

Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı

The Concept of Performance Management in Payments from Revenues of Primary Care and Inpatient Public Health Institutions

Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU

ÖZ

Bu makalede, kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde döner sermaye gelirlerinden dağıtılan performansa dayalı ek ödeme sistemlerini tanımlamak amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde performans esaslı döner sermaye gelirlerinin dağıtımını düzenlemek amacıyla çıkan tüm mevzuat ayrıntılı olarak incelenmiştir. İncelenen sağlık mevzuatı örneklendirilerek hekimlerin ve sağlık personelinin konuyu örneklerle ayrıntılı olarak kavraması amacıyla yönelik bir yöntem izlenmiştir. Hastanelerde döner sermayeden dağıtılan ek ödemeler için kullanılan performans yönetimi, hekimin ve hemşirenin yapılan işlem karşılığı ödeme aldığı şeklinde yorumlanmaktadır. Aslında, ne kadar fazla işlem yapılırsa yapılırsa hastanenin aylık gelirlerinin sadece %50'si bazı kurallara göre dağıtılır. Sağlık personeline dağıtılacak toplam %50'lik döner sermaye miktarı, hastanenin kalite katsayısı ile çarpılır ve bu çarpım sonucu azalan döner sermaye miktarı dağıtıma tabi olur. Döner sermayeden performans ek ödemesi yapılacağı zaman, o hastanede çalışan tüm hekimlerin ortalama puanı alınmaktadır. Döner sermayede toplanan paranın kaynağını Sağlık Uygulama Tebliği paketleri oluşturur. Bu paketler içinde sadece tedavi giderleri vardır; ancak amortisman, elektrik, su, ısıtma vb. bedelleri yoktur. Aile Hekimliği Merkezi'nde (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezi'nde (TSM) henüz performansa dayalı ek ödemeler yapılmamakla birlikte yakın gelecekte bazı uygulamalar için yapılması beklenmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık kurumları, Döner sermaye, Sağlık ekonomisi, Sağlıkta performans ve kalite yönergesi, Performans yönetimi

ABSTRACT

This article is intended to identify supplementary payment systems based on performance in health services provided by public hospitals via revolving fund revenues. For this purpose, all relevant legislation about the regulation of performance-based supplementary payment system in health services was examined in detail. Health legislation analysis is exemplified. A simplified method is followed to help physicians and health care workers to grasp the issue in detail with examples. The performance management implemented for additional payments from revolving funds in hospitals is considered as payments given for every procedure performed by physicians and nurses. In fact, only 50% of the hospitals' monthly income is distributed according to some conditions, no matter how much procedure is done. The packages in Health Care Implementation Notification do not include expenses of depreciation, electricity, water, heating and etc. 50% of the total amount of the revolving fund is multiplied by the hospital's quality factor; the resulting amount is distributed to health personnel. The average score is taken for all physicians working in the hospital for making an additional payment of performance. Although there are not performance-based payment systems in Family Medicine Center and the Community Health Center yet, in the near future it is expected to be put in practice at least for some applications.

Keywords: Health institutions, Revolving fund, Health economy, Directive of performance and quality in health, Performance management

Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU (✉)

Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye
Marmara University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, İstanbul, Turkey
aysegulkaptanoglu@gmail.com

Geliş Tarihi/Received : 25.06.2011

Kabul Tarihi/Accepted : 15.12.2011

GİRİŞ

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda yaygın olarak kullanılan performans kavramı, aslında bu kurumlarda elde edilen çıktıyı (bireylerin ve toplumun sağlığını en iyi hâle getirmek ve muhafaza etmek) ve çıktının niteliğini ölçmeyi amaçlayan bir kavramdır (Demir, 2007).

Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin verilmesinden sorumlu kişilerin, bu hizmetleri verdikleri süreçler ve ayrı ayrı performansları, bütünsel olarak hizmetin verildiği sağlık kurumunun çıktısına yansır. Bu şekilde, sağlık kurumunun amacının ne kadarını gerçekleştirdiği ve görevinin ne kadarını yapabildiği anlaşılabilir (Üner, 2006).

Performans yönetimi ise sağlık hizmeti çıktılarının kalitesini, verimliliğini, kapsayıcılığını, ulaşılabilirliğini, adaletli ve etkin dağıtımını yükseltmek gibi amaçlara ulaşmada işe yarayan bir araçtır. Ancak, sağlık çıktılarını ölçmek sanıldığı kadar kolay değildir. Bu tip ölçümleri başaran ve sağlık kurumlarını endüstriyel süreçlerde olduğu gibi standardize ederek sağlık hizmetlerinde performans ölçmeyi başaran ülkeler içinde İngiltere, Yeni Zelanda, Avustralya ve Kanada sayılabilir. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri alanında uygulanan performans ölçümlerinin “sağlık hizmetinin çıktıları artırdığı, hasta bakım kalitesini geliştirdiği, ulusal önceliklere ulaşılmasını sağladığı ve sağlıkta eşitsizlikleri azalttığı” saptanmıştır (Smith, 2002).

Sağlık kurumlarında performans esasına göre ödeme yöntemlerinin dünyada uygulanan başlıca şekilleri şu şekildedir (Lilford, Brown & Nicholl, 2007):

- Hizmet başı ödeme
- Vaka başı ödeme
- Günlük ödeme
- İkramiye şeklinde yapılan ödemeler
- Aylık veya yıllık sabit ödeme
- Kişi başı ödeme
- Ücret ve genel program bütçe

Yukarıda sayılan ücret ödeme şekillerinden bazıları, sağlık personeline ücret ödeme şekilleri, bazıları ise performans dayalı ücret ödeme şekilleridir. Kıt kaynakların etkin kullanımı sorunu, tüm hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde karşımıza çıkmaktadır. Ancak, sağlık hizmeti ertelenemeyen bir ihtiyaç olması ve sosyal devlet ilkesi gereği verilmesinin zorunlu olması nedeniyle, sağlık hizmetlerinde performans denince hem hizmeti sunan hem de hizmetten yararlananların sıkıntılı bir anlama süreci oluşmaktadır (Kavuncubaşı, 2010; Ildir, 2008; Tengilimoğlu, Işık & Akbolat, 2011).

Ülkemizde Performansa Dayalı Ödeme Sistemlerinin Tarihçesi ve Gelişim Süreçleri, Mevcut Durum

Ülkemizde sağlık hizmetlerinde çalışanların performans göre ücretlendirilmesi sistemi öncesinde, sağlık personeli 14.07.1965 tarihinde yürürlüğe girmiş olan 657 devlet memuru kanunu kapsamında maaş esaslı ücret almaktaydılar (Devlet Memurları Kanunu, 1965). Daha sonraki yıllarda yalnızca hasta-

nede çalışan hekimler ve idareciler için ‘döner sermaye’ denilen bir sistem geliştirildi ve 1. basamak sağlık hizmetlerinden 2. basamağa, 3. basamağa ve üniversite hastaneleri dahil tüm sağlık kurumlarında uygulanmaya başlandı. Bu yıllarda döner sermaye gelirleri sağlık çalışanlarına eşit biçimde dağıtıldı. O tarihlerde kamu personelinin maaşı dışında bazı harcamaları ve ödenek tahsisli Sağlık Bakanlığı tarafından yapılırdı. Zaman içinde hastane gelirlerinin bir kısmı hem hekimlere, hem de diğer sağlık personeline dağıtılmaya başlandı. Ancak, döner sermaye sağlık personeli arasında bölüştürülmeye başlayınca hekimlere düşen pay hekimler tarafından yetersiz bulunmaya başlanmıştır. Bu nedenle, 2003 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm projesi ile Sağlık Bakanlığı hekimlere ve diğer sağlık personeline ödenen ücreti artırma amaçlı uğraşları ile Maliye Bakanlığı’nın çabaları sonucunda sabit maaş ve performans uygulaması yürürlüğe konmuştur (Gümüş, 2006).

Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında döner sermaye gelirlerinden ek ödeme uygulamasına başlamış ve tüm basamaklardaki sağlık kurumlarında çalışan hekime ve sağlık personeline performans dayalı ek ödeme uygulaması başlatmıştır (OECD Türkiye Sağlık Sistemi İncelemeleri, 2008). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan sağlıkta performans ve kalite yönergesi, 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43. maddesi ile ilişkilendirilerek 12.05.2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete, 2006). Halen, Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşlarda uygulanan sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele ek ödeme yapılmasına dair yönetmeliğe göre performans ödemesi yapılmaktadır. Bu yönetmeliğe dayanarak sağlık kurumlarına 02.07.2008 tarihli “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” gönderilmiştir. Günümüze kadar kurumsal performans katsayısı tespiti işlemleri bu yönergeye göre yapılmıştır (Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 2011). Hem Sağlık Bakanlığı hem de üniversite hastanelerinde Sağlık Bakanlığı’nın hazırladığı “Sağlık Kurumları Girişimsel İşlemler Puan Listesi” kullanılmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma kapsamında amaçlanan, ülkemizde uygulandığı şekli ile sağlık kurumlarındaki performans tanımının nasıl ölçüldüğüdür. Performans sağlık kurumlarında daha çok hasta bakılması veya daha çok hasta muayenesi mi, yoksa sağlık hizmet kalitesi, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinin maliyeti gibi bileşenleri içeren ve bunlarla birlikte performans tanımını ele alan bir süreç midir araştırmanın ilerleyen bölümlerinde tartışılacaktır. Halen ülkemizde hastanelerde ve toplum sağlığı merkezlerinde (TSM) performans göre ödemedeki kast edilen döner sermaye ek ödemelerinin hekime, idareci ve sağlık personeline dağıtımındadır. Performansa göre ödeme sistemleri ülkemizde hizmet başı veya kişi başı değil, hasta güvenliği ve kalite hedeflerine göre şekillendirilmeye çalışılmaktadır.

BULGULAR

Bütçe Uygulama Talimatı’na (BUT) göre; 01.07.2005 tarihinden itibaren Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması ICD-10’da belirtilen ‘Hastalık Sınıf Adı ile Hastalık Kodu’nun faturalarda bulundurulması zorunluluğu

getirilmiştir. ‘Sağlık Kurumları Girişimsel İşlemler Puan Listesi’ temelini bu kodlardan almaktadır. Hastanelerde yapılan her bir işlem için sosyal güvenlik kurumları (SGK) tarafından hastaneye ödenen ücretler söz konusu tarihten itibaren bu listelerdeki kodlar aracılığı ile ödenmiştir. Bu tarihten 25 Mart 2010 tarihine kadar SGK aracılığı ile karşılanan sağlık yardımları BUT ile ödenmiştir.

25 Mart 2010 tarihinde ise aynı amaç için 27532 mükerrer sayılı resmi gazetede sağlık kurumlarına ödeme yapılabilmesi için yeni bir bütçe talimatı yayınlanmıştır. Bu talimata Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) adı verilmiştir. SUT, sağlık yardımları SGK aracılığı ile karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerinin, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonunca belirlenen ödenecek bedellerin bildirimidir. Halen sağlık hizmetleri SUT aracılığı ile ödenmektedir.

Hastanede yapılan her işlemin SGK tarafından belirlenen bir fiyatı vardır. Uygulanan işlemin fiyatı ile söz konusu işlemin performans puanı arasında pozitif bir korelasyon vardır. SUT’ta fiyatı olan bazı işlemlere performans puanı verilmezken, fiyatı tanımlanmayan bazı uygulamalara ise ekstra performans puanı verilmiştir (Kaptanoğlu-Yıldırım, Peksu & Bayraktar, 2011).

Hastanelerin üniversiteye veya kamuya bağlı eğitim araştırma ve hizmet hastaneleri olmalarına göre ödenen SUT paketlerinin bedelleri değişmektedir. Ayrıca ayakta ve yatarak verilen tedavilere göre de SUT paketlerinin bedelleri değişmektedir. Örneğin polikliniklerde sağlık kurum ve kuruluşlarının ayakta tedaviler için bir sınıflandırma sistemi (Tablo 1) vardır. Hastanelere ödeme buna göre yapılmaktadır.

Polikliniğe başvuran bir kadın doğum hastası Tablo 1’de U1 sınıfında yer alan bir hastanenin kadın doğum polikliniğine giderse, SUT hastaneye 61 TL, eğer U2 sınıfında ise 49 TL, E1 sınıfında ise 49 TL, H1 sınıfında ise 27 TL verecektir (ayrıntılı olarak incelemek için bakınız sgdb1.shcek.gov.tr). Ayaktan tedavilerde ek ödemeler listesi ise sintigrafi vb. ödemeler için yapılan bedellerle sınırlıdır.

Yatarak tedaviler ise günü birlik (bazı tıbbi girişimler, kemoterapi, diyaliz vb.) veya hastanede tanı ve tedavi amaçlı interne edilme şeklinde ana hatları ile ikiye ayrılır. Yatarak tedavi edilen bir örnek hastanın, hastalık sınıfı adı ile hastalık koduna göre tipik bir SUT paketi içindeki ödemeleri incelendiğinde konu daha net anlaşılacaktır. Örneğin, epilepsi (tanımlanmamış) tanısı alan hastanın hastalık kodu G 40.9. Bu tanıya göre bir hizmet hastanesine yatırılan SGK’lı hasta için SUT paketi 372,92 TL ücret ödemektedir. Paket içinde tanı, tedavi için gereken standart ücretler vardır. Örneğin paket içinde standart yatak

Tablo 1: Ayaktan Tedavilerde Sağlık Kurumları Sınıf ve Kodları Listesi

KAMU	U1	Üniversite hastanesi
	U2	Tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri ile enstitüleri
	E1	Eğitim hastanesi; genel
	E2	Eğitim hastanesi; kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
	E3	Eğitim hastanesi; kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
	E4	Eğitim hastanesi; kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
	E5	Eğitim hastanesi, ruh alanında hizmet veren
	E6	Eğitim hastanesi, göz hastalıkları alanında hizmet veren
	E7	Eğitim hastanesi, onkoloji alanında hizmet veren
	H1	Entegre ilçe hastanesi
	H2	Gün hastanesi, tıp merkezi, dal merkezi
ÖZEL	H3	Yataklı kurum; yatak sayısı 1-99
	H4	Yataklı kurum; yatak sayısı 100-499
	H5	Yataklı kurum; yatak sayısı 500 ve üstü
	H6	Yataklı kurum; kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
	H7	Yataklı kurum; kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
	H8	Yataklı kurum; kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
	H9	Yataklı kurum; ruh sağlığı alanında hizmet veren
	H10	Yataklı kurum; deri ve zührevi hastalıkları alanında hizmet veren
	H11	Yataklı kurum; diğer
	TM	Tıp merkezi
DM	Dal merkezi	
ÖH	Özel hastane	

(EK-10/A) (Sosyal Güvenlik kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2010).

