



II. ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ

BİLDİRİLER KİTABI

“Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği”

CİLT
3

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

**II. ULUSLARARASI
SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ**

BİLDİRİLER KİTABI

CİLT 3

Editör

Dr. Mehmet DEMİR
Dr. Hasan GÜLER
Dr. Abdullah ÖZTÜRK
Özlem ÖNDER
Umut BEYLİK

ANKARA – 2010



II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı

Editör
Dr. Mehmet DEMİR
Dr. Hasan GÜLER
Dr. Abdullah ÖZTÜRK
Özlem Önder
Umut Beylik

1. Basım – Kasım 2010

ISBN: 978-975-590-323-1
Bakanlık Yayın No: 789

© Yazarlar – Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne aittir. Genel Müdürlüğün 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.

Bu kitap, 28 Nisan - 01 Mayıs 2010 tarihlerinde gerçekleştirilen II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinde davetli konuşmacıların yapmış oldukları konuşmaların deşifre metinlerinden oluşmaktadır. Deşifre ve redaksiyon sürecinde gözden kaçan veya yanlış çözümlenen bölümler için konuşmacılardan ve okuyuculardan özür diler, anlayışınız için teşekkür ederiz.

Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hiz. Ltd. Şti.
Anadolu Bulvarı Meka Plaza No:5/15 Gimat
Yenimahalle - ANKARA
Tel: 0312 397 16 17
Fax: 0312 397 03 07
www.basakmatbaa.com

İLETİŞİM

T. C. Sağlık Bakanlığı
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 1
Kolej / Ankara
E-posta: performansyonetimi@saglik.gov.tr
Web: www.performans.saglik.gov.tr

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Nihat TOSUN

T.C. Sağlık Bakanlığı MüsteŐarı

KONGRE BAŞKAN YARDIMCISI

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

KONGRE ONURSAL BAŞKANI

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

KONGRE DANIŞMA KURULU

Yrd. Doç. Dr. Turan BUZGAN	Müsteşar Yardımcısı
Yrd. Doç. Dr. Hakkı YEŐİLYURT	Müsteşar Yardımcısı
Dr. Yasin ERKOÇ	Müsteşar Yardımcısı
Ömer Faruk KOÇAK	Müsteşar Yardımcısı
Yalçın EKMEKÇİ	Müsteşar Yardımcısı
Dr. Ekrem ATBAKAN	Müsteşar Yardımcısı
Uz. Dr. İsmail DEMİRTAŐ	TAPDK Kurul Üyesi
Dr. Mehmet DEMİR	Bakan Müşaviri
Doç. Dr. İrfan ŞENCAN	Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü
Kamuran ÖZDEN	Dış İlişkiler Dairesi Başkanı
Memet ATASEVER	Strateji Geliştirme Başkanı
Mine TUNCEL	Halkla İlişkiler Müşaviri
Osman GÜZELGÖZ	Basın Müşaviri
Uz. Dr. Hasan ÇAĞIL	Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü
Adnan YILDIRIM	Proje Yönetimi Destek Birimi Eski Direktörü

KONGRE YÜRÜTME KURULU BAŞKANI

Dr. Hasan GÜLER

Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

KONGRE YÜRÜTME KURULU

Dr. Abdullah ÖZTÜRK	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanı
Abdulvahap YILMAZ	Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanı
Mehmet DEMİRCİOĞLU	İnşaat ve Onarım Daire Başkanı
Dr. Serdar MERCAN	Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Sevim TEZEL AYDIN	Dış İlişkiler Dairesi Başkan Yardımcısı
Harun ÇELİK	Basın Müşaviri
Uz. Dr. Dilek TARHAN	Kalite Koordinatörü
Süleyman Hafız KAPAN	Hukuk Müşaviri
Melahat ELMAS GAZİ	Performans Koordinatörü
Uz. Dr. Ali Kemal ÇAYLAN	İdari ve Mali İşler Daire Başkan Yardımcısı
Harun KIRILMAZ	Performans ve Kalite Eğitimi Şube Müdürü
Uz. Serap SÜZÜK	Kalite Standartları Geliştirme Şube Müdürü
Uz. Dr. Seda USUBÜTÜN	Sağlıkta Performans Esaslı Uygulamalar Merkezi Sorumlusu
Umud BEYLİK	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Özlem ÖNDER	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Günnur ERTONG	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Yener GÜL	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Dr. İsmail SERDAROĞLU	Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Serkan YORGANCILAR	Verem Savaş Daire Başkanlığı
Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU	İstanbul İl Sağlık Müdürü
Uz. Dr. Hüseyin FİDAN	Eskişehir İl Sağlık Müdürü
Dr. İbrahim ÇETİN	Antalya İl Sağlık Müdürü
Abdurrahman ATLI	Ulucanlar Göz EAH Hastane Müdürü

KONGRE BİLİM KURULU

Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Erdal AKALIN
Acıbadem Sağlık Grubu

Prof. Dr. Seval AKGÜN
Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Şahin AKSOY
Harran Üniversitesi

Prof. Dr. Sadık AKŞİT
Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof. Dr. Coşkun Can AKTAN
Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof. Dr. Yasin AKTAY
Selçuk Üniversitesi

Prof. Dr. Mustafa ALTINDIŞ
Afyon Kocatepe Üniversitesi

Prof. Dr. Yüksel ALTUNTAŞ
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Tansu ARASIL
Ankara Üniversitesi

Doç. Dr. Turan ASLAN
Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Tuncer ASUNAKUTLU
Muğla Üniversitesi

Doç. Dr. Hamza ATEŞ
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Yıldız AYANOĞLU
Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN
İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç. Dr. Asım BALCI
Selçuk Üniversitesi

Doç. Dr. İsmail BAKAN
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Prof. Dr. Panos KANAVOS
London School of Economics

Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Aytül KASAPOĞLU
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Nilay ÇABUK KAYA
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Niek KLAZINGA
Amsterdam University

Prof. Dr. Ahmet Nezh KÖK
Atatürk Üniversitesi

Prof. Dr. Yuanli LIU
Harvard University

Doç. Dr. Simten MALHAN
Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Robert MCNUTT
Rush University

Doç. Dr. Öner ODABAŞ
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Fahri OVALI
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Jülide YILDIRIM ÖCAL
Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Yeşim ÖZARDA
Uludağ Üniversitesi

Yrd. Doç. Hanefi ÖZBEK
Sağlık Bakanlığı

Prof. Dr. Yaşar ÖZCAN
Virginia Commonwealth University

Doç. Dr. Hacer ÖZGEN
Hacettepe Üniversitesi

Doç. Dr. Nermin ÖZGÜLBAŞ
Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Semih BAŞKAN <i>Ankara Üniversitesi</i>	Prof. Dr. Tefvik ÖZLÜ <i>Karadeniz Teknik Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Mahmut BAYIK <i>Marmara Üniversitesi</i>	Prof. Dr. Ömür ÖZMEN <i>Dokuz Eylül Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Oya BAYINDIR <i>Ege Üniversitesi</i>	Prof. Dr. Mustafa N. ÖZMEN <i>Hacettepe Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ <i>Yüzüncü Yıl Üniversitesi</i>	Prof. Dr. Recep ÖZTÜRK <i>İstanbul Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Kamil Ufuk BİLGİN <i>TODAIÉ</i>	Prof. Dr. Mustafa PAÇ <i>Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>
Doç. Dr. Alper CİHAN <i>Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>	Doç. Dr. Fatma PAKDİL <i>Başkent Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Metin ÇAKMAKÇI <i>Anadolu Sağlık Merkezi</i>	Prof. Dr. Tayyar SARIOĞLU <i>Acıbadem Sağlık Gurubu</i>
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK <i>Hacettepe Üniversitesi</i>	Prof. Dr. Haydar SUR <i>Marmara Üniversitesi</i>
Doç Dr. Hasan Hüseyin ÇEVİK <i>Polis Akademisi</i>	Doç. Dr. Bayram ŞAHİN <i>Hacettepe Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Mustafa ÇETİN <i>Erciyes Üniversitesi</i>	Doç. Dr. İsmet ŞAHİN <i>Hacettepe Üniversitesi</i>
Dr. Kalipso CHALKIDOU <i>NICE</i>	Prof. Dr. Ramazan ŞEKEROĞLU <i>Yüzüncü Yıl Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Adnan ÇİNAL <i>Sağlık Bakanlığı</i>	Prof. Dr. M. Şerif ŞİMŞEK <i>Selçuk Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Patricia DANZON <i>University of Pennsylvania</i>	Prof. Dr. Bilçin TAK <i>Uludağ Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Cesim DEMİR <i>Gülhane Askeri Tıp Akademisi</i>	Prof. Dr. Mehtap TATAR <i>Hacettepe Üniversitesi</i>
Dr. Mehmet DEMİR <i>Sağlık Bakanlığı</i>	Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU <i>Gazi Üniversitesi</i>
Prof. Dr. Ali Pekcan DEMİRÖZ <i>Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi</i>	Doç. Dr. Arslan TOPAKKAYA <i>Erciyes Üniversitesi</i>
Doç. Dr. Gönül DİNÇ <i>Celal Bayar Üniversitesi</i>	Prof. Dr. Arzu TOPELİ İSKİT <i>Hacettepe Üniversitesi</i>

Doç. Dr. Metin DOĞAN
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Musa EKEN
Sakarya Üniversitesi

Prof. Dr. M. Kemal ERBİL
Gülhane Askeri Tıp Akademisi

Prof. Dr. Nihat ERDOĞMUŞ
Kocaeli Üniversitesi

Doç. Dr. Mustafa ERTEK
Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Bşk.

Prof. Dr. Bilal ERYILMAZ
Sakarya Üniversitesi

Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi

Prof. Dr. Joan Costa FONT
London School of Economics

Prof. Dr. John FONTANESİ
California University

Dr. Sarah GARNER
NICE

Dr. Ann-Lisse GUISSSET
Dünya Sağlık Örgütü

Prof. Dr. Hakan HAKERİ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Prof. Dr. A. Murat TUNCER
Sağlık Bakanlığı

Doç. Dr. Oğuz TUNCER
Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Prof. Dr. Suat TURGUT
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Özkan TÜTÜNCÜ
Dokuz Eylül Üniversitesi

Prof. Dr. Fikriye URAS
Marmara Üniversitesi

Prof. Dr. Tengiz ÜÇOK
Gazi Üniversitesi

Prof. Dr. Mehmet Mithat ÜNER
Gazi Üniversitesi

Doç. Dr. İbrahim ÜNSAL
Acıbadem Sağlık Grubu

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR
Adana Milletvekili

Prof. Dr. İbrahim YEKELER
Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Dr. Nazmi ZENGİN
Selçuk Üniversitesi

Doç. Dr. Yaman ZORLUTUNA
Bayındır Hastaneleri

ÖNSÖZ

Sağlık Bakanlığı tarafından “Çalışanların Teşviki ve Hasta Güvenliği” ana temasıyla 19-21 Mart 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilen “I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”nde sağlık hizmetlerinde değişim ve yeniden yapılanma konusunun değerlendirilmesi, sağlık hizmetlerinde performansa dayalı uygulamaların sağlık göstergelerine, hasta güvenliğine, hasta memnuniyetine, sağlık harcamalarına etkisi ve sağlık finansmanı ile ilişkisi gibi konular ele alınarak etkili, verimli, ekonomik, hakkaniyetli, erişilebilir bir sağlık hizmet sunumunun sağlanmasına katkıda bulunması amaçlanmıştır. Aynı zamanda, 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 hedeflenmiştir.

Bakanlığımızın izlediği insan odaklı politikanın ana parametrelerinden biri de sağlık kurum ve kuruluşlarımızda uygulanan performans yönetimi ve kalite geliştirme çalışmalarıdır. Bu süreç içerisinde sağlık hizmetlerinde verimlilik, etkililik, erişilebilirlik ve vatandaş memnuniyeti çıktılarının iyileştirilmesinde katalizör bir rol oynayan performans ve kalite çalışmaları; sürekli bir gelişim içerisinde finansal, yönetsel ve hasta güvenliği boyutlarıyla dünyadaki gelişmelere paralel ülkemiz koşullarına uyarlanan dinamik bir süreçtir.

Gerek sağlık kurum ve kuruluşlarımızdan, gerekse üniversitelerimizden çok sayıda katılımcıyla gerçekleştirdiğimiz I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi’ne gösterilen yoğun ilgi ve katılımcılardan alınan olumlu geribildirimler neticesinde, “II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”ni “Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği” ana temasıyla 28 Nisan - 01 Mayıs 2010 tarihleri arasında düzenlenmektedir.

“Hastanelerin Teşviki ve Güvenliği” ana temasıyla düzenleyeceğimiz “II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi”nde güvenli hastane kavramı, hastane sınıflandırması ve önemi, hasta güvenliği kültüründe tıbbi hatalar ve hukuksal boyut, dünyada akreditasyon sistem modelleri, ölçüm kültürü, kanıta dayalı tıp, hastanelerin teşvikinde uluslararası deneyimler, tam gün sonrası hastanelerin ve çalışanların teşviki, TİG ve BBaG, hasta ve çalışan güvenliği konularının güncel gelişmeler, uluslararası tecrübeler ve yerel uygulamalar çerçevesinde ele alınarak geniş katılımlı bir platformda tartışılması amaçlanmakta ve yine konunun uzmanlarından oluşacak bir danışma ve bilim kurulu gözetiminde gerçekleştirilecek Kongrede belirtilen konu başlıklarında hazırlanmış bilimsel çalışmaların paylaşımı sağlanarak Bakanlığımızın performans, kalite ve hasta güvenliği politikalarına ışık tutacak sonuçların alınması hedeflenmektedir.

Kongre kapsamında ayrıca, Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartlarının etkinliğinin ölçümüne yönelik “Hizmet Kalite Standartları Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü” ile ve hasta güvenliği, çalışan güvenliği, laboratuvar güvenliği alanlarında daha güvenli bir ortam oluşturmak ve güvenliği tesis etmek üzere kamu veya özel kurumlarda yapılmış veya halen devam edilen sistematik uygulamaların teşvik edilmesi amacıyla “Hizmet Kalite Standartları En İyi Uygulama Ödülü” yarışmaları düzenlenmiştir. Seçici Kurul tarafından bilimsel kriterler doğrultusunda çok sayıda başvurunun arasından seçilen ve dereceye giren araştırmalar ve iyi uygulama örnekleri; sağlık kurum ve kuruluşlarımız için yol gösterici olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinde performans, kalite ve hasta güvenliği uygulamalarının kurumsallaşması adına önemli bir adım olarak görülmektedir.

Kongrede sunulan bildiriler genel olarak hastanelerin teşviki, ödeme modelleri, kurumsal performans uygulamaları, güvenli hastaneler, hastanelerde risk yönetimi, hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, performansa dayalı ödeme uygulamaları, sağlık hizmetlerinde vizyoner liderlik ve örgütsel bağlılık çalışmalarına odaklanmaktadır. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, kalite geliştirme ve hasta güvenliği uygulamaları konularında yeniden yapılanma, faaliyetler, 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

II. ULUSLARARASI SAĞLIKTA PERFORMANS VE KALİTE KONGRESİ
KONUŞMA METİNLERİ KİTABI
CİLT III

ÖNSÖZ	VI-VII
İÇİNDEKİLER.....	VII-XI
AÇILIŞ KONUŞMALARI.....	13
Dr. Hasan Güler T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı	14-16
Prof. Dr. Adnan Çinal T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı	17
Prof. Dr. Sabahattin Aydın İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü	18
SAĞLIK BAKANLIĞI VE ÜNİVERSİTE HASTANELERİ PERSPEKTİFİNDE TAM GÜN, HASTANE TEŞVİKİ VE GÜVENLİĞİ.....	19
Prof. Dr. Sabahattin Aydın İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü	20-27
Dr. Mehmet Demir T.C. Sağlık Bakanlığı Müşaviri	28-34
YÜKSEK PERFORMANSLI SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN YÜKSEK PERFORMANSLI SAĞLIK HİZMETİ	35
Prof. Dr. Sabahattin Aydın İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü	35
Enis Barış Dünya Sağlık Örgütü	36-41
Dr. Ann-Lise Guisset Dünya Sağlık Örgütü	42-45
Doç. Dr. Didem Ünsal Aktaş London School of Economics.....	46-48
HASTANE SINIFLANDIRMASI VE ÖNEMİ	49
Prof. Dr. Tefik Özlü Karadeniz Teknik Üniversitesi	50
Prof. Dr. Mithat Kıyak Okan Üniversitesi.....	51-53

Doç. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu Ankara Üniversitesi	54-57
Uz. Dr. Dilek Tarhan T.C. Sağlık Bakanlığı	59-62
Uz. Dr. Reşat Bahat Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği	64-65

**TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNDE
KALİTEDEN AKREDİTASYONA GİDEN YOL.....67**

Prof. Dr. Nazmi Zengin Selçuk Üniversitesi	68
Uz. Serap Süzük T.C. Sağlık Bakanlığı.....	69-73

**HASTANELERİN TEŞVİKİNDE ULUSLARARASI DENEYİMLER:
GERİ ÖDEMELER75**

Nata Menabde Dünya Sağlık Örgütü	76
Dr. Sarbani Chakraborty Dünya Bankası.....	77-81
Dr. Reynaldo B. Aquino Filipinler Sosyal Güvenlik Kurumu	83-85
Uz. Dr. Hasan Çağlı T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu	87-88

KANITA DAYALI TIP VE HASTANELERİN TEŞVİKİ.....91

Prof. Dr. Fahri Ovalı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.....	92
Steve Sparks İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü.....	93-97
Uz. Dr. Engin Uçar T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yardımcısı	99-102
Uz. Dr. Seda Usubütün T.C. Sağlık Bakanlığı	104-107
Stephan Mckenney İngiltere.....	109-112

**HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNDE TIBBİ HATALAR
VE HUKUKSAL BOYUT113**

Prof. Dr. Ahmet Nezih Kök Atatürk Üniversitesi.....	114
--	-----

Prof. Dr. Robert McNutt Rush Üniversitesi.....	115-117
Prof. Dr. Yener Ünver Yeditepe Üniversitesi	119-122
Prof. Dr. Veli Özer Özbek Dokuz Eylül Üniversitesi	123-127
Prof. Dr. Selami Albayrak Hekim Hakları Derneği Eski Başkanı	129-131
Prof. Dr. Robert McNutt Rush Üniversitesi.....	133
Prof. Dr. Yener Ünver Yeditepe Üniversitesi	135-137
Prof. Dr. Veli Özer Özbek Dokuz Eylül Üniversitesi	139
GÜVENLİ HASTANE KAVRAMI	141
Doç. Dr. İrfan Şencan T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü	142
Yrd. Doç. Dr. Ayhan Karadayı Karadeniz Teknik Üniversitesi	143-146
Mehmet Demircioğlu T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat Onarım Daire Başkanı.....	148-152
Doç. Dr. Niyazi Özüçelik Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	154-157
Yrd. Doç. Dr. Osman Üçüncü Karadeniz Teknik Üniversitesi	159-163
TAM GÜN SONRASI HASTANE VE ÇALIŞANLARIN TEŞVİKİNDE MODEL ÖNERİLERİ.....	165
Dr. Mehmet Demir T.C. Sağlık Bakanlığı Müşaviri	166
Doç. Dr. Alper Cihan İstanbul Üniversitesi.....	167-171
Doç. Dr. Orhun Çamurdan Gazi Üniversitesi	173-179
Dr. Hüseyin Çelik Acıbadem Hastanesi	181-185

DÜNYADA AKREDİTASYON SİSTEM MODELLERİ.....	187
Prof. Dr. Sabahattin Aydın İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü	188
Basia Kurtuba Polonya ESQH Başkanı.....	189-193
Dt. İsmail Serdaroğlu T.C. Sağlık Bakanlığı.....	195-198
Yener Gül T.C. Sağlık Bakanlığı.....	200-204
John Basa Filipinler Sağlık Sigorta Kurumu Başkan Yardımcısı.....	206-208
TİG ve BBaG	209
Dr. Hasan Güler T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı	210
Dr. Ümit Başara T.C. Sağlık Bakanlığı.....	211-213
Uz. Dr. Murat Balanlı T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu.....	215-218
Maja Parnardzieva Makedonya Sosyal Güvenlik Kurumu	220-221

AÇILIŞ KONUŞMALARI

Dr. Hasan GÜLER

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Sayın Müsteşarım, Sayın Rektörüm, Değerli Sağlık Yöneticileri ve Katılımcılar,

II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongremize hepimiz hoş geldiniz.

Bugün bizi bir araya getiren, bundan sonrada bir araya getirecek olan büyük bir emek ve özveri ile hazırlanan Kongremize katılımınızdan dolayı hepimize teşekkür ediyorum. Kongremize gelerek bizleri onurlandırınız, güç kattınız bize. Geçen yıl birincisini düzenlediğimiz Kongrede bize verdiğiniz destekle bu Kongreyi hazırladık. Ülkemizin sağlık hizmetlerini daha iyi bir noktaya taşımak, ulaştırmak adına Bakanlığımızca 2003 yılından beri dünyadaki gelişim ve değişimlere paralel, ülke gerçeklerini dikkate alan sağlık alanına yönelik bir dönüşüm programı uygulanmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çatısı altında sağlık alanının yeniden düzenlenmesi adına Bakanlık olarak hayata geçirdik. Bu projelerden biri; bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü iken bir diğeri de nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyondur. Sizler de hak vereceksinizdir ki, bu iki konu sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde halkımıza ulaştırılması adına çok elzemdir.

Gerek hizmeti sunan hastanelerimiz gerekse bu hizmeti talep eden halkımızın, yapılan bu çalışmaların önemini farkında olduğunu görerek ve bu anlamda yapıcı ve olumlu eleştirilerle de tüm süreci sürekli sorgulayan bir bakış ile adımlarımızı hesap ederek yolumuza devam etmekteyiz. Bu adımların bir boyutu kurumsal ve bireysel performans iken diğeri bir boyutu da kaliteli sağlık hizmetidir. Bu amaçla düzenlediğimiz kongrelerimizin yanında gerek sağlık sektörüne yol göstermek gerekse sağlık sektörünün vizyonunu geliştirme adına hazırlamış olduğumuz yayınlarımız, “hizmet kalite standartları setleri” alanında bir ilk olan Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi uygulamaya yönelik rehberlerle birlikte hasta ve çalışan güvenliği sempozyumlarımız, eğitimlerimiz, toplantılarımız bu önemli çalışmalardan sadece birkaçını oluşturmaktadır.

Bütün bu çalışmaların bir diğeri önemli sebebi de; sağlık hizmeti alanına yönelik yapılan gerek bilimsel çalışmalar gerekse toplumun beklentilerinin günümüz sağlık sistemini şekillendiren politikalarının belirlenmesindeki en önemli unsurları oluşturmalarıdır. Sağlık hizmetlerinin değişen yeni yüzü neticesinde kaliteli sağlık hizmetleriyle ilgili kriterlerin tespiti ve kalite anlayışının sağlık sektörünün tüm paydaşlarınca kurumsal bir kültüre dönüştürülerek halkın görüşlerinin de değişen bu sürece yansıtılması bu çalışmaların bir diğeri boyutunu oluşturmaktadır.

Hepinizin bildiği üzere Bakanlığımızca başlatılan hizmet kalitesine yönelik çalışmalar kamu alanında hizmet veren sağlık kurul ve kuruluşlarından sonra sağlık sektörünün en önemli paydaşlarından biri olan özel hastaneler etabı ile hızla devam etmektedir. Üniversite hastanelerimizin de bu sürece dâhil edilmesiyle birlikte bu çalışmaların daha hızlı bir ivme kazanarak artacağını belirtmek istiyorum. Bu çalışmalarla amaçlanan “sağlık hizmeti sunumunda” hizmet kalitesini arttırmak, sürekli gelişimi sağlamak, sağlık bakımına ihtiyaç duyan bireylerin ve sağlık hizmeti verenlerin hukukunu ve güvenliğini en üst düzeyde korumak ve israf etmek sizin kaynakların en etkili yolla kullanılmasını sağlamaktır.

Bakanlık olarak en büyük temennimiz, sağlık hizmet kalitesi alanında yaşanan bu gelişmelerin ülkemizdeki tüm sağlık hizmet sunucuları tarafından benimsenerek özümsemesidir. Bu

çalışmalar hem sağlık sektörünün siz değerli yöneticilerinin yönettiği hastaneleri daha güvenli bir hale getirirken hem de halkımızın gönül rahatlığıyla bu kurumlardan hizmet almasını sağlamak adına önemli bir adımdır. Yöneticilerin sorumluluğu burada kritik öneme sahiptir. Yöneticiler, bu çalışmaların bizzat içinde yer almalı, önem vermeli ve çalışmalarını teşvik etmelidir. Elbette ki, sağlık hizmeti kalitesini arttırmak için kongreler, sempozyumlar, yayınlar, eğitim ve toplantıların tek başına yeterli olmadığını bilincindeyiz. Bu bilinç ve düşünce ile bu Kongremizin ana temasının önemli bir boyutunu oluşturan “hastanelerimizin teşvikini” önemsemekteyiz. Bu kapsamda kamu hastanelerinde kurumsal performans ile bireysel performans çalışmalarımız önemli bir manivela etkisi yaratmıştır. Özel hastanelerimiz ise Sosyal Güvenlik Kurumu’nun puanlandırma ile ilgili yönergesiyle birlikte Bakanlığın nitelikli sağlık hizmetine ilişkin hedeflerine sundukları katkılarını arttırmaya başlamışlardır.

Netice itibariyle; konuşmamın başında da belirttiğim üzere sağlık alanının yeniden düzenlenmesi bir anda olabilecek bir şey değil, kimsenin elinde sihirli bir değnek olmadığına göre bu iş planlı ve sistemli bir süreç dâhilinde yürütülecek ve sürekli olarak da artan bir yoğunla devam edecek bir iştir. Bu sebeple sizlerle başlayan yolculuğumuz bundan sonraki süreçte de sizlerle devam edecektir.

Değerli katılımcılar; sizler için üç günlük bir kongre programı hazırladık; bu üç günlük süreçte hastanelerin teşviki ve güvenliği konusunda birbirinden değerli birçok konuşmacı deneyim ve çalışmalarını sizlerle paylaşacak ve ayrıca Bakanlığımız da bu konulardaki bakış açısını, rolünü sizlere aktaracaktır. Gerek uluslararası akademi ve yönetim camiasından gelen konuşmacılarımız gerekse ülkemizin birbirinden değerli bürokratları, akademisyenleriyle birlikte sağlığın tüm paydaşları bu üç gün boyunca hastanelerin teşviki ve güvenliği alanında birçok konuya değinecekler. Bu sebeple hepimizi yoğun ve hareketli bir kongre bekliyor.

Değerli katılımcılar; Kongre’ye ilişkin bazı istatistikî bilgilerden ve aktivitelerden de bahsetmek gerekirse; üç günlük kongre kapsamında 30 Oturum tertip edilecek olup, ana salonda 41 ana konuşmacı, paralel salonlarda ise 85 sözel bildiri sahibi sunum yapacaklardır. Kongre kapsamında ayrıca “performansa dayalı ödeme sistemleri”, “hasta güvenliği”, “çalışan güvenliği” ve “laboratuvar güvenliği” olmak üzere dört alanda kurs düzenledik. Bu kurslarımıza büyük bir talep oldu, ancak başvuru sahiplerinin % 10’unu kurslara alabildik, bundan dolayı bu kurslarımızın hem süresini arttırarak hem de içeriğini daha da zenginleştirerek önümüzdeki süreçte daha çok sayıda sağlık çalışanına ulaşmayı hedefliyoruz. Ayrıca kongre kapsamında Bakanlık Hizmet Kalite Standartlarının etkinliğinin ölçümüne yönelik Hizmet Kalite Standartları Araştırma ve Bilimsel Yayın Ödülü Yarışması; hasta güvenliği, çalışan güvenliği ve laboratuvar güvenliği alanlarında daha güvenli bir ortam oluşturmak ve güvenliği tesis etmek üzere Hizmet Kalite Standartları En İyi Uygulama Ödülü Yarışması düzenledik. Bu yarışmalarımız bundan sonra da gelenekselleşerek her yıl düzenli olarak gerçekleştirilecektir. İlk defa sadece hemşirelerimizin katıldığı bir bilgi yarışması düzenledik. Bu yarışmayı da her yıl düzenleyerek gelenekselleştirme arzusundayız. Yarışmalarımıza büyük ilgi gösteren sağlık çalışanlarımıza ve dereceye giren çalışma sahiplerine de ayrıca teşekkürlerimi sunuyorum.

Hastanelerin stant kurması ve yaptıkları başarılı ve güzel uygulamalarını bir kongrede sergilemesi katılım ve içerik itibariyle bir iltir. Bu paylaşım geometrik olarak büyüyecek ve bu tür çalışmaların yaygınlaşmasına katkı yapacaktır. Kongre Bildiriler Kitabımız hazırlamış ve siz değerli katılımcılarla paylaşmıştır. Ayrıca “En İyi Uygulama İle Araştırma Ve Bilimsel Yayın Ödülü” yarışmasında dereceye giren uygulamalar da kitaplaştırılmıştır. Bu Kongremizle birçok alanda birçok yeniliğe kapı araladık; bu durum sevindirici olmakla birlikte sorumluluğumuzu da arttırmıştır.

Her zaman şunu hedefledik; “Daha iyisini nasıl yapabiliriz?” Bunun için de Daire Başkanlığımızda istişareye büyük önem verdik ve üst yönetimin desteği ile de ortak aklın ve ortak çalışmanın bir ürünü olarak bu Kongremiz ortaya çıktı. Ekip olarak hedefimiz, çıkış noktamız; yapılmayanı yapmak, bu alanda farkındalık oluşturmaktır. Kongre konuları da bu perspektiften yola çıkılarak hazırlandı. Yeni ve önemli gördüğümüz konular belirlendi ve kendi alanında çok değerli konuşmacılar davet edildi. Katılımcılara yeni bilgi ve uygulamalar noktasında önemli katkılar sunacağını düşünüyorum.

Kongreler dışında sizlerle birlikte olmayı ve bilgi paylaşımını hedeflediğimiz diğer faaliyetlere değinmek gerekirse; bugüne kadar üç ilde düzenlediğimiz, Dördüncüsünü 20–21 Mayıs’ta Ankarada, beşincisini ise 02 Haziran’da Sivas’ta yapmayı planladığımız “Hasta ve Çalışan Güvenliği Sempozyumlarıyla” 81 ilimize ulaşmayı hedefliyoruz ve bunun için ciddi bir gayret içerisindeyiz. Ayrıca hasta ve çalışan güvenliği “Güz” ve “Bahar Okulu” adı altında periyodik olarak düzenleyeceğimiz yeni bir program ile sahadan daha çok sayıdaki çalışanımıza ve değerlendiricilerimize daha doyurucu ve nitelikli eğitimler vermeyi planlıyoruz.

Sonuç olarak; özellikle son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan hızlı ve göz alıcı gelişmeler, kaliteli ve güvenli hizmet anlayışının hem hizmet sunucular hem de hizmeti talep edenler arasında giderek daha fazla yer bulması, bilgi ve farkındalık düzeylerinin her geçen gün daha da artması, sağlık yöneticilerine ve sağlık çalışanlarına yönelik rehberlik ihtiyacını da arttırmıştır. Bakanlığımız da doğal olarak en başından beri bu gelişmelerin içerisinde olmuş ve gerekli altyapı ve mevzuat çalışmalarının tamamlanması, yerinde değerlendirmeler ve eğitim faaliyetleri ile rehberlik rolünü başarı ile yerine getirmiştir. Artık Bakanlık merkezinde de kurumsallaşmış, profesyonel, uluslararası uygulamaları yakından takip eden, ülke gerçeklerine ve üst yönetimin politikalarına vâkıf bir ekip oluşmuş durumdadır. Bu ekip, sağlık sektörünün tüm paydaşlarına ayırım yapmaksızın hepsini kucaklayarak bilgi ve deneyimlerini aktarma ve onlara doğru rehberlik yapma noktasında her türlü desteğe vermeye bundan sonra da devam edecektir. Bu sorumluluk bilinciyle Bakanlık olarak hizmet sunumunda kalitenin, ayrıca kalite ile birlikte hasta ve çalışan güvenliğinin artırılması ve geliştirilmesi konusunda çalışmalarımız devam etmekle birlikte sağlık çalışanlarında kalitenin ve güvenlik kavramlarının bir yaşam şekli haline dönüştürülmesi önemli hedeflerimizden biridir.

Bu hedeflere ulaşmada da bu Kongremizin bir basamak olmasını arzu ediyorum. Ayrıca umuyorum ki, büyük bir özveri, samimiyet ve heyecanla düzenlediğimiz II. Uluslararası Performans ve Kalite Kongresi, ortak hedef olan sağlığın geliştirilmesi konusunda paydaşlarını bir araya getirmekle kalmaz bu hedef doğrultusunda hepimize ve ülkemize büyük bir katkı sağlar.

Bu duygu ve düşüncelerle Kongrenin herkes için faydalı ve verimli geçmesini temenni eder; siz değerli katılımcılara, bizi yalnız bırakmayan basın mensuplarımıza, bu Kongrede konuşmacı olarak yer alan birbirinden değerli hocalarımıza, Bilim Kurulunda yer alan değerli hocalarımıza, Performans Yönetimi ve Kaliteyi Geliştirme Daire Başkanlığındaki çalışma arkadaşlarıma, bize her türlü desteği veren ve sizlerle buluşma fırsatı veren başta Sayın Bakanımız olmak üzere Sayın Müsteşarımıza ve tüm üst düzey yöneticilerimize teşekkür eder saygı ve şükranlarımı sunarım.

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

T.C. Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

Sayın Suriye Sağlık Bakanı Yardımcım Muhammed Cemal El Vadi, Sayın Müsteşarım, Sayın Genel Müdürlerim, Değerli Meslektaşlar, Kıymetli Misafirler, Sayın Basın Mensupları,

II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongremize hepiniz hoş geldiniz.

Hepimizin bildiği gibi sağlık ve tıp sektörü, dünyada en hızlı gelişen, değişen alanların başında gelmektedir. Gün geçmiyor ki, yazılı veya görsel medyada yeni bir ameliyat metodu, yeni bir tedavi metodu, yeni bir teknik, yeni bir hastalığa çare haberini duymayalım. Aslında benzer değişiklikler sağlık sistemlerinde de meydana gelmektedir. Sağlıkta ortaya çıkan bu baş döndürücü yeniliklere hizmet kalitesinden ödün vermeden hasta ve çalışan güvenliğini de tehlikeye atmadan ayak uydurmak aslında kolay bir iş değil.

Bir diğer yandan da sistemi kurmakla, bir anda ideal koşulları getirmek de mümkün değil. Ancak Türkiye’de son yıllarda değişimlere ayak uyduran, yenilikleri takip eden bir sistemin oluşturulması için ciddi çalışmalar vardır ve bugüne kadar da bu yolda oldukça iyi bir mesafe alınmıştır. Bunun da en güzel kanıtı aslında şuan ki Kongremiz. Daha önce Türkiye’de çok iyi bilinmeyen veya çok fazla ilgi gösterilmeyen sağlıkta kalite, performans, hasta güvenliği gibi bir toplantıda 1.600’e yakın katılımcı şuanda mevcut. Bu da aslında Türkiye’de sağlıkta yaşanan zihniyet değişiminin gelişimin de çok açık bir göstergesi.

Biz, Sağlık Bakanlığı olarak sağlıkta hizmet kalitesinin artırılması ve buna bağlı hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması konusunda gerçekten ciddi mesafeler aldık. Burada ana gayemiz; sağlık kurumlarımızda kaliteli hizmet sunumunu sağlamak ve bunu sürekli kılmaktır. Bakanlığımız bu konudaki çalışmalarını ilk önce kamu hastanelerinde uygulamaya başlamıştır. Bu kapsamda da “Hizmet Kalite Standartları ve Uygulama Rehberleri” oluşturulmuştur. Yine bildiğiniz gibi Sosyal Güvenlik Kurulu’nun yürüttüğü özel hastanelerin sınıflandırılması çalışmasında kullanılan “özel hastaneler hizmet standartlarında” Sağlık Bakanlığımız çalışmıştır. Bu çalışma sonunda da, kamu hastanelerinde olduğu gibi, aldığımız geri bildirimler özel hastanelerde ve özel sağlık sektöründe de bu hizmet kalite standartlarının memnuniyeti arttırdığını öğrenmiş bulunuyoruz. Bugün geldiğimiz noktada da hem kamu hastaneleri hem üniversite hastaneleri hem özel sektör hastaneleri için ortak bir standart hazırlama üzerinde çalışıyoruz. Çünkü Türkiye’nin her yerinde vatandaşımızın standart bir sağlık hizmeti almasını arzu ediyoruz.

Bütün bunlarla birlikte şu noktaya değinmek gerekiyor; yapılan bütün bu teorik çalışmaların pratiğe geçmesi, hayat bulması için öncelikle sağlık idarecilerinin, yöneticilerinin bu değişiklikleri anlaması, benimsemesi gerekiyor. Bu işin bir kültür haline gelmesi gerekiyor. Çünkü ancak sağlık idarecileri veya yöneticileri bu işleri benimselerse bu yapılan teorik çalışmaların hayat bulması, hayata geçmesi mümkün olabilir. Bu çalışmaların hedef kitleye ulaşabilmesi için de sürekli eğitimler düzenlemekteyiz. Şu anda aldığımız karara göre de 81 ilde sağlıkçıları, bu kültürü oluşturmak için eğiteceğiz.

Son olarak Kongremizin içeriği, katılımcı profili, toplantı konu başlıkları ve Kongre kapsamında yapılan faaliyetler itibariyle bu alanda önemli bir boşluğun doldurulacağını umuyoruz. Bu vesileyle düzenlediğimiz Kongre’nin hazırlanmasında emeği geçen, Performans Yönetim ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı çalışanlarına ve katılımınızdan dolayı siz değerli konuklarımıza teşekkür eder, başarılı bir Kongre olmasını dilerim.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

Sayın Kongre Başkanları, Kardeş Ülkelerden Teşrif Eden Değerli Sağlık Yöneticileri ve Ülkemizden Kongremize Teşrif Etmiş Bulunan Değerli Sağlık Çalışanları, Sağlık Yöneticiler, Değerli Meslektaşlarım,

Hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Açıkçası bir açılış konuşması yapmak üzere davet edileceğimi bilmiyordum, izninizle daha sonrada konuşmacı olduğum için fazla vaktinizi almadan bir selamlama konuşması yaparak inmek arzusundayım. Ancak biraz önce Adnan Bey'in konuşmasını dinlerken biraz duygulanmadım değil. 6 ya da 7 yıl kadar önce yine, Antalya ilimizde ama bir başka bölgesinde Sağlıkta Kalite konulu bir toplantı düzenlemiştik, "kalite ve akreditasyon" idi temel temamız. Kamu hastanelerimizden yanlış hatırlamıyorsam hiç katılım olmamıştı, özel hastanelerimizden bu konuyu gaye edinmiş az sayıda arkadaşımız katılmıştı ve biz, o toplantılarda Türkiye'de sağlığın gündemine, verimliliği, hakkaniyeti, kalite sağlık hizmetini oturtmayı hedeflemiştik. O günden bu güne geldiğimizde artık çok zaman zaman acımasız gibi görülen, ağır eleştirilere maruz kalsak da her düzeydeki sağlık çalışanımızın gündeminde sağlık politikaları, sağlıktaki harcamalar, sağlık hizmetlerinin kalitesi, beklenti, çıktılar, hasta memnuniyeti her zaman hemen hemen her gün tartışılan konular haline gelmiştir. Aslında bir konuda sonuç elde etmenin en önemli faktörü; o konuyla ilgili olan toplulukta farkındalık oluşturmaktır. Bu, net olarak bu farkındalığın artık Türkiye sağlık sektörü gündeminde yer ettiğini gösteriyor.

Bundan sonra bize düşen; bu farkındalığı, ciddi bir motivasyon aracı olarak kullanıp, ciddi bir enerji kaynağı olarak kullanıp sağlık hizmetlerimizi ileriye götürmek olmalıdır. Eğer böyle bir yolda, bizlere düşen liderlik görevini hakkıyla yerine getirebilirsek ya da gelecekte getirebildiğimiz kanaati bizlerde hasıl olursa bundan çok büyük mutluluk duyarız.

Bu duygularla fazla sözü uzatmadan Kongremizin gerçekten bu amaçlara hizmet etmesini diliyor, hepinize saygılar sunuyorum.

***SAĞLIK BAKANLIĞI VE ÜNİVERSİTE
HASTANELERİ PERSPEKTİFİNDE
TAM GÜN, HASTANE TEŞVİKİ
VE GÜVENLİĞİ***

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

Değerli Katılımcılar,

Şimdi benden anlatmamı istenen konu buradaki katılımcıların ne kadarını ilgilendiriyorlar, ne kadar ilgi duyarlar açıkçası çok emin değilim. Ancak hem girerken hem arada görüştüğüm arkadaşlarımdan edindiğim izlenim, üniversite hastanelerimizden azımsanmayacak bir oranda meslektaşımızın, arkadaşımızın katılmakta olduğunu öğrendim. Bu durum, açılış konuşmamda belirttiğim hususun bir adım daha ötesinde ümit verici bir durum. Yine bu konuyu biraz önce aramızda konuşurken; üniversite hastanelerinin kendilerine has sorunları, özellikle sistem içindeki uyum ya da uyumsuzluk temelindeki sorunları açısından acaba üniversitelerden katılan arkadaşlarımızla bir araya gelsek ve kendi içimizde bu sorunları tartıştığımız bir oturum yapsak mı diye konuştuk. Eğer bu yönde bir talep olursa organizasyonu yapan arkadaşlarımızı bir araya getirip bu sorunların tartışıldığı, gerekirse bu sorunların çözümüyle ilgili Bakanlığa iletilecek bir husus olursa bu konuda da görev almayı düşünürler. Bu açıdan özellikle üniversitelerden gelen arkadaşlarımızın bu konudaki beklentilerini ya da düşüncelerini almak isteriz. Daire Başkanımıza ya da organizasyon yapan arkadaşlara kendilerini bildirirler ve bu taleplerini iletirlerse ben de memnuniyetle böyle bir oturuma katılmak arzu ederim.

Şimdi, “Üniversite Hastanesi Perspektifinden Bazı Kritik Konulara Bakış” diye bir başlık verilmiş bana. Açıkçası kendimi çok zorladım, üniversite hastanesinden nasıl bakılır diye, üniversite hastanesi perspektifi nedir, kim bakar? Kafam bayağı karıştı, rektör mü bakar, dekan mı bakar, başhekim mi bakar, öğretim üyesi mi bakar, anabilim dalı başkanı mı bakar. Aslında üniversite hastanesinin temel problemi, galiba tek sahibi yok, çok sahibi olduğu için aslında hiç sahibi yok. Bu açıdan üniversite hastanelerinin çok stratejik bir bakış açısı oluşmamış demek belki haksızlık olur ama netleşmemiş demekte yarar var diye düşünüyorum.

Bir kere üniversite kavramı, aslında üniversal, evrensel bir anlayışı ifade ediyor. Siz de üniversite çatısı altında kendinizi evrensel bir yapının içinde dolayısıyla evrensel düşüncelere sahip bir konumda görüyorsunuz. Böyle gördüğünüzde bilimi siz üretirseniz, politikayı siz tavsiye edersiniz, sizin dediğiniz yapılmalıdır, aslında bütün en iyi bilimsel gelişmelere siz açkınsınızdır, bunları siz yakalyorsunuzuzdur. Dolayısıyla çok da sizin sözünüzü dinlemeyen kesimler, politika yapıcılarını, siyasetçileri, bürokratları aslında bir kere daha baştan 1-0 mağlupturlar, kaybetmişler, yanlış iş yapıyorlardır. Bu, çok hakim olmasa bile genel, evrensel bakış açısından bir handikap diye düşünüyorum. Ama bu bakış açısı inanın çok az değil. Bu bakış açısı bizi bir başka handikaba sokuyor. Biz çok bildiğimiz için, aslında fazla öğrenmeye de ihtiyacımız olmadığı için, dış dünyamızdaki gelişmelerin çok da farkına varamıyoruz. Yani aslında bu, başlangıcında kısmen kutsal gibi olan bu bakış açımız aslında bizi bir anlamda izole edip yalnızlaştırıyor.

Şimdi sadece hastaneler bazında bakmayın olaya; aslında dünya gittikçe küçülen bir “küresel köy” oluyor; eğer farklı topluluklarla bir araya geldiğinde ortak bir dil kullanamıyorsanız, konuşamıyorsanız diyalog şansınız kalmıyor. Bu yüzden sadece insanların birbiriyle anlaşması için evrensel olabilecek dillerin gelişmesi ya da daha küçük toplumlar için yabancı dillerin öğrenilmesi şeklinde düşünülebilecek iletişim araçları; aslında hizmet sektörleri ya da sektörleri ayrı ayrı düşünüldüğünde, bu insanların iletişim aracı olan dillerin ötesinde sektörün iletişim dilini, ortak iletişim dilini geliştirmesi gerekiyor.

Sağlık sektörü açısından, sağlık hizmetleri açısından, sağlık politikaları açısından olaya bakarsak; artık değil bir ülkedeki farklı kuruluşlara bağlı sağlık organizasyonlarının, bütün dünyadaki sağlık organizasyonlarının benzer dili, aynı işarettten, aynı ifadeden, aynı sonucu çıkaracağı bir iletişim anlayışını geliştirmeleri gerekiyor. İşte, biraz önce üniversite hastanesinden bakmaya zorladığımda nasıl görülür acaba diye kendi kendime sorduğum o bakış açısı, maalesef bu ortak dilin hızlı öğrenilmesinde de bir handicap gibi görünüyor. Geliştirilmesine demeyeceğim, aslında bir anlamda uluslararası hızlı değişim bu ortak dili öğrenmeye hepimizi zorluyor ama bu ortak dili öğrenme konusunda biraz isteksiz olursak bizim anadilimiz zaten ondan daha mükemmeldi, dolayısıyla ne gereği var böyle bir ortak dile dersek, biz yakın komşumuzla, yakın köyümüzle, yakın hastanemizle ya da bu sektörün bir başka paydaşı ile artık anlaşamaz hale geliyoruz. Bu da bizi yalnızlığa itiyor. Eğer sistemde çok baskın olabilseydik, hâkim olabilseydik belki bizim dilimiz, o geleneksel dilimiz sisteme hâkim olabilirdi, olumlu ya da olumsuz bir sonuç çıkardı ortaya ama olsun, yine de bir iletişim alanı kurulabilirdi. Ama bir şekilde durdurulamaz bir küreselleşme bütün dünyada bir ortak dil oluştururken, biz kendi geleneksel dilimizi koruma gayreti içinde aslında kendimizi dış dünyaya kapatmış oluyoruz.

İşte, üniversite hastanelerinden bakmaya çalışınca hep bu tür handikaplar önüme çıktı. Tabii burada üniversitelerden katılan arkadaşlarımız lütfen sözlerimden kendi kurumları adına bir anlam çıkarmasınlar. Çünkü üniversitelerimiz arasında da bir ortak dil olmadığı için bir homojenite yok. Aslında Türkiye'deki üniversite hastaneleri de bir heterojen yapıya sahipler. Hatta kendi aralarında öyle büyük uçurumlar var ki; birinin görev alanı, hedefleri, çıktıkları bir başkasıyla kıyaslanabilir değil. Yani benzeri birbiriyle kıyasladığınızda şu daha iyi, şu daha kötü diyebilirsiniz. Üniversite hastanelerini bir tabloya koyup analiz ettiğinizde iyi ya da kötü, daha iyi yerde, daha kötü bir yerde diye bir analiz yapma şansımız çoğu zaman olmuyor. Çünkü o kadar değişken parametreler var ki, hizmet alanından, hedeflerinden, personel yükünden, hastanenin yönetim şemasından, yönetimdeki söz sahibi olan birimlerin farklılığından çok daha çeşitli alanlara gidebiliyor.

Şimdi, bu dediğimi anlatabilmek için birkaç örnek ile açayım. Mesela Türkiye'de üniversite hastanesi deyince; Türkiye'nin en eski, en köklü, en büyük üniversitelerini bir düşünün, İstanbul'da düşünün, Ankara'da düşünün, Ege'de düşünün, gerçekten iyi yatırımları yapılmış. Ama hemen hemen hepsinin binaları bugün için hastane binası olamayacak derecede olan, yapıldığı günler itibarıyla iyi olsa bile, bugünün güvenli hastane anlayışını yakalama şansı olmayan büyük ve hantal binalar olan bu hastanelerde hizmet etmesi düşünülen öğretim üyeleri, doktor kadroları açısından, hemşire ve diğer sağlık personeli kadroları açısından düşündüğünüzde, temel dinamiği hastane olmayan birçok faktörlerle motive edilmiş bir istihdam modeli ile motive edilmiş bir sağlık personeli yığıntısı görürsünüz. Örneğin bu hastanelerden, bu hastanenin bağlı olduğu üniversitelerden birine ben rektör olursam bir dahaki seçimi kazanmak için kendi dönemimde öğretim üyesi almaya çalışırım. Bunun için hastanedeki hizmetin önceliğinden çok, büyük mücadelelerle kadro almaya gayret ederim ki bana oy verecek bir yeni öğretim üyesi kadrosu oluşturabileyim. Maalesef yapılanlar bu noktada olduğu için, bunları kendi adıma söylüyorum. Sonra hastane koridorlarında hizmet yarışında değil, kendisine oda bulma yarışında mücadele veren, bunun için mücadele vermek zorunda kalan bir öğretim üyesi kitlesiyle bile karşılaşabilirsiniz. O da hakkıdır yani bir saygınlığı var, bir itibarı var, üniversiteye öğretim üyesi olarak alınmış, tabii ki bir konumu olmak zorunda ama o biraz önce bina açısından eleştirmeye çalıştığım büyük, devasa, hantal binaların içinde dahi yer bulmada zorlanan bir öğretim üyesi kitlesiyle karşılaşabilirsiniz.

Şimdi insanları gerçekten, ulvi gayeler uğruna yetiştirilmiş, büyük emekler harcanmış, kapasitesi yüksek olan insanları küçük mücadeleler içerisine sokarsanız, bu büyük, ulvi hedefler yok olur. İşte,

gerçekten, fert fert ele aldığımızda her biri ülkemiz için çok büyük kazanç olan, çok büyük değer olan öğretim üyelerimizi böyle basit sorunlarla yüz yüze bıraktığınızda bu hastanelerden aslında modern sağlık hizmeti vizyonuna uygun bir hizmet üretmeleri, böyle bir amaca yönelmelerini beklemek de haksızlık olur zaten.

Şimdi ilginç olan bir şey daha söyleyeyim; özellikle, üç büyük şehrimizde Sağlık Bakanlığının ikinci basamak hastanesi yok gibidir, dolayısıyla aslında bu, devasa, büyük, ulvi gayelerle kurulmuş üniversite hastanelerimiz gerçekte ikinci basamak hastanelerdir. Yani kendilerini tamamen üçüncü basamağa şartlandırarak yapılanma şansları da yoktur çünkü ikinci basamak hizmeti onlardan alınmaktadır. Ya da aynı ildeki eğitim hastanelerinden alınmaktadır, onlar da ikinci basamağa mahkûmdur.

Üniversite hastanelerinin bir başka kesimi, yani ifadem doğru mu bilmiyorum ama kendi tanımlamamla “Anadolu Üniversite Hastaneleri” diyeceğim. Bunlar, tarihleri 15–20 yıldan daha eskiye gitmeyen ve öncelikle ilk kuruluşlarında gerçekten de ihtiyaç alanlarında kurulmuş olan yani toplumsal talebin olduğu, nüfusun kayda değer düzeyde olduğu, en azından binaları açısından prototip olarak ortaya çıkmış hastaneler. Öğretim üyeleri ise biraz daha genç nesil olarak başlamıştır, yani aslında gelenekten biraz kopuk, kendi başına bir şeyler yapmaya uğraşan insanlardan oluşmuştur. İşte o gelenekten kopukluk, aslında toplumsal olarak hep değer verdiğimiz kavramlara biraz eleştirerek yaklaşıyorum ama o gelenekten kopukluk bir avantaja dönüşmüştür bu hastanelerde. Çünkü onlar en başta söylediğim o “evrensel bakış açısından”, “biz biliriz, biz zaten biliyoruz bu işi” anlayışından biraz daha uzak, “biz öğrenelim, biz yapalım, biz daha iyisini yapalım, kendimizi ispatlayalım” anlayışı ile davrandıkları için Anadolu Üniversitesi Hastaneleri biraz daha farklı bir konumdalar şu anda. Lütfen bu farklılıkları, birimiz iyi birimiz kötü diye kategorize ediyor diye düşünmeyiniz, iyi yerleri de var, bunun getirdiği bazı dezavantajlar da var. Ama sonuç olarak bir üniversite hastanesi perspektifi ortaya koyacaksa, bu hastanelerimiz olaya biraz önce anlatmaya çalıştığım hastanelerden farklı bakma yeteneğine sahipler.

Bir başka husus ise üniversite hastanelerimiz. Bunlar da son dönemde hızla kurulma aşamasında olan üniversitelerin hastaneleri. Birinci grupta yer alan üniversite hastaneleri, tam yük altındaki hastaneler. İkinci grupta yer alan üniversite hastaneleri, tam gün çalışan hastaneler. Üçüncü grupta yer alan hastaneler ise, tam olarak yok olan hastaneler. Şöyle ki; bölgenin nüfusu, demografik yapısı, ihtiyaçları, talepler, beklentileri göz önünde bulundurulmadan açılan tıp fakülteleri - tıp fakültesi kavramı da aslında tartışmaya açılması gereken konu; tıp fakültesiyle üniversite hastanesi özdeşleştiği için tıp fakültesi deyince üniversite hastanesini de kastetmiş oluyorum – üçüncü gruba girmektedir. Yine, kendi hastanesini kurma sorumluluğu taşıdığı için ya da geleneksel bilgi, önyargı bunu gerektirdiği için bu üniversitelerimiz hızla hastane açma yarışına girmiş durumdadırlar. Bu üniversitelerin açtığı / açmaya çalıştığı bir kısmı tıp merkezi gibi olan, bir kısmı mediko-sosyale iki yatak koyarak üniversite hastanesi diye adlandırdığı, aslında neredeyse birinci basamak hizmeti yapmaya mahkûm olan bir üniversite hastaneleri tipi ortaya çıkıyor. Dolayısıyla, üniversite hastanesi vizyonu ya da perspektifi dediğinizde bir de bu açıdan bakmak gibi bir ihtiyaç hâsıl oluyor.

Tabii, üniversite hastanesi bu kadarla kalır mı? Kalmaz, çünkü bu anlatmaya çalıştıklarım kamu üniversiteleriydi. Bir de şimdi “vakıf üniversiteleri” var. Vakıf üniversite hastanelerini daha doğrusu vakıf üniversitelerini üniversitelerin hastaneleri ve hastanelerin üniversiteleri diye ikiye ayırıyorum. Bu söylediğim çok majör, çok büyük uçurum olan bir ayrım. Önümüzdeki dönemde söz konusu üniversite hastanelerinin ya da üniversitelerin, hastanenin üniversite mi, üniversitenin hastanesi mi

ikileminden “tavuk-yumurta, yumurta-tavuk” hikâyesine benzeyen bu ikilemde ciddi bir ayrışma içine gireceklerini düşünüyorum. İşte o zaman bu ayrışma içine girdiğinde belki o hastanelerin perspektifini sizlerle daha net konuşuyor olacağız, daha berrak görüyor olacağız.

Vakıf üniversitesi hastanelerinin bir başka belirsizlik alanı ise, kamu ile özel arasında gidip gelen, bu anlamda da ciddi kimlik bunalımı yaşayan kurumlar olmasıdır. Aslında sağlık sektörümüzün kontrolsüz olduğu, denetimsiz geçirdiğimiz geçmiş dönemlerde bu ciddi bir avantajdı. Çünkü “Yük taşı dediklerinde, ben kuşum” diyorlardı bu hastaneler, taşımaktan vazgeçiyorlardı; “Hadi uç” deyince “Hayır, ben deveyim” diyorlardı; böylece gayet rahat bir ortam buluyorlardı. Ancak yavaş yavaş sağlık sektörümüz ciddi, kontrollü bir döneme giriyor. Bu kontrollü dönemi özel hastanelerimiz büyük oranda hissetmeye başladılar. Devlet hastanelerimiz de bir şekilde bu performans denetimleriyle ciddi olarak bunu hissetmeye başladı. Şu anda bütünüyle üniversite hastanelerimiz kendilerini sistemin dışında gördükleri, sistem de onları biraz dışta gördüğü için denetimsiz konumdalar. Ama önümüzdeki yıllarda onlar da bu denetim içine gireceklerdir; bu durum kaçınılmazdır. Hatta bir adım ötesini söyleyeyim; hepsi aynı kuralla, aynı mevzuatla denetlenir hale gelecektir, bunu büyük ihtimale bizler göreceğiz. Böyle bir durumda, “İşime geldiği zaman kuşum, işime geldiği zaman deveyim” deme şansını kalmayacak. Şimdi de bunun izleri görülmeye başladı; en azından YÖK vakıf üniversitesi hastaneleriyle ilgili bir karar alırken Sağlık Bakanlığı mevzuatını istiyor, inceliyor, ona uyup uymadığına bakıyor. Dolayısıyla henüz mutlaka uyulması gereken bir mevzuat yok ama en azından bir örnek mevzuat var. Vakıf üniversiteleri hastaneleri açısından olaya bakmak şu anda biraz daha zor.

Tıp fakültelerinde ele alınması gereken konu öncelikle eğitimidir, hasta hizmeti sonra gelir. Şimdi diyelim ki, hastanecilik konusunda iyi eğitilmiş, hastanede büyük başarılar elde etmeye kendini adanmış biri çıkıyor; “Olur mu” diyor, “Burası hastanedir, hasta hizmeti önceliklidir, eğitim sonradan gelir.” Aslında bu iki argüman da bu kimlik bunalımının doğal sonucu. Eğer hastane iseniz göreviniz başkadır, eğitim kurumuyusanız göreviniz başkadır. Bir kurum ikisine de hizmet edebilir mi? Edebilir. Ama bir kurum ikisine de hizmet ederken bu hizmetleri önceleyemez. Öncelikle ikinci plana attığı fonksiyonunu yitirir. Bu açıdan üniversite hastanelerinde eğitimin lideriyle sağlığın lideri ayrı olmak zorunda ve bu liderler gerektiğinde çatışmalıdır, çatışmadan da korkmamalıdır. Bu liderle çatıştığı zaman üniversite hastanesi içinde biri o yarışta yer alıp en kaliteli, en verimli sağlık hizmeti sunma hedefine ulaşmayı, öbürü burada en ideal eğitimi verme idealine ulaşmayı hedeflemeli ve çatışma alanlarında bir araya gelip birbirlerine nasıl destek verecekleri ya da birbirinin sorununu nasıl çözeceklerini bulmak zorundadırlar. Ama biz kolayına kaçıyoruz, çatışma olmasın deyip iki yönetimi aynı adam yapıyoruz. Dolayısıyla eğer eğitimde süper bir insansa hastaneyi yok ediyor, hastanede süper bir insansa eğitimi yok ediyor. Ya da daha objektif olan hocalarımız ikisini de yok ediyor. Şimdi, burada bakın ben yine o yöneticiyi suçlamıyorum. Arkadaşlar ben son altı aydır da İstanbul Üniversitesi Rektörüne danışmanlık yapıyorum ve Çapa ve Cerrahpaşa'nın modernizasyonu konusunda çalışıyorum. Yani bu konuda çok basit işler için ne kadar büyük efor sarf etmeniz gerektiğini yaşadığım için bu ifadeleri rahat rahat söyleyebiliyorum. Şimdi, eğitim tabii ki çok önemli bir husus, eğitim önce gelir sağlık hizmeti sonra gelir deme hakkına sahip değilsiniz çünkü hastanesiniz. Hastane tabii ki çok önemli bir kurum, hastane önce gelir eğitim sonra gelir diyemezsiniz çünkü siz eğitim kurumusunuz. Öyleyse bu temel fonksiyonlarının liderlerinin mutlaka kendi hedeflerine kitlenmiş bağımsız liderler olması gerekir. Bağımsız liderlerin de çatışmasından korkmamak gerekir, orta yol bulunur o alanlarda. Zaman zaman karşılıklı tavizler verilir ama temel hedeflerden, ilkelerden iki taraf da sapmaz.

İşte bu iki çelişkili duruma vakıf üniversite hastanelerinde bir üçüncü alan; kâr etme, ayakta kalma, kendi finansmanı ile yaşayabilme gibi bir başka kaygı girince bu kimlik sorunu biraz daha artıyor, azalmıyor. Aslında üniversite hastanesi deyince; üniversite ve hastane kavramını biz Türkiye’de henüz ayırmadığımız için, hepsini bir arada düşündüğümüz için üç temel fonksiyon var: İlk olarak hastanedir, hizmeti en iyi şartlarda ülkeye örnek olacak şekilde vermek zorundadır. İkinci olarak, lisans eğitimi veriyordur, yüksek lisans yani doktora eğitimi veriyordur, uzmanlık eğitimi veriyordur, eğitim kurumu olarak ülkenin önderliğini yapabilmek zorunda. Üçüncü olarak, akademisyenlerini ülkede rekabet edilebilen akademisyenler düzeyinde tutmak zorunda, yani araştırma-geliştirme yapabilmek zorunda. Aslında üniversite hastanelerini içine ittiğimiz bu kimlik bunalımının arka planında yatan temel sebep; bu üç temel fonksiyonu, görevlerini, görev tanımlarını hatta finans kaynağını tanımlamamış olmamızdır.

Benim için eğitim önemlidir diyen bir klinik şefi, bir ana bilim dalı başkanımız hastalardan kazandığı paradan araştırma fonuna gönderilen fondan yardım olarak asistanına tez yaptırmak, yayın yaptırmak istiyor. Eğitim öncelikli ama kaynağını hastadan alırım diyor. Bu durumda ikinci plana ittiğinizden kaynak alacaksınız, birinci plana ittiğinizi finanse edeceksiniz. Araştırma yapmam lazım diyor, aslında üniversite hastanesi araştırma fonu dışında hastanenin neredeyse hiçbir başka destekleyici şeyi yok. Dolayısıyla eğer bu bir klinik araştırmasıysa hasta üzerinden fatura ederek SGK’dan çalarak yaparım diyor. Yani çalma kelimesi için özür dilerim ama bu bir gerçek anlamda çalmadır, SGK’ya prim onun için ödenmemiştir çünkü. SGK karar alır, ülkenin sağlık alanında gelişme için ben bu primlerin şu kadarını araştırma-geliştirmeye kullanacağım diye karar alır, o ayrı bir konu. Ama bugün için böyle bir ödeme yöntemi olmadığına göre buradan finanse etmek zorundasınız, başka yolunuz yok. İşte bu sizi kimlik bunalımına iten faktörler sizin kendi bilgisizliğiniz, beceriksizliğiniz değil içine ittiğiniz bu karmaşık sistem. Hatta daha da kötüsü ülkede başka alanlarda, yani üniversitelerin dışında bu tür araştırma-geliştirme çalışmalarını destekleyecek fonlar oluşmaya başlamış olmasına rağmen üniversite hocalarımız bu arayışa çok girmezler, giremezler. Çünkü gelenek aslında oraya motive etmez. Üniversitenin döner sermayesi vardır, devlet suçludur, yeteri kadar para vermiyordu, fonda az para vardır, rektörler bazen gaddardır fona fazla kesinti yapıyorlardır vesaire. Sonuçta kaynak burasıdır. Hâlbuki mesele TÜBİTAK bunun için kaynak ayırıyor, üniversitelerimiz bu kaynağı kullanmadığı için bütçeye iade edilmek zorunda kalıyor. Avrupa Birliği Çerçeve Programlarında bir sürü kaynaklar ayrılıyor, Türkiye buraya proje veren ülkelerin en alt sırasında yer alıyor. Niye? İşte o fonksiyonları, ben eğitimi öncelerim, ben hasta hizmetini öncelerim, ben araştırmayı öncelerim derken aslında hiçbirini öncelememiş oluyoruz. Eğer bir üniversitede - üniversite hastanesi demiyorum - araştırmayı önceleyen bir akademisyen kadrosu varsa bu fonları arar, buralara proje yapar, bu kaynakları da kullanabilir. Artık eskisi gibi değiliz bu alanlar yavaş yavaş açılıyor ve bu kaynaklar kullanıldıkça da daha fazla yararlanma imkânları doğabilir. Ama bu düzeyde bir proje yapma kültürümüz de çok fazla yok. Çünkü daha kolay gelen, içinde bulunduğumuz o karmaşa içinde hemen hasta üzerine fatura ederek bu işi yapabileceğimizi zannediyoruz. Peki, araştırmamızı hasta üzerinden yapacağız, eğitimimizi hasta üzerinden yapacağız sonra da bizim önceliğimiz aslında hasta değildi diyeceğiz. Ama bir yarış var, millet koşuyor, hastayı alıp götürecekler. İşte o zaman üniversite hastaneleri “Evet, ben bu dili öğrenmeliyim ve ben de bu yarışta yer almalıyım” demek zorundadır diye düşünüyorum.

Üniversite hastanelerinden bu kadar bahsettikten sonra esas konumuz tam güne de biraz değinirim arkadaşlar. Türkiye’nin tam gün, yani sağlık personelinin tam gün çalışmasıyla ilgili macerası aslında 1938’de başlar. 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına dair kanunda hekimleri tanımlarken tam gün esasında çalışmaktan bahseder. Özür dilerim, orada mecburi hizmet vardır, 1960’da Sosyalizasyon Kanunu, 224 sayılı Kanun tam gün çalışmadan

bahseder. Ama sonra zaman zaman hekimlik lobisi bu kanunları ya uygulatmaz ya uygulanmaz hale getirir ya da siyaseti etkileyerek değiştirir. Hekimlik lobisi ifadesini kötü anlamda kullandığımı düşünmeyiniz. Aslında sistem hekimleri böyle bir lobi oluşturmaya sevk eder; çünkü ekonomik düzeyi düşük, sağlık finansmanının son derece kısıtlı olan bütün ülkelerde hekimi kamuda da var edebilmenin aracıdır tam gün çalışmamak. Yoksa ekonomi zayıfladıkça özelleşir sağlık hizmetleri, özelleşmek zorunda kalır. Kamu personeli tutamaz, kamu yatırımı yapamaz olay gittikçe özele doğru kayar. Bu durumda sağlık sistemindeki performans kriterleri hedefine ulaşır mı o ayrı bir konu ama ekonomi geliştikçe, daha doğrusu kamu sağlık sistemleri güçlendikçe kendi personelini de tam olarak istihdam etmenin yollarını aramaya başlar. Dolayısıyla bu arayışlar zaman zaman olmuş. Bu konuyu şöyle bir örnekle açayım; mesela İngiliz sağlık sisteminde hekimler tam gün çalışır. İngiltere sömürge ülkesi olarak gittiği ülkelerde de hep kendi sistemlerini oturtmuştur; Pakistan'da benzer bir sağlık sistemi oturtmaya çalışmıştır, Hindistan'da, Avustralya'da, Yeni Zelanda'da benzer sağlık sistemleri oluşturmaya çalışmıştır. İngiltere sömürge olarak buralardan ayrıldığında mesela ekonomik durumu biraz daha iyi olan Avustralya'da İngiliz sistemine benzer sistem devam etme başarısını göstermiştir ama Pakistan ve Hindistan'da hızlıca muayenehaneler açılmış, hekimler kısmi statüye geçmiştir. Çünkü o sistemi sürdürebilecek bir ekonomik yapı yoktur. Literatürü de tarayınız tam günün fayda ve zararları konusunda en fazla bilimsel çalışma Pakistan ve Hindistan'dadır çünkü bu ikilemi iyi yaşamış iki ülkedir.

