

'Sağlıkta performansın performansı'na eleştiriler...

Dr. Mehmet Demir



1966 yılında Eskişehir'de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 1992-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim ve çeşitli kademelerde yönetici olarak çalıştı. 1998-2003 tarihleri arasında Kütahya Tabip Odası yönetiminde yer aldı. 2003 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda çalıştı. Bakanlığın performans yönetim sisteminin kurulması ve geliştirilmesi çalışmaları ile sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda yer aldı.

Dr. Hasan Güler



1976 yılında Diyarbakır'da doğdu. 2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirerek tıp doktoru unvanını aldı. 2001-2003 tarihleri arasında pratisyen hekim, 2003-2005 tarihleri arasında Van Yüksek İhtisas Hastanesi'nde baştabip yardımcısı olarak çalıştı. 2005 tarihinden sonra Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda, Bakanlığın performans yönetim sisteminin geliştirilmesi ile sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde yapılan diğer çalışmalarda görev aldı. Son olarak Bakanlığın Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi'ne başkan olarak görevlendirildi.

Sağlık Düşüncesi dergisinin bir önceki sayısında yer alan Recep Öztürk ve Volkan Kara'nın makalesinde performansa göre ödeme sistemi konusunda bazı eleştiriler yer almıştı. Eleştirilere açıklık getirmek amacıyla yazarların yoğunlaştığı bazı konularda, makaleden alıntılar yapılmak suretiyle cevap verilmeye çalışılacaktır. Cevaplar di-

rekt olarak yazarların değindiği eleştirel hususlara yönelik olacaktır.

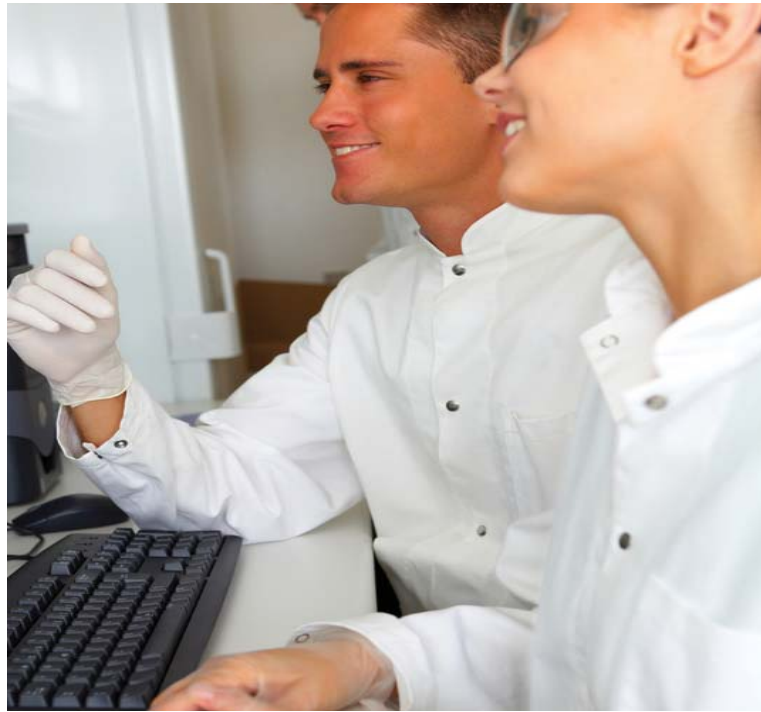
Yazarların eleştiri konularından birisi, **performansın motive ettiği (!) hekimlerin verdiği ekonomik zararın net olarak hesaplanması gerektiği şeklindedir.** Hekimlerin ücretlendirilmesinde değişik seçenekler kullanılabilir. Bu seçenekler ülkeden ülkeye değişmektedir. Sağlık Bakanlığı performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile tercihini sabit ücretlerin üzerine performansa gö-

re ilave ödeme şeklinde yapmıştır. Bakanlık, hedefleri açısından performans göre ücret sistemini, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak kullanmaktadır. Bu tercih edilen sistemin hekimlerin çalışma motivasyonunu artırdığı görülmektedir. Performans ücretlerinin ülke bütçesine olan yükünü ekonomik bir zarar olarak değerlendirmek doğru bir yaklaşım değildir. Bu ve buna benzer hedefe yönelik araçları tercih etmenin maliyeti ile faydalarını birlikte değerlendirmek



gerekir. Performansa göre ücretlendirme seçeneğinin tabii ki ekonomik bir bedeli olmuştur ve olmaya devam edecektir. Ancak bu bedel karşılığında başta hekimler olmak üzere tüm sağlıkta personeli ve hastalar açısından ortaya çıkan sonuçlar açık bir şekilde tercihin doğru olduğunu göstermiştir. Performans sistemi ile ülkemizde kit olan sağlık insan kaynağının en verimli şekilde kullanıldığı görülmektedir. Ayrıca son dört yılda sağlık alanında alınan politik kararlar sonucu bu zamana kadar görülmemiş şekilde artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasında sistemin son derece etkin olduğu görülmüştür. Kısaca ifade etmek gerekirse, toplum tarafından ödenmiş olan ekonomik bedelin karşılığı, kuruşuna kadar net olarak verilmiştir. 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. 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 kanıta 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. Bir sistemin bütün aksaklıklarını performansa göre ödeme sistemiyle çözmeye çalışmak, gerçekçi bir yaklaşım değildir. Sistemin kontrol ve denetim zaafı, bilgi asimetrisi, yetişmiş insan kaynağı ve alt yapı sorunlarının birlikte oluşturduğu problemleri doğrudan bu sisteme yıkmak hakkaniyetli bir yaklaşım olamaz.

Yazarların diğer bir eleştiri konusu da, **girişimsel işlem yapan hekim ve kliniklerin hiçbir denetime tabii olmadan her yeni girişimden performans puanı almaları iddiasıydı.** Ancak şunu unutmamalıyız ki sağlık hizmetlerinin sunulmasında hasta-hekim ilişkisi açısından hekimler mükemmel olamayan bir aracılık yapmaktadırlar. Hekim ile hasta arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Bu konudaki literatür bu hususa dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenmesi sürecinde hasta adına ona yapılan hizmetlerin yerindeliğinin denetimi ve ödeme konusu sadece performans sistemi ile il-



gili olamayıp ödeme mekanizmaları ile de yakından ilişkilidir. Uyguladığımız performans sistemi ülke olarak uzun yıllardır kullandığımız hizmet başı ödeme sistemi üzerine kurgulanmıştır. Maalesef hizmet başı ödeme modeli en sorunlu ödeme modelidir. Bu bilindiğinden bu ödeme sisteminin sorunlarını ortadan kaldıracak performans sisteminde çeşitli hükümler ve denetim mekanizmaları ortaya konmuştur. Bu denetim mekanizmalarından birisi her hastanede kurulan inceleme heyetleridir. Bu inceleme heyetleri her dönem yapılan tüm tıbbi işlemleri mevcut ödeme kurallarını içeren sağlık uygulama tebliğine göre inceleyerek denetim yapmaktadırlar. İnceleme heyeti ödeme tebliğlerine uygunluk dışında tıp etiği ve normları açısından da yapılan işlemleri denetlemektedir. Bu açıdan hekimlerin her yaptığı işlemin puanlanması veya faturalanması diye bir şey söz konusu olmamaktadır. Diğer taraftan performans sisteminde bizzat hekimler tarafından yapılan işlemlerin puanlandırılması, hekimlerce diğer sağlık personeline yaptırılan işlemlerin puanlandırılması da kendi içinde bir kural olarak denetimi sağlamaktadır. Ayrıca şu husus da performans uygulaması ile sanki hekimlerin her şeyi puanlandırma gayreti içinde olduğu yanlışına sebep olmaktadır. Bu, performans uygulamasından önce hastanelerde yapılan işlemlerin kayıt altına alınmasındaki duyarlılığının ve 'bana ne'ciliğin performans uygulaması ile birlikte her yapılan işlemin önemsenerek kayıt altına alınma sorumluluğunun gelişmesinden kaynaklanabilmektedir. Bu şekilde performansın getirdiği motivasyon ile sağlık hizmetlerindeki kayıtsızlıktan kurtulmamızda ayrıca önemli bir kazanımdır. Görüldüğü gibi, yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona

Bir önceki sayıdaki yazıda yer alan eleştirilerden biri de girişimsel işlem yapan hekim ve kliniklerin hiçbir denetime tabii olmadan, her yeni girişimden performans puanı almaları iddiasıydı. Ancak şunu unutmamalıyız ki, sağlık hizmetlerinin sunulmasında hasta-hekim ilişkisi açısından hekimler mükemmel olamayan bir aracılık yapmaktadırlar.

belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir. Bu yönlendirme ve arzu edilen hedefe ulaşma, zaman alıcı bir süreçtir

Yazarlar diğer taraftan **dahili ve cerrahi disiplinlerde aktif olarak eşit zamanlı hizmet veren hekimler arasında puanlama açısından adaletsizlik doğuracak şekilde ciddi farklar olduğu, uzmanlık dalları arası adaletsizlik olduğuna dair inanışın, öncelikle cerrahi, dahili ve tetkik branşları arasında ortaya çıktığı, birçok branşın yaptıkları iş ve aldıkları riskin puan olarak doğru yansıtılmadığı ve hekimlerin bir gün boyunca ürettikleri hizmetin puan olarak karşılıkları arasında uçurum düzeyinde farkların olduğu hususlarını** dile getiriyorlar. Eleştirileri cevaplamadan önce birkaç konuyu açıklamak gereki-



Performans sisteminin ana unsurlarından birisi de, bugün için sağlık sistemimizde kullandığımız 5.000'e yakın sağlık hizmetinin puanlandırılmasıdır. Sonuçlar hastaneden hastaneye değişmektedir. Bir veya birkaç hastane verisi ile yapılan değerlendirmeler ve gözlemler yanıltıcı olmaktadır.

yor. Performans sisteminin ana unsurlarından birisi de, bugün için sağlık sistemimizde kullandığımız 5.000'e yakın sağlık hizmetinin puanlandırılmasıdır. Sistemin ilk başlangıcından bugüne kadar belli aşamalarda ortaya çıkan sonuçların değerlendirilmesi ve yeni stratejiler sonucu performans puanlarında değişiklikler yapılmıştır. İlk puanlama yapılırken bütçe uygulama talimatındaki işlemlerin puanları, Türk Tabipler Birliği'nin belirlediği referans ücretlere esas işlem puanları ve ABD'de kullanılmakta olan CPT4 listesinde yer alan işlem puanları referans alınmıştır. 2007 yılı ve daha önceki yılların sonuçları değerlendirildiğinde branşlar arası dengenin korunduğu branş ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Sistemin sonuçları açısından çoğu zaman cerrahi branşların düşük ek ödeme aldıkları iddia edilse de, en yüksek alan branş

ortopedi olmuştur. Sonuçlar hastaneden hastaneye değişmektedir. Bir veya birkaç hastane verisi ile yapılan değerlendirmeler ve gözlemler yanıltıcı olmaktadır. Yaptığımız çalışmalar neticesinde branşlar arası dengenin var olduğu görülmüştür. Bunun yanında her branşın eşit olması gibi bir durum mümkün değildir. Diğer ülkeler baktığımızda da hekim ücretleri konusunda branştan branşa ve hekimden hekime farklı ücretlendirmeler söz konusudur. O branştaki hekim sayısı ve o branşa yönelik hastalık yükü ücretleri farklılaştırmaktadır. Ayrıca sistemin ilk kurgulanması ve sonrasında da farklı hekimlik branşları arasında bir denge gözetilmeye çalışılmıştır. Ülke genelindeki uygulama sonuçları bu dengenin olabildiğince korunduğunu göstermektedir. Bu dengenin meslek gücünün ve riski gözetilerek farklılaştırılması yönüne gidilmemiş ve olabildiğince farklı branş hekimleri arasında gelir uçurumu oluşturmaktan kaçınılmıştır. Bu yüzden bir yandan bu farklılığın yapılmaması eleştirisi konusu yapılırken, diğer yandan branşlar arasında adaletli davranılmadığı yönündeki eleştiriler neredeyse birbirine aksetmektedir. Hizmetlerin puanlanmasında uluslararası 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. Diğer taraftan zaman zaman hakkaniyete 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, hekim

kendine ihtiyaç duyulan yere gitmeye teşvik edecek olan güçlü halkadır. Fiziki şartların yetersizliğinin yansımaları ise geçici bir olumsuzluktur. Süreçte bu fiziki şartların iyileştirilmesine yönelik gayret ve fedakârlık gerekiyorsa, yöneticilerle birlikte bütün çalışanlarda bu sorumluluk ve bilinci üstlenmeye yönelik bir teşvik oluşmaktadır.

Yazarlar eleştirileri yanında **kârlılığı gözetmeyen performans bağı döner sermaye uygulamasının devletçe özel bir destek (subvansiyon) sağlanmadığı sürece kalıcı olmasının mümkün olmadığını** ifade etmek suretiyle sisteme bir ölçüde ömür de biçiyorlar. Şu unutulmamalıdır ki performans göre ücretlerin belirlenmesi kamu alanında ülkemizde bir ilk olmuştur. Devletin kamusal sorumluluğu ve hedefleri çerçevesinde vermiş olduklarının karşılığını aldığı sürece bu alana özel bir desteğinin ve kaynak aktarımının şüphesiz devam edeceğini söyleyebiliriz. Sistemin bilançosundaki kâr hanesinde ise her zaman sosyal faydalar ile halkın ve çalışanların memnuniyeti yer alacaktır.

Yazarlar **her bir hastanenin yakın gelecekte bağımsız bir işletme olarak hedeflendiğini, bu işletmelerin hekime bugün ulaştığı seviyede bir performans ödemesi yapamayacağını ve bugünkü fiyatlandırma sistemiyle de zaten bunun olamayacağını** ifade ediyorlar. Bugün için Sağlık Bakanlığı'na bağlı çalışmakta olan ve merkezden yönetilen 900'e yakın hastane yakın bir gelecekte kamu hastane birliklerine dönüştürülerek desantralize olmuş yeni bir yönetim modeli ile yönetilecekler. Bu konudaki kanun tasarısı şu an Meclis gündeminde bulunmaktadır. Tasarı incelendiğinde tercih edilen yönetim modeli ile daha verimli ve ölçek ekonomisine göre işletilecek olan hastanelerin hekimlerine performans ücretlerini aynen ödemeye de-

vam edeceklerini göstermektedir. Hekimlerin ve diğer personelin performans ücretine esas tavanları aynen kanunda korunmuştur. Taslaktaki yeni hastane yönetim modeline baktığımızda hem hastane gelirleri hem de personel ödemeleri konusunda bir kuşku ya yol açacak hususun bulunmadığını düşünmekteyiz.

Yazarlar eğitim ve araştırma hastanelerinde **bilimsel yayınların yeterince ödüllendirilmediğin açık bir kanıt olarak "SCI Expanded" kapsamındaki bir dergideki birinci isimli yazara, sadece 500 puan verildiğini** ifade etseler de bu yanlış anlaşılma, yönetmeliğin oldukça kapsamlı olmasından kaynaklanmaktadır. Sistemde iki aşamalı şekilde bilimsel çalışmalara anlamlı bir destek bulunmaktadır. Birincisi bir önceki yıl yönetmelikteki listede yer alan bilimsel çalışmalardan toplam 500 puan/yıl çalışmayı belgelemeleri halinde her ay, hastane hizmet puan ortalamasının şef ve şef yardımcılara % 30'u, başasistanlar ve uzmanlara % 10'u oranında verilen ek puandır. Hastane ortalamasının % 30'u ek bir puan önemli bir destek olmaktadır. Örneğin hastane ortalamasının 20.000 puan olduğu bir yerde şeflere verilecek bilimsel çalışma destek puanı 6.000 olmaktadır. Bu kural hekimlerin her ay aldıkları ek ödemelerde bilimsel çalışma destek puanının önemli bir katkısının olduğunu göstermektedir. İkinci destek ise yazarların işaret ettiği gibi sadece yayının yapıldığı ayı takip eden dönem verilen ve yönetmelikteki listede yer alan yayının direkt puan karşılığıdır. Ancak yazıda sadece bu bölüme yer verilmesi sonucu bilimsel yayınların yeterince ödüllendirilmediği yanlışlığının ortaya çıktığı anlaşılmıştır.

