

SD

HAZİRAN
TEMMUZ
AĞUSTOS
2011
12 TL
(KDV DAHİL)

YAZ

19

S A Ğ L I K D Ü Ş Ü N C E S İ V E T İ P K Ü L T Ü R Ü D E R G İ S İ



HARUN KIRILMAZ KAMU KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ UYGULAMALARI | MELAHAT ELMAS GAZİ SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE PERFORMANS UYGULAMASI | DR. SEBAHATTİN IŞIK PERFORMANSA GÖRE ÖDEME: OECD ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER | DR. HASAN GÜLER - DR. DİLEK TARHAN AYRILMAZ İKİ KAVRAM OLARAK PERFORMANS VE KALİTE | DR. ABDULLAH ÖZTÜRK - SÜLEYMAN HAFİZ KAPAN SAĞLIKTA KALİTE UYGULAMALARININ PERFORMANSA YANSIMASI | DR. HALİL EKİNCİ AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA PERFORMANS VE ESASLARI | DR. MAHMUT TOKAÇ - DR. ABDULLAH BİLGİN DEVLET HASTANELERİNDE ÇALIŞAN DOKTORLARIN PERFORMANSA BAKIŞI | DOÇ. DR. MUSTAFA BİLİCİ - DR. MEDİNE YAZICI GÜLEÇ - DR. BURAK TOPRAK PERFORMANS SİSTEMİNİN PSİKOLOJİK ALGISI VE BU ALGININ YÖNETİMİ | PROF. DR. HAYDAR SUR ÖZEL HASTANELERDE HEKİM HAK EDİŞLERİ VE PERFORMANS KRİTERLERİ | DR. MEHMET DEMİREL ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE PERFORMANS UYGULAMASININ TIBBİ ETİK BAKIMINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ | DOÇ. DR. KEMAL MEMİŞOĞLU EĞİTİM HASTANELERİNDE PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SİSTEMİ | PROF. DR. ALPER CİHAN PERFORMANSIN FELSEFESİ VE UYGULAMA HATALARI | PROF. DR. JÜLİDE YILDIRIM - PROF. DR. NADİR ÖCAL - DOÇ. DR. OZAN ERUYGUR - ERDOĞAN YILMAZ TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİNİN MATEMATİKSEL MODELLEMESİ | PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK PERFORMANSA DAYALI ÖDEME: KAZANILANLAR VE KAYBEDİLENLER | PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN SAĞLIK ÇALIŞANLARININ "PERFORMANS ANKSİYETESİ", ADALET ARAYIŞINA YENİK Mİ DÜŞECEK? | YRD. DOÇ. DR. OSMAN ELBEK PERFORMANSIN "10 İDDİASI" | DR. MEHMET DEMİR PERFORMANSIN SUÇU NE? | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SİSTEMLERİ VE ZORLUKLARI | PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK SAĞLIKTA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN SWOT (GZFT) ANALİZİ | HASAN CELAL GÜZEL: SON 9 YILDA SAĞLIĞIN ÇEHRESİ HER BAKIMINDAN DEĞİŞTİ | PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN SAĞLIKTA VİZYON: HASTANELER NEREYE KOŞUYOR? | FATMA ZAKARYAN - İLKER KÖSE ÖZEL SAĞLIKSİGORTACILIĞINDA TİG VAKA ÇALIŞMASI MEHMET ONARCAN TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE ÜLKE MODELİ İÇİN ÖNERİLER | PROF. DR. ÜMİT ŞİMŞEK ÜROLOG GÖZÜYLE BAZI YASADIŞI MADDELER VE ETKİLERİ | DR. AHMET MURT TIP EĞİTİMİ: ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME; ÖĞRENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ | PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ DR. BANU ÖZULU ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDEN HASTA-HEKİM DİYALOGLARI | BAHATTİN DUMAN SAĞLIKTA REKLAMIN YERİ DR. ORHAN DOĞAN KARİKATÜR

Biz burada her gün
"sağlık" üzerine
konuşuyoruz.
Tıklayın, siz de katılın!



SD



HAZİRAN-TEMMUZ-AĞUSTOS 2011
YAZ SAYI 19
ISSN: 1307-2358

TESA
TÜRKİYE EĞİTİM, SAĞLIK VE
ARAŞTIRMA VAKFI
ADINA SAHİBİ
Dr. Fahrettin Koca

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ
Prof. Dr. Naci Karacaoğlu

YAYIN KURULU
Doç. Dr. Lütfü Hanoğlu
Prof. Dr. Fahri Ovalı
Doç. Dr. Mustafa Öztürk
Prof. Dr. Recep Öztürk
Dr. Mahmut Tokaç

BÖLÜM EDITÖRLERİ
Prof. Dr. Yüksel Altuntaş
Prof. Dr. M. Yücel Ağargün
Dr. Mehmet Demir
Prof. Dr. Teoman Duralı
Prof. Dr. Hayrettin Kara
İlker Köse
Prof. Dr. Hakan Leblebicioğlu
Dr. Bülent Özeltay
Prof. Dr. İzzet Özgenç
Prof. Dr. Gürkan Öztürk
Prof. Dr. Haydar Şur
Doç. Dr. Akif Tan
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Taşdemir

YAYIN KOORDİNATÖRÜ
Ömer Çakkal

GÖRSEL YÖNETMEN
A. Selim Tuncer

GRAFİK TASARIM
Nur Çarkacı Abama

YAPIM
Medicom

YÖNETİM ADRESİ
Koşuyolu Mah. Alidede Sk. Demirli Sitesi
A Blok No: 7 / 3 Kadıköy - İstanbul
Tel: 0212 453 48 66

BASKI
Ege Basım Ltd. Şti.
Esatpaşa Mah. Ziyapaşa Cad. No: 4
Ege Plaza Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 472 84 01

YAYIN TÜRÜ
Ulusal Süreli Yayın

Yazıların içeriğinden yazarları sorumludur.
Tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında,
yayıncının yazılı izni olmaksızın
hiçbir yolla çoğaltılamaz.

WEB
www.sdplatform.com

E-POSTA
bilgi@sdplatform.com

Hekimler ne ister?

Hekimler, 2003 yılından beri performans dayalı ödeme sistemini konuşuyor. Hatta günlük dilde, galat-ı meşhur olarak, kısaca “performans” olarak adlandırılıyor bu sistem kapsamında yapılan ödemeler. Bu sistemin temel hedefi, hekimlerin çalışmalarını ölçülebilir hale getirerek hem verimliliği artırmak ve hastane kapılarında mevcut hasta kuyruklarının azalmasını sağlamak, hem de hekimlere ilave gelir sağlamak. Zaten sağlık çalışanların motive edilmesi ve ödüllendirilmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bileşenlerinden birisi. Programın sağlık everimize girdiği günden beri artıları ve eksileri çok tartışılır olsa da, görünen en somut performans göstergesi “halk memnuniyeti”dir. Bu memnuniyetin sağlandığında kuşku olmadığı artık hepimizin malumu. Peki, bu göstergeler içinde “hekim memnuniyeti” yer alıyor mu? Veya hekimler şimdiki durumlarından niye memnun değil? Eskiden yalnızca düz maaş ve sınırlı bir miktar döner sermaye ek ödemesi alan hekimlere performans sistemi ile birlikte çok daha fazla kaynak transferi yapılmış iken, niye hala memnun değiller? Hekimler mi nankör yoksa başka bir şeyler mi var? Performans sisteminin düzenleyicileri, hekimlerle ne kadar empati yapabiliyor? Hekimler sistemle ne kadar uyuyor?

Performansa göre ödeme sistemi, temel olarak doktorların diğer sağlık personeli ile birlikte yaptıkları işe odaklı bir sistem. Ancak hem hizmet hastanelerinde hem de üniversite ile eğitim ve araştırma hastanelerinde aynı sistemin uygulanması birçok sorunu da beraberinde getiriyor. Aynı hastayla hem asistan, hem başasistan hem şef

yardımcısı, hem de şefin ilgilendiği bir sistemde, performans puanını kim alıyor? Her şef ve şef yardımcısının poliklinik hastası bakması ne kadar doğru? Bu kişilerin kendi denetimindeki diğer uzmanları ile rekabet etmeleri ne kadar sağlıklı? İdari ve eğitim görevleri ile performans ilişkisi hangi düzeyde? Eğitim ve öğretimle ilgili takdir edildiği söylenen puanlar yeterli mi? Şef, şef yardımcısı veya öğretim üyesinin en önemli görevlerinden olan eğitim ve yayın faaliyetleri, onun asli görevleri arasında olduğuna göre bunlara mesai saatleri içinde ne kadar vakit ayırabiliyor? Bu kişiler kitaplarını ve literatürlerini mesai saatleri içinde okumalı, eğitim notlarını mesai saatleri içinde hazırlamalı, kitaplarını mesai saatleri içinde mi yazmalılar? Yoksa bu faaliyetleri, akşamları evinde devam eden bir mesainin mi ürünü olmalı?

Performansa göre ödeme sistemi veya daha doğru bir tabirle çalışmayı teşvik sistemi aslında tüm sektörlerde uygulanıyor. Ancak genelde bu teşvikler ile elde edilecek gelir, temel maaşın en fazla yüzde 20'sini geçmemesi öneriliyor. Temel maaşın 3-4 katına varan teşvik ödemeleri bazı kişileri memnun etse de, genelde çoğunluğu rencide ediyor, gereksiz kıskançlık ve sürtüşmelere neden oluyor. Bir süre sonra da ödenen yüksek fark kanıksanıyor. Performans yoluyla elde edilen gelirlerin emeklilik maaşına yansımaması da ayrı bir sorun. Bu noktada, herkes bireysel emeklilik sistemlerine kayıt olsun argümanı yeterli mi? Devlette hangi sektörde benzer bir sistem söz konusu? Askerlerin, hâkim ve savcıların özel kanunları ile belirlenmiş çok özel özlük hakları mevcut iken, doktorların niye yok?

Performansa dayalı ödeme sistemi, mevcut haliyle bütün bir model olarak ele alındığında, dünyada tam olarak benzeri olmayan bir uygulama. Bu durum bir avantaj mı dezavantaj mı? Nevi şahsına münhasır sistemimiz ile gurur mu duymalıyız yoksa acilen rehabilite mi etmeliyiz? Halinden memnun olmayan doktorlar mı haksız yoksa sistemi değiştirenler mi? Gerçekte bu memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği oluşturan doğrudan performansa göre teşvik ödemeleri mi, yoksa bu sistem sayesinde değişen “düzen” mi? Kısacası memnuniyet ile “hoşafın yağı” arasında bir ilişki olsa gerek.

Hani bilirsiniz, hoşafın yağının kesilmesi yeniçerinin memnuniyetsizlik nedeni olmuştur. Sıkıntının kaynağı hoşafın yağı mı, yoksa hoşafın yağının kesilmesi mi; kesildi mi, kesilmedi mi; kesildiyse iyi mi oldu, kötü mü?

SD'nin 19. sayısındaki Performans dosyası, bu sorulara cevap arayan zengin içerikli yazılardan oluşmakta. Umarız bu uğurda bir katkımız olmuş olur.

Sağlıklı ve huzurlu günler dileği ile...

İçindekiler

8

KAMU KURUMLARINDA PERFORMANS
YÖNETİMİ UYGULAMALARI
HARUN KIRILMAZ

14

SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE
PERFORMANS UYGULAMASI
MELAHAT ELMAS GAZİ



18

PERFORMANSA GÖRE ÖDEME: OECD
ÜLKELERİNDEN ÖRNEKLER
DR. SEBAHATTİN IŞIK

20

AYRILMAZ İKİ KAVRAM OLARAK
PERFORMANS VE KALİTE
DR. HASAN GÜLER - DR. DİLEK TARHAN

24

SAĞLIKTA KALİTE UYGULAMALARININ
PERFORMANSA YANSIMASI
DR. ABDULLAH ÖZTÜRK - SÜLEYMAN HAFİZ
KAPAN

30

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASINDA
PERFORMANS VE ESASLARI
DR. HALİL EKİNCİ

32

DEVLET HASTANELERİNDE ÇALIŞAN
DOKTORLARIN PERFORMANSA BAKIŞI
DR. MAHMUT TOKAÇ - DR. ABDULLAH BİLGİN



36

PERFORMANS SİSTEMİNİN PSİKOLOJİK ALGISI
VE BU ALGININ YÖNETİMİ
DOÇ. DR. MUSTAFA BİLİCİ - DR. MEDİNE YAZICI
GÜLEÇ - DR. BURAK TOPRAK

38

ÖZEL HASTANELERDE HEKİM HAK EDİŞLERİ
PROF. DR. HAYDAR SUR

40

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNDE PERFORMANS
UYGULAMASININ TIBBİ ETİK BAKIMINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ
DR. MEHMET DEMİREL

44

EĞİTİM HASTANELERİNDE PERFORMANSA
GÖRE ÖDEME SİSTEMİ
DOÇ. DR. KEMAL MEMİŞOĞLU

48

PERFORMANSIN FELSEFESİ
PROF. DR. ALPER CİHAN

52

PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİNİN
MATEMATİKSEL MODELLEMESİ
PROF. DR. JÜLİDE YILDIRIM - PROF. DR. NADİR
ÖCAL - DOÇ. DR. OZAN ERUYGUR - ERDOĞAN
YILMAZ



56

PERFORMANSA DAYALI ÖDEME:
KAZANILANLAR VE KAYBEDİLENLER
PROF. DR. SELAMİ ALBAYRAK

58

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ "PERFORMANS
ANKSİYETESİ", ADALET ARAYIŞINA YENİK Mİ
DÜŞECEK?
PROF. DR. M. İHSAN KARAMAN

62

PERFORMANSIN "10 İDDİASI"
YRD. DOÇ. DR. OSMAN ELBEK

68

PERFORMANSIN SUÇU NE?
DR. MEHMET DEMİR

70

PERFORMANSA GÖRE ÖDEME SİSTEMLERİ
VE ZORLUKLARI
PROF. DR. SEBAHATTİN AYDIN

74

SAĞLIKTA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME
SİSTEMİNİN SWOT (GZFT) ANALİZİ
PROF. DR. RECEP ÖZTÜRK

76

HASAN CELAL GÜZEL: SON 9 YILDA SAĞLIĞIN
ÇEHRESİ HER BAKIMDAN DEĞİŞTİ



82

SAĞLIKTA VİZYON: HASTANELER NEREYE
KOŞUYOR?
PROF. DR. SABAHATTİN AYDIN

84

ÖZEL SAĞLIKSİGORTACILIĞINDA TİG VAKA
ÇALIŞMASI
FATMA ZAKARYAN - İLKER KÖSE

88

TÜRKİYE'DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE
ÜLKE MODELİ İÇİN ÖNERİLER
MEHMET ONARCAN

94

ÜROLOG GÖZÜYLE BAZI YASADIŞI MADDELER
VE ETKİLERİ
PROF. DR. ÜMİT ŞİMŞEK

96

TIP EĞİTİMİ: ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME;
ÖĞRENMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ
DR. AHMET MURT

100

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ'NDEN HASTA-HEKİM DİYALOGLARI
PROF. DR. YÜKSEL ALTUNTAŞ - DR. BANU
ÖZULU

102

SAĞLIKTA REKLAMIN YERİ
BAHATTİN DUMAN

104

KARİKATÜR
DR. ORHAN DOĞAN

Hazırlayan: Doç. Dr. Mustafa Öztürk



Testosteron replasmanı kadınlarda hafızayı koruyor

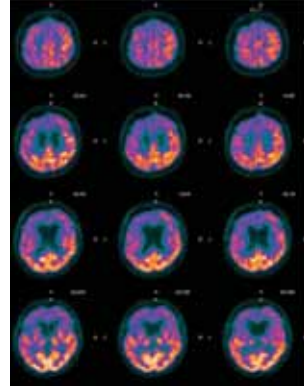
Kadınlarda erkeklere göre demans riskinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Testosteron düzeyinin yaşla birlikte azalması Alzheimer hastalığı için bilinen bir risk faktörüdür. Bu konuda bu güne dek pek çok çalışma yapılmıştır. Avusturalya'da yapılan küçük bir çalışmada, 9 postmenopozal kadına günlük testosteron sprey tedavisi verilirken, kontrol grubu olarak 30 kadına tedavi verilmemiş. Yapılan çalışmanın sonuçları dikkat çekiyor. Başlangıçta iki grup arasında fark yokken, 26 ay sonunda kognitif testlerde testosteron grubunda belirgin iyileşme saptanmış. Kontrol grubunda ise değişiklik olmamış. Çalışma sonuçları Boston'da yapılan ENDO 2011'de sunuldu.

Zeytinyağı inmeden koruyor

7 bin 600'ün üzerinde yaşlı birey üzerinde yapılan bir çalışmada, zeytinyağı tüketimi yüksek olanlarda, takip eden 5 yıllık dönemde inme riskin daha düşük olduğu saptandı. Fransa'da yapılan ve sonuçları Neurology Dergisinde yayımlanan çalışmada üç ayrı şehirden 65 yaşın üzerinde 7 bin 625 bireyde demansa yol açabilecek risk faktörleri araştırılmış. Başlangıç değerlendirmesinde bin 738 (yüzde 22,8) katılımcı hiç zeytinyağı kullanmazken, 3 bin 52 (yüzde 40) hasta orta derecede, 2 bin 835 hasta ise (yüzde 37,2) yoğun derecede tüketime sahipmiş. Orta ya da fazla derecede zeytinyağı tüketenler, zeytinyağı kullanmayanlara göre daha genç, daha az kilolu, daha düşük trigliserid ve daha düşük total kolesterol/HDL oranına sahiplermiş. Yine bu gruptakiler daha fazla egzersiz yapan, taze balık, meyve, sebze ve omega-3'den zengin gıdaları diğerlerine göre daha fazla tüketen insanlarmış. 5.25 yıllık takip periyodunda 148 inme olayı gözlenmiş (115'i iskemik, 28'i hemorajik, 5'i belirsiz). Sosyoekonomik ve diyet durumları, fiziksel aktivite, vücut kitle indeksi ve diğer inme risk faktörlerine göre ayarlama yapıldığında, daha fazla zeytinyağı tüketiminin inme riskini azalttığı saptanmış. Fazla miktarda tüketenlerde inme riski hiç tüketmeyenlere göre yüzde 41 daha düşük saptanmış. Başka hiçbir diyet faktörünün inme riskiyle ilişkisi saptanmamış. Araştırmacılar bin 245 bireyi kapsayan bir alt grupta plazma oleik asit düzeyini ölçerek inme riski ile ilişkisi araştırmışlar. Oleik asit düzeyine göre 3 gruba ayrıldığında, en yüksek oleik asit düzeyine sahip olanlarda en düşük oleik asit düzeyine sahip olanlara göre inme riskinin yüzde 73 düşük olduğu bulunmuş.

Büyüme hormonu tedavisi fibromiyaljide faydalı olabilir

Fibromiyalji hastalarının yüzde 20'sinde büyüme hormonu eksikliği olduğu bilinmektedir. Ağır fibromiyaljisi olan ve amitriptilin, SSRI ya da opioid analjezikler kullanan 120 hasta, iki gruba ayrılmış. Birinci gruba 12 ay boyunca büyüme hormonu verilmiş. İkinci gruba ise ilk 6 ay plasebox sonraki 6 ay boyunca ise büyüme hormonu verilmiş. 12 ay sonunda iki grubun tedavisi de kesilip 18 aya kadar takip edilmişler. 12 ay sonunda, devamlı büyüme hormonu tedavisi alanların yüzde 53'ünde hassas noktaların sayısı 18'den 11'in altına (11'in ağırlı nokta fibromiyalji tanısı için gereklidir) düşerken, sadece ikinci altı ayda büyüme hormonu tedavisi alanlarda bu oran yüzde 33'de kalmış. Bir yıl boyunca tedavi alanların yaşam kalite ölçütleri, görsel ağrı skorlarında en az yüzde 30 düzelme görülenlerin oranı bir yıl tedavi alanlarda yüzde 57 iken kontrol grubunda yüzde 37 olarak saptanmış. Yüzde 50'den fazla iyileşme gösterenlerin oranı 12 aylık tedavi grubunda yüzde 39,6, aylık tedavi grubunda yüzde 22 olarak bulunmuş. Tedavi kesildikten 1 ay sonra (13. ayda) ve takip eden aylarda iki grupta da ağrı ve yaşam kalitesi skorları hızla kötüleşmiş.



FDG-PET nedeni bilinmeyen ateşin kaynağını gösterebilir

Japonya'da yapılan çok merkezli bir çalışmanın sonuçlarına göre, fluorodeoksiglukoz - pozitron emisyon tomografisi, nedeni bilinmeyen ateşin (NBA) kaynağının ortaya çıkarılmasında hızlı ve güvenilir bir yöntem olabilir. NBA iki hafta ya da daha uzun süren, hastanede yatırılarak araştırılmasına rağmen kaynağı aydınlatılamamış ateş olgularıdır. 2006-2007 tarihleri arasında 6 merkezden 81 NBA hastası incelenmiş. Sonuçlar dört grupta kategorize edilmiş: Enfeksiyon; otoimmün; tümörler-granulomlar ve diğerleri. Tekniğin en yüksek sensitivitesi tümörler-granulomlarda (7 hastanın 7'sinde, yüzde 100), daha sonra sırasıyla enfeksiyonlarda (27 hastanın 24'ünde, yüzde 84), otoimmünitede (17 hastanın 11'inde, yüzde 65) saptanmış. Diğerleri başlıgında sınıflanan bir hastada ise FDG_PET sonuç vermemiş. Örnek bir vaka olarak sunulan 50 yaşında kronik böbrek yetmezlikli bir hastada aort grafitinde fibroz ve artmış tutulum saptanmış. Kan kültüründe üreyen S. aureus tanıyı graft enfeksiyonu olarak doğrulamış. Araştırmacılar, FDG_PET'in haftalar süren uzun tetkiklerin yerine, sonuca daha kolay ulaştıran bir yöntem olabileceğini belirtiyor.



Uykusuzluk, diyabet riskini artırıyor

Kronik uyku yoksunluğu, duyarlı insanlarda insülin direnci ve hiperinsülinemiye yol açabiliyor. Ortalama 26 yaşında, normal vücut kitle indeksine sahip 47 sağlıklı katılımcı incelenmiş. Katılımcılar, anne ya da babalarından en az birinde tip 2 diyabet tanısı mevcut olan, diyabet açısından ailesel riski bulunan bireyler arasından seçilmiş. Katılımcılar iki gruba ayrılmış: 6 saatten az uyuyanlar (n=19) ve 6 saatten fazla uyuyanlar (n=28). Polisomnografi ile uyku bozukluğu olmadığı teyit edilmiş. Katılımcılara OGTT yapılmış, insülin duyarlılık ve beta hücre indeksleri hesaplanmış. 2 hafta süreyle adım ölçerler ile fizik aktiviteleri ölçülmüş. Günlük fiziksel aktivite, yaş, BMI, cinsiyet gibi değişkenler ayarlandığında, az uyuyanlarda insülin direnci anlamlı olarak daha yüksek bulunmuş. Bu bireyler insülin direnci olmasına karşın normoglisemik düzeyde seyrediyorlarmış. En az uyuyan 1/4'lük dilimdeki bireylerin fiziksel aktivitesinin de en düşük olduğu saptanmış.

En çok böcek ilacı kalıntısı elmada var

Taze sebze ve meyve tüketmenin sağlık üzerinde çok önemli olumlu etkileri olduğu biliniyor. Ancak özellikle meyvelerdeki tarımsal ilaç kalıntıları sağlık açısından risk oluşturabiliyor. 2009'da yapılan bir açılımda ABD'li çocukların yüzde 40'ından fazlasında en az bir pestisit türünün kan düzeyinin normalin 1000 katını aştığı bulunmuştu. ABD'de faaliyet gösteren Enviromental Working Group, pestisit açısından en kirlili 12 meyve ve sebzeyi şu şekilde sıralamış:

1. Elma
2. Kereviz
3. Çilek
4. Şeftali
5. Ispanak
6. Nektarin
7. Üzüm
8. Dolma biber
9. Patates
10. Yabamersini
11. Marul
12. Karalahana

Pestisit açısından en temiz 15 meyve ve sebze ise şunlar olarak bulunmuş:

1. Soğan
2. Mısır
3. Ananas
4. Avokado
5. Kuşkonmaz
6. Bezelye
7. Mango
8. Patlıcan
9. Kavun
10. Kivi
11. Lahana
12. Karpuz
13. Tatlı patates
14. Greyfurt
15. Mantarlar

Ülkemizde de pestisitlerin bilinçsiz kullanımı önemli bir sorun teşkil ediyor. Özellikle kabuksuz, kabuğu ince ya da kabuğu ile birlikte tüketilen sebze-meyvelerden pestisit alımı daha yüksek oluyor.

Vitamin D düzeylerindeki artış kilo kaybı ile ilişkili

Postmenopozal kadınlarda dolaşımdaki 25(H) vitamin D konsantrasyonları kilo kaybı ile ilişkili bulundu. American Journal of Clinical Nutrition'da yayımlanan bir makalede egzersiz, diyet ya da her ikisinin birden kilo kaybı ve vitamin D düzeyleri üzerindeki etkileri incelenmiş. 438 kilolu ve obez kadın, 4 gruba ayrılarak diyet, egzersiz, diyet + egzersiz ve kontrol gruplarına ayrılmışlar. Denekler 12 ay boyunca takip edilmiş. Vitamin D düzeylerinde gruplar arasında farklılık saptanmamış. Ancak hangi grupta olursa olsun, kilo verenlerde verdikleri kilo ile orantılı olarak 25(OH) vitamin D düzeylerinde artış saptanmış. Vitamin D düzeyi düşük olanlarda daha yüksek yağ miktarı saptanmış ancak başlangıçtaki D vitamini düzeylerinin kilo verme üzerine önemli bir etkisi olmadığı görülmüş.



Beyinde amiloid depolanması mikrokanamaları artırıyor

Alzheimer hastalığının patogenezinde beyinde toksik amiloid-beta (Aβ) proteininin depolanması önemli bir yere sahiptir. Avusturalya'da yapılan bir çalışmada, Aβ depolanmasının damar duvarını zayıflatarak mikrokanamalarla da yol açtığı bildirildi. Serebral mikrokanamalar yaşla birlikte sıklığı artan; bazen asemptomatik olarak bulunabilen bir patolojidir. Çalışmada, Aβ proteinine bağlanma özelliği gösteren Pittsburgh Compound B (¹¹C-PiB) kullanılarak 138 yaşlı bireyde pozitron-emisyon tomografisi çekilmiş. Çalışmaya alınanların 84'ü sağlıklı, 28'i hafif kognitif bozukluklu, 26'sında ise muhtemelen Alzheimer hastalığı varmış. Alzheimerlı hastaların yüzde 31'inde, hafif kognitif bozukluklu olanların yüzde 36'unda, asemptomatik olanların ise yüzde 19'unda serebral mikrokanmalar saptanmış. ¹¹C-PiB pozitif olanlarda ise kanama oranları üç grupta da benzermiş: Alzheimerlılarda yüzde 31, hafif kognitif bozukluklularda yüzde 39, sağlıklı bireylerin yüzde 41'inde kanama izlenmiş. Kontrol grubunda tek bir mikrokanama odağı olanlarda ¹¹C-PiB pozitifliği yüzde 76, çok sayıda lobar mikrokanamaların olduğu bireylerde ise ¹¹C-PiB pozitifliği yüzde 86 oranında saptanmış. Araştırmacılar, serebral mikrokanamaların Aβ depolanmasının bir işareti olarak kullanılabileceğini iddia ediyorlar.

Kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamaları

Harun Kırılmaz



1978 yılında Konya'da doğdu. İlk ve orta öğretimini Konya'da tamamladı. 2000 yılında Selçuk Üniversitesi Kamu Yönetimi Bölümü'nden lisans derecesini aldı. 2005 yılında Kocaeli Üniversitesi Yönetim Bilimleri Dalında yüksek lisans derecesini kazandı. Çeşitli kitap ve dergilerde yazarlık ve editörlük görevleri üstlenen Kırılmaz, halen Sakarya Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalında doktora çalışmasına devam etmekte olup 2001 yılından bu yana Sağlık Bakanlığı'nda çalışmaktadır.

Geride bıraktığımız 20. yüzyılın sonlarında ekonominin siyasete, sosyal ve kültürel normlardan kamu hizmetlerine kadar geniş bir alanda yaşanan gelişmeler; birtakım model, yöntem ve kavramları da beraberinde getirmiştir. Söz konusu dönemde ortaya çıkan anahtar kavramlardan biri de “performans”tır. Dilsel

bağlamından bağımsız olarak hemen her alana yerleşen performans kavramı, bireysel ve toplumsal açıdan metanın değişim değerinin yerine gösterge değerinin önem kazanmasıyla birlikte gündelik hayatımızda yer edindikten sonra “yönetim” perspektifinde önce özel sektörde uygulama alanı bulmuş, ardından da kamu sektörüne transfer olmuştur. Kamu sektöründe performans kavramı, kelime anlamından daha

geniş bir perspektifte ve çoğunlukla “performans yönetimi” olarak kullanılmaktadır. Kuşkusuz bu kavram tercihinde belirleyici unsur literatür olmakla birlikte, kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamaları kamu yönetiminde yeni bir bakış açısı ortaya koyduğu için “performans yönetimi” kavramının tercih edildiğini söyleyebiliriz. Performans yönetimi kavramı bir yönetim modelini tanımlamaktan ziyade, devletin

rolündeki değişime paralel olarak “yeni kamu yönetimi” yaklaşımının ortaya koyduğu bakış açısını yansıtmaktadır.

Bu çalışmada kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamalarından hareketle, performans yönetiminin gelişim seyri hakkında bazı tespitlerde bulunulmaya çalışılacaktır. Çalışmanın temel amacı, kamu kurumlarında performans yönetiminin ortaya çıkışında ve geçmiş uygulamalarda etkili olan faktörleri ortaya koyarak geleceğe dönük çıkarımlarda bulunmaya çalışmaktır. Bu amaçla öncelikle performans, performans yönetimi ve kurumsal performans kavramları üzerinde durulacaktır. Daha sonra kamu kurumlarında performans yönetimi anlayışına değinilecek; Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayınladığı ve ana teması sağlık sistemlerinin performansını ölçmek olan Dünya Sağlık Raporu ile gündeme gelen sağlık sektöründe performans yönetimi konusuna kısaca yer verilecektir. Türkiye'de kurumsal performans uygulamaları ise literatür incelenerek özetlenmeye çalışılacaktır. Son olarak, performans kavramının ortaya çıktığı 1970'lerden günümüze performans anlayışındaki değişim süreci ele alınacaktır.

ka kavramların yerine kullanıldığı ve birbiriyle karıştırıldığı hususu dikkatleri çekmektedir. Bu kavramların başında etkinlik, verimlilik ve etkililik gelmektedir. Bu kavramların yanı sıra tutumluluk, ekonomiklik, kârlılık gibi kavramlar da performansla birlikte veya onun yerine kullanılan kavramlar olarak öne çıkmaktadır. Ancak bu kavramların birbirleri yerine ikame edilebilir kavramlar olarak düşünülmemesi gerektiğinin de altını çizmekte fayda vardır (3).

Bu tespitler ışığında kısaca “amaca yönelik tespit edilmiş standartlara uygun davranışların sergilenmesi ve hedefe yaklaşma seviyesi” olarak tanımlayabileceğimiz performans kavramını bir “çerçeve kavram” olarak değerlendirmenin daha yerinde bir yaklaşım olduğunu söyleyebiliriz. Diğer bir ifadeyle; etkililik, verimlilik, ekonomiklik, tutumluluk, kalite kavramları birbiriyle doğrudan ilgili ve birbirinin tamamlayıcısı olup bir bileşen olarak performans kavramının parçaları durumundadırlar. Basit bir örnekle anlatmak gerekirse, “doğru işleri yapmak” anlamındaki etkililik ile “işleri doğru yapmak” anlamındaki verimlilik, bir madalyonun iki yüzü gibidir (4).

1. Kavramsal çerçeve

Çoğunlukla “ölçüm” ve “yönetim” sözcükleriyle birlikte kullanılan performans kavramının tanımla ilgili yaygın olarak kullanılan “Eğer performans tanımlayamıyorsanız, onu ölçemez ve yönetemezsiniz” sözü, performansın anlam ve kullanımına dikkat çekmektedir. “Ölçme”, “değerlendirme”, “planlama”, “denetim”, “ücret” gibi sözcüklerle birlikte kullanılan performansın; literatürde tümel kavram olarak “performans yönetimi” şeklinde yer aldığı görülmektedir. Diğer taraftan, herhangi bir organizasyonda uygulama alanı açısından performans yönetiminin “bireysel” ve “kurumsal” olarak iki kategoride ele alındığını söyleyebiliriz.

Performans

Genel anlamda “performans” kavramı, bireylerin performansı ile ilişkilidir ve insan kaynakları yönetimi literatürünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bireysel performans genel olarak, tek tek bireylerin performansının kurumsal performans ve stratejilere ne ölçüde ve nasıl katkıda bulunduğu ile ilgilidir. Literatürde ve uygulamada, bireysel ve kurumsal performans arasında bariz bir farklılık görülmediği; gerek normatif, gerekse ampirik düzlemde bireysel ve kurumsal performans uygulamaları ve politikaları arasında belirgin bir ayrımın olmadığı kabul edilmektedir (1).

Belirli bir amaç için yapılan planlar doğrultusunda ulaşılan noktayı nicel ve nitel yönleriyle belirleyen bir kavram olan performansın (2); literatürde çoğunlukla baş-

Performans yönetimi

Herhangi bir kurumda çalışanların etkinliğini artırmak için kullanılan bir yöntem olan performans yönetimini; hedef belirlenmesi, değişikliklerin izlenmesi, mentorluk, motivasyon, yeniden gözden geçirme ve insan kaynaklarının gelişimi gibi birçok aktivitenin bir araya geldiği sistem olarak tanımlamak mümkündür (5). Performans yönetimi, kurumun yönetimi ile ilgili olup; genel anlamda organizasyon ve çevre faktörleri ile bağlantılıdır. Performans yönetimi sadece “yönetim” boyutuyla kısıtlı olmayıp kurumun genelini ilgilendirdiği gibi, yönetim sürecinin bütün safhalarını da farklı bir yaklaşımla ele almaktadır. Bir kurumda yöneticilerin ve çalışanların sorumluluğu, ortak karar alma ve uygulama, uygulamaların nasıl ve kimler tarafından gerçekleştirileceği ve uygulamaların değerlendirilmesi gibi konular performans yönetimini oluşturan parçalardır (6).

Performans yönetimi, gerçekleştirilmesi beklenen kurumsal amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın kurumda yerleşmesi ve çalışanların bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir (7). Kurumlar açısından bakıldığında performans yönetimi; her kademede yer alan tüm çalışanları, performansın sürekli gelişimini hedefleyen ortak amaçlarda birleştirmeyi ve bu amaçlara ulaşmak için gerekli planlama, ölçme, yönlendirme ve kontrol işlerini yönetimin diğer

1. Dünya Savaşı sonrasında izlenen ekonomi politikaları neticesinde 1970'lere gelindiğinde, kamu kurumlarının etkililik, verimlilik ve ekonomiklik yönünden karşı karşıya kaldıkları sorunlar, hantal bürokratik yapı ve kaynakların yanlış kullanımı ile birleşince kamu sektörünün imajını olumsuz yönde etkileyen bir tablo ortaya çıkmıştır. Kamu sektörünün bu olumsuz imajı ise, kamu kurumlarının performansının irdelenmesi sürecini başlatmıştır.

işlevleri ile eşgüdümlü olarak yürütmeyi öngören bir yönetim şeklidir (8).

Performans yönetiminin uygulanmasında kurumsal hedeflerin bireysel hedeflere dönüştürülmesi, bireysel/kurumsal hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için performans kriterlerinin belirlenmesi, ölçme kriterlerine göre çalışanların adil, eşit ve zamanında değerlendirilmesi, kişinin kendisinden beklenen performans hedefleri ile ortaya koyduğu performansı karşılaştırılabilmesi için üst ile alt arasında etkin iletişimin sağlanması, yönetici ve çalışanlar arasında işbirliğinin tesis edilmesi, çalışanların başarılarının tanınması ve ödüllendirilmesi gibi hususların dikkate alınmasında fayda vardır (9). Yukarıda söz edilen hususlardan da anlaşılacağı gibi, performans yönetiminin esasını bireysel performansın sağlıklı ve adil yöntem ve kriterler aracılığıyla ölçülmesi, performans ölçümü ve değerlendirmesi hakkında kişilere geri bildirim sağlanması ve böylelikle bireysel performansın geliştirilerek kurumsal performansın artırılması oluşturmaktadır.

Kamu sektörü açısından bakıldığında performans yönetimi; “kamu kurumlarının başarılı şekilde doğru ve gerekli hizmetleri yerine getirme ve hizmet sunumunda kullandığı yol, yöntem ve araçlarla ilgili olarak yapılan faaliyet” olarak ifade edilmektedir (10). Diğer bir ifadeyle performans yönetimi, kamu kurumlarında yapılan işlerin hangi derecede kurumsal





amaç ve hedeflere göre gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin ölçülüp değerlendirilmesi konusunu ve genel olarak bu sürecin yönetimini ele almaktadır.

Kurumsal performans

Performans literatürü incelendiğinde, hem kamu hem özel sektörde odak noktanın “kurumsal performans” olduğu görülmektedir. Gerçekten de performans kamu sektöründe önemlidir; çünkü sistem, programlar veya politikalarla ziyade kurumsal yapı tarafından oluşturulmakta ve sorumluluk yine kurumsal yapıya ait olmaktadır.

Bir kurumda öngörülen hedefler ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde katkısı olan ekip ve bireylerin katkıları oranında ödüllendirildiği, aynı zamanda söz konusu hedefleri gerçekleştirmek için eğitim-gelişim gereksinimlerinin belirlendiği bir

sistem olan performans yönetimi kurumsal yapıya odaklanmaktadır (6). Performans kavramı tek başına bireyselliği çağrıştırmakla birlikte, gerek işletmelerde gerekse kamu kurumlarında tek tek kişilerin performansının yanı sıra ekip performansı ve kurumsal performans, performans yönetimi sisteminin önemli parçalarını oluşturmaktadırlar.

Bir kurumda performans standartlarının belirlenmesi, ölçülmesi, değerlendirilmesi ve yapılacakların gözden geçirilmesi kurumsal performans sürecini oluşturmaktadır. Kurumsal performansın stratejik planlama ile doğrudan ilgili olduğu da gözden kaçırılmayacak önemli bir ayrıntıdır. Nitekim kurumsal performansın ilk adımı stratejik planların yapılarak kurumsal hedef ve amaçların belirlenmesidir. İkinci adım ise bu hedef ve amaçlara göre performans standartlarının ortaya konmasıdır (11).

Kamu sektöründe kurumların yürütmekle sorumlu oldukları kamu politikaları ve programlar yatay düzeyde benzer kuruluşlarla ilişkili olduğu gibi farklı düzeyde kurumlarla da paylaşılabilmektedir. Ayrıca doğrudan ilgili birimin faaliyet alanına giren program ve kamu politikaları da bulunmaktadır. Her düzeyde yürütülen faaliyet, program ve kamu politikalarının kurumsal performans ile doğrudan ilişkisi bulunmaktadır.

Kamu sektöründe performansın odak noktasının kurumsal yapı üzerinde olması mali ve yönetsel sorumluluk ve hesap verebilirliğin yanı sıra, özel sektörden performans yönetimi modeli ve tekniklerinin devşirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle performans, kamu kurumlarının yönetiminde önemli bir araç olarak öne çıkmaktadır (1).

Diğer taraftan, kamu sektöründe idari birimlerin yürüttüğü faaliyet, program ve kamu politikalarının kısmen soyut ve her zaman için birbirleriyle ilişkili olmaması, kurumsal performans ölçümü ve yönetiminin problemlerinin başında gelmektedir. Örneğin, bir kamu kurumu tarafından yürütülen faaliyet veya program için tahsis edilen bütçenin ve söz konusu faaliyetin/programın çıktılarının objektif ve ölçülebilir olmaması, faaliyet/programın değerlendirilmesini sorunlu hale getirebilmektedir. Bu durum kamu sektöründe sorumluluk ve hesap verebilirliği performans yönetimi açısından zayıf bir araç haline getirmektedir (1).

2. Kamu sektöründe performans yönetimi ve kurumsal performans uygulamaları

1. Dünya Savaşı sonrasında izlenen ekonomi politikaları neticesinde 1970'lere gelindiğinde, kamu kurumlarının etkililik, verimlilik ve ekonomiklik yönünden karşı karşıya kaldıkları sorunlar, hantal bürokratik yapı ve kaynakların yanlış kullanımı ile birleşince kamu sektörünün imajını olumsuz yönde etkileyen bir tablo ortaya çıkmıştır. Kamu sektörünün bu olumsuz imajı ise, kamu kurumlarının performansının irdelenmesi sürecini başlatmıştır.

Söz konusu süreçle birlikte ABD ve İngiltere başta olmak üzere hemen hemen her ülkede kamu kurumlarının mevcut performanslarını artırmaları yönünde yoğun bir kamuoyu baskısı altında kaldıkları söylenebilir. Kamuoyunda oluşan bu baskı, Batı ülkelerinden başlayarak diğer ülkelere yayılan kamu yönetimi reformlarına hız kazandırmıştır. Kamu kurumları vatandaşın beklenti ve ihtiyaçlarına cevap verebilmek amacıyla pek çoğu özel sektörde uzun zamandır uygulanan ve kamu sektörünün kendine has ihtiyaç ve şartlarına göre geliştirilen yeni yönetim tekniklerini uyarlayarak geleneksel yönetim yapılarını dönüştürme ihtiyacı hissetmişlerdir.

İşte bu noktada performans yönetimi, vatandaş beklentilerine cevap verebilecek bir araç olarak uygulama alanı bulmuştur. Nitekim pek çok ülkede kamu kurumları için performans hedefleri belirleme, performans ligi uygulamaları, vatandaş şartları, verimlilik ve başarı karnesi uygulamaları, performans dayalı bütçe ve ücret uygulamaları gibi performans yönetimi sisteminin değişik unsurları standart haline dönüşmüş durumdadır (4, 12).

Kamu kurumlarında performans yönetiminin mantık olarak işletme düzeyinde ele alınan performans kavramından farklı olmadığını ifade edebiliriz. İdarenin planlama ve denetim faaliyetlerinin daha geniş sınırlarda ve performans kavramındaki gelişmeler çerçevesinde uygulanmasına yönelik gelişmiş bir yönetim anlayışı olan performans yönetimi; kamu kurumlarına stratejik hedeflere ulaşabilmeleri amacıyla mevcut ve geleceğe ilişkin veri toplama, bu verileri karşılaştırma ve performans gelişiminde sürekliliği sağlayacak düzenlemeleri gerçekleştirme görevini yüklemektedir (2, 13).

Konuya sağlık hizmetleri açısından bakacak olursak; sağlık sektöründe performans yaklaşımı, ilk olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayınladığı “Dünya Sağlık Raporu” ile gündeme gelmiş ve söz konusu rapor uluslararası camıda geniş yankı bulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık sistemleri; toplumun sağlığını geliştirebildikleri, bireylerin beklentilerine cevap verebildikleri ve hastalıkların maliyetine karşı finansal koruma sağlayabildikleri ölçüde gelişmiş bir performans düzeyine sahip oldukları kabul edilmektedir. Diğer bir ifadeyle; toplumun sağlığını geliştiren, vatandaşın ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan, bireylerin ödeme gücünü gözetken adil bir finansman sistemine sahip sağlık sistemleri performanslı yüksek olarak nitelendirilmektedir (14).

Sağlık hizmetlerinde performans yaklaşımına ilişkin önemli bir çalışma, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesindeki üye ülkeler tarafından 27 Haziran 2008 tarihine imzalanıp kabul edilen “Tallin Sözleşmesi”dir. Türkiye de sağlık sistemlerinin performansının izlenmesini ve değerlendirilmesini amaçlayan Tallinn Sözleşmesini Avrupa Bölgesinde diğer üye ülkelerle birlikte kabul etmiştir. Tallin Sözleşmesi ile üye ülkelerin sosyal, kültürel ve ekonomik farklılıklarının dikkate alınarak sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve insan sağlığının daha iyi duruma getirilmesi hedeflenmektedir (15).

Sağlık hizmetlerinde performans vurgusunun dikkat çektiği bir diğer çalışma da, yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan “2009 Avrupa Sağlık Raporu”dur. Söz konusu rapor; küresel ve

bölgesel ekonomik konjonktür çerçevesinde ortaya çıkan olumsuz tablo söz konusu olsa da, mevcut kaynaklardan en yüksek değeri elde ederek sağlık sisteminin performansını geliştirmenin öncelikli hedef olması gerektiğinin altını çizmektedir. Sağlık sistemlerinin performansını ölçme ve geliştirme sürecinde Tallin Sözleşmesi'ne atıfta bulunan raporda, ölçülebilir sonuçlar elde etmek için hesap verebilirlik ve şeffaflık ilkelerinin önemine dikkat çekilmektedir. Raporda da belirtildiği gibi hizmet üretiminde verimlilik artışı ve hizmete erişimde hakkaniyet sağlanması, hizmet sunumu kapsamının geliştirilmesi, kaliteli sağlık hizmeti ve hasta güvenliği boyutları; toplumun sağlığının geliştirilmesi ve vatandaş açısından finansal riskin minimize edilmesi nihai hedeflerinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunmaktadır (16).

OECD'nin 2008 yılında yayınladığı “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye” adlı rapor ise, Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık hizmetlerinde performans yaklaşımına paralel olarak eşitlik ve finansal riskten korunma hedeflerini ortaya koymaktadır. Söz konusu raporda, mutlak koşullar açısından ve diğer ülkelerle kıyaslandığında Türk sağlık sisteminin eşitlik ve finansal riskten korunma bakımlarından yüksek performansa sahip olduğu ifade edilmektedir (17).

2000'lerin başında performans yönetiminin Türkiye'de de kamu yönetiminin gündemine girdiğini ve yavaş yavaş kamu kurumlarında uygulama alanı bulduğuna şahit olmaktadır. Bilgin'in (18) “Kamu Performans Yönetimi” adlı eseri ile Çevik ve arkadaşlarının (8) “Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi” adlı eserleri kamu kurumlarında performans yönetimi konusunu teorik düzeyde ele alan önemli çalışmalardandır. Sağlık sektörü özelinde ise, İldir (19) ile Karahan ve Özgür'ün (20) çalışmaları konuyu daha çok verimlilik ve maliyet perspektifinden ele almakla birlikte, sağlık kurumlarında performans yönetimini inceleyen çalışmalar olarak literatürde yer almaktadır.

Uygulama örnekleri açısından literatür incelendiğinde ise Ateş'in (21) kamu kurumlarında performansa dayalı bütçe konusunu ele aldığı çalışması, Balcı ve Kırılmaz'ın (22) performansa dayalı ücret konusundaki çalışması, Akdoğan'ın (12)

kamu yönetiminde stratejik planlama ile performans yönetimi uygulamalarına değindiği çalışması, Kumaz'ın (23) belediyelerde performans ölçümünü incelediği çalışması, Ateş'in (24) belediyelerde kurumsal performans yönetimi uygulamalarına değindiği çalışması, Köseoğlu'nun (25) kamu mali kontrol sistemi çerçevesinde kamu kurumlarında performans denetimi konusundaki çalışması dikkatleri çekmektedir. Sağlık sektöründe performans yönetimi konusunu ele alan Ateş ve arkadaşlarının (26) derlediği kitap ise kamu yönetimi ve sağlık sektörü açısından performans yönetimi konusunu teorik açıdan ele almakta, Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı “Performans Yönetim Modeli”ni detaylı bir şekilde incelemekte, üniversite ve özel hastane örneklerine yer vermektedir.

3. Performans anlayışında değişim

Devlet ve kamu yönetimi açısından değerlendirildiğinde; kamu sektörü üzerinde yoğunlaşan eleştiriler, ekonomi ve siyaset teorisinde meydana gelen değişiklikler, bireylerin ve sivil toplumun artan önemi, özel sektördeki dinamizm ve mali krizin de etkisiyle 1970'lerde kamu yönetimi alanında önemli bir paradigma değişimini ortaya çıkarmıştır. Bu değişiklik, basit bir reform ya da yönetim tarzında kısmi bir dönüşüm değil; devletin yapısı, faaliyet alanı, toplum, birey ve piyasa ile ilişkileri, hizmet yöntemleri, çalışanların rolleri ve statüleri, kısacası kamu yönetiminin kendi içinde ve çevresiyle ilişkilerinde kapsamlı ve radikal bir yapılanma sürecini ifade etmektedir (27).

Kuşkusuz bu değişim süreci bir anda ortaya çıkmadığı gibi, bir defaya mahsus gerçekleşen bir durum da değildir. Diğer bir ifadeyle, 1970'lerden günümüze birey, toplum, özel ve kamu sektörü ve nihayetinde devlet dinamik bir değişim sürecinden geçmektedir. Söz konusu değişimin nedenlerinin bu çalışmanın konusunun dışında kaldığını belirterek, benzer durumun performans yönetimi içinde geçerli olduğunun altını çizmekte fayda vardır.

Performans kavramının ortaya çıktığı 1970'lerden günümüze geçen sürecin, performans anlayışındaki değişim açısından üç döneme ayrılarak incelenebileceğini düşünümekteyiz:

- 1970-1990: 3 “E” Dönemi

Tablo: Performans yönetiminin değişim süreci			
Dönem	1970 - 1990	1990 - 2000	2000 Sonrası
Odak	Süreç Odaklı	Sonuç Odaklı	İnsan Odaklı
Vurgu	Nicelik	Nitelik	Sistem
Araç	Cezalandırma	Ödüllendirme	Kamusal Değer Yaratma
İlkeler	• Etkililik • Verimlilik • Ekonomiklik	• Kalite • Memnuniyet • Motivasyon	• Hesap Verebilirlik • Hakkaniyet • Etik

Türkiye açısından performans yönetiminde ekonomik değer ve kalite vurgusunun ön plana çıktığı dönemlerde kaçırılan fırsatlar yeni dönemde telafi edilerek; hesap verebilir, hakkaniyetli, etik değerle saygılı, insan odaklı ve kamusal değer yaratan performans yönetimi anlayışının kamu kurumlarında uygulanabilmesi için kültürel değişim başta olmak üzere her türlü çabanın hayata geçirilmesinde fayda olduğu düşünülmektedir.

- 1990-2000: “Kalite” Dönemi
- 2000 Sonrası: “Kamusal Değer” Dönemi

1990’lı yıllara gelinceye kadar kamu kurumları ve işletmelerde performans yönetimi uygulamalarında belirgin bir farklılaşma olmadığıni söylemek mümkündür. Etkilik, verimlilik ve ekonomiklik ilkeleri üzerine temellendirilen ve “value for money” anahtar kavramı çerçevesinde şekillenen performans yönetiminin; ölçme, değerlendirme, motivasyon ve ücret politikaları noktasında işletmelerde kullanılan model ve uygulamaların kamu sektörüne adapte edilerek kamu kurumlarında uygulanmaya çalışıldığı görülmektedir (28).

Tabloda da özetlenmeye çalışıldığı gibi; 1970’lerde etkililik, verimlilik ve ekonomiklik boyutlarının ön planda olduğu performans anlayışında, 1990’lara gelindiğinde kalite, müşteri/vatandaş/çalışan memnuniyeti boyutları önem kazanmıştır. Diğer bir ifadeyle niceliğe yapılan vurgunun yerini nitelik almıştır. Kamu yönetimi, özel sektör ve sivil toplum kuruluşlarını içine alan bir yapı ve bunların kendi aralarındaki ilişkiler ağı ve karşılıklı etkileşimleri olarak ifade edilen “yönetişim” kavramının ortaya çıkışıyla birlikte birey-devlet ilişkilerinin yeni bir boyuta taşındığını söylemek mümkündür (29). Bu dönemde performans yönetiminde hâkim olan anlayışın “kamusal değer yaratma” üzerine şekillendiği ve “insan odaklı” bir performansın

ön plana çıktığı görülmektedir. Yeni dönemde performans anlayışına hesap verebilirlik, hakkaniyet ve etik ilkelerin damgasını vurduğunu düşünmekteyiz.

1970’lerde performansın anahtar kelimesi “value for money” olarak tanımlanırken, 2000’lere geldiğimizde anahtar kelime “creating public value” olarak güncellenmiş olup, geçen sürede performans anlayışındaki değişimi yansıtmaları açısından dikkat çekici bir ayrım olduğunu söyleyebiliriz (30). “Kamusal değer yaratma” argümanı, kamu hizmetlerinin sadece piyasada koşullarında etkili, verimli ve ekonomik olma koşulunu sağlayıp sağlamama yerine özel sektörde mümkün olmayan “değer yaratma” kavramında daha pozitif bir rol oynayabileceğini belirtmektedir (1). Diğer bir ifadeyle; kamu hizmetleri ekonomik bakış açısına göre “ürün/çıktı” olmanın ötesinde, özel sektörün sunamadığı eşitlik, adalet ve sosyal sermaye oluşturma gibi konulara değer katan bir rol oynamaktadır.

Batıda -özellikle ABD’de- 2000’li yıllarla birlikte performansın kamu kurumlarında yönetsel konsept noktasından kamu politikaları ve genel anlamda siyasal süreci kapsayan geniş bir etki alanına doğru gelişim seyri izlediği ifade edilmektedir. Kamu hizmetlerinin sunumunda etkililik, verimlilik ve ekonomiklik gibi yönetsel sürece ilişkin plan, program ve uygulamaların ötesinde kamu politikalarının hesap verebilirlik ve en nihayetinde demokratik değerlere uygun olarak şekillendirilmesi, performans anlayışındaki değişimi ve yeni dönem performans kavramını net olarak ortaya koymaktadır (31).

Söz konusu değişim trendini sağlık hizmetleri açısından ele aldığımızda etkililik, verimlilik, piyasa mekanizmalarının kullanılması, kalite, vatandaş odaklılık gibi performans yönetiminin vurgu yaptığı hususların birçok ülkede hayata geçirildiği görülmektedir. Kuşkusuz burada da performans yönetiminin odak noktasının etkililik, verimlilik ve ekonomiklikten; vatandaş odaklılık, şeffaflık ve hesap verebilirliğe doğru bir gelişim seyri izlediğinin altını çizmekte fayda vardır (32).

Sonuç

Yönetim biliminin ortaya çıkışından günümüze geçen sürede yönetim anlayışı ve tekniklerinde yaşanan gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda, 21. yüzyılda son derece hızlı ve radikal değişimlerin yaşandığına şahit olmaktadır. 40 yıllık bir geçmişe sahip olan performans yönetimi anlayışında yaşanan değişim süreci ise üzerinde durulmaya değercek şekilde dikkat çekicidir. 1970’lerde işletmelerde kullanılmaya başlanan performans yönetimi uygulamaları, 1990’lı yılların başında kamu sektörüne adapte edilerek kamu

kurumlarında da uygulanmaya başlamıştır. 2000’li yılların başına geldiğimizde ise sistematik ve bütüncül bir bakış açısıyla olmamakla birlikte, dünyadaki gelişmelere paralel olarak Türkiye’de de kamu sektöründe performans yönetimi uygulamalarına yer verildiği görülmektedir.

Performans yönetimi anlayışındaki değişim sürecini 1970-1990 arası, 1990-2000 arası ve 2000 sonrası olmak üzere üç dönemde inceleyebiliriz. 1970-1990 arası dönemde etkililik, verimlilik ve ekonomiklik ilkelerinin hâkim olduğu performans yönetimi anlayışında nicelik vurgusu ön plana çıkmıştır. Bu dönemde performans yönetimi konusunda karşıt argümanların başında nicelik vurgusunun ön plana çıkması ve nitelik boyutunun göz ardı edilmesi gelmektedir. Bu eleştiriler karşısında 1990-2000 arası dönemde performans yönetimi anlayışında nitelik boyutuna vurgu yapıldığını; kalite, memnuniyet, motivasyon gibi ilkelerin ön plana çıktığını görmekteyiz.

2000 sonrası dönemde ise performans yönetimi anlayışında köklü değişikliklerin yaşandığını ifade edebiliriz. 1970’li yıllarda sınırlı kamu kaynakları ile sınırsız kamu hizmeti talebi ve sunumunun ortaya çıktığı tablo kamu sektörünün olumsuz imajıyla birleşince, performans yönetiminde ekonomik değer yaratma vurgusu ön plana çıkarken; yeni dönemde hesap verebilirlik, hakkaniyet ve etik ilkelerinin esas alındığı kamusal değer yaratma vurgusu önem kazanmıştır. Yeni dönemle birlikte, yalnızca ekonomik bakış açısına sahip olduğu yönünde eleştirilerin odağında kalan performans yönetimi uygulamalarının; özel sektörün sunamadığı eşitlik, adalet, sosyal sermaye oluşturma gibi konulara değer katan insan odaklı anlayışla birlikte kamu kurumlarında yeniden gündeme oturduğunu söylemek mümkündür.

Sonuç olarak; günümüz performans yönetimi anlayışının irdelenmesinin ve kamu kurumlarında performans yönetimi uygulamalarında güncel anlayışın benimsenmesinin kaçınılmaz bir zorunluluk olduğu muhakkaktır. Dünyadaki gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye’nin performans yönetimi uygulamalarında konjonktüre hâkim olması ve trendi yakalaması, insan odaklı kamu hizmeti sunumu açısından tartışmasız önem arz etmektedir. Türkiye açısından performans yönetiminde ekonomik değer ve kalite vurgusunun ön plana çıktığı dönemlerde kaçırılan fırsatlar yeni dönemde telafi edilerek; hesap verebilir, hakkaniyetli, etik değerle saygılı, insan odaklı ve kamusal değer yaratan performans yönetimi anlayışının kamu kurumlarında uygulanabilmesi için kültürel değişim başta olmak üzere her türlü çabanın hayata geçirilmesinde fayda olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

1) Talbot, Colin (2005), “Performance Management”, Editörler: Ferlie, Ewan, Laurence E. Lynn ve Christopher Pollit, Public Management, Oxford University Press, New York, s. 491-517.

2) Halis, Muhsin ve Mehmet Tekinkuş (2003), “Kamuda Performans Yönetimi”, Editörler: Balcı, Asım, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk ve Bayram Coşkun, Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar: Sorunlar, Tartışmalar, Çözüm Önerileri, Dünya ve Türkiye Yansımaları, Seçkin Yayınları, Ankara, s. 169-201.

3) Tortop, Nuri, Eyüp G. İsbir, Burhan Aykaç, Hüseyin Yayman ve M. Akif Özer (2007), Yönetim Bilimi, 7. Baskı, Nobel Yayınları, Ankara.

4) Ateş, Hamza (2007), “Kavramlar, Tartışmalar ve Genel Çerçeve”, Editörler: Ateş, Hamza, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği, Asil Yayınları, Ankara, s. 1-20.

5) Luecke, Richard (2010), Performans Yönetimi, 2. Baskı, Çeviren: Aslı Özer, Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, İstanbul.

6) Öztürk, Ümit (2009), Performans Yönetimi, Alfa Yayınları, İstanbul.

7) Barutçugil, İsmet (2002), Performans Yönetimi, Kariyer Yayınları, İstanbul.

8) Çevik, Hasan Hüseyin, Turgut Gökse, Veysel K. Bilgiç, Muhtitin Karakaya, Kazım Seyhan ve Kenan Gül (2008), Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi, Seçkin Yayınları, Ankara.

9) Uygargil, Cavide (2008), İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi, 2. Baskı, Ankan Yayınları, İstanbul.

10) Çevik, Hasan Hüseyin (2007), Türkiye’de Kamu Yönetimi Sorunları, 3. Baskı, Seçkin Yayınları, Ankara.

11) Çevik, Hasan Hüseyin (2010), Kamu Yönetimi, Seçkin Yayınları, Ankara.

12) Akdoğan, A. Argun (2007), “İşletmeden Devşirerek Değiştirmek: Türk Kamu Yönetiminde Stratejik Planlama ve Performans Yönetimi”, Editörler: Aksoy, Şinasi ve Yılmaz Üstüner, Kamu Yönetimi: Yöntem ve Sorunlar, Nobel Yayınları, Ankara, s. 449-468.

13) Coşkun, Ali (2006), Stratejik Performans Yönetimi ve Performans Kamesi, Literatür Yayınları, İstanbul.

14) WHO (2000), The World Health Report, Health Systems: Improving Performance, World Health Organization Publishing, Geneva.

15) WHO (2008), The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth, World Health Organization Publishing, Copenhagen.

16) WHO (2009), The European Health Report 2009: Health and Health Systems, World Health Organization Publishing, Copenhagen.

17) OECD (2008), OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, OECD Publishing, Paris.

18) Bilgin, Kâmil Ufuk (2004), Kamu Performans Yönetimi: Menur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi, TODAİE Yayını, Ankara.

19) İldir, Ali (2008), Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi, Seçkin Yayınları, Ankara.

20) Karahan, Atilla ve Ersan Özgür (2011), Hastanelerde Performans Yönetimi ve Veri Zarflama Analizi, Nobel Yayınları, Ankara.

21) Ateş, Hamza ve Dilek Çetin (2004), “Kamuda Performans Yönetimi ve Performansa Dayalı Bütçe”, Editörler: Acar, Muhtitin ve Hüseyin Özgür, Çağdaş Kamu Yönetimi II, Nobel Yayınları, Ankara, s. 255-285.

22) Balcı, Asım ve Harun Kırılmaz (2005), “Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı’nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, Editörler: Nohutçu, Ahmet ve Asım Balcı, Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I, Beta Yayınları, İstanbul, s. 169-201.

23) Kurnaz, Ahmet Sait (2007), “Performans Ölçümü ve Belediyelerde Uygulanması: BEPER Projesi Örneği”, Editörler: Nohutçu, Ahmet ve Asım Balcı, Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-II, Beta Yayınları, İstanbul, s. 151-172.

24) Ateş, Hamza (2007), “Belediyelerde Kurumsal Performans Yönetimi: Uygulamada Başarı İçin Öneriler”, Editörler: Eryılmaz, Bilâl, Musa Eken ve Mustafa Lütfi Şen, Kamu Yönetimi Yazıları: Teoride Değişim, Yeniden Yapılanma, Sorunlar ve Tartışmalar, Nobel Yayınları, Ankara, s. 71-99.

25) Köseoğlu, Özer (2007), “Türk Kamu Yönetiminde Değişen Denetim Anlayışı ve Performans Denetimi”, Editörler: Eryılmaz, Bilâl, Musa Eken ve Mustafa Lütfi Şen, Kamu Yönetimi Yazıları: Teoride Değişim, Yeniden Yapılanma, Sorunlar ve Tartışmalar, Nobel Yayınları, Ankara, s. 309-338.

26) Ateş, Hamza, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın (2007), Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği, Asil Yayınları, Ankara.

27) Eryılmaz, Bilâl (2007), “Değişen Kamu Yönetimi Anlayışı ve Bürokrasi”, Editörler: Dursun, Davut, Burhanettin Duran ve Hamza Al, Dönüşüm Sürecindeki Türkiye, Alfa Yayınları, İstanbul, s. 526-544.

28) Palmer, Anna J. (1991), Performance Measurement in the Public Sector: In Theory and Practice, Thesis Submitted For The Degree of Doctor of Philosophy, University of Leicester.

29) Eryılmaz, Bilâl (2010), Kamu Yönetimi, 3. Baskı, Okutman Yayıncılık, İstanbul.

30) Moore, Mark Harrison (1995), Creating Public Value: Strategic Management in Government, Harvard University Press, Cambridge.

31) Radin, Berly A. (2006), Challenging the Performance Movement: Accountability, Complexity and Democratic Values, Georgetown University Press, Washington DC.

32) Balcı, Asım ve Harun Kırılmaz (2007), “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, Editörler: Aktan, Coşkun Can ve Ulvi Saran, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Aura Kitapları, İstanbul, s. 134-165.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performans uygulaması

Melahat Elmas Gazi



1978 yılında Afyon Dinar'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Dinar'da tamamladı. 1998 yılında Uludağ Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Yüksekokulu'ndan, 2003 yılında Ankara Üniversitesi İletişim Fakültesi'nden mezun oldu. 2005 yılında Sağlık Bakanlığı'nda performansa dayalı ek ödeme uygulamalarına yönelik çalışmaları yürüten ekibe dâhil oldu. Halen, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda performans uygulamaları alanında görev yapmaktadır. Elmas, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Performansa dayalı hesaplamalar esas alınarak ödeme yapılması amacıyla Sağlık Bakanlığı'nca uygulamaya konulan model, temelde hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak, daha iyi bir sağlık düzeyi elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmeti sunum sürecine uy-

mak ve bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında tanımlanmış normları yerine getirmek gibi başlıca prensipleri gözetirken, uygulama alanının özelliklerine göre farklı ölçütleri de öne çıkarmaktadır. Hastanelerde bireysel performans, doğrudan gerçekleştirilen tıbbi işlemlerin nicelik ölçümüne dayanırken bunun çalışana yansımaları,

kurumun gösterdiği performansla bir arada şekillenmektedir.

Performansın kurumsal çerçevesi tüm hastanelerde aynı olmakla beraber, bireysel performansın tanımı, hastaneler arasında farklılık arz etmektedir. Hastane rollerine göre yapılan ayrımlar, genel ve dal hastanesi olarak hizmet sunumuna



Performansa göre ödeme sisteminin eğitim hastanelerine ilişkin kısmı devlet hastanelerindekinden farklı etkenler dikkate alarak uygulanmakta ve daha karmaşık gibi görünse de sağlık hizmeti ile bilimsel araştırma ve eğitim çalışmalarının bir arada yürütülebilmesini sağlama amacı büyük ölçüde gerçekleşmektedir.

yönelik sınıflandırmalar ve en nihayet sunulan hizmetin ağırlığına göre yapılan ikinci ve üçüncü basamak hastane derecelendirmesi bu farklılıkların dayandığı değişkenlerdir.

Her bir işlem için öngörülen performans puanları, tüm hastaneler için aynı olarak belirlenmiş olsa da performans ölçümünün puanlamalar dışındaki bileşenlerinde farklı ölçütler değerlendirmeye alın-

maktadır. Bu ölçütlerin çıkış noktası, hastaneler arasındaki farklılıkların nedeni olan hizmet alanları farklılığıdır. Hizmet alanlarındaki farklılık, hekimler tarafından sunulan sağlık hizmetinin çeşitliliği ve farklı birimlerde sunulan hizmetlerin iş yüküne ve ağırlık derecesine göre farklı performans değerlendirmeleri yapılması gereğini de beraberinde getirmektedir. Bu değerlendirmelerin özü, hastaya yapılan müdahalelerin önem derecesiyle hekimin mesleki sorumluluklarının birleşimidir.

Devlet hastanelerindeki uygulamalar

Devlet hastanelerinde yapılan performans değerlendirmeleri, eğitim ve araştırma hastanelerine oranla daha sade hesaplamalardan oluşmaktadır. Devlet hastanelerinde eğitim faaliyetleri yapılmadığından ve bilimsel araştırma alanları sınırlı olduğundan, bilimsel çalışma yapan hekimler ve hekim dışı personel ek ödemede ek puanlarla desteklenmektedir. Ancak temelde yapılan değerlendirmelerde, her hekimin bireysel işlemi ve en nihayet hastanede çalışan tüm hekimlerin toplam performansı dikkate alınmaktadır.

Bir devlet hastanesinde, hem aynı branşta çalışan, hem de farklı branşlarda çalışan her hekimin ilgili dönemde yapmış oldukları işlemler hekimin kendi adına puanlandırılmakta, toplam puanları ve ilgili dönemde görev yaptıkları hastanenin

toplam geliri doğrultusunda ek ödeme yapılmaktadır. Bu hesaplamalar puanı, hesaplanan hekimler açısından şu şekilde (Tablo 1-2).

Hekimler açısından, ilgili dönemde çalıştıkları süreler bireysel puanlarının hesaplanmasında dikkate alınmadığından, aktif çalışma gün katsayıları kendileri için yapılacak hesaplamalarda kullanılmamaktadır. Ancak hastane ortalaması, puan elde eden hekimlerin toplam puanlarının, toplam aktif çalışma gün katsayılarına bölünmesi ile belirlenmektedir. İdari görev yürüten tabipler, yoğun bakım, yeni doğan gibi işlem hacmi yüksek ve fakat performans puanı elde edip etmemenin dikkate alınmadığı birimlerde çalışan tabipler ile tabip dışı personel hastane ortalaması esas alınarak değerlendirildiğinden, her dönem puan elde eden tabiplerin puanları ile birlikte aktif çalışma gün katsayıları da hesaplanmaktadır.

Performans hesaplamaları yapılırken dikkate alınması gereken ve tüm hastaneler için geçerli olan bazı kısıtlamalar mevcuttur. Bu kısıtlamaların ilki, toplam gelirin en fazla % 40'ının personele dağıtılabileceğidir. Burada amaç, sağlık hizmeti sunulan hastanelerin tüm ihtiyaçlarının giderilebilmesi amacıyla bütçenin denkleştirilmesidir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı her hastane, aynı bütçesi olan ve kendi ihtiyaçlarını sundukları hizmet karşılığı elde ettikleri gelirden karşılayan bağımsız birer işletme statüsündedir. Bu nedenle, giderlerin dağılımının kurum ihtiyaçları gözetilerek yapılması ve performans hesaplamaları için yasal sınırlar dâhilinde kaynak ayrılması, kurum bütçesinin kontrolüne olanak sağladığı gibi, sağlık hizmetinin aynı kalitede ve kesintisiz sunulması hususunun da kilit noktalarındandır. Her hastanenin bu hususu gözetip ve yasal sorumlulukları bulunan bir döner sermaye komisyonu bulunmakta ve giderlerin dağılımı noktasında her ay toplanarak karar vermektedir.

Bir diğer kısıtlama, her bir personelin unvanlarına göre belirlenmiş olan ve ilgili dönemde personelin toplam performans ödemesi ne olursa olsun aşılması gereken tavan sınırlarıdır. Bu kısıtlamanın, personele yapılacak ek ödemeler için yapılan gider planlamasını kolaylaştırmak gibi bir yararı bulunduğu hususu gözden kaçırılmamalıdır (Tablo 3).

Belirlenen hastane ortalaması, puan elde eden tabipler dışında diğer tabipler ve tabip dışı personelin net performans puanının hesaplanmasında kullanılmaktadır. Çalışan tabip sayısının ve sunulan hizmetin her hastanede farklı olmasından dolayı hastane ortalaması hastaneler arasında farklı olabileceği gibi aynı hastanede bile her ay değişebilmektedir. Bunun yanında, hastane ortalaması hastaneler arasında aynı olsa bile ek ödemede farklı

Tablo 1: Hekimlerin ilgili dönemde elde ettiği puanlar			
Branşlar	Dr. A	Dr. B	Dr. C
Dâhiliye	25.000	20.000	
Kardiyoloji	15.000		
Genel Cerrahi	30.000	22.000	14.000
Çocuk Hastalıkları	23.000		
Kadın Doğum	19.000	24.000	
Pratisyen Tabip	15.000		
Toplam puan	207.000		

Tablo 2: Hekimlerin ilgili dönemdeki çalışma süreleri (aktif çalışma gün katsayıları)			
Branşlar	Dr. A	Dr. B	Dr. C
Dâhiliye	1	0,93	
Kardiyoloji	0,80		
Genel Cerrahi	1	1	0,56
Çocuk Hastalıkları	1		
Kadın Doğum	0,87	1	
Pratisyen Tabip	1		
Toplam aktif çalışma gün katsayısı	9,16		

Tablo 3: Hastane ortalamasının belirlenmesi			
Hastane ortalaması = Toplam tabip muayene ve girişimsel işlem puanı / Toplam AÇGK			
Hastane ortalaması = 207.000 / 9,16			
Hastane ortalaması = 22.598			



sonuçlanabilmektedir. Bu sonuçlar göstermektedir ki, hastane ortalaması kadar önemli olan diğer değişken, “toplam gelir”dir. Toplam gelirin ve ek ödemeye ayrılan tutarın yüksek olduğu dönemlerde hastane ortalaması diğer dönemlerle aynı hesaplanırsa dahi, ek ödemeler daha yüksek tutarlardan hesaplanabilmektedir.

Devlet hastanelerinde her bir personel için net performans puanı hesaplanırken ek puan olarak değerlendirilen ve nitelikli iş ve görevler karşılığında verilen teşvik mekanizmaları ile bilimsel çalışmalar karşılığında verilen puanlar da değerlendirilmeye alınmaktadır. Her bir personel için net performans puanı hesaplandıktan sonra tüm hastane personelinin net performans puanları toplanmakta ve ilgili dönemde döner sermaye komisyonu tarafından ek ödeme için belirlenmiş olan tutara bölünmektedir. Sonuçta elde edilen “dönem ek ödeme katsayısı” her personel için tek tek hesaplanan net performans puanı ile çarpılarak personelin hak ettiği bulunmaktadır. Bu hak ediş, tavan ek ödeme tutarının üzerinde gerçekleştiğinde aşan kısım kurum bütçesine kalmaktadır.

Eğitim ve araştırma hastanelerindeki uygulamalar

Eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulanan performans değerlendirmelerinde,

tabiplerce üretilen tıbbi hizmetlere bilimsel çalışma ve eğitim ölçütleri eklenmektedir. Ayrıca doğrudan tıbbi hizmetle elde edilen performans puanının hesaplanmasında da, bireyin gayretinden çok eğitim kliniğinin ekip başarısı esas alınmıştır. Burada kliniğin şef yönetiminde olması, dolayısı ile klinik başarısında bireysel gayretlerden çok şefin yönetim başarısının rol alması dikkate alınmıştır. Diğer taraftan, bir eğitim kliniği içinde farklı performans gösteren hekimler arasında oluşabilecek farklılıklar göz önüne alınmış ve performans yüksek olan hekimlerin ayrıca ödüllendirilmesi, performansı klinik ortalamasından düşük olan hekimlerin de hem bireysel performans puanlarından hem de klinik ortalamasından etkilenebilecekleri bir hesaplama formülasyonu oluşturulmuştur. Bu formülasyon, eğitim kliniklerinin etkinliğini sürekli kılcak olan ekip anlayışını korumak amacıyla kullanılmaktadır.

Eğitim klinikleri

Eğitim ve araştırma hastanelerinin performans hesaplamalarında, önce kliniklerin performansları ölçülmekte, akabinde hastane ortalaması belirlenmektedir. Her bir klinik, kendi performans ortalamasını oluşturduktan sonra devlet hastanelerinde her bir tabibin hastane ortalamasına dâhil edildiği gibi toplam puanları dikkate alınarak hastane ortalamasına dâhil edil-

mektedir. Bir klinik ortalaması oluşturulurken, klinikte çalışan tüm tabiplerin puanları toplanarak aktif çalışma gün katsayıları toplamına bölünür. Bu hesaplamalara asistanların katkısı yalnızca aktif çalışma gün katsayıları oranındadır. Eğitim gören statüsünde bulunan asistanlar adına performans puanı kaydedilememekte, bir klinik şefi, klinik şef yardımcısı veya bir uzmanın kontrolünde işlem yaparak klinik performansına katkı sağladıklarından aktif çalışmaları bölene dâhil edilmektedir.

Yukarıdaki hususlar göz önünde bulundurduğunda, klinik hizmet puan ortalaması hesaplanırken ilgili klinikte çalışan tüm asistanlar bölene girdiği gibi, hastane hizmet puan ortalaması hesaplanırken de hastanede çalışan ve puanı bulunan tüm kliniklerin asistanları bölene girmektedir.

Klinik şefleri, klinik şef yardımcıları ve uzman tabiplerin performans puanları; ilgili dönemdeki klinik ortalamasının kadro unvan katsayıları ile çarpımı sonucu bulunan puan ile klinik hizmet puan ortalamasının aktif çalışma gün katsayısı ile çarpımının, elde etmiş oldukları girişimsel işlem puanından çıkarılmasıyla elde edilen puanın 0,5 ile çarpımı sonucu bulunan puanın toplamından oluşur. Devlet hastanelerindeki hesaplamalardan farklı olan nokta, bu ikili hesaplama şeklidir.

Tablo 4: Kliniklerde çalışan tabiplerin girişimsel işlem puanları				
	Klinik A	Klinik B	Klinik C	Klinik D
Klinik şefi	50000	40000	40000	50000
Klinik şef yardımcısı	40000	35000	30000	60000
Uzman	30000	40000	30000	35000
Asistan1	0	0		
Asistan 2	0	0	0	0
Toplam	120000	115000	100000	145000

Tablo 5: Kliniklerde çalışan tabiplerin aktif çalışma gün katsayıları				
	Klinik A	Klinik B	Klinik C	Klinik D
Klinik şefi	1	1	1	1
Klinik şef yardımcısı	1	1	1	1
Uzman	0,5	1	1	1
Asistan1	1	1		
Asistan 2	0,8	0,8	1	1
Toplam	4,3	4,8	4	4

Tablo 6: Klinik hizmet puan ortalamaları		
	Toplam Puan/AÇGK	Klinik hizmet puan ortalaması
Klinik A	120.000 / 4,3	27.906
Klinik B	115.000 / 4,8	23.958
Klinik C	100.000 / 4	25.000
Klinik D	145.000 / 4	36.250

Yani tabipler hem klinik ortalamasından hem de bireysel puanlarından etkilenmektedir.

Bu hesaplamalardaki amaç ilgili tabibin en azından klinik hizmet puan ortalamasının yarısı kadar puan toplamasını teşvik etmek yani bir anlamda ekibe uyumlu olmasını sağlamaktır. Hesaplama da ayrıca bilimsel çalışma destek puanı ve varsa eğitici destekleme puanı olarak tanımlanan puanlar da eklenir. Eğitim hastanelerinin temel görevi, sağlık hizmeti üretmenin yanında bilimsel çalışma yapmak ve uzmanlık eğitimi vermektir. Performansa göre ödeme modelinde eğitim hastanelerinde bilimsel çalışma ve eğitici destekleme puanı, eğitim sorumlularının bireysel performansında önemli belirleyiciler olarak tanımlanmıştır. Bu iki önemli etkenin ölçülebilir bir kriter hale getirilmesi için kullanılan referans değer, hastane ortalamasıdır. Yani bilimsel çalışma ve eğitici destekleme puanları, hastane ortalamasının belli oranları kullanılarak hesaplanmakta, farklı kliniklerde çalışan tabiplerin eğitim ve bilimsel çalışmaları kendi kliniklerinin performans başarısından ayrı bir kriter baz alınarak değerlendirilmektedir. Burada amaç, eğitim görevlilerinin belirlenen asgari şartları sağlamalarını teşvik etmek ve en azından belli düzeye gelmelerini sağlamaktır.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışan bir tabibin eğitim kliniği bulunmuyorsa, yine ikili bir hesaplama yapılmakta ancak klinik hizmet puan ortalamasının yerine hastane hizmet puan ortalaması ve yine tabip performans puanı birlikte

kullanılmakta ve asistan eğitimi olmadığından eğitici destekleme puanı bulunmamaktadır. Eğitim hastanesinde görev yapan ancak bir eğitim kliniği bulunmayan tabiplerin formülasyonunda amaç; eğitim hastanelerinde bulunması gereken ve eğitim kliniklerinin dışında bir kliniğe bağlı olmadan hizmet veren tabiplerin net performans puanlarının hastane hizmet puan ortalaması ile desteklenerek hastanenin diğer birimleri ile uyumlu çalışmasını teşvik etmektir.

Klinik ortalamasının belirlenmesi (Tablo 4-5-6)

Belirlenen klinik ortalaması, döner sermaye komisyonunca karar alınmamış ise klinikte çalışan tabip dışı personelin ek ödemelerinin hesaplanmasında da kullanılmaktadır. Eğer komisyon karar almış ise tabip dışı personelin ek ödeme hesaplamalarında hastane ortalaması esas alınmaktadır. Yine belirlenen klinik ortalaması; o klinikte çalışan asistanların ek ödemelerinin hesaplanmasında kullanılmakta, uzman tabipler ve şefler gibi puanı üzerinden değerlendirilen tabiplerde ise ikili hesaplamaların diğer tarafında yer almaktadır.

Hastane ortalamasının hesaplanması ise, klinik toplam puanları ile klinik dışında çalışan ve puan elde eden tabiplerin toplam puanlarının yine aktif çalışma gün katsayıları toplamına bölünmesi ile bulunmaktadır. Asistanların aktif çalışma gün katsayıları hastane ortalaması belirlenmesinde de bölene dâhil edilmektedir. Bu aşamadan sonra hesaplamalar devlet hastane-

lerinde olduğu gibi yapılmakta ve döner sermaye komisyonu tarafından ek ödeme için belirlenmiş olan tutar ile performans ödemeleri gerçekleştirilmektedir.

Performansa göre ödeme sisteminin eğitim hastanelerine ilişkin kısmı devlet hastanelerindekinden farklı etkenler dikkate alarak uygulanmakta ve daha karmaşık gibi görünse de sağlık hizmeti ile bilimsel araştırma ve eğitim çalışmalarının bir arada yürütülebilmesini sağlama amacı büyük ölçüde gerçekleşmektedir. Değişen ihtiyaçlara ve sağlık sisteminin dinamikliğine uyum sağlayabilmesi açısından belli aralıklarla güncellenen performans sistemi, performans değerlendirmeleri yapılarak da kamu hizmeti verilebileceğini göstermesi bakımından birçok kamu kurumuna referans olabilecek bir uygulama haline gelmiştir.

Kaynaklar

<http://www.performans.saglik.gov.tr>

TC Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Ankara 2007

Performansa göre ödeme: OECD ülkelerinden örnekler

Dr. Sebahattin Işık

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi-Türkiye Modeli, pilot çalışmaları takiben 2004 yılından bu yana ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın hizmet alanlarında yaygın olarak uygulanmaktadır. Bu doğrultuda, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Makedonya Sağlık Bakanlığı'nca, ülkemizde yürütülen performansa dayalı ek ödeme uygulamaları referans alınarak kendi ülkelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda benzer bir modelin uygulamaya konulması planlanmıştır. Sağlık Bakanlığı, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı bünyesinde bu çalışmaları desteklemek üzere Uluslararası Merkez kurulmuştur. Bu yazımızda performansa göre ödeme yönteminden hareketle, farklı ülkelerin doktorlara yaptığı ödeme yöntemlerini ele alacağız.

Doktorların emeği karşılığı yapılan ana ödeme yöntemleri olarak; hizmet başı ödeme, kişi başı ödeme (kapitasyon) veya sabit maaş kullanılmaktadır. Hizmet başı ödemede, yapılan birim iş başına ücretlendirme yapılmaktadır. Kapitasyon yani kişi başına ödemede, hastaya verilen tüm hizmetleri kapsayacak şekilde hasta başına periyodik olarak bir ödeme yapılır. Maaşlı doktorlar ise belli süre çalışmaları karşılığı genellikle aylık olarak sabit bir ücret almaktadırlar.

Bu ödeme yöntemlerinin her birinin, bilinen avantaj ve dezavantajları vardır. Bu yazının konusu, ödeme yöntemlerini tartışmaktan çok, ülkelerin nasıl bir tutum sergilediğini ele almak olduğu için fazla detaya girmek istemiyorum. Ancak bu ödeme yöntemlerinin olumlu etkilerinden yararlanmak ve olumsuz etkilerini olabildiğince azaltabilmek amacıyla, genellikle bu yöntemler bir arada karıştırılarak uygulanmaktadır. Bu tür karma ödeme yönteminde, genellikle kişi başı ödeme veya sabit maaş ödemesinden elde edilen sabit bir gelire ilave olarak, amaca yönelik değişken bir hizmet başı ödeme yapılmaktadır. Böylece, tek bir ödeme modelinin hekim davranışını yönlendirici etkisini

azaltılmakta ve maliyet etkili olan veya ülke politikasında öncelik teşkil eden bazı hizmetleri teşvik eden bir model oluşturulmaktadır. Ülkemizde aile hekimlerine yapılan ödemelerde; başışıklama, bebek takibi ve gebe takibi gibi spesifik hedeflere yönelik böyle bir teşvik uygulanmaktadır. Farklı ülkelerde kanser erken tanısı ve kronik hastalıkların takibi gibi spesifik he-

defler de bu teşvikler kapsamına alınabilmektedir. Örneğin Avusturya, Portekiz ve İngiltere gibi ülkelerde birinci basamakta koruyucu hizmetlerin böyle teşvik edildiğini ve performansa göre ödüllendirildiğini biliyoruz. Günümüzde pek çok ülke, performansa dayalı ücretlendirme yöntemini hizmet başı ödemeler şeklinde uygulamaktadır. Sistemler ve kapsamlar

Tablo 1: OECD ülkelerinde hekim ödeme yöntemleri				
Ülkeler	Birinci basamak hekimleri	Poliklinik uzmanları	Kamu hastanelerindeki uzmanlar	Özel hastanelerdeki uzmanlar
Avustralya	%75-80 karma ödeme (temel olarak hizmet başına ödeme, gelirin %10'u başışıklama hedefleri artı kapitasyondan)	Hizmet kullanımda ve yıllık harcamalarda limit olmaksızın hizmet başına ödeme	Karma ödeme (kamu hastalarını tedavi etmek için maaş ve özel hastalar kamu hastanelerinde tedavi etmek için hizmet başına ödeme)	Hizmet başına ödeme ve maaş
Avusturya	%60 hizmet başına ödeme ve %40 hizmet başına ödeme artı kapitasyon	%90 hizmet başına ödeme, %10 hizmet başına ödeme artı kapitasyon	%90 maaş ve %10 hizmet başına ödeme	%90 hizmet başına ödeme ve %10 maaş
Belçika	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme
Kanada	Temel olarak hizmet başına ödeme, bazı alternatif ödeme yöntemleri	Temel olarak hizmet başına ödeme		Çoğunlukla hizmet başına ödeme
Danimarka	Karma ödeme (gelirin %63'ü hizmet başına ödeme, %28'i kapitasyon)		Maaş	
İngiltere	%86'sı karma ödeme (kapitasyon, uygulama yardımları, seçili hizmetler için hizmet başına ödeme, başışıklama için hedef ödemeler), %14'ü özel hizmet sunumu için hizmet başına ödeme.	Kamu hastaları için %100 maaş ile ödeme, özel hastalar için hizmet başına ödeme	Kamu hastaları için %100 maaş ile ödeme, özel hastalar için hizmet başına ödeme	Özel hastalar için %100 hizmet başına ödeme
Fransa	Hizmet başına ödeme	Hizmet başına ödeme	Maaş	Hizmet başına ödeme
Almanya	%100 hizmet başına ödeme	%100 hizmet başına ödeme	Kamu hastaları için %100 maaş ile ödeme, özel hastalar için hizmet başına ödeme	%100 maaş
Yunanistan	Kamu sektöründe maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Kamu sektöründe maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Temel olarak maaş	Karma (hizmet başına ödeme ve maaş)
İrlanda	Hasta geliri yüksek ise hizmet başına ödeme, hasta geliri düşük ise kapitasyon		Maaş, özel sigortası olan hastaların tedavisi için hizmet başına ödeme	
Japonya	Hizmet başına ödeme	Hastane polikliniklerinde maaş, bağımsız polikliniklerde hizmet başına ödeme	Maaş	
Kore	%100 hizmet başına ödeme	%100 hizmet başına ödeme	%100 maaş	%100 maaş
Meksika	Kamu sektöründe maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Kamu sektöründe maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Maaş	Hizmet başına ödeme
Hollanda	Hasta geliri yüksek ise hizmet başına ödeme, hasta geliri düşük ise kapitasyon			Karma (hizmet başına ödeme ve maaş)
Yeni Zelanda	%78 hizmet başına ödeme, %22 kapitasyon	Çoğunlukla maaş	Çoğunlukla maaş	Çoğunlukla hizmet başına ödeme, az olarak maaş
Norveç	Karma ödeme (%70hizmet başına ödeme, %30 kapitasyon)	Kamu sektöründe hizmet başına ödeme ve maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme	Maaş	
Portekiz	Kamu sektöründe maaş, özel sektörde hizmet başına ödeme		Maaş	Hizmet başına ödeme
Slovakya	Karma ödeme (kapitasyon ve koruyucu sağlık için hedef ödemeler)	%100 hizmet başına ödeme	%100 maaş	Hizmet başına ödeme
İspanya	Karma ödeme (%85 maaş, %15 kapitasyon)	%100 maaş	%100 maaş	Hizmet başına ödeme
İsveç	Maaş	Maaş	%100 maaş	%100 maaş
İsviçre	%96 hizmet başına ödeme, %4 maaş	%90 hizmet başına ödeme, %10 maaş	Hizmet başına ödeme, maaş ve karma ödeme (hizmet başına ödeme ve maaş)	Hizmet başına ödeme, maaş ve karma ödeme (hizmet başına ödeme ve maaş)
ABD	Karma ödeme	Karma ödeme	Karma ödeme	Karma ödeme
Kaynak: OECD Sağlık Hizmetleri için İnsan Kaynakları Projesi (2001)				

Günümüzde pek çok ülke, performansa dayalı ücretlendirme yöntemini hizmet başı ödemeler şeklinde uygulamaktadır. Sistemler ve kapsamlar birbirinden farklı olsa da, birçok ülke özel sektörde tama yakın, kamu sektöründe ise önemli bir oranda çalışanların performansları ile aldıkları ücretleri ilişkilendirmiştir.

birbirinden farklı olsa da, birçok ülke özel sektörde tama yakın, kamu sektöründe ise önemli bir oranda çalışanların performansları ile aldıkları ücretleri ilişkilendirmiştir.

İktisadi İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD), İstihdam Dairesi, Sağlıkta, İş ve Sosyal İlişkiler Çalışma Grubu, OECD ülkelerinde hekimlik hizmetlerinin teminine ilişkin detaylı bir rapor yayımladı (1). Bu raporda, OECD ülkelerinde hekimlere yapılan farklı ödemeler hakkında örnekler verilmektedir. Genellikle sağlık hizmetlerinin büyük kısmını vergilerden karşılayan Yunanistan, Portekiz, İspanya ve İsviçre gibi ülkelerin, birinci basamakta görev yapan doktorlara doğrudan sabit maaş verdikleri görülmektedir. Diğer yandan Avusturya, Danimarka, Yeni Zelanda, Norveç ve İngiltere gibi ülkelerde basa-

mak doktorları doğrudan sözleşme ile serbest olarak çalışmakta ve sabit maaş, kişi başı ödeme ve hizmet başı ödeme karışımından oluşan karma bir ödeme almaktadır. Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Japonya, Kore, İsviçre ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (Medicare) ise serbest sözleşme yapan doktora, hizmet başına yani sadece performansa göre ödeme yapılmaktadır. Bu ülkelerde kamu ve özel sektörde ödeme yöntemleri belirgin farklılık arz etmektedir. Hastanede çalışan uzman hekimler genellikle kamu sektöründe maaşlı olarak çalışmakta, özel sektörde ise hizmet başına ödeme almaktadır. Tablo 1'de OECD ülkelerinde farklı pozisyonlarda görev yapan hekimlerin ücretlendirme yöntemlerinin detayları görülmektedir (1).

İlginci bir bulgu da, yapılan incelemede hekim sayısı ve sağlık harcamasının GSYİH'ya oranı ile hekimlere performans dayalı ödeme arasında bir ilişkinin görülmüş olmasıdır (2). Hekimlerin sabit maaş veya kişi başı ödemelerle ücretlendirildiği ülkelerde sağlık harcamaları nispeten daha düşük düzeydedir. Bu hususta detaylı bilgi Tablo 2'de görülmektedir.

Son zamanlarda OECD ülkelerinde doktorlara iş yükünden ziyade, sonuca göre ödeme yapma yönünde gittikçe artan bir ilgi olduğu görülmektedir. Bu yolla hem daha iyi bir sağlık çıktısının, hem de hastaların olumlu geri bildiriminin ödüllendirilmesi amaçlanmaktadır. İngiltere ve Avusturya'da bu tür örneklerle rastlamak mümkündür. Mesela Avusturya'da hastalarına daha fazla vakit ayıran ve bazı kalite indikatörlerini uygulayan doktorları ödüllendirmeyi amaçlayan performansa göre ödeme yöntemi 1994'ten beri uygulamaya konmuştur. İngiltere'de 2004'ten beri yürürlüğe konan performansa göre ödeme sistemine göre, birinci basmak

hekim gelirlerinin beşte biri 146 kalite indikatörüne bağlıdır. Bir başka örnek de, sabit maaş alan doktorlara iyi performansları karşılığı ödül olarak bir ek ödeme yapılmasıdır. Mesela İngiltere'de yüksek standartta klinik bakım gerçekleştiren, hasta merkezli hizmet veren, belirlenmiş hedefleri gözetken, klinik yönetişimde rol alan ve kanıta dayalı uygulama yapan uzman doktorların ayrı bir ek ödemeyi hak ettikleri bildirilmektedir (1, 3).

Ancak bu uygulamaların hiçbirisi, taklit edilebilir bütüncül bir model olma hüviyetini kazanamamıştır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen performansa göre ödeme sistemi, puanlanmış hizmetlere göre ödemeyi esas alan ancak kurumsal performans olarak adlandırılan kalite ölçütleri temelinde periyodik denetime dayalı bir filtreleme aracı kullanan özgün bir yöntemdir. Geçtiğimiz yıllarda yayımlanan OECD Türkiye Sağlık Sistemi İnceleme Raporunda, Türkiye'nin uyguladığı performansa göre ödeme sistemi özetlendikten sonra, diğer ülkelerin Türkiye'deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini arttırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda öğrenebileceği, örnek alınabilecek birçok hususun olduğu belirtilmektedir (4).

Kaynaklar

- 1) Steven Simoens and Jeremy Hurst (2006) *The supply of physician services in OECD countries, OECD Health Working Papers no. 21, Head of Publications Service, OECD, Paris*
- 2) OECD (1995), *New directions in health care policy. Health Policy Studies No. 7, OECD, Paris.*
- 3) Department of Health (2002), *Guide to the NHS consultants' distinction award scheme (England and Wales). London.*
- 4) OECD (2008) *Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, OECD ve Dünya Bankası*

Tablo 2 Farklı ülkelerdeki hekim yoğunluğu, sağlık harcaması ve ödeme yöntemleri						
Hekim sayısı	Hizmet başına ödeme		Karma ödeme		Sadece maaş veya kişi başı ödeme	
	Ülkeler	Sağlık harcamasının GSYİH ya oranı	Ülkeler	Sağlık harcamasının GSYİH ya oranı	Ülkeler	Sağlık harcamasının GSYİH ya oranı
Ortalamadan fazla	Almanya Avusturya Belçika Fransa İsviçre	% 9,4	Danimarka Hollanda	% 8,8	İspanya İsveç İtalya Portekiz Slovakya Yunanistan	% 7,8
Ortalamadan az	Kanada	% 9,2	Avustralya İrlanda Japonya Kore Meksika Norveç Yeni Zelanda	% 7,2	İngiltere	% 7,3

Ayrılmaz iki kavram olarak performans ve kalite

Dr. Hasan Güler



2001 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 2001 yılında Van'da göreve başladı. 2003-2005 yılları arasında Van Yüksek İhtisas Hastanesi'nde baştabip yardımcılığı görevinde bulundu. 2005 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Bakanlığın performans yönetim sisteminin geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda yer aldı. 2007 yılında Bakanlık bünyesinde kurulan Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda Daire Başkanı görevinde bulundu. 2009 yılında ise Bakanlığın performans, kalite, hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere TİG, sağlık hizmetleri fiyatlandırma ve maliyet çalışmalarından sorumlu Genel Müdür Yardımcılığına getirildi. Dr. Güler evlidir.

Dr. Dilek Tarhan



1990'da Ankara Anadolu Lisesi'nden, 1998'de Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tamamladı. 2008 yılında Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda Kalite Koordinatörlüğü görevini yürütmüş olup, halen aynı yerde Genel Koordinatör olarak görev yapmaktadır. SB Hizmet Kalite Standartları eğitimcisi olan Dr. Tarhan, evlidir ve iki çocuk annesidir.

Dünyada ve Türkiye'de, daha kaliteli sağlık hizmet sunumunu sağlamak için en ideal yöntemleri geliştirmek ihtiyacı, kaçınılmaz olarak tüm sağlık politikası belirleyicilerinin ana tartışma konusu haline gelmiştir. Klasik kalite an-

layışından farklı olarak bugün kalite, sistemin tamamını kapsayacak ve tüm paydaşların memnuniyetini sağlayacak bir kavram olarak algılanmaktadır. Özellikle verilen sağlık hizmetlerinde gelinmek istenen nokta, **"herkes için sağlık"** sloganıyla hareket edilmesi, hizmeti talep edenler için daha iyi hizmet sunumu, hiz-

met sunanlar için daha fazla iş tatmini, daha fazla güvenlik, daha verimli ve etkin çalışma imkânlarını sağlayan ortamları elde etmektir.

Özet olarak kalitenin iyileştirmeyi hedeflediği alanlar;

- Güvenlik,
- Memnuniyet,

Çok kabul gören bir ifade ile kalite kültürünün kurumda her basamakta gelişmesini sağlamaktır. Bu kültürün geliştirilmesinde ilk basamak, çalışanlar ve yöneticilerde farkındalık oluşturmak, sonrasında kurumda kalite ikliminin gelişmesini sağlamak ve bu iklimi sürekli kılmaktır. Hataları öne çıkaran ve hatalar karşısında savunmaya geçmek yerine, hataları bir öğrenme fırsatı olarak gören bir ekip ruhu oluşturmaktır.

- Verimlilik,
 - Maliyet etkinlik,
 - Hakkaniyet
- olarak sıralanabilir. Elbette nihai olarak tüm paydaşların ulaşmak istediği hedef, bireyin sağlığını koruyup geliştirerek toplumun sağlığını en üst seviyeye çıkartmaktır.

Kalite konusunda temel yaklaşım, iyileştirmek için izlemek, izlemek ve değerlendirmek için ölçmektir. Ölçmeden, değerlendirmek ve iyileştirmek mümkün olmamakta ya da tesadüfi ve münferit olumlu sonuçların sürekliliği sağlanamamaktadır. Süreklilik arz eden, gelişime açık, bireyler üzerinden değil kurumsal olarak kurgulanmış sistemler var olduğunda, sürdürülebilir bir yönetim anlayışı ve sürdürülebilir bir kaliteden bahsetmek mümkün olacaktır. Ayrıca verimli, etkin bir yapılanmanın sağlanmasında ölçme ve değerlendirme önemli araçlardır.

Bir sistemde, izleme ve değerlendirme faaliyetinin esası; girdi, süreç ve çıktılarının ölçülmesidir. Günümüzde yaygın olarak kabul gören, kanıta dayalı değerlendirmelerdir. Kanıtlara bakılarak sistemin hem işleyişi hem de istenilen hedefe ulaşp ulaşmadığı izlenebilir. Dünyada bugün kullanılan programların birçoğu tüm bu değerlendirmelerin bir bütün halinde uygulanmasını içermektedir.

Yukarıda bahsettiğimiz kalite ölçümleri, kanıtların toplanması, özellikle de çıktıların takibi, aynı zamanda sistemin ve un-



surlarının performansını ölçmek anlamına da gelmektedir. Performans takibi aşağıdaki unsurları içermektedir:

- Uygulamaların arzulanan amaçlara katkısının ölçülmesi,
- Bu amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynakların ölçülmesi,
- Kullanılan kaynakların verimliliğine ilişkin değerlendirme,
- Gözlenen sonuçlar, verimliliği etkileyen unsurlar ve neden sonuç ilişkilerinin incelenmesi,
- Etkinliği ve verimliliği iyileştirmek için politikalar geliştirilmesi, uygulanması ve bu uygulamaların etkilerinin izlenmesi.

Bu tanımda da belirtildiği gibi "performans ve kalite" birbirinden ayrılmaz iki kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Performans değerlendirmesi, kaliteye ulaşmak için kullanılan araçlardan biridir ve diğer bir kalite geliştirme aracı olarak nitelendirilebileceğimiz teşvik mekaniz-

masının uygulanabilmesi için de bir vasıta olarak tanımlanabilmektedir.

Türkiye'de uygulanmakta olan Performans ve Kalite Sistemi; ölçme, değerlendirme ve teşvik unsurlarını bir arada kullanan, sağlık gibi karmaşık, çok yönlü bir sistemi bir bütün olarak ele almayı hedefleyen bir yapıdır. Nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti hedefini 2003 yılında ortaya koyan Sağlık Bakanlığı, bu hedefi sistemin tümü için tanımlamıştır. O günden bugüne Performans ve Kalite Sistemi hızla gelişmiş ve kurumsal bir yapı ile sağlık yapılarındaki yerini bulmuştur.

Daha önce gönüllü olarak gerçekleştiren az sayıda çalışma dışında, kalite alanındaki uygulamalar, sağlıkta büyük bir reform programının parçası olarak yaklaşık 8 yıl önce gündeme gelmiştir. Kalite konusundaki reform çalışması, hizmet kalitesi standartlarının belirlenmesi,

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, kurumları siyah ve beyaz olarak kategorize etmekten ziyade, bütün renkleri kullanarak 0 ila 1 arasında değişen bir puanlama sistemiyle değerlendiren, ülke ihtiyaçlarına ve ülke hedeflerine göre sürekli iyileşmeyi-iyileştirmeyi öngören, ülke gerçeklerini göz ardı etmeyen, ciddi maliyetlere yol açmadan, zorlaştırıcı değil kolaylaştırıcı bir anlayışla oluşturulmuş bir sistemdir.

standartlara uygun kaliteli hizmetin verilmesi ve uygulamanın yapıldığı tüm kurumlarda kaliteli sağlık hizmetinin sunumunun izlenmesi hususlarını kapsamaktadır. Bu uygulamanın yürütülmesi ve devamındaki önemli husus ise sağlık kurumunda çalışan personele yönelik finansal teşviklerle destekleniyor olmasıdır. Söz konusu finansal teşvik uygulaması ise performansa dayalı ek ödeme uygulaması şeklinde tesis edilmiştir. Performansa dayalı ek ödeme ve kurumsal performanstan oluşan bu entegre model, içerisinde barındırdığı özendirici mekanizmalarla belirlenen performans ve kalite hedeflerine ulaşmayı sağlamaktadır.

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, sağlık kurumunun Bakanlık tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik ve uygunluk açısından değerlendirmeye tabi tutulmasıdır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamasının birbiriyle entegre edilmesi sonucu kalite çalışmaları Sağlık Bakanlığı kurumlarında ana gündem konusu olmuştur. Kurumsal performansın yüksek olduğu kurum veya kuruluşlarda, bireysel performans da daha fazla ödüllendirilmektedir. Böylece niceliğe verilen ödülün büyüklüğünü nitelik belirlemektedir.

Türkiye’de “Sağlıkta Ulusal Performans

ve Kalite Sistemi”nde, kalite ile entegrasyon her aşamada görülmektedir. Sistemde **“Hizmet Kalite Standartları”** ile bağlantılı olan parametreler şunlardır:

- Kurumsal performans
- Birim performansı
- Yönetici performansı

Kurumsal performans ayağında, “Hizmet Kalite Standartları”nın Bakanlıkça değerlendirilmesi sonucunda elde edilen “Hizmet Kalite Katsayısı” tüm çalışanların ek ödemelerine yansımaktadır. Böylelikle kurumda bir ekip ruhu geliştirilmektedir. Birim performans uygulamasında ise birimlerin kurumda kalite yönetim sisteminin bir parçası olduklarının farkına varması ve kalite çalışmalarına dâhil olmaları gerekliliğini hissetmeleri amaçlanmıştır. Her birim hem kurumun daha nitelikli hizmet vermesi için üzerine düşen görevleri yerine getirmeli hem de birime özgü koşulların karşılanmasında sorumluluğu üstlenmelidir. Yönetici performansı ile ilgili yapılanmada yöneticiye; niceliksel olarak hizmet sunumunu artırmaya çalışırken kurumda verilen hizmetin etkin, verimli ve kaliteli olmasından da sorumlu olduğu hatırlatılmaktadır.

Kalitenin geliştirilmesinde ve iyileştirilmesinde teorik ve pratik bilgiler kalitenin yöneticiden çalışanlara, hem de çalışanlardan yöneticilere doğru hareket eden dinamik bir süreç olduğunu göstermektedir. Çalışanlar kalitenin iyileştirilmesi gerekliliğine inanmaz ve kendilerini bu çalışmaların dışında görerek sahiplenmezler ise sürecin başarıya ulaşması düşünülemez. Sürekli etkin bir değerlendirme mekanizması geliştirmek gerekmektedir ancak asıl amaç, çalışanların kendi öz değerlendirmelerini harekete geçirmektir. Çok kabul gören bir ifade ile kalite kültürünün kurumda her basamakta gelişmesini sağlamaktır. Bu kültürün geliştirilmesinde ilk basamak, çalışanlar ve yöneticilerde farkındalık oluşturmak, sonrasında kurumda kalite ikliminin gelişmesini sağlamak ve bu iklimi sürekli kılmaktır. Hataları öne çıkaran ve hatalar karşısında savunmaya geçmek yerine, hataları bir öğrenme fırsatı olarak gören bir ekip ruhu oluşturmaktır. Bu noktadan sonra zaten kurum kültürü gelişmiş ve davranış değişikliği oluşturulabilmiş demektir.

Ulusal kalite yapılanmasının en önemli parametresi olan Hizmet Kalite Standartları, uygulayıcıların bu alandaki temel rehberi haline gelmiştir. İlk versiyonu 2005 yılında yayımlanan standartlar sağlık kurumlarının sisteme adaptasyonu ile birlikte sürekli geliştirilmiştir. Bu gelişim sürecinde, bazı konu başlıkları ile ilgili çalışma grupları oluşturulmuş, pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar araştırılmış, farklı kurumsal yapılanmalar, sorun yaşanan alanlar, ülke koşulları dikkatle incelenmiştir. Değerlen-

diricilerin, kalite alanında emek veren çalışanların, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmiş ve nihayetinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile hastanenin tüm süreçlerine ışık tutan bir rehber ve değerlendirme aracına ulaşılmıştır. Bu araç; içeriği, metodolojisi, değerlendirme ve teşvik mekanizmalarının farklılığı ile ülkeye özgün bir yapı kazanmıştır. Bu nedenle dâhil olduğu sistemin bir ulusal kalite yapılanması olarak adlandırılması mümkündür.

Uluslararası arenada ise “kalite ve performans” unsurları sağlık sisteminde farklı yapılanmalar içinde kendini göstermektedir. Ülkeler bu alanda kendi özgün yapılarını oluşturma gayreti içindedirler. Ulusal standartlara sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Avustralya, Fransa, Tayland, Malezya, Kırgızistan, Hong Kong, Dubai, Danimarka, Hollanda, Mısır, Hindistan, Polonya ve Japonya gibi ülkeler yer almaktadır.

Dünyada sağlık hizmetlerinde kalite standartlarının ortak yanları şunlardır:

- Standartlar ülkelerin stratejilerine ve önceliklerine göre farklılıklar göstermektedir.
- Uygulamalar daha çok hasta bakımı ve hizmet süreçlerinin değerlendirilmesine yönelik çıktı ve sonuç değerlendirmeleri vardır ancak sınırlıdır.
- Sağlık hizmeti temelinde hep benzer dinamikler üzerinde işlemektedir, bu nedenle standartlar aynı temel mantık üzerinde kurgulanmakta ve birbirine benzeyen içerik ve şekilde olabilmektedirler.
- Ama bakış açıları farklı, öncelikleri farklı, değerlendirme süreçleri ve puanlandırma sistemleri farklı olabilmektedir.
- Hasta güvenliği ve çalışan güvenliği, dünyadaki tüm örneklerde ortak olan ve ana çerçevede hemfikir olunan konulardır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Hizmet Kalite Standartları kurgulanırken aşağıdaki hususlar gözetilmiş ve bu çerçevede yapılandırılmıştır:

- Standartların kurum içinde değerlendirilmesi, birbiri ile ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsamaması için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi,
- Standartların bu boyutlandırma yapısına göre hazırlanması ve tasarlanması,
- Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması,
- Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin geliştirilmesi,
- Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması,
- Tanımlar dizininin oluşturulması,

• Bilgilendirme tablolarının oluşturulması. Hastane HKS yatay ve dikey olmak üzere beş boyuttan oluşmaktadır. Yatay boyutta Hasta ve Çalışan Güvenliği, dikey boyutta ise Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi ve İndikatör Yönetimi yer almaktadır (Şekil).

Hizmet Kalite Standartları (HKS); süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, bölümler, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemiyle tanımlanmaktadır. Kodlama sistemi, standartlara kimlik kazandırmaktadır. Ayrıca standartların kurumlarda karşılanma derecesinin belirlenmesi, verinin analizi ve kurumlar arası kıyaslama yapılmasına olanak sağlayacaktır.

Hastanelere yönelik geliştirilen standartların uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu hastanelerin içinde kamu hastaneleri yanında üniversite hastaneleri ve özel hastaneler de bulunmaktadır. Çünkü Hastane Hizmet Kalite Standartları kamu, özel üniversite ayrımı yapmaksızın tüm ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yönelik olarak hazırlanmıştır.

“Performans ve Kalite Sistemi” dışında Hizmet Kalite Standartlarının ilişkili olduğu diğer mevzuatlar “Hasta ve Çalışanların Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik” ve SGK tarafından yayımlanan “Özel Hastaneler İle Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması ve İlave Ücret Alınması Hakkında Yönerge”dir. Böylelikle Hizmet Kalite Standartları tüm sağlık kurumlarımızı kapsayan önemli bir unsur haline gelmiştir. Hastanelere yönelik bu değerlendirmelerin yanında, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ve 112 Acil Sağlık Hizmetleri de Bakanlıkça geliştirilmiş kendi alanlarına özgü standartlarla değerlendirilmektedir. Böylece söz konusu kurum ve kuruluşlar da kurumsal performans ve performansa dayalı ek ödeme mevzuatından etkilenmektedir.

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, kurumları siyah ve beyaz olarak kategorize etmekten ziyade, bütün renkleri kullanarak 0 ila 1 arasında değişen bir puanlama sistemiyle değerlendiren, ülke ihtiyaçlarına ve ülke hedeflerine göre sürekli iyileşmeyi-iyileştirmeyi öngören, ülke gerçeklerini göz ardı etmeyen, ciddi maliyetlere yol açmadan, zorlaştırıcı değil kolaylaştırıcı



bir anlayışla oluşturulmuş bir sistemdir. Bu modelde finansal teşvik de uygun bir araç olarak kullanılmış ve kurumların kalitesini harekete geçirmiştir.

Ancak elbette ki, tüm bu çalışmaların hayata bulabilmesi için uygulayıcılara yönelik yönlendirme ve rehberliğe ihtiyaç vardır. Değerlendirmeler, yönlendirme ve rehberliğin bir yoludur. Ayrıca bu konuda Bakanlıkça verilen eğitimler, sağlık çalışanlarına yönelik düzenlenen bölgesel sempozyumlar, gündemin dikkatini çekmeyi ve akademik katkılarla sistemi geliştirmeyi hedefleyen “Sağlıkta Performans ve Kalite Kongreleri”, bilimsel boyutta yapılan çalışmaların paylaşılabileceği hakemli bir dergi olan “Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi” gibi çalışmalar da farkındalık oluşturmak ve uygulayıcılara rehberlik yapmak adına gerçekleştirilen faaliyetlerdir.

Sonuç olarak performansa yönelik ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri, kalitenin elde edilmesi için vazgeçilmez süreçlerdir. Bugün Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ile entegre olarak teşvik mekanizması içinde yer bulması kalitenin sağlığın önemli bir gündem konusu haline gelmesini sağlamıştır. Sistem sürekli kendini geliştirmek durumundadır. Bakanlığımız kurumlarımız için kalite konusunda hedefi sürekli bir üst noktaya taşımaya, sistem belli bir noktaya geldikçe çitayı bir sonraki hedefe yönleltmeye devam edecektir.

Sağlıkta kalite uygulamalarının performansa yansımaları

Dr. Abdullah Öztürk



1989 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ankara Trafik Hastanesi'ndeki görevinin ardından Konya'ya tayin oldu. 1999-2000 arasında Bursa'da çalıştı. 2000-2005 arasında Van'da çeşitli sağlık kurumlarında hekimlik yaptı, Van İl Sağlık Müdür Yardımcılığı ve Hasta Hakları İl Koordinatörlüğü görevlerinde bulundu. Daha sonra tayin olduğu Rize'de 82. yıl Devlet Hastanesi'nde Hemodiyaliz Sorumlu Hekimliği görevinin yanında Başhekim Yardımcılığı ve Hastane Performans ve Kalite Temsilciliği görevlerini yürüttü. 2008-2009 arasında bir yıl süreyle Konya'da çalıştı. Haziran 2009'dan beri Sağlık Bakanlığı bünyesinde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı olarak görev yapmaktadır.

Süleyman Hafız Kapan



1976 yılında Burdur'da doğdu. 1999 yılında Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi'ni bitirdi. 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatında Bakanlığın performans ve kalite yönetim sisteminin geliştirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda Hukuk Müşaviri olarak yer aldı. Sağlık Bakanlığı performans, kalite, hasta ve çalışan güvenliği çalışmalarının yürütülmesinde ve mevzuatının geliştirilmesi alanında çalışmalar yapmaktadır. Halen Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığında Hukuk Müşaviri olarak aynı çalışmalarda görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk sahibidir.

Sağlık hizmetinden doğru-
dan faydalanan kişiler ola-
rak hastaların doğrudan et-
kilendiği temel alanlar,
hastaneler ve diğer sağlık
kuruluşlarındaki hizmete
erişim ve verilen sağlık hizmetinin kalitesi
olmaktadır. Sağlık sisteminde ve hizmetle-

rinde iyileştirme amacıyla Sağlık Bakanlı-
ğı tarafından vatandaşların hizmete erişim-
in kolaylaştırılması, sağlık kurumlarında
kaliteli sağlık hizmeti sunulması, kaliteli
sağlık hizmetinin ülke çapında yaygınlaş-
tırılması, hasta yükünün olabildiğince eşit
paylaşıldığı bir ortamın sağlanması ama-
cıyla kurumsal performans uygulaması

uygulanmıştır. Kurumsal performans uy-
gulanmasının temelini Bakanlıkça hizmet
sunum standartlarının belirlenmesi, stan-
dartlara uygun kaliteli hizmet verilmesinin
sağlanması, tüm kurumlarda kaliteli sağlık
hizmeti sunumunun izlenmesi ve hasta
memnuniyeti veya hizmete duyulan güve-
nin ölçülmesi oluşturmıştır.



“Hastane Hizmet Kalite Standartları” hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya devam edecektir. Yapılan bu çalışmalar gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları, süreç içinde bu çalışmaları besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2004 yılının başında uygulamaya konulan performans dayalı ek ödeme uygulaması ile personelin teşviki sağlanarak sağlık hizmetlerine erişilebilirlik sağlanmış ve tüm vatandaşlarımız sağlık hizmeti almaya başlamışlardır. Sağlanan bu hizmet artışına paralel olarak kaliteli sağlık hizmeti sunumuna yönelik kalite sistemi kurulması gereği ortaya çıkmıştır. Kurumsal kalite kültürünün kurumlarımızda yerleşmeye başlaması ve benimsenmesi ile birlikte kurumsal performans uygulaması kademel olarak geliştirilmiştir.

Sağlık çalışanlarına kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşmak, ön şart olmakla birlikte yeterli değildir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak, insanları sürekli bu sorumluluk alanına itecek modellere ihtiyaç vardır. Son zamanlarda daha kaliteli hizmete yönlendirecek şekilde hizmet sunanların parasal veya para dışı dürtülerle teşvik edilmesi çabaları gitikçe yaygınlaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde kalitenin çalışanların katılımı ve desteği ile geliştirilebileceği gerçeğinden hareketle kurumsal performans uygulaması sonuçlarının doğrudan personele yapılacak ek ödemeyi etkileyecek şekilde sistemin tasarlanması sistemin dinamik olmasını ve kurum yöneticileri ile personel tarafından tarafından oldukça önemsen bir husus olmasını sağlamıştır. Sağlık

Tablo 1: Sağlık Bakanlığı kurumsal performans parametreleri			
Hastane Parametreleri	Değerlendirmeyi Yapan	Uygulama Periyodu	Sonuç (Katsayı)
Poliklinik Hizmetleri	Hastane	4 Ayda 1	0-1
Kurum Kalite Kriterleri	Hastane	4 Ayda 1	0-1
memnuniyet Anketleri	Hastane	Her Ay	0-1
İl İdare Kurulu Değerlendirme	İl İdare Kurulu	4 Ayda 1	0-1

Tablo 2: Sağlık Bakanlığı kurumsal performans parametreleri			
Hastane Parametreleri	Değerlendirmeyi Yapan	Uygulama Periyodu	Sonuç (Katsayı)
Muayeneye Erişim	Hastane	4 Ayda 1	0-1
Kurum Kalite Kriterleri	Hastane	4 Ayda 1	0-1
Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketleri	Hastane	Her Ay	0-1
Kurum Altyapı Değerlendirme	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü	4 Ayda 1	0-1
Kurum Verimlilik	Hastane	4 Ayda 1	0-1

hizmetlerinde kalite, hasta memnuniyeti, çalışanların finansal açıdan teşviki, çalışanların memnuniyeti ve sistemin performansının izlenip değerlendirilmesini de içeren entegre programın ana hatları ve Sağlık Bakanlığı yönergelerinin tarihsel gelişimi aşağıda kurumsal performans uygulamasına yönelik anlatılacaktır.

A) 17/ 03/ 2005 Tarihli ve 1831 Sayılı, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi:

Kurumsal performans uygulaması 2005 yılının ikinci yarısından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde vatan daşın sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırması, hizmetlerin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla 100 sorudan oluşan soru seti ile başlatılmıştır. Kurumsal performans uygulamasının ilk defa ülkemizde hayata geçiriliyor olması sebebiyle kurumlarımızda ve personelde bir aşinalık oluşması ve kültür oluşturmak amacıyla belirlenen sorulara ilgili kurum yöneticileri tarafından dörder aylık dönemlerde öz değerlendirme yapılmak suretiyle kendi kendine puan verilmekteydi. Bu kapsamda 17.03.2005 Tarihli ve 1831 Sayılı, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi yürürlüğe konulmuş olup, kurumsal performans uygulaması şu dört ana parametreden oluşmaktaydı:

- Poliklinik hizmetleri
 - Kurum kalite kriterleri
 - Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri
 - İl İdare Kurulu değerlendirmesi
- Bu parametrelerin her biri eşit ağırlığa sahiptir. Bu uygulama ile kurumlarımızda kalite farkındalığı oluşturulmuş ve süreçlerin yeniden düzenlenmesi adına sorgula-

ma süreci başlatılmıştır (Tablo 1).

B) 05.12.2006 Tarihli ve 9414 Sayılı Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi:

Bu yönerge ile birlikte birinci basamakta da kurumsal performans uygulaması başlatılmıştır. Yönergeyle İl Sağlık Müdürlüklerinde İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri, hastanelerde ise Performans ve Kalite Birimleri kurularak kurumlarda kurumsal yapılar oluşturulmuştur. 2005 yönergesi uygulamaları revize edilerek geliştirilmiştir. Kurumsal performans uygulaması beş ana parametreden oluşmaktaydı.

- Muayeneye erişim
- Kurum kalite kriterleri
- Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri
- Kurum altyapı değerlendirme katsayısı
- Kurum verimlilik katsayısı

Bu parametrelerin her biri eşit ağırlığa sahiptir (Tablo 2).

C) 23.03.2007 Tarihli ve 2542 Sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi:

2007 yılı yönergesinde hastanelerin performans ve kalitesinin ölçümü beş alanda yapılmıştır.

- Muayeneye erişim (sağlık hizmetine ulaşma)
- Hastane alt yapı ve süreç değerlendirme ölçütleri değerlendirmesi (hizmet kalitesi ve organizasyon)
- Hasta ve hasta yakınları memnuniyeti
- Kurum verimlilik ölçümü
- Kurumsal hedeflere ulaşma durumu

Bu parametrelerin her biri eşit ağırlığa sahiptir (Tablo 3).

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi kapsamında altyapı ve süreç değerlendirme kriterlerinin neleri ihtiva ettiği, nasıl anlaşılması ve uygulanması gerektiği noktasında yol gösterici olması ve kılavuzluk yapması aynı zamanda değerlendiricilerin sorulara ilişkin aynı sorgulamalarda bulunmaları suretiyle değerlendirme standardı oluşturulması amacıyla kurum ve kuruluşlarımızın faydalanabileceği rehber hazırlanmıştır.

D) 02.07.2008 Tarihli ve 2011 Sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi:

Hastanelerin performans ve kalitesinin ölçümü dört alanda yapılmıştır:

- Muayeneye erişim
- Hizmet kalite standartları
- Memnuniyet ölçümü
- Verimlilik göstergeleri

Bu parametrelerin her biri eşit ağırlığa sahiptir.

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın Mayıs 2007 tarihinde Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, kalite geliştirme, hasta ve çalışan güvenliği alanlarında Bakanlığımızın plan, program ve faaliyetlerini yürütmek üzere kurulmasıyla birlikte çalışmalar kurumsallaşarak ivme kazanmıştır. Kasım 2007'den itibaren müstakil Daire Başkanlığı olarak hizmetini sürdürmeye devam eden Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Eylül 2009 tarihinden itibaren ise Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde çalışmalarını yürütmeye devam etmektedir.

Daire Başkanlığı, uluslararası örnekleri inceleyerek ve Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşımlarını dikkate alarak kurumsal performans uygulamasını geliştirmiştir. Daire Başkanlığınca web tabanlı sistem üzerinden yapılan incelemeler, sahadan alınan sonuçlar, yerinde yapılan incelemeler, illerde yapılan çapraz değerlendirmeler ve yine illerdeki performans ve kalite koordinatörlüklerimizin yanı sıra hastanede ki performans ve kalite temsilcilerinin görüş ve önerileri dikkate alınarak yönerge hazırlanmıştır.

Yönerge, esas olarak 5 ana parçadan oluşmakla birlikte birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları için farklı işlemdir. Birinci basamak sağlık kuruluşları için “muayeneye erişim katsayısı ile

Tablo 3: Sağlık Bakanlığı kurumsal performans parametreleri			
Hastane Parametreleri	Değerlendirmeyi Yapan	Uygulama Periyodu	Sonuç (Katsayı)
Muayeneye Erişim	Hastane	4 Ayda 1	0-1
Kurum Altyapı ve Süreç Değerlendirme	- İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü - Bakanlık Değerlendiricileri	4 Ayda 1	0-1
Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketleri	- Hastane - İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü - Bakanlık	Her Ay	0-1
Kurum Verimlilik ve Hedeflere Ulaşma	Hastane	4 Ayda 1	0-1

Tablo 4: Sağlık Bakanlığı kurumsal performans parametreleri			
Hastane Parametreleri	Değerlendirmeyi Yapan	Uygulama Periyodu	Sonuç (Katsayı)
Muayeneye Erişim	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü	4 Ayda 1	0-1
Hizmet Kalite Standartları	- İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü - Bakanlık Değerlendiricileri	4 Ayda 1	0-1
Memnuniyet Ölçümü	- Hastane - İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü - Bakanlık	Her Ay	0-1
Verimlilik Göstergeleri	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü	4 Ayda 1	0-1

Tablo 5: Sağlık Bakanlığı kurumsal performans parametreleri			
Hastane Parametreleri	Değerlendirmeyi Yapan	Uygulama Periyodu	Sonuç (Katsayı)
Hizmet Kalite Standartları	- İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü - Bakanlık Değerlendiricileri	6 Ayda 1	0,65-1
Memnuniyet Ölçümü	- Hastane - İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü - Bakanlık Değerlendiricileri	Her Ay	0-1
İndikatör Takibi	İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü	6 Ayda 1	0-1

aşılama ve çocuk izlemlerinin” yer aldığı ana bileşenden oluşmaktadır. Hastaneler için ise, “muayeneye erişim katsayısı, alt yapı ve süreç değerlendirme ölçütleri katsayısı, hasta memnuniyet katsayısı, kurum hedef katsayısı ve kurum verimlilik katsayısı”ndan oluşmaktadır.

Yönergenin önemli parçalarından biri olan “Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Ölçütleri” bölümünde önemli çapta değişikliğe gidilmiştir. Pratikte uygulamada büyük ölçüde karşılandığı düşünülen ya da karşılanma imkânı bulunmayan kriterlerde revizyona gidilmiş olup yerine yenileri ihdas edilmiştir. Böylece kurumlara dinamizm kazandıracak yeni kriterler uygulamaya konulmuştur. Kurumlarca yerine getirilemeyecek fiziksel şartlarda revizyona gidilmiştir. Mevcut kriterlerin adı “Hizmet Kalitesi Standartları” olarak değiştirilmiştir.

2008 yılında yapılan revizyonda 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize

edilerek hem yapısal, hem tasarım hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık bin 450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastaneler Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır.

Yönergenin bir diğer bileşeni olan “hasta ve yakınları memnuniyet anketleri”nde de değişikliğe gidilmiştir. Bu çerçevede, yatan ve ayaktan hastalar için uygulanan memnuniyet anketleri setine Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri için ilave bir anket eklenmiştir. Böylece, sayısı 100’ü aşan AD SM’ler kapsama edilmemiştir. Anketlerin uygulama ilkeleri de standart bir hale getirilmiştir. Daha önce “kurum verimlilik katsayısı” ile ölçülmeye çalışılan finansal verimlilik kriterleri gözden geçirilerek yenileri eklenmiştir.

Gelinen noktada Kurumsal Performans Uygulaması ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde standart ve uygulama birlikteliği sağlanmış, vatandaşlarımızın ülkenin her yanında aynı şekilde kaliteli hizmet almasının önü açılmıştır. Bu gelişmenin de, büyük şehirlere olan hasta göçünü günden güne azaltmada önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Bu Yönergede getirilen yeni uygulamalar şunlardır:

- Ağız ve diş sağlığı merkezlerine özgü standartlar geliştirilmiştir.
 - Ağız ve diş sağlığı merkezlerine özgü memnuniyet anketi geliştirilmiştir.
 - Personele en az yılda bir kez uygulamak üzere İlk defa "çalışan memnuniyeti anketi" sisteme dahil edilmiştir.
 - Ülkemizde İlk defa 112 acil sağlık hizmetleri için standartlar geliştirilmiştir.
 - Ülkemizde İlk defa 112 Verimlilik Göstergeleri geliştirilmiştir.
 - ADŞM'ler için ayakta hasta anketi ilave edilmiştir.
 - Bakanlıkça öngörülen kriterleri yerine getiren hastanelere "hizmet kalite belgesi" verilmesi uygulaması öngörülmüştür.
 - Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarımızın belgelendirme çalışmalarını izlemek ve kontrollü bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere belgelendirme çalışmaları öncesinde Bakanlıktan izin alınması şartı getirilmiştir (Tablo 4).
- Daire Başkanlığınca 2007 yılının son çeyreğinde sağlık kurumlarının farklı illerden belirlenen değerlendiriciler tarafından değerlendirilmesi suretiyle iyi uygulama örneklerinin paylaşılması, hizmet sunumuna katkı sağlamak üzere değerlendiricilerin bilgi ve deneyimlerinin aktarılması amacıyla merkezi değerlendirme uygulaması başlatılmıştır.

E) 01.03.2011 Tarihli ve 9489 Sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi:

Hastanelerin performans ve kalitesinin ölçümü 3 alanda yapılmaktadır:
a) Hizmet kalite standartları

- b) Memnuniyet ölçümü
c) İndikatör takibi

Bu parametrelerden hizmet kalite standartları % 65, memnuniyet ölçümü % 20, indikatör takibi % 15 ağırlığa sahiptir. Bu uygulama ile hizmet kalite standartlarının uygulamadaki ağırlığı önemli bir oranda artırılmış, kurumlardaki gelişimi hızlandırması ve kaliteyi daha üst seviyelere taşıması amaçlanmıştır (Tablo 5).

Ülkemizde sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak ülkede sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sisteminin kurulması amacıyla kamu, üniversite ve özel hastanelerde pilot çalışmalar yapılarak tüm kurumları kapsayacak şekilde "Hastane Hizmet Kalite Standartları" hazırlanmıştır.

Hastane Hizmet Kalite Standartları

Ülkemizdeki tüm sağlık kurumlarını kapsayan "Hastane Hizmet Kalite Standartları" setinde yer alan standartlar hazırlanırken bilimsel bir metodoloji izlenmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda aşağıda yer alan hususlar gözetilerek standartlar hazırlanmaya başlanmıştır.

1. Standartların kurum içinde değerlendirilmesi, birbiri ile ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsamaları için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi,
2. Standartların bu boyutlandırma yapısına göre hazırlanması ve tasarlanması,
3. Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması,
4. Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin geliştirilmesi,
5. Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması,
6. Tanımlar dizininin oluşturulması,
7. Bilgilendirme tablolarının oluşturulması.

1. Boyutlandırma yapısının geliştirilmesi:

Boyutlandırma sisteminde, standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirilmiş ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde tasarlanmıştır. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirilmiştir.

2. Standartların hazırlanması:

Standartlar hazırlanırken mevcut kamu ve özel hastaneler Hizmet Kalite Standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası

kaynaklar incelenerek ülke ihtiyaçları ve ülke koşulları dikkatle alınarak ve Bakanlık stratejik hedefleri gözetilerek hazırlanmıştır. Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite temsilcileri ve çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri alınmış ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile pilot çalışmaya hazır hale getirilmiştir. Ayrıca niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olmakla birlikte israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanması esas alınmıştır.

3. Standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması:

Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden, farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 24 hastanede pilot çalışmalar yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

4. Kodlama sisteminin geliştirilmesi:

Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiş ve standartlar bu sisteme uygun olarak düzenlenmiştir. Bu yolla standartlara verilen kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslanmanın yapılmasına da olanak tanımaktadır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlayacaktır.

5. Puanlama sisteminin geliştirilmesi:

Hazırlanan standartların puanlanması için bir sistem geliştirilmiştir. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak standartlar arasında birbiriyi kıyaslanma ve standartları belli bir sınıflandırmaya dahil ederek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir tasarım yapılması sağlanmıştır.

6. Tanımlar dizininin oluşturulması:

Hazırlanan standartların uygulama ve değerlendirme sürecinde uygulayıcılar ve değerlendiriciler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tanımlar dizini oluşturulmuştur.

7. Bilgilendirme tablolarının oluşturulması:

Standartların uygulaması aşamasında kurumun özelliğinden ve/veya uygulamasından dolayı kurumda geçerliliği olmayan standartlar belirlenmiştir. Bu standartlar değerlendirme sürecinde puanlandırılmamaktadır.

Hastane hizmet kalite standartlar hazırlanırken bilimsel bir metodoloji izlenmiş ve bu metodoloji içinde yer alan boyutlandırma, standart hazırlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, kodlama, puanlama, tanımlar ve bilgilendirme tabloları özgün bir standart setinin oluşturulmasını sağlayarak standartların özgünlüğü itibarıyla bu çalışmaya ilk olma özelliği de kazandırmıştır. Bu standart setinde eskiye nazaran hem etkinlik hem nitelik hem de uygulanabilirlik açısından büyük bir gelişim sergilenmiştir.

Türkiye sağlık sisteminde; amacı, hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler kat edilmiştir. Sonuçta Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin ana eksenini oluşturan "Hastane Hizmet Kalite Standartları" hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslararası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya devam edecektir. Yapılan bu çalışmalar gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları, süreç içinde bu çalışmaları besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir.

Sonuç

Ülkemiz ihtiyaçlarına göre şekillenen kurumsal performans ölçümü, vatandaşın sağlık hizmetlerine ulaşımını kolaylaştırması, hizmetlerin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi ve sağlık çalışanlarının motive edilmesine büyük katkılar sağlamıştır. Kurumsal performans ölçümü, ülkemiz sağlık sisteminin ihtiyaçlarının şekillendirdiği bir uygulamalar bütünü olmasının yanında sağlık hizmetlerini, içinde yer aldığı ülkeler arasında öne taşıyarak hasta güvenliği, laboratuvar güvenliği, hasta hakları ve tesis güvenliği gibi evrensel karakterli hususları da önceleyen bir sistem hüviyetine sahip olmuştur.

Sağlık Bakanlığı, Kurumsal Performans Uygulaması ile öncelikle sağlık hizmet sunumuna yönelik tüm ülke için standartlar oluşturmuş ve bu uygulama ile hedef ve politikalarının uygulanmasını sağlayarak sağlık kuruluşlarında politikalarının dinamik bir şekilde uygulanmasını sağlamıştır. Kurumsal Performans Sistemi ile aynı grupta yer alan sağlık kurum ve kuruluşları aynı dönemde birbirleriyle niceliksel olarak kıyaslanabilir hale gelmişlerdir. Bu

sürecin kurumlara sağladığı faydalardan biri, sağlık kurum ve kuruluşlarının belirlenmiş hedeflere ulaşıp ulaşamadıklarını veya ne durumda olduklarını görmelerine yardımcı olmaktır. Bir diğeri ise bu kıyaslamayla eksikliği olduğunu fark eden ya da belirli bölümlerde sıkıntı yaşayan kurumlar bu eksikliklerini ya da sıkıntılarını kısa sürede giderme yoluna gitmektedirler. Bu sürecin kurumlara sağladığı diğer bir fayda ise diğer kurumlarda gördükleri iyi uygulamaları kendi kurumlarına uyarlayabilmeleridir.

Hemen her ülkede sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik ortaya çıkan reform arayışları, bilinen belli sayıda temel konulara odaklanmıştır. Bunlar; verimlilik, hasta merkezlilik, etkililik olarak sıralanabilir. Buna 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 artış 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. Sağlık Bakanlığı hastaneleri, geçmişe oranla rekabetin daha yoğun olduğu bir ortamda faaliyet göstermektedir. Hastanelerde ihtiyaçları karşılamak, rekabette edebilmek ve üstün gelmek, değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği artırmak daha da önem kazanmış bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığınca uygulamaya konan Kurumsal Performans Uygulaması; Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşım ve öncelikleri ile uluslararası kabul görmüş hastane kalite ölçütleri incelenerek hazırlanmıştır. Ülkemizin ihtiyaçlarına uygun, sürekli iyileştirmeyi öngören, ciddi maliyetlere yol açmayacak şekilde, hasta güvenliği, laboratuvar güvenliği ve tesis güvenliği hususları önceleyen, sistemi süreç ve sonuç bazlı değerlendirmeyi öngören bir biçimde tasarlanan Kurumsal Performans Uygulaması, boyutları ve sonuçları açısından özgün bir model niteliğindedir.

Kurumsal Performans Uygulamasının geçmiş 6 yılına bakıldığında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde özellikle Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan devralınan hastanelerde modernleşme ve kalite artışı gözle görünür bir şekilde kendini ortaya koymaktadır. Gelineen noktada Kurumsal Performans Uygulaması ile birlikte Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm hastanelerde stan-

dart ve uygulama birlikteliği sağlanmış, vatandaşlarımızın ülkenin her yanında aynı şekilde kaliteli hizmet almasının önü açılmıştır. Bu gelişmenin de, büyük şehirlere olan hasta göçünü günden güne azaltmada önemli rol oynayacağı düşünülmektedir.

Aile hekimliği uygulamasında performans ve esasları

Dr. Halil Ekinci



1965 yılında Kayseri’de doğdu. Fatih İlkokulu’nu, Kayseri Fevzi Çakmak Lisesi’ni ve Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni (1992) bitirdi. Hakkâri Yüksekova’da, Balıkesir’de ve İzmir’de hekimlik yaptı. İzmir’de aile hekimliğinin kurulmasında Sorumlu İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. 2008 yılından itibaren ise Sağlık Bakanlığı’nda Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nde Aile Hekimliğinden Sorumlu Genel Müdür Yardımcısı olarak çalışmaktadır. Dr. Ekinci evlidir ve dört çocuğu vardır.

Performans; Türk Dil Kurumu Sözlüğünde “herhangi bir eseri, oyunu, işi vb.ni ortaya koyarken gösterilen başarı” olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü, birinci basamakta sağlık çalışanlarının aile sağlığı merkezlerinde verdiği aile hekimliği hizmetidir. Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmet sunumunun sağlanması için sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine ilaveten çalışan sağlık personelinin de ölçülebilir ve karşılaştırılabilir kriterlerle performansının ölçülmesi ve değerlendirilmesi, başarının yakalanmasında önem arz etmektedir. Aile Hekimliği ile ilgili kanun 2004 yılında yayımlanmış ve 15 Eylül 2005 tarihinde ilk olarak Düzce ilinde uygulamaya başlanmıştır. Yaygınlaştırma çalışmaları ile 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane illerinde de uygulamaya geçilmesi ile il sayısı 7 olmuştur. 2007 yılında Elazığ, Isparta, Samsun, İzmir, Bartın, Sinop, Amasya illeri ile beraber il sayısı 14’e ulaşmıştır. 2008 yılında Bayburt, Çorum, Manisa, Osmaniye, Karaman, Karabük, Adana, Burdur, Kırıkkale, Yalova, Çankırı, Tunceli, Kastamonu, Kırşehir, Bilecik ve Erzurum illerinde uygulamaya geçilmesi ile il sayısı 31’e, 2009 yılında ise Trabzon, Rize, Uşak ve Bursa illerinin aile hekimliği uygulamasına geçmesiyle 35 ile ulaşmıştır. Kalan 46 ilimizin de 2010 yılında aile hekimliği uygulama-

masına geçmesiyle 13 Aralık 2010 tarihi itibarıyla ülkemizin tamamında aile hekimliğine geçilmiştir. 31 Aralık 2010 tarihi itibarıyla, 6 bin 367 aile sağlığı merkezinde 20 bin 185 aile hekimi görev yapmaktadır. Ayrıca 961 toplum sağlığı merkezi kurulmuştur. Bir yandan aile hekimliği uygulamalarının ülke genelinde yaygınlaştırılması çalışmalarına devam edilirken bir yandan da mevzuat düzenlemeleri ve hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar dinamik olarak sürdürülmüştür.

Aile hekimliği kanununda “Aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının durumları ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olup olmadıkları da dikkate alınmak suretiyle yapılacak ödeme tutarlarının tespitinde; çalıştığı bölgenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri, kayıtlı kişi sayısı ve bunların risk grupları, gezici sağlık hizmetleri ile aile hekimi tarafından karşılanmayan gider unsurları gibi kriterler esas alınır. Sağlık Bakanlığınca belirlenen standartlara göre, koruyucu hekimlik hizmetlerinin eksik uygulaması halinde bu ödeme tutarından brüt ücretin % 20’sine kadar indirim yapılır. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi ücreti, aile sağlığı merkezi giderleri, tetkik ve sarf malzemesi giderleri ve gezici sağlık hizmetleri ödemelerinden Damga Vergisi hariç herhangi bir kesinti yapılmaz.” ifadesi ile negatif per-

formans tanımlanmış olup koruyucu hekimlik uygulamasında kişi başı ödenen ücretten % 20’ye kadar kesinti yapılabilir ifade edilmiştir. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği madde 13 ile performans tanımlanmıştır. Buna göre; “1) Aile hekimlerinin performans değerlendirmeleri bireye yönelik olarak vermiş oldukları koruyucu sağlık hizmetleri dikkate alınarak yapılır. 2) Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.” denmiştir.

Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelikte, Madde 18 ile aile hekiminden yapılacak kesintiler belirtilmiştir. Buna göre; “1) Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi veya geçici aile hekimi için 16. maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre hesaplanan brüt ücretin; a) Aylık başarı oranı, % 98 - % 97 ise % 2’si, b) Aylık başarı oranı % 96 - % 95 ise



% 4’ü, c) Aylık başarı oranı % 94 - % 90 ise % 6’sı, ç) Aylık başarı oranı % 89 - %85 ise % 8’i, d) Aylık başarı oranı, % 85’ten daha düşük olanlar için % 10’u esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar, aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemeden düşülür. 2) Aşılama, gebe, bebek-çocuk takiplerinin hangi aralıklarda ne şekilde yapılacağı ve kesintilerin usul ve esasları Bakanlıkça belirlenerek duyurulur. 3) Köy yollarının kar, çığ düşmesi, sel nedeniyle kapanması gibi mülkî idare amirinin takdir edeceği mücbir sebepler veya aşılama, gebe, bebek-çocuk takibinin ihbar düzenlenmesine rağmen yaptırılmaması gibi nedenlerle yerine getirilemeyen hizmetler, bu hesaplamlarda dikkate alınmaz. 4) Bu madde uyarınca aile hekiminden yapılacak kesintilerin toplamı, 16. maddenin birinci fıkrasının (a) bendi uyarınca hesaplanan brüt tutarın % 20’sinden fazla olamaz” ifadesi ile aile hekiminden yapılacak kesintiler belirtilmiştir.

Aile sağlığı elemanından yapılacak kesintiler ise aynı yönetmeliğin 21. Maddesinde, “1) Bu Yönetmeliğin 18. maddesine göre yapılacak kesintilerdeki usul, esas ve oranlar; sözleşme veya görevlendirmeyle çalıştırılan aile sağlığı elemanları için 19 uncu maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre hesaplanan brüt gelir üzerinden hesaplanmak suretiyle aynen uygulanır. 2) Bu madde uyarınca aile sağlığı elemanından yapılacak kesintilerin toplamı, 19 uncu maddenin birinci fıkrasının (a) bendi uyarınca hesaplanan brüt gelirinin % 20’sinden fazla olamaz.” şeklinde tanımlanmıştır.

Her iki ifade de negatif performansı tanımlamıştır. Negatif performans uygulama-

ması cezalandırma esaslı olduğu için, aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının öğrenme ve kendini geliştirme süreçlerinde ne kadar etkili olduğunun değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Şili ve Arjantin’de uygulanmakta olan, Almanya’da olduğu gibi birçok Avrupa ülkesinde ise pilot olarak uygulanan pozitif performans uygulaması ise ilgili paydaşların görüşleri ile olgunlaşabilecek bir uygulama şeklidir.

1 Ocak 2011 tarihinde yürürlüğe giren Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmeliği ile ülke olarak pozitif performansı kısmen uygulamaya başladık denilebilir. Bu yönetmelik ile aile hekimi ve aile sağlığı elemanının kendisine kayıtlı kişilerden iş yükü fazla olanlara fazla ödeme, iş yükü az olanlara ise az ödeme yapılarak daha adil bir ödeme şekli oluşturulmuştur. Buna göre; bebek ve çocuklara 1,6 kat, cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) kat, gebeler için 3 kat daha fazla ücret uygulanırken sağlıklı ve sağlık hizmeti alma oranı çok düşük olan genç ve orta yaşlı nüfusa 0,79 kat ödeme yapılmaktadır. Bu uygulama ile aslında bir anlamda pozitif performans uygulaması da başlamış olmaktadır.

Sonuç olarak Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik ile aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına iş yüküne göre ödeme esas alınmıştır. Buna göre aile hekimine kayıtlı kişilerden bebek ve çocuklara 1,6 kat, cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) kat, gebeler için 3 kat daha fazla ücret uygulanırken sağlıklı ve sağlık hizmeti alma oranı düşük olan genç ve orta yaşlı nüfusa 0,79 kat ödeme yapılmaktadır. Aile sağlığı elemanlarına ise 0-59 ay grubu için (1,75) katsayısı, gebeler için (3) katsayı-

Aile Hekimliği ile iş yüküne göre ödeme esas alınmıştır. Buna göre aile hekimine kayıtlı kişilerden bebek ve çocuklara 1,6 kat, cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) kat, gebeler için 3 kat daha fazla ücret uygulanırken sağlıklı ve sağlık hizmeti alma oranı düşük olan genç ve orta yaşlı nüfusa 0,79 kat ödeme yapılmaktadır. Aile hekimliği uygulamasında bu ödeme modeliyle en iyi başarıya sağlıklı şekilde ulaşılmaya çalışılmaktadır.

ısı, 65 yaş üstü için (1,75) katsayısı, cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı, diğer kişiler için (0,80) katsayısı ile ödeme yapılmaktadır. Bu katsayılar aile hekimi ve aile sağlığı elemanı için entegre hastane olan yerlerde 1,65 katsayısıyla, nüfusu zorunlu olarak düşük olan yerleşim yerinde çalışanlar için ise 2 ile çarpılarak elde edilen değerler ilgili kişilere ödenmektedir. Buna ilave olarak ise yukarıda belirtilen aşilar, bebek izlem ve çocuk izlemleri için ise kayıtlı kişiler için ödenen ücretin % 20’sine kadar kesinti yapılabilir ifadesi belirtilerek **negative performans** tanımlanmıştır. Aile hekimliği uygulamasında bu ödeme modeliyle en iyi başarıya sağlıklı şekilde ulaşılmaya çalışılmaktadır.

Devlet hastanelerinde çalışan doktorların performansa bakışı

Dr. Mahmut Tokaç



1963 Ordu, Ünye doğumludur. 1979'da Ünye Lisesi'nden, 1985'te İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2000 yılında İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Deontoloji ve Tıp Tarihi Bölümü'nde doktorasını tamamladı. 2002 – 2003 tarihleri arasında İstanbul 112 Ambulans Komuta Merkezi Başhekimliği, 2003 – 2009 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Genel Müdür Yardımcılığı ve Genel Müdürlük yaptı. Halen İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi Başhekimisi olan Tokaç, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğretim görevlisidir.

Dr. Abdullah Bilgin



1956 yılında Zonguldak'ta doğdu. Kozlu Cumhuriyet İlkokulu'nu, Kozlu Ortaokulu'nu, Kozlu Lisesi'ni ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ni (1983) bitirdi. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı oldu. Halen Başakşehir Devlet Hastanesi'nde Başhekim Yardımcısı olarak görev yapmaktadır. Dr. Bilgin, evlidir ve 5 çocuğu vardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin artırılması ile artan hasta talebini karşılayabilmek için hizmet sunan sağlık personelinin teşvik etmek amacıyla 2004 yılının başında **performansa dayalı ek ödeme**

sistemi uygulamaya konulmuştur. Bu uygulamayla birlikte performans ve kalite kavramları gündemimizde sıkça yer almaya başlamıştır. Performans ölçümü ile teşvik mekanizması, kaliteye ulaşmak için bir araç olarak kullanılmaktadır. Ama uygulanan performans sistemi, kaliteyi gerçekten beraberinde getirmekte mi-

dir? Sağlık çalışanları bu uygulamadan memnun mudur? Bu soruların cevabını devlet hastaneleri perspektifinden arayacağız. Yazımızda, tavan uygulaması dolayısıyla diğer personelin daha az etkilendiği performans sisteminden en fazla etkilenen doktorlar açısından konuyu ele alacağız.



Bazı uzmanlık dallarında gerekmediği halde bazı uygulamalar yapılmaya ya da yapılmadığı halde yapılmış gibi gösterilmeye başlandı. Bakanlık bunları önlemek için sıkı tedbirler uygulamak zorunda kaldı. Maalesef bu uygulamalar bir daldaki istismarı önlemek isterken bir başka daldaki normal uygulamaları da zora soktu. Hekimlerin öncelikli dertleri puan yapmak haline gelince hastaya faydalı olmak ikinci plana itildi. Hekimler adeta bir makine gibi çalışmak durumunda kaldı.

Performans uygulaması dolayısıyla başka kurumların personeli Sağlık Bakanlığı'na geçmeye çalışırken Sağlık Bakanlığı personeli yaygın bir şekilde performans sistemini eleştirmektedir. Birçok sağlık kuruluşunda olduğu gibi ikinci basamak devlet hastanelerinde çalışan doktorların da hemen hepsi performans sisteminden dert yanmaktadırlar. Yakınmalar özetle şu şekilde gerçekleşmektedir:

- *Performansla birlikte doktorluk mesleğinin zevki kalmamıştır.*
- *Puan yapmak öncelikli dert haline gelmiş olup hastaya faydalı olmak ikinci plana itilmiştir.*
- *Fazla sayıda hasta bakmak zorunluluğu dolayısıyla düşünme zamanı olmadığından bir robot-makine haline geldikleri için klinik bilgi kullanımı azaldığı ve fazla tetkik istendiğine inanılmaktadır.*
- *Doktorlar riski azaltmak ve performans artırmak için, hastanın tekrar muayene gelmesi, tetkik istenmesi veya bir başka branşa muayene olmasının önerilmesi yoluna gitmektedirler. Bu olumsuzluklar hastanın birden çok başvurusuna sebep olup tedavi masraflarının artması, iş gücü kaybı vs. gibi olumsuzluklarla sonuçlanmaktadır.*
- *Performans sistemi adaletsizdir. Aynı zaman diliminde aynı eforu sarf eden belli branşlar diğer bazı branşların iki misli puan yapabilmektedir. Bu da doktorlar arasında huzursuzluk sebebi ol-*

maktadır.

- *Hastalandığı zaman performans alamadıkları için gelirlerinde düşme olduğundan hasta iken bile sağlıklarını tehlikeye atarak çalışmak zorunda kalmaktadırlar.*
- *Doktorların ek ödeme/performans sistemi ile elde ettikleri gelirlerin emekliliğe yansımaması, (yakın zamanda bu gelirlerin bir kısmı emekliliğe yansıtılmış olsa bile) kendilerinden daha az okuyan subay, kaymakam, hâkim, savcı vs. emekli maaşlarının iki misli olması, doktorların adaletsizlik duygusuna kapılmalarına sebep olmaktadır. Bu da çalışma barışına darbe vurmaktadır.*

Performans sisteminden bu derece yankınmasının sebeplerini irdelemeden önce performans öncesi durum ile performans sonrası durumu karşılaştırmakta yarar var. Performans öncesi dönem olarak 2003 yılındaki bir X Devlet Hastanesi ve bugün devlet hastanesine dönüşmüş olan bir Y SSK Hastanesindeki duruma göz atalım: 60 uzman hekimi olan X Devlet Hastanesinde uzmanların poliklinik yapabileceği 15 poliklinik mevcuttu. Günlük muayene edilen hasta sayısı toplamda 500-750 civarında idi. Bazı branşlarda 4-10 arası uzman hekim olmasına karşın o branşa ait sadece bir poliklinik olduğu için bu hekimler sırayla birer gün poliklinik yapmakta, diğerleri ise poliklinik yap(a)mamaktaydılar. 20 cerrahi branş hekimi ve 5 ameliyathanesi olan hastanede, aylık ameliyat sayısı sadece 40 idi. Yaklaşık olarak gün başına iki ameliyat düşmekteydi. Başhekim işi sıkı tuttuğu için 12.00-13.30 arası ve 15.30'dan sonra hastanede hekim bulunmamaktaydı. (Muayenehane sahibi başhekim olan benzeri hastanelerde çoğu zaman mesai saatlerinde de uzmanlar muayenehanesinde hasta bakmaktaydılar). Hastanenin gelirleri giderlerini karşılayamamaktaydı. Hastanenin bir aylık tahsilatı, sadece muayene ücretlerinden elde edilecek gelirden bile çok aşağıda idi (Ameliyat, yatış, müdahale, tetkik ücretlerini de kattığınızda yapılan işin çok daha aşağısında idi). Hekimler maaşları dışında üç ayda bir, aylık 150-200 TL civarında döner sermaye payı almaktaydılar. Hastalar sabahın erken saatlerinde muayene sırasına girmekte, çoğu da sıra bulamadığı için muayene olamamaktaydı. Hastaların bir kısmı bu yüzden muayenehanelerden hizmet almak zorunda idiler. Hekimlerin % 80'inin muayenehanesi vardı. Yatan veya ameliyat olan hastaların % 90'ı ise muayenehanelerden yatırılmaktaydı. Doktorlar ve diğer sağlık personelinin izin bitiminde 20 gün istirahat raporu alarak izinlerini uzatmaları alışılmış bir durumdu. Bu yüzden yaz aylarında hastanede personel kalmamaktaydı.

40 uzman hekimi olan Y SSK Hastanesinde durum daha parlak değildi. Sade-

ce SSK hastanelerinde muayene ve tedavi olma hakkı olan ve toplumun yarısını teşkil eden SSK'lılar muayene olabilmek için sabahın köründe sıraya girmek zorunda idiler. Sıra bulabilenler usulen bir muayeneden sonra bu sefer de ilaç almak için eczane kuyruğuna girmektedirler. Sırası gelenler de bir kısım ilaçları o hastane eczanesinde bulunmadığı için almamakta, ya ilacından vazgeçmekte ya da başka bir hastanede yeniden kuyruğa girmeyi göze almaktaydı. Bu çiley katlanmak istemeyenler ise neredeyse tamamına yakınının muayenehanesi olan hekimlerin muayenehanesine gitmek zorunda kalmaktaydılar. Yine yatan hastaların tamamına yakını muayenehanelerden yatırılmakta idi. Bu hastanelerde çalışan hekimler maaşları yanında bazı aylar prim almaktaydılar. Ancak aldıkları meblağ yine de aynı hastanelerde sendikali işçi olarak çalışan hizmetlilerin aldığı meblağ kadar olmamaktaydı.

2005 yılında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri sonrasında herkesin ayırım yapılmaksızın kamu-özel tüm sağlık kuruluşlarından istifade etmeleri ve yeşil kartlılar dahil herkesin ilaçlarını serbest eczanelerden temin etmeye başlamalarıyla birlikte özellikle ikinci basamak devlet hastanelerinde hasta potansiyeli artmaya başladı. Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaya koyduğu hekim seçme hakkı çerçevesinde her hekime bir poliklinik verilmesi ile birlikte performansa dayalı ek ödeme uygulaması başladı. Bu uygulamaya göre, hekimler yaptıkları performansa göre ek ödeme alacaklar ve hastaneye kazandırdıkça kendileri de kazanacaktı. Aslında başlangıç itibarıyla herkesin çalışmasını teşvik eden bir sistem olarak rağbet de gördü. Sağlık çalışanları performansı çalıştığı sürece alabildiği için izin sonrası raporlar bıçakla kesilir gibi bitti. Bir istismar, bu şekilde sona ermiş oldu.

İyi niyetle başlatılan performans uygulamasında bazı aksaklıklar da ortaya çıkmadı değil. Her güzel şeyi istismar etme alışkanlığımız burada da ortaya çıktı ve performansın temel mantığına tamamen zıt bir şekilde bazı uzmanlık dallarında gerekmediği halde bazı uygulamalar yapılmaya ya da yapılmadığı halde yapılmış gibi göstermek suretiyle fazladan puanlar alınmaya başlandı. Bakanlık bunları önlemek için sıkı tedbirler uygulamak zorunda kaldı. Maalesef bu uygulamalar bir daldaki istismarı önlemek isterken bir başka daldaki normal uygulamaları da zora soktu. Önceleri 50-60 hasta bakılarak ulaşılan tavan rakamlarına, daha sonraları 100-120 hasta ile ulaşamaz hale geldi. Hekimlerin öncelikli dertleri puan yapmak haline gelince hastaya faydalı olmak ikinci plana itildi. Bir yandan talepteki artış karşılama, diğer yandan puan yapabilmek için fazla sayıda hasta bakma

zorunluluğu dolayısıyla klinik bilgiyi fazla kullanmadan adeta bir makine gibi çalışmak durumunda kalındı. Bu kadar hızlı hasta bakmanın sonucunda kaçınılmaz bir durum haline gelen malpraktis riskini azaltmak (bazen de performansı artırmak) için hastayı tekrar muayeneye çağırma, fazlaca tetkik isteme veya bir başka branşa da muayene olmasını önerme yoluna başvuruldu. Bu olumsuzluklar hastaların birden çok başvurusuna sebep olduğundan tedavi masrafları ve ilaç harcamalarının artması, polifarmasi (çok sayıda ilacın kullanılması), iş gücü kaybı gibi olumsuzluklarla sonuçlanmaktadır.

Performans sisteminde tüm çabalara rağmen bazı adaletsizliklerin olduğu şüphesizdir. Aynı zaman diliminde aynı sayıda hastaya bakan veya aynı eforu sarf eden belli branşlar diğer bazı branşların iki misli puan yapabilmektedir. Bu da doktorlar arasında huzursuzluk sebebi olmaktadır. Ayrıca bazı laboratuvar branşlarında ortalamadan verilen miktarın uzman sayısına bölünmesi söz konusudur ki buraya kadroyu açan da atamayı yapan da Bakanlık olmasına rağmen kendi atadığı insanları mağdur etmektedir (Bu olumsuzluğun kaldırılması yolunda adım atılacağı haberi, bir düzelmenin işaretidir). Eğitim hastaneleri ile ikinci basamak devlet hastaneleri ya da farklı büyüklük ve potansiyeldeki devlet hastanelerinde aynı işi yapan doktorlar arasında da çok farklı ek ödemelerin olması da aynı bir memnuniyetsizlik kaynağıdır (Uzman doktorlar ile pratisyenler ve diğer sağlık çalışanları arasında yaşanan adaletsizlikler ayrıca müstakil bir çalışma konusu olması gerektiği için bu yazıda ele alınmamıştır).

Performans sistemiyle birlikte doktorlar daha çok çalışmaya başlamış olup bir yarış sürüp gitmektedir. Bu durum ne kadar sürdürülebilir? İzin bile kullanmadan kendilerini enerjilerinin son noktasına kadar çalışmak zorunda hisseden doktorların sağlık durumları nasıl etkilenmektedir? Peki, bu sıkıntılardan kurtulmanın yolu performans sisteminden vazgeçmek mi olmalıdır?

Öncelikle belirtmemiz gerekir ki performans sistemi öncesine göre hastanelerin durumu hem maddi açıdan, hem de işleyiş yönünden daha iyi durumdadır. Ancak aynı şeyi kalite açısından söyleyebilir miyiz? Belki hastanelerin fiziksel standartları, malzeme yönetimi ve teknik imkânları açısından kalite artışı inkâr edilemez bir gerçektir. Özellikle yatırılarak tedavisi sağlanan hastalar açısından belli bir kalite artışından söz edebiliriz. Koğuş sistemi yerine banyo ve tualeti olan ve en fazla iki-üç hastanın kaldığı odalara dönülmüş olması büyük bir ilerlemedir (Geçen yıl acil bir ameliyat dola-

yısıyla yatmak zorunda kaldığım İstanbul Tıp Fakültesi'nin servislerinin içler acısı halini gördükten sonra Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki kalite artışı daha bir anlam kazanmaktadır [M. Tokaç]). Ancak polikliniklerde ayakta muayene edilen (belki de bakılan demek daha doğru olacak) hasta sayısının her geçen gün artması, muayene için hastaya yeterince zaman ayrılmamış olması durumu ayakta hasta bakımı konusunda aynı kaliteyi yakalamakta başarılı olunamamasını beraberinde getirmektedir. (Hasta memnuniyeti anketlerinde yatan hasta memnuniyeti % 90'ların üzerinde olmasına rağmen polikliniklerde ayakta muayene olan hastalarda bu oran % 60-70'ler civarına düşmektedir.)

Aşırı artan hasta talebine yetişebilmek için hasta sayısında sınırlamaya gidil(e) memesi ve performans sistemindeki branşlar arasındaki adaletsizliklerin kaldırılmaması, dolayısıyla yüksek performansla ulaşabilmek için haddinden fazla hasta bakmaya doktorların kendilerini mahkûm görmeleri, tükenmişlik sendromuna yol açtığı gibi kalitede de ciddi sorunların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Ayrıca aşırı hasta yükü dolayısıyla teşhiste yapılacak atlamalar da kalite sorunu olarak karşımıza çıkabilmektedir. Branşlar arasındaki adaletsizlik ortadan kaldırılarak tüm branşlardaki doktorların normal bir çalışma ile yeterli bir ücret alabilmeleri sağlanmalıdır. Doktorlar makul bir çalışma temposu içinde hastalara yeterince zaman ayırarak günde azami 50-60 hasta bakmakla yeterli performansla ulaşmaları halinde hastalara daha iyi, kaliteli ve huzurlu hizmet verilebileceklerdir. Aksi takdirde kaliteyi artırmak amacıyla ortaya konmuş olan performans siteminin kendisi kalitesizliğin aracı haline gelebilir.

Çözüm, performans sisteminin aksaklıklarını giderilip tarafların memnun olduğu huzurlu, güler yüzlü ve sağlıklı bir hizmet ortamının sağlanmasındadır. Yoksa performans sisteminin ortadan kaldırılmasında değil. Performans sisteminin ortadan kaldırılması halinde yine eski günlere dönülmesi ihtimal dahilindedir. Bunun emareleri şu anda da vardır. Şöyle ki sabit bir miktarın maaş gibi her hâlûkârda alınmaya başlamasından sonra bazı branşlarda ne kadar uğraşılsa uğraşılsın belli bir performansın üzerine çıkmayan hekimler daha fazla izin ve rapor kullanmaya başlamışlardır. (Performans sistemindeki iyileştirme bu durumu önleyecektir.)

Unutulmamalı ki her türlü özveriye gösteren sağlık çalışanları ve özellikle doktorların daha iyi kazanma duygusuyla çok fazla sayıda hastaya bakma zorunda olması yerine daha rahat ortamda bakabilecekleri makul sayıdaki hastaya hiz-

Peki, bu sıkıntılardan kurtulmanın yolu performans sisteminden vazgeçmek mi olmalıdır? Öncelikle belirtmemiz gerekir ki performans sistemi öncesine göre hastanelerin durumu hem maddi açıdan, hem de işleyiş yönünden daha iyi durumdadır. Kaliteyi artırmak amacıyla ortaya konan performans siteminin kendisi kalitesizliğin aracı haline gelebilir. Çözüm, performans sisteminin aksaklıklarını giderilip tarafların memnun olduğu huzurlu, güler yüzlü ve sağlıklı bir hizmet ortamının sağlanmasındadır.

Performans sisteminin psikolojik algısı ve bu algının yönetimi

Doç. Dr. Mustafa Bilici



1965 yılında doğdu. İlk ve ortaokulu Adana'da tamamladı. 1990 yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olarak hekim oldu. 1995 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri uzmanı oldu. 2000 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde psikiyatri doçenti oldu. 2003-2005 yılları arasında İstanbul Haydarpaşa Numune Hastanesi'nde çalıştı. 2005'te Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine Eğitim Hastanesi'ne dönüşüm amacıyla kurucu başhekim olarak atandı. Halen aynı görevini sürdürüyor. Biyolojik psikiyatri alanında çalışan Dr. Bilici'nin çeşitli bilimsel dergilerde yayınlanmış 40 civarında makalesi bulunuyor. Bilici evli ve 2 çocuk babasıdır.

Dr. Medine Yazıcı Güleş



1978'de Almanyada - Stuttgart'ta doğdu. İlkokulu Bursa Beşevler İlkokulu'nda, orta ve lise öğrenimini Bursa Kız Lisesi'nde tamamladı. 1994 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde üniversiteye başladı. Psikiyatri ihtisasını Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yaptı. 2006 yılından beri İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Psikiyatri Uzmanı olarak çalışıyor. Mesleki ilgi alanlarından bazıları: Bilişsel davranışçı terapiler, travma ve psikosomatik tıp.

Dr. Burak Toprak



1984 yılında Elazığ'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Elazığ'da tamamladı. 2008'de İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 2009 yılında Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi psikiyatri kliniğinde uzmanlık eğitimine başladı.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde yürürlüğe sokulan performans sistemi (PS) özellikle hastanelerde çalışan hekimleri yakından etkilemiştir. Kişisel gözlemlerimize göre birçok hekim PS'nin yürürlüğe girdiği dönemde sürece uyum sağlama konusunda ciddi zorluklar yaşamıştır. Aradan yıllar geçmiş olmasına rağmen hala uyum konusunda bazı zorlukların sürdüğü gözlenmektedir. Bu zorluğun altında çok çeşitli sebepler olsa da biz bu yazıda daha ziyade psikolojik faktörler üzerinde duracağız. Bir özel dal (psikiyatri) eğitim ve araştırma hastanesi örneği üzerinden giderek asistan, uzman ve akademisyen hekimlerin PS ile ilgili psikolojik algıları gözden geçirilecektir.

Asistan hekimlerin gözünde performansın psikolojik algısı ve bu algının yönetimi

2003 yılında uygulamaya girmesi ile hasta ve hekimlerin memnuniyetinin değişmesine neden olan sağlıkta performans sistemi bugün bile tartışılmaya devam etmektedir. Eğitim hastanelerinde sistemin uygulanması ile ilgili tartışmalar bu hastanelerde asistanların çalışması nedeniyle daha da fazladır. Azınlık bir hekim grubunun etik dışı uygulamaları gerekçe gösterilerek halkın hekimlerle ilgili algısının olumsuz olması sağlanmaya çalışılmaktadır. Gözlemlerimize göre bu çabanın sonucunda hekimler paragöz olarak sunulmakta ve hekimlerin kaliteli hizmeti özel muayenehanelerinde para karşılığında verdikleri

algısı oluşturulmaktadır. Bu algıya itiraz eden hekimlerin gösterdiği tepkiler marjinal olarak değerlendirilmekte ve sanki hekimler yaşadıkları toplumdan sapmış, aykırı ve uçlarda gezinen bir grup olarak gösterilmektedir. Asistan hekimler, sistemin hasta ve hekim arasındaki tedavi ilişkisini zedelediğini, hastaların yeterince iyi değerlendirilmediğini, uygunsuz işlem sayısının arttığını ve eğitimi olumsuz yönde etkilediğini düşünmektedir. Eğitim sürecinde olan asistanlar usta çıkarak ilişkisi nedeniyle hocaları model almaktadır. Ancak sistem hocaları çok sayıda hasta görmeye ittiği için, hocaların eğitime ayıracakları zaman kalmamaktadır. Hal böyle olunca asistana zaman ayıran, eğitime destek veren hocalar sanki cezalandırılmakta ve başarısız olarak algılanmaktadır. Bandura'nın sos-

yal öğrenme kuramında ortaya koyduğu gibi gözlem yapan asistanlar, davranışları sonunda hocaların almış oldukları ödül ve cezaları gözleyerek karar vermektedir. Hocalarının dolaylı olarak cezalandırdığını gözlemleyen asistanlar, hocaların durumuna düşmemek için eğitimi önemsizleştirmektedirler. Sonuçta asistanlara ideal hekimin hızlı hasta gören ve reçete yazan hekim olduğu öğretilmeye çalışılmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinin varoluş sebeplerinden olan asistan hekimler performans puanlarının artırılması için kullanılan araçlara dönüşmektedir. Hıza uyum sağlayamayan asistanlar başarısız gibi algılanmaktadır. Gece-gündüz, 7 gün 24 saat kaliteli ve nitelikli bir sağlık hizmeti vermek ve eğitim alabilmek için uğraşan asistanlar, artan hasta memnuniyetsizliği nedeniyle şiddete öncelikli bir şekilde maruz kalmaktadır. Hızlı ve çok sayıda hasta bakmak, eğitim ve araştırmalar için yeterli zaman ayrılmasını engellemekte, araştırmaların mesai saatleri dışında yapılmasını gündeme getirmektedir. Bu durum özel yaşama vakit ayırmayı engellemekte ve psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Eğitim sürecinde hızlı bir şekilde hasta görmek ayrıntılı muayene, ayırıcı tanı ve etkili tedavinin nasıl yapıldığını öğrenmeyi engellemektedir. Performans kaygısı sonucu araştırmalara yeterli zaman ayırlamaması, kaliteli akademisyenlerin yetişmesini engellemekte ve icatçı değil takipçi bir uzman grubunun oluşmasına zemin hazırlanmaktadır.

Performans sistemi ile aylarca medyada gelirlerin % 40-70 arası artacağı söylenmesine rağmen, asistan hekimlerin aylık ücretlerinde ciddi bir artış yaşanmamıştır. Sağlık sisteminde aksaklık yaşanmaması adına nöbet ertesi izin kullanmadan ayda 130 saati aşan nöbet sürelerine rağmen 130 saati aşan süreler için herhangi bir ücret ödenmemektedir. Böylece sağlık sisteminin hekim açığı, asistan hekimlerin ücretsiz fazla performans yapması ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Sistemin bu şekilde devam etmesi durumunda bir türlü düzelmeyen hastalar, ilaç kullanımında artış, ülke ekonomisinde kayıp ve hekim kalitesinde düşüş gibi pek çok olumsuzlukların yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Asistan hekimlerin PS ilgili algılarının genel olarak olumsuz olduğu söylenebilir. Bu algının yönetilmesinde asistanların görev alanlarının netleştirilmesi, özlük haklarının düzeltilmesi ve araştırma faaliyetlerine daha fazla katılımının sağlanması yardımcı olabilir.

Uzman doktorlar açısından performans sisteminin psikolojik algısı

Performans sistemi, doktorların yaptığı işlem başına puan almasına dayanan

bir sistemdir. Buna göre o gün ne kadar çok hasta bakarsanız o kadar çok puan (para) kazanacağınız öngörülmektedir. Psikiyatrik işlemler için uygun görülen puan sistemine göre bir psikiyatri hastanesinin kendi ihtiyaçlarını karşılaması, hekimlerin makul bir ücret alması ancak çok sayıda hasta bakmakla mümkün olabilmektedir. Psikiyatrik muayene için gereken 40 dakikalık ideal sürenin uygulanabilmesi mümkün görünmemektedir. Hastanın şikâyetlerini serbestçe anlatmasına izin vermek, düşünce akışını izlemek, ihtiyaçlarını, neden yardım aradığını anlamak, geçmişi hakkında bilgi sahibi olmak, psikiyatrik muayeneyi yapmak, tedavisini düzenlemek, ilaç yan etkileri hakkında bilgi vermek psikiyatrik muayene için gerekli koşullardır.

Devlet hastanelerinin koşullarına bakıldığında, performanstan önce de, sonra da bu şartların yeterince sağlanmadığı açıktır. Yaklaşık 10 dakikalık sürelerde tüm bu işler gereği gibi yapılamadığı gibi farklı müdahaleler yapılmasını gerektiren kriz durumlarında iyice çaresiz kalmaktadır. Hastalara yeterli kadar zaman ayırlamaması aynı hastanın defalarca başvurmasına, hastalıkların kronikleşmesine, gereksiz ilaç değişikliklerine ya da gerekenden fazla ilaç kullanımına neden olmaktadır. Son yıllardaki ilaç harcamalarındaki artış bu durumun bir yansımasıdır. Gerekliği kadar süre ayrılması halinde yapılan işlem kalitesinin artacağı ortadadır. Ancak sistem yapılan işlemin kalitesini değil, miktarını ödüllendirmektedir.

Sağlıkta dönüşüm programıyla hastanelere ulaşım artmıştır ama bunun sebebinin performans sistemi nedeniyle doktorların daha fazla hasta bakması olduğunu düşünmüyoruz. Eskiden de devlet hastanelerinde bir doktorun günde 100-150 hasta baktığı bilinmektedir. Bu durum SSK hastalarının diğer sağlık kuruluşlarını kullanmaya başlaması, hastane ve doktor sayısının artırılması, randevu sisteminin oturtulması ile ilgili olabilir. Hastanelerin performans baskısı ile daha fazla hekim polikliniklerde kullanması da bunun bir nedeni olabilir. Bıçak parası gibi bir takım olumsuz örnekler üzerinden hekimleri suçlayan, bütün sorunların kaynağında hekim göstermeye çalışan anlayış, mesleğini kötüye kullananları ayıklamayı sağlayamamaktadır. İşini daha iyi yapmak isteyen ve meslek ahlakı olan bir doktorun bu sistem içinde ayakta kalabilmesi zor görünmektedir. Bireysel terapi yapmak isteyen bir doktorun bir saat için aldığı performans bir reçete yazımından aldığı performansın dörtte biri kadardır. Bu durumda hekimler işlerini iyi yapmakla performans artırmak arasında sıkışmaktadır. Bu sıkışma, genelde performansı tercih etme yönünde gerçekleşmektedir çünkü gerek ek gelir elde etmek gerek-

se hastanenin ayakta kalabilmesi için performans gereklidir. Performans sistemi, yapılan işin kalitesi üzerinden işlemediği sürece hem hekimlerin yozlaşması hem de hastaların uzun dönemde mağdur olması beklenebilir.

Kişisel gözlemlerimize göre, uzman hekimlerin performansla ilgili psikolojik algısının genel olarak olumsuz olduğu söylenebilir. Sistemin nitelik yerine niceliği, öncelmesi uzman hekimin belirli bir konuda derinleşmesini engellemektedir. Bu durum özellikle eğitim hastanelerinde "düz" bir uzman olarak kalma tehlikesini sürekli canlı tutmaktadır. Olumsuz psikolojik algının yönetiminde uzman hekimin yaptığı işin niteliğinin temel alındığı değerlendirme sistemlerinin oluşturulması önemli olabilir.

Klinik şefleri açısından performans sisteminin psikolojik algısı

Bir dizi zorlu eğitim, sınav ve bilimsel çalışmaların sonucunda büyük zahmetler çekerek klinik şefi olmuş bir hekimin hayattan beklentileri asistan ve uzmanlardan farklılık göstermektedir. Bu farklılık performans algısını da şekillendirmektedir. Birçok klinik şefi PS içinde kendilerini puan üretmekle eğitim ve araştırma yapmak arasında tercihte bulunmaya zorlanmış hissetmektedir. Eğitim ve araştırma faaliyetlerinin PS içinde önemli bir karşılığının olmaması, eğitim hastanelerinde klinik şeflerini puan üretmesi gereken düz uzman olmaya zorlamaktadır. Yazdığı makalelerin, yönettiği tezlerin, yürüttüğü araştırmaların ve verdiği derslerin adil bir karşılığının olmadığını gören klinik şefi, ciddi bir hayal kırıklığı ve motivasyonsuzluk duygusu yaşamaktadır. Üniversitedeki muadilleri olan profesörlerin gerek özlük haklarının gerekse maddi imkânlarının klinik şeflerine göre çok daha iyi durumda olması, klinik şeflerinin motivasyonsuzluğunu beslemektedir. PS içinde araştırma faaliyetlerinin gerek maddi gerekse kademe karşılığının olmaması eğitim hastanelerini hizmet hastanelerine dönüşmeye zorlamaktadır.

Mevcut durum içinde hastanedeki mesaisi ile maaşetini karşılamakta acze düşen klinik şefleri ister istemez piyasada iş yapmanın imkânlarını zorlamaktadır. Son düzenlemelerin hastane dışında hasta görmeyi imkânsız hale getirmesi klinik şeflerini özel hastanelere geçmeye zorlamaktadır. Bu durum, yakın bir zamanda eğitim hastanelerinin akademik kadrosunda ciddi bir yetersizliğin ortaya çıkmasına yol açabilir.

Sonuç olarak PS, devlet hastanelerinde çalışan hekimler tarafından olumsuz bir şekilde değerlendirilmektedir. Her hekim grubunun kendi ihtiyaç ve şartlarına göre yeni bir performans sisteminin yapılması, mevcut olumsuz psikolojik algının düzelmesine yol açabilir.

Özel hastanelerde hekim hak edişleri ve performans kriterleri

Prof. Dr. Haydar Sur



1986 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Ardından İngiltere'de Halk Sağlığı alanında yüksek lisans yaptı. İstanbul Üniversitesi'nde doktor (1996), Marmara Üniversitesi'nde doçent (1998) ve profesör (2004) oldu. İstanbul ve Muş Sağlık Müdür Yardımcılığı yaptı, Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda üst düzey yöneticilik görevlerinde bulundu. Geçtiğimiz haftalarda İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına atanan Sur'un akademik ilgi alanları sağlık yönetimi, hastane yönetimi, sağlık politikaları, sağlık sistemleri, epidemiyoloji, biyoistatistikler.

Sağlık hizmetlerinde ödeme ve ücretlendirme konularıyla ilişkili sorunlar her zaman öncelikli gündem maddesi olmayı sürdüreceği gibi duruyor. Bunun nedenleri arasında şunları sayabiliriz:

- Sağlık hizmetlerinde finansman mekanizmasının karışık olması ve birçok kez aynı hastadan alınan ücretlerde birden çok mekanizma kullanılması (sosyal sigortadan, özel sigortadan, cepten vb.).
- Yapılan işin kesintisiz ve her zaman vardiya sistemiyle çalışması ve böylelikle gece gündüz ücretlendirmesi, nöbete gelen hekimlerin işleri ertesi gün rutin hizmetlere entegre etmesi vb. nedenlerle gelirden pay sorunlarının çıkması.
- Aynı işe el atan insanlar arasında bilgi, beceri ve eğitim farklılıklarının büyük olması (uzman doktor ile hasta taşıyıcı eleman, hasta kabul elemanı ile hemşire, vb.) ve böylece çalışanlar arasında gelir harcama vb. yönden adaletin belirlenmesinde zorluklar yaşanması.
- Aynı hastaya konsültasyon vb. nedenlerle birden çok hekimin; fizyoterapi, beslenme, psikoterapi vb. nedenlerle hekim dışı sağlık mesleklerinin de hizmet sürecine dahil olması.
- Branşlaşmanın çok fazla olması ve her branşın kendine has gelir ve ücretlendirme dinamiğinin olması.
- Sağlık hizmetlerinde bazı branşlardan kişilerin özellikle yasal zorunluluk olarak bulundurulması.
- Hastaların birçok kez hastaneyi değil hekimini tercih ederek kuruluşa gelmesi, böylece gelir üzerinde paylaşımda hak iddia-

larının taraflara göre değişik hal alması.

- Hekimlerin hasta üzerinde büyük bir prestijinin ve yaptırımının bulunması; hasta adına hizmet talebini belirleyeninde hekim olması.
- Hekim ile hasta arasında her zaman yasayla korunmuş mahremiyet içinde görüşmelerin olması ve işletmenin bu arada olup biteni tam denetleyememesi.

Bu yazının, yalnızca hekimlerin ödemelerini temel aldığı ve yukarıda sayılan maddelere eklemeler yapılabileceğini belirtmekte yarar var. Özetle söylersek, özel hastanelerde ödeme mekanizmaları açısından performansın ele alınması, devlet hastanelerine göre daha kolay olmakla birlikte yine de sıkıntılıdır. Bu sıkıntı, hem kurum içi dengeleri sağlamaya özen göstermek gereğinden, hem de hekimlerin çalışmak için tercih seçeneklerinin fazla olması nedeniyle onlara cazibe merkezi oluşturmada özel hastanelerin daha dikkatli davranması gereğindendir. Özel hastanelerde hekimlere ücret düzeyi belirlenirken genellikle 2 boyut göz önünde bulundurulur:

1. Belirli bir seviyenin üstüne çıkmamasının ve altına inmemesinin sağlanması (bir bant içinde kalınması)
2. Sabit bir miktar garanti edilirken yine de performansın göz önüne alınmaya çalışılması.

Bu koşullardan istisna olan hekimler; genellikle hastaları çok olan ve nereye gitse belirli bir hasta grubunu peşinden sürükleyecek olan hekimler ve birden çok yere haftanın belirli günleri giderek gelir düze-

yini yakalamaya çalışan hekimlerdir. İkinci grup genellikle sabit ücret olmaksızın tamamen hizmet başına ödeme alır.

Performans değerlendirme ve ücretlendirme açısından özel hastanelerde durum

Özel hastanelerde hekimlerin performansı (tıbbi performans için başka dinamikler geçerlidir ve bu konu, yazının kapsamı dışında kalmaktadır) genel olarak 2 şekilde değerlendirilir. Hasta şikâyetlerinin sayısı ve hizmet verdiği hasta sayısı (daha açık yazmak gerekirse yaptırdığı ciro). Ciroyu yüksek olanlara daha fazla olmak üzere her hekime hasta şikâyeti açısından belirli bir düzey tolerans sağlanır. Kırmızı çizgi hekime söylenmese bile belirli bir sayıya çizilmiştir. Bunun üzerine çıkmadıkça durum idare edilir. Bazı hallerde (kriminal veya ahlaki olarak kabul edilemeyen haller) hekim de olsa muhatabını daha birinci- de işten ayırmak zorunda kalabilirsiniz. Hekimin özel hastane ile ücret anlaşması aşağıdaki şekillerden birisi olarak karşımıza çıkar:

1. Hiçbir sabit ücret istemeksizin hizmet verdiği kadar hak edişten belirli bir oran tanımlanır. Cerrahlar için hasta muayenesi ve ameliyat gelirlerinden oranlar birbirinden farklı tutulur. Hatta branştan branşa cerrahinin oranları da farklılaşır. Hatta aynı branştan olsa bile cerrahın cerraha bu oranlar değişebilmektedir. Burada oranı belirleyen cerrahın bulunabilirliği/bulunamazlığı, hastalar açısın-

dan tercih edilme derecesi, ilgilendiği ameliyatların tıbbi risk derecesi (kansere ameliyatlarına el atan ve atmayan vb.), hekimin pazarlık yeteneği vb. dir. Cerrahi olmasa bile bazı girişimlerde (dermatologun, kardiologun bazı işlemleri vb.) yine benzer yaklaşımlar vardır.

2. Belirli bir sabit ücret, birinci maddede açıklanan dinamiklere yerleştirilebilmektedir. Bu durumda, hekime verilen sabit ücret toplam hak edişin içinden elde edildikten sonra artı kalan gelirin yine aynı oranlarla pay edilmesi gündeme gelir. Eğer hak edişler bu sınırı (fiks) aşmaya yetmezse, hekime bu belirlenen ücret yine ödenir ve zarar hastane üstlenir.

3. İkinci maddede anlatılan durumlarda eğer fiks aşılmadan bir süre geçtikten sonra (hekim hastaları tarafından tanınmaya ve tutulmaya başlayınca) fiks aşılmışsa bu durumda ilk dönemlerde hekime verilen sübvansiyon fiksini geçilip artı verilen dönemde hekimin artısından kesilmek suretiyle hastanenin sübvansiyon ettiği miktar sonradan geri alınır. Bu uygulama, özel hastanecilikte “eriyen fiks” vb. isimlendirmeler ile bilinmektedir.

4. Ne olursa olsun sabit bir ücret ve bunun dışında başka ödeme yapmamak (performanstan arındırılmış) yöntemi de kullanılabilmektedir. Bu tarz ödemeler genellikle her durumda zaten yasal olarak en az bir tane uzman istihdam etmek zorunda olunan hallerde geçerlidir. Hastane o miktarı gözden çıkarır. Genellikle bunun aşılması pek mümkün olmaz ama daha azını teklif edince çalıştırarak hekim bulunmaz (Laboratuvar branşları vb.).

5. Hekimin cihazı, sistemi vb. altyapı katkısı da varsa bunu da göz önüne alan uygulamalar devreye girer. Ya sisteme belirli bir kira ödenir ya da genel oranlardan daha yüksek bir oran ile anlaşarak aletin payı hesaba katılmış olur.

6. Beşinci maddedeki gibi hekimin bir altyapı mülkiyeti varsa bazen birimin işletmesi hekime verilir ve bakılan hasta üzerinden hekim hastaneye bir pay verir. Bu durumda o departmanın mali riskini hekim üstlenmiş olur. Ancak bu özerklik yine de hekime tamamen istediği gibi davranma yetkisini vermez. Çünkü o departman nihayetinde o hastanenin çatısı ve markası altındadır. Bu seçenekte hizmet verilirken kullanılan su, elektrik vb. sabit giderlerin hesabı da ayrıdır.

7. Bazı durumlarda (özellikle cerrahi branşlarda ve hocanın etrafında) hekimlerin birleşik bir yapıyla hastaneden ücret aldıkları görülmektedir. Bu durumda hastanenin finansal muhatabı hocadır. Departmanın performansı hesaplanır ve hastane ile “hekimler adına bütüncül olarak” hoca ile paylaşılır. Bu durumda hocanın uzmanları ile ne şekilde bir paylaşım içinde olduğu hastaneyi ilgilendirmez. Departmanda çalışacak kişileri de hoca bulup getirir. Gece ve gündüz çıkacak acil vakalarda kimin ne yapacağı, hangi hastaya kimin el atacağı hoca tarafından yapılan bir rol paylaşımı içinde belirlenmiştir ve böylece yürür.

Hastanelerin anlaşmalı laboratuvarlar, poliklinikler, görüntüleme merkezleri vb. diğer işletmeler ile yapabildiği anlaşmalar bu yazıda ele alınmamıştır. Genel anlamda hekimler ücretlendirilirken var olan bütün insan kaynağı ücretlendirme modellerinin kullanıldığı görülmektedir.

Bunlar:

1. Maaş
2. Üretilen işe göre ödeme
3. Maaş + üretilen işe göre ödeme
4. Maaş + belirli dönemlerde belirli yüzdelilerle artış seçeneklerinin değişik oranlarda ve değişik koşullarda birbiriyle karması şeklindedir.

Özel hastanelerde hekim için nihayetinde en önemli performans ölçütü, hastalarının hekimini tercih etme düzeyleri ve hekimin hizmetinden memnuniyet düzeyleridir. Başka bir deyişle kamuda kullanılan performansa göre ödemenin en büyük eksikliği olarak belirtmemiz gereken, niteliğin performans ölçütü olarak alınmaması burada yoktur. Nitelik burada sadece ödemenin miktarını belirlemekle kalmaz, işin korunup kaybedilmesi, kaderinin de belirlenmesinde rol oynar. Burada eksiklik sayılabilecek noktada ise, nitelik derken hastaya kendini beğendirme ve tercih edilme ile sınırlı bir nitelik kastedilmektedir. Tıbbi niteliği uzun dönemde ölçmek gerekir ve bu herkesin yapamayacağı bir iştir.

Kamu hastanelerinde hekimini zora sokan konu, gelen hastaların sayıca fazlalığı ile baş etmek ve performansa dayalı ödemelerden mümkün olduğunca fazla yararlanabilmektir. Özel hastanelerde ise hekimin üzerindeki büyük baskı, hastayı hastaneye getirme meselesinde düşünülmektedir. Aynı hastanede çalışsanız bile her hekimin kendi hasta grubu oluşmaktadır. Hasta grubu zayıf sayıda olan hekimin performansı otomatik olarak düşük kabul edilmektedir. Bu durum aslında birebir doğru olmayan bir temel varsayımdan kaynaklanmaktadır: İyi hekimseniz hasta size gelecektir! Hâlbuki hastanenin diğer koşullarının (kolay ulaşılabilirlik, fiyat, anlaşmalı kurumlar portföyü, cihazların çeşidi ve kalitesi, hastanenin genel olarak namı vb.) hastaların hastane tercihinde etkisi burada göz ardı edilmiş olmaktadır. Hastayı hastaneye getirmede maharetin ne kadarı hekimde ne kadarı hastanededir, bu soru bugün için ülkemizde özel hastanelerde yapılması gereken önemli bir pazarlama araştırması konusudur. Kamu hastanelerinin gittikçe özel hastanelere benzediği kadar, özel hastaneler de günden güne kamu hastanelerine benzemeye devam etmektedir. Böylece mülkiyete dayalı keskin ayrımlar, yerini ihtiyaç ve taleplerin söz sahibi olduğu pazar dinamiklerine bırakmaktadır. Bu süreç iyi yönetilirse, ilerideki günlerde sağlık hizmetlerinde ücretlendirme, daha etkili bir performans yönetimi aracı haline alacaktır.

Özel hastanelerde hasta grubu zayıf sayıda olan hekimin performansı otomatik olarak düşük kabul edilmektedir. Hâlbuki hastanenin diğer koşullarının (kolay ulaşılabilirlik, fiyat, anlaşmalı kurumlar portföyü, cihazların çeşidi ve kalitesi, hastanenin genel olarak namı vb.) hastaların hastane tercihinde etkisi göz ardı edilmiş olmaktadır.

Üniversite hastanelerinde performans uygulamasının tıbbi etik bakımından değerlendirilmesi

Dr. Mehmet Demirel



1961 yılında Manisa Akhisar'da doğdu. Bornova Anadolu Lisesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Doktora çalışmasını Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Tıp Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı'nda 1999 yılında tamamladı. Halen İzmir'de T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi I.A.O.S.B. Çiğli Semt Polikliniğinde çalışmaktadır. Dr. Demirel evlidir ve iki çocuk babasıdır.

Sağlık alanında performans uygulamaları, ülkemizdeki kamu hastanelerinde, "Sağlık Dönüşümü" programı çerçevesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde 8 yıl kadar önce başlatılmıştır. 2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanan per-

formansa göre katkı payı ödemesi, 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarını da içine alacak şekilde yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. Son olarak 2007 yılı başında Bakanlığın kalite geliştirme mevzuatı ile birleştirilerek bütün hastanelerde uygulamaya geçilmiştir. 2005 yılının başında "kurumsal kaliteyi

geliştirme ve kurumsal performans" kavramı gündeme alınarak uygulamaya yeni bir boyut getirilmiştir. Kurumsal performans ölçüm metodları kullanılarak "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" hazırlanmış ve yürürlüğe konmuştur. Daha

Üniversite hastanelerinde performans sistemine geçilmesini daha işin başında iken kıyasıya eleştirmek pek de hakkaniyete uygun bir hareket değildir. Sisteme getirilen eleştirileri sahiplenmeden önce kamu hastanelerindeki uygulama sonuçlarını dikkate almak gereklidir. Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki 8 yıllık uygulama, bütün bunların aksini göstermektedir. Kaldı ki performans sistemi daha esnek olarak üniversite hastanelerinde yıllardır zaten uygulanmaktadır.

sonra 2006 ve 2007 yıllarında değiştirilen yönerge, "Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" adıyla güncellenmiştir.

Üniversite hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme uygulaması ise, 18.02.2011 tarih ve 27850 sayılı Resmi Gazete'de "Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik" in yayımlanmasıyla başlamıştır.

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 şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve 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.

Performanslarının değerlendirilmesi ve ölçülmesinin amacı insan kaynaklarının organizasyon amaçlarına ne ölçüde katkıda bulunduğunun tespit edilmesidir. Organizasyonda insan kaynaklarında performans değerlendirme ve ölçme, organizasyonda çok çalışan ya da az çalışanı birbirinden ayırmak ve daha fazla çalışanları ödüllendirmek ve daha fazla çalışma gayreti içerisinde olanları motive etmek için yapılmaktadır.

Her ne kadar makalemizin konu edindiği yönetmelik, 18.02.2011 tarih ve 27850 sayılı Resmi Gazete'de "Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik" başlığı ile yayımlanmışsa da, konuyu tıbbi etik açısından incelemeye çalışmak, "Üniversite Hastanelerinde Performans Uygulaması" şeklinde sınırlama mecburiyetini getirmiştir.

Bu makalede aşağıdaki sorulara cevap aramaya çalışılacaktır:

- Üniversite hastanelerinde bu gibi bir yönetmeliğe ihtiyaç var mıdır veya hangi eksiklik ve aksaklıklar bu yönetmeliğin hazırlanmasına yol açmıştır?
- Bu yönetmeliğin hazırlanmasının gerekçeleri nelerdir?
- Yönetmeliğin veya performans uygulamasının tarafları olan; sağlık hizmetinin verildiği hastaların, sağlık hizmetini veren doktorlar ile yardımcı sağlık personelinin ve diğer personelin, sağlık hizmetinin organizasyonunu yapan ve finansmanını sağlayan devletin elde edeceği veya karşılayacağı yarar – zararlar neler olabilir?
- Tıbbi etiğin evrensel temel ilkeleri – faydalı olma, zarar vermeme, adaleti sağlama, özerkliğe saygı (bilhassa üniversite özerkliği) – yönetmelikte karşılama mıdır?

Yönetmelik

"Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik" in uygulamada önemli olan yanları ise kanaatimizce şunlardır:

"-Bu yönetmelik, yükseköğretim kurumlarının döner sermaye faaliyetleri çerçevesinde, hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ve mesleki uygulamalar ile ilgili performansı ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi hizmete katkı unsurları esas alınarak yapılacak ek ödeme oranları ile bu ödemelerin usul ve esaslarını belirliyor (Madde 1).

- Yapılacak ek ödemeye esas, katkı oranlarının belirlenmesinde kurumsal

katkı puanı (A puanı), bireysel gelir getirici faaliyet puanı (B puanı), eğitim-öğretim faaliyeti puanı (C puanı), bilimsel faaliyet puanı (D puanı) ve diğer faaliyetler puanı (E puanı) esas alınacaktır (Madde 4-7,8)."

Puanların hesaplanmasında uygulanacak olan kriterler ise şunlardır:

"-Kurumsal katkı puanı (A), ilgili döner sermaye birim veya alt birim ortalamasının, kadro/görev unvan katsayısı ve aktif çalışan gün katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan puanı,

- Bireysel gelir getirici faaliyet puanı (B), kurum içinde bireysel gelir getirici faaliyetlerden dolayı alınan mesai içi (B1) ve mesai dışı (B2) puanlarının toplamından oluşan puanı,
- Eğitim-öğretim faaliyeti puanı (C) ise döner sermaye kapsamında yapılmayan eğitim-öğretim faaliyetleri için YÖK tarafından hazırlanan, "Eğitim-Öğretim Faaliyetleri Cetvelinde yer alan puanların toplamı,

• Bilimsel faaliyet puanı (D), döner sermaye kapsamında yapılmayan bilimsel faaliyetleri için, YÖK tarafından hazırlanan "Bilimsel Faaliyetler Cetveli"nde yer alan puanların toplamı,

- Diğer faaliyetler puanı (E) ise (A), (B), (C) ve (D) puanlarının hesaplanmasında dikkate alınan faaliyetler dışındaki komisyon üyelikleri, özellik arz eden riskli birimlerde çalışma ve benzeri diğer hususlar dikkate alınarak, yönetim kurulları tarafından tanımlanan ve belirlenen yüzdelik değerlerin kişinin (A) puanı ile çarpılması sonucu bulunan puanı" ifade edecektir.

"Eğitim-öğretim faaliyetleri, kalite verimlilik unsurları dikkate alınarak puanlanacak. Bu puanın hesaplanmasında kullanılacak cetvelde, genel ve bireysel memnuniyet anketleri, ulusal ve uluslararası eğitim değerlendirme ölçütleri, kurumun belirleyeceği usule uygun olarak ders notlarının basılı veya elektronik ortamda bulundurulması, örnek sınav sorularının ve cevaplarının elektronik ortamda yayınlanması gibi kalite unsurlarına yer verilecektir. Bu puanlama, bilimsel faaliyetlerin ölçme ve değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır. Bilimsel faaliyetler cetvelinde bir faaliyet için belirlenen puan, faaliyeti gerçekleştiren öğretim elemanları arasında katkılarına göre ve bu puan toplamını aşmayacak şekilde dağıtılacaktır. Bu puanın hesaplanması, öğretim elemanlarının bir önceki yıl içerisinde gerçekleştirdiği bilimsel faaliyetler puanı toplamının aylara eşit dağıtılması suretiyle belirlenecektir.

Bir öğretim üyesi ve görevisine yapılacak ek ödemede, yönetim kurullarınca belirlenen ek ödeme oranının en fazla yüzde 75'ine kadar mesai içi gelir getirici faaliyeti (B1) puanı, en fazla yüzde 25'ine kadar eğitim-öğretim faaliyeti (C)

puanı, en fazla yüzde 25'ine kadar bilimsel yayın faaliyeti (D) puanı ve en fazla yüzde 15'ine kadar diğer faaliyetler (E) puanı dikkate alınacaktır.”

Karşı görüşler

Yönetmeliğin getirdiği yenilikleri ve olumlu yönleri incelemeye geçmeden önce, böyle bir yönetmelik çıkarılmasını eleştiren ve uygulanmasını uygun bulmayan görüşleri de kaydetmek yerinde olacaktır. Böylece konunun olumlu veya olumsuz görünen bütün yanlarını değerlendirme imkânı ortaya çıkmış olacaktır.

Sağlık hizmetlerinde performans uygulaması her ne kadar hekimlerin çoğunluğu tarafından benimsenmişse de, Türk Tabipleri Birliği'nin öncülük etmesiyle bazı Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile bazı üniversite hastanelerinde çeşitli protesto hareketleri yapılmıştır ve yapılmaya devam etmektedir. Ancak bunlara fazla katılmanın olmadığı da görülmektedir. Yine son birkaç ay içinde İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Adana, Aydın, Denizli, Kocaeli, Trabzon, Isparta, Eskişehir illerinde tıp fakültelerinde öğretim üyeleri ile yapılan toplantılarda bazı öğretim üyelerinin performans sistemine karşı çıkmakta oldukları görülmektedir. Bu toplantıların da münferit ve tesir edici toplantılar olmadığı anlaşılmaktadır.

Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu Etik Çalışma Grubu, 9 Nisan 2011 tarihinde İstanbul Tabip Odası'nda bir çalıştay düzenledi. Çalıştayda “Sağlık Sisteminde Performans Uygulamasının Mesleki Değerlere Etikleri ve Etik Sorunlar” konusu ele alındı. Bu çalıştayın sonuç bildirgesinin konumuzu ilgilendiren maddeleri ise şunlardır:

-Sağlığa ayrılan kısıtlı bütçe ile artan harcamalar karşılanamaz. Bu durumda zaten mali açıdan zor durumda olan üniversite hastaneleri ayakta kalabilmek için bütün enerjilerini “performans puanı getirecek” işlemlere harcayacaktır. Böylesi bir ortamda tıp fakültelerinde hekim yetiştirmeye öncelik verilmesi ve özen gösterilmesi ne kadar mümkün olabilir? -Ülkemizin sağlık düzeyini yükseltecek bilimsel çalışmalar ne zaman, nasıl yapılabilecektir?

Ayrıca bazı tıp fakültesi öğretim üyeleri, “ücretlerin performansa göre belirlenmediği aksine birikimlerini, donanımlarını, aldıkları mesleki riskleri, yaptıkları işlerin niteliğini değerlendiren ve emekliliğe yansıyan bir ücret politikasını istediklerini, ancak böylelikle nitelikli bir tıp eğitimi verebileceklerini, bilimsel çalışmalarını yürütebileceklerini ve nitelikli sağlık hizmeti sunabileceklerini” bildiren açıklamalar yapmaktadırlar.

Tartışma

Performans uygulamasında eleştirilen hususların başında, tıp eğitiminin ve bilimsel çalışmaların aksayacağı endişesi gelmektedir. Uygulamadan hastaların veya devletin zarar göreceği hususları ise daha geri planda kalmaktadır. Üniversite hastanelerinde performans sistemine geçilmesini daha işin başında iken kıyasıya eleştirmek pek de hakkaniyete uygun bir hareket olarak görünmemektedir. Performansa göre ek ödeme uygulaması, üniversite hastanelerinde de kaynakların kontrolünü ve etkin kullanımını sağlayacaktır. Sisteme getirilen eleştirileri sahiplenmeden önce kamu hastanelerindeki uygulama sonuçlarını dikkate almak gereklidir. Çünkü Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki 8 yıllık uygulama, bütün bunların aksini göstermektedir. Kaldı ki performans sistemi daha esnek olarak üniversite hastanelerinde yıllardır zaten uygulanmaktadır. Adı performans sistemi olmasa da çalışma mekanizması ve sonuçları, yeni uygulanacak sisteme birçok yönüyle benzerlik göstermektedir.

Ayrıca üniversite hastanelerinde performans sisteminin en iyi şekilde işlemesi için önceki yıl çıkarılan bir Kanun ile gelir-gider dengesi bozuk olan 22 üniversite hastanesine 400 milyon TL gibi bir kaynak aktarılarak, birikmiş borçlarının ödenmesi sağlanmıştır. Ayrıca hoca farkının kaldırılmasından dolayı üniversite hastanelerinin 500 milyon TL gelir kaybının kalıcı olarak telafisi için gerekli çalışmalarda son aşamaya gelinmiştir. Açıkça görülmektedir ki yeni dönemde üniversite hastanelerinin finansal yapısı güçlendirilmektedir (Zarar vermeme ilkesi).

Yönetmelik, temel unsurları ile tıbbi etik esaslarını karşılıyor görünmektedir. Mesai içi gelir getirci faaliyeti (B1) puanı oranının nispeten yüksek tutulmuş olması, öğretim üyelerinin, hasta muayenesi ve tıbbi girişimlerden uzak kalmasını engelleyici niteliktedir. Eğitim-öğretim faaliyeti ve bilimsel yayın faaliyeti puanları da aynı şekilde bu faaliyetleri teşvik edici durumdadır. Ayrıca yönetim kurullarına tanınan inceleme ve tespit yetkileri, üniversitelerin özerkliğini korumaya ve çalışma performansı yüksek olan öğretim üyelerinin ödüllendirilmesine yönelik özellikler taşımaktadır (Özerklik ilkesi).

Hekimlerin ücretlendirilmesinde değişik seçenekler kullanılabilir. Sağlık Bakanlığı performansa dayalı ek ödeme uygulaması ile tercihinin sabit ücretlerin üzerine performansa göre ilave ödeme şeklinde yapmıştır. Bakanlık, hedefleri açısından performansa göre ücret sistemini, hizmet arzını ve verimliliği artıran bir teşvik aracı olarak kullanmaktadır. Bu tercih edilen sistemin hekimlerin çalışma motivasyonunu artırdığı görülmektedir. Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık perso-

Üniversite hastanelerinin temel görevi, sağlık hizmeti üretmenin yanında bilimsel çalışmalar yapmak ve uzmanlık eğitimi vermektir. Ancak bu güne kadar ne eğitim hastanelerimizde, ne de üniversite hastanelerimizde bu hususları ölçen, denetleyen ve bir yaptırıma bağlayan mekanizmalar kurulabilmiş ve uygulanabilmiştir. Performansa göre ödeme modelinde üniversite hastanelerindeki bu boşluk doldurulmaya çalışılmıştır.

neli ve hastalar açısından ortaya çıkan sonuçlar açık bir şekilde tercihin doğru olduğunu göstermiştir. Performans sitesi ile ülkemizde kit olan sağlık insan kaynağının en verimli şekilde kullanıldığı görülmektedir (Faydalı olma ilkesi).

En çok eleştirilen konulardan biri olan eğitim performansının değerlendirilmesine gelince şunlar söylenebilir: Bir üniversite hastanesinde verilen eğitim hizmeti, üretilen bilimsel değerler ve yayımlanan çalışmalar, o kurumun üniversite hastanesi olarak katma değer sağlamasını, marka gücünü artırmasını ve insanların kuruma olan güvenini sağlamaktadır. Dolayısıyla yapılan lisans ve lisansüstü eğitimler, kuruma yeni kaynak üretimi noktasında maddi getiri de sağlamaktadır. Yapılan bilimsel çalışma ve projeler de kuruma olan güven artırıcı etkisinden dolayı kaynak artırımı sağlamaktadır. Dolayısıyla eğitim ve bilimsel üretim yapan kişilerin performansına ait olarak da bir destekleme sistemi olmalıdır.