ücreti 30-40 TL arasında değişmektedir. Refakat ise 10 TL'dir. Acil poliklinik muayene 15,50 TL'dir. Laboratuvar testleri için yaklaşık 100 TL civarı ön görülen harcama vardır. Ancak, hemşirelik bakımı, elektrik, doğalgaz, su, amortisman vb. giderler yoktur. Fiks maaş aldığı için hekim ve hemşirenin ücretleri de yoktur. Sadece standart tıbbi tedavi hizmetleri ve laboratuvar masrafları vardır. Hastane ortalama 2-3 gün yatan bu tip bir hasta için laboratuvar, radyolojik tetkik, tedavi gideri olarak 500 TL harcama yapmıştır. Aradaki fark olan 127,08 TL hastanenin döner sermaye gelirlerinden ödenmektedir. (SGK'nın ödediği 372,92 TL-hastaneye mal olan 500 TL = -127,08 TL).

Araştırma sürecinde, döner sermaye havuzlarına toplanacak SUT ödemelerinin ayrıntılı incelenmesinin amacı döner sermaye havuzlarında biriken paranın yegâne kaynağının SUT aracılığı ile gelen ödemeler olmasıdır (döner sermayeye yapılan bağışlar aracılığı ile toplanan paralar, döner sermaye paralarına uygulanan ek banka faizleri mevzuat gereği sağlık personeline dağıtılamaz). Döner sermaye ek ödemeleri, hastanenin hekim dahil sağlık ve idari personeline hastanedeki gerçekleştirdikleri performans oranına göre ödenmektedir. Gelişmeler sürecinde 15 Ağustos 2010 tarihinde hekim dahil sağlık ve idari personele sabit ödeme adı altında çalıştığı güne ve performansına bakılmaksızın bir ödeme yapılmasına karar verilmiştir (Döner Sermaye Sabit Ödeme Uygulaması, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2010).

Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı tarafından doktorlara yapılacak 'Sabit Ek Ödemeye' ilişkin (2010/53) sayılı genelge yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu genelgeye göre 209 sayılı döner sermaye kanununun ek 3. maddesinde sayılan tabipler ve dış tabiplerine katkılarına bağlı olmaksızın her ayın 15'inde ve döner sermaye kaynaklarından peşin olarak Döner Sermaye Sabit Ödemesi (DSSÖ) yapılmaktadır (Döner Sermaye Sabit Ödeme Uygulaması, 2010). Örneğin, bir hizmet hastanesinde çalışan uzman hekimin yaklaşık aylık kazancı, maaş + döner sermaye sabit ödemesi + ek ödeme + mesai dışı + nöbet ücretlerinden oluşur.

DSSÖ uygulamasına tabi olarak çalışanlara peşin olarak yapılacak DSSÖ, aynı aya ilişkin katkılarından dolayı kendilerine tahakkuk eden döner sermaye (brüt) tutarından mahsup edilir. Tahakkuk eden döner sermaye miktarı, DSSÖ'den fazla ise aradaki fark kadar ilgili hekime ödeme yapılır. DSSÖ, kendilerine tahakkuk eden döner sermayeden fazla ise aradaki fark geri alınmayacaktır. Mahsuplaşma işlemi brüt tutarlar üzerinden gerçekleştirilecektir.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulanan döner sermaye katsayılarının puanları biraz daha farklıdır. Üniversite hastanelerinde ise sadece uygulanan sağlık hizmetlerinden değil; eğitim-öğretim ile bilimsel yayın ve çalışmalarından dolayı da öğretim üyelerine döner sermayeden ödeme yapılabilmektedir (Gümüş, 2006). Bu tip uygulamalarda amaç öğretim üyesi yetişmesini teşvik etmektir (Walburg, Bevan & Wilderspin & Lemmens, 2006).

Örneğin A hizmet hastanesinin üç ay boyunca yaptığı işlemler için SGK tarafından SUT'ta yer alan işlem ücretleri çerçevesinde döner sermayesinde 2000000 TL biriktirdiğini varsayalım. Bu tutardan öncelikle Sağlık Bakanlığı merkez payının (%6; 120000 TL), Hazine payının (%15; 300000 TL) ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme payının (%1; 20000 TL) çıkarılması gereklidir. Kesintilerin toplam oranı % 22, tutarı ise 440.000 TL'dir.

A hastanesinin toplam gelirinden kesintiler toplamı olan 440000000 TL çıkarıldığında ise:

$$2000000 - 440000 = 1560000 \text{ TL kalır.}$$

Kalan 1560000 TL ise KPK adı verilen Kurum Performans katsayısı ile çarpılır. (KPK hesaplaması konu içinde açıklanmıştır).

Örneğin kurum KPK'sının 0.84 olarak hesaplandığını farz edelim: $1560000 \text{ TL} \times 0.84 = 1310400 \text{ TL}$.

1310400 TL'nin % 50'si yönetim giderine esas teşkil eder. Kalan %50 ise performans esasına göre döner sermaye ek ödemelerinde hekim dahil sağlık personeline dağıtılacak paradır.

$1310400 \text{ TL} \times 0.50 = 655200 \text{ TL}$ 'dir. Hekim dahil sağlık personeline dağıtılacak performans esaslı döner sermaye ek ödemesi para miktarı budur. Sıra artık hastanedeki tüm hekimlerin 'Performans Puanları Toplamının Aktif Çalışma Gün Katsayısı'na bölünmesine ve ortalama bir puan hesaplanmasına gelmiştir. Dağıtım buna göre yapılacaktır. Tablo 2'de ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Kurum Performans katsayısı (KPK) hesaplama yöntemleri¹

Örneğimiz hastane olduğu için KPK hesabı aşağıdaki şekilde yapılır.

KPK = Kurumun Kalite performans puanı – Finansal Değerlendirme Göstergesi (FDK)

Bu elde edilen rakamın KPK adı verilerek kısaltılan ve her hastanenin kendi kurum performans katsayısı olan bir katsayı ile çarpımı gereklidir.

KPK kurumun kalite performans puanından finansal değerlendirme göstergesi çıkartılarak bulunur:

KPK= Kurum Kalite Performans Puanı (KKPP) - Finansal Değerlendirme Göstergesi (FDK)

$$\text{FDK} = -1 \times \text{PAY} / \text{PAYDA}$$

PAY: Borç ve ödeme sonrası banka hanesi

PAYDA: Kurum Mizan Raporu (Toplam Alacak kalanı –Toplam Borç kalanı)

ÖRNEK

Hastanenin borç ve ödeme sonrası banka hesabında kalan para miktarı:

1000000 TL

¹25/02/2011 tarihli ve 27857 sayılı Resmî Gazete'nin Mükerrer sayısında yayımlanan 13/2/2011 tarihli ve 6111 sayılı Kanunun 190 ıncı maddesi ile 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü ve dördüncü fıkralarında değişiklik yapılmış ve bu değişiklikler 25/02/2011 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

Kurum Mizanı 3000000 TL

FDK = - 1000000 / 3000000 TL= 0,33

FDK = 0,06 (Finansal Değerlendirme Katsayısı cetvelinden karşılık gelen puan bulunur)

Finansal Değerlendirme Katsayısı (Göstergesi dereceleme);

$0,00 \leq FDK \leq 0,25$ ise 0,03 puan

$0,26 \leq FDK \leq 0,50$ ise 0,06 puan (çünkü 0.33 bu sınırlarda yer almaktadır)

$0,51 \leq FDK \leq 0,75$ ise 0,08 puan

$0,76 \leq FDK \leq 1,00$ ise 0,10 puan

FDK $\geq 1,01$ ise 0,12 puan olarak hesaplanır.

