type="checkbox"/> CA 19-9	<input checked="" type="checkbox"/> Kreatinin	<input checked="" type="checkbox"/> Kreatinin
<input checked="" type="checkbox"/> TSH	<input checked="" type="checkbox"/> CA 15-3	<input checked="" type="checkbox"/> Mikroalbumin/Krea.	<input checked="" type="checkbox"/> Sodyum
<input checked="" type="checkbox"/> Anti TPO	<input checked="" type="checkbox"/> CA 72-4	<input checked="" type="checkbox"/> Sodyum	<input checked="" type="checkbox"/> Potasyum
<input checked="" type="checkbox"/> Anti TG	<input checked="" type="checkbox"/> NSE	<input checked="" type="checkbox"/> Potasyum	<input checked="" type="checkbox"/> Klorür
<input checked="" type="checkbox"/> TG	<input checked="" type="checkbox"/> PSA	<input checked="" type="checkbox"/> Klorür	<input checked="" type="checkbox"/> Kalsiyum
<input checked="" type="checkbox"/> PTH	<input checked="" type="checkbox"/> Serbest PSA	<input checked="" type="checkbox"/> Kalsiyum	<input checked="" type="checkbox"/> Fosfor
<input checked="" type="checkbox"/> LH		<input checked="" type="checkbox"/> Fosfor	<input checked="" type="checkbox"/> Amilaz
<input checked="" type="checkbox"/> FSH		<input checked="" type="checkbox"/> Amilaz	<input checked="" type="checkbox"/> Tam İdrar
<input checked="" type="checkbox"/> Östradiol	İLAC DÜZEYLERİ	<input checked="" type="checkbox"/> Tam İdrar	<input checked="" type="checkbox"/> *İmmunfiksasyon
<input checked="" type="checkbox"/> Progesteron	<input checked="" type="checkbox"/> Digoksin		
<input checked="" type="checkbox"/> Prolaktin	<input checked="" type="checkbox"/> Lityum		
<input checked="" type="checkbox"/> Makroprolaktin			
<input checked="" type="checkbox"/> Testosteron			
<input checked="" type="checkbox"/> SHBG			
<input checked="" type="checkbox"/> β-hCG			
	<i>Sarı Kapaklı Tüp</i> : Biyokimya, Hormon, Tümör Belirteçleri		
	<i>Siyah Kapaklı Tüp</i> : Sedimentasyon Hızı		
	<i>Mor Kapaklı Tüp</i> : Hemogram		
	<i>Yeşil Kapaklı Tüp</i> : HbA1c		
	<i>Mavi Kapaklı Tüp</i> : Koagülasyon, PFA 100 (Aynı hasta için PFA 100 ve		

Şekil 4.15: Yapılan incelemede bu tahlillerin bazılarını hastanın kendisinin işaretlediği anlaşılmıştır.

Yapılan uyarılara rağmen birçok yerde gereksiz yere veya kısa sürede değişmesi imkânsız olduğu bilindiği veya bilinmesi gerektiği halde aynı tahlil tekrar tekrar tahliller istenebilmekteydi. Ör: Total kolesterol veya LDL kolesterolün 1 hafta-10 gün içinde değişmesi ihtimali çok çok düşük olduğu halde kısa aralıklarla tekrar tekrar istenebilmekteydi. Sistemde yaptığımız bir incelemede SGK'dan İç Hastalıkları poliklinik hastaları için hizmet başına (endikasyonla ödenenler hariç) 55 TL (2012 için geçerli fiyat) ödeme alırken istenen tahlillerin ortalama tutarının yaklaşık 110 TL olduğu görülmekteydi. Yine aynı çalışmada bazı hastalardan 180-200 TL, bazen çok daha fazla tutan tahlillerin istendiği tespit edilmiştir. Bu zararın tespiti için bir çalışmanın yapıldığı 2012 yılı Mart ayında poliklinik HBS tutarımız (giderler) 8.000.000 TL iken poliklinik MEDULA tutarımız (gelirler) 4.700.000 TL olmuş ve yaklaşık 3.300.000 TL zarar edilmiştir (Şekil 4.16).



Şekil 4.16: Akılcı laboratuvar uygulaması öncesi ve sonrası poliklinik laboratuvar isteklerinin HBS tutarı, SGK tarafından ödenen tutar ve farklar.

Bunun üzerine Sağlık bakanlığının kendi hastanelerindeki uygulamadan (Şekil 4.17) esinlenilerek sadece her teşhis için gerekli olduğu uluslararası kabul görmüş tahlillerin istenmesi sağlanmış, böylece doktor tarafından istenecek gereksiz tetkik

ve tahliller en aza indirilmiştir. Sistemde kısıtlama yoktur, uyarı vardır. Hastanın mağdur olmaması için veya ayrıntılı tahlilin şart olduğu durumlarda online bir talep yapıldığında hemen izin verilmekte ve istenildiği kadar tahlil yapılmasına olanak verilmektedir. Daha sonra ilgili Anabilim Dalına bir yazı yazılarak o hasta için yapılan tetkiklerin bilimsel olarak anlamlı olup olmadığı sorulmakta, Anabilim Dalı ilgili hekimin de cevabını alarak bir cevap yazısı yazmaktadır. Hata yapılmışsa ilgili kişiye ceza verilmemekte, sadece bu yazışmalar nedeniyle rahatsızlık duyup aynı hatayı tekrarlamasının önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Bu uygulamanın hemen sonrasında yani Nisan ayından itibaren poliklinik HBS tutarımız %40 oranında azalmış, MEDULA tutarımız %14 artmış, hastanemiz ilk ay 2.000.000 TL kâr elde etmiş, daha sonraki dönemde de aynı şekilde kar etmeye devam edilmiştir. (Şekil 4.16).

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
Hastanesi Baştabipliği

Sayı : B104 İSM434.35.01 /2257
Konu :

İstanbul
23/09/2006

- 6- Mümkün olduğunca tetkik isteklerinin hastalarımızı ve hastane giderlerini gözeterek ve titizlikle seçilerek istenmesi
Tüm hekimlerimizin konuya gereken hassasiyeti, hastaları ikna ederek göstermeleri ve ayakta paket uygulamalarının döner sermayemizde yaratacağı olumsuz etkileri asgariye indirmede idareye yardımcı olmaları hususu önemle rica olunur.

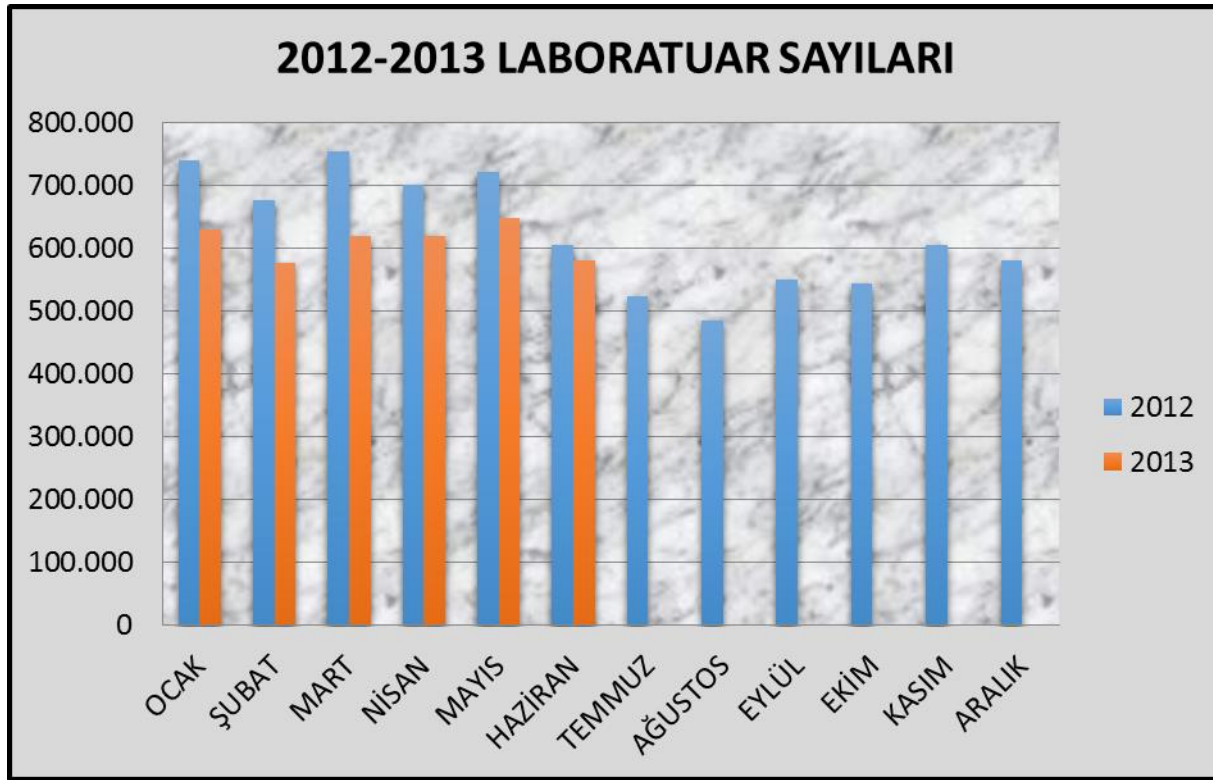
Baştabip



Şekil 4.17: Bir devlet hastanesinde tetkik isteme sırasında özen gösterilmesine dair yazı

Bu uygulama sayesinde hastanemizde polikliniklerden istenen gereksiz tetkiklerin önüne geçilmiş, hastanemiz bu gereksiz tetkikler yüzünden fazladan maliyete katlanmaktan kurtulmuştur.

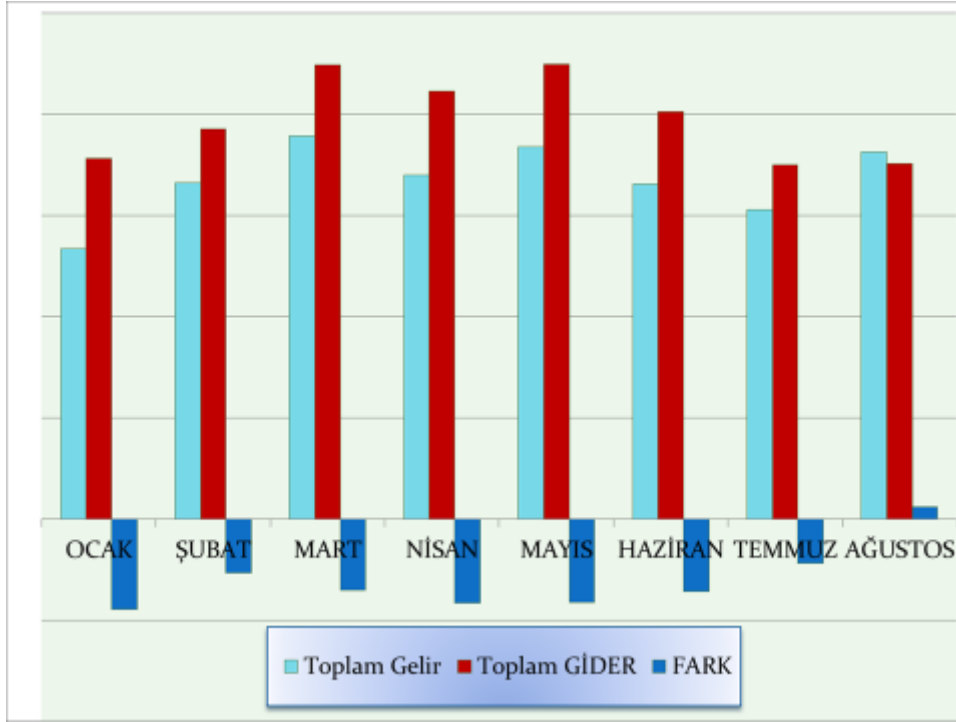
Geriye dönük incelemelerimizde ortaya çıkan ilginç bir durum *ilk seferde istenmeyen tahlillerin hastanın daha sonraki gelişinde de istenmemesidir* çünkü istenseydi bir ay içinde yapılan toplam tahlil sayısının hemen hemen aynı kalması gerekirdi. Oysa toplam tahlil sayısı azalmıştır (Şekil 4.18). Bu durum bize uygulamadan önce aslında birçok tahlilin gerekmediği halde istenmekte olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.18: Akılcı laboratuvar uygulaması öncesi ve sonrası aynı dönemlerde yapılan tahlil sayısı

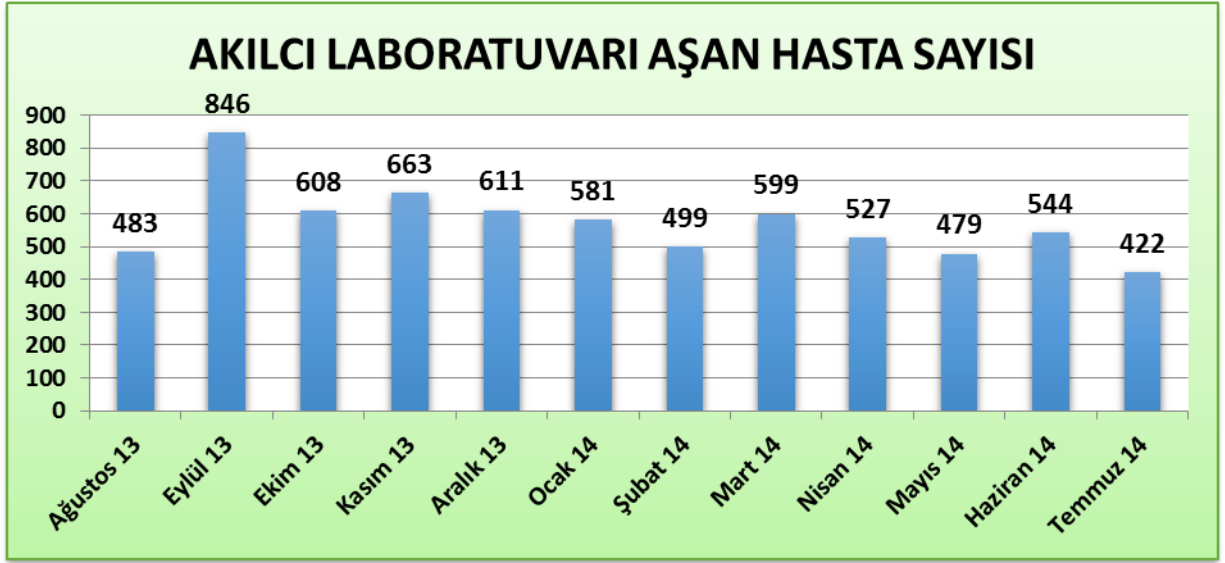
Akılcı laboratuvar uygulamasının başlamasıyla ve polikliniklerden istenen gereksiz tahlillerin azalmasıyla hastanemiz “kazandığından fazlasını harcamamaya”

başlamış, yüksek maliyetlere katlanma zorunluluğu ortadan kalkmıştır. Bütçeye yansıma da toplam giderlerin azalması şeklinde olmuştur. Neticede 2012 Ağustos ayında, yapılan faturadaki artışın da katkısıyla, İTF bilançosu nihayet artıya geçmiştir (Şekil 4.19).

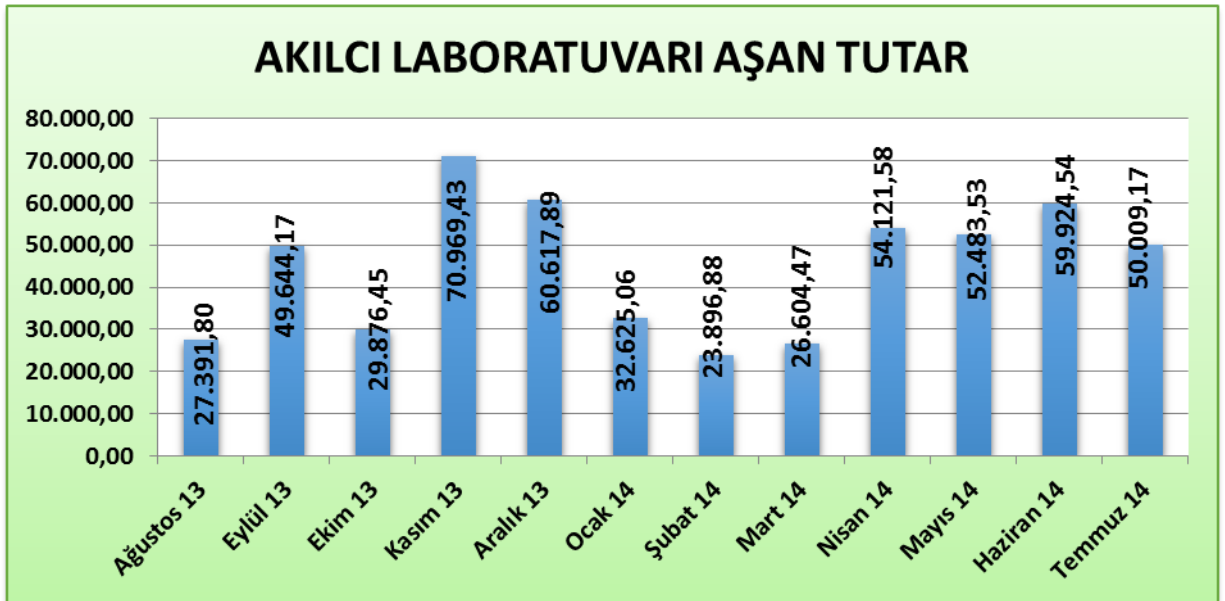


Şekil 4.19: Akılcı laboratuvar uygulaması sonrası toplam gelir/gider ve fark.

Uygulama başarılı olmakla birlikte uyarı olup kısıtlama olmadığı için hala bazı hastalardan fazla tahlil istenmeye devam etmektedir (Şekil 4.20 ve şekil 4.21). Bunun nedeni de hastanemizin bir üniversite hastanesi olması, dışarıda tanısı konulamadığı için başvuran ve bu nedenle ayrıntılı inceleme yapılması gereken hastaların fazla sayıda olmasıdır. Bu durumda yapılması gereken ön tanıların yazılarak SGK'nın tahlillerin niçin istendiğini anlamasının sağlanmasıdır. SGK'ya düşen ise üniversitelerin özel durumunu kabul edip onlar için daha yüksek paket fiyatları belirlemesidir.



Şekil 4.20: Akılcı laboratuvar uygulamasının gerektirdiğinden fazla tahlil istenen hasta sayısı



Şekil 4.21: Akılcı laboratuvar uygulamasının gerektirdiğinden fazla istenen tahlillerin tutarı

Endikasyon bilgisi

Doktor sekreterin hata yapmaması için bu istekleri yaparken mutlaka tanıyı ve endikasyonu belirtmelidir. Aksi takdirde sekreter ilgisiz tanı ve endikasyonları yazarak

veya hiç endikasyon yazmadan tetkikleri işleyecektir. Endikasyonu olmayan veya tanısı uygun olmayan tetkik/işlemin SGK tarafından ödenmesi mümkün değildir.

Aşağıdaki örnekte görülen hasta KBB polikliniğinde muayene olup *J33.9 NAZAL POLİP, TANIMLANMAMIŞ* tanısı konulmuş, Radyolojiden *BT, paranasal sinüs* işlemi istenmiş fakat endikasyon bilgisi yazılmamıştır. Bu tetkik ödenmemiştir. Bunun dışında “internüm öyle istiyor” veya “rrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrrr” benzeri endikasyonların girildiği de tespit edilmiş, bu ve benzeri çok sayıda işlem de ödenmemiştir (Şekil 4.22).

HASTA İŞİV DETAY										
GENEL BİLGİLERİ					GENEL MALİ BİLGİLERİ					
Hst. Protokolü	Geliş 89		TelNo		TETK.+TED.	76.00	MASRAFA	76.00	SGK Takip No	
Adı Soyadı					REF. TOP.	0.00	Kurum Pay	76.00		
Doğum Tarihi	20-10-1951	SGK EMEKLİ SANDIĞI			İşlenmemiş	0.00	Ücretli Pay	0.00	İADE	0.00
Kurum Kodu	055	00E	000	0001	Yatak	0.00	ÖDEME	0.00		
Sicil No	515631780				PRİM TOP.	0.00	BORÇ/ALAC.	0.00	NET BORÇ	0.00
Kurum Adı	GENEL MÜCÜRLÜK SAĞLIK HİZMETLERİ DAİRE BAŞ				İLAÇ TOP.	0.00	MALZ. TOP.	0.00	İLAÇ-MALZ. TOP.	0.00
Takipler										
TETKİK BİLGİLERİ		İSTENEN TETKİKLER			KLİNİK - POLİKLİNİK BİLGİLERİ			İLAÇ BİLGİLERİ		
Tarih	T.Kodu	Tetkik-Tedavi Adı	Isteyen Birim	Isteyen Dr.	Adet	Isteyen Birim	Endikasyon	Kullanıcı		
19.07.2013 12:20	34838	B LGİSAYARLI P2	KBB POLİKLİNİK	2008002	1	301701 RADYODIAGNO				

Şekil 4.22: Endikasyon yazılmadan tetkik istenmiş hasta. Sistemin denetiminden kurtulmak için endikasyon yazılması gereken bölüme yazılmıştır.

Günübirlik İşlemler

SUT 2.1.2.B maddesinde Günübirlik Tedavi kapsamındaki işlemler; “Sağlık kurumlarında yatış ve taburcu işlemi yapılmadan 24 saatlik zaman dilimi içinde yapılan aşağıda belirtilen işlemlerdir.” şeklinde tanımlanmış olup bir liste halinde verilmiştir. Günübirlik kapsamına lokal, genel anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen Ek-2b veya Ek-2c işlemleri girer.

Günübirlik Tedavi kapsamındaki işlemler listesi

- a) Kemoterapi tedavisi,
 b) Radyoterapi tedavisi,
 c) Genel anestezi, bölgesel/lokal anestezi, intravenöz veya inhalasyon ile sedasyon gerçekleştirilen tanısal veya cerrahi tüm işlemler,
 ç) Hemodiyaliz tedavileri,
 d) Kan, kan bileşenleri, kan ürünleri ve SUT eki “Sadece Yatan Hastalarda Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi” nde (EK-4/G) yer alan ilaçların intravenöz infüzyonu,
 e) Sağlık Bakanlığınca yayımlanan “Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik” eki “Tıp Merkezlerinde Gerçekleştirilebilecek Cerrahi Müdahaleler Listesi” nde yer alan işlemler,
 f) Genel anestezi ve sedasyon ile gerçekleştirilen dişhekimliği uygulamaları.

Bu işlemler için Günübirlik takip alınıp rapor yazılmalıdır. Yaptığımız çalışmada hastalara Günübirlik işlem yapıldığı fakat raporlarının yazılmadığı tespit edilmiştir. Bu işlemler fatura aşamasında fark edilse bile geriye dönük rapor yazılmadığı için faturalandırılmamakta ve kurum zarara uğramaktadır. Aşağıdaki tabloda buna ait örnekler verilmiştir. Bu konuda çok sayıda seminer verildiği halde Temmuz 2014 itibarıyla hala aynı hataların yapılmaya devam edildiği görülmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Günübirlik işlem yapıldığı halde rapor yazılmamış hastalar listesi.

Takip No	Tarih	Birim	Birim Adı	Takip Alan Kullanici
1H8BA8I	25.07.2014	301370	NÖROLOJİ ANABİLİMDALI GÜNÜBİRLİK HİZMETLER	VKG246
1H6W01K	23.07.2014	300880	İÇ HAST.ACİL DAHİLİYE GÜNÜBİRLİK HİZ	AC87
1H7S00S	24.07.2014	300880	İÇ HAST.ACİL DAHİLİYE GÜNÜBİRLİK HİZ	AC87
1H7VT5I	24.07.2014	300880	İÇ HAST.ACİL DAHİLİYE GÜNÜBİRLİK HİZ	AC87
1H842I6	24.07.2014	3002020	ÇOCUK SAĞ.MÜŞAHEDE GÜNÜBİRLİK SER	AC109
1H83P76	24.07.2014	3002020	ÇOCUK SAĞ.MÜŞAHEDE GÜNÜBİRLİK SER	AC109
1H6XLS3	23.07.2014	300213	ÇOC.SAĞ.HEMODİALİZ ÜNİTESİ	HK460
1H8CHWS	25.07.2014	201179	ÜROLOJİ ÇOCUK ÜROLOJİSİ GÜNÜBİRLİK HİZ.	VKG281
1H77WAV	23.07.2014	300262	ÇOC.SAĞ.HEMATO.ONK.AYAK TRANSF.AFER.ÜNİ.G.H	STR37
1H77WYB	23.07.2014	300262	ÇOC.SAĞ.HEMATO.ONK.AYAK TRANSF.AFER.ÜNİ.G.H	STR37
1H7PGMT	24.07.2014	300262	ÇOC.SAĞ.HEMATO.ONK.AYAK TRANSF.AFER.ÜNİ.G.H	STR37
1H7L1LF	24.07.2014	300262	ÇOC.SAĞ.HEMATO.ONK.AYAK	STR37

			TRANSF.AFER.ÜNİ.G.H	
1H77XEQ	23.07.2014	300262	ÇOC.SAĞ.HEMATO.ONK.AYAK TRANSF.AFER.ÜNİ.G.H	STR37
1H77VWH	23.07.2014	300262	ÇOC.SAĞ.HEMATO.ONK.AYAK TRANSF.AFER.ÜNİ.G.H	STR37
1H7P5DU	24.07.2014	300262	ÇOC.SAĞ.HEMATO.ONK.AYAK TRANSF.AFER.ÜNİ.G.H	STR37
1H86QZI	24.07.2014	200871	KBB GÜNÜBİRLİK HİZMETLER	VKG303
1H83MED	24.07.2014	200871	KBB GÜNÜBİRLİK HİZMETLER	VKG303
1H87AMN	24.07.2014	200871	KBB GÜNÜBİRLİK HİZMETLER	VKG303

Patoloji gerektiren işlemler

Günübirlik işlemlerde veya yatan hastalarda patoloji gerektiren bir işlem yapıldığı zaman yapılan işlemde alınan parçanın patolojiye gönderilmesi gerekir. Bazı girişimlerde ise patolojik tetkik yapılması zorunludur. Patolojiye gönderilmeyen işlemin SGK tarafında ödemesi yapılamaz. Günübirlik işlemlerde, günübirlik işlem raporunun ayrıntılı ve yapılan işleme uygun olarak yazılmalıdır. Patoloji gerektiren işlemler için başhekimlik kanalı ile genelge yayınlatarak tüm anabilim dallarına bilgi verilmiştir. Sistem üzerinden de bu kodların girilmesi halinde yapılan işlem patoloji gerektiren bir işlemdir uyarı mesajı konulmuştur. Patoloji işlem kodu hastanın arşivine yansımaktadır. Sisteme uyarı mesajı konulmasına rağmen benzer hatalar devam etmektedir (Şekil 4.23).

v6.93 HASTA HİZMET KAYIT

Hastane Protokolü: ... Geliş: 20 ARŞİV Faturalanmış Takipler Ön Fat. Takipler Özel Fatura Bas Tetk. (Kay./Gön.) 1/0 Diğer Hiz (Kay./Gön.) 0/0 İlaç-Malz. 0/0
 H. Türü SGK SB D. Tarihi 01-07-1942 Ame. (Kay./Gön.) 1/0 Yatak (Kay./Gön.) 5/0 Diğer 0/0

Adı Soyadı: ...

F Sec Protokol Tekrar Prov. Tarihi Birim Birim Adı Branş Kodu Bağıl Takip No Başvuru No Sonuç Kodu A/K Tedavi Türü Takip Tipi Takip Tutar HBS Tutar
 18 13-03-2014 200801 KBB POLIKLINIK 2800 B_15FVPGG 1DXHWP 0000 K Awakta Tedavi Normal 15,50 ?
 18 13-03-2014 301722 RADYOLOJİ GÜNÜBİRLİK 3372 1DXHWP8 B_15FVPGG 1DXL1EK 0000 K Günübirlik Ted. Normal 69,25 ?
 19 26-03-2014 200401 GÖĞÜS CER. POLK. 2200 B_15Q9R03 1E9Y420 0000 K Awakta Tedavi Normal 76,00 ?

Provizyon Tipi Normal Değiştir İstisnai Hal Tedavi Tipi Normal Soru Değiştir Hizmetleri Sil Hizmetleri Oku

Tedavi Turu Günübirlik Değiştir Takip Tipi Normal Değiştir Taburcu Kodu Diğer Geçişler

Tetkik Kodu Ara Doktor Listesi Doktor No / Adı / Tescil No Triaj Bilgisi

Fatura Kayıt	Tetkik , Tahil ve Radyoloji	Kan Ünite ve Bileşen	Ameliyat ve Girişim Bilgileri	Yatışlar	İlaç Bilgileri	Malzeme Bilgileri									
X EK-9 EK-8 Ek-9	Ek-8	İşlem Tarihi	Sut Kodu	Tetkik Adı	Adet	Gönd. Adet	Sağ & Sol	Kesi	Euro Score	HBS. Tutar	Med. Tutar	Sonuç Kodu	Grup	Özel Durum	Sil
		59.05	13.03.2014	902930	Görüntüleme esliğinde boyası	1	1			59.05			GIB		

Kullanıcı tarafından gönderilmemesi sağlanan işlemleri gösterir. Toplam Tutar: 59.05

Hata Kodu: Hata Mesajı: Uyan Msj PATOLOJİ RAPORU OLMADAN FATURA EDİLEMEZ

Dr. Tescil No: Doktor Adı: Anestezist Dr.

Açıklama:

Özel Durum: Çoklu Özel Durum Seç

Gündüz Yatak Ücreti İşle Ameliyat Bilgisi Gönder Seçili İşlemleri Meduladan Sil Hatalı Hizmetleri Güncelle

Yatış Tarihi: Medulaya Hasta Çıkış Bilgileri Gönderimi Durumu Meduladaki Çıkış Bilgisini Sorgula Çıkışı Meduladan Sil Yeni Çıkış Tarihi

Çıkış Tarihi: Sonuç Kodu: Çıkışı Medulaya Gönder

Şekil 4.23: Patoloji gerektiren işlem yapılmış fakat patolojik inceleme için gönderilmemiştir.

v6.93 HASTA HİZMET KAYIT

Hastane Protokolü: ... Geliş: 20 ARŞİV Faturalanmış Takipler Ön Fat. Takipler Özel Fatura Bas Tetk. (Kay./Gön.) 1/0 Diğer Hiz (Kay./Gön.) 0/0 İlaç-Malz. 0/0
 H. Türü SGK SB D. Tarihi 01-07-1942 Ame. (Kay./Gön.) 1/0 Yatak (Kay./Gön.) 5/0 Diğer 0/0

Adı Soyadı: ...

F Sec Protokol Tekrar Prov. Tarihi Birim Birim Adı Branş Kodu Bağıl Takip No Başvuru No Sonuç Kodu A/K Tedavi Türü Takip Tipi Takip Tutar HBS Tutar
 18 13-03-2014 200801 KBB POLIKLINIK 2800 B_15FVPGG 1DXHWP 0000 K Awakta Tedavi Normal 15,50 ?
 18 13-03-2014 301722 RADYOLOJİ GÜNÜBİRLİK 3372 1DXHWP8 B_15FVPGG 1DXL1EK 0000 K Günübirlik Ted. Normal 69,25 ?
 19 26-03-2014 200401 GÖĞÜS CER. POLK. 2200 B_15Q9R03 1E9Y420 0000 K Awakta Tedavi Normal 76,00 ?

Provizyon Tipi Normal Değiştir İstisnai Hal Tedavi Tipi Normal Soru Değiştir Hizmetleri Sil Hizmetleri Oku

Tedavi Turu Günübirlik Değiştir Takip Tipi Normal Değiştir Taburcu Kodu Diğer Geçişler

Tetkik Kodu Ara Doktor Listesi Doktor No / Adı / Tescil No Triaj Bilgisi

Fatura Kayıt	Tetkik , Tahil ve Radyoloji	Kan Ünite ve Bileşen	Ameliyat ve Girişim Bilgileri	Yatışlar	İlaç Bilgileri	Malzeme Bilgileri											
X Paket	İşlem Tarihi	Tetkik Kodu	Sut Kodu	Tetkik Adı	Tescil	Doktor Adı	Birim Adı	Sağ & Sol	Kesi	Adet	Adet	Sonuç	HBS. Tutar	Med. Tutar	Grup	Özel Durum	Sil
	13.03.2014 13:	82393	530580	Yara pansumani	10585:		RADYOLOJİ GÜNÜ			1	1		4,20		TET		

Özel Durum: Çoklu Özel Durum Seç Top. Tutar: 4,20

Hata Kodu: Hata Mesajı: Uyan Msj Hatalı Hizmetleri Güncelle

TANILAR: E04 TOKSİK OLMAYAN GUATR, DIG (Tanı Tarihi) Eysel Kırmızı ile renklendirilmiş tanılar başka bir takip ile medulaya gönderilmştir.

Özel Durum: İlaç Muaf Rapor Oku

Tanı Kodu Tanı Adı Tanı Tipi Birincil Tanı? Sonuç Sil İlaç Muaf Rapor Oku

İşlemleri ve Tanı Bilgisini Gönder Seçili İşlemleri Meduladan Sil

Açıklamalar: Beraber laboratuvarlamayacak işlemler, Max. kullanım sınırı aşan işlemler, Max. kullanım sınırı aşp. miktar azaltırlar, Kullanıcı tarafından gönderilmemesi sağlanan işlemler, Sevki süresini aşan işlemleri gösterir, Başka bir takip altında gönderilmiş işlemleri gösterir, Kalem parçadan muaf olan tanılar, Hizmet alımı yönünde ile yapılmış işlemleri gösterir.

Şekil 4.24: Radyolojik tetkik kaydı yanlış yapılmış hasta.

Aynı durum radyolojik işlemler için de geçerlidir (Şekil 4.23).

Yatan hasta

Poliklinikte muayenesi yapılan ve ameliyat kararı verilen hastaya aciliyet durumuna göre randevu verilir. Hasta ameliyat gününden önce anestezi muayenesini yaptırır ve sonuçları ile birlikte ameliyat gününden bir gün önce yatışını yaptırır. Ameliyat olan hastaya yapılan hizmet ve kullanılan malzemeler en kısa sürede doktor veya hemşire gözetiminde tıbbi sekreter tarafından doğru bir şekilde düşülmelidir. Operasyondan birkaç gün sonra malzeme düşüldüğü takdirde hangi malzemelerin kullanıldığı hatırlanamayacağı için hata yapılması kaçınılmaz olacaktır. Hata yapılmaması için en hızlı ve doğru yöntem tıbbi sekreterin malzemeyi manuel olarak değil barkod cihazına okutarak düşmesidir. Malzemenin UBB' sinin o malzemeye ait olması gerekir.

Kullanılmayan hiçbir malzemenin hastaya düşülmemesi, hasta adına istenilen ve kullanılmasından vazgeçilen malzemenin eczaneye iade edilmesi gerekir. İadesi yapılmayan ve hastaya düşülen yanlış malzeme faturası yapıldığı zaman SGK tarafından ödenmeyecektir. Yanlış yapıldığı için SGK tarafından kliniğin o ay yapılan faturalarının kesintilerine %5 ilave edilerek ceza uygulanmaktadır (Şekil 4.25).

v6.93 HASTA HİZMET KAYIT

Hastane Protokolü: ... Geliş: 4 ARŞİV ✓ Faturalanmış Takipler On Fat Takipler Özet Fatura Bas Telk.(Kay./Gön.) 74/66 Diğer Hiz.(Kay./Gön.) 0/0 İlaç Malz. 72/63

Adı Soyadı: ... H.Türü: SGK SB D. Tarihi: 18-05-1947

F. Sec Protokol Tekrar Prov. Tarihi Brim Brim Adı Kodu Başlı Takip No Başvuru No Sonuç Takip No Kodu A/K Tedavi Türü Takip Tipi Takip Tutar HBS Tutar

F. Sec	Protokol	Tekrar	Prov. Tarihi	Brim	Brim Adı	Kodu	Başlı Takip No	Başvuru No	Sonuç	Takip No	Kodu A/K	Tedavi Türü	Takip Tipi	Takip Tutar	HBS Tutar
✓			22-05-2013	200301	GEN.CER.POLIKLINIK	1900		B_ZEHQJ9	16QLKZH	0000	K	Ausakta Tedavi	Normal	15,5	36,30
✓			22-05-2013	301741	RADYOLOJİ GİRİŞİMSEL A	3300	16SCRNZ	B_ZEHQJ9	16SZFYM	0000	K	Yatarak Tedav	Normal	7101,42	7.340,05
✓			22-05-2013	200302	GEN.CER.A.SERVİSİ	1900	16QLKZH	B_ZEHQJ9	16SCRNZ	0000	K	Yatarak Tedav	Normal	1054,91	968,11

Provizyon Tipi: Normal İstisnai Hal: Değiştir Tedavi Tipi: Normal Soru: Değiştir Hizmetleri Sil: Hizmetleri Oku

Tedavi Türü: Yatan Değiştir Takip Tipi: Normal Değiştir Taburcu Kodu: Diğer Geçişler:

Telk. Kodu: Ara Doktor Listesi: Doktor No / Adı / Tescil No: Tnaj Bilgisi:

Telk. , Tahil ve Radyoloji Kan Ünite ve Bileşen Ameliyat ve Girişim Bilgileri Yatışlar İlaç Bilgileri Malzeme Bilgileri Diğer İşlemler

Malzeme Kodu: Ara Özel Durum: Çoklu Özel Durum Seç Ek 5

Tarih	Malzeme Kodu	Malzeme Adı	Eczane Adı	Ubb Kodu	Ubb Adı	Mal Alm Tarihi	Kodu	Adet	Fiyat	Tutar	Med. Tutar	Paket K.P. Dışı	Sonuç	Kdv Oran	Çoklu Özel Durum	Sil
22-05-2013	IU50083070023	GUIDE WIRE 0.035 18	ECZANE RA	4987350716170	RADIOFOCUS GUIDEV		GR1078	1	76,0	76,00	95,34	0000	8			
22-05-2013	IU50045101581	GUIDING SHEATH DE	ECZANE RA	0389701006970	GUIDING SHEATH DE		GR1064	1	450,0	450,00	486,00	0000	8			
22-05-2013	IU50045100100	SFR RENAL ANJIO KA	ECZANE RA	+H73953251029	DC ST 5F 65 RDC-S 25		GR1001	1	35,0	35,00	37,80	0000	8			
22-05-2013	IU50091021170	SF GLIDE COBRA KAT	ECZANE RA	5413206017744	RADIOFOCUS GLIDEC		GR1004	1	170,0	170,00	213,25	0000	8			
22-05-2013	IU50009020034	LUNDERQUIST EXTR	ECZANE RA	0827002492301	LUNDERQUIST EXTR		GR1090	1	195,0	195,00	244,61	0000	8			
22-05-2013	IU50083050090	GUIDEWIRE 0.035 IN	ECZANE RA	4987350716330	RADIOFOCUS GUIDEV		GR1079	1	150,0	150,00	188,16	0000	8			
22-05-2013	IU50079070078	0.018 MONORAIL BAL	ECZANE RA	+H74937917614	MODEL-VASCULAR SH			1	890,0	890,00	1.116,43	0000	8			
22-05-2013	IU50045101266	OTW BALON KATETE	ECZANE RA	+H73944005064	POWERFLEX PRO PE		GR1006	1	225,0	225,00	243,00	0000	8			
22-05-2013	IU50045101579	0.014 SISTEM MONO	ECZANE RA	+H7394245020W	PTA AVIATOR+ RX 14		GR1009	1	301,0	301,00	325,08	0000	8			
22-05-2013	IU50067010010	İNDEFLATÖR MANUE	ECZANE RA	8699343609977	SİM BAR İNDEFLATÖR		KR2010	1	31,7	31,70	39,77	0000	8			
22-05-2013	IU50083070133	MİKRO GUIDEWIRE H	ECZANE RA	0810170012280	TRAXCESS 0148QUO			1	760,0	760,00	953,36	0000	8			
22-05-2013	2066708500837	ASURE ATLAS 10 MM	ECZANE MO	0884524001633	LIGASURE ATLAS DO			1	1.250,0	1.250,00	1.713,21	0000	18			
22-05-2013	IU50042050150	KANULİY NOZU	GEN.CER.RA	8880182230048	LY CANULA WITH IN			1	0,24	0,24	0,23	0000	8			

Seçili takip ile aynı bransa sahip başka bir takip altında medulaya ponderilmiş işlemler gösterir. İşleri üzerine çift tıklayın

Takip süresini aşan malzemeleri gösterir. Mal alm tarihi işlem tarihinden büyük olamaz.

