

“Sağlıkta performansın performansı”(2): Eleştirilere cevap

Dr. H. Volkan Kara



1974 Muğla – Milas doğumludur. Balıkesir Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. İlaç Sektöründe yöneticilik yaptı . İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Göğüs Cerrahisi İhtisasını 2007 yılında tamamladı .Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim dalında yüksek lisansını “ Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamaları “ konulu çalışma ile 2007 yılında bitirdi .Halen Gümüşhane Devlet Hastanesinde Göğüs Cerrahisi Uzmanı olarak çalışmaktadır .Yurtiçi ve Yurtdışı kongrelerde tebliğ ve dergilerde birçok makale sahibidir . Hatice Kara ile evlidir iki çocuk babasıdır .

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 ishaller ve infeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır.

Sağlık çalışanlarının önemli gündem maddelerinden biri olan olan performans dayalı döner sermaye uygulamaları konusunda yapıcı eleştiriler ve çözüm önerilerini ele aldığımız ve SD Dergisi'nin 5. sayısında yayımlanan “Sağlıkta

performansın performansı” başlıklı makalemiz aynı derginin 6. sayısında iki ayrı eleştirel yazının konusu olmuştur.

Sistemi elden geldiğince her yönüyle detaylı ve objektif olarak incelemeye çalışıp, yapıcı eleştiride bulunanlarla bizzat görüşüp, var olan yazılı eleştirileri ve dünya uygulamalarını elden geldiğince inceleyip hazırladığımız yazı, sa-

nıldığının aksine konuya sadece dıştan bakarak kaleme alınmamıştır.

Yazarlarından biri bizzat sistemi yaşayan ve konuyla ilgili hekim memnuniyetini ve sistemin aksayan yönlerini araştıran bir anket çalışması yapıp bunu kongre düzeyinde tebliğ etmiştir. Her iki yazar da sistemin olumsuz yanlarının geliştirilmesi üzerine düşünce geliş-



tirme gayret ve çababı içinde olmuştur. Bazı konularda yanlış anlaşılmalarda olsa bile makalemizin ilgi çekmesinden çok memnunuz. Bu yapıcı eleştirilerden elde edilen faydanın altının çizilmesinden öte, bazı net ifadelerin eksik yorumlanmasıyla adeta çözümsüzlük üreten yakıştırmaları ise memnuniyetimizi gölgeleyen ve üzüntü veren bir husus olmuştur. Umarız eleştirilerimiz ve diğer eleştiriler dikkate alınıp sistemin aksayan yönleri düzeltilmeye çalışılır. Bu yazıda eleştirilere cevap vermekle yetinmeyip sağlık sisteminde gelişmeyi hedefleyen uygulamaya daha önce olduğu gibi çözüm önerilerimizle bu yazıda da katkı sağlayacağımızı belirtmek isteriz.

Eleştirel yazılardan ilki Sayın Prof Dr Sabahattin Aydın tarafından kaleme alınmış olup yazımıza cevapla birlikte performans sisteminin tek boyutlu olmayan karmaşık yapısını izah eden bir makaledir.

Öncelikle belirtelim ki, bizler performansı sadece bir ek ödeme sistemi olarak görmüyoruz ve görmek istemiyoruz. Sistemin karmaşık ilişkiler içeren parçalarından oluştuğunun farkındayız ama bir "yap-boz" manzarası arzeden sistemin ilişkili parçalarının zamanında bazılarının yanlış tasarlanması sonucu, bugün aksaklıklar oluştuğunu düşüncesindeyiz. Haliyle böylesine karmaşık bir sistemin tam oturmasının zaman alacağını, ama geri bildirimleri ve eleştirileri dikkate alarak aksaklıkların daha kısa sürede düzeltilebileceğine inanıyoruz.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamalarına yapılan eleştirilerin sistem dışından kişilerden geldiğini düşünmek, yapılan eleştirileri sistemi anlama gayretinden uzak değerlendirmek, geri bildirim mekanizmasına sistemin ne kadar kapalı olduğu konusundaki iddiamızın teyididir. Oysa özellikle alternatifler ve çözüm önerileri içeren, sahada yapılan çalışmalara ve gayretli gözlem ve irdelemelere dayanan katkılar sistemi ve yöneticiler için bulunmaz bir nimettir. Bu kadar detaylı ve olayın iç yüzünü resmedebilen veri ve gözlemlerin sistem dışından tespitinin mümkün olamayacağı herkesin takdiridir. Çözüm önerilerindeki somut yaklaşımlar bu gözlemlerin ne kadar iyi sentez edilip uygun ve yeni açılımların yaratılabileceğinin teyididir.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları sahadan yeterince geri bildirim almadığı için, bir grup sağlık çalışanına giderek uzak bir hal almıştır. Sistemdeki uygulamalara bir şekilde taraf olduğunu hissetmeyen sağlık çalışanları olayın ekonomik yönünün ötesini irdeleme gayretinde de olmamışlardır.

Sistem, performansa bağlı döner ser-



maye uygulamasını homojen uygun ve etkin dağıtılan, sürekliliği mevcut, tıpkı kazanılmış hak gibi emeklilik ve sonrasına etki eden bir hale getiremediği sürece bunun ek ödeme kapsamında kalması, en azından böyle algılanmaya devam etmesi kaçınılmazdır. Elbette kanıta dayalı ölçütlerle, evrensel ekonomik uygulama ve karlılık şekilleriyle yapılmayan hak ediş paylaşımları, net karlılık hesaplaması yapılmadan verilen ödemeler branşlar arasında ve görev yerleri seçme değil de mecburi atama ile yapılan aynı branş içinde huzursuzluğa yol açacaktır. Buna branşın getirdiği hasta sayısı azlığından dolayı bütünün parçası olmaya mecbur tutulan, ancak ortalama tabir edilen havuzdan ödeme alması, döner sermaye komisyonunun insiyatifine bırakılmış, çoğu zamanda uygun ödeme almayı başaramayan "spesifik" branşlarda sorunlara yol açacaktır.

