

PIYASALAŞMIŞ SAĞLIK HİZMETLERİNE KAMU OTORİTESİNİN MÜDAHALE ARACI OLARAK SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ (SUT)

Güray KILIÇ*, Ergün DEMİR**

Özet: Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık yardımlarını karşıladığı genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerinin bildirildiği, Resmi Gazete'de yayımlanan tebliğ olarak tanımlanmaktadır. Bu tebliğ ile yapılan ödemeler hastanelerin finansmanının önemli bir kısmını sağlamakta ve hastane işletmelerinin geleceğini belirlemektedir. SUT, ödemeye ilişkin esaslar yanı sıra "nasıl hekimlik yapılacağı" ve "sağlık hizmeti sunulacağına" ilişkin yönlendirmeleri de içermektedir. Tebliğin gözettiği mali disiplinin korunması adına hekimler, tanı/tedavi sürecinde bilimsel uygulamalarını hekimlik meslek ilkelerine göre değil, "performans" ilkelerine göre yapmaya yönlendirilmektedir. Yurttaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için prim ödemeleri yeterli olmamakta cep'ten katılım payı ve ilave ücret ödemesi de gerekmektedir. Bütün bunlar Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)'nun mali disiplininin korunması gereğiyle yapılmaktadır. Böylesi bir ortamda öne çıkarılması gereken; ücretsiz, eşit, nitelikli bir sağlık hizmetinin, iş ve ücret güvencesi olan, insanca yaşamaya ve mesleki gelişimini sürdürmeye yetecek, emekliliğe yansıtacak ücretler alan sağlık çalışanları tarafından verilmesini talep etmektir.

Anahtar sözcükler: sosyal güvenlik, sağlık finansmanı, hekimlik.

Health Practices Communique (HPC) as an Instrument for Public Authority Intervention to Marketed Health Services

Abstract: Health Practices Communique (HPC) is an official document published in the Official Gazette prescribing the following: Health services delivered to persons covered by the health insurance scheme of Social Security Institution, their dependents; rules related to eligibility to benefit from health services including transportation, daily allowance and accompaniment and prices corresponding to these as determined by the Commission for Pricing Health Services. Payments made under this communique constitute a significant source of financing for hospitals and as such determine their future as health facilities. Besides pricing, the HPC also includes directives as to "how to practise the profession of medicine" and "how to deliver health services." For the sake of "financial discipline" that the Communique upholds, physicians engaged in diagnosis/treatment processes are directed to what is called "performance criteria" instead scientific norms and fundamental principles of the profession. It is not sufficient for citizens to make their regular contributions to benefit from health services; they have to share costs from their pockets. All these are said to be introduced for maintaining the financial discipline of the Social Security Institution (SSI). What needs to be raised as a demand under these circumstances is to have free, equal and quality health services delivered by health workers who are accorded job and pay security and paid adequately to have a decent life and professional development with satisfactory retirement benefits.

Key words: social security, health financing, medicine

Giriş

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın başladığı 2003 tarihine kadar sağlık hizmetleri ödeme usul ve esasları, her yıl Aralık ayında yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı gereğince belirlenirdi. Bütçe Uygulama Talimatnameleri, sağlık güvencesine sahip kişiler ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerinin sağlık giderlerinin karşılanmasında, kamusal katkının miktar ve koşullarını belirlemek amacıyla Maliye Bakanlığı'nca yayınlanırdı.

2004 yılı öncesinde SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart uygulamaları birbirlerinden farklı olup, diğer sosyal güvenlik kuruluşları üyelerine değişik oranlarda imkânlar sağlarken SSK'lı yurttaşlarımızın sağlık hizmetlerine, özellikle de ilaçlara ulaşmasını engelleyen kısıtlamalar vardı. 2004 ve 2005 yılı Bütçe Uygulama Talimatnameleri ile uygulamalar arasındaki farklılıkların giderilmesi adına, en alt seviyede (SSK talimatnamelerinde) buluşma ve sağlık

*Dr., İstanbul Tabip Odası TTB Delegatesi

**Dr., İzmir Tabip Odası Hekim Meclisi Üyesi

hizmetine ulaşamama eşitliği getirilmişti. Söz konusu yıllarda bilim ve tıp çevrelerinin tepkisi ve kamuoyunun rahatsızlığı nedeniyle geri adım atılmış, SSK'lılar mağdur olmaya devam ederken Emekli Sandığı daha makul bir talimatnameyi uygulamıştı.