Toplam Tutarlar: 5.091,5 / 6.340,00 Mal. Donor

Hata Mesajı: Hatalı Hizmetleri Güncelle

Malzeme Bilgisi Gönder Seçili İşlemleri Medulana Sil

Şekil 4.25: Sisteme yanlış kaydedilen ve iade edilmeyen malzeme örneği

Çıkış işlemleri yapılan hastanın faturası yapılabilmesi için epikriz örneği fatura görevlisine verilir. Görevli, hastanın epikrizini inceleyerek hastaya düşülen ilaçların, malzemelerin ve tetkiklerin doğruluğunu kontrol ederek faturasını MEDULA versiyon 3'ten yapar. Hastaya yanlış işlem girildiyse, bunu çıkış işlemlerini yapan kişi görmediyse veya aynı şekilde fatura görevlisi de hatayı düzeltmeden faturasını yaparsa, SGK tarafından fark edildiği zaman kesintiye sebep olmaktadır. Daha önce de belirtildiği gibi SGK ile yapılan anlaşma gereği ayaktan hastaların 1/20 si, yatan hastaların ise 1/10 u örneklenebilir. Örneklenen hastada hata bulunmuşsa kasti olarak yanlış beyan yapılmış kabul edilip ayaktan hastalarda 20, yatan hastalarda ise tüm dosyanın 10 katı kadar ceza kesilmektedir.

Yatan hastalara mutlaka doktor tarafından veya doktor gözetiminde tıbbi sekreter tarafından epikriz yazılmalıdır.

SGK epikrizde tanı ve/veya tedavi, radyoloji ve/veya patoloji raporu yoksa yapılan işlemlerle ve kullanılan malzemeler ile uyumsuzluk kesinti yapmaktadır. Yapılan çalışmada bunların tamamına ait çok sayıda hataların yapıldığı ve kesinti olduğu görülmüştür.

Epikriz yazılma hatalarına örnekler

Radyolojik Açıklama Giriş: Epikrizde hekimin işlemi hangi gerekçeyle istediğini belgeleyen açıklama girişinin yapılması gerekmektedir. Gerekçe yoksa SGK kesinti yapmaktadır. BT ve MR rapor sonucu olmadığında, kullanılan kontrast maddelerin rapor sonucunda tam ve doğru belirtilmemesi halinde kesinti yapılmaktadır. Anlaşma gereği kesinti, sadece yapılan BT vb. işlemin veya ameliyat işleminin bedeli kadar değil o hastanın tüm faturasınının 10 katı olmaktadır. Aşağıdaki örnekte hastaya Tek yönlü Akciğer P.A grafisi çekildiği ancak rapor yazılmadığı görülmektedir (Şekil 4.26).

RADYOLOJİK TETKİK BİLGİ VE SONUÇLARI			
Tarih	Tetkik Kodu	Tetkik Adı	Adet
	801720	AKC.GR.P.A. (TEK YÖN) BÜYÜK,	1
RAPOR SONUCU			

Şekil 4.26: Rapor yazılmamış radyolojik tetkik.

Patoloji Açıklaması Giriş: Hekimin işlemi hangi gerekçeden dolayı istediğini belgeleyen açıklama girişinin yapılması gerekmektedir. Ayrıca patoloji raporunun

mutlaka yazılması gereklidir. Aşağıdaki örnekte hastaya ‘‘Adrenal rezeksiyon’’ yapıldığı ancak rapor sonucu yazılmadığı görülmektedir (Şekil 4.27). SGK patoloji raporu olmayan işlemi ödememekle kalmamakta ceza da vermektedir. Yine anlaşma gereği kesinti, sadece yapılan patoloji vb. işlemin veya ameliyat işleminin bedeli kadar değil o hastanın tüm faturasınının 10 katı olmaktadır.

PATOLOJİK TETKİK BİLGİ VE SONUÇLARI BİLGİSİ				
Tarih	Tetkik Kodu	Tetkik Adı	Adet	
	910640	ADRENAL (SÜRRENAL), REZEKSİYON	1	
RAPOR SONUCU				
Biyopsi Yılı / No	2010 - 20452	Tanı : E27.8 - ADRENAL BEZ BOZUKLUKLARI DIĞER, TANIMLANMIŞ		
MAKROSKOPİK BULGULAR:				
28 gr. ağırlığında 7x4x3 cm. ölçülerinde sol sürrenalektomi materyali. Kesitinde 3,8x3,4x2,5 cm. ölçülerinde turuncu renkli, iyi sınırlı, solid lezyon izlendi. 7/v				

Şekil 4.27: Patoloji raporu yazılmamış işlem.

Kullanılan İlaç Ve Tıbbi Malzeme Bilgi Girişi: Hekim kullandığı ilaç ve malzemeyi, kullanma gerekçesini raporda belirtmelidir. Aksi takdirde ödenmeyecektir. Buna ait bir örnek aşağıda verilmiştir (Şekil 4.28).

300988	8699443580068	FLOWART VEN VALFİ 2 LUMENLİ	30.05.2013	8,10	8,10
	IU50001010030				

Kesinti sebebi: Kullanma gerekçesi anlaşılmalıdır

Şekil 4.28: Kullanma gerekçesi epikrizde doğru yazılmadığı için ödenmeyen malzeme.

İlaç ve Malzemeler kesinlikle branş dışı kullanılmamalıdır. SUT kurallarına uygun kullanılmayan veya doğru kullanıldığı halde yanlış kaydedilen malzemeler de ödenmeyecektir. Aşağıda buna ait örnekler verilmiştir (Şekil 4.29).

8680182230048	I.V Cannula With İnjection Port	24.05.2013	0,29	0,29
---------------	---------------------------------	------------	------	------

Kesinti sebebi: SUT 6,3,2,4 a ya göre ödenmez

8680182230024	Üçler Kimyevi Maddeleri	24.05.2013	0,29	0,29
---------------	-------------------------	------------	------	------

Kesinti sebebi: SUT 6,3,2,4 a ya göre ödenmez

Şekil 4.29: SUT kurallarına uygun kullanılmama gerekçesiyle ödenmeyen malzemeler

Aşağıda örnek bir hastaya kullanılmış olan ilaçlar listelenmiştir (Şekil 4.30). Hastaya kullanılmayan ‘‘Clexane’’ yanlışlıkla yazıldığı için iptal edilmeliydi. Hasta çıkışı yapıldığı için ilaç iptali yapılamamaktadır.

KULLANILAN İLAÇ VE TIBBİ MALZEMEYE AİT LİSTE				
Tarih	İlaç Kodu	UBB Kodu	İlaç Adı	Adet
	8699673954165		HUMULIN-R 100 IU 5 KARTUŞ	90
	8699517010750		DOKSURA 2 MG 20 TABLET	2
	8699809950337		CLEXANE 8000 ANTI-XA IU/0,8 ML KULL.HAZIR ENJEKTÖR	1

Şekil 4.30: Kullanılmadığı halde rapora yazılan ilaç

Hasta çıkışının yapılacağı gün ilaç ve malzeme kullanılmış ise mutlaka saat belirtilmelidir. Hastanın çıkarıldığı gün kullanılan ilaç SGK tarafından “Çıkarılmış hastaya yazılmış ilaç” olarak değerlendirilerek ödenmemektedir. Eğer ilacın kullanılma saati ve çıkış saati kayıt edilmişse bu durumda SGK ödeme yapmayı kabul etmektedir.

Kan, kan bileşenleri, kan ürünleri Bilgi Girişi: Hemşirelerin yapmış olduğu işlemlerinde hastaya uygulandığı anda sisteme zamanında ve doğru olarak girilmesi gerekmektedir. Ancak hemşireler yaptıkları işlemleri son günde toptan girerse bunlar SGK tarafından ödenmez (Ör: Kan gazları).

Hekimler de kullandığı Kan, kan bileşenleri, kan ürünlerini raporda belirtmelidir. Kullanılan kan ürünlerinin hastaya çıkış aşamasında mutlaka doğru takip seçilerek düşülmesi gerekmektedir. Aşağıdaki örnekte hastaya kullanılmış olan 2 adet taze donmuş plazmanın takiple eşleştirilmediği için fatura edilmediği görülmektedir (Şekil 4.31). Bu tedavinin bedeli ödenmemiştir.

Birim	Birim Adı	Branş Kodu	Bağlı Takip No	Başvuru No	Sonuç	Takip No	Kodu A/K	Tedavi Türü	Takip Tipi	T
300603	GÖĞÜS HAST.C SERVİSİ	1171	1ANXPZY	B_12PELP2	1ASFEB9	0000	K	Yatarak Tedav	Normal	Bilgis
300844	İÇ HAST.ACIL POLİKLİNİĞİ	4400		B_12U0Q3S	1ATG3N4	0000	K	Avakta Tedavi	Normal	
300845	İÇ HAST.ACIL SERVİSİ	4400	1ATG3N4	B_12U0Q3S	1CGG3IL	0000	K	Yatarak Tedav	Normal	İlgileri
Sut Kodu	Tetkik Adı	Birim Adı	Adet	Dr. Teşcil	Doktor Adı	Ünite No	Bileşen No	Medula Sonuc	HBS.Tutar	
705430	TAZE DONMUS PLAZMA	KAN MERKEZİ LAB	1	34817		T0046130285E	E0701000		44.50	
705430	TAZE DONMUS PLAZMA	KAN MERKEZİ LAB	1	34817		T0046130283E	E0701000		44.50	

Şekil 4.30: Takiple eşleştirilmemiş taze donmuş plazmalar

Birden Fazla Kesi veya İşlem Yapılan Durumlar

SUT'un 2.2.2.B - Tanıya dayalı işlem üzerinden ödeme yöntemi 3. maddesi birden fazla kesi ve birden fazla işlemin yapıldığı durumlarda;

- a) **Aynı seansta aynı kesi** ile birden fazla işlem yapılması halinde; işlem puanı yüksek olan tanıya dayalı işlemin puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi tanıya dayalı işlem puanının %25'i alınarak,
- b) **Aynı seansta ayrı kesi** ile birden fazla işlem yapılması halinde; işlem puanı yüksek olan tanıya dayalı işlemin puanı tam olarak, diğer işlemler ise kendi tanıya dayalı işlem puanının %50'si alınarak,
- c) **Aynı seansta aynı kesi** ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde tanıya dayalı işlem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanının %30'u alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlemin puanının diğer işlemlerden yüksek olması durumunda tüm işlemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet başına ödeme yöntemiyle,
- ç) **Aynı seansta ayrı kesi** ile SUT eki EK-2/C Listesinde yer alan bir işlem ile birlikte SUT eki EK-2/C Listesinde yer almayan bir işlem yapılması halinde tanıya dayalı işlem puanı tam olarak, SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlem puanının %50'si alınarak, ancak SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan işlemin puanının diğer işlemlerden yüksek olması durumunda tüm işlemler 2.2.2.A(5) fıkrası göz önünde bulundurularak hizmet başına ödeme yöntemiyle, faturalandırılır. Yukarıdaki işlemler farklı uzmanlık dallarında yapılmışsa yüzdeler oranlar 25 puan artırılarak uygulanır.
- demektedir.

Aşağıdaki örneklerde hastalara aynı başvuru altında yapılmış olan ameliyatlara için kesi ve ayırım yapılmadığı dikkat çekmektedir (Tablo 4.12, Şekil 4.32). Bu hastalarda SGK sadece büyük işlemin parasını ödeyecek, diğer işlem veya işlemlerin parası ödenmeyecektir.

Tablo 4.12: Birden fazla işlem yapıldığı halde kesi ve ayırım yapılmamış hastalar.

B_16YO32X 530770	SUBCLAVIAN KATATER TAKILMASI, CERRAHI YÖNTEMLE
B_16YO32X 610080	JEJUNUM, ILEUM ENTEROTOMI/ENTEROSTOMI
B_17I2M4D 617630	FOTOKOAGÜLASYON (SEANSI)
B_17I2M4D 617720	INTRAVITREAL POKSIYON VE/VEYA INJEKSİYONU, TAN
B_17UVB0Z 618310	MEATOPLASTI, STENOZLARDA
B_17UVB0Z 621071	(P)SÜNNET

Birim	Birim Adı	Branş Kodu	Bağlı Takip No	Takip No	Sonuç Kodu A/K	Tedavi Türü	Takip Tipi		
200345	TRAVMA.ACIL POLK.	4400		B_16Y032X	1FR5C6M	0000 K	Avakta Tedavi Normal		
200346	TRAVMA.ACIL SERVİS	4400	1FR5C6M	B_16Y032X	1FRJ8SB	0000 K	Yatara Tedavi Normal		
200342	TRAVMA.ACIL YOĞUN BAK	4400	1FRJ8SB	B_16Y032X	1FSJ102	0000 K	Yatara Tedavi Yoğun Bakım		
Sut Kodu	Tetkik Adı	Adet	Adet Sağ & Sol	Kesi	Euro Score HBS	Tutar	Med. Tutar	Kodu	Grup
550160	Anestezi B grubu (Özel ameliyat)	1	1		Yok	124.60	124.60	0000	ANE
610080	Jejunum, ileum enterotomi ve t	1	1			320.00	320.00	0000	AME
604070	Laparotomi, tanısal	1	1			148.40			AME
530625	Intraarteriyel kanülasyon ve t	1	1			59.40	59.40	0000	GIR
530770	Subklavyen kateter takılması	1	1			105.20	105.20	0000	AME
551251	Derin trakeal aspirasyon	6	0			53.40			GIR
551340	SEDD-analjezi	1	1			17.00			ANE
551251	Derin trakeal aspirasyon	1	1			8.90			GIR

Şekil 4.32: Birden fazla işlem yapıldığı halde kesi ve ayırım yapılmamış hasta.

Komplikasyonlar ve Eşlik Eden Hastalıklar

SGK SUT'un 2.2.2.C - Komplikasyonlar ve eşlik eden hastalıklar 1. ve 2. maddesi;

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

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

demektedir.

Epikriz Raporunda Eşlik Eden Hastalık, Komplikasyon “**evet**” işaretliyse ve takip içinde “**paket ameliyat**” varsa mutlaka “**Eşlik Eden**” “**Komplikasyon**” takibi alınması, ayrıca fatura edilmesi gerekir. Aşağıdaki tabloda Epikrizlerde Eşlik Eden Hastalık, Komplikasyon evet seçilmiş, Paket ameliyatı olan, ancak Eşlik Eden Hastalık, Komplikasyon olarak takip alınmamış hasta örnekleri listelenmiştir (Tablo 4.13). Tablo 4.13: Epikrizlerde Eşlik Eden Hastalık/Komplikasyon evet seçilmiş, Paket ameliyatı olan, ancak Eşlik Eden Hastalık/Komplikasyon olarak takip alınmamış hastalar.

BİRİM		EŞLİK EDEN – KOMPLİKASYON AÇIKLAMA
TRAVMA. ACİL SERVİS	Evet	9 Haftalık Gebe
İÇ HAST. B BLK. 5.K. NEFROLOJİ	Evet	Kr Bronşit
NÖROLOJİ İNME ÜNİTESİ SERVİS	Evet	Hipertansiyon, Tip 2 Dm
NÖROŞİRÜRJİ 8. KAT YOĞUN BAKIM	Evet	HT, P.Ulcus, MVP.
ORTOPEDİ 1.HASTA SERVİSİ	Evet	Lumbal Diskopati+Guatr Cerrahisi+Ht
ORTOPEDİ 1.HASTA SERVİSİ	Evet	L D3-D4 Arasında Kompresyonla Hafif Bir Hasasiyet
GEN. CER. A. SERVİSİ	Evet	Hipertansiyon+ Hiv
PLAST VE REK. CER. SER.1 YONC	Evet	HİPERTANSİYON, HbsAg POZİTİF HASTA.
NÖROLOJİ İNME ÜNİTESİ SERVİS	Evet	Tip 2 DM, Kalp Yetersizliği, Alzheimer Hastalığı
ORTOPEDİ 2. HASTA SERVİSİ	Evet	Dm
GÖZ HAST. ÖZEL SERVİS	Evet	Mental Retardasyon, Özürlü.
ÇOC. SAĞ. NEFROLOJİ SERVİS	Evet	Sistemik Lupus Eritematozus
GÖĞÜS CER. SERVİS	Evet	Kolon Ca, Karaciğer Metastazı, Cushing Hastalığı, Tiroid Bozukluğu
GÖĞÜS CER. SERVİS	Evet	Astım, Akut Faranjit

Aşağıdaki hastanın epikriz raporunda eşlik eden hastalık ve komplikasyon “var” olarak işaretlenip, gerekli açıklama yazılmıştır. Bu hastada yapılan hata ise **Eşlik eden hastalık ve Komplikasyon takibi alınmamasıdır** (Şekil 4.33). Yapılan tüm hizmetler normal takip altında fatura edilmiş ve gerekenden daha az ödeme alınmıştır.

Şekil 4.33: Eşlik eden hastalık ve komplikasyon bilgileri doğru girilmiş fakat takibi doğru alınmamış hasta.

Aşağıdaki örnekte ise hasta epikriz raporunda eşlik eden hastalık ve komplikasyon **var** olarak işaretlenip açıklama girişine **yok** yazılmıştır (Şekil 4.34). Bu durumda hastada eşlik eden hastalık/komplikasyon bilgisi çelişkili olduğu için SGK ödeme yapmamıştır.

Şekil 4.34: Eşlik eden hastalık ve komplikasyon bilgileri yanlış girilmiş hasta.

Uzayan Yatış

Ameliyatların büyüklüğüne göre hastaların yatış süreleri değişmektedir. Bu nedenle SGK da ameliyatları gruplandırmış, bunlara post op yatış süreleri tayin etmiştir. Eğer bir nedenle bu süre aşılmışsa, sebep belirtilirse aşan süre içinde yapılan masraflar da ödenmektedir. SGK SUT'un **2.2.2.B-1 - Taniya dayalı işlemlerin kapsamı 3.** maddesi gereği;

Taniya dayalı işlemin uygulandığı tarih birinci gün kabul edilmek kaydıyla aşağıda belirtilen süreler içerisinde aynı sağlık hizmeti sunucusunda bu işlemle ilgili olarak verilen sağlık hizmetleri taniya dayalı işlem kapsamında değerlendirilir.

- A Grubu taniya dayalı işlemlerde; 15 gün
- B Grubu taniya dayalı işlemlerde; 10 gün
- C Grubu taniya dayalı işlemlerde; 8 gün

- ç) D Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 5 gün
d) E Grubu tanıya dayalı işlemlerde; 3 gün

Aşağıdaki tabloda 01.01.2013 – 30.11.2013 tarih aralığında Eşlik Eden Hastalık, Uzayan Yatış ve Komplikasyon takibi alınarak faturalandırılan maliyet bilgisi yer almaktadır (Tablo 4.14). Tabloda bu iki neden belirtilerek faturalandırıldığı halde SGK ödemesinin HBS’deki tutarlardan 84500 TL daha az olduğu görülmektedir. Her ne kadar tez konusu kendi hatamız olarak bu şekilde bildirilmediği için zarar ettiğimiz hastalar olsa da, bu hastalardan da zarar ediyor oluşumuz SUT fiyatlarının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.14: 2013 yılında Eşlik Eden Hastalık, Uzayan Yatış ve Komplikasyon takibi alınarak faturalandırılan maliyet bilgisi

	<i>MEDULA</i>	<i>HBS</i>	<i>FARK</i>
<i>Eşlik Eden Hastalık</i>	78.300,43	92.257,19	-13.956,76
<i>Komplikasyon</i>	36.303,80	43.651,14	-7.347,34
<i>Uzayan Yatış</i>	549.664,07	612.885,77	-63.221,70
	664.268,30	748.794,10	-84.525,80

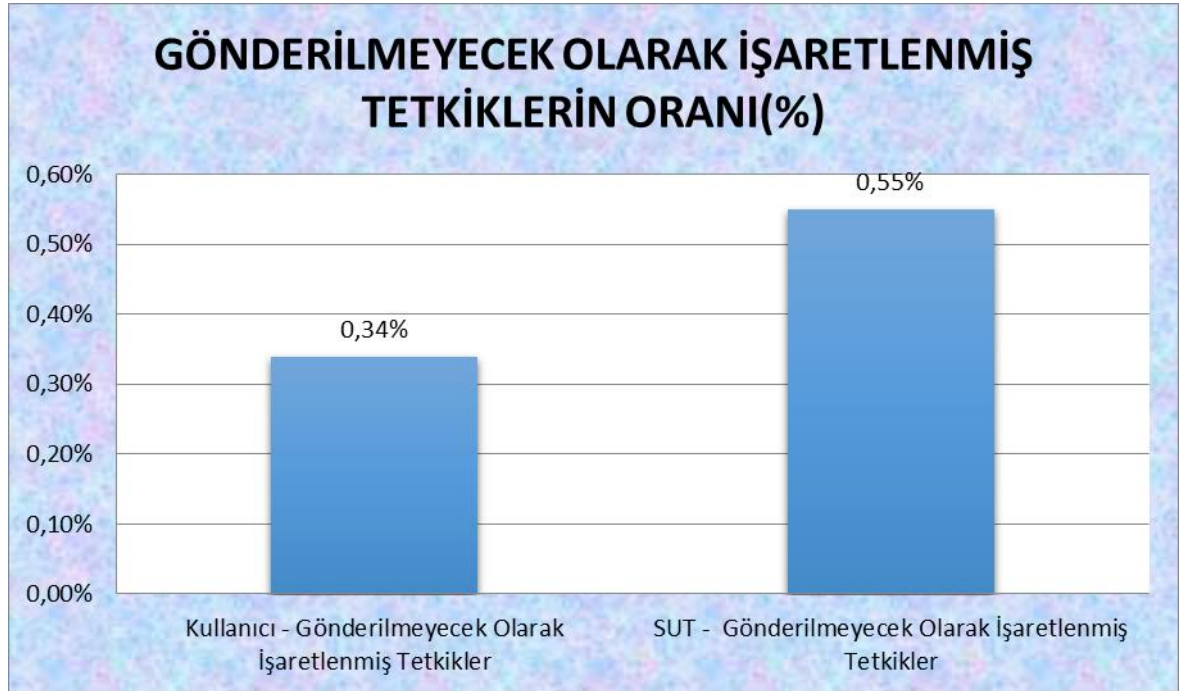
Tarafımızdan bilinçli yapılan kesintiler

Tıbbi sekreterler bazı ilaç – malzeme ve hizmetlerin SGK tarafından misli ile kesinti yapılmaması için bu tür işlemleri silmektedir. Oysa sonradan yapılan incelemelerde bu ilaç-malzeme ve hizmetlerin bazılarının SUT kuralları gereği doğru olarak gönderilmediği, bazılarının SUT –MEDULA uyumsuzluğu nedeniyle gönderilmemek zorunda kalındığı, bir kısmının ise hata sonucu gönderilmediği ve silinmeseydi kesinti olmayacağı görülmüştür. Hastane otomasyonu yazılımımızın yetersizliği nedeniyle kullanıcının kendi hatasından dolayı yapılan kesinti diğerlerinden ayırt edilememektedir.

Aşağıdaki tablo ve grafiklerde 01.07.2014 & 31.07.2014 tarih aralığında MEDULA’ya “gönderilmeyecek” olarak işaretlenmiş tetkik, ilaç ve malzemelerin maliyet bilgisi gösterilmiştir (Tablo 4.15, Şekil 4.35, Şekil 4.36).

Tablo 4.15: Kullanıcı tarafından gönderilmemek üzere işaretlenmiş tetkik, ilaç ve malzemelerin tutarı.

	SGK FATURA TUTARI	TUTAR
Gönderilmeyecek Olarak İşaretlenmiş Tetkikler		
Kullanıcı tarafından gönderilmeyecek olarak işaretlenmiş tetkikler		46.901,67
“SUT gereği” gönderilmeyecek Olarak İşaretlenmiş Tetkikler		76.124,28
MEDULA FATURA TUTARI	13.850.918,27	123.025,95
Gönderilmeyecek Olarak İşaretlenmiş İlaç Malzeme		TUTAR
“SUT gereği” gönderilmeyecek olarak işaretlenmiş ilaç malzeme		2.447,67
Kullanıcı tarafından gönderilmeyecek olarak işaretlenmiş ilaç malzeme		14.763,58
MEDULA FATURA TUTARI	13.850.918,27	17.211,25



Şekil 4.35: Kullanıcı tarafından gönderilmemek üzere işaretlenmiş tetkiklerin oranı



Şekil 4.36: Kullanıcı tarafından gönderilmemek üzere işaretlenmiş ilaç ve malzemelerin oranı

Tablo ve grafiklerde SUT-MEDULA uyumsuzluğu ve kullanıcı tarafından “nasıl olsa ödenmez, örneklenemeye düşerse 10 katı kadar ceza alırız” diye düşünülerek yapılan kesintilerin SGK gelirinin %0,45’ine yakın olduğu görülmektedir. Bu tutar yaklaşık olarak ayda 60 000, yılda 720 000 TL’ye ulaşmaktadır. SGK tarafından yapılan aylık kesinti oranımızın yaklaşık %2 olduğu göz önüne alınırsa spontan kesintilerin de eklenmesi halinde aylık kesintilerimizin aslında %2,5 civarında olduğu görülmektedir.

İlave Ücretler

SUT belirli durumlarda hastalardan otelcilik hizmetleri için ilave ücret alınmasına izin vermektedir. Bunlar özel oda yatak farkları, günübürlük işlem farkları, istisnai işlem farklarıdır.

Madde 1.9.4 - Otelcilik hizmetlerinde ilave ücret uygulaması

(1) Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan; 2 yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B Listesinde 510.010 kod ile yer alan “Standart yatak tarifesi” işlem bedelinin 1,5 katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. SUT eki EK- 1/C Listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz.

Bu madde gereği hastalar tek yataklı, banyo, TV ve telefon bulunan bir odada kaldıklarında Standart yatak tarifesi işlem bedeli olan 30 liranın 3 katı olan 90 TL, iki

yataklı bir odada kaldıklarında Standart yatak tarifesi işlem bedeli olan 30 liranın 1,5 katı olan 45 TL ödemek durumundadırlar. Oysa hastanemizde hastalardan 3 katı yerine 2 veya 1 katı fark alındığı, bazen hiç alınmadığı görülmektedir. İki yataklı odalar için de durum aynıdır.

Aynı maddenin devamında “Günübirlik tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B Listesinde yer alan “Gündüz yatak tarifesi” işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. Bu maddeye göre günübirlik işlem yapılan hastalardan “Gündüz yatak tarifesi” işlem bedelinin 3 katına kadar yani $6*3=18$ TL fark alınabilmektedir. Yine bu hastalardan da 3 kat yerine 1 veya 2 kat fark alınmakta olduğu tespit edilmiştir.

Aşağıdaki tablo 4.16’da özel oda yatak farkı veya günübirlik işlem farkı olarak hastalardan alınabilecek tam tutar yerine daha az miktarda alınan farklar alınması nedeniyle oluşan zararın aylık tutarının ortalama 5800 lira civarında olduğu görülmektedir.

Özel Oda Yatak Farkları ve günübirlik işlem farkları

Tablo 4.16: Temmuz 2014 özel oda yatak farkı ve günübirlik işlem yatak farkı

BİRİM ADI	HASTA SAYISI	YATIŞ GÜNÜ	ALINAN ODA YATAK FARKI TUTAR TOPLAMI	ALINABİLECEK MAX. TUTAR-ALINAN TUTAR
KARDİYOLOJİ	13	96	8.415,00	225,00
KBB	23	73	6.540,00	30,00
GEN. CER.	35	90	5.520,00	2.580,00
ORTOPEDİ	16	60	5.280,00	120,00
NÖROLOJİ	10	61	4.980,00	510,00
K.DAMAR CERRAHİ	10	55	3.300,00	1.650,00
PLASTİK VE REK. CER.	8	28	2.520,00	0,00
KADIN DOĞ.	8	22	1.920,00	60,00
DERİ VE ZÜHREVİ	5	22	1.710,00	270,00
ÜROLOJİ	3	19	1.710,00	0,00
NÖROŞİRÜRJİ	2	12	1.080,00	0,00
GÖĞÜS CER.	3	8	720,00	0,00
GÖZ HAST.	3	5	450,00	0,00
İÇ HAST.	1	3	270,00	0,00
ANESTEZİ ALGOLOJİ	4	4	140,00	220,00
GENEL				
TOPLAM/ORTALAMA	144	558	44.415,00	5.805,00

Günübirlik işlem farkında diğer bir durum ise hastalardan fark ödemesi *hiç talep edilmeyen* tutarların bulunmasıdır. Aşağıdaki tabloda hastalardan alınabileceği halde talep edilmemiş günübirlik işlem farklarının ayda yaklaşık 25 000 liraya ulaştığı görülmektedir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Temmuz 2014 hastalardan fark ödemesi talep edilmeyen tutarlar

BİRİM ADI	GÜN SAYISI	İŞLENMEMİŞ GÜNÜBİRLİK ODA YATAK FARKI TUTAR TOPLAMI
ANESTEZİ	1	18,00
ÇOCUK SAĞLIĞI	272	4.896,00
İÇ HASTALIKLARI	555	9.990,00
KADIN DOĞUM	11	198,00
KBB	140	2.520,00
NÖROLOJİ	53	954,00
ORTOPEDİ	3	54,00
PLASTİK	275	4.950,00
RADYOLOJİ	67	1.206,00
SU ALTI HEKİMLİĞİ	10	180
TRAVMA ACİL	2	36
GENEL TOPLAM	1389	25.002,00

Talep edilmeyen ve edildiği halde alınamayan yatak ve günübirlik işlem farkı bedellerinin yılda 360 000 lirayı bulduğu görülmektedir. Tartışma bölümünde de değinildiği gibi hastalardan nakit olarak alınabilecek bu tutarlar doğası gereği görüldüğünden çok daha değerlidir.

İstisnai sağlık hizmetlerinde ilave ücret uygulanması

SUT'un 1.9.5 maddesi "Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ve SUT eki "İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi" nde (EK-1/C) yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin 3 katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir." demektedir (İstisnai sağlık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz).

Aşağıdaki örnekteki hastaya 03.01.2014 tarihinde kulak burun boğaz servisinde 602290 kodlu Endoskopik Septoplasti ameliyatı yapılmıştır. Hastaya yapılan işlem istisnai sağlık hizmetleri listesinde yer almaktadır. İşlem fiyatı 207,70 tl dir. Bu hastadan 1.411,20 TL ilave ücret alınması gerekmektedir fakat alınmamıştır (Şekil 4.37). Benzer şekilde 01.01.2014 / 02.07.2014 tarihleri arasında 602290 Endoskopik

Septoplasti ameliyatı toplamda 10 hastaya yapılmış fakat hiçbirinden ilave ücret alınmamıştır. İlk 7 ayda kurumun zararı 14.112,00 TL dir.

HASTA ARŞİV DETAY												
GENEL BİLGİLER						GENEL MALİ BİLGİLERİ						
Hst. Protokolü	Geliş	3	Tel.No	TETK.+TED.	1.039,38	MASRAF	1.174,26	SGK Takip No				
Adı Soyadı	Doğum Tarihi		03-04-1978	SGK SB	REF. TOP.	0,00	Kurum Pay	1.039,38	Ücretli Pay	0,00	IADE	0,00
Kurum Kodu	190	006	000	0001	Sicil No		ÖDEME	0,00	BORÇ/ALAC.	0,00	NET BORÇ	0,00
Kurum Adı						T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI ANK						
İLAÇ TOP.						87,77						
MALZ. TOP.						47,11						
İLAÇ-MALZ. TOP.						134,88						
Takipler												
Fatura No												
MALZEME BİLGİLERİ			VEZNE ÖDENTİLERİ			TANI			Ameliyat ve Girişim Bilgileri			
Tarih	D	Kodu	Tetkik Adı	Adet	Sut Kodu	Fiyat	Prim Fark	Birim	Doktor	Kullanıcı	Ü Kesi	
03-01-2014 13:57		80733	ENDOSKOPIK SEPTOPLA	1	602290	207,70				SYS_AML	R	50
03-01-2014 13:57		82674	FUNKSIYONAL ENDOSKOP	1	602320	296,70				SYS_AML	R	0
03-01-2014 13:57		81655	BIRDEN FAZLA AMEL.YA	1	550220	320,40				SYS_AML	R	100

Şekil 4.37: İstinaî işlem olmasına rağmen fark alınmayan hasta.

Aşağıdaki örnekteki hastaya ise 21.07.2014 tarihinde 7012821 kodlu Kapsül Endoskopi işlemi yapılmıştır (Şekil 4.38). Hastaya yapılan işlem istisnai sağlık hizmetleri listesinde yer almaktadır. İşlem fiyatı 400,00 TL dir. Hastadan 1.200,00 TL ilave ücret alınması gerekmektedir fakat alınmamıştır. Yine 01.01.2014 / 02.07.2014 tarihleri arasında 7012821 Kapsül Endoskopi toplamda 3 hastaya yapılmıştır. İşlemin yapıldığı hastalardan ilave ücret alınmaması nedeniyle oluşan kurum zararı 3.600,00 TL

HASTA ARŞİV DETAY													
GENEL BİLGİLER						GENEL MALİ BİLGİLERİ							
Hst. Protokolü	Geliş		Tel.No	TETK.+TED.	1.070,71	MASRAF	1.071,43	SGK Takip No					
Adı Soyadı	Doğum Tarihi		25-12-1953	SGK SB	REF. TOP.	0,00	Kurum Pay	1.046,35	Ücretli Pay	24,36	IADE	0,00	
Kurum Kodu	190	006	000	0001	Sicil No	44230316340	ÖDEME	24,36	BORÇ/ALAC.	0,00	NET BORÇ	0,00	
Kurum Adı						T.C. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI ANK							
İLAÇ TOP.						0,00							
MALZ. TOP.						0,72							
İLAÇ-MALZ. TOP.						0,72							
Takipler													
Fatura No													
HBSTakip Top. 0,00													
TETKİK BİLGİLERİ			İSTENEN TETKİKLER			KLİNİK - POLİKLİNİK BİLGİLERİ			İLAÇ BİLGİLERİ				
Tarih	D	Kodu	Tetkik Adı	Adet	Sut Kodu	Fiyat	Prim Fark	Tetkik Kodu	Birim	Doktor	Hemşire	Kullanıcı	Ü Kesi
21-07-2014 15:45		520035	YANDAL UZM.HEK.MUA(1	1		0,00							
21-07-2014 08:40		701281	KAPSÜL ENDOSKOPI	1	701281	400,00							
21-07-2014 08:36		222222	ODA YATAK FARKI	1	0	18,00							
18-07-2014 12:49		38025	KAN VEYA ÜRÜNLERİ Tİ	2	530180	8,90							
18-07-2014 12:46		14024	DAMAR YOLU AÇILMASI	1	530080	4,80							
18-07-2014 09:46		84416	SELLÜLER KAN ÜRÜNLE	2	705310	10,70							
18-07-2014 09:46		573	CROSS MATCH (JEL SAN	2	705200	7,20							
18-07-2014 09:46		37001	ERİTROSİT SÜSPANSİY	2	705370	93,20							
18-07-2014 08:42		520035	YANDAL UZM.HEK.MUA(1	1		0,00							
17-07-2014 09:35		34195	HEMOGRAM	1	901620	3,00							

Şekil 4.38: İstinaî işlem olmasına rağmen fark alınmayan hasta

Sadece bu iki işlem grubunda alınmayan ilave ücretler dolayısıyla ilk 7 ayda oluşan kurum zararı 17 000 TL civarındadır.

Ödeme yapmayan ücretli hastalar

Diğer bir sorun da ücretli yapış yapıldığı halde çıkarılma zamanı geldiğinde parası olmadığını iddia ederek borcun bir kısmını veya tamamını ödemeyen, bazen de kaçan hastalardır.

Tablo 4.18: Temmuz 2014 borçlu hastalar

BİRİM	TOPLAM BORÇLU HASTA SAYISI	ÖDEME GÜCÜ OLMAYAN (ZORUNLU ÇIKIŞ YAPILAN HASTALAR)	
		HASTA SAYISI	ÖDENMESİ GEREKEN TUTAR
ADLİ TIP			
ANESTEZİ			
ÇOCUK SAĞLIĞI		1	205,20
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI			
ÇOCUK CERRAHİ			
ENFEKSİYON			
DERİ VE ZÜHREVİ HAS.			
FİZİKSEL TIP			
GENEL CERRAHİ			
GÖĞÜS CERRAHİ			
GÖĞÜS HASTALIKLARI			
GÖZ HASTALIKLARI			
İÇ HASTALIKLARI			
KADIN DOĞUM		1	735,00
KALP DAMAR CER.			
KARDİYOLOJİ			
K.B.B.			
NÖROLOJİ			
NÖROŞİRURJİ		1	492,78
ORTOPEDİ			
PLASTİK CERRAHİ			
RUH SAĞLIĞI VE HAS.			
SUALTI HEKİMLİĞİ			
TIBBİ EKOLOJİ			
ÜROLOJİ			
RADYOLOJİ			
TRANSPLANTASYON			
TOPLAM		3	1.432,98

Tablo 4.18’de Temmuz 2014 te borçlu olarak kaçan hasta 3 hastanın borcu 1.432,98 TL olduğu görülmektedir. Bu tür hastalar hakkında suç duyurusunda bulunarak adli takip başlatılmaktadır.

Konsültasyon kaydı veya tanı girişi yapılmayan hastalar

Hekimler konsültasyon için gittiklerinde sisteme kendi şifreleri ile kayıt yapmak zorundadır. Oysa birçok hekim muayene kaydı ile ilgili notu dosyaya düştükten sonra sistemi açıp kayıt girmemektedir. Sistemde olmayan işlemler SGK tarafından da görülmediği için ödeme yapılmamaktadır. GİSY olarak bu tür kayıtları takip etmek üzere bir birim kurulmuş ve konsültasyon talebi girildikten bir süre sonra hala sisteme kayıt yapılmamışsa ilgili hekim uyarılmaya başlanmıştır. Aşağıdaki grafikte konsültasyon girişi yapılmayan hastaların sayısının yıllar içindeki seyri verilmiştir (Şekil 4.39). Sayının 2011 yılında çok yüksek iken takip biriminin çalışmaya başlaması ile sayının azaldığı, 2013 yılının ortasında takiplerin sona erdirilmesinden sonra tekrar artışa geçtiği görülmektedir.



Şekil 4.39: Konsültasyon girişi yapılmayan hastaların sayısı

Benzer durum tanı girişi yapılmayan hastalar için de geçerlidir. Aynı şekilde uyarı sistemi kurulduktan sonra tanı girişi yapılmayan hasta sayısı hızla düşmüş, 2013 yılı sonlarına doğru uyarı yapan birimin görevi bırakmasını takiben sayı tekrar artmıştır (Şekil 4.40).