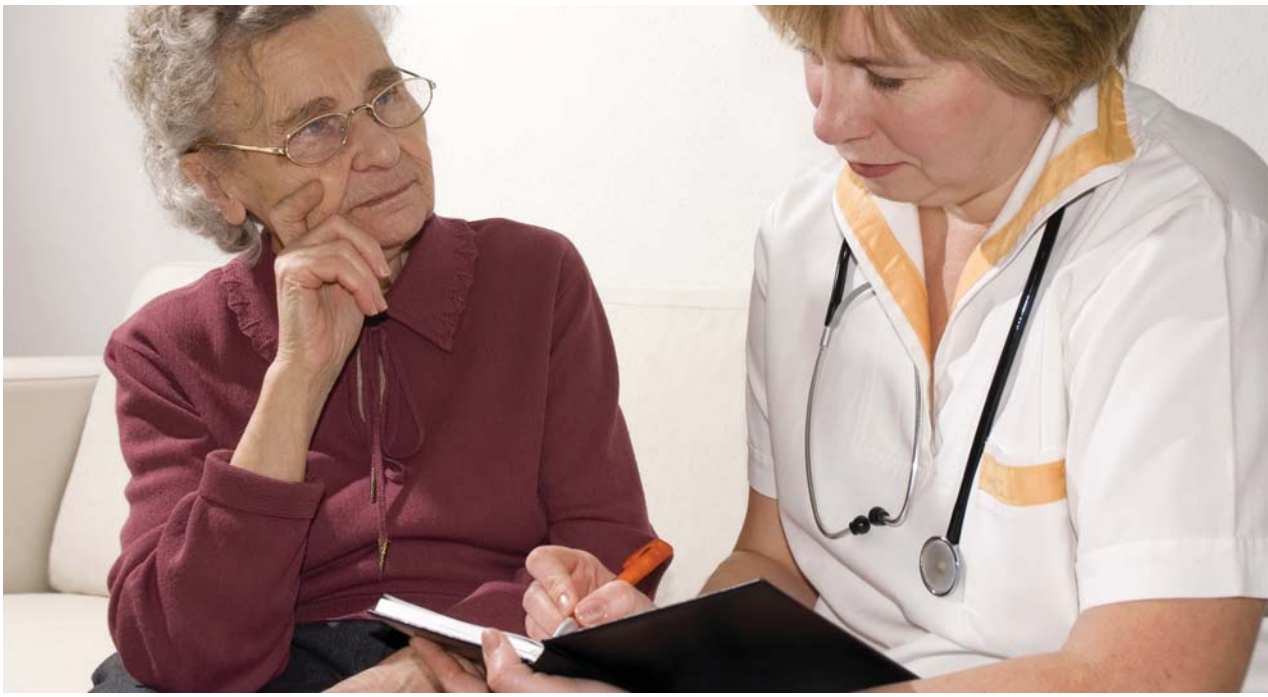
Makalemizin kayıtsız şartsız eleştiriden öte, mükemmel olanı henüz keşfedilmemiş geri ödeme ve performans sistemine ülkemiz gerçeklerinde ışık tutmaya çalışan katkı ve samimi düşüncelerden oluştuğunu birkez daha ifade etmek isteriz.

Performans kriterlerinde mevcut haliyle hasta memnuniyeti yeterli düzeyde yer almamaktadır. Ancak hasta memnuniyetinin bir hizmet kurumunda hele birde sağlık konusunda olmazsa olmaz olduğu bilinen bir gerçektir. Bugün için hizmetten yararlanma imkanı artan hasta memnun gözükürken, yarın kaliteyi daha önemser hale geleceği unutulmamalıdır.

Aslında ek ödeme konusu yapılan bir-

çok alt başlığın sağlık hizmetinin asgari beklentisi olduğu aşikârdır. Buradaki amacın daha önceki yıllarda yeterince yapılmayan dokümantasyon, arşivleme ve faturalama eylemlerinin etkin kılınması olduğu unutulmamalıdır. Kayıtların iyi tutulması, primlendirilmesi gereken bir davranış değildir. Bu öncelikle hukuki, ardından vazifesinin sorumluluğunu bilen ve tüm çalışanların yapması gereken bir davranıştır. Ancak bu kurum disiplinine sahip olmayan birçok sağlık kurumunda bir üstün gayret olarak gösterilmektedir. Yıllardır hastalarına kaliteli hizmet üretmeyen bir sağlık çalışanının sadece ortada performans var diye bu kaliteyi sağlamaya çalışmasını beklemek hayalcilik olacaktır. Sağlık hizmetlerine bu pencereden bakan çalışanların, bu uygulamaları fazla gelir elde etmek için sistemin yan ve alternatif ve bir o kadar da esnek yollarını kullanacağı açıktır.

