

**T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
PERFORMANS YÖNETİMİ VE KALİTE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI**

**ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE
KONGRESİ**

BİLDİRİLER KİTABI

CİLT 1

19-21 Mart 2009, ANTALYA

**Editör
Harun KIRILMAZ**

ANKARA – 2009



Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi

Editör: Harun Kırılmaz

1. Basım – Ağustos 2009

ISBN 978-975-590-298-2

Bakanlık Yayın No: 772-1

© Yazarlar – Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'na aittir. Başkanlığın yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan bildirimlerini başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

Turunç Matbaacılık
Erciyes İşyerleri Sitesi
7. Cadde No: 9
Yenimahalle / Ankara
Tel: 0312 397 91 81
Faks: 312 397 07 03
www.turuncmat.com.tr

İLETİŞİM

T. C. Sağlık Bakanlığı
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 4
Kolej / Ankara
E-posta: performansyonetimi@saglik.gov.tr
Web: www.performans.saglik.gov.tr

KONGRE BAŞKANI
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

KONGRE DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Nihat TOSUN
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŞİLYURT
Uz. Dr. F. Cihanser EREL
Yrd. Doç. Dr. Turan BUZGAN
Dr. Ekrem ATBAKAN
Dr. Mehmet DEMİR
Uz. Dr. İsmail DEMİRTAŞ
Kamuran ÖZDEN
Osman GÜZELGÖZ
Mine TUNCEL

KONGRE YÜRÜTME KURULU

Dr. Hasan GÜLER
Sevim TEZEL AYDIN
Bayram DEMİR
Harun ÇELİK
Harun KIRILMAZ
Umut BEYLİK
Serkan YORGANCILAR
Günnur ERTONG
Sevgi TAŞKIN KARATAŞ
Dr. İbrahim ÇETİN

KONGRE BİLİM KURULU

Prof. Dr. Erdal AKALIN
Acıbadem Sağlık Grubu
Prof. Dr. Seval AKGÜN
Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Sadık AKŞİT
Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Tansu ARASIL
Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Mahmut BAYIK
Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Oya BAYINDIR
Ege Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN
TODAİE
Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI
Anadolu Sağlık Merkezi
Prof. Dr. Mustafa ÇETİN
Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Adnan ÇINAL
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Musa EKEN
Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. M. Kemal ERBİL
Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ
Kocaeli Üniversitesi

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. A. Murat TUNCER
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Fikriye URAS
Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
23. Dönem Adana Milletvekili
Prof. Dr. İbrahim YEKELER
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Nazmi ZENGİN
Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. Turan ASLAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
Muğla Üniversitesi
Doç. Dr. Hamza ATEŞ
Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Asım BALCI
Selçuk Üniversitesi
Doç. Dr. Alper CİHAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK
Polis Akademisi
Doç. Dr. Metin DOĞAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Mustafa ERTEK
Sağlık Bakanlığı

Prof. Dr. Korkut ERSOY
Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Bilal ERYILMAZ
Sakarya Üniversitesi
Prof. Dr. Hakan HAKERİ
Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
Başkent Üniversitesi
Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU
Ankara Üniversitesi
Prof. Dr. Niek KLAZINGA
OECD / Amsterdam University
Prof. Dr. Yuanli LIU
Harvard Üniversitesi
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL
Gazi Üniversitesi
Prof. Dr. Yaşar ÖZCAN
Virginia Commonwealth University
Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Prof. Dr. Ömür ÖZMEN
Dokuz Eylül Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa N. ÖZMEN
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK
İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Mustafa PAÇ
Sağlık Bakanlığı
Prof. Dr. Mahmut PAKSOY
İstanbul Kültür Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşegül Jale SARAÇ
Dicle Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR
Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK
Selçuk Üniversitesi
Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Nilay ÇABUK KAYA
Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Öner ODABAŞ
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Nadir ÖCAL
Ortadoğu Teknik Üniversitesi
Doç. Dr. Hacer ÖZGEN
Hacettepe Üniversitesi
Doç. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ
Başkent Üniversitesi
Doç. Dr. İrfan ŞENCAN
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Bilçin TAK
Uludağ Üniversitesi
Doç. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ
Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç. Dr. İbrahim ÜNSAL
Acıbadem Hastaneleri
Doç. Dr. Tevfik Bedirhan ÜSTÜN
Dünya Sağlık Örgütü
Doç. Dr. Medaim YANIK
Sağlık Bakanlığı
Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
Bayındır Hastaneleri
Dr. Adelstein BROWN
Kanada Sağlık Bakanlığı
Dr. Kalipso CHALKIDOU
NICE
Dr. Sarah GARNER
NICE
Dr. Ann-Lisse GUISETT
Dünya Sağlık Örgütü
Dr. Edward KELLEY
Dünya Sağlık Örgütü
William J. DEMARCO
DeMarco Healthcare

SUNUŞ

Değerli sağlık yöneticileri, meslektaşlarım ve değerli sağlık çalışanları;

Sağlık hizmetlerinde altı yıl içinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile önemli bir gelişme kaydettik. Dünyanın birçok gelişmiş ülkesinde sağlık sistemlerini yerinde inceleyip değerlendirerek ülkemizde devraldığımız mirasla birleştirdik ve kendimize mahsus, merkezinde insan olan bir Türkiye modeli olarak Sağlıkta Dönüşüm Programını geliştirdik.

Program kapsamında reform projeleri uygulamaya konulmuştur. Bu reformlardan biri nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteyi geliştirme ve performans değerlendirme anlayışıdır. Bugün için sistemin sağlık hayatımıza katkılarını ve önemli sonuçlarını hep birlikte görüyoruz.

Performans yönetimi sadece sonuçları ölçmekle kalmayıp, kuruma belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermelidir. Kamu sağlık hizmetlerinde tayin edilmiş arzın yerine talebin karşılanması amacıyla teşvik edilen hasta odaklı bir yaklaşım sergilenmiş ve hizmette kalite anlayışı geliştirilmiştir.

Bugün uygulamakta olduğumuz model ise birçok bileşeni bünyesinde barındırmaktadır. Bu model ülkemiz ile sınırlı kalmamış aynı zamanda yurt dışındaki gözlemcilerin de dikkatini çekmiştir. Bugün için modelimiz OECD tarafından örnek uygulama olarak gösterilmektedir. Bu şekilde uluslar arası anlamda tanınan ve kabul gören bir model haline gelmiştir.

Sağlıkta performans ve kalite ile ilgili düzenlemeler sağlık kurumlarımızın kalite çalışmalarını yönlendirmek üzere hayata geçirildi. Hasta memnuniyeti, verimlilik, hizmet kalite standartları gibi bileşenlere sahip bu düzenlemeler, hastanelerimizin kurumsal performansını ölçerek kalite çalışmalarına ivme kazandırmaktadır. Şimdi ise bu işleri takip ve yönlendirmesi için kurduğumuz yapı ile bu gelişim daha iyiye doğru gidecektir.

Yayınlanan hizmet kalite standartları ve bu standartların doğru olarak hayata geçirilmesi için hazırladığımız rehberler kurumlarımızın kalite eğitiminde önemli birer araç haline gelmiştir.

Oluşturduğumuz Hizmet Kalite Standartları bugün sağlık hizmeti veren tüm kurumların kendilerine özgü koşulları göz önüne alınarak sınıflandırma çalışmalarında da kullanılmaktadır. Konu ülkede verilen sağlık hizmeti olduğundan özel yatırımcı ve üniversiteler dâhil sektörel işbirliği önem arz etmektedir. Dolayısıyla verilen sağlık hizmetinin kalitesini geliştirme sorumluluğunu paylaşmak gerekir.

Özel ve kamu sağlık hizmet sunucularının kalitesinin değerlendirilmesi gibi önemli bir görevin objektif kriterlere sahip olması gerekir. Dolayısıyla bu işi yapacak değerlendiricileri profesyonel eğitime tabi tutacağız. Bu eğitimleri sistematik ve

kurumsal hale getirmek için düzenleyeceğimiz Performans ve Kalite Yönetimi Kursu mesafe kat edilmesini sağlayacaktır.

Belgelendirme kurumlarımız tarafından tanınırlık, motivasyon kaynağı ve somut çıktı olarak kabul edilmekte ve çeşitli belgelendirme çalışmaları pek çok hastanemizde devam etmektedir. Ancak belgelendirmenin sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme anlamında hedefine ulaşabilmesi için uygulanan sağlık politikaları ve sunulan sağlık hizmetlerine özgü kriterler sorgulanmalıdır. Bu vizyonla ülkemizin önceliklerini gözeterek hazırlanmış olan Hizmet Kalite Belgesi önümüzdeki dönemde sağlık kuruluşlarımızın önemli bir gündem maddesi olacaktır.

Geriye dönüp baktığımızda aldığımız mesafe net olarak görülmektedir ancak biz gelinen noktayı yeterli görmüyoruz, yapacak daha çok işimiz, verecek hizmetimiz vardır. Sağlıkta Dönüşümün ruhunu kavrayarak insanımızın sağlığı için gece gündüz demeden fedakârca gayret gösteren bütün sağlık camiasına teşekkür ediyoruz.

Bakanlığımızca tertip edilen bu kongrenin daha kaliteli sağlık hizmetleri sunumuna katkı sağlayacağına inanıyorum. Bakanlık olarak tertip ettiğimiz bu kongrenin yeni bir geleneğin başlangıcı olmasını ve sağlık hizmetinden yararlanan bütün vatandaşlarımıza ve bu hizmeti fedakârca yürütmek için uğraş veren sağlık çalışanlarımıza faydalı olacağını ümit ediyorum.

Prof. Dr. Recep AKDAĞ

T.C. Sağlık Bakanı

ÖNSÖZ

İnsan hayatının her aşamasında çeşitli yönleriyle içinde yer aldığı sağlık hizmetleri, gerek kamu sektörünün gerekse özel sektörün bir parçası olarak son dönemde etkili, verimli, ekonomik, erişilebilir, hakkaniyetli ve vatandaş odaklı bir anlayışa doğru yol almaktadır. Sağlık hizmetlerinde yeni anlayış kaliteye, hasta memnuniyetine, hasta güvenliğine, performans hedefleri ve çıktılara vurgu yapmaktadır. Bu noktada, performans yönetimi kavram ve uygulamaları da yeni yönetim anlayışıyla birlikte sağlık hizmetlerinde yaygınlık kazanmıştır. Nitekim performansa dayalı ödeme, kalite, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti konularının dünya çapında önem kazanmasıyla birlikte sağlıkta performans yönetimi kavram ve uygulamaları ön plana çıkmıştır.

Dünyada performans yönetiminin artan önemi Türkiye’de de 2000’li yıllarla birlikte sağlık hizmetlerinde performans yönetimini gündeme getirmiştir. Türkiye’ye özgü bir model olarak geliştirilen sağlıkta performans yönetimi, bireysel performans ölçümü ve buna dayalı ödeme sisteminin yanı sıra kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamalarının da hayata geçirilmesiyle birlikte 2004 yılından günümüze uygulanan ve sürekli gelişim içinde olan bir modeldir.

Çalışanların teşviki ve hasta güvenliği ana temalı “Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”nde sağlık hizmetlerinde performansa dayalı uygulamaların sağlık göstergelerine, hasta güvenliğine, hasta memnuniyetine, sağlık harcamalarına etkisi gibi konular ele alınarak etkili, verimli, ekonomik, hakkaniyetli, erişilebilir bir sağlık hizmet sunumunun sağlanmasına katkıda bulunulması amaçlanmaktadır. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinde son dönemde öne çıkan hasta güvenliği konusunda politika geliştirilmesi, devletin ve sivil toplumun rolünün tanımlanması, hasta güvenliği uygulamalarında gelişme sağlanması ve hastaların karşılaşılabilecekleri risklerin azaltılması gibi konularda bilgi paylaşımının sağlanması amaçlanmaktadır.

19-21 Mart 2009 tarihleri arasında ilki düzenlenen kongrede sunulan bildiriler üç ciltte toplanarak kitaplaştırılmıştır. Bildiriler genel olarak, hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde kalite, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi ve performansa dayalı ödeme çalışmalarına odaklanmaktadır. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamaları konularında yeniden yapılanma, uygulamalar, elde edilen sonuçlar, ortaya çıkan sorunlar ve çözüm önerileri bildiriler kapsamında tartışılmaktadır.

Kongreye katkılarından dolayı Sağlık Bakanlığı’na, Danışma ve Bilim Kurulu üyelerine, panelistlere, tebliğ sahiplerine ve tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Kongre Yürütme Kurulu

ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

BİLDİRİ KİTABI

CİLT 1

SUNUŞ	5
ÖNSÖZ	7
İÇİNDEKİLER	9
AÇILIŞ KONUŞMALARI	13
Dr. Hasan GÜLER T.C. Sağlık Bakanlığı	14
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN T.C. Sağlık Bakanlığı	17
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANS VE KALİTE STRATEJİSİ	-
YENİ YAKLAŞIMLAR	20
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN T.C. Sağlık Bakanlığı	21
Dr. Mehmet DEMİR T.C. Sağlık Bakanlığı	33
ÖZEL SEKTÖR VE ÇALIŞANLARIN TEŞVİKİ	40
Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI Anadolu Sağlık Merkezi	41
Hüseyin ÇELİK Acıbadem Hastanesi	41
Dr. Reşat BAHAT Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği	48

Dr. Seyit KARACA Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği	51
Dr. Feza ŞEN Bursa Sağlık Kuruluşları Derneği	56
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANS VE KALİTE UYGULAMALARINDA HASTA GÜVENLİĞİ	61
Doç. Dr. Turan ASLAN Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi	62
Doç. Dr. Mustafa ERTEK Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi	62
Uz. Dr. Ferzane MERCAN T.C. Sağlık Bakanlığı	67
Uz. Dr. Dilek TARHAN T.C. Sağlık Bakanlığı	71
Uz. Dr. Uğur KEVENK Hastanelerde Güvenli Cerrahi Uygulamaları ve Önemi	77
HASTA GÜVENLİĞİNDE ROLLER VE DENEYİMLER	83
Prof. Dr. Tefik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi	84
Prof. Dr. Hakan HAKERİ Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi	88
Dr. Hüseyin ÖZBAY Sosyal Güvenlik Kurumu	94
Dr. Haluk ÖZSARI Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği	97
Dr. İbrahim ERSOY Medimagazin Gazetesi	101
TEORİDEN PRATİĞE KURUMSAL PERFORMANS UYGULAMALARI	105
Uz. Dr. Mehmet BAKAR İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	106

Uz. Dr. Ergün KARAHALLI İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	107
Uz. Dr. Mehmet Emin AKSOY İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	111
Doç. Dr. Alper CİHAN Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	115
KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİNDE ULUSLARARASI YÖNELİMLER 121	
Prof. Dr. Mustafa PAÇ Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi	122
Doç. Dr. Alper CİHAN Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi	122
Dr. Kalipso CHALKIDOU İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü	127
Prof. Dr. Robert MCNUTT Rush Üniversitesi	130
PERFORMANS SİSTEMLERİNE AKADEMİK BAKIŞ 134	
Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU Muğla Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	135
Prof. Dr. Yaşar ÖZCAN Virginia Commonwealth Üniversitesi	135
Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	139
Prof. Dr. Korkut ERSOY Başkent Üniversitesi	147
Doç. Dr. Hamza ATEŞ Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	152
SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS YÖNETİMİ: ULUSLARARASI TECRÜBELER 158	
Prof. Dr. Sabahattin AYDIN T.C. Sağlık Bakanlığı	159

Ann ALFOLD Action Against Medical Accidents	160
William DEMARCO DeMarco Healthcare	163
Prof. Dr. Niek KLAZINGA OECD / Amsterdam Üniversitesi	168
Dr. Ann-Lise GUISET Dünya Sağlık Örgütü	174
SİVİL TOPLUM PERFORMANSI TARTIŞIYOR / TEŞVİK NASIL OLMALI?	180
Dr. Mehmet DEMİR T.C. Sağlık Bakanlığı	181
Doç. Dr. Aytolan YILDIRIM – Panelist Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şube Başkanı.....	181
Mahmut KAÇAR Sağlık-Sen	188
Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	195
Uz. Dr. Eriş BİLALOĞLU Türk Tabipler Birliği	201

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Hasan GÜLER

(T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı)

Sayın Müsteşarım, Değerli Misafirler,

“Çalışanların Teşviki ve Hasta Güvenliği” ana temalı Sağlıkta Performans ve Kalite Kongremize hepiniz hoş geldiniz.

Bakanlığımızca 2003 yılında uygulanmaya konan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve bunun akabinde 2005 yılında bu Sisteme entegre edilen Kalite Çalışmaları özgün bir model olmakla birlikte bugün geldiği nokta itibarıyla ülkemizdeki sağlık kurumlarımızın performans ve kalite çalışmalarına önemli ve yararlı katkılar sunmaktadır. Bugüne kadar çalışmalarımızı birçok platformda paylaştık da bu kez “ev sahibi” olarak bu çalışmalarımızı tüm yönleriyle irdeleme fırsatı oluşturmak istedik. Daha öncesinde de küçük çaplı toplantılar, çalıştaylar yapılmasına karşın daha fazla sayıda kitleye çalışmalarımızı birebir intikal ettirme ve müzakere etme imkânı oluşturmak adına bu Kongremizi düzenliyoruz.

Bu “entegre modelimizi” sizlerin de katkılarıyla günbegün geliştirmeye devam ediyoruz. Bu amaçla standart setleri ve standartların nasıl karşılanabileceğini göstermek üzere “rehberler” yayımlıyoruz. Yayınladığımız rehberler ve kitaplar modelimizin gelişmesine katkı sağlamasının yanı sıra değerlendirmelerin sağlıklı yapılmasına da destek sağlamaktadır. Hastaneler için 358 kriterden oluşan “Hizmet Kalite Standartları” ve buna ilişkin “Rehberimiz”, Ağız-Diş Sağlığı Merkezlerine yönelik “Kalite Standartlarımız ve Rehberi”, “112 Acil Sağlık Hizmetlerine yönelik Kalite Standartlarımız ve bu ilişkin Rehberimiz” bu çalışmalarımıza örnek olarak gösterilebilecek yayınlarımız arasında yer almaktadır.

Hemen her şeyde olduğu gibi kuşkusuz, Kalite Çalışmalarında eğitimin yeri büyük önem arz etmektedir. Bizim de hedeflediğimiz Kalite Düzeyi için Eğitim kuşkusuz, kilit bir rol oynamaktadır. Bakanlık olarak 4 ayda bir yaklaşık 800 hastanemizde illerde kurduğumuz Performans ve Kalite Koordinatörlükleri vasıtasıyla kalite değerlendirmelerini yaptırıyoruz. Ayrıca bunun dışında şu ana dek ildeki çalışanların katılmadığı Bakanlıkça görevlendirilen “değerlendiriciler” tarafından toplam 33 ilimizdeki hastanede Hizmet Kalite Standartları” esas alınarak değerlendirme yapılmış ve bu kurumlara oldukça önemli katkılar sağlamıştır. Gerek illerin kendi değerlendirmelerinde gerekse Bakanlıkça yaptırılan değerlendirmelerde yer alan arkadaşlarımızın görevlerini daha iyi ifa edebilmeleri için “formel eğitim” verilmesine yönelik çalışmalar başlattık. Nitekim yayınlamış olduğumuz “Eğitim Yönergesinin” hayata geçmesiyle çalışmalarımızda bu yönüyle büyük ivme kazanacağız.

Günümüz sağlık hizmetlerinde bir diğer önemli kavram ise hiç kuşkusuz, “Hasta Güvenlik” kavramıdır. Sağlık hizmetinin öznesi insandır, dolayısıyla en temel yaklaşım öncelikle zarar vermeme ilkesi olmalıdır. Sağlık hizmetleri gibi teknolojik, bilimsel ve insan kaynakları açısından sürekli gelişen bir alanda hizmet alan ve hizmet verenlerin

güvenliği konusunu sürekli gözden geçirilmesi ve iyileştirme yapılması sağlık kurumlarının yegâne görevidir. Bu görevin ne kadar önem taşıdığı hem ülkemizde hem de uluslararası platformda başlıca gündem maddelerini belirlemektedir. Dolayısıyla bu Kongre'nin ortak temasını oluşturan "hasta güvenliğinde" devletin rolü ve yapılması gerekenleri tartışmak ayrıca faydalı olacaktır. Bunun için konunun tüm paydaşlarının bir araya getirilmesi suretiyle herkese katkılarını sunma olanağı sağlanmasına gayret ettik.

Son yıllarda dikkat çeken diğer bir husus ise, özel olsun, kamu olsun sağlık kurumlarımızın "hizmetlerini belgelendirme" çabası içinde olduğu hepimizce bilinen bir olgudur. Ancak burada işin amacından uzaklaşıldığı da bir diğer olgudur. Dolayısıyla ülkemiz sağlık sektörü açısından "belgelendirmenin" veya benzeri diğer süreçlerin kamu açısından düzenlenmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Çünkü bu tür ticari belgelendirme faaliyetlerinin hizmet kalitesine etkisinin tartışılır olduğu, ülke önceliklerini gözetmeyen ve adeta bir moda salgını haline geldiğini görüyoruz. Bu çerçevede ülkemizdeki kamu, üniversite ve özel olmak üzere tüm hastanelerin ülkemiz sağlık ihtiyaçları gözetilerek hazırlanan hizmet kalite standartlarına göre değerlendirilmesi yönündeki çalışmalarımız sağlık hizmetlerinin kalitesinin daha da artmasına ve sağlık hizmetlerinin standardizasyonuna önemli katkıları sağlayacaktır.

Bakanlık olarak ülkemiz ihtiyaçlarından hareketle hazırlanan bu standartlar ile kalite uygulamaları ülkedeki özel, kamu ve üniversite hastanelerinin gündeminde önemli bir yer oluşturacak ve bu kurumlardaki çalışmalara yön verecektir. Örneğin, İstanbul ve Eskişehir illerimizde özel hastaneler ve üniversitelerde yaptığımız değerlendirmeler bir ilk olmakla birlikte sektör tarafından çok yararlı bulunmuş ve bu çalışmaların yaygınlaştırılması talep edilmiştir. Performans ve kalite konusundaki çalışmalarımız sizlerin de takip ettiği üzere oldukça hızlı bir dinamizm göstermektedir. Yapılan bu çalışmalar, örnek bir ülke olmamızın önünde herhangi bir engel olmadığını göstermektedir. OECD Türkiye Sağlık Sistemi İnceleme Raporunda ülkemizde uygulanan bu modelin, bu çalışmaların örnek gösterilmiş olması da bunun başlıca göstergelerinden biridir. Nitekim biz şu an Makedonya Sağlık Bakanlığı ile çalışıyoruz, Kıbrıs öyle, Kıbrıs Sağlık Bakanlığı ile çalışıyoruz, şu an Saraybosna'dan da talep var, bunlar sevindirici geribildirimler bizim açımızdan. Bizim amacımız, "mükemmellik hastalığına" kapılmadan ve "mükemmelin" iynin düşmanı olduğunu unutmadan çalışmalarımızı sürdürerek ülkedeki tüm sağlık kurumlarının daha iyi sağlık hizmeti verebilmesini hem hastaların hem de çalışanlarımızın memnuniyetini arttırarak, insanca ve güvenli hizmet almalarını ve vermelerini sağlamaktır.

Bu noktada Mevlana Celaleddin Rumi'nin "vazifesini tam yerine getirmemiş olanın vicdan yarasına ne mazeretin devası ne ilacın şıfası deva getirirmiş" veciz sözünden hareketle bizim yapmak istediğimiz sağlık çalışanlarımızın yaptığı işi "sorgulayıp, daha iyi nasıl yaparım" noktasında çaba sarf etmesidir. Bu, hep birlikte sağlık hizmetlerinde ülkemizin hak ettiği ileri seviyelere ulaşmanın önkoşuludur.

Kongre'nin ülkemizdeki sağlık hizmetleri sunumuna katkı sağlayacağına inanarak her yönüyle bir ilk olan bu Kongre'nin yeni bir geleneğin başlangıcını oluşturmasını ve sağlık hizmetleriyle ilgili herkese yarar sağlamasını unut ediyorum. Bu düşüncelerle bildiri sunarak katkıda bulunanlara, bizzat katılarak bizleri onurlandıran tüm katılımcılarımıza ve bu Kongre'nin gerçekleşmesi için emeği geçen diğer kişi ve kurumlara Bakanlığımız ve şahsım adına en içten teşekkürlerimi ifade ederek tüm katılımcılara saygılarımı sunarım.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

(T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı / Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyesi)

Değerli Katılımcılar, Sevgili Misafirler, Sevgili Arkadaşlarım,

Gerçekten bu kadar ilginin olduğu, şevkle birçok meslektaşımızın katıldığı bir kongrede bulunmak ve hatta bu Kongre'ye Başkanlık yapmaktan onur duyuyorum. Hemen konuşmamın başında belirteyim, Sayın Bakanımız Kongremizi cismiyle, bedeniyle olmasa da mesajıyla, görüntüsüyle, sözüyle teşrif edecekler. Şu anda kendileri Erzurum'da. Bu açıdan teknik bağlantının kurulması ve Sayın Bakanımızın konuşmaya başlaması halinde "esas gelince suretin gereği kalmayacağı" gerekçesiyle bendeniz konuşmamı belki yarıda kesmek zorunda kalacağım; bu özrümü baştan belirterek konuşmama başlamak istiyorum.

Açılış Konuşmalarından sonraki oturumda da ben konuşmacı olduğum için teknik konulara girmeyeceğim, sadece kongremizle, tavrımızla, davranışımızla ilgili birkaç mesaj vermek isterim. Öncelikle, Bakanlığımız, daha önce başka alanlarda, özellikle "tıp-sağlık bilişimi" alanında çok katılımlı kongreler düzenlemişti, gerçekten sektördeki aktif rol alan arkadaşlarımızla bilgi alışverişinde bulunmuştuk. Ancak yoğun sürdürülen performans ölçümü ve kalite artırımı çalışmalarının belki kitlesel anlamda paylaşıldığı ilk kongremiz bu. Bu kongrede bir farklılık yaratmak istedik, arkadaşlarımızla istişare ettiğimizde. Bilirsiniz, özellikle ilkbahar ve sonbahar ayları kongrelerin adeta moda olduğu aylardır, kongre turizmin yaşandığı aylardır. Özellikle ilaç firmalarının sponsorluğunda yürütülen kongrelerin Bakanlığımız, belki bir kısım sektör temsilcilerini rahatsız edecek şekilde, turizm mevsimi olan bölgelerde yapılmasını ve bunların sponsorluğunu yasakladı. Yaz kongrelerinin, yaz turizminin olduğu yerlerde yapılmasını, kış kongrelerinin de kış turizmin olduğu yerlerde yapılarak tatil amaçlı sponsorluğa engel koymuş oldu. Burada amaç, kongrelerin gerçekten, amacına uygun, bilimsel kaygıyla, bilgi alışverişi amaçlı yapılmasını, bazen olduğu gibi ailece gidilecek tatillere bahane edilmemesini sağlamaktı. Sektörümüzün, sponsorlarımızın kaynaklarını amacı doğrultusunda, yerinde kullanmak varken, diğer yan amaçlara heba etmemek gayesi güdüldü. Bu, kurala son birkaç yıldır, bilhassa mesleki kongrelerde, titiz bir şekilde uyuluyor.

Biz, kendi organize ettiğimiz bu kongremizde bir adım daha atmak istedik, Kongre'nin ana amacı dışında hiçbir şey karıştırmamayı düşündük. Aslında ana amacı dışında demek doğru değil belki ama en azından ana amacına soru işareti oluşturabilecek hiçbir davranışta bulunmamak istedik.

Kongremizi bütün sponsorluklara, bütün stantlara kapattık; sadece Bakanlığımızın kongreyi düzenleyen dairemizin kendi açtığı, yayınlarını sergilediği stant var. Bu kongremize duyulan ilgi, çevredeki aks-i sedası fark edilince yarı devlet kuruluşu diyeceğimiz büyük kuruluşların sponsor olma taleplerini bile kararımızdan taviz vermemek adına reddetmiş olduk. Dolayısıyla bu açıdan da belki bir farklılık ortay

koyuyoruz. Tamamen konumuza odaklanmaya çalışacağımız, hiçbir başka kaygı, etki gözetmeksizin sadece ana konumuz etrafında karşılıklı bilgi alışverişi yapmaya çalışacağımız bir kongre olacağını ümit ediyorum.

Bu ifadelerimle bu tür destekler için olumsuz bir yargıda bulunmak, her zaman yanlış gibi bir mesaj vermek istemem ama çok olumlu davranışların yanında her zaman bu olumluluğu zedeleyebilecek negatifiklikler de maalesef, olabiliyor. Bu açıdan bu kongrenin bu anlamda da çok özel olduğunu düşünüyorum. Bu arada sizinle belki açık bir şekilde, cömertçe şunu da paylaşmak isterim; ulaşım ve konaklama giderlerinizi birçoğunuzun kurumları karşıladı belki; birçoğunuz da kendiniz karşıladınız, Bunun dışında kongre organizasyonu ile ilgili bir kayıt ücreti de talep etmedik. Ancak aklınıza şu gelebilir, sonuçta, Sağlık Bakanlığı'nın arkasında olduğu bir kongredir, bütün destek oradandır, büyük kaynak vardır gibi düşünebilirsiniz; "hayır". Gelirken kabaca bir hesap yaptım, sadece 150'er lira katılım ücreti alsaydık sizlerden, kongre düzenleyicileri olarak kâra geçmiş olacaktık! Yani buradan şu mesajı da vermek istiyorum; aslında tamamen bilimsel amaçlı düzenleyip bütün diğer sponsorluklar, destekler gibi yan etkilerinden arındırılmış kongreler özellikle ülkemiz şartlarında, özellikle tatil mevsiminin henüz girmedığı bu tatil yörelerinde çok da pahalı olmuyor. Çok büyük paralarda gerekmiyor aslında. Belki bu mesajım, bundan sonra katılacağımız kongrelere giderken sorgulamamız gerekenler olduğuna bir işaret olabilir diye düşünüyorum.

Değerli arkadaşlar,

Kalite serüveni bizimle başlamadı; Türkiye ile de başlamadı; sağlıkla da başlamadı. Eylemin, hizmetin var olduğu her yerde kalitenin sorgulandığı bir vaka; eylemin gerçekleştirildiği ülkenin kültür anlayışı içinde, toplumun dilinin kendi bağlamı içinde, zamanla gelişen teknik terminoloji içinde, süreç içinde belki farklı kavramlarla ifade ettik. Kaliteyi, sağlığa uyarladığımızda, diğer sektörlerin çok dışında ya da çok daha fevkinde bir şey dikkatimizi çekiyor; sağlıkta bütün malzemeniz insan! Öyle ki, neredeyse bütün bilimler insan tarafından geliştirilmiş ve insan için var, bütün dinler merkezine insanı oturtmuş, bütün teorilerini ya da tabiri caizse kabullerini, doğmalarını insan etrafında örgütlemiş, bütün felsefeler insan üzerine kurulu. Aslında "insan, evren için mi var, evren, insan için mi var?", bu bile düşünce dünyamızda çok ciddi sorgulayacağımız bir konu. Bu kadar hayatın, var olmanın merkezinde olan bir -tabirimi mazur görün, doğru değil ama- "nesne" sizin süjenizse, çok daha dikkatli davranmanız, çok daha hassas davranmanız gerekiyor. Dolayısıyla sağlıkta kalite derken biz, bir otomotiv sanayindeki kalite ile kıyasladığımızda çok daha ince eleyip sık dokuyan bir tutum sergilememiz gerekiyor. Ama gerçekten böyle mi davranıyoruz, yoksa yıllar boyunca sağlık çalışanına, hekime, hikmet sahibi olana güven ve teslimiyetimiz, bu tür bir kaygıyı göz ardı etmemizi mi sağlamış? Geriye dönüp şöyle kendi icraatımıza, kendi yetiştirdiğimiz ortama, kendi aldığımız tıp eğitime, tıp algoritmasına baktığımızda bunu biraz sorgulamamız gerektiğini düşünüyorum.

Dolayısıyla bu kongrenin konusu olan "sağlıkta kalite" konusu, çok çeşitli yönleriyle, çok geniş yönleriyle ele alınmalıdır ve bu kongrede de böyle olacağını biliyorum. Aslında sağlıkta kalite deyince, eminim ki, hepinizin kafasında mutlaka belirli şablonlar vardır çünkü neredeyse burada katılanların hepsi kaliteyle uğraşan, bu konuyu kendi işinde gündem edinmiş, öncelik vermiş belki de iş edinmiş arkadaşlarım. Dolayısıyla belki birçoğunuzun kafasındaki "kalite" kavramı benim kafamdakinden daha berraktır ama bütünüyle "insan ve kalite", "sağlık hizmeti ve kalite", sağlık sistemi ve kalite" gibi kavramlara doğru gittiğimizde çok berrak zannettiğimiz bu kavramların hiç de bu kadar olmadığını göreceğiz zannediyorum. Özellikle bu kongrenin buna hizmet edeceğini umuyorum.

Değerli arkadaşlar,

Tabii, bütün bu uğraşlarımız, bütün bu gayretlerimiz gerçekten dinamik, genç arkadaşlarımızın özverili çalışmalarıyla oluyor. Bendenizi bu kongrenin başkanı olarak ilan ettiler ve ben de bu sorumluluğumu yerine getirmek üzere burada bulunuyorum, ancak bir şeyi itiraf etme durumundayım; bu kongrenin başkanı olmama rağmen bütün organizasyonu benim dışındaki genç arkadaşlarım yaptı. Dünya Sağlık Örgütü'ndeki görevimden dolayı ancak dün gece ben buraya ulaşabildim. Dolayısıyla yapılan organizasyonun olumlu yönlerinin sevabı gerçekten, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairemizdeki fedakâr çalışan genç arkadaşlarıma aittir. Ancak buna rağmen "ben hiçbir iş yapmıyor muyum?" diye kendimi sorguladığımda belki bu kongrenin ana teması olan "çalışan teşviki" ve "hasta güvenliği" hususlarına da atıfta bulunarak şunu söyleyebilirim. Hasta güvenliği konusunda henüz kendimi yeterli bulmuyorum, ama "çalışan teşviki" kısmında Bakanlığımızda bu konularda görev almış arkadaşlarımı yeterince teşvik edebildiğimi düşünüyorum. Yani "çalışanları teşvik" noktasında muhtemelen ben olumlu bir görev ifa etmişimdir; burada da hakkım herhalde teslim edilir diye düşünüyorum.

Gerek organizasyonlar gerek organizasyonların dışında Bakanlıkta yürütülen çalışmalar gerek bu çalışmaların sahaya yansması, bu gayretlerin, bu uğraşların ya da bu motivasyonların ürünü olsa gerek. Ama şunu hep ısrarla vurgulamalıyım; bütün bu tür faaliyetler güçlü bir kararlılık ve istikrar gerektirmektedir. Aslında 2003'ten bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesindeki bütün bu ivme Sayın Bakanımızın direktifleri, talimatları ve vizyonu doğrultusunda ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan aslında belki zaman zaman üzüldüğümüzü, zaman zaman kızıp heyecanlandığımızı ve hatta yorulduğumuzu itiraf etsem de, bu konunun liderliği, bu konunun gerçekten motivasyonu Sayın Bakanımız tarafından yerine getirilmektedir.

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
PERFORMANS VE KALİTE
STRATEJİSİ
YENİ YAKLAŞIMLAR**

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

(T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı / Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyesi)

Değerli Arkadaşlar,

Sağlık Bakanlığı'nın kalite ve performans bakışını anlatmaya çalışırken elimden geldiğince teknik konulara girmemeye gayret edeceğim, zira bu toplantıda 45 civarında davetli konuşmacımız var; önemli bir kısmı da yurtdışında belli kurumlarda, belli örgütlerde bu konunun uzmanı olan, hatta önderi olan kişiler. Yurtiçinden bu konuyu teorik olarak çalışmış, akademik olarak bu konuda kafa yormuş ve sahada uygulamanın içinden gelen çok sayıda konuşmacı arkadaşımız var. Dolayısıyla kalite ve performans konusundaki daha çok bilgilendirmeye yönelik teknik bilgiyi onlara bırakacağım. Ben olabildiğince -tabirimi mazur görün "biraz kafanızı karıştırarak"- bir hareket, bir yönlendirme yapmaya çalışacağım. Bu yüzden, hani bu konular hep önümüze geldiğinde standardizasyon, sertifikasyon, ruhsat verme, performans ölçümü kriterleri, kalite, akreditasyon, hasta güvenliği gibi hususlar benim size sunacağım konunun mutlaka arka planında var ama bunların teorik altyapıları ve uygulamaya ilişkin çerçevesi çok olmayacak.

Bahsettiğim, yönlendirme, tabiri caizse "rüzgâr" oluşturma gayretini size aktarabilmem için bu rüzgâra ivme verebilmek adına biraz geçmişten alarak hızlanmam lazım; en azından biraz geriden gelerek yola başlamak istiyorum.

Hatırlayınız, Sağlıkta Dönüşüm Programı sağlık sektörümüzde konuşulmaya başlandığı günlerin üzerinden 6 yıl geçti. Hep maksadın ne olduğu, özelleştirmenin olup olmayacağı, sağlık kurumlarını devretmenin ne anlama geldiği, Bakanlığın sağlık hizmetinden çekilmesi mi demek olduğu gibi bir yığın tartışmalara maruz kaldı. Tartışla, tartışla belki süreç içinde de bazı revizyonlarla bugüne kadar geldik ama geriye dönüp baktığımda hareket noktalarımızın çok daha doğru, çok daha güzel olduğunu müşahade ediyorum. Sağlıkta Dönüşüm Programının Aralık 2003'te yayınlanan kitapçığına bakarsanız, sekiz bileşeni vardır; bu bileşenlerin beşincisi "nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon" başlığını taşır. Yani o yıllarda ülkemizde tabii ki, kaliteyle uğraşan, akreditasyonu gündemine almış, ağırlıklı olarak özel yatırımcılarımıza ait hastanelerimiz de var. Ancak bilhassa kamu sağlık kuruluşlarımızda ISO belgelendirme girişimleri dışında çok da önemli yol kat edilmiş değildi. Ve hareket noktamız buradan başladı. Yine o yıllarda, hemen akabinde Bakanlığın bu konudaki kapasitesini geliştirmek, bu kavramların Türkiye'deki sağlık sistemine uygulanabilirliğini, giydirilebilirliğini ya da Türk sağlık sisteminin bu kavramlarla aynı istikamette yol alabilecek şekilde şekillendirilmesi adına gerçekten yoğun çalışmalar yaptık.

Bilgisayarımı yolda karıştırırken baktığımda o tarihlerde bize sunulan raporlardan bir tanesi dikkatimi çekti; 2004 Nisan'ında daha öncesinden danışmanlık hizmeti aldığımız ve Türkiye'deki sağlık kuruluşlarımızı incelediğimiz bir uluslararası akreditasyon

danışmanın raporunu dikkatimi çekti. Önerilerine şöyle göz gezdirerek baktım. Yine, aynı tarihlerde “Bakanlığımızda bu işin bir önderliğini, liderliğini yapması ve bu alanda çalışmaları yürütmesi” amacıyla, Bakanlığın teşkilat yapısı içinde böyle bir birim olmamasına rağmen Bakan onayı ile Sağlık Bakanlığı Kalite Koordinatörlüğünü kurduk. Bu Kalite Koordinatörlüğümüzün de, kendi görev tanımlarını yaptığı ve ilk çalışmaları derleyerek bizlere sunduğu raporu, 2004 tarihini taşıyor, 2003’de başlayan çalışmaların devamı olarak.

Bu çalışmaların akabinde bir kısım üyelerinin de aramızda bulunduğunu bildiğim “Ulusal Kalite Danışma Kurulu” oluşturuldu. Sektörün farklı paydaşlarından bu konuda birikimi olan arkadaşlarımızın katılımıyla uzun süren toplantılar ve çalışmalar sonucunda bir öneri paketi hazırlandı. Yine, belki doğrudan sağlık hizmetleriyle ilişkili olmasa da, Türkiye’de kalite konusunu gündemine almış, daha da açıkçası bu amaçla kurulmuş TÜRKAK ile yine, o yıllarda bile ülkemizde akreditasyon çalışmalarına önderlik etmiş, ülkemizde bazı hastanelerin akreditasyon çalışmalarında rol almış uluslararası kuruluşlarla görüşmeler yapıldı, işbirliği geliştirildi, hatta özellikle JCI ile ortak protokol imzalanarak birçok konularda destek sağlandı.

Paralel olarak, belki kalite bileşeni ihmal edildiği gerekçesiyle çok eleştiriye maruz kalan, “performans ölçüm” çalışmalarına başlandı. Aslında çok önemli bir adımdı bu. Bugün için artık böyle bir sistemin gerekli olup olmamasından ziyade, hoşumuza giden, gitmeyen, adil olduğunu düşündüğümüz, düşünmediğimiz tarafları tartışılmaktadır. Bu tür bir ölçüm sistemiyle bugüne kadar bilhassa kamu sağlık kuruluşlarımızda “ne yapıyoruz, ne kadar yapıyoruz” sorusunun cevabını bulmaya başladık. Sadece basit bir örnek vereyim; 2004 yılında Bilgi İşlem Daire Başkanlığımızın yaptığı sağlık kuruluşlarımızdaki anketlerde o zamanki tabiri ile, yani daha doğrusu o anketteki tabiri ile söylüyorum, “hastanenizde bilgi işlem sistemi-otomasyon var mı?” sorusuna; evet var, diye cevap veren hastane sayımız %16 idi. 2007 yılının sonuna geldiğimizde, aynı anket tekrarlandığında olumlu cevap % 96 oldu. Kaldı ki, şu anda sadece hastanelerin kendi içlerinde oluşturdukları hasta kayıt sistemleri değil, bütün paydaşların entegrasyonunu sağlayan, minimal veri setleriyle veri standardizasyonunun sağlandığı ulusal sağlık bilgi sistemine, “Sağlık Net”e doğru gidiyoruz. Şu anda pilot uygulamaları başlamış durumda. Artık Türkiye’de bütünüyle sunulan sağlık hizmetlerinin, en azından elimizdeki kriterlerle ölçülebilen kısmı ölçülmeye başlanmış durumdadır. Bu, ölçümdeki güvenilirlik derecesi, abartmalar, yanlış bildirimler bunların hepsini kabul edebilirim eleştiri olarak ama bir gerçek var, “ölçüyoruz” ve bundan sonraki projelerimizi, bundan sonraki vizyonumuzu da bu ölçümler üzerine kurarak hem ölçümleri rehabilite etme yönünde, hem de geleceğe yönelik adımlarımızı atma yönünde kullanabiliyoruz.

Tabii, bir şeyi ölçerseniz, bilmeye başlıyorsunuz; bilerseniz de yönetebiliyorsunuz. Daha ölçemediğiniz şeyi bilme şansınız olmadığı için yönetme şansınız hiç olmuyor. Dolayısıyla bilmediğiniz ve yönetemediğiniz bir sektörün kalitesini tartışıyor olmanız, aslında “kanatsız uçmak” gibi bir şey. Dolayısıyla artık güvenilirlik derecesi her ne olursa olsun, belli bir ölçüm noktasına geldiğimizi hissettiğimiz anda bu ölçtüğümüz hizmetlerin kalitesi konusunda adımlar atmaya başladık, çalışmalara başladık.

Birikimlerimiz biraz daha arttı, performans ölçümüyle kaliteyi bir araya getirdiğimiz "Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığımız Bakanlıkta müstakil bir Daire Başkanlığı olarak kuruldu. Artık birkaç kişinin liderliğinde yürütülmekte olan zihinsel çalışmalar ya da geleceğe yönelik yönlendirme amaçlı rapor hazırlama uğraşlarından sahaya inilen, sahadaki uygulamaları doğrudan rapor eden, denetleyen, il kalite koordinatörlerimiz, performans ve kalite birimlerimiz, hastanelerimizde kalite denetimlerimiz etkisini göstermeye başladı. Yani aslında bir liderlikten, belki Sağlıkta Dönüşüm Programının bir bileşeninden, ülkemizdeki bütün kamu sağlık kuruluşlarını adeta bir ahtapot gibi saran kuvvetli bir ağ, bir motivasyon oluşmaya başladı.

Bu toplantı da aslında bu hareketin gerçekten çok önemli bir sonucudur diye düşünüyorum. Zira daha Kalite Koordinatörlüğümüzü ilk kurduğumuz günlerde, 2004 yılının başlarında yine bu ilimizde, Antalya'da "Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon" konulu bir toplantı düzenlemiştik. Bundan sonraki yol haritamızda bize yol gösterici, olabildiğince Bakanlığımız dışındaki bu konuyla ilgili kişileri de davet ettiğimiz bir organizasyondur. Yine Bakanlıktan duyuru yapmıştık, hastanelerde bu konuyla ilgilenen arkadaşlarımızın gelmesi için. Sayıyı çok net hatırlamıyorum ama 100 kişinin altında bir mevcutla toplanabilmıştık ve aramızda tartışmıştık, nasıl bir yol haritası çizelim diye. Bu açıdan, bu aradaki süreci çok yakından takip eden biri olarak, gerçekten bu konuda ümitliyim ve heyecan duyuyorum.

Bugün attığımız adımların objektivitesini, attığımız adımların sürdürülebilirliği ya da tutarlılığını hep beraber tartışabiliriz ama çok kesin bir gerçek var ki, neredeyse bütün sağlık kuruluşlarımızın gündeminde artık "kalite" var. Dolayısıyla bu konuda önderlik açısından bakarsanız Sağlık Bakanlığı üzerine düşen misyonun çok önemli bir kısmını yerine getirmiş durumda.

Ancak bu süreç içinde ağırlıklı olarak özel yatırımcıların oluşturduğu sağlık kuruluşlarımızda yine, bazı üniversite hastanelerimizde ve kısmen bazı devlet hastanelerimizde "belgelendirme" gayretleri de hızlanmış bulunuyor. Sayın Bakanımızın konuşmasında bilmiyorum, dikkatinizi çekti mi, "evet, böyle bir belgelendirme aslında hastanenin ya da sağlık kuruluşunun bir anlamda kendi bulunduğu düzeyi görme açısından önemli bir çıktı gibi görülüyor. Bunun için de adeta bu belgeye özlem duyuluyor". Bu belgenin artısı, eksisi, getireceği nedir, bunlar tartışılabilir; belki konuşmamın ilerleyen dakikalarında bunlara değinirim. Sonuçta böyle bir talebin, böyle bir isteğin olduğu, belki bu belgenin bir şekilde kurumlarımız arasında kıyaslanabilirliği ortaya koyması açısından önemli olduğu görülüyor. Yine Sayın Bakanımızın konuşmasında vurgu yaptığı bir nokta vardı; hangi denetim sistemlerini, hangi kriterleri kullanırsanız kullanın sizin ülkenizin önceliklerini, sizin sağlık politikalarınızı ve sizin sunulmasını tanımladığınız sağlık hizmetlerini gözetten bir denetim sistemi, gözetten bir belgelendirme sistemi olması gerekiyor.

Sağlık sisteminin dünyada tek olduğu ya da ideal bir model olduğu bir tanım yok. Dünya Sağlık Örgütü bunu çok açık olarak kaynaklarında belirtiyor ve her ülkenin kendi sistemini, ama belirlenen hedeflere ulaşma doğrultusunda kendi sistemini, oluşturmasını tavsiye ediyor. Dolayısıyla sistem ile uyumlu olması, sistemin önceliklerini

gözetmesi gereken bir kalite sistemi, bir denetim sistemi de tabii, her ülkeye has olmak zorunda. Bu yüzden özellikle dünyada öne çıkmış, uluslararası şirketler, kalite kuruluşları genellikle bir ülkede parlarken bir başka ülkede hiç tanınmayabiliyor. Ya da biraz moda olarak bir ülkede ortaya çıkarken ülke hemen kendi reflekslerini kullanıp kendi ulusal kalite sistemlerini geliştirme yoluna girerek bu tür uluslararası, daha çok, tırnak içinde söylüyorum, "ticari kuruluşları" sınırlamaya gayret ediyor. Tabii, belgelemenin temel mantığı, akreditasyonda bir eşğin aşılabilmesi ya da aşılabilirliğin bir belgeyle gösterilmesidir. Bu mantık, bir ülkedeki topyekûn bütün sağlık kuruluşlarına teşmil edildiğinde biraz eksik kalır, kısır kalır. Sadece bu çitanın altında kalan ve üstende kalan hastanelerden söz edebilirsiniz ama bu tatminkâr bir değerlendirme değildir. Bu çıtaya ne kadar yakın ama altındaki, ne kadar yakın ya da uzak ama üstündeki hastaneleri değerlendirmeden yoksun kalırsınız. Dolayısıyla biz, olaya yaklaşırken bir çıtayı aşarak belgelendirme değil, belki bir "derecelendirmenin" daha doğru olduğu kanaatindeyiz. Bu açıdan da yine Daire Başkanımız Hasan Bey'in konuşmasında değindiği bir husus vardı; çok yakın gelecekte sadece kamu-devlet hastanelerimiz değil, kamu-üniversite hastanelerimiz, vakıf üniversite hastanelerimiz ve özel yatırımcıların kurduğu hastaneler, belediyelerin kurduğu hastaneler dâhil olmak üzere bütün hastanelerimizi kapsayan bir değerlendirme ve derecelendirme söz konusu olabilecek. Zaten Kamu Hastane Birlikleri konusu gündemine geldiğinde, umarım bu konuyu anlatan arkadaşlar değinecektir, bunun ne kadar önemli olduğunu göreceğiz.

Evet, bu serüveni kısaca geçiyorum; gerçekten attığımız adımların fark edilir olması bize haz veriyor, bizi daha çok teşvik ediyor. Ben nerede ne yaptığımız konusuna pek değinmeyeceğim ama özellikle, Makedonya'daki çalışmalara ben de katıldım; ilk Makedonya Sağlık Sistemini yerinde görüp izleme ve buna göre bir strateji belirleme konusunda çalışma yapan takımın içinde ben de vardım. Nitekim burada da bu konuyu yakından izlemek üzere Makedonya'dan gelmiş değerli doktor arkadaşlarım var. Bu arada Hasan Bey'in değindiklerine ilave bir noktaya işaret edeyim, benim davet edilip gittiğim Washington'da Dünya Bankasının bir çalıştayında, en azından ülke bazında değil ama uluslararası kuruluşlar bazında, dikkat çekmiş bir proje oldu tecrübelerimiz.

Aslında baştan bu konunun teorisine girmeyeceğimi söyledim. Ancak teorisine girmemekle birlikte, haddimi aşarak, bir yere doğru yönlendirme kaygısı taşıyorum. Bu kaygı ve önyargılarımdan dolayıdır ki, bazı tanımlamaları da yapmak zorunda kalacağım.

Nasıl bir kalite arzuluyoruz? Bakanlık olarak neyi istiyoruz, kalite deyince? Bütün hastaneleri belgelenmiş bir Türkiye mi arzuluyoruz? Ya da eğer böyle bir şey istiyorsak, niye bu konuda uluslararası deneyimli, belgeleme sistemlerini oluşturmuş, iç denetçileri, dış denetçileri eğitimi, denetim elemanları hazır bir yığın kuruluştan niye yararlanmıyor da bunca emek harcıyoruz? Zaten belki sağlık hizmetlerinde değil ama kalite ve akreditasyonda saygın, belli aşamalarda yönetim olarak, laboratuvar olarak vesaire, zaten belgelendirmeyi yapan, yetkinliğini kanıtlamış örgütlerimiz var, bunları niye devreye sokmuyoruz? Aslında sokmuyor da değiliz, biz bunlardan hep

yararlanıyoruz ama sonuçta, hep bir amacımıza yönelik boşluk görüp o boşluğu doldurmaya çalışıyoruz.

Eğer hedefimiz belgelendirme olsaydı, bir belgeyi almanın başarısı için mi gayret edecektik? Belge alma başarısını mı gösterecektik, yoksa sadece başarımızı belgelendirmeye mi çalışacaktık? Bu çok önemli bir husus; kelimelerin yerini değiştirerek belki bir oyun oynuyor gibi görünebilirim. Ancak eğer belgeyi almanız sizin eğitimle de kazanılmış, davranış değişikliği ile ortaya konmuş doğal hizmet süreciniz sonucunda değil de, belgeyi almak için birçok anlık değişikliği yapıyor, hele sadece belgeyi almaya esas olan denetçilerin geleceği günler için yapılan düzenlemeler sonunda bir belge alıyorsanız, Sağlık Bakanlığının bakış açısı içinde böyle bir belgenin hiçbir anlamı kalmıyor! O belgeyi almaya sizi götüren bütün hizmet parametrelerinin sürekliliğinin kazanılması önemlidir. Böyle bir süreklilik kazanılıyor, siz başarılı, kaliteli bir hizmet sunan noktaya geliyorsanız o zaman o başarının belgelendirilmesi konusunda varız! Bu açıdan da biraz bu alanlara açıkçası, eleştirel yaklaşmaya çalışıyoruz.

Kalitenin tek başına tanımı, uluslararası otoriteler tarafından çeşitli şekilde yapılabilir ama kalitenin yanına bir kelime getirip isim tamlaması yaptığınızda, mesela "hizmet kalitesi" dediğinizde biraz daha farklı bir tanım yapmanız gerekiyor. Hele ben bunu bir adım daha ileri götürüp "sağlık hizmetinin kalitesi" dediğimde tanımınız biraz daha şekillenmek zorunda kalıyor. Hizmetleri organizasyon bütünlüğü çerçevesinde alıp "sağlık sisteminin kalitesinden" söz ettiğimizde belki bugüne kadar alışık olmadığımız bir alana doğru gitmek zorunda kalıyoruz. Bu açıdan sunduğumuz hizmetin kanıta dayalı, verilere dayalı bir hizmet olması mı amaçlanıyor yoksa zaten eğitim aldığımız tıp disiplini içinde sahip olduğumuz bu nosyonların, bu bilgilerin, bu birikimlerin ve yatırım yaptığımız teknolojilerin desteği ile zaten kanıta dayalı olduğunu farz ettiğimiz hizmetin sunumunda mı kalite arıyoruz? Sunum tarzında, iletişimde mi yani aktarımında mı kalite arıyoruz? Bu detaylara indiğimizde, aslında problemlerimizin çoğunun bu alanlarda yattığını görürüz.

Bütün hedefimiz, dört duvar içindeki binamızda, sağlık ocağımızda, tıp merkezimizde, hastanemizde kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak mı? İster hizmetin kendisi olsun, ister sunum tarzı olsun, yoksa bu toplumda yaşayan insanlara daha kaliteli bir hayat seviyesi sunmak mı hedefliyoruz? Gerçekten her zaman a, b, c kurumlarında sunduğumuz kaliteli hizmetin toplum hayatına, toplumun hayat kalitesinin yükselmesine ne kadar etkisi oluyor, bunu da sorgulama durumundayız, bulunduğumuz konum itibariyle.

Kalite, rekabet ile baş başa gider; rekabet olmadan kalite olmaz! Aslında sağlıkta rekabet olur mu? diye hemen olaya özellikle finansal açıdan bakarsanız, piyasa açısından bakarsanız çok daha vahşi bir tablo karşınıza çıkabilir. Onun için de liberal ekonomistler bile sağlıkta kontrollü rekabetten bahsederler. Yani buradaki rekabet dizginleri boşaltılmış bir at gibi olmamalı. Diyelim ki, böyle bir rekabete fırsat verdiniz ki kalite yarışı için böyle bir rekabet olmak zorunda, bu gerçekten bir kaliteli hizmet rekabeti mi olacaktır, yoksa hemen arkasından bir ticari rekabetin aracı haline mi gelecektir? Bu konuda da çok titiz olmak zorundayız, çok temkinli olmak zorundayız.

Tabii, ne kadar kontrollü rekabete izin verilirse verilsin bu rekabetin kendisinin de kaliteli olması gerekir, aksi takdirde her zaman kontrolden çıkması kaçınılmaz olur.

Değerli arkadaşlar, gördüğünüz gibi konuyu kalite kavramından sağlıkta kaliteye doğru yönlendirmeye çalışıyorum. Bilhassa kurumlarında “kalite sorumlusu” olan arkadaşlarımın bu konuya dikkat etmesini özellikle rica ediyorum. Gerçekten, kurumunuzda kalite ile ilgili mesai harcarken neye hizmet ettiğinizi düşünüyorsunuz? Hastanenize, kurumunuza, binanıza, örgütünüze, organizasyonunuza mı hizmet ediyorsunuz? O örgütün yöneticilerinin başarılı olması için onlara mı hizmet ediyorsunuz? Hastaya mı hizmet ediyorsunuz? Hatta biraz daha geniş bakalım; hasta, hasta olarak gelmeden önce de bizim ilgi alanımızda olduğuna göre topyekûn yurttaş, insana mı hizmet ediyorsunuz? Yani aslında sizin görev olarak üstlendiğiniz “kalite anlayışının” esas dinamizmi, hareket noktası bu hizmet noktalarının hangisi? Bu konuyu da ciddi bir şekilde gözden geçirmemiz ve davranışlarımızı buna göre şekillendirmemiz gerekir. Eğer biz, başta da söylediğim gibi sizlere bir yön vermeye çalışmak, bir rüzgâr oluşturmaya çalışmak gayretinde ve iddiasındaysak, bunlara dikkatinizi çekerek hepimizin uzlaşacağı en doğru yöne doğru yönlendirmek, kendi altyapımızı, kendi mevzuatımızı da bu şekilde şekillendirmek zorundayız.

Başarılı ekip, mutlaka bir işi yaparken kendisi de bundan haz duyan, mutluluk duyan ekiptir. Kalitenin özellikle çıktıya dayalı kalite ölçümlerinin hepsinde vazgeçilmez bir unsur, objektif olmadığı konusunda eleştiriler olsa da, “müşteri memnuniyeti, hizmet alan memnuniyeti, hasta memnuniyetidir” ; geniş kapsamda söylüyorum. Ama bu hizmeti sunan kişileri aynı paralellikte memnun edemezseniz, meslek hazzı veremezseniz, daha doğrusu fedakârca çalışsa bile bu fedakârlığın ona bir mutluluk kaynağı oluşmasını sağlayamazsanız, yine ideal bir kalite sistemi kurmamış olursunuz. Bu konuda ne kadar başarılıyız, ne kadar başarısız siz takdir edebilirsiniz. Sağlık Bakanlığı olarak uzun bir yolun 5–6 yıllık bir yerindeyiz; bu yolun çok daha uzun olduğunu, önümüzde çok daha yapılacak işler olduğunu Sayın Bakanımız da belirtmiş oldu.

Aslında kalite, her şeye rağmen birçok geleneksel davranışınızı değiştirmeyi gerektirir. Bu davranış değişikliğinin bir bedeli vardır, bir maliyeti vardır ama unutmayın ki, her zaman maliyetli hizmetler kaliteli değildir! Bu çelişkiye de çoğu zaman düşeriz. Buna biraz sonra daha çok vurgu yapmaya çalışacağım yani konuyu daha da açmaya çalışacağım. Bunu Sağlık sistemine uyguladığınızda, dünyada sağlık sistemine çok para ayıran ülkelerin sağlık sistemlerinin çıktılarının en iyiler arasında olmadığı görülür! Buradan şöyle bir sonuç çıkmasını; o zaman az para ayıranlar iyi yerededir gibi bir negatif sonuç iddia etmiyorum ama çok kaynak ayıranların bu konuda diğerlerinden çok başarılı olduğuna dair ciddi bir veri yok elimizde. Bu açıdan bir yandan kalitenin maliyetini karşılamak için büyük gayret içinde olurken elimizdeki harcamanın maliyetinin kalitesini de çok ciddi sorgulamak zorundayız. Bilhassa sağlık yöneticilerin bu konuda çok ciddi sorumluluk taşımaları gerekiyor.

Belki gündeminizde “kalite” olduğunda, özellikle biraz önceki o çizmeye çalıştığım çerçevede içinde kuruma hizmet, kurum yönetimine hizmet odaklı olma gibi, belki çok

da aklınıza gelmeyen bir husus vardır. Sağlık Bakanlığı'nın durduğu yeri düşünün, Hükümeti ve Anayasal görevi düşünün, Anayasa'da verilmiş "halkın sağlığını korumak" ile ilgili sorumluluğu düşünün; bu açıları düşünün, Sağlık Bakanlığı kaliteyi daha geniş bir açıdan ve hatta büyük bir mercek kullanarak görmek zorundadır. Geleneksel ve Anayasal tanımıyla Türkiye Cumhuriyeti sosyal devlettir. Eğer gerçekten bir sosyal devlete sahip isek, kalite ve sosyal devlet, ne düşündürüyor? Bu yapı içinde ülkenin insanların özlediği ne? Eşitlik mi istiyoruz, adalet mi istiyoruz, hakkaniyet mi istiyoruz? Ya da yerine göre bunların hepsini mi istiyoruz? Başka eylemlerde, başka alanlarda, hepsini birden istememiz gerekir, doğrudur. Ama eşitliği tek dayanak alır, herkese eşit davranırsanız adaletsiz davranmış olabilirsiniz. Çok adaletli davrandığınızı zannettiğiniz, belli adaletin yani hukukun normları içinde, kuralları içinde davrandığınızda çoğu zaman kamu vicdanını yaralayıp hakkaniyet ölçülerine uymamış da olabiliyorsunuz. Bu açıdan aslında bütün toplumu kucaklayan bir kalite anlayışı, insana odaklanan bir kalite anlayışı, bu kavramları hangi yönde öne çıkaracağını çok iyi bilmek zorundadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı, sürekli temel ilkelerinde hakkaniyetli bir sağlık sistemine vurgu yapmıştır. Çok basit tanımıyla hakkaniyetli sağlık sisteminin; herkesin eşit sağlık hizmeti alması değil, herkesin ihtiyacı kadar sağlık hizmeti alması, herkesin eşit katkı yapması değil, gücü oranında katkı yapması anlamına geldiğini biliyoruz. Görüldüğü gibi hakkaniyet, her iki tarafta da eşitsizlikleri barındıran bir kavramdır. Böyle bir yapıda insan odaklı bir yapı kuruyorsanız, o zaman bütün bu değişkenleri, her iki taraftaki değişkenleri de göz ardı etmemeniz gerekiyor. Bu yüzden sağlık hizmetlerinde ya da sağlık sisteminde kalite gözetirken sosyal bir devlet, sigortalıyı da sigortasız da, zengini de fakiri de, işçiyi de, işsizi de, kentliyi de köylüyü de gözetmek zorundadır. Eğer bir vatandaş memnuniyetinden bahsedilecekse, mümkün olduğunca hepsini memnun etmek zorunda, hiç birini dışlamamak zorundadır.

Şimdi size "kalitenin" iki klasik tanımına vurgu yapıp buradan sağlık sistemine atlamaya çalışacağım. Bu konudaki uzman kuruluşlardan biri kaliteli sağlık hizmetini, "hizmet için gerekli bütün altyapının sağlık hizmetine ihtiyacı olanın ihtiyacını tam olarak karşılaması" diye tanımlıyor. Nedir bu altyapı? Bilgidir, insandır, malzemedir, teknolojidir. Kalite deyince önümüze bakın neler çıkıyor? Doğru ve yeterli bilgi çıkıyor, bu işte görev alacak insan unsuru, çalışan çıkıyor, kullanacağımız her türlü malzeme ve bu arada kullanacağımız araçlar, teknolojiler karşımıza çıkıyor. Bunların birini ihmal ederek bir kaliteden söz etme şansımız çok kolay değil.

Ya da bir başka tanım: "doğru kişiye, doğru işi, doğru zamanda, doğru yolla, doğru araçlar kullanarak yapmak ve mümkün olan en iyi sonucu elde etmek". Yine bakın, insan önemli; hem de dikkat edin, hizmeti sunan değil burada hizmeti alan kişi de kalitenin bir parçası, bir unsuru. Onu da göz ardı edemezsiniz. Yaptığınız işin yerinde olması, doğru iş olması önemli, zamanında olması önemli. Diyelim ki, her şeyiniz çok güzel, her şeyi tamamlamış, kalite belgesi almışsınız, JCI akreditasyonunu almışsınız ama benim talebimi zamanında karşılamıyorsanız, denetlenmeyen ama çok da yerinde olmayan bir sorun karşımıza çıkıyor demektir. Tekrar olmasın diye doğru yollar, doğru araçlar konusu üzerinde durmuyorum.

Şimdi değerli arkadaşlar, aslında ben buradan sizi Bakanlığın bakış açısından biraz daha başka yere çekmeye gayret ediyorum. Onun içindir ki, istemeden de olsa bu tanımlar üzerinde duruyorum. Bakın, hizmete, sağlık hizmetine ve sağlık sistemine doğru yönelmeye çalışıyorum. Sistemden bahsedeceksek, mümkün olan en iyi sağlık çıktılarını elde etmek üzere doğruların en iyi şekilde bir araya getirilmesi ve organize edilmesinden söz edebiliriz. Biraz önce bahsettiğim birçok doğrular vardı; dolayısıyla olaya sağlık sistemi açısından baktığınızda bir insanın kalitesi, bir aracın kalitesi, bir bilginin kalitesi, bir organizasyonun yani kurumsal yapının kalitesi tek başına çok da anlam ifade etmiyor. Bunların hepsinin birden tek tek kaliteli olması bile yeterince anlam ifade etmiyor, değerli arkadaşlar. Bu, hepsi kaliteli olan kalite alt başlıklarının çok iyi organize edilmesi gerekiyor.

Bakın, “sağlıkta kalite” diye geniş çerçeveli bakan otoriteler ki, bu daha çok Dünya Sağlık Örgütü’nün bakış tarzıdır ya da Dünya Sağlık Örgütü’nün bu bakışları alıp kabullendiği tarzıdır diyeyim, üç temel odak noktası görüyorlar. Birincisi, hepimizin çok aşına olduğu, sağlık bakımında sağlık hizmetini önceleyen bir kalite anlayışı, aslında büyük çoğunluğumuz bulunduğumuz yerden bunu göz ardı etmiyoruz, ana hedefimize bunu koyuyoruz, “biz kurumumuzda kaliteli bir sağlık hizmeti sunmalıyız” diyoruz.

İkinci bakış açısı aslında bu birinciye hiç de göz ardı etmiyor ama biraz önce anlatmaya çalıştığım birçok alt başlıkların hepsinin organizasyonu düşünerek bütün sağlık sistemini hedefliyor. Sistemi kucaklayan bir kalite anlayışı olmazsa, tek tek kalitelerin toplamının insan hayatının kalitesine çok katkı sağlamayacağı kanaatini taşıyor; esas hususun, sistemin kalitesiyle bütüncül yaklaşım olduğunu düşünüyor.

Belki klinisyenlerimizin, bilhassa sağlık kurumları yöneticilerinin göz ardı ettiği bir başka önemli bakış açısı var ki, kaliteli sosyal devlet anlayışında biraz vurgu yapmaya çalıştım, “toplum sağlığını önceleyen” bir kalite anlayışı ileri sürülüyor.

Bu üç anlayışa kısaca değinip toparlamaya çalışacağım. Nasıl bir bakış açısı ortaya koymamız gerektiği konusunu sorgulamak istiyorum. Sağlık hizmeti ya da bakım hizmeti yaklaşımında hasta kalitesi, profesyonel kalite ve yönetim kalitesi söz konusudur. Yukarıda söylediğim gibi, hepimizin aşına olduğu, hastaların bekledikleri, ihtiyaçları olan, umdukları hizmeti alması... Yani sonuçta, bu alt başlıklardan hasta kalitesinin ortaya konması yeterli mi?

Bunun ikinci parametresi, daha çok klinik içinde karar verilen, çoğumuzun çok da yakından bildiği ama iletişimi, aktarımı, hastaya yansımaları noktasında çok da başarılı olamadığımız mesleki kalite, profesyonel kalite, klinik içinde sunulan hizmetin kalitesidir. Bu da daha çok sağlık personelinin bizzat aldığı eğitimi, birikimi ile ortaya koyduğu hizmettir. Hatta çoğumuz sadece buna odaklanıp, tedavi olmuş ancak mutsuz bir hasta taburcu edebiliyoruz hastanemizden. Bilhassa bunu kendi kurumlarımız adına söylüyorum! Hastaneye bir medikal hastalığı için veya ameliyat olmak üzere girmiş ve layıkıyla tedavi olmuş bir halde ama doktoruna küskün, hemşiresine kızgın, kapıcısıyla kavga etmiş giden bir hasta profili bazen karşımıza

maalesef çıkabiliyor. Dolayısıyla aslında sağlık-bakım hizmetindeki o kaliteyi çok da yakalamış olmuyoruz profesyonel kaliteyi sağlamakla.

Bilhassa yönetici arkadaşların en çok tedirgin olduğu, hatta klinisyenlerle çatışma içine girdiği alan ise "yönetim kalitesidir". Yönetim kalitesi, o hastaların umduklarını bulmasını sağlarken klinikte bu hizmeti veren sağlık personelinin bildiği, kanıta dayalı, bilimsel bilgileri uygulayarak hastasını iyileştirirken bütün bu süreçlerde uygun kaynakların kullanılması, uygun araçların kullanılması ve koordine edilmesinden sorumlu bir alanın konusudur. İşte bu, üç kalite alt başlığını toparlayıp başarılı bir şekilde sunabilirsek o zaman bir kurumdaki "sağlık hizmeti kalitesinden" söz edebileceğiz. Böylece sağlık hizmeti kalitesinden sistem anlayışına doğru geçerken olayın ne kadar bölümlü, parçalı olduğuna vurgu yapmak istiyorum. Olaya "sistem" açısından yani sağlık sistemi açısından yaklaşarak gelin birlikte bir senaryo çizelim. Hastamız "A" hastanesine gitti ya da daha basitleştirelim, bir hastanede "A" servisine gitti, ameliyat olacaktı, her şey yapıldı, hiçbir sorun yok. Bütün her şey elimizdeki "klinik rehberlere", standartlara uygun işliyor, hasta hayatından memnun, çalışanlar mutlu. Ancak hastanın kalbinde bir sorun olduğu görüldü ve kardiyoloji konsültasyonu istendi. Kardiyoloji örneğinden kardiyolog arkadaşım varsa alınmasın, bu üroloji konsültasyonu da olabilirdi. Hastamız, diğer servise sedye ile gönderildi, sedyenin tekeri çukura düştü, sedye devrildi, diğer serviste "şimdi hasta bakıyoruz, 3 saat sonra gelsin" dendi, koridorda bekledi.... vesaire. Aslında hasta bu servisin yani üroloji veya kardiyoloji servisinin kapısından girdiğinde de yine her şey çok mükemmel olabilirdi, yine bütün kriterlerimizi uyguluyor olabilirdik. Ancak, iki ayrı hizmet noktası arasında hastanın nakli, bütün kalite gayretlerimizi yerle bir edebilir, kalite anlayışımızı sorgulanır hale getirebilir. Çok basit bir örnek verdim size. Bu sorun, poliklinikteki hastamız servise gönderilirken ameliyat saati gelmiş hasta servisten ameliyathaneye giderken, "a" hastanesinden "b" hastanesine sevk edilirken, Anadolu'da bir ilden 112 ambulansı ile İstanbul'a getirilip hastane hastane, yoğun bakım yoğun bakım dolaştırılırken yaşanabilecek bir durumdur. Bu örnekleri o kadar çok çoğaltabiliriz ki, kendi kurumlarımızda "bütün yoğun bakım servislerinin çok kaliteli" olduğunu iddia edebiliriz. 112 ilk yardım hizmetlerimizin mükemmel işlediğini savunabiliriz ama elimizde kalitesiz bir organizasyonlar bütünlüğü, kalitesiz bir sağlık sistemi olabilir!

Bu öyle bir durumdur ki, arkadaşlar, sağlık sistemini oluşturan bütün organları tek tek kaliteli yapsanız bile, bütün elinizdeki kalite standartlarını uygulayıp belgeleseniz bile, bunların kalitelerini, niceliksel rakama vursak, toptasak bu kalitelerin toplamı, sağlık sisteminin kalitesiyle eşit değildir. Sağlık sisteminin kalitesi, bu toplamdan daha büyük bir değerdir. Dolayısıyla bu aradaki farkı yaratan hizmeti, bu aradaki farkı yaratan kalite alanını hiçbir yönetici göz ardı edemez. Sağlık sistemi üzerinde söz sahibi hiçbir otorite, hiçbir sorumlu kişi bunu yok sayamaz. Bu açıdan zaman zaman bazı kurum yöneticilerimizin, ulusal düzeydeki bazı uygulamalara karşılık, "bunlar bizim sorumluluk alanımız dışında ya da bizim öncelikli işlerimizi engelliyor" gibi serzenişlerini duyar gibi oluyorum. Bu uygulamaların arkasında yatanın, böyle bir kaygı olduğunu lütfen unutmayın!

Üçüncü yaklaşım olarak “Toplum sağlığı yaklaşımından” söz etmiştim. Çoğumuzun göz ardı ettiği, özellikle klinisyenlerin hiç aklına getirmediği bir alandır bu. Gelin biraz tepeden bakmaya çalışalım; bir gün Sağlık Bakanı olacağınızı düşünün. Sağlık Bakanı olduğunuzda sağlığından sorumlu olduğunuz kitleyi nasıl görmek istediğinizi aklınıza getirin. Sağlık hizmetini talep eden bir kesim var; bu talebi karşılıyorsunuz, talebi en iyi şekilde karşılıyorsunuz. Bu talebi karşılarken, bütün kurduğunuz sistemleri, altyapıyı, finansmanı, iyi eğitilmiş sağlık personelini, akreditasyonu vesaire -ne derseniz deyin- bütün yolları kullanıyorsunuz. Bütün bu hizmetiniz iç dairedede kalıyor; sadece bu kesimin mutluluğunu sağlayabiliyorsunuz.

Biraz daha adım attınız diyelim; bir şekilde sizden hizmet talebi olmasa bile televizyonlarda yayın yaptınız, halkevlerinde eğitim çalışmaları yürüttünüz, okullara ulaştınız, öğrenci eğitim çalışmaları yaptınız, işyerlerine gittiniz. Sonuçta temas kurabildiğiniz bir kitle var; bunlara da hakkaniyet ölçüsünde, layık oldukları ve ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini en kaliteli şekilde verdiniz. Yani bir dış halkayı da kucaklamayı başardınız diyelim. Bu da bir sağlık sisteminin kaliteli olması için yeterli değildir.

En dış halkada öyle bir kesim vardır ki, bunlara ulaşmak çok kolay değildir. Bu alanda ihtiyaçla, ihtiyacın giderilmesi için sunulabilen hizmet ters orantılıdır. Toplumda daima sağlık hizmeti almaya en az ihtiyacı olanlar en fazla talep ederler, talep etme güçleri vardır, talep etme bilinçleri vardır. Sağlık hizmetine en fazla ihtiyacı olan, kötü şartlarda yaşayan, evinin suyu olmayan, belki tuvaleti olmayan, ulaşım şansları olmayan, kötü şartlarda, kötü barınma koşullarında, kötü beslenmeyle yaşayan önemli bir kesim vardır ki, bunlar sağlık hizmetine en fazla ihtiyaç duyar ve en az talep eder ya da hiç talep etmezler. Dolayısıyla yönetici olarak sorumluluğunuz, aynı zamanda bu talepkâr olmayan kesimi de içine alacak bir sağlık sistemi tasarlamak olacaktır.

Bu açıdan şimdi lütfen biraz özeleştiri yapalım ve konumumuzu gözden geçirelim. Sağlık Bakanlığı “kaliteye” bütünüyle ülkenin insanını kucaklayarak bakmak zorunda, bütünüyle Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına kaliteli sağlık hizmeti sunabilecek bütün yolları kullanmak zorunda. Bunun için, tek tek kurumlara ve hatta şehirlere odaklanarak konuya yaklaştığımızda bu birimlerin hoşuna gitmeyecek, beklentilerini karşılamayacak icraatların olması kaçınılmazdır. Zira Bakanlık, kaynakların hakkaniyetli paylaşımını sağlamak zorundadır. Kaliteli bir sağlık sistemi kurmak adına o, talep etmeyen, ulaşılması güç kesime ulaşmak zorundadır.

Açılış konuşmamda da vurgu yapmaya çalıştığım “insan odaklı” yaklaşımı biraz açmaya çalışalım. Üzerinde çok detaylı olarak düşünmemiz gerekli bir kavram bu.

Arkadaşlar, konuşmamın sonuna geliyorum, fazla uzatmamaya çalışacağım ama sorumluluk alanımız olarak birkaç hususa değineyim izninizle. Kongremizin ana konuları da olduğu için, sadece bir, iki cümle ile “hasta güvenliğine” değinmek istiyorum. Sağlık hizmeti, belki yine, bütün hizmet alanlarının aksine insanın en değerli varlığı olan bedenini, canını fazla sorgulamadan teslim ettiği hatta bazı

anlarda ruhunu, ruhunun yönetimini teslim ettiği, bu açıdan da koruyucu bütün mekanizmaları kaldırarak en kırılgan anının olduğu bir andır. Bu kadar kırılganlıkların ortada olduğu, bütün risklerin ortaya çıktığı bir an, doğaldır ki, yarar görme ile paralel zarar görme riskinin de en fazla taşındığı bir andır. Bu açıdan “hasta güvenliği” konusu, daha doğrusu sağlık hizmeti sunulurken ortaya çıkacak olan hastanın güvenliğinin risk alanları kaçınılmazdır çoğu zaman. Bunu sürekli minimaliz etmemiz gerekir. Hatta hep kaliteden bahsediyoruz, kaliteyi yükseltebilmek için aynı oranda hasta güvenliği konusundaki bu riskleri, hasta güvenliğini tehdit eden bu alanları olabildiğince azaltmamız gerekir. Çok basit uygulamalarımızda hastaların güvenliğini tehlikeye atabiliyoruz.

Amerika Sağlık Enstitüsü’nün yaptığı bir çalışma, çoğu kez bu konuda örnek verilir. Amerika’da yılda 98.000 kişinin sadece hasta güvenliği konusunu oluşturan önlenebilir tıbbi hatalardan öldüğü iddia ediliyor bu çalışmada. Bu çalışma, 10-12 yıllık literatür taramasına dayanmaktadır. Sadece hastalara ilaç verirken yani tedavi uygularken görev yapan sağlık personelimizin hatalarından bile binlerce kişinin zarar gördüğü söyleniyor. Bu rakamları özellikle kaliteyle ilgilenen arkadaşlarımız iyi bilirler. Tıbbi uygulamadan kaynaklanan hata oranı hiç küçümsenecek düzeyde değildir. Zaten bu raporun sonunda çok çarpıcı bir ifade var; aklınızda kalması açısından söyleyeyim; “Amerika’da her gün sağlıkta bir uçak düşüyor” diyor! Yani bir uçak dolusu yolcu kadar insan sağlık hizmeti alırken ölebilmektedir.

Demek ki, kaliteden söz ederken artık hasta güvenliğini göz ardı edemeyiz; ikisi bir arada yürümeden olmaz bu iş. Kalite çalışmalarıyla ilgili birçok faaliyet yeni bir maliyet unsuru olsa da, hasta güvenliği ile ilgili çalışmaların çoğunun maliyeti çok düşüktür. Dolayısıyla çok daha düşük maliyetli ve çok iyi sonuç alacağımız bir alanı göz ardı etmeye hakkımızın olmadığını düşünüyorum.

Şimdi biraz kendi sorumluluk alanımıza dönmeye çalışalım. Bir sağlık sisteminin bütünlüğünü oluşturan, aslında biraz önce kalitenin alt birimlerini söylerken de değindiğim, bazı elemanlar vardır. Bunların belki de en önemlisi “insan gücüdür”. Sağlık sistemini ne kadar robotize etseniz, ne kadar teknoloji ile yoğursanız da en öncelikli kaynak insandır. İkincisi, bu insan kaynaklarını, teknolojileri, tıbbi ürünleri bir araya getiren “örgütsel yapılanmalardır”, organizasyonlardır, hastanelerdir, tıp merkezleridir, eczanelerdir vesaire. Üçüncüsü, tasarladığınız hizmeti üretirken kullandığınız her türlü tıbbi araç, gereç, cihaz, ilaç, tıbbi ürünler, “teknolojilerdir”. Tabii en önemlisi de, uygulama alanımız, malzememiz doğrudan “hastadır” yani insandır. Bu alandaki teorik ağırlıklı yayınlarda bahsedilen bu dört temel unsurdur.

Aslında sağlık sisteminin ana elemanları sayılırken “finansörler” ihmal edilmektedir. Ancak bilhassa sağlık hizmetinin kitlesel olarak satın alındığı, büyük sosyal güvenlik sistemlerinin kurulduğu, özel ya da kamu hiç fark etmez, toplumun önemli olarak sosyal güvenlik şemsiyesine alındığı yapılarda bu finansörlerin önemi çok daha fazla ortaya çıkmaktadır. Finansör dediğimiz sadece doğrudan sağlık hizmetini bedel ödeyerek sunan veya bedelini sözleşme karşılığı ödeyen kişiler ya da kurumlar değil, ilaç sektörüne, tıbbi cihaz alanına yatırım yapanlar, hastane açanlar da, bu

sistemin finansörleridir. Ambulans üretenlerin sistemin finansörleri olması kadar, bu ambulansların vaktinde ulaşması için uygun yollara yatırım yapanlar da bu sistemin finansörleridir. Kısacası bu kavramı çok geniş kapsamlı düşünebilirsiniz.

İşte bu elemanların, finansörler de dahil olmak üzere, hepsi birden sağlık sisteminin vazgeçilmez unsurlarıdır. Sağlık sisteminde organizatör, kural koyucu, denetleyici mercide bulunan otorite, bütün bu alanlara yasama ve düzenleme konusunda müdahil olmalı ve bu alanlardaki gidişatı gözlemlemeli, ölçmeli, raporlamalı ve yeri geldiğinde değişiklikler tasarlayabilmelidir. Bu alanların her birinin bireysel sağlık bakımı ve kalitesine etkisini takip edebilmeli ve bunu sağlamak için politikalar geliştirmelidir. Hep vurgu yapmaya çalıştım, sadece bireysel hizmet alanıyla sınırlı kalite için değil, bütünüyle sağlık sistemini kapsayacak bir şekilde stratejiler geliştirmelidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık otoritelerine tavsiye ettiği "ulusal sağlık sistemi kalite stratejilerinden" bahsediyorum.

Dolayısıyla biraz önce anlattığım her bir eleman için benzer şekilde kapsamlı bir öngörü, düzenleme ve faaliyet ortaya koymak zorundayız. Yani, "sağlıkta kalite" dediğimizde, sağlık sistemini tasarlayan, sağlık sistemini yöneten, yönetme makamında olanların işinin sizin işlerinizden çok daha zor olduğunu vurgulamak istiyorum.

Sabrınız için çok teşekkür ediyorum, umarım belli bir bakış açısı sunmayı başarmışımdır. Hepinize teşekkürler ediyorum.

Dr. Mehmet DEMİR

(T.C. Sağlık Bakanlığı Müşaviri)

Sayın Müsteşarım, Sayın Hocam, Kıymetli Misafirler, hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum.

Salondaki coşkun ve buradaki atmosferin daha iyi sağlık hizmetleri için önemli bir mesaj olduğunu düşünüyorum. Ülkemizin her yöresinden gelen siz katılımcılar hastanelerdeki performansın geliştirilmesi ve kalitenin iyileştirilmesi konusunda bir mesaj vermiş oldunuz. Katılımızdan dolayı, coşkunuzdan dolayı hepinize çok teşekkür ediyorum.

Belki Bakanlık olarak biraz geciktik, sadece performans geliştirilmesine ve kalite geliştirilmesine odaklı bir kongre yapma konusunda. Yinede 5 yıllık bir tecrübe ile bundan sonra neler yapabileceğimizi tartışma açısından bu kongrenin önemli olduğunu vurgulamak istiyorum.

Şimdi ben biraz daha teorik çerçeveden pratik çerçeveye geçiş yapmak istiyorum. Tabii ki bütün sistemlerdeki teorik çerçeve çok önemli. Çünkü liderlerin elinde bir teorik çerçeve ve bir felsefe olması lazım ki, ona inanmaları lazım ki, arkasında durarak yeni sistemleri, reformları hayata geçirebilmeleri gerekiyor. Sağlıkla ilgili bu konuda bir şeyler söyleyecek olursak, altyapısı iyi oluşturulmuş bir teorik çerçeve; yani Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve arkasında da bir lider kararlılığı görüyoruz. Sayın Bakanın kararlılığı ve Sağlıkta Dönüşüm Programının teorik çerçevesinin, toplantı konumuz olan hastanelerdeki performansın ve kalitenin iyileştirilmesi konusundaki çalışmaların en önemli dayanak noktası olduğu tespiti yapmamız gerekiyor.

Kuşkusuz bu bütün toplumu ve bütün kurumları ilgilendiren bir süreç. Bakanlığımızın kararlı tutumu ve paydaşların da bu konudaki destekleriyle hastanelerdeki performansın ve kalitenin iyileştirilmesi, hastaların memnun edilmesi konusunda bugünkü başarı elde edilmiştir. Sizin bazen tek başınıza kararlı olmanızda yeterli olmayabilir. Sistemle ilgili en kritik zamanlarda; örneğin Maliye Bürokrasisinin bu konudaki gösterdiği duyarlılık ve teşvik birçok sorunun çözülmesini sağlamıştır. Bu şekilde Sağlık Bakanlığı, devletimizin birimleri ile eşgüdüm içinde çalışarak, hastanelerdeki performansın iyileştirilmesi ve kalitenin geliştirilmesi noktasında önemli çalışmalarda bulunmaktadır. Tabii, şu gerçeği de burada tespit etmemiz lazım; teorik çerçeveniz ne kadar mükemmel olursa olsun, ne kadar kararlı olursanız olun bunu uygulayan insanların buna inanması ve bunun arkasında durması da çok önemlidir. Performans uygulamaları konusunda hastaneler ve çalışanlar merkezin kararlılığının önüne de geçtikleri oldu. Onlar daha kararlı durdular ve sistemi bugüne getirdiler.

Şimdi sizlere burada biraz önce ifade ettiğim teorik çerçeve ile pratik uygulama arasında bir köprü kurmaya çalışacağım. Sistemin daha iyi algılanması adına. Sistemi ne kadar iyi algılasak kendi alanlarımızla alakalı geleceğe dönük, doğru çıkarımlar yapabilir doğru tartışmalar ortaya koyabiliriz.

Sağlık Bakanlığının performans ve kalite stratejisinin odak noktasında “performansa göre ödeme sistemi” olduğunu ifade etmemiz yanlış olmayacaktır. Performansa göre ek ödeme sisteminin bütün unsurlarına baktığımız zaman, performansın ve kalitenin çok yoğun bir şekilde yer aldığını görüyoruz. Hastane hizmetlerinin geliştirilmesi, kalitenin geliştirilmesi kaygısının yer aldığını görüyoruz.

Sözlerime bir alıntıyla devam etmek istiyorum. Son 1 aydır gündemde yer aldı. OECD’nin ülke inceleme raporlarının sonuncusu ülkemiz için yayınlandı. Geçtiğimiz ay OECD Türkiye Raporu yayınlandı. Bir dizi toplantı ve aylar süren çalışmalar sonucunda, OECD uzmanları ülkemizdeki sağlık sistemini inceleyip ve bir rapor düzenlediler.

Bu Rapordaki bir cümleyi aynen okumak istiyorum sizlere; “aslında diğer ülkelerin Türkiye’deki sağlık reformlarından, özellikle personel verimliliğini arttırmak üzere performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması konusunda öğrenebileceği pek çok şey olabilir”. Bu cümle Sağlık Bakanlığının uyguladığı performans modelinin uluslararası uzmanlarca sistemin incelenmesi sonucu yapılan bir analizi sonucu. Gerçekten çok önemli bir vurgu, biz bunu çok önemsiyoruz. Uygulamanın içinde olan bizlerin bunu vurgulaması bazen tam karşılığını bulamayabiliyor. Ancak konun uzmanlarınca “performansa dayalı ödeme sistemi” konusunda yapılan kuvvetli vurguyu herkesin önemsemesi gerektiğini düşünüyorum.

Uluslararası düzeydeki uzmanlar bunu ülkemizdeki sağlık reformlarının bir parçası olarak algılıyor. Performans uygulaması Sağlıkta Dönüşüm Programının bir parçası olarak başlamış. Bugün ise bir değerlendirme yaptığımızda performans uygulaması sağlıkta dönüşüm programının çok önemli bir inovasyonu. Başlangıçta Sağlık Bakanlığı’nın sağlık sistem sorunlarını çözmeye yönelik kısa vadeli amaçları vardı. Performans sistemi bu amaçlara uygun kullanılan önemli bir araçtı. Bugün ise performans sistemini kapsamı, uygulanışı, mali boyutu, sonuçları ve kendine özgü modellemesi ile değerlendirdiğimiz zaman bu bir araç olmaktan çıkmış, sistemin müstakil, önemli bir parçası haline gelmiştir. Belki biraz daha iddialı bir ifade de kullanabiliriz; aslında uygulama, Sağlık Sisteminin daha iyiye doğru sürükleyen, motive eden ve sistemin sorunlarının çözümünde güvendiği bir güç haline gelmiştir. Gerçekten, belki de bu sağlık sisteminde birinci karar verici olan Sağlık Bakanına önemli bir güç vermiştir. Bu güç vasıtasıyla birçok sorunu çözmek mümkün olmuştur. Bakanlığın birçok faaliyetinde, çalışmalarında, düzenlemelerinde bunu görüyoruz. Eğer bu sistem ile ilişkili bir düzenleme yapıyorsanız biraz daha hayata kolay geçiyor, kabul edilebilirliği biraz daha kolay oluyor. Bir örnek vermek gerekirse; SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri sürecinin sancısız ve rahat geçmesi açısından bu sistemin çok büyük katkısı olmuştur, bu sadece bir örnek, bunun gibi birçok örnek verebiliriz.