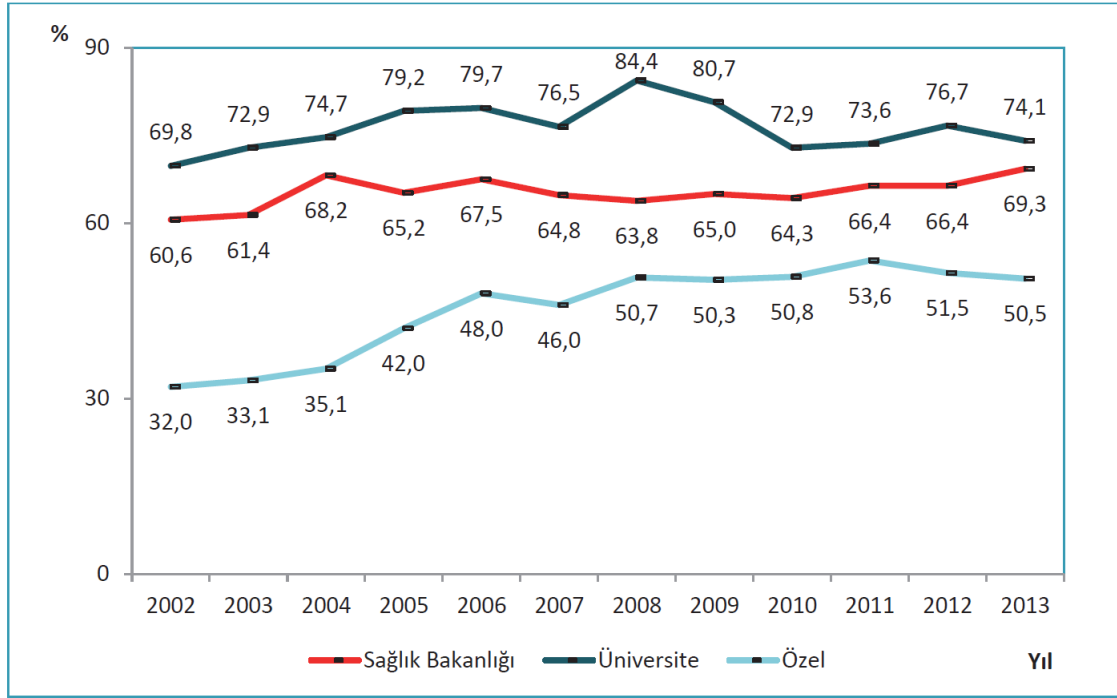
Şekil 4.40: Tanı girişi yapılmayan hastaların sayısı

Yatak Kullanım İstatistikleri

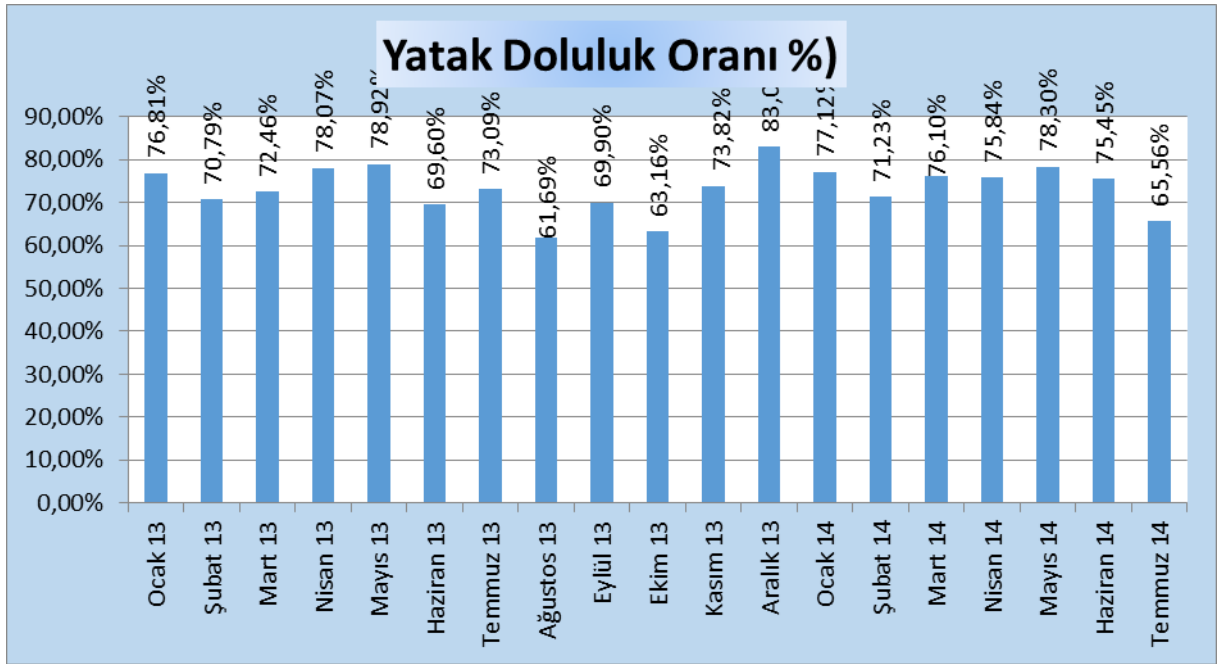
Sağlık Bakanlığı tarafından düzenli olarak toplanan ve yayınlanan verilerin kendi istatistik sonuçlarımızla karşılaştırılması sonucunda aslında ne kadar verimsiz çalışmakta olduğumuz tekrar ortaya çıkmıştır.

Yatak istatistikleri

Yatak doluluk oranının % 70 - % 80 arası olması normal karşılanmakta % 90 üzerinde olması halinde kapasitenin arttırılması öngörülmektedir (Şekil 4.41).



Şekil 4.41: Yatak doluluk oranı. (29)

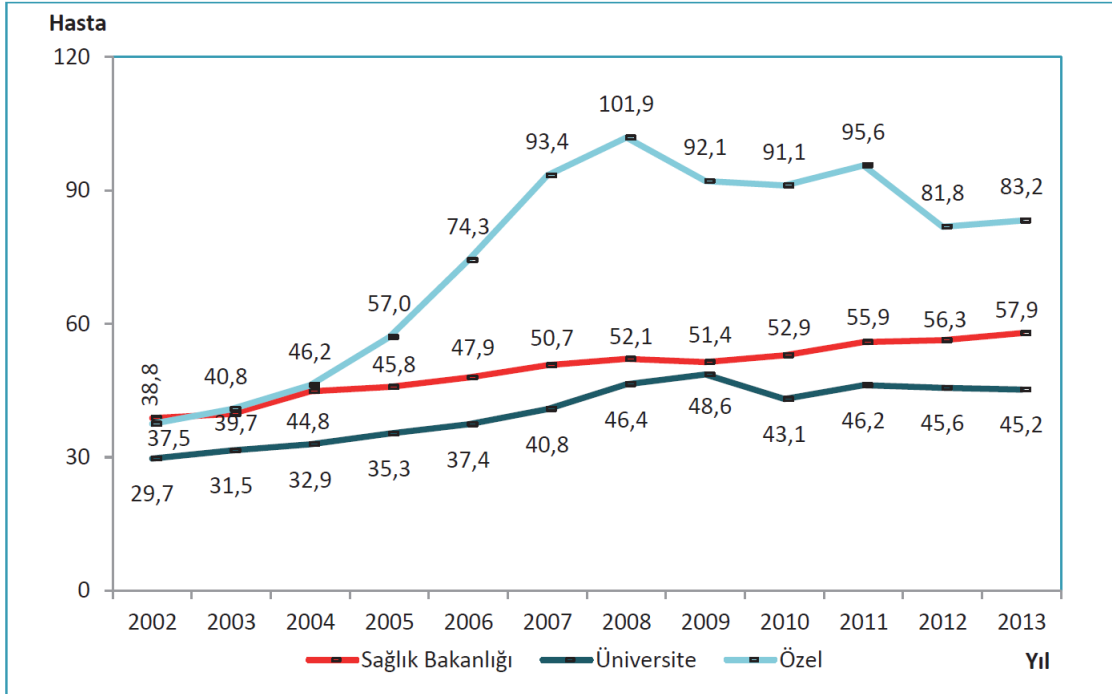


Şekil 4.42: Hastanemizde yatak doluluk oranı

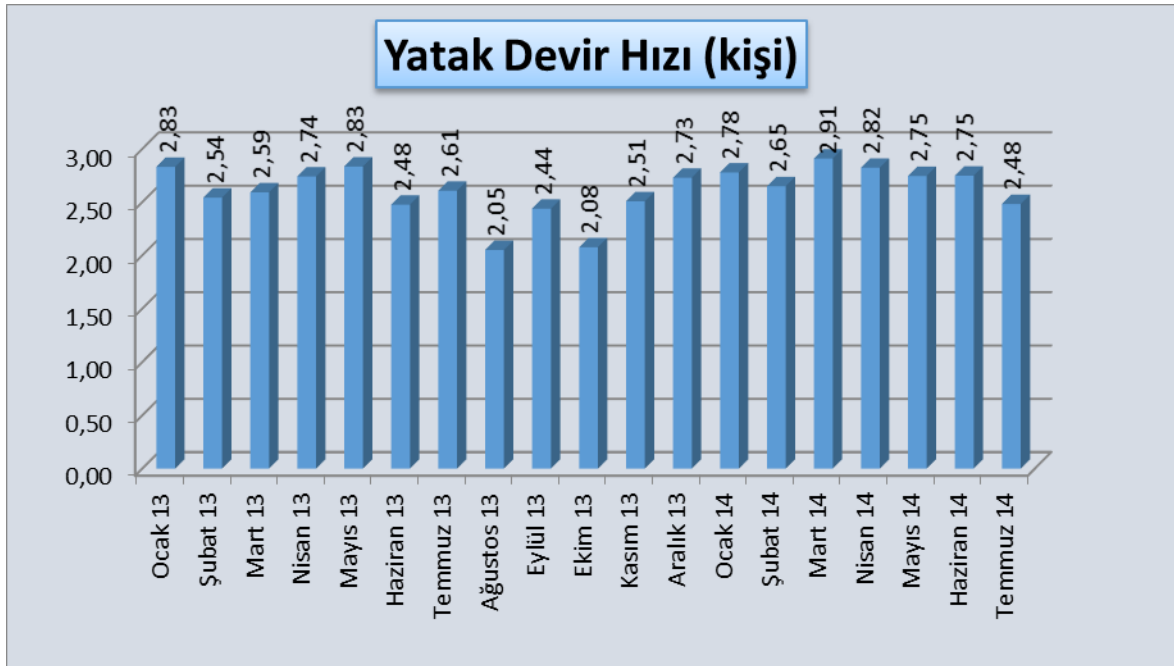
Hastanemizde bu değerler üniversiteler için olması gereken değere göre düşüktür.

Yatak Devir Hızı: Belirlenen dönemde (ay veya yıl) 1 yatağın kaç kişi tarafından kullanıldığını gösterir. Her yataktan en fazla verimliliğin alınması istendiğinden

sonucun yüksek çıkması beklenir. Aşağıdaki grafikte yıllık olarak belirtilen hasta sayıları görülmektedir (Şekil 4.43).



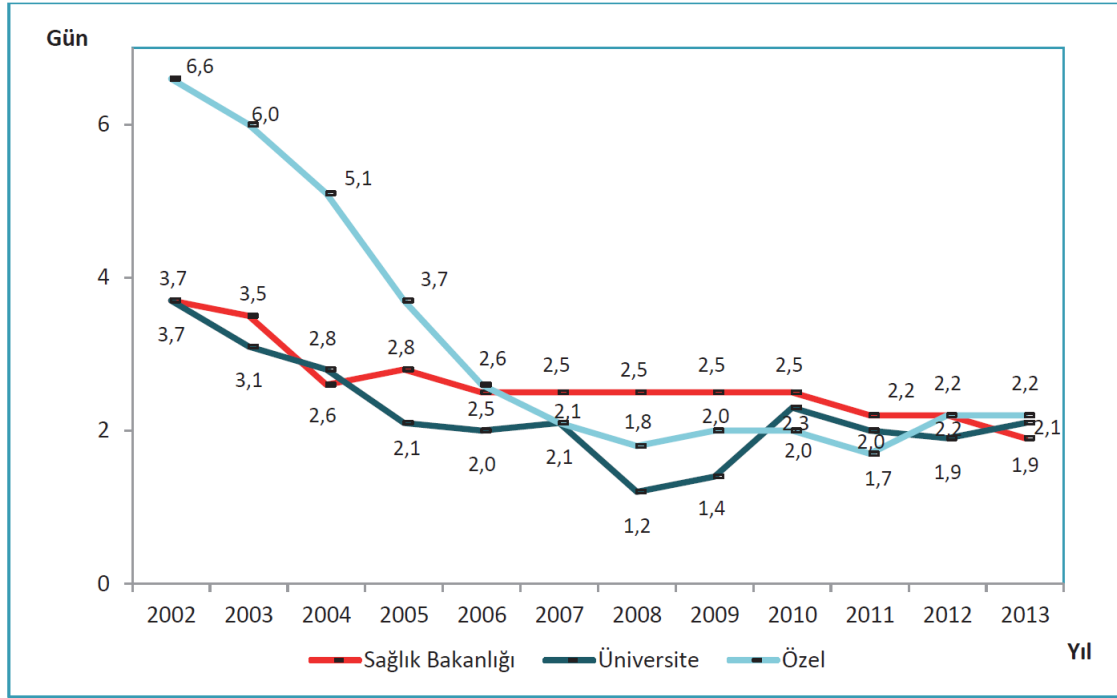
Şekil 4.43: Yıllık yatak devir hızı (29).



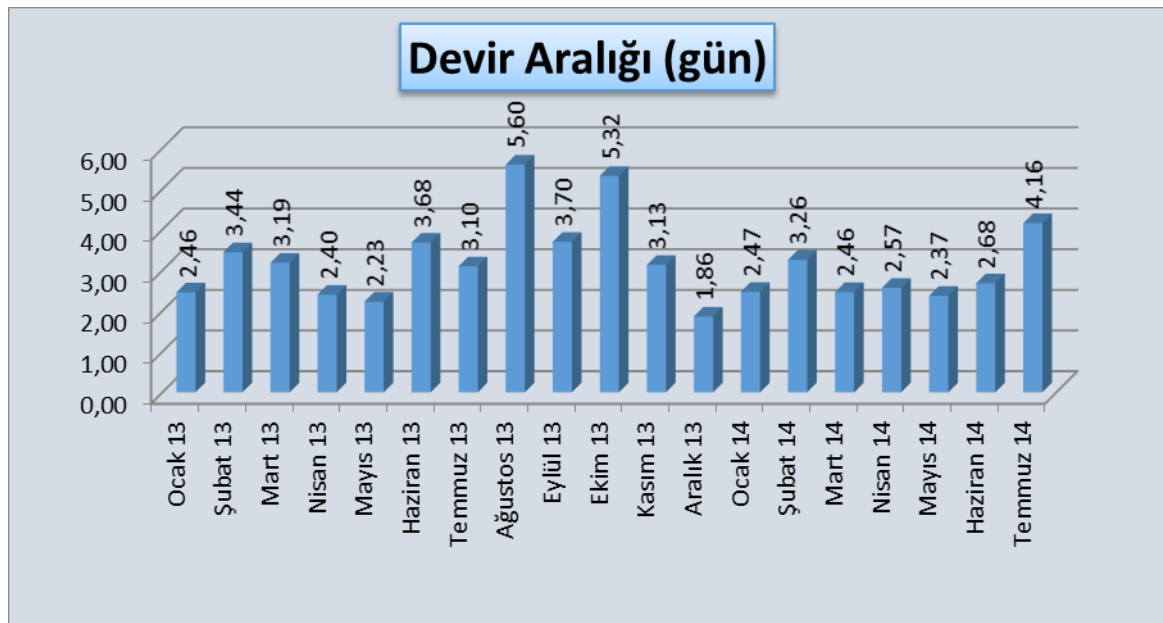
Şekil 4.44: Hastanemizde aylık yatak devir hızı

Hastanemizde bu hız sadece devlet hastanesi ve özel hastanelerden değil üniversiteler için olması gereken değerden de düşüktür (Şekil 4.44).

Devir Aralığı: İki kullanım arasında yatağın kaç gün boş kaldığını gösterir. Yatağın boş kalması verimi azaltacağından sonucun düşük çıkması istenir. (Şekil 4.45).



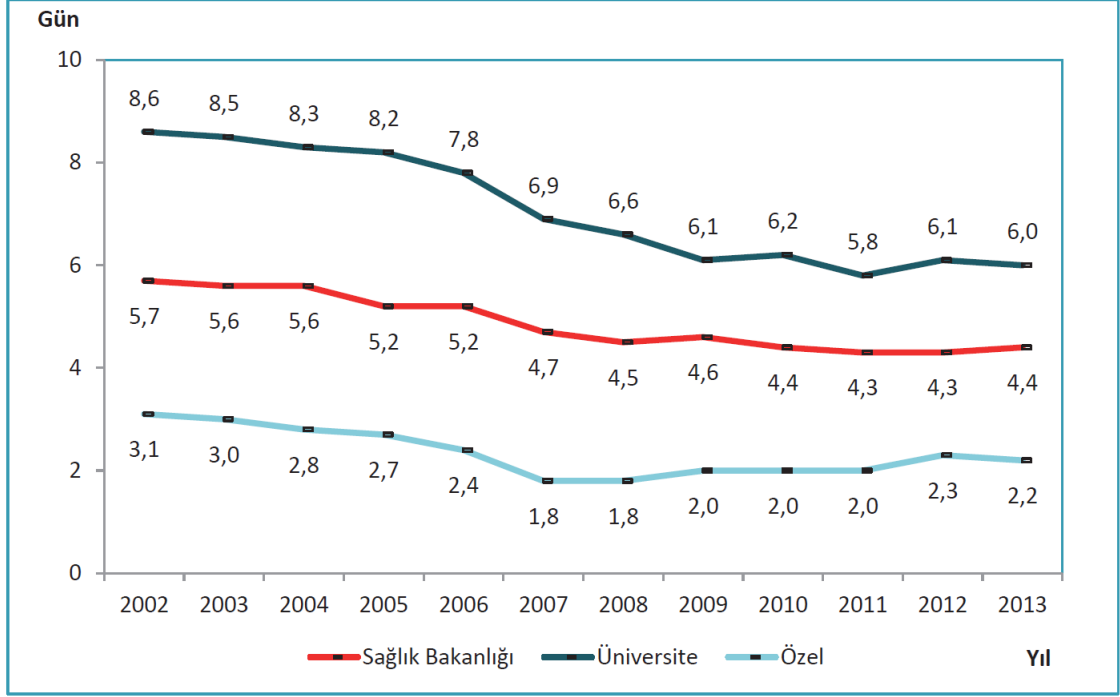
Şekil 4.45: Yıllara göre yatak devir aralığı (29).



Şekil 4.46: Hastanemizde yatak devir aralığı

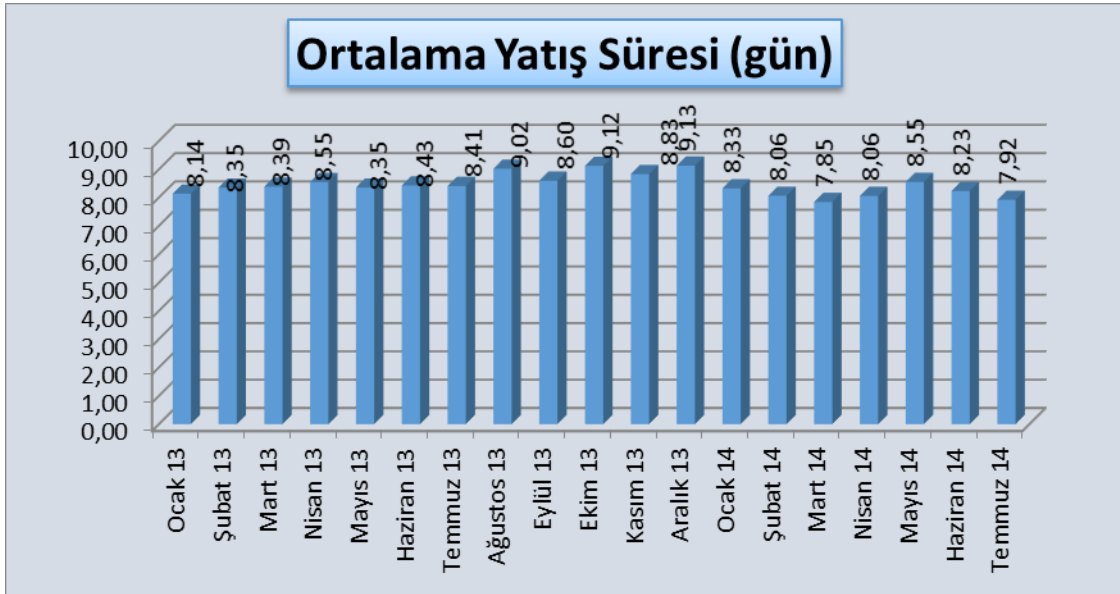
Grafikte hastanemizde yatak devir aralığının olması gerekenin 2 katından daha uzun olduğu görülmektedir (Şekil 4.46).

Ortalama Yatış Süresi: Bir hastanın ortalama kaç gün yattığını gösterir. Aynı yatağın birden fazla kez kullanılarak veriminin artırılması için sonucun düşük çıkması istenir.

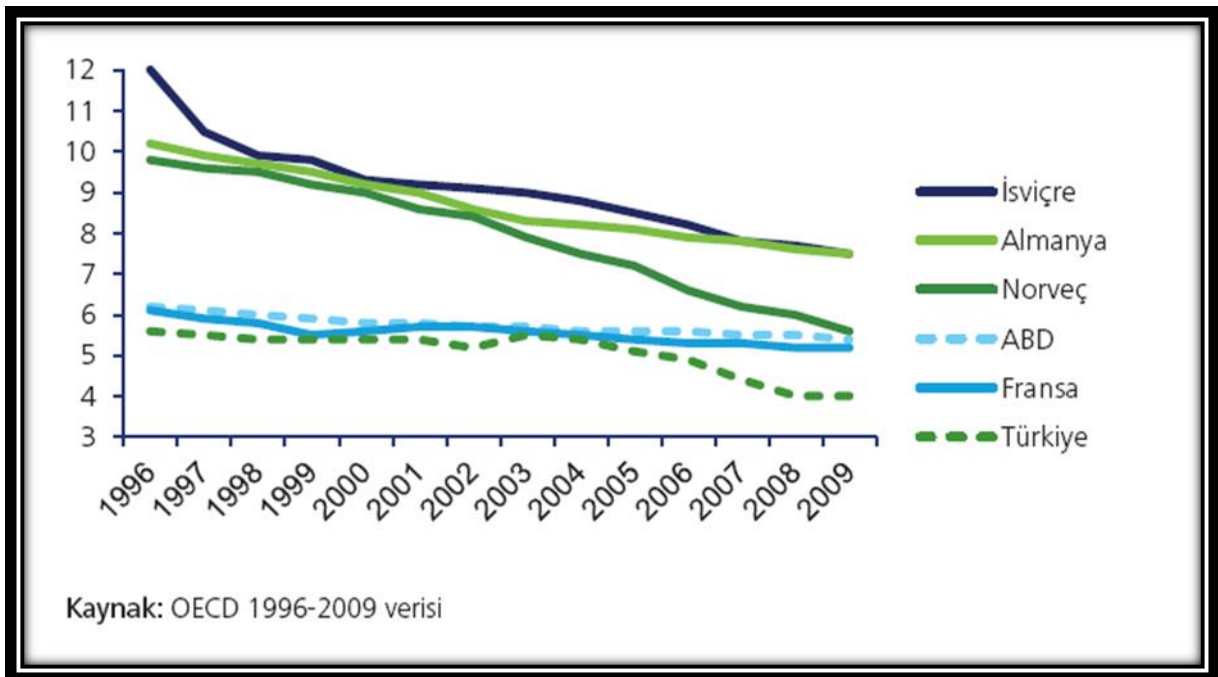


Şekil 4.47: Ortalama yatış süresi (29)

Aşağıdaki grafikte hastanemizde ortalama yatış süreleri görülmektedir. Bu süreler olması gereken sürenin 2 katından fazladır (Şekil 4.48).



Şekil 4.48: Hastanemizde ortalama yatış süreleri



Şekil 4.49: Ülkemizde ve dünyada ortalama yatış süresi (25).

Şekil 4.49’da özellikle son 10 yılda Avrupa Birliği dahil birçok ülkede hastaların hastanelerde kalış sürelerinin azaldığı görülmektedir. 2000 yılında 8,2 gün olan OECD ülkelerinin ortalama hasta kalış süresi, 2009 yılı itibariyle 7,2 güne düşmüştür.

Türkiye’de ise bu süre ortalamada 2013 yılında 4.4 gün olmakla birlikte, aslında bu gösterge hizmetin iyiliği ve hızına işaret etmemekte, hizmet kapasitesinin yetersiz olmasından kaynaklanmakta ve sisteme ek maliyetler getirmektedir.

Hemşirelik Hizmetleri

Hemşirelerin yaptıkları hizmetleri, yara bakımı, pansuman, injeksiyon vb. işlemleri kaydetmediği görülmektedir. Buna ait bazı veriler tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.19: Bazı hemşirelik işlemlerinin 2013-2014 yılları Temmuz dönemlerinin karşılaştırması

Tetkik Kodu	Sut Kodu	Tetkik Adı	Tetkik Sayısı	Toplam Tutar	Tetkik Sayısı	Toplam Tutar
			2013 Haziran		2014 Haziran	
14024	530080	DAMAR YOLU AÇILMASI	9.763	48.163,40	9.154	44.518,82
14023	0	DAMAR YOLU AÇILMASI (ERİSKİN)	4	14,00	2	7,00
58129	0	EMZİRME DANISMANLIĞI	130	1.300,00	0	0,00
80512	530140	İM ENJEKSİYON	1.894	3.444,10	2.977	5.375,00
14002	530150	İV ENJEKSİYON	40.059	981.745,00	42.231	104.290,20

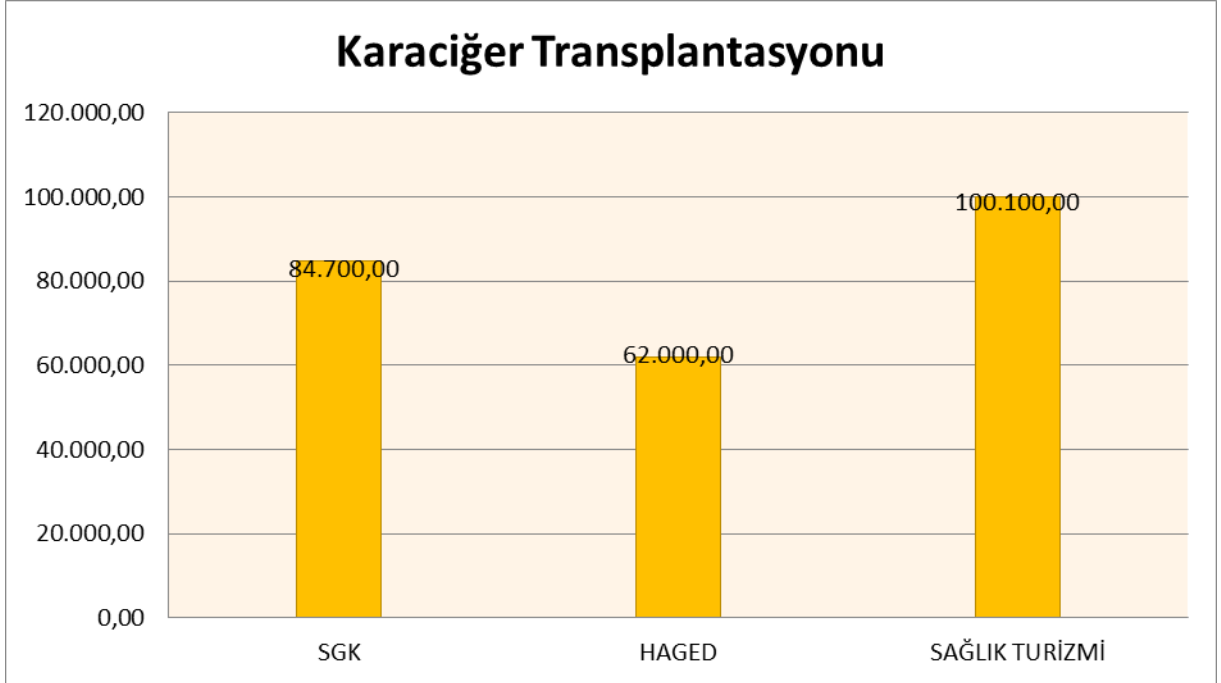
Bunun dışında yapılan diğer hatalara örnek olarak yara pansumanlarının hiç yazılmaması veya farklı işlemler olarak, ör: kolostomi bakımının yara pansumanı olarak, dekubitus yarası pansumanının normal yara pansumanı olarak işlenmesi, yenidoğan yoğun bakımda yapılan işlemlerin erişkin yoğunbakım işlemleri olarak kaydedilmesi, isim benzerliği yüzünden yanlış tahlillerin veya işlemlerin kaydedilmesi gösterilebilir.

Yapılan bir diğer yanlış uygulama hemşirelik işlemlerinin zamanında değil toplu olarak kaydedilmesidir. Örneğin bir hastaya yattığı süre içinde 30 defa iv enjeksiyon yapılmışsa bunların tamamının hastanın çıktığı gün sisteme kaydedildiği görülmektedir. Oysa SGK özel durumlar hariç günde 3’ten fazla iv enjeksiyonu ödememektedir. Bu durumda son gün girilen 30 enjeksiyonun 3’ü ödenmekte, 27’si ödenmemekte ve kurum zarara uğramaktadır.

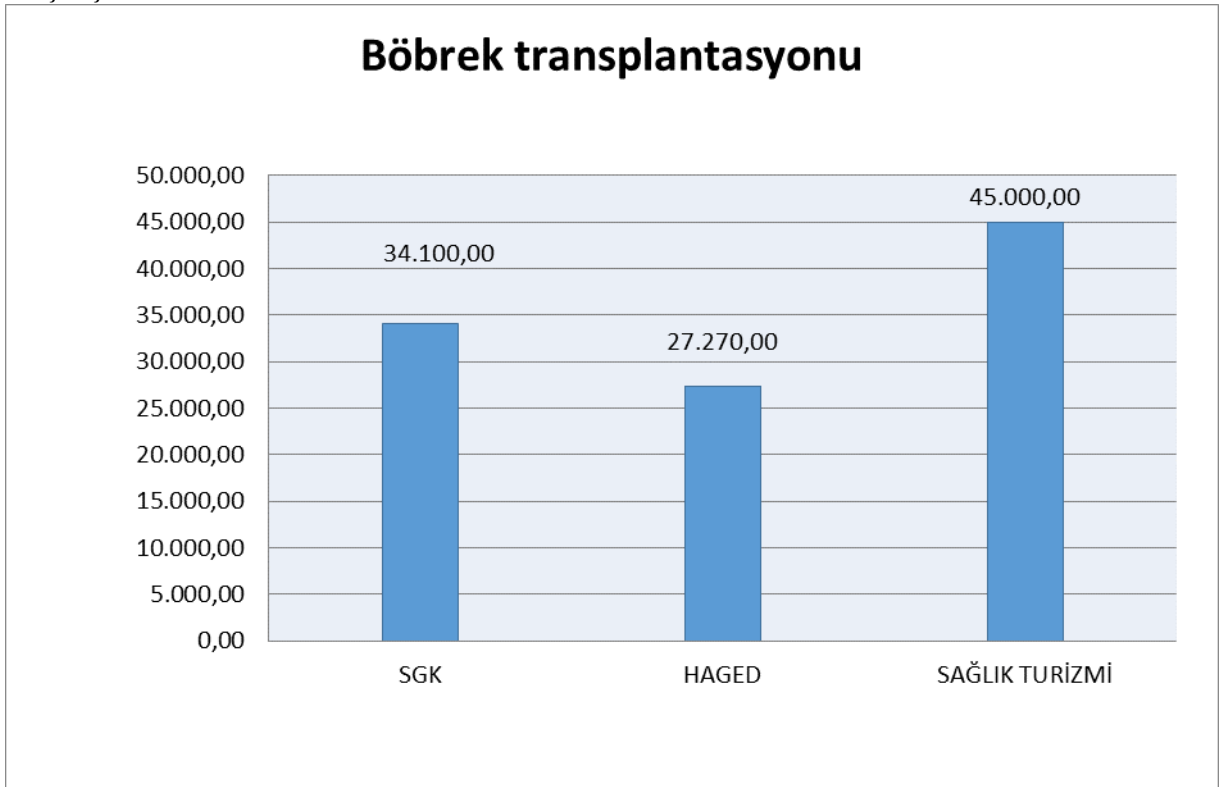
SUT Dışı Fiyatlarla Yapılan Hizmetler

Sadece SGK fiyatlarının düşük olması nedeniyle değil pazar ekonomisinin kuralları gereği olarak ta müşteri çeşitlendirmesi yapmak gereklidir. Üstelik SGK dışı

müşterilere uygulanacak fiyat tarifesi SGK fiyatlarına göre daha yüksek olan HAGED fiyat tarifesi olacağı için karlılık oranı daha yüksek olacaktır. Aşağıda bazı işlemlerin farklı kurumlarca kabul edilip ödenen bedellerinin kıyaslamaları verilmiştir.

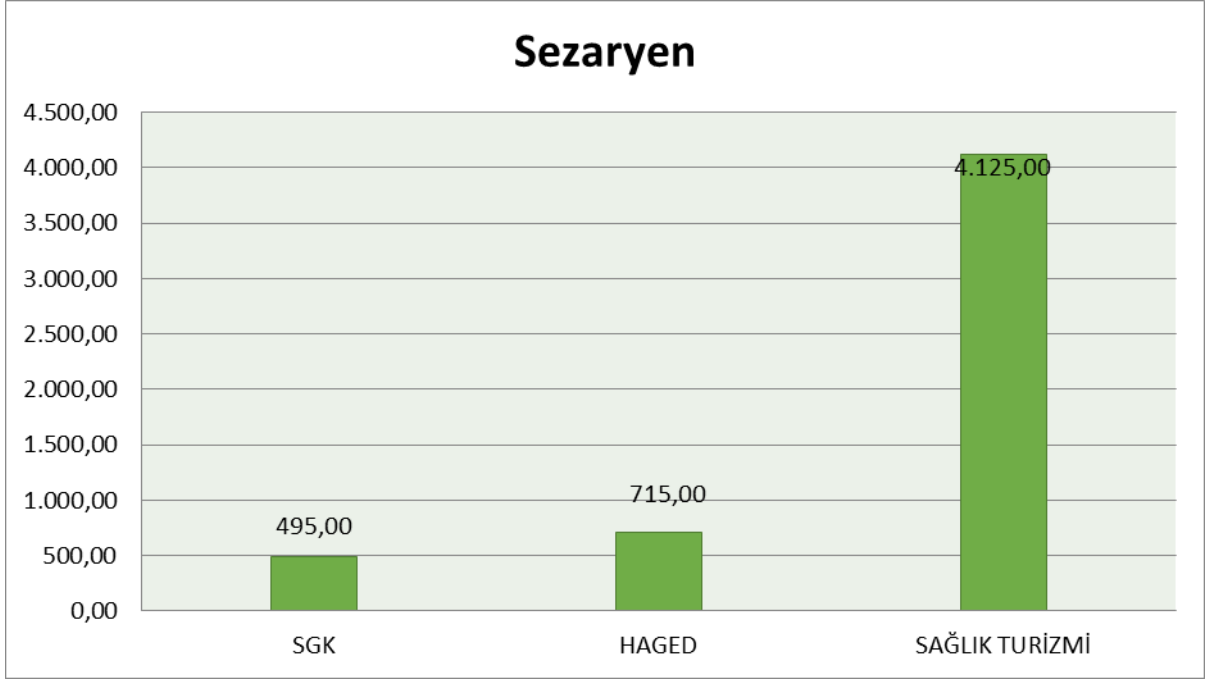


Şekil 4.50: Çeşitli fiyat listelerine göre karaciğer transplantasyonu fiyatlarının karşılaştırması

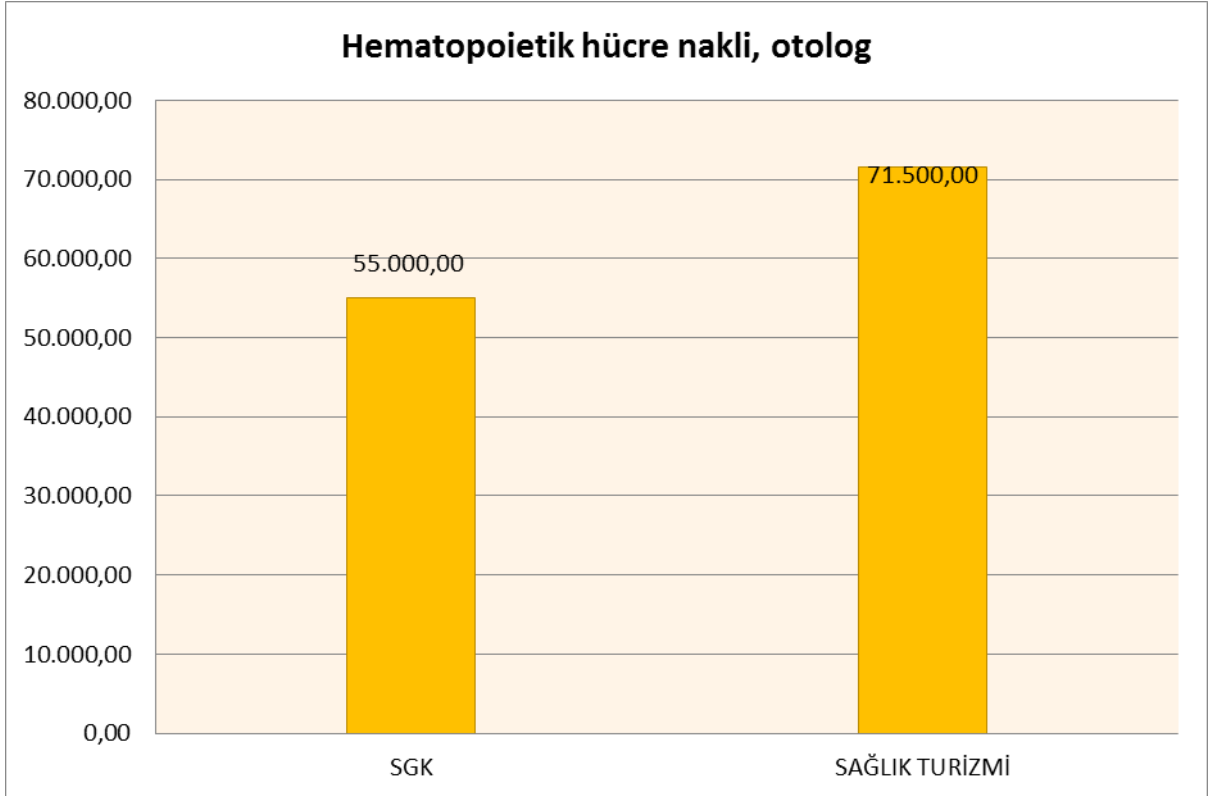


Şekil 4.51: Çeşitli fiyat listelerine göre böbrek transplantasyonu fiyatlarının karşılaştırması

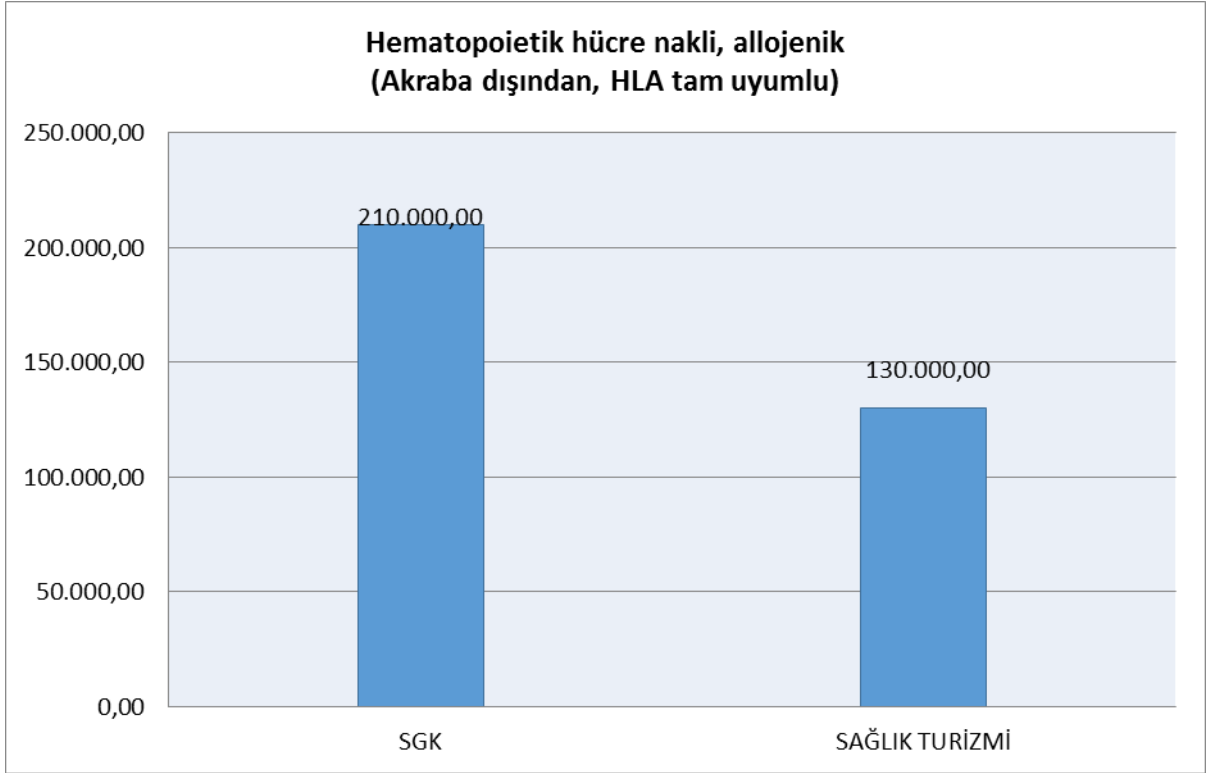
SGK'nın organ nakillerine yüksek fiyat ödemesinin sebebi bu hastaların organ nakli yapılmadan (ör: diyaliz) tedavisine devam etmenin SGK'ya organ naklinden daha pahalıya mal olmasıdır.