2005 yılının Aralık ayında 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'na bir takım ekler yapıldı ve 20 Aralık 2005 tarihi itibarıyla söz konusu kısıtlamalar bütün Sosyal Güvenlik Kuruluşları tarafından uygulanır hale getirildi.

2006 yılı Nisan ayında Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği yayınlanmış; hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ilişkin olarak faturalama ve ödeme işlemlerinin ne şekilde yapılacağı açıklanmıştı. Ancak aynı yılın Temmuz ayında sağlık harcamalarına yönelik olarak "kaynakların tasarruflu ve etkin kullanımını sağlamak" ve sağlık kurum ve kuruluşlarının faturalama işlemlerinin, geri ödeme kurumlarının ise fatura inceleme ve ödeme işlemlerinin kolaylaştırılabilmesi için yeni bir tebliğ düzenlenmişti. Tebliğin esası; birinci basamak resmi ve özel sağlık kuruluşlarına başvuran hastalar ile ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumlarında ayaktan tedavi gören hastalar için vaka başına (paket usulü) ödeme yapılmasına dayanmaktaydı.

Artık o mali yıl boyunca yapılacak tüm uygulamaları kapsayan Bütçe Uygulama Talimatları "düzenlemeler" için yetersiz kalmış, Maliye Bakanlığı peşi sıra yayınladığı tebliğ ve genelgeler ile yeni kısıtlamalar getirmeye başlamıştı.

2007 yılı Mayıs ayında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Başkanlığı'ndan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği yayınlanmış böylece tedavi ücretleri ile tedavi yardımlarının ilişkin esas ve usuller Maliye Bakanlığı tarafından değil Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından tespit edilmeye başlamıştı. 2008 yılında yayınlanan aynı isimli Tebliğ'de kısaltma olarak Tebliğ değil SUT ifadesi kullanılmaya başlanmış ve Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tüm unsurlarıyla hayata geçmesi ile birlikte bu uygulama, sağlıkta "piyasanın" kontrol edilmesinin temel araçlarından biri olarak kapsamlı ve sürekli güncellenen bir hal almıştır.

SGK'nın yayınladığı Sağlık Uygulama Tebliği;

- SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin neler olduğu,

- Finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile ödeme usul ve esaslarını,

- Sağlanacak sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini; Kurumca finansmanının sağlanmasına ve ödenmesine ilişkin usul ve esaslarını,

- Ödenecek yol gideri, gündelik ve refakatçi giderlerinin karşılanmasına ilişkin usul ve esasları,

- Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kararlarını,

- Kurumca uygun görülen diğer hususları, kapsamaktadır.

Bu kapsamlar, Genel Sağlık Sigortası (GSS)'nin hayata geçirilmesi ile birlikte bütün yurttaşları ve kamu/özel tüm sağlık kuruluşlarını etki alanına almıştır (**GSS Uygulama yönetmeliği**). Başlangıçta, sadece ödemelere ilişkin esas ve usuller belirlerken, zamanla SUT "nasıl hekimlik yapılacağı" ve "sağlık hizmeti sunulacağına" ilişkin yönlendirmeleri de içerir hale gelmiştir. Uygulamalar bütünüyle "Sağlık Piyasası"na müdahale etmeyi amaçlamaktadır.

SUT'un Temel Kuralları

1. SGK tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin bedeli, sağlık hizmet sunucularına kurum tarafından ödenir.

2. Sağlık hizmet sunucuları; kamu ve özel anlaşmalı tüm sağlık kurum ve kuruluşlarıdır. Kamuda, birinci basamak (Aile hekimliği) ile ikinci ve üçüncü basamak (Hizmet hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri), özel sağlık alanında ise poliklinik, tıp merkezi, hastaneler ile laboratuvarlar ve görüntüleme merkezleridir.

3. Sağlık hizmet satın alma kurumu olarak SGK, kamu ve özel tüm sağlık hizmet sunucuları arasında bir fark gözetmeden benzer kuralları uygulamaktadır.

4. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan Kamu Hastaneler Birlikleri ile Üniversite hastanelerine, genel bütçe katkısı kamu personeli olan çalışanlarının temel maaşları ve bir takım inşaat yatırımları ile sınırlıdır. Bu kurumlar esas olarak gelirlerini döner sermaye işletmesi aracılığıyla SGK'ya sattıkları sağlık hizmetlerinin finansmanından elde etmektedirler. Sağlık hizmetinin mülkiyeti halen kamunun elinde

bulunan sağlık kurumlarında üretilmiş olması, bu hizmetin kamusal nitelikte olduğu anlamına gelmemektedir.