Enfeksiyon kontrol komiteleri eskiye oranla daha bir kurumsallaşmış ve hemen her hastanede oluşturulmuştur. Doğrusu bu durum performanstan öte 2005 yılında çıkan "yataklı tedavi kurumları enfeksiyon kontrol yönetmeliği" sonucu olmuştur. Henüz ilgili komitelerin ürettiği hizmetlerin performans ödeme kriterleri içinde değerlendirilebilecek iş tanımları yapılmamıştır. Haliyle çağdaş dünyaya göre 3-4 kat gecikerek bu işe başlayan ülkemizde "Bugünden yarına hemen her şey olsun" diyenlerden değiliz. Bu örnekte olduğu gibi bir komitenin varlığı veya bir işin isim olarak yapılıyor gözükmesi, tek başına performans hak ediş sağlamamalı; kaliteli hizmeti hedeflemek esas olmalıdır. Örneğin kalça protez ameliyatları yapan bir merkezde dünya ortala-



ması yüzde 1 olan protez ilişkili enfeksiyonlar yüzde 5-10 seviyesinde ise orada yapılan ameliyatlara için verilen performans haksız bir "bonus" değil de nedir? Bunun gibi ventilatör ilişkili pnömoni, damar içi kateter ilişkili bakteremi, kateter ilişkili idrar yolu enfeksiyonları kalite ölçütlerini daha iyi uygulayan ABD hastaneleri verilerini analiz eden NNIS'e göre ülkemizde 2-4 kat fazladır. Bu durumda, ilgili hastaların izlendiği dallar dışardan yeterli sayıda hasta bakmış gözükmeyle birlikte hastane enfeksiyonu nedeniyle ülkeye ek maliyet yüklemektedir. ABD'de kateter ilişkili bakteremi, kateter ilişkili üriner enfeksiyon, mediastinit, kalite ve hasta güvenliği ile önlenemez diğer bazı enfeksiyonlar vd durumlarının (yanlış taraf ameliyatı, düşmeler, dekübitüs ülseri..) artık ödeme kurumlarınca geri ödenmemesi veya Fransa'da ekzojen hastane enfeksiyonları için hastaya tazminat ödenmesi durumu benzeri bir tablo ülkemizde de yarın bir gün uygulanırsa performans ödemelerinin ne olabileceğini düşünmek anlatmak istediklerimize ışık tutar mahiyettedir. Haliyle enfeksiyon için özenle korunma ve kontrol önlemleri alamayan hastanelerde diğer hizmetlerin kalitesine de şüpheyle bakılmaktadır.

Net karlılık bir yana, uygun alt yapı, tecrübe ve özenden yoksun yapılan her tür tıbbi girişimi saptayan bir sistem kurulmadığı sürece performans, kalite çalışanlarına öncülük etmek bir yana engelleyici olacaktır. Ülke çapında her düzeyde (birinci, ikinci, üçüncü basamak) kaliteli hizmeti özendirerek belirli göstergeler (kalite indikatörü) belirlenip performans özellikle bunlar üzerinden ödenmelidir.

Kişisel gelişimi desteklediğini ifade eden bu sistem yüksek lisans, master ve yabancı dil gibi faktörleri kesinlikle teşvik edici uygulamalara girmemiştir. Halbuki kişisel gelişmelerin sağlık hizmetine olumlu yönde nasıl yansıtılacağına ölçütleri belirlenip bunlar da performans kapsamında değerlendirilebilir. Doğal olarak kişisel gelişim sağlık hizmetinde ek bir kalite yaratırsa per-

formans kapsamına girer. Aksi halde sadece dil bilmek veya sertifika sahibi olmak, tek başına performans için bir ölçüt olamaz.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları, önerdiğimiz üzere net karlılık esasıyla çalışmadığı için ifade edilen kurumsal harcamaların gözetilmesi söz konusu değildir. Aksine olası girişim ve işlemler için verimliliği net değerlendirmeden, amortismanı ilgili hekimden talep edilmeyen altyapı ve ekipman, hem ülke kaynaklarının etkin kullanılmamasına hem de hizmet önceliğinin belirlenmesinde standartların oluşturulmasına engel olmaktadır.

Kurumsal performans kriterleri elbette mevcut fiziki alt yapı ve çalışan sayısı üzerinden bazı ortalamalar oluşturmak durumundadır. Ancak net karlılık esasıyla sergilenen bir davranış şekli bulunmamaktadır. İfade edilen ortaklık sadece gelir düzeyinde olmaktadır. Her ne kadar bazı gider kalemlerinin döner sermaye havuzundan karşılandığı söylenebilse de maaş, bina gibi birçok sabit gider bu haneye yazılmadığı sürece net verimlilik kavramı tartışmaya açık olacaktır. Kliniklerin toplamda net karlılığı (gelirler, mutad oran dışında kalan komplikasyon ilişkili giderler ve amortisman dahil diğer giderler), her ay olmazsa bile hiç olmazsa yılda bir iki kez değerlendirilip uzmanlık dalları arasında var olduğu iddia edilen haksız puanlama veya performans ödemeleri veriler ışığında rehabilite edilmelidir. Bu bağlamda uzmanlık alanlarına ait iş tanımlamaları ve bunlara ait puanlamalar, her uzmanlık alanından yetkin isimlerin katılacağı bir komisyonda dünya örnekleri dikkate alınarak yeni baştan değerlendirilip, var olduğu iddia edilen haksızlıklar hakkında şüpheler ortadan kaldırılmalıdır.

Performans, çalışanlara bulunduğu görev ve zorluk derecesine göre erken terfi, yüksek yıpranma payı gibi artılar sunmadığı için bunun tek ölçütü yapılan ödeme miktarı olarak görülmektedir.