Tam gün uygulamasını hekimin kamuda tam olarak istihdamı olarak algılıyorum. Çünkü tam gün kanunumuzun tam günle bana sorarsanız ilgisi yok! Tam gün, şu anda yeni yürürlükte olan Tam Gün Kanunu aslında Türkiye'de devlet memurluğunda ilk defa part-time çalışmayı öngören bir kanun. Devlet memuru tam gün esasına göre çalışır, istisnası 2547'ye tabi devlet memurları yani öğretim üyeleri 36. maddenin a ve b fıkralarına göre kısmi statü ya da tam gün statüsünde çalışırlar idi, bu Kanun onu da kaldırdı. Onun dışında devlet memurunun Türkiye'de kısmi statüde yani part-time çalışması diye bir kavram yoktu. Bu Kanunla beraber ilk defa sağlık personeline part-time çalışma düzenlemesi getirildi. Ancak kısıtlı alanlarda getirildi. Şimdi part-time çalışmak şudur; sizin emekliliğinize götürecektir sosyal güvenlik priminizi ödeyebileceğiniz kadar çalışmanız, ama bu çalışmanızın birden fazla yerlerde çalışarak sağlanmasıdır. Hâlbuki bizim bundan önceki sağlık personelinin çalışma usul ve esaslarını düzenleyen kanuna göre, yani hekimlerimizimizin muayenehane işlettikleri kanuna göre - Mecburi Hizmet Kanunu ortadan kaldıran kanundur - sağlık personeli dual çalışır, çift mesai yapar. İş Kanununa göre çalışma 40 saattir, hekimler de 40 saat çalışırlar, muayenehane açarlar ondan sonra 40 saatin üzerine gider ikinci mesaiyi yaparlar. Dual çalışmayı ortadan kaldırdı, farklı kurumlarda dual çalışmayı kaldırdı ancak part-time çalışabildiğiniz kurumlar içinde mesai dışında da çalışabileceğiniz bir izin getirdi. Yani Kanun illa 40 saate mahkûm etmedi, 40 saatin dışında da çalışabilirsiniz dedi. Sınırlamaları nedir? Üç önemli koridor oluşturdu; birincisi, bu koridorları niye oluşturdu bu kanun? Aslında hep kanun çıkarken konuşulan tartışma konuları şudur; madem hekim sayımız az, niye hekimlerin çok çalışması engelleniyor? Dolayısıyla bu kanun mantığa aykırı gibi iddialar çok söylendi. Bu kanun aslında hekimlerin çok çalışmasını engellemiyor, tabii bazı iddialara göre hekimleri çok çalışmaya mahkûm ediyor dolayısıyla aslında iki iddia birbirini çürütüyor. Dual çalışma nedeniyle riske edilen hasta güvenliğini, dual çalışma nedeniyle riske edilen hekimin kendi sağlık güvenliğini, yine dual çalışma nedeniyle hekimi ikileme bırakan, hastayı ikileme bırakan çıkar çatışması olan alanları yok etmeyi hedefledi. Bunu başarabilir, başaramaz bilmiyorum ama Kanunun oluşturmaya çalıştığı koridorlar bu amaçlara matuftur. Çıkar çatışması nerelerde varsa o alanları ayırmaya çalıştı. Çıkar çatışması iki özel hastane arasında var; biri SGK ile anlaşmalı biri SGK ile anlaşmaz. Dolayısıyla hasta paralıysa SGK ile anlaşmaz hastanede ameliyat etmek avantajlı, biraz garibansa SGK ile anlaşmalı hastanede ameliyat etmek avantajlı. Dolayısıyla hastanın bu şekilde istismar edilebileceği bir sistemi engellemeye çalıştı. Bu koridoru öyle bir

ayırayım dedi ki hastanın bu şekilde manipüle edilebileceği, riske edilebileceği alanlar koridorun birinde bulunsun öbür koridora geçmesin.

Bir başka riskli alan; SGK ile anlaşmalı olsun olmasın özel sektörle kamu sektörü arasındaydı. Kamu sektörü deyince üniversite, devlet hastanesi, belediye hastanesi, çeşitli kamu kurumlarının hastanesi ayrımı hiçbir şekilde Kanunda yapılmadan bir koridor belirlendi. Bu şekilde bir sağlık hizmet sunan sektörlerin hekim istihdamında ortak davranabileceği alanlar belirlendi. İşte üniversite hastanelerini ilgilendiren kısmı bunun kamu üniversite hastanelerini ilgilendiren kısmı a şikkı, ilk koridor bütün kamu hastaneleri dolayısıyla bir part-time çalışma kavramı bu koridor içinde geçerli. Hasan Beyler döner sermayeyle ilgili Tam Gün Genelgesini yeni yayınladı, şu anda bir üniversite öğretim üyesinin Sağlık Bakanlığı'nın herhangi bir hastanesinde gelip part-time çalışabilmesi kendi üniversitedeki bütün özlük hakları korunarak o hastaneden çalıştığı karşılığı döner sermaye alabilmesi mümkün. Bu konunun bütün yasal alt yapısı şu anda tamamlanmış durumda. Bunun muhtemelen üniversitede 2547'nin 58. maddesinde düzenleme yaparak, yani ona göre yönetmelik çıkartarak tersi de mümkün olacak. Bazı alanlarda buna da ihtiyaç var çünkü. Ancak henüz özel sektör kısmı bu kadar netleşmedi, zamanla kendiliğinden oturacak diye düşünüyorum.

İşte üniversite hastanelerini ilgilendiren bu madde aslında üniversite hastaneleri ve üniversite öğretim üyeleri açısından çok iyi anlaşılamadı. Bir yıllık süre verildi bu arada, bu süre adaptasyon süresidir, anlaşılma süresidir diye ümit edildi ancak bu sürenin neredeyse yarısını geçirdik, ben en azından kendi görev yaptığım ve yardımcı olmaya çalıştığım üniversite hastanelerinde yeterince bu tablonun görülemediğini, bir yıl sonrasının hayal edilemediğini müşahede ediyorum açıkçası. Bilmiyorum belki ulaşamadığım, belki hani o birinci grupta yer alan üniversite hastanelerle ilgilendim, belki Anadolu diye sınıflandırdığım hastanelerde farklı bir yapı vardır onu bilemiyorum. Bu tablo karşımıza çıktığında şu anda öğretim üyelerimiz kendilerini muayenehaneyi mi tercih edeyim, üniversiteyi mi tercih edeyim ikilemi içine sokmuş durumda. Aslında bu kanun bu fırsatı veriyor, bu ikilemden birini tercih et diyor ama aslına başka fırsatlar da veriyor. O tür fırsatları değerlendirme şansımız henüz olmadı. Sebebi de henüz sistemin ana dilini üniversite hocalarımız konuşmaya başlamadılar bu yüzden. Ama zorlanınca yani eğer bir Anayasa Mahkemesi vesaire süreci tekrar başlayıp da Kanun iptal olmazsa ki burada şunu söyleyeyim; iptal olacak diye düşünüp de hazırlıksız yakalanmayınız, Kanununun iptal olabilecek maddeleri bir-iki tanedir, bunların da hepsi iptal olduğunda hekimlerin aleyhine bir sonuç çıkacaktır onu açıkça söyleyeyim. Daha önce Mecburi Hizmet Kanununda benzerini yaşadık, burada da aynısını yaşayacağımıza emin olabilirsiniz. O açıdan iptal olmayacak gibi hazırlamakta yarar var; üniversiteler, hastaneler adına bunu söylüyorum.

Anadolu üniversite hastanelerinin aslında çok fazla tam günden etkilenir yönü olmayacaktır diye düşünüyorum, oransal olarak çok düşük olacaktır kanaatimce. Üçüncü grupta anlatmaya çalıştığım o yok olan üniversite hastaneleri eğer çok stratejik davranırlarsa bu Kanunu avantaj hanesine yazıp, bu Kanunun diğer alanlarını kullanarak kendi üniversite hastanelerinin şekillenmesinde avantaj elde edebilirler eğer bu konuyu iyi değerlendirebilirlerse. Ancak birinci gruptaki üniversite hastanelerimiz henüz o üniversal düşünceler içinde devam ediyorlar diye bir kaygı içindeyim bunu itiraf ederek söyleyeyim açıkçası. Muhtemelen bu büyük üniversite hastanelerimizi hocalarımız büyük oranda muayenehanelerini tercih etmeyecek, edemeyecekler üniversitede kalmaları zaten oda kavgası yapılan bir durumda büyük bir çatışmayı arttıracak, dolayısıyla üniversite hastanesine bu da bir katkı yapmayacak. Bence büyük üniversite rektörlerimiz hızla yeni tıp fakülteleri açma gayreti içinde olup hocalarını verimli alanlarda değerlendirme yoluna girebilirler ya da belki yeni yeni örnekleri çıkmaya başladı, bu Tam Gün Kanununun da verdiği fırsatları kullanarak üniversitenin hastanesi

olmasa da öğretim üyelerinin araştırma yapabileceği, klinik hizmet verebileceği başka kurumlara ait hastaneleri üniversite lehine kullanabilme yöntemleri bulmalıdırlar diye düşünüyorum. Çünkü özellikle bu büyük üniversitemizde mevcut kadrolar o üniversiteler gibi iki, üç, dört daha üniversiteyi yürütebilecek durumda. Buna mutlaka çözüm üretmek zorundayız. Aksi takdirde bu kurumlarımız sisteme hiç entegre olamaz kurumlar haline gelecekler. Sisteme entegrasyon, tabii sistemi hiç tartışmadığımız için burada hepinizin kafasında farklı canlanabilir. Ama sonuç itibarıyla arkadaşlar 10 yıl önce Türkiye’de sağlıkla ilgili neler vardı şimdi neler var diye bir tartışma açtığımızda sistem bir şekilde gündemi değiştirdi, tartışma alanlarını farklı yerlere kaydırды, sağlık sektöründeki insanların kaygılarını değiştirdi. Kaygılarını azalttı demiyorum, bu sektörlerde kaygı azalmaz, insan yaşadığı müddetçe ölüm korkusu olur, yaşadığı müddetçe hastalanma korkusu olur bu alanda hizmet veren herkes de bu süreçte bu kaygıları duyar. Bir küçük problemi çözdüğünüzde daha büyük problemi hemen önünüzse bulursunuz. Bir özürülü böbreği yaşattığınızda yoğun bakım sorunuyla karşılaşsınız. Yoğun bakımda bunu yaşattığınızda ömür boyu özürülü bir böbreği yaşatabilmenin bir başka rehabilitasyon sorunlarıyla karşılaşsınız. Ülkenizde büyük başarı sağlayıp ömrü uzatabildiğinizde yaşlı hastaların kronik sorunlarıyla ilgilenmek gibi karşı karşıya kalırsınız vesaire bu devam eder böyle. Kalça protezi yapılır, yapılıncaya kalça protezi ameliyatıyla birçok insanı kurtarırsınız, protezler kırılmaya başladığında bambaşka bir sorunla karşılaşsınız. Hiç önceden bir protez kırılması sorununuz yokken şimdi önünüze bu sorun çıkar. Dolayısıyla sağlık sektöründe sorunlardan korkmamak lazım, yeni kaygılardan korkmamak lazım ama mevcut durumu, mevcut resmi çok iyi görmek lazım ve bir şekilde bu resimde yer almak lazım arkadaşlar.

Üniversite hastaneleri açısından değil de üniversite hastanelerine bakmaya çalıştığımızda bizim görevimizin bu süreçte üniversite hastanelerimizi sistemi iyi kavramaya, kendi durumlarını, bu sistem içinde kendi konumlarını iyi anlamaya ve bu sistem içinde yarışa girmeye hatta hızlı bir şekilde mevcut atıl kalmış kapasitelerini su yüzeyine çıkartarak sistemin önderleri olmaya teşvik etmemiz gerekir diye düşünüyorum. Bu düşünce ile eğer üniversiteden gelen arkadaşlarla aramızda bir oturum yaparsak daha da verimli, daha iyi bir tartışma olacağı ümidiyle hepinize saygılar sunuyorum.

Dr. Mehmet DEMİR

T.C. Sağlık Bakanlığı Müşaviri

Sayın Kongre Başkanım, Kıymetli Hocalarım, Hanımefendiler, Beyefendiler hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Ayrıca ülkemize misafir olarak gelen konuklarımıza da hoş geldiniz diyorum.

Geleceğe yönelik olarak fikir üretebileceğimiz bir netlikte sürekli gelişen ve yenilikçi bir sağlık sistemi tablosunu vurgulayarak sözlerime başlamak istiyorum. Bu gelişmenin en önemli yapı taşının Sağlıkta Dönüşüm Programı olduğunu ve taşların bir bir doğru şekilde yerine konulduğunu ifade etmek istiyorum. Sağlık içinde yer alan tüm paydaşların önümüzdeki yıllara yönelik bu gelişmeyi sürekli değerlendirdiklerini biliyoruz. Bu kongre şüphesiz bu değerlendirmelere ışık tutacak ve burada oluşan güzel iklim gelişmelere yön verip hızlanmasına katkı sağlayacaktır. Kongremizin hepimiz için verimli ve faydalı olmasını temenni ediyorum, katılımınız için de tekrar teşekkür ediyorum.

Biraz önce tabii Sabahattin Hocam üniversiteler perspektifinden konuyu değerlendirdi ve kendisi aslında önemli bir teklifte de bulundu. Sonuçta biz Sağlık Bakanlığını şöyle değerlendirmemiz gerekiyor; yani üç tekerlekli bir araba düşünün, üç tane ayrı tekeri var. Bu tekerlerin hem balansının hem rotunun titreşmemesi için, sağlıklı olması için uyumlu olması lazım. Gerçekten şu anda sağlık hizmet sunumunda hastanecilikte üç boyutlu bir yapı oluştu; Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri, özel sektöre bağlı hastaneler ve üniversite hastaneleri. Bunları bir bütün olarak değerlendirmek mecburiyetindeyiz. Bir taraftaki aksama, bir taraftaki sorun bütün yapıyı etkileyecektir. O nedenle Sağlık Bakanlığı aslında yapması gereken fonksiyonu artık yüklenmeye başladı. İşte bir “stewardship” fonksiyonu ile bu yapının doğru işlemesi açısından inisiyatif alıyor. Bakanlığımız da üniversitenin sorunlarının çözümüne yönelik bir inisiyatif almış durumda. Bu toplantı vesilesiyle üniversiteden katılan hocalarımızla birlikte bugün veya yarın böyle bir toplantı düzenleyebiliriz.

Şimdi, gelişen sağlık sistemimizin çerçevesini çizen belli başlı konu başlıkları slâyтта yer alıyor. Bu konu başlıkları kuşkusuz önümüzdeki yılların sağlık sisteminin fotoğrafı hakkında bizlere bilgi vermektedir. Bu unsurlar aynı zamanda da birbirleriyle etkileşim içindedir. İşte sıcak gündemde olan Tam Gün Yasası kanunlaştıktan birkaç ay sonra Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulamaya girecek ve yıl sonunda da üniversite hastanelerinde yürürlüğe girecek. Her geçen gün hasta güvenliği kavramı hastaneler tarafından önemsenmekte; hem mevzuat açısından hem uygulama açısından hem de personelin bu konudaki duyarlılığı her geçen gün artmakta. Kamu hastane birlikleri yasa tasarısı önümüzdeki günlerde Meclis gündemine gelecek ve kamu hastaneleri yeni bir yönetim yapısına kavuşmuş olacaklar. Çok katı başlayan fakat gittikçe bütün sektörün sorunlarını da çözen bir planlama anlayışı her geçen gün daha ciddi şekilde önümüzde duruyor. Performans yönetimi kavramı bütün sağlık sistemi içinde artık önemsenmeye başladı. Ödeme modeli biraz sonra bundan daha detaylı bahsetmeye başlayacağım, gene sağlık sisteminin can damarı unsurlarından birisi haline geldi. İşte birinci basamağa yönelik de artık kararımızı verdik ve yıl sonu itibarıyla de aile sistemine geçmiş bulunacağız. Sonuç olarak sürekli gelişen bir sağlık sistemini anlamak istiyorsak önümüzdeki günlerde aslında bu konu başlıklarını tek tek dikkate alması gerekiyor. Bütün paydaşların ve bundan sonraki bütün kararları, atacakları adımları işte bu çerçeveyi değerlendirerek yapmasında fayda olduğunu düşünüyoruz.

Şimdi, biz hastanelerin teşviki ve hastanelerin performansı dediğimiz zaman buradaki kilit unsur hastanelere yapılan ödeme modelidir. Hastanelere yapılan ödeme modeli şu anda bir belirsizlik içinde olsa da, biraz sonra ifade edeceğim bir modeli uyguluyoruz. Ama ben ilk olarak sizlere şu anda yeni bir kavram olan sonuca dayalı ödeme konusunda bilgi vermek istiyorum. Sonuca

dayalı ödeme modeli nedir onu açıklamaya çalışacağım. Şimdi hastanelere ödeme yöntemlerinin tarihsel gelişimine baktığımız zaman gelişmiş ülkelerde artık bu tekâmülün sonuna yaklaştığını, şu anda görünür modellemesi yapılan birbirinden farklı altı model olduğunu görüyoruz. Bu ödeme modellerinin gelişiminin başında blok hibeler şeklinde başlayan ve sonuçta biraz sonra ifade edeceğim sonuca dayalı ödeme modeliyle şu anda son bulacak bir gelişimden bahsediyoruz. Bu modellerin hepsinin temel bir amacı var, o amaç da sağlık hizmet kalitesini geliştirmek ve bakım maliyetlerini düşürmek. Yani bütün ödeme modellerinde iki tane kritik konu var; birincisi bakım kalitesini geliştirmek, ikincisi de bakımın maliyetini düşürmek.

Ödeme modelleriyle alakalı bilgi vermeden önce küçük bir not düşmek istiyorum; hastaneler için kullanılan ödeme modeli çalışanların teşvikleri için de belirleyici oluyor. Çalışanlara teşvik modelinin zayıf ve güçlü yanları hastane ödeme modelinden kaynaklanabiliyor. Biliyorsunuz ülkemizde uyguladığımız performansa dayalı ödeme modeli kurgusunda bu konu dikkate alınmış ve ödeme modelinden kaynaklanan zayıf yönler güçlendirilmeye çalışılmıştır. Ülkemizde tüm sektörleri kapsayacak şekilde ödeme modelinde değişikliğe gidilememiştir. Bu konuda maalesef gecikmiş görünüyoruz. Sağlık Bakanlığı hastaneleri için yeni başlayan global bütçe bir başlangıç olarak değerlendirilebilir. Ödeme modelinin geliştirilmesine paralel mutlaka çalışanlara teşvik modelinde de değişiklikler yapılacaktır.

Şimdi kısaca sonuca dayalı, yani yeni bir kavramın biraz genel çerçevesini çizmek istiyorum, çok fazla detaya giremiyoruz, biz de bu konuyu daha yeni öğreniyoruz. Dünyada da yeni yeni kullanılan bir metod. Sonuca dayalı ödeme dediğimiz zaman sağlık hizmetinin kalitesine yönelik göstergeleri karşılayan veya bu göstergeleri aşan hastaneleri mali açıdan ödüllendiren bir teşvik modeli olarak tanımlanıyor. Hekimlere ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarını verimliliklerine yani yüksek kaliteli düşük maliyetli sağlık hizmeti sunmalarına göre ödüllendiren bir sistem olarak tanımlıyoruz. Sonuca dayalı ödeme modelleri daha çok yüksek maliyetli hastaların sağlık bakım kalitesine ve maliyetine odaklı olduğu görülüyor. Göstergelerin daha çok kronik hastalıkları kapsadığı görülmekte. Sonuca dayalı ödeme modellerinde komplike ve maliyetli hastaların hastane tarafından reddedilmemesi için gerekli düzenlemeleri de içerdiğini görüyoruz. Bu çerçevede değerlendirdiğimiz zaman sonuca dayalı ödeme modellerinin hasta güvenliğini öncelediği görülüyor. Bu modelin içinde hasta güvenliğiyle alakalı birçok unsur var. Aynı şekilde sağlık hizmetlerine ulaşımdaki hakkaniyeti ve hastaların finansal riskten korunması için birçok unsuru içeriyor. Sonuca dayalı ödemede seçilen göstergelere göre ödeme ve teşvik mekanizmaları dizayn edilebiliyor. Sonuca dayalı ödemede performans ölçüm yöntemi olarak önceki yılların performans karşılaştırmaları kullanılıyor. Hem sağlık kuruluşlarının hem de hekimlerin performansları kıyaslanıyor. Belirlenen bazı tanımlar içinde hastanelerin performansını ölçerek ödeme yapılabilir. Aynı sınıfta yer alan hastaneler belirlenen göstergelere göre kıyaslanarak bir teşvik mekanizması kullanabilir. Aynı sınıftaki hastanelerin bu sistemde göstergelerinin kıyaslanması önemli bir unsur. Biz de aslında burada ülke olarak bir adım attık, şu anda böyle bir hazırlık yapıyoruz. Burada kısaca PATH Projesinden bahsetmek istiyorum. Dünya Sağlık Örgütü'nün önderliğinde Avrupa'da birçok ülke ve hastanenin katıldığı bir projeye bir yıl önce dâhil olduk. Yaklaşık 15 hastanemiz bu PATH Projesiyle alakalı işte bu sonuca dayalı ödemede kullanılabilecek veya başka programlarda kullanılabilecek hastanelerde bazı göstergeleri bu Avrupa'daki hastanelerle eş zamanlı ve benzer metotta ölçmeye başladı. Şu anda veri toplanıyor ve bu şekilde yaygınlaştırılarak ülkemizde kullanabileceğimiz hem sonuca dayalı ödemede hem de performans yönetiminde kullanılabilecek bir veri seti ve bir model ortaya çıkmış olacak. PATH Projesi olarak isimlendirdiğimiz bu projede yaklaşık 15 hastanemiz var, bu hastanelerden elde edilen veri ve sistemin oturmasına paralel olarak da bu diğer hastanelere yaygınlaştırılacak.

Diğer taraftan sonuca dayalı ödeme modellerinde düşük performans sonucu ödeme kısıtlaması yapılabilir, oldukça radikal bir adım. Önceden belirlenen sağlık hizmet kalite hedeflerine

ulaşmadaki mutlak performans ölçülerek de teşvik ortaya konulabiliyor. Şu anda dünyada geniş kapsamlı kullanımı yok, oldukça yeni bir kavram fakat dünyada program bazlı uygulama için şu anda yaygın olarak kullanılıyor. Özellikle hastanelerin akreditasyon programlarında, hastalık yönetimi, ana ve çocuk sağlığının geliştirilmesi gibi programlarda sonuca dayalı ödeme metodu kullanılıyor. İngiltere’de ve Amerika Birleşik Devletleri’nde 2004–2005 yıllarında bu konuda pilot çalışmalar yapılmış durumda. Amerika’da 10 hastanede yapılan pilot çalışmada birkaç bilgiyi sizinle paylaşmak istiyorum. Bu pilot çalışmada bir önceki yılın verileri dikkate alınarak hasta bakım sonuçlarına göre doktor ve hastaneye teşvik ödemeleri yapılmakta, pilot 10 hastane için hizmet kalite göstergeleri kullanılıyor. Pilot çalışmada doktorların sağlık bilgi teknolojilerini kullanımı, elektronik reçete yapılması gibi kronik hasta bakımı konusundaki performansları göz önünde bulunduruluyor. Bu pilot çalışmada olumsuz sonuçlar, önlenebilir tıbbi komplikasyon gelişmesi ve hastane enfeksiyonları gibi durumlarda yani hiçbir zaman olmaması gereken durumlarda da ödemelerde azaltma veya ödeme yapmama gibi bir yöntem de kullanılıyor. Amerika’daki Medicare’in yanı sıra diğer özel sağlık sigorta şirketleri bu tarz uygulamayı, bu ödeme modelini artık tercih etmeye başladıklarını söyleyebiliriz.

Sonuca dayalı ödeme programları için bazı temel prensiplerden bahsedecek olursak, yani aslında bu ödeme modelinin bize içeriğini gösteriyor. Bu ödeme modelinde bir defa sağlık hizmet sunumunun kalitesi garanti altına alınıyor. Hasta-hekim ilişkisinin geliştirilmesi teşvik ediliyor. Hekimlerin sonuca dayalı ödeme süreçlerine gönüllü katılımları sağlanıyor. Doğru verinin kullanılması ve raporlanması için gerekli sorumluluk kültürünü geliştirmek ve hekimlerin veriye ulaşmasını kolaylaştırmak amaçlanıyor. Son olarak da ödeme modeli adil ve eşitlikçi bir program teşvikini sağlamayı amaçlıyor. Şimdi sonuç olarak, hastanelerin teşviki konusunda şunları söyleyebiliriz: Bakanlığımız olarak gelişmiş ülkelerdeki ödeme modellerinin gelişimi dikkate alınarak. Birincisi, bu çıktıya dayalı finansman dediğimiz ve DRG olarak ifade ettiğimiz ödeme modelinin gerçekleşmesi, ikincisi de sonuca dayalı ödeme konusunda da bir kapasitenin oluşması konusunda bir hedef ortaya konmuştur. Burada birinci görev yerine getirilmiştir, hastanelerin teşviki ve ödeme için doğru hedef tespit edilmiştir. Biz bunun doğru hedef olduğunu düşünüyoruz. Ülkemizde bütün kamu, özel ve üniversite hastanelerine yapılacak ödemede iki tane doğru yol var, bundan başka şu anda pratik olarak görülebilen bir yol yok. Bunlardan bir tanesi gerçekleştirebilirsek taniye dayalı DRG ödemeleri, ikincisi de dünyada da şu anda yeni başlayan sonuca dayalı ödeme. Tabii burada bu teşvik ödemesinin tüm sektörü kapsamaması çok önemli bir konu. Hedefe yönelik de bir altyapının hazırlanması gerekiyor, çünkü bunlar çok yoğun veriye dayanan sistemler. Personelin bu konuda bir defa anlayış değiştirmesi, hekimden başlayarak yönetimden, orada çalışan bütün sağlık personelinde başlayarak bir anlayış değiştirmesi gerektiriyor. Aslında bu konuda bir takım adımların da atıldığını söyleyebiliriz. Asıl önemlisi de Bakanlığın Sağlıkta Performans Yönetim Sistemi içeriğine baktığımız zaman bu sistemin hem tanı ilişkili gruplar için, DRG ödemeler için hem de sonuca dayalı ödemeler için aslında iyi bir altyapı oluşturulduğu görülüyor. Bu konuda birazdan bahsedeceğim işte teşhis ilişkili gruplar ve branş bazlı ayaktan gruplama dediğimiz ülkemize özgü DRG modelini regüle ettiğimiz, ülkemiz şartlarına uydurduğumuz bir modeli ortaya koyuyoruz. Bunun pilot çalışmaları da başlamış durumda. Özel hastanelerin aslında sınıflandırılmasını da bu kategoriye katabiliriz, orada da önemli bir tecrübe oluşuyor. Özel hastanelerin sınıflandırılmasıyla beraber aslında ödeme modelinde kullanabileceği hizmet kalitesine göre hastanelerin kıyaslandığı, raporlandığı, puanlandığı bir altyapının oluştuğunu ifade edebiliriz.

Peki, şu anda mevcut durumumuz nedir? Aslında mevcut durumumuz maalesef çok parlak değil, en azından Sağlık Bakanlığı açısından problemin bir kısmı çözülmüş görünüyor. Sağlık Bakanlığı GSS Kanunundan önce sessiz sedasız global bütçeyi uygulamaya başladı ama GSS Kanunuyla beraber artık resmi uygulamaya başladı. Bundan aslında çok endişe ediyorduk, global bütçeden ama şu görüldü en azından bu rahatlık var; Sağlık Bakanlığı 2010–2011–2012 yılı için asıl alacağı parayı biliyor ve bunu garanti altına almıştır. Aslında bu global bütçenin en önemli yansımasıdır. En basit şekliyle uygulanan global bütçe dahi Sağlık Bakanlığı hastaneleri için önemli

bir teşvik oluşturmuştur. Son aylarda hepimizin dikkatini çekiyor, Bakanlık hastaneleri artık gelirden gidere odaklanmış vaziyette; yani gider, maliyet önderliği yapma yarışı içinde, giderlerini kontrol etme yarışı içinde. Aslında bu durum bir ödeme modelinin teşvikidir, beklenen de budur. Yani bu parayı ödeyen geri ödeme kuruluşları aslında Bakanlığın davranışlarını doğru yöne itmiştir. Bakanlık da gelirle uğraşmayı - onu çünkü bir defa yapıyor - yılın başında o pazarlığı, müzakereleri yapıyor ve sonra tamamen giderlere odaklanıyor. Fakat tabii şu anda kötü bir durumdayız, bizim uyguladığımız dünyada üçüncü basamak dediğimiz yani şu anda uygulanan altıncı basamağa sonuca dayalı ödeme dersek üç geri model, yani sadece global bütçe, bu global bütçenin hacim ve kalite şartlarını içeren global bütçe haline getirilmesi gerekiyor. Ancak hacim ve kalite şartları olan bir global bütçe hastanelerde doğru davranış değişikliklerini, doğru teşvikleri oluşturur. O konuda da aslında gene hazırlığımız tamam, yani altyapımız tamam. Çünkü hacim ve kalite şartlarını ölçecek elimizde birçok mekanizma var. Hacimle alakalı Medula'da gerçekten çok büyük bir veri kaynağı var. Kaliteyle alakalı da işte Sağlık Bakanlığının kalite stratejisi, kalite geliştirme stratejisi sonucunda ortaya çıkan sistem, sonuçta bize bu veriyi verebilir. Yani böyle bir model kurulabilir. Fakat buna vaktimiz var mı? Buna çok vaktimiz olmadığını görüyoruz. Bakanlık olarak çıktıya dayalı finansman dediğimiz, DRG olarak ifade ettiğimiz ama ülkemize uyarladığımız zaman tanı ilişkili gruplar ve branş bazlı ayaktan gruplamalar modeli bir an önce hayata geçirmemiz gerekiyor. Bu konuda bir adım atıldı, üç ay önce bu çerçevede pilot hastaneler belirlendi. Şimdi bu hastaneler Bakanlıkla entegre ve Bakanlıktaki merkezi server'a bu tanı ilişkili gruplarla alakalı verilerini gönderiyorlar. Önümüzdeki yılın sonunda şöyle bir hedef var; 2011 yılında Sağlık Bakanlığının global bütçesi iki tane seçeneğimiz var; ya hacim-kalite şartları içeren global bütçeye göre dağıtılacak ya da bu proje tamamlanırsa tanı ilişkili gruplar ve branş bazlı ayaktan modelleme gruplarına göre dağılacak. Bunu biraz sık tekrarlıyorum zihinlerimize yerleşsin diye, yani TİG artı BBG sistemiyle Sağlık Bakanlığı 2011 yılında global bütçesini hastanelere dağıtmaya başlayacak. Bu düzenlemenin önemli bir adım olduğunu düşünüyoruz.

Hastane ödemeleri ve teşvikler konusunda aslında yeni bir örnek var; Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sağlık reformu gerçekten bizdeki Sağlıkta Dönüşüm Programının başladığı yıllardaki gibi çok heyecanlı başladı. Orada da o ülkenin gündeminde önemli yer teşkil ediyor. Hatta şu anda Senato seçimlerinde şöyle bir ibare geçtiği söyleniyor; Senatoya bir doktor gönderin. Gerçekten sağlık çok önemli. Şimdi ABD reformuna baktığımız zaman konumuzla alakalı, bu reformda bundan sonrası on yıl için yaklaşık 25-30 milyar dolar bir kaynak ayrılmış ve bu kaynağın nerelere ayrılacağı reformda belirlenmiş durumda. Bunlardan bir tanesi şeffaflığın artırılması; buna çok önem veriyorlar. Şeffaflığın artırılması için hastanelerin ve doktorların karşılaştırmalı performanslarını internet ortamında halkın bilgisine sunulmasını düşünüyorlar. Aslında bu hasta hakları, hasta tercihi, hasta güvenliği, verimlilik yani birçok açıdan büyük fayda verebilir. Bu konular daha önceden de tartışılıyordu, özellikle İngiltere'de tartışılmış. Bunların kamuoyu ile paylaşılması doğru sonuç mu, doğurur yanlış sonuç mu? Ama bugün geldiğimiz noktada Amerikan sağlık reformunun önemli parametrelerinden bir tanesi de şeffaflığın artırılması adına bu uygulamayı öngörülmüyor. Aslında biz de buna hazırız, yine hastanelerin sınıflandırılması bu konuda belki bir ön adımdır. Yani şu anda bu listeler belli kriterlere, göstergelere göre ilan edilmiş vaziyette. Vatandaş bu listelere bakarak kararını verebilecek pozisyonda. İkincisi de, hasta güvenliği konusunda başarılı sağlık gruplarının ödüllendirilmesi öngörülmekte. Yani bu da çok radikal bir uygulama, hasta güvenliği ile alakalı göstergeleri yerine getiren sağlık kuruluşlarına ödül verilmesi düşünülüyor. İşte hastane enfeksiyonu, hatalı ilaç kullanımı, hatalı taburcu, tam eğitim verilmeyen hastaların taburcu sonrası tekrar hastaneye geri dönmeleri, hastanelerin tedavi güvenliği takip etmek için kalite kontrol sistemleri kurmaları, doktor hatalarından personelini iyi takip etmediği için hastane ve kurumların sorumlu tutulması, özellikle tedaviler için koordinatörlerin kullanılması, koordinatörler yardımıyla multi-disipliner takım çalışmaları sağlanması gibi böyle bir dizi hasta güvenliğini ve verimliliği odaklayan bir takım tedbirlerin alındığını görüyoruz. Şöyle bir kurum kurmayı düşünüyorlar, kanıt dayalı sağlık hizmeti sistemi kurulması konusunda klinik uygulamaların etkinliğini araştırmak, etkin ve ekonomik tedavi yaklaşımını araştırmak maksadıyla bir kurum bu reformun içinde.

Bilgi teknolojileriyle alakalı şöyle anlamlı bir şey var; sağlık teknolojilerini en iyi şekilde kullanılması için 19 milyar dolar, teknoloji ve bilgisayar programlarının geliştirilmesine ayrılıyor. Bu programların içeriğine baktığımız zaman bunlar hastaların elektronik dosyalarının tutulması, en uygun tedavinin doktorlara hatırlatılması, otomatik alarm ile doktorların tedavi seçenekleri doğrultusunda uyarılmaları, hastaların bilgilendirilmeleri, güvenlik politikalarının otomatik hayata geçmesi için bilgisayar takip programlarının kurulması, bilgisayar ortamında doktorların, sağlık personelinin ve idari personelin birbirleriyle haberleşmesini ve karar almasını destekleyecek bilişim konularını da reformun konusu haline getirmiş durumdayız. Şimdi burada bir hatırlatma yapmak istiyorum; teşvik mekanizmalarına baktığımız zaman aslında daha çok finansal açıdan sürdürülebilirliğe odaklandıkları görülüyor. Bu açıdan hastanelerin ödeme modeli ve teşviklere karşı bir stratejisinin ve odak noktasının olması gerekiyor. Çünkü burada iki taraf var, bir ödeyici taraf bir de bu hizmeti sunan taraf, tabii bir de asıl taraf olan bu hizmeti alanlar var. Ama ödeyici ile alıcı arasında uzlaşmayı sağlayan bu ödeme mekanizmasının biraz ağırlığını finansal kaygılardan, sürdürülebilirlik kaygısından dolayı teşvik mekanizmalarının bu yöne doğru kaydığını görüyoruz. O zaman hastanelerin buna karşı bir strateji geliştirmesi gerekiyor. Bu stratejinin temelini performansın iyileştirilmesi olarak özetleyebiliriz. Performansın iyileştirilmesi için olmazsa olmazlardan birisi de veri toplanması, raporlanması ve analizidir. Bu çok önemlidir, sizin performans iyileştirmesi yapmanız için ödeme mekanizmasının teşviklerinden istifade etmeniz veya onun ters teşvikleriyle alakalı konularda mücadele edebilmemiz için çok iyi bir veri yönetimine ihtiyacınız var. O açıdan hem ödemenin içeriğini ve yönünü belirleyeceğinden dolayı bunun çok önemli bir nokta olduğunu hatırlatmak istiyorum. Hastanelere baktığımız zaman her hastaya ait hem geriye dönük hem anlık hem de ileriye dönük yüzlerce, binlerce veri olduğunu görüyoruz. Hastaneler adeta bir veri ambarı halinde çalışıyorlar. Performansın iyileştirilmesi ve ödeme için de verinin yönetimi olmazsa olmazlardan bir tanesi. Burada yine bir hatırlatma yapmak istiyorum. Bir klasik veri gelişimi evresi vardır, aslında biz de şu anda maalesef buna uyuyoruz. Buradaki tipik şey şudur; biz tamamen veri toplamaya odaklanmışızdır, yani bütün sistemimizi, bilgisayar programlarımızı, insan gücümüzü bununla ilgili yaptığımız maliyetlerin hepsi veri toplamaya odaklanmıştı. O veri toplandıktan sonra onun raporlanması ve analizi aşamasında bu eforun, bu kaygının artık biraz daha azaldığını görüyoruz. İşte bu efor eğrisinin soldan sağa doğru gelmesi lazım. Yani veri toplamak çok önemlidir ama bunun raporlanması ve analiziyle alakalı süreçlerin, yatırımların, insan kapasitesinin mutlaka geliştirilmesi gerekiyor.

Diğer bir konu da veri toplamanın otomatik hale gelmesi gerekiyor. Çünkü siz her gelişen sağlık sisteminde sizden veri bekleyen birçok taraf var, ödeme mekanizması bunlardan bir tanesi. O zaman bu veri toplamanın otomatik hale gelmesi önemli bir nokta. Burada mutlaka bilgisayar teknolojilerinin çözümlerinin çok iyi kullanılması gerekiyor. Veri toplamanın otomatik hale gelmesiyle beraber hastaneler daha çok hastanın teşhis ve tedavisiyle daha çok ilgilenmeye başlayacaklar. Geri ödeme mekanizması bizden sürekli veri istiyor. Bununla baş edebilmemiz için veri toplamanın mutlaka otomatik hale gelmesi gerekiyor.

Diğer bir konu da özellikle hastanelerde kısa süreli performans iyileştirmeleri için gerçek zamanlı bir veri analizi gerekiyor. Gerçek zamanlı veri analizi hasta güvenliği konusunda iyileştirmeleri destekleyecek, aynı zamanda da klinik maliyetlerin o anda kontrolünü kolaylaştırırken geri ödeme kuralları ve kısıtları içine de hastanenin sığmasını sağlayacaktır. Bu ülkemiz için aslında yeni bir konu. Bakanlığımızdan bir heyet geçtiğimiz aylarda Cleveland Kliniğe gitmişti. Klinikte bu çok güzel kullanılan bir sistem, gerçek zamanlı veri analizi ve veri yönetimi. Hasta hastanedeyken o işlem yapılırken anında müdahale yapılıyor. Hem hasta güvenliği açısından hem de maliyetlerin kontrolü açısından önemli nokta. Sayın Bakanımız da böyle bir uygulamanın bir hastanede pilot olarak başlaması konusunda bir talimat verdi.

Kısaca da tam günden biraz bahsetmek istiyorum. Kanun çıktı, altı ay sonra yürürlüğe giriyor, üniversite açısından da bir yıl sonra yürürlüğe giriyor. Sağlık Bakanlığı unutmadı ama inşallah üniversiteler de unutmamıştır diye düşünüyorum. Onun için ben kısa başlıklarla kanundaki temel bazı hususları hatırlatmak istiyorum. Bunlardan birisi, Kanunda tüm sağlık personelinin özlük haklarında iyileştirmeler yapılıyor. Tam güne hekimlerin çalışma yerleri yeniden düzenleniyor. Sabahattin Hocam koridor diye ifade etti, ben kompartıman diye ifade edeyim. Artık sistemde giden trende üç kompartıman var, bir kompartımana bindiğiniz zaman o kompartımanda koltukları zaman zaman değiştirebilirsiniz. Yani kamu kompartımanındaysanız üniversitede, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde veya var ise diğer kamu hastanelerinde çalışabilirsiniz. Eğer SGK sözleşmeli özel hastane iseniz gene birbiri ardına çalışabilirsiniz. Eğer özel, SGK sözleşmesiz ve muayenehaneniz var ise gene bu kompartıman içinde çalışabilirsiniz. Ama kompartımandan kompartımana geçiş burada mümkün değil. Aslında planlamayla beraber biraz da zorlaşmış oluyor. Çünkü tercihinizi doğru yapmanız lazım, planlama gerçekten bu kompartımanlar arasında çok hareketliliği de rahat bırakmıyor. Diğer kamu kurumlarında görevli tüm sağlık personelinin Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görevlendirilebilecekler ve ek ödeme alabilecekler. Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastaneleri ilgili birimleri birlikte kullanılabilirler. Çok meşhur olan 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Kanunu yürürlükten kaldırılıyor. Aynı şekilde öğretim üyelerinin devamlı statüde çalışmaları sağlanıyor. Üniversitelerde hastalardan alınmakta olan öğretim üyesi farkı uygulaması sona eriyor. Radyasyona maruz kalan çalışanların çalışma süreleri 35 saat olarak belirleniyor. Zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası getiriliyor ve istifa sonrası tekrar kamuya dönüş sağlanmış oluyor. Aslında tam gün yasası olsa da olmasa da, önceden de sonradan da hekimlik mesleği tam gün bir meslek, yani 24 saat bir meslek. Yani bu mesleğin çalışma statüsü ne olursa olsun 24 saat yapmak mecburiyetindedir. Ama tabii biz bunu biraz daha özelleştirmişiz; mesai içi, dışarıda çalışma gibi isimler vermişiz.

Şimdi burada bazı tespitler yapmak istiyorum. İkili çalışma, muayenehanecilik, serbest meslek icrası, öğretim üyesi farkı veya herkes bir şey söyleyebilir. Ne adla ifade edilirse edilsin bu terminoloji hakkaniyetsiz, hastaları finansal riske sokan sağlıksız bir sağlık sistemine ait bir kavramlar. Bu çalışma tarzına yönelik düzenlemelerin başladığı 2003 yılına kadar söz konusu çalışma tarzı hastalarda memnuniyetsizliğe yol açmış, hekimleri maalesef vatandaş gözünde sevimsizleştirmiştir. Sağlık hizmeti sunan ile alan arasında nimet-külfet dengesinin arka planda şekillenmesi gereken bir alan. Tam Gün Kanunu ile yeni sağlık sistemi aslında buna göre şekilleniyor. Kullanıma yönelik düzenleyici katılım payları ve kontrollü ilave ücretler dışında işte acil ve ciddi sağlık durumlarında bunlar da alınmamakta, hastalar hastalıkları anında ceplerinden belirsiz veya memnuniyetsiz veya gönülsüz bir ödeme yapmayacaklar. Hastalıklarından dolayı finansal korumadan mahrum bir toplumda hekim emeğini ve ücretini tartışmaya açık olacak ve kamu vicdanı bundan rahatsız olacaktır. Tam Gün Kanunu ile yeni sağlık sisteminde emeğin karşılığı olan ücretlerin talep noktasında ahlaki ve legal bir zemin oluşmuş bulunmaktadır. Ayrıca etik ve politik sorumluluklar yönetsel otoriteyi bu hakların karşılığını vermeye itecektir ki, biz geçmiş yıllarda performans uygulamasında bunu görmüş olduk.

Tam Gün Kanunu bir bütün olarak değerlendirildiğinde kamu, üniversite ve özel sektörün tesis, cihaz ve personelinin en verimli şekilde kullanılmasını, özellikle hekim işgücünün verimli kullanılmasının, bu yapılırken hastaların finansal riskten korunmasını ve memnuniyetsizliklerinin arttırılmasının ve son olarak da kamu sağlık çalışanlarının özlük haklarının geliştirilmesinin amaçlandığını ifade edebiliriz. Şimdi tabii tam güne alakalı bir takım spekülasyonlar var, biliyorsunuz yargı safhası var şu anda. Aslında biraz önce ifade ettiğim çerçeveyi eğer iyi analiz ettiğimiz zaman şunu görüyoruz; tam gün bu yasa ile sonuçlanmıştır. Çok ideal bir çözümdür, aslında bu herkesin de menfaatindedir. Ama aslında tek yöntem bu değildir. Yani şu anda yeni sağlık sistemi için birçok alternatif bulunabilir. Biraz önce ifade ettiğim kısa açıklamalar temel hedef olacak ise, yani vatandaşın memnuniyeti ve onun finansal riskten korunması, Türkiye'deki hekimlerin verimli çalışması esas

olacak ise bundan başka alternatif çözümler de üretilir. Çünkü yeni sağlık sistemi buna müsait; sahip olduğu, ortaya koyduğu bir takım düzenlemeler aslında birçok farklı düzenlemeyle bu sağlanabilir. O açıdan bunun önemli olduğunu ifade etmek istiyorum. Tabii şöyle ifade ediliyor; sonuçta Sağlık Bakanlığı açısından aslında tam gün meselesi kapanmıştır, neredeyse % 90'a yakın hekim şu anda kamuda tam gün çalışmaktadır, muayenehanesi olan meslektaşlarımızın sayısı son derece azalmıştır. Fakat burada çok tarihsel bir hatıramız var, biz bu kanseri yendiğimizi sandık fakat bu odak haline geldi. Maalesef bu çalışma tarzı bir kanser gibi odaktır, bu odaktan tamamen kurtulmak lazım. Yoksa bu kötü alışkanlık sonradan yayılabilir. O açıdan bu Kanunu düzenlemek önemlidir, bu kanunun uygulanması açısından da bunun önem taşıdığını ifade etmek istiyorum.

Tabii şimdi tam gün deyince özlük haklarındaki yansımaları biraz daha dikkat kesiliyoruz. O konuda da kısa bir bilgi vermek istiyorum. Sonuçta tam günle beraber özellikle hekimlerin sabit maaşlarında bir artış meydana geliyor. İşte tavan oranları 8.500 liradan 10.200 liraya çıkıyor. Doğal olarak özel sektördeki düzenlemeleri, oradaki ücretleri tam olarak bilemiyoruz. Belki ilerde yeni sağlık sisteminde bunlar da az çok belli sınırlar içinde çizilebilir. Bununla birlikte tüm sektörde bir değerlendirme yaptığımız zaman tam günle beraber kamudaki hekimlerin sabit maaşları önemli ölçüde artıyor ve tavan ek ödemeleri de önemli ölçüde artmış olduğu görülüyor. Bu konuda son olarak şunu vurgulamak istiyorum; toplam gelir içinde sabit maaşın oranı tavan kazanç çerçevesinde değerlendirildiğinde % 19'dan 26'ya çıkıyor. 2009 yılının ilk altı ayı ortalamaları çerçevesinde değerlendirildiğinde de % 26'dan 37'ye çıkıyor. Yani hep şunu söylüyorduk, temel maaşımız yüksek olsun. Evet artık temel maaşımız pratikte % 26'dan 37'ye yani % 40'lara çıkıyor ki bu önemli bir rakam olduğunu düşünüyoruz. Tabii özlük haklarında iyileştirme sadece hekimlerle sınırlı kalmamış bütün sağlık personelinin de kapsamıştır. Özellikle mesai sonrası yapılan düzenleme ve nöbet ücretlerindeki artışlarla tüm sağlık personeli için bir iyileştirme yapılmıştır.

Son olarak birkaç sözle konuşmama son vermek istiyorum. Ülkemizde sağlık hizmeti kalitesini geliştirmek ve bakım maliyetlerini düşürmek için ödeme modelinin değiştirilmesi kaçınılmaz görünüyor. Tanı ilişkili gruplar ve branş bazlı ayaktan gruplama başlangıçta 2011 yılı Sağlık Bakanlığı'nın global bütçesinin dağıtılması, sonraki yıllarda da Sosyal Güvenlik Kurumu'na tüm hastanelere ödeme yöntemi olarak kullanılması konusunun mutlaka masaya yatırılması gerekiyor. Tanı ilişkili gruplar ve branş bazlı ayaktan gruplamaya geçinceye kadar üniversite ve özel sektörün cesaretle hacim ve kalite şartları olan global bütçeye sıcak bakmaları uygun bir seçenek olduğunu değerlendiriyoruz. Tam gün tarihi bir fırsat, herkesin buna sahip çıkması gerekiyor, başarısı için çalışması gerekiyor. Nasıl Sağlıkta Dönüşüm sonrası sağlık çalışanlarının öncesiyle kıyaslanmayacak bir özlük haklarında iyileşmeler olduysa tam gün sonrası da bunun bu şekilde olmasından şüphe duyulmaması gerektiğini düşünüyoruz.

Sözlerime bir fotoğrafla son vermek istiyorum. Bu orijinal bir fotoğraf, ortak bir çalışmanın ürünü, Zonguldak'ta çekildi. Zonguldak Devlet Hastanesi Başhekimisi o da burada, onunla beraber çektik. Ben kompozisyonu hazırladım, o da fotoğrafı çekti. Burada bir vurgu yapmak istiyoruz; biz "Taşlar yerli yerinde!" diyoruz teşekkür ediyorum.

***YÜKSEK PERFORMANSLI
SAĞLIK SİSTEMİ İÇİN
YÜKSEK PERFORMANSLI
SAĞLIK HİZMETİ***

Enis Barış – Panelist

Dünya Sağlık Örgütü

Son on yıl içinde yayınlanmış olan bir dizi rapordan alınan birkaç olayı liste halinde aktarmak istiyorum. İlk rapor Tıp Enstitüsü tarafından 1999 yılında yayınlanmıştır. Birçoğumuzun sağlığın teknik hizmet sağlama düzeyi açısından ABD'deki iddia edildiği gibi ve muhtemelen dünyadaki en iyi sağlık sistemi olarak bildiğimiz ABD Sağlık Sisteminde bu rapora göre 100 binden fazla hasta tıbbi hatalar nedeniyle ölmektedir ki bu rakam trafik kazalarından ölenlere yaklaşıktır. Son zamanlarda Avrupa bölgesinden gelen raporlarda ki bunlar daha çok İngiltere ve AB'den gelmektedir. Söz konusu raporlarda tıbbi hatalar ve sonuçlarına oldukça sık rastlanır. Örneğin, İskandinav ülkelerinde hastaneye gelen hastaların %12'sinde yan etkilerin görüldüğü ve bu etkilerin %70'inin önlenemez olduğunu ve bu %70'in yarısından fazlasının etkisiz hale getirilebileceği söylenmektedir. Sağlık hizmetlerine bağlı enfeksiyonlar ile ilgili olarak AB'den gelen daha yakın zamanlarda hazırlanan raporlarda, 20 hastane hastasından birinin veya diğer bir ifade ile 4.1 milyon kişinin sağlık hizmetlerine bağlı enfeksiyon geçirdiğini tahmin edilmektedir. Avrupa Sağlık Araştırma Grubu tarafından yapılan bazı tahminler, bazı engelleyici stratejilerle bu yan etkilerin pek çoğunun, bir yıl içindeki yaklaşık 95 bin veya devamlı sakatlık olaylarınının 260 binden daha az olması da dâhil olmak üzere, engellenebileceğini göstermektedir. Bu konuda daha fazla araştırmalar yapılmaktadır. Geçen gün Sabahattin Beyin birkaç yıl önce hazırladığı performans kitapçığını okuyordum. Raporda Tıp Enstitüsü Raporu gibi istatistiklerden bahsetmektedir ne yazık ki Türkiye'de bu olaylarla ilgili verilerin bulunduğu istatistikler pek yok. Bilemiyorum belki de ben biraz geride kalmışım, çünkü bu kitapçık 2007 yılında basılmış ve biz şu anda 2010 yılındayız. Ancak, Türkiye'yi değerlendirebilmek için ilerleme olduğunu görmek istediğimiz bir alan olduğunu düşünüyorum. Fakat şunu da belirtmeliyim ki bu günlerde İspanya Madrid'de devam eden bir konferans var, İspanya Avrupa Birliği Başkanlığı liderliğinde bu konferans bizim DSÖ olarak bazı bilgiler sunduğumuz hasta güvenliği konusundadır. O zaman soru, kimin sorumlu olduğudur. Peki, biz medikal çabalar için hükümeti mi suçlayacağız veya tedarikçileri veya ödeme yapanları veya müşterileri ve hastaları veya genel olarak sistemi mi yoksa sadece sağlık hizmeti veren hastane gibi kurumları mı doktoru mu? Veya hepsi mi bundan sorumlu? Eğer öyleyse her biri ne derecede sorumlu? Sistem ne derecede sorumlu, çünkü sistem doktorlara ve hemşirelere iyi eğitim vermemiş olabilir. Ödeme yapanlar ne derecede sorumlu çünkü onlar sağlık hizmeti sağlayacaklara mali teşvik sağlamıyor olabilirler. Bence asıl sorun kimin sorumlu olduğudur. Bunu neden söylüyorum? Pek çoğunuz DSÖ'nün bir girişimi olan birkaç yıl önce kabul edilen "Tallinn Sözleşmesi"nden haberdarsınızdır. Bu sözleşmede Avrupa'da ve tüm Avrupa Birliği ülkelerinde sorumluluk ve şeffaflığın önemini vurguluyoruz. Bu deneyimle sorumluluğu daha da netleştirecek olan bir sağlık sistemi performans değerlendirme çerçevesi geliştiriyoruz.

Bugün size şu konuları sunacağım; temel olarak üç konu var, birincisi performans değerlendirmesine farklı yaklaşımlar. Çünkü biliyoruz ki Türkiye'de performans değerlendirmesi genellikle sağlık hizmeti oluşturma aşamasında veya hastane düzeyinde var olan bir şey olarak algılanmaktadır. Hedef ve amaçlardaki önemli düşünceler nelerdir ve performans değerlendirmesindeki farklı yaklaşımların avantajları ve dezavantajları nelerdir. Literatürde "kronik sağlık hizmeti alma modeli" olarak adlandırılan yeni bir yaklaşımdan bahsedeceğim ve daha sonra sağlık hizmetinin kalitesinin ve para için değerinin ne anlama geldiğine değineceğim ve son olarak Türkiye'deki performans değerlendirmesi ile ilgili bazı verileri paylaşarak bitireceğim.

Bu üç yaklaşımla başlayalım. Nedir bu üç yaklaşım? Birincisi sağlık sistemi performans değerlendirmesi olarak adlandırdığımız yaklaşım. Bu yaklaşım performansla sistematik bir açıdan yaklaşmaktadır. İkincisi, çoğunuzun benden daha çok aşına olduğu tedarikçi perspektifi olarak

adlandırılan bazılarının duymuş olabileceği “Hastaneler için Performans Değerlendirme Araçları”, yani PATH. Türkiye’de de uygulanan model olup, bu konuda Ann-Lise bahsedecektir. Üçüncüsü size biraz ayrıntılı olarak bahsedeceğim “hasta perspektifi” veya çoğunlukla literatürde “kronik sağlık hizmeti modeli” olarak belirtilen konudur.

Önce bu üçünün hızlı bir karşılaştırmasını yapalım. Söylediğim gibi, sağlık sistemi perspektifi, tedarikçi perspektifi ve sağlık hizmeti perspektifi. Sağlık sistemi perspektifinde; DSÖ’de kullandığımız çerçeveyi kullanarak, perspektif daha ziyade sonuca odaklıdır ve üç ana sonuç veya hedefimiz var. Birincisi nüfusun sağlığını geliştirmek, bu sadece gelişme düzeyi açısından değil, örneğin yaşam süresini iki yıl veya beş yıl uzatmak açısından aynı zamanda farklı sosyo-ekonomik gruptaki insanlara, batı, kuzey, güney, doğuda yaşayan insanlara hizmet sunmak. İkinci hedef adil finansmandır, böylece herkes vergi veya primler aracılığıyla veya hizmet aldığı noktada ödeme yapabileceği oranda katkı sağlayabilecektir. Üçüncü hedef ise cevap verme yeteneği veya sağlık sisteminin insanların tıbbi olmayan ihtiyaç ve taleplerine ne derece cevap verdiğidir. Ancak kesişen düşünce sağlık sistemi bakış açısından eşitlik olarak adlandırdığımız konudur.

Bununla ne kastettiğimizi söyleyeyim. Bu bizim DSÖ’de kullandığımız çerçevedir. Tallinn Sözleşmesi konusunda çalışırken bunu biraz daha geliştirdik. Avrupa değerleri, katılım, birlik ve eşitlik; eşitliği temel endişe olarak kabul ediyorum, o zaman sağlık sistemi performans değerlendirmesine işlevsel bir yaklaşımımız ortaya çıkar. Temel olarak sistemin nasıl yönetildiği, sistemi yönlendirmek için ne tür mekanizmalar olduğu ve eğitim, insan, teknolojiler, bilgi sistemleri vb. konularına yatırım gibi, kaynak edinme konusunda yöneticilik başlığımız mevcuttur. Hizmetin kişi veya mesleki düzeyde verilip verilmediği konusu ve daha sonra son fonksiyon finansman fonksiyonudur; parayı nasıl topluyoruz, hizmetleri nasıl alıyoruz ve tedarikçilere nasıl ödülünüz? Böylece bunlar sistemin hedeflerine gittiğimiz yerdeki fonksiyonlardır ve onlara az önce değindim sağlık, cevap verme yeteneği ve mali koruma. Bu bizim DSÖ’de kullandığımız bir şey, bu normal çünkü biz sağlık sistemine belirli bir uzaklıktan daha yakın bir şekilde bakıyoruz, siz ise sistem içindeki farklı tedarikçilere belirli bir sağlık hizmeti sistemi içinden bakıyorsunuz.

Tedarikçi perspektifi olarak adlandırdığım ikinci perspektife geri dönersem, ki buna siz çok aşinasınız, fikirler, hedefler ve amaçlar biraz daha farklı olur. Burada açıkça verimlilik önemlidir. Bir hekim bir günde kaç hastaya bakabilir? Klinik verimlilik de bir diğer hedeftir, her şekilde verimlilik, personel oryantasyonu, cevap verebilir bir yönetim, belirli bir yapı içinde hastaneyi ele almak ve hastaneye insanlara daha iyi sağlık hizmeti sunma hedefi koymak ve ayrıca toplum içinde önemli rol oynamak da hedeflerdir. Ancak çakışan konular güvenlik ve hastanın merkez olarak alınmasıdır. Daha sonra sağlık hizmeti yaklaşımının esas olarak adlandırdığımız üçüncü perspektif ki, ayrıca hasta merkezli sağlık hizmeti yaklaşımının esas olarak kabul edilmektedir. Temel düşünce “sağlık hizmetinin kalitesidir” ve burada sağlık hizmetinin kalitesi daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Bu tanım Tıp Enstitüsünün tanımıdır ve onlara göre sağlık hizmetinin kalitesinin aranan altı özelliği, diğer bir ifade ile altı alanı vardır; güvenlik, zamanlılık, verimlilik, etkililik, eşitlik ve hastaya odaklılık. Buna ek olarak, diğer hedefler sağlık hizmetinin maliyetidir; sistem düzeyinde ne kadara mal olur, ayrıca sağlık hizmeti bölümünde ve daha sonra sağlık hizmeti değerinde ne kadara mal olur? Sağlık hizmetinin değeri çok ilginç bir kavram, buna daha sonra değineceğim. Bizim literatürde sıklıkla gördüğümüz sürdürülebilirlik, verimlilik vb. gibi kavramlardan daha farklıdır. Bu daha çok insanların farklı pay sahiplerinin nasıl hasta oldukları, tedarikçi oldukları ile ilgilidir. Bunlar aslında belirli bir maliyet için sağlık hizmeti kalitesinin iyi bir oranını aldıklarını düşünmektedirler. Ancak bu sağlık hizmeti bölümü perspektifindeki çakışan konu fikir koordinasyon ve entegrasyondur. Üç farklı perspektifin hedeflerinin birbirleri ile çakıştıklarını göreceksiniz. Ancak çoğunlukla insanların

düşüncelerinin ardında olan onların en çok düşündükleri benim çıkışan olarak adlandırdığım sağlık sistemi için eşitlik, tedarikçiler için güvenlik ve hasta merkezियeti ve sağlık hizmeti bölümü için bakımın koordinasyonu ve entegrasyonudur.

Şimdi sağlık sistemi perspektifine geçelim. Sağlık sistemi perspektifi, bizim DSÖ'de kullandığımız çerçeveyi gösteriyor; hedef ve fikirler temel olarak eşitlik. Bunun temel avantaj ve dezavantajları nelerdir? Temel avantajı daha ziyade bütünleyici olmasıdır; sisteme mümkün olan en geniş şekilde bakar. Daha çok hedefe odaklıdır. Tamam, ama insanların yaşam sürelerini geliştiriyor muyuz, geliştirmiyor muyuz veya ödedikleri para diğer sistemlerle karşılaştırıldığında çok mu? Ücret diğer sistemlerle karşılaştırıldığında Avrupa değerleri ile paralel mi? Yöneticilik fonksiyonu üzerine büyük vurgu yapılır, çünkü sistem için sorumluluk önemlidir. Daha sonra net bir şekilde ülkeler, sistemler, sağlık sistemleri ve bazen hatta alt sistemler arasında – bildiğiniz gibi Avrupa'da özellikle bazı ülkelere merkezi olmayan sağlık hizmeti sunma sistemi vardır – karşılaştırma yapmamızı sağlar. Ayrıca, söylediğim gibi eşitlik tekrar vurgulanır. Bu tür yaklaşımların dezavantajı genellikle sağlık hizmetleri sonuçları ile sağlık sonuçları arasındaki değişikliklerin ayırt edilmesindeki güçlüktür. Örneğin, bir sağlık hizmeti sisteminin ne kadar kredilendirilebileceği veya yaşam süresindeki gelişme veya bir ülkedeki genel sosyo-ekonomik gelişme veya eşitliklerin azalmasının genellikle ayırt edilmesi güçtür. Önemli bir ayırım olsun veya olmasın, bu farklı bir sorudur. En azından sağlık sistemi perspektifinden, değişikliklerin sağlık hizmeti sonucunda mı olduğu sağlık sistemi amacından mı veya diğer faktörlerden mi olduğu belli değildir. Sağlıkın sosyal belirleyicilerinin rolünü ve sağlık konusundaki sektörler arası eylemlerin rolünü belgelemek her zaman kolay değildir, çünkü çoğunlukla değerlendirme arza dayalı bir yaklaşımdır. Verimlilik üzerindeki vurgu daha azdır. Eşitliğin daha çok vurgulanması çoğunlukla verimliliğin daha az vurgulanması anlamına gelmektedir. Sorumluluk çoğunlukla dağılmaktadır bu nedenle kim sorumludur? Kim kredi alır? Kim suçlanır, Sağlık Bakanı mı yoksa başkası mı? Daha detaylı bir analiz yapmazsanız, para için değer her zaman net değildir. Tanımlar sistem düzeyindedir, başka bir şeyden kaynaklanıp kaynaklanmadığını ölçmek için sonuçlara alternatif açıklamalar vardır.

İkincisi tedarikçi perspektiftir, avantaj dezavantaja girmeden önce belirli bir sağlık sisteminde tedarikçi olarak özellikle hastanelerde tedarikçilere bakıldığında bir dizi önemli düşünceleri paylaşmak istiyorum. Bence bu önemli çünkü bu konferansın tamamı özellikle Avrupa'nın doğusundaki hastanelerle ilgilidir. Sağlık bütçesinin yaklaşık %70'inden sorumludurlar. Bu batı kesiminde biraz daha azdır, çünkü hastane ile ilgili tedarikçiler, maaşlar vb. bir miktar daha fazla olabilir. Fakat eşit derecede önemli olan hastane çalışanlarının yarısından fazlası hekimlerden oluşur ve hemşirelerin dörtte üçü, sağlık hizmeti iş gücünün büyük kısmını oluştururlar ve hastanede çalışırlar. Bunlar sistemin en tepesinde dirler ve bu nedenle sağlık hizmet sisteminin aynası olarak görülürler. Hastane düzeyinde daha iyi kalite dışarıdaki insanlar tarafından daha iyi sağlık sistemi olarak algılanmaktadır. Onlar sadece hasta tedavi etmiyorlar, aynı zamanda yerel ekonominin bir parçasıdır. Eğitimlerin ve araştırmaların yapılmasını sağlarlar. Yerel ekonomi, istihdam vb. katkıda bulunurlar. Bunun pek çok örneğini gördük. Hastaneler izole olarak varlıklarını sürdürmezler, sadece kendi kasabalarında kendi buldukları yerde değil aynı zamanda daha geniş sosyal ve ekonomik ortamda değişen şartlara kendilerini adapte ederler. Peki, performans değerlendirmeye ve yönetime bu tür bir perspektifin iyi ve kötü yönleri nelerdir? Temel avantajları nelerdir? Burada sorumluluğun daha net ortaya çıktığını düşünüyorum, hastane yönetiminden hemşirelere ve her şeye kadar paylaşılır. Hastane tarafından verilen hizmetlerin yönetimine daha fazla vurgu yapılmaktadır, verimlilik ve güvenliğe de fazla vurgu yapılmaktadır, klinik sonuçlar ve karşılaştırılabilirlik daha kolaydır, onları her zaman karşılaştırabilirsiniz; farklı hastaneleri karşılaştırabilirsiniz ve hangilerinin daha iyi olduğunu görebilirsiniz. Dezavantajlar, bir dizi sağlık hizmeti bölümleri sunan hastaneler

için performansın esas teşkil ettiğini gösterir. İçe yönelik ara yüzey, birincil sağlık hizmeti sisteminin hastaneye ne ifade ettiğidir ve dışa yönelik ara yüzey hastanenin topluma geri ne ifade ettiğidir. Biz sadece sağlık hizmetinin bölümlerine odaklandık ama tedarikçi perspektifinden sağlık hizmetlerinin birkaç bölümü vardır. Bu nedenle sağlık sistemi amacının sistem amaçları ile uyumu her zaman net değildir. Sağlık hizmetlerinin önceliği vardır ve tahsis edilen verimlilikle ilgili bazı sorunlar olabilir. Bence önemli sıkıntılardan bir tanesi sağlık hizmetinin entegre edilmesine ve koordinasyonuna daha az vurgu yapılmasıdır ve hastaneleri karşılaştırdığımız zaman çoğunlukla sorunlarla karşılaşırız. Sanırım Didem Hanım bu konu hakkında konuşacak. Özellikle hastane açıklarının kapatıldığı yerlerde belirli bir hastane yapısı içinde sürdürülebilirliğin daha az ve hizmet sunma kısmının daha fazla vurgulandığı açıktır ve bu da para için değer neden net olmadığını cevabıdır. Size bu çerçeveden insanların nasıl merkeze konulabileceğini gösterdim çünkü sistem içinde size gösterdiğim gibi insanı direkt görmek gerekmez. Bir yanda yönetim ve liderlik fonksiyonu ve hizmet fonksiyonu varken, ortada sağlık sistemi için tüm bu girdilere sahipsiniz ve o zaman insanları merkeze koymak önemlidir. Sanırım birazdan Ann-Lise bu konuda konuşacak.

Bizim hastaya odaklanma olarak adlandırdığımız konuya odaklanmanın ve bunu sağlık sistemi performansını değerlendirmek için bir perspektif olarak kullanmanın avantaj ve dezavantajları nelerdir? Avantajları net olarak nedir? Hastayı merkeze alır ve bu nedenle daha iyi bir uyumla ayrımı azaltır. Hasta dışında, hasta ile ilgili ve genişletilmiş bakım gibi çoklu oluşumlardaki entegrasyon ve koordinasyon daha iyi organize edilir ve böylece mali teşvikleri uyumlu hale getirmek için daha iyi bir şansa sahip olursunuz. Maliyetin tanımını yapmak da daha kolaydır ve bu nedenle sorumluluk en azından belirli bir hasta için daha nettir çünkü esas nitelikleri ile değerlendirme maliyet ve sonuçları bir araya koymak için daha dengeli bir yaklaşıma sahiptir. Ancak dezavantaj bildiğiniz gibi bir ağaca benzetmeyi ele alırsanız sağlık sistemi perspektifi ağacın gövdesine odaklanır ancak biz daha ziyade yapıların damarlarına bakıyoruz ve dolayısıyla büyük parçalar gözümüzden kaçabilir. Sağlık hizmetinin uygunluğu da bir sorun olabilir, çünkü her şeyden sonra biz sağlık hizmetinin bölümüne bakıyoruz ancak genellikle sağlık hizmetinin bölümüne bakarsanız ve hastanın ek hastalıkları da varsa o zaman diğer hastalıkla bağlantıyı göremezsiniz ve hangi hastalığa tedavi sağlandığını bilemezsiniz. En iyi örneklerden biri ilaç etkileşimleridir. Diyabetli bir hastaya bakarsınız, ilaç verirsiniz ancak hasta başka ek hastalıklara da sahip olabilir ve o zaman verdiğiniz ilaç başka bir ilaçla etkileşime girebilir ve önerdiğiniz ilaç diyabet için uygun olabilir ancak hastanın diğer ek hastalıkları için uygun olmayabilir. Sorun açık bir şekilde farklı nüfus gruplarını ayarlamaktır, karşılaştırılabilirlik bir sorun olabilir ancak diğer yandan para için değer daha nettir, çünkü bölümsel düzeydedir.