5. Sağlık hizmetlerinin bedelleri tekel/tek "alıcı" olan SGK tarafından tek taraflı olarak belirlenmekte; aynı zamanda uygulamaya ilişkin çeşitli kurallar ve koşullar dayatılabilmektedir. Sağlık hizmeti bu şekilde kamu eliyle piyasalaşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin -SGK tarafından ödenen- bedeli, piyasa koşullarındaki maliyet hesapları vb. dikkate alınmadan kurum bünyesinde oluşturulan Fiyatlandırma Komisyonu tarafından saptanmaktadır. Hekim ve sağlık çalışanı emeğinin karşılığını ve hizmet standartlarını gözetmeden belirlenen bu listede esas belirleyici husus SGK'nın bütçe dengesidir. Bu bütçedeki hareketler Tablo 1'de görülmektedir:

Fiyatlandırma Komisyonu

5510 sayılı Kanun'un 63.maddesi 'f' bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin (tanı/ tedavi için gerekli olabilecek ilaç, ortez-portez, tıbbi araç-gereç, tıbbi sarf malzemesi) türleri, miktarları ve kullanım süreleri, ödeme usul ve esasları, Sağlık Bakanlığı'nın görüşü alınarak SGK Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir (**5510 sayılı Kanun**). Komisyon, fiyatlandırmaya esas olmak üzere sağlık hizmeti sunucularını sınıflandırabilmektedir. Esasen fiyatlandırma komisyonunun yaptığı, GSS'li yurttaşların "müstahak" oldukları sağlık hizmetlerinin kapsamını ve bu sağlık hizmetlerinin bedelini belirlemektir. Bunu yaparken de sağlık hizmetlerinin fiyatlarından çok paketin kapsamını daraltacak yöntemler geliştirmeye ilgilenebilir.

Komisyon;

1. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı,
2. Maliye Bakanlığı,
3. Sağlık Bakanlığı,
4. Kalkınma Bakanlığı,
5. Hazine Müsteşarlığı,

6. Üniversite Sağlık Hizmet sunucuları,

7. Özel Sağlık Hizmet sunucuları ve temsilcilerinden birer,

8. Sosyal Güvenlik Kurumundan iki olmak üzere toplam dokuz üyeden oluşmaktadır.

Fiyatlandırma Komisyonu, finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinden Kurumca ödenecek bedellerin miktarlarını;

I. Sağlık hizmetinin sunulduğu il ve basamağı,

II. Devletin doğrudan ve dolaylı olarak sağlamış olduğu sübvansiyonları,

III. Sağlık hizmetinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmamasını,

IV. Kanıta dayalı tıp uygulamalarını,

V. Maliyet-etkililik ölçütlerini,

VI. Genel Sağlık Sigortası bütçesini, dikkate alarak belirlemektedir.

Bütçe dengesini tutturabilmek amacıyla komisyon tarafından paketin kapsamı daraltabilmekte ve/veya fiyatların bedeli düşük tutulabilmektedir. Sağlık hizmeti bedelinin Kurum'un olanakları çerçevesinde belirlenmesi nedeniyle çoğunlukla bu bedel gerçek değeri yansıtmamakta; arada bir fark oluşmaktadır. Bu farkın da piyasa koşulları gereğince bir biçimde karşılanması gerekmektedir. Esas olarak bunu karşılayacak iki kaynak; katılım payı ve ilave ücret biçiminde vatandaşın cebi ile sağlık çalışanı emek değerinin düşürülmesidir. Taşeronlaştırma, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının emeğinin bedelinin düşürülmesi önemli bir maliyet azaltma gayretidir.

Aslında SUT ile açıklanan fiyatlar piyasada serbest olarak belirlenmemekte; bir tür dayatma yapılmaktadır. Bu dayatma vatandaşın toplanan GSS primlerinden ve katkı paylarından oluşan havuza devletin yapacağı genel bütçe katkısını en aza indirmek

Tablo 1. SGK Konsolide nakit akım tablosu 2014 (Milyon TL)

Gelirler ve giderler	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gelirler	78.073	95.273	124.480	142.929	163.014	180.013
Giderler	106.775	121.997	140.715	160.223	182.689	201.597
Açık	-28.703	-26.724	-16.235	-17.295	-19.675	-21.583

Tabloda gösterilen ilaç ve tedavi harcamalarına ek olarak diğer harcamaların toplamıdır
Kaynak: SGK Temel Göstergeler 2014

Tablo 2. SGK sağlık harcamaları (Milyon TL)