Mevcut uygulamada eğitim ve bilimsel

faaliyetler çok mütevazı puanlarla desteklenirken, yapılan işlem ya da ameliyat bazında eğitici kadrosunun daha etkin şekilde primlendirilmesi gerekmektedir. Bilimsel hiyerarşiye olan saygınlığı koruma adına sağlık hizmet basamaklarına göre ödenen performans belli bir mantık çerçevesi içinde bir üst basamakta daha fazla olmalıdır. Bunu sağlamanın bir yolu sevk zinciri içinde olmak koşuluyla basamaklara göre sunulan hizmetlerin puanlamalarını ayrı ayrı belirlemektir. Örneğin birinci basamakta bakılan bir soğuk algınlığı ile üçüncü basamakta muayene edilen bir tüberküloz menenjit hastasının "muayene" puanı aynı olmamalıdır. Ayrıca üçüncü basamakta konsültasyon hizmetleri puanlaması yeni baştan ele alınmalıdır. Üçüncü basamakta komorbid hastalıklara sahip olan hastaların değişik uzmanlık alanlarıncı konsülte edilmesi bir zorunluluktur. Uygun konsültasyon sistemi tanıda gecikmeleri önleme, akılcı ilaç kullanımına katkı sağlama ve hastanede yatışı azaltma gibi ekonomik çıktılarına olumlu katkı sağlayacaktır. Konsültasyonlar için, korkulan istismları önleyici ölçütler belirlenerek uygun bir performans puanı verilmelidir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde, eğitim ve araştırma konusu bir tercih değil, zorunlu bir hak ediş ölçütü olarak belirlenmeli, sadece hasta bakarak "tam performans" puanı alınamamalı, ancak eğitim ve araştırmayı da yapabilenler belirlenen en üst basamak performans puanına ulaşabilmelidir. Hasta bakımı, eğitim ve araştırması tam olan bir hekim, haliyle ikinci basamakta tam puan sağlayan hekimden hiyerarşik yapılanma adına daha fazla performans ücreti almalıdır.

Birden fazla değişikene bağlı olduğu ifade edilse de, bu değişkenlerden hasta ve işlem sayısı dışında kalanların yapılacak ödeme miktarına yüzde olarak etkisi tartışılmalıdır. Burada sistemin anlaşılması ithamından öte çekilen fotoğrafın dozu arttırılmış bir X ışını niteliğiyle olayın içte kalan bazı yansımaları da gösterdiği unutulmamalıdır.

Eleştiride bahsi geçen motivasyon ve farkında olmanın, “nasıl daha fazla puan yapabilirim” ile arasında sadece ince bir hat olduğu, provizyona dayanmayan tetkik ve tedavi hizmetlerinin suistimal edilebileceği, bununla ilgili alt yapının sağlaştırılıp etkin çalıştırılmaması durumunda sistemdeki uygulamaların paketler dahil köprülenebileceği (bypass) unutulmamalıdır. Bu güne kadar bakanlık yetkililerinden alabildiğimiz bilgi dahilinde 899 hastanede bu konu ile ilgili idari kovuşturmayla ve hukuki sürece intikal etmiş vakanın olmaması olası sapmanın kaçınılmaz olduğu uygulamada gerçek ile örtüşmemektedir.

Eleştiri konumuz olan verimlilik, performansın sağlık hizmetlerinde neden olduğu kalite artışına ekonomik bir pencereden de bakmayı bilmek, bu kriterleri düzgün zemine oturtmak, kendiliğinden işler kılma gayesini taşımaktadır. Kendi iç dinamikleriyle yürüyen bir sistem aynı zamanda kurumsal kimlik ve başarının da teyidi olacaktır.

Eleştiride hekimlerin, ihtiyacın duyulduğu coğrafyalara gitmeye teşvik edilme gayesinden bahsedilmiştir. Oysa mevcut “mecburi hizmet” tanımı yine aynı bakanlığın tavizsiz hatta bazı eleştirilerle “insafsızca” bulunduğu bir icraattır. Birçok spesifik tabir edilebilecek branşın Cumhuriyet tarihinde ilk kez alt yapısı sınırlı birimlere gönderilmesinin hiçbir şekilde hekimî hizmete teşvik etmesi söz konusu değildir. Alt yapı yetersizliği/yokluğu nedeniyle görev icrası mümkün olmayan ünitelerde hekim memnuniyetini sağlamak mümkün değildir.

Elbette aynı kurum içinde çalışan, örneğin uzman doktor statüsüyle görev yapan, hele bir de ismi soğuk mecburi hizmet tayini ile görevine gelmiş bir hekimin, hastası ya da uygun alt yapısı olmadığı için diğer branşın uzman doktorları daha yüksek meblağlar ile performans ödemesi alırken, bir nebze şanslı ise ortalamadan ya da hastası oranında düşük miktarlarda performansla yetinirken ve tüm bunları rızası dışında yaparken, zincirin zayıf halkası psikolojisine büründüğünü ön görmek çok yerinde bir tespittir. Hekimler, görevlerini daha aktif icra etmek için teknik alt yapının hastanelerine gelmesi ya da branşına göre bu alt yapının mevcut bulunduğu hastane ya da merkezlerde çalışarak birkimlerini kullanma arzusunda olan ve bunun için kendini ifade etmeye çalışan bir devlet çalışan grubudur. Bu meslek grubunda işini aktif icra edememenin orta vadede “tükenmişlik sendromuna” neden olduğu kabul görmüş bir bilimsel sonuçtur. Bu neden ile devlet sektöründe durumunu kabullenen ve görevini sorgulamadan

ve yeni açılımlara talepkar olmaksızın yapan bazı diğer alt gruplardan ayrıldığıni belirlemek önemlidir.

Eleştirilerin özellikle somut ifadeli olanların yönetim ekibi tarafından olası modifikasyonlarda kullanılacak şekilde değerlendirilmeye alınması uygulamaları etkin ve güncel kılacaktır. Her branş bazında yapılacak bu güncel geribildirim, o grup ya da branşın farklı saha şartlarına daha uyumlu geribildirimler sağlamalıdır.

Elbette cerrahi branşın kendisi ve hastası üzerinde taşıdığı risk, dahili ya da bazı tetkik branşlarından daha yüksektir ve bunun takdir edilmesini beklemektedir. Nasıl radyoloji branşının olası işin maruziyetinden dolayı yıpranması bir şekilde çalışma saatlerine ve hak edişlerine yansıtılıyorsa, onlarca farklı durumda hastanın ameliyatını yapıp bu konuda riskini arttıran doktorun, kritik hastalara bakan hemşiresinin sadece birkaç puanlık katsayı artışından öte, yaptığı işin geleceğine daha somut etki ettiğini düşündürecek yıpranma payı faktörü kullanılmalıdır. Bu mevcut uygulamanın görev yeri ve zorluğuna göre insanları teşvik ve motive etmenin çok daha kalıcı ve etkili bir yolu olarak göze çarpmaktadır.