KPK= Kurum Kalite Performans Puanı(KKPP)-Finansal Değerlendirme Göstergesi (FDK)

Finansal değerlendirme katsayımızı ise 0.06 olarak hesaplamıştık. Formüle göre:

$KPK=KKPP-FDK= 0.90-0.06=0.84$ 'dür. (0.90 kurum kalite performans puanı olarak halen kalite koordinatörleri tarafından hesaplanarak ilgili hastaneye gönderilmektedir).

Halen kalite koordinatörlükleri, her dönem ilde bulunan kurumları ilgili dönem sonuna kadar hastane kalite standartları (HKS) çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0,65) ile (1) arasında değişen hizmet kalite katsayısını tespit eder (Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 2011).

1 Temmuz 2011 tarihinden itibaren her hastane kalite süreçlerine dahil olarak kendi kalite performans katsayısını kendi hesaplayacak ve kalite bozukluklarını düzeltme yoluna gideceklerdir. Ulusal bir akreditasyon politikası hastanelerde yürürlüğe girmiş durumdadır. Süreçlerin sonuçları önümüzdeki yıllarda kalite çalışmalarını ile gözlenebilecektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 02.07.2008 tarih ve 2011 sayılı makam onaylı "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi" yürürlükten kaldırılmış ve yerine 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı makam onayıyla "**Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi**" 01.07.2011 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe konmuştur².

Kurum performans katsayısı = (Kurum kalite kriterleri katsayısı + Poliklinik hizmetleri katsayısı + Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı + İl İdare Kurulu değerlendirme katsayısı) / 4

Kurumsal performans katsayısının (KPK) hesaplanmasına esas olacak performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartları Sağlık Bakanlıkça çıkarılan yönerge ile belirlenerek açıklanmaktadır. Halen $KPK = \text{Muayene erişim katsayısı} + \text{Kurum alt yapı ve süreç değerlendirme ölçütleri katsayısı} + \text{Hasta ve yakınları memnuniyet anket katsayısı} + \text{Verimlilik katsayısı}$

Kurumsal performans kriterlerinin tamamı yerine getirilmişse katsayı 1 olur. Ancak bu durumda kurum, kanunun izin verdiği üst sınırdaki ek ödeme dağıtılabilir. Bu oran düştükçe ek ödemenin üst sınırı aşağıya çekilmektedir.

1 Temmuz'dan itibaren Kurumsal Performans Katsayısı = [(Hizmet Kalite Katsayısı x 0,65) + (Memnuniyet Katsayısı x 0,20) + (Veri İzleme Katsayısı x 0,15)] olarak hesaplanacaktır.

Döner sermaye ek ödemelerinin performans esaslı dağıtımında Tablo 2'deki parametreler esas alınarak A hastanesinin üç aylık süreç için dağıtacağı toplam 655200 TL ilgili hekim dahil sağlık personeline dağıtılır.

Hastanelerde çalışan hekimlerin ve sağlık personelinin performans olarak döner sermayeden aldığı ücretler yukarıda sözü edilen birçok faktörden etkilenmektedir. Hastanede çalışan hekim, performans esasına göre çalışıp girişimsel işlem puanı kazansa bile, hastaneye gelen paranın ancak %50'si Tablo 2'deki esaslara göre dağıtılabilir. Bu para miktarı örneğimizdeki A hastanesinde 655200 TL'dir. Bu para da hastanenin kalite puanından ve hastanenin borçlu olup olmamasından etkilenmektedir. Ayrıca birde tavan ek ödeme katsayısı vardır [Bakanlıkça yayınlanan 209 sayılı genelge ile belirlenmiş olan katsayı, tavan ek ödeme matrahı = (aylık tutar+ek gösterge tutarı+ özel hizmet tazminat tutarı+ yan ödeme tutarı) x tavan ek ödeme katsayısı]. Tavan ek ödeme katsayısına göre dağıtılan miktar ne kadar çok olursa olsun personel brüt olarak tavan ek ödeme matrahının üzerinde bir rakam karşılığı alamaz (Bakınız Tablo 2).

1. basamak Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) performansa dayalı olarak hekimlere ve aile sağlığı elamanlarına ödemeye 2011 ile 2012 sonunda geçilecektir (Kaptanoğlu-Yıldırım, 2011).

Birinci basamakta da istenen hamile, loğusa, çocuk, yaşlı takibidir. Kronik hasta takibi 1. 2. ve 3. basamaklarda performansa tabi değildir.

ASM'de aile hekimi için performans, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın ilk 1000 puana kadar, uzman tabip veya tabip için 2167 TL; aile hekimliği uzmanları için 3139 TL'dir. Aradaki fark 972 TL'dir.

Halen 1000 puanın üzerindeki puanlar ayırım gözetmeksizin; 1,4418 katsayısı ile çarpılarak hesaplanacaktır (Bakınız Tablo 3).

$[(2560 \times 1,6) + (544 \times 0,79) + (64 \times 3) + (32 \times 1,6)] = 4768,96 - 1000 = 3768,96 \times 1,4418 = 5434,08 \text{ TL} + 3139 \text{ TL} = 8573 \text{ TL'dir.}$ Pratisyen veya başka dal uzmanı için ise 7601'dir.

Birinci ila beşinci gruptaki katsayı ile o gruptaki kayıtlı kişi sayısının çarpılması ile oluşan puanların toplamı üzerinden, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk (1000) puana kadar

Meslekî yüksek öğrenim mezunu olmayan aile sağlığı elemanına 1158 TL,

²Bu Yönerge, 13/12/1983 tarihli ve 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnemenin 43 üncü maddesi ile 12/05/2006 tarihli ve 26166 Sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığınca Bağılı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 5 inci maddesinin birinci fıkrasına dayanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 2: Hastanede Çalışan Hekim ve Sağlık Personelinin Performansında Göz Önüne Alınması Gerekli Kavramlar

TEÖK: Tavan Ek Ödeme Katsayısı	<ul style="list-style-type: none"> Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen sağlık çalışan gruplarınınca farklılık arz eden değişmeyen katsayıdır. Klinik şef ve şef yardımcıları ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler için 8 Uzman tabip, tıpta uzmanlık tüzüğünde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman dış tabipleri için 7 Pratisyen tabip ve dış tabipleri için 5 Yoğun bakım, doğum hane ,yeni doğan,süt çocuğu,yanık,diyaliz,ameliyathan, kemik iliği nakil ünitesi,acil servis-poliklinik,izolasyon odaları,kapalı psikiyatri servisleri,organ ve doku nakli gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel ile başhemsireler için 2 İdari sağlık md. yardımcısı, hastane müdürü ve eczacılar vb. için 2,5
NPP: Net Performans Puanı	<ul style="list-style-type: none"> Ortalamadan Alan Hekimler için NPP: (HHPO x HAKÜK x AÇGK) + EK PUAN x AÇGK Performanstan Alan Hekimler için NPP: (Tabip Muayene ve Girişimsel İşlem Puanı x HAKÜK) + Ek Puan x AÇGK Tabip Dışı Personel için NPP = HHPO x HAKÜK x AÇGK x Serb. M.K) + Ek Puan x AÇGK
Dönem Ek ödeme Katsayısı	Dağıtılacak toplam paradır. Yani tüm personelin toplam NPP
Tahakkuk Eden Ücret	NPP x DEÖK işlemi sonucu bulunan miktardır. Personelin 1 ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının tavan ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktardır. Hiçbir personel bu miktardan fazla ek ödeme alamaz. Tahakkuk eden tutar birim performans katsayısı ile çarpılarak yeni tahakkuk miktarı bulunur. Fakat tahakkuk eden tutar tavan miktardan fazla ise birim performans katsayısı tavan miktar ile çarpılarak yeni tahakkuk miktarı bulunur.
Birim Performans Katsayısı	Hekimin ve sağlık personelinin bulunduğu birimde doldurması gerekli kota. Hesaplanan birim performans katsayısı personelin brüt ek ödeme tutarı ile çarpılır. Personelin brüt ek ödeme tutarının, tavan ek ödeme tutarının üzerinde olması halinde Birim Performans Katsayısı tavan ek ödeme tutarı ile çarpılarak personelin brüt ek ödeme tutarı bulunur.
Yönetici Birim Performans Katsayısı	Kurumlarda baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ile başhemsire olarak görev yapan personel için bu Yönerge usul ve esaslarına göre belirlenen ve personelin brüt ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan, (0,70) ile (1) arasında değişen katsayıyı,
Tavan Ücret	Personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının, bu Yönergeye ekli (1) sayılı listedeki katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutarı,
Gelir Vergisi Dilimleri	<ul style="list-style-type: none"> 8800 TL' ye kadar olan gelirlerin %15'i 22000 TL'nin 8800 TL'si için 1320 (%15), fazlası için %20 76000 TL'nin 22000 TL'si için 3960 TL, fazlası için %27 76000 TL'nin üzerinde ise; 76000 TL'si için 11520 TL, fazlası için %35'dir.
Damga Vergisi	Hastane döner sermaye gelirinden ek ödeme alan hekim dahil sağlık personelinin kesilecek damga vergisi oranı ise %0,66'dır.
Net Ele Geçen Ücret	Bu tabloya göre bütün parametreler hesaplandıktan sonra döner sermaye gelirlerinin performansa göre dağıtımı yapılır ve ele geçen net ücret belirlenir.

HHPO: Hastane Hizmet Puan Ortalaması.

AÇGK: Aktif Çalışma Gün Katsayısı.

Serb. Mk: Serbest Meslek Katsayısı [Kamuoyunda Tam Gün Yasası olarak adlandırılan Adalet Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname, (2011) sonucu bu katsayı halen kullanılmamaktadır].

HAKÜK: Hizmet Alanı Kadro Ünvan Katsayısı.

DEÖK: Dönem Ek Ödeme Katsayısı.

Tablo 3: ASM için Öngörülen Performansa göre Ödeme Kriterleri

Performans Alınacak Bireyler/ Hastalar	0-59 ay	Gebeler	65 Yaş Üstü	Cezaevi Tutuklu	Diğer Birey
Aile Hekimi İçin	1.6	3	1.6	2.25	0.79
Aile Sağlığı Elamanı İçin	1.75	3	1.75	2.25	0.80

meslekî yüksek öğrenim mezunu aile sağlığı elemanına 1360 TL, ödeme yapılır.

1000 puanın üzerindeki puanlar için, söz konusu puanların 0,577 değişken katsayısıyla çarpımı sonucunda bulunacak tutarda ayrıca ödeme yapılır.

ASM'de aile sağlığı elemanı için performans aylık ücret:

- $[(2.560 \times 1,75) + (544 \times 0,80) + (64 \times 3) + (32 \times 1,75)] = 5163,2$ TL;
- $1000 = 4163,2 \times 0,577 = 2402,16 + 1360 = 3762$ TL;
- Eğer lisans mezunu ise 3762 TL.
- Lisansı yoksa 3560 TL'dir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yönetildiği Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) de performans sistemine tabidirler (Toplum Sağlığı Merkezleri Performans Değerlendirme Kılavuzu, 2010)

TSM'de performans puanları aşağıdaki gibidir. Aynı hastanelerde olduğu gibi puanlama esasına dayanır. Bu puanlar daha sonra yataklı tedavi kurumlarında olduğu gibi ödemeye esas puanlar ile katsayı (0,593) belirlenmiş olup işlem bedeli yani ödenecek meblağ, ilgili puan ile katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutardır. Zaten TSM ve bağlı olduğu Sağlık Müdürlüğü'nün performans esaslı ek ödemeleri, bağlı oldukları ildeki hastanelerin döner sermaye havuzlarından karşılanır.

TSM'lerde döner sermaye ek ödemelerine esas başlıca performans puanları (Sağlık Müdürlüğü ve TSM'lerde personel brüt olarak tavan ek ödeme matrahının üzerinde bir rakam karşılığı alamaz):

- Toplum Sağlığı Merkezleri ise, İdari ve Mali İşler Performans Değerlendirmesi (2200 Puan),
- Çevre Sağlığı Hizmetleri, (2400 Puan)
- Bulaşıcı hastalıkları izleme ve mücadele, (1200 Puan)
- Kronik hastalıkları izleme ve müdahale hizmetleri, (1200 Puan)
- Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik olarak koordinasyon ve yapılan işlerin bildirilmesini sağlamak (800 puan)
- Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik olarak lojistik hizmetlerini vermek (400 puan)
- Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik olarak görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerini sunmak (800 puan)
- Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik olarak hizmet içi eğitim konularını tespit etmek ve sunmak (400 puan)
- Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik olarak kayıtların tutulması ve denetim hizmetleri yapmak (800 puan)

- Acil sağlık hizmetlerinin düzenli verilmesini sağlamak (800 puan). (TSM'nin bulunduğu bölgede bu hizmetler başka kurumlar tarafından veriliyorsa performans puanı alamaz).
- Adli tıbbi hizmetleri yapmak (800 puan) (TSM'nin bulunduğu bölgede bu hizmetler başka kurumlar tarafından veriliyorsa performans puanı alamaz).
- Okul sağlığı hizmetlerini sunmak; aşılama; okul sularından numune alma v.b. (1200 puan).
- İşçi sağlığı ve iş güvenliği çalışmalarını yapmak (1200 puan) bu tip ve benzeri işlemlerden puanlama yapılır.

Halen uygulanmayan ama uygulanmasına başlanacak olan TSM performans yönetimi buna benzer puanlar üzerinden hekime ve sağlık personeline performans puanı vermektedir. ASM'lerin yerinden yönetimi yapacak bölge sağlık merkezleri kurulması ile bu puanlar işlerlik kazanacaktır. Büyük şehirlerde kurulacak ilçe sağlık müdürlükleri bu alanda yapılacak bir planlamaya örnektir. (Sağlık Bakanlığına Bağlı Kuruluşların Yeniden Yapılandırılması KHK/663-28103 Mükerrer; 2011).

