

# Sağlık hizmeti sunumunda performans değerlendirmesi

## Prof. Dr. H. Erdal Akalın



1970 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1971-1976 yılları arasında ABD'de Illinois Üniversitesi Hastanesi'nde iç hastalıkları enfeksiyon hastalıkları uzmanlık eğitimlerini aldı. 1983'de Hacettepe Üniv. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD bünyesinde Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi'ni kurdu ve 1994 yılına dek bu ünitenin başkanlığını yaptı. 1980 yılında doçent, 1988 yılında profesör oldu. 1994-2007 yılları arasında Pfizer İlaçları Ltd. Şirketi'nde medikal danışman ve genel müdür yardımcısı olarak çalıştı. 2007-2009 yılları arasında Acıbadem Sağlık Grubu Yönetim Kurulu Başkanı Danışmanı olarak görev yaptı, aynı zamanda Acıbadem Üniversitesi'nin kuruluş çalışmalarında Rektör Yardımcısı olarak yer aldı. Ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 250'nin üzerinde makalesi, 52 kitap bölümü, editörlüğünü yaptığı 8 kitap, uluslararası ve ulusal kongrelerde sunulan 500'ün üzerinde bildirisi, eğitim amacı ile geliştirilmiş 11 bilgisayar programı bulunmaktadır. Dr. Akalın evli ve iki çocuk babasıdır.

**S**ağlık hizmeti sunumunun ana hedefleri, herkese gerekli ve uygun sağlık hizmetini sunmak, israfı önlemek, ihtiyaç duyulan hizmeti verimli bir şekilde sunmak ve verilen hizmetin her düzeyde kalitesini iyileştirmek ve hizmet sunumundaki farklılıkları azaltmak olarak belirlenmiştir. Ancak yapılan çalışmalar, bu hedeflere ulaşabilen sağlık sistemi sayısının çok az olduğunu (hatta olmadığını) göstermektedir. Sağlık sisteminin iyi olduğu kabul edilen ülke toplumlarının (Fransa, Avustralya, İngiltere gibi) bile yüzde 60'ı sistemin değiştirilmesinden

yana olduklarını belirtmektedirler. Bunun en önemli nedeni sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin beklenen düzeyde olmamasıdır.

ABD'de yapılan çalışmalar hasta güvenliği ihlallerinin yılda 100 binden fazla hastanın ölümüne neden olduğunu, klinik tedavi rehberleri performans göstergesi olarak kabul edildiğinde hastaların ancak yüzde 55'inin önerilen tedaviyi aldığını, hizmet kalitesi düşük hastanelerde bazı cerrahi girişimlerin, yüksek kaliteli hizmet sunan hastanelere oranla daha pahalı olduğunu göstermiştir (Tablo 1).

Bütün bunlar bugünkü ücretlendirme sisteminin klinik kalite, hasta-odaklılık ve verimli-

lik gibi hizmetin "değer"ini ölçmemesinden ileri gelmektedir. Bu nedenle "kanıta dayalı" bir performans sisteminin kurulması ve ücretlendirmede de esas alınması gerekmektedir. Kanıta dayalı performans göstergeleri seçilirken klinik önemi ve bilimsel doğruluğu, ölçülebilirliği, hekim performansındaki yeri, hasta-hasta yakınları ve ödeyici için önemi dikkate alınmalıdır. Bunun için klinik uygulama rehberleri, klinik patikalar ve ilaç kullanım izleme programlarının kullanılması önerilmektedir.