Şekil 4.52: Çeşitli fiyat listelerine göre sezaryen fiyatlarının karşılaştırması

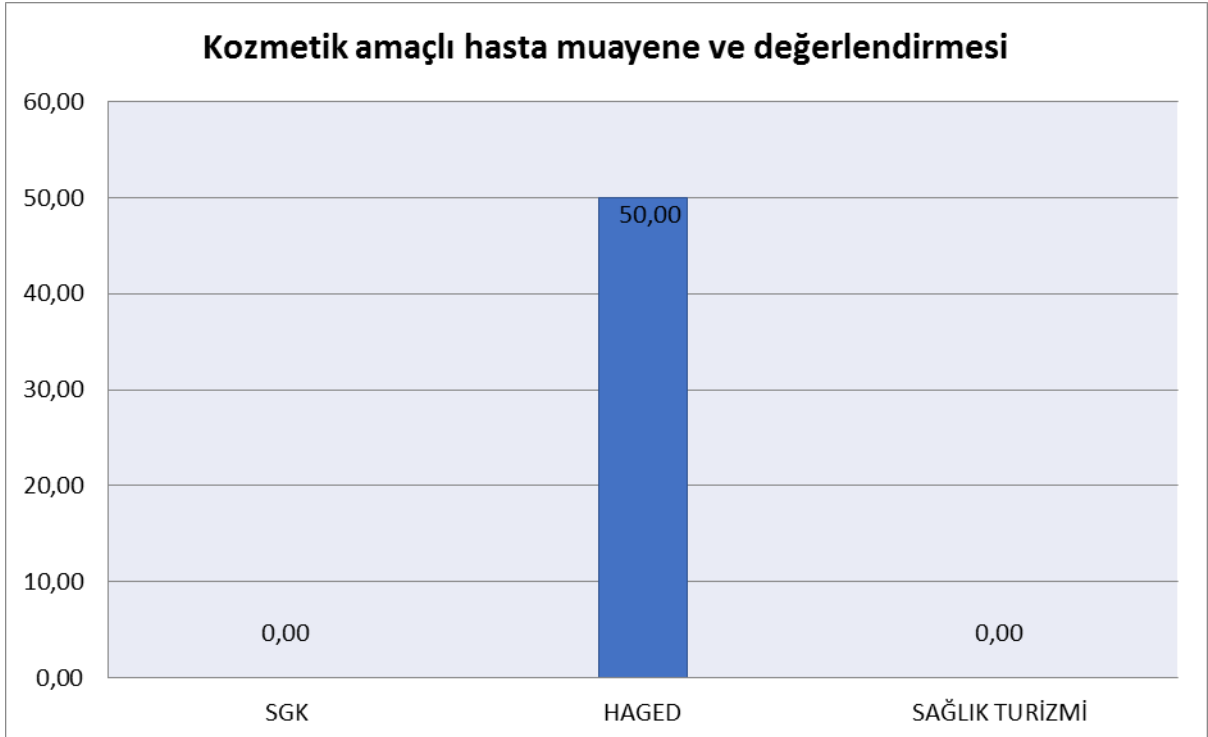


Şekil 4.53: Çeşitli fiyat listelerine göre otolog kemik iliği transplantasyonu fiyatlarının karşılaştırması

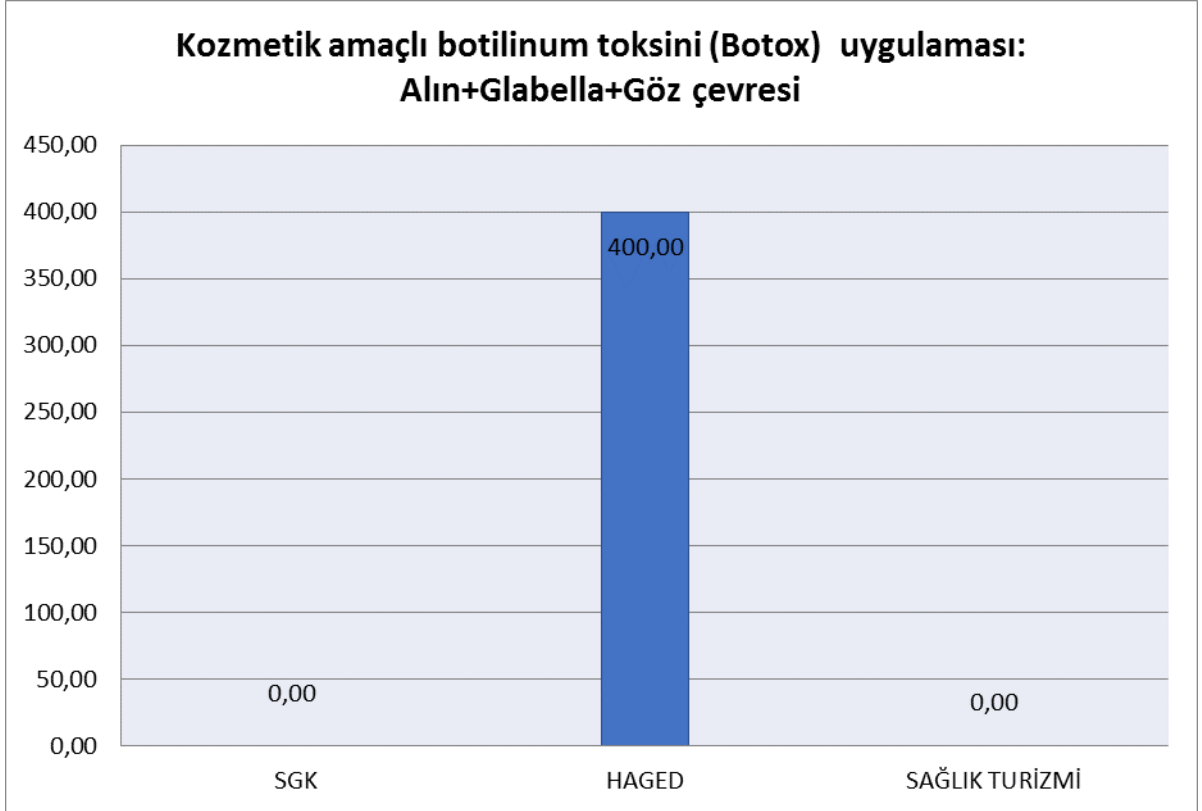


Şekil 4.54: Çeşitli fiyat listelerine göre allojenik kemik iliği transplantasyonu fiyatlarının karşılaştırması

Aşağıdaki işlemleri SGK ödememektedir. Parayı hasta nakit olarak cebinden ödemektedir.



Şekil 4.55: Çeşitli fiyat listelerine göre kozmetik muayene ücretlerinin karşılaştırması

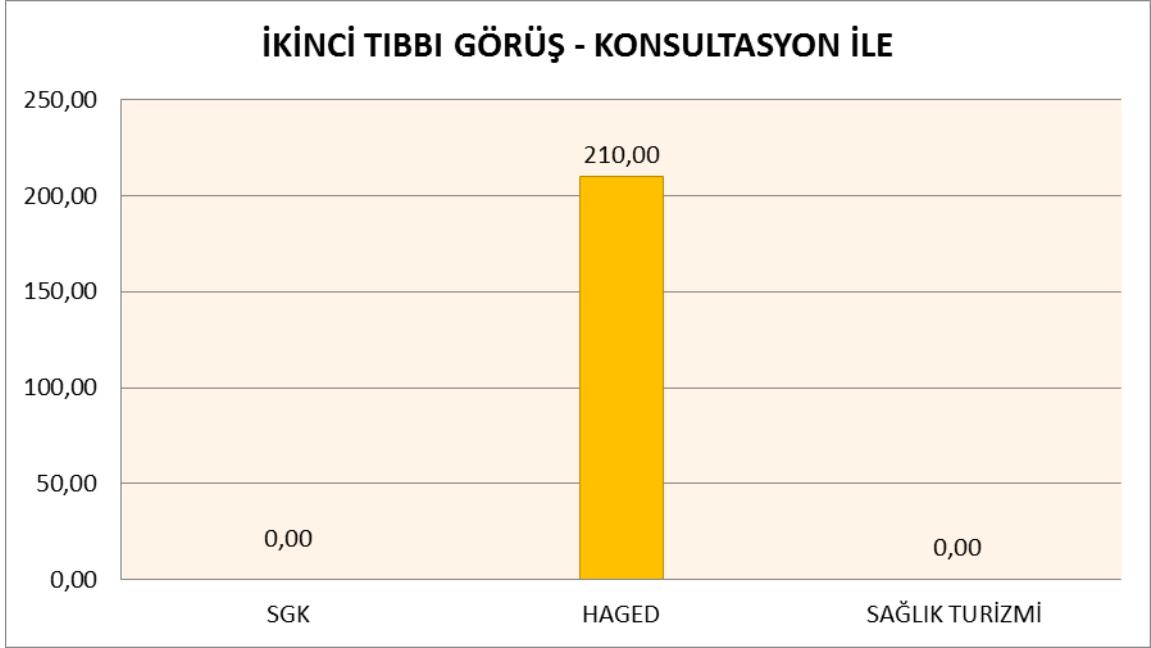


Şekil 4.56: Çeşitli fiyat listelerine göre Botox uygulama ücretlerinin karşılaştırması

Aşağıdaki işlemleri özel sigorta şirketleri ödemektedir.

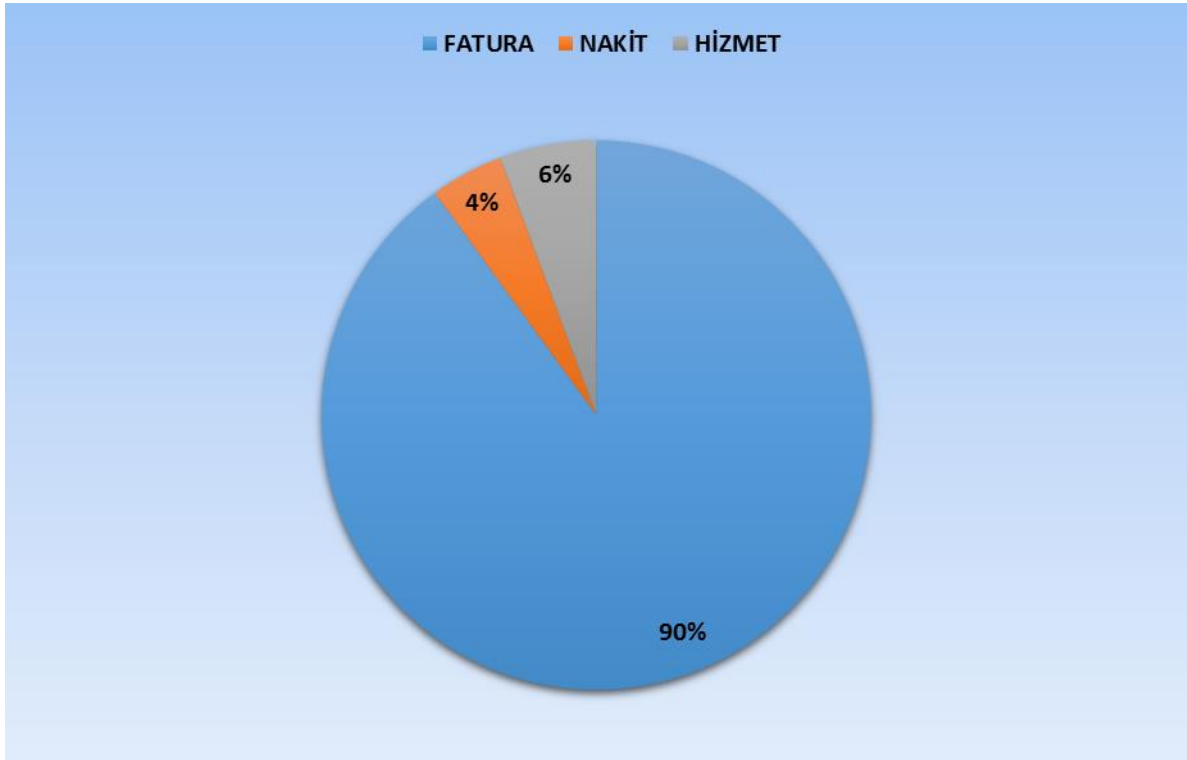


Şekil 4.57: Çeşitli fiyat listelerine göre tek hekim ikinci görüş ücretlerinin karşılaştırması



Şekil 4.58: Çeşitli fiyat listelerine göre tek hekim konsültasyonlu ikinci görüş ücretlerinin karşılaştırması

Bu fiyatlardan da anlaşılacağı gibi bir an önce SGK dışı (sağlık turizmi, ücretli hasta, TBMM hastaları ve özel sigortalar vb.) hasta oranlarını arttırmamız gerekmektedir. Oysa şekil 4.59 da de görüldüğü gibi SGK dışı gelir kaynaklarımız tüm gelirimizin ancak %10'unu oluşturmaktadır.



Şekil 4.59: Gelir kaynaklarımızın dağılımı (Fatura: SGK).

Hizmet Alımı Anlaşmaları

SGK dışı gelir kaynaklarından bir diğeri de devlet hastaneleri, diğr üniversite hastaneleri ve özel hastanelerle yapılan hizmet alımı anlaşmalarıdır. Bu kurumlara kendilerinde olmayan bazı biyokimya, patoloji vb. hizmetlerin verilmesi için yapılan bu anlaşmalarda HAGED fiyatlarının geçerli olması gereklidir. Oysa şu ana kadar yapılan anlaşmaların neredeyse tamamının SUT fiyatları veya SUT fiyatlarının %90'ı üzerinden yapıldığı görülmektedir. Neticede bu anlaşmalardan gelen gelirin tüm gelirimizin sadece %6'sını oluşturduğu görülmektedir (Şekil 4.60).

Klinik Araştırmalar ve Patent Gelirleri

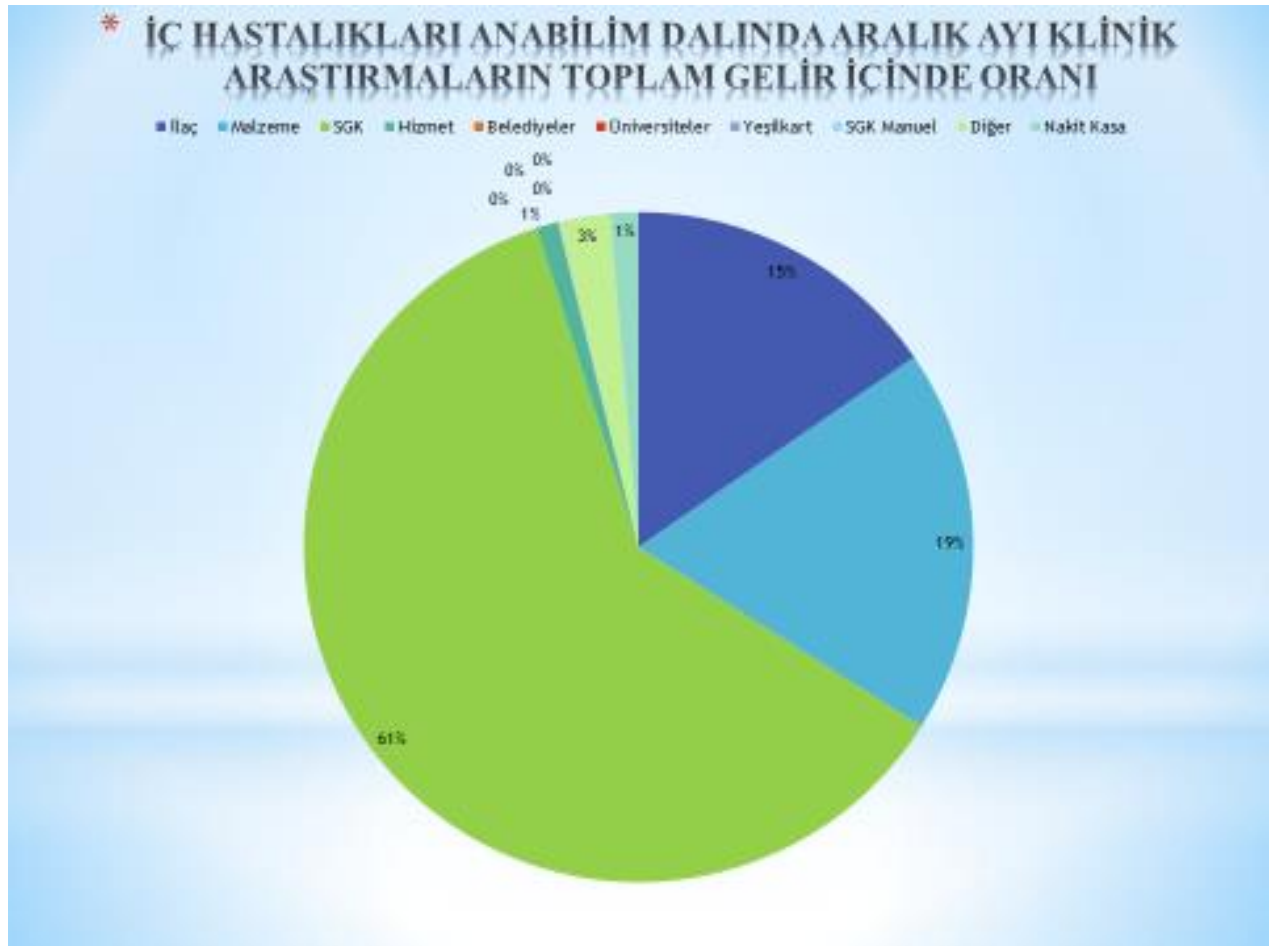
Yurt dışındaki üniversitelerin en büyük gelir kaynakları firma destekli araştırmalar, patent gelirleri ve bağışlardır.

Hastanemizde firma destekli araştırmalarda uygulama şu şekildedir: Sponsor kuruluş *Etik Kurul başvuru ücretini* bankaya yatırdıktan sonra GİSY tarafından gelir/gider tablosunda manuel faturalar bölümünde gösterilir. Yapılan tetkik ya da tahliller hangi Anabilim Dalında yapılıyorsa o Anabilim Dalının tahakkuk eden gelirinde manuel faturalar diğr gelirler kısmında gösterilir. Araştırmanın finansmanını

sağlayan kuruluş yapılan sözleşme uyarınca araştırmacıya yatırması gereken tutarları banka hesaplarına yatırır. Maaş Bürosu yapılan ödemelerin içinden yasal kesintileri yaparak (%35 kurum payı, %1 bilimsel araştırma payı ve %5 hazine payı) araştırmacının hesabına yatırır.

Bütçede “Diğer” gelirler başlığında gösterilen araştırma gelirlerinin en fazla araştırma yapılan kliniklerimizde bile tüm gelirlerin ancak %3’ü kadar olduğu görülmektedir ki tüm hastane için bu oran daha da düşüktür. Patent gelirleri yok denecek kadar azdır. Oysa yurt dışında bazı üniversitelerin sadece yıllık patent gelirleri bile hastanemizin bir yıllık toplam gelirine yakındır.

Aşağıdaki grafikte en fazla araştırma yapılan kliniklerimizden birinin gelir dağılımı görülmektedir (Şekil 4.60).



Şekil 4.60: İç Hastalıkları AD gelir dağılımı

Bağışlar ise sisteme kaydedilmemekte, bağışın yapıldığı anabilim dalının ihtiyaçlarının giderilmesinde kullanılmaktadır. Bu nedenle bağışların takibi yapılamamaktadır.

Burada sorun bazı öğretim üyelerimizin ilaç firmaları ile yaptıkları anlaşmalar gereği verdikleri seminer, sunum vs. den elde ettikleri geliri kuruma beyan etmeyi unutmalarıdır. Bu nedenle aldıkları para anabilim dalının gelirlerine yansımamakta ve anabilim dalları zarar ediyor görünmektedirler. Aynı şekilde hastanemizin de gelir gider farkı olumsuz yönde açılmaktadır. Beyan edilmeyen gelirlerin takibinin imkanı yoktur ve bu paranın miktarı bilinmemektedir.

Mahkeme Dosyaları ve Özel Sigorta İkinci Görüş Talepleri

Mahkemeler ve özel sigortalar devam eden davalar hakkında kurumumuz öğretim üyelerinden bilgi sormakta ve bunun karşılığı olarak ödeme yapmaktadırlar. Resmi olarak gelen dosyaların ve yatan paranın takibi yapılmakta, yukarıda belirtilen oranlarda gerekli kesintiler yapıldıktan sonra öğretim üyesine ödenmekte, ilgili anabilim dalına da gelir olarak kaydedilmektedir. Burada sorun birçok öğretim üyesinin yapılan ödemeyi az bulup dosyaları geri çevirmesidir. Birçok özel sigorta şirketi artık ikinci görüş almak için dosya göndermemektedir.

Bunun dışında özellikle dava taraflarının avukatları da farklı bir görüş almak için öğretim üyelerimizin görüşünü talep edebilmektedir. Bu tür görüş belirtme ücretleri çok yüksektir. Ne yazık ki bu tür dosyalar kayıtlara girmeyebilmekte ve yatan para takip edilememektedir. Bu nedenle bahsi geçen paranın toplam miktarı bilinmemektedir. Aslında bu durum kamu zararına neden olduğu için suç teşkil etmektedir fakat hiç bir yerde kayıt olmadığı için konu gereken titizlikle araştırılamamaktadır.

Özel Televizyonlarda Yapılan Programlara Katılımlar

Bir çok öğretim üyemizin, bazen mesai saatleri içinde, özel tv kanallarında yayınlanan programlara katıldıkları görülmektedir. Bu programlara katılma karşılığı ücret alınması halinde ödemenin kurumumuza yapılması, yukarıda belirtilen kesintilerden sonra kalan paranın öğretim üyesinin hesabına yatırılması gereklidir.

Sağlık turizmi

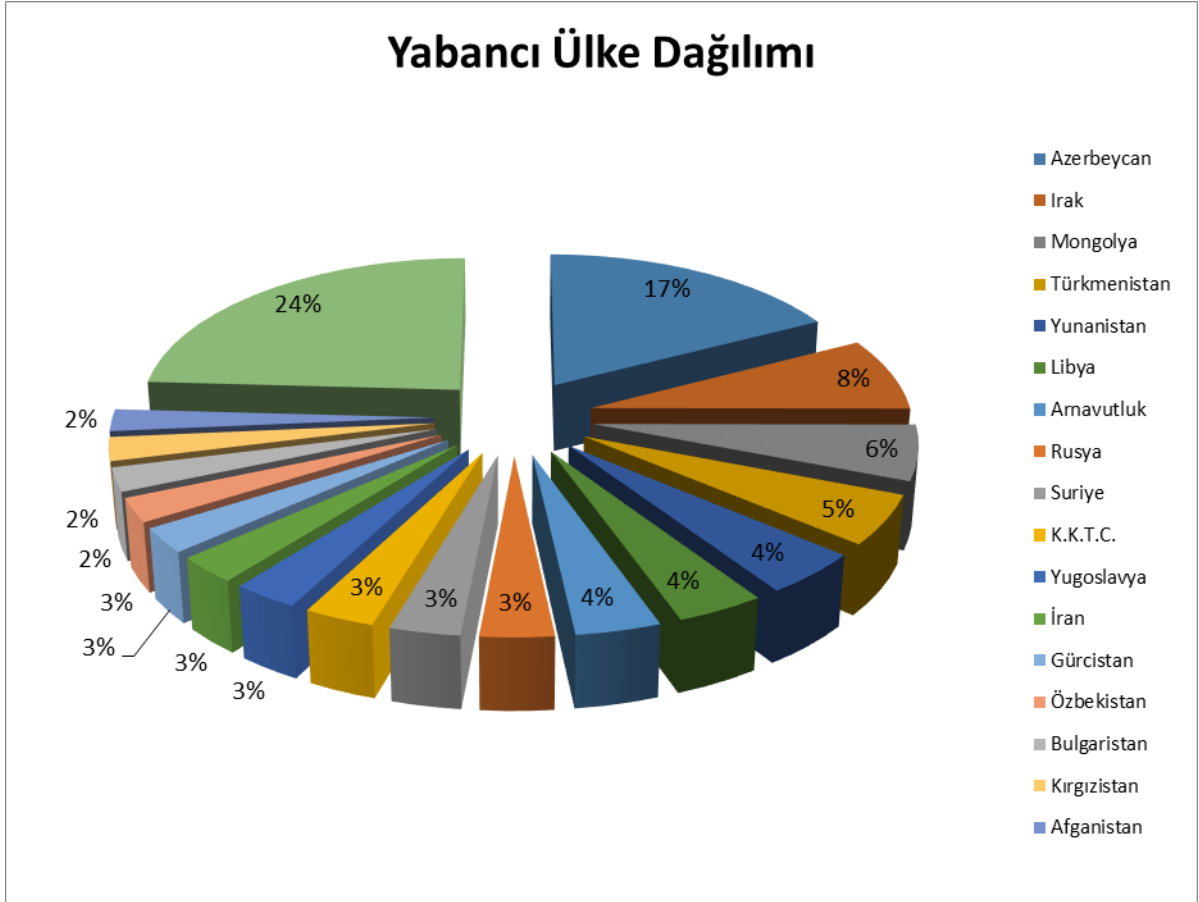
Tablo 4.20'de görüldüğü gibi ülkemizde yapılan işlemlerin fiyatları dünyanın en düşük fiyatları arasındadır (25). Türkiye coğrafi konumu itibarıyla bu tür ameliyatı dışarıda yaptırabilecek kadar zengin olan hastaların yaşadığı ülkelere çok yakındır. Ulaşım gibi ameliyat dışı masraflar hesaba katıldığında oluşan toplam maliyet ülkemizi diğer ülkelerden daha da cazip hale getirmektedir. Kaldı ki ülkemizde otelcilik

hizmetlerinin kalitesi maliyeti bize yakın olan ülkelerinkinden daha yüksektir. Ne yazık ki üniversite hastaneleri altyapı yetersizliği nedeniyle bu fırsatı kaçırmaktadır.

Tablo 4.20: Bazı işlemlerin sağlık turizmi fiyatları (25).

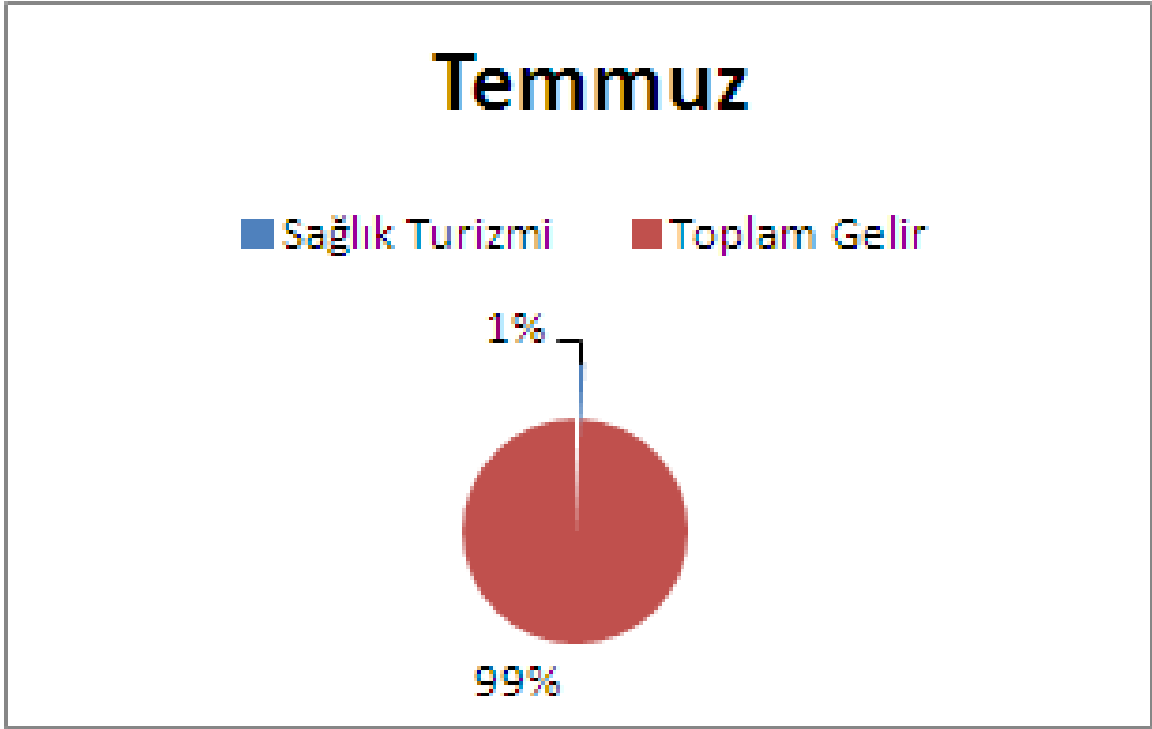
	ABD	TÜRKİYE	İRLANDA	TAYLAND	ALMANYA	TAYVAN	SİNGAPUR
Koroner Arter Bypass Ameliyatı	129.750 \$	11.375-15.000 \$	26.500-27.500 \$	11.000 \$	17.335 \$	18.900 \$	30.000-33.000 \$
Kalp Kapak Değişimi Ameliyatı	58.250 \$	16.950 \$	-	10.000 \$	-	27.500 \$	12.500 \$
Kalça Protezi Ameliyatı	45.000 \$	10.750 \$	19.500-21.000 \$	11.000-14.000 \$	11.644 \$	7.500 \$	10.725 \$
Diz Kapağı Değişimi Ameliyatı	40.000 \$	11.200 \$	19.500-21.000 \$	10.500 \$	11.781 \$	8.000 \$	9.350 \$
Omurga Füzyonu	62.000 \$	7.125 \$	24.750-25.900 \$	7.000 \$	13.500-15.000 \$	5.900 \$	9.000 \$
Liposakşın	9.000 \$	3.333 \$	-	1.200 \$	4.376 \$	4.000 \$	3.000 \$
Kemik İliği Nakli	300.000 \$	40.000-70.000 \$	250.000 \$	50.000-60.000 \$	250.000 \$	50.000-60.000 \$	250.000 \$
Gamma Knife	40.000 \$	8.676 \$	-	-	16.650-20.000 \$	-	-
Cyber Knife	12.000 \$	-	-	12.500 \$	-	-	-
Histerektomi Ameliyatı	20.000 \$	7.000 \$	10.000-11.500 \$	5.200 \$	5.500-7.000 \$	2.700 \$	9.000-10.500 \$

Son dönemde yapılan anlaşmalar neticesinde başta Azerbaycan ve Irak olmak üzere Moğolistan, Türk Devletleri, Libya, Romanya, Gürcistan ve Rusya'dan da hasta gelmeye başlamıştır. Bunun dışında seyrek te olsa Avrupa ülkelerinden hastalar gelmektedir (Şekil 4.61).



Şekil 4.61: Hastanemize sağlık turizmi yoluyla gelen hastaların geldikleri ülkelere göre dağılımı

Sağlık turizmi kapsamında tedavi edilen hastaların sayısı yetersiz olup, bu gelirlerin bütçe içindeki payı %1 civarındadır (Şekil 4.62). Bu oran çok düşüktür.



Şekil 4.62: Tüm gelirler içinde sağlık turizmi gelirlerinin oranı.

Bu bölümde verilen sayısız örnekten de anlaşılacağı gibi kendi hatalarımız nedeniyle çok fazla (bu oran Doç Dr Suphi Vehid ve Doç Dr Serhat Yanık tarafından %22 olarak tespit edilmişti) gelir kaybı olmaktadır. Bu hataların düzeltilmesi sadece bizi düze çıkarmakla kalmayacak iç ve dış borçlarımızı hızla ödememizi, yeni ihaleleri kısa ödeme süreleriyle yaparak daha ucuza mal almamızı, öğretim üyeleri ve diğer sağlık çalışanları memnun edecek kadar performans ödemesi yaparak onların kurumda kalmaların ve hizmet üretimini arttırmamızı sağlayacak böylece gelirlerimiz daha da fazla olacaktır.

Bundan sonraki bölümde hataları düzeltmek için hepimize düşen görevler kategorize edilerek anlatılacaktır.

5. TARTIŞMA

Relman'ın dediği gibi “Pek az doktor ve hemşire kendilerinin içinde hizmet verdikleri sağlık sisteminde ne olup bitiyor, sistem niye bu kadar hızlı değişiyor, kendileri bunun neresinde, bunu anlayanlar arasındadır.” Sağlık sistemi yapısı ve özellikleri gereği çok pahalı bir sektördür ve öyle de olmak zorundadır. Çiçek hastalığını ortadan kaldıran, tifo, kolera, veba gibi birçok hastalığın günümüzde salgın yapmasını önleyen, halihazırda en fazla ölüme sebep olan hastalıklardan biri olan kalp hastalıklarının tanı ve tedavisinde çok önemli adımlar atan, kanseri anlama konusunda büyük yol kat eden sağlık sektörü çalışanları tabiidir ki en ileri teknoloji ile çalışacak ve görevlerini olması gerektiği gibi yapacaklardır. Fakat, madalyonun bir de öbür yüzü vardır: Bu pahalı sektörü finanse eden birileri vardır ve onlar da haklı olarak verdikleri paranın nereye harcadığını, olması gerektiği gibi verimli kullanılıp kullanılmadığı, israf edilip edilmediğini sorgulamak istemekte ve haliyle sorgulamaktadır. Hiçbir sektörde, hiç kimse başkasının parasını istediği gibi kullanamaz, sağlık sektöründe de bu durum geçerlidir. Sağlık sektörü ekonominin gerçeklerinden bağımsız değildir. Yıllardır üniversite hastanelerini doktorlar yönetmektedir fakat doktorların an az anladığı konuların başında ekonomi ve hukuk gelmektedir. Ekonomiyi bilmeyen kişilerin yönettiği bir kurumun ekonomik durumunun iyi olmasını beklemek iyi niyetin ötesinde bir düşünce yapısı olarak kabul edilebilir. Nitekim üniversite hastanelerinin günümüzde gelmiş olduğu yer bunun açık bir ıspatıdır: olanca hızımızla duvara doğru koşmaktayız ve yavaşlayıp durmamız için çok az bir mesafe kalmıştır. Dışarıdan çok net olarak görünen bu durum nedeniyle ve iyi niyetle yapılan müdahaleler başarısız olmuştur. Nitekim devlet birkaç yıl önce üniversite hastanelerine mali yardımda bulunmuş fakat ne yazık ki bu yardımı alan hastanelerden hemen hemen hiç biri bu yardım nedeniyle krizden çıkamamıştır. Tıpkı dibi delik olan bir kovaya su koymanın faydasının olmaması gibi ekonominin kurallarına uygun bir şekilde yönetilmeyen bu kurumlara yapılan mali yardımların da bu kurumlara faydası olmamıştır. Devlet te bu durumu gördükten sonra çeşitli organları yardımı ile müdahale etmeye başlamıştır. Tabii ki bu müdahale üniversite hastanelerine el koymak, affiliyasyon adı altında asimilasyon yapmaya zorlamak olmamalıydı, fakat, örneğin SGK yoluyla üniversite hastanelerini disipline etmesi biraz acımasızca olsa da iyi bir uygulamadır. Biraz daha

adil olup, toparlanmaya teşvik edici uygulamaları, çok değil ama, biraz daha cömertçe yapabilseydi üniversite hastaneleri şu anda olduğundan çok daha hızlı düzelmeye sürecince olurlardı. Üniversite hastanelerini yönetenlerin doktor olduğu, ekonomiyi ekonomistler kadar iyi bilmedikleri doğrudur ama zamanında sınavlarda en yüksek puanları alarak tıp fakültelerine girmiş, akademik kariyerin yıpratıcı aşamalarını başarıyla geçmiş olan bu yöneticilerin içgörülerini de çok iyidir ve nihayetinde onlar da bir yerlerde hata yaptıklarının farkına varmıştır. Günümüzde yönetim kademelerinde bulunan kişiler artık denizin bittiğini görmekte ve buna uygun tedbirler almaya başlamıştır. Nitekim Uludağ, Ege, İstanbul Üniversitesi gibi birçok üniversitede bu duruma gelmesine sebep olan faktörler derinlemesine incelenmiş, SWOT analizleri yapılmış, çözüm yolları araştırılmış, stratejik plan yapılmış ve uygulamaya başlanmıştır. Buna örnek olarak Ankara Üniversite hastanelerince yapıp 2014 yılında yayınlanmış olan çalışma verilebilir. Bu kapsamlı çalışmada SUT fiyatlarının dağılımı, yapılan işlemlerin sayı ve oranları, işlem sayısı ile SUT fiyatları arasındaki ilişkiler, fiyat ve işlemlerin gelir içindeki ağırlıkları vb. tespit edilmiş, mevcut SUT fiyatları ile üniversite hastanelerinin nasıl zarar etmekte olduğu örneklerle gösterilmiştir (37). İÜ de geride kalmamış ÜHB'nin kurulması, hastanelerimizin SWOT analizi, yeniden yapılanma vb. birçok başarılı çalışmalar yapmış, çözüme yönelik planlar yapıp uygulamaya geçmiştir. Aşağıda 2011 yılında yapılan kurumsal SWOT analizinin sonucu verilmiştir.

Kurumsal SWOT Analizi

Üniversitemiz zaman zaman kendisi ve alt birimleri ile ilgili SWOT analizleri yapmaktadır. Son olarak 2011 Yılı Nisan ayında Üniversite Hastanelerimizin SWOT analizi yapılmıştır. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gelir İdaresi Süreç Yönetiminin de kendi alanında katkılarda bulunduğu analiz sonucunda ortaya çıkan sonuçlar ekte verilmiştir (Ek 2) (38). Analizden de anlaşıldığı gibi güçlü yönlerimiz ve fırsatlar oldukça fazla olmakla birlikte zayıflık ve tehditler neredeyse varlığımızı (veya en azından misyon ve vizyonumuzu olması gereken tarzda gerçekleştirecek şekildeki varlığımızı) tehdit edecek düzeyde fazladır. Buradan çıkarılması gereken sonuç bir an önce mevcut düşünce yapımızı ve fiziki yapımızı değiştirip yeni bir yapılanma içine girmemiz gerektiğidir. Bundan sonraki bölümlerde bu yeni bakış açısıyla durum değerlendirmeleri yapıp muhtemel çözüm yolları üzerindeki görüşlerimiz ifade edilmeye çalışılacaktır.

