

Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



1959 yılı Bolu doğumlu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi tamamlayarak, 1992 yılında üroloji uzmanı oldu. 1994 yılında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'na yardımcı doçent olarak atandı. 1996 yılında doçent, 2003 yılında profesör oldu. Başhekim Yardımcılığı, Ana Bilim Dalı Başkanlığı, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı ve Dekan Yardımcılığı görevlerinde bulundu. 2001-2002 yıllarında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık İşleri Müdürlüğü görevini yürüttü. Ayrıca 1998 yılında başladığı doktora çalışmalarını tamamlayarak 2003 yılında Klinik Mikrobiyoloji dalında bilim doktoru unvanı aldı. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevine atandı. 2006'da Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi oldu.

Sağlık Düşüncesi Dergisi'nin kış sayısında, Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan performansla ilgili yaklaşımın eleştirel yaklaşan bir makale yayımlandı. Recep Öztürk ve Volkan Kara imzasını taşıyan, "Sağlıkta Performansın Performansı" başlıklı yazıdan söz ediyorum. Şunu itiraf etmeliyim ki, bugüne dek bu konuda söylenmiş çok sayıda söz dinleme, yazılmış onlarca yazı, gönderilmiş yüzlerce elektronik posta okuma fırsatım oldu. Bakanlıkta ilgili birimlerin bu gibi geri bildirimleri değerlendirmesiyle süreç içinde oldukça belirgin değişimlere ve gelişmelere şahit olduk. Belki bunların içinde sistemi tümüyle ele almaya çalışan ve bir nebze de olsa anlamaya çalışarak eleştirme kaygısını müşahede ettiğim bu yazıdan ilham alarak sağlıkta uygulanan performans değerlendirme konusuna değinmek istiyorum.

Aslında Sağlık Bakanlığı'nın bu uygulaması birçok örnekten etkilenmiş olsa da, kendine has kuralları olan özgün bir model haline gelmiştir. Böyle olması, ne

yazık ki, inceleyip anlayabilmek için fazlaca gayret göstermeyi gerektiriyor. Bu durumu, sistemin fazlaca karmaşık olduğuna atfederek eleştirmeniz de mümkündür. Yapılan eleştirilerin hatta ithamların, çoğu zaman sistemi anlama gayretinden yoksunluğu yansıması üzücü olduğu kadar faydasız da olmaktadır. Çoğu zaman en acımasız eleştiriler bu sistem içinde çalışmayan, performansla ilgili ödeme almadığı halde dışarıdan gözlemleyen meslektaşlarımızdan yükselmektedir. Bizzat bu uygulamanın içinde bulunarak doğrudan etkilenenlerin eleştirileri ise ne yazık ki, çoğu kez ellerine geçen maddi değere odaklanmakta, neden ve niçinini irdelemekten uzak kalmaktadır. Hatta böyle bir uygulamanın amaçlarına hiç dikkat etmeden konu bir "ek ödeme" düzeyine indirgenebilmektedir. Bazen de birbirine tamamen karşıt, hatta biri diğerini yalayan eleştiriler yapılabilmektedir. Örneğin A dalında bir hekim kendisinin B dalına göre haksızlığa uğradığını savunurken, B dalından bir başka meslektaşımız A dalına imtiyaz tanındığını ileri sürebilmektedir. Asistanlardan daha az ek ödeme almaktan yakınan şeflerin ya-

nında, bütün yükü kendileri çektiği halde şeflerine göre çok az ek ödeme almaktan şikayetçi olan asistanlarımız olmaktadır. Bir başka sık karşılaştığımız çelişkili eleştiri, ek ödemenin dengesi ile ilgilidir. Bir yandan çalışanlar arasında iş barışının bozulduğu, ödemelerin herkese eşit yapılması gerektiği yönünde uyarılar yapılmaktadır. Diğer yandan kendi işinin riskler taşıdığı, diğerlerine göre ortaya çıkan farkın yetersiz olduğu ve farkın daha fazla olması gerektiği yönünde ısrarcı eleştiriler yükselbilmektedir. Tartışmaların bu düzeyde tutulması sistemin anlaşılmasını daha da güçleştirmektedir. Hatta algının bu noktaya kilitlemesi, bir motivasyon aracı olarak ortaya konan yöntemin demotive edici bir uygulamaya dönüşmesi riskini bile taşımaktadır.

