

# Performansa dayalı ödeme: Kazanılanlar ve kaybedilenler

## Prof. Dr. Selami Albayrak



1961'de Erzurum'da doğdu. Lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, ihtisasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği'nde tamamladı. 2006'da üroloji profesörü oldu. Halen Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üroloji Kliniği Şefi olarak görev yapmaktadır. Pek çok uzmanlık derneğine üye olan Dr. Albayrak, birçok bilimsel toplantının düzenleyicileri arasında yer aldı.

**Ö**ncelikle, **Sağlıkta Dönüşüm Programını** milat kabul ederek, dünü, bugünü ve yarını değerlendirmek isterim. Ülkemizde hekimler kamuda 657 Sayılı Kanunla devlet memuru statüsünde çalışılmaktadır. Ancak Cumhuriyetin kuruluşundan beri, bu zor ve meşakkatli mesleğin ücretini 657 Sayılı Kanun statüsünde ödemek mümkün olmadığı için, devlet "mesleklerini serbestçe uygulayabilme" istisnai hakkını vererek telafi etmeye çalışmıştır. Ancak bu durum, "dual çalışma" disiplininden uzak, istismara açık ve kontrol edilemez bir sonuca götürmüştür. Hekimler, başhekimleri ile birlikte öğlen arası kliniklerini kapatarak muayenehanelerine gitmiş, poliklinik hizmetlerini bir

bakıma orada, yatan hasta tedavilerini de bir bakıma özel hastane gibi devletin hastanesinde sürdürmüşlerdir. Bu süreçte sağlık kurumları, işletme mantığından uzak, verimsiz ve muhasebesiz bir şekilde yönetilmiş, köhne kurumlar halinde bırakılmışlardır. Sağlık otoritesi, bu sürecin ne kadar vahim olduğu hususunda farkındalıktan uzaktır. Fotoğrafi göremeyecek kadar kısa aralıklarla yaşanan "Bakan" değişimi ise sorunu iyice derinleştirmiştir. Hastalar ise zaten sistemsizliğim mağduru olmuşlardır.

Bu süreç Sağlıkta Dönüşüm Programını ile bir anda değişmiştir. Adeta sağlıkta devrim yaşanmıştır. Vatandaşın sağlık hizmetine erişimi ileri derecede hızlandırılmış, yılda iki defa olan sağlık talebi yılda altıya geçmiştir. **Hasta hakları kavra-**

**mı** sağlık otoritesi tarafından hastalara empoze edilmiş, vatandaşta bu farkındalık oluşturulmuştur. Hekimlerin ellerine kamu eliyle hatırı sayılır paralar geçmeye başlamıştır. Tıbbi cihazlar yenilenmiş, eksik olanlar kazandırılmıştır. Sağlık tesisleri birer mezbelelik yerler olmaktan çıkarılmış, bol poliklinik ve tek kişilik odaları bulunan yataklı tedavi kurumlarının sayısı artırılmıştır. Hastaneler işletme kuralları ile yönetilmeye başlanmıştır. Vatandaşlar, sosyal güvencelerinin işe yaradığını görmeye başlamış ve sigortasız çalışma ve çalıştırma alışkanlığı, yerini sosyal güvenlik şemsiyesi altında çalışma kültürüne bırakmıştır. Hekimler yaptıklarından sorgulandıkça, buyurgan olmaktan çıkıp, danışman hekim rolünü benimsemişler ve mesleki hatalara karşı sigortalanma ihtiyacı duymaya başla-



Sabit ödeme/ performansa dayalı ödeme çitası, performansın motivasyon üzerindeki olumlu etkilerinden ödün vermeden, yan etkilerini en aza indirecek bir düzeyde tutulabilir. Kişisel kanaatim bu oranın % 70 sabit - % 30 performansa dayalı ödeme şeklinde olması gerektiği şeklindedir. Gelecek dönemin sağlık otoritesini bekleyen en önemli görev, hekimlerle barışı temin etmek ve sağlıkta yapılmış devrimlerin pekişmesini ve arızaların revizyonunu sağlamak olmalıdır.