Şimdi burada tartışmalar açısından sistemi doğru tanımlamamız lazım. Sistem çalışanlara bir teşvik sistemi. OECD Raporunda ifade edildiği gibi sistem bir verimlilik modeli. Özellikle personel verimliliği konusunda önemli bir seçenek. Burada şunu karıştırmamız lazım; bu bir ödeme modeli. Hastanelere ödeme modelleri, dışında

bireysel olarak çalışana teşvik modeli. Detayda bu bir karma model. Yani bu modelde sabit maaşların üzerine bir performans creti veriliyor. Performans cretine yönelik Kanunun izin verdiği tavan oranlar var. Uzman hekimlerin sabit ücretin 7 veya 8 katına kadar ilave ücret alması gibi. Tabii, bu sistemin bir avantajı olduğu gibi dezavantajı da olabilir. Yani sabit ücretle performans ücretinin bu kadar birbirinden uzak olması. Tabii, sonuçta süreç içinde bunlar değiştirilebilir. Ancak sabit ücretin arttırılması konusunda birtakım kısıtlılıklar var.

Sistemin daha çok bireysel performansa yönelik yönünü vurgulanıyor. 2005 yılında “kurumsal performans” kavramı sisteme entegre edilmiştir. Bu şekilde karma bir teşvik modeli ortaya çıkmıştır. Hastanelere ve çalışanlara teşvikin birlikte uygulanması sistemi dikkate değer bir noktaya gelmiştir. 2005 yılında kurumsal performans ile nicelik ölçümünden nitelik ölçümüne geçilmesi sistemdeki en önemli değişimdir. Bu gelişme çok sancısız olmuştur ve çok güzel bir geçiş gerçekleşmiştir. Bireysel performansın teşvik mekanizmalarını bozmadan, kurumsal performansla alakalı bütün unsurlar sisteme yedirilmiştir.

Bu zaman kadar çok vurguladığımız bir hususu tekrar ifade etmek istiyorum. Eğer amaçlarımızı basitleştirirsek, o amaca yönelik yapılan bütün düzenlemeleri, kısaca olup biten her şeyi daha kolay anlamış oluruz. Bu sistemin de çok basit bir amacı var. Sistem merkezine “insanı” yerleştiren, “insan odaklı” bir sistem. Bu açıdan bakmamız gerekiyor. Çok basit performans kriterlerimiz ve hedeflerimiz var. Sağlık hizmetlerinde etkili, kaliteli, ulaşılabilir bir hizmeti sunmak ve bunların karşılığında da sağlık göstergelerini düzeltmek, insanları finansal yükten korumak, onları hastalıklarından dolayı fakirleştirmemek ve onların memnuniyetini arttırmak. Bu çok karmaşık bir yapı gibi görünebilir. Bu karmaşık yapıyı insana odaklanarak zmek çok daha kolay.

Sağlık Bakanlığının hastanelerin performansını iyileştirme ve kalitenin geliştirilme süreciyle ilgili bu 5 yıldıki geldiğimiz noktayı birkaç kısa kısa cümleyle size ifade etmek istiyorum; Bu tür sistemler uzun yıllardır kullanılan sistemler. Bir organizasyonda kalitenin yükseltilmesi, performansın iyileştirilmesi konularında uluslararası birçok tecrübe var. Özel sektörün tecrübeleri var. Fakat bu kavramları kamuda uygulamak çok zor idi. Özellikle bizim kamu mevzuatımız ve kamudaki statüko böyle bir teşvik modelini uygulamak için çok uygun değildi. Ama bugün geldiğimiz nokta itibariyle şunu ifade edebiliriz; bu sistem kamuda başarı ile uygulanmıştır. Sistemin verdiği tecrübe ve birikim bundan sonra sektörün özel ayağını da düzenleme konusunda bize önemli tecrübeler veriliyor. Kamudaki tecrübeden hareketle. Sistem çok dinamik. Eleştiriliyor. Çok değişiklikler yapılıyor. Başımız dönüyor deniliyor. Ama böyle olması gerekiyor. Çünkü aynı bu canlı büyüyen bir organizma gibi sürekli ihtiyaçları, stratejileri değişebiliyor, o nedenle bu sistemin her zaman dinamik ve değişkenliğe açık olması gerekiyor. Bu sistem bir kaynak tüketiyor. Doğrudur. Bu yıl btden sistemin uygulanması için gereken fon yaklaşık 4,2 milyar Türk lirasıdır. Ancak sistemin çıktılarına baktığımız zaman sistemin topluma bu kullandığı fonun karşılığını verdiğini görüyoruz. Biraz nce Sabahattin Hocam da ifade etti, bu örnek alınıyor. Salonda Makedonya’dan ziyaretlerimiz var, KKTC Sağlık Bakanlığı’ndan

ziyaretçilerimiz var, bu Sistemi onlarda şimdi uygulama aşamasına gelmek üzereler. Çünkü başarısı gerçekten kanıtlandığı için örnek alınmaya başlıyor. Sağlık sisteminde sorunları çözüyor, etik ve siyasi kararları destekliyor, en önemlisi de gerçekten, kıt yetişmiş insan gücümüzü, özellikle uzman hekimlerimizin etkin ve verimli kullanılmasını sağlıyor. Kamu sağlık hizmetlerinin memnuniyetini artırıyor, Türkiye İstatistik Kurumu'nun anketlerini incelediğimiz zaman bu sistem vasıtasıyla kamu sağlık hizmetlerden memnuniyetin arttığını görüyoruz.

Bugün geldiğimiz nokta itibariyle bu hak sağlık çalışanları için önemli bir özlük haline gelmiştir. Her ne kadar performansa dayalı değişken bir ödeme yapılsa da performans ücretleri düzenli maaş gibi olmuştur. Bu da çalışanlar adına önemli bir kazanımdır. Hekimlerin sadece gönüllü olarak kamuda çalışmaya başladılar. Bunu biraz sonra daha detaylı değinmek istiyorum.

Öncelikle, sistemin nereye gidebileceği konusunda sizleri biraz aydınlatmak istiyorum. Sistemin hasta odaklı stratejisi hiçbir zaman değişmeyecek ve güçlenerek devam edecek. Bunları basit cümlelerle ifade edecek olursak; birincisi, sistem, hastanın hekime güvenli bir şekilde erişmesini sağlayacak, bunu teşvik edecek. İkincisi, hastalara yeterli teşhis, tedavi ve bakım sürelerinin ayrılmasını garanti edecek; Üçüncüsü, hastanın genel sağlık durumunu ve çıkarlarını iyileştirmeye odaklanmış sağlık personeli prototipini ortaya çıkartmak için teşvik mekanizmalarını mutlaka içerecek. Yani insan odaklı, hasta odaklı olma sürecini devam ettirecek.

Tabii olarak önümüzde sağlık sistemiyle alakalı birtakım işaretler var, bunlar önceki aylarda tartışılıyordu... Bu tartışma başlıkları tam gün, özel kamu dengesi, global bütçeleme, yeni ödeme modelleri, kamu-hastane birlikleri ve Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırma süreçleri gibi konuları içermektedir. Tartışmalar bundan sonrası için ülkemiz hastanelerindeki performansın ve kalitenin iyileştirilmesi konusunda neler olabileceği konusunda bize işaretler veriyor.

Aslında, performans sisteminin de performans ölçütleri var, belki o ölçütlerden en önemlisi de hekimlerin muayenahanelerini kapatarak sadece kamuda çalışması. Biz sistemin bu performans göstergesinin çok iyi olduğunu görüyoruz. Sistemin başladığı tarihte sadece 100 uzman hekimden 11'i tam zamanlı olarak kamuda çalışırken bu bugün 77'ye yükselmiştir. Bu önemli bir artıştır. Tabii branşlar arasında birtakım değişiklikler olmasına rağmen sistem bugün geldiği nokta itibariyle %77 oranını yakalayabilmiştir. Bu oran her geçen gün artmaktadır.

Halen Bakanlar Kurulu'nda bulunan ve taslağı üzerinde çalışılan bir tam gün yasası var. Bu, sistem açısından önemli bir değişikliği içeriyor. Çünkü bu yasayla beraber ilk defa Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'ndan sonra en büyük üçüncü aktör olan üniversite hastaneleri de böyle bir sisteme geçiyor. Yasada tam günle beraber üniversite hastanelerinin tabi olduğu 2547 sayılı kanunda Sağlık Bakanlığı'nın 209 sayılı kanunu gibi değişiklik yapılacak. Bu şekilde performansa dayalı bir ödeme sistemi için süreç başlamış olacak. Aslında biz bundan çok ümitliyiz. Neden ümitliyiz? Çünkü üniversitelerimiz her türlü akademik çalışmanın yapıldığı, daha dinamik

olması gereken yerler. Onların ortaya çıkartacakları teşvik modelleri, hastanelerdeki performansın iyileştirilmesi, kalite süreçleriyle alakalı olarak ortaya koyacakları yeni teknik düzenlemeler, rekabeti ortaya çıkarabilecektir. Teşvik mekanizmaları ile ilgili şöyle bir parantez açabiliriz; teşvik mekanizmalarının sorunları çözmede çok büyük tesiri olduğuna inanıyoruz. İnsana yaşantısına, tabiata baktığımız zaman hep bir teşvik olduğunu görüyoruz. Baharın ilk günlerini yaşıyoruz şu anda; güneş olmazsa, toprak ısınmazsa çiçekler ve güller açmıyor. Aynı şekilde, insan olarak da böyleyiz. Doğru şekilde kurgulanmış teşvik mekanizmaları insanların daha güzel, iyi işler yapmasına garanti etmiş oluyor. Tam gün yasasıyla birlikte önemli bir revizyon yapılması planlanıyor. O da mesai saatleri dışında ek ödeme miktarında % 50 oranında artırılması, yeni ve çok önemli bir teşvik daha ortaya konmuş oluyor.

Geriye dönüp baktığımız zaman, 2004 yılında şöyle diyorduk; Türkiye’de sağlık hizmetinin % 80-85’ini Sağlık Bakanlığı hastaneleri gerçekleştiriyor. Bakanlıktaki bu teşvik modelleri, sarfedilen çabalar, kaygılar bütün sağlık sistemini kapsıyor diyorduk. Bugün geldiğimiz noktada ise tablonun değiştiğini görüyoruz. Bugün için sağlık sisteminde çok önemli bir aktör daha ortaya çıkmıştır. O da özel sağlık hizmet sunucularıdır. Onların sağlık hizmeti sunumu içindeki paylarını birçok gösterge ile ifade edebiliriz. Sanırım en uygun gösterge uzman hekim kaynağını kullanma açısından değerlendirmek. Bugün özel sektörün uzman hekim istihdamında % 34 oranına çıktığını görüyoruz. Türkiye’deki her 100 uzman hekimden 34’ünü şu anda özel sektör istihdam ediyor. Sağlık sisteminin bütünlüğü açısından özel sektörün durumu, teşvik mekanizmaları ve özellikle performansla dayalı ek ödeme sistemi ile aslında birebir ilişkili hale gelmiş oluyor. Çünkü eğer biz ülke olarak kamuda performansla dayalı ödeme sistemini kuvvetlendirmeysek ve bu konudaki gelişmeleri daha ileriye taşıyamaz isek o zaman kamuda bir zayıflık meydana gelecektir. Buna kesinlikle müsaade etmememiz gerekiyor. Hatta şöyle tersinden bakalım, belki özel sektörün de bu süreçleri desteklemesi gerekiyor. Niçin? Sonuçta daha iyi bir sağlık hizmeti için özel sektörün bu % 34 oranını koruması için veya tırnak içinde söyleyeyim, “kamulaştırılmaması” için kamu sağlık hizmetlerinin mutlaka etkin ve verimli bir şekilde sunulması gerekiyor. Çünkü kamusal sorumluluk bütün coğrafyada, Hakkâri’den Edirne’ye kadar hizmet sunmayı gerektiriyor. Hakkâri’deki hekim arkadaşımızın çalışması için onun teşvik edilmesi gerekir. Dolayısıyla, bugün geldiğimiz nokta itibarıyla belki sistemin en can alıcı noktalarından bir tanesi budur. Kamu-özel dengesini sağlamak adına kamudaki bu uygulamaların güçlenmesi gerekiyor. Sağlık Bakanlığı’yla beraber geri ödeme kuruluşlarının, Hazine’nin ve Maliye’nin bu süreçlere destek çıkması gerektiğini ifade ediyorum. Tabloya baktığımız zaman aslında özellikle hekim istihdamı noktasında bu durum bir zorunluluk olarak karşımıza çıkıyor.

Sistem çok hızlı değişiyor, en son değişikliklerden birisi global bütçeleme dediğimiz yeni bir kavram. Birkaç hafta önce bunun genelgesi çıktı ve yeni yeni ne olduğunu anlamaya başlıyoruz. Biliyorsunuz yakın zamanda yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası kanunu ile birlikte Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu arasında götürü bedel üzerinden hizmet sözleşmesi noktasında yeni bir ödeme alternatifi ortaya çıktı ve iki sayın bakanımız bu konuda bir sözleşmeye imza attılar. Buna göre,

2009 yılı içinde Sağlık Bakanlığı hastaneleri götürü bedel üzerinden hizmet sunmaya başlıyor. Aslında, götürü bedel üzerinden hizmet sunma sözleşmesi Sağlık Bakanlığı açısından birtakım avantajlar ortaya koyacak. Teşvik modellemesinde belki daha çok hastaneyi teşvik etmeye odaklanacağı ama bireysel teşviki de bozmayacağı birtakım yeni avantajlar ortaya çıkartabilir. Bu türden fırsatları çok ciddi olarak değerlendirmemiz ve araştırmamız gerektiğini düşünüyorum. Performansa dayalı teşvik modeli hizmet başı ödeme mantığı üzerine bina edildi. Sistemin geri ödeme modellerindeki değişikliklere de adapte olması lazım, bunlara hazırlıklı olunması gerekiyor. Yakın dönemde götürü bedel sözleşmesinin verdiği imkânlarla belki Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tanıya dayalı bir takım ödeme modelleri ortaya konulabilir. Böyle olması halinde ise, mutlaka bireysel performans sisteminin revizyonuna ihtiyaç duyulacaktır. Ayrıca, Meclisin gündeminde, uzun süredir uykuda olan ve her an uyanabilecek Kamu Hastane Birlikleri Yasa Tasarısı var. Bu yasa tasarısı içerdiği hükümlerle tamamen bireysel performans teşvik mekanizmalarını destekliyor, tasarıda bu konu ile ilgili olarak kesinlikle geriye bir adım atılmıyor. Pilot uygulamaya geçildiği zaman ise şu an uyguladığımız sistemin benzeri aynen devam edecektir.

Biraz da gecikmiş bir konudan bahsetmek istiyorum. Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat ve görev olarak yeniden yapılandırma süreci; bu bütün sektörü ilgilendiriyor. Uluslararası tecrübe Sağlık Bakanlığına bir rol biçiyor. Bu rol Sağlık Bakanlığı'nın "stewardship" rolü. Bakanlıklar politika yapar, denetler ve düzenler diyor. Aslında çok güçlü bir rol. Biz hep alıştığımız üzere, 800 hastane ve 300 bin personel yönetmeyi hep bir güç olarak algılıyoruz. Aslında bu güç değil, bütün sağlık sektörünü analiz ettiğimiz zaman önemli olan politika yapmanız, düzenlemeniz ve denetlemenizdir. Bu çerçevede, aslında performansın değerlendirilmesi ve kalitenin iyileştirilmesi süreçleri, bu konudaki tecrübe ve Sağlık Bakanlığı'nda yeterli insan gücünün oluşturulması belki Sağlık Bakanlığı'nın yapılandırılmasında en önemli hususlardan bir tanesi olacak. Çünkü, Sağlık Bakanlığı şunu yapmak mecburiyetinde; o en güvenilir kurum olmak mecburiyetinde; çünkü bütün aktörler için şeffaflık ve güvenilirlik ortamı içinde bir performans değerlendirmesi yapması gerekiyor. Performans değerlendirmesi ile dikkatleri sorunlara çekmesi gerekiyor. Bakanlık, bir ağabey gibi daha üst, ulvi bir görev yapacak. Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırma süreçlerinin yavaş yavaş hayata geçtiğini görüyoruz. Daha önceleri olmayan bir birim kuruldu, bu gerçekten çok önemli. Sadece kamunun değil bütün sağlık sektörünün performansının iyileştirilmesi ve kalitesinin geliştirilmesi için Sayın Bakanımızın talimatıyla "Performans ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı" adında müstakil bir daire başkanlığı kuruldu. Bu daireyi incelediğiniz zaman, biraz önce toplantı arasında hep beraber şahit olduk, yüzlerce doküman, kitaplar hazırlanmış. Türk sağlık sistemi için belirlenen amaçlar doğrultusunda performansını değerlendirecek, kalitesini geliştirecek -ama doğru tercihlerle moda kavramlarla değil- ve bunları kamusal sorumlulukla yerine getirecek bir kapasite oluşmaya başladı. Bunun hem kurumsal anlamda hem de bireysel anlamda gerçekleştiğini düşünüyorum. Bunu çok önemsiyoruz. Bakanlık "stewardship" Bakanlık olduğu zaman denetleyici, düzenleyici, politika yapıcı görevini yapacak bir kapasite oluşmuş olacak.

Son olarak kısaca bu uygulamalarla alakalı birkaç husustan bahsetmek istiyorum.

Sabahattin Hocam (Prof. Dr. Sabahattin AYDIN) sabahki konuşmasında ifade etmişti; ölçmek çok önemli çünkü ölçtüğünüz zaman ne yaptığınızı biliyorsunuz. Bir eksiklik olarak ifade etmek durumundayım, sistemde bir boyutu kısmen hayat geçiremedik. Bu klinik indikatörler. Klinik süreçleri ölçücü çalışmaları sonuçlandırmadık. Çünkü klinik indikatörlerin doğru ölçülmesi için elinizde rehberlerin olması gerekiyordu. Hastaya bakanlar için rehberler, hizmet verenlere yönelik rehberler bir de ödeyicilere yönelik rehberler. Ama burada şunu mutlulukla ifade etmek istiyorum; bu konuda önemli bir adım atıldı. Bu konuda uluslararası tecrübesi olan İngiltere'nin kamu kurumu olan NICE ile şu anda son sözleşme aşamasına gelindi. Yaklaşık dokuz ay sonra şöyle olacak; biz ülke olarak rehber geliştirme metodolojisiyle bir iki tane rehberi geliştirmiş olacağız ve ona paralel de hem kamuda hem özelde kullanabileceğimiz klinik indikatörleri ortaya koymuş olacağız.

Diğer bir konu ise PATH Projesi. Bu proje, hastanelerde kalite geliştirme için performans değerlendirme araçları projesi. Biz buna da çok önem veriyoruz. Proje, şu anda Dünya Sağlık Örgütü'nün önderliğinde yürüyen,, Avrupa'da birçok ülkenin katıldığı bir proje. Projeye bu yıl itibariyle dâhil olmuş olduk. Proje içerik olarak aslında kaliteyi geliştirmeyi ve hastanedeki süreçleri iyileştirmeyi amaç edinmekte. Ama farklı bir metot kullanıyor, teşvik metotlarını değil de kıyaslama metodunu kullanıyor. Hastanelerin ortak indikatörler ile kıyaslanarak kalitenin iyileştirilebileceğini ifade ediyor. Bu, önemsemiğimiz bir proje. Kongremizde proje ile ilgili özel bir toplantı yapacağız. Projeye katılımda gönüllülük esas; ister kamu, ister üniversite, isterse özel olsun bütün hastaneler sürece dahil oldukları zaman kendilerini Avrupa'daki birçok hastane ile objektif olarak kıyaslama imkânına kavuşmuş olacaklar. PATH ile alakalı süreci uzun zamandır takip ediyorduk. En son Viyana'da konu ile ilgili bir kongre yapılmıştı. Kongre sonuç bildirisine, bizim önerimizle "hastanelerde kalite iyileştirme süreçlerinde teşvik mekanizmalarının da önemli rolü olduğu" ifadesi yer almış oldu.

Son olarak, performans dayalı ek ödeme sistemi ile ilgili şunu ifade etmek istiyorum. Bu Türkiye'nin modeli. Bugün için emin konuşuyoruz, neden? Çünkü hep beraber bunun iyi sonuçlarını aldık. Etik ve siyasi olarak bu modelle ilgili karar vericiler bunun karşılığını aldılar. Bu Türkiye'ye özgü bir modelin fikri hakları da Türkiye modeli olarak tescil edildi.

Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ederim.

ÖZEL SEKTÖR VE ÇALIŞANLARIN TEŞVİKİ

Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI – Oturum Başkanı

(Anadolu Sağlık Merkezi Tıbbi Hizmetler Direktörü)

Efendim, hoş geldiniz.

Bu değerli toplantının giriş konuşmalarından sonraki ilk oturumunu açmak istiyorum. Oturum diyor ama ben bunu panel olarak çevirmek istiyorum. Şu nedenle; panelin bir akademik tarifi vardır. Panel, “konusunda uzman kişilerin kısa sunumlarından sonra katılımcıların da katılmasıyla konunun enine boyuna tartışılması” anlamına gelir. Öyle yapınca da anlamlı bir sonuç çıkar; aksi takdirde küçük, ardışık konferanslar olur. Bu nedenle var olan 90 dakikamızı şöyle kullanalım istedim; dört konuşmacımız var, 15'er dakika aşağı yukarı konuşursak arkasından da 30 dakika konuyu bir bütün olarak sizlerin de katkısıyla tartışmış oluruz.

Bize verilen konu; “Özel Sektör ve Çalışanların Teşviki”. Bu arada teşvik, çok zor, Arapça bir sözcük. Türkçe bunun yerine belki “özendirme” ya da “yürekendirme” diyebiliriz. Konuşmacılarımız Acıbadem Adana Hastanesi Direktörü Hüseyin Çelik. Hüseyin Bey'in masada yazılı adının önünde Dr. yok ama biliyorum ki Hüseyin Bey'in de doktorası var, her ne kadar tıp değilse de yönetim doktorası var. İkinci olarak OHSAD Genel Başkanı Doktor Reşat Bahat, sonra TOBB Sağlık Kurumları Meclis Başkanı Konya'dan Doktor Seyit Karaca ve Bursa Sağlık Kuruluşları Derneği Genel Sekreteri Doktor Feza Şen.

Tekrar hoş geldiniz. Buradaki sıraya da uymaya çalışarak ilk sözü Hüseyin Bey'e vereceğim. Bu arada şu dikkatimi çekti ve iyi bir tesadüf olduğunu düşünüyorum. Konuşmacılarımızın hepsinde devlet deneyimi var. Bu Türkiye'deki yapıyı karşılaştırabilme ve daha nitelikli fikir ifade edebilme açısından oldukça önemli. Biz her ne kadar özel sektör gözüyle konuşacak ya da fikrimizi beyan edecek isek de kamuyu da iyi biliyor olmaktan da yararlanacağımızı düşünüyorum. Hüseyin Bey, buyurun.

Dr. Hüseyin ÇELİK – Panelist

(Acıbadem Adana Hastanesi Direktörü)

Teşekkür ederim Sayın Başkan. Herkesi saygıyla selamlıyorum. Öncelikle bu toplantıya davet edildiğim için Sağlık Bakanlığı'na çok teşekkür ederim.

Özel sağlık sektörü diyoruz ama aslında bir tane sektör var, o da sağlık sektörü. Ben bunu özel teşebbüs ve kamu teşebbüsü diye ayırmak istiyorum. O yüzden bu belki de mülkiyete dayalı ayrışmayı da ortadan kaldıracaktır diye düşünüyorum. Artık bizim sektörü tek olarak görmemiz lazım. Bir tane sektörümüz var o da sağlık sektörü bu anlamda. Kendi içinde alt sektörleri var ama mülkiyete dayalı konuşmaya başladığınız zaman özel teşebbüs, kamu teşebbüsü demeyi ben kendi adıma tercih ediyorum. Bu şunu sağlıyor; ayrıma dayalı sistemi kurmaya başladığınız zaman bireyi unutuyoruz.

Yani sağlık hakkının temel süjesi vatandaş olduğuna göre, birey olduğuna göre bizim sistemi bunun üstüne kurmamız lazım. Kamu mülkiyeti olduğunda ayrı bir sistem, özel mülkiyet olduğunda ayrı bir sistem yaklaşımını ben kendi adıma çok sağlıklı bulmuyorum. Bu anlamda bizi daha baştan ayıran kamu-özel ayrımıyla vatandaşa da hizmetin içeriğinde, şeklinde birçok aşamasında farklılıklara neden olan bu ayrışmaya da artık son vermenin zamanı geldiğini düşünüyorum. Türkiye bu anlamda üç tarzlı siyaseti yaşadı, şu anda ikinci aşamasını yaşadığımızı düşünüyorum. Birinci tarzı siyaset; vatandaşın sorununa dayalı bir yaklaşımdı. Yani vatandaşın sorunlarından besleniyordu, o sorunları kendi taraftarı için çözerek siyaseti var ediyordu. İkincisi; çözüme dayalı, yani vatandaşın çaresizliğinden yoksunluğundan değil artık çözüme dayalı bir politika geliştirerek bundan beslenen bir siyaset tarzı. şu anda ikinci tarz siyaseti yaşıyoruz ve bu aynı zamanda kamu-özel ayrımının da bir gerekçesi olarak ortaya çıkıyor. Bundan sonraki sürecin ben vatandaşın tercihiine dayalı siyasete doğru yol alacağını düşünüyorum ve artık vatandaşın tercihi hangi yönde ise onu önceleyen, onu önemseyen ve politikasını buna göre yapılandıran bir siyaset tarzını da zaman içerisinde Türkiye'nin gündeminde yerini alacağını düşünüyorum.

şimdi bu kadar uzun bir girişten sonra yedi tane slaydım var, en az slaytla yaptığım bir sunum olacak. Bize gönderilen programda üç ana başlık vardı, o başlıklara sadık kalarak sadece görüşümü paylaşarak sunumumu yapacağım, uzun uzun anlatımlara girmek istemiyorum.

Özel teşebbüsün çalışanlarının teşvikinde zorluklar ve farklılıklar başlığında birincisi, özel teşebbüsün bir garantörü yok. Garantörün olmaması ne anlama geliyor? Artık kendi yağıyla kavrulmak zorunda. Sağlık Bakanlığı'nın son döner sermaye uygulamalarının da bu bazda gittiğini biliyoruz ve bunun bu anlamda teşvik ediyoruz. Garantörün olmaması şirketmelerin ya da kurumların reflekslerini, tepkilerini, geleceğe yönelik projeksiyonlarını çok temelde etkileyen bir şey. Kamuda çalışan bir yöneticinin hiçbir zaman vergi ödeme derdinde, senet, çek ödeme derdinde olduğunu çok iyi bilmiyoruz. Yaşasa bile bir şekilde ödeneceğini biliyor. Bu bence sistemi algılamak ve anlatmak için en önemli unsurlardan birisi. Özel teşebbüsün garantörü yok.

Bir diğerı mevcut yapıda kâr-zarara dayalı, yani şirketmenin nihai olarak elde ettiği çıktıya dayalı değil, gelire dayalı bir paylaşım var. Çalışanların diğer paydaşların sistemden katkıları nasıl aldığına baktığımızda siz o operasyondan, o ameliyattan, o muayeneden her neyse yapılan şişlemden zarar da etseniz dahi sistemin paydaşları kendi gelirini alıyorlar. O anlamda bir sistemin içinde şirketmenin de başarisını, şirketmenin de kârlılığını ya da verimliliğini garanti eden sistem yok. Sağlık Bakanlığı'nın bu anlamda sektöre bir açılımı oldu, yani her bir şirketmenin de performansını bireyin performansııyla ilişkilendiren yaklaşım aslında özel teşebbüs için bir yol gösterici oldu. Yani içinde bulunduğumuz geminin sağlıklı bir yol aldığını göremiyorsanız, bu anlamda orada bir risk varsa o riski vatandaşın da, geminin içinde bulunan bireylerin de paylaşması lazım. Özel teşebbüs bu anlamda Sağlık Bakanlığı uygulamalarına doğru yol almak durumunda.

Bir diğeri; sektörde henüz rekabetin tam anlamıyla varlığından bahsedemeyiz. Gerek bunu kamu kurumlarıyla özel kurumlar arasında kabul edin gerekse kendi içerisinde. Çünkü henüz sağlık hizmeti sunumu sektörleşmedi, sektörleşme yolunda. Yani bir bankacılık sektörüyle karşılaştırdığınızda, bir özel sigortacılık sektörüyle, bir ilaç sektörü ile karşılaştırdığınızda hizmet sunumu sektörünün daha 10 yıl geride olduğunu görüyorsunuz, birçok argümanlar açısından bunu yakından fark edebiliyorsunuz. Benim önerim hep şu şekilde oldu; eğer hizmet sunumu sektörünün gelecek 10 yılda ne olduğunu anlamak istiyorsanız gidin ilaç sektörüne bakın! O sizin için çok iyi bir rehber çünkü aynı travmaları, aynı darboğazları yaşamış, artık bugün bir noktaya gelmiş hizmet sunum sektörünün geleceğini öngörmek için ilaç sektörünü anlayabilirsiniz. Bu anlamda hizmet sunum sektöründe rekabetin yeterince oluşmaması, kavramların ve kuralların yerleşmesine ciddi bir engel oluşturuyor.

Peki, biz nasıl algılıyoruz? Sağlık Bakanlığı tarafından son 5-6 yılda yürütülen performansla dayalı uygulamalarla ilgili, çok kabaca söylüyorum, detaylandırmadan ve vaktinizi almadan, birincisi, her açıdan çıtayı yükseliyor çünkü düne kadar özel kurumlar büyük ölçekte varlığını kamunun yetersizliklerine dayalı yürütüyordu, kamunun yapamadığını daha iyi yaparak, hizmet sunamadığı alanları sunarak kendi varlığını sürdürüyordu. Artık Sağlık Bakanlığının son çalışmalarıyla kendi işini daha iyi yapma konusundaki getirdiği yenilikler, iyileştirmeler özel teşebbüsünde rekabet açısından ve rekabetin içeriğine girdiğimizde, kalite açısından, hizmet sunumunda vatandaş memnuiyeti açısından, fiyatlama açısından her açıdan, işletmecilik açısından çıtayı yükselttiğini görüyorsunuz. Bu anlamda performans uygulamaları hem kurumsal anlamda hem de bireysel anlamda sektörün çıtasını yükseltiyor ve bundan mutluyuz tabii ki.

Bir diğeri, rekabet ciddi ölçüde artıyor. Çünkü rekabetin belirleyici unsuru büyük oyuncu; onun koyduğu kural diğer oyuncular tarafından veri kabul ediyor ve sistem onun üzerine, onu baz alarak kurgulanmaya başlanıyor. Bu anlamda baktığımız zaman özel teşebbüs düne göre bugün çok daha rekabet hissediyor, yaşıyor ve buna uyum sağlamaya çalışıyor. Bu anlamda da ciddi bir değişim olduğunu düşünüyorum. Ancak bu rekabetin eşit olmadığının da altını çizmekte yarar var.

Bir diğer kavram, performans uygulamalarıyla birlikte insanlar hak ettiği gelire kavuşmaya başladı. Kamunun çıtası baz alındığında özel sektörün ücretleri de buna göre yeniden yapılandı. Bunu değerlendirdiğimizde, maliyetlerin her açıdan daha yüksek olmaya başladığını görüyoruz ama beraberinde gelirler baskılanıyor, büyük oyuncular tarafından gelir baskısı ödeyici kurumların gelir baskısı trendine karşılık maliyetlerin artışı gündeme getiren performans uygulaması her iki sistemi baskılamaya başladı ve gerçekten, bu anlamda da sektör zorlanıyor buna uyum sağlamakta. Bunun üstüne ekonomik krizi de eklediğinizde ciddi kırılmaların yaşanabileceğini öngörmek herhalde hayalcilik olmaz!

Bir diğerk kritik nokta, evet, biz aynı sektörün oyuncularımız, mülkiyet farklılığı var ama oyuncu olarak, büyük oyuncu aynı zamanda patron yani hem rakibimiz hem de patronumuz. Şimdi patronumuza karşı rekabet etmek çok kolay değil. İşte, o zaman şu gündeme geliyor; gelin o zaman Sağlık Bakanlığını, hep Bakanımızın çok güzel bir şekilde, veciz bir şekilde ifade ettiğı gibi “kürek çeken değil dümen tutan bir Bakanlık haline getirelim, biz de diğerk sağlık kurumlarıyla eşit koşullar altında daha rahat rekabet edebilelim”. Bu rekabet kuşkusuz, vatandaşa yarayacaktır ya da vatandaşa yarayacak bir şekilde dizayn edilmeli yani vahşi bir rekabetten bahsetmiyoruz kuşkusuz, vatandaşın hakkını önceleyen bir rekabeti baz almalıyız.

Daha önce bahsettim, artık bu yapılanma kamunun yetersizliklerinden beslenen bir sektörü kamuyla daha rekabet ortamında yaşamaya zorlayan bir yapıya doğru geçiyor. Peki, bu arada ne yapılıyor? Artık işini iyi yapan, bu konuda iddialı olan kurumlarda sadece Türkiye pazarıyla değil dünya pazarıyla, dünyadaki sağlık ölçütleriyle kendini kıyaslayarak dünyada bir oyuncu olmaya çalışıyor. Bunun belki böyle bir katkısından da bahsedebiliriz. Çünkü Türkiye’deki pasta bu kadar büyük yatırımları beslemek için yetmiyor artık.

Sektöre etkilerinden kısaca bahsedelim; maliyetlerden bahsettik, altını tekrar çizmekte büyük yarar var. Hasta kaybı yaşanıyor çünkü kamudaki kurumlardan memnun olmayan vatandaşlar bu memnuniyetin artmasıyla birlikte kamuda kalıyor, bu kendiliğinden özele geçen hasta sayısında bir azalmaya yol açtı. Fakat son dönemdeki farka ilişkin sınırlandırmalar bunu tersine çevirmeye başladı yani farkı sınırlandırarak vatandaştan daha az para alan özel sağlık kurumları için devlet hastanesi ile özel hastane arasındaki fiyat nedeniyle ayrışmanın gerekçesi kalmadı. %30 bazı alanlarda hiç fark almadan sağlık hizmetine ulaşabilme yeteneğı bireyleri görece psikolojik nedenlerle de özel sağlık kurumlarına daha çok yönlendirmeye başladı. Yani finansman kurumu açısından ya da vatandaş cebi açısından baktığınızda doğru bir seçim ama eğer “ben rekabet eden bir kamu hastanesiysen”, fiyat aralığı azaldıkça hastanın özele kaçma eğilimi artıyor” ve bunu son dönemde de görebiliyoruz.

Bir diğeri, hekim ve sağlık personeli bulamıyoruz artık yani çitanın yükselmesiyle birlikte son dönemdeki yönetmeliklerde yapılan düzenlemelerle birlikte, evet 11 Mart, 15 Şubat’ın rövanşı gibi oldu belki, orada bir iyileşme oldu, bu anlamda katkısı olan herkese teşekkür borçluyuz. Ama yine de hekim bulmak, özellikle hekim kadar hemşire bulmak çok ciddi bir sorun. Bu kamu içinde sorun, biliyoruz ama kamu, biraz sonra söyleyeceğim gerekçelerle istihdamı çok daha kolay tutabiliyor ama özelde bu avantajları sağlayamıyorsunuz çünkü bir garantör mekanizmanız yok, bunun bedelini daha fazla ödemek durumunda kaldığınızda yaşamınızı riske ediyorsunuz.

Alternatif pazar arayışlarından bahsetmiştim. Şimdi devletin koyduğu çıtada neler var Yani bu, performans uygulamasıyla birlikte? Artık maaş + prim sistemi yaygınlaşıyor giderek. Bunun üzerine kurum performansını da eklediğiniz zaman sistem kendini tamamlamaya başladı. Şimdi personel bulmaktaki zorluklardan bahsettim, bir iş güvencesi algısı var, hâlâ özel bir kurumda çalışan kişiler kendini güvende hissetmiyor. Bu anlamda baktığınız zaman kamuda çalışmak bir avantaj gözüküyor.

İş ortamı, bunu nasıl algıyorsunuz bilmiyorum yani görece hemşire arkadaşlar çok daha rahat etmek olarak algılıyor, kimse karışmıyor, görüşmüyor, "rahatlıkla iznimi alabiliyorum, rahatlıkla çocuğum hastalandığında işimden ayrılabilirim" algısı var. Bunu çok bariz görebiliyoruz. Görece kamuda çalışmanın kolay olduğunu düşünüyor genel olarak.

Emeklilik haklarının çok belirleyici etkisi var; bu anlamda son reformla birlikte bu eşitlenmeye çalışılsa da bile bu eşitlik neredeyse, nereden baksanız bir 30 yılda gerçekleşecek. Emeklilik hakkındaki avantajlar da çalışanları kamuda tutan önemli bir neden. Bütün bunlar çıtayı belli bir noktada, kamunun belirlediği noktada özeline gerçekten zorlandığı alanları ifade ediyor.

Bir diğeri, kamu otoritesini kullanmanın getirdiği bir ayrıcalık var, o tercihi çok belirgin ortaya koyuyor. Bir diğeri de bunu da özellikle ifade etmek istiyorum; yani vatandaşa hizmet etmek değil de yardım etme anlayışı geliyor. Bu ifade daha çok kullanılıyor. Hâlbuki bir bedelini alıyoruz bu hizmet karşılığında, kişiye bunu bahşetmiyoruz, bir bedeli karşılığında hizmetimizi yerine getiriyoruz. Bu algı da insanlara bir psikolojik tatmin sağlıyor yani bireyi tedavi sürecinde rol almakla bireye yardım ederek duygusal tatmin sağlıyor bir anlamda. Ama özele geçtiğimiz zaman bu hizmete dönüşüyor, vatandaş karşısına daha sorgulanır durumda kalıyorsunuz, bu da çitanın belirlenmesinde çok önemli argümanlardan olduğunu düşünüyorum.

Peki, bundan sonra hem kamu performans sisteminde hem de özelde ne tür iyileşmeler olabilir? Birincisi, şunun altını çizmek istiyorum; şimdi biz çıkar ya da menfaat güdüsünü hep aşağılıyoruz ya da baskılıyoruz ya da dışlıyoruz. Ben bunu kendi adıma kabullenemiyorum. Adil ve meşru olduğu sürece insanı var eden, işletmeleri var eden bir çıkara, menfaate ya da siz her nasıl ifade ediyorsanız bir değere ihtiyaç var. Herhangi bir bireyden bunu çıkarın, geriye bir şey kalmıyor yani insanları nasıl çalıştıracaksınız, bir işletmeyi o zorluklara karşı nasıl mücadele ettireceksiniz? Bir kere bunu kabul etmemiz lazım yani bir bireyin, bir işletmenin kendi çıkarını savunmasını, bu amaçla mücadele etmesini kabullenmeli, bunu meşru saymalı ve bunu mümkünse de kutsamalıyız. Ama bir koşulu var; adil ve meşru olduğu sürece. Bunu toplumsal kültürümüze yerleştiremezsek her alanda bocalıyoruz. Yani kendi çıkarına çalışan bir birey kendini suçlu hissediyor; hâlbuki hizmetini sunan bir hekim, bir hemşire ve diğer bütün personel bunun karşılığını almak kadar meşru, savunulabilir, ileri sürülebilir, iddia edilebilir bir şey olmamalı. Bunun adilliğini sağladıktan sonra bence bunu beslemeliyiz, benimsemeliyiz ve toplumsal olarak da meşrulaştırmalıyız. Birçok sektörde bunun aleyhimize çalıştığını düşünüyorum.

Bir diğeri, sadece kâr ortağı olmaktan ya da gelirin ortağı olmaktan çıkarıp aynı zamanda o işletmenin kaderiyle de örtüşen bir performans sistemini yaşama geçirmeliyiz. Bunu kamu belirgin bir şekilde yapmaya başladı ama özelde bunun uygulamalarını ben hiç görmedim.

Bir diğeri de, garantör mekanizmaların sistemde etkin bir şekilde yer almaması. Yani bireyin bir çalışma, iş güvencesi var ama bu garanti mutlak olursa sistemin aleyhine çalışıyor. Ya da zarar etme, etmeme garantisi ya da zarar etse de bedelini bir şekilde birisi tarafından ödeneceği garantisi. Bu, eğer mutlak olursa o sistemi yok ediyor. O yüzden sistemin içinde belli bir miktarda kaybetme duygusu olmalı, kaybetme seçeneği olmalı aksi takdirde siz garanti verdiğiniz bir yapıya aslında, en büyük kötülüğü yapıyorsunuz. Onun duygularını, reflekslerini yok ediyorsunuz ve onu kendi kaderinde ölümüne terk ediyorsunuz. O yüzden çok kritik bir nokta, mutlaka birey için de işletme için de garantör mekanizmaları tümüyle yok etmekten bahsetmiyorum, insanları güvenli kılacak kadar yer almalı ama mutlak hale gelmemeli.

Bir diğer kritik sorun; şimdi hizmet fiyatlarını belirliyoruz ama belirlerken kimi giderler zaten fatura edilemiyor. Örneğin, hekim dışındaki hiçbir sağlık personeli giderini fatura etme şansınız yok. İşletme giderlerini, yönetim giderlerini, amortismanı fatura etme şansınız yok. Bu, şunu sağlıyor; hekimin, ilacın ya da malzemenin, örneğin, malzeme örneğinde gidelim, şimdi malzemeyi 100'e alıyorsunuz, peki, bunun satış fiyatı ne olmalı? Sizin hekim ücretine yansıtamadığınız birçok giderinizi malzemeye yansıtacak mısınız? İlaça yansıtacak mısınız? Hekim ücretine yansıtacak mısınız? Ki, böyle yapılıyor mecburen yansıtacaksınız. O zaman yansıttığınız zaman da hekim ücreti ile maliyeti arasındaki ilişki kopuyor. Malzeme ücreti ile onun maliyeti arasındaki ilişki kopuyor, bu sefer fahiş kârlardan bahsediyoruz. Yani siz ilacı, malzemeyi 100'e alıyorsunuz, 200'e satıyorsunuz, olur mu böyle deniyor. Hâlbuki sattığınız sizin herhangi bir malzeme firmasındaki bir ürün değil, bu ürüne giydirilmiş bir hizmeti satıyorsunuz. Ya şunu yapacağız; yalın anlamda her bir hizmetin maliyetlemesini, faturalandırmasını yapacağız ve bunun üzerine diğer giderleri, bir işletme gideri başlığı altında faturalandıracağız ya da bu sistemin içindeki çıkmazları hep böyle yaşamaya devam edeceğiz. Bunu ayırtırmak çok kritik öneme sahip.

Kuşkusuz, işin sayısını çok önceliyoruz, ölçmek için kullanıyoruz ama bu Kongre'nin içeriğine de baktığımızda, bugüne kadar yapılanlara da baktığımızda sadece sayının değil niteliğinin ve tıbbi sonuçlarının ya da amaca uygun sonuçların da gözlemlendiğini, izlendiğini görüyoruz. Bu da ayrıca bir mutluluk kaynağı ve sistem kendini bu anlamda olgunlaştırıyor.

Bir diğeri de laboratuvar, radyoloji uygulamalarında sıkça görüldüğü üzere hekimin ya da ilgili çalışanın talebinin gelirin bir parçası halinde olması. Hem teşhise yönelik hem maliyete yönelik sıkıntıları var. Bunun bir şekilde sistem içinden geri çekilmesi lazım diye düşünüyorum.

Kuşkusuz, başta söyledim, mülkiyet ayırımının ortadan kaldırılarak tek bir sektör olduğunu bilmeliyiz ve bunun kendi içindeki vatandaşı baz alan kurgusunu tekrar sağlamalıyız diye düşünüyorum.

Peki, performans sağlıyoruz ama kime beğendireceğiz? Diğer oturumlarda da bunun kimi yansımaları var; kuşkusuz, hastaya beğendireceğiz. En temel hedefimiz bu. SGK çıktı başımıza, şimdi artık hastaya beğendirmek yetmiyor, SGK'nın da belge

olarak beğenmesi gerekiyor. Bir ödeyici kurum olarak bunda kuşkusuz çok büyük hakları var ama oradaki karar mekanizmasının hastanın önüne geçmemesi lazım, çok kritik olan şey bu. Hastanın teşhis ve tedavisinin önüne geçen bir finansal mekanizma bir süre sonra bu kaderi kendisini yok ederek yaşıyor. Yani SSK'da yaşadığımız kaderi, SGK'ya yaşatmamalıyız. Yani en kutsal değer SGK için de "hasta" olmalı, bunun önüne geçen finansal baskıları gerekirse Başbakanla gerekirse Meclis ile konuşup çözmeliyiz. Yani kurumun finansal sürdürülebilirlik kaygısı sigortalının sağlık hizmetine ulaşımının önüne geçtiği nokta, kendi varlık nedenini de tartıştığı noktaya dönüşüyor. Bu işin çok hassas noktası. GSS'nin kurgulanmasında bunu hep çok önemsedik, uygulamada da en az kurgulama sırasında olduğu kadar önem ve öncelik gösterilmesi lazım.

Kuşkusuz, bu performans tanımlayan Bakanlık ve ilgili yönetimlerde, beğendireceğimiz ya da performansı değerlendirecek olan uygulamalar. Burada da benim önerim; amaç-araç ilişkisini hiçbir zaman ortadan kalkmaması lazım. Bir süre sonra hasta unutuluyor, puanlar konuşulmaya başlanıyor. Bu amaç-araç ilişkisini kaybetmeyecek göstergeleri sistemin içine koymak lazım.

Bir diğeri de tabii ki, hem özel kurumlar açısından hem de kamu kurumları açısından bir "denetim mekanizması" var. O denetim mekanizmasının da bu performans sistemiyle örtüşmesi lazım. Bunu yapamazsak, kalıcı bir iyileştirme sağlayamayacağız. Çünkü son sözü aslında denetçi söylüyor, geliyor sizin kaderinizi o belirliyor bir anlamda, özel kurumlar için de böyle. O denetim mekanizmasının mutlaka performans sistemiyle örtüşmesini sağlayacak yapıyı kurmak lazım.

Bir iki konu daha var size bahsetmek istediğim. Bir tanesi, "görev zararı" kavramı. Eğer sıfır hatayla iş yapmak istiyorsanız bunun çok basit formülü var, hiç iş yapmayın sıfır hatanız olur. Kamuda ya da özelde çalışmanın bir riski var. Şimdi bu riski, %90 başarı ile tamamlıyorsunuz, %10 hatanız oldu, %10'u baz alarak %90'ı yok ediyoruz! O yüzden kamu bankalarında olduğu gibi yasayla kamuda risk alan yöneticilere bir görev zararı kavramının getirilmesini öneriyorum. Aksi takdirde iş yapan değil işten kaçan kişinin kazandığı, riske girmeyen kişilerin daha iyi olduğu, görece ve konumunu koruduğu bir yapıya doğru gidiyoruz. Belki Türkiye'nin, sadece sağlıkta değil, birçok sektördeki en temel sorunlarından birisi bu. Riskin karşılığında bir görev zararı kavramının mutlaka tanımlanması lazım.

Son söz, "mükemmeli iste, sistemi yok et" diyorum. Kuşkusuz, hedefimiz, mükemmele yol almak olmalı ama mükemmeli daha başta sağlamaya kalkarsanız ya sistemi hiç kuramazsınız ya da insanlarda yetersizlik duygusu yaratıyorsunuz, başarısızlık duygusu yaratıp içsel motivasyonu yok edip, gelişimini engelliyorsunuz. O yüzden benim yaşamda kullandığım bir felsefe, bilgisayar, yazılım ve birçok teknolojiye kullandığımız gibi "versiyonlu yaşamayı sosyal hayatta da başarmalıyız". Yani birinci versiyon performans çıktı, kendi içinde üçüncü, dördüncü versiyonunu yaşıyor, bunun da yetersizlikleri olacaktır, eksikleri olacaktır ama daha iyi olan yolculuğun hiç bitmeyeceğini ama elinizdekilerin de değerini bilmenin mutluluğunu, hazzını ve toplantılarda gururunu yaşayabilmeliyiz.

Ben kendi adıma Programın tümünü gördüğümde gerçekten Türkiye adına gururlandım ve buna emeği geçen sizleri canı gönülden kutluyorum. Beni dinlediğiniz için de çok teşekkür ediyorum.

Uz. Dr. Reşat BAHAT – Panelist

(Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Genel Başkanı)

Sayın Müsteşarım, Sağlık Bakanlığının çok kıymetli bürokratları, Sayın Başkan, sektörümüzün çok kıymetli temsilcileri ve çalışanları.

Öncelikle bu Kongre'yi düzenleyen Sağlık Bakanlığı çalışanlarına, ekibine çok teşekkür ediyorum ve yine, bir teşekkürü mutlaka yapmam lazım, özellikle Sayın Müsteşar Yardımcımız Sabahattin Aydın Bey'e. 4,5 aylık OHSAD Yönetimi döneminde hakikaten bize çok ciddi katkıları oldu, ciddi fikri destekleri oldu. 1,5 yıldır sürekli kötü haber almış sektörümüzün en azından 11 Mart'taki Yönetmelikle nefes almasına çok ciddi liderlik ettiği için kendisine, özellikle tabii Sayın Sağlık Bakanımız olmak üzere başta, çok çok teşekkür ederim.

Ben 1988 yılında Tıp Fakültesini bitirdim ve aynı yıl kadın doğum asistanı olarak Samatya SSK'da göreve başladım. O zaman bizim tek kimlikli muayeneye gelen hastalarımız vardı, sadece hasta idi. Gelir, o kısacık vakitte tedavi olmaya çalışır, talepleri bir hastanın sadece tedavi olma talebinden başka hiçbir şey değildir, güler yüz, ağırlanma, uğurlanma gibi beklentileri olsa da karşılanmayacağını bilen bir insan grubu. Bu şekilde mesleğe başladık fakat aradan bir 5-10 yıl geçti, hastalara bir "müşteri kimliği" ilave olmaya başladı. Özel sektörde de çalışmaya başlayınca bu kimliği fark etmeye başladık, daha doğrusu hasta bunu talep etmeye başladı. Biz yine, hekimler bunu geç fark ettik. Bazı yatırımcılar hastaların müşteri kimliklerini fevkalade önce keşfettiler, büyük, güzel ve özel hastaneler açtılar, markalar oluşturdular. Müşteri kimliği aslında çok kötü bir kimlik değil yani müşterinin bir daha gelmesini isterseniz, müşteri sizi tekrar görmek ister, vefalıdır, sizden bahseder, hatalarınızı sizin yüzünüze söyler ama düzeltmenizi ister, uluorta söylemez. Başka doktora veya hastaneye gittiyse poşetini kenara saklar size göstermez, gece yoksanız sabah size muayene olmak için bazen ağırlar içinde kıvranır.

Biz tam bu kimliğe hazırlanmışken ve kendimizi böyle dizayn etmişken son 5-10 yıldır, ya biz bunu teşvik ettik ya hastalar bu kimliklerini keşfetti ya da rekabetten böyle oldu, bu kimliğe sürpriz bir kimlik daha ilave oldu, "tüketici kimliği". Nemrut, lanet bir kimlik! Aynen bizim restoranlarda veya alışveriş merkezlerinde sergilediğimiz kimlik gibi, burun büken, gözünü sürekli "acaba bu doğru ürün mü? Kazıklanıyor muyum? Daha iyisini bulabilir miyim? Acaba gece yarısı gitsem evden çağırırsam mı doktoru?" gibi bir beklenti içinde. Tabii, bu kimlik çok kaşınmaya başladı, bu kimlik hakikaten ayyuka çıktı, bunu çok fazla kaşımamız lazım, arkasından başka bir kimlik gelir diye korkuyorum keza. Ama SGK anlaşmalarından sonra, farkın kısıtlanmasından sonra tekrar hastalar sadece hasta kimliklerine dönmek zorunda kaldılar. Çünkü özel sektörde maliyetleri kısmak için artık müşteri kimliklerine biraz dikkat ediyorlar, tüketici kimliğini de hemen hemen hiç dikkate almıyorlar.

Hepimiz tabii ki Türk insanını tedavi ediyoruz, çok güzel kamu hastanelerimiz var, eğer yapılan iyilikleri görmezsek, iyilikleri de görme şansımız olmaz. Mevcut bürokrasiye ve Hükümetimize teşekkür ediyorum çünkü özel sektör son 5 yılda ikinci en çok büyüyen sektör, özel sağlık sektörü. Sektörün %30 büyüklüğüne ulaşmış, 18.500 uzman doktor çalıştırıyor, yaklaşık 200.000'e yakında çalışanı var. Bu hakikaten, çok çok büyük bir güç. Onun için mutlaka el ele verelim ve el ele verdiğimiz bu ortamda daha mükemmele koşalım.

Ben yine, 4,5 ay içerisinde Sağlık Bakanlığı bürokratlarını ve SGK bürokrasisini tanıma şansına sahip oldum ve çok övdüğümü özellikle ifade etmek isterim, Kalite Ekibine özellikle teşekkür ediyorum, müthiş kriterlerle Türk insanına çok yakışan müthiş güzel bir kalite standardı oluşturmuşlar. Tabii, hastanelerin sınıflanmasına karşıyım, hekim emeğinin sınıflanması anlamına gelir. Orada pek aynı düşünmesem bile kaliteye karşı olmamıza imkân yok, hastanelerimizin kesinlikle, birinci sınıf olması lazım. Bu konuda devletimizin de bizi kredilendirerek, süre vererek bize yardımcı olması lazım, birinci sınıf hastanelerde birinci sınıf halkımız da tedavi etmemiz gerekiyor.

Ben size aslında bir sunum hazırladım ama vakit çok sınırlı; sizlere aktarmak istediğim konu "performans uygulamalarının özel sektöre algısı". Bir kurumsal performansımız var ama bunu bireysel performanslarımızın toplamı oluşturuyor tabii. Yine, performans yönetimi dediğimizde uygun fiziksel ortam ve teknolojik olanaklar olmalı ve hastanelerimiz artık gerçekten devlet hastaneleri de öyle, âdeta birinci sınıf, beş yıldızlı oteller gibi. Avrupa'nın birçok yerini gördüm, onları bile kıskandıracak güzellikte, hem kamu hastaneleri için söylüyorum hem özel hastaneler için söylüyorum. Bilgi yönetimi, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti; dediğim gibi tüketici kimliği sebebiyle hasta yakınlarının tatmini oldukça zor bir hale geldi, burada yardımcı sağlık personeline çok görev düşüyor. Hekimin bilgisini hastaya sunabilmesi için zamana ihtiyacı var, eğer hasta böyle sinirlenmiş ve acayip kızgın halde doktorun odasına girdiyse doktor onu muayenedeki hastanın tedavisinde harcayacağı vaktin önemli bir kısmını "hastanın gazını" almak için harcamak zorunda kalıyor. Yanlış yönlendirilmiş bir hasta yakını, doktor ve hastane çalışanları için tehlikeli hale bile gelebiliyor.

Hizmete erişilebilirlik; tabii, kolay erişilebilir bir hizmetimizin olması lazım. Hasta mahremiyetine çok özen göstermemiz gerekiyor, ben jinekolog olduğum için bunu en iyi yaşayanlardan bir tanesi benim. Hastalarımızın sırlarını kesinlikle, eşimizde dâhil olmak üzere hiç kimseye paylaşmamız gerekiyor. Hastaların doktor, hemşire ve diğer sağlık personeliyle ilişkileri; bu ilişki tabii, ne cıvık olmalı ne de çok resmi olmalı ama bir şey var ki, eğer samimi olarak "gülmeyi" bilmiyorsanız sağlık sektörünün hiçbir biriminde çalışmanız lazım ve çalıştırılmamanız lazım! Çalışanların eğitimi de dâhil bu bir süreçtir; bir kez aldık, eğitim yaptık, çalıştırıyoruz değil, süreklilik sağlanması gerekir. Mevzuat değişir, hastaların beklentileri değişir, bunu devamlı hale lazım. Hasta ile iletişimdeki yetkinlik; evet, bir konuyu bilenlerin sadece hastayı bilgilendirmeleri gerektiğine inanıyorum. Hasta güvenliği; Sayın Müsteşarım bunu çok güzel ifade ettiler, her şey hasta güvenliği için. Ama bunun dışında özel sektörde veya kamu sektöründe bazen hasta güvenliği dediğimizde başka bir şey de

anlaşıyor, iki taraf birbirini bıçaklıyor veya vuruyor, aynı bıçaklayan ve bıçaklanan da nedense aynı hastaneye getiriliyor, başka bir hasta güvenliği daha ortaya çıkıyor, onların tekrar hastanede kavga etmemelerini sağlamak. Finansal güvenilirlik başka bir konu. Kurumsal performans, operasyonel uygulamalar var burada, finansal uygulamalarımız var.

Hüseyin Bey'e katılıyorum yani bir finansal uygulamanın hiçbir zaman hastanın hayatını tehlikeye atacak veya ürünün kalitesini, sağlık hizmetinin kalitesini düşürecek boyuta gelmemesi lazım. Burada zararın sonu yok. Ayrıca hiçbir şey komplikasyon kadar veya iyileşmemiş, memnuniyetsiz hasta kadar bizim sektörümüz için kötü olamıyor.

Ben burada özellikle, "tedarik zinciri yönetimine" bir hafifçe değinmek istiyorum. Arkadaşlar, çok ciddi derecede kağıt dengesizlikleri oluyor ülkemizde. Tıbbi malzeme tedarikçileri ve malzeme tedarikçileri genellikle çok standart fiyatlar uygulamıyorlar, burada "satın almalara" çok ciddi görevler düşüyor. Yine SGK'ya görev düşüyor, çok dinamik olmaları lazım, doların 1,20 TL olduğu ortamda ve 1,70 – 1,80 TL olduğu ortamlarda yine aynı fiyatlara biz hizmet sunuyorum. Bunlarda satın almaların özellikle, tedarik zincirinde yani her ne tür malzeme alınıyorsa biraz daha dikkatli olmaları, hastaneleri rahatlatmaları gerekiyor. Yine, muhasebe ile ilgili yapılabilecekler var, finansal uygulamalar var. Kârlılık yönetimi burada önemli, tabii hastaların hayatını tehlikeye atmadan. İşletmenin sermayesi ve finans fonksiyonu inceleme çalışması. Ben burada eğer bir hastane açacak veya açmış veya ileride bir kurum olacak birisi varsa, onlara şunu tavsiye ederim; kesinlikle piyasa iyiyken ve paraya ihtiyacınız yokken kredi bulun! Çünkü hakikaten, "piyasa bozulunca sizde yoksa başkasında da yok". Yani patronlarınıza hep şunu söyleyin, işler iyi olduğu zaman şunu söyleyin, "işler çok iyi ama yine bir bankadan bir kredimiz olsun" deyin. Tabii, eğer Sayın Müsteşarımız "bilmezsek yani ölçmezsek değerlendiremeyiz" dedi, ölçmek için de ITF etkinliği çözümlerine ciddi olarak ihtiyacımız var.

Bireysel performansa gelince; insan kaynakları eğitimin sisteminin geliştirilmesi, hep burada bir tartışma var, "insan kaynak mıdır, kaynak mı yaratır?". Bence ikisi de, hem kaynaktır hem kaynak yaratır. Hastanede "olmazsa olmaz" olan şey "takım çalışmasıdır". Bütün ekipleriniz çok iyi olabilir ama birebir, birbiriyle uyumlu değilse birbirine uymayan çok mükemmel bir şeylerin birbirini sindirmekten öte gidemeyeceği aşikâr. Buna özellikle özen gösterilmesi lazım. "Öğrenme, öğretme ve gelişme" olanaklarının hastanelerde yaratılması gerekiyor. Özellikle köklü kurumlar için, kurum içinde eğer bir görev boşaldıysa, bir üst görev boşaldıysa mümkün olduğu kadar kurum içerisinden birisinin oraya getirilmesini kendi adıma çok doğru buluyorum. Eğer o makama getirecek yetenekte birisi yoksa da kendimi çok suçluyorum çünkü demek ki, "ben tek bir ata oynamışım" ve hiçbir düzgün eleman yetiştirememişim ki, onların arasından o göreve uygun olacak birisini bulamıyorum diye. "Çalışan memnuniyeti" hakikaten bizim işimizde çok önemli.

Yine, performans, performans diyoruz, burada kendi kurumlarımız için de özel ve devlet kurumları için de bir eleştiride bulunacağım, bu bir dost sohbeti; biz,

hastanelerimizdeki birçok hizmeti taşıyan firmalara veriyoruz, o işletmeciler asgari ücretle insanları çalıştırıyor, sonra elde ettiğimiz kârlara da başta doktorlar olmak üzere üst düzeyle paylaşıyoruz. Burada performansı bir şekilde haksız bölüşüyoruz gibi geliyor bana. Ama bu eleştiriyi hem kamuya yapıyorum hem kendime yapıyorum ve bundan da inciniyorum, çünkü hep hastaneleri görüyorum, hastane çalışanlarında hep zengin ve fakir bir arada yani çok rahatsız edici bir şey, buna da hep beraber bir çözüm bulmamızda fayda var gibi görüyorum.

Burada “açık kapı politikasını” özellikle söyleyeyim; ben hem hastane yöneticiliği yapıyorum hem de hastanede hekimlik yapıyorum, dünyanın en kolay şeyi bana ulaşmak. Mümkün olduğu kadar insanların telefonlarına çıkarım, kapım açıktır, personel de ulaşır, hasta da kolay ulaşır. Sizlere de mutlaka kurumlarınızda kolay ulaşılabilir olun ve üst düzeylerinizin kolay ulaşılabilir halde olmasını özellikle dikkat edin tavsiyesinde bulunuyorum.

Yine, çalışanların motivasyonu için, onların düşünleri, cenazeleri, doğum günleri çok önemlidir, özellikle bizim kültürümüzde cenaze ve düşünler çok önemlidir, mutlaka bunlara katılmak ekip ruhunu oluşturmak açısından da önemli.

En pahalı teknoloji kullanılmayan teknolojidir! Teknolojik altyapının mutlaka etkin bir şekilde kullanılması lazım. Hekimler size bir cihazı tavsiye ettiğinde onun kullanılıp kullanılmayacağını, nerelerde kullanılacağını, onun fizibilitesini özellikle sizden bunu isteyen hekimlere sormanızı özellikle tavsiye ederim.

Yine hastanelerde çok büyük bir bela “stok”. İyi bir bilgisayar sisteminiz yoksa veya çok fazla takip etmiyorsanız stoklar hem başınıza bela olur, hem de siz kredi ihtiyacı içindeyken ciddi derecede stok da orada yatıp belki de kullanım tarihi geçmiş bir vaziyette durur.

Evet, benim kısaca söylemek istediklerimin bir kısmını söyledim, yine beni davet ettiğiniz için karşınızda olmaktan çok gurur duyuyorum ve hepinize çok teşekkür ediyorum, sağ olun.

Dr. Seyit KARACA – Panelist

(Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Sağlık Kurumları Meclis Başkanı)

Teşekkür ediyorum Sayın Başkan, Sayın Müsteşarım, Değerli Meslektaşlarım, Değerli Hocalarım.

Böyle bir Kongrede herhangi bir paylaşım olmadan aynı konunun tüm konuşmacılar tarafından ifade ediliyor olmasının zorluğunu belki sona doğru konuşma yapan konuşmacılar yaşıyor. Bu anlamda sizleri çok fazla sıkıntıya sokmamak adına belki bazı slâytları atlamak durumunda kalacağım çünkü benden önce konuşan değerli meslektaşlarım ve Hocamın ifade etmediği, aynı zamanda Türkiye Odalar Borsalar Birliği Türkiye Sağlık Kurumları Meclis Başkanı sıfatıyla temsil ettiğim kurumda birlikte

çalıştığımız değerli Hüseyin Çelik Bey ve Reşat Bey'in özel sektör adına ifade ettiği bazı hususları burada tekrara düşmemek adına atlamak durumunda kalacağım.

Ben de âdetten olsun diye değil, gerçekten içtenlikle birkaç teşekkür ile konuşmama başlamak istiyorum. 2003–2004 yıllarıydı, Sağlık Bakanlığının organize ettiği programlarda kaliteyi, akreditasyonu konuşuyor idik, ben Konya'da bir otelde düzenlenmiş tüzel bir programa katılmışım fakat özel sektör adına 2005 yılından sonra "kalite" ile ilgili bir çalışma yapıldığını açıkçası şahit olacağımız böylesine bir toplantıyı bugüne kadar takip etme fırsatımız olmamıştı. Görünen o ki, arka planda Daire Başkanlığının kurulması, Ekibin, Sayın Müsteşarımızın Başkanlığında Ekibin çalışmaları bizleri bu noktaya getirmiş. Bu anlamda gerek bu çalışmalardan dolayı bir Türk insanı olarak teşekkürü bir borç biliyorum gerekse sektörün teşebbüs olarak, Hüseyin Bey'in ifadesiyle özel teşebbüs tarafında yer alan bir paydaşı olarak teşekkürü bir borç biliyorum.

Bir diğer teşekkürüm, bu Toplantıda bir paydaş olarak görülmüş olmaktan ve davet edilmekten dolayı. Yine, bu son dönem itibarıyla Sağlık Bakanlığımızın sorunları yaklaşım, hem tüm Türk insanının sağlığına yaklaşımı ve özelde de özel teşebbüsün sorunlarına yaklaşımı nedeniyle.

Performans, performans yönetiminin tanımını ve özel sektör dinamiklerine, öğrendiklerimize, uyguladıklarımıza, yaşarken gördüklerimize ve geleceğe projeksiyona ilişkin kısa kısa bazı hususları dikkatlerinize sunmak isterim; performans en basit tanımıyla verimliliğin ölçülmesi, kendi içinde çeşitli ölçüm seviyeleri olan genel bir başarı tanımlaması. Performans yönetimi de kurumun ya da firmanın kendisine özgü belirlediği performans kriterlerine göre geliştirme ve iyileştirme süreci.

Bu süreçte yaşanabilecek çeşitli sıkıntılar, performans düşüklükleri gündeme gelebilir, kişiden ve işin kendisinden kaynaklanan nedenler olabilir, kişinin takımıyla uyumlu çalışmaması, uyumlu olmaması, yöneticisiyle uyumlu olmaması, şirketin beklentilerini karşılamaması gibi nedenlere bağlı olarak performans düşüklükleri yaşanabilir. Burada, bu tesisleri yaparken hassas davranılması gereken konu, eğer çözüm odaklı bir çalışma sergileniyorsa gerçek nedenin ne olduğunu bulabilmekten geçiyor.

Dış ve iç nedenler olarak biraz önce saydığım nedenler ikiye ayrılabilir. İç nedenler, kişinin kendisi ile ilgili sorunlar, dış nedenler, işin kendisi, ekip, yönetici gibi öğelerden biri ya da birkaçına bağlı olarak şekillenebilir.

Bir başka nedeni de, yükselen beklentileri karşılayamamaktan korkma, başarıyı sürdürememe kaygısı, yeni sorumluluklarla baş edeme ve çalışma sisteminin bozulacağı fikri nedeniyle başarıdan korkmaya bağlı olabilir.

Performans eksikliklerini gidermek için kullanılan başlıca yöntemler var. Bunlar bizim de özel teşebbüs olarak kullandığımız yöntemler. Beceri eksikliğinden

kaynaklanıyorsa performansı yükseltmek için eğitim gibi geliştirici faaliyetler, bunun dışında bir faktörden kaynaklanıyorsa, önerilen yöntem pozitif özendirme, istenilen performansın ödül kullanılarak teşvik edilmesi ilkesinden hareket. Özendirme de işe yaramazsa rotasyon ve sorumlulukların azaltılması. En son başvurulacak bir yöntem olmakla birlikte işe son vermez; eğer farklı yöntemler denenmiş ve sonuç alınamamışsa.

Performans değerlendirmesinde olmazsa olmaz, birbirinden ayrılamayan parçalar gelişim planı yapılması, kariyer hedefleri ve planları, kişinin potansiyel tespiti. Tüm bunların ücretlendirme seviyesine etkileri ve tüm bunları yaparken de adil davranmak en önemli hususlar.

Tüm bunlar yerli yerinde tamam olsa bile ne kadar mükemmel sistemler olursa olsun sonuçta bir insan bir başka insanı değerlendiriyor. Dolayısıyla kişiye son derece bağımlı. Değerlendiren kişinin profesyonelliği bu konudaki bilgi ve tecrübesi yine son derece önem arz ediyor. Biliyoruz ki, en mükemmel sistemleri kötü veya iyi olmayan sistemleri en mükemmel hale getirip kullanıyor olabilmek mümkün.

Yanlış işe yanlış eleman, yeterli bilgi ve beceriye sahip olmama, yetersiz takdir ve ödüllendirme, açık olmayan görev tanımları, yöneticinin eksikliği, aşırı stres, kariyer imkânlarının olmaması, yetersiz donanım, araç-gereç, aşırı iş yükü, ailevi sorunlar, maddi sorunlar performans düşüklüğünün ana nedenleri olabilir.

Performansı yükseltmenin püf noktaları ise; çalışma ve iş ortamının yeniden düzenlenmesi, çalışma ortamının gerekiyorsa değiştirilmesi, çalışma kurallarının ve işlemlerin basitleştirilmesi. İkinci ana öğe; maddi ve manevi uygulamalarla teşvik ve ödüllendirilmesi, iş ortamının zenginleştirilmesi, çalışma gruplarının oluşturulması, çalışanların değişik işlerde görevlendirilmesi, iş rotasyonu gibi.

Çalışanların organizasyonun faaliyetlerine daha aktif katılımının sağlanması, belirli amaçlara yönelik özel çalışma ekiplerinin oluşturulması, amaçlara yönelik yönetim anlayışının kurumsallaştırılması, esnek çalışma saatleri yine grup katılımı anlamında performansı yükseltmeye ilişkin ana öğeler.

Yeni teknoloji, bilgisayar ve diğer modern teknoloji araçlarının kullanılması, organizasyonun yeniden yapılanması, fiziksel ve insan kaynaklarının yeniden dağılım ve planlamasının yapılması.

Özel sektör güvenliklerinde bahsetmek gerekirse, bu son dönem itibarıyla, özellikle 15 Şubat 2008'den sonra sektörde Sağlık Bakanlığı açısından, son 1 yıldır da Çalışma Bakanlığı açısından çalışan motivasyonundan çok çalıştıran motivasyonu üzerinde durmamız gerektiğini özel sektör adına düşünüyorum. Bu anlamda da Sağlık Bakanlığımıza özel hastanelerin sorunlarına ilişkin yaklaşımlar nedeniyle, son 1 yıldır özellikle sergiledikleri tutum, çözüm odaklı yaklaşım nedeniyle ve 11 Mart'ta yayınlanan Yönetmelikle 15 Mart'taki birtakım aksaklıkları düzeltmeleri nedeniyle, ayrıca yine katılım payı olarak hastalardan aldığımız bu %30'luk bedelin

yükseltilmesi anlamında Çalışma Bakanlığına öncülük edecek veya referans olacak "sınıflama çalışmalarını" başlattıkları, o konuda aldıkları mesafe nedeniyle teşekkür etmek istiyorum. Ama bu teşekkürle aynı orantılı olarak da Çalışma Bakanlığı ve SGK'ya da sitemlerimizi sektör adına bildirmek istiyorum. Sağlık Bakanlığının bu inter-aktivitesini maalesef, Çalışma Bakanlığında bugüne kadar göremediğimizi burada belirtmek istiyorum.

İdeal ile reel olan arasındaki farklılıklar; kurumların finans yapıları ve yeterlilikleri ideal ile reel olan arasındaki makası zaman zaman kapatabilmekte, bu da çalışanların motivasyonuna ister istemez olumsuz etki edecek birtakım uygulamalara yol açabilmekte.

İşimize konsantre olmakta, özellikle son 1 yıl itibariyle zorlandığımızı ifade etmek istiyorum yatırıma karar verme açısından. Zaten son dönemde yatırım planlama ve yatırım yapma adına planlamanın devreye girmesinden sonra yeni yatırım imkânı zaten mümkün değil ama şu anda finansal ayağımızdaki sıkıntı nedeniyle bu anlamda ciddi sıkıntılar olduğunu düşünüyorum. Sektörün şu anda en önemli sorunu; yatırımların sürdürülebilirliği sorunu. Yatırım ayağında yakalanan işletmelerimiz, ön izin vesaire gibi basamakları geçip de yatırım ayağında global krize yakalanan işletmelerimiz bu anlamda sıkıntılar yaşıyor.

Sektör özelliği olarak ilköğretimden en yükseğine geniş bir eğitim marjına sahip bir insan kaynağı çalıştırıyoruz ve takım çalışması, biraz önce Reşat Bahat Bey de ifade etti, takım çalışması sektörün "olmazsa olmazı". Bu geniş eğitim marjındaki insanlardan oluşan bir takımı oluşturmak ve bu takımı iyi motive etmeniz en önemli husus.

İç müşteri, dış müşteri tanımlarına göre çalışmalar planlamak durumundayız. Sektörün insan-cihaz bağımlılığı yine bu anlamda insan üzerine, insan motivasyonu ve performans üzerine mutlaka çalışma yapmamız gerektiğini ortaya koyuyor. İnsan-cihaz bağımlılığı birbirinden ayrılmaz bir parça olmakla beraber ana öge, o cihazı son teknoloji ile üretilmiş o cihazı kullanan da sonuçta insan. Tasarruf, verimlilik gibi önemli hususlar yine, tezlerde bizlerin öğrendiği personel performansı ve motivasyonu üzerine çalışmalar yaptığımız ana hususlar.

Biraz fantezi belki ama dünyadan belki paramedikal bazı firmalardan da personel performansını arttırmaya ve motivasyonuna yönelik bazı örnekleri kısaca zikretmek istiyorum; Google'da çalışan isterse köpeğini iş yerine getirebiliyor, 11 farklı mutfağa ait restoranlar yemek için hizmet veriyor.

Yine, çeşitli firmalardan örnekler, Net-Work Appliance'da personelin %95'i esnek çalışma saatlerine sahip, Arnold and Porter'da çalışanların önerdikleri adaylar işe alınırsa 15.000 Dolar kazanıyorlar gibi.

Ülkemiz örneklerinde ise bir tarafta günü kurtarmaya çalışan KOBİ'ler diğer tarafta motivasyon uygulamalarını lüks gören şirketler olunca insana yatırımda farklı bir

manzara ortaya çıkıyor. Ekonomik istikrarsızlık eksiklikler için iyi bir açıklama gibi görünse de temelde kültürel yaklaşım bu anlamda önem arz ediyor.

Kurumların çalışanlara ekstra hizmetler sunması için öncelikle temel ihtiyaçları öngörüldüğü şekilde karşılamak durumu ortada. Avrupalı şirketler 4 ve 5. basamak dediğimiz özel hareket planlarını gerçekleştirme ve farklı olma düzeyindeki ihtiyaçlara yönelik çalışmaktayken bizde henüz sosyal haklar, güvenlik ve altyapı gibi ilk üç basamakta sıkıntılar yaşanmakta.

Takım çalışmasını özendirerek oryantasyon eğitiminde eksik kalanların giderilmesi, çalışanın işinde ilerlemesinin belli başlı feed-back mekanizmalarıyla izlenmesi, kişisel bazı özellikler ve hassasiyetlere yönelik bazı çalışmalar, hobiler, doğum günü, evlilik ve benzeri gibi zaman zaman takım ve birey eğitimi çalışmaları motivasyon unsuru olarak uyguladığımız belli başlı unsurlar.

Kriz öncesi ve kriz dönemi uygulamalarında maalesef, yine en temel unsurları acaba yerine getirebilmekte zorlanacak mıyız endişesiyle belki farklılıklar görülebiliyor. Sosyal iyileştirmeler düşünülürken işten çıkarmamak, maaşı tam olarak zamanında ödemek bir ödül haline geldi. Sektörün kendi içinde rekabeti mutlaka zorunlu adımlar atmayı gerektiriyor. Kamunun personel alımları yine, özel sektörde personel dinamiğini önemli ölçüde aksatıyor, bozuyor.

Geleceğe projeksiyonda beklentiler çok olumlu değil, az öncede ifade ettim, özellikle finansman ayağında her an sürpriz beklediğimizi, her gün SGK'nın yeni bir uygulamasıyla karşı karşıya kalıp kalmayacağımızı merak eder durumdayız.

Kamunun düzenleyici kısmının daha çok yapması gerekenler var diye düşünüyorum. Kriz dönemlerinde alınan tedbirler hizmet sektörünü de içermeli. Son dönem açıklanan birkaç pakette hizmet sektörü maalesef, göz ardı ediliyor. Bunun dışında KOBİ tanımı çerçevesinde hizmet sektörünün de ele alınmasıyla ilgili Sanayi Bakanlığımızın gündeminde bir çalışma olduğunu biliyorum. Bu anlamda Sağlık Bakanlığımızın da hastanelerin KOBİ tanımı çerçevesinde hizmet sektöründe yer alan kurumların KOBİ tanımı çerçevesinde yer almasının teminine ilişkin varsa eksik kalan, bizlerin yapamadığı bir çalışma destek ve katkı sağlamasını istirham ediyorum.

Kamu personel açığının devam etmesi, kariyer planını yine olumsuz etkiliyor. Kendi kurumumdan örnek vermek gerekirse, son Sağlık Bakanlığının aldığı personel alımları çerçevesinde 5 personelimiz daha kamuya gitti. Şükür ki, bizlerin de personel çekebileceği şu anda tek kaynak müteahhit firma üzerinden, yardımcı sağlık personeli çalıştıran üniversite hastaneleri, bize de bu giden 5 personelin yerine üniversite hastanelerinden arkadaşlarımız geldi.

Tamim Yasası ve Kamu Hastane Birlikleri Yasasının bizlere etkileri önemli. Kamu performans uygulamaları üzerine de birkaç söz söylemek isterim, kamuda çalışan hekim arkadaşlarımızla da neticede çok sık sohbetler yapıyoruz bu konuda; hekim çalışma sistemi performansın nihai hedefi ile uyuşmuyor diye düşünüyorum. Sağlıktaki

Dönüşümle kuruma ve hekime ulaşması hasta, tedavisini tamamlamada zorluklar yaşıyabiliyor. Bazı hekimler açısından hasta yatış ve operasyon sayıları itibariyle tavan puanı tamamlama yeterli performans kriteri olabiliyor. Bu durumda da daha risk almama gibi hekimin kendi içine kapanması ve kendini koruması devreye giriyor. Kamu çalışanı hekimler açısından da çok çalışana çok ödeyen ama daha çok çalışana daha çok ödemeyen sistem nedeniyle özelde çalışma halen cazip geliyor. Umarım bu tarz söylemlerimiz “aleyhimizde delil olarak kullanılmaz” diye de düşünüyorum Mehmet Bey’e bakarak.

Şu anki uygulamalarla kamunun ulaştığı eğitim hak ediş miktarları hâlâ özel sektörün cazip olduğunu gösteriyor. Yardımcı sağlık personeli açısından ise durum tam tersi. Kamu güvencesi, hak edişlerin biraz daha yüksek oluşu kamuyu cazip kılıyor, buna rağmen kamu yardımcı sağlık personelinde performansla dayalı ödeme sisteminden daha fazla pay istiyor.

Ben de beni dinleme nezaketinde bulunduğunuz için şahsım ve kurumum adına teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Feza ŞEN – Panelist

(Bursa Sağlık Kuruluşları Derneği Genel Sekreteri)

Sayın Müsteşarım, Sayın Başkan, Sağlık Bakanlığının Değerli Bürokratları, Sağlık Sektörünün Değerli Temsilcileri, Hanımefendiler, Beyefendiler.

Ben çok uzun konuşmayacağım. Sektör olarak “teşekkürlerden” önce bir ülke vatandaşı olarak bu ülkede Cumhuriyet Tarihinden bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programını kazandıran herkese vatandaş olarak teşekkür ediyorum, insan odaklı, hasta odaklı düşünüldüğü için.

Performans sisteminin özel kurumlara yansımalarını anlatırken Bursa’da dünyanın ilk standart belgesi yazıldığından biraz bahsedelim. 1502 yılında, hekim sayısı o kadar yetersizken bile, belediye başkanı hekimleri, cerrahları görmek ve gözetmekle, yani Sayın Hocam Sabahattin Aydın’ın da ifade ettiği gibi, “bilmek için ölçmek, ölçmek için kontrol etmekle” görevlendiriliyor.

Performansın tanımı çok belli, “performans takat sınırı”, biz iyi biliyoruz ki, performansla kurumsal bakıyoruz, birey zaten sistematik hatada %15’den fazlasını üretiliyor.

“Hedefi olmayan gemiye hiçbir rüzgâr yardım etmez.” Fakat bizim hedefimiz ne? Özel işletmeyiz, sürdürülebilir olmak, ayakta kalmak. Ayakta kalmak için bir; bizim kullanıcımız için bir ürün sunacağız, iki; kendimiz verimli olacağız. Ama sağlık hizmetinin kısıtları performans yönetiminde bizim sınırlarımızı belirliyor.

Buradaki en önemli kısıt aslında, “zaman” çünkü bizim asli unsurumuz “hekim” ve hekim zamanını satıyor. Sizin birden fazla ameliyathaneniz olması, 10 saat mesai yaptırmanız kapasitenizi göstermiyor. Çünkü hekimi, aynı anda poliklinikte, aynı anda ameliyathanede kullanamıyorsunuz. Ürettiğiniz hizmeti, paydaşlarının etkinlik göstergeleri üzerinden de performansını değerlendirmeniz gerekiyor. Hastalarınızı en az risk ile ve en üst düzeyde tatmin edeceksiniz, kaynaklarınızı maksimum kullanarak hizmet üreteceksiniz ama ödeyici taraf olarak da bakarsanız, sağlık sistemi olarak da bakarsanız arzu edilen sağlık sonucunu bir kerede üretmeniz gerekiyor. O zaman sistemdeki objektif göstergeler çok önemli. Buradaki göstergeler Sağlıkta Dönüşüm Programının 2008 Kitapçığı olan Sağlık Bakanlığımız tarafından yayınlanan kitapçıkta Sayın Bakanımızın sistemde sorun tespiti açısından baktığı göstergeler; temel sağlık göstergeleri, finansal risk koruması, hasta memnuniyetidir. Bunları gördüğümde bir işletmeci olarak gururlandım, bizdeki temel sağlık göstergesinin karşılığı klinik indikatörlerimiz, hasta memnuniyeti iki tarafta da var ama finansal risk koruması bizim açımızdan işletmelerin verimliliğini ifade ediyor. Çünkü amacımız ayakta kalmak, sürdürülebilir olmak.

“Bir çivi yüzünden bir nal, bir nal yüzünden bir at, bir at yüzünden bir atlı gider” deriz. Bu ülkenin özel sağlık işletmeleri gururudur, ülkenin sınırları içinde tertip edilmişlerdir, finansmanı bizler tarafından sağlanmaktadır, bu ülkenin insanı çalışmakta, en önemlisi, bu ülkenin hastası hizmet almaktadır.

“Her büyük sanatçı, sanata kendi damgasını vuruyor”, özel sağlık kurumlarımızda yapılan performans çalışmalarına baktığımızda, kendi üyelerimizi ve Türkiye genelini incelediğimde belgeli olmayan kurumlardan başlayarak akredite olan kurumlara kadarki yelpazede, çeşitli sistemlerle performans çalışmalarını yapıyorlar. Biz, burada sistemlerimizi incelerken, inceletirken indikatörler üzerinden gitmeye özen gösteriyoruz. Çünkü biz finans boyutunu, hasta boyutunu ve klinik boyutunu görmek zorundayız, klinik boyutunda süreçlerimizi görmek zorundayız. Hasta boyutunda kesinlikle, memnuniyeti sağlamak zorundayız çünkü çok ciddi rekabet yapısıyla çalışıyoruz ve biz kapasitemizi yönetmek zorundayız. Onun içinde biz, finansal boyutta bütçelerle çalışıyoruz.

Şimdi bütçe örneği vereceğim. Bizim bütçelerimiz inan ki, performansa dayalı ek ödeme sisteminin bir kademe de ilerisinde diye bir iddia arz ediyorum burada. Çünkü biz, bütçelerden önce kliniklerimizin göstergelerini koyuyoruz, performans göstergeleri, bu göstergeler. Kalite belgesi olmayan kurumla akredite olan bir kurum arasında daha çok akredite olan kurumlarda kullanılan göstergeler olabilir ama sadece hizmet üreten, kalite yoluna çalışma yapan kurumlarımız da bunların bir kısmını kullanıyor. Özellikle “hekim performansına” geldiğimizde klinik göstergelerin dışında yasal prosedürlere uyumu, iletişimi, bölüm içi davranışını, dosya kayıt titizliğini gösterge olarak koyabiliyorsunuz.

Koymanız önemli değil, değerlendirebiliyor musunuz? Bir öğrenci sınava giriyor, sekiz soru soruyor hoca, ilk yedi tanesini öğrenci cevaplıyor, son soruyu cevaplayamıyor, hocası diyor ki “7, sınıfta kaldım 100 üzerinden”, öğrenci “hocam, nasıl olur?”

diyor, "ilk yedi soruyu cevapladım", "valla, ilk yedi soruyu cevapladın ama onlar birer puandı, son soru 93 puandı" diyor. Kapıda hasta beklerken o dalda tek olan hekiminiz ayrılmak isterse, sizin değerlendirmeniz de bu göstergelerin hepsini 100 puanda cevaplıyorsunuz ama aynı dalda beş hekim varken beş tane de size hekim olarak çalışmak için müracaat eden kişi varken, o zaman bu soruların sizdeki değerlendirme karşılığı "1" olabiliyor.

Bizim tüm özel kurumlarımız klinik göstergelerin dışında "işletme performans göstergelerini" maksimum oranda kullanmaya, kendi ölçülerinde kendi kurumlarına uyanı alıp kullanmaya özen gösteriyor. Bu göstergelere tek tek girmiyorum vakitten dolayı. Arzu edenlere detaylı anlatabiliriz. Çünkü biz, işletme olarak "önleme ve ölçme maliyetlerini" sırtımızda taşıyoruz, Niye?

Biz, bir klinik kalitede ve hizmette mükemmellikte maksimum risk ile çalışıyoruz. Ürettiğimizin ürünün geri iade garantisi yok, bir can taşıyan insana hizmet ediyoruz. Biz, içsel başarısızlık maliyetlerini işletme olarak sırtımızda taşıyoruz, özellikle "lojistik yönetimini" bilmediğimizden, lojistik yönetimini uygulamadığımızdan.

Bir de içsel başarısızlık maliyetlerine son zamanlarda Sosyal Güvenlik Kurumunun fatura denetimlerindeki para kesintileri eklendiğinde ciddi bir rakam ediyor, ciddi bir verimlilik kaybı oluyor. Dolayısıyla ölçmek zorundayız. Bir de bunun dışsal başarısızlık maliyetleri var. Dolayısıyla biz tüm sistemi aslında bütçelerimizden yakalayıp her bölüme indirgemeye çalışıyoruz. Bu konuda Erol Eren Hoca'nın sözü çok güzel, "ilgi alanlarına odaklanma açısından bütçe önemlidir" diyor.

Biz gelir bütçeleri yapıyoruz; uzman hekimleri performans merkezi veyahut da faaliyet merkezi olarak tanımlıyoruz, her bir uzman hekime günlük hasta sayısı belirliyoruz. Bunu örnekle de açıklayabiliriz; yani ortalama günde 30 hasta bakan, yeni hasta kabul eden, 24 gün çalışan bir uzman hekime 30 ile çarpınca ay için 720 hasta hedefliyoruz. Hasta birim gelirini, SUT'un size verdiği haklar ve hastadan aldığınız farklar üzerinde bir ortalama ciroya ulaşıyorsunuz; bu bir cerrahi branşsa belirli bir ameliyat dönüşüm oranından da operasyon ve yatışlarınızı çıkartıyorsunuz, yine bunun SUT'a göre birim gelirini belirliyorsunuz, bir hedef koyuyorsunuz, bu ciro oluştuğunda da bunun yaklaşık bir oranını, hekime veriyorsunuz.

Şimdi bakalım ki, biz burada niye performansla dayalı ek ödemede bir adım ilerideyiz? Çünkü biz bütçemizde hizmet kısmını görüyoruz, hizmet sayılarımızı görüyoruz, ameliyat dönüşüm oranını görüyoruz, değerlendiriyoruz. İki, ciro kısmını da görüyoruz, biz bu ikisini gördüğümüzde ve aybaşında hedeflenen olarak bu tabloyu yaparsak, ay sonunda da gerçekleşen olarak bu tabloyu yaparsak ve ay sonunda hedefle gerçekleşme arasındaki sapmayı değerlendirerek niye sistemin çalışmadığını ölçüyoruz. Biz aslında kurumlarımızda belki bilmeden ciddi "performans yönetimleri" yapıyoruz.

Ayrıca gider bütçelerimizi oluşturuyoruz, gider merkezlerimizi performans merkezleri bazında tanımlıyoruz, maliyet merkezleri belirliyoruz, sabit ve değişken maliyetleri

ortaya koyuyoruz hatta bir adım öne gidip belki doktorun geliri, giderinden sonra kalanı üzerinden de hak ediş verebiliyoruz ama hepsini performans indeksi haline getirerek. Çünkü biz, gelir-gider tablosunun sonundaki değerlerden ayakta kalıyoruz, “Ebitta Oranları” dediğimiz oranlarımız var. Bu oranlar belli bir noktaya geldiğinde büyük A Grubu hastanelerden başlayarak birçok işletme genel müdürüne prim veriyor ama bu kârlılığımız değil. Bakın, ondan sonra daha neler gider olarak daha bize kalıyor?