Yıllar	İlaç	Tedavi	Toplam*
2009	13.161	15.129	28.811
2010	13.547	18.469	32.509
2011	14.144	21.848	36.500
2012	14.300	29.206	44.111
2013	15.673	33.508	49.889

*Tabloda gösterilen ilaç ve tedavi harcamalarına ek olarak diğer harcamaların toplamıdır
Kaynak: SGK Temel Göstergeler 2014

için yapılmaktadır. Başlangıçta tüm sağlık hizmetlerinin bedellerini ödemeyi vaat eden sistemin aslında bir "paket hizmet" verdiği zamanla ortaya çıkmıştır. Kapsamı giderek daraltılan temel teminat paketi ile her geçen gün artan oranda hak kayıpları yaşanmaktadır.

"Mali disiplin" in korunması (!) gerekçesiyle vatandaşın cebinin adres gösterilmesi

SGK, mali disiplinin korunmasını gerekçesiyle SUT ile sağlayacağı sağlık hizmetlerinin finansmanına ek kaynak olarak vatandaşın cebini adres göstermektedir. Vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için artık sadece prim ödemesi yeterli değildir. Primin yanı sıra cep'ten katılım payı ve ilave ücret ödemesi de gerekmektedir.

SGK, sağlık hizmetlerinin bedellerinin kendisinin ödeyeceği kısmını sabit tutmakta, yaklaşık olarak 2008 tarihinden bu yana herhangi bir artış yapmamaktadır. Kurum kendi bütçesinin gider kalemlerini sabit tutarken, vatandaşın cebinden katkı/katılım payını ve primini almaktadır. Özel ve kamu sağlık kurumlarında ilave/fark ücretleri ve finansmanını karşılamadığı sağlık hizmetinin bedeli için vatandaşın cebini adres göstermektedir. Yasanın uygulamaya konulduğu ilk dönemlerde özel sağlık kurumlarında SUT'ta yer alan bedelin %90'ı fark ücreti olarak alınırken, bu oran şimdilerde %200'dür. Bu uygulama Üniversite hastanelerinde de öğretim üyesi fark ücreti adı altında yaygınlaştırılmıştır.

5510 sayılı Kanun ile tüm yurttaşların genel sağlık sigortalısı olmaları zorunlu kılınmıştır. Sisteme giremeyen yurttaşların sağlık hizmetlerine erişimleri kısıtlanmakta ve aynı zamanda giderek artan miktarda prim borçları birikmektedir. Bunun yanında cepten yapılan sağlık harcamaları da yıllar içerisinde giderek artmaktadır.

Tablo 3. Yıllara göre SGK katkı/katılım payları

Yıllar	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Toplam Katkı/Katılım Payı (Milyar TL)	8.1	10	10.5	11.7	13.2	15

Kaynak: ISMMMO raporu

Katılım payları;

Kamu hastaneleri 5 TL,

Özel hastaneler 12 TL,

10 gün içerisinde müracaat 5 TL,

İlaç bedelinin %10 -20'si,

Her bir reçete için 3 TL, üç kutuya ilave her bir kutu ilaç için 1TL,

Vücut dışı protez ve ortezler %10-20, her bir ortez ve protez için katılım payı tutarı brüt asgari ücretin %75'ni geçemeyen tutarlar vatandaşlar tarafından katılım payı olarak cebinden ödenmektedir.

İlave ücretler;

Kurumla sözleşmeli vakıf üniversitesi ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca %200,

Üniversitelerde (Vakıf üniversiteleri hariç) öğretim üyelerinin mesai saati sonrası poliklinik muayenelerinde iki katı, her bir girişimsel işlem için sağlık hizmeti bedelinin bir defada asgari ücretin iki katı,

Otelcilik hizmetlerinde çift yataklı odalarda standart yatak tarifesinin 1,5 katı, tek yataklı odalarda ise 3 katı,

Eşdeğer ilacın en ucuzunun %10'unu,

İstisnai sağlık hizmetleri için işlem bedellerinin 3 katı ilave ücret vatandaşlar cepten ödemektedir.

SUT'ta yapılan son değişiklik sonucu tıbbi malzeme fiyatlarında azalma olduğu iddiası ile bazı ameliyatlarda durma noktasına geldiği haberleri kamuoyuna sıkça yansımıştır. Yetkililer, mali disiplini koruma ve kullanım endikasyonunda yapılan suistimalleri(!)