Bu tez çalışması bu yolda yapılan çok sayıda çalışmadan biridir ve yukarıda örnekleri verilen bir çok hatanın düzeltilmesi için yapılması gerekenleri ortaya koymayı amaçlamaktadır. Bunların bazıları çok kolay yapılabilecek şeyler iken bazıları ise şiddetli direnç oluşturacağı için uzun zaman, sağlam irade ve büyük sabır gerektirecek uygulamalar olacaktır. Benzer çözüm yöntemlerinin başarı ile uygulamış ve asimilasyon tehlikesini atlattığı üniversite hastanelerinin olması uygulamada ısrar etmenin faydalı olacağını göstermektedir.

Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Tüm Üniversite Hastaneleri

İstanbul Üniversitesinin öncülüğünde kurulan Üniversite Hastaneleri Birliği teorik olarak çok iyi bir yapılanmadır. Ortak sorunları tespit etmek ve ortak çözümler üretmek, devlet ile ilişkileri tek elden ve güçlü olarak yürütmek için ideal bir birlik olmalıydı. Zaten yapılan bazı toplantılara Bakan düzeyinde katılımların olması, SGK dan her zaman temsilcilerin bulunması devletin de bu girişimi ciddiye aldığını göstermekteydi. Fakat zaman içinde Anadolu'da bulunan küçük üniversite hastanelerinin İÜ, EGE gibi büyük üniversite hastaneleriyle aynı sorunları paylaşmadığı görüldü. Ör: İstanbul'da bulunan bir üniversite hastanesi aynı anda hem İstanbul'daki diğer devlet ve vakıf üniversitesi hastaneleriyle hem de sermayesi güçlü, modern özel hastanelerle rekabet etmekteyken, Anadolu'da bulunan bir üniversite hastanesinin bu tür sorunları olmamaktaydı. Toplantılarda buna ait sorunlar dile getirildiğinde bu konuda bir çözüm arama ihtiyacı duymamaktaydılar. Bu da ortak hareket edilmesine engel olmaktaydı. Ör: Bu üniversitelerden biri kendi hastanesinden ayrılan iki öğretim üyesi aynı il içinde yeni kurulan bir özel hastanede çalışmak üzere ayrılana kadar bu sorunun farkına varmamış, ancak bundan sonra bizimle paralel davranmaya başlamıştır.

Bu bölünmüşlük pazarlık gücümüzü de azaltmaktadır. Bu nedenle ÜHB'nin bir an önce ortak hedeflere yönelik çalışır hale getirilmesi gerekmektedir.

Üniversite hastanelerinin mali durumlarının iyi olmaması nedeniyle ihaleye çıkılırken ödeme tarihi uzun tutulmaktadır. Ülkemizde döviz kurlarının seyri önceden bilinmediği için ve alınan ürünlerin çoğunlukla ithal ürün olması nedeniyle tedarikçi firma haliyle bu uzun vadeli ödeme planının getirdiği riski ürün fiyatına ilave etmektedir. Ayrıca enflasyonun eskisine göre düşük olmakla birlikte yine de yüksek olması enflasyon farkının da fiyatlara eklenmesini gerektirmektedir. Üstelik ödemelerin

vadedilen süreden de daha sonraya sarkması, bu sarkmanın her iki taraf tarafından da biliniyor olması fiyatların daha da fazla olmasına yol açmaktadır. Neticede üniversite hastaneleri olması gerekenden çok daha yüksek değişken maliyetlerle hizmet vermeye çalışmaktadır. Bu durum negatif bir kısır döngüye yol açmakta, maliyet giderek daha fazla olmaktadır. Bir yerden sonra artık mal alınamayacak duruma gelinecektir, ki bu durum bazı kalemlerde gerçekleşmiştir; artık bazı firmalara ödemeleri bahane ederek ihalelere katılmamaktadırlar. Bu durum o malzemelerle ilgili hizmetlerin verilememesi, gelirin olmaması anlamına gelmektedir. Oysa bazı çalışanların maaşları, işçi ve hizmet alımı çalışanlarının ücretleri gibi sabit maliyetler ile döner sermayeden yapılan performans ödemeleri gibi kısmen sabit, kısmen değişken olan maliyetler devam etmektedir. Gelir olmadan giderlerin devam etmesi olabilecek en kötü durumdur, bunun sürdürülebilirliği yoktur.

Devlet hastanelerinde ise durum çok farklıdır. Öncelikle devletin aldığı ürünün bedelini ödememesi gibi bir durum söz konusu değildir. Firmalar bu açıdan risk almadıkları için ürüne risk maliyetini ilave etmemektedirler. Bunun verdiği avantajla yarışmaya 1-0 önde başlayan devlet hastanelerinde Kamu Hastaneleri Birliğine üye olmanın verdiği bir avantaj daha mevcuttur. Toplu ihale yapıyor olmanın verdiği olağanüstü pazarlık gücü fiyatların alıcının istediği seviyelere çekilmesini sağlamaktadır. Tedarikçiler üniversitelere mal vermeyi keserek aslında devlet hastanelerine “siz almazsanız üniversite hastanelerine satarız” deme kozunu kendi kendilerine yok etmekte ve kamu hastanelerinin istediği fiyattan mal vermek zorunda kalmaktadırlar. Kamu hastanelerinin üçüncü bir avantajı da sıkıştıklarında yetişen ek bütçelerdir. Nitekim kamu hastaneleri bütçelerini aştıklarında devlet ek bütçe yılı tamamlamalarına yardımcı olmaktadır. Ayrıca gerektiğinde Hudutlar ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğünden destek aldıkları söylenegelmektedir. Kamu hastanelerinin bina ve cihaz parklarının da ihtiyaç duyuldukça devlet tarafından yenilenmesi onları bu maliyetten de kurtarmaktadır. Türkiyede rekabeti denetlemesi gereken kurumlar vardır ama sağlık sektöründe olan rekabetteki bu eşitsizliğin denetlendiğine ve eşitliği sağlayacak müdahalelerin yapıldığına dair bir emare yoktur. Son olarak devlet hastaneleri ihtiyaç fazlası mallarını verip ihtiyaç duyduklarını temin edebilecekleri Çekirdek Kaynak Yönetimi Sistemi (ÇKYS) sistemiyle çalışmakta ve stok maliyetinden önemli ölçüde kurtulmaktadırlar. Bu da onların avantajını arttırmaktadır.

Üniversite hastanelerinin kurtulması yönünde önemli bir adım olan ÜHB, üyeleri arasında olan fikir uyuşmazlıklarını bir an önce çözmeli, yapacağı bir düzenleme ve kuracağı bir birim aracılığıyla ortak ihalelere çıkarak üniversite hastanelerinin pazarlık gücünü arttırmalı, üniversite hastanelerini kamu hastanelerinin kullandığı ÇKYS'ye benzer bir sisteme geçirmeli ve böylece maliyetlerin azaltılmasını sağlamalıdır. Bu, ödeme sıkıntısı olan üniversite hastanelerini düzelmeye yoluna sokarken, sıkıntısı olmayan bazı üniversite hastaneleri için de yararlı olacaktır. Onlar da şu ankinden daha da düşük maliyetlerle çalışma ve bu sayede çalışanlarına daha fazla performans ödemesi yapma, kamu ve vakıf üniversitesi hastaneleri ile özel hastanelerle daha güçlü rekabet etme şansını elde edeceklerdir. ÜHB ayrıca tedarikçi firmalarla görüşüp ödeme planları oluşturmalı, ihalelere katılmalarını sağlamalıdır.

Zarar eden ve etmeye devam eden kurumlara hiç kimse destek olmaz. Devlet te olmaz, olmamalıdır da. Fakat bu hale gelmemizin tek sebebi de üniversite hastaneleri değildir. Devlet kurumların ekonomik yapılarının incelemeli, gerçeği görmüş, gereken tedbirleri almış veya almaya başlamış, iyi niyetle çalışan kurumlara destek olmalıdır. Bu, hibe yoluyla destek şeklinde olmamalıdır çünkü böyle bir uygulama çok büyük ihtimalle iki yıl önce olduğu gibi sonuçlanacaktır. Yıllardır artmayan SGK fiyatlarında piyasa koşullarının gerektirdiği kadar bir artış, üniversite hastanelerine belirli bir oranda daha fazla ödeme yapılması, performans denge tazminatlarının sağlık bakanlığı hastanelerinde olduğu gibi maliye tarafından ödenmesi gibi uygulamalar nefes aldırıcı olacaktır. ÜHB üniversite hastanelerinin kurtuluşu yönünde geliştirdiği planları Maliye, Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları ve SGK ile görüşüp yük olmadan ayakta durmamız konusunda destek sağlamalıdır.

Tüm dünyada sağlıkta hizmet alan, hizmet veren, tedarikçi, denetleyen birbirinden farklıdır. Oysa Türkiye'de Sağlık Bakanlığı kendisinin bunların hangisi olduğuna karar verememiş gibi görünmektedir. Bir yandan sağlığı denetlemekte, diğer yandan SGK fiyatlarını belirleyerek piyasayı düzenlemekte, öte yandan hastane kurmakta, yönetmekte, üniversite hastanelerine el koymakta veya üniversite hastanesine benzer bir yapılanma yaratmaya çalışmaktadır. Üniversite hastanelerini ele geçirmek veya mevcut uzman doktorlarına Profesör ünvanı verip "Sağlık Bakanlığı Üniversite Hastanesi kurmak" çözüm değildir. Üniversiteler özerktir ve öyle kalmalıdır. Sağlık Bakanlığı üniversite özerkliğine önem vermesi ve üniversite hastanelerini asimile etme

politikalarından vaz geçmesi için ikna edilmelidir. ÜHB bunu asli görevlerinden biri olarak belirlemelidir.

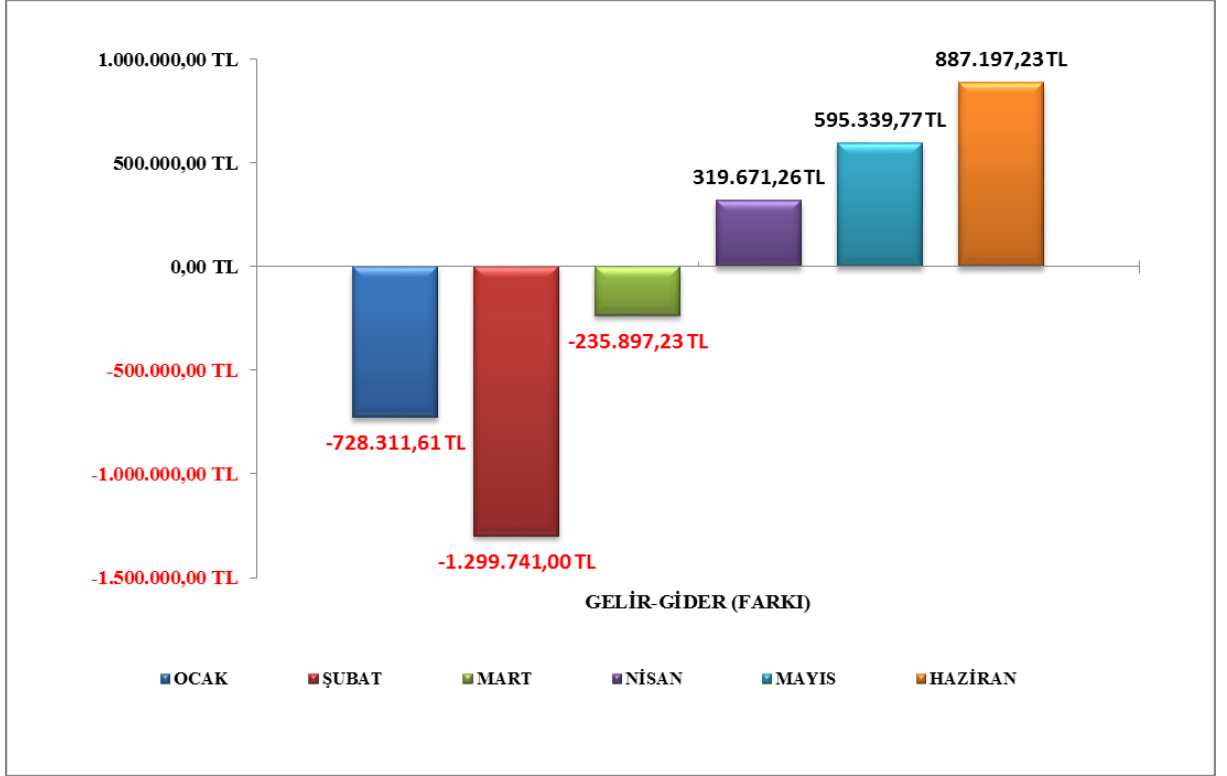
Tepe, Üst ve Orta düzey Yönetim

Üniversitemizde ve hastanelerimizde yönetim düzeyinde farkındalığın uzun süre önce olduğu bilinmektedir. Üniversite Hastanelerini aynı platformda toplayıp ortak hareket etmelerini sağlamak için en önemli yapı olan Üniversite Hastaneleri Birliğini kurmak üzere ilk girişim üniversitemiz yönetimi tarafından yapılmış ve birliğin kurulması sağlanmıştır.

Hastanelerimizi bir elden denetlemek, sorunları tespit etmek, çözüm yolunda ortak kararlar alabilmek için Türkiye’de hiç bir örneği olmayan İstanbul Üniversitesi Hastaneler Genel Direktörlüğü (HAGED) kurulmuş, ekonomiyi yönetmek için bir finans direktörlüğü oluşturulup başına da bir ekonomi uzmanı öğretim üyesi getirilmiştir. Başhekimlere ve yardımcılara ekonomi, finans vb. konularda düzenli eğitimler verilmiş onların da hastane yönetimindeki tecrübelerinden yararlanarak hastane yönetiminin iyileştirilmesi yoluna girilmiştir.

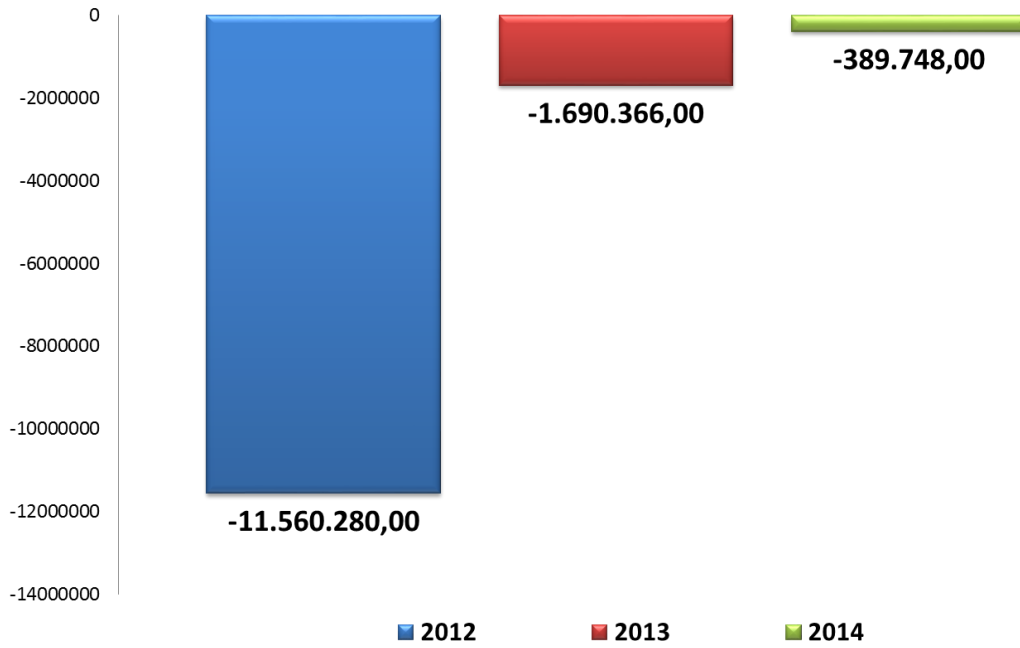
Daha önce olmayan Gelir İdaresi (GİSY), Gider İdaresi (GdİSY), Taşınır Mal (TMY), İnsan Kaynakları (İKYS), Tıbbi Süreç Yönetimi (TSY) gibi süreç yönetimleri oluşturulmuş ve bu görevlere atanan başhekim yardımcılarının hastane yönetimi konusunda yüksek lisans ve doktora yapmaları teşvik edilmiştir.

Başhekim ve yardımcılarının katılımıyla Anabilim ve Bilim Dalları düzenli ziyaret edilerek eğitim ve bilgilendirme toplantıları yapılmıştır. Neticede geçen 3 yıllık sürede oldukça yol alınmış, hastanemizin gelir gider tablosunda büyük bir düzelme sağlanmıştır. Aşağıda 2014 yılının ilk yarısına ait BAP, hazine payı ve DSİM payları hariç aylık gelir-gider farkı grafikleri verilmiştir (Şekil 5.1). Grafiklerde de görüldüğü gibi ikinci çeyrekte fakültemizin gelirleri giderlerini geçmiştir.



Şekil 5.1: 2014 ilk yarısına ait aylık gelir gider farkları

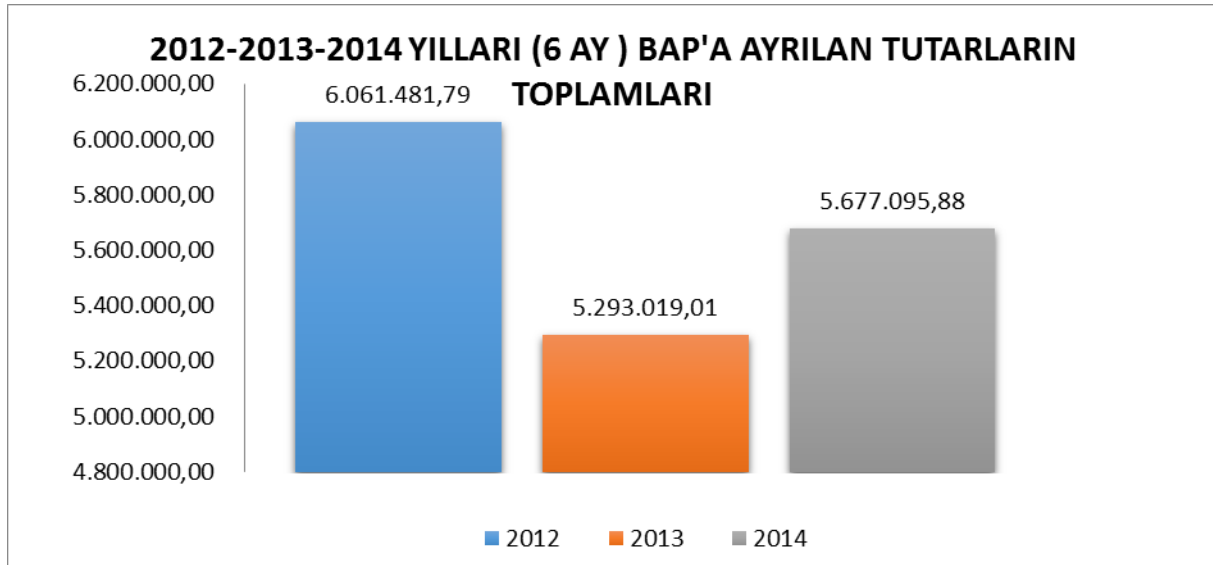
Aşağıda da son 3 yılın ilk 6 ayına ait BAP, DSİM ve hazine payı düşülmüş gelir-gider farkları verilmiştir (Şekil 5.2).



Şekil 5.2: 2012-2013-2014 yıllarının ilk 6 aylık gelir-gider farkı

Grafiklerde de görüldüğü gibi ilk 6 ayın toplam gelir gider farkları 2012 de yaklaşık olarak -11,6 milyon lira civarındayken 2013'te bu fark yaklaşık olarak -1,7 milyon lira, 2014 te ise yaklaşık olarak -390 bin lira düzeyine kadar inmiştir.

Yıllık gelirimizin yaklaşık 200 milyon lira olduğunu kabul edecek olursak, BAP'a ayrılan %5' lik pay nedeniyle yılda yaklaşık 10-12 milyon liramızın BAP'a aktarıldığı görülecektir (Şekil 5.3). Bu miktarlar hesaba katıldığında tablo kötüleşmektedir.



Şekil 5.3: 2012, 2013 ve 2014'ün ilk 6 ayında BAP'a ayrılan tutarlar

Bir üniversitenin varolma sebeplerinden biri olan bilimsel araştırmalara ayrılan payın bütçe üzerine olumsuz etkisi olmaktadır. Devlet hastaneleri ve özel hastanelerde böyle bir sorun yoktur, bu da haksız rekabete yol açmaktadır. Politika belirleyicilerin bu konuda çözüm üretmeleri gerekmektedir.

Araştırmaya aktarılan paya rağmen DMİS kayıtlarından çekilen 01.01.2014-21.09.2014 tarihli mizanda da İTF'nin borçları ile alacak ve stoklarının toplamının başabaş hale gelmiş olduğu görülmektedir (Tablo 5.1). Bu da tüm olumsuzluklara rağmen alınan tedbirlerin etkili olduğunu, bundan sonraki dönemde denk, hatta artı veren bir bütçenin bizim için uzak olmadığını göstermektedir.

Tablo 5.1: İTF BORÇ, ALACAK VE STOK DURUMU (Milyon TL)	
Stoklar (İlk Madde ve Malzeme Hesabı)	49,02
Kurum Dışı Borçlar (Saticılar, Alınan Depozito ve Teminatlar, Diğer Ticari Borçlar, Personele Borçlar, Diğer Çeşitli Borç, Ödenecek Vergi ve Fonlar, Ödenecek Sosyal Güvenlik Kesintileri, Ödenecek Döner Sermaye Yükümlülükleri, Ödenecek Döner Sermaye Katkı Payları, Ödenecek Diğer Yükümlülükler, Sermaye Hesabı)	123,32
Kurum Dışı Alacaklar (Alicılar, Alacak Senetleri, Banka Kredi Kartlarından Alacaklar, Diğer Ticari Alacaklar, Şüpheli Ticari Alacaklar, Personelden Alacaklar, Diğer Çeşitli Alacaklar Hesabı)	45,49
Kurum İçi Borçlar (İşletmeler Arası Mali Borçlar Hesabı)	0
Kurum İçi Alacaklar (İşletmeler Arası Mali Borçlardan Alacaklar Hesabı)	30,84

Fakat yapılması gereken çok şey vardır...

Günümüzde sadece fakültemiz için değil istisnalar hariç tüm hastaneler için SGK tek alıcı (monopson piyasa) durumundadır. Devlet hastanelerinin giderlerinin büyük bir kısmının yine devlet tarafından ödenmesi nedeniyle onlar SGK fiyatlarından fazla etkilenmemektedirler. Oysa diğer hastanelerin kaderi deyim yerindeyse SGK'nın iki dudağı arasında gibidir. Ör; grafikte görüldüğü gibi hastanemizin tüm gelirlerinin %90'ını SGK faturaları oluşturmaktadır (Şekil 4.59). Bu demektir ki SGK'nın fiyatları indirmeye karar vermesi halinde çok büyük zararlar etmemiz kaçınılmazdır. Enflasyon var olduğu sürece fiyatları arttırmaması bile sorun yaratacaktır ki SGK 7 yıldır fiyatlara zam yapmadığı gibi zaman zaman bazı kalemlerde fiyat indirimine gitmektedir. Bu durumdan kurtulabilmek için mümkün olduğu kadar SGK dışı kaynaklara yönelmeli kaynak çeşitlendirmesi yapmalıyız. Bunun yolu da özel sigorta firmalarıyla anlaşmalar yapmak, sağlık turizmine yönelmek, ücretli ve mesai dışı hasta sayılarını arttırmak, diğer hastanelerle patoloji, mikrobiyoloji gibi onlarda olmayan veya masrafını karşılayacak sayıda hastası olmayan birimler için yapılan hizmet alımı anlaşmalarını çoğaltmaktır. Bu anlaşmaların SUT fiyatları üzerinden değil HAGED fiyatlarıyla yapılması gerekmektedir.

Sağlık turizmi alanında diğer ülkeler ve kurumlarla anlaşmalar yapılması, öğretim üyelerinin kurumsal aidiyetlerinin arttırılması ve kuruma daha çok gelir kazandırmalarının sağlanması, araştırma ve patent konularına ağırlık verilmesi, sisteme girmediğinden dolayı kesintilerin yapılamadığı seminer, konferans, ikinci görüş, mahkeme, özel tv gelirlerinin takibinin yapılması için gereken düzenlemeler bir an önce yapılmalıdır.

Son dönemde SGK ile bazı üniversite hastaneleri arasında global bütçe anlaşmaları yapılmaya başlanmış ve bu üniversitelere oldukça yüksek meblağlar ödeneceği açıklanmıştır. Bu konu en kısa sürede gündeme alınmalı ve makul bir bütçe üzerinde anlaşarak global bütçe için görüşmelere başlanmalıdır.

Diğer Konular

Tanıtım/Reklam

Hastanemizde akademik çalışmaların tanıtımı dışında hastane hizmetlerinin tanıtımına yönelik reklam çalışması yapılmamaktadır. Oysa özel bir hastane sadece yerleşke duvarındaki billboardlara değil kampüsümüzün içindeki ışıklı reklam panolarına tüp bebek reklamı vermiş ve bizden hasta çekmeyi başarabilmiştir.

Üniversite hastaneleri reklam, tanıtım yapmaz diye bir şey yoktur. Aksine bizim kurtuluşumuz olacak olan bir önceki bölümde sayılan işlemlerin bizde yapıldığını bilen hasta sayısı çok azdır, bu hastalara ulaşılması gerekmektedir. Bu da ancak tanıtım ve reklam ile mümkündür.

Bu konuda en başarılı uygulamayı Antalya Üniversitesi TF Hastanesi yapmıştır. Yüz nakli konusu çok iyi işlenmiş, sadece yerli medya değil, tüm dünyada kendinden ve ülkemizden bahsettirmeyi başarmıştır. Kendileriyle yapılan görüşmelerde aslında ameliyattan zarar ettiklerini söylemişlerdir fakat bunun faydası uzun vadede ortaya çıkacaktı. Ne yazık ki yaptıkları birkaç yanlış uygulama kendilerine zarar vermiştir. Bundan ders çıkarmamız, bizim de (aynı hataları tekrarlamadan) medyayı bu kadar iyi kullanmamız gerekmektedir.

Burada belirtilmesi gereken bir husus mevcuttur. Üniversitemizin çok güçlü bir akademik kadrosu, Hukuk, İşletme, Siyasal Bilimler, Mühendislik....Fakülteleri vardır. Yıllardır SGK karşısında maça 10-0 geride başlamakta kendimizi anlatamamaktayız. Çok kısa bir süre önce Sağlık Bakanlığı SGK dışı hastalara uygulanacak fiyat tarifesini de belirleyip üniversite hastaneleri için zorunlu hale getirmiştir. Bunu yapmaya hakkı

yoktur. Bir fakültemiz piyasa araştırması yapıp gerçek fiyatları tespit etse, diğeri tanıtım/pazarlamayı üstlense, bir diğeri hukuki açıdan bizi savunsa SGK ve Sağlık Bakanlığı ile güçlü bir şekilde pazarlık yapma şansımız olacaktır. Fakat ne yazık ki aynı üniversitenin fakülteleri birbirini savunmamaktadır. Oysa üniversite gelirlerinin %95'ini üniversitemizin 5 tıp birimi (İTF, CTF, Haseki Kardiyoloji E, Onkoloji ve Diş H Fakültesi) üretmektedir. Hepimiz aynı İstanbul Üniversitesi gemisindeyiz. “Geminin hastane tarafı batıyor” diye düşünmek yanlıştır. Bu şekilde devam edip hastaneler battığı takdirde diğerleri de aynı gemide olduklarını anlayacaklardır ama iş işten geçmiş olacaktır. Bu nedenle diğer birimler de durumu anlamalı, bir fakülte pazarlama konusunda, diğeri muhasebe, bir diğeri hukuk, bir başkası bilgisayar yazılımı vb. konularda üzerine düşen görevi yapmalı, hep birlikte *İstanbul Üniversitesi Gemisini* yüzdürmelidir. Üst yönetim bu konuda gereken düzenlemeleri yapmalı, görev paylaşımı yapıp işleyişi denetlemelidir. Diğer üniversiteler de varsa bu tür kaynaklarını kullanmalı, gerekirse işbirliği yapılmalıdır.

Halkla İlişkiler

Basın ve halkla ilişkiler görevini Rektörlük Basın ve halkla ilişkiler birimi yürütmektedir. Hasta hakları birimi hasta şikâyet ve dileklerinin toplanıp ilgili kişilere iletilmesi, çözümün bulunup şikâyetin ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmaktadır. Üniversite öğretim üye ve yakınlarının (iç müşteri) sorunları ile ilgilenen bir birimimiz mevcuttur fakat yetersiz kalmaktadır. Bu birim özellikle çalışan memnuniyetini ve kurumsal aidiyet duygusunu arttırmakta çok önemli bir görev üstlenmiştir. Desteklenmesi gerekir.

Satış Geliştirme

Özel üniversitelerin Fizyoloji, Anatomi, Histoloji vb. gelir getirmeyen branşlarda eğitim vermesi onlar için büyük bir yük teşkil edecektir. Devlet üniversitesi hastaneleri ile anlaşıp öğretim üyelerinin orada da ders vermesini sağlamak eğer süreç doğru yönetilmezse devlet üniversitesi hastanelerinin farklılığını/avantajını ortadan kaldırıp uzun vadede kendilerine zarar verebilir. Bu nedenle devlet üniversitesi hastaneleri varlıklarını sürdürmek istiyorlarsa eğitimdeki yükümlülüğün verdiği gücü avantaja çevirmenin ve buradan yüksek gelir elde etmenin yollarını bulmalıdırlar. En basit yöntem özel üniversitelerin transfer yoluyla devlet üniversitelerinin öğretim üyelerini çekerek kendi temel bilimlerini kurmaya ve devlet üniversitelerinin içini boşaltmaya zorlamayacak fakat devlet üniversitelerinin temel bilimlerini kara geçirip,

öğretim üyelerinin mutlu olacakları kadar döner sermaye almalarını sağlayacak yüksek fiyatlarla hizmet alımı anlaşmaları yapmaları olabilir. Satış geliştirme ile ilgilenen birim GİSY'dir. Hastanemizdeki patoloji, biyokimya vb. laboratuvarlardan yararlanmak isteyen diğer üniversite hastaneleri, özel ve devlet hastanelerinin hizmet alımı talepleri GİSY tarafından değerlendirilmekte, HAGED fiyatları üzerinden anlaşma metni hazırlanmakta, karşı tarafın onayından sonra HAGED tarafından onaylanıp yürürlüğe girmektedir. Son 3 yıldır bu yöntemle ağırlık verilmiş olup bütçemize katkısı %6'ya ulaşmıştır (Şekil 4.59). Bu oran mutlaka artırılmalıdır.

Doğrudan Pazarlama

Online Pazarlama Stratejileri

İstanbul Üniversitesinin web sayfasının "Google dostu" diye tabir edilen yapısı nedeniyle tarayıcıya İstanbul yazıldığında en üstte veya üst sıralarda görünmesi çok iyi bir şey olmakla birlikte bu avantajımızı çevrimiçi pazarlama için kullanamamaktayız. İstanbul Tıp Fakültesi web sayfası biraz daha geridedir. Her ne kadar hastalar web üzerinden randevu, rapor sorgulama, yazdırma gibi işlemleri yapabilmekteyseler de iyileştirmeler gerekmektedir.

Sosyal Medya Pazarlaması Stratejileri

Özel hastanelerin iyi kullandığı bu ortamı kullanma yönünde bir çalışma yapılması, önceki bölümlerde "tanıtım yapılması gerekir" diye belirtilen alanlarda Facebook, Twitter vb. tüm ortamlarda gizli pazarlama yöntemini etkili olarak kullanılması gerekmektedir.

Sağlık Turizmi Ve Özel Sigortalar: Yeni Pazarlar, Yeni Müşteriler

SGK dışı gelir kaynaklarımızı arttırıp toplam gelirimizin içindeki SGK payını azaltmamız gerekir. Bunun yolu da *pazar çeşitlendirmesinden* geçmektedir.

Türk sağlık sektörü sadece parasal açıdan büyümemekte tıbbi bilgi ve hizmet kalitesi açısından da gelişmektedir. Zaten komşu ülkelerden daha iyi durumda olan Türk sağlık sektörü arayışla açmaya başlamış, sadece Ortadoğu ve Balkanlar değil Türk Devletleri, eski Sovyetler Birliği'nden ayrılan devletler ve hatta ülkelerindeki sağlıktaki ödeme sistemlerinden veya fiyat yüksekliğinden dolayı tedavi olmakta zorluk çeken İngiltere, Baltık devletleri, Norveç ve hatta Almanya'dan da hasta çeker hale gelmiştir.

Bu gelişmeyi gören Sağlık Bakanlığı hızla konunun üzerine eğilmiş ve bu konuda ciddi adımlar atarak gereken düzenlemeleri yapmıştır. Her ne kadar bazı özel sağlık kuruluşları eski alışkanlıklarını devam ettirerek bir süre için Türkiye'nin sağlık turizmi alanında bir dönem turuncu listeye alınmasına sebep olmuşlarsa da durumda yeşile doğru bir değişimin olduğu izlenmektedir. Üniversiteler de geç te olsa konuyu kavramış konu ile ilgili tedbirler almaya başlamışlardır. Fakat bu tedbirler yetersiz kalmaktadır. Özellikle hastanemizde binaların yaşı ve yapı kalitesi, yerleşim planı, cihaz ve malzeme kalitesi sağlık turizmi hastalarının beklediği kalitenin çok altındadır. Bunun yanı sıra öğretim üyesi ve doktorların konuya bakış açısı ve hastaya yaklaşımı, personelin eğitim düzeyi ve hizmet anlayışı da bu tür hastaların beklentilerini karşılamaktan çok uzaktır. Bu konuda hem fiziksel altyapıda büyük bir yenileme çalışması hem de düşünce yapısı açısından evrimden öte devrimsel bir değişim gerekmektedir. Hem yönetim, hem öğretim üyeleri, hem de personel olarak hepimize çok iş düşmektedir.

Sağlık turizmi için kullanılan fiyat tarifesi Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olup yapılan değerlendirme sonucunda mevcut altyapımız ile özel hastanelerin verdiği otelcilik hizmetlerini veremeyeceğimiz anlaşılmıştır. Bu nedenle hastanemizde yeniden yapılanma bitene kadar daha düşük fiyatların kullanılması uygun olabilir.

Üniversitelerin yeni fark ettiği bir müşteri grubu *özel sigorta şirketleridir*. Daha önce özel hastanelerde tedavi ettikleri hastalara yanlış teşhis konulması, gereksiz veya gerekenden daha pahalı benzer ameliyat ve tedavilerin yapılması, kadın hastaya prostat ameliyatı faturalarının düzenlenmesi gibi nedenlerle kendilerine daha güvenilir tedavi kurumları arama ihtiyacı duymaya başlamışlardır.

Özel sigorta şirketleri üniversitelerden birkaç alanda hizmet talep etmektedirler:

İkinci görüş

Yukarıda bahsedilen konularda zarar gören özel sigorta şirketleri haksız yere ödedikleri parayı geri alabilmek için mahkemeye gitmek için veya mahkeme sırasında üniversitelerden konulan teşhis veya yapılan tedavi konusunda ikinci görüş talep etmektedir. Bu işlem dosyanın ilgili uzmana gönderilmesi ve dosyanın incelenerek görüş yazılması şeklinde olmaktadır. İTF mahkemelerin en değer verdiği kurumlar arasında bulunmaktadır.

Ayaktan ve yatan hasta hizmeti

Özel Sigorta firmaları SGK'dan fazla para ödemekte fakat haliyle yüksek kalitede hizmet beklemektedirler. *Müşteri* memnuniyeti açısından bunu istemek zorundadırlar. Oysa "Müşterilerin hizmet kalitesini beğenmedikleri ve tedavi için üniversiteleri tercih etmediklerini" belirtilmektedir. Bu konuda üniversitelerce alınması gereken oldukça fazla yol vardır.

Tamamlayıcı destekleyici sigorta

Özel sağlık sigortasının bir türü olan "Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası", genel sağlık sigortasının temel teminat paketi içerisinde yer almayan, temel teminat paketinde yer alıp kısmen karşılanan, yani cepten ödeme yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür. Başka bir deyişle tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası, Kurum tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini, özel sigorta aracılığı ile sigorta kapsamına almaktadır (16, 18).

Niş alanlar

Diğer sağlık kuruluşlarının göremediği Niş alanları üniversitelerin görmesi, halen devam etmekte olan düşünce yapıları nedeniyle, pek mümkün olmasa da onların gördüğü veya pazarlama uzmanlarının gösterdiği ama özel sektörün kalifiye eleman eksikliği nedeniyle bir türlü giremediği bu alanlara girmek üniversiteler için yeni gelir kapıları açacaktır. Ne yazık ki üniversitelerin de bu alanlara girmelerini sağlayacak maddi olanakları yoktur.

Bir kısmına üniversitelerin de girdiği veya girmeye başladığı bu alanlara birkaç örnek verecek olursak: Robotik cerrahi, genetik tanı ve gen tedavisi, kişiye özel ilaçlarla kanser tedavisi, Kemik iliği tedavisi, kişinin kendi dokularından kendisine özel suni organ üretimi ve aynı hastaya nakli ilk akla gelenler olacaktır. Bunun dışında niş diyemeyeceğimiz fakat ona yakın özellikte girişim ve tedaviler de mevcuttur ör; Organ (Kemik iliği nakli; KİT), yüz, saç nakli, high definition endoskopik cerrahi girişimler ve invitro fertilizasyon (İVF, tüp bebek).

Bu tedavilerin bir kısmı çok pahalı, bir kısmı çok ileri teknoloji gerektiren, bir kısmı da çok özel uzmanlık alanlarında uzmanlaşmış doktorların yapabileceği tedavilerdir ama mutlaka gereken yatırımlar yapılmalıdır. Bu hastalar yıllardır özel

hastanelere gitmekte ve onlara çok yüksek gelirler kazandırmaktadırlar. Altyapımızın yetersiz olmasına rağmen özellikle özel sigorta kurumları bu konuya sıcak bakmakta fakat öğretim üyeleri konuya yeterli ilgiyi göstermediği için bu kapı bir türlü açılmamaktadır.

Eğer gelir kaynaklarımızı çeşitlendirilmesi konusunda dikkatli bir politika yürütülüp öğretim üyelerinin de desteği sağlayarak SGK dışı gelirlerimizin oranı da %50'nin üzerine çıkartılabilirse hem ekonomik olarak çok rahatlar hem de SGK ile aynı masaya çok daha güçlü kozlarla oturabiliriz. Konu ile ilgili düzenlemelerin en kısa zamanda yapılması gerekmektedir. Geç kalındığı takdirde sağlık turizmi ve özel sigorta şirketleri alanında geride kalınacak, halihazırda niş olan alanlar da niş alan olmaktan çıkacak ve artık eskisi kadar yüksek getirileri olmayacaktır. Nitekim İVF ve KİT gibi işlemler özel hastanelerde oldukça yüksek sayılarda yapılmaya başlanmıştır. Bu konuda hızlı hareket edip plan yapılmalı ve uygulamaya geçilmelidir.

Dağıtım

Hâlihazırda hastalara buldukları yerde sağlık hizmeti vermemekteyiz fakat belediyelerle anlaşma yapıldığı takdirde kendi hastanelerimizden taburcu olmuş olan hastalara evde bakım hizmeti verilebilmesi için hazırlıklar yapılmaktadır. Mevcut haliyle yetersiz olan bu çalışmaların bir an önce daha etkili bir şekilde işler hale getirilmesi gerekmektedir.

Fiziksel Kanıtlar

Bir hasta hastanemizden ayrılıp evine döndüğünde aklında kalacak fiziksel kanıtlar açısından kötü durumdayız. Yönetim olarak en kısa zamanda el atılması gereken bu alandaki sorunların bazılarını kısaca inceleyelim.