### Performans nedir?

Performans, belirlenmiş standart ölçümlere göre, verilen sağlık hizmetinin kıyaslanmasıdır. Klinik sonuçların beklenen





standartları ile elde edilen kişisel (hekim) veya kurumsal veriler karşılaştırılarak değerlendirme yapılır. Çoğu performans değerlendirme programı hasta güvenliği, klinik etkinlik ve hasta-odaklılık ile ilgili ölçümlerle değerlendirilir. "Institute of Medicine"nin 2001'de yayınlanan raporunda (Priority areas for national action: Transforming health care quality, IOM, 2001) kalite öncelikleri ve hedefleri şu başlıklar altında toplanmıştır: Hasta güvenliği, klinik etkinlik, hasta odaklılık, zamanında hizmet, verimlilik ve eşitlik. Bu başlıkların bazıları "sağlıkta dönüşüm projesinde" de yer almaktadır.

#### Tablo 1: ABD'de sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili veriler

- Hasta güvenliği ihlalleri ABD'de yılda 100 binden fazla hastanın ölümüne neden olmaktadır (Gurwitz et al., 2000, 2003; IOM, 2000)
- Ortalama olarak, önerilen tedaviyi alan hasta oranı yüzde 55 olarak bulunmaktadır (McGlynn et al., 2003).
- Sağlık harcamalarının yüksek olduğu bölgelerle, düşük olan bölgeler arasında verilen hizmetin kalitesi ve hasta güvenliği yönlerinden hiç bir fark bulunmamıştır (Fisher et al., 2003, 2004).
- Hizmet kalitesi daha düşük olan hastanelerde bazı girişimlerin, yüksek kaliteli hizmet sunan hastanelere göre daha pahalı olduğu saptanmıştır (Baser et al., 2009).

Kaynak: *The Rising Tide of Pay for Performance, National Committee for*

*Quality Health Care, 2006*

Doğru anlamda performans değerlendirilmesi hem kurumsal hem de hekim bazında üç temel veriye dayandırılmalıdır:

1. Klinik kalite (klinik sonuçlar)
2. Hasta odaklılık
3. Verimlilik.

Bu değerlendirmeleri yapabilmek için kanıta dayalı verilerle elde edilmiş kalite indikatörleri ve bunlara dayanan performans indikatörleri belirlenmelidir. Seçilecek performans indikatörlerinin klinik önemi olan ve bilimsel doğrulaması yapılmış, ölçülebilirliği gösterilmiş, hekim ve kurum bazında performanstaki yeri önemli olan, hasta ve hasta yakınına ve ödeyiciye önemli yansıması olan indikatörler olması gerekir (National Committee for Quality Assurance, 2004). "Institute of Medicine"nin bu konudaki raporunda yer alan bazı hekim bazlı ve kurumsal kalite ve performans değerlendirme alanları Tablo 2 de sunulmuştur.

#### Sağlık sistemi performans değerlendirmesi temel prensipleri

Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı yeni bir raporda, *The European Health Report, 2009*, sağlık sisteminde performans değerlendirilmesinin temel ilkeleri şu şekilde belirlenmiştir:

1. Düzenli, sistematik ve şeffaf olmalıdır. Tüm değerlendirmeyi kapsayacak bir raporlama sistemi öncelikle hazırlanmalıdır.
2. Performans değerlendirme sistemi geniş kapsamlı olmalıdır. Sadece sınırlı bir programın sonuçlarına bağlı kalmamalıdır.

Tüm dünya "volüme dayalı" (hacime/sayıya dayalı) sağlık hizmeti sunumundan, "değere dayalı" sağlık hizmetine yönelmektedir. Bunun başlıca nedeni, "hak ediş" veya "parça-başı veya hizmet-başı" ücretlendirme (bugün ülkemizde uygulanan sistem) sisteminin olumsuz yanlarıdır. Bu sistem sağlık harcamalarını artırırken sağlık hizmeti kalitesinin azaltmaktadır. Bugün ABD dâhil tüm dünyada bu tür ücretlendirme sistemleri sorgulanmaktadır. AB ülkeleri arasında böyle bir sistemi uygulayan ülke sayısı çok azdır ve uygulandığı alan özel sektördür.

3. Performansı değerlendirmek için analitik yöntemleri kullanırken, destekleyici tüm verilerden yararlanılmalıdır. Performans indikatörleri ve bunların analizi çok önem taşımaktadır.