önlemek amacıyla değişiklik yapıldığını belirtmişlerdir. Kamuoyunda yapılan tartışmalar şunu göstermektedir ki; hem SGK'nın mali disiplininin korunması hem de önümüzdeki günlerde tıbbi malzeme ticareti yapanların kârlarının azalmaması için fatura vatandaşa kesilecektir. SGK tarafından bedeli karşılanan tıbbi malzemelerde "iyi malzeme kullanalım, aradaki farkı da vatandaş ödesin" şeklindeki yaklaşımların karşımıza çıkarılacağı ve çözüm olarak vatandaşın cebinin gösterileceği günler yaşayacağımız açıktır.

Sonuç

Bu verilerin ışığında tanı/ tedavi uygulamalarının bilimsel tıbbi veriler yerine, SUT puanı üzerinden yönlendirilmesi eğiliminden söz etmek yanlış olmayacaktır. Hekimler, işletmeleşmiş sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerini sunarken, SUT baskısını giderek daha fazla hissetmektedirler. Tanı ve tedavi süreçlerinde bilimsel tıbbi uygulamaları, hekimlik mesleğinin değerleri üzerinden uygulamak giderek güçleşmektedir. Sağlık işletmelerinde, SUT kısıtlamaları nedeniyle zarar etmemek ve gelirleri artırmak için, artık güvenli/etkin olan uygulama ve tıbbi malzeme yerine, ucuz ve kârlı olanın tercih edilmesi istenmektedir. Hekimler tanı/tedavi sürecinde bilimsel uygulamalar için gereken tetkik ve işlemleri yapmaktan alıkonmaktadır.

Sağlık işletmeleri, gelirlerini artırmak, giderlerini azaltmak için daha çok hasta muayene etmeyi, daha fazla ameliyat ve girişimsel işlem yapmayı adeta zorunluluk haline getirmişlerdir. Performans sistemi ile kamu hastane işletmelerinin daha fazla kâr elde etme çabalarına ve ticari suistimallere hekimler ortak edilmeye çalışılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı İstatistik Bülteni incelendiğinde son on yılda poliklinik ve ameliyat sayılarında üç kat artış olduğu görülmektedir. Tüm sektörlerde toplam ameliyat sayısı 2002 yılında 1.598.362 iken 2013 yılında 4.684.237'ye çıkmış, hekime müracaat sayısı 2002 yılında 208.966.049 iken 2013 yılında 630.321.1242 olmuş ve kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1'den 8,2'ye çıkmıştır (**Sağlık Bakanlığı, 2014**).

Gideri azaltmak adına her geçen gün yeni ayrıntılarla geliştirilen SUT kısıtlamaları, Üniversite hastanelerini özel işlemlerin yapıldığı, geliştirildiği ve uzmanların yetiştirildiği kurumlar olmaktan çıkarak rutin tedavi hizmetlerinin uygulandığı kurumlar

haline dönüşmeye zorlamaktadır. Muayene ile tanı konulabilecek basit rahatsızlıkları olan hastaların çoğunluğunun ikinci basamak sağlık kuruluşlarına ve reçete yazdırmak için de aile hekimliklerine; komplike, ağır, riskli, yaşlı, ek hastalığı olan olguların ise üçüncü basamak ve üniversite hastanelerine yöneldiği görülmektedir. Oysaki SGK, ödemeler konusunda sağlık hizmet sunucuları arasında pek bir fark gözetmeksizin benzer kuralları uygulamaktadır.

Hekimler görevlerini performans, ciro ve SUT baskısı altında kalmadan ve gelecek kaygısı duymadan yapmak istemektedirler. Yükselen talep, tıbbi hizmetleri değersizleştiren, hastaları "puan ve ilave ücret"e dönüştüren ücretlendirme modeli yerine iş ve ücret güvencesi olan, insanca yaşamaya ve mesleki gelişimi sürdürmeye yetecek, emekliliğe yansıtacak ücretlendirme sistemine geçilmesidir.

Kaynaklar

GSS uygulama yönetmeliği. Resmi Gazete web sayfası. Erişim tarihi: Temmuz 2014. <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>.

5510 sayılı Kanun. Resmi Gazete web sayfası. Erişim tarihi: Temmuz 2014. <http://www.resmigazete.gov.tr/default.aspx>.

SGK temel gösterge istatistikleri 2014. SGK web sayfası. Erişim tarihi: Ekim 2014. <http://www.sgk.gov.tr>.

Sağlık Bakanlığı 2014. Sağlık Bakanlığı istatistik bülteni 2013. Erişim tarihi: Ekim 2014. <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-38057/saglik-istatistikleri-yilligi-2013-haber-bulteni.html>.

İSMMMÖ. Türkiye'de Sağlık Stratejileri ve Harcamaları raporu.