

Özel hastanelerde hekim hak edişleri ve performans kriterleri

Prof. Dr. Haydar Sur



1986 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ardından İngiltere'de Halk Sağlığı alanında yüksek lisans yaptı. İstanbul Üniversitesi'nde doktor (1996), Marmara Üniversitesi'nde doçent (1998) ve profesör (2004) oldu. İstanbul ve Muş Sağlık Müdür Yardımcılığı yaptı, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. Geçtiğimiz haftalarda İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına atanan Sur'un akademik ilgi alanları sağlık yönetimi, hastane yönetimi, sağlık politikaları, sağlık sistemleri, epidemiyoloji, biyoistatistiktir.

Sağlık hizmetlerinde ödeme ve ücretlendirme konularıyla ilişkili sorunlar her zaman öncelikli gündem maddesi olmayı sürdüreceği gibi duruyor. Bunun nedenleri arasında şunları sayabiliriz:

- Sağlık hizmetlerinde finansman mekanizmalarının karışık olması ve birçok kez aynı hastadan alınan ücretlerde birden çok mekanizma kullanılması (sosyal sigortadan, özel sigortadan, cepten vb).
- Yapılan işin kesintisiz ve her zaman vardiyalı sistemde olması ve böylelikle gece gündüz ücretlendirmesi, nöbete gelen hekimlerin işleri ertesi gün rutin hizmetlere entegre etmesi vb. nedenlerle gelirden pay sorunlarının çıkması.
- Aynı işe el atan insanlar arasında bilgi, beceri ve eğitim farklılıklarının büyük olması (uzman doktor ile hasta taşıyıcı elemanı, hasta kabul elemanı ile hemşire, vb.) ve böylece çalışanlar arasında gelir harcama vb. yönden adaletin belirlenmesinde zorluklar yaşanması.
- Aynı hastaya konsültasyon vb. nedenlerle birden çok hekimin; fizyoterapi, beslenme, psikoterapi vb. nedenlerle hekim dışı sağlık mesleklerinin de hizmet sürecine dahil olması.
- Branşlaşmanın çok fazla olması ve her branşın kendine has gelir ve ücretlendirme dinamiğinin olması.
- Sağlık hizmetlerinde bazı branşlardan kişilerin özellikle yasal zorunluluk olarak bulundurulması.
- Hastaların birçok kez hastaneyi değil hekimini tercih ederek kuruluşa gelmesi, böylece gelir üzerinde paylaşımın hak iddia-

larının taraflara göre değişik hal alması.

- Hekimlerin hasta üzerinde büyük bir prestijinin ve yaptırımının bulunması; hasta adına hizmet talebini belirleyenin de hekim olması.
- Hekim ile hasta arasında her zaman yasayla korunmuş mahremiyet içinde görüşmelerin olması ve işletmenin bu arada olup biteni tam denetleyememesi.

Bu yazının, yalnızca hekimlerin ödemelerini temel aldığı ve yukarıda sayılan maddelere eklemeler yapılabileceğini belirtmekte yarar var. Özetle söylesek, özel hastanelerde ödeme mekanizmaları açısından performansın ele alınması, devlet hastanelerine göre daha kolay olmakla birlikte yine de sıkıntılıdır. Bu sıkıntı, hem kurum içi dengeleri sağlamaya özen göstermek gereğinden, hem de hekimlerin çalışmak için tercih seçeneklerinin fazla olması nedeniyle onlara cazibe merkezi oluşturmakta özel hastanelerin daha dikkatli davranması gereğindedir. Özel hastanelerde hekimlere ücret düzeyi belirlenirken genellikle 2 boyut göz önünde bulundurulur:

1. Belirli bir seviyenin üstüne çıkmamasının ve altına inmemesinin sağlanması (bir bant içinde kalınması)
2. Sabit bir miktar garanti edilirken yine de performansın göz önüne alınmaya çalışılması.

Bu koşullardan istisna olan hekimler; genellikle hastaları çok olan ve nereye gitse belirli bir hasta grubunu peşinden sürükleyecek olan hekimler ve birden çok yere haftanın belirli günleri giderek gelir düzey-

yini yakalamaya çalışan hekimlerdir. İkinci grup genellikle sabit ücret olmaksızın tamamen hizmet başına ödeme alır.