Biz, oradan bir miktar para elde etmek zorundayız ki, ayakta kalalım, bu ülkenin insanını çalıştıralım, onların Sosyal Güvenliğini ödeyelim, SSK’larını, primlerini, stopajlarını verelim ama bir dış finans kaynağı kullanacaksak bunun maliyeti de bizde kalmak zorunda. Yatırım yapmamız lazım, ben hastanemi babamdan miras almadım, kayınpederim de yapmadı! Onlar yaptıysa hiç önemli değil, onlar yapmadıysa amortismanı, işletmenin üretmesi lazım, vergiyi üretmeniz lazım, %10 kârlılıkla çalışan bir sektördeyiz.

Bizim verimliliğimiz nasıl artar? Hasta sayımız artınca artar, bir de birim gelirimiz artınca artar. Birim gelirimize bizim etki edemediğimiz; kamu mevzuatı ile etki eden parametreler var, bunlardan bir tanesi SUT fiyatları. Sosyal devlet mantığı ile kamunun hizmet üretilip kamuya sattığı mantıkla oluşturulmuş fiyatlardır. Hekim maaşları, hepimiz biliyoruz ki genel bütçeden ödeniyor. SUT fiyatlarında emek payı yok. Hastadan alınan katkı payının sınırlandırılması ise sıkıntılı konudur. Hekim ekleme, tıp dalı ekleme sorununuz şu an kalmadığı için tekrar Bakanlık yetkililerine teşekkür ediyoruz, ama bir de buna global krizi eklediğinizde biz, verimliliğimizi arttıracak, “artı olacak kısmı” kendimiz sağlayamıyoruz.

Buradan personel mutluluğuna geleceğim kısa bir şekilde, hasta sayımızı arttırmaya başlıyoruz yani içerideki iş yükünü arttırıyoruz, ölçme maliyetlerini düşürmeye çalışıyoruz, başarısızlık maliyetlerini düşürüyoruz, hep taktik kararlar veriyoruz ama işletme sahibi olarak stratejik bir karar verebiliyor muyuz? Hedef kitleyi değiştirebiliyor muyuz? Sosyal güvenlik anlaşmalarından vazgeçebiliyor muyuz arkadaşlar? Vazgeçemiyoruz! Vazgeçen hastanelerde işte, kısmi anlaşmalarla yollarına tekrar gelip devam ediyorlar. Çünkü “olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi”! Devletin olmadığı sağlık sistemi olmaz, sağlıksız da bir hayat olmaz.

Bizim SUT’tan şöyle bir sıkıntımız var; 2002 yılında sağ tarafta gördüğünüz müdahalelerin toplamı 8.100 TL iken 2008 yılında 6.300 TL’ye düştü. 2009’da da aynı rakamlar, sağ tarafta gördükleriniz, şu anda %23 azaldı, yani bir de fiyatlarımız düşüyor.

Ve geliyoruz bu işin emek kısmına. Burada bir tetkik var, periferik yayma. SUT’ta kayıtlı, 10 kuruşluk bir cam ile yapılıyor, 1 Liraya yapılıyor, kamu yararı düşündüğünüzde 10 katı fiyat ödeniyor bu tetkike! Ama bu tetkikle bir can kurtuluyor, sonuç hekimin değerlendirmesine bağlı. 90 kuruşa bir hekim bir insanı kurtarıyor değerli arkadaşlar.

Hekimin emeğinin bize likit değerini karşılaştırıp konuşmamı bitiriyorum. Likidite de bir sermaye deyimi aslında. Nakit kalmayıp para dışına çevirdiğiniz değerlerin tekrar nakde döndüğünüzdeki alım gücünü gösteriyor. Bundan 5 ay önce iki tane hekim düşünün "A" ve "B" hekimi ve ikisinin de sol cebinde 120 lira olsun, bir arkadaşım gitsin, dolar alsın, sağ cebine 100 dolar olarak koysun diğeri de hep 120 lira nakitte kalsın, bugün o dolar alan arkadaşın cebinde 100 doları var, nakitte kalanın 60 doları var yani biri evine 100 dolarlık ekmek götürüyor, biri evine 60 dolarlık ekmek götürüyor. TL bazında alım gücü düştü.

Şimdi biraz önce verdiğimiz bütçe örneğine tekrar dönelim; biz, 2 sene önce hekime günde 30 hasta veriyorduk, 15'er dakikadan, hasta birim gelirini 70 lira hesaplıyorduk, 30 lira civarında da SUT fiyatı alıyorduk. O zaman için %20 fazla fiyat alma hakkı vardı özel sektörün. Bir de %100'e kadar hastadan fark alıyorduk. Çünkü biz bilgiyi, biz teknolojiyi hizmetle birleştirip sunuyoruz. Bugün hasta birim gelirinde 70 liraya ulaşmak yasaların bize taşıdığı şartlarda mümkün değil. O zaman bu hekim günlük 2.100 liradan 500 lirasını cebine alıyordu hekim arkadaşım, o 500 lirayı bugün tekrar almak için ise muayene ettiği hasta sayısı 30'dan 42'ye çıktı değerli arkadaşlar! %40 fazla çalışıyor. Bu hekim arkadaşın, "çalışan mutluluğundan" gelin birlikte bahsedelim. Ama umutlarını yitirmiyor çünkü sabırla bekledikleri "bir tam gün" var!

Ayrıca sağlık dışı personel çok önemli. Sevgi, bilgi çalışmanın ne vatani ne gümrük doneleri ne üniforması var. Onlar bizim hakikaten, çok değerli insanlarımız. Bu konuda da Sayın Reşat Bahat'ın dediğine katılıyorum, hem de bir işletmeci olarak katılıyorum. Performansı tartışıyorsak, hakikaten, taşeron mantığı ile çalışmayı belki bir daha gözden geçirmeliyiz. Adalet ve hakkaniyet boyutuna bakmalıyız.

Ben teşekkür ediyorum, süreye sadık kalmaya çalıştım. Saygılarımı arz ediyorum. Ayrıca böyle bir oturumda özel sektöre öncelik tanıdıkları için bu Kongreyi düzenleyenlere ve emeği geçenlere teşekkür ediyorum. Tüm sağlık çalışanlarına, sağlık bürokratlarına, Sağlıkta Dönüşüme emeği geçen herkese bir Türkiye vatandaşı olarak tekrar teşekkür ediyorum.

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
PERFORMANS VE KALİTE
UYGULAMALARINDA
HASTA GÜVENLİĞİ**

Doç. Dr. Turan ASLAN – Oturum Başkanı

(Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi)

Sabah bir kalite içeriğine sahip olan ve üç gün sürecek olan toplantılarımıza başladık. Dikkat edecek olursak, Sağlık Bakanlığı kaliteyi çok ön plana çıkarmış bir kuruluş durumunda. Bu, katılımcıların desteğiyle Sağlık Bakanlığı'nın vizyonu ve misyonu ile örtüşünce anlamlı hale geliyor. Kalite ve Performans Sağlık Bakanlığı'nın vazgeçilmez değerleri oldu. Bunu bugün diğer toplantılarda da işleyeceğiz. 2003-2004 yıllarından önce kalite dediğimizde sadece basit kavramlar hatırlamaya geliyordu. Bugün bir kongreyi bütün içerikleriyle kavrayacak kadar genişlemiş, bilimsel esasları oturmuş, bilimsel bir çalışma aklı geliyor. Şimdi ben bugünün ilerleyen saatlerinde sağlık uygulamalarında Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Uygulamalarında Hasta Güvenliği konusunu işleyeceğiz oturumu açmak istiyorum. Oturum dört konuşmacı tarafından sunulacak. İlk konuşmacı arkadaşımı, Doçent Doktor Mustafa Ertek'i konuşmasını yapmak üzere davet ediyorum. Kendisi Hıfzıssıhha Merkez Başkanı'dır hâlihazırda. "Sağlık hizmetlerinde laboratuvar güvenliği ve enfeksiyon kontrolü" konusunu işleyecek. Buyurun Sayın Mustafa Bey.

Doç. Dr. Mustafa ERTEK – Panelist

(Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanı)

Evet Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar,

Şimdi benim anlatacağım konu Sağlık Hizmetlerinde Laboratuvar Güvenliği ve Enfeksiyon Kontrolü. Buna geçmeden önce hasta güvenliği ve kalite ile birkaç şey söylemek istiyorum. Şimdi tabii ki günümüzde sağlık hizmetlerine ulaşımında bir sorun yok. Türkiye'de her vatandaşımız yılda altıdan fazla hekime müracaat edebiliyor. Daha önceki yıllarda bu imkânımız yoktu. Tabii ki bu sağlık hizmetlerine ulaşımın rahat olması yeterli mi? Hayır, yeterli değil. Hizmet arttıkça insanlar daha kaliteli hizmet arayışı, beklentisi içerisine giriyorlar. Dolayısıyla bu verilen hizmetin de kalitesini artırmak, hem sağlık hizmeti sunanların görevi hem de bu hizmeti alanların beklentisi haline gelmiştir. Tabii sağlık hizmetinde hasta güvenliği dediğimiz zaman bunun çerçevesi yaşadığımız dönemle ilintilidir. Anestezinin keşfinden önce hastalar nasıl ameliyat ediliyordu? Hastanın kafasına bir sert cisimle vuruluyor, bayıltılıyor ve hasta ameliyat ediliyor. Burada hasta güvenliğinin ölçüsü nedir? Bu vurulan darbenin ölçülü olmasıdır, hasta için güvenli olmasıdır. Yani ameliyattan ölmeyebilir ama bu darbeden ölebilir. Bugün geldiğimiz noktada ise anestezi açısından baktığımız zaman hastanın yaşına, altta yatan hastalığına göre, ameliyatın çeşidine göre çok farklı alternatiflerle ameliyat seçenekleri, anestezi seçenekleri sunulabilmektedir.

Hasta güvenliği nedir dediğimiz zaman bir hasta için istenmeyen bir durumdan, bir olumsuzluktan ya da sağlık bakımıyla ilgili bir zarardan uzak olma haline hasta

güvenliği diyoruz. Buradaki temel amaç hastanın teşhisinden tedavisinin bitimine kadar bütün süreçte hastaya güvenli bir sağlık hizmeti sunmaktır. Bu amaca yönelik olarak yapılan tüm hizmetler hasta güvenliği çerçevesi içerisinde incelenir. Sağlık hizmetlerinde temel hedef nedir? İnsan sağlığını iyileştirmek ve kişileri hastalıklardan korumaya odaklı bir hizmet sunmaktır. Günümüzde tam olarak bunu yapabiliyor muyuz? Maalesef yapamıyoruz. İstesek de yapamıyoruz, çünkü tüm dünyada sağlık hizmetinin sunumuyla alakalı olarak birçok olumsuzluklar görebilmekte, yanlış ameliyatlara, yanlış tedavilere, uygunsuz dozda ilaç verilmesi gibi ki tıptaki temel yaklaşım önce hastaya zarar vermeme ilkesidir bu ilkeye maalesef istemeden zaman zaman uyamıyoruz. Hasta güvenliğinin önemi sadece hasta açısından önemli değil, aynı zamanda ülke ekonomisi açısından da önemli. Hastaya güvenli bir sağlık hizmeti sunamazsak eğer doğabilecek olan kazalardan ve yahut da hastane enfeksiyonlarından veya yanlış tedavilerden, yanlış ameliyatlardan dolayı ciddi işgücü kayıplarına ve mali, ekonomik yüke sebep olacaktır ki Amerika’da yapılan bir çalışmada her yıl 98 bin tane insan hastane enfeksiyonu nedeniyle kayıp ediliyor.

Bugün hastanelerimiz için kalitenin en temel hedeflerinden bir tanesi de kanıta dayalı tıp uygulamasının yapılması ve güvenli sağlık hizmeti verilmesidir. Hasta güvenliğindeki temel hedef ya da kalitenin artırılmasındaki hedef sağlık hizmetinin sunumu esnasında ortaya çıkabilecek olan birtakım zararları hastaya ulaşmadan önce engel olmaktır veyahut da bunu minimuma indirmektir. Burada güvenli sağlık hizmetinde tek bir meslek grubu sorumlu değildir. Hastane yönetiminden temizlik personeline kadar, mutfak çalışanına kadar tüm ekibin ortak yürütebileceği bir iştir. Güvenli sağlık hizmetinde ya da hasta güvenliğinde üç tane temel departman vardır sorumlu olan; bunlardan bir tanesi Sağlık Bakanlığı, bir diğeri sağlık hizmetinin uygulandığı hastaneler, bir diğeri de bu uygulamayı bizzat yapan uygulayıcılar, sağlık personeli ve o hizmeti alan hastalardır. Bu üç kompartıman birlikte, koordineli bir şekilde hareket ederek güvenli bir sağlık hizmetini ve hasta güvenliğini maksimum düzeye ulaştırabilirler.

Bakanlığın rolü nedir? Ülke içerisinde genel çerçeveyi çizmek, yapısal şartları oluşturmak, evrensel uygulamaları takip etmek ve bu bilginin sağlık personeline aktarılmasında öncelik etmek, konuyla ilgili yapılacak düzenlemeleri, yasal düzenlemeleri çıkarmaktır. Sağlık Bakanlığı bu görevi icra ederken sektörün tüm taraflarını, özel sektörü, sivil toplum örgütlerini, hasta haklarıyla ilgili dernekleri, bütün bunları da dikkate almalı ve onlarla birlikte hareket etmelidir. Kurumun rolü nedir hasta güvenliğinde? Bir defa hasta sağlık hizmeti veren her kurum hasta güvenliğini stratejik bir hedef olarak belirlemelidir ve bu hedef içerisinde hizmet sunumu esnasında hastaya zarar verebilecek en küçük riski dahi ortadan kaldıracak tasarımları gerçekleştirmek sağlık kuruluşunun görevidir. Bunları gerçekleştiren rehberi nedir? Bu rehber de ulusal rehberler veyahut da bu alandaki uluslararası protokoller, standartlardır. Bunları da uygulayarak sağlık kurumu hasta güvenliğini üst düzeyde tutması gerekiyor. Uygulayıcıların rolü nedir? Tabii yaptığımız bütün işler hasta odaklı olmak zorunda. Uygulayıcılar da, sağlık personeli de direkt sonuca odaklı işlemler yapması gerekiyor. En basitinden bir hasta naklinde görevli personel hastayı sedyeye aldığı zaman onun güvenli bir şekilde sedyeye monte edilmesi,

bağlanması, sedye kollarının sabitlenmesi ve hastanın düşmesinin engellenmesi, bu direkt uygulamaya yönelik bir hizmettir. Hastane enfeksiyonunu engellemek için personelin el yıkama konusunda hassasiyet göstermesi, bunun sonucunda hastane enfeksiyonlarının azalması ve güvenli sağlık hizmetinin sunulması da sonuca odaklı bir işlemdir. Tabii bunları yaparken hastanın da aktif olarak bilgilendirilmesi ve bu sürece katkı sağlaması gerekiyor.

Hasta güvenliği ile ilgili diğer ülkelerdeki yaklaşıma gelince, tabii ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre bu değişiyor. Gelişmiş ülkelerde hasta güvenliği ile alakalı bölümler Sağlık Bakanlığı bünyesinde özerk olarak yapılanmış durumdadır. Bunun dışında JCI gibi özel kuruluşlar da birtakım standartlar ortaya koymakta, birtakım kılavuzlar ortaya koymaktadır. Bizim ülkemizde de bu yönde, işte bu kongreyi düzenleyen Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından bu anlamda ciddi hizmetler yapılmaktadır. Avrupa Birliği'nde durum nasıl? Tabii biz bütün işlerimizi bir de Avrupa Birliği ile mukayese ediyoruz. Uyum çerçevesi içerisinde diyoruz ki biz onlara benzemek durumundayız işte her alanda, bu hasta güvenliği konusunda da Avrupa Birliği'nde Hasta Güvenliği Çalışma Grubu var ve bu grubun birtakım önerileri var. Bunların iletişim ağı ve 2008 yılından itibaren de Avrupa Birliği Komisyonu yüksek düzeyde önceliği olarak hasta güvenliği konusu gündemine girmiştir. Avrupa Birliği Komisyonu Hasta Güvenliği Komisyonu'nun birtakım önerileri var. Ulusal düzeyde birtakım politikaların, programların geliştirilmesi, vatandaşların, sağlık çalışanlarının bu konuda hassasiyetinin artırılması ve eğitimi gibi bir dizi önlemlerin alınmasını tavsiye ediyor.

Yine birçok hastanemizin hedef aldığı JCI'la ilgili akreditasyonda da temel yaklaşım güvenli sağlık hizmetine ulaşmaktır. Onun başlıklarına baktığımızda da hastaların değerlendirilmesi ve enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi gibi başlıklar yer almakta. Hasta güvenliğinde laboratuvarın önemi konusunda kısa bir bilgi vereyim. Tabii buraya kadar sağlık hizmeti, hasta güvenliği, sağlık hizmetinin kalitesiyle alakalı genel şeylerden bahsettik. Laboratuvar bugün hastalığın tanısında daha doğrusu hastaların %70'inin tanısı laboratuvara dayalı olarak sunulmaktadır. Dolayısıyla laboratuvarın önemi her geçen gün artmaktadır. Hasta güvenliği içerisinde laboratuvarı da ayrı tutmamıza imkân yok dolayısıyla. O da önemli bir süreç bu konuda. Laboratuvara gelen numunelerin doğru kimliklendirilmesinden, sonuçların doğru raporlanmasına kadar tüm aşamalarda belli prosedürlerin yürütülmesi gerekiyor. Aksi halde tedaviler hatalarla sonuçlanabilir. Laboratuvar da hatalar üç basamakta meydana gelir; birincisi preanalitik faz, analitik faz ve postanalitik faz. Preanalitik fazda örneğin alınmasından örneğin alındığı tüpe varıncaya kadar yine örneğin transferinin nasıl yapılacağı, soğuk koşullarda mıdır, ne kadar süre içerisinde laboratuvara ulaşması gerekiyor, hastanın durumu, analiz yapılırken aç mı olacak, tok mu olacak, kültür alacaksınız, antibiyotik vermeden önce kültür almak durumundasınız gibi birtakım hatalar olabilmekte. Analitik fazda yetersiz enstrüman bakımı, kalibrasyon sorunları, kalite-kontrol sapmalarının izlenmesi ki bunlarda birtakım hatalar olabilir. Son fazda ise sonuçların raporlanması ve panik değerlerin duyurulması. Burada da zaman zaman işte medyaya dahi yansıyan olaylar olabiliyor. Bir hastaya yanlış akciğer grafisinin çekilmesi sonucu işte Akciğer SA'sın gibi bir rapor ve yahut da erkek bir

hastaya sen hamilesin gibi bazen filmlere de konu olan hatalar olabiliyor. Genel panik değerleri laboratuarda bir hipoglisemi ve hipofotosemi bulunduğu zaman bunun ne şekilde kliniğe bildirileceğinin önceden bilinmesi gerekiyor. Evet, JCI'nın hastane akreditasyon standartlarına baktığımız zaman buradaki standartların beşinci hedefi de tamamen laboratuvar hizmetine yöneliktir. Burada her hastanede hasta gereksinimini karşılayacak bir laboratuvar hizmeti olmalı, bu hizmetler yerel ve ulusal, uluslararası standartlara uygun olmalıdır. Standardın, hedefin birisi de bu. Diğerleri laboratuvar güvenlik programı olmalıdır ve bu güvenlik programı takip edilmelidir. Yine laboratuvar testlerinde ögenin becerisi, oryantasyonu ve deneyimi olan kişilerin yapması gerekiyor. Günümüzde laboratuvar teknikeri çok fazla arttığı için bir uzman özel bir eğitimi yoksa her türlü analizi yapmasına imkân yok. Yine laboratuvar sonuçları organizasyonun belli bir süre içerisinde kliniklere verilmelidir, laboratuvar testlerinde kullanılan tüm ekipman düzenli olarak kalibre edilmelidir, kontrolü yapılmalıdır, bakım yapılmalıdır gibi JCI'nın bu laboratuvara yönelik hedeflerinde işte kalite-kontrol standartları olmalıdır, hatta hastane kendi laboratuvarı dışında bir laboratuardan hizmet alıyorsa o laboratuvarında kalite kontrolünü takip etmekle yükümlüdür, takip etmelidir diye önerileri var. Testleri yapan kişinin yeterliliği yine önemli bir faktördür. Laboratuara gelen örneğin ne kadar sürede kliniğe ve hangi yolla bildirileceği dokümanite edilmiş olmalıdır. Laboratuvar atıkları hem laboratuvar çalışanları için hem de hastalar için, çevre için güvenli bir şekilde bertaraf edilmelidir. Bu da bu hastanenin, hizmeti veren sağlık ünitesinin dokümanite edilmiş olması gerekiyor. Laboratuvar çalışanları bir laboratuarda olabilecek riskler konusunda bilgilendirilmiş olmalıdır, laboratuvar güvenliği konusunda eğitim almış olmalıdır ve bu risklerle karşılaştığı zaman nasıl hareket edeceğini, nasıl bildireceğini de önceden biliyor olmalıdır.

Eskiden sağlık personeli hangi hastalıkla uğraşıyorsa ondan ölüyordu. Tifüsle uğraşan hekim tifüsten ölüyordu, kolerayla uğraşan hekim koleradan ölüyordu gibi. Ama bugün çok şükür yeni teknolojik ürünler sayesinde sağlık personeli bu tür risklerden kurtulmuş durumda. Kurumumuzda yaptığımız, Hıfzıssıhha'da yaptığımız –biz referans kurumuz, Sağlık Bakanlığı'nın referans laboratuvarı- dolayısıyla yaptığımız bütün işlerde diğer laboratuvarlara örnek olması gerekiyor. Bunun için biz de özel bir laboratuvar güvenliği rehberi hazırlandı, çalışanlar bu konuda eğitildi ve bu rehber dağıtıldı. Laboratuvar Güvenliği Kurulu kuruldu, Merkezde ve Müdürlüklerimizde Laboratuvar Güvenliği Temsilcilikleri oluşturuldu. Söz konusu eğitimlerin tabii bir defa yapılması yeterli değil. Sağlık personeli dinamik bir şekilde değişmektedir dolayısıyla her gelen personel ve mevcut personel belli periyotlarla bu eğitim tekrarıyla laboratuvar güvenliği konusunda eğitilmesi gerekiyor. Biz de bu şekilde hem kendi elemanlarımıza hem de diğer klinik laboratuarda çalışan personele laboratuvar eğitimi vermekteyiz. Burada Laboratuarda Güvenli Çalışma Teknikleri adı altında bir kitabımız yayınlandı. Bu kitap hatta yabancı dillere de tercüme edildi, birkaç ülkede çok ciddi bir şekilde beğenildi. Derli toplu bir rehber, web sayfamızdan da ulaşılabilir. Burada genel sorumluluklar var, laboratuarda yönetimin sorumluluğu, başhekimin, hastane müdürünün sorumluluğu nedir, laboratuarda çalışanların nelere dikkat etmesi gerekir gibi ayrıntılı örneklerle birlikte güzel bir kaynak. Hıfzıssıhha akredite bir durum haline geldi, akreditasyon zorunlu değil ancak güvenli verilen

hizmetin en önemli bir belgesi akreditasyon. Türkiye’de klinik laboratuvarların da belli bir standarda kavuşturulması için bir bilimsel kurulumuz var. Bu kurul bütün klinik laboratuvarlarının olması gereken, taşınması gereken standartları belirleme noktasında çalışıyor. Yakın bir süreç içerisinde bu da yayınlanacak diye düşünüyorum.

Son olarak hastane enfeksiyonları konusunda bir şeyler söylemek istiyorum. Hastane enfeksiyonları hasta güvenliğini ciddi bir şekilde tehdit eden durumlardan bir tanesi. Bu konuda da hastanede yönetimden başlayıp tüm personel, tüm meslek gruplarının ortak bir şekilde hareket etmesiyle önlenebilecek bir durum. Evet yine JCI’nın hasta güvenliği hedeflerinden bir tanesi olduğunu söylemiştik, sağlık bakımı ile ilintili enfeksiyonların azaltılması ve enfeksiyon kontrolü hastanelerdeki en zor işlerden bir tanesidir. Yükselen enfeksiyon oranları sağlık bakımını sunanlar ve hastalar için de büyük bir endişe kaynağıdır. Çok basit bir operasyon için hastaneye yatıp hastane enfeksiyonundan kaybettığımız birçok insanımız olabiliyor. Dolayısıyla bunların önlenmesi de çok önemli hasta güvenliği açısından. Bunun temelinde de el yıkama var, hastane enfeksiyonunun önlenmesinde en temel yaklaşım el yıkama. Bunun dışında her hastanede sağlık bakımıyla ilintili enfeksiyonların azaltılmasına yönelik politikalar ve prosedürler olması gerekiyor. Bunun için kurumda, biz Sağlık Bakanlığı’nın El Hijyeni Kılavuzu’nu da yayınladık ve tüm hastanelere gönderdik. Bu kılavuzun gerekleri yerine getirilmesi gerekiyor, hastanelerde etkin bir el hijyeni programı gerekiyor. Hastane enfeksiyonları ile ilgili Bakanlığın organizasyon şemasını görüyorsunuz. Burada da Performans Yönetimi ve Kalite Daire Başkanı ile, Tedavi Hizmetleriyle ve Bilimsel Danışma Kurulumuzla çok yakın çalışıyoruz. Bununla ilgili 2005 yılında bir Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği çıkarıldı ki bu hastane enfeksiyonlarında ülkemizde devrim niteliğindedir. O günden sonra hastane enfeksiyonu bilinci yerleşti. Bu alanda eğitimler yapıldı. Şu ana kadar 400’ün üzerinde sertifikalı, standart eğitim almış enfeksiyon kontrol hemşiremiz var. Yine aynı şekilde 185 tane hekimimiz enfeksiyon kontrolü konusunda eğitim aldı. Bilimsel Danışma Kurulumuz Türkiye’de uygulanan standartları belirledi; bir kısmı ulusal standartlar, bir kısmı uluslararası standartlar. Bunlara web sayfamızdan ulaşılabilir ve bir önemli iş daha, Türkiye’deki hastane enfeksiyonlarının izlenmesi için ulusal web tabanlı bir program yapıldı ve 510’un üzerinde hastanemiz bu programı kullanıyor ve biz bu programdan hastanelerimizde ne kadar hastane enfeksiyonu var bunu rahatlıkla takip edebiliyoruz. Bunu da dediğim gibi bizim web sayfamızdan girişi yapıp, her hastane kendi enfeksiyon hız raporlarını alabiliyor bu program sayesinde, invaziv araç ilişkili enfeksiyon hız raporlarını, cerrah alan ilişkili enfeksiyon raporlarını, etken dağılımını, antibiyotik dirençlerini hem hastane bazında alabiliyor hem de biz ulusal düzeyde bunları alabiliyoruz. Bir diğeri ulusal kampanya; “Tehlike Ellerinizi”. Burada da değerli hastane yöneticilerimizden destek bekliyoruz. Hastane enfeksiyonlarının önlenmesinde en önemli şey el yıkama dedik, bununla ilgili bir kampanya başlattık ve tüm hastanelere buna yönelik afişler, broşürler gönderdik, standart eğitim CD’leri gönderildi. Buradaki amaç da sağlık hizmetinin güvenli sunulmasına yardımcı olmak.

Bu kongreyle hasta güvenliği konusunda daha iyi noktalara geleceğimizi ümit ederek hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Uz. Dr. Ferzane MERCAN – Panelist

(T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı)

Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar hepiniz hoş geldiniz. Sizlere “laboratuarda performans ve kalite sisteminden” bahsetmek istiyorum. Anlatacağım konular arasında laboratuvar kalite standartlarını hazırlama süreci, standartların hasta ve çalışan güvenliği açısından önemi ve uygulamalı örnekler, laboratuvar hizmet alımlarında laboratuvarların hizmet kalite standartlarına göre periyodik değerlendirilmesi, laboratuvar uzmanlarının kalite çalışmalarına bağlı performans ölçümü, laboratuvar verimlilik çalışmalarının Bakanlıkça analizi ve değerlendirilmesi, hastane sınıflandırması ve hizmet kalite belgelendirmesinde laboratuvar kalite standartları yer almaktadır.

Laboratuarda performans ve kalite sistemi içinde yer alan çalışmalar:

1. Laboratuvar kalite standartlarını hazırlama süreci
2. Standartların hasta ve çalışan güvenliği açısından önemi ve uygulamalı örnekler
3. Laboratuvar hizmet alımlarında laboratuvarların hizmet kalite standartlarına göre periyodik değerlendirilmesi
4. Laboratuvar uzmanlarının kalite çalışmalarına bağlı performans ölçümü
5. Laboratuvar verimlilik çalışmalarının Bakanlıkça analizi ve değerlendirilmesi
6. Hastane sınıflandırması ve hizmet kalite belgelendirmesinde laboratuvar kalite standartlarıdır.

Laboratuvar kalite standartları hazırlama sürecinde; Ankara ve birçok ilde saha denetimlerinde bulunuldu. Laboratuvarla ilgili tespit edilen sorunlar; acil laboratuvarlarda acil testlerin neler olduğunun tanımının olmadığı, hormon, kolesterol gibi acil olmayan testlerin de çalışıldığı ve hasta sonuçlarının geciktiği, servislerde numunelerin alındıktan sonra uygunsuz koşullarda uzun süre bekletilmesi yer almaktadır. Laboratuarda ise iç kalite kontrolünün geliş güzel yapıldığı ve sonuçların kayıt altına alınmadığı gibi birçok sorun tespit edilmiştir. İkinci olarak laboratuvar hata kaynakları belirlendi. Belirlenen hata kaynaklarının en önemlisi hasta güvenliğidir. Laboratuvarlarda hasta güvenliği açısından kast edilen; Hatalarını ölç, hatalarını önle ve hastaya zarar verme olmalıdır. Dolayısıyla hastaya zarar vermemek için önce hata kaynaklarımızı bilmemiz gerekir.

Laboratuvarla ilgili hata kaynakları üç gruba ayrılır: Pre-analitik, analitik ve post-analitik hatalar. Pre-analitik süreç doktorun istek formu doldurmasıyla başlar, numunelerin alınması ve laboratuvara teslim edilmesine kadar olan süreçtir. Analitik süreç numunelerin laboratuvara geldikten sonra sonuç çıkana kadar geçen süreçtir.

Post-analitik süreç ise sonuç çıktıktan sonra doktora teslim edilene kadar geçen süreçtir. Laboratuvar da hasta güvenliğini sağlamak istiyorsak her üç süreci de kontrol altında tutacak standartlara sahip olmamız gerekir. Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Birimi olarak hedefimiz ülkemizin şartlarına uygun, ulusal bir standart setinin hazırlanmasını sağlamaktır. Bu amaçla laboratuvarla ilgili standartları Pre-analitik, analitik, post-analitik süreçlere ait, laboratuvar güvenliği ve laboratuvar yönetimine ait standartlar olarak beş gruba ayırarak hazırlanmıştır.

Pre-analitik süreçte ait standartların başında laboratuvar test rehberi gelmektedir. Her hastane çalıştığı parametrelerle ilgili laboratuvar test rehberi hazırlamalı ve bu rehberin içinde numune kabul-ret kriterlerinin de belirlenmesi gerekmektedir. Örneğin yanlış tüpte gelen numunenin kesin ret kriteri olması gibi.

Laboratuvarlarda numune kabul yerinin bulunması ve gelen numunelerin barkot okuyucuyla girişi yapıldıktan sonra, kabul veya ret kriterine göre değerlendirilip kabulünün yapılması gerekir. Bu verilerin kayıt altına alınarak aylık olarak hatalı numune oranları tespit edilmelidir. Bir ay boyunca ne kadar hemodiyalizli, ne kadar yetersiz veya uygunsuz numune geldiğinin tespiti sağlanmalıdır. Bu standarttan yararlanarak hasta güvenliğini sağlamak için pre-analitik hataların ölçülüp iyileştirme faaliyetinin başlatılması gereklidir.

Diğer bir standart sorusu ise numunelerin toplanması ve güvenli transferi ile ilgili talimattır. Bu talimatta numunelerin hangi koşullarda, hangi periyotlarda ve nasıl transfer edileceğinin belirtilip bu konuda hemşirelerin ve numune taşıyıcılarının eğitim alması gerekmektedir. Bu standartla; poliklinik ve servislerdeki numunelerin karışması, uzun süre bekletilmesi ve uygunsuz koşullarda transferi engellenerek, doğru hastadan, doğru numunenin, doğru zamanda ve doğru koşullarda laboratuvara teslim edilmesi sağlanır. Numune alma saati ve laboratuvar teslim saati kayıt altında olmalıdır. Servislerde ve kan alma ünitelerinde barkot uygulama sistemi ile numune alma saati, laboratuvar da numune kabul yerinde barkot okuyucu sistemi ile laboratuvara giriş saati belirlenir. Bu iki saat arasındaki fark bize numune transfer süresini belirler. Şu an kamu hastanelerinin laboratuvar sonuçlarına bakılırsa numune alma saati, laboratuvar teslim saati hatta uzman onay saati görülmektedir.

Analitik süreçle ilgili standartlardan örnek vermek gerekirse en önemli standart iç ve dış kalite kontrolün yapılması ve sonuçların kayıt altında olmasıdır. İç ve dış kalite kontrolünün sistematik olarak yapılması hasta sonuçlarının doğruluğunun ve tekrarlanabilirliğinin de kanıtıdır. İç ve dış kalite kontrol kayıtlarının saklanması laboratuvar tetkik sonuçları ile ilgili hukuki soruşturmalarda analitik sürecin güvenli olup olmadığına dair bir kanıttır. Ama burada dikkat edilmesi gereken, laboratuvar uzmanlarının kalite kontrol sonuçlarını mutlaka değerlendirerek, uygunsuz sonuçlar için düzeltici faaliyetleri yapmasıdır. Örneğin bir hastane denetiminde her gün iki seviyede iç kalite kontrol yapıldığı, fakat geriye dönük sonuçlara bakıldığı zaman son iki ayda tüm sonuçların iki sapma değerinin çok üstünde olduğu ve düzeltici faaliyetin olmadığı tespit edilmiştir. Bundan, o laboratuvardaki laboratuvar uzmanının sonuçları değerlendirmedeği anlaşılmaktadır. Şu an çalıştığım kamu hastane laboratuvarında

otomasyon sisteminde, iç kalite kontrol olduğu bölümde laboratuvar uzman onay yeri açtık. Her gün iç kalite kontrol yapıldıktan sonra laboratuvar uzmanı kendi şifresi ile sonucu onaylamaktadır.

Post-analitik sürece ait standartlardan bir diğeri ise laboratuvar panik değer bildirim talimatının oluşturulmasıdır. Laboratuvar sonuçları belirli periyotlarla teslim edilmektedir. Ama bazı hasta sonuçları vardır ki hasta güvenliği açısından kesinlikle bekletilmeden derhal doktora bilgi verilmesi gerekir. Bunlara panik değer diyoruz. Örneğin kanda glikoz düzeyinin 50 miligramın altına inmesi gibi. Her hastane çalıştığı parametrelerle ilgili panik değerleri belirlemeli ve bu panik değerleri doktora nasıl bildirdiğine dair bir talimat yazmalıdır. Bazı hastaneler panik değerlerini otomasyon sistemine bağlamışlardır. Panik değerın otomasyon sistemine bağlanması ve laboratuvar sorumlusunun ekranından görülmesi bu bildirimın çok daha hızlı olmasını sağlamaktadır.

Laboratuvar yönetimi ile ilgili standartlardan örnek vermek gerekirse pre-analitik, analitik, post-analitik süreçlerle ilgili hataların kaydedilmesi ve aylık olarak istatistik çıkartılması gerekmektedir. Bununla ilgili Hata Gösterge İzleme Formu oluşturulup laboratuvarla ilgili tüm hatalar kayıt edilebilir. Örneğin pre-analitik hatalarla ilgili numunelerin yanlış, eksik, hemodiyalizli gelmesi, analitik süreçle ilgili cihazların bozulması, kitlerin son kullanma tarihinin bitmiş olması, post-analitik süreçle ilgili sonuç kaybolması veya çok geç teslim edilmesi gibi hatalar kayıt altına alınmış olur. Laboratuvarımızda bu Hata Gösterge İzleme Formunu otomasyon sistemine bağlayarak aylık istatistiğın çok daha hızlı elde edilmesini sağlayabiliriz. Ölçtüğümüz hataları değerlendirip bir ay boyunca ne kadar hemodiyalizli, ne kadar uygunsuz numunenin hangi servislerden geldiğini bu şekilde tespit edip hataların iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır. Elde edilen bütün veriler İyileştirme Faaliyet Formu için kullanılır. Bu standart ve kaliteyle ilgili en önemli kriteri yerine getirmiş oluruz. Ölç, değerlendir ve yararlı bilgi haline getir.

Hastanelerde hasta başı (POCT) cihazlarının kalite kontrolünün yapılması ve denetim altında bulundurulması gerekmektedir. Denetimlerimiz esnasında gördük ki birçok hastanede hasta başı cihazları özellikle glikometreler kesinlikle kontrol altında değil. Birçok firmadan klinikler için glikometreler alınmış ve bunların sorumlusu dahi belli değil ve kalite kontrolleri yapılmamış. Bu standartla ilgili öncelikli olarak tüm kliniklerdeki hasta başı cihazlarının envanter tespiti yapılmalıdır. Her klinikte bu cihazların sorumluları belirlenmeli, kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır. Özellikle glikometre için bazen merkez laboratuvar ile karşılaşma yöntemlerinin de yapılması ve hasta sonuçlarının kayıt altında olması gerekmektedir. Point of Car Testing cihazlarının kontrol altına alınmasıyla hasta güvenliği açısından çok önemli bir adım atılmış olur.

Laboratuvar güvenliği ile ilgili standartlardan bir diğeri örnek Laboratuvar Güvenlik Prosedürüdür. Laboratuvar çalışanlarına dikkat etmeleri gereken kurallar ve kimyasal madde, yangın ve elektrik güvenliği ile ilgili bilgiler verilmeli ve bu hususlarda uygulamalar yapılmalıdır. Her laboratuvar kendi risk değerlendirmesini yapmalı

ve biogüvenlik seviyesini belirlemelidir. Özellikle kültür ekimi yapan mikrobiyoloji laboratuvarlarında çalışan personelin güvenliğini sağlamak için; biogüvenlik kabinlerinin olması istenmektedir. Bu standarttan amaç hasta, çalışan ve çevre güvenliğini sağlamaktır. Sağlık Bakanlığı Performans Kalite Birimi olarak laboratuvar güvenliğini çok önemsiyoruz. Laboratuvar güvenliği ile ilgili standartları revize ederek detaylandırdık ve çok yakında yayınlayacağız.

Birçok hastane laboratuvar hizmetlerini, hizmet alımları ile yürütmektedir. Bu hizmet alımları da iki şekilde olmaktadır. Ya hastane kendi laboratuvarında hizmet alımı yapmakta ya da dışarıda başka bir laboratuvarından hizmet alımı yapmaktadır. Standardın istediği; dışarıdan laboratuvar hizmeti alımlarında laboratuvar uzmanının da içinde bulunduğu bir ekibin laboratuvarları hizmet kalite standartlarına göre periyodik olarak denetlemesi ve denetim sonuçlarının da kayıt altına alınmasıdır. Sağlık Müdürlüğü'nden veya Bakanlıktan denetime gelindiğinde mutlaka bu denetim kayıtları kontrol edilecektir.

Dışardan laboratuvar hizmeti alımıyla ilgili bir şartnameden örnek bir uygulamada ilgili hizmete talip olan firmanın Sağlık Bakanlığı'nın Hizmet Kalite Standartlarını yerine getireceğine ve uygulanacağına dair taahhütname istenmiş. Bu güzel bir uygulama ama tabii ki sadece taahhütname almak yeterli değil, mutlaka denetim de yapılmalı. Başka bir laboratuvarından hizmet alımı söz konusu ise; numunelerin alınması, transferi ve tetkik sonuçlarının hastaya ne şekilde ulaşacağına dair yazılı bir düzenlemede gerekiyor. Kısaca şunu demek istiyoruz; hizmet alımlarında denetim olmadan, sadece sonuç bazında ödeme mantığı kesinlikle hasta güvenliğini riske atacaktır.

Laboratuvar uzmanları hizmet kalite standartlarını yerine getirmekle hasta güvenliğini sağlarken aynı zamanda aldıkları döner sermaye miktarlarının artışını sağlayacaklardır. Şöyle ki devlet hastanesinde çalışan bir laboratuvar uzmanı Sağlık Bakanlığı'nın hizmet kalite standartlarını yerine getirmesi ile hizmet katsayısı iki yerine iki buçuk olacak, eğitim araştırma hastanesinde çalışıyor ise artı %20 ek puan, alacağı döner sermaye miktarına eklenecektir.

Standart sorunlardan bir tanesi de kit verimlilik analizinin yapılmasıdır. Sağlık Bakanlığı Performans Kalite Birimi web sayfasında Laboratuvar Kit Verimlilik Analiz Formu yayınlanacak ve 2008 yılı ihaleleri için tüm hastanelerin bu formu doldurması istenecektir. Üst kısımda hastaneyi tanıtan birtakım bilgiler vardır; hastanenin kapasitesi, hasta sayısı gibi. Analitik bölümünde başlangıç için birkaç parametrenin adı seçildi, cihazların adı ve hızı gibi bilgileri sorulmaktadır. Cihazın hızı sorusunun amacı hastane kapasitesi ile cihaz hızının karşılaştırmasıdır. Diğer parametreler yıllık tekrar edilen test sayısı, test sonuç sayısı, kalibrasyon, iç ve dış kalite kontrol için harcanan test sayısı, ihalenin şekli ve miktarı gibi verilerdir. Hastane hizmet alımı yerine kit karşılığı cihaz alıyorsa ne yapılmalı? Parametre bazında birim fiyatı, eğer aynı parametreyle çalışan hastanede ikinci veya üçüncü cihazlar varsa bu form o cihazlar için de doldurulacaktır. Bu çalışmadan hedefimiz kamu hastane laboratuvarlarından kit verimliliği ile ilgili verilerin toplanması, bilimsel kurul tarafından değerlendirilmesi

ve kit verimliliği ile ilgili mevcut durum analizinin yapılmasıdır. Bu veriler ulusal düzeyde laboratuvarlarla ilgili oluşturulacak stratejik planlamalar için veri tabanı oluşturacaktır.

Şuan Sağlık Bakanlığı'nda çok önemli iki çalışma yürütülmektedir. Birincisi hastane sınıflandırması, ikincisi ise; hastanelere hizmet kalite belgesinin verilmesidir. Her iki çalışmada da en önemli değerlendirme ve parametre hizmet kalite standartları olacaktır. Bu iki çalışma için hizmet kalite standartları revize edilerek laboratuvarla ilgili sorular üç gruba ayrılmıştır. Klinik mikro-kimya, klinik biyoloji ve klinik patoloji için ayrı ayrı standart setleri hazırlandı.

Son söz olarak kalite; asla bir tesadüf değil, daima akıllı bir gayretin sonucudur diyebiliriz. Beni dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Uz. Dr. Dilek TARHAN – Panelist

(T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı)

Teşekkürler. Sayın Başkanım, değerli katılımcılar hoş geldiniz. Oturumun bu bölümünde sizlere performans ve kalite sisteminde el hijyeni uygulamalarından bahsedeceğim.

Sağlık hizmetlerinde el hijyeni, özellikle son yıllarda önemi sürekli vurgulanan, enfeksiyonlarla ilişkisi kanıtlanmış olan ve üzerinde pek çok ulusal kampanyanın yürütüldüğü bir konu. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon kavramı ve bu kavramın önemi ise artık tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de pek çok kişi tarafından bilinir ve dile getirilir oldu. Bakanlığımızın el hijyeni ile ilgili çalışmalarında da asıl amacı ya da nihai hedefi olarak da ifade edebiliriz, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ve dolayısıyla hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır. Bu çalışmaların çok önemli bir ayağı olan el hijyeni için de daha fazla el hijyeni uygulamasını ulusal bir öncelik haline getirmektir. Bu bağlamda Bakanlığımızın sağlık hizmetinde el hijyeni çalışmalarının yanında halka yönelik de bir el hijyeni programı bulunmaktadır. Halkı el temizliğinin önemi ve hastalıklarla ilişkisi hususunda bilinçlendirmek ve el hijyeni konusunda toplumsal bir gelişim sağlamak amacıyla Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından çok yoğun bir çalışma yürütülmektedir. Sağlık hizmetinde el hijyeni konusuna gelince, performans ve kalite sisteminde el hijyeni çalışmalarının yanında "Tehlike Ellerinde" kampanyası adıyla ulusal bir kampanya da başlatılmıştır. Bu çalışmaların bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı adına Mart 2008'de Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dairesi'nden bir heyet Dünya Sağlık Örgütü'nün genel merkezine gitti. Orada hasta güvenliği, enfeksiyonların kontrolü ve el hijyeni konularda yapılan çalışmalar bir hastanede yerinde incelendi ve yetkililerden bilgi alındı. Sonrasında el hijyeni ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün dokümanları ve telif hakları alınarak Türkçe çevirileri birimimizin web sitesinde yayınlandı ve sağlık çalışanlarımızın kullanımına sunuldu. O günden beri Dünya Sağlık Örgütü ile biraz önce bahsettiğim konularla ilgili olarak sürekli irtibat halindeyiz ve edindiğimiz tecrübeleri uygulamalarımıza yansıtmaya çalışıyoruz. Bu uygulamalardan biri de

Eylül 2008’de yayınlanan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi’nde Ek-1 Hizmet Kalite Standartlarında el hijyeni ile ilgili mevcut maddelerimize yenilerini eklememiz oldu. Tehlike Ellerinde Kampanyası ise Ocak 2009’da başarılı bir çalışmayla başlatıldı. Bu kampanya için öncelikle çeşitli bürokratların, üniversitelerden ve derneklerden akademisyenlerin ve sağlık çalışanlarının katılımıyla Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı’nda bir komisyon oluşturulmuştu. Birimimizin de iki üyeyle temsil edildiği bu komisyon tarafından Ulusal El Hijyeni Kılavuzu hazırlandı ve hastanelerimizin kullanımına sunuldu. Kampanyanın izlenmesi hususunda performans ve kalite sisteminin önemli bir yeri olduğunu düşünüyoruz. Şöyle ki; kampanya kapsamında belirlenen pilot hastanelerde detaylı eğitim, gözlem ve değerlendirme çalışmaları yapılması planlanıyor ancak ülke genelinde kampanyanın etkilerini izleyebilmek için hizmet kalite standartlarında bulunan el hijyeni ile ilgili maddeler kullanılacak. Tabii performans ve kalite sisteminin yaptırım gücünün de kampanyanın etkilerine olumlu katkıları olacağını düşünüyoruz.

Peki, Sağlık Bakanlığı el hijyenine neden bu kadar önem veriyor ya da sağlık hizmetinde el hijyeni neden bu kadar önemli? Aslında hepimizin bildiği gibi, doğru el hijyeni uygulamaları sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların kontrolünde tek başına en etkili ve en önemli yöntemdir. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar ise hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden en önemli konulardan birisi olmaya devam etmekte ve pek çok kişiyi etkilemektedir. Gelişmiş ülkelerde hastaneye yatan hastaların yaklaşık %5-10’u hastane enfeksiyonuna yakalanırken, gelişmekte olan ülkelerde bu rakam 2–20 kez daha yüksektir. Dünyada hastaneye yatan her on hastadan biri ise hastane enfeksiyonuna yakalanmaktadır. Başka bir ifadeyle; herhangi bir zamanda dünyada 1,4 milyon insan bu nedenle mağdur olmaktadır. Türkiye’de ise hastane enfeksiyonlarının sıklığı bir çalışmada %1 ile 16,5 arasında tespit edilmiştir.

Hepimiz maalesef biliyoruz ki; sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların tamamen önlenmesi mümkün görünmüyor ancak çeşitli yöntemlerle %40’dan fazlasının önlenilebileceği tespit edilmiştir. El yıkamak gibi basit bir işlem bile eğer doğru uygulanırsa enfeksiyonları %30 oranında azaltabilmektedir.

El hijyeni bu kadar etkiliyken acaba sağlık çalışanları olarak ne kadar doğru uyguluyoruz? El hijyenine uyum düzeyimiz nedir?

Dünyada yapılan pek çok çalışmada uyum genel olarak %50’nin altında bulunmuştur. Türkiye’de bir üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitesinde ise %12.9 gibi çok düşük bir rakam elde edilmiştir. Bu rakamlardan anlaşıldığına göre, uygulamalarımız Hipokrat’ın önce zarar verme söyleminin maalesef çok uzağında kalıyor. Ancak bildiğimiz mutlak bir gerçek var ki, o da şu; sağlık çalışanı bilerek hastasına zarar vermez. Peki, neden hasta ve tabii çalışan güvenliği açısından da çok önemli olan el hijyeni konusunda gerekli uygulamaları yapamıyoruz ve uyum düzeyimiz bu kadar düşük? Demek ki burada bilgi ve farkındalık eksikliği söz konusu. Ya da bilgi ve farkındalık mevcutsa bile bunu birtakım başka sebeplerle davranış biçimine dönüştürememe söz konusu.

Konuyla ilgili yapılan araştırmaların sonuçlarına ve elde edilen verilere göre uyum eksikliğinin nedenleri şöyle sıralanabilir:

- Bilgi ve farkındalık eksikliği
- Motivasyon kaybı
- İş yoğunluğu
- Ünitelerin zellikleri (el hijyeni endikasyonu ne kadar artarsa uyum düzeyinin o kadar düştüğü gösterilmiş. Örneğin yoğun bakım ünitelerinde, fizik tedavi kliniği gibi sakin ünitelere göre genellikle uyum düzeyinin düşük olduğu tespit ediliyor)
- Fiziksel koşulların yetersizliği (el hijyeni ile ilgili gerekli malzemelere erişimin kolay olmaması, ulaşılabilir olmaması)
- Seçilen antiseptik ajana tolerans düzeyi (cilt iritasyonu, cilt kuruluğu, alerjik reaksiyonlar gibi sorunlar)
- Kurumsal politika eksikliği
- Personel kategorisi (hekimlerde tıp öğrencilerine ve hemşirelere göre uyum düzeyi düşük, hafta içinde hafta sonuna göre daha düşük, sabahları günün diğer saatlerine göre daha yüksek, erkeklerde kadınlara göre uyum düzeyleri daha düşük)

Görüldüğü gibi el hijyenine uyumu etkileyen pek çok faktör söz konusu. Neyse ki son yıllarda yapılan çalışmalar ve kampanyalarla, sağlık çalışanları bu konudaki eksikliklerini gidermek için çaba göstermekte. alışmalar aynı zamanda el hijyeni uyumunu nasıl artırabiliriz sorusuna da cevap aramakta. Tabii bu sorunun cevapları bize aynı zamanda el hijyeni ile ilgili kalite kriterleri konusunda da yol göstermektedir. Öncelikle kurumsal düzeyde bir politika oluşturmak gerekiyor. Yazılı el hijyeni nerileri ve kurallarının bulunması, kurumsal düzeyde konunun sahiplenildiğini, benimsendiğini sağlık çalışanına hissettirmek ve bunu sürekli kılmak çok önemli. Uyum düzeyini artırmaya yönelik yapılması gereken diğer çalışmalar şöyle sıralanabilir:

- Sürekli ve yoğun eğitim programları,
- Rutin olarak sağlık çalışanlarının konuyla ilgili olarak gözlenmesi ve performanslarıyla ilgili çalışanlara geri bildirimde bulunulması,
- El hijyeni için gerekli tüm malzemelere kolay erişim sağlamak (rneğin hasta bakım alanında ya da sağlık personelinin cebinde el antiseptiklerini bulundurmak, gerekli yerlerde lavabo bulunması, kağıt havlu bulunması, sıvı sabun bulunması gibi)

- Kurumsal ortamın hatırlatma çalışmaları ve posterler gibi faaliyetlerle geliştirilmesi,
- İdari yaptırım ve ödüller,
- Kullanılan el hijyeni ürünlerinin miktarının denetlenmesi,
- Sağlık çalışanlarının cilt bakımını kolaylaştırmak ve desteklemek (cilt iritasyonu gibi, cilt kuruluğu gibi sorunların azaltılması için sağlık çalışanlarına kremler, losyonlar temin edilmesi, el antiseptiklerinin içine nemlendiriciler eklenmesi, gerekirse alerjik reaksiyonu olan personele alternatiflerin sunulması),
- Bireysel ve kurumsal düzeyde aktif katılımın sağlanması, (personelin geri bildirimlerinin ve görüşlerinin sürekli alınması),
- Personel yetersizliği nedeniyle yoğun iş yükünü önlemek.

Gördüğünüz gibi hep el hijyenine uyum düzeyinden bahsediyoruz. El hijyenine uyum düzeyi iki temel yöntemle araştırılmaktadır:

1. Doğrudan değerlendirme; altın standart metottur ve uygulamaya bağlılık oranlarını değerlendirmek için en güvenilir yoldur.
2. Dolaylı değerlendirme; sabun veya el ovucu gibi ürünlerin tüketiminin izlenmesi veya el yıkama lavabolarının kullanımının elektrik yolla izlenmesi gibi yöntemleri içerir.

Biz, şu ana kadar bahsettiğim uyumu artırmaya ve izlemeye yönelik yöntemlerden yola çıkarak hizmet kalite standartlarımızı geliştirdik ve sürekli geliştirmeye devam ediyoruz. Standart 42.1'de; Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından bir el hijyeni programı oluşturulmasını ve bu programla ilgili sorumluların belirlenmesini istedik. Burada amaç kurumsal bir politika oluşturulması ve bunun uygulanmasının sağlanmasıydı.

Standart 42.2: "Sağlık hizmeti verilen alanlarda el antiseptik solüsyonu bulunmalıdır" Burada sağlık hizmeti verilen alanları Hizmet Kalite Standartları Rehberi'nde açıkladık. Sonuç olarak hasta bakımı yapılan her yerde alkol bazlı el antiseptiklerinin kullanılmasını istiyoruz. Alkol bazlı el antiseptiklerinin tercih edilme sebeplerini şöyle sıralanmaktadır:

- Hızlı anti-mikrobiyal etkilerinin bulunması; bu aynı zamanda uygulama kolaylığına da yol açmakta. Şöyle ki; düz sabun ya da antimikrobiyal sabunla elde edeceğimiz el hijyeni düzeyini alkol bazlı el antiseptikleriyle daha kısa sürede elde edebiliyoruz (30-60 saniye gibi bir süreye karşılık 15-20 saniyede)
- Geniş spektrumlu olmaları,

- Daha iyi tolere edilmeleri,
- Uygulama için lavabo gibi fiziksel koşulları zorlayıcı ekipmanların gerekmemesi,
- Her hasta başında kolaylıkla uygulanabilmesi.

Standart 42.2’de Öneri: “Birimlerden hastane deposuna yapılan el antiseptik solüsyonu iç istemleri düzenli periyotlarla takip edilmelidir”. Biz bu cümleyi, ilk yönerge değişikliğinde ve hastane sınıflandırmasıyla ilgili kullanacak hizmet kalite standartlarında yeni bir madde olarak eklemek istiyoruz. Bunun nedeni de, saha çalışmalarında yapılan değerlendirmelerdeki gözlemlerimiz. Örneğin bir hastanede gördük ki; olması gereken her yerde el antiseptikleri mevcuttu ve sorduğumuzda da altı aydır bu uygulamayı yaptıklarını söylediler. Daha sonra, bir klinikte, altı ay boyunca ne kadar antiseptik solüsyonu istemi yapıldığını sorduğumuzda hiç istem yapılmadığı ortaya çıktı. Demek ki daha önce dolaylı değerlendirme yöntemi olarak bahsettiğim, kullanılan el hijyeni ürünlerinin izlenmesi metodunu, yaptığımız uygulamaların etkinliğini ölçmek adına kullanmamız gerekiyor.

Standart 42.3: “Personelin görebileceği alanlarda el hijyeni uygulamasını anlatan bilgilendirici materyal (resimli tabela, grafik, yazı, talimat vb.) bulunmalıdır”. Burada sözü edilen materyallerden birisi el hijyeni için beş endikasyon kuralı. Bu kurala göre:

- Hasta ile temastan önce,
- Aseptik görevlerden önce,
- Vücut sıvılarının bulaşma riskinden sonra,
- Hastayla temastan sonra ve
- Hasta çevresiyle temastan sonra el hijyeni endikasyonu uygulanması gerekiyor.

Ayrıca bu endikasyonların eyleme dönüştürülmesini değerlendiren bir gözlem formu bulunuyor. Bu gözlem formu ile sağlık çalışanı, haberli olarak gözlemci personel tarafından, tabii çalışanın işini kesinlikle engellemeden değerlendirilmekte, oluşan endikasyonlar ve eylemler işaretlenmekte ve sonrasında da çalışana performansı ile ilgili geri bildirimde bulunmaktadır (şu kadar endikasyon oldu, şu kadarını doğru gerçekleştirdin ya da hasta çevresiyle temastan sonra ellerini ovmadın gibi).

Biz bu değerlendirmelerin en az üç ayda bir ve 30 personel üzerinde yapılmasını istedik. Her değerlendirme periyodunda kullanmak ve uyum düzeyini hesaplamak üzere de bir hesaplama formu ve formül bulunuyor. Bu form, formların nasıl kullanılacağı ve formül ve detaylı bilgiler örnek uygulamalar rehberinde mevcuttur. Bildiğiniz gibi hastanelerimize, standartlara yönelik uygulamalarında yol gösterici

olarak Örnek Uygulamalar Rehberi yayınladık. Hastanelerimizin örnek uygulamaları ve katkılarıyla da bu rehberi sürekli geliştiriyoruz.

Şu ana kadar el hijyeni ile ilgili hasta ve çalışan güvenliği başlığı altındaki maddeleri değerlendirdik. Diğer başlıklar altında da pek çok madde var. Bunlar genellikle fiziksel koşulların iyileştirilmesi ve el hijyeni ile ilgili malzemelerin teminine ve kolay ulaşılabilir olmasına yönelik:

- 7.4 Her doktor odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmalıdır.
- 8.7 Emzirme odasında lavabo olmalıdır.
- 17.2 Lavabo, tuvalet ve banyolarda sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu gibi materyal bulundurulmalıdır.
- 18.2 Hasta odalarında lavabo bulunmalıdır.
- 26.3 Personel her hasta ile temas öncesi gerekli koruyucu önlemleri almalıdır.
- 26.5 Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere özürülülerin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş hasta tuvaleti ve lavabo bulunmalıdır.
- 26.6 Tuvalette sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, kâğıt havlu ve poşetli çöp kutusu bulunmalıdır.
- 26.16 Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.
- 27.4 Acil servis girişi, engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır. (Bkz. Değerlendirilecek Hususlar "c" şıkkı)
- 27.27 Tuvaletler temiz tutulmalı ve tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu olmalıdır.
- 33.3 İhtiyaç duyulan hallerde ve yerlerde çalışan personel için kişisel koruyucu ekipman ve malzeme (sabun, dezenfektan, vb.) bulunmalıdır.

Tüm bu maddelerin puanları da oldukça yüksek. Şu anda hizmet kalite standartları içerisinde el hijyeni ile ilgili toplam puan, tüm puanın yaklaşık %5'ini oluşturmakta. Sanıyorum bu da konuya verdiğimiz önemin bir başka göstergesi.

Hepimizin konuya aynı önemi vermesini ve şifa kaynağı olması gereken ellerimizin hastalık kaynağı olmamasını diliyorum. Teşekkürler.

Uz. Dr. Uğur KEVENK

(İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi)

Sayın Müsteşarım, Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar;

Ben de sizlere hastanelerde güvenli cerrahi uygulamalarının öneminden bahsetmeye çalışacağım. Evet, bugün sık sık “Primum Non Nocere” cümlesinden bahsettik. Hepimiz mesleğimize başlarken önce zarar vermemek gerektiğini öğrenerek başlıyoruz. Ancak gerçekten buna uyabildiğimizden emin olmak çok kolay değil. Zira istatistiklere göre sağlık hizmeti almak dağcılık ya da yamaç paraşütü gibi birkaç uç spor bir kenara bırakılırsa en tehlikeli eylemlerden biri. Dünya Sağlık Örgütü diyor ki; hastaneye, her on yatıştan biri, küçük ya da büyük, majör ya da minor bir tıbbi hataya maruz kalıyor. Amerika’da her yıl 50 ila 100 bin kişinin tıbbi hatalardan öldüğünü açıklayan 1999 tarihli raporu yine hepimiz tanıyoruz, bugün de birkaç defa bahsedildi. Bu rapor 1999 tarihli ancak bundan beri yapılan araştırmalarda rakamların iyiye doğru gittiğini ne yazık ki göstermiyor. Health Grades’in Nisan 2008 de yayınlanan araştırmaların sonuçlarına göre de ABD’de 2004-2006 yılları arasında 3 yılda toplam 270.491 ölüm yaşanmış. Türkiye’den kesin istatistiksel rakamlar vermek belki çok mümkün değil ancak basına akseden birçok olay var. Bunlar arasında yanlış hastaya yanlış ameliyat uygulamaları, yanlış taraf cerrahileri ya da cerrahi önlenebilir komplikasyonlar kolaylıkla görülebilir. Diğer ülkelerde de durum çok farklı değil. Sadece Türkiye değil bu konuda sıkıntılı olan. Batı ülkeleri, Avrupa, Amerika’da da aynı şeyler yaşanıyor. Ben de beyin cerrahisi yaşıntımın 10 yılını bir Avrupa ülkesinde, Fransa’da bir üniversite hastanesinde geçirdim, orada bir anevrizma vakasının bel fitiği zannedilerek genupoktoral pozisyonda (secde pozisyonunda) hazırlandığını, aynı gün bir bel fitiği vakasının da saçlarının tıraş edildiğini gördüm. Belki daha kötüsü, bir beyin apsesinin yanlış tarafta aranması nedeniyle bulunamadığını gördüm, yaşadım. Bunlar tabii pek kabul edilebilir şeyler değil.

Cerrahi güvenlikle ilgili riskleri;

- Yanlış hasta / yanlış işlem olayları
- Yanlış taraf / yanlış alan cerrahileri
- Önlenebilir cerrahi komplikasyonlar
- Cerrahi yanıklar / yangınlar şeklinde sınıflayabiliriz.

Yanlış hasta, yanlış işlem olaylarına, yanlış taraf, yanlış hasta cerrahisine çok fazla sayıda örnekler bulmak mümkün. Önlenebilir cerrahi komplikasyonlar bir ameliyat sırasında gaz ya da cerrahi alet unutmaları ya da hastanın risklerinin önceden düzgün değerlendirilememesi sonucu örneğin kanama riski olan bir hastada buna hazırlıksız başlayarak hastanın bundan sıkıntı çekmesine sebep olmak olarak

ifade edilebilir. Cerrahi yanıklar, yangınlar tabii gene cerrahi güvenliğinin konusu alanında yer alır. Oksijenin ortamda bol bulunması, yanıcı birtakım maddeler, gazlar bulunması nedeniyle ve kullanılan birçok cihazın ısı yayıyor ya da hatta elektrokoter gibi elektrik arklarına sebep oluyor olması nedeniyle ameliyathane ortamı yangınlara çok müsait bir ortam olarak kabul edilir. Ancak cerrahi yanıklar muhtemelen daha sık karşılaştığımız olaylar. Basit bir koter plağının hastaya düzgün yerleştirilmemesi, hasta üzerinde çok ciddi cerrahi yanıklara sebep olabilir. Yine bir elektrikli motorun, TUR cihazının düzgün kullanılamaması çok ciddi yanıklara sebep olabilir.

Resmi bildirimlerle birlikte anonim bir web sitesine yapılan bildirimleri de inceleyen Seiden ve arkadaşlarının 2006 yılında yapmış oldukları araştırmanın sonuçları yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış bölge cerrahisi olaylarının gerçek sayılarının aslında resmen bildirilenlerin çok üzerinde olduğunu, örneğin Amerika'da yılda 1300-2700 hastanın yanlış taraf, yanlış hasta cerrahisine maruz kaldığını göstermektedir. Yine aynı araştırmanın sonuçlarına göre hataları önleyebilmek için kullanılabilecek basit işaretleme yöntemleri, check-list doldurmaları pek etkili görülmemektedir. Gawande ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir araştırmaya göre cerrahi alet unutulması vakalarının %88'inde ameliyathanede alet sayımı yapılmış ve sayımın tam olduğu eksik alet bulunmadığı kaydedilmiş olarak görülmektedir. Buna göre ya sayımlar yanlış yapılmış ya da sayım yapılmadan sonuç yazılmış olabilir ancak her iki durumda da basit check list işaretlemeler pek yarar sağlamıyor sonucuna varılabilir. Bu yüzden hataların düzeltilmesi için daha çok ekip tabanlı, iletişime dayanan sistemlere ihtiyaç olduğu ortaya çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, güvenli cerrahi uygulamalarında karşımıza 10 tane hedef koymuştur:

1. Doğru hastaya, doğru alana, doğru ameliyat yapılması için gerekli önlemlerin, düzgün kimliklendirme ve doğrulamaların yapılması,
2. Anestezi ilaçlarının komplikasyonlarına hakim olunması,
3. Anestezi sırasında ortaya çıkabilecek solunum yolu komplikasyonları, zor entübasyon, aspirasyon, entübasyon tüpü tıkanması gibi durumlara karşı gerekli önlemlerin alınmış olması, yeterli ekip ve ekipmanların örneğin zor entübasyon riski olan bir hasta da ikinci bir anesteziistin ortamda bulunuyor olmasının sağlanması,
4. Kanama riski olan hastalarda bu riske hazırlıklı olarak işleme başlanması,
5. Hastanın alerjilerinin ve ilaç risklerinin önceden belirlenmiş olması,
6. Cerrahi alan enfeksiyonlarına izin vermeyecek şekilde asepsi, sterilizasyon, ameliyathane kurallarından taviz verilmemesi, gerektiğinde antibiyoproflaksi uygulanması,

7. Alet ve gaz sayımlarında, cerrahi alan kontrollerinde hataya izin verilmemesi,
8. Numunelere gerekli özenin gösterilmesi,
9. Hasta ile ilgili önemli bilgilerin ekip içerisinde gerekli iletişimin sağlanarak ekibin birbiriyle paylaşmasının sağlanması ve
10. Sonuçların izlenmesi. Bu sonuçların izlenmesi pek çok araştırmada oldukça önemli bir fayda sağladığı gösterilmiş.

Dünya Sağlık Örgütü verileri tüm dünyada 2008 yılı içerisinde yaklaşık 234 milyon cerrahi müdahale gerçekleştirildiğini göstermektedir. Bu cerrahi girişimlerde bilinen %0,4-%0,8 mortalite ve %3-16 komplikasyon oranlarıyla 2008 yılı içerisinde bir milyon ölüm ve yedi milyon cerrahi sonrası komplikasyon ortaya çıktığı hesaplanmaktadır. Türkiye’de ise 2008 yılı içerisinde Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde 3.771.059 cerrahi girişim gerçekleştirilmiştir. Aynı mortalite ve morbidite oranlarının Türkiye için geçerli olduğunu kabul edilirse bu 2008 yılı içerisinde 20 bin kişinin bu operasyonlar sonucu hayatını kaybettiğini ve 140 bin kişinin de cerrahi bir komplikasyona maruz kaldığını anlamına gelmektedir.

Yine Avrupa Komisyonu’nun yaptığı, 2006 yılında sonuçları yayınlanan, tıbbi hataların algılanmasıyla ilgili ve anketlere dayanan bir araştırmanın sonuçlarına göre Türkiye’de insanların %88’i tıbbi hataların Türkiye için çok ciddi ya da ciddi bir problem olduğunu düşünmektedir. Bu oran Finlandiya için %48’dir, Avrupa Birliği ortalaması ise %75’dir. Bu da vatandaşlarımızın bu konuda daha 2006 yılında ne kadar hassas olduğunu göstermektedir.

Tüm bu nedenlerle Dünya Sağlık Örgütü “Güvenli Cerrahi Hayat Kurtarır” sloganıyla cerrahi güvenlik uygulamalarını 2007-2008 döneminde başlatmış ve bu uygulamaların esasını da cerrahi güvenlik kontrol listesine dayandırmıştır. Az önce bahsedilen sebeplerle bu basit bir işaretleme listesi bir “check list” kesinlikle değildir. Daha çok bir ekip bilinciyle, operasyona katılan tüm kişilerin katılarak, briefingler şeklinde bazı doğrulamaları yapmalarını sağlamak üzere öngörülmüş bir yol göstericidir. Sistemin işlemesi için bir kontrol listesi koordinatörü öngörülmüştür, kontrol listesi koordinatörü listedeki maddelerin doğrulanmasını ekip ile tartışarak, onlardan sözlü onaylar alarak sağlamakla görevlidir.

Doğrulamaların üç aşamada gerçekleştirilmesi öngörülmüştür:

- I. Birinci aşama anestezi verilmeden önceki giriş kontrolüdür. İlk önce hasta ile kontrol listesi koordinatörü tartışarak hastanın kimlik bilgilerini, ameliyat yeri, gerçekleşecek girişim ve hastanın da bu girişim ile ilgili onamının alınıp alınmadığını hastaya onaylatır. Daha sonra ameliyat yeri işaretlemesi kontrol edilir, anestezi güvenlik kontrolü tamamlanır. Anestezi güvenlik kontrolünden kastedilen anestezi gerekli ekip, ekipman ve ilaçlarının ve acil durum ekipman

ve ilaçlarının ortamda hazır bulunup bulunmadığının kontrolüdür. Bugüne kadar yapılan çalışmalardan tüm cerrahi girişimler için nabız oksimetrenin varlığının güvenlik açısından çok önemli olduğu sonucu ortaya çıkmış olduğu için nabız oksimetrenin olup olmadığı kontrol edilir ve alerji, zor entübasyon ya da kanama riskinin olup olmadığı gibi hastaya ait risk faktörleri tekrar değerlendirilir. Bundan sonra anestezi işlemi başlar.

II. Anestezi işleminin uygulanmasından sonra, cerrahinin başlamasından, cilt kesesinden hemen önce ikinci aşama "kontrol mola anı"dır. Bu aşamada yine kontrol listesi koordinatörünün liderliğinde tüm ekip önce isimleriyle, görevleriyle birbirlerine kendilerini tanıtırlar. Daha sonra hem cerrah, hem anestezi görevlisi, hem hemşire doğru hasta, doğru taraf ve doğru girişimin uygulanmaya başlanmak üzere olduğunu teyit eder, ondan sonra riskler tekrar gözden geçirilir. Cerrah tarafından cerrahi açıdan karşılaşılabilecek operasyon sırasında riskler olup olmadığı ekibe anlatılır, anesteziist tarafından (ya da anestezi görevlisi tarafından) anesteziye ait beklenen bir takım riskler olup olmadığı (örneğin hastanın daha önceki geçirmiş olduğu hastalıklarla ilgili olabilir) ekibe anlatılır, hemşire tarafından da sterilizasyonla ilgili ya da kullanılacak olan aletlerle ilgili bir problem olup olmadığı ekip ile paylaşılır. Daha sonra antibiyotik profilaksisi yapıp yapılmadığı ve gerekli görüntülemenin ortamda bulunup bulunmadığı kontrol edilir. Bu şekilde cerrahiye ancak bütün bunların kontrolü yapıldıktan sonra başlanır.

III. Son aşama ameliyat biterken, kapatma aşamasında hasta ameliyathaneyi henüz terk etmeden "çıkış kontrolü" aşamasıdır. Bu aşamada da gerçekleştirilen girişimin başta konuşulan ile aynı olup olmadığı, bir değişiklik, bir uzama olup olmadığı ekip ile paylaşılır. Alet, spanç sayılarının kontrollerinin yapıp yapılmadığı sözlü olarak açıkça bu sayımları yapanlar tarafından ekibe söylenir, " sayım yapılmıştır, şu kadar çıkmıştır, eksik, problem yoktur" şeklinde bilgi verilir. Numunelerin etiketlenmesi hasta adının yazılıp yazılmadığı, alınan bölgenin doğru kaydedilmiş mi olup olmadığı kontrol edilir. Ekipman sorunlarıyla karşılaşılmışsa bunlar ele alınır ve en son iyileşme sürecinde bütün ekibin bilmesi gereken bir takım özellikler var ise ekibin diğer üyeleri ile bunlar paylaşılır. Örneğin cerrah açısından örneğin bir bel fıtığı operasyonu ise ameliyattan sonra hastanın bir süre oturmaması gerekiyor olabilir ya da başka bir ameliyat sonrası hastanın kanama riski nedeniyle bir süre sadece sırt üstü yatması geriyor olabilir. Bunlar bütün ekiple paylaşılır ki uyandırma aşamasında ya da daha sonra bu konuda hatalı bir uygulama ile karşılaşılmamasın.

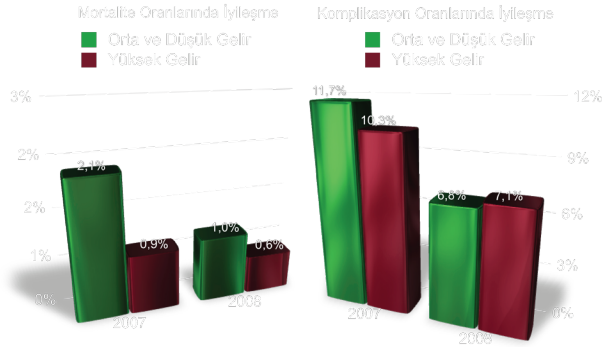
Bu şekilde ortaya çıkmış olan cerrahi güvenlik kontrol listesi 2008 yılı boyunca Dünya Sağlık Örgütü tarafından, bir pilot çalışma olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün kontrolünde dünyada sekiz ayrı bölge de uygulanmıştır. Uygulanan merkezler şunlardır:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| 1. Seattle, ABD | 5. Amman, Ürdün |
| 2. Toronto, Canada | 6. Auckland, Yeni Zelanda |
| 3. Londra, İngiltere | 7. Manila, Filipinler |
| 4. Yeni Delhi, Hindistan | 8. Ifakara, Tanzanya |

Bu pilot çalışmanın sonuçları da Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2009 yılı başlangıcında açıklanmıştır. Açıklanan sonuçlara göre tüm bölgeler karışık olarak bakıldığında komplikasyon oranlarında üçte bire varan, ölüm oranlarında da %40'a varan iyileşmeler görülmüştür.

	Önceki	Kontrol Listesi sonrası	P değeri
Vaka sayısı	3733	3955	-
Mortalite	1,5%	0,8%	0.003
Komplikasyon oranı	11,0%	7,0%	<0,001
Cerrahi alan enfeksiyonları	6,2%	3,4%	<0,001
Beklenmeyen reoperasyon oranı	2,4%	1,8%	0,047

Pilot çalışmadaki ülkeler "Orta ve düşük gelirli ülkeler" ve "Yüksek gelirli ülkeler" olarak sınıflandırıldığında ise durum yine hemen hemen aynıdır, düşük gelirli ülkelere uygulama sonrası iyileşme daha yüksek oranda gerçekleşmiş gibi görünmesine rağmen komplikasyon oranlarındaki azalma her iki grupta da istatistiksel olarak aynı düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).



Sağlık hizmetlerinde kaliteyi iyileştirmeyi hedefleyen Bakanlığımız da 2005 yılından beri sağıkta kaliteyi geliştirme uygulamalarını sisteme entegre etmiştir. Bu şekilde hizmet kalitesi standartları çalışmaları çerçevesinde Bakanlığa bağlı tüm hastanelerde, sağık kurum ve kuruluşlarında dörder aylık periyotlar halinde bugüne kadar değerdendirme süreçleri yaşanmaktadır. Bu değerdendirme sürecinde kurum ve kuruluşlara yapılan değerdendirmeler toplam 79 soru, 384 alt başlık, 794

toplam kriter üzerinden yapılmaktadır. Bu kriterlerin önemli bir kısmı güvenli cerrahi uygulamaları ile ilgilidir. Şu anda ekranda görülen kriterlerin tamamı da sadece cerrahi güvenlik ile ilgili olan kriterler. Bu şekilde Bakanlığımız Performans Yönetim ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı koordinasyonunda yürütülen hizmet kalitesi standartları çalışmaları çerçevesinde tüm Bakanlık hastanelerinde bu konuda çalışmalar yapmaları istenmekte ve uygulamaları görülen bu kriterler sorgulanarak izlenmektedir. Hizmet kalitesi standartlarına şöyle bir göz atacak olursak 2300 puan üzerinden yaklaşık 1400 puanı, yaklaşık %64'ü hasta güvenliği ile alakalıdır, bunun %7'lik kısmı cerrahi güvenlik ile ilgili sorulardır ve bunun da yaklaşık dörtte biri güvenli cerrahi kontrol listesinin şart koştuğu kriterler ile ilgilidir.

Tüm kriterler arasında hasta güvenliği ve cerrahi güvenlik bahislerine verilen ağırlık, Sağlık Bakanlığı'nın konuya verdiği önemin en güzel göstergesidir. Rehberde ameliyat öncesi taraf işaretlemesi, doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem uygulaması ve cerrahi güvenlik kontrol listesinin kullanılıp kullanılmadığı ayrı ayrı sorgulanmaktadır. Bu şekilde kısa bir süre içerisinde Bakanlığımıza bağlı tüm hastanelerde bu sistem uygulanıyor olacak ve bu sayede birçok hayat kurtarılmış olacaktır.

Teşekkür ederim.

HASTA GÜVENLİĞİNDE ROLLER VE DENEYİMLER

Prof. Dr. Tevfik ÖZLÜ – Oturum Başkanı

(Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Başhekimi)

Değerli Katılımcılar; öncelikle kendimi tanıtayım; Doktor Tevfik ÖZLÜ. Trabzon'dan katılıyorum. Sağlık Bakanlığı mensubu değilim, üniversite hastanesinde çalışıyorum, aynı zamanda çalıştığım hastanenin başhekimiyim. Belirtmek istediğim bir nokta da, üniversitemizde bir Hasta Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi'miz var, bu merkezin de müdürlüğünü yapıyorum.

Öncelikle bir anımı kısaca sizlerle paylaşmak istiyorum. Uzun yıllar önce, zorunlu hizmetimi tamamlayıp üniversiteye geçiş için Sağlık Bakanlığı'ndan muvafakatimi alma başarısını gösterdikten sonra Sıhhiye'de Sağlık Bakanlığı binasından çıkıp dedim: "Allah'ım bir daha benim yolumu bu binaya düşürme". İki gündür bu salonda Sağlık Bakanlığı'nın neleri başardığını gözlüyorum. O günlerden bu yana çok şeyin değiştiğini, köprülerin altından çok suların aktığını görüp, çok mutlu oldum. Bu kadar dinamik, verimli, bu kadar geniş katılımlı güzel bir organizasyonu gerçekleştirdikleri için, tüm emeği geçen arkadaşlarımızı kutluyor, teşekkür ediyorum.

Bu oturumda benimle birlikte beş konuşmacı sunum yapacak. Onları takdim ederek buraya davet ediyorum. Konuşma sırasına göre, benden sonra ikinci sunumu Prof. Dr. Hakan Hakeri yapacak. Hakan Bey, buyurun. Hakan Hakeri, Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku Anabilim Dalı Öğretim Üyesi. Kendisini yazılarıyla tanıyor olmalısınız, sağlık hukuku, tıp hukuku alanında çalışıyor. Daha sonra Sosyal Güvenlik Kurumu GSS Proje Geliştirme Daire Başkanı Dr. Hüseyin Özbay katılacaklar. Buyurun Sayın Özbay. Dördüncü konuşmacımız ise Sayın Haluk Özsarı, Türkiye ve Sigorta ve Reasürans Şirketler Birliği Danışmanı sıfatıyla bir sunum yapacaklar. Buyurun Sayın Özsarı. En son konuşmacımız da Dr. İbrahim Ersoy, kendisi benim ve Hakan Beyin de yazarı olduğu Medimagazin Tıp Gazetesi'nin Genel Yayın Yönetmeni. Şimdi daha fazla sözü uzatmadan hemen konuşmalara geçmek istiyorum. Program akışına göre ilk konuşma bana ait, dolayısıyla ilk sözü kendime veriyorum.

Değerli katılımcılar, bana ayrılan konu hasta güvenliğinde SGK'nın yani Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ve hastanelerin rolü. Ben de zaman elverdiği süre içerisinde bunu sunmaya çalışacağım. Tıbbiyeye ilk girdiğimizde bize söylenen Hipokrat'ın meşhur "Önce zarar verme" sözü, dünden beri çok tekrarlandı. Aslında ben bu sözün başka bir anlamına dikkat çekmek istiyorum. Bu söz hekimin, aynı zamanda ciddi bir zarar verme gücüne sahip olduğunu vurguluyor. Hekimin veya sağlık çalışanlarının verdiği zararın, telafisi genellikle pek mümkün olmaz. Yani hastanın yaşamına mal olabilir ya da kalıcı sakatlıklara yol açabilir. İşte bu oturumda biz hastalarımıza zarar vermemenin yollarını, kurumsal olarak neler yapabileceğimizi tartışacağız. Bu konudaki rolleri ve deneyimleri paylaşacağız sizlerle. Öncelikle hasta güvenliği açısından, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun rolünden ve öneminden bahsedeceğim.

Hepimiz de biliyoruz ki, artık günümüzde sağlık hizmetlerine ulaşım, kişinin kendi imkânlarına bırakılamaz. Çağdaş toplumlar, sosyo-ekonomik durumuna bakılmaksızın,

herkesin, ihtiyacı olan sağlık hizmetine zamanında ve eksiksiz olarak ulaşmasının yolunu açık tutarlar. Bunun yollarını oluşturur. Burada asıl olan, hizmetin herkese hakkaniyet içinde ve insan onuruna yakışır şekilde sunulmasıdır. Bu, bizim normatif değerlerimizdendir. Bunu sağlamak için çok farklı yollar, yöntemler kullanılabilir. Kimi genel bütçeden, kimi özel sağlık sigortaları yoluyla, kimi kamu sigortacılığı yoluyla, bunun finansmanını sağlar.

Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu, bu sistemin toplumsal garantörlüğünü üstlenmiş durumdadır. Sigorta sisteminin temelinde ahlaki zaafılar yatar. Eğer kişi, kendi ihtiyaçlarını bir başkasının kesesinden karşılıyorsa, optimal davranamaz, ihtiyaç üzeri bir talep oluşur. Hekim de aynı zamanda sigortaya güvenerek maliyet hesabı yapmayabilir. Bu kamu sigortacılığının ciddi handikaplarından. Bunu ortadan kaldırmak için çok çeşitli argümanlar geliştirilmiştir. Kullanıcıdan katkı payı alabilirsiniz, ek ödeme getirebilirsiniz, ya da sınırlı güvence paketleri ortaya koyabilirsiniz, paket ödeme, vaka başı ödeme, kişi başı ödeme gibi argümanlar kullanabilirsiniz. Fakat unutmamak gerekir ki, gerek sağlık kurumları için, gerek hekimler için planlansın, bütün bu argümanlar sonuçta hastayı etkiler. Yani getireceğiniz, alacağınız bütün tedbirlerin, hastaya bir yansıması söz konusudur. Sağlıkta asıl olan obje hastadır, hastaya odaklanmamız gerekmektedir. Bundan dolayı verdiğimiz kararların hastayı nasıl etkileyeceği ön görmek gerekir.

Son yıllarda SGK'nın aldığı birçok karar, hastaların güvenliği açısından ciddi riskler taşımaktadır, bunları sunumum içerisinde sizlerle paylaşacağım. Tabii burada değinilmesi gereken bir nokta SGK'nın asıl misyonunun, fonksiyonunun ne olduğudur. Yani SGK, Türkiye'nin sağlık giderlerini azaltmak ya da bütçesini dengelemeyi amaçlayan bir işlev mi üstlenecektir? Yoksa, Türkiye'de herkesin sağlığını güvence altına almak ve hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine eksiksiz olarak ulaşmasının yolunu açık tutmak gibi bir misyonu mu önceleyecektir? Elbette bunlar arasında bir denge kurulmalıdır ama önceliğin hastanın istediği hizmete kavuşması olacağı açıktır. Dolayısıyla, burada bir çatışma söz konusudur. Tabii ki kaynakların sınırlı olduğu, taleplerin sınırsız olduğunu biliyoruz. Dolayısıyla, var olan kaynakların verimli ve etkin kullanılmasından da vazgeçemeyiz.

Ancak, sağlığa ayrılan kaynakların doğru kullanılması ve sağlık bütçesinin optimizasyonu için birtakım sınırlamalar getirmektense, denetimi etkinleştirmenin daha doğru ve etkin olacağına inanıyorum. Özellikle sağlık kurumlarında kesilen faturaların iyi denetlenmesinin ve kamuda performans uygulamalarının hakkaniyet içerisinde yapılmasının sağlanması ve özellikle ilaç firmalarının ve medikal firmaların tanıtım ve pazarlama çalışmalarının etik ve hukuki sınırlara çekilmesinin Türkiye'deki sağlık bütçesinin kontrolünde çok daha etkin olacağına içtenlikle inanıyorum. Ve tanıtedavi rehberlerinin esas alınmasıyla suiistimallerin önüne geçilebileceğini de Sosyal Güvenlik Kurumu yetkililerine belirtmek isterim. Nitekim bu kanımı destekleyen bir bulgu, yakın zamanda basında yayınlandı. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı'nın yaptığı bir açıklamaya göre Ankara'da yapılan denetimler sonucu, denetim yapılan hastanelerin sağlık faturalarının azaldığı ama denetim yapılmayan sağlık kurumlarında hala faturaların artmaya devam ettiği görüldü ve yapılan denetimlerde hakikaten çok

trajikomik denilebilecek bir takım suiistimallerin olduğu saptandı. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Türkiye'de işlemeye başlamasıyla birlikte hasta güvenliği açısından çok olumlu gelişmeler kaydedildi, bunları da es geçmememiz gerekiyor. Çünkü Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yürürlüğe girmesiyle Türkiye'de nüfusun tamamı aşağı yukarı Sosyal Güvenlik şemsiyesi altına alınmış oldu ve daha önce var olan Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur gibi değişik kurumların farklı uygulamaları ortadan kalktı ve hastalar standart bir hizmet almaya başladı. Onun dışında, hastaların ihtiyacı olan tüm sağlık kurumlarına doğrudan başvurabilmeleri mümkün oldu ve bürokratik işlemler oldukça azaltıldı. T.C. kimlik numarası ile hastalar kolayca hastaneye başvurabiliyorlar. Bunun dışında, geri ödemenin belli standart kurallara bağlanması, hastanelerde kayıt sistemini güçlendirdi. Bilgi-İşlem, otomasyon sistemleri devreye girdi. Artık bugün hastanelerimizde bakılan, tedavi olan hastalarla ilgili daha güzel kayıtlar, bilgilere ulaşabiliyoruz.

Bunların yanında, hasta güvenliğini ciddi olarak riske eden uygulamalara da SGK imza atmıştır. Şimdi izninizle bunlara da değinmek istiyorum. Öncelikle hastanelere ödeme planında Sosyal Güvenlik Kurumu "vaka başı" veya "taniya dayalı" ödeme gibi argümanları kullanmaktadır, biz bunlara asıl olarak "paket ödeme" diyoruz. Yani, hastaya hangi tetkiki yaptırırsanız yaptırın, hangi tedaviyi uygularsanız uygulayın, hangi hizmeti vererseniz verin size sabit bir ücret ödemektedir. Tabii bu uygulama, hasta güvenliği açısından ciddi riskler taşıyor. Çünkü böyle bir uygulamada, sağlık kurumları ve hekimler gereken tetkikleri yapmaktan imtina edecekler, personel ve malzeme kullanımında azaltmaya gideceklerdir. Kaliteli malzeme kullanmaktan vazgeçecekler ve hastaları biran önce taburcu etmeye eğilimli olacaklardır. Hastaların ortaya çıkan komplikasyonlarını görmezden geleceklerdir ve güncel teknoloji ile ayırıcı taniya gitmek yerine, ampirik tedavilere yöneleceklerdir. Bunların hepsi, hasta güvenliği açısından çok ciddi riskler taşımaktadır. Vaka başı ve taniya dayalı ödeme argümanlarını kullandığınızda, sağlık kurumları ve hekimler, hastaya ihtiyaç duydukları tetkikleri yaptırabilmek için bazen hastaları acil olgu gibi göstermek, ayaktan tedavi edilmesi gereken hastaları yatırmak ya da hayali bir takım tanıları icat etmek ya da yeterince tetkik edemediği için hastaya gereğinden fazla ilaç yazarak riski azaltmak eğilimlerine girmektedirler ki, bunların hepsi de hasta güvenliği açısından, yine risk taşımaktadır.

SGK'nın son olarak gündeme getirdiği, 1 Nisan'dan itibaren yürürlüğe girecek olan "işlem tekrarına süre sınırlaması" uygulamasında da ciddi bir risk potansiyeli vardır. Çünkü ülkemizde hizmet alınan laboratuvarların ve tanı merkezlerinin hemen hiçbirinin standartlara uygun olup olmadığı konusunda veri yoktur, akreditasyon, kalite kontrolü yoktur. Dolayısıyla, hasta elinde bir tomografi ile bana geldiğinde, eğer bu tomografi uygun standartlarda çekilmemişse ben bu tomografiye bakarak nasıl karar verebilirim? SGK iki ay geçmeden yeniden bir tomografi ödemeyeceğini deklare ediyor ve ben bir hekim olarak, o hastanın hiç de standartlara uymayan bir tomografisine bakarak onun hakkında yaşamsal bir karar vermek durumundayım. Burada hem hekim, hukuk karşısında risk almaktadır, Sayın Hakeri belki bundan bahsedecektir; hem de hasta, ciddi olarak risk altına girmektedir.