Şu anda düşündüğüm, belki de bu sunumun en ilginç kısmıdır, ben bunu cevaba cevap olarak adlandırıyorum. Bu üç yola, üç perspektife baktığımızda önemli olanın ağacın gövdesine veya dallarına gerçekten bakmamamız olduğunu düşünüyorum, bence bir bütün olarak bakmalıyız ve bir bütün haline getirebilmeliyiz. Sağlık hizmetleri sektörünü düşündüğümüzde, sağlık sistemleri demiyorum, son zamanlarda literatürde yüksek performans kronik sağlık hizmeti sistemi olarak adlandırılmaktadır. Bazı insanların bu tür bir nitelendirmeye karşı çıkacaklarını biliyorum, çünkü bunun indirgemeci olduğunu düşünebilirler. Ancak bence bunların %70-80'ine baktığımızda bugünkü gelişmiş ülkelerde, çoğunlukla OECD ülkelerinde, bunların nedeni kronik hastalıklardır, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi genellikle iyi teknik kaliteli sağlık hizmeti sağlamak kadar önemlidir. Tanım olarak kronik hastalıklar pro-aktif uygulamalar tarafından çok entegrasyon ve koordinasyon gerektirmektedir, bunu biraz açıklayacağım. Ayrıca, topluluğun kronik hastalıkları olan insanlara sağlık hizmeti sağlamaya dâhil olduğu çok iyi örnekler oluşturan İsveç, Yeni Zelanda vb. gibi ülkeler de vardır; son zamanlarda Avrupa'da çok konuştuğumuz konu uzman hasta olarak adlandırdığımız konudur. Çok ilginç bir terim ancak insanlar sistem tarafından hastalıklarının nasıl idare edileceği

hakkında giderek daha çok eğitilmektedirler, böylece de hastalarla tedarikçiler arasındaki bilgi asimetrisi bir miktar azalmıştır. Örneğin İngiltere’de sanırım iki yıl önce 50 bin hastaya eğitim verdiler böylece hastaları hastalıkları hakkında daha uzman hale getirdiler. Daha sonra cevabın ikinci kısmı ki ben bunu para için değer olarak adlandırıyorum. Bu verimliliğin eş anlamlısı değildir, sürdürülebilirliğin de eş anlamlısı değildir. Kalite ve maliyete aynı anda ve farklı perspektiflerden bakmaktadır ve ben şartları, ülkenin refahını, doktorların sayısını verirken daha sübjektif olarak konuşabiliyorum. Bence maliyet için iyi değer ve iyi kalite sağlayabiliyoruz.

Yüksek performans kronik sağlık hizmeti sistemi olarak adlandırılan sistemin özellikleri nelerdir? Bazıları Türkiye’de zaten bilinmektedir, evrensel kapsama neredeyse sahibiz, hizmet alım noktasında ücretsiz erişimde eşitlik, bazen hizmet noktasında ücretsiz olmayabiliyor ancak temel olarak ilk irtibat maliyeti oldukça düşüktür. Ancak eşit derecede önemli başka konular da vardır. Kötü sağlığın önlenmesi, kendi kendini yönetme desteği, fonksiyonel birincil sağlık hizmetine sahip olma, nüfus risk ayarlaması, bu İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi ve ABD’de Keiser Permanente’de giderek artan bir şekilde yapılmaktadır. Nüfusu belirli şartlar dahilinde gruplar olarak sınıflamak çok risklidir, acile gitme ihtimali yüksektir, hastaneden çıktıktan sonra yeniden hastaneye yatma ihtimali yüksektir ve uzaktan kontrol edilmesi gereken hastaların ilaçları hakkında şikayet etmeleri muhtemeldir. Birincil sağlık hizmeti ile uzman arasındaki entegrasyon açıkça bilgi teknolojilerinin daha iyi kullanımıdır ve daha sonra farklı sağlık hizmeti düzeyleri arasındaki sağlık hizmeti koordinasyonu. Bütün bunların hepsi birlikte ele alındığında, örneğin önceden hastanelere daha az yatırım uzun vadeli sağlık hizmetleri tesislerine daha fazla yatırım için farklı türde bir sistem tasarımına yöneliktir. Hekimi en üste koyarak, hastalar için hekim liderliği sağlayarak koordinatör ve toplayıcılar, bunlar özellikle birincil sağlık hizmeti düzeyindeki hekimlerdir. Sonuçları toplam düzeyde değil hasta düzeyinde ölçtüğümüzden emin olmalıyız ve daha sonra teşvikleri buna uygun olarak uyumlu hale getiririz. Böylece hekim liderliği alabilir ve böylece biz de kaliteyi hasta düzeyinde, bölüm düzeyinde ölçebiliriz ve böylece daha önce bahsettiğim topluluk katılımı sağlanır.

Cevabın ikinci kısmı ki, bunu para için değer olarak adlandırıyorum, sadece birkaç kelime söyleyeceğim. Bence burada konu yine neyin önemli olduğu yönünde kronik bakım hastalık yönetimine bakma mantığıdır. Burada önemli olan şudur; hastalığın engeline ve kaçınılabilir ölüm oranına gerçekten belirli bir düzen içinde bakabilir miyiz ve bu yirmi kronik şartın ne olduğunu belirleyebilir miyiz? Literatüre baktığımız zaman, ABD veya Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının %70-80’ine denk gelen yirmi veya daha fazla kronik şart vardır. Bunlar hangileridir ve fizibilite derken neyi kastediyorum? Gerçekten uygulayabileceğimiz veya geliştirebileceğimiz önlemler, maliyet etkin müdahaleler mevcut mudur? Sadece size birkaç örnek vermek gerekirse, iki kutbumuz var yüksek etki ve yüksek fizibilite, para için değer genellikle benim tahsis dayalı verim olarak adlandırdığım verim ile birlikte. Diyabet için yüksek oranda uygulanabilir etki şartlarına bakarsanız, bizim oldukça iyi bilene etkin müdahalelerimiz vardır ve bunlar toplumda oldukça sıktır. Bunlara hastane bağlamından değil de hastalık, hasta insanlar olarak bakarsak ve kronik sağlık hizmeti verme yönetim programı türünden bir şey yaparsak buna odaklanırsınız.

Sizin için bir örnek daha; koroner kalp hastalığı için skor kartı olarak adlandırdığımız şeyle ne kastediyoruz? Burada öncelikli son nokta nedir? Sistem perspektifinden 100 bin nüfus başına düşen koroner kalp hastalığından ölüm oranını azaltmaktır. Birincil önleme, koroner kalp hastalığının erken yönetimi, koroner kalp hastalığının bir sonucu olan AME (akut miyokard enfarktüsü) yönetimi ve rehabilitasyon ve ikincil önleme olarak ayrılacak olan sağlık hizmeti bölümlerimiz vardır. Hastalık sonuçlarımız var, ölçüm yaptığımız matris, mevcut müdahalelerimiz ve kaynaklarımız var. Şimdi burada birincil önleme için baktığımız şey koroner kalp hastalığı önleme oranıdır. Erken yönetim

için bizim ilgimizi çeken AME olaylarıdır. Ancak yönetim için düşündüğümüz AME sonrasındaki otuz günlük ölüm oranıdır veya hızlı ölüm oranının ne olduğu ve geri kabul oranının ne olduğudur. Daha sonra rehabilitasyon ve ikincil koruma temel olarak AME'nin tekrar edip etmediğidir. Böylece bir dizi bakım bölümlerini görebilirsiniz, ancak koroner kalp hastalığı olan sadece bir hastalık vardır, parçalara bölünmüş en uzun bölüm vardır. Giriş noktası bir hastaneden ziyade genel olarak sistemdir. Bir takım müdahalelerimiz var, ancak ayrıntıya girmek istemiyorum. Sadece gösterme amaçlı olarak kullanıyorum. Bunların hepsi etkin ve maliyet etkin yapılması gerekenlerdir. Sahip olduğumuz kaynaklar nelerdir? Gördüğümüz gibi kaynaklar sadece hastaneler değildir, pek çok ülkenin sahip olduğu topluluk programlarımız var, birincil sağlık hizmetleri takımları birincil önleme için çok disiplinli, ayrıca aile hekimliği var, aile hekimleri bu hizmetleri insanlara sunarlar ve AME yönetimi, kardiyologlar, müdahalecilerden vb. ek olarak acil tıp hizmetleri ve rehabilitasyon ikincil önlemedir, aile hekimliği veya eve dayalı sağlık hizmet.

Şimdi buradan Türkiye'ye gelirsek, Türkiye'deki 5-6 yıllık performans değerlendirmesine bakarsak, bence kanıtlar gelişmeye yönelik bir ilerlemenin beklendiğini göstermektedir. Bu konuda şüphe duymamalıyız. Sağlık hizmetine erişim çok gelişmiştir. Birincil bakımdan hastaneye doğru referans oranına bakarsanız aşağı düşmüştür, birinci düzey mesleki hastanelerden özel hastanelere doğru olan referans oranı da düşmüştür, hasta memnuniyeti, tedarikçi memnuniyeti daha önemlidir. Sanırım bunlara benden daha fazla aşinasınız. Ancak bir diğer önemli nokta performans olarak adlandırılan şey verimlilik açısından çoğunlukla -buna sanırım Sabahattin Bey itiraz edecektir- ücrettir. Ancak bu performansla doğru gelişmektedir. Olmakta olan bir diğer önemli şey birincil ve ikincil düzey oluşumların birincil düzey hala ilkel olmasına rağmen -bebek bakımı gibi- gelişiyor olmasıdır. Performans değerlendirmesine nasıl baktığımız açısından giderek genişlemektedir, sanırım Ann-Lise Türkiye'de şu anda bahsettiğimiz strateji haritasından bahsedecek. Burada yapabileceğimiz bir diğer şey de, hasta odağı örneğinde sağlık hizmetlerinin bölümleri hakkındaki fikirlerimi sizinle paylaşmak istiyorum. Buna sağlık hizmetinin bölümleri üçgeninden bakmaya başlayabiliriz ve daha sonra teşvikleri sisteme uyumlu hale getirmeye çalışırız. Çünkü belirli bir dağıtım formülü olmasına rağmen, bildiğiniz gibi teşvik sistemi özellikle teşviklerin finansmanı Türkiye'de daha çok hastane düzeyinde izlenir. Ayrıca bir diğer önemli nokta, teşviklere koordinasyon ve entegrasyonu nasıl geliştirebileceğimiz açısından bakmaktır. Örneğin önlemeyi nasıl getirebiliriz? Nasıl daha proaktif birincil sağlık hizmetlerine sahip olabiliriz ve böylece gereksiz girişlerden kurtuluruz ve hastayı kendi tedavisine nasıl dâhil edebiliriz? Türkiye'de yatırım kararlarını nasıl alırız? Hastanelerde donanım ve sistem oluşturmaya ve hizmet vermenin yenilikçi yöntemlerine daha mı çok yatırım yapacağız?

Dr. Ann-Lise Guisset – Panelist

Dünya Sağlık Örgütü

Burada bulunmaktan memnuniyet duyuyorum. Sabahattin Bey'in söylediği gibi daha önce defalarca ülkenize geldim ancak böyle hoş bir oluşumun içinde, bu misafir ve dinleyicilerin önünde bulunma fırsatı bulduğum için çok mutluyum. Önümüzdeki birkaç gün içinde sizlerin bazıları ile konuşmayı umuyorum.

Enis Bey ve ben sunumumuzun başlıklarını değiştirmeye karar verdik, böylece bir sunum iki kısma ayrılmış oldu.

Enis Bey Türkiye'deki muhtemel ilerlemenin unsurları ile ve bunun Türkiye'ye nasıl getirileceği ile ilgili olarak sunumunda biraz yol aldı. Ben bu konuda biraz daha ileri gideceğim ve bu genel ifade ve uluslararası geçmiş ve Türkiye'de gözlemediğimiz ve ileride gözlemleyebileceğimiz şeyler arasında bir bağ kurmaya çalışacağım. Öncelikle Türkiye'deki konu hakkında konuşacağım. Buradaki amacım önümüzdeki iki gün içinde ilerleyebilmek için bazı noktaları, bazı unsurları tartışmaya açmaktır. Anladığım kadarıyla güvenlik, teşvike dayalı ödeme hakkında konuşacaksınız. Aslında klinik hastaya odaklı perspektif var ve daha geniş sağlık hizmeti bölümüne de ve daha geniş bağlama da bakalım, ayrıca hastanelerin bir pozisyon oluşturduğu yerlere de bakalım.

Türk yapısı ve stratejisini ve Türkiye'yi ele almadan önce, daha geniş bağlamda ortak değerler, ortak hedefler, amaçlar ve sağlık sistemindeki güçlü yönleri geliştirmek için taahhüt ve uluslararası taahhütler nelerdir? Hepimizin üzerinde fikir birliğine vardığı nihai bir hedef vardır ve bu da geliştirilmiş sağlığın olacaktır. Tallinn Konferansı sırasında ve Tallinn Sözleşmesi aracılığıyla belirtilen net bir ifade vardır. DSÖ'nün tüm üye devletleri, DSÖ'nün Avrupa bölgesindeki tüm üye devletleri en yüksek sağlık standardının temel insan haklarından biri olduğu yönündeki ortak değeri paylaşmaktadır. Her biri sağlık sistemi performansını eşit düzeyde geliştirilmiş sağlık hedefini başarmak için cinsiyet ve gelir durumlarına göre belirli ihtiyaçlara değinerek, sağlık sistemi performansını geliştirmeye çalışır. Bu çok genel bir ifadedir; bunu nasıl daha ileri götüreceğiz, bunu belirli ülkelerde politika ile nasıl harekete geçirebileceğiz? Her bir ülkedeki bu geniş hedeflerin pratik uygulamasının hedeflerle politikayı bağlantılı hale getiren ve ülkelerin sosyal siyasi öncelikleri ve ekonomik ve mali araçları ile ilgili amacın belirlenmesini gerektirdiği de Tallinn Sözleşmesinde belirtilmiştir. Türkiye'nin strateji haritası olarak tercüme edilen Tallinn Sözleşmesini nihai hedef olan geliştirilmiş sağlığa yönelik bu sürece nasıl buluyoruz ve eşit şekilde herkes için sağlığı geliştirmek amacıyla Türkiye bağlamında gerçekleştirilecek olan stratejiler ve yukarı yönlü süreçler nelerdir? Söz konusu hususlar, Sağlık Bakanlığı stratejik planına dayalı olarak oluşturulan strateji haritasıdır. Bu harita aynı zamanda pay sahiplerini dâhil olmaları ile sağlık sistemi programı ilkelerine dayalı olarak oluşturulmuştur. Bence bu sizin sağlık sistemindeki tehditlere yaklaşımınızı, daha genel ifade ile nüfusun sağlığını geliştirmeye yaklaşımınızı yansıtmaktadır. Tallinn Sözleşmesinde gördüğümüz hizmet tedarikçilerinin perspektifini ele alacaksa ben bazı unsurları alabilirim. Taahhüt nedir, sağlığı geliştirme amacıyla gerçekleştirilecek eylemler nelerdir, sağlık hizmetlerinin teslimi nasıl geliştirilebilir? Size birkaç kilit kelime vereceğim; kalite ve güvenilirlik, etkili birincil sağlık hizmeti, hizmetler bütüncül yaklaşım, çeşitli tedarikçiler, özel veya kamusal sektörde olup olmadığına bakılmaksızın arasındaki koordinasyon. Strateji haritasına baktığınızda, Tallinn Sözleşmesindeki bu unsurların Türkiye strateji haritasına uygun bir şekilde yansıtıldığını göreceksiniz. Strateji haritası geçen sene nelerin kararlaştırıldığını gösteren kaynaktır. Tallinn Sözleşmesinden sonra, ana strateji haritası Tallinn Sözleşmesi imzalanmadan önceki Türk sağlık sisteminin temel uyumunu yansıtmaktadır. Bence bu, nüfusun sağlığını nasıl geliştirileceğini bütüncül yaklaşımın iyi bir gösterimidir.

Şimdi reform gündemindeki bazı konulara özellikle değinelim. Bazı sağlık bilgi sistemlerine bakarsam, amaçlardan bir tanesi hastane sağlık hizmetlerinin mantalitesini değiştirmektir. Burada biz kamunun kamu hastanelerini tek bir şemsiye altında toplama konusunda nasıl kullanılacağına, hastanelerin ayrı merkezlerden yönetilmesine, yeniden yapılanmasına ve özel hastanelerin herkese açılmasına değineceğiz. Strateji haritasına baktığımızda, hangi kutuların hastane hizmetlerindeki bu mantalite değişimi ile doğrudan veya dolaylı olarak ilgili olduğunu görürsünüz. Buradaki esas vurgu, erişimi kolaylaştırmak amacıyla özel hastanelere ve yeniden yapılandırılan tüm hastanelere erişimi artırmak için mantaliteyi değiştirmektir. Aynı zamanda amaç verimliliği artırmaktır ve bu da değişikliği gerektirir. Bu durum hastane sektörünün düzenlemesinin yönetiminde değişiklik gerektirir. Bir diğer program hedefi veya reform gündemine bakarsanız performansa dayalı ek ödeme, kalite ve akreditasyon görülür. Söz konusu hedef, bu konferansın esas odağıdır ve bu konuda biraz daha konuşmak istiyorum. Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı strateji haritasının sadece bir unsuruna değil doğrudan veya dolaylı olarak strateji haritasındaki bir dizi unsurlara değinir. Başlıkta da belirtildiği gibi amaç kaliteyi artırmaktır, bu da bu reform gündeminin nihai amacıdır. Bu nasıl olacak? Bu durum sağlık hizmetinin kalitesini geliştirmek, sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenliğini geliştirmekle ilgilidir. Konu ile ilgili düzenlemeler mali teşvikle hem hastane düzeyinde, hem tedarikçi düzeyinde yapılır. Ayrıca pek çok ülkede olduğu gibi sadece ödeme yapmaktan daha fazlası vardır. Performansa dayalı ek ödeme uygulaması, ziyaret gibi bir dizi denetim, akreditasyon ve bazı standartların uygulanması ile birlikte olur. Aynı zamanda hastanelerin ek kazanç, ek otonomileri ile de ilgilidir. Ek ödemelerin kullanımı karar verme konusunda bazı yatırımların yapılması için de potansiyel taşımaktadır. Bu anlamda kaynakların dağılımı konusunda da etkili olacaktır. Küresel olarak sadece ülke düzeyinde altyapı dağılımında değil aynı zamanda hastane içinde de yatırım için kararları etkiler. Ek ödemeler belirli yatırım projelerine tahsis edilmek amacıyla nasıl kullanılır? Fonların ek kaynakları topluluk ihtiyaçlarına cevap vermek için nasıl kullanılacaktır? Bununla daha esnek para yerel nüfusun topluluk ihtiyaçlarına nasıl daha fazla cevap verir? Ayrıca burada teşvike dayalı ödeme veya düzenleyici veya diğer türlü mekanizmalar aracılığıyla sadece hastanelerin teknik kalitelerine değil aynı zamanda hastanelerin sağlık hizmetinin teşvikini önleme amacına da nasıl katkı sağladığına bakılması fırsatlarına değinmek istiyorum. Sağlıkta teşviki amacını başarmak için kendilerini sorumlu hissetmeleri için hastanelere teşvik verilebilir mi? Hastaneler birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini desteklemek için sorumlu hissedebilir mi? Çünkü birincil sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi demek birincil sağlık hizmeti ve diğer tedarikçiler arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesinin varlığı anlamındadır. Böylece bu işbirliği, bu ortaklık iki ortağın olduğunu gösterir ve hastaneler için nasıl motivasyon ve teşvik sağlanacağı bu ortaklığın bir parçasıdır ve ayrıca birincil sağlık hizmeti kuralının farkına varmak ve yarış içine girmemek de bu ortaklıkla ilgilidir. Bu durum, sağlık hizmetleri koordinasyonunun teşviki olması ve nüfusun ihtiyaçlarına cevap verme sorununu ortaya çıkarır. Bu üç boyut doğrudan veya dolaylı olarak, performansa dayalı ödeme gibi mali teşvike veya akreditasyon veya standartlar gibi zaten bu ek ödemenin içine iyice girmiş olan diğer mekanizmaları nasıl sıkıca tutacaktır?

Burada sağlık sistemi perspektifinden yavaş yavaş tedarikçi ve hastane perspektifine doğru geçeceğim. Burada size hastane performansının bir tanımını yapacağım. Bu konuda pek çok tanım var, bu konuda çalışan herhangi bir kişiyi kendi tanımını oluşturduğundan eminim. Burada size en iyisini değil ancak bizim geçmişte hastanelerde kalite gelişimi için performans değerlendirme aracı çerçevesinde üzerinde fikir birliğine vardığımız tanımı vereceğim. Türkiye PATH ağının aktif bir üyesi ve PATH'in uygulanması konusunda giderek ilerleme kaydediyor ve bu konuda çok ciddi. Bu nedenle bu tanımı burada yapmak çok iyi olacak. Tüm tanımı vermeyeceğim ancak bu tanımdan iki unsura değineceğim. Birincisi hastane performansı tanımının bir parçası olarak şöyle bir cümlemiz var; sağlık hizmeti ortamında yüksek hastane performansı topluluk ihtiyaç ve taleplerine cevap verilebilirliğe, tüm hizmet verme sistemindeki hizmetlerin entegrasyonuna ve sağlık teşviki taahhüdüne daha fazla değinmelidir. Hastane performansının özü, çevre ile olan bağlantısıdır ve bu

da hastane performans boyutlarında bulunan duyarlı yönetim boyutudur. Bu tanımın ikinci esas mesajı, grafikte de görüldüğü gibi, karmaşıklıktır. Bir hastanenin performansı bir gösterge listesi değildir. Bu, birbirlerine bağlı bir dizi boyut değildir. Bunların hepsi açıkça birbirleri ile bağlantılıdır. Biz burada bu boyutlardan iki tanesini çakışan perspektif olarak belirlemeyi seçtik, bunlardan bir tanesi güvenlik, siz de klinik güvenlik var ki bu da hasta güvenliği ile bağlantılıdır; ikincisi verimlilik ki bu da güvenlik üzerinde etkilidir. Personel güvenliği, güvenlik ve duyarlı yönetim düşüncesinin bulunduğu güvenlik ve personel uyumu sizin hasta merkezietini nasıl ayırdığınızla ilgilidir, tabii ki hasta sağlık hizmeti sürecinin merkezindedir bu nedenle ölçeceğiniz performans boyutu ile kesinlikle çakışacaktır. Grafik temsilinin ikinci mesajı performans tanımlamanın karmaşıklığı ile ilgili olacaktır ve ölçme performansı vardır ve bu ölçümün ne anlam çıkaracağı da önemlidir, performansın önceliği nedir ve performans sonucunun ne olacaktır.

Türkiye'deki hastanelerin mali sisteminin var olan etkisinin örnekleri ve strateji haritasının daha başka unsurlarına ek olarak ben burada uyumun gerçekleştirilmesinin zorluğunu vurgulamak istiyorum. Finans sisteminin ve sağlık sisteminin amacına hastanelerin katkı yapmasını sağlamak için söz konusu uyumu gerçekleştirmeyi amaçlayan düzenleyici mekanizmaları tanımlamak zordur. Bunu benim ekibim bir harita ile size açıkça göstermektedir. Burada Baltık ülkelerinden bir örnek mevcuttur. Bu örnekte ulusal sağlık planında belirtilen stratejik ifadeler arasındaki çelişkileri açıkça belirledik ve bunların ortalama bağınyı azaltacak, akut sağlık hizmeti temelini azaltacak ve kötü kullanımı artıracak ölçülebilir üç hedefimiz vardır. Sol tarafta gördüğünüz gibi, bir araştırmada hastanenin yönetim kuruluna sorduğumuz amaç var. Amaçlarınız öncelikleriniz nelerdir? Müdürler için birinci ve teftiş kurulu için ikinci öncelik sağlık hizmetinin kaliteli olmasını sağlamaktır. Ancak gerçekte ne olduğuna baktığımızda durum nedir? İç sorumluluk nedir? Hastane içindeki performans ölçümleri nedir ve yönetim kuruluna ne rapor etmişler ve yönetim kurulu gerçekte neye bakıyor? Neye baktıkları konusundaki gerçek burada. Mali unsurların verimliliğine, fiyata, miktara, pazar payına, hastanın uyduğu yere ve bazı mali göstergelere bakmaktadırlar. Yönetim kuruluna müdürler tarafından düzenli olarak gösterilen göstergelere bakmaktadırlar.

İkinci sırada miktar yer almaktadır. Ayrıca bazı açılardan şikâyetlere ve hasta memnuniyetine de bakmaktadırlar; yine bu piyasada pay sahibi olma amacını ortaya çıkarmaktadır. Yani sadece hasta merkezli olmak için değil aynı zamanda saygınlık, prestij için de şikâyetlere bakıyoruz. Prestij yatırım yapmak çok önemli. Belirtilen temel amaç sağlık hizmetlerinin en yüksek kalitede olmasını sağlamak ve sağlık hizmetindeki ve aslında tedarikçi ağı ve birinci basamak sağlık hizmeti ile karşılıklı ilişkideki hastane ağınyı en uygun şekilde getirmektir. Bizim gözlemlediğimiz hastane sektörü ile birinci basamak sağlık hizmeti arasındaki artan rekabettir. Bir yandan birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmeye çalışıyorlar, bunun için araçlar veriyorlar, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hastayı mümkün olduğunca hastayı ellerinden kaçırmamaları için performansa dayalı ödemeyi başlatıyorlar; diğer yandan hastanelere miktarı artırmaları uzunluğu azaltmaları için hastaneye yatış yapmadan önce ve sonra poliklinik hizmeti vermeleri için teşvik veriyorlar. Bu da rekabeti beraberinde getiriyor. Ulusal kalkınma planında hastaneler için belirtilenler ki, bunlar ölçülenlerden farklıdır, arasında teşviklerimiz var ve birlikte gitmeyen farklı hizmet tedarikçileri arasında teşviklerimiz var. Bu da bize performansın bazı unsurları dikkatlice incelenirken diğerlerinin incelenmediği dengesiz bir yaklaşım olduğunu söyletiyor. Peki, bu önemli mi? Evet önemli, çünkü, kalite hakkında PATH gibi projelere bakarsak, hastanelerde daha fazlasını yapmak isteyen iyi motivasyon aktörleri var. Ancak ikinci derecede önem veriliyor. Başka şeyler de yapmak gerekiyor ve eğer vakit bulunursa kalite göstergeleri ile de ilgilenilecektir. Ancak yönetim bunlara bakmıyor, dolayısıyla gerçekten değişiklik yapmak ve bu göstergelere dayalı eylemleri uygulamak için fırsatımız yok. Bu durum, söz konusu unsurların zorluğunu göstermek ve uyumlu hale getirmek için bir çağrıdır. Bu zorluk unsurlarından bazılarının diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de olduğunu hissedebilirsiniz.

Daha önce de belirttiğim gibi burada iki konuya değineceğim. Türkiye’de sağlık sistemine katkıda bulunmak amacıyla potansiyel yaklaşımın hastaneler için ek amaçları vardır. Hastane müdürleri tarafından uygulanabilecek bazı stratejiler vardır. Hastanelerin, hastalarının, personellerinin ve ayrıca yerel topluluğun sağlığını nasıl iyi hale getirdikleri hakkında sağlık teşviki hastane ağı konusunda zengin deneyime sahibiz. Ayrıca bazı ölçülerimiz var ve bu sağlık teşvik faaliyetlerini başarmak için bazı teşvikleri tanımlamak, bazı ödemeleri ve mali teşvikleri yapmak için bu ölçülerin nasıl kullanılacağına gelindiğinde, daha da zor olmaktadır. Danimarka’da DRG sistemi için eğitim başlatmak gibi bir fikir ve pilot uygulama vardı fakat daha sonra DRG sistemi içinde hastalara sağlanan eğitimin nasıl belgeleneceği ve nasıl değerlendirileceği, verinin güvenilirliğinin nasıl kontrol edileceği gibi sorunlar olmuştur. Bunu sağlamak veya tavsiyede bulunmak yeterli değil ancak bu sonuçları nasıl değerlendireceğiniz de önemli. Sadece tedarikçileri değil hastayı da amaçlayan teşvikler konusunda da çalışabilirsiniz.

Sağlık hizmetinin entegrasyonu ve devamlığına gelirsek, bence bu konu Enis Bey’in sunumunda çok vurgulandı. Ben de bu konuda biraz konuşmak istiyorum ancak sunduğumuz çok pratik örnekler var. Bunlar sadece daha sonra geliştirilebilecek olan bazı fikirler, bazı unsurlar. Geliştirilmiş klinik bakım geçiş yollarınız vardır. Bunlar, hasta geçiş yolları değil, önlemeden evde bakıma veya evde rehabilitasyona kadar kesişen klinik bakım geçiş yollarıdır. Sadece pazarda doğrudan karşı karşıya gelmemek için değil aynı zamanda uzmanlaşma sağlamak için de diğer sağlık hizmeti tedarikçileri ile işbirliği anlaşmaları olabilir. Ancak hastaları izlemek için davet ettiğiniz ve sizin onlara gittiğiniz ev hemşireleri için kesişen bazı eğitim programları olabilir. Mevcut bir dizi strateji, entegrasyon ve devamlılık vardır. Bunları geliştirmek için yöneticiler, satış yapanlar için var olan mekanizmalar açısından, kilit konu teslim sürecindeki parçalanmanın nasıl azaltılacağı ve bakım süreci içinde tedarikçiler için teşvikin nasıl uyumlu hale getirileceğidir. Entegrasyon ve devamlılık için bazı göstergeler geliştirebilirsiniz, örneğin biz Danimarka’da projenin ulusal göstergeleri olarak bunlara sahibiz. Bunlardan bazıları planlanmış mesleki tedavilerdir. Yöneticilerin rolü kanıt sunmak ve kesişen ulusal klinik geçiş yollarını desteklemek ve geliştirmektir ve daha sonra bunların ne ifade ettiğini açıkça tanımlamak amacıyla bunları uygulamak, yerel halkla ve diğer tedarikçilerle birlikte çalışıp çalışmamak hastanelere kalmıştır. Satılma mekanizması açısından, bazı ülkelerde geri kabulün, sona erme mektubu 48 saat içinde gönderilmemişse sadece kısmen ödendiği yönündeki örnekleri görürüz ve ayrıca poliklinik bakımı duyarlı şartları için geri kabul konusunda birincil sağlık hizmeti perspektifinden diğer teşvikler olduğunu da görürüz. Bu, birinci basamak sağlık hizmeti sunanların değil birinci basamak sağlık hizmetinin performansı için bir kriter olacaktır.

Bu durum, topluluk ihtiyaçlarına cevap verebilirlikle ilgili bir şeydir. Sonuç olarak, sağlık hizmeti tedarikçilerinin performansı karmaşık bir yapıdır. Bunun anlamı da şudur; hizmet verenlerin performans konusunda daha fazla araştırma yapmaları, bu konunun karmaşıklığının daha fazla anlaşılmasını sağlar. Yani normalde problemler daha fazla çalışılarak anlaşılırken burada durum tam tersidir. Ayrıca bu durum paradoksaldir, önceliği yansıtmak için birbirine zıt görünen karşıt fikirleri de içerir. Yani konu çok karmaşıktır. Nasıl kaynaşacağı, gerçekleştirilecek farklı amaçlara arasındaki ticaret nasıl analiz edilecek? Bu da performans değerlendirmesinde farklı kriterler veya modeller kullanmasını gerektirir ki bu da farklı yargılara neden olacaktır. Dolayısıyla çerçeve nedir, hastane performansı ile ne kastediyorum, teşvikleri nasıl koymak istiyorsunuz, tüm bunlar sağlık sistemi performansı ile genel olarak ilgili mi gibi konularda çok katı bir düşüncenin olması gerekir.

Doç. Dr. Didem Ünsal Aktaş – Panelist

London School of Economics

Öncelikle davetiniz ve bu panelde yer aldığım için teşekkür ederim. Bazı teknik terimlerin Türkçesini bulmakta zorlanacağım için sunumumu İngilizce devam ettireceğim. Ama burada olmaktan çok mutluyum ve başlamadan önce Sabahattin Beyin “beyin göçü”yle ilgili yorumuna dair bir yorum yapmak isterim. Enis Bey de bana katılacaktır, bizim galiba bedenlerimiz göçüyor ama beyinlerimiz burada kalıyor. Ben yaklaşık bir yılımı Acıbadem Grubunda geçirdim ve aslında Türkiye'nin sağlık sistemine daha çok katkıda bulunmak için sağlık politikalarına daha çok ilgi duydum. O yüzden bizlerin her fırsatta buraya gelmeye hevesi ve niyeti olduğunu bilmenizi isterim.

Hastane kalitesini ölçmek zaten kolay bir sorun değil, hatta kalitenin tanımı bile hala tartışmalı ve henüz tam oturtulmamış. Bizim konumuz olan sosyo-ekonomik ölçümler bugün çok karmaşıktır çünkü tüm dünyada herhangi bir zamanda sağlık ölçümlerindeki düzenleme hala net işaretlere sahip değildir. Bu nedenle de çok sayıda metodolojik sorun vardır, siyasi çatışmalar vardır. Yaş ve cinsiyet ayarlaması muhtemelen yapılmıştır, ancak klinik hasta faktörlerine geldiğimizde hatta daha ileride sağlık sistemi ile ilgili konulara geldiğimizde, kararlar daha karmaşık olacaktır, bu nedenle bu konuda sadece teknik sorunlarımız değil kavramsal sorunlarımız da olacaktır. Sanırım sadece ayarlama çabalarından, kalite nedir, performans nedir gibi sorularla ilgili ve çakışan alandaki teknik ve metodolojik sorunlardan söz etmeliyim. Hepimiz biliyoruz ki bu ikisi aynı şey olmak zorunda değil, ancak ikisinin aynı şey olarak hareket edildiği durumlar vardır. ABD’de sağlık hizmeti reformu başladığından bu yana 40-50 yıl geçmiş olmasına rağmen ne bilim adamları ne de klinisyenler risk ayarlama yöntemlerini mükemmel hale getirmemişlerdir. Bu nedenle yetersizlikler ve belki de mevcut sosyo-ekonomik belirleyicilere doğru değişmişlerdir, çünkü herhangi bir denge olup olmayacağını ölçebilecekleri daha fazla faktörle ve bunun etrafında tasarlanacak olan teşviklerle işbirliği yapmaya çalışırlar. Bunun üzerinden hızlı bir geçeceğim ancak bu sorunlar sağlığın sosyo-ekonomik belirleyicileriyle olsun veya olmasın bugünkü durumları hakkında biraz konuşacağım. Son olarak, hastane performans ölçümlerini birleştirmek için bazı bağlantılar yapacağım, çünkü Türkiye’de hastanelerle ilgili mevcut performans ölçümleri birleşiktir ve haklarında konuşulacak konular muhtemelen birleşik ölçümün onları ayarlayacakları nasıl çalışacağı olacaktır. Son olarak bir sonuç ortaya koymaya çalışacağım.

Hasta faktörlerinin veya diğer faktörlerin ayarlanması ve risk ayarlaması yapılır, çünkü tedarikçileri veya belirli tedarikçiler tarafından veya herhangi bir yerde hastaya yapılan tedaviyi karşılaştırmaya başlamadan önce hasta nüfusunun farklılıklarını hesaba katmak istiyoruz. Bu nedenle sorumlu olabilecek veya olamayacak faktörleri dikkate almaya veya normalleştirmeye çalışıyoruz. Bunu söylemek yapmaktan daha kolay çünkü metotlar gerçekten karmaşık. Bazen tanımlar kim için risk ayarlamaya çalıştığımızı tam net olarak belirtmez. Sadece hastalar için mi endişeleniyoruz veya bazı durumlarda sınırlı kaynaklarla çalışan tedarikçiler için de mi endişeleniyoruz? Onlara karşı fon dağılımında adil olmak isteriz. Belirli durumlarda daha karmaşık hastalarla çalışan hekimler olacaktır, dolayısıyla bunların etkilerini ölçme şeklimiz sadece danışmanlık hizmeti verenlerle onları karşılaştırmayacaktır. Sistemimizde kırılğan gruplar var ve biz tavsiye ettiğimiz politikanın adil bir şekilde yansıtılmasını istiyoruz. Yine benzer şekilde neyi ölçtüğümüz konusundaki risk de net değildir. Göreceğiniz gibi uygulamada çoklu teşvikler olacaktır, klinik sonuçlar için riske ayarlı ölçümler olacaktır bunlar daha çok ölüm oranları komplikasyonlarla ilgili olacaktır veya DRG veya Medicare’in yaptığı karışık olay ayarlamaları gibi olaylara ve kaynaklara bağlı risk ayarlama programları da olacaktır. Bunlar tamamen farklı metotlar ve bu metotları farklı amaçlar için kullanma şeklinizin aynı şeylere değinmesi gerekmiyor. Ancak daha sonra seçeneğin sıkıntısına düştüğünüzde birini diğeri ile ikame etmek isteyebilirsiniz. Bence sorunların en önemlisi bu. Hastane kalitesi konusunda sosyo-ekonomik göstergeleri ayarlamaktan bahsederken amacın ne olduğu ve ne yapılmaya çalışıldığını ayarlamak tavsiye edilebilir. Pratikte politika yapımcılar veya klinisyenler farklı politik amaçlar ile hareket ederler. Ödeme düzeylerini farklı veya adil bir şekilde düzenlemek için ayarlama yöntemleri vardır, tedarikçileri karşılaştırıp karşılaştıramayacağımızı görmek için ayarlama yöntemleri vardır. Kalitenin ihlal edilip edilmediğini görmek için ayarlama programları vardır.

Teknik olarak ölçüm yaparken sorun yaşamaya devam edeceğiz. Bunun nedenleri ise tanım ve veri eksikliği ve özellikle de sosyo-ekonomik göstergelerin karışıklığa neden olan değişken olarak kullanılmasıdır. Bildiğiniz gibi sonuç ve hasta veya klinik süreç arasında doğrudan bir bağ olmamıştır veya klinik süreç hiçbir zaman bir hastanın sosyo-ekonomik durumu ile bağlantılı hale gelmemiştir. Ancak giderek daha çok bağlantılı olmalarına çalışıyoruz. Çoklu perspektifler Enis Bey'in bahsettiği gibi çoklu gruplara getirilmelidir. Ne için ayarlama yapılacağına kararlaştırılması gerekir. Ancak bunu yapmak zorundayız, çünkü bu farklılıkları tam olarak dikkate almazsak sonuçlar çok daha ciddi olur. Hastaları veya hizmet sunanları riske atabilirsiniz veya adil olmayan pazar payları oluşturabilirsiniz; adil olmayan rekabet yaratabilirsiniz ve bunun sonucu sahtekarlık olabilir. Adil olmayan bir karşılaştırma yaratırsanız; bu durum uygun olmayan yönetim cevaplarını kıskırtır ve o zaman kendi ölçümlerini yapmak zorunda kalırlar. Faktörler için ayarlama konusunda ölçüm temeldir ve sorunlar çıkarır ancak bunu yapmak zorundayız. Sonuçları ele aldığımızda sadece birkaç klinik hasta faktörlerindeki demografik özellikleri ele aldık, ancak giderek daha çok sosyo-ekonomik faktörleri ele alacağız. Bence bunun sebebi değişim geri geldi, çünkü kamu sağlık uzmanları sağlık çıktılarının çoğunun sosyo-ekonomik göstergelerle bağlantılı olduğunu uzun zamandır biliyorlar. Eşitlik için baskı ve daha iyi risk ayarlaması için ihtiyaç konusunda yine sosyo-ekonomik faktörlerden bahsetmeye başlıyoruz. Eşitlik için baskı arttıkça sosyo ekonomik faktörleri DSÖ'nün son zamanlardaki raporlarında, Güney Amerika, Asya ve Afrika'daki ülkeler için tavsiye belgelerinde ve Avrupadaki sosyal sağlık sigortası fonlarında sosyo-ekonomik faktörleri finansman programları ile bağlantılı hale getirmek için kullandıklarını görürsünüz.

Hastaların daha düşük sosyo-ekonomik statülerinin sonuçlarla bağlantılı olduğu konusundaki uluslararası deneyimin sağlık sisteminde bazı sonuçları ortaya çıkardığı kabul edilmektedir. Düşük gelir seviyesi veya düşük yaşam standartları mı buna neden olur? İnsanların yaşadıkları problemler tamamen sağlık sistemine atfedilebilir mi? Elbette ki hayır; bu aynı zamanda diğer kamu politikaları, insanların seçimleri ile de ilgilidir. Ancak eğer payı varsa bunu ortaya koymalı ve bunlara karşı önlem almamız. Her ülkenin bunu yapması gerekir.

Hastanelerin sosyo-ekonomik statüsünün hastaların ölüm oranına etkisi olarak ortaya çıkaran son yıllarda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar hastanelerin sosyo-ekonomik statüleri, buldukları yere bağlı olarak hastaları ve personelleri ile ilgili faktörleri ortaya çıkarmasını bekliyoruz ve şu anda hastanelerin sosyo-ekonomik statüsü ile ilgili daha fazla çalışma yapılmaktadır. 2008 yılında yaşlı Medicare nüfusu üzerinde ameliyat sonuçları ile ilgili altı önemli çalışma yapılmıştır. Hem hastalar hem de hastaneler sosyo-ekonomik olarak gruplandırılmıştır ve hastalar ile düşük statü arasında ters orantı olduğu bulunmuştur. Düşük gelirli hastaların %40'ının ameliyatlar sonunda iyileşme şansının olduğu bulunmuştur. Ancak daha da önemlisi bu iki grup arasındaki farklılık farklı sosyo-ekonomik sınıflarda olmaları ile değil daha çok nerede tedavi oldukları veya tedavi oldukları hastanelerin sosyo-ekonomik statüsü ile ilgilidir. Bu nedenle, aynı hastanede farklı sosyo-ekonomik statüsü olanları gösteren grafikte de aynı ölüm oranı görülür; bu da demektir ki hastane bu sınıflar arasında ayırım yapmaz. Ancak, hastaların tedavi oldukları yere bağlı olarak ölüm oranları arasında büyük fark vardır. Ben sadece altı ameliyatı ele aldım, bunlara göre ameliyat ölüm oranı aynı hastanede hastaların sosyo-ekonomik statüleri göz önüne alındığında farklı değildir, ancak hastaneler arasında bu oran farklıdır. Bu hastanelerin sorumlu olduğu anlamına mı gelir ki bu çalışma kendisi öyle düşünmemektedir. Düşük sosyo-ekonomik statülü hastaların tedavi gördüğü hastanelerdeki farklı tedaviden ziyade sağlık hizmeti sistemi ile ilgili yapısal bir sorun olabilir, düşük finansal tazminat oranları olabilir; sigorta, düşük ameliyat kazancı ve teknoloji konusundaki yatırımların az olması, daha az uzmana sahip olmaları veya hemşirelerin eğitiminin farklı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu farklılıkları göz önünde bulundurmazsak performans ödeme ile ilişkilendirmeye başlarız ve daha sonra daha büyük sorunlar çıkar. Performans dayalı ödeme söz konusu olduğunda bu yapısal farklılıklara değinilmelidir.

Sosyo-ekonomik farklılıklar için ayarlama yapıldığı dönemde literatürdeki tavsiyelerin pek çoğuna burada değindim. Ne hedeflediğiniz ve politika amacınızı gerçekleştirmek için hangi önlemleri aldığınıza göre cevaplar farklıdır. Klinik sürece bakıyorsanız özellikle tedavi hakkında endişeleniyorsanız ilk olarak risk sınıflandırması kullanmanız önerilir, hesap verebilirliği teşvik

etmek istiyorsanız sosyo-ekonomik sınıfları farklı gruplar olarak sınıflandırmayı deneyin. Eğer ilk önce hastaneler ve hizmet verenler bu sonuçların her bir grup için raporlanacağını bilirlerse, işletim şekillerini etkileyebilirler. Bu faktörleri ayarlamayın ancak onları önce sınıflayın. Kamu sağlığı perspektifinden bakıyorsanız ve hastane ölüm oranlarını karşılaştırmaya çalışıyorsanız o zaman nüfusa dayalı ölçümleri kullanın ve daha sonra risk ayarlaması önerilir ancak dikkatli olunması gereken nokta bir grup veya kurum için ölçümleri alırsanız o zaman temel sağlık hizmetini kurumsallaştırıyor olabilirsiniz.

Son olarak ödeme programları ile bağlantıyla giderek popüler hale gelen, sosyo-ekonomik faktörlerle hastalık oranı arasında bir bağlantı kurarak bir araya getirilir ve kullanılan metotlar göstermiştir ki sonuçlarda ilerlemeler var. Böylece sosyo-ekonomik faktörlerle ödeme programınız arasında bir bağlantı kurabilirsiniz, çiftler ve hizmet verenler arasında daha iyi bir mali risk paylaşımı geliştirebilirsiniz. Böylece hizmet sağlayanlar bu konuda daha az endişelenecek için klinik yönüne daha çok konsantre olabilirler. Bu İngiltere’de kişi başına düşen ayarlama için zaten yapılmaktadır ve Medicare’de şu anda sosyo-ekonomik faktörleri sağlık hizmeti ayarlamaları ile bir araya getirmektedir.

Belçika sosyo-ekonomik göstergeleri hastane sistemlerine risk ayarlayıcılar olarak adapte etmiştir ve bir süre DRG tecrübe eden bu ülke DRG sınıflamasının yeni metotlarının derecesini artırmıştır. Sosyo-ekonomik göstergeleri DRG sınıflamaları olmasına rağmen birleştirmişti ancak sosyo-ekonomik risk ayarlayıcıları kullanarak hastane ödemelerini de bağlantılı hale getirmişlerdir. Kanıtlar göstermektedir ki şu anda risk seçimi için daha az teşvik vardır. Bu nedenle öyle tahmin ediyorum ki bu deneyimle en azından finansal risk paylaşımı konusunda sosyo-ekonomik faktörler kullanılan araçların herhangi biri ile daha çok birleştirilecektir. Karma bir performans ölçümü kullanılırsa bunların nasıl daha karmaşık hale geleceği konusuna biraz değinelim. Karma ölçümlere uluslararası olarak rastlamak mümkün; bunlar hastaneler için yaygın olarak kullanılmazlar. Ancak özet ölçümleri ortaya koymak için bir araya getirirken hangi boyutların nasıl seçileceği, bunların nasıl başarılacağı ve bunlar arasındaki korelasyonla nasıl ilgileneceği gibi pek çok teknik sorun ortaya çıkar. Bu nedenle bunların özellikle hastane düzeyinde karşılaştırma yapmak için kullanılması konusunda eleştiriler vardır. Bu teknik sorunların nerede ortaya çıkacağını bu bize gösterirse, karma bir performans ölçümüne baktığımızda bu, performans konusunda kalite kurucuları ve finansal kurucular, hastane performansı olarak adlandırdığımız şeyin olduğunu bilen İngiliz sistemi için mekanize bir çalışma olur. Kalite hasta güvenliğine bakacaktır ancak hasta güvenliğini sosyo-ekonomik göstergelere göre ayarlar mısınız? Ayarlamamalısınız çünkü güvenlik herkese uygulanmalıdır bu nedenle ayarlanmamalıdır. Karma ölçümde kullandığımız klinik çıktı göstergelerini seçiminize bağlı olarak gruplayabilirsiniz veya bu gösterge konusundaki deneyime bağlı olarak ayarlayabilirsiniz. Kullandığımız hasta memnuniyeti ölçümleri, kimin cevap veren olduğuna göre zaten önyargı olabilir. Kanıtlar göstermektedir ki tedavi gören insanlar farklı şekillerde cevap vermektedir, bu nedenle öncelikle insanların sağlıklarına önem vermek zorundayız ve daha sonra onların cevaplarına bakmalıyız ki sosyo-ekonomik durumlarına bakarken bu pek kolay olmayacaktır. Ancak daha önce bahsettiğim gibi, sosyo-ekonomik durum ortaya çıktığı için finansal farklılıklar, kalış süresi ve yüksek kaynak kullanımı için ayarlama yapmak konusunda daha fazla kanıt temeline sahibiz. Bu nedenle bence kaynak için risk ayarlaması göreceli olarak kullanılır. Söylediğim gibi giderek daha çok araştırma bekliyoruz ve aslında sadece kanıt için değil aynı zamanda eşitlik baskısı nedeniyle de sosyo-ekonomik faktörlerin uygulanmasını istiyoruz. Ancak seçim, politika amaçlarınızın yanı sıra sizin kullandığınız ölçüme dayalıdır. Şunu da bilmeliyiz ki, mevcut metotların çoğu duruma özeldir; bu nedenle yerel kavramsal modellerimizi ve buna uygun olarak niteliksel metotlarımızı yaratmak zorundayız. Bu metotların çoğu ülkeler arasında transfer edilemez. Sonuçta pek çok risk ayarlama metodu veya pek çok niceliksel metot, sağlığı değerlendirmeye gelindiğinde sınırlı olacaktır ve biz bu problemlerin hepsini çözemeyeceğiz ve bunlarla sağlık sistemimizi izlemeyeceğiz. Kurumsal kusur ve yanlış seçim yaratmak istemiyorsak ayrı ölçümler de oluşturmak zorundayız. Türkiye’deki reformların başarısı için genel olarak bu noktada bilimin yanı sıra, hizmet verenlerin dâhil olmasından ve aramızdaki geri bildirim mekanizmalarından ve fikir birliği oluşumundan çok şey beklemeliyiz.

*HASTANE SINIFLANDIRMASI
VE ÖNEMİ*

Prof. Dr. Tevfik Özlü – Oturum Başkanı

Karadeniz Teknik Üniversitesi

Evet, değerli hanımefendiler, değerli beyefendiler IV. Oturumu hemen başlatmak istiyorum, biraz zamanda da sarkma oldu.

Bu oturum gerçekten ülkemizin gündeminde son yıllarda yaygın olarak tartışılmaya başlanan bir konuyu ele alacak. Hastanelerin sınıflandırılmasıyla ilgili tartışmalar bugün için belki daha ağırlıklı olarak özel hastaneler üzerinden yürütülüyor ama bu süreç merak etmeyin yakın bir zamanda üniversite hastanelerini de, belki devlet hastanelerini de aynı şekilde çok yakından etkileyecek.

Bu sürecin sağlıklı bir şekilde gelişmesi ve sürdürülür halde tutulabilmesi için doğru bir çerçeve içerisinde ele alınması ve mevcut uygulamanın tartışılarak olumlu, olumsuz taraflarının modifiye edilmesi büyük önem taşıyor. Bu oturumda biz farklı bakış açılarıyla bu hastane sınıflandırması olayını ele alacağız. Her dört konuşmacımız kendi bakış açılarıyla olayı bize aktaracaklar. Bu oturumda birçok şey duyacağız, öğreneceğiz, tartışacağız. Çok yararlı olacağını umuyorum. Programda bir değişiklik oldu; öncelikle yeni aramıza katılan hocalarımıza, yakın bir zamanda bu görev kendilerine verildiği halde üstlendikleri ve özveriyle bu sunumu yapmayı kabul ettiklerinden dolayı çok teşekkür ediyorum. Programda yer aldığı gibi söz sırasını aynı şekilde vereceğim. Konuşmacılarımızdan mümkün olduğu kadar sunumlarını 15 dakika ile sınırlamalarını isteyeceğim ve kalan sürede de sizlere söz vermeyi; sorularınızı, görüşlerinizi almayı ve olabildiğince interaktif bir şekilde bu oturumu tamamlamayı arzu ediyorum.

Öncelikle ilk sözü Okan Üniversitesinden aramıza katılan Sayın Profesör Doktor Mithat Kıyak'a vermeyi istiyorum. Mithat Kıyak Okan Üniversitesi'nde Sağlık Bilimleri Yüksek Okulu Müdürü ve aynı zamanda Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı olarak görev yapıyor. Bizlere hastanelerin sınıflandırılmasıyla ilgili uluslararası sınıflama şekillerinden bahsedecek. Buyurun Sayın Hocam.

Prof. Dr. Mithat Kıyak – Panelist

Okan Üniversitesi

Teşekkürler Sayın Başkan. Değerli Kongre Üyeleri konuşmama başlarken benim Kongreye katılma hikâyemden kısaca söz etmekte yarar var. Sevgili arkadaşım, dostum, meslektaşım Haydar Sur, değişik nedenlerle Kongreye katılmayacağını bildirmesi sonucu benim buraya gelmemi istedi, O'nu kıramadım. Geldiğim için de son derece mutluyum. Bizden önceki oturumdaki konuşmaları da zevkle dinledim.

Sınıflandırmaya başlarken çok basit olarak nelerle sınıflandırıyoruz diye başlayıp sonra biraz karmaşığa doğru gidelim. Hastaneler üzerinde mülkiyete göre, eğitime statüsüne göre, hizmet türüne göre ve büyüklüğe göre, hastaların yatış süresine göre, kuruluş yerine göre, akreditasyon durumuna göre, hizmet basamağına göre, performansına göre birçok sınıflandırma yapabiliriz. Mülkiyete göre; Sağlık Bakanlığı hastanelerini, askeri hastaneleri, belediye hastanelerini, yurtdışı örneklerine göre eyalet hastanelerini, diğer Bakanlık hastanelerini, kurum hastanelerini, vakıf hastanelerini, yabancı hastaneleri, özel hastaneleri, sendikalar, kooperatifler, sivil toplum kuruluşlarına ait hastaneleri sayabiliriz. Eğitime göre ayırım yapabiliriz; kâr amacı güden hastaneler ve kâr amacı gütmeyen hastaneler diye kâr amacına göre ayırım yapabiliriz. Hizmet türüne göre; genel hastaneler, dal hastaneleri. Cinsiyete göre, yaş grubuna göre, hastalık konusuna göre sınıflandırabiliriz. Büyüklüğüne göre, yatak sayısına göre sınıflandırma yapabiliriz. Hastaların yatış süresi ve hastalık düzeyine göre akut bakım hastaneleri, kronik bakım hastaneleri diye bir ayırım yapabiliriz. Kronik bakım hastaneleri için özellikle ruh ve sinir hastalıkları hastanelerini verebiliriz. Kaldı ki orada da gerçekten paradigma değişiyor, hastaları daha az süreyle yatırmaya çalışıyorlar. Riskli hastaları kabul eden hastaneler diye bir ayırım da yapabiliriz. Kuruluş yerine göre kırsal hastaneler, kentsel hastaneler denilebilir. Akredite olan hastaneler, akredite olmayan hastaneler diye ayırabiliriz. Kalite değerlendirmesiyle ayrı bir sınıflama yapabiliriz, performans değerlemesiyle ayrı bir sınıflandırma yapabiliriz. Hizmet basamağına göre ikinci basamak, üçüncü basamak diyebiliriz. Bütün bunları tek tek saydık ama normalde sınıflandırmalarda bu kategorilerin dışında şüphesiz karma sınıflandırmalar yapmamız gerekiyor. İkili, üçlü kombinasyonlar yapabiliriz. Daha yeni çıkan kararnamemiz 16.11.2009'da Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen ölçütlere göre derken, hastanelerin sınıflandırılmasında hizmet kalite standartları, hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği, hasta hizmet dilimi endeksi, hastane kapasitesi, çalışan hakları, hukuki sorumluluklar üzerine bu kriterler kullanılıyor. Peki, başka ne tür sınıflandırmalar diye baktığımızda çoklu seviyeli diyebileceğimiz multi-level modeller mevcut. Burada da yine hizmet kalitesi, servis kullanımı ve epidemiyolojik veriler ön planda. Epidemiyolojik veriler derken üzerine basa basa söylüyorum çünkü hastanelerde epidemiyoloji olayına biraz uzak duruyoruz hâlâ, hastanelerde epidemiyoloji uzmanlarının da yer alması ve bu konuyu biraz daha geliştirmemiz gerekiyor. Bir tane örnek verirsek multi-level modellerde, çoklu seviye modellerinde mortalite oranlarına göre sınıflama yapılıyor ki sabah Enis Bey biraz bunlardan bahsetti aslında, performans göstergelerini anlatırken mortalite oranlarından da bahsetti. Beklenen mortalite hızıyla gözlenen mortalite hızı arasındaki karşılaştırmayla hastane yönetimini değerlendirebiliriz. Böylece hastaneyi bu anlamda sınıflandırabiliriz. Diyelim ki, işte Türkiye'deki ya da herhangi bir kentteki hastaneleri bu mortalite oranlarına göre karşılaştırıyoruz, ortalama beklediğimiz bir mortalite oranı var ama bakıyorsunuz ki bir hastane ya da birkaç hastane çok yüksek mortalite oranına sahip, ona bir tane beyaz bayrak hediye edebiliriz. Diğerlerine ne tür renk seçersiniz bilmiyorum ama böylece bir kategorizasyona gitmiş oluruz.

Birçok sınıflama ölçütü yanında gerçekten çok temel bir sınıflama ölçütü de kalitedir. Elbette hastanenin kalite güvencesi sınıflama konusunu son derece ilgilendiriyor. Bir taraftan zaten

kalite anlamında iyi değilse, kalite güvenlik sistemi iyi değilse doğal olarak mortalite oranları da yüksek olacaktır. Burada bazı sorunlar da var; böyle yapalım ama karşılaştırmada sorunlar çıkmaz mı, haksızlıklar olmaz mı? Olabilir elbette, çünkü bakıyorsunuz hiç kardiyovasküler hasta kabul etmeyen bir hastanede mortalite oranı çok düşük ama daha çok kardiyovasküler hastalıklara bakan hastanede daha yüksek. Yani riskli hastaları kabul eden hastanelerde mortalite oranının biraz daha yüksek olması doğal, mortalite oranlarını yaparken buna göre bir uyarılama yapmak gerekiyor. Hem hastalığın bu anlamda karakteristiği önemli hem de hastanede hangi servislerin olduğu önemli. Aynı hastanede farklı servisler arasındaki mortalite oranlarında da farklılıklar ortaya çıkacaktır. Bu anlamda da korelasyona dikkat etmek gerekiyor. Yatan hasta sayısı son derece önemli, bir tane hasta yatırmıştır hastaneye bir ay içinde ve de o da sağlamdır, mortalite oranı sıfırdır. Ama öte yandan 100 hasta yatıran ama mortalite oranı diyelim ki % 1 olan hastane daha kötü durumda görünebilir. O nedenle bu sorunları dikkate alıp bir uyarılama yapmakta yarar var.

Çıktıları değerlendirebileceğiz, gerçekten çıktılar birçok yönden ele alınabilir. Hem hastalıklar yönünden hem hastaların memnuniyeti açısından hem mali açıdan. Hastalar açısından ele alabiliriz çıktıkları, iyileşme yüzdeleri ya da mortalite oranları. Tedarikçiler açısından ele alabiliriz, sistemler açısından ele alabiliriz, kalite kriterleri açısından ele alabiliriz, istatistik çıktılara bakabiliriz, coğrafi duruma göre bakabiliriz, coğrafi duruma göre hastaneleri sınıflandırabiliriz. Sabah oturumundaki konuşmalar daha çok performans kriterleri üzerineydi. Çoklu seviyeli sınıflandırmalarda performans kriterleri gerçekten çok önemli yer tutuyor. Performans kriterlerine bakarak aslında daha ilerde sadece basit sayılar vermekten öte multi-regülasyon analizleriyle matematiksel hesaplar yaparak çok ayrıntılı hesaplamalar sonucu sınıflamalar yapılıyor. Burada hem yönetsel açıdan hem mali açıdan uygulama ölçütleri ya da hizmet ölçütlerini ele alabiliyoruz. Hasta çıktılarını ele alabiliyoruz ve memnuniyeti ele alabiliyoruz. Yine sabah verilen bir örnek vardı, tesadüf aynı örnek bende de var; MI ile gelen hastaların 30 günlük mortalite oranına bakıyoruz, böylece bütün hastaneleri karşılaştırarak sınıflamaya bir kriter de oradan giriyoruz. Doktorların vizite sayısına bakıyoruz, bir yatan hastayı kaç kez görüyor doktor. Ya da bir başka örnek; diyabetli hastaların ortalama laboratuvar maliyeti o hastanede ne kadar, bir başka hastanede ne kadar diye bakıyoruz. Burada bu regülasyon analizleri sonucundaki bir diyagram doktorların vizite durumu karşılaştırılarak herhangi bir hastane için doktorlar arasında bir farklılık var mı yok mu diye bakılmış ve anlamlı bir sonuç bulunamamış. Çoklu seviyeli modellere değişik örnekler var, zaman kısıtlılığı nedeniyle ayrıntılarına girmeden iki örnek daha veriyorum. Sonra böyle haberler de çıkıyor. Aslında bizde de zaman zaman doktorlar için çıkardı geçmişte, işte Amerika'dan bir örnek; en iyi hastaneler diye. Kamuoyu bu sınıflandırmalarla gerçekten çok yakından ilgileniyor. Kamuoyunu çok yakından ilgilendirdiği için de tartışmalar sadece sektörde yaşayanları ilgilendirmiyor, toplumun tümünü ilgilendiriyor. Özellikle ödemeler açısından sınıflandırmalar yapılıyor ve bizde de yapıldı. Kamuoyu acaba nasıl algılıyor diye bir soru işaretiyle başlayıp birkaç soru işareti söylemekte yarar var. Tefik Bey bana önce bir sınıflandırmaları toparlarsın demişti, toparlamak yerine biraz kafa karıştıracağız herhalde, sonra arkadaşlarımız toparlarlar. Hastalar birinci sınıf hastane yerine üçüncü sınıf hastaneye gidiyor durumda hissettiklerini kendilerini nasıl algılayacaklar, bir soru işareti yine. Özel sağlık kurumları sınıflandırılırken kamu hastaneleri sınıflandırılmalı mı? Tefik Bey söyledi onu, şüphesiz sınıflandırılmalı. Özel ya da devlet hastanesi diye bir ayırım yapmak çok anlamsız. Aslında tüm hastaneler, daha doğrusu tüm sağlık hizmetleri kamu hizmetidir. Çok net ayrımlara bile gerek yok, elbette özel hastaneler kâr amaçlı diyebilirsiniz ama sağlık hizmetlerinin temel özelliğidir, özel hastaneler bile asıl amacı kâr olmamalıdır. Özel hastanelerin asıl amacı yine toplum sağlıdır. Kâr elde ederken o kârı kendi sürekliliğini sağlamak, geliştirmesini sağlamak için yapmalıdır. Bu durum sağlık hizmetlerinin, sağlık sektörünün diğer sektörlerden önemli bir farkıdır.

Ülkemizde neler oluyor diye baktığımızda; kamu hastane birlikleri uygulamasında hangi hastanelere merkezin mali destek vereceğini baz almak için ve Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödemeleri esas olmak üzere sınıflamalar gündeme geldi. Neden sınıflandırma diye genel olarak sorarsak, öncelikle fiyatlar. Hastaneleri Sosyal Güvenlik Kurumu'nun, Sağlık Bakanlığının ya da Maliye Bakanlığının desteklemesini bir tarafa bırakalım; hastaneler fiyatlarını belirlerken aslında bu sınıflara göre belirleyecekler. Bu nedenle bir sınıflamaya ihtiyacımız var. Her hastanenin aynı fiyatı vermesini isteyemezsiniz çünkü bir taraftaki donanım, yatırım çok daha fazladır, bir taraftaki kalite daha iyidir, daha çok para harcamaktadır, aynı fiyatı vermesi mümkün olmayabilir. Bu nedenle fiyatı belirleyebilmek için sınıflandırma yapacaklar. Verilebilecek hizmet türleri farklıdır, bu türler için bir sınıflama yapmamız gerekir. Yapılacak atamalar, kadro izinleri ile ilgili sınıflamaya ihtiyaç var, ileri teknoloji yatırımları için ihtiyaç var, mali yükümlülükler için var ve SGK'dan alınacak para ya da hastalardan alınacak ilave katkı payları için ihtiyaç var, eğitim-araştırma giderleri için ihtiyaç var.

Nelere dikkat edeceğiz diye baktığımızda; sınıflama gerekçeleri, sınıflama kriterleri bütün sektör tarafından kabul edilebilir olmalıdır, kamuoyu bu konuda bilgilendirilmeli ve sonuçta bu kriterleri kabul edebilmelidir. Gereksiz tartışmalara meydan vermemesi için de olay netleşmeden sektördeki paydaşlar tarafından uzlaşma dâhilinde sonuçlandırılmalıdır. Hastaneler sınıflandırılırken gerçekten de az veri değil daha çok veri kullanmamız lazım ki, bizde de aslında benzeri yapıldı. Birçok girdiyle, hem süreçle hem çıktılarla değerlendirildi. Bu durumda sınıflandırma kriterlerinin objektif olduğunu iddia edebiliriz. Çünkü gerçekten sınıflandırmalar birkaç veriyle değil çoklu verilerle, çoklu çıktılarla yapıldı. Ama yine de sektör mutlu değil, belki mutlu olanlar da vardır ama genel olarak baktığımızda sağlık sektöründe mutsuzluk hâkim. O zaman niye mutsuzluk oluyor diye düşündüğümüzde biraz da olaya sistem açısından bakmamız gerekli diye düşünüyorum. Bütün bu teknik işlemlerle, sonuçta sınıflandırmayı yaparken kendimizi oligarşik bir düzende mi hissediyoruz ya da oligarşik bir düzen olarak mı yapıyoruz ki; eğer öyle yapıyorsak doğal olarak belli zümrelere daha çok imtiyaz veriyoruz. Sosyal devlet anlayışında bir düzenleme mi? İşin en zor kısmı bu. Sosyalist bir düzenleme mi? Eğer sosyalist bir düzenleme olsa zaten fiyat diye bir şey kalmaz her şey ücretsiz olur. Serbest pazar anlayışında kapitalist bir düzenleme mi? Nasıl cevap verebiliriz bilemiyorum ama serbest pazar anlayışı olsa o zaman da her şeyi serbest bıraktırdık gibi geliyor. Sonuçta benim düşüncem, herkes farklı bir şey düşünebilir, benim düşüncem bunlardan birine hepimiz aslında ortak karar vermiş durumdayız. Biz sosyal bir devletiz, kime sorarsanız sorun herkes sosyal devletiz ya da sosyal devlet olmak istiyoruz diyor. Gerçekten sosyal bir devletin gereğini yerine getirebiliyor muyuz, o da yorumlarınıza kalıyor. Sonuç olarak, toplum için yararlı, çok önemli üzerine basa basa söylüyorum adil bir sınıflama yapmamızda yarar var. Teşekkür ederim.

Doç. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu – Panelist

Ankara Üniversitesi

Sözlerime başlamadan önce herkesi saygıyla ve sevgiyle selamlıyorum. Ne mutlu burada böyle bu kadar kalabalık oturmuş nitelikten bahsediyoruz. Gerçekten çok hoş, siz de aynı şeyleri düşünüyor musunuz ama Sağlık Bakanlığının bu kısa sürede geldiği nokta ve herkesin kaliteden konuşuyor olması hakikaten beni çok mutlu ediyor. Çünkü çok uzun yıllardır, öğrencilik hayatımın başından beri sağlık kurumları yönetimi konuşuyoruz. Bu nedenle bugün burada yine bunları üzerinde konuşuyor olmak ve bunların üzerinde fikir yürütüyor ve hakikaten giderek daha doğru bir noktaya yaklaşıyor olduğumuzu görmek açıkçası hoşuma gidiyor.