Hastane içi ulaşım

Hastane binalarının modern hastanecilik kavramlarına uygun yapılmamış olması, plansız yerleşim gibi nedenlerle hem binalar arası hem de bina içi ulaşım hastaları bıktırarak kadar kötü durumdadır. Hastane içinde devamlı bir kalabalık vardır fakat bunun sebebi muayene, kan alma, laboratuvar, röntgen gibi tahlil yerleri, tahlil sonuçlarını götürmek veya yatacakları yerleri bulmak için koşuşturan hasta ve hasta yakınlarıdır. Tabela sistemimiz yenilenmiştir fakat binaların ve bina içinin düzenlenmesi yeniden yapılanma sonrasına kalmıştır.

Binalar

Sadece özel hastaneler değil Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastaneleri de altyapılarını bizimkisiyle kıyaslanamayacak düzeyde iyi duruma getirmişlerdir. Oysa hastanemizin fiziksel altyapısı çok kötü durumdadır. Binaların bazıları kendiliğinden yıkılmaya başlamış ve bu yüzden hızla boşaltılmıştır. Binaların hızla yenilenmesi gerekmektedir. Aslında bu bizim için bir avantajdır çünkü SGK hastadan ve refakatçisinden otelcilik hizmeti adı altında para alınmasına izin vermektedir. İşin mantığı şudur: Sağlık sektöründe genellikle %10 civarında bir kâr ile çalışılmaktadır. Yani 100 TL lik bir fatura düzenlediğimizde bize 10 TL kalmaktadır. Buna tersten baktığımızda 10 TL lik kazanç demek 100 TL lik bir dosya faturası demektir; *Hastadan alınan nakit ilave ücretler 10 kat değerlidir.* Hastanede 1 gün yatan bir hasta geceliğine 90 TL, 10 gün yatan bir hasta nakit 900 TL otelcilik ücreti öder. Aynı miktar parayı elde edebilmek için 9000 TL lik bir ameliyat yapmamız gerekirdi. Üstelik ameliyatın geliri hesabımıza 2,5 Ay sonra yatacaktır. Çocuk ya da yaşlı hastanın ve refakatçisinin hesaba katıldığı durumda nakit olarak hesabımıza yatan paranın ne kadar değerli olduğu, nakit akışı bütçesine ne kadar fazla katkıda olacağı net olarak görülmektedir. Özel muayenenin kaldırılmasından dolayı oluşan nakit kaybımızı buradan telafi etme şansımız vardır. Binaların yenilenmesi için hastane planlamasında uzman profesyonel bir firma ile anlaşma yapılmış, yıkım ve inşaat aşamasına gelinmiştir. Televizyonda ve medyada konu ile ilgili bilgilendirme çalışmaları yapılmıştır. Toplumda konunun bilinirliği oldukça yüksektir. Bir an önce yenileme çalışmalarına başlanmalıdır.

Cihazlar

Tıbbi cihaz parkımız eski ve teknolojik olarak geridir. Yenilenmesi gerekmektedir. Özellikle robotik işlemlerde hastadan SGK'nın ödediğinin 3 katı kadar ilave ücret alınabilmektedir. Yukarıdaki hesapla 3 000 TL'lik bir işlemde alınacak nakit 9 000 TL ilave ücret aslında 90 000 TL'lik bir ameliyat kadar yüksek gelirdir. Cihazların yenilenmesi yeni binaların yapımı ve gelirlerin artışı sonrasında olabilecektir.

Otomasyon

Hastanelerimizin bilişim sisteminin donanımsal altyapısı yenilenmiş ve dünya ile yarışabilecek bir altyapı kurulmuştur fakat mevcut hastane otomasyonu yazılımın ömrünün sonuna geldiği su götürmez bir gerçektir. Bir an önce yeni ve çağdaş bir hastane otomasyona geçilmelidir. Yeni yazılım sadece hızlı olmamalı aynı zamanda insan hatalarından ortaya çıkabilecek sorunları da önleyebilecek kapasitede olmalıdır.

Bulgular kısmında yapılan hataların neredeyse tamamı yazılımdaki kontrollerle anında tespit edilebilecek, kullanıcı uyarılarak veya yapmasına izin verilmeyerek zarar vermesi önlenebilecek hatalardır. Kaliteli bir hastane otomasyonu yazılımı bu tür hataları minimuma indirebilir.

Yapılan bazı istisnai işlemler, özel ameliyatlar, organ nakli vb. işlemler fakültenin öğrencilerine 2D ve 3D olarak hastane otomasyonundan ücretsiz, çevrimiçi ücretli olarak yayınlanmalı, isteyen üniversite üyesi olmayan hekimler ödeyecekleri bir ücret karşılığında alacakları şifre ile yayını canlı veya banttan izleyebilmelidir. Buradan elde edilecek gelir yine öğrenciler için kullanılmalıdır.

Tepe Yönetim burada belirtilen ve belirtilmeyen sorunlar konusunda da yeni planlar hazırlamalı, olanaklar elverdiği oranda düzeltici çalışmalar yapılması için gereken tedbirleri alıp uygulanmasını sağlamalıdır.

Orta ve Alt Yönetim Kademesi

GİSY

Bulgular kısmında verilen hata örneklerinin neredeyse tamamı GİSY ve ilişkili birimlerin yaptığı veya önlemesi gereken hataları göstermektedir. Yapılması gerekenler o bölümde anlatılmıştır, bölümün sonundaki toplu değerlendirme kısmında özetlenecektir.

İKSY

İlk ve en önemli sorun insan kaynaklarının yönetimidir. Hizmet sektöründe, özellikle de sağlık sektöründe olmazsa olmaz kaynak insandır. “Doktor ve hemşireler olmasaydı hastaneler çok güzel yönetilebilirdi” fakat doktorun, hemşirenin olmadığı bir hastaneden bahsetmek anlamsız olacaktır. Para için söylenen “Çok iyi bir hizmetçi, çok kötü bir efendidir” sözünü insana uygularsak hizmet, özellikle de sağlık sektöründe insan “iyi yönetilirse en büyük güç, kötü yönetilirse en büyük sorundur”. Çalışanları bilgilendirip, farkındalıklarını arttırarak katılımlarını sağlayabilirsek düzelme yolunda en büyük adımı atmış oluruz.

Halihazırda üniversite hastanelerimizde en sorunlu çalışan birim İnsan kaynakları yönetimidir. Akademik personel eğitimci yönleriyle Dekanlığa, hekimlik hizmeti itibarıyla da Başhekimliğe tabidir. Olması gereken de budur fakat “hem

dekanlık hem başhekimliğe tabi olmak” yerine “ne Dekanlığa ne de Başhekimliğe tabi olmak” düşüncesinin değişmesi için biraz zamana ihtiyaç var gibi görünmektedir.

Esasen kurumlarda öğretim üyeleri dahil *herkes* insan kaynakları yönetiminin denetiminde olmalı, üniversitemizde kurulan İKSY nin görevi de *tüm çalışanların* denetimi ve çalışmalarının koordinasyonu olmalıdır. Oysa hastanemizde İKYS sadece hizmet alımı çalışanları, işçiler ve bazı memurları kontrol etmektedir. Diğer çalışanlar kendilerini ya anabilim dallarına ait veya tamamen özgür hissetmektedirler. Anabilim dalı başkanlarının tutumları da bu hissi pekiştirmektedir. Nitekim çalışanlar sorumlu olması gereken İKSY’den değil, anabilim dalı başkanlarından izin alarak geç gelip, erken çıkabilmekte, bazen işe gelmeyebilmektedirler. Çalışanlar “ihtiyaca binaen” görev tanımının dışındaki işlerde çalıştırılmakta, asli görevini aksatabilmekte, bu durum sorgulandığında ise kendilerine Anabilim Dalı Başkanı tarafından bu görevin verildiği ifade etmektedirler. Anabilim dalları da personele sahip çıkmakta, sadece kendi verdikleri, *görev tanımı dışı işi* yapıp asli görevlerini yapmamalarından dolayı personele hesap sorulduğunda değil, bunların tamamen dışında olan hata, kusur ve kabahatlerde dahi personeli korumakta ve böylece, istemeyerek te olsa, aynı hatayı tekrarlamaya teşvik etmiş olmaktadır. Bazı personel “nasıl olsa hesap sorulmuyor” diyerek başına buyruk davranmakta, bazen işe gelmemekte, mesai arkadaşlarına ve hastalara kötü davranmakta, diğerlerine de kötü örnek olmaktadır. Anabilim dallarının bu anlayış, tutum ve davranışlarının bir an önce değişmesi, personelin gerçek amirlerini tanıması kurumun yararına olacak, personelin hesap verebilirliği artacak, iştan kaytarma, sorumsuz, saygısız davranışlar azalacaktır. İKSY yöneticisi ve çalışanları kendi konularına hakimdir, yasaları bilmektedir fakat uygulayabilmeleri konusunda üst yönetimden destek görmeye ihtiyaçları vardır. Üst yönetim İKSY’nin sadece hizmet alımı çalışanları, işçi ve bazı memurlardan değil tüm çalışanlardan sorumlu olduğunu herkesin anlamasını sağlamalıdır. Üst yönetim İKSY’nin çalışanların haksız olduğu durumlarda verdiği kararları uygulamasına yardımcı olmalı, hukuki süreçte üniversitenin hukuk müşavirliğinin tüm gücünü kanalize etmelidir.

Üçüncü sorun işe alırken iyi bir eleme yapılmamasıdır. Hatırı kırılmayacak birinin tavsiyesi üzerine, aslında işe uygun olmadığı halde, alınan kişiler genellikle kendilerine, *kendisini tavsiye eden kişiden kaynaklanan*, bir güç vehmeder ve bu

olmayan gücü kullanmaya çalışırlar. Diğer çalışanlar da korku dolayısıyla buna itiraz edemezler. Bu nedenle o kişiden yeterince verim alınmaz.

Biraz da yukarıdaki paraftaki sorunla ilişkili olan diğer bir sorun akraba kümelenmesidir. Dikkatli bir inceleme çalışanların bir çoğunun akraba veya hemşeri olduğunu gösterecektir. İyi çalışan bir personelin akrabasının da iyi çalışacağı yanılgısı hem işe uygun olmayan kişilerin işe alınmasına, hem de eğer bu kişiler aynı yerde çalıştırılırsa çeteleşmeye yol açabilir. Gruptakilerden biri veya hepsi diğer çalışanlara hatta alt düzey amirlerine mobbing uygulayabilir, işlerinden biri veya bazıları çalışmayabilir. Çalışmayan kişi grupça idare edilecek, yani görevi diğerleri tarafından paylaşılacak veya edilmeyecek, yani o iş hiç yapılmayacaktır. Her durumda da o kişi için bir tasarrufta bulunmaya çalışılırsa diğer akrabaların hepsi aynı anda tepki gösterecektir. Sonuçta o birimden yeterli verim alınmadığı gibi dokunulmaz kişiler ortaya çıkacaktır.

Bu nedenlerle işe alım sırasında çok dikkatle davranılmalı, işe uygun kişiler alınmalı, hakkıyla işe alınmış kişilerden akraba olanlar mümkünse aynı ortamda çalıştırılmamalıdır. Çeteleşme oluşmuşsa hemen dağıtılmalı, yatay, aşağı veya yukarı yönde mobbinge izin verilmemelidir.

Personel yönetiminde diğer bir sorun “işin ehline verilmemesi” dir. Çalışanlardan en iyi verimi almamız ancak onları eğitim gördüğü veya ihtisaslaştığı alanda çalıştırmakla mümkün olacaktır. Oysa hastanemizde bir çok çalışan eğitim aldığı alanın dışındaki alanlarda çalışmaktadır. En basitinden hastanemizde tıbbi sekreter kadrosunda olan çalışan sayısı 64 iken, bunların ancak 24’ü tıbbi sekreterlik yapmaktadır. Bunun tersi de doğrudur; sekreterlerin bir çoğu hiç sekreterlik eğitimi almamış kişilerdir. İşin ilginç tarafı bazı öğretim üyelerinin sekreterinin bulunmasıdır. Yani bazı öğretim üyeleri kendileri yönetici konumunda olmadıkları halde hastanemizde kadrolu çalışan personeli kendilerine sekreter olarak almışlardır. Hastanemize ait bir odayı sekretere tahsis etmişler ve maaşını hastanemizden alan bu sekreterlere (ki, maaşını kendisi verse dahi hastane kaynaklarını ona tahsis edemezdi) özel işlerini, hatta, varsa özel muayenesine ait randevu işlerini yaptırmaktaydılar. Daha da ilginç tarafı bu öğretim üyelerinin bir kısmı o dönemde çıkan kanun gereği özelde çalıştığı için ücretsiz izine ayrılmış ve hastanede hasta muayene etmemekte, işlem yapmamaktaydılar (hastaneye hiç gelmeyenler dahi mevcuttu). İKSY bu gibi durumları

tespit etmiş, bazılarını düzeltmiş, bazılarını ise düzeltmeye çalışmaktadır. Fakat özellikle Anabilim dalı sekreteri veya bilim dalı sekreterliği yapan çalışanlar bir süre sonra sahiplenilmekte, sekreter kendi eğitimi ile ilgili bir alanda görevlendirilmeleri halinde yeni ortama uyum sorunu yaşayacağı, rahatının bozulacağı endişesiyle Anabilim/Bilim Dalı Başkanlarını araya koyarak görev yerlerinin değiştirilmesini engellemektedirler. Burada asıl sorun AD Başkanlarının buna destek vermesidir. Oysa yukarıda da belirttiğimiz gibi tüm çalışanlar hakkında tasarruf yetkisi İKSY'dedir (olmalıdır).

İKSY desteklenmeli, yönetim onun yapılmasını uygun bulduğu değişikliklerin hayata geçirilmesinde kendisine yardımcı olmalıdır.

TMY

TMY kurulduğundan bu yana çok üstün bir performans göstermiş ve karmakarışık olan süreci oldukça düzene sokmuştur. Yine de yapılması gereken çok iş vardır.

Anabilim dalları talep değerlendirme biriminin istediği şekilde talep etme konusunda yeterince eğitilmemiştir. Stoklar düzenli olarak bildirildiği halde birimlerce hala stokta var olan ürünler istenmeye devam edilmekte veya “nasıl olsa talep değerlendirme tarafından miktarı azaltılır” diyerek yada “şimdi çok sayıda alayım birkaç yıl idare etsin, belki bir daha alınmaz” düşüncesiyle gereksiz veya gereğinden fazla mal talep etmektedirler. Oysa “stok maliyettir” bilincini oluşturmak, yerleştirmek, özümsetmek gereklidir. Kürsülere düzenli ziyaretler yapılmalı, taşınır mal süreç yönetimi, stok yönetimi, stok maliyeti, talep, israfın engellenmesi, ihtiyaç fazlası ürünlerin değerlendirilmesi vb konularda eğitimler verilmelidir. Bu eğitimin tekrarlanması şarttır çünkü asistanlar sık sık yer değiştirmekte, her gittiği yerde farklı uygulamalar görmekte ve konuyu sahiplenme hisleri azalmaktadır. Bir AD başkanı veya Bilim Dalı başkanı değiştiğinde yerine gelen çok büyük ihtimalle konuyu hiç bilmemekte, aynı hatalar tekrar yapılmaya başlanmaktadır.

Sistemde malzeme eşleştirme işleminin doğru yapılmaması halinde yanlış ve gereksiz malzeme alımları için ihale yapılabilmektedir. Sistemde SUT-TMY-İÜ kodu eşlemeleri doğru yapılmalı, sık sık kontrol edilmelidir.

Üniversitemizde 5 hastane vardır. Bu 5 birim birbiri ile iyi haberleşmeli, stok paylaşımı konusuna azami dikkat göstermeli, bir birimin ihtiyacı olan malzeme diğerinde varsa ihaleye çıkmak yerine ihtiyacını diğer birimden temin etmelidir. Bu uygulanırsa gereksiz ihaleler yapılmayacak, ihaleye çıkma masraflarından kurtulunacak, yeni malzemeye gereksiz yere para verilmeyecek, stok maliyeti ve böylece değişken maliyetler azalacaktır.

Yukarıda da belirtildiği gibi en kısa zamanda üniversite hastaneleri ÇKYS kurulmalıdır. Bu sistemin faydası KHB uygulaması ile ıspatlanmıştır, geç kalınmamalıdır.

GdİSY

Bazı malzemelerin alış fiyatı SGK geri ödeme fiyatından yüksektir. ÜHB birliği bahsinde anlatıldığı gibi bir çok nedenden dolayı ve SUT fiyatlarının 7 yıldır artmaması, hatta bazı kalemlerde düşmüş olması nedeniyle de ihtiyacımız olan ilaç ve malzemeleri ya yaklaşık maliyetin üzerinde, ya aşırı pahalıya almakta yada hiç alamamaktayız. Bunu önlemenin ilk adımı Döner Sermaye İşletme Müdürlüğünün ortak alımları arttırması olabilir.

Firmalar rakiplerin katılımı dolayısıyla fiyatlar düşeceği veya nasıl olsa vadeli alımda belirtilen sürede ödeme yapamayacağımız için zarar edecekleri gerekçesiyle ihaleye gelmek istememekte, bize ihalede mal vermeyerek veya ihaleye gelseler bile ihalede olmayacak fiyatlar talep edip hasta başı alım yapmaya zorlamaktadırlar. Hasta başı alım pahalı bir yöntemdir. Bunun yerine birim ihale yöntemini daha fazla ve titizlikle uygulamalıyız.

Yine KHB'nin yaptığı gibi tüm üniversite hastanelerinin ortak alım yapabildiği bir sistem kurgulamalı ve uygulamaya geçilmelidir.

İhale ile alınan malzemelerin KİK mutlaka yapılması gerekir. SGK kesintilerimizin neredeyse tamamı malzeme sorunları dolayısıyla ve bunların çoğu da KİK kaydının olmaması vb. nedenlerle olmaktadır (Şekil 5.4).

306130	STERIX P LATEKS PUDRALI CERRAHİ ELDİVEN (8,0)	09.06.2013	0,73	0,73
KİK KAYDI YOK				
305331	8698147986985 IU50080035100	Propilen 6/0 13 3/8 keskin (),330 µ,75 cm	09.06.2013	8,64
KİK KAYDI YOK.				

305720	POLYGLECAPRONE 25 5/0 16 MM. 3/8 CURVED CUTTING 75 CM.	09.06.2013	8,93	8,93
5051483050896	UNDYED			
IU50080031310				

KİK KAYDI YOK

Şekil 5.4: KİK kaydı sorunları ile olan malzeme kesintileri.

GdİSY'nin malzeme alımları sırasında ihale, KİK kayıtlarının varlığı ve doğruluğu konusuna çok büyük önem vermesi gerekmektedir. Eğer malzeme kesintileri önlenebilirse kesinti oranlarımızın %0,5 veya daha altına inmesi mümkün olabilir.

Anabilim Dalları

Kabul etmek gerekir ki üniversite hastanelerimizde hala çok güçlü bir Anabilim Dalı yapılanması vardır. Yönetim ve ekonomi bilgisine sahip yöneticiler olduğu takdirde işleri çok kolaylaştırabilecek olan bir sistem bunun tersi olduğu takdirde birden bire sorunun en büyük kaynağı haline gelmektedir. Anabilim dallarına yapılan bilgilendirme ziyaretleri sırasında gelir-gider, kâr-zarar, bilanço gibi kavramlardan bahsedildiğinde ilk tepki “Üniversite hastanelerinde bu kavramlardan bahsedilemeyeceği, burasının kar etmek gibi amacı olmadan sadece şifa dağıtması gereken yerler olduğu” şeklinde olmuştur. “Üniversite hastanelerinin kâr etmek gibi bir amacı olamaz” sözü neredeyse slogan haline gelmişti. Oysa bırakın özel hastaneleri devlet hastaneleri bile bu aşamayı yıllar önce geçmişlerdir. Kâr etmeden sürdürülebilirliğin mümkün olmadığını, çalışanların gelir ve refah düzeylerinin artırılmasının, cihaz parkının yenilenmesinin, binalarımızın yıkılıp yerlerine modern hastanecilik kavramına uygun yeni binalar yapmamızın ancak sürdürülebilirliği sağlamakla mümkün olabileceğini anlamadan hemen kâr etme fikrine karşı çıkmak yanlıştır. Bu tepkinin bir kısmı yıllar boyunca açıklarımız devlet tarafından kapatıldığı için açığımızın olduğunu farkına varmamamız, bu nedenle bize tahsis edilen ödenekleri hesapsızca kullanmamızın getirdiği rahatlığı sürdürmek istememizden kaynaklanmaktaydı. Sağlıkta yeniden yapılanma sonucu bu hesapsız ödenekler bittiğinde bile uykudan uyanmamız yıllar almıştı. Haliyle henüz uyanmamış yöneticilerimiz bu tepkiyi vermeye devam etmekteydi. Yıllarca muhasebe kuralarına uygun gelir gider, bütçe hesabı yapılmamış olan ve haliyle her yıl ne kadar zarar etmekte olduğu bilinmeyen hastanemizde nihayet olması gerektiği gibi hesaplamalar yapılıp aslında ne kadar zarar etmekte olduğumuz ortaya çıktığında bu kez de “Yıllardır açık vermeyen bütçenin ilk kez şimdi neden açık vermeye başladığı” sorulmaya başlamıştı. Bunun üzerine her Anabilim Dalına birimlerinin ayrıntılı gelir gider tabloları

gönderilmeye başlanmıştır. Ayrıca bilgilendirme toplantıları düzenlenmiş ve bu tablolar üzerinden zararların sebepleri, geçmişten kalan borçların miktarı ve ödeme dengelerine olan yükü anlatılmıştır. Neticede İç Hastalıkları, KBB ve Kardiyoloji gibi birimler ya zarardan kâra geçer veya kâr oranlarını arttırırken bazı Anabilim dalları ise aynı hataları yapmaya ve haliyle zarar etmeye devam etmişlerdir. Bazı anabilim dalları ise çeşitli nedenlerle toplantıya dahi katılmamışlardır. Burada tespit edilen en ilginç bulgu toplantılara gösterilen ilginin düzeyi ile gelir gider dengesindeki olumlu gelişmenin arasında pozitif yönde bir korelasyonun olmasıdır. Yani toplantılara gösterilen ilgi ne kadar yüksekse Anabilim dallarının gelir gider dengeleri o kadar pozitif olmaktadır.

Bilim Dalları ve Öğretim Üyeleri

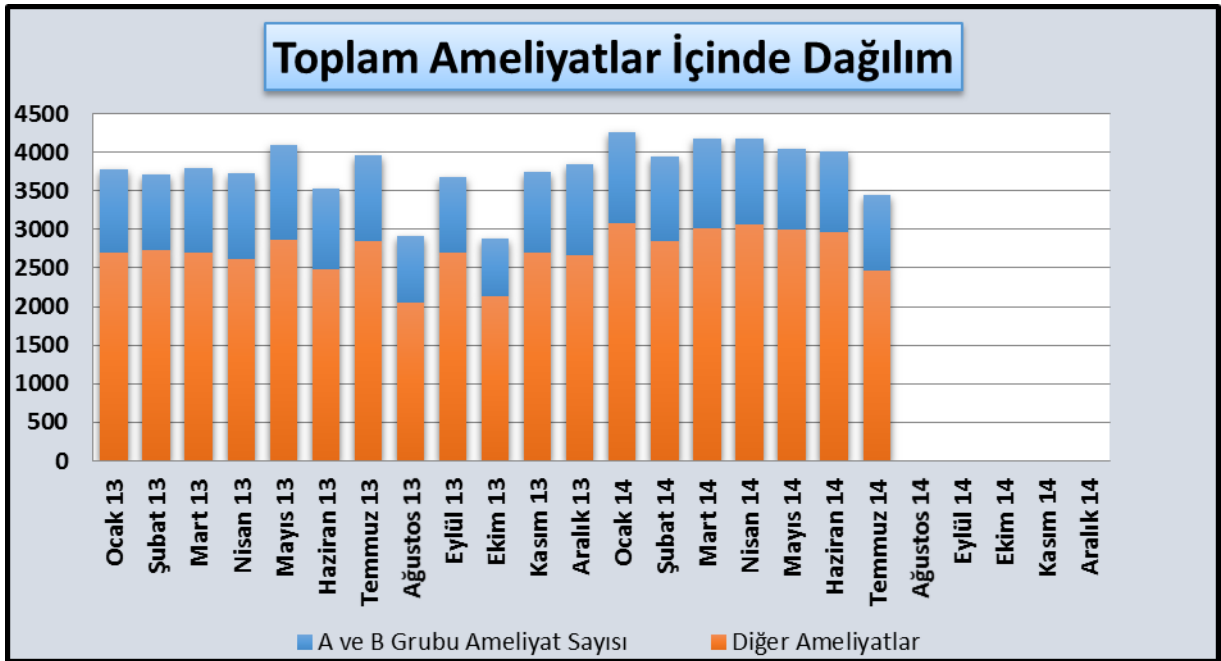
Anabilim dallarının sorunları daha küçük ölçekte olmak kaydıyla bilim dalları için de geçerlidir. Öğretim üyelerinin farkındalığının arttırılması, kayıtları düzenli girmeye ve tasarruflu olmaya teşvik edilmesi gerekmektedir.

Öğretim üyelerinin yaptığı poliklinik, ameliyat ve girişimlerin sayısı arttırılmalıdır. Özel hastanedeki bir kateter laboratuvarında günde 40 adet anjiyografi vb. işlem yapılabilirken üniversite hastanelerinde bundan çok daha az anjiyografi yapılıyor olması, öğretim üyesi ameliyat sayılarının da bununla benzerlik göstermesi kabul edilebilir bir durum değildir.

Sadece işlem sayısını arttırmak yeterli ve doğru değildir. Üniversite hastaneleri bir devlet hastanesinin yapabileceği işlemleri fazla sayıda yapmamalıdır. Öğrenci eğitimi için yetecek sayıda basit işlemi yaptıktan sonra A ve B grubu işlemleri yapmalıdır. Kemik iliği nakli, yüz nakli vb. bu işlemler hem prestijli olup üniversitemizin ve ülkemizin adını duyurmaya yarayacak hem de getirisi yüksek olan işlemlerdir. Prestijli bir üniversite olabilmek için A ve B grubu işlemlerin toplamının tüm ameliyatların toplamına olan oranının %50 civarında olması beklenmektedir. Oysa bizde bu oran 2013 yılı için %28,59 dur (Tablo 5.2, Şekil 5.5).

Tablo 5.2: A ve B grubu ameliyatların tüm ameliyatlara oranı

2013			
2013 Toplam Ameliyat Sayısı	2013 A ve B Grubu Ameliyat Sayısı	2013 Diğer Ameliyatlar	A ve B grubu Ameliyatların Toplam Ameliyatlara Oranı
43678	12488	31190	28,59%



Şekil 5.5: A ve B grubu ameliyatlarda ve özellikli ameliyatlarda oranı

Özellikli ve istisnai ameliyatlarda için de aynı durum söz konusudur (Tablo 5.3). İstisnai ameliyatlarda SGK hastadan işlem veya paket bedelinin 3 katı kadar fark alınmasına izin vermektedir. Bu nedenle bu tür ameliyat sayılarının hızla artırılması gerekmektedir. Mesai dışı yapıldıklarında ise ayrıca bir bedel daha alınmakta ve bu da büyük oranda öğretim üyesine ödenmektedir. Öğretim üyelerimizin özel hastane veya üniversitelere gitmek yerine kendilerine tanınmış bu hakkı kullanmaları hem kendileri hem de üniversite hastaneleri için çok yararlı olacaktır.

Tablo 5.3: A ve B grubu ameliyatlarda ve özellikli ameliyatlarda sayısı

AMELİYAT GRUPLARININ KARŞILAŞTIRMASI			
	TOPLAM AMELİYAT	AB GURUBU AMELİYAT	ÖZELLİKLİ AMELİYAT
28.06.2014-04.07.2014	489	119	110
05.07.2014-11.07.2014	664	190	136
12.07.2014-18.07.2014	648	166	137
19.07.2014-25.07.2014	612	152	94
TOPLAM	2.413	627	477

SGK sağlığa yönelik işlemleri ve tedavileri ödemekte, kozmetik işlemleri ödememektedir. Bu işlemlerde SGK fiyatı olmadığı için cari fiyatlar geçerlidir. Cari fiyatlar (niversitemiz için HAGED fiyat tarifesi) SUT fiyatlarından yüksektir ve hasta ödemektedir. Bu işlemlerin sayı ve oranı arttırılmalıdır.

Performans uygulaması

Özünde doğru olan performans uygulaması ğretim yeleri tarafından yanlış anlaşılmuş ve ilk zamanlarda soruna yol açmıştır. Öğretim yeleri aynı kadroda olan herkesin aynı miktarda döner sermaye alması gerektiğini savunmuşlardır. Oysa bu yanlıştır. Bazı ğretim üyelerinin diğerlerine göre daha fazla iş ürettiği bilinen bir gerçektir. Oysa eşit kadroya eşit performans uygulaması yıllardır az iş yapan veya neredeyse hiç iş yapmayan ğretim yeleri ile gerçekten çalışıp üreten ğretim üyelerinin aynı miktarda döner sermaye almalarına olanak vermekteydi. *Eşitliğin adalet olmadığı* gerçeği gözden kaçmış, durum kanıksanmıştı. Performans uygulamasının mantığı gereği kendilerinin daha fazla alması gerektiğini düşünen ğretim yeleri haklı olarak durumu sorgular hale geldiler. İki türlü itiraz ortaya çıkmıştı:

- 1- *Daha önce eşittik, adaletsizdi fakat en azından şimdikinden fazla döner sermaye almaktaydık, bu performans uygulaması yanlıştır. Aramıza şeytan girdi.* Bu düşüncelerdeki hata şudur: nceki dönemde devletin sübvansiyonu ve özel muayene gelirleri vardı, muhasebe kurallarına uygun bütçe yapılmıyordu ve gerçekte ne kadar zarar etmekte olduğumuz bilinmeden hesapsız döner sermaye ödemesi yapılmaktaydı. şimdi ise neredeyse aynı anda devlet destekleri kesilmiş, özel muayene kaldırılmış, gelirler azalmış, gelir gider hesabı, bütçe yapılmakta olduğu için ne kadar zarar etmekte olduğumuz görülmüş ve performans ödemeleri ona göre hesaplanmaya başlanmıştı. Haliyle daha az ödeme yapılmaktaydı. Öğretim yelerinin bir kısmı hala bu gerçeği anlayamamış veya kabullenememiştir.
- 2- *Çok alışan ile az çalışan aynı miktarda performans almaktadır.* Gerçekten performans uygulaması başladıktan fazla çalışan çalışan ğretim üyelerinin daha fazla almaları gerekirdi fakat performans uygulamasının kuralları gereği mali durumumuzun izin verdiği kadar performans dağıtılmaya başlandığından ne yazık ki çalışan ve çalışmayan ğretim yeleri yine neredeyse aynı miktarda performans ödemesi almaktadır. Çünkü

verilebilecek en az miktar dağıtıldığında bile fazla çalışana dağıtılabilecek çok az para kalmakta bu da memnun edecek kadar pozitif ayrışmayı sağlamaya yetmemektedir. Uygulanmakta olan performans kurallarının Sağlık Bakanlığı tarafından kendi hastanelerinin şartlarına uygun olması, üniversitelerde önemli olan, yayın, eğitim vb. hizmetlere gereken önemin verilmemiş olması da buna katkıda bulunmaktadır. YÖK tarafından hazırlanan performans uygulaması kurallarının olumlu etkisi olacağı düşünülebilir fakat en iyi sonuç için yüksek gelirlerin elde edilmesi, performans ödemesine ayrılacak payın artması gerekmektedir.

Yüksek gelir elde edebilmek için daha fazla sağlık hizmeti üretmeli, üretilen hizmetleri doğru kaydetmelidir. Oysa yukarıda verilen çok sayıda örnekten de anlaşıldığı gibi bir çok hizmeti ya hiç kaydetmemekte ya da yanlış kaydetmekte, netice SGK'dan ya hiç para alamamakta yada ceza ödemekteyiz. Öğretim üyeleri bu hatalardan muaf değildir. "Öğretim üyesi kayıtlı uğraşmaz" diyen öğretim üyeleri özel hastanede işlem sonrası eldivenini çıkarır çıkarmaz işlemi kaydetmektedir. Aynı özeni kurumumuz için de göstermeleri beklenirdi. En azından doğru kayıt edilmesi için görevlileri denetlemeleri yeterli olabilirdi, fakat öyle olmamaktadır. Bu konuda herkes üzerine düşeni yapmalıdır.

Mesai dışı muayene ve ameliyatlarda büyük bir gelir kaynağı olabilir. Bu yöntemde hastane bir poliklinik bedeli kadar SGK ya fatura kestikten sonra bunun iki katı kadar da hastadan fark alabilmektedir. Yani normalde elde edilen gelirin 3 katı kazanılmaktadır. İşlem ve ameliyatlarda ise SGK ya kesilen bedel kadar hastadan fark alınmaktadır. Her ne kadar alınacak ücretin 2 asgari ücret bedelini aşmaması gibi bir şart olsa da ilave olarak alınan bu para adil bir paylaşım sağlandığı takdirde hem hastane, hem hekim hem de o hizmete katkıda bulunmak üzere mesai saatleri dışında hastanede çalışmaya devam etmekte olan personel için büyük getiriler sağlayabilecek potansiyeli vardır. Öğretim üyelerinin bir çoğu aslında ayda 15-20 000 TL lik ek gelir elde ettikleri takdirde dışarıda çalışmayı bırakacaklarını ifade etmektedir. Mesai dışı muayene veya ameliyatlarda bu geliri onlara sağlayabilir. Normalde mesai dışı ameliyat veya muayene yapılmazken artık yapılır hale geldiğinde artacak olan hizmet ve onun SGK getirisi ise hastanenin karı olacaktır. Bu konuya özellikle önem verilmelidir.

Yıllardır hastaneye gelmeden maaş ve döner sermayesini almaya devam eden bazı öğretim üyeleri hakkında gereken yasal işlemler başlatılmalı, haksız yere aldıkları maaş, döner sermaye ve performans ödemeleri hesaplanıp yasal faizi ile geri alınmalı, benzer davranışlarda bulunmaya teşebbüs edenlere ibret olması, çalışıp yeterince ödeme alamayan öğretim üyelerinin de adalet duygusunu tatmaları için üniversite ile ilişkileri kesilmelidir. Yönetim süreci sonuna kadar takip etmelidir.

Özel muayenehanesi olan öğretim üyelerinin dışarıda özel muayene yaptığı sigortalı hastaların tahlillerini hastanemizde yaptırılmaları kurumu zarara uğratmaktadır. Ör: SGK Dahiliye kliniğinde muayene bedeli 56 liradır. Özel muayenehanede görülüp, gerekli görülen 1000 TL tutarındaki tahlil “hastaya masraf olmasın” diye SGK kaydı açarak hastanemizde yaptırıldığında hastanemize 55 TL gelir olmakta fakat 1000 TL masraf olmaktadır. Hastanemiz zarar etmektedir. Özel muayeneye gidecek kadar parası olan hasta tahlillerini de dışarıda yaptırmalıdır. Eğer dışarıda yapılamayacak tahliller varsa veya güvenilirlik açısından hastanemizin laboratuvarları tercih edilecekse bunlar hastanemizde HAGED fiyatlarıyla yapılmalıdır.

Hem hastanemizde hem de özel hastanede çalışan öğretim üyelerinin özel hastanede opere etmeye karar verdiği hastaların ameliyat paketine dahil pre op ve post op tahlillerini hastanemizde yaptırıp özel hastanenin karını arttırmaya çalışması kurumumuza zarar vermektedir. Post op komplikasyon gelişen hastaları özel hastanede parası bitene kadar yatırıp sonra hastanemiz yoğun bakımına aldırarak ta aynıdır. Bu konulara hem öğretim üyemiz, hem yönetim önem vermeli, hem de SGK konunun sıkı takibini yapıp bu tür uygulama yapan kişi ve hastanelere *caydırıcı* cezalar vermelidir.

Öğretim üyelerimiz seminer, konferans, ikinci görüş, mahkeme dosyası, mesai saatinde gidilen özel tv programı vb. gelirlerin sisteme kaydedilmesi için gereken özeni göstermelidir. Fakültemizde kadrosu olan herhangi bir öğretim üyesinin veya hekimin hastane dışı anlaşmalarının tamamını o hekim adına hastanemiz yönetimi yapmalı, alınan her para kayda girmeli, gerekli yasal kesintiler yapıldıktan sonra hekimin hakkı olan para fakülte tarafından onun hesabına yatırılmalıdır. Şu ana kadar yapılmış anlaşmalar da iptal edilip yeni şartlarla anlaşmalar yapılmalıdır.

Öğretim üyeleri mesai gün ve saatlerine, yıllık izinlerine gereken özeni göstermelidir.

Yıllarca üniversitemizin imkanlarını kullanarak kariyer yapan, kendilerini geliştiren öğretim üyelerinin bir süre sonra kuruma hiç bir pay ödenmeden kendilerine daha iyi maddi imkanlar sunan özel hastane veya vakıf üniversitelerine geçmeleri haksızlıktır. Öğretim üyesi olduktan sonra uzun süre kurumda çalışma zorunluluğu olmalı, süresi biten öğretim üyelerinin kurumdan ayrılmaları halinde kuruma oldukça yüklü bir ödeme yapılmalı, bunun için gereken anlaşmanın şartlarını üniversitelerin kendileri hazırlamalıdır. Elde edilen para yine eğitime harcanmalıdır.

Öğretim üyesi kadrosu öğretim üyelerinin kadrosudur, doçent ve professor unvanları öğretim üyelerinin unvanıdır. Özel hastane ve devlet hastanelerinde öğretim üyesi kadrosu ve unvanı olmamalıdır. Özel hastaneye geçen bir hekim artık öğrenci yetiştirmeyeceğine göre doçent ve profesör unvanlarını bırakmalı, eğitim yapacağı bir kuruma geçmediği sürece de bu unvanlarını kullanmamalı, eğitim kurumları arası geçişlerde denklik sınavı yapılmalıdır. Sağlık bakanlığı hastanelerinin ve özel hastanelerin doktorlarına doçent ve profesör unvanı verilmemeli, bunu hedefleyen hekimler üniversite hastanelerine başvurup gereken süreci tamamladıktan sonra gereken sınavlara girerek başarılı oldukları takdirde üniversite hastanesinde kaldıkları süre zarfında kullanmak şartı ile bu unvanı alabilmelidir. Tekrar devlet hastanesine veya özel hastaneye gitmek istedikleri takdirde üniversite hastanesine ödeme yapmalı, aldıkları unvanı kullanmayı bırakmalıdır.

Uzmanlar ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Hekimler

Kayıt esastır. SGK tüm kayıtlarımızı görmekte, ona göre ödeme yapmakta, eksik kayıtlar için ödemeyi kesmekte, yanlış kayıtlar için yerine göre 10-20 kat ceza vermektedir. Kayıtların doğru olması için en çok özen göstermesi gerekenler Uz Hekim, asistan ve tıbbi sekreterlerdir. Fakat asistanlar bunun kendi görevlerinden biri olduğunu kabul etmek istememektedirler. Tıbbi sekreterlerin doktor kontrolü olmadan bir epikriz yazması mümkün değildir. Ya doktor sekretere söyleyerek yazdırmalı ya da kendisi yazmalıdır. Aksi takdirde hem tıbbi, hem idari, hem de hukuki sorunlar çıkabilecektir ve bunun sorumlusu sekreter değil doktor olacaktır. Epikrizlerde teşhisin ve/veya tedavinin yokluğu, teşhis, tetkik ve tedavi uyumsuzluğu vb. nedenlerle SGK tarafından yapılan kesintinin sorumlu kişiye rücu edilmesi gereklidir.