Her husus eleştiriye muhtaçtır ve bu geri bildirimlerin değerlendirilmesi ile gelişir. Ancak yapılan geri bildirimler ne kadar sistem kavranarak yapılırsa, o derecede etkili ve yararlı hale gelir. Şu da özellikle bilinmelidir ki; sağlık bakımında, olumsuz yan etkilere yol açmayan hiçbir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir. Bu yüzden her zaman



eleştirilecek yönü bulunacaktır. Önemli olan belirlenen hedeflere en fazla yaklaşılabilmek başarısıdır.

Sağlık emekçilerinin daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Bu ölçütlerin başlıcaları şunlardır:

- 1- Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak,
- 2- Daha iyi bir sağlık düzeyi (çıkıtı/akıbet) elde etmek,
- 3- İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak,
- 4- Bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek.

Performans ölçütü olarak bunların hangisi kullanılırsa kullanılsın eleştirel yaklaşımlardan kurtulabilmek mümkün değildir. Her birinin avantaj ve dezavantajları vardır. Bu yüzden hakkaniyetli bir performans ölçümünü gerçekleştirmek istenince, genellikle bu ölçütlerin bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır. İster tek başına, isterse birçoğunu bir arada barındıran karmaşık bir yapı içinde olsun, hangi performans ölçüm yöntemini kullanırsak kullanalım, uygulama esnasında cevaplanması gereken birçok soru karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki bu performans ölçütleri açısından mevcut uygulamaları değerlendirirsek, sınırlı düzeyde de olsa yukarıdaki kriterlerin kullanıldığını söyleyebiliriz. Sistemde hasta memnuniyetinin ölçümü ile alt yapının ölçümü konusunda daha fazla somut uygulamalar yer almaktadır. Ancak, süreç ölçümü son derece sınırlı kalmakta, çıktı ölçümü ise henüz yapılamamaktadır. Klinik uygulama süreçleri ve klinik çıktıların ölçümü için daha fazla çalışma yapılması ve uygulamaların bu yönde geliştirilmesi önerilebilir. Ancak çıktıya dayalı performans ölçümünün kuramı konusunda fikir birliği olsa da, işlerliğinin tartışılması unutulmamalıdır. Yine süreç analizinde, belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmenin ne denli karmaşık bir yapı arz ettiği bilinmektedir. Bu yüzden uygulamada eksik gibi görünen hususların aslında çok daha tartışılmalı konular olduğu unutulmamalıdır.

Uygulamaya konduğu 2003 yılından beri geri bildirimler elde edilen sonuçlar analiz edilerek sürekli geliştirilen bireysel performans göstergeleri, öncelikle sağlık hizmetlerinde takım liderliği görevi üstlenen hekimler tarafından

gerçekleştirilen ve doğrudan emeğe bağlı hizmetlerin ölçümüne dayanmaktadır. Bunun yanında, hastane enfeksiyon kontrolü, klinik içi eğitim ve bilimsel çalışmalar ayrıca performans göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında performans uygulamasında bazı koruyucu sağlık ölçütlerine özellikle ağırlık verilmiştir.

Nicelik olarak ölçülebilen bireysel performans ölçütleri değerlendirilirken, kurumların kendi aralarında derecelendirilmesi veya çalışanlara ücret olarak yansımada, çalıştıkları kurumun amaçlarını gerçekleştirme başarısı önemli bir yer tutmaktadır. Bu yüzden öncelikle kurumun hizmetlerini kayıt altına alarak belgelemesi, ödül kaynaklarını üretmesi, satın almalarda ve sarf kullanımında yeterli verimlilik ve tasarrufu gözetmesi, yani akılcı bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde bütün çalışanlar olumsuz etkilenecektir. Bunun yanında "kurumsal performans" tanımı ile Bakanlığın koyduğu hedeflerin gerçekleştirilme oranı da sonucu belirleyici önemli bir faktördür. Kısacası çalışanların performansının yüksek olması için, hastalara hekim seçme hakkının sağlanmış olması, hastane ortamının, alt yapı ve fizik şartlarının belli kriterleri karşılayacak düzeyde çıkarılması, sağlık hizmet sürecinde belli uluslararası kalite kriterlerinin yerine getirilmesi, hasta memnuniyetinin sağlanmış olması ve Bakanlığın güncellediği hedeflerin yerine getirilmiş olması gerekmektedir. Bu kadar değişkenin bir arada olduğu bir sistemde, sadece ay sonunda kendi aldığı ek ödeme miktarına bakarak sistemi yargılayabilmenin ne kadar zor ve anlamsız olduğunu fark etmemek mümkün değildir.

Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği artırmasının yanında "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilen aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Zira bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektedir. Görüldüğü gibi, uygulanmaya çalışılan



Sağlık Bakanlığı'nın performans uygulaması birçok örnekten etkilenmiş olsa da, kendine has kuralları olan özgün bir model haline gelmiştir.

yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir.

Bakanlığın performans yönetimi çerçevesinde uygulamaya koyduğu model temelde yukarıdaki prensipleri gözetirken, uygulama alanının özelliklerine göre farklı ölçütleri öne çıkarmaktadır. Mesela sağlık ocaklarında belirleyici faktör, kırsalda çalışma ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki başarıdır. Toplum sağlığı merkezlerinde performans kriterleri, bu merkezlerin denetim görevi ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerine odaklanmıştır.

Hastanelerde bireysel performans, doğrudan gerçekleştirilen tıbbi işlemlerin nicelik ölçümüne dayanırken bunun çalışana yansımada kurumun gösterdiği performansla bir arada şekillenmektedir. O hastanede doktorların yeterli çalışma ortamına sahip olması ve hizmete erişim, hizmet alan hastaların memnuniyeti, fiziksel alt yapı ve bazı süreçlerin denetimi, hizmetlerde belirlenen kalite kriterlerinin yerine getirilmesi, hastane hizmet üretiminde Bakanlıkça belirlenen hedefleri gerçekleştirme oranı gibi çok sayıda etken, kurumun performans çerçevesini oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu kadar fazla değişkenin bir araya gelmesiyle oluşan döner sermaye katkı payını sadece muayene ve ameliyattan alınan puana indirgeyerek bir bonus gibi algılamak, en hafif ifadeyle sistemin anlaşılması demektir. Belki bu konuda yapılabilecek haklı bir eleştiri, bu kadar fazla etkenin bir araya gelerek oluşturdukları sonucun üzerine bu etkenlerden her birinin etki oranının sınırlı olması ve bu yüzden etki düzeyini algılamayı zorlaştırmasıdır. Yani sistemi inceleyenler hangi etkenin sonuca ne oranda etkili olduğunu anlamakta zorluk çekmektedirler. Bu etkenlerin bir formülde eşit ağırlıkla yer almaları yerine, hesaplanan bireysel performans puanının parasal dönüştürme faktörü içinde

bir paya sahip olması aslında etki oranını hesaplamayı imkânsız kılmaktadır. Bu yüzdendir ki, somut bir gösterge olan bireysel performans puanı üzerinden fikir yürütülmektedir. Bu yaklaşım ne yazık ki, sistemin bütününün ihmal edilmesine yol açmaktadır. Buna rağmen, hastanelerimizde kalite sorumlularının gittikçe daha etkili hale gelmesi, uygulamada kalite görevlilerinin hastanelerimizi dönemsel denetimleri bu politikanın sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Birçok hastanemizde kaliteli hizmet için hedeflerin konması, süreçlerin iyileştirilme çalışmaları, fiziksel alt yapıyı daha iyi hale getirme uğraşları bu performans uygulamalarının sonucudur.

Performansın kurumsal çerçevesi eğitim hastanelerinde de aynıdır. Yani yukarıda sözü edilen etkenler bu hastanelerimiz için de geçerlidir. Ancak bireysel performansın tanımı eğitim hastanelerinde farklılık arz etmektedir. Bu farklılık öncelikle doğrudan üretilen tıbbi hizmetlere, bilimsel çalışma ve eğitim ölçütlerinin de eklenmesine bağlıdır. Ayrıca doğrudan tıbbi hizmetle elde edilen performans puanının hesaplanmasında da, bireyin gayretinden çok eğitim kliniğinin ekip başarısı esas alınmıştır. Burada eğitim kliniğindeki hiyerarşik yapı gözetilerek farklı katsayılar kullanılmış, ancak ortak payda olarak bir klinik bütün olarak ele alınmıştır. Burada kliniğin şef yönetiminde olması, dolayısı ile klinik başarısında bireysel gayretlerden çok şefin yönetim başarısının rol alması dikkate alınmıştır. Buna rağmen bir ekip içindeki farklı performans gösteren bireylere karşı haksızlık etmemek, performansı yüksek olan doktoru ayrıca ödüllendirmek ya da tersine performansı klinik ortalamasından düşük olanın bunun sonucundan etkilenmesini temin etmek üzere bireysel işlem puanının klinik ortalamadan saptması ayrı fakat sınırlı bir etken olarak kabul edilmiştir.