mişlardır. Hastane işletmeciliği ve kişilerin sosyal güvencelerinin farkındalığı bu değişimin en iyi sonuçlarının alındığı alanlar oldu. Mediko-legal olayların hekimleri korkutmasının tek bir olumsuz yanı oldu. Cesur tedaviler ile iyi sonuçlar alınabilecek komplike hastalar, malpraktis endişesi ile sahipsiz kaldılar.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile elde edilen kazanımlardan bazılarında –ne yazık ki- **doz aşımı** fenomenine maruz kalınmıştır. Bir bakıma frenler tutmamıştır. Sağlık hizmetine erişim kolaylaştıkça, **performansa dayalı döner sermaye** uygulamalarının da tetiklemeyle, hasta olmayan vatandaşlar bile check-up mantığı ile sağlık kurumlarına -bir bakıma- davet edilmişlerdir. Bunu **“kıskırtılmış sağlık hizmeti talebi”** olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır. Yılda fert başına sağlık hizmeti sunum oranının altının üzerine çıkması ile OECD ülkelerinin istatistiklerine ulaşmış olmakla sevinirken, sonuçların bizi üzdüğünü fark ettik. Çünkü polikliniklerde bir hastaya 3-7 dk (Türkiye ortalaması) zaman ayrılabilir. Bu kısıtlı süre içine öykü dinleme, fizik muayene yapma, oluşan ön tanıları istikametinde tetkik isteme ve tetkikler tamamlandıktan sonra tanı koyma ve tedavi düzenleme eylemlerinin sığdırılması gerekmektedir. Pratik yaşamda bu yapılamamaktadır. İstatistikler ölçülebilen parametreleri değerlendirdi-

ğinden iyileşmekte, ama sunulan sağlık hizmeti kaliteden yoksunlaşmakta ve amacından uzaklaşmaktadır.

Hasta hakları o kadar fazla pompalandı ki sonunda korkulan oldu, **hekim hakkı karşıtlığı** gibi algılanmaya başlandı. Hasta hekim ilişkisi güven zeminini kaybetti. Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları çalışma barışını bozdu. Geçmişte çıkar ilişkisi bulunmayan hekimler şimdilerde birbirleriyle çıkar çatışması içine girdiler. Hiç hak etmediği halde yığınla kamudan para alan meslektaşlarımızın yanında, mağdur edilen meslektaşlarımızın sayısı her geçen gün arttı. Doz aşımı fenomeni tıbbi teknoloji kullanımında da yaşandı. Tıp emeği, endüstrinin invazyonuna maruz kaldı. İçinde endüstrinin bulunmadığı tanı ve tedavi yöntemleri ihmal edildi, geliştirilemedi, rağbet görmedi. Bu, sadece ülkemizde değil, bütün dünyada böyle oldu. İki örnek sunmak isterim: Poliklinikten hastanız için istediğiniz -emek yoğun bir tetkik olan- Voiding Sistoüretrogram'a ancak 15-20 günde ulaşabilmektedirler. Diğer taraftan teknoloji yoğun bir tetkik olan MR Angiografi aynı gün bile elinize geçebilmektedir.

Prostata sınırlı kanser olgularında, radikal prostatektomi ameliyatının tek amacı vardır. Hastanın idrar kaçırmasına ve erektil fonksiyonunun bozulmasına neden olmadan, kanserli prostat ve meni kesesini çıkarmaktır. Bunu, emek yoğun Radikal Perineal Prostatektomi tekniği ile veya teknoloji yoğun Robotik Radikal Prostatektomi tekniği ile yapabilirsiniz. Ameliyatın amaçlarını sağladıktan sonra hastayı ertesi gün evine gönderebilecek kadar “minimal invaziv” ve sadece bir dikiş materyali sarfı ile 1.5 saatte tamamlanacak kadar ucuz olan -emek yoğun teknik- yani Radikal Perineal Prostatektomi. Veya endüstrinin provakatif gayretleri ile onkolojik ve fonksiyonel sonuçları daha iyi olmamasına rağmen ve hasta başı amortisman ve sarf gideri (emek hariç 15 bin TL civarında) ülke ekonomisini zora sokacak kadar pahalı olan Robotik Radikal Prostatektomi. Endüstri kapitalizmin her türlü hilelerini kullanarak tekniklerin halka yaygınlaşmasını sağlayabilirken, emeğin temsilcileri bunu yapamadığı için, sadece ülkemizde değil, kapitalizmin egemen olduğu tüm coğrafyalarda emek endüstrünün invazyonuna maruz kalmaktadır.