SONUÇ

ASM'lerde hasta gelmesi ve hastaların özellikle gebelerin muayene edilmesi ve ASM'ye çağırılması, bebeklerin muayenesi istenen bir takip şekli olmasına rağmen, özellikle büyük şehirlerde birçok semtte özel hayata saygısızlık olarak nitelendirilmektedir. Eğer basın organları ve popüler kültürün yaygın olduğu televizyon programları ile bu tip hamile, loğusa, bebek vb. takip girişimleri desteklenirse sorun çözülecektir. ASM'lerde kronik hastaların takibinde QALY (quality-adjusted life year/uygulanan tedavilerin hastalara kazandırdığı bir yıllık yaşam kalitesi değeri=kaliteye indeksli yaşam yılı) esasına göre performans öngörülse bu hastalar semtlerinde tespit ve etkin takip edilebileceklerdir. Bu şekilde bir diyabet hastasını takip eden hekim, hastasının kan şekeri ve HbA1C seviyesini yöneterek, komplikasyonlara engel olduğunda hastanın 1 yıllık QALY puanı "0" olan ölüm düzeyinden, mükemmel sağlık olan "1" düzeyine doğru yükselecektir. Hastaya yapılan işlem için sadece girişimsel puan değil aynı zamanda QALY ölçen bu sistemler aracılığı ile uygulanan tedavinin etkinliği ölçülür. Tedavinin başarısını ölçmeden hekime, hemşireye ve diğer sağlık personeline döner sermayeden performans esaslı ek ödeme yapılması doğru değildir. Her türlü düzgün ve etkin tedavi modelleri uygulanmasına rağmen hastanın sağlık durumu düzelmeyorsa o hasta artık evinde bakılır. Daha sonra bu tedavinin maliyeti hesaplanır. Komplikasyonu olmayan ve iyi yönetilen hastanın doğal olarak maliyeti düşük olacaktır. QALY ölçümlerinin performans dayalı ek ödemelerde kullanıma sokulması tüm ASM ve hastanelerde çalışanlar hekimlik ve hemşirelik ayırıcı tanılarını öğreneceklerdir.

Etik ve iyi hekimlik sanatı üyelerinin ekipleri ile birlikte daha çok kazanacağı aşikârdır. Bu yöntemden en karlı çıkan ise sağlığı düzelen hastadır. Sağlık hizmetlerinde ödeyici konumda olan SGK ise gereksiz ödemelerden kurtulacaktır.

Sağlık Bakanlığı, Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Ödeme Uygulamasında hizmet verilen hastanenin kalite süreçlerini, yapılan işlemlerin puanlamasını istemektedir. Performans puan listesinde girişimsel işlemlere daha çok puan verildiği gözlenmektedir. Cerrahi branşların özellikle akut risk taşımayan ve daha sık/kısa sürede yapılabilen işlemleri öne çıkarılmaktadır. Kronik ve uzun süreli tedavi gerektiren, dâhili hastalıklara getirisi az olacağı düşünülerek, daha az puan verilmektedir. Akut ve risk taşımayan ve sık yapılan cerrahi girişimlere daha çok prim veren performans uygulaması hekimlerin hasta seçmesine ve takip gerektiren vakaları eğitim araştırma hastanelerine göndermelerine yol açmakta ve o zamanda eğitim ve araştırma hastaneleri, tıp fakülteleri tedavisi zor hastalarla uğraşmakta, performansları düşmektedir. Kronik hastalar, prematüre bebekler hastaneler tarafından istenmemektedir.

Halen uygulanmakta olan performans yönetimi sistemi sabit maaş ve döner sermayeden her sağlık personelinin (örneğin, sağlık teknisyeni 420 TL vb.) görevine ve mesleğine (örneğin, hekim 1200 TL vb.) göre ödenen sabit ücret dışında SGK'nın SUT paketleri aracılığı ile gelen ve hastalık başı ödenen ücretlerinin % 50'sinin belli parametrelere göre dağıtımından oluşmaktadır. Bu tip bir performans yönetim sistemini suiistimallerden korunmak için teşhis ile ilişkili gruplar (TİG) sistemi ile desteklenmesinin ivedilikle yapılması gereklidir.

Yurt dışındaki performans yönetimlerinde kronik hastaların, uzun dönem bakımı 'nursing home' adı verilen uzun dönem kronik hasta bakım yerlerinde yapıldığı için, hastanelerde bu tip hastalar için sağlık personeline performans ödenmemektedir. Ancak, ülkemizde bu tip hastalar özellikle uzmanlaşmış dâhiliye, geriatri servisleri bulunan 3. basamak hastanelerinde uzun süreli yatmaktadır. Bu tip yerleri SGK hizmet satın alma şeklinde sağlık personelinin işletme tarzında açmasını motive etmelidir.

Aynı şekilde terminal dönem hastalar için uzun dönem hastane ortamından farklı bakım evleri olmadığı için medikal onkoloji servislerinde bu tip hastalar uzun dönem kalmaktadırlar. Terminal bakım evleri açanlara SGK'dan ödeme yapılması ile bu sorunlar çözümlenecektir. Buna karşın, SUT bu tip hastalara SGK geri ödemelerini invaziv işlemlere görece az yapmaktadır. Buna bağlı olarak, bu hastaları tedavi eden hekimlerin ve sağlık personelin performans katsayıları da düşüktür. Aynı şekilde, çocuk onkolojisi hastalarının maliyetli olduğu ve bunların kısa vadede sağaltılamayacakları göz önüne alınmadan SUT ilerleyen yıllarda TİG ve maliyet uygulamaları yapılırsa, uzun dönemde kimse medikal onkoloji gibi bölümlerde çalışmak istemeyeceklerdir. Bu nedenle işlem bazından tanı koyma, tıbbi tedavi ve takip bazına performans işlemlerinin kaydırılması, hem kronik hastaların hem de sağlık çalışanlarının iş birliği, motivasyonu, tedavisi açısından gereklidir.

Örneğin çocuk hastaya tanı koyan ve takip eden çocuk hastalıkları uzmanın performansı çocuk hastaların tedavisi ve takibi

ile onların 1 yıl boyunca takip edilen yaşam kalitesidir. Bu kalite aynı zamanda tedavinin etkinliğini de ölçmekte kullanılır. Çocuk hastalıkları uzmanın zaten girişimsel işlemleri çocuğa performans kazanmak adına uygulaması medikal onkoloji vb. alanlarda istenen bir sonuç değildir. Ayrıca cerrahi bölümlerde hastanın sağlam organına bir hekimin performans adına işlem uyguladığını düşünmek bile yeterince kötüdür. İlerleyen yıllarda sağlıkta tedavi ve takip hizmetlerinde kötü uygulama (malpraktis) davaları şeklinde sağlık hizmetlerinin ve sunanların elini kolunu bağlar. Girişimsel işlem yapacak hekim kalmaz. Bu nedenle, girişimsel işlemler listesinin tekrar konunun uzmanları tarafından gözden geçirilmesi şarttır. Örneğin normal doğum performansı daha yüksek diye sezaryen endikasyonu olan hastayı normal doğum için bekletmek bebeğin ve annenin hayatına ve daha fazla maliyete yol açabilecektir. Dâhiliye, Nöroloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Çocuk hastalıkları, Psikiyatri vb. bölümlerde hasta muayene ve tedavi süreleri daha uzadığı bu tip bölümlerin hastalarının kronik hasta olmaları sebebi ile farklı işlemlere farklı ve kabul edilebilir performans puanlarının buralarda uygulamasının gerekliliği yadsınmaz.