Devletin sağlık hizmetlerine ulaşımı kolay ve etkin kılması elbette hepimizin beklentisi ve arzusudur. Ancak aynı sosyal devletin ülke kaynaklarını etkin kullanması, tıpkı halka olduğu gibi sağlık çalışanlarına adaletli davranması, sistemlerin kurumsallaşarak kalıcı olmasını sağlaması gerekmektedir. Bunlar yapılırken evrensel işleme zihniyet ve kurallarına belli ölçülerde uyulması, olası sübvansiyon ve desteklerinde kaynak bazında standardize edilmesi önemlidir. Genel bütçe elbette tüm halkın kullanımı içindir. Ancak sağlığın en büyük müşterisi olan devletin güvencesinin tahsisi, hizmet alımı ya da sağlanımı aşamasında ve tüm bu süreçlerin etkin, yerinde ve caydırıcı yöntemlerle denetim ve kontrolünü sağlaması gerekmektedir.

Yazımıza yapılan ikinci eleştiri Sayın Dr. Mehmet Demir ve Dr. Hasan Güler tarafından kaleme alınmıştır. İlgili eleştiriler hakkındaki cevaplarımız aşağıda sunulmuştur.

Eleştirilerde performansla dayalı döner sermaye uygulamalarının ülkeye verdiği ekonomik zarar, sağlık çalışanlarına ödenen ek ücretlerin miktarı olarak algılanmıştır.

Oysaki burada kast edilen branşının ve biriminin daha fazla kazanması (sağlık ücreti fatura etmesi) suretiyle daha fazla döner sermaye alabileceği güdüsüyle, tetkiklerde ve reçete edilen

Eleştiri konumuz olan verimlilik, performansın sağlık hizmetlerinde neden olduğu kalite artışına ekonomik bir pencereden de bakmayı bilmek, bu kriterleri düzgün zemine oturtmak, kendiliğinden işler kılma gayesini taşımaktadır.

ilaçta dolaylı yoldan olan artışlar, sağlık çalışanlarının sisteme getirdiği ölçülebilen ekonomik yük ve ölçülemeyen sosyal kaynaklı yüküdür. Ayrıca kalite ölçütlerine uymadan verilen hizmetin artmış komplikasyonlar nedeniyle performans dışında ülkeye ciddi maliyet yüklediği yukarıda değişik örneklerle açıklanmıştır. Ameliyathane alt yapısı ile birlikte preop/periop ve postop izlem ve bakım sorunları protez vb cerrahi girişimlerde enfeksiyonların ve diğer komplikasyonların beklenenden yüksek olmasına ve sonuçta morbidite, mortalite ve maliyet artışına yol açılmaktadır. Birçok il ve hastane verilerinde yatak ve hekim sayısında belirgin bir artış yokken, özellikle küçük ameliyat sayılarında ciddi artışlar görülmektedir (Sağlık Bakanlığı istatistikleri). Bu artış aynı hastanelerdeki doğum sayısı gibi performansa bağlı olması mümkün olmayan işlem sayı ve oranlarının aynı ya da makul artışlarda olmasıyla açıklanabilir. Yatak sayılarındaki artış girişimin sayılarına sebep olarak gösterilebilirse de bir yatağı kullanan yıllık hasta sayısını ifade eden yatak devir hızı 2001 yılında 38.6 iken, bu sayı 2007 yılında 55.3 olmuştur. Yani 2001 yılına göre yataklar bugün daha yoğun ve etkin kullanılmaktadır. Bu, mevcut alt yapının daha etkin kullanıldığını gösterse de artan ameliyat sayılarında olası başka faktörleri akla getirmelidir. Bu mukayeseler hastane bazında da yapılabilecektir. Hasta başına ortalama harcama değerlendirmesi verisine maalesef ulaşamamıştır. Ancak bunda da ciddi bir artış olduğu iddiamızdır. Cevaplarda bunu çürüten veri verilmemesi, hatta bir konuda bu konuya hiç değinilmemiş olması kendimizi haklı hissettirmektedir. Yapılacak kesitsel araştırmalarla veri tabanı iyi kontrol edilen birkaç bölgenin performans öncesi ve sonrası harcama ve işlem sayıları yol gösterici olacaktır. Bu konuda tüm sosyal güvenlik kurumlarının aynı çatı altında toplanması ve devlet hastanelerinden hizmet almasının suni ve yanlış

Her iki cerraha da bin 500 ve üzeri puan öngören operasyonlar artmaktadır. Yapılan tek ameliyata iki kez ücretlendirme yapılması, hep tartıştığımız net karlılık presibiyle de çalışmaktadır. Çift etkin iş gücünün değerlendirilmesi önemlidir. Ancak sadece puanla olması ve fazladan dağıtılması işletmecilikle çalışmaktadır.

bir artış sağlayacağı olası eleştirinin de hasta başına sağlık –tetkik– ameliyat sayılarıyla daha objektif değerlendirilebileceği düşüncesindeyiz .