Performans değerlendirme açısından özel hastanelerde durum

Özel hastanelerde hekimlerin performansı (tıbbi performans için başka dinamikler geçerlidir ve bu konu, yazının kapsamı dışında kalmaktadır) genel olarak 2 şekilde değerlendirilir. Hasta şikâyetlerinin sayısı ve hizmet verdiği hasta sayısı (daha açık yazmak gerekirse yaptırdığı ciro). Ciroyu yüksek olanlara daha fazla olmak üzere her hekime hasta şikâyeti açısından belirli bir düzey tolerans sağlanır. Kırmızı çizgi hekime söylenmese bile belirli bir sayıya çizilmiştir. Bunun üzerine çıkmadıkça durum idare edilir. Bazı hallerde (kriminal veya ahlaki olarak kabul edilemeyen haller) hekim de olsa muhatabını daha birinci- de işten ayırmak zorunda kalabilirsiniz. Hekimin özel hastane ile ücret anlaşması aşağıdaki şekillerden birisi olarak karşımıza çıkar:

1. Hiçbir sabit ücret istemeksizin hizmet verdiği kadar hak edişten belirli bir oran tanımlanır. Cerrahlar için hasta muayenesi ve ameliyat gelirlerinden oranlar birbirinden farklı tutulur. Hatta branştan branşa cerrahinin oranları da farklılaşır. Hatta aynı branştan olsa bile cerrahın cerraha bu oranlar değişebilmektedir. Burada oranı belirleyen cerrahın bulunabilirliği/bulunamazlığı, hastalar açısından

dan tercih edilme derecesi, ilgilendiği ameliyatların tıbbi risk derecesi (kansere ameliyatlarına el atan ve atmayan vb.), hekimin pazarlık yeteneği vb.dir. Cerrahi olmasa bile bazı girişimlerde (dermatologun, kardiyologun bazı işlemleri vb.) yine benzer yaklaşımlar vardır.

2. Belirli bir sabit ücret, birinci maddede açıklanan dinamiklere yerleştirilebilmektedir. Bu durumda, hekime verilen sabit ücret toplam hak edişin içinden elde edildikten sonra arta kalan gelirin yine aynı oranlarla pay edilmesi gündeme gelir. Eğer hak edişler bu sınırı (fiks) aşmaya yetmezse, hekime bu belirlenen ücret yine ödenir ve zararı hastane üstlenir.

3. İkinci maddede anlatılan durumlarda eğer fiks aşılmadan bir süre geçtikten sonra (hekim hastaları tarafından tanınmaya ve tutulmaya başlayınca) fiks aşılmışsa bu durumda ilk dönemlerde hekime verilen sübvansiyonun fiksin geçilip artı verilen dönemde hekimin artısından kesilmek suretiyle hastanenin sübvansiyon ettiği miktar sonradan geri alınır. Bu uygulama, özel hastanecilikte “eriyen fiks” vb. isimlendirmeler ile bilinmektedir.

4. Ne olursa olsun sabit bir ücret ve bunun dışında başka ödeme yapmamak (performanstan arındırılmış) yöntemi de kullanılabilir. Bu tarz ödemeler genellikle her durumda zaten yasal olarak en az bir tane uzman istihdam etmek zorunda olunan hallerde geçerlidir. Hastane o miktarı gözden çıkarır. Genellikle bunun aşılması pek mümkün olmaz ama daha azını teklif edince çalıştıracak hekim bulunmaz (Laboratuvar branşları vb.).

5. Hekimin cihazı, sistemi vb. altyapı katkısı da varsa bunu da göz önüne alan uygulamalar devreye girer. Ya sisteme belirli bir kira ödenir ya da genel oranlardan daha yüksek bir oran ile anlaşılabilir. Aletin payı hesaba katılmış olur.

6. Beşinci maddedeki gibi hekimin bir altyapı mülkiyeti varsa bazen birimin işletmesi hekime verilir ve bakılan hasta üzerinden hekim hastaneye bir pay verir. Bu durumda o departmanın mali riskini hekim üstlenmiş olur. Ancak bu özerklik yine de hekime tamamen istediği gibi davranma yetkisini vermez. Çünkü o departman nihayetinde o hastanenin çatısı ve markası altındadır. Bu seçenekte hizmet verilirken kullanılan su, elektrik vb. sabit giderlerin hesabı da ayrıdır.