Özellikle performans uygulamasının gelmesinden sonra asistanlar “Ben çalışıyorum, hocalar döner sermaye alıyor, bu haksızlıktır, o halde ben de çalışmam” demeye başlamıştır. Fakat böyle olmasının sebepleri asistanların Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olmaları nedeniyle kendilerinden sorumlu bir öğretim üyesinin olmasıdır. İleride bir dava vs. söz konusu olduğunda kendileri kadar kendilerinden sorumlu öğretim üyesi de kanun önünde hesap verecektir. Öğretim üyelerine verilen pay bu sorumluluğun karşılığıdır. Kaldı ki uygulamada sadece asistanın kendisine danıştığı vakalarda öğretim üyesine B puanı verilmektedir.

Asistanlar çok fazla hasta muayene ettiklerinden yakınlıkla hasta sayısının azaltılmasını istemektedirler. Oysa devlet hastanelerinde uzmanlar dahi günde 50 civarında hasta muayene ederken hastanemizdeki asistanlar çok daha az hasta muayene etmektedirler (Tablo 5.4). Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniği hariç bu sayıya ulaşan yoktur.

Tablo 5.4: Bazı polikliniklerimizde asistan başına düşen günlük hasta sayısı

GENEL CERRAHİ A.D	40
İÇ HASTALIKLARI A.D	25
KBB HASTALIKLARI A.D	20
ORTOPEDİ VE TRAVMATOLOJİ A.D	20
ÇOCUK CERRAHİSİ A.D	30
NÖROLOJİ A.D	40
NÖROŞİRÜRJİ AD	40
PLASTİK VE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ A.D	40
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM A.D	50

Hastanemizin neredeyse tüm polikliniklerinde saat 14:30-15:00 ten sonra koridorlarda hasta kalmamaktadır. Bu durum ciddi gelir kaybına yol açmakta, asistanların aldığı performans ödemesi bulunduğu birimin geliriyle orantılı olduğu için gelir azaldıkça asistanların aldığı performans ödemesi azalmakta, ardından az para aldıkları için yakınmalar başlamaktadır.

Hasta sayısının azlığı konusunda asistanlardan “Aslında randevusuz çok sayıda hasta gördükleri” şeklinde itirazlar gelebilmektedir ki bu da kayıt dışı hasta bakıldığı anlamına gelmektedir. Bu tür bir uygulama kurum zararına yol açtığı için yönetim olarak en kısa zamanda en az kayıt dışı bakılan hasta sayısı kadar randevu ilave edilmeli veya asistanlar kayıt dışı olarak kendilerine gelen veya gönderilen hastaları mutlaka kayıt altına almalıdır.

Acil polikliniklerde yeşil alan uygulamasının önemi yukarıda anlatılmıştı. Asistanlar kendilerine hem asistan uyum kursunda anlatıldığı hem de çeşitli seminerlerle konu hatırlatıldığı halde yeşil alan uygulamasını yapmayarak bir yandan kendi iş yüklerini arttırırken diğer yandan kurum gelirlerinin azalmasına yol açmaktadırlar.

Çok yakında TİG ile ödeme sistemine geçilecektir. Bu özellikle üniversiteler için çok önemli ve onların gelirlerini arttıracak bir sistemdir. Asistanlar hem asistan uyum kursunda hem de çeşitli seminerlerle bilgilendirilmiştir. Dr kontrolü olmadan TİG kaydı yapılamaz. Eğer konuya gereken özen gösterilmezse gelirlerimiz çok azalacaktır.

Hekimlerin hem idari, hukuki sorun ortaya çıkmaması hem de hastanenin ve kendilerinin gelirlerinin artması için yapılması gerekenler şunlardır:

- 1- Tüm kayıtlarda doktor, hasta, teşhis ve hasta muayene bilgileri eksiksiz ve doğru yerlere girilmelidir.
- 2- Laboratuvar istekleri teşhisle uyumlu olmalıdır.
- 3- Ek 2A (eski Ek 10C) tetkik isteklerinde açıklayıcı bilgi girilmelidir.
- 4- Epikrizler zamanında, doğru, eksiksiz yazılmalıdır.

Epikrizde dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

- a-Tanı olmalı,
- b- Hastanın tüm bulgularının sonuçları ile birlikte yazılmalı,
- c-Eşlik eden hastalıklar ve komplikasyon varsa belirtilmeli,
- d-Tanılar ve işlemler birbiriyle uyumlu olmalı, birden fazla kesi varsa buna uygun giriş yapılmalı,
- e-Yapılan işlemler olmalı, işlemi yapan doktorun, takip eden asistan doktorun ve anestezi doktorunun isminin epikrizde belirtilmeli,
- f-Hastadan Ek-2a işlemlerinden biri istenilirse gerekçesi (endikasyonu) belirtilmeli, patoloji ve radyolojik tetkikler varsa mutlaka raporları eklenmeli,
- g-Hastaya kullanılan ilaç ve malzeme, kan ve kan ürünleri ayrıntılı bir şekilde ameliyat notunda ve epikrizinde belirtilmeli,

h-Uzayan yatış olmuşsa açıklaması yapılmalıdır.

5-Yeşil Alan uygulamasına özen gösterilmelidir.

6-Poliklinik sayıları arttırılmalıdır.

7-TİG kayıtlarının gerektiği gibi yapılabilmesi için dosyalarda TİG kodlayıcı sekreterin ihtiyaç duyacağı bilgilerin doğru olarak, doğru yerde ve eksiksiz olarak bulanmasına azami özen gösterilmelidir.

Hemşireler

SUT doktor işlemlerini temel alan bir sistemdir. İşlem Dr tarafından yapılmış ise ödeme yapılır, aksi takdirde ödeme yapılmaz. Bu nedenle bazı hemşirelik işlemlerinden dolayı hiç ödeme alınamaz, bazı işlemler ise doktor adına sisteme kaydedildiği takdirde SGK tarafından ödenir. SGK tarafından ödenen bazı işlemler hemşireler tarafından yapıp doktor adına kaydedilir ve parası alınır. Performans ödemesinde ise böyle bir ayırım yoktur ve hemşirelik işlemleri sisteme kaydedildiği takdirde performans ödemesi yapılır. İşlem doktor adına SGK'ya fatura edilse bile sisteme giren kişinin kodu kayıtlı olduğu için SGK'dan o işlem adına gelen para işi yapan hemşirenin hesabına aktarılmaktadır. Yani doktor o paradan performans almamaktadır. Özellikle performans uygulamasının başlamasından sonra kurallara uygun olarak performans ödemesi yapıldığında hemen her çalışmada olduğu gibi hemşirelerde de gelir azalması olmuştur. Bu durum hemşireler tarafından "kendi yaptıkları işlemler doktor adına girildiği için gelirlerinin düştüğü" şeklinde yorumlanmıştır. Dolayısıyla bazı hemşireler "ben alamıyorsam doktor da almasın" düşüncesiyle yaptıkları işlemleri sisteme kaydetmemeye başlamışlardır. Neticede SGK gelirlerimiz azalmıştır. Doç Dr Suphi Vehid tarafından yapılan bir çalışmada hemşirelik hizmetlerinin SGK tarafından tam olarak ödenmemesinin yol açtığı zararın toplam gelirimizin yaklaşık %20'si civarında olduğu tespit edilmişti. Performans uygulamasının başlamasından sonra gelişen "kayıt etmeme" tutmunun bu zararı daha da arttırdığı görülmektedir. Benzer şekilde çekilen EKG vb. işlemler de büyük oranda sisteme kaydedilmemekte, haliyle SGK'dan parası alınamamaktadır.

Diğer bir sorun bazı hemşirelerin barkod okuyucu ve yazıcıların kullanmak istememesidir. SGK'nın, haklı olarak, kullanılan ilaç ve malzemeleri kontrol etmek istemesi bunların sisteme kaydedilmesini zorunlu hale getirmesi iş yükünü arttırmıştır.

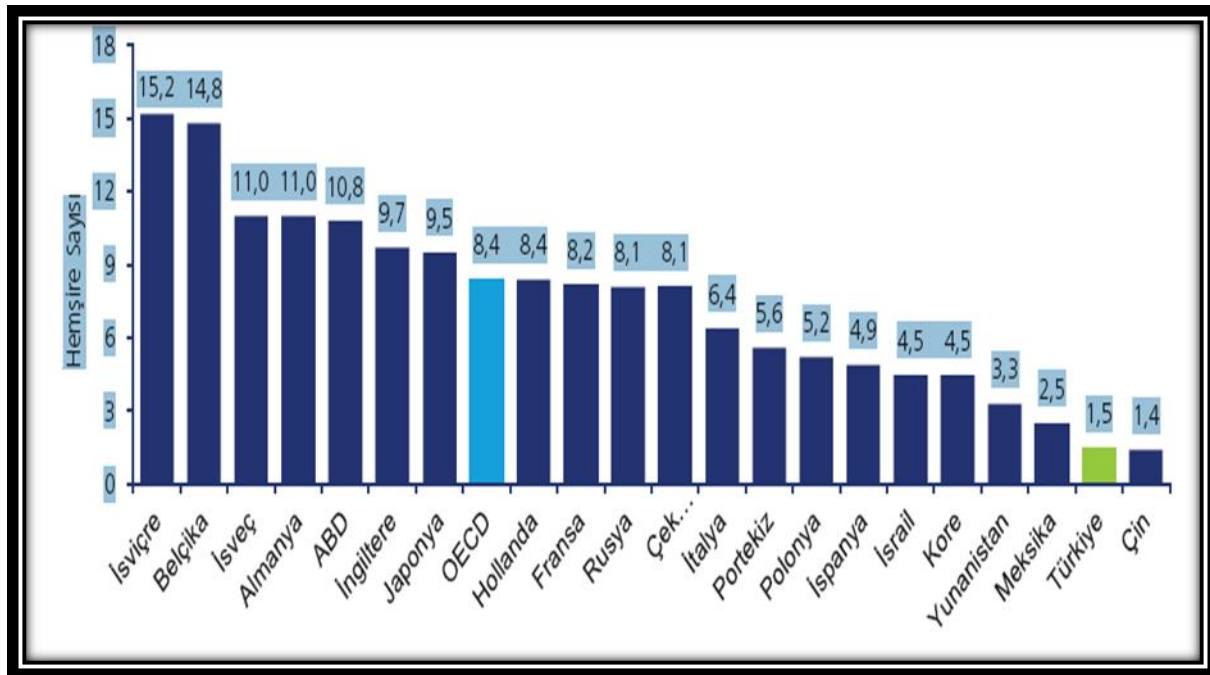
Kullanılan malzemelerin çok fazla çeşidinin ve kodunun olması nedeniyle fazla uğraşmak istemeyen kullanıcı genelde ilgili ekranda ilk gördüğü malzemeyi işaretlemekte veya sıkça kullanıldığı için akılda kalan bazı kodları benzer tüm malzemeler için girmektedir. Bu durumda aslında kullanılmayan bazı ürünler hızla tükenmiş görünmekte ve sık sık ihalesi yapılmakta, fakat tüketilmemektedir. Depolarda kullanılmayan malzemeler birikmekte fakat kullanıldığı halde sistemden düşülmeyen maddeler sistemde var görünürken depoda bulunmamaktadır. Bu malzemeler için talep geldiğinde ise sistemde var görüldüğü için ihalesi yapılamamaktadır. Hem bu soruna çözüm olması hem de doğru ve hızlı kayıt yapılabilmesi için çok sayıda barkod yazıcı ve okuyucu alınmıştır. Yapılan denetimlerde bazı hemşirelerin barkod yazıcılarını “kendilerini kasiyer gibi hissettikleri için” veya “zor geldiği için” kullanmadıkları cihazların depoya kaldırıldığı anlaşıldı. Hemşirelik müdürlüğünün ve İKSY'nin çalışan psikolojisi konusunda araştırmalar yapması kurum aidiyetini ve çalışma şevkini arttırmaya yönelik eğitim programları yapmaları uygun olabilir.

Genel olarak tüm çalışanların ortak sorunu olan düşük performans gelirleri özellikle hemşireler için önem arz etmektedir. Devlet ve özel hastane hemşirelerinin yüksek performans ödemesi aldıkları kanaati hemşirelerin bir an önce devlet hastanesine geçmek istemesine yol açmakta, Sağlık Bakanlığı da zaman zaman kadro açarak bu hemşirelerin devlet hastanelerine transfer olmasına kapı açmaktadır. Sadece mevcut kadrolu çalışan hemşireler değil, hastanemizde açılan kadrolara başvuran hemşireler de yanlış bilgilendirmenin kurbanı olarak hemen ayrılmaktadır. Hemşirelik müdürlüğü ve İKSY hem gelir düzeyleri hem de çalışma şartları hakkında doğru bilgilendirme yaparak hemşire kaybını durdurmalıdır. Çünkü hemşire olmadan yataklı sağlık hizmetinin verilmesi mümkün olmadığı için bir çok birimde yatak sayısı azaltmak zorunda kalınmış, buradan gelen gelirler kaybedilmiştir.

Üretimi arttırmak için hemşire sayı ve memnuniyetini arttırmak gereklidir. Bu da mevcut hemşirelerin gelirini arttırmak suretiyle memnuniyetlerini arttırmak, eski hemşirelerin devlet hastanelerine gitmelerini ve yeni gelen hemşirelerin göreve başlamadan ayrılmalarını önlemekle mümkündür. Performans gelirlerinin artması göçü durdurmaya yetebilir fakat hemşirelerin mevcut kadroları ve mevcut performans ödeme kuralları ile daha yüksek performans ödemesi almaları mümkün değildir. Performans ödemesi kuralları, katsayılar değişmeli, yoğunbakım, ameliyathane vb. ağır ortamlarda

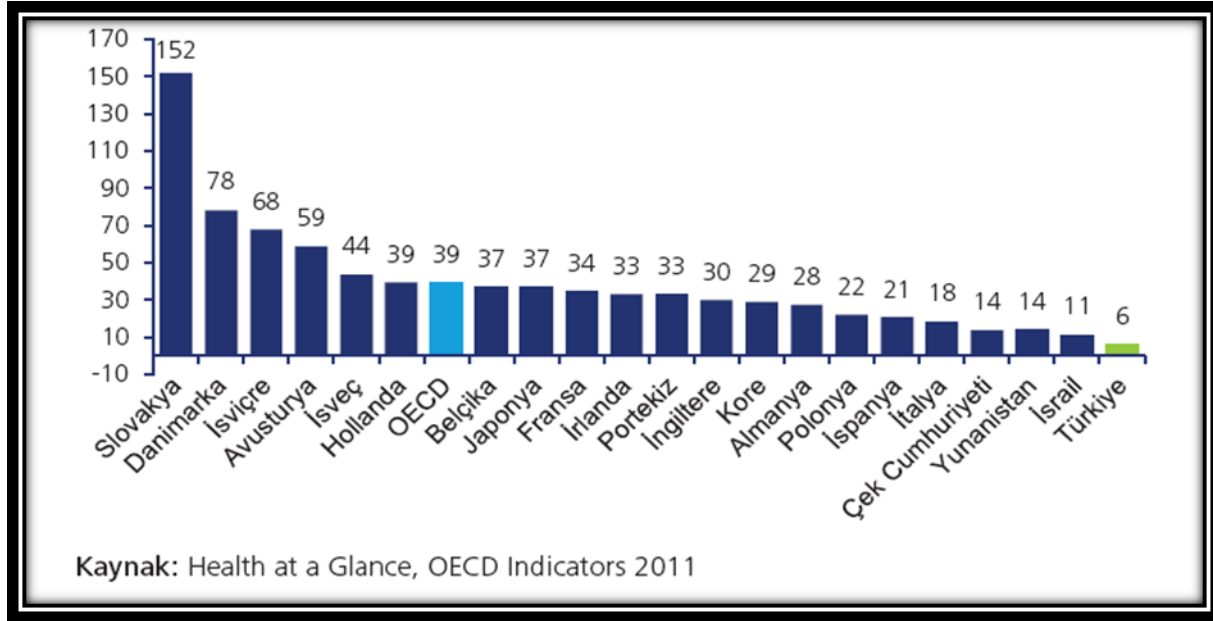
çalışan hemşirelerin puan katsayıları daha da artırılmalı ve adalet algıları tekrar düzeltilmelidir. Bu ancak YÖK, bakanlık vb. ortamlarda varılacak mutabakatla yapılabilir. İkinci ve hastanede yapılabilecek olan şey ise gelirlerindeki artışın ancak hastanenin gelirinin ve dolayısıyla gelirden performans ödemesi için ayrılan miktarın artması ile mümkün olduğunu hemşirelere anlatmaktır. Bunun için iyi planlanıp uygulanacak bir algı yönetimi çalışması gerekmektedir. Aksi takdirde gittikçe azalan hemşire sayısının kendilerine hem iş yükü hem de gelirlerinde daha da azalma olarak döneceği de iyi anlatılmalıdır. Hemşirelik müdürlüğü ve İKSY hastanemizin bu konuda ehil olan hekim ve psikologlarını işbirliğine davet ederek çalışmalara bir an önce başlamalıdır.

Bu tedbirler faydalı olabilir fakat çözüm bulunması gereken asıl sorun hemşire sayısının azlığıdır. Aşağıdaki grafikte görüldüğü gibi ülkemizde 1000 kişiye düşen hemşire sayısı OECD ülkeleri ortalamasının %20'sinden daha azdır (Şekil 5.6).



Şekil 5.6: Dünyada ve Türkiye’de 1000 kişiye düşen hemşire sayısı (25)

Ne yazık ki yeni mezun hemşire sayısında durum daha da kötüdür. OECD ülkelerinde 100 000 kişi başına düşen yeni mezun hemşire sayısı 39 iken Türkiye’de bunun 1/6’sından da düşüktür (Şekil 5.7).



Şekil 5.7: Dünyada ve Türkiye’de 100 000 kişi başına düşen yeni mezun hemşire sayısı (25)

Bu değerlerle ne bugün ne de yarın sağlıklı bir sağlık hizmeti vermek mümkün olacaktır. Her ne kadar tezin konusunun dışında da olsa burada sorunun asıl çözümü sağlık politikalarının değişmesinde olduğu için vurgulanması gereken şey Sağlık Bakanlığının üniversite hastanelerinde çalışan hemşirelerin devlet hastanelerine gitmesini sağlayacak uygulamalar yerine hemşire sayısını arttıracak projelerin yapılması ve uygulanması üzerine yoğunlaşmasının en doğrusu olacaktır.

Memurlar

Önemli bir sorun bazı devlet memurlarının kadrolarının sağlamlığına güvenip kendilerine dokunulamayacağı düşüncesiyle işlerine gereken önemi göstermemeleridir. Şekil 4.2’de ölmüş hastaya provizyon alma çabası ve hata mesajı örneği verilmişti. O bölümde de bahsedildiği gibi isim benzerliği nedeniyle ölmüş bir hastaya ait olan yanlış protokol girmesi nedeniyle dönen hata mesajını okumadığı için hem zaman kaybeden hem de hastayla sorun yaşayan, bu nedenle hasta tarafından şikayet edilen bu çalışan eğer hastanın ismi yerine TCK No ile kayıt yapsaydı bu sorun yaşanmayacaktı. Yıllardır kullanmakta olduğu yazılımın özelliklerini öğrenmeye uğraşmayan, gelen hata mesajlarını okumayan ve hem zaman kaybeden hem de hastalarla tartışan çalışanlar bir yandan hastanemizin imajını bozmakta diğer yandan özellikle ücretli hastaların hastanemize gelme şevkini kırarak çok değerli olan nakit gelirlerimizin azalmasına yol

açmaktadırlar. Ayrıca bu tür taleplerin bazıları ölmüş yakınları adına muayene olmak isteyen kişilerin talebi olduğu için suça teşebbüstür. Görevli bu sırada bir suça olmak üzere olduğunun bile farkına varamayacak kadar ilgisizdir.

Ayrıca hizmet alımı anlaşmaları yapılarak bazı işlerin bu yolla gelen çalışanlara devredilmesi bazı memurlarda “bütün işlerin” hizmet alımı çalışanı tarafından yapılacağı algısını oluşturmuştur. Kadrolarının sağlamlığından aldıkları güç nedeniyle oldukça dirençli olan bu kişiler diğer çalışanların da çalışma azimlerini kaybetmelerine sebep olmaktadır. Daha önce de zaten pek verimli çalışmadığı bilinen bu memurların bir an önce uyarılmaya, eğitime, ilgi, bilgi ve motivasyonlarını arttıracak çalışmalar yapılmasına, en az diğer çalışanlar kadar iş yapıyor hale gelmelerini sağlamaya, buna rağmen kuruma zarar vermeye devam edenlerin ise yasalara uygun bir şekilde kurum ile ilişkilerinin kesilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasına ihtiyaç vardır.

Hizmet alımı personeli, dış kaynak kullanımı

İşletmeleri insan kaynaklarında dış kaynak kullanımına yönelten etkenlerden bazıları şunlardır;

1. Maliyeti azaltmak (devam eden harcamalar),
2. Sermaye giderlerinden kaçınma (genellikle direkt maliyet azaltmaktan daha çok önem verilmektedir),
3. Sabit giderleri değişken giderlere dönüştürme (işgücünde bir azalma olduğunda

insan kaynakları harcamaları buna bağlı olarak azalacaktır),

4. Verimliliği arttırmak,
5. Asli görevine yoğunlaşmak,
6. Yasal ve idari sorumlulukları anlaşma yapılan firmaya devretmek,
7. Kendisinde olmayan bilgi, birikimden ve teknolojiden yararlanmaktır.

En güçlü etken sermaye giderlerinden kaçınarak buradan tasarruf edilen sermayenin ana iş kollarının geliştirilmesi için harcanabilmesidir (37, 39, 40, 41,42).

Oysa hastanemizdeki dış kaynak kullanımı (temizlik ve güvenlik ağırlıklı olmak üzere) bu amaçların hiçbirine hizmet etmemektedir. Teknoloji ve bilgi birikimi ne

ihaleyi kazanan firmalarda ne de gelen işçilerde mevcuttur. Hatta gelen işçiler o kadar eğitimsizdir ki onları bizim eğitmemiz gerekmektedir. Güvenlik şirketlerinde çalışanların ortalama kalitesi olması gerekenin altındadır. Bunlardan beklenen cesaret, dikkat, ataklık ve beceri gibi özellikler çalışanların çoğunda yoktur. Güvenliğimizi emanet ettiğimiz bu kişilerden bazılarından ise kendimiz korunmamız gerekmektedir. Bu tür çalışanların tespit edilip ayıklanması, yerlerine olması gereken özelliklere sahip yenilerinin alınması gerekir fakat uygulamada bu mümkün olmamaktadır. Bunu basitçe açıklayacak olursak; bu yolla gelen işçiler kendilerini anlaşılan firmanın değil hastanemizin çalışanı olarak görmekte, onlarla aynı haklara sahip olmaya çalışmaktadırlar. Üstelik ilginç bir şekilde mahkemeler de “sağlık sektörünün özel bir durumu olduğu” görüşüyle onları haklı bulmakta silsile yoluyla da olsa sorumluluğun bize ait olduğu yönünde kararlar vermektedir. İşini yapmadığı nedenle veya suçlu bulunduğu için işten çıkarılanlar dahi mahkeme kararıyla, üstelik tazminat ta alarak işine geri dönebilmekte, maliyetler artmakta, idari sorumluluklar da enerjimizi tüketmektedir. Bu nedenle maliyet düşürücü etki de yeterli değildir. Bu durumda yukardaki amaçların hiçbirine hizmet etmeyen dış kaynak kullanmanın bir anlamı olmamaktadır.

Konunun bir de psikolojik yönü vardır: Kadro yapıları nedeniyle en az güvence sahibi olan bu grup çalışanlar genellikle vasıfsız işçilerden oldukları için gelirleri yüksek olmamaktadır. Diğer çalışanların maaş haricinde performans ödemesi de almaları nedeniyle kendilerinin almadıkları performans ödemesi onlar için anlam taşımamakta, hastanenin gelirlerinin artmasının kendi gelirlerinin artması anlamına gelmeyeceğini bildikleri için bazı hizmet alımı çalışanları geliri arttırmaya yönelik bir çaba içine girmemektedir. Doktor, hemşire ve memurlarda olduğu gibi bu grup çalışanların içinde de kurumsal aidiyet duygusu zayıf olan kişiler vardır. Bu tür çalışanların içinde ayrıca iş üretmeyenler de vardır. Burada yapılması gereken kuruma zarar veren son gruptaki çalışanların sözleşmelerini yenilememek, gerçekten çalışan, verimli olmak isteyen, yüksek başarı gösteren bazıları da zaman içinde daha güvenli kadrolara almaktır. Hizmet alımı çalışanlarına geminin batması halinde kendilerinin de zarar görecekları, en azından bir süre işsiz kalacakları, sermaye yapımız güçlendiğinde kendilerinin daha güvenli kadrolara geçebileceklerini anlatacak algı yönetimi ve bilinçlendirme çalışmaları yapmaya ihtiyaç vardır. İKSY'ne bu konuda da büyük iş düşmektedir.

Bu nedenle dış kaynak kullanma stratejisini gözden geçirmekte yarar olabilir.

Tıbbi sekreter ve TİG kodlayıcılar, Fatura Görevlileri

Bulgular kısmında tespit edilen hataların tamamına yakını bu gruptakiler tarafından yapılmaktadır. Gelirlerin artması kesintilerin azalması, hatta ortadan kalkması için kendilerine en çok iş düşen çalışanlar bu gruptakilerdir. Ne yazık ki bu gruptakilerin çoğu hizmet alımından çalıştıkları için aynı psikoloji ve davranış şekli bunlar için de geçerlidir. Ayrıca görev tanımı dışındaki işler de kendilerine yaptırıldığı için iş yükleri çok artmakta, kendi görevlerini yerlerine getirememektedirler. Bu konuda yapılan uyarılar sonuç vermeye başlamış olmakla birlikte zamanında yapılamayan veya aceleyle yanlış yapılan faturalar yüzünden kayıplarımız olmaya devam etmektedir. Bu gruptaki çalışanların hekimlerle yakın irtibat içinde olmaları gerekir fakat hekimlerin konuya yabancılığı ve ilgisizliği hataların ve gelir kayıplarının fazla olmasına sebep olmaktadır. Tez için yaptığımız odak grup çalışmasına dahil edilenler çoğunlukla bu ikinci grupta bulunan kişilerdendir ve sorunların nereden kaynaklandığı, çözüm yolları hakkında oldukça değerli fikirler üretmişlerdir (Ek1). Şimdi uygulamaya geçme zamanıdır.

TIG kodlayıcıların neredeyse tamamının aynı zamanda tıbbi sekreter veya fatura görevlisi olması bir avantajdır, uygulamaya geçince hatalar görülecek ve gereken tedbirler alınacaktır.

Gelirlerin artması ve kesintilerin azalması için tıbbi sekreter, TİG kodlayıcılar ve fatura görevlileri tarafından dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır.

- 1- Hekim, tıbbi sekreter ve fatura görevlisi daimi irtibat halinde olmalı, yapılan tetkik ve işlemler ön tanı ve tanı ile uyumlu olmalı, hatalı giriş varsa en kısa zamanda hekimle irtibata geçilip hatalı kayıtlar düzeltilmelidir.
- 2- Fatura yapım aşamasında hasta epikrizi dikkatli okunmalı, sisteme kaydedilmeyen ancak ameliyat raporunda veya epikrizde yapılmış olduğu belirtilen işlemler varsa bu durum düzeltilmelidir. Tersine, sisteme kaydedilen fakat epikrizde veya ameliyat raporunda olmayan işlemler varsa ilgili klinikle irtibata geçilerek düzeltilmesi sağlanmalıdır.
- 3- Tanıya dayalı işlemlerde uzayan yatış, işlem öncesi uzun süre yatış, komplikasyon ve eşlik eden hastalıklar ortaya çıkması durumunda, Sağlık

Uygulama Tebliği kriterleri göz önünde bulundurularak ayrıca faturalandırılması hususuna özen gösterilmelidir.

4- Birden fazla yapılan cerrahi işlemlerde SUT ilkesi gereği ikinci operasyona kesi uygulanmakta ancak hastane masraf kaydında işlemin tam puanı göz önünde bulundurulduğu için HBS tutarı yüksek olmakta, bu nedenle zarar sanki daha fazlaymış gibi görünmektedir. Kesi ve ikinci ameliyat arasındaki farka dikkat edilmeli, faturaları doğru yapılmalıdır.

5- Birden fazla yapılan ameliyatlarda anestezi puanı hesaplanıp doğrusu ile düzeltilmesi gerekir.

6- Birden fazla yapılan ameliyatlarda takiplere dikkat edilmelidir

7- Hasta üzerine çıkışı yapılan kan ürünleri iade edilmiş olsa dahi tekrar kullanmak gibi bir durum söz konusu olmadığı için zarar söz konusudur. Kan ürünü olmadığı halde girilen cross matchler sildirilmeli, kan ve kan ürünleri standart muhafaza koşulları oluşturulmalıdır.

8- Epikrizler doğru ve eksiksiz yazılmalıdır.

9- Birçok malzemenin alım fiyatı SGK fiyatlarından oldukça yüksektir. Malzeme alımı esnasında SUT geri ödeme fiyatlarının göz önünde bulundurulması, malzemelerin doğru kodlamaları hakkında birim yöneticileri ile birlikte bir çalışma yapılması, malzeme eşleştirme işleminin doğru yapılması gerekir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Üniversite hastanelerinin halen içinde bulunduğu zor durumda devlet tarafından verilen desteklerin azaltılması, SGK'nın hatalı fiyat politikaları, devlet hastanelerine ve özel hastanelere verilen ayrıcalıkların bize verilmemesi, hemşire vb. çalışanlarla ilgili mevcut ve ileriye dönük politikaların yanlışlığı gibi bizden kaynaklanmayan bir çok etkenin rolü olduğu bir gerçektir. Zor durumdan kurtulmak istiyorsak üniversiteler olarak bir araya gelmeli, yapılan yanlışları tespit ederek bunları sağlık politikası belirleyicilerine anlatıp zararımızı önleyecek bir politika belirlenmesine yardımcı olmalıdırlar. Sağlık Bakanlığının ve Maliye Bakanlığının mevcut politikaları ve konuya yaklaşımı ile üniversite hastanelerine eskiden olduğu gibi para aktarılması mümkün değildir, zaten doğru da değildir. Burada yapılması gereken adaleti sağlayacak düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır. Halihazırda uygulanan politikalar daha ziyade devlet hastanelerini destekleyici, özel hastaneleri serbest bırakıcı politiklardır. Üniversite hastanelerinin de eşit şartlarla yarışması sağlanamazsa kaybeden sadece üniversite hastaneleri değil tüm Türkiye olacaktır.

Dış kaynaklı etkenlerin verdiği zarardan daha önemlisi kendi hatalarımızın bize verdiği zarardır. Çünkü bu hatalar başka bir kurumla pazarlık yapmadan kendi vereceğimiz kararla düzeltilmesini sağlayabileceğimiz hatalardır. Gerçi bu hataların hemen hepsi insan kaynaklı hatalar olduğu için ve Einstein'in sözünü biraz değiştirerek söylersek "İnsanı değiştirmek atomu parçalamaktan zor" olduğu için çok zorluk çekeceğimiz muhakkaktır fakat yine de başarıma şansımız vardır. En başta doktorlar olmak üzere tüm kademelerdeki çalışanlarla belirli bir plan çerçevesinde görüşmeli, onların psikolojilerini anlayıp buna yönelik çözümler üretmeli, kurtuluşun dışarıdan gelecek yardımlarla değil ancak kendi çabalarımız sayesinde olacağını onlara anlatmalıyız. Üniversite hastaneleri bu konuda çok şanslıdır. Çünkü insan kaynakları yönetimi, Psikiyatri AD öğretim üyeleri, psikologlar, Halk Sağlığı ve İstatistik AD, öğretim üyeleri bir araya gelerek ideal çalışma belirleyip en kısa sürede en doğru verileri elde etme, yorumlama, çözüm üretme ve uygulamaya koyma aşamalarını hızla geçebilirler ve yönetime çok yardımcı olabilirler. Çalışanların desteğini aldıktan sonra gerisi daha kolay olacaktır.

Özetle hastanenin fiziksel altyapısını ve otomasyon sistemini yenilemek, öğretim üyelerinin mesai saatlerine uymasını sağlamak, üniversite hastanesine yakışan A+B grubu ameliyathanelerle istisnai hizmetlere ağırlık vermek, öğretim üyesi, uzman ve asistan hekimlerin sağlık hizmeti üretimini olması gereken düzeye çıkarmak, taşınır mal yönetiminin iyi çalışmasını temin etmek ve ısrarı önlemek, ihale öncesi ve sonrası KİK kayıtlarının, malzeme kodu eşlemelerinin doğru yapılmasını sağlamak, memur ve hizmet alımı personelin verimli çalışmasını sağlamak, sisteme uyum göstermemekte direnenlere yasal yaptırımları uygulamak gereklidir. Tepe ve üst yönetim bu konuda kararlı olduğunu gösterir, söz ve uygulamaları ile bunu desteklerse çok hızlı bir şekilde düze çıkmak mümkün olacaktır.

7. KAYNAKLAR

- 1- İÜ Basın açıklaması. <http://www.istanbul.edu.tr/?p=30232>
- 2 - Bertan M, Güler Ç (ed). Halk sağlığı temel bilgiler. Güneş Yayınevi. Ankara. 1995
- 3- Reinhold Gruen, Ann Howarth Financial Management in Health Services Understanding Public Health 2005. Open University Press McGraw-Hill Education
- 4 -Hoare, G., A. Mills. (1986); Paying for the Health Sector, London: EPC Publications, No 2.
- 5 -Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, M.R. Reich (2004), Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity, New York: Oxford University Press.
- 6 -Tatar M. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi. Haziran 2011, Cilt 1, Sayı 1, Sayfa 103-133
- 7 -Subramanyam, KR. Wild JJ. (2009). Financial statement analysis. The McGraw-Hill Companies, Inc. Tenth Edition.
- 8 -Wild, C. ve B. Gibis (2003), “Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands and Austria”, Health Policy, 63: 187-196.
- 9 -Louis C. Gapenski. (2008). Healthcare Finance An Introduction to Accounting and Financial Management 4th edition. Health Administration Press
- 10 -Cremer, H., P. Pestieau (2003), “Social insurance competition between Bismarck and Beveridge”, Journal of Urban Economics, 54: 181–196.
- 11 -Mossialos, E. and Dixon, A., (2002a), “Funding Health Care: An Introduction”, Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Options for Europe içinde, s.1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

12 -Normand C. and Weber A. (1994), Social Health Insurance. A Guidebook For Planning, WHO/ILO.

13 -Normand, C. and Busse, R. (2002), “Social Health Insurance Financing”, Mossialos, E. Et al (eds.), Funding Health Care: Options for Europe içinde, s.59-79, European Observatory Health Care System Series, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

14 -Normand, C. Weber, A. (1994); Social Health Insurance: A Guide Book For Planning, Ceneva: WHO, pp.59-68

15 -Howard Barnum, Joseph Kutzin and Hele Saxenian (1995): “Incentives and Provider Payment Methods”, International Journal of Health Planning and Management, Vol. 10:23-45.

16 -Maynard, A. and Dixon, A., “Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience, Mossialos, E. Et al., (eds.), Funding Health Care: Options for Europe içinde, s.109-127, Open University Press, Buckingham – Philadelphia. (2002)

17 -Gladwell, M., , “The Moral-Hazard Myth:The Bad Idea Behind Our Failed Health-Care System”, The New Yorker, Department of Public Policy, USA. (2005)

18 -Çelik, H.; Sağlık Sigortasında Hizmet Sunuculara Ödeme Yöntemleri, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s.25. (2006)

19 -Green,M.A., Rowell J.C.; Understanding Health Insurance A Guide to Billing and Reimbursement, 8th Edition, NY,USA: Thomson Delmar Learning, p.68. (2006)

20 -Joseph, E.S.; Kamu Kesimi Ekonomisi, Çevirmen: Batirel,ÖF., Marmara Üniversitesi Yayın No: 549, İstanbul, ss.341-366. (1994)

21 -AKYÜREK, ÇE. Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi. No:2. Ss.124-153. (2012)

22 -Diderichsen, F. Resource Allocation for Health Equity, Issues and Method: World Bank, (2004).

23- Uz, H. Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Hastane Yöneticiliği, (Ed: Osman Hayran, Haydar Sur) Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.(1997).

24- Sur, H. Sağlık sisteminde ödeme mekanizmaları, [http://www.sdplatform.com/Yazilar /Kose-Yazilari/120/Saglik-sisteminde-odeme-mekanizmalari.aspx](http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/120/Saglik-sisteminde-odeme-mekanizmalari.aspx)

25 -Türkiye Sağlık Sektörü: Sürdürülebilir ve Kaliteli bir Sağlık Sektörü için Genel Bakış ve Potansiyel İyileştirme Alanları Çalışma Sonuçları. YASED, Deloitte 12 Aralık 2012

26 -Mehmet Atasever. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi. 2002-2013 dönemi. Bakanlık yayın no: 983. Ankara (2014)

27-World health statistics 2010. Genevre, Dünya Sağlık Örgütü, (2010) (<http://www.who.int/whosis/whostat/2010>.)

28-CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, (2008).

29 -Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013)

30 -Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Yatırım Destek ve Tanıtım Ajansı TÜRKİYE Sağlık Sektörü Raporu (2010)

31 -Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. ISBN:975-0200-07-1, Ankara, Ekim 2006.

32 -Debus M. Odak Grup Araştırmalarında Mükemmellik İçin El Kitabı. Çev: Hande Harmancı. Marmara Sağlık Eğitimi Araştırma Vakfı. Yayın No: 2. ISBN: 975-92343-1-9. İstanbul, Haziran 2003.

33 -Kümbetoğlu B. Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma. İnceleme-Araştırma: 179. 1. Baskı. ISBN: 975-8803-51-4. İstanbul, Kasım 2005

34 -SGK Fatura inceleme Usul ve Esasları 2013 (www.sgk.gov.tr/.../faturainceleme_usulesaslari.doc)

35 -Yıldırım B., Yılmaztürk H., “Hastanelerde Faturalandırma Süreçleri” İçinde (Eds) Sur H., Palteki T., Hastane Yönetimi, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, ss: 417-438 (2013)

- 36 -SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) 2013
- 37 -Yılmaz H.H., Yazıhan N., (2014) “Ankara Üniversitesi Hastanelerinde Sağlık Uygulama Tebliği Fiyatları Hesaplaması” Ankara Üniversitesi Basımevi. Ss:5-53
- 38 -İstanbul Üniversitesi 2009-2013 Stratejik Planı
- 39 -Koçel, T.; İşletme Yöneticiliği, Arıkan Yayınları, 10. Baskı, Ekim, s.265. (2005)
- 40 -Ataman, G. “İnsan Kaynakları Fonksiyonunda Dış Kaynaklardan Yararlanma/ Yararlanmama Kararı: Akaryakıt Dağıtım Sektöründe Bir İnsan Örnek Olay”, Öneri: Marmara Üniversitesi S.B.E. Dergisi, Sayı 21, Yıl 10, Cilt 6, s.14, Ocak 2004.
- 41 -Atkinson, P. E. "Outsourcing human resources." Management Services 43.11 (1999): 20-2.
- 42 -Ecerkale, K. Kovancı, A. İnsan Kaynaklarında Dış Kaynak Kullanımı. Havacılık Ve Uzay Teknolojileri Dergisi. Cilt 2 Sayı 2 (69-75), Temmuz 2005

Ekler

Ek 1- Odak grup görüşmesinin metni

Ek 2-İstanbul Üniversitesi hastanelerinin SWOT analizi çalışması, HAGED, 16-17 Nisan 2011

HAM VERİLER

Ek 1- Odak grup görüşmesinin metni:

Kendi hatalarımızdan kaynaklanan nedenlerle oluşan gelir kayıplarımız.

A-Temel Sorunlar Nelerdir?