4. Tüm bu kriterlere ulaşabilmek için, sağlık sistemi performans değerlendirmesi şeffaf olmalı, tüm paydaşlarını hesap verebilir kılmalıdır.

Bugün için bu sistemi uygulayabilen iki Avrupa ülkesi vardır; İngiltere ve Hollanda.

Yine aynı raporda klinik kalite ve performans ölçümü arasında sıkı bir ilişki kurulması önerilmektedir. Raporun kalite ve performans ölçümü ile ilgili önerileri Tablo 3'de sunulmuştur:

Kalite indikatörleri performans ölçümü sistemlerine entegre edilmektedir. Bu nedenle kanıta-dayalı klinik uygulama rehberleri, klinik patikalar, ilaç kullanım kılavuzları daha yaygın kullanılmakta, klinik kalite indikatörleri ile performans indikatörleri birbirine paralel hale getirilmeye çalışılmaktadır.

## Performansa dayalı ücretlendirme

Tüm dünya "volüme dayalı" (hacime/sayıya dayalı) sağlık hizmeti sunumundan, "değere dayalı" sağlık hizmetine yönelmektedir. Bunun başlıca nedeni, "hak ediş" veya "parça-başı veya hizmet-başı" ücretlendirme (bugün ülkemizde uygulanan sistem) sisteminin olumsuz yanlarıdır.

Bu sistem:

1. Her türlü volümü artırır
  - a. Daha fazla test,
  - b. Daha fazla görüntüleme,
  - c. Daha fazla yan dal konsültasyonu,
  - d. Daha fazla hastane yatışı.
2. Ancak kalite ve değeri düşürür.
  - a. Kalite ölçümü yoktur.
  - b. Gereksiz test ve görüntüleme sorgulanması yoktur.
  - c. Klinik sonuçlar sorgulanmaz (Değerlendirilmez).
  - d. Daha fazla hasta güvenliği ihlallerine (tıbbi hataya) yol açar.
  - e. Daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimleri cezalandırır.

(Spotlight on payment reform, Health

reform, Robert Wood Johnson Foundation, 23.09.2009).

Bu sistem sağlık harcamalarını arttırırken sağlık hizmeti kalitesinin azaltmaktadır. Bugün ABD dâhil tüm dünyada bu tür ücretlendirme sistemleri sorgulanmaktadır (New Engl J Med 361:1036-8, 2009). Avrupa Birliği ülkeleri arasında böyle bir sistemi uygulayan ülke sayısı çok azdır ve uygulandığı alan özel sektördür.

Sağlık sisteminde reform çalışmalarının yoğun bir şekilde sürdüğü ABD'de reform için yapılan önerilerin hemen hepsinde en önemli yeri "hizmet başına-parça başına" ücretlendirme sisteminden vazgeçilmesi gelmektedir. "Fresh Thinking Project" (Stanford University Center for Health Policy destekli) 21. Yüzyıl Sağlık Sistemine Doğru adlı makalesinde ilk madde "**Uygulamakta olan ücret sisteminden (hak ediş-fee-for-service) vazgeçip, kalite ve verimlilik öncelikli ve hasta sonuçlarını ölçen ve değerlendiren bir performans sistemine geçilmelidir.**" şeklindedir. Bu grubun sağlık reformu ile ilgili önerileri Tablo 4'te sunulmuştur.