SGK'nın SUT fiyatları irrasyoneldir ve bu irrasyonel fiyat politikası, hasta güvenliğini ciddi olarak tehdit etmektedir. 2002 yılında 20 milyon liraya o zaman için verdiğimiz bir hemogram, kan sayımı ücretini bugün 3,3 liraya veriyoruz. Hâlbuki bu süre içinde Türkiye'nin sağlık bütçesi üç kat artmıştır, sağlık harcamaları artmıştır. Ama hastanelerin gelirlerinde ciddi bir azalma söz konusudur. Bu sadece, hemogram için söz konusu değildir, bütün hizmetlerde buna benzer oranda bir düşme söz konusudur. Bu ücretlendirme politikasının neye göre yapıldığı da açık değildir. Sadece o hizmetin sunumunda kullanılan malzeme üzerinden fiyatlandırma yapılmamalıdır. Kullanılan malzeme yanında, tekrarlanan işlemler, kullanılıp da fatura edilemeyen giderler ve kurumların gelişme payları, amortisman giderleri, personel giderleri, yönetim giderleri, gelişme payları dikkate alınmalıdır. Bunlar yapılmadığı zaman, kurumlar kısa zaman içerisinde güncelliği yakalayamayacak ve çağ dışı kalacaktır. Aynı zamanda düşük ücret politikası, hastanın bakım kalitesini düşürecektir. Malzeme ve personel kullanımında kısıtlamaya yol açacaktır. Kaliteli malzeme kullanımından vazgeçilecektir ve sağlığa yatırım yapılamaz hale gelecektir. Bunlar orta vadede hasta güvenliğini tehdit eden unsurlardır.

Yine sevk zinciri uygulamasının, 01 Temmuz itibarıyla geleceği söyleniyor. Ama burada ciddi sorun var. Çünkü aile hekimi diye takdim ettiğimiz hekim arkadaşlarımız, aslında gerçekten aile hekimi uzmanı değildir. Aile hekimi yetkileri verilmiş pratisyen hekim arkadaşlarımızdır ve bunlar uzun dönem hekimlikten de uzak kalmış genelde idareci pozisyonunda olan hekim arkadaşlarımızdır. Daha çok puan aldıkları için aile hekimliğine ön sıralarda atanmışlardır. Vatandaşın, aile hekimi uzmanı diye bir pratisyen hekime yönlendirilmesinin ortaya çıkarabileceği riskleri öngörmemiz gerekmektedir. Ve bütün hastaları birinci basamakta tuttuğumuz zaman, bir aile hekimini günde 100-120 hastaya bakacağını varsayarsak, böyle bir aile hekimliği sisteminin fiyaskoyla sonuçlanacağını ve 224 sayılı yasadaki sağlık ocağı sistemindekine benzer bir sonuçla karşılaşacağımızı öngörmek kehanet olmaz. Çünkü, aile hekiminin temel fonksiyonu poliklinik yapmak değildir, koruyucu sağlık hizmetleri vermek, sağlık eğitimi vermek, sağlık danışmanlığı yapmak, sağlık kayıtlarını tutmak, gebe takibi yapmak vs. gibi birçok fonksiyonu, görevi vardır. Günde 100 hastaya bakan bir aile hekimi, bunların hiçbirini yapamayacaktır. Ve bunun sonucu da hastalarımızın aile hekiminden memnuniyeti azalacak, sisteme olan güven sarsılacaktır. Bu sistem, sevk zorunluluğu sistemi, aile hekimliğini tehdit eden bir risktir. Yine hasta hakları açısından ele alındığında da, hayatı zora girmiş ve ölüm tehdidi olan bir kişinin, güvendiği, umut bağladığı bir hekime ulaşmasının, bir kuruma ulaşmasının önünün kesilmesi kabul edilemez. Kişi eğer iyileşmediğinde ya da sakat kaldığında, öldüğünde, "ben hastaneye gitseydim, filan hekime gitseydim belki de kurtulacaktım, babam kurtulacaktı, yaşayacaktı" gibi bir teessürün yerini hiçbir para, hiçbir fatura dolduramaz arkadaşlar. İnsani değerlerimizden vazgeçmememiz gerekmektedir. Evet teşvik edilebilir, yani aile hekimliğinden sevk alarak gidenlere farklı avantajlar sağlanabilir veya sevsiz gidenlerden katılım payı alınması getirilebilir, belli bir süreye yayılarak bu sorunsuz geçiş sağlanabilir.

SGK'nın ödeme sisteminde, sadece ücretler üzerinden hesap yapılmaması, ücret ve maliyet ayrımının da yapılması gerekmektedir. Bir tedavi maliyeti, sadece ücretle

hesaplanamaz. Fatura edilemeyen değerler de söz konusudur. Hastanın aldığı hizmetin kalitesi, ağrı ve acısının dindirilmesi, ızdırabının dindirilmesi, yaşam sevinci o hastanın gözündeki yaşam sevinci, bunların faturada karşılığı yoktur. Verilen hizmetin niteliği de ödemede dikkate alınmalıdır ve ek maliyetler, komplikasyonlar, enfeksiyon oranları, ortaya çıkan iyileştirme oranları, bunların hepsinin tedavi maliyetinde dikkate alınması gerekir. Yoksa sağlıklı bir meta haline indirerseniz, yani alınıp satılan bir bedel gibi, “şu hizmeti şu paraya satıyorum, bu paraya alıyorum”, bu kadar kolayca bunu fatura ederseniz sıkıntılarla karşılaşmamız söz konusudur.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun SUT uygulamaları çok sık değişmektedir, sisteme uyum sağlamakta güçlük çekiyoruz. Birçok hastanede bilgi-işlem sistemleri, otomasyon buna ayak uydurmakta zorlanıyor, faturalar bekliyor, hastalar mağdur oluyor ve tabii ki kuruma olan güven de sarsılıyor. Yani bir karar alıyorsunuz, aradan bir hafta, 10 gün geçmeden onu değiştiriyorsunuz, bir daha alıyorsunuz onu değiştiriyorsunuz. Öyleyse bu kararları, böyle tek başınıza almayın, çağırın uygulayıcıları, bizleri, deyin ki: “Biz böyle bir karar almak istiyoruz, bunun uygulamaya yansması nasıl olur? Bir sorunla karşılaşır mıyız?” bizlerden görüş alın. Sağlıkta üçlü sistem söz konusudur: Hizmeti alan, hizmeti veren ve hizmeti finanse eden. Bütün çağdaş toplumlarda, aşağı yukarı bu sistem vardır ve sağlıkta kararlar, bu tarafların tümünün katılımıyla alınmalıdır. Yani hizmeti vereni dışlayarak, sadece finansı sağlayan kişi karar alırsa, “Parayı ben veriyorum, öyleyse benim dediğim olur, ben düdüğü çalarım, kuralları ben koyarım” anlayışıyla hareket edilirse, o zaman hastaların güvenliğini kim koruyacaktır? O zaman hizmeti veren kurumların gelişmesi, sürekliliği, devamlılığı nasıl sağlanacaktır? Burada ciddi sorunlarla karşı karşıya kalabiliriz. O bakımdan bu kararlar, tüm tarafların katılımıyla alınmalıdır diyorum.

Zaman darlığı nedeniyle hastanelerin sorumluluğu konusuna geçmeden sunumumu tamamlıyorum. Sorular olursa diğer konuya da temas etme şansım olabilir diye de düşünüyorum. Şimdi ikinci konuşmayı yapmak üzere Sayın Hakan Hakerî’ye sözü veriyorum.

Prof. Dr. Hakan HAKERÎ – Panelist

(Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Öğretim Üyesi)

Değerli hanımefendi ve beyefendiler, hepinizi saygıyla selamlıyorum. Bana “Hasta Güvenliği Uygulamalarına Hukuki Bakış” konusu verildi ama doğrusu konunun içeriğini nasıl dolduracağım konusunda tereddüt ettim. Kendime göre bir şey hazırladım, şöyle düşündüm; hasta güvenliği bakımından hekim ve diğer sağlık personelinin nelere dikkat etmesi gerekir? Hekim özellikle ön planda, benim sunumumda. Ama dün edindiğim izlenime göre hekimden daha çok diğer sağlık personeli var. Dolayısıyla uygulamada da daha çok karşımıza çıkabilir, onlara da kısmen yer verdim. Bir de organizasyon açısından ne tip hususlar olabilir, bütün bu noktalardaki hataların hukuk düzeninde karşılığı ne olur, ne tip bir yaptırım uygulanır

bunlar üzerinde duracağım. Şimdi öncelikle bir kere tıbbi müdahalelerinin kural olarak hekim tarafından yapılması lazım veya bir sağlık personeli tarafından, diğer sağlık personeli tarafından yapılması gerekiyor. Bu çerçevede biz intörn hekimleri hekim saymıyoruz. Dolayısıyla intörnlerin yapmış olduğu müdahalelerden dolayı hastaların zarar görmesi durumunda gerek onlara bu müdahaleyi yaptıranların gerekse kendilerinin bizzat doğrudan sorumluluğu söz konusu olur. Burada uzmanlık şartı var mı? Yani bir müdahaleyi mutlaka bir uzmanın mı yapması gerekir yoksa herhangi bir hekim de herhangi bir tıbbi müdahaleyi yapabilir mi? Daha doğrusu şöyle bir sorun ortaya çıkabilir; uzmanın yapmadığı bir müdahaleden ve uzman olmayan bir kimsenin yaptığı müdahaleden dolayı hasta zarar görürse bundan dolayı sorumluluk nasıl olabilir? Şimdi bildiğiniz 1219 sayılı Kanunumuzda açık bir hüküm var; genel veya lokal anesteziyle yapılan büyük ameliyatlarda bir uzman hekimin mutlaka olması gerektiğini söylüyor. Bir de Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde dördüncü maddede bir hüküm var, diyor ki; "bu tüzük hükümlerine göre uzmanlık belgesi almayanlar hiçbir yerde ve şekilde uzmanlık unvan ve yetkisini kullanamazlar ve uzmanlıkla ilgili tıbbi faaliyette bulunamazlar". Dolayısıyla buradan çıkardığımız sonuç, uzman olmayan kimsenin acil haller dışında veya başka türlü hekime veya diğer sağlık personeline ulaşma imkânının olmadığı haller dışında yapmış olduğu müdahalelerden dolayı hasta zarar görürse bundan dolayı hukuksal bir sorumlulukları söz konusu olabilecektir. Bu çerçevede bir diğer husus ise aydınlatma. Aydınlatma tabii ki tıbbi müdahalenin zaten hukuka uygun olması için aranan şart ve buna bağlı olarak da rızanın alınması gerekiyor. Ama bu çerçevede hasta güvenliği açısından biz aydınlatmayı hukukta çok değişik kategorilere ayırıyoruz. Bunlardan hasta güvenliği açısından önemli olanı tedavi aydınlatması dediğimiz aydınlatma türüdür ki burada hastaya yönelik olarak hekim tedavinin başarılı olması için nelere dikkat etmesi gerektiği, nelere uyması gerektiği noktasında birtakım uyarılarda bulunur. Bu uyarılar tedavinin sağlam olabilmesi açısından önemli olduğundan bu uyarılardaki eksiklik dolayısıyla hasta bunların gereğini yerine getirmez ve zarar görürse, o zaman aydınlatma eksikliğinden dolayı hekimin sorumluluğu söz konusu olabilir. Ve yine bu çerçevede müdahalenin, tıbbi müdahalenin özenli yapılması gerekir, yani hatasız yapılması gerekir. Bundan dolayı da yine hasta zarar görmüş ise özenli bir tıbbi müdahale olmadığından bu müdahaleyi yapanların sorumluluğu söz konusu olur.

Peki, şöyle bir bakalım, hekimler açısından kimler en çok hata yapıyor? Bütün dünyada olduğu gibi Türkiye'de de en çok hata yapan kadın doğumculardır. Artık hatta bazı ülkelerde sigortacılar kadın doğumcuları sigortalamamaktadır çünkü aldıkları prim, ödedikleri tazminatı karşılamamaktadır. Sonra genel cerrahi gelmektedir, iç hastalıkları, nöroşirurji, ortopedi, nöroloji, kulak-burun-boğaz. Fakat bu veriler Adli Tıp'tan alınmış ve ölümlü vakalarla ilgili. Yani en çok ölümün, 100 ölümün gerçekleştiği vakalarla ilgili. Dolayısıyla mesela ortopedinin aslında bazen kadın hastalıklarından sonra geldiği de söyleniyor, ama ölüme yol açmıyor tabii. Hata sıralamasında ikinci sırada ama ölüme yol açmadığı için burada daha aşağı sırada gözüküyor. Peki, yapılan hatalar nelerdir, en çok yapılan hatalar? Yetersiz gözlem ve evine erken gönderme. Gerçekten de en çok basından da okuduğumuzda; "bir şeyin yok dediler, eve gönderdiler bir saat sonra öldü" gibi birçok haber okuyoruz. Tıbbi girişimde gecikme, yine yetersiz önlem ve tedavi, gecikmeli ve hatalı sevk, hatalı

ve dikkatsiz tedavi, yetersiz teşhis ve son olarak da yasalara aykırı tıbbi uygulama en çok karşılaştığımız kusurlu tıbbi uygulama nedenleri arasında görülmeli. Şimdi kural olarak hekimin tedavi özerkliği var. Bu ne demek? Hekim, müdahaleyi yapıp yapmama konusunda, müdahalenin gerekli olup olmadığı konusunda, hangi tür müdahaleyi yapacağı, hangi tür tedaviyi uygulayacağı konusunda özgürdür. Kimse bunu kendisine empoze edemez. Bize en çok gelen sorulardan bir tanesi şu; "SGK diyor ki ben bu türünü ödemem" O SGK'yla hasta arasındaki bir şey, sağlık personelinin bağlayan bir husus değil bu. Siz tıbben yapmanız gerekeni yapmak zorundasınız, hasta güvenliği de bunu gerektiriyor. SGK'nun onu ödeyip, ödememesi hastanın bileceği iş. Siz şunu düşünebilirsiniz; mümkün olduğunca SGK'nın da ödediği yönden yapayım da veya ilacı yazayım da böylelikle hastanın cebinden para çıkmasın. Ama siz hasta için bir müdahaleyi veya bir ilacı gerekli görüyorsanız ve SGK ödemiyor diye bunu yazmıyorsanız, sonuçta hasta bundan zarar görürse SGK'nın ödememesi bir bahane, bir mazeret olmaz. Dolayısıyla hukuk önünde sağlık personeli bundan dolayı sorumlu tutulabilir.

Şimdi bu çerçevede hekimin veya sağlık personelinin özerkliği var dedik ama bunun da sınırları var. Bunlardan birisi standart uygulama ki hasta güvenliği açısından da önemli olduğunu düşünüyorum. Tıbbın o an için kabul etmiş olduğu standart uygulamanın mutlaka uygulanması gerekiyor. Ben 10 sene önce fakülteden mezun olurken bunu böyle görmüştüm, bu, yine geçerli bir mazeret olarak kabul edilemez. Dolayısıyla tıbbın gelişiminin izlenmesi gerekiyor, ilkel metotlarla, doğrulanmamış yöntemlerle tedavide bulunulmaması gerekiyor ki yine Deontoloji Nizamnamesi'nin 13.maddesi de bunu bu şekilde, açık bir şekilde düzenlemiş bulunuyor.

Şimdi hekimin yükümlülükleri nelerdir, hasta güvenliği bakımından hekimin ne tür yükümlülükleri var ve bunların hasta güvenliği açısından ne önemi var bunlar üzerinde duralım. Tabii hekimin daha fazla yükümlülüğünü çıkarabilirsiniz ama ben esaslı yükümlülüklerini, hasta güvenliği açısından olabilecek esaslı yükümlülüklerini yedi başlık altında topladım, bunlara şimdi tek tek bakalım. Öncelikle kişisel edim yükümlülüğü. Hekim hastasına bizzat bakmak durumundadır. Hastasını başka birisine, hemşireye, temizlikçiye, sağlık memuruna havale etmemelidir, bizzat kendisi muayeneyi yapmalıdır, tıbbi müdahaleyi yapmalıdır. Aksi takdirde kendisinin bakmamasından kaynaklanan birtakım sorunlar ortaya çıkarsa yine bundan dolayı sorumluluğu söz konusu olabilecektir. Yardımcı personele ise bırakacağı noktalar hekimliğin ana alanına ilişkin olmamalıdır. Yani esas kendisinin yapması gereken görevleri asla bir hemşireye yaptırmaması gerekir. Ama bunu yine bazen bana soruyorlar; "Hocam bize bir sayın bakalım, hangisini ben yaparım, hangisini hekim yapar" diye özellikle hemşireler soruyor, bunu bir hukukçu olarak söyleyemem. Ama böyle bir olay karşımıza çıktığında, hâkimin önüne geldiğinde biz bunu bilirkişiye yollarız ve deriz ki; "Bunu hekim mi yapacaktı, hemşire mi yapacaktı, tıp bilimi neyi gerektiriyor", ancak ona göre belirleriz. Bizim yasalarımızda çok ayrıntılı olarak da, -Hemşirelik Kanununda işte bazı şeyler var- sayılmamıştır tek tek şunu kim yapacak, şunu kim yapacak diye. O nedenle tıp biliminin genel verilerine göre biz bunu belirleriz.

Yine öykü alma çok önemli ve polikliniklerde, Türkiye'de uygulanmayan bir şey.

Hâlbuki hasta güvenliği açısından hastanın geçmişini, alerjilerini şunu, bunu öğrenmek önemli. Bu noktadaki eksikliği biz yine hasta güvenliği açısından bir kusur olarak kabul ediyoruz ve hekimin öykü almaması nedeniyle hata yapması halinde kusurlu olarak özellikle tazminat yükümlülüğü olduğunu kabul ediyoruz. Yine muayene yükümlülüğü, modern teşhis araç ve imkânlarıyla bunu yapması gerekiyor, muayene hükümlülüğü hekimin, teşhis açısından yine teşhisi koyacak ki tedaviyi uygulayabilsin. Burada ortaya şöyle bir sorun çıkabilir, acaba hasta işte ben şunu da istiyorum, tomografiyi de yapın, MR'da yapın, bunların hepsini isteyebilirim, benim için önemli bir teşhisi, doğru teşhisi yapabilmek için bu gerekli dolayısıyla hepsini istiyorum, sadece röntgenle olmaz diyebilir mi? Hayır diyemez. Hekim biraz evvel söylediğimiz tedavi özerkliği çerçevesinde kendisi bunu takdir eder ve bundan dolayı bir hatası olmadığı müddetçe sen niye MR da çektirmedin diye hekimini herhangi bir şekilde sorumlu tutmamız söz konusu olmayacaktır. Yine tabii bu teşhis yöntemleri arasında hastaya mümkün olduğunca en az zarar vereni tercih etmek gerekir. Özellikle mesela uzun vadeli olarak röntgen gereksizken işte kendini garantiye almak bakımından eğer hekim bu yola başvuruyorsa, hasta güvenliği açısından değil de kendi güvenliği açısından, herhangi bir hukuksal sorumluluğu olmaması bakımından bundan dolayı da yine hekimin sorumluluğu söz konusu olabilir. Tedavi yükümlülüğü ve bu çerçevede en önemlisi uzaktan tedavi yasağı yani telefonda "Şunu yapın, bunu yapın" şeklinde kural olarak talimatların verilmemesi gerekir, bizzat kendisinin gelip bunu yapması gerekir. Ama çok basit hastalıklarda mesela nezle, grip olmuş, hastayı önceden tanıyor, bu tip hallerde, çok basit durumlarda sınırlı olarak, bunlarla sınırlı olarak hafif hastalıklar açısından görmeden de "şunu al, bu ilacı al, şunu yap" denilebileceği kabul ediliyor. Peki, tedavi yükümlülüğünün sınırları neler? Hasta tedaviyi reddederse hekim asla hastaya müdahale edemez, belirli yöntemleri reddederse yine o yöntemleri uygulayamaz. Diyebilirsiniz ki, hocam biraz evvel tam tersini söylediniz, "İstediyi yöntemi kendisi seçer" dediniz. Ama seçer de hasta da onu kabul etmek zorunda değildir. Dolayısıyla zorla bunu yapamayacağına göre ya orta yolda buluşacaklar ya da hastaya "O zaman senin istediğin yöntemi yapan bir hekim bul" diyecektir hekim. Çocuklar bakımından ebeveynin eğer tıbbi müdahale zorunlu ise, çocuğun sağlığı bakımından acil ise anne ve babanın tedaviyi ret hakkı yoktur. Bu konuda hatalar görüyoruz uygulamada; "Hocam anne ve babadır ne isterse yapar, alıyor çocuğu götürüyor", hayır asla böyle bir hakları yok. Eğer acil ise derhal müdahale etmek gerekir. Acil değilse o zaman başhekimliğe müracaat edip savcılık ve mahkemeden izin alma yönünde girişimde bulunmasını istemek gerekir, bu tip haller açısından.

Kayıt tutma yükümlülüğü yine çok önemli bir yükümlülük. Aslında kayıt tutma yükümlülüğü sağlık personelinin hukuksal sorumluluktan kurtaracak en önemli şey. Yükümlülük diyoruz ama aslında onların lehine olan bir şey, sağlık personelinin lehine olan bir şey ve bugün için de hasta güvenliği bakımından da kayıt tutmanın artık önemi var. Sadece hekimin kendisi açısından delil olması bakımından değil, hasta güvenliği açısından da. Çünkü tıp o kadar gelişti ki sadece hekim ilgilenmiyor hastayla, bir yığın insan ilgileniyor. Bunların neler yapıldığını, hastanın neyin olduğunu görmesi için de iyi bir kayıt sisteminin olması gerekiyor.

Sır saklama yükümlülüğü yine çok önemli, hasta güvenliği açısından bunun herhangi

bir zararı olabilir mi bilemiyorum, ama sonuçta sır saklama yükümlülüğünün yerine getirilmemesi hem suç hem de bir tazminat sebebi olarak hukuk düzenimizde düzenlenmiş. Bir başka husus organizasyon kusuru dediğimiz. Burada doğrudan hekime veya sağlık personeline yükleyeceğimiz bir kusur yok ama organizasyonun hatalı olmasından kaynaklanan ve burada artık ya başhekime, ya hastane sahibine, hastane işletenine, müdürüne yönelecek bir sorumluluk söz konusu. Mesela bu gördüğünüz olayda ayağı kırılmış olan bir çocukla ilgili olarak yapılan bir operasyonda burada dava açılmış ve ortopedik müdahale yapmasına müsaade edilmesi, acil serviste çalışan hekim, personeli yeteri şekilde denetlememesi, komplikasyonlar geliştikten sonra konsültasyona başvurulmaması, hemşirelerin gerekli takibi yapmaması nedeniyle hastane mahkûm ediliyor. Diyeceksiniz ki başhekim odasında oturuyor ne kusuru var ama bu belirtilen nedenlerden dolayı yeteri kadar eğitimli hemşire görevlendirmemiş, hekimlere konsültasyon yükümlülüğü getirmemiş, bu nedenle denmiş ki hastane burada kusurludur.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 37.maddesinde "herkesin sağlık kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme, isteme hakkı vardır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının hastaların ziyaretçi ve refakatçi gibi yakınlarının can ve mal güvenliklerinin korunması ve sağlanması için gerekli tedbirleri alır" deniyor. Dolayısıyla güvenlik konusu da yine organizasyon yükümlülükleri arasındadır. Çocukların, akıl hastalarının özellikle bu bakımdan özel güvenlik tedbirlerinin alınması gerekir. Mesela bebek hırsızlığı, kan, doku, organ çalınması veya başka herhangi bir hırsızlık. Hastanede bir hırsızlık yaptığında hasta çalınan malının parasını hastaneden isteyebilir. Çünkü gerekli güvenlik önlemini almamıştır diye. Yine kavga ve çatışmalar için yeterli güvenlik personelinin bulundurulmaması hallerinde de organizasyon kusurunun bulunduğu kabul ediliyor.

Son olarak hekimle hemşire ilişkisi üzerinde de kısaca durmak istiyorum. Çünkü uygulamada bu ilişki nedeniyle hasta açısından yine önemli problemler ortaya çıkabilir diye düşünüyorum. Dolayısıyla acaba hekim-hemşire ilişkisi nasıldır ve sorumluluklar nasıl paylaşılmıştır hukuk düzeni bakımından? Bir kere hekim kendi tıbbi müdahalesinden kendisi sorumlu, hemşire de kendi hatalı tıbbi müdahalesinden kendisi sorumludur. Ancak hekim hemşirenin hatasından sorumlu olabilir. Yani normalde cezaların şahsiliği denilen bir prensibimiz vardır, herkes kendi kusurundan sorumludur. Ama hekimin hemşirenin kusurundan sorumlu olabileceği haller söz konusu olabilmektedir. Özellikle hemşireyi yeterli gözetimde bulunmaması veya hemşireye kendi sorumluluk alanı dışında bir order vermesi gibi hallerde, o zaman hemşirenin hareketinden dolayı sorumluluğu söz konusu olabilir. Hemşire de kendisine verilen görevi kendi alanı içinde olmadığını görüyorsa bunu almaması gerekir, kabul etmemesi gerekir. Aksi takdirde bunu kabul ediyorsa yani; "Hekim söyledi, ne yapayım, yapıyorum". Hayır, siz eğer hemşirenin görev alanı içinde olmayan bir şey yapıyorsanız o zaman bundan dolayı üstlenme kusuru dediğimiz, üstlenmemeniz gereken bir şeyi üstlendiğiniz için üstlenme kusuru dolayısıyla hemşirenin de sorumluluğu olur. Hekimin bunu söylemiş olmasının hiçbir önemi yok bu bakımdan. Burada bir başka sorun, uygulamada karşımıza çıkan; hemşire hekimin vermiş olduğu orderları kontrol etmek zorunda mıdır, yoksa gözü kapalı yerine mi getirecektir sorunu. Bu bakımdan hukuk düzeninin geliştirdiği prensip

güven prensibidir. Bu ne demektir? Hemşire kendi bilgisi yetmeyebileceğinden dolayı da hekimin verdiği orderları kural olarak sorgusuz sualsiz yerine getirir. Orderların esaslı olduğunu, doğru olduğunu, yanlış bir order olmadığına güvenebilir, güven prensibi bu demek. Ancak hemşire kendisi bile orderın problemli olduğunu görebilecek düzeydeyse ve buna rağmen yerine getiriyorsa, o zaman da sorumlu olur. Dolayısıyla her verilen şeyi, "Ben bir dakika kontrol edeyim, bir açayım bakayım, birisine sorayım, acaba doğru bir order verdi mi" diye kontrol etmek zorunda değil. Ama hemşire bunun hatalı olduğunu gördüyse, görebiliyorsa o zaman da yapmaması gerekir, hekim ısrar ederse yine yapmaması gerekir, yazılı verirse yine yapmaması gerekir. Çünkü bunların hepsi suç oluşturacak şeylerdir, bizim hukuk düzenimize göre yazılı da olsa suç oluşturan emirler yerine getirilmez ve hemşire bunu yerine getirdiğinde de sorumluluktan kurtulamayacaktır.

Son olarak, yaptırım ne olacak peki? Bütün bu bahsettiğim hususlara uyulmadığında sağlık personelinin karşılaşabileceği yaptırım ne olur? Üç tane yaptırım olur ve üçü de beraber olur. Hepsi her zaman olmayabilir, ama eğer mesela hasta şikâyetçi olursa savcılıkta o zaman ceza sorumluluğu olur, disiplin soruşturması başlatılırsa idari sorumluluk olur, tazminat davası açarsa tazminat sorumluluğu olur. Yani hasta takip ederse bu üçü de olabilir. Ama zaman zaman görebiliyoruz, mesela hasta sadece tazminat davası açıyor, savcılığa şikâyet etmiyor. O zaman cezai sorumluluğu olmaz. Çok kısa olarak söyleyeyim, tazminat sorumluluğu nedir? Hasta uğradığı zararın tazminini ister, bu ceza maddi veya manevi olabilir. Maddi zararı nedir? Bir ay işinden gücünden kalmıştır, çalışmamıştır, ayda beş milyar geliri vardır, bu beş milyarı ister, bir tarafında zarar meydana gelmiştir, yürümesi zorlaşmıştır, hayatı boyunca bundan dolayı birtakım ek masraflar yapmak zorunda kalacaktır, bu masrafları ister ve bu arada duyduğu acı dolayısıyla da manevi tazminat ister. Dolayısıyla maddi veya manevi tazminat söz konusu olabilir. İdari sorumluluk hem tabip odalarına üye hekimler açısından hem de kendi bulundukları kurumun, sağlık müdürlüğünün açtığı bir disiplin soruşturması neticesinde bir idari sorumluluk söz konusu olur. Son olarak da ceza sorumluluğu söz konusu olur. Ceza sorumluluğu açısından sağlık personeli biraz uğraşır, stres yapar. Çünkü savcı dava açar, ceza mahkemesinde yargılanırsınız. Bu aslında çok problemlidir, çok büyük stres yapar ama sonuçta bizim sistemimizde kolay kolay herhangi bir sağlık personeli hastasının ölümüne sebebiyet vermiş olsa bile hapse girmez, böyle bir sistem bizde yoktur. Neden? Çünkü hasta ölse bile ceza iki yıldan başlar, genelde de hâkimler iki yıllık ceza verirler. İki yıllık ceza ise ertelenebilir, para cezasına çevrilebilir. O nedenle bizde genelde sağlık personeli hasta ölse bile hapse girmez. Ama şu olabilir; ikinci bir vakaysa bu, daha önce ertelenmiş bir ceza olup da ikinci kez tekrar bir hastanın ölümüne sebebiyet vermişse sağlık personeli bu sefer hâkim artık cezayı ertelemeyebilir. Son olarak bir iki reklamımız var, genel yayın yönetmemiz de buradayken Medimagazin Dergisi'nde yazılarımız yayınlanıyor, takip etmek isteyen, ilgilenmek isteyenler varsa, ilgi duyanlar varsa medimagazin.com.tr adresinden takip edebilirler. Benim tıp hukuku alanında bir çalışmam var ve Türkiye'de bu alandaki ilk ve hala tek bir kitap ve yine bu konuda ayrıntılı bilgi isteyenler buradan yararlanabilirler. Bir de bir derneğimiz var, Tıp Hukuku Derneği'miz. Buna ilgi duyanlar da olursa tiphukuku.org.tr adresinden ulaşabilirler. Hepinize teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum.

Dr. Hüseyin ÖZBAY – Panelist

(Sosyal Güvenli Kurumu Genel Sağlık Sigortası Proje Geliştirme Daire Başkanı)

Teşekkür ederim Sayın Başkan, Sayın Müsteşarım,

Görüyorum ki SGK ile ilgili çok fazla şey konuşuldu. Yeni bir SGK'lı, henüz iki aylık bir SGK'lı olarak ve başka SGK temsilcilerinden hiç kimsenin bulunmaması nedeniyle de açıkçası heyecanım gittikçe artıyor. Bu minvalde bize verilen konu Sosyal Güvenlik Kurumu ve Hasta Güvenliği. Bu konuda açıkçası ne yapabiliriz diye düşündük, bir sunum hazırladık. Ama içeriği ne kadar bunu karşılar bilemiyorum. Biraz geriye götürmek istiyorum; SGK olmadan önce farklı yapılarda sosyal güvenlik kurumları vardı. Bunlar SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve işte bakanlıklar, kamu çalışanlarının genel bütçeden karşılanan sağlık giderleri, yeşil kart gibi kurumlar vardı. Bu hizmetlerde bir norm birliği sağlanamıyordu. Farklı kurumların farklı uygulamaları vardı. Aslında bu uygulamaları birleştirmek için yola çıkıldı. 2007 yılında ortak bir SUT hazırlandı. Yani SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı aynı hizmetleri verme konusunda anlaşmaya vardılar Maliye Bakanlığı'nın gözetiminde. Böylelikle ilk adım atılmış oldu. Bu arada tabii Sosyal Güvenlik Kurumu aslında daha önce başlanan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu çalışmaları vardı. Daha sonra Sosyal Güvenlik Kurum Kanunu çalışmaları yapıldı. Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanunu daha önce başlamasına rağmen önce kurum kanunu tamamlandı ve kurum çatısı altında bir önceki slâyтта belirttiğim kurumlar bir araya getirildi. Daha sonra ise 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girdi. 01 Temmuz 2008'de önce kurumdan aylık alanlar yani emekliler, daha sonrada tüm çalışanlar bu kapsama dâhil edildi hepinizin bildiği üzere. Bu kanunda aslında kapsam çok geniş; şu anda yeşil kart dışarıda, Sağlık Bakanlığı eskide olduğu gibi yeşil kartlıların ödemelerini, sağlık giderlerini maliyeden aldığı transferle karşılıyor. Onun dışında kurumlar SGK tarafından karşılanmaya devam ediyor. Bu kanuna bağlı olarak kısa sürede uygulamaya yönelik yönetmelikler çıkarıldı ve uygulamaya geçildi, sorunlar bundan sonra başladı zaten. Bu kapsamda SGK'nın hizmet verdiği, şu anda yeşil kart dışında, bu rakamların dışında olmak şartıyla SGK'nın hizmet verdiği kitle görülmekte. Aktif sigortalılar hepinizin bildiği gibi çalışanlar, pasifler emekli sigortalıları kast ediyor, bağımlılar zaten belli. Bu kapsamda SGK'nın yani daha doğrusu Genel Sağlık Sigortası'nın sağladığı sağlık hizmetlerinin amacı nedir? Burada amaç tabii tüm Genel Sağlık Sigortası'na bağlı olan kişilerin Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmeti olarak kabul edilen tüm giderlerini, tüm ihtiyaçlarını sağlık hizmetlerini, sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak, Genel Sağlık Sigortası'nın, SGK'nın amacı bu. Bu kapsamda sağlanan sağlık hizmetleri neler? Bunlar kanunda, kanunun 63.maddesinde açık olarak belirtilmiş, bunları tek tek okumaya gerek yok diye düşünüyorum. Yani Sağlık Bakanlığı tarafından tıbben sağlık hizmeti olarak kabul edilen tüm sağlık hizmetleri karşılanıyor. Her ne kadar yeni sıkıntılar varsa da, oturum başkanının sunumunda hani bazı hizmetlerin dışarıda bırakılması işte, doktorlara müdahale gibi, Sayın Hakan Beyin belirttiği konular olsa da ama biz genelde Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmeti sayılan hizmetlerin karşılandığını ve karşılanması gerektiğini düşünüyoruz açıkçası.

Bu kanunda kişisel koruyucu sağlık hizmetleri de kapsama alındı. Tabii bu tür hizmetlerin belirlenmesiyle Sağlık Bakanlığı ile ortak olarak çalışılıyor. Hangileri koruyucu sağlık hizmetine girer, girmez, neler ödenir şeklindeki çalışmalar, alt detaylar her zaman yapılmakta. Aynı zamanda bunun yanında 18 yaşına kadar tüm çocuklar Türkiye’de anne-babasının sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın, sigorta primlerinin ödenip ödenmediğine bakılmaksızın Genel Sağlık Sigortası kapsamına alındı. Bu konuda da bugünlerde bazı tereddütler oluyor. Yani annesi, babası üzerinden veya bir şekilde GSS kapsamında olan kişilerin direkt 18 yaş altı kabul edilip edilmeyeceğine yönelik bazı provizyon alma konusunda sorunlar var ama bunlar kolaylıkla aşılabilecek sorunlar. Bunun dışında daha önce SSK’da da olan Türkiye’de tedavisi mümkün olmayan tedavilerin yurt dışında yapılması, tedavi ve tetkiklerin de yurt dışında yapılması kapsama alındı. Bunun yanında tabii ki tedaviye araç olacak ilaçlar onun yanında tıbbi cihaz, ortez, protez, tüm diğler malzemelerde karşılanmaya, sağlık hizmeti içine alındı, şu anda halen öyle zaten. Acil hallerde sözleşmesi olmayan yani SGK özel sağlık kuruluşları ile sözleşmeler yaparak, Sağlık Bakanlığı’yla da protokoller düzenleyerek hizmetleri kendi bağımlılarına sunmakta. GSS kapsamında ve acil hallerde sözleşmesiz sağlık kurumlarının da kullanılması söz konusu. Dışarıda kalan hizmetler neler bu konuda? Estetik amaçlı ortodontik diş tedaviler ve diğler estetik amaçlı yapılan işlemler bu kapsamın dışında, Sağlık Bakanlığı tarafından insan sağlığı bakımından kullanılması veya uygulanmasına izin verilmeyen hizmetler haliyle dışında ve tıbbi hizmet olarak Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmeyen hizmetler bunun dışında.

Az öncede belirttiğim gibi Genel Sağlık Sigortası yani SGK özel sağlık sunucularıyla sözleşmeler ve Sağlık Bakanlığı’yla protokoller yaparak kişilere sağlık hizmeti sunmakta. Kimlerle sözleşme yapıp bunu sunuyor? Hepimizin bildiği gibi işte Türkiye’de birinci basamakta sadece Sağlık Bakanlığı’ndan yani sağlık ocakları, aile hekimlerinden, devlet hastanelerinden ve eğitim araştırma hastanelerinden, ikinci ve üçüncü basamak olarak üniversite hastanelerinden, özel sağlık tesislerinde de tıp merkezi, özel hastaneler, belediyeler, diyaliz merkezleri, tüm kurumlardan hizmet alıyor. Yani SGK açısından bu hasta güvenliği konusunda daha yapabilecek ne olabilir diye düşünüyoruz. Görüldüğü üzere tüm bu hizmet alınan kesimler zaten Sağlık Bakanlığı’nın kendi kuruluşları ve Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış, sağlık hizmeti verebileceği onaylanmış kuruluşlar. Birinci basamak sağlık kuruluşu olarak 7.122 adet, 1.600 adet özel tıp merkezleri, dal merkezleri, diyaliz merkezleri ile sözleşmemiz var, bunlardan sağlık hizmeti alınıyor. Yataklı tedavi kurumları olarak da devlet hastanesi, eğitim-araştırma, üniversite, belediye hastanesi, milli savunma, özel hastaneler ile hizmet anlaşmaları yapılmış. Türkiye’de bulunan bütün hekimlerden ve hekimlerle birlikte çalışan diğler yardımcı sağlık hizmeti personelinin hizmet almaktayız. Sağlık hizmetinin yanında tedavide satın alınan bir de ilaç var. Bu SGK Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılan ve hem ilaç hem de eczane olarak ruhsatlı eczanelerden almak durumunda, zaten bunun dışında bir kuruluş Türkiye’de mümkün değil. 23.000 adet eczaneden TEB’le yapılan protokol kapsamında hizmet alınmakta. Tabii ilaçla yapılan çeşitli uygulamalar var yani her ilacı her şekilde zaten düşünülemez, dünyada bunun bir örneği yok. Yani SGK sürekli eleştiriliyor, bazı şeyleri kısıyor, çeşitli yöntemler alıyor şeklinde ama siz sosyal

devlet, kamu sigortacılığı konularına girdiğiniz takdirde bunun en iyi örneklerinden İngiltere birçok tedaviyi, Türkiye’de ödenen birçok tedavinin bir kısmını ödemiyor. Yeni tedaviye alınmış, kesin tedavisi kabul edilmeyen, bilimsel olarak ispatlanmamış tedavileri tabii ki geri ödeme sistemine almıyor.

Hasta güvenliği açısından TEB’le yapılan protokolde maddelerimiz var hani hastaya verilen yazılı ilaç yerine farmosotik eşdeğer olan ilaç verilmediği takdirde cezai uygulamaları var, bunun yanında bozuk, gayri saf ilaç verilmesi veya son kullanma tarihi geçmiş olan ilacın hastaya verilmesi durumunda da cezai yaptırımlar var. Hasta güvenliği açısından önemli başlıklar diye düşünüyoruz. Bunun yanında Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen “Kare Kod” uygulaması var ilaçta. Bu ilacın üstündeki mevcut barkot uygulamasından daha farklı yani iki boyutlu bir kare kod bu. Bunun içinde ilacı belirleyen numara dışında üretim tarihi, lot numarası gibi detaylar var, açıkçası ben de çok detayını bilmiyorum ama bu uygulamaya da bir ilacın kutu bazında üretiminden nihai tüketiciye ulaşana kadar takibini sağlayabilecek bu uygulayabilecek bu uygulamaya da Medula aracılığıyla, bizim sistemimiz aracılığıyla destek veriyoruz tabii ki. Bu çok uzun bir tıbbi cihaz tanımı, kısaca şöyle yani kendisi farmokolojik ve kimyasal, immünolojik veya metabolik etkileri olmayan, teşhiste, tedavide kullanılan araç gereçlerin tamamına tıbbi cihaz diyoruz. Yani kendisi bizzat farmokolojik olarak veya kimyasal olarak tedavi etmeyen ancak destek olan, yardımcı olan tüm cihazlar tıbbi cihaz olarak kabul edildi. Bunlar geniş manada MR’dan tıbbi flastere kadar tüm hepsini kapsıyor. Bu konuda, tıbbi cihaz konusu aslında Türkiye’de henüz çok net olmayan bir konu. Bununla ilgili Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü çalışıyor. Zaten ortak çalıştığımız bir Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası var. Aslında başlangıçta bu ilaç ve tıbbi cihaz bilgi bankası olarak tasarlanmış ama ilaç henüz bu kapsama alınmamış. Zaten ilaç çok daha detay, derinlemesine, detaylı olarak inceleniyor. Bu bilgi bankasında kaydolan ilaçların tamamı Sağlık Bakanlığı tarafından tıbbi cihaz olarak kabul edilip, sağlık hizmetlerinde kullanılabilir şekilde onaylanıyor. Onaydan ziyade belgeleri kontrol edilip, belgelerin tam olduğu tespit ediliyor. Ondan sonra SGK tarafından da satın alınabileceği düşünülerek ikinci bir onay aşamasından geçiyor. Bu da tıbbi cihazların kontrolü açısından atılmış adımlardan biri ama çok daha hani yeni bir aşama, daha ileriye götürülmesi gerekiyor.

Hasta güvenliği açısından tıbbi cihaz çok önemli. Yapılan bir araştırmada, tespitte tıbbi hata istatistiklerine göre hataların yaklaşık %50’si doğrudan veya dolaylı olarak yanlış ürünle yani kullanılan tıbbi cihazın yanlış olması nedeniyle hatalar oluşmakta. Aslında hasta güvenliği, sağlık hizmeti konuşulurken sağlık harcamalarından bahsedeyim mi diye tereddüt ettim. Ama SGK deyip sağlık harcamalarından bahsetmemek de çok mümkün olmuyor. Türkiye’de yapılan sağlık harcamaları en üst sırada SGK’nın yaptığı 2007, 2008 ve 2009 için tahmin edilen, öngörülen bütçe rakamları görülmekte, giderek sağlık hizmeti harcamaları artmakta. Devlet memurları için hala kurumlarından, bakanlıklardan ve genel bütçeden karşılanmakta. Yeşil kartta Sağlık Bakanlığı aracılığıyla ödemelerini yapmakta. Bu grafikte de çarpıcı olması açısından sağlık harcamalarının giderek ne kadar arttığı görülmekte. Bunun yanında gayri safi yurt içi hasıla için de yapılan, SGK’nın yaptığı sağlık harcamalarının oranları var. Çağdaş sağlık hizmetinde olması gereken özellikler başlığı altında biz de SGK’nın

da elinden geldiği kadarıyla Sağlık Bakanlığı ve özel sektör sağlık sunucularıyla birlikte çağdaş sağlık hizmetleri tanımına göre sağlık hizmetleri almaya çalışıyoruz. Aldığımıza da, yani bir ölçüde aldığımıza inanıyoruz. Bunun takdiri size ait zaten. İşte hasta merkezli, tarafsız ve adil, verimli ve yeterli, etkili ve hastalarımız için güvenli sağlık hizmeti. Beni sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Dr. Haluk ÖZSARI – Panelist

(Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Danışmanı)

Sayın Başkan, Saygıdeğer Panelistler, Değerli Katılımcılar,

Öncelikle sözlerime başlarken hasta güvenliği konusunun hem Türkiye için çok yeni bir konu olduğunu, hem dünya için çok da eski bir konu olmadığını öne çıkararak ve bu kongre de böyle bir paneli düzenleme fikrinde olarak bizleri bir araya getiren, Kongre Düzenleme Kurulu'na Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği adına teşekkür etmek istiyorum. Ben sizlere özel sigortacılık ve hasta güvenliği konusunda bu beş başlığı paylaşmaya çalışacağım. İlk ve son başlıklar genelde sağlık sigortacılığıyla ilgili olacak ama ortadaki üç başlık özel sigortacılıkla ilgili olacak. Sağlık sigortacılığının hasta güvenliğiyle nasıl bir ilişkisi olduğunu ilk başlıkta tartışmaya çalışacağım. Hemen arkasından özel sağlık sigortaları ve özel sağlık sigortalıları ne bekler bu konuyu onu açmaya çalışacağım. Dünyada ve Türkiye'de nelerin yapıldığını söyledikten sonra da Türkiye'de nelerin yapılmaması gerektiğini, hasta güvenliği açısından, altını çizmeye çalışacağım. İlginç bir tesadüftür panel başkanımızla slâytlarımızı birlikte hazırlamadık ama epeyce ortak yönümüz var, ilerleyen slâytlarda bunu hep beraber göreceğiz.

Evet, sağlık sigortacılığıyla hasta güvenliği arasında nasıl bir ilişki var. Bazı kelimelerin altı çizili bu slâytlarda ve bundan sonraki slaytlarda göreceksiniz. Bunlar hasta güvenliği kavramının içinde yer alan ana başlıklar. Sağlık sigortacılığında standartları belirlenmiş bir hizmeti alma anlayışı vardır. Yani siz ister kamu olsun, ister özel sağlık sigortacılığı olsun bir standardı belirlenmiş hizmeti almak durumundasınız. Neden? Çünkü sağlık hizmetlerinin talebini tüketici belirlemez. Dolayısıyla bir sistem gerektirir. Sağlık hizmetleri hem emek yoğun hem de teknoloji yoğun hizmetler olduğu için arzı pahalıdır, bir denetim gerektirir, bunun altını çizmek istiyorum özellikle ve sonuncusu da sağlık hizmetleri yerine konan bir hizmet olmadığı için bir risk paylaşımını gerektirir. İşte sağlık sigortacılığının hasta güvenliğiyle teorik bazdaki ilişkisi budur. Peki pratikte neler var? Neden hasta güvenliğiyle sağlık sigortacılığı ilişkili? Yine ülkemizde hasta güvenliğinin çok eski bir konu olmadığını söylemiştim. Bakınız geçtiğimiz Temmuz ayında yayınlanan bir kitap var, eminim görmüşsünüzdür, buradan alıntıdır bu tespitler. Hasta Güvenliği Yaklaşımları adı altında bu kitap. Tıbbi hatalar beşinci ölüm nedeni olarak gösteriliyor Amerika Birleşik Devletleri'nde ve de bunların önlenebilir olanlarının maliyetini 17 ila 29 milyar dolar olarak ifade ediyor. Bir başka şey ilaç yazmada, reçetelemeden ilacın hastaya varıncaya kadar olan süreçte binde üç ila binde 99 arasında, tıbbi hata sıklığı olduğu söyleniyor burada ve bir başka konu; tıbbi hatalar (malpractice) sigorta tazminatlarının artışı konusu

borsada sigorta şirketlerinin değerini düşürüyor. Şimdi bu konuyu biraz açmak istiyorum. Neden sigorta tazminatları artıyor malpractice’te?

Evet, hem toplum bilinçleniyor, insanlar bilinçleniyor, haklarını arıyorlar hem de tıbbi hatalar üzerine kayıt alma, kayıt toplama ve bunları paylaşma süreci hızlanıyor. Dolayısıyla biraz önce Hakan Bey de söyledi aynı şeyi, primler toplanıyor ama primlerden daha fazla tazminat ödeniyor. İşte bunların hepsi sonuçta hasta güvenliği ile ilişkili bir konuma getiriyor sağlık sigortacılığını. Bakın ilginç bir araştırma; tıbbi hata yapıldığına inananlar Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık hizmetlerinden yararlananların %34’ü, Kanada’da %30’u, Almanya’da %23’ü, İngiltere’de %22’si. Ailesinde tıbbi hataya uğrayan kişi olanlar, bu çok yeni bir araştırma, Avrupa Birliği tarafından yapılmış, bu kitapta da var, Avrupa Birliği’ne üye ve aday ülkeler arasında yapılmış. Yaklaşık 25 ülke, bu ülkelerde ailesinde en az bir kişinin tıbbi hataya uğradığını söyleyenler ortalama %18. Türkiye’de bu rakam %14. Demek ki artık Türkiye’de de bu rakamlar bize gösteriyor ki hasta güvenliği önemli bir noktaya gelmiş durumda. Peki çok kabaca özel sağlık sigortaları ne bekler dediğimizde hasta güvenliğinden bağımsız olarak şu başlıkları görebiliyoruz; teminatın kapsamını, bu teminatın muafiyetlerini, nasıl bir anlaşmalı sağlık kurumları olduğunu, müşteri memnuniyetini, sigorta şirketleri için çünkü müşteridir sigortalı, geri ödeme koşullarını bekler ama çok önemli bir şey daha bekler; aldığı hizmetin kalitesini bekler. İşte hasta güvenliğini ilgilendiren, özel sağlık sigortaları açısından kalitedir. Geri ödeme ortamı da bunun önemli bir başlığıdır; güvenilir olması, hastalık kodlama sistemleri, biraz önce Sayın Özlü’de söyledi ICD10 ve DRG’ler bunun bir alt başlığıdır, ödeme koşulları ve süresi, kötü meslek uygulamaları yani malpractice kavramı, kullanıcı katkısı ve çok yoğun bir şekilde gözüken sahtekârlık oranı, hizmetin kötüye kullanılma oranı.

Peki, özel sağlık sigortalılar ne bekler? Bu bir araştırmadır, bu araştırmanın yazarlarından biri zaten şu anda aramızda Sayın Tatar. Özel sağlık sigortasını yaptıрма nedenleri; kaliteli sağlık hizmetini almak için, hastalık riskine karşı önceden önlem almak için, özel hastanelerin yüksek tedavi maliyetlerini karşılayabilmek için, bağlı olunan sosyal güvenlik kurumuna güvenilmediği için, kamu hastanelerinde sunulan sağlık hizmetine güvenilmediği için. Bu araştırma yaklaşık 10 yıl önce yapılmış bir araştırma, 10 yıldan bu yana son iki başlıkta hangi noktada olduğumuzu da herhalde kendi içimizde sorgulamamız gerekiyor. Sayın Özbay’a değil tabii ki lafım, o zamanki sosyal güvenlik kurumlarına güvensizlikmiş, bilmiyorum bu dönemde yapılırsa bu araştırma hasta güvenliği açısından ne sonuçlar çıkar? Özel sağlık sigortalılar buradan yola çıkarak ne bekler? Bir kere bir bekleme listeleri kavramı var dünyada ama bizde henüz yok. Bizde insanlar hastaneye gittiğinde, hemen her türlü tedavisini olmak istiyorlar ama Avrupa ülkelerinde 260 güne varan bekleme süreleri var, biz de ne yazık ki şu anda bu konular daha tartışılmıyor, bekleme süresinin olmaması avantaj ama tartışılmaması avantaj değil. Tedaviyi beklerler, -bakın yine görüyoruz altı çizili-, hizmet kalitesini beklerler, cebinden vereceği ödemeyi beklerler, -bugün fark diye bilinen konu-, hizmetin maliyetini beklerler, güvenilirliği ve sosyal faydaları beklerler.

Dünya ve Türkiye’de hasta güvenliği için özel sağlık sigortacılığında ne yapılıyor? Biraz da buna bakalım. Üç tane çok önemli başlık var ve bu üç başlığı birden içeren bir dördüncü başlık var. İlk üç başlığı isterseniz tek tek konuşalım; birincisi kanıta dayalı tıp, bu da ülkemizde yeni yeni konuşulmaya başlanan, yeni yeni tartışılmaya başlanan bir konu ama dünyada da çok eski değil aynı hasta güvenliği kavramı gibi. Bunun da üç tane başlığı var; bir kere kritik klinik yollar dediğimiz kritik hastalıklarda nasıl bir süreç izleneceğini tanımlayan bir alt başlığı var, klinik uygulama rehberleri var, -bugün Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak için hazırladığı henüz ikinci basamakta olmayan rehberler bunlar. Bunların sonuçlarını değerlendirmek mümkün. Ve tabii ki değerlendirilen bu sonuçlar bütün dünyada kamuoyuyla paylaşılır. Dilerim bizim de Sosyal Güvenlik Kurumumuz ve Sağlık Bakanlığımız tarafından önümüzdeki dönemde yaygınlaştırılmaya başlanır. Hangi sağlık kuruluşunun sağlıklı ilgili sonuçları nelerdir? Bu sonuçları paylaşmak, komplikasyon oranları, bu komplikasyonların düzelme oranları gibi gibi altını açabileceğimiz başlıklar. Tabii tüm bunlarda enformasyon teknolojilerini kullanmakta dünyada özel sağlık sigortacılığında hasta güvenliği açısından yapılanlar. Türkiye’de neler yapılıyor? Türkiye’de bundan altı ay kadar önce Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ile Akredite Hastaneler Derneği bir ortak platform kurdu ve klinik uygulama rehberleri hazırlık çalışması başlattı. Nedir bu çalışma? Sigorta şirketlerinin son üç yılda en fazla para ödenen, en sık görülen ve en problemlili olan on tane hastalığı listelendi, bu listeler şimdi Sağlıkta Kalite İyileştirme Derneği ve uzmanlık dernekleriyle bir arada bir rehber oluşturma çalışmasına başlandı.

Bir başka konu Hazine Müsteşarlığı’nın Sağlık Bilgi Merkezi adı altında, belki duymuşsunuzdur TRAMER diye trafik ile ilgili, trafik sigortaları ile ilgili bir merkezi var. Bunun benzeri Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği’nde kuruldu ve ayakta ve yatarak tedavi formları standartlaştırıldı, tek bir form haline getirildi ve özel hastanelerde artık Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yapmaya başlayacağını tahmin ettiğimiz DRG’ye hazırlanıyor.

Peki, neleri yapmamalıyız? Burada hem Sağlık Bakanlığı’nın, hem Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın dolayısıyla da Sosyal Güvenlik Kurumu’nun düşünmesi gereken bazı başlıkları hatırlatmak istiyorum. Birincisi hizmet sunumu ve genel sağlık sigortasında sık değişiklik yapmamalıyız. Biraz sonra bu sık değişikliklerin neler olduğunu sadece açacağım. İkincisi kürek çeken Sağlık Bakanlığı olmaya devam etmemeliyiz. Bu kürek çekme lafı, dümen tutma lafı benim lafım değil, bu laf yaklaşık altı senedir Sağlık Bakanlığı’nın kendi içinde slogan haline getirdiği bir laf. Ben sadece hatırlatmak istiyorum, kürek çeken Sağlık Bakanlığı olmamalıdır, dümen tutan Sağlık Bakanlığı olmalıdır ve çok önemlisi hasta güvenliği açısından standart belirlemeden hastalara, kişilere git nereden hizmet alırsan al diyemezsiniz, bu son derece yanlış bir yaklaşımdır bunu da yapmamalıyız.

Şimdi birinci başlığı açıyorum. Nelerde sık değişiklik yaşadık. Bir kere sevk sistemiyle oynaya oynaya bir hal olduk, yani 22 Temmuz’a yaklaştığımız zaman -22 Temmuz’un ne olduğunu biliyoruz-, 29 Mart’a yaklaştığımız zaman -onun da ne olduğunu biliyoruz, bunlar seçim tarihleri- sevk sistemleriyle oynuyoruz. Tam sevk sistemi

kuruluyor deniyor, aile hekimliğinde de dört tane ilde bu uygulanmaya başlanıyor, apar topar o da durduruldu. Bunu yapmamalıyız. Sevk sistemi sağlık sisteminde hem hasta güvenliği açısından hem de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından çok önemli bir konudur, bununla oynamamalıyız. GSS ile ilişkilendirilmemiş bir aile hekimliğinin başarılı olması mümkün değildir. GSS ile mutlaka aile hekimliğini ilişkilendirmeliyiz. 15 Şubat dedim tırnak içinde, herkes ne olduğunu biliyor, bu seçim tarihi değil, bu arka arkaya çıkan iki tane yönetmelik tarihi geçen sene itibarıyla. Böyle bir gecede her şeyin değişeceğini umarak birtakım kısıtlamaların arkasında olmamalıyız. Hizmette mülkiyet ayrımı yapmamalıyız. Ne demek istiyorum burada? Bakınız Sosyal Güvenlik Kurumu'nun temsilcisi burada, her ne kadar daha önce Sağlık Bakanlığı'nın temsilcisiydi, bu laflarım asla kendisini bağlamıyor ama yıllardır o kurumda bürokrat olarak çalışanların yüzüne de söylediğim lafları buradan tekrar etmek istiyorum. Anayasa Mahkemesi Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nu sadece üç maddesini iptal etti, sağlık sigortacılığıyla ilgili olarak. 23 tane madde değişti, bırakın madde sayısını işin özü değişti. Neler geldi? Bir; götürü bedel geldi. Ben de eski bir Sağlık Bakanlığı mensubuyum, bunu söylerken belki bana kızacaksınız ama hiç fatura, belge istemeden Sağlık Bakanlığı hastanelerine Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ödeme yapması son derece yanlış bir uygulamadır. Sadece Türkiye için değil dünya için de yanlış bir şeydir. Ne maliyet etkililiği vardır, ne de hasta güvenliğiyle ilgili pozitif bir yanı vardır. Ne yazık ki yasada bu var. Bugün 850 civarındaki kamu hastanesi diyebileceğimiz Sağlık Bakanlığı hastanesine blok para aktarılabilir. Ha evet bunun bir kısmını, yani Sağlık Bakanlığı'nın faturalarının bir kısmını SGK kesiyor olabilir ama bu mazeret değildir. Farklı katılım payı bunu da çok iyi biliyoruz, üç, dört, altı, on liralık sadece ayakta tedavide alınan farklı katılım payları da bir mülkiyet ayrımıdır. Yasanın ilk halinde SGK'nın ödediği hizmet bedelinin %50, %70'inin ödenmesi, sevkli ve sevksiz gitmeye göre sözleşmesiz sağlık kurumu tanımlanmıştı. Bu uygulama yasa değişikliği ile en fazla %30 fark ödenmesine kadar getirildi. Bir başka şey, hiç fark edilmeden 2008'in Temmuz ayında bir yasanın içinde Genel Sağlık Sigortası'na devlet memurları ve yeşil kartlıların giriş dönemi üç yıla kadar uzatıldı. O zaman Genel Sağlık Sigortası biraz sonra söyleyeceğim sadece üniversite hastanelerinin ve özel hastanelerin mi sigortasıdır?

Bir başka konu BUT ve SUT değişiklikleri. Yani bilmiyorum kamu hastaneleri buna nasıl adapte oluyorlar ama ayda birden daha büyük sıklıkta, daha çabuk olarak SUT değişiklikleri yapılıyor bu ülkede ve ne yazık ki bir kısmı da yargıdan dönüyor. Yargı neden bu işlere karışmak durumunda kalıyor? Karşı taraf itiraz ettiği için bu konular yargıya gidiyor. Sonunda böyle bir kaos çıkıyor. Sosyal Güvenlik Kurumu 48 hastaneden DRG uygulaması için üç buçuk, dört senedir veri topluyor ama hala onu uygulamaya koymuş değil, yerine de bu her şey dâhil paket anlayışıyla devam etmeye çalışıyor. Bir başka konu özerk olmayan bir Genel Sağlık Sigortası. Burada Sağlık Bakanlığı temsilcileri bana kızabilirler ama bir masanın iki tarafında eşit güçler müzakere ederler. Bir tarafa Sağlık Bakanı'nı öbür tarafa da Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı'nı oturtursanız masaya ben de Sağlık Bakanı olsam Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı'nı kendi önceliklerime çekmeye çalışırım, bu çok doğaldır siyasi olarak ben de bunu yaparım. Peki, doğrusu nedir? Bu kurumun özerk olmasıdır. Özerkliğinin bence iki tane basamağı var. Birincisi bu kurum bir Bakanlığın altından çıkarılıp

RTÜK gibi, Rekabet Kurumu gibi özerk bir kurum haline getirilmelidir; ikincisi Sağlık Bakanlığı Türkiye’de üçte iki hastaneyi işletir olmaktan artık çıkmalıdır. Eğer bu ikisini yaparsanız hakikaten masanın iki tarafında kimi oturtursanız oturtun özerk müzakere edebilir ve doğru bir fon yönetimini sağlayabilir.

Bir başka konu zorunlu olarak prim ödersin genel sağlık sigortasına ama sadece benim istediğim yerden hizmet alırsın yaklaşımı son derece yanlıştır. Bunun mutlaka değiştirilmesi lazım. Tüm bunlar neyi getiriyor beraberinde sonuç olarak? Genel Sağlık Sigortası ve Sosyal Güvenlik Kurumu acaba özel sektör için mi kuruldu diyenler var, bunların haklı çıkmaması lazım. Çünkü bu ülkede primle mi, vergiyle mi sağlık finansmanı yapılsın tartışması 41 yıl sürdü. İlk genel sağlık sigortası tasarısını hazırlayan hükümet 1967 yılındaki 30. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti’dir. Şu anda 60. Hükümetteyiz ve 2009’dayız. Yasa da geçen sene çıktığı için 41 yıl diyorum. Dolayısıyla bu kadar emek verilmiş, herkesin üzerine çok gayret sarf ettiği bir konuyu bu tür yanlışlar yüzünden reddedilir noktaya getirmemeliyiz. Tabii bu işin özü kamu-özel ayrımı yapmadan bir kamu yararını sağlamaktır. Niçin? Hasta güvenliği için. Nasıl? “Aynı dili konuşanlar değil aynı duyguları paylaşanlar anlaşabilir” demiş Mevlana. Biz de hasta güvenliği konusunda gelin aynı duyguları paylaşanlar olarak masanın etrafında anlaşalım. Teşekkür ederim.

Dr. İbrahim ERSOY – Panelist

(Medimagazin Gazetesi Genel Yayın Yönetmeni)

Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar; ben de sağlık çalışanlarının en sıkıntılı ilişkisi olduğu bir alandan bahsedeceğim.

Medyayla ilişkiler her zaman sağlık çalışanları açısından çok sıkıntılı oldu. Her ne kadar sağlık bilgileri konusunda iyi ilişkiler var gibi görünse de birçok konuda medya ve sağlık ilişkilerinde problem olduğu gerçektir.

Ben önce medyanın sağlığa nasıl baktığına dair birkaç slâyt, daha sonra da medyanın hasta güvenliğine yani tıbbi hatalara nasıl baktığına dair birkaç slâyt sunacağım. Ama daha önce bir ödülden bahsedelim. 2008 yılında Türkiye Gazeteciler Cemiyeti’nin, siyasal haberler kategorisinde bir ödülü var, haberin başlığı Başbakan’ın Kan Tahlili. Hürriyet Gazetesi’nin muhabirleri aldı bu ödülü. Haberde Başbakan’ın tüm tetkikleri verildikten sonra şöyle bir yorum yapılmış; uyuması, siniri şekerden, Erdoğan’ın zaman zaman agresif olmasını şekerinin düşüşüne, uyuklamasını ve bitkin görünüşünü de şekerinin yükselişine bağlamak mümkün. Bir de uzman yorumu almışlar muhabir arkadaşlar. Hasta güvenliğiyle ilgili, belki de hasta kayıtlarıyla ilgili, Hakan Hocanın bahsettiği gibi hasta kayıtlarıyla ilgili bir haber.

Tabii ki Başbakan’ın bu tür tetkiklerine ulaşmak bir gazeteci açısından bir başarıdır ama bu ödülün hasta güvenliğini tehdit eden hatta ülke güvenliğine kadar varan bir habere verilmesi de enteresandır.

Medyanın sağlığa bakış açısı nasıl? Sağlık medya açısından her zaman popüler bir konu. Hiçbir zaman medyanın sağlıkla ilgili, sağlık bilgileri ile ilgili bilgilerini göz ardı etmediği, her televizyonun, her gazetenin mutlaka bir sağlık köşesi, sağlık sayfası veya sağlık programı olduğu bir konu. Haber kaynakları genelde ajansların özel sağlık muhabirleri var ancak birkaç büyük gazete ve televizyonun dışında sağlık alanı özel bir alan değil, genel bir alan. Başka alanlardan özellikle polis- adliye muhabirlerinin de baktığı ortak bir alan gibi gözüküyor. Burada birçok hastane yöneticisi var, özellikle tıbbi hatalar gibi size gelen muhabirlerin sağlık muhabiri olmadığını daha çok polis, adliye gibi başka alanlarda olduğunu bilmeniz gerekiyor. Bunun sebebi onlara söyleyeceğiniz açıklamaların sağlık muhabiri olmadığı için alana yabancı olduklarını bilerseniz belki biraz daha aydınlatıcı olması gerektiğini düşünebilirsiniz. Çünkü polis, adliye muhabiri veya sağlık muhabiri olmayınca insanlar çok da bilgisiz oldukları için bu konularda sizin söylediğiniz herhangi bir şeyden, özellikle cımbızladığı herhangi bir şeyden çok yanlış anlamlar ifade edecek haber başlıkları çıkarabiliyor. Birazdan göreceğiz o haberleri.

Sağlıkla ilgili bilgilendirici programlar özellikle bu aralar çok daha sık. Antiaging, estetik, güzellik konularında birçok programlar var. Özellikle kadın doğum ve pediatri alanları çok fazla ilgi çektiği için televizyonlarda ve gazetelerde buna yönelik programları görebiliyoruz. Mevsimsel olarak da programlar değişir, yaz aylarında, kış aylarında biraz daha değişik programlar oluyor. Yine haber kaynağı olarak yurt dışındaki özellikle JAMA, NEJM gibi dergilerden alınan popüler hastalıklarla ilgili konular gündeme geliyor. Burada belki dikkat çekmesi gereken Amerika'da veya Avrupa'da birçok hastalığın ön planda olduğu ama bizde bazen çok gerilerde olduğu hastalıklar sanki biz öndeymiş gibi sunuluyor. Ancak bizim dikkat etmemiz gereken, ülkemiz açısından önemli olan hastalıkların biraz daha göz ardı edildiğini görüyoruz bu konuda.

Türk Doktorun Başarıları haberleri de bir başka kategori haberi. Tıbbi hatalar asıl konu olduğu için birazdan değineceğim.

Sağlık politikaları maalesef sağlık ekonomisi ile spesifik olarak ilgilenen gazetelerde bir yazar veya televizyonlarda bir program yok, muhabirler de bu konuda özel olarak ilgilenmiyor, ekonomi muhabirleri ilgileniyor. Biraz önce bahsedildi SGK'nın uygulamaları, Sağlık Bakanlığı'nın uygulamaları çok sık değişen uygulamalar. Onun için bu alanla özel olarak ilgilenilmediği için çok farklı yani insanların bilgisini ters düz eden haberler de çıkabiliyor, onun örnekleri de var. Daha çok sağlık politikaları ile ilgili haberler TTB'den, Tabip Odaları'ndan, Eczacılar Birliği'nden kaynaklanıyor. Bu haberler de biraz daha tepkisel haberler oldukları için sağlık politikaları ile ilgili haberler genelde bunun üzerine kurgulanıyor.

Hastalıklarla ilgili birebir çözüm bulma haberleri yani "hasta muayenesi haberleri" hem TV'lerde hem gazete köşelerinde maalesef doktor arkadaşların birebir hastayı görmeden tedavi ettiği bir alan haline geliyor.

En önemsedığım koruyucu halk sağlığında ise, politik su savaşları işte İzmir'in su veya

Ankara'nın su tahlilleri veya salgın bir hastalık, kuş gribi olmaksızın koruyucu sağlık, bildiğimiz anlamdaki koruyucu sağlık, ne yazık ki pek yer bulamıyor gazetelerde. Ancak koruyucu sağlığı belki daha geniş ele aldığımızda mesela kalp hastalıkları ile ilgili daha önceki bilgilendirici bilgileri de koruyucu sağlık alanında kaydederek bu konuda gazetelerde birçok bilgi yer alıyor ama klasik anlamda bildiğimiz aşılama, gebe takibi veya diğer klasik halk sağlığı alanında pek fazla yer almıyor.

Alternatif tıp haberleri genelde her zaman popüler bir konu.

Sonuç olarak sağlıkta bildiğimiz "önce zarar verme" ilkesi medyada "önce reyting yap" gözüyle bakılıyor. Medyada her zaman şöyle bir şey vardır; bir insan köpeği ısırduğunda haber olur, yoksa bir köpeğin insanı ısırması haber değildir. Ancak sağlıkçılar için köpek insanı ısırduğunda onun kuduz riskinin değerlendirmesi önemlidir. Bunun belki de medyanın biraz daha az sorumluluk duyması, hekimler kadar, sağlıkçılar kadar sorumluluk duymaması belki de her iki meslek grubundaki iletişim sıkıntısının temel nedeni olarak görülebilir.

Gelelim hasta güvenliği konusuna. Hasta güvenliği ile ilgili ne tür haberler yapılıyor? Genelde mutlaka gazetelerde görürüz, "Hastaneden eve gönderildi, bir saat sonra öldü", "Ağrı kesici iğne vurulup evine gönderilen fabrika işçisi bir saat sonra öldü" gibi haberler. Diğer taraftan, hasta güvenliği konusunda son zamanlarda iyi haberler de çıkmaya başladı. Özellikle Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nın da yaptığı bu güvenli cerrahi kontrol listesi son zamanlarda basında yine yer aldı. Ayrıca yine bir 9 Eylül'ün ve Trakya Üniversitesi'nde de sanırım böyle bir uygulama olmuştu, hasta kol bandı uygulaması gibi tıbbi hataların önleyici uygulamaların da basında yer aldığını gördük.

Tıbbi hata haberlerinde şablon genel olarak şöyledir; doktor veya hemşirenin hatası sonucu hastanın kaybedilmesi veya sakat kalması girişte belirtilir, orta bölümde acılı hasta yakınından hekimleri suçlayan demeçler alınır. Sonra olayla ilgili suç duyurusunda bulunulması, hasta yakınları ve başhekimin veya il sağlık müdürünün veya oradaki yetkililerin olayı araştıracağız açıklaması yer alıyor. Ondan sonra da olay inceleniyor gibi bir sonuçla bitiriliyor.

Burada önemli olan okuyucunun aklında ne kaldığıdır. Genelde okuyucu sağlık çalışanlarına yönelik bir kışkırtıcı haberler yapıldığı için hekimin hatalı olduğu sonucuna varır.

Bu tıbbi hata haberlerinde eksik yönler var. En önemli eksik yön olayın bir tıbbi hatadan mı yoksa bir komplikasyondan mı olduğunun araştırılmadan yazılması ve bu konularda meslek birliklerinden veya uzmanlık derneklerinden görüş sorulmaması. Hekime karşı veya sağlık çalışanlarına karşı düşmanlık medyada reyting yaptığı için işin kolayına kaçarak habere hasta veya hasta yakını gözüyle bakılıp, olayın tam incelemeden haber yapılması bir eksik yön. Hastane enfeksiyonları gibi spesifik olaylarda olayı derinlemesine incelemeksizin hemen bir suçlu arayışına girilmesi ve hastanenin suçlu kabul edilmesi. En son Zekai Tahir'de bebek ölümleri olduğunda

bu durumu gördük.

Sağlık politikalarının ve SGK'nın özellikle yaptığı değişikliklerin olaya etkisinin göz ardı edilmesi. Hekim eksikliği veya bir hekimin günde 100 hasta bakması, 200 hasta bakmasının bu tıbbi hatalara nasıl etki ettiğinin genelde göz ardı edildiği, olayın sıcaklığı geçmeden hasta yakınlarından görüş alınması, olayın ajite edici bir şekilde okurlara aktarılması da belki hasta güvenliğini bu haberlerden dolayı daha fazla tartışmamıza engel oluyor.

Sonuç olarak neler yapılmalı bu konularda? Komplikasyon kavramı medya çalışanları tarafından öğrenilmeli, bu konuda sağlık çalışanlarına ve özellikle sağlık idarecilerine büyük görev düşüyor. Komplikasyon kavramının muhabirlere veya haberi yapanlara mutlaka anlatılması, bunun bir tıbbi hata mı olduğu, komplikasyondan mı kaynaklandığının mutlaka belirtilmesi lazım. Okuyucuların da bu konuda bilgilendirilmesi lazım, çünkü komplikasyon kavramı hem gazeteciler açısından, hem okuyucular açısından yabancı bir kavram.

Haber yazılırken genelde hasta tarafına geçilerek, oradan, o gözle bakılarak yazılıyor. Bunun yapılmaması, haberin tarafsız yapılmaması gerekiyor. Haberle ilgili özellikle uzman kişilerden demeç alınması, görüş alınması, taraf olmayan kişilerden görüş alınması gerekir. Çünkü hem o hastanenin idarecileri, tıbbi hatanın olduğu hastanenin idarecileri hem de hasta yakınlarının olayın sıcaklığıyla tepkisel davranmaları bizleri yanlışlığa itebilir.

Olay tam aydınlatılmadan biraz önceki haberler üzerinde durursak her zaman hekimin veya hastanenin sorumluluğu veya hatası olarak gösteriliyor. Bu en sonunda olayın araştırıldıktan sonra kesin kanaate varılacak yönlendirmeden kaçılıp, olayın kesin olarak tespit edildikten sonra haberlerin aktarılması daha doğru geliyor.

Son olarak sağlık çalışanları ve yöneticileri tıbbi hatalarla ilgili medyayı bilgilendirmeli ve hasta güvenliği kültürü oluşturulmasına katkıda bulunmalıdır. Teşekkür ederim.

TEORİDEN PRATİĞE KURUMSAL PERFORMANS UYGULAMALARI

Uz. Dr. Mehmet BAKAR – Oturum Başkanı

(İstanbul İl Sağlık Müdürü)

Sayın Müsteşarım, Değerli Katılımcılar,

“Teoriden Pratiğe Kurumsal Performans Uygulamaları” oturumumuza hepiniz hoş geldiniz. Oturumumuzda, İstanbul İlinde yürütmekte olduğumuz Kurumsal Performans Uygulamalarımızı sizlerle paylaşacağız.

Bakanlığımız tarafından bir süreden beri sürdürülmekte olan “Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları” giderek daha çok önem kazanmaktadır. En son 2008 Eylül ayında yayınlanan “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” ile hem birinci basamakta hem de ikinci ve üçüncü basamakta performans göstergeleri getirilerek kurum ve kuruluşlarımızın performans ve verimlilikleri daha etkin bir şekilde ölçülmeye başlandı.

2003 yılında göreve yeni başladığımızda Hastane yöneticilerimizle yaptığımız toplantılarda kurumlarımızın mali açıdan açıkçası pek de iyi yönetilmediğini gözlemledik. Gelir-gider-borç durumumuzu yeterince yönetemiyor, hatta ölçemiyorduk. Bugün geldiğimiz noktada kurumlarımız sürdürülebilir bir mali yapıya sahipler. Yöneticilerimiz finansal göstergelerin yanı sıra, bazı faaliyet ve klinik göstergelerini de performans göstergesi olarak ölçüp analiz ederek, kurumlarını daha iyi noktalara getirmeye çalışıyorlar.

Artık kurumlarımız daha iyi yönetiliyor. Bunda Bakanlığımız tarafından başarıyla yürütülen “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın ve bu kongrenin ana teması olan “Performans ve Kalite Uygulamaları”nın etkisi büyük olmuştur.

Ayrıca eğitimin de bu süreçte yöneticilerimize ve bizlere önemli katkıları olduğunu düşünüyorum. İstanbul Sağlık Müdürlüğü olarak eğitime büyük önem veriyoruz. Bu amaçla 2005 yılından beri pek çok eğitim gerçekleştirdik. İstanbul İlinde 400’den fazla yöneticimizin “Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği” yüksek lisans programına katılmasını sağladık. Pek çok personelimiz ve yöneticimiz kalite, satın alma, tıp hukuku gibi konularda eğitimler aldı. Hatta kendi değerlerimizi ortaya çıkarmak için “Standart Geliştirme” eğitimi de aldık. Eğitilmiş yöneticilerimiz ve personellerimizle bugünüme ve geleceğimize yatırım yaptık.

Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinde de gururla söylemem gerekir ki, çok iyi bir performans gösterdiğimiz kanaatindeyim. İstanbul olarak anne ölüm oranı, aşılama oranlarımız, doğrudan gözetimli tedavi uygulama oranı gibi pek çok temel parametrede belirlenen kabul edilebilir değerlerden ve Türkiye ortalamalarından çok daha iyi bir noktadayız.

Performans uygulamalarının yanı sıra kurumlarımız kalite geliştirme çalışmalarında da oldukça iyi bir noktaya ulaştılar. Hasta güvenliği, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik

gibi konularda Dünya Sağlık Örgütü ve bazı uluslararası standartların istediği hedefleri yakalamış durumdayız.

Yürüttüğümüz performans ve kalite çalışmaları sayesinde hastanelerimizde sunulan hizmetin kalitesinin arttığını ölçtüğümüz verilerle takip edebiliyoruz. Daha önceleri bazı hastanelerimizde yapılan kalite iyileştirme çalışmaları genellikle bireysel çabalardan öteye gitmezken, son zamanlarda tüm sağlık kurumlarımızda aynı standartların uygulanması sayesinde olumlu gelişmeler gözlenmektedir. Kurumlar da kendi sundukları hizmet kalitesini ve kurumlarının verimliliğini oluşturulan performans göstergeleriyle takip edebilmekte, aynı zamanda kendilerini diğer hastanelerle kıyaslama imkanı bulmaktadırlar.

Ancak burada bir konuyu vurgulamak istiyorum. Bazı uluslararası modeller yerine kendi modellerimizi ve standartlarımızı oluşturmamız gerekiyor. Zira biz, batı ile doğu arasında bir köprü ülke konumundayız. Batı toplumları daha çok görev öncelikli toplumlar iken, doğu toplumları duygusal öncelikli toplumlardır. Biz doğunun duygusallığı ile batının görev anlayışını sentez edip benimsemek zorundayız. Dolayısıyla, kendi insan modelimize, coğrafyamıza uygun modeller geliştirmemiz gerekiyor.

Performans ve kalite iyileştirme çalışmalarımızın bu çerçevede daha da gelişerek sürmesini ve insanımıza daha iyi hizmet sunmamıza vesile olmasını temenni ederek sözlerime son veriyorum.

Hepinize teşekkür ederim.

Uz. Dr. Ergün KARAHALLI – Panelist

(İstanbul İl Performans ve Kalite Koordinatörü)

Sayın Müsteşarım, Değerli Kongre Katılımcıları,

Dünyada sağlık sistemlerinin performansını ölçmeye yönelik ilgi; hem kaynakların kıtlığı, hem de daha iyi bir sağlık seviyesine ulaşabilme gerçekleri nedeniyle gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Bir ülkedeki yaşam kalitesini belirleyen en önemli alanlardan birisi olan sağlık sektörünün geliştirilmesi ve bu sektördeki aktörlerin doğru yönlendirilebilmesi için temel girdilerden en önemlisi bilgidir. İşte, sağlık sistem performansını değerlendirmenin temel amacı da ülkelere kendi sağlık sistemlerinin kalitesini ve performansını yükseltmesi için bilgi sağlamasıdır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde özellikle Bakanlığımız tarafından ulusal düzeyde belirlenerek izlenen performans değerlendirme sistemi bu konuda atılmış önemli bir adımdır. İstanbul Sağlık Müdürlüğü olarak, bu çerçevede yürüttüğümüz performans uygulamalarına ilişkin elde ettiğimiz bilgileri bu sunumda sizlerle

paylaşacağız. Oturumumuzun konsepti gereği kalite çalışmalarımızdan ziyade performans uygulamalarımıza yer vereceğiz.

İstanbul Sağlık Müdürlüğü olarak eğitimin sektörümüze yapılacak en büyük yatırım olduğunu biliyoruz. Bu amaçla 2008 yılında çok sayıda eğitim yaptık, bu eğitimlerden bazılarını bu slâyтта görmektesiniz. Özellikle kurumlarımızda hasta güvenliği konusunda bir farkındalık yaratmak istiyoruz. Bu amaçla 2008 yılında kurumlarımızın en az yarısına hasta güvenliğini anlattık. Yine birinci basamakta ve 112’de kalite konulu eğitimlerimiz oldu. Hatta İstanbul Sağlık Müdürlüğü olarak kendi ürettiğimiz değerleri nasıl standardize edebiliriz diye düşündük ve bunu öğrenmek için standart geliştirme eğitimi bile aldık.

112 İl Ambulans Servisi performansına baktığımızda, İstanbul 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği; 120 istasyonu, 150 ambulansıyla 2008 yılında 200 binin üzerinde vaka taşımış, 2009 yılında ise vaka sayısının 300 bini aşmasını beklediğimiz dev bir kurumumuzdur. Bu kurumumuz İstanbul gibi mega bir şehirde 2008 yılında merkezde vakalarının %88’ine, kırsal bölgelerde ise vakalarının %97’sine ilk on dakika içinde ulaşmayı başarmıştır.

Birinci basamak kuruluşlarımızda “Koruyucu Hizmet Göstergeleri” incelendiğinde, gururla söylemem gerekir ki, İstanbul olarak anne ölüm oranı, aşılama oranları gibi pek çok temel parametrede belirlenen kabul edilebilir değerlerden ve Türkiye ortalamalarından çok daha iyi bir noktadayız. Burada özellikle belirtmek istediğim bir konu var; Dünya Sağlık Örgütü ve uluslararası kuruluşların tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar için önerdiği doğrudan gözetimli tedavi uygulama oranlarımızın, yine bu hastalıkların tanısında kullanılan yayma bakılma oranlarımızın da oldukça başarılı olduğunu sizlere söylemeliyim. Birinci basamakta elde ettiğimiz bu performans doğrultusunda birinci basamak kurumsal performans katsayımızı 0.87 olarak tespit ettik.

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesinde olmayıp İstanbul Sağlık Müdürlüğü olarak gerçekleştirdiğimiz bir çalışmadan da yeri gelmişken bahsetmek istiyorum. Bizler birinci basamak kuruluşlarımız için hizmet kalite standartlarımızı geliştirdik; 12 ana başlık, 84 alt başlıkta ve 229 ölçülebilir bileşenden oluşan kriterler oluşturduk. 2008 yılı verileriyle 32 ilçemizde 452 sağlık ocağımıza bu kriterler doğrultusunda denetim gerçekleştirildi. Birinci basamak sağlık kuruluşlarımız için hazırladığımız kriterlere baktığımızda birinci basamakta ilaç ve aşı yönetiminden koruyucu sağlık hizmetlerine, birinci basamakta enfeksiyonların kontrolünden hasta ve çalışan güvenliğine kadar pek çok konu başlığında kriterlerimiz var. Bu kriterler doğrultusunda ilçe ilçe birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptığımız değerlendirmelerin sonuçlarını bu tabloda görmektesiniz.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarımızda da performans uygulamalarımızdan kısaca bahsedecek olursak dört ana başlık altında bu konuyu inceleyebiliriz. Bu ana başlıklardan bir tanesi muayeneye erişim oranı dediğimiz oran. Muayeneye erişim oranı 2007 yılı başında İstanbul İli ikinci ve üçüncü basamak kurumlarında

0.90 olarak gerçekleşmiş, buna karşılık 2009 yılı sonunda bu oranın 0.96'ya çıktığını görüyoruz. Bir başka ifadeyle hastalarımız ikinci ve üçüncü basamak kurumlarımızda muayeneye daha kolay ulaşabilir hale gelmiştir.

Hasta memnuniyet algılarına bakacak olursak 2007 yılı başında %81 olan genel hasta memnuniyet algısı, 2008 yılı sonu itibarıyla %84'e çıkmıştır. Hasta memnuniyet algılarının biraz daha ayrıntısına inecek olursak yapılan performans ve kalite uygulamaları ile gerçekleştirilen iyileştirmeler sonucunda yatan hastalarımızın memnuniyet oranlarında belirgin olarak artış sağlayamazken, poliklinik hastalarında memnuniyet oranlarını anlamlı şekilde arttırmayı başardık. Bu sonuç çok anlamlıdır. Aslında bizler yatan hastalarımız için hasta güvenliği, ilaç güvenliği, cerrahi güvenliği, enfeksiyonların kontrolü gibi pek çok iyileştirmeler gerçekleştirdik. Ancak bu iyileştirmeler gözle görülebilir iyileştirmeler olmadığından belki de hastalarımız tarafından algılanamadı. Buna karşılık poliklinik hizmetlerimizde hastalarımız tarafından fark edilebilecek şekilde daha gözle görülür iyileştirmeler yapıldığı için poliklinik hizmetleri memnuniyet oranlarında daha başarılı olduğumuzu söyleyebiliriz.

Bir başka performans bileşenimiz kurumlarımızın verimlilikleridir. 2007 yılı başından 2008 yılı sonuna kadar iki yıllık kurum verimlilik trendlerimize baktığımızda; genelde kriterlerin ve göstergelerin değişim dönemlerini saymazsak kurum verimliliklerimizin arttığını görmekteyiz. 2007 yılı ikinci döneminde ve 2008 yılı üçüncü döneminde göstergelerimizde meydana gelen köklü değişiklikler nedeniyle kurum verimliliklerimiz yeniden değerlendirmeye alındığından daha düşük oranda olduğu görülmektedir. Kurum verimlilik göstergeleri kurumların finansal, faaliyet ve klinik boyutlarının verimliliğini değerlendiren göstergelerden oluşmaktadır. Bunlara kısaca bakacak olursak klinik göstergelerden "günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı" cerrahların verimliliğini bizlere göstermektedir. Bu oranın İstanbul ilindeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında 2008 yılında 2007 yılına göre anlamlı oranda arttığını görmekteyiz. "Günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı" ise bir hastanenin ameliyathanesinin kullanım kapasitesini gösteren bir parametredir. Bu oran da, 2008 yılında 2007 yılına göre artış göstermiştir.

Finansal göstergelere ilişkin bazı sonuçlarımızdan da söz etmek istiyorum. Size bir araştırmadan çarpıcı bir sonuç aktaracağım. 2004 yılı verileri kullanılarak 645 kamu hastanesi üzerinde yapılan bir araştırmada; bu hastanelerin %90'ının finansal performansının kötü olduğu sonucuna varılmıştır. Bu nedenle kurum verimlilik göstergeleri içerisinde finansal göstergelerin yer alması çok isabetli olmuştur. Bu finansal göstergelerden "toplam giderin toplam gelire oranı", giderlerin gelirler içerisindeki büyüklüğünü, bir başka ifadeyle gelirlerin giderleri karşılama durumunu gösterir. Bu oran genel eğitim araştırma hastanelerinde 0.85 olması beklenirken İstanbul ilindeki genel eğitim araştırma hastanelerinde hedefin biraz üzerinde kalmıştır. Buna karşın branş hastanelerimizde ve H3 ve H4 grubu dediğimiz daha küçük çaplı hastanelerimizde ise bu oranın hedeflenen düzeyde olduğunu görüyoruz. "Toplam borcun gelire oranı" ise bir hastanenin finansal açıdan sürdürülebilir bir mali yapıda olup olmadığını gösterir. Bir başka ifadeyle, gelirlerin borçları karşılama

durumunu yansıtır. Bu oranın da, tüm hastane gruplarımızda hedeflenen seviyeden daha iyi düzeyde olduğunu görüyoruz. Bir başka finansal gösterge “personel gideri destekleme oranı” olup, bu oran personel giderlerinin bir hastanenin gelirleri içerisindeki büyüklüğünü veriyor bize. Genel olarak tüm hastane gruplarımızda hedeflere uygun sonuçlar elde edilmiştir. Kurumlarımızın tahakkuk oranları ve dağıtılan ek ödeme miktarları incelendiğinde, 2008 yılında 2007 yılına göre belirgin bir artış olmuştur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarımız tahakkuklarının %28’ini 2007 yılında personeline ek ödeme olarak dağıtmış, buna karşılık 2008 yılında ise bu oranın %31 olarak gerçekleştiğini görüyoruz. 2007 yılında Türkiye ortalaması %32’dir.

Kurumlarımızın faaliyetlerine ilişkin göstergeleri de yakından takip ediyoruz. Örneğin yatak doluluk oranlarının; genel eğitim-araştırma ve branş hastanelerinde hedeflenen düzeylerde gerçekleşirken buna karşılık daha küçük çaplı H3 ve H4 grubu hastanelerimizde ise istenilen düzeye ulaşamadığını görmekteyiz. Ortalama kalış gün sayılarına baktığımızda ise; genel eğitim-araştırma hastanelerinde dört buçuk günün altında olması beklenen bu oranın dört buçuk günün biraz üzerinde olduğunu, buna karşılık diğer hastane gruplarında beklenen seviyede olduğunu söyleyebiliriz.

Hizmet kalite değerlendirmelerimiz, eski adıyla kurum alt yapı ve süreç değerlendirme katsayısına bakacak olursak; 2006 yılı sonundan beri yaptığımız değerlendirmeler sonucunda 2006 yılı sonunda 0.68 olan bu katsayı 2008 yılı sonu itibarıyla 0.77’ye ulaşmıştır. Hizmet kalite standartlarımız içerisindeki konu başlıklarına baktığımızda ikinci ve üçüncü basamak kurumlarımızın bu standartları karşılama düzeyleri genellikle %80’lerin üzerindedir. Burada özellikle klinik hizmetler başlığı altındaki kriterlerin karşılama oranının %70’in altında olduğunu görmekteyiz. Bunun da nedenini incelediğimizde klinik hizmetler başlığı altındaki kriterlerin daha çok alt yapıya ait kriterler olmasının bu sonuçta etkili olduğunu düşünüyoruz.

