SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

T.C. Sağlık Bakanlığı

SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Copyright © 2007. T.C. Sağlık Bakanlığı. Her hakkı saklıdır.
Gözden Geçirilmiş 2. Basım

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SERİSİ - 2

SAĞLIK BAKANLIĞI YAYINIDIR.

HAZIRLAYANLAR

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
Dr. Mehmet DEMİR

KATKIDA BULUNANLAR

Dr. Hasan GÜLER
Uz. Dr. M. Vasfi YÜCEL
Uz. Bayram DEMİR
Süleyman H. KAPAN
Uz. Erdoğan YILMAZ

TEŞEKKÜR

Sağlıkta Performans Yönetimi isimli eserin yayınlanmasına destekte bulunan Strateji Geliştirme Başkanı Memet ATASEVER, Başkan Yardımcıları Hakan AKSU, Başkanlığın Performans Yönetimi ve Kalite Ölçütleri Geliştirme Daire Başkanlığından, Melahat ELMAS GAZİ, Gülsemin TUYGAR, Sevgi TAŞKIN KARATAŞ, Günnur ERTONG, ile diğer birimlerden Sezai KAYA ve Yaşar YILMAZ'a teşekkür ederiz.

Ankara
Ekim-2007

Onur Matbaacılık Ltd. Şti. 0.312 394 08 90

İÇİNDEKİLER

1. Sunuş 5

2. Giriş 11

3. Sağlık Sistemi Performansının Değerlendirmesi 13

4. Kaliteli Sağlık Hizmeti Arayışı 17

5. Sağlıkta Performans Yönetimi 29

6. Performansa Göre Ödeme Sistemleri ve Zorlukları 35

7. Performansa Göre Ödemeyi Bütünleyen Unsurlar 43

8. Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi 45

9. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Nedir? 59

10. Sistem Nasıl İşliyor? 63

11. Kurumsal Performansın Değerlendirilmesi 67

12. Performans Sisteminin Sonuçları 71

13. Personele Yapılan Ek Ödeme Sonuçları 83

14. Sistemin Diğer Unsurları 89

15. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Takibi 91

16. Performansa Göre Ödeme Sağlık Harcamalarını Artırıyor mu? 93

17. Kaynaklar 99

1. SUNUŞ

Performans, bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Bu etkinlikte rol alan kişilerin ayrı ayrı performansları, bütün olarak etkinliğin sorumluluğunu taşıyan kurumun çıktılarına yansır. Öyle ki, bir kurumun performansı, belli bir dönemin sonunda, o kurumun amacını gerçekleştirme ya da görevini yerine getirme başarısını tanımlayan bir göstergedir. Organizasyonda sorumluluk taşıyan bireylerin performanslarının değerlendirilmesi ise, organizasyonun amaçlarına ne ölçüde katkıda bulunduklarının tespit edilmesi anlamına gelir.

Önceden belirlenen amaçlar doğrultusunda, ortaya konan başarı düzeyini belirleyebilmek için ölçme, karşılaştırma veya değerlendirme gibi yöntemlere başvurulmaktadır. Kurumsal yapıların karmaşıklığı bir yana, binlerce insan tarafından gerçekleştirilen, sayılamayacak kadar çok değişik işlemin birbiri ile tanı ve tedavi aşamalarında girift ilişkiler içinde olduğu; çıktısı doğrudan insanın mutluluğu olan sağlık sisteminde yapılacak değerlendirmeler 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 uyuşmamaktadır. Bunun için daha yeni ve değişik kavramların, ölçüm yöntemlerinin ve göstergelerin geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerini iyi analiz ederek, ülkenin ihtiyaçlarını ve şartlarını göz önünde bulundurarak gerçekçi hedefleri tanımlayabilir ve bu göstergeleri geliştirebiliriz; geliştirmekteyiz. Bu esnada dikkat etmemiz gereken husus, göstergelerimizin uygun, kapsayıcı, sınırlandırılmış bir nitelik taşıması; tutarlı, güvenilir ve geçerli olmasıdır.

Amacımıza daha fazla yaklaşmak için performansımızı artırmak ve iyileştirmek zorundayız. Bunun için performansı

değerlendirmek ve ölçmek gerekir. Başarının anahtarı, iyi tanımlanmış ölçülebilir hedefler çizerek yol almaktır. Ancak, çalışanların performans değerlendirilmesi ve ölçülmesi işlerinin, amirlerin gözlemi, inisiyatifi ve ön yargıları doğrultusunda sübjektif yöntemlerden ziyade bilimsel bazı kriterler ve ilkeler çerçevesinde yapılması daha doğrudur. Değerlendirmek ve ölçmek için önceden objektif, ölçülebilir kriterler belirlenmelidir. Performans kriterleri olmaksızın, performansta iyileştirme beklenemez.

Tarafımızdan tanımlanan ve uygulayıcıların geri bildirimleri ile 3 yıl içinde 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. Bunlar, bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, aşılama oranı, yenidoğan tarama testleri ve modern aile planlaması yöntemini kullanma oranlarıdır.

Ölçülebilir bireysel performanslar, etkinlikleri kurumların amacına yaklaştırdığı ölçüde önem kazanmaktadır. Yukarıda da değinildiği üzere performans değerlendirmesinin esas gayesi budur. Geliştirdiğimiz performans değerlendirme sisteminde, niceliksel olarak ölçülen bireysel performans değerlerinin, kurumların kendi aralarında derecelendirilmesi veya çalışanlara ücret olarak yansımasında, 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 gerekir. Bunun yanında "kurumsal performans" tanımı ile Bakanlığımızın 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 düzeye çıkarılması, sağlık hizmet sürecinde belli uluslararası kalite kriterlerinin yerine getirilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanmış olması gerekmektedir.

Sağlık sistemimizin kendi öncelikleri ve evrensel değerler bir arada gözetilerek oluşturulmuş olan bu performans değerlendirme sistemi tamamen tarafımızdan geliştirilmiş ülkemize özgü bir sistemdir.

Modern yönetim anlayışı, çalışanların başarıları oranında ödüllendirilmesini öngörmektedir. Bu ödüllendirme yöntemlerinden en yaygın olanı başarının ücrete yansıtılması, diğer adıyla performansa dayalı ücret sistemidir. Bir diğer deyişle, performansa dayalı ücret sistemleri, bir kuruluşun amaçlarının ya da bireysel performans hedeflerinin gerçekleştirilmesi oranında çalışanların ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi amacıyla kullanılan araçlardır. Bu sistemlerin temel hareket noktası, ücretlerin bir kısmının veya sabit ücretle birlikte verilen ek ödemenin çalışanın performansına göre belirlenmesidir. Buna karşı olan görüşlerin de varlığına rağmen, performansın ücretlere yansıtılması günümüzde çalışanların motivasyonunda ve örgütlerin başarısında büyük rol oynamakta ve yönetim bilimciler tarafından yaygın kabul görmektedir.

Performansa bağlı olarak ödenen ücretler değişken nitelik taşır ve genellikle performanslarındaki gerçekleşmelerin bir yansımasıdır. Bu ücretler, çalışanın belirlenen dönemde ulaştığı performansına bağlıdır ve belirlenmiş birim zaman diliminde kurumun performansına, çalıştığı bölümün performansına, kişinin kendi bireysel performansına ya da bunların bileşimine bağlı olarak değişir.

Bu anlayış çerçevesinde sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olarak tasarlanan "performansa göre

döner sermaye katkı payı ödemesi" Bakanlığımızca 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Yukarıda sözü edildiği gibi, sübjektif değerlendirmelerden uzak, tamamen kayıta dayalı, zaman içinde geliştirilip şekillendirilen nesnel ölçümlere bağlı ve bize özgü örnek bir uygulamadır.

Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin 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.

Hekimlerimizin çalıştıkları kurumlara sahip çıkmasını ve öncelikle kurumun başarısına odaklanmasını kolaylaştırmak için hastanelerde tam zamanlı çalışan hekimlere daha fazla teşvik ödenmektedir. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamalarımız, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarımızı 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.

Oluşturmaya çalıştığımız sistem, sağlık çalışanlarını, kendi potansiyellerinin farkına varmalarını sağlayacak şekilde motive ederek sağlık sisteminden daha etkin sonuçlar almak isteyen ve bunun için iyi tanımlanmış amaçlar, performans standartları, hedefler, ölçüm, geri bildirim ve ödüllendirme aşamalarından oluşan sistematik bir yönetim aracıdır. Bu sistem sürekli öğrenme ve gelişme süreci olarak değerlendirilmiş, en yalın ve kolay uygulanabilir bir yapıyla başlatılıp, mevcut uygulamaların sonuçlarından çıkarımlar yapılarak ileriye dönük olarak geliştirilmiştir. Geliştirilmeye devam edilecek ve ülkemizde kullanılmasının yanı sıra birçok ülkenin örnek alacağı bir model olacaktır.

Sağlıkta performans yönetimi, sonuçları değerlendirildikçe gelişecek ve diğer sektörler için de örnek

teşkil edecektir. Bu uygulamalar hastanelerimizde hizmet anlayışını değiştirmiştir.

Artık birçok uzman hekimimiz muayenehanelerini kapatarak kamu hastanesinde tam zamanlı çalışmayı tercih etmektedir. 2002 yılında % 11 olan kamuda tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı 2007 yılında % 62 olmuştur. Sisteme güven duyulması ve sürekliliğin sağlanması halinde bu durum çok daha yaygınlaşacaktır.

Birçok hastanemizde mesai saatleri uzamış, ameliyathaneler daha uzun süreli çalışmaya başlamıştır. Laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri, gereğinde mesai süresini aşarak, geç saatlere kadar verilmektedir. Büyük şehirlerdeki sınırlı sayıdaki hastanelerimiz dışında insanlar, ameliyat için artık uzun süreler beklememektedir.

Hastanelerin devri, SSK ve Yeşil Kart uygulamalarındaki yenilikler sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmış ve talebi de doğal olarak artırmıştır. Mevcut hekimlerin aktif olarak çalıştığı sürelerin artması, bu talep artışını karşılamış, daha fazla hastaya rağmen hastaların muayene süresi uzamıştır. Hatta birçok hastanemizde doktor seçme hakkı uygulaması başlamıştır.

Hastalara daha fazla değer verilir ve fazla vakit ayrılır olmuş; daha fazla hastaya hizmet verebilmek için ortalama hasta yatış süreleri kısalmış, böylece birim hasta maliyeti düşmüştür.

Performansa dayalı katkı ödemeleriyle sağlık personelimizin çalışma motivasyonu yükselmiştir. Hastane tıbbi malzeme ve hizmet alımları hastane çalışanlarınca daha titizlikle denetlenir ve kontrollü ihale aşamaları ile daha ucuza alımlar yapılır olmuştur. Bu esnada kamu hastaneleri daha kaliteli ve daha verimli hizmet vermesi gerektiğini öğrenmiştir.

Hastane bilgi sistemleri hızla kurulmaya başlanmış, hastanede yapılan işlemler düzenli bir biçimde kayıt altına alınır olmuştur. Sağlık hizmetleri sayısal olarak ilk defa bu

ölçüde detaylı olarak kayıt altına alınmaya başlanmıştır.

Döner sermaye komisyonu aracılığıyla hastanelerde personel, yatırım, hizmet alanlarının genişletilmesi gibi konularda katılımcı bir yönetimin örneği oluşmuştur. Hastane çalışanları, âdeta kurumun ortakları hâline gelme bilincini kazanmış; yapılanları sorgulamaya, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları benimsemeye, destek vermeye ve bu alanlarda gönüllü görev almaya başlamıştır.

Kurumsal performansın sağlanabilmesi için sağlık müdürlüklerince düzenli denetimler başlamış; bu denetimler bizzat hastane yöneticileri tarafından talep edilir olmuştur. Buna bağlı olarak hastanelerimiz, fiziki yapılarını iyileştirme çabası içine girmiştir. Yine kurumsal performans ölçümünü sağlayabilmek için hasta memnuniyeti anketleri yapılmaya başlanmış; hastanelerde kalite sorumluları oluşturulmuş ve kalite kriterlerinin uygulama ve takibine başlanmıştır.

Görüldüğü gibi, performans yönetimi sadece sonuçları ölçmemekte, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermektedir. Amaçlanan sonuçlara yönelik olarak hizmetlerin geliştirilmesini sağlamaktadır. Bu yolla kamu sağlık hizmetlerinde bir anlayış değişikliği oluşturulmuştur. Hizmetin yükünü çekenlerin ödüllendirilmesine fırsat tanınmıştır. Kamu sağlık hizmetlerinde artık tayin edilmiş arzın yerine talebin karşılanması anlayışı öne çıkmıştır. Sistemin teşvik ettiği hasta odaklı yaklaşım, uygulamada hastaların ağırlığını arttırmış ve hizmetlerde kalite arayışını gündeme taşımıştır.

Performans yönetimi ile ortaya konan sağlık yönetimi ve hizmet sunumundaki paradigma değişimi bütün mali ve siyasi aktörler, sağlık yöneticileri ve sağlık çalışanları tarafından daha fazla benimsendikçe çok daha etkili sonuçlara ulaşılacaktır. Bunun zaman alacağını biliyoruz, ama birkaç yıl içinde gerçekleştirdiğimiz dönüşümler, ulaştığımız hedefler, umut dolu yarınlara koşar adımla ilerlemekte olduğumuzu göstermektedir.

PROF. DR. RECEP AKDAĞ
SAĞLIK BAKANI

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN
SAĞLIK BAKANLIĞI
MÜSTEŞAR YARDIMCISI

2. GİRİŞ

Sağlık hizmeti birçok hizmet gibi, hizmet sunucu ile hizmeti talep eden hasta arasında karşılıklı çıkara dayalı basit bir ilişki gibi tanımlanamaz. Hizmet sunucunun farklı düzeylerde donanımı, bilgisi, alt yapısı gibi faktörlerin olumlu ve olumsuz etkilerinin yanında hizmeti talep eden hastanın çaresizliği ve aradaki ilişkinin büyük derecede bilgi asimetrisi üzerine kurulmuş olması gibi son derece karmaşık bir ilişkiler yumağıdır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin basitçe fiyatlandırılması ve geri ödemesinin yapılması hep tartışma konusu olmuş, sunulan hizmetin verimliliğini ve kalitesini artıracak ödeme yöntemleri araştırılagelmiştir.

Bu yüzdendir ki, sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemelerin hizmete kattıkları değere göre yapılması fikri yeni bir görüş değildir. Yüksek ya da düşük kalitede olmasına bakılmaksızın üretilen hizmetlerin, sigortalar veya hükümetler tarafından sabit bir fiyatla geri ödemesinin yapılması hep eleştirilen bir konu olmuştur.

Bu eleştirel yaklaşımları bertaraf edecek girişimler noktasında sağlık hizmetinin kalitesinin ölçümü sorunu karşımıza çıkmaktadır. Kaldı ki, sağlık hizmetlerinde kalite tanımı ve ölçümü tam olarak yapılabilse bile, tüm toplumu kapsayan hizmet yaygınlaştırılması esnasında bunu gözetmenin zorluğu ortadadır. Sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ve bütün vatandaşların eşit olarak hizmetlerden yararlanabilmesi gibi sağlık sistemlerinin öncelikli hedefleri ışığında, nitelikli bir sağlık hizmetinin nicelik açısından yeterli düzeyde yaygın olarak sunulabilmesi gerekmektedir. Özellikle sağlıkta piyasa ekonomisinden ziyade sosyal politikaların öne çıkması bunu daha da zorunlu kılmaktadır.

Sağlık hizmetlerini toplumun bütün bireylerinin taleplerine karşılık verebilecek bir niceliğe ulaştırmak ve bu hizmetlerin kaliteli olarak sunulabilmesini sağlamak için performans değerlendirmesi ve performansa göre ödeme sistemleri önerilmektedir. Bu amaçla farklı yöntemler geliştirilmeye çalışılmıştır. Kaliteyi ve verimliliği artıracak şekilde performansın ödüllendirilmesi oldukça basit bir fikir gibi gözükse de, uygulamada çok sayıda güçlükler karşımıza çıkmaktadır.

3.SAĞLIK SİSTEMİ PERFORMANSININ DEĞERLENDİRMESİ

Bir ülkede sağlık sistemini bir bütün olarak değerlendirebilmek için birkaç temel özellikten çıkarım yapabiliriz. O ülkede yaşayan insanların ne oranda sağlık güvencesine sahip oldukları yani hastalanma anında finansal riskten ne oranda korundukları, sağlık sisteminin kapsayıcılığı hakkında önemli bir bilgi vermektedir.

Yine toplumun sağlık durumunu yansıtan en önemli göstergeler Dünya Sağlık Örgütünün ülkelerin karşılaştırılmasında kullandığı bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, ortalama beklenen ömür gibi temel sağlık göstergeleridir. Bunlar sadece sağlık sisteminin değil, ülkede ekonomik, sosyal, kültürel durum gibi birçok özelliğin de etkisiyle oluşan sağlık çıktılarıdır.

Güvenlik, eğitim, adalet, sağlık gibi topluma sunulan ve devlet örgütünün ana görevleri içinde sayılan hizmetlerin ortak amacı insanın mutluluğunu sağlamaktır. Bu açıdan sağlık hizmetinden vatandaşların duyduğu memnuniyet de sistemi yargılayan kayda değer bir göstergedir. Bütün bu göstergeleri bir arada değerlendirerek uygulanmakta olan sağlık sistemini değerlendirebiliriz.

Aslında sağlık sistemleri çok değişkenli karmaşık yapılardır. İnsanların alışkanlıkları, inançları başta olmak üzere ekonomik, sosyal olgular, iklim ve coğrafya gibi birçok iç ve dış etkenler sağlık sisteminin performansını etkileyebilmektedir. Buna rağmen yukarıda sözünü ettiğimiz göstergeleri sağlık sisteminin temel performans göstergeleri olarak görmek kaba bir yaklaşım olmakla birlikte yanlış olmayacaktır.

Bu temel performans göstergelerini olumlu yöne doğru geliştirecek olan sistemi oluşturan organizasyonlar, kurumlar,

kişiler ve bunların ortaya koydukları uygulamalarıdır. Dolayısıyla uygulama boyutunda yer alan detaylar sistemin performansına önemli derecede etki edecektir. İyi bir sistem performansı elde etmek için uygulamada verimlilik, sağlık hizmetlerine erişim ve kaliteli hizmet sunumu önemli araçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlar 2003 yılından beri uygulamaya konan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçlarını oluşturan unsurlardır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları "sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının temin edilmesi" olarak ifade edilmiştir (1). Yine Sağlıkta Dönüşüm Programının ana bileşenlerinden biri sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyondur.

Verimlilik, kaynaklarımızı en uygun şekilde kullanarak en az maliyetle yeterli ve doğru hizmet üretmektir. Arz talep dengesizliğinin kısa vadede ortadan kaldırılması ancak verimlilikle mümkün olabilir. Uzun vadeli çözümler için arzı artıracak insan gücü ve kurumsal yatırımların teşvik edilmesi ile talep artışının makul düzeyde tutulabilmesi için politikalar geliştirilmesi sonuç verse de bu sonuçlar verimlilikten bağımsız olarak elde edilemeyecektir. Her halükarda verimlilik, sağlık sistemin performansının artırılmasının ön şartlarından biridir.

Sağlık hizmetlerine erişim, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda "hakkaniyet" olarak tanımlanmıştır. Bu çerçevede gerek farklı sosyal gruplar, gerek kır/kent, gerekse doğu-batı arasındaki sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili farklılıkların azaltılması amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimin hakkaniyet ölçüsünde gerçekleştirilmesi hizmet alanların gücü oranında sisteme katkı sağlamasını da gerektirir. Böylece hem ülkedeki her insanın ihtiyacı ölçüsünde sağlık hizmetinden yararlanması, hem de sürdürülebilirlik sağlanmış olur. Popülist, kısa vadeli politikalarla erişilebilirliği sınırsız kılmak, hakkaniyetle bağdaşmayacağı gibi sistemin sürdürülebilir olmasını da engelleyeceğinden kısa süre sonra alınan tedbirlerle sistem performansı bozulacaktır. Bu yüzden

sağlık sisteminin performansını koruma adına yaygın fakat hakkaniyete dayalı bir erişimin sağlanması gerekir. Burada sadece hastanın hizmeti verecek doktor veya hemşireye fiziksel anlamda ulaşabilmesi ve ilacını alabilmesi anlaşılmamalıdır. Sunulan sağlık hizmetinin etkili olabilmesini sağlayacak yaşama ortamlarının, beslenme imkânlarının ve yeterli bilgi düzeylerinin sağlanması da sağlık hizmetlerine erişebilirlik kapsamında değerlendirilmelidir. Yani gerçek erişim, sunulan hizmetin sonucunun alınmasıdır.

Herkesin erişebildiği, verimli olarak sunulması beklenen hizmet, sonuçta çağın koşullarına ve bilimsel gerçeklere uygun kaliteli bir sağlık hizmetidir. Aslında yolun başlangıcında hedeflenen ve ulaşılması istenen nokta budur. Ancak kaliteli bir sağlık hizmetinin sunulması halinde çıktılarda beklenen iyileşme gözlenebilir. Sağlık hizmetlerinde kaliteden söz edince sağlık profesyonelleri daha çok klinik uygulamalar ve bunların çıktılarına bakarak bir yargıya varırken, hastalar daha çok kendilerine sunulan servis kalitesine göre kanaat elde ederler (2).

Klinik hizmet kalitesi ile tanı ve tedavi için kanıta dayalı doğru kararların verilmesi, uygun ilaç ve iyileştirici malzemelerin kullanılması, bilgili ve becerili sağlık personelinin görev yapması ve altyapı ile birlikte süreçte rol alan bütün girdileri etkili bir hizmete dönüştürecek bir sistemin, yani organizasyonun varlığı anlaşılmaktadır. Hastaların penceresinden kalite değerlendirmesi yapıldığında yiyeceklerin, ortamların ve süreçte rol alan eşyanın temizliği, güzelliği, yani otelcilik hizmetleri ile birlikte hastanın müdahil olduğu ulaşım, randevu, muayene, bekleme gibi süreçlerin beklentilerine uygun olması anlaşılmaktadır (2). Ayrıca hastanın kişiliğine önem verilmesi ve saygı gösterilmesi de önemli bir kalite göstergesidir. Sağlık hizmeti alma sürecinde hastanın bilgilendirilmesi, atılacak adımlarda, yapılacak tetkik ve tedavilerde onun görüşüne başvurulması hastayı fazlasıyla memnun edecek davranışlardır. Dolayısı ile kalite konusunda bilgi ve algı asimetrisi belirgin olmaktadır. Sağlıkta kalite konusu performans yönetiminin ana unsuru olduğu için ileride daha detaylı olarak ele alınacaktır.

Tanımlamaya çalıştığımız çerçevede verimli sunulan, kaliteli bir sağlık hizmeti hakkaniyet çerçevesinde erişilebilirliği ölçüsünde toplumun sağlık göstergelerine yansıyacaktır. Sağlık güvence şemsiyesinin kapsamı, kalitesi ve kapsayıcılığı bu sonucu elde etmede önemli ekonomik dürtüyü oluşturmaktadır. Yaygın sağlık güvencesi altında temel sağlık göstergeleri yüksek olan bir toplumda, hastaların algılaması da dikkate alınarak memnuniyetleri sağlanabilirse, iyi bir sağlık sistemi performansından söz edebiliriz. Ancak bunlar daha çok teorik yaklaşımlardır. Uygulama alanına girdikçe tartışılır detayların olduğu ve her zaman mutlak doğrulara ulaşılamadığı görülecektir.

4. KALİTELİ SAĞLIK HİZMETİ ARAYIŞI

4.1-Sağlık Hizmetinden Umduklarımız, Bulduklarımız

Halkımıza daha etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmek için ülke kaynaklarını hizmet sektörlerine paylaştıran maliyecilerin sağlığın önemini kavramaları gerekir. Ülkelerin sağlığa verdikleri önem, sağlık hizmetleri için milli gelire oranla ayırdıkları kaynakla ölçülmektedir. Ancak sağlığa ayrılan kaynağın fazla olması sorunun çözüleceği beklentisine yol açmamalıdır.

Fisher ve arkadaşlarının araştırmalarına göre sağlık harcamalarındaki artış, hastaların sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık çıktıları veya hasta memnuniyeti ile her zaman uyumlu olmamaktadır (3). Aksine bir başka araştırmada kişi başı sağlık harcaması ile sağlık hizmet sunum süreçlerinin kalitesi arasında negatif bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir (4). Bu araştırmacılara göre, yüksek maliyetli uzman hekimlik hizmet alanlarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesi bu çelişkide önemli rol oynamaktadır. Böylece maliyet artarken kaliteli olmayan bir birinci basamak hizmeti sunulmuş olmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmetinden beklenenlerle, ayrılan kaynakların ve sağlık sistemi planlama ve yönetiminin bir bütünlük içinde olması gerekir.

İçinde yaşamakta olduğumuz çağa kadar neredeyse çağlar boyunca doktorlara olağandışı güç atfedilmiş ve kanaatlerinin bir başka doktora onaylatılmasına çok gerek görülmemiştir. Sağlık hizmeti sunanların ve özellikle de doktorların tartışmasız bilimsel gerçekler doğrultusunda davrandıkları zımnen kabul edilegelmiş ve bütün hizmet sunucularının daha iyi hizmet sunma adına ellerinden geleni yaptıklarına inanılmıştır. Ancak son dönemlerde gerek bizzat doktorlar tarafından yapılan araştırmalar,

gerekse yargıya intikal eden olaylar sağlık hizmetine muhatap olan yığınların bu rahatlığını sürdürebilmesine engel olmaktadır. Bunların bir kısmı abartılı bir şekilde sağlık hizmeti sunanları itham altına sokmakta ve oluşturduğu güvensizlikle bizzat sağlık hizmeti alanlara zarar vermekte ise de, savaşın sadece generallerin insafına bırakılamayacağı gibi sağlık hizmetinin de sadece doktorların ve diğer hizmet sunucuların insafına bırakılamayacağı yönünde bir genel kanı oluşmaya başlamıştır (5). Özellikle yeni Türk Ceza Yasasının yürürlüğe girmesi ile birlikte ülkemizde de bu konu fazlasıyla gündeme oturmuş gözükmektedir.

McGlynn ve arkadaşlarının araştırmasına göre, sağlık hizmetlerine neredeyse en fazla harcama yapan Amerikalılar koruyucu hizmetler, akut tedavi hizmetleri ve kronik hasta bakımı hizmetlerinden öngörülen miktarın sadece % 55'ini alabilmektedir (6). Görülüyor ki, bilim olarak öğrendiğimizle uyguladıklarımız arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Amerika'da yayınlanan Ulusal Sağlık Bakımı Kalite Raporu'na göre, hâlihazırda kanıtla pratik (bilinenler ile uygulananlar) arasında 17 yıllık bir fark bulunmaktadır (7). Yine Tıp Enstitüsü'nün şaşırtıcı olduğu kadar dehşet verici verilerden bahseden raporunda, her yıl Amerika'da 44.000 ila 98.000 kişinin önlenebilir tıbbi hatalardan öldüğü ileri sürülmektedir (8). Bu rakam neredeyse günde bir uçak kazasına eşdeğer bir faciayı yansıtmaktadır.

Ne yazık ki, kendi ülkemizde olmadığı gibi komşu ülkeler veya Avrupa ülkelerinde de bu şekilde araştırmalara rastlayamadığımızdan, sağlıklı bir değerlendirme yapmamız mümkün görünmüyor. Ama iddiaların sağlık hizmetlerini sorgulamamız için yeterli düzeyde olduğunu da yadsıyamayız.

4.2-Sağlıkta Kalite

Son zamanlarda sağlıkta kalite konusu çok revaçta olan bir kavram olmakla birlikte, kaliteden ne anlaşıldığı tartışmalıdır. Doğrusunu söylemek gerekirse, bütün bir

sağlık sisteminin kalitesini belirleyecek pratik uygulanabilir bir kalite ölçüm biliminden söz etmek mümkün değildir. Bu yüzdendir ki, sağlıkta kalitenin ödüllendirilmesi ve bu amaçla performansa dayalı ödeme yapılması çalışmaları deneysel düzeylerden öteye geçememiştir. Sağlıkta kalite tanımı ve kalitenin ölçümü sağlık hizmet sunucularına doğrudan zorla dayatılabilecek bir şey değildir. Kalite geliştirilmesinde katılım ve gönüllülük esastır. Kalite hizmet sunucularının katılımı ve desteği ile geliştirilebilir. Ayrıca, hasta memnuniyeti ve tecrübe kalitenin önemli boyutları olduğuna göre tüketici olan hastaların katılımı da kalite geliştirilmesinde dikkate alınmak zorundadır (9).

Daha önce sözü edilen sağlık profesyonelleri açısından kalite değerlendirme yargısı ile hizmeti talep eden hastalar açısından kalite değerlendirme yargılarının farklılık arz ettiği göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak, sorun hizmeti sunan ve alan taraflardaki algı ve bilgi asimetrisini gözeten ve her ikisini de kapsayan bir modelle aşılabilir.

Hemen her ülkede sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik olarak ortaya çıkan reform arayışları bilinen belli sayıda temel etrafında odaklanmıştır. Bunlara göre, öncelikle erişimi kolay, kaliteli bir sağlık hizmetine ulaşmak için yeterli derecede yaygınlaştırılmış, hizmet yükü ile hizmet sunanların dengeli olduğu, en azından bu dengeyi sağlayacak şekilde yüksek motivasyonla, verimli bir hizmetin üretildiği ortamın sağlanması gerekir. Unutulmamalıdır ki, yüksek kalite, iyi şeyleri yapmayı kolaylaştıran, kötü şeyleri yapmayı zorlaştıran bir sistemden geçer. Sağlık bakım kalitesini arttıracak ve bu artışı sürekli gözleyecek bir yapının kurulması şarttır. Sağlık profesyonellerine kaliteli sağlık hizmeti verme sorumluluğu kazandırılmalıdır. Bu sorumluluğu sağlamak üzere, sağlık hizmeti sunumunu bütün detayları ile kayıt altına alacak sistematik bilgi toplanması ve bu bilginin sağlık hizmet sunucuları ve kamu ile paylaşılması gerekir (10).

Yirminci yüzyılın başlarından beri Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilerek uygulanmakta olan Sağlık Bakım

Standartları ve Akreditasyon Sistemi, tek başına standartları belirlemenin kaliteyi güvence altına alma konusunda yeterli olmadığını göstermiştir. Kalitenin ölçülebilmesi ve ardından bu ölçülmüş göstergelerin izlenmesi gerekmektedir. Kalitenin ölçülmesi amacıyla farklı uluslararası kuruluşlarca bir dizi göstergeler yayınlanmaktadır. Geliştirilmeye çalışılan kalite gösterge ölçütleri, hasta bakımı, tedavisi ve bunların sonuçları ile ilgili süreçlerin performansı hakkında veri toplamaya ve düzenlemeye yarayan niceliksel ölçümlerdir. Hâlbuki kalite belirteçleri klinik süreçlerin kalitesini ölçmeyi amaçlamakla birlikte, işleyişle ilgili performansı ve çıktı başarısını da değerlendirebilecek özellikte olmalıdır.

4.3-Sağlık Bakımında Kaliteyi Teşvik Yolları

Başarılı bir sağlık sistemi, hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındırmalı, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğinde olmalıdır. Sağlık çalışanlarına kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşılamak ön şart olmakla birlikte yeterli değildir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak, insanları sürekli bu sorumluluk alanına itecek modellere ihtiyaç vardır. Son zamanlarda sunulan sağlık hizmetinin bağımsız gözlemcilerle gözlemlenmesi ve daha kaliteli hizmete yönlendirecek şekilde hizmet sunanların parasal veya para dışı dürtülerle teşvik edilmesi çabalan gittikçe yaygınlaşmaktadır. Birçok sağlık politikacısı kalitenin ölçümüne ve bunu ödüllendirecek bir ödeme alt yapısının kurulabilmesine yönelmiştir.

Sağlık hizmetinden yararlananlar veya alınan hizmetin bedelini ödeyenler, daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmasını teşvik etmek için farklı araçları kullanabilirler. Bunlardan biri kaliteli hizmet sahibinin profesyonel güven ve itibar kazanması, diğeri ise bu hizmete karşılık kullanılabilecek parasal dürtülerdir. Bu araçların her ikisi de, verilen hizmetin nicelik ve niteliğinin iyi bir şekilde gözlenmesini sağlayabilecek kayıt ve bilgi sistemi gerektirmektedir (5).

Bu dürtülerden profesyonel güven ve itibarın etkinliğini savunanlar, performansa dayalı ödemenin bilgi

sistemlerindeki trans aksiyonların gelire tevil edilmesinden başka bir şey olmadığını, gerçek bir performans ve kalite geliştirme stratejisine ise ekonomik teşviklerle değil, normlara ve profesyonel sorumluluklara odaklı bir yaklaşımla ulaşılabileceğini savunmaktadır (11). Performansa dayalı ödeme yapılmasını savunan yaygın görüşe göre ise profesyonel normlar kalite kontrolünde etkili olmaktadır; ancak bu normlar ile profesyonel güven ve itibar sağlık hizmeti sunanların ekonomik gücünün omurgasını teşkil etmektedir. Bu yüzden performansa dayalı ödeme sistemleri bu dürtülerin hepsini kapsayıcı bir etkiye sahiptir (5).

4.4-Ödeme ve Sonuç İlişkisi

Yukarıda değinildiği gibi öne sürülen etkili yöntemlerin başında hizmet sunanların verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek ödeme ve ücretlendirme sisteminin oluşturulması gelmektedir. Ne var ki, sağlık hizmeti, sabit bir mal alımı veya yemek, temizlik vs. gibi sınırları çok net çizilebilen bir hizmet değildir. Başta doktorlar olmak üzere hizmet sunanların bilgi, yetenek ve daha önemlisi görüşleri hizmetin tarzını belirlemektedir. Tıp bilimi tartışmalı konularla doludur. Tıbbi bilgiler çok hızlı bir şekilde değişikliğe uğrayabilmektedir. Bu da sunulan sağlık hizmetinin doğruluk, yerindelik ve kalite açısından değerlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Bu denetim zorluğu ortamında, yapılan işle ödenen ücretin arasında bir uyum olmadığı kanısında olan doktorun hoş olmayan davranış değişikliği göstermesi nadir değildir. Genel bir kural olarak, sağlık hizmeti karşılığında makul olmayan bir ödeme yapılması hizmet sunucularında makul olmayan bir davranış gelişmesine yol açabilmektedir. Örneğin, muayene ücretinin düşük tutulması kısa sürede daha fazla hasta bakılmasını doğurmakta, böylece hastaya ayrılan süre düşmekte, daha fazla tetkik yapılması teşvik edilmektedir. Fazla tetkik yapılması sadece yüksek gelir beklentisi nedeniyle değil, çok kısa süre ayrılan bir hastanın tanısının atlanma korkusu ile de ortaya çıkmaktadır (5).

Bu yüzdendir ki, sağlık hizmetini yönlendirme, teşvik etme, denetim mekanizmaları geliştirme ve her şeyden önemlisi verimli, kaliteli bir sağlık hizmetinin sürekliliğini sağlama amacıyla geliştirilmesi gereken motivasyon unsurları göz ardı edilemez. Daha önce değindiğimiz gibi, finansmanı performansa bağlamak bunun bir yöntemidir. Her zaman daha iyisini yapmayı özendirmek durumundayız. Bir organizasyonun bir bütün olarak daha iyisini yapmak için bir sebebi olmadıkça beklenen değişimler ya çok yavaş olacak ya da hiç olamayacaktır.

4.5-Piyasanın Kaliteyi Koruması Mümkün mü?

Oluşan serbest piyasa şartlarının ya da hizmet talep eden hastaların bireysel tutumunun sunulan sağlık hizmetinde yüksek kalite sağlayacağı anlayışı "Tüketici Yönetimindeki Sağlık Hizmeti" diye adlandırılmaktadır. Ancak bu anlayış beklenen sonucu vermekten uzaktır.

Cepten çok fazla harcama yapsa dahi, hastalar rekabet ortamında sunulan sağlık hizmetinin bedeli ve kalitesi hakkında somut bilgiye sahip olamadıklarından, sadece ödedikleri para ile sunulan hizmetin kontrolünü sağlayabilmeleri mümkün değildir. Ne yazık ki, sağlık alanında fiyat ve kalite konusunu değerlendirmedeki bilgi eksikliği neredeyse her ülkede adeta bir norm halindedir (5).

Hastaların sağlık hizmetleri kalite algısının sağlık hizmet sunucularına göre oldukça farklılık gösterdiği bilinmektedir. Kendine sunulan ortamların ve süreçte rol alan eşyanın temizliği, güzelliği, yani otelcilik hizmetleri ve hastanın müdahil olduğu ulaşım, randevu, muayene, bekleme gibi süreçlerin beklentilerini karşılamasının yanında, kişiliğine verilen önem, hastanın bilgilendirmesi, görüşünün alınması gibi unsurlar kalite ölçütleri olarak kendini göstermektedir. Diğer yandan tanı ve tedavi için kanıta dayalı doğru kararların verilmesi, uygun ilaç ve iyileştirici malzemelerin kullanılması, bilgili ve becerili sağlık emekçilerinin süreçte görev alması ve süreçte rol alan bütün girdileri etkili bir hizmete dönüştürecek bir

organizasyonun varlığı olarak anlaşılan klinik kalite ihmal edilme riski ile yüz yüze kalmaktadır.

Bu genel algı ve bilgi asimetrisinin yanında, serbest piyasada ödüllendirilen kalite, hizmet alan bireyin kişisel algı ve tercihleri ile de doğrudan ilişkilidir. Kişisel tercihlerin her zaman olumlu olmasını bekleyemeyiz. Sigaranın zararları bilinen evrensel bir gerçek olmasına rağmen kişisel tercihini sigara içme yönünde kullanan milyonları unutmayalım. Türkiye'de yılda tedavi için yapılan ilaç harcamasından çok daha fazlasını vatandaşlarımız sağlıklarını bozma pahasına sigara için tüketebilmektedir. Yani bir anlamda sağlığı kötüye götüren sektör piyasa şartları içinde ödüllendirilmektedir. Ağırlıklı olarak gelişmiş batı ülkelerinde insanları şişmanlatan ve böylece sağlıklarını bozan büyük miktardaki yağlı yiyeceklere isteyerek daha fazla para ödeyebilmektedirler. Bu davranışla tüketicinin kalite algısı ödüllendirilmektedir. Kısacası serbest piyasada "kalite" bakana göre değişen "güzellik" gibidir (5).

Buradan kaliteyi ödüllendirme arayışlarında serbest piyasayı tamamen dışlamaya yönelik bir anlam çıkarılmamalıdır. Tüketiciyi memnun etme amacı gütmeyen hiçbir hizmet hedefine ulaşamayacaktır. Hizmet kalitesi değerlendirilirken bu yüzden hizmeti alanların memnun edilmesi önemli bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada tartışma konusu ettiğimiz husus, sadece piyasa dinamikleri ile sağlıkta kalitenin kontrol edilip edilemeyeceğidir.

İster hasta yoluyla, ister bağımsız özel eğitimli gözlemciler yoluyla olsun, kaliteyi teşvik edici unsurların harekete geçirilebilmesi için, kalitesiz hizmetle kaliteli hizmetin tartışmasız ayrılabilmesi ve kabul edilebilir hizmetler ile fazla maliyet getirmeyen kalite artışlarının ayrımını net olarak ortaya koyabilecek performans ölçütlerinin ortaya konması gereklidir.

Ne yazık ki, sağlıkta kalite tanımı ve ölçümünün bilimsel düzeyinin henüz emekleme çağında olduğu

hepimizin malumudur. Sağlık alanında iyi bir kalite kontrol mekanizması, verilen hizmetten hastanın algıladığı memnuniyetle birlikte klinik süreçlerin ve çıktıların farklı boyutlarını da kapsamına almalıdır. Bugün için sağlık hizmetinde gerçek bir "kalite" ölçümü, çoğu zaman kalitenin önemli boyutlarını ölçmek üzere özel eğitim almış klinik uzmanların veya bu alanda özelleşmiş uzmanların birikimi ile sınırlı kalabilmektedir (5).

4.6-Sağlıklı Bir Sağlık Bilgi Sistemi

Sağlık hizmeti sunumunu kayıt altına alacak sistematik bilgi toplanması ve bu bilginin sağlık hizmeti sunucuları ve kamu ile paylaşılması gerektiğine vurgu yapılmıştı. Sağlık kayıtlarının sağlıklı tutulması yapılacak her türlü değerlendirme, ölçüm ve ödüllendirme için neredeyse vazgeçilmez olmaktadır. Bu kayıt sistemi ne kadar pratik, standart, ulaşılabilir ve kolay analiz edilebilir olursa o kadar sisteme ve sistem yöneticisine yarar sağlayacaktır.

Klasik dosya ile arşivleme sistemlerimiz bugünkü beklentilerimize cevap vermenin çok gerisinde kalmıştır. Artık bilgi teknolojilerinden yararlanmayan bir sağlık kayıt sisteminden söz etmemiz mümkün değildir. Sağlık kayıtlarının sunulan hizmetin denetimi ve yönetimi açısından geriye yönelik değerlendirilmesi ve ileriye yönelik kararlar vermek için veri ambarı oluşturmasına fırsat verecek tarzda bilişim altyapısından yararlanması kaçınılmazdır.

Performans ölçütlerinin zaman içinde takibinin yapılabilmesi, performansın ölçülebilmesi ve bu yolla kalitenin korunması sağlık sisteminde rol alan bütün hizmet sektörlerinin bilgi alış verişi yapabildiği, standardize, yaygın uygulanabilir bir bilgi sistemi ile mümkün olabilir. Bu bilgi işlem alt yapısı ortak bir dil ve bütün paydaşların uyum sağlayabileceği bir donanım ve yazılım gerektirir. Bu yüzden bilgi sistemleri neredeyse bütün ülkelerde araştırmaların gelip dayandığı ve çalışmaların odaklandığı alan olmaya devam etmektedir.

Kalite güvencesini sağlamak için doktor, hemşire, eczacı, laborant, biyomedikalci gibi sağlık insan gücünün kanıta dayalı sağlık bakımı konusunda yeterli donanıma kavuşturulması kaçınılmaz önceliktir. Bunun için klinik tanı ve tedavi rehberleri gibi klinik destek araçlarını bu personele etkin bir şekilde temin etmek gerekmektedir (12). Yani kanıta dayalı sağlık bakımı için gerekli bilgi desteğini verecek bir bilişim ağı ve güçlü bir destek ünitesinin var olması gerekir. Gelişen dünyada NİCE, AHRQ, Cochrane Elektronik Kütüphanesi gibi, bu tür bilgi sağlayıcı örneklerin gittikçe artmasını beklemek hayal olmayacaktır (9).

Uygulayıcıya kanıta dayalı bilgi kaynaklarını temin etmiş olmak, kanıta dayalı sağlık bakımını garantilediğimiz anlamına gelmez. Öncelikle en iyi klinik uygulamayı gösteren en yeni ve doğru bilginin araştırma düzeyinden klinik uygulama aşamasına kadar hızlı akabileceği bir bilgi yolu olmalıdır. Ayrıca kalitenin sürekli dış gözlemle kontrol edilmesi de tecrübeyle sabit bir gerekliliktir. Bu da objektif bilginin gözlem ve denetimini sağlayacak güvenli bir bilgi yolu gerektirir. Kısacası, kaliteli bir sağlık hizmetini sürdürebilmenin yolu, bütün sağlık sisteminin gözlemlenebileceği ve kontrol altında tutulabileceği, hizmeti alanlara hangi sunucunun daha kaliteli, hangisinin daha düşük düzeyde hizmet verdiğini gösterme yeteneğine sahip bir bilgi sisteminden geçmektedir. Bu tür bilgilerin düzenli olarak kamuoyu ile paylaşılması, düşük kalitede hizmet üreten sağlık kuruluşlarını yönlendirecek ve en azından onları ülke ortalamalarına doğru itici rol oynayacaktır. Böyle bir bilginin geri bildirimi sağlık sisteminin en etkili iç denetim ve düzenleme mekanizmasını oluşturacaktır.

Bu amaçlara tam olarak hizmet edebilecek bir sağlık bilgi sistemi henüz dünyada hiçbir ülke tarafından kurulabilmiş değildir (9). Buna yeterince kaynak ayıran ülkeler olmakla birlikte, sorunun sadece parasal kaynak ve teknik alt yapı olmadığı, hasta ve sağlık personelinden başlayarak sağlıkla ilgili bütün organizasyonların böyle bir bilgi sistemine uyumunun zaman alıcı olduğu unutulmamalıdır.

4.7-Arz ve Talep Dengesizliği

OECD yıllık ortalama doktora başvuru sayısı 6,9'dur (13). Ulusal Sağlık Hesaplarına göre bu oran ülkemizde 2000 yılında 4,2 dir (14). Bu sayının her geçen gün artmakta olduğunu ileri sürmek kehanet olmayacaktır. Zira sağlık hizmetine kolay erişim ve düşük cepten harcama "doktor/hastane alışverişi" denen aşırı başvuruyu teşvik etmektedir. Ekonomik gelişme, ulaşım ve iletişim imkânlarının artması başvuru artışında etkili ve önemli unsurlardır. Özellikle son birkaç yılda Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında sağlık alanındaki hızlı değişimlerin bu sonucu doğurması doğaldır.

Hastaların sınırsız bir şekilde doktor seçme özgürlüğü olması, bu seçimleri için hastaların caydırıcı düzeyde katkı payı ödeme sorumluluğu taşımaması, doktor ve hastanelerin hastaların başvuruları temelli bir rekabete sokulması, bilinen "şip-şak" 3-4 dakikalık muayenelerle sonuçlanmaktadır. Böyle bir uygulamanın yanlış tanı, eksik tedavi veya uygun tedavilerin gecikmesi gibi istenmeyen sonuçlar doğurması kaçınılmazdır (15).

Dünya Sağlık Örgütü muayene süresini (hastanın doktorla birlikte geçirdiği süre) hastanın ihtiyacına verilen cevabın bir göstergesi olarak kabul etmektedir ki bu sağlık sistemi kalitesini gösteren önemli bir boyuttur. Amerika'da bu sürenin ortalama 19-21 dakika arasında olduğu bildirilmektedir (16). Bu yüzden bir yandan hastaların erişimini kolaylaştıracak adımlar atarken, bir yandan da aşırı talebi frenleyecek mekanizmalar geliştirmek gerekmektedir. Diğer yandan, ülkedeki bütün hekimlerin sistemde aktif olarak yer aldığı ve talebi karşılamak için yükün olabildiğince eşit paylaşıldığı bir yapı oluşturulması hastaların hekimlerce yaygın dağılımını ve böylece hasta başına daha fazla zaman ayırma imkânını sağlayacaktır.

Burada sağlık hizmetlerinde kalite beklenirken en önemli girdilerden olan sağlık insan gücünün yeterliliği önemli bir husus olarak önümüze çıkmaktadır. Nüfus başına

doktor ve hemşire sayıları bu açıdan son derece önemlidir. Özellikle yatak başına hemşire sayısı klinik bakım kalitesinin önemli bir ölçütüdür. Türkiye'de yatak başına 0,5 hemşire düşmektedir. Bu rakama da Sağlık Bakanlığının son zamanlardaki sözleşmeli personel politikaları sayesinde ulaşılabilmiştir. Bu oran örneğin Tayvan'da 0.62, (9). Japonya'da 7,9 dur (17). Amerika'da 1000 kişiye 2,3 doktor düşmektedir (18). OECD ülkelerinde ortalama 1000 kişiye 2,9 doktor düşerken, bu sayı Avrupa'da daha yüksektir (13). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinde bulunan 53 ülke arasında Türkiye 1000 kişi başına 1,3 doktorla sonuncu sırada yer almaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülke örnekleri ile kıyaslandığında ülkemizde görev yapmakta olan doktor ve hemşirelerin ne derece az sayıda olduğu görülmektedir. Böyle 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.

Bu gerçekle yüz yüze olmak, kaliteli sağlık hizmeti vermek adına hastaların bir kısmını sağlık hizmetinden mahrum etmek anlamına gelmemelidir. Sosyal devlet olma iddiası, bütün vatandaşlarımızın sağlık hizmetlerine kolay erişimi ve ihtiyaçları oranında yararlanmaları sorumluluğunu bize yüklemektedir. Başta doktor olmak üzere sağlık personelinin yeterli sayıya çıkarılması uzun vadeli bir çözüm olmakla birlikte, bugün için en azından personelimizin zamanını azami düzeyde değerlendirmek zorundayız. Bu yüzden özellikle doktorların vaktini en iyi şekilde değerlendireceği, hemen her doktorun sistemde eş zamanlı görevine aktif olarak sahip çıkacağı, hizmet sunacağı bir ortamı oluşturmak gerekmektedir.

Böyle dinamik bir çalışma ortamının sadece talimatlarla, mevzuat değişiklikleri ile oluşması mümkün değildir, işte performans değerlendirmesi ve buna dayalı ödeme mekanizmaları, bu ortamı oluşturacak olan

motivasyonun aracı olarak kullanılmak istenmektedir. Sağlık dışı sektörlerin bu uygulamayı kabulde zorlanması da, bu arz ve talep dengesizliğini fark edememelerindendir. Bütün doktorların sistemde aktif olarak yer aldığı ve talebi karşılamak için yükün olabildiğince eşit paylaşıldığı nokta, hastaya en fazla sürenin ayrılabildiği noktadır. Yani mevcut durumda, kaliteli bir sağlık hizmetinin ilk adımı için bile buna ihtiyaç vardır.

5.SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ

Sağlık bakımında etkililiği ve kaliteyi arttırmak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için gittikçe artan oranda performans yönetimlerine ağırlık verilmektedir. Bu konuda farklı ülkelerde arayışlar sürmekte, farklı modeller önerilmektedir. Bir örnek vermek gerekirse, Kanada, Ontario hükümetinin uygulamaları oldukça ilgi çekicidir. Ontario'da yerel sağlık idarecileri Ontario Hastane Derneği ile birlikte bir proje geliştirerek, hastaneleri derecelemek ve birbiriyle kıyaslamak üzere dört alanda kapsamlı bir performans belirleyicileri seti hazırlamışlardır. Bu performans ölçüm alanları, finansal performans, hasta memnuniyeti, klinik uygulamalar ve çıktılar ile sistemin bütünlüğü ve değişkenliğini kapsamaktadır. Bu alanlarda performans ölçülerek yıllık raporlar hazırlanmakta ve kamuoyu ile paylaşılmaktadır. Bu şekilde kurum olarak hastanelerin performans yönetimine geçmesi ve böylece organizasyon ve yönetim açısından iyileştirilmeleri hedeflenmektedir. Başlangıçta bu projede hastanelere yapılan ödemelerin performansla bir ilişkisi kurulmamıştır. Ancak, hastaların performansı iyi olan hastanelere kayması dolaylı olarak finans akışını da etkilemektedir (19).

Performans ölçüm alanlarından finansal performans ölçütleri birim maliyetler, hasta yatış günleri, işletme sermayesi ve hasta bakım saatlerinin maliyeti gibi hususları içermektedir. Hasta memnuniyeti ölçütleri arasında sağlık bakımının çıktıları ile servis bakımı, doktor bakımı, evde bakım ve destek bakım hizmetleri yer almaktadır. Klinik uygulama ve çıktıların ölçülmesinde koroner anjiyografiye erişim, akut miyokard enfarktüsü nedeniyle mükerrer başvurular, komplikasyonlar, günübirlik cerrahi oranı ve histerektomi sonrası başvurular ele alınmaktadır. Sistem bütünlüğünü gösteren performans ölçütleri olarak klinik bilgi teknolojileri, klinik veri toplanması, bilgi kullanılmasının yoğunluğu, bakım hizmetlerinin sürekliliği ve koordinasyonu,

hastane dışındaki diğer hizmet sunucu ve kuruluşlarla işbirliği yeteneği gibi hususlar değerlendirilmektedir (19,20).

Performans değerlendirilmesi çabaları sadece hastanelerle sınırlı değildir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde performansın ödüllendirilmesi de ihmal edilmemiştir. Ontario'da koruyucu sağlık hizmetlerini ve kronik hastalık yönetimini teşvik etmek amacıyla bir Aile Sağlığı Ağı ödüllendirme sistemi oluşturulmuştur (21). Bu sistem, kayıt olan her hasta başına yapılan ödemeye ilave olarak, verilen birçok hizmete karşılık yerel tariflerin belli bir oranında hizmet başı ödenmesi, hedeflenen koruyucu sağlık hizmetleri başarısı için ayrıca prim verilmesi ile yeni hasta kaydedilmesinin, sürekli tıp eğitiminin, bazı pratik uygulamaların ve hemşirelik hizmetlerinin ayrıca ödüllendirilmesi esasına dayanmaktadır (20,22),

Karar vermek için bilmek, bilgiye sahip olmak gerekir. Bilgi için sağlam, güvenilir veriye ihtiyaç vardır. Veri ancak ölçülebilir, analiz edilebilir formatta ise bilgiye dönüştürülebilir; aksi takdirde veri kirliliği veya sonuçta kararlara etki gücü olmayan bilgi kirliliğinden söz edebiliriz. Sağlık emekçilerini motive etmek, onların daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Performans yönetimi için bu tanımlamaların tartışmaya fırsat vermeyecek şekilde net olarak yapılmış olması lazımdır. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ölçütleri üzerinde durulmaktadır. Hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak, daha iyi bir sağlık düzeyi (çıktı) elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak, bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek bu ölçütlerin başlıcalarıdır. 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 isteyen sağlık politikacıları bu ölçütlerin hepsini bir arada kullanabilecek bir sistem tasarlama eğilimindedirler. Sözünü ettiğimiz bu ölçütler ayrı ayrı aşağıda ele alınmaktadır.

5.1.Sağlık Hizmetlerinde Performans Ölçütleri

A) İnsanın Mutluluğunun Sağlanması (Hasta Memnuniyeti)

insanın mutluluğunun sağlanması rekabetçi sistemlerin en önemli araçlarından biridir. Sağlık hizmeti alanında bunun somut uygulaması hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerine serbest piyasa anlayışı ile yaklaşım, sağlık sisteminin kalitesini öncelikle nihai çıktı ölçütü ile belirleme eğilimindedir. Bu ölçüt, memnuniyetin nasıl oluşturulduğuna bakmaksızın sağlık hizmetinden yararlananların klinik bulgulardan veya yaratılan ortamdan ne kadar mutlu olduğudur. Performansı ödüllendirme ölçütlerinin belirlenmesinde hasta memnuniyeti mutlaka dikkate alınmalıdır. Ancak sadece hastanın algısına dayanan bir ölçüm, bilgi asimetrisinin çok fazla olduğu sağlık alanında ve özellikle eğitim düzeyinin düşük olduğu toplumlarda yeterli olamaz (5).

B) Daha İyi Bir Sağlık Düzeyine Erişilmesi (Sağlık Çıktıları)

Sağlık çıktısı, hizmet alanın o hizmet sonucunda daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşması olarak kabul edilebilir. Daha iyi bir sağlık düzeyi için kişinin ruhen ve bedenen iyilik halinin yükselmesi gerektiğine göre, "sağlık çıktısı" klinik sonuçlarla hasta memnuniyetinin birlikte ele alınması sonucunda belirlenen bir ölçüt olarak algılanabilir. Yüksek kalitedeki çıktıların karşılığının ödenmesi performansa göre ödemenin en makul yöntemi gibi görünmektedir. Ancak çıktı yaklaşımında iki temel problem karşımıza çıkmaktadır. Birincisi, "sağlık çıktıları" hastaların davranış biçimleri ve yaşama ortamları gibi sağlık sisteminin kontrol ve denetimi dışındaki birçok faktör tarafından etkilenebilmektedir. Çıktıya dayalı bir performans ölçüm sisteminde bu faktörlerin dikkatlice ayıklanması gerekir. Eğer sağlık sisteminin kontrolü dışındaki etkili faktörler için yeterli istatistiksel ayarlama yapılamazsa, sağlık çıktılarına dayalı ödeme yapılması ile uyum sorunu olan ve olumsuz çevre şartlarında yaşayan hastalarla ilgilenmek durumunda kalan hizmet sunucuları cezalandırılmış olacaktır (5).

Diğer yandan tanı konma ve tedavi aşamasında birçok olgu birden fazla doktor, laboratuar ve görüntüleme sistemleri gibi farklı tıbbi disiplinlerle muhatap olmaktadır. Çıktıya her birinin farklı oranlarda katkısı vardır. Bu yüzden özgün sağlık çıktılarının ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesi çok kolay değildir (23). Hizmeti ölçülecek bütün doktorlar aynı klinikte veya hastanede ise bütün bir performans değerlendirmesi yapılarak kurum ödüllendirilebilir, ama tek tek doktorları veya diğer sağlık çalışanlarını ödüllendirmek mümkün değildir.

Çıktıya dayalı performans ölçümünün teorik yaklaşımı konusunda farklı tartışmalar bulunmamakla birlikte, bunun işleyişi hususunda tereddütler vardır. Performansın ödüllendirilmesi için çıktının analizinin tatminkâr bir yöntemi bulunmak zorundadır. Önde gelen Amerikalı kalite kontrol bilimcisi David Eddy'e göre kötü tasarlanmış bir çıktı ölçümü, sistemi iyileştirmekten ziyade ona zarar verecektir (24).

Ayrıca sonucu belirleyen tek başına sağlık çıktısı (output) değildir. Karmaşık sağlık bakımı veya tanı-tedavi süreçlerinin sonunda asıl olan akıbettir (outcome). Akıbetin iyi olmasının derecesi her zaman sunulan hizmetin kalite derecesi ile orantılı olmayabilir.

C) Hizmet Sunum Sürecinin Ödüllendirilmesi (Süreç Ölçümü)

Hizmet sunum sürecinin ölçüt olarak kullanılmasında belirlenmiş normlar ve kanıta dayalı tanı ve tedavi rehberleri doğrultusunda işlem yapmak gibi sağlık hizmeti üretilirken takip edilen sürecin denetlenmesi ve değerlendirilmesi hedeflenmektedir. Performansa göre ödeme için belki de en pratik yaklaşım, sağlık bakım hizmetinin verilmesi sürecine odaklanarak kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları ödüllendirmektir. Ancak dikkat edilmesi gereken husus, belirli bir sağlık çıktısının, bilinen bir hastaya uygulanan bilinen bir tedaviye bağlı olmayabileceğidir. Bu yüzden diğer bütün dış etkenlerin eşit olması koşuluyla, ancak bütünüyle bir sağlık bakım hizmeti sürecinin yüksek kalitedeki çıktıyı sağlayabileceği varsayılmaktadır. Ne var

ki, durumun böyle olduğuna ilişkin kanıtlar oldukça zayıf kalmaktadır. Zira dış etkenleri eşitlemeyi basarsak bile olguların tepkimeleri her zaman aynı olmamaktadır. Sürece dayalı performans ölçümlerinin birçok sorunları da birlikte taşıdığı görülmektedir (5).

Steinberg ve Luce, bir makalelerinde, sürece dayalı performans ödemesi sistemlerinde köşe taşını oluşturan tanı ve tedavi rehberlerinin bizzat kendilerinin metodolojik açıdan sağlık çıktısına yönelik tutarsız çalışmalara dayandığını ve çok değişkenlikler gösterdiğini ileri sürmektedirler (25). Farklı tıbbi uygulamalarla ilgili kanıta dayalı çıktı çalışmalarının analizi ile ilgili bir çalışmada, çıktı kalitesini değerlendirmek üzere 121 farklı yaklaşım kullanılmış ve bu değerlendirme yöntemlerinden sadece 19 tanesi bu tür analizlere uygun yüksek kaliteyi ölçebilir bulunmuştur (25). Bu çalışmaya göre, belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmek, sanıldığının çok ötesinde karmaşık bir yapı arz etmektedir. Bu yüzden de, genellikle iyi bir klinik uygulama sürecinin kanıta dayalı yapısını değerlendirirken boşluklar oluşmakta ve oluşan bu boşluklar genellikle sübjektif kanaatlerle tamamlanmak zorunda kalınmaktadır. Bu durum süreç ölçümünün objektifliğine gölge düşürmektedir.

Alan Garber, klinik süreçlerinin değerlendirilmesine yarayan rehberlerin çoğunun, doktorlara yeterince takdir hakkı tanıyacak şekilde esnek yazılmış uzun metinler olduğunu belirtmektedir. Yazara göre bu rehberlerin tartışmalı performans ölçüm kıstasları yerine kullanılması çok sağlıklı değildir (5,23). Kaldı ki tıbbi bilginin değişim hızı ve klinik rehberlerin bu hıza ayak uyduracak şekilde güncellenmesi ve çalışanlara hızlı bir şekilde iletilmesi gereği bu süreci daha da zorlaştırmaktadır.

D) Alt Yapının ve Girdilerin Kalitesi (Girdi Analizi)

İyi klinik uygulama rehberlerinden başka, sağlık hizmetlerinin sunulması sürecinde görev alan bilişim alt yapısı ile malzeme ve insan kaynakları gibi girdilerin kalitesinin ölçümüne dayalı bir performans ölçüm sistemi

de tartışılmaktadır. Bu yaklaşım Amerika'da 160 büyük sağlık hizmeti ödeyici kurumunun oluşturduğu birlik (Leap Frog Group) tarafından geliştirilmiştir. Bu gruba üye kuruluşlar hastanelere ödeme yaparken, doktor kayıt ve orderlerinin bilgisayar ortamında yapılması, yoğun bakımda görev alan sağlık personeli ile doktor sayısı ve hastaneye kanıta dayalı sevk yapılması gibi kalite artırıcı girdilere bakmaktadır (26). Ancak ne var ki, bu grubun Amerikan sağlık sistemindeki etkisi kurulduğu yıl olan 2000'den bu yana gittikçe azalmaktadır (5).

Bu tür bir performans ölçütü oldukça kolay uygulanabilir görünmektedir. Bunun için sağlık hizmet birimlerinin ruhsatlandırmasında gerekli standartlar tanımlanmaktadır. Bu standartların asgari düzeyde olması kalite ölçütü için daha fazla girdi tanımlanmasını gerektirebilir. Ancak süreçte yeni girdilerin şart koşulması maliyet arttırıcı unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Kaldı ki, bütün bu alt yapı ve girdilerin istenen düzeyde olması her zaman kaliteli bir sağlık hizmeti çıktısının elde edileceği anlamına gelmemektedir.

6. PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SİSTEMLERİ VE ZORLUKLARI

Sağlık hizmetlerinin finansmanında hizmet başına, vizite başına, gün başına, vaka başına ödeme ile kaleme dayalı bütçeleme ve global bütçeleme gibi farklı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Hangi ödeme yöntemi olursa olsun, bazı temel prensipler korunmalıdır. Öncelikle, belli bir amaçla kullanılacak olan hizmet fiyatı veya bütçe, beklenen hizmetin maliyetini karşılamalı ve hatta araştırma ve geliştirme için bir artı değer payı da sağlamalıdır, ikinci olarak, hizmet sunuculara geri ödeme yapılmak üzere hazırlanan tarifeler bazı hizmet kalemlerinde orantısız bir şekilde kar bırakacak şekilde yüksek olmamalıdır. Sadece cezbedici bir yöntem olarak, koruyucu sağlık hizmetleri gibi bazı hizmetleri özendirmek için istisnai bir şekilde fazla karlı hale getirmek stratejik olarak kabul edilebilirdir. Üçüncü olarak, hizmet başına ödeme, bütçeleme veya başka yöntemlerden hangisi olursa olsun ödeme sistemleri, rutin ödemelere ilave olarak yüksek kalitedeki hizmetleri ayrıca ölçmeli, puanlamalı ve bunların ödüllendirilmesine fırsat tanıyacak şekilde tasarlanmalıdır (9,27).

Daha kaliteli ve daha fazla hizmete ihtiyaç duyulan alanlarda hizmetin verimliliğini artırmak için reform girişimleri olmaktadır. Bu yüzden sağlıkta reform arayışları neredeyse bitmeyen bir süreç olarak ülkelerin gündemini meşgul etmektedir. Hizmet sunan kişilerin veya organizasyonun bir bütün olarak daha iyisini yapması için bir sebep olmadıkça, gelişim beklenen ve ihtiyaca cevap verecek düzeyde olamayacaktır. Hâlbuki tanı ve tedavi araçlarının hızla geliştiği, sağlık hizmet talep türü ve miktarının hızla arttığı, ortalama ömür uzadıkça daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu ve insanların sağlık hizmetini artık daha kaliteli bir hayat için talep ettikleri bir çağda sağlık hizmet sektöründe hızlı bir değişime ihtiyaç vardır. Hantal olan işletmeyi harekete geçirmenin etkili bir yolunun finansmanın

performansla ilişkilendirmesi olduğu bilinen bir gerçektir. Böylece performansa göre ödeme sistemi diğer sektörlerde olduğundan çok daha fazla sağlık sektörünün gündeminde yer almaktadır.

Performansa göre ödemeden bahsedilince ilk bakışta hizmet veren sağlık kuruluşuna veya doktorlar başta olmak üzere sağlık personeline "üretkenlikleri" oranında ücret ödenmesi akla gelmektedir (28). Bu yüzden de girişimler hemen eleştirel yaklaşımlara muhatap olmaktadır. Burada üretkenlikten anlaşılan, verilen sağlık hizmetinin kalitesi değil, hacmidir. Üretkenlik olarak sadece niceliğin anlaşıldığı böyle bir sistem, sağlık hizmetine yönelik talep artışının doktorlar tarafından teşvik edilmesini sağlayacaktır. Daha fazla hizmetin ödüllendirilmesi, doktorların ve hastanelerin gelir getirici hastaları kabul etme yönünde rekabete girmelerine yol açacaktır (9). Bu yüzden ekonomik öncelikli hasta profili oluşturmamak sistemin öncelikleri arasında olmak zorundadır.

Arzın talebi karşılamaya yetmediği durumlarda böyle bir sistem kolayca tolere edilebilir ve sonuç alıcıdır. Bu tür sistemler arzı sürekli artırıcı yönde teşvik oluşturur. Bu başlangıçta istenen bir durumdur. Ancak arz, talebi yeterli derecede karşılar duruma geldiğinde sistemin kontrolsüzlüğü sorun oluşturacak ve kalite açısından istenmeyen durumlar ortaya çıkacaktır. Bu açıdan performansa göre ödeme sistemlerinde kalite unsurları mutlaka yer almalıdır.

Yukarıda değindiğimiz gibi farklı performans ölçütleri tanımlanmış olmasına rağmen, hiç birinin mutlak doğru olduğuna dair kanıta dayalı bir veri yoktur. Genellikle bu ölçütlerin bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır, ister 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.

Ampirik olmaktan öteye geçemeyen performans ölçütleri ne derece güvenilirdir?

Yüksek kalitede sunulduğu gözlenen bir sağlık hizmetine karşılık ödüllendirilecek kurum veya kişi tam olarak kim olacaktır? Bu kişilerin ödüllendirilmesinde sınır nereye kadar genişletilebilir? Performans ölçümü rekabetçi, yarışmacı mı olmalı, yoksa sabit rekabete açık olmayan bir düzey mi esas alınmalıdır? Kalite ölçütlerine göre düşük kalitede olduğu görülen hizmetler tamamen dışlanmalı ve bedeli ödenmemeli midir? Performansa göre ödeme yapılmasının enflasyonist etki riskine karşılık bütçe kısıtlanması yapılmalı mıdır?

Bu sorulara verilecek cevaplar performansa göre ödeme sistemlerinden beklenen etki düzeyinin kaderinde önemli derecede rol oynayacaktır. Şu da özellikle bilinmelidir ki, sağlık bakımında istenmeyen yan etkilere yol açmayan hiç bir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir.

6.1 Ampirik Olan Ölçütler Ne Derece Güvenilirdir?

Performansa göre ödeme yapabilmek için dikkate alınabilecek farklı ölçütler yukarıda detaylı bir şekilde ele alınmıştı. Bu ölçütlerden, ister hasta memnuniyeti, ister çıktının kalitesi, isterse sürecin kalite ve güvenirliği veya altyapı ve girdileri dikkate alınsın, bunların hemen hepsinin güvenirlik ve objektivite açısından tartışmalı, net ölçülemeyen, ampirik yöntemler olduğu bilinmektedir. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetlerinde kalite ve performansın ödüllendirilmesinin mutlak adaleti sağlamaya yetmeyeceği görülmektedir. Mutlak adalet arayışının gerçekleştirilemeyecek olması, ödüllendirmeden vazgeçilmesi gibi bir sonuç doğurmamalıdır. Zira bu, sözünü ettiğimiz bütün hedeflerden vazgeçmek anlamına gelecektir.

6.2 Kimler Ödüllendirilmelidir?

Aslında performans nedeniyle ödüllendirilmesi gereken hedefin sağlık hizmetini sunanlar olduğu gibi basit bir cevap aklınıza gelebilir. Bu bir hastane olarak kısmen kolay değerlendirilebilse de bunu çalışanlar düzeyinde ayrıştırmak o kadar kolay değildir. Bir hizmette her türlü destek

elamanından, hemşiresine, doktoruna ve hatta kurumun yöneticisine kadar birçok kişi pay sahibi olmaktadır. Bunlar arasındaki paylaşım zorluğu bir yana, yüksek kalitede bir sağlık hizmetinin ödüllendirilmesinde hastaların da hedef alınması görüşü yabana atılamaz. Daha iyi hizmet veren hastaneleri tercih etmesi, bunlar için daha az sağlık harcamasına sebep olabilmesi gibi nedenlerle hastaların ödüllendirilmesi de geri ödeme kuruluşlarının gündeminde yer almaktadır. Hiçbir performans ölçütü, hastanın bizzat tercihleriyle yönlendirdiği ekonomik dürtü kadar etkili olamamaktadır. Bu yüzden sağlık hizmet sunucularına doğrudan performans ölçütlerine göre ödeme yapmak yerine hasta üzerinden dolaylı olarak yapmanın daha etkili olacağı ileri sürülmektedir (5).

6.3 Ödüllendirmenin Derecesi Ne Olmalıdır?

Her hizmetin bir bedeli vardır. Bu bedel maliyetle ilgili olduğu kadar, arzu edilen hizmete hizmet sunucuyu zorlayacak dürtüyü güçlendirecek yeterlikte bir teşvikle de ilgilidir. Kurumdan ziyade kişilerin performansı ödüllendirilirken bu husus daha fazla ortaya çıkar, zira emek ölçütleri daha fazla görecelidir. Performans karşılığında yapılan ödeme, aynı performansın daha ileriye götürülmesi ya da en azından korunmasını teşvik edecek düzeyde olmalıdır. Kıyaslayacak başka ölçütler yoksa tekrarlayan yüksek ödemeler kanıksanır ve performans için yeterli dürtü olma özelliğini kaybeder. Bu yüzden yüksek performansla ortaya çıkan kaliteli hizmetin ödüllendirilmesi, performansın değişkenliğinden etkilenmeli ve bu durum hizmet sunanlara yansımalıdır. Ödüllendirme derecesinin motivasyona etki etmeyecek düşüklükte olması da sistemi iyileştirmek için yeterli olmayacaktır.

6.4 Rekabetçi Olan ve Rekabetçi Olmayan Ödüllendirmeler

Finansal dürtülerin performans üzerindeki gücü, kısmen performansa göre yapılan ödemenin rekabetçi olup olmaması ile ilgilidir. Rekabetçi bir uygulamada belirli sayıda

hizmet sunucu sabit ve az sayıdaki ödülü paylaşmak için yarışırlar ve sadece az bir kısmı kazanarak bunu elde eder. Rekabetçi olmayan bir uygulamada, hizmet sunanlar önceden tayin edilen bir performans sınırını aşmaları halinde ödüllendirilirler. Sabit bir ödeme bütçesi olduğunda, ne kadar fazla kişi çıtayı aşarsa kazanılan pay o derece küçük olacaktır. Bu da artan performans oranında performansın finansal dürtüsünün azalması anlamına gelir (5). Artan performansa rağmen hastanelerimize geri ödeme kuruluşlarınca ödenen paranın kısılması ve hatta ödenmemesi bu tehlikeli sonucu doğurmaktadır.

6.5 Düşük Kalitede Sunulan Hizmetler Tamamen Dışlanmalı mıdır?

Yüksek performans gösteren, kaliteli sağlık hizmeti üreten kurum ve kişilerin ödüllendirilmesi tartışmasız kabul gören bir olgudur. Peki, bu duruma ayak uyduramayan kurum veya kişilerin cezalandırılması, göz ardı edilmesi, sistem dışına itilmesi mümkün müdür? Ya da böyle bir yaklaşım ne derece doğru olur? ilk bakışta bu durum mümkün gibi görülse de, tüm toplumun sağlık hizmeti almasını hedefleyen hiçbir sağlık sistemi bunu göze alamayacaktır. Doktorların, hemşirelerin ve sağlık kuruluşlarının toplumun sağlık hizmeti talebini kaliteli bir şekilde tamamen karşılaması ve hatta yeterli kalite ve performansı sağlayamayanların sistem dışına çıkarılmasına fırsat tanıyacak bir hizmet fazlalığı olmalıdır. Bu ancak hastaların hizmet almak için beklediği bir sistemde değil, sağlık hizmeti sunanların bunun için hasta beklediği bir sistemde mümkün olabilecektir. Sınırlı sayıda kişinin sağlık güvencesini üstlenen özel sigorta kuruluşlarının hizmet sunucular arasında ayırım yaparak bir kısmını dışlaması her zaman mümkündür. Ancak bütün bir toplumu şemsiyesi altına alan sosyal bir sağlık sigortacılığının sorumluluğu ile kıyaslandığında çok kolay olmayacağı görülecektir.

6.6 Bütçe Kısıtlılığı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında hangi ödeme yöntemi kullanılırsa kullanılsın ayrılan bütçenin büyüklüğü

sistemin ana çatısını oluşturmaktadır. Bütçe oluşturulurken yukarıda belirtilen temel prensipler göz ardı edilirse, ortaya çıkan sorunları ödeme yöntemleri ile ilişkilendirmek doğru bir yaklaşım olmaz. Eğer sağlık hizmeti sunan hemşire, doktor veya kurumlardan beklenen hizmetin belirlenen fiyatı, gerçekçi bir şekilde o hizmetin maliyetini karşılamazsa doğal olarak hizmet kayması olacaktır. Yani aynı hasta daha karşılanabilir maliyetli tanı ve tedavi uygulamalarına doğru yönlendirilecektir. Ya da tıbbi gereklilik kaçınılmaz ise, hizmet sunucu açığı kapatacak yöntem arayışına girmek zorunda kalacaktır. Her iki durumda da, kaliteden, verimli hizmetten bahsetmek söz konusu değildir. Eğer bu tür sapmalar sağlık hizmet çıktısına olumsuz olarak yansırsa, sağlık harcamasındaki kısıtlama ironik bir şekilde sağlık harcamasının artışı ile sonuçlanabilir.

Sağlıkta ödemenin sistemi yöneten önemli kontrol düğmelerinden bir olduğu bilinmektedir Sağlık hizmetlerinde geri ödeme, sistemi kontrol eden önemli bir kontrol düğmesidir (2). Bu kontrol düğmesi, sistemin performansını yönetebilecek önemli bir araçtır. Özellikle ihtiyaç duyulan hizmet alanları, sağlık teşvikleri, koruyucu sağlık uygulamaları bu kontrol düğmesi ile cazip hale getirilerek hizmet sunucuları yönlendirilebilir. Bütçenin bilinçsiz kısılması veya dengesiz ödeme tarifelerinin uygulanması sağlık hizmetlerini kontrol edilebilir ve yönetilebilir olmaktan çıkarır.

Performansa dayalı ödeme sistemleri bütçe kısıtlılığı açısından dirençle karşılaşmaktadır. Ortaya konan performans ölçütleri motivasyonu artıracak, tereddütleri giderecek gücü taşımazsa politik olarak sistemi uygulamak zor olacaktır. Düşük kaliteli hizmet üreten performansı düşük kişi veya kurumlara ödeme kısılarak kısmen cezalandırma uygulanmasının, sağlık harcamalarındaki yükü kısmen hafifleteceği düşünülebilir. Ancak bu durumda kuruma ayrılan bütçenin kısıtlılığının etkin güç olarak ortaya çıkması, o kurumdaki performans geliştirme sistemlerini baltalayacaktır.

Bütçeye gelen yük ne oranda olursa olsun, bütçe sınırlamasının gücü yüksek performansa verilecek ödülün büyüklüğünü etkisiz hale getirecek düzeye ulaştığında sistem beklenen yararı sağlamayacaktır.

Sağlık harcamaları ile performans arasında tanımlanabilecek ilişkinin birkaç alternatifi vardır (2). Birinci alternatif, tasarrufu ön planda tutar. Sağlık hizmetlerinin geldiği noktada sonucu ne olursa olsun masraflar düşürülmelidir. Bunun için performansın düşük olması tercih edilir. İkinci alternatif bu kadar acımasız değildir. Burada da sonuca çok önem verilmez, ama düşük performans bir tercih de değildir. Sonuca bakılmaksızın mümkün olduğunca tasarruf hedeflenebilir. Bu ilk iki alternatif genellikle ekonomik dar boğazda olan ülkelerde ekonomiyi düzeltme sorumluluğu üstlenmiş maliyecilerin yaklaşımıdır.

Üçüncü alternatif hem performansı yükseltmek, hem de masrafları azaltmak için verimlilik yollarının aranmasıdır. Yani ekonomik kaygı ile sağlıkta performans kaygısı eşit ağırlıkta olmaktadır. Dördüncü alternatife göre ise mevcut bütçe sınırlarında performansı olabilecek maksimum düzeye getirmek istenmektedir. Yani bütçe sınırlılığı bir olgu olarak ortada durmakla birlikte sağlıkta performansı artırma hedefi ön plandadır. Bu iki alternatif ilişki sağlık politika yapıcıları ile sağlık ekonomistlerinin birlikte sınırlı ülke gerçeklerine rağmen sağlığı daha ileriye götürebilme uğraşında öne çıkan yaklaşımlardır.

Beşinci alternatif olarak ekonomik kaygı bir yana bırakılır ve performansı artırmak için belirlenenden daha fazla harcama yapmaya razı olunabilir. Bu durum sağlığı tamamen ön plana alan, önceleyen bunun için bir bedel ödemek gerekiyorsa bunu üstlenmeyi göze alan bir yaklaşımı gösterir. Bu alternatiflerden hangisinin tercih edildiği sistem performansının kaderi ile yakından ilgilidir. Unutulmamalıdır ki, sağlık harcamalarındaki aşırı tasarruf, bizzat "sağlığın tasarrufuna" yol açarsa, ödenmesi zor olan ağır bedellerle karşımıza çıkabilir.

7. PERFORMANSA GÖRE ÖDEMEYİ BÜTÜNLEYEN UNSURLAR

Performansa göre ödeme sistemi diğer dinamiklerden bağımsız izole bir sistem gibi ele alınırsa, sağlık hizmetlerinde erişimde adaletin sağlanması, kalite arayışı ve maliyet kontrolü gibi sağlık politika yapıcılarının ana gündem maddelerinin ağır yükünün yeterince kaldırılamayacağı görülebilir. Sağlık bakım hizmetlerinde önemli olan birçok günlük rutin işler performans ölçütleri içine alınamayacaktır. Bu açıdan sistemi iyileştirmeyi bir bütün içinde değerlendirmek ve performans ölçümü ve buna göre ödüllendirme yöntemini tek başına çözüm olarak görmek 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 altyapısı, iyi tanımlanmış kanıta dayalı klinik süreçler, iyi tanımlanmış hizmet ve malzeme veri ambarı, maliyet ve kalite unsurlarının hizmet sunana bir şekilde geri yansımasının olması performansa göre ödeme sistemi ile birlikte rol alırsa çok daha etkili olur. Buna profesyonel güven ve itibar da eklenirse gerçek kaliteli hizmet hedefine doğru yol almak kolaylaşacaktır.

8.SAĞUK BAKANLIĞI UYGULAMALARINDA PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SİSTEMİ

Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşılamak ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olamadığını tecrübelerimiz göstermiştir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak ve insanları sürekli bu sorumluluk alanına itecek model arayışlarının sağlık politikacılarının gündemini ne denli işgal ettiğini biliyoruz. Sağlık Bakanlığı son birkaç yılda sağlık sistemimizde hızlı değişikliklere imza atmıştır. Bu değişikliklerde, hizmet verenlerde motivasyonu yüksek tutmanın yollarını içinde barındıran, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti ortamını sağlayacak araçları kullanma yeteneğine sahip bir sistem oluşturma gayesi göze çarpmaktadır.

Hayata geçirilen bu yeni uygulamaların başında, hizmet sunanların verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısını kurmayı amaçlayan performansa göre katkı payı ödemesi gelmektedir. 2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanan performansa göre katkı payı ödemesi 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde bütün yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. Bugüne kadar yürütülmekte olan uygulamanın başlıca iki evresi mevcuttur. 2004 yılını kapsayan bir yıllık uygulama, sağlık çalışanlarının ve kurumlarımızın yeni duruma uyumunu sağlamış ve performans ölçümünün devamını oluşturacak denetimlere alt yapı hazırlamıştır. Bu değişimler ve birikimler gözlenerek ülkemiz koşullarında kolay ölçülebilir sınırlı sayıda kalite ölçütleri denenmiş ve 2005 yılında geçici olarak uygulamaya konmuştur. Bu yumuşak geçişle kaliteli hizmet sunmaya yönelik bilinç geliştirilmesi ve altyapı oluşturulması teşvik edilmek istenmiştir.

ilerleyen satırlarda sağlık hizmet sunumunda bireysel performansı önceleyen yaygın uygulama ile bu süreçte test edilip altyapı yetersizlikleri nedeniyle etkisi kasıtlı bir şekilde düşük tutularak uygulamaya konan kurumsal kalite ve performans ölçümüne ilişkin ana çerçeveleri göreceksiniz. Bireysel performans ölçümü sahadaki uygulama ve sonuçları değerlendirilerek çok defa değişikliklere uğramış ve adeta bir matematik model halini almıştır. Kurumsal performans ölçümü ise kalite geliştirme çabalarını başlatmış, yönlendirmiş, bu yönde kapasite geliştirilmesini teşvik etmiş ve nihayet 2007 yılı başında Bakanlığın kalite geliştirme mevzuatı ile birleştirilerek bütün hastanelerde uygulamaya konmuştur.

8.1 Bireysel Performans Ölçümü

Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerde yaygınlaştırman bireysel performansın belirlenmesi ve buna göre katkı payı ödenmesini ön gören yönergelerle birinci aşamada yürürlüğe konan uygulamada (29,30) birçok husus yer almaktadır.

Emek yoğun tıbbi hizmetler ağırlıkları ölçüsünde puanlandırılmış ve doktorların verdikleri hizmetler aylık olarak bu puanlar aracılığı ile nicelik açısından ölçülebilir hale getirilmiştir.

Hekimlerin bireysel hizmetleri olabildiğince ölçülebilir hale getirilmeye çalışılmış ve hasta-hekim ilişkisinin güçlendirilmesi ile hastanın hekim seçmesinin sisteme etkili olabilmesi sağlanmıştır.

Sağlık hizmetinin bir ekip hizmeti olduğu gerçeğinden hareketle, hizmeti puanlandırılmayan klinik dışında görevli doktorlar ve diğer sağlık görevlileri ile yöneticiler kurumun ortalama puanına oranla derecelendirilmiştir. Böylece kurumun toplam performansının bütün çalışanlarına yansıması hedeflenmiştir.

Kurumun aylık gelirinden yasal ölçülerde katkı payı olarak çalışanlarına döndürebileceği miktardan her çalışanın

kendi puanı ölçüsünde pay alması şeklinde bir düzenleme yapılmıştır. Bir anlamda çalışanların katkıları oranında kurumunun ürettiği artı değere ortak olmaları sağlanmıştır.

Doktorların puanlarının hesaplanmasında serbest çalışanlarla kamuda tam gün çalışanlar arasında bir ayrımcılık gözetilmiş ve böylece tam gün çalışma özendirilmiştir.

Hastane enfeksiyonunu önlemeye yönelik girişimlerin belirlenen esaslar çerçevesinde düzenli yerine getirilmesi karşılığında ilgili dal hekimleri ödüllendirilmektedir.

Verilen hizmetin nicelik ve niteliğinin iyi bir şekilde gözlenmesini sağlayabilecek kayıt ve bilgi sistemi gerektiği bilinen bir gerçektir. Aylık verilerin düzenli toplanabilmesi, çalışanların hizmetlerinin kayıt altına alınması, bunların geri ödeme kurumlarına iletilmesi ve bütün kurumda puan dağılımının gerçekçi ve şeffaf bir şekilde hesaplanabilmesi için hastane bilgi sistemleri hızla yaygınlaşmaya başlamıştır. Hastane bilgi sistemlerinin kurulması bu yönergenin bir şartı olmamakla birlikte, doğal bir sonucu olmuştur. Sağlık hizmetleri sayısal olarak ilk defa bu kadar detaylı kayıt altına alınmıştır

Bu uygulama doğrudan finansal performansı ölçmemektedir. Ancak ölçülen puanların parasal değeri kurumun o ay içinde ürettiği parasal artı değerle paralel olmaktadır. Bu yüzden bu uygulama birim maliyetlerin düşürülmesi, cari harcamalarda tasarruf, hasta yatış günlerinin kontrol altına alınması ve iyileştirici cihaz ve alt yapı yatırımlarının artırılması gibi finansal performansa dolaylı etkilidir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şef, şef yardımcısı, başasistanlar ve uzmanların hizmet puanlarına yaptıkları bilimsel yayınların belli sayıya ulaşması halinde puan ilave edilmektedir. Yine eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şef ve şef yardımcılarına, uyguladıkları belirlenen düzeydeki teorik ve pratik eğitimi programı ile

birlikte belgelemeleri karşılığında ilave puan verilmektedir. Böylece bilimsel yayın yapmak ve uzmanlık eğitimi alanında rekabetçi olmayan performans ölçütleri kullanılmaktadır.

Birinci basamak kuruluşlar için Sağlık Müdürlüğünde, hastanelerin ise kendi bünyelerinde farklı meslek temsilcilerinin katılımı ile oluşturulan komisyonlar kurumun gelir-gider dengesi ile borç, alacak, nakit durumu ve ihtiyaçlarını gözeterek personele dağıtılacak ek ödeme tutarını belirlemektedir. Böylece kurumun yönetimine farklı sınıf ve düzeyden katılım sağlanmakta ve yerinden yönetim yeteneğinin geliştirilmesi teşvik edilmektedir.

Sağlık kuruluşunda yapılan hizmetlerin düzenli kayıt altına alınması ve kurumlara gönderilen faturaların hatasız düzenlenmesini sağlamak amacıyla, hizmetlerin belirlenen ilkelere uygunluğu ve bu işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için oluşturulan inceleme heyetleri sayesinde her kuruluşta otokontrol sistemi devreye girmiştir. Performans ölçülmesi esnasında tespit edilen olumsuz davranışlar cezalandırabilmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşunun merkezlere uzaklığına, ulaşım şartlarına, köy, belde, ilçe, il merkezinde bulunmasına ve benzeri kıstaslara göre, yerinde sınıflama yapılarak farklılık oluşturulmuş ve mahrumiyetin karşılığı artı performans olarak yansıtılmıştır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri yürütülürken bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, bağışıklama oranı, yeni doğan tarama testleri ve modern aile planlaması yöntemi kullanma yüzdesi gibi ölçütler de performans ölçütleri olarak kullanılmıştır. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri ayrıca ödüllendirilerek teşvik edilmiştir.

2004 ve 2005 yıllarında yönerge kapsamında alt mevzuatla yapılan uygulama geri bildirimler, denetimler ve sahada gözlenen sonuçlar dikkate alınarak değişikliklere uğratılmış ve sürekli geliştirilmiştir. Bu değişiklikler yapılırken, daha verimli ve daha kaliteli bir sağlık hizmetinin verilmesi,

koruyucu sağlık hizmetlerinin, bilimsel çalışmaların ve uzmanlık eğitiminin teşvik edilmesi, personel dağılım düzensizliklerinin önlenmesi, mahrumiyet bölgelerinde ve yoğun ve riskli bölümlerde çalışanların daha fazla ödüllendirilmesi ile kamuda tam gün çalışmanın özendirilmesi gibi ana çatıyı oluşturan ilkeler özenle korunmuştur.

Bu süreçte kalıcı bir yasal altyapı oluşturulmuştur. Bu amaçla 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumlan ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun'un 5. maddesine 7.3.2006 tarih ve 5471 sayılı Kanunla ek fıkralar ilave edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006a). Ardından bu kanuni düzenlemeye dayanılarak Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006b). Böylece kamuoyunda yoğun tartışmalara konu olan, geçici olduğu yönünde spekülatif iddialar ortaya atılan bu uygulamanın sağlam temeller üzerine oturması sağlanmış oldu. Sağlık Bakanlığının bu uygulaması ile beraber ülkemizde performans ölçümü ve buna dayalı olarak çalışanların gelirle ödüllendirilmesine yönelik bir örnek ve kamu istihdam yönetiminde bir model ortaya çıkmış oldu.

8.2 Kalite Geliştirme ve Kurumsal Performans Ölçümü

2005 yılının ikinci yarısında uygulamaya konan kurumsal performansın ölçülmesini hedefleyen yönerge ile ağırlıklı olarak yürütülmekte olan nicelik ölçümüne ve buna dayalı ölçütlere göre performans değerlendirmesi sistemine nitelik boyutu kazandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2005c). Kurumsal kaliteyi geliştirmeye yönelik olarak uygulanan yaptırımların bir kısmı uluslararası kabul görmüş hastane kalite ölçütlerini kapsarken, bir kısmı da kendi ihtiyaçlarımıza göre şekillendirilmiştir. Bu ölçütlerin değerlendirilmesi ile hizmet sunan kurumun bir bütün olarak performansı ölçülebilmektedir. Bu şekilde hastanelerin birbirleriyle sayısal

olarak karşılaştırılması ve hastanelerin belirlenmiş hedeflere olan uzaklıklarını bilmek mümkün olmaktadır. Kurumsal performans ölçümü ve bunun denetimi sürecinde daha çok sağlık kurumlarımızın kaliteye yönelik bilinç düzeyinin artırılması ve kapasite geliştirmesi hedeflenerek yaptırım kısıtlı ve dönemsel olarak belli aralarla uygulamaya konmuştur. Bu süreçte uygulayıcıların tepkileri ve uygulama kapasiteleri gözlenmiş, deneticilerin de bilgi ve kapasite artırımının sağlanmasına çalışılmıştır. Sonuçta kalite çalışmaları ile bütünleştirilerek 2007 yılında Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007) uygulamaya konmuştur. Bu yönerge ileride özerkleşecek hastanelerimizin dönemsel değerlendirme ve dereceleme rehberinin öncüsü olacaktır.

Kurumsal performans ölçümü ile ödeme sistemi arasında ilişki oluşturulmuştur. Böylece yukarıda sözünü ettiğimiz bireysel performansın ödüllendirilmesi kurumsal kalite ve performansa bağımlı hale gelmiştir. Kurumsal değerlendirme sonucunda ortaya çıkan nihai performans düzeyi kurumda çalışanların her biri için belirlenen bireysel performans puanlarının parasal değere dönüştürülme faktörü olarak işlemektedir. Yani daha önce kurumun ihtiyaçları bir kurul tarafından belirlenip yasal sınırda katkı paylaşımı olurken artık kurumun performans düzeyi bu paylaşılabilecek miktarı belirleyen çıta görevi görmektedir. Kısacası kurumsal performansın yüksek olduğu bir birimde, aynı bireysel performans da daha fazla ödüllendirilmektedir. Böylece niceliğe verilen ödülün büyüklüğünü nitelik belirlemektedir.

Kalite ölçümünün zorlukları, karmaşıklığı ve belirsizlikleri daha önce söz konusu edilmişti. Bu açıdan bakıldığında Bakanlığın bu uygulamasının mükemmeli yakaladığını ileri sürmek gerçekçi olamaz. Yine de kamu hastanelerinin birikim, yetenek ve kapasiteleri açısından bakıldığında olabildiğince objektif ölçütler uygulanmaya çalışılmıştır. Uygulanabilirlik ve objektiflik adına sınırlı bir uygulama yapılmaktadır. Bu açıdan tamamlanmayı bekleyen eksik noktaları bulunabilir.

Bu uygulama ile Sağlık Müdürlüklerinde İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, hastanelerde de Hastane Performans ve Kalite Birimleri oluşturulmaktadır. Bu koordinatörlük ve birimler kurumsal performans ölçümü ve kalite artırımı konusunda sorumlu tutulmaktadır.

Bu uygulamada kurumsal performans ölçüm yöntemleri altı başlık altında toplanmıştır. Bunlar muayeneye erişim, hastane alt yapısı ve bazı süreçlerin denetimi, hasta memnuniyetinin ölçümü, ikinci ve üçüncü basamak kurum verimliliğinin ölçümü, birinci basamak kuruluş verimliliğinin ölçümü ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları hizmetleri için önceden belirlenmiş hedeflere ulaşma durumunun ölçülmesi ve hesaplamada kullanılmayan ama kılavuz işlevine sahip hastane kalite kriterlerinden oluşmaktadır.

Herbir başlık(hastane kalite kriterleri hariç) sistemde etkinlik açısından eşit öneme sahiptir. Ancak, zaman içinde kriterlerin etkinliği açısından farklı bir uygulamaya gidilmesi daha yararlı olacaktır. Etkinlik açısından arzulanan noktaya erişimin sağlandığı başlıkların ek ödemeye etkisi başka başlıklara tevdi edilebilecektir.

a) Muayeneye Erişim

Poliklinik hizmetleri altında muayeneye erişim katsayısının ölçümünde her hekime bir oda tahsisi esas alınmaktadır. Bu gösterge her ne kadar hastane performans ölçüm yöntemi olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmemiş olsa da, başlangıçta ülkemiz için uygun bir gösterge olarak kabul edilmiştir (32). Bu kriterle, bugün olduğu gibi sağlık kuruluşlarımızda hastaların muayene edilmesi için alt katlarda oluşturulmuş bütün hastaların önünde yığıldığı ve doktorların sırayla görev aldıkları poliklinik odaları anlayışını ortadan kaldırmak ve bunun yerine doktorun servis, ameliyathane ve laboratuar gibi alanlar dışında vaktini geçireceği, hastasını görebileceği yeterince konforlu tefriş edilmiş doktor odaları anlayışı yerleştirilmek istenmektedir.

Hastaların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştıracak adımların öncelikli hedefler arasında olduğunu biliyoruz. Doktor açısından ülkemizdeki önemli derecede olan açığın da farkındayız. Ülkedeki bütün hekimlerin sistemde aktif olarak yer aldığı ve talebi karşılamak için yükün olabildiğince eşit paylaşıldığı bir yapı oluşturulması hastaların hekimlerce yaygın dağılımını ve böylece hasta başına daha fazla zaman ayırma imkânını sağlayacaktır. Ayrıca hastaların doktor seçme özgürlüğü elde etmesini de kolaylaştıracaktır. Bu yüzden özellikle doktorların vaktini en iyi şekilde değerlendireceği, hemen her doktorun sistemde eş zamanlı görevine aktif olarak sahip çıkacağı, hizmet sunacağı bir ortamı oluşturmak için böyle bir ölçüt kullanılmıştır.

Bu ölçütü sağlık hizmeti temel performans ölçütlerinden altyapının ve girdilerin kalitesi kapsamında ele almak mümkündür. Mevcut durumda, kaliteli bir sağlık hizmetinin ilk adımı için bile buna ihtiyaç vardır. Ancak bunun hastaya ayrılacak en az sürenin belirlenmesi gibi ölçütlerle desteklenmesi daha yararlı olacaktır. Her hekime bir oda anlayışı, süreç içinde doktorların mesai süresince görev dağılımlarının kayıt altına alınması, merkezi bir randevu sisteminin oluşturulması ve böylece hastaların dengeli dağılımının sağlanmasının öncüsü olacaktır.

2007 yılı içinde gerek hizmete erişim gerekse hizmetin sunulduğu çalışma ofisinin niteliklerinin belirtildiği bir kılavuz yayınlanarak söz konusu göstergenin ölçümü tüm ülkede standart hale getirilmiştir.

b) Hastane Alt Yapısının ve Bazı Süreçlerin Denetimi

Performans ve kalite birimi performans ve kalite çalışmalarının karar ve yürütme organı olarak çalışmaktadır. Kurumun ihtiyaçları doğrultusunda performans ve kalite geliştirme çalışmalarını yürütmek üzere takım, ekip, komite, kalite çemberi gibi çalışma grupları oluşturacaktır. Bu işlemlerin denetim ve takibi il düzeyinde kurulan performans ve kalite koordinatörlüğü sorumluluğundadır. Ancak Bakanlık teşkilat yapısı değişiklikleri ve kamu özerk hastane birliklerinin oluşturulması sürecinde dışarıdan bağımsız

denetçilere bu denetimlerin yaptırılmasının alt yapısı oluşturulmak istenmektedir.

Bu denetimler bir kontrol çizelgesi çerçevesinde yapılmaktadır. Katkı payı ödemesi bu göstergelerin sonucuna bağlı olduğu için bugüne kadar formalite olmaktan öteye geçemeyen denetimler bizzat hastane çalışanları ve yöneticilerince talep edilir hale gelmiştir. Bu suretle hastanenin sürekli denetlenir olmasını sağlamanın yanı sıra, il yöneticilerinin hastane sorunlarına vakıf olmalarına ve bunun çözümü için sorumluluk almalarına da fırsat tanınmaktadır.

Sağlık hizmeti performans ölçütlerinden altyapının ve girdilerin kalitesinin ölçümü bu denetimle büyük oranda sağlanmaya çalışılmıştır. Yeterli sayıda ve eğitimli personel gibi insan kaynaklarına ilişkin girdilerin olmayışı ya da bilgi sistemlerinin çok yüzeysel ele alınması eleştirilebilir yönlerdir. Ancak kamu hastane koşullarında uygulanabilir bir performans değerlendirilmesi yapılmaya çalışıldığı unutulmamalıdır. Öte yandan 2008 yılı içinde yapılacak değerlendirmelerde objektifliği yakalamanın bir ölçüsü olarak farklı illerden çapraz denetimlerin yapılması da bir başka metot olarak gündeme gelmiştir. Ayrıca söz konusu bu kriterler ve yönergenin diğer bileşenleri hastane özerkleştirilmesi sürecinde hastanelerin sınıflandırılmasında başat öneme sahip olacaktır.

Bu kriterin takibi 2007 yılı içinde il düzeyinde veri girişinin yapıldığı web tabanlı alt yapı ve süreç değerlendirme sistemi ile yapılmaya başlanmıştır.

c) Hasta Memnuniyetinin Ölçümü

Yönerge ekinde hastanelerde uygulanmak üzere hasta memnuniyetinin ölçümü için hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri tasarlanmıştır. Yatan ve ayaktan hastalara yönelik iki anket seti ve anket uygulama ilkeleri belirlenmiştir. Böylece hasta ve hasta yakınları sağlık hizmeti performans ölçüm sürecine dahil edilmiştir. Bilindiği gibi, insanın mutluluğunun sağlanması rekabetçi sistemlerin en önemli araçlarından biridir. Sağlık hizmeti alanında

bunun somut uygulaması da hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır. Performansı ödüllendirme ölçütlerinin içinde hasta memnuniyetinin mutlaka dikkate alınması gerektiği üzerinde uzlaşılan bir husustur. Bu anketlerin başlangıçta hastanelerin bizzat kendileri tarafından yapılması teşvik edilmiştir. Böylece kurumsal kapasite geliştirilmektedir. Kurum dışından bağımsız kuruluşlarca yapılıp değerlendirilmesi ile asıl amaca ulaşılmış olacaktır.

Bu uygulamalarla birlikte her hastanede kurum performans ve kalite temsilciliği ile birlikte anket uygulama birimleri kurulmuş ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramı bütün kamu hastane yöneticilerinin gündemine oturmuştur.

d) Kurum Verimliliğinin Değerlendirilmesi ve Kurumsal Hedef Ölçümü

Sağlık kurumunun kaynaklarını en verimli şekilde kullanmaya teşvik edilmesi ya da bu yeteneğin geliştirilmesi istenmektedir. Burada en azından başlangıç olarak finansal verimlilik ön planda değildir. Zamanla sisteme bu da doğal olarak dahil olabilir. Ancak bir sağlık ocağının veya hastanenin amaçları doğrultusunda mevcut fiziki alanlarını ve insan kaynaklarını verimli kullanması bile önemli bir iyileşme sağlayacaktır. Özellikle hastanelerin özerk yapıya kavuşması doğal olarak onları kendi sahip oldukları finans kaynaklarını da verimli kullanmaya zorlayacaktır. Aksi takdirde verimsizlik bütün hizmet süreçlerine yansıyacaktır. Bugüne kadar ki bütçelemeye dayalı sistemde rekabet unsuru olmadığı için verimsizliğin, nicelik veya nitelik bakımından hizmet düşüklüğünün fazlaca bir yaptırımı yoktu. Bundan böyle gelişim beklendiği gibi devam ederse sürece ayak uyduramayan yapılar kendilerini sistemin içinde tutmakta zorlanacaklardır.

Yolun başında en azından artık kabul edilebilir hedefler konmalı ve bütün sağlık hizmet sunucuları bu hedeflere ulaşabilme gayreti içinde olmalıdır. Hedeflerin hepsi doğrudan verimlilikle ilişkili olmasa da, her dönem sürekli yenilenecek hedeflere ulaşmayı ve böylece daha verimli,

daha kaliteli bir hizmete bütün hizmet sunucuları yönlendirmeyi amaçlayan bir değerlendirme sistemi bu başlık altında oluşturulmuş olacaktır. Bu hedeflerde çıtanın sürekli yükseltilebilmesi ve dinamik bir şekilde yeni hedeflerin konabilmesi için kurum verimlilik ölçütleri dönemsel yayımlanmaktadır. Böylece birden erişilemez hedefler koymak yerine, tedrici iyileştirme ve her dönem ideal hedeflere biraz daha ilerleme yolu seçilmiştir.

Hastanelerde yatak işgal oranı, ortalama yatış süresi, yatan hasta oranı ile birlikte personel giderinin bütçeye oranı gibi temel bazı hedefler konmuştur. Bunlarla birlikte sezeryan oranı, mesleğin serbest icrası oranı gibi Bakanlık politikalarının kurumlarda uygulanmasını teşvik ve takibine yarayacak hedefler de bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarının en öncelikli görevinin koruyucu hizmetler olduğu noktasından hareketle, öncelikli hedefler olarak bu hizmetler tanımlanmıştır. Gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemleri, genişletilmiş bağışıklama kapsamında bulunan aşılama oranlarında kabul edilebilir değerler dönemsel olarak belirlenecek ve bunlara erişilmeye çalışılacaktır.

e) Hastane Kalite Kriterleri

Hastanenin sağlık hizmetlerine ilişkin kalite ölçümü için uluslararası akreditasyon standartlarından (Joint Commision International Accreditation) kamu hastanelerimizde test edilerek seçilmiş sınırlı sayıda ölçüt alınarak bir öz değerlendirme ön görülmüştür. Bununla birlikte kaliteli bir hizmet sunumuna zemin hazırlayacak alt yapıların sorgulanması da bu kapsamda ele alınmıştır. Hastanenin fiziki, personel, yönetim, cihaz, bilgi işlem alt yapısı ve çevre düzeni gibi hususları içeren değerlendirmeler de yapılmaktadır. Bu ölçütler hizmete erişim, yönetim, bilgi yönetimi, laboratuar, ameliyathane, klinikler, hasta ve çalışan güvenliği, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, yoğun bakım, diyaliz, tesis yönetimi ve güvenlik, eczane, acil servis, mutfak ve diğer lojistik hizmet alanlarına odaklanmaktadır.

Her ne kadar başlangıçta bir dış değerlendirme koşulu getirilmemişse de, kurumda kalite bilincini oluşturması açısından bu uygulama çok önemlidir. Bu ölçütlerin test edilerek artırılması ve bağımsız dış denetçilerle denetlenir olması bu süreci daha ileriye götürecektir. Kalite ölçütlerinin kapsamı dikkate alındığında, kısmen hizmet sunum sürecin ödüllendirilmeye çalışıldığı düşünülebilir. Ancak süreç ölçümü, sağlık hizmetinin verilmesi sürecine odaklanarak kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları ödüllendirmeyi hedefler. Yani çok daha kapsayıcılığı vardır. Ne var ki üzerinde çok tartışılan ve pratik olmaktan çok kuramsal planda kalan bir konu olduğu da unutulmamalıdır.

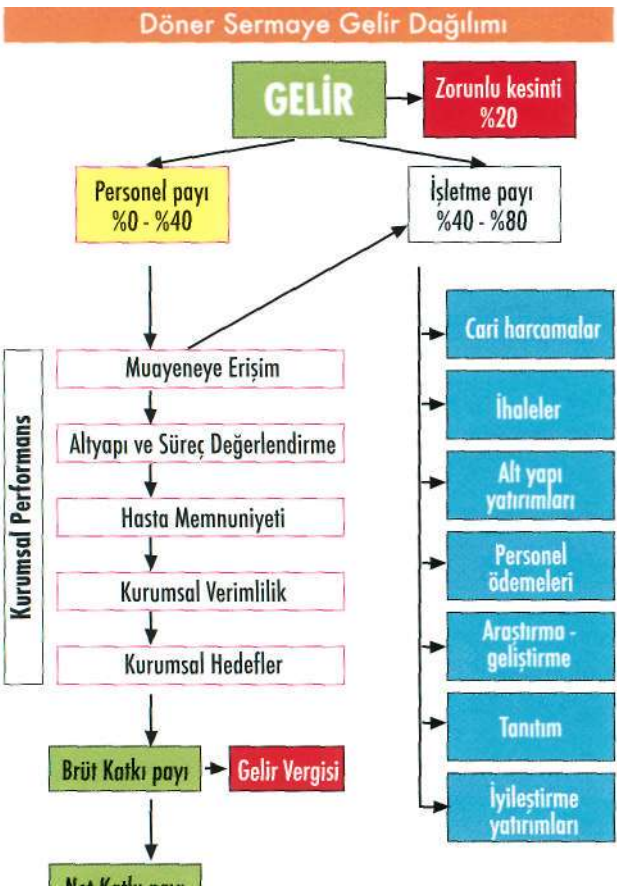
2007 yılı içinde yapılan değişiklikle yönerge ekinde yer alan bu kriterler yeni dönemde hastaneler için bir kılavuz vazifesine sahip olup pratik uygulamada dağıtılacak ek ödemede etkili olmaktan çıkarılmıştır. Ancak, söz konusu kriterler kalite kültürünün yerleşmesine hizmet etmektedir.

8.3 Performans Ölçümünde Gelişen Seyir

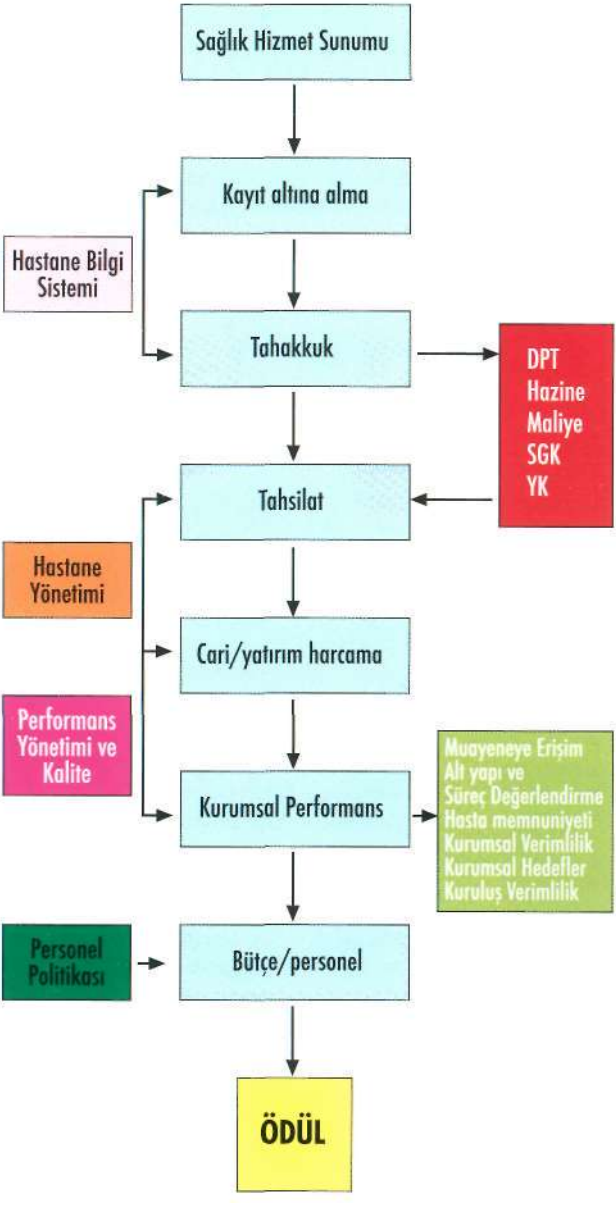
Bilindiği gibi, sağlıkta verimli ve kaliteli hizmeti yakalayabilmek için farklı performans ölçütlerinden bahsedilmektedir. İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak, bu hizmeti sunmak için kullanılan altyapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek, daha iyi bir sağlık düzeyi (çıktı) elde etmek ve hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak bu ölçütlerin başlıcalarıdır.

Sağlık hizmetlerindeki bu performans ölçütleri açısından bu uygulamaları değerlendirirsek, sınırlı düzeyde de olsa bunlar kullanılmaya çalışılmıştır. Hasta memnuniyetinin ölçümü ile altyapının 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 beklenebilir. Uygulamaları bu yönde teşvik etmek bundan sonraki gelişmelerin esasını oluşturacaktır.

Ancak çıktıya dayalı performans ölçümünün kuramı konusunda fikir birliği olsa da, işlerliğinin tartışmalı olduğu unutulmamalıdır. Yine süreç analizinde belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmenin ne denli karmaşık bir yapı arz ettiği bilinmektedir. Genellikle iyi bir klinik uygulama sürecinin kanıta dayalı yapısını değerlendirirken boşluklar oluştuğu ve oluşan bu boşlukların genellikle sübjektif kanaatlerle tamamlanmak zorunda kalındığı belirtilmişti. Bu yüzden uygulamada eksik gibi görünen hususların aslında çok daha tartışmalı konular olduğu unutulmamalıdır.



Performansın Ödüllendirilmesinde Etkili Faktörler



DR. MEHMET DEMİR
SAĞLIK BAKANLIĞI

9. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ NEDİR?

Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin

- unvanı
- görevi
- çalışma şartlan ve süresi
- hizmete katkısı
- performansı
- serbest çalışıp çalışmaması
- yapılan muayeneler
- ameliyat, anestezi
- girişimsel işlemler
- özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar

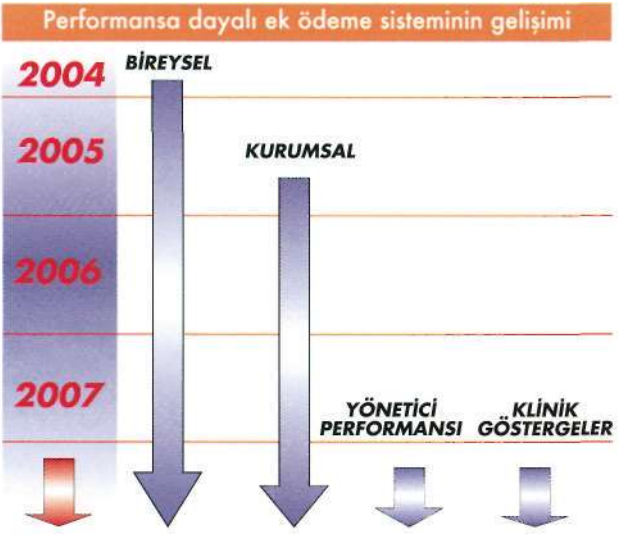
esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir.

Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır.

2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesi ile birlikte sistem konusunda ilk çalışmalar başlamıştır. 2003 yılının ikinci yarısından itibaren 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucu sistem geliştirilmiş ve 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık Bakanlığı tesislerinde uygulanmaya başlamıştır. 2004 yılında daha çok bireysel ve niceliksel performans ölçütlerinin bulunduğu sisteme, 2005 yılında kurumsal performans ölçütleri

ilave edilerek nitelik boyutu getirilmiştir. 2006 ve 2007 yıllarında nitelik boyutu geliştirilmeye devam edilmiştir. 2007 yılında "yönetici performans kriterleri" ve "finansal göstergeler" konusunda çalışmalar devam etmekte olup, "klinik göstergeler" in de ilave edilmesi sonucu bu uygulama ile sağlık sistemi uluslar arası genel kabul görmüş klinik başarı ölçütlerine göre de değerlendirilmiş olacaktır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, dinamik bir uygulama olup uygulamanın başladığı günden bu yana sürekli geliştirilmekte ve Sağlık Bakanlığının stratejik hedeflerine göre yenilenmektedir.



Yönetim bilimi uzmanları, özel sektör kuruluşlarında uzun yıllardır uygulanan performans yönetiminin ilke ve özelliklerinin kamu yönetimine aynen uygulanamayacağını belirtmektedirler. Bununla birlikte kamu performans yönetiminin unsurları performans anlayışının kabulü, kurumsal performansın oluşturulması, bireysel performansın izlenmesi olarak belirtilmektedir. Performans hedeflerinin, ölçülebilir performans ölçütlerinin, açıklık, hukukilik ve insanilik ilkelerinin altı çizilmektedir (33). Performansa dayalı ek ödeme sistemi bu çerçevede kamuda uygulanmasının getirdiği zorluklara rağmen her geçen gün bu ilkeler ışığında geliştirilmektedir.

Performans dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmaktadır. 2005 yılının başında SSK'ya ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile performans uygulaması sağlık sistemimizin yaklaşık % 90'ında uygulanır hale gelmiştir. Bunun yanında yapılan kanuni düzenleme ile tıp fakültelerinde de benzer bir sistemin uygulanmasının önü açılmıştır.

Performansa dayalı ek ödeme uygulamasının kapsama alanı

- Sağlık Bakanlığı'na bağlı 827 hastane
- 6.400 sağlık ocağı
- 58.162' si hekim olmak üzere yaklaşık 310.000 personeldir.

Performans sistemi, 12.05.2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan (Sayısı: 26166) "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik" te anlatılan 3 farklı model çerçevesinde uygulanmaktadır.

Birinci modelde, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama esas ve usulleri bulunmaktadır. Bu yönetmelik, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılanmasına bağlı olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsal alanda hizmet sunma hususları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Birinci basamak için yönetmelikte tedavi edici sağlık hizmetlerine ait ölçütlerin yanında koruyucu sağlık hizmetleri puanlan ve kırsal alana doğru artan bölge idari puanları tanımlanmıştır.

ikinci modelde ise devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine ait 2 model tanımlanmıştır. Her iki modelin benzer yönleri olduğu gibi farklı uygulama esasları bulunmaktadır. Eğitim ve Araştırma hastanelerindeki uygulama klinikler bazında olup, eğitim ve bilimsel çalışma hususları da dikkate alınarak modellenmiştir. Sistemin ana unsurlarından birisi sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5120 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin belirlenerek puanlandırılmasıdır. Bu işlemlerden hekimler tarafından

başından sonuna kadar bire bir yapılan zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılanlar puanlandırılmıştır. (Örnek: muayene, ameliyat, girişimsel işlemler vb.) Hekim sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan işlemler puanlandırılmamıştır. (Örnek: enjeksiyon, laboratuar işlemleri, vb.).

Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları

KOD	İŞLEM ADI	PUANI
510.121	Dahilî branşlardaki servislerde gönde en az iki kez yapılan hasta başı vizit (günlük her hasta için)	21
520.010	Konsültasyon ücretleri (her bir hekim için)	10
520.020	Acil poliklinik muayene ücreti	21
520.030	Normal poliklinik muayene ücretleri	21
520.031	Sevki yapılan muayene	5
520.032	İcapcı nöbetinde yapılan muayene	30
520.033	Psikiyatri Muayenesi (ilk 10 hasta için 30 puan sonraki hastalar 21 puan)	30
530.020	Apse veya hematom drenajı, derin	150
530.100	Elektrokardiyogram	0
530.140	İM enjeksiyon	0
530.150	IV enjeksiyon	0
530.581	Rita takılması	40

Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları

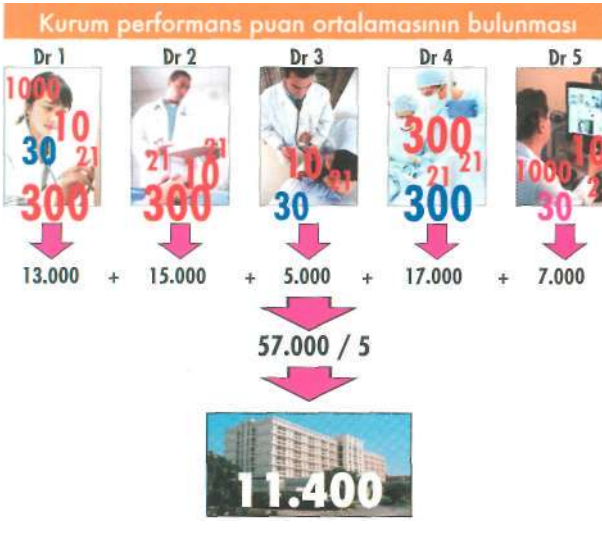
KOD	İŞLEM ADI	PUANI
550.130	Anestezi AI grubu (Özellikli ameliyatlar ve girişimler)	1.200
550.131	Anestezi AI grubu (Özellikli ameliyatlar ve girişimler),uzman ve anestezi teknisyeni birlikte	400
604.910	Koroner arter by-pass, karotid endarterektomi + patch plasti	2.500
607.980	Splenektomi, total	500
610.130	Appendektomi	420
619.910	Müdahaleli doğum	143
619.920	Normal doğum	143
619.921	Ebe eşliğinde yapılan doğum	36
619.930	Sezeryan	143
801.690	Akciğer grafisi (iki yön)	4
804.190	MR, beyin	20
901.500	Glukoz	0

10.SİSTEM NASIL ÇALIŞIYOR?

Farklı 3 model ile uygulanmakta olan sistemlerden devlet hastanelerinde uygulanan modelin detayları hakkında özet bilgi verilerek sistemin işleyişi bir sıra dahilinde anlatılacaktır. Her ay hekimlerin yapmış oldukları bütün işlemlerin puanları toplanarak direkt olarak kendi bireysel performansları ölçülmektedir. Hastanede çalışan tüm hekimlerin çalıştıkları günler dikkate alınarak performans puanlarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem performans puan ortalaması tespit edilmektedir.

Kurum performans puan ortalamasının bulunması

Hastane yöneticilerinin, laboratuar branşı hekimlerin ve diğer sağlık personelinin unvanları, görevleri, çalışma şartları ve süreleri ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak tespit edilen katsayıları kurum performans puan ortalaması ile çarpılarak (dolaylı) bireysel performans puanları tespit edilmektedir.



Hastane hizmet puan ortalamasına göre dolaylı performansın hesaplanması

BAŞHEKİM	4,50	X	11.400	= 51.300
BİYOKİMYA UZMANI	2,50	X	11.400	= 28.500
HASTANE MÜDÜRÜ	1,00	X	11.400	= 11.400
ANES. TEK.	0,50	X	11.400	= 5.700
HEMŞİRE	0,40	X	11.400	= 4.560
MEMUR	0,25	X	11.400	= 2.850
HİZMETLİ	0,25	X	11.400	= 2.850

Tüm personelin bireysel performans puanları (dolaylı veya dolaysız) serbest meslek katsayısı, aktif çalışma gün katsayısı, kadro unvan katsayısı gibi parametrelerle çarpılarak bulunan puana ihale ve satın alma komisyonu gibi farklı görevleri yaptıkları zaman aldıkları ek puanların da ilave edilmesi ile net performans puanları bulunmaktadır.

Net performans puanının hesaplanması

Klinisyenler	Hastane Ortalamasından Faydalananlar
x	x
Kadro unvan katsayısı	Kadro unvan katsayısı
x	x
Aktif çalışma gün katsayısı	Aktif çalışma gün katsayısı
x	x
Serbest meslek katsayısı	Serbest meslek katsayısı
+	+
Ek puan	Ek puan

+

NET PERFORMANS PUANI

Özellikle hekimlerin mesleklerini serbest olarak icra edip etmediklerine göre belirlenen serbest meslek katsayısının net performans puanı üzerine önemli etkisi olmaktadır. Bu katsayı serbest meslek icra edenler için (0,3) iken sadece kamuda çalışan hekimler için (1) olarak belirlenmiştir. Bu katsayı, sistemin başladığı yıldan bugüne kademeli olarak düşürülmektedir. Bununla, hekimlerin gönüllülük esasıyla sadece kamuda çalışmalarının teşvik edilmesi amaçlanmıştır.

Bu şekilde klinisyen hekimlerin doğrudan, yöneticilerin, laboratuar branşı hekimlerin ve diğer personelin ise dolaylı performansları ölçülmektedir. Bunun dışında sistemde bulunan çeşitli ödüllendirici ve caydırıcı unsurlar vasıtasıyla, yukarıda açıklandığı şekilde hesaplanan net performans puanı artmakta veya azalmaktadır.

Personelin puanlan her ay tespit edilen parasal bir katsayı ile çarpılarak performanslarına göre alacakları ek ödeme tutarları belirlenmektedir.

Parasal katsayı sistemde dönem ek ödeme katsayısı olarak ifade edilmektedir. Dönem ek ödeme katsayısı, döner sermaye komisyonunca o dönem dağıtılmasına karar verilen tutarın bütün personelin net performans puanlarının toplamına bölünmesi ile bulunmaktadır.

11. KURUMSAL PERFORMANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ

2005 yılının başında "kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans" kavramı gündeme alınarak uygulamaya yeni bir boyut getirilmiştir. Bu çerçevede hastane hizmetleri iyileştirme çalışmalarının izlenmesi açısından "Hastane performansı nasıl ölçülür ve izlenir? " sorusunun cevabı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi raporları ve bunun uygulandığı ülke örnekleri analiz edilerek verilmeye çalışılmıştır. Kurumsal Performans ölçüm kavram ve metodlarından başlangıçta bir kısmı kullanılarak "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" hazırlanmış ve yürürlüğe konmuştur.

Ardından 2006 ve 2007 yıllarında değiştirilen yönerge "Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" adıyla güncellenmiştir. Yönerge ile sadece ikinci ve üçüncü basamak için değil aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu içinde bir takım kriterler getirilmiştir.

Yönergede kurumsal performans ölçüm yöntemleri altı başlık altında toplanmıştır:

a- Muayeneye Erişim Katsayısı
b- Alt yapı ve süreç Değerlendirme Katsayısı
c- Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri katsayısı
d- Kurum Verimlilik Katsayısı
e- Kuruluş Verimlilik katsayısı
f- Kurumsal Hedef Katsayısı

a) Kurum Muayeneye Erişim Katsayısı

Kurum muayeneye erişim katsayısı; kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her tabip için ayrı olarak tefriş edilmiş olan oda sayısı ile aktif kullanılan

diş üniti sayısı toplamının, tabip sayısına bölünmesi sonucu bulunur. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde oda sayısı hesaplamada kullanılmaz. Tabip sayısı; klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten tabipler ile yoğun bakım, yenidoğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan tabipler ve temel tıp bilimleri uzmanları dışındaki tabiplerin toplamıdır. Bu ölçüt her ne kadar hastane performans ölçüm yöntemi olarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmemiş olsa da, başlangıçta ülkemiz için uygun bir gösterge olarak kabul edilmiştir. Bilindiği üzere sağlık hizmetlerindeki en büyük tıkanıklık poliklinik hizmetlerinde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca sağlık ocağı sistemi bugün geldiği nokta itibariyle hasta talebini karşılamada yetersiz kalmıştır. Sonuç olarak hastane polikliniklerimize ertelenemez bir hasta talebi artarak devam etmektedir. Bu çerçevede hasta talebini karşılama ve hastanın hekim tercihine cevap verebilmesi açısından poliklinik hizmetleri yapabilecek tabip sayısının, poliklinik oda sayısına oranı bir ölçüm metodu olarak kullanılmıştır. Oranın büyük olması, hasta talebinin karşılanma başarısının, hastanın hekimini seçme hakkının sağlandığının, muayene için ayrılan sürelerin uzaması sonucu hasta bakım kalitesinin yükseldiğinin, bekleme sürelerinin kısaldığının göstergesi olmaktadır.

b) Kurum Altyapı ve Süreç Değerlendirme Katsayısı

Hastanede sunulan hizmet süreçlerini ve hastaneyi fiziki ve teknik açıdan sorgulamayı içeren (150) kriterlik Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formu hazırlanmıştır, il Performans ve Kalite Koordinatörlüğü Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formu'nu ilde bulunan tüm kurumlar için her dönem doldurur. Formun değerlendirilme sonucunda ildeki her kurumun puanı tespit edilir.

Daha sonra Koordinatörlükçe, kurum altyapı ve süreç değerlendirme katsayısı hesaplanarak resmi bir yazı ile en geç bir sonraki dönemin ilk haftası kurumlara tebliğ edilir.

Her ne kadar harici bir değerlendirme olmasa da başlangıçta hastanelerin bu süreci gündemlerine almaları sağlanmıştır. Kurumların bu şekilde bir değerlendirme ile ulusal ve uluslararası düzeyde bir standardın ne kadarını karşıladıkları belirlenmektedir.

c) Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anket Katsayısı

Yatan ve ayaktan hastalara yönelik iki anket seti ve anket uygulama ilkeleri belirlenmiştir. Anketler ile hasta ve hasta yakınları bu sürece dahil edilmiştir. Bu şekilde kamuoyu ve hastaların neye değer verdikleri ile sağlık bakım ve sonuçlarının hastalar ve aileleri tarafından nasıl algılandığı standart olarak ortaya konmaktadır. Söz konusu anketler hastanelerde her dönem için asgari 90.000 kişiye uygulanmaktadır. Böylece, hasta ve yakınlarının görüşlerinin hastanecilik uygulamalarına yansıtılmasına imkan verilmiş olmaktadır.

d) Kurum Verimlilik Katsayısı

2007 yılı içinde Bakanlık sağlık politikaları doğrultusunda yönergede yerini bulan kriterler, Personel Gideri Destekleme Oranı, Personel Gideri Oranı, Yatak Doluluk Oranı, Ortalama Kalış Günü, Yatan Hasta Oranı, Yeni Performans Takip Sistemine (YPTS) Veri Giriş Puanı gibi parametrelerle kurumun finansal verimliliğinin sorgulanması öngörülmektedir. Belirli dönemlerde yerini başka kriterlere bırakacak olan bu ölçütler geliştirilmeye devam etmektedir. Bakanlıkça hazırlanan veri tabanlarına bilgi aktarımı da bu çerçevede özendirilmiştir.

e) Kurum Hedef Katsayısı

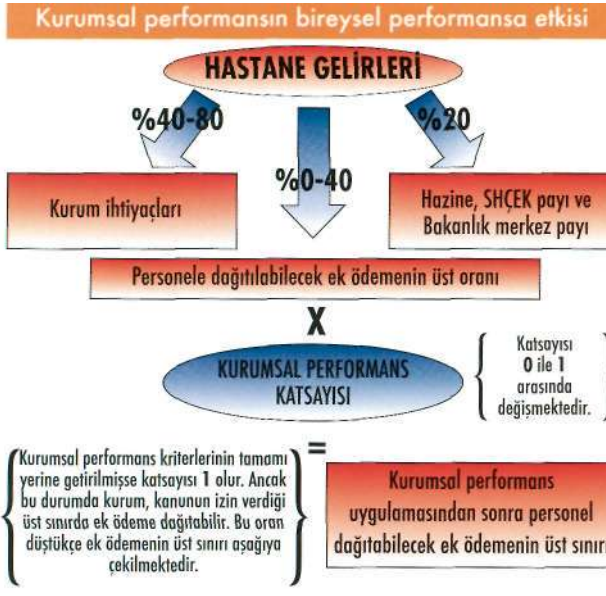
Kurum Hedef Katsayısı ile kurumlarımıza, Bakanlık hedefleri ve politikaları paralelinde, tıbbi ve idari ölçütlerde hedefler belirlenmesi sürecine girilmiştir. Başlangıç için bu kriterlerin yetersiz olduğu ortadadır, ancak kamu hastanelerini, belirli tıbbi ve idari kriterleri kurumsal olarak karşılamaları gerekliliği ile tanıştırması açısından bu kriterler oldukça önem arz etmektedir. Bu kriterler şunlardır: Sezaryen Oranı, Günlük Cerrah Başına Düşen Ortalama

Ameliyat Puanı, Günlük Ameliyat Masası Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı, Mesleğini Serbest icra Etmeyen Uzman Tabip Oranı, Yeni Performans Takip Sistemine(YPTS) Veri Giriş Puanı.

Bu şekilde hastaneler için tespit edilen 5 yöntemin ölçütleri belirlenerek her bölüm için bir katsayı tespit edilmiştir. Beş bölümün katsayılarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem "kurumsal performans katsayısı" belirlenmektedir. Katsayı "0" ile "1" arasında değişmektedir.

Her dönem ölçülen kurumsal performans katsayısı o dönem hastanelerde çalışan personelin bireysel performansına göre alacağı ek ödeme miktarını belirlemektedir.

Kanun gereği kurum, gelirlerinin azami %40'ını personele ek ödeme olarak dağıtılabilmektedir. Kurumsal performans uygulaması ile birlikte o dönem gelirinin % 40'nın dağıtılabilmesi için kurum performans katsayının "1" olması gerekmektedir. Kurum performans katsayısının "1" den "0" a doğru düşmesi sonucu dağıtılan ek ödeme miktarı da % 40'den % 0'a doğru düşmektedir. Bu şekilde hastanenin kurumsal performansı çalışanların bireysel olarak alacakları ek ödemeyi etkilemektedir.



12. PERFORMANS SİSTEMİNİN SONUÇLARI

12.1. Performans değerlendirme sistemi, personel verimliliğini sağlayarak artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasındaki en önemli araç oldu.

Sağlık sistemimizde 2004 ve 2005 yıllarında çok önemli gelişmeler oldu. Bu gelişmeler sonucu halkın sağlık hizmetlerine erişimi önündeki engeller ve eşitsizlikler ortadan kaldırıldı.

2004 ve 2005 yıllarında hasta başvuru sayısındaki artışın başlıca nedenleri :

-2004 yılında SSK ve Sağlık Bakanlığı tesislerinin "ortak kullanımı

-2005 yılında sağlık kuruluşlarının "tek çatı" altında toplanması

-SSK mensuplarının ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmeleri

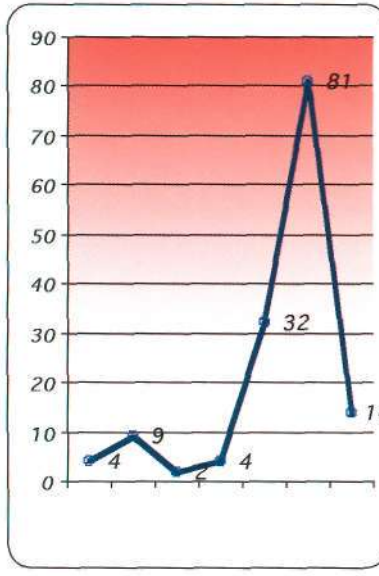
-Yeşil kart sahiplerinin ayaktan ilaç ve tedavi giderlerinin ödenmesi

-İlk başvurulacak sağlık kuruluşunu seçme hakkı

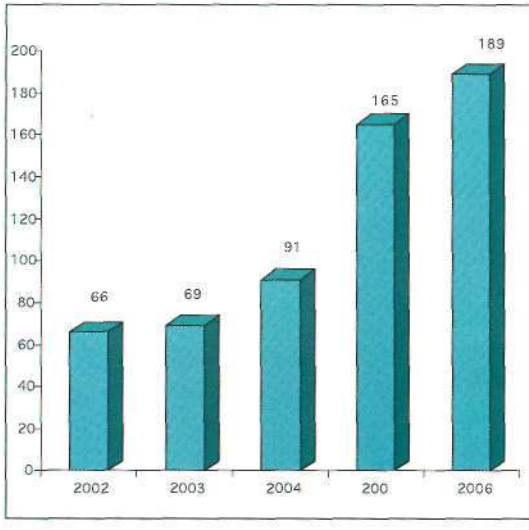
-Sağlık hizmeti almak için gerekli bürokratik işlemlerin azaltılması

Bu gelişmeler sonucu sağlık kurumlarımıza hasta başvuru sayılarında önemli bir artış meydana gelmiştir. Bir önceki yıla göre hasta başvuru sayısında 2002 ve 2003 yıllarında % 2-4 arasında bir artış meydana gelirken, 2004 yılında % 32 gibi büyük bir oranda artış olmuştur. Artış oranı 2005 yılında % 81 ile zirveye ulaşmış, 2006 yılında ise bir dengeye kavuşmuştur.

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Önceki Yıla Göre Hasta Sayısındaki Artış Yüzdesi

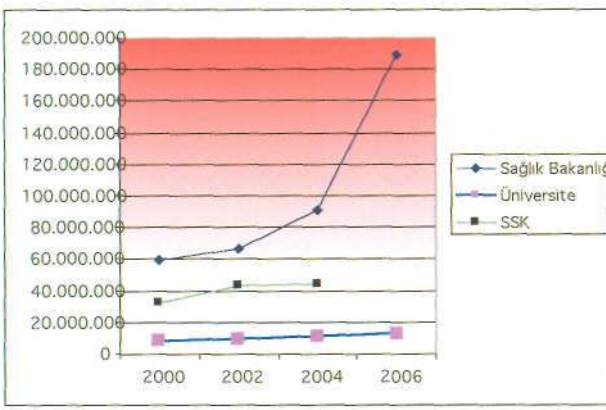


Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yıllara Göre Bakılan Hasta Sayıları(MilyonKişi)



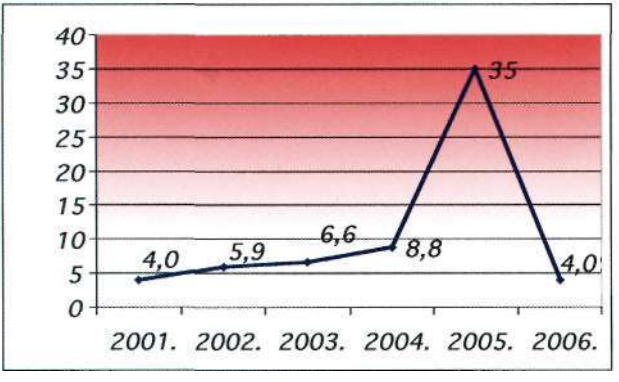
Sağlıkta dönüşümün etkilerinin en belirgin olduğu 2004 yılında, bu artan hasta başvuru talebinin Sağlık Bakanlığı tesislerine yönelik olduğu görülmektedir. 2004 yılında SSK'ya bağlı hastanelerde hasta başvuru sayısı azalırken, Tıp Fakülteleri hastanelerinde önceki yıllarla orantılı bir artış olmuştur.Bakanlık hastanelerine başvurular 2005 ve 2006 yıllarında da artmıştır.

Sağlık Bakanlığı, Üniversite Ve SSK Hastanelerinde Yıllara Göre Bakılan Hasta Sayıları



Artan bu talebe karşılık sağlık insan gücü ve hastane kapasite artışı sınırlı olmuştur. Söz konusu yıllarda hızla yükseliş gösteren hasta başvurusu sonucu, artan sağlık hizmeti talebini karşılayacak yeterli insan gücü ve fiziki kapasite artışının sağlanması mümkün olamamıştır. 2004 yılında bir önceki yıla göre uzman hekim sayısı % 8,8 artış gösterirken, hastanelerdeki yatak kapasitesi % 3,8 oranında artış göstermiştir. 2005 yılındaki artış SSK hastanelerindeki uzmanların Bakanlığımız bünyesine dahil olması sonucu gerçekleşmiştir. Aynı şekilde hemşire, ebe, sağlık memuru ve diğer unvanlardaki sağlık personeli artışı da sınırlı kalmıştır.

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Önceki Yıla Göre Uzman Hekim Sayısındaki Artış Yüzdesi



Performansa dayalı ek ödemenin yapılmaya başladığı 2004 yılında, hastanelerde verilen diş sağlığı hizmetleri bir önceki yıllara göre büyük bir artış göstermiştir. Protez işlemleri % 243 oranında artarken, dolgu ve kanal tedavisi işlemleri % 424 gibi büyük bir oranda artış göstermiştir. 2005-2007 yılları arasında da yeni açılan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile söz konusu hizmetlerde artış devam etmektedir.

Hastanelerde Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerindeki Gelişme

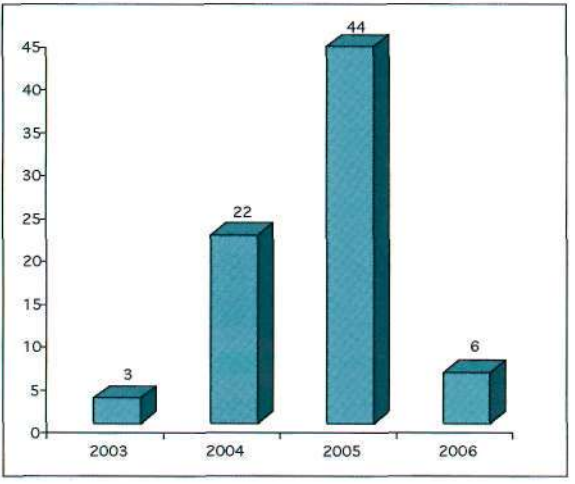
İŞLEMLER	2003	2004	2005	2006
POLİKLİNİK	5.062.290	6.870.597	11.011.000	13.595.000
ÇEKİM CERRAHİ MÜD.	1.135.555	3.147.493	4.886.000	5.413.000
DOLGU KANAL TED.	254.413	1.333.369	2.313.000	2.484.000
SABİT PROTEZ	115.776	396.73	638.000	906.000
HAREKETLİ PROTEZ	46.057	156.743	261.000	413.000
DİĞER	416.130	1.247.230	2.440.000	3.011.000
TOPLAM	7.030.221	13.152.167	21.549.000	25.822.000

2004 ve 2005 yıllarında ertelenmesi ve ikame edilmesi mümkün olmayan ve büyük artış gösteren sağlık hizmeti talebi, "performansa göre ek ödeme sistemi" vasıtasıyla sağlık personelinin çalışmasının teşvik edilmesi ve daha verimli çalışmaları ile karşılanmıştır.

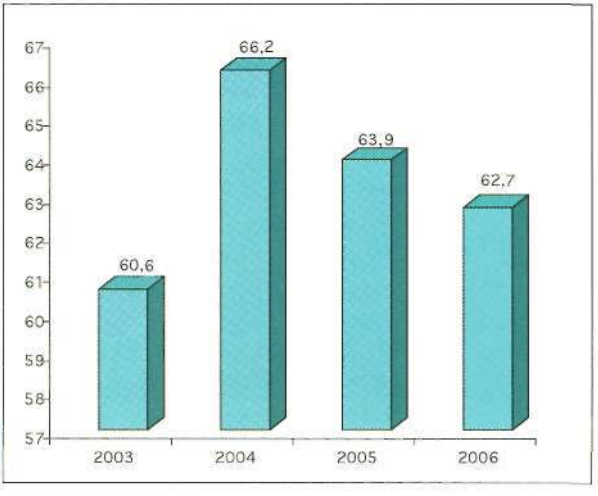
12.2. Performans değerlendirme sistemi, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağladı.

Performans uygulamasından önce 2003 yılında yatan hasta sayısında bir önceki yıla oranla % 3 civarında bir artış olurken, 2004 yılında bir önceki yıla oranla % 22 gibi önemli bir oranda artış meydana gelmiştir. 2004 yılında bir önceki yıla göre yatak kullanım kapasitesinin % 5,6 oranında artmasına rağmen, yatan hasta sayısının bunun yaklaşık 6 katı artması sonucu, bu talep hastane yatağının daha verimli ve etkin kullanılması ile karşılanmıştır. 2005 ve 2006 da ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamıştır. 2004 yılında ortalama kalış gün sayısı düşerken yatak işgal oranı ve yatak devir hızı artmıştır. 2005 ve 2006 yılları içinde yatak devir hızlarında anlamlı bir fark olmamıştır.

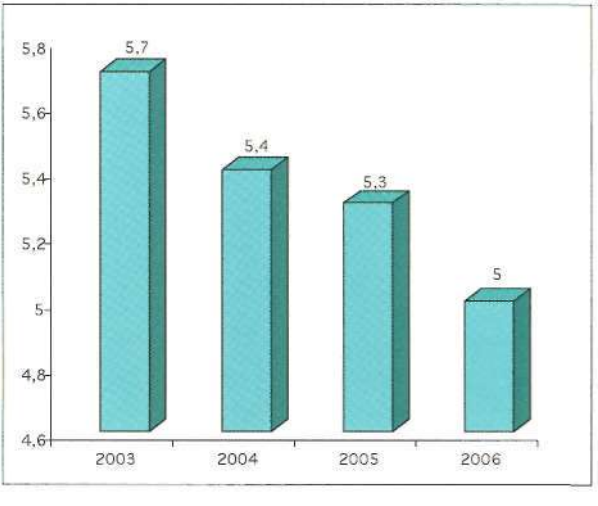
Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Bir Önceki Yıla Göre Yatan Hasta Sayısındaki Artış Yüzdesi



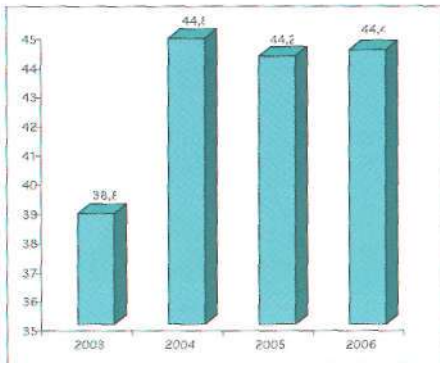
Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak İşgal Oranları(%)



Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Ortalama Kalış Gün Sayısı



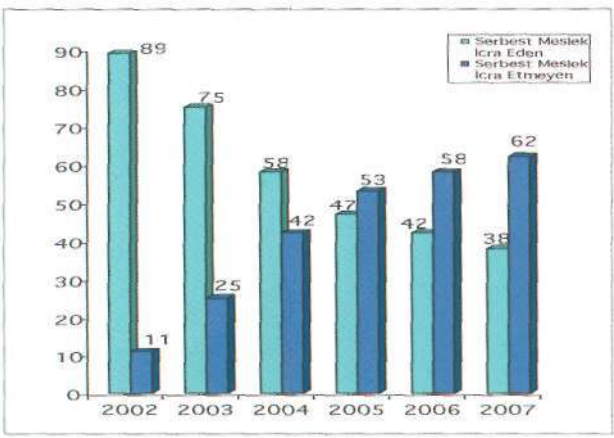
Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Yatak Devir Hızı (Hasta)



12.3. Sistem sayesinde hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışma konusunda önceki dönemlere göre daha istekli hale geldikleri görülmüştür.

2004 yılında Sağlık Bakanlığında çalışan 15 bin uzman hekimden 2.300'ü (% 15) muayenehanesini kapatmıştır. Performans uygulamasından önce 2003 yılında sadece kamuda çalışan hekim oranı % 11 iken 2007 yılı itibariyle bu oran % 62'ye yükselmiştir. Bu şekilde sistemin stratejik amaçlarından biri olan hekimlerin kamuda gönüllü olarak tam gün çalışması konusunda büyük bir mesafe alınmıştır.

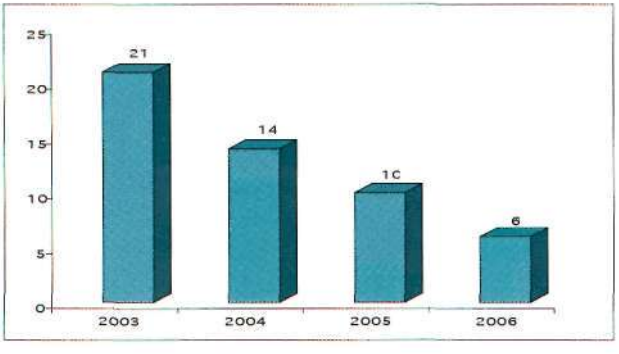
Tam Zamanlı Çalışan Hekim Sayısındaki Değişim (%)



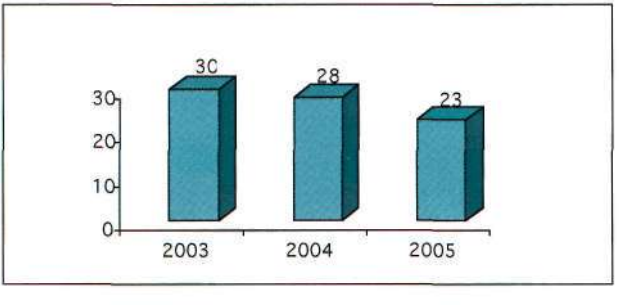
12.4. Bir üst kuruma sevk oranları düşmekte, hastalar bulunduğu yerde tedavi edilmektedir.

Bireysel performansın değerlendirilmesi ve teşvik edilmesi sonucu hastalar bulunduğu yerde daha fazla tedavi edilmeye başlamıştır. Özellikle ilçe devlet hastanelerinden il devlet hastanelerine sevk oranları düşmektedir.

Sağlık Ocaklarının Bir Üst Kuruma Sevk Oranları (Yüzde)



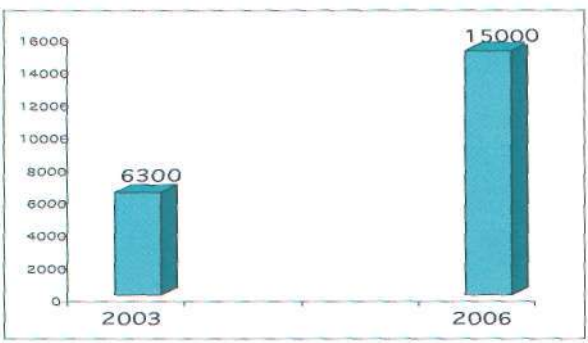
Hastanelerin Bir Üst Kuruma Sevk Oranları (Binde)



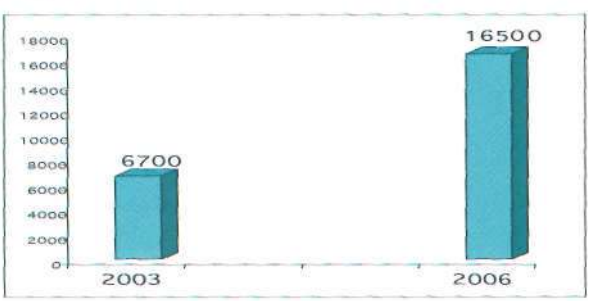
12.5. Poliklinik oda sayısında belirgin bir artış meydana gelmiştir.

Kurumsal performans uygulamasında bir ölçüt olarak poliklinik oda sayısının esas alınması ve sistemde her hekimin yapmış olduğu işlemlerden dolayı bireysel olarak değerlendirilmesi sonucu sağlık tesislerinde yeni poliklinik odalarının açılması teşvik edilmektedir. Bunun sonucu aynı anda ve aynı branştan poliklinik yapan hekim sayısında önemli bir artış meydana gelmiştir. 2003 yılında hastanelerde 6.700 olan poliklinik oda sayısı, 2006 yılında % 246 artarak 16.500 seviyesine ulaşmıştır. Artan hasta sayısına rağmen bir hastaya ayrılan sürenin bu şekilde kısalmaması sağlanmıştır.

Sağlık Ocaklarının Yıllar İtibariyle Poliklinik Oda Sayılarındaki Gelişme

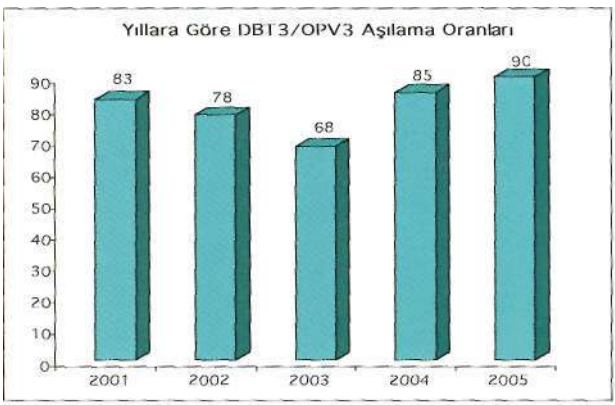


Hastanelerin Yıllar İtibariyle Poliklinik Oda Sayılarındaki Gelişme



12.6. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik puan desteği sonucu önceki yıllara göre aşı oranları, gebe ve bebek izleme sayılarında iyileşmeler olmuştur.

Birinci basamak sağlık kuruluşları için koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik ölçütler getirilerek bu hizmetlerin yapılması teşvik edilmektedir. Bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, DBT3/OPV3 aşılama yüzdesi, tarama testleri (Neonatal hipotiroidi, fenilketonüri, thalasemi vb...) numune alma yüzdesi ve modern aile planlaması yöntemi kullanma yüzdeleri bir ölçüt olarak kullanılmaktadır. O sağlık kuruluşunda koruyucu sağlık hizmetlerinde bir önceki yıla göre bir artış meydana gelmişse, buna katkısı olan personele puan verilmektedir. 2004 yılında bu ölçütlere bakıldığında önceki yıllara göre gebe izlem sayısında % 22, bebek izlem sayısında %28, DBT3/OPV3 aşılama yüzdesinde % 25 oranında bir artış olmuştur. 2003 yılında düşük çıkan aşılama oranları tekrar yükselmiş önceki yıllarda ulaşılamayan yüksek oranlara ulaşılmıştır. Tedavi edici sağlık hizmetleri istatistiklerinde görülen olumlu gelişmeler aynı şekilde koruyucu sağlık hizmetleri istatistiklerinde de görülmektedir.



12.7. Diğer sonuçlar

• Hastanelerde mesai saatlerinin verimli kullanılması ile ameliyathane, laboratuar, görüntüleme hizmetlerinin daha uzun süre verilmesi sağlanmıştır.

• Ameliyathaneler daha verimli ve etkin kullanılmaya başlamıştır.

• Ameliyat için bekleme süreleri kısalmıştır.

• Görüntüleme ve patoloji laboratuarlarındaki bekleme süreleri kısalmıştır.

• Muayene sürecinde hastalara daha fazla vakit ayrılarak, sınırlı tetkikle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılarak birim hasta maliyetinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.

• Sağlık kurumlarının gelir-gider dengeleri bir işletme gibi hassasiyetle takip edilir hale gelmiştir.

• "Bıçak parası" olarak bilinen haksız, kayıt dışı kazançla mücadele kolaylaşmıştır.

• Hekim seçme hakkı kolaylaşmıştır.

• Gereksiz tetkik istemleri azaltılarak uygun tetkiklerle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılması birim hasta maliyetlerinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.

• Laboratuarlar için verimlilik kriterleri getirilmiş olup, laboraturlarda kalite ve hasta güvenliği çalışmalarına ağırlık verilmeye başlanmıştır.

• Kongre desteği ile bilimsel çalışmaların teşviki ve eğitim hastanelerinde asistan eğitimi ve yayın yapma takip edilir hale gelmiştir.

• Bütün hastane çalışanlarının adeta kurumun ortakları haline gelme bilincini elde etmesi, yapılanları sorgulaması, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları benimsemesi, destek vermesi, görev almasını sağlamıştır.

• Kurumsal performans tanımı çerçevesinde, sağlık müdürlüklerinin hastaneler üzerinde aktif denetim yapabilmesine olanak sağlanmış ve böylece hastanelerde fiziki mekânlar başta olmak üzere birçok alanda iyileştirme çalışmaları başlamıştır.

• Kurumsal performans çerçevesinde çalışan ve hasta memnuniyeti araştırmaları başlamıştır. Memnuniyet anketlerinin 2007 yılı içinde 21 ilde pilot uygulama ile bağımsız kuruluşlarca yapılması sağlanmıştır,

• Laboratuar, görüntüleme, yemek, temizlik gibi hizmet alanlarında eksiklik bulunan hastanelerde, döner sermaye kaynaklarından mal ve hizmet alımının hızlanmasını sağlamıştır.

• Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde Toplum Sağlığı Merkezleri için performans kriterleri geliştirilmiştir.

• Sistem özellikle daha geniş kitlelere sağlık hizmetini ulaştırma hedefi ve sağlık personelini ödüllendirme esasıyla hizmet kalitesini arttırarak sosyal devlet ilkesinede hizmet etmektedir.

13. PERSONELE YAPILAN EK ÖDEME SONUÇLARI (2007 YILI İLK 8 AY)

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin teşvik unsuru personele yapılan aylık ek ödeme ücretleridir. Sistemde yer alan çok sayıda ve değişen ağırlıktaki kurallar silsilesi sonucu personelin katkısı oranında her ay alacağı ek ödeme miktarı belirlenmektedir. Kanun gereği her unvandaki personelin alabileceği ek ödemeye bir üst sınır getirilmiştir. Bu üst sınır, personelin maaş matrahının sistemde belirlenen tavan ek ödeme katsayısı oranında belirlenmektedir.

Personelin Tavan Ek Ödeme Ücretinin Belirlenmesine Esas Katsayılar

	Katsayı
Klinik şef ve şef yardımcılarından serbest çalışmayanlar	8
Uzman tabip, tıpta uzmanlık tüzüğünde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman diş tabiplerinden serbest çalışmayanlar	7
Pratisyen tabip ve diş tabiplerinden serbest çalışmayanlar	5
Klinik şefi, şef yardımcısı, uzman tabip, tıpta uzmanlık tüzüğünde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman diş tabiplerinden serbest çalışanlar	3,5
Pratisyen tabip ve diş tabiplerinden serbest çalışanlar ile hastane müdürü ve eczacılar	2,5
Yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi, acil servis-poliklinik ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinin psikiyatri servisleri gibi özelikli hizmetlerde çalışan personel ile başhemşireler	2
Bunların dışında kalan diğer personel	1,5

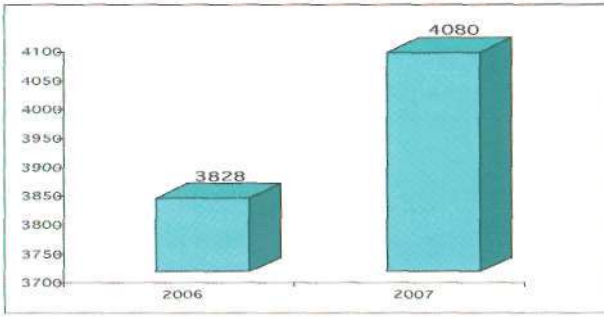
Bu şekilde sistemde her ay tüm personel için unvanlarına ve bazı çalışma özelliklerine göre teşvik edici bir tavan ek ödeme ücreti belirlenmiş olmaktadır. Tüm

hekimlerin her dönem tavan ek ödeme ücretlerini alamadıkları görülmekle beraber her yıl ortaya çıkan ortalama rakamlar incelendiğinde, bu teşvikin kamu maliyesi güçlendikçe buna paralel olarak artacağı yönündedir.

2.BASAMAK SAĞLIK KURUMU EK ÖDEME ORTALAMALARI	SERBEST ÇALIŞMAYAN UZMAN TABİP		
	2006	2007(7 ay)	Artış/ Azalış Yüzde
Ortopedi ve Travmatoloji	4.227	4.657	10,2%
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	4.073	4.614	13,3%
Göz Hastalıkları	3.944	4.554	15,5%
Radyoloji	4.033	4.548	12,8%
Kardiyoloji	3.950	4.411	11,7%
iç Hastalıkları	4.161	4.349	4,5%
Dermatoloji	4.000	4.334	8,4%
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	4.021	4.282	6,5%
Nöroloji	4.107	4.198	2,2%
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	4.026	4.194	4,2%
Beyin ve Sinir Cerrahisi	3.648	4.174	14,4%
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	3.426	4.124	20,4%
Çocuk Cerrahisi	3.616	4.036	11,6%
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	3.849	4.020	4,4%
Aile Hekimliği	3.558	4.016	12,9%
Psikiyatri	3.755	4.001	6,6%
Genel Cerrahi	3.797	3.958	4,2%
Üroloji	3.515	3.944	12,2%
Kalp ve Damar Cerrahisi	3.604	3.911	8,5%
Göğüs Hastalıkları	3.840	3.854	0,4%
Tıbbi Biyokimya	3.412	3.833	12,4%
Kadın Hastalıkları ve Doğum	3.491	3.806	9,0%
Göğüs Cerrahisi.	3.268	3.748	14,7%
Tıbbi Mikrobiyoloji	3.605	3.722	3,3%
Enfeksiyon Hastalıkları	3.507	3.666	4,5%
Tıbbi Patoloji	3.098	3.532	14,0%
EK ÖDEME ORTALAMASI	3.828	4.080	6,5%

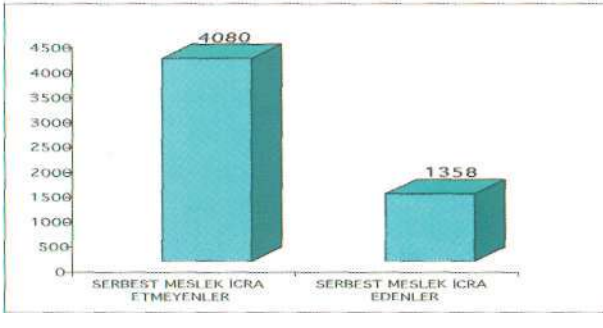
Serbest meslek icra etmeyen hekimlerimizin ek ödeme ortalamaları istikrarlı bir biçimde artış göstermektedir. Bu artışlar sistemin uygulamaya geçtiği 2004 yılından beri devam etmektedir.

Serbest Meslek İcra Etmeyen Uzman Tabiplerin Ek Ödeme Ortalaması(YTL)



2007 yılı ilk 8 ayı için uzman tabiplere yapılan ek ortalamaları açısından serbest meslek icra eden ve etmeyen uzman tabipler arasında mesleğini serbest icra etmeyenler açısından anlamlı ve olumlu bir fark bulunmaktadır.

Uzman Tabiplerin 2007 Yılı (8 aylık) Ek Ödeme Ortalaması (YTL)



Farklı Ünvanlarda Çalışan Personelin 2007 Yılı Ek Ödeme Tutarları(YTL)

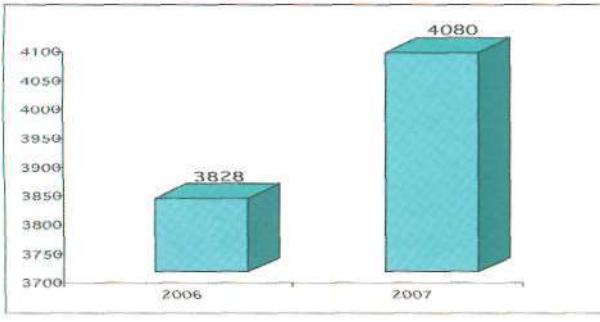
1.BASAMAK SAĞLIK KURULUŞU	2007 YILI (7 ay)
Sağlık Müdürü	3.790
Sağlık Müd.Yrd (Tabip)	3.370
Sağlık Müd.Yrd (idari)	933
Pratisyen Tabib	972
Şube Müdürü (Tabip)	1.429
Şube Müdürü (İdari)	911
Sağlık Hizmetleri Sınıfı Personeli	363
Genel İdari Hizmetleri Sınıfı Personeli	328
Teknik Hizmetler Sınıfı Personeli	490
Yardımcı Hizmetler Sınıfı Personeli	312

2.BASAMAK SAĞLIK KURUMU	2007 YILI (7 ay)
Başhekim (Uzman)	5.812
Başhekim (Pratisyen)	3.366
Başhekim Yrd. (Uzman)	3.867
Başhekim Yrd. (Pratisyen)	3.058
Uzman Tabip	4.024
Pratisyen	1.952
Diş Tabibi	2.855
Eczacı	1.339
Hastane Müdürü	1.330
Başhemşire	890
Yrd.Sağlık Hizmetleri Sınıfı	607
Teknik Hizmetler Sınıfı	516
Genel İdari Hizmetler Sınıfı	408
Yrd.Hizmetler Sınıfı	331

2004-2005 ve 2006 yıllarında performansa dayalı ek ödeme sistemiyle kamu kaynaklı, sağlık personeline maaşları dışında önemli bir katkı yapılmıştır. Toplam gerçekleşen rakamlara bakıldığında 2004 öncesine göre bunun oldukça anlamlı olduğu görülmektedir.

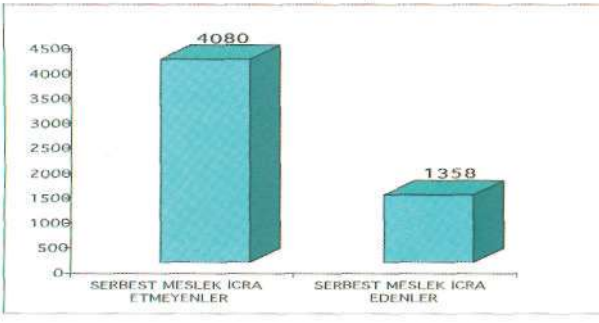
Serbest meslek icra etmeyen hekimlerimizin ek ödeme ortalamaları istikrarlı bir biçimde artış göstermektedir. Bu artışlar sistemin uygulamaya geçtiği 2004 yılından beri devam etmektedir.

Serbest Meslek İcra Etmeyen Uzman Tabiplerin Ek Ödeme Ortalaması(YTL)



2007 yılı ilk 8 ayı için uzman tabiplere yapılan ek ortalamaları açısından serbest meslek icra eden ve etmeyen uzman tabipler arasında mesleğini serbest icra etmeyenler açısından anlamlı ve olumlu bir fark bulunmaktadır.

Uzman Tabiplerin 2007 Yılı (8 aylık) Ek Ödeme Ortalaması (YTL)



Yıllar İtibariyle Personele
Dağıtılan Toplam Ek Ödeme Tutarları

YIL	TOPLAM TAHAKKUK(YTL)	EK ÖDEME(YTL)	ORAN (%)
2000	608.000.000	114.000.000	19
2001	1.024.000.000	226.000.000	22
2002	1.961.000.000	431.000.000	22
2003	2.919.000.000	523.000.000	18
2004	4.827.000.000	1.275.000.000	26
2005	7.542.000.000	2.157.000.000	29
2006	9.480.762.776	2.923.134.053	31

Tüm sisteme sonuçlan itibariyle bir bütün olarak bakıldığında; sağlık personelinin maaşları dışında önemli bir kazanım elde ettikleri, bu kazanımın koşulsuz olmayıp sağlık hizmet sunumuna katkılarına göre verilmesi ile kamuda performansa dayalı bir ücretlendirme modelinin hayata geçirildiği, halkın ise sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin ve eşitsizliklerin ortadan kaldırılması ile artan başvuru talebine rağmen eskiye göre kıyaslanmayacak şekilde daha fazla sağlık hizmetini alabildikleri görülmüştür.

14. SİSTEMİN DİĞER UNSURLARI

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesisleri için hizmet sunma özellikleri dikkate alınarak yapılan çeşitli uygulamalar bulunmaktadır.

14.1-Döner sermaye komisyonu : Sistemin uygulandığı her birimde tüm çalışanların temsil edildiği döner sermaye komisyonu bulunmaktadır. Döner sermaye komisyonu aracılığıyla katılımcı bir yönetimin örneği oluşturulmaktadır. Çalışanlar adeta kurumun ortakları haline gelme bilincini kazanmış, yapılanları sorgulamaya, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları benimsemeye, destek vermeye ve bu alanlarda gönüllü görev almaya başlamıştır,

14.2- İnceleme heyeti : Hastanelerde yapılan hizmetlerin düzenli kayıt altına alınması ve kurumlara gönderilen faturaların hatasız düzenlenmesini sağlamak amacıyla yapılan tüm işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için inceleme heyeti oluşturulmuştur. Heyet, girişimsel işlemlerin, yapılmasından itibaren tahakkuk ve faturalanmasına kadar geçen süreçte, tıp etiği ve kayıtlara uygunluğunu denetlemektedir. Bu şekilde sistemin ana unsuru olan hekimlerin bireysel tıbbi işlemleri denetlenmiş olmaktadır. Heyet üyeleri, mesleğinde en az 10 yıl çalışmış ve disiplin cezası almamış olan hekimler arasından seçilmektedir. Bu kurul vasıtasıyla başka bir şekilde değerlendirilmesi ve denetlenmesi çok güç olan tıbbi işlemler, yapıldığı an ve sürekli bir oto kontrol süreciyle değerlendirilmekte ve denetlenmektedir. 2005 yılında sisteme dahil edilen bu kurul her geçen gün bu oto kontrolü sağlayacak kapasiteyi kazanmaktadır.

14.3-Enfeksiyon kontrol komitesi : Sistemde, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji kliniklerinin

değerlendirilmesi, hastane enfeksiyonunun takibi ve kontrolünü sağlayacak ölçütler ile yapılmaktadır. Bu şekilde enfeksiyon kontrol komiteleri aktive edilmiş ve hastanelerde, hastane enfeksiyonuna yönelik takip ve kontroller titizlikle yürütülür hale gelmiştir.

14.4- Bilimsel çalışma destek puanı: 2004 ve 2005 yıllarında sadece eğitim ve araştırma hastanelerinde verilmekte olan bilimsel çalışma destek puanı, 2006 yılında birinci basamak ve devlet hastanelerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir. Bu şekilde bilimsel çalışmalarda bulunanlar teşvik edilmektedir.

14.5- Eğitici destekleme puanı : Eğitim ve araştırma hastanelerinin asli görevlerinden bir olan asistan eğitim süreci sistem ile de desteklenmektedir. Azami eğitim süreleri bir ölçüt olarak kabul edilmiştir.

14.6- Mesleki eğitimin desteklenmesi : Hizmet içi eğitim ile kendi alanı ile ilgili kongre, konferans, seminer ve sempozyum gibi etkinliklere katılan personelin, söz konusu etkinliklerde geçen günleri çalışılmış kabul edilmektedir. Bu şekilde personelin burada geçen günlerinden dolayı bir hak kaybı olmamaktadır.

15. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN TAKİBİ

Sistem, Sağlık Bakanlığı web sitesinden dinamik bir şekilde takip edilmektedir. Sitede ilgili mevzuatlar, mevzuat değişiklikleri, süreç içinde ortaya çıkan sorunlar konusunda Bakanlık'ça verilen görüşler yayınlanmaktadır. Sistem ile ilgili tüm bilgilere http://www.saglik.gov.tr/PYKOG adresinden ulaşılmaktadır.

Bunların yanı sıra, sağlıklı veri toplamak amacıyla 2007 yılında uygulamaya geçirilen Yeni Performans Takip Sistemi (YPTS), 1 .Basamak Ek Ödeme Takip Sistemi ve Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Sistemi, Sistem Performansının takibinde ve karar süreçlerinde kullanılmaktadır.

PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN
DR. MEHMET DEMİR

16. PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SAĞLIK HARCAMALARINI ARTIRIYOR MU?

16.1. Nasıl bir ödeme sistemi?

Sağlık çalışanlarına uygulanan performansa göre ödeme sistemi ilk bakışta "hizmet başı ödeme sistemi" gibi görünse de, bütün unsurları ile değerlendirildiğinde tam olarak öyle olmadığı görülecektir. Öncelikle hastanelere yapılan ödeme sisteminden kısmen bağımsız bir teşvik sistemidir. Hastanenin gelir miktarı ile bağlantısı olmakla birlikte kaynakların azami ölçüde tasarruf edilmesi ve bu gelirin verimli kullanılması ile de çok yakından ilgilidir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi olan hizmet başı ödeme sisteminin harcamaları artırıcı gereksiz veya fazla raporlama eğiliminin peşinen performansa dayalı ödeme sistemine yansıdığı önyargısı gerçekçi değildir. Sistemde hekimler tarafından başından sonuna kadar birebir yapılan, zihinsel ve bedensel olarak mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılan işlemler puanlandırılmıştır. Sağlık hizmeti sunumundaki diğer bütün unsurlar bu işlemlerin tamamlayıcıları olarak öngörülmüştür. Hekim sağlık hizmet ekibinin lideri ve yönlendiricisi olarak sorumlu tutulmuş ve uygulamada referans alınmıştır. Hekim emeğinin sınırlı olduğu laboratuar ve görüntüleme gibi hizmetler puanlandırılmamış sadece bu işlemlerin hekim tarafından görülüp raporlanması puanlamada yer almıştır.

Bu uygulama ile yapılan hizmetlerin kayıt altına alınır olması, belirsizliklerin, kaçakların azalmış olması bir gerçektir. Bu da hastanelere yapılan ödemelere yansımıştır. Bu yüzdendir ki, hizmet fiyat tarifelerinde büyük oranda

indirimler yapılmasına rağmen sağlık hizmetinin sürdürülebilirliği sağlanabilmiştir.

16.2. Arz talep dengesi

Ülkemiz açısından öncelikli sorun, talebin artırılması riskinden çok bilinçlenme, eğitim ve iletişim sayesinde belli düzeye ulaşmış olan talebin sınırlı sayıda doktor ve sağlık personeli ile karşılanması konusudur. Genelde sağlık personeli, özelde hekim sayısının yetersiz olduğu ülkemizde hasta yükü zaten kabul edilebilir sınırların ve hekimin kaldırabileceğinin çok üzerindedir. Bu yüzden, bugün için sistemin zaten fazla olan hastayı gereğinden fazla artırıcı bir yönü olduğunu kabul edemeyiz. Yeterli hekim sayısına ulaştığımızda bu risk öngörülebilirse de, kaliteyi de korumayı öne alarak, hekim başına hasta sınırlaması gibi önlemler kolaylıkla sisteme dahil edilebilir. Ancak bugün için bu yaklaşımın erken olacağını düşünüyoruz.

2003 yılından beri sağlık sistemimizde finansman, ödeme yöntemi, organizasyon alanlarında atılan birçok adımın sonucu olarak sağlık hizmetlerinin kamu sağlık kuruluşlarında karşılanmasında belirgin artış olmuştur. Bu artış beraberinde kuyruklar, bekleme listeleri oluşturmamış, aksine görünür iyileşmelerle sonuçlanmıştır. Bu sonucun elde edilmesinde performansa göre ödeme sisteminin etkisi göz ardı edilemez. Eş zamanlı uygulanan politikalarla özel hastanelerde de hasta yükü artmıştır. Kamu sağlık çalışanlarına verilen bu teşvik uygulaması, özel hastanelerin rekabet gücü karşısında kamu hastanelerini de güçlendirmiştir. Burada özel hastanelerin hizmet verdiği kesimin bütün sağlık hizmeti içinde henüz % 5' ten daha az bir oranı oluşturduğunu da unutmamak gerekir.

ilk bakışta her iki sektördeki teşvik uygulamaları hasta sayısında aşırı bir artışı gündeme getirse de, gerçek bu değildir. Nüfusa oranlı başvuru sayısında büyük oranda bir artış gözlenmemiştir. Aksine daha çok muayenehane, poliklinik vs. gibi yerlerde görülen ve çoğu kayıt dışı olan hastalar özel veya kamu hastanelerinde görülmeye ve

kayıt altına alınmaya başlamıştır. Ayrıca hastanelerde görülse de kayıttan kaçırılan hastalar da kayıt altına alınmıştır. Belki eleştirilmesi gereken husus, hastaların tanı maliyetlerinin daha yüksek olduğu yataklı kurumlara kaydırılmakta olmasıdır. Muayenehaneler, poliklinikler, tıp merkezleri ve gün hastaneleri teşvik edilerek bu durumun daha sağlıklı hale getirilmesi mümkündür.

Ulusal sağlık hesapları hane halkı araştırmasına göre 2000 yılında ülkemizde bir kişinin yılda ortalama doktora başvuru sayısı ortalama 4,2 civarındadadır. Aynı yılın istatistik verilerine göre bu hastaların en fazla üçte ikisi kayıtlı görünüyordu. Performansa göre ödeme sisteminin uygulandığı 2005 yılında kamu ve özel sektör dahil kayıt altına alınan hasta sayısı değerlendirildiğinde, kişi başı doktora başvuru sayısındaki artışın ihmal edilebilir düzeyde olduğu görülmektedir. Buradan sistemin hastayı artırıcı etkisinden çok, kayıt altına alınmayı getirdiğini söyleyebiliriz. Tabii ki, hasta kendisi için cazip olan yöne doğru kaymaktadır. Böylece, doğrudan cepten harcama yaptığı muayenehanelerden sosyal güvenlik kurumları ile sözleşmesi olan özel hastanelere ve uygulanan politikalarla kapasitesini artıran devlet hastanelerine kaymıştır. Bu süreçte uzman hekimlerimizin yarısının muayenehanelerini kapatarak tam zamanlı olarak kamuda çalışmayı tercih etmesinin arka planında sadece ek ödeme farklılığı değil, hastaların hastaneleri tercih eder olmasının da rolü olduğunu göz ardı edemeyiz.

Hastanelerimizin kapasitelerini artırıcı önlemler alması ile eş zamanlı olan bu kayış, hastaneler cephesinde hizmet yükünü daha fazla artırmış ve bunun yansıması olarak hastanelere yapılan ödemeler artmıştır. Bu durumun toplam sağlık harcamasına ne derecede yansıdığını kapsamlı bir araştırma yapmaksızın kestirebilmek zordur. Ancak cepten yapılan sağlık harcamalarının büyük oranda kamu sağlık harcamasına dönüştüğü bir gerçektir.

Sağlık Bakanlığı dışında önemli bir hizmet sunucusu olan üniversite hastanelerinde henüz yaygın olarak benzer

bir ödeme sistemi uygulanmamaktadır. Verilerimiz devlet hastaneleri ile üniversite hastanelerine başvuran hastaların ameliyat olma oranlarının benzer olduğunu göstermektedir. Yani performansa dayalı ödeme sisteminin ameliyat oranını artırdığına ilişkin bir kanıt elde edilememiştir. Bunun yanında ameliyathanelerin daha uzun süre çalıştığı, ameliyat bekleme sıralarının azaldığı, hatta birçok ilimizde hiç beklemeden ameliyatların yapılabildiği görülmektedir.

16.3. Sağlık harcamasına etkisi

Performansın ödüllendirilmesi için hekimlere yapılan ortalama ek ödemeler sabit maaşlar ile birlikte ele alındığında, özelliği olan birçok kamu çalışanı ile kıyaslanabilir düzeyde bir ücret oluşturduğu görülecektir. Hatta bu ücretler özel sektörde görev yapan hekim ücretlerinin oldukça altında kalmaktadır. Bu çerçevede yapılan ek ödeme giderlerinin döner sermaye harcamaları arasında ilave bir harcama gibi algılanması doğru değildir; aksine personel gideri kapsamında değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.

Ülkemizde 2003 yılından sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı ile meydana gelen birçok değişim sağlık alanında etkinliği, erişimi ve kaliteyi artırıp, finansal risklere karşı daha fazla korumayı ve hastaların daha fazla memnun olmasını sağlarken, tabii ki kamu sağlık harcamalarını da artırmıştır. Burada en fazla etkili olan SSK'lıların kamu ve özel hastanelerle ilaca erişiminin kolaylaştırılması ve Yeşil Kart sahiplerinin tanı, tedavi ve ilaca erişimi yanında sayıca artırılmasını sağlayan kolaylıkların getirilmiş olmasıdır. Genel sağlık sigortasını hayata geçirecek harcama artırıcı uygulamaların neredeyse tamamı bu süreçte gerçekleştirilmiştir. Böylece kayıt dışı olarak cepten ve tezgâh altı yapılan sağlık harcamaları kayıtlı kamu harcamasına dönüşmüştür.

Sağlık harcamasının miktarından çok, sağlık çıktılarında meydana getirdiği iyileşmenin seviyesine dikkat edilmelidir. Klinik temelde bunu ölçebilmek çok zor olmakla

birlikte, hasta memnuniyetinde görülen olumlu gelişmeler anketlerden anlaşılmaktadır. Başbakanlık idareyi Geliştirme Başkanlığının, kamu yönetiminde bürokrasinin ve kırtasiyeciliğin azaltılması çerçevesinde yapmış olduğu "Poliklinik Hizmetlerinde Etkinlik II" araştırması bu süreçteki iyileşmeleri ortaya çıkarmıştır.

Sağlık harcaması ile hizmet kalitesi ve yoğunluğu arasındaki ilişki her zaman paralel olmasa da, yakın bir ilişki varlığı inkâr edilemez. Finans kaynağı iyi yönetilebilir ve akılcı bir sağlık politikası ile desteklenirse hizmete dönüşür. Kısıtlı insan kaynakları ile üstesinden gelinen bu hizmet yükünün mali faturasının kamu kaynaklarınca karşılanması sosyal devlet anlayışı ile uyumlu bir tercihtir.

Performansa göre ödeme sistemi bu süreçte birincil harcama artırıcı değil, bu değişiklikleri gerçekleştirme aracı olarak görev yapmıştır. Sistemin diğer değişkenleri göz ardı edilerek, kamu sağlık harcamalarındaki her türlü değişim sağlık personeline yapılan ek ödeme ile ilişkilendirilmemelidir. Kaldı ki, bu uygulama sayesinde sağlık harcamalarının kayıtlı kamu harcamasına dönüşmesi, KDV, gelir vergisi, kurumlar vergisi ve hazine payı adları altında ciddi bir geri dönüşümü de birlikte getirmiştir. Sağlık harcamalarının hesaplanmasında bu husus göz ardı edilmemelidir.

16.4. Talep artışının durdurulması

Uygulanan sağlık politikaları sonucu, kamu sağlık kuruluşları sistemde rekabet eden aktörler haline gelmiştir. Performansa göre ödeme sistemi, kamu sağlık kuruluşlarının bu rolü oynamalarını kolaylaştırmıştır.

Kamu hastanelerimizin eski hale dönmesi, doktorlarımızın olağanüstü bir gayretle çalışmalarının teşvik edilmesinin yok 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.

Yukarıda değinildiği gibi, sağlık harcamalarının cepten ya da oluşturulan pirim veya vergi havuzundan kamu eliyle yapılması sistemin yönünü tayin edecek temel bir tercihtir. Sosyal devlet anlayışı, hizmetin kamu sağlık harcamalarıyla karşılanması lehine işlemektedir. Son yıllarda sağlık sistemimizdeki gelişmeler de bu yönde olmuştur.

Aksine cepten harcamaya yönelecek kamu harcamalarını azaltıcı politikalar geliştirmek teknik açıdan son derece kolaydır. Bunun sosyal politikaların sorumlusu olan siyasal bakış açısından kabul edilebilir olması tartışma konusudur. Daha açık bir ifadeyle, mecbur kalınmadıkça kabul edilebilir olmadığını görmemiz gerekir.

Kamu sağlık harcamalarının azaltılması için hastanelerimizin hasta talebini azaltacak ve hastaların hastanelerimize kabulünü zorlaştıracak tedbirlerin talep edilmesi gerçekçi değildir. Belki yeterli kurum ve personel sayısına ulaştığımızda bu sınırlamayı kaliteyi korumak adına gündeme getirebiliriz.

Hastanelerimizde yüksek performansın ödüllendirilmesine karşı çıkılmasını bu çerçevede değerlendirmek gerekir. Hastanede kabulü kolaylaştırıcı uygulamaları kaldırmaya yönelik önlemler yerine, hastaneye aşırı başvuru ve ilgiyi azaltacak katkı payı uygulaması gibi önlemler üzerinde durulması daha uygun olacaktır. Hastaların sistemi kendi iradeleri ile denetler olması ve bir anlamda frenlemesi sistemin oluşturacağı engellerden daha kabul edilebilir bir yöntemdir. Ayrıca hastanelerin hizmetinin karşılığı ödenirken enflasyonist olduğu bilinen hizmet başı ödeme yönteminden vazgeçilerek, daha kolay kontrol edilebilir ve denetlenebilir vaka başı ödeme sistemine, hatta global bütçeleme sistemlerine geçme alternatifleri üzerinde durmamız gerekir. Bu ödeme sistemlerinin hiç birisi hizmet sunan kurum içinde performansın tanımlanması ve yüksek performansın ödüllendirilmesi anlayışı ile çatışmak zorunda değildir.

1 7. KAYNAKLAR

1-Sağlıkta Dönüşüm Programı. Sağlık Bakanlığı, 2003. Ankara

2- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR: Getting Health Reform Right (Draft), October 2001

3-Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, and Pinder EL: The Implications of Region al Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Ouality, and Accessibility of Car," Annals of Internal Medicine, 138(4) 18 February 2003: 273-87.

4-Baicker K and Chandra A: Medicare Spending, the Physician Workforce and Beneficiary Ouality of Çare, Health Affairs Web Exclusive, April 7, 2004: W184-97.

5-Reinhardt UE: Paying the Providers of Health Çare: Rewarding Superior Ouality, International Symposium: Toward an Equitable, Efficient,and High Ouality National Health Insuranc, March 18-19, 2005. Taipei, Taiwan

6-McGlynn EA, Wennberg D et al.: The Ouality of Health Çare Delivered to Adults in the United States," New England Journal of Medicine 348, no. 26 (2003): 2635-2645.

7-Clancy CM and Cronin K, "Evidence-Based Decision Making: Global evidence, Local Decisions, Health Affairs 24, no. 1 (2005):155.

8-Institute of Medicine, To Err is Human: Building a Safer health system, Washington, D.C.: National Academy Press, 2000, and IOM, Crossing the Ouality Chasm: A New Health System for the 21 st century, National Academy Press, 2001.

9-May Tsung-Mei Cheng: Ouality of Health Care in Taiwan in the 21st Century: Challenges and Opportunities. International Symposium: Toward an Equitable, Efficient, and High Ouality National Health Insurance. March 18-19, 2005, Taipei, Taiwan

10-Mei-Shu Lai: The Challenges Confronting Taiwan's National Health Insurance: Toward an Accountable System. International Symposium: Toward an Equitable, Efficient

and High Quality National Health Insurance March 18-19, 2005, Taipei, Taiwan
11-Vladeck BC: Ineffective Approach, Health Affairs 23(2), March/April, 2004: 285-6.
12-Commonwealth Fund 2002 International Health Policy Survey, CMWF, New York: Publications no. 640-644.
13-OECD Health Data 2001.
14-Kartal M, Mollahaliloğlı S (editör): Türkiye Ulusal sağlık Hesapları 1999-2000, 2004, Ankara
15-Tsung-Mei Cheng, Taiwan's New National Health Insurance Program: Genesis and Experience So Far, Health Affairs, 22, no.3: 68.
16-Leatherman S and MaCarthy D: Quality of Health Care in the United States: A Chartbook, CMWF, New York, April 2002: 101.
17-Hyoung-Sun Jeong and Hurst J: An Assessment of the Performance of the Japanese Health Care System, OECD, Paris, December 2001: 50.
18-Weiner JP: "Prepaid Group Practice Staffing and U.S. Physician Supply: Lessons for VVorkforce Policy, Health Affairs Web Exclusive, February 4, 2004: VV4-43-59.
19-Hospital report 2004: Acute care. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.
20-Marchildon GP: Canadian Health Reform: Financing and Payment Systems. International Symposium: Toward an Equitable, Efficient and High Quality National Health Insurance, March 18-19, 2005. Taipei, Taiwan
21-Ontario 2004. Ontario Family Health NetworkTransition. Government of Ontario, 2004. http://www.ontariofamilyhealthnetwork.gov.on.ca/english/
22-Martin CM and Hogg WE: How family physicians are funded in Canada. Medical Journal of Australia, 181(2): 111-112,2004.
23-Garber AM: Evidence-Based Guidelines as a Foundation for Performance Incentives, Health Affairs, 24(1), January/February, 2005:174-9.
24-Eddy DM: Performance Measurement: Problems and Solutions, Health Affairs 17(4), July/August, 1998: 7-25. (p17)
25-Steinberg EP and Luce BR: Evidence Based? Caveat

Emptor Health Affairs, 24(1),
January/February, 2005: 80-92.
26-Galvin RS, Delbanco S, Millstein A and Belden G: Has the Leapfrog Group
had an Impact on the Health Care Market? Health Affairs 24(1), January/February, 2005: 228-33.
27-Galvin R: A Deficiency of Will and Ambition: A Conversation With Donald Berwick, Health Affairs Web Exclusive, January 12, 2005.
28-Chang Hong-Jen: Taiwan's National Health Insurance: Current Development and Performance, paper presented at the 10th Anniversary of the National Health Insurance International Symposium, Taipei, Taiwan
29-Sağlık Bakanlığına Bağlı ikinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge, 01.02.2005 tarih ve 349 sayılı
30-Sağlık Bakanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge, 01.02.2005 tarih ve 349 sayılı
31-Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi, 01.01.2005 tarih ve sayılı
32-Demir M, Demir B, Kırılmaz H: Daha kaliteli sağlık hizmetlerine doğru kurumsal performans ölçümü. SB Diyalog. 10:38-43, Nisan 2005
33-Bilgin, Kamil Ufuk (2004), Kamu Performans Yönetimi, TODAİE Yayın No: 323, Ankara.

Sağlıkta Performans Yönetimi

Ülkemize has bir model olarak geliştirilen performans ölçümü ve buna dayalı ek ödeme sistemi, bireysel performansı ölçerek sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi ve sağlık çalışanlarının motive edilmesi amacıyla 2004 yılı başından itibaren Bakanlığımıza bağlı tüm sağlık kuruluşlarımızda uygulamaya konulmuş olup, kurumsal performans ve kalite geliştirme ölçütleri de hayata geçirilerek entegre bir denetim modeli oluşturulmuştur.

Performansa dayalı ek ödeme sistemiyle kamu sağlığında "kalite"nin tanımı değişmiştir. Kalite, arz yönlü bir anlayışın sonucu olarak hizmet sunucuları tarafından belirlenirken artık arzın yerine talep öne çıkmıştır. Kamu sağlığında hasta odaklı yaklaşım, sistemde hastaların ağırlığını arttırmış ve yepyeni bir kalite anlayışını gündeme getirmiştir.

Bu uygulamayla hizmetler kayıt altına alınmış, sistemdeki kaçaklar önlenmiş, hekimlerimiz kamuda tam gün çalışmayı tercih eder hale gelmişlerdir.

Sağlık çalışanına ürettiği hizmete paralel ek ödeme öngören bu model sağlık kuruluşlarımızdaki hizmet verimliliğini arttırarak; sonuçta çalışan ve hasta memnuniyetini artırmıştır.

ISBN: 975-590-182-5