7. Bazı durumlarda (özellikle cerrahi branşlarda ve hocanın etrafında) hekimlerin birleşik bir yapıyla hastaneden ücret aldıkları görülmektedir. Bu durumda hastanenin finansal muhatabı hocadır. Departmanın performansı hesaplanır ve hastane ile “hekimler adına bütüncül olarak” hoca ile paylaşılır. Bu durumda hocanın uzmanları ile ne şekilde bir paylaşım içinde olduğu hastaneyi ilgilendirmez. Departmanda çalışacak kişileri de hoca bulup getirir. Gece ve gündüz çıkacak acil vakalarda kimin ne yapacağı, hangi hastaya kimin el atacağı hoca tarafından yapılan bir rol paylaşımı içinde belirlenmiştir ve böylece yürür.

Hastanelerin anlaşmalı laboratuvarlar, poliklinikler, görüntüleme merkezleri vb. diğer işletmeler ile yapabildiği anlaşmalar bu yazıda ele alınmamıştır. Genel anlamda hekimler ücretlendirilirken var olan bütün insan kaynağı ücretlendirme modellerinin kullanıldığı görülmektedir.

Bunlar:

1. Maaş

2. Üretilen işe göre ödeme

3. Maaş + üretilen işe göre ödeme

4. Maaş + belirli dönemlerde belirli yüzdelilerle artış seçeneklerinin değişik oranlarda ve değişik koşullarda birbiriyle karması şeklindedir.

Özel hastanelerde hekim için nihayetinde en önemli performans ölçütü, hastalarının hekimi tercih etme düzeyleri ve hekimin hizmetinden memnuniyet düzeyleridir. Başka bir deyişle kamuda kullanılan performansla göre ödemenin en büyük eksikliği olarak belirtmemiz gereken, niteliğin performans ölçütü olarak alınmaması burada yoktur. Nitelik burada sadece ödemenin miktarını belirlemekle kalmaz, işin korunup kaybedilmesi, kaderinin de belirlenmesinde rol oynar. Burada eksiklik sayılabilecek nokta ise, nitelik derken hastaya kendini beğendirme ve tercih edilme ile sınırlı bir nitelik kastedilmektedir. Tıbbi niteliği uzun dönemde ölçmek gerekir ve bu herkesin yapamayacağı bir iştir.

Kamu hastanelerinde hekimin zora sokan konu, gelen hastaların sayıca fazlalığı ile baş etmek ve performansla dayalı ödemelerden mümkün olduğunca fazla yararlanabilmektir. Özel hastanelerde ise hekimin üzerindeki büyük baskı, hastayı hastaneye getirme meselesinde düşünülmektedir. Aynı hastanede çalışsanız bile her hekimin kendi hasta grubu oluşmaktadır. Hasta grubu zayıf sayıda olan hekimin performansı otomatik olarak düşük kabul edilmektedir. Bu durum aslında birebir doğru olmayan bir temel varsayımdan kaynaklanmaktadır: İyi hekimseniz hasta size gelecektir! Hâlbuki hastanenin diğer koşullarının (kolay ulaşılabilirlik, fiyat, anlaşmalı kurumlar portföyü, cihazların çeşidi ve kalitesi, hastanenin genel olarak namı vb.) hastaların hastane tercihinde etkisi burada göz ardı edilmiş olmaktadır. Hastayı hastaneye getirmede maharetin ne kadarı hekimde ne kadarı hastanededir, bu soru bugün için ülkemizde özel hastanelerde yapılması gereken önemli bir pazarlama araştırması konusudur. Kamu hastanelerinin gittikçe özel hastanelere benzediği kadar, özel hastaneler de günden güne kamu hastanelerine benzemeye devam etmektedir. Böylece mülkiyete dayalı keskin ayrımlar, yerini ihtiyaç ve taleplerin söz sahibi olduğu pazar dinamiklerine bırakılmaktadır. Bu süreç iyi yönetilirse, ilerideki günlerde sağlık hizmetlerinde ücretlendirme, daha etkili bir performans yönetimi aracı haline alacaktır.

Özel hastanelerde hasta grubu zayıf sayıda olan hekimin performansı otomatik olarak düşük kabul edilmektedir. Hâlbuki hastanenin diğer koşullarının (kolay ulaşılabilirlik, fiyat, anlaşmalı kurumlar portföyü, cihazların çeşidi ve kalitesi, hastanenin genel olarak namı vb.) hastaların hastane tercihinde etkisi göz ardı edilmiş olmaktadır.