Hasta güvenliği boyutunu inceleyecek olursak, hizmet kalite standartları içerisindeki kriterlerden uluslararası hasta güvenliği hedeflerine uyan kriterleri karşılama oranlarımıza baktığımızda, bu oranların genelde %70-80’ler seviyesinde olduğunu söyleyebiliriz. Burada şunu da belirtmem gerekir ki, uluslararası hasta güvenliği hedefleri doğrultusunda bu tabloda gördüğünüz veriler, belki de Türkiye’de ilk ölçülen verilerdir, ileride yapılacak araştırmalara temel teşkil edeceğini umuyorum.

Ayrıca İstanbul Sağlık Müdürlüğü olarak ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarımızda yaptığımız performans değerlendirmeleri sonucunda hastanelerimizi sınıflandırmak üzere bir model geliştirdik. Günümüzün popüler konuları olan; kamu hastane birlikleri kanun tasarısı ve özel hastanelerin sınıflandırmasını konuştuğumuz şu günlerde bu modelin anlamlı olduğunu ve tartışılması gerektiğini düşünüyorum. Bu modelde hastanelerimizi beş kategoride grupladık. 2008 yılı ikinci döneminde hastanelerimiz, bu sınıflandırmaya göre daha çok A ve B grubunda yoğunlaşırken, kriterlerin değiştiği 2008 yılı üçüncü döneminde ise yaklaşık bir yıllık bir geriye dönüş yaşanarak, hastanelerimizin daha çok B ve C grubunda yer aldığını, yoğunlaştığını

bu tabloda görüyoruz. Total anlamda kurumlarımızın iki yıllık performans trendlerine bakacak olursak, bu oran 2006 yılı sonu itibariyle 0.80'den 2008 yılı sonu itibariyle 0.85'e ulaşmıştır.

Peki, bütün bu değerlendirmelerden, bütün bu bilgilerden hangi sonuçları çıkarabiliriz? Kalite ve performans uygulamalarımızın daha çok ayaktan hasta memnuniyet oranlarını belirgin olarak yükselttiğini, ancak buna karşın yatan hastalarımızın memnuniyet oranlarına henüz yansımadağını görüyoruz. Ancak ilerleyen ölçümlerimizde iyileştirmelerin bu orana da yansımadağını ümit ediyorum. Yine performans uygulamaları ile ölçülemeyen hiçbir şey kontrol edilemez ve iyileştirilemez ilkesi ile pek çok performans göstergesi ölçülmeye ve kontrol edilmeye başlanmıştır. Üzerinde durulması gereken bir başka husus da sadece faaliyet ve finansal duruma ilişkin göstergelerin değil aynı zamanda koruyucu hizmetler gibi önleyici yaklaşımlara ilişkin göstergelerin takip edilerek toplum sağlığının da düşünülmüş olmasıdır. Ancak sağlık sistemimizin performansını belirlerken sadece girdilere değil, aynı zamanda çıktılara da odaklanmamız gerektiğini düşünüyorum. Kurumsal performans uygulamalarımızın kurum ve kuruluşlarımızın hizmet kalitesine hem nicelik hem de nitelik yönünden olumlu yansımalarının olduğunu rahatça söyleyebilirim. En önemlisi de kurum ve kuruluşlarımızda hasta ve çalışan güvenliği kültürü yerleşmeye başlamıştır.

Ulusal performans ve kalite uygulamalarımız giderek yaygınlaşmakta ve yurtdışında da ilgiyle izlenmektedir. Bu olumlu çalışmalar; tabi ki sihirli bir değnek olmayıp, iyiye giden yolda atılan güzel adımlardır. İyileştirmeler için zaman, emek ve sabır gerekmektedir. Bakanlığımız ve tüm kurumlarımızın bunu başaracağına inanıyor, hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Uz. Dr. Mehmet Emin AKSOY – Panelist

(İstanbul İl Sağlık Müdür Yardımcısı)

Sayın Müsteşarım, Sayın Oturum Başkanım, Değerli Katılımcılar,

Bugün kısaca İstanbul İl Sağlık Müdürlüğümüz bünyesinde kurulan Biyomedikal Mühendislik Şubesi ve konunun sağlıkta performans ve hasta güvenliğiyle ilişkilerini anlatmak istiyorum. Bilindiği gibi hastanelerimizden performans kriterleri açısından tıbbi cihazların test ve kalibrasyonu istenmektedir. Bunu da hastanelerimiz bir şekilde yaptırmakta. Bunlar genellikle özel sektörün firmaları, zaten olması gereken de bu. Fakat özel sektör hastaneye gelip tıbbi cihazların belli miktarda test ve kalibrasyonunu yapmakta fakat bunun yeterince yapıp yapılmadığı hakkında fazla bilgimiz olmamakta. Bu durumda ne oluyor? Üzerine bir etiket yapıştırılıyor, hastane performans puanı alıyor fakat hasta güvenliği, cihazın performansı ve tanısal güvenliği hakkında çok fazla bilgimiz olamıyor. Bizim başlangıç noktamız buydu bu test ve kalibrasyon hizmetine başladığımız zaman. Biz Sağlık Müdürlüğü olarak

bütün hastanelerin test ve kalibrasyonuna yetiyecek kapasitemiz yok, olması da gerekmiyor çünkü bunu bağımsız kuruluşların yapmasında fayda var. Fakat bunları denetleyebilecek, verilen hizmetin niteliğini araştırarak ayrıca bir üst kuruma ihtiyaç olduğu kanısına vardık. Burada bazı çalışmalar yaptık. Hastaneler tarafından bu hizmetler satın alınırken teknik ve idari şartnameleri inceledik. Bunların şimdilik genellikle dar kapsamlı olduğunu gördük, idari şartnamelerde de aynı şey var mesela bir tane bu test cihazlarından birkaç tane var piyasada, bütün firmaların elinde aynı cihaz dolaşıyor. Dediğim gibi demin hizmet veren firmanın hizmet kalitesi belli değil. Şöyle örnek vermek gerekirse mesela bilgisayar monitöründen örnek vermek istiyorum; bu bilgisayar monitörüne gelip sadece elektriksel güvenlik kontrolü yaparsanız ve üzerine test, kalibre edilmiştir dersiniz bu bir işin bir parçası ama asıl oradaki rezolasyon belki de bunun rezolasyonun önemi var, asıl iş. Ana kriterlere bazen bakılmayabiliyor. Tabii bu arada oluşabilecek potansiyel problemler var, bunlar birçok kere zikredildi. Bu elektriksel güvenlikten tutun, tanısıl problemlere kadar geniş bir alan. Bu şekilde bu işi formatlamak gerektiğini düşündük il bazında. Hizmet alımında kriter nasıl oluşturulmalı? Bu biyomedikal hizmet alımında. Onun üzerine çalışmaya başladık. Ergun Beyin de zikrettiği gibi bir kriter oluşturma eğitimi aldık. Standart ve kriter oluşturma eğitimi aldık. Onunla ilgili birazdan üzerinde duracağım yaklaşık 50 çeşit cihazın kriterlerini oluşturmaya başladık. Bundan tabii uluslararası bu konudaki en yaygın kriter IRCA'nın koyduğu bir kriter, onları da inceledik, onlarla da işbirliği yaptık. Ayrıca her daldaki klinisyenle bir yoğun bakım monitörüne bakıldığı zaman veya bir anestezi cihazına bakıldığı zaman mutlaka bizim anestezi kurulundan da arkadaşlarla pratiğe yönelik kriterlerde eklendi oluşturulan kriterlere. Ayrıca bu kriterlerle oluşturulan teknik şartnameler mevcut. Henüz daha deklare etmedik, idari şartnamelerde mevcut. Bu zaten bir de hukuki süreçle de alakası var, oluşabilecek potansiyel problemde zannediyorum biraz bu test ve kalibrasyonu yapan kişilere de bazı şeyler rücu edilebilecek uzun vadede. O yüzden onlarla da konuşuyoruz, onları da uyarıyoruz. Bu silsilede daha net yapılması gereken kriterlerin oluşturulması ihtiyacı hasıl oldu.

Bir de diğer bir konu tıbbi cihaz alımları yapılıyor, bunların kabul testleri yapılıyor. Yani küçük veya büyük firma olması hiçbir şey fark ettirmiyor. Biz onların da kabul testlerine baktık ki bazıları kalibre olmadan önümüze gelebiliyor yani çok büyük firmalarda da bu sorun olabiliyor veya alım yaparken katalogda size teknik spesifikasyonlar veriyorlar. Bu spesifikasyonlar gerçekten doğru mu değil mi? Çünkü satın almalarda bir demo kriterlerimiz var. Demoda bu bütün katalogdaki teknik data cihazlarla inceleniyor, doğruluk oranı incelenebiliyor. İl Sağlık Müdürlükleri arasında zannediyorum ilk defa İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde şubemiz kuruldu. Bu şubenin içerisinde Tıbbi Cihaz Planlama Şefliğimiz var. Bu ayrıca şimdi envanter çalışması da, detaylı bir envanter çalışması işine de atıldı. Hastanelerimizdeki tıbbi cihazların detaylı durumunu henüz bilememekteyiz. Bir de Tıbbi Cihaz Piyasa Gözetim ve Denetim Şefliğimiz var. Beşiktaş'ta bir semt polikliniğimiz var, şu an onun en üst katında hizmet veriyor. Ama bu yıl içerisinde biraz daha genişletilecek. Birazdan sayacağım tıbbi cihazlarla ilgili test ve kalibrasyon yapabilecek makine parkının alımları başladı. 2009 yılı ortasına kadar tüm bu alımlar bitecek ve gördüğünüz tıbbi cihazların tümüne test ve kalibrasyon yapabilecek duruma geleceğiz. Biz bunları

bulunduğu bölgelere göre gruplandırdık. Önce yoğun bakımlar, bazıları tekrar olarak geçecektir o ortak kullanılan cihazlar olduğu için. Yoğun bakım ventilatörleri ve diğer portabl monitörlere bakabiliyoruz. Tüm bu EKG'den tutun işte yoğun bakım monitörleri ve bunların parametleri bakılabiliyor. Yoğun bakımlardaki defibrilatörler, infüzyon pompaları, aspiratörler, hepa filtre sistemleri, medikal gaz ve vakum sistemleri, motorlu hasta karyoları ve elektrik prizleri bakılabilecek.

Burada aslında medikal gaz ve vakum üzerinde durmak istiyorum. Son yıllarda alınan tıbbi cihazlarda bazı sorunlarla karşılaştık. Özellikle ventilatör ve anestezi cihazlarında sürekli arızalar çıkmaya başladı. Bu da hastanelerimizdeki mevcut medikal gaz ve vakum alt yapısının eski olması nedeniyle oluyor. Bunlarla ilgili acil önlemler alındı fakat yetmeyebiliyor. Artık bunları da test edip kalitesini söylemek istiyoruz. Ameliyathanelerimizde de aynı şekilde; anestezi cihazları, kotörler, intraaortik balon pompaları yine bu monitörlerin parametleri, aspiratörler ve bunun gibi benzer parametreler yapılacak. Pediatri ve kadın doğum servisimizde fetal monitörler, küvözler. Özellikle küvözün üzerinde durmak istiyorum. Küvözün tüm performansını ölçen sistemler alındı yani bu küvözün içerisindeki ısı dağılımından tutun da içerideki nem, hava akışı ve özellikle içerideki oksijen oranı ve desibel oranını da söylüyor. Biliyorsunuz 48 desibelin üzerinde ileride sağlık riski olabiliyor. Burada da aşağı yukarı aynı şeyler var, diğerleri aynı. Fototerapi ünitelerimiz var. Neonatal ventilatörlerde biraz daha farklı parametreler kullanıyoruz. Radyoloji ünitelerinde şimdilik CT'ler hariç aşağı yukarı diğerlerini yapıyoruz, CT ve MR hariç diğerlerini yapabiliyoruz. Bunlarla ilgili yurtdışında önce invaziv radyolojidekiler ön planda tutuluyor, özellikle hekim güvenliği açısından. Ama hasta güvenliği açısından da aslında mamografileri ön plana almak lazım. Mamografi ile ilgili bütün kriterlerimiz oluştu, şu an pratikte uygulanmaya başlandı. Diğer radyografi, floroskopi üniteleri, genel amaçlı radyoloji üniteleri. Ultrasonlar, ultrasonlarda da fantomlar aldık. Olması gereken lezyonları göstermeleri gerekiyor ve özellikle eko cihazlarımızda sulu bir fantom sistemimiz var, belli bir akış oluşturuyoruz. Ekodaki akışların doğru olup olmadığını oradan test edebiliyoruz. Diğer şeyler daha basit cihazlar; santrifüjler, tansiyon aletleri, otoklavlar için validasyon setlerimiz var. Diyaliz makinelerimizi test edebilecek duruma geleceğiz, tartı cihazlarını test edebiliyoruz. Şimdiye kadar saydıklarım bu merkezimizin ilk amaçlarıydı. Tıbbi cihazların kalitesine bakabiliyoruz bir de verilen tıbbi hizmetin kalitesi nedir ona bakmak için bir simulasyon merkezi açmak istedik. Bu hava yolu taşımacılığında zaten yıllardır kullanılmakta olan simülasyon sistemlerini hepiniz biliyorsunuzdur. Bunun tıba uygulanmış birçok şekli var, onlarla işe başladık.

Tabii insan faktörü çok önemli. Son yıllarda hem eğitimi desteklemek hem de özellikle asistan doktorlarımızın performansını ölçmek için ve hatta bazı prosesleri hastada değil de simülasyonda öğrenmeleri için bu sistemleri oluşturduk. Bir de asistan hekimlerimizin simülasyon öncesi ve sonrası performanslarını ölçebiliyoruz. Onun için protokoller oluştu. Asistan hekimlerimizin dışında uzman hekimlerimiz içinde ekstrem senaryolar var. Bunlar belki hayatlarında birkaç defa karşılaşacakları ama önceden tanı koyabilirlerse hastayı geri döndürebilecekleri mesela anesteziye malin hipertermi gibi uzmanlara yönelik senaryolarımızda var. Bu tıp eğitimindeki

zaten yararları pek tartışılmıyor, hasta güvenliği açısından da şöyle bir avantajı var; hekim hastada öğreneceğini gidip simulatörde öğreniyor. Mesela örneğin ERCP uygulaması. ERCP'yi biz simulatörde baştan sona uygulatabiliyoruz. Onunla ilgili şimdi bir çalışma başlattık, üniversitede de bu işin içinde. Öncesi, sonrası ve pratikteki uygulaması. Yani üç farklı kriteri yan yana koyacağız, simulasyonun önemini daha çok ön plana çıkaracağız. Bir de tabii birçok komplikasyonu minimize ediyor, her türlü girişim esnasında oluşabilecek, takım çalışması konseptini destekliyor, farklı zorluk derecesinde vakalarımız var, ayrıca bir de maliyetleri de düşürüyor. Mesela video endoskopiye iyi kullanmayı bilirse fiberoptiklere daha az zarar veriyor veya laporoskopik el aletleri yurt dışında bazı çalışmalarda sekiz ay sonra muazzam düşüş sağlamışlar mesela laporoskopik el aletlerinin kırılmamasını sağlamış simulasyon sistemi. Bizim şu an merkezimizde dört tane simulatör var, onlara kısaca değineceğim. İki tane daha bu sene eklenecek. İlk başlattığımız anestezi simulasyon sistemi, bu konuda dünyada en gelişmiş simulatör. Yani bir anestezi hastasına ne yapabilecekse veya ondan ne tür cevaplar alabilecekse hepsini yapabiliyor. Gerçek gaz kullanmak zorundayız. Yani ağızdan karbondioksit çıkışına kadar, ışık refleksine kadar veya kas tonisi değişikliğine kadar, idrar çıkışı da olsun bu hastada hepsi bulunmakta. Ayrıca ilaç da uygulayabiliyorsunuz bu hastaya. Katnografla karbondioksit çıkışını ölçebiliyorsunuz, bununla ilgili mesela yeni defibratör eğitimi verdik. Şu anda kriter hastayı resüste ederken ağızdan karbondioksit çıkışı resüstansyonun başarılı olduğunu gösteren bir endikatör. Kullandığımız anestezi gazların hepsi reel. Orada bir gaz altyapımız da var, bir ameliyathane oluşturuldu. Bu hasta farklı profillere girebiliyor, mesela 30 farklı hasta olabiliyor. Yani genç bir hasta oluyor, 60 yaşında maden işçisi olabiliyor, belli ilaçlar kullanan bir insan olabiliyor ve yüzün üzerinde senaryo var. Yeni senaryo yazma imkanı da var, biz hastanemizdeki ekstrem vakaları buradaki senaryoya da dönüştürebiliyoruz. Çıkışları monitöre verebiliyor, kan gazına kadar bütün değişiklikler görülebiliyor sistemde. Biraz önce de bahsettiğim gibi ilaç verebiliyorsunuz, yaygın kullandığımız tüm ilaçlar orada bulunmakta. İdrar çıkışı var, kateer takılabiliyor. Defibre edebiliyorsunuz, defibrasyonun dozunu da biliyor, kaç jull'le yaptığınızı. Ona göre ona tekabül eden değişiklikler hastada oluşabiliyor. Bunun gibi çok değişik özellikleri var. 2008 yılı içerisinde 168 asistanı biz bu şekilde eğittik. Önce, bir gün bir eğitim CD'si veriyoruz, oluşabilecek, o gün oluşabilecek komplikasyonların teorisiyle ilgili. Daha sonra hasta başına gidiyorlar. Hasta başında oluşan şeyleri üç noktadan kameraya çekiyoruz ve sonra video briefing yapıyoruz orada asistanlar nerede hata yaptıklarını görebiliyorlar.

Diğer simulatör video endoskopi simulatörümüz. Bunda da çok değişik uygulamalar yani gastroskopi, kolonoskopi yapılabildiği gibi ERCP ve endosonografi çalışmaları da yapılabilmektedir. Biz özellikle ERCP'nin üzerinde duruyoruz, bununla ilgili eğitimlerimiz başladı. Bunun dışında birkaç jinekolojik ameliyat yapılabiliyor. Bir de safra kesesi ameliyatı baştan sona yapılabiliyor bu simulatörde. En son ultrason simulatörümüz geldi. Bu ultrason simulatöründe iki mankenimiz var, kadın ve erkek manken var. Batın ultrasonografisi, karotis dopleri, eko eğitimleri ve meme ultrasonu yapılabiliyor. Bu vakalarda çok ekstrem senaryolardan kaydedilmiş görüntüler yer alıyor. Gerçekten tecrübeli bir radyologda lezyonları görmekte zorlanabiliyor. Proben tarama alanının neredeyse alt seviyesinde lezyonlar başlıyor, bastırmazsanız lezyonu

göremeyebiliyorsunuz. Dediğim gibi iki tane farklı da mankenimiz var. Burada da asistanlarımızı aynı vakaları belli bir dönem sonra tekrar simule ettirip aradaki farkı görmek için bunun protokolünü yazıyoruz. Hepinize çok teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Alper CİHAN – Panelist

(Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi)

Sayın Müsteşarım, Sayın Oturum Başkanım ve Değerli Meslektaşlarım,

Konumun başlığı; Hastane Yönetiminin Genetik Kodları ve Kurumsal Performans. Bu ismin sebebi olarak şunu açıklamak istiyorum; bilimsel literatürde bir olayı oluşturan temelleri anlatmak için işte nokta nokta olayın DNA'sı, otomotiv sektörünün DNA'sı gibi bir isim, terminoloji kullanılır. Biz de yönetimin detay noktalarına inebilmek için bu ismi kullandık. Giriş olarak öncelikle çok kısa bir şekilde işletme tanımını netleştirmek istiyorum; mal veya hizmet üreten, karşılığında gelir elde eden, kendi kazancıyla faaliyetini sürdürüp yatırım yapabilen ve bu kazancından hissedarlarına veya çalışanlarına maaş veya ek ödeme gibi bir gelir dağıtan kurullara bilimsel literatürde net olarak işletme deniyor. Bu gözle hastanelere baktığımızda ise hastaneler oldukça büyük işletmeler olarak gözüküyor. Ortalama bir hastanede, 300–750 yataklı bir hastanede yıllık gelirin 60'la 200 milyon TL arasında bir ciro olduğunu, 1.000'le 2.000 arasında personel çalıştığını, yıllık 1 ila 2 milyon arasında hastaya hizmet ettiğini, 16 binle 30 bine kadar değişen çeşitte taşınır mal olduğunu, en az 30 değişik iş kolu, 70 veya daha üstü fonksiyonel departmanı olduğunu ve eğitim olarak da ilkökul mezunundan profesöre kadar her türlü eğitim görmüş insanı bünyesinde barındırdığını düşünürsek herhalde diğer sektörlerle de karşılaştırdığımızda eşi benzeri olmayan bir devasa kitleye sahip işletmeler bunlar.

Peki, bizim bunları işletirken, yönetirken sorunlarımız var mı? Profesyonel ideallerimiz var, kayıpsız ve israfsız bir taşınır mal yönetiyoruz, biz hastanedeki bir enjektörü bile kaybetmiyoruz, gecikmesiz ve şaibesiz bir satın almamız var, her şey tıkr tıkr işliyor, çalışanların tümünü mutlu eden bir insan kaynakları yönetimimiz var, her istediklerini gerçekleştiriyoruz, faturalamamızda hiç kesinti olmuyor, her işimiz çok net, kayıt dışı hizmetimiz diye bir şey yok zaten hiç gündeme gelmez, güvenlik hizmetimiz, yemek, temizlik hepsi mükemmel, hastanede hiç böcek göremezsiniz, hastalarımızın hiçbir şikayeti yok, ne istiyorlarsa oluyor, hastanede hiç enfeksiyon olmuyor, hiç bakteriye rastlamıyoruz ve tüm sağlık personeli bu hastanede çalışmak istiyor ve biz yaptığımız yatırıma göre bire iki ile bire üç kat para kazanıyoruz. Bunları başarısak biz mükemmel bir işletmeyiz demektir. Peki, böyle miyiz acaba? Sağlık sektörünün üyeleri olarak biz buradayız ama bizi dışarıdan eleştiren birçok insan var. Hatta bazen devletin başka kurumu bile çıkıyor, siz bu işi yapamıyorsunuz diyebiliyor bize. Şimdi bunların belirli sebepleri olmalı. Ben eminim ki az önce saydığım iyilik hallerine buradaki hastane idarecilerimizin çoğu sahip ama tamamına sahip olamıyoruz. Temel bir sorunumuz var aslında, bu mega işletmelerde, bu yoğun iş ortamında neden bunları yaşadığımızı şu alttaki diyagram çok net gösteriyor. Bu diyagram uluslararası literatürde çok sıkça kullanılan bir diyagram. Bir hastanede bir

hastanın yatışından çıkışına kadar tabii olduğu süreçleri gösteriyor. Sayısız işlem den, sayısız algoritmadan geçiyor, bir sürü mal kullanılıyor, bir sürü insan hizmet ediyor ona ve bu sadece bir hasta için. Bizim hastanemizde 400 tane bu diyagramdan üst üste koyarsanız burada kocaman bir kara delik oluşuyor. Ve bizim bunu işletecek belirlenmiş, standartlaştırılmış, girdileri ve çıktıları netleştirilmiş modellere ihtiyacımız var. Model kavramı üzerinde çok duruyorum. Model demek sözlük kavramı olarak örnek alınan, örnek alınmaya değer olan demektir iyi modelden söz ediyorsak. Ama bunu bilimsel olarak nitelemek lazım. Bilimsel bir model olması için sonuçları belli ve doğrulanmış, kanıtlanmış verilere sahip olması gerekiyor. Yani farklı kişiler ve farklı koşullarda defalarca tekrarlandığında benzer sonuçları veren olaylar dizisine standart modeller denir.

Yönetim bilimi olarak birçok model geliştirilmiştir; klasik, neoklasik, modern, postmodern. Hizmet üretim modelleri işte taşınır mal modelleri, hasta taburcu, yatış modelleri, ameliyathane modelleri, satın alma modelleri gibi birçok model olabilir. Ama bu modellerin bizim için standartlaştırılmış bilimsel modeller olup olmadığı önemlidir. Hastanecilik dışında sanayi sektöründe birçok kolda gerçekten kanıtlanmış, otoriteler tarafından kabul edilmiş birçok bilimsel model vardır. Planlama modelleri vardır, üretim metotları vardır, geliştirme, iyileştirme metotları vardır, elektronik yazılım metotları vardır, süreç kontrol metotları vardır. Herhangi bir üretim, herhangi bir hizmet üretimi, herhangi bir sanayi kolunda veya maliye kolunda çalışıyorsanız hizmetlerinizi daha iyi hale getirmek veya her şeyi yeniden keşfetmemek için hazır kalıp, standart modellerden birini alıp kullanabilir ve ondan sonra iyileştirmeleri yapabilirsiniz. Ama bizim hastanecilik adına dünyada böyle oluşturulmuş bir modelimiz yok. Bir model çıkmalı ki mesela işte 400 yataklı hastaneler için A hastanesi Modeli, Teksas modeli, Houston Modeli veya Bağcılar Modeli veya Acıbadem Modeli. Biz bilmeliyiz ki Acıbadem Modeli'ni alıp uygularsak taşınır maldaki stok bekleme süremiz 15 gündür. Bir başka model Taksim Modeli, benim modelim de beş gündür der, stok maliyet oranı bu kadardır der, onu kullanırız veya hasta yatış modelinde yatması gereken hastaların yatışının gerçekleşme oranı %97'dir der, bir başka model çıkar %100'dür der o modeli uygularız. Bizim bu anlatacağımız sunumdaki çalışmanın temeli model tanımlarındaki yöntemlere dayanıyor. Bu modeller öyle değerli işler ki üzerine patentler bile alınıyor. Mesela sağ tarafta gözüken şey bir patent adını gösteriyorum, Amerika'dan alınmış bir patent. Kozmetik sektöründe bir aplikatörün üretim modelini geliştirmişler ve bu malzemeyi böyle üretirseniz daha kısa zamanda, daha yüksek kaliteyle, daha yüksek karlılıkla üretirseniz diye bir aplikasyon modeli geliştirip patent almışlar. Şimdi bizim bu karmaşa içinde böyle modellenmiş süreçlere geçmemiz için ne yapmamız lazım? Bir işlem kargaşası, bir süreç kargaşası, bir bilinmezliğin içinde, binlerce, yüz binlerce datanın içinde onları yorumlamaya çalışıyoruz ve bir şeyler çıkarmaya çalışıyoruz. Ama herkesin kabul ettiği bir şey vardır herhalde burada. Ne kadar başarılıyız? Çok fazla başarılı olduğumuzu zannetmiyoruz. Hep örnek verilir hava yolu şirketleriyle sağlıktaki hataların karşılaştırılması, bir hava yolu şirketi kadar başarılı değiliz. Onlar insanları taşıyorlar, biz hasta olanların sağlığıyla uğraşıyoruz, kurtarmak için uğraşıyoruz. Dolayısıyla bir şeyleri değiştirmemiz lazım. O değiştirilecek şeyleri nasıl bulacağız? Onun için bu işlerin detaylarına, olayları ve eylemleri gerçekleştiren

esas nesnelere ve alışkanlıklara inmemiz lazım. Genel kabul edilir bir görüş vardır, kendimizde olanı değiştirmedikçe geleceğimiz değişmez. Dolayısıyla biz zihniyete, mevcut yapıya, sürece, davranışa, alışkanlıklara, tıp eğitimine, kalite kriterlerine, hepsine belli amaçlar, belli hedefler doğrultusunda müdahale etmemiz lazım.

Günümüzdeki yöneticilerin en büyük zorluğu herhalde koltuklarını bu sağ üst kenardaki resim gibi kullanmak zorunluluğudur. Çok daha fazla çalışmak, çok daha fazla üretmek zorundayız ve bazı şeyleri daha iyi yapmak istiyorsak, bilimsel, daha önce bizden öncekiler kanıtlanmış, gösterilmiş modelleri yeniden keşfetmek için uğraşmak yerine alıp onları kullanmalıyız. Değişim mühendisleri uygulamalarını, modern proje yönetimlerini, temel yönetim tekniklerini, stres ve motivasyon tekniklerini, proses süreç modellerini, matematiği, kanıta dayalı tıbbı, ölçme mühendisliğini, dijital hastane kurum kültürü yöntemlerinin hepsini kullanmamız lazım. Temel noktası bu işin değişim mühendisliği. Yani bir şeyleri değiştirmemiz gerekiyor. Değiştirmek kolay değil tabii ki ama bu bir bilim dalı. Tıp nasıl bir bilim dalıysa şu anda değişim mühendisliği de o şekilde bir bilim dalı ve dünyada şu anda modern teknolojiye özellikle G-7 ülkelerinde, G-20 ülkelerinde en çok yönelinen ve en çok uğraşılan bilim dalı. Eğer gerçekleştirdiğiniz bir değişimse herkes değişim için çalışıyorsa çok başarılı olmuştunuzdur, iyi bir model kurmuşsunuzdur. Ama çoğunluk değişimi istiyor fakat bunun için gayret göstermiyorsa başarısısınızdır fakat politikalarınıza karşılıysa iyi bir politika geliştirememişsinizdir. Eğer insanların çoğu bir şeyin değişmesi gerektiğinin farkındaysa iyi bir model kurup birleştirerseniz herkes sizin için çalışacaktır. Hatta değişime insanları inandırmak için bazen kuleleri bile yıkmak gerekebilir. Bu değişimleri yapmak için tabii gelişi güzel modellere göre değil sistematik veya ölçülebilir yöntemlerle yapmak lazım. Değiştireceğimiz şeylerden birisi bu karmaşıklıktan kurtulmak. Bu karmaşıklıktan kurtulup artık işlerimizi bilimsel metotlarla, ölçülebilir değerlerle kıyaslanabilir hale getirmemiz lazım. Bunun için kullanılan birçok sistem var dünyada. Sağlıkta da son yıllarda çok ciddi bir şekilde kullanılıyor. Artık ortak dillere geçmek için ve bu ortak dilleri kontrolize edebilmek için anlamlandırma dilleri keşfedilmiş durumda. İşte "Unified Modeling Language" veya "Business Process Modeling Language" dediğimiz bu gördüğümüz şekillerin hemen hemen hepsinin bir anlamı var. Okların, karelerin, üçgenlerin, köşelerin, bunların renklerinin, bunların yönlerinin, noktalı oklarla, yuvarlak okların hepsinin bir farkı var ve bu farklar bizim konuştuğumuz dil gibi bir anlam ifade ediyor ve birbiriyle ilişkisel, organizasyonel bağlar ifade ediyor. Bu bağlar sayesinde biz buradaki karmaşık ve çapraz, çok güzel gözüküp insanların ne olduğu hakkında fikir üretmediği ve sonuç çıkaramadığı modellerden, katmanlı modellerle, yalın metotlarla daha anlaşılabilir, daha ölçülebilir sistemlere geçiliyor. Bugün dünyadaki akımların temeli bu şekilde ve bunları kullanarak attığımız her adımı matematiğe, ölçülebilir bir değere çevirebilirsek neyin yanlış olduğunu veya neyin iyileştirilmesi gerektiğini daha rahat ortaya çıkarabiliriz. Performansları ölçebiliriz, anahtar performans değerleri belirleyerek kim ne kadar başarılı, hangi olay ne kadar doğru test edebiliriz ve bu belirlediklerimizin ne kadar doğruluk oranında olduğunu gösterebiliriz. Altı sigma birçok kişi duymuştur, çok karmaşık bir şekilde anlatılır ama çok basit bir tanımını vereyim; belirlediğimiz olayın ne kadar o doğrulukta yürüdüğünü gösterir çok net olarak. Yani standart sapmamız nedir?

Ne kadarı istemediğimiz şekilde gerçekleşiyor? Sigma istatistikte standart sapmadır. Eğer bir kurum bir sigma değerinde çalışıyorsa %95 güven alanında çalışıyordur örnek olarak yani bunu bir havayolu şirketine uygularsak kalkan 100 uçağından beşi düşüyordur bir sigma değerinde. Eğer altı sigma değerine çıkarsa 10 milyonda bir uçağı düşüyordur. Tıp sektöründe günde milyonlarca, milyarlarca tedavi, reçete, iğne yapıldığını düşünürseniz bizim hatalarımız epey sigma düzeyinde.

Peki, bunları ölçerek bir şeyi değiştirmemiz lazım, yine değişime geliyoruz. Amaç nedir? Görüneni, olanı, olayları gerçekleştiren sebepleri, onu gerçekleştiren fikirleri, oluşturan alışkanlıkları değiştirmek. Amaç; birisinden sarışın oluşturalım ama buradaki zencinin saçını sarıya boyayarak değil. Ona, o kişiye saçına sarı rengi veren genetik şifreyi bulup değiştirirsek, oradaki genotipi değiştirirsek bundan sonra kendisi de sarı olacaktır, saç da sarı olacaktır. Yoksa böyle sarışın, zenci ortası bir kurumlara sahip oluruz. Ve yapmak istediğimiz şu; biz başarılı olmak istiyorsak belirli bir misyonumuz olmalı. Şikâyet almak istemiyoruz, yani insanları mutsuz etmek istemiyoruz çünkü hasta olan insanlar sağlık bulmaya geliyorlar bize ve biz onları iyileştirerek yollamak zorundayız. Dolayısıyla hastaları memnun edeceğiz. Bunun yanında çalışanları da memnun edeceğiz. Hizmeti alanı, hizmeti üreteni ve bu ikisinin mutluluğu mutlaka kamu idaresinin de mutluluğunu sağlayacaktır. Bunun için işlerimizi standartlaştırsak, sunulan hizmeti standart ve sabit, ölçülebilir ve değerlendirilebilir hale getirebilirsek bu formülden çıkarabiliriz. O zaman şikâyet eşittir beklenti kalır. Beklenti de sunabildiğimiz hizmetin değerlendirildiği ölçüdedir. Hastalarımıza, çalışanlarımıza yapabildiklerimizi neden yapabildiğimiz sıralamasıyla verirken herhalde yapamayacaklarımızı beklemeyeceklerdir. Dolayısıyla bunların hepsini birleştirdiğimizde yönetim sorgulaması gündeme geliyor. Yönetim demek olayları planlama, olayları oluşturan dizileri belirleme, onları organize etme, birbirleriyle ilişkilerini gerçekleştirme, olaylara ve insanlara liderlik etme ve onları ölçüp değerlendirme işidir. Bunların tümünü birden yapıyorsak iyi bir yöneticiyizdir. Yoksa klasik sistemi idare edip durumu kurtaran liderleri dönüşüyoruz. Bunun için Bağcılar'da oluşturduğumuz modelde bilimsel modellerden postmodern teoriyi esas alarak hedefler, strateji ve yalın süreç kurgusunu planladık; fonksiyonel simulasyonlarla bilimsel ölçümlere gitmeyi hedefledik ve sonuçta yapmak istediğimiz şu; bu kurumu biz yönetmeyeceğiz, bizim belirlediğimiz kurallar yöneterek biz onların hatasını tespit edeceğiz. Süreçleri, alt süreçleri, ana süreçleri, destek süreçleri tamamını planladık, dokümanla ettikten sonra koşulumuzu gerçekleştirdik. Bunları yapmak için öncelikle kaynaklarımızı tam yönetmeliyiz. Bu işin olmazsa olmazı kaynak yönetimidir. En önemli kaynağımız insan kaynağı. Onun özelliklerini, fonksiyonlarını, hangi saat, hangi gün nerede olduğunu, ne yapacağını sistem içerisinde matematiğe dönüştürebilmemiz lazım. Keyfe keder bugün gelirim, yarın gelmem, sekizdeki ameliyata onda başlarım, öğlen yemek molası vardı ama üçte bitti yemek denirse orada bir kaynak yoktur ortada, gelişi güzel akan bir su vardır. Bu insan kaynağını kullanacağı taşınmaz kaynağı mutlaka tanımlamamız lazım. Hangi taşınmaz kaynağımız nerede duruyor, ne amaçla kullanıyor, kim istemiş, ne zaman nereye gitmiş, sisteme nasıl girmiş, nasıl çıkmış. Durduğu yerle, geçirdiği aktivitelerle tanımlamamız gerekiyor sistemi.

Bir fonksiyonel süreç algoritması oluşturduk ve hastanecilikte hep söylenir dikey sistemler, yatay sistemler, yok bunların hiç birisi olmazsa hastane içinde matris sistemler olur diye. Ben matris sistem görmedim bugüne kadar. Her yerde yazılır, matris sistem uygulayan var mı bilmiyorum. Matris sistemi ortaya çıkaranların az önce gösterdiğim çapraşık ve anlamsız ilişkiler diyagramları olduğu gözüküyor. Bu bizim geliştirdiğimiz bir model. Kalitesi ve bilişimi kurumun dimdik duruyorsa diğer alt süreçleri, ana süreçleri hepsi çok güzel çalışır. Bu dediğim gibi bazılarında uygulanan bir model, bir başka hastanede başka model çıkacaktır. Bir modelin başarısı örnek alınmasından geçer. Bu model herkes tarafından örnek alınacak hale gelirse başarılı bir modeldir, yoksa kendine has müstakil bir modeldir. Detaylarına girmeyeceğim şu anda. Çünkü bunların her türlü detayı, buradaki her şema her alt süreç bir tartışma konusudur. Şimdi burada esas göstermek istediğim slâydım vardı ama o maalesef bir başka yol daha deneyeceğim. Bütün bu söylediklerimi yaptıktan sonra iş nereye geliyor? Bu modelleme dillerini, buradaki anlamlandırmaları, buradaki literatürleri kullandıktan sonra, burada gözüküyor. Başarılı bur sistem kurarsak bunun başarısını kim bilecek? Ölçebildiğimiz ve anlamlandırdığımız değerler bilecek. Onları bilgisayara okutur, bilgisayarda simüle eder, canlandırır ve böyle fonksiyonel işler hale getirebilirsek sanırım orada gözüküyor. Her adımımızı bilgisayarda okutabilmemiz lazım. Bunlar elektronik fonksiyonel similasyon modelleri. Bu da bizim Bağcılar'da yaptığımız yönetim algoritmasının fonksiyonel olarak ilişkilendirilmiş şemaları. Her süreç birbirine bağlı, hepsi tanımlanmış durumda. Hangi aşamada nerede, kim ne yapar? Sistem nasıl çalışır? Satın alma nasıl yönetilir? Depo nasıl çalışır? Kim ilacı nereden ister? Nasıl verir? Hasta nasıl yatır? Nasıl çıkar? Tabi bunlar şu anda simülasyon aşamasına gelmiş modeller değil. Çünkü simüle olması için dört kaynağın tamamını, her türlü hal, her türlü koşul, her türlü hava şartı, her türlü hasta için tek tek modellemeniz, ölçmeniz, matematik değerleri girmeniz gerekiyor. Varmak istediğimiz hedef bunları simüle edebilmek.

Peki, şu anda ne elde ettik biz? Ölçümleme, indikatör, belirteç hep bunlardan konuşuyoruz. Bir olayın çıktı değerlerinin birbiriyle karşılaştırılabilir olması için aynı hava şartlarında, aynı ortam koşullarında, aynı denek sayılarıyla, aynı yöntemlerle birbirine denk olarak karşılaştırılmış ve tanımlanmış gurupların eşitliği ispatlandıktan sonra elde edilen matematik değerler ile yorumlanabilir. Yoksa A hastanesi ile B hastanesi eşit koşullarda, eşit şartlarda, eşit deneklerde değilse birinin %75 doluluğu var, birinin %85 doluluğa sahip olmasının bilimsel bir karşılaştırma anlamı yoktur. Dolayısıyla bir rakamı değerlendirirken o rakamı oluşturan şartların tümünü bir materyal metot ve ölçüleme kriterleri olarak eşitlemek zorundasınız. Onun için mesela bilgi işlemdeki geri bildirim süresi; bilgi işlemimiz doğru çalışıyor, işte %80 başarısı var, diğer hastanenin %50 başarısı var diyebilmek için aradaki bütün yolları rakama çevirebilmemiz lazım. Mesela taşınır malda hangi koşul yüzde kaç gerçekleşiyor? Stok yönetiminde hangi olayın, hangi sistemin gerçekleşme oranı düşüktür? Talep oluşturmada, satın almada hangi işlemimiz yüksektir? Mesela buradaki %7'nin sebebi nedir? Buradaki %7'yi biz mesela %90'a çıkarmadan satın almadaki ulaşım hızımız çok kısadır. İşte %95 başarınız vardır diyemeyiz. Başka kurumda bunu % 100'e çıkarsın bakalım %95'te kalıyor mu? Kalmaz kesinlikle. Ve sonuçta karşılaştıracamız rakamlarımızı eğer iyi yönetiyorsak, ölçbiliyorsak,

yönetebiliyorsak. A hastanesinin başarısı B hastanesinin başarısı, C hastanesinin başarısı ama bu rakamları üreten modelleri; olayların içinde gerçekleşen süreçleri, belki olması gerekip de işi kolaylaştırmak veya kaçamak yollara girmek için atlanan basamakları tespit edemiyorsak rakamlar bize çok ciddi bir şekilde yol gösterici olmaz. Çok teşekkür ediyorum saygılarımı sunuyorum.

KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİNDE ULUSLARARASI YÖNELİMLER

Prof. Dr. Mustafa PAÇ – Oturum Başkanı

(Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi)

Hepinize iyi günler dileyerek oturumu açıyorum. Oturum başlığımız “Kalite ve Hasta Güvenliğinde Uluslararası Yönelimler”. İlk konuşmacımız Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi Doç. Dr. Alper Cihan. Buyurun efendim.

Doç. Dr. Alper CİHAN – Panelist

(Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi)

Sayın Oturum Başkanım, Değerli Meslektaşlarım,

Programda gözüktüğü üzere bu konuşma Bedirhan Bey’inde ama kendisinin yoğun iş programı nedeniyle gelememesinden dolayı yerine ben konuşacağım. Bu konuşmada hasta güvenliği ve kalite değerlendirmelerinde uluslararası yaklaşımlar ele alınacak. İki gündür çok değerli konuşmacıları bilimsel takdimlerle izliyorsunuz ve yoğun çalışmalar var gerçekten. Çok ciddi eforlar sarf ediliyor. Bunların neden yapıldığını eminim hepimiz biliyoruz ama daha detaylı bakmak gerektiğini hissediyorum. Bunların sebep sonuç ilişkilerini detaylı bir şekilde incelersek dünya nereye gidiyor? Biz bunun neresindeyiz? Uluslararası camia ne yapmak istiyor? Ve gerçek hedefler nelerdir? Şimdi temel amacımız daha güvenli bir sağlık sistemi. Hizmetin sunumunda ve işletme standartlarında kalite kriterlerimiz biliyorsunuz epeydir uygulanıyor. ISO standartları olarak ülkemizde birçok hastane de bu belgeyi almış durumda ama bu daha çok hizmetin sunumu ve işletme standartlarını ele alıyor. Hastaların tıbbi hatalardan korunduğu bir sağlık hizmetine ulaşmak için ise akreditasyon çok gündemde bir konuydu. Bu da JCI olarak EFQM olarak başka yerel kalite kriterleri, akreditasyon kriterleri olarak birçok yerde gözümüze çarpıyor. Burada uygulama hataları, ihmaller, tıbbi hatalar, hastane riskleri, elektrik çarpmaları, hasta düşmeleri, doğru taraf cerrahisi, yanlış ameliyatlar, yanlış hastalar gibi kazalardan korunmaya yönelik daha çok tedbirler var bunlarda ama kalite ve hasta yönünden daha geniş bakmamız gerektiğini düşünüyorum. Bu tıbbi uygulama doğru mu? En başarılı doğru yöntem bu mu? Gerçekten gerekli tedaviler mi yapıyoruz? Gerekli ameliyatlar mı yapıyoruz? Bu kadar malzeme kullanmamız gerekiyor mu? Bunların da sorgulanması lazım.

Şimdi insan olarak tabiat gereği hep daha iyiyi istemeye yöneliyoruz. Daha uzun yaşamak, daha az hasta olmak, daha çabuk iyileşmek hepimizin özlemidir. Tüketim toplumunda buna yatırım yapan herkes kazanır durumda şu anda yani tam bir “Kazan Kazan Stratejisi” sağlıkta aldı başını gidiyor. Teknoloji geliştiriliyor, yeni ameliyatlar çıkıyor, yeni modeller geliyor, işte hasta güvenliğidir, elektronik sistemlerdir, ameliyatlardır, malzemelerdir, hastayı daha az yatıralım, daha çabuk ayağa kaldıralım, daha az ağrı çektirelim. Ama bu nereye kadar gidecek. Bunları

yaparken gerçekten gerekli harcamalar mı yapıyoruz? Bu olayları gerçekleştirirken oluşan tıbbi hataların bize maliyeti nedir? Ekonomide dünya çapında böyle bir kriz varken sağlık yatırımlarında ve sağlık kalitesindeki sınırsız isteklerin bu denli artması belli bir dönemde dünyayı "Kaybet Kaybet Stratejisi"ne götürecektir. Tartışılan konu bunun ne zaman olacağı. Belki bundan sonraki ekonomik kriz bu kontrolsüz devasa büyüyen sağlık sektörünün dünyadaki birinci ekonomik denge faktörü olmasına doğru gidiyor.

Literatürde bilimsel ölçekte bir çok platformda bir çok uluslararası konsensüs kuruluşlarında kararlar alınıyor. Bizim tıp literatürü olarak kabul ettiğimiz medlineda birçok makale görürsünüz. İşte bu makalelerde mesela bir ameliyatın tekniğinin standardizasyonu ele alınmış, bilimsel olarak kanıtlanmış. Bu ameliyat böyle yapılmalı gibi bir karar çıkmış ortaya. Veya yeni bir ameliyat modalitesi çıkmış işte Amerikan Ulusal Kanseri Enstitüsü demiş ki; bu ameliyat şu şu hastalarda uygulanabilir. Uygulandığında tıbbi sonuçları doğrudur, hataları düşüktür. Dolayısıyla insanlık için, hasta için gerekli bir ameliyat dediğinde bir otorite kural koymuş oluyor ve bu kurala göre hekim bu ameliyatı yapma hakkını kazanıyor. Geri ödeme kurumları bu doğrudur, bunun parasını ödeyebiliriz kararını alıyor ve otorite oluşumu gerçekleşiyor. Bir ameliyat sonrası görülen bir olay bir komplikasyon mu yoksa ameliyatın doğal süreci mi? Laparoskopik fıtık ameliyatlarından sonra bir seloma diye bir olay vardı dünyada. Herkes seloma komplikasyonu şu kadar, seloma bu kadar işte bunda böyle gözüküyor bir kararsızlık vardı dünyada ve bir çalışmayla biz bunun bir komplikasyon olmadığını, ameliyatın doğal bir süreci olduğunu gösterdiğimizde bir kural koymuş olduk ama bunlar daha çok yerel örgütlerin, bilimsel olarak üç beş kişinin veya bir enstitünün oluşturduğu kararlar. Bunlar ulusal sağlık sistemini nasıl etkileyecek? Dünyadaki karar verme mekanizmalarına örnek oluşturabilecek mi? Bu yayınları yapan kişilerin kanıta dayalı tıp sisteminde ulusal otorite olması veya uluslararası otorite olması mümkün mü? Bunların hepsi karanlık noktalar şu anda. Bunun nereye varması gerektiğini daha iyi açıklamak için sağlık bilişiminin dünyada nereye gittiğini görmemiz gerekiyor. Dünyada sağlık sektöründe bilişimin ilk devreye girdiği yer faturalama sistemleriyle. Hastanelerde hepimiz biliriz önce bilgisayarlar muhasebelere girdi ve muhasebelerde faturalar bilgisayarla kesilmeye başlandı. Çünkü o kadar rakamla uğraşamıyorduk. Piramidin bir üst basamağına çıkıldığında hastaların adının soyadının, hasta kayıtlarının, hasta yattığı çıktı kayıtlarının bilgisayarda yapıldığı günlere eriştik ve bilgisayar destekli hasta kayıt sistemleri gündeme geldi. Onun bir üstüne çıkıldığında piramidin bir üst basamağında hastanedeki tüm birimlerin birbirine bağlandığı; laboratuvarın, radyolojinin, yataklı tedavinin, eczanenin, faturaların birbirine bağlı entegre hastane sistemleri medikal enformatik isminde bir bilim doğdu. Ama bu da yeterli olmadı. Daha global bakmamız gerektiğinde artık medikal enformatik health enformatiğe dönüşüm gösterdi. Yani sağlık otomasyonuna artık. Bir hastanedeki hastanın otomasyonla takip edilmesi değil, ulusal sağlık sisteminin artık bilgisayarla takip edilip tanımlanması. Sağlık net projesi bugün dünyadaki dördüncü basamak hizmetlerden biridir ve dünyanın şu anda bulunduğu konumdur. Dolayısıyla Türkiye Cumhuriyeti de sağlık nette dünya liginde bir oyuncu olmayı başarmış durumda. Ama bundan sonra bir basamak daha var. Bu toplanan data'nın artık uluslararası karar destek

sistemleri; bu hastalıktan ne kadar görüyoruz, bunun maliyeti nedir? Dünyanın geleceğini bu teknoloji nasıl etkileyecek? İşte ölümler, hastalıklar, doğumlar, riskler, epidemiler bizi nereye götürecek? Bunları oluşturacak bir çok kaynak bir çok data şu an mevcut ama biz bunları kullanamıyoruz. Buna birde yazılım sektörü açısından baktığımızda aynı piramidin ilk üç basamağı aynı medikal enformatikten sonra. Orada da dördüncü boyutta bu dördüncü katmanında kaynak yönetimleri sisteme girmezse pi tabanlı hastane otomasyonları olmazsa insan kaynağını, taşınır kaynağını, taşınmaz kaynağını ve zaman kaynağını matematiksel olarak modelleyemezsek bu topladığımız datalar bilgisayar tarafından işlenebilir değil. Bu gerçekleşikten sonra bu dataları oluşturan tüm mekanizmaların bir standardizasyonu gerekiyor. Çünkü bilgisayar ve yazılım sistemi ortak olmayan dataları ortaklaştıracak bir yapı ve özelliğe sahip değil. Kullandığımız dataları, terminolojileri, bütün kuralları, algoritmaları bir şekilde analogdan dijitale geçirmemiz lazım. Dünyada şu anda en çok tartışılan ve üzerinde yoğunlaşılan konu bu. Biz bunları nasıl analogdan dijitale geçireceğiz. Hem birbirimizi daha iyi anlamakta hem uluslararası global sistemde daha kolektif beraber çalışmakta, daha net sorgulayabilir, daha matematiksel ifadeler kullanabilmekte belli standardizasyonlara ihtiyacımız var.

Şu anda Dünya Sağlık Örgütü'nün en önemli çalışma konularından birisi herkesin bildiği ICD şu an ülkemizde zorunlu olarak kullanılıyor. Hastalıkların tanı kodları. Bu oturmuş durumda ve rutin kullanımda on birinci versiyonu çıkıyor yakında ona geçeceğiz ama bunun yeterli olmadığı görülüyor. Çünkü bu fonksiyonel süreçleri, hastalıkları, tıbbi girişimleri, bunların komplikasyonlarını, bunlardaki süreçsel algoritmaları, düşünsel sistemleri birbiriyle korelasyonu içermiyor. Toplum sağlığından, klinikten, yönetimden, raporlamadan gelen bütün verilerin e-sağlık sistemiyle ortak terminolojide ve ortak haritalarla buluşması lazım. Bir şekilde anlamlandırma dillerinin kullanılması gerekiyor. Bu konudaki en büyük çalışmalardan birisi şu anda Dünya Sağlık Örgütü'nün uluslararası hasta klasifikasyon sistemi. International Code For Patient Safety diye bir sistemde taksonomi adında bir sistem üzerinde çalışılıyor ve bu 2005'te oluşturulan uluslararası çalışma grubuyla start verilmiş durumda. Birçok katılımcı, birçok ülkeden o ana kadar geliştirdiği değişik modaliteleri birleştirerek ICD kodları, function entert kodları, hert intervetion kodları birleştirilerek geniş bir çalışma yapılmış durumda ve uluslararası hasta güvenlik kodları adı altında ICD-10 çalışmalarından çok farklı olarak yani bir hastalığa bir kod vermek değil daha çok fonksiyonel ve işlevsel yöntemlerle bir taksonomi, bir dil bir kararlar sistemi oluşturuluyor ve 2008'de artık çalışmaların büyük çoğunluğu tamamlanmış durumda. Değişik dillere uyarlaması ve kabul edilir hale gelmesi için sistemin sunumuna geçiliyor. 2009 yılında da bunun çoklu dil uygulamalarıyla beraber terminolojik veri setleri ve sistem kurguları yayınlanacak. Bu yapıldığında biz birçok noktada uluslararası standartlara daha sahip olacağız. Biz şu anda herkesin bildiği standardı gibi faturalama sürecinde herhangi bir sonuca, herhangi bir ameliyata bir kod yazmaktan öteye götüremiyoruz. Hastanede uyguladığımız işlerde işlevsel bütünlüğü yok bunların. Şu anda otomasyon sistemlerinde, yazılım sistemlerinde bildiğimiz LSEVEN HL7 yazılım kod standartları var. Onlar programların birbiriyle konuşabilmesini ortak dil geliştirmesini A firmasıyla B firmasının yaptığı yazılımları C firmasının veya sağlık nette Bakanlığın toplaması için ortak yazılım kodu geliştirilmesi

üzerine çalışılıyor ama onun dışında başka neler olabilir. İlk başta sorguladığımız bazı şeylerde vardı. İşte daha iyi olalım, daha sağlıklı olalım, daha çok kazanalım. Ama bunun için bazı tanımlanmış veri setlerine ihtiyacımız var. Tanımlanmış veri seti dediğimizde o olayı gerçekleştiren bütün işlemlerin bilimsel olarak ortaya konması, hatalarının ve getirilerinin net tespit edilmesi, pozitif ve negatif değerlerin ortaya konması gerekiyor. Bir bilimsel makale ve tez çalışması yaptığınızda materyal metodu belirtmeden, veya belli bir materyal metodu kullanmadan çıkardığınız sonuçlar ne kadar güvenilirse, indikatör setleri, tanımlanmış veri setleri olmadan da ortaya koyduğumuz rakamların o kadar güvenilirliği vardır. Bilimsel olarak birbiriyle karar verebilmek için karşılaştırılmaz. PATH çalışması bu indikatör setlerinin uluslararası düzeyde ortaklaşa kılmak üzere yapılan bir çalışma ve bu indikatör setleri sağlık belirteçlerinin formülasyonlarıyla beraber hangi şartlarda, hangi koşullarda, hangi teknikte nasıl veriler oluşturulacak? Oluşturulan bir verinin eşit koşullarda oluşturulmadığını biliyorsanız o veriler eşit değildir karşılaştırılmaz. Elma ile armudu toplamış gibi oluruz. Dolayısıyla anestezi komplikasyonu dediğimizde bunun tanımını doğru olarak yaptıktan sonra hangisi komplikasyondur, hangisi değildir. Bunların standartları konduktan sonra biz anestezi komplikasyonlarını karşılaştırabiliriz ve bir hastanede oluşan anestezi komplikasyonu ile öteki hastanede oluşan aynı anestezi komplikasyonunu aynı şekilde mi oluşuyor? Yoksa farklı şekilde mi oluşuyor? Bunların bilimsel alt yapısını ve doğruluğunu tespit etmeden rakamlarını karşılaştıramayız. Mesela transfüzyon reaksiyonları, postürmatif sepsisler, doğum travmaları, obsesif travmalar. Önce bunların adını koyacağız, sistemlerini belirteceğiz ondan sonra rakamlarımızı karşılaştıracğız. PATH çalışması böyle bir sistem.

Onun dışında SNOMED çalışması dediğimiz; tıpta sistematik diller oluşturma çalışması. Onun klinik terimleri yayınlanmış durumda. Snomed'te daha çok bu sistematik terminolojilerin arasındaki algoritmik üst üste hiyerarşi yapılanmalarını, işte prosedür nedir? Exzisyonel biyopsi bir lenf exisyonel biyopsisini yaptınız bu nedir cerrahi biyopsidir. Bu nedir bir prosedürdür lenfe ait. Bütün tıbbi süreçleri, bildiğimiz bütün tıbbi bilgileri mantıklı bir şekilde birbirine bağlamayı hedefleyen bir sistem. Onun dışında biraz sonra diğer konuşmacının anlatacağı NICE sistemi. Sağlık hizmetinin tıbbi hizmetin, iyileştirme hizmetin uygulanmasındaki standartları geliştiriyor. Yani bu mesela bir hastalığın tanı ve değerlendirmesindeki algoritma. Şu an uluslararası sistemde işte bütün otoritelerin incelediği yetkilendirilmiş heyetler tarafından kabul edilen şu algoritma yapılırsa bu hastaya iyileşme hakkı olarak doğru tedavi yapılmıştır anlamına gelen bir standart oluşturuyor. Peki bu kodlama olunca ne olacak? Nasıl kullanacağız bunları? Şimdi hasta güvenliği standartlarının tanımlanması ile klinik tanımlar, tedaviler, olaylar ve sonuçlar doğrulanmış olacak. Bugün hepimizin aklına gelir. Bir hekime gittiğimizde size bir ameliyat önerdiğinde bunun acaba daha iyisi var mı? Bu hekim bana doğru mu söyledi? Siz bunu bir başkasına sormadan emin olamıyorsunuz. Hâlbuki bunun bir referans merkezleri olsa, onlara baktığınızda bunun kabul edilmiş uluslararası endüstriyel sistemi budur diyebilecek bir veri setiniz olsa elinizde olaylar bir anda çözülecek. Hepsi tanımlanacak ve tanımlanıp standart oluştuktan sonra bilgi sistemlerine uyarlanabilecek. Performans ölçümleri buna göre yapılacak. Belirlenmiş süreçlerin kullanımı, kanıta dayalı sistemler, sistematik klinik veriler, muhtemel veri anlamlandırmalar. Bütün işlerimiz ondan sonra anlam

bulmaya başlayacak ve biz bu sayede verilerin kişiden hastaneye, hastaneden topluma, toplumdan tüm global sisteme anlamlandırılabilir hale geleceğiz.

Peki, neye ihtiyacımız var o zaman? Şu saydıklarımızın hepsini özetleyecek olursak uluslararası tamamen kabul görmüş kodlama referanslarına ihtiyacımız var. Standart terminolojilere, hasta güvenliği belirteçlerine, kalite sorgulamalarına ve bunlardan sonra sağlık otomasyon veri setlerine. Biliyorsunuz Türkiye'deki temel sağlık veri setleri yayınlandı ve devam ediyor daha. Bunlar çok önemli aşamalar. Az önce söylediğim gibi Türkiye bu bilişim ve sağlık yönetimi konusunda dünya ligine çıktı dememim sebebi bunlardır. Ondan sonra hasta güvenliğine ulaşmada yapay zekâ ve algoritma kullanımları gelecek. Ama biz bu kodlamaları standartları oluşturmadan buralara geçemeyiz. Ondan sonra yeni raporlama formatları, yardımcı bilişim sistemleri ve sorgulama sistemleriyle karar destek sistemlerine geçilecek. Çünkü bu kadar karmaşık datayı, bu kadar veriyi bizim zihninizde yapmamız mümkün değil. Biz bunun için mutlaka bilişim desteğini kullanmak zorundayız. Bizim yerimize o sayıları toplayacak, rakamları tutacak, bize mantıksal süreç sorgulamalarını yapacak yardımcı bilişim sistemleri olmazsa standart hatalarımızda çok sapmalar olur. Çünkü ben zannetmiyorum o kadar rakamı, o kadar sayıyı, o kadar olayı sadece bir hastanede bile aklında tutup çarpıp, bölüm sınavacak kişiler yoktur. Biz bunları global ölçülerde yapamazsak gelecekteki sağlığımızın nasıl tehlikeye düşeceğini az önce anlatmıştım. Dolayısıyla biz mutlaka bir bilişim sistemini kullanmak zorundayız ve nereye varacağız.

Sonuç olarak makineleri bizim yerimize düşündürüp, bizim yerimize konuşturup, bizim yerimize sonuç üretebilir hale getirmemiz lazım. Sağlık yönetimi, sağlık sektörünü, tıp ilmi gibi sonsuz devasa ve beş yılda bir sürekli yenilenen bir literatüre sahip olduğumuzu düşünürsek bu desteği mutlaka almak zorundayız. Bunun için karar destek sistemlerini geliştirmek üzere ortak dillere geçmek zorundayız. Ve o zaman gerçekleştirilmiş tüm eylemleri bilgisayarlarda simüle edebilir, test edebilir, sonuçlarını değerlendirebilir, neleri geliştirmemiz gerektiğini, neye yatırım yapmamız gerektiğini gerçekten analiz edebiliriz. Şu anda dünyanın temel, üzerinde çalıştığı noktaların esas gidiş hedefleri bunlardır. Beni dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Mustafa PAÇ – Oturum Başkanı

Alper Bey'e teşekkür ederiz. İkinci konuşmacımız Doktor Kalipso Chalkidou, İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsünden. Buyurun efendim.

Dr. Kalipso CHALKIDOU – Panelist

(İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü)

Çok teşekkür ederim Sayın Başkan. Hanımefendiler, Beyefendiler. Burada olmak benim için bir ayrıcalıktır. Davetiniz için çok teşekkür ederim. Burada hasta güvenliğine nasıl katkıda bulunabileceğimiz konusunda biraz bilgi vereceğim. Belki bazıları çevrenizi ilgilendirdiğini düşüneceğiniz, bazıları ise sizinle alakasız olabilecek bazı örnekler vereceğim.

Öncelikle NICE konusunda biraz bilgi vererek konuşmam başlayacağım. Meslektaşlarım daha önce NICE'in artık on yaşında olduğuna değinmişti. Hükümetin verdiği kararla, 1990'lı yılların sonunda İngiltere'de kurulduk. Kendi kurallarını belirleyecek çeşitli uzman grupları vardır, fakat ulusal bir standart mevcut değildir, birçok olası varyasyon bulunmaktadır. Standartların olmayışı, rağbet görmeyen bir durumdur, ülkenin farklı kasabalarında farklı bölümlerinde birçok insan aynı koşullarda farklı tedaviye maruz kalmakta veya bu tedavi imkanına erişememektedir. Bu da istenmeyen bir durumdur. Nihayet, yeni teknolojiler ile birlikte, hükümetin Ulusal Sağlık Hizmeti için nelerin uygulanabilir olduğuna karar verme ihtiyacı doğdu. Böylece tüm ülkede belirli bir kalitede uygulanacak standartlar belirlemek, Ulusal Sağlık Hizmetlerine harcanan paranın verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamak ve iyi değer ve değerlendirmenin teşvik edildiğini göstermek için yola çıktık. Organizasyon genel olarak üç merkezden oluşuyor; halk sağlığı, destek ve hastalıktan korunma. Bir sigara bırakma derneğinin programı veya egzersiz yönlendirme programları gibi genel konuları kapsar, sağlık teknolojileri, özel ilaçlar, cihazlar, cerrahi işlemlere odaklanır. Daha sonra bu konuya tekrar değineceğim. Sonunda, kuralları olan bir merkeze kavuştuk. Bu yüzden, bir hasta güvenlik sorunu ile ilgilenirken dikkate aldıklarımız da dahil, farklı programlarda uyguladığımız kurallarla veya güvenlik ile ilgili kurallarla aynı olduğunu göstermek için bu prensipleri bir araya getirdik. Bu yüzden kanıtı baz almakta ve yapılacak bir çok şey için akademisyenlerimize güvenmekteyiz. Hastalardan ve uzmanlardan bilgi almaktayız. Bir araya gelen, kanıtlara akan ve bunların yorumlayan bağımsız bir uzmanlar komisyonumuz bulunmaktadır. Ayrıca bir danışma köşesi vardır, bazen bu ikiye de çıkabilir ve insanların düşüncelerini değiştirmede eşsiz bir danışma sunar. NICE'in kararlarına itiraz edilmesi mümkündür. Sağlık hizmeti alanında verdiğimiz önerileri önceden hareket ederek yayma, yerel düzeyde bu servisleri geliştirme ve sonunda kendi kurallarımızı da güncelleme çabası içerisindeyiz.

Peki, hasta güvenliğinde farklı olan nedir? Aslında birçok farklılığın yanı sıra birçok benzerlik de vardır. Ancak, NICE kurallarının veya NICE ürününün hasta güvenliği konuları ile ne kadar ilişkili olduğunu gösteren bazı örnekler vereceğim. Öncelikle, müdahale prosedürleri prensiplerimiz ile ilgili bilgiler vererek başlayacağım. Teknolojilerin değerlendirilmesi, yeni teknolojiler ve bu alandaki kuralların hasta güvenliği açısından nasıl yararlı olabileceği konusunda biraz konuşacağım. Uygulama ile ilgili çok fazla konuşmayacağım, İngiltere'de hasta güvenliği ile ilgili konularda geliştirilmesi gereken bazı projeler olabilir. Bu yüzden, cerrahi prosedürlerdesorunlardan birisi de herhangi bir lisanslama işleminin olmamasıdır. Bu yüzden, cerrahlar mevcut

cerrahi işlemde ziyade bir cerrahi varyasyon prosedürü geliştirebilirler. Avrupa’da düzenleyici bir kurum yoktur, verimlilik ve güvenlik ile ilgili bilgi sunmaya gerek duymazlar. Aslında NICE’nin de yaptığı tam olarak budur. Cerrahi prosedürlerin verimliliği ve güvenliliğine bakarız. Hastanelerde ve hastalarda bunların kullanılıp kullanılmayacağı veya klinik çalışmalarla sınırlandırılmaları gerekip gerekmediğine, uygun bir denetim ile başka ortamlarda kullanılıp kullanılmayacaklarına, fazladan tedbire ve hastanın onayının alınmasına gerek olup olmadığına ilişkin önerilerde bulunuruz. Bu yüzden bunlarla ilgili bazı bilgiler vereceğim. Uygun durumda olmayan hastalarla karşılaşabilirsiniz. Diğer yandan, fotodinamik endometriyal konusunda rehberlik etmeliyiz ve burada önceki araştırmanın dışında bu prosedürün kullanımının desteklenip desteklenmeyeceğini kanıtlamalıyız. Bu yüzden bizim önereceğimiz şey, bunun hastanın açıkça onayı alınarak, araştırma etik komitesi tarafından onaylanan araştırmalar dahilinde kullanılmasıdır. Böylece, cerrahlar bu prosedürü kullanmak istediklerinde ve tedarikçi tarafından ulusal sağlık servisinden tarafından bunun tazmin edilmesi, ödenmesi istenildiğinde, bunun etik onay dahilinde ve hastanın izni ile yapıldığı ispatlanabilir. Ayrıca daha fazla kanıt oldukça da bu konudaki kuralları değerlendireceğiz.

Şimdi size başka bir örnek vereceğim. Örneğin bakın Mayıs 2001’deki inhibitörler. Bu bir programdaki sağlık teknolojisi değerlendirmemiz bağlamındaydı. Burada belirli teknolojilere bakarak hastalarda rutin olarak inhibitörlerin kullanımına ilişkin önerilerde bulunduk. Kardiyovasküler risk etrafında birçok belirsizlik olduğunu söyleyerek ve kardiyovasküler bölgenin etkilerinin bunun gibi bir risk için değip değmeyeceği konusunda emin olana kadar hastaya rutin olarak bu ilaçları vermememiz gerektiğini söyleyerek komitemize bu konuda verdiğimiz önerinin gerekçelerini anlattık. Bu teknolojinin sponsorları olan farmakoloji endüstrisinin bu şekilde başvurmamasından dolayı mutluyum. Bence bu, teknolojilerin geliştirilmesinde endüstri ile birlikte çalışmak için önemli bir süreçtir. Çünkü bu teknolojilerin nasıl çalıştığını en iyi onlar bilir. Fakat aynı zamanda belirli bir ölçüde bağımsızlığımızın da olması gerekir. Kardiyovasküler konulardaki aksine bir yorumda tedarik ettikleri şeylere karşı iddialarda böyle bir karar alınması için başvuruyorlar. Bağımsız bir başvuru duruşması vardı ve kurul bunu reddetti. Son kılavuzdaki başvuru yayımlandı ve birkaç yıl sonra bunun hikâyesini hepimiz biliyorduk. Bunun lisanslanması için bütün Avrupa’da özel tedbirler alındı. Burada söz konusu olan bir miktar rehberliğin hasta güvenliği konusu ile açık bir şekilde ilgilenmediğidir. Ancak komite kanıtı değerlendirdiği ve yan etkiler konusundaki belirsizliği ölçmeye çalıştığı için, sadece yeni olduğu ve ilginç gözüktüğü için bir şeyleri kabul etmek yerine daha da dikkatli olmaya karar vermiştir.

Zaman ile ilgili bu sınırlamadan dolayı İngiltere’de bazı kardiyovasküler olayların engellenmesi gerekmektedir. Farklı sağlık kuralları ile ilgili biraz konuşmak istiyorum. Bildiğim kadarıyla Türkiye’de böyle bir sorunla karşılaşmak zorunda kalmadığınız için çok şanslısınız. Fakat İngiltere’de, çok büyük bir skandal olan deli dana hastalığı vardır. Creutzfeldt- Jacob hastalığının, yani CJD’nin bir türü olan bu hastalık az sayıda bazı ölümlere neden oldu, fakat elektrojenik yayılma yoluyla hastalığın bulaşıcı olabileceğine dair bir korku vardır. Bunun bulaşıcı olduğunu

biliyoruz. Üniteler, ameliyat sırasında bulaşabilir ve son günlerde karşılaşılan bazı vakalarda kan ürünleri ile bunun bulaşıcı olduğu görülmüştür. Bu yüzden, hükümet cerrahi müdahalelerle hastalığını bulaşabileceğinden çok endişe ediyordu ve NICE'den potansiyel katosrofik epidemik riski ile nasıl başa çıkılabileceği konusunda rehberlik etmesini istemiştir. Burada önemli olan, birçok belirsizlik olması ve cerrahi enstrümanların oto temizlenmesi yoluyla öldürülebildiği dışında bu konuda çok az şey bildiğimizdir. Bu yüzden aynı prensipleri uyguladık. Nörolog, cerrah, epidemiyolojist, moleküler biyolog, politika belirleyiciler, USH yöneticiler, jüri, ekonomist ve akademisyen grubundan oluşan bağımsız bir komisyonumuz vardı. Danıştığımız şirketlerden, uzmanlardan ve bilim adamlarından bu konuda kanıt istedik. Böylece genel popülasyona baktık. Bütün cerrahi prosedürlere baktık ve ikinci aşamadan sonra yılda 2 milyon cerrahi prosedüre odaklandık. Cerrahi operasyonların tamamını inceledik. Klinik verimliliğe, maliyet uygunluğuna ve elbette hasta güvenliğine baktık. Ayrıca, zararlı maddelerden temizleme, solüsyon, enstrümanların taşınması, hastalığın bulaşmasını engelleyecek tek kullanımlık enstrümanların kullanılması konularını değerlendirdik. Böylece sorun ile ilgili farklı potansiyel çözümlere baktık. Şu anda ulusal sağlık hizmetinde kullanılan bilgileri ve ulusal sağlık hizmeti tarafından yapılan önemli yatırımların sonucunu değerlendirdik. Buna göre, başarılı enstrümanlar ile ilgili olarak setlerin ayrılmadığını ve temizleme sırasında bir arada tutulduklarını gösteren özel düzenlemeler olmasını önerdik. Ayrıca, belirli bir yaşın altındaki çocuklar için, yeni enstrümanların alınmasını ve sadece bu çocuklar için kullanılmalarını öneririz. Özellikle yüksek riskte olan endoskopide, basit kullanımlı aksesuarlar satın alınması ve bu operasyonda kullanılmalıdır. Yani bu önemlidir ve ulusal sağlık hizmeti adına önemli bir yatırım gerektirir.

Ayrıca, zatürrenin engellenmesinde uygulanacak iki özel müdahale ile ilgili küçük bir program da gerçekleştiriyoruz, bu yüzden ilaç uzlaşmasına bakıyoruz. Yine bunların tamamı internet sayfamızda bilgi olarak mevcuttur. Farklı çözümlere baktık ve aynı ilkeleri uyguladık. Sağlık hizmeti için belirli sonuçlara ulaştık ve bu meslektaşlarımızın daha önceden yaptığı çalışmalara bir örnektir. Davetiniz için teşekkür ederim. Burada olmak benim için gerçekten de bir ayrıcalıktı.

Prof. Dr. Mustafa PAÇ – Oturum Başkanı

Çok teşekkür ederiz Doktor Chalkidou. Sonraki konuşmacımız Rush Üniversitesi'nden Prof. Dr. Robert McNutt. "Güvenli Hasta Bakımı İçin Organizasyonel ve Kültürel Değişimler" konusunu sunacaklar. Buyurun Sayın McNutt.

Prof. Dr. Robert MCNUTT – Panelist

(Rush Üniversitesi Öğretim Üyesi)

Merhaba, nasılsınız? Türkiye ile ilgili bildiğim her şeye sahibsiniz, her şeye. Burada olmak benim için büyük bir sevinç. Aslında sevinçten de öte bir şeref. Ben bir tıp profesörüyüm. Bir onkoloji uzmanıyım. Fakat aynı zamanda Rush Üniversitesinde Medikal Bilişimde Güvenlik ve Hasta Güvenliği Araştırmalarının başkanıyım. ABD’de sağlık sisteminin geçiş aşamasına katkıda bulunan birisiyim. Ayrıca National Institute of General Medical Sciences’de, hasta güvenliği ve kalite geliştirme makalelerinin editörüm. Kanıt olarak adlandırdığımız bu şeyin geliştirilmesi için çok çaba sarf ettim. Kanıt yerine bunun bazı tıp olarak adlandırılmasını tercih ederim.

Bugün sizlere, kendi kurumumuzdaki hasta güvenliği konusuna olan çok basit bir yaklaşımımızdan bahsedeceğim. Hasta güvenliği ile ilgili bazı perspektiflere değinecek ve sizleri bu perspektifin kalite ve güvenlik konusunda büyük bir çığır açabileceğine inandırmaya çalışacağım. Ayrıca, bazı çok basit konulara değineceğim. Konuyla ilgili söyleyebileceğim basit şeyler, bence hasta güvenliği ulusal değil yerel olduğudur. Bireyler arasındaki ilişkilerle sınırlandırılmıştır. Benim hastanem sizin hastaneniz değildir ve hastanemi geliştirmek için benim yaptıklarımla sizin kendi hastanenizi geliştirmek için yaptıklarınız birbirinden çok farklı olabilir. Kendi yaşadığım bir deneyimden size bir örnek vereceğim. Size Rush Üniversitesinden bir örnek göstereceğim. Bu hastane, Illinois Chicago’da 613 yataklı bir hastanedir, 8 milyon hastaneden birisidir. Ayrıca, üniversitede kendisine bağlı 176 yataklı başka bir hastanesi ve 61 yatak rehabilitasyon ünitesi vardır. Almış olduğu ödüllerle de kendi kendine övünen bir hastanedir. On yıl önce hastalar için kalite ve güvenlik konularını içeren bir paketin içerisindeydik ve elde ettiğimiz sonuçlarla şu anda ülkede bir numarayız. Kalite ve mortalite sonuçlarına göre 2008 yılında bir numarayız, son 5 yıldır da en iyi 5 hastane arasındayız. Yani, bir şeyleri doğru yaptığımızı düşünüyorum ve sizlere ne yaptığımızı göstereceğim. Bütün bunları tek bir ulusal standarda dikkat etmeden yaptığımızı belirtmek isterim. JCI’ı aldırmadık, herkesi görmezlikten geldik, bireysel hastaların olumsuz gelişmelerine devam ettik. Yani demek istediğim şey bunun yaptığımız şey ile ilgili olmadığını, bunun yerine hastaların başına gelen şeylerden öğrendiğimiz konulara göre yaklaşımımızı nasıl standartlaştırdığımız ile ilgili olduğudur. Araştırmalar yaparak yerel açıdan nasıl agresif bir akademik yaklaşım başlattığımızı göstereceğim. Kararların niteliğinin standart bir değerlendirme süreci vardır ve hastalara sağlanan bu bakım ve işlerin yapılışına ilişkin standart yaklaşım hastane dahilinde olmaktadır. Öncelikle bazı tanımları açıklayacağım, ayrıca kaynak tahsisi olmadığı veya tamamen kliniğe ilişkin sorunların olduğu yerlerde kalite, güvenlik veya sağlık hizmeti kararı arasında bir fark görmediğimizi, bütün sorunların aynı işlem ile açıklanabileceğini söyleyeceğim.

Genel olarak kalitenin yaptığımız işler ve aldığımız kararlar olduğunu düşünürüz. Bununla ilgili güvenlik ise diğer iki konuşmacının da belirttiği gibi bir sorun olarak popülasyonlarda gereksizdir. Fakat bizim kendi hastanemizde, bireyler arasında varyasyonu maksimum hale getirmeye çalışıyoruz. Artık CEO’daki güçlü bir başkan

sayesinde çok güçlü bir şekilde organizeyiz. Her Cuma günü iki saatliğine toplanan bir kalite güvence komitemiz mevcuttur ve burada olumsuz olaylara ilişkin şikâyetler komitece değerlendirilir. Burada, 30'dan fazla kişi vardır. Hemşireler, eczacılar, acil durum teknisyenler, radyologlar ve olumsuz durum ile karşılaşan hastanın bakımında kimler yer almışsa bu kişiler bir araya gelir, bir sorun görmeleri halinde bunu hasta güvenlik komitesine gönderirler. Ben, akademik medikal eğitim programının başkanı ile birlikte bu hasta güvenlik komitesinin direktörüyüm. Kararları alan epidomolojist, klinisyenler ve eğitimcilerden oluşan bir ekibimiz vardır. Vakaları çok dikkatli ve sistematik bir şekilde değerlendiririz. Komiteye burada gerçekten de ters giden bir şeylerin olduğunu rapor ederiz. Onlar da bize onay verir. Biz de neleri düzeltebileceğimizi görmek için projemizi geliştiririz. Amaçlarımız tamamen hasta güvenliği içindir. Hiçbir zaman bireyleri suçlamayan fakat geliştirilebilecek bir şey bulan bir kültür geliştirdik. Hepimiz hata yapabiliriz. Mesela bugün beş dakika boyunca odanın anahtarını bulmaya çalıştım, ancak sonradan fark ettim ki anahtar sol elimdeymiş. Yani ben mükemmel değilim. Sistemlerin yardımına ihtiyacım var ve bir olayın sonuçlarına değil de temel nedenlerine odaklanarak çalışmalarımızı sürdürüyoruz. Alınan her bir karar değerlendirilir ve size bunu nasıl yaptığımızı göstereceğiz. Kanıt kullanırsınız fakat bu kanıt, sizin kullandığınız gibi kullanmıyoruz. Yerel kanıtların yanı sıra sıkı gereksinimleri kullanırsınız ve güvenlik perspektifi ile ilgili sistemde neyin yanlış olduğunu tanımlamada çok sıkı bir modelimiz vardır. Buna, kısıtlamalar teorisi adı verilir. Bunu kısaca açıklayacağım. Bu, ilginç bir örnektir. Bu, 26 yaşında hastanemize gelen genç bir bayan hakkında, kanıt bazlı bir medikal karar kanıtıdır. Bu bayanın kan sayısı, 14 yerine 5 idi. Kan hücreleri bozuluyordu ve sol ayağı genişledi, herkes içeride bir pıhtılaşma olduğunu düşünüyordu. Pıhtılaşma ile ilgili prosedürleri takip ettiler, testler yaptılar, fakat bu testler negatif sonuç verdi. Bu yüzden de bunu tedavi etmemeye karar verdiler. Bu bayanı, acil servis odasında bıraktılar. Diğer yandan kanıt perspektifinden bakacak olursak tedavi için büyük bir kanıt vardır. Derin bir beyin trombozu olan bir kişinin tedavi edilmesinde çok az bir risk vardır. Bizim değerlendirmemiz ise testlerin negatif çıkmasına rağmen bu bayanda derin beyin tromboz testinin da yapılmasıdır. Bu bayan sonraki sabah masif pulmoner embolizminden ölmedi.

Burada her şeyde gelişimi kısıtlayan, sistemin bir parçası vardır. Bunlar akıntıya doğru gidenleri kısıtlarlar. Biz bunun bir İsveç peynir modeli olmadığını düşünüyoruz. Tek bir maliyet üzerine sürülen bir güç vardır. Burada emin olmak istediğim konu, bir şeyin gerçekten de sorun olup olmadığını, işletme masraflarında kesinti yaparak bunu geliştirebilip geliştiremeyeceğimizi nasıl bilebileceğimize. Burada size bazı örnekler vereceğim. Buradaki kaç kişinin bir sistemi vardır? Bir CT taramasına ihtiyacı olan hastalar, CT taraması için nakledilen hastalar. 20 hastaya kadar bunu yapabilmek kapasiteniz var. Saatte 10 kişiye ihtiyaç vardır. Sisteminize hangisi uygunsa buna göre altı kişinin veya 20 kişinin naklini yapabilirsiniz. Sorduğumda hemen hemen herkes bunu söylüyor. Fakat bu yanlış olacaktır. Zamanınızı boşa harcayarak ve ihtiyacınızdan daha fazla kapasite arttırarak paranızı da israf ettiniz. İnsanları buraya ekleyerek neredeyse daha zor bir gelişim sağlayacaksınız. Bu yüzden buraya az insan aldık, kapasiteyi azalttık, masrafları üçte bir oranında hafiflettik ve aslında CT taraması için daha fazla hasta kabul ettik. Şimdi bu sistemi düşünün. CT taramasına ihtiyacı

olan 20 kişiye ihtiyaınız var, ayrıca 6 nakil var. Fakat kapasiteniz daha az ve bunu düzeltmeniz gerekir. Aslında sistemin bu bölümünün düzeltilmesi gerekmektedir. CT taramasının aşırı şekilde kullanıldığını bulduk, bu yüzden CT kullanımını durdurduk.

Şimdi çevre ile devam edeceğiz, birçok kez hatırlattık, uyardık, eğittik. Her zaman eğitmeden önce bir şeyler ölçtük, eğitimi verdik ve tekrar ölçtük. Her kural ile ilgili ve değiştirmek istediğimiz konularda üç hafta boyunca haftada bir kez e-mail uyarıları gönderdik. Ayrıca karar ile ilgili uyarılar ekledik. Peki, bu nasıl çalışıyor? Hastanede yaptığımız en tehlikeli işler ile ilgili size üç örnek vereceğim. Peki, bunu nasıl biliyorum? Çünkü bu üç ilacın kullanımını azalttıktan sonra hastanemizde sonraki üç yıl boyunca gereksiz ölümleri % 85 oranında azalttık. Bu üç tehlikeli ilaç potasyum, ensülin ve uyuşturucudur. Peki, neden potasyum? Tek bir dozda 150 ml ek potasyum alan ve aşırı potasyum kullanımından ölen bir hastamız vardı. Aslında hastalarımızın % 10'u, günde 100 ml'den fazla potasyum almaktadır ve bu yüzden hastanede günde 100 ml'ye dek alınan potasyumda ölüm riski altı kat artmaktadır. Bu durum hoşumuza gitmedi, bu yüzden bunu değiştirmeye karar verdik. Bunlar eğitimden sonra oldu, biz değişikliği fark etmedik. Hiçbir zaman sadece eğitimden sonra değişmedik. Karar verdikten sonra e-mail uyarıları gönderdik. Beş aylığına ortamdan ayrıldık ve sonra geri geldik. Süreci gerçekleştirdik. Şimdi de birçok insanın testi yaptırmasını sağlamaktayız. Peki ya ensülin? Eminim, düşük kan şekeri ile birlikte herkeste ensülin sorunu vardır. Beş kan şekeri aralığı bulduk. Basil ensülin değil de bütün değişken ölçünün kullanıldığını bulduk. Bu yüzden değişken ölçeğin kullanımını durdurduk ve sadece basil'i kullanmaya başladık. Peki sonrasında ne oldu? Değişen ölçekte düzenli ensülin siparişlerini önemli ölçüde azalttık ve neredeyse sıfıra getirdik. Buna direnen çok az doktor kalmıştır fakat onlar da artık bizimle beraber değildir. Aslında bu doğru değildir. Şimdi bu önemli bir değişkendir. Bizim değiştirdiğimiz şey ortalama kan şekeri değildir. Bunun yerine, düzenli ensülin vererek kan şekeri değerlerindeki varyasyonu azalttık. Hiperglisemiyi % 1'e indirdik ve hastanede kimse hiperglisemi olmadı ve dört yıldır da bu uygulanmaktadır.

Peki, ağrı kesici uyuşturucu kullanımı? Bu morfini ve daha yüksek oranda morfin kullananlarda ağrı derecesinin hastanemizde daha da kötü olduğunu bulduk. Daha yüksek dozajlar kullanma korkusu vardı, sonrasında ise birçok farklı uyuşturucu ajan kullanıldı. Aslında ağrı eğrisinin görünümü bu şekildeydi. Ağrısı olan insanlar gelip gidiyorlardı ve ortalama ağrı derecesi hastalarda artıyordu. Hastalar bundan nefret ediyordu fakat biz bunu istiyorduk. Peki, bunu nasıl devam ettirdik? Simülasyondan önce çevremizdeki kişilerin bakımı için eğitim programları geliştirdik. Uyuşturucu dozunu buraya koyuyorsunuz ve bütün uyuşturucuların dozunu elde edebiliyorsunuz. Bunları bir simülatör üzerinde eğittik, bir doz koyabiliyorsunuz, bu şekilde hastaları takip edebiliyorsunuz. Kalanların hepsine onkoloji bölümüne gitmeden önce bu simülasyonların üçünden de geçirmekteyiz. Haftada bir kez simülatör eğitimi yapıyoruz, hastalara nasıl bakılması gerektiği konusunda eğitim vermekteyiz. Yaptığımız şeyler bunlardır. Ağrıda derece düşürdük ve artık aşırı doz için hiçbir hasta yoğun bakım ünitesine kabul edilmemektedir. Yani laboratuvar testi için bunu yaptık, basit bir test olan MLS'yi denedik, sadece bu bile testlerde 2 milyon dolar tasarruf etmemizi sağladı. Bizler bunu gelen çok az soruyla yapıyoruz

ve kanaatime göre daha iyi kalite ve güvenliğin mümkün olduğunu düşünüyorum, gelişim için bazı adımların atılması gerekiyor ve çalışmalar illaki bir taraftan diğer tarafa daha da iyi olacak değerlendirmeleri içermeyebilir. Fakat birbirlerinden bir şeyler öğrenen ve etrafını suçlamayan yerel ekipler hastalar için mükemmel işler çıkabilir. Teşekkür ederim.

PERFORMANS SİSTEMLERİNE AKADEMİK BAKIŞ

Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU – Oturum Başkanı

(Muğla Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi)

Saygıdeğer konuklar, bu heyecan verici katılımınız için hepinize çok teşekkür ediyoruz. Kongremizin on altıncı oturumunu açıyorum, hepiniz hoş geldiniz. Oturumumuz performans sistemlerine akademik bakış üzerine. Öncelikle şunu belirtmek gerekir ki; teorik temelleri güçlü olmayan hiçbir yönetsel araç, hiçbir yönetsel teknik uzun ömürlü olamaz. Çok kıymetli hocalarımız bugün bildirileriyle, katılımlarıyla performans yönetimi konusunda akademik bakış çerçevesinde bizi aydınlatacaklar. Katılımcılarımıza da oturum başkanı olarak özellikle teşekkür etmek istiyorum. Müsaadenizle ilk konuşmacıyı takdim ediyorum; Prof. Dr. Yaşar Özcan Hocamız Virginia Commonwealth Üniversitesinde görevli ve bize sağlık kurumlarında frontier teknik kullanılarak performans değerlemesi yapılması konusunda bildirilerini sunacaklar. Buyurun Sayın Hocam.

Prof. Dr. Yaşar ÖZCAN – Panelist

(Virginia Commonwealth Üniversitesi Öğretim Üyesi)

Teşekkür ederim Sayın Başkan, Kıymetli Katılımcılar,

Gördüğünüz gibi ben Virginia Üniversitesindeyim ve takriben otuz senedir sağlık işletmeciliği veya sağlık yönetimi konularında ve kantitatif dersler vermekteyim. Ve bugünkü konumuzda sağlık kurumlarında frontier tekniği kullanılarak performans değerlendirmesi. Şimdi performans unsurları olaraktan ben şöyle tanımlıyorum performans verimlilik ve etkinliğin bir beraberliğidir. İki bir arada görülmesi lazımdır. Yani demek ki performansı ölçerken sadece verimliliğine bakmak değil aynı zamanda kaliteye bakmaktır. Ve dolayısıyla bu ikisi de birbirinden etkilenebilir. Daha sonra sunumda göstereceğim gibi biz isterse yönetim başarılı bir şekilde performans göstermek isterse hem verimliliği hem kaliteyi aynı zamanda yükseltebilir. Bu yükseltmede mesela etkililik ve verimlilik ikisinin de yüksek olmasını istiyorsak en iyi performans dediğimiz sağ üst köşedeki kutuya doğru sağlık hizmet verenlerini teşvik etmemiz lazım. Kötü performans olanları tabi diyagonal olarak o tarafa veya verimlilik düşükse horizontal olarak iyi performansa veya verimlilik düşükse yine dikey olarak yukarı çıkartmak için uğraşı vermek gerekiyor ve bunların nasıl olacağını biraz sonra göreceğiz.

Tabi performans görecelidir. Farklı hizmet sunucuları arasında kesirsel olarak karşılaştırılabilir. Veya aynı hizmet sunuşu için farklı zamanlarda bu karşılaştırmayı yapabilir veya ikisini bir anda da yapabiliriz. Verimliliği bazen daha genel olarak tanımlıyoruz. Çıktı ve girdilere bakıyoruz. Tabi verimliliği iyileştirmek için bu orantının çıktılarını artırabiliriz veya girdileri azaltabiliriz. Veya her ikisi de artacaksa tabi çıktılarının artış oranı girdilerin artış oranından daha yüksek olması lazım ki performans

yükselsin. Peki neden verimlilik ölçümü? Verimliliğin ölçülmesi ve karşılaştırılması yönetsel ve sağlık politikası açısından birçok amaçla yapılabilir. Yönetsel açıdan sağlık hizmeti sunucularının kesitsel ve farklı zaman dilimleri itibarıyla göreceli olarak bireysel verimlilik düzeylerini belirlemek, ondan sonra verimsiz kaynaklarını, verimsizlik kaynaklarını ve miktarını belirlemek, ondan sonra verimsiz hizmet sunucuları için kıyaslar belirlemek yani benchmarking dediğimiz, sağlık politikası açısından da politikaların verimliliğine etkisini belirlemek lazımdır. Bunun içinde performans dayalı ödeme sistemleri, bireysel ve kurumsal verimliliğe etkisini belirlemek suretiyle yapılabilir, rekabete artırmaya yönelik politikaların verimliliğe etkisini belirleyebiliriz, teknolojik gelişmelerin aynı zamanda bu teknolojik gelişmeler kaliteyi de etkileyeceğinden verimliliğe etkisini belirleyebiliriz. Tabii bu arada daha önemli gündem olan, her zaman gündem olan hizmet sunuculara geri ödemeleri nasıl belirleyeceğiz? O da değerlendirilebilir. Şimdi verimlilik ölçeceğiz tabii girdiler var fakat bunu ondan sonra nasıl modelleyeceğiz, nasıl ölçeceğiz ve bunun değişik yöntemleri olabilir. Bu yöntemlerden bir tanesi oran analizi bu devamlı yapılan bir şeydir. Amerika'da bile bugün oran analizi hastane performansında en çok kullanılan bir teknik. Fakat bu performansta bir tek yöne bakabiliyorsunuz her oranda. Fakat o kadar çok veri var ki bu verileri yaptığınız zaman yüzlerce oran ortaya çıkıyor ve yüzlerce oran olunca bir hizmet verici bir oranda iyi olabiliyor, ötekinde kötü olabiliyor. Bu tip şeyler tabii biraz kafa karıştırıcı olabiliyor. Fakat bir ağırlık vererekten bu oranları da hesaplamak mümkün fakat kimin ağırlığını kullanacaksınız, hangi ağırlığı kullanacaksınız o da bir soru işareti çıkarabiliyor. Ortalama alma tekniklerinde de çok detaylarına girmeyeceğim eğer biz performans ölçüyorsak niye ortalama performansı ölçelim, ne diye en iyi performansa bakmayalım? Hele bilhassa rekabet piyasalarında. İşte bu soruya cevap verebilmek için de parametresiz yöntemlere, nonparametric dediğimiz yöntemlere bakıyoruz. Bunda da total factor productivity veya veri zarflama tekniğidir. Bunlarda daha çok birtakım varsayım, regasyon analizlerinde olan birtakım şeyler, varsayımları düşünmemize gerek kalmıyor. Çünkü biz bir, bu tekniklerle bir optimizasyona gidiyoruz. Daha çok lineer program gibi optimizasyon teknikleri kullanarak en iyisini, en ucunu bulmaya çalışıyoruz ki ötekileri ona göre yönlendirelim. Mesela bir örnek olarak şimdi oran analizine bakarsanız burada on tane hastanemiz var, bu hastaneyi hemşire saatlerine, yatan hasta sayısına bölüyoruz. Şimdi burada girdi orantının üstünde çıktı aşağıda olduğu için en düşük değer, en iyi değer olacak. Buna bakınca bu on tane hastanenin içinde 1.39 oranı en düşüğü oluyor. Dolayısıyla ben bunu baz alırsam, indekslersem sıralamada birinci oluyor. Öbür mesela 3.89 olan orada dokuzuncu oluyor, tamam. Başka bir ikinci orana geçelim, dedim ya yüzlerce oran hesaplayabilirsiniz, öbüründe de tıbbi malzemeleri yatan hasta sayısına bakıyoruz. Bakıyoruz burada da en ufak 2.59 onda bu hastane baz oranında birinci geliyor. Şimdi bakın hastane bir ilk oranda birinci, hastanede dört ikinci oranda birinci. Tabii bunu anlayabiliriz ama bu oranlar çoğaldıkça kafa karıştırmaya başlıyor. Biz nede iyiyiz, nede kötüyüz o tip konuşmalar çıkıyor. Kıyaslamalarda tutarlı bir şey bulamıyorsunuz.

Şimdi regresyona bakarsak, bakın şimdi burada bu on tane hastanenin regresyonuna baktık. Ondan sonra regresyon çizgisi orada. Fakat en iyi hastaneler, bakın hastane bir ve hastane dört aşağıda. Çünkü daha az oranları veya girdileri veya daha fazla

çıkıtları var. Dolayısıyla regresyon size bir ortalama veriyor orada, size en iyisini göstermiyor. Aynı şekilde de skolastik frontier analiz biraz daha bu regresyondan daha gelişmiş bir model. O da yine regresyon tabanlı fakat biraz daha ekonometrik gelişmiş bir model. Verimsizlik, tehlike veya tahsis verimsizliğinden veya her ikisinden de kaynaklanabiliyor o verimsizlik ölçümünüz. Ayırt edemiyorsunuz bazı şeyleri veya bir tek hasta geldiği zaman bir şeyin, hastanın teşhisini yaptıktan sonra ona bir ilaç yazılır değil mi, fakat bunda bir ilaç yazma durumunuz olmuyor. Fakat veri zarflama tekniğinde o ilacı yazabiliyoruz. Ne kadar düşürmemiz lazım, ne kadar yükseltmemiz lazım bazı şeyleri. İşte bu da veri zarflama tekniği gördüğünüz gibi hastane bir ve hastane dört bir frontier teşkil ediyor yani bir uç, bir sınır teşkil ediyor. Çünkü ondan daha iyi yapan yok şu anda. Hastane altıya bakarsak orada hastane altı uçun içerisinde dolayısıyla uca doğru gidebilmesi için bakın o kırmızı noktaya kadar gelmesi lazım. O kırmızı noktaya gelebilmesi için de bu şeyleri belli bir miktar düşürmesi lazım. Tabii bunu, işte bu bizim ilaç yazma prosedürümüz oluyor veri zarflama tekniğinde. Öteki tabii, bütün öteki hastaneler içinde aynı şeyi söyleyebiliriz. Tabii burada sadece ben size iki tane veriyle veya bunu gösteriyorum. Tabii bunun daha çok girdi çıktıları olduğu zaman bunu grafik olarak göstermek mümkün değil. O zaman matematiksel olarak gösteriyoruz. Fakat sizi ben bunun matematiğiyle boğuşturmayacağım burada. Fakat matematik modelleri kurduğumuz zaman bir oryantasyon var, girdileri ve çıktıları göre oryantasyon yapabiliyoruz. Girdilere demek ki ilacı yazacaksa mesela ne kadar düşürelim girdileri, ne kadar çıkartalım çıktıları diye bir oryantasyon yapabiliyoruz modellerde. Tabii bunların daha gelişmiş modelleri de var fakat bu kadar zannediyorum yeterli oluyor bunu anlatmak için burada.

Şimdi gelelim girdi ve çıktıları. Nasıl modelleyebiliriz hizmet sektöründe, sağlık hizmeti sektöründe? Hastane giderleri üç ana dalda sınıflandırılabilir. Bunlar sermaye yatırımları, tabii bir binanız olması lazım, bir teknolojiniz olması lazım, insan gücü, tabii doktorlar, hemşireler ve işler ve faaliyet harcamaları. Çıktılar ise genellikle en büyük çıktılarımız yatan hastalar, yataklı hastalar ve ayaktan hizmetler. Şimdi bunu biraz daha açalım. Nasıl acaba verileri operasyonel hale getirebiliriz? Şimdi ben bunu Amerikan modelinden vereceğim size burada. Vaka karmasına ayarlı yatan hasta sayısı. Ne demek yani? Case Mix dediğimiz her hasta aynı değildir, onun için bir ayarlama yapılması lazım onu ayarlıyoruz. Poliklinik sayısı da aynı şekilde ayarlanabilir. Şimdi sermaye yatırımlarına gelince, buna sermaye yatırımlarını parayla ölçersek bizim 20 sene evvel yatırdığımız bir hastanedeki parayla bugünkü bir hastanenin parası aynı değil. Dolayısıyla bunu başka bir değişkenle ölçmemiz lazım. Bunu yatak sayısı ve hizmet karmasıyla ölçebiliyoruz. Onun ikisini yani hizmet karmasını, ne tip hizmetler veriliyorsa ona göre alet, teçhizat var, yatak sayısı da o hastanenin büyüklüğünü gösteriyor. Dolayısıyla bu bizim sermaye yatırımımızı o hizmet veren hastane için şey yapabiliyoruz. Tabii tam zamanlı personel ve diğer işlevsel giderler, hastanedeki bütün tıbbi malzemeler bu girdilerin ve çıktıların içinde oluyor. Ondan sonra, mesela eğer bunu akademik centerlar için yaparsak, üniversite hastaneleri için yaparsak bu sefer üçüncü bir çıktı koyuyoruz. Tam zamanlı intörnleri oraya koyabiliyoruz. Mesela biz bunu aynı zamanda Türkiye için de yaptık İsmet Şahin'le birlikte. Bir de konu burada her memleketteki veri taban sayısı, veri tabanı

değişik olabiliyor. Onun için değişik veri tabanına göre bazen bu girdi çıktıları ona göre yapmanız gerekiyor. Amerika'da bunu yapabiliyoruz fakat Türkiye'deki veri tabanıyla biz bunu yatan hasta sayısı, poliklinik sayısı ve hastane ölüm oranını da kalite ölçütü olarak onun gerisini alarak kalite çıktısı olarak kullandık. Gördüğünüz fiili yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, hemşire sayısı, diğer sağlık personeli sayısı ve döner sermaye harcamaları bu modeli oluşturmuştu. Aynı şeyi uygulamayı grup hekim uygulamaları için de yapabiliriz. Bunda da çıktılar genellikle hastalık şiddet oranına göre yapılıyor. Hastalık şiddeti düşük hastalar, orta derecedeki hastalar veya yüksek hastalar bunların hepsi ICD-9 koduna göre bakılıyor ve CPD kodu dediğimiz başka bir şeyler, başka bir kodlama sistemde bunu, bu seviyeleri bulabiliyoruz. Tabii girdilerde gördüğünüz gibi birinci basamak hekimliğine yapılan başvurular, uzman hekimler vs. vs. gidebiliyor.

Başka bir model burada evde bakım birimleri için. Evde bakım birimleri için de yukarıda gördüğünüz gibi çıktılar, vaka sayısı, vaka karmasına ayarlı hizmetler. Fakat bu vaka karmasını nasıl halledeceğiz? Çünkü evde verilen hizmet fizik tedavi olabilir, şu olabilir, bu olabilir. Çok karışık oluyor onun için yaşa göre bir vaka karması ayarlaması yapılabiliyor ve gördüğünüz gibi girdilerde kalifiye hemşire ziyaretleri, fizyoterapistler, beslenme uzmanları, konuşma terapisti vs. vs. olabiliyor. Diyaliz merkezleri için başka bir modelimiz var. Onda da ayakta diyaliz, diyaliz eğitimi ve evde diyaliz diye üç tane çıktı fakat bunların dışında da girdiler de tam zamanlı hekim sayısı, yine hemşire sayısı vs. gördüğünüz gibi. Bu da değişik bir sağlık organizasyonun modeli. Şimdi dedik ki reçete yazacağız, peki nasıl yazacağız bunu? Bugün veri zarflama tekniği o kadar kolay hale geldi ki bunu excelle yapabiliyoruz. Şimdi burada yaptıktan sonra şöyle bir tablo çıkıyor ve size şu kolonda bir, ikinci hastaneden sonraki de sıfırla bir arasında bir rakam çıkıyor ve bu size eğer o rakam birse gördüğünüz gibi 15 hastane bir çıkmış bu analiz 600 ve üstündeki yataklı hastaneler için yapılmış bir analiz Amerika'da. 131 tane böyle hastane vardı. Fakat ben bunları nasıl kullanacağım sonra? Bakın bu ikinci tabloda, bu veri zarflama tekniğinde hastanenin, her hastanenin yataklarını ne kadar düşüreceğini veya çıktılarını ne kadar ilave etmesi gerektiğini reçetesini verebiliyor burada. Bu reçeteyi tabii 131 taneyi burada göstermem. Burada ortalama olarak görüyorsunuz ki yatak sayısının 304 inmesi lazım bu 600 yatak ve üzerindeki hastanelerde. Bunların etkin olabilmesi için. Hizmet karmasının biraz düşmesi lazım. Personellerin biraz düşmesi lazım, faaliyet giderlerinin düşmesi lazım. Fakat bu size toplam 131 hastane için, mesela sadece faaliyet giderlerine bakarsak 14 buçuk milyon dolar bir kazanç sağlayacak. Bu tip, fakat bu arada daha çok gördüğünüz gibi vaka karmasına ayarlı yatan sayılarda bir yükseltme yapmalarına lüzum yok. Her şeyin ayaklı tedaviye doğru gitmesi tercih ediliyor.

Diyebilirsiniz ki peki ben bu analizi yaptım fakat bunu etkileyen başka etkenler olabilir veya başka etkenler o organizasyonun, hizmet veren hastanenin veya diyaliz center'ının verimliliğini düşürebilir. Şimdi ben tekrar ilk tabloya gideceğim. Acaba veri zarflama tekniğiyle nasıl daha iyi performansı sağlayabiliriz? Şimdi şuna bakalım. Korkut Hoca da bugün kaliteden bahsedecek. Şimdi burada iki tane hastane var. Hastane B, hastane A. İkisinin de burada üretim fonksiyonlarına bakıyoruz. Üretim

fonksiyonları girdileri var aşağıda input, yukarıda da çıktı kalitesi var. Gördüğünüz gibi Hastane B'nin inputu I-1'de, aynı inputla veya aynı girdiyle hastane A çok yüksek bir kalitede. Şimdi şöyle yapalım hastane B'nin inputlarını azaltalım. Bu ne demek? Verimliliği artıracamız değil mi? Azalttık, eğer hastane B o A üssü noktasına gelirse bu kırmızıçizginin bittiği yerde o zaman performansı yükselecek. Fakat o kadar azaltmayalım, A ikinci üsse gidelim, bakın şu noktaya. Eğriyle o ikinci noktanın kesiştiği yere gidelim. Orada gördüğünüz gibi girdiler I-1'den I-E2'ye gidiyor. Yukarıya çıkınca gördüğünüz kadarıyla inputları yani girdileri biraz azalttık fakat gördüğünüz kadar kalite de yükseldi. Input azaldı, output yükseldi. Yani girdi azaldı çıktı yükseldi. Demek ki hem kaliteyi yükselttik, hem verimliliği yükselttik. Fakat nasıl yaptık bunu? Bunu yapmanın rolü nedir? Teknoloji. Teknolojiyle o zaman teknolojiyi kullanırsak bu iş olabiliyor.

Peki, bu teknolojiyi nasıl ölçeceğim? Biz teknolojiyi koyduk, acaba bu performansı ve teknik değişim bize yeni bir şey verdi mi? Eğer bu elde ettiğimiz sonuç birden azsa verdi, birden çoksa vermedi. Aynıysa değişmedi. Bu demek ki bizim veri zarflama tekniğimiz, o mavi şey kırmızıya doğru daha hani çıtayı yükselttik teknolojiyle. Dolayısıyla bakın gördüğünüz gibi V-1'daki bir şey eğer kırmızıya gidememişse demek ki teknolojiyi kullandı biraz şey yaptı fakat tam frontier bir hastane değil. Şimdi bunu daha iyi açıklayayım rakamlarla. Hani iki zaman itibarıyla çok sayıda örgüt arasında karşılaştırma yaparak bunu yapabiliyoruz. Sağlık politikası açısından da teknolojiye yapılan yatırımların verimliliğe ve kaliteye etkisini değerlendirebiliyoruz böylece.

Şimdi ben konuşmamı burada bitireceğim. Eğer daha fazla bilgi almak isterseniz bu konuda hani ben bunu reklam olarak yapmıyorum fakat bu soldaki kitap "Health Care Benchmarking and Performance Evaluation"da bu konuların hepsi açıklanmaktadır. Öteki kitap ise Quantitative Methods in Health Care Management". Bu kitap da Mayıs ayında çıkacak. Teşekkür ederim.

Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU – Oturum Başkanı

Doyurucu sunumları için Prof. Dr. Yaşar Özcan'a çok teşekkür ediyoruz. Şimdi bildiri sırası Prof. Dr. Jülide Yıldırım Öcal'da. Kendisi Gazi Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Ekonometri Bölümü'nde öğretim üyesi. Hocamız performans sisteminin matematiksel boyutu hakkında katılımcıları bilgilendirecekler. Teşekkür ediyoruz.

Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL – Panelist

(Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi)

Hepinize çok teşekkür ediyorum. Öğleden sonra yemek üstü çay saatinden sonra buraya kadar geldiğiniz için. Bu çalışma Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve

Kalite Geliştirme Dairesi Başkanı Hasan Güler ve Başkan Yardımcısı Erdoğan Yılmaz ile Gazi Üniversitesi'nden Ozan Eruygur ve Orta Doğu Teknik Üniversitesi'nden Nadir Öcal'la birlikte ortak bir çalışmamız. Şunu güvenle söyleyebilirim ki henüz dünyada bu konuda yapılmış örnek bir simulasyon çalışması ya da matematik modelleme çalışması yok. Tabii burada bizim ülkemizdeki sağlık sisteminin özelliği, yani kendine özgü, kendine has oluşu da en büyük etmen. Bizim bu çalışmayı yapmaya motive eden faktör, performansa dayalı ek ödeme teşvik sistemini tam olarak ifade edecek, tam olarak aynı davranışları sergileyecek bir matematiksel formülasyon oluşturmaktı. Buradan da amacımız, herhangi bir politika değişikliği sonucunda bu modelin parametrelerinden birini, ya da birkaçını aynı anda, değiştirdiğimiz vakit bu model nasıl hal alacak; hekimler, hemşireler, diğer sağlık hizmeti sunucuları nasıl bir davranış gösterecek, bunu matematiksel olarak modellemek istedik.

Burada tabii siz sağlık sektöründe çalıştığınız için performansa dayalı ek ödeme sistemini hepimizden daha iyi biliyorsunuz ama biraz sonra hep birlikte, performansa dayalı ek ödeme sisteminin nasıl işlediğinin üzerinden geçeceğiz. Bu çalışmanın sağlık ekonomisi literatürüne en önemli katkısı global bir model olmasıdır. Yani burada biz Türk sağlık sistemini bir bütün olarak görüyoruz. Modelimizde Türkiye'de sağlık sektöründe performansa dayalı ek ödeme sistemi, sanki büyük bir hastane gibi davranacak. Ama elimizde yeterli veri olmadığı için bu şekilde. Bu bir başlangıç modeli, modelin ilk aşaması. İleride elimizde yeterli veri olduğu zaman bu modeli hastaneler için, hekimler için, hepsi için tek tek geliştirebiliriz. O zaman bu model bir hekimin davranışlarını bile kopyalayacak şekilde yani mimik edecek şekilde geliştirilebilir. O zaman diyelim ki performans hizmet katsayısında bir değişiklik oldu ya da diyelim ki tam gün yasasına geçildi, hekimlerin aldığı serbest meslek katsayısı diyelim 0,3'ten 0,1'e düştü. Bütün bunlara tekabülün hem bu sistemin, doktorların, hekimlerin, hemşirelerin, sağlık hizmeti veren ama girişimsel puan üretmeyen bütün çalışanların nasıl davranacağını bilebileceğiz. Bunun bize faydası da şu olacak; eğer ki politika yapımcılar bir politika değişikliğine gidiyorlarsa, politika değişikliğini yapıp sonradan sonuçlarını görmektense, önceden böyle bir model içerisinde bunu test edip daha sonra uygun gördükleri politika değişikliklerini yapabilecekler.

Hepinizin de bildiği gibi performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin ve sağlık hizmeti veren diğer kişilerin yaptıkları performansa dayalı bir teşvik ücreti almasını içeriyor. Şimdi burada sağlık hizmeti verenler sabit maaşlarının yanı sıra bir de teşvik ödemesi alıyorlar hepinizin bildiği gibi. Bu sistem dünyada pek çok ülkede daha önceden de denenmiş bir sistem. Sadece sağlık sektöründe değil kamu sektöründe çalışanlar için; Amerika Birleşik Devletleri'nde, Kanada'da pek çok büyük firmanın çalışanlarını ödüllendirmek, üretkenliğini artırmak için geliştirilen bir sistem. Son 20 yıldır da Batı ülkelerinde sağlık sisteminde kullanılmaya başlamış. Tabii bu Amerika Birleşik Devletleri'nde ya da İngiltere'de ya da başka Batı ülkelerinde bizdeki gibi bütünsel bir sağlık sektörü yok. Orada daha çok böyle sigorta şirketleriyle birlikte paketler halinde sunuluyor ve hepsi için ayrı bir model söz konusu. Ama bizimki bütünsel bir model olduğu için diğerlerinden farklılık gösteriyor. Şimdi bu teşvik sisteminin uygulanmasında amaç sağlık sektöründe hastalara sunulan sağlık hizmetinin etkin, güvenilir, tüketici merkezli, zamanında ve

eşit olarak sağlanmasıdır. Yani burada biz hem performansı ödüllendiriyoruz ama aynı zamanda hekimlerin ya da sağlık hizmeti veren bütün diğer kişilerin verimliliğini arttırmayı, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmeyi, sağlık çalışanlarının ortalama kazançları artırmayı, hasta memnuniyetini arttırmayı ve hastaların hizmet almak için bekledikleri süreyi kısaltmayı amaçlıyoruz. Burada çok üstünde durulmasa da çok önemli başka bir etken daha var: Bütün bu işlemler için hekimlerin, sağlık hizmeti verenlerin bilgisayar kullanması gerekiyor. Bütün bu işlemleri bir sisteme girmeleri, veri girişini sağlamaları gerekiyor. Çünkü bunların hepsini ölçebilmek için bizim güzel, sağlam bir veri sistemine ihtiyacımız var. Bir önceki oturumda da bir doktor bey bundan yakındı yani biz veri girişi yapmaktan, bilgisayarla uğraşmaktan hasta bakamıyoruz dedi. Büyük ihtimalle bu da doğru ama politika değişikliklerini yapmak için, karar alabilmek için politika yapıcıların bu verilere ihtiyacı var. O yüzden size ne kadar zor gelse bile bunlar sonunda bir işe yarayacaklar diye düşünüp biraz zaman ayırmanız belki yerinde olur. Bütün bu yeni teknoloji, bilgisayar kullanımı bunların hepsi beşeri sermayeyi artırıcı yönde etkiler yapıyor. Yani burada batıda, doğuda, kuzeyde herhangi küçük bir kasabada bir hemşire arkadaşımız veri girişi yapmayı öğreniyorsa ya da bilgisayarda analiz yapmayı öğreniyorsa bu onun beşeri sermayesine katkıda bulunuyor. Teknolojik gelişmeyi sağlıyor ve bu bilgi sistemleri devamlı olarak yenileniyor. Bütün bunlar hasta merkezli olmasa bile bu performansa dayalı ek ödeme sisteminin etkilerinden birisi ve bir iktisatçı için bu çok önemli bir etki. Çünkü beşeri sermayenin artması demek bir ülkenin üretkenliğinin de artması demektir. Yani dolaylı olarak üretime de katkıda bulunmuş oluyoruz.

Şimdi size biraz literatürde bu konuda yapılmış çalışmalardan bahsedeyim. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin etkileri, literatürde hemen hemen üç konu başlığı altında inceleniyor. Bunlardan ilki performansa dayalı ek ödeme sistemiyle çalışanlara teşvik verilmesinin çalışanların üretkenliğini, verimliliğini artırdığı yönünde. Burada en önemli teorilerden biri olarak Vekil – Mümessil Teorisinden bahsetmek istiyorum. Vekil – Mümessil Teorisine göre, hekimler ya da sağlık hizmeti verenler ve hastaları iki karşılıklı grup olarak görülüyor ve buradaki teoriye göre çaba ödülün artan oranlı bir fonksiyonudur. Yani performans ödemelerini arttırıldığı vakit, hekimlerin, sağlık hizmeti verenlerin çabalarının da bu yönde bir artış göstereceği bekleniyor. Dolayısıyla sağlık hizmeti verenlerin üretkenliklerinin artması bekleniyor. Bunu da nasıl göreceğiz? Daha az hasta bekleme süresi, daha çabuk hizmet verme, daha iyi hizmet alma ve hasta memnuniyetindeki artışlar olarak göreceğiz. Literatürde 1980'li yıllardan beri bu konuda yapılan teorik çalışmalar, performansa dayalı teşvik sisteminin hastalara hizmet sunanların performanslarını, verimliliklerini, üretkenliklerini artırdıklarını göstermişler. Daha sonraki çalışmalar burada gördükleriniz bunlar hepsi ankete dayalı çalışmalar. Hepsi en az üç yıllık bir anket çalışmasının sonucu ve değişik alanlarda mesela Grosden vd (2004) performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmesiyle, hasta başına daha az işlemin, daha fazla vizite ve daha uzun konsültasyon süresinin gerçekleştiğini söylemişlerdir. Yine Hickson vd. (1987) hekimlerin daha önceki sisteme göre %22 daha fazla vizite gerçekleştirdiğini, ameliyat sayılarında artış olduğunu ama hastanelerin elde ettikleri karların belli bir miktarda, neredeyse %25 arttığını yine bu anket çalışmalarıyla belgemişler. Daha sonra bu hizmet kalitesiyle ilgili çalışmalar var. Bu çalışmaların

çoğu Batı ülkeleri için yapılmış çalışmalardır. Bu çalışmaların sonuçları performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmesiyle birlikte, grip aşılama oranlarında örneğin %7'lik bir artış olduğunu; yine belirli hastalık tiplerinin teşhislerinde anlamlı bir artış olduğunu; klinik kalite puanlarının arttığını; hastalıkların teşhisinde daha çabuk ve anlamlı gelişmeler olduğunu göstermişlerdir. Bunun yanı sıra Greene vd. (2004) yaptığı bir çalışma hekimlerin gereksiz antibiyotik kullanımını ve gereksiz radyoloji testleri kullanımını azalttığını göstermiştir. Bir diğer etkisi de hastaların memnuniyetlerinin üzerindeki etkisidir. Yani ek ödeme sistemi ile teşvik verildiği zaman hem hizmet kalitesi artıyor, hem hekimlerin üretkenliği artıyor ama aynı zamanda hastaların memnuniyet seviyeleri de artıyor. Bu konularda da yapılmış çalışmalar var ve bunlar da yine daha önce belirttiğim gibi hepsi belirli ülkelerde, en az üç yılı kapsayan anket çalışmalarının sonucunda edinilmiş bilgiler.

Şimdi bizim ülkemizde sistem nasıl işliyor? Ona isterseniz hep birlikte bakalım. Bizim ülkemizdeki sistem hem bireysel performansı hem de kurumsal performansı ödüllendiriyor. Yani hekimlerin ya da sağlık hizmeti verenlerin tek başına performansı onların alacakları ek ödeme miktarını belirlemiyor. Bunun yanı sıra kurumsal performansın da aldıkları ek ödeme miktarında önemi var. Buna tabii literatürde çok fazla örnek var. Yani bazı ülkelerde sadece bireysel performans ödüllendiriliyor, bazılarında sadece kurumsal performans ödüllendiriliyor ama bizim ülkemiz bu konuda da gayet olumlu ya da iyi bir modelleme yapmış. Çünkü bireysel performansın yanında kurumsal performansın ödüllendirilmesi, bir kurumsal kimliğin oluşmasına, herkesin birlikte hareket etmesine yardım etmeye de yarıyor. O yüzden kişiler birbirlerine yardım edip, hem kurumsal performanslarını artırıyorlar, dolayısıyla da aldıkları bireysel ek ödeme miktarları da artmış oluyor. Bizim sistemimiz hepinizin de bildiği gibi ilk önce hastanelerin gelirlerinin, Sosyal Güvenlik Kurumu'na fatura edilen miktarla belirlenmesiyle başlıyor. Birimlerin yaptığı bütün girişimsel işlemler SUT'a göre bir puanı var, kodu var, bütün bu puanlara göre fiyatlandırılıyorlar. Burada sistemin güzel tarafı, bir de kontrol noktası var. İlk inceleme heyeti bütün bu işlemlerin uygunluklarını denetliyor. Ondan sonra fatura ve puanlar onaylanarak süreç başlıyor. Tabii şimdi hastane gelirlerinin hepsi ek ödeme olarak dağıtılmıyor, kurum ihtiyaçları ve yasal kesintiler kesildikten sonra personele dağıtılacak ek ödemenin üst limiti belirleniyor. Burada da önemli olan biraz sonra anlatacağımız kurumsal performans katsayısı, bu miktar kurumsal performans katsayısıyla çarpıldıktan sonra ne kadar teşvik ikramiyesi ödeneceği ortaya çıkıyor. Bu katsayı sıfırla bir arasında değişiyor. Eğer sağlık kurumu çok iyi performans gösterdiyse bu katsayı bire eşit oluyor ve maksimum miktarda ek ödeme yapılabilir.

Ek ödeme dağıtım süreci personelin net performans puanlarının hesaplanmasıyla başlıyor. Bunun için hastanenin toplam puanının bulunması, komisyonun personele dağıtılacak tutara karar vermesi ve ek ödeme dönem katsayısının hesaplanması gerekiyor. Burada da iki ana grup için işlem yapılıyor. Birisi girişimsel puan üreten tabiiler, diğeri de tabiiler dışındaki personel, mesela laborantlar, hemşireler, yoğun bakım, diyaliz ünitesindekiler ya da idareciler. Bunlar girişimsel işlem üretmeseler bile hastane performans katsayısına bağlı olarak yine ek ödemeden faydalanabiliyorlar. Şimdi bu ek ödemelerin bulunabilmesi için dört parametreye ihtiyacımız var biraz

önce söylediğimiz gibi. Bunlar kurumsal performans katsayısı, hastane hizmet puan ortalaması, hastane hizmet toplam puanı ve dönem ek ödeme katsayısı. Kurumsal performans katsayısı bu yukarıda gördüğünüz dört tane katsayının aritmetik ortalaması olarak alınıyor ve bu her sağlık kurumunun performansını gösteriyor; yani kaynaklarını nasıl kullandığını, nasıl bir alt yapıya sahip olduğunu ve hasta memnuniyetinden nasıl bir performans gösterdiğini. Bunun ortalamasıyla da kurumsal performans katsayısını sıfırla bir arasında elde ediyoruz. Daha sonra hastane hizmet puan ortalaması hesaplanıyor. Bunlar da girişimsel işlem puanı üreten tabielerin puanlarının toplamının aktif çalışma gün sayılarına bölümü ile elde ediliyor. Bu puan şu nedenle önemli; girişimsel hizmet yapmayan sağlık sektörü çalışanları için ek ödemeler bu puan üzerinden hesaplanıyor. Hastanede çalışan tüm hekimlerin performans puanlarının aritmetik ortalaması da o dönem kurumun performans puanı olarak tespit ediliyor. Daha sonra net performanslar hesaplanıyor. Bu net performans puanları da her bir çalışanın tam zamanlı mı yarı zamanlı mı çalıştığına bağlı olarak ne kadar girişimsel işlem yaptığını ve kadro unvanına bağlı olarak buradan net performans puanlarını belirliyor. Daha sonra hastane toplam gelirini, hastane toplam puanına bölerek de ek ödeme katsayısı hesaplanıyor ki bu da her bir puanın karşılığının kaç lira olduğunu bize gösteriyor. Daha sonra net performans puanlarıyla da bu ek ödeme katsayısını çarptığımız vakit her bir sağlık sektörü çalışanı için ne kadar teşvik ödemesi yapılacağını buluyoruz.

Sistemin iki tane kontrol noktası var. Birisi en başta söylediğimiz gibi döner sermaye komisyonu ve inceleme heyeti. Sınırlamaları da var, bunlar da tavan ek ödeme katsayılarıdır. Her unvanda diyelim tabip, baştabip, uzman tabip, hastane müdürü bunların hepsinin maksimum ne kadar alacağı, maaşlarının kaç katı ek ödeme alacakları kanunla belirlenmiş burada gördüğünüz gibi. Bir de personele dağıtılacak toplam pay gelirin %40 ile sınırlı. Bunlar da bizim sistemimizin kısıtlarını gösteriyor.

Şimdi sistemi böyle özetledikten sonra sağlık hizmetlerinde bu simülasyon modellerinin ne şekil kullanıldığından biraz bahsedelim. Simülasyon modellerini sağlık sektöründe pek çok yerde görebilirsiniz. Bunlar 1990'lı yıllarda kullanılmaya başlanmış ve popüler olmasının en önemli nedeni de, mevcut durumun dinamik bir analizini sunması ve daha sonra bu mevcut durumda yapılacak değişikliklerin sonucunu da bize göstermesidir. Dolayısıyla ister hastane yöneticileri olsun, ister klinik şefleri olsun herhangi bir karar vermeden önce simülasyon analiziyle durum değerlendirmesi yapmayı tercih edebilirler. Simülasyon analizlerinde varsayımlar modelden bağımsızdır ve incelenen senaryo durumuna göre varsayımlar kaldırılabilir ya da değiştirilebilir. Sorunları anlamak ve çözmek için kullanılır. Genellikle sağlık sektöründe iki alanda kullanılıyor bu simülasyon analizi; birincisi kaynak tahsisi problemleri için, diğeri de hasta akımının idaresindeki sorunlarla baş edebilmek için. Ayrıca epidolomoloji, sağlık hizmetleri sistem tasarımı, sistem işletimi, medikal karar verme süreçlerinin araştırılması için de simülasyon analizi kullanılmaktadır. Örneğin cerrahların başarılarının incelenmesi için Lovegrove vd. (1999) çalışması örnek gösterilebilir. Kaynak tahsisi için Blake ve Carter (2002) örnek gösterilebilir. Hastane yatak kapasitelerinin planlanması ve işletilmesi, hasta bekleme sürelerinin planlanması için de bu çalışmalardan yararlanılmıştır. Ama bana daha ilginç gelen

Eldabi (2002)'nin çalışmasıdır. Bu çalışmada karaciğer naklinde izlenecek yöntemin ekonomik etkinliğini simülasyon analiziyle incelenmiştir ve en etkin yöntem belirlenmiştir. Daha sonra Eggleston (2005) ABD için yaptığı araştırmada değişik sigorta paketleri altında teşvik ödemelerinde yapılan bir değişimin hasta hizmet kalitesine etkisini simülasyon modeli ile göstermiştir. Ama bu çalışmaların hiçbiri bizim ülkemizdeki gibi bütünsel bir modeli içermiyor. Daha çok klinik vakalar için, bilişim sistemleri analizi için, hastane yatak sayısının, bekleme sürelerinin ayarlanması için yapılan çalışmalar. O yüzden bizim çalışmamız literatürde bir ilk oluyor.

Bu simülasyon ya da matematiksel modelleme çalışmalarında en önemli ikilem, yani araştırmacının karşı karşıya olduğu sorunlardan en önemlisi, detay düzeyine karar vermektir. Eğer çok detaylı bir model yaparsak, gerçekten gerçek hayatın bir replikasını elde etmek mümkün, fakat bu kadar detaylı bir modeli çalıştırabilecek bir teknolojiye sahip olmak da o denli zor. Dolayısıyla bu ikisini bir şekilde dengelemek gerekiyor. Yani kısıt sayılarını öyle belirlememiz gerekiyor ki hem mevcut durumu replike etsin, aynısını bize göstere, hem de biz bunları elimizdeki mevcut teknolojik imkânlarla işletebileyim. Biraz önce de ifade ettiğim gibi performans dayalı ödeme sisteminin işleyişini bir bütün olarak ele alan ve bunu bir matematiksel modelle açıklayan, alternatif senaryolar üreten bir simülasyon modeli henüz literatürde mevcut değil. Bunun nedeni modellemenin karmaşıklığı ve modellerin işletilmesi için çok fazla veriye ihtiyaç duyulması ve bu tür modelleri gerçekleştirebilmek için kaynakların kısıtlı olması olabilir. Şimdi bu bölümde izlediğiniz matematiksel metodu özetledik ama yine sizi bu detaylarla sıkmak istemiyorum, özet halinde geçelim daha sonra bir simülasyon örneği göreceğiz.

İktisat alanında bu simülasyon modellerinin, matematiksel modellerin kabul edilme dereceleri bu modellerin gerçek hayatı ne kadar yansıttığıyla ilişkilidir. Modelimizin sonuçları, ilk durumdaki analizin sonuçları, gerçek hayattaki aktivitelere ne kadar benziyorsa, modelin o kadar iyi bir performans gösterdiğini söyleyebiliyoruz. Bu yüzden politika değişikliklerinin etkisini incelemek için etki analizi yapmadan önceki ilk adım gerçekten modelin bizim elimizdeki problemi, replika edip etmediği yani aynı sonuçları verip vermediğini görmektir. Bunu gördükten sonra değişik politika alternatifleri altında senaryoların nasıl değiştiğine ancak o zaman bakıyoruz. Bu gerçek hayatta gözlenen durumun model tarafından yeniden üretilmesi, canlandırılması sürecine de kalibrasyon adını veriyoruz. Aynı ekonometrik bir model gibi ilk önce modelimizi biz tahmin ediyoruz. Ondan sonra bu modeli kullanarak ilerisi için bir politika analizi gerçekleştiriyoruz. O yüzden bizim burada kullandığımız bu metod da yine iki adımlı. İlk adımda önce elimizdeki mevcut senaryonun aynısını model tarafından tekrar yaratıyoruz. Daha sonra politika değişkenlerinde bir değişiklik olursa bu senaryo nasıl değişecek ona bakıyoruz. Modelimizin temelini pozitif matematiksel programlama metodu oluşturmaktadır. Burada temel varsayımımız, karar vericilerin faydalarını ya da burada karlarını en çoklamaya çalıştıklarıdır. Yani hepimiz bir ekonomik birey olarak her zaman bunu, her kararımızda bunu yapıyoruz. En iyi alternatifleri değerlendirip ona göre bir karar veriyoruz bütün seçimlerimizde. Burada da sağlık sistemini modellerken sağlık sisteminde çalışan bütün bireylerin kendi durumlarını değerlendirip, faydalarını ya da burada aldıkları teşvikler olduğu

için karlarını en çoklamaya çalıştıklarını varsayıyoruz. Dolayısıyla davranışlarının arkasındaki motivasyonda bu karlarını en çoklama güdüsü olacak. Dolayısıyla temel dönemde gözlenen aktivite deseni yani her SUT kodu için yapılan girişimin sayısı bizim global optimumuzu oluşturacak. Karar vericilerin, hekimlerin ve diğer sağlık hizmeti verenlerin tepkilerini belirlemek için bunu kullanacağız. Şimdi burada hekimlerin gelirlerini biliyoruz her bir girişim için aldıkları puanı, buradan aldıkları teşvik primlerini biliyoruz. Bir de burada örtük maliyetler söz konusu. Buradaki örtük maliyetleri de hekimlerin karar verdikleri anda vazgeçtikleri en iyi alternatif olarak varsayıyoruz. Hekimlerin çalışma süreleri kısıtlı olduğu için, herhangi bir girişime karar verdikleri zaman bir diğerinden vazgeçtiklerini varsayıyoruz. Dolayısıyla da maliyet fonksiyonunun konkav olması gerekiyor bizim analizimiz için. Maliyet fonksiyonunun doğrusal olmayan kısmını da bu SUT aktivitelerinin frekans değerlerini kullanarak tahmin ediyoruz. İki aşamadan oluşuyor modelimiz; ilk aşamada her bir SUT kodu aktivitesi için temel dönemde gözlemlenen gerçekleşme sayıları, yani frekansları kullanılarak önce bir kalibrasyon gerçekleştiriliyor. Daha sonra bu kalibrasyon kısıtlarının gölge değerlerinden maliyet fonksiyonu tahmin edilip, kalibrasyon kısıtları kaldırılarak simulasyon analizine geçiliyor. Burada modelimizin basitçe tanımı var. Hekimler birinci denklemde görülen amaç fonksiyonunu en çoklamaya çalışmakta ama zaman kısıtları var, maliyet kısıtları var ve bütün kısıtlar altında kendilerinin alacakları performans teşvik ödemelerini en çoklayan girişim sayısını bulmaları gerekiyor. Çok ilgili olanlar için daha sonra bunları tekrar verebiliriz ama şimdi vakit de geçmesin, bu notasyonları, formülasyonları geçelim ve modelimizin nasıl çalıştığına bakalım. Modelde hekimlerin karar verme sürecinin dört aşamadan oluştuğunu görüyoruz. İlk önce girişimsel işlem üreten hekimler gelirlerini en çoklamaya çalışıyorlar. Yani elde edecekleri ek ödeme miktarını düşünerek hangi aktiviteden kaç tane yapacaklarına karar veriyorlar. Daha sonra bu karar altında serbest meslek icra edip etmeyeceklerine karar veriyorlar. Yani tam zamanlı mı yarı zamanlı mı çalışacaklar? Girişimsel işlem puanı üreten hekimler daha sonra hastane hizmet puan ortalamasını belirleyecekler ve bu puan üzerinden de girişimsel işlem üretmeyen personelin ek ödeme miktarları belirlenecek.

Şimdi burada örnek bir simulasyon sonucunu veriyoruz. Aslında pek çok simulasyon analizimiz var ama buradaki örneğin hepinizin ilgisini çekeceğini düşündük. Buradaki analizde kısmi zamanlı çalışan hekimler için belirlenmiş olan serbest meslek katsayısının 0.3'ten 0.2'ye düşürülmesi durumunda bizim performansla dayalı ek ödeme sisteminde nasıl bir senaryo değişikliği olacağını görmeye çalıştık. Burada ama dikkatinizi çekmek istiyorum, bu tamamen Türkiye'yi bir büyük hastane olarak gören bir model. Daha ayrıntılı bir model için daha çok veriye ihtiyacımız var. Ama sevindirici olan şu ki Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'nda bu yönde yapılan çalışmalar var ve daha ayrıntılı veri toplama konusunda ilerleme kaydediyoruz. Dolayısıyla daha ayrıntılı, daha detaylı verilerimiz olduğu vakit her il için, her hastane için, her bir hekim için ayrı ayrı böyle simulasyon modelleri oluşturabileceğiz. Onun için burada sonuçları analiz ederken biraz da ihtiyatlı olmak lazım, çünkü dediğim gibi bu başlangıç aşamasında ve bütün Türkiye'yi bir hastane gibi gören modelin ilk aşaması. Şimdi eğer kısmi zamanlı çalışan hekimlerin ek ödeme katsayısını 0.3'ten 0.2'ye düşürürsek simulasyon sonuçlarına göre pratisyen

yarı zamanlı hekimlerin toplam ödemeden aldıkları payın %45'e yakın bir miktarda azalmış olduğu görülüyor. Daha sonra yarı zamanlı uzman hekimlerin aldıkları miktarda da bir azalış olduğunu öngörüyor modelimiz, toplama baktığımız vakit toplam ek ödeme miktarında 260 milyon liraya yakın bir azalmayı öngörüyor modelimiz. Bunun nedeni de tam zamanlı çalışmak yerine istifa etmeyi tercih eden hekimlerin olmasıdır. Aynı zamanda hastane hizmet performans oranında bu hekimlerin ayrılması yüzünden %2.3'lük bir düşüş meydana geliyor. Hastane hizmet performans ortalaması düştüğü için de ek ödeme katsayısı da %4'e yakın bir miktarda düşüyor. Bütün bunlar bir araya geldiği zamanda ek ödeme teşvik miktarları bir bütün olarak azalmış oluyor.

Buradaki grafikte toplam ödemeden alınan payları görüyoruz. Burada da yine uzman hekimlerin elde ettikleri gelirden, büyük bir miktarda azalma olduğunu görüyoruz. Burada personel sayılarında değişikliği görüyoruz. En önemlisi pratisyen yarı zamanlı hekimlerin miktarı %17'ye yakın olarak azalıyor. Daha sonra yarı zamanlı uzman hekimlerde %31'e varan bir azalma var ve toplamda da 319 binlik bir azalma görülüyor. Burada da personel dağılımını görüyorsunuz, temel dönem açık renkliler, simulasyon sonucu olanlar da koyu renkliler olarak görülüyor. Yine burada bazı temel değişkenlerde simulasyon sonucunda meydana gelen değişiklikleri görüyorsunuz. Toplam fatura miktarı %2.2 azalmış, ek ödeme katsayısı 3.8, hastane hizmet puan ortalaması 2.3 kadar azalmış. Ek ödeme ortalamaları da burada yine görüyorsunuz ki azalmış, pratisyen yarı zamanlı hekimler için 600 liradan 400 liraya düşmüş %33'lük bir azalma, diş tabipleri için bir azalma söz konusu ve istifa eden ya da sistemden ayrılan hekimleri de görüyorsunuz burada. Toplam 257 hekimin modelden ayrılacağını, kamu sektöründe çalışmaktan vazgeçeceğini modelimiz öngörüyor.

Sonuç olarak şöyle söyleyebiliriz bizim arkadaşlarımızla birlikte yaptığımız bu çalışma performansla dayalı ek ödeme sistemini bir bütün olarak matematiksel olarak modelleyen tek çalışma ve bu simulasyon, -bir tane analiz gösterebildik- analizleri de bize herhangi bir parametrede yapılacak bir değişikliğin sonuçlarının nasıl olacağı hakkında bir fikir veriyor. Mesela burada yarı zamanlılar için katsayıyı 0.2'ye düşürmemizle sistemden ayrılmaların olacağını, ek ödeme miktarlarının düşeceğini, toplam ek ödeme miktarlarının düşeceğini ve ne kadar bir değişiklik olacağını bu modelle görmüş olduk. Biraz önce de söylediğim gibi verilerin detaylanması ve veri setimizin genişlemesiyle birlikte bu model daha da genişleyecek ve öyle umuyorum ki ileride politika yapıcıların başvuracakları bir araç olacak. Çok teşekkür ediyorum sabrınız için sağ olun.

Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU – Oturum Başkanı

Prof. Dr. Sayın Jülide Yıldırım Öcal'a çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten hocalarımızın söyleyecekleri çok şey olduğuna eminiz, sizinle bunların tümünü paylaşmak istiyoruz. O sebeple şimdi huzuruza Başkent Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Korkut Ersoy'u davet ediyorum, buyurun Sayın Hocam. Hocamız kalite konusuyla performans arasındaki ilişkiyi bize anlatacaklar.

Prof. Dr. Korkut ERSOY – Panelist

(Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi)

Sayın Başkan teşekkür ederim. Ayrıca bu toplantıyı düzenleyen Sağlık Bakanlığı'nı da kutlarım. Her zaman sağlık yönetimi ve sağlık işletmeciliği ile ilgili bir dinleyici kitlesi Türkiye'de gerçekten çok iyi vardır, yıllardır da bu devam eder. Ama bugün bu saatteki katılım ve gündüzki katılımlarda gösteriyor ki Türkiye'de gerçekten bu konudaki hassasiyet her geçen gün artıyor. Sağlık Bakanlığı da bu hassasiyeti desteklediği için, bilgiyle donattığı için düzenleyenleri kutlarız. Efendim ben tabii bir yandan da dinleyici arkadaşlarımıza bakıyorum, sunumlarda arkadaşlarımıza oldukça ciddi mesajlar verdiler. Programda bu oturum için de akademik bir bakış denmiş, ama ben programa baktım, sunumlara baktım, zaten sunumların hemen hemen tümü akademik bakış göstermiş. O yüzden sadece bu oturumumuz bir akademik bakışı temsil ediyor diye düşünmüyorum.

Kanada Sağlık Bakanı Elen Rock 1997'den 2002'ye kadar Sağlık Bakanlığı yapmış, şimdi de galiba bir Ottova Üniversitesi'nin Rektörü; "sağlık hizmetlerine ne kadar para harcadığımızı biliyoruz ama diyor bu paranın ne kadar işe yaradığı hakkında çok az şey biliyoruz" diyor. Bu anlamdaki yapılanma sadece Türkiye'nin sorunu değil. Yalnız Türkiye'nin galiba biraz da sorunu sağlık hizmetlerine ne kadar para harcadığını da çok iyi bilmiyor. Bir de o boyutu var maalesef Türkiye için. Ben Yaşar Hocayla galiba 1990'lı yılların başında beraber çalıştım Amerika'da bir altı ay kadar, derslerini aldım Yaşar Beyin, doktora derslerine devam ettim. O yüzden biraz da ilginçtir, hem onun yayınlarının da biraz da etkisi var. Biraz Yaşar Beye benzemiş benim sunumlarım. Bu sunumda o yüzden Yaşar Beye de teşekkür ederim, Türkiye'ye zaman zaman gelerek bize sağlık kurumları yönetimi ile ilgili çok ciddi katkısı olmuştur. O yüzden kendisine şimdi özellikle teşekkür ediyorum.

Sağlık sistemine makro ve mikro bakmaya çalışacağım. Sağlık sisteminin makro bakışta işlevleriyle amaçları ve performansı arasındaki ilişkileri şematik olarak Dünya Sağlık Teşkilatı da ifade etmeye çalışmış. Performans belirleyicileri entegre hizmetler, bunların erişilebilirliği, kalite, yeterli kaynaklar, eşitlik, hasta odaklılık, verimlilik gibi kavramların tümünün performansı etkilediğini ve bunların yüksek ya da daha düşük performans oluşturmalarına neden olduğunu söyleyebiliriz. Özet olarak bu makro bakışta ne, ne zaman, nerede, kim için ve bu süreçte hizmetler nasıl organize ediliyor, sunuluyor; bunun için gerekli kaynaklar nelerdir, bunun çıktıları nelerdir, acaba toplum sağlığında bu çıktılarla istendik değişimler yaratılabilmiş midir değerlendirmesi yapılması gerekiyor. Mikro bakış ise kurumsal performansı belki de hastane performansını ifade etmektedir. Burada performans kaliteyle verimliliğin bir fonksiyonu olarak görülüyor. Yani en yüksek verimi elde ederken en yüksek kaliteyi de elde etme amacı gözlenmesi gerekiyor. Bunun için verimlilik tanımlaması yine arkadaşlarımız tarafından çoklukla verildi. Bu girdilerle ne kadar çıktı yapıldığının ifadesi aslında verimlilik. Kalite ise çok farklı tanımları var kalitenin. Ben de eski bir kalite çalışanıyım ama bazen kalite çalışmak hoşuma da gitmiyor, konuşmak da hoşuma gitmiyor. Neden dersiniz bu çok kısa bazı programlarla kaliteyle ilgili

yapılan bazı işler sanki hastanelerdeki işlerin topyekûn kalitesini iyileştiriyormuş gibi düşünülüyor. Yani bir hasta tatmini araştırması yapılıyor hastanede, hastalara soruluyor memnun musunuz, değil misiniz? Zaten herkes memnun çıkıyor. Türkiye’de hiç memnun çıkmayan herhangi bir hastane olduğunu da zannetmiyorum. Şimdi buna bağlı olarak hastanenin iyi olduğunu düşünmek çok komik bir şey oluyor. Çünkü hastanın değerlendirildiği kalite iceberg in ucu gibi bir şey, aşağıda koca bir iceberg var, profesyonel kalite var. Profesyonel kaliteyi hastanın değerlendirme şansı yok. O yüzden yukarıdaki küçücük işte güvenlik hizmetleri nasıl? Temiz mi? Temiz. Yemekler sıcak mı? Sıcak. İşte parası nasıl? Valla devlet ödüyor paramızı da. E çok iyi o zaman kalite deyip çıkıyor, bitiyor ama böyle olmaması gerekir. Şimdi biz Amerikan literatürüne çok atıf yapıyoruz. Ben de Yaşar Hocam da söylüyor, 1979’dan beri ben de bu konularla ilgili çalıştım. Amerika’da çok büyük bir literatür var. Niye Amerika’ya atıf yapıyorsunuz? Yani Amerika özentiliğinden falan değil. Ama şöyle tarif edeyim, ben onu gerçekten sayarak baktım. Amerika’da hastane yönetimi ve sağlık yönetimi ile ilgili çıkan 1000 tane dergi var; kıta Avrupa’sında ise sadece on tane vardı. Bundan on yıl evvel bakmıştım. Yani arada çok büyük bir farklılık var. Yani odalar dolusu raporlar, kitaplar var. Sağlık ekonomisinden, maliyetlerinden tutun işte verimlilik ölçüm tekniklerine kadar. O yüzden biz Amerika’ya atıf yapıyoruz, Amerika’dan faydalaniyoruz doğrudur. Ama Türk insanının böyle çok ilginç bir özelliği var, alıyor bir yerden bir şeyi kullanıyor ve onunla her şeyi hallettiğini zannediyor. Onun altındaki bütünü, büyüklüğünü maalesef almıyor ya da almak istemiyor, daha kolaycı bir yol buluyor. O yüzden Sağlık Bakanlığı’nın şimdiki uygulamalarını ben takdir ediyorum yani bu sistemin temel bazı özelliklerine asılmasını, tutmasını gerçekten takdir ediyorum. O yüzden kalitenin de çok çeşitli tanımları var. Yani insanın beklentisinin üstünde bir şeyle karşılaşırsa insanlar ona kaliteli diyor. Yani burada işte ses sistemini bu kadar iyi beklemiyorduk, çok kaliteli ses sistemi diyoruz bitiyor iş yani. Varlık, yokluk bile kalite. Yani bu ses sistemi varsa kalite, yoksa çok kalitesiz bir ortam diyebiliyoruz. O yüzden kalite tanımları da çeşitli.

Ben çok kısa olarak hastanenin bu karmaşıklığını bir ifade etmek istiyorum. Hastane çok zor bir örgüt. Yani literatür, burada yönetim organizasyoncu hocalarımız da var. Sahiden dünyanın en karmaşık örgütüdür hastane, yönetilmesi en zor olan örgütüdür hastane. Bu nedenle hastane yönetimine soyunup hastanenin içindeki bu girdi-çıktı oranlarını tespit etmek, verimliliğine bakmak, kalitesine bakmak falan çok çok zordur. Yani gerçekten NASA ile mukayese edilen, NASA kadar karmaşık olduğu düşünülen, tam teşekküllü bir hastanedir. Bu nedenle hastane yönetimi işini hiç hafife almamak lazım. Ya da hastanedeki kalite ölçüm işlerini. Şimdi ben hep bir fırın bir üretim süreci örneğini veriyorum, bir fırın ekmek üretir. Hastane de bu işte ICD-11’e göre 1000’in üstünde üretim hattı var. Yani bir ekmek fabrikasının üretim hattında bir ekmek üretimi işini kontrol ederken siz hastane yönetiminde en az 1000 tane, tam teşekküllü hastanede en az 1000 tane üretim sürecini, verimliliğini ve kalitesini kontrol etmek durumundasınız. O yüzden işin bir kere büyüklüğünü ve önemini muhakkak tutturmak lazım. Şimdi tabii arkadaşlarımızın Türkiye’de bu konuda çalışma yapmak da çok zordur, sizler de gözlüyorsunuzdur. En önemli kısmı veri, çünkü biz veri toplamak için uğraşırız, araştırma için uğraşmayız yani veri toplamak için uğraşırız. Ben 1980 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı’nın hastanelere

yönelik, hastanelerden topladığı bütün veriyi, merkezi bilgiyi hepsini bilgisayar ortamına aktardım. Ama çok zordur, oradaki veriler çok kısıtlıdır. Jülide Hanımın da biraz evvel ifade ettiği gibi. O yüzden bu hastanenin bir karmaşasını muhakkak ifade etmek istiyorum.

Yine biraz evvel Yaşar Hocanın koyduğu grafiğin hemen hemen aynısını ben de ifade ediyorum. Yani burada yüksek performans olması için hem yüksek kalite olacak, hem yüksek verimlilik olacak. Yani en az çıktıyla, en yüksek kaliteli hizmet veriyorsanız yüksek performans, bu istendik köşe, bu üst taraftaki istendik köşe. Bunun diğer tarafları bakıyorsunuz verimlilik düşük, efendim kalite yüksek, bakıyorsunuz verimlilik yüksek, kalite düşük ya da her ikisinin birden düşük olduğu köşeyi gözlüyoruz. Bunları acaba nasıl ele alabiliyoruz? Eğer verimlilik çok düşükse o zaman maliyet analizleriyle, kullanım incelemeleriyle, hekim profiline, hekim eğitimine, hekim sürekli eğitimine ya da hekimin antibiyotik yazmasından tutun bütün çalışma programlarının incelenmesinden kaynakların yönetimine kadar ele alınıp, verimliliği artıracak yöntemler aranabilir diye düşünüyoruz. Yalnız burada hocam da bana kaliteyle ilgili atıf yaptı, profesyonel kaliteyi geliştirecek olan profesyonellerin kendileridir. Şimdi aslında Sağlık Bakanlığı'nın uzman dernekleri ile işbirliği yaptıklarını ya da ortak çalışmalar yürüttüklerini duydum. İşin en önemli noktalarından biri de burasıdır. Yani siz hastanede oturarak kalite standartları ya da kalite ölçütleri geliştirip, bunların üzerinden standartlar geliştirip, bunların takibini yapabilirsiniz ama bu çok kısıtlıdır, sadece sizin hastanenizle ilgilidir, genel geçer olmaz, belki de doğru değildir. Bunları yapacak olan muhakkak uzmanlık dernekleridir yani o profesyonel işi sunan, hizmeti sunan, profesyonelce sunan uzman dernekleri bunları tespit edecek, benim ölçütüm şudur diyecek. İşte sezaryende bir bebeğin operasyonla dışarı alınmadaki zaman bir ölçüttür. Efendim şu 35 saniyenin üstündeki de, hayır bebeğe zararlıdır, 35 saniyenin altında olması lazım bir kalite standardıdır. Tabii bunlar olmadan bir verimlilik artışına yüklenmek çok ciddi tehlikeler doğurur. Yani daha fazla prim almak için ve daha verimli görünmek için acaba neler yapılıyor? Acaba bu sistem gelmeden evvel çalışılan, kullanılan hizmetler bugün nasıl kullanılıyor? Yani bir manyetik rezonans ne kadar kullanılıyor? Bir ultrason ne kadar kullanılıyor? Acaba gereksiz kullanımlar var mı bunların içinde? Yani sonuçta yönetimin en asli sorumluluklarından biri de kaynakları iyi kullanma sorumluluğudur. Yoksa kaynakları sonuna kadar kullanıp, daha fazla hastayı sistemin içinden geçirmek değildir. O yüzden kaliteyle verimlilik dengeli olması gereken bir yapıdır. Her zaman çok verimli olan, çalıştığı gözlenen yerler çok kaliteli diye ifade edemeyiz. Ben mesela halen daha kaliteyle ilgili bazı şeylerin Türkiye'de var olduğunu anlayabilmek için şuna bakıyorum; biz Amerikan literatürüne baktığımızda adam diyor ki otopsi oranlarına bakılır diyor, bir hastanede ölen hastalar içerisinde kaç kişiye otopsi yapılıyorsa o hastane o kadar iyi hastanedir diyor. Allah Allah, biz de hiç öyle bir oran yok, hiç öyle bir şeye bakılmıyor. Bizde acaba hastaneler böyle tanıtım yaparlarken hani reklam yapmaları yasaktır, kendi tanıtımlarını yaparken acaba diyebiliyorlar mı ben işte bu operasyondan sonraki enfeksiyon hızım benim hastanemde şudur. Yani bakacak diğer hastanelere, demek ki benim enfeksiyon hızım diğerlerinden daha yüksek o zaman bana hasta gelmeyecek falan gibi mi? Böyle bir yarışma ortamı henüz daha Türkiye'de yok, maalesef yok. Ama bu olmadan da hastanede kaliteden bahsetmek biraz komik oluyor. Onun için

Amerika'nın gidiyoruz bir yerinden bir şey alıyoruz. Ben Yaşar Hoca ile çalışırken Yaşar Hoca'nın kullandığı matematiksel modeli geldim Türkiye'de kullandım, güzel. Yani biz de yapabiliyoruz, zor bir şey değil. Fakat dönüp de baktığımız zaman o dönemde bizle beraber çalışan okuma yazma bilmeyen arkadaşımız vardı. Benim masamda da bilgisayar var, ben de o modelleri kullanıyorum ama yanımdaki eleman okuma yazma bilmiyordu. Bununla olmuyor sistem, böyle yürümüyor maalesef. O yüzden ben kalite dediğim zaman, göstergeler dediğim zaman biraz daha önemli, net, işte ameliyat hızı gibi ya da taburcu olmuş kişilerin hastaneye dönme zamanı. 24 saat içinde geliyor mu, kaç kişi geliyor işte ne bileyim bir ay içinde tekrar geri dönüyor mu? Bunlar önemli, adamı tedavi ettin mi, etmedin mi o gösteriyor.

Bir de yani kusura bakmayın bu tatmin araştırmalarını sevmiyorum dedim onun için de kalite konuşmak çok hoşuma gitmiyor. Adam hastaneden çıkar gider, hastaneyle ilgili teması kalmaz, acısı yoktur artık yani ameliyat falan olduysa diyorum tedavi olmuştur ya da uzamıştır süreci ama 15 gün sonra falan adamın dikişleri alınmıştır, ondan sonra sorarsanız hastaya sen bu hastaneyi nasıl buldun diye. Bunu önce hasta yatakta yatarken gidip sorarsanız, mikrofona uzatıp ya bu hastane nasıl diye adam korkuyla tabii ki iyi diyecek başka bir şey diyemez ki, olumsuz bir şey diyemez ki korkuyor hasta, hasta çok zayıf, hasta tamamen teslim oluyor hastanede. Öyle sistem yok dünyada yani tamamen teslim olup, bana ne istersen yap. Ya sana kaç dikiş atayım diye sana kimse sormuyor ki, sana antibiyotiği ne kadar vereyim diye de kimse sormuyor. Hasta her şeyi kabul etmiş halde, tamamen teslim olmuş halde. O yüzden buradaki beklentilerini hastanın profesyonel beklentilerini muhakkak kurumlar, örgütler bunları sağlamış olmasını bekliyoruz.

Diğer boyuta geçiyorum, eğer bunların ikisi de kötüyse dedik, biraz evvel Yaşar Hoca da iki kitabının başlıklarını söyledi ya muhakkak Sağlık Bakanlığı'nın bugün yaptığı gibi çünkü Türkiye'nin halini ben bu köşede görüyorum, kötü durumda görüyorum, ben bile hep olumsuz baktım. Sağlık Bakanlığı'nın bugün yaptığı işler "reengineering" anlamındadır. Yani reformisttir, temelden bazı değişiklikler yapıyor Sağlık Bakanlığı, oturdu hastaneleri birleştirdi yani 1960'da ilk beş yıllık kalkınma planından beri yazılan, işte bu kurumların birleştirilmesi gerekir diye yazar. Biz de derslerde anlattık falan. İlk plandan beri yazıyor, bu Bakanlık yaptı bunu yani sonuçta. Tam gün falan bunları telaffuz edecek adam, babayığit yoktu yani, tam güne geçeceğiz falan. Nerede? Kim geçecek? Amerika Birleşik Devletleri'nde Kennedy'nin öldürülme nedenlerinden biri olarak bu söylenir. Yani bu full-time'a geçilmesi söylenir. Evet, 2000'li yıllar biterken yani bu yıllarda yöneticiler, bu sağlık kurumu işletmecileri nasıl olmalı? Stratejist olmalı. Geleceği biçimlendiren, esnek, uyum sağlayıcı yapılar geliştiren, tasarımcı olmalı, yakın ve uzak geleceğin gerçekleri doğrultusunda değişime, gelişmeye açık, katılımcı, önder olmalı diyoruz. Bunları yaparken de tabii hekimlere ve çalışan personele yol göstermeli, katılımcı süreçler geliştirmeli, kaliteyi destekleyecek ve bu kalite ve yönetsel strateji problemlerini çözmek için de bilgi desteğini etkinleştirmesi gerekiyor.

Şimdi bilgi desteği deyince bizim arşiv dosyaları maalesef böyle. Bu da belki iyi dosyalardan, yapılardan biri. Hasta dosyalarını yine ben eski konuşmalarım da

muhakkak bununla bağıyorum. Hastanede üretilen her şeyin göstergesi hasta dosyasıdır arkadaşlar. İster elektronik ortamda olsun, ister kâğıt ortamında olsun. Yazarın biri diyor ki eski, ben onu beğendim diyor ki; bilgisayarı boş verin diyor. Önce kurşun kalem ve kâğıt kullanmasını öğrenin hastanelerde diyor. Tabii ki toplanan bu bilgilerin işe yarar bilgi olması lazım, işe yaramayan bilgiyi topladığınız zaman kimse toplamaz onu. Doktorda doldurmaz o formu, hemşirede doldurmaz o formu, o bilgisayardaki formu da. Neden? Yani yönetici bunu kullanmalı, yönetici alacak bu bilgiyi ya da bu büyük datayı bilgi haline dönüştürülmüş şekilde kullanacak yönetici, karar verecek. Tabii ki bu prim sistemleri vs. bunlara yol açtı. Ben çok eski konuşmalarım da söylemişim, bunu düzeltecek olan Sağlık Bakanlığı demiştim. Hem de para, parayı veren düdüğü çalar. Parayı veren sistem, SGK buna asıldı, hastaneler başladı içe dönüp kendi verimliliklerini, kaliteyle ilgili yapılarına bakmaya. Yoksa ondan evvel kimse bakmıyordu. SGK ne kadar sıkıştırırsa Türkiye'deki sağlık sistemi o kadar düzgün olacak, kimse kusura bakmasın yani ne hastane tarafı, ne SGK ya da ne Sağlık Bakanlığı. Parasını ödüyor SGK bunun yani bakacak tabii ki faturanın içine ne var ne yok bunun içinde. Bunun içinde baktığı yerlerin hepsi tedavi süreçleri, bakım süreçleri ve onların altındaki detaylar tek tek ve o hastanın dosyası.

Platon'un mağarası diyorlar, bunu beğendim geçenlerde Milli Güvenlik Akademisi'nde de konferans verdim. Platon M.Ö. 400 yıllarında yaşamış işte Yunanlı bir filozof. Biz de Eflatun diyorlar Platon'a, Sokrat'ın öğrencisi bu. Aslında adı da Aristoteles Platon'un adı. Bu aristokrasinin ya da aristokratlar kelimesinin kökeni de buradan geliyor. Bir mağara metaforu var bu adamcağızın bir benzetmesi var. Bu mağara ne? Evet, çok karanlık. Diyor ki; insanlar bir mağaranın içinde doğarlar, bu mağaranın içinde insanlar yan yanadırlar ve sırtları mağara girişine dönüktür, karşılarında bir duvar vardır, bu insanlar sağa sola kafalarını oynatamazlar ya da yandakilere değemezler, onları da göremezler, insanlar toplum içinde yaşarken kendilerini de göremezler. Bunlar sadece mağaranın kapısından gelen ışıktan mağaranın önünden geçenlerin silüetlerinin yansımaları görürler duvarda ve bütün dünyayı, bütün her şeyin öyle yürüdüğünü bilirler diyor. Burada ifade ettiği şu kişiler onlar, karşılarında da bir akis var duvarın üstünde. Dışarıdan gelen, burada yanan ateşin ya da dışarıdan gelen ışığın bu hareket edenleri yansımaları. Ve bütün dünyanın, bütün düzenin bu akislerden ibaret olduğunu bilir bunlar, orada doğar, orada ölürler. Yalnız zaman zaman içlerinden, bu mağarada yaşayanlardan biri bu zincirlerini falan kırar dışarı çıkar diye geçiriyorlar. Dışarı çıkar ve bakar ki diyor dünya bu kendi bildikleri dünya değil, düzen o düzen değil. Gördükleri, bildikleri her şey zahiriymiş. Aslında gerçek dışarıda geçen şeyler, mağaranın önünden geçen hayvanlar, insanlar, kokuları, yaptıkları işler farklıymış ve onun için döner geriye, bu mağaradaki insanlara, bunu anlatmaya çalışır diyor, anlatmaya çalışır, ama anlatamaz diyor. Çünkü o insanlar hep o mağarada yaşamışlardır, karanlığın içinde yaşamışlardır, aydınlığın ne demek olduğunu bilmezler diyor. O yüzden de, M.Ö. 400 yılında, insanlara bunu anlatmanız çok zordur, size inanmazlar diyor.

Bence sağlık sektörü de böyle muhakkak bilgi işine inanması lazım. Bilgiyi toplayacak sağlık sektörü. Bakın arkadaşlarımızın sunduğu, sabah sunanların hangisine

bakarsanız bakın, sağlıkla ilgili Türkiye’de yapılmış olan bütün araştırmaların temelinde bilgi varlığı ve yokluğu sorunu vardır, doğru bilgi tutulma sorunu vardır. Burada hastanelerden gelen arkadaşlarımızda bunların temel yapılarından muhakkak bir tarafı da hastanelerden gelen bilgilerdir. Hastalıkla ilgili bilgiler, ölüm ile ilgili bilgiler, süreçle, bunların tedavi süreçleriyle ilgili bilgiler. Ve ben halen daha şunu ifade ediyorum, Türkiye’de insanların neden hastalandığını, neden öldüğünü biz halen bilmiyoruz. O yüzden sağlık sektöründeki matematiksel modellerle ifade ettiği makro planlamaları, stratejistlerin yapacağı, alacağı kararların doğruluk payı zayıf. Sağlık sektöründe doğruluk payı zayıf kararlar kullanamazsınız. İnsanların hayatıyla ödenir bu. Burası turizm sektörü değil, adam gelmeye verir turist ne olacak? Onun da parasını kazanmazsın, kötü bir otel dersin burası, geçer gidersin. Hayır, sağlık sektörü öyle değil. Hepsi insan hayatıyla ödenir, tek tek. Bunlar ölçülebilir. Yani radyasyon yayılımının, Çernobil patlamasının Türkiye’de nasıl etkisi oldu? Ölçemeyiz, çok zordu falan dediler, hepiniz biliyorsunuz ki gayet güzel de ölçülür yani. Ölçülemeyecek bunun herhangi bir tarafı yok. Bütün iş eldeki kayıtlara bakmaktı, eldeki kayıtları tutmaktı, kanser kayıtlarını tutmaktı, Karadeniz Bölgesi’nden gelen kanser kayıtlarını incelemektir ya da bundaki artış trendini görmektir gibi. O yüzden sizlere ve çağdaş yöneticilere, sağlık yöneticilerine, hastane yöneticilerine, bu konuda çalışanlarına bu da çok güzel olmayabilir, eleştiriler olabilir ama bu türlü entegre bir bilgi sisteminin olmasını arzu ediyorum sizlerin de kullanmanız için, Sağlık Bakanlığı’nın da kullanması için ve size beni sabırla dinlediğiniz için çok teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU – Oturum Başkanı

Sayın Prof. Dr. Korkut Ersoy’a doyurucu ve renkli sunumları için çok teşekkür ediyorum. Günün son konuşmacısı Sayın Doç. Dr. Hamza Ateş. Sayın hocamızı kürsüye davet ediyorum. Kendisi Kocaeli Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü’nde öğretim üyesi. Sağlık sektöründe ciddi deneyimleri olan bir akademisyen arkadaşımız. Hocamızın sunumu “Kamu Sektöründe Performans Yönetimi Uygulamaları: Sağlık Bakanlığı Örneği” olacak. Buyurun Sayın Hocam.

Doç. Dr. Hamza ATEŞ – Panelist

(Kocaeli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi)

Öncelikle günün bu son konuşmasında birkaç hususa dikkat çekerek konuşmama başlamak istiyorum. Hocalarımızın da bahsettikleri gibi dünyada yeni ama oldukça da önemli bir konuyu gündeme getirdiği, akademik ortamda tartışılmasını sağladığı ve daha da önemlisi siz sağlık çalışanlarını bu sürece dâhil ettiği için Sağlık Bakanlığı’na ve Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı’na içtenlikle teşekkür ediyorum. Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi konusunda bilincin sağlanması önemli, çünkü sağlık profesyonelleri bu işe el atmak durumundadır. Başarıya

ulaşabilmek için bu alan yalnızca akademisyenlerin uğraş alanı olmaktan çıkarılmalıdır. Bizler konuşmayı çok severiz, nitekim bakın saat 17:20. Şu anda çoktan programın bitmiş olması lazım. Performanstan bahsederiz, kaliteden bahsederiz değil mi? Performansın en önemli unsuru kalitedir, kalitenin de önemli unsurlarından bir tanesi zaman kullanımıdır. Dolayısıyla bakın hal-i pürmelâlimiz bu. Sizler bu konuya el atmadığınız müddetçe durum biraz da bundan ibaret olacak.

Ben bu konuşmamda sağlık hizmetlerinde performans yönetimi konusunu ele alacağım. Akademisyenlerin konuya bakışını belki her zaman dinliyorsunuz ama performans yönetimine akademik bakış nasıl olur diye sorarsanız iki farklı yöntemden bahsedebilirim. Birincisi, sizleri -sizler zaten bu konuda işin bir tarafısınız diye düşünüyorum- birtakım rakamlarla, figürlerle, anlaşılmayan şeylerle meşgul etmek olabilir. Çok fazla sayı veririz, çok fazla rakam veririz, ama pazartesi günü işe döndüğünüz zaman bu oturumdan geriye kalan ne vardı diye bakarsanız "Evet bir hoca vardı, güzel konuşmuştu ama ne demişti? İyi bir şeyler söylemişti" der geçersiniz. Peki, ama ne söylemişti? Biz bazen işin özülle şeklini karıştırıyoruz. Bunu da ters zamanlarda yapıyoruz. Bazen usul özden önce gelir. Hani eskiler ne güzel söylemişler, "Vusulsüzlük usulsüzlükten olur". İşte vusul dediğimiz şey performans. Yani performansımız düşükse yöntemimizden kaynaklanıyor, günümüz Türkçesiyle tercümesi bu. Ama diğer taraftan bakınca gerçekten bu işi meslek edinenler bile aynı hataya düşebiliyor. Bir başka husus, biz akademisyenler genellikle kendi uzmanlık alanlarımızın esiri oluyoruz. Sizlerin, yani sağlık çalışanlarının da zaman zaman aynı hataya düştüğü oluyor. İşin bir tarafını, yani hizmet alan tarafını zaman zaman ihmal ettiğimiz oluyor. Yazdığımız reçetelerin gerçekten okunup okunmadığını, onun ötesinde reçetelerimizin kimin tarafından okunacağını hiç merak ediyor muyuz? Bir bakıyorsunuz çok teknik bir konu, ben bir üniversitede akademisyen olduğum halde anlayamıyorum. Yoksa anlaşılmasın diye mi yazılıyor? Acaba konunun bir tarafı olan vatandaş ilaç kullanımında daha bilinçli olsun diye daha basit, anlaşılır bir dilden yazamaz mıyız? İşte şu andaki sorumuz da galiba biraz böyle.

Diğer taraftan, bizler sağlık hizmetlerinin toplumsal tarafını ihmal ediyoruz. Gerçekten bu durum biraz da böyle ama işin nihayetinde toplum yararı, hizmetlerimizden yararlananlar ön plana geliyor. Dolayısıyla kamu hizmetlerinden yararlananlara da hizmetin diğer unsurları kadar dikkat edilmeli diye düşünüyorum. Bir başka husus, öz ve şekil birbirine karıştırılıyor. İnsan algılayışımız da bu durumu etkiliyor. Örneğin performansa dayalı ücret dedik; bu durumda ücretini artırdığımız zaman insanların daha fazla memnun olacaklarını, daha fazla performans sergileyeceklerini veya performanslarını artırmak için çaba sarf edeceklerini mi düşünüyoruz? Yani insanların motivasyonunu artıran şey sadece para mıdır? 1920'lerde insanların "makine" olarak algılandığı zamanlarda böyle düşünülüyormuş arkadaşlar. Ama aradan çok zaman geçti, yaklaşık 100 yıl geçti. Bu süre içerisinde "insan" denen olgunun da gerçekten performansta önemli bir unsur olduğu anlaşılıyor. Ama biz her nedense bunu işin özüne çok fazla dâhil edemiyoruz, sadece mekanik bir olgu olarak bakıyoruz. Çok güzel bir bilgisayar sistemi kurarsınız, çok iyi formülasyonlar yaparsınız ve dersiniz ki "Tamam benden bu kadar, bundan sonrası senin işin, performansını iyileştir". Hedeflediğimiz sonuca ulaşamayınca da, toplumu suçlarız,

“bu milletten adam olmaz” deriz. Hâlbuki olayın toplumsal yönü, psikolojik yönü ve insan yönü çok önemlidir. Çünkü neticede hepimizin temel uğraş alanı insan. Sizler insanın yaşatılması için uğraş sarf ediyorsunuz, bizler de bu işi nasıl daha iyi yapabiliriz diye uğraş veriyoruz.

Gördüğünüz gibi gerçekten işin ruhuna uygun olarak biraz akademik bakış yapmak istedim. Şimdi size oturup da kalite nedir, performans nedir bunu anlatacak değilim ama işin özünü asla unutmamak lazım. Performans “iş başarımı” demek, o kadar basit. İster kurumsal performans olarak, ister bireysel performans olarak adlandırın sistemlerimizi kurarken özün işi yapmak ve bunu sağlayıcı mekanizmalar oluşturmak olduğunu unutmayalım. Ama bundan daha önemli bir şey daha var, “doğru işi yapmak”. Yanlış işi yapmak herhalde hiçbirimizin arzu edeceği bir şey değildir. Ben bir yönetim bilimci olarak başka bir şey daha söyleyeyim; dünyada belki de en etkili, verimli, ekonomik işleyen kurum mafyadır. Çünkü maliyeti çok azdır ve çok hızlı iş görür. İki senede adalet sisteminin çözemediği sorunu çözer ama bir şeyi eksiktir, yanlış bir iş yapıyorlardır. Yanlış işi doğru yapmak da kesinlikle çözüm değildir, hatta daha da kötüdür. Tıpkı, mafyanın iyi çalışması gibi...

Performans yönetimi sistemi niçin kurulur? Bu kadar zahmete niçin katlanılır? Süreçlerimizde ve sonuçlarımızda iyileştirme sağlamak için... İyileştirme için de öncelikle gereksinim duyulan şey bilgidir. Performans demek bilgi demektir; performans yönetimi, bir anlamda bilgi yönetimidir. Bu yüzden, bilginin nasıl elde edildiği ve o bilginin yönetsel kararların iyileştirilmesi için nasıl kullanıldığı çok önemlidir. Asıl sorun, elde edilen bilgiyi ne yapağımızdır. Bilgi yenilir, içilir bir şey değil. İki gün sonra bu bilgi başınıza bela da olur. Önünüze dosyalar yığıldığı zaman ne yaparsınız? Bilgi tek başına bir anlam ifade etmez; bilginin işe yarar hale gelmesi, yönetmek için elverişli hale dönüştürülmesi şarttır. Bilgi önemlidir, ama bilginin kullanılabilmesi daha önemlidir. Diğer bir ifadeyle, yönetim için kullanılabilir bilgi önemlidir.

Öte yandan, işin başında öncelikle yapmamız gereken şeylerden birisi, amaç ve niyetimizi gözden geçirmek olmalıdır. Niçin performans yönetimi sistemi kuruyoruz? Performans yönetimi sistemini kurduk, peki bu sistemi nasıl iyi bir şekilde çalıştırırız? “How” değil, öncelikle “why”. İşte bu noktada doğru işi yapıp yapmadığımız çok önemli. Çünkü, bir işin başarısını ancak, o işi yapmakla varmak istediğimiz amaca bizi ulaştırıp ulaştırmadığıyla ölçebiliriz. Bir başka deyişle, sunulan hizmetlerin durumunu ve amacına ulaşip ulaşmadığını takip etmek için performans yönetimi sistemine gereksinim duyarız. İkinci olarak, yöneticilerin karar verme yetenek ve yeterliliklerini artırmak amacıyla; üçüncüsü hesap verebilirliği sağlamak amacıyla; dördüncüsü verimlilik ve yaratıcılığı teşvik etmek için; beşincisi bütçe performansını artırmak ve son olarak ise vatandaşların talepleriyle hizmet sunumumuzu eşleştirmek amacıyla performans yönetimi sistemine ihtiyaç duymaktayız. Kısaca ifade etmek gerekirse, toplum ve insan odaklı olmak performans yönetiminde önemlidir. Öncelikle doğru işleri yapmayı hedeflersek ve bundan emin olursak artık o işleri nasıl doğru yapacağımızın detayları üzerine yoğunlaşabiliriz.

Belki birçoğunuzun özel sektör tecrübesi vardır. Özellikle sağlık çalışanlarının kamu sektörü-özel sektör ayırımına çok fazla dikkat etmediklerini veya yeteri kadar dikkat etmediklerini gözlemliyorum. Bir kamu kurumundan bahsediyoruz ama sanki özel sektör kurumu gibi yeniden yapılandırmak, gerekirse kapatabilmek, kâr amaçlı olarak bütün sistemi değiştirmek gibi çok radikal kararlardan söz ediyoruz. Hâlbuki gerçekten bizi kısıtlayan önemli hususlar var. Nasıl mı? Şöyle ki; üçgenin üst kısmı kamu ve özel sektörde birbirine benzer. Çıktı ve sonuç belirleme müşteriye ve çalışanlara göre değerlendirilir. Ama üçüncü kısım, yani sahipler, ortaklar ve onların kâr düşünceleri noktasında kamu sektöründe durum biraz farklı, detaylarda küçük bir fark var; kamu yönetimi, hükümet, meclis ve vatandaş. Bunları da dikkate almak durumundayız. Ayrıca toplumu da dikkate almak durumundayız. Peki, bu ne demek? Bu fark, hükümetin, diğer kamu kurumlarının, hukuki çerçevenin, toplumsal taleplerin ve siyasi sistemin dikkate alınması demektir. Çünkü bu bize mali kısıtlar getirecek, hukuki çerçevede her istediğimizi yapamayacağız. Kendi şirketiniz veya bir hastaneniz olsa hukuki düzenleme veya regülasyon koyma gibi bir derdiniz olmaz, istediğiniz şekilde çerçevenizi belirlersiniz. Ama kamu sektöründe öyle değil, dur bir dakika derler, her istediğinizi yapamazsınız. Siyasi etkileri dikkate alacaksınız, en önemlisi sosyal boyutu dikkate alacaksınız.

Sorunlarımızın bir kısmı sosyal boyut dikkate alınmadığı için ortaya çıkıyor. Bir zamanlar hükümetlerin birisi bütün illere yaşlılar için huzurevi yapma projesini düşünmüş ve hayata geçirmiş, bütün illere huzurevi yapmış. Çok basit olarak kişi başına düşen nüfusa göre yatak sayısını hesaplamış. Ancak batı illerinde yapılan huzurevleri ihtiyacı karşılamadığı halde, doğu illerinde hiç talep olmamış ve bugün bunlar yatılı bölge okulları olarak kullanılıyor. Çünkü Doğuda yaşlılarını huzurevine yatırmayan, bu durumu kendisi için zül addeden, vicdanen kabul etmeyen insanlar var. Başka yerlerde ise biraz daha farklı düşünen insanlar var, bir ülkede olan şeyler bunlar. İşte bu toplumsal dinamikleri düşünmeden ülkenin her tarafına standart bir şey yaparsak, daha sonra neden olmuyor diye yaşanan aksaklıklardan ötürü sisteme bir şeyler ilave etmeye çalışırız. İşte sıkıntılarımızdan bir tanesi bu, dolayısıyla kamusal alanı dikkate almak gerekiyor.

Diğer bir husus, performans yönetimi sürecini dikkate almak durumundayız. Biz parça parça bir şeyler yaptığımızı düşünüyoruz, bu konferansta sunulan tebliğlerden de anlaşılıyor ki, gerçekten de önemli işler yapmışız. Sağlık Bakanlığı diğer bakanlıklara örnek olabilecek pek çok çalışma yaptı; Türkiye’de hiçbir bakanlıkta, hiçbir kamu kurumunda bu derece ileri düzeyde performans yönetimi dikkate alınmadı. Hatta Sağlık Bakanlığı’nın uygulamaları, başka pek çok ülke için de örnek oluşturabilir. Ama dikkat edin, performans yönetimi deyince bireysel performans ölçümü ve ücretlendirme modeli ile birkaç uluslararası standart ile hastanelerin kurumsal performans ölçümü dikkate alınıyor. Peki, hepsi bu mu? Hâlbuki performans başka şey demek, mevcut uygulama sadece ölçmeden ibaret, performans yönetimi ise farklı bir şey. Artık ölçümden yönetime geçmek, öncelikle performansı planlamak ve doğru karar vermek durumundayız. Bir hastane düşünün, 15 bin nüfuslu bir yerde 500 yataklı bir hastane. Biz o hastaneyi yaptık, büyük paralar harcadık. Peki, o hastanenin kaderi nedir? Verimsiz çalışmaktır. Çünkü o hastanenin kapasitesini

karşılayacak hastayı bulamazsınız. Hastaneyi önce doğru yere yapacaksınız. Sağlık politikalarıyla ilgili kararlarımızın makro boyutta doğru olarak alınması lazım, belki öncelikle bunu yapmak lazım. Bunun bir analizi yapıldı mı? Umarım yapılmıştır ama bir akademisyen olarak bunun yeterli olduğunu düşünmüyorum.

Öncelikle makro boyutta doğru kararları almamız, yani işin felsefesini iyi belirlememiz gerekmektedir. Bu da, ciddi toplumsal araştırmaların ve iyi bir fizibilite çalışmasının yapılmasını gerektirir. Örneğin, gerçekten çalışanların ücretlerine artış yaparak performanslarını artıracaklarına kani miyiz? Bir insan düşünün ki, daha çok para vererek daha fazla iş yaptırıyorsunuz. Yani bir arabaya daha fazla benzin koyarsak daha iyi mi çalışır? İnsanların performansını etkileyen başka unsurlar yok mu? İnsanlar araba veya mekanik bir sistem mi? Duyguları, düşünceleri veya motive olabilecekleri durumlar yok mu? Bütün bunları bir bütün olarak ele almak durumunda değil miyiz? Ben yine de en azından performans ölçümü ve denetimi konularında Sağlık Bakanlığı'nın oldukça başarılı olduğunu düşünüyorum.

Peki, performansı ölçtük, bu bilgi elinizde, şimdi ne yapacaksınız? Tabi ki gereğini yapacaksınız. İşte o gereği, sadece para vermek değildir. O gereği, sadece ölçüm sonuçlarına göre değil toplumsal boyutu da düşünerek sorunun kökenine inip pek çok veriyi bir arada düşünüp ona göre önlemlerin alınmasıdır. Esas olan da budur zaten. Burada önemli gördüğüm birkaç husus var; kamu politikalarının performans ölçümü çok önemli. Daha sonra kamu programlarının, kamu kuruluşlarının ve son olarak bireylerin performansının ölçümü gelmektedir. Biz performans ölçümüne aşağıdan başlarsak, mesela bireylerin performansından başlarsak adaletsizliğe yol açmış oluruz. Ters durumda, sadece kurumsal performansı ele alıp bireysel performansa teşmil edersek de hata yapmış oluruz. Bir sekreter düşünün; onun işi dosya getirmek, imzalatmak ve gelen telefonlara cevap vermek olsun. O işini çok iyi yapıyor olabilir. Bir dosya işlemi için üç dakikalık bir süre belirlemiştinizdir, o iki dakika gibi kısa bir sürede tamamlıyor ve amirine teslim ediyor olabilir. Ama aynı dosya amirin masasında bir ay bekliyor olabilir. Bu durumda sekreter işini ne kadar hızlı tamamlarsa tamamlasın, diğer bir ifadeyle performansı ne kadar yüksek olursa olsun bitmeyen bir işlem söz konusu. Sistemden yola çıkarak işe başlarsanız bu sefer sekretere haksızlık etmiş olursunuz. Tam tersine kurumsal performansı iyice oturtmadan bireysel performansı ölçmeye başlarsanız adaletsizlik yaparsınız. Bireysel olarak herkesin performans puanının 80-90 olduğunu düşünürsünüz, ama kurumsal performansta bir şey yok. Sağlık alanıyla ilgilenen birisi olarak gördüğüm pek çok sağlık kurumunda benzer durumla karşılaştığını söyleyebilirim.

Nelere dikkat etmemiz gerekmektedir ve ne yapmalıyız? Öncelikle işin felsefesinden başlamak durumundayız. İyi belirlenmiş bir vizyolumuz, misyonumuz ve amacımız olmalı. Buna uygun bir performans ölçüm ve hedef seti ortaya koymalıyız. Kurumsal olarak bu işi sahiplenmeli, hesap verebilirliği sağlamalı, performansın sürekli gözden geçirilmesini temin etmeli ve bu sürecin arkasında durmalıyız.

Peki, Sağlık Bakanlığı performans yönetimi konusunda ne yapmış? Gerçekten şu anda geline nokta ciddi bir katkı aslında. Performans yönetimi uygulamaları 2003 yılında

başlamış ve bugüne kadar başka kurumların yapamadığı adımlar atılmış. Bireysel performans ve kurumsal performans değerlendirmesinin yapıldığı görülüyor, yönetici performansına ilişkin çalışmaların yapıldığı söyleniyor, ikincil mevzuatın çıkarıldığı belirtiliyor. Ama bu noktada kalmaması lazım, yapılacak daha çok şey var.

Örneğin, sağlık göstergeleri uluslararası karşılaştırmaya imkân verecek şekilde ve net olarak belirlenmelidir. Bağımsız kuruluşlarca yapılacak performans değerlendirme süreçleri geliştirilmelidir. Yönetici performans sözleşmeleri hayata geçirilmelidir. Bütçenin performans ile ilişkisi güçlendirilmelidir. Performans denetimi son derece önemli, yönetimin son aşaması denetimdir. Yönetim dediğimiz şey planlamadan başlar, denetimle biter. Denetim ne ölçüde yapılıyor? Performans karşılaştırmaları çok önemli ama kültürel farklılıkları göz ardı etmeden iyileştirme ihtiyacı olan alanların belirlenmesi, performans yönetimi ile diğer reformların ilişkisinin güçlendirilmesi ve en önem verdiğim konu ise performansı vatandaşa raporlamadır. Bir vatandaş olarak falan yerdeki falan hastanenin performansı hakkında daha fazla bilgi sahibi olursam, Sağlık Bakanlığı ve sağlık sistemi hakkındaki olumlu düşüncem artar. Onun da ötesinde kendimin, yakınlarımın ve sevdiklerimin hayatıyla ilgili önemli konularda doğru karar vermemin yolu açılır. Aslında sadece yöneticiler değil, vatandaşların da doğru karar verebilmesi ve ona göre adım atmaları önemlidir. Ancak mevcut uygulamada, vatandaşın raporlamanın için eksik kalan kısmı olduğunu düşünüyorum.

Bir başka husus, performans yönetiminin içselleştirilmesi demek, öyle çok da sözde kalabilecek bir şey değil. Bu kongre bunun içselleştirilmesi için önemli bir araç ama başka şeyler de gerekli. Örneğin, genellikle kurumlarda yetki devrinin performansla ilişkisi olmadığını görüyoruz. Hâlbuki belki de gerçek performans iyileşmesi bu ilişkinin kurulmasıyla başlayacaktır. Çalışanların kurumsal bağlılığını sağlayıcı birtakım etkinlikler yapma, çalışanlara süreçlerden ziyade sonuçlara odaklanmayı öğretme, süreçlerde yapılan ufak tefek hataları göz ardı etme ve esas olarak büyük resme bakmayı öğütme ve son olarak kurumu çalışanlarla birlikte yönetmeye yönlendirme, yapılabilecek diğer görece basit uygulamalardır. Peki performans ölçümü sonucunda ortaya çıkan hata ve eksikliklerimiz konusunda ne yapmalıyız? İşte burada yöneticilerin vizyon ve yetenekleri devreye giriyor: İyileştirme açık alanları belirleme, iyileştirme takımları oluşturma, önerileri onaylama ve uygulama, tanıma, takdir etme ve ödüllendirme ve yaratıcı çözümler üretme. Son mesajım budur; eylem, eylem, eylem. Çünkü rüyayla hedef arasındaki fark eylemdir. Beni sabırla dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS YÖNETİMİ ULUSLARARASI TECRÜBELER

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN – Oturum Başkanı

(T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı / Dünya Sağlık Örgütü İcra Kurulu Üyesi)

Değerli Arkadaşlar,

Kongremizin son gününde bu güzel otelde, güzel mekânda arkadaşlarımızın keyifle kahvaltı yapma arzusunda olduklarını hissettiğimizden bu on dakikalık gecikmeyle başlıyoruz. Tabii ki adaletli olmak adına bunun karşılığı olarak bu panelin sonundaki kahve molasından da on dakikanızı çalacağız. Bunu baştan söyleyelim ki, konuşmacıların konuşma sürelerine, haklarına tecavüz etmemiş olalım. Bu oturumda gerçekten konularında uzman, dünyada ün yapmış birbirinden değerli davetli konuşmacılarımız var. Öncelikle davetimize icabet edip kongremize şeref verdikleri için, burada bulundukları için hepsine huzurlarınızda teşekkür etmek istiyorum. Bu panelin özelliğinden dolayı belki daha fazla simültane tercüme ihtiyacımız olacak. Kulaklık ihtiyacı duyan arkadaşlarımızın önceden bunları temin etmesi için de hafif bir uyarıda bulunmak istiyorum. Ortalama 15'er dakikalık konuşma sürelerimizden sonra mümkünse kalan süremizi karşılıklı bilgi alışverişi ve sizlerin sorularınıza ayırmaya çalışacağız.

Ben çok kısaca değerli panelistlerimizi size tanıtayım; sonra onların sunumlarına geçelim. Önce hanımlardan başlarsak, masanın en sağ tarafından Bayan Anna Allford tıbbi kazalara karşı oluşturulmuş bir kuruluşun "Action Against Medical Accidents" adlı bir kuruluşun yürüttüğü hasta güvenliği için hastalar adlı bir projenin başında olan uzmanımız. Hemen yanında Ann-Lise Guisset, Dünya Sağlık Örgütü'nün uzman hastanelerde kalite geliştirme ve performans değerlendirme konuları ile ilgili çalışmaları ile tanınıyor; bu konuda uzman ve yine Dünya Sağlık Örgütü'nün önderliğinde yürütülen Hastanelerde Kalite Geliştirme için Performans Değerlendirme Araçları, yani ilk günkü konuşmada Mehmet Bey'in tanıttığı PATH Projesinin de yürütücülüğünü yapıyor. Sol yanımda Prof. Niek Klazinga, Amsterdam Tıp Akademisinin Sosyal Tıp Departmanı Başkanı. Kendisiyle bizim daha önce diyaloglarımız oldu. Gerçekten birikiminden ve çok değerli bilgilerinden yararlanma şansı elde ettik. Bundan sonra da, bu fırsatı kaçırmamak için elimizden gelen gayreti göstereceğiz. Yine William Demarco, Demarco Healthcare adlı bağımsız bir kuruluşun yöneticisi ve uzmanı. Bu kuruluş daha çok sağlık danışmanlığı yapıyor ama özellikle sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık sistemlerinin yeniden dizaynı, yeniden tasarımı ve bütüncül bir yapıya kavuşturulması ile ilgili alanlarda uzman.

Aslında bu tanıtım sırasıyla söz vermesem bile yine de hanımlardan başlama ilkesi ile Bayan Anna Allford'u kürsüye davet ediyorum.

Anna ALLFORD – Panelist

(Action Against Medical Accidents)

Teşekkür ederim Sayın Başkan ve Değerli Konuklar. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na beni buraya davet ettikleri için teşekkür ederim. Benim yönettiğim, İngiltere ve Galler'de sağlık ve güvenliğin geliştirilmesinde kamu ve hastaları dahil eden bir proje ile ilgili konuşmak istiyorum. Bu proje, hasta güvenlik inisiyatifi için Dünya Sağlık Örgütü ile paralel gerçekleştirilmektedir ve İngiltere ile Galler'de benzersiz bir ortaklık örneğidir. Çünkü bu proje, Ulusal Sağlık Hizmeti Kuruluşu olan Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı ile Medikal Kazalara Karşı (Action Against Medical Accidents) Eylem isimli bir yardım kuruluşu arasındadır. Bu yardım kuruluşu, hastalar için daha iyi güvenlik koşulları sağlayan ve medikal kazalardan etkilenen kişiler için adalet arayan bağımsız bir kuruluştur. Medikal kazanın tanımını yapacak olursak, bu kazalar uygun bir tedavinin yapılamaması nedeniyle aslında engellenebilir bir kazanın oluşmasıdır. AvMA'ya göre, medikal kazaların nedeni budur ve bu kazalara maruz kalan insanlara kazayla ilgili açıklamaya yapılması, destek verilmesi ve uygun yerlerde tazminat ödenmesi gerekmektedir. Ayrıca, hepimiz benzeri kazaların tekrar yaşanmaması için gerekli adımların atılması gerektiğini düşünüyoruz. Bu yüzden AvMA, bu tür medikal kazalardan etkilenen kişilere ücretsiz tavsiyelerde bulunmakta ve destek olmaktadır, ayrıca bu kişiler klinik ihmalin bulunduğu vakalarda uzman birisine danışabilirler. AvMA aynı zamanda uygun yerlerde hukuki hizmetler de sunar.

İngiltere ve Galler'de, son yıllarda çok büyük öneme sahip bazı dokümanlar oluşmuştur. 2000 yılında, bellek organizasyonu adı verilen bir doküman mevcuttu, böylece hastalara zarar veren olayların öğrenilmesi mümkündü. Bunu, hastalar için daha güvenli Ulusal Sağlık Hizmeti oluşturulması takip etti ve bunun amacı insanlara verilen bakım hizmetinin geliştirilmesi ve bunu yapacak mekanizmaların bulunmasıydı. 2006 yılında, güçlü önerilerde bulunan ve hastalığın nasıl tedavi edileceğini anlatan güvenlik dokümanı raporu hazırlandı. Örneğin önce güvenlik önerileri 13'de hastaların ve ailelerinin aktif katılımı öngörülmekte ve hasta güvenliği inisiyatifi için Dünya Sağlık Birlikleri ile güçlü bir birlik içerisinde olunması önerilmektedir. Benim geldiğim yer burasıydı. Çünkü Ulusal Sağlık Hizmetleri hakkında gerçekten de bilgi verebilecek, hastalar için daha güzel şeyler yapabilecek insanlar, hastalar ve halk arasında bir grup oluşturmak zorundaydık. Bunun altında yatan mantık ise, bir şeyler ters gittiğinde, burada neler olduğunu iyi bilen aileler ve hastalar gerçekte neler olduğunu söylerlerse, bu konuda bir şeyler yapılabilir. Ancak bu gizli tutulursa, eğer herhangi bir açıklama yapmazlarsa, bu ise daha fazla zarara neden olabilir. Bütün dünyada, hastaların kamu araştırması içerisinde yer almasını isteyen veya başlarına gelen olay hakkında açıkça konuşmalarını isteyen sağlık kuruluşları, gelecekte de benzeri hasar veya olayların gerçekleşmesini engellemede daha başarılı olmaktadırlar. Hepsinden de önemlisi, bu eşsiz bakış açısına sahip olan hastaların kendileridir, hastalar tüm gün boyunca oradadırlar, neler olduğunu bilmektedirler ve eğer siz onlara sorarsanız neler olduğu size söyleyeceklerdir.

Bizim projemizde ortaklık önemli bir konudur ve gelecekte böyle zararların oluşmasını engellemek için sağlık uzmanları, politika belirleyiciler ve sağlık hizmetleri alanındaki bütün liderlerle birlikte çalışmak zorundayız. Bu, mevcut kültüre de gerçek bir meydan okumadır; hala İngiltere ve Galler’de durum böyledir. Mayıs 2008’de, 22 hasta güvenliği savunucusu ile birlikte 2 günlük bir seminerimiz var, ayrıca bütün İngiltere’de stratejik sağlık otoriteleri olarak adlandırdığımız 10 üye ve bu gruba katılan ve bu seminerde görev alacak olan Galler’den de bir üyemiz var. Bunlar, ulusal sağlık hizmetinin ortakları ve bu hizmetlerin savunucularıdır. Bu seminerin raporuna internet sitemizden, AvMA’nın internet sitesinden erişilebilir. Ayrıca, Kasım ayında da bir semin daha olacak ve burada da neler öğrendiğimize, kamuda hastalara nasıl yardımcı olunduğuna bakacağız. Bunlardan bir kısmı bu proje ile zaten başlamıştı. Bu insanlar çok özel, çok istekli kişilerdir ve bunlardan bazıları da Ulusal Sağlık Hizmetleri deneyimini yaşamış veya personel olarak ya da hasta olarak bundan zarar görmüş kişilerdir. Bu kişilerin denemesi, istekliliği ve hevesi bizim için özeldir ve bir fark katacaktır. Bu yüzden, bu kişilerin rolü, hastaların doğru bakış açısını bulmalarına yardımcı olmak, Ulusal Sağlık Hizmetinin hasta güvenliği konusunda gelişme sağlamasına katkıda bulunmaktadır. Bölgesel ve yerel olarak bu projede yer alırlar. Özel projelerde yer alırlar. Bazen konuşma yaparlar ve eğitime katkıda bulunurlar. Aynı zamanda videolarda hikâyeler anlatırlar, hastayken başlarına gelen deneyimlerinden bahsederler, zarar gören insanlarla ilgili araştırmalar ve bu araştırma prosedürleri de dâhil olmak üzere yapılan görüşmelerde yer alırlar. National Patient Safety Agency (NPSA)’dan, açık bir politika olarak adlandırılan bir görüşmeye baktım. Buradaki kişilerden, sağlık hizmetleri planlamasında yer alan herkes ile konuşmaları ve görüşme yapmaları istenildi. Biz de ortaklarımızdan, sadece yerel olarak değil stratejik olarak da USH’nin her aşamasında yer almalarını istedik. Fakat biz bir şeyleri uygulamak, bir şeyleri değiştirmek istemiyoruz. Gerçekten de birçok iyi iş olduğunu ve şu anda birçok iyi uygulama olduğunu biliyoruz. Bu yüzden gönüllü olan hastalar veya kamu üyeleri bir yere seyahat etmeleri gerektiğinde ücret istememekte veya sadece masraflarını karşılayacak kadar ücret almaktadırlar. Bu kişiler, bu perspektifi verirler ve hem mevcut hem de planlanan gelecekteki işlere bir şeyler katarlar. Ortak odak noktası, daha önce de bahsettiğim gibi, açık olma, hasta güvenliği kazalarını diğer hastalara ve hasta bakımı ile uğraşanlara anlatma politikasıdır. Bu açık olma politika NPSA tarafından geliştirilmektedir. NPSA, kuruluşlardan tedavileri sırasında kazara zarar gören hastalar ile irtibata geçmelerini sağlayacak yerel politikalar uygulamalarını ister. Buna göre, bu uygulama bir hastaya ciddi zarar veren veya hatta bu hastanın ölümüne neden olan bir hata veya yanlışlık durumunda sağlık hizmeti personelinin bu hastalardan, ailelerinden ve bütün hasta bakım görevlilerinden özür dilemelerini, neyin yanlış gittiğini açıkça anlatmalarını ve benzeri bir sorunun gelecekte de yaşanmaması için yapılması gerekenleri önermektedir. Yine tekrar ediyorum, eğer bu politika ile ilgili daha fazla bilgi almak isterseniz sizin için bir internet sayfası mevcuttur.

Ayrıca İngiltere’de ve Galler’de halen devam eden bazı ulusal çalışmalar da vardır ve İngiltere’de bir hasta güvenliği kampanyamız var, bu neredeyse bir yıl önce başladı ve zarar gören hastalara yardım edilmesini sağlayacak bazı özel müdahaleler üzerinde çalışmaktadırlar. Birleşik Krallığın nispeten daha küçük bir

ülkesi olan Galler’de ise “Bin Yaşam” adını verdikleri bir kampanya vardır ve bu kampanya ile hasta bakımının geliştirilmesi ve bin hastanın hayatının kurtarılması amaçlanmaktadır. Bu projede yer alan USH ortaklarından, bütün çalışmalarında amaçlarında hasta perspektiflerini de dahil etmeleri istenilmektedir. Ayrıca bu desteği geliştiren, toplumdaki insanlara yardımcı olacak daha geniş bir ağıımız daha var. Ayrıca başkalarının da katılımına ihtiyacımız var. Hastalara eşlik eden kişiler kadar zamanımız yok. Genellikle gönüllülerimizden ayda bir gün gelip hastalara eşlik etmelerini istiyoruz. Fakat bunların birçoğu çok daha fazla kalabiliyorlar. Bu kişiler gerçekten de hastalarla ilgilenmektedirler, bazıları ise tam zamanlı çalışmaktadır ve yine de ücret almamaktadır. Şu anda yaklaşık 270 gönüllümüz var ve bunlar kuruluşların temsilcileridir veya buradaki veri tabanımız ile ilgilendikleri için daha yeni kaydolmuşlardır. Bu ekip, çeşitli seminerlere ve organizasyonlara davet edilmektedir. Ayrıca ulusal danışmanlık konularında görüş bildirmek üzere davet edilmiştir. Bir haber bülteni projemiz ve hasta güvenliği bülteni projemiz var. Yani grubumuza e-mail bültenleri göndereceğiz ve AvMA internet sayfasını ziyaretçilerle paylaşacağız. Böylece insanlar zararın etkilerini birbirleriyle açıkça veya kişisel olarak tartışabilecek, hissettikleri şeyleri internet sayfasına koyarak başkaları ile paylaşabilecekler, başlarından geçen olayları başkalarına anlatabileceklerdir. Yani biraz daha fazla bir şeyler yapmak isteyen kişilerin de bir şekilde buna dahil olabilecekleri bir olanak sunmak istiyoruz. Hasta güvenliğinde hastalara eşlik edenler için bir dernek olacak ve bu geleceği değiştiren bir şey olacak. Bu yüzden daha fazla destek sağlayacak kişilere ihtiyacımız var. Şuanda burada çalışan sayısı 22 ve bu gönüllüler olmadan yapılan işlerde yeterli olmayacaktır. Elbette projede hasta güvenliği savunucuları var, küçük bir proje ekibi ve projenin bütün fonksiyonlarına ve prosedürlerine bakan bir sorumluluk grubumuz var. Ayrıca bir strateji danışma grubumuz var. Bunlar, önemli kuruluşların temsilcileridir. Bunlardan bazıları, örneğin İngiltere Sağlık Bakanlığından ve Galler ulusal hasta güvenliği kurumundandırılar. Sorumluluk grubundaki kişiler, güçlü bir şekilde projede yer alan NPSA ve AvMA’dan kişileri içerir ve proje ekibinde ben, icra başkanım Peter Walsh ve NPSA’dan gelen ve bir medikal direktörü olan Dr. Kevin Cleary’dan oluşur. Proje yöneticisi olarak, bu projede yer alan kişilere yardımcı olmaya ve onları desteklemeye çalışıyorum. Bu kişilerin yeteneklerini anlıyorum ve onlara gelişim programları sunuyorum. Bu kişilerden bazıları, gelecekte başkalarına yardım etmek isteyen ve topluma bir şeyler kazandırmak isteyen benim ve sizin gibi kamu görevlileridir, bazılarının ise sunumlarda konuşabilmek için biraz daha eğitime ihtiyacı vardır. Örneğin, sağlık hizmetinin ne olduğunu öğrenmek zordur. Bu, yeni bir dil öğrenmek kadar zordur ve ben burada yer alan kişilerle ilişkileri destekliyorum. Bu projede yer alan gönüllülerin ve bu geniş ağın rolünün artırılmasından yanayım. Onların hastaların sesi olmaları için bağlantılar kurmak ve onlara fırsatlar sunmak istiyorum. Yani özetleyecek olursak hasta güvenliği ve hastalara eşlik edilmesi projesi İngiltere’de ve Galler’de gelişmektedir. Hasta güvenliğini geliştirmek ve daha da önemlisi hatalar veya kazalardan bir şeyler öğrenmek isteyen ilgili kişiler için bir topluluk kuruyoruz. Burada görev alacak gönüllüler ilk yıldan itibaren çalışmaya başlamaktadırlar ve bize nasıl direndiklerini, hasta güvenliğinin gelişimine nasıl yardımcı olduklarını anlatarak mükemmel örnekler sunmaktadırlar. Bu konuda daha detaylı bilgi almak isterseniz, lütfen benimle irtibata geçin. Teşekkür ederim.

William DEMARCO – Panelist

(DeMarco Healthcare Genel Müdürü)

Merhaba. Burada olduğumdan dolayı mutluyum. Davetiniz için teşekkür ederim. Sayın başkan, değerli arkadaşlarım, sağlıkçılar ve meslektaşlarım. Benden Amerikan Sağlık Hizmeti Sistemi konusunda konuşmam istendi. Bu yüzden size bu sistemin arka planını özetlemeye çalışacağım ve sağlık sisteminin hangi yöne gittiği konusunda biraz bilgi vereceğim. Açıklamalarıma performans sözleşmesini açıklayarak başlamak istiyorum. Performans sözleşmesi, Amerika Birleşik Devletlerinde yenidir ve bütün cevaplar ve bütün veriler bunda değildir. Bu yüzden, her ne kadar bazı örnekler ve öğrenilecek şeyler olsa da, bu tek örnek değildir. Yapacak çok şey vardır ve son birkaç gündür burada gördüğüm şeylerden çok etkilendim.

Öncelikle, sistemin arka planı hakkında konuşmak istiyorum. Sağlık sigortası ile ilgili biraz bilgi vereceğim. Sağlık sigortası, elbette bizim en büyük sigorta firmamız ve en büyük ödeyicimizdir. Aynı zamanda başa çıkmak zorunda kaldığımız bazı sorunlar vardır ve sizlere bunlardan bahsedeceğim. Öncelikle gündeme getireceğimiz konu, sağlık hizmetindeki reformun sadece yerel bir olay olmadığı, bundan ziyade uluslararası bir olay olduğudur. Tüm dinleyicilere hatırlatmak isterim ki ekonomi hepimizi sağlık hizmetine bakmaya, bunun nasıl sağlanacağına ve finanse edileceğine bakmaya sürüklüyor. Bir ekonomist olan partnerim, 2006 yılında, ABD'ye bir zamanlar yatırım yapan ülkelerin sağlık sigortası ve sosyal güvenliği bir saatli bomba olarak gördüklerini söylemişti. Bunlar, belirli bir yatırımdan daha fazlasını kazanmayı arzu edenlerdir ve biz bu konuda yalnız değiliz. Japonya, Almanya ve Çin de aynı sorunla karşı karşıya. Bu ülkelerde de yurt içi hasıla maliyeti son birkaç yıldır artmaktadır. Ben de bir süredir bunun içerisindeyim ve sadece bir ülke değil, bütün ülkeler bu sorunun üstesinden gelmeye çalışmaktadırlar. Eğer kişi başına sağlanan sağlık hizmetlerinde toplam harcamalara bakacak olursak diğer birçok ülkenin ne kadar farklı olduğunu göreceğiz.

Öncelikle sağlık hizmetlerinde hangi değerlere sahip olduğumuzu sorgulayarak başlayalım. ABD'de sağlık hizmetleri aslında erken başlamıştı, fakat birçok kişi bunun hastane ve doktoru kapsayan bir çeşit destek olmasını istediği için en büyük ödeyici haline geldi. Birçok insanla birlikte elbette kaynaklar azaldı, fakat diğer yandan da teknoloji gelişti. Söylemek istediğim şey, teknoloji ile pahalı işlemler olan ilaçlar da arttı, yeni ilaç tedavileri gelişti. Böylece bunların hepsi daha da uzun bir hayatı, daha da rahat bir hayatı getirdi, fakat aynı zamanda bunun da bir bedeli var. Şuan ki sorunumuz ve gelecekte de karşımıza çıkacak olan sorun, günümüzde müşterilerle çalışmaya devam ettikçe, doktorların büyük çoğunluğu üretilen hizmete göre ücret alırlar. Performans ortamında gerçekten daha da fazla disiplin istiyoruz, fakat diğer yandan da daha fazla kalitenin peşindeyiz. Yani bu iki şey, performans ve kalite gittikçe birbirleriyle gelişmektedir. Ancak iyi bir hizmet sağlayıcı olarak ve iyi bir disiplinle zamanla bunları aşabiliriz. Ayrıca, DRG sistemine de bakıyoruz. DRG sistemi, çok uzun yıllar önce bir paket hastane hizmeti olarak oluşturuldu. Bu, hastaların bazılarında, ayakta tedavi hizmetleri için kaynak bazlı değer programıdır.

Sağlık Sigortası Fırsat Yüklenicileri olarak adlandırılan kişiler vardır. Bunlar, devlet yüklenicileri gibidir, ayakta veya yatakta tedavi edilecek hastanın bütün riskini alırlar ve tek bir çatı altında birleşmiş hasta hizmeti oluştururlar. Bu sistem bazı pazarlarda yıllardır başarıyla uygulanabilmiştir fakat bizim pazarımızda maalesef başarılı olmamıştır. Bizim ve hükümetin vardığı sonuca göre üçüncü taraf sigorta şirketleri ve diğerleriyle beraber çalışmak yerine doğrudan doktorlarla çalışmanın bazı avantajları vardır. Yani hasta hizmetinde pozitif bir bakış vardır. Romanya heyeti bu kitabı fark etti, aslında sizlerden de birçoğu bunu okudu. Toplum arasında bir entegrasyonun olması hedeflenmelidir ve buradaki oturumlarda bununla ilgili bilgiler mevcuttur, birçok rehberlik edecek kişi mevcuttur. Fakat bunun için de yerel düzeyde aşılması gereken birçok sorun vardır. Bu sadece ulusal düzeyde yapılamaz. Ulusal düzeyde bu desteklenebilir fakat yerel düzeyde her biriniz farklı model ve uygulamalarla karşılaşacaksınız, farklı kaynaklarınız, hastane hizmetlerinde farklı sayıda doktorlarınız olacak. Bu yüzden, bu entegrasyon için sadece tedarikçiler değil de hizmet ettiğimiz toplumun da buna katkıda bulunması gerekir. Pozitif hasta hizmeti tepkilerinin büyük çoğunluğu gerçekten de etkili olmuştur çünkü bunlar insanları sağlıklı tutuyorlar. Ayrıca bu hizmetlerin kontrolü ve bu medikal hizmetin etkili olması doktorların elindedir. Doktorlar için doğrudan bir savaş vardır. 1960'larda bakım hizmeti başarılı bir şekilde az maliyet getirdi ve ilaçların kalitesi gelişti. Fakat bu sürekli değildir ve bazı yerlerde sorun buydu. Kalitenin arttığını görebilirsiniz ve bazı alanlarda maliyet artışı devam etti. Bu noktada sağlık planlarının çoğu riske girdi ve hizmetlerin çok düşük maliyeti olacağı düşünen birçok hastanın beklentisi de boşa çıktı.

Şimdi bakımın yönetimi konusunda biraz bilgi vereceğim. Sözleşme ve performansla göre ücret ile ilgili aynı tartışmaları göreceğiz. Tıbbi gereklilik pozisyonları için bir sorundu ve hala da bir sorun. Bir doktorlar ağımız var ve bu ağlardan bazıları diğer hastaları görmezlikten gelmektedir. Kanıta dayalı protokollerde bu kanıtların bir işaret ile olduğunu biliyoruz. Bu kanıt bir şeylerin hızla değişeceğini mi gösterir? Hastalar ve diğer doktorlar, tartışmalarla bunun doğru protokol olduğunu söyleyebilir. Mükemmellik Merkezleri, 1960'ların başında ortaya çıktı. Çok özel kalp enstitüsü veya üroloji enstitüsü olan diğerleri ise sözleşme imzalarlar ve bu belirli hizmetler için yüksek performans sağlayan bir ağıdır. Duruma bağlı veya hastane doktorlarına bağlı kurulan bu tip birçok organizasyon görebiliriz. "Bence bunu yaptırmalısın, fakat sigorta programının bunu ödemediğini biliyorum" diyen doktorlar konusunda da hala tartışmamız var. Peki, böyle bir durumda ne yapmalıyız? Eğer bir hasta MR'a veya X-Ray'a param yetmez derse bu durumda bunun sonucundan kim sorumlu olacak? Birçok çalışanı finanse edecek sigorta kapsamının tanımları kendi masraflarını kesenleri de kapsayacak mı? Elbette deneysel prosedürler ve makul olan işler kapsanabilir. Ayrıca performans ortamı ile ilgili de birçok tartışma olacak. Gerçekten de tartışılan konular verimlilik ve yeterlilik. Yeterlilik kelimesini söylediğimde, ABD'deki doktorların çoğu paketlere gidiyor. Daha fazla indirim almayacağını söylüyor. Bizim kastettiğimiz bu değil. Biz yeterlikten bahsediyoruz. Hasta için bir şeylerin daha iyi olmasından bahsediyoruz. Örneğin Kaliforniya'daki Cycser Permanent Group. Burada normal randevularda bekleme süresi çok uzundu. Bu yüzden de ikinci nesil bir açık erişim sistemi uyguladılar ve artık randevuya

gerek olmadığını söylediler. Herkes işlerin biraz daha zorlaşacağını düşünmüştü ama öyle olmadı. Burada önemli olan belirli amaçlara ulaşılması için çalışması ve belirli süreç gelişiminin sağlanmasıdır. Böylece bu grup önceden tahmin edilebilir açık erişim sistemine kavuşmuş oldu. Bence performans hakkında konuştuğumuzda aynı zamanda klinik hakkında da konuşuruz.

Herkes ya hastadır ya da hasta değildir; diğer bir ifadeyle hastalığın derecesi değişmektedir. Bu, hizmetlerin korelasyonu konusunu vurgular ve amaçlar bu yüksek riskleri, hastalardaki erken semptomları belirlemeye, sonra da bu hastaları düşük risk grubuna getirmeye yönelik olmalıdır. Bunu ne kadar fazla yapabilirsek performans programlarında da o şekilde başarılı olabiliriz. Bunu daha da iyi gösterebilmek için geçtiğimiz yıl sağlık planı uygulandı ve 100 milyon dolarlık tasarruf sağladı. Bu sadece bir yıllıktı. Görüntüleme hizmetleri için büyük tasarruflar 5.8 milyondur, patent dışı ilaçlar için, ayrıca kalp rahatsızlıkları için bu miktar 64 milyon dolar, 6 milyon ise kompleks durum yönetimi içindi. Bunlar gelişme sağlanan ve belirli ölçüde tasarruf elde edilen alanlardı. Sağlık sigortasının bu plandan keşfettiği şey ise yatırım yapılan işte doların değerinin kaybolmadığı ve bunun sonucunda da farklı kalite düzeylerinde sonuçların elde edildiğidir. Aslında bu alandaki son çalışmalar da Sağlık Sigortasındaki zıt ilişkileri göstermektedir. Yani çoğu bölgede kişi ne kadar fazla öderse, kalite o kadar azalır. Bir birincil sunum projesi hazırlandı ve bu bizim ilk ulusal ödeme performans oturumumuzdu. Sağlık sigortasının yıllık bütçesi 7 milyon veya üç yıl boyunca 21 milyondur ve gelişmelere göre yıllık düzenlemeler olacaktır. Böylece bir yük ile başladılar ve bir amaç belirlemediler. Aslında olacak şeylere bakıyorlardı. 34 belirgin tedbirleri vardı ve kalp krizi, kalp yetmezliği gibi belirli alanlarda ölçümler yapıyorlardı. Fakat belirli bir süre sonra gerçekleşen şey, ideal standartlarının olmamasıydı. Böylece kalite geliştirme gibi şeyleri de araştırmaya başladılar ve gelen gerçek bilgiler ışığında bazı kuralları geçerli hale getirdiler. Alınan tedbir her bir koşul ile ilişkiliydi ve kliniğin durumuna bağlı olarak puanlandı. Bu çok karışık bir durumdu. Eğer isterseniz bunun raporu da var. Birinci yılın sonuçları, kardiyo ve enfarktüs, koroner bypass gibi belirli alanlarda beklenenden çok daha iyiydi. Kalp yetmezliği olan hastalarda da bazı gelişmeler kaydedildi. Medikal gruplara bu demo projede yer almayı isteyip istemedikleri soruldu ve onlar da evet dediler. Böylece bu projeye katıldılar. Daha büyük medikal grupları da görebilirsiniz. Tamamının ismini okumayacağım. Fakat buradaki fikir, bunlar sağlık sigortasından aldıklarına ilaveten ödemelerde 16,7 milyon dolara erişebildiler. Aslında bu gruplardan beş tanesi hükümet tarafından belirlenen 27 kalite tedbirini geçtiler. Şuanda ABD’de ilerlemeye hazırız. Elde edilebilir fiyat, elde edilebilir kalite ve elde edilebilir erişim ile yeni bir sistem tasarlıyoruz. Bütün bunlar sigortanın kapsayacağı alanlarda düşünülmelidir. Performans gereksinimi olmadan fiyat mümkün değildir. En büyük endişemiz budur. Bazı yeni değişikliklerle evrensel bir hizmet olabilir. Evet, evrensel hizmet performans bileşenini de içerecektir, fakat bunun finansmanı çok zor. Çünkü hiç para yok.

Temel olarak buradaki fikir, büyük değişiklikler temelindedir ve emeklilik yaşı hızlı artmaktadır. 65 yaş üstü kişilerin sayısı, eskiye nazaran üç kat artmıştır. Finansal bir çöküş olmadan yaklaşık 636 milyar dolara ihtiyacımız var. Şuan 35 milyar dolar ve biz 740 milyar dolara bakıyoruz. Bunun için gerekli olan para hızla artıyor.

Bunun için gelecek olan 30 ile 75 milyar arasındaki para hastaneler için şuan ki devlet kaynaklarından gelecek. Tasarruflarla % 66'lık bir sonuç elde etmek isteyen hükümet, verimlilik araştırmalarıyla bunu başarmak istemektedir. Eğitimciler konferansı, sağlık bilgisi teknolojisi, tıbbi sorumluluk reformu, performans bazlı ödeme, hastalık yönetimi, kronik hastalık koruma ile 2025 yılına kadar % 20'den ulusal sağlık giderinin % 9'u olan % 80'e çıkarmayı hedeflemektedir. Beklentimiz bu şekildedir. Keşke birçok karar verme sürecinde ileri doğru hareket eden ve daha etkili olan bir sağlık sistemimiz olsaydı. Bu erişim noktasına biraz vurgu yapacağım. Çünkü 8 ülkede erişim sorunuyla karşılaştık. Sizin de gördüğünüz gibi herkes bu sorunla karşı karşıya. ABD'de de bununla ilgili birçok sorun var. Bunun etkisi nedir? Bunun etkisi, kötü bir hizmet koordinasyon sistemimiz olacak. Sağlık hizmetleri verimli değildir. Bu yüzden entegrasyon çabası içerisindeyiz ve koordinasyon fikri bir diğerine çok yakından bağlıdır. Eğer iyi bir koordinasyon olmazsa boşu boşuna para harcamış olacağız. Doktor hastane işbirliğinde de durum bu şekilde değişmelidir. Kamu tarafından yönetim zor olabilir, hastanelerdeki doktorlar için risk paylaşımına neden olur. Gerçekten de hasta ihtiyacını ve doktorun performansını göz önünde tutan bir şey kullanırsanız, kaynakları kullanabilirsiniz, bunun için ödüller vardır. Fakat ulusal sağlık harcamaları tartışması ile ilgili bu performansa göre ödemedeki işbirliği etkisi gerçekten de önemli kesintiler yapıyor ve size bu sunumları vermekten dolayı mutluyum. İsteyen herkes bunun bir nüshasını alabilir. Biraz daha hızlı geçeceğim çünkü performansa göre ödemenin bazı zorluklarına da değinmek istiyorum. Bu özel slayt, umarım çalışır, organizasyonun önemini vurgulamaktadır ve geri planda daha büyük kuruluşlara dönüşmektedir, küçük organizasyonlar birbirleriyle entegre olmaktadır. Burada gösterilen ise daha az sunucu sistemi, küresel ödemeye baktıkça, istediğiniz son organizasyon türü bu altta olan entegre tedarik sistemidir. Temel bakımda, bunu basit bir işlem ve yapı ile hatta temel bakım gruplarında temel bakım alanından bağımsız bir doktor ile yapabilirsiniz. Fakat bunun için de doktor hizmetleri, hastane hizmetleri ve diğerleri de dahil olmak üzere bir çeşit koordinasyon gerekli olacaktır. İdeal bir sistem nasıldır? Bu konuda sizinle bazı fikirleri paylaştık sayın meslektaşlarım ve bu bütün nüfusun, bütün hastaların ve bütün verilerin, klinik sonuçlarının, hasta deneyimlerinin ve sonucunda maliyetin entegre edilmesidir. Sağlık sonuçlarının başından itibaren herkes hemfikir. Eğer insanlar farklı özel veya kamu tercihlerine sahipse, internet üzerinden gerçek maliyeti, bunun paylaşımını, idari masrafları, belirli sigorta şirketinin özel mi yoksa kamuya mı ait olduğunu bulabilirler.

Şeffaflık, şu anda Amerikan sisteminde önemli bir kelimedir. Bazı kişiler bunu çok detaylı bir program olarak görmektedirler. Biz ise hizmetlerin ve ücretlerin gruplanması olarak görüyoruz. Böylece insanlar kendilerine verilecek hizmetin gerçek maliyetini görebilecekler. İnsanların da asıl endişelendikleri konu maliyettir. Eğer bu uygulanabilirse, bu sigortadan elde edilecek tasarruf istisnai olacaktır. Değişim senaryoları bunları bir süreliğine bir kenara koydu. Obama'nın aklındaki plan ise daha küçük bireyler için bir kamu planı ve sonrasında bütün işverenler için de bir kamu planıdır. Burada da belirli bir süre boyunca göreceğimiz şey, yine trilyonlar. Fakat gerçekten de daha fazla birey için harcanan dolarlar. Gelecek yıllarda da göreceğimiz şey ise bugün burada gördüğümüzün benzeri şeyler olacaktır.

Koruyucu bakım isteyen tek bir işçi için artan maliyetler. Sonuç % 60'lara varan yüksek maliyetlerdir. Maliyetin daha çok çalışanlara geçtiğini görüyoruz. İnsanlar bunun işe yarayıp yaramayacağını soruyorlar. Cevap ise işe yaramak zorunda. İşe yaramak zorunda, çünkü çalışanların kazançlarına, yıllık gerçek maliyetlere ve genel enflasyona bakın. Çalışanların gelirleri bir zamanlar enflasyon ve genel masraflardan fazlaydı. Ancak bu zaman sona erdi. Şimdi bu büyük değişimin tam zamanı ve hepimiz biliyoruz ki bu değişim çok ihtiyaç duyulduğunda gelir. Bu yüzden hükümetin koyduğu bu geçiş dönemlerini iyi bir şekilde atlatmayı umuyoruz. Fakat daha da önemlisi, hizmet ettiğiniz toplumun, doktorların, sizin arkadaşlarınızdan oluşan hastanelerin ve meslektaşlarınızın sadece burada fark yapmasıdır.

Konuşmamı performansa göre ödeme ile bitireceğim. Bazı konularda verimlilik tedbirleri vardı ve risk düzenleyiciler tamamen yeni bir bilimdir. Bunun tam olarak ne kadar tahmin edilebilir olacağını bilmiyorum. Fakat temelde risk ayarlamaları ve tazminat o hastadaki teşhis ve çoklu teşhise bağlı olacaktır. Bilgi iletişim teknolojileri genişlemesi bu konuda büyük yardım sağlayacağı için önemlidir, fakat burada anlatmaya çalıştığımız fikir sadece teknolojinin asıl amaç olmadığıdır. Ayrıca lokal düzeyde de birçok değişiklik göreceksiniz. Geleceğe yönelik tahminler sadece programın bir parçası. Verimliliği arttıracak tedbirler alınacak ancak bunlar yerel olmalı ve burada doktorlar için kriter seçimi gibi bazı zorluklar olacak. Bu konuyu sadece gündeme getirdim ve bunu sonraki konuşmacıdan duyacağız. Burada hepimiz için çok da rahat bir konu olmayan hayat sigortası ile ilgili konuştum, çünkü bu büyük bir çelişki göstermektedir. Yaşlıların % 50'si hastanede ölmektedir. Bu ülkedeki en yüksek orandır. Yapılan çalışma, doktorların davranışlarının bunu etkileyip etkilemediğini gösterecektir. Ne kadar fazla yatak açık olursa, bunlar o kadar fazla kullanılacaktır. Doktor için bu daha kolaydır. Yıllar önce Dr. Winburg tarafından buna benzer bir şey yapıldı. Dr. Winburg, verilen sağlık hizmetleri ile ilgili gerçek sonuçlarla hastalardan alınan gerçek bilgileri karşılaştırmaya başladı. Genel olarak kalp yetmezliği, kanser veya kronik hastalıklara bakıyordu. Hastanede 17 gün daha fazla kaldılar, 40 kliniği ziyaret ettiler. Bu önemlidir çünkü sonraki aşamada eyalet düzeyinde hasta bakımını deneyecekler. Burada elde ettiğimiz fikir şudur; eğer performansa göre ödeme yapılırsa doktor sayısında biraz azalma olacaktır. Gelirde ise artış olacaktır. Bu, üstesinden gelmesi zor bir durumdur, çünkü tasarruf sağlanmaktadır; fakat bu tasarruflar genel olarak yapılan düzenlemelerle doktorlara ve hastanelere geri dönmelidir. Yani eğer doktorlar ve doktor grupları hasta bakım hizmetlerini geliştirmeye karar verirlerse bundan daha fazla kazanma şansları vardır. Ancak diğer yandan maliyetin de artma riski vardır. Performans ölçümü için kullanılacak kriterlerin seçimi ise en zor şeylerden birisidir. Programın bir parçası olarak hangi servislerin ilk önce araştırılması ve uygulanması gerektiği bulunmalıdır. Elde edilen sonuçlar çok karışıktır ve toplumdan topluma, devletten devlete değişir. Bu yüzden sonuçların değerlendirilmesi, uzun süreli izleme ve geniş nüfuslar üzerinde istatistiksel analiz gerektirir.

Sonuç olarak, tekrar belirtmek isterim ki bu kongrede gördüklerim çok cesaret verici ve doğru yolda olduğunuzu düşünüyorum, teşekkür ederim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN – Oturum Başkanı

Teşekkürler. Mr. Demarco tabii çok farklı konulara değindi, tartışılacak belki çok başlık var. Amerikan sağlık sistemi gündeme geldiğinde, Avrupa ülkelerinde hemen hemen hepimiz kendi bünyemizden çok farklı bir sağlık sistemi olduğunu ve kıyaslanamayacağını söyleriz. Ancak sağlık sisteminin detayları ile ilgili yapılan analizler ve çalışmaların çoğu bu ülkeden çıktığı için bu çalışmaların sonuçlarını değerlendirirken Amerikan sağlık sisteminin detayına kadar anlama uğraşından da kendimizi kurtaramayız çünkü o bilimsel çalışmaların doğru analizi için bu bilgiye ihtiyacımız var açıkçası.

Bilhassa son dönemlerdeki Obama politikaları ile olan değişikliklerin etkisindeki Amerikan sağlık sistemini ne kadar objektif gözlemleyebileceğimizi bilmiyorum. Küresel ekonomik kriz birçok parametreyi mevcut politikalardan bağımsız olarak değiştirecek. Bunun için elimizde henüz çok güvenilir veriler mevcut değil ama şu anda dünyada hâkim olan ekonomik krizin halk sağlığını tehdit ettiğine ilişkin çok ciddi kaygılar var. Nitekim bir hafta sonra Norveç Oslo’da Dünya Sağlık Örgütü’nün desteğinde ekonomik krizin sağlık üzerindeki etkileri konulu bir konferans düzenlenecek. Ekonomik kriz, Dünya Sağlık Örgütü’nün gündeminde ciddi olarak halk sağlığını tehdit etme potansiyeli taşıyan bir fenomen olarak görülüyor. Dolayısıyla bundan sonraki değerlendirmelerimiz biraz da bu şemsiye altında olacak diye düşünüyorum.

Evet, fazla vaktinizi almadan diğer konuşmacımız Profesör Klazinga’ya geçmek istiyorum.

Prof. Dr. Niek KLAZINGA

(Amsterdam Üniversitesi Öğretim Üyesi)

Bayanlar ve baylar, performans yönetimi ve sağlık hizmetleri konusunda beni bugün buraya konuşmam için davet ettiğiniz için teşekkür ederim. Bir önceki konuşmacıyı da dinlemiş biri olarak, sanırım hepimiz, sağlık hizmetleri sisteminde performansın geliştirilmesinin temel olarak sistemlerin, nüfusun potansiyel sağlığının nasıl farkında olacağını anlamasına yardımcı olmak anlamına geldiğinde hemfikiriz. Ayrıca, gittikçe daha çok ülkenin, performansı ölçmeye ve yaptığımız işin sonucunu öğrenmeye çalışması, paranın daha iyi karşılığını alabilecekleri şekilde yeniden tasarım yapmanın gerekli olup olmadığına bakmaları çok iyi bir gelişmedir.

Ben kamuda çalışan bir halk sağlığı doktoru olduğum için buna kamu sağlığı perspektifinden bakmaktayım ve bugün size sunacaklarım iki bölümden oluşuyor. Sunumumun küçük bir bölümünde şunlardan bahsedeceğim: Paris’teki Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (OECD)’de çalışırken çeşitli sebeplerle sağlık hizmetleri performansına ilişkin yatırımların nasıl yapılması gerektiğini araştırıyordum ve şu

anda nüfusun sağlığının olabileceğinden daha fazla etkilenmemesini sağlamak için ekonomik krizle nasıl başa çıkılacağı konusunda süregelen bir tartışma içindeyiz.

Sunumumun büyük bir bölümünde ise, Avrupa hastanelerindeki sağlık hizmetleri kalitesine ilişkin kapsamlı AB fonlu araştırma projelerinin sonuçları üstünde duracağım ki, bu çalışma sırasında performansın geliştirilmesinde çeşitli stratejilerin göreceli etkililiklerini incelemiştik. Bildiğiniz üzere indikatörler ve geri bildirimlerin kullanılması bunlardan sadece biri. Öyleyse şimdi OECD'deki çalışmalardan bazılarıyla başlıyorum ve emin olmanızı isterim ki bu veriler hâlihazırda kamusal alanda bulunmaktadır. Tüm ülkelerden, örneğin 30 gün içindeki ölüm oranını ölçebilmek için, standart veri alabilmeye yönelik yoğun çaba harcamaktayız. Bunun anlamı; miyokard infarktüs geçirdiğimde, İngiltere'de bir hastanedeysen 30 gün içinde ölme ihtimalim %5.4 iken, Meksika'da bir hastanede ölme ihtimalim % 24 olacaktır. Bunlar çok büyük farklardır ve bu verilerin düzeltilmesinde birçok metodolojik sorun vardır. Ama yine de büyük farklılıklar görürsünüz ve şunlara ilişkin sorularla karşılaşsınız: Bu durum hastaneyle mi, trombolitik tedaviyle mi, hastane içi koordinasyonla mı, daha iyi bloke edicilerin uygulanmasıyla mı ilgilidir? Sisteminizin işleyip işlemediğini anlamana yardımcı olan bunun gibi birçok konu bulunmaktadır. Çeşitli kanser türleri için benzer verilerimiz bulunmaktadır. Göğüs kanseri olan bir kadınsanız, 5 yıllık göreceli hayatta kalma şansınız İzlanda'da % 89 iken, bu oran İrlandalıysanız % 75'tir. Yine, bunu birçok şey için düzeltebiliriz, ama farklılıklar aynı kalacaktır ve şu soruları destekleyecektir: Bir ülkedeki kanser hizmetleri nasıl düzenlenmektedir, ulusal bir tarama programınız var mı, kadınlara zamanında ulaşabiliyor musunuz, doğru testleri yapıyor musunuz, kanıta dayalı ve kurulu cerrahi teknikleriniz var mı? Mükemmellik merkezlerinde, kanser vakaları, ulusal kanser programı ve kanser tedavisi ile ilgili birçok konuya odaklanılmaktadır. Dolayısıyla, bu gittikçe daha da elde edilebilir olan bir veridir ve umuyorum ki Türkiye de gelecek yıllarda bu tür verileri sağlayabilecek duruma gelecektir.

Ülkeleri hizmet kalitesi bakımından, kendi toplam performansları üzerinden değerlendirebiliyoruz ve ne tür düzenlemeler ile ne tür finansmanın en iyi sonuçları verdiğine yönelik soruları yanıtlamaya çalışıyoruz. Geçen dört yılda, hastanelerdeki hizmet kalitesi hakkında Avrupa Birliği fonlu büyük bir programın baş araştırmacılarından biri olarak çalıştım, burada programa katılan bazı organizasyonları görüyorsunuz, birçok ülkede bulundum.

AB'nin bize sorduğu ilk soru, üye ülkelerde hizmet kalitesini ve performansı geliştirmek için ne tür stratejiler bulduğumuzdu. O zamanki 25 üye ülkede araştırmalarda bulunmuştuk ve 7 strateji elde ettik. Öncelikle akreditasyonu görüyorsunuz. Avrupa ülkelerinin çoğunluğunun akreditasyonu var. Farklı modeller bulunmakta, bazıları karma komisyona bağlı, bazıları ulusal versiyon şeklinde; ancak çoğu ülkede hastanelerin sistematik akreditasyonu için ulusal programlar bulunmaktadır. İkinci strateji ise kurumsal kalite yönetimi programları. Bu fikirler sanayinin toplam kalite yönetiminden, sürekli kalite gelişiminden ve üye ülkelerdeki tüm hastanelerde bulabileceğiniz çalışma süreçlerini düzenlemeye yönelik endüstriyel modellerin uygulanması. Çok klasik olan üçüncü strateji ise denetim teknikleri

kullanmak, hizmetin klinik standartlara dayalı sistematik değerlendirilmesidir. Bu genellikle tıbbi kayıtlarınızda derinlere inmek ve ne olduğunu anlamak anlamına gelmektedir ki bu birçok ülkede devam etmektedir, birçok ülkenin ulusal denetim programı bulunmaktadır. Bunda, araştırmaya başladıkları özel bir sorun vardır. Geçtiğimiz 5 yılda, özellikle ABD'deki gelişmelerle daha da yoğunlaşan, hasta güvenliği sistemleri konusuna artan bir ilgi görmekteyiz. Avrupa ülkelerinin ulusal hasta güvenliği ajansları kurduğunu görüyorsunuz. İlk konuşmacı, hasta güvenliğini ölçmek ve kazaları önlemeye çalışmak için yapılan büyük girişimlere yönelik olarak İngiltere'deki gelişmelere değindi. Bir başka strateji ise, klinik uygulama prensiplerinin oluşturulmasıdır. Burada yine, çoğu ülkenin kanıta dayalı uygulama prensiplerini geliştirmek için yaklaşık 20 yıldır ulusal bazda girişimlerde bulunduğunu görüyorsunuz. Bu süreçte genellikle profesyonel organizasyonlar, meslek kuruluşları ve bilimsel çevreler yer almaktadır. Benim ülkemde bilimsel topluluklar bu sürece 1995 yılında ön ayak olmuşlardır. Kanıtların sistematik olarak yeniden düzenlendiği ve prensiplerin hazırlandığı bir ulusal program bulunmaktadır. Birleşik Krallık'taki NICE (Sağlık ve Klinik Başarı için Ulusal Enstitü) gibi, birçok ülkedeki benzer organizasyonun büyük ihtimalle son zamanlarda bu tür tecrübesi olmuştur.

Uluslararası kurallar ağı şu anda, tek görevleri kanıta dayalı uygulama prensipleri formüle etmek olan, yaklaşık 60 organizasyonu kapsamaktadır. Ayrıca, klinik indikatörlerin yine kanıta dayalı bir şekilde geliştirdikleri, indikatörlerin performans hareketleri bulunmaktadır ki bu da kendi içinde bir endüstri haline gelmiştir. Kendi durumunuz için kullanabileceğiniz, klinik indikatörlere ilişkin bilgilerin evveliyatını içeren, örneğin Almanya'daki takas odalarına ilişkin verileri bulabileceğiniz internet siteleri mevcuttur. En az bunun kadar önemli olan bir başka husus ise, tüm ülkelerde hasta görüşlerini almak için sistemlerin olduğudur. Ölçmek için sistematik çabalardan oluşan bu sistem sadece hasta araştırması da değildir. Ulusal çabalarımız, ölçümlerin standart yolları ve hasta deneyimlerinin karşılaştırmaları konusunda çalışmalarımız bulunmaktadır. Bu işlerin çoğu, ABD'deki sağlık plan araştırmaları ile ilgilidir. Birçok Batı Avrupa ülkesinin ulusal sistemi mevcuttur.

Sorulan sorunun standart hale getirilmesi, her yerde aynı şekilde kullanılması yönünde ve mukayeseli hasta deneyimlerine ilişkin verilerin alınması için araştırma açısından büyük bir geliştirme çabası mevcuttur. Bu durumda soru; bu stratejiler hastane seviyesinde gerçekten uygulandı mı? Toplam 389 hastanede kapsamlı bir araştırma yapma şansımız oldu. Bunlar rapor edilen bazı şeyler ve burada sunulacak çok fazla materyal bulunmakta. Sunumun sonunda hasta güvenliği ve sağlık hizmeti konusunda bir dergiden bahsedeceğim. Derginin şubat baskısı, bu projedeki tüm verilerle birlikte 11 adet bilimsel makale içermektedir. Hastanelerin hasta güvenliğine ilişkin faaliyetler konusunda rapor ettiklerine bakmak gerekirse, gördüğünüz üzere bu hastanelerin çoğu enfeksiyon kontrolü komitelerinin ve antibiyotik politikalarının bulunduğunu rapor etmiştir. Bunların %75'i görevlendirdikleri hasta güvenlik kişisi veya grubu olduğunu; %50'si ilk olayı raporlama sistemleri olduğunu rapor etmiştir. Yani, bu alandaki hastanelerin yarısı bunun için bir sistemleri olmadığını, hemşirelerin ve diğerlerinin sistematik olarak raporlama yapmadığını belirtmektedir. Sadece %39'u bir ikmal sistemi olduğunu ifade etmiştir. Klinik hastaları için

hasta tanımlama sistemleri olup olmadığını sorduğumuzda, %47'si evet demiştir. Yani bu, hastanelerin %53'ünde isimsiz olarak ve kimse benim kim olduğumu bilmeden dolaşabileceğim anlamına gelmektedir. %40'ında acil odalarında hasta tanımlama mevcuttur, ilaçların son kullanım tarihlerinin kontrolü hastanelerin %91'inde sistematik olarak yapılmaktadır. Sorulduğunda, %74'ü kapalı bir depoda ilaçları olduğunu, %90'ı yüksek riskli ilaçları ayrı ayrı depoladıklarını, yarısı ise komplikasyonların tıbbi personele rapor edildiğini söylemiştir. Tabi ki sonuçta bu bir araştırmadır ve eminim ki gerçek hayatta ne olduğunu tam olarak gösteremez. Bizim bu araştırmada yapmaya çalıştığımız şey, stratejik ve teknik düzeyde ve hastane organizasyonunda performans yönetimiyle ilgili neler olduğunu bulmak ve sonra gerçekten uygulamada 3 departmanda neler olduğunu bulmak. Yani komiteniz olup olmadığını soran, gelişme seviyesini soran, komitenin yılda 4 defadan fazla toplanıp toplanmadığını soran, bu toplantılara ait tutanakların olup olmadığını ve bunları gösterip gösteremeyeceklerini -çünkü komite toplantılarındaki değişiklikler 3 departmandan birinde uygulanmakta- soran bir anket oluşturduk. Bunlar bizim sorduklarımızdı, böyle sorduğunuz zaman bir yetkinlik sınıflandırması yapma şansınız oluyor, belli bir hastanenin kalite yönetimi işlevini nasıl yetkinleştirdiğini hesaplamaya çalışıyorsunuz. Bunu yaptığımızda, burada gördüğünüz üzere, sayı azaldıkça yetkinlik artıyor, sayı düştükçe yetkinlik azalıyor.

Yine gördüğünüz gibi, az ve çok yetkin hastaneler her ülkede bulunabiliyor. Bu iyi bir haberdi, çünkü projemizin başında bazı ülkeler her konuda az yetkin olduklarından korkuyorlardı, tabi her konuda çok yetkin olanlar da vardı. Bu bizim çalışmamızda tespit ettiğimiz bir husus değildi, her ülkede en az ve en çok yetkin olanları bulmuştuk, fakat bunlar yine beyana dayalıydı. Ancak bu verilere sahipseniz, bazı hipotezleri deneyebilirsiniz. Örneğin, akreditasyon ve dış baskıya maruz kalan hastanelerin daha az veya daha çok yetkin olup olmadığını test ettik ve hipotez teyit edilmiş oldu.

Hastanelerin akreditasyon konusunda baskıya maruz kaldığı bu tür durumlarda, iç yönetim sistemi daha yetkin olmaktadır. İkinci olarak, güvenlikle ilgili bir bağlantı olduğunu gördük, ama maalesef sizlere tüm hesaplamaların detaylarını göstermek için yeterli zamanım yok. Temel olarak, genelde kalite yönetimi işlevleri alanında daha yetkin olan hastanelerin, hasta güvenlik tedbirlerinde daha yetkin olduklarına dair hipotezi test edebildik.

Ama yine bunlar beyana dayalı olduğu için ve hastaneler size olayı herhangi bir şekilde anlatabilecekleri için, bazı örnek hastanelerde yerinde denetim yapmaya karar verdik. Aslında, her katılımcı ülkedeki en az ve en çok yetkin hastaneleri örnek olarak seçerek, eğitilmiş denetimcilerin tüm bu uzmanlarla hastaneleri ziyaret ettiği bir saha gezisi düzenlendi. Temelde gördük ki bunlar üniversite hastanesi ile normal hastanelerin bir karışımıydı, ayrıca kamu hastaneleri ile özel hastanelerin harmanıydı. Genel hatlarıyla bu, denetlediğimiz hastanelerin akreditasyon durumunu göstermektedir ve gördüğünüz gibi, çoğunda hala bir çeşit akreditasyon/ belgeleme yapısı bulunuyor. Bazı hastanelerde sadece laboratuvar için sertifikasyonu olmasına rağmen, hastanenin tamamı için bir akreditasyon sistemi yok. Güvenlik

mekanizmalarına baktığımızda ise, sizin de gördüğünüz gibi bunlar beyana dayalı olandan biraz daha farklı, kesin rakamlarla karşılaştık. 89'dan 60'ının olay raporlama sistemi, 67'sinin önleme grubu var, hastanelerin 52 tanesi hasta hatasını azaltma programı olduğunu gösterebildi. Ama hastanelerin ancak 30'unda operasyon odasında yanlış tarafı ameliyat durumunda uygulanacak bir protokol -operasyonun cerrah tarafından sağ bacakta mı veya sol kolda mı yapıldığını gösteren, klasik güvenlik unsurlarından- vardı.

Yenidoğan çocuk odalarının kilitli olup olmadığını araştırdık ve gördük ki 35 adet hastanede bir kişi içeri girip, bebeği alarak dışarı çıkabilir. Bu bir hayal ürünü değil, çünkü her üye ülkede hastaların, bebek bölümünde çalışanlardan kaynaklanan sorunları olduğu bilinmektedir. Bu nedenle, araştırdığımız şeylerden biri odada kilit ve tanımlama sistemi olup olmadığıydı. Aynı durum hasta tanımlama konusunda da vardı, birçok hastanede hastaların ve hatta yenidoğan bebeklerin tanımlanmadığını gördük ki bu durumda yanlış anlaşılmalara nasıl engellenebilir?

Burada tabi ki birçok veri bulunmakta ve biz tekrar hangi strateji sorusuna döndük, size 7 tane olduğunu söylemişim, bunlar hizmet yönetiminin geliştirilmesinde gayet etkili. Bu belirlediğimiz 7 stratejinin 1'i dış, 6'sı iç kaynaklı yani sizin yaptığınız şeyler. Harici olan akreditasyondur ve biz burada temel olarak hastanenin teknik strateji düzeyinde neler olduğunu; kardiyoloji, yenidoğan, doğum ve cerrahi departmanlarının hizmet seviyesinde yaşananlarda bir etkisi olup olmadığını inceleriz. Bunun sonucunda ortaya çıkan analiz, çeşitli stratejiler bağlamında elde edilir, yani her stratejiye verilen cevap esas alınarak bir indeks oluşturulur ve hastanenin bu stratejide güçlü olup olmadığı belirlenir. Stratejiye yönelik plan yaparız, etrafa baktığımızda bulduğumuz çıktılara -sonuçlara değil- bakarız ve stratejiler ile çıktılar arasında bir ilişki kurmaya çalışırız. Bu kısmı geçeceğim ama emin olun stratejilerinizi oluştururken ve geçerli kılarken yapılan birçok bilimsel işlem mevcuttur.

Burada anlattıklarım, hastane ve iş düzeyindeki stratejileri nasıl oluşturduğumuzdur. Burada gördüğünüz, hasta güvenliği stratejisi için hazırlanan kurgunun bir örneğidir. Hastane ve iş düzeyinde kontrol ettiğimiz konuları görüyorsunuz. Bu analizlerden elde edilen en önemli bulgulardan biri, her strateji arasında bir örtüşme olduğudur. Açıklayıcı faktör analizi yaptığınızda tasarruf sözleşmesinden sonra bütün tarafları görebilirsiniz, yani ortalama % 51'dir. Her biri kendi kendini doğrulayacak kadar önemli olmasına rağmen, stratejiler arasında, büyük bir örtüşme bulunuyor. Bu demek oluyor ki; klinik prensiplerinizi varsa performans indikatörleriniz ile hasta güvenliği faaliyetlerinizin olma olasılığı da yüksektir ve ayrıca hasta görüşlerini de alıyorsunuzdur. Bu sadece bir yapı, sonuçlarını daha sonra göstereceğim.

Burada, stratejilerin hastane ve iş düzeyindeki korelasyonunu inceledik. Bundan çıkarabileceğimiz sonuç ise, hastane düzeyinde daha çok strateji aktif olduğunda, bunun iş düzeyindeki faaliyet seviyesine yansıdığını görüyoruz ki bu iyi bir şey. Çünkü biz bunların bazılarının yönetim için önemsiz olduğunu, hemşire ve doktorların bulunduğu kata hiç ulaşmadığını sanıyorduk.

Çıktılara gelince, bunlar çıktıların listesi, klinik, güvenlik ve hasta-odaklı olanlar. Ve bu da yine hasta güvenliği konusundaki çıktı indeksinin bir örneği.

Size sorunlardan bazılarını gösterdim, böylece stratejiler ile çıktılar arasındaki ilişkinin nasıl olduğunu görebileceksiniz. Ve yine, şanslıydık ki bazılarının daha güçlü olduğunu tespit ederek olumlu ilişkiler elde ettik. Yani, örnek çok güçlü olmak için hala fazla küçükse de, gördüğünüz gibi tüm bağlantılar doğru tarafı gösteriyor. Buna benzer olarak; daha fazla akreditasyon olması konusunda olumlu bir bağlantı bulunduğu, günün sonunda daha çok yönetim faaliyetinin ve daha çok istenilen sonuçların ortaya çıktığını göstermeyi başardık.

Sonuç olarak, bu dört yıllık araştırma çalışmasının sonuçları nelerdi ve bu konuda Avrupa Komisyonu'na neler sunabilirdik?

Öncelikle, her ülkede daha yetkin hastane yönetim performansı belirlendi ve sonuçlar ülkeler arasında olduğu gibi her ülke içinde de önemliydi. Yani, hastanelere bakarak, bir ülkenin diğerinden daha az yetkin olduğunu söyleyemeyiz, bu her yerde değişir. İkinci olarak, hemen hemen tüm kalite geliştirme stratejilerinin kendi aralarında ve çift olarak kısmen bağlantılı olduğunu bulduk.

Açıklayıcı analize göre, çalışılan 6 kalite stratejisi içten bir tek yapının parçasını oluşturmaktadır. Bu nedenle, sadece birine odaklanmak yerine, stratejileri kombinasyon halinde çalışmak önerilmektedir. Bu çok önemlidir, çünkü bazı ülkelerin sadece bir strateji üstüne çalıştığını, klinik prensipleri veya akreditasyon/indikatör oluştururken, tüm yumurtaları aynı sepete koyduklarını gördük. Burada, bu konuların bağlantılı olduğu gösterilmektedir. Böylece bunları kombinasyon halinde görürsünüz ve tüm stratejileri birbiriyle bağlantılı olacak şekilde geliştirmeye çalışırsınız. Aslında, bu yetkinlik indeksini daha geçerli hale getirebileceğimiz ve gerçek çıktı verisi kullanmaya çalışacağımız daha ileri bir araştırma beklentisi içindeyiz. Bu çıktı verilerine dayanıyor, biz ise idari veri tabanından ziyade sonuç verilerine bakmak isteriz ki ülkelerin çoğu az çok bu tip verileri sağlayabilmiştir.

Hastane düzeyindeki her strateji, aynı stratejinin hizmet düzeyindeki gelişimiyle bağlantılıdır. Hastane düzeyinde gürültü yapmaya başlarsam, hizmet düzeyinde de bazı gürültüler duyarım ve buna göre arayüzler çalışmaktadır.

Üstünde çalıştığımız çıktılarla bağlantılı olarak çeşitli stratejiler bulduk ki bunlara burada değinilmektedir. Burada iyi olan şey, hepsi farklı türdeki çıktıları etkilemektedir. Bununla birlikte, çıktı tedbirlerinin hiçbirinde etkin bir hastane mülkiyeti veya hastanenin eğitim durumuyla ilgili bir kanıtı rastlamadık. Elimizdeki materyallerde böyle bir şey yok. Gönüllü akreditasyon, eğitim akreditasyonu ve sertifikasyonlarının hepsi bazı sonuçlarla ve harici baskı indeksiyle bağlantılıdır. Hepsi hemen hemen tüm çıktı çalışmalarıyla olumlu olarak bağlantılıdır. Dolayısıyla, hastanelerin harici değerlendirmeleri olumlu görünmekte ve dış baskının türü hedeflere göre değişiklik göstermektedir.

Bu nedenlerle, size bazı uluslararası karşılaştırmalı verileri göstermekle başladım. Sağlık hizmeti performans sistemleri arasındaki farkları gösteren daha birçok veri olacaktır. Hatalı kararlar yoktur. Bunlar incelendiğinde sebepleri öğrenilebilir ve insanlar ne yapılması gerektiğini birbirlerinden öğrenebilir.

Hastanelere baktığımızda, Avrupa Birliği'nde bu stratejilerin hepsinin çalışıyor gibi görüldüğünü göreceksiniz, ama soru bunu ulusal politika oluşturma faaliyetinizle nasıl makul bir şekilde bağlantılandıracağınızdır.

Öncelikle size akreditasyon konusunda stratejilerinizi göz önünde tutmanızı öneririm ve gördüğüm kadarıyla bu Türkiye'de geliyor. İndikatörler konusunda bazı girişimler ve indikatörlerle ilgili süregelen birçok faaliyet var. Prensipler konusunda NICE (Sağlık ve Klinik Başarı için Ulusal Enstitü) ile görüşerek birçok girişimde bulunuyorsunuz; ama denetimler, kalite geliştirilmesi, hasta deneyiminin ölçümü ve güvenliği de bunlarla bağlantılandırılmalıdır. Bu, kapsamlı bir stratejinin bir parçasıdır. İkinci olarak, özellikle indikatörler konusunda.

Performans ölçeği kullanmanın olumsuz sonuçlarından kaçınmak için, kamu sağlığı perspektifinden indikatörlerle birlikte kanıta dayalı çalışmanın önemini vurgulamak istiyorum. Son olarak, eğer bunu bir finansal teşvik planının bir parçası olarak kullanırsanız, yönetim ve güvenliğin geliştirilme kapasitesini artıracak şekilde kullanmaya çalışın. Teşekkür ederim.

Dr. Ann-Lise GUISSET – Panelist

(Dünya Sağlık Örgütü)

Beni davet ettikleri için organizatörlere ve burada tüm dikkatinizi vererek bulunduğunuz için hepinize teşekkür ederim. PATH projesi hakkında konuşmak için fırsatım oldu. Bu projenin dün, bir önceki bölümde ayrıntılı olarak sunulduğunu biliyorum. Bu nedenle, PATH'in ne olduğunu, nelerin mümkün olduğunu vs. tekrarlamayacağım. Ama sizlere başka bir şey anlatacağım. PATH'in hasta güvenliğiyle ilişkisi nasıldır? Benden, bu aracın güvenlik boyutuna odaklanmam istendi. Buna, hastanelerdeki kalite gelişimi için performans değerlendirmesi aracı denmektedir. Niek Klazinga'nın sunumunu çok beğendim ve bildiğim kadarıyla kendisi OECD'nin danışma komitesi üyesi. Bu nedenle, benzer bir yaklaşıma sahip olmamızı bir tesadüf olarak görmüyorum.

Kendisi, birkaç kalite stratejisi ve performans yönetimi stratejisiyle ilgili olarak konumlandırılmış indikatörlerin önemi üzerinde durmuştur ki bu husus, sunumum sırasında benim de vermek istediğim ana mesajlardan biri olacak. İndikatörler sadece bir ölçek, ama önemli olan verileri nasıl aldığınız ve bunlarla ne yaptığınızdır. Bazı gelişmelerde bulunabilmek için gerçekten bazı değişiklikler yapma fırsatınız olduğu yer burasıdır. Sonuç olarak, bu sunum kalite ve hasta güvenliği indikatörlerinin kullanımına ilişkin konular üstünde durmakta ve PATH'ten elde edebileceğimiz

anahtar mesajlar vermektedir. Ayrıca; sizlere PATH'in içeriğini, amacını, içerik ile indikatörün nasıl kullanıldığının indikatör seçimi üzerindeki etkisini anlatacağım.

İkinci bölümde, PATH'in kavramsal modeli üstünde duracağım ve performans ölçümü için kapsamlı bir yaklaşımı savunacağım. Performansın bir boyutuna veya bir indikatörüne bakabilirsiniz, ama lütfen resmin tümüne bakmayı ve stratejik kaynağınızı kullanmayı unutmayın.

Üçüncü bölüm, performans değerlendirmesi ile ilgili olacak: Ölçümden değerlendirmeye nasıl geçilir, veriler nasıl yorumlanır, ilave bir adım olması neden önemlidir -indikatör bir sonuç değil sadece bir ölçümdür-, PATH'in ilk uygulamasından öğrendiğimizi iletiyor muyuz ve Türkiye bağlamında neler ortaya konabilir. Yani bu bölümde, PATH aracı hakkında bazı temel unsurlara bakacağız. Bu araç 2002 ve 2003 yıllarında geliştirildiğinden, diyebilirim ki oldukça eskidir.

Dünyanın birçok yerinden gelen uluslararası uzmanlardan oluşan gruplarla birkaç toplantı yaptık, kapsamlı arka plan çalışmalar hazırladık ve bu esnada indikatör seçimine ilişkin, tartışmalarda bulunduk. Gerçekten kanıta dayalı indikatörler seçmenin yanında, kavramsal çerçeve hakkında da görüş alışverişinde bulunduk.

İlk önce, nasıl ölçeceğimize karar vermeden önce neyi ölçmek istiyoruz ve bu indikatörleri nasıl kullanacağız, buna bakıyoruz. Bu bir indikatör listesi değil, gerçekten bir performans aracıdır, yani birçok farklı araçla bağlantılıdır. Bunlar daha sonra 5 ülkede 60 hastanede test edilmiş ve faydalı olmuştur. Böylece, PATH aracının kullanımını teşvik etmiştir. 13 ülkede 150'den fazla hastanede şu anda uygulanmaktadır.

Türkiye'deki performans ve kalite departmanı ile ilk görüşmelerimi uzun zaman önce yaptım. Temmuz ayında Viyana'daki uluslararası konferansa PATH'i dinlemek için gittiğimde, Türkiye'nin PATH 09 olarak adlandırdığımız 3. dalgaya katılması konusunu da görüşmüştük.

Dün bazı hastanelerin konuyla ilgili olduğunu, iyiyi bulma yönünde istekli olduklarını, hastanelerinin katılımı için gerçekten uğraştıklarını gördüğüme memnun oldum. Bugünkü kahve arasında sorularınız için hazır olacağım, ancak sorularınızın tümünün cevaplanabilmesi için kahve arasının veya sonrasının yetmeyeceğini düşünüyorum. Bu nedenle, sorularınızı PATH hakkında bilgi sahibi olan buradaki departmana, ülkenizin PATH ülke koordinatörüne veya direkt bana sorabilirsiniz, yani şayet sorunuz olursa lütfen bir şekilde sorunuz, bunu desteklemeye devam edeceğim.

Peki, PATH ne getirdi? PATH bir kalite geliştirme aracıdır. Sanırım şimdiye kadar asıl hedefin hastaneleri desteklemek olduğunu kavramışsınızdır. Yani, PATH'te hastaneler dış müşterilerdir, yani bizim kalite geliştirme stratejilerinin tanımlanmasında destek verdiklerimizdir. Burada önemli olan, hastaneleri ölçüm sırasında değil, strateji tanımlama aşamasında desteklediğimizin anlaşılmasıdır. Bunun iyi yapılması için ise gelecekteki süreklilik için alanlarınızı belirlemeniz, nerde daha güçlü ve daha zayıf

olduğunuzu bilmeniz, nerde gelişebileceğiniz ve tecrübelerinizi paylaşabileceğinizi bilmeniz gerekmektedir.

Bu uluslararası bir projedir, yani uluslararası referans noktalarıyla karşılaştırma yapmak için bazı fırsatlar olacaktır. Türkiye'deki, Estonya'daki, Polonya'daki, Çek Cumhuriyeti'ndeki, Slovakya'daki C-bölümlerini karşılaştırabilirsiniz. Ama burada önemli olan şey bunların rastgele örnekler olmadığıdır. Buna dayanarak, Türkiye en iyisidir veya Estonya ve Yunanistan'dan daha iyi veya daha kötüdür diyemezsiniz. Bu sadece Türkiye'deki bazı hastanelerin daha düşük veya yüksek ağırlıkları olduğunu gösterir ki ardından bu farkların sebeplerini ve sistemin içinde olup olmadıklarını anlamamız gerekir. Tüm hastanelerdeki bu farklılıklar organize midir, yani bu daha çok uluslararası ağ oluşturma ile ilgilidir. Uluslararası karşılaştırmada bazı eğitim organizasyonları, ziyaretler ve çalışan uluslararası grupların etkisi olabilir, yani uluslararası karşılaştırma indikatörleri. Bunu birkaç değişik şekilde yapıyoruz, belirli aralıklarla çıkan bir gazetemiz var, en son gazete daha yeni çıktı ve internet sitemizde İngilizce olarak mevcut, belki bazı bölümlerinin tercümesi gerekebilir.

Uluslararası toplantılarımız oluyor. Son toplantı, geçen hafta Litvanya'da yapılan ülke koordinatörleri toplantısıydı. Bu, ülke koordinatörlerinin ilk toplantısı olduğu için de çok önemliydi. Böylece koordinatörler, bu PATH aracının yanında, çevreyle ilgili konularda da görüşlerini paylaşabildiler. Genel anlamda, hastanelerin kalite gelişimi stratejilerine katılmasını teşvik etmek ve desteklemek için nasıl bir ortam yaratılması gerektiğine ilişkin hususlar; özelde ise veri toplama sırasındaki zorluklar paylaşıldı ki sonunda veriler karşılaştırıldığında benzer veriler kullanıldığından benzer sonuçlara ulaşılabilir. Yani, bunun çok kapsamlı bir çerçevesi var, 6 performans boyutuyla diğer pek çok ölçüm sisteminden farklı ve bu boyutlar birbirleriyle bağlantılı. Bu konudaki ayrıntılara daha sonra gireceğim.

Ölçümden kalite gelişimi eylemlerine geçiş için tanımlayıcı belgelerle şunları içeren bir destek mekanizması vardır: Bu indikatörün neden seçildiğine dair bir gerekçe, bunu ölçmek neden önemli, bununla ilgili kanıt ne, uluslararası referans noktaları neler, C-bölümünü azaltmakla ilgili olarak en iyi örnekler nelere işaret ediyor, mevcut uluslararası ağlar hangileri. Örneğin, hastanede sigara içmekten bahsettiğimizde, Avrupa'da sigara içilmeyen hastane ağına atıf yapacağız, emzirme indikatöründen bahsediyorsak, hastanelerdeki 10 adıma atıf yapacağız. Yani bu tanımlayıcı belgelerde, sonuçlarınızı aldıktan sonra daha ileri gitmek istiyorsanız bilgi alabileceğiniz ağlara veya ek kaynaklara zaten bağlantı olacak.

Bir de denge unsuru var. Spesifik hastanelerin bütün bir resmini veren 1-2-3 sayfalık tanımlamalar almaya çalışacağız ve sonuçları sunacağız. Bu gerçekten en üst yönetimin, hastanenin stratejik açıdan yönetiminde -kuvvetli ve zayıf yanlar vb.- neler olduğunu bilmesi için önemli bir husustur. Tabi analizin kavranması için, bu sonuçlar en çok etkili olduğu birime geri dönecektir. Bu demek oluyor ki, kanıta dayalı bir dizi indikatörümüz var ve bunlar uluslararası paylaşılıyor, ancak bunların hepsini ölçmemek için bazı ihtimaller de var, örneğin bunların bazıları Türkiye'deki ortam için önemli olmayabilir veya özel önemi olanlar eklenebilir. Bunun nedeni,

önemli olanın zaten ölçülüyor olmasıdır, bir anlamı olmayacaksa bu verilerin -sırf PATH'in bir parçası olduğu için- toplanması da gerekli değildir.

Farklı bağlamlarda neyin alakalı olduğuna dair bazı farklılıklar olduğunu gördük, ama eğer bir şey özellikle önemliyse bunun gerçekleştirilme olasılığı vardır. Bu çerçevede, PATH'in hastaneler için anlamı; ilk önce performans ölçümü, sonra kendi sonuçlarını sorgulaması, bu sonuçları anlaması ve bunların geliştirilmesi için eyleme dönüştürülmesinde yardımcı olmaktır. Bu ise performans değerlendirmesi için araçlar temin ederek yapılmaktadır. Burada gördüğümüz, tanımlayıcı belgelerin indikatör listeleridir ve bunlar hastaneler arasında ağ kurulmasına ve meslektaşlar arasında işbirliği kurulmasına imkan verir.

Öncelikle meslektaşlar arasındaki işbirliği ve ağ kurma, bir ülkede ilk motive ettiğimiz husus. Ülkenin işbirliği yapmasıdır, yani rekabete dayalı bir sistem işbirliğini de sağlayabilir. Sonuç olarak, bu teşvik mekanizmasında daha iyi sonuçlara ve indikatörlere ulaşmak için nasıl işbirliği yapılacağı belirlenir. Buradan hareketle, indikatörler ve farklılıklarına ilişkin bir arka plan bilginin sunulmasının, Avrupa'da veya dünyada ölçüm sistemlerinin ve kalite yönetiminin geliştirilmesinin etkinliğiyle ilgili olarak gerçekten çok büyük farklılıklar olduğunun vurgulanmasının önemli olduğunu düşünüyorum.

Ölçüm geleneğinin olduğu bazı ülkeler var, sanırım Danimarka bunlardan biri. Yani bunların söz konusu ölçüm geleneği oldukça köklü, ayrıca kalite gelişimi ve kalite yönetimi konusunda da gelenekleri bulunuyor. Sizin de göreceğiniz gibi, PATH'le yapmaya çalıştığımız şey bu ölçüm geleneğinin kurulmasını, hastanelerin içinde indikatörler konusundaki tartışmaların şeffaflığını, ülkeleri içinde işbirliğinin şeffaflığını sağlamaktır. Öncelikle, ölçüm geleneğinde hangi indikatörlerin olduğunu ve ne anlama geldiklerini, nasıl yorumlanabileceklerini, onları nasıl kullanacağınızı araştırırsınız. Daha sonra, indikatör hakkında emin olunca onları açıklama ve dışarıdan ajanslarla bu konuyu görüşme konusunda da kendinize güvenirsiniz. Daha sonra bazı teşvik veya mükafatlarınız olabilir, yani bunu tipik olarak bazı ülkelerde gözlemliyoruz.

Türkiye'de çoktan indikatörlerinizin olduğu bir konumdasınız ve bunları zaten güçlü teşviklerle kullanıyorsunuz. Ama hala PATH'le; bu ölçüm geleneğini kurmaya devam edebileceğinizi düşünüyorum. Bu durumda, kontrol kaynağının dahili olduğunu ve hastanelerin bu projeye katılım sağlamasının gönüllülük ilkesine bağlı olduğunu belirterek, PATH'i konumlandırmak önemlidir. Ayrıca bunlar verilerin sahibidir ve bu destekleyici bilgilendirici bir yaklaşımla gerçekleşir.

Şayet PATH'teki indikatörler bunu gösterirse, verilerin kalitesinin o kadar da iyi olmadığını görebilirsiniz. Bu durumda, vakaları yorumlayarak gerçek bir karara nasıl ulaşabilirsiniz? Bu indikatörü uygulayarak PATH'i kullanırsanız ilk 2-3-4 yıl içinde veri kalitenizi geliştirebilirsiniz. Bunun zaten büyük etkisi olacaktır ki bizim PATH'le araştırdığımız da budur. Bazı departmanlar, hasta grupları vs. tarafından hemfikir olunmayan bazı indikatörlerimiz var. Bu oldukça karmaşıktır. Diyelim ki 95 puanınız

ve 80 puanınız var ve bir sonuca ulaşmak için bunları karşılaştırıyoruz. Ama örneğin, doktorla benzerlikleri alacak olursam, eğer biri sizin tüm laboratuvar sonuçlarınızı alsa, bir özet yapsa ve size gelip “Hastanızın işlemlerini yaptım, % 80’i iyi” dese, bunun doğru olduğunu nasıl bilebilirsiniz, ne yaparsınız, hangi işlemleri yapacağınızı nereden bilirsiniz ve bu hasta için nasıl tedbirler alırsınız?

Hayır, bir doktor olarak aynı şeyden birçok bilgi kullanmanız sorun değil. Eğer birkaç dakika içinde 100 tane indikatöre baktıysanız, bu hastanın durumunu belirleyebilir, durumun ne olduğunu anlayabilir ve nasıl/ne yapacağınızı tanımlayabilirsiniz. Eğer sadece bir tane alabilirdeniz çok fazla bilginiz olmayacaktır. Peki, bundan sonra bu hastayla ne yapacağım? Yani bu PATH’le ilgili bir şey. Belki bundan sonra bölünmüş daha çok indikatörümüz olacak, kapsamlı raporlarınız olabilir, ama bunlara güveniniz çünkü bu raporlar kısa bir süre içerisinde uzmanlara geri gidecektir. Yani bu durum, indikatörlerin sunumunda neden farklılıklar olduğunu açıklar, bunlarla ne yapacağınıza bağlı olarak indikatör seçiminiz de değişmektedir.

Şimdi hastane performansının tanımına bakacağız. Burada sistem üzerine odaklanıyoruz. Bu bir zincirin sonucu, indikatörün iyi veya kötü olduğu bir liste değil. Bu indikatör zincirini yorumlamanız için, diğer indikatörlere de bakmalı ve onları anlamlandırmalısınız. Personelin verimliliğine baktığınızda, personel oranı, yapılan mesleki görüşme sayısı, personelin eğitim ve kazalardaki motivasyonuna da bakarsınız. Yani bir indikatöre baktığınızda diğerlerine de bakın, çünkü onlara ilişkin bir açıklama bulabilirsiniz. Başka bir deyişle, biriyle ilgili bir işlem yaptığınızda bu tüm organizasyon üzerinde etkili olacaktır. Buradan hareketle, PATH’te hala birkaç çok özel hasta güvenliği indikatörümüz olduğunu söyleyebilirim. Bunlar tekrarlanma sıklığındaki basınç, ameliyat sonrası akciğer embolisi bileşenlerin kullanımı, güvenlik ölçümü geleneği. Burada gördüğünüz gibi, farklı türlerde indikatörlerimiz var. Ameliyat sonrası akciğer embolisi, idari veri tabanını kullanan bir indikatördür. Yani bu bilgi zaten mevcuttur. Burada bir günlük bir prevelans çalışmamız olacak, bu 1 gün boyunca belli sayıda hemşire farklı departmanlarda dolaşarak hastaların ne yaptığını göreceksiniz. Bu önemlidir, çünkü buradaki amaç temel olarak farkındalık oluşturmaktır. Ayrıca 4 adet aracı ve PATH’in olduğunu da görürsek motivasyon ve gönüllü katılım da var demektir ki bu çok önemlidir.

Ölçüm konusu çabalarımızın çoğunu yoğunlaştırdığımız bir alandır, ama anlamlandırma ve eyleme geçme için kavrayış da en az bunun kadar önemlidir. Bazı medeniyetlerin değerlerinin aktarılmasında, veri toplanmasının ne kadar önemli olduğunu PATH bağlamında anlayabiliriz. Çünkü ben bunu ölçeceğim dediğinizde, bunun önemli olduğuna inanıyorum da demiş oluyorsunuz. Şayet doldurulan izin formlarının oranlarını ölçmek istiyorsanız, önemli olduğu için sistem üzerinde de durursunuz. Neden prensiplerimiz/rehberimiz olması gerektiğine tartışılmaktadır? Ulusal veya uluslararası prensiplerle ilgili bilgi sahibi miyiz? Herhangi bir veri toplamadan önce, çoktan birçok değerimizi aktarıyor ve bunu makulleştiriyorsunuz. Eğer departmanınıza gelen belli sayıda hemşire varsa, buna hazırlıklı olacaktır, göreceksiniz.

Önceki tecrübelerden alınan ders, geribildiriminin ne kadar önemli olduğunu, bazı

indikatörler için gereken ve yerel bazda gerçekleşen önemli ölçüde adaptasyon olduğunu göstermektedir. Bütün bunlar olurken, uluslararası indikatör projeleriyle daha fazla uyum sağlamaya da çalışacağız. Bu demek oluyor ki, hala uluslararası olarak karşılaştırma imkânımız mevcut. Ayrıca, geribildirim alabilmek için birkaç atölye çalışması yapmak da önemli, bunu çalışma grubuyla da tartışacağız.

Geçmişte PATH'in nerde başarılı olduğunu ve nerde gerçek anlamda bir fark yarattığını belirledik. Bunlar, liderlik özelliğine ve bazı kalite hizmetlerine sahip olan; katılım için çok büyük isteğin olduğu hastanelerdi. Bu husus, Niek Klazinga'nın farklı sistemler -birbirleriyle ne seviyede ilgililer/ilgililer mi- hakkında söylediklerini güçlendirmektedir. Ülke koordinatöründen önemli ölçüde destek alan ve bu geleneği kurmak ve yerleştirmek için PATH'in nasıl kullanılacağıyla ilgili stratejik vizyonu olan ülkelerde de bu durum geçerlidir. Son olarak, Türkiye'de de bu durumda olduğumuzu düşünüyorum ve bu alanda bir işbirliği için sabırsızlanıyorum. Teşekkür ederim.

SİVİL TOPLUM PERFORMANSI TARTIŞIYOR TEŞVİK NASIL OLMALI?

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

(T.C. Sağlık Bakanlığı Müşaviri)

Kıymetli misafirler tekrar hoş geldiniz. Performans ve kaliteye odaklı kongremizin bugün son günü ve bu da son oturumu. Dün, önceki gün ve bugün gerçekten hem sistemin teşvik modeli hem de sistemde bundan sonra meydana gelebilecek yeni açılımlar konusunda hem ülkemiz hem de uluslararası tecrübenin ışığında tartışmalar yapıldı. Bugün de bu oturumda kıymetli konuşmacılarla beraber sizlere sistemin direkt teşvik modelinin nasıl olması gerektiğini bir sivil toplum çerçevesinde tartışmaya çalışacağız.

Ben oturumdaki panelistlerimizi sizlere takdim etmek istiyorum. Sayın Doçent Doktor Aytolan Yıldırım Hanımefendi Türk Hemşireler Derneği'ni temsilen katılıyor. Kendileri Türk Hemşireler Derneği'nin İstanbul Şube Müdürlüğünü yürütmekte. Sayın Mahmut Kaçar Sağlık-Sen Genel Başkanlığını yürütmektedir. Profesör Doktor Sayın Recep Öztürk İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Öğretim Üyesidir. Uzman Doktor Eriş Bilaloğlu da Türk Tabipler Birliğinin Genel Sekreterliği görevini yürütmektedir. Bu panelde sistemle alakalı, aslında sistemin içinde yer alan yüzlerce çalışanın temsilcileri yer almaktadır. Onların da aslında kendi bakış açılarından söyleyecekleri gerçekten çok önem arz ediyor. Bu çerçevede biz kendilerinin söyleyeceğini çok merakla bekliyoruz. Ben ilk olarak Doçent Doktor Aytolan Yıldırım Hanımefendi'yi konuşmasını yapmak üzere davet ediyorum. Teşekkür ediyorum.

Doç. Dr. Aytolan YILDIRIM – Panelist

(Türk Hemşireler Derneği İstanbul Şube Başkanı)

Teşekkür ediyorum Sayın Başkan. İlk söz için de teşekkür ediyorum. Çünkü biz hemşireler sistem içerisinde genellikle ilk sıralarda söz alamayız bu nedenle teşekkürüm. Ben öncelikle bu kongrenin düzenlenmesinde ve dolayısıyla bizi bu kongreye konuşma yapmak üzere davet eden Sağlık Bakanlığına ve Sağlık Bakanlığının Performans Yönetim ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığına Türk Hemşireler Derneği Genel Merkezi adına çok teşekkür ediyorum

Bugün sizlerle, temsil ettiğim meslek üyelerinin çalışma ortamında işte tutulması ve işe özendirilmesini etkileyen faktörlerin neler olduğunu ve bunların karşılanmasına yönelik ne tür stratejiler geliştirilmesi gerektiğini paylaşmaya çalışacağım. Bu arada sağlık çalışanlarının bütününe ilgilendiren birçok faktöre de değinmiş olacağız. Belki diğer konuşmacılar da benzer şeylerden bahsedecekler. Konuşmamı belirli başlıklar altında ele alarak özetlemeye çalışacağım. Çalışma koşullarına ilişkin faktörler, hemşirelik olarak gerçekleştirilen işin niteliği, kurum yönetimi ve yönetici politikaları, meslektaş ilişkileri, örgütsel iklim ve genel olarak sağlık hizmetinin özellikleri ele alacağım başlıklardan bazıları. Biraz önce ifade ettiğim gibi bu başlıklar altında

sağlık personelinin genelini ilgilendiren ortak unsurlar da söz konusu olacak ancak hemşirelikle ilgili olanları biraz daha ayrıntılı olarak paylaşmaya çalışacağım.

Son yıllarda bilindiği gibi gelişmiş ya da az gelişmiş tüm ülkelerde bir hemşire açığından söz edilmekte ve bu açığı kapatılması, özellikle hemşirelerin yeniden mesleğe çekilmesi ve iş ortamına yönlendirilmesi için farklı stratejiler uygulanmaktadır. Ülkemiz için de bir hemşire açığı dillerde. Kurum yöneticileri, her dönem iktidarlar açısından da bu böyle. Ancak hemşire açığını gidermeye yönelik stratejilere bakıldığında, diğer ülkelerden farklı stratejilerin uygulandığı görülür. Biz ülke olarak, sayısal açığı gidermede genelde daha kısa süreli eğitimle hemşire iş gücü yetiştirecek bir takım modeller üstünde çalışıyoruz. Yani salt sayısal yetersizlik üzerinde yoğunlaşan bir anlayışla yaklaşıyoruz. Oysa dünya ülkeleri, güvenli hasta bakımı ve kaliteli sağlık hizmet sunumunda nitelikli hemşire iş gücünün önemini farkında ve onu anahtar rolde kabul eden bir anlayışla konuya yaklaşıyor. Dolayısıyla hemşire iş gücünün eğitiminden ve niteliğinden asla taviz vermeksizin, onlardan sağlık ortamında etkili bir şekilde yararlanma yollarını bulmaya çalışıyor.

Sağlık iş gücünün performansı, iş doyumu ve iş verimliliğini etkileyen faktörlerin önemli bir bölümünün sağlık hizmetlerinin kendinden kaynaklandığını görüyoruz. Çünkü sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörleri ve işkollarından oldukça farklı özelliklere sahip. Bir kere sunulan hizmet bireye özgü, kitle üretimi ya da standart bir üretime uygun değil. Doğal olarak karmaşık, değişken acil ve ertelenemez bir nitelikte. Hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlı ve yapılan hatalar insan hayatına mal olabilen sonuçlara yol açabiliyor. Sağlık hizmetlerinin çıktısını tanımlamak yani sonuçların ölçümü diğer sektörlerde olduğu gibi çok kolay değil. Bir diğer özelliği uzmanlaşma seviyesi çok yüksek bir sektör ve buna bağlı olarak disiplinler arası işlevsel bağlılık var ve etkili bir ekip çalışmasını gerektiriyor. Birçok sağlık profesyonelinin bir arada tutan bu sektörde, klasik anlamda ekip çalışması yerine, çağdaş anlayışın gerektirdiği bir ekip hizmetinin sunulması, özellikle hizmetin sonuçları açısından oldukça önemli. Çok sayıda profesyonellerin varlığı, mesleki hedeflere öncelik verilmesine ve her mesleğin kendi gelişimini sağlamak üzere bilimsel çalışmaları ve kariyer gelişimlerini önde tutmalarına ve bu durum da hasta bakımı yönünde ortak bir amaca yönelmelerini etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinde ikili otorite hattının bulunması diğer sektörlerden ayırt edici önemli özelliklerinden bir başkası. Burada göz ardı edilen bir proje ilişkisi var. Proje ve fonksiyonel yöneticilerin temel varlık nedenleri ve aralarındaki rol ilişkileri yeterince açık olmaması beraberinde çatışmayı kaçınılmaz kılmaktadır. O nedenle hastanelerde matriks yapının kurallarının iyi anlaşılması ve bu yönde işletilmesi son derece önemli kazanır ve böylece yapı içerisinde eş güdümü sağlamak kolaylaşır. Çoklu profesyonel grupların yer aldığı hastanelerin yönetim ve denetimi de klasik yönetim ilkeleriyle bağdaşık bir şekilde yürütülemez. Ancak ülkemizde hastane sisteminde geleneksel yönetim anlayışının hakim olduğu ve hastane idaresinin tepe yönetiminde yer alan liderin de değişmediğini görüyoruz.

Tabii ki, bütün bu karmaşa, hastanelere potansiyel çatışma açısından elverişli

bir zemin sağlamakta ve çalışanların motivasyon ve iş doyumunu bir anlamda etkilemektedir. Sistem içinde hemşirelik uygulamalarının içeriğine bakıldığında oldukça çeşitlilik gösterdiğini ve bu durumun yalnız hemşireliğe özgü olduğunu görüyoruz. Sağlık iş gücü içerisinde işinin sınırları ve uygulama alanı belirsiz olan tek disiplin hemşirelik. Meslek amacına uygun bir şekilde varlığından ne yazık ki söz etmek mümkün değil. Hemşirelerin doğrudan hasta bakımına yönelik işlerden çok fazla sorumlu tutulmadığını ve sistemin onları giderek bakıma yönelik işlevlerden uzaklaştırdığını açık bir şekilde görmek mümkün. Hemşireler genellikle, hastanelerde açık olan hizmetleri kapatmaya yönelik bir nöbetçi personel konumunda. Dolaylı bakım ve destek hizmetler ağırlıklı bir faaliyet içindeler. Gösteri Yapılan işler daha çok beceriye dayalı ve teknik nitelikte, karar düzeyleri belirsiz ve hemşirelik kararlarını içermiyor. Bağımsız hemşirelik uygulamalardan çok bağlı nitelikte hizmetler ağırlıklı ve sınırları giderek genişliyor. Ama bu genişlemenin profesyonel açıdan mesleğe zenginlik kattığı söylenemez. Diğer yandan hemşirelerin sorumlu tutulduğu işlere bakıldığında, çok komplike işlerden alet yıkama gibi çok basit işlevlere kadar değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Bir taraftan önemli tıbbi girişimleri gerektiren işlevlerden sorumlu tutulurken, diğer taraftan da son derece basit bir alet yıkama, cihaz yıkama işlerinden de sorumlu tutulabiliyor. Sanıyorum sağlık disiplinleri içerisinde meslek alanı kendisi dışında başkaları tarafından belirlenen tek disiplin hemşirelik. Diğer yandan mevcut mevzuata baktığımız zaman yasa ve yönetmelikler içerisinde de hemşirelik işinin tanımının çok çeşitli olduğunu görüyoruz. Kısa süre önce tesadüfen tanık olduğum bir konuşmada, sanırım bir hastane girişimcisi idi hastane işletmesinin kolaylığından bahsederek diyordu ki; farklı düzeyde hastane personeli almaya gerek yok. Örneğin laboratuarda hemşire çalıştırabilirsiniz, röntgende hemşire çalıştırabilirsiniz, hastane eczanesinde hemşire çalıştırabilirsiniz, hasta kayıt sisteminin tümünü hemşirelere yükleyebilirsiniz, satın almada hemşire olabilir, halkla ilişkiler hemşirenin sorumluluğuna verilebilir yine hasta hakları birimi aynı şekilde. Yani hastanenin farklı meslek grupları tarafından yapılması gereken tüm işlevleri tek bir meslek grubu ile yani hemşirelerle gerçekleştirilebileceğini söylüyordu. Bu anlayışın son derece yaygın olduğunu söyleyebilirim. Oysa gerçek meslek alanı içerisinde yer almaları durumunda, hemşirelerin sağlık bakım sistemine olan katkıları çok daha netleşecek ve bu katkı sonuçta kurumsal performansa da başarılı bir şekilde yansıtacak ve aynı zamanda hemşireler kendi kararları doğrultusunda işini yapmış olmanın doyumunu taşıyacaklar. Dünya Sağlık Örgütü ve uluslar arası birçok kuruluş hemşirelerin sağlık bakım sisteminin güçlendirilmesinde kilit noktada ve vazgeçilmez nitelikte personel olduğu görüşünde birleşmektedirler. Türkiye için de vazgeçilmez konumda oldukları bir gerçek ancak ama hangi açıdan olduğu önemli. Eğer sistem, bu kadar farklı hizmet alanlarında, bu insan gücünün becerisinden yararlanabiliyorsa gerçekten hemşireler vazgeçilmez ve başka bir iş gücüne ihtiyaç yok. Oysa, diğer taraftan doğrudan hasta bakımına yönelik meslek eğitim amaçları ile uyumlu olmayan hizmetlerde yer alan hemşirelerin, kurumsal performansa beklenen katkıyı sağlayamayacakları ne yazık ki gözden kaçırılmakta. Hemşireliğin kendi içinde önemli sorunlarından biri de uygulamalı bir disiplin olmasına karşın tıp modelinde olduğu gibi, eğitim ve hizmetlerin entegre bir şekilde yürütülmemesi. Bu anlamda sıkıntısı var. Yine beraberinde hizmetin eğimini verenlerin yani akademik personelin hizmetin içinde yer almadığını görüyoruz. Bu da kendi

içinde çözülmesi gereken sorunlarından biri. Hemşirelik hizmetlerinin yönetimine baktığımız zaman, kendi uygulama alanının sınırlarını belirleyemeyen nitelikte bir meslek olarak, uygulamalarının yönetilmesinde de özerk olmadığını görüyoruz. Yönetici kriterlerinin standart olmadığını, bu kriterleri ya da hemşire yöneticilerinin seçimlerinin, seçici konumda kişiler tarafından belirlendiği, hemşire yöneticilerin işlevlerini, beklentiler doğrultusunda gerçekleştirdikleri ve hemşirelik bakımını yönetmekten ziyade hastaneyi yönetme çabası içerisinde olduklarını görüyoruz. Yani hemşireliğin uygulama alanlarında olduğu gibi, hemşireliğin yönetiminde de belirleyici olan başkaları ve hemşire yöneticilerin buna bir itirazı yok. Bu durum gerçekten düşünülmesi gereken çok önemli bir konu. Örneğin geçen yıl hastane başhemşiresi olarak görev yaparken tanıdığım arkadaşımı bugün hastanenin bir başka iş kolunda görev aldığını görüyorum. Ya satın alma biriminde görevli ya da işletme yöneticisi olarak görev yapıyor. Bu şekilde hemşirelik bakımının giderek içinin boşaltılması bugün ya da kongre boyunca tartışılan kalite, hasta güvenliği, performans gibi sonuçlarla çok fazla paralel giden bir anlam ifade etmiyor ne yazık ki.

Ülkemizde hemşire iş gücünün niteliğine bakıldığında, cinsiyet olarak kadın ağırlıklı olduğunu görüyoruz. Ancak 2007 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Kanununun güncellenen versiyonunda cinsiyet ayrımının ortadan kaldırılması erkeklerin de mesleğe girişini olanaklı kıldı. Erkeklerin bu mesleğe katılmaları hemşirelik hizmetlerine, hemşireliğin meslek olarak kabulüne, statüsüne, imajına ve hemşirelik bakımına ne tür bir katkı sağlayacağı şu anda çok net değil. Başlangıçta ülkemizde erkeklerin hemşirelik mesleğine katılmalarının yadırganacağı, hemşireliğin kadın cinsine özel meslek olduğu, erkeklerin hemşire unvanı ile çalışmayı kabul etmeyecekleri şeklinde özellikle medyada çeşitli tartışmalar yer aldı. Ancak tüm bu tartışmalara karşın üniversite sınavlarında başvurular bunun tam aksini gösterdi. Çünkü erkek adayların mesleğe ilgisi beklenenden bir hayli fazla oldu.

Sağlık disiplinleri içerisinde farklı eğitim düzeyinde eğitimle kazanılan ancak aynı unvanı taşıyan tek meslek hemşirelik. Meslek lisesi düzeyinde, ön lisans, lisans ya da lisansüstü düzeyde alınan çeşitli eğitimlerle hemşire unvanı alan meslek üyeleri uygulamada da aynı işlevlerden sorumlu tutulmakta. Hemşirelik hizmetlerin farklılaştırılması ya da niteliğinin geliştirilmesine katkı sağlamayan bu durum aynı zamanda hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonları üzerinde de etkili olmaktadır. Genel olarak hemşire iş gücü üzerinde yapılan araştırma sonuçlarından, iş doyumunu ve motivasyonların düşük olduğu ve tükenmişlik duygusu içinde olduğu anlaşılmaktadır. Aynı şekilde bu durum, sistem içinde sayısal anlamda çokluğuna karşın hemşirelerin birlikte hareket etme, kendi liderlerini izleme ve mesleki örgütlenmelerini de önemli ölçüde etkilemektedir. Ben farklı düzeyde eğitim alan meslektaşlarımızın, mesleği algılama ve kavrayış farklılıklarına karşın, profesyonel kriterlere erişmede daha duyarlı ve bilinçli olarak mesleki örgütlerinin içerisinde yer alacaklarını umuyorum.

Sağlık çalışma ortamının özelliklerine bakıldığında, işgücünün performansını olumsuz anlamda etkileyen birçok faktörün yer aldığı bilinmektedir. Çalışanların sağlığını doğrudan etkileyecek potansiyel risk faktörlerinin en önemlilerinden biri de cilt,

solunum, ağız ve benzeri yollarla vücuda alınan, başta dezenfektan ve antiseptikler olmak üzere karşılaşılan kimyasal ajanlardır. Her bir kimyasal ajanın etkisi, karşılaşma sıklığı, yoğunluğu ve temas sürelerine göre değişir ve kişilerde kısa ve uzun dönemde değişik sağlık sorunlarına yol açar. Diğer yandan hastanelerin nemli ortamları, bakterilerin üremesi ve patojen mikro organizmaların yoğunlaşması açısından oldukça elverişlidir ve ameliyathane ve yoğun bakımlar gibi ünitelerde çalışanlar bu açıdan yüksek risk altındadırlar. Çalışma ortamının aydınlatma, iklimlendirme sistemleri ile iyonize radyasyon ışınları, sağlık çalışanlarının iş performansını etkileyen fiziksel faktörler arasında yer alır. Yine girişimsel tıp ve hemşirelik uygulamaları sırasında enfekte olmuş kesici ve delici materyallerle yaralanmalar, çalışanların Hepatit-B, Hepatit C ve HIV gibi ciddi hastalık etkenleri ile karşılaşmalarına neden olur. İş yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin arasında son yıllarda çalışma ortamının çalışanların niteliğine uygun hale getirilmesi anlamından ergonomik faktörler dikkat çekmektedir. Özellikle hemşirelerin hasta bakımı verme, hastayı kaldırma, çevirme, taşıma ve çeşitli büyüklük ve ağırlıktaki tıbbi araç-gereçleri taşıma vb. görevleri yerine getirirken, kas incinmeleri ve disk kaymaları gibi sorunlarla sık karşılaştıkları ve bu durumun işe devamsızlıkta önemli bir mazeret olduğu bilinmektedir. Yine son yıllarda, yeterli ve dengeli beslenmenin çalışan verimi ve üretimin artırılması yanı sıra, iş kazaları ve meslek hastalıklarının azaltılması, çalışanların sağlığının geliştirilmesi ve işe devamsızlığın azaltılması ile iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirilmesinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Ergonomik faktörler son zamanlarda çalışanın başarısı üzerinde etkisi yeni kanıtlanmaya çalışılmış ve olumlu sonuçlar gösteren bir faktör. Hemşirelik açısından baktığımız zaman doğrudan doğruya hasta bakım vermeye yönelik çalışmalarında hastayı kaldırma, çevirme, taşıma ve çeşitli büyüklükte cihazları yer değiştirme ve taşıma görevlerinde sıklıkla kas incinmeleri ve disk kaymaları gibi sorunlarla karşılaştığını biliyoruz. Beslenme çok fazla gündeme gelmeyen bir konu ama uluslar arası literatürlerde çalışma sürecinde yeterli ve dengeli beslenmenin çalışan verimi ve üretimi üzerinde etkisinde olumlu etkisi olduğunu belirtiyor. Hastalıkların, iş kazalarının, meslek hastalıklarının azaltılmasında çalışan sağlığının geliştirilmesinde ve dolayısıyla işe devamsızlığın azaltılmasında önemli yine iş yeri psikolojisi ve huzuru açısından önemli. Çalışan performansı üzerinde etkili bir diğer önemli faktör bütün sağlık çalışanları için geçerli ama en çok sağlık iş gücü içerisinde hemşireliği etkileyen psiko-sosyal faktörler. Bunlar içerisinde iş yerinde şiddetin yeri önemli. Son zamanlarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artması, meslek odalarının bu konuda önlem alınmasına ilişkin çalışmaları başlatmalarına neden olmuştur. Geçtiğimiz haftalarda Türk Tabipler Birliği tarafından gerçekleştirilen hekime yönelik şiddet çalıştayını içerisinde, şiddetin tüm sağlık çalışanları için aynı ölçüde risk oluşturduğu belirtilmiştir.

Sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer iş kollarından on altı kat daha fazla ve sağlık çalışanları içinde hemşirelerin şiddete maruz kalma riskinin ise üç kat daha fazla olduğu biliniyor. Fiziksel şiddetin yanı sıra, sağlık çalışanlarının son yıllarda, ülkemizde de mobbing olarak dilimize yerleşen psikolojik şiddete maruz kaldıkları görülmektedir. Mobbing iş ortamında bir kişiye, yöneticisi ya da bir başka

alışan tarafından sistematik bir şekilde baskıcı, yıldırıcı ve zorbaca davranılarak, psikolojik işkence yapılması anlamındadır. Mobbing kavramına ilişkin farkındalığın oluşması, özellikle sağlık ve eğitim kurumlarında bu yönde şiddete maruz kalanların durumlarını yargıya taşımaları sonucu yargıda mobbing davalarının görülmeye başlanması dikkat çekmektedir. Sağlık alışanlarında şiddetin etkisi, moral bozukluğu, iş doyumunda azalma, işteki hataların artışı, işe devamsızlık gibi hizmetlerin kalitesini olumsuz olarak etkileyecek sonuçlara yol açmaktadır. Ayrıca araştırma sonuçları, şiddetin çalışanların işte kalma ve işten ayrılma niyetleri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Uluslararası alışma rgt, stres ve tükenmişliğin ana nedenlerinin yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol atışması ve belirsizlikler, aşırı iş yükü, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma ve vardiyalı çalışma olarak belirlemiştir. Mevcut sağlık çalışanları içerisinde hemşireleri en fazla etkileyen konulardan biri de çalışma biçimleridir. Bilindiği gibi sağlık hizmetleri 24 saat kesintisiz hizmeti öngören bir hizmet kolu ve bu kesintisiz hizmetin, kesintisiz elemanları da hemşirelerdir. Ülkemizde hemşireler 657 Sayılı Devlet Personel Kanunu, İş kanunu, sözleşmeli ya da hizmet satın alma statüsü kapsamında çalışmaktadır. Meslektaşlarımızın ortalama haftalık çalışma saatleri kırk ile altmış saat arasında değişiyor ve sekizer saatlik shiftlerden 12, 16, 24 ve 48 saat arasında değişen nöbet ya da vardiya şeklinde sürdürülmektedir. Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın yol açtığı birçok sorun var. Bu hem sağlık personeli için yine beraberinde bu şekilde çalışan diğer iş kolları için örneğin itfaiyeciler ve güvenlik personeli içinde geçerli. Özellikle kronik uykusuzluk ve uyuyamama sorunları, sıklıkla motorlu araç kazalarına, kadınlarda kolorektal kanser ve meme kanseri gibi hastalıklar üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. 18 Mart tarihli bir gazete haberinde Danimarka'da meme kanseri tanısı konulan iki hemşireye vardiya ve nöbetle bağlantılı olduğu kesinleştiğinden ciddi miktarda tazminat ödendiği ile ilgili bir haber yer aldı Dünya Sağlık rgt de meme kanseri ve kolorektal kanserlerle nöbetli ve vardiyalı çalışmanın ilişkisi konusunda da uyarılarda bulunduğunu biliyoruz. Diğer yandan bu tür çalışmalar hafıza ve konsantrasyon bozuklukları, duygu durum bozuklukları, iş kazaları ve kardiyovasküler hastalıklar gibi iş performansını etkileyen sonuçlara yol açmaktadır. Yine gece çalışmalarının kronik böbrek yetmezliği, gebelikle ilgili komplikasyonlar, diyabetlilerde kan şekeri düzensizliği, malign tümörler, madde bağımlılığı, trioid fonksiyon bozuklukları gibi hastalıklarla ilişkilerini belirleyen çalışmalarla mevcut. Gece alışmaları ve nöbetli çalışmalar çalışanlar üzerinde psikolojik etkileri yanı sıra, sosyal izolasyona yol açtığı bilinmektedir. Özellikle vardiya veya nöbetli çalışmada herhangi bir süre sınırlaması olmayan ve yaşam boyu nöbetli çalışmaları gereken hemşireler, sosyal izolasyonla birlikte özel yaşamlarını sürdürmede önemli güçlüklerle karşılaşmaktadırlar. Bu durum, çalışanlarda, anksiyete huzursuzluk, benlik saygısında azama, tükenmişlik sendromu, duyarsızlaşma, yabancılaşma iş doyumsuzluğu ve kişiler arası ilişkilerde problem gibi performansla olumsuz yansıyan sorunları ortaya çıkarmaktadır. Aile içi rollerde, zorlanma ve aile içi sorunlar her zaman karşılaştığımız sık duyduğumuz sorunlar arasında yer almaktadır. Yine ilerleyen süreçte ebeveynlik rolünde zorlanma, bakım ve yöneticilik rolünde zorlanma, yorgunluk ve kişisel başarısızlık bunları izlemektedir. Araştırma sonuçlarında, sabit vardiyada çalışanların dönüşümlü vardiyada çalışanlara göre iş yaşam kalite düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Yine düzensiz

vardiyada çalışanların iş yükü stresi ve işten ayrılma isteklerinin düzenli vardiyalarda çalışan hemşirelere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiş araştırmalarda. Tabii ki, hasta güvenliğine etkileri açısından baktığımız zaman birçok hataların buna bağlı olarak görüldüğünü görüyoruz. Özellikle çalışılan vardiyanın ikinci yarısında 04–06 saatleri arasında çeşitli hatalar ortaya çıkıyor. Hata yapma riski yüksek. Yine gün içinde çalışılan saat kadar ya da hafta içinde fazladan çalışma saati kadar artıyor. 12 saat süren vardiyada çalışan hemşirelerin hata yapma riski sekiz buçuk saat süren hemşirelere göre üç kat daha fazla. Yine 12 saatlik bir çalışmadan sonra ilaç hataları ve iğne ucuyla ilgili kazalar sekiz saatlik çalışmaya göre çok daha fazla artmakta. Hatalı ilaç uygulamaları aseptik tekniklere uymama, hasta ve diğer çalışanlarla ilişkilerde problem karşılaşılan hata türleri arasında. Hemşirenin kendi güvenliğine olan olumsuz etkileri de söz konusu. Hemşirelerin kendi yaralanmalarının 2–5 çalışma saatlerinde düşük, sekizinci saatten sonra belirgin bir şekilde yüksek, on ikinci saatten sonra ise ilk sekiz saate göre iki kat daha fazla görüldüğü belirtiliyor. İş yüküyle bakım saati arasında ilişkileri ortaya koyan dış kaynaklı birçok araştırma sonuçları hemşirelerin güvenli hasta bakımında rollerini kanıta dayandırmakta. Henüz ülkemizde bunlar somutlaşmamış ancak dünya literatüründen aldığımız kanıtlar şunlar. Cerrahi müdahale sonrası hasta başına sağlanan günlük tam hemşire bakım saati ile idrar yolu enfeksiyonları pnomoni tromboz ve akciğer rahatsızlıkları arasındaki ilişki; 68.000 MI'lı hasta üzerinde yapılan araştırmada hasta başına günlük hemşire bakım saati ile ölüm oranları arasındaki ilişki belirleyen araştırmalar yanı sıra AIDS'li hastalara hasta başına ilave bir hemşire ile otuz günlük mortalite oranında yüzde elli azalma olduğu, normalde dört hastaya bakan bir hemşireye ilave bir hasta yükünün ilk otuz günlük izlemde ölüm riski ve kurtarma çabalarında beklenmedik başarısızlık oranlarında %7 artış gösterdiği. Yine hastalara verilen günlük bakım saati ile hastanede kalış süresi ve idrar yolu enfeksiyonları, bağırsak kanamaları, pnomoni şok arasında kalp krizi vakalarında ilişki, günlük hasta başına verilen hemşirelik bakım saatinde bir saatlik artış ile pnomoni vakalarında %8,5. %10'luk bir artış ile %9,5 oranında bir azalmaya yol açtığını saptayan çalışmalar mevcut. Yine bilindiği üzere hemşirelik bakım saat ile bası yaraları arasında ilişki var.

Çalışan performansı üzerinde kurumun politikaları da son derece etkili. Ücret sistemi ödül ceza sistemi, çatışma yönetim tarzı, yönetim ilişkileri, yönetim politikaları ve benzeri süreçler işten ayrılma ve işte kalmayı etki eden faktörler arasında sayılmakta. Çalışanların işten ayrılma kararlarında önemli derecede etkili olan bir diğer faktör otonomi yetersizliği. Çalışanların uygulamaları ile ilgili karar süreçlerine katılamaması, profesyonel gelişme olanaklarının yetersizliği, yetersiz ödüllendirme sistemi, hemşire yöneticinin liderlik tarzı, iş yaşam kalitesi ve olumlu çalışma ortamının olmaması işte ayrılma nedenlerinden bazıları. Bunlara ek olarak iş doyumsuzluğu, yetersiz ücret, aşırı ve esnek olmayan çalışma saatleri, aşırı iş yükü, yönetici çalışan meslektaşları ilişkileri, sürekli eğitim ve kariyer gelişim imkânlarının sağlanmaması gibi faktörler de işte kalma kararları üzerinde etkili.

Sonuç olarak hemşirelerin çalışma koşullarının, yüksek performansla iş görme ve iş doyumu sağlamaya elverişli olduğu söylenemez. Ülkemiz Uluslararası Çalışma

Örgütünün hemşirelik personeline ilişkin sözleşmesini henüz imzalamamıştır. Bu sözleşmeye uygun çalışmaların Türk hemşirelerinin de hakkı olduğu ve gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Hasta hemşire oranlarını belirleme ve güvenli istihdama ilişkin daha kapsamlı verilere gereksinim olduğu bir gerçek, ama ülkemizde hemşire sayıları nüfus başına, yatak başına ya da hekim başına oranlarla ifade edilmektedir. Hemşireleri işte tutma ve işe özendirmede ciddi politikaların oluşturulması gerektiği bununla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı, Meslek örgütleri ve diğer kurumların sorumlulukları olduğunu hatırlatmak istiyorum. Hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının mesleki nitelikte ve meslek otonomisi ile uyumlu olması son derece önemli. Meslek dışı görevlendirmelerin yapılmaması, bunun yönetmeliklerle güvenceye alınmasını önerebiliriz. Yine kurumsal düzeyde yeterli ücret, etkili ödül sistemi ve geri bildirimi sağlayacak performans değerlendirmelerinin yapılması önemli. Hemşire yönetici kriterlerinin belirlenmesi ve hemşirelik hizmetlerinin etkili hemşire yöneticileri tarafından yönetilmesi önemli. Kariyer geliştirme ve profesyonel statü elde etme fırsatlarının sağlanması, kariyer memnuniyeti ve örgüte bağlılık açısından önemli. Süremi aştığım için özür diliyor ve beni dinlediğiniz için teşekkür ediyorum.

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

Sayın Yıldırım'a çok teşekkür ediyoruz, aslında çok önemli bir vurgu yaptı. Hasta güvenliği ve çalışan güvenliği gerçekten performans ve kalitenin geliştirilmesinde çok önemli bir süreç. Hasta ve çalışan güvenliği bakım hizmetlerini de kapsıyor. Bakım hizmetleri de aslında kilit nokta hastane hizmetlerinde. O nedenle belki de öncelikli olarak teşvik mekanizmalarıyla beraber hemşirelik mesleği ile ilgili tanımlamaların ve bu kilit nokta ile ilgili süreçlerin desteklenmesi gerekiyor. Kendisine çok teşekkür ediyoruz. Şimdi konuşmasını yapmak üzere Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar'ı davet ediyoruz.

Mahmut KAÇAR – Panelist

(Sağlık-Sen Genel Başkanı)

Saygıdeğer Misafirler,

Sağlık Bakanlığı kurumlarında 2004 yılından itibaren uygulanmakta olan ve süreç içinde birçok kez değişime uğrayan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'ni değerlendirmek ve sendikamızın görüş ve önerilerini aktarmak amacıyla buradayım.

Bu vesile ile tüm katılımcılara ve konuklarımıza Sağlık-Sen adına saygılarımı sunuyorum.

“Performans yönetiminde başarının sağlanması için nasıl bir teşvik sistemi gerekir?” sorusunun cevabını aradığımız bu oturuma sağlık kurumlarında çalışan tüm meslek gruplarını temsil eden bir sivil toplum örgütünün Genel Başkanı olarak katılıyorum. Sağlık çalışanlarının performans sistemi içinde yaşadıkları mağduriyetler gibi birçok konudaki düzenlemeye, sağlık çalışanlarının hak ve kazanımları noktasından bakmak, bu çerçevede politika geliştirmek gibi sorumluluklarımız bulunmaktadır.

Bu toplantımızın konusu olan Ek Ödeme Sisteminin de, 2004 yılından bu güne uygulamada ortaya çıkan sorunlarını yakından takip etmekte, görüşlerimizi basın ve yayın yoluyla kamuoyu ile paylaşmaktayız.

Değerli Misafirler,

Bir ülkenin gelişmişlik ve refah düzeyini gösteren kriterlerden birisi de o ülkede verilen sağlık hizmetleridir. Sağlık sistemi ve politikaları, ileri demokrasilerde temel konulardan birisidir. Seçim dönemlerinde toplumun siyasal tercihlerine etki eden önemli bir alandır.

Ülkemizde de 2003 yılından itibaren başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programında; 2007 seçimlerine kadar geçen 4 yıllık süreç içinde çalışanların tüm olumsuzluklara rağmen özverili çalışması ile elde edilen başarı, seçimlerde iktidar partisinin oyunu artırmasının temel nedenlerinden biri olmuştur.

Sağlık hizmetinin en etkin, en kolay, en ucuz ve en eşit biçimde sunulması noktasında son yıllarda gerek sağlık altyapısı açısından, gerekse personel performansı açısından reform niteliğinde adımlar atılmıştır.

SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMINA İLİŞKİN BİR TAKIM GÖSTERGELER (Sağlık Bakanlığı Hastaneleri)	2002	2008
Poliklinik Hizmet Sayısı	66 Milyon	217 milyon
Bir kişinin sağlık kurumlarına bir yıldaki ortalama müracaatı sıklığı	3	6.3
Yoğun Bakım Yatak Sayısı	869	6.633
Hasta Yatağı Sayısı	107.307	127.596

Sağlık Bakanlığı’nın resmi verilerinin yer aldığı tabloda da görüleceği üzere, Sağlıkta Dönüşüm Programı döneminde, sağlık hizmetlerinin gerek altyapı gerekse hizmet sunumunda çok önemli mesafeler kaydedilmiştir. Yine bu tabloda yer alan poliklinik hizmet sayısına ilişkin rakam da göstermektedir ki, sağlık çalışanlarının performansı ve iş yükü yaklaşık 4 kat artmıştır.

Bu nicel artış oranlarının, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyetine yansıma düzeyleri de, yine resmi verilere göre, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yükselmiş ve OECD ortalamasına daha yakın bir noktaya ulaşmıştır.

Değerli katılımcılar, Saygıdeğer misafirler,

İnsanların sağlığına emek veren, bu uğurda alın teri döken 400 bini aşkın sağlık çalışanının omuzları üzerinde yükselen bu başarıyı, daha ileri seviyelere taşımak ve sürdürülebilir kılmak için, sağlık çalışanlarının motivasyonu, sisteme duyduğu güven ve sahiplenme duygusu, politika belirleyiciler tarafından ihmal edilmemesi gereken en önemli husustur.

Nitekim bu çerçevede uygulamaya konulan performans sistemi de tüm eksiklerine ve uygulamada karşılaşılan sorunlarına rağmen, sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini teşvik etmek amacını gütmektedir.

Bu noktadaki tespit ve önerilerimizi hekim ve hekim dışı personel açısından açıklamaya başlamadan önce performans sisteminin süreç içinde oturduğu zemine ve sisteme dair tanımlamalara bazı eleştirilerim olacak.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nde "hizmet karşılığı ödeme" şeklindeki bir yapılanmanın, istenilmeyen bir takım etik sorunları da doğurabileceğini düşünüyorum. Performans sisteminin; paranın, hizmet sunumunda kaliteyi, verimliliği ve hasta memnuniyeti gibi amaçları satın alabileceği varsayımı üzerine inşa edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle performansa dayalı ek ödeme sistemi; sadece niceliksel değerlendirmeleri değil, performans sisteminin hedefleri doğrultusunda niteliksel değerlendirmeleri de içermelidir.

Bu noktada performans kriterlerinin daha sağlıklı, reel ve ölçülebilir olması, tabip dışı personel için de performans kriterleri oluşturulması önemlidir.

Sağlık çalışanları insanların sağlığı gibi bir konuda hizmet üretirken, "ne kadar hizmet o kadar para" anlayışı içinde hareket eder bir noktaya gelmişse, bu performans sisteminin rayından çıktığını gösterir. Zaman zaman rastladığımız ancak genele asla teşmil edilemeyecek etik sorunlar bir vakıdır. Bu sorunların genel bir boyuta erişmemesi için performans sisteminin tanımından, amaç ve hedeflerinden başlayarak, geçmişin tecrübeleri ışığında yeniden bir gözden geçirmeye tabi tutulması gerektiği kanaatindeyiz.

Devletin sosyal sorumluluk alanında bulunan sağlık hizmet kolunda, toplumsal memnuniyeti ve hizmet kalitesini nasıl artırabiliriz? sorusu çerçevesinde ortaya konulacak her türlü ekonomik, sosyal ve psikolojik teşvik ve motivasyon önlemleri, hizmet sunanların "yoksulluk sınırı üzerinde alacakları taban ücret"in üzerine inşa edilmelidir ki bu rakam Konfederasyonumuz Memur-Sen'in son araştırmasına göre 2.300 TL'dir.

Sağlık çalışanlarının iş motivasyonuna katkı sağlayacak ilk icraat; geçim, ailesinin ve çocuklarının geleceği gibi insani kaygılarını giderecek bir yaşam standardına kavuşturmak olmalıdır. Bu önlem, ekonomik bir teşvik değil, psikolojik bir teşviktir.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi bu psikolojik destekle başladığı ve çalışanlarının gelecek kaygıları giderildiği takdirde sağlık çalışanları; işine odaklanma, mesleki gelişimlerine önem verme, vatandaş memnuniyeti temelinde iletişim dilini geliştirme gibi, sunduğu hizmetin kalitesini artırmaya yönelik arayış içinde olacaktır.

Böylece performansa dayalı ek ödeme sistemi ile ilgili “ne kadar hizmet o kadar para” temelindeki paradigma, daha insani bir boyuta taşınmış olacaktır. Sistem o zaman teşvik edici bir niteliğe kavuşacak, sağlık hizmetinde kaliteyi ve hasta memnuniyetini sağlamada etkin bir araç haline dönüşecektir.

Değerli Katılımcılar,

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin nasıl teşvik edici olabileceği konusunda bahsettiğim bu genel yaklaşımın ardından, 2004 yılından bu yana uygulanan sistemin eksik olarak gördüğümüz yönlerine ilişkin bir takım tespit ve önerileri aktarmak istiyorum.

Sendika olarak, Hükümetin performansa dayalı ödeme sistemini az önce ifade ettiğim çerçeve içinde önemli ve gerekli bir uygulama olarak değerlendiriyoruz. Ancak sistemin detayları içinde öne çıkan sorunlar olduğunu düşünüyoruz.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi; özellikle hekim dışı personel için teşvik edici olmaktan uzak bir görüntü içermektedir. Bu noktada adaletin sağlanması için tabip dışı personelin döner sermaye tavan oranlarının artırılması gerekmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile birlikte tabiplerin aldığı ek ödeme miktarı yüzde 600 oranında artarken bu oran tabip dışı personel için yüzde 90’ın altında gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetlerini bir ekip hizmeti olarak değerlendirdiğimizde bu konunun hakkaniyet esasları çerçevesinde yeniden ele alınması gerektiğini düşünüyoruz.

Unvan	Brüt Tavan Ek Ödeme Miktarı 2004	Brüt Tavan Ek Ödeme Miktarı 2007	Artış Oranı %
Baştabip (uzman)	2.288	8.008	250
Uzman Tabip	1.144	8.008	600
Pratisyen Tabip	806	4.030	400
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	332	623	88
Genel İdare Hizmetler Sınıfı	245	461	88
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	204	385	89

Bu noktada özellikle Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında ve Aile Hekimliğine geçilen bölgelerdeki Toplum Sağlığı Merkezleri’nde çalışanlar sistemin adaletsizliklerinden en büyük zararı gören kesimler haline gelmişlerdir.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında çalışan sağlık personeli ile II. Basamak sağlık kuruluşlarındaki tabip dışı personelin aylık aldığı ortalama ek ödeme tutarları tabloda da görüleceği gibi yüz binlerce sağlık çalışanının tavan oranlarının çok altında ek ödeme alabildiklerini ortaya koymaktadır.

Birinci ve ikinci basamak sağlık kurumlarında unvanlara göre alınan maaş ve aylık ortalama net ek ödeme tutarları (TL)

Unvan	1. BASAMAK		2. BASAMAK	
	Ortalama ek ödeme miktarı	Toplam net ele geçen miktar	Ortalama ek ödeme miktarı	Toplam net ele geçen miktar
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	366	1276	584	1494
Genel İdare Hizmetler Sınıfı	331	1101	399	1169
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	260	1029	326	1066

Sağlık Bakanlığı Personeli ile Sağlık Bakanlığı dışında çalışan meslektaşlarının aldıkları ek ödeme tutarları (TL)

Unvan	Yıllık izin kullanıldığı takdirde ortalama ele geçen	Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumlarda çalışan personelin kesintisiz her ay aldıkları ek ödeme
SHS	335	283
GİHS	300	248
YHS	230	239

Başbakanlığın son Ek Ödeme Kararnamesi'nden sağlık çalışanlarının yararlandırılmaması nedeniyle, sağlık çalışanları, kamuda en düşük ücreti alan kesim haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığı kurumlarında çalışanlar, Sağlık Bakanlığı dışında çalışan meslektaşlarından daha az performans ödemesi almaktadır. Diğer kurumlarda çalışanlar her ay ek ödeme alırken, Sağlık Bakanlığı bünyesine çalışan personel, yıllık izin, şua izni, hastalık izni gibi durumlarda ek ödemededen yararlanamamaktadırlar.

Performans sistemi içinde yine aynı idari görevi ifa ettikleri halde hekim statüsündeki yöneticilerin, diğer yöneticilerin aldığı ek ödeme miktarı arasında uçurum vardır.

Unvan	Maaş miktarı	Ortalama Ek ödeme Miktarı	Toplam net ele geçen miktar
Sağlık Müdür Yard. (Tabip)	1.350	2.420	3.770
Sağlık Müdür Yard. (İdari)	1.550	926	2.076
Şube Müdürü (Tabip)	1.350	1.372	2.722
Şube Müdürü (İdari)	1.228	847	2.075

Biz sendika olarak ödemelerde "hakkaniyet/adalet" ilkesine azami özenin gösterilmesinin çalışma barışına ve performansa olumlu katkı sağlayacağına inanıyoruz.

Sağlık çalışanlarının yasal hakları olan yıllık izin, şua izni, hastalığa bağlı rapor izni gibi durumlarda ek ödeme alamaması da bize göre sistemin bir diğer yanlısidir. Çalışanların performansının artırılmasının en önemli sonucu verimliliktir. Ancak yıllık izin gibi fiilen çalışılmayan günlerde döner sermaye ek ödemesinden faydalanmaması nedeniyle çalışanlar gelir kaybı yaşamamak için yasal izinlerini kullanmamayı tercih etmektedirler. Yıllarca izin kullanmadan çalışan personelden ne kadar verim alınabileceğini takdirlerinize bırakıyorum.

Öte yandan örneğin; 112 acil yardım personelinin, görevi başında uğradığı kazaya bağlı sağlık raporlu olduğu dönemde "Sen fiili katkı sunmadın" diyerek ek ödeme kapsamı dışında tutulmaktadır. Bu tablo; sistemin insani boyut açıdan sorgulanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Biz yasal ve zorunlu izin dönemlerinde de sağlık çalışanlarının ek ödeme alması gerektiğini düşünüyoruz.

KURUMLARA GÖRE MAAŞ DURUMLARI		
KURUMU	UNVANI	MAAŞI
Emniyet Hizmetleri	Polis Memuru	1.789,00
Diyanet İşleri	İ. Hatip	1.388,00
Nüfus Müdürlüğü	V.H.K.İ	1.252,00
Maliye Bakanlığı	Memur	1.349,00
Maliye Bakanlığı	Hizmetli	1.335,00
M. Eğitim	Öğretmen	1.460,00
Tarım	Mühendis	1.740,00
Sosyal Güvenlik Kurumu	İcra memuru	1.600,00
Sosyal Güvenlik	Hizmetli	1.370,00
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	Röntgen teknisyeni - Sağlık Memuru - hemşire vs.	1.365,00
Genel İdari Hizmetler	Memur	1.200,00
Yardımcı Sağlık Hizmetler	Memur	1.100,00

Performans sisteminin hekimler açısından en çok tartışılan ve eleştirilen yönü, performans puanlarındaki çelişkili durumlardır. Sisteme göre; yoğun emek ve uzun süre gerektiren ağır işler daha az performans puanı alırken, hafif nitelikteki işlerin daha yüksek puan aldığı durumlar oluşmaktadır. Örneğin ağır protez ameliyatlarının performans puanları düşük iken, lokal anestezi basit operasyonların yüksek olduğu görülmektedir. Yine doğumsal kalça çıkığı gibi zor ama puanı düşük olan ameliyatların yapılmamakta ve üniversite hastanelerine sevk etme yöntemine başvurulabilmektedir. KBB'de yaklaşık 3 saat süren mastoidektomi operasyonunun aldığı düşük puan nedeniyle bir KBB uzmanı bu süre zarfında 6 bademcik ameliyatı gerçekleştirerek daha fazla puan alabilmektedir. Bu şekilde örnekleri çoğaltmak mümkündür.

Dolayısıyla az emekle yüksek puan kazanılan işler hekimler için tercih nedeni olabilmekte, meşakkatli işlerden kaçınma gibi bir durum ortaya çıkabilmektedir. Bu durum önlem alınmadığı takdirde zamanla büyük bir halk sağlığı sorununa dönüşebilir. Bu nedenle performans puan tabloları revize edilmesi ve burada da emek-değer dengesinin gözetilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Bir diğer husus olarak şunu da belirtmek gerekir ki; Sağlıkta Dönüşüm ile birlikte artan iş yükünü karşılamak için fazla süreli çalışmalar gerçekleştirilmekte, ancak bu fazla çalışma karşısında sağlık çalışanları hak ettiği ücreti alamamaktadır. Bizim mevzuatımızda kamu çalışanlarının haftalık çalışma süresi 40 saattir. Sağlık çalışanları için ise, Anayasal eşitlik ilkesine aykırı bir şekilde haftalık normal çalışma süresi 45 saat olarak düzenlenmiştir.

Bir çok Avrupa ülkesinde normal çalışma süresi 38-40 saat aralığındadır. AB Çalışma Süresi Direktifi; bir sağlık çalışanının haftalık çalışma süresini, normal mesai, fazla mesai, nöbet dahil en fazla 48 saat olarak belirlemiştir. Haftalık maksimum çalışma süresi 48 saat olan ülkelerde de fazla mesai, nöbet gibi durumlarda emeğin karşılığını fazlasıyla almaktadırlar.

Avrupa Birliği'ne üyelik süreci yaşayan ülkemiz için bu direktif, bağlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Bizde çalışma saatleri çok düzensiz ve nöbetler belli bir saat üzerine çıktığı zaman karşılıkları da ödenmemektedir.

Tüm bu tespit ve önerilerimiz arasında en önemli konu ise sistemin güvenilirliği meselesidir. Özellikle hekimleri sistem içinde tutmak için çalışanların bu sistemde önünü net bir biçimde görmesi gerekmektedir. Sürekli olarak yaşanan mevzuat değişiklikleri, Bakanlık dışı müdahalelerin sıkça yaşanıyor olması, sisteme güveni sarsmaktadır. Özellikle Maliye Bakanlığı'nın performans sistemine doğrudan müdahale sayılacak genelgeler yayınlaması sistemin dış etkilere karşı yeterince korunamadığını göstermektedir.

Örneğin Maliye Bakanlığı yakın zamanda yayınladığı bir genelgeyle, ek ödeme yönetmeliğinde belirtilen öncelikler listesini değiştirmiş ve personele yapılacak döner sermaye ödemelerine yüzde 65 sınırı getirmiştir. Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği'ne aykırı bir genelge yayınlayan Bakanlık, firma alacaklarına kaynak oluşturmak için, öncelikler listesindeki personelin döner sermaye ödemelerini geciktirme sonucu doğuracak bir uygulamaya imza atmıştır. Maliye Bakanlığı'nın bu şekilde müdahale edebildiği bir sistemin teşvik edilişi kalmayacağı gibi, çalışanların sisteme olan güveni de sarsılacaktır.

Bu örnekten hareket ederek, şu tespiti yapmak doğru olacaktır. Sağlıkta Dönüşüm Programı temelinde uygulanan sağlık politikaları Sağlık Bakanlığı'nın politikası mıdır? Yoksa Hükümetin politikası mıdır? Şayet Hükümet politikası ise ki biz buna inanıyoruz, sağlık sistemine sağlık dışı müdahalelere izin verilmemelidir.

“Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi’nde nasıl bir teşvik olmalı?” sorusuna ortaya koyduğum bu tespit ve öneriler çerçevesinde cevap vermeye çalıştım.

Sağlık-Sen olarak, teşvik sisteminin faydasına inanıyor ve destekliyoruz. Ancak sistemin hedeflerine ulaşması ve sürdürülebilir kılınması için; temeli güçlendirilmiş, hesaplamada ve dağılımda hakkaniyeti gözeten, gerçek performans ölçütlerine endekslenmiş, çalışanların sisteme güvenini zedeleyecek müdahale ve değişikliklerden uzak, adil dağılım öngören, döner sermaye gelirlerinin emekli keseneğine yansıtıldığı, değişen şartlara göre iyileştirmelerin gerçekleştirildiği ve gerçek anlamda teşvik edici nitelikte bir yapıya kavuşturulması gerekmektedir.

Dinlediğiniz için teşekkür ediyor, Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi’nin hayırlı sonuçlar doğurmasını diliyor, saygılarımı sunuyorum.

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

Sağlık-Sen Genel Başkanı Mahmut Kaçar’a çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten önemli noktalara vurgu yaptı. Kaliteyi ve hasta memnuniyetini sağlamada etkin bir araç olarak kullanılan sistemin mutlaka revize edilmesi gerektiğini ve özellikle bu revizyonun hekimlerle birlikte çalışan bütün sağlık personelinin kapsayacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini ifade etti. Ayrıca çalışanların iş yükünün dört kat arttığını bunun karşılığı olarak da onların tabii ki, özlük hakları ve çalışma koşullarının mutlaka düzeltilmesi gerektiğini vurguladılar. Acaba bu politikalar Bakanlık politikası mı? Hükümet politikası mı? Mutlaka Bakanlığın uyguladığı sistemlerle alakalı hükümetin diğer kanadındaki yapılan düzenlemelere dikkat edilmesi gerektiği hususlarını ifade etti. Kendilerine çok teşekkür ediyoruz. Ben şu anda konuşmalarını yapmak üzere Profesör Doktor Recep Öztürk Hocamızı davet ediyorum. Buyurun Hocam.

Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK – Panelist

(İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

Sayın Başkan, Değerli Kongre Katılımcıları,

Ben de gerçekten böylesine güzel bir kongre düzenleyen Sağlık Bakanlığı Performans Geliştirme ve Kalite Dairesi Başkanlığı’na çok teşekkür ediyorum.

Benden önce konuşan değerli arkadaşlarımın pek çok fikrini paylaştığını beyan edip, sabahki oturumda söz alan bir arkadaşımızın “sağlık performansın kalite temeli üzerine oturduğu ve bunların iç içe girdiği” sözüne hatırlatmak üzere özellikle vurgu yapmak istiyorum. Hakikaten hepimizin bildiği gibi sağlık hizmetinin ana hedefi: “herkes için gerekli ve uygun sağlık hizmetini sunmak ve ulaşılabilirlikte yeterli ve gerekli artışı sağlamaktır”, ki bu hedefe son yıllarda adım adım yaklaşıldığını yakından görüyoruz.

Sağlık alanında israfı önlemek, gerekli hizmetleri verimli şekilde sunmak, maliyet analizleri yapmak çok önemli olmakla birlikte, bu bağlamda maalesef ülkemizdeki çalışmalar çok yetersizdir, ne yazık ki sağlıkta performans uygulaması bile bunu sağlayamadı. Örneğin hastane enfeksiyonları alanına baktığımızda halen ciddi maliyet analizleri yok. Verilen hizmetin farklılıklarını azaltmak yani kalite düzeyini yükseltmektir ana hedef.

Şimdi standart sağlık hizmeti sunumunda sorunlara baktığımızda, 439 kalite indikatörü esas alınarak alanında yetkin uzmanlarca hazırlanan araştırmaya göre hastaların gelişmiş ülkelerde %54.8'inin uygun sağlık hizmeti alabildiği, çocuklarda bu oranın daha düşük olduğu gösterilmiştir. Oranlar koruyucu hizmetlerde %54, akut bakımda %53,5, kronik bakımda %56 olarak saptanmıştır ve çocuklarda oranlar biraz daha düşük bulunmuştur.

Gerçekten performans dediğimizde verilen sağlık hizmetinin belirlenmiş standart ölçümlere göre kıyaslanma temelinde elde edilen sonuçları, başarıyı anlıyoruz. Burada klinik sonuçların verilerini, hekim, hekim dışı sağlık çalışanları veya kurumsal ölçekte ele alıp belirlenen standartlara göre değerlendirme ve kıyaslama yapmak gerekiyor.

Sağlıkta farklı ödemenin gerekliliği ve performans konusunda sağlık çalışanları dışındakilerin sürekli itirazları oluyor. Performansa pek kamu kurum çalışanından veya vatandaştan tepkiler geliyor, ama bilinmeli ki sağlıkta farklı ödemenin gerekliliği, sağlık hizmetinin zorluğu ve özelliği nedeniyledir. Sağlık hizmeti çalışan için yüksek risklidir ve stoklanamaz bir hizmettir.

Sağlık hizmetinde kalite dediğimizde hasta güvenliği esastır ve bu durum sabah yapılan oturumda vurgulandı. Sağlık hizmetinin hasta odaklı olması, zamanında işlerin beklemeden ve gecikmeden yapılması ve kanıta dayalı tıp uygulamalarının gerekli olmasıdır söz konusu olan. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinde verimlilik esastır; maalesef pek yapamadığımız maliyet analizleri öncelikle hayata geçirilmelidir. Nitekim Institute of Medicine sağlık hizmetleri " maliyet etkin olmalı, israf azaltılmalı ve bakım herkes için eşit olmalı" diyor.

Yine sağlık hizmetlerinde kalitede en iyi sonuçları elde etmek için uğraşmak yani burada kanıta dayalı bir sağlık hizmeti sunmak gerekiyor. Burada daha fazla yaşam kurtarmak ve hastanede daha az zaman harcamak yani altını tekrar çizerek hasta güvenliğini sağlamak amaç olmalı. Bu amaçla gerekli uygun servislerle doğru şeyler yapmalıyız. Gerekeni zamanında yapmalıyız. İşi, muayenemizi, laboratuvarımızı ve diğer işlemlerimizi doğru yapmalıyız.

Peki, teşvikler nasıl olmalı? Tabii ki, kaliteyi ölçerek olmalı, başka bir şey düşünmek mümkün değil. Bu bağlamda süreç göstergelerini yani zamanında müdahaleyi, kanıta dayalı uygulamaları, çıktı göstergelerini, mortalite oranlarımızı, enfeksiyon hızlarımızı, komplikasyon oranlarımızı, alınan kalite belgelerini, yine alınan kalite hasta güvenliği ödülleri ölçüt alabiliriz. Bu konuda bazı sivil toplum örgütlerinin

bazı çalışmaları var, ama Sağlık Bakanlığı da ödüllendirme sistemini farklı bir şekilde yapabilmelidir. Sağlık kurumunun bir anlamda müşterisi olan hasta yukarıda ismi geçen ve diğer göstergeleri inceleyip hastaneler arasında kıyas yapabilmelidir. Sağlık emekçilerinin daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapmak zorundayız. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı Performans Dairesi'nin gerçekten çok güzel ölçütler geliştirmeye başlamıştır; ama bu ölçütler daha da geliştirilmelidir. Son yıllarda gerçekten biraz sonra değineceğim iyi ölçütler var. Tabii ki, bu ölçütler hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamalı. Daha iyi bir sağlık düzeyi yani akıbet elde edebilmeli. İyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu sürecine uymayı sağlamalı. Bu konuda maalesef ciddi bir eksikliğimiz rehberler. Evet, kalite performans kriterleri belirlendi, ama uzmanlık dernekleri ile iş birliği yaparak rehberler henüz hazırlanmadı. Biz hangi kanıtları esas alacağız? O zaman bir açıdan yurt dışı rehberleri geçici bir süre esas alacağız. Bu çalışmalar mutlaka paralel gitmeli aksi halde teşvikte sıkıntılar yaşanır. Burada çok ayrıntıya girmeden beklenen sonuçları belirlemek, sonuçları ölçmek, sonuçları açıklamak ve bunlar halka paylaşmak gerekiyor. Ödüllendirme sonuçları yani performans hak edişlerini belirlemek ve belirlemeyi kanıta dayalı tıp, hasta odaklı bakım, kronik hasta yönetimi, modern sağlık enformasyon teknolojisi, kıyaslama araştırmaları temelinde yapmak gerekiyor. Sağlık Bakanlığının ölçütleri netleşmeli ve sağlık kurumları bir A-B-C-D gibi seviyelemeye tabii olmalıdır. Hakikaten bu ölçütlere göre bir yarışın başlaması gerekiyor. Performans konusundaki yönergeye baktığımızda kaliteyi temel aldığını söylüyor ama tabii ki, ülke gerçeklerini de hatırlamak ve kabul etmek zorundayız. Hekim sayımız, hemşire sayımız hakikaten az. Özellikle mevcut hemşire sayısının 1-2 katı kadar açık olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmeti bir ekip işi. Sadece hekimler adına konuşmuyoruz burada tüm sağlıkçılar adına konuşmak noktasındayız. Aşırı yoğun iş yükü kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak bir yana asgari hizmeti bile sunmayı engelliyor. Örneğin geçen gün bir araştırma hastanesinden müracaat ederek kendisine değişik tetkikler yapılan, antibiyotik ve analjezik-antipretik verilen bir hasta müracaat etti bana. Değerlendirdiğinizde, hasta ve çevresiyle ilgili bilgi aldığınızda hastanın mevsimsel grip olduğu görülüyor. İrdelediğinizde hastanın eşi, çocuğu babası, hatta üst katta komşularının aynı şekilde hasta olduğunu anlıyorsunuz; ama hasta "bana çevremle ilgili bir soru sorulmadı" diyor. Şimdi değerli arkadaşlarım tabii ki, yoğun bir iş yükü var. Siz orada yüzlerce hasta bakarsanız gece nöbetinde bunu sorgulamayabilirsiniz, ama bir eğitim araştırma hastanesinde bir grip tanısının atlanıp, hastaya antibiyotik verilmesi az önce söylediğim maliyet analizinin neresine düşüyor diye sorgulamak lazım. Aşırı hasta yoğunluğu sonucu uygun olmayan, gereksiz ilaçlar maliyetleri artırıyor, hasta memnuniyetini ve güvenliğini azaltıyor.

Sağlık Bakanlığı performans sistemi sürecinde önemli katkıları olan Sayın Sabahattin Aydın'dan alıntıladığım şu cümleleri aktarmak istiyorum: "Süreç ölçümü son derece sınırlı, çıktı ölçümü henüz yapılamamakta ki klinik uygulama süreçleri ve klinik çıktıların ölçümü için daha fazla çalışma yapılması gerekiyor. Çıktıya dayalı performans ölçümünün kuramı konusunda fikir birliği olsa da işlerliği tartışmalı. Yine süreç analizinde belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü de tayin etmek zor". Baktığımızda Türkiye şu anda belli kriterler

belirledi bunların geliştirilmesi lazım. Mesela, Amerika'dan bir hastane örneğinde: "Performans akreditasyon kurumlarından çoğunun kalite standartlarının üzerinde olabilmektir" diyor. Umarım bizde yakın bir dönemde belli hastanelerimiz bunu hedef koyar. "JCI" dâhil pek çok kalite örgütünün belirlediği kalite standartlarının üzerine çıktığı zaman tabii ki, ciddi bir teşvik sistemi getirilmeli. Burada sağlık insan gücünün kalitesinin artırılması zorunlu. Resepsiyon görevlisinden laborantına, röntgen teknisyeninden hastane müdürüne, hemşire arkadaşlarımızdan eczacı arkadaşlarımıza ve hekimlere kadar geniş bir yelpazede herkesin sertifikasyon sistemlerini, iç eğitim sistemlerini desteklemek lazım. Ülkemizde hekimler için ve gerekli diğer branşlar için ulusal "board"u bir an önce başlatmak gerekiyor.

Şimdi birde tabii ki, performans nedeniyle kamuoyundan ciddi eleştiriler de geliyor. Verilen teşvik/performans miktarı çok fazla zannediliyor halk tarafından. Baktığımız zaman bizzat Sayın Mehmet Demir'den aldım Bakanlığın 2007b verilerini. Birinci basamakta 927 lira performans ödemesi yapılmış her ay. Diğerlerine baktığımızda tabloda görüyorsunuz %6'sı 1001 ile 2000, %17'si 2001 ile 3000, %23'ü 3001-4000 TL performans hak edişi almış. Haliyle ülkemiz özelinde bu rakamlar küçümsenecek rakamlar değil. Biz üniversitede bu rakamları maalesef doğrusu alamıyoruz, ama Bakanlık yetkilileri ancak çok aza kişinin alabildiği 5000 TL üzeri bir hak edişin sağlandığı izlenimi uyandıran beyanlardan mutlaka kaçınmalıdır.

Peki, sorunlar neler diye baktığımızda Sayın Sağlık-Sen Genel Başkanı çoğuna değindi, ben o kısımlara girmeyeceğim. Mevcut performansla dayalı ödeme; kliniklerin, birimlerin ve hekimlerin gelir ve giderleri dikkate alınarak mutlaka net kar esasına göre yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı ısrarla bundan kaçınıyor ama sabah buradaki oturumda global krizin her şeyi sarstığını, sağlığı tehdit ettiğini hatta birinci düzey sağlık hizmetlerini tehdit ettiğini vurgulandı. Biz bu koşullarda net karlılığı maliyet analizini mutlaka yapmak zorundayız ki performans ödemelerinde süreklilik sağlanabilsin. Aksi halde çok yakın gelecekte sözü edilen rakamları sağlık çalışanlarına ödeme noktasında ciddi sıkıntılar yaşanacaktır.

Cerrahi ve tetkik branşları için ciddi alt yapılar ve çalışan ekipler gerekmektedir. Bildiğimiz gibi Amerika'da ve bazı batı ülkelerinde ödeme kurumları belli enfeksiyonları, belli hasta güvenliğini ilgilendiren riskler geliştiğinde artık ödeme yapmıyor. Bunları dikkate alarak gelecek planlanmalıdır.

Ayrıca eğitim ve araştırma hastanelerinde mutlaka performans pastasında eğitimin, yayınların olmazsa olmaz yeri olmalıdır. Salt hasta bakımı ile tam bir performans alınamamalıdır. Bilgi, beceri ve tutum kazandıracak eğitim faaliyetlerinin olması gereken düzeyde yapılması sağlanmalı ve bunlar nesnel ölçütlerle yapılan eğitim denetimleri ile denetlenmelidir.

Az önce bahsettiğim kalite ölçütlerini belirleyen rehber hakikaten iyi bir çalışma. Ayrıntılı bir şekilde okumaya çalıştım. Özellikle koruyucu hizmet göstergelerinde sıfır yaş grubunda bildiğimiz beşli aşılardan, BCG'nin, bir yaş grubunda kızamık, kabakulak, kızamıkçığın %95 yapılmasını önermesi çok güzel bir hedef. Tüberküloz bildiriminin

%90, yayma bakılmasının %75, doğrudan gözetim tedavisinin %85 olarak belirlenmiş hedefi ülke koşullarında gerçekten alkışlanacak bir hedef. Yine burada enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesinde değişik puanlar var. Bunları tek tek irdelemeyeceğim, fakat kalıcı sonuçlar almak gerekiyor; mevcut durum bir fotoğraf çekmeye benziyor ki konuda eleştirilerim var. Sonuç almak zorundasınız. Mesela cerrahi profilaksiyi rehberini hazırla diyor. Peki ya uyum durumu; uyum oranlarına bakmazsanız sonuç alınamaz. Rehber hazırladım, cerrah da uymuyor, o zaman ne yapacağız? Boşuna antibiyotikler harcanıyor, boşuna direnç gelişiyor. Bunun sonucunu elde etmeliyiz. Uyum ne? Nereden nereye geldim? Kendi içimde kıyaslama, farklı hastanelere göre kıyaslama yapabilmeliyim. Ameliyathane hizmetlerinde güzel kriterler var, fakat bir sorun var. Az önce dedim rehberler yok. Henüz daha standartları ortaya koymadık. Şimdi diyoruz hepa filtre var mı ameliyathanede? Bunun tersi şudur. Hepa filtresiz bir ameliyathane çalışır mı? Çalıştırılmalı mı? Mutlaka anlaşılması gereken ruhsat ile akreditasyon farktır. Ruhsat seviyesi zorunludur, akreditasyon hedefi gönüllük ileksini esas alır. Ruhsat ölçeğini tutturamayan bir hastanenin çalışmasına nasıl izin verilir? Bunu irdelemek zorundayız. Sistem kurmakla da iş bitmiyor; bilindiği gibi ameliyathane havalandırma sistemi kurulunca validasyon yapılmalı ve sistemin bakımı belirli dönemlerde yedi ayrı işlemle izlenmelidir. Büyük bir hastanede yakın dönemde yapılmış ameliyathane iklimlendirme sistemini hangi esaslara göre teslim aldınız sorumuza "...güven esası üzerine kabul ettik" diyor. Bunlar sorgulanmalı ve bakımda da sızdırmazlık, hava akım partikül sayısı vd ölçütler esas alınarak sistemin kurulum ve bakımının uygun şekilde yapıldığı denetlenmelidir. Sadece partikül sayımı ve mikroorganizma ölçümü haliyle yetmez. Yani ameliyathanede HEPE filtre varlığı tek başına bir anlam ifade etmez. Sonuçta ameliyathane hangi ISO standardını sağlayabiliyor, ona bakmak lazım. Sağlana düzey ne? ISO 5 mi, ISO 7 mi?. Haliyle öncelikle ülke standartlarının belirlenmesi, netleştirilmesi lazım. Ülkemiz ameliyathanelerinin önemli kısmında iklimlendirme açısından ciddi sıkıntıların olduğu bir gerçektir.

Ayrıca el hijyeni konusunda puanlama yapılması, atık yönetimi konusunda puanlama yapılması takdir edilecek ciddi bir olay.

Değerli katılımcılar, dünya artık hızla değişiyor. Biz beş altı sene önce sıfır hastane enfeksiyonu tahayyül edemezdik, ama bugün artık sıfır hastane enfeksiyonu konuşuluyor ve başarıyor ve ödeme kurumları da artık hastane enfeksiyonları bir kısmı için artık ödeme yapmıyor. Özel korunma önlemleri özenle uygulanarak, hekim, hemşire, eczacı vd sağlık çalışanları el ele vererek, ciddi bir motivasyonla belli hastane enfeksiyonlarını, örneğin ventilatör ilişkili pnömoni, santral venöz kateter ilişkili bakterimi, üriner kateter ilişkili enfeksiyonları sıfırlayabiliyorlar. Bu bizi nasıl etkileyecek? Ödeme kurumları bunları ödememeye başlayacak, ayrıca bu tip enfeksiyonlar gelişince hukuksal sorunlar olacak. Amerika Birleşik Devletlerinde mediastinit, kateter ilişkili bakteremi, kateter ilişkili üriner sitem enfeksiyonu, dekübitus enfeksiyonu, düşmeler, yanlış taraf ameliyatları artık ödenmiyor. Fransa'da da eksojen nozokomial enfeksiyonlar için 2007'den itibaren tazminat ödeniyor.

Sayıştay'ın üniversite hastaneleri ve eğitim hastanelerine yaptığı ciddi bir çalışmada ülke genelinde maliyet analizinin yapılmamış olduğunun altının çizildiğini, klinik mikrobiyolojide yetersizlik olduğunu, antibiyotik kontrol politikalarının yetersiz olduğu tespitinin altını bende çizmek isterim.

Şimdi teşvik nasıl olmalı? Tabii ki, kalite indikatörlerine göre olmalı. Burada değişik Amerikan hastanelerinden örnekler vermek mümkün; kalp atakına karşı yine bir sekiz önlemlilik paket; efendim kalp yetmezliğine karşı dört önlemlilik bir paket; pnömonilere karşı ilk dört saatte antibiyotik vermeyi başarabilmek dâhil olmak üzere yedi önlemlilik paket. Cerrahi enfeksiyonlarda uygun profilaksi ve yara bakımı dâhil olmak üzere iki önlemlilik paketlerle kendi kendilerini kıyaslıyorlar ve teşvik endikatörlerini, performans endikatörlerini tamamen ölçülebilir ve sonuç alınabilir, sonuçta da maliyet yarar yönünde kullanıyorlar. Burada bakın böyle hastanelerde ventilatör ilişkili pnömonilerin nasıl yıllar içerisinde azaldığını, yine santral kater enfeksiyonların nasıl azaldığını görüyorsunuz. Hastaneler arasında kıyaslamanın önemine daha önce vurgu yapmıştım.

Değerli meslektaşlarım, ülke olarak çok merkezli bir çalışmaya girildi ve bu ülkemizden Hakan Leblebicioğlu'nun önderliğinde yapıldı. Buraya bakın Amerikan hastanelerine göre, ülkemizin de içinde yer aldığı hastanelerde ventilatör ilişkili pnömoni, beş kat daha fazla Amerikan hastanelerine göre. Santral kateter ilişkili bakteriyemi dört kat; üriner kateter ilişkili enfeksiyonlar üç kat fazla. Keza direnç oranlarımız da yaklaşık iki üç kat fazla. Peki, biz burada neye teşvik verelim? Sadece sürveyans yapıyor diye teşvik mi verelim? Tabi biraz zor olacak ama idarenin desteği ile alt yapının düzeltilmesi, ekibin eksikliğinin kaldırılması gerekli. İşte yoğun bakımda en azından yeni yayımlanan genelge uyalım. Üç yatağa bir hemşire, ama tercihen iki yatağa bir hemşire verilmesi sağlanmalı. Tüm sağlık personelinin gerekli desteği alması sağlanırsa, bu paket uygulamalar sağlanabilirse işte bizim insanlarımız üç-beş kat fazla olan hastane enfeksiyonlarından korunur. Bu enfeksiyonların bazısında ölüm oranlarının tedaviye rağmen %30/50 gibi yüksek olduğunu hatırlamak lazım. O zaman biz kalite endikatörlerimizi belirlemek ve bu enfeksiyonları azaltmak zorundayız ve sıfır hastane enfeksiyonu hedefini bugün olmasa, bile her yıl aşağıya giden bir eğilim oluşturarak az önce örneğini verdiğim hastaneler gibi sıfıra doğru yaklaştırmalıyız. Sadece tespit değil, iyileştirici işler ancak performans endikatörü olmalıdır. Bakın Amerika'da Mayo Klinikte ve Batı Katolik Hastane grubunda yirmi beş aydır ventilatör ilişkili pnömoni görülmeyen hastaneler var. Yirmi beş ay! Bizim için bir rüya. Yine konsültasyonlara büyük destek vermek lazım. Bugün konsültasyonlar poliklinik hizmetlerinin yarı fiyatında. Bakın biz sepsisi, SIRS döneminde teşhis edersek mortalite %7, ciddi sepsiste %20, septik şokta %46'dır. Hastanelerde sepsisli hastaya nöroloji, psikiyatri konsültasyonu çağrıldığını, sepsisin atlandığını görüyoruz. Bu nedenle sepsisi SIR devresinde yakalarsak, bunu teşvik etme durumunda değil miyiz? O zaman biz endikatörlerimizi iyi düşünerek belirlemek zorundayız. Sabahta vurgulandı, düşmeden tutun diyabete kadar ciddi kalite endikatörleri koymak zorundayız.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet sunumunu ölçmeye dayalı performans mutlaka devam etmeli. Mevcut eleştiriler çerçevesinde düzeltmeler yapılmalı. Hakikaten eleştirilerin dikkate alındığını biliyoruz. Hasta memnuniyeti, sabahta soruldu mutlaka bağımsız kuruluşlarca yapılmalı. Girdiler ölçülmeli, süreç ölçülmeli, klinik uygulama süreçlerinin ve çıktılarının ölçümü zorda olsa hedeflenmelidir. Belirlenmiş hedefleri gerçekleştirme ve mutlaka ülke içinde veya ülke dışındaki hastanelere göre bir kıyaslama yapmak durumundayız.

Madem bu kadar sorun var o zaman her disiplinin, hekim dışı meslektaşlarımızın da katıldığı ciddi bir “Kalite ve Performans Şûra”sı sonrasında adil bir puanlandırma sistemini yürürlüğe koymak, gelişmeleri değerlendirmek ve önemli kararları bu “şura”da alarak ülkemizin yüz akı olacak bir uygulamayı devam ettirmek ve geliştirmek temennisiyle saygılar sunuyorum.

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

Sayın Hocamız Profesör Doktor Recep Öztürk’e çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten son vurgusu çok önemli, “Kalite ve Performans Şûrası”ndan bahsettiler. Ben kendi adıma bu teklifi çok önemsiyorum ve bu konuya destek verip sistemle ilgili problemlerin çözülmesi için böyle bir toplantı düzenlenmesi konusunda destek olacağımı ifade etmek istiyorum. Tabii Sayın Hocamız, enfeksiyonla mücadele konusunda çok önemli çalışmaları var. Bunlara önemli vurgular yaptı. Sıfır hastane hedeflerinden bahsetti. Teşviklerin nasıl olması gerektiğini ifade etti, teşviklerin kesinlikle kaliteyi ölçmeye odaklanması gerektiğini ifade etti. Sözlerinin başında bir oturum öncesindeki konuşmacının vurgusunu ifade etti. Bende çok önemsedim onu tekrar vurgulamak istiyorum. Gerçekten sağlıkta performans uygulaması kalite temeline oturmaya başladı. Kendisine çok teşekkür ediyoruz. Şimdi konuşmalarını yapmak üzere Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri Uzman Doktor Eriş Bilaloğlu’nu davet ediyorum.

Uz. Dr. Eriş BİLALOĞLU – Panelist

(Türk Tabipleri Birliği Genel Sekreteri)

Sayın Başkan, Değerli Katılımcılar,

Sanırım dinleme performansınızın düştüğü bir zaman diliminde söz almış bulunuyorum. Bu nedenle buna da olabilen azami özeni göstererek kendi konuşmamı aktarmaya çalışacağım. Ama konuşmama ilişkin bir iki saptamayı öncelikle söyleyeyim. Gerçi diğer konuşmacılar bütün çerçeveyi çizdiler onu vermeye zaten gerek kalmadı. Ama ben bütünlüklü bir çerçeveden çok belli bir noktaya konuşmamı odaklamaya çalışacağım ve onun üzerinden bu tartıştığımız konuya ilişkin bir değerlendirmeyi yürütmeye çalışacağım. Açıkçası bir meslek örgütünü temsil ederek, buraya Türk Tabipleri Birliği adına geldiğim içinde daha çok bu başlığı, birazdan bahsedeceğim bu başlığı değerlendirmek daha da uygun düşer diye düşünüyorum. Kongre çok geniş bir kapsamı ifade ediyor.

Açıkçası sağlıkta performans ve kalite kongresine bir espri olarak kabul ederseniz nasıl Türkçeleştirebiliriz dersek acaba sağlıkta nasıl daha iyi hizmet verebiliriz kongresi bu öyle değil mi? Nasıl daha iyi hizmet verebiliriz. Alt başlık çalışanlar olarak işimizi nasıl daha iyi yapabiliriz. Bu da alt başlık, bu mümkün mü? Nasıl daha iyi mümkün olabilir. Türkçeleştirmek derken bir espri anlamında söylüyorum elbette ama sanki bu mesele. Nasıl sağlıkta işimizi daha iyi yapabilir, daha iyi hizmet verebiliriz. Konuşmam üç başlık içerecek ilk beş altı dakikasında teşvik üzerine biraz akıl yürütme, serbest çağrışımlar üzerinden bir değerlendirmeyi yapmaya çalışacağım. Ardından koşturmacalı bir tarzda bir anketin sonuçlarını çok da özür dileyerek söylüyorum özenle hazırlanmamış bir biçimde sizlerle anketin sonuçlarını paylaşmaya çalışacağım. Orada azami bir özene ihtiyaç var belki rakamları izleyebilmek açısından. Daha sonra da birkaç saptama, birkaç slogan-vari cümle ile konuşmamı bitirmiş olacağım. Evet, bir karikatür, anlatım kolaylığı olsun diye karikatürize ederek aktarmaya çalışacağım. Seslendirmek gerekirse doktor arkadaşımız diyor ki hastasına, "size şiddetle kırmızı et tavsiye ediyorum. Beyaz et kolesterolünüzü artırır." Hasta da yanıt veriyor. "Daha dün tam tersini diyordunuz" diyor. Doktor cevap veriyor. Otorite çünkü doktor, "tıp her gün geliyor hanımefendi!" Şimdi mevcut bilgilerimiz ışığında bugün için geçerli bilgiler ışığında burada bir yanlışlık var. En azından doktorun biliyoruz ki beyaz et kolesterolünüzü artırıyor diye bir cümle kurmaması gerekir. Öyle değil mi? Ama kuruyor. Acaba gerçek hayatta yapmamızın gerekenin dışında işler yapıyor muyuz? Olumlu anlamda da söylüyorum. Buradaki olumsuzluk gösteriyor. Olumlu anlamda da yapmamızın üzerinde daha fazla bir başarı mı diyelim? Performans tartışılabilir. Bir başarı daha iyi bir şey yapabiliyor muyuz? Ya da daha olumsuz. Bunu etkileyen faktörler var mı? Var tabi. Bu karikatür aslında yarısını göstermiş durumdayım size. Karikatürün tamamı şu, tamamı demeyelim o muayene odasında bir başka şey daha var. O muayene odasında bir tavuk var. Doktora o sözü söyleten o cümleyi sarf ettiren muayene odasına aslında girmemesi gereken, poliklinik odasına girmemesi gereken bir odak, çıkar odağı var. Ama eğer koruyucu hizmet verirken ya da poliklinik odasına giren bir tehdit unsuru var ise o zaman beklediğimiz ideal hekimliğin; yani hastanın yararı ve çıkarının sadece ve sadece sağlığın ve sağlık hakkının gözetildiği bir sağlık hizmeti sunulamıyor demektir. Yani soru şudur. Bu tavuk kimdir, kimler olabilir. Yasalar ya da mevzuat kimi zaman bağımsız hekimlik uygulamasını tehdit eden, riske eden bir özellik taşıyor mu? Tıbbi endüstri ya da hastalar bizden talepleriyle gazeteden ya da medyadan okuduklarıyla. Sağlık sisteminin kendisi ve benzeri çoğaltılabilir. Bu tavuğun kim olduğu aslında çok ciddi olarak tartışılmalı ve bilinmesi gereken bir noktadır. Peki, soruyu çarpıtarak soralım, tırnak içinde çarpıtarak soralım. Eğer hekimler biraz önce Sendika Başkanının söylediği gibi 2200 olan yoksulluk sınırının altında bir temel ücret alıyorlar ise o muayene odasında performans sistemi ile gelirlerini, yaşamlarını belli bir standartta sürdürebileceklerini biliyorlar ise hekimle ile hastanın dışında başka bir odak daha var mıdır? Hekim mesleğini sadece ve sadece hastanın çıkarını gözetken bir noktadan uygulayabilme özgürlüğüne sahip midir? Yani teşvik unsuru dediğimiz performans yani döner sermayeye bağlı ek ödeme uygulaması acaba bir tehdit unsuru mudur hasta ve hastaların sağlığı açısından? Bunlar sorulardır. Bunlar bir yargı ya da sonuca varmış değerlendirmeler değildir. Çünkü bir meslek örgütü temsilcisi olarak buradan hiçbir hekime, buradan

herhangi bir poliklinik odasına dil uzatan, oradaki birilerini töhmet altında bırakan cümleler kuramam, kurmam yakışık almaz. Ancak yine buradan bir sorumlulukla konuşmam gerekiyorsa bunları da açıklıkla ifade eden; Türkiye'ye özgü değil dünya ölçeğinde hizmet başına ödeme ve benzeri ödeme biçimlerinin ne gibi sıkıntıları olduğunu bilmek ve temelde eğer bu kongrenin adı sağlıkta nasıl daha iyi hizmet verebiliriz, işimizi nasıl daha iyi yapabiliriz kongresi ise o zaman hekimler adına ve hekimlik ortamı içinde buraya dikkat çekmem gerekir. Dolayısıyla belki sonda yine soru olarak yönelteceğim şeyi tekrarlamak lazım. Acaba performans adı verilen ek ödeme biçimi bugün bir teşvik midir? Yoksa yoksulluk sınırının altında ücret alanlar için, sonuç itibarıyla hastalar adına bir tehdit olma potansiyeli taşımakta mıdır? Ya da geçelim isterseniz birazcık diplomatikliği bırakıp bir potansiyel değil yaşanan bir tehdit midir? Bu soru bence hepimizin içtenlikle konuşması, cevap vermesi ve eğer böyle bir olasılık var ise bunu düzeltecek önlemleri değerlendirmesi gereken bir başlıktır.

İkinci koşturmacalı aşamaya geçtik. Türk Tabipleri Etik Kurulu'nun 2008 itibarıyla yaptığı bir anket ve ankete verilen yanıtlar. 1100 civarında 1400 civarında yanıt gelmiş. 110 bin hekim varsa % 1'lik bir yanıt diyelim tartışılabilir. Ankete verilen yanıtları sizle hızlıca paylaşacağım. Nereye odaklanacağım? Biraz önce söylediğim üzerinden etik başlığa odaklanacağım bu uygulama içerisinde. Ortaya çıkan sonuçlar hekimler tarafından nasıl değerlendirilmektedir bu uygulama içerisinde. Anket formu şu kadar insana yollanmış geçiyorum eksikleri varsa değerlendiririz, sorularla aşarız. Kimler? Yaş grupları 30 yaş altı o kadar insan 31–35 ve benzeri değişik yaşlara dağılmış bir hekimlik profili var. Yanıtlayan profili var. 85 öncesi mezuniyet, 86–95 mezuniyetleri. Birinci basamakta şu kadar, ikinci basamakta bu kadar diye katılan profiller var. Buraya almayı unutmuşum yanıtlayanların çoğunluğu erkek cinsiyet olarak. %60 üzerinde yanılmıyorsam. Uzman, pratisyen, medeni durum, hani boşamak kolay gelir diye onun için bakın ne kadar bekâr 210 kişi var toplamda yanıt veren. Çocuklu, çocuksuz sayısı, doğum yerleri, ekonomik düzeyleri, anne eğitim durumları, baba eğitim durumları, tıp dışı konularda okuma. Yanıt verenlerin profilini hızla geçiyorum. İşte düzenli okurlarmış tıp dışı 570 tanesi bazen okumuş, 17 hekimde okumazmış. Gazetede en fazla politikaya ilgi duyuyormuş yanıt verenler. Sağlık, bilim teknoloji, ekonomi de okuyorlarmış, "spor" da filan. Nedir sorular? Hekimlerin yanıtları çalışma düzeni ve içeriğine ilişkin. Hasta başına düşen muayene sayısı performans uygulamasıyla ne oldu? Bold yazdıklarım görülebiliyor mu bilemiyorum ama hasta başına düşen muayene süresinin azaldığı %67,3'lük bir değerlendirmeye sahip. Tetkik sayısı arttı %60,8. Lokal anestezi sayısı arttı diyenler 49,5. Yatırılan hasta sayısı arttı diyenler 60,1. yoğun bakıma yatırılan hasta sayısı konusunda özel bir fark yok değişmedi 46,4, 46,3. izlenebiliyor mu bu hızla? Başkan size bağlı biraz daha yavaş konuş derseniz, daha hızlan mı diyorsunuz. Komplikasyon sayısı arttı diyenler 45,2, değişmedi diyenler 49,1. Konsültasyon isteme sayısı. Geçiyorum. Endikasyonsuz müdahaleler arttı diyenler 64,4. verilen sağlık hizmetinin niteliği azaldı diyenler 60,3. etik olmayan uygulamalar arttı diyenler %70. Uygulama hataları arttı diyenler %52,8. eğitime etkisi. Eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre azaldı diyenler %70,9. Çeşitli kurum ve komisyonlarda görev alma arttı diyenler bir sürü komisyonlar kalite ve benzeri 49,1. hasta başı eğitim

süresi azaldı diyenler %66. Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre %69,4 azaldı diyenler. Sürekli tıp eğitimine katılma sıklığı azaldı diyenler 64,4. Literatür okumaya ayrılan süre azaldı diyenler 65,8. Çalışma arkadaşları, meslektaşlarla ilişki azaldı diyenler 54,9. Mesleki dayanışma 56,1. Çalışanlar arasında iş birliği azaldı diyenler 62,7. Çalışanlar arasında rekabet arttı diyenler 81,1. Klinikler arası rekabet arttı diyenler 69,3. Yönetim ile ilişkiler azaldı diyenler 40,3. Mesleki örgütlenme arayışı azaldı diyenler 1539. Bir iki vurguyu daha ağır söyleyeceğim. Mesleki geleceği görme azaldı diyenler %74. Hekim dışı sağlık personeli ile ilişki 40,8. Çalışma düzeni arttı diyenler, dün bir sunumda da söylenmişti mesaiye geliş gidişler ve çalışma ortamına bağlılık arttı diye, pozitif anlamda bir şey aynı zamanda 42,2. Çalışma stresi arttı 75,6. Motivasyon konusunda eşit şeyler üç aşağı beş yukarı söylenmiş. Hekim hasta ilişki ve etkileşimi azaldı. Klinik içi görevlendirmede adil dağılım azaldı 53,3. İzin ve dinlenme süreleri azaldı %73. Aile içi dayanışma ve paylaşma ilişkileri azaldı. 50.2. Son kısmı bu anketin koşturmaca kısmının. Acaba hekimler biraz önce azaldı arttı dedikleri konulara ne kadar önem veriyorlar. Bir kısmı önemsiz olabilir. Onlara ilişkin değerlendirmeleri hasta başına düşen muayene süresi önemsiz midir? Kısmın önemli, önemli, çok önemli diyor hekimler böyle yorumluyor hasta başına düşen, tetkik sayısının 56,3. çok önemli kısmı diğeri kadar diğeri kadar ağır değil. Lokal anestezi sayısını çok önemsemiyorlar 37,1. Yatırılan hasta sayısı çok önemli 45,6 demişler. Yoğun bakıma yatırılanı da çok önemsememişler. Komplikasyon sayısı çok önemli diyorlar %71. Konsültasyon isteme sayısı o kadar kritik görmüyorlar. Endikasyonsuz müdahaleler çok önemli diyorlar %80. Verilen sağlık hizmet niteliği çok önemli diyorlar %87. etik olmayan uygulamalar çok önemli diyorlar %90. Uygulama hataları çok önemli diyorlar %84. eğitime etkisi içinde benzer ifadeleri kullanmak mümkün üç aşağı beş yukarı. Çok önemli dedikleri başlıklar eğitim meselesi önemli. Çeşitli kurul ve komisyonlarda görev almanın arttığını söylemişlerdi %45 oranında. Çok önemli görmüyorlar bu kurul ve komisyonlarda görev alma meselesini. %38'lik bir değer vermişler. Hasta başı eğitim süresini çok önemli buluyorlar 71. asistanların teorik eğitime ayrılan süreyi de öyle. Son kısmı anketin dürüst çalışmayı azalttı diyenler %96,7. değiştirmede diye bir görüş verilmemiş. Artırdı diyenler 3,3. tabii dürüstlük meselesi bir şey farklı türlü değerlendirilir ama böyle bir kanaat bildirmiş bu görüşü bu ankete katılan belki homojen insanlar böyle bir kanaat. Bilimsel araştırma yapmak ilgiyi azalttı demişler. Topluma daha iyi sağlık hizmeti verme olanağını azalttı demişler. Mesleki doyum sağlayarak çalışmayı azalttı demişler.

Evet, son slâydı bu bölümün "sağlığın metalaştırması". Evet, hekim dışı sağlık personeli istihdamını sınırlandırması özel bir kayıtları yok. Emeğimizin karşılığını vermesi hayırı %46,1 diye söylemişler. Tıbbi endikasyonları genişletmesine 45,2 evet demişler. Hekimler arasında ücret eşitsizliğine yol açmasını da %77 oranında evet demişler.

Şimdi teşvik noktasıyla bitirelim. İnsanlar ne ister, hekimler ne ister. Tartışma konusu muhtemelen biraz burada da düğümleniyor. Ve sadece hekimlere Türkiye toplumunda daraltılmış bir soru değil. Hekimlerde Türkiye toplumu içerisinde. Biliyoruz ki teorik olarak hep söylüyoruz doğru mu bilmiyorum ama insanların istekleri sonsuzdur diyoruz. Ömürlerinin sınırlı olduğunu bilmemize rağmen değil

mi? Sınırlı bir ömürleri var sonsuz istekleri var. böyle bir kontrast durum aslında tartışmaya değer. Ama bu soruya cevap toplum olarak verilecek bir yanıt. İnsanlar ne ister sorusu. Birincisi sahici yanıtlar vermek lazım. Yalan ya da çarpıtılmış hedefler üzerinde insanları koşturmamak lazım. Değer yargılarını yani dürüst deniliyorsa bunu da tartışan bir çerçevede ne olduğuna karar vererek bu yanıt oluşturmak gerekiyor. Çünkü buralardaki sapmalar toplamda sapmayı karıştıracak. İlk baştaki karikatürümüze dönersek eğer. Eğer hekimlere sağlık çalışanlarına işlerini normal bir standartta yapmaları için verdiğiniz ücret karşılıklılandırma çok düşük bir rakam ise o zaman adil olmayan, hakkaniyetçi olmayan, eşitlikçi olmayan bir yanıt veriyorsunuzdur insanlarınıza. O zaman onlarla bir teşvik tartışmasını yürütmenin gerek şartını yerine getirmiyorsunuz demektir. Gerek şart yerine gelmedikten sonra bir teşvik tartışmasına girmek inan ki çok yerinde değildir. Birinci şart önce yerine getirilmelidir. Türkiye toplumu hekimleri sağlık çalışanlarına işleri normal belli bir standartta yürütmeleri için hak ettikleri karşılığı vermeli, teşvik ondan sonra bir ikinci aşama olarak gündemimize getirilmelidir. Bu olmadığı takdirde teşvik tartışması ne yazık ki benzer biçimde başlayan bir tehdit tartışmasıyla karışır hale gelir. Ve sonuçta sadece hekimleri değil, sağlık çalışanlarını değil toplumu da tehdit eder, sağlığını da tehdit eden bir noktaya gelir.

Talepler biraz sloganvari. Toplumun iş güvencesi, can güvencesi, gelecek hekimler için bunlar da geçerli. Hekimlik uygulama güvencesi talepleri var. Elbette insan onuruna saygı hürmet temelinde bir teşvik lazım. Eşit adil olmalı teşvik. Moral değerleri de zedelememeli. Bugün bir yerel seçim arifesindeyiz. Herkes bunu değişik örnekleriyle yaşıyor olabilir ama bilinen kamuoyuna da yansıyan değer yargıları oluştu artık toplumun. Diyor ki insanlar en azından benim son bindiğim Ankara'daki taksi şoförü diyor ki; ya adam çalışıyor ama işini de yapıyor filanca birisi için diyebiliyor. Şimdi bu değer yargılarıyla işini iyi yapma, işini iyi yapmanın standart hakkaniyetli bir karşılığını verme, daha üstün başarımlar gösterenler için ise teşvik uygulayan bir sistemi hızla vakit geçirmeksizin gündemimize almamız lazım. Yoksa adillik duygusunu, adaleti, eşitliği sarsan bir anlayış kötü yönetimi doğurur, kötü yönetim de sonuç itibarıyla Türkiye'nin toplam sağlık çıktısını olumsuz etkiler. Teşekkür ediyorum.

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

Türk Tabipler Birliği Genel Sekreteri Eriş Bilaloğlu'na çok teşekkür ediyoruz. Kendileri önemli konulara vurgu yaptılar. Şu çok önemli; hekimler hak ettiğini almalı derken, hekimle beraber çalışan bütün herkesi kast etmemiz gerekir. Emeklerinin karşılığı verilmeli, sonra teşvik gündemi alınmalı diye ifade ettiler. Eşit, adil, moral değerlere önem veren mekanizma olmasını ifade ettiler. 1100 kişi tarafından yapılan bir anketle ilgili birtakım bilgiler verdiler. Kendilerine çok teşekkür ediyoruz.