Kamu sağlık kurumlarında uygulanan “Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamaları”nın bazı çıkmazları bulunmaktadır. Bugün, bireysel performansın erişilebilirlik boyutu, kurumsal performansın ise kalite boyutu ölçülmektedir. Hâlbuki erişilebilirlik boyut birinci basamak sağlık kurumlarında mantıklı olabilir. Birinci basamağa erişim 2. ve 3. basa-

mak sağlık kurumlarının kapılarını aralayabiliyor olması gerekir. 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında bireysel performansın kalite boyutu yok sayılmaktadır. Sadece sayısal parametrelerle performans değerlendirilmektedir. Bu şekilde bir değerlendirme, hekimleri tekipleştirmiş ve verimsiz bir yarışa sokmuştur. Böyle bir yarış bilimsel başarıyı, gelişmeyi örselemektedir. Aynı kodla sunulan hizmet için hastanın ulaştığı uzman hekim kim olursa olsun -bir günlük de olsa, 20 yıllık bir tecrübeli de olsa- puansal değerlendirme aynıdır. Aynı ameliyatı geçiren hasta, ameliyat sonrası 1. günde taburcu edilebilecek duruma gelse de, bir yığın komplikasyonlarla 1 ay yatsa da, hekiminin performans değerlendirmesi aynı kalmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, hekimlerin kurum seçme özgürlüklerinin olmaması ve kurumların hekim seçme özgürlüklerinin bulunmaması, performansın önemli çıkmazları olarak görülebilir.

Geçmişten bugüne, tıbbi endikasyonla-Geçmişten bugüne, tıbbi endikasyonların üzerinde endüstriyel baskının hissedildiğini biliyoruz. Hekimler bu baskıdan etkilenmemek için hep gayret içinde olurlar. Ancak birincil amacı kar etmek olan endüstrinin bu baskısının sonuç alamadığını söyleyemeyiz. Kaldı ki, bunun artarak devam ettiğini de biliyoruz. Şimdilerde tıbbi endikasyonların etkilendiği ikinci bir baskı unsuru daha çıktı: **sağlık otoritesi**. Performans puanları üzerinde yapacağı manipülasyonlarla Türkiye’de bir yılda yapılacak bronkoskopi veya ekokardiyografi sayıları azaltılıp artırılabilir. Bu doğrudan olmasa da, dolaylı olarak endikasyonlara müdahale anlamı taşımaktadır.

Performans uygulamalarının hemen her ülkede ve hemen her sektörde olumlu sonuçlar getirdiğini biliyoruz. Ancak dünyanın hiçbir ülkesinde bir ayda ele geçen ücretin %30’undan daha fazlası performansa endekslenmemektedir. Ülkemizde kamu sağlık kurumlarında uygulanan bu ters oran nedeniyle hasta sağlığını tehdit eden bazı gelişmeler yaşanmaktadır. Halbuki, sabit ödeme/ performans dayalı ödeme çitası, performansın motivasyon üzerindeki olumlu etkilerinden ödün vermeden, yan etkilerini en aza indirecek bir düzeyde tutulabilir. Kişisel kanaatim bu oranın % 70 sabit - % 30 performansa dayalı ödeme şeklinde olması gerektiği şeklindedir. Gelecek dönemin sağlık otoritesini bekleyen en önemli görev, hekimlerle barışı temin etmek ve sağlıkta yapılmış devrimlerin pekişmesini ve arızaların revizyonunu sağlamak olmalıdır.