FY: Özelde de çalıştım mantık farkı var. Özel mantığıyla hareket edilirse İstanbul Tıp Fakültesi ayakta kalabilir. Fakat memur mantığıyla hareket edildiği için ayakta kalması mucize. Ör: Çocuk Cerrahi kliniğinde bir ameliyat yapılmış, ameliyat malzemesi veya ilacının kaydı yok, giriş yapılmamış. Bu iş özelde bu şekilde yapılmaz, patron buna izin vermez. Taşeronlar kadrolulardan daha iyi çalışıyor. Zihniyetle ilgili: Memurlarda “Benim işim değil, şunu yaparım, bunu yapmam. Taşeron yapsın bana ne, saatim dolsun gideyim” mantığı var. Defalarca eğitim toplantıları yapıldı ama faydası olmadı.

- **MS:** Bunun kadro ile ilgisi yok, kişilikle alakalı.
- **F.G:** Taşeron veya memur zihniyeti dışında kişilikle alakalı. Çalışma isteği insanın içinde olması gerekir.
- **FY:** Bizim içimizde öyle ama diğer birimlerde öyle değil. Dâhiliyede çalışan bir eleman bunun tipik örneği...

B- Kayıt anındaki sorunlar nelerdir?

- **M.S:** MEDULA çalışmıyor ise hastadan taahhütname alınmalı. Hastaya bilgi verilmeli, “Daha sonra provizyon alınmazsa ücretini ödemeniz gerekir” imzası alınmalı.
- **ÇO:** MEDULA çalışmadığı zaman hastaya taahhütname imzalatmak zaman kaybı yaşanıyor. Bu da zaman kaybıdır. Hastaya “sistem çalışmıyor” deyince “benim ne suçum var” deyip kavga edebilir.
- **FY:** Ekran çıktısı taahhütname verilmez mi?
- **SB:** Evet verilebilir.
- **ÇO:** Printer sorunu var

- **SB:** Kimlik olmadan kayıt kesinlikle yapılmıyor. Kayıt esnasında kan çalışılmamış, girişleri yapılmış sistemde yapılmış gibi görünüyor, iptal edilmemiş. Bazen de giriş var, hasta kan vermiş ama sisteme işlenmemiş. Kan tahlili sonuçları SGK tarafından kontrol ediliyor, sonuçlar olmadığı için, dönem sonlandırılınca bize kesinti olarak geri dönüyor.
- **ÇO:** Hasta kuyruğu görüyor ve uzun olduğu için girmeyip kan vermeyebiliyor.

“Otomasyon belirli aralıklarla tahlilleri denetleyemez mi? İstek var, hasta tarafından kan verilmemişse sistem uyarı vermeli.”

- **SB:** Kan tahlilleri yapılmamış bile olabilir, iptal edilmeliydi. Aynı gün içinde açılan 2. Kayıtta 15.50 TL. Ertesi gün açılan kayıtlarda ise vaka başı ücreti dönüşümüz var. İşin içine hocalar girince işin rengi değişiyor.
- **LM:** DNA Kromozom tahlilleri de böyle, tanı yetersiz.
- **MS:** Hastanın prim borcu nedeniyle provizyon alınmadan kayıt yapılırsa fatura yapılamaz. Endikasyon ile uyumsuz tahlil isteniyor. Kişinin kayıt yapmakta gönülsüzlüğü, eksik kayıt, hastanın tahlil yaptırmaması. Ek 10/C lerde ve D vitamini tetkiklerinde sistemden uyarı mesajı konuldu. Hastaların SGK-Bağ-Kur’a olan borçlarından dolayı kayıt esnasında bize dönen mesajda borcu vardır uyarısına rağmen kayda devam edildiği takdirde bu bizim için kayıptır.

“Başka hangi sorunlar var?”

- **SB:** Olmayan hasta, farklı kimlik ile kayıt açma. Ör: Bir hasta için kayıt açılır ama hasta ölmüş olabiliyor.
- **MS:** SUT’a göre kimliksiz kayıt yapılamaz o yüzden hiçbir kayıt memuru hastanın kimliğini görmeden kayıt yapmıyor, yaparsa suç işlemiş olur.
- **FY:** Özel durum hastaları var
- **MK:** İl dışından arayan hematoloji hastalarına ilaç yazılmak için kayıt açılıp giriş yapılıyor. Bu sadece özellikli hastalar için geçerli. Diğer hastalar için kesinlikle hasta görülmeden kimliği olmadan kayıt yapılmıyor.
- **SB:** Tahliller fazla tutunca hastaya aynı gün kayıt açmıyoruz. Hoca bizi bulup açtırıyor.

- **FY:** Para kazanalım mantığı işi değil, ben bile tahlillerimi yaptırmadım, bize bari yapmasınlar
- **SB:** Hasta özele gidip dünyanın parasını veriyor, sonra tahlillerini bize yaptırıyor.

C -Hekim düzeyinde yaşanan sorunlar nelerdir?

- **SB:** Biz her yeni doktora bilgi veriyoruz
- **FG:** Cerrahi kliniklerdeki hekimler dokümantasyon işini zaman kaybı olarak görüyor.
- **FY:** Tıbbi sekreterler görevleri dışında her şeyi yapıyor. Fatura bize gelince tanı, yoğun bakım basamağı, kod, malzeme sorunlarını düzeltmeye çalışıyoruz.
- **FY ve LM:** Diğer klinikler bunu yapmıyor. Zaman aşımı oluyor
- **F.Y:** Tıbbi sekreterlere epikriz yazmaları dışında her şey yaptırılıyor. İşleri dışında her iş yaptırılıyor. Tıbbi Sekreterler görev tanımları dışında çalıştırılıyor
- **MS:** Aynı bölüme aynı gün birden fazla konsültasyon, bir ay içinde tekrar MR isteme vb. durumlarda uyarı var. Ama uyarıya rağmen kayıt yapılıyor, ayda iki defa MR yapılırsa ödenmiyor. Dış hastanede çekilen MR'ları beğenmeyip 1 ay içerisinde tekrar çektilmesi halinde de ödenmiyor. Zarar ediyoruz.
- **MS:** Endikasyonların doktor tarafından tıbbi sekreterlere iletilmesi gerekir. Ör: BT-MR veya PET isteklerinin gerekçelerinin belirtilmesi gerekir. Ör: Üriner sisteme MR istenmesi gibi
- **LM:** 24 saatlik tahliller yılda bir ödeniyor ama yine de sık sık yapılmaya devam ediliyor.

“Yanlış yapanlara ne yapılabilir?”

- **AT:** Hocalarına güveniyorlar. Onlar koruyor. Hocalar asistanları uyarıp eğitilebilir.

“Asistan uyum programı var, faydası oluyor mu?”

- **Grupça:** Hayır.

- **MS:** Eğitim almalarına rağmen kimse uğraşmak istemiyor, sekretere bırakıyor. Doktorlar şifrelerini vermemeli.
- **Grupça:** Evet!
- **AT:** Hemşireler sisteme kayıt yapmıyor
- **FY:** HBS - MEDULA farkı zarardır ama gereksiz işten girersek HBS kabarır, zarar varmış gibi görünür.
- **MS:** Malzemeler yüksek fiyattan alındığı zaman otomasyon sistemine girildiğinde fiyatı ve dolayısıyla HBS tutarı yüksek oluyor ancak SUT değiştiği zaman ya da SGK malzeme fiyatını düşürünce mecburen HBS yüksek, MEDULA düşük görünüyor. Doktorlarımız her zaman en pahalı işleri kaydetmeye meyilli. SGK bunun doğru kodunu biliyor ve aradaki fark kadar ceza veriyor. Ameliyat raporuna uygun doğru kodun gerilmesi gerekir. HBS tutarlarında sıkıntı yaşanıyor.
- **F.G:** HBS tutarlarında Travma Acilde yatan bir hastaya 450 gün yatak atmış ve 80 bin liralık olan toplam tutardan 40 bin alınıyor. HBS tutarında yarı yarıya zarar edilmiş gibi oluyor. Daha sonra otomasyondan yataklar düzeltilince doğru olan tutar sisteme yansdı.
- **M.S:** Muhtemelen sekreter giriş çıkış tarihlerini yanlış girmiştir. Hastanın çıkışının eski tarihe göre mi, yeni tarihte mi yapıldı? HBS tutarında bu önemli
- **FY:** Rotasyonlar faydasız, epikrizlerin eksik yazılması kesinti için büyük sebep. Rotasyonlar nedeniyle bir asistan tam öğrenmişken yer değiştiriyor, epikriz hemen yazılmalı.
- **MK:** Hekim günlük epikriz yazmadığı için büyük sorunlar yaşanıyor. Bir ay sonra yanlış klinik bilgi, tetkik, tedavi, ilaç, yazıyor. Bu gibi sorunlarla sık karşılaşıyor. Rotasyonda olan doktorlara epikrizlerin düzeltilmesi söylendiği zaman ben vakayı bilmiyorum, nasıl yazayım, önceki hekim yazsın deyip sahiplenmiyor.
- **MS:** Epikrizler tamamlanmadan hasta çıkışları yapılıyor.
- **MK:** Epikrizlerde endikasyon kısmına veya xyz gibi işaretler konuluyor. Açıklama yazılmadan epikrizleri yazılmış gibi gösteriliyor ve hasta çıkışı yapılıyor.

- **MS:** Sistem bunu nasıl engeller bilemiyorum. “Ben hekimim istediğimi yaparım” tavrı var, bu şekilde sorunlar çözülmemekte. Düzeltmeli. SGK uzmanlığın olduğu branşta operasyon istiyor, Dr ilgisiz branşta işlem yapıyor. **Ör:** Genel Cerrahi AD hastaya KVC ameliyatı yapılmış ve bu ameliyatı yapan doktorun KVC sertifikasının olması gerekmektedir. Doktora dönüş yapıldığı zaman doktor yurtdışında olduğu öğreniliyor. Doktorun burada olması halinde o işlem sertifikayla kurtarılacaktı. Ya da Genel Cerrahi’de Kadın Doğum ameliyatı yapılıyor.
- **AT:** Hekim çalışanları zorluyor. Sekreterlere görev tanımları dışında ayrı işler yaptırılıyor.
- **F.Y:** Tıbbi sekreterlere epikriz yazmaları dışında her şey yaptırılıyor. İşleri dışında her iş yaptırılıyor. Tıbbi Sekreterler görev tanımları dışında çalıştırılıyor
- **MS:** Hasta yakınları kendilerine verilen biyopsiyi çöpe atıyor. Personel olsa patolojiye götürürdü. Kliniklerden alınan materyallerin yardımcı sağlık personelleriyle patolojiye gönderilmesi, İzleme takip birim sürecinin aktif olarak çalışması gerekiyor.
- **LM:** Geçenlerde bir hizmet alımı hastasını hem biz hem Cerrahpaşa fatura etmiş.
- **SB:** Süreç takibi olmalı. Ek2A işlemlere gerekçe yazılmalı. Dr isteği yapıyor sekreterlere gönderiyor fakat nedenini yazmadığı için sekreter de kafasına göre sebep yazıyor. Hekimler ICD-10 tanı kodu, teşhis, endikasyon girmiyor sekretere bırakıyor, sorun yaşanıyor.
- **M.S:** Endikasyonların doktor tarafından tıbbi sekreterlere iletilmesi gerekir. Ön: BT-MR isteklerinin gerekçelerinin belirtilmesi gerekir.
- **SB:** Sekreterler hangi tanıya hangi tahlil girilir bilmeli, doktor ile sekreterlerin uyumlu çalışması gerekir. Doktorlar toplantı esnasında uyarılıyor, tanılar ve endikasyonlar girilmesi için ama yine değişen bir şey olmuyor. Sekreterler HbA1c hangi hastadan istenir bilmeden hipertansiyon hastasına HbA1c yazıyor. Doktora sormak veya hastayı Dr’a göndermek yerine kafasına göre uyduruk bir şeyler yazıyor.
- **MS:** Çünkü “Ben Dr’u üzmezsem ilerde ihtiyacım olunca ona giderim” diye düşünüyor.

D- “Otomasyon sistemi ile ilgili sorunlar nelerdir?”

- **MK:** Şifre ve bilgisayar sorunu var.
- **LM:** Teknik servise söyle.
- **SB:** Faturalar, BT-MR sonuçları ve düzeltme yapmak için birden fazla ekran açıyoruz, otomasyon kaldıramıyor.

“Sistem donmuşsa ne yapılıyor?”

- **MS:** Taahhütname alınan matbu kâğıtlar var. Hastanın borcu var, provizyon alınamıyorsa ya SGK’ya borcunu ödemeli veya ücretli hale çevirip tedavisi yapılmalı. Ama hala aynı hatayı yapmaya devam edenler var.
- **M.S:** Hastaların SGK Bağkur’a olan borçlarından dolayı kayıt esnasında bize dönen mesajda borcu vardır uyarısına rağmen kayda devam edildiği takdirde bu bizim için kayıptır.
- **F.G:** Engeller fatura bazında yeterli değil. Konsültasyonlarda engel olmasına rağmen sistem geçiş veriyor.
- **M.S:** Fatura aşamasında yatan hasta faturalarını yapan kullanıcılara gerekli olan yetkilerin verilmesi gerekir.
- **FY:** Yetkilerimiz az. Sorunlarda otomasyonu arıyoruz, meşgul çalışıyor ve fatura yapım aşaması uzuyor. Herkese yetki verilemez ama bilinçli çalışanlara verilebilir.
- **MS:** Program destek te bize yetki vermeli. Bilgişlemdeki yatan hasta faturacılarına verilse yeter.
- **AT:** Ayaktan ve günübirlikçilere de verilebilir.
- **LM:** Ayaktan hastalarda hasta birkaç birime gidince takipler alınmıyor.
- **M.S:** Aynı branştan birimler için kayıt açılmaz uyarısına rağmen kayıt açılması, 10 gün geçmeden bağlı takip alınmıyor.
- **SB:** 1000 (Dahiliye) branşlı birçok birim var. Aynı branştan kayıt açmaya devam ediyorlar. Uyarıyoruz yine açıyorlar. Biz siliyoruz, para kaybediliyor. Oysa 10 gün sonra açmalıydılar. 2001 yılında kayıt elemanları hiç eğitilmeden otomasyona geçildi, 13 yıl oldu hala öğrenmediler. Öğrenmek yerine günü

kurtarmaya çalışıyorlar. Otomasyon sisteminde eğitim verilmeden kayıt yaptırılmasın. Eğitilmeliler.

E- Çalışanların eğitim düzeyi yeterli midir?

“Bu ekip kayıt ve faturalardan sorumlu. Eğitim sorunu var diyorsunuz. Bu eksiği tamamlamak için ne yapıyorsunuz?”

- **MS:** Eğitimi ben veriyorum. Devamlı eğitim toplantıları yapıyoruz, kişileri çağırıp hatalarını gösteriyoruz. Onları 2-3 ayda bir toplayıp yenilikleri anlatıyorum. Eğitime sadece bilenler ve çalışanlar geliyor. Eğitimsizler ve iş yapmayanlar gelmiyor. Hata yapan personellerin bahaneleri oluyor. Ben arayıp “neden gelmedin” diye sorunca hocası beni arayıp elemanını koruyor. Oysa eleman onlara zarar veriyor. İKY’nin yönetiminde oldukları için müdahale de edemiyoruz. Oysa onları biz eğitiyoruz. Bize de yetki verilmelidir.
- **MK:** Hematoloji tıbbi sekreterine eğitim verildi, plazmaferezlerde kesinti olmasının sebepleri anlatıldı, çözümlere ulaşıldı, fakat rotasyon olursa benden sonra gelecek personel bunu bilmeyecek, bu da büyük sıkıntı.
- **FY:** Kişileri eğitiyoruz, rotasyonla yeni birisi gelince başa dönüyoruz.

“Eğitim yöntemini mi değiştirelim?”

- **M.K:** Eğitim birimi oluşturma şansımız yok mu? Eğitim birimlerinin kurulması ve bizzat birimlere gidilip eğitim verilse... Bazı kişiler kalabalıkta öğrenemeyebilir, bireysel eğitim yapılamaz mı? Yapılan hatalı kayıtları kullanıcılar yanıma çağırarak kırmadan anlatılıyor. Toplu eğitimlere katılım olmuyor.
- **FG:** Öğrenmek isteyen geliyor, soruyor
- **MS:** Hata yapanları önce telefonla uyarıp sonra yanımıza çağırarak soruyoruz, geldiğinde öğretiyoruz. Sistemden gelen mesajları kimse okumuyor. Toplantı için telefonla tek tek çağırıyoruz. Sadece zaten çalışan olanlar geliyor.

“Yanlış yapanlara haftalık rapor gönderebilir mi? Örn : Sayın kullanıcı yapmış olduğunuz şu eksikliklerden dolayı faturalar yapılamamakta gibi....”

- **FY:** İlk ikisini okur, sonrakilere bakmaz.
- **FG:** Konsültasyonlar için uyarı ve engeller konuluyor. Kimse okumuyor.

“Hataları ne yapalım?”

- **FG:** Ceza verilse? Yanlış yapan kullanıcı cezalandırılabilir.

“Ceza caydırıcı olmaz”

- **FG:** Ayın elemanı seçsek

“Ne kadar motive eder?”

- **MS:** Sonunda büyük ödül olabilir, izin verilebilir biz öyle yapıyoruz.

“Ödül ne olabilir “

- **FG:** Prim verilse?
- **SB:** İşini iyi yapana maaş ödülü verilebilir. İyi hatasız çalışana ödül verilirse rekabet olur. Getirisine bakılır.
- **AT:** Maaşını alıp yatanlar var.
- **AT:** Para vermeyelim mi diyorsun?
- **LM:** Tedavi olurken öncelik tanınabilir.
- **FY:** Bilgişlem ekibi seçilmiş bir ekip. Herkes sorumluluk sahibi. İyi fizik ortamı sağlanmalı, sandalyeler değişmeli.
- **LM:** Ortopedik sandalye lazım.

“Görev yapmayanlar ödül olsa bile yapmaz”

- **Grupça:** Yer değişikliği olabilir.

“Rotasyon mu”

- **MK:** Hayır. Arkadaşım izine çıkınca kendi faturamı yapamıyorum.
- **MS:** Göğüste rotasyon yapılırca kayıt yapmayan biri geldi. Büyük hatalar yaptı, çözüp düzeltmem zor oldu.
- **M.K:** Hematolojide rotasyon var. Büyük sorun yaşıyoruz. Hematoloji Servisinde çalışırken servislerde yer değiştirildi, 3 aylık rotasyon olduğu bildirildi. Ama 3 aylık rotasyon verimli olmuyor, bir şeyi öğrenene kadar başka yere gidiyoruz. En az 6 ay 1 yıl rotasyon sürmeli. Yer değiştirdiğimizde öğrenmek büyük sorun. Kayıtlarda rotasyon olabilir ama servislerde kısa süreli olan rotasyonlar verimsiz olur. Faydası aynı birimdeki işlemlerin süreçleri açısından etkili olabilir. Hasta yakınlarını tetkike gönderiyorum. Aşağıda ne yapılıyor

bilmiyorum. Rotasyon olursa onu da öğrenebilirim. Örnek: Aşağıda poliklinik işlemlerini, yukarı servise çıktığım zaman da servisin nasıl işlediğini gördüm.

- **MS:** Rotasyona gelenlerin yeni yerinde öğrenmeleri çok uzun sürüyor.
- **AT:** O zaman muhatap bulamıyoruz.
- **M.S:** Kayıt ve faturacılar ayrılmaz bir bütündür. Biri hata yapsa diğeri düzeltemez. İzin/rapor alanların yerine verilen jokerler hiçbir şey bilmiyor. Jokerleri görevlerine başlamadan önce eğitmeliyiz. Joker personellerin yaptığı hatalar Fakültemiz için büyük kayıp. Hatasını gittikten sonra görüyoruz. Onu bulup soramıyoruz. Çünkü görevi bitmiş ya da ayrılmış oluyor joker personele ulaşmak imkânsız. 45 günü geçen işlemin çözümü yok.
- **FY:** Joker grubu oluşturulmalı, izne çıkan olunca eğitilen bu jokerler kullanılabilir. Dışarıdan bilmeyen jokerler yerine bilen kullanmalı.
- **FG:** Bunun adı joker olmaz, kalıcı eleman olur. Kalıcı elemanlardan joker gibi çalıştırılan eleman grubu yapılmalı.
- **SB:** Kayıt elemanları kendi arasında rotasyon yapabilir.

“Kayıt elemanı rotasyon yapsa katkısı olur mu ?”

- **MS:** Rotasyon olursa büyük sorun yaşanır kayıt elemanları açısından.
- **MK:** Kayıt elemanlarına uzun süreli rotasyon olabilir.
- **MS:** Her birimde rotasyon süreci aynı olmaz. Kayıt sayıları eşit değil. Spor hekimliğinde ayda 500-530 kayıt olurken, radyolojide günde 200 kayıt yapılıyor. Ceza verince rahat yere gitmemeli.
- **FY:** Tembeli rahat yere gönderiyorlar, rahat ediyor.
- **LM:** Ödül verilmiş oluyor.
- **FY:** Tembel insanı zor yere vermeli.
- **FY:** Çalışkan ve tembel insanlar özel hastanelerde de var ama tahammül edilmiyor. Patronun yakını ise göz ardı edilir.

“Bilgisayarlar görme sorunu yapar, saat başı elemanlara uyarı mesajı geçsek iyi olur mu?”

- **LM:** Sabah-akşam molalar verildi iyi oldu.

“Bu herkes için geçerli mi? Kayıt elemanlarının bu şansı yok.”

- **M.S:** Çalışma ortamlarının düzenlenmesi, arada mola saatlerinin verilmesi. Biz de mola getirdik. 700 fatura yapan var, 300 yapan var. Çok çalışanı var az çalışanı var. Cuma günü çok çalışın ve çok fatura yapanlara izin veriyoruz. Kayıtlar için mola saatleri uygun olmayabilir. Kayıtlarda iki kişi var. Sigara içmeye çıkıyorlar.
- **AT:** Bazı çalışanlar içine kapanık. İşe uygun kişi verilmeli
- **FG:** Çok fazla çalışın var.
- **LM:** Çok eleman, çok iş anlamına gelmiyor

“Hemfikir miyiz?”

- **Grupça:** Evet!
- **FG:** Yenidoğan servisinde 5 tıbbi sekreter var. Yatak sayısı 20, Kalp Damar Cerrahisinde 1 sekreter var. Eleman dağılımı adil değil.
- **MS:** Psikiyatride birçok eleman kayıt yapıyor. Hoca sekreteri hocanın hastasının kayıtlarını yapıyor. Bu konu İnsan Kaynaklarının (İKY) sorumluluğunda.
- **SB:** Emekli olup tekrar işe alınanlar hatalı iş yapıyor.
- **MS:** Gözü görmüyor, kulağı duymuyor, devamlı aynı hatayı yapıyor.
- **SB:** Hem emekli maaşı, hem de şirketten maaş alıyor.
- **MS:** Ortopedide ne iş yaptığını bilmediğim çalışanlar var. Maaşı hariç zarar da veriyor. Onun maaşını diğer çalışanlara dağıtsak mutlu olurlar.
- **Grupça:** Evet, evet!

F- “Malzeme sorunları nelerdir?”

- **AT:** Kesintiler kontrol edilirken malzemelerle ilgili UBB kod hatası vermekte. KİK kayıtları ile ilgili sorunlar, biyopsiler girilmiyor. En son patolojisi girilmeyen bir işlem için AD ile görüşülmüş. Bir hasta için 3 iş günü harcanıyor ve sonuçta faturalar neden yapılmadığı faturacıya soruluyor. KİK kayıtları zamanında tanımlanmadığı için sorunlar yaşanıyor. Biyopsiler girilmemiş, imza yok, rapor yok. Bu nedenle faturalar gecikiyor. Hatta hiç gönderemiyorum, benden hesap soruluyor, oysa doktorları eğitmeliyiz.
- **MS:** Patoloji gerektiren işlemlerle ilgili listeler tüm kliniklere gönderilmiş, sistem üzerinden de uyarı mesajı konulmuştur.

- **FG:** Malzemeler hastalara düşülürken yanlış tarih de düşülüyor. Ör: Bebeğe doğumundan önceki bir tarihte malzeme düşülüyor veya hastaya öldükten sonra kayıt düşülebiliyor. KİK kayıtları yok.
- **M:S:** Hasta başı alım yapılırken epikrizde kontrol yapılmadan, hasta arşivine bakılmadan çıkış yapılıyor. Oysa fatura yapılmış oluyor, dönüşü olmuyor. Pahalı malzeme kullanılabilir, hasta malzeme parasını ödemiyor. 2007 de alınmış malzemelerin KİK, UBB kaydı görülmemekte. Fatura yaparken bunları göremiyoruz. SGK kestiği zaman anlaşılıyor. Bu malzemeler paket hastada kullanılmalı.

“Son sözler”

- **MS:** 22 milyona ulaşmamız için özellikli işlere öncelik verilmeli, estetik işlemlerin daha fazla yapılmalı, kayıt memuru, tıbbi sekreterlerin kontrol altına alınabilmesi ve eğitilebilmesi için bilgi işleme bağlanması gerekir.
- **FG:** Başta AD Başkanları, hekimler olmak üzere herkese eğitim verilmeli.
- **Ece:** Mahsuplaşmalar zarara yol açıyor.
- **SB:** Doğru kayıt elemanı, doğru tıbbi sekreter, bizi anlayan hekim olmalı.
- **MK:** Fiziksel şartlar düzgün olmalı.
- **ÇO:** Herkese eğitim verilmeli. Çalışmak istemeyen elemanın işi çalışana yükleniyor.
- **AT:** Hekimler şekillendirmezse alt kademe çalışmaz. Bilgi işlem merkez olmalı, klinikler kendi içinde eğitim yapmalı.
- **LM:** Sistem uyarıları iyi çalışmıyor. Fatura gönderildikten sonra sonuçlar geliyor. Sistem bizi uyarmalı. Sonuç çıkmayan tetkiklerin sisteme düşmemesi gerekir. Sorunların çözülmesi için eğitim yapılmalı.
- **FY:** Yüksek gelir getiren KİT, karaciğer, böbrek transplantasyonu gibi bölümler desteklenmeli. Çalışanlar mutlu edilmeli, maddi manevi destek verilmeli.

“Kritik bir şey kaldı mı?”

- **FY:** İyi çalışan kadroya alınsın.
- **MS:** Kayıtlar, tıbbi sekreterler ve faturacılar arasında daha fazla iletişim sağlanarak sorunlar paylaşılmalı, aynı hataların yapılmasının önü kesilmeli. SGK'nın kesinti kriterleri çalışanlara anlatılmalı (yapılıyor fakat yeterli değil).

EKLER

Ek 2: İÜ Hastaneleri SWOT analizi

Güçlü Yönler

- 1-Yurt içinde ve dışındaki kurum imajı, sağlık sektöründe saygın bir yerimizin olması ve hizmet verilen kesimlerdeki olumlu imaj
- 2-Nitelikli tıbbi kadro, deneysel, bilimsel çalışmalar için gerekli bilgi, beceri ve deneyime sahip olunması, farklı disiplinlerin birlikteliği (Mühendislik, Hukuk, Tıp, İşletme, İktisat, Siyasal Bilimler, Biyomedikal ve Klinik Mühendisliği hizmet birimleri)
- 3-Genel bütçeden gelen maddi destek
- 4-İleri teknolojiyi kullanabilecek yetişmiş kadronun varlığı, dünya ile yarışabilecek kalitede olacak şekilde yenilenen network sistemi
- 5-Bilim dalları çeşitliliği ve onun getirdiği hasta çeşitliliği
- 6-Tıp, diş hekimliği ve diğer sağlık eğitimi için tercih merkezi olması
- 7-Şehir içi üniversitesi olması, coğrafik konum
- 8-Mezuniyet sonrası eğitimin kalitesi
- 9-İhtisas için tercih merkezi olunması, kendini geliştirme, öğrenme ve kariyer olanaklarının fazlalığı, uzmanlaşma alanlarının çeşitliliği.
- 10-Öğrenci kalitesi ve sayısı, bizden yetişen öğrencilerin bizi tercih etmesi
- 11- Diğer üniversitelerde olmayan Hastaneler Genel Direktörlüğü, Finans Direktörlüğü gibi yapılanmalar
- 12- Süreç yönetimi uygulamasına başarılı geçiş, kendi konularında eğitimli ve eğitimleri devam eden süreç yöneticileri, diğer kademe yöneticileri
- 13- Katılımcı yönetim anlayışı, süreçlerin uygulanması ile ilgili üst yönetimin desteği, süreç yönetiminde eşgüdümün sağlanmasında yapıcı rolü
- 14- Yetişmiş insan kaynağı
- 15- İşletmenin büyüklüğü
- 16- Referans merkezi olması
- 17- Marka değerimizin yüksek olması
- 16- Köklü örgüt kültürünün varlığı.
- 17- Çalışanların pozisyonları için yedekleme yeteneğimizin yüksek olması.
- 18- Her düzeyde değişim isteğinin ve inancının olması
- 19- Çalışanların çoğunda yüksek aidiyet duygusu olması.

- 20- Bağış alabiliyor olmamız
- 21- Kalite kültürünün yaygınlaşması, TSE ile ortak çalışma yürütülmesi
- 22- Hastanelerde değişik birimlerde kalite yönetim sistemine yönelik değişik çalışmaların uzun süredir devam ediyor olması, hizmet içi eğitim
- 23- Her alanda uzmanlık kurullarının oluşturulmuş olması

Zayıf Yönler

1. Acil hizmetler
2. İnsan kaynaklarının yönetimi ve eğitiminde yetersizlik, organizasyonsuzluk ve koordinasyonsuzluk
3. Yönetimsel zaaf, bilgi eksikliği, İdari ve destek personelinin hizmet içi eğitimlerinde eksiklik
4. Teknolojik seviyenin gerisinde kalmış olan cihaz parkımızın güncellenmesi gerekliliği, bakım onarım masraflarının yüksekliği, ,
5. Poliklinik hizmetlerimiz
6. Taşınır mal yönetim problemleri
7. Basın ve halkla ilişkiler
8. Fiziki şart yetersizliği, binalarımız ve otelcilik hizmetlerinden kaynaklanan düşük kaliteli hizmet ve hasta memnuniyetsizliği,
9. Biyomedikal birimi ve yapı işleri yetersizliği
10. Performans sistemi ve gelir dağılımındaki adaletsizlik
11. Kayıtlara gösterilen özensizlik (Tanı işlem uyumsuzluğu, hasta kayıtlarının kalitesizliği)
12. Faturalama sorunları (Fatura ekindeki epikrizlerin yetersizliği, MEDULA'dan kaynaklanan düşük faturalandırma hızı)
13. Maliyet Muhasebesi henüz oturmuş değil, maliyet etkinlik analizi göstergelerini kullanmak ve analizlerinin yapılmaması
15. Uzun yatış süreleri
16. Kayıt altına alınmayan hizmetler (SUT uygulamaları da dahil.)
17. SUT oluşumuna katılmamış olmak
18. Doktor dışı personel sayı ve eğitim eksikliğinden kaynaklanan düşük kaliteli hizmet
19. Büyük, dağınık, karmaşık yerleşim ve yapılanma, işletme yapısının hantallığı, yavaş işleyiş
20. Otomasyon programının EKAP programı ile entegre çalışmaması

21. Kişiyeye bağılı alımların denetlenmemesi,
22. Eğitim ve hizmetin iç içe olmasından dolayı optimum faydanın elde edilememesi
23. Geri ödeme süresinin uzunluğu
24. BAP kesintileri
25. Elektrik, su, telefon vb. ödemelerinin merkezi ve bütçe takibinin olmaması
26. Yapılan sözleşmelere göre mal teslimat takibinin otomasyon sisteminde olmaması
27. Alt birimler arası malzeme değışimi yapılamaması ve fatura edilememesi
28. Aynı işlerin farklı yerlerde, farklı kişi, cihaz ve kitlerle yapıılıyor olması, kaynak israfi

Fırsatlar

1. Belediyeler ve yerel yönetimler ile iyi ilişkiler
 2. Ulusal ve uluslararası akreditasyon süreçleri
 3. Performans sistemi
 4. Sanayi ile işbirliği imkânı
 5. YÖK’de temsil gücümüz ve Üniversite Hastaneleri Birliği
 6. Özel sigortalara ve kurumlara hizmet verilebilmesi
 7. Uydu hastanelere sahip olma şansı
 8. Deprem tehlikesi ve yeni kampüs imkanı
 9. Marka ve referans hastanesi olması nedeniyle bağış desteğı
 10. Ulusal ve uluslararası araştırma projeleri
 11. Sağlık turizmi
 12. Artan ve değışen müşteri portföyü
 13. TİG (Tanıya İlişkin Gruplar, DRG)
 14. Tam gün yasası
 15. Rekabet ortamı
 16. Demografik yapımız
 17. İBB’nin İstanbul’u dünyanın finans merkezi haline getirecek bir projesi olması.
- Bu projede sağlık yapılanmasının bulunması
18. Yeni ortaya çıkan mesleklere personel yetiştirmek üzere fakültelerin açılması
 19. İstanbul’un merkezinde kolay ulaşılabilir kampüsleri sayesinde kalifiye elemanlar için cazibe merkezi olması
 20. Kurumsallaşmış özel kuruluşlar ile işbirliği olasılığı
 21. Fizik mekânların yenilenmesi ile beraber uluslararası akreditasyon belgesi almak ve yüksek gelir grubundaki hastalara hitap etmek

22. Eğitim olanaklarının fazlalığı nedeniyle ikinci eğitim programlarının çeşit ve kapasitesinin artırılması
23. Danışmanlık, eğitimcilik, bilirkişilik vb. ek görevlerde tercih ediliyor olmamız
24. Dibe vurmuşluk hissi (krizden fırsat yaratmak),
25. Çalışanlar arasında beklenti düzeyinin yüksek olması
26. TSE ile yapılan kalite yönetim protokolü
27. Kaliteyi esas alan bir performans sisteminin oluşturabilmesi çalışmaları
28. Analitik bütçeye geçilecek olması

Tehditler

1. Sağlık Bakanlığı ve hükümetle ilişkiler,
2. Rakip hastaneler ve kurumlar (Eğitim ve araştırma hastaneleri, Vakıf üniversiteleri, özel hastaneler, muayenehaneler)
3. Tam gün yasasının yol açtığı ve açacağı öğretim üyesi kaybı
4. Deprem riski, kalitesiz binalar (deprem riski, kısa zamanda binaların boşaltılması riski, mali kayıp)
5. Medyanın sağlık sektörüne bakış açısı, toplumda üniversite hastanelerine karşı “oluşan/oluşturulan “ olumsuz algı
6. Eğitimsiz hastalar ve sağlıkta şiddet
7. YÖK’ün tıp fakültelerine ve doktorlara bakış açısı ve 2547 sayılı yasa
8. Tek alıcı SGK ve onun kuralları, düşük SGK bütçesi, düşük SUT fiyatları
9. Tedarikçi firmaların gücü
10. Hükümet ve Bakanlığın popülistik yaklaşımı, mevzuat sınırlamaları, sürekli değişen sağlık politikası
11. Giderek artan Tazminat davaları, Sağlık hukuku ve uygulamalarındaki gelişmeler
12. Uygun düzenlenmemiş global bütçe ve SGK’nın zorlamaları
13. Komplike hastalar için de ağır olmayanlarla aynı fiyat politikasının uygulanması
14. Hızlı teknolojik ilerleme ve makine anarşizmi
15. Özel hastanelerin zincirleşmesi, güçlenmesi ve uluslararası standartlara ulaşması
16. Mevzuattaki sıkıntılar nedeni ile malzeme teminindeki güçlüklerin iş gücü verimini düşürmesi
17. Sağlık Bakanlığı’nın KPSS ile yetiştirmiş personelimizi çekmesi

18. Özel hastanelerin öğretim üyelerimizi transfer etmesi
19. Asistan kontenjanlarına getirilen kısıtlamalar.
20. Mecburi hizmet kadrolarının olmaması.
21. Üniversite hastanelerini yapı ve çalışma düzenine uymayan hacim ağırlıklı performans sistemi
22. Sağlık bakanlığına bağlanma tehdidi algısı
23. Üniversite hastanelerinde özellikli tıbbi uygulamaların yapılmasına ilgi azalması
24. Marka değerinin yitirilmesi
25. Kampüs yenilenmesi için büyük maddi ihtiyaç
26. Kodların çok olması ve yarattığı kargaşa (UBB, İU, TMY, Branş)
27. Yaklaşık maliyet hesaplamalarında ciddi hatalar

BAŞHEKİMLİK ONAYI

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/07/2014-129144

T.C.**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ****İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği**

Sayı: 80994572-020-

Konu: Talebiniz hk.

Sayın Prof. Dr. Ahmet Bilge SÖZEN**Başhekim Yardımcısı**

İlgi: 15.07.2014 tarihli dilekçeniz.

İlgide kayıtlı dilekçenizde talep ettiğiniz "Faturalama Sürecinde Yapılan Hatalar Sonucu Oluşan Gelir Kayıplarının Nedenleri ve Kayıplarını Önlemek İçin Yapılması Gerekenler" başlıklı Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Tezinizde kullanmak üzere İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Otomasyon verilerini kullanmanız uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı

Prof. Dr. Mehmet Akif KARAN Başhekim

Doğrulamak İçin: http://194.27.128.66/envision.Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BEL5R9ZV Ayrıntılı bilgi için irtibat:
Elçin BAKKAL Dahili: 4142000-35018 İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Çapa/İSTANBUL Tel: 0 212 414 21 38
Fax: 0 212 414 20 25/0 212 635 11 93 e-posta: iubilgi@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ: www.istanbul.edu.tr

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

PATENT HAKKI İZİNİ

TELİF HAKKI İZİNİ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ahmet Bilge	Soyadı	SÖZEN
Doğ. Yeri	Düzce	Doğ. Tar.	03/03/1965
Uyruğu	TC	TC Kim No	15951004960
Email	absozen@istanbul.edu.tr	Tel	05544849421

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi	1987
Yük. Lis.	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi	1987
Lisans	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi	1987
Lise	FMV Özel Işık Lisesi	1981

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Gelir İdaresi Süreç Koordinatörü	İstanbul Üniversitesi, HAGED	2014-
2.	Döner Sermaye İşletme Md Yrd	İstanbul Üniversitesi, DSİM	2013-
3.	Başhekim Yrd	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi	2010-
4.	İç H AD ÖÜ Profesör	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, İç H AD	2010
5.	Kardiyoloji Uz	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD	2006
6.	İç H AD ÖÜ Doçent	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, İç H AD	2003
7.	İç H Uzmanı	İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, İç H AD	1996

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	84	

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı		72	
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Office	İyi
SPSS	Orta

--	--

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Hazırladığım tezler

1- Dr. Ahmet Bilge SÖZEN. Türkiye Birinci Profesyonel Futbol Ligi Futbolcularında Elektrokardiografi Ve Ekokardiografi Bulguları. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı (İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi). İstanbul. 1996

2- Doç. Dr. Ahmet Bilge SÖZEN. Turner Sendromlu Hastalarda Ekokardiyografi, Sinyal Ortalamalı EKG, P Dalga Dispersiyonu, QT Dispersiyonu, EKG Holteri Bulguları. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı (Kardiyoloji Uzmanlık Tezi). İstanbul. 2006.

Yönettiğim tezler

1- Dr Sabiha Banu Denizeri. Hipertansif, obez ve bozulmuş glukoz metabolizmasına sahip hastalarda Nebivolol ve Karvedilol'ün insülin direnci üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD (İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi). İstanbul. 2010.

2- Üye olduğum dernekler

European Society of Cardiology

Türk Kardiyoloji Derneği

Türk Kardiyoloji Derneğinde üye olduğum çalışma grupları

Kalp Yetersizliği Çalışma Grubu

Hipertansiyon Çalışma Grubu

Ekokardiyografi Çalışma Grubu

Lipid Çalışma Grubu

3- Hakemliklerim

Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi

Türkiye Klinikleri Dergisi

4- Ödüller

TÜBİTAK Marmara Bölgesi Matematik 3. lüğü (1978)

Özel İlgi Alanları (Hobileri):

Kitap (Fizik, Uzay bilimleri, Bilimkurgu)

Müzik

Sinema

Spor: Karate (Siyah Kuşak), Aikido (Kahverengi Kuşak), Bisiklet