Elbette bunda tartışmalar, sıkıntılar var; özel hastaneler başka bir şey söylüyor, kamu başka bir şey söylüyor, yönetici başka bir şey söylüyor. Mithat Hocanın da konuşmasını çok beğendim. Mithat Hocanın da biraz önce bahsettiği gibi dün itibarıyla Şahin Hoca gelemeyeceği için konuşma yapmamı benden rica etti, size de yine çok saygı ve sevgilerini ifade etti, kusura bakmasınlar dedi. Hocanın kaldığı yerden devam etmek istiyorum.

Ben ne söyleyeceğim? İzinizle geri ödeme modelleriyle başlamak istiyorum. Hepimizin bildiği gibi öncelikle sıklıkla kullandığımız literatürde dört geri ödeme modeli var. Bunlardan bir tanesi hizmet başı ödeme. Sundukları her hizmet için ayrı bir ödeme yapılması şeklinde kamuda kullanıyoruz. Bunun en büyük sıkıntısı ne? Gerçekten hizmet sayısının artışı ve bundan dolayı da devlete bunun farklı şekilde yansımaları biraz bizim için sıkıntılı olabiliyor ama kullandığımız bir ödeme modeli. Diğeri, gün başı ödeme, hastanelere yatış süresine göre yapılan ödemeler. Bunun da bir takım sıkıntıları var, uzun süre yatıldığında ki kamu hastaneleri ve özel hastaneler için bunu önleyebilmek için birtakım yöntemler düşünülüyor, kısaltılıyor veya geri ödemede buna bir önlem alınıyor biliyorsunuz. Bir diğeri vaka başı ödeme, hastanelere kabul ettikleri vakalara göre, vakaların karmaşık yapısına göre, komplike durumuna göre ödenen ücretler. Bir diğeri de kişi başına ödeme. Kişi başına ödeme daha sorunsuz gibi görünse de onda da şöyle bir sıkıntı var; ödüyorsunuz ama gerçekten hizmet yerine gitti mi bilemeyebiliyoruz. O hastalık için yapılması gereken tetkiklerin, tahlillerin yapılıp yapılmadığı hususlarının da gerçekten bir denetimi gerekiyor. O nedenle belki her biri ayrı ayrı tek başına ciddi denetim süreçlerine ihtiyacı olan modeller. Bir diğeri de, bütçeleme dediğimiz geri ödeme modeli kamu hastanelerinde uygulanıyor. Bundan yaklaşık iki hafta önce, Ankara Tabip Odası ve bir derneğin düzenlediği toplantıda ben bunun çok mantıklı olabileceğine dair bazı şeyler söyledim. Söz konusu toplantıya özel hastanelerden gelen arkadaşlar beni iyimserlikle suçladılar. Açıkçası ben bu modeli sağlık kurumları yönetimi felsefesi açısından baktığımda şöyle düşünüyorum ve öyle olmasını arzu ediyorum; hastanelere özerk yapı kazandıracak şekilde yani bir hastanenin kendi kendini idare edebilmesi, benim bütçem budur, ben bununla şu kadar hasta bakabilirim, bunun bana maliyeti şudur diye tek tek, kalem kalem öğrenebilmesi, yapabilir duruma gelmesi yani edilgen yapıdan etken yapıya geçebilmesi için bir fırsat olarak düşünüyorum. Ama elbette geçiş süreci çok sancılı olabiliyor, kamudan ciddi bir sübvansiyon var. Sübvansiyon çekildiğinde ne olacak? O zaman birlikte göreceğiz. Dolayısıyla bu geçiş sürecinde herhalde özellikle yöneticilerimize çok ciddi iş düşüyor diye ifade edebilirim.

Geri ödeme kurumunun bu süreçte beklentileri neler? Kalitenin düşmemesi, dolayısıyla minimum maliyetle sağlık hizmeti sunumunun sağlanması. Kalitenin düşmemesi hususunu burada özellikle belirtmek gerekir herhalde. Bir diğer husus, sigorta kurumunun gelir-gider dengesinin bozulmaması. Bu da çok önemli çünkü her zaman için paramız az ama vermemiz gereken hizmetimiz büyük. Hizmetlerin doğru biçimde faturalandırılması, eksiksiz olması, geçeceği yansıtması, gerçek

olmayan faturaların olmaması ve de en önemlisi düzenli ve gerçek bir kayıt sistemi. Yine bu geçiş sürecinde en çok önemsememiz gereken ve de hepimizin canla başla sarılmamız gereken bir diğer sistem bu. Gerçek ve düzenli bir kayıt sistemine kavuştuğumuz ve bunu hepimiz canla başla yapıyor olduğumuz zaman gerçekten sorunlarımızın büyük bir kısmı çözülebilecek diye düşünüyorum. Buna karşın hizmet sunucularının beklentileri ne? Şimdi yine özel hastanelerden bununla ilgili daha detaylı beklenti ifade edilecek ama gerçek hizmet maliyetlerinin belirlenmesi; yani her hastanenin aslında kendi maliyet analizlerini yapabilir durumda olması ve bunun da karşı taraftan görülür, anlaşılır olması, Mithat Hocanın da biraz önce ifade ettiği gibi bir uzlaşma noktasına gidiyor olması gerekmektedir. Hizmet kalitesine göre ödemelerin farklılaştırılması son derece önemli ve tabii ki elbette zamanında ödeme. Çünkü biliyoruz ki hizmet çok pahalı, bunu çevirmek, döndürmek hastane için zor. O nedenle zamanında ödeme olmaması durumunda gerçekten hastaneler durma noktasına gelebiliyor ki şu anda biraz galiba öyle. Adil olması, eşit olması ve farklılıkların belirlenmesi. Yani çalışan-çalışmayan, yapan-yapmayan, niteliğe sahip olan-olmayan ya da olma yolunda olanların belirlenmesi. Bunlar da hizmet sunucularının beklentileridir diye düşündük.

Bir ödeme mekanizması üzerinden biraz açmaya çalışacağım; aynı hasta üç farklı hastaneye gittiğinde hizmet alıyor ama bu hizmetin birbiriyle aynı olması acaba beklenebilir mi? Dolayısıyla buradan sınıflandırma mantalitesine gitmek istiyorum, sigorta kurumu da bunlara ödeme yapıyor. Neye göre ödeme yapıyor? İşte bir takım sınıflandırma modellerine göre şu anda gittiğimiz yol orası. Peki, acaba bu üç hastanedeki hizmetler ve hizmet sunulan ortamlar birbirinin aynısı olabilir mi? Veya bu anlamda bunlarla bağlantılı olarak hastanelere yapılan ödemeler aynı mı olmalıdır? Zaten 2008'deki uygulamalardan sonra gündeme gelen bir takım gelişmeler sonucunda, sınıflandırma mantalitesi biraz da bu hastanelerin “biz aynı değiliz” itirazından yola çıktı. Sonuç olarak da hastalardan alınan farklar aynı mı olmalıdır? Yine bir diğer örnek, ortalama maliyet üzerinden konuşabiliriz. Bu bir ortopedi muayenesi olsun; bir hastanede 5 dakika, diğerinde 20 dakika, diğerinde diyelim 25 veya 30 dakika. Dakika ile sınırlandırıldığında veya buradaki hekimle sınırlandırıldığında veya hizmetin niteliği ile sınırlandırıldığında şimdi üç hastanede verilen poliklinik hizmetinin eşitliği söz konusu olabilir mi? Klinik karar verebilmek için 5 dakikada bir muayene işlemi gerçekleştirilebilir mi? açıkçası bu konularda sıkıntı var. Bir özel hastanede 5 dakika süren bir muayene hizmetinden memnun olur musunuz? Bunları konuşurken bir tarafta hep hasta ve hasta yakını olarak da kendimizi düşünüyoruz. Dolayısıyla bu konuştuklarımız aslında hasta yakınlarıyla da ya da hastalarla da uzlaşma sağlanılan noktalarda ortak akıl yürütürerek bir yere gitmeli diye düşünüyorum ki gittiğimiz yolun da açıkçası orası olduğunu söyleyebilirim.

Sağlık hizmetlerinin özelliklerini anmadan olmaz çünkü konuştuğumuz sınıflandırma mantalitesi, mekanizması sağlık hizmetlerinin özellikleri üzerine oturan bir süreç. Hizmetin ikamesi yok ve talep tüketici tarafından gerçekten belirlenemiyor. Talebin ertelenmesi mümkün değil, bu nedenle esnekliği son derece katı. İlk seferde ve doğru şekilde sunulması gerekiyor, telafisi maalesef yok. Sağlık hizmetinin talebi tesadüfi olabiliyor, bizim belirleyebileceğimiz bir durum ve arzı ise son derece pahalı. Teknoloji kullanalım, yenilikleri uygulayalım, Amerika'dakini yapalım dediğimizde bunun faturası gerçekten ciddi anlamda pahalı olabiliyor ama biliyorsunuz hepimiz hasta ya da hasta yakını olduğumuzda en iyisini istiyoruz. Sağlık hizmeti aynı zamanda toplumsal bir süreç, dolayısıyla birine yaptığımız iyileşme diğerini etkileyebiliyor. O nedenle bu sürecin tamamını topyekûn düşünmek zorundayız.

Peki, sınıflandırma neden gerekli? Mithat Hoca çok uygun yerden başladı ve güzel örnekler gösterdi bize. Ben de aynı noktaya birkaç şey eklemek istiyorum; kalite ve maliyet bazı faktörlerden etkileniyor. Personelin niteliğinden etkileniyor, yani bugün burada bu kadar güzide topluluk oturup

nitelik konuşuyoruz, o zaman personelin niteliğinin de farklı olduğunu biliyoruz. Hepimiz kapalı kapılar ardında bunları konuşuyoruz ama açık konuşurken biraz daha sıkıntılarımız olabiliyor. Ama dediğim gibi biz bunun bir geçiş süreci olarak görürsek herhalde biraz daha rahatlayacağız. Sabit yatırımlar nedeniyle hastaneler birbirinden farklı, görev yapısının karmaşıklığı nedeniyle farklı. Bir üniversite hastanesiyle bir normal bir hastane, bir birinci basamak, bir ikinci basamak herhalde bir tutulmamalı. Dolayısıyla burada bunu söylemeden edemeyeceğim. Yani bunların hepsini konuşurken bir taraftan basamaklı sağlık hizmetlerinden uzaklaşmak ya da bunu konuşmuyor olmak aslında bu modelin tamamen karşı karşıya kaldığı ters bir süreç dolayısıyla bizim bir an önce aslında basamaklı sağlık hizmetlerine giderek bunları konuşmamız lazım. Hastalığın derecesi ve şiddeti nedeniyle sınıflandırmalar farklı, girdilerin kalitesi farklı ve hastanenin olanakları farklı. Bir yeri birisi küçük bir alana, mekâna sığdırmak zorunda kalırken bir diğeri yatak kapasitesi, imkânları, teknoloji ve sabit maliyetleri çok farklı olabiliyor. Hastanenin kuruluş yeri nedeniyle de yine sınıflandırma farklılıkları olabiliyor. Dolayısıyla hastanelere ödenecek tutarlar ve fark ücretleri mutlaka sınıflandırılabilir veya farklılaştırılabilir demek istiyorum.

Türkiye’de sınıflandırmayı biraz sonra Dilek Hanım da herhalde ayrıntılarıyla açacak bize ama mantalite olarak baktığım için mi bilmiyorum, ben orada da biraz daha iyimserim. Mesela şunu çok beğendim, diyor ki yönergede; sunulan hizmetin maliyet profilinin tespitine, yatırım maliyeti yüksek olan hizmet alanlarında yatırım teşvikine, hasta-çalışan güvenliği ile hasta-çalışan hakları konusunda farkındalık oluşturulması için sınıflandırıldı diyor. Tamam, evet hastalardan alacağı fark oranlarını belirlemek için bu yapıldı ama aslında mantalite bu. Dolayısıyla da bizim şöyle düşünmemiz gerekiyor herhalde; biraz sonra Reşat Bey itiraz edebilir, bu noktada değilsen de bizim bu noktaya geliyor olmamız lazım. Yani her sene eğer biraz daha buna yaklaşıyorsak bu yönerge tutmuş, oturmuş demektir diyebilirim. Burada bir karmaşa var, üzgünüm yani A sınıfı, E sınıfı biliyorsunuz onları çok söylememeye çalışıyoruz ama puanlar üzerinden konuşuyoruz. Türkiye’deki sınıflandırma kriterleri de gerçekten mantalite olarak beş kalifikasyon yapılmış; hizmet kalite standardı, hasta hakları, çalışan güvenliği, hizmet dilim endeksi, kapasite, çalışan hakları ve hukuki sorumlulukları. Açıkçası biraz insan kaynaklarıyla da uğraştığım için mesela sonuncudan başlamak isterim. Yani sigorta primlerinin yüksek yatması, personel devir oranlarının azalması. Bir hastane için daha hoş bir şey olabilir mi? Sonuçta uzun süre çalışanlarla ve prim oranları yüksek çalışanların mutlu olduğu bir yerdeki bir çalışan müessesesi olması ve bunun da sınıflandırmaya etki etmesinden daha insani bir şey olabileceğini açıkçası düşünmüyorum. Bir diğeri kapasite, bu hepimizin çok iyi bildiği bir şey. Hizmet dilim endeksi karmaşıktan, karışıklıktan, hastalık farklarından bahsettik. Dolayısıyla bu hizmet dilim endeksi buna oturuyor biliyorsunuz. Yine hasta ve çalışan güvenliği ki bu kongrenin temel konularından birisi, dolayısıyla bunu iyileştirecek özel hastanelerin sınıflandırılmasıyla ilgili, özel hastanelerin kalite performans birimi tarafından izlenmesiyle ilişkili bunda yapılacak iyileştirmelerin sınıflandırmaya yansıyor olması hakikaten yine son derece iyi bir gelişme olabilir diye düşünüyorum. Bir diğeri de hepimizin bildiği gibi hizmet kalite standartları.

Türkiye’deki durum bu, peki dünyada nasıl? Mithat Hoca aslında epeyce söz etti. Bir Danimarka örneği sınıflandırma kriterleri olarak bakalım neler kullanılmış? Fiziksel özellikler, hasta güvenliği, hijyen, ayakta ve yatan hasta memnuniyeti, bekleme süresi, hastalık oranları. Şimdi bunların her birisi spesifik olarak hastanelerde tek tek analiz ediliyor, bunlar için bir veri tabanı oluşturuluyor, bu veri tabanı doğru bir veri tabanı. Yani ayakta ve yatan hasta memnuniyeti diyorsak örneğin, bu çok doğru bir skalayla, doğru bir sistem üzerine oturtulduğu zaman ancak bunun bizim için bir anlamı olabilir. Ohio’dan bir model yine, Amerika’dan hastane sınıflandırmalarında hastane ödemeleri her gruptaki hastanelerin maliyet ortalamaları esas olarak yapılır diyor. Oradaki sınıflandırma modeli hastaneler arasında çok derin açıklar varsa bile bunları ortalamaya çekerek hepsini bir taraftan

iyileştirmeye çalışan bir sistem. Bir diğer örnek, 1981'de yapılmış bir çalışmadaki bir örnek. Nasıl yapılınsı diye bakmışlar, faktör fiyatları ve çıktılar üzerine bunu temelleyelim demişler. İşte bölgedeki ortalama ücretler ve bölgedeki ortalama sağlık personeli ücretlerinin sınıflandırmaya yansımalarını kabul etmişler. Yine çıktılardan Mithat Hoca da söz etti; hizmet sayısı, kamusal nitelikli hizmet sayısı, kompleks, karmaşa vakaların sayısından söz etti. Tabii ki, elbette bir by-pass ameliyatı ile bir diğeri birbirinden farklı olmalı. Yatış oranları, ameliyat oranları, gelire göre bir sınıflandırma veya nüfusa göre bir sınıflandırma olabilir kriter olarak. Yine bir başka araştırma, bakınız tarihi ne kadar eski, çok uzun yıllardır üzerinde konuşulan, tartışılan, uzlaşmaya çalışılan yani literatürde de tartışılan konular bunlar. Kurumsal ve hizmetle ilgili kriterler verilmiş, bir de çevresel faktörlerle ilgili kriterler verilmiş. Kurumsal hizmetle ilgili kriterlerde hizmetin çeşitliliği, teknolojik yatırım gerektiren bölüm sayısı. Şimdi hakikaten 72 milyonluk bir Türkiye Cumhuriyetinde bunlara bir model bulmak, bunları sınıflandırmak, bir araya getirmek takdir edersiniz ki son derece zor. Uzun dönemli bakım verme durumuna göre, eğitim statüsüne göre, yatak sayısına göre, hemşire sayısına göre, servis-sermaye tutarına göre, yatış oranı ve ameliyat oranlarına göre. Ama bunlar dediğim gibi hepsi çok doğru tutuluyor, gerçek oranlar bunlar. Şişirme değil, yalan değil, eksik değil ya da eksik kayıtlarla yapılmış bir takım oranlar olmaması en önemlisi. Çevresel faktörlerin içinde nüfus yoğunluğu var, gelir var, sigortalı nüfus oranı var, 65 yaş üstü nüfus, 15 yaş altı nüfus gelenlerin durumuna göre de bu bir takım sınıflandırmalar yapılmaya çalışılıyor.

Herhalde bu benim son slaydımdı, kısaca ben de görüşlerimi ifade etmeye çalıştım, sorular olursa memnuniyetle yanıtlarım. Çok teşekkür ederim efendim dinlediğiniz için.

Prof. Dr. Tevfik Özlü – Oturum Başkanı

Ezel Hanım'a biz de çok teşekkür ediyoruz. Kendisi geri ödeme açısından sınıflandırmanın fonksiyonu, işlevi ne olabilir bundan bahsetti. Benim dikkatimi çeken en önemli vurgu, belki bana göre bu hizmet sunumunda personelin niteliği üzerinde durmasıydı. Gerçekten çoğu zaman fiziksel modern mekânlar ya da gelişmiş teknoloji, hizmetin volümü, personelin sayısı gibi ölçütleri çok kullanıyoruz ama personelin niteliği belki bunların hepsinden daha belirleyici. Buna vurgu yaptığı için ben doğrusu çok mutlu oldum. Çünkü sağlıkta aslında alınan bütün kararlar geri ödeme kurumunu hedeflese bile sonuçta hastaya bir şekilde geri yansır. Hastanın aldığı hizmetin kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden bir tanesi de gerçekten personelin niteliği. Çok teşekkürler.

Şimdi üçüncü konuşmacıya söz vermek istiyorum. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığından Sayın Uzman Doktor Dilek Tarhan. O da bize özellikle sınıflandırmanın hastaların aldığı hizmet kalitesini ne ölçüde ve nasıl etkileyebileceği konusunu aktaracak. Buyurun Sayın Tarhan.

Uz. Dr. Dilek Tarhan – Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı

Çok teşekkür ediyorum. Değerli misafirler öncelikle hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Hastane sınıflandırmaları ve puanlandırma sistemleri aslında son birkaç yıldır ülke gündemine giren bir konu biliyorsunuz. Dünyada bugün hastane sınıflandırmaları genellikle sağlık sistemlerinde verilecek kararların hizmetin kalitesine göre belirlenmesini sağlayacak şekilde kurgulanmıştır. Bu amaçla hastaneler ve hekimler çeşitli nitelikleri ve hizmetin kalitesine ilişkin çeşitli kriterlerle derecelendirilmektedir. Bu derecelendirmeler bazı ülkelerde kamu otoritesi tarafından yapılırken bazı ülkelerde de özel bağımsız kuruluşlarca gerçekleştirilmektedir. Ama yapılan değerlendirmelerin sonucunda genellikle bu değerlendirmelerin sonuç raporları halka açık olarak sunulduğu için hizmeti alanlar, yani hastalar ve hasta yakınları hizmet alacakları sağlık kuruluşlarını kalite, hasta güvenliği düzeyi ve klinik çalışmaların sonuçları, maliyetlerine göre sorgulayabilmekte ve bu bilgiler sayesinde de gidecekleri sağlık kuruluşunu seçebilmektedirler. Uluslararası örneklerde yapılan hastane değerlendirmelerinin çok farklı ihtiyaçlara göre oluşturulabildiğini ve çok farklı işlevler görebildiğini görmekteyiz. Buna örnek verecek olursak; hastane sınıflandırmaları ya da hastane gruplandırılması terminolojisi daha çok sağlık kuruluşlarının ödemeye esas teşkil edebilecek özelliklerinin tanımlanması veya sınıflandırılması için daha çok kullanılmaktadır ki buna Fransa'daki hastane sınıflandırması örneğini verebiliriz. Hastane derecelendirilmesi ya da yıldız verme terminolojisi ise daha çok sağlık kuruluşundan hizmet alan bireylerin bilgilendirilmiş seçimler yapabilmelerine olanak sağlamak üzere tasarlanmış sistematik değerlendirme çalışmaları olarak kullanılmaktadır. Buna örnek olarak da Amerika Birleşik Devletleri'nde veya İngiltere'de yapılan hizmet sunucu karşılaştırma sistemlerini vermek mümkün. Sağlık kuruluşlarının kıyaslayıcı değerlendirmeler, İngilizce'de benchmarking olarak ifade edilen kıyaslayıcı değerlendirmeler yapmaları ve bu sistemler içine dâhil olması da yine bu kavram içinde değerlendirilebilecek bir unsur. Yine sağlık kuruluşlarının kendi gönüllülükleriyle katkı sağladıkları ve kendi verilerini gönüllü olarak paylaştıkları kıyaslama sistemleri de hastane değerlendirmesi içinde ele alınabilecek sistemlerdendir. Buna örnek olarak da Dünya Sağlık Örgütü'nün PATH Projesini vermek mümkün.

Şimdi, bu oturumda daha çok hastanelerin hizmet kalitesini artırmasına, hasta güvenliğinin sağlanmasına ve hasta güvenliğinin iyileştirmesine yönelik hastane değerlendirmeleri ve bu alanda hastanelerin teşviki ve karşılaştırmasının yapılabileceği sistemler üzerinde konuşacağım; yani hep kalite üzerinden sınıflandırma ya da puanlandırmaya ele alacağımdan müsaade ederseniz sınıflandırma yerine puanlandırma terminolojisini kullanmak istiyorum. Bu kısa girişten sonra da sunumumun ya da konuşmamın ana başlıklarını nasıl kurguladığımı sizlerle paylaşmak istiyorum. Öncelikle neden, kimin için, neye göre kalite? Kaliteyi nasıl ölçelim? Kaliteyi nasıl teşvik edelim? Neden puanlandırırız? Türkiye'de hastane puanlandırmasını nasıl yapıyor ve bundan sonra ne yapılmalı?

Öncelikle sizlerle ünlü Japon yönetici Masaki Mai'nin bir sözünü paylaşmak istiyorum. "Kaliteden söz edildiğinde akla ilk gelen şey ürün kalitesidir. Ancak bu doğru değildir, işin üç yapı taşı vardır" diyor. "Donanım, uygulama kuralları ve insan! Burada en önemli unsur insandır, kalite insanla başlar" diyor. İşte hastanelerimizde kalitenin zor olmasının sebebi de aslında bu. Bu üç yapı taşının çok eksenli, çok bileşenli unsurlar olması ve birbirleriyle ilişkilerinde de çok karmaşık, sofistike bir yapıya sahip olmaları. Gerçekten hastanelerde kaliteyi uygulamak zor ama bir o kadar da gerekli. Çünkü bu karmaşık yapı beraberinde yüksek riskleri de getiriyor ve riskler de hasta ve çalışan güvenliğini olumsuz etkileyebilmekte. Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ise toplum sağlığının

arttırılmasında, geliştirilmesinde en önemli şartken bir taraftan da hasta ve çalışan memnuniyetinin arttırılmasına sebep olarak aslında kurum yararının ortaya çıkmasına sebep oluyor. Çünkü hasta ve çalışan memnuniyetinin olmadığı bir ortamda sağlık kurumunun maddi ve manevi bir yarar sağlaması düşünülemez. Tabii uygun rekabet ortamının sağlanması koşuluyla.

Şimdi aslında buraya kadar kimin için kalite sorusuna bir anlamda yanıt verdik ama burada dikkatinizi yine başlıktaki bir kavramla ilgili noktaya çekmek isterim. Kullanıcı yararı; kullanıcı ifadesini burada sadece hizmeti alan değil, hizmeti verenler için de kullanmak istiyorum. Çünkü sağlık hizmeti veren kurum, sağlık hizmeti veren çalışan da aslında verilen sağlık hizmetinin kalitesinden faydalanır. Çünkü kaliteli sağlık hizmeti öncelikle güvenli hizmettir. Güvenliğin olmadığı bir ortamda kaliteden söz etmek mümkün değildir. Güvenli ortam hem hasta için hem çalışan için olması gereken durumdur. Yine kaliteli sağlık hizmeti dediğimizde; kaliteli sağlık hizmeti verimlidir ve israftan kaçınır, bu nedenle de kurum yararı geçerlidir. Adildir; hem çalışan için hem hizmet sunduğu bireyler için adildir ve bütün bunlar sonuçta kurum yararına hizmet eden unsurlardır.

Şimdi kalitenin çerçevesini, kurallarını neye göre belirliyoruz? Tabii öncelikle bilimsel kanıtlar bize ışık tutuyor çünkü sağlık aslında bilimin en çok ilgi duyduğu, en çok araştırmaların yapıldığı alanların başında geliyor ve her yeni uygulama, her yeni teknoloji beraberinde yeni standartları, yeni kuralları getiriyor. Tabii bu durumda kalite, kurallarını ve çerçevesini sürekli güncellemek durumunda kalıyor. Kalite imkânlarla ve koşullara bağlı olarak değişmemelidir diye düşünülebilir. Evet, doğrudur ancak şu da unutulmamalıdır ki nasıl bir ülkede belirli stratejik planlara göre önceliklerimizi, hedeflerimizi belirliyoruz, kalite için de eğer ulusal bir yapılanmadan, uygulamadan bahsetmek istiyorsak önceliklerimizi, hedeflerimizi belirlemeliyiz ve öncelikler, hedefler doğrultusunda ülke ihtiyaçlarını gözeterek yolumuza devam etmeliyiz. Aslında bugüne kadar Bakanlığımızın da kaliteyle ilgili konularda izlediği yol budur. Uluslararası kabul görmüş uygulamaları elbette incelemekteyiz ve incelenmesi gerekmekte ve bunlardan faydalanılmakta. Tabii bir taraftan mevcut durumun elverdiği verileri ancak kalite için kurallı olarak belirleyebiliriz. Mevcut durumda elde edemeyeceğimiz verilerle bir kurallar dizisi oluşturmanın hiçbir mantığı yok. Ancak tespit etmek istediğimiz verileri belirleriz, daha sonra bu verilerin elde edilmesine toplanabilmesine yönelik gerekli altyapı çalışmalarını tamamlamamız gerekmektedir.

Kaliteyi değerlendirmek için kullanılan sistemlere genel olarak baktığımızda ana başlıklardaki ölçütlerin kullanıldığı görülebilir. Yapısal düzenlemelerin değerlendirilmesi, süreç bazlı faaliyetlerin değerlendirilmesi, klinik süreçlerde kanıta dayalı yöntemlerin uygulanmasının değerlendirilmesi, klinik çıktılarının değerlendirilmesi ve kullanıcı memnuniyetinin değerlendirilmesi. Şimdi bu ana başlıkları tek tek inceleyecek olursak; yapısal düzenlemelerin değerlendirilmesi hepimizin bildiği gibi kurumun altyapı özellikleri, fizik koşullarını değerlendiren sistemler. Burada kurumda yerinde değerlendirme gerekir. Süreç bazlı faaliyetlerin değerlendirilmesinde süreçlerin ve süreçlerle ilgili kuralların ve takip göstergelerinin belirlenmesi, izlenmesi, denetimi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasıdır ve bu da yerinde değerlendirmeyi gerektirirse de uygulamalı değerlendirme gerektirir. Klinik süreçlerin değerlendirilmesinde hizmeti değerlendiren kanıta dayalı ölçütler kullanıyoruz. Buna uluslararası uygulamalardan örnek vermek gerekirse; kalp krizi ile gelen hastaya 30 dakika içinde fibriyotik tedavi başlanmasıdır. Bu tanıyı almış hastaların, kayıtlı hastaların içinde 30 dakika içinde fibriyotik tedaviye başlayan hastaların oranı değerlendiriliyor, karşılaştırılıyor. Diğer bir örnek ise, pnömoniyle gelen hastaya antibiyotik başlama zamanıdır, doğru zamanda antibiyotik başlanıp başlanmadığının değerlendirilmesidir. Pnömonili hastada antibiyotik başlamadan önce acil serviste kan kültürü alınması gibi bu örnekler uzatılabilir. Bir taraftan da klinik çıktılarının değerlendirilmesi gereklidir. Burada klinik çıktılar bize verilen hizmetin hastanın sağlığına etkisini gösteriyor. Bunlara

örnek olarak da riske göre düzenlenmiş mortalite oranları, risklere göre düzenlenmiş yeniden başvuru oranları verilebilir. Kullanıcı memnuniyetinin değerlendirilmesi demiştik. Yine dikkatinizi çekmek istiyorum, burada kullanıcı hasta ve sağlık çalışanıdır. Konunun her iki muhatabının da kayıt ölçütü söz konusu olduğunda konuya dâhil edilmesi gerekiyor. Anket uygulamaları mümkün olduğunca tarafsız, objektif uygulanmalı veya uygulatılmalı ve sonuçlar hem ilgili kurum tarafından hem de denetleyici kurum tarafından analiz edilmeli ve sisteme dâhil edilmelidir. Kalite aslında hepimiz için, herkes için bir ihtiyaç ama rekabet ortamının, eğitimin, bilginin, farkındalığın yeterli olmayışı, ödül ve yaptırımın eksikliği gibi nedenlerle aslında yeterli ilgiyi zaman zaman göremeyebiliyor. İşte bu nedenle puanlandırmalıyız ve bu nedenle kaliteyi teşvik etmeliyiz. Ayrıca hizmeti alanların aldıkları hizmet karşılığında verecekleri değerlerin belirlenmesi, ödeme kuruluşları ve hasta yakınları açısından bu değerini belirlemenmesi, hizmet alan ve hizmeti sunan kullanıcıların verilen hizmetleri nitelik ve nicelik olarak değerlendirebilmesi ve karşılaştırabilmesi, puanlama için gerçekçelerimiz ve elde edebileceğimiz çıktılardır diyebiliriz.

Şimdi bugün hastane sınıflandırılması konusunda Türkiye’de geline noktanın kısaca bahsedeceğim. Konuşmamda konuya hep kalite açısından bakmaya çalıştım. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından özel hastanelerle vakıf ve üniversite hastanelerinin puanlandırılması hakkındaki yönerge kapsamında yapılan puanlandırma çalışmasında hastanelerin, kurumla sözleşmeli hastanelerin hastalardan alabilecekleri ilave ücret miktarları belirleniyor. Bu yüzde % 70’e kadar hastanenin puanına göre çıkabiliyor. Burada hastane puanlama ölçütlerini hepimiz biliyoruz. Gördüğümüz gibi hizmet kalite standardı ve yine onun altında olan hasta hakları ve çalışan güvenliği konusu toplam puanın yaklaşık % 25’ini oluşturuyor. Aslında daha çok bu yapı, bu sistem yine Ezel Hocamın bahsettiği gibi maliyet profilinin tespitine ve yatırım maliyeti yüksek olan hizmet alanlarında yatırımın teşvikine yönelik olarak hazırlanmış. Peki, biz hizmet kalite standartları ile bu kapsamda neyi değerlendirdik? Şu ana kadar bahsettiğimiz konularla ilgili olarak neleri yapıyoruz, hizmet kalite standartları ile neleri değerlendiriyoruz? Yapısal düzenlemelerin değerlendirilmesini bunlara örnek olarak verebiliriz. Biliyorsunuz şu anda hizmet kalite standartları içinde yaklaşık 1450 standarda yakın standart var. Pek çok yapısal düzenleme değerlendiriliyor; ambulans giriş-çıkışları olabilir, ameliyathane, yoğun bakımlarda zemin ve yüzeylerin dezenfeksiyona uygun olarak yapılması, hastanede yönlendirme levhalarının yönlendirmeye uygun olması, hasta giriş-çıkışlarının uygun olması gibi örnekler verilebilir. Hizmet kalite standartları süreç bazlı faaliyetlerin değerlendirmesini yapıyor. Buna da bir örnek verelim; mavi kod örneği. Mavi kod sistemi acil müdahale gerektiren durumlarda sürecin nasıl işlediğini, nasıl izlendiğini, nasıl iyileştirildiğini inceliyor. Klinik süreçlerin sonuçlarının kurum tarafından değerlendirilmesi; dikkat ederseniz burada dışarıdan bir değerlendirme yok, sonuçları biz değerlendirmiyoruz ama kurum tarafından değerlendirilip değerlendirilmediğini ve gerekli görülen iyileştirme faaliyetlerinin yapılıp yapılmadığını değerlendiriyoruz. Bunlara örnekler verelim; hasta ve çalışan güvenliğiyle ilgili tüm süreçlere ilişkin kurumun belirlediği ya da hizmet kalite standartlarında istenen göstergelerin takibini ve periyodik değerlendirilmesini istiyoruz. Yine hizmet kalite standartlarında belirlenen bazı klinik göstergelerin takibi ve değerlendirilmesi var. Örnek olarak yoğun bakımlarda mortalite oranlarının takibinin yapılmasını ve bunların da apaçi skorlarıyla hastaların risk düzeylerinin belirlenerek yapılmasını istiyoruz. Hizmet kalite standartları burada gördüğümüz üzere çok geniş bir alanda süreçleri inceleyen bir yapı. Standartların dayandığı temel konular hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan hakları. Bunlara kısaca örnek verecek olursak; hasta ve çalışan güvenliği konusu gerçekten standartların dayandığı en önemli çatıyı oluşturuyor ve enfeksiyonların kontrolü, önlenmesi, radyasyon güvenliği, laboratuvar güvenliği, tıbbi atık yönetimi, çalışanlar için kesici, delici alet yaralanmalarının takibi ve sağlık taramaları gibi pek çok faktörü içinde barındırıyor. Hasta ve çalışan hakları yine memnuniyetlerin izlenmesi, mahremiyetin sağlanması gibi faktörleri içeriyor. Altyapı özellikleri ise; maliyet etkililik, stokların takibi, stokların verimli kullanımı, doğru stoklanması, güvenli stoklanması gibi konuları ele alıyor.

Şu ana kadar Türkiye’de gerçekten bu konuyla ilgili iyi bir altyapı oluştu ve yaklaşık beş yıldır kamu hastanelerinde ve 2010 yılı itibarıyla özel hastanelerimizde bu altyapıyla ilgili uygulamalar başladı, çalışılıyor ve gerçekten iyi bir mesafe kat edildi. Peki, bundan sonra ne yapmak lazım? Bundan sonraki süreçte puanlandırmanın esasını öncelikle netleştirmemiz gerekiyor, puanlandırma esaslarının ülkenin amaçlarına göre belirlenmesi gerekiyor. Neye göre belirlemek istiyoruz? Hizmetin karşılığını mı belirlemek istiyoruz, kaliteyi mi iyileştirmek istiyoruz, kurumlararası karşılaştırma yapabilmek mi istiyoruz yoksa hepsini mi istiyoruz? Doğrusu, ideal olanı hepsini içinde barındıran bir sistemin oluşturulmasıdır.

Peki, nasıl bir sistem? Öncelikli amacı hizmetin kalitesini arttırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı denetim sistemini kullanan, kurumları periyodik olarak değerlendiren ve sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en ez hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen, objektif ve güvenilir yöntemlerle hasta memnuniyetini çalışan memnuniyeti düzeylerinde değerlendiren, denetleyici kurumların rehberlik ve önderlik fonksiyonu üstlendirdiği bir sistem oluşturmalıyız. Bu sistem içinde periyodik değerlendirmeler çok önemli. Kalitenin artırılması, sürekli iyileştirme ve rekabet ortamının oluşturulması için bu değerlendirmelerin kamuya açık ve sonuçların şeffaf olarak kamuya duyurulması, bir taraftan rekabeti arttırırken diğer taraftan hizmeti kullananların, hizmeti alanların bilgilendirilmiş seçimler yapabilmelerine olanak sağlayacaktır. Sağlık Bakanlığı olarak bir taraftan neye ihtiyacımız olduğu üzerinde çalışıyoruz. Daha adil, doğru bir puanlama sistemine ulaşabilmek için klinik sonuçlar, tıbbi hata oranları, belli tanılar için klinik süreçlerin uygunluğu, klinik rehberlerin kullanımı ve güvenli uygulamaların kurumlardaki varlığını değerlendirmemiz gerekiyor. Bu klinik verilerin toplanabilmesi altyapı gerektiriyor. Klinik verilerin toplanabileceği kayıt sistemlerinin geliştirilmesi gerekmekte ki Bakanlık da bu çalışmaların yürütüldüğünü hepimiz bilmekteyiz.

Son olarak tüm sağlık kurumlarımızda aynı kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağlamak üzere Bakanlığımızın çabaları ve gayretleri devam edecek. Bu konuda klinik rehberlerin kullanımını Bakanlığımız desteklemekte, klinik rehberlerle ilgili çalışmaları, kayıt sistemleriyle ilgili gelişmeleri desteklemekte ve uygulamakta ve bundan sonraki süreçte doğru ve ideal bir sistemin oluşturulmaması için hiçbir neden yok ve hepinizin desteği ile birlikte daha iyi sağlık hizmeti sunumu için hastanelerimizi daha doğru değerlendirebileceğimizi düşünüyorum. Katılımınız için herkese teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Tefik Özlü – Oturum Başkanı

Sayın Tarhan'a biz de çok teşekkür ediyoruz. Aslında konuşmasında sınıflandırma olgusunun biraz felsefi altyapısını bize aktarmış oldu. Öncelikler, hedefler nelerdir? Hakikaten bu oturumu tamamlayan çok güzel bir sunumda, kendisini kutluyoruz.

Şimdi bir fıkra ile konuyu bağlamak istiyorum. Nasrettin Hoca malum damdan düşünce herkes etrafına toplanmış. Hoca demiş ki, "Aranızda damdan düşen var mı? Varsa şöyle gelsin." Şimdi bizler bu sınıflandırma konusunda teorik çerçevede şöyle olacak, böyle olacak, şu hedefler yakalanacak, şu amaçla bunu yapıyoruz diyoruz ama aramızda gerçekten damdan düşen, bu sınıflandırmayı yaşayan biri var. Bakalım O ne diyecek? Yani bu süreç mevcut sağlık kuruluşlarını ve hastaneleri şu anda nasıl etkiliyor? Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği Başkanı Sayın Uzman Doktor Reşat Bahat'a söz vermek istiyorum. Buyurun Sayın Bahat.

Uz. Dr. Reşat Bahat - Panelist

Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği

Sayın Başkan, Çok Kıymetli Arkadaşlarım,

Öncelikle Sağlık Bakanlığımıza ve Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığına bu daveti için çok teşekkür ediyorum. Burada bulunmanızdan ve burada bulunmaktan çok mutlu olduğumu ifade etmekteyim.

Sayın Başkan ifade ettiler ben de bir espri ile başlayayım, Temel'in mezar taşında yazan şeyi hepimiz duymuşsunuzdur; "Hastayım tetum, tetum inanmadun, sonunda noldi?" Biz bunları söyledik, biz bunları çok konuştuk, şimdi ben size bazı sorular sorayım. Cevaplarını hep beraber verelim ama sizin sesiniz duyulmayacağı için cevapları ben vereyim siz dinleyin.

Neden yapıldı? Ama çok iyiydi, o başka. Ama biz Sağlık Bakanımıza özel sektör olarak gittik ve dedik ki; "4-5 yıldır su akmadığı gibi % 20 indi, % 30'u yanlış hesapladınız, bu iş bir hırsa geldi Sayın Bakanım, bir maliyet çalışması yapalım, bizi kurtarın." Sağ olsunlar, 31 Aralık 2008'de bizi çağırıldılar, kabul ettiler, Sayın Bakanımızın ölçüleriyle hesapladık; % 160 fark alsak ancak Sağlık Bakanlığı hastaneleriyle aynı duruma gelebiliyorduk. Sayın Sağlık Bakanımız da elimizi sıktı, dedi ki, bunu veremem ama % 70'e kadar bu işin olması için uğraşacağım. Evet, matematik olarak % 70, % 30'ten yüksektir, sektör olarak ilk defa bir şey de kazanmış olduk ve çıktık. Bundan epey süre sonra bir sınıflama kriteriyle beraber bunu vereceklerini ifade ettiler. Sonra Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı ile defalarca görüştük ve aslında bir şey söyleyeyim çok da heyecanlandık. Çünkü hazırlanan öğelerde kaliteyi arttıracak birçok unsur vardı. 30 yataklı hastaneden 300 yataklı hastaneye kadar herkes iyi bir kalite yakalayabiliyordu. Bir de şu sınıflama lafını hiç kullanamayalım isterseniz çünkü sosyal bir devlette tüm vatandaşlar birinci sınıf sağlık hizmeti alırlar. Hele hele SGK gibi bir kurum, 72 milyonu sigortalayan bir kurum, milyarlarca dolara hükmeden bir kurum vatandaşlarına birinci kalite sağlık hizmeti verir. Amaç da herkesin belli standardın üstünde hizmeti almasıdır. Ama neyse sonunda baktık ki biz Sağlık Bakanlığı bunu yapacak diye beklerken, yılbaşı gecesi Çalışma Bakanlığımız, SGK bizi sınıfladı. Biliyorsunuz, içinde çok kıymetli arkadaşlarımız var ama bu sınıflama bir komedydi, yanlış oldu. Herkes tepki gösterdi. Çok geçmedi 15 gün sonra bir o kadar daha yanlış başka bir sınıflama yapıldı. Çok özür diliyorum, yanlışlığını şöyle söyleyeyim; 100 yatağın üzerinde olan, açık kalp ameliyatı yapan ve SGK'ya 12 milyon TL yıllık fatura kesen herkes A sınıfı! Bakın yüzlerce kriter söylediniz değil mi? Aynen bilmedeki gibi oldu; "Sarıdır cik cik öter, ağaca konar? Cevap; hamsi." 100 yatağın üzerinde olacak, 12 milyon TL yıllık fatura kesecek ve açık kalp ameliyatı yapacak. Aynı kriterlerle Sağlık Bakanlığı hastaneleri sınıflansaydı, herhalde Sağlık Bakanlığımızın tepkisi daha farklı olurdu. Amacım tabii kimseyi kırmak, kışkırtmak falan değil ama bunlar sektörümüzün çektiği sıkıntılar. Bunlar farklı koltuklardan farklı gözükebilir ama bizi çok ciddi olarak mağdur ediyor. Sahiplikleri farklı olan kurumları sınıflarsanız ne olur? Gördünüz, en az 20 tane reklam gösterebilirim size ama isim ifşa olmasın diye getirmedim. İşte gerçek kalite belli oldu, A sınıfı kim gördünüz, birçok yakışsız, hakkaniyetsiz reklamlar oldu ve bu reklamlara karşı hiçbir şey yapılmadı. Birçok üst hizmet verebilecek kurum haksızlığa uğradı. Kimin işine yaradı soruyorum size? Yani % 70 fark alabilir diye anlaşmasız hastanelerden bir tanesi bile anlaşmalarını sigortayla yeniledi mi, yeni bir anlaşma mı yaptı? Hayır. Peki, % 70 sektörün ihtiyacını çözdü mü? Çözmedi. Peki, % 70'e kadar çıktı diye vatandaşın size bir şikâyeti var mı? Hayır. Olsa bize de gelecek. Puanlama beraberinde kalite veya sınıflama getirdi mi? Sadece Sağlık Bakanlığının hazırladığı Kalite Performans Kriterleri ve Hasta Güvenliği Kriterleri hastalarımızın ve bizim işimize yaradı, tekrar teşekkür ediyorum. Biraz daha dinamik hale geldik, biraz daha kaliteli olduk ama bunun sınıflamayla hiçbir alakası yok. Bütün bunlar yapılmadan bu kurallara

uyacaksınız, bu kurallardan işte şu kadar puanın altında kalanlarla SGK anlaşmayacak deselerdi konu yine bitecekti. Sonunda hiç fark almayan bir hastanenin kalitesini arttırması için bir sebep var mı? Bütün bunlar fark alan hastaneler için. Diğer taraftan, "Fark almıyorum, sürüm yapıyorum, kapasite arttırıyorum yani bir şekilde faturalıyorum, geçinip gidiyorum" diyen hastaneler de söz konusu. Hiç kalitemi arttırmama gerek var mı? Gerek yok. Yani sınıflamadan etkileniyor mu? Hayır. Kaliteden etkileniyor mu? Hayır. Fayda ve zarar oranı kesinlikle sektörün, özel sektörün imajına çok ciddi zarar verdi. Yani bu yapılacaksa bile üniversitelerin, Sağlık Bakanlığı hastanelerinin ve özel hastanelerin aynı anda aynı yanlışla sınıflandırılması lazım. O zaman gürlütü çok daha fazla kopardı, o zaman bütün bu yanlışlar çok kısa sürede giderilirdi.

Puanlamanın asıl unsuru SGK'ya sunduğumuz hizmetin çeşitliliği, farklılığıdır. Ama nedense bu farklılık bize kapalı, biz bunları denetleyemiyoruz. Hani herkes bütün hocalarımız tarafından haklı olarak denildi ki bunların şeffaf olması lazım. Ama bu kısmı şeffaf değil, şeffaf olmadığı için bu söylediğim üçlü tablo oluştu. Asıl önemlisi arkadaşlar, şimdi bizim 15 Şubat 2008 kısıtlarımız var. Sağlık hizmetini biz neyle sunuyoruz? Doktorlarımızla, personelimizle ve binamızla sunuyoruz. Binamı büyütebiliyor muyum? Hayır. Doktor arttırabiliyor muyum? Hayır. Birim arttırabiliyor muyum? Hayır. İçinde açık kalp ameliyatı yapılmayan yerin A grubu olmasına imkân yok, sen arttıramazsın. Yani Sağlık Bakanlığı sizi tutuyor, Çalışma Bakanlığı sizi dövüyor. Peki, olay kanuni ama hukuki mi? Hayır. Hukuktan döner mi? Muhtemelen ama Baykal olmayacağım. Global bütçeyle, farklı çarpanlarla bir ödemeye dönüşürse şu haliyle sınıflama sektörün sonu olur. Sonunda aynı apandisti birisi farklı fiyata, aynı hemogramı birisi farklı fiyata sunar ve sektör hızla siyasileşir. Ben mevcut siyasilerimizin ve arkadaşlarımızın ciddi hakkaniyetsizliklerini ve partizanca davranışlarını görmedim, yapmayacaklarına da inanıyorum ama iktidarlar zaman içinde değişebilirler, bürokratlar değişebilir, yapı değişebilir, sektör değişebilir. Bu konunun bu kadar insafa bırakılmaması gerekir.

Tamam, söyledik de ne yapalım? Bir kere adını sınıflama kesinlikle koymayalım. Bir kalite standardımız olsun, Sağlık Bakanlığı buna liderlik yapsın ama kesinlikle özerk ve bağımsız bir kurul bunu denetleyerek bu işleri yapacak. İkincisi; sektörün bütün tarafları bu işlere mutlaka ve mutlaka katılacaklar, onların görüşleri alınacak. Üçüncüsü; asla bir hastanenin tümünün sınıflanmasına taraftar değilim. Yani B grubu denilen bir hastanenin içinde A grubu bir nöroloji bölümü neden olmasın? Neden iyi bir yoğun bakım olmasın? A grubu bir hastanenin içinde kötü bir kulak, burun, boğazcı varsa neden kulak, burun, boğaz bölümü A grubu olsun? Yine söylenenlerden de herkesin, bütün hocalarımızın vurguladığı gibi sadece girdilerin ve sayıların dikkate alındığı bir sınıflama olabilir mi? En önemli şey sağlığın çıktısı, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, çalışanın memnuniyeti. Bütün bunların, ama özellikle çıktılarının mutlaka dikkate alınması lazım. Bütün bunlarla sınıflama yapmak, adil sınıflama yapmak mümkün mü? Çok zor, bunu söyleyeyim. Ama eğer mümkünse böyle yapılmalı. Ben karşılıklı konuşarak, saygı çerçevesinde bütün sorunların çözülebileceğine olan inancımı her zaman korudum ve bu inançtan dolayı da her zaman sektör günbegün biraz da olsa, yani 1,5 yıl önceki zamanımızdan daha iyi noktalara gelmek üzere.

Katkısı olan herkese teşekkür ediyorum. Yapılan yanlışların bir an önce giderilmesini, sektörün mağduriyetinin dikkate alınmasını, Hüseyin Çelik Beyin güzel bir ifadesi var, sahiplikleriyle sektörün değerlendirilmemesi gerektiğini, hepimizin aynı vatandaşı, Türk milletini muayene ettiğimizi, tedavi ettiğimizi bilmesini istiyorum. Katkılarınız ve davetiniz için çok teşekkür ediyor, saygılar sunuyorum.

***TÜRK SAĞLIK SİSTEMİNDE
KALİTEDEN AKREDİTASYONA
GİDEN YOL***

Prof. Dr. Nazmi Zengin – Oturum Başkanı

Selçuk Üniversitesi

Efendim hepimize günaydın. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının ikincisini düzenlediği bu güzel kongrede bulunmaktan şahsım adına onur duyuyorum. Gerçekten konunun uzmanlarından çok değerli bilgileri edinme fırsatı buldum. İkinci günümüzün ilk oturumunda “Türk Sağlık Sisteminde Kaliteden Akreditasyona Giden Yol” adlı konuşmasını Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığından Uzman Doktor Serap Süzük Hanımefendi sunacaklar.

Bu başlığı gördüğümde hemen aklıma Âşık Veysel’imizin Uzun İnce Bir Yoldayım mısrası geldi. Gerçekten bu uzun ve ince bir yol ümit ediyorum ki dünyanın bu yolda yürüyerek ulaştığı güzel seviyeye her şeyin en iyisine layık olan bizim insanımız da ulaşacaktır. Arkadaşlarımız değerli çalışmalarlarıyla bizi o menzile ulaştıracaklardır.

Ben daha fazla sözü uzatmadan Serap Hanımı kürsüye davet ediyorum. Buyurun efendim.

Uz. Serap Süzük - Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı

Teşekkür ederim Hocam, çok sağ olun. Çok teşekkür ederim Hocam, herhalde bu Kongre boyunca en güzel daveti ben aldım, çok teşekkür ederim.

Öncelikle herkese günaydın diliyorum. Evet, akreditasyona giden yolu, bu konunun başlığını seçerken biz de düşündük, Türk sağlık sisteminde akreditasyona giden yolu anlatmak gerçekten çok önemli. Ve öncelikle Kongreye geldiğiniz için ve sabahın erken saatinde bu konuşmaya geldiğiniz için de ben de ayrıca kendim adına ve Daire Başkanlığım adına teşekkür ederim.

Gerçekten çok özverili bir çalışmanın öyküsünü dinleyeceksiniz, bana göre bu bir öykü. Evet, uzun ince bir yol ama bunun da bir öyküsü var. Biz bunu bu şekilde kurguladık, bir öykü olarak kurguladık. Ama bu bir ekibin öyküsü ama sadece Bakanlıkta bu ekibin çok küçük bir kısmı var. Siz çok değerli sağlık sektörünün çalışanlarıyla oluşturulmuş çok büyük bir ekibe sahibiz ve aslında bu hepimizin bir başarı öyküsüdür diyebilirim.

Sunumumda genel olarak nelerden bahsedeceğim, hiç bugüne kadar dinlemediğiniz çok kısa bir tarihten bahsedeceğim ama tarihe çok farklı bir gözle bakacağım sizlerle birlikte. Sonrasında dünyada akreditasyon sistemlerinde hangi aşamalardan geçildi ve bugün dünyadaki akreditasyon sistemlerinde ne tip çalışmalar yapılıyor ve sonrasında Türkiye’de biz akreditasyon noktasında nereye geldik, biz bu noktaya gelene kadar neler yaptık ve geldiğimiz son noktayla sunumumu tamamlayacağım.

Evet, dedim ki çok kısa bir tarihten başlayacağım, sizi çok çok geriye götüreceğim. Dünyanın oluşumuyla birlikte insanlık tarihinin başlamasıyla beraber aslında tıp süreci de başladı. İnsanlık tarihi var olduğu sürece de aslında tıp hep devam edecek ve insanlık tarihi boyunca en önemli süreçlerden birisi olacağına kesin gözüyle bakabiliriz. Peki, bu insanlık tarihi boyunca tıbbın amacı neydi? Hangi dönemde olursa olsun tıbbın amacı hep sağlıklı olma ihtiyacımızın karşılanmasıydı. Bu hem öncelikle bireysel olarak daha sonrasında da toplum olarak sağlıklı olma ihtiyacımızın karşılanması. Kalitenin tanımı şuydu; temelde sahip olduğumuz ihtiyaçların karşılanmasıyla ve tıp da sağlıklı olma ihtiyacımızı karşılıyorsa aslında şunu söylemek herhalde yanlış olmayacaktır. Kalite tıp tarihi kadar eskidir. Peki, bu kalite sürecinde tarihsel gelişime baktığımızda benim ilk bulabildiğim örneklerde kayıtlar Milattan önce 2150 yıllarına kadar dayanıyor. Sonrasında bir indikatör takibi süreci başlamış, elbette ki bu arada birçok ülkenin yaptığı birçok değerli çalışmalar var ama ben çok temel olanlarını aldım. Baş döndürücü bir hız sağlık sektöründe de özellikle teknoloji çağının gelişmesiyle beraber başlamıştır. Teknolojinin gelişmesi, insanların daha da bilinçlenmesiyle aslında güvenlik kavramı ortaya çıkmıştır. Evet, özellikle teknolojik ve sağlıkta sosyolojik gelişmeler sağlık sistemimize bakış açımızı değiştirmiştir, kalite ve güvenlik kavramlarını ortaya koymuştur. Öyle ki, dünyada kalite ve güvenlik kavramları iç içe geçmiş kavramlardır. Hangisi hangisinin nedeni ya da sebebidir bilinmiyor. Bu nedenle kalite ve güvenlik kavramları birbirinin içine geçmiştir. Ben slaytı çok iyi göremiyorum ama sizler görebiliyor musunuz çok emin değilim. Kalite mi güvenlikten çıktı yoksa güvenlik mi kaliteden çıktı henüz dünya da buna karar verememiş değildir. Peki, bu dünyada kalite ve güvenlik kavramları iç içe geçmiş. Siz sağlık sisteminizi ister kalite bazlı oluşturun ister güvenlik bazlı oluşturun hangi yöntemi seçerseniz seçin önemli olan bir sistemin oluşturulmasıdır. Sistemin oluşturulmasındaki temel unsurlar ise, slayt benden hızlı gitti ama bir kurumsal yapının oluşturulması, kurumsal yapının bünyesinde oluşturulan bir standart setiyle kurumların değerlendirilmesi, yani bir değerlendirme süreci ve bu değerlendirme sonrasında da bir insan gücü kapasitesinin oluşturulması söz konusudur.

Peki, dünya nasıl bir yol izliyor bu süreci oluştururken? Evet, uluslararası akreditasyon sistemlerinin çok büyük bir kısmı artık kullanılmıyor. Elbette ki uluslararası akreditasyon sistemlerine değer veriyoruz, önem veriyoruz. Çünkü bu uluslararası akreditasyon sistemleri özellikle birçok ulusal akreditasyon sistemlerinin oluşturulmasına zemin hazırlamıştır. Ancak uluslararası akreditasyon sistemlerinin bırakılarak artık ulusal bir akreditasyon sistemine gidilmesinin en önemli nedenleri arasında, bu yeni trendin nedenleri arasında herkesin, her sağlık sisteminin ülke gerçeklerinin farklı olması, ülke ihtiyaçlarının farklı olması her ülkenin ve sağlık sisteminin önceliklerinin farklı olması ve ben en önemlisinin bu olduğunu düşünüyorum, ana dilimizde bir standarda ihtiyaç duyulması ve elbette ki işin bir maddi boyutu var. Bu nedenlerle dünyada artık uluslararası akreditasyon sistemlerinin yerine ulusal akreditasyon sistemlerinin kullanılması söz konusu olmuştur. Peki, bu ulusal akreditasyon sistemine sahip ülkeler arasında neler var, hangileri var? İngiltere, Kanada, Avustralya gibi çok gelişmiş dünya ülkelerinin yanında Mısır gibi, Malezya gibi ve hatta Kırgızistan gibi ülkelerde ulusal akreditasyon sistemleri sağlık sistemlerine akredite edilmektedir, akredite ederken kullanılmaktadır.

Peki, Türkiye’de sağlık sistemlerinde kalite ve güvenlik kavramları nasıl başladı? Evet, bunun da çok kısa bir tarihçesinden bahsedeceğim. Türkiye’ye kalite ilk defa aslında özel sektör ile girdi. İlk önce kaliteyi kullanan sektör özel hastanelerde bireysel olarak yaptıkları kalite çalışmalarıyla başladı. Sonrasında bu tip çalışmalara, özel sektörün yaptığı çalışmalara üniversite ve kamu hastaneleri de dâhil oldu. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından Türk sağlık sistemi üzerinde bir reform olarak kabul ettiğimiz Sağlıkta Dönüşüm Programı ile özellikle kamu hastanelerinde sağlık sistemlerinin değerlendirilmesi kurumsal bir yapı kazanmıştır. Bu Sağlıkta Dönüşüm Programının amacı, hedefi sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülebilir olmasının sağlanmasıdır. Sağlıkta Dönüşüm Programının hedeflerine bakacak olursak kamu, özel ve üniversite ayırımı yapmaksızın halkın çok rahat bir şekilde hizmet alabilmesi, hizmete çok rahat ulaşabilmesi, tüm sağlık sisteminin verimliliğinin ve etkinliğinin arttırabilmek ve elbette tüm sağlık kurumlarında akreditasyona gitmek gibi bir hedefi bulunmaktadır. Dünyada olduğu gibi Sağlıkta Dönüşüm Programı da Türkiye’de kalite ve güvenlik kavramlarını birlikte değerlendirilmektedir. Size şunu söyleyebilirim ki yaklaşık olarak Türkiye’de 3400 tane sağlık kurumunda sağlık hizmeti sunulmaktadır ve Sağlıkta Dönüşüm Programındaki hedeflenen kalite anlayışı bu 3400 tane kurumu kapsamaktadır. Bu sistemin içinde yer alan öğeleri tekrar bir göz atmak istiyorum. Çünkü biz oluşturduğumuz sistemde bu altyapı süreçlerinde neler yaptık bunlara değineceğim, öncelikle kurumsal yapıyla başlayacağım.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Türkiye’deki sağlık sisteminin anlayışına dedik ki kurumsal bir yapı oluşturuldu. Bu kurumsal yapı Sağlık Bakanlığı bünyesinde kalite çalışmaları, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yürütülmekte. Her ilde İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde İl Performans Kalite Koordinatörlükleri ve her hastanede, şu an kamu hastanesinde kurulu olan performans ve kalite birimleriyle birlikte kurumsal bir yapı bünyesinde devam etmektedir çalışmalar. Dedik ki bir akreditasyon sistemi düşünüyorsanız bir standarda sahip olmanız gerekiyor. Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış hizmet kalite standartlarımız var. Bunlar özellikle ulusal sorunlarımızla ilişkili, yani kendi uygulamalarımızı yansıtan ama elbette ki uluslararası uygulamalarla da uyumlu. Uzmanlık derneklerinden görüş alınarak ve siz değerli sağlık sektörü çalışanlarının deneyimlerinden faydalanarak hazırlanmıştır. Bu kapsamda hazırladığımız hizmet kalite standartları öncelikle kamu hastaneleri hizmet kalite standartları, özel hastaneler için hazırlanmış hizmet kalite standartları, ağız-diş sağlığı merkezleri, 112 acil servisleri ve KETEM merkezleri için hazırlanmış hizmet kalite standartlarıdır. Bu hizmet kalite standartlarının önemli bir özelliği vardır, uygulayıcı taraftarı standartlardır. Bu nedenle standartların nasıl uygulanması gerektiği noktasında sizler için uygulama rehberi hazırlandı. Kamu hastaneleri için ve özel hastaneler hizmet kalite standartları için. Bu uygulama rehberinin özellikleri siz uygulayıcılar olarak

hastanelerinizde hangi standardı nasıl uygulamanız gerektiği, kullanmanız gerekiyorsa bir formu nasıl kullanmanız gerektiği, nasıl hazırlamanız gerektiği, dokümanların içerisinde yer alan bilgiler, örnek dokümanlar ve hatta bazı noktalarda size resimlerle ulaştık en iyi uygulamalarınızı nasıl yapmanız gerektiği noktasında. Ama yetmedi çünkü dünkü konuşmalarda da gördük; tüm sağlık sistemi için ortak bir hizmet kalite standartlarının eksikliği hissedildi. Kamu, özel ve üniversite hastanelerinde herhangi bir sağlık hizmetinin farklı anlayışla ilerlemesinin imkânı yoktur. Bu amaçla Türkiye'de sağlık hizmeti sunan tüm hastanelere hizmet eden kamu, özel ve üniversite hastaneleri için ortak bir hastane hizmet kalite standartları hazırlandı. Hazırlanan bu hastane hizmet kalite standartlarını bir boyutlandırma çalışması yaptık. Boyutlandırma çalışmasının iki ayrı boyutu var; bir dikey boyutlar bir de yatay boyutları. Dikey boyutlarda hastanede hizmet veren tüm bölümleri içine aldık. Öncelikle sağlık hizmeti sunan bölümleri, sağlık hizmeti sunulan bölümler, sağlık hizmeti sunumu birebir hizmet sunumu yapmayan ancak sağlık hizmeti sunan bölümlere destek olan birimleri, destek hizmet bölümlerine ve bunların her ikisine birden kurumsal olarak hizmet eden bölümleri de kurumsal hizmet yönetimi kapsamında değerlendirdik. Ancak bu dikey boyutlar, dikey boyut çalışmalarının yeterli olmadığını biliyoruz. Bu çünkü tüm dikey, üç tane boyutu olan çalışmanın yatay olarak hasta-çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti olarak da yatay bir boyutlandırma çalışması yaparak kendi standart modelimizi oluşturduk.

Başlıklara çok hızlı bakacak olursak, aslında herkes yavaş yavaş bu hizmet kalite standartlarının bölümlerine aşına oldu. Burada dikey boyutlarda yer alan bölümlere yer verdim ve şunu belirtmek isterim ki, özel hastaneler hizmet kalite standartları kapsamında yaptığımız, özel hastanelerle yaptığımız çalışmalarda bu bölümlerin sayıları daha da artırılmıştır. Onların önerileriyle endoskopi gibi, tüp bebek merkezleri gibi bölümler de bu hizmet kalite standartlarının içerisine ilave edilmiştir. Yatay boyutlandırmada ise bizim hedeflerimiz nelerdi? Buraya hem hasta hem çalışan güvenliği için ayrı ayrı değineceğim. El hijyeninden tutun, ilaç güvenliği, tesis güvenliği, cihazların kalibrasyonları, hastaların bilgilendirilmiş rızaları, doğru kimliklendirilmelerine kadar, hasta güvenliği ve hasta memnuniyetine yönelik yatay boyutlarda yer alan konularımız var. Şuna inanıyoruz ki, eğer bir kurumda kaliteli sağlık hizmeti sunmak istiyorsanız öncelikle çalışanlarınızın güvenliğini, haklarını ve memnuniyetini sağlamak zorundasınız. Çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla hizmet kalite standartlarında bir takım sağlık taramaları, çalışan personele yönelik sağlık taramaları, riskli alanların tanımları, iş kazaları, fiziksel şiddete uğrayan personel için, mobinge uğrayan personel için ve kişisel koruyucu ekipmanların kullanımıyla ilgili özel standartlar kondu. Ama şuna çok inanıyoruz; eğitim gerçekten çok önemli ve bu amaçla sağlık çalışanlarına yönelik anlamlı sayıda, anlamlı konularda eğitimler de hizmet kalite standartları içerisinde yer almaktadır.

Bu hazırladığımız hizmet kalite standartlarının geçerlilik testi çalışıldı. Bu çalışmaya 29 tane içinde kamu, özel ve üniversite hastanesi bulunan hastanelere gidildi ve şu şekilde bir değerlendirme yaptık; çünkü gittiğimiz kurumların değerlendirmesi değil kendi standartlarımızın değerlendirmesini yaptık. Önce masa başında standardı okuduk, karşı tarafa dedik ki, ne anlıyorsunuz? Biz neyi anlatmayı istedik? Karşılıklı konuşma ile ortak bir dil oluşturduk bu 29 hastaneyle beraber ve bu hastanelerden aldığımız geri bildirimlerle ve sahadaki siz değerli sağlık çalışanlarının deneyimleriyle hizmet kalite standartlarının hastane hizmet kalite standartlarına son şekli verildi. Standart setimiz aslında üç ciltten oluşuyor. Bir tanesi değerlendirmede kullanılacak olan standart seti, bir diğeri dedim ya uygulayıcıya yönelik bir standart seti hazırladık biz, uygulama rehberi. Daha önce de hazırlamıştık uygulama rehberleri, evet onlarla bir takım benzerliklere sahip ama ondan bir takım da farklılıklara da sahip bu yeni hazırlanan uygulama rehberi. Bu uygulama rehberinde her bir standartta ne demek istediğimizi de açıkladık. Her bir standartta ne istediğimizi açık açık yazdık. Böylelikle sizin dışınızda herhangi birine ihtiyaç duymadan bu standartları uygulayabileceğiniz bir zemin hazırlandı. Ayrıca şuna inanıyoruz; standart uygulamalarının standart olmasından öte

bu standartların standart bir şekilde değerlendirilmesi çok önemli. A şehri ile C şehri arasındaki yapılan değerlendirmelerin aynı olmasını hedefliyoruz. Bu amaçla da bir değerlendirme rehberi hazırlanmıştır. Her bir standardın sonunda değerlendiricinin araması gereken somut kanıtların hepsi, hangi somut kanıtların varlığında standardın karşılandığını kabul edileceği de artık standart bir rehber haline getirilmiştir.

Peki, bu değerlendirmeye geçtik, değerlendirmeyi nasıl kurguladık? Değerlendirme kurumlarımızda hizmet kalite standartlarının karşılanma derecesini belirleme sürecini değerlendirme süreci olarak tanımladık. Biz peki bu değerlendirmeleri nasıl yaptık? Bugüne kadar ne yapmıştık? Özellikle kamu hastanelerinde 2007 yılından beri değerlendirmeler yapılıyor. 835 kamu hastanesinde yaklaşık olarak 5000 tane değerlendirme yapıldı. Bu 5000 sayısı gerçekten çok önemli bir sayı, çok ciddi bir deneyim, çok ciddi bir bilgi birikimi demektir. Ve bunun doğrultusunda hazırlandığımız akreditasyon sistemi modelinde hastanelerimizi bu çapraz değerlendirmeye tabi tuttuk. Çapraz değerlendirme de bizim oluşturduğumuz akreditasyon sisteminin bir değerlendirme modelini oluşturmakta. Bu modele göre kamu hastanelerini değerlendirirken A şehrindeki değerlendiricilerimiz Z şehrindeki hastaneleri değerlendirdi, Z şehrindeki değerlendiricilerimiz ise F şehrindeki kurumları değerlendirerek çapraz bir değerlendirme modeli geliştirildi. Ve bu modelde de başarılı olduğumuzu söylemek mümkün. Bunun dışında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yönergesi hazırlanan ve özel hastanelerin puanlandırılmasında kullanılan sistem ile özel hastaneler için hazırlanan yönergelerde onların öncelikle kendilerinin yapması gereken bir öz değerlendirmeden bahsediliyordu. Biz hep yine tekrar ediyorum, yine söyleyeceğim; biz hep uygulayıcı taraftayız. Bu amaçla öz değerlendirmeleri nasıl yapması gerektiğine dair kurumları topladık, özel hastaneleri iki farklı şehirde, değerlendirmeyi nasıl farklı yapacaklarını, formları nasıl dolduracaklarına dair bir düzenleme hazırladık. Aslında bu da oluşturulan bir altyapı sürecinin devamıdır. Çünkü öz değerlendirmeler yapılacak olan değerlendirmelerin dışında kurumların kendilerinin yapması gereken en önemli noktayı oluşturmaktadır. Halen özelhastanelerdekalite@gmail.com adresinden özel hastanelere destek olmaya devam ediyoruz.

Peki, değerlendirmelerimizi nasıl yapıyoruz? Bir ekip liderimiz ve en az da ekip liderinden oluşan, en az üç kişiden oluşan bir ekiple değerlendirmelerimizi yapıyoruz. Ve değerlendirme ekibinin içerisinde bir hekim, bir yardımcı personel ve en az da bir idari personel bulunacak şekilde bir kurgulamamız var. Az önce de söylemiştim, değerlendirmelere çok önem veriyoruz, bu noktada da hem değerlendirici eğitim programı oluşturuldu özel olarak hazırlanan hastane hizmet kalite standartları için, ayrıca ekip lideri eğitim programı da oluşturuldu. Eğitim, onun gerçekten gücüne çok inanıyoruz. Oluşturmak istediğimiz insan gücü kapasitesindeki en büyük aracımız olarak değerlendiriyoruz eğitimleri. Eğitim programının kapsamında neler var? Eğitimi eğitimi programımız var. Bu noktada oluşturduğumuz hastane hizmet kalite standartlarında uygulayıcı ve değerlendiricileri eğitmek üzere eğitimciler aldık ve bu eğitimcilerin öncelikle bir eğitici eğitimi programı hazırlandı. Daha sonra uygulayıcı eğitimleri ki, uygulayıcılar sağlık sektörünün çalışanlarıdır, onlar için hazırladığımız programda hizmet kalite standartlarının nasıl uygulanması gerektiği noktasında bir program da hazırlandı. Ve dedik ki, değerlendirmelere çok önem veriyoruz, uygulamalar kadar değerlendirmelerin de standart olması gerekiyor. Bu amaçla da bir değerlendirici programı oluşturuldu. Peki, bunun dışında eğitim olarak neler yapıyoruz? Sempozyumlar düzenliyoruz, yatay boyutumuzda yer alan konuları baz alan boyutlandırmalar, hastane hizmet kalite standartlarımızın o yatay boyutlandırma modelindeki hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere sempozyumlar düzenliyoruz. Hedefimiz 81 ilde sağlık çalışanlarının yanına gitmek. Bizzat hazırladığımız standartları kendimiz anlatmak. Hangi noktada uygulamada eksiklikleri var öğrenmek, aldığımız geri bildirimlerle daha iyiyi, daha güzeli, daha doğruyu yapmak. Biz dördüncüsüne ulaştık, kongre nedeniyle gerçekten yavaş ilerledi ama kongreden sonra bu sempozyumlar çok büyük bir hız kazanacak. Biz sempozyumlarımızı düzenlerken İl Sağlık

Müdürlüklerinin ev sahipliğinde hazırlıyoruz. Bu amaçla yaptığımız hizmet kalite standartları için öncelikle Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğüne, Mardin İl Sağlık Müdürlüğüne ve Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğüne huzurlarınızda teşekkür ederim. Ve dördüncüsünü 20-21 Mayıs'ta oldukça geniş bir kapsama Ankara'da düzenleyeceğimizi, daha sonrasında Sivas'a gideceğimizin haberini veriyorum sizlere. 81 tane ile gideceğiz ama bu döngünün hiç bitmemesini istiyoruz. Çünkü hep eğitimlerde sizlerle birlikte olmayı seviyoruz.

Bu sempozyumların bir önemli özelliği vardı, geçtim ama değinmek istiyorum. Eğitimin önemi, Evet çok önemli ve bu eğitimlere ne kadar başlanırsa gerçekten bu kadar daha değerli. O yüzden ev sahipliğini yapan İl Sağlık Müdürlüklerinden şunu rica ediyorum; eğer ilinizde var ise tıp fakültesinde okuyan son sınıf öğrencilerine, hemşirelik okullarında okuyan öğrencilerin mutlaka sempozyuma katılmalarını, en azından bir farkındalık oluşmasını, öğrencilerde bir farkındalık oluşturmasını sağlıyoruz. Ve bu güne kadar yaptığımız sempozyumlarda çok ciddi bir öğrenci katılımının olduğunu söyleyebilirim. Kongreler düzenliyoruz, kongreler kapsamında kurslar düzenlemeye başladık. Bunu geleneksel hale getirmek istiyoruz. Gerçekten çok keyifli bir dört tane kurs yaptık geçen gün. Herkesin çok keyif aldığını söyleyebilirim. Ve bu kursların devam edeceğini de söyleyebilirim. Kongre kapsamında düzenlendiği için bir günlük olarak belirlendi. Ancak daha sonra yapmayı planladığımız hasta ve çalışan güvenliği güz okullarıyla bunları beş günlük bir program kapsamında uygulama eğitimleriyle beraber yapmayı planlıyoruz.

İnsan gücü kapasitemizde neler var? Bu eğitimle birlikte bitiriyorum. İnsan gücü kapasitemizin kapsamında kimler var? Standartları hazırlayan bir ekibimiz var, eğitimci grubumuz var, değerlendirici havuzumuz var ve en önemlisi eğitimde sağlık personellerine sahibiz.

Evet, gördüğünüz gibi aslında bir kurumsal yapı oluşturulmuş, eğitim programları oluşturulmuş, değerlendirmeye tabi olacak hizmet kalite standartları oluşturulmuş ve bunların bünyesinde oluşturulmuş bir değerlendirme yapısı var. Oluşturduğumuz, planladığımız bu akreditasyon sistemi kapsamında da modelimiz görülmektedir. Bir fotoğrafı tekrar geri getiriyorum size, görüyorsunuz ki aslında altyapı sürecini tamamlamış bir ülke var ve niçin bu Türkiye bu programda bu resmin içerisinde yer almasın? En kısa zamanda burada da Türkiye'nin ismini görmeyi ümit ediyoruz ve çalışmalarımızı bu şekilde yürütüyoruz. Sonuç olarak diyorum ki, hedefimiz aslında çok basit; kalite ve hizmet alımı ve kaliteli çalışma ortamlarının sağlanmasıdır. Son bir slaytım var; hastaneler evet bu kadar karmaşık bir yapıya sahip, bildiğimiz bir düğüm. Multi-disipliner bir süreç. Ama keşke elimizde bir sihirli değneğimiz olsa da puf desek her şeyi düzeltebilsek. Ama biz elimizde sihirli değneği bulduk. Hizmet kalite standartlarıyla bu kadar gerçekçi bir yapıya ulaşabileceğimize inanıyoruz.

Teşekkür ediyorum, teşekkürü yalnız bir saniye, dinlediğiniz için teşekkür ederim elbette ama bu sistemin oluşturulmasındaki katkılarınız çok daha büyük. Öncelikle onun için teşekkür ederim. Çok sağ olun.

Prof. Dr. Nazmi Zengin – Oturum Başkanı

Biz de Serap Hanıma çok teşekkür ediyoruz.

Kalite denince biliyorsunuz hemen aklımıza bir zamanların ISO Kalite Belgeleri gelir. O kalite belgeleri verilir, törenler yapılır, efendim bir takım tabelalar asılır, çizgiler çizilir ama hastanelerimizde maalesef çok fazla değişen bir şey olmazdı. O günlerden bugünlere gelmek, yani hastanelerde gerçekten bir şeylerin değiştiğini görmek, gerçekten insanın öncelendiğini görmek bizleri fevkalade mutlu ediyor. Serap Hanımın anlattıkları beni şu bakımdan çok heyecanlandırdı; bilimsel bir yöntem izleniyor bu işlerin yapılmasında bunu gördük, bunu anlama, tanıma fırsatı buldum. Gerçekten arkadaşlarımızı çok çok tebrik ediyorum ve bütün sağlık çalışanlarının bu hizmetlere gönülden destek vermesini bekliyorum. Efendim, çok teşekkür ediyoruz. Oturumumuz burada sonlandı.

***HASTANELERİN TEŞVİKİNDE
ULUSLARARASI DENEYİMLER:
GERİ ÖDEMELER***

Nata Menabde – Oturum Başkanı

Dünya Sağlık Örgütü

Günaydın.

Öncelikle, Dünya Sağlık Örgütü adına, bu önemli organizasyona katılan herkese bu vesile ile bir kez daha hoş geldiniz demek istiyorum. Burada Avrupa Bölgesel Ofisini temsil ediyorum. Dün çok önemli bazı oturumlar düzenlendi ve bu oturumlarda çok önemli konular tartışıldı, Sağlık dönüşüm programları ile ilgili olarak hem uluslararası deneyimler hem de Türkiye'nin deneyimleri olmak üzere çok faydalı deneyimler paylaşıldı ve bu oturumda başta hastane geri ödeme sistemleri olmak üzere hastane ödeme sistemleri ile ilgili bazı uluslararası deneyimleri gözden geçirme ve tartışma şansına sahip olacağız.

Hepinizin de bildiği gibi, geri ödeme mekanizmalarının hastanelerin performansında, sağlık personelinin performansında ve son olarak sağlık sisteminin sonuçları üzerinde çok önemli bir etkisinin olduğunu söylemeye gerek yoktur. Bu yüzden, bir ülkede, bir toplumda ve özellikle de hastane konusunda hangi sosyal hedeflerin belirleneceğini dikkatli bir şekilde düşünmek önemlidir.

Yani, hizmet sağlamak amacıyla bir ülkede uygulanan geri ödeme sistemleri aslında bu hedeflerin başarıya ulaşmasına büyük katkı sağlamaktadır ve bu nedenle getirilen teşviklerin bu önemli sosyal amaçlar ile uyumlu olması ve bunların başarıya ulaşmasını tetikleyecek düzeyde olması şarttır.

Bu yüzden, burada bulunan diğer değerli panel üyelerine ve konuşmacılara söz hakkı vermeden önce onlardan istediğim şey konuşmalarını yaparken şuna dikkat çekmeleridir: Hepimiz iyi biliyoruz ki sağlık konusunda ve genel konuşacak olursak ülkede çoğu şey yönetime, daha büyük sosyal hedeflere ve geri ödeme sisteminin örneğin genel sağlık finansman sistemi ile uyumlu olup olmadığına bağlıdır. Çünkü hastane geri ödeme sistemi, hastaneleri yönetenlerin, hastane idarecilerinin veya Sağlık Bakanlığının bu konuda koyduğu hedefleri tek başına gerçekleştiremez. Ayrıca, sözleşme faktörlerinin ve kültürel konuların da hastane geri ödeme sistemlerinin çalışmasını önemli ölçüde etkilediğini biliyoruz ve sistemde istenmeyen herhangi bir hata o topluma yansiyacaktır ve bu meselelerin nasıl üstesinden gelineceğine dair tek bir reçete yoktur. Burada kendi bazı deneyimlerimizi dikkatli bir şekilde değerlendirme ve bunlardan bir şeyler öğrenebilme, örneğin Türkiye'de veya başka herhangi bir ülkede bunlardan hangilerinin uygulanabilir olduğunu görme fırsatına sahip olmamızın çok önemli olması da bundan kaynaklanmaktadır. Umarım daha önce yapmış olduğum bu sunumlardan bazılarını görme şansınız olur. Şimdi kürsüye Sayın Sharbani Chakraborty'yi davet etmek istiyorum. Dünya Bankasında kıdemli sağlık uzmanı ve çoğunuzun onu çok iyi tanıdığınızı biliyorum. Birkaç yıldır burada Türkiye'de yaşıyor ve bu yüzden Türkiye'de neler olduğunu gayet iyi biliyor, ayrıca diğer ülkeler konusunda da oldukça deneyimli ve bugün bizlerle bu deneyimlerini paylaşacak.

Teşekkür ederim Sayın Sarbani.

Dr. Sarbani Chakraborty – Panelist

Dünya Bankası

Herkese günaydın. Teşekkür ederim. Türkiye’de olmak benim için her zaman bir ayrıcalık olmuştur ve sizleri tekrar görme şansına sahip olmaktan büyük mutluluk duymaktayım. Özellikle de bu sabah burada olmak benim için çok mutluluk vericidir.

Ben bir sağlık ekonomistiyim ve dolayısıyla bizler sağlık hizmetinde geri ödeme mekanizmaları hakkında konuşmayı seviyoruz. Ayrıca, Türkiye’de beraber çalıştığım Dr. Hasan Çağıl ve Filipinler Sağlık Sigortası Şirketi’nin Başkanı Dr. Acquiero’nun da bu panelde bulunmasından duyduğum memnuniyeti dile getirmek istiyorum.

Türkiye’deki görevimi tamamladım ve şu anda Filipinlerde görev yapıyorum. Bana göre yaptığım iş her zaman için ilginç olmuştur, çünkü farklı ülkelere ve farklı sosyal sağlık sigortası uygulamalarına bakıyorum. Beni her zaman güçlü kılan şey ise, geri ödeme mekanizması uygulamalarının muhtemelen yapılacak en zor şeylerden birisi olmasıdır. Yani bu mekanizmalardan bahsederken bunların tedarikçi davranışı ve tedarikçinin özerkliği açısından farklı ortamlarda yer aldığını unutmamak gerekir. Bu yüzden, daha önce de söylediğim gibi, bu sabah benim görevim sizlere bunlar hakkında genel bir bakış açısı sunabilmektir. Aslında bu teorik olacaktır, bu yüzden bu sabah size bahsedeceğim şeyler geri ödeme mekanizmaları ile ilgili teorilerdir. Öncelikle burada yapmaya çalıştığımız şeyin ne kadar karmaşık olduğunu anlatarak başlamak istiyorum.

Geri ödeme konularını ifade eden hem arz hem de tedarik öğeleri vardır. Yine vurgulamak gerekirse slaytım genel olarak maliyetin azaltılması ve verimliliğin artırılması ile ilgilidir. Geri ödeme mekanizmalarından bahsederken insanlardan aldığınız ilk tepki aslında budur, ancak buradaki asıl fikir maliyetleri kesmek veya masrafları kontrol etmektir. Bugün sizlere göstereceğim şey ise aslında dün Ann-Lise’nin de belirttiği bakım hizmetinin kalitesinin gittikçe daha fazla verimlilik konusu ile ilişkili olduğudur. Eğer bir hastayı 20 gün boyunca bir hastanede tutarsanız, burada iyi bir bakım kalitesinden bahsedilir mi bilmiyorum. Bu yüzden, sistemin daha da ilerlemesi için çalışırken, daha kısa kalış sürelerini teşvik ederken veya hastaneleri hastaların gelip yatılı kaldıkları bir yer haline getiren prosedürlerden uzaklaşıp ayakta tedavinin sunulduğu bir yer haline getirirken aslında bakım hizmetinin kalitesini ve hasta memnuniyetini de arttırırsınız.

Bu yüzden, konuyla ilgili söylemek istediğim şey ve ilk prensip, geri ödeme mekanizmalarını düşündüğümüzde, sadece verimliliği değil aynı zamanda kaliteyi de arttırmayı da düşünmeliyiz. Çünkü bu konu kalite ile ilgilidir. İki numaralı prensip; geri ödeme mekanizmaları uygulamasını tedarik zincirlerinden ayırmak mümkün değildir. Aslında, sosyal sağlık sigortası uygulaması konusunda diğer ülkelere bakıldığında ülkelerin karşılaştığı en büyük sorunun tedarik yönündeki reformlar olduğunu görüyoruz. Bildiğim bütün ülkeler, hastanelerin özerkliği konusunda büyük bir istekle başladılar. Bildiğim ülkelerin büyük bir kısmında 100 hastanenin 10 tanesi özerktir ve bence politika belirleyiciler için buradaki mesaj şudur; gerçekçi olalım, bunun bazı siyasi boyutları, kurumsal boyutları ve reform boyutları olduğunu anlayalım. Aslında bunlar oldukça zorlu konulardır, bu yüzden reform planları yaparken ve geri ödeme mekanizmalarından bahsederken tedarik zinciri reformlarını da dikkatli bir şekilde göz önünde tutalım ve bu tedarik zinciri reformlarının aslında yapılacak en zor işlerden birisi olduğunu unutmayalım.

Evet, şimdi sağlık finansmanı görevlerinin temel prensiplerine geri dönecek olursak, gelir toplama konusuna odaklanmayacağım, bunun yerine gelirlerin bir havuzda toplanması ve satın alma konularına değineceğim.

Şimdi geri ödeme mekanizmalarının üç numaralı prensibine dönecek olursak; eğer neyi satın alacağınızı bilmiyorsanız gerçekleştireceğiniz bu satın alma çok da iyi olmayacaktır. Bu yüzden havuzda toplama, geri ödeme mekanizmalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.

Öncelikle, Türkiye'deki Genel Sağlık Sigortası Fonu veya Filipinlerin Phill-Health fonu gibi, sağlık sisteminde tek ödeyici (single payer) iseniz, elinizde bir çeşit satın alma gücü vardır. Pazarda güçlü bir satın alıcı konumunda olursunuz, tedarikçilerden en iyi hizmetleri satın almak için bu gücü kullanabilirsiniz.

Peki, burada sorun ne? Çoğu ülkede sağlık sektörü gelirlerinin ve kaynaklarının tek bir havuzda toplanması çok dağınık bir yapıdadır ve bu da satın alma sözleşmelerini ve düzenlemelerini doğrudan etkilemektedir. Bu yüzden, havuzun bulunduğu yönde ne kadar fazla bölünme varsa, satın alma yönünde de bu kendini aynı şekilde gösterecektir. Bazı ülkelerin bugüne kadar yapmış oldukları ancak sizin siyasi nedenlerden dolayı yapamadığınız şey, verimli bir havuz oluşturmak amacıyla satın almayı güçlendiren mekanizmaların benimsenmesidir ve ben de bunları anlatacağım.

Tekrar vurgulayacak olursak, tekli ödeme sisteminde kaynakları bir havuzda toplamak için yönetim giderlerini kesersiniz, maliyetleri ve prim tahsilatını en aza indirirsiniz. Bunları hedeflemek daha çok gelir ile ilgilidir, ancak bunlar baskıyı ve satın alma gücünü artırır. Devam edecek olursak, eğer havuz oluşturamazsanız ki bu bazen olmaktadır, bu durumda yapabileceğiniz en iyi şey ve takip edilecek en iyi politika bir ödeme kuralları seti oluşturmaktır. Orta Asya'da, Kırgızistan Cumhuriyeti'nde gelirlerin düşük olduğu ve kaynakların az olduğu bir ortamda da görev yaptım ve Kırgızistan Cumhuriyeti kademeli olarak bir sosyal sağlık sigortası modeline yönelmeye başladığında siyasi olarak Kırgızistan'ın sağlık gelirlerini bir havuzda toplaması mümkün değildi. Peki neden bu böyleydi? Bu örneği verirken belki Dr. Acquiero gülümseyecektir. Burası merkezi yönetim değildi ve belediyeler "Paramızı neden tek ödeyicilere verelim, parayı tutmak ve sağlık tesislerine harcamak istiyoruz" diyorlardı. Bu yüzden, havuz oluşturma konusunda başlangıçta hiçbir şey yapamadılar, ancak bunun yerine, ödeme kuralları yerine, tek ödeyiciye yönelmeye başladılar ve birleştirilmiş bir bilgi sistemi uyguladılar. Ülkedeki her hastaneyi buna dahil edebildik ve böylece bilgi senkronize edilebildi.

Satın alma konusuna gelecek olursak, avantajlar paketi prensibini tekrar vurgulamak istiyorum. Eğer ne satın alacağınızı bilmiyorsanız, doğru satıcıdan doğru miktarda satın alma yapamazsınız. Bu nedenle, bir ülke sağlık hizmetlerini nasıl satın alacağını tanımlamaya başlamadan önce avantajlar paketine nelerin dahil olacağını tanımlaması gerekmektedir ve Çarşamba günü size bahsettiğim gibi avantajlar paketine ilişkin bazı kurallar vardır. Bu yüzden çok fazla detaya girmeyeceğim, ancak bunlardan bazıları gerçekten de satın alma düzenlemelerini etkilemektedir. Çünkü avantajlar paketinin çerçevesinde kliniksel ilkeleri de kabul etmeye yönelebilirsiniz. Bana göre Slovenya ilginç bir örnektir. Dün Enis'in ve Ann-Lise'in de söylediği gibi, burada kronik hastalık yönetimi için kritik bakım yöntemleri kullanılarak hastanede ve ayakta tedavi alan hastalara farklı düzeylere hizmet sağlarken bunun tedarikçilere nasıl ödeme yapacaklarını düşünmüşlerdir. Bu, oldukça karmaşık bir ödeme mekanizmasıdır, ancak Slovenya bunun üstesinden gelmiştir.

Bizim temel sorunumuz ise, satın alma düzenlemelerimizde bölünmüşlük olmasıdır ve satın almadaki bu bölünmüşlük hastane düzeyinde veya bireysel bir tesis düzeyinde çözüme kavuştuktan sonra bu sefer de karşımıza farklı bakım hizmeti düzeyleri arasında nasıl bağ kuracağımız sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden, avantajlar paketi çok önemli hale gelmiştir, çünkü bu avantajlar paketinde sağlık sisteminin hangi düzeyinde nelerin tedarik edileceği tanımlanmaktadır.

Neyi satın alacağınızı açıkça tanımladıktan sonra, bunu kimden satın alacağınızı düşünmeniz gerekir. Filipinler yine burada da bana göre iyi bir örnek teşkil etmektedir. Neyse ki Filipinlerde seçici sözleşme (selective contracting) yok, aslında var. Akreditasyon kriterlerini karşılamaları koşuluyla hem kamu hem de özel sektörden tedarikçilerin tercih edilmesine müsaade edilmektedir. Doğu Avrupa’da görev yaptığım çoğu ülkede sorun şuydu: sağlık sigortası acentelerinin seçici sözleşme yapma hakları yoktu ve kamu kuruluşunun kriterleri karşılayıp karşılamadığına bakmaksızın acenteler her bir kamu kuruluşu ile tek tek sözleşme yapmak zorundaydılar. Türkiye’de ise, çok farklı ve çok ilginç bir durum sözkonusu. Geniş bir hastaneler ağını yöneten Sağlık Bakanlığımız var ve bu ağ içerisinde aslında verimlilik artırılmaya, sistemler geliştirilmeye çalışılıyor. Yine bu da farklı bir mekanizma, ancak buradaki nihai hedef “sınırlı kaynaklarınızı kullanarak en kaliteli hizmeti en iyi fiyata almak için nasıl bir sözleşme yapabilirsiniz” şeklinde olmalıdır. Aksi halde, seçici sözleşme yapabilme hakkına sahip olmanın bir anlamı olmaz.

Sözleşme ile devam edecek olursak, bunun söylenmesi yerine getirilmesinden daha zordur. Küresel düzeyde deneyimler oldukça karmaşık bir şekildedir. Ülkelerin, en iyi prensiplere dayalı bir sözleşmeye yönelmeleri çok zor olmuştur. İyi bildiğim Doğu ve Orta Avrupa’da, Bağımsız Devletler Topluluğu bölgesinde, daha önce de belirttiğim gibi, sözleşme yapma herkes ile sözleşme yapabilmeyi ifade eder, herhangi bir seçici sözleşme yoktur. Sözleşmeler oldukça yumuşaktır. İsterseniz bir örnek vereyim. Örneğin Slovakya’yı ele alacak olursak, benim orada çalışmaya başladığım sıralarda ülkedeki her bir hastanenin karşılaştığı en büyük sorun bu hastanelerin büyük borçlar yapmış olmasıydı. Geçiş döneminde bulunan ülke, güçlü bir mesuliyet çatısı olmadan hastanelerin özerkleşmesine yönelmişti ve Türkiye’nin bugün yapmakta olduğu şeyi yapmamışlardı; kamu hastanelerini doğru hareket edecek ve kaynakları yönetecek şekilde eğitmemişlerdi, hastaneler doktorlar tarafından idare ediliyordu ve doktorlar kaynakların nasıl yönetileceğini bilmiyorlardı. Bu geniş mesuliyet ve sınırlı kapasite çatısı ile birlikte özerkliğe geçildi. Sonrasında ise, bu hastanelerin yetersiz olması nedeniyle bu borçlar oluştu. Nihayet bu Maliye Bakanlığının sorumluluk alanına girdi. Peki bu konuda şimdi ne yapacağız? Tedarikçiler konusunda şimdi yapılması gereken nedir? Bunun nedenlerini tekrar edecek olursak, sözleşmeler çok güçlü değildi, hastaneler için sıkı bütçe sınırlamaları getirmiyordu.

Latin Amerika’da ise deneyimler biraz daha farklıdır. Latin Amerika’da çok sayıda özel tedarikçiler var. Bu özel tedarikçiler ile çok daha agresif bir sözleşmeler yapılmaktadır. Ancak Latin Amerika’da kamu tedarikçilerine dokunulamamıştır. Latin Amerika’da kamu tedarikçileri çok güçlüdür ve Kolombiya, Meksika gibi ülkelerde bugüne kadar karşılaşılan sorun, sübvansiyonları desteklemek yerine sadece prim ödemeden tamamen uzaklaşmamışlardır. Kolombiya son on yıldır hastaneleri özerk hale getirmeye çalışmaktadır. Bu yüzden onlar da özel hastanelerle aynı şekilde aynı teşviklere maruz kalmışlardır. Bunu yapmak oldukça zor olmuştur.

Son olarak, sağlık enformasyon sistemlerine kademeli olarak geçiş yaparak gerçekleştirdiği büyük işi vurgulamak istiyorum. Satın alma, nispeten karmaşık ve daha kapsamlı enformasyon sistemleri gerektirir ve dün Enis’in de belirttiği gibi “eğer elinizde bilgi ve veri yoksa tedarikçilerden nasıl bir satın alma gerçekleştireceğini ve hangi kriterleri takip edeceğinizi saptamak oldukça zor olacaktır”.

Günün sonunda bir kez daha vurgulayacak olursak, bir ülke sağlık hizmetlerini satın almada hangi geri ödeme mekanizmasını uygulayacağına karar verirken bunun en uygun bir modeli yoktur; bu neyi hedeflediğinize bağlıdır. Dün de bahsedilen bir konu var, burada yeniden dile getirmek istiyorum, Türkiye örneğinde performans temelli ödeme sistemleri verimlilik göstergelerine dayanmaktadır ve Sabahattin Bey ve diğerleri ile bu konuyu birçok kez tartıştık. Bakım hizmetine erişemeyenlerin olduğu, ayakta tedavi olan hasta sayısının yüksek olduğu bir ortamda sizin yaklaşımınızın doğru olduğunu söyleyebilirim. Ancak şu anda daha yüksek bir seviyeye erişmektesiniz

ve bence artık vurgu başka alanlara hareket etmelidir, zaten siz de buna başladınız. Bu bir örnekti ve Türkiye'nin içinde bulunduğu o koşullardaki politika hedefi, sağlık hizmetlerine erişimi arttırmaktı. Bu yüzden, performans ödemelerini belirli kriterler ile ilişkilendirmenizde tamamen haklıydınız, çünkü tedarikçilerin de bu yönde hareket etmelerini sağlıyordu. Şu anda ise, farklı bir eğiliminiz var, bu yüzden farklı mekanizmalara bakmaya başladınız. Burada, politika belirleyicilerin tercih edebilecekleri farklı geri ödeme mekanizmaları veya araçları ile ilgili kesintiler sunulmaktadır. Hepiniz bu çeşitli geri ödeme mekanizmalarını iyi biliyorsunuz. Sizin de bildiğiniz “hizmet karşılığı ödeme” geçmişe dönük bir yaklaşımdır, fakat ücret çizelgelerini baz alabilir veya ucu açık kalabilir, fakat siz aslında sunulan bir hizmeti baz alarak tedarikçiye ödeme yaparsınız.

Ülkeler genellikle kademeli olarak ödeme düzeylerine yönelirler. Bildiğim çoğu ülke geleneksel kamu sektörü modellerinde harcama kalemleri bütçesi ile bu işe başlamışlar, daha sonra harcama kalemleri bütçesinde hizmetler için belirli bir esneklik olduğunda belirli karma sistemlere yönelmişlerdir. Türkiye'deki durum da bu şekildedir aslında. Zamanla küresel bütçe adı verilen bir sistem kabul edilebilir. Hizmet modeli için ücret ortamı ile bu artan bir eğilim içerisinde olduğu için ülke de maliyetleri kontrol etmede bunun işe yarar bir şey olduğunu fark eder. Yine belirtecek olursak küresel bütçede, saklı bütçe adı verilen çok basit global bütçeler vardır veya hacim ve fiyat tahminlerine dayanan daha karmaşık küresel bütçeleri de tercih edebilirsiniz. Bu durumda, hepinizin de bildiği gibi vakaya dayalı ödemeler veya ilgili grupların tanısına dayalı ödemelerin olduğu bir sistem olacaktır. Şu anda ise dün de bahsedildiği gibi performansa göre ödeme adı verilen yeni bir gelişme vardır. Buna göre, ödeme belirli göstergeleri baz alan performans ile ilişkilendirilir.

Yeniden vurgulamak istiyorum, gerçekten de performans izleme bütün ödeme mekanizmalarında bir prensip olmalıdır ve çoğu ülkede sağlık sigortası fonlarını performans izleme ve takibi konusunda bir kapasite oluşturulana kadar performansa göre ödemeyi benimsemelerini teşvik etmekteyiz. Başka bir deyişle, aslında ilk aşama Türkiye'de de yaptığımız gibi veri toplama olmalıdır. Hastanelerden gelen göstergeler ile 5 veya 6 yıllık düzenli veri toplama ve bildirme deneyiminiz var. Eğer bir hastane tanımlanan göstergelere göre hiçbir zaman veri bildirmede kullanılmadıysa bu iyi değildir ve burada başta hata olacaktır. Bu nedenle, ödemeler ile ilişkilendirmeden önce sistemi geliştirmek istiyorsunuz.

Müsaadenizle bu konuya, hastane ödeme mekanizmalarına tekrar odaklanmak istiyorum. Çok detaya girmeyeceğim. Ancak bu slayt politika belirleyicinin sonunda karşılaşacağı karmaşıklık ve mübadele ile ilgili bir izlenim sunacaktır. Ayrıca bu hedeflerinizi açıkça göstermelidir. Şimdi slaydımın son tarafına geçmek istiyorum, uygulamak istediğiniz her bir ödeme mekanizmasının teşvik sağlama konusunda bazı yansımaları mevcuttur. Bu yüzden, politika belirleyici hangi alana odaklanması gerektiğine karar vermelidir ve daha önce de belirttiğim gibi bu politikanıza göre zamanda değişebilir. Ülkenizdeki durum değiştikçe politikanız da değişebilir. Belirli kriterler karşılandığı için ülkenizin DRG (Tanı İlişkili Gruplar) bazlı sisteme geçmeye hazır olduğuna karar verebilirsiniz veya belirli nedenlerden dolayı hizmet için ücret sistemine geri dönmeyi tercih edebilirsiniz. Ülkeler bunu her zaman yapmaktadırlar. Ancak bana göre önemli olan izleme ve değerlendirmenin kanıt bazlı olarak gelişebilmesi ve sizin 6 yıldan sonra tamam diyebilmenizdir. Şu anda tedarikçilerin sistem ile oynadığını biliyoruz, bu nedenle bu konuda daha fazla şey bulmalıyız. Başka bir deyişle sonuçlar ile ilgili elinizde ne kadar fazla kanıt olursa bunu tedarikçilerin önünde savunabilmek de o kadar kolay olur. Ayrıca, bu şekilde tedarikçilerle birlikte daha şeffaf bir yaklaşımı destekleyebilirsiniz, çünkü tedarikçiler her ülkede güçlüdür ve yeni ödeme mekanizmasını tanıtırken sağlık sigortası fonunun söylediği şeylere karşı direneceklerdir. Size neden bunun böyle olduğunu soracaklardır. Eğer elinizde kanıt varsa ve bunu onlara gösterebilirsiniz, sağlık sigortası fonunun ülkenin hedeflerini karşılamadığını anlattırsanız onlar da farklı bir yaklaşımı benimsemek zorunda

kalacaklardır. Ödeme sisteminize devam ederken izleyeceğimiz bu müzakere yolu daha şeffaf bir yöntem olacaktır.

Bu konuda daha fazla detaya girmeyeceğim. Sonraki slaytlara geçebiliriz. Müsaadenizle bu slayda değinmek istiyorum; tekrarlamak gerekirse geri ödeme sistemleri ile ilgili deneyimim bunun uygulamasının zor olduğu şeklindedir. Bunların gerçekleşmesi için, yönetim becerileri bakımından oldukça karmaşık kuruma ve bu alanlara odaklanmayı gerektirir. Ödeme sisteminin tasarımına odaklanmak zorundasınız, kalite güvencesinden endişe duymak zorundasınız. Tedarikçinin bakış açısının nasıl değişeceğini ve kabul edeceğimiz mekanizmanın tedarikçi tarafından verimli bir şekilde kullanılıp kullanılmadığı, tedarikçinin teşvike tepki verip vermediğini ve son olarak bunun güçlü bir bilgi sistemi gerektirip gerektirmediğini de göz önünde tutmalısınız. Herhangi bir bilgi sistemi olmayan bir ülke aniden DRG ödeme sistemine geçmek isterse, bu mümkün olmayacaktır. Bunun için uzun bir süre gerekmektedir.

Son olarak, son slaydımda ödeme mekanizmaları ile tedarikçi kuruluşlar arasındaki ilişkiye değinmek istiyorum. Hastanelerin özerkliği konusuna tekrar dönecek olursak, insanlar geri ödeme mekanizmalarından bahsederken tedarikçi sistemlerinden de bahsetmelidirler. Peki ya neden? Artık harcama kalemleri ile tanımlanmayan bir yerde küresel bir bütçe uygularken burada bir tedarikçinin ne kadar harcama yapmasına müsaade edilmektedir? Bunun için tedarikçinin kuruluşun amaçlarını yerine getirecek şekilde, o kuruluş bünyesinde parayı en verimli şekilde belirleme ve tahsis etme esnekliğine sahip olması gerekmektedir.

Eğer doğru hatırlıyorsam, Türkiye'de reformun ilk günlerinde kamu hastanelerinin hizmet sağlamada bazı kısıtlamalarla karşılaştıkları görüldü. Bir kamu hastanesi sistemindeki sınırlamalar dahilinde bile yaptığınız şey hastanenize, hastanelerinize parayı esnek bir şekilde kullanabilecekleri belirli bir özerklik vermek oldu. Bunu gerçekten de doğru bir uygulama olarak görüyorum, çünkü işimde bugüne kadar öğrendiğim şey siyah ve beyazın olmadığıdır.

Çoğu ülkede, sağlık sistemleri sürekli olarak bir geçiş dönemindedir. Sizin doğru yöndeki bu geçiş döneminizde de takip ettiğiniz yöntem tutarlıdır ve gelecekteki hedefleriniz ile uyumludur. 2005 yılı itibariyle hastaneleri özerkleştirmemiş olmanız gerçekten de bir sorun değildir. Bu sürece başladınız, tedarikçileri daha fazla sorumluluk çerçevesinde daha fazla finansal özerklik sağlayacağınız fikrine alıştırmaya başladınız. Bunlar birer aşamadır ve bu süreçte bunlar önemlidir ancak sağlık sigortası fonlarının benimsedikleri ödeme mekanizmasının günün sonunda da başarılı olabilmesi için reformların tedarik yönünü de göz önünde tutmaları gerekmektedir. Çoğu ülkede sağlık sigortası fonları tedarik yönünü yönetmez. Bunu ya Sağlık Bakanlığı ya da Filipinlerde olduğu gibi yerel hükümetler yapar. Burada sağlık sigortası fonu suçlanmamalıdır. Bunlar bir ödeme paketini uygularken işe yaramaz. Burada konuşmamı sonlandırmak istiyorum. Bundan sonra, bu mekanizmaları uygulayan sağlık sigortası fonlarında günden güne görev yapan meslektaşlarımı dinlemenin daha ilginç olacağını düşünüyorum. Çok teşekkür ederim.

Nata Menabde – Oturum Başkanı

Teşekkür ederim Sayın Sarbani. Bazı teorik konular ile ilgili çok ilginç bir değerlendirmeler yaptınız, ancak bahsetmiş olduğunuz geçmişe yönelik ve ileriye yönelik olanlar ve bence bu günlerde hepimizin de bildiği gibi çoğu OECD ülkesi bir çeşit karma DRG sistemine geçiş yapmışlardır. Fakat bu dünya çapında her ülkede uygulanan bir sistem değildir. Ayrıca örneğin bütçe mekanizmalarının halen devam ettiği veya bu amaçla hizmet karşılığı ödeme uygulamasının geçerli olduğu bazı düşük ve orta gelirli ülkelerden bahsettiniz. Aslında bu mekanizmaların tamamının kendilerine göre avantajları ve dezavantajları vardır. Oturum sonunda bunların büyük bir bölümünü, örneğin şu anda gözden geçirilmekte olan ve çoğu ülkede kullanılan DRG bazlı sistemi biraz daha detaylı görüşeceğiz. Ayrıca, bu veya diğer mekanizmaların özellikle hangilerinin mükemmel bir şekilde çalıştığını gösteren yeterli bir çalışma bulunmadığını bilmemiz de bizim için çok önemlidir. Çünkü sunumunuzda sürekli olarak bahsetmiş olduğunuz gibi bir değerlendirmede doğru izleme için gerekli olan veri toplama sadece Türkiye için değil bütün ülkeler için zordur, maliyetlidir. Bu verileri toplamak zordur, belirli gelirleri belirli politikalara, değişikliklere ve mekanizmalara atfetmek zordur. Bana göre bu performans ölçümünde, bütün dünyadaki benzer uygulamalarda önemli olacak bir konudur. Bu yüzden, burada Filipinler Sosyal Sigortalar Şirketini temsil eden meslektaşım Dr. Acquino'yu kürsüye devam etmek istiyorum. Kendi ülkesindeki belirli örnekleri burada bizimle paylaşacak. Çok teşekkür ederim.

Dr. Reynaldo B. Aquino – Panelist

Filipinler Sosyal Güvenlik Kurumu

Oturum Başkanı ve DSÖ'den Sayın Nata Menabde'ye, Dünya Bankası'ndan Meslektaşım Sayın Sarbanı'ye ve Türkiye Sosyal Sigortalar Kurumundan Dr. Hasan Çağlı'a ve elbette bugünkü paralel oturumun siz değerli delegelerine günaydın diyorum. Bu tartışmanın bir parçası olmak benim için büyük bir mutluluktur ve elbette hastane geri ödemeleri bu programı hem oluşturabilir hem de yok edebilir olması nedeniyle sağlık sigortası programının en önemli bileşenidir.

Ancak bu önemli konuya geçmeden önce Filipinler Sağlık Sigortası konusunda size kısa bir bilgi vermek istiyorum. Filipinlerdeki Ulusal Sağlık Sigortası 1995 yılında, bu programı ve benim temsil ettiğim kurumu, Filipinler Sağlık Sigortası Programını veya kısaca Phill Health'i teşkil eden kanunun kabulüyle başladı. Görevimiz, bütün Filipinlilerin 15 yıl içerisinde sağlık hizmetine erişebilmesini sağlamaktır ve 2010 yılı itibarıyla de 15 yıl oldu. Bu, evrensel bir sağlık sigortası sağlamaya yönelik ülkemizdeki ilk deneme değildi. 1972 yılında Medicare isimli bir program daha başlamıştı, bundan 25 yıl sonra ise bunun kapsamı sadece çalışan ile sınırlı kaldı. Daha önce de dediğim gibi, 2010 yılı itibarıyla 15'inci yıldayız ve Filipinlilerin tamamı henüz Phill Health kapsamında değil, ancak her 10 Filipinliden 9'u buna kaydoldu. Ülkemizdeki bütün sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik hizmetleri içerisinde Phill Health'in ülkenin en büyük sosyal hizmetler ödeyicisi ve sağlık finansmanı kaynağı olduğunu söyleyebilirim. Sosyal sigortadan gelen avantajlı ödemeler her zaman için en yüksek oranını göstermiştir. Sağlık hizmetlerini tedarik etmek için Phill Health akreditörleri, hastaneler ve diğer sağlık tesislerinin tamamı sıkı akreditasyona tabi tutulmuş ve akreditasyon standartları düzenli olarak takip edilmiştir.

Bugün ülkede bulunun sağlık tesislerinin % 90'ından fazlası Phill Health tarafından akredite edilmiştir. Sonraki slaytta farklı üyelik kategorileri anlatılmaktadır ve Phill Health'de 5 üyelik programı bulunmaktadır. Bunlardan birincisi devlette ve özel sektörde çalışanlar içindir ve bunlar doğrudan Phill Health kapsamındadır. Otomatik olarak aylık gelirin % 2.5'i şeklinde belirlenen primler işveren ve işçi tarafından eşit olarak paylaşılır. Burada müsaadenizle başka bir konuyu vurgulamak istiyorum: Phill Health'e üyelik aile bazlıdır. Eşin yanı sıra, 21 yaşındaki veya bu yaşa kadarki kadar çocuklar ile 60 yaşındaki veya bu yaş üstü aileleri de kapsar. Ayrıca, kalıtsal hastalıkları olan çocuklar, 21 yaşını geçmiş olsalar da ömürleri boyunca bu kapsamda olurlar. Sonraki üyelik kategorisi yurt dışında çalışan işçiler içindir. Dünyanın her tarafında Filipinli çalışan vardır, neredeyse her ülkede bir Filipinli çalışan olduğunu söyleyebilirim. Geçici veya sürekli olarak aramızda çalışan 8 milyon Filipinli olduğu tahmin edilmektedir. Bunlar yurt dışında çalışıyor olsalar da Phill Health'in askıya alınması veya durdurulması şart değildir. İstemeleri durumunda üyeliklerine devam edebilirler ve yurt dışında çalışan işçiler olarak bilinen bu kategoriye kayıt yaptırabilirler. İlaç faturaları için yurt dışında çalışanlar ülkemizdeki maksimum oranlarda geri ödeme yapabilirler. Daha da önemlisi bu kişilerin Filipinlerde bakmakla yükümlü oldukları kişiler de aynı şekilde program kapsamında olacaklardır. Sonraki kategori ise bireysel olarak ödeme yapan üyelerdir. Filipinlilerde ciddi sayıda gayri resmi çalışan vardır. Bu kişilerin katkı paylarını ödeyen bir işvereni olmadığı için sağlık sigortası kapsamından çıkartılmaktadırlar. Bu soruna son vermek için Phill Health bireysel olarak ödeme yapılabilen bu programı başlatmış ve serbest meslek sahipleri ile meslek gruplarını hedef almıştır. Primler 100 pezodur, yani aşağı yukarı 2 ABD dolarıdır ve bir ailenin ortalama büyüklüğü 5 olarak düşünüldüğünde bu da bize ayda kişi başına 40 ABD cent'i tutarında bir prim yapmaktadır. Filipinlerde, belki de dünyanın hiçbir yerinde başka bir sağlık sigortası programı böyle bir avantaj sağlamamaktadır. Bu arada aylık 100 pezo tutarındaki prim minimum düzeyde olmaktadır. Sonraki kategori ise ömür boyu üyelik. Phill Health, emeklilik yaşına ulaşan üyelerine 8 kademeli emeklilik

bileşeni sunmaktadır. Filipinlerde genel olarak, 60 yaşını doldurmuş ve en az 120 ay prim ödemiş vatandaşlar, ilave prim ödemedi hayatlarının sonuna kadar programın üyesi olarak kalmaya devam edebiliyorlar. Son üyelik kategorisi ise, programın kalbi olarak nitelediğimiz ve destekli program adını verdiğimiz kategoridir. Prim ödemeye mali açıdan gücü yetmeyenler destekli program adı verilen bu program kapsamındadır. Üyeler devlete herhangi bir prim ödemezler, ulusal ve yerel hükümetler bu prim katkılarına öder. Bu programın muhtemel üyeleri ise, yerel yönetimlerce yapılan belirli incelemeler ile ailenin geliri göz önünde tutularak ve ailenin bu sübvansiyon için uygun olup olmadığı belirlenerek kararlaştırılır. Halihazırda 4.7 milyon ailenin veya 27 milyon kullanıcının bu programdan yararlandığını gururla söyleyebiliriz.

Bu, mevcut avantajlar paketi, ülkedeki mevcut fakir halkın % 98'ini kapsamaktadır. Üyelik türüne bakmaksızın bütün kullanıcılar aynı düzeydeki avantajlardan yararlanmaktadır. Bizim kullandığımız bu avantaj paketleri çok kapsamlıdır. Bütün hastaneler Phill Health bünyesinde. Doktor, ilaç, laboratuvar incelemeleri, hastanede oda ve yemek masrafları ile acil veya ameliyat odası masraflarının önemli bir kısmı buna dahildir. Ayrıca, ameliyathane, radyoterapi, kemoterapi, diyaliz, normal hizmetler, katarakt tedavisi ve tüberküloz tedavileri de aynı şekilde buna dahildir. Ayrıca, sıtma, HIV ve AIDS tedavileri için de çok özel avantajlar paketimiz var. Bunların her biri gelişim öncesi dönemde öncelikli programlardır. Bu avantajlar bir şekilde seyyardır, yani yurt dışında yaşayan üyeler bile bunun kapsamındadır.

Phill Health tarafından kullanılan, üç tedarikçi ödeme mekanizması veya geri ödeme mekanizması mevcuttur. Bunlar hizmet karşılığı ödeme, kişi başına ücret ve vaka başına ödemedir. Bunların her birini sonraki slaytlar da detaylı olarak açıklayacağım. Hizmet karşılığı ödeme, Phill Health'in en yaygın tedarikçi ödeme mekanizmasıdır ve 1970'lerinde başında Filipinlerde sosyal sağlık sigortasının başlamasından bu yana kullanılmaktadır. Bu program bünyesinde bir üye herhangi bir sağlık kurumundan bakım hizmeti alabilir, daha önce de belirttiğim gibi sağlık kuruluşlarının yaklaşık % 90'ı Phill Health tarafından akredite edilmiştir. Akredite edilen bu tedarikçi daha sonra Phill Health ödemelerinden toplam hastane faturasını otomatik olarak keser. Buradaki önemli kelime otomatiktir. Üye, bu programdan anında yararlanır. Phill Health daha sonra üyeden alınan masrafları sağlık bakım hizmeti için tesise geri öder. Yasalara göre Phill Health, 60 gün içerisinde hastanelerimize geri ödeme yapmak zorundadır. Bizler ise 30 gün içerisinde tedarikçilere geri ödeme yapma noktasındayız.

Phill Health hangi kalemlerin geri ödemesini yapar? Pratikte üyeler tarafından ihtiyaç duyulan kalemlerin tamamı bu kapsamdır, diğer yandan hastaneler ise mükhre tabidir. İlaç ve malzeme, X-ray, laboratuvar, hastanede oda ve iışe ücretleri sistemin kapsamındadır ve elbette mükhre tabidir. Çalışanların ücretine gelince, sağlık pratisyenlerinin ücretleri tıbbi vakalara ve ameliyatlara göre günlük olarak ödenir. Bu, beceriden daha ziyade bağıl değer birimi olarak bilinen bir ücret çizelgesini baz alır ve belirli bir prosedürün zorluğunu ölçer. Bu prosedür ne kadar zor olursa geri ödeme de o kadar yüksek olur. Her bir prosedüre bir bağıl değer verilir ve bu değer Phill Health tarafından geri ödenecek nihai ücreti belirlemek için daha sonra belirli bir pezo çevrim çarpanı ile çarpılır.

Her bir tedarikçi ödeme sisteminde, sistemin kendi avantajları ve dezavantajları vardır. Hizmet karşılığı ödeme sistemi, Phill Heath'in her bir kalemin ve bir üyeye sağlanan prosedürün geri ödenmesini sağlar. Diğer yandan sistemin kendisine göre olumsuz yönleri de vardır. Her bir kalem Phill Health tarafından potansiyel olarak geri ödenebilir olduğu için tedarikçinin gereksiz hizmetleri sunma eğilimi olabilir. Bu da hastanede gereksiz yere daha uzun süre kalma, gereksiz yere hastaneye gitme, gereksiz ilaçların ve tanı prosedürlerinin yazılması şeklinde ortaya çıkar ve sistemin şişirilmesine neden olur.

Bu yüzden, hizmet karşılığı ödemenin, buna talep olduğu yönünde tedarikçiye ispatlanması gerekmektedir. Destekli programın üyeleri için Phill Health, ülkemizde Kırsal Sağlık Birimleri olarak bilinen akredite sağlık merkezleri ile çalışır veya bunu kabul eder. Her bir kayıtlı üye için Phill Health, akredite Kırsal Sağlık Birimine 300 pezo veya temel birincil bakım paketinin toplam priminin dörtte birini öder. Bu paket, genel pratisyenlerle temel istişare, temel laboratuvar ve X-ray prosedürleri, sputum gibi, mikroskopi, idrar analizi gibi diğer prosedürleri içerir.

Kişi başına ödeme konusunda, Phill Health bütçe üzerinde kontrol sahibidir ve bu çağının ötesinde olarak bilinir. Kişi başı ödeme ile çarpılan kayıtlı aile sayısı, kayıtlı toplam aile sayısıdır ve yıllık değil de kişi başına ödemenin toplam miktarını verir. Tedarikçiler ayrıca hizmet üyelere sunulmadan önce avans şeklinde ödemeleri aldıkları için de avantajlıdır. Belki de kişi başına ödemenin daha da önemli etkisi koruyucu sağlık hizmetleri ve bunun kullanımı konusunda bilinçlendirmesidir. Ayakta tedavi paketindeki avantajların tamamı, Filipinlerde bu yöndeki temel sağlık endişelerini hedef alır.

Diğer yandan, daha fazla üye hizmetlerden yararlandıkça tedarikçiler kayıpları olduğu için buna direnebilirler. Ancak kişi başı ödemenin daha yüksek düzeyli tesislerde gereksiz kullandığı kanıtlanmıştır.

Son zamanlarda Phill Health belirli prosedürlerde vaka başına ödemeyi kullanmaya başladı. Şu anda normal anlık hizmetlerde vaka başına ödemeyi uygulamaktadır, normal anlık hizmetlerde, katarak esktrasyonunda, tüberküloz tedavisinde ve benzeri tedavilerde vaka başına ödemeyi uygulamaktadır. Hizmet karşılığı ödeme rejiminde tedarikçi gereksiz olabilecek kalemler için de masraf çıkartırken vaka başına ödeme sisteminde ise bunun tam tersine bu tür gereksiz kullanımlar teşvik edilmemektedir. Diğer yandan üyeler tedarikçinin ilaç ve prosedürlerin kullanımını azaltmak istemesi durumunda buna direnebilirler, böylece kar marjı da etkilenmemiş olacaktır. Paket ödemeleri ile ilgili düzenleyici bir çerçevenin hala olmaması bunun hala önemli olabileceğini gösterir. Daha önce de belirttiğim gibi her bir tedarikçi ödeme mekanizmasının kendine göre avantajlar ve dezavantajlar vardır.

Peki, Phill Health şu anda nerede? Üyelerden alınan kesintileri ve paket harcamalarımızı azaltırken diğer yandan da tedarikçilerimize adil bir şekilde ödeme yapılmasını sağlayacak ve bütün coğrafi alanlarda ve ekonomik sınıfta halka verimli ve eşit hizmet sağlamalarını teşvik edecek uygun bir sistem arayışındayız. Son olarak, Phill Health üyelerimiz için makul düzeyde olduğu düşünülen prim katkıları aracılığıyla tedarikçi ödeme mekanizmasının sürdürülebilir olmasını sağlamalıdır. Bu temel ilkelerin dışında, Phill Health şu anda vaka başına ödemeleri daha da genişletmeyi ve tedarikçilerle yapılacak bir sözleşme ile daha fazla prosedürü bünyesine katmayı amaçlamaktadır. Umarım Phill Health ile sözleşme yapmak, bu programa üye olanlardan alınan sınırlı kesinti ile birlikte Phill Health'in belirlediği ücretlerde kaliteli sağlık hizmeti dengesini daha da güçlendirecektir. Hepinize çok teşekkür ederim veya kendi ülkemde söylenildiği gibi “Mabuhai”. Teşekkürler.

Nata Menabde – Oturum Başkanı

Türkiye'den bu kadar uzakta olan bir ülkedeki tecrübelerinize ilişkin bu ilginç sunumunuzdan dolayı sizlere çok teşekkür ederim. Ayrıca, bu tecrübelerinizi bizimle paylaşmak için bu kadar yol kat ettiğiniz için gerçekten bir kez daha teşekkür etmek isterim. Phill Health'in oluşturmaya çalıştığı, farklı hedefleri olan farklı mekanizmaları birleştiren bu modelin çok ilginç olduğunu düşünüyorum. Diğer yandan, bu mekanizmaların avantajlarının ve dezavantajlarının bir kısmını çok açık bir şekilde ifade ettiniz. Bence kalite üzerindeki etkiler konusu çok önemliydi ve sizin sunumunuzdan önce Sharbani'de bu konudan bahsetmişti. Dünya çapındaki deneyimlerden öğrendiğimiz şey hizmet karşılığı ödeme uygulamasının kaçınılmaz olarak istenilen hedefi teşvik etmediği veya yeni bir kalite boyutu katmadığıdır. Aslında genellikle sigorta programlarında bu programlar ve hastane kurulları tablolarındaki nitel sonuçlar veya kalite verileri ile daha az ilgilenirler. Bunun yerine daha çok maliyetler, bu maliyetlerin azaltılması ve finansal konularda sürdürülebilirlik ile ilgilenirler. Ancak örneğin bazı koruyucu hizmetlerin bunun ile tanıtılabileceğini vurgulayarak bu sorunlardan bazılarının üstesinden gelmeye çalıştığınızı düşünüyorum. Bence siz bir mekanizmanın bazı dezavantajlarını bir diğeri ile ifade etmeye ve bunları tamamlamaya çalışıyorsunuz. Aslında bunlar Türkiye'de şu anda gerçekleşen şey için de önemlidir, Türkiye aslında verimlilik ölçümünden performans ölçümüne yönelmektedir. Şimdi Türkiye'den temsilcimiz ve konuşmamız olan, Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan gelen Dr. Hasan Çağlı'ı büyük bir memnuniyetle kürsüye davet etmek istiyorum. Bizimle Türkiye'deki hastanelerde ücretlendirme ve geri ödemeye ilişkin deneyimlerini bizimle paylaşacak. Kürsüye gelin lütfen.

Uz. Dr. Hasan Çağıl – Panelist

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu

Sayın Başkan teşekkürler. İzin verirseniz buradan konuşmak istiyorum.

Değerli misafirler, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun geri ödeme sistemleri hakkındaki görüşlerini belirtmek için birkaç şeyden bahsetmek istiyorum. Birincisi Sosyal Güvenlik Kurumu biliyorsunuz çok uzun sürelerden beri ülkemizde kurulu olan üç farklı kamu ödeme kuruluşunun birleşmesiyle oluşmuş bir kurum. Çok uzun bir zaman geçmemiş olmasına rağmen çok farklı anlayışta sağlık hizmeti satın alan kuruluşlar olmalarına rağmen bu kısa süre içerisinde hem mevzuat açısından hem uygulamaların birliği açısından hizmetlerde bir standart oluşturma açısından epeyce bir yol kat edilmiş durumda. Ve bu süre içerisinde, yine bu kısa süre içerisinde de sağlık hizmeti sunucularının sayısı, hizmet satın aldığı sunucuların sayısı da çok geniş bir, çok daha geniş bir alana yayıldı. Daha önce sadece kamudan alırken bu dönemlerde özel sağlık hizmet sunucularından da çok geniş kapsamlı hizmet satın almaya başlamıştır. Henüz kendi mevzuatlarını birleştirmeye, tek mevzuat haline döndürmeye çalışan bir kurum bir yandan da bu tarzda bir yükü karşıladı. Bunun kapsamının genişlemesi, kişi olarak çok geniş bir kapsama ulaşmış olması, hizmet sunanların sayısının çok artmış olması da ciddi bir iş yükü getirmiş oldu. Ancak yine de bu kadar kısa süre içerisinde çok ciddi bir noktaya gelindiğine inanıyorum. Daha önceden de Sayın Sarbanı'nın bahsettiği gibi gelir toplama açısından, havuzlama ve hizmet satın alma açısından, satın alma açısından çok farklı mantık ve mevzuata farklı olan kurumların esasında şu anda her üç konuda da tek bir mevzuatı var. Hepsi aynı tarzda tüm kapsamlarındaki kişiler için aynı tarzda hizmet satın alıyor. Gelir toplama ve havuzlama açısından belki genel olarak sağlıktaki kadar bir birliktelik henüz olmamış olabilir, farklılıklar daha doğrusu, birliktelik var da farklılıklar olabilir ama hizmet açısından, sundukları hizmet açısından, sundukları sağlık hizmetleri açısından tüm kapsamdaki kişiler için herhangi bir farklılık yok. Ve şu haliyle de sadece yeşil kartlılar dediğimiz, gelecekte bizim açımızdan primsizler grubu olan grup, daha doğrusu kamu tarafından finanse edilen veya Filipinlerdeki gibi sponsor edilen grup hariç şu anda da % 90'lık oranda bir kişi olarak kapsamımız mevcut.

Dediğim gibi gelir toplama ve havuzlamada bir sıkıntımız, en azından genel sağlık sigortası açısından benim için bir sıkıntı yok. Genel olarak gelir toplamanın sıkıntısı belki dünyanın her yerinde vardır da, bizde beni de çok ilgilendiren bir sıkıntı yok. Ancak satın almada esasında hiçbir sıkıntımız yok. Biz her şeyi satın alıyoruz, çünkü satın almadığımız hiçbir şey yok. O açıdan hiçbir şey için de bir eksiğimiz olduğunu, kapsamımızda sunduğumuz hizmet arasında kapsamımızda bir eksik olduğunu zannetmiyorum, çok geniş kapsamımız var. Ama elinizdeki bütçe sınırlı olduğu için bu sınırlı bütçeyle de aldığımız her şeyin bedelini ödemek mecburiyetinde kaldığınız zaman bazı şeylerin bedellerini doğru bir şekilde belirlemede zorlanıyorsunuz. Bunun çok çeşitli sebepleri var. Birincisi, daha önce BAĞ-KUR, SSK ve Emekli Sandığı adı altında iken çok farklı şekilde sağlık hizmet bedelleri belirlenmiş her biri için ayrı ayrı. Yine kapsamları farklıydı. Bunlar bir araya getirildi daha geniş, en geniş olanı üzerinden hareket edildi. Ayrıca satın aldığımız, dediğim gibi, hizmet sunucularının sayısı çok çok fazla arttı. Tüm ülke çapında satın almaya başladık. Ancak bütün bunları yaparken tamamen bir gözümüz kapalı gittiğimizi de çok açık bir şekilde söylemek lazım. Yani hangi hizmeti almamız gerektiğini, hangi hizmeti nereden almamız gerektiğini, kimden almamız gerektiği hususunda bütün bunların açıkçası kesinleşmediği, çok kaba gittiğimiz bir metotla devam ediyoruz. Tabii bunları kesinleştirebilmek için de elinizde verilerin olması gerekiyor. Türkiye'de sağlıkla ilgili verilerin sağlıklı olarak toplanmaya başlaması da çok uzun zamanlara dayanmıyor. Açıkçası çok eskilere uzanmıyor. 2004'lerden, 2005'lerden itibaren sağlıkla ilgili verileri biz toplamaya başladık. Onların da doğruluğu, daha doğru halde toplama, o hususta da emin olabileceğimiz verilerin de

ben çok daha yakın veriler olduğunu düşünüyorum. Açıkçası Sosyal Güvenlik Kurumu için 2008'in içerisinde, 2008'in ortalarından bu yana Sağlık Bakanlığı içinde belki biraz daha eski olabilir. Ama bu verilere sahip olmayınca ve bunlarla oturup çalışmadığımız takdirde hangi hizmetlerin nerelerde verildiğini görmediğiniz sürece hangi hizmetleri ödeyeceğinize karar veremiyorsunuz, ne bizim açımızdan ne Sağlık Bakanlığı açısından. Kimlerden satın alacağınıza karar vermiyorsunuz, yapmış olduğunuz ödemelerin nerelere dağıldığını, çok dağıldığını çok çok iyi takip etmeniz gerekiyor. Elimizdeki verilerle umuyorum biz yakın zaman içerisinde bu hizmetlerin dağılımını, nerelerden satın alacağımızı, kimlerden satın alacağımızı ve hangi hizmetleri satın alacağımızı çok daha net bir şekilde belirleyeceğiz ve çok daha efektif bir bütçe kullanımı yoluna gidebileceğimize inanıyorum.

Esasında global bütçe dediğimiz, bugün Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve yine özel hastanelerle yapmış olduğumuz global bütçeleme metodu da bizim açımızdan bu anlamda hizmetlerin, bu üç senelik bir anlaşma, bu üç sene içerisinde bu hizmetlerin dağılımını, yerlerini tespit etme açısından da büyük bir avantaj olduğunu düşünüyorum. Tabii global bütçenin de kendine göre riskleri mutlaka var ama gene de an azından Maliye açısından çok büyük avantaj. Bizim için de dediğim gibi bu süreyi doğru bir şekilde kullanabilirsek uzun vadede güzel sonuçlara ulaşabiliriz. Tüm bunlarla birlikte hangi tip ödeme yaparsak yapalım ki biz hem Türkiye'de sağlık hizmetleri için hem kişi başı ödeme yapıyoruz, hem hizmet başı, hem de vaka başı ödeme yapıyoruz. Hangi tip ödeme yaparsak yapalım bunların çok iyi bir şekilde takip edilmesi gerekmekte. Takip etmediğiniz takdirde eğer doğru metotları bulup, takiplerini düzgün yapmazsanız kesinlikle çok farklı; suistimalinden tutun hatalara kadar her şeyle karşılaşma ihtimali de var. Bu amaçla da yine Sosyal Güvenlik Kurumu olarak biz elimizdeki veriler üzerinden bunlardan faydalanarak sağlık hizmet sunucularının ve yine hekimlerin tüm sağlık hizmetleri için, bunun içerisine ilaç harcamaları da dâhil olmak üzere hizmetler, ilaç harcamaları da dâhil olmak üzere tüm hizmet sunucularının aylık davranışlarındaki değişikliklerin takip etme gibi bir metot geliştirdik. Bu metotla şu anda esasında çok rahat bir şekilde herhangi bir hekimin veya sağlık hizmet sunucusunun bugüne kadar ki beklenen davranışından, gerçekleşen davranışından daha farklı bir durum göstermesi, farklı bir davranış göstermesi durumunda müdahil edebileceğimizi, araştırabileceğimizi gördük ve bu metodu da daha etkin bir şekilde kullanmak için çalışıyoruz. İnanıyorum ki, elimizde birikmiş olan veriler ve bunları hep birlikte hem Sağlık Bakanlığı ve diğer paydaşlarımızla bir arada kullanır ve değerlendirirsek bizim de kendi sigorta, özellikle sağlık sigortası açısından çok uzun sürmeyen bir zaman içerisinde doğru noktaya varacağımızı düşünüyorum.

Benim şimdilik söyleyeceklerim bu kadar, teşekkür ediyorum.

Nata Menabde – Oturum Başkanı

Türkiye'nin birkaç yıldır karşılaştığı sorunlara ve kurmuş olduğunuz bu önemli mekanizmaya ilişkin değerlendirmenizden dolayı çok teşekkür ederim Sn. Dr. Çağıl. Burada yapılan tartışmalar ve sunular, farklı modellerin olduğunu, bu modellerin özel bağlamlara göre değiştiğini, bunların belirli bir modelde ve aynı zamanda belirli bir ülkede elde etmek istediğinin farklı teşvik türleri ile de çok yakından ilişkili olduğunu gösterdi. Ayrıca, sadece tek bir önerinin olmadığını düşünüyorum. Bugün burada yapmadığımız şey, aslında yapamadığımız birçok şey vardır ve konunun çok geniş olması nedeniyle bir saatlik oturumda tüm bu konulara değinmeyiz. Ancak örneğin sermaye yatırımı, geri ödemeler ile ilgili tartışmalarda sık sık unutulmuş önemli bir konudur ve farklı reformlarda sabit maliyetten değişken maliyete geçişte bunun nasıl azaltılacağı konusunda çalışmalar vardır. Hollanda gibi bir ülkede ise aslında sermaye yatırımı hastane geri ödeme modeli içerisinde dahil edilmiş ve böylece altyapı ve hastane meseleleriyle başa çıkılabilecek yöntemler geliştirilmiştir ve bu çok önemli bir maliyet kategorisidir. Üzerinde düşünmemiz gereken sadece hizmetler değildir. Yeni teknolojilere yatırım, bunların nasıl finanse edileceği. Bence bu konulara da dikkat edilmesi gerekir.

Bazı popüler konulardan diğer bazı konulara geçerken, örneğin sonuç odaklı finansman veya diğer bir yöntem olan ve bazı ülkelerde halen test edilmeye devam eden performansla ödeme mekanizmasına henüz değinmedik. Ayrıca bunları değerlendiren çeşitli çalışmalar halen devam etmektedir. Bunlar sadece hastane geri ödemeleri için değil aynı zamanda şartlı para transferleri için de gereklidir ve başarınızı etkiler. Ancak her yerde geri ödeme sistemlerini sonuçlar ile ilişkilendirmede bir artış eğilimi vardır ve doğru yönetim teknikleri, doğru göstergeler, doğru veri toplama teknikleri konusunda daha yapılması gereken işler olduğunu düşünüyorum. Ayrıca hepsinden de önemlisi genel kalite de unutulmamalıdır. Herhangi bir hastane geri ödeme mekanizmasını değiştirirken veya yeniden tasarlarlarken bunu bir şekilde açıkça ortaya koymamız gerekmektedir. Ayrıca, hastanelerin özerkliği de bugünkü sunularda birkaç kez belirtildi, çünkü hastanelerin kaynakları kullanırken bir çeşit esnekliğe sahip olması önemlidir. Ancak dün Dr. Sabahattin Aydın'dan öğrendiğimiz kadarıyla bu daha çok hastanenin statüsüne, bir üniversite hastanesi mi, eğitim hastanesi mi olduğuna bağlıdır. Ayrıca hastanelere verilen teşvikler de daha çok o hastanenin statüsüne bağlıdır, bu yüzden hastanelerin bu teşviklere tepki verme şekli de yine aynı şekilde o hastanenin statüsüne göre değişir. Bu yüzden, bu mekanizmaları uygularken göz önünde tutmamız gereken çok sayıda nüans olduğunu düşünüyorum.

***KANITA DAYALI TIP
VE HASTANELERİN TEŞVİKİ***

Prof. Dr. Fahri OVALI – Oturum Başkanı

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Herkese günaydın. Bugünkü 10. Oturumun konusu “Kanıtı Dayalı Tıp ve Hastanelerin Teşviki”. Gerçekten son, özellikle 10–15 yıl içerisinde kanıtı dayalı tıp uygulamaları tüm dünya tıbbında önemli bir yer işgal etmeye başladı ve yapılan tüm uygulamaların kanıtı dayalı olması ilkesi giderek daha fazla tıp disiplini tarafından benimsenmeye başladı. Tabii şimdiye kadar ki uygulamaların büyük bir kısmı kişilerin veya kurumların kendi deneyimlerine, gözlemlerine veya geleneklerine dayalı olarak yürütülmekteydi. Ancak kanıtı dayalı tıp uygulamaları arttıkça bu geleneksel uygulamalarda da bir takım değişiklikler meydana gelmeye başladı. Sabahki oturumlarda da bir miktar bahsi geçtiği gibi geri ödeme kurumları da artık yapacakları ödemelerde kanıtı dayalı uygulamaları ödemeye daha fazla eğilimli olmaya başladılar. Ve bu konuda tabii ki değişik rehberler geliştirme ihtiyacı doğdu. Bugünkü ilk konuşmacımız Steve Sparks, National Institute Clinics of Accidence, İngiltere’den. Bize özellikle ikinci basamak uygulamalarında kanıtı dayalı tıp rehberlerinin nasıl uygulandığı konusunda bilgiler verecek.

Şimdi NICE’den Sn. Spark’ı davet etmek istiyorum, kendisi bizlere “İkinci Basamak Hastanelerde Kanıtı Dayalı Rehberlerin Klinik Uygulaması” konusunda konuşacak. Buyurun Sn. Sparks.

Steve SPARKS – Panelist

İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü

Bugün buraya gelip konuşma yapmam için beni davet eden organizatörlere teşekkür etmek istiyorum. Bu, İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı arasında gittikçe artan yakın ilişkinin bir göstergesidir ve bu ilişkinin bu şekilde devam etmesini istiyoruz.

Bu sabah sizlere anlatmak istediğim konu, İngiltere’de karşılaştığımız deneyimlerimizdir. Ulusal enstitü olarak, insanların klinik rehberleri uygulamalarını teşvik etmek, ikinci basamak sağlık hizmetlerini doğurmuştur. Fakat öncelikle sizlere enstitüyü tanıtmak istiyorum. Sanırım çoğunuz yaptığımız bu işi daha önceden biliyordunuz. Biz, İngiltere’de bağımsız bir kuruluşuz. Hem tedavi hem de bakım konusunda bilgi veren kanıt dayalı klinik rehberlik hizmeti sunuyoruz. Ayrıca, şu an bizim için önemli olan bir konu da iyi sağlık uygulamalarının sağlanması ve bunun sürdürülebilir olmasıdır. Kamu sağlığı konusunda önemli bir rolümüz var. Bağımsız bir kuruluş olduğumuzu söyleriz. Ancak, devlet tarafından finanse edilmekteyiz ve çalışma programımızı İngiliz Hükümetinden alıyoruz. Klinik rehberlik konusunda öneriler hazırlayan ve meslek personelinin oluşan bu komite sizlerdeki gibidir. İyi teknoloji uygulamasının geliştirilmesi konusunda bizimle işbirliği yapan İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetinde 1000’den fazla kişi mevcuttur ve İngiltere’nin sağlık sisteminde yer alan bu bireylerle birlikte rehberler bağımsızlık önceliği kazanmaktadır.

Dört ana özelliği bulunan platformda geliştirdiğimiz ürünleri sunuyoruz. Hem farmakolojik ürünler hem de cerrahi teknikler konusunda mevcut uygulamalara ilişkin sizlere tavsiyelerde bulunuyoruz. Az önce de belirttiğim gibi, iyi sağlık uygulamalarının devam etmesi ve kötü sağlık uygulamalarının engellenmesi konusunda rehberler sunuyoruz. Bu sabah odaklanmak istediğim iki slayta gelince, slaytın sağ tarafında klinik rehberlerle ilgili çalışmamız ve kalite alanında gittikçe daha fazla yer almamız görülmektedir. Sizlerden daha önceki oturumda sunum yapanlar ve geri ödemeler ile ilgili çok ilginç konuşmalar yapanlar, geri ödeme mekanizmaları aracılığıyla kalitenin nasıl sağlanabileceğini anlattılar. Bu konuşmaya tanıklık edenlerin, elde ettiğimiz kalite sonuçları ile ilgili çalışmalarımızla ilgilenenlerdir. Ayrıca, bir yıl önce başlattığımız yeni kanıt hizmeti hakkında da bilgi vermek istiyorum. Klinikte çalışan meslek personeline, en güncel klinik kanıtlarına ilişkin bilgi vermek amacıyla başlatılmıştır.

Daha önce de belirttiğim gibi, üç alanda rehberlik hizmeti sunuyoruz: İyi sağlık uygulamalarının sürdürülmesi, sağlık teknolojisi ve yeni cerrahi prosedürler ile farmakolojik prosedürler konusunda rehberlik hizmetleri. En önemli bireysel rehberliğimiz ile klinik uygulama konusundaki rehberlik hizmetimizdir. Bunlar genellikle klinik alanlarımız tamamını kapsar, ekranda gözükten örnek tüberkülozdur. Ancak bu kalp rahatsızlığından kritik olarak hasta olan bir hastanın tedavisine veya hastanenin yönetimine kadar değişir. Rehberler, genellikle uzun belgelerdir ve bunların üretimi üç yıla kadar sürebilir. Sizin de tahmin edebileceğiniz gibi bu karmaşık bir konudur ve sağlık hizmetinde yer alan sektörlerin çoğunu kapsar, ancak önemli hizmetlerin sağlanmasında bu değişikliklerin uygulanması ciddi bir sorun teşkil edebilir ve farklı kuruluşların, farklı kamu sağlığı meslek personelinin ve kliniğin işbirliğini gerektirebilir.

Şimdi ise konuşmama insanların bu karmaşık rehberleri uygulamaya koymalarına nasıl yardımcı olduğumuz ile ilgili deneyimlerimi paylaşarak ve insanların bunu başarabilmeleri için geliştirdiğimiz teknikler ve araçlardan bahsederek devam etmek istiyorum.

İnsanların, klinik rehberlerimizi takip etmelerini teşvik eden belirli ayrıcalıklar tanınmıştır. Bunlardan birisi de yasal çerçevedir. Ulusal Sağlık Hizmeti anayasası adını verdiğimiz bir kanunu daha yeni İngiltere kanunlarına dâhil ettik. Buna göre, Ulusal Sağlık Hizmeti kuruluşlarının rehberin yayımlanmasından sonra üç ay içerisinde rehberi uygulaması gerekmektedir. Yani, NICE tarafından hazırlanan rehberde önerilen yeni bir teknoloji için üç ay içerisinde finansman oluşturulmalıdır. Bu direktif, bütün klinik uygulamaları kapsamamaktadır, bunun nedeni de elbette karmaşık olmasıdır. Klinik uygulama rehberlerini kullansın veya kullanmasın İngiliz sağlık sistemindeki kuruluşların sağlık konusunda çeşitli ilerlemeler elde ettiklerini görüyoruz.

Bunun uygulamaya geçmesinin uzun zaman alacağını biliyorduk. Uygulamaya koyduğunuz bir değişikliği klinik uygulamada kullanılırken görmek genellikle üç yılı bulabilir. Son zamanlarda ise İngiltere dâhilindeki sağlık bakım hizmetleri için bir düzenleyici kurum olarak bakım kalite komisyonunu oluşturduk. Bu komisyon, sağlık tedarikçilerinin NICE klinik rehberlerine uyup uymadıklarını denetlerler. Hastanelerin ve temel sağlık kuruluşlarının rehberi uygulamaya koymak amacıyla yaptıkları faaliyetleri ve elde ettikleri ilerlemeyi düzenli olarak bakım kalite komisyonuna sunmaları beklenir. Mesleki kuruluşlar, klinik davranışındaki en iyi uygulamaları kontrol etmek amacıyla düzenleyici bir çerçeve olarak klinik rehberlerimizi kullanırlar. NICE bünyesinde bir taraftan insanların rehberine uygun olarak çalışmalarını teşvik ederken diğer yandan rehberlerin uygulamaya geçmesi için insanlara destek oluyor ve yardım etmeye çalışıyoruz.

NICE, bundan on bir yıl önce ilk kurulduğunda, insanlar arasında yapmamız gereken tek şeyin hastanelere bir rehberin gönderilmesi ve onların da buna uymalarını beklemek olduğu şeklinde bir varsayım vardı. Zamanla, bu değeri anlaşılan bir iş haline geldi ve insanların rehberi uygulamasına yardımcı olabildiğimiz bir rol geliştirdi. Bundan beş yıl önce ilk uygulama stratejisini başlattık ve kurum içerisindeki altmış kişilik bir ekibin insanların bu rehberi uygulamaya koymasında nasıl önemli bir rol oynadığını artık biliyoruz.

Bu strateji bünyesinde dört önemli hedef vardır, ancak asıl önemli olan Ulusal Sağlık Hizmeti hastaneleri bünyesinde bir ortam oluşturmaya çalışıyor olmamızdır. Rehberlerimizi alan ve daha kaliteli bir hizmet sunmak için kendi uygulamalarını değiştirmeye başlayan insanlar hastalara da aynı kalitede hizmeti sunmaktadır.

NICE rehberliğinin uygulamaya konulmasında bazı engeller olduğunu biliyoruz. Bunlardan en önemli olanı ise, bazen klinikte güvensizliğin veya rehber bünyesinde verilen önerilere karşı güvensizliğin ortaya çıkmasıdır. Bu rehberlerin geliştirilmesi sırasında kapsamlı bir istişare sürecinin olmasına rağmen rehberin yayımlanmasından sonra hala bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Kliniklerden önemli bir tepki alabiliyoruz ve böyle durumlarda bazı teknikler hakkında görüşmek üzere o kliniğe gidiyoruz. Ayrıca, kuruluşların gerekli değişiklikleri yaparak rehberde yer alan uygulamaları hayata geçirebilmeleri için buna hazırlık yapabilecekleri bir sürece ihtiyaçları olduğunu da biliyoruz. Ayrıca kaynak konusunun da sorun olabileceğini biliyoruz. Şu an ki küresel durgunluk İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmetleri konusunda sonraki yıllarda, sonraki birkaç yıl boyunca, % 20’lik bir bütçe kesintisine yol açacaktır. Böyle bir finansal ortamda kalitenin geliştirilmesi için yeni teşvikler sunmamız daha da zor olacaktır. Elimizdeki bazı mevcut araçlar ise insanların kaynak etkisini hesaplamalarına ve rehberlik olmadan çalışmaya devam etmelerine neden olacaktır.

İlk konuya, klinikteki güvensizliğe geri dönecek olursak, klinik davranışını en etkili nasıl değiştirebileceğimize ilişkin kanıta dayalı bir değerlendirme yaptık. Devlet fonundan desteklenen komisyonumuz, İngiltere’de sağlık sorunları ile ilgilenen ve saygı duyulan bir kuruluştur. İnternet

sayfamızdan da ulaşılabilir olan bir küçük kitapçık yayımladık ve insanlar değişim programını uygularken göz önünde tutmaları gereken dört temel önceliğimizi bu kitapta anlattık. Önemli olan bununla birlikte engellerimizin değişmesidir, ancak bu engellerin ne olduğunu tanımlamak daha da zor olacaktır. Bu engellerin üstesinden gelmek için de belirli teknikler vardır. Buradan elde edilecek sonuç şudur: bir hareketi değiştirmek zor mudur? İnsanlar alışkanlık sahibi varlıklardır ve alıştıkları şeyi uzun süre boyunca aynı şekilde yapmayı tercih ederler. Bu yüzden ilk başta konuşmak gerekir. Değişim projesindeki önemli olan şey meydan okumadır ve klinikte çalışan meslek personeli bunu zor bulabilir. “Söyledikleri her şeyin idare ettiği” durumlara alışmış olabilirler, insanları da beraberinde getirmek onlar için önemli bir yeni proje olabilir. Değişim programlarının gerçekleşmesinin uzun zaman aldığını biliyoruz ve insanlar beklentileri konusunda gerçekçi olmalıdır. Bu tür rehberler ile gelen değişikliklerin gerçekleştiğini görmek gerçekten de uzun zaman alacaktır.

Bazı küçük aşamalı değişiklikleri göz önünde tutması gereken insanlar için bu, daha büyük değişiklikler için atılan ilk adım olabilir ve bunun küçük olması illa görmezlikten gelineceği anlamına gelmez. Belirli çevresel faktörler değişimi engelleyen bir ortam da yaratabilir. Bir kuruluş içerisindeki yönetimin kötüye gittiği örnekleri düşündüğümüzde karar alma konusundaki klinik dizin, buna dâhil olan klinisyenlere olumlu katkı yapacaktır. Kesinlikle gerçekleşecek değişimin kolaylaşmasını sağlayacaktır.

Ayrıca, kuruluşların rehberde belirtilen çalışmalarına devam ederken bir yapısal sürece ihtiyaçları olduğunu da biliyoruz. Yine burada da, internet sayfamızdan erişebileceğiniz ve NICE rehberini uygulamaya koyarken yararlanabileceğiniz bir kitapçık vardır. Bu kitapçık, rehberin uygulanması ile ilgili olarak kuruluştaki en üst düzey görevliden başlayarak liderliğin önemini tanımlar.

Oluşturduğumuz rehberin hacminden dolayı, büyük hastaneler bu rehberin değerlendirilmesinden ve ilgili klinisyenlere dağıtımından sorumlu olacak, rehberin uygulanması ile ilgili süreci kontrol ve takip edecek birilerine ihtiyaç duyacaklardır. İngiltere'nin en büyük hastanelerinden bazılarında sadece bu işi yapmak üzere işe alınan bir personel bulunmaktadır.

Meslek personeli arasında işbirliğinin değişimin başarıya ulaşmasında önemli bir anahtar olduğunu biliyoruz ve bakım hizmetinde yer alan bütün klinisyenler buna dâhil olmalıdır. Ayrıca, insanların sistematik bir yaklaşıma sahip olmaları ve onlara sunduğumuz rehberliğin değerini anlamaları gerçekten de önemlidir, böylece etkileri ve hangi değişikliklerin gerçekleştiğini daha kolay takip edeceklerdir, bunu sonraki rehberde ve sonraki projelerde de kullanacaklardır.

Rehberlerle ilgili olarak, ciddi bir pratik desteğimiz ve hazırlık aşamasındaki bütün rehberlerimizi gösteren fazladan hesap tablomuz vardır. İnsanlar buna bakarak rehberin ne zaman yayımlanacağını görebilirler. Yayımladığımız üç klinik rehberde belirli özel araçlar oluşturduk, bunlardan birisi maliyet ile ilgilidir, diğerleri ise rehberi uygulamaya koyarken ihtiyaç duyulabilecek süreçlerle ilgili değerlendirmedir. Satın almalar ile ilgili rehberimizde satın almayı gerçekleştirecek kişinin kullanabileceği ve tedarikçi kuruluşlarda değişimin nasıl olacağı anlatılmaktadır. Ayrıca ihaleye verme konusunda bilgiler de mevcuttur. Doktorların eğitim sırasında kullanmaları ve kanıta dayalı rehberler ile çalışmaya alışmalarını teşvik etmek üzere hazırlanmış önemli eğitim araçları geliştirdik, belirli rehber bilgilerini anlattık. Yine bu araçların tamamı her yerden erişilebilecek internet sayfamızda mevcuttur.

Burada öğrendiğimiz en büyük derslerden birisi şudur: Rehberlik konularının hayata geçirilmesi konusunda devam eden gerçekten de güzel çok çalışma var, ancak dünyanın diğer bölgelerindeki sağlık sistemlerinin çoğunda olduğu gibi bunun paylaşımı çok zayıftır. NICE klinik rehberlerinin uygulanması ile ilgili olarak 200 adet iyi uygulama örneğini içeren bir veri tabanımız mevcuttur. Böylece insanlar birbirlerinden bir şeyler öğrenebilir ve tecrübelerini paylaşabilirler. Herhangi bir yıla ait veri tabanında en iyi örnekler yer almaktadır.

Şuanda yaptığımız işi açıklarken kişisel temasın önemini asla azımsayamayız. Benim önderlik ettiğim ve İngiltere’de görev yapan yedi kişilik bir ekip, bütün birinci basamak hasta bakım kuruluşlarıyla ve hastanelerle birlikte çalışmaktadır. Onların değişimi anlayabilmelerine yardımcı olmak için rehberimizi anlatmamız gerekmektedir. Geliştirdiğimiz araçlarla çalışıyoruz, ancak daha da önemlisi, insanların daha iyi kliniksel rehberlik sunabilmek için onların ne istedikleri ve neyi istemedikleri, sunduğumuz desteğin ne kadarını alabildikleri, bunun yerine farklı ne istedikleri gibi konularda enstitüye destek veren çok etkili bir geri bildirim mekanizması imkânı sağlıyoruz. Bu, ürünlerimizi geliştirebilmemizi sağlayan çok geçerli bir resmi geri bildirimdir.

Son zamanlarda kalite göstergeleri ile ilgili yeni bir program başlattık ve bunun klinik rehberlerimizin uygulanmasını daha da öteye götürecek etkili bir mekanizma olmasını umut ediyoruz. İlk üç taslak daha yeni yayımlandı ve bahsedilen bu hizmetler NICE klinik rehberlerini baz almaktadır, ancak belirli kriterler çerçevesinde gerçekten de yüksek kaliteyi tanımlayan beyanlar serisi tanımlanmaktadır ve bu ilk beyanlar serisi performansı ölçebilmemizi sağlayan matris serisidir. Zamanla bunun bütün hastane tecrübelerini içeren altmış veya yetmiş kalite standardı ile birlikte bir referans olmasını bekliyoruz. Bunun satın almada çok etkili bir araç olacağını düşünüyoruz, hastane hizmetleri hakkında bizlere soru sorulacak ve hastaneler hastalarına sundukları bakım kalitesini bununla göstereceklerdir. Yine buradaki standartlar dünyanın her tarafından erişilebilen internet sayfamızda mevcuttur.

Son olarak, bu geniş bilgi kaynağı konusunda ortaya çıkan bazı zorluklara değinmek istiyorum. NICE’de, son 11 yıl içerisinde 1000 parçadan fazla rehber ürettik. Klinik mesleğindeki personelin kullanmak zorunda olduğu kanıta dayalı bilgi üreten çok sayıda insanımız olduğunu biliyoruz. On iki ay önce başlattığımız hizmet, bütün bu çeşitli bilgi kaynaklarını güvenli ve öncelikli hale getirmektedir. Eğer isterseniz, kanıta dayalı sistemi NHS yerine Google’dan araştırabilirsiniz. Bu, kullanmış olabileceğiniz popüler uygulamalara benzemektedir ancak aslında yapmış olduğu şey, bir Google araştırması yaptığınızda genellikle akredite bilgi kaynaklarına erişirsiniz ve ilk gelen bilgiler daha çok endüstri veya hastalardan gelen bloklarca desteklenen sonuçlardır. Ancak araştırılan ilk sayfalarda istediğiniz yüksek kalitede klinik bilgilerine ulaşmanız zor olur. İşte bu noktada NHS sizlere kanıta dayalı bilgiler sunar. Bunun rehberlerimiz ile çalışan kişilerin, bu rehberlerin temelini oluşturan kanıtı görebilmelerine yardımcı olacak gerçekten de güçlü bir araç olduğunu biliyoruz. Bu sadece klinik kanıt ile ilgili değildir. Sosyal bakım, hizmet satın alımının ihaleye verilmesi, yeni ilaç ve teknolojilerin satın alımı ile ilgili bilgileri de buna dâhil ediyoruz. NHS kanıtı canlıdır ve şu anda çalışmaktadır, yine tekrarlamak gerekirse dünyanın her yerinden www.evidence.nhs.uk adresi üzerinden internet sayfamıza erişmek mümkündür.

Konuşmamı sonlandırırken, son on bir yılda başarılı uygulamalardan öğrendiğimiz bazı prensipler olduğunu belirtmek isterim. Rehberler konusunda çalışırken yapmanız gereken ilk şey kuruluşunuz bünyesindeki yapıları güçlendirmektedir. Ayrıca rehberin ne zaman yayımlanacağını bilmek kesinlikle önemli bir konudur. Bu, hastanelerin, komisyonerler ile ve satın alıcılar ile rehber yayımlanmadan önce diyaloga girmelerini sağlar. Böylece kaynak yansımalarını önceden düşünmeye

başlayabilirsiniz. Bu yüzden, hastaneler bünyesinde iş görevleri ile güçlü bağların olması, iş planları veya gerekli olabilecek değişiklikler konusunda bilinçli olmayı sağlar. Hastaneler her şeyi göz önünde tutmak zorundalar, bütün kuruluşlar ile ilgili olmasa da böyle yaparız ve en önemlisi de rehber birinci basamaktan ikinci basamağa kadar farklı sayıda tedarikçiyi kapsadığında, insanların farklı alanlarda işbirliği yapmasının önemi ortaya çıkıyor. Bazıları bizim rehberimizi birebir uygulamaya çalıştılar, ancak başarılı olamadılar. Bu yüzden öncelikle insanların kendi kuruluşları için en önemli gördükleri hususlarda önceliklerini belirlemeleri gerekmektedir.

İnsanlar, NICE gibi bir klinik rehberini nasıl kullanacaklarını hastalarına anlatamamaktadır. Gittikçe daha fazla sayıda hasta ellerinde bir rehber ile istişare odasına geliyorlar ve “Doktor, beni buna uygun olarak mı tedavi ediyorsunuz” diye soruyor. Kuruluşların, hastaları tedavi ederken kanıta dayalı bilgiyi en iyi şekilde tanıtmaları önemlidir. Son olarak, bazıları rehberleri uygulamaya koyarken mevcut kaynak çeşitliliğinin tamamını unutmama eğilimindedirler ve bu konuda hata yapmaktadırlar. Bu kaynaklardan herhangi birisine ulaşmak isteyen varsa, bunları bulabileceğiniz en iyi yer internet sayfamız. Zamanınızı aldığım için çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. Fahri Ovalı – Oturum Başkanı

Güzel sunumunuzdan dolayı size çok teşekkür ederim. Oturumun tamamı sona erdikten sonra tartışma bölümüne geçeceğiz. Steve Sparks, İngiltere'deki NICE kuruluşunun faaliyetlerinden bahsetti. Özellikle geliştirdikleri rehberlerden ve bu rehberlerin de toplum sağlığı, sağlık teknolojisi ve klinik uygulamalar konusunda olduğuna çünkü bu alanlarda ciddi problemlerle karşı karşıya olduğundan bahsetti. Öncelikle bu problemlerin anlaşılması gerektiğini, saptanması gerektiğini ve daha sonra da bunların çözüm yollarının aranması gerektiğini söyledi. Çünkü insanların davranışlarını değiştirmek oldukça zor, bu konuda ciddi çalışmalar yapılması gerekiyor ve bazen çok küçük bir davranış değişikliği bile ciddi sonuçlara yol açabiliyor diye bahsetti ve bu davranış değişikliklerinin geliştirilmesi kapsamında NICE'in yaptığı liderlik faaliyetlerinden ve destek faaliyetlerinden bahsetti. Ve bu faaliyetlerin, destek faaliyetlerinin hangi aşamalardan geçtiğinden bahsetti. NICE tarafından konulan kalite standartlarından ve değişik kaynaklardan gelen bilgilerin NICE tarafından derlenip toplanarak klinik rehberler haline dönüştüğünden bahsetti.

Şimdi ikinci konuşmacımıza geçelim. Sayın Doktor Engin Uçar bize kanıta dayalı klinik rehberlerin geliştirilmesi kapsamında Sağlık Bakanlığının deneyimlerinden bahsedecek. Engin Uçar Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yardımcısı. Buyurun Engin Bey.

Uz. Dr. Engin UÇAR – Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdür Yardımcısı

Sayın Başkan, sayın konuşmacılar, katılımcılar hepinizi saygıyla selamlıyorum. Programın da biraz gerisinde kalmış olmamız nedeniyle hızlıca girmek istiyorum.

Tıbbın bildirdiği ve kanıtın önerdiği arasında bir konumda hekim. Altındaki karikatür tabii ki bir espri fakat zaman zaman bu boyutu aşacak senaryolarla karşılaşıldığını hepimiz biliyoruz. Eskilerden Yunus Emre'nin bir imzasıyla bir satır var burada;

*“Dört kitabın manası bir Elif”dir,
Hoca sen Elif dersin,
Manası nedir bilir misin?”*

Burada bilinen şey ile bu bildiğimiz şeyin arkasındaki esas gerçekler arasındaki muazzam farkında bilincinde olmamız gerekiyor. Buraya gelmeden önce bu sunumu hazırlarken bir soru sordum kendi kendime, 1-2 saniye için kendinize de sorun bunu, tam bir cevap bulamadım. Modern zamanların en büyük buluşu nedir diye düşündüm. Mekan kavramını ortadan kaldırarak iletişimi sağlaması nedeniyle insanlar arasında çok büyük bir fonksiyonu olduğunu düşündüğüm telefonu en büyük buluş olarak düşündüm önce. Sonra daha gündelik hayatımıza girmiş, özellikle son yıllarda, son nesilde bilgisayarı, ilk çıktığı zamanlardaki adıyla elektronik beyini bir rakip olarak gördüm. Sonra bu ikisini birleştiren sistemin belki tartışmasız üstünlüğü var diye düşünüyorum. Telefon teknolojisiyle bilgisayarın bir araya gelmesi ve internet olayı ile bilgi önünde durulamaz bir hızla çoğalmaya, nereden geldiği bile zaman zaman saptanamayacak derecede büyümeye başladı. Hastalar ile doktorlar arasında bazen bariyer haline de gelebildi bu.

Kanıtı dayalı tıp bir gereklilik, üretilen bilginin miktar ve hızındaki artış eğer göz önüne alınacak olursa doktorların yapmış oldukları işe, pratiğe hâkim olmalarını sağlamak gerçekten zor. Buradaki rakamlar çok doğru olmayabilir, tartışmalı olabilir önemli olan keyfiyeti. Son 15 yılda yalnız geride bıraktığımız 100 yılın yayın sayısını ikiye katladığımızı söylemek belki bir ipucu olabilir. Bilgi kaynaklarının güvenilirlik, ulaşılabilirlik, kullanım kolaylığı, güncellik açısından farklı özellikleri var. Hekimleri bu hızla üretilen bilgileri gereksinim duydukları an ve yerde zaman zaman kullanamayabiliyorlar. Kanıtı dayalı tıbbın tarihçesine çok dalmak istemiyorum fakat hekimlerin giderek artan oranda tanı, tedavi ve prognoz ile ilgili kararlarının bazı olasılıkların hesaplanması aracılığıyla istatistiksel analizlere dayandığının farkına varmalarının altını çizmek istiyorum. Bunun sonucu olarak hekimlerin hastalarıyla ilgili kararları kendi deneyim ve bilgileri ışığında klasik eğitim, almış oldukları eğitimin ışığında, sezgisel tıp diyebiliriz buna, bunun yanına bir de kanıtı dayalı tıp kavramının gelişmesi söz konusu. İletişimdeki artış tıpta coğrafyaya bağlı kaderi de zorlamakta, internet ortamı bilgiye ulaşımı patlatmakta. Kanıtı dayalı tıpla ilgili küçük bir sayfa hazırlamıştım, onu paylaşmak istiyorum. Çok eskilere kadar götürmek bile mümkün aslında tarihçesini; eski Yunan'a, eski Çin'e. Fakat İbn-i Sina batı literatüründeki isimlendirilişi ile Avicenna, enteresandır. İngilizce kaynaklarda internette kanıtı dayalı tıbbın ilk örneklerinden biri olarak gösteriliyor. Google'da araştırma yaptığınızda İbn-i Sina kelimesinden daha çok Avicenna'ya rastlayabiliyorsunuz. Bu belki de bizim bir ayıbımız! Kanun diye bir kitabı var İbn-i Sina'nın, 600 yıl Avrupadaki tıp fakültelerinde üstüne kitap getirilememiş bir eser. Bu bir rekor aslında dünya tarihinde! Herhangi bir eğitim alanında tartışmasız tek eser olarak 600 yıl hüküm sürmesi çok

ilginç. Kanon diye çevirmişler tabii. Archie Cochrane'den bahsetmeden geçmek istemiyorum. Cochrane, İskoçyalı bir epidemiyolog, ömrünü bu alandaki çalışmalara vakfetmiş. 1972 yılında Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services adında bir eser bırakmış bütün felsefesini ortaya koyan ve bugünkü kanıta dayalı tıbbın belki de babalarından birisi olarak sayılıyor. Evidence-based kavramını ilk defa, kanıta dayalı kavramını ilk defa kullanan literatürde David Eddy isimli araştırmacı olmuş 1990 yılında. Evidence Based Medicine kavramını ise 1992'de Guyad ve arkadaşları ilk defa kullanıyor. Anna Donald ise pek çok derginin, organizasyonun, çalışmanın editörlüğünü, yürütücülüğünü yapmış bu konudaki önemli şahsiyetlerden birisi. Yanılmıyorsam geçtiğimiz yıl meme kanserinden kendisini kaybetti ama büyük katkıları olmuş birisi.

Kanıta dayalı tıp uygulaması deyince ortada bu sezgiye dayalı tıp veya klasik tıp önünde ve arkasında kanatları olan bir yapı olarak düşünmek lazım. Geçerli ve güvenilir kanıtlar bir tarafta bir kanat, diğer tarafta da hastanın tercihleri, konforu ve yaşam kalitesi var. Geçerli ve güvenilir kanıtlar bizim Bakanlığımızın yürüttüğü projede nasıl yürütülür, nasıl bir araya getirilebilir, nasıl yorumlanabilir sorulan sorular bunlardı. Geçerli ve güvenilir kanıtlar sadece tıpla toplanamıyor, bilimin birçok branşından destek almak, metotları ortaklaşa kullanmak gerekiyor. İstatistik, ekonomi bunun içerisinde. Meta analiz, randomize kontrol çalışmalar, risk-fayda analizleri kullandığımız metotlar arasında. Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde NICE ile yürütmekte olduğu proje bu sorulara cevap aramak için başlatıldı. Bir sözleşme imzalandı NICE ile Kanıta Dayalı Rehber Geliştirme Projesi diye adlandırdık bunu. Amacımız örnek bir rehber geliştirmek yoluyla Bakanlıkta rehber geliştirme kapasitesinin oluşturulmasıydı. Burada italikle yazmış olduğum yere dikkatinizi çekmek istiyorum. Amacımız rehber oluşturmak değildi, bunu birkaç kez daha vurgulamak istiyorum ilerleyen slâytlarda. Projenin ana hatlarında 15 kişilik bir ekip vardı, bazı ekip üyelerini burada aramızda görüyorum, huzurunuzda hepsine göstermiş oldukları azim, sabır, zaman zaman kişisel fedakârlıklar nedeniyle teşekkür de etmek istiyorum. Yaklaşık bir sene önce proje başladı, iki faz halinde planlandı. Üç aylık birinci fazı bitti geçtiğimiz sene Nisan-Haziran arasında. İki günlük iki önemli eğitim toplantısı yapıldı. Bu eğitim toplantılarında NICE'dan büyük destek sağlandı. Bunun dışında grup içi değerlendirme toplantıları ise yoğun bir şekilde devam etti aradaki zamanlarda. İkinci faz Aralık ayında başladı ve Temmuzda bitmesi planlanıyor. Haziran ayında çalışmalar sona erecek, Temmuzda da ilk rehberimizin belki lansmanı yapılacak. Proje yaklaşık bir yıl süreye yayılıyor dedim. Proje yürütücüsünün belirlenmesi çok önemliydi, bu işi harekete geçirecek olan ekibin başındaki kişi gerçekten büyük zorluklarla karşılaşacaktı. Daha önce olmayan bir şey çünkü ülkemizde, bu nitelikte olmayan. Sonra proje yönetim ekibi oluşturuldu, teknik ekip adını verdiğimiz esas mesai yükü fazla olan bir ekip var proje ekibinin çekirdeğinde. Bu, sistematik gözden geçirme tabir ettiğimiz çalışmaları yapıyor bu teknik ekip. Bir sağlık ekonomisi ekibi var, benzer araçları kullanarak olaya ekonomik ve verimlilik açısından yaklaşan bir ekip. Bir de kalite değerlendirme ekibi denilebilecek kişiler var. Teknik ekibe NICE tarafından eğitim verilmesi planlandı, NICE'in yönteminin aktarılması tabii burada, bir çeşit tatbikat yoluyla. Yarımşar günlük sistematik gözden geçirme ve sağlık ekonomisi kavramlarına giriş eğitimi verildi. Örnek rehber için bir konu seçilmek istendi, bunun için yapılan tartışmaya ayrılan zaman bu işe verilen önemi belki yansıtıyor diye düşünüyorum. İnanılmaz bir tartışma; onu mu yapalım, bunu mu yapalım, o heyecan ve motivasyonu yansıtması açısından önemli. Örnek rehber için kapsam metin hazırlandı, bu kapsam aslında gerçek bir rehber için düşünüldüğünde biraz daha kısıtlı bir kapsamdı. Ve bu rehberi oluşturabilmek için araştırma soruları belirlendi. NICE'in metodunda, yönteminde bazı sorularla yola çıkmak şeklinde bir yol izleniyor, sorular belirlendi. Kılavuz hazırlama beceri eğitiminde tekrar parantez içinde italikle yazdığım şeye dikkatinizi çekmek istiyorum; basitleştirilmiş ve konusu daraltılmış bir çalışmaydı bu. Çalışmanın yapılmasını öğrenmek için planlanmış bir çalışmaydı. Hedef sadece araç idi, esas hedef ise bu işi yapabilmeyi öğrenmekti.

Konu olarak sezaryen seçilmişti, iki tane teknik soru belirlendi. Komplike olmayan ilk gebelikte baş gelişi olan gebede sezaryen ve normal doğumun sonuçlarının kıyaslanması, ilk doğumu sezaryen olan hastada baş gelişi olan normal gebelikte, ikinci doğumu sezaryen olarak planlamasının normal doğuma göre avantaj ve dezavantajları. İki tanecik soru ile yola çıkılıp bir yıllık çalışma yapılması inanın başlangıçta teknik ekip, yönetim, herkesi biraz soru işaretlerine gark etti. Yani biz sadece bu iki soruyu mu araştıracağız denildi fakat zaman ilerleyince bir sorunun altından kalkmanın, layıkıyla altından kalkmanın ne derece zor olduğunu yaşayarak bu ekip öğrendi. Rehber geliştirme grubu, bunun Anglosakson literatüründeki karşılığı GDG, bizde genellikle kendi aramızda öyle isimlendiriyoruz ama bunun artık RGG olmalı herhalde. Guideline Development Group. Burada konunun uzmanları var, uzman derken tabii bu uzman hekim değil, bu işle alakalı olan kişiler. Kadın-doğum, pediatri, aile hekimliği, pratisyen hekimler gibi hekimler olacağı gibi hemşire, ebe gibi yardımcı sağlık personeli de olabiliyor. Bu yetmiyor bir de müşteri odaklı olarak olaya bakılacak olursa hasta, hatta hastaların yakınları da bu ekibin içerisine girmeli ve giriyor. Teknik ekip RGG'nin bir parçası, RGG'nin bir başkanı var, toplantıları var. Bu GDG toplantısı deniliyor, RGG toplantıları. Teknik ekip tarafından yapılan sistematik gözden geçirme çalışması sonuçlarını ve bunlardan elde edilen yorumları değerlendirecek olan konu ile ilgili kişilerden oluşuyor RGG. Bizim ekibimizde kadın-doğum uzmanı farklı sektörlerden, aile hekimleri, yeni doğan uzmanı, ebe, iki tane de hasta ve yakını var. Bu resim bizim grubumuzun rutin toplantılarını yaptığı Genel Müdürlüğümüzdeki kendilerine tahsis edilmiş salon. Haftanın iki günü tam gün mesailerini burada geçiriyorlar. RGG üyelerinin özelliklerini bir tekrar altını çizerek sunmak istiyorum, herhangi bir ticari faaliyette bulunmamaları gerekiyor, bu “conflict of interest” diye tabir edilen bir çıkarları yahut zararları söz konusu olmaması gerekiyor, oluşturulacak olan rehberde. Bir ilaç firması, tıbbi kuruluştaki yönetici, çıkar sağlayacak pozisyonda olmamaları gerekiyor. Üniversite, devlet hastanesi ve özel sektörden hekimler seçildi.

NICE'in danışmanlığı ne noktada burada bize? NICE'in bizimle kolaborasi halinde çalışan ekibinde bir lider var, iki rehber geliştirme uzmanı var, alanlarında daha önce geliştirmiş oldukları rehberler nedeniyle deneyimli olan, sistematik gözden geçirme uzmanı, sağlık ekonomisi uzmanı var, proje asistanı var. NICE ekibinin altı ziyareti söz konusu oldu, olacak tamamlanınca. İki ve dörder günlük ziyaretler bunlar. Bunun dışında yalnız e-posta ile telefonla, video konferansla sürekli bir bağlantı söz konusu. On-line bir danışmanlık süregeliyor. NICE'in tabii bir de marka garantisi var, Türkiye'deki bu ekip bu işi NICE'dan öğrendi diye kayıtlara geçmiş olacak. RGG toplantılarında birinci toplantıda RGG onayının alınması, detaylarına çok girmek istemiyorum vaktinizi de almamak için, ikinci toplantısı yapıldı Mart ayında. Üçüncü toplantısı Nisan ayında ve bu üçüncü toplantıda artık soruların, önceden belirlenmiş olan soruların sistematik gözden geçirme çalışmasının sonuçları paylaşılmaya başlıyor. Maliyet-etkinlik çalışmasının sonuçları paylaşılmaya başlıyor. Birinci soru için rehberde yer alacak tavsiyelerin geliştirilmesi artık şekillenmeye başlıyor. Ve ikinci araştırma sorusu için yapılacak çalışmalar ve bulunan makalelerin paylaşımı yapılıyor. Dördüncü toplantısı son toplantı olacak, haziran ayında yapılacak, kapanış toplantısı gibi. Dış gözden geçirmeciler belirlenecek, yani grup; biz bunu yaptık, buyurun bir de siz bakın diyecek. Gözden geçirmecilerin de onayından geçtikten sonra rehber, basım ve paylaşım tarihi kesinleşecek ki Temmuz muhtemelen olacak bu. Son toplantıdan sonra ne olacak? İkinci soruya ilişkin rehber yazımı tamamlanacak, dış gözden geçirmecilere gönderilecek. Son hali üst komisyona sunulacak, bürokratlara. Onaylanan rehberin basımı ve paylaşım toplantısı gerçekleşecek. Sonra ne olacak peki? Projenin amacının bir rehber geliştirmek olmadığını tekrar altını çizerek belirtmek istiyorum. Burada amacımız kanıta dayalı rehber geliştirme alanında Bakanlığın bir stratejisi var, yetmişmiş insan gücünün değerlendirilmesi. Bir grup insanı biz nitelikli hale getirip, bu işi artık tek başına yapabilir halde görmek istiyoruz. Kanıta dayalı tıp pratiğine dayalı diğer alanların geliştirilmesi söz

konusu olabilir. Sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi gibi. Burada DRG'den, Diagnosis-Related Group'tan da bahsetmek istiyorum. Bildiğim kadarıyla 15 tane hastanemizde daha önce yürütülen çalışmanın ürünleri olarak bu DRG'ler kullanılmaya başlandı. Özellikle geri ödeme noktasında gelecek vaat eden bir sistem, dünyadaki gelişmiş ülkelerin hemen tamamında kullanılan bir sistem.

Sonuçta kanıta dayalı kılavuz çalışması Türkiye'de tedavi standartlarının belirlenmesinde anahtar bir rol oynayacak. Dünyada kabul gören bu yöntem mevcut kaynakların en verimli şekilde kullanılması, hasta sağlığı ve çalışan verimliliği için başarının anahtarı olacak. Hem kaynaklarımızı çok iyi kullanmalıyız hem de hasta sağlığında, yönetmesinde başarıya ulaşmalıyız. Son bir cümle olarak şunu söylemek istiyorum; bu projenin nihayetinde elde edilen şey bir transfer aslında. Biz kaynak olarak İngiltere'deki NICE'ı seçmişiz, başka bir kurum da seçilebilirdi. Esas mühim olan bu transferin Türkiye'ye adapte edilmesi. Gerek coğrafi, gerek kültürel, gerek sosyo-ekonomik birçok farklılığımız var İngiltere ile. Biz burada yöntemin püf noktalarını kaptığımız takdirde ülkemiz için eşsiz olacak, benzersiz olacak ve tam uyacak bir ürün ortaya koymamız mümkün olur diye düşünüyorum. Teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Fahri OVALI – Oturum Başkanı

Biz de Engin Bey'e teşekkür ediyoruz. Sağlık Bankalığının bu konudaki çalışmaları gerçekten takdire şayan, henüz daha başlangıç aşamasında olmasına rağmen önemli mesafe kat edilmiş gibi duruyor.

Yine bu konunun devamı olarak şimdi Sayın Doktor Seda Usubütün'ü davet etmek istiyorum. O da bize klinik performans göstergeleri arasında kanıta dayalı klinik rehberlerin yerinden bahsedecek.

Uz. Dr. Seda USUBÜTÜN – Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı

Hepinize burada olduğunuz için teşekkür ederek sunumuma başlamak istiyorum.

Kanıtla dayalı tıbbın bir adım ilerisi belki klinik performans, biz bundan nasıl yararlanabiliriz ben biraz bundan söz etmek istiyorum. Yapacağım sunumun planında öncelikle klinik performansın ölçülmesi gereksiniminden söz edeceğim. Daha sonra klinik sonuçların iyileştirilmesi için teşvik sistemlerinden söz edeceğim. Teşvik sistemleri için klinik göstergelerin seçimi konusuna biraz değinip, kanıtla dayalı bilgiye erişimde bize yardımcı olan klinik kılavuzlarla konuyu bağlamaya çalışacağım.

Tüm dünyadaki uygulamalardan bildiğimiz ve son on yıllarda sıkça dile getirilen kanıtlar ile uygulamalar arasında bir uçurum olduğu. Bunu, nüfusun büyük çoğunluğunun en iyi bakımdan yararlanmadığını biliyoruz. Bunu çok kişi dile getiriyor. Buradaki en iyi bakım sadece sağlık hizmetlerine erişim değil, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki coğrafi, kültürel, ekonomik engelleri aşsanız da erişikten sonraki aldığınız bakımın klinik kalite olarak ne kadar iyi olduğundan daha çok söz ediliyor. Sunulan hizmetler içerisinde azımsanamayacak oranda gereksiz ya da potansiyel olarak zararlı olabilecek uygulamaların olduğunu biliyoruz. Bunlar arasında aşırı kullanılan, az kullanılan veya yanlış kullanılan uygulamaların siz konusu olduğunu da biliyoruz. Klinik performansta ya da klinik uygulamalarda gözlemlenen bu sorunları üç ana başlık altında incelemek mümkün. Bunlar tıpta özellikle neyin klinik olarak etkin olduğuna ilişkin kanıtların yetersizliği, klinik uygulamadaki çeşitlilik ve hizmet sunumunun yerindeliği tartışmalarını beraberinde getiriyor. Uygulamadaki etkinlik boyutuna bakacak olursak özellikle Cochrane çalışmalarının gösterdiği randomize klinik deneyler olarak adlandırdığımız altın standart kanıtları referans aldığımızda sık kullanılan medikal uygulamaların sadece % 13'ünün yararlı olduğunu kanıtlayabiliyoruz. % 22'si ise yararlı olmaya aday olarak geçiyor. Yaklaşık % 50'den azı, yani % 45'i etkinliği belirsiz, gerekli kanıttan yoksun olarak adlandırılıyor. Kalan % 17'si ise yararlı değil, zararlı sınırında. Etkin olan uygulamalar bu kadar azken biz bir de bunların içerisinde maliyet etkin olanları ayıklamaya çalışıyoruz özellikle ödemeciler için, özellikle kaynaklar sınırlı olduğu için. Artık sadece etkili uygulamalar değil maliyet etkili uygulamaların peşinde koşuyoruz. Bunun için de maliyet etkinlik analizleri ve teknoloji değerlendirmeleri yapılması gerektiğini sıklıkla vurguluyoruz.

Sorunlardan bir diğeri olan uygulamadaki çeşitlilik aslında etkin yöntemin ne olduğu konusundaki belirsizlik neticesinde bizi karşılıyor. Uygulamalarda çeşitlilik oldukça yüksek. Bir nedeni belki, profesyonellerin uygulamalarında özdenetim dışındaki seçenekleri çok fazla değerlendirmek istememeleri, yani bazı standartları getirilmesi konusunda en dirençli profesyonel grubu oluşturuyor olmaları. Bazı araştırma bulguları var. Bir toplumdaki hastane harcamalarının büyüklüğü o bölge nüfusunun sağlık-hastalık özelliklerinden çok o bölgedeki hekim sayısı, uzmanlık alanları ve tercih ettikleri tıbbi yöntemler ile çok daha fazla ilişkili olduğu gösterilebiliyor. Yine eğer tedavi yöntemlerinin seçiminde daha güvenli ve konservatif, yani kanıtla dayalı olanlara kayılması halinde % 30'luk bütçe kazançları elde edilebileceğini de gösteren çalışmalar mevcut. Bunların yanı sıra üçüncü bir başlıkta da acaba yapılan uygulamalar, maliyet etkin olsun çeşitliliği ortadan kaldırmış olalım, acaba yerinde uygulamalar mı? Yani stratejik olarak seçilmesi gereken uygulamalar mı sorusu var. Özellikle kronik hastalarla ilgili son yıllarda biliyoruz ki kanıtla dayalı, yerinde ve maliyet etkin bakım hizmetleri pek çok ülkede verilemiyor. Harcamadaki payı yüksek olmasına karşın tedavi yetersizliği nedeniyle önlenebilir morbidite ve mortalitede büyük artışlar gözleniyor. Amerika RANT kuruluşunun 2004'te yaptığı bir araştırma kronik hastalık bakımına ihtiyaç duyan Amerikalılar ile ki sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülke, ortalama % 55 oranında buna erişemediğini gösteriyor.

Sağlık sonuçlarını iyileştirmenin yolu buradan yola çıkacak olursak var olan tıbbi kanıtlar ile yürürlükte olan klinik uygulamalar arasındaki uyumsuzlukların giderilmesinden geçtiğini

saptayabiliyoruz. Peki, klinik sonuçlarının iyileştirilebilmesi için teşvik sistemleri ne yapabilir? Teşvikler, bildiğiniz gibi kalite iyileştirme hedefleri doğrultusunda davranış değişikliklerinin ortaya çıkmasına yardımcı olabilecek araçlar. Teşvikler, hep finansal teşviklerden konuşuyoruz ama finansal olmayan, kişilerde güven ve sorumluluk hissinin uyandırılmasına bağlı teşviklerden de söz etmemiz gerekiyor. Özellikle de bu tür teşviklerde güven ve sorumlulukları geliştirmenin önemli bir yolu sonuçların, elde edilen klinik sonuçların ölçülebilir, yönetilebilir hale getirilmesinden geçiyor. Bu da bilgi sistemlerinin güçlendirilmesiyle, teknik planla ancak mümkün olabilecek konular. Klinik ve hastane performansının şeffaflığının geliştirilmesi durumunda hesap verirliliğin ve verimliliğin iyileşeceğine dair çok sayıda çalışma ve uyarı var. Bir örnek Amerika Cleveland Klinikten, kalite-puan tabloları denen bu tablolarda klinik içerisinde ve farklı kliniklerde yapının burada verilen örnekte el hijyeninde olduğu gibi bazı alanlarda kalite için saptanmış göstergeler alanlarında tam zamanlı verilere ulaşmak ve hastanenin, kliniğin, departmanın hatta giderek hekim ya da sağlık personeli düzeyinde kişilerin hedeflenen ölçütlere göre geride, hedeflenen ölçütlere uygun ya da ilerisinde olduğunu saptayan çeşitli göstergeler hazırlanabiliyor ve izlenebiliyor. Bunlar elektronik olarak elde edilen veriler. Kısa döngülü, gerçek zamanlı veri sistemleri. Aynı gün, aynı hafta içerisinde geri bildirim mümkün kılıyor ve düzeltici eylemlere bağlanabiliyor, izlenebiliyor. Müdahalelerin sonuçlarını görmek, hızlı değişiklikler sağlamak mümkün. Beklentilerin ayarlanması kalite anlamında ve hesap verirliliğin sağlanması oldukça katkı yapan sistemler. Bu örneği seçmemin nedeni Cleveland Klinikte bu sistemin uygulanması performans ödemelerine bağlı değil. Bu klinik kaliteyi gösteren bir sistem, ancak hekimlerin senede bir yenilenen kontratlarında bu sistemin verilerinden yararlanılıyor, birebir değilse de kişilerin değerlendirilmesinde çalıştıkları departmanın ve kliniğin genel olarak hedeflerine ne kadar uygun çalıştıkları hepsi değerlendirilebilen bir sisteme dönüşmüş oluyor.

Finansal olmayan örnekten sonra finansal olan teşviklere gelecek olursak; olumlu performans için ekstra ödeme yapılması bildiğimiz en yaygın yöntem. Olumsuz performans için örneğin tıbbi hatalar gibi ödeme yapılmaması, bu Amerika'da SMS sisteminde yer alan bir örnek. Bir üçüncü seçenek de ödüllendiren değil cezalandıran yani önceden önerilen kesinti yapan sistemler. Bunları da yine İngiltere'deki hastane enfeksiyonları izleminde örneklerini görmek mümkün. Finansal teşviklerle ilgili bazı genel prensipler var klinik alanda çalışırken, esnek ve geliştirilebilir programlar tasarlanması gerekiyor. Hizmet başı ödemelerin değişime dirençli olduğunu biliyoruz çünkü bu sistemlerde kazancı maksimize etmeye yönelik eğilimler oluşuyor. Bu nedenle teşvik sistemi ile elde edilen kazancı aldatmacaya bağlı kayıplardan fazla olması gerekiyor ki siz böyle bir sistemi kurgulayabilesiniz. Çok dikkatli olunması gereken sistemlerden bir tanesi.

Yine klinik kalite alanında finansal teşvikler tasarlarken dikkat edilmesi gereken iki diğer konu da sadece bahsettiğimiz klinik performans alanındaki sorunlarla birebir örtüşüyor. Biri klinik ve maliyet etkililik uygulamaları özendirilmesine öncelik verilmesi, bir diğeri de uygulamadaki çeşitliliği azaltacak yönde, yani standardize edilmiş, yani kanıta dayalı uygulamaların teşvik edilmesi şeklinde tercihler kullanılması gerekiyor. Ve yine sonuca dayalı ödeme diye dün bahsedildi performansa dayalı ödemenin bir türü olarak. Sadece aktivite sayısını arttırmak, yani süreçle ilgili göstergelere değil sonuca olan etkisiyle birlikte değerlendirilmesi. Planlanırken göstergeler sonuç göstergelerinin kullanılması da özellikle klinik kaliteyle ilgili izlemlerde oldukça önemli gözüküyor. Bir örnek İngiltere'den, birinci basamaktan; yine yerinde olan bir uygulama. Kronik hastalık yönetiminde bir teşvik sistemi olarak geliştirilmiş kaliteli sonuçlar çerçevesi diye çevirebileceğimiz KOAH sistemi. Sekiz alanda kronik hastalıklar seçiliyor ve buradaki ulaşılacak hedefler için bazı ağırlıklı puanlar hesaplanıyor toplam bine gelecek şekilde. Sağlık kuruluşları, bu hizmetleri sunan birinci basamak sağlık kuruluşları sene başında hedefledikleri puanı söylüyorlar, daha sonra da elde ettikleri puan başına 125 pound civarı bir ödeme ile ödüllendiriliyorlar. Seçilen performans göstergeleri içerisinde bazıları süreç göstergeleri, astımlı hastada ya da kanserli hastada hangi sürelerde kontrolün yapılması gerektiği kanıtına dayanarak ya da bilgisine dayanarak oluşturulmuş göstergeler. Bir

kısmı ise sonuç göstergeleri; kroner arter hastalığı, diyabet veya hipertansiyon tanımlı hastada kan basıncı kontrolünün gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğine bakılan göstergelerden oluşuyor. İki sene kadar uygulandıktan sonra bir takım eleştiriler alıyor KOAH sistemi İngiltere’de. Bir kısmı ücretlendirmeye ilgili, ücretlendirme yüksek bulunuyor çünkü teşvik sistemlerinde biliyoruz ki çok küçük değerdeki bazı teşvikler bile davranış değişikliğini ortaya çıkartmakta yeterli. İngiltere bu alanda çok fazla para harcadığını ve acaba aynı değişikliği ortaya çıkartmak için daha az bir bütçeyle de yola çıkabilir miydi sorusunu kendisine soruyor. Bunun dışında yine ücretlendirmenin ya da fiyatlandırmanın yapılmasında teşvik alanlarında ağırlıklı puanları saptarken sağlık kazancına değil iş yüküne dayalı hesaplar yaptıkları için eleştiriliyor. Bu ücretlendirmeye ya da fiyatlandırmaya ilgili konuları bir kenara bırakacak olursak diğer üç eleştiri tamamen kanıtlarla ilgili; standartların düşük tutulduğu, yani örneğin hipertansiyon, daha doğrusu kan basıncı kontrolünde 150/90’ın hedef alınması gibi gerçekten düşük standartlar söz konusu. Dolayısıyla kanıtla yeterince dayalı olmadığı ve bu uygulamalara öncelik verildiğinde nelerin ihmal edildiği hakkında bir verinin olmadığı, yani maliyet etkili de olmayabileceği eleştirilerini alıyor İngiltere’de bu sistem. Ve o zaman klinik göstergelerin seçiminde başka ne gibi şeylere acaba dikkat edilmeli sorusuna geri geliyoruz. KOAH göstergelerini yeniden gözden geçirilmesi işi İngiltere’de NICE kuruluşundan rica ediliyor. Çünkü İngiltere’de bir NICE kuruluşu var ve klinik ve maliyet etkililik bilgilerine dayanarak İngiltere’nin sağlık sistemine tavsiyelerde bulunan bir bağımsız kuruluş. 01 Nisan 2009’dan itibaren İngiltere’de KOAH sisteminde yer alan klinik ve sağlık iyileştirmeye yönelik sağlık göstergelerinin seçimine yönelik olarak bağımsız bir süreç başlatılıyor. Ve var olan KOAH göstergelerinin gözden geçirilmesi ve yeni göstergeler için öncelikli alanların belirlenmesi, yeni göstergelerin geliştirilmesi ve tavsiye edilmesi işi bu sisteme veriliyor. Ve bu gözden geçirmeyi yaparken var olan en iyi klinik ve maliyet etkili kanıtlarına dayandırılması ve bu sürecin hasta ve profesyonel grupları da içeren paydaşlarıyla yapılacak açık konsültasyonlar ile yapılması şartı da getiriliyor. Bu konsültasyonların bir sonucu olarak KOAH’da gösterge öneme seçim kriterleri belirleniyor, Mart 2009’da bunlar yayınlanıyor. Çok hızlıca bunlara bakarsak; özellikle birinci basamakta alanımız kişilerin sağlığına acaba önerilen gösterge önerilen ölçüde katkı yapacak mıdır, bakılan kriterlerden bir tanesi. En iyi uygulamaları teşvik edecek midir? Sağlık eşitsizliklerini azaltacak mıdır? Sağlık sisteminin öngördüğü stratejik alanlara öncelik veriyor mudur? Maliyet etkili iyileştirmeler ortaya çıkaracak mıdır? Burada yapılan değişiklikler diğer sağlık ve sosyal sektörlere yapılacak olan etkiyi değiştirecek midir, bunlar analiz edilmiş midir? Klinik konular söz konusu olduğunda, çünkü halk sağlığı göstergeleri de var, acaba önerilen gösterge tüm popülasyonu mu, bir alt popülasyonu mu içerecektir? Göstergenin ilişkili olduğu girişim ve uygulamalar sayesinde kişilerin yaşam kalitesi artacak mıdır? Morbidite azalacak mıdır? Prematüre mortalite azalacak mıdır? Sağlık eşitsizliklerinde azalma sağlanacak mıdır? Son bir kriter de yine göstergelerin seçimi için İngiltere’de saptanan, bu kriterler daha doğrusu bu gözden geçirme önerileri, önerilen göstergeler NICE’in o zamanki önceliklerine ve zamanlamasına uygun mudur? Hem NICE’in zaten o sırada desteklemekte olduğu ve uygulamaya çalıştığı, uyarlamaya geçirmeye çalıştığı tavsiyelere uygun mudur? Ulusal hizmet çerçevesinin uygulamada destekleyebileceği bir alanda mıdır? Sağlık sonuçları ölçülmeye uygun mudur? Yani yapılan göstergeler, bakılan göstergeler bizi doğrudan sağlık sonuçlarına götürecek midir? Ve tabii bazı diğer acil alanlar, kamu ilgisi olan alanlar, yeni hastalıklar gibi bir takım konularla ilgili midir? Ve geliştirme süreçleri ve üzerinden geçilme süreçlerinin de uzun olduğu düşünülürse acaba beklenen tarihte hâlâ ilgili ve güncel olacak mıdır bu göstergeler? Bunların her biri birer gözden geçirme kriteri olarak, örnek olarak size anlatmak istedim.

Son kısımda da kanıtla dayalı bilgiye erişimde peki ne noktadayız? Yani hep söz ettik klinik göstergelerin en önemli noktası kanıtla dayalı tavsiyeler ile desteklenmesi. Ancak kanıtla dayalı tavsiyelerle desteklenir ise maliyet etkili, standart ve yerinde uygulamalar olduğunda emin olabiliyoruz ve bunları teşvik etmiş oluyoruz. Modern tıpta kanıtlar, kanıtla dayalı tıpta Engin Bey de oldukça ayrıntılı bahsetti, kanıt deyince çok daha teknik olarak ne anlıyoruz? Yapılan çalışmalarla tedavinin, belli bir girişimin yararı gösterilmiş mi ya da ne şekilde gösterilmiş? Zararı, güvenliği çalışılmış mı?

Alternatif diğer çalışmalarla, girişimlerle karşılaştırılmış mı? Ve tedavinin ya da girişimin maliyetini biliyor muyuz? Bütün bunlara ilişkin bilgiyi arıyoruz kanıtları ararken. Ama kanıtlar açık seçik ve önümüzde değil her zaman çünkü çok değişkenlik içeriyor. Bütün bu bilginin arandığı çalışmalarda görüyoruz ki farklı hasta grupları kullanılıyor, örneklem büyüklükleri farklı olabiliyor, metodoloji uygunluğu değişken oluyor, müdahaleler farklı farklı, karşılaştırma grupları farklı olabiliyor, maliyetler özellikle farklı ülkelerde çalışılmışsa ve elde edilen sonuçların da ya da çalışmada ele alınan sonuçların da farklı farklı olabildiğini görüyoruz. Bu çeşitlilik yanı sıra bir de kanıtların miktar olarak çok fazla olduğunu biliyoruz. Klinisyenler yüksek hacimde bilgi yığınları arasında kendi kendilerini güncellemek zorunda kalıyorlar. Kanıta dayalı tıp bütün bu ihtiyaçlara karşılık vermek üzere ortaya çıkıyor. Klinik kararları desteklemek üzere kanıtların kalitesi, güvenilirliğini sistematik olarak incelemeye, raporlamaya ve iyileştirmeye yönelik bir pratik olarak ortaya çıkıyor. Daha önce de söz ettiğimiz gibi sistematik gözden geçirmeler yapılıyor, sağlık ekonomisi gözden geçirmeleri yapılıyor ve sonuçta elimize rehberler geliyor. Rehber dediğimiz şey nedir? Yani textbook değildir, rehberler uygun sağlık bakımı konusunda hastaların ve sağlık profesyonellerinin kararlarını desteklemek amacıyla belirli klinik sorular hakkında sistematik olarak geliştirilmiş tavsiyelerdir. Rehberlerin geliştirilmesi için giderek artan düzeyde bir ihtiyaç söz konusu. Sağlık kuruluşları artık uygulamalarını standardize etmek için bu tür rehberleri geliştirme ihtiyacıyla karşı karşıyalar. Ancak rehber geliştirme az önce Sağlık Bakanlığındaki örnekte de gördüğümüz gibi zaman, uzmanlık ve kaynak gerektiren oldukça yoğun bir süreç. Hastane veya hekim grupları gibi daha donanımlı yapıların bu araçların geliştirilmesi yönündeki beklentiler ve gerekler karşısında kendilerini çaresiz hissetmeleri çok doğal ya da bizler gibi işe yeni başlamış ülkelere de bu tür çaresizliklerin hissedilmesi çok doğal. O yüzden sunumun sonunda ben bir de rehberlerin geliştirilmelerinin yanı sıra uyarlanması pratiğinden söz etmek istiyorum. Var olan yüksek kaliteli rehberlerin bir kaynak olarak kullanıldığı, yani var olan, var ise bunların kaynak olarak kullanımı sıfırdan rehber geliştirilmesine bir alternatif olabiliyor ama ne şekilde? Mutlaka rehber uyarlama sürecinin farkında olunması gereken bir konu, aynı kanıtlardan yola çıkarsa da tavsiyelerin geliştirilmesinde varyasyona neden olan organizasyonel, bölgesel ve kültürel çok da meşru farklar olacağı. Yani aynı kanıtlardan yola çıkıp her ülkede aynı tavsiyeyi geliştiremeyebiliriz. Ancak sistematik süreçler uygulanırsa uyarlama çalışmalarında yine ortama özgü klinik sorulara yanıt veren ve hedef ortamdaki ihtiyaçları, öncelikleri önceleyen, bunları garanti altına alan bir takım çalışmalar yapmak olası. Bu tür süreçlerde, yani uyarlama söz konusu olduğunda yerel sağlık otoriteleri, sağlık kuruluşları, rehber geliştirme kuruluşları veya uluslararası sağlık kuruluşlarının her biri bu tür araçları kullanarak sistematik yöntemlerle rehber geliştirilmekte, uyarlamakta ehil gözüküyor.

Sonuç olarak söyleyeceğim, uygulama standartlarının geliştirilmesi en büyük ihtiyacımız, bu uygulama standartlarının geliştirilmesi için de kanıta dayalı klinik tavsiyelerden yararlanıyoruz. Bunu basılı rehberler yoluyla yapabileceğimiz gibi doğrudan elektronik karar destek sistemleriyle de yapmak mümkün. Bu standartları geliştirdikten sonra bunlara uygun klinik performans göstergelerinin belirlenmesi ve izlenmesi ve teşviki bizi sonuçta kalite iyileştirme dediğimiz klinik kalitenin, klinik hizmetlerin daha iyi bir noktaya gelmesi noktasına taşıyor. Teşekkür ediyorum sabrınız için.

Prof. Dr. Fahri OVALI – Oturum Başkanı

Biz de teşekkür ediyoruz Sayın Usubütün'e, özellikle kanıta dayalı tıpla hastanelerin teşviki gerek finansal olsun gerek performans açısından olsun bu ikisi arasındaki ilişkiyi kurduğu için özellikle teşekkür ediyorum. Herhalde Türkiye'de bu noktaya doğru gidiyor diye düşünüyorum.

Son konuşmacımız yine İngiltere'den Stephan McKenney, bize spesifik bir alanda, cerrahi alanında kanıta dayalı tıp göstergelerinin kullanılması hakkında bir model önerisini sunacak.

Stephan MCKENNEY – Panelist

İngiltere

Bu konferansa katılmak için davet edilmek, özellikle yıllarını klinik açıdan sağlık kalitesine adanmış biri olarak, benim için bir ayrıcalıktır ve bu yüzden organizatör firmaya konuşmamı istedikleri ve davet ettikleri için teşekkür ederim. İngiliz Sağlık Bakanlığı'nda yaklaşık 10 yılı aşkın süredir, sağlık standartları ve hasta güvenliğinde klinik ihmaller üzerine avukat olarak eğitim verdim. Benim şu anda yer aldığım firmamın ismi CCI'dır. Şimdi yasal bir şirket olarak, Bakanlık aracılığı ile, sağlık hizmetleri kalitesi konusunda bilgi veya eksiklikler hakkında yaşanan hayal kırıklıklarını sorguluyoruz. Ve genellikle ana hatlar üzerinde gereken temel somut ve vidaların eksikliğini yaşıyoruz. Ve ben bugün bu konuya odaklanmak istiyorum. Sağlık hizmeti konusunda ölçüme dayalı kurallar ile hangi düzeyde hizmet aldığınızı kanıtlayacak bilgiler vermek istiyorum. Ve bu bilgilerin tümünde, İngiltere'de cerrah olan Bay Grant Copeland'ın 30 yılı aşkın süredir bu konuda yapmış olduğu otoriter sistem olan uluslararası ölçümlerinden ve klinik denetlemelerinden yardım aldım. Risk bazlı ayarlama, her kliniğin ihtiyaçlarının nasıl doğru yansıtılacağı, ulusal istatistiklere bağlı olarak ifade edilir. Problem nedir? Etkili olarak, özellikle İngiltere'de veri yönetimi konusunda tarihsel odaklanma olmuştur: Verimlilik, gerçek giriş, mali denge, bekleme süreleri. Her şey için, enfeksiyonların artış oranları konusunda ve kötü kalitedeki bakım sonucunda insanlar özellikle kalite konusunda olumsuz düşünmektedir. Ve kalite matriksi koşullarında neler oldu; çok fazla kısıtlama, birçok insanın ölüm sayısında artış ve bize başvuran kişi sayısının gerçek rakamlarının eksikliği. Bu tedavi şeklinin evrensel olduğunu söylemiyorum ama İngiltere'de kesinlikle bu şekilde. Ulusal istatistiklere güvenerek, yerel nüfus üzerindeki morbidite hakkında büyük varsayımlarda bulunuyoruz ve sonrasında bireysel doktorlara uyguluyoruz. Bu konuda iki hastane seçtik; ancak kesinlikle biliyoruz ki, iki hastanede, kesinlikle aynı profile sahip hastaları tedavi etmemekte. Durum her zaman farklı karışımlar göstermektedir. Bu yüzdende yapılan seçim yeterli değildir, biz genellikle doktorların yaptığı gibi, hastaların farklı senaryolarını karmaşık olarak ayarlamıyoruz, biz sağlık kalitesini arttırmak için gerekli denetlemelerle hastalara yardımcı olmaya çalışıyoruz. Peki, bu şekilde neye ulaşmak istiyoruz? Biz ters yönde, problemi ayırtmaya çalışıyoruz. Ortak payda olarak hastaya bakıyoruz. Bu misyonda her hastanın fizyolojik profili nedir? Sağlık kurtarma konusunda bugün nereye gidiyoruz ve akut veya seçilmiş veya kanser hastaları veya majör veya minör cerrahi konusunda neredeyiz? Tüm bunlar, onların kişisel risk profillerindeki önemli farklılıklar hakkında bilgileri vermektedir. Ayrıca, bugün ameliyatlara da odaklanmak istiyorum ve sunum sonrasında tıbbi bakım alan mutlu kişiler ile görüşmek de ilgi çekici olacaktır. Neye dayanmaktadır?

Skorlama sistemine POSSUM denmektedir, yaklaşık 25 yıldır kullanılmaktadır ve Graham Copeland tarafından geliştirilmiştir. Ve 6 yıl sonrasında, her hastada 12 özel fizyolojik özelliğe sahip olduklarını doğrulayan araştırma sonuçları görülmektedir. Kardiyolojik belirtileri ve bulguları, kan test sonuçları ve diğerleri. Ve cerrahide 6 operatif değişkenlik olsun veya olmasın, akut veya belirli aralıklarla kontrol edilmesi gereken durumlarda düşüş olup olmadığına bakarım. 35 sayfanın bazı bölümlerinde, değişkenlikler ve skor, hastanın mortalite ve komplikasyonlar açısından tahmini risk oranını vermemektedir. Ben POSSUM'a güveniyorum, çünkü uzun zamandan beri kullanılmakta. Cerrahi meslektaşlar ve cerrahi kurumlar arasında ve dünya genelinde, çeşitli ünitelerde, 47 ülkede en çok kullanılan sistemdir. Ama kâğıt tabanlı sistemlerin kullandığı çeşitli birimler olduğunu biliyorum. Bazı verileri toplayarak ve bazı analizler üretmek, kendi aralarından seçim oluşturdukları ekipler ve organizasyonlar ile birlikte çalışmaktadırlar.

Bunun yanı sıra, biz bir bilişim sistemi oluşturmaya çalışıyoruz, bu sistem sayesinde kolayca veri toplanabilecek ve analizlerin raporlanması basitleşecektir ancak bu çok daha fazla sofistike olacaktır. Ve bu sayede dünya genelinde 47 ülkeyi kapsayacak şekilde büyük bir veri tabanı oluşmuş olacaktır. Bunları görüntülemek açısından, değişken klinik perspektifler için, sağ tarafta görebileceğiniz 1, 2, 4, 8 üstselsel ve 8 yataklı puanlamaya değinmek istiyorum. Yani klinik olarak verilmiş hasta sayısına göre, en fazla risk ve durumuna ait profillerine bakabilirsiniz. Ve tüm bunlar sistem içerisinde kayıtlı olacak şekilde tasarlandığı

için hastanın konsültasyon bilgisine gerek kalmayacaktır. Ne kadar uç bir sistem olarak görülse de, klinik denetim için basit bir sistemdir. Ameliyat sonrası oluşabilecek tahmini risk yorumlandı mı? Herhangi bir antijenik komplikasyon var mı veya hastaya yardımcı olacak basit fonksiyonlar veya işlevsel süreç için başka şeyler var mı, yada başka bir şey yapılabilir mi? Statik olabilir mi? Ameliyat sonrası bakım gerekiyor mu? Bu analizlerin kayıt edilmesi çok önemlidir. Bunların tümü cerrahi açıdan uygun mudur? Çok yüksek riskli bir hasta olabilir, böyle bir durumda bu hastaya cerrahi müdahale yerine konservatif bir tedavi şekli uygulanabilir. Bu yüzden, ortak paydamız olan hastalarda, cerrahın bireysel performansından anlaşılanın yerine, hastanın kendi performansı hakkında da varsayımlarda bulunmaktayız. Ve bu eğitim, kalite iyileştirme, değerlendirme, iyileştirme, belgelendirme, masrafların ödenmesi, iyi bir performansın korunması için masrafların geri dönüş analizleri açısından çok önemli hususlardır. Bazı doktorların mortalitesi yüksek olabilir, bunun sebebi kalp cerrahisinde üçüncül uzman olması olabilir. Şuanda bu konuda çatışma eğilimi bulunmaktadır, burada biz sadece genel cerrahların performanslarını, kendilerine karşı farklı kalite verimliliğine göre değerlendiriyoruz. Bunu, hastanın risk sınıfını ve beklenen bakım ihtiyacını anlayabilmek için etkili şekilde kullanabiliriz. Ve danışmanlık odasında, doktor ve hasta arasında, oluşabilecek riskler ve olası koşullar hakkında bilgiler tartışılabilir. Bu liste organizasyonel ve ulusal açıdan olası kalite ve güvenlik kademelerinin tümünü içermektedir. Evet, bu ne demek? Bu nedenle oldukça hızlı şekilde sunulan sorulardan ben asla kaçmam.

Bizim etkili standardize olmuş etkili bir sistemimiz var, çünkü biz her hastaya bireysel olarak bakıyoruz, sağlık sistemleri dünya genelinde değişiklikler gösterebilir, ancak temel anlamda hasta güvenliğinin sağlanması kliniklerde hemen hemen aynıdır. Burada ülkeler arasından içerisinde Türkiye'nin dahil olmak üzere seçim yapılmıştır, nerede etkiliyiz ve Galler'de ki bazı genel üroloji hastaneleri ile Türkiye'de ki hastaneler arasında karşılaştırma yapılmıştır, bu karşılaştırmayı Afrika takip etmiştir, ayrıca büyük Almanlarda da çocuk cerrahisi denetimleri üzerine de çalışıyoruz, ancak biz temel olarak hasta türüne ve dış denklemini baz aldığımız için, hepsi hariç klinik ekibinde yeterliliğini değerlendiriyoruz. Bu gibi standartlaştırılmış metodolojileri kullanabilirsiniz ve sonuç açısından memnuniyetle söylemek isterim ki, bu paralelleştirme hakları üzerinde baskın oran, sonuç değil, beklentidir. Oranın bir anlamı da birden fazla maddenin uluslararası olarak kabul edilmesinin 1 den daha az olmasından daha iyi olmasıdır. Yani, Türkiye aslında bu işi çok çok iyi yapıyor.

Organizasyonda yatan sadece bu resimlerde verilen farklılıklardır. Top eğrisi genel anlamda mortalite istatistiklerine dayalıdır ve gördüğünüz gibi mortalite yukarı ve aşağı gitmektedir ve erken eğri üzerinde mortalite oranı pik yapmış durumdadır, burada bir problem olduğunu düşünebilirsiniz. Ancak, karma olarak hazırlanmış resme baktığınızda, alt çizginin olduğu yerde, sarı çizgi 1 hacim oranı olarak, beklenen üst çizgi kadar iyi olmadığını göstermektedir. Aslında karma ayarlanmış resim kutusunda, yüksek mortalitedeki yükselme periyodu gösterilmektedir, performanslar oldukça iyi olabilir, iyi bir hastane büyük bir trafik kazası ile başa çıkabilecek seviyede olmalıdır ve o zaman kapılarını çok sayıda ağır yaralı hasta için zamanında açabilmeli ve hastalarının kendilerini iyi hissetmelerini sağlayabilir.

İlginç olan, yapılan tüm çabaların sonrasında, mortalite azalmasında görülen genel bir eğilime odaklanması gerekmektedir ama ayarlanan vaka karması resmi kötü sonuçlar vermektedir.

Bu uygulamada en önemlisi, cerrahın bireysel performans kademesi ve bireysel anlayış performansdır. Burada bir kısım ortopedik cerrahların durum çalışmaları bulunmaktadır, bu çalışma 2 yıl sürmüştür, bu oldukça uzun bir çalışma olmuştur. Bu basit tabloda, hastaların çok değişik komplikasyonlardan dolayı, morbidite sonuçlarını görebilirsiniz. Bakın, Cerrah D 4.6 % komplikasyon oranı, cerrah A 4.9 % komplikasyon oranı ile. Daha önce cerrah A için soruşturma tutulmuş olabilir ancak onun tamamlayıcı durum oranına baktığımız zaman, onun Cerrah D den dahi iyi olduğunu fark edebilirsiniz. Biz bu cerrah A çalışmasından aslında biliyoruz ki, o en zor durumlara ilgilenmiştir. Şu anda genellikle cerrahların mortalite oranlarının yüksek olduğunu, komplikasyon oranlarının yüksek olduğunu görüyorsanız,

diyebilirsiniz ki, “yani, karma durumum meslektaşımın daha ağır, ben çok daha ağır hastaları tedavi ediyorum” ve bunu aynı şekilde herkes de söyleyebilir. Burada olsa da olmasa da durumunu anlamak için şimdi bir fırsat oluşmuştur.

Burada aynı hastanedeki, aynı derecedeki meslektaşlarının bulunduğu yeşil sütun ile turuncu sütunda, sol tarafta düşük risk, sağ tarafta yüksek risk oranlarını bir cerrahın üzerinde karşılaştırıyoruz. Bu cerrahın yüksek risk taşıyan hasta tedavi sayısını ve buna bağlı yansıyan mortalite oranını görebilirsiniz. Onun gerçekten iyi sonuçlar elde ettiği görülmektedir.

Bu arada ortopedi konusunda uzman olan Sahlgrenska tarafından İsveç'te hazırlanan bir diğer çalışmayı görebilirsiniz. Gördüğünüz üzere komplikasyonları olan hastalar turuncu ile diğer tüm tedavi gören hastalar yeşil ile belirtilmiştir. Düşük riske sahip yüksek orandaki hasta ve komplikasyonlu yüksek risk oranlı hasta sayısının dağılımı görebilirsiniz. Ancak gördüğünüz gibi, bu arada da yüksek risk oranındaki komplikasyonlu hastaların sayısı düşüktür ve doktorun performansı mükemmeldir. Buna karşılık seçtiğimiz cerrahlar, slayda isimlerini yazmadığımız için özür dilerim, onları anonim bıraktım, ancak her sütunda veya her kutucuk da yer alan cerrahlar Sahlgrenska hastanesinin personelidir ve yukarıdan üçüncüye baktığınızda, bir kişinin oranının diğerlerine göre çok daha yüksek olduğunu görebileceksiniz. Çünkü baktığımda onun daha önce hiç gerçek anlamda mortalite vakası bulunmamıştır. Ancak bu onun komplikasyonlarının değerlendirmesidir ve bu değerlendirme çok yüksektir. Klinik gözetim altındayken, analizler sonucun da tüm bu komplikasyonların enfeksiyonlardan kaynaklandığı görülmüştür. Onun bir ayak ve ayak bileği cerrahı olmasından dolayı, asla herhangi bir mortalitesi bulunmamaktadır. Ancak enfeksiyon oran sayısının yüksek olması ve hastalarının değişiklik göstermesi, ki bu hastaların çoğu diyabet ve diğer uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklardan kaynaklanmasından dolayı, bacaklardaki damarlarda iyileşme görülmemektedir. Bu anlayışla ilgili bir konudur, onun bazı operasyon veya ven değiştirme uygulamalarında bulunduğu 3 hastasının hiçbirini yanlışlık olduğu konusunda bilgi vermemiştir.

Biz ön planda, sağlık konusunda gereken destek ve değerlendirmeleri desteklemeye çalışıyoruz. Aylık veya haftalık olarak bazen mortalite için morbidite değerlendirmeleri standart olarak yapılmakta ama sık sık ekip veya gruplar tüm mortalitelerin üzerinde çalışarak sadece kimin makul anlamda öldüğünü belirlemekte. Aslında 20 – 80 % riske sahip olan hastaların ölümleri büyük ölçüde açıklanabiliyor çünkü onlar hem yüksek oranda risk sahibi hem de çok ağır hasta konumundalar. Bu yüzden, sadece düşük belirti gösteren, sağ sütunda yer alan top hastaların aktüel verilerine odaklanarak, ölüm riski ilişkisine bakabiliriz. En üst konumda çok düşük risk durumunda ve her durumda, hastanın bilgilerine bakarak neyin yanlış olduğunu görebilirsiniz. Tedavi sürecinde, antijenik veya sürecin fonksiyonel karışımında, ölüme yol açabilecek bir komplikasyon mu oluştu? Beş satır aşağıda bulunan hastaların sorduğu sorular oldukça ilginçtir. 99.9 % ölüm oranı bulunmaktadır. Aslında soru neyin yanlış gittiğinin sorulması değildir, böyle bir durumda neden operasyon yapıldığıdır. Buradan hızlı bir şekilde anlayabiliriz, burada büyük bir trafik kazası var; çok genç bir adam ağır yaralı; hayatının son dönemini geçirmekte. Ama biz sebep ne olursa olsun, umutsuz durum da olsa, hemen müdahale etmek zorundayız. Ve burada çevresel olarak düzenlenmesi gereken bir erken fırsat oluşmaktadır.

Kayıtları çok hızlı bir şekilde almak için, komplikasyonlardan bitkin düşen kişilerin listesinin göstergesi olarak size problem olduğunu ifade eden ve sonucunda daha fazla problem olacağını gösteren oranlar kabul edilmelidir. Evet, bu bağlamda, cerrahi eksiklikler bulunmaktadır, ancak genellikle bunlar cerrahi, kardiyolojik solunuma bağlı problemler değildir, bazen anestezi departmanının veya hastanın durumunun, operasyon sonrası enfeksiyon oranının problemi ortaya koyduğu dünya genelindeki bakımlarda dahi görülmektedir. Aynı şekilde oran açısından performansa bakıldığında, kalitenin olumlu yönde ilerlemeye başladığını görebiliriz. Şuanda, kaliteden dolayı ölümlerin, enfeksiyon yüzünden ölüm sayısından çok daha düşük olduğunu söyleyebiliriz. Aslında, gelin en fazla zorlu hastadan en iyi sonucu nerede aldığınıza bakalım. Ve bu konuda bizim uluslararası olarak en mükemmel merkez olduğumuzu söyleyebiliriz.

Daha önce, riskli hastaların ön kabulünün nasıl olması gerektiğine değinmiştim. Bu, özellikle yoğun bakım açısından çok önemlidir. Yüksek bağımlılık ünitesi ve yoğun bakım ünitesi ve yatak tahsisi. Yatak sıkıntısı yüzünden, Türkiye’den emin değilim ama bu sıkıntının evrensel olma eğiliminde olduğunu bilmekteyim. Bu durum nasıl yönetilebilir? Yüksek bağımlılık veya ameliyat sonrası yoğun bakım ihtiyacı olarak risklere göre değerlendirilen hasta sayısını bu oldukça talihsiz slaytta görebilirsiniz. Pembe ve turuncu renkli işaretlenmiş olan yerler yatak verilen hastaları göstermektedir. Ve orada son derece kötü performansta olan tek bir satır olduğunu görebiliyorsunuz. Ve mali nedenlerden dolayı yönetim tarafından kapatma kararı alınmış olan yüksek bağımlılık ünitesi. Şimdi, bu sebepten dolayı mortalite ve komplikasyon oranında 30 günlük bir düşüş görülmektedir ve sonuç olarak kaydedildiği bilinmektedir, üniteyi tekrar açmadıkları için performanslarını da görebiliyorsunuz. Bu her zaman bir finans veya performans kaynaklı bir sorun olduğunu göstermez, aslında bunu çözüm olarak çok akılcı bir şekilde kullanabiliriz, herhangi bir şekilde yatak yokluğunda, kullandığımız yolu değiştirerek kaynakları kullanabiliriz, artan kaynak yönetimi ile bu hastaların bakımını daha iyi yapabilir ve etkili şekilde masraflardan düşebiliriz.

Son olarak, sistemin gerçek gücü istatistiklere odaklı değildir ve ulusal düzeydeki istatistik geçerliliğini indirmek istemiyorum. Ama birçok yerel düzeyde, küçük anomalilerin erken anlaşılması ile gerçekten nasıl değerlendirileceği bilinmelidir. Çünkü istatistiksel ana hat olarak bilinmezse, çok büyük sorunlar oluşabilir. Burada kardiyak elektriksel cerrahiye bir örnek verelim, her bireysel hastaya bakıldığında pik oranının bulunduğu hatta iki buçuk kat oranda zirve yaptığını ve çok daha fazla ölümün olabileceğinin konuşulduğunu görebilirsiniz. Yeterli bir iyileşme oluyor demek için bir göz atalım.

Üstteki numaralara bakarsanız, temelde 4 ölümden iki çiftin, 9 ayda 8 ölümün gerçekleştiğini görebilirsiniz. Hastanenin organizasyon bölümü neler olduğunu biliyor. Ancak bu 8 ölümden 7’sinde aynı uzman doktorun olduğu görülmekte. Hepsini aynı prosedürlerde, tümünde olumsuz eylemler, aynı komplikasyonlar ve astmatik bağlantılar görülmektedir, hepsi 15’in de veya gözetim altında olmayan küçük operasyonlar geçirmişlerdir.

Biz bu bilgileri 30 gün içerisinde aldık, hastanenin bu ölümler için 30 günlük eksikliğini gözlemledik. Demek ki, bireylere güvenebiliriz, benimde yaptığım buydu, burun problemlerinin önlenmesi için ve bir yol bulunması için, performansın doğru yolda yönetilmesi gerekir. Bu gelecekte ölüm vakalarının da önlenmesi açısından çok önemlidir. Kısaca, daha önceden doktorlara aşırı yüklenilmesi konusunda bir şeyler yapıldı, ancak bunu daha nasıl kolaylaştırmalıyız? Bu sorunu çeşitli senaryolar ile aslında kolayca çözebiliriz, doktorların çeşitli verileri toplanmalı ve şayet orada bir ödeme revalidasyonu durumu var ise bunu ortadan kaldırmak için bir teşvik bulunmalı, tanıdaki komplikasyonların burada gördüğünüz form üzerine kolayca doldurularak hastadan bir kaç dakikada bilgi alabilirsiniz. Bu cerrahlardan alınan bilgi formları sayesinde, hastanın kaydını 4 dakikada yapabilmekteyiz ve “sizin performansınız” hakkında da anında bilgi verebilmekteyiz. Basit olan şey odaklanmayı deneyelim, her cerrahın performansının doğru ve adil yansımaları anlayışı açısından, başta da bahsettiğim gibi, komplikasyonlara bağlı mortalitelerin istatistiksel olarak basit varsayımları yapılmalıdır.

Şimdi, bireysel odaklı olacak şekilde kendi mesajımı vermek istiyorum, biz doktorlarımızı nasıl tedavi edebiliriz. Teşekkür, zaman ayırdığınız için teşekkürler.

*HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNDE
TIBBİ HATALAR
VE HUKUKSAL BOYUT*

Prof. Dr. Ahmet Nezih KÖK – Oturum Başkanı

Atatürk Üniversitesi

Sayın katılımcılar, 2. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresinin ikinci gününde XIII. Oturum olarak bugün sizlere “Hasta Güvenliği Kültüründe Tıbbi Hatalar Ve Hukuksal Boyut” adlı panelimizi icra etmeye çalışacağız. Ben Profesör Doktor Ahmet Nezih Kök, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Başkanım ve aynı zamanda Hukuk Fakültesi mezunuyum. Oturum Başkanlığını ben yürüteceğim. Solumdaki konuşmacımız Amerika Birleşik Devletleri Chicago’dan, Rush Üniversitesi Tıp Merkezinden Sayın Robert Mcnutt, onun solundaki konuşmacımız Profesör Doktor Yener Ünver, Yeditepe Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku Öğretim Üyesi ve Yener Beyin yanındaki konuşmacımız Profesör Doktor Veli Özer Özbek de Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Ceza Hukuku Öğretim Üyesi, en solumdaki sayın konuşmacı Profesör Doktor Selami Albayrak, Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Üroloji Klinik Şefi ve aynı zamanda Hekim Hakları Derneği’nin eski başkanıdır. Bir saat süremiz var, tabii ki dört konuşmacımız olduğu için konuşmacılarımıza 15’er dakikalık bir konuşma süresi vereceğiz. Yalnız tabii tartışmanın çok daha önemli olduğu kanısındayız, süremiz çok fazla olmadığından dolayı lütfen, eğer sorularınız varsa konuşmalarını yaparken kâğıtlara yazarak bana ulaştırırsanız ve kime yöneltmek istediğinizi de söylerseniz ona göre söz veremeye çalışacağız.

Evet, şimdi ilk konuşmacımız Amerika Birleşik Devletleri Chicago Eyaleti, Rush Üniversitesi Tıp Merkezi doktorlarından Sayın Profesör Doktor Robert Mcnutt, konuşmalarını yapmak üzere sözü O’na veriyorum.

Prof. Dr. Robert MCNUTT – Panelist

Rush Üniversitesi

Merhaba. Nasılsınız? Balık – ekmek. Burada olmak bir zevk, Türkiye'nin misafirperverliğine teşekkür etmek istiyorum, bu benim buraya ikinci seyahatim, ilk kongrem. Bugün birkaç şey yapmak istiyorum. Sizi ABD' deki hasta güvenliği konusundaki son 10 yıllık kültürümüzü içeren kısa bir tura çıkartacağım. Sizi son 10 yıldır Baş Güvenlik Yöneticisi olarak görev yaptığım Rush Üniversitesi'ndeki deneyimlerimize götüreceğim. Size son 10 yılda nasıl önemli ölçüde değiştiğini göstereceğim ve güvenliği bir organizasyon gücü haline gelişi konusunda nasıl düşündüğüm hakkında temel bir fikir vermeye çalışacağım. Bunun sadece tıbbi bakım sistemlerinin gelişimi için değil eğer doğru nokta yakalanırsa bireysel hastalar için gerçekten de fark yaratabileceğimiz tıbbi harita pratiği için de olduğunu düşünüyorum. Böylece benim bugün için planım budur, oldukça basit ve hızlı bir tur olacak ve sonunda sorularınızı bekleyeceğim.

Nasil aşağıya gideceğim? OK. Şimdi sunuma fiilen 2000 yılında basılan sezgisel tıp ile ilgili bir raporla başlayacağım. Bu tıbbi bakımdan zarar gören hastalar için ayarlanmıştır. GEMMA eklenen rapor tartışılabilir. Ben ilk raporları gördüm ve metadolojinin çok güçlü olmadığını düşündüm ama çok güçlü bir rapormuş kanaatini uyandırdı ki okuduğum zaman kaç kişinin zarar gördüğü konusundaki tahminleri gerçekten de doğrudu, fakat tıbbi bakımdan dolayı bir kişi bile ister istemez zarar görsün bu önemli bir konudur. Gerçekte ABD'de uygulanan tıbbın gidişatının tüm kültürel değişimini canlandırdı. Bildiğiniz gibi insanlardan bahseden bu rapor doğal olarak hata yapar. Bugün buraya gelmeye uğraşırken araba anahtarlarımı bulamadım ve sonunda farkına vardım ki elimdeymiş. Hepimiz hata yaparız çünkü insanlar hata yapar ki bunun için insanları asla cezalandırmamalıyız sistemleri daha iyi hale getirmek için yollar bulmalıyız, sistemler bizi bakım sağlamanın çok güç olduğunda en zayıf anımızda destekler ve o zaman da hastalar için en emniyetsiz olanıdır. Şimdi bu rapora büyük bir ulusal ilgi var, hasta güvenliği araştırması yapmak için onaylanmış ve ulusal sağlık kurumunun bir şubesi olan sağlık hizmetleri ajansı kaliteyi araştırıyor. Hasta güvenliğinin çağrısıyla daha iyi olan pek çok diğerleri aniden gündeme geldi. Bunlar gibi diğerleri de JAKO, LIP FOG, sigortacılar, herkes aniden güvenlik ve kalite oyununa katıldı, bu da ulusal standartları ve ölçüleri gündeme getirdi. ABD'de olan şeylerden birisi de ki bu Türkiye'de de olabilir, güvenlik ve kalite ölçüleri muazzam oldu, çoğaldılar, onların sayısı çok arttı ve çoğunu bilirsiniz, bu toplantı süresince onların konuşulduğunu gördüm. Alex ameliyattan önce ne alırsın, aşılama oranları. İnsanlara zorlukla kullanılan sıvı yönetimi olmaksızın sadece kalp yetmezliğini öğretir misin? Tüm bu tedbirler daha az insanın sağlık hizmetlerinden daha az zarar görme noktasını elde etmek için çalışan BLOSSOM veya ulusal ajandayı öne çıkarttı. Fakat bazıları bütün bu ölçümlerin yayınlanmalarından sonra sıraya konur, bazı rahatsız edici raporlar açığa çıkmaya başladı. Sonra düşük performanslı ve yüksek performanslı hastaneler için hastaların akıbetlerini bulduk. Ulusal ajandanın bu ölçümleri bakım sonuçları ile aynı mı görünüyordu? Bu ölçümlerde çok iyi veya çok kötü olursanız olun, hastanedeki ölüm oranları, yeniden yatış oranları, bakım sınıfları, kalış süresi değişmez, bu da pek çok insanın canını sıkar ihtiyacımız olan ulusal ölçümcülerin sağlık bakımı içinde olmaları ve güvenlik ajandasını ilerletmek istemeleridir. Pek çokları yerel gayretlerle birlikte yerel kültürel bir olay olduğunu söyler, ulusal standartlarımızı oluşturmak için buna ihtiyacımız olacak. Bana burada yardım edin, dinleyin, aşağı butonu nerede? Şimdi, hastaneler bu hedefsiz yerel çabalara karşılık verdi, en üstte ve en altta kültürel olarak karşılık verdiler. Bizim kurumumuzda baş sağlık görevlisi olarak hastanemizdeki güvenliği geliştirmek için yüksek önceliğimiz vardır. Bizler her bölümde hasta güvenliği çabalarını geliştirdik ve ters etki raporlama sistemini geliştirdik ki klinik bakım düzenlemelerini nasıl yaptıklarını görebilmemiz için hastanemize gelen ters etkileri haber verirler, raporlarlar, bir araya toparlar. Sistemimize sunulan hemen hemen aylık 600 muhalif rapor alıyoruz. Bu 600 adedin 30 tanesi çok ciddi klinik bakım sorunları olabilir ve sonra onları tespit etmek için güvenlik görevlilerini harekete geçirdik. Biliyoruz ki sistemdeki değişiklik bazen olabilecek gerçekleri haber verebilir de, doğru şeyi yaptığımızı düşünürsünüz fakat

sistem çıkışında hasta bakımının diğer alanlarını etkileyebilirsiniz, aslında kalp hastalarına onlara yardım etmek için geri dönebilirler, böylece çok farklı bir yaklaşımda bulunmaya karar verdik, ters olay incelemelerini standardize ettiğimiz bir araştırma projesine başladık ve araştırmayı ters etkileri azaltabileceğimizi ispat etmek için yaptık. Şimdi, araştırma ajandasına bizim için çok başarılı oldu. Son 5 yılda ödenekler için yaptığımız hasta güvenliği araştırması üzerine 90'ın üzerinde tıbbi programlıyoruz. Hasta bakım araştırmaları merkezinde odaksal olarak hasta güvenliği araştırmalarını programlıyoruz ve geçen yıl için hastanemiz bakım kalitesi ve hasta sonuçları açısından tüm akademik tıbbi merkezler arasında 1. veya 2. idi. Ve çok gururluyuz ki bunu tek bir ölçüm olmadan, tek bir ulusal ajanda maddesi olmadan yaptık. Biz bütün bunları yaptık, potasyum vermenin, birden fazla ilacın, gereksiz ameliyatların, kalp hastaları için tüm bu şeylerin hastanemiz için güvenli olmadığını bulduk, herhangi birini anlamak yerine bunu yapmayı amaçladık, sonuçlarda büyük değişiklikler elde ettik. Bu 10 yıldan sonra ne öğrendik? Kaliteyi öğrendik. Kalite terimi tanımlaması çok zor bir terimdir ki tanımlanamaz olduğu söylenir, ölçülemez. Bakım kalitesi hakkında konuştuğumuz zaman, çözümlerden çok fikir ayrılıklarına düştüğümüzü bulduk. Fakat hasta güvenliği hakkında konuştuğumuzda, çok tanımlanabilir bir sürecimiz var, onu ölçebiliriz ve güvenlik ajandasının etrafında organize bakıma yardım edebiliriz. Öyle sanıyorum ki ters etkilerin azaltılması için gelişmiş tıbbi bakım için gerekli bir kültür olan hasta güvenliğini konuşmamız gerekir. Sonuç olarak güvenliği çok hızlı bir şekilde tanımlayacağım. Yeni slayt pek çok meslektaşımın canını sıkıyor çünkü güvenlik gerçekte bakımın teslimatı için basit yollar bulmakla ilgilidir. Fazla değil az yapmakla ilgilidir. Eğer bir hastanın bakım teslimatına herhangi bir şey eklediğiniz zamanı düşünüyorsanız, kötü bir şeylerin olması ihtimalini arttırırsınız. Aynı zamanda varyasyonları azaltmak zorundayız, 6 kere herhangi bir koagülani elde edemeyiz, sırt ağrısını cerrahisi için 6 çeşit karar veremeyiz. Bakımı azaltmak zorundayız ve biri bunu yaparken hakkında. Ve güvenlik gerçekten de iyi bir sonuç üretmek için en az gerekli olan şeyi yapan gelişmekte olan sistemler hakkındadır. Anlaşılması gereken çok önemli bir şey de güvenlik kelimesinin Amerika'da geldiği noktadır. Bu çözülmesi zor bir şeydir, para kazanırken çok yaparsınız, güvenlikte az yaparsınız. Bizim kurumumuzda hastanede tedavi için yattığınızda kronik bakım ilaçları vermeyiz. Bir dublör alamazsınız, ütü hizmeti alamazsınız, ilaveler alamazsınız, midenizi korumak için personel alamazsınız, bütün testleri sadeleştirirsiniz, eğer CAT scan alacaksanız "EVET" alırsınız. Öyle yapan bakım alan hastaların sayısını azaltmak için mümkün olan her şeyi yaparsınız, son 10 yıldır klinik pratiklerimiz içindeki ters olay sayısını neredeyse % 15 azalttık. Bundan dolayı güvenlik tıbbin kültürüdür, güvenlik tıbbin kültürü olmak zorundadır, güvenlik yerel endişelerden geliştirilmiş olmalıdır ulusal ajandalardan değil ki bu benim ABD' de gördüğüm çarpıcı değişikliktir. Ve sonrasında hasta güvenliğinde bir başka bariyer vardır, başarmamız için bize yardımcı olacak bazı mekanizmalar bulmaya başlamak ve bununla beraber güvenlik kültürü harita pratiğini içermelidir, yasal tıp, eğer bütün hasta güvenliğinde ilerleme sağlamak istiyorsak. Şimdi hasta güvenliğini kendi harita pratiği sistemimize nasıl eklediğimiz veya entegre ettiğimiz konusundaki deneyimlerimizi sizinle paylaşmama izin verin. Şimdi, bu bizim sistemin olduğu yöndür, bu eski sistemdir. Sol tarafta ters etkilerin meydana geldiği güvenlik sistemi vardır, bu güvenlik sorumluları tarafından değerlendirilir, bir proje oluşturulur ve ters etki oranlarını düşürerek geliştirilir, gerçekten de görüldüğü gibi bu ters etki oranları düşerse döngü yanlış gider. Bununla birlikte hastalar genellikle harita pratiği sisteminden şikayet eder. Bu güvenlik sorumlusuna hiç gitmemiştir. Güvenlik konusunda şu taraftaki hiç kimse yani bu tarafta olan herhangi bir şeydir. Bu taraftaki hiç kimse, şu taraftaki hiç kimsedir. Bu iki sistem içinde meydana gelen olayların çeşitleri arasında büyük bir bağlantı kopukluğu vardır. Bu bizim kurumumuzdaki yeni sistemdir. Şimdi biz harita pratiği ve güvenlikten oluşan bu iki sistemi yeniden bütünleştirdik ve hepsini birden hasta güvenliği olarak isimlendirdik ki tıbbi harita pratiğinden gelen şikayetler anında güvenlik ekiplerine gitsin. Güvenlik ekipleri yasal ekiplere geri rapor verir ve bir güvenlik birimi tıbbi bir şikayete dahil olursa bu durumdan kaynaklanan sorunlar olduğunu düşünüyorum. Eğer varsa, hasta ile iletişim kurarız ve sıklıkla tazmin ederiz, kanuni sistemden ve mahkeme sisteminden kaçırız ve direkt olarak güvenliği bu sisteme dahil ederek meditasyona gideriz. Böylece buna çalışmaya karar verdik, bunun nasıl işleyebileceğini yeniden gözden geçirmek için büyük bir ödeneğimiz var, tıbbi harita pratiği

konusunda mahkemeye gidecek olan 5 olayı yeniden gözden geçirme şansını elde ettik ve bizim güvenlik ekiplerimiz faktörleri “hey, nasıl iyileştirebiliriz” şeklinde mütalaa etti. Aynı zamanda duruşma salonunda bir güvenlik sorumlusu buldurmaya karar verdik. O güvenlik sorumlusu benim, bir gecede avukat oldum. Yapması çok zor değildi, sadece şaka yapıyorum. Ayrıca duruşma salonuna kanıta dayalı tıbbi da aldık. Bir bilgisayar programı ile mahkeme salonunda dolaşacaktım, uzman tanıklarla karşı argümanlar yaptım, şikayetler ve hastane kendilerini savunmak için gerçek zamanlı kanıta dayalı tıbbi kanıtlar kullandı. Bu 5 olayı deneme şansını elde ettik. Yaptığımız bu 5 olay, az önce anlattığım gibi ilginç olabilir. İlk hastanın lomber diskte ağrısı vardı, birçok konumdakiler tarafından ameliyat olması reddedildi, aramaya devam etti, onu ameliyat edecek bir doktor buldu ve bacağı ön kaslarının felcinden dolayı ayağı düştü, tek sorun gerçekte oraya gitmeden de ayağı düşmüştü fakat başarılı bir şekilde sistemi mahkemeye verdi. Fakat bu ameliyat hakkında insanları bilgilendirmek için yeni bir mekanizma bulabildik ve daha sonra son 2 yılda bu ameliyat hakkında tek bir dava ya da dosya kaybedilmedi ki yılda neredeyse 8 davamız olurdu. Diğer hasta, subdural hematom, hastaneyken düştü, çok üzücü bir vakaydı, sonra transfer edildi, 60 pound ağırlığındaydı, “sub tick” ti fakat bizim ona dediğimiz gibi aynı ispiyoncu, onu yataktan kaldırdık nihayet yataktan çıkmak için gerekli gücü oldu. Sonuçta onu kurtaramadık, bu vaka, sistemlerin ne olduğu hakkında çok şey gösterdi. Organ nakli ile ilgili bir hasta, HIV vericisi bir organ bulduk, organ nakli için insanları organlar konusunda nasıl bilgilendirdiğimiz hakkında süreç organizasyonuna izin vermedik. Göğüs ağrısı ile bir hastamız oldu ki bakımı anlamak için çalıştık fakat miyokard enfeksiyonundan dolayı kalp krizi geçirmede, 2 gün içinde eve gittiler, sonradan miyokard enfeksiyonundan öldü. İlginç şey belirsiz teşhistir, bazı insanları ölmekten uzak tutmanın ve teşhisi kaçırmanın yolu yoktur. Son vaka ciddi bir sinartroz hastasıydı ki gene pek çok doktor tarafından bakımı reddedilmişti, ağrısını hafifletmek için teşebbüste bulduk ama hasta felç oldu.

Şimdi bununla ilgili önemli olan şey şudur ki güvenlik ekibi tarafından daha önce görülmüş vakalardan birisi değildi. Onları asla duymadık. Tıbbi tedavide yanlış hipoglisemi problemini duyduk, tıbbi tedavinin zayıf teslimatı, güvenlik tarafında pek çok farklı çeşitte olay duyduk.

Güvenlik ekipleri için bunlar çok olağandışı olaylardı, bu vakalarda biz bir şey öğrendik ve şimdi güvenlik ajandasında bir kısmını kullanıyoruz. Öğrendiğimiz bir şey de güvenlikte olduğundan çok farklı olarak yasal şikayetlerde bakımın ters etkileriydi, hastaların hiçbirinin verilen bakımın çok güvenilir olmadığı farkında olmadığını bulduk. İnsanlar çok hasta, pek çoğu yaşamlarının sonunda ve neredeyse uğraşılır olarak görünen ters olumsuz gelişmelere sahipler. Kanıt aralıklı tıbbin uyumsuzluğa sebep olduğunu bulduk. Gerçekten de ben bir vakada 3 dava dilekçesine karşı delil gösterebildim, böylece düz taraf temel 7 milyon doları 200.000 dolara indirdi. Harita pratiği sistemi hastalarının güvenliği için hiçbir şey yapmaz. O bir suçlama sistemidir ve güvenlik bir yenilik sistemidir. Biz güvenlik ve harita pratiği sistemini kombine etmek zorundayız, böylece gelecekte güvenlik kesişimi daha iyi gelecektir, pratiğimiz hasta güvenliği ile hizalanmalıdır, az yapmak çok almak bakımı sadeleştirir, uygulama ödülllerimizden bazı dolarlar güvenliğe gidecektir. Chicago’da bir önerimiz vardır ki tüm tıbbi harita pratiği ödüllerinin 5’i hasta güvenliği araştırma merkezlerine gidecek. Biliyoruz ki kanıta dayalı tıp taraf bilirkişisinden daha iyi yardımcı olacaktır, kanıta dayalı tıp her durumda taraf bilirkişisine karşı kullanılabilir. Ayrıca kaydetmek isteriz ki hastalar özellikle güvenlik çabalarına dâhil edilmelidir. Bileceğimiz tek yol vardır ki az yapmak gerçekten de bireysel hastalar için daha fazla yapmaktır. Size çok teşekkür etmek istiyorum, sanıyorum ki Amerika’daki güvenlik için kısa bir brifingdi. Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ahmet Nezihi KÖK – Oturum Başkanı

Bizler de Sayın McNutt'a çok teşekkür ediyoruz. Bizlere Amerika Birleşik Devletleri'nde son 10 yılda hasta güvenliği ile ilgili yapılanları ve beklentileri anlatmaya çalıştı.

Bildiğiniz üzere hekimlerin Hipokrat'tan bu yana devam eden zarar vermeme yükümlülüğü özellikle hukuk alanındaki değişmelerle hekimlerin sorumluluğunda ve hekim-hasta ilişkilerinde çok büyük değişikliklere neden olmuştur. Bu değişikliklerin en büyük yansıması da hukuk alanında, özellikle medikal malpractice iddialarında Ceza Hukukunun ya da Tazminat Hukukunun olaya yaklaşımları çok farklı ve Türk Adalet Sistemine baktığımızda da özellikle Ceza Hukuku açısı yönünden değerlendirmeyi bizlere Sayın Profesör Doktor Yener Ünver anlatacaklar.

Prof. Dr. Yener ÜNVER – Panelist

Yeditepe Üniversitesi

Teşekkür ederim Sayın Başkan, değerli hocam. Saygıdeğer konuklar, hoş geldiniz.

Bu 15 dakikalık süre içerisinde ne yapabiliriz, sizi kısa ben de bir gezintiye çıkarayım; bizimle çok etkileşim içerisinde olan iki tane ülke, bu ülkeler Almanya ve bir de yine, bizi çok doğrudan uygulamamızı etkileyen Avrupa İnsan Hakları. Dolayısıyla gerek özel hukuk gerek ceza hukuku bakımından bu üç örnek üzerinde duracağım, Türk Yargıtay’ı ne diyor, Alman Yargıtay’ı bu iş nasıl bakıyor ve Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin uygulanmasında Mahkeme ne tür içtihatlar bulunuyor. Biliyorsunuz, malpraktis burada, hatalı tedavi kadar yanlış tedaviyi de içeriyor, bilgisizlik kadar ilgisizlik ve uygulama yanlışlığı da malpraktis olarak kabul ediyor. Burada çeşitli kodları görüyorsunuz; Dünya Tabipler Birliği’nin uygulamasında da bunlar aynı şekilde kodlara yansımış, burayı hızlı geçiyorum çünkü bizi daha çok ilgilendiren somut olayda mahkemeler malpraktis nasıl bakıyor. Burada bu açıklamalar dikkat ederseniz, ekrana yansıyan açıklamalar bize sadece malpraktis artık taksirli, dikkatsizlikle yapılan hata olarak değil ama aynı zamanda hekimin kasti olarak yapması gerekeni yapmamasın da malpraktis olarak artık anlaşılmaya başlandığını görüyoruz.

Çeşitli nedenleri var, tabii uygulama hataları, çoğu kez karşımıza özensizlik, dikkatsizlik olarak karşımıza çıkabilmektedir, çeşitli sebepleri var. Burada çok önemli olan bir husus; hekimin hiçbir şekilde iyileştirme borcunu, aynı şekilde sağlık personelinin de hiçbir şekilde iyileştirme borcunun olmadığını ama ondan tek istenen şeyin tıbbi standarda uygun bir tıbbi müdahaleyi yapması gerektiği. Şüphesiz, komplikasyon sorumluluğu gerektirmez ama komplikasyonun bir ceza sorumluluğu veya özel hukuk sorumluluğunu gerektirmemesi için burada önlenebilir, engellenebilir şekilde önlemlerin alınması gereklidir. Yoksa her türlü halde komplikasyon arkasına sığınmıyoruz, yargı içtihatları bunu bize açıkça gösteriyor.

Buraya baktığımız zaman bizim açımızdan çok önemli olan, mesleki yükümlülükleri standarda uygun olarak icra etmenin çok ön planda olduğunu gerek Türk uygulamasında gerek yabancı uygulamada birçok ceza hukuku ve özel hukuk prensiplerinin burada sorumluluğu nasıl saklamamız gerektiğini gösteriyor ki, bunlarla ilgili olan hususları ekrana yansıtıyorum. Bizim Yargıtay’ımız malpraktis bakımından ne tür anahtar formüller kullanıyor? Baktığımızda mesleki şartlar, tıbbi standartlar, fen kuralları, tıp kuralları, mutlak özen, ihtimam gibi anahtar formülleri kullandığını görüyoruz. Burada önemli bir husus, Yargıtay, çok net olarak altını çizmektedir; doktorun kesinlikle veya sağlık personelinin iyileştirme borcunun olmadığını, önemli olan o, orada yapılan müdahalede ortalama bir hekim veya sağlık personelinin beklenen davranışı yerine getirmiş olup olmadığı. Çok yeni tarihlerde verilen bir 13. Hukuk Dairesi, çok ciddi bir şekilde “vekalet ilişkisine” benzeterek sağlık personelinin çok özenli davranmasını ve en küçük kusurundan dahi en azından tazminat sorumluluğu bakımından sorumlu tutulabileceğini, burada azami gayreti göstermesi gerektiğini vurguladı ve bu içtihat son 3 yıldır önemli bir şekilde yargı uygulamamıza damgasını vurdu.

Genel tıp prensiplerine uygun davrandığımızda ve bunu bilip somut olayda da uyguladığımızda pek bir sorumluluğun ortaya çıkmayacağını çok net olarak vurguluyoruz ama yanlış bir anlaşılmayı ortadan kaldırmak gerekir. Hekimin veya sağlık personelinin her türlü özensiz davranışı eşittir ceza hukuku sorumluluğu anlamına veya özel hukuk tazminat sorumluluğu anlamına gelmemektedir, doğan olumsuz netice ile hekimin özensiz davranışı arasında mutlaka bir nedensellik bağının somut olayda saptanılması gerekmektedir. Bazen hemşireyi uyarması ya da hastayı uyarması ve bazen de

tehlikeli hallerde Yargıtay çok net olarak burada hekimin kendisinin enjeksiyonu yapması gerektiğini vurguluyor. Bakın, saralı bir hastanın koma halinde sandalyede uzun süre ve korumasız, kontrolsüz bırakılmasını malpraktis olarak değerlendirdiğini görüyoruz. Mutlak suretle bilmesi gereken bir hususu bilmemesi veya somut olarak uygulanmaması yahut da tedbirleri hasta bakımından almamasını yine malpraktis olarak vurguluyor. Yine, yanlış, eksik uygulanmışsa burada artık evet, mesleki bir kusuru söz konusu ama bunu sorumlu tutmak için mutlaka ilgili yerlerden bilirkişi raporu alınarak hekimin burada veya sağlık personelinin netice bakımından nedensellik bağının olmasını arıyor.

Çok önemli bir husus; hekim tabii ki, burada malpraktis veya komplikasyon tarzında bir davranışta bulunmuş olabilir, bir operasyon yaparken iğnenin ucu kırılmıştır bunun içerisinde, bu olabilecek, beklenebilecek bir risk, olabilir ama bunu hastaya söylememek ve hastanın daha sonradan enfeksiyon kaparak ikinci bir ameliyat geçirmesini malpraktis olarak değerlendirdiğini görüyoruz yani her davranış ceza sorumluluğunu gerektirmiyor ama yeter ki, o davranıştan doğan netice arasında yine nedensellik bağı olsun yahut da hekim ihtimamı, daha sonraki ihtimamı göstermiş olsun.

Çok net olarak burada Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurulu kararlarına sığınamayacağımızı, bilirkişi raporlarının özel hukukta ve ceza hukukunda kesin olarak mahkemeleri bağlamadığını biliyoruz. Tabii ki, uygulamada Yüksek Sağlık Şurası ile Adli Tıp'ın kararları çok önemli, etkin olmaktadır ama kesin olarak bağlı olmadığını ve Yargıtay'ın birçok olayda, hele özellikle son yıllarda “beraat kararlarını” bozarak Yüksek Sağlık Şurasına ve Adli Tıp raporlarına dayandı diye yetersiz rapor nedeniyle beraat kararlarını bozarak “bu kişiyi mahkûm ettirmelisin” tarzında kararlar verdiğini çok net olarak görüyoruz. Bunlardan sadece bir kısmını yansıtıyorum, bakın burada da raporun eksik olması veya gerekçesiz olması hallerinde yine, beraat kararını bozduğunu Yargıtay'ın çok net olarak 2005 tarihli kararda da görüyorsunuz.

Aynı şekilde bağlayıcılık olmadığını ısrarla Yargıtay vurgulamaktadır ve çok önemli bir içtihat, sanırım yabancı ülkelerden, özellikle Almanya, İsviçre'den farklı bir şey, bizim Yargıtay'ımız önemli ağır hatalar söz konusuysa, örneğin hastanın ameliyat sırasında karnında bir şey unutmak gibi, kesinlikle burada bilirkişiyeye gerek yoktur, burada malpraktisi kabul etmeniz gerekir tarzında Yargıtay'ın görüşleri var. Nedensellik bağına Yargıtay çok önem vermektedir, iki açıdan dolayı; bir, hekim hatalı davranabilir ama sorumluluk için öncelikle, “bu hekim hatalı davranmasıydı dahi aynı netice meydana gelecek miydi, bunu araştırman gerekir” diyor. İkincisi; bir olayda hekimin mi başka bir hekimin mi, başka bir sağlık personelinin mi burada sorumlu tutulacağı konusunda nedensellik bağına mutlaka burada dikkate almak gerekir.

Çok net olarak, burada bir görevli olan sanığın hastayı görmeden muayene etmesi veya telefonla burada reçete veya hastaya tedavi uygulamasını malpraktis olarak gördüğünü görüyoruz 2007 tarihli kararda. Yine, aynı şekilde tetkik yapmadan reçete yazmayı malpraktis olarak görüyor 2007 tarihli kararda Yargıtay. Aynı şekilde göz ihtisasında uzman olmayan veya uzmanlık eğitimi yapan bir kişinin devraldığı bir hastayı, başka bir doktorun devraldığı hastayı, hangi gözü hasta kontrol etmeden sağlam gözünü alması olayında da malpraktis olarak Yargıtay çok net olarak vurgulamış.

Baktığımızda yine burada, özensizlik, dikkatsizliğin neticeye etkisini arıyor, bu çok önemli bir şey. Bir ortopedi servisinde gelen hastaya doktorla hemşirenin geç müdahalesi halinde “evet, bu geç müdahale, görevi ihmal olarak” değerlendirilebilir ama o hastanın ölümünde sorumlu tutmak için

mutlaka “acaba yaralı gelen bir kişi, yaralanmadan mı öldü yoksa doktorun ihmalinde mi öldü”, bunu mutlaka ayırmak gerekir, ondan sonra malpraktis teşhisi koyabilirsiniz demektedir. Yine, burada bir doktorun kendi yapması gereken bir müdahaleyi hemşireye yaptırmasının malpraktis olarak değerlendirdiğini görüyoruz ve taksirle yaralama suçundan sorumlu tuttuğunu görüyoruz. Oksijen tüpü ile karbondioksit tüpünün karıştırılmasını Yargıtay burada yine aynı şekilde malpraktis olarak değerlendiriyor. 13. Hukuk Dairesi, daha önce bahsettiğim karara ilaveten yine bir karar vermiştir; en küçük kusurdan dahi tazminat açısından sağlık personelinin sorumlu olacağını, özenle davranmasını, aşırı ihtimam göstermesi gerektiğini söylüyor.

Acaba Alman Yargıtay’ı ne diyor, Alman Federal Yüksek Mahkemesi? Baktığımızda, son 2006 yılında 3.900 tane tıbbi malpraktis hatasının saptandığını, Alman Federal Doktorlar Birliğinin bu hataları tespit ettiğini, onayladığını ve bu kişilerin mahkûm olduğunu görebiliyoruz yani sayı onlarda da olabildiğince fazla. Burada doktorun bazen reçete yazması konusunda çok keyifli davranamayacağını yasalar ve özellikle somut olayda hasta bakımından dikkat etmesi gerektiğini, “ben doktorum, uyuşturucu madde konusunda reçete yazarım” tarzında davranamayacağını, eğer tıbbi standart o hastaya o yazılan uyuşturucu madde miktarını az gerektiriyorsa, buna rağmen doktor daha fazla yazmışsa burada “bu benim tamamen tedavi özgürlüğün içerisinde” diyemiyor, malpraktis olarak değerlendirdiğini görüyoruz. Çok net bir, eğer hastanın rızası yoksa veya tıbbi standarda aykırı davranmışsa Almanya’da “malpraktis eşittir kasten yaralama” suçunu oluşturmaktadır, birçok kararı vardır, bakın, bir sonraki kararda da aynı şekilde çıkıyor karşımıza. Hastanın tıbbi müdahaleye rızasını burada çok önemli bir şeyin altını çiziyor Alman Federal Yüksek Mahkemesi, rıza gösteriyor hasta ama hasta malpraktiste rıza göstermiyor, hasta standarda uygun tedaviye rıza gösteriyor, o nedenle rızaya sığınamazsınız diyor, mutlaka standarda uygun müdahale yapmamız gerekir. Aynı benzer bir kararı yine burada görüyoruz, Alman Federal Yüksek Mahkemesi’nin kararını. Hastane ortamı veya ev ortamı çok önemli değildir, tıbbi müdahalenin nerede yapıldığından daha çok standarda uygun yapıp yapılmadığını, uzmanlık verilerinin doğru uygulanıp uygulanmadığını Alman Federal Yüksek Mahkemesi arıyor. Enfeksiyonu olan bir hasta bakımından “eğer kuşku varsa, kuşkuyu görmezlikten gelemezsin, mutlaka bu anlamda önlem alman gerekir, tahlile sevk etmen gerekir ve ilgili kişiyi, yakınlarını uyarman gerekir” tarzında Alman Federal Mahkemesi’nin kararını görüyoruz. Aynı şekilde hastanın kendi kaderini belirleme bakımından aydınlatmayı, malpraktisin bir parçası olarak görüyor Alman Federal Yüksek Mahkemesi ve hastaya mutlaka, “aydınlatmada açıkça seçenekleri sunman gerekir, aksi takdirde rızayı geçersiz sayarak” malpraktisten sorumlu tutuyor. Yine benzer bir şekilde, “doktorun sterilizasyon kuralları aykırı bir davranışı yoksa sadece enfeksiyon kapmadan doğrudan doğruya doktor veya sağlık personelinin tutamazsın” diyor, “burada dikkat etmen gereken şey, organizasyon kusuru olabilir, işletmenin, kliniğin veya hastanenin kusuru olabilir, bu ikisini birbirinden ayırman gerekir”. Yine aynı şekilde, eğer çok ağır bir tıbbi müdahale varsa Alman Yargıtay’ı ilginç bir şekilde, ispat yükümlülüğünü değiştiriyor ve diyor ki, çok, ortalama bir doktordan beklenmeyecek derecede acemi davranışsa burada, “doktor kendisinin kusursuz olmadığını bu kez doktordan bekleyeyim, o ispatlasın”, benzer şey. Bakın burada da aynı şeyi görüyoruz, doktor yeterli aydınlatmayı yapmamış ve istenmeyen netice meydana gelmiş, “o zaman haydi sen bakalım, sorumsuz olduğunu ispatla” diye ispat yükümlülüğünün yer değiştirdiğini görüyoruz. Teşhis hatasını mutlaka malpraktis içinde görmemiz gerektiğini Alman Yargıtay’ı birçok kararında vurgulamış, önünüzde birçok kararı görüyorsunuz 2000’li tarihlerle.

Yine bir hastanın, hastane ortamında tökezleyip yaralanması, düşmesi, yaralanması veya ölmesi halinde doğrudan doğruya sorumluluğa gitmeden önce somut olayda bir organizasyon kusuru olup olmadığını veya hasta veya yakınlarından kaynaklanan bir etken olup olmadığını somut olayda mutlaka bağlı ve klinik idare için de bu anlamda soruşturmaya tabi tut diyor. Yine, bakın benzer

bir olayda, bir diz kapağında bir enfeksiyon oluşması halinde hekimin bulgular üzerinde eğer somut bulgular o hastanın ateşinin ölçülmesi ve buna göre gerekli bazı tetkikler yapılmasını gerektiriyor, hekim bunu yapmamışsa, “ben böyle algılıyorum, böyle tedavi uyguluyorum” demişse malpraktis olarak kabul ediyor. Aynı şekilde bir 28 haftalık bir hamile kadının ve 1.000 gramın altında bir cenin söz konusu, burada mutlaka maksimum düzeyde “sen hamilelik konusunda yapacağın müdahalelerde önlem alman gerekir” tarzında kişiyi sorumlu tuttuğunu görüyoruz Alman Federal Yüksek Mahkemesi’nin. Yine, aydınlatmamanın üzerinde çok duruyor, aydınlatmamışsa ondan sonraki yapılan işlemlerin hukuka aykırı olduğunu söylüyor.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi’ne taşınıyor artık olay çünkü insan haklarının bir parçasıdır ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi de birçok ülkeyi, bakın burada Slovenya’yı çok yakın bir tarihte, “tıbbi müdahaleyi uzun süre erteliyorsun, geç tedavi yapıyorsun”, Slovenya’nın mahkûm edildiğini görüyoruz. Bunlar doğrudan doğruya Türkiye’yi ilgilendiren kararlar aynı şekilde. Rusya’nın mahkûmiyetini görüyoruz, verem hastası bir hükümlünün tecrit hücrelerinde disiplin, disipline tabi tutulmasını, burada tedavisini etkilediği için yine, Rusya’nın mahkum edildiğini görüyoruz. Ukrayna’nın ciddi hastalığı olan bir hükümlüye tıbbi bakımda eksiklik gösteriyorsa bu artık malpraktisttir, devletin burada sorumlu tutulduğunu görüyoruz. Aynı şekilde Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin, burada, “evet, bir doktorun malpraktis yapıp yapmadığını saptayabilirsin ama başvuracağım bilirkişi o doktorun çalıştığı kurum olmayacak, taraflı rapor verebilir, mutlaka bağımsız bir bilirkişiden rapor alman gerekir” tarzında İzlanda’yı mahkûm ettiğini görüyoruz.

Prof. Dr. Veli Özer ÖZBEK – Panelist

Dokuz Eylül Üniversitesi

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun “Adliye aleyhine işlenen suçlar” başlığı altında üç madde altında düzenlendiğini söyleyebiliriz “bildirme yükümlülüğü” olarak. Eğer 278. madde söz konusuysa bu 278 tüm bireylere yönelik olarak suçu bildirmemeyi suç olarak düzenlemiş yani bildirme yükümlülüğü getirmiştir. 279. madde, “kişinin kamu görevlisi olması halinde kamu görevlisinin görevini yerine getirdiği sırada bir suç ile karşılaşmış olması halinde, suçu bildirmemesini”. Nihayet, 280. madde de sağlık mesleği mensupları için “sağlık mesleki mensupları için sağlık mesleki mensuplarının suçu bildirmesi yükümlülüğünü getirmiştir”, bildirmemiş olmayı yani ihmali hareketi bir suç olarak düzenleyip cezalandırmak istemiştir.

Benzer başka bir düzenlemenin yine, “yaşama hakkına” ilişkin olarak kişi aleyhine işlenen suçlar başlığı altında Türk Ceza Kanunu'nun 90'a 8. maddesinde de düzenlendiğini söyleyebiliriz, bu da her bireye ilişkin olarak yardım veya bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmemesi şeklindeki bir düzenlemedir. Dolayısıyla her iki düzenleme arasındaki farkın, 98. maddenin yaşama hakkına ilişkin, 280. maddenin ise Adliye aleyhine işlenen suçlar arasında düzenlenmiş olmasıdır. Tabii, 280. madde yürürlüğe girdiğinde, özellikle tıp mesleği mensupları tarafından hükmün son derece büyük bir eleştiri ile karşılandığını söyleyebiliriz. Dolayısıyla ben öncelikle hem bu eleştirilerin bir kısmına katıldığımı ama aynı zamanda bir hukukçu kimliğimle de bu tür bir düzenlemenin yerinde olup olmadığı, bir hukuk devletinde bu tür düzenlemelere ihtiyacın olunup olmadığı ve Türk Ceza Kanunu'nun bu çerçevede getirmiş olduğu düzenlemenin sakıncalarının neler olduğu hususunda görüşlerimi ifade etmek istiyorum.

Öncelikle şunu söylemek lazım ki, suçu bildirme yükümlülüğü hekimin müdahalede bulunma ya da tedavi hak ya da yükümlülüğünü ortadan kaldırmamaktadır, dolayısıyla bir toplum içerisinde yaşayan her kişi bakımından bazı suçların bildirilmesi yönünde, daha doğrusu ihbar edilmesi yönünde bir yükümlülük getirilmiş olmasının çok da yanlış olmadığını düşünüyorum. Nitekim bu suçun Adliye aleyhine işlenen suçlar başlığı altında düzenlenmiş olması esasen bunu da ifade etmektedir. Neden “Adliye aleyhine işlenen suçlar” başlığı altında düzenleniyor? Çünkü suçun soruşturulmasında ve suç failinin cezalandırılmasında toplumun ve toplumda yaşayan her bireyin menfaatinin olduğunu da ifade etmemiz gerekir. Dolayısıyla ihbar yükümlülüğünü sadece yerleşmiş bir terim olan “muhbir” kelimesiyle açıklamak çok doğru değildir. Dikkat edilirse, ihbar yükümlülüğünden değil, suçun bildirilmesinden söz edilmiş ve ihbar ve muhbir terimlerinin birbirini çağrıştıran olması sebebiyle herhalde “yasa koyucu” böyle bir terimi tercih etmiş olmalıdır.

Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesi yansıya da verdik, tabii, hekim ya da tıp mesleği mensubunun 280. maddeden anladığı ile bizim anladığımız ya da somut olaya bakan hâkimin, ceza hâkiminin anlayışı arasında farklılıklar olabilir. Genelde incelemiş olduğum çalışmalarda özellikle hekimler tarafından kaleme alınmış olan yazılarda, önemli olanın tıp alanında söz konusu olan etik değerler ve ilkeler olduğu ve gerekirse bu tür ilkelerin veya değerlerin yasal düzenlemelerin üstünde olduğu ve yasal düzenleme ile çelişmiş olması halinde etik ilkelerin esas alınması gerektiği şeklinde düşüncelere rastlanmaktadır. Açıkça ifade edeyim ki, bu tür düşüncelere katılmak mümkün değildir çünkü bir hukuk sisteminde o hukuk sistemi içerisinde yer alan bütün kişilerin hangi mesleğe mensup olursa, kim olursa olsun uymakla yükümlü olduğu belli bazı kuralların olduğunu söylemeliyiz. Dolayısıyla her mesleğin kendine göre etik kuralları vardır, avukat için de, hâkim için de, bir öğretim üyesi için de veya bir sağlık mesleği mensubu için de etik değerlerin olduğunu söyleyebiliriz. Ama etik değerlerin ya da ilkelerin hukuk kurallarının yazılması konusunda bir değerinin olduğunu ve

fakat hukuk kuralları yürürlüğe girdikten itibaren artık etik değerlerin ikincil plana geçtiğini ve kuralların yorumlanmasında sadece bir yorum aracı olarak değerlendirilebileceğini ve fakat ileriye dönük olarak tabii, yasama organına uyarı niteliğinde söz konusu hükmün değiştirilmesi konusunda da ışık tutacağını söylememiz gerekir. Dolayısıyla yapmış olduğum çalışmayı da bu çerçevede ele almak istiyorum.

Biraz önce de ifade etmiş olduğum gibi, 280. maddede korunan hukuk değer, bu suçun düzenlenmiş olduğu yerle birlikte değerlendirilmelidir. Modern toplumda suçu önleme ve suç sonrasında da kovuşturma görevi devlete ait olduğuna göre işlenmiş ya da işlenmekte olan suçun bildirilmesinin bireylere bir yükümlülük olarak getirilmesini çok fazla yadırgamamak gerekir. Tabii, meslek açısından değerlendirdiğimizde bunun bazı sınırlamalara tabi tutulmasının zorunlu olduğunu da ifade edeyim. Suçun unsurları yönünden bir değerlendirme yaptığımızda; 280. maddede yer alan suçun failinin, Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesinin 2. fıkrasında sayıldığını ifade edebiliriz, "sağlık mesleği mensubu bu suçun failidir", kimdir bunlar? Tabip, dış tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler şeklinde bir düzenleme olduğunu görüyoruz. Burada sayım sınırlı bir sayım değildir, dolayısıyla ortaya çıkan sorunlardan bir tanesi de bu suçun failinin kimler olacağı noktasında karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda sadece Türk Ceza Kanunu'nda yer alan düzenlemeyle sınırlı hareket etmemek gerekir, konuyla ilgili mevzuatımızda Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Yatak ve Kadro Standartları Yönetmeliği ile Eki Cetvellerinin Değiştirilmesine Dair Yönetmelikte, sağlık hizmetleri sınıfına dahil personelin unvanları tek tek sayılmıştır. Dolayısıyla burada sayılan kişilerin de bu anlamda bu suçun faili olabileceğini ifade edebiliriz.

Burada karşımıza çıkabilecek bir başka sorun da şudur; sağlık mesleği mensubu aynı zamanda bir kamu görevlisiyse ne olacaktır? Bu durumda 279. maddede de kamu görevlisinin suçun bildirmemesinin ayrıca düzenlenmiş olduğunu görüyoruz. 280. madde ile 279. madde arasında "özel-genel norm" ilişkisi mevcut olduğundan bir sağlık mesleği mensubu aynı zamanda kamu görevlisi ise bu halde Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesinin uygulanmasının gerektiğini söyleyebiliriz. Çünkü özel bir norm olarak sağlık mesleği mensubuna ilişkin bir düzenleme mevcut 280. maddede. Fakat 280. madde ile 279. maddenin yaptırım bakımından birbirinden farklı olduğunu, 279. maddedeki yaptırımın 280'den daha ağır bir nitelik taşıdığını söyleyebiliriz. Öte yandan failin yani sağlık mesleği mensubunun kamu görevlisi olması halinde ortaya çıkan bir başka sorun; 4483 sayılı Memurlar ve Diğer Kamu Görevlilerinin yargılanması hakkında Kanun'a göre bu durumda bir "lüzumu muhakeme kararının" alınması zorunluluğudur, aksi halde savcının doğrudan bu suç ile soruşturma yapabildiği mümkün değildir.

Mağdur bakımından, bu suçun mağduru konusunda suç tipinde herhangi bir özgülleme yapılmamıştır, bu suçun mağduru bu anlamda suçun düzenlenmiş olduğu yer dikkate alındığında kamudur yani toplumu oluşturan herkes bu suçun mağdurdur. Adliye aleyhine işlenen suçlar, "devlete, millete karşı suçlar" başlığı altında düzenlenmiş olduğu için bu suçun mağdurunun toplumun kendisini olduğunu ifade edelim. Dolayısıyla burada ortaya çıkan bu konuyla ilgili bir başka sorun "zincirleme suç" dediğimiz bir kavram var Ceza Hukukunda yani fail, aynı mağdura karşı aynı suç işleme kararıyla aynı suçu birden fazla işler ise bu durumda zincirleme suç hükümleri uygulanır. Şayet sağlık mesleği mensubu bir vakada birden fazla kez bu suçu işlemiş ise bu halde zincirleme suç hükümlerinin uygulanması gerekir. Bunun anlamı şudur; sadece tek bir suç işlenmiş gibi kabul edilir fakat cezasında Türk Ceza Kanunu'nun 43. maddesine göre bir artırım yapılır.

280. maddenin asıl sorun oluşturduğu hususlar; bizim "eylem" başlığı altında incelediğimiz hususlardır. Kanun şu şekilde ifade etmiş bunu; görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde

bir belirti ile karşılaşmasına rağmen durumu yetkili makamlara bildirmek veya bu hususta gecikme göstermek. Şimdi bunların ne anlama geldiğini kısaca açıklamak lazım, sorun teşkil eden kısım da esasen burada; bir defa, suçun sağlık mesleği mensubunun görevini yaptığı sırada işlenmiş, daha doğrusu görevini yaptığı sırada bu suçun işlendiğinin haber alınmış olması gerekir. Tabii, buradaki sorun, sağlık mesleği mensubunun görevli olmasının zorunlu olup olmadığıdır. Dolayısıyla genelde bu konudaki görüş, görevi sırasında sağlık mesleği mensubunun bir suçla karşılaşmış olması halinde böyle bir ihbar yükümlülüğünün doğduğu, aksi halde, böyle bir yükümlülüğün bulunmadığı şeklindedir. Dolayısıyla şöyle bir soru burada karşı karşıya gelebiliriz, örneğin, yolda giderken aracıyla bir trafik kazasıyla karşılaşan hekim ya da sağlık mesleği mensubu derhal müdahale etse olaya ve bu olayda bir kişinin öldüğünü, birden fazla kişinin yaralandığını düşünmüş olsak, acaba bu olayı ihbar etmek durumunda mıdır şeklinde bir sorunla karşılaşabiliriz. Benim düşüncem bu halde görevin değil mesleğin şeklinde anlaşılması gerektiğidir yani mesleğini yaptığı sırada, artık bu anlamda mutlaka o kişinin hastanede görevli olması zorunlu değildir diye düşünüyorum ama başka görüşler de bu konu olduğunu ifade edeyim. Yani mutlaka hastanede o sırada görevli olduğu sırada bir suç ile karşılaşmış olmasıyla sınırlı şekilde anlaşıldığı da ifade ediliyor.

İkinci husus, bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmak, şimdi öncelikle şunu ifade etmek lazım, “belirti” kelimesinin kullanılmış olması yerinde olmamıştır, belirti ifadesi, hem belirsizdir ne anlama geldiğinin belirlenmesi noktasında bu ifadenin hem de hükmün uygulanma imkânının son derece genişletmiş bulunmaktadır. Neredeyse sınırsız bir şekildedir, dolayısıyla örneğin, mutlaka kolun, bacağın kırık olmuş olması hali değil, bu anlamda kendisine başvurmuş olan tedavi etmiş olduğu kişide örneğin, bir sperm, kan lekesinin varlığı, cebinden örneğin, çok sayıda ilaç küpürü veya buna benzer şeylerin çıkmış olması halinde de bunların tamamının belirti kavramı içerisinde değerlendirilmesi gerekir. Dolayısıyla bu anlamda dikkat ederseniz, “yasa koyucu” sanki sağlık mesleği mensubunu adeta suç soruşturması yapan bir kişiymiş gibi düşünmüş ve “belirtiyi” de yasal düzenleme içerisine almak suretiyle adeta bir suç işlendi mi işlenmedi mi, hem bir taraftan tedavini yap hem de bunun izlerini araştır şeklinde bir yükümlülük getirmiştir ki, bunu kabul etmek mümkün değildir. Dolayısıyla öncelikle yapılması gereken, eğer bir yasal değişiklik yapılacak ise ki, yapılmalıdır, Kanun, hükümde yer alan “belirti” ifadesinin mutlaka çıkarılması gerekir, “kanunilik ilkesi” bakımından da bunun bir sorun oluşturduğunu söylemek gerekir.

Üçüncü husus; yetkili makamlara bildirmemek veya bu hususta gecikme göstermek. Dikkat edilirse burada iki tane farklı hareket var, biz buna Ceza Hukukunda “seçimlik hareketli suçlar” diyoruz yani bu suç iki şekilde işlenebilir, ya yetkili makamlara bildirmem ya da bildirim ama geç bildirmiş olurum. Şimdi yetkili makamlara bildirmemeyi anlayabiliyoruz, yani bildirmemiş olmak bu anlamda ihmali bir hareketi ifade eder, öncelikle şunu söylemek lazım tabii, bildirimden ne anlamalıyız? Yetkili makamlar, bir defa yetkili makamlardan ne anlaşılması lazım? Bunları sadece soruşturma makamı olarak anlamıyoruz yani ben öyle düşünüyorum yani illa bunun savcıya ya da kolluğa bildirilmesi zorunlu değildir. Sağlık mesleği mensubu, bir vakada, böyle bir durumla karşılaşarsa amirlerine, yetkili makamlara bunu bildirmiş olması halinde de örneğin, bir hastane ise hastane başhekimine bildirilmiş olması yeterlidir bu bildirim yükümlülüğünün yerine getirilmesi bakımından, yoksa doğrudan doğruya kolluğa bildirme zorunluluğu yoktur diye düşünüyorum.

Bildirmek ne şekilde olabilir? Bildirme yazılı ya da sözlü olabilir, bu konuda Kanunda herhangi bir şekil zorunluluğu getirilmemiştir ya da bir kişi aracı kılınmak suretiyle de bildirim yapılabilir ama hukukta bilindiği gibi ispat bakımından en garanti şey bu bildirim yazılı olarak yapılmasıdır. Dolayısıyla ileride herhangi bir soruşturmaya karşılaşıldığında bu bildirim yapıldığının ispatlanabilmesi bakımından yazılı yapılması gerektiğini konusunda bir öneride bulunabilirim.

Bence sorun teşkil eden husus, hükmün ikinci kısmı yani “bu hususta gecikme göstermek”, öncelikle şunu söyleyeyim; Ceza Kanunları bakımından kanunilik ilkesi dediğimiz bir kural var, ilke var, yani kanunlar açık ve belirli olmak zorundadır, gecikme göstermek terimi bir defa belirli değildir, bu yönüyle kanunilik ilkesine aykırıdır. Gecikme ne anlama gelir, hangi durumda gecikmiş sayılırım, 5 dakika, 15 dakika, 1 gün, 1 ay? Bu belirsizdir, makul bir süre olması gerektiği ve bunun hâkim tarafından takdir edilmesi gerektiği söylemekte ise de “kim vurduya gitmemek” anlamında çünkü bizim uygulamamız da maalesef, hâkimin eğer takdirine bırakacak olursak hâkim kendisine göre, her hâkim kendisine göre makul bir süre belirleyebilir. Bu açıkçası vakadan vakaya, olaydan olaya farklı uygulamalara yol açabilir, o açıdan benim düşünceme göre sadece hükmün bildirmemek ile sınırlı olarak değiştirilmesi ve gecikme gösterme şeklindeki belirsiz kavramın suç tipinden çıkarılması gerektiğidir. Ama mevcut olduğuna göre nasıl bir değerlendirme yapılmalı? Tabii, gecikme göstermeyi ne şekilde anlayacağız? Açıkçası şöyle düşünüyorum bu konuda, buradaki amaç suç sonrası ortaya çıkabilecek soruşturma ve kovuşturmayla ilişkin sorunların önlenmesi olduğuna göre eğer buna ilişkin bir sorun ortaya çıkmış ise artık gecikme vardır, tabii, bunu somut olaya göre hâkimin gerçekten, şu durumda takdirinin dışında herhangi bir şey söyleyebilmek de mümkün değildir.

Yine eğer bu suç, soyut tehlike suçuyorsa yani tek başına gecikme göstermek ya da bildirmemek, bu suçun işlenmesi için yeterli ise bu durumda sadece bildirmemiş olmak ile de suçun işlenmiş olduğunu kabul ederiz. Dolayısıyla hâkimin ayrıca bu gecikmeden ya da bildirmemiş olmaktan bir zararın ortaya çıkmış olması konusunda ya da bir tehlikenin ortaya çıkması konusunda bir araştırma yapması zorunluluğu bulunmaz. Dolayısıyla Ceza Hukukunda biz suçları ikiye ayırıyoruz, “zarar suçu”, “tehlike suçu”. Tehlike suçları bakımından da bu şekilde nedensellik ilişkisinin aranmayacağı suç tiplerini de soyut tehlike diyoruz. Bu suç, soyut tehlike olarak düzenlemiş yani hareketin yapılmış olması suçun işlenmiş olması için yeterlidir yani bu anlamda yetkili makamlara bildirilmemiş olması ya da gecikme gösterilmiş olması yeterlidir diye düşünüyorum. Fakat özellikle gecikme konusunda ya da bildirmeme konusunda da karşımıza çıkabilir, bir çıkış yolu burada zorunluluk hali olabilir yani öyle bir durumdayımdır ki, örneğin dağ başında olabilirim, herhangi bir iletişim imkânım da söz konusu olmayabilir, birkaç gün sonra da konu soruşturma makamlarına intikal etmiş olabilir, bu duruma biz “zorunluluk hali” adını veriyoruz. Dolayısıyla bu hallerde kişinin sorumlu olmayacağını ifade etmemiz gerekiyor.

Burada karşımıza çıkan bir başka sorunun, hekimin sır tutma yükümlülüğü ile bu suçun bağdaşıp bağdaşmayacağı noktasında söyleyebilirim. Bu konuyu biz “hukuka uygunluk sebepleri” içerisinde değerlendiriyoruz. Gerçekten, Ceza Hukukunda, Türk Ceza Kanunu üç tane hukuka uygunluk sebebi belirlemiş, bunlardan bir tanesi de “hakkın kullanılması”. Bu anlamda meslek sırrı, hekimlik mesleğinin icrası çerçevesinde ortaya çıkan bir haktır. Bu hak kullanıldığında artık fiil, hukuka aykırı olmaktan çıkar, dolayısıyla Türk Ceza Kanunu’nun 280. maddesinde bu yönüyle bir çelişkinin olduğunu söyleyebiliriz yani bir taraftan hukuk düzeni ki, bu anlamda hekimlik mesleğine ilişkin olarak “hekimlik meslek etiği kurallarının” 9. maddesi, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 4. maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliği gibi değişik düzenlemelerle hekimlere bazı konularda meslek sırrı ile ilgili hak tanınmış. Şimdi bir taraftan hak veriyoruz, diğer taraftan da 280. madde ile bunu suç haline getiriyoruz, bence sorun şurada; Türk Ceza Kanunu ya da diğer hukukumuzda yer alan mevzuatla hekimin sır tutma hakkı veya yükümlülüğüne istisnalar getirmek mümkündür, buradaki sorun şudur; bu istisnanın kapsamı ne şekilde olmalıdır? 280. maddedeki sorun, maalesef, adeta, hekimin sır tutma yükümlülüğünü bütünüyle ortadan kaldırmış olduğu için 280. maddenin yerinde olmayan bir düzenleme olduğunu söyleyebiliriz. Ama her halükarda, hukuk sistemi içerisinde hekimin sır tutma yükümlülüğüne istisna tanımamız gerekebilir. 280. madde de

bu anlamda iyi bir enstrümandır. Gerçekten de bu anlamda özellikle şu şekilde bir düzenleme yapılarak 280. maddedeki sorunun aşılabileceğini düşünüyorum; bir defa 280. madde, suç bakımından herhangi bir sınır getirmemiştir, aynen Eski Türk Ceza Kanunu'nun 530. maddesinde olduğu gibi Yeni Türk Ceza Kanunu'nda da bir değişiklik yapılmalı ve 280. madde çerçevesinde hekimin ihbar yükümlülüğünde bulunduğu suçların sadece örnek olarak sayıyorum tabii bunu; kişi hak aleyhine işlenen suçlarla sınırlı olarak ve sadece kasten işlenen suçlar sınırlı olarak kabul edilmesi gerektiğini söylüyorum. Örneğin, adam öldürme, kasten yaralama, cinsel dokunulmazlık aleyhine işlenen suçlar, özellikle çocuğun cinsel istismarı, aile içinde şiddet vesaire gibi konularda hekimin ihbar yükümlülüğünün mutlaka olması gerektiğini söyleyebilirim.

Bu anlamda karşılaştırmalı hukuka baktığımızda da bu tür suçlar bakımından özellikle, örneğin Avusturya Ceza Hukukunda bir düzenlemenin, hekimlere ilişkin, Hekim Yasasında bir düzenlemenin olduğunu özellikle, aile içi şiddet ve istismar suçları bakımından hekimlere bu yönde önemli bir görevin düştüğünü söyleyebilirim. Çünkü burada bir taraftan tedavi ediyoruz ama diğer taraftan da önemli bir vazifeyi de yerine getirmiş oluyoruz çünkü bu tür suçlar ihbar edilmezse toplumun da bir fiilin cezalandırılmasındaki menfaatini ortadan kaldırmaya çalışıyoruz. Öyle bir denge kurulmalı ki burada, hekimi ya da sağlık mesleği mensubunu bir soruşturma makamı gibi düşünmeden, onu yine kendi mesleğini yapma konusunda olabildiğince serbest bırakarak ama belli bazı suçlar konusunda ve özellikle de bu suçları, benim düşünceme göre mesela, taksirli suçlar dışında, mesela, bir trafik kazasıyla karşı karşıya gelmiş olan sağlık mesleği mensubunun artık bunu bildirme yükümlülüğü olmamalıdır. Sadece kasten suçları yani bu suçlar öyle suçlar olmalıdır ki, gerçekten adalet duygusunu rencide edebilecek nitelikteki suçlar olmalıdır, bununla sınırlı olarak hüküm değiştirilir ise hekimlik mesleğinin icrasıyla 280. maddedeki çelişkinin de büyük ölçüde ortadan kalkacağını düşünüyorum.

Kanun, son derece basit bir ceza öngörmüş, “1 yıla kadar” ama alt sınırı “1 ay”, dolayısıyla hem ön ertelenebilir, para cezasına çevrilebilir ve hükmün açıklanmasının geri bırakılmasını şeklinde bir düzenleme var. Bundan yararlanabilme imkânı olduğu bir hüküm ama hükmün yaptırımının ne olduğu çok önemli değil, önemli olan demin de ifade ettiğim gibi hekimin ya da sağlık mesleği mensubunun hem mümkün olduğunca serbest bir şekilde faaliyetini yapabilmesini sağlamak ama bir taraftan da toplumun bazı menfaatlerini de gözden uzak tutmamak şeklindeki bir dengenin 280. madde ile kurulabileceğini düşünüyorum. Bu yönüyle 280. maddenin, çok özür dilerim, biraz uzattım ama Anayasa'ya da aykırı olduğunu söyleyebiliriz yani bir önerim de şu olabilir; muhtemelen burada bulunan kişiler 280. madde ile karşılaşmış olabilir, Bu hükmün Anayasa'ya aykırılığı konusunda bir değerlendirme yapması ve hâkimleri bu yönde ikna etmesi durumunda belki bu hüküm Anayasa Mahkemesi önüne giderek bu sözünü etmiş olduğumuz hususlar değerlendirilebilir ve Anayasa'ya aykırılığı ancak bu şekilde belki göz önünde bulundurabiliriz.

Süremi çok aşım. Çok teşekkür ediyorum sabırla dinlemiş olduğunuz için.

Prof. Dr. Ahmet Nezihi KÖK – Oturum Başkanı

Özellikle hekimlerimiz açısından çok önemli bir madde tabii, Türk Ceza Kanunu'nun 280. maddesi, Hocamın verdiği bilgiler için teşekkür ediyoruz.

Panelimizin son Konuşmacısı bugün, Profesör Doktor Selami Albayrak tarafından yapılacak, Hocamız bizlere “Sağlık Çalışanı Perspektifinden Tıbbi Hatalara” değinecek.

Prof. Dr. Selami ALBAYRAK – Panelist

Hekim Hakları Derneği Eski Başkanı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar, süremın sınırlı olduğunu biliyorum, öncelikle sağlıkta çok önemli devrimlerin yaşandığı ülkemizde hastanelerimizi yöneten bu güzide grubun karşısında konuşuyor olmaktan onur duyduğumu ifade etmek isterim.

Sağlık çalışanları açısından tıbbi hataları doğru değerlendirebilmek için sağlık hizmeti sunumunun dününü ve bugününü ortaya koymak gerekir herhalde. Bundan 10–15 yıl öncesine kadar azalarak da olsa devam ettiğini düşündüğüm bir inanç vardı hastalar arasında; hekimin sihirli dokunuşundaki tedavi edici güç! Bu güç buyurgan hekimin davranış modeli ile hasta beyninde daha da devleşirdi, yapılacak tüm tıbbi müdahaleler eğer hekim uygun gördüyse sorgulanmaz ve doğrudan kabul edilirdi. Böylece bu etki de hastada maksimum düzeyde yaşanırdı. Şifa ile sonuçlananlardan doktor dua alarak nasiplenirdi, ölümlle sonuçlananlardaki tepki ise burukluk düzeyinin ötesine geçmezdi. Bu da doktorun, taziye veya cenaze namazına katılımı ile yerini minnettarlığa bırakırdı. Yıllar bu süreci değiştirdi ülkemizde, Sağlıkta Dönüşümün etkisi sadece iyi sağlık işletmelerine kavuşmak ve sağlık hizmetlerine kolay erişmekle kalmadı, hasta-hekim ilişkisinde de ciddi değişliklere sebep oldu. Başlangıçtaki sadece güvene dayalı olan bu ilişkinin hiç şüphesiz olumlu ve olumsuz yanları da vardı. Hekim, bilgi ve tecrübesini hiçbir korku yaşamadan hastasına uygulayabiliyordu. Entelektüel düzeyi, bu bilgi paylaşımını ve “risk-yarar” analizini yapacak düzeyde olmayan hastalar için esasen bu iyi bir durumdu. Çünkü doktor, zaten her şeyi hastası adına düşünmüş ve karar vermişti. Sonuçlar genellikle Plasabum’un da desteği ile iyi seyrederdi. Ne var ki, meslek etiği kıt bazı hekimler, bu süreçte hastalarını istismar edebiliyorlardı.

Bugüne geldiğimizde fotoğraf değişti; hasta hakları konusunda oluşturulan farkındalık, 2005 yılında yürürlüğe giren Türk Ceza Kanunu, gerek hasta ve yakınları üzerinde ve gerekse sağlık çalışanları üzerinde önemli etkiler yaptı. Şöyle ki; hekimler ve diğer sağlık çalışanları üzerindeki etkisi mesleği icra şekillerine bile yansdı, sağlık çalışanlarında kendini koruma içgüdüğü belirdi. Her an bir yanlışa kurban olunabilir, ceza ve tazminat davalarına maruz kalınabilir düşüncesiyle daha agresif tedavilerden kaçınılan, komplike vakalara müdahalede çekingen kalınan bir süreç başladı. Hasta ile karşılaşıldığında “suya, sabuna dokunmadan süreç olaysız sonlandırılmali” düşüncesi egemen olmaya başladı.

Diğer taraftan hasta ve yakınları üzerindeki tezahürü ise her an bir tıbbi müdahale hatasına maruz kalınabilir ya da ticari gayelerle gereksiz işlemler uygulanabilir endişesini yaşamak şeklinde oldu. Esasen kutsal olan ve güvene dayalı olması gereken bu ilişki, yerini kaygan zeminde buz dansına bıraktı. Şimdilerde sık sık birbirinin ayağına basar oldu bu ikili, üstelik her ayağa basış karşılıklı özür dilemeler yerine mahkemede hesaplaşmalarla sonuçlandı. Size kliniğimde yaşadığım bir değişimi anlatmak isterim bir örnekle; 2004’de benden ihtisasını almış olan bir asistanım, 5 yıl sonra kendisini güncelleyebilmek için 1 ay süre ile yeniden klinik aktivitelere katıldı. Kliniğimizde bir önceki günün sorunlu vakaları saat 07.30 konseyinde asistanlarla birlikte tartışılır, varılan karar hasta içeriye alınarak hastayla da paylaşılır. Ameliyat kararı alınmışsa randevusu planlanır. Asistanımın tespiti aynen şuydu; “Hocam, eskiden hastaya önerdiğiniz ameliyatları o kadar kolaylaştırarak anlatırdınız ki, en çetin durumlarda bile hastaların karar vermeleri zor olmazdı. Şimdi görüyorum ki, en kolay ameliyatları bile en küçük riskleriyle birlikte neredeyse korku uyandıracak boyutta anlatıyorsunuz. Ben hasta olsam kabul etmekte zorlanırım” dedi. Bir başka kadın-doğum şefi arkadaşım, “emekli sürem önümüzdeki ay doluyor, ayrılmaya karar verdim”, ben hayret ettim tabii, sebebinı sordum, bu arkadaşım halen genç, dinamik ve açıkçası elinden iyi iş gelen bir cerrahı, “bana alışık olmadığım

kadar mahkeme kapılarını ziyaret etmeye başladım, hafta sonu kliniğime gelerek doğum yapıp giden hastam lohusalık döneminde geçirdiği enfeksiyon da bile beni mahkemeye verdi, çünkü tüm dosyalarda klinik şefi olarak benim adım yazılı!”

Değerli arkadaşlar, bu bir süreç, olumlu yönleriyle ve olumsuz yönleriyle böyle bir süreci yaşıyoruz. Bu süreci doğru analiz etmeliyiz, doğru okumalıyız. Yaptığımız tanımlar muhakkak ki, marjinal davranış modelleridir, bize düşen görev, toplumda bu konuda yeterli bilinç sağlayacak eğitim çalışmaları yapmaktır. Sempozyumlar, gazete köşelerinde makaleler ya da televizyon programları ile “sağlık hukukunun” sapmadan doğru tecellisini temin etmektir. Şüphesiz “sağlık hukukunu” gerek hastalarımız ve gerekse sağlık çalışanları açısından çağdaş normlar üzerine kurmalıyız. Bu süreci doğru analiz etmeli ve iyi yönetmeliyiz. Sağlık hizmeti üretimi ve sunumu sürecinin direksiyonunda başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının mediko-legal endişelerini haklı çıkaracak uygulamalardan dikkatle kaçınmalıyız.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamalarının getirdiği hızlı ritim, ne yazık ki, hastalara büyük hatalara zemin hazırlayabilmektedir. Hasta hakları kavramının amacını aşar tarzda algılanıyor oluşu bir başka sakıncadır. Tıp endüstrisinin her geçen gün yeni diye piyasaya sürdüğü ürünleri uygulatma tazyiki hastaların korunması gereken bir başka konudur. Tıbbi müdahale hatalarından korunmak adına desteklememiz gereken hususlar da var elbette. Kalite uygulamaları, sağlık çalışanlarını hata yapmaktan koruyacak en önemli sığınak. Zorunlu mesleki sigorta ise komplike hastalara müdahalede hekimlerin kaybettikleri cesaretlerini ikame edeceğini düşünüyorum. Dolayısıyla bu hastalar için de önemli kazanımlar sağlayacaktır.

Aile hekimliği uygulamasının tıbbi müdahale hatalarının daha az yaşanması sonucunu doğuracağı beklentisi içindeyim. Bir tıbbi hatayı analiz edebilmek için onun ortaya çıktığı süreci bütünüyle masaya yatırmak gerekir. Bu süreç sağlık hizmeti talebiyle başlar. Somut başlıklar ile ilerleyecek olursak; hasta-hekim görüşmesi, tanıya yardımcı incelemeler, ardından yeniden değerlendirme ve tanı koyma ve nihayet, tedavi, sevk ya da izlem. Sağlık hizmetinin sunulduğu her üç basamakta da bu dört aşama mutlaka yaşanır. Tıbbi hatalar bu dört aşamanın herhangi birinde ortaya çıkar ve sonraki aşamalara sirayet eder. Örneğin tanıya yardımcı incelemeler aşamasında ortaya çıkan bir yanlış raporlama, esas katastrofik etkisini yanlış tanı ve yanlış tedavi şeklinde gösterir ya da sıkıştırılmış biz zaman diliminde yapılan hasta-hekim görüşmesi, eksik ve özensiz değerlendirme nedeniyle ön tanıyla uyumlu ek incelemeler yerine eksik ya da uygunsuz ek incelemelere sebep olur. Süreç yine raydan çıkmıştır, yanlış tanı ve yanlış tedavi kaçınılmaz olur.

Sağlık hizmeti talebiyle başlayan bu süreçte ortaya çıkabilen tıbbi hatalar, başlangıçta bireyselmış gibi gözükse de sebep-sonuç ilişkisi analiz edildiğinde bunun kurumsal nedenlerle iç içe olduğu görülecektir. Bu durum, kişi ve kurum arasında karşılıklı bağlayıcılık ilişkisini zorunlu kılmaktadır. Şöyle ki, kişinin yaptığı tıbbi hatalar kurumu etkileyebilmektedir, bunun tersi de doğrudur. Kurumsal yanlışlar hekimi tıbbi hatalara karşı zayıf hale getirebilir. Bu gerçek başka bir zorunluluğu ortaya çıkarmaktadır; hekimin kurum seçme özgürlüğü ve kurumun hekim seçme özgürlüğü. Bu mutlaka sağlanabilmelidir. Aksi takdirde tıbbi hatanın sorumlusu, sağlıklı bir şekilde analiz edilemeyecektir. Bu noktada Hastane Birlikleri yasa tasarısının yasallaşması halinde olumlu bir etki sağlayabileceği kanaatini taşıyorum.

Komplikasyon ile tıbbi hata kavramlarına da değinmek isterim; her insan vücudu uygulanan tıbbi müdahalelere farklı biyolojik etkiler, tepkiler verebilir, diğer bir ifadeyle bir uygulama her hastada aynı sonucu vermeyebilir. Bu nedenle bir tıbbi müdahalenin uygulanabilirliğine karar

vermek için bilimsel çalışmalarda elde edilen sayısal ve istatistiksel sonuçlar kullanılır. Bir tıbbi müdahale, istenmeyen ama öngörülebilir ve oluşması önlenemeyen zararlı sonuçlar verebilir, bu komplikasyon olarak değerlendirilmelidir. Ancak öngörülebilir ve önlenebilir zararlı sonuçların doğması halinde bu bir tıbbi hatadır, malpraktisttir. Bir tedaviye karar verirken terazinin bir kefesine tedavi edilmemesi halinde o hastalığın kişiyi sokacağı riskler, diğer kefesineyse uygulanacak tedavinin hastayı sokacağı riskler konular ve böylece tartılır. Görüldüğü gibi hekim, burada tam bir risk analizi yapmaktadır, hukuk doktrininde bu görülmüş olmalı ki, “izin verilen risk alanı tanımı” yapılarak komplikasyonlar tıbbi hatalardan ayırt edilmeye çalışılmıştır. Hekimin komplikasyondan sorumlu tutulmaması için hastayı komplikasyonlar konusunda bilgilendirmiş ve hukuka uygun olarak rızasını almış olmalıdır. Bu iş için harcanması gereken süre dikkate alındığında hata yapmamak için sağlık otoritesinin de bazı tedbirleri alması muhakkaktır, gerekir. Şöyle ki, OECD ülkelerindeki oranlara yaklaşım düşüncesiyle ülkemizde bir hekim başına düşen nüfus dikkate alınmadan, 72 milyon nüfusun senede 6 ile 8 defa sağlık hizmeti talebinde bulunmasını sağlayacak şekilde kısırtılmış sağlık hizmeti talebi yaratmaktan mutlaka kaçınılıyoruz.

Amerika Birleşik Devletleri’nde ölüm nedenleri sıralandığında hayretler içerisinde kalabilirsiniz; kalp hastalıkları, kanser, beyin-damar hastalıkları ve kronik tıkalı akciğer hastalıklar. Evet, bunlardan sonra beşinci sırada “tıbbi hatalar” gelmektedir ölüm nedenleri arasında. Motorlu taşıt kazaları bile tıbbi hataların neden olduğu ölümlerden daha az öldürmektedir. Her 1.000 ameliyattan 8’inde hastalar tıbbi hata nedeniyle yaşamlarını kaybetmektedirler. Bu oranların ürkütücü olduğu bir gerçek, esas olan hatayı olduğu yerde değil, hatayı öngörüp olmadan önce onu engellemektir.

Değerli arkadaşlarım, sabrınız için teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Ahmet Nezihi KÖK – Oturum Başkanı

Sayın Albayrak'a biz de çok teşekkür ediyoruz.

Böylece konuşmacılarımız konuşmalarını bitirmiş bulunuyorlar. Bu, 15 dakikalık süre içerisinde bize iletilen sorulara sırayla cevap vermeye çalışacak konuşmacılarımız. Öncelikli sıra Sayın Mcnutt'ın, Mcnutt'a iki tane soru iletildi, şimdi cevaplarınızı alıyoruz.

Prof. Dr. Robert MCNUTT – Panelist

Rush Üniversitesi

Sorularınız için teşekkür ederim. Bana yöneltilen ilk soru Amerika Birleşik Devletleri’ndeki olumsuz gelişmelerin rapor edilmesinde herhangi bir kural veya herhangi bir kısıtlama olup olmadığıydı. Tüm yasal iddialar veya tüm olumsuz gelişmeler kalite geliştirme ekipleri veya güvenlik ekipleri tarafından değerlendirilebilir ve bu değerlendirme kanun kapsamında korunur. Bununla birlikte hukuk davalarının ve hukuk davalarının sonuçlarının raporlanmasının herkes tarafından kullanılabilir duruma gelmesinde kısıtlamalar vardır. Yani bu nedenledir ki vakalar mahkemeye gitmeden önce yasal ekiplerin raporlarını almaya başladık böylece ileriye yönelik güvenlik için onları değerlendirdik.

İkinci soru güvenlik görevlilerinin nasıl eğitildiği idi. Durum değerlendirmelerinde çok fazla deneyimi olan bir grup insanlar birlikte olumsuz gelişmelerini değerlendirerek iş eğitimi alırlar. Hemşirelik, doktorlar, radyoloji gibi hastanenin olumsuz gelişmenin olduğu her bölümünde klinik değerlendirmelere yardımcı olan kanıta dayalı tıp uzmanları, karar analistleri, istatistikçiler veya bir kütüphane memuru ve veri uzmanlarından oluşan bir ekibimiz var. Bunların hepsi bu kanıt tabanı tarafından desteklenir fakat geliştirici araştırma projesindeki lehine gelişmeleri görmek için vakalara bakmak ve değerlendirmekten farklı olarak özel bir eğitim yoktur.

Üçüncü soru “Mean and Lean” üretim sisteminin belirli bir örneği idi. Üretimin kolaylığı ve tıbbi bakımın kompleksliği arasında göreceli bir bağlantısızlık vardır. Tıbbi bakımda bazı durumlar vardır ki gerçekleşmesini istemediğimizi kesinlikle biliyoruz. Amerikan hastanelerinde en yaygın olarak rapor edilen olumsuz gelişme her Amerikan hastanesinde aynıdır ki hastanelerde insülin alan düşük kan şekeri değerlerine sahip diyabet hastalarıdır. Buna bizim hastanemizde hipoglisemisi ve düşük kan şekeri değeri sorunu olan 3 hastadan birisiyle başladık. Amacımız kan şekeri sorunu olan birisiydi. Yaptığımız ilk şey değişken ölçekteki düzenli kısa etkili insülinin standarda direnç göstermesiydi ve onları % 30 seviyeden %15 seviyeye düşürdük. Sonra bütün diyabetik diyetleri bertaraf ettik, bana her zaman ilginç gelmiştir ki insanları hastanede çok düşük kalorili diyabetik diyetlere sokarız ve sonra onların insülin düzenlemesini aşağıdaki büfede genellikle fazla yiyorlarmış gibi yaparız. Diyabetik diyetle onları yüzde 15’ten yüzde 8 dolaylarına düşürdük. Sanıyorum ki kalan yüzde 8 den diğer “Lean and Mean” ile kurtulacağız ki kan şekeri değeri 350 nin üzerine çıkmadıkça bakımın ilk 24 saatinde insülin verilmesine izin vermeyeceğiz. Çünkü biz bulduk ki hali hazırdaki diyabetlerde ilk 24 saatte insanların hastalanmasından neredeyse olumsuz etkiler elde ettik. Bundan dolayı hastalara daha iyi güvenli bir bakım vermekte hizmet yoğunluğunu azaltabilmek için yapılacak çok şey vardır. Ümit ederim ki bu yardımcı olacaktır, sorularınız için teşekkür ederim.

Prof. Dr. Ahmet Nezihi KÖK – Oturum Başkanı

Evet, biz de çok teşekkür ediyoruz.

McNutt, kendisine yöneltilen soruları cevaplandırdı. Sayın Hocam, sıra sizde, Yener Ünver'e gelen sorular.

Prof. Dr. Yener ÜNVER – Panelist

Yeditepe Üniversitesi

Efendim, bana beş tane soru geldi, süre çok kısıtlı olduğu özet cevap vereceğim çünkü süremizi aşmış bulunmaktayız.

Birinci soru; bilirkişilik kurumunun sağlıklı işleyip işlemediği ve Türkiye’de “kanıta dayalı tıp sisteminin” yeterince olup olmadığı konusunda. Bir kez, bilirkişilik konusunda ciddi sıkıntılar var, davaların uzamasının sebeplerinden bir kısmı da bu. Özellikle Yüksek Sağlık Şurası ve Adli Tıp Kurumu bakımından benim kişisel kanım, mutlaka özerkliğe kavuşturulması gerektiği. Buradaki deneyimlerden, uzmanlardan mutlaka yararlanmamız gerekir ama uzman bilirkişiler olması gerektiği. Şimdi sadece sorun Adli Tıp veya Yüksek Sağlık Şurasından kaynaklanmıyor, Adliye’nin de burada biraz kabahati var çünkü mutlaka o kurumlara göndermek gerekmiyor, mahkeme de bazı olaylarda üniversitelerdeki adli tıp anabilim dallarına pekâlâ gönderebilir dosyaları ama Yargıtay’ın uygulaması dolayısıyla böyle bir zorunluluk hissediyorlar çünkü Yargıtay, kanımca hatalı olarak çok fazla bu konuda zorlama yapmakta, illa bu konuda Adli Tıp, hatta “Adli Tıp Genel Kuruluna gidin” diye. Tabii, Adli Tıp Kurumuna ilişkin Yasa’dan da kaynaklanıyor resmi bilirkişilik kurumu olarak kurulduğu ve belli konularda resmi bilirkişiyeye gitme zorunluluğu getirdiği için bu husus karşımıza çıkıyor “fakat bilirkişiler bakımından aralarında dayanışma var, bu sizce sorun değil mi?” diyor arkadaşımız soruyu soran; tabii ki, problem oluyor yani buradan da kaynaklanıyor ama 4483 sayılı Yasa gereği kamu görevlisi sağlık personeli ile normal diğer sağlık personeli arasında da bir ayırımcılığa yol açıyor. Çünkü 4483 sayılı Yasa, bunlar hakkında bir ceza soruşturması yapılmasını ciddi biçimde engellemektedir, bu Yasa’nın da kaldırılması gerekiyor. Dayanışma her meslekte olabilir ama bu dayanışmayı aşabilecek yollar söz konusu. Yeni Ceza Muhakemesi Kanunu, 2005 yılında bu kabul edilen bu Muhakemesi Yasası, kişilere rahatlıkla bu kurumlar dışında savcı ve mahkemenin başvurdukları dışında da başka bir uzmandan bilirkişi raporu alarak getirip mahkemeye sunmaları ya da o bilirkişiyi duruşmaya getirip burada görüşlerini açıklamaları olanağını getirmiştir. Bu madde çok az işlemektedir, bunları işletmek gerekir. Keza, bu madde işletilirse bu iki kurum dışındaki bilirkişilik kurumları da çok sağlıklı işleyecektir.

Yine aynı şekilde “kanıta dayalı tıp” bakımından biraz yetersiz, sanırım gelişecek Türkiye’de, gelişmeli. Burada sağlık personeli çok çekinceli davranıyor, “acaba kendi aleyhimize delil mi topluyoruz?” diye, tam aksine, eğer kanıta dayalı bir delil olursa biraz, benden önceki konuşmacı da bunu söyledi, burada aslında bu doğacak hukuksal problemlerde sağlık personeli ciddi biçimde korumaktadır çünkü arşiv tutma, belge, kayıt tutma zorunluluğu yerine getirilmediği zaman o kez ispatta ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Onun için mutlaka, kanıta dayalı tıp, arşiv tutma, belge oluşturma yükümlülüğünü yerine getirelim. Ama orada ciddi bir sakınca söz konusu; bizde “kişisel verilerin korunması yasası” olmadığı için sadece Türk Ceza Kanunu’nda birkaç madde bu konuda düzenleme getirdiği için problem olabilecektir. Çünkü insanların kişisel verilerini, o dosyalardaki bilgilerini özellikle, sağlık bilgilerinin çok ciddi biçimde korunması gerekiyor.

“Burada Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi kararlarıyla Yargıtay Dairesinin kararlarına atıf yaparak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi madem bağımsız bilirkişiyi arıyor, bizde neden Yargıtay diretiyor?” İki tane nedeni var dediğim gibi, bunun Yasa’da o kuruluşların Adli Tıp başta olmak üzere resmi zorunlu bilirkişi olarak düzenlenmesinden kaynaklandığı gibi bizim Yargıtay geçmişte çok önemli işlevler görmüş bu kurumların zaman içerisinde artık yetememe olduğunu görüyoruz. Çünkü Adli Tıp’a giden bir dosyanın sağlıklı raporun çıkması her zaman güç ama diğer taraftan da yıllarca bekleyebilmektedir, halbuki artık burada belki hem sayıyı dahili ama diğer taraftan da

diğer bilirkişilik kurumlarını işletmek gerekir. Önemli olan bilirkişinin, tarafsız, objektif, bağımsız olabilmesidir, Yeni Ceza Muhakemesi Kanununun verdiği hükümler de burada işletmekte yarar vardır.

Bir meslektaşımız burada şöyle bir soru sormuş; “acaba hâkimler veya savcıların kararları bozulduğunda da burada hukuksal malpraktis yok mu? Onlarda da tıbbi ve cezai sorumluluğa gidiliyor mu?” Elma ile armudu karıştırmak gibi bir şey bu, böyle bir yaklaşım kesinlikle sağlık personelinin lehine bir yaklaşım değil. Bunu bazı doktorlar daha ileriye giderek şöyle diyorlar; biz o zaman eğer sorumluluk davaları açılırsa defansif tıba gideceğiz, defansif tıp yani yapmayacağız, başımızdan savacağız gibi ama onunda ceza ve özel hukuk sorumluluğunu daha fazla genişleteceğine dikkat etmemiz gerekiyor yani saptandığında çok daha tehlikeli bir alana gidiyoruz.

Hekimlerin yaptıkları teşhis yanlışları her zaman sorumluluk gerektirmemektedir, buna dikkat etmemiz gerekiyor. Ve hekim öyle bir şey ki, kararını verdikten itibaren kimse karışmamaktadır, yeter ki, tıbbi standart içerisinde kalan yüzlerce tedavi yöntemlerinden istediğini tercih edebilir, hiç kimse hekime hiçbir hasta dahi veya bir başka üst kuruluş dahi hekime “sen şu teşhisi koyacaksın, şu ilacı kullanacaksın” diyemezler. Dolayısıyla hekime burada normal risk içinde kabul edebileceğimiz teşhis yanlışlarından dolayı hesap sorulmuyor, kaldı ki, yargıç veya savcılar bakımından işte, bu tür hataların olmaması için çeşitli itiraz mekanizmaları kurulmaktadır. Bir davada onlarca kez itiraz edilerek farklı merciler denetleniyor, yerel mahkemenin verdiği veya hâkimin verdiği bir karar istinaf mahkemesine, daha sonra Yargıtay’dan denetimden geçiyor yani burada aslında sorgulanan şey, burada bir kişinin yanlış veya bilmeden bir müdahale yaparak bir kişinin yaşamına veya sağlığına zarar vermesi.

Şimdi tabii ki, ortak nokta yok mu? Tabii ki, ortak nokta var, hâkim, savcılar tamamen mi bu sorumsuz alanlarda? Hayır, onlar da görevlerini kasten ihmal veya suiistimal ettikleri zaman, onlar da haksız yere karar verip bir kişinin telefonunun dinlenmesini veya evinin aranmasına yanlış, haksız yere karar verdikleri zaman Kanun hükümlerine aykırı bir şekilde açıkça Ceza Muhakemesinde, Kanunda hükümler var. Bu konuda tazminat davası da açılabilir ve eğer bir suç tipi ihlal ediliyorsa tabii ki, onlar hakkında ceza davası da pekâlâ açılabilir. Ama ortak alan, çok azdır, iki farklı mesleğin branşlarının farklı olmasından dolayı.

Bir meslektaşımız şunu söylemiş “hastanelerdeki bazı enfeksiyonlar bakımından bunların tespiti bazen zor olabilmektedir, burada kişiden mi hastadan mı, organizasyondan mı kaynaklandığı konusunda, bu tür hallerde acaba sorumluluk bakımından nasıl bir yaklaşım söz konusu?” Şüphesiz burada açılan davanın niteliğine bakmak gerekir, şimdi tazminat davalarıyla ceza davalarındaki ispat sistemleri tamamen birbirlerinden farklı, ceza davaları bakımından bir kere şu kuralı hiç unutmamak gerekir; ceza davalarında, hakkında bir ceza davası açılan bir sağlık personelinin hiçbir zaman tıpkı diğer insanlar gibi kendi suçsuzluğunu ispat etme yükümlülüğü diye bir yükümlülük yok, şüpheden sanık yararlanır ve masumiyet karinesi temel ilkelerdir. Dolayısıyla bizim bir sağlık personelinin “enfeksiyon senin yüzünden oldu” diye % 100 kuşkudan arınmış delil ile ispatlayamazsa hakim veya mahkeme, savcı bu taktirde kişinin şüpheden sanık yana ilkesi gereği beraatına karar vermek gerekecektir. Dolayısıyla ispat güçlüğü olan hallerde bundan sağlık personeli yararlanacaktır ama özel hukuk bakımından davayı açan kişi, “evet, bu doktor veya organizasyon olan bir klinik bu enfeksiyonu önleme yükümlülüğünü yerine getirmede diye kendi davasındaki iddiasını ispatlayacak. Buna Yargıtay sadece uygulamalarla ki, Alman Yargıtay’ı da onu söylüyor, çok kabul edilemeyecek, çok fahiş bir enfeksiyonu önleme bakımından basitçe yapılabilecek, herkesin bildiği sıradan önlemlerin alınmama halinde ispat yükümlülüğünün ters, yer değiştirdiğini bu kez doktorun veya

işletmenin bizden kaynaklanmadı, biz enfeksiyonu önlemek için her şeyi yaptık ama muhtemelen hastadan kaynaklandı diye bu anlamda ispat savunmasını geliştirmesi gerekiyor. Ama ceza davaları bakımından eğer ortada kalırsa, kuşkulu kalırsa, en ufak bir kuşku dahi kalırsa doktorun sorumluluğuna gidilemez.

Başka bir meslektaşımız da şunu sormuş; “bir doktorun yaptığı”, uzun olduğu için okumuyorum zaman kazanmak için, “doktorun yaptığı bir müdahalede yazdığı bir ilaç söz konusu. Hemşire bunun ciddi anlamda hastanın yaşamına veya sağlığına çok ağır tehlike göreceğini görüyor ve direnmiyor ama doktor çok ısrar ediyor ve bunun üzerine hemşire bunu kayıt altına alarak tedaviyi yapıyor. Eğer olumsuz bir şey olursa sorumluluk ne olur?” tarzında. Şimdi burada bu soru bana şunu hatırlattı, Yeni Hemşirelik Kanununun 6. Maddesini, orada, Anayasa’ya aykırı ciddi bir hüküm söz konusu ve hemşireleri ateşin içine atmaktadır, o maddenin derhal değiştirilmesi gerekiyor, bu da onunla paralel bir düzenleme. Çünkü o düzenlemede şöyle bir şeyi söylüyor; eğer doktorun bu anlamda, bu verilen örnekteki gibi bir tedavisini hemşire görse bile hiçbir şekilde sorgulamayacak, bu şekilde yerine getirecekti diye, hayır! Biliyorsunuz, şimdi burada dikkat etmemiz gereken şey tabii ki, hemşire doktorun yerine geçerek tedaviyi düzenlemeyecek, burada sözlerim sakın yanlış anlaşılmasın. Tedavideki yöntem ve araçları belirlemek hakkı tamamıyla tedavi ve teşhis bakımından uygulama bakımından hekimin hakkı ama ciddi anlamda çok vahim bir hatayı görüyor ve bunun gerçekten bir hastanın yaşamına, özel kişisel koşullardan dolayı yaşamına veya sağlığına ciddi anlamda zarar vereceğini görüyor ve aynı zamanda bunun suç teşkil edebileceğini görüyorsa hemşire yerine getirmeyecek! Şimdi buradaki bir basit kanuna aykırılık hallerinde biliyorsunuz ki, Anayasamızın 137. Maddesi ki, Türk Ceza Kanununun 24. maddesinde bunu düzenliyor. Hani bir talimatta kanuna aykırılık halinde eğer amiri durumunda olan bir kişi yazılı olarak tekrarlarsa bunu yerine getirecek ve dolayısıyla her hemşire her tedaviyi sorgulamayacak ama burada kastedilen şey cidden çok ciddi, hatalı ve yapılan şeyin somut olayda gerçekten kişinin yaşamına veya vücut bütünlüğüne zarar verecek şekilde suç teşkil eden bir eylem. Burada Anayasamızın hükmü çok açık, Türk Ceza Kanunu’nun hükmü çok açık, bu suç teşkil eden emir, nereden gelirse gelsin, hiç kimse yerine getiremez. Eğer yerine getirir o yerine getiren hemşire de emri veren doktor da sorumlu olur dolayısıyla Hemşirelik Yönetmeliğine böyle bir hüküm konulması hemşireliği hiçbir şekilde sorumluluktan kurtarmıyor, buna dikkat etmemiz lazım. Yönetmelikle Ceza Kanunu, yönetmelikle Anayasa hükmü değiştirilemez, buna dikkat etmemiz lazım. Bu Yönetmeliğe aldanmamanızı rica ederim.

Teşekkürler, saygılar sunarım.

Prof. Dr. Ahmet Nezihi KÖK – Oturum Başkanı

Çok özür dileyerek Sayın Profesör Doktor Kemal Erbil Hocamız burada mı bilmiyorum, süremizi yarım saat aştık, bu bize etik yönden büyük sıkıntılar veriyor, devam edelim mi sorulara yoksa gelen soruları arada mı cevaplayalım? Lütfen sizlerin takdirine bırakıyorum, yarım saati aştık süremizi. Tamam, devam, Hocam buyurun.

Prof. Dr. Veli Özer ÖZBEK – Panelist

Dokuz Eylül Üniversitesi

Teşekkür ederim.

İlk soru, “yetkili makama bildirince yetkili makam, başhekim yani ne yapmalıdır?” şeklinde bir soru. Şimdi yetkili makam ne yapacak, yetkili makam da böyle bir durumda, soruşturma makamlarına konuyu iletmek durumunda, Ceza Muhakemesi Kanununun 158. Maddesinde bir düzenleme var; gerçi kamu görevlileriyle ilgili ama şöyle bir hüküm getiriyor. Bir kamu görevinin yürütülmesiyle bağlantılı olarak işlendiği iddia edilen bir suç nedeniyle ilgili kurum ve kuruluş idaresine yapılan ihbar veya şikâyet yani örneğin, bir üniversite hastanesi başhekimine yapılan ihbar veya şikâyet gecikmeksizin ilgili Cumhuriyet Başsavcılığına gönderilir” diyor, demek ki, başhekim, ilgili Cumhuriyet Başsavcısına bu durumu iletmek durumunda.

Diğer bir soru; “hastanelerde hata bildirimini istenildiği ve çalışanlara kişinin suçlanmayacağı ve sisteme odaklanacağımızı söylüyoruz, çalışan buna istinaden suç teşkil eden bir olay bildirimini yaparsa bildirim alan kişi, suç olarak kabul edip yetkililere bunu bildirmeli midir?” 280. Madde bu anlamda açık, tabii, 280, madde görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde belirtiden bahsediyor. Bunu değişik şekillerde değerlendirebiliriz, Türk Ceza Kanununun 279. Maddesinin de biraz evvel ifade etmiş olduğum gibi eğer bu kişi bir kamu görevlisiyse kamu görevlisi olması sebebiyle de bir bildirim yükümlülüğünün bulunduğunu söylememiz lazım. Tabii, öncelikle ifade etmek gerekir ki, bu hata bir suç teşkil ediyorsa bildirim yükümlülüğünün bulunduğu ifade edelim, her hata, tıbbi hata mutlaka bir suç teşkil etmeyebilir ama bir suç teşkil ediyorsa Kanundaki düzenleme açık. Dolayısıyla bildirim yapmak durumundayız. Fakat buradaki handicap şudur; konuşmamda da ifade ettim ya da belki atlamış olabilirim; “hiç kimse Anayasa’da da bir düzenleme var, hiç kimse kendisini ve yakınlarını suçlayıcı beyanda bulunmaya zorlanamaz”. Yani biz şunu yapamayız, biraz sonra bir tane daha hata bildiriminiyle ilgili bir soru var, onunla da bağlantılı olarak şunu ifade etmek lazım; bir hata bildirim sistemi kurulmak isteniyorsa hekime veya bir sağlık mesleği mensubuna şöyle bir zorlama getiremeyiz, diyelim ki, çocuk doğumunda, doğumda görev alan bir kişi, çocuğun herhangi bir şekilde sakatlanmasına sebebiyet vermiş olsa bu bir hata bildirimini olarak mutlaka ilgili makamlara bildirilmeli midir? O kişiye böyle bir bildirim yükümlülüğünü getirebilmemiz mümkün değildir. Bu konuda 280. maddenin maalesef, açık bir düzenleme getirmediğini görüyoruz, sanki bu kişilerin de kendi kendisini ihbar etmekle yükümlü olduğu gibi bir izlenim ortaya çıkıyor, böyle bir durum söz konusu olamaz. 280. maddede açıklık olmasa bile Anayasamızın 38. Maddesinde, “nemotanetur ilkesi” olarak da ifade edilen bu, demin sözünü etmiş olduğum ilke açık bir düzenleme olarak karşımıza çıkıyor. Dolayısıyla hiyerarşik anlamda daha üst düzeyde bulunan Anayasa, burada bence doğrudan uygulanabilir ve bu anlamda hiç kimsenin neden işlenmiş olduğu suç, bu anlamda tıbbi hatayı bildirmedin şeklinde bir suçlamayla karşılaşması mümkün olmaması gerekir. Ama bunu bir şekilde haber alan hekim ya da hastane yöneticisi örneğin, bu anlamda 279. ya da 280. maddeye göre suçu ihbarla yükümlüdür diyoruz. Dolayısıyla şunu ifade etmek lazım; bakın, 280. maddeden sonra gelen bir düzenleme daha var. O da bizim konumuzla ilgilidir, o da şöyle; suç delillerini yok etme, gizleme veya değiştirme, gerçeğin meydana çıkmasını engellemek amacıyla bir suçun delillerini yok eden, silen, değiştiren veya bozan kişi, 6 aydan 5 yıla kadar hapisle cezalandırılır”. Bence bu düzenleme de sağlık mesleği mensuplarının son derece yakından ilgilendiren bir düzenlemedir. Çünkü özellikle tıbbi hata sırasında bir suçun işlenmiş olması söz konusu olabilir, eğer bunun delillerini yok etmek yönünde bazı davranışlarda bulduysak 280. madde yanında 281. maddenin, eğer bu bir tutanak altına alınmışsa “evrakta sahtecilik eylemlerine”, bir kamu görevlisiyse 257. maddedeki “görevi ihmal ya da görevi kötüye kullanma gibi” pek çok suçun aynı olayda işlenebileceğini ifade etmemiz lazım yani sorun sadece Türk Ceza Kanunu 279. ve 280. maddesinin uygulanmasıyla sınırlı değildir, pek çok noktada sağlık çalışanının Ceza Hukuku ile karşı karşıya kalmasına sebebiyet verebilir.

Teşekkür ederim.

GÜVENLİ HASTANE KAVRAMI

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN – Oturum Başkanı

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürü

Değerli misafirlerimiz, hepiniz oturumumuza hoş geldiniz. Tabii, öğleden sonranın, ikinci günün böyle artık yorgunluğun başladığı bir zaman, tabii, bizden önceki toplantı da epeyce uzadı ama benim arkadaşlardan ricam, mümkün olduğu kadar süreyi tasarruflu kullanmaları. Bu biraz onların hazırlıklarını da inşallah saygısızlık olarak anlamazlar, öyle kabul ederler, dikkatleri de dağıtmamak için mümkün olduğu kadar kısa tutmak istiyoruz. Bir de oturumun sonunda bir, sizlere yönelteceğimiz bir sorumuz olacak, toplantının sonunda bakın, soru var, imtihan var, ona göre takip edelim.

Ben hiç uzatmadan hemen konuşmacılarımızı davet etmek istiyorum; Sayın Yardımcı Doçent Doktor Ayhan Karadayı, Karadeniz Teknik Üniversitesi Mimarlık Fakültesi'nden. Hastane mimarisine ilgili malumunuz, ülkemizde gerçekten çok az bu konuya özel olarak ilgilenen var, artık hastanelerin hem fonksiyonelliğini hem sayısını hem ekonomik büyüklüğünü düşündüğümüzde biz, hastane mimarisinin özel bir alan olarak oluşmasını istiyoruz. Bu da en büyük hastane yaptıran taraf olarak Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetlerinin mimarlık fakültelerinden sizlerin huzurunda özel talebi, artık hastane mimarisini biz bölüm olarak istiyoruz. Şimdi bizim bu talebimizle ilgilenmiş olarak Sayın Karadayı, görüşlerini sunacak. Buyurun efendim.

Yrd. Doç. Dr. Ayhan KARADAYI – Panelist

Karadeniz Teknik Üniversitesi

Teşekkür ediyorum.

Bizde öyle bir beklentinin içindeyiz, yaklaşık son 4-5 yıldır Sağlık Bakanlığına birtakım mimari danışmanlık hizmetleri sunuyoruz. Gönül ister ki, daha böyle bir akademik ortamda olsun, uygulamada olsun, bunun üniversitelerde bir altyapısının sunulması gerekiyor diye varsayıyoruz, öngörüyoruz.

Şimdi vakit darlığından biraz hızlı gideceğim, kusura bakmayın bazı slaytlarımı belki atlayarak gideceğim; anladığım kadarıyla Kongre katılımcı profili daha çok medikal ağırlıklı, teknik personele belki daha çok hitap ediyor gibi görünsem de bir ara kesitini bulmaya çalışacağım. Şimdi mevcut sağlık yapılarının tasarımı eğilimlerini tartışmak isterim; ileride buna nasıl bir vizyon katacağız, bir de çok da üstüne eğilmediğimiz “master planlama sürecine” bir değinmek istiyorum, özellikle karar verici konumunda olan konuklarımız açısından. Globalden böyle yerele doğru gelsek, hani Kongrenin teması da güvenlik vesaire, biz bunu mimari ile nasıl bağdaştırabiliriz vesaire de girmek istiyorum; bir insan ekolojisi var, çevre ekolojisi var ve bu hasta bakımının iyileştirici ortamını oluşturuyor. Güvenlik, hasta güvenliği ve personel güvenliği diye ayırabiliriz ikiye; hasta güvenliği, enfeksiyon açısından havalandırma, hava kalitesi, düşme, gecikmeleri azaltacak şekilde irdelenebilir, mahremiyet sağlayacak şekilde irdelenebilir, personel açısından, yine enfeksiyon kontrolü, şiddetin kısıtlandırılması, ekipman yönetimi ve yaralanmalar olarak adlandırılabilir.

Hastane, sadece medikal operasyonlarla değil, çevresiyle de iyileştirici bir ortam sunmalı; burada doğal ışık, doğaya erişim, kişinin ailesiyle, akrabalarıyla yakınlaşması, gürültünün kontrolü ve hiç dikkate dahi almadığımız koku faktörü bile çok önemli. Bunu ticari olarak kullanan bir dolu örnekleri var. Bu kanıtı dayalı tasarım, tıpta da olduğu gibi mimaride de tasarımda da kullanabiliyoruz, buradan elde ettiğimiz verilerden, örneğin, “nazo-komial” yani hava yoluyla bulaşan enfeksiyon işte, hava kalitesi çok önemli, koğuş sisteminden tek yataklıya geçişlerde önemli bu, aydınlatma şartları, hasta güvenliği anlamında, hataların azaltılması anlamında, doğal ışık, yansımış ışık veya yapay ışık, bazı örneğin, dokuları, örneğin her tür ışıkta göremiyoruz, yanlış teşhislere gidebiliyoruz vesaire. Veya işte, yapacağımız küçük önlemler, yatak kenarında, koridorlarda tutamaklar, düşmeleri önleyeceğiz anlamında bize sağlayacak yarar. Gürültüyü kontrol etmemiz hem hasta hem personel stresi açısından çok önemli. Veya hasta akış trafiğini bilmemiz çok önemli yine. Diğer alanlarda, örneğin, personelin yürüme süresini en az nasıl, en etkin nasıl yapabiliriz, hastayı nasıl en az, en etkin naklederiz, el yıkama ünitelerine erişilebilirliği, hastaların görsel olarak kontak kurulabilmesi hemşire deskinden veya diğer noktalardan, ailenin olaya katılması vesaire.

Şimdi geleneksel tasarım sürecinde kurumun misyonu, stratejik planı, bunlar hep olması gereken şeyler, sadece personel rejimi anlamında değil, 5, 10, 15, 20 yıllık büyüme stratejilerimiz veya yeni hedeflerimizi koymalı ve bunları net bir şekilde ifade edebilmeliyiz. Aksi takdirde hiç bitmeyen inşaatlar vesaire hepimizin başındaki işler. Çok iyi bir mekân analizi ile başlamalıyız; burada coğrafi ihtiyaçlar, kültürel, yağış, yaygın hastalıklar vesaire. Toplumun talepleri nedir? Bakın, belki ilgisiz gibi görünüyor ama ilk başta mimari planlama, tasarlama bunlar çok önemli bizim için. Kurumsal analiz de yine benzer şekilde, personel kaynakları, finans kaynakları, bunların üzerine gideceğimiz noktalar.

Şu anda bizde, ülkemizde olagelen bu süreç şöyle; birileri bir yerlerde bir tasarım yapıyor, bina yapıyor, onu bir başkaları inşa ediyor, daha sonra da tasarımda, uygulamada, karar mekanizmasında hiç bulunmayan kişiler de o, onlar için yaptığınız şeyleri kullanıyor. Dolayısıyla bir kaos ortamı oluşuyor. Onu kullanacak kişi, tasarımın, projenin en başından beri sürecin içerisine katılmalı ki, bu bizim en büyük noksanlarımızdan birisi. Bunları paydaş olarak adlandırabiliriz, kimler? Bakın, bunlar hastalar, toplumsal birtakım hayır kurumları, işte, vakıflar vesaire. Orada çalıştıracağımız personel, yönetici personel, ara personel, malzeme tedarikçileri vesaire. Bunların sistematik olarak fikirlerine başvurmalıyız, taleplerini mutfakta öğrenmeliyiz ki, ihtiyaçlarına doğru cevap verebilelim. İşte, binayı kullanan herkesin münferit ihtiyaçlarına saygı, mümkün olduğu kadar bunu göz önüne almalıyız. Kanıta dayalı tasarım yalnızca bina tasarımına değil aynı zamanda süreçlere de dâhil edilmeli. Doğal ortamlar mümkün olduğu kadar konuya dâhil edilmeli. Biz bir yapay dünya oluşturuyoruz ama hiçbir zaman bu insanın doğasına aykırı yani geldiği yerden çok ayırmamalıyız diyorum.

“Master planlama” diye bir kavramdan bahsettik, bütün kullanıcı grupları katılmalı vesaire, bunlar taa hastane, enfeksiyona kadar çok önemli. Burada bir strateji, çevre, plan geliştirme, sürekli bir alternatif planlarımız olmalı. Ya böyleyse, eğer böyle olmazsa, örneğin, sürekli gelişen bir teknoloji var, eğer ben mekân büyüklüklerini modüler, gelişebilir, değişebilir. Yapmıyorsam ne yapıyor, oraya bir alet konulacak şekilde tasarlıyorum, bırakıyorum fakat yarın, öbür gün bambaşka bir teknoloji geliyor, bu sefer kırmalar, dökmeler hatta ve hatta süpürtülü bile kırıp yaptıklarına tanık oluyoruz falan. Dediğimiz gibi belirli periyodik aralıklarla öngörülerimiz olmalı, 5’er yıllık, 10’ar yıllık periyotlar gibi. Kararımızı verirken bölgesel ölçekten başlamalıyız. Daha sonra bunlara nasıl erişiyorum? Örneğin, otoyolun kenarında mıyım, tek yönlü trafik mi var, toplu taşıma var mı, yok mu gibi. Daha sonra binaları tek tek analiz etmeliyim. Yani bakın, bir bina tasarlıyorum, oldu-bitti değil, büyük fotoğrafı görmek önemli, her işte olduğu gibi burada da büyük fotoğraftan, bunu kim yapacak işte, sizler, idareciler, böyle talep edeceksiniz ki, size o projeyi, teknik servisi sunan kişiler de “ha, demek ki, bu olayın farkında”, bunu herkes biliyor fakat arz-talepten dolayı talep etmediğiniz için size böyle bir şey sunmuyorlar.

Özetlersek; saha erişimi, konumlandırma, otoparktan başlıyoruz, işlevsel-yapısal sistemler, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme şartlarını irdeliyorum. Örneğin şöyle vakalarla karşılaşıyoruz; bir temiz hava girişi yapıyor hastane için ama hemen yakınında büyük bir baca var ve rüzgarın yönü o bacanın pis havasını temiz hava girişine yönlendiriyor, dolayısıyla sıfırlayıp gidiyor yani çevreyi eğer iyi analiz etmezseniz, bunlar başımıza gelebiliyor, işte, enfeksiyon kaynağı, işte, ölüm oranı artıyor vesaire. Elektrik, iletişim sistemleri, bilgi sistemlerinin durumu vesaire ve genel fiziki durumlar. Planlama sürecinde tabii ki, işveren işte, sahibi, kullanıcılar ve onların anlayacağı dilde birtakım materyaller, bu şimdi detayına girmiyorum. Dediğimiz gibi esnek tasarım, kullanıcı ne istiyor benden, onları vermeliyim, hareket kolaylığı sağlamalıyım yani binanın içine tıpkı bir fabrika gibi, fabrikadaki iş akış şemaları gibi benim burada iş akış şemalarım olmalı, yön bulma, yol bulma, işte, bir karakteristiği birbirine tutmalı, bir katta başka bir yazı karakteri öteki katta başka bir yazı karakteri değil. Dediğimiz gibi bir fabrikanın akışı, insan akıyor, ekipman akıyor, hasta sarf malzemesi gidiyor, bilgi, kalite vesaire, bir fabrika tasarımı gibi yapmalıyız.

Güvenliği, bir, hastane genel anlamda bir de departman düzeyinde ele alabiliriz, örneğin, lobide sağlayacağınız birtakım güvenlik, binaya giriş sayıları, kontrolü, o hem yönetim ile ilgili hem yine bina tasarımıyla ilgili. Bir konsept tasarımda önce işte, büyüklükler vesaireler tasarlayarak başlıyoruz, bunun ötesinde bir de işte, yataydan olmasının yanında bir de düşeyde birtakım çalışmalarımız oluyor, üçüncü boyut yani hacim çalışmalarına başlıyoruz, o da bizim için çok önemli, örneğin,

biz, hiç şüana kadar ülkemizde hep işte, bu hastane kaç metre kare diyoruz vesaire, halbuki biz artık hastaneleri metreküp cinsinden de bilmeliyiz, neden? Çünkü oradaki havayı ben sirküle ediyorum, oradaki havayı kontrol ediyorum, bir görünen hacim var, bir de tavan arasında görmediklerimiz var, bunlar hep bizim için ileride problem teşkil edecek şeyler. Mutlaka ve mutlaka, maketle, modelle, üç boyutlu animasyonlarla vesaire çalışmalıyız ki, iyi algılayalım. Dedğim gibi birtakım senaryolarımız olmalı, binanın girişinden işte, resepsiyon, sirkülasyon ve ta ki, hasta-yatak odasına kadar ne kadar mesafe kat ediyor, geliyor, yol sürecinde neler yaşıyor ziyaretçi için, hasta için, personel için. Ben nasıl karşılıyorum? Bakın, bunlar hep güven verici unsurlar yani hani “kıyafeti ile karşılaşır, karşılınır fikirleriyle uğurlanır” diye bir atasözü var, bu tıpkı onun gibi, maça 1-0 önde başlamak gibi bir şey. İlk başta verdiğimiz ferahlık, rahatlık aynı zamanda güven de veriyor hastaya.

Benim bu Kongre temasından anladığım sadece böyle hani polisiye güvenlik anlamı değil de bir de huzur, güven o anlamı da katmaya çalıştım. İşte, saygınlık veriyoruz, yer yer mahremiyet sağlıyoruz, sağlamalıyız kullanıcımıza. Yine, sirkülasyon, yönlendirme, yol bulma ölçeğini insan ölçeğine göre ayarlamalıyız. Yine, biz buraya rekreasyon amaçlı bir şeylerimiz de olmalı sağlık yapılarımızda, bunlar rahatlık verici, işte, davetkar, konfor sağlayıcı unsurlar halinde olmalı. Aynı zamanda çalışanlarımızın da bu tür kaygılarına cevap vermeliyiz, onlardan eğer bir verim almak istiyorsak bunları da sağlamalıyız. Burada kendi personelimiz için mahremiyet de sağlamalıyız, personele özel mekanlarımız da olmalı, bir sahnenin, burada olduğu gibi bir önü var, bir de bunun arkası var, hem yakın, erişilebiliyor, hem mahremiyet sağlayabiliyor bize. Buradan hasta odasına geldiğimizde yine, biz, kontrollü fakat belli bir konfor da sağlamak durumundayız. Yine, böyle basit öğelerle işte, ne bileyim, kendi yaşantısından bir şeyler koyabilmeli mekana.

Yine, oda konfigürasyonunda farklı seçeneklerimiz olabilir ama genelde şu; bir personelin bir alanı var, bir hastanın alanı var, onun ailesinin bir alanı var, bir de hijyen amaçlı banyo-duş yerleri olmalı. Ama bunu farklı kombinasyonlarda ele alabiliyoruz, örneğin, burada, banyo-wc cepheye koyuyor, neden, çünkü koridordan daha çok hastayla temas etmek istiyor, kontrol altında tutmak istiyor. Bunun farklı varyasyonları olabilir, çeşitli gelebilir, örneğin, hasta yatak odalarında banyolar, koridorda veya başka bir yerde de olabilir. Burada kişisel eşyaları için dolap, seçeceğimiz malzemenin sıcaklığı, insana yakınlığı ve farklı türde aydınlatmalarımız da olmalı. Başlıklarda “farklı seçeneklerimiz” olabilir, işte modüler var, üretim maliyetleri farklı olanlar var, vesaire, onlara girmiyorum vakit darlığından dolayı. Örneğin, bir yoğun bakım ünitesinde biz hep böyle doğal ışık almaz, yani suni aydınlatmayla yapıyoruz. Hâlbuki orada yatan hastanın bilinci kapalı dahi olsa bioritminin devam edebilmesi için gün ışığı mutlaka ve mutlaka olması gereken noktalardan biri. İşte, çalışan personelin hasta yatak odalarını kontrol edebilmeli ve desantralizasyon dedikleri hani tek bir noktadan değil de farklı birkaç noktadan da kontrol edilebilir nitelikte, örneğin hasta yatak odasının hemen önünde pencereden içeri hastayı da rahatsız etmeden notunu alabilmeli vesaire. El hijyeni çok önemli, her oda çıkışında ve yakınında, bunu bir türlü oturtamıyoruz ülkemizde ne yazık ki, küçük bir sebil koymanız, işte koridorun başına çok fazla bir maliyet olmasa gerekir gibi.

Şimdi şöyle hızlı, farklı ülkelerden birkaç örnek gösteriyorum; örneğin, şurada kenarda bir yerde bir piyano çalıyor, hafif müzik var, işte, o kokuydu, ambiyanstı vesaire hep rahatlatıcı, huzur ve güven verici bir unsur. İşte, rahat oturacağı koltuktur, farklılık veriyor, yansımış ışık veriyor gibi. Örneğin bu bir çocuk hastanesi, çocuğun ilgisini dağıtacak, korkusunu alacak türden birtakım organizasyonlar. Hasta yatak odasında yine hasta yakınları için gerekli organizasyonlarımız olmalı. Örneğin bu bir dağınık fotoğraf ama bir çocuk odası, duvardaki o beyazlık bir yazı tahtası, yazıp silebiliyor vesaire, çocuk oynayabiliyor, nedir, dikkatini yine farklı yerlere veriyor. Yine, hasta yatak odalarında küçük istasyonlar. Yeteri kadar koridor genişlikleri işte, wc vesaire, onlara girmiyorum.

Asansörler yeteri kadar olabilmeli, yangını vesaireydi, hasta yakınlarının örneğin bir yoğun bakımın önünde belki işte, kilitli, koyabilecekleri bir yerler, işte, akvaryumdu, birtakım tablolar vesaire olabilmelidir. Yoğun bakımda bile hasta yakınlarının rahat edebileceği türden donatılarımız olmalı. Örneğin desklerde hani engelli arabasıyla veya çocukların erişebileceği türden yükseklikte olabilmeli, bakın, farklı yükseklikte deskler, yüksekliği. Dolaylı aydınlatma, bu çok önemli, şu anda örneğin ben çok rahat hissetmiyorum kendimi çünkü gözümün içine vuruyor ama oradakiler biraz daha rahat edebiliyor, neden, dolaylı aydınlatmadan dolayı. İşte, doğrusal çözümler belki çoğu yaptığımız şey ama bazen bunu böyle aykırı şeylerle, çizgilerle, hatlarla, örneğin tavanda yapmış burada, değiştirebiliriz. Örneğin yine burada böyle doktor korkusundan vesairenden çocuğun arınabileceği oyun alanları vesaire, bu hastanenin bir katı. Yine bir çocuk hastanesi örneğin, örneğin bir sinema salonu yapmış vesaire. İçi, çevresi, peyzaj yine aynı şekilde gitmeli. Ve yönlendirmeler çok önemli, sistematik bir şekilde yapılabilmesi bunlar.

Şimdi ben hemen hemen toparlıyorum; bir sizlerle paylaşayım dedim; eğer biz, çözümünü başından sunmazsak, birkaç örnek var, halkımız çok zeki, ben mesela, Karadeniz Bölgesinden geliyorum, çok pratik çözümler bulabiliyor, bazen komik oluyor ama örneğin şu; eğer siz yeterince işte, gelişmesi için boşluk bırakmamışsanız bakın, tuvalet, lavabo şeyini cepheden verebiliyor, bir hastaneden bu. Veya bu amca ne yapıyor örneğin dersiniz; işte, çok katlı bir bina, yaşlandı veya sakat vesaire, evinde asansörü yok evinde ama kendi çözmüş onu, nasıl çözdü? Asansör yaptı, bakın, birinci, ikinci kata çıkıyor, alt kat dükkân, bir inşaat şeyinden bozma, vincinden bozma asansörüyle çıkıyor, hanımı çekiyor onu, balkonun korkuluğunu kırmış gibi. Yani bunun gibi, eğer biz yeterince asansör koymazsak işte, başka çözümlere gidebiliyor insanlar. Veya hasta için, yakını için bir yıkama, kurutma şeyi koymazsanız, özür dileyerek koyuyorum bu fotoğrafı, işte, iç çamaşırını hasta veya yakını koridordaki bir kaloriferin üstünde yıkayıp kurutabiliyor.

Bu biraz daha trajikomik bir şey; birkaç yıl önce, 2007'deydi, eski bir hastane, yapıldı, bitti. Yerini demiyorum önemli değil, bu dördüncü veya beşinci katta, işte, gördüm, çok güzel bir yangın merdiveni yazıyor üstünde, harika dedim. Bir açıp bakayım ne diye yani içi de nizami yapılmış mı, oradaki yazı aynen şöyle diyor “yangın merdiveni kapısı, kapı anahtarını nöbetçi memur odasında!” O da zemin katta, bilmem nerede, düşünün şimdi, yangın oldu, elektrik kesildi, asansör yok, hiçbir şey yok, telefon yok, bağıryorum işte, “Recep efendi, anahtarını getir, yangın var, hastaları kaçıracağız” gibi, bu da bizim ülkemize özgü trajikomik olaylar.

Teşekkür ediyorum sabrınız için.

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN – Oturum Başkanı

Çok teşekkür ederiz Sayın Karadayı’ya.

Evet, görünen fotoğraflar herhalde hepsi gerçek hastanelerden idi, demek ki bizim hastanelerimizde, tırnak içinde söylüyorum “hani o bizim bildiğimiz pastaneler gibi ya da oteller gibi olabiliyor”, ona bir engel yok. Soruları sonra alalım.

Hocam buyurun. Peki, biz Sağlık Bakanlığı olarak nasıl bakıyoruz bu hastane mimarisine, bunu da İnşaat Onarım Daire Başkanımız Sayın Mehmet Demircioğlu sunacaklar. Buyurun Sayın Demircioğlu.

Mehmet DEMİRCİOĞLU - Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat Onarım Daire Başkanı

Evet, arkadaşlar, hepