

# “Sağlıkta performansın performansı”

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize ili, İkizdere ilçesinde doğdu. Tulumpınar köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. Doçentlik unvanını 1994'te aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları hastane infeksiyonları, HIV infeksiyonu, infeksiyöz ishallen ve infeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır.

Uz. Dr. Volkan Kara



1974 yılında Muğla ili Milas ilçesinde doğdu. Balıkesir Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi'ni bitirdikten sonra 1998 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İlaç ve sağlık sektöründe yönetici olarak görev aldı. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Göğüs Cerrahi İhtisasını 2002 - 2007 yılları arasında tamamladı. 2007 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisansını "Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları" konulu çalışma ile bitirdi. Evli ve iki çocuk babasıdır.

**P**erformans, bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavramdır.

Bilindiği gibi, Sağlık Bakanlığı kendine bağlı hastanelerde 2005 yılından sonra sağlıkta performans yönetimi uygulamasına geçme çalışmaları başlatmış ve buna paralel olarak performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiştir.

Performansa dayalı ödeme sistemine

geçişin temel nedeni başta hekimler olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının ücretlerindeki yetersizliği gidermektir. Ülkemizde çalışanların maaşlarının yetersizliği ciddi bir sorundur. Aynı sorun sağlık sektöründe daha belirgindir. Şu an itibarıyla performans desteği olmadan hekim maaşları, uzman hekim düzeyinde bile yoksulluk sınırının altındadır (TÜİK verileri). Bu sorunu kabul eden Sağlık Bakanlığı döner sermaye uygulamasıyla 1962'den beri ücretlere katkı sunmaya gayret etmeye çalışmıştır. Sağlıkta farklı ödemenin gerekliliği sağlık hizmetinin zorluk, yüksek risk ve “stoklanamaz bir hizmet” olması sonu-

çudur. Döner sermaye uygulamaları üniversite hastanelerinde beklenen katkıyı kısmen sağlamış olmakla birlikte, devlet hastanelerinde yeterli ve düzenli bir döner sermaye ödemesi söz konusu olmamıştır. Performansa dayalı ödeme uygulaması bu sorunu çözmek amacıyla son 3 yıldır uygulama alanına sokulmuştur. Ülkemizde değil kalite, ruhsat düzeyinde bile pek çok sorunun yaşandığı sağlık kurumlarında ciddi bir seviye yükseltme hedefini de birlikte amaçlayan sağlıkta performans yönetimine ilk uygulama anından itibaren değişik eleştiriler yöneltilmiştir. Sağlıkta performansa dayalı ödeme yönetimiyle





ilişkili sorunların bir kısmı zaman içerisinde Sağlık Bakanlığı yönetimince çözülmeye çalışılmıştır. Buna rağmen konuyla ilgili olarak halen ciddi sorunlar mevcuttur. Bu yazıda konuyla ilgili öncelikli sorunları maddeler halinde ele alıp çözüm önerilerini sunacağız.

1. Sağlıkta performans dayalı ödeme sonrası yetkililerce zaman zaman yapılan açıklamalar, sanki tüm hekimlere çok yüksek miktarda ödeme yapıldığı kanaati doğurmaktadır. Bu yanlış kanaat nedeniyle devlet sektöründe çalışan diğer kesimlerde bir huzursuzluk ortaya çıkmakta, sağlık çalışanlarına bakış açısında değişiklikler ve tepkiler oluşturmaktadır. Hekimlerin performans basamaklarına göre aldıkları ödemeler incelendiğinde, pratisyen hekimlerde, çalışan kurumlar ve pozisyonuna; uzman hekimlerde, uzmanlık alanlarına ve çalıştığı kurumlara göre oransal ciddi farklar izlenmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan bir pratisyen hekim, 2007 yılında aylık ortalama 972 YTL performans ödemesi almıştır.

Aşağıda (tablo 1) Sağlık Bakanlığı verilerine göre ikinci ve üçüncü düzey hastanelerde ödeme miktarları ve dağılımı sunulmuştur. Bu düzeyde en az ortalama gelir 1.020 YTL, en üst gelir 7.268 YTL'dir.

Tablo 1'de görüldüğü gibi ikinci ve üçüncü düzey sağlık kurumlarında performans ödemesi dilimlerinde 1.001 - 2.000 YTL arasında % 6 hekim bulunmakta olup bu grup TÜİK verileri dikkate alındığında maaşları eklendiğine bile yoksulluk sınırına yakın bulunmaktadır. Beyanatların işaret ettiği 6.000 YTL üstü rakamlar sadece % 8 oranındaki bir hekim kitlesine verilebilmektedir. Doğrusu çalışmayı kısıtlayan mevcut alt yapı sorunları (fiziksel yetersizlikler: Örneğin, yoğun bakım yatağı yetersizliği, ameliyat masası azlığı, cihaz eksiklikleri, hemşire vb. yardımcı sağlık personel yetersizliği) nedeniyle 6.000 YTL üstü performans gelirin daha fazla sayıda hekimin ulaşması yakın dönem için pratik olarak çok zordur.

Tablo 1.

**İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında performans dayalı ödeme miktarları ve dağılım oranları**

Performans ödemesi	Hekim oranı
1.001 - 2.000 YTL	% 6
2.001 - 3.000 YTL	% 17
3.001 - 4.000 YTL	% 23
4.001 - 5.000 YTL	% 23
5.001 - 6.000 YTL	% 23
> 6000 YTL	% 8

Sağlık Bakanlığı verileri kişisel iletişimle temin edilmiştir.

Bilindiği gibi performans dayalı ödemeler sadece aktif çalışma dönemi için geçerlidir; bunlar emeklilik dönemine yansımamaktadır. Ödeme miktarı ve zamanlaması değişkenlik göstermektedir. Ödemeler belli bir düzen dahilinde yapılamamaktadır.

Performansa dayalı ücretlendirmede net bir hak ediş olmadığı için sürdürülebilirlik konusundaki kuşku nedeniyelen hemen tüm hekim kitlesi bu uygulama hakkında güvensizlik içindedir. Ödeme miktarındaki farklılıklar, görev yeri tercihle değil atama yoluyla belirlenmiş hekimlerde adaletsizlik düşüncesi oluşturmaktadır.

Performansa bağlı ödemelerin devlet güvencesi ile emeklilik prim ve maaşına yansıtılması, ödeme tarihlerinin belli bir düzen ve dönemde yapılması hem performans sisteminin disiplinize edilmesini sağlayacak hem de sisteme olan güveni artırıp hekimlerden gördüğü desteği pekiştirecektir. Görev yerleri ve tanımları net sınırlarla belirlenip görevin devamıyla ilgili objektif ve tavizsiz kriterler belirlenmeli, bu bağlamda hekimlerin farklı görev yerlerine talip olmasının önü açılmalıdır. Bu uygulama kurumların çalışanını seçme, seçtiklerini takip etme ve göreviyle ilgili değişiklikler yapma, işe devam konusunda karar verme konusunda tek yetkili olmasıyla mümkün kılınabilir. Şüphesiz ki, kişiler hakkında tasarrufla bulunacak yetkililerin tamamen nesnel ölçütlere göre karar vermesi ve kararlarının hukuki denetime açık olması zorunludur.

2. Mevcut performans dayalı ödeme, kliniklerin, birimlerin ve hekimlerin gelir ve giderleri dikkate alınarak net kâra dayalılık esasına göre yapılmamaktadır. Objektif olarak bakılırsa performansın "motive ettiği (!)" hekimlerin verdiği ekonomik zararın net olarak hesaplanması gerekmektedir. Örnek olarak ortopedik protez ameliyatlarında hastane enfeksiyonları oranı ülkemizde çok yüksektir; bu durum hasta güvenliğini ilgilendirdiği gibi gereksiz ciddi harcamalara neden olmaktadır. Bu tip girişimleri yapan hekim ve klinikler hiçbir denetime tabi olmadan her yeni girişimden performans puanı almaya devam etmektedir; sonuçta hastalar büyük risklere girmekte ve ülke kaynakları heba

olmaktadır. Bugün ABD'de yanlış taraf ameliyatları, düşmeler, dekübitus yara enfeksiyonları, damar içi kateter ilişkili enfeksiyonlar, üriner kateter ilişkili enfeksiyonlar vb. ödeme kurumlarınınca ödenmemeye başlanmıştır.

Dahili ve cerrahi disiplinlerde aktif olarak eşit zamanlı hizmet veren hekimler arasında puanlama açısından adaletsizlik doğuracak düzeyde ciddi farklar vardır. Halbuki geniş bir ekip hizmeti ve alt yapı imkânları gerektiren cerrahi hizmetin üretim maliyeti dahili branşlara göre çok yüksektir. Sağlıkta kârlılık kavramı her ne kadar ilk bakışta "ürkütücü" olarak gözüke de, birimlerin mali disipliniyi sağlamak, tıbbi harcamaları akılcı şekilde yapabilmek için bir düzenleme yapılması zorunludur. Kârlılığı gözetmeyen performans dayalı döner sermaye uygulamasının, devletçe özel bir destek (sübvansiyon) sağlanmadığı sürece kalıcı olması mümkün değildir. Halihazırda hastanelerin sabit giderleri (sabit maaşlar, kira, demirbaş araç, gereç ve cihazlar) devletçe karşılanmaktadır. Yatırım amaçlı yeni ekipman alımının bir kısmı son dönemlerde döner sermaye havuzundan karşılanırsa da, halen Bakanlık, il özel idaresi ve sağlık müdürlükleri kanalıyla oluşturulan ödenekler ile bina yapımı ve ekipman alımına devam edilmektedir. Performansa dayalı ödemenin sürekliliği konusunda en önemli sorun kaynak sürekliliği olarak görülmektedir. Her bir hastanenin yakın gelecekte bağımsız bir işletme olarak hedeflendiği düşünülürse bu işletmelerin, hekime bugün ulaştığı seviyede bir performans ödemesi yapabileceği bugünkü fiyatlandırma sistemine göre çok kuşkuludur.

Uzmanlık dalları arası adaletsizlik olduğuna dair inaniş öncelikle cerrahi - dahili ve tetkik branşları arasında ortaya çıkmaktadır. Cerrahi ve tetkik branşları için ciddi alt yapılar ve çalışan ekipler gerekmektedir. Performans puanlarında bu alt yapılar ve ekiplere harcanan maliyetler göz önüne alınmamaktadır. Cerrahi branşlar kendi içinde benzer net kârlılık sıkıntısı yaşamakta bundan öte görev tanımı nedeniyle hasta ya da vakâ bulamayan özel detay branş hekimleri performanstan arzu edilen oranda yararlanamamaktadır. Ortalama üzerinden branşın doktoruna ödeme yapılması çoğunluğu hekim olmayan (15 kişinin 7'si hekim) yardımcı sağlık personelinin oluştuğu döner sermaye komisyonunun takdirine bırakılmıştır.



Branşın doktor sayısı o hastanede biri aştığında ortalamadan ödeme yapılması yasal olarak devreden çıkmaktadır. Oysa birçok yerde hekimin arzu edilen seviyede hizmet üretememe nedeni sıkıntılı alt yapı, hasta ve hastalık sayısının düşük olmasıdır. Hekimden bağımsız gelişen bu durumların sonucuna hekim katlanmakta, aynı statüde ve şartlarda olup çok az performans elde etmenin sonucu zincirin en zayıf halkası olma durumu ortaya çıkmaktadır. Özellikle cerrahi branşlarda kendi içinde de adaletsizliğe dair ciddi şüpheler vardır. Birçok branş yaptıkları iş ve aldıkları riskin puan olarak doğru yansıtılmadığının diğer bazı branşlar üzerinden örneklemek suretiyle ifade etmektedirler. Birçok cerrahi branş puan hesaplamalarında işlemlerine uygun hak edişler verilmediğini ifade etmekte, bazı işlemler mevcut sistemde bulunamamakta bu yüzden en yakın görülen seçenek işaretlenmektedir.

Çözüm olarak; hastanelerin, kliniklerin hatta hekimlerin bireysel olarak giderlerinin, amortisman masrafları dahil olmak üzere hesaplanmasıyla net kar üzerinden bir hak edişin ortaya çıkarılması iktisaden zorunludur. Akılcı ve ekonomik hastalık yönetimi, kaynakların daha etkin olarak kullanılabilmesi ve ödeme devamlılığını sağlamak için gereklidir. Hekimlerin bir gün boyunca ürettikleri hizmetin puan olarak karşılıkları arasında uçurum düzeyinde fark olmamalıdır. Her disiplinin temsil edildiği bir "çalıştay" sonrasında "adil bir puanlandırma" sistemi yürürlüğe konulmalıdır. Hastalıklar veya girişimler için çoğunluğun kabul edeceği bir puanlama sistemine ihtiyaç vardır. Gerek muayene gerekse konsültasyonda hastalıklar ağırlıklarına göre farklı puanlamaya tabî olmalıdır. Nezle ile tüberküloz menenjitin puanının mevcut sistemde ne yazık ki aynı olması konu için uygun örneklerden biridir. Tam gün aktif çalışan hekimlerin bir gün içinde ürettikleri işle elde ettiği performans puanları arasında uçurum herkesçe kabul edilebilir dışında bir fark olmamalıdır. Net kârlılık kavramı standardize edilmeli, gider kalemleri amortismanlar dahil belirlenmelidir. Cerrahi işlem puanlarının hesaplanmasında ameliyatın süresi, zorluğu, risk, kullanılan ekipman ve özellik durumu gibi detaylı bir hesaplama standardizasyonu sağlanmalı, eksiklikler ve uyarlamalar genel tıp bilgisi ile değil, o branşın dernek ve yetkili kanallarıyla iletişim içinde olunarak giderilmelidir.

Özel branş hekimleri, eğer gönüllü değil atama suretiyle tayin edilirdiyse, ortalamadan performans ödemesini daha rahat alabilmelidir. Elbette bunun istismara ve sorumsuzluğa yol açmaması için olası kesinti kriterleri objektif olmalı ve etkin şekilde uygulanmalıdır. Bu hem branşlar arası hem branş içi huzursuzluğa çözüm olacak, olması gerektiği üzere hekimler bir ekip ruhu ve bütünün parçaları olarak sinerjik etkilikle çalışacaklardır.

Yukarıda değinilenlerin sağlanması etik değerlerin korunmasını ve hekimler arası gereksiz kıskançlıkları ortadan kaldıracaktır. Ayrıca, kurumların çalışanlar tarafından daha da iyi sahiplenilmesini sağlayacaktır. Hekim ve hastane yönetimi birlikteliği stratejik ortaklık hali alıp verimlilik her anlamda artırılabilecektir.

**3. Sağlık sisteminde stratejik açıdan önem arz eden eğitim araştırma hastanelerinde performans dayalı ödeme uygulaması ikinci düzey hizmet hastanelerine benzer mantıkla yürütülmektedir. Araştırma ve eğitim faaliyetleri, eğitim hastaneleri performans ödeme sisteminde olmazsa olmaz noktada değildir. Eğitici konumundaki hekim daha çok puan alabildiği hasta hizmetlerini eğitim ve araştırmaya tercih edebilmekte; eğitime ve araştırmaya zaman ayırmadan, sadece hasta muayene ederek ya da ameliyat yaparak eğitim araştırma hastanelerinde en üst düzey puana ulaşabilmektedir. Uzman, başasistana, hatta şefe daha çok hasta, daha çok ameliyat, daha yüksek "performans" denildiği sürece bu grup eğitim hastanesinde bulunmuş nedenlerini hatırlamakta güçlük çekecektir. Son dönemde ameliyat masası başına günlük belirlenen puanın doldurulma zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Bunun açıklaması şöyledir: "Vakayı uzman yapar, çabuk bitirir, daha çok vaka yapar ya da vakayı asistan uzmanla yapar, yavaş olur sayı düşer ancak eğitimi tam olur". Dahili birimlerde benzeri bir uygulama tehlikesi mevcuttur. Poliklinik hizmetlerinin uzman merkezli görülmesiyle öğrenme sürecindeki asistanın hastaya daha fazla zaman ayırıp günlük poliklinik sayısında azalmaya neden olması engellenmiştir. Aynı şekilde her branşta, en iyi asistan tıbbi sekreterlerden daha hızlı yatış ve taburcu işlemi yapabilen, süratli hasta devir daimine katkısı azami olan kişi olarak belirlenme yolundadır. Tıbbi sekreterlik hizmetinin ülkemizde sınırlı olması, fatura ve servis işlemlerinin performans olarak geri dönecek olmasıyla birleşince asistanların hasta evrakı/mali epikriz hazırlama işine yönlendirilmelerinin önü de açılmıştır. Daha hızlı ve daha çok hasta bakmak telaşındaki şef veya baş asistan hasta başı eğitimi ve yayın**

faaliyetlerini öteleyebilmektedir. Eğitim faaliyetlerinin uygunluğu ve etkinliğini denetleyen bir mekanizma yoktur.

Bolca ameliyat yapan cerrah ya da poliklinik ve uygun bulunduğu her yerde hasta muayene eden dahili branş hekimlerine eğitim araştırma hastanelerinde bulunmuş nedenleri olan eğitimi yapacak fırsat ve imkân tanınmalı, eğitim ve araştırma "performans pastası" içinde mutlaka uygun bir oranda belirlenmeli; eğitim ve araştırma faaliyeti eksik olanlar tam performans puanına ulaşmamalıdır. "Performans pastası"ndan kastımız eğitim araştırma hastanelerinde hasta hizmeti, eğitim ve yayınlar için baraj oranlar (örneğin, hasta hizmeti % 60, eğitim % 30, yayın % 10 vb.) konulmasıdır. Hiç eğitim faaliyeti ve yayını olmayan ne kadar hasta bakmış olursa olsun bunları yapan meslektaşından % 40 kadar daha az gelir elde etmelidir.

Yapılan çalışmalarda hasta başına maliyeti artıran faktörlerin başında hekimin bilgi ve becerisini noksan kalması, bunu bertaraf etmek için bolca tetkike yönelmesidir. Olası yanlış teşhislerle ekonomiye ciddi zararlar verdiği, bunun sosyal ve ahlaki yönünün ekonomik olarak karşılanamayacak düzeyde zıyanlara yol açtığı bildirilmiştir. Gelecekte, bilgi beceri ve yetenekleri eksik uzman sıfatlı hekimlerin, çalıştıkları süre içinde bu eksikliklerinin neden olduğu zararın devam edeceği göz önüne alınarak; bilgi, beceri ve tutum kazandıracak eğitim faaliyetlerinin olması gereken düzeyde yapılması sağlanmalı, nesnel ölçütlerle yapılan eğitim denetlenmelidir.

Yönetmeliğin kongreye katılımı düzenleyen maddesine göre (madde 5, g fıkrası) bir yılda ancak 15 güne kadar olan kongre, kurs vb. eğitim amaçlı faaliyetler performans ücreti dahilindedir. Genelde hekimlerin çoğu için bu süre makul olmakla birlikte belli bir alanda uzmanlaşmış eğitimciler için yeterli değildir. Bilimin bu kadar yoğun ve detaylı paylaşıldığı günümüzde özellikle eğitim araştırma hastanelerindeki eğitici kadrolarının katılacakları toplantıları seçme durumunda bırakıp kısıtlanmalarına neden olmak uygun değildir. Bilgi ve becerisinden yararlanılmak istenen alanında uzman eğitimciler için süre kısıtlanması yapılmamalıdır.

**4. Performansa temel teşkil eden yayınlar karşılığında ödenecek performans, nitelik ve niceliği açısından bilimsel ölçütlere göre belirlenmiş değildir. Örnek olarak "SCI Expanded" kapsamındaki bir dergideki birinci isimli yazara, sadece 500 puan verilmektedir. Dergilerin arasında impakt faktörleri veya diğer ölçütlere göre bir ayrıma gidilmemiştir. Performans hak ediş açısından bir-iki saatlik bir ameliyatla veya 20 - 25 has-**





Performansa bağlı ödemelerin devlet güvencesi ile emeklilik prim ve maaşına yansıtılması, ödeme tarihlerinin belli bir düzen ve dönemde yapılması, hem performans sisteminin disiplinize edilmesini sağlayacak hem de sisteme olan güveni artırıp hekimlerden gördüğü desteği pekiştirecektir.

ta muayenesiyle, aylarca uğraşarak hazırlanan yayın eş tutulmuştur. Bu durum bilimsel yayının yeterince ödüllendirilmediğinin açık bir kanıtıdır. Yurtiçi-yurtdışı kongre tebliğlerindeki durum daha kötüdür. Öyle ki, kongreye katılım ve yolculuk harcamalarına destek olmayan sistemde, elde edilen puan ve hak ediş sarf edilen emeği ekonomik ve sosyal olarak karşılamaktan; bu faaliyetleri teşvik etmekten uzaktır. Uygulamalarda yeni keşif, yöntem gibi yıllarca emek gerektiren bilimsel faaliyetler için herhangi bir planlama söz konusu değildir. Aynı şekilde yüksek lisans ya da doktora gibi, ilmini artırıcı faaliyetlerde bulunanlara ek bir destek ya da teşvik söz konusu değildir.

Eğitim araştırma hastaneleri bu konularda farklı konumlandırılıp belirlenmiş kurallara tabi olmalıdır. Bu birimlerin ülkenin uzman hekim yetiştirme okulları olduğu, bu hekimlerin hem hizmet hem de bilim anlamında ülkenin sağlıktaki geleceği olduğu unutulmamalıdır. Uzman hekimleri yetiştiren kadroların performanstan bağımsız yasal sınırlar dahilinde üst seviyeden ek ödeme alması planlanabilir. Ancak performans uygulamasının temel zihniyeti olan çalışanı teşvik etme mantığıyla bu kişilerin eğitim öğretim faaliyetleri nesnel ölçütlerle denetlenmeli, bilimsellikte beklentileri yerine getiremeyenler için uygun yaptırımlarda bulunulmalıdır. Bilimsel teşvik

sahadaki tüm hekimlere açık olmalıdır. Özellikle SCI Expanded, A sınıfı dergilerde neşriyat hem hekim hem kurum hem de ülke için prestij kazandırıcıdır. Aynı şekilde yeni bir uygulama, teknik ya da ilaç gibi buluşların ülkemiz kaynaklı olmasının ekonomik ve sosyal çok fazla getirisi olabilecektir. Haliyle bütün bu bilimsel aktiviteler hak ettikleri değerde performansla ödüllendirilmelidir. Sağlık alanında olmak üzere yüksek lisans ya da doktora yapan hekimler, 657 sayılı kanundaki sembolik terfi dışında, çalışan ile çalışmayı ayırt etme felsefesiyle yola çıkan performans sisteminden istifade etmelidir. Bunların ödüllendirilmesi hem performans hem de terfi şeklinde uyarlanabilir.

5. Performans öncesi ve sonrası uzmanlık ana alanlarına (cerrahi ve dahili) göre hasta başına düşen sağlık harcamasının arttığı gözleme dayalı kanatımızdır. Bakanlık yetkilileri, bu mukayesenin performans öncesi kayıtların kalitesiz ve eksik olması nedeniyle mümkün olmadığını ifade etseler de, genel bir rakam elde etmek için tüm harcama / hasta sayısı ya da poliklinik sayılarından faydalanılabilir.

Burada ulaşmaya çalıştığımız performans öncesi ve sonrasını kıyaslamak olacağından, hata ve yanılma her iki hesap içinde eşittir. Bu bize bir artış oranı verebilir. Gözlemimiz toplam harcama ve hasta başına düşen harcama miktarının arttığı yöndedir. Bu artışı zaman içinde bütçe uygulama talimatlarıyla frenlenmeye çalışılmış, paket uygulamalar gündeme gelmiştir.

Aynı bağlamda bu artmış maliyetlerin nedeni olan işlem ve girişim sayılarında da artış gözlemsel bilgimizdir. Bakanlık kaynakları bu bilginin kıyaslanmayacağına belirtmektedir Gerçekten performans öncesi verilerde sapmalar ve eksikler olabileceği doğrudur. Faturalama hizmetlerinde ve içeriğinde düzelme olduğu kesindir. Ancak özellikle cerrahi branşlarda performans öncesinde, girişim bilgilerini kaydetmek yasal zorunluluk olduğundan girişimsel işlem sayılarında mukayese yapılabileceği düşüncemiz sürmektedir. Birçok eğitim araştırma hastanesi performans öncesine de tama yakın kapasitede çalışmakta olduğundan, seçilecek örnek hastaneler vasıtasıyla hasta başına düşen sağlık harcamalarının da mukayese edilebileceğini düşünüyoruz. Yatış endikasyonları, endikasyonlara göre yatış süreleri, sık görülen endikasyon ve girişimlerde aynı coğrafyada sayılardaki artışın performansın olumsuz teşvikinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Olduğuna inandığımız farkın kayıt ve faturalama hizmet kalitesini artırırken, olası mübalağa ile maliyet artışına da yol açtığı fikrindeyiz.

Oluşturulan yeni yapılanmalar ile poliklinik sayıları ve aktif poliklinik yapan hekim sayıları artırılarak, hekim başına düşen hasta sayısı fazla artış göstermese de, hekime ve ilaca ulaşmanın kolaylaşmasıyla toplam sayı ve maliyetlerde ciddi artış olduğu düşünülmektedir. Bu artışın performansa bağlı ivmelenmesini incelemek başlı başına bir çalışma konusudur. Her branş bazında farklılık gösteren küçük-orta çapta tanısıl ya da tedavisel girişimsel işlemlerde artış olduğunu düşünmekteyiz. Başvuran hastaların ne oranda girişimsel işlemlere yönlendirildiği bu konudaki genel eğilimi gösterebilir. Cerrahi branşların operasyon, risk oranı düşük ve başarılı netice oranı yüksek olan endikasyonlarda artış görüldüğü, yatan hastalarda ağırlığın performans yansımaları yüksek olan gruplara kaydığı, tüberküloz gibi puanı olmayan hasta gruplarının ilgili hastanelerde yatak işgal oranındaki düşüşü ile net izlenebilir. Özellikle tüberküloz hastası yatak işgal oranının düşmesi konusuna özenle eğilmek, yakın gelecekte oluşabilecek toplum sağlığı riskleri açısından zorunludur. Tüm bu durumlar hasta hakları ve meslek etiği anlamında suç ve sosyal sorundur. İletişimin çok hızlı ve etkin olduğu günümüzde hastaların performans sonrası yukarıda bahsi geçen olayları tespit ettiği ve özellikle girişimsel teşhis ve tedavi seçeneklerine şüphe ile yaklaştığı gözlem dahilindedir.

Matematik gibi net sınırları olmayan tıp bilminde olası varyasyonların sorun haline gelmemesi için istisna ve özel durum uygulamaları yürürlüğe sokulmuştur. Ancak bu emniyet çıkışı tabir edilebilecek yan yollar (acil endikasyonlar, kanser ön tanıları gibi) paket ya da hasta başına ödeme sistemlerini aşmak için ana yol haline gelebilmiştir. Tanılarda yapılan uygun değişikliklerle paketler bypass edilmektedir. Bunun ülkeye kaybı sadece artan fatura tutarları değildir. Bunun yanı sıra, tanıların ülkenin sağlık istatistiklerine kaynak olduğunu düşünürsek yanlış her verinin, hem orta hem de uzun vadeli ülke sağlık politikalarının belirlenmesine yanlış yol göstereceği açıktır. Yanlış politikaların vereceği zararın tamiri mümkün olmayabilir. Bununla birlikte olası beklenti dışı sonuçlar ve bunun suistimaller nedenli olmasının tespit edilmesiyle sağlık istatistiği konusunda henüz mesafe almaya başlayan ve sözü dinlenir hale gelen memleketimizin uluslararası prestijini olumsuz etkileyecektir.

Yakın ve etkin takiple olası sanal endikasyonlar ve suni olarak ortaya çıkabilen salgınların önüne geçilebilir; ancak bunun daha sonra fatura safhasında değil de hastanelerde sosyal güvenlik kurumları adına çalışan hekimlerce denetlenen provizyon uygulaması şeklin-

de olması mümkündür. Olası siiiistimal tespitlerinin sosyal ve hukuki olarak en üst düzeyde takibi ve neticelendirilmesi zorunludur. Neticelerin emsal teşkil etmeye yönelik duyurulması sistemin etkin çalışmasında caydırıcı olabilecektir.

**6. Performansta uzmanlık alanlarına göre risk ve yıpranma dikkate alınmamaktadır.** Oysa branşlar arasında bu bağlamda ciddi işleyiş ve risk farkı mevcuttur. İşin tanımına göre stresi, akut ya da kronik olabilecek enfeksiyon bulaşma riski, yüksek hayati tehlike arz eden durumlar mevcuttur. Kişinin güncel olarak taşıdığı risk, olası sorunlarda geleceğini tıbbi, sosyal ve ekonomik olarak etkileyecek ise bu, yüksek riskin doğurduğu hak edişin aynı oran ve şekilde emeklilik süre ve ödemelerine yansması gerekmektedir. Ancak bu şekilde stratejik açıdan önemli, riski yüksek birim ve konumlarda kalıcı ve etkin sağlık çalışanı konumlandırmak mümkün olacak, bu şekilde birimlerde kaliteli hizmetin devamlılığı sağlanacaktır.

**7. Yıllardır sözü edilmekte olan sevk zinciri sistemini oluşturma noktasında mevcut performans sistemi engeldir.** Hiçbir üçüncü basamak kurumu, gelen hastayı geri çevirmemekte, “bonusu” elinin tersi ile itmemektedir. Çözüm olarak, ilgili basamağa hak eden hasta gitmeli ve basamaklar arası fiyat farklılaştırılması sağlanmalıdır. Birinci veya ikinci düzey sağlık kurumunda çözülebilecek bir sorun için, doğrudan üçüncü basamağa baş vuran hastadan “katkı payı” alınıp üçüncü düzey kurumların kalitesini azaltacak hasta yığılmaları önlenmelidir.

**8. Performans denetim ölçütleri için mevcut sistemde değişik çalışmalar ve uygulamalar mevcuttur.** Bu ölçütlerin ne kadar objektif, işlevsel ve bilimsel olduğu ise tartışılabilir. Doğrusu yıllardır ötelenmiş sağlık sistemi sorunlarına ilk neşterin vurulmuş olması tebrikeye şayan bir uygulamadır. Gönüllülük esası üzerine işleyen akreditasyon düzeyinde bir hedef belirleyen Sağlık Bakanlığı, belki orta vadede işi kökünden çözmeyi hedeflemektedir. Ama ülkemizin, gerek kamu gerekse özel sektöründe mevcut hastanelerin önemli bir kısmı yapı, araç, gereç, yardımcı sağlık personeli noktasında sorunlar yaşamakta ve açıkça, değil akreditasyon seviyesi, ruhsat düzeyinin bile altında bulunmaktadır. Denetimde kullanılan ölçütlerin her birini inceleme fırsatı bulamadık. Denetim alanlarından biri olan enfeksiyon kontrolünde kalite artışını sağlayacak etkin ve uygun bir denetimin yapılamadığı açıktır. Gelişen ülkelerin 1960’lı yıllardan itibaren çok önem verdiği ve 1970’li yıllarda kurumsallaştırdığı enfeksiyon kontrolü için ülkemizin çok geç kaldığı, ancak 2005 yılında çıkarılan “yataklı tedavi kurumları

enfeksiyon kontrol yönetmeliği” sonrası çok ciddi uygulamaların başlatıldığı bilinmektedir. Hastane enfeksiyon kontrolünde ciddi yetersizliklerin ve çok önemli sorunların olduğu, TBMM’ne yeni sunulan ve basına da yansıyan Sayıştay Raporu ile belgelenmiş durumdadır. Sağlık Bakanlığı’nın son üç-dört yıldır bu konuya verdiği önem hepimizin malumudur ama enfeksiyon kontrol komiteleri kurmak etkin kontrol için yetmemektedir. Enfeksiyon kontrolünde etkin denetim için yeterli bilgi sağlayan bir denetim formunun olması, denetçilerin eğitilmesi, denetim bilgilerinin geri bildirilmesi ve kurumlarda enfeksiyon kontrolünün düzeltilme çalışmalarının yapılması, performans için esas olmalıdır.

Hastane enfeksiyon kontrolü örneğinde olduğu gibi performans yönetimi sisteminde belirlenmiş konularda etkin denetim için, konuyla ilgili eğitim almış kişilerin sayıca artırılması ve uygun denetim formlarının hazırlanması gereklidir.

Uygulamalar yaşayan canlılar gibidir, değişime açık olmazlarsa yaşama şansları yoktur. Hekimlik mesleğinde ekonomik tatminden öte, her zaman bir özveri ya da gönüllülük kavramı söz konusudur. Hekimlik, mesai saatleri dışında yine bu ülke insanına hizmete devam eden, adeta kişinin kendi hayatının önüne geçmiş istisnai ve kutsal bir meslektir. Bu meslek grubunun çalışmalarının halka net ve doğru anlatılması önemlidir. Günün birinde her bir vatandaşın bir sebepten ihtiyaç duyacağı bu seçilmiş insanların sosyal ve ekonomik imkânlarının iyi olması, yine bu topluma iyi hizmet üretmelerini sağlayacaktır. Ülkemizde tıp biliminin gelişmesi ülke saygınlığının uluslararası camiada artmasını sağlayacaktır. Bu yüzden tüm sosyal ve ekonomik hak edişlerin bu konuları destekleyici şekilde üst seviyelerde tutulması gerekmektedir. Performansa bağlı döner sermaye uygulamalarının bu amaç ile yola çıktığını, bunu arzulanan seviyede olmasa da kısmen başardığını, ancak daha çok alınması gereken mesafeye ihtiyaç duyulduğu açıktır .

Bazı konuların objektif kriterlere bağlı olması hedeflenirken çizilen net sınırların bazı birim, iş ve görevlerin beklentilerini karşılayamadığını görmekteyiz. Uygulamaların, uyarlamalara ve değişime açık hale getirilmesi sistemin sağlıklı gelişmesi ve yaşaması için zorunludur. Uyarlamaların zamanında yapılması da önemlidir. Bunun sağlanması

için standardize edilmiş geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır. Sahadan gelen görüşler çok ciddi irdelenmeli, yapılacak değişim ya da uyarlamalarda sağlık çalışanlarının taraf olması sağlanarak eş güdümlü faaliyetler yapılmalıdır.

Hekimlerin, oluşturulan her türlü yeni ya da uyarlanmış uygulamada söz sahibi olup “iç müşteri memnuniyetinin” sağlanması gerekir. Çalışanların alınacak kararlara katkı sağlayıp taraf olması, bu faaliyetlerin başarısını olumlu yönde arttıracaktır.

Sonuç olarak, sağlıkta performansa dayalı ödeme uygulaması, sağlık çalışanlarının maddi açıdan desteklenmesi, sağlık kurumlarının kalitesinin geliştirilmesi açısından olumlu sonuçlar doğurmuş olmakla birlikte, iş tanımlarına uygun puan hesaplamalarının bilimsel ve hakkaniyet açısından sorunlu olduğu eğitim araştırma hastanelerinde, eğitim ve araştırmanın kısmen çok hasta bakma arzusu nedeniyle ötelenildiği, denetim açısından sorunlar olduğu görülmektedir. Şikayet konusu olan pek çok hususun düzeltilmediği gibi, yazımızda söz konusu olan sorunlara da en yakın dönemde çözüm üretilmesini umuyoruz.

#### **Kaynaklar**

Aydın S., Demir M. Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı EK Ödeme Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007.

Sağlık Bakanlığı’na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden EK Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge 01.02.2005/349

<http://www.tuik.gov.tr>

#### **Teşekkür**

Yazının hazırlanması esnasında bazı verileri elde ettiğimiz ve fikirlerinden yararlandığımız Sağlık Bakanlığı Danışmanı Dr. Mehmet Demir’e teşekkür ederiz.