Sonuçta, hastanelerde çalışan hekimler ne kadar çok performans tabi işlem yaparlarsa yapsınlar, performans işlemlerinin oranı ne olursa olsun öncelikle hekimlerin performanslarının ortalaması alınmaktadır. Hastanelere SUT'un hastalıklar için standart ödeme paketlerine göre SGK aracılığı ile ödeme işlemi yapılmaktadır. Gelen paranın ancak yüzde ellisi kalite çarpanı ile çarpıldıktan sonra azalarak dağıtımına tabi tutulmaktadır. Dağıtılan para miktarı bellidir. Aynı havuz içinden performans göre hekime, hemşireye, sağlık personeline döner sermaye dağıtılmaktadır. Dolayısı ile hekimlerin bunun bilincinde olup, ancak hastaya gerekli ise işlem yapmaları sonucunda her ay dağıtılabilecek para döner sermaye havuzunda kalmayacağı için gene kendilerine ödeme olarak döneceğinin bilincinde olmalıdırlar. Birbirini ezercesine cebinde günlük performans puanlarını hesaplayarak çalışan hekimlerin, döner sermaye para havuzu ortak, ödeme katsayıları uzmanlığa ve göreve göre sabit olduğu için daha çok para almayı beklemeleri beyhude bir çabadır. Burada amaçlanan hekimi bütün gün sağlık kurumunda tutmak işlerini yaparken gerçekleştirdiği işlem bazında ek ödeme vermek çalışmaya motive etmektir. Eğer gerekli gereksiz hastalara cerrahi girişimler, laboratuvar, radyolojik girişimler uygulanırsa sonuçta malpraktis aracılığı ile hekim zor duruma düşecek, hekimlik onuru son kez tedavi edilemez yaralar alacaktır. Hekime ve sağlık kurumuna duyulan güven azalacaktır.

TSM performans yönetimi ise sıkıntılı bir sürece davetiye çıkarılmaması için sağlık politikaları oluşturarak TSM'lerin takibi gereklidir. TSM'lerin ASM denetlemeleri belli kurallar çerçevesinde ve deneyimli TSM hekimlerince yapılmalıdır. Hekimi ve sistemi TSM sürekli sağlık müdürlüğü ile işbirliği içinde denetlemelidir.

ÖNERİLER

Tüm gelir getirici nitelikte olmasına rağmen performans puanı verilmeyen işlemler detaylı incelenmelidir. Sağlık kurumlarının tümünde ister 1. ister 2. ve 3. olsun kronik hasta takibi, bakımı

ve eğitimine daha yüksek puan verilmelidir. Özellikle kronik hastaların takibinde diyabet, hipertansiyon vb. hastaların 1 yıllık yaşam kalitesi puanları da muhakkak izlenmelidir. Eğer QALY adı verilen bir yıllık yaşam kalitesi performans kriterlerine konmazsa bu hastalar çok zarar göreceği için hastalık ve hasta maliyetleri en kısa sürede artacaktır. Örneğin, diyabet hastasını eğiten hemşire ayda sadece 3 puan, takip eden hekim ise herhangi bir ek ücret almamaktadır. Ancak, iyi takip edilemeyen ve yönetilemeyen diyabet hastası ise diyaliz vb. daha ağır hastalık tablolarına adaydır. Böylelikle hem hastanın yaşam kalitesi bozulur hem de kronik hastanın maliyeti artar. Ayrıca hekimlerin ve o sağlık personelinin çalıştıkları birime ait tüm giderlerin birim maliyet analizi yapıp (amortisman, sarf malzemesi, temizlik, hizmet alımı) değerlendirildiğinde hastane içinde her bir birimin kendi performans düzeylerini gerçekçi olarak ortaya koyacaktır.

Hastanelerin ve ASM'lerin hizmet ve fiziki çevre açısından standart hale gelmesi için kalite standartlarının gönüllü süreçlerden çıkartılıp desteklenerek ve denetlenerek yapılandırılmasına yardımcı olduğunda performans süreçlerinde yapılan işin niteliği ortaya çıkacaktır.

2. basamak bir hastane ile 3. basamak bir hastanenin aynı işleme aynı performans katsayısı uygulamasının önüne geçmek, farklı basamaktaki sağlık kurumlarının o hastaya uyguladığı tıbbi tedavi süreçlerini değerlendirmeye alarak düzeltiler. Aksi takdirde 2. basamak sağlık kurumları böyle bir sonuç arzu edilmemesine rağmen, durumdan daha kazançlı çıkmaktadır. Oysa, her basamaktaki kurumun görev tanımı ve verdiği hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin hastalıklara ve hastaya göre farkı vardır.

Hastane enfeksiyon kontrolüne yönelik yapılan tüm uygulamaların kalite ve performans sistemi içerisinde değerlendirilmesi ise enfeksiyon hastalıkları uzmanlarının performans ödeme sistemlerinden hakkaniyetli pay almalarını sağlayacaktır.

Tıbbi işlemin zorluğu, hastalığın ve hastaların sabırla takibi gibi konularında performans tanımlamasına gidilmesi gereklidir. Unutulmamalıdır ki, sağlık ekonomisi kalite, mortalite, morbidite ve özellikle QALY esaslı performans yönetimi hesaplamaları temel alır (Kaptanoğlu-Yıldırım, 2011). Sağlık ekonomisinin amacı kâr etmek değil, israfı azaltarak sağlık hizmetlerinde maliyetleri hakkaniyet esasına göre yönetmektir. Sağlıkta kâr değil, insan sağlığı faydasına maksimum kâr amaçlanır. Sağlık ekonomisi sağlık personeli, hekim, geri ödeme sistemleri, sigortalar ve kamu kesimi tarafından suiistimalleri ve açıklarını dengelemeyi amaçlar. Çalışan sağlık personeli kazanır. Hasta düzenli kontrollere geldikçe ve 1 yıllık QALY'si iyi olduğu takdirde, SGK primlerinde indirim veya beklemeden sıra alma gibi ufak hediyelerle ödüllendirilir.

Performansta puanlama sistemi temel olarak işlem için harcanan ortalama zaman, işlem ile ilgili riskler ve kalite göstergeleri dikkate alınarak yapıldığında sağlık ekonomisi süreçleri işlerlik kazanır aksi takdirde maliyet hesabı eksik yapılmış olur (Murray, 1994). Performans ek puanları hastanenin her meslek

grubundan temsilcilerin, idarecilerin, hukuk danışmanları ile bir araya geldiği yasal süreçlerle yılda iki-üç kez değerlendirilmelidir (Hospital Management, 2008).

Tüm bu süreçlerin düzgün işleyebilmesi için çalışan güvenliği, ekonomik tatminini ve tam gün sağlık kurumlarında bulundurulması, kamu sağlık kurumlarında çalışanlarının satın alma gücü paritesi ile orantılı ücretle desteklenmesi esastır.

SUT aracılığı ile döner sermayeye ücretlerin geri ödemesinde önemli bir engel, yatan hastaların taburcu olduklarında epikrizlerinin zamanında ve düzgün yazılmamasıdır. Bu nedenle, hastanelerin otomasyon sistemlerine önceden tespit edilmiş tanıların kodlarının düzgün veri girişi yapılmamaktadır. Ödemeler gecikmektedir. Hekimler ses kayıt cihazı aracılığı ile sözlü epikriz kaydı yapabilirler. Tıbbi sekreterler ses kaydını çözerek epikrizleri ve kodları yazabilirler.