Üniversite hastanelerinin temel görevi, sağlık hizmeti üretmenin yanında bilimsel çalışmalar yapmak ve uzmanlık eğitimi vermektir. Ancak bu güne kadar ne eğitim hastanelerimizde, ne de üniversite hastanelerimizde bu hususları ölçen, denetleyen ve bir yaptırıma bağlayan mekanizmalar kurulabilmiş ve uygulanabilmiştir. Kliniklerin kendi aralarındaki rekabetin etkisi ve eğitim sorumluluğu üstlenenlerin akademik anlayışı, bireysel gayreti, motivasyonu ve vicdanı belirleyici

ci rol oynamaktadır. Performansa göre ödeme modelinde üniversite hastanelerindeki bu boşluk doldurulmaya çalışılmış ve bilimsel çalışma ve eğitim puanı, eğitim sorumlularının bireysel performansında önemli belirleyiciler olarak tanımlanmıştır (Adaleti sağlama ilkesi).

Yukarıdaki açıklamalardan anlaşıldığı üzere insan kaynaklarının yönetiminde performans değerlendirme başlıca motivasyon, ödüllendirme, terfi, eğitim ihtiyacının tespiti, insan kaynaklarının planlanması vs. alanlarda kullanılmaktadır. Performans yönetimi konusunda yapılan devasa bilimsel literatürün söylediği şudur: Performansı arttırmak ve iyileştirmek için “performansı değerlendirmek ve ölçmek” gerekir. Robert Rosen, İnsan Yönetimi kitabında şöyle yazar: “Açık, ölçülebilir hedefler başarının göstergeleridir. Yüksek performanslı kuruluşlarda ölçüm bir yaşam biçimidir.” Bunu anladıktan sonra tek bir şeye ihtiyacımız var: Samimiyet ve kararlılık.

Kaynaklar

Akalın H. E.: Sağlık hizmeti sunumunda performans değerlendirmesi, <http://www.sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=370> (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Aktan C. C.: Üniversitelerde Performans Yönetimi, <http://www.canaktan.org/egitim/universite-reform/performans.htm> (Erişim tarihi: 10.06.2011)
Ateş H. - Kırılmaz H. - Aydın S. (Editörler): Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2007.
Aydın S., Demir M.: Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Göre Ödeme Sistemi, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı 2. Baskı. Ankara, 2007.

Aydın S: Sağlıkta performans: Ne için, nereye kadar? [sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=130](http://www.sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=130) (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Başbuğ G. Ünsal P: Kurulacak Bir Performans Değerlendirme Sistemi Hakkında Akademik Personelin Görüşleri: Bir Kamu Üniversitesinde Yürütülen Anket Çalışması, <http://www.iudergi.com/tr/index.php/psikoloji/article/viewFile/1855/1615> (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Cevahir E. / Çatar. R. Ö. “Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin değişen rolü ve sağlıkta eşitlik ilkesi”, <http://www.sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=264> (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Cihan A: Üniversite hastanelerinde performans için volüm - değer kontrollü bir model önerisi, <http://www.sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=371> (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Demir M. - Güler H: Sağlıkta performansın performansına eleştiriler, <http://www.sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=131> (Erişim tarihi: 10.06.2011)
http://www.biyoetik.org.tr/files/TTB-UDEK_ECG_PerformansveEtikCalistayiSonucBillirgesi.pdf (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Kara. H.V. - Öztürk R.: Sağlıkta performansın performansı (2) Eleştirilere cevap, <http://www.sdplatform.com/KategoriYazilariAciklama.aspx?ID=105>. (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Öztürk R., Kara V.: Sağlıkta performansın performansı, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 5: 2007. <http://www.sdplatform.com/KoseYazisi.aspx?KID=68> (Erişim tarihi: 10.06.2011)

Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete:18.2.2011-27850



Eğitim hastanelerinde performansa göre ödeme sistemi

Doç. Dr. Kemal Memişoğlu



1966 yılında Trabzon'da doğdu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni 1990 yılında bitirdi. Okmeydanı Eğitim Hastanesi'nden 1995 yılında Genel Cerrahi Uzmanlığını aldı. 1996-1998 yılları arasında SSK Konya Ereğli Hastanesi, PTT Hastanesi ve Bursa Askeri Hastanesinde Genel Cerrahi Uzmanı olarak görev yaptı. 1999-2000 yıllarında Miami Üniversitesi Karaciğer ve Gastrointestinal Transplantasyon ünitesinde bulundu. 2000-2002 yıllarında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Başasistanlık yaptı. 2002 yılı sonunda PTT Hastanesine Başhekim olarak atandı. 2008 yılında Genel Cerrahi Doçenti oldu. 2007 yılında Beykent Üniversitesinde başladığı Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans eğitimini 2009 yılında bitirdi. Halen İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesinin Başhekimisi olarak görevini yürütmektedir. Dr. Memişoğlu evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri; "Umumi Hıfzıssıhha Kanunu"nda, mesleki öğretim ve eğitim kuruluşları açmak ve yönetme veya benzer kuruluşları denetleme ve bunlara işletme izinleri verme hükmüne istinaden Sağlık Bakanlığı'nca kurulmuş olup, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde "öğretim, eği-

tim ve araştırma yapılan uzman ve yandal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumları" olarak tanımlanmaktadır. Ülkemizde 61'i aktif, toplam 68 adet eğitim ve araştırma hastanesi mevcuttur. Toplam fiili yatak sayısı 31 bin 821, yoğun bakım yatak sayısı 3 bin 169 ve ameliyat salonları 777'dir (1). Bunlar, eğitimde olduğu kadar sağlık hizmetinde de çok önemli ver tutmaktadırlar.

2005 yılında kalite çalışmalarının da entegre edildiği Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, 2003 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde uygulanmaktadır.

Performansa dayalı ücret sistemleri, ücret ile performans arasında ilişki kurarak oluşturulan ücret sistemlerini içerir. Ücretin çalışma performansı veya işçü



Bugünkü performans sisteminde eğitim hastaneleri diğer hastanelere göre dezavantajlıdır. Kariyer ve araştırma beklentisi olmayan hekimlerin çoğu, eğitim araştırmalardan ayrılmak istemektedirler. Diğerleri ise memnuniyetsizliklerini dillendirmektedirler.

verimliliği ile ilişkilendirilmesi yeni bir kavram olmamakla birlikte artan küresel rekabet ve değişen piyasa şartları karşısında, iş görenlerin ücret gelirini ve ücret tatminini doğrudan etkileyen, onların motivasyonu, verimliliği ve performansı üzerinde olumlu etkiler yapması beklenen "özendirici ücret sistemleri" olarak tanımlanmaktadır (2, 3). Performansa Dayalı Ücret Çeşitleri; Bireysel Performansa Dayalı Ücret, Takım (Grup) Performansa Dayalı Ücret, Organizasyon Performansına Dayalı Ücret şeklinde karşımıza çıkmaktadır (4). Bu ücretlendirme politikasının başarılı olması için; adil bir biçimde tasarlanması, performans ile ücret arasındaki ilişkinin açık ve net olması, performans kriterlerinin somut anlaşılabilir ve ölçülebilir olması, niceliğin yanı sıra niteliğin de ölçülebilmesi, performans verilerinin sağlıklı bir biçimde toplanması, sisteme çalışanların aktif katılımı sağlanması ve uygulamanın sonuçları hakkında çalışanlara geri bildirim yapılması gereklidir.

Sağlık Bakanlığı Müşaviri Dr. Mehmet Demir, konuyu anlatırken; "Performans uygulaması Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak başlamış. Bugün ise bir değerlendirme yaptığımızda performans uygulaması sağlıkta dönüşüm programının çok önemli bir inovasyonu olmuştur. Başlangıçta Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sisteminin sorunlarını çözmeye yönelik kısa vadeli amaçları vardı. Performans sistemi bu amaçlara uygun kullanılan önemli bir araçtı. Bugün ise performans sisteminin kapsamı, uygulanaşı, mali boyutu, sonuçları ve kendisine özgü modellenmesi ile değerlendirdiğimiz zaman bu bir araç olmaktan çıkmış sistemin müstakil, önemli bir parçası haline gelmiştir." demektedir. Diğer taraftan, Türkiye'deki bireysel performans uygulamalarının ağırlıklı olarak erişilebilirlik boyutunu ölçmekte olduğu,

kurumsal performans uygulamasında ikinci basamak hizmetlerinin değerlendirilmesinde etkililik boyutu ele alınmadığı, sağlığın iyileştirilmesi alanındaki göstergelerin ise çok sınırlı kaldığı da belirtilmektedir. (5, 6).

Eğitim hastanelerinde uygulanan performans sisteminin, hizmet üretimine ve verimliliğine, hasta memnuniyetine, çalışanların davranışlarının organizasyonun hedeflerine uygun olarak geliştirilmesine ve ücretlenin yükseltilmesine olumlu katkıları olmakla birlikte tartışılan birçok noktası bulunmaktadır. Bunları şu şekilde sayabiliriz (7):

- Hizmet bazlı performansın ön planda olması
- Eğitim unsurunun göz önünde tutulmaması
- Branşlar ve işlemler bazında adil puanlama olmadığına inanılması
- Hiyerarşik yapıya ters ücretlerin oluşabilmesi
- Hastalara gereksiz tetkik yazılması
- Cerrahi tedavi endikasyonlarının geniş tutulması
- Klinik şeflerinin girmedikleri ameliyatlara yapmadıkları işlemleri konularını kullanarak kendilerine kaydettirebilmesi
- Yapılmayan bilimsel toplantı, ders gibi eğitim faaliyetlerini yapılmış gibi gösterilmesi
- Uzmanlarla asistanlar arasında olmaması gereken ilişkilerin kurulması
- Ameliyat tercihlerinde hastanın ihtiyaç ve cerrahın deneyimi yerine ilgili performans puanının öne çıkması gibi hekimi etik olmayan uygulamalara yönlendirmesi
- Komplike olgulardan kaçınılması
- Poliklinik temelli puanlama sisteminin olması
- Performans ile ücret arasındaki ilişkinin karmaşıklığı ve nasıl uygulandığı konusunda yeterli bilgilendirmenin yapılması
- Mezun olan asistanların eğitim yeterliliklerinin performansla etki etmemesi
- Aynı branşta birden fazla eğitim kliniği olan hastanelerde aynı emek ve zaman harcamasına rağmen farklı performans ücretlerinin olması
- Eğitim ve hizmet arasındaki dengenin hizmet lehine bozulması
- Asistan eğitime yeterince özen gösterilmemesi
- Zamanı iyi kullanmak adına ameliyat vb. uygulamaların uzmanlar tarafından yapılması
- Kurs ve kongreler gibi sürekli mesleki eğitim etkinliklerine katılımın puan kaybı korkusu nedeniyle azalması.

Performans sisteminin yararları ve eksiklikleri her kademedede tartışılmasına karşın, performansın hangi formüllerle ölçüldüğünü ve sistemin nasıl işlediğini çoğu çalışan bilmemektedir. Eğitim hastanelerinde şef, şef yardımcısı, uzman, başasistan ve asistanların puanları aşağıdaki formüllerle hesaplanır:

Şef, şef yardımcısı, uzman, başasistan için net performans puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı - (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) X 0,5] + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Asistan için net performans puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması X Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan X Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Kurumun ilgili aydaki toplam gelirinin kesintiler sonrası (yaklaşık %20) en fazla %50'si olmak üzere Döner Sermaye Komisyonunca dağıtılacak ek ödeme miktarı tespit edilir. Aylık kurumsal performans katsayısı, kurumsal performans katsayısından finansal değerlendirme katsayısı çıkarılması suretiyle bulunur. Bu katsayıda aylık tespit edilen, dağıtılacak ek ödeme miktarı ile çarpılır. Bu miktar, toplam hastane puanına bölünerek her bir puan karşılığı ek ödeme miktarı tespit edilir.

Kurumsal Performans Katsayısı= [(Hizmet Kalite Katsayısı x0,65)+(memnuniyet katsayısı x 0,20)+(veri izleme katsayısıx0,15)]

Finansal Değerlendirme Katsayısı= (-1)x(Banka Sonrası Toplam Borç/Toplam Tahakkuk)

Aylık Kurumsal Performans Katsayısı= Kurumsal Performans Katsayısı-Finansal Değerlendirme Katsayısı formülleriyle hesaplanmaktadır. Bu katsayılar ve standartlar 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı makam oluru ile yürürlüğe konulan 230 sayfalık Sağlıkta Performans Ve Kalite Yönergesi ile tanımlanmaktadırlar.

Çok ayrıntılı ve çok etkenli bir sistemle performansa dayalı ücretlerin hesaplanması, çalışanların ayrıntıları bilememesi, güvensizliğe ve sonucunda da tartışmalara neden olmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde asistanların hizmet sunarken oluşturdukları puanların kime nasıl girileceği ve bu işlemlerin sorumluluğunun kimde olacağı, tartışılan diğer bir konudur. Bakanlığın 2011/33 sayılı genelgesinde her ne kadar konuya açıklık getirilmeye çalışılsa da uzmanlık bilgi ve becerisi gerektirmeyen, asistanların bağımsız olarak yaptıkları iş ve işlemler tanımlı olmadığından tartışmalar devam etmektedir. Hastanelerdeki döner sermaye inceleme komisyonları tam fonksiyonel olamamakta, işlemlerin etik anlamda kontrolü tam yapılmaktadır. Komisyonlarda kimse

Günümüzde eğitim hastaneleri poliklinik sayılarını ve gelirlerini artırmak ve kişisel performans ücretlerini devlet hastanelerine devlet hastanelerine yaklaştırmak için semt poliklinikleri açma yarışına girmişlerdir. Başka bir deyişle 3. basamak hastaneler mali açıdan geri kalmamak için birinci basamak sağlık hizmetlerine soyunmuşlardır.

görev almak istememekte, görev alanlar da uygulamalar sonrası eleştiri odağı olmaktadırlar.

Tartışmaların performans sistemi üzerinde yoğunlaşmasının nedeni olarak, kişilerin gelirlerine doğrudan etki etmesi ve geleneksel hiyerarşik yapının değişimini zorlamasından kaynaklandığı söylenebilir. Ancak bu sistemin özelliklerinin iyi anlatılamaması, hem kişisel hem kurumsal hem de grupsal performansı içine alması, çok etmenin olması, bunun yanı sıra eğitim ve araştırma hastanelerinin eğitim misyonu ve asistanların iş üretmesi, klinik şeflerinin ve uzmanların alt üst ilişkisi sistemin uygulanmasındaki kontrolün ve eşitliğin yeterli oluşmamasını tartışmaların olmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Performans sistemlerinde başarılı olmanın en önemli şartı adil ve açık olmaktır. Etik dışı uygulamaların önüne geçmek için, kontrol mekanizmalarını iyi oturtmak, döner sermaye ve denetleme komisyonlarını yeniden yapılandırmak gerekmektedir.

Performans sistemi, sağlıktaki gelişmenin sayısal beklentilerini gerçekleştirirken etik değerlerdeki ve genel sağlık verilerindeki iyileştirmeyi sağlamalıdır. Bugünkü performans sisteminde eğitim hastaneleri diğer hastanelere göre dezavantajlıdır. Kariyer ve araştırma beklentisi olmayan hekimlerin çoğu, eğitim araştırmalardan ayrılmak istemektedirler. Diğerleri ise memnuniyetsizliklerini dillendirmektedirler. Bunun başlıca sebepleri, kişisel döner sermaye gelirlerinin devlet hastanelerindeki meslektaşlarından daha az olması, kritik vakalarla uğraşmak zorunda kalınması, eğitim sorumluluğunun olması, nöbet hizmetlerinin fazla olması, ferdi çalışmama ve

medikolegal sorunlardır. Günümüzde eğitim hastaneleri poliklinik sayılarını ve gelirlerini artırmak ve kişisel performans ücretlerini devlet hastanelerine yaklaştırmak için semt poliklinikleri açma yarışına girmişlerdir. Başka bir deyişle 3. basamak hastaneler mali açıdan geri kalmamak için birinci basamak sağlık hizmetlerine soyunmuşlardır.

Bazı hastanelerde klinik şeflerinin kontrolünde illegal havuz sitemleri kurulduğu gibi dedikodular, çalışanların motivasyonunu bozmakta; bu durumlar performansın gerçek amacına ters düşmektedir. Verilerin ve işlemlerin girişleri genellikle asistanlar ve sekreterler tarafından yapıldığından uzmanlarla çatışmalara neden olabilmektedir. Acil, ameliyathane ve yoğun bakım gibi girişimlerin çok olduğu bölümlerde işlem girdileri veri elemanlarına yapılmakta, şef veya şef yardımcısının kontrolünde puanlar oluşmaktadır. Bu tür yerlerde daha çok klinik performansının etkin olması düşünülebilir. Aynı şekilde eğitim ve araştırma hastanelerinde servis işlemleri doğal olarak klinik şefinin inisiyatifile gerçekleşmektedir. Servis işlemlerinin de kişisel performanstan çok klinik performansa etki etmesi gereklidir.

Hastane çalışanlarının birçoğu puanlarına dikkat ederken hastanenin genelindeki ücretlerine etkiyecek parametrelerin farkında değildirler. Kurumsal performansın etkinliğinin ön plana çıkması hizmet kalitesi, hasta güvenliği ve memnuniyetinin ne kadar önemli olduğu bilincinin çalışanlara iyi anlatılması gereklidir. Böylece "Bende aynı işi yapıyorum, diğer hastanedeki meslektaşımda aynı işi yapıyor ama o benden daha çok ücret alıyor." serzenişinin de önüne geçilmiş olur. Ülkemizdeki son beş yıldır, kişisel, kurumsal ve grupsal parametreleri olan karma bir performans sistemi uygulanmaktadır. Her ne kadar tartışılsa da bu sistemden yakın bir gelecekte dönüş olmayacaktır ve de olmamalıdır. Bizlerin tartışacağı, bu sistemdeki eksiklikleri tespit edip düzeltmek, ideal hale dönüştürmektir. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde eğitmenin öğrettiğiyle eğitilenin öğrendiğiyle performansını ölçmek gereklidir. Performans sistemi hakkında çalışanlara yönelik eğitim yapılmalı, denetlemeler adil, şeffaf ve dirayetli olmalıdır. Sonuçta sağlıkçılar, hastalıklar yanında, kurum performans, kalite standartları ve bilişimle ilgilenmek durumundadırlar.

Kaynaklar

1) T.C. Yüksek Öğretim Kurulu, T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı: Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Durum Raporu; Ankara Haziran-2010

2) Kaynak, T; Adal Z. vd.; İnsan Kaynakları Yönetimi,

syf.315, I.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları; İstanbul-1998

3) Zaim H.; "Performansa Dayalı Ücret" Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri, Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi; 53, 359-374, 2007

4) Paksoy A.; Performansa Dayalı Ücretleme: Bir alan araştırması, T.C. Kahraman Maraş Sütçü İmam Üniv. Sosyal Bil. Ens. İşletme ABD. Yüksek lisans tezi Eylül-2006

5) Demir M.; T.C. Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Stratejisi Yeni Yaklaşımlar, 19-21 Mart 2009,Antalya Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı H. Yılmaz (Editör), Cilt1, 33-39 Ankara-2009

6) Koçgil O. D., Byen T, Baykal N; Sağlık Bakımı Performans Ölçümü İçin Bir Karşılaştırma Aracı Önerisi ve Türkiye Sağlık Bakım Sistemine Uygulanması, 19-21 Mart 2009 Antalya, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi (sunum)

7) Korkmaz A, Gündoğdu H., Kama N. A., Kulaçoğlu H., Terzi C.; Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Genel Cerrahi Alanına Etkileri, Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı Kitabı; C. Terzi, F. Ağal (editörler) syf:17-20 Ankara-26.12.2010

Performansın felsefesi ve uygulama hataları

Prof. Dr. Alper Cihan

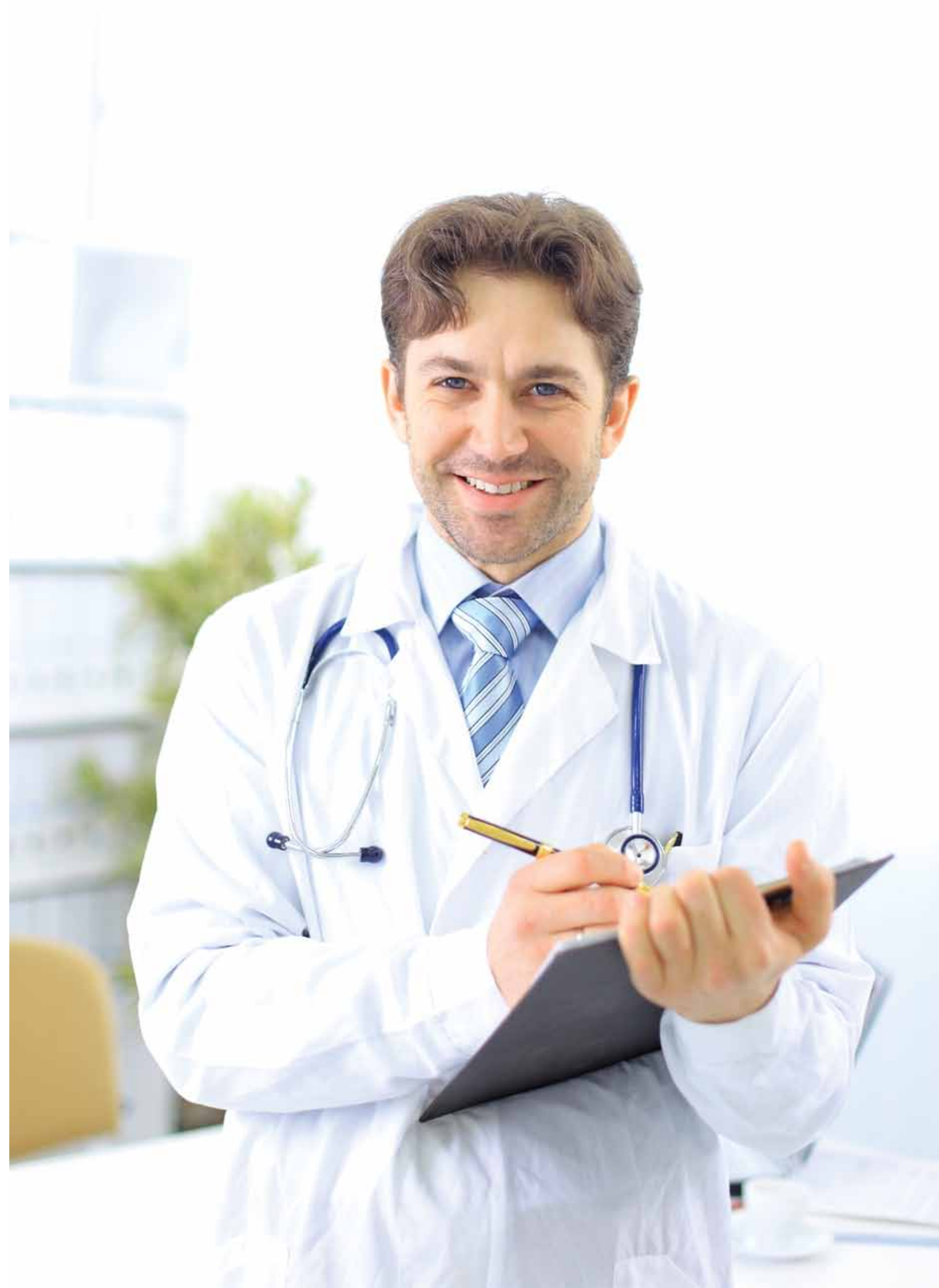


1967 yılında Kahramanmaraş'ta doğdu. Antalya Teknik Lisesi'ni bitirdikten sonra İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden 1990 yılında mezun oldu. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü'nde uzmanlık eğitimi tamamladı. 1999 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde akademik kadroya geçerek üniversitenin birçok biriminde kurucu olarak çalıştı. 2005 yılında doçent oldu, 2006'da İstanbul Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Klinik Şefi olarak atandı. Kısa bir süre sonra İstanbul Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Kurucu Başhekim olarak atandı ve 4 yıl boyunca bu görevi sürdürdü. 2010 yılında İstanbul Üniversitesine Rektör Danışmanı olarak geçti ve Uzaktan Eğitim Merkezi'nin kuruluşunu yaptı. Halen İstanbul Üniversitesinde Rektör Yardımcısı olarak görevini sürdürmektedir.

Döner sermaye işletmesi, üniversite kurumu içinde ilgili mevzuatına göre kurulan tüzel bir kişiliktir. Tüzel kişilik olarak ticari faaliyet gösterme yetkisi vardır. Vergi ve hazine payı gibi özel hükümlere göre kamu mali yükümlülüğü altındadır ve 4734, 4735 ve 5018 sayılı kanunlara bağlı olarak gider gerçekleş-

tirmek durumundadır. Aynı zamanda gelir gerçekleştirme yetkisi de vardır. Hastaneler ve hizmet üreten bazı birimler, bu yasal sorumluluk altında faaliyet göstermektedir. Üniversitelerin mali yapısı kurulurken hazine yardımı "özel bütçe" olarak adlandırılmış ve kamudan gelecek tüm nakitler bu kapsamda muhasebeleştirilmiştir. Ancak kurumun kendi imkânları ile "Kamudaki atıl kapasiteyi

kaynağa çevirmek amaçlı" kurduğu **döner sermaye işletmesi**, hazine katkısı olarak verilen maaş karşılığı hizmetler dışında, gelir getiren her türlü faaliyetin muhasebeleştirilme yeridir. Verdiği bu hizmetler karşılığında öz kaynak olarak tahsilât yapabileceği bir gelir vardır. Bu hizmetleri sürdürmek ve geliştirmek amaçlı harcama ile bu hizmete katılanlara teşvik veya ek ödeme kapsamında



Temel hata, mesleki hizmet ve fonksiyonel yükler değerlendirilmeden tavan belirlenmiş olmasındadır. Aynı meslek guruplarının Sağlık Bakanlığı'nda 8 katı iken üniversitede 1,5 katı tavana sahip olması temel bir hatadır. Bir cerrahımız yasal olarak sahip olduğu mesleki ehliyeti ile katkı gerçekleştiriyorsa “Olmaz sen bu kadar gidemezsin” denmemelidir. Bu, eşitlik ilkesine de aykırıdır.

para ödemek durumunda kaldığında, özel bütçe ile karışmaması için ayrı bir muhasebat işlemi olarak döner sermaye işletmesi kurulmuştur. Kurumun geliştirdiği her türlü gelir getirici faaliyetin toplanma ve tüketilme yeri olarak döner sermaye işletmesitanımlanabilir. Tabii ki kamu mali disiplini altında kamu kaynaklarını en iyi kullanarak zarar etmemesi gerekmektedir.

Bu faaliyetler geliştirilirken, buradaki gelire katkısı olanlara da eskiden beri kanunda olduğu gibi **katkı oranına** göre ek ödeme yapılır hükmü vardır. Bu katkı oranı, işletme yönetiminde bir hak ediş hesaplama ya da ücretlendirme başlığı altında standart bir işlemdir. Dünyada hemen her sektörde iki tür ücretlendirme vardır. İlki “Host Based Costing” denen kadro bazlı maaş ödeme sistemi, diğeri de “Activity Based Costing” adı altında yapılan işe göre veya üretime göre ödeme sistemidir. Kamu maaş sistemi “Host Based” sisteme göre tasarlanmış ve zaman içinde “Salla Baş, Al Maaş” atasözünü doğurmuştur. Bu yanılgıdan yola çıkarak bir takım kaynak artırıcı ve gerçek tanımlı gelir getirici işlerin kadro bazlı ödemelerinden kaçınılmış ve Türkiye Cumhuriyeti olarak sağlık sisteminde döner sermaye ek ödemesi genel geçer haline gelmiştir. Bilimsel olarak yanlış olmayan bu sistem, özellikle sağlık hizmetinin geri ödemesinde çokça eleştirilmektedir.

Temel eleştiri noktası ise hekime parça başı para ödemenin etik dışı olduğu üzerinden yola çıkmaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki; esasen kadro bazlı (Host Based) sabit ödeme sisteminde

de yine parça başı fonksiyonel iş yükü ve kapasite oranı hesaplanarak sabit ücrete varılması gerekmektedir. Bunun sabit ücret amaçlı hesaplanamadığı sistemlerde parça başı ücretlendirme (Activity Based) mecburen yapılmaktadır. Çünkü fonksiyonel iş yükü analizi ve fayda maliyet hesabı yapılmadan sabit ücretli ödeme sistemine geçmek ciddi bir hata olduğundan “Salla Baş, Al Maaş” bir atasözü olmuştur.Benzeri bir diğer atasözü de “İşi bileceksin, işe gitmeyeceksin” sözüdür.Bu sebeple meslek gurubu içinde anılan adıyla performans sistemi ya da gerçekte olduğu gibi **katkı oranına göre ek ödeme sistemi**, Türkiye sağlık hizmeti alanında yeni bir ufuk başlatacaktır.

Activity Based Costing sisteminde, gerçekçi iş yükü ve fayda maliyet analizleri ile puantaja tabi tutulan işlere göre ana sisteme ve alt sisteme katkı oranları belirlenerek oransal hak ediş hesabı vardır. Dolayısı ile bunda doğru ölçüm yöntemleri bulunursa bu sistemde “tavan” ve “taban” oranlarından söz edilemez. Siz bir şekilde birine, “1000 metre yürü, şuraya varırsın” veya “Yürümenize göre su vereceğiz” diyeceksiniz, ancak 2000 metre yürüme imkânı olan ve gerçekten bu oranda katkı sağlayana “Olmaz, sen fazla yürümüşün, biz bu kadar beklemiyorduk” diyeceksiniz. İşte geçilen sistemde temel felsefe hatası budur, yoksa ideal sistemlere doğru ilerlemektedir. Burada “Sen fazla yürümüşsün, bu kadar olmaz” tanımı, bir tek şekilde makul gösterilebilir ki o da; fonksiyonel iş yükünün doğru hesaplandığından şüphe duyulan hallerdedir. Burada ölçüm metodlarını gerçekleştirmesi gerekenler, öncelikle meslek mensupları olmalıdır. Ülkemizde bu konuyu savunması gereken meslek mensuplarının, buna karşı çıkması ciddi bir yanılgıdır. Meslek mensupları tarafından kendini inkâra varan bu karşı çıkış ciddi yanlışlar getireceğinden, tavan belirlemek koruma amaçlı yapılabilir ki geçilen sistem de buna yöneliktir.

“Bırakalım, insanlar ne kadar yaparlarsa o kadar alsınlar” tanımı mantıken olması gerektirir ve sağlık hizmetleri dışında döner sermaye ek ödeme sistemi, kanunun ilk çıktığı halinde öyle kurgulanmıştır. Yani kişi kuruma ne kadar getirirse, üst sınırı olmadan kamusal bir takım maliyet ve yasal ödemeler kesildikten sonra kalanını katkısı sağlayana ödemek üzerine kurgulanmıştır. Yapılan toplantılarda da bunun hükümet politikası olduğu ve buralara yönetmelikle tavan konmaması gerektiği dile getirilmiştir. Burada sağlık hizmetlerinde tavan olması, sağlık hizmetlerinde temel finansörün kamu olmasından dolayı makul karşılanmalıdır. Esasen aktivite tabanlı sisteme uymasa da kamusal dengeler ve hizmet alanının ölçülmesinin zorluğundan dolayı

otokontrol tavanları konabilir. Ancak burada temel hata, mesleki hizmet ve fonksiyonel yükler değerlendirilmeden tavan belirlenmiş olmasındadır.

Örneğin; kanunun ilk halinde okutman, uzman tabip ve 657 sayılı kanuna tabi hekimler kapsama alınmamıştı ve bu yanlıştı. Esasen görev unvanı ve mesleki fonksiyonuna göre katkı oranı temelli bir tavana tabi olmaları gerekiyordu. Yani aynı ameliyatı yapan bir cerrah veya aynı cama bakan bir patologun kadrosu 2547 veya 657 olunca tavanı 8 kat ile 1,5 kat arasında değişmemeli. Hele aynı meslek guruplarının Sağlık Bakanlığı'nda 8 katı iken üniversitede 1,5 katı tavana sahip olması temel bir hatadır. Bir cerrahımız yasal olarak sahip olduğu mesleki ehliyeti ile katkı gerçekleştiriyorsa “Olmaz sen bu kadar gidemezsin” denmemelidir. Bu, eşitlik ilkesine de aykırıdır. Kanunun ilk halinde bu hiç yazılmamış ve yorumla yapılabilecek iken, 6114 sayılı yasa ile aynı işi yapan ve aynı mesleki yetkinliğe sahip kişiler, kadroları 657 olduğu için diğer personel sınıfına sokularak 1,5 kat tavan oranı ile sınırlandırılmışlardır. “Üniversitede 657 hizmet kadrosu bulunmaz” görüşü bu durumu açıklamaya yetecek midir, o ayrı bir tartışma konusu. Elbette üniversiteler eğitim kurumlarıdır ve mesleki olarak eğitim kadrolarının 2547 kapsamında olması beklenir. Ancak üniversiteler bir yandan da eğitim amaçları için uygulama alanı olmak üzere hizmet geliştirmektedirler ve buralarda 657 kadroları çalışmaktadır. Bu kadrolar genelde yardımcı sağlık hizmetleri olarak düşünülmektedir. Sağlık hizmetlerini verenler olarak ise zor şartlar altında yetişen doçent ve profesör kadroları düşünülmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin doğası gereği her kademede değişik yetkinlikte personele ihtiyaç vardır. Üniversitelerde yeni insan gücü kaynağı uzman hekimler, 657 sayılı personel kanuna tabi olarak mecburi hizmet yapan veya kadro bulan hekimler ile karşılanmaktadır. Bu kişiler hizmetlerin nitelikli olarak sürdürülmesinde de olağanüstü aktif katkı sağlamaktadır. Henüz akademisyen olmayan bu kişilere yönelik kadroların da artırılması talebi, yetkililere talep olarak iletilmekte iken bu kişilerin Sağlık Bakanlığı'ndaki bir meslektaşına göre oldukça düşük bir tavana sahip olması, hele bir de üniversitedeki bir araştırma görevlisinin üçte biri tavana sahip olması çok ciddi bir hata olmuştur. Bunun düzeltilmemesi durumunda; üniversitelerde bulunan uzman hekim, gelir getiren birimlerde çalışan okutman, 657 sayılı kanuna tabi hekimler ciddi derecede zarar görmektedir. Bu kadrolar mesleki unvanına göre, katkı oranına göre ve Sağlık Bakanlığı eşdeğerlerine göre değerlendirilmek zorundadır.

Bunun düzeltilmesi beklenirken 6114 sayılı yasa ile iyice çıkmaza girmiştir. Bunun düzeltilmesi beklenirken 6114 sayılı yasa ile iyice çıkmaza girmiştir. Bu-

nun yanında katkıya dayalı ek ödeme sistemine yeni geçen üniversitelerden bazıları bu haksız uygulamayı kendilerince risk olarak Sağlık Bakanlığı veya görev eşdeğer unvanlara göre yasaya aykırı olarak yapmaya başlamışlardır.“Haksızlık oluyor” diyerek alt birim ortalaması yerine birim ortalamasından veren üniversiteler, belli meslek gruplarını eşdeğer yapan üniversiteler, aslında aktivite tabanlı ek ödeme sistemine karşı yıkıcı etki gösterebilecektir.Ayrıca 6111 sayılı yasada yapılan bazı tanımlamalar ve 6114 sayılı yasa ile getirilen bazı düzenlemeler ile “düzenli döner sermaye ödemesi” adı altında bir tanım getirilmiştir. Burada ciddi uygulama karşılıkları olmaktadır. Yılın 6 ayı döner sermaye alan ve miktarı her ay değişen bir sistemde bu düzenli ödeme tanımı karşılıklı doğurmaktadır.

Sürekli eğitim merkezleri, dil merkezleri, uzaktan eğitim merkezleri gibi 657 sayılı kanuna tabi personelin ağırlıklı iş yaptığı, okutman ve uzmanların ağırlıklı çalıştığı birimlerde kişilerin aktivite katkıları fonksiyonel iş yüküne göre ciddi bir şekilde gösterildiği halde, bu kişilerinde 1,5 kat tavanla sınırlandırmaları, esasen her ay 5-6 katı tavan oranlarında gerçek katkı sağlayan bu kişileri mağdur etmiştir. Biz kamu personelinden maksimum iş üretimi beklerken, kişiler bunu gerçek ölçeklerde saydam bir şekilde geliştirip gösterebilirken,“2000 metre koşamazsın otur”“Sallabaşı al maaş”sözlerine dönmek zorunda kalınmaktadır.

Türkiye’de ve üniversitemizde saydamlığı ve hesap verilebilirliği sağlamadan sabit ödeme sistemine geçilemeyeceği açıktır. Ancak aktivite tabanlı bir sisteme geçilecekse onun da bilimsel şartları sağlanmalıdır ve burada en büyük iş yükü meslek mensuplarına düşmektedir.Burada aktivitelerin tanımlanması ve kalite verimlilik ölçeklerinin belirlenmesi meslek erbabına düşmektedir. Ancak ne tuhaftır ki, meslek erbapları, eleştirilerini usulsüzlük üzerinden yapmaktadırlar. Kişiler daha fazla gereksiz iş yapacak, para için fazla kayıt gösterecek, usulsüz gerçek dışı kayıtlar yapacak gibi bir mesleğe yakıştırılması gereken ithamlarda bulunulmaktadır. Ayrıca bunun kontrol önlemlerini bu meslek grubunun oluşturması gereklidir. Hiçbir meslek grubunu veya sistemi, ölçme değerlendirmeye tabi tutmak başarısızlık getirmemiştir, getirmeyecektir. Burada kendi mesleğini kötülemek bilirkişilik gibi, bilge kişilik gibi görünür olmuştur ki bu ciddi bir ironidir. Bir kişinin fonksiyonel aktivitesinin her türlüyle gerçekçi bir ölçme değerlendirme sonrası ciddi bir ek ödeme ile ödüllendirilmesinin neresi eleştirilebilir gerçekten cevap bulmak zor.

Üniversiteler için geliştirilen sistemde beş ana kategori belirlenmiştir. Bunlarda A puanı kurumsal aidiyet denen alt birim

ortalamasından alınan puandır. Burada sağlıktaki ölçme değerlendirmenin çok sağlıklı yapılamadığı iddiasıyla makul görülen bir havuz sistemidir. Özellikle bireysel ölçme değerlendirmede ölçülebilir işlerin azlığı ve irili ufaklı çok çeşitli ara iş yapan kişiler için ana puan sistemidir. Öğretim üyeleri dışındaki genel popülasyon kendi alt biriminin havuzundan almaktadır. Yani alt birim, içinde kimin çok ürettiğine bakılmaksızın bir puanlama sistemidir. Ancak alt birimler arası çalışma ve fonksiyonel iş yükü farkına göre bir farklılık oluşmak zorundadır. Yıllarca yoğun bakım veya çocuk servisinde çalışan hemşirelerin dermatoloji, fizik tedavi gibi servislerde nöbet tutan hemşireler ile aynı parayı almasını eleştiren popülasyon nedense bir anda kayboldu. Kalp damar cerrahisinde hiç oturmadan nöbet tutan bir asistan ile göz servisinde arada bir acile giden asistanın aynı maaş ve döneri almasına karşı çıkışlar neden kayboldu anlaşılamıyor.

Elbette kalibrasyonlar sürekli karşı çıkıştan dolayı yapılamadığından şimdi de herkes puanların adaletsizliğini eleştirmekte ancak bu puanları yapma yetkisi de YÖK ve üniversitelerdedi. Yapmadığımız bir işin, yapamadığımız bir işin makul sonuçlarına karşı çıkmak da kendini inkâr gibi görünebilmektedir. Aynı şekilde B, C, D ve E puanı gibi gelir getiren hizmetler, eskiden beri neden ölçme değerlendirme ile desteklenmediği eleştirilen eğitim ve bilimsel araştırma hizmetlerinin adını koymak ve puanını geliştirmek de üniversitelerin yükümlülüğünde idi.

Görüldüğü gibi, bu sistem bir ölçme değerlendirme sistemidir. Ölçeğimiziz bileşenler çok farklı kategorilerde ve çok sayıda olduğundan, işin sonu “Elma, armut ve muz toplanamaz” teorisine gitmektedir. “Puan yerine para kullanalım” tezi; elma, armut ve şeftaliyi toplayarak sayısından hüküm çıkarmaya gidilen geçersiz bir mantık işlemidir. Ancak “Sepette ne kadar glikoz var?” sorusuna cevap ararsak ciddi bir şekilde birim dönüştürme felsefesi oluşturmalyız. A, B, C, D ve E puanlarına yapacağımız ölçme puantaj setleri ya da başka bir deyişle glikoz veya üre kitleri test metodumuzu oluşturmaktadır. Gerçekte çok yüksek bir glikoz değerine sahip olan bir meyvede ölçüm düşük çıkıyor ise, ya kayıta bir sorununuz vardır ya da ölçüm yaptığımız kit bozuktur. Aletlerimiz analizörlerimiz kalibre olmayabilir ve bunların da kontrol yöntemi belirlidir. Bu yöntemleri geliştirdiğimiz anda global sistemde rekabet edebilecek kurumlara dönüştüğümüzün bir çok örneği başka ülkelerde mevcuttur.

Ne tuhaftır ki, meslek erbapları, eleştirilerini usulsüzlük üzerinden yapmaktadırlar. Kişiler daha fazla gereksiz iş yapacak, para için fazla kayıt gösterecek, usulsüz gerçek dışı kayıtlar yapacak gibi bir mesleğe yakıştırılmaması gereken ithamlarda bulunulmaktadır. Hiçbir meslek grubunu veya sistemi, ölçme değerlendirmeye tabi tutmak başarısızlık getirmemiştir, getirmeyecektir.

Türk sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme sisteminin matematiksel modellemesi

Prof. Dr. Jülide Yıldırım



1989 yılında ODTÜ İktisat Bölümü'nden mezun oldu. Yüksek Lisansını Bilkent Üniversitesi İktisat Bölümü'nde 1990 yılında tamamladı. 1997 yılında University of Manchester School of Economic Studies'den doktora derecesini aldı. 2002 yılından beri Gazi Üniversitesi İİBF Ekonometri Bölümü'nde çalışmaktadır. Sağlık ekonomisi, savunma ekonomisi ve bölgesel ekonomi konularında yurtiçinde ve yurtdışında yayınlanmış makaleleri bulunmaktadır.

Prof. Dr. Nadir Öcal



1989 yılında ODTÜ İktisat Bölümünden mezun oldu. Yüksek Lisans derecesini ODTÜ İktisat Bölümünden aldı. Doktora derecesini 1997 yılında University of Manchester School of Economic Studies'den aldı. Halen ODTÜ İktisat bölümünde öğretim üyesidir. Prof. Zaman serisi, bölgesel kalkınma ve savunma ekonomisi konularında yurtiçi ve yurtdışı yayınları vardır.

Doç. Dr. Ozan Eruygur



1974 yılında Kütahya'da doğdu. 1997 yılında ODTÜ İktisat bölümünden mezun oldu. Aynı yıl bu bölümde Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. Hem ODTÜ İktisat bölümünden ve hem de CIHEAM/IAMM'den (Fransa) 2000 ve 2001 yıllarında yüksek lisans dereceleri aldı. 2006'da ODTÜ İktisat bölümünde iktisat doktorasını tamamladı. 2008 yılında Gazi Üniversitesi İİBF İktisat bölümünde göreve başladı. 2011 yılında YÖK'ten doçentlik derecesini aldı. Ekonomik modelleme ve ekonometri alanlarında birçok yayını ve sunulmuş bildirileri bulunmaktadır. Halen Gazi Üniversitesi İİBF İktisat bölümünde öğretim üyesidir.

Erdoğan Yılmaz



1998 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Tıbbi Lab. Bölümünü, 2002'de Gazi Üniversitesi İİBF Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü'nü bitirdi. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nde sağlık ekonomisi ve finansmanı biriminde görev yaptı. 2007 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda Analiz ve Verimlilik Şube Müdürlüğü, daha sonra da Daire Başkan Yardımcılığı görevinde bulundu. 2010 yılından beri Bakanlığın Verem Savaşı Dairesi Başkanlığında Başkan Danışmanlığı yapmaktadır.

Performansa dayalı ücret sistemi, sağlık hizmeti verenlerin başarılarının önceden belirlenmiş hedefler/ölçütler çerçevesinde değerlendirilerek, ücretlerin sağlık hizmeti verenlerin başarımlarına göre farklılaştırılması olarak tanımlanabilir. Bu

çalışmada sağlık hizmeti verenler en genel anlamı ile hekimleri, hemşireleri, sağlık memurlarını, laborantları, teknik hizmet görevlilerini kapsamaktadır. Performansa dayalı ücret sistemi, Sağlık Bakanlığı'nın kaliteli sağlık hizmeti sunmak, maliyet etkinliğini iyileştirmek ve hasta merkezli sağlık hizmeti sunmak gibi amaçları çerçeve-

sinde, sağlık hizmeti verenlere yapılacak ek ödemelerin düzenlenmesini öngörmektedir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemindeki amaç, bireysel performanstaki faaliyetleri ücretlendirmeye tabi tutmaktır. Performansa dayalı ek ödeme, bireylerin

performansına göre kişiselleşerek iş verimliliği artışı sağlamayı amaçlar. Günümüzde pek çok OECD üyesi ülke, Danimarka, Finlandiya, Yeni Zelanda, İngiltere, İsviçre ve Fransa, kamu sektöründe performansa dayalı ücretlendirme sistemini uygulamaktadır. Sistemler ve kapsamlar birbirinden farklı olsa da bu ülkeler kamu sektöründe çalışanların performansları ile aldıkları ücretleri ilişkilendirmişlerdir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin verimli bir şekilde çalışabilmesi için sistemin aktörlerinin sistemi iyi anlamış olması, sistemin adaletli ve dengeli çalışması, aynı zamanda ülkenin ekonomik koşulları çerçevesinde gerçekçi ücretlendirmelerin yapılması gereklidir.

Uluslararası literatürde, performansa dayalı ödeme sisteminin çalışanların verimliliğini, hasta memnuniyetini, sağlık hizmetlerinin kalitesini, hastanelerin başarı seviyelerini ve sağlık sektörü çalışanlarının iş memnuniyetini nasıl etkilediğini inceleyen çalışmalar vardır. Fakat bu çalışmaların hiçbirisi sağlık sektöründe performansa dayalı ödeme sisteminin bir matematiksel model çerçevesinde incelememiştir. Makalemizin amacı, Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında hayata geçirilen performansa dayalı ek ödeme sisteminin matematiksel bir modelini sunmaktır.

1. Kalibrasyon yöntemi: pozitif matematiksel programlama

Gerçek hayatta gözlenen durumun, tutarlı bir model tarafından mevcut politika vek-

törü ile yeniden üretilmesi (canlandırılması) sürecine kalibrasyon adı verilir. Modellerin gözlemlenen değerlere kalibrasyonu eskiden beri fen ve mühendislik bilimlerinde yapılmaktadır. Sosyal bilimlere veya daha doğru bir ifadeyle iktisat bilimine girişi ise oldukça yenidir. Uygulamalı iktisat alanındaki kalibrasyon çalışmaları, ekonometrik modellerle benzer şekilde, "tahmin etme" ve "politika öngörüsü" yapma aşamalarından oluşan iki adımlı bir yaklaşımı benimsemektedir. "Pozitif Matematiksel Programlama" veya kısaca PMP olarak adlandırılan metot, karar alıcının aktiviteyi gerçekleştirme sayısı kararlarını belirleyen davranışlarını matematiksel bir formülasyonla modele katarak, modeli temel dönemin gözlenen değerlerine kalibre etmektedir.

Modelimizin temelini PMP metodu oluşturmaktadır. Metodun varsayımı karar vericilerin kârlarını maksimize ettikleri, davranışlarının genel çerçevesini bu motivasyonun oluşturduğu düşüncesidir. Böylelikle temel dönemde gözlenen aktivite deseni (her SUT kodu aktivitesinin yapıma sayısı) global optimumu belirlemektedir. Bu varsayım, mevcut politika koşulları ve kaynak varlığı değiştiğinde karar vericilerin (hekimlerin) tepkilerini belirleme ile tutarlıdır. Yukarıda da belirttiğimiz gibi, doğrusal programlama modellerinde aktivitelerden gelen getiri, çıktı miktarıyla doğrusal olarak artmaktadır, dolayısıyla kâr fonksiyonunun konkav olması ancak maliyet fonksiyonuyla sağlanabilir. Herhangi bir SUT kodu aktivitesini gerçekleştiren bir hekim, aynı

Simülasyon sonuçları genel olarak değerlendirilirse, çalışan sağlık personeli lehine olacak katsayı ve ücret değişiklikleri tam zamanlı olarak çalışan personel sayısını yükseltip, buna mukabil olarak personel ödemelerinde artışa neden olabilmektedir. Simülasyon sonuçları rakamsal değerlerinden çok politika değişikliğinin ne yönde bir sonuç yaratacağını göstermeleri bakımından önemlidir.

anda başka aktivite yapamayacağı için (yani zaman kısıtı yüzünden), aslında başka bir aktiviteden elde edeceği performans puanından vazgeçmektedir. Bu, iktisat bilimin temelini oluşturan "her seçimin bir maliyeti vardır" düşüncesinin gerçekleştirmesinden başka bir şey değildir. İkti-



Bu makalede ortaya konan bilgiler performansa dayalı ödeme sisteminin etkin ve verimli şekilde işlediğini ve zaman içerisinde daha etkin olduğunu ve olacağını göstermektedir. Yapılan analizler, Sağlık Bakanlığı'nca belirlenecek alternatif politikaların sistemde bir karşılığının mutlaka olacağını ve bu karşılığın dozajının belli parametrelerin değiştirilerek kontrol edilebileceğini göstermektedir

satta bu maliyetlere fırsat maliyeti denilmektedir. Diğer bir deyişle, bir hekim, herhangi bir SUT kodu aktivitesini gerçekleştirdiği zaman yapabileceği başka bir SUT kodu aktivitesinden vazgeçmektedir. Bu durumda hekimin karşı karşıya kaldığı örtük (zımnı) maliyet de (fırsat maliyeti) işte bu vazgeçilen aktivite yapılmış olsa bu aktiviteden elde edebileceği girişimsel işlemler puanı (GiP) ve dolayısıyla bu puanın getireceği ek ödeme miktarıdır.

Maliyet fonksiyonunun doğrusal olmayan kısmı SUT aktivitelerinin frekans değerleri kullanılarak tahmin edilmektedir. Metot, iki aşamada uygulanmaktadır. İlk aşamada, her bir SUT kodu aktivitesi için, temel dönemde gözlenen gerçekleştirilme sayıları (frekans) kullanılarak kalibrasyon yapılmaktadır. İkinci aşamada kalibrasyon kısıtlarının gölge değerlerinden maliyet fonksiyonunun kuadratik terimi tahmin edilmekte ve kalibrasyon kısıtları kaldırılmaktadır. Bu sayede model aktivitelerinin yapılma sayısına (frekans) ilişkin bazı üst veya alt sınırlar koyan denklemler modele eklenmeden politika etkilerinin analizini yapma olanağı elde edilmektedir. Aslında PMP ile kalibre edilmiş olan modelde, bu alt ve üst kısıtlar rasyonel davrandığı düşünülen hekimin karar alma mekanizmasının sonucunda örtük (zımnı) olarak dikkate alınmaktadır. Bu yüzden modelin farklı davranışları simüle etmesini engelleyecek sıkı kısıtlar modele yüklenilmemekte ve sonuçlar bu esnekliği yansıtmaktadırlar. İlk aşamada modelin yapısı matris notasyonu kullanılarak basitçe aşağıdaki şekilde yazılabilir:

$$\begin{aligned} \text{Max } Z &= f(D) & [1] \\ Ax &\leq b & [2] \\ Ix &= \Psi + \varepsilon & [3] \\ x &\geq 0 & [4] \end{aligned}$$

Z amaç fonksiyonun göstermektedir. x vektörü SUT aktiviteleri değişkenini ve A matrisi girdi çıktı katsayılarını göstermektedir. b vektörü karşı karşıya kalınan kısıtları ifade etmektedir.

Kalibrasyon için üçüncü denklem önemlidir. Bu denklemdeki Ψ , SUT aktivitelerinin temel (baz) dönemde gözlemlenen değerlerini göstermektedir ve ε çözümün yoz (degenerate) olmasını önlemek için kullanılan pertürbasyon (0.001 gibi çok küçük değer) terimidir. Birinci aşamada; çalıştırılan bu modelden üçüncü denklem seti için hekimin karşı karşıya kaldığı fakat modele yansıtılamayan maliyet terimleri tahmin edilir. Kısaca marjinal maliyet fonksiyonunun sabit terimi ile eğitim terimi, karar alınçının (hekimin) temel dönemde yaptığı SUT aktivitesi sayısına bağlı olarak bulunur. Eğitim terimi aşağıdaki şekilde gösterilebilir:

$$\gamma_{AKTJ} = (-1/AE_{AKTJ})(G\ddot{I}\ddot{I}_{AKT} / BDA_{AKT}) \quad [5]$$

Yukarıdaki denklemde: γ_i , eğitim terimini; AE , arz esnekliğini; GIP , aktivite “girişimsel işlemler puanını”; BDA , ise baz (temel) dönemde gözlemlenen aktivite “yapılma sayısını (frekans)” göstermektedir. Formüldeki AKT endeksi SUT aktivitesini göstermektedir. Örneğin $AKT=619930$ (sezaryen). I endeksi hekimin uzman, pratisyen vb. olduğunu göstermektedir. Sabit terim ise kalibrasyon kısıtlamalarının gölge değerine ve eğitim terimine bağlı olarak aşağıdaki şekilde tanımlanmaktadır:

$$\alpha_{AKTJ} = -KGD_{AKTJ} - \gamma_{AKTJ} \cdot BDA_{AKTJ} \quad [6]$$

Bu denklemde maliyet fonksiyonunun sabit terimini ve KGD, (3) numaralı denklemdeki kalibrasyon kısıtlarının gölge değerlerini göstermektedir. İkinci aşamada bulunan maliyet fonksiyonu (1)-(4) numaralı denklemlerde gösterilen modele dahil edilir ve aşağıdaki son model elde edilir: $\text{max} Z = f(D) + \sum_{AKTJ} x_{AKTJ} (\alpha_{AKTJ} + 0.5 \gamma_{AKTJ} x_{AKTJ}) \quad [7]$

$$\begin{aligned} Ax &\leq b & [8] \\ x &\geq 0 & [9] \end{aligned}$$

Yukarıda elde edilen son modele (7 - 8 - 9) dikkatlice bakılırsa, amaç fonksiyonuna PMP terimleri eklendikten sonra kalibrasyon için birinci aşamada eklenen kısıtlar kaldırılmıştır. Yani, model bu son haliyle herhangi bir esneklik kısıtına gerek olmadan ve mikroekonomi teorisıyla tutarlı olarak temel dönemin gözlemlenen değerlerini verecektir. Model bu haliyle, pozitif bir model niteliğini kazanmış, politika simülasyonları yapmaya hazır hale gelmiştir.

Bu çalışmamızda, yukarıda ana hatları anlatılan PMP metodolojisi takip ederek, Türkiye’de sürdürülmekte olan “performans sistemi” için politika etki analizi yapabilmek üzere, Türkiye Sağlık Sistemi Performans Modeli (veya kısaca TSS-PM) adı altında iktisadi matematiksel bir model geliştirilmiştir.

2. Simülasyonlar ve sonuçları

İlk simulasyonda sağlık personeli için belirlenmiş olan kadro unvan katsayılarında yapılan artışın etkileri tahmin edilmektedir. Bu analizde pratisyen tabiplerin kadro unvan katsayıları 1,1’den 1,5’e çıkarılmış, uzman hekimlerin ve dış tabiplerinin unvan katsayıları 2,5’ten 2,7’ye çıkarılmış, uzman baştabiplerin unvan katsayıları 4,5’ten 5,3’e çıkarılmış, pratisyen baştabiplerin unvan katsayıları 2,9’dan 3,5’e çıkarılmış ve kalan diğer bütün personelin kadro unvan katsayılarında ise %30’luk bir artış gerçekleştirilmiştir.

Simülasyon sonuçlarına göre sağlık personeli için belirlenmiş olan kadro unvan katsayılarında yapılan artışın sonucu olarak, uzman hekimlere dağıtılan toplam ek ödeme miktarında 13,5 milyon TL civarında bir artış tahmin edilmektedir. Uzman bir başhekimin aldığı ek ödeme miktarında %1.7’lik bir artış öngörülmektedir. Ayrıca tam zamanlı çalışan uzman hekim sayısında % 6,6 oranında (1,273 hekim) artış olması beklenmektedir.

Diğer taraftan, pratisyen hekimlere dağıtılan toplam ek ödeme miktarında ise 1,3 milyon TL civarında bir artış tahmin edilmektedir. Bunun nedeni de gene aynı şekilde açıklanabilir: Artan tam zamanlı hekim sayısı ve net performansının iyileşmesi. Dış tabiplerine ödenen toplam ek ödeme miktarı ise 1 milyon TL düzeyinde artmaktadır. Diğer personele yapılan ödemelerin de % 1,7 – 10,1 arasında artacağı beklenmektedir. Bunun nedeni kadro unvan katsayısının ek ödeme miktarını belirlemedeki etkisidir. Dönem ek ödeme katsayısının artan performans ile % 15,2 kadar düşmesine rağmen, kadro unvan katsayılarındaki artış hemen hemen bütün sağlık personelinin aldığı ek ödeme miktarlarını artırmaktadır. Dağıtılan ek ödeme miktarının toplamına bakıldığında, sağlık sistemine yapılan toplam ek ödemenin %11 oranında arttığı görülmektedir. Bu artışın sebepleri, artan performans ve tam zamanlı hekim sayısında meydana gelen artış olarak özetlenebilir. Diğer taraftan, hekimlerin topladıkları net performans puanında görülen artış nedeniyle, dönem ek ödeme katsayısında ise % 15,4 gibi yüksek bir düşüş gerçekleşmektedir.

İkinci simulasyonda pratisyen tabiplerin aldıkları ortalama ek ödeme miktarının dü-

şüklüğü dikkate alınarak, sadece pratisyen tabiplerin tavan ek ödeme katsayılarında 2 puanlık artışın etkileri araştırılmaktadır. Diğer bir deyişle, bu simülasyonda, pratisyen tabipler ile uzman tabiplerin tavan ek ödeme katsayılarının aynı olması durumu gerçekleşmektedir.

Simülasyon tahminlerine göre, sadece pratisyen tabiplerin tavan ek ödeme katsayılarında 2 puanlık artışın, doğaldır ki çalışan uzman hekimlere dağıtılan toplam ek ödeme miktarında bir etkisi olmamaktadır. Fakat pratisyen hekimlere dağıtılan toplam ek ödeme miktarında ise 7 milyon TL civarında bir artış tahmin edilmektedir. Diğer taraftan çalışan pratisyen hekim sayısında 1,238 hekim civarında bir artış oluşmaktadır. Pratisyen hekimlere yapılan toplam ek ödeme miktarında ise %37’lik bir artış öngörülmektedir.

Üçüncü TSS-PM simülasyonda pratisyen tabip, uzman tabip ve dış tabiplerinin maaş matrahlarında %10 oranında bir artış yapılması durumunda olası sonuçlar incelenmektedir. Bu durumda simülasyon sonuçlarına göre çalışan uzman hekimlere dağıtılan toplam ek ödeme miktarında 2 milyon TL civarında, pratisyen tabiplere yapılan toplam ek ödeme miktarı da 800 Bin TL bir artış tahmin edilmektedir. Dağıtılan ek ödeme miktarının toplamına bakıldığında, sağlık sistemine yapılan toplam ek ödemede %2 artış görülmektedir. Diğer

taraftan, artan toplam net performans puanı ve çok artmayan fatura getirisi (tabip hizmetlerinden gelen toplam fatura miktarı) nedeniyle, dönem ek ödeme katsayısında ise % 1’lik bir düşüş gerçekleşmektedir. Simülasyon sonuçları, hastane toplam gelirleri ortalamasının ve tabip hizmetlerinden gelen toplam fatura miktarının pek fazla (sırasıyla % 0,3 ve % 0,4) bu durumdan etkilenmeyeceğini söylemektedir.

3. Değerlendirme ve sonuç

Bu makale Türk sağlık sisteminde uygulanan performansa dayalı ek ödeme sistemini matematiksel programlama yöntemi ile modellemeye çalışmıştır. Burada en önemli amaç, herhangi bir politika değişikliğine gitmeden önce, yapılması düşünülen politika değişikliklerinin etkilerini model çerçevesinde analiz etmek ve daha sonra uygulamaya geçmektir. Makalede Türk sağlık sistemi bir bütün olarak ele alınmıştır. Eğer gelecekte her il, hastane hatta hekim için detaylı veri olursa Türkiye’nin illeri, hastaneleri ya da her bir hekim için matematiksel modeller kurulabilir.

Politika değişikliklerinin performansa dayalı ödeme sistemi üzerindeki etkilerini analiz etmek için model üç farklı senaryo altında simüle edilmiştir. Simülasyon sonuçları genel olarak değerlendirilirse, çalışan sağlık personeli lehine olacak katsayı ve ücret değişiklikleri tam zamanlı olarak

çalışan personel sayısını yükseltip, buna mukabil olarak personel ödemelerinde artışa neden olabilmektedir. Simülasyon sonuçları rakamsal değerlerinden çok politika değişikliğinin ne yönde bir sonuç yaratacağını göstermeleri bakımından önemlidir.

Sonuç olarak model ve simülasyon sonuçları Türk sağlık sisteminde performansa dayalı ödeme sisteminin çalışmasını yansıtmakta ve ilerisi için neler yapılabileceğini göstermektedir. Burada sunulan modelin, yeterli ve gerekli veriler sağlandığında, geliştirilerek en kapsamlı hale getirilmesinden ortaya çıkacak model kullanılarak birçok alternatif politika seçeneklerinin etkileri analiz edilebilecek ve en etkin ve düşük maliyetli politikalar deneme-yanılma yöntemine başvurmadan uygulamaya konulabilecektir. Bu, hem maliyet açısından hem de hizmet alan ve veren açısından daha memnuniyet verici olacaktır.

Bu makalede ortaya konan bilgiler performansa dayalı ödeme sisteminin etkin ve verimli şekilde işlediğini ve zaman içerisinde daha etkin olduğunu ve olacağını göstermektedir. Yapılan matematiksel modelleme ve buna bağlı simülasyon analizleri, Sağlık Bakanlığı’nca belirlenecek alternatif politikaların sistemde bir karşılığının mutlaka olacağını ve bu karşılığın dozajının belli parametrelerin değiştirilerek kontrol edilebileceğini göstermektedir. Burada geliştirilen model gerekli veriler sağlandığında performansa dayalı ödeme sisteminin bütün ayrıntılarını benzetimleme kapasitesine ulaşacak ve böylece uygulanacak politikaların sadece olası etkilerini göstermekle kalmayıp maliyet açısından da en uygun politikaların seçilmesine yardımcı olacaktır.



Performansa dayalı ödeme: Kazanılanlar ve kaybedilenler

Prof. Dr. Selami Albayrak



1961'de Erzurum'da doğdu. Lisans eğitimini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, ihtisasını GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği'nde tamamladı. 2006'da üroloji profesörü oldu. Halen Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde üroloji Kliniği Şefi olarak görev yapmaktadır. Pek çok uzmanlık derneğine üye olan Dr. Albayrak, birçok bilimsel toplantının düzenleyicileri arasında yer aldı.

Öncelikle, **Sağlıkta Dönüşüm Programını** milat kabul ederek, dünü, bugünü ve yarını değerlendirmek isterim. Ülkemizde hekimler kamuda 657 Sayılı Kanunla devlet memuru statüsünde çalıştırılmaktadır. Ancak Cumhuriyetin kuruluşundan beri, bu zor ve meşakkatli mesleğin ücretini 657 Sayılı Kanun statüsünde ödemek mümkün olmadığı için, devlet "mesleklerini serbestçe uygulayabilme" istisnai hakkını vererek telafi etmeye çalışmıştır. Ancak bu durum, "dual çalışma" disiplinden uzak, istismara açık ve kontrol edilemez bir sonuca götürmüştür. Hekimler, başhekimleri ile birlikte öğlen arası kliniklerini kapatarak muayenehanelerine gitmiş, poliklinik hizmetlerini bir

bakıma orada, yatan hasta tedavilerini de bir bakıma özel hastane gibi devletin hastanesinde sürdürmüşlerdir. Bu süreçte sağlık kurumları, işletme mantığından uzak, verimsiz ve muhasebesiz bir şekilde yönetilmiş, köhne kurumlar halinde bırakılmışlardır. Sağlık otoritesi, bu sürecin ne kadar vahim olduğu hususunda farkındalıktan uzaktır. Fotoğrafi göremeyecek kadar kısa aralıklarla yaşanan "Bakan" değişimi ise sorunu iyice derinleştirmiştir. Hastalar ise zaten sistemsizliğim mağduru olmuşlardır.

Bu süreç Sağlıkta Dönüşüm Programını ile bir anda değişmiştir. Adeta sağlıkta devrim yaşanmıştır. Vatandaşın sağlık hizmetine erişimi ileri derecede hızlandırılmış, yılda iki defa olan sağlık talebi yılda altıya geçmiştir. **Hasta hakları kavra-**

mı sağlık otoritesi tarafından hastalara empoze edilmiş, vatandaşta bu farkındalık oluşturulmuştur. Hekimlerin ellerine kamu eliyle hatırı sayılır paralar geçmeye başlamıştır. Tıbbi cihazlar yenilenmiş, eksik olanlar kazandırılmıştır. Sağlık tesisleri birer mezbelelik yerler olmaktan çıkarılmış, bol poliklinik ve tek kişilik odaları bulunan yataklı tedavi kurumlarının sayısı artırılmıştır. Hastaneler işletme kuralları ile yönetilmeye başlanmıştır. Vatandaşlar, sosyal güvencelerinin işe yaradığını görmeye başlamış ve sigortasız çalışma ve çalıştırma alışkanlığı, yerini sosyal güvenlik şemsiyesi altında çalışma kültürüne bırakmıştır. Hekimler yaptıklarından sorgulandıkça, buyurgan olmaktan çıkıp, danışman hekim rolünü benimsemişler ve mesleki hatalara karşı sigortalanma ihtiyacı duymaya başla-

Sabit ödeme/ performansa dayalı ödeme çitası, performansın motivasyon üzerindeki olumlu etkilerinden ödün vermeden, yan etkilerini en aza indirecek bir düzeyde tutulabilir. Kişisel kanaatim bu oranın % 70 sabit - % 30 performansa dayalı ödeme şeklinde olması gerektiği şeklindedir. Gelecek dönemin sağlık otoritesini bekleyen en önemli görev, hekimlerle barışı temin etmek ve sağlıkta yapılmış devrimlerin pekişmesini ve arızaların revizyonunu sağlamak olmalıdır.

mışlardır. Hastane işletmeciliği ve kişilerin sosyal güvencelerinin farkındalığı bu değişimin en iyi sonuçlarının alındığı alanlar oldu. Mediko-legal olayların hekimleri korkutmasının tek bir olumsuz yanı oldu. Cesur tedaviler ile iyi sonuçlar alınabilecek komplike hastalar, malpraktis endişesi ile sahipsiz kaldılar.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile elde edilen kazanımlardan bazılarında –ne yazık ki- **doz aşımı** fenomenine maruz kalınmıştır. Bir bakıma frenler tutmamıştır. Sağlık hizmetine erişim kolaylaştıkça, **performansa dayalı döner sermaye** uygulamalarının da tetiklemesiyle, hasta olmayan vatandaşlar bile check-up mantığı ile sağlık kurumlarına -bir bakıma- davet edilmişlerdir. Bunu **"kışkırtılmış sağlık hizmeti talebi"** olarak tanımlamak yanlış olmayacaktır. Yılda fert başına sağlık hizmeti sunum oranının altının üzerine çıkması ile OECD ülkelerinin istatistiklerine ulaşmış olmakla sevinirken, sonuçların bizi üzdüğünü fark ettik. Çünkü polikliniklerde bir hastaya 3-7 dk (Türkiye ortalaması) zaman ayrılabilmektedir. Bu kısıtlı süre içine öykü dinleme, fizik muayene yapma, oluşan ön tanılar istikametinde tetkik isteme ve tetkikler tamamlandıktan sonra tanı koyma ve tedavi düzenleme eylemlerinin sığdırılması gerekmektedir. Pratik yaşamda bu yapılamamaktadır. İstatistikler ölçülebilen parametreleri değerlendirdi-

ğinden iyileşmekte, ama sunulan sağlık hizmeti kaliteden yoksunlaşmakta ve amacından uzaklaşmaktadır.

Hasta hakları o kadar fazla pompalandı ki sonunda korkulan oldu, **hekim hakkı karşıtlığı** gibi algılanmaya başlandı. Hasta hekim ilişkisi güven zeminini kaybetti. Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları çalışma barışını bozdu. Geçmişte çıkar ilişkisi bulunmayan hekimler şimdilerde birbirleriyle çıkar çatışması içine girdiler. Hiç hak etmediği halde yığınla kamudan para alan meslektaşlarımızın yanında, mağdur edilen meslektaşlarımızın sayısı her geçen gün arttı. Doz aşımı fenomeni tıbbi teknoloji kullanımında da yaşandı. Tıp emeği, endüstrinin invazyonuna maruz kaldı. İçinde endüstrinin bulunmadığı tanı ve tedavi yöntemleri ihmal edildi, geliştirilemedi, rağbet görmedi. Bu, sadece ülkemizde değil, bütün dünyada böyle oldu. İki örnek sunmak isterim: Poliklinikten hastanız için istediğiniz -emek yoğun bir tetkik olan- Voiding Sistoüretrogram'a ancak 15-20 günde ulaşılabilirlerdir. Diğer taraftan teknoloji yoğun bir tetkik olan MR Angiografi aynı gün bile elinize geçebilmektedir.

Prostate sınırlı kanser olgularında, radikal prostatektomi ameliyatının tek amacı vardır. Hastanın idrar kaçırmasına ve erektil fonksiyonunun bozulmasına neden olmadan, kanserli prostat ve meni kesesini çıkarmaktır. Bunu, emek yoğun Radikal Perineal Prostatektomi tekniği ile veya teknoloji yoğun Robotik Radikal Prostatektomi tekniği ile yapabilirsiniz. Ameliyatın amaçlarını sağladıktan sonra hastayı ertesi gün evine gönderebilecek kadar "minimal invaziv" ve sadece bir dikiş materyali sarfı ile 1.5 saatte tamamlanacak kadar ucuz olan -emek yoğun teknik- yani Radikal Perineal Prostatektomi. Veya endüstrinin provakatif gayretleri ile onkolojik ve fonksiyonel sonuçları daha iyi olmamasına rağmen ve hasta başı amortisman ve sarf gideri (emek hariç 15 bin TL civarında) ülke ekonomisini zora sokacak kadar pahalı olan Robotik Radikal Prostatektomi. Endüstri kapitalizmin her türlü hilelerini kullanarak tekniklerin halka yaygınlaşmasını sağlayabilirken, emeğin temsilcileri bunu yapamadığı için, sadece ülkemizde değil, kapitalizmin egemen olduğu tüm coğrafyalarda emek endüstrünün invazyonuna maruz kalmaktadır.

Kamu sağlık kurumlarında uygulanan "Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamaları"nın bazı çıkmazları bulunmaktadır. Bugün, bireysel performansın erişilebilirlik boyutu, kurumsal performansın ise kalite boyutu ölçülmektedir. Hâlbuki erişilebilirlik boyut birinci basamak sağlık kurumlarında mantıklı olabilir. Birinci basamağa erişim 2. ve 3. basa-

mak sağlık kurumlarının kapılarını aralayabiliyor olması gerekir. 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında bireysel performansın kalite boyutu yok sayılmaktadır. Sadece sayısal parametrelerle performans değerlendirilmektedir. Bu şekilde bir değerlendirme, hekimleri tek tipleştirmiş ve verimsiz bir yaşa sokmuştur. Böyle bir yarış bilimsel başarıyı, gelişmeyi örselemektedir. Aynı kodla sunulan hizmet için hastanın ulaştığı uzman hekim kim olursa olsun -bir günlük de olsa, 20 yıllık bir tecrübeli de olmasa- puansal değerlendirme aynıdır. Aynı ameliyatı geçiren hasta, ameliyat sonrası 1. günde taburcu edilebilecek duruma gelse de, bir yığın komplikasyonlarla 1 ay yatsa da, hekiminin performans değerlendirmesi aynı kalmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, hekimlerin kurum seçme özgürlüklerinin olmaması ve kurumların hekim seçme özgürlüklerinin bulunmaması, performansın önemli çıkmazları olarak görülebilir.

Geçmişten bugüne, tıbbi endikasyonla- Geçmişten bugüne, tıbbi endikasyonların üzerinde endüstriyel baskının hissedildiğini biliyoruz. Hekimler bu baskıdan etkilenmemek için hep gayret içinde olurlar. Ancak birincil amacı kar etmek olan endüstrinin bu baskısının sonuç alamadığını söyleyemeyiz. Kaldı ki, bunun artarak devam ettiğini de biliyoruz. Şimdilerde tıbbi endikasyonların etkilediği ikinci bir baskı unsuru daha çıktı: **sağlık otoritesi**. Performans puanları üzerinde yapacağı manipülasyonlarla Türkiye'de bir yılda yapılacak bronkoskopi veya ekokardiyografi sayıları azaltılıp artırılabilir. Bu doğrudan olmasa da, dolaylı olarak endikasyonlara müdahale anlamı taşımaktadır.

Performans uygulamalarının hemen her ülkede ve hemen her sektörde olumlu sonuçlar getirdiğini biliyoruz. Ancak dünyanın hiçbir ülkesinde bir ayda ele geçen ücretin %30'undan daha fazlası performansa endekslenmemektedir. Ülkemizde kamu sağlık kurumlarında uygulanan bu ters oran nedeniyle hasta sağlığını tehdit eden bazı gelişmeler yaşanmaktadır. Halbuki, sabit ödeme/ performans dayalı ödeme çitası, performansın motivasyon üzerindeki olumlu etkilerinden ödün vermeden, yan etkilerini en aza indirecek bir düzeyde tutulabilir. Kişisel kanaatim bu oranın % 70 sabit - % 30 performansa dayalı ödeme şeklinde olması gerektiği şeklindedir. Gelecek dönemin sağlık otoritesini bekleyen en önemli görev, hekimlerle barışı temin etmek ve sağlıkta yapılmış devrimlerin pekişmesini ve arızaların revizyonunu sağlamak olmalıdır.

Sağlık çalışanlarının “performans anksiyetesi”, adalet arayışına yenik mi düşecek?

Prof. Dr. M. İhsan Karaman



1986'da İÜ. Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1991'de Üroloji Uzmanı oldu. Takip eden on yıl süresince Şişli Etfal Hastanesi'nde üroloji kliniği baş asistanı olarak görev yaptı. Bu süre içinde 1994'te ABD'de, Houston'daki Baylor College of Medicine'de misafir ürolog olarak görev yaptı. 1996'da üroloji doçenti, 2008'de profesörü oldu. Prostat kanseri konusunda bir bilimsel kitap editörlüğü, katkıda bulunduğu 15'ten fazla kitap bölümü yazarlığı, 250 kadar ulusal ve uluslararası alanda yayımlanmış veya sunulmuş bilimsel çalışması mevcuttur. 7 tıbbi derginin editörler kurulunda yer alan Karaman; 5 uluslararası, 10 ulusal tıbbi derneğin üyesidir. Türk Çocuk Ürolojisi Derneği'nin kurucularından ve bu derneğin denetim kurulu üyesi olan Karaman, aynı zamanda Yeryüzü Doktorları adlı uluslararası tıbbi ve insani yardım kuruluşunun Türkiye şubesinin yönetim kurulu başkanlığını yürütmektedir. İngilizce ve Arapça bilen Dr. Karaman, evli ve iki çocuk babasıdır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi temelde iyi niyetle hazırlanmaya başlanmış olsa da, gelinen duruma bakıldığında, başlangıçta olduğunu varsaydığımız iyi niyet dışında pek bir iyi tarafı kalmamış, haksızlık ve adaletsizliğe ze-

min hazırlayan bir yamalı bohçaya, bir ucubeye dönüşmüştür. Özellikle 3. basamak hastanelerde yapılacak objektif bir anket, şu anda performans sisteminden memnun olan sağlık çalışanlarının yok denecek kadar az olduğunu gösterecektir. Meslek hayatının son 20 yılını eğitim ve araştırma hastanelerinde geçi-

ren bir hekim ve öğretim üyesi olarak, bu sürecin hiçbir döneminde, çalışanlar arasında adalet duygusunun bu kadar zedelendiğini, iş barışı ve huzurunun bu kadar bozulduğunu görmedim. Temel olarak, tüm insan toplulukları için geçerli olan bir toplumsal kural vardır: “Birilerini para ve menfaat ile memnun etmeye-



Performans sisteminin çıkış noktası, “Bakın size ikinci bir ek mesai çabası sarf etmeden hayal bile edemeyeceğiniz gelirleri kazandırıyoruz” aldatmacası ile planlanmış bir şark kurnazlığıdır. Şu anda kendi iradesi dışındaki faktörler nedeniyle ya da meslektaşlarının haksız beyan ve kazançları yüzünden sistemden az pay alan sağlık çalışanları, tabiri caizse sistemin “uçkâğıdını” öğrenecek ve eğer bunu uygulamaya gönülleri razı olursa daha çok pay alacak ya da bir yolunu bulup daha çok veren hastanelere geçiş yapacaktır.

başlayıp o kişileri buna alıştırsanız, bir müddet sonra doyumsuzluk, tamah, daha fazlasını hak ettiğini düşünerek artan ve karşılanamayan talepler karşısında da mutsuzluk gelişecektir.” Elbette, eşitlik adalet değildir ancak belli bir pas-tayı belli sayıdaki kişilere adil dağıtım

kendilerini memnun etmenin ön şartı, beyana dayalı performans ödemesi yapılan tüm kişilerin adil ve dürüst davranmalarıdır. Yeryüzünde hiçbir insan topluluğu tümüyle adil ve dürüst olamayacağı için, ek ödemelerin çoğunluğunun kişisel performansa dayandırıldığı mevcut sistemde, dürüst beyanda bulunanlar aleyhine bir adaletsizlik gelişmesi kaçınılmazdır ve pratikte de böyle olmuştur. Daha önce var olan bir sistemi kökünden değiştirmeye yönelik bir girişim planlanırken her kesimin uyarı ve önerileri, herhangi bir önyargı olmadan dikkate alınıp incelenseydi şu anda yaşanan problemlerin çok büyük bir kısmı öngörülebilirdi. Mevcut performans sistemindeki temel hataların ve adaletsizliklerin sadece bir kısmı şu şekilde özetlenebilir:

1. Performans sistemi kurgulanırken tüm doktorların tembel olduğu ve ancak parayla motive edilebileceği varsayılarak hazırlanmıştır. Çok samimi ve net bir şekilde ifade edebilirim ki, uzmanlığımın ilk on yılında hiçbir ek ödeme, nöbet parası, döner sermaye almaksızın, sadece şimdikinden çok daha az olan bir sabit maaşla çalıştığım eğitim hastanesinde, hem ben hem de diğer meslektaşlarım şimdikinden çok daha motive ve huzurlu idik.

2. Anadolu dahil tüm hastaneler dikkate alındığında, performans sistemini “rasyonelize” eden çıkış noktası, mesai sonrasında özel sektörde çalışarak alın teriyle gelir elde etme hakkı ve imkanı –haksız bir şekilde- ellerinden alınan hekimlerin ağzına bir parmak bal çalmak, “Bakın size ikinci bir ek mesai çabası sarf etmeden, bulunduğunuz hastanedeki çalışmanızı ödüllendirerek hayal bile edemeyeceğiniz gelirleri kazandırıyoruz” aldatmacası ile, sıtmayla ölüm arasında sıkışan sağlık çalışanları-

nı kandırmak için planlanmış bir şark kurnazlığıdır. Sistemi kötüye kullanıp haksız kazanç elde eden bir takım hekimleri denetleyip cezalandırmak yerine, evrensel ve adil hukuk sistemlerindeki “ceza suçluya verilir, alınan kararlarla suçlunun yanında masum da cezalandırılmaz” mantığı yerle bir edilmiş ve inatla tüm sağlık çalışanlarına “Kırk katır mı kırk satır mı?” sorusu dayatılmıştır. Performans sistemi, bu temel mantık ve sakat hedefi ne pahasına olursa olsun gerçekleştirebilmek için kullanılan ancak geri tepen bir silahtır. Bu maddede yazdıklarım asla bir niyet okuma değildir. Siyasilerin ve bürokratların beyan ve davranışlarına bakıldığında açıkça sırtan bir gerçektir. Açık ve net olarak şunu söylüyoruz: Mesai sonrası özel sektörde, kendi zaman, sağlık, enerji ve rahatından fedakârlık ederek, hastasını memnun ve müteşekkire ederek, legal ve helal yolla para kazanma yolu, takıntılı bir inatla engellenmeseydi, şu anda içinden çıkılmaz hale gelen bu performans sistemine asla gerek kalmayacaktı. Niyet kötü, akıbet kötü...

3. En iyi çalışan sistemler basit sistemlerdir. Halbuki performans sistemi başlatılırken son derece komplike bir yapıda planlanmıştır. Üstelik hatalar ortaya çıktıkça yeni düzenlemeler yapılmış ve sistem gittikçe daha karışık bir hal almıştır. Yapılacak yeni düzenlemeler mutlaka sistemi daha basit, daha stabil ve daha anlaşılır yapmalıdır.

4. Hemen herkes bu sistemin güncel veya potansiyel kurbanlarıdır:

a) Haklarını alamadıklarını düşünen ve şu anda memnun olmayan sağlık çalışanları: Performans sisteminin şu anki haliyle yürütmesi mümkün değildir. Şu anda kendi irade ve çabaları dışında-



Birkaç yıldır izin kullanmayan ve depresif duruma düşen hekim arkadaşlarımız var. Bugün ülkemizde 2 aylık bir uzmanın, kendisini yetiştiren ve bu uğurda bir ömür harcayan klinik şefinden katbekat fazla döner sermaye ödemesi aldığı binlerce örnek var. Burası, “tuzun koktuğu nokta” değil midir? Hakkı ve adaleti baş tacı ettiğini söyleyenlerin bu tablodan utanması ve ders alması, “hatadan dönmek fazilettir” düsturuna uyup gittikleri uçurum yolundan bir an önce vazgeçmesi gerekmez mi? İstişare kültürü bunu gerektirmez mi?



ki faktörler nedeniyle ya da meslektaşlarının haksız beyan ve kazançları yüzünden sistemden az pay alan sağlık çalışanları, tabiri caizse sistemin “üçkağıdını” öğrenecek ve eğer bunu uygulamaya gönülleri razı olursa daha çok pay alacak ya da bir yolunu bulup daha çok veren hastanelere geçiş yapacaktır.

b) Şu anda aldıkları rakamdan memnun olanlar: Sağlık kurumlarının aldığı toplam pay sabit olduğu için, şu anda az alanların aldıkları pay arttığında, şu anda –kendince- yeterli pay alanların payı azalacak ve onlar da memnun olmayacaklardır.

c) Sistemin sessiz ve habersiz kurbanları hastalar: Şu anki performans sistemi, riskli büyük vakalar yapmak yerine, daha çok para kazandırdığı ve daha az risk taşıdığı için küçük vakalar yapmayı teşvik etmektedir. Bu durum, kulağa pek olmamış gibi gelse de, insan psikolojisinden birazcık anlayanlar bunun çok muhtemel bir durum olduğunu bilirler. Ayrıca cerrahiye birazcık yakınlığı olanlar bilirler ki, primer (o bölgeden ilk kez ameliyat yapılan) vakalar ile sekonder (ikinci kez) veya tersiyer

(üçüncü kez ameliyat olan) vakalar arasında hem ameliyat zorluğu hem de ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonların oranı ve bunların yönetimi açısından çok ciddi fark vardır. Henüz hekimlerin önemli bir kısmı bunu şimdilik dikkate almasalar da halen dayatılan “ne kadar puan o kadar para” sistemi, yönetenler tarafından hekimlere yöneltilen “paragöz ve hırslı” suçlamaları ve malpraktis yasaının dayanılmaz ağırlığı ile birleştğinde kaçınılmaz son olacaktır. “Sistemin sessiz ve habersiz kurbanı olan hastalar” diye başlamanızın sebebi budur. Şimdi sistemden ve belki doktorların hırpalanmasından memnuniyet duyan demeyelim ama göz yuman hastalarımız, Allah vermesin yarın pek fazla puan karşılığı olmayan, zor bir hastalığı olduğunda “efendim, yardımcı olmayı çok isteriz, ama maalesef burada imkânlarımız bu tedaviyi yapmaya yeterli değil” cevabını sıklıkla alacaklardır. İşin doğrusu, tıp sanatı (tıp, bir meslek değil sanattır) öyle bir alandır ki, bu ifadenin ne zaman bir tıbbi gerçeği, ne zaman amansız performans sisteminin acımasız gerçeğini yansıttığını anlamak mümkün olmayacaktır. Bu durumla karşılaşan

hasta, bir sağlık çalışanı hatta bir hekim bile olsa, gerçeği ayırt etmesi çok zordur. Burada “hekim bunu yapmaz” gibi düşünceler aklıdan geçecektir ancak insan psikolojisi benzerdir ve aldıkları tüm eğitime rağmen doktorların da bu adaletsiz ve haksız sistemin dayatmalarına sonsuza dek özveriyle direnmelerini beklemek sadece bir hayaldir.

Hastaların farkına varmadan mağdur olduğu bir başka düzlem de, gereksiz müdahalelerdir. “Daha çok iş, daha çok para” sisteminin aldatıcı ışığına kapılan bazı sağlık çalışanları, müdahale endikasyonlarını alabildiğine genişletmiş, her taşlı safra kesesini almaya, her iltihap geçiren bademciği ameliyat etmeye, her idrar şikâyeti veya mide yanması olana endoskopi yapmaya başlamıştır. Bir kısmı genel anestezi de gerektiren bu riskli müdahaleler, global olarak popülasyondaki komplikasyon oranını artırmaktadır ve alternatif tedavilerle iyileşebilecek ya da girişimsel işlem yapılmadan tanı konabilecek hastalar farkına varmadan bir yığın ilave riskle karşılaşmaktadır. İnsan sağlığını konu

alan bir meslekte, “kalitatif olarak” sonuca değil de, “kantitatif olarak” sonuca götüren yollara para verirsiniz olacağı budur.

5. Sistem en başında kurgulanırken çok ciddi bir dizayn hatası yapılmıştır. SGK’dan paket ödeme olarak alınan ücret, hastane içinde kim ne kadar işlem girişi yaparsa o kadar alacak şekilde dağıtılmaktadır. Örneğin bir ameliyat yapıldığında, cerrahi branş ve anestezi (gerekli veya gereksiz) yapılan her ek girişim için, aslında sabit olan pastadan daha çok payı kendisine yönlendirmektedir. Bunu sadece denetleme ile önlemek mümkün değildir. Hâlbuki paket alınan paranın, doğal olarak klinikler arasında da paket olarak dağıtılması planlanmıyordu. Örneğin bir safra kesesi ameliyatı için SGK’dan 100 birim alınıyorsa 30 birim cerrahi kliniğe, 30 birim anesteziye, 40 birim de hastane masrafları ve konsültasyonlar gibi diğer harcamalara ayrılmalıydı. Tabii ki burada verilen oranlar öneriyi açıklamak için kullanılmıştır ve örnektir, değişebilir.

6. Usulen bir muayene yapmış gözüküp reçete yazmanın en kolay para kazandıran yöntem olduğu şimdiki döner sermaye sistemi, doktorun taniya gitmek ve sorunu temelinden çözmek için çaba harcamasını, aynı hastayla uzun süre uğraşıp derdine derman aramasını dolaylı olarak engellemekte, zor ve komplikasyon riski olan ameliyatlardan kaçınmasını ve kendini geliştirmek için gerekli olan ama puan veya getiri olarak bir anlamı olmayan işlemlerden geri durmasını teşvik etmektedir. Bu, hem hastalara hem tıp bilimine karşı yapılmış bir adaletsizlik ve haksızlıktır. “Buna sağlık çalışanlarının bilinçli tercihi sebep oluyor” savunması geçersizdir. Zira bir sistem kurulurken istismara yer bırakmayacak ve hitap ettiği kitlenin meleklerden oluştuğunu varsaymayacak şekilde kurgulanmalıdır. Daha zahmetsiz olanla, daha çok gelir elde edilmesini sağlamak, performansa dayalı sistemin en temel yanlışlarından biridir.

7. Şu anki performans sistemi, çok az bir “sabit döner sermaye payı” ve “yüksek oranda, puan girişine dayalı kişisel performans ödemesi” dağıtılmasına dayalı bir sistemdir. Üstelik sistem o kadar adaletsizdir ki, siz ne kadar çok çalışırsanız çalışın, alacağınız ödemeyi belirleyen sizin dışınızda çok sayıda parametre vardır. Örneğin SGK’dan gelen para, hastanenin borcu, hastanenin kalite puanı, hastanenin ödemesi gereken başka hastane performansının olup olmaması (halen İstanbul’daki birkaç hastane Marmara Üniversitesi Hastanesinin performans ödemesini yapmaktadır) akla gelen sebeplerden bazılarıdır. Buna bağlı

olarak, mesela bir uzman hep aynı randımanda ve büyük bir gayretle çalışsa da, hemen her ay aynı veya benzer bir döner sermaye alması garanti değildir. Hâlbuki günümüzde maaşla çalışan hemen hiç kimsenin peşin parayla araba, ev gibi büyük mblağları taksit veya kredi olmadan karşılamasının mümkün olmadığı bir gerçektir. Peki, bu sistemde çalışan bir kişi nasıl ev, araba veya çocuğunun okul taksitinin altına imza atabilecektir? İmza atsa nasıl huzurla yaşayabilecektir? “Başıma bir şey gelir de performansım aksar.” diye halı sahaya gidip futbol oynamaya korkan doktorlar tanıyorum. Başkalarına sağlıklı yaşam için spor öneren doktorlar, kendileri performans sistemi nedeniyle spor yapmaya korkarken, nasıl verim beklenebilir? Benzer endişelerle birkaç yıldır izin kullanmayan ve depresif duruma düşen hekim arkadaşlarımız da var. İzin yapmayan insanların iş veriminin, hem kendisinin hem de birlikte çalıştığı kişilerin huzurunun bozulacağı ve bunun kaçınılmaz olarak eninde sonunda hastalara yansıtacağı da bu işten birazcık anlayanların bile görebileceği bir gerçektir.

8. Bugün ülkemizde, bir klinikte uzmanlık eğitimini tamamlayıp mecburi hizmete giden 2 aylık bir uzmanın, kendisini yetiştiren ve bu uğurda bir ömür harcayan klinik şefinden katbekat fazla döner sermaye ödemesi aldığı binlerce örnek var. Burası, “tuzun koktuğu nokta” değil midir? Hakkı ve adaleti baş tacı ettiğini söyleyenlerin bu tablodan utanması ve ders alması, “hatadan dönmek fazilettir” düsturuna uyup gittikleri uçurum yolundan bir an önce vazgeçmesi gerekmez mi? İstişare kültürü bunu gerektirmez mi? Heyhat!

9. Şu anki performans sistemi çalışanların özgüvenini ve geleceğe umutla bakmalarını “yok etmiştir”. Eğer çalışanların köle ya da robot oldukları düşünülüyorsa acilen yeni bir düzenleme gereklidir. Hem elde edilen aylık gelirin emekli ödemelerine yansımaları artırılmalı, hem de “sabit döner sermaye/değişken performans ödemesi” oranı artırılmalıdır. Bu oran, insani bir yaklaşımla en az 70/30 olmalıdır.

10. Bizim inancımıza göre, haksızlık 72 buçuk milyon içinde mesela 100 bin kişiyi ilgilendirse de haksızlıktır, küçümsemez. Az çalışanları ayıklama ve az döner sermaye vererek cezalandırma niyetiyle de olsa, hekimin hastasıyla arasındaki karşılıklı güvene dayalı ilişki üzerine kurulu sağlık hizmetini puanlarla “kantite etmeye” çalışmak çok tuhaf sonuçlar ve yeni haksızlıklar doğurmaktadır. Nitekim, genel olarak dahili branş hekimleri, harcadıkları zihinsel efor “kantite edilemediği” için daha az döner ser-

maye alabilmekte ve haksızlığa uğramaktadır. İstanbul gibi büyük şehirlerde, yöneticilerin ve siyasilere gözümüze baka baka halkı yanlış bilgilendirmesine rağmen, yıllanmış bir uzman hekimin aldığı 3 bin TL sabit gelir ile geçinmesini beklemek ve buna ilave edilecek miktarı, çok kırılgan bir döner sermaye hesap cetveline göre belirlemek hekimlerin emeğine saygısızlıktır, saygınlığına zarar vermektedir.

11. Muayenehanesi olan hekimlerin sıfır kişisel performans alması çok ciddi bir emek gaspı ve çalışan memnuniyetini azaltan faktördür. Hâlbuki işletme bilimi, bir işyerinde yeterli verim elde etmek için en önemli unsurlardan birinin çalışan memnuniyeti olduğunu söyler. Sıfır performans vererek (aralarında çok değerli insanların da bulunduğu) o kişilerden verim elde etmek mümkün değildir. Suiistimal edenlerin olması bu uygulama için bir gerekçe olamaz. Sistem, etik dışı davranış gösterenleri en ağır şekilde cezalandırmalı ancak herkesi cezalandırmak üzerine kurulmamalıdır.

Sonuç olarak, çalışanların robot değil insan olduğunu daima aklında tutan bir performans sistemi gerçekten yararlı olacaktır. Ancak şu anda uygulanan “vahşi performans sistemi” kaçınılmaz olarak, “az çalışan ama çok giriş yapan”, kliniği bilmeseyse bile “iş bilen” ancak en iyi kazananın bile mutsuz ve yarımından umutsuz olduğu bir nesil yaratmaktadır. Maalesef böyle giderse çok geçmeden bugün aklımıza bile gelmeyen etik dışı davranışlara şahit olacağımız kesindir. Sistemin acilen çok ciddi bir revizyondan geçirilmesi gereklidir.

Bu performans sistemini benim mantığım ve vicdanım kaldırmıyor. Bu performans sistemi bu şekilde olmaz, mesleğimizin ruhuna uygun değil, mesleğini “ikbal için değil, ukba için” yapmaya çalışanların dahi performansını düşüren, en azından elini kolunu iki yanına düşüren bir sistem. Eninde sonunda revize edilecek, değişecek, kaldırılacak.

Gönlüm, bu sistemi kuran ve bu vebali üstlenenenlerin, inanç ve ahlak evrenimizin temel umdelerinden olan hatadan dönmek fazileti göstererek adaletsiz ve haksız bir sistemi kaldırma şerefini de kazanmalarından yana. Sabırla bekleyeceğiz. Adalet talebimiz devam edecek.

Performansın “10 iddiası”

Yrd. Doç. Dr. Osman Elbek



1970 yılında İçel'in Tarsus ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Tarsus'ta, tıp fakültesi eğitimini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Pratisyen hekim olarak Hatay'ın Samandağ ilçesinde görev yaptı. 1995 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığı Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Uzmanlık eğitimini 2000 yılında bitirdi. Ardından Eskişehir Kızılay Tıp Merkezi'nde, Gaziantep SSK Bölge Hastanesi'nde ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göğüs hastalıkları ve tüberküloz uzmanı olarak görev yaptı. Halen Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Her yazılı metin aslında gündelik hayatta var olan bir gerçeği anlamaya ve onu başkalarına anlatmaya çalışır. Ama her yazar bilir ki, aslında harfler, sözcükler ve cümleler hayatı tümüyle anlatmakta kifayetsizlerdir. O nedenle herhangi bir konuda yazılmış en iyi metin, hayatta yaşanan gerçeğe en çok yaklaşabilir. Ancak bu yazının böyle bir iddiası yoktur. Fakat yine de olabildiğince “performans” sistemi konusunda gündelik hayatta olup biteni, konu hakkında sıklıkla dile getirilen iddialar ve yanıtları biçiminde tarif etmeye çalışacaktır. Öte yandan bu yazının yazarı, “perfor-

mans” sistemini en iyi ve en gerçekçi anlatan şiirsel metnin, 13 Mart 2011 tarihinde Ankara'da Sağlık Bakanlığı'nın önünde buluşan 40 bin sağlık çalışanı tarafından yazıldığını bilmektedir. Ayrıca 13 Mart'ta Ankara'da ve 19-20 Nisan'da Türkiye'nin dört bir yanında buluşan sağlık çalışanları, harflerin, sözcüklerin ve cümlelerin kifayetsizliğinin ötesine geçerek “performans” sisteminin meslek etik ilkeleriyle bağdaşmaz olduğunu haykırmışlardır. Gündelik hayatta fiilen “performans” sistemini yaşayan bu insanların çığlığının sonrasında kanaatimizce ne söylene zait, ne cümle kurulsa anlamsızdır. Şimdi zaman, para ve ticaret karşısında mesleğin onuruna ve

ahlâkına sahip çıkan insanlardan ders alma zamanıdır.

İddia 1: “Performans” sistemi sağlıkta kaliteyi teşvik etmekte ve ödüllendirmektedir.

Yanıt 1: Hayır kanaatimizce bu iddia gerçek değildir. Pek çok araştırmancın yanı sıra bizzat Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırmada da üç sağlık çalışanından ikisinin “performans” sisteminin sağlık hizmetlerine olumlu bir etkiye neden olmadığı ifade edilmiştir (1). Bu durumun temel nedeni kanaatimizce “performans” sisteminin zeminin yükseldiği Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kendisidir.

Bilindiği üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık birimlerinin kurumsal örgütlenmesini, idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirilecek olan sağlık işletmelerinin rekabeti prensibine dayandırmıştır (2). Yine bilindiği üzere, neo-liberal hegemonyanın temel öngörüsü, rekabete açılan bir sektörün verim ve kalitesinin otomatik olarak yükseleceğidir. Bu öngörü, Türkiye'de yaşanan sağlık reformunun da temel tezidir ve Başbakan düzeyinde sahiplenilmektedir (3). İşte “performans” sistemi bu öngörü temelinde şekillendirilmiştir. Bu çerçevede Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın da ifade ettiği gibi, “performans” sisteminde “hekim ne kadar çok hastayı, kişiyi, aileyi kaydetmişse o kadar çok kazanacaktır” (4). Sayın Akdağ'a göre bu sistemde “kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa”, o kişinin performansı daha yüksek olacak ve bu sayede sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir (4). Kanaatimizce bu cümleler “performans” sisteminin temel amacının sağlık hizmetlerinde niteliği/kaliteyi yükseltmek yerine niceliği teşvik etmek olduğunu açıklıkla göstermektedir.

İddia 2: “Performans” sisteminin ilkelere ve göstergeleri, hekimlerin hastalarına daha iyi sağlık hizmeti sunması esasına göre düzenlenmiştir.

Yanıt 2: Hayır kanaatimizce bu iddia da doğru değildir. Çünkü Sağlık Bakanı Sayın Akdağ'ın yukarıda ifade ettiği cümlelerden de anlaşıldığı üzere, sistem, sağlık hizmeti tüketimi zemininde kurulmuştur. Bu bakış açısı nedeniyle “performans” sisteminin bileşenleri muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve verimliliği. Bu bileşenlerden biri olan verimlilik ise finansal, faaliyet ve klinik göstergeler olmak üzere üç alt bileşenden oluşmuştur (5). Bu alt bileşenler de kendi içinde daha alt bileşenlere ayrılmaktadır. Bu çerçevede toplam giderin toplam gelire oranı, personel gideri destekleme oranı ve toplam borcun toplam gelire oranı “finansal gösterge”yi; yatak doluluk oranı, yatan hasta oranı, ortalama kalış günü ve yeni performans takip sistemine veri girişi puanı ise “faaliyet göstergesi”ni oluşturmaktadır (5). Hiç kuşku yok ki buraya kadar tanımlanan göstergeler, aslında sağlık hizmet alanının faaliyet alanı ile ilgili olmayıp daha ziyade “ticarethane”nin gelir/gider dengesi ile ilgilidir. Bu çerçevede verimlilik göstergesinin üçüncü bileşeni olan ve sağlık hizmet alanı ile daha yakından ilişkili olabilecek “klinik göstergeler” kavramı hayati önem kazanmaktadır. Ancak “klinik göstergeler” olarak ifade edilen bileşenler de bir hekimin aklına gelen klinik gösterge içeriklerinden oldukça farklıdır.

Çünkü “performans” sisteminde “klinik göstergeler” tanımından kastedilen; sezaryen oranı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanıdır (5). Dikkat edilirse burada tanımlanan göstergeler de klinik anlamda hastanın hastalığını ve sağlığını önceleyen parametreler değildir.

Öte yandan Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ile Dünya Bankası (WB)'nin 2008 yılında birlikte yayımladıkları “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye” başlıklı dokümanda, Türkiye'de sağlık hizmet alanında yürürlükte bulunan “performans” ödeme sisteminin bu bileşenleri şu alt başlıklarda tanımlanmıştır (6):

- Sağlık kuruluşunun personele yapacağı ödeme için ayracağı miktar
- Tavan sınırı
- Sağlık kurumunun kurumsal performansı “ayanı”
 - Muayene odalarına erişim
 - Hastane altyapısı ve süreç
 - Hasta ve hizmet veren memnuniyeti
 - Kurumsal üretkenlik
 - Yatak doluluk oranı
 - Ortalama kalış süresi
 - Kurumsal hizmet hedefleri
 - Sezaryen oranı
 - Tam zamanlı çalışan doktorların oranı
 - Cerrah ve ameliyathane başına cerrahi puanlar
 - Performans izleme sistemine yönelik puanların Sağlık Bakanlığı'na bildirimi
 - Bireysel performans puanı
 - Personelin gerçekleştirdiği işlem sayısı
 - Unvan katsayısı
 - Çalıştığı gün sayısı
 - Çalışma biçimi
 - Tam zamanlı
 - Yarı zamanlı

Oysa kanaatimizce bir hekimin performansı bunlar değildir. İletişim becerisi, tıbbi bilgi düzeyi, araştırma yapabilmesi, genel klinik becerileri, veri-dosya kayıt titizliği, sorun çözme becerisi, ayakta hasta tedavi becerisi, prosedür ve talimatlara uyumu, klinik performans göstergeleri, sorumluluk alabilme kapasitesi, tutarlı, anlaşılır ve objektif olması, eğitici olarak yüklendiği sorumluluklar, yatan hastaların yönetimi ve tedavi becerisi, bölüm-birim içi davranışları, hastayı ve hastalığı bütün olarak değerlendirebilmesi, hastalığın psikososyal niteliklerini görebilmesi, sağlık hizmeti çıktısı ya da bakımını amaç edinmesi, çeşitli karmaşık sorunlar ile başa çıkabilme yeteneği, hastaya saygı göstermesi, şefkat duyması, bilgi asimetrisinden kaçınması, sağlık hizmeti geliştirmek için durum ve hedef tanımlamada faydalı olması, klinik hizmet sunumu ve bakımı bir bütün olarak değerlendirebilmesi gibi yetilerin, yatak doluluk oranı, kurumun

Bakan Müşaviri Dr. Mehmet Demir'in de ifade ettiği gibi; sağlık sisteminde yaşanan sorunları çözebilecek, “kapalı kilitlerinin açılmasına yardımcı olacak maymuncuk” performanstır. Gerekli olmasa da en çok ameliyat eden, hastaları gerekmesede bir neden icat edip hastaneye yatırıp ve sonrasında hızla çıkaran ve/veya poliklinikte hastaya en hızla bakıp poliklinik sayısında tavan yapan “ticarethane” ve bu ticarethanede, ticarethanenin kurallarına en uygun çalışan “bezirgân” başarılıdır, verimlidir.

gelir ve gider oranı ve daha önemlisi klinik göstergeler olarak ifade edilen sezaryen oranı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı ile ilgili yoktur.

İddia 3: “Performans” sistemi bir maymuncuktur.

Yanıt 3: Evet gerçekten bu iddia doğrudur. Çünkü Bakan Müşaviri Sayın Dr. Mehmet Demir'in de ifade ettiği gibi; sağlık sisteminde yaşanan sorunları çözebilecek, “kapalı kilitlerinin açılmasına yardımcı olacak maymuncuk” performanstır (7). Bu bağlamda Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı eşliğinde uygulamaya konulan “performans” ödeme sistemiyle, aslında hizmet başı ödeme yapıldığı unutulmamalıdır. Çünkü “performans” sisteminin -yazının giriş bölümünde de anlatıldığı gibi- ana çerçevesi maliyettir ve bu maliyet ekseninde hastaya sunulan her hizmet için ödeme yapılmaktadır. Öte yandan “performans” ödeme sisteminde maaşın yedi katına kadar ek ödemeye ulaşılabilmesine izin verilmesi, Türkiye'deki ödeme sisteminin kendine özgü bir hale getirmiştir. Maaşa göre aşırı yüksek olarak belirlenen bu tavan sınırı, Türkiye'deki ödeme modelini “maaş + hizmet başı ödeme modeli” olmaktan çıkarmış ve modeli, maaşın ih-



Latin Amerika deneyimi; sistemsizliğin, kaotik, elitist, yozlaşmış, irrasyonel ve kontrolsüz bir yapının sağlığa hâkim olduğuna ve olmayan hastalar, yanlış teşhisler, aynı yatış için kesilen mükerrer hesaplar, yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi sahtekârlık biçimlerinin yaşandığına işaret etmektedir.

mal edildiği, "performans" sistemi adı altında hizmet başı ödemenin zihinlerde tümüyle ya da ağırlıkla ön plana çekildiği bir çıktıya dönüştürmüştür. Bu "dönüşüm", mesleki değerlerde etik aşınmaya neden olan ilk adımdır. Çünkü hekimler maaşlarının yedi katına kadar ücrete sahip olabilecekleri bir yolu imge ve zihinlerinde keşfetmişlerdir: Hastaya sunulan hizmetin içeriğini, sayısını, önceliğini değiştirecek alacağı ek ödemeyi maksimize etmek! Bu noktadan sonra artık hekim kendi kârını maksimize etmeye çalışan bir girişimcidir, tüccardır. Elbette hekimin girişimci ve tüccar olarak kabuk değiştirdiği bir "sağlık" ortamında; hasta ve sağlık kurumu da benzer bir metamorfoz yaşayarak "müşteri" ve "ticarethane"ye dönüşecektir. Hiç kuşku yok ki bu anlamıyla "performans" ödeme sistemi "maymuncuk"tur. Çünkü "performans" maymuncuğu, ticaret için, kâr ve para kazanmak için sağlık hizmetinin sunulduğu bir dünyanın kapılarını açmaktadır.

Öte yandan çok açıktır ki siyasi iktidar temsilcileri -hem de en üst düzeyde-"kapı"ların açılması için "performans" maymuncuğunu kullanmak yönünde olağanüstü çaba sarf etmişlerdir. Örneğin 2004 yılında Türk Oftalmoloji Derneği tarafından düzenlenen 24. Ulusal Oftalmoloji Kursunun açılış törenine katılan Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın, hekimlerin yaptıkları işe göre puan toplamalarını öngören yeni Döner Sermaye Yönergesi olarak ifade edilen "performans" sistemi hakkında bilgi vermesinin altı çizilmelidir. Sayın Akdağ, söz konusu toplantıda yaptığı bilgilendirmede "Yeni sistemimizi göre hastalar doktorlarını kendileri

seçecek. Hekimler de kendilerini seçecek olan hasta sayısı kadar puan toplayacaklar. Ay sonunda da hastanenin döner sermaye hesabından puanı oranında prim alacaklar." diyerek, hekimlerin döner sermaye primleriyle maaşlarının 3-4 katına kadar gelir elde edebileceklerini ifade etmiştir (8). Aynı konuşmada Sayın Akdağ, hekim maaşlarının düşük olduğunun herkes tarafından kabul edildiğinin altını çizmekte ancak mevcut şartlarla bir anda büyük çaplı iyileştirmeler yapmanın da mümkün olmadığını da belirterek sözlerini "Döner sermaye sistemiyle hekimlerimizi herhangi bir sermaye koymadan riske girmeden hastanelerimize adeta kâr ortağı haline getirdik." diyerek bağlamaktadır (8).

İddia 4: "Performans" sistemi verimlidir.

Yanıt 4: Bu iddia kanaatimizce hem doğru hem yanlıştır. Çünkü burada önemli olan "verimlilik" kavramından ne anlaşıldığıdır. Eğer "verimlilik"ten anlaşılan sağlık hizmet alanında uygulamaya konulan "performans" sisteminin sağlık hizmet sistemini ve toplum sağlığını iyileştirmesi ise bu sistemin verimli olmadığı açıktır.

Ancak başka bir açıdan bakıldığında "performans" sisteminin verimli olduğu görülmektedir. Çünkü gerçekten de 2001-2006 yılları arasındaki dönemde hastaneleri kendi aralarında verimlilik kıyaslamasına tabi tutsak; "performans" sisteminin uygulandığı Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, özel hastaneler de dahil olmak üzere diğer tüm hastanelerden daha "verimli" olduğu görülebilir (9). Elbette bu "verimlilik" durumu, genel olarak çıktıların girdilere oranıyla hesaplandığı bir verimliliktir. Çünkü bu bakış açısında çıktılar poliklinik sayısı, taburcu olan hasta sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, yatak işgal oranı, ortalama kalış günü, yatak devir hızı ve yatan hasta oranı olarak alınmıştır (9). Öte yandan hastaneleri kendi aralarında karşılaştıran girdi olarak kullanılan veriler ise fiili yatak sayısı, uzman doktor sayısı ve pratisyen doktor sayısıdır (9). "Doğal"dır ki; bu bakış açısı, ameliyat olan, hastaneye yatan ya da poliklinikte muayene edilen hastalara; doğru, zamanında ve yeterli bir oranda sağlık hizmeti sunulup sunulmadığı ile ilgilenmemektedir. Çünkü "performans" sisteminin bu hedeflerle bir ilgisi yoktur. "Performans" maymuncuğunun temel görevi, daha fazla para kazanabilmek için sağlık hizmet alanında girdilere kıyasla çıktıları maksimize etmektir. Bu bakış açısıyla en az sayıda hasta yatağı ve hekim sayısıysa, gerekli olmasa da en çok ameliyat eden, hastaları gerekmesine de bir neden icat edip

hastaneye yatırıp ve sonrasında hızla çıkaran ve/veya poliklinikte hastaya en hızla bakıp poliklinik sayısında tavan yapan "ticarethane" ve bu ticarethanede, ticarethanenin kurallarına en uygun çalışan "bezirgân" başarılıdır, verimlidir.

İddia 5: "Performans" sistemi sağlık çalışanlarının tümünü ödüllendirmektedir.

Yanıt 5: Hayır kanaatimizce bu iddia doğru değildir. Çünkü her ne kadar sağlık; hekimi, hemşiresi, sağlık personeli, idari personeliyle bir bütünsel de, "performans" sistemi ağırlıkla uzman hekimi ödüllendirmektedir. Bu çerçevede ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan uzman hekimler ortalama 4 bin 166 TL ek ödeme alırken, aynı kurumda çalışan pratisyen hekimler ortalama bin 830, sağlık hizmetler sınıfı çalışanları 584, genel idare çalışanları 399, yardımcı hizmetler çalışanları ise ortalama 326 TL ek ödeme almışlardır (10). Hiç kuşku yoktur ki ödemeler arasında yaşanan bu uçurumun en önemli sonucu hekimler arasında hiyerarşinin performatiflaşmasıdır. Gerçekten de "performans" sistemi başhekim ve uzman hekimi, pratisyen hekimden çok daha değerli görmekte ve bu nedenle de başhekim ve uzman hekimlere maaşlarının yaklaşık dört katını ek ödeme olarak kazanabilme imkânını yaratmaktadır. Öte yandan bu ödeme sistemi, ikinci basamakta çalışan bir pratisyen hekimi "verimli" görmemektedir. Çünkü "performans" ödeme sisteminin teşvik edip hırslandırmayı amaçladığı hekimlik, ikinci basamakta hastanın tedavi kararını (ve bu yolla hastanenin girdisini / kazancını) primer olarak etkileyebilme potansiyeline sahip olan uzman hekimliktir. Çok açık ki sistemin; hekimler, uzmanlık alanları ve hekimlerle diğer sağlık çalışanları arasında yarattığı bu çok büyük farklılık, "performans" sisteminin amacının sunulan hizmetin niteliği ile ilişkili olmadığına işaret etmektedir. Hele bu durum hekim dışı sağlık çalışanları açısından çok daha çarpıcıdır. Tercih edilen bu politikanın somut yansımaları ise Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı saha araştırmasında dahi "performans" sisteminin sağlık çalışanları arasındaki ilişkiye olumlu katkı sunduğuna inanan çalışan oranının sadece %15'te kalmış olmasıdır (1).

İddia 6: "Performans" sisteminden hastalar mutludur.

Yanıt 6: Evet kanaatimizce bu iddia doğrudur. Çünkü sağlığa erişimde sorunlar yaşayan ya da muayene etmeden reçete yazılıp ilaçlar önerilen hastalar için, "performans" puanı hatırına bile olsa kendileriyle ilgilenilmesi, bolca tetkik ve/veya ameliyat edilmesi onları çok mutlu ve memnun etti. Ama mutlu ve memnun olan hiçbir hasta aslında



o reçetede yazılan ilaçların, hastaneye yatırmanın ya da ameliyatın gerekli olup olmadığını sorgula(ya)madı. Elbette sağlık hizmet alanı gibi hastanın oldukça sınırlı bilgiye sahip olduğu bir alanda bu sorgulamayı yapamaması yaşananların doğru olduğu anlamına gelmedi.

İddia 7: "Performans" sistemi gereksiz tetkik/tedavi ve/veya ameliyata neden olmamaktadır.

Yanıt 7: Gazetelerde büyük boy "Sezaryen Yapma Puan Kazan" ilanlarının yapıldığı bir "sağlık" ortamında bu iddianın ne kadar gerçek dışı bir iddia olduğu açıktır.

Öte yandan veriler "performans" ödemesinin yürürlüğe girdiği 2004 yılında bir önceki yıla kıyasla, devlet hastanelerinde hasta başvuru oranlarında artışın yaşandığına işaret etmektedir. Ancak veriler 2004 yılında devlet hastanelerinde gözlenen bu artışa benzer bir oranda artışın diğer hastanelerde yaşanmadığına işaret etmektedir (11). Öte yandan Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde poliklinik sayılarında ve ameliyat sayılarında 2002 yılında %2 ve %10, 2003 yılında %3 ve %16 yıllık artış yaşanırken 2004 yılında aynı hastanelerde bu artış oranlarının %31 ve %38 olması dikkat çekicidir

(12). Ayrıca Türk Cerrahi Derneği'nin de gösterdiği gibi "performans" sistemi cerrahi alanda tedavi endikasyonlarında genişlemeye, işlem sayısında artışa, sağlık ekibinin içinde yer almasına rağmen performansla ücretlendirilmeyen sağlık çalışanlarının varlığı nedeniyle çalışma barışının bozulmasına, etik kuralları zorlayan uygulamalarda artışa, ameliyat tercihlerinde hastanın ihtiyaç ve cerrahın deneyimi yerine ilgili performans puanının öne çıkmasına, eğitim kadrosunun eğitim faaliyetleri yerine sağlık hizmeti faaliyetlerine yönelmesine ve eğitim etkinliklerinin "kâğıt üstünde" yapılmış gibi gösterilmesine yol açmıştır (13). Öte yandan göğüs hastalıkları uzmanlarının derneği olan Türk Toraks Derneği'nin 2011 yılında gerçekleşen kongresinde sunulan veriler de hekimlik mesleğinde yaşanan "dönüşüm"ün sadece cerrahi alanla sınırlı kalmadığına işaret etmektedir (Tablo).

Son olarak "performans" sistemi öncesinde hastalara açılan damar yolu sayısı hasta başına 0.1'den "performans" sistemi sonrası 2.1'e; enjeksiyon sayısı hasta başına 9.9'dan 13.6'ya; tanısall tetkik sayısı aynı hastalık için hasta başına 18.6'dan 28.2'ye ve ameliyatlarda kan kullanımı aynı hastalık için %6'dan %76'ya yükselmiş olması (15) söz konu-

Tablo: Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde sürdürülen göğüs hastalıkları hizmetleri (14)			
Parametre	2005	2010	%
Toplam hekim sayısı	349	392	+12
Poliklinik sayısı	485 bin 811	741 bin 717	+53
Hasta yatak sayısı	2 bin 319	Bin 717	-26
Yatan hasta sayısı	36 bin 554	58 bin 574	+60
Transtorasik Biyopsi/Aspirasyon sayısı	3 bin 493	5 bin 972	+71
Plevra biyopsi sayısı	Bin 251	3 bin 248	+160
Solumun fonksiyon test sayısı	107 bin 078	291 bin 910	+173
Bronkoskopi sayısı	6 bin 903	24 bin 439	+254
Akademik yayın sayısı	214	119	-44

“Performans” sistemi, çalışma barışını ortadan kaldırmış; adalet, dayanışma, paylaşım ve işbirliği kavramlarını yok etmiş hastalara gereksiz yere sağlık hizmeti sunumuna, etik dışı hekimlik uygulamalarına ve hırs, rekabet ve stres gibi kapitalist değerlerin hekimlik mesleğinin özüne dahil olmasına yol açmıştır.

su iddianın geçersizliği konusunda fazlasıyla kanıt sunmaktadır.

İddia 8: “Performans” sisteminde ifade edilen sorunlar Türkiye’de yaşanan münferit sorunlardır. Bu münferit sorunlar nedeniyle “performans” sisteminin tamamına haksızlık etmek gereklidir.

Yanıt 8: Kanaatimizce bu iddia gerçeklerin saklanamayacak ölçüde deşifre edildiği bir ortamda “performans” sistemini kurtarma telaşıyla üretilmiştir. Çünkü yaşanan bu gelişmeler bilinmeyen ya da Türkiye’ye özgü sürpriz sonuçlar değildir. Aksine bu sistemin iki temel sorunla malul olduğu herkes tarafından bilinmektedir. Bu sorunlardan ilki “girdi ikamesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım hekimlerin, maaşlı veya kişi başı ödemeyle ücretlendirmekteyse, özellikle hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık hizmeti sunucularını ihtiyaç olduğu halde görevlendirmemesidir. Türkiye’ye birinci basamak modeli olan yerleştirilmeye çalışılan aile hekimliği sisteminde, ekonomik kayba uğramamak için aile hekiminin, yoğun işyüküne rağmen, gereken sayıda “aile sağlığı elemanı”nı, kendisinin ücret ödemesi nedeniyle istihdam etmemesi ve bir tane “aile sağlığı elemanı” ile işlerini yürütmeye çalışması bu soruna çarpıcı bir örnektir.

Ancak hizmet başı ödeme modelinin tek sorunu “girdi ikamesi” değildir. Model “ücret sahtekârlığı” olarak tanımlanan başka bir sorunu da yapısında barındırmaktadır. “Ücret sahtekârlığı” tanımı, gelirin maksimize edilmesi için ücret modelinin “avantajları”nın hekimin kendi çıkarları için kullanması olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan bu çıkar eksenli yaklaşım Türkiye’ye has bir uygulama değildir. Literatürde özellikle vajinal/se-

zaryen doğumlarla “ücret sahtekârlığı”nın yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (16). Literatür verileri, hekimin hizmet başına ücret alması halinde, bu arzın (hekim) talep yaratmaya neden olduğu (supplier induced demand) ve bu nedenle hastalara gereksiz ve yüksek maliyetli tedavilerin uygulandığına işaret etmektedir (17). Öte yandan Türkiye’de yapılan bir araştırmada da geri ödeme sistemiyle, hekimin hastasından talep ettiği görün-tüleme tetkikleri arasında yakın bir ilişkinin var olduğu gösterilmiştir (18).

İddia 9: “Performans” sistemi Türkiye’ye özgü bir sistemdir ve dünyadaki diğer ödeme modelleriyle karıştırılmamalı ve kıyaslanmamalıdır.

Yanıt 9: Gerçekten de bu iddia bir açıdan doğrudur. Çünkü dünyada çok yaygın olmasa da sağlık alanında uygulanan performans sistemiyle, Türkiye’de uygulanan “performans” sistemi arasında, kelimenin yazılışının aynı olması dışında hiçbir ortak yön yoktur. Dünyada sağlıkta performans ödeme sistemi denildiği zaman kastedilen; sağlık hizmet alanında belirlenen gerçek sağlık ölçütlerine -örneğin astım hastaları için sigara içim durumu, inhaler teknik, kişisel yönetim planı, peak flow akım hızı, peak flow için alarm konsültasyonu, PEF<%60 olunca oral kortikosteroid kullanımı, günlük hasta kaydı, egzersiz öncesi kısa etkili bronkodilatör kullanımı önerisi gibi (19)- ulaşan hekimlere kazandıkları ücretinin küçük bir oranında (%25 civarı) ek ödeme yapılmasıdır. Elbette bu tür performans sisteminin yatak doluluk oranını ya da ameliyat sayısını gözeten ve maaşın yedi katına kadar ek ödeme tanımlayan Türkiye’deki “performans” sistemi ile ilişkisi yoktur. Bu bağlamda dünyada Türkiye dışında başka hiçbir ülkenin, ödeme/ücretlendirme sistemi konusunda bu düzeyde ticari davrandığı ve sağlık hizmet alanını bu düzeyde ticarete/kâra açtığı başka bir ülke yoktur. Bu nedenle bu yazı, nitel ve gerçek sağlık ölçütleri ışığında hekim ücretlerine %25 gibi nispi bir katkının yapıldığı ödeme sistemi olan performans sistemini tartışma gündemine almamıştır. Ancak bu yazı çerçevesinde ifade etmek gerekir ki; dünyada uygulandığı haliyle olsa dahi, iddiaların aksine maliyet-etkin olmayan performans sistemi (20), sağlık hizmet alanında beklenen sonuçları sağlayamamakta ve hatta kimi yerlerde hastaların sistem dışı kalmasına yol açabilmektedir (19-24).

İddia 10: Tüm dünyada olduğu gibi Dünya Bankası “önerileri” ve finansman desteğiyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda amaç -aynı programların uygulamaya konulduğu diğer ülkelerde olduğu gibi- toplum sağlığını iyileştirmektir.

Yanıt 10: Çok açıktır ki, gerek ulusal ge-

rekse uluslararası pek çok belge ve bilgi, hekimlerin, sunulan hizmetlerin miktarını artırarak ve değişiklikler yaparak, düşen ücretlerin etkisini azaltacak kapasiteleri bulunduğuna işaret etmektedir. Bu çerçevede Latin Amerika deneyimi; sağlık alanında neo-liberal uygulamaların hayata geçirildiği yerlerde harcamaların bir biçimde devlete karşılatırıldığına, daha-sı systemsizliğin, kaotik, elitist, yozlaşmış, irrasyonel ve kontrolsüz bir yapının sağlığa hâkim olduğuna ve olmayan hastalar, yanlış teşhisler, aynı yatış için kesilen mükerrer hesaplar, yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi sahtekârlık biçimlerinin sağlık hizmet alanında yaşandığına işaret etmektedir (25). Bununla birlikte neo-liberal sağlık uygulamalarının akademik hayata da uygulanması halinde; bugünlerde Türkiye’de yaşandığı gibi eğitim ve araştırma birimlerinde de hasta sirkülasyonun hızlandığı, finansal baskılar nedeniyle öğretim üyelerinin sağlık hizmetine yöneldiği, eğitime ayrılan zamanın azaldığı, öğretim üyelerinin araştırma yapmak için ticari şirketlere geçtiği ve araştırma merkezlerine ticari şirketlerin kadrolu araştırmacılarının yerleştiği bilinmektedir (26). Son olarak sağlık hizmet alanında piyasanın özlenen adaleti sağlayamadığı ve daha önemlisi neo-liberal politikanın sağlık hizmetini metalaştırdığı, yaşamı tıplaştırdığı ve çok daha kötü bir etki olarak sağlık profesyonellerinde transformasyona neden olarak (27), sağlık çalışanlarını, “müşteri”lerinden para kazanmaya çalışan “tüccar”lara dönüştürdüğü ifade edilmektedir.

Türkiye ölçeğinde değerlendirildiğinde, neo-liberal politikanın bir gereği olarak uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bunun bir parçası olan “performans” sistemi, nitelsiz sağlık hizmeti sunumuna neden olmuş; çalışma barışını ortadan kaldırmış; adalet, dayanışma, paylaşım ve işbirliği kavramlarını yok etmiş ve bireysel çalışmanın yarattığı ortam nedeniyle çalışanlar arasında örgütlenme isteğini azaltmıştır (28). Öte yandan “performans” sistemi anılan bu etkilerinden çok daha kötü olarak, sağlık hizmet alanında hastalara gereksiz yere sağlık hizmeti sunumuna, etik dışı hekimlik uygulamalarına ve hırs, rekabet ve stres gibi kapitalist değerlerin hekimlik mesleğinin özüne dahil olması-na yol açmıştır (28). Açık sözlülükle ifade etmek gerekir ki; “performans” ödeme sistemi başta olmak üzere neo-liberal politikaların etkisiyle, bugün itibarıyla hekimlik mesleğinin değerlerinde tarihi bir “dönüşüm” yaşanmaktadır. Binlerce yılda süzülerek şekillenen meslek değerleri “önce zarar vermeme” ve “yararlı olma” ilkesinden, “önce para kazan” düsturuna doğru bir başkalaşım geçirmektedir. Kanaatimizce bu başkalaşıma isyan etmek, hekimlik mesleğinin varo-

luşsal nedeni ve dahası hekimlerin omuzlarına yüklenen tarihsel görevidir.

Kaynaklar

1) T. C. Sağlık Bakanlığı, Akdağ R & Mollahaliloğlu S & Kosdak M & Taşkaya S (2010). Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010.

2) T. C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara.

3) Türkiye Bülteni. (2004). Ümraniye’ye 250 Yataklı Hastane. <http://www.turkiyebulteni.net/11/30.htm> (Erişim tarihi: 27 Haziran 2008)

4) Türkiye Bülteni. (2003). Recep Akdağ’la Sağlıkta Dönüşüm Söyleşisi. <http://www.turkiyebulteni.net/05/22.htm> (Erişim tarihi: 26 Haziran 2008)

5) T. C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları. <http://www.performans.saglik.gov.tr/> (Erişim tarihi: 16 Şubat 2011)

6) OECD & WB. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/OECD_Kitap.pdf (Erişim tarihi: 16 Şubat 2011)

7) Demir M. (2008). Performans ve Hasta Güvenliği ilişkisi. T. C. Sağlık Bakanlığı, Performans Toplantıları–2, Ankara, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/perf_top_2.pdf (Erişim tarihi: 22 Şubat 2011)

8) Recep Akdağ. (2004). Doktorları Kar Ortağı Yaptık. <http://www.medimagazin.com/medimagazin/tr-doktorlari-kr-ortagi-yaptik-676-174-654.html> (Erişim tarihi: 22 Şubat 2011)

9) Sezen B, Gök ŞM. (2009). Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin Türkiye’deki Hastane Verimliliklerine Etkisi. T. C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19–21 Mart 2009, Cilt 3: 303–314. <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/cilt3.pdf> (Erişim tarihi: 15 Mayıs 2011)

10) T. C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Sağlıkta Performansın Panoraması 2007. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/panorama_son.swf (Erişim tarihi: 22 Şubat 2011)

11) T. C. Sağlık Bakanlığı. (2006). Sağlıkta Performans Yönetimi, Ankara.

12) Balcı A & Kınımaz H. Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı’nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/sbpdeos.pdf (Erişim tarihi: 22 Şubat 2011)

13) Türk Cerrahi Derneği, Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı, 2010. <http://www.turkcer>.

org.tr/files/file/yayinlar/performans_calistay_web.pdf (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2011)

14) Altın S. (2011). Göğüs Hastalıkları Eğitim Kurumlarımızda Son 5 Yılda Neler Değişti?, Türk Tok-raks Derneği 14. Yıllık Kongresi, 13-17 Nisan 2011, Antalya.

15) Tengilimoğlu A, Pay U, Kısa A. (2008). The Inefficiency of Performance Based Physician Payment Scheme in Turkey. Proceedings of the Fifty International Conference on Health Care Systems, 2008.

16) Keeler EB, Brodie M. (1993). Economic Incentives in the Choice Between Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Milbank Q*, 71 (3): 365–404.

17) Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. (1982). Professional Uncertainty and the Problem of Spplier-induced Demand. *Soc Sci Med*, 16 (7): 811–824.

18) İnandı T, Ozer C, Balci A, Karazincir S (2008). Effects of a Fixed-Payment Method on Demand for Imaging Tests in A University Hospital. *J Public Health (Oxf)*, 30 (3): 322-326.

19) Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. (2009). Effects of Pay For Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med*, 361 (4): 368–378.

20) Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. (2006). Does Pay-For-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med*, 145 (4): 265–272.

21) Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. (2006). Pay-For-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *N Engl J Med*, 355 (4): 375–384.

22) Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED. (2007). Pay For Performance, Quality of Care, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction. *JAMA*, 297 (21): 2373–2380.

23) Pearson SD, Schneider EC, Kleinman KP, Coltin KL, Singer JA. (2008). The Impact of Pay-For-Performance on Health Care Quality in Massachusetts, 2001–2003. *Health Aff (Millwood)*, 27 (4): 1167–1176.

24) Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, Soumerai SB. (2011). Effect of Pay For Performance on the Management and Outcomes of Hypertension in the United Kingdom: Interrupted Time Series Study. *BMJ*, 342: d108. doi: 10.1136/bmj.d108.

25) Homedes N, Ugalde A. (2005). Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America. *Health Policy*, 71 (1): 83–96.

26) Lancet. (2000). A Case of Market Failure. *Lancet*, 355 (9216): 1657.

Bugün hekimlik mesleğinin değerlerinde tarihi bir “dönüşüm” yaşanmaktadır. Binlerce yılda süzülerek şekillenen meslek değerleri “önce zarar vermeme” ve “yararlı olma” ilkesinden, “önce para kazan” düsturuna doğru bir başkalaşım geçirmektedir. Kanaatimizce bu başkalaşıma isyan etmek, hekimlik mesleğinin varoluşsal nedeni ve dahası hekimlerin omuzlarına yüklenen tarihsel görevidir.

27) Budetti PP (2008). Market Justice and US Health Care. *JAMA*, 299 (1): 92–94.

28) TTB Etik Kurulu. (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliode-me.pdf> (Erişim tarihi: 23 Şubat 2011)

Performansın suçu ne?

Dr. Mehmet Demir



1966 yılında Eskişehir’de doğdu. Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi’ni bitirdi. Bir süre pratisyen hekim olarak çalıştı. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Mediko-sosyal merkezinin kuruluşunda yer alarak sorumlu tabipliğini yaptı. Daha sonra çeşitli tarihlerde il sağlık müdür yardımcılığı, hastane başhekimliği ve Sağlık Bakanlığında genel müdür ve bakan danışmanlığı görevlerinde bulundu. Kütahya Tabip Odası’nda yöneticilik yaptı. Özel sağlık merkezi kuruluşunda ve yönetiminde çeşitli görevlerde bulundu. Demir, hastane ve performans yönetimi, ödeme sistemleri, kalite geliştirme, hasta güvenliği ve Genel Sağlık Sigortası konularında çalışmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın yürütülmesinde aktif olarak görev almış olan Demir’in kitap ve çok sayıda yayımlanmış makalesi mevcuttur. Demir, evli ve bir çocuk babasıdır.

Ne olduysa “performans” üniversite hastanelerine dokunması ile oldu. Muayenehaneciliğin topyekûn kaldırılması için ortaya konulan kararlı iradeye ve tam günün omurgasını oluşturan performans sistemine karşın bir yıldır yargısız infaz süreci başlamış oldu. Bakanlığın neredeyse her yeni iradaatının yasal dayanaklarını mahkemelere taşıyan Türk Tabipleri Birliği’nin, 8 yıldır performans mevzuatını bir kere olsun idari yargıya götürmemesi bir unutkanlıktan olmasa gerek. Üniversite hastanelerinin ek ödeme yönetmeliğine

yönelik gecikmeden TTB tarafından dava açılması ise manidar görünüyör. Performans sisteminin devlet hastaneleri için uygun bir model olmasına karşılık üniversite hastaneleri için uygun olmadığı şeklindeki söylem ise çok da inandırıcı görünmüyör. Önceki ay Hürriyet Gazetesinde birinci sayfada yedi sütuna manşet yapılan “Apandisit performansı” başlığı, hocaların performans sisteminin den pek de haz etmediklerinin nişanesi gibi. Bu zamana kadar performans sisteminin yerine geçecek akla ve gerçeklere uygun bir model önerilemediği gibi itiraz edilen hususlara yönelik bir kanıt ta getirilemedi. Daha çok pankart ve man-

şetlerdeki popülist sözlerle sisteme yönelik itirazlar dile getirilmekte. Kulaktan kulağa nakledilen performans sistemi ile ilgili bazı uygulamalar bilimsel veriymiş gibi servis edilmekte ve sistemi eleştirmeye yönelik kullanılmakta. Deniliyor ki, "Performansa göre ödeme sistemi; Etik değil! Akılcı değil! Adil değil! Yararlı değil! Üstelik dünyada yaygın bir uygulamaya da değil!" Biz de diyoruz ki "Performansa göre ödeme sistemi etik, adil, akılcı ve çok da yararlı bir sistem" Ne kadar bilimsel değil mi? Sağlık sistemindeki gelişmeleri bir bütün olarak değerlendiremeyen hastalara sırtını dönmeyen, talep edilen sağlık hizmetini geciktirme-



Performans sisteminin bazı kişilerde alerji yapmasının bir nedeni de, sistemin doktor hasta arasındaki para diyalogunu sonlandırarak hekim-hasta ilişkisini normalleştirmesidir. “Kediye ciğer emanet etme” misali “performans sisteminden memnunuz” türünden sorunları içeren stratejik anketler referans gösterilerek sistemin kaldırılması talep edilebiliyor.

den sunan ve bunun karşılığını da performans ücreti olarak alan meslektaşlarını "çılgin doktorlar" olarak tanımlayan ve eleştirenler de bulunmaktadır. Nereden çıktı bu performans! Eski tas eski hamam daha güzeldi. Eskiden "10 X 100" idi, performanstan sonra "100 x 10" oldu. Ne demek istediğini hepimiz gayet iyi anlıyoruz, değil mi?

Performans sisteminin bazı kişilerde alerji yapmasının bir nedeni de, sistemin doktor hasta arasındaki para diyalogunu sonlandırarak hekim-hasta ilişkisini normalleştirmesidir. Bugün sağlık sistemimizde hasta ile doktor arasındaki külfet-nimet ilişkisi maas ve performans ücreti ile dolaylı yoldan sağlanmakta ve hasta bu ilişkinin dışında tutulmakta. Ama kimileri için bu durum memnuniyetsizlikte karşlanmakta. “Kediye ciğer emanet etme” misali “performans sisteminden memnun musunuz” türünden soruların içeren stratejik anketler referans gösterilerek sistemin kaldırılması talep edilebiliyor. Çıkar ilişkisinin bire bir olduğu ve kişinin cevabına göre kendine yönelik fayda sağlayabileceği sonuçların çıktığı anketler ne derece objektif? En güzel anket ve cevap, kişilerin getirilen yeniliklere karşı aldığı pozisyon ile verilmiyor mu? Performans sistemi ile ilgili en objektif anket ve yanıt, 2003 yılında % 11 olan sadece kamuda çalışma oranının, Tam Gün Kanunu öncesi % 94’e çıkması değil midir? Elle tutulur gözle görülür gerçek bir kanıt. Neden meslektaşlarımız stratejik sorulara karşılık stratejik cevaplar veridilerse vicdanları zorlanıyor?

Performans sistemi iyi bir ücret sistemidir. Bir tercih. Siyasi ve etik bir tercih. Amaçlara yönelik tercih edilmiş bir araç. Dinamik, ihtiyaçlara göre geliştirilerek değiştirilen bir araç. Mükemmel değil tabii ki. Bu dünyada mükemmel ne var ki. Daha iyisi getirilinceye kadar doğru bir tercih. Gerçekçi. Boş ve kuru siyaset vaatleri gibi dışı hoş, içi boş değil. İçi dolu dolu, dışı biraz bazıları için can yakıcı. Ama gerçek. Sonuç alıcı. Sistemin üniversite hastanelerinde uygulaması henüz çok yeni. Zamanla itiraz noktaları tek tek çözülecektir. Keşke dememek gerekiyor ama Tam Gün Kanunun çıktığı geçen yıldan bu zamana kadar birkaç üniversite hastanesinde pilot uygulama ve sistemin kalibrasyonu yapılabilmiş olsun. Sekiz yıllık Bakanlık uygulamasının sonuçları ve sistemin kurgusu ileride yönelik önemli fikirler verebilir.

**Sağlık Bakanlığı performans sistemi-
nin çerçevesi**

- Sağlık Bakanlığı'na sekiz yıldır uygulanan performans dayalı ek ödeme sistemini, (PDEÖS) kamu hastanelerinde önceki yıllara göre kıyaslanmayacak oranda artan hasta talebinin sağlık çalışanları tarafından karşılanmasını teşvik etmek üzere geliştirdiği bir araç olarak değerlendirebiliriz. Bu husus sitemin odağı olarak görülse de, bugün ortaya çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde sağlık sistemindeki birçok gelişme ile ilgili unsurları da içermektedir.
- PDEÖS, hizmetin niceliği yanında 2005 yılından itibaren kurumsal performans uygulaması ile hizmetin nitelikli olmasını da teşvik eder. Kurumsal performans katsayısı (hizmet kalite standardı, hasta memnuniyeti, verimlilik) artar ise o hastanede çalışan herkesin performans ücreti de artar.
- Üniversite hastanelerine benzer bir yapısı olan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinin PDEÖS'sinde hizmetin niceliği ve niteliği yanında bilimsel çalışma ve asistan eğitimindeki başarılar da teşvik edilir.
- PDEÖS yöneticiler için ayrı teşvikleri içerir. Yöneticiler hastanenin verimli ve etkin bir şekilde yönetilmesi konusundaki kriterlerle değerlendirilirler.
- PDEÖS'nin uygulanış şekli ve hekimlere yönelik teşvik miktarı hekimlerin ezici bir çoğunluğu tarafından yeterli bulunmuştur. Kanıtı ise sistemin başında sadece kamu hastanelerinde çalışan hekim oranı yüzde 11 iken, bu oran "Tam Gün" öncesi yüzde 94'e çıkmıştır.
- PDEÖS dinamik bir modeldir. Sağlık sistemindeki gelişmelere göre yeni teşviklerini geliştirir. (Örneğin; ülkemizin sigara kullanımı ile mücadelede eden sağlık personeline ilave teşvik verilmeye başlanmıştır.)
- PDEÖS oto kontrol mekanizmalarını

İçerilmektedir. Döner sermaye komisyonu, inceleme heyeti, il ve çapraz değerlendircileri, Bakanlık değerlendircileri bulunmaktadır.

- PDEÖS Türkiye'nin geliştirdiği bir modeldir. Özellikle sağlık personelinin verimliliğini artıran bir model olarak OECD tarafından diğer ülkelere önerilmektedir.
- PDEÖS'nin, az sayıda gelişmiş ülkede deneysel olarak veya program bazında kullanılan "sonuca dayalı ödeme sistemi"ne yönelik geliştirilmesi için araştırma ve geliştirme çalışmaları başlatılmıştır.

Henüz birkaç ay olmasına rağmen üniversite hastanelerinde de sistemin olumlu yansımalarının verileri ortaya çıkmaya başladı. Bir üniversite hastanemizin yöneticisinin ifadeleri durumu yeterince açık bir şekilde ifade etmektedir. Başghekim hocamız diyor ki; *"Tam Gün Kanunu sadece bir ekonomik paylaşım paketi olmayıp kalite ve verimliliği artırmak için kullanılabileceğini düşünüyor ve uyguluyoruz. Bu uygulama sonrası;*

1. Öğretim üyelerinin geliri arttı
 2. Hastanemizin cirosu arttı
 3. Hastanemizden gideri azaldı.
 4. Ameliyat sayısı, poliklinik ve yatan hasta sayımız arttı.
 5. Gereksiz istenen test sayımız azaldı
 6. Yatak doluluk oranımız arttı.
 7. Çalışan memnuniyeti ve kurumsal aidiyet duygusu arttı
 8. Hizmet kalitesi düşmedi.
- Özet olarak Tam Gün Kanunu iyi uygulandığı takdirde üniversitemiz için tarihi bir fırsata dönüşebileceğini düşünüyoruz”

Bundan sonra ne olacak?

Performans sistemi zaten Tam Gün Kanunu ile önemli ölçüde değiştirildi. Toplam gelir içindeki sabit maaş oranı yükselerek performans ücretinin oranı düşürüldü. Toplam gelir içinde sabit maaşın oranı, tavan kazanç çerçevesinde değerlendirildiğinde % 19'dan % 26'ya çıkarken, 2010 yılının gerçekleşen ortalama ek ödeme rakamları çerçevesinde değerlendirildiğinde % 26'dan yüzde 37'ye çıkmıştır. Ortalama gelirin artık % 40'ı sabit gelirdir. Performans gelirlerinin bir kısmı emekliliğe yansıtılmaya başlanmıştır. Bu şekilde bir uzman hekimin sabit maaşı 3 bin TL'ye çıkarılmış oldu.

Muhtemelen sistem bundan sonraki sağlık stratejilerine göre geliştirilecektir. Özellikle özel sektörün varlığı ve dinamizmi, sistemin kamuda etkin bir şekilde uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Sistemin başarısının bundan sonraki anahtar performanstan taviz vermeden ortalama rakamların ve tavan oranın yükseltilmesinde gizlidir.

Performansa göre ödeme sistemleri ve zorlukları

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı da yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörüdür.

Sağlık çalışanlarına verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti verme sorumluluğunu aşlamak, ön şart olmakla birlikte bunun tek başına yeterli olmadığı tecrübelerle sabittir. Bu sorumluluğun devamını sağlayacak ve insanları sürekli bu sorumluluk alanına

itecek model arayışlarının, sağlık politikacılarının gündemini ne denli işgal ettiği bilinmektedir. Sağlık Bakanlığı son birkaç yılda sağlık sistemimizde hızlı değişikliklere imza atmıştır. 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. İlk dönemi oluşturan bu

Bu alanda düşünen, çalışan ve uygulamada rol alanların, mevcut birikimi göz ardı etmemeleri gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın, adım atmadan önce konuyu oldukça etraflı bir şekilde incelediğini, teorik alt yapısı üzerinde yayınlar yaptığını, uygulamada sahadan geri bildirim aldıkça sistemi revize ettiğini bilmem hatırlatmaya gerek var mı? Bu satırların yazarı, gerek Bakanlık kaynaklarında, gerek diğer yayınlarda bu modelin uygulanması esnasında elde edilecek kazanımlar kadar, zorluklar ve risklerine de dikkat çekmeye çalışmıştır.

rak ele alınmış olması kayde değer bir husustur (1-7).

Son günlerde üniversite hastanelerinde de benzer uygulamanın gündeme gelmiş olması, konuya tekrar odaklanmamıza vesile olmuştur. Artık olumlu ve olumsuz yönleriyle ülkenin önemli bir birikimi vardır. Bu alanda düşünen, çalışan ve uygulamada rol alanların, mevcut birikimi göz ardı etmemeleri gerekir. Sağlık Bakanlığı'nın, adım atmadan önce konuyu oldukça etraflı bir şekilde incelediğini, teorik alt yapısı üzerinde yayınlar yaptığını, uygulamada sahadan geri bildirim aldıkça sistemi revize ettiğini bilmem hatırlatmaya gerek var mı? Bu satırların yazarı, gerek Bakanlık kaynaklarında, gerek diğer yayınlarda bu modelin uygulanması esnasında elde edilecek kazanımlar kadar, zorluklar ve risklerine de dikkat çekmeye çalışmıştır (8, 9). Bu vesileyle, kendi yazılarımdan alıntılarla konuyu tekrar dikkatinize sunmak isterim. Bunun, yeni tasarılayıcı ve uygulayıcılarla sistemin idamesinde görev alanlara katkı sağlayacağını umuyorum.

Sağlıkta performans ölçümü

Hizmet sunan kişilerin veya organizasyonun bir bütün olarak daha iyisini yapması için bir sebep olmadıkça, beklenen ve ihtiyaca cevap verecek düzeyde gelişim 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 ve gelişime 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 ödemededen bahsedilince, ilk bakışta, hizmet veren sağlık kuruluşuna veya doktorlar başta olmak üzere sağlık personeline "üretkenlikleri" oranında ücret ödenmesi akla gelmektedir (10). 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 edilmesine neden olacaktır. Daha fazla hizmetin ödüllendirilmesi, doktorların ve hastanelerin gelir getirici hastaları kabul etme yönünde rekabete girmelerine yol açacaktır (11). Bu yüzden ekonomik öncelikli hasta profili oluşturmamak, sistemin öncelikleri arasında olmak zorundadır.

Azrın talebi karşılamaya yetmediği du-

rumlarda, 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. Sağlık hizmetlerinde doğrudan üretkenliğin yanında,

- İnsanın mutluluğunun sağlanması (hastaların memnuniyeti),
- Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi (sağlık çıktıları),
- Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (süreç ölçümü) ve
- Alt yapının ve girdilerin kalitesi (girdi analizi) gibi farklı performans ölçütleri tanımlanmaktadır (12). Bu performans ölçütlerinden hiç birinin mutlak doğru olduğuna dair kanıta dayalı bir veri yoktur. Genellikle bu ölçütlerin bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır. İster tek başına, isterse birçoğunu bir arada barındıran karmaşık bir yapı içinde olsun, hangi performans ölçüm yöntemini kullanırsak kullanalım, uygulama esnasında cevaplanması gereken birçok soru karşımıza çıkmaktadır.

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 ne-reye kadar genişletilebilir? Performans ölçümü rekabetçi ve 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.

1. Ampirik olan ölçütler ne derece güvenilirdir?

Farklı performans ölçütlerinin (çıktı, süreç, altyapı ve girdiler) hemen hepsinin güvenilirlik 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.





Sağlık bakımında istenmeyen yan etkilere yol açmayan hiç bir ödeme sistemi henüz geliştirilebilmiş değildir... Unutulmamalıdır ki, sağlık harcamalarındaki aşırı tasarruf, bizzat “sağlığın tasarrufuna” yol açarsa, ödenmesi zor olan ağır bedeller karşımıza çıkabilir.

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.

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 sayıda ki ödülü paylaşmak için yarışır 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 çitayı aşarsa, kazanılan pay o derece küçük olacaktır. Bu da artan performans oranında, performansın finansal dürtüsünün azalması anlamına gelir (12) Artan performansa rağmen hastanelerimize geri ödeme kuruluşlarınca ödenen paranın kısılması ve hatta ödenmemesi, bu tehlikeli sonucu doğurmaktadır.

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? İlk bakışta bu durum mümkün gibi görölse de, tüm toplumun sağlık hizmeti almasını hedefleyen hiçbir sağlık sistemi bunu göze alamayacaktır. Bunun için; 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. 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, gerçeği 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 yansır, 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 (13). 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 olaktan 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 hafifle-

teceği 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 yarı sağlanmayacaktır.

Sağlık harcamaları ile performans arasında tanımlanabilecek ilişkisinin birkaç alternatifidir (13). 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 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 performans artırma hedefi ön plandadır. Bu iki alternatif ilişkisi, 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 belirlenenenden 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 tercih edilen ya da edilenler, sistemin kaderi ile yakından ilgilidir. Unutulmamalıdır ki, sağlık harcamalarındaki aşırı tasarruf, bizzat “sağlığın tasarrufuna” yol açarsa, ödenmesi zor olan ağır bedeller karşımıza çıkabilir.

Kaynaklar

1) Ergin G. Çalışanların Ücretlendirilmesi: Sağlık Kurumlarında Çalışanların Ücret Sistemini Değerlendirmelerine İlişkin Bir Araştırma. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2009.

2) Şimşir İ. Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2009.

3) Gazi A. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara-2006.

4) Taşkaya S. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.

5) Görgün H. Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakale Yerelindeki Etkileri. Çanakale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Çanakale 2009.

6) Memiş G. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Niğde Devlet Hastanesinde Görevli Sağlık Personeli Üzerine Bir Araştırma, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Niğde, 2010.

7) Bostan S. Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi), Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İşletme Programı, Doktora Tezi, Trabzon 2009.

8) Aydın S, Demir M: Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2. Basım, 2007

9) Aydın S: Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Anlayışına Geçiş. In: Ateş H, Kınmaz H, Aydın S (editörler): Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi, s.252-77, Asil Yayınları, 2007

10) 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

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

12) Reinhardt UE: Paying the Providers of Health Care: Rewarding Superior Quality. International Symposium: Toward an Equitable, Efficient, and High Quality National Health Insurance, March 18-19, 2005. Taipei, Taiwan

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

Sağlıkta performans dayalı ek ödeme sisteminin SWOT (GZFT) analizi

Prof. Dr. Recep Öztürk



1962 yılında Rize İli, İkizdere İlçesi'nde doğdu. Tulumpınar Köyü Mehmet Akif İlkokulu, İkizdere Ortaokulu ve Rize Lisesi'ni bitirdikten sonra 1977 yılında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Mecburi hizmet için Van'da iki yıl görev yaptı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığını İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yaptı. Doçentlik unvanını 1994'te aldı; 2000 yılında profesörlüğe atandı. Halen aynı fakültede Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği'nde çalışmaktadır. Öncelikli uğraş alanları; hastane enfeksiyonları, HIV enfeksiyonu, enfeksiyöz ishaller ve enfeksiyon hastalıkları laboratuvar tanısıdır. Dr. Öztürk, 2009 yılından beri YÖK Üyesidir.

Sağlık hizmetleri alanında yetersiz ücretlerin kısmen karşılanmasını (emekliliğe şu an için katkısı yok) temin etmek üzere son yıllarda performansa dayalı ek ödeme yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2003 yılında başlatılan pilot uygulama; zamanla ülke geneline yayılarak uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme, son aylarda tıp fakültesi hastanelerinde de uygulanmaya başlanmıştır.

“SWOT (GZFT) analizi, incelenen kurumun, tekniğin, sürecin, durumun veya kişinin güçlü (Strenghts), zayıf (Weaknesses) yönlerini belirlemekte ve dış çevreden kaynaklanan fırsat (Opportunities) ve tehditleri (Threats) saptamakta kullanılan bir tekniktir” (SWOT= “GZFT”: Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi konusu özellikle son yıllarda değişik kongre, sempozyum, toplantı ve makalelerin konusu olmaya devam etmektedir. İlgili toplantı ve yazılarda SWOT analizi kapsamına giren değişik değerlendirmeler yapılmış olmakla birlikte, böylesine geniş kiteleri ilgilendiren bir konuda ilgili kurumların yayınlanmış analizlerine rastlayamadık. Halileyle değişik değerlendirme toplantılarında konu irdelenmiştir ama performans sistemini, süreçlerini, sorun tanımlama, çözüm oluşturma ve süreçleri iyileştirme yolunda yapılan ve yapılacakları özellikle paydaşların dikkat ve değerlendirmesine sunan yayınlanmış bütünsel analizler yok veya parçalı, yetersiz değerlendirmeler halindedir. Konu hakkında katıldığımız değişik kongre, sempozyum vd. toplantılarda

yapılan tartışmalar, ilgili meslek ve uzmanlık kuruluşlarının görüşleri, hastanelerde uygulamalar sonrası yapılan tartışmaları gözlemleyerek ve yazılan değişik yazıları inceleyerek sağlıkta performans dayalı ek ödeme sistemi konusunda bir SWOT analizi denemesi yapmayı amaçladık.

Güçlü yönler

1. Sağlık kurumlarının ve/veya birimlerinin alt yapı imkânlarının ve hizmet standartlarının geliştirilmesini hızlandırmıştır. Sonuçta, sağlıkta hizmet kalitesinin ve hasta güvenliğinin (aşırı hasta yükünün oluşturduğu olumsuzluklar istisna) artmasını sağlamıştır.
2. Gelişmekte olan ülkeler düzeyine yaklaşan sağlık hizmet talebinin karşılanmasının sağlanmasında önemli katkı sağlamıştır.
3. Sağlıkta her düzeyde kayıt sisteminin geliştirilmesine, sonuçta ölçme, değerlendirme imkânlarının sağlanmasına vesile olmuştur. Kayıtların nispeten daha sağlıklı hale gelmesi, başta finans olmak üzere yönetimlerin yönetebilmek kapasitesini artırmıştır.
4. Emeklilik dönemine yansımada da (son dönemde yapılan kısmi değişimler tatmin edici boyutta değildir) kamuda çalışan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının yetersiz ücretlerinin artmasına imkân vermiştir.

Zayıf yönler

1. Performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilirken, tüm paydaşların görüşüne başvurmamak; performans ödeme sistemlerinin günümüzde ulaştığı düzeyi dikkate almadan 20-40 yıl önceki niceliği temel alan bir anlayışla uygulamaya başlamak, siste-

min taraflarca benimsenmemesine neden olmuştur. Mevcut alt yapı ve insan gücünü dikkate alarak, sevk sistemini kurarak, bölgeler ve kurumlar arası sağlık insan gücü dağılımını dengeleyerek de talebin karşılanması sağlanabilirdi.

2. “Kalite, etik, hesap verebilirlik...” temelli bir performans değerlendirmesi yerine hacim ağırlıklı performans uygulanması gereksiz tetkik ve girişimlerini artırmış; hastalara gereken zamanın ayrılamaması sonucu tanı, tedavi ve koruyucu hekimlik alanında arzulan başarı yakalanamamış, “hasta güvenliği” konusunda günümüzde gelişmiş ülkelerdeki anlayış ve seviyeye ulaşamamıştır. Örneğin uygulanan ortopedik protez ameliyatı sonrası gelişen enfeksiyon oranı yüksek olan bir klinik çalışanları, uyguladığı ikinci protez nedeniyle yeniden performans dayalı ek ödeme alabilmektedir. Hâlbuki tolerans sınırlarının üzerindeki bir “komplikasyonun(?)” bedelinin “ödeme kurumu” tarafından karşılanması veya böyle bir işlemin yeni bir ek ödeme imkânı sağlaması önlenmelidir. Gerekli alt yapı ve tecrübeli insan gücüne sahip olmayan kurumlar/birimler, nitelik gerektiren işlemleri yapmamalı; belli işler tecrübeli merkezlere yönlendirilmelidir. Belirli standart ve yeterliliğe sahip olmayan poliklinik, laboratuvar ve kliniklerin faaliyette göstermesine izin verilmemelidir.

3. Sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesinde temel teşkil eden puanlandırmanın adil yapılmadığı yaygın kanaattir. Sağlıkta hizmet basamakları ve uzmanlık alanları arasında adaleti ve çalışma barışını zedeleyen düzeyde ek ödeme farkları oluşmaktadır. Bu durum, halen kendi hizmet puan cetvelleri hazırlanamamış olduğundan tıp fakültelerinde uzmanlık alanları arasında 3-4 kat

farka varan ödemelere neden olmaktadır. Ayrıca tıp fakültelerinde aynı işi yapan hekimler arasında farklı kurumlarda farklı ücretlendirme/performans katsayısı kullanılması eşit olmayan ödemelere yol açmakta ve adil ücretlendirme anlayışı zedelenmektedir. Kadrolar arası farklar (657/2547) benzer adaletsizlikleri içermektedir. Uzmanlar için belirlenen ödeme tavanının çok düşük belirlenmiş olması da sistemin zayıf alanlarından biridir.

4. Genelde hasta güvenliği ve koruyucu hekimlik hizmetleri kapsamındaki sağlık hizmetleri yeterli bir düzeyde puanlandırılmadığı için ücretlendirilmediği görülmektedir. Örneğin sistemde hastane enfeksiyonları önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak ücrete esas teşkil eden puanlandırma ile ilgili herhangi bir iş tanımlanmamıştır (Hizmet kalite standartları içindeki kalite katsayısına etki eden puanları bu bağlamda yeterli görmüyoruz). Sadece Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesi varlığı ve zorunlu olarak yapılması gereken iş ve girdiler nedeniyle ilgili birime ek bir ödeme yapılmaktadır; bu durum beklenen hedeflere ve çıktılara (hastane enfeksiyonların önlenmesi; sıfır hastane enfeksiyonu hedefi?) ulaşmayı engellemektedir. Benzeri sorunlar değişik uzmanlık alanlarındaki koruyucu hekimlik uygulamaları için de söz konusudur.

5. Performansa dayalı ödemenin emeklilik dönemine yansımaması; yıllık izin, rapor ve hastalık durumunda alınan ek ödemenin kesilmesi sağlık çalışanlarında motivasyonu engellemektedir.

6. Dolaylı dolaysız hemen herkesi ilgilendiren performans sisteminin kurulma ve idame dönemlerinde sağlık çalışanlarının, meslek ve uzmanlık kuruluşlarının görüş ve geri dönüş bilgilerinden yeterli düzeyde yararlanılmadığı; süreçlerde iyileştirmelerin çok geç yapıldığı kanaati ağırlıklı görüştür.

7. Birim temelli maliyet, birimlerin net karlılığı (insan gücü maliyeti, kullanılan araç, gereç; komplikasyonlar sonucu yapılan harcamalar vd.) yeterli düzeyde takip edil(e)mediğinden yapılan ödemelerin uzmanlık alanları/klinikler arasında haksızlığa neden olduğu, iş barışını zedelediği düşüncesi yaygındır.

8. Sistem hakkında kamuoyuna ayrıntılı ve objektif açıklamalar yerine, sadece pozitif yönlerin anlatılması ve üstelik çok az kişi tarafından alınabilecek tavan ödemelerin vurgulanması, sistemi tüm kesimlerin yanlış algılamasına neden olmaktadır. İlgili açıklamalar, durumu bizzat yaşayarak gören sağlık çalışanlarının moral durumunu olumsuz etkilemekte, sisteme ve yöneticilere güveni sarsmaktadır.

9. Sistemin “yap boz tahtası”nı çağırıştırır şekilde çok sık değişime uğraması; mevcut değişimleri yönetimlerin ve sağlık çalışanlarının takip edememesi, çalışanların gereği ölçüde bilgilendirilmemesi, sisteme yabancılaşmaya neden olmaktadır. İletişim çağında olduğumuz bir dönemde algının yönetilememesi sistemin zayıf noktalarındandır.

10. Çoğu OECD ülkesinin aksine özellikle üçüncü basamakta performans dayalı ek ödemenin asıl maaşların 2-6 kat üzerine çıkabilmesi zayıf yönlerden biridir.

11. Aile hekimliği alanında mevcut negatif performans anlayışı bir cezalandırma sistemi gibi işleyebilmektedir. Paydaşların ve uzmanların görüşü çerçevesinde sistem pozitif performans anlayışı ile desteklenmelidir.

Fırsatlar

1. Sağlık hizmetinin temel özelliği gereği bireysel performansın asgariye indirilip, ekip çalışmasının önemsenip ödüllendirildiği; ulusal tecrübemizle, dünya tecrübesinin sinerji oluşturacak şekilde sentezlendiği; kurum stratejisi ve hedeflerinin temel aldığı; etik ilkelerin ve hekimlik değerlerinin önemsendiği; hizmet alan, paydaşlar ve çalışan odaklı “kurumsal bir performans yönetimi”ne zemin hazırlayabilir.

2. Tanı, tedavi ve koruyucu tıp hizmetlerinde kanıta dayalı tıbbi esas alan, hazırlanacak rehberlere uyumu ve belirlenmiş kalite göstergelerini performans hedefi olarak benimseyen sağlık hizmet sunumunun gerçekleşmesini sağlayabilir.

3. Aile hekimliği düzeyinde sürekli eğitimi, eğitimlere katılımı sağlayarak bilgi, beceri ve yetkinliği geliştirilmiş bir aile hekimliği ve sevk sisteminin geliştirilmesinin hızlandırılmasına fırsat sağlayabilir.

4. Ülkemizde sağlık kayıtlarının sağlıklı şekilde yapılmasını; kayıtların sürekli ölçme ve analizi sonrası sistemin sürekli iyileştirilmesi; etkin ve verimli bir sağlık ekonomisi yönetimi ve sağlık alanında israfın önlenmesine imkân verebilir. Ülkemizde hemen her kurum için geçerli olan denetim eksikliğinin giderilmesine yardımcı olabilir. Standartlar ayrıntılı şekilde belirlenip gereği gibi bir denetim sistemi kurulabilse pek çok sorunun hızla çözümleneceği açıktır.

5. Dünyayla rekabet edebilir, iyi yetişmiş hekim ve diğer sağlık çalışanlarının aidiyetini, motivasyonunun artıracak uygulamalar sonrası, sağlık turizminden kamu hastaneleri büyük oranda yararlanabilir; kamu-özel ortaklıkları geliştirilebilir.

6. Tıp eğitimi ve araştırma geliştirme alanlarında belirlenen kalite ölçütleri, ekip çalışmasını temel alan performans puanlamasına dayalı ek ödeme desteği tıp eğitimi ve araştırmalarının kalitesini artırabilir.

Tehditler

1. Etik kurallara uyumda azalma ve hekimlik değerlerinin zedelenmesi; hekim ile diğer sağlık çalışanları ve hastalar arasında oluşmuş güvenin zaman içinde azalması riskinin artmakta olduğu algısı yaygınlaşmaktadır.

2. “Paket” kapsamında olan hizmetlerde gerekli tetkiklerden kaçınılması hasta sağlığını olumsuz etkilemektedir. Paket kapsamı dışındaki durumlarda gereksiz dahili ve cerrahi girişimlerin, laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin artması, yetersiz mali

kaynakların israfına yol açmakta; beklenen fayda temini zorlaşmaktadır. Torba bütçe uygulamalarının neden olacağı davranış değişikliklerinin gözlenmesi için zamana ihtiyaç vardır.

3. Kurumda ve alt birimlerinde çalışma barışının bozulması, adalet duygusunun zedelenmesi, hekim-sağlık çalışanı-hasta arasındaki güvenin sarsılması ciddi bir tehdittir. Tıp fakültelerinde önceki döner sermaye katkı payına göre daha fazla ek ödeme alanlar bile diğer alanlardaki “adaletsiz(!)” ödemeler karşısında ciddi tepki duymaktadır. Bazı alanlarda uzmanlık öğrencilerinin, diğer alanlardaki öğretim üyelerinden daha fazla ek ödeme alması sisteme güveni sarsmakta, motivasyonu ve iş barışını bozmaktadır.

4. Tıp eğitimi finansmanı için yeterli bir kaynak sağlanmadığından, hasta hizmetlerinden sağlanan ücretle performans dayalı ödemelerin karşılanması zaman içinde tıp eğitimine öğretim üyelerinin zaman ayırmasını azaltabilecektir. Bugünkü sistem devam ettiği takdirde tıpta temel bilim alanları ve yeterli puan alamayan uzmanlık dalları ile özelleşmiş alanların gerilemesi söz konusudur.

5. Riski az, kısa sürede bitirilen ve kolayca puan kazandıran hizmetlere eğilim; nitelikli, riskli tıbbi girişimlerden kaçınma sonucunu doğurmaktadır. Bu tip hastalar sistemden giderek daha fazla zarar görecek; bu konuda tecrübeli hekimlerin yetişmesi engellenmektedir.

6. Hasta hizmetlerine bireysel ağırlık verme sonucunda, konsültasyon, vaka tartışmaları, kliniko-patolojik toplantılar, afilyasyon gibi işbirliği gerektiren durumlarda ilgi azalması olabilir.

7. Sistemin sürdürülebilirliği konusundaki kuşku, hekim vd. sağlık çalışanlarının güvenini sarsmakta, motivasyonunu olumsuz etkilemektedir.

Sonuç olarak dünyada sağlık alanında performansa dayalı ek ücretlendirme konusunda “ağyarını mâni, efradını câmi” mükemmeliğinde bir sistem yoktur. Toplu kabulcü veya retçi anlayışlardan uzaklaşıp mevcut tecrübelerden yararlanarak, sistemi ve süreçlerini geliştirici yönde, etik değerleri güçlendiren, aidiyet duygusunu artıran, ekip çalışmasını teşvik eden, akılcı-kanıta dayalı uygulamaları yaygınlaştıran, hizmet alan ve verenlerin memnuniyetini önemseyen, geri bildirim fırsatlarını artırıp sonuçlarından sürekli yararlanan bir performansa dayalı ek ödeme sisteminin hayata geçirilmesi için her kurum ve kişi üzerine düşeni yerine getirmelidir. Kurumların, performansa dayalı ek ödemenin muhatapları ve sağlık hizmeti alanların düşüncelerini açığa çıkaran değişik çalışmalar yapıp zayıf yönleri geliştirip, tehditleri engelleyen, fırsatları uygulama alanına sokacak kapsamlı bilgi ve veri temin eden çalışmalar yapması; elde edilen sonuçlara göre gerekli düzeltmeleri hayata geçirmesi gerekir.

Hasan Celal Güzel: Son 9 yılda sağlığın çehresi her bakımdan değişti

Röportaj: Ömer Çakkal

Hasan Celal Güzel Türk siyasetinin en renkli simalarından biri. Yıllar yılı taraftarlarına en ense çekmesi, rakiplerini güreşe davet etmesi ile tanındı. 1945 yılında Gaziantep'te doğdu. İlk ve orta öğrenimini Malatya'da tamamladıktan sonra Ankara Üniversitesi'nde siyasal bilimler tahsili gördü. Uzun süren bürokrasi hayatına Devlet Planlama Teşkilatı'nda başladı. Ülkemizin önemli kırlmalar yaşadığı Turgut Özal döneminin en önemli aktörlerinden biri olarak müşavirlik, milletvekiliği, hükümet sözcülüğü ve Bakanlık görevlerinde bulundu. 1989'da yapılan genel kurulda Anavatan Partisi Genel Başkanlığı'na aday oldu ancak seçilemedi. 1992'de Yeniden Doğuş Partisi'ni kurdu. 2002 seçimi öncesinde aktif siya-

set yaşamına son verdi, gazetecilik ve yayıncılık çalışmalarına hız verdi. Hâlen Vatan gazetesinde haftanın 6 günü köşe yazan Hasan Celal Güzel ile 12 Haziran seçimlerinden kısa bir süre önce Ankara'daki ofisinde buluştuk. Beklentimi boşa çıkardı ve bana el ense çekmedi. Neşeli bir sohbet yaptık, Cumhuriyetin kuruluşundan başlayarak Türk siyasetinin dününü ve daha çok bugününü, ağırlıklı olarak da sağlıktaki gidişatı konuştuk. Röportajın sonundaki "yeni milletvekillerine tavsiyeler" bölümüne göz atmanızı hararetle tavsiye ediyorum.

"Alternatif tıbbın ilmine inanıyorum ama sihrine değil"

Sağlıklı olmayı nasıl tanımlarsınız, kendinizi sağlıklı bir insan olarak görüyor musunuz?

Ben kendimi ne kadar sağlıklı olarak görürsem göreyim birçok hastalığım var. Bu soruyu öyle bir zamanda sordunuz ki, 1,5 ay önce kalp krizi geçirdim. Kalbim 6 defa durdu ve geri çalıştırdılar. Hatta o kadar masaj yapmışlar ki bir omurgam kırılmış. Yani yeniden doğmuş gibiyim. Açıkçası kendimi hiç kalp krizi geçirmiş gibi hissetmiyorum. Üstelik bana bu hastalığın bir faydası oldu, 25 kilo verdim (kahkahalar). Düşünün bundan daha şişmandım. Ve en az 25 kilo daha vermem gerekiyor. Kilo deyince, kilo benim başımın belası zaten. Kiloya bağlı pek çok rahatsızlığım var. Başta diyabet ve yüksek tansiyon. Ama ben hastalıklarımı kontrol altına tutmaya çalışıyorum ve çok da aldırıyorum. Moralim iyi, inancım tam. Allah ne kadar ömür verirse o kadar yaşarsız ama tedbiri de elden bırakmıyorum tabi ki.



Hastane ile tanıştığınız günü hatırlıyor musunuz?

Benim çocukluğum Malatya'da geçti. Sağlıklı bir çocuktum. 3 yaşındayken geniz eti aldırılmışım. O da özel bir merkezde yapılmış. İlk defa hastaneye 16 yaşındayken Malatya Devlet Hastanesi'ne giderek tanıştım, fıtık ameliyatı oldum. Ama gidiş o gidiş (kahkahalar), ondan sonra da hastaneden bir türlü ayağım kesilmedi. Allah, ne hâkime ne hekime muhtaç etsin ama hekimsiz de bırakmasın.

Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız? Dua mı edersiniz, hemen doktora mı gidersiniz, yoksa evdeki bitkiler, meyve/sebzeye mi yönelirsiniz?

Gayet tabi, geçmesi için Allah'tan şifa isterim. Tedbir olarak ufak tefek ağrıları ağrı kesici falan alırım. Benim gençliğimden kalan uzun bir ülser geçmişim var. Yarım asırdır sürüyor. Gençken hat safhada seyrederdi ve sık sık hastaneye gitmek zorunda kalırdım. Çok kötü ağrılar çekerdim. Allah hastanesiz bırakmasın ama hastane bana pek sempatik bir yer geliyor.

Klasik tıbbın dışında alternatif tedavilerle hiç tanıştınız mı? Ya 'kocakarı ilaçları'yla?

Tanıştım. Bu konuda bir hayli ihtisas sahibi kimseler tanıdım. Yakınlarım arasından da böyle insanlar oldu. E tabi birbirlerine şeker ikram eder gibi ilaç ikram eden, "Al benim tansiyon ilacından iç" diyen insanları da çok tanıdım. Ancak ben bitkisel ilaçların çok faydalı olduğunu düşünmüyorum. Alternatif tıbbın ilmine inanıyorum ama sihrine değil.

Deneyimli bir siyaset stratejisti olarak Türkiye'deki gidişatı nasıl görüyorsunuz?

Türkiye deyince hep 1923'ten sonrasını anlıyoruz ancak ondan öncemiz de var. Bizim bu topraklarda bin yıldır, dünyada da binlerce yıllık şanlı bir geçmişimiz var. Cumhuriyetimiz kurulduğunda nüfusu-muz 13 milyon civarındaydı. Bu nüfusun önemli bir kısmının başta tüberküloz olmak üzere çeşitli hastalıkları, sağlık problemleri vardı. Evvela liberal bir piyasa ekonomisi ile yola çıkıldı ancak 1930 büyük depresyonundan sonra devletçi ekonomiye gidiş oldu ve Türkiye ekono-

"Sayın Demirel ve Adalet Partisi sağlığı sadece hastane yapmak olarak algılıyordu. "Burada hastane var mı, yok. O zaman bir hastane yapalım" denildi. Merhum Ecevit ve sosyal demokratlar sağlığı tamamen devletleştirmeyi, doktorlara özel çalışma izni vermemeyi düşünüyorlardı. Anavatan Partisi iktidarında biraz daha sağlığın muhtevasına girdik. Ama sağlık konusunda ilk büyük reformu Sayın Akdağ ve Sayın Erdoğan yaptılar."

misi durgun bir seyir izledi. Tek parti iktidarı döneminde, lazım gelenden çok daha yavaş bir gelişme içinde ilerledik. Bir dikta rejimi altında insanların gelişmesi, sorunların çözümü pek mümkün olmadı. 1950'den itibaren Menderes iktidarlarında yepyeni bir anlayış Türkiye'ye hâkim oldu. Ekonomide, dış politikada, altyapıda, üretimde, düşüncede önemli gelişmeler kaydedildi. Bu çerçevede sağlık hizmetlerinin de daha süratli geliştiğini gördük. Ülkemiz ne yazık ki 60'dan itibaren yaklaşık yarım asır süren bir darbeler dönemine tanık oldu. Ben bunu 27 Mayıs'tan alıyorum, 27 Nisan'a kadar getiriyorum. Bu darbeler döneminde militarist müdahaleler oluyor, bilhassa iktidarda olan merkez sağ partiler ve yöneticiler kıyıma uğruyor, Türkiye'de her alanda duraksamalar yaşanıyor, belli bir zaman sonra tekrar açık rejime dönülüyor, gelişmeler hızlanıyordu. Arasında da yeni bir darbe yaşanıyor. Bu kısır döngü 2007 yılında 27 Nisan Muhtırası itibarıyla son buldu. İlk kez bir siyasetçi, Sayın Tayyip Erdoğan askeri muhtıranın karşısında durdu. Ergenekon davaları ile birlikte bu darbeler yargılanmaya başladı. Bu dönemde Türkiye her alanda ciddi bir istikrar yakaladı. Hızlı bir gelişme trendi yakaladı. Türkiye tarihinde 50-60 arasında Demokrat Parti iktidarlarında istikrar yakalanmıştır. Ardından 65'ten 71'e kadar Adalet Parti iktidarında istikrar yakalanmıştır. Arasından 12 Eylül sonrası Anavatan Partisi



Fotoğraflar: Bünyamin Çakkal

“Tedavi imkânları eskiye göre çok kolaylaştı. Geçmişte midemden endoskopi yaptırmak benim için bir belaydı. O koskocaman bahçe hortumuna benzer hortumu kusa kusa yutardım. Ucunda da bir tane demir. Bir saat boyunca içimizde gezerdi. Adeta bir işkenceydi. Artık doktora gidiyorsunuz. Size bir narkoz verip minicik bir hortumla boğazdan gidiyorlar. Ne olduğunu anlamadan işlem bitiyor. Bu çok büyük bir konfor.”

İktidarında benzer bir istikrar yakalanmış, dördüncü istikrar dönemi 2002 yılından sonra AK Parti iktidarında başlamıştır. AK Parti'nin lehinde ya da aleyhinde olabilirsiniz ancak Türkiye'de bir istikrar dönemi yaşandığını inkâr edemezsiniz. Bu dönemde sağlık başta olmak üzere pek çok alanda büyük ilerlemeler kaydedildi. Ben Türkiye'nin bu geldiği noktanın hayırlı bir nokta olduğunu düşünüyorum. 9 yılda gayrı safi milli hâsıla 3 misli artmış, enflasyon yüzde 5'lere kadar düşmüş, ihracat 100 milyarı aşmış 130 milyara gelmiştir. Ekonomi gözle görülmüş bir şekilde düzelmiştir. Son dönemin dış politikası benim özellikle takdir ettiğim bir durumda. Türkiye bu dönemde bölgenin sıradan bir ülkenin olmaktan çıkıp önce bölgesel, ardından küresel bir güç haline gelmeye başlamıştır. Ben inanıyorum ki, Türkiye 2023'te dış politikada dünyanın birkaç ülkesinden biri haline gelecektir. Şu andaki gidişattan bir aydın olarak memnunum. Elbette iktidarın her yaptığı doğrudur demiyorum, şu anda bir köşe yazıyorum ve benim de tenkitlerim oluyor. Ancak genel hatlarla bakıldığında Sayın Başbakan'ın Türkiye'yi süratle geliştirdiğini düşünüyorum.

“Bazı reformlarda acele ediliyor, yanlışlar yapılıyor”

İzin verseniz buradan itibaren sağlığa odaklanmak istiyorum. Hükümetin sağlık politikalarını nasıl görüyorsunuz?

Sağlık Bakanımızın merhum babası Yahya Akdağ benim dostumdur. Bakan olduğunda tebrik etmeye gittim. Masasının üzerinde benim hazırlamış olduğum Yeni Türkiye Dergisinin sağlıkla ilgili makalelerin yer aldığı 2 sayısının bulunduğunu gördüm. Benim ilgilendiğimi görünce dergideki bütün makaleleri hem de altını çizerek okuduğunu anlattı ve gösterdi. Sağlık Bakanımız bir kere çok çalışkan bir insan. Yerinde duramayan, enerjik biri. Tabi genç. Genç olmasının verdiği bir acelecilik var. Genel olarak politikalarını çok başarılı buluyorum ama bazen hatalar da yapıyor. Bu hataları Recep Bey'in aceleciliğine de bağlıyorum. Bazen çok iyi düşünmeden, hızlıca hazırlanmış reformların uygulanmasına geçiyor. Yanlıştan dönmek güzel bir haslettir, bazen bu politikalarından vazgeçildiği de oluyor. Ama bunlar zaman kaybettiriyor. Bir dönem eczacıların canına okundu. Bir ara reçeteler üzerinde yapılan kontroller o derece sıkı oldu ki bu durum hem eczacıların, hem vatandaşın burnundan geldi. Alınan önlemlerle yolsuzluklar önlendi ama bu süreçte vatandaş da eczacı da bunalıldı. Görünen o ki deneme yanılma ile gidiyor bazı şeyler. Tabi sağlık politikaları genel olarak çok başarılı. Zaten Sayın Başbakan miting meydanlarında hep sağlığı anlatıyor ve alkış alıyor. Bu durum, Sayın Recep Akdağ'ın da büyük başarısıdır.

Mevcut sağlık politikaları ile Yeni Türkiye Dergilerinde öne konulan sorunlar ve çözümler arasında paralellik ve uyum var mı?

Biz bu ciltlerde her görüşten insanların görüşlerine yer verdik. Sosyalist, liberal ya da devletçi görüşten makaleler yer alıyordu. Tümünü bir buket halinde sunmaya çalıştık. Ortak görüş, mevcut sağlık sisteminin iyi gitmediği şeklinde idi. Bu arada ben Özal iktidarında bir gün kendisine gidip “Her konuda reform yaptık ama bir türlü sağlık konusunda istediğimiz reformları yapamadık” dediğimde üzül-müştü. Hakikaten ANAP iktidarında sağ-lıkta bir takım iyileştirmeler yapılmıştı ama köklü değişiklikler yapılamamıştı. Öyle zannediyorum ki, bizim Yeni Türkiye Dergilerinde tartıştığımız konular, yeni sağlık yönetimine hayli faydalı da oldu. Tabi şimdi bu dergileri yeniden çıkartsaydım içeriği çok daha zengin olurdu, çünkü aradan geçen 8-9 yılda Türkiye'de sağ-lıkta devrim yapıldı. Biz o zamanlarda o günün sorunlarını konuşuyorduk. Bugün bambaşka bir Türkiye'de yaşıyoruz.

Bakan, hükümet sözcüsü ve müsteşar olarak istikrarlı, reformist hükümetlerde görev aldı. Şimdi gene istikrarlı ve reformist bir iktidar işbaşında. İkisini sağlık politikaları açısından kıyaslayabilir misiniz?

Ben Adalet Partisi'ni, Anavatan Partisi'ni

şimdi de bir gazeteci olarak AK Parti'yi çok yakinen inceleme fırsatı buldum. Bunlardan Anavatan Partisi'nin politikasını çizenlerden biri oldum. Sayın Süleyman Demirel ve Adalet Partisi sağlığı sadece hastane yapmak olarak algılıyordu. “Burada hastane var mı, yok. O zaman bir hastane yapalım” denildi. Herkese de “Bakın size hastane getiriyoruz” denildi. Bu arada merhum Bülent Ecevit'in ve sosyal demokratların konuyu ele alışını da DPT uzmanıyken yakinen gözlemledim. Ben DPT'de sağlık yatırımları ile de ilgileniyordum. 1960'ların başında, 27 Mayıs yapılmış, tamamen devletçi, bir politbüro gibi bakan bir ekip DPT'de toplanmıştı. Onlar da sağlığı tamamen devletleştirmeyi, her tarafa devlet hastanesi açtırmayı, doktorlara özel çalışma izni vermeme-yi düşünüyorlardı. Hatta bizim dergilerdeki yazıları incelediğinizde sosyalizasyondan yana yazılar görürsünüz. Oysa bu tamamen demode bir sistemdir. Bugün Rusya ve İskandinav ülkeleri dahil hiç kimse o eski sosyalizasyon politikasını sürdürmüyor. Dolayısıyla o sistemi de gördüm. Anavatan Partisi iktidarında biraz daha sağlığın muhtevasına girdik. Sağlık araç gereçleriyle, sağlık personeliyle daha yakından meşgul olduk. O zaman gördük ki gelen araç gereçlerin önemli bir kısmı hastane bodrumlarında çürümeye terk edilmiş. Yani konuyu biraz daha köklü bir biçimde ele aldık. Anavatan Partisi'ni her ne kadar biraz önce tenkit ettiysem de Özal'ın da hakkını yememek lazım, o da sağlık politikası konusunda elinden gelmeyi yapmaya çalıştı. Ama sağlık konusunda ilk büyük reformun Sayın Akdağ ve Sayın Erdoğan döneminde yapıldığını düşünüyorum ve bu dönemde sağlığın çehresi her bakımdan değişmiştir. Düşünebiliyor musunuz, artık her vatandaş devlet, özel ve üniversite hastanelerinden içeriye girebiliyor, üstelik acile giderse kendisinden 10 lira dahi istenmiyor. Çok büyük devrimler, çok ileri hamleler yaşanıyor. Sosyalizasyon konusunda çok yenilikçi ve kapsamlı adımlar atılırken öte yandan sağlık ekonomisini ihmal etmeyen, bu büyük genişleme sonrasında ortaya çıkan yolsuzluklarla da mücadele eden, dengeli bir yönetim kurulmaya çalışılıyor.

“Sağlık Bakanlığı bazen kraldan çok kralcı davranıyor”

Açılan kompleks hastaneler, Türkiye'ye tedaviye gelen yabancı hastalar düşünüldüğünde Türkiye sağlıkta küresel bir güç, bir aktör olma yolunda mı?

Bunu rahatlıkla söyleyebiliriz. Türkiye'de sağlık personelinin çok iyi yetiştirildiğini görüyoruz. Beyin göçü deyince ilk akla gelen ülke olan Amerika, Türk doktorlarına kapılarını sonuna kadar açmaktadır. Benim kızım da orada doktor. Bugünlerde doçent olmasını bekliyoruz. Göreve



başladıktan 1 yıl sonra, çalıştığı laboratuvarın başına getirildiler. Dolayısıyla ülkemizde doktorların çok iyi yetiştiği muhakkak. Şimdi bu yeni dönemde sağlık personeline iyi araç gereçler, iyi imkânlar da sunulmaya başlandı. Hem kamuda böyle, hem de kurulan, dünya çapında başarılı özel hastanelerimizde böyle. Modern ülkeler seviyesinde bir hizmeti oralara göre yarı ücretle sunuyorlar. Ben Gaziantep'ten biliyorum. Amcaoğlum Gaziantep Büyükşehir Belediye Başkanı Dr. Asım Güzelbey, daha önce Antep'te özel bir hastanenin başhekimiydi. Hastane o hale gelmişti ki Irak'tan, Suriye'den, Ürdün'den, İran'dan hasta kabul ediyoruz. Biz geçmişte hastalarımızı İngiltere'ye gönderirdik, bilhassa da İngiltere'ye. Hatta orada bir sağlık müşavirimiz bile vardı.

Bilhassa da devlet büyüklerimizi değil mi? (Kahkahalar)

Evet, haklısınız.

Özal da bunlardan biriydi. Ben bu konuda bir makale yazdım.

Evet, kendi doktorlarımıza emanet etmezdik. Hâlbuki şu anda Amerikalı, Avrupalı doktorların tatbik edemediği hiçbir yöntem yok. Türkiye'de By-Pass artık çok kolay bir ameliyat, her yerde yapılıyor. Anjiyo desen peynir etmek gibi. Yani ben Türkiye'de tıbbın çok süratli geliştiğine, sağlığımızı emin ellerde olduğuna, Türk tıbbının Batıdaki gelişmiş tiplerle yarışabileceğine ve tüm bunlardan sonra Türkiye'nin bir sağlık üssü, Avrupa ve Ortadoğu ülkeleri için bir cazibe merkezi olabileceğini düşünüyorum.

İzinizle birkaç cümle ile işin felsefi boyutunu konuşmak istiyorum. Sizce dünya toplumu olarak sağlıkta nerede-

yiz? Geçmişte ince hastalık, sıtma bùyük dertti. Bugün AIDS, kanser önemli sıkıntılar olarak devam ediyor.

Ben bir geçiş döneminde olduğumuzu düşünüyorum. Tıp, henüz insanlığın arzu ettiği seviyeye gelmiş değil. İçinde bulunduğumuz dönem, özellikle kök hücre ve gen mühendisliği konusunda çok büyük gelişmelere gebe. Çok kısa bir süre içinde organ nakline gerek kalmayacağından, çünkü kök hücre ile hastalıkların tedavisi edebileceğinden bahsediliyor. Yakında AIDS gibi birtakım hastalıkların aşılarnın bulacağı söyleniyor. Birçok kanser türünün artık tedavi edilebildiğini biliyoruz. Bu arada kalp hastalıkları, hastalıklar arasında korkutucu yerini koruyor. Salgın hastalıklar ise tamamen bitirilmiş durumda, sadece zaman zaman grip baş gösterebiliyor. Öyle zannediyorum ki gelecek dönemde hiç bilmediğimiz birtakım virüsler, bir takım yeni hastalıklar çıkmadığı müddetçe tıp alanında çok büyük yeniliklere tanık olacağız. Benim ömrüm vefa etmese bile Ömer Çakkal'ın ömrü inşallah yetecektir ki o Uzay Yolu filminde doktorun elindeki basit bir aletle hastaları iyileştirmesine benzeyen bir takım mucizevi olaylar yaşayacağız. Ben inanıyorum. Ve gene Allah'ın takdiri ile insanoğlunun 100 yıl civarında yaşayacağını düşünüyorum.

“Endoskopi geçmişte belaydı, o koskocaman bahçe hortumu nu kusa kusa yutardım”

Kendi hastalıklarınız üzerinden gidecek olursak 60 ve 70'lerde şifası olmayan ama bugün gelişen tıp imkânları ile şifa bulduğunuz bir rahatsızlığınız oldu mu?

İleride olmasını temenni ediyorum. Doktorlar kızmasın bana ama örneğin diya-

betin çok aptalca bir hastalık olduğunu düşünüyorum. Düşünebiliyor musunuz, bir organın salgıladığı bir madde yani. Demin söylediklerimle çelişir mi bilmiyorum ama bunu biraz gerilik olarak değerlendiriyorum. Çünkü diyabet bence çok basit ama çok da problemli bir hastalık. Pek çok hastalığa neden oluyor, ömrü kısaltıyor falan. Ama geçmişte örneğin tifo ve kolera öldürücü hastalıklardı. Çok korkardık onlardan. Ama bugün hiç adları bile anılmıyor. Çiçek, küzzam hastalıkları da böyle. Sonra tedavi imkânları eskiye göre çok kolaylaştı. Geçmişte midemden endoskopi yaptırmak benim için bir belaydı. O koskocaman bahçe hortumuna benzer hortumu kusa kusa yutardım. Ucunda da bir tane demir. Bir saat boyunca içimizde gezerdi. Adeta bir işkenceydi. Kaç defa yaptırdım ben. Şimdi de yaptırıyorum. Artık doktora gidiyorsunuz. Size bir narkoz verip minicik bir hortumla boğazdan gidiyorlar. Ne olduğunu anlamadan işlem bitiyor. Bu çok büyük bir konfor. Endoskopi yaptırırken artık korkmuyorum.

Efendim, uzun bir bürokrasi deneyiminiz olması hasebiyle size bu noktada birkaç soru sormak istiyorum. Sizce hükümet değişikliklerinin ardından bürokratlar değişmeli mi? Hangi düzeye kadar değişiklikler yarar sağlar?

İdarecilik hem bir uzmanlık işidir, hem de siyaset derken günlük politikayı kastetmiyorum. İnsan yönetiminin bir politikası da vardır. Dolayısıyla her yığidin bir yoğunluğu vardır. Bir bakan değiştiğinde mutlaka müsteşarı da değiştirmelidir. Ama bakan gelir de müsteşarını değiştirmek istemez, o elbette ayrı bir konu. Bir de dün Halk Partili görünüp bugün AK Partili görünen, 30 yıldır aynı koltukta genel müdürlük yapan patolojik örnekler vardır ki bunlar da normal ve doğru değil-

dir. Müsteşarların, müsteşar muavinlerinin, önemli bazı genel müdürlerin de değişmesi gerektiğini düşünüyorum.

Ya daha aşağısı?

Daha aşağısının değişmemesi gerektiğini düşünüyorum.

Neden?

E artık uzmanlaşıyorsunuz. Belli bir alanda uzmanlaşmış bürokrati gönderip yerine yeni birini getirmek israfa neden olacaktır. Nasıl olsa siz müsteşar, müsteşar muavinleri ve genel müdürleri değiştirerek kendi politikalarınızı zaten uygulatabiliyorsunuz. Artık daha ileri giderek genel müdür yardımcılarını, daire başkanlarını, hele hele şube müdürünü, uzmanını değiştirmenin hiçbir manası yok. Bu, olsa olsa zulüm olur, yanlışır. Ne yazık ki bunlar sık sık görülmektedir.

“Sağlık teçhizatı noktasında Türkiye’de eskiden beri çok büyük bir israf var”

657 Sayılı Devlet Personel Kanunu bugünün ihtiyaçlarına yanıt verebiliyor mu? Nasıl bir personel yasaı sağıkta istihdam sorunlarını minumuma indirebilir?

İhtiyaca cevap vermiyor. 657 sayılı kanun 40 sene önce çıkmış. Pes, 40 yıl

“Sağlık Bakanlığı bazen kraldan çok kralcı davranıyor ve liberal bir piyasa ekonomisine yakışmayacak şekilde devletçi ve otoriter yapısını göstermeye başlıyor. Ama özel sektörün gelişimine mani olacak şekilde çalışıyor. Tamam devlet hastanelerinin sayısını ve niteliğini artırmaya çalışalım ama bırakınız özel hastaneler de gelecek kar payına sahip olsunlar. Bu şekilde onlar ya yolsuzluk yapacaklar ya da gelişmeyecek hatta sektörden çekilecekler.”

önce çıkan bir kanun bugünkü modern bürokrasinin ve devlet yönetiminin ihtiyaçlarına nasıl cevap versin? Bu kanun, her düzeydeki memurların üç aşağı beş yukarı aynı maaşı aldığı bir sistem kurmuş. Bence bu eşitlik değil eşitsizliktir. Gelir adaletine aykırıdır. Şimdi siz bir hizmetli personel ile bir müsteşar arasındaki maaş farkını sadece bir kaç yelpaze olarak tutarsanız bu adil bir sistem değil, saçma bir sistem olur. Bu çerçevede yeni bir personel kanunu yapılması gerektiğini düşünüyorum. Mevcut iktidar doktorların maaş katsayılarını düşük tutuyor. Bu durum doğru değildir. Bugün kamuda çalışan doktorlar başka bir kamu personeli, bir memur arasında çok fazla bir maaş farkı yok. Bu, doğru bir politika değil. Bazı mesleklerle daha fazla önem vermek lazım. Hâkimlere gösterdiğiniz özeni hekimlere de göstereceksiniz. Her şeyi bir kenara bırakalım, hekim 6 yıl okuyor. Ben siyasal bilimler okudum. Kızımdan ve bazı arkadaşlarımdan biliyorum, doktorlar bizim 2-3 katımız zor bir eğitimden geçiyorlar. Sabahlara kadar çalışıyorlar. 6 yıllık eğitim ile de bitmiyor, ihtisas yaparken 4 yıl daha bu süreçlerden geçiyorlar. Hatta üst ihtisas yapacaklarsa daha çok uzun yıllar boyunca eğitim-öğretim faaliyetinin içinde bulunuyorlar. Bu da yetmezmiş gibi son derece değişken, son derece süratli bir meslekleri var. Mesleklerinin gelişimini takip etmek için bir ömür boyu okumak, çalışmak durumundalar. Gecelelerini gündüzlerini veren böyle insanlara gidip de siz normal masa başı çalışan bir memurun aldığından 200 lira daha fazla maaş veremezsiniz. Sürdürülen yanlış bir politika, AK Parti iktidarının bu yanlış sürdürmemesi lazım.

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı sizce neden yeterince gelişemedi?

Çünkü özel sigortacılık Türkiye için yeni bir kavram. Bizde sigorta deyince emekli sandığına veya sigortaya bağlı kimseleler anlaşılırdı. Şimdi SGK olarak birleştirildi. Bunların dışında özel sağlık sigortacılığı konusunda bir farkındalık yok. Bu alanda Türkiye’de çok geç kalındı. Telifi etmek lazım. Ama şunu da unutmamak lazım. Devlet, sağlık sigortacılığı konusunda özel sağlık sigortalılarına gerek bırakmayacak şekilde şemsiyeyi gün geçtikçe büyütüyor. Bu da bir paradokstur tabi. Bu durumda özel sağlık sigortacılığı ancak ekstra hizmetler sunan ve belirli bir refah seviyesinin üzerinde yaşayan kesime hitap edebiliyor. Dolayısıyla sağlık sigortacılığının rakibi devlet olarak ortaya çıkıyor ve bununla rekabet etmek de pek kolay değil.

Zaten özel girişimcilerinin çok yaptıkları bir eleştiri var ki, “Sağlık Bakanlığı hem rakibimiz hem de sektörün patronu” diyorlar.

Pek tabi, doğru bir eleştiri bu. Bakın baştan Sağlık Bakanlığı’nın başarısını tespit ettikten sonra eleştirilerimizi de yapmak durumundayız. Sağlık Bakanlığı bazen kraldan çok kralcı davranıyor ve liberal bir piyasa ekonomisine yakışmayacak şekilde devletçi ve otoriter yapısını göstermeye başlıyor. Tamam, kontroller konusunda bunu yapsın, çünkü sağlık boşluk bırakmaya gelmez. Ama bunu yaparken özel sektörün gelişimine mani olacak şekilde çalışıyor. Mesela eğitimde bu yok. Tamam devlet hastanelerinin sayısını ve niteliğini artırmaya çalışalım ama bırakınız özel hastaneler de gelecek kar payına sahip olsunlar. Bu şekilde onlar ya yolsuzluk yapacaklar ya da gelişmeyecek hatta sektörden çekilecekler. Ben devletin bu konularda daha insafli olması gerektiğini düşünüyorum.

Türkiye’de sağlık eğitim maliyeti ve bunun tıp fakültelerine yansımaları hakkında ne düşünüyorsunuz?

Sağlık eğitim çok maliyetli bir iştir. Ben DPT’de bu alanda çalışmalar yaptım. Sosyal bilimlerle kıyaslanınca 1/10, 1/20 oranında pahalı bir iştir. E bu da normaldir. Sağlık, girdileri ve çıktıları itibariyle zaten pahalı bir sektördür. Yalnız, sağlık teçhizatı noktasında Türkiye’de eskiden beri çok büyük bir israf var. Üniversitelerde aynı araç gereçlerin farklı kürsüler için satın alındığını görüyoruz. Ya kardeşim, birlikte kullansanız? Yok, kullanmazlar, her biri ayrı bir krallık ya! Bu durumun kontrol edilemediği, depoların araç-gereçlerle dolu olduğu, bunlar azaltıldığı oranda eğitim maliyetlerinin bir miktar düşeceği kanaatindeyim.

“Açık vermemesi için SGK’nın başına Kılıçdaroğlu gibi kimseleri getirmeyeceksiniz”

SGK’nın bütçe açığı vermeden hizmet üretebilmesinin bir yolu var mı?

Var, başına Kılıçdaroğlu gibi kimseleri getirmeyeceksiniz! (Kahkahalar) Adam gelmiş, 8 sene oturmuş, rezil edip gitmiş. Şaka bir tarafa, idareciyle çok ilgisi var bunun. SGK’nın bazı dönemlerde kar ettiğini, bazı dönemlerde zarar ettiğini görüyoruz. Şu andaki Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanımız da politikadan çok konunun ilmi ve teknik boyutuna yoğunlaşan bir isim. Bütçenin üzerinde büyük bir yük olmaması için SGK’ya her dönem dikkat edilmelidir. Bugün dünyada ABD başta olmak üzere sağlık sistemi iflasın eşiğine gelmiş durumda. Yani şimdi siz sosyal güvenlik sistemini karşılıksız olarak yapmaya kalkarsanız buna değil Türkiye bütçesi Amerikan bütçesi bile dayanamaz. Sayın Recep Akdağ bu konularda çok dikkatli. Benim tenkit ettiğim gelgitleri bu nedenle ortaya çıkıyor. Belli bir noktaya kadar getiriyor, bakıyor ki çok şişti, geri adım atıyor. Bunu yap-

madığı zaman sağlık kaleminin bütçe yükü karşılanamaz hale gelecektir. Türkiye’de SGK’nın iflas etmemesi lazım. Aynı şekilde devlet ve üniversite hastaneleri de bütçelerine dikkat etmeleri lazım.

Çok zamanınızı aldım, birkaç renkli soruyla sohbetimi sonlandırayım. Prof. Dr. Muzaffer Şeker sizi İngiltere’de evinde ağırlamış. Koltuğunu kırmışsınız. Bu doğru mu?

(Kahkahalar) Unutmamış onu?

Ama olayı bana anlatırken manalı da bir ekleme yaptı. “Birinci sınıf insanı, ikinci el eşyacıdan aldığınız koltuğa oturtursanız olacağı budur, bizim hatamızdı.” dedi.

Öyle mi? Hay Allah. Gene de çok üzül-müştüm. Hocamız hakikaten soyadı gibi şeker gibi bir insandı, beni çok güzel ağırlamışlardı.

Misafir olduğunuz gece size soda yetiştirememişler. Soda tutkunuz devam ediyor mu?

Efendim maalesef devam edemiyor. Tuz varmış diye doktorlar bana sodayı yasakladılar. Tuzsuz rejime tabi oldum. Böylesi rejim düşman başına. Ben yarım asırdır soda içiyordum. Hem seviyordum, hem de mideme iyi geliyordu. O kadar ki “Ben su içtikten sonra onu eritmek için üstüne soda içerim” diye espri yapıyordum. (Kahkahalar) 1.5 ay önce geçirdiğim ameliyattan beri artık soda içmiyorum. Şimdi artık su içiyorum.

“El ense çekmem, öpüşme trafiğini kontrol amacıyla idi”

Politikacıyken çok el sıkardınız, epey el ense çekerdiniz, bazen de güreş tutardınız. Bu el ense çekmeler devam ediyor mu? Dikkat ettim girişte bana el ense çekmediniz.

Yok, artık çekmiyorum. Politika da bitti, el ense de bitti. Hesap ettim, 10 milyon kişiyle el sıkışmışım, bazılarında da el ense çekmişim. El ensenin sebebi şu: Şimdi siz politikacı olarak halk içinde öpüşmeyi kendi halinde bırakırsanız, hızlı da olmanın etkisiyle trafik karışıyor. Sağdan soldan filan derken elin adamıyla dudak dudağa gelebiliyorsun. Böyle ben kaç kişinin burnunu ağzıma aldım. Düşünsenize, Ağustos sıcaklığında terliyen kocaman, terli bir burnu ağzınıza alıyorsunuz! Benim el ense çekmem, bu öpüşme trafiğini kontrol amaçlıdır. Bazıları da dükkânından çıkıp sallana sallana geliyor ama sizin fazla vaktiniz yok. Bir de ben ensesini güçlü bir şekilde tutuyorum, kafasını başka bir yöne kımldata-mıyor. Hem de elini sıkınca o benim elimi fazla güçlü sikamıyor. Yoksa parmakları-

nızı bir kaptırdınız mı, gitti. Benim sol elimin parmaklarının hemen hepsi kırılmıştır. Çünkü siz sağ elinizle el sıkışırken geliyor solu bir sıkıyor ki fena. Ne pehlivanlar memlekette. Şimdi ki siyasetçiler ellerinin ucuyla sıkıyorlar. Hele genel başkanların işi daha bir kolay. Otobüs-ten öpücük gönderiyorlar. Hâlbuki ben halkın arasına bir daldırdım, saatlerce öpüşürdük. Çok severlerdi beni, ben de çok severdim halkın arasında olmayı. Tabi nasip meselesi bu. Politika sadece öpüşmekle olmuyor. Para lazım. Ekip lazım.

Yeni bir seçimin arifesindeyiz. Çok uzun yıllar siyaset geçmiş olan biri olarak politikaya atılan adaylara neler tavsiye edersiniz?

Bir defa halkın karşısında yalan söylemeyin. Çünkü halk unutmuyor ve günün birinde memleketin ücra bir köşesinde size o yalanınızı hatırlatıyor. O yüzden ben Sayın Kılıçdaroğlu’nun akıbetini düşündükçe çok üzülüyorum. Çünkü bugün meydanlarda söyledikleri ömrü boyunca hep yüzüne vurulacaktır. Biliyor musunuz, biz Sayın Demirel’in yalanlarını ortaya çıkarmak için komisyon kurmuştuk. Rahmetli Özal bir ekip kurmuştu ve bu ekip Sayın Demirel’in eski konuşmaları izleyip dinleyip raporlar hazırlıyordu. Özal da çıkıp, “Bak sen şu tarihte şunu söylemişsin, şimdi böyle söylüyorsun” derdi. Onun için dürüst olmakta fayda var. Şimdi gelelim işin matrak tarafına. Bir defasında Gaziantep’te Fırat kenarında bir ağa bize kuzu ziyafeti veriyor. Oturduk. Fakat dar bir pantolon giymişim. Orada iyice bir yemek yedim. Kalkayım dedim, pantolonun ortası büyük bir gürültüyle patlamaz mı! (Kahkahalar) Sonra döndüm, “Pantolon patladı, başka bir şey zannetmeyin” dediğimi hatırlıyorum. O yüzden aman dar pantolonunuzla falan ortada dolaşmayın. Sonra bir de sakın ola kendinizi omuzlara aldirtmayın. Bu da fevkalade yanlış bir harekettir. Bir defa insanlık haysiyetiyle bağdaşan bir şey değil. Ayrıca çok mahsurları da var. Elin adamı alttan nerenizi tutar bilemezseniz. (Kahkahalar) ayrıca pantolonunuz sökülebilir, iç çamaşırlarınız görünebilir, sizi yere düşürebilirler. Başıma bir şey geldi, onu anlatayım. Özal, “Senin de nereni severler bilmem ki” diyerek güya iltifat edip beni Adana’nın İncirlik Beldesine yolladı. Seçim yerine gittim. Baktım karşıdan hepsi iri yarı, geleneksel başörtüsü bağlamış kadınlardan oluşan bir armada bana doğru geliyor. “Yahu yapmayın hanımlar” demeye kalmadan beni omuzlarına almazlar mı? 50 metre falan omuzda taşındım böyle. Bir tarafım kimseye değmesin diye kendimi nasıl sıktım anlatamam. Hayatımda o kadar utanmamıştım. Beni gürültüyle getirip pat diye yere attılar. Sonra sakın ola ki, halktan yana görüneceğim diye mahalli kıyafetlere he-

“El ensenin sebebi şu:

Şimdi siz politikacı olarak halk içinde öpüşmeyi kendi halinde bırakırsanız, hızlı da olmanın etkisiyle trafik karışıyor. Sağdan soldan filan derken elin adamıyla dudak dudağa gelebiliyorsun. Böyle ben kaç kişinin burnunu ağzıma aldım. Düşünsenize, Ağustos sıcaklığında terliyen kocaman, terli bir burnu ağzınıza alıyorsunuz! Benim el ense çekmem, bu öpüşme trafiğini kontrol amaçlıdır.”

ves etmeyin. Politikada geçerli olan kıyafet, koyu takım elbisedir. Millet karşısında kendisi gibi giyinen biri değil, güzel giyinen birini görmek ister. Meselâ, başınızda kasket, üzerinizde yelek, şalvar, ayağınızda cankla filân ortalıkta dolaşmaya kalkmayın. Sonra, hem çok gülünç duruma düşer, hem de halkı hafife almış olursunuz. Seçim konuşmalarının da nevi şahsına münhasır bir usulü vardır. Kürsüye çıkıp da öyle haber bülteni okuyan TRT spikeri gibi konuşamazsınız. Heyecanlı olmalı ve alkış beklediğiniz cümlelerin son kelimesini vurgulayarak ve sesinizi yükselterek söylemelisiniz. 1986’da yaptığım ilk seçim konuşması fazla alkışlanmayınca üzül-müştüm. Rahmetli Mustafa Taşar, ‘Bak ağabey, bırak şu bürokratik hüviyetini de artık bağırı-maya başla. Sonunda da şöyle olacaktıırr!’ de diye ikaz edince, aynı konuşmayı tavsiye ettiği gibi yapmış ve müthiş alkışlanmıştım. Seçmeni tanımak da çok önemlidir. Fı tarihinde karşılaştığınız birisi, sokakta, kahvede sizi köşeye sıkıştırıp, yüzünüze manalı bir şekilde bakarak ‘Beni tanıdın mı?’ diye sorabilir. Eğer iyi bir oyuncuy-sanız, ‘Seni nasıl tanımam, tabii ki tanıdım’ diye sırtarak cevap verirsiniz. Ama karşınızdaki ‘Bil bakayım, nereden?’ diye tutturabilir. Buyurun cenaze namazına... O yüzden en iyi cevap, ‘Kusura bakmayım, hatırlayamadım’ deyip dürüstlkle işin içinden çıkmaktır.

Sağlıkta vizyon: Hastaneler nereye koşuyor?

Prof. Dr. Sabahattin Aydın



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesi'nde tamamladı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 1985 yılında mezun oldu. Üroloji ihtisas eğitimini Trakya Üniversitesi'nde tamamladı. Yüzüncü Yıl Üniversitesi'nde çeşitli kademelerde yöneticilik yaptı. 1996 yılında doçent, 2003'te profesör oldu. 2006-2009 yıllarında Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu üyesi olan Aydın, Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcılığı ve Üroloji Klinik Şefliği görevinde bulundu. Bir süre İstanbul Üniversitesi Rektör Danışmanlığı yapan Aydın, halen İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü görevini yürütmektedir.

Dünyadaki hastanelerin çoğu on yıllar öncesinden inşa edilmiş binalardır. Fiziki mekânlar günün anlayışına her zaman uymamaktadır. Eski hastanelerimizin bina yapıları, sağlamlığı, fiziki mekânları açısından bu hal-leri ile devam etmeleri mümkün değildir. Deprem güvenliği dışında gelişen teknolojiyi barındırmasının yanında hastaların değişen beklentilerini karşılaması mevcut birçok binanın yenilenmesini gerekli kılmaktadır.

Minimal invaziv cerrahinin gelişmesi ile gün cerrahisinin yaygınlaşması, hızlı tanı ve tedavi araçlarının geliştirilmesi, evde bakım anlayışının yaygınlaşması ve birinci basamak hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastaneye başvuru ve yatış ihtiyacını azaltmaktadır. Bu da yatak işgalinin ve dolayısıyla yatak sayılarının azalmasına yol açacaktır. Gittikçe hastane yapıları içinde hasta odalarının daha az yer kapladığı, bunun yerini yeni gelişen fonksiyonlar ve yeni doğan ihtiyaçlara yönelik alanların aldığı modeller gelişecektir. Hastanelerin görünümeleri çok değişmese de, roller ve çalışma şekilleri farklılaşacaktır. Teknoloji yoğunluğu artacak; video, uzaktan iletişim ve birinci basamak dahil noktalardan görüntü nakilleri yoluyla bilgiler elde ederek hastaneler entegre bir yapıda çalışacak-

lardır. Hatta bu yolla hastane dışında, taşrada birinci basamak dahil bazı hizmetleri gözetebilecek ve yönetebileceklerdir. Bu merkezlerle bilgi desteği sadece bir hastaneden değil, belki birçok hastaneden gelecektir. Benzer bir uygulamanın hastane acil servisleri ile uzmanlık alanları arasında da kurulması mümkündür. Bazı tıp fakülteleri bu yön-temi klinik personeli ve öğrencileri eğitmede kullanabilecek ve uygulama alanı olarak birinci basamak dahil çok sayıda dağınık merkezi kapsayabileceklerdir.

Bir yandan bu yönde gelişme temayülleri gözlenirken, ulaşımın kolaylaşması ve bilişim teknolojilerinin yönetime destek vermesinin de etkisiyle, özellikle son zamanlarda kampus tipi hastane komplekslerinin yapılması eğilimi de artmaktadır. Ancak bu tür yapılanma, hastaların tedavi için bu kampüslere erişimini gerektirir. Çok daha basit işlemlerin hastanın kolaylıkla ulaşabileceği yakın sağlık kuruluşlarında yapılması ihtiyacı da gittikçe artacaktır. Aile hekimliği ile temel birinci basamak hizmetlerinin hastaların yakınına getirilmesi başarılacak ancak bu yeterli olamayacaktır. Fazla komplike olmayan veya gününbirlik cerrahi işlemlerin yapıldığı, hastaların kolay ulaşabileceği, şehir içinde meskün mahallere yakın sağlık merkezleri bu kampüslerle paralel olarak çoğalacaktır. Ayrıca buralarda verilen hizmetin mali-

yetinin düşük olması Sosyal Güvenlik Sisteminin bu tür yapılanmayı teşvik etmesini kaçınılmaz kılacaktır.

Hastane yapılarında bugün koşuş sistemini terk etmekten ve bunun yerine hasta konforunu öne alan ve hasta mahremiyetini gözetken tek kişilik, içinde temel ihtiyaçların görülebileceği hasta odaları inşa etmekten söz ediyoruz. Buna uymayan hastane yapılarımızı yeniliyoruz. Bugün nasıl çok kişinin bir arada gecelediği otel odalarını hatırlamaktan bile uzak isek, yarın da aynı şekilde dikkatli gözetim gerektiren yoğun bakım gibi alanlar dışında çok hastanın bir arada bulunduğu odaları unutmamız kaçınılmazdır. Belki yarının konusu hasta odaları değil; ameliyatta, yoğun bakımda ya da tetkikte olan hastasını bekleyen hasta yakınlarının rahatını temin edecek mekânlar, oturma salonları, onları sürekli bilgilendirme araçları ile sosyal alanlar, alışveriş alanları ve hatta yerine göre eğlence ortamlarından söz etmemiz muhtemeldir.

Bütün teknolojik gelişmeler, ileri teknoloji kullanılarak yapılan ameliyatlara ve geliştirilen modern ilaçlara rağmen, hasta merkezli yapılanmalar ve hastaların beklentilerini karşılama gayreti, bağımsız olarak veya hastaneler bünyesinde geleneksel ve alternatif tıp uygulayıcılarının gittikçe daha fazla yaygınlaşarak faaliyet

icra etmesine yol açabilir. Böyle bir gidişat, bir anlamda "sağlık süper marketleri" adı verilen, talebe göre arz sunan mekânların oluşmasına yol açacaktır.

Kontrollü rekabet

Bir yandan vatandaş memnuniyetini temin ederek vatandaş gözünde seçkin olabilmek çabası, diğer yandan Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Bakanlığı veya diğer dış denetçilerin beklenti ve talepleri doğrultusunda standartları sağlama, hasta güvenliği ve kaliteyi belgeleme yanında hacim ve değer artırma uğraşlarının da hastaneleri rekabetin içine çekmesi kaçınılmazdır. Aslında hizmette olumlu gibi görünen bu rekabetin başta insan ve finans kaynağı olmak üzere ortak kaynakları tüketme ve bir kurumun diğerinin mağduriyetine yol açması riski şimdiden fark edilmektedir. Bu durum, toplumun bütün bireylerinin sağlık hizmetine erişimi konusunda sıkıntıya yol açacaktır. Rekabet avantajını eline geçiren kurumun yukarıda saydığım gerekçelere dayalı olarak "daha iyi olma" mücadelesi, sınırlı kaynakların paylaşımında diğerlerinin "daha kötü" olması ile başarıya ulaşabilecektir. Bu itibarla, kaynaklar sınırlı olduğu müddetçe, piyasa dinamiklerinin aksine, sağlıkta rekabetin kontrolsüz olamayacağı, bunun merkezi otorite tarafından sınırlarının çizilmesi zorunda kalınacağı açıktır. Bunun örneklerini Avrupa ülkelerinde görmek mümkündür. Ülkemizde çok partili hayatta birlikte başlayan sağlıkta kontrollü genişleme ve planlama girişimleri tam ve net olarak hayata geçirilebilmiş değildir. Ancak son dönemde bunun emareleri ortaya çıkmıştır. Planlı büyümeyi haklı ve gerekli kılan yeterince argüman vardır. Kısacası hastanelerimiz kendilerine çizilmiş sınırlı bir alanda rekabet edebileceklerdir. Böyle bir sınırlama piyasa ekonomisi açısından makul görülmeyecek ve haklı itirazlara muhatap olacaktır. Ancak kanımca toplumun sorumluluğunu üzerinde taşıyan ve sosyal politika kaygısı duyan politikacılarımız aksi yönde hareket etmeye cesaret edemeyeceklerdir.

Bilgi sistemleri ve dijital hastaneler

İçinde bulunduğumuz asrın bilgi çağı olduğu hep söylenir. İletişim ve bilgi teknolojilerinin hızla gelişmesi, bilginin dijital ortamda saklanabilmesi, nakli ve işlenebilmesi, veri ve bilgi ikilemine dikkat etmemize yol açıyor. Bilişim altyapısı kurularak standardize edilmeden kolayca toplanabilen veriler tam bir dijital çöplüklere sahip olmamıza yol açmaktadır. Bu verilerin içinde yararlı olabilecekleri ayıklayıp bilgiye dönüştürmek, veri maden-

ciliği yapmak neredeyse ayrı alt bilim dallarının konusu haline gelmiştir. Elde edilen bilginin içinden kullanılabilecek faydalı bilginin seçilmesi ise bir başka sorun. Görülüyor ki, işimizi kolaylaştırmak üzere kurduğumuz sistemler, veri ve bilgi yığınlarını önümüze yığıp bize yeni çalışma alanları açmakta, bizi daha yorgun hale getirmektedir. Bilişim teknolojinin bu yüzden çok bilinçli olarak kullanılması gerekmektedir.

Bu karamsar gibi görünen girişten sonra konunun diğer yönüne geçebilirim. Yukarıda değindiğim sorunun çözülmesi için ortaya konan çabalar standart veri tanımlamaları, minimal veri setleri, interoperabilite, karar destek sistemleri gibi birçok ürün ortaya koymuştur. Yani aslında içinde bulunduğumuz kargaşadan çıkaracak modeller gelişmektedir. Birçok alanda da çok önemli yol kat edilmiş durumdadır. Kurumların, hizmet alanlarının, doktorların, benzersiz tanımlayıcıları ortaya konmuş, tanı sınıflamaları, ilaç ve tıbbi malzeme kodlamaları yapılmıştır. Hastane yönetim bilgi sistemlerinde dağınıklık olsa da, bazı örneklerle bakıldığında birçok ülkeden daha iyi bir konumdayız. Aile hekimliği bilgi sistemi ile birinci basamak sağlık hizmetlerinde entegre bir kayıt ve bilgi alışverişi dönemi başlamıştır. Sosyal Güvenlik Kurumunun geliştirdiği takip sistemleri ve nihayet Sağlık Bakanlığınca geliştirilen sağlık bilgi ağı (Sağlık Net) aslında önemli gelişmelerdir. Bugün için aksaklıklar, uyumsuzluklar, mükerrerlikler olsa da, sağlık profesyonelleri defter ve kâğıttan uzaklaşıp dijital veri girişine direnç gösterse de, önemli bir başarı elde edilmiş durumdadır. Daha genç nesiller yerimizi aldıkça dijital dünyaya aşinalık artacak ve direnç azalacaktır. Yarının dünyasında bilgisayar kullanmak kâğıda yazmaktan, ekrandan tanı koymak, film okumak daha kolay olacaktır. Bugün için teknik fantezi gibi görünen birçok husus, yarının sağlık alanında rutin uygulamalara dönüşecektir.

Sağlık hizmetleri yoğun bilgiye dayalı hizmetlerdir. DSÖ'nün tahminine göre 2000 yılında klinikte çalışan personel, vaktinin % 25'ini bilgi ve hasta kaydı ile geçirmektedir. Bu durum gelecekte değişmek zorundadır. Sağlık personellerinin gerekli bilgiyi seçen, doğrulayan ve düzenleyen akıllı bilişim sistemleri kullanarak bir yandan hasta ile konuşurken diğer yandan hastanın anamnezini tanı ve tedavi kararlarını basit bir şekilde kaydedebileceği sistemlerin kullanıma girmesi uzak olmayacaktır. Böylece bilgi kaydı ayrı bir işlem olmayıp hasta ile görüşmenin bir parçası haline gelebilecektir. Bilgi ve iletişim teknolojileri doğru ve yerinde kullanılırsa sağlık hizmetlerini iyileştirmede, etki ve kalitesini artırmada önemli bir araç haline alabilir.



Belki yarının konusu hasta odaları değil; ameliyatta, yoğun bakımda ya da tetkikte olan hastasını bekleyen hasta yakınlarının rahatını temin edecek mekânlar, oturma salonları, onları sürekli bilgilendirme araçları ile sosyal alanlar, alışveriş alanları ve hatta yerine göre eğlence ortamlarından söz etmemiz muhtemeldir.

Sağlık sistemindeki aktörler bilgi teknolojilerinin potansiyelini her geçen gün daha fazla fark etmektedir. Başta Amerika olmak üzere sağlık harcaması içindeki % 1,5 düzeyinde olan bilgi teknolojileri payının % 6'ları bulacağı tahmin edilmektedir. Artık yerel sistemlerden entegre çözümlere, geçmişin kaydına dayalı sistemlerden gelecek projeksiyonu yapan, sağlık planlaması, tıbbi yönlendirme ve tasarım yapan geleceğe dönük sistemlere doğru kayma olacaktır.

Özel sağlık sigortacılığında TİG vaka çalışması

Fatma Zakaryan



İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılından bu yana sağlık enformasyon ve geri ödeme sistemleri üzerinde çalışmaktadır. 4 yıllık MedLine Genel Müdür Yardımcılığının ardından Esas Holding ve Bilkent Holding ortaklığı ile kurulan Promed'de Kurucu Genel Müdür olarak çalışmaktadır. Şirket, alanında geliştirdiği inovatif ürünlerle tanınmaktadır. CompuGroup Medical tarafından satın alınan ve adı CGM Türkiye olarak değiştirilen aynı firmadaki Genel Müdürlük görevine devam etmektedir.

İlker Köse



İstanbul Üniversitesi Elektronik Mühendisliği Bölümü'nden 1999 yılında mezun oldu. Yüksek lisansını, 2003 yılında Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Bilgisayar Mühendisliği Bölümü'nde tamamladı. Halen aynı enstitüde doktora eğitimi devam etmektedir. Uzmanlık alanları arasında insan-bilgisayar etkileşimi, yazılım mühendisliği ve yapay sinir ağları sayılabilir. 1999-2003 yılları arasında İstanbul Büyükşehir Belediyesi Ulaşım AŞ'de Bilgi İşlem Yöneticiliği yaptı. 2003 yılından 2009'a kadar Sağlık Bakanlığı'nın Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi ve Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (Sağlık-NET) gibi bilişim projelerinde danışman ve koordinatör olarak çalıştı. Halen sağlık bilişimi alanında Avrupa'nın önde gelen kuruluşlarından Compu Group'ta çalışmakta, aynı zamanda İstanbul Medipol Üniversitesi'nde ders vermektedir.

Sağlık hizmetlerinde geri ödeme ve finansman modelleri, tüm dünyada durmaksızın yeniden ve yeniden şekillenir. Bu konuda yöntemin doğruluğu, yerel ve genel pek çok parametreye bağlı olduğundan, “doğru model” ülkeden

ülkeye değişim gösterir. Sınır koşullarının sürekli değiştiği bu problemde, “doğru modeli bulduk” demek de pek mümkün değildir. Sadece doğruya yaklaşır ve en yakın olduğunuz anda tekrar uzaklaşmaya başlarız. Bu, bitmek bilmez bir döngüdür. Ekonomistlere göre sağlık hizmet sunucuları da akıllı işletmeciler

gibi iktisadi davranır ve ödeme modelleri hekim tutum ve davranışları üzerinde direkt etkilidir. Bu nedenle ödeme kurumlarının aldığı her aksiyon, sağlık hizmet üreticilerinin refleksi ile karşılır. Bu durum, sağlık hizmet sunumu ile ödeyici kurumların belli noktalarda çıkarlarının örtüşmemesinden

kaynaklanmaktadır. Geri ödeme kurumuna göre ana problem, doğru kişiye, doğru hizmete, doğru paranın ödenmesidir ve sürekli olarak bunu en etkin yöneteceği araçlar ve izleme modelleri geliştirme çabasıdır. Hizmet kalitesinin de düşmemesi gerektiğini isteyen geri ödeme kurumu, farklı geri ödeme modellerinde farklı kontrol ve izleme sistemleri kullanılmak zorundadır. Buna karşın hizmet sunucuları yeni geri ödeme modeline paralel olarak hizmetin iktisadi açıdan etkin kılınması, hizmet üretim maliyetlerinin etkin kontrolü ve hizmet sunumu karşılığında elde edilecek gelirin en iyi düzeye getirilmesi konusunda çalışmaya başlar. Böylelikle geri ödeme kurumu tarafından seçilen her yeni ödeme modelini takiben gerek hizmet sunucu gerekse geri ödeme kurumu tarafında hizmeti yönetim ve izleme araçlarında geliştirme ihtiyacı doğar.

Geri ödemede seçilen her yöntem, aşağıda belirtilen çerçevelerde izlenmeye ve değerlendirilmeye muhtaçtır:

- Erişim
- Verimlilik
- Sürdürülebilirlik
- Kalite

Geri ödeme kurumları, hizmet sunumunda kullanılan kaynaklar, yöntemler, hizmet alanların profili vb açılardan değişiklik gösteren tüm hizmet kalemleri için farklı yaklaşımlar geliştirme eğilimindedir. Bu açıdan;

- Birinci basamak hekimlik hizmetleri
- İkinci basamak ve hastanede ayakta tedavi hizmetleri
- Hastanede yatarak tedavi hizmetleri
- İlaç ve tıbbi malzeme temini
- Yoğun bakım hizmetleri
- Rehabilitasyon
- Evde bakım hizmetleri
- Ambulans vb

hizmet türü ve basamakları, farklı ödeme modellerine tâbi olabilir.

Tüm bu hizmetler;

- Hizmet başı
- Kişi başı
- Vaka başı
- Gün başı
- Genel bütçe
- Maliyet /Hacim,

ilişkili kontratlar ile satın alınabilirler.

Hizmet başı geri ödeme modeli ve TİG uygulamalarının temel farklılıkları ve sisteme yansması

Hizmet başı geri ödeme modeli

Bu sistemde sunulan her bir hizmet, malzeme ve ilaç için birim fiyat üzerinden ödeme yapılır. Her hizmetin tarifelerinde belirlenmiş ve yıldan yıla değişen fiyatı vardır ve kurumlar bu tarife üzerinden faturalarını oluşturulur. Ülkemizde bu klasik tanımlamanın dışına çıkan karma bir model uygulanır. Sağlık Bakanlığı kendisine yılbaşında tahsis edilen bütçeyi tüm kurumlarına ürettikleri hizmetleri de gözeterek dağıtır. Hastaneler faturalarını hizmetbaşı ödeme protokolü çerçevesinde MEDULA'dan aldıkları onay çerçevesinde oluşturur ve bu hizmet dökümleri ile Sağlık Bakanlığı'ndan hak ediş talep eder. Sağlık Bakanlığı, üretilen hizmetlerin toplamının elindeki toplam bütçeyi geçmemesi için kontrol modelleri kurmaya çalışır.

Risk paylaşımı

Klasik anlamda uygulansaydı tüm riski geri ödeyici kurumların taşıyacağı bu modelde, global bütçe uygulaması ile devlet hastanelerinde üretilen hizmetlerin maliyet riski Sağlık Bakanlığı'na yüklenmiştir (zira Sağlık Bakanlığı ödeyici kurum haline gelmiştir). Bu nedenle Bakanlık, harcamaları kısma, verimliliği artırmaya ve SUT'ta değişiklikler yaparak bütçeyi tutturma konusunda yoğun çaba sarf etmek durumunda kalmıştır. Bu modelde;

Hizmet sağlayıcılarının ve hekimlerin motivasyonları

- Hizmet sağlayıcı mümkün olduğunca fazla hizmet üretme kaygısı taşır.
- Yeni teknolojilerin kullanımında motive dir.
- Gereğinden çok hizmet üretim eğilimi ve talebi körükleme eğilimi fazladır.

Toplum sağlığı ve kaliteye etkisi

- Hastanın iyi düzeyde ve kalitede hizmet alma olasılığı yüksektir

- Hekim seçme ve değiştirme olanağı vardır

- Tedavisi uzmanlık gerektiren hastaların uzmana erişimi kolaydır

- Endikasyonsuz işlemler hastanın gereksiz müdahale görmesine sebep olur.

Geri ödeme kurumunun yönetim ve kontrol noktaları

- Sistemin yönetim maliyeti yüksektir.
- Verilen hizmet ve endikasyon uyumunu yönetebilen ve izleyebilen teknolojilerin geliştirilme ihtiyacı vardır.

- Geri ödeme kurumu başvuruları kotrol altına almaya çalışır (Hasta katkı payı, zorunlu sevk uygulamaları, vb)

5 aylık bir dönem içindeki dosyalar üzerinde inceleme yaptık. İlk elde edilen sonuçlarda, bağıl değeri ile hastanelerin cari fiyatı uyumlu görünen gruplara rastladığımız gibi uyumsuz gruplar da gözlemledik. Ayrıca aynı TİG grubuna giren işlemlerin, farklı hastanelerde farklı fiyatlandırıldığını da gözlemledik.

Tehiş ilişkili Gruplar (TİG)

Tehiş ilişkili Gruplar/Diagnostic Related Groups (TİG/DRG); ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak türdeş vakalarla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeye çalışan bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir. Harcanan tedavi kaynaklarını parasal değerlerden çok bağıl değerkatsayı formunda değerlendirmeyi destekler. Bununla birlikte hizmet veren kuruma ödenecek miktarın belirlenmesinde, hastane maliyetlerini, hastanenin ne kadar çok farklı türde ve sıklıkta vaka çözdüğünü (vaka karmaşıklık indeksi) dikkate alır. TİG grup sayısının ihtiyaca uygun ve yönetilebilir sayıda olması gereksinimi vardır. Yine TİG gruplarının maliyetlerinin hâlihazırda sunulan hizmet maliyetleri ile uyumlu olması gerekir. Değişen hizmet maliyetleri ile sürekli güncelleme sistemlerinin kurulması gerekir.

TİG'in temel yapısı

TİG uygulamasında süreç, hastaneden çıkışı verilen ve yatan hasta olarak kabul edilen vakalarla ilgili oluşan taburcu Veri Seti'nin Bakanlığa gönderilmesi ve bu verilere göre ilgili vakaya uygun düşen TİG numarasının atanmasıyla başlar. Bakanlık, vaka karmaşıklık indeksi, hangi TİG'den ne kadar geldiği ve hastanelerin (devlet hastaneleri için) maliyetlerinin neler olduğu gibi pek çok parametreyi dikkate alarak hastaneye yapılacak nihai ödemenin miktarına karar verir.

TİG uygulamasında, ödemeye esas tutarlar, hastalıkla doğrudan ilişkili olan az sayıda gruplar halinde görülebildiği için ödeyici ve hizmet veren kurumlar

açısından kolay yönetilebilir bir ortam sağlamaktadır. TİG'le ilgili genel akış Şekil 1'de gösterilmektedir.

Risk paylaşımı

TİG, daha planlanabilir ve maliyet kontrol yükünün yönetilmesine dair kaygının tüm taraflarca paylaşıldığı bir modeldir. Burada TİG gruplarının içeriğinin ve değişen maliyetlerinin yönetimi adaletin tesisi açısından önem kazanır.

Hizmet sağlayıcılarının ve hekimlerin motivasyonları

- Elde edilecek gelirin, hizmetle doğrusal ilişkisi olmaması nedeniyle, üretilen hizmet maliyetinin düşürülmesi (verimlilik) önem kazanmaktadır. Sağlık kurumları bunu destekleyecek sistemler ve uygulamalar geliştirmek için yoğunlaşır. Hekimlerine yönelik olarak bunu destekleyecek politikalar geliştirir ve telkinlerde bulunur. Hizmet kalitesine yönelik kaygı zayıflar.

- Tanı gruplarının belirlenmesinde yüksek ücret kategorisini seçme çabası oluşur. Daha sağlıklı bireyleri seçme eğilimi doğar.

Toplum sağlığı ve kaliteye etkisi

- Hizmet başı ödemenin aksine hasta yalnızca ihtiyacı olan tedaviyi alır, gereksiz müdahalelere maruz kalma olasılığı azalır.

- Karmaşık uzmanlık gerektiren durumlarda uzmana ulaşma hızı azalabilir.

- Hastaların daha az kaliteli hizmet alması olasılığı artar.

Geri ödeme kurumunun yönetim ve kontrol noktaları

- Bu ödeme modelinde hizmet başı ödeme modelinden farklı olarak geri ödeme kurumu endikasyonsuz ve aşırı hizmet tüketimi kaygısı taşımaz. Aksine ihtiyaç duyulan ve tedavi için gerekli bazı hizmetlerin uygun şekilde verilip verilmediği kaygısı taşır. Buna bağlı olarak geliştirilen yönetim ve kontrol modellerinde sağlık kurumlarının sundukları hizmetin kalitesine yoğunlaşır.
- Hastaların komplikasyon ve nüks nedeniyle belli bir süre içerisinde tekrar hastaneye başvurma sıklıkları gibi göstergeler izleme ve değerlendirmede önem kazanır.
- Hizmetlerin bildirimindeki hata ve kötüye kullanmaların yerinde denetim ihtiyacı artar.

TİG'de anahtar konu yerel ihtiyaçlara uygunluk

- Doğru içerikte gruplar,
- Doğru bağlı değerler
- Değişim yönetimi

Özel sigortacılıkta TİG vaka çalışması

CompuGroup Medical olarak özel sağlık sigorta ve banka sandıklarına hizmet vermekteyiz. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın TİG çalışmalarını yakından takip ediyoruz. Sağlık Bakanlığı'nın kullandığı (Avustralya'dan alınan) TİG grupları ve bağlı değerleri ile özel hastanelerde Türk Tabipler Birliği'nin fiyat tarifesini üzerinden ortaya çıkan maliyetleri 5 aylık bir dönem içindeki dosyalar üzerinde inceleme yaptık. Çalışmamızın amacı, ödeme sistemini kolaylaştırması beklenen TİG uygulamasının, halen hizmet başı ödeme ve farklı fiyat tarifeleri üzerinden hizmet vermekte olan özel sektörde nasıl bir hazırlık yapılması gerektiğini ortaya çıkartmaktı. İlk elde edilen sonuçlarda, bağlı değeri ile hastanelerin cari fiyatı uyumlu görünen gruplara rastladığımız gibi uyumsuz gruplar da gözlemledik. Ayrıca aynı TİG grubuna giren işlemlerin, farklı hastanelerde farklı fiyatlandırıldığını da gözlemledik.

Dört aylık dönemde oluşan toplam 2 bin 151 dosya üzerinde yapılan bu çalışmada, 285 farklı hastaneden, 238 farklı TİG kodu elde edildi. Dosyalarda yer alan TTB hizmet kalemleri ACHI (Australian Classification of Health Interventions) kodlarına dönüştürüldü. Aşağıda verdiğimiz bu örneklerin TİG uygulamasının yaygınlaşma aşamasında önemli girdiler sağlayacağını düşünüyoruz:

Hastane tiplerine göre dosya ve maliyet dağılımı (Şekil 2)

Dosya hasar tutarlarının MDC'ye (Major Diagnostic Category) göre dağılımı (Şekil 3)

TİG'i aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği (Şekil 4)

Bu örnekte, A tipi iki ayrı hastanede aynı TİG grubuna giren iki vaka arasındaki tek fark, birinde fazladan bir işlem daha yapılmış olması. Bununla birlikte oluşan hasar tutarları arasında 3 kattan fazla bir fark söz konusu.

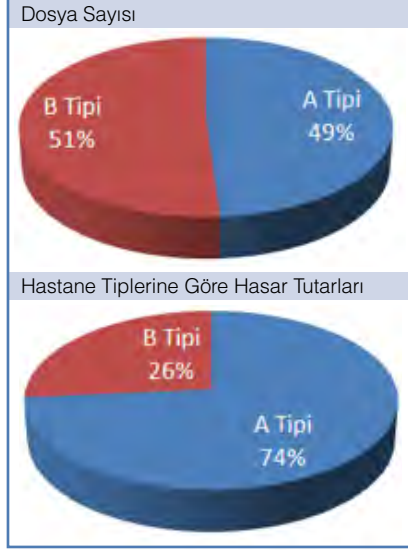
Bağlı değeri aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği (Şekil 5)

Bu örnekte, bağlı değeri aynı olan iki ayrı vakanın, A tipi iki ayrı hastanede oluşan hasar tutarları görülmektedir.

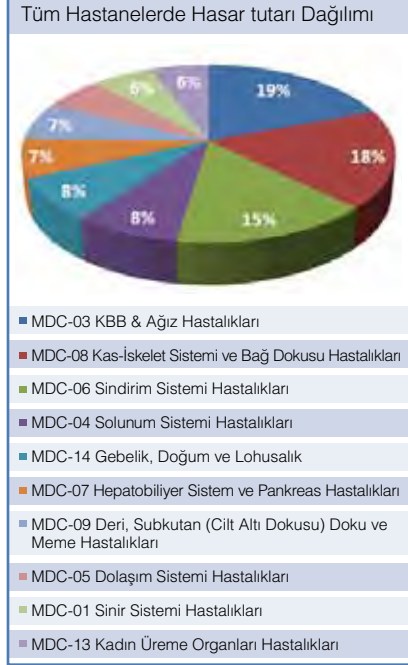
Aynı hastanede aynı TİG'i alan, ama farklı hasar tutarı oluşturan vaka örneği (Şekil 6)

Bu örnekte, iki vaka arasındaki tek fark, yatış sürelerinde görüldüğü. Yatış süresi fazla olan vaka için yaklaşık % 80 daha fazla hasar fatura edilmiş. Ancak TİG uygulamasına geçildiğinde, bu hastanede her iki vaka için de aynı tutarın ödeneceği dikkate alınırsa,

Şekil 2: Hastane tiplerine göre dosya ve maliyet dağılımı



Şekil 3: MDC'ye göre en çok hasar oluşturan vakalar



ortalamadan fazla olan (veya gereksiz) yatış süresi, gereksiz işlem vb. durumlar nedeniyle fazladan ödeme alınamayacak.

Sonuç ve değerlendirme

Söz konusu çalışmanın ilk çıktılarında elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır:

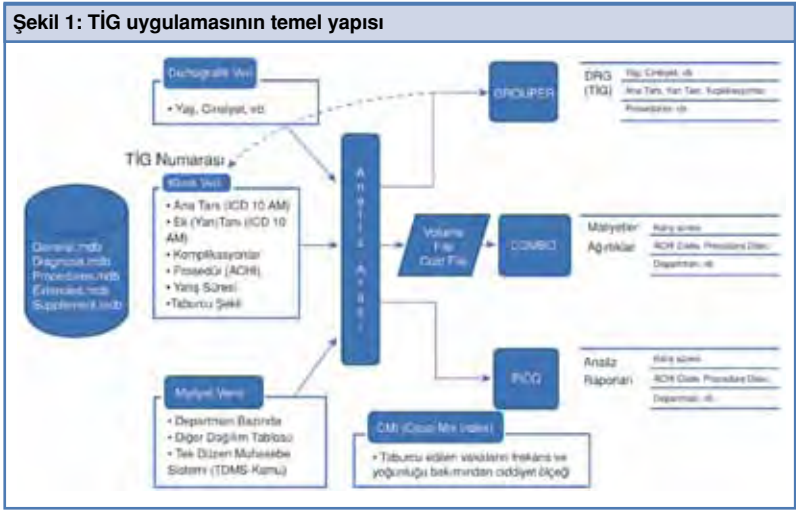
- TTB ve SUT üzerinden yapılan ödemeler, sağlık hizmet sunuş kültürümüzü şekillendirmiş durumdadır. Bu kültürün, TİG'e göre zaman içinde değişmesi gerekecektir.
- TİG'in özel sağlık sigortacılık için bir ödeme modeli olabilmesi için, hem kurumların hem de ödeyici kurumların hasar tutarlarında olması muhtemel etkinin detaylı analiz edilmesi önemlidir.

- TİG'in belirlenmesinde kodlamanın etkisi çok büyüktür. Bu nedenle doğru kodlama için iyi bir eğitim ve nitelikli personel şarttır.

- Zaman içerisinde gerçekleşen hasar tutarları ile bağlı değerlerin daha uyumlu olabilmesi için süregelen güncelleme mekanizması kurulması gereklidir.

TTB ve SUT üzerinden yapılan ödemeler, sağlık hizmet sunuş kültürümüzü şekillendirmiş durumdadır. Bu kültürün, TİG'e göre zaman içinde değişmesi gerekecektir.

TİG'in özel sağlık sigortacılık için bir ödeme modeli olabilmesi için, hem kurumların hem de ödeyici kurumların hasar tutarlarında olması muhtemel etkinin detaylı analiz edilmesi önemlidir.



Şekil 4: TİG'i aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği

	Hastane 1 (A Tipi Hastane)	Hastane 2 (A Tipi Hastane)
Ana Tanı (ICD 10)	J343-Konka hipertrofisi	J342-Nazal septum deviasyonu
Ek Tanılar (ICD 10)	J342-Nazal septum deviasyonu	J343-Konka hipertrofisi
İşlemler (ACHI)	- Genel anestezi, ASA 19 - Nazal septum submüköz rezeksiyonu ile birlikte septoplasti - Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisi	- Genel anestezi, ASA 19 - Nazal septum submüköz rezeksiyonu ile birlikte septoplasti - Paranasal sinüs bilgisayarlı tomografisi - Intranazal maksiller antrostomi, bilateral
Yatış Süresi	1	1
Bağlı Değer	0,98	0,98
TİG	D09Z Kulak, Burun, Boğaz ve Ağzı, Çeşitli Tanı ve Tedavi İşlemleri	D09Z Kulak, Burun, Boğaz ve Ağzı, Çeşitli Tanı ve Tedavi İşlemleri
MDC	MDC - 03 KBB & Ağır Hastalıkları	MDC - 03 KBB & Ağır Hastalıkları
Teminatlar	- Ameliyat - Operatör	- Ameliyat - Operatör
Hasar Tutarı (Cari)	5.357 TL	18.438

Şekil 5: Bağlı değeri aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği

	Hastane 1 (A Tipi Hastane)	Hastane 2 (A Tipi Hastane)
Ana Tanı (ICD 10)	M706-Trokanterik bursit	H259-Senil katarakt, tanımlanmamış
Ek Tanılar (ICD 10)		
İşlemler (ACHI)	Ajanın eklem veya diğer sinoviyal kavite içine uygulanması, başka yerde sunulundurulmamış	- Fakemülsifikasyon ve katarakt aspirasyonu yoluyla ekstrakapsüler kristalin lens ekstraksiyonu - Genel anestezi, ASA 19
Yatış Süresi	0	0
Bağlı Değer	0,59	0,59
TİG	I72B Kas-tendon (Muskülötendinöz) Hastalıkları, Özgül, 80 Yaş Altı, Katastrofik/ Şiddetli KK Bulunmayan	C16B Göz, Lens Tanı ve Tedavi İşlemleri, Aynı gün içerisinde
MDC		
Teminatlar	Küçük Müdahale	- Operatör - Ameliyat
Hasar Tutarı (Cari)	873 TL	6.881 TL

Şekil 6: Aynı hastanede TİG'i aynı olup hasar tutarı farklı olan vaka örneği

	Vaka 1	Vaka 2
Ana Tanı (ICD 10)	J352-Adenoidlerin hipertrofisi	J352-Adenoidlerin hipertrofisi
Ek Tanılar (ICD 10)	-	-
İşlemler (ACHI)	- Genel anestezi, ASA 19 - Tonsillektomi olmadan adenoidektomi	- Genel anestezi, ASA 19 - Tonsillektomi olmadan adenoidektomi
Yatış Süresi	4	2
Bağlı Değer	0,7	0,7
TİG	Tonsillektomi ve/veya Adenoidektomi	Tonsillektomi ve/veya Adenoidektomi
MDC	MDC - 03 KBB & Ağır Hastalıkları	MDC - 03 KBB & Ağır Hastalıkları
Teminatlar	- Ameliyat - Operatör	- Ameliyat - Operatör
Hasar Tutarı (Cari)	5.232	2.912

Türkiye’de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler

Mehmet Onarcan



1996 yılında kurucuları arasında yer aldığı Life Evde Bakım’da yöneticilik yapmaktadır. Bir süre ABD’de Roberts Home Medical firmasında çalıştı, bu alanda ülkemize ilk know-how transferini gerçekleştirdi. Kurucu üyeleri arasında yer aldığı Evde Bakım Derneği’nin halen Yönetim Kurulu Başkanlığı’nı yürütmektedir. 2003 yılında 3. Dünya Evde Bakım Kongresi’nde Dünya Forumunda tüm dünya ülkelerinden, tecrübe paylaşımı için davet edilen 3 konuşmacıdan biri olmuştur. Dünya Evde Bakım Derneği’nin de üyesi olan Onarcan, bugüne kadar 30’a yakın ulusal ve uluslararası bilimsel toplantıda bildiriler sunmuş, çalışma gruplarına başkanlık yapmıştır.

Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde nüfus artış hızının azalması ve yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak yaşlılığın artışı ve buna bağlı problemler kaçınılmaz hale gelmiştir. 2000 yılı itibarıyla toplam dünya nüfusunun %10’u 60 yaş üstündeyken

2050’de bu oranın %20’nin üzerine çıkması beklenmektedir. Bu rakamlardan hareketle 400 milyon yaşlının gelişmiş ülkelerde, 1,5 milyar yaşlının ise daha az gelişmiş ülkelerde yaşayacağı hesaplanmaktadır. Avrupa ülkelerinin 21 tane-sinde daha 2001 yılı itibarıyla 60 yaş üstü nüfusun toplam nüfusa oranı %20’yi aşmıştır.

Ülkemizde de durum, dünya gerçeklerine paralellik göstermektedir. Hatta demografik geçiş süreci Türkiye’de Avrupa ülkelerine kıyasla çok daha kısa bir sürede yaşanacaktır. Doğurganlık oranının düşmesi ve yaşam beklentisinin artması ile Türkiye, genç nüfusa sahip bir ülke olmaktan çıkacaktır. Yaşları 65’in üstünde olan kişilerin hem sayısı hem de top-

1 Temmuz 2005’ten itibaren başlayarak bir ilk olarak bakıma muhtaç özür-lüsünün evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu’ndan evde bakım aylığı alan kişi sayısı 300 bini bulmuştur.

reylerden oluştuğu göz önünde bulundurulduğunda ülkemizde ileriki yıllarda dramatik bir hızla artış gösterecek bakım ihtiyacının daha şimdiden ne kadar büyük boyutta olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yaşlanmanın sonucu olarak kronik hastalıklarda artışın yanı sıra özür-lü nüfus ve var olan özür-lülük derecesinde de artış görülmektedir. Tüm bu etkenler bir araya geldiğinde yaşlılar için sağlık ve sosyal bakım ihtiyacında ciddi bir artış görülmekte ve bu ihtiyacın gelecekte daha da artış göstereceği bilinmektedir. Uzun dönem bakım ihtiyacını karşılayabilmek için tüm dünya ülkelerinin demografik bilgiler ve rakamsal öngörülerden yola çıkarak gelecek planlamalarını yapmaları, bakım modellerini geliştirmeleri gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki sistemlerin daha verimli çalışması için iyileştirme çalışmaları yapılırken henüz bu konuda bir modele sahip olmayan ülkelerde ise ülke gerçeklerine uygun modellerin en kısa zamanda uygulamaya alınması gerekmektedir. *Tüm dünya-da artan sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında evde bakım en etkin model olarak öne çıkmaktadır.*

Türkiye’de evde bakım hizmetleri açısından mevcut durum

Türkiye’de evde bakım hizmetlerinin profesyonel bir hizmet olarak sunumu maalesef dünya örneklerine göre oldukça geç tarihlerde görülmektedir. İlk profesyonel hizmet sunumu örnekleri bundan 15 yıl önce özel sektörle başlamış, bunu 2001 yılından itibaren yerel yönetimlerin hizmetleri takip etmiştir. Bu alana yönelik ilk yasal düzenleme, hizmet sunumunun başlamasından yıllar sonra Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 10 Mart 2005 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 25751 sayılı “Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik”tir.

Sağlık Bakanlığı dışında bu alana yönelik diğer bir dizi yasal düzenleme 1 Temmuz 2005’ten itibaren başlayarak Bakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu yasal düzenlemelerle “Bakım Muhtaç Özür-lülere” kamu ya da özel bakım merkezleri tarafından kurumda ya da evde, bakım hizmeti sunulması mümkün hale gelmiştir. Ayrıca yine bir ilk olarak bakıma muhtaç özür-lüsünün evde bakımını üstlenen, ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde bulunan aile bireylerine, evde bakım aylığı ödemesi uygulamaya konmuştur. Takip eden tarihlerde yapılan bir ilave ile bakıma muhtaç yaşlıların da bu imkânlardan faydalanması sağlanmıştır. 2010 yılı sonu itibarıyla Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu’ndan evde bakım aylığı alan kişi sayısı 300 bini bulmuştur.

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin ilk örnekleri ise 2004 yılından itibaren başlamış, takip eden 5-6 yıllık süre içinde 10 civarında ilde evde sağlık hizmetleri sunulmaya başlanmıştır. Şubat 2010’da yürürlüğe sokulan “Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaştırılması için önemli bir adımdır. Yönergenin amacı; “evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylerin muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım ve rehabilitasyonlarının evinde ve aile ortamında sağlanması, bu kişilere ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak birlikte verilmesi için Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurumları bünyesinde evde sağlık hizmetleri birimleri kurulması” olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Yönergede “evde sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı ile etkin ve ulaşılabilir bir şekilde uygulanmasını sağlamak” ifadesi ile Sağlık Bakanlığı, kamu hastaneleriyle bu hizmetleri sunma yaklaşımını ortaya koymaktadır. 2010 yılının son aylarından itibaren Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmetlerinin ülke çapına yaygınlaştırılması için kamu hastaneleri, aile hekimleri ve aile sağlığı merkezlerini hizmet sunumuna dahil etmek için çalışmalarını hızlandırmıştır. Kamu hastanelerinde oluşturulan evde bakım birimlerinin yanı sıra mevzuat gereği İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Koordinasyon Merkezleri oluşturulmaktadır. Ülkemizde sağlık ve sosyal hizmetlere ayrıca sosyal güvence sistemine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli var olmadığı için hizmet sunumunda da bir entegrasyondan ziyade birbirinden bağımsız uygulamalar söz konusudur.

Özel sektörün girişi ile başlayan profesyonel hizmet sunumunda, özel evde bakım merkezleri bugün halen önemli bir rol üstlenmektedir. Evde bakım hizmetlerinin gerektirdiği multidisipliner, bütüncül, sistemli ve kalite standartlarında yaklaşımın en iyi örnekleri özel evde bakım merkezlerinde görülmektedir. Diğer yandan sosyal güvence sistemlerinde yer almaması ve özel sağlık sigortalarının sınırlı kapsamı nedeniyle maalesef bu hizmetler gereken şekilde yaygınlaşmamıştır. Halen ülkemizde Sağlık Bakanlığı’ndan özel evde bakım merkezi veya evde bakım birimi ruhsatı alan ve aktif olarak hizmet sunan kurum sayısı 20 civarında ve 4-5 büyük şehirlerle sınırlıdır.

Yerel yönetimlerin hizmetleri çok daha geniş kitlelere hizmet götürebilmek ve bazı örneklerde sosyal destek hizmetlerini de kapsamı açısından önemlidir. Diğer yandan evde sağlık hizmetleri genellikle multidisipliner yaklaşım yönün-





den sınırlıdır. Bu hizmetlerin maliyeti tamamen yerel yönetimlerin kaynaklarından karşılanmakta olup bazı bölgelerde, dö-nemsel bütçelerin getirdiği sınırlamalar hizmette sürekliliğinin sağlanamamasına da neden olabilmektedir. Ortak bir model olmamasından dolayı hizmet kapsamları farklılık göstermekte, bazı yerel yönetimler sosyal desteğe ağırlık verirken, bazıları sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır. Yerel yönetimlerin evde bakım uygulamaları daha çok büyük şehir belediyeleri ve bu şehirlerdeki büyük ilçelerle sınırlıdır.

Kamu hastaneleri tarafından sunulan evde sağlık hizmetleri, hizmetin ülke genelinde yaygınlaştırılması ve kamusal finansman ile sunumu açısından en önemli uygulamadır. Genelde yatağa bağımlı olup hastane hizmetlerine erişemeyen hastaların evlerine yapılan ziyaretlerle sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmektedir. Sevindirici olan, bu birimlerin daha az nüfuslu olan şehirlerde de kurulmuş olmasıdır. Evde sağlık birimlerinin il ve ilçe devlet hastanelerinin yanı sıra eğitim ve araştırma hastanelerinde de oluşturulmasına başlan-

mıştır. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı açıklamalarda 2011 yılı sonuna kadar 100 bin hastaya evinde sağlık hizmeti götürülmesi hedeflenmektedir. Hizmetlerin aile hekimliği sistemine de entegre edilmesi amaçlanmakta ancak aile hekimliği sisteminin evde sağlık ve bakım hizmetlerini tüm bölgelerde sunmak için henüz gerekli yapılanmaya sahip olmaması nedeniyle ülke genelinde bir entegrasyonun hemen gerçekleşmeyeceğini öngörmek yanlış olmayacaktır. Sivil toplum örgütlerinden, özellikle engellilere ve belli hastalık gruplarına yönelik çalışma yapan ve bu alanda duyarlı olan az sayıda dernek ve vakıf, hedef kitlelerinin bakım ihtiyaçlarına yönelik bazı projeler, hizmetler geliştirmektedir. Ancak sivil toplum örgütlerinin çok güçlü olmadığı ülkemizde evde bakım gibi kapsamlı hizmetlerin etkin ve sürekli bir şekilde sunumu için yeterli kaynak oluşturulamamakta, sivil toplum tarafından ihtiyaç sahipleri için kalıcı bir model yerleştirilmesi mümkün olamamaktadır.

Aile bireyleri, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de evde bakım hizmetlerinin

sunumunda en önemli insan kaynağını oluşturmaktadır. SHÇEK'in yasal düzenlemeleri ve uygulaması özürlü ve yaşlıların bakımını üstlenen aile bireylerinin maddi açıdan desteklenmesi için önemli bir adımdır. Ayrıca sivil toplum örgütleri çeşitli engelli ve hasta gruplarının ailelerini desteklemek açısından örnek çalışmalar gerçekleştirmektedirler. Ancak tüm bunlara rağmen evde bakımda çok önemli rol üstlenen on binlerce aile, birçok ihtiyacı açısından destek bulamamakta, bu zorlu süreçte yalnız kalmaktadır. Ülkemiz için oluşturulacak evde bakım modelinde aile bireylerinin profesyonel hizmetlerle nasıl entegre olacağı ve nasıl desteklenecekleri de şekillendirilmelidir.

Profesyonel olmayan kayıt dışı hizmet sunumu, gelişmiş evde bakım sistemlerine sahip olan ülkelerde dahi önemli ve üzerinde çalışılan bir sorundur. Ülkemizde henüz ulusal boyutta bir evde bakım modeli olmamasına rağmen özellikle son 10 yılda sunulan hizmetlerin kapsamı, nüfusun bu hizmetlere coğrafi ve ekonomik olarak erişim imkânı artmıştır.

Bu ihtiyaç sahipleri açısından son derece olumlu bir gelişmedir ancak diğer taraftan standart dışı, profesyonel olmayan hizmet sunumu da maalesef hala yaygın olarak devam etmektedir. Bu alana yönelik olarak yapılan yasal düzenlemeler, profesyonel olmayan ve kayıt dışı hizmetlerin önünü kesememiştir. Bir tarafta Evde Bakım Merkezleri ya da Özürlü Bakım Merkezleri mevzuata uygun faaliyet göstermek için birçok koşul, yasal gereklilik ve ruhsatlandırma sürecini yerine getirirken, diğer yandan İstihdam Büroları yalnızca bir izin belgesi olarak, Sağlık Bakanlığı ve SHÇEK'in koyduğu yükümlülüklerden sıyrılarak evlerdeki hastalar, engelliler ve yaşlılar için hemşire ve bakım elemanı temin edebilmektedirler. Evde bakım alanında çalışanların çok önemli bir çoğunluğunu Türkiye'de oturma ve çalışma izni olmayan yabancı uyruklular oluşturmaktadır. Aileler herhangi bir denetim ve gözetim olmaksızın bakım sürecini bu yolla buldukları elemanlar ile sürdürmeye çalışmakta ve birçok mağduriyet yaşayabilmektedirler.

Mevcut durumda evde bakım hizmetleri açısından ülkemizdeki problemler

- Alanla ilgili tanımlamalarda eksiklik, farklılık ve karışıklıklar
- Bilinç eksikliği, algı yanlışlığı
- Multidisipliner yaklaşım eksikliği
- Mevzuat eksikliği ve karışıklığı
- Hizmet verecek personel eksikliği
- Hizmet standartlarının olmayışı
- Eğitim standartlarının olmaması
- Eğitim eksikliği
- Denetim eksikliği
- Farklı bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek farklı modellerin oluşmamış olması
- Bakımla ilgili politikaları, mevzuat ve düzenlemeleri üreten kamu kurumları arası koordinasyon ve ortak çalışma eksikliği.
- Kayıt dışı, izinsiz hizmet sunumu ve kaçak çalışmanın yaygınlığı ve bunların sebep olduğu problemler
- Evde bakımda kamu ya da özel finansman sistemlerinin olmayışı, sınırlı olarak gerçekleşen kamu finansmanı uygulamalarındaki eksiklikler
- Bakım sürecine dahil olan aile bireylerinin yalnız kalması, eğitimsiz olmaları ve yeterince destek alamamaları

Evde bakım hizmetleri ile ilgili tüm bu problemlerin temelinde; ülkemizdeki bakım ihtiyaçlarını şimdi ve gelecekte nasıl karşılayabileceğimizle ilgili makro bir planımızın olmaması, sağlık ve sosyal hizmetlere, sosyal güvence sistemine entegre bir ülke modeline sahip olmamız yatmaktadır.

Ülkemiz için evde bakım modeli oluşturma çalıştay

Evde Bakım Derneği tarafından

Türkiye'de evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için gerçekleştirilen önemli bir çalışma, 8-9 Nisan 2010'da Ankara'da düzenlenen "Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı"dır. Çalıştay, ülkemizdeki sağlık sistemi ve sosyal hizmetler ile uyumlu, toplum gereksinimine cevap verebilecek, uluslararası, çağdaş ve bilimsel standartlara uygun ve ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım hizmet modeli taslağı oluşturmak" amacıyla düzenlenmiştir. Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye İş Kurumu, Devlet Planlama Teşkilatı, Hizmet sunanlar (Kamu, Yerel Yönetimler ve Özel), Sivil Toplum Örgütleri, ilgili meslek örgütlerinin temsilcileri olmak üzere toplam 68 kişinin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Böylece konuyla ilgili kurumlar ilk defa bu kadar geniş bir katılımı bir araya gelerek ülkemizde evde bakımla ilgili sorunları görmüş ve belirlenen tartışma başlıkları altında model oluşturmaya yönelik çözüm önerileri geliştirmişlerdir.

Çalıştayın hedefleri

- Çalıştayda etkin bir evde bakım modeline yönelik öneriler geliştirmek üzere aşağıdaki konuların irdelenmesi hedeflenmiştir:
- a. Evde bakım hizmetine gereksinim duyan hasta gruplarının, tedavi, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon açısından temel ihtiyaçlarının tanımlanması.
 - b. Evde bakım hizmeti sunan kamu hastanesi, özel hastaneler ve özel şirketler, yerel yönetimler, STK gibi farklı yapılanmaların hizmet bütününde ve ülke modeli açısından rollerinin belirlenmesi, birbirleriyle koordinasyonları ile ilgili ülkemiz için uygun ve pratik yolların geliştirilmesi.
 - c. Evde bakım hizmetine gereksinim duyan kişilerin hizmete ulaşmasına engel olan faktörlerin tanımlanması ve bunların çözüm yolları için somut çözüm önerilerinin oluşturulması.
 - d. Evde bakım hizmet sunumuna başlama, sürdürme ve sonlandırma süreçlerinin işleyişleri açısından asgari standartların tartışılması ve saptanması.
 - e. Evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerin tanımlanması, yasal düzenlemelerdeki eksiklerin tartışılması.
 - f. Evde bakım hizmetinin finansı ile ilgili ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimi giderebilecek bir ödeme modeli oluşturulabilmesi ile ilgili önerilerin paylaşılması.

Evde bakım ülke modeli için öneriler

Bu ana konular çerçevesinde yapılan grup çalışmalarının sonucunda ortaya çıkan önerilerden bazılarını aşağıdaki gibi özetleyebiliriz.

Evde Bakım Merkezleri ya da Özürlü Bakım Merkezleri mevzuata uygun faaliyet göstermek için birçok koşul, yasal gereklilik ve ruhsatlandırma sürecini yerine getirirken, İstihdam Büroları yalnızca bir izin belgesi olarak, yükümlülüklerden sıyrılarak evlerdeki hastalar, engelliler ve yaşlılar için hemşire ve bakım elemanı temin edebilmektedirler. Evde bakım alanında çalışanların çok önemli bir çoğunluğunu Türkiye'de oturma ve çalışma izni olmayan yabancı uyruklular oluşturmaktadır. Aileler herhangi bir denetim ve gözetim olmaksızın bakım sürecini bu yolla buldukları elemanlar ile sürdürmeye çalışmakta ve birçok mağduriyet yaşayabilmektedirler.

1. Hizmet sunucuların ve diğer paydaşların rolleri ve birbirleriyle koordinasyonu:

Evde bakım hizmeti sunan kamu hastanesi, özel hastaneler ve özel şirketler, SHÇEK, yerel yönetimler, STK gibi farklı yapılanmaların hizmet bütününde ve ülke modeli açısından rolleri ve birbirleriyle koordinasyonları için öneriler:

- 1.1. Devletin asli görevi sağlık ve bakım hizmeti sunulmasını sağlamaktır. Devlet;
- a) mevzuat oluşturmali,
- b) hizmet ve kalite standartlarını belirlemeli,
- c) denetim yapmalı,
- d) hizmet sunumunda kamu, özel sektör ve kar amacı gütmeyen kurum/kuruluşları teşvik etmeli,
- e) belediyeler sosyal bakım ve destek hiz-

Ülkemizde son 15 yılda gelişen evde bakım hizmetlerinin ülke çapında, tüm ihtiyaç sahipleri açısından erişilebilir ve standartlar dahilinde sunulur hale gelmesi için ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım modelinin oluşturulması gereklidir. Var olan sağlık ve sosyal hizmetlerle ayrıca sosyal güvence sistemi ile entegre bir model olabilmesi için mevcut uygulamaların iyi değerlendirilmesi, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması lazımdır.

metler konusunda teşvik edilmelidir. 1.2. Tüm hizmet veren kurum ve kuruluşlar arasında ihtiyaç sahiplerini ve ihtiyacı nite- liğinin belirlendiği ortak bir veritabanı oluş- turmalıdır. Bu veri tabanıyla; a) ihtiyaç sahipleri ve ihtiyaçları belirlenebilir, b) hizmetin etkinliği değerlendirilebilir, c) verimlilik ölçülebilir ve değerlendirilebilir, d) mükerrerliği önleme sağlanabilir, e) ulaşılabilirlik değerlendirilebilir. 1.3. Hastalar evde bakıma hastanedeki müdavi hekim veya aile hekimi dışında farklı merkezlerden de sevk edilebilmeli- dir. Yani evde bakıma çok kanallı başvuru olabilmeli ve verilecek hizmetin içeriği tanımlanacak olan bir “koordinasyon merkezi” tarafından belirlenmelidir. 1.3.1. Hizmet içeriğini belirleyecek bir triyaj ekibi temelinde çalışan bu “koordi- nasyon merkezi” sunulacak hizmeti ta- kip etmelidir. Hedeflenen bakım modeli evde sağlık ve sosyal bakım hizmetlerini kapsamalıdır. 1.3.2. Koordinasyon merkezi hastaların sosyal bakıma ilişkin gereksinimlerini de tespit etmeli, sivil toplum kuruluşları (STK), belediyeler, SHÇEK, kaymakam- lık, vakıflar vasıtasıyla sosyal hizmetlerin sunulmasını sağlamalı ve denetlemelidir. Böylece, evde bakım hizmeti farklı ku- rumlar aracılığıyla verilebilir. 1.3.3. Koordinasyon merkezi, hizmeti

denetlemesinin yanı sıra, hizmet alacak kişilerin ihtiyaçlarına göre danışmanlık hizmeti de vermelidir. 1.3.4. Bu koordinasyon merkezi tarafın- dan ihtiyaç sahiplerine sunulacak “hiz- met planı” belirlenmeli, bu plana göre il- gili hizmet vericilere yönlendirme yapılmalıdır. 1.3.5. Koordinasyon merkezine telefonla kolay erişimi sağlamak için tüm Türkiye çapında geçerli olacak ortak bir çağrı numarası oluşturulabilir. 1.4. Hizmet gereksinimi olan kişi istediği merkez veya birimden (kamu veya özel) hizmet alabilmelidir.

Çalıştay sonucunda ortaya çıkan genel yaklaşım; evde sağlık hizmetlerinin kamu hastaneleri, özel evde bakım mer- kezleri ve birimleri tarafından, sosyal ba- kım hizmetleri ve sosyal destek hizmet- lerinin ise SHÇEK’e bağlı hizmet sunucular, yerel yönetimler ve STK’lar tarafından sunulması yönündedir. Hiz- met sunumunda kar amacı gütmeyen kurum/kuruluşlar ve STK’lar da teşvik edilmelidir.

2. Evde bakım hizmetlerinin entegras- yon sorunları ve entegrasyon model- leri:

Ülkemizde sağlık ve sosyal hizmet sis- temlerine tam anlamıyla entegre olmuş bir evde bakım modeli olmayıp hizmet sunumunda entegrasyondan ziyade bir- birinden bağımsız uygulamalar söz ko- nusudur. Bu kapsamda geliştirilen öneri- ler aşağıdaki gibidir: 2.1. Evde bakım hizmetlerinin sağlık ve sosyal hizmetlere entegrasyonu: 2.1.1. Yukarıda adı geçen koordinasyon merkezleri SHÇEK İl Müdürlükleri ve İl Sağlık Müdürlüklerinin koordinasyonu ile oluşturulmalı, merkez bünyesinde STK ve yerel yönetim temsilcilerinin üyeleri de yer almalıdır. 2.1.2. Uzun vadede sağlık ve sosyal hiz- metlerin entegrasyonu sorunu, koordi- nasyon merkezinin hangi kurum içinde yer alacağı, sağlık ve sosyal hizmetlerin tek bir bakanlık altında yeniden yapıla- nırılması ile daha kolay çözümlenebilir. 2.2. Kamuda tedavi edici ve temel sağlık hizmetlerinin evde bakım hizmetleri açı- sından entegrasyonu: 2.2.1. Evde verilecek sağlık hizmetleri- nin içeriği birinci basamağın alan ve uz- manlığının dışına çıkabileceğinden evde bakım hizmetlerinin sunumu bütü- nüyle “Birinci Basamak Sağlık Hizmetle- ri” içinde planlanmamalıdır. 2.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetle- rinin kapsamına girecek evde bakım hiz- metleri tanımlanmalı, bu tanımlamaya uygun olarak Birinci Basamakta hizmet sunumu sağlanmalıdır. 2.2.3. Evde bakım hizmetleri koruyucu ve tedavi edici hizmetleri içerecek şekil-

de yürütülmelidir.

3. Evde bakım hizmet sunumuna baş- lama, sürdürme ve sonlandırma sü- reçlerinin işleyişleri açısından asgari standartlar:

3.1. “Taburculuk planlanması” evde ba- kım hizmetinin varlığı dikkate alınarak oluşturulmalıdır. Evde sunulacak hizmet- lerin planlaması, hastanenin evde bakım birimi tarafından gerçekleştirilir. Evde bakım birimi, evde bakım planını koordi- nasyon merkezine bildirmelidir. 3.2. Evde bakım hizmeti sunulacak has- tanın sosyal hizmet ihtiyacının değerlendirilmesinde koordinasyon merkezinin görevlendirdiği sosyal hizmet uzmanı görev alır. 3.3. Evde bakım gereksinimi bir görüşe göre her ne kadar çoğunlukla doktor ta- rafından belirleniyorsa da ideali vaka yönetimi modeli ve multidisipliner yakla- şım ile belirlenmesidir. Hastanın sosyal desteğe ve bakıma gereksinimi bu yak- laşım içinde mutlak yer almalıdır. 3.4. Bakım gereksinimlerini belirleyen multidisipliner ekip içinde doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist ve gereğinde diğer sağlık profesyonelle- ri de yer almalıdır. 3.5. Belirlenen evde bakım hizmetinde ihtiyaca göre görev alması gereken meslek gruplarını, doktor, hemşire, fizyo- terapist, konuşma terapisti, uğraşı tera- pisti, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, çocuk gelişim uzmanı, bakım destek personeli ve diğer gerekli sağlık disiplinleri oluşturmalıdır. 3.6. Evde bakım hizmetinin belirlenmesi, hizmetin başlatılması, planlanması ve sonlandırılması aşamaları önceden belirlenen standartlar doğrultusunda yapıl- malı ve bu standartlara tüm kurumların (kamu, özel, yerel yönetim ve STK) uy- ması sağlanmalıdır. 3.7. Evde bakım hizmetinin sonlandırıl- masına hastaya hizmet veren multidisip- liner ekip karar vermelidir, koordinasyon merkezi ve finansmanı sağlayan kurum- lar aynı zamanda bilgilendirilmelidir. 3.8. Evde bakım hizmetinin denetlenme- si evde bakım hizmetinin finansmanını sağlayan kurum ve il/ilçe bünyesinde oluşturulan ilgili kuruluş ve STK temsilci- lerinden oluşan bir komisyon tarafından yapılabilir. Bir diğer yol da denetimin sa- dece şikâyet ve kayıt formları üzerinden koordinasyon merkezi tarafından yapıl- masıdır. 3.9. Evde bakım hizmetinin denetimi ön- ceden belirlenen standartlar doğrultu- unda yapılmalı ve hastanın evde bakım için uygun olup olmadığı, evde bakım gereksiniminin karşılanıp karşılanmadığı, hizmet veren personelin eğitiminin yeter- liliği, doğru kriterlerle hizmetin sonlandırıl- ması dikkate alınmalıdır. 3.10. Denetleme, geliştirilecek Ulusal Ak-

reditasyon Sistemine göre yapılmalıdır.

4. Evde bakım hizmeti ile ilgili yasal düzenlemelerin tanımlanması, yasal düzenlemelerdeki eksiklerin gideril- mesi:

4.1. Evde bakım, multidisipliner bir yak- laşımın sunulan bir hizmet modelidir. Bu nedenle evde bakım ekibinde yer alan sağlık profesyonellerinin birlikte çalışa- birliliğini kısıtlayan mevzuat eksiklikleri giderilmelidir. 4.2. Kamuda yapılandırılmış evde bakım ünitelerinde çalışan ekip elemanlarına özendirici nitelikte düzenlemeler yapıl-malıdır. Hukuki altyapı düzenlemeleri multidisipliner anlayışı koruyucu ve ge- liştirici şekilde yapılmalıdır. 4.3. Sağlık Bakanlığı’nın evde bakım hiz- metleri sunumuna yönelik mevzuatı (özel ve kamu) birleştirilmeli ve tek tip mevzu- at olmalıdır. Bu mevzuat, asgari gereksi- nime dayalı, organizasyon yapısını dik- kate alan ve hizmet standartlarını içerecek şekilde oluşturulmalıdır. Bu mevzuatta farklı tipte evde bakım hizmet sunucuları tanımlanmalıdır. Kamu/özel hizmet sunumu için asgari standartlar ihtiyaca göre belirlenmelidir. Branşlaş- ma için farklı ruhsatlandırma/onay süreci olmalıdır (sadece yara bakımı, sadece fizyoterapi, vb).

5. Evde bakım hizmetinin finansı için ülke kaynakları ile karşılanabilecek ve gereksinimi giderebilecek bir öde- me modelinin oluşturulabilmesi:

Evde bakım hizmetlerinin finansman so- rununun çözümüne yönelik birçok görüş ortaya çıkmıştır. Bu görüşler çerçevesin- de birçok model geliştirilebilir. 5.1. SGK kapsamında uzun dönem ba- kım gereksinimlerinin karşılandığı bir “Bakım Sigortası” oluşturulmalıdır. 5.2. Evde sağlık hizmetleri Genel Sağlık Sigortası kapsamından, uzun süreli ba- kım hizmetleri de bakım sigortası kapsa- mından ödenmelidir. 5.3. Bakım sigortasının içeriği yukarıdaki iki öneriden hangisi olursa olsun, söz ko- nusu bakım sigortası için ek prim alın- mayabileceği gibi “bakım sigortası fonu” ek prim ödemesi ve vergiler ile de oluş- turulabilir. 5.4. Bakım sigortası teminatları detaylı bir çalışma ile belirlenmeli, herhangi bir gereksinim açıkta kalmamalıdır. Oluştur- ulacak modelde evde sağlık ve bakım için hastadan katkı payı alınabilir. 5.5. Evde bakım finansman sisteminin yapılandırılması için “Çalışma Komisyo- nu” oluşturulabilir. Komisyonunda ilgili ku- rum, STK, meslek örgütleri ve üniversite temsilcileri bulunmalıdır. 5.6. Özel bakım sigortaları teşvik edil- melidir. 5.7. Birinci basamakta sunulan evde ba-

kım hizmetinin ücretlendirilmesi; aile sağlığı merkezlerinin verdiği hizmetler içinde tanımlanmalı ve çeşitlendirilmiş paketler halinde ücretlendirilmelidir. 5.8. Evde bakım hizmetlerinin finansma- nına özel modeller geliştirilene dek kamu hastanelerindeki evde bakım bir- rimlerinin hizmetleri SGK tarafından ödenecek şekilde sistemde yer almalı- dır. Evde bakım birimlerinde çalışanlar personel cetvelinde yer almalı, evde ba- kım birim personeli olduğu belirtilmelidir. Ücretlendirilme, bu cetvel üzerinden ya- pılmalıdır. Bu sisteme göre hizmet mali- yetlerinin hesaplanması daha gerçekçi olacaktır. 5.9. Kamu hastanelerindeki evde bakım birimleri; döner sermaye ve performans yönetmeliğindeki özellikli birimler (acil, enfeksiyon komitesi vb.) arasında yer al-malıdır. 5.10. Mevcut ödeme uygulamalarındaki suistimaller ve verimsizlikler (ilaç, tıbbi cihaz vb. ödemler) denetlenmeli; bu ça- lışma sonucunda elde edilecek olan kaynaklar da evde bakım sistemi için kullanılmalıdır. 5.11. Mevcut durumda evde kullanılan oksijen, solunum cihazı vb. gibi bazı ürün- lerinin satın alınması için SGK tarafından ödeme sağlanmaktadır. Ancak cihazların uygun ve güvenli koşullarda kullanımı için, eğitim, periyodik bakım ve kontrol, teknik destek ve kalibrasyonu gibi hiz- metler mevcut değildir. Bu hizmetlerin de modele ilave edilmesi gerekir.

Sonuç olarak ülkemizde son 15 yılda ge- lişen evde bakım hizmetlerinin ülke ça- pında, tüm ihtiyaç sahipleri açısından erişilebilir ve standartlar dahilinde sunu- lur hale gelmesi için ülke kaynakları ile karşılanabilecek bir evde bakım modeli- nin oluşturulması gereklidir. Var olan sağlık ve sosyal hizmetlerle ayrıca sos- yal güvence sistemi ile entegre bir mo- del olabilmesi için mevcut uygulamala- rın iyi değerlendirilmesi, iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması la- zımdır. Bu süreçte yurt dışındaki başarılı örneklerin incelenmesi, uygun olabile- ceklerin Türkiye’ye uyarlanması, var olan deneyimlerden fayda sağlanabilmesi açısından önemlidir. Evde bakım mode- linin geliştirilmesi bu alana ayrılan ve ay- rılacak kaynakların verimli kullanımı ve gelecekte artacak bakım ihtiyacını karşı- layabilmek için hazırlıklı ve planlı olmak açısından da kaçınılmazdır.

Kaynaklar

Dünya Sağlık Örgütü (Kasım 2003) Gender, Health and Ageing

Dünya Sağlık Örgütü istatistikleri, www.who.org

Economic Policy Committee (2001) “Budgetary challenges posed by ageing populations”

Evde Bakım Derneği (20-23 Nisan 2008). II. Ulusal Evde Bakım Kongresi Sonuç Bildirisi, http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp (Erişim tarihi: 15.06.2011).

Evde Bakım Derneği (8-9 Nisan 2010) Ülkemiz için Evde Bakım Modeli Oluşturma Çalıştayı Sonuç Ra- poru, http://www.evdebakim.org.tr/publication.asp (Erişim tarihi: 15.06.2011).

May V, Onarcan M, Olechowski C, Mayron Z. (Ocak 2004). International Perspectives on the Role of Home Care and Hospice in Aging and Long Term Care, Caring Magazine, A.B.D

Prof. Dr. Behar C., Doç. Dr. Işık O., Doç. Dr. Güvenç M., Prof. Dr. Erder S., Yrd. Doç. Dr.Ercan H., (Ocak 1999) Türkiye’nin Fırsat Penceresi Demografik Dö- nüşüm ve İzdüşümleri. TÜSIAD Yayınları, İstanbul

Suther M., (Ekim 2003) An Aging Population: Scien- ce, Business and Public Policy. Caring Magazine, A.B.D.

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi, (Aralık 2002) Türkiye Özürlüler Araştırması

T.C. Sağlık Bakanlığı, (Şubat 2006), Kronik Hastalık- lar Raporu

Ürolog gözüyle bazı yasadışı maddeler ve etkileri

Prof. Dr. Ümit Şimşek



1953 Tural doğumludur. Öğretmen bir anne ve hâkim bir babanın oğludur. Orta öğrenimini TED Ankara Koleji'nde tamamladı. 1977 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1981'de Üroloji Uzmanı oldu. İstanbul Haydarpaşa Asker Hastanesi'nde ve Elbistan Devlet Hastanesi'nde üroloji uzmanı olarak görev yaptıktan sonra, 1985'te Uludağ Üniversitesi'ne yardımcı doçent olarak atanmıştır. Aynı yerde 1988'de doçent, 1994'te profesör olmuştur. 2003 yılında emekli olan Şimşek, o tarihten beri özel sektörde görev yapmaktadır. 2005 yılından beri İstanbul Medipol Hastanesi'nde çalışmaktadır. 120 civarında yerli ve yabancı dergilerde yayınlanmış makalesi vardır. Üç temel tip kitabında bölüm yazmış ve bir üroloji kitabının da editörlüğünü yapmıştır. Türk Üroloji Derneği, Amerikan Üroloji Derneği (AUA), Avrupa Çocuk Ürolojisi Derneği (ESPU) ve Avrupa Doku Bankaları Birliği (AETB) üyesidir. Dr. Şimşek evlidir ve bir çocuk babasıdır.

Türkiye'de yasadışı maddelerin kullanım oranını bilmiyoruz. Bu konuda istatistiksel bir çalışma yamanın zorluğu ve güvenilir olamayacağı gerçeği, tehlike altındaki nüfusun bilinebilmesini imkânsız hale getirir. Varsayımlarla bir sonuca varılmak istenirse bu yolla elde edilen rakamların hepimizi ürkütecek değerlerde olduğunu görebiliriz. Bugün Türkiye'de bu maddeleri kullananların sayısı 10 milyon civarında olabilir. Daha çok genç yaşlarda en az bir kere için denendiği de varsayımlar içerisindedir. İnsanlar bu maddeleri yasal olmayan yollarla neden kullanırlar? Bu sorunun pek çok yanıtı vardır. Ancak büyük oranda cinsel gücü artırmak, cinsel aktivitelere zemin hazırlamak ve bunu hem kadın, hem erkekte sağlamak gibi amaçlarla kullanıldığını da biliyoruz. Aslında kullanıcı, bu maddelerin cinsel fonksiyonları artırmak yerine azalttığını, kısırlığa yol açabildiğini ve idrar yapma sorunlarına sebep olabileceğini hep sonradan anlar ama son pişmanlık fayda vermez. Artık o bir bağımlıdır. Üroloji biliminin temel konuları arasında cinsellik, kısırlık ve idrar yapma sorunları sayıldığına göre bu yasadışı maddelere bir de ürolog gözü ile bakalım.

Kokain

Kullanıcıları, kısaca C, kok, kaya, kar, Charlie, 9/3 gibi isimler takmışlardır. Genellikle burundan çekilerek alınır ama vücuda girebileceği her yer kullanılabilir. Sigaraya sarılarak (crack) içilebilir, koka yaprakları çiğnenebilir, vajina, anüs ve deriden emilim yolu kullanılabilir. Buharı

nın solunması ve yutularak alınımı da sık kullanılır. Bir kez alımı en az 20 dakika vücutta etkisini gösterir. Türkiye'de gramı 100-200 TL arasında satılmaktadır. Uykusuzluk, halüsinasyon görme, sinirlilik, burun problemleri, kaşıntı, depresyon ve intihara eğilimin artması; bilinen ve en sık karşılaşılan yan etkileridir. Seksüel uyarıcı etkisini dopaminerjik reseptörler üzerinden gösterir. Ejakülasyonu geciktirir ve ereksiyon süresini uzatır. Uzamış ereksiyon nedeni ile "priapizm" olgularına sıkça rastlanır. Priapizm geriye dönmeyen ereksiyon problemi olup mutlaka medikal müdahale gerektiren acil bir durumdur. Bu problem sonunda iyileşse bile penisin sünger yapısında fibrotik değişiklikler yaratarak kalıcı bir cinsel yetersizliğe sebep olabilir. Priapizm komplikasyonundan olmasa bile, kronik kokain kullanıcıları eninde sonunda ereksiyonlarını kaybederler. Kokain penisin süngerimsi dokularını döşeyen epitelin saldıgı "nitrik oksit sentetaz" enzimini oluşturan reseptörleri zamanla çalışamaz hale getirir. Kokain cinselliği bitirir.

Afyon (Opium)

Türkiye'de de yetiştirilen afyon pek çok yasa dışı maddenin ana kaynağıdır. Morfin, eroin, kodein, papaverin, thebaine ve noscapin gibi uyuşturucular afyon bitkisinden yapılır. Tıbbi amaçlarla kullanılmak üzere üretimine yasal yollardan izin verilmektedir. Uzakdoğu ülkelerinde, Çin, Afganistan, Türkiye ve hatta İngiltere'de bile yasal üretimleri vardır. Milattan önce 4 bin yılından beri insanların bildiği bir bitkidir. Yasa dışı olarak

daha çok sigaraya sarılarak veya çiğnenerek kullanılır. "Uyku piposu" adı verilen özel pipolar içerisinde dumanı çekilerek ve bulunan mekânda bu dumanın solunması yolu ile de etkisini gösterebilir. Bu nedenle tarih boyunca afyon içilen özel kapalı alanlar yaratılmış ve insanlar buralarında sadece bulunarak hayal âlemlerine dalabilmişlerdir. Afyon ve türevleri ideal ağrı kesicilerdir. Sedatif ve uyku verici etkileri çok üstündür. Gözleri açık uyuyan insan figürü tipik afyon kullanıcısıdır. Gastrointestinal sistem hareketlerini yavaşlattığı için ideal bir ishal kesici olarak da kullanılmaktadır. Solunum ve kardiyak depresyon ile ölüme sebep olur. Bir seferde iki gram kullanımın öldürücü doz olabileceği bilinmektedir. Ancak bağımlılarının günde 6-8 gr. kullandıkları görülmüştür. Fiziksel bağımlılık yapar ve kronik kullanımı ile doza karşı bir tolerans gelişir. Erkeğin androjenik dünyasını hızla bozar. GNRH isimli hormonun beyinden salınmasını durdurur ve böylece erkeklik hormonu olan testosteron üretilemez, erkek hipogonadik hale gelir. Bir başka deyişle erkeğin her şeyi olan testosteron hormonu giderek azalırken cinsel gücünün yanında libidosunu da kaybeder. Dayanılmaz ağrıları nedeniyle afyon türevi ilaçlar kullanan kişilerde yapılan araştırmalarda ereksiyon ve libido kaybının % 90 düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

Eroin

Afyon bitkisinden elde edilen eroin yasa dışı olarak kullanılan önemli bir uyuşturucudur. Eroin, kahraman anlamına gelen Almanca "heroisch" kelimesinden

türetilmiştir. Beyaz, dragon, vites, kriko, şak, peynir gibi tanımlamaları vardır. Buharı çekilerek, sigaraya sarılarak ya da damara enjekte edilerek kullanılır. İntravenöz yoldan alındığında etkisini 10 saniyede gösterir. Gramı 100 -150 TL'den satılmaktadır. Sokakta satılan eroine pek çok yabancı maddeler karıştırıldığı için doz ayarlaması yapmak çok zordur ve yüksek doz ani ölümü getirir. Saflık konusunda kullanıcıların her zaman korkuları olur. Bu nedenle dünyada ilaç olarak ve sadece bağımlılarda reçete edilmek üzere saf eroin "Diaphine" üretilmiş ve yasal olarak satılmaktadır. Fiziksel ve ruhsal bağımlılık yapar. Ağrı kesici, sakinleştirici, uyku verici özellikleri yanında kabızlık, görme bozukluğu, aşırı terleme, kusma, kas krampları ve yorgunluk gibi istenmeyen yan etkileri vardır. Luteinizan hormonu hızla baskılayarak kan testosteron düzeylerini düşürür. Cinsel fonksiyonları bozar. Penis üzerindeki toplardamarı enjekteyon yeri olarak kullananlarda lokal komplikasyonlar da kaçınılmazdır.

Esrar (Marijuana)

Hint kenevirii bitkisi yaprağının kurutulmasından elde edilen toz ya da işlenmiş plaka halinde pazarlanmaktadır. Amerika piyasasında hazır sarılmış esrar sigarasının tanesini 2-5 dolara bulmak mümkündür. Cannabis olarak da bilinen bu bitki aslında Arapçada toz anlamına gelen "haşhaş" adı ile de popülerdir. Türkçede yanlış kullanılmakta ve haşhaş denilince akla afyon gelmektedir. Sigara şeklinde sarılarak veya çiğnenerek kullanılmaktadır. Sarhoşluk yapıcı, keyif verici ve uyuşturucu özellikleri ile ayrıca çok kolay bulunabilmesi nedeni ile çok yaygın olarak tüketilmektedir. Bazı devletler bu otun belli dozda kullanımını serbest bırakmışlardır. Esrar içen kişi rahatlamış bir şekilde (öfori) bol bol konuşur. Duyguları artmış, hisleri kabarmıştır. Renklere, tatlara ya da duyduklarına karşı ileri derecede hassaslaşmıştır. Her

şeye rağmen kronik kullanımı ile ruhsal bağımlılık yapar ve erkekte cinsel fonksiyonları -tıpkı afyon gibi testosteron düzeyini azaltarak- bozar. Kadınlarda sıklıkla ağırlı cinsel ilişkiye (disparanoya) sebep olur.

Ekstazi

Amfetaminin sentetik bir şeklidir. Kısaca MDMA olarak bilinen bir formülü ile tablet şeklinde pazarlanmaktadır. Tabletlerin tanesi 10-50 TL. civarındadır. Mutluluk ilacı, depresyonu yok eden hap olarak bilinir. Kuvvetli bir antidepresandır. 1912 yılında Avrupalı ilaç devi Merck tarafından bulunmuş ancak 1980'lerin sonlarına doğru yaygınlaşmıştır. Beyin hücrelerinde dopamin, serotonin ve norepinefrinin hücre dışına çıkışını önleyerek bu maddelerin hücre içinde artmasına sebep olur. Ayrıca oksitosin hormonu salınmasını da serotonin üzerinden artırarak etkisini gösterir. Psikiyatrik hastalıkların çoğunda ve özellikle depresyonda tedavi edici olarak kullanılmaktadır. İlaç kullanan kişide özgüven ve cesaret artar. Kucaklaşma, sarılma isteği, güvenme, samimiyet, her şeyi konuşabilme hatta yapabilme duyguları artar. Kişi hiperaktifleşir. Görme, duyma ve dokunma duyuları hassaslaşır. Alındıktan iki saat sonra etkisi başlayıp sekiz saat sürer. Seks organlarının hassaslaşması nedeni ile kadın ya da erkek her an seks yapmaya hazır hale gelebilir. Erkekte çok sayıda peş peşe ereksiyonlar görülebilir. Çok kaliteli orgazmlar yaşanır. Kısacası insan çok mutludur ve her şeyi yapmaya, her türlü riski almaya hazırdır. Ekstazi alan insanlar sanki bilerek ve isteyerek kendilerine zarar verecek hale gelirler. Ekstazinin yan etkileri arasında diş gıcırdatma, çene kilitlenmesi, ağız kuruması, susama ve aşırı su içme isteği sayılabilir. Ayrıca ilacın etkisi geçtikten sonra aşırı yorgunluk, uykusuzluk, depresyon, paranoya, konsantrasyon bozukluğu, diare, iştah azalması, çene ve

dış ağrıları mutlaka olacaktır. Kullanıcıya gerçek dışı bir dünya sunduğu için ekstaziden sonra bu kez de insan çok mutsuzdur, huzursuzdur.

Ketamin

İnsan ve hayvanlarda ağrı kesici ve anestetik ilaç olarak önerilmiştir. Yasadışı kullanımında ise eğlence, hayal görme amaçları için alınır. Güçlü bir halusinojenik ajandır. Ketamin alan kişi istediği hayali kurabilir ve hayalini yaşayabilir. Toz şeklinde buruna çekilebilir ya da sıvı şeklinde vücuda enjekte edilerek kullanılabilir. Bir gramı 50-100 TL. arasındadır. Ketamin enjeksiyon tarzında 40-50 mg kadar kullanılırsa bir dakika içinde etkisini gösterir. Toz olarak alındığında karaciğerde metabolize olacağından yüksek dozlar (500 mg gibi) gerektirir. Ketamin kullanıcısının dış dünya ile ilgisi kesilir. Gerçek dışı ya da kendi kişilik özelliklerinden farklı halüsinasyonlar görülür. Psikiyatride "depersonalizasyon" yani kişilik ayrışması tanımı kullanılmaktadır. Mistik ortamlarda kalabalık kitleleri etkileyen insanların ketamin alıp daha sonra sahneye çıktıkları bilinir. Kalp hızı artar, tansiyon yükselir. Tükürük artar, dış etkenlere karşı duyu hassasiyeti artar. Özellikle hareket koordinasyonu/kontrolü ortadan kalkar. Ketaminin en kötü yan etkisi ise mesanede aşırı hassasiyet, artmış kasılmalar ve mesane duvarı kalınlaşmasıdır. Tıpkı bir mesane enfeksiyonu gibi belirtileri olur. Bu problem, ilacın özellikle ağrı kesici olarak uzun süreli kullanımında ortaya çıkar. Erken dönemde geriye dönüşü olan bir yan etki de çoğunlukla mesaneyi kaybetmeye kadar giden bir süreçtir. Penis ameliyatları sırasında gelişen istemsiz ereksiyonları durdurmak için ketamin önerilmektedir. Bu bilgi, aklımıza ketaminin ereksiyon kusurlarına sebep olabileceği varsayımını getirir.

Sonuç

Bağımlılık yapan keyif verici maddeler özellikle gençler arasında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bir anlık zevk ve heyecan için başlanan ve zamanla alışkanlık haline gelen bu maddelerin yan etkilerinin çok iyi bilinmediği kanısındayız. Kullanma süresi uzadıkça cinsel dürtülerin artması yerine kaybının ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle eğitim ve bilinçlendirme projelerinde, caydırıcı bir unsur olarak cinsel fonksiyon kaybı konusu mutlaka işlenmelidir. Ayrıca başta üroloji ve psikiyatri uzmanları olmak üzere hekimlerimizin cinsel fonksiyon bozukluğu yakınmaları ile başvuran hastalarında uyuşturucu kullanımını sorgulamasını yapmaları gereklidir.



Tıp eğitimi: Ölçme ve değerlendirme; öğrenmenin değerlendirilmesi

Dr. Ahmet Murt



1986 yılında İskenderun'da doğdu. Ortaöğrenimini İstiklal Makzume Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne girdi. Mayıs 2008'de Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde öğrencilere yönelik Tıp Eğitimi Kongresi projesini hayata geçirdi. 2008-2009 akademik yılında TurkMSIC Genel Başkanlığı ve Uluslararası Tıp Öğrencileri Birliği Derneği Yönetim Kurulu Başkanlığı yaptı. Yine aynı dönemde Avrupa Tıp Öğrencileri Birliği'nde (EMSA) tıp eğitimi komitesinden sorumlu yönetim kurulu üyesi olarak görev yaptı. Kasım 2009'dan bu yana Avrupa Komisyonu destekli MEDINE (Medical Education in Europe) akademik işbirliği projesinin yönetim kurulu üyesi görevini yürütmektedir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden geçen yıl mezun olan ve zorunlu hizmetini Hakkâri, Yüksekova'da tamamlayan Dr. Murt, halen Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalında asistan doktor olarak görev yapmaktadır.

Öğretim hedeflerimize ulaşabilmeye gün geçtikçe daha fazla önem verirken, daha güvenilir ölçme-değerlendirme yöntemleri geliştirmeyi de göz ardı etmiyoruz. Bunları yapmakta-ki amaçlarımızı Ronald Ebstein şu 3 baş-

lık altında özetlemiştir:

- Hangi aşamada olursa olsun öğrencileri ve mesleğe devam etmekte olan hekimleri daha fazla öğrenmeleri için motive ederek yeterliklerini güncel gelişmelere uyarlayabilmek.
- Hekimlerin daha az yeterli oldukları alanları tespit ederek toplumun bütün-

nün çıkarlarını korumaya gayret göstermek.

- İleri eğitime devam edecek hekimleri belirleyebilmek.
- Hatırlarsanız, önceki yazımızda iki farklı ölçme/değerlendirme yaklaşımına değinmiştik. Bunlardan bir tanesi öğrenmenin sağlanması için(formative-



Fotoğraf: Levent Karabağlı



Önemli olan, sorulacak soruların içeriğidir. Şöyle ki, neyi test ettiğimiz, nasıl test ettiğimizden biraz daha önceliklidir. Öğrencilerin sınavlara soru olabilecek kısımlara daha fazla ağırlık vermeleri kaçınılmazdır. Bu durum; öğretenlerin kullandıkları soru biçimi ile sorgulanması oldukça zor olacak kısımların, öğrenciler tarafından tahmin edilerek daha az önemsenmesine neden olacaktır.

geliştirici) değerlendirme iken bir diğeri ne kadar öğrenildiğinin (summative-biriki mi özetleyici, karar verdirici) değerlendirilmesidir. Öğrencinin kapasitesini geliştirmeye odaklanan geliştirici değerlendirmede akademisyenlerin özel fikirlerinin önemli olduğunu da ortaya koymuş ve sınavdan öğrencinin sağlayacağı çıkar yüksek ise birikimsel değerlendirme metotlarının kullanılmasının daha uygun olacağını altını çizmiştik.

Yüksek seviyeli sınavlarda (örnek belirtmek gerekirse herhangi bir eğitim programın tamamlanması veya daha ileri eğitim için hak kazandıracak olması gibi) birikimi özetleyen (karar verdirici, ne kadar öğrenildiğini gösteren) değerlendirme yöntemleri nesnelliği güvenceye alacaktır. Bu yargı, geliştirici metotların ek olarak kullanılamayacağı anlamına gelmesin. Burada değinilmek istenen; merkezi rolün birikimsel metotlara biçilmesinin daha uygun olacağıdır.

Ölçme ve değerlendirme için kullanılabileceğimiz metotları belirlerken 5 kriteri göz önünde bulundurmamız gerekir. Bu beş kriter: güvenilirlik (reliability), geçerlilik (validity), metodun öğrenme ve mesleğin icrası üzerine etkileri, her iki tarafça (uygulayan ve uygulanan) kabul görmesi ve son olarak zahmet/maliyet etkinliğidir.

Güvenilirlik: Öğrencinin bir sınavdan alacağı puanın, aynı konu (veya alanda) yapılacak bir başka sınavda alacağı puan ile hemen hemen aynı olmasıdır. Başka bir deyişle, güvenilirlik, sınav sonuçlarının aynı şekilde tekrar edebilirliği-dir. Bir konuda sorulabilecek tüm sorular

arasından seçilen bir grup soru sınavı oluşturmaktadır. Herhangi bir kurumun oluşturduğu bu (paralel) sınavların öğrenciler hakkında benzer sonuçlar vermesinin sağlanması güvenilirliğin esasıdır. Testlerdeki seçenek sayısının yeterli olmaması veya bazı sınavların sadece bazı bölümlere odaklanıyor olması, güvenilirliği tehdit eden unsurlardır.

Geçerlilik: Bir sınavın geçerliliğinden bahsetmek, o sınavın ortaya koymayı amaçladığı bilgi ve becerileri gerçekten ölçüp ölçmediğini değerlendirmektir. Bir takım yeterliklerin doğrudan ölçülemeyecek olması, bazı kanıtlarla çıkarımlar yapmayı gerektirecektir. Örneğin bir konuda uzman olanların, o konuda yapılacak olan sınavda öğrencilerden daha yüksek puan almaları sınavın geçerliliği için iyi bir kanıt olabilir. Sınavda seçilen soruların konu dağılımları veya her bir sorunun kendi içerisinde düzeyli olması sınavın bütününü geçerli sayılabilmesi için diğer kanıtlardır.

Metodun öğrenme üzerine etkileri: Formative (geliştirici) değerlendirme (ile-ri öğrenme için rehberlik eder, güvence verir, öz değerlendirmeyi özendirir ve değerleri şekillendirir) sınıflandırılmamış teorik bilgilerin bir düzene oturtulmasını sağlar. Öğrencinin motivasyonunu artırarak kendisi için daha yüksek standartlar belirlemesine aracılık eder. Summative (birikimi özetleyici, karar verdirici) değerlendirme profesyonel düzenlemelere ve mesleğin sorumluluklarının karşılanmasına daha uygun olsa da öğrenme motivasyonunun artırılması için bir engel teşkil edebilir. Birikimi değerlendiren sınavların avantajı ise, öğrencinin değerlendirileceği konulara kendiliğinden çalışmasını sağlayacağından öğrenci gelişimini farklı bir şekilde tetikleyebilmesidir. Aslında burada öncelikle atmamız gereken adım; eğitim sürecinde kullanacağımız metotların hangilerinin geliştirici hangilerinin birikimi özetleyerek karar verdirici olacağı hususunda etrafı bir sınıflama yapmamız olabilir.

Metodun kabul görürlüğü: Uygulayanların veya öğrencilerin benimsemedikleri bir sınavın umulan başarıyı yakalamasının güçlüğü'nü tahmin edersiniz. Kullanacağımız her metodu, artıları ve eksileri ile hem uygulayanlar hem de öğrenciler arasında tartışmamız fayda getirecektir. Bu sayede sınavın eksik veya anlaşılmayan kısımları yeniden düzenlenebilecektir. Tabi, tartışma sürecindeki katkılarıyla belki de yeniden şekillenecek olan metot, öğrenciler tarafından da daha az yargılanacak ve bu sayede daha fazla cidiye alınacaktır.

Metodun zahmeti/maliyeti: Eğer ki eğitim, yönetsel bir kavram ise, maliyet etkinlik zaten ayrılmaz bir parçadır denebilir. Kullanılacak metodun ne kadar sü-

rede hazır edilebileceği, kurumların yeni yatırımlar yapmasını gerekli kılp kilmayacağı ve daha etkin olabilmesi için neler yapılması gerektiği konularında dikkatli planlamalar yapılmasının öneminin altını çizmek gerekir. Bunların hayata geçirilebilmesi için kurumlarda merkezi bir komisyonun oluşturulması faydalı olabilir.

Yazılı sınavlar

Uyguladığımız sınavların belki de en önemli bileşenleri yazılı olanlar... Eminim birçoğumuz yazılı sınavlarda kullandığımız soruların biçimleri ile çokça ilgilienmişizdir. Farklı soru biçimleri geliştirebilmek mutlaka önemlidir ancak daha önemli olan, sorulacak soruların içeriğidir. Şöyle ki, neyi test ettiğimiz, nasıl test ettiğimizden biraz daha önceliklidir. Öğrencilerin sınavlara soru olabilecek kısımlara daha fazla ağırlık vermeleri kaçınılmazdır. Bu durum; öğretenlerin kullandıkları soru biçimi ile sorgulanması oldukça zor olacak kısımların, öğrenciler tarafından tahmin edilerek daha az önemsenmesine neden olacaktır. İşte bu noktada sınavların kapsamını genişletebilmek için çözüm, farklı soru biçimleri geliştirebilmek olabilir. Psikometri ile alakalı uygunluğun önemli olup olmayacağı ise yine sınavın önemine ve seviyesine bağlı olarak değişkenlik gösterecektir. Daha az önem taşıyan, öğrencinin çok fazla çıkar sağlamayacağı sınavlarda güvenilirlik ve geçerlilikten ziyade öğrencinin daha fazla öğrenmek üzere motive edilmesi önemsenmelidir.

Yazılı sınavlar, elbette ki, farklı biçimlerde yapılabilir. Çoktan (en doğruyu) seçmeli sorular, birden fazla doğruyu/yanlış bulmaya yönelik sorular, kısa cevaplı açık uçlu sorular, bir konuda istenen açıklamalı cevaplar, anahtar özellikleri sorgulayan sorular ve genişletilmiş eşleştirme-lerle yazılı sınavlar oldukça kalın bir dosyadır.

Çoktan (en doğruyu) seçmeli sorular, her türlü sınavda kullanılabildikleri ve daha kısa zamanda güvenilir sonuçlar ortaya koydukları için tercih edilirler. Kısa zamanda cevaplanabilmeleri soru sayısının ve dolayısıyla konu kapsamının da geniş tutulabilmesi avantajını getirir. Doğru oluşturulurlarsa sadece ezberlenmiş sığ bilgileri değil, yorum kabiliyetini ve yapılması beklenen bazı çıkarımları da test edebilirler. Burada aklınızdan geçenleri tahmin edebiliyor gibiyim; evet, ne yazık ki bu soruları hazırlarken yeterli özeni gösteremiyoruz. Soru köküne özellikle önem vermemiz, yorumlanmasını gereken ipuçlarını doğru dilbilgisi kurallarına göre sıralayabilmemiz ve sadece doğru seçeneği değil tüm seçenekleri titizlikle düzenlememiz bu sorularla istediğimiz değerlendirmeyi yapabilmemize olanak sağlayacaktır. Çoktan seçmeli soruların, önem taşıyan

değerlendirme metotlarından olsalar da, yaratıcılık, hipotez oluşturabilme veya yazabilme gibi öğrencinin kendiliğinden üretmesi gereken becerileri hiçbir zaman ölçemeyeceklerini aklımızdan çıkarmamız gerekir.

Doğruyu/yanlış bulmaya yönelik sorular da yazılı sınavlarda kullanılabilir. Bu sorular, çoğu zaman bir konudaki bilinenlerin genişliğini ortaya koymaktadırlar. Verilen bir durum veya sorgulanan bir bilgi ile ilgili “Aşağıdakilerden hangileri doğrudur/yanlıştır?” tarzı bir soruda dikkat edilmesi gereken, doğruların mutlaka savunulabilir olmasının yanında yanlış olanların su götürmez yanlış olmaları gereğidir. Bu soruları oluşturmak biraz daha zordur. Cevaplanması da biraz daha fazla zaman alır ancak zaman/güvenilirlik oranı çoktan seçmeli sorulara göre çok da arkada kalmamaktadır.

Kısa cevaplı açık uçlu sorular yaratıcılığı ölçebildiği için değerlidir. Cevaplanması için ise daha fazla zamana ihtiyaç vardır. Başarılı bir değerlendirme olabilmesi için; beklediği cevapla ilgili doğru açıklamalar yapılması ve net bir yanıt anahtarının olması gerekir. Eğer, sadece bilgilerin bilinip bilinmeyeceği sorgulanacaksa; çoktan seçmeli sorular daha uygundur. Kısa cevaplı açık uçlu soruların, sadece çoktan seçmelilerle değerlendiremediğimiz beceriler için kullanılması yerinde olacaktır.

Açıklamalı cevaplar beklenen sorular; öğrencinin özetleyebilme, hipotez oluşturabilme, ilişki kurabilme ve bildiklerini özel durumlara uyarlayabilme yeteneklerini ölçerler. Öğrencilerin yazabilme becerilerini de yansıtan bu yazılı sınav metodu, bilgiyi işleyebilme kapasitesini de gösterir. Tabi, cevaplanması oldukça fazla zaman alır. Metodun güvenilirliği de diğerleri kadar yüksek değildir. Beklenen cevaplarla ilgili net bir şemanın öğrencilere verilmiş olması gereği atlanmamalıdır. Diğer yöntemlerin kullanılmasının uygun olmayacağının düşünüldüğü becerilerin değerlendirilmesinde kullanılabılır.

Anahtar özellikleri sorgulayan sorular da giderek daha fazla popülerite kazanmaktadır. Burada gerçeğe oldukça uygun bir olgu verdikten sonra bazı elzem kararların verilip verilemediği test edilmektedir. Bu sayede güvenilirlik kavramından uzaklaşılmadan sorun çözebilme yetisi değerlendirilebilmektedir. Ne var ki, oluşturması oldukça zaman alıcı bir biçimdir. Öncesinde fazla deneyimi olmayan eğitimcilerin ortalama 5 saatlerini alabildiği tahmin edilmektedir. Bu sorularla, bilinenlerin klinik bir problem karşısında nasıl uygulanabileceği değerlendirilir. Özellikle yüksek seviyeli olması istenen lisans sınavlarında kullanılması önerilebilir. Bireysel olarak da fazlasıyla önem verdiğim bu modelin

daha net anlaşılması için aşağıdaki örneği inceleyelim: “28 yaşında bayan, haftada bir kez olan, 1-5 dakika süren hızlı ve düzenli kalp çarpıntısı şikâyeti ile başvuruyor. Atakların başlaması ve sonlanması ani olup herhangi bir göğüs ağrısına neden olmuyor. Hastanın bilinen bir kalp rahatsızlığı bulunmamaktadır. Her gün 2 veya 3 kupa kahve içtiğini belirtiyor. Sigara alışkanlığı olmayan hastanın tansiyonu 120/88 mmHg ve nabızı 96/dk’dır. Normalin 1,5 katı büyüklüğündeki tiroid bezi sert olarak ele gelmektedir. Apekte midsistolik bir klik ve sol üst sternal kenarda 2/6 erken sistolik üfürüm alınmaktadır. EKG sinüs taşikardisi haricinde normaldir. Tanının konabilmesi için sonraki adım ne olmalıdır?”

Bu sorudaki anahtar özellik, öğrencinin verilen olgu aracılığı ile ulaşabileceği en muhtemel tanıdır. Öğrenci, bu anahtar özelliği yakaladığı noktada sorulmuş olan “tanı koymak için sonraki adımı” doğru belirtebilecektir. Bu sayede, öğrencinin klinik bilgilerinin birbirini tamamlayan boyutları sorgulanabilmekte-dir.

Genişletilmiş eşleştirme soruları, bir seçenekler listesi ve bu seçeneklerin en az birinin yanıt olacağı soruları içerir. Soru olarak gerçeğe uygun bazı olgular kullanılabilir. Bazı seçenekler birden fazla kez kullanılabilirken bazı seçeneklerin hiç kullanılmayabileceği öğrenciye söylenmiş olmalıdır. Bu soru biçiminin faydası, tek doğru cevabı olan çoktan seçmeli sorulara göre daha fazla seçenek kombinasyonunun olması ve bu sayede bilmeyen tarafından tesadüfen doğru yanıtlanacak sorularla karşılaşılması ihtimalinin daha az olmasıdır. Bu soru biçiminin de daha iyi anlaşılabilmesi için bir örnekle zenginleştirmeyi yerinde buldum:

“a) *Campylobacter jejuni*, (b) *Candida albicans*, (c) *Giardia lamblia*, (d) *Rotavirus*, (e) *Salmonella typhi*, (f) *Yersinia enterocolitica*, (g) *Pseudomonas aeruginosa*, (h) *Escherichia coli*, (i) *Helicobacter pylori*, (j) *Clostridium perfringens*, (k) *Mycobacterium tuberculosis*, (l) *Shigella flexneri*, (m) *Vibrio cholerae*, (n) *Clostridium difficile*, (o) *Proteus mirabilis*, (p) *Tropheryma whippelii*

Yukarıdaki liste içerisinde aşağıdaki her bir klinik duruma sebebiyet verecek en uygun mikroorganizmayı seçiniz:

- 48 yaşında kronik dispepsi yakınması olan erkek hasta ani başlayan karın ağrısı yakınması ile acil servise başvurmuştur. Fizik muayenede defans ve rebound alınmış olup batin palpasyonla ağrıdır. Batın grafisinde diyafragma altında serbest hava gözlenmiştir.
- 45 yaşında bayan hasta tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları için antibiyotik tedavisi almıştır. Kanamalı diyare geçiren hasta ağır karın ağrısı tanımla-

maktadır. Yapılan endoskopide psödomembranlar görülmüştür. “

Daha doğru ve yerinde değerlendirmeler yapabilmek için sadece bir çeşit soruların kullanıldığı sınavlar, yerini farklı biçimlerde sorulardan oluşacak sınavlara bırakmalıdır. Çünkü tek bir soru tipi ile farklı beceri ve yeterliklerin ölçülebilmesi mümkün olmayabilir. Soru tipi seçimi yapılırken maliyet/fayda ve güvenilirlik analizleri mutlaka yapılmalıdır.

Yazılı sınavlar için hazırlanacak sorularda dikkat edilmesi gerekenleri bir başlık altında toplarsak şunları söyleyebiliriz:

- Klinik olgular kullanılarak bilginin kullanılıp kullanılmadığını test edin.
- Seçeneklerinizde, sınavı girecek tüm öğrenciler tarafından bilinmesini mutlaka gerekli gördüğünüz bilgileri kullanın.
- Stajlarda ve kliniklerde öğrenilmeye uygun olgular sorularınızda kullanın. Bir diğer deyişle; sınavlardaki olgularınız, öğrencinin hastanede büyük ihtimalle karşılaştığı durumlardan olsun.
- Sadece, izole edilmiş sığ bilgilerin hatırlanmasına dayalı sorulardan uzak durun.
- Bilinmesi çok gerekli olmayan ilginç başlıkları sorulara konu yapmayın.

Kaynaklar

Amin Z, Khoo HE. (2003) Overview of Assessment and Evaluation. Basics in Medical Education, 251-260 (World Scientific Publishing Company, Singapore)

Case SM, Swanson DB. (2001) Constructing Written Test Questions for the Basic and Clinical Sciences National Board of Medical Examiners (NBME)

Ebstein RM. Assessment in Medical Education. N Eng J Med 2007;356:387-96

Ferguson E, James D, Madeley L. Factors associated with success in medical school: systematic review of the literature. BMJ 2002; 324: 952-7

Murt A. Tıp eğitimi: Ölçme ve değerlendirme; öğrenmek için değerlendirme. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi, 18. sayı. http://www.sdplatform.com/Baslik.aspx?BID=488 (Erişim tarihi: 9 Haziran 2011)

Schuwerth LW, van der Vleuten CP (2003) Written assessment. ABC of Learning and Teaching in Medicine(BMJ Publishing) s.29-31

Swanson DB, Norcini JJ, Grosso LJ. Assessment of clinical competence: written and computer based simulations. Assessment and Evaluation in Higher education 1987;12:220-46

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden hasta-hekim diyalogları

Prof. Dr. Yüksel Altuntaş



1961 yılında İstanbul'da doğdu. Pertevniyal Lisesi'nin ardından 1985'te İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında doçent oldu. 1999'da Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi iç Hastalıkları Klinik Şefliğine atandı. 2003–2005 arasında aynı hastanede başhekimlik görevini yürüttü. Halen Endokrinoloji ve Metabolizma Klinik Şefi olan Dr. Altuntaş, Metabolik Sendrom Derneği kurucusu ve ikinci başkanıdır. Ulusal ve uluslararası pek çok dergide makaleleri yayımlanan, birçok derneğe üyelikleri bulunan Altuntaş, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Dr. Banu Özulu



1984 yılında İstanbul'da doğdu. Kumsal İlköğretim Okulu'nu, Kabataş Erkek Lisesi'ni (2001) ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni (2007) bitirdi. 2007 Kasım tarihinden itibaren Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniğinde asistan doktor olarak çalışmaktadır. Türk Sanat Müziği ile aktif olarak ilgilenmektedir.

Her işin başı sağlık derler. Öyle olunca da hekim-hasta ilişkisi bazen acı, bazen tatlı anılar ile iç içedir. Biz de İstanbul'un en büyük hastanelerinden Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki hasta-hekim diyaloglarını derlemeye çalıştık.

Doktor ismi ile karışan şeker ilacı

- *Diyabet için ne kullanıyorsunuz?*
- *Bir hoca verdi, diğer ilaçların yanına...*
- *Hangi hoca, ne ilacı verdi?*
- *Kubilay Kubilay*
- *Kubilay Karşıdağ mı?*
- *Evet*
- *Peki, hangi ilaç?*
- *İşte Kubilay ilacı...*
- *Bu Kubilay ilacını kaç defa alıyorsunuz ve kaçlık?*
- *3 defa kullanıyorum, 50'lik*
- *O ilaç glucobay olmasın.*
- *Evet evet glucobay*
- *Kubilay Hoca mı başladı peki?*
- *Yoo...*

Telafluзу zor ilaçlar

İlaç isimlerinin telafluзу bir zulümdür. Halkımız, ilaç isimlerini hemen yanı başındaki objelerle veya tanıdık isimlerle özdeşleştirir. “Önceden atakan kullanıyordum ama

artık tarkan kullanmaya başladım.” diyen bir hasta karşısında hekim, “atacand” ve “tarka” adlı kan basıncını düşürücü ilaçların kastedildiğini anlamalıdır. Kanı sulandırmak için kullanılan “coumadin” adlı ilaçtan nedir çektiğimiz Yarabbi! Adı zor, kullanması zor... Ama halkımız kolayını bulmuş ve de “coumadin” hâpı yerine “komidin” hâpı kelimesini icat ederek işi çözmüştür.

Telafluзу zor hastalıklar

Sadece ilaçlar değil hastalık ve sağlıkla ilgili diğer kelimelerde de ufak problemler yaşayabiliyor tabii hastalarımız. Örneğin Japon yadigarı hastalık isimleri çok sevimlidir. “*Ben de Hiroşima hastalığı var.*” diyen bir hasta karşısında hekim hemen bir tür guatr olan ve ülkemizde sık görülen “Hashimoto tiroiditi”ni anlamalıdır. Yine örneğin “Gasrit” yerine “gastrik”, “idrar” yerine “idral” gibi... Ya da “idrar gaita” yerine de kullanılan bir kelime olabilir... Eğer, “*Bir de idrar tahlilinizi görelim*” derseniz, “*Büyük idrar mı küçük idrar mı?*” sorusuna hazırlıklı olmanız gerekiyor. İlk duyduğumda şaşırmıştım, daha sonra tecrübe edindim ve cevap verebilir hale geldim. Hastanız eğer, “*İçimde katedral var.*” diye gelirse, ona “*Böbrek yetmezliğiniz mi var?*” diye sormanız gerekebilir; çünkü katedrallerle kastettiği aslında kataterdir... Herkesin kalbi

vardır mesela. “*Ben de kalp var.*” cümlesinin altından ufak bir sinüs taşıkardı atağından, miyokard infarktüsüne kadar çok çeşitli hastalıklar çıkabilir. Aslım aslında astımdır. “*Astımınız mı var?*” dediğiniz zaman, “*Evet aslımım var.*” cevabını duyabilirsiniz. Tansiyon elbette önemlidir. “Hiper” sıfatı tansiyonu nitelendirmek için herhalde yetersiz olsa gerek ki; genel olarak “süper tansiyon” diye bilinir. “*Ben de en süperinden tansiyon var.*” ya da “*Ben de hipertansiyon annemde, süper tansiyon var, benimki düşünüyor ama onunki hiç düşmüyor.*” şeklinde bir cümleye şahit olabilirsiniz.

Bir yastıkta...

Nefes darlığı şiddetini öğrenmek için sorduğumuz bir soru vardır hani, “*Kaç yastıkla yatıyorsunuz?*” deriz. Hasta eğer 2 veya 3 yastıkla nefes darlığı olmadan rahat yatabiliyorsa bu hastanın “ortopnesi” sorunu (ancak oturarak nefesini kısmen rahat alabildiği pozisyon) vardır. Anlayacağınız ne kadar yüksek yastık, o kadar nefes darlığı. Bir yastıkla yatabiliyorsa sorun yoktur. Hasta muayenesi sırasında “*Kaç yastıkla yatıyorsunuz?*” sorusuna hastanın yanındaki eşi hemen atılarak cevap verir: “*Bir yastıkta hocam!*” Arkasından da ilave eder: “*Hocam 25 yıldan beri bir yastıkta yatıyoruz.*” Allah uzun ömür versin...

“*Ben de Hiroşima hastalığı var.*” diyen bir hasta

karşısında hekim hemen bir tür guatr olan ve ülkemizde sık görülen “*Hashimoto tiroiditi*”ni anlamalıdır. Eğer, “*Bir de idrar tahlilinizi görelim*” derseniz, “*Büyük idrar mı küçük idrar mı?*”

sorusuna hazırlıklı olmanız

gerekiyor... Aciller

hastanelerin hem hastalar

hem de doktorlar için en

zorlu yerleri olsa gerek.

Gecenin ilerleyen

saatlerinde bir hasta,

çocuğu olmadığı için acile gelebilir.

Muayene esnasında

Hasta ile doktor arasında en zor anlar “anamnez” alırken yaşanır. Hasta dardını anlatamaz, doktor da bazen açık sormaz. “*Şikâyetiniz nedir?*” cümlesi bazen çok saçma bir soru olarak karşılanabilir. Hastanız ya da yakınları size ters ters bakabilir ve “*Böyle soru mu olur?*” diyebilir. Böyle bir durumda sükûnetinizi muhafaza etmeniz gerekmektedir çünkü hasta ve/veya yakınları sizinle zaten olumsuz bir diyaloga girmiştir. En ufak bir sert sözünüz tartışma sebebi olabilir. “*Zaten yeterince bilgili bir hekim olsaydınız şikâyetini bilmeniz gerekirdi!*” diye düşünülür. Ya da aynı sorunun “*Artık onu da sen bilecen, şikâyetini bilseydik doktor olurduk, acil ki getirdik.*” şeklinde cevap alternatifleri de bulunmaktadır... Hastaların en sık şikâyeti, her yerlerinin ağrmasıdır. Polikliniğe başvuran 10 kadın hastanın 7'sinde en azında bu şikâyet vardır. Erkek hastalarımızda bu sıklık daha da azdır. “*Tam olarak nereniz ağrıyor?*” sorusuna ise 2 cevap alırsınız. Ya, “*Her yerlerim dedim ya!*” deyip onu dinlemediğinizi anlatır ya da daha beteri hasta sizin üzerinde göstermeye kalkışabilir. İnterkostal kaslarına işaret parmağını bastırabilir. Böyle bir durumda doktor benim gibi tik sahibi bir insansa işi gerçekten zor demektir. Karaciğerlerini üşütmüşür ya da akciğerinde duman vardır. Tiroidleri az çalışıyor olabilir, sırtları ağrıyabilir, Böbrekler geniş bir lojda yer almaktadır,

sırttan iliak kemiğe kadar olan bütün alanlar böbrek lojuna girer ve “*Böbreklerim ağrıyor*” diyen bir hasta, “pnömoni” de olabilir, “kolesistit” de ya da gerçekten “nefrolitiazis”. Bir iç ateşi vardır, bir dış ateşi mesela. “Bende iç ateşi var.” diyen hastalar hiç de az değildir. Hastanın inip çıkan tansiyonu, şekeri, kolesterolü var olabilir. Şeker ve tansiyon için tıpta çare olmakla beraber kolesterol için maalesef eliniz kolunuz bağlı kalır.

Ah şu aciller

Aciller hastanelerin hem hastalar hem de doktorlar için en zorlu yerleri olsa gerek. Acilde ilk başvuru, hemen acil giriş kapısının yanı başına konumlandırılmış olan ilk müracaat hekimliğine yapılır. Ölmek üzere olan bir hastaya hekim canla başla resüstasyon (yeniden canlandırma) yaparken 10 yıldan beri karın ağrısı olup da aslında hiçbir şeyi olmayan nörotik bir diğer hasta kendisinin öncelikli acil olduğunu düşünerek “*Ne kadar bekliycez biz?*” sorusunu sinirle sorabilir. Gecenin 2'sinde biten kolesterol ilacını yazdırmaya gelen hasta ve/veya yakınlarına şakayla karışık bir şekilde uykusuzluk sorunu olup olmadığı sorulabilir. Yine gecenin ilerleyen saatlerinde bir hasta, çocuğu olmadığı için acile gelebilir. “Levofloksasin” adlı antibiyotiği ömür boyu kullanacağını zanneden hasta, ilacın 3. kutusu bitince panikle acil serviste soluğu alabilir. Hiçbir aktif şikâyeti olmayan bu ajite hasta karşısında işiniz gerçekten çok zordur. Kene hakkındaki haberlerden sonra hastalarımızın bir kısmı aşın derecede bilinçlenmiş olsa gerek ki, dizindeki yara kabuğunu bakıp “*Ben de kene var.*” diye gelen hastayı, onun yara kabuğu olduğunu ikna etmek zor hale gelebilir. Kene olaylarından sonra her türlü böcek ve ufak mahlûklar korku sebebi olmuştur. Hatta bu börtü böcek durumu çok abartılabilir ki gece vakti hasta ve yanında 3-4 yakını pür panik acile gelebilir ve hasta yakınları ve doktor arasında aynen şöyle bir diyalog gelişebilir:

Karınca ısırığı

- *Hastamız çok acil!*
 - *Şikâyetiniz nedir?*
 - *(pür panik halde) Böcek ısırdı da...*
 - *Akrep falan mı?*
 - *Yok, yok böcek. Ama etime yapıştı ve zor ayırdım*
 - *Tamam bakalım...*
- Doktorun gözüne o sırada küçük bir şeffaf poşet ve içindeki ilişir.
- *O elinizdeki poşette ne var?*
- Hasta yakınları poşeti uzatırlar. İçinde bir karınca bulunmaktadır. Doktor şaşkındır.
- *(Gülmemek için kendini zor tutarak)*
 - *Özür dilerim ama sizi bu mu ısırdı?*
 - *Yok, bunun 5 misli büyüklüğünde bir şeydi.*
 - *E peki karıncanın günahı ne?*
 - *Teşhis etmesi kolay olsun diye getirdik*

Hastalık şikâyetini dinleme

Şikâyetini öğrendiğiniz hastanızda, “*Ne zaman başladı?*” sorusunun yanıtı bazen net olabildiği gibi bazen de “*Çarşamba'da otururken yoktu, Eyüp Sultan'a taşınınca başladı, Ümraniye'de arttı*” gibi bir cevap da olabilir. “*Nasıl bir ağrı var?*” sorusunun da cevapları çok çeşitlidir tabii. “*İçimden baloncuklar çıkar gibi, alev çıkar gibi*” yanıtlar gelebilir. Medeni durumunu sorguladığınız bir hasta, bekâr olduğunu söyleyip ulaşabileceğiniz numaralar arasında eşinin numarasını da söylerse şaşırmamak gerekir. Hastanızın muhtemelen resmi nikâhı yoktur! “*Ailede önemli bir hastalık var mı?*” sorusuna cevaben, “*Eşimde şeker vs. var.*” cevabı oldukça yaygındır ve bu hastaların çok büyük kısmı da akraba evliliği yapmamıştır. Size yardım için derceceye bakıp söyleyen hasta yakını dijital dereceyi sallayarak düşürmeye çalışabilir. Batın muayenesi için söylenen, “*Sırt üstü uzanın, karnınızı açın.*” sözü sonrası yüzüstü uzanıp karnını açan hastalar gerçekten çok fazladır.

Tanı aşaması

Tüm tetkikler ve de yapılan cerrahi değerlendirmesi sonrası şikâyetlerinin gaza bağlı olduğu düşünülen hastanızın yakını suratınıza filmi fırlatıp, “*Midede gaz mı olur?*” derse, filmi bu “fazla bilinçli” hastaya elleriniz titreye titreye anlatırken sırada bekleyen “yardımsever” bir başka hasta yakını devreye girer: “*Amcacım midede tabii ki gaz olur. Geçirmiyor musun? Gaz çıkarmıyor musun? O gaz nerden geliyor sanıyorsunuz?*” Doktorun tüm kızgınlığı bir anda erir gider... Akciğer filmini yorumlamak önemli bir şeydir ve özellikle hasta yakınlarının akciğer grafisine özel bir ilgisi vardır. Akciğer grafisini tersten tutarak okumaya çalışanlar sık olduğu gibi pür panik halde, “*Benim ciğerlerim bitmiş Doktor Hanım, baksanıza ortası boş.*” diyenler de hiç azımsanmayacak kadar azdır.

Doktorların maaşı

Aldığımız maaş hastaların gözünde oldukça yüksektir. “*Siz kendinizi ne zannediyorsunuz? Bizim verdiğimiz paralar ile maaş alıyorsunuz!*” sözlerini sanırım tüm hekimler meslek hayatlarında birkaç kez duymuşlardır. Kimileri bunu hakaret unsuru olarak kullanırken, kimisi de minnet belirtir. Tıpkı 80 yaşlarında şirin mi şirin bir hastanın yaptığı gibi:

- *Evladım o aldığın 5 milyar lira size helal olsun, az bile.*
- *Amcacım şaka yapıyorsun herhalde. Biz 5 milyar almıyoruz ki.*
- *Olsun evladım daha fazlası da helal olsun.*
- *Yok, amcacım ancak yarısı.*
- *Yapma be evladım.*
- *Maalesef...*

Sağlıkta reklamın yeri

Bahattin Duman



1962 yılında Bolu, Göynük'te doğdu. 1986 yılında İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden mezun oldu. Serbest avukatlık (1988), Türkiye Vagon San. AŞ avukatlığı (1988-1993), Sakarya Üniversitesi'nde avukatlık ve Hukuk Müşavirliği (1993-2005), TRT'de 1. Hukuk Müşaviri (2005-2009), Yükseköğretim Kurulu 1. Hukuk Müşavirliği (2010) görevlerinde bulundu. 1996-2005 yılları arasında Sakarya Üniversitesi'nde Çevre Hukuku dersleri verdi. Halen TRT'de Müşavir olarak görev yapmaktadır. Çeşitli hukuk kitapları vardır. Evlidir ve iki çocuk sahibidir.

Tebrikler! *Gold hediye paketi kazandınız. Ücretsiz chek-up ve bilgilerinizi güncellemek için lütfen 0212... yi arayınız...* Gün geçmiyor ki, cep telefonu olan hemen herkese buna benzer bir mesaj gelsin. Reklam Kurulu kararlarından anlıyoruz ki; isimlerinde “sağlık” ibaresi bulunan bir takım şirketler (!), verilen numarayı arayan insanları, kendiyle anlaşmalı çeşitli sağlık kuruluşlarına yönlendirerek bunlar lehine talep oluşturmaya yönelik tanıtım ve reklam yapılmasına aracı olmakta. Böylece hem dolaylı yoldan sağlık kuruluşlarının faaliyetlerine ticari mahiyet kazandırılmakta hem de insanlar aldatılmaktadır.

Tabii örnek bundan ibaret değil. Çok sayıda internet sitesinde sağlıklıla ilgili doğrudan veya dolaylı şekilde ya da tanıtım veya sağlık bilgilendirmesi adı altında reklam yapılıyor. Özellikle yerel televizyon kanalları ve gazetelerde bu duruma sıkça rastlıyoruz. Satıcıların, ellerinde krem kutuları, şişeler vb. olmadık yerde karşınıza çıkmasını, saymıyorum bile... Kısacası sağlığın reklam ve pazarlaması için, akla hayale gelmeyecek yöntemlerle karşılaşyoruz.

Hâlbuki sağlık ve adalette temel amacın ticaret olamayacağı tüm dünyada kabul görmüş, bu nedenle özellikle bu iki alandaki meslek mensupları ile kuruluşların reklam yapmaları yasaklanmıştır. Reklam, ilan ve tanıtım yasağının sağlık alanını düzenleyen tüm kanunlarda (1), 6112 Sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanunda (2), 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunda (3) ve bu kanunlara dayalı olarak çıkarılmış çeşitli tüzük ve yönetmeliklerde (4) buna ilişkin kurallara açık şekilde belirtilmiş, aksine davranışa uygulanacak müeyyidelere

ayrıca yer verilmiştir. Mevzuata yakından baktığımızda görüyoruz ki, getirilen kuralları meslek mensuplarını, mesleki faaliyet, ürünleri ve toplum veya kişi sağlığını düzenleyen kuralları şeklinde karşımıza çıkıyor.

Meslek mensuplarına ilişkin sınırlamalara bir iki misal verelim.

- Öncelikle Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun 24 ve 40. maddeleri gereğince sanatını icra eden tabip ve diş tabipleri ile dişçilerin hasta kabul ettikleri mahal ile muayene saatlerini ve uzmanlık durumlarını bildiren ilanlar hariç diğer hususlarda ilan, reklam ve saire yapmaları açıkça yasaklanmıştır.

- Yine Optisyenlik Hakkında Kanunda göz hastalıkları uzmanı tabiplerin optisyenlik yapabileceği ancak optisyenlik ve tabipliği eş zamanlı yapamayacakları belirtilmiştir.

- Türk Eczacılar Deontoloji Tüzüğü 9. maddesinde ise eczacının yazı veya sözle veya her ne şekilde ve suretle olursa olsun kendi reklamını yapamayacağı; iş kâğıtlarına ve faturalara reklam mahiyetinde ibareler koyamayacağı, eczacının müessesesine koyduğu tabelâya ancak kendisinin adı ve soyadı ile eczane kelimesinden ve reklâm mahiyetinde olmamak şartıyla buna eklenecek kelime veya ibareden kurulu eczanenin adı yazılabileceği vurgulanmıştır.

Mesleki faaliyete ilişkin hususlara;

- Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanunun 4. maddesindeki “*bilimsel, istatistikî ve haber niteliğindeki bilgi dağıtım halleri ayrık olmak üzere, organ ve doku alınması ve verilmesine ilişkin her türlü reklamın yasak olması,*”

- Optisyenlik Hakkında Kanunun 5. maddesindeki “*optisyenlik müessesesinde her türlü kontakt lens uygulanması yasak olması,*”

- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesinin 39. maddesindeki, “*tabip ve diş tabibinin, meslektaşlarının hastalarını elde etmeye matuf hareket ve teşebbüslerde bulunamayacağı,*”

- Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik'in 32. maddesindeki “*sağlık kuruluşları ve çalışanlarının her ne surette olursa olsun; kuruluşları, kuruluşlarının sundukları hizmet, uyguladıkları tani ve tedavi yöntemleri ya da kullandıkları her türlü cihaz ve benzeri araçlar ile ilgili kitle iletişim araçları, elektronik ortam, görsel-işitsel araçlar, yazılı materyaller veya benzeri nitelikteki araçlar ile doğrudan ve dolaylı olarak tüketici konumundaki kitleye yönelik reklam ve tanıtım yapamayacakları,*”

- Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliğinin 24. maddesindeki, “*kordon kanı bankacılığı hakkında herhangi bir yolla reklam yapmanın yasaklanması,*”

- Özel Hastaneler Yönetmeliğinin 60. maddesindeki “*özel hastanelerin; tıbbî deontoloji ve meslekî etik kurallarına aykırı şekilde, insanları yanıltan, yanlış yönlendiren ve talep yaratmaya yönelik, ruhsatında yazılı kabul ve tedavi ettiği uzmanlık dallarından başka hastaları kabul ve tedavi ettiği intibasını uyandıran, diğer hastaneler aleyhine haksız rekabet yaratan davranışlarda bulunamayacakları ve bu mahiyette tanıtım yapamayacakları,*”

- TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 11. maddesindeki, “*hekimin, ticari reklamlara araç olamayacağı, çalışmalarına ticari bir görünüm veremeyeceği; insanları yanıltıcı, paniğe düşürücü, yanlış*

yönlendirici, meslektaşlar arasında haksız rekabete yol açıcı davranışlarda bulunamayacağı,” hükümleri misal verilebilir.

Ürünle yönelik düzenlemeler arasında;

- 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanunun “*alkol ve tütün ürünleri için hiçbir şekilde ticarî iletişime izin verilemez. Reçeteye tabi ilaçlar ve tedaviler hakkında ticarî iletişim yapılamaz. Reçeteye tabi olmayan ilaçlar ve tedavilerin reklamları dürüstlük ilkesi çerçevesinde, gerçeği yansıtan ve doğrulanması mümkün unsurlardan oluşacak şekilde hazırlanır. İlaçlar ve tıbbî tedaviler için tele-alışverişe izin verilemez.*” şeklindeki 11. maddesi,

- 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanununun, “*Gerek dahilde imal ve gerekse hariçten ithal olunan bütün suni maden suları ile gazlı sular üzerinde, suni olduğuna dair alıcının görebileceği tarzda yazılmış bir etiketin bulunması mecburidir. Bu nevi suni maden sularına malik olmadıkları şifalı hassalar atf ve isnat edilmek suretiyle her çeşit reklam icrası memnudur.*” şeklindeki 207. maddesi,

- 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanununun “*Müstahzarları öğme yolunda ve bunlara malik olmadıkları şifa hassaları atf veya mevcut şifalı tesirleri büyütmek suretiyle sabit veya müteharrik sinema filimleri, ışıklı veya ışiksiz ilan, radyo veya herhangi bir vasıta ile reklam yapılması memnudur. Şu kadar ki, tarifname ve gazetelerde “....hastalıklarında kullanılması faydalıdır” şeklindeki ilanlara müsaade olunabilir. Ancak reçetesiz satılmasına müsaade edilmeyen müstahzarların tıbbi mecmualardan başka yerlerde reklamları yapılamaz.*” şeklindeki 13. maddesi,

- Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin “...Tütün ürünlerinin kullanımının özendirilmesine yönelik her türlü reklam, tanıtım ve sponsorlukla ilgili ciddi kaygılar duyarak, bunların özellikleri, sağlığa etkileri, tehlikeleri ve emisyonları ile ilgili hatalı, yanlış bilgilendirici ve yanıltıcı veya hatalı bir izlenim bırakabilecek şekilde tanıtıcı reklam, promosyon ve sponsorluğun yasaklanması, tütün ürünlerinin halk tarafından alınmasını özendirecek doğrudan ya da dolaylı teşvik edici unsurların kullanımının sınırlandırılması” şeklindeki hükümler sayılabilir.

Son olarak toplum ve kişi sağlığını koruma amaçlı hükümlere;

- 6112 sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanunun 9. maddesinde yer alan “*yayın yoluyla ticarî çıkar sağlama sayılan ticarî*

iletişimin “çocukların fiziksel, zihinsel veya ahlakî gelişimine zarar vermemesi, sağlığa zarar verecek davranışa teşvik etmemesi” gerekir. Ayrıca “çocuk programlarında genel beslenme diyetlerinde aşırı tüketimi tavsiye edilmeyen gıda ve maddeler içeren yiyecek ve içeceklerin ticarî iletişimine de yer verilemez.” şeklindeki çocukları koruma amaçlı,

- Tüketicinin Korunması Hakkında Kanunun 16. maddesinde yer alan “*Tüketiciyi aldatıcı, yanıltıcı veya onun tecrübe ve bilgi noksanlıklarını istismar edici, tüketicinin can ve mal güvenliğini tehlikeye düşürücü, şiddet hareketlerini ve suç işlemeyi özendirici, kamu sağlığını bozucu, hastaları, yaşlıları, çocukları ve özürliileri istismar edici reklam ve ilânlar ve örtülü reklam yapılamaz.*” şeklindeki,

- Ticari Reklam ve İlanlara İlişkin İlkeler ve Uygulama Esaslarına Dair Yönetmeliğin 6. maddesinde yer alan “*Reklamlarda, ahlaka uygunluk açısından toplumun acıma duygularını istismar edecek şekilde, hasta, bebek, çocuk, yaşlı ve özürliülerle ilgili ifadeler ya da görüntüler kullanılamaz.*” şeklindeki, aynı yönetmeliğin 17. Maddesindeki “*Reklamlar, kamu sağlığını bozucu nitelikte olamaz.*” şeklindeki hükümler örnek verilebilir.

Ne var ki; uygulamaya baktığımızda sözü edilen kurallardan her gün defalarca çiğnendiğine şahit oluyoruz. Başta örneğini verdiğimiz türden fiilen yaşadıklarımız yanında Tabip, Diş Hekimi ve Eczacı Odalarının, Birlik Yüksek Disiplin Kurullarının, Reklam Kurulunun (5), Radyo ve Televizyon Üst Kurulunun, Danıştayın (6) birçok kararı bu durumu açıkça ortaya koyuyor. Eldeki verilere göre (7), ihlallerin büyük kısmı bazı özel hastaneler eliyle ve alan olarak gözle ilgili konularda yapılıyor. Bazı özel hastanelerin tanıtım konusuna kayda değer bütçe ayırdığı da gelen bilgiler arasında.

Bunun önüne geçilmesini sağlayacak çözümleri bulmak, bir ölçüde bu alanda görev yapanlara düşüyor. Sağlık konusunda sağlıklı davranabilmemiz için, toplumumuzun eğitim düzeyi en yüksek katmanı olarak kabul edilebilecek sağlık çalışanlarından başlayarak, bu alana giren yatırımcılara, kuralları kararlılıkla uygulayacak yetki ve sorumluluk sahiplerine hatta bilinçlenip, bu bilince uygun refleks göstermesi gereken topluma kadar, herkesin ortak bir duyarlılık içinde olması gereklidir.

Günümüzdeki bazı hastalıklar ve bu hastalıklara yol açan sebepler, sağlık hakkının da dayanışma hakkı olarak ancak herkesin ortak iradesiyle yaşatılabileceğini yeterince göstermiyor mu?

Kaynaklar

1) - 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun md. 24, 40

- 5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun md. 5, 6, 9, 11, 14, 15, 16
 - 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu md. 207, 280
 - 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu md.28
 - 3224 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği Kanunu md.11, 26
 - 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu md.20
 - 2827 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun md.7
 - 2238 sayılı Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun md.4
 - 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu md.13

2) 6112 Sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayın Hizmetleri Hakkında Kanun 8, 9, 11, 12, 13

3) 4077 sayılı Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun md. 16, 25

4) - Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi md. 8, 9, 39
 - Türk Eczacılar Deontoloji Tüzüğü md.9
 - Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik md. 32, 33
 - Ticari Reklam ve İlanlara İlişkin İlkeler ve Uygulama Esaslarına Dair Yönetmelik md. 5, 6, 17
 - Kordon Kanı Bankacılığı Yönetmeliği md. 24
 - Optisyenlik Müesseseleri Hakkında Yönetmelik md. 24, 25
 - Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği md. 33
 - Hiperbarik Oksijen Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik md.36, 37
 - İlykaydım Yönetmeliği md. 28, 30
 - Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik md.30
 - Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları ile Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik md. 27, 28, 29
 - Türk Tabipleri Birliği Disiplin Yönetmeliği md. 4
 - Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik md. 18
 - Özel Hastaneler Yönetmeliği md. 60
 - Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik md.29, 30

5) Reklam Kurulunun 2010/858D. Sayılı kararı vb.

6) Dan.10.D. 27.3.2009 tarih ve 2006/3738 E.-2009/2340 K., 27.3.2009 tarih ve 2006/2939 E.-2009/2341 K.,

27.3.2009 tarih ve 2006/5677 E.-2009/2342 K., Dan. 8.D. 25.10.2005 tarih ve 2004/5793 E.-2005/4251 K.,

2006/1592 E.-2006/3449 K., 2006/5389 E.-2007/7175 K. 2005/3197 E.- 2006/4119 K., 2005/4377 E.-2006/2148

K., 2005/5430 E.-2006/5717 K. Sayılı kararları.

7) Reklam Kurulu verilerinden.