Hizmet veya parça başı ücretlendirme sisteminin bir diğer olumsuz sonucu da **defansif tıp** uygulamalarıdır. Hekimlerin özellikle mesleki sorumluluk risklerini azaltmak amacıyla gereksiz tetkik, işlem, konsültasyon ve tedavi gibi uygulamaları kullanmaları **defansif tıp** (pozitif) olarak tanımlanmaktadır (Office of Technology Assessment). Hekimlerin mesleki sorumluluk risklerini azaltmak amacıyla bazı işlem ve tedavi uygulamalarından kaçınmaları ya da riskli hastaların yönetimini üstlenmemeleri de **defansif tıp** (negatif) olarak kabul edilmektedir. ABD'de yeni yayımlanan bir çalışmada, hekimlerin yüzde 73'ü son bir yıl içinde defansif tıp uygulamalarının bir türünü, mesleki sorumluluktan çekindikleri için kullandıklarını belirtmişlerdir. Bu hekimler klinik uygulamalarının yüzde 25'e yakınının defansif tıp uygulaması olduğunu belirtmişlerdir. Bu doktorlar, sağlık harcamalarının yüzde 26'sına defansif tıp uygulamalarının neden olabileceğini bildirmişlerdir. Bu çalışmaya göre, ABD sağlık harcamalarının (2.5 trilyon dolar) yüzde 26'sının (650 milyar dolar) gereksiz test ve tedavilere harcandığı hesap edilmiştir. (Jackson Healthcare and the Center for Health Transformation, February, 2010).

Görüldüğü gibi, hem hizmet veya parça bazlı performans ölçümü ve ücretlendirme, hem de bunun bir sonucu olan defansif tıp uygulamaları sağlık harcamalarının artmasında önemli rol oynamaktadırlar. Daha verimli bir sağ-

lık ekonomisi uygulamaları için bu iki uygulamanın da en aza indirilmesi gerekmektedir.

Son yıllarda ücretlendirme sistemlerinde sadece hizmet veya parça başı ücretlendirme yerine hem hekimin hem de kurumun kalite indikatörlerine bağlı sonuçları da içeren bir performans değerlendirilmesine göre ücretlendirilmesi önerilmektedir. Performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin temel prensipleri şunlardır: **Kanıtı dayalı rehberlere** dayandırılmalıdır, **kamuya açık raporlama**, **şeffaflık** sağlık sistemine itibar kazandırmak için gereklidir. Her türlü performans sistemi **nitelik (kalite) ağırlıklı** olmalıdır ve **hasta odaklılık** performans değerlendirilmede önemli bir faktördür. Hasta hekim ilişkileri hem hasta memnuniyetini hem de verilen hizmetin kalitesini yükseltmektedir. Bunun için de hekimin hastaya yeterli zamanı ayırması gerekmektedir. ABD'de bu süre yeni hastalar için 30-44 dakika, kontrol hastalarında 15-18 dakika, çoğu Avrupa ülkesinde 18-20 dakika, İngiltere'de 8 dakikadır. Ancak İngiltere'de sürekli aynı hekim tarafından izlenen hastalarda süre bu şekilde olup, yeni hasta olarak refere edilen hastalara hekimin ayırdığı zaman bir kaç kat artmaktadır.

"Performansa Dayalı Ücretlendirme (P4P) Sistemi"nin temel ilkeleri şunlardır:

1. İnsanları mutlu etme (patient satisfaction; the production of human happiness)
2. Daha sağlıklı kılma (health outcomes; the production of better health)

### Tablo 2: Önerilen kalite ve performans ölçüm alanları

Ayaktan tedavi:

Klinik kalite: Koruyucu önlemler (7), koroner kalp hastalığı (3), kalp yetmezliği (2), diyabet (6), astım (2), depresyon (2), prenatal bakım (2), fazla kullanım veya yanlış kullanım ile ilgili (2)

Hasta merkezlilik: Ulaşılabilirlik, iletişim, ihtiyaca cevap alma, sağlık eğitimi, ortak karar verme, klinik hikayeyi bilme, diğer sağlık çalışanlarının iletişimi

Akut bakım:

Klinik kalite: Akut koroner sendrom (7), kalp yetmezliği (3), pnömoni (6), sigara bırakma (3), cerrahi enfeksiyon kontrol (3)

Süreçler: Kompüterize ilaç order sistemi, yoğun bakımda uzman, kanıtı-dayalı sevk