Yazarlar, **eğitici konumdaki hekimlerin daha fazla puan alabilmek için hasta hizmetlerini eğitim ve araştırmaya tercih edebildiklerini, eğitim ve araştırmaya zaman ayırmadan, sadece hasta muayene ederek ya da ameliyat yaparak eğitim araştırma hastanelerinde en üst düzey puana ulaşabildiklerini** ifade etmişlerdir. Eğitim hastanelerinde bireysel performansın tanımında doğrudan üretilen tıbbi hizmetlere ilave olarak bilimsel çalışma ve eğitim ölçütleri de eklenmiştir. 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 düzeye gelmelerini sağlamak amaçlıdır. 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 katsa-

yılar kullanılmış, ancak buna rağmen bir ekip içindeki farklı performans gösteren bireylerin hakkını korumak için bireysel işlem puanının klinik ortalamadan sapması ayrı fakat sınırlı bir etken olarak kabul edilmiştir.

Yazarlar **yüksek lisans ya da doktora gibi, ilmini artırıcı faaliyette bulunanlara ek bir destek ya da teşvik söz konusu olmadığını** ifade etmektedirler. Performans değerlendirilmesinde sistemin hedefleri doğrultusunda çok sayıda ölçüt kullanılmıştır. Doğrudan ana öngörü ve hedeflere yönelik olmayan iyileştirme araçlarının ölçüt olarak kullanılmasından kaçınılmıştır. 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.

Burada yazarların yoğunlaştığı bazı eleştirilere cevap verilmeye çalışılmıştır. Tabii ki hiçbir sistem mükemmel değildir. Tüm eleştirilere rağmen performans sistemini aşağıdaki cümlelerle okumamız durumunda daha iyi anlamamız mümkün olacaktır.

- Sistem, sağlık alanında önemli, kendine özgü, güçlü ve dinamik bir düzenlemedir.

- Sistemin modellemesi, pilot uygulamalar ve araştırmalar sonucu ülkemize özgün yapılmıştır.

- Düzenlemeyi yapan açısından sistemin stratejik amaçları vardır. Düzenleyici ilk amaçlarına ulaşmıştır.

- Performans sistemi, bu zaman kadar özel sektörde kullanılan çağdaş performans yönetimi kavramlarını kamusal alana sokmuştur. Bu kamuda ilk



Performans değerlendirilmesinde sistemin hedefleri doğrultusunda çok sayıda ölçüt kullanılmıştır. Doğrudan ana öngörü ve hedeflere yönelik olmayan iyileştirme araçlarının ölçüt olarak kullanılmasından kaçınılmıştır.

örnek olmuştur.

- Sistem, sağlık hizmetlerinde kamu kaynaklarının verimli ve etkin kullanılmasını sağlamıştır.

- Hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırmıştır.

- Sağlık hizmetlerinde hakkaniyeti sağlamıştır.

- Hastanın hekim seçme hakkını güçlendirmiştir.

- Sağlık çalışanları, özlük hakkı olarak önemli bir kazanım elde etmişlerdir.

-Kanuni bir düzenlemeye gerek kalmadan uzman hekimler muayenehanelerini kapatmışlardır.

- Sağlık sisteminin kayıt altına alınması kolaylaşmıştır.

- Sağlık sisteminin performans göstergelerinin düzelmesini teşvik etmiştir.

- Kamu hastanelerini özel hastanelerle rekabet edebilecek duruma gelmelerini kolaylaştırmıştır.

Kaynaklar

Öztürk R, Kara V: Sağlıkta performansın performansı. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 5: 34, 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.