Ayrıca eğitim hastanelerinin temel görevi sağlık hizmeti üretmenin yanında bilimsel çalışma yapmak ve uzmanlık eğitimi vermektir. Bugüne kadar ne eğitim hastanelerimizde, ne de üniversite hastanelerimizde bu hususları ölçen, denetleyen ve bir yaptırma bağlayan mekanizmalar kurulabilmiş ve uygulanabilmiştir. Kliniklerin kendi aralarındaki rekabetin etkisi ve eğitim sorumluluğu üstlenenlerin akademik anlayışı, bireysel gayreti, motivasyonu ve vicdanı belirleyici rol oynamaktadır. Performansa göre ödeme modelinde eğitim hastanelerindeki bu boşluk doldurulmaya çalışılmış ve bilimsel çalışma ve eğitim puanı, eğitim sorumlularının bireysel performansında önemli belirleyiciler olarak tanımlanmıştır. Bu iki önemli etkenin ölçülebilir bir ölçüt hale getirilmesi için kullanılan referans değer, hastane ortalama puanıdır. Böylece farklı kliniklerdeki doktorların eğitim ve bilimsel

çalışma puanları standardize hale getirilmeye çalışılmıştır. Bunun standart bir puan yerine, hastane ortalama puanının oranı olarak yansımaları, toplam bireysel puan içindeki ağırlığının süreci içinde ve hastaneler arasında dengeli olmasını sağlamıştır. Eğitim ve bilimsel çalışmanın değerlendirilmesinde rekabetçi ölçüt yerine eşik değerler kullanılmıştır. Bu da eğitim görevlilerimizin belirlenen asgari şartları sağlamlarını teşvik etmek ve en azından belli düzeyi gelmelerini sağlamak amaçlıdır. Bilimsel çalışma ve eğitimin nicelik ve niteliğinin çok sorgulanabilir olması ve yeterince üzerinde fikir birliği sağlanmamış olması nedeniyle, daha basit bir ölçüt olan eşik değerler esas alınmıştır.

Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için bir klinik şefi veya yardımcısının performans puanının hesaplanmasına değinmek isterim. Şef veya yardımcısının performans puanının esası, klinik içindeki hiyerarşik konumuna dayalı katsayı oranındaki klinik ortalama puanı, belirlenen miktarda bilimsel yayın yapması şartıyla hastane ortalama puanının yüzde otuz, yine belirlenen miktarda hasta viziti, pratik ve teorik asistan eğitimi yapması şartıyla hastane ortalama puanının yüzde otuzunun bileşiminden oluşmaktadır. Bunun yanında bireysel olarak ürettiği hizmet puanının klinik ortalamasından olan farkına göre olumlu veya olumsuz fakat sınırlı bir etkilenme olmaktadır. Görüldüğü gibi bilimsel çalışma ve eğitim sorumluluğunu yerine getiren bir şefin bireysel performans puanının ağırlığı, esasen kendi kliniği ve hastanesinin performansına bağlıdır.

Klinikte asistan sayısının uzman sayısına eşit olduğunu var sayalım. Hastanede bütün kliniklerin benzer performans gösterdiğini, dolayısıyla hastane ortalama puanının klinik ortalama puanına eşit olduğunu bir diğer varsayım olarak kabul edelim. Şefin kliniğindeki diğer uzmanlar kadar tıbbi işlem yaptığı bir durumda bireysel performans puanı hesaplanacak olursa bu puanın asistanından 3.6 kat fazla, olduğu görülecektir. Bu puanın % 14 lük bir kısmı kendi gerçekleştirdiği tıbbi işlemlerden kaynaklanmakta, % 70'lik kısmı klinik ortalama puanından, % 16'lık bir kısmı ise hastane ortalama puanından etkilenmektedir. Bu dağılımın, bir klinik şefini daha çok klinik ortalamasına yansıyacak olan ekibinin performansını yükseltmeye, ikincil olarak hastanesinin performansının artırılmasına teşvik edeceği, bu puan dağılımını gerçekleştirebilmek için de, bilimsel çalışma ve eğitim destek puanını alabileceği şartları sağlama ya iteceği açıktır.