Hasta merkezlilik: Hasta-hekim iletişimi, hasta-hemşire iletişimi, sağlık çalışanlarının ilgisi, çevre temizliği ve gürültü düzeyi, ağrı kontrolü, ilaçlarla ilgili iletişim, taburcu bilgilendirmesi

Kaynak: Pathways to Quality Health Care, Rewarding Provider Performance, 1 of Medicine, 2007

### Tablo 3: Klinik kalite ve performans ölçümü önerileri

- Sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirmek için politika ve yasal önlemler alınmalı.
- Hasta güvenliğini iyileştirmek için detaylı stratejiler geliştirilmeli.
- Yeni teknoloji ve ilaçların ruhsatlandırılması için yeni sistemler geliştirilmeli.
- Kalite güvencesi konusunu sağlık profesyonellerinin eğitim ve sürekli gelişim programları kapsamına alınmalı.
- Klinik rehberler hazırlanmalı ve uygulamaları izlenmeli.
- Klinik kalite uygulamalarını izleyebilecek bilgi sistemleri (it) kurulmalı.
- Kalite indikatörleri performans ölçüm sistemlerine entegre edilmeli (performansa-bağlı ücretlendirme).

Kaynak: WHO, The European Health Report, 2009.

3. Sağlık sistemi süreçlerine/proseslerine uyum (evidence-based practice guidelines; the nature of the health-care production process)

4. Sağlık hizmeti üretiminde kullanılan alt yapının kalitesi (the quality of the inputs used in the production of health care and structure). (Uwe E Reinhardt, Paying the providers of health care: Rewarding superior quality. International Symposium: Toward an equitable, efficient, and high quality National Health Insurance, March 18-19, 2005, Taiwan).

Bu sistemin dayandığı iki önemli nokta **performans ölçümü** ve **kamuya açık raporlamadır**. Bu sistem içinde sağlık hizmeti sunucusunun alacağı ücretin bir bölümünün performans iyileştirmeye dayandırılması ana ilkelerden birisidir. Performansın dayandırıldığı alanlar şunlardır: Klinik kalite (tıbbi süreçler), hasta ile ilgili sonuçlar (klinik sonuçlar), hasta güvenliği, hasta memnuniyeti, maliyet/verimlilik ve IT kullanımı (National Committee for Quality Health Care, 2004).

Bu sistemin avantajları şu şekilde sıralanabilir:

#### Tablo 4: 21. yüzyıl sağlık sistemine doğru: Sağlık reformu için öneriler

- Uygulanmakta olan ücret sisteminden "hak ediş-fee-for-service" vazgeçip, kalite ve verimlilik öncelikli ve hasta sonuçlarını ölçen ve değerlendiren bir performans sistemine bağlı ücretlendirme sistemine geçilmelidir.
- Bağımsız bir ilaç, tıbbi cihaz ve teknoloji kurumu kurulmalıdır.
- Organizasyonel inovasyon, sağlık sunumunda koordinasyon teşvik edilmeli, finansal ve idari fonksiyonlar basitleştirilmelidir.
- İnfomasyon teknolojisi sağlık hizmetlerinin merkezinde yer almalı, ulusal standartlar belirlenmelidir.
- Ulusal sağlık veri ambarı geliştirilmeli, bu veriler klinik uygulamalar, hasta sonuçları ve maliyetleri içermelidir.
- Sağlık sigorta sisteminin yaygın ve birbirini destekleyecek şekilde geliştirilmesi gerekmektedir.
- Optimal sağlık paketini belirleyecek, tüm paydaşların içinde bulunduğu bağımsız bir kurul olmalıdır.

Kaynak: Fresh Thinking Project. Toward a 21st Century Health Care System: Recommendations For Health Care Reform. Ann Intern Med 2009;150:493-5.

1. Ölçüm kriterleri kanıta-dayalı rehberlere dayandırılmıştır.