Sağlık çalışanlarının gelir düzeyinin hakediş olarak yüksek tutulması performans kriteriyle bunun azalma ihtimaline dayalı bir sistem olması önerimizdir. Maliyet kontrolü ve buna paralel performans en önemli konularımızdır. Net karı hesaplanmamış bir sistemde, sabit giderlerin devlet ve bakanlık bütçesinden karşılanıp elde edilen gelirin belirlenen oranlarda dağıtılması, hem işletmecilik zihniyetiyle çalışacak, hem de ürettiği sağlık hizmeti için aynı oranda ekonomik yatırım ve amortisman gerektirmeyen branşlar arasında adaletsizlik yaratacaktır. Bu fikir ve düşüncemiz halen devam etmektedir. Bu uçurumun özellikle cerrahi ve dahili branşlar arasında oluşacağı, hizmet alt yapısı daha basit ve maliyeti düşük altyapı ile hizmet üreten dahili branşların puanlamasında gerek iş gücü, gerekse ekipman ile ciddi bir yatırım ile hizmet üreten cerrahi branşların yüksek puanlaması ikilemi ortaya çıkarmaktadır. Aynı denge-sizlik, cerrahi branşların işlemleri esnasında sahip oldukları yüksek riskin yıpranma paylarına yansıtılması şeklinde de uygulanması yine önerimizdir. Artan işlem sayılarında sıklığı her branşın daha kolay olarak kabul edilen elektif ve birçok zaman subjektif kriterler ile kararı alınan (Genel cerrahi için fitik, hemoroid yada apendektomi; Kardiyoloji için EKO; nöroloji için duyu sinir muayenesi) muayene işlemleri olduğu iddiamız halen devam etmektedir. Operasyonlardan daha yüksek puan elde edilmesi için içeriğinin artırılarak orta hatta büyük

ameliyat sınıfına sokulmasına yönelik gayretler de tespitimizdir. Özellikle belli büyüklüğü aşan ve her iki cerraha da bin 500 ve üzeri puan öngören operasyonlar artmaktadır. Yapılan tek ameliyata iki kez ücretlendirme yapılması, hep tartıştığımız net karlılık presibiyle de çalışmaktadır. Elbette çift etkin iş gücünün değerlendirilmesi önemlidir. Ancak bunun sadece puanla olması ve fazladan dağıtılması işletmecilikle çalışmaktadır. Belki bu yüzden önerdiğimiz farklı motivasyon kaynaklarından olan yıpranma payı gözden geçirilmelidir.

Hastane yönetimine bu konuların denetlenmesi ile ilgili yetki ve sorumluluk verilmiştir. Ancak bunca hastane ve sağlık kuruluşunda bugüne kadar bizim tespit edebildiğimiz soruşturma ya da mahkeme nedeni olan bir kanuni olmayan ücretlendirme vakasının olmaması, teorik olarak herşeyin bu kadar yerinde ve uygun yapılamacağını düşündürmektedir. Denetim mekanizmasının eksiklikleri mevcuttur; yerinde ve anında kontrol ya da önlem müessesesi çalıştırılmamaktadır. Bugünlerde uygulamaya geçen merkezi denetim sisteminde bile veriler “online” girilse de aynı süratle değerlendirme yapılamadığı için yapılan birçok tetkikin uygunluğun takip eden zaman diliminde değerlendirilmektedir. Yine aynı şekilde devleti zarar soktuğu tespit edilen ilgili ücreti tarafına rucü edilen sağlık çalışanı bilgimiz dahilinde mevcut değildir.

Olası suistimallerin engellenmesi için paket uygulaması bir dönem kullanılmıştır. “Kullanılmıştır” diyoruz çünkü ilgili yazarların yazımıza cevaben oluşturdukları eleştiri içeriğinde ciddi bir yer tutan ve o gün dahilinde kullanımda olan paket uygulamasının bu yazının kaleme alındığı günlerde kanunen yürürlüğü durdurulmuştur. Uygulandığı günlerde de matematiksel bir bilim olmayan tıp bilimindeki uygulamalarda sorunlara yol açtığı tespit edilmiştir. İyi düşünülmeden, tartışılmadan hazırlanan paket uygulaması, tetkiklerin belirlenen sınırları aşması durumunda bu tetkiklerin zaman dilimine bölünmesi, hasta tanılarının ötelenmesine yol açmıştır. Paket uygulama kısıtlamasını aşmak için belirlenmiş bir diğer husus “sanal yatış” denen köprüleme mekanizmasının devreye sokulmasıdır. Yine bu sistemin emniyet subabı olarak yerleştirilen acil durumlar ve kanser ön tanıları, yine bir grup tarafından ana yol olarak kullanılmıştır. Bu tür ön tanılarla yapılan yoğun tetkik ve tedavilerin araştırılıp hangi oranda ön tanı ile örtüşen sonuçların çıktığının tespiti gelecekteki suistimallerin önüne geçilmesinde ciddi caydırıcı ve ispata dayalı bir kontrol mekanizması olacaktır. Aynı dönemde poliklinik

şartlarında geri ödemesi yapılamayan ücretlendirmelerin aşılmasından günlük yatış ya da sanal yatışlar çözüm üretici olarak kullanılmıştır.

Branşlar arası rekabette yukarıda belirtildiği üzere cerrahi ve dahili branşların ayrıldığına değinilmiştir. Burada cerrahi hizmetlerin yürüyebilmesi için ameliyathaneden yoğun bakıma yoğun bir alt yapı gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Oysa bu alt yapı dahili branşlar için çok daha mütevazidir. Aynı şekilde tetkik branşlarında milyon dolarlık yatırımlar neticesinde bahsi geçen puanlar alınabilmektedir. Bu ekipmanın amortismanın gözetilmeden yapılacak gelir dağıtımı zaman içinde gerekecek olan yenileme sürecinin etkinliğini azaltacaktır.

Ancak cerrahi branşların uygulanan hassas girişimler ve hem hasta yaşamının devamı hemde ekibin aldığı fiziksel risk nedeniyle, hem hekim hemde yardımcı personel için tıpkı diğer bazı mesleklerde (asker-polis) olduğu gibi toplam çalışma sürelerini etkileyen ve aşağı çeken bir faktör olmalıdır .