Görülüyor ki, performansa göre ödeme sisteminin eğitim hastanelere ilişkin kısmı hizmet hastanelerindekinden çok daha fazla etkenleri dikkate alarak uygulanmaktadır. Bu da eğitim hastane

modelinin daha karmaşık ve zor anlaşılır olmasına yol açmaktadır. Bu etkenleri azaltarak sistemi basitleştirmek kolay anlaşılabilir olmasına yol açacak ve uygulama kolaylığı sağlayacaktır. Ancak böyle bir yaklaşım, işi kolaylaştırmakla birlikte performans ölçüm hedefinden, çalışanları ve kurumları belirlenen hedefe doğru yönlendirme işlevinden uzaklaşmak anlamına gelecektir. Diğer yandan oluşturulan yöntemdeki çok etkenli yapının tasarlanması, her bir etkenin etki gücünü azaltmakta ve bazılarının göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Özellikle sistemi anlama güçlüğü çeken doktor ve yöneticilerin davranışlarında bunun yansımaları görülebilmektedir. Zamanla sistem daha fazla eleştirildiği, irdelendiği ve anlaşılmaya çalışıldığı sürece farklı etkenlerin varlığının ve değerinin kavranacağına inanıyorum. Bu etkenlerin döner sermaye ek ödemesine yansımaları küçük olsa bile, zamanla oluşacak olan farkındalık motivasyon gücünü gösterecektir. Özellikle başarılı yöneticilerimizin bu ölçütleri dikkatli ve titiz uygulaması, gerçekliğini denetlemesi ve sonuçlarını kurum içinde düzenli ilan etmesi sistemin iyileşmesinde çok önemli rol oynayacaktır.

Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilerek uygulamaya konan performans sistemi, özel hastanelerde uygulanan pirim sistemi gibi salt bir "hak ediş aracı" değildir. Diğer yandan bir işletmede yalnızca kârlılığı teşvik etmeye dayalı bir "kâr paylaşımı yöntemi" de değildir. Sonuçta ödüllendirmeye dayalı bir yöntem olması, yukarıdaki hususlardan tamamen bağımsız olduğunu göstermez; kurumun başarısının bu başarıda katkısı olan çalışanına yansımaları sistemin doğası gereğidir. Ancak bu yansıma veya ödüllendirme, kişilerin belirlenen hedefe yönelik davranışlarını sağlamak, bu yönde onları motive etmek, bireysel gayretleri yanında çalıştığı kuruma top yekûn sahip çıkmalarını teşvik edici davranış değişikliği oluşturmak amaçlı bir performans yönetiminin aracıdır. Yukarıda sözünü ettiğimiz performans puanının hesaplanmasında payı olan bütün ölçütler sağlık organizasyonunun hedefleri kapsamındadır.

Kurumsal yapıların karmaşıklığı bir yana, bir tanı ve tedavi sürecinde çok sayıda sağlık çalışanının birlikte gerçekleştirdiği ve birbiri ile girift ilişkiler içinde olan bir hizmet ortaya çıkmaktadır. Çıktısı doğrudan insanın mutluluğu olan bu hizmetlerin değerlendirmeleri çok boyutlu olmak zorundadır. Klasik ölçüm sistemlerinin dayandığı verimlilik, kârlılık, maliyet oranları gibi kavramlar, bu alanda son derece yetersiz kalmakta, hatta sağlık sisteminin amaçları ile uyumsuzdur.

Görev yaptığımız kurumun konumu ve çalışma şartlarımızı kapsayacak şekilde mevcut durumu idealize ederek, döner

sermaye ödemesini personeli tatmin edici bir "maaş olarak algılamamak gerekir. Bu yüzden zaman zaman hakkeniyete uymadığı tarzında eleştirilere muhatap olunan bazı noktalar, aslında yönetimin hedeflerine uymayan hususlardır. Burada yeterli hastası olmayan bir yerdeki doktoru ödüllendirmek yerine, doktor bulamayan hastanın olduğu yere doktorun gitmesini teşvik etmek gerekmektedir. Aynı statüdeki doktorların farklı kurumlarda eşit ek ödeme almaması sistemin zayıf halkası değil, hekimi kendine ihtiyaç duyulan yere gitmeye teşvik edecek olan güçlü halkadır. Fiziki şartların yetersizliğinin yansıması ise geçici bir olumsuzluktur. Süreçte bu fiziki şartların iyileştirmesine yönelik gayret ve fedakârlık gerekiyorsa, yöneticilerle birlikte bütün çalışanlarda bu sorumluluk ve bilinci üstlenmeye yönelik bir teşvik oluşmaktadır.

Aslında çalışan, çalıştığına inanılan ancak çalışmalarını belgeleyemeyen, kayıt tutmayan personelin ödüllendirilmesi beklenmemelidir. Hiçbir kalite sistemi kayıt altına alınmayan süreçleri değerli bulmaz. Kaliteli sağlık hizmeti verme sorumluluğunu yerine getirmek, sağlık hizmeti sunumunu bütün detayları ile kayıt altına alacak sistematik bilgi toplanması ve bu bilginin sağlık hizmet sunucuları ve kamu ile paylaşılması yoluyla mümkün olabilir. Sağlık kayıtlarının sağlıklı tutulması, yapılacak her türlü değerlendirme, ölçüm ve ödüllendirme için vazgeçilmez bir unsurdur. Performans uygulamasının çalışanları kayıta zorlaması bu yüzden önemli bir başarı göstergesidir.

Farklı hekimlik branşları arasında bir denge gözetilmeye çalışılmıştır. Ülke genelindeki uygulama sonuçları bu dengenin olabildiğince korunduğunu göstermektedir. Bu dengenin meslek güçlüğü ve riski gözetilerek farklılaştırılması yönüne gidilmemiş ve olabildiğince farklı branş hekimleri arasında gelir uçurumu oluşturmaktan kaçınılmıştır. Bu yüzden bir yandan bu farklılığın yapılmaması eleştirii konusu yapılırken, diğer yandan branşlar arasında adaletli davranılmadığı yönündeki eleştiriler neredeyse birbirini naksetmektedir. Hizmetlerin puanlanmasında uluslar arası çalışmalardan faydalanılmış olmasına rağmen, düzeltilmesi gereken nokta kusurlar olabilir; bunların da düzeltilmesine yönelik gayretler olmalıdır. Ancak bu değişikliklerin branşlar arasında büyük farklılık oluşturmaya neden olmamasına özen gösterilmek zorunluluğu vardır.

Performans değerlendirilmesinde zaten sistemin hedefleri doğrultusunda çok sayıda ölçüt kullanılmıştır. Eğitim hastanelerinde bu ölçütlerin ne denli fazla olduğu ve bunun etkileri yukarıda tartışıldı. Doğrudan ana öngörü ve hedeflere yönelik olmayan iyileştirme araçlarının ölçüt olarak kullanılmasından kaçınıl-

mıştır. Örneğin doktor ve diğer sağlık personeli için kendi içlerindeki hiyerarşi korunarak farklı katsayılar belirlenmiştir. Ayrıca eğitim kliniğindeki farklı düzeydeki doktorlar arasında da aynı kaygı ile farklı katsayılar kullanılmaktadır. Bu katsayı çeşitliliğinin olabildiğince az olmasına çalışılmış ve sadece iş hiyerarşisi ve işe odaklı statü ile sınırlı tutulmaya gayret edilmiştir. İşin doğrudan gereği olmayan sertifikasyonlar, ilave eğitimler ayrıca katsayı veya ek puanla etken haline getirilmemiştir. Aksi takdirde aynı işi yapan aynı statüdeki çalışanların performanslarının farklı olması gibi bir algıya yol açılacak ve bunun sonucunda aldıkları ek ödemenin farklılaşması ortaya çıkacaktır. Mesela bir klinikte aynı sorumluluğu taşıyan, aynı yükü çeken, sağlık koleji, ön lisans ve lisans mezunu üç hemşirenin farklı döner sermaye almasına yol açılacaktır. Bu ise bir başka adaletsizlik tartışması başlatacaktır. Burada amaç ilave eğitimin teşvik edilmesinin önüne geçilmesi değil, doğrudan işin gereği olmayan eğitimin hedefler arasına konarak, diğer etkenlerin sonuç üzerine etkisinin azaltılmasının önlenmesidir.

Performansa değerlendirilmesi ve çalışanların performansa göre ödüllendirilmesi doğaldır ki belirlenen ölçütleri gerçekleştirme yönünde teşvik oluşturmaktadır. Detayları ile anlatmaya çalıştığım çok sayıda ölçütü görmezlikten geleerek, sistemin sadece (ama sadece) fazla hasta muayene etmeye ve fazla ameliyat yapmaya yol açtığı, hatta buna bağlı olarak sağlık harcamalarını artırdığı iddiası kabul edilemez. Eğer etkisi sadece buysa bu eleştirileri yapanlar gibi uygulayıcıların da sistemi tanımaları ve bütün ölçütlerin farkına varmaları için özel gayret göstermemiz gerekmektedir. Doğaldır ki, doktor ve hemşire sayısının mevcut iş yükü ile kıyaslanmayacak şekilde sınırlı olduğu ülkemizde muayene, ameliyat ve tedavilerde nicelik artışı hedeflerimiz arasındadır. SSK hastanelerinin sancısız devri, SSK mensupları ve yeşil kart sahipleri başta olmak üzere bütün vatandaşlar için sağlık hizmetine erişimin artırılması, bir dönem medyada sağlık haberlerinin gözdesi olan hastane kuyruklarının ortadan kaldırılması, bir üst kuruma hasta sevklerindeki azalma performans sistemi sayesinde başarılmıştır. Performansa göre ödeme sistemi, devlet hastanelerinin sistemde rekabet eden aktörler haline gelmesini kolaylaştırmıştır

Kısıtlı bir kadroyla muayenede hastalara daha uzun zaman ayrıldığı, hasta bakımında güler yüzle ilgilenen hemşirelerin hastalara sahip çıktığı, özlenen kalitede bir sağlık hizmeti verilebilmesinin ne derecede mümkün olduğu tartışılmak zorundadır. Ancak bu gerçekle yüz yüze olmak, kaliteli sağlık hizmeti vermek adına hastaların bir kısmını sağlık hizmetinden mahrum etmek anlamı-



na gelmemelidir. Sosyal devlet olma iddiası, bütün vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine kolay erişimi ve ihtiyaçları oranında yararlanmaları sorumluluğunu bize yüklemektedir. Kamu hastanelerimizin eski hale dönmesi, doktorlarımızın olağanüstü bir gayretle çalışmalarının teşvik edilmesinin yor edilmesi, hastaların doktora erişiminin önüne engeller konması, kuyruklar, bekleme listeleri oluşturulması ve böylece sağlık harcamalarının azaltılması politik bir tercihtir. Sağlık sisteminde karar vericiler olarak bu tercihi üstlenmemiz mümkün değildir. Sağlık harcamalarını azaltmak uğruna bu çarkı geri döndürecek bir anlayışı en azından sağlık çalışanlarının kabul etmemesi gerektiğini düşünüyorum

Sağlıkta performans yönetiminde önemli bir araç haline gelen performans göre ödeme yöntemi, diğer dinamiklerden bağımsız bir sistem gibi ele alınırsa, sağlık hizmetlerinde erişimde adaletin sağlanması, kalite arayışı ve maliyet kontrolü gibi sağlığa yönelik politika yapıcılarının ana gündem maddelerinin ağır yükünün yeterince kaldırılmayacağı görülebilir. Sağlık bakım hizmetlerinde önemli olan, birçok günlük rutin işler ile belirlenen hedeflerle doğrudan ilişkili olmayan başarılar, performans ölçütleri içine alınmayacaktır. Bu açıdan sistemi iyileştirmeyi bir bütün içinde değerlendirmek; performans ölçümü ve buna göre ödüllendirme yöntemini tek başına çözüm yerine, önemli araçlardan biri olarak görmek daha gerçekçi bir yaklaşımdır. Sağlıkta iyi eğitim görmüş, vasıflı, bilgi ve ahlak açısından donanımlı insan gücü, iyi işleyen bir bilgi işlem alt yapısı, iyi tanımlanmış kanıt dayalı klinik süreçler, iyi tanımlanmış hizmet ve malzeme veri ambarı, maliyet ve kalite unsurlarının hizmet sunana bir şekilde geri tepkimesinin olması, performansa göre ödeme sistemi ile birlikte rol alırsa çok daha etkili olur.

Kaynaklar

Öztürk R., Kara V.: Sağlıkta performansın performansı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 5: 2007.

Hamza Ateş H., Kırılmaz H., Aydın S. (Editörler): Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.

Aydın S., Demir M.: Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Göre Ödeme Sistemi. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı 2. Baskı, Ankara, 2007.