2. Performans değerlendirme sistemi nitelik ağırlıklı olarak düzenlenmiştir.

3. Kamuya açık raporlama, sağlık sistemine itibar kazandırmak için gereklidir.

4. Sağlık hizmeti sunucularını, uygulanabilir bir performans iyileştirmesini hızlı bir şekilde sağlamaya teşvik eder.

5. Sağlık sisteminde inovatif ve yapısal değişimi hızlandırır ve destekler.

6. Özellikle hizmetin koordinasyonunu sağlayarak, klinik, ekonomik ve humanistik sonuçların iyileştirilmesine yardımcı olur.

7. İnfomasyon teknolojisi ile birleştirilerek hem veri toplama, hem de performans ölçümü kolaylaştırılabilir.

Performansa dayalı ücretlendirme başta ABD ve İngiltere olmak üzere Batı ülkelerinde uygulanmakta ve geliştirilmektedir.

Bugün profesyonel sağlık örgütleri tarafından benimsenen ücretlendirme sistemi ise "sabit ücret"tir. Her ne kadar bu sistemin hekimi ve kurumu motive etmediği ileri sürülmekte ise de, Avrupa'nın çoğu ülkesinde ve özellikle ABD'nin en önemli sağlık kurumlarında senelerdir kullanılan bu sistemin en iyi ve tercih edilmesi gereken ücretlendirme sistemi olduğu kabul edilmektedir.

**Sabit ücret ve kanıta dayalı sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi sonrası terfi en etik ve etkin ücretlendirme yöntemidir.** (L Emanuel, Ethics and Health Care Service, Essential Issues for Leaders; Emerging Challenges in Health Care. JCAHO, 2001; ABIM, ACP-ASIM, EFIM, Medical professionalism in the new millennium, Ann Intern Med 2002).

#### Unutmayalım!

- OECD ülkeleri arasında sağlık harcamaları en düşük olan ülke Türkiye'dir.
- Ücretlendirme sistemleri, defansif tip uygulamaları sağlık harcamalarını olumsuz yönde etkiler.
- İleri uzmanlaşma ve bunlara bağlı kronik hastalık yönetimi sağlık harcamalarını arttırır.
- Ülkemizde hasta güvenliği ve kalite iyileştirme konularında yapılanlar çok sınırlı kalmaktadır.
- Sağlık hizmeti veren kurumları mer-

keziyetçilik ile yönetmek için çıkarılan kısıtlayıcı uygulamalar elde edilen kazanımları tehlikeye atmaktadır.

- Çağdaş tıptan yararlanırken, bunu en verimli yapmanın yöntemini de aramak gerekir.

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

#### Kaynaklar

American College of Physicians, Achieving a High-Performance Health Care System with Universal Access: What the United States Can Learn from Other Countries. Ann Intern Med. 2008;148:55-75.

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Vincenza Snow, MD; Alice Gosfield, Esq; David Gregg, MD; Keith Michl, MD; David Wennberg, MD, MPH;

Kevin B. Weiss, MD, MPH; and Eric C. Schneider, MD, MSc,

Pay for Performance Through the Lens of Medical Professionalism. Ann Intern Med. 2010;152:366-369.

From Volume to Value: Transforming Health Care Payment and Delivery Systems to Improve Quality and Reduce Costs. Recommendations of the 2008 NRHI Healthcare Payment Reform Summit, Pittsburgh, Pennsylvania.

JC Robinson, Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives, The Milbank Quarterly, 2001;79 (2).

Cathy Schoen, Robin Osborn, Michelle M. Doty, Meghan Bishop, Jordan Peugh, and

Nandita Murukutla, Toward Higher-Performance Health Systems: Adults' Health Care Experiences In Seven Countries, 2007, Health Affairs 2007; 26:w717-w734

Recommended starter set clinical performance measures for ambulatory care. CMS-AMA Physician Consortium-NCQA, American Medical Association, 2005.