Aynı statüyle çalışıp benzer ödeme almayan uzman hekimlerden kast edilen farklı branşların hekimleridir. Her ne kadar döner sermaye komisyonuna hasta sayısı az olan hekimlere kurum ortalamasından döner sermaye hakedişi öngörülse de, 2/3 çoğunluk gerekliliğiyle bu birçok bölgede mümkün olmaktan uzaktır. Bu bölgelerde sağlık zincirinin en zayıf halkası, etrafındaki benzer statüdeki (uzman doktor) meslektaşlarının iyi ücretlendirildiği hastanedeki branşının getirdiği sıkıntılardan dolayı yeterince performans elde edemeyen, tayinle atanmış özel branş hekimleridir.

Elbette sağlık, sosyal yönü engellenemez ve geri durulmaması gereken bir hizmet sektörüdür. Toplumun menfaatlerinin devletin sübvanses etmesi kaçınılmazdır. Ancak önerilerimiz bu sistemi kendi kendine işler halde kılıp devamlılığının sağlanmasının tahsisi şeklindedir. Eleştirilerde meclis gündeminde bulunan desantralizasyonla bağımsız olarak hastanelerin işletiminden bahsedilmektedir ve hekimlerin performans olarak hakedişlerinin devam edeceği ifade edilmektedir. Sabit giderlerin (bina, maaş, temel hizmetler) kurumca ödendiği durumlarda performans ödemelerinin bu denli cömert yapılabilmesi ihtimal dahilinde görülmektedir.

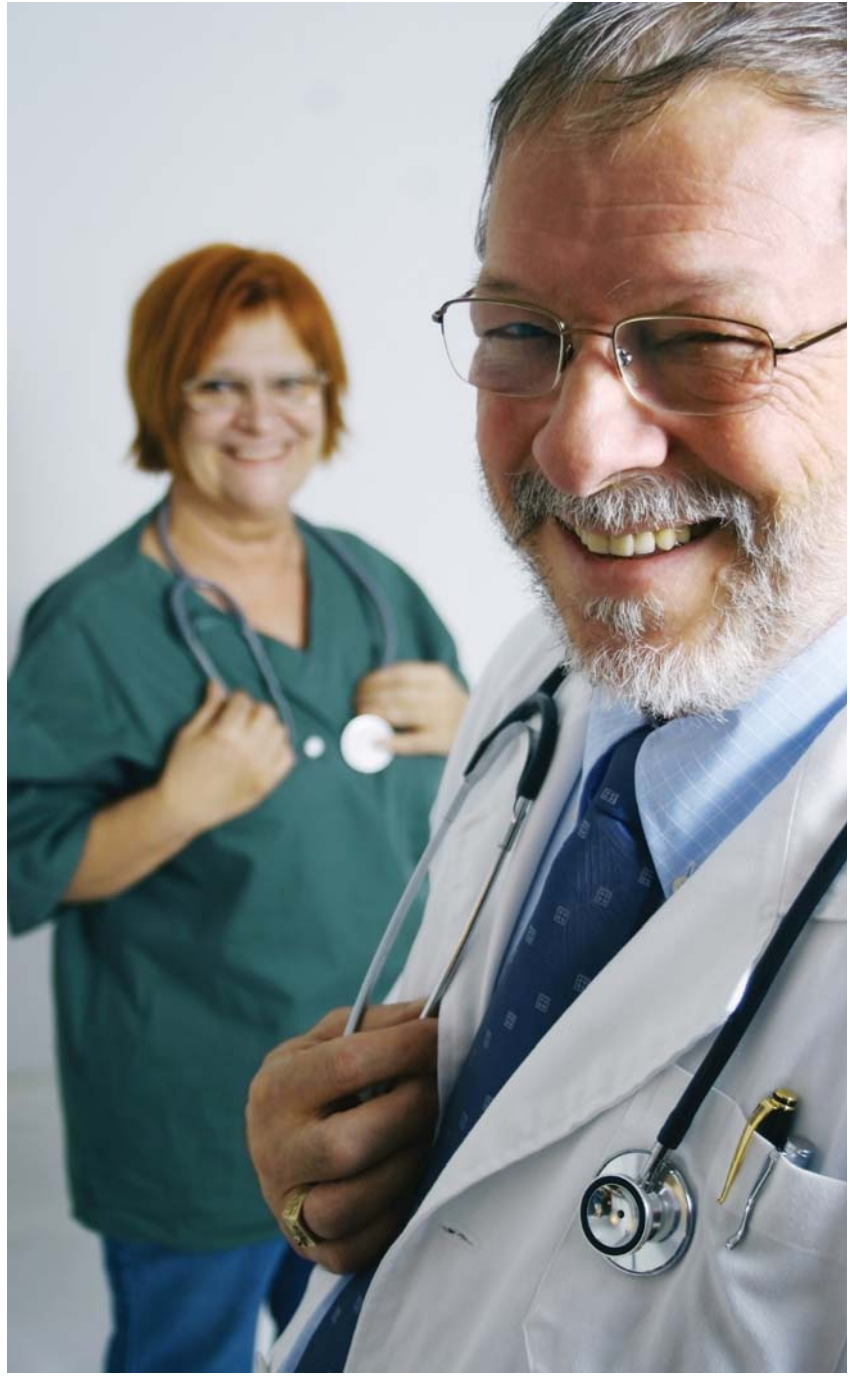
Bilimsel desteğe yönelik maddelerin eğitim araştırma hastaneleriyle sınırlı kalması bilimselliği belli grubun tekeline bırakarak hizmet hastanelerinde ve çalışanlarında bu konuda beklenti olmadığını bakanlık tarafından tescilidir.

Performans yönetmeliğinde bilimsel yayın puanları eğitim araştırma hastanelerinde yapılırsa performansa katkı sağlayabilmektedir. Eğitim-araştırma hastanelerinin birincil vazifesi eğitim verip bilime katkı sağlamaktır. Oysa hizmet hastaneleri bu konuda daha fazla teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Bahsi geçen puanlar onlarca emek ve aylarca süren yazışmanın karşılığı değildir. Bunun kıymeti ancak baştan sona bir yazının basımında fiilen yer almış yazarlarca takdir edilebilecektir!!! Bu puan birkaç fazla ameliyat yaparak kapatılacak bir fark seviyesindedir. Bu emek ayrımını ve cefasını belirlemek çoğu zaman yöneticiler için empati yapması güç bir durumdur. Yine de performans uygulamaları başladığından beri bakanlık genelinde toplam puan olarak bu şekilde ne kadar teşvik yapıldığını rakamsal olarakta bilmek isteriz. Bunun bir hakediş değil yine inisiyatifte bağlı olduğunu hatırlatırız.

Eğitim hastanelerinin sırtındaki performans baskısı devam etmektedir. Eleştirilerde bahsi geçen ekip başarısının esasının hiçbir iz düşümü bulunamamıştır. Asgari olarak eğitim beklentilerinin yerine getirildiğini ölçen bir ölçüt yoktur. İhtisas bitiren uzmanın kalitesi, hizmet içi eğitim ve bilime katkı hiçbir şekilde değerlendirilmemektedir.

Bakanlık bilimsel gelişimin önemli bir diğer halkası olan, yüksek lisans ve doktora gibi meslek sahibi olduktan sonra dahi kişilerin bilimsel gelişmeleri için ciddi emek ve efor sarfedilen ve çoğu zaman akşam eğitimleriyle sürdürülen, mevcut mesleki ve sosyal sorumluluklara rağmen yapılan gayretleri değerlendirdiği hizmet puanlarını 2008 yılında kaldırmıştır. Oysa hasta bakımı, eğitim ve araştırmaya pozitif katkı sağlamak koşuluyla, gerek yabancı dil başarısı, gerekse yüksek lisans doktora gibi program mezuniyetlerinin de ek ödemede baştan beri bahsi geçen rekabeti oluşturmak ve diri tutmak için gerekli olduğu açıktır. Buna yanıt olarak yapılan işlerin bu tahsil ya da yeteneklerden etkilenmeyeceği gösterilebilir. Ancak bu da hizmet kalitesinin her anlamda daha iyi eğitim ve kalitedeki sağlık çalışanıyla olacağına inandığını düşündüğümüz bakanlığın felfesesiyle çalışmaktadır. Aynı bakış açısıyla eksikliklerini göz önüne serdiğimiz bilimsel çalışmalarında hastalara üretilen hizmet ile birincil ilgi göstermeyeceğinin de belirlemek önemlidir.

Hemşireler üzerinden verilen örnek incelendiğinde elbette tahsili fazla olanın ek ödemeden farklı yararlanması gerekmektedir. Eğer bahsi geçen adaletsizlikse bu maaş ve kadro dağılımında da yapılmaktadır. Olaya o zaman şu



yönden bakmalıyız: Niye insanlar aynı şekilde değerlendirilip ilave bir jeste tabii tutulmayacaksa, hem çalışıp hem tahsilini yükseltme gayretinde olsun ki? Bu yaklaşım eleştirilerin başında yer alan performansın temel rekabet ve paralel artan hizmet kalitesine ters düşmektedir. Yüksek tahsil ve yapılan ek bilimin hastaya bilimsel ve sosyal olarak artmış hizmet kalitesi getireceği net ve açıktır.

Yazarlar yazılarının sonunda performans sağladıkları konusunda bazı çok iddialı ifadeler kullanmışlardır. Örneğin performansın kamu kaynaklarının verimli ve etkin kullanımına yol açtığı iddiası henüz maliyet analizleri ile ortaya konmamıştır. Ayrıca performans özlük hakkı olarak sunulmuştur. Halbuki gelirlerle paralel olarak yarın performans devamında sıkıntılar olduğunda bu özlük hakkı (?) ilk elde terk edilmeyecek midir? 'Kamusal düzenlemeye gerek kalmadan uzman hekimler muayenelelerini kapatmışlardır' hükmü, "tam gün yasa tasarısı taslağıyla" geçerliliği kalmayan bir iddia durumuna düşmüştür.

Uygulamalar yaşayan canlılar gibidir; değişim ve gelişimin olmaması mümkün değildir. Bunun sağlanması bile bir sistem dahilinde olmalıdır. Saha-dan gelen bilgi akışının ne şekilde olduğu ve etki sağladığı değişiklikler sağlık çalışanlarıyla paylaşılmalıdır. Günümüzün teknolojisi buna uygundur. Yapılacak uygulamalarda alt yapı ve denetim mekanizmaları en önemli halka olarak görülmelidir. Aksi takdirde performans uygulaması, artan tetkik ve girişim sayısı ile bilinçli halk kesiminde sağlık çalışanlarına olan itimadı azaltıcı sonuçlar doğurabilecek; önerilen girişim yada operasyonların sorgulanırlığı artacaktır. Bu konuda yapılacak bir hasta anketi bazı gerçekleri gözönüne serecektir. Bakanlığın bu konularda cesur olması, somut tespitleri aynı somut davranış şekilleriyle çözüme gayretinde olmalıdır. Aksi takdirde kutsal olan sağlık hizmeti ve üreticilerinin üzerinde arınması güç bir şaibe oluşacak, hizmet üreticilerinin arasında tamiri güç mesafe ve çatlaklara yol açacaktır. Ve kaçınılmaz olumsuz sonuçlar sağlığın nihai tüketicisi olan hastalara yansiyacaktır.