SUT esasına göre otomasyon kodlarının yapılan işlemleri ücrete dönüştürebilme yetisi, denetimi ve yönetimi ise diğer bir önemli husustur. Örneğin, bir hastaya eklem içi ilaç verileceği zaman bu hastanın günü birlik yatışı yapılarak bu işlemi gerçekleştirilirse, hem hasta açısından daha güvenli olacaktır, hem de eklem içi tedavi yapılan hasta için otomasyon sistemine ayaktan tedavi yerine farklı bir günü birlik tedavi kodu girilecektir. Bu kod aracılığı ile aynı işlem için ayaktan tedaviye kıyasla hastaneye ekonomik getirisi daha fazla bir SUT paketi açmak mümkün olacaktır.

İlerleyen yıllarda ülkemizde SUT yerine, süreçleri iyi tanımlanmayan hastanelerde maliyetlerini takip edip sağlık hizmetlerini tanımlayan tanı ile ilişkili gruplar (TİG) sayesinde, sağlık hizmetinde üretilen ürünün tanımı net olarak yapılabilir hale gelmek mümkün olabilecektir. Ancak, TİG içine de amortisman ve elektrik, su, ısıtma vb. giderler konulmalıdır. Paket fiyatları enflasyon oranında güncellenmelidir.

SGK tarafından yataklı tedavi kurumlara kodlar aracılığı ile ödeme yapmak için, SUT paketlerinin fiyatlarının enflasyon oranında artırılması gereklidir. Ayrıca SUT paketleri içinde hasta tedavi edilirken kullanılan malzeme fiyatı, 15-20 TL ile 30-40 TL arası değişen yatak ücreti vardır. Hastanın yattığı odanın elektrik, su, ısıtma vb. giderleri ve kullanılan demirbaşın amortismanı, ayrıca binanın bakım ve onarım giderleri yoktur; bu giderler döner sermayeden karşılanmaktadır. Halen hastaneler binalarına kira ödememektedir. Ayrıca hekim, hemşire ve sağlık personeli kamu görevlisi olduğu için maaş almaktadır. Eğer kira olursa bu bedelin de eklenmesi gereklidir. Maaş hastane tarafından ödenecek olursa, bu kalemlerinde SUT veya benzeri TİG paketlerinin içine monte edilmesi hizmetin verilebilmesi için şarttır.

Kamu hastaneleri sosyal fayda amacı güden kuruluşlar olduğu için kurumlar vergisi dilimleri özel sektöre göre de çok düşük olabilir. Diğer kurumlara ve işletmelere yatırım yaptıklarında sağlanan vergi muafiyeti kamu sağlık kurumlarına ve hastanelere de sağlanabilir.

KAYNAKLAR

- Demir, M. (2007). Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi. H. Ateş, H. Kırılmaz, & S. Aydın (Eds.), *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği* (ss. 279-305). Ankara, Turkey: Asil Yayın Dağıtım.
- Gümüş, M. (2006). *Üniversite Hastaneleri ve Döner Sermaye Sistemlerinin İşleyişi Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi.
- İlçin, A. (2008). *Faliyet Tabanlı Maliyetleme ile Sağlık İşletmelerinde Maliyet Analizi ve Performans Yönetimi* (ss. 13-138). Ankara: Seçkin Kitabevi.
- Kaptanoğlu-Yıldırım, A., Peksu, S., & Bayraktar, S. (2011). Sağlık Kurumlarında Finansal Kontrol Amaçlı Gelir ve Gider Dengesi Yönetimi. A. Kaptanoğlu-Yıldırım (Ed.), *Sağlık Yönetimi* (ss. 296-365). İstanbul: Beşir Kitabevi.
- Kaptanoğlu-Yıldırım, A. (2011). *Aile Sağlığı Merkezlerinde Performans Ölçütleri Yönetimi*. 10. Ulusal Aile hekimliği Kongresi. Birinci Basamakta Nitelikli Dönüşüm İçin. 18-22 Mayıs, Fethiye, Türkiye.
- Kaptanoğlu-Yıldırım, A. (2011). Sağlık Ekonomisi ve İlaç Ekonomisi. A. Kaptanoğlu-Yıldırım (Ed.), *Sağlık Yönetimi* (ss. 236-295). İstanbul: Beşir Kitabevi.
- Kavuncubaşı, Ş., & Yıldırım, S. (2010). *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi* (2th ed., s. 395). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Lilford, R. J., Brown, C.A., & Nicholl, J. (2007). Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *BMJ*, 335, 648-650.
- Resmî Gazete. (2006). Erişim: 06 Haziran 2011, http://www.rsm.gov.tr/mevzuat/yonetmelik/doner_sermaye/12052006.doc.
- Smith, P. C. (2002). Performance Management in British Health Care: Will It Deliver? *Health Affairs*, 21(3), 103-115.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2011). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi* (2th ed., ss. 380-402). Ankara: Nobel Kitabevi.
- Üner, S. (2006). *Sağlık Ocakları Performans Değerlendirme Modeli Çalışması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Programı.
- Walburg, J., Bevan, H., Wilderspin, J., & Lemmens, K. (2006). *Performance Management in Health Care* (pp.7-61). London & New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Devlet Memurları Kanunu. (1965). Erişim: 06 Haziran 2011, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/388.html>.
- Döner Sermaye Sabit Ödeme Uygulaması, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. (2010). Erişim: 26 Eylül 2011, http://www.bsm.gov.tr/mevzuat/docs/G_02082010_1.pdf.
- Murray, C. J. L. (1994). Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years, *WHO Bulletin OMS*, 72,429-445. Erişim: 06 Haziran 2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2486718/pdf/bullwho00414-0105.pdf>.
- OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye-OECD ve IBRD/Dünya Bankası. (2008). Erişim: 14 Aralık 2011, http://siteresources.worldbank.org/TURKEYIN_TURKISHXTN/Resources/455687-1235059017165/OECDReviewsOfHealthSystems_Turkey_Ch2-tr.pdf.
- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi*. (2011). Erişim: 14 Aralık 2011, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/3_yonergesyazi.pdf.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği*. (2010). Erişim: 14 Aralık 2011, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans_ve_kalite_yonergesi_yeni/3_yonergesyazi.pdf.
- Döner Sermaye Sabit Ödeme Uygulaması*. (2010). Erişim: 14 Aralık 2011, http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/genelgeler/2010/genelge_2010_53.pdf.
- Adalet Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilerek Kabulü Hakkında Kanun İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname*. (2011). Erişim: 14 Aralık 2011, <http://www.kgm.adalet.gov.tr/kanunlasan/2011y/650skhk.htm>.
- Toplum Sağlığı Merkezleri Performans Değerlendirme Kılavuzu*. (2010). Erişim: 14 Aralık 2011, <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/yonetmelik/tsm.doc>.
- Sağlık Bakanlığına Bağlı Kuruluşların Yeniden Yapılandırılması KHK/663-28103 Mükerrer*. (2011). Erişim: 15 Aralık 2011, <http://www.bsm.gov.tr/duyuru/duyuru.asp?no=4275>
- Hospital Management*. (2008). Erişim: 15 Aralık 2011, http://www.nou.edu.ng/noun/NOUN_OCL/pdf/pdf2/MPA%20773%20Hospital%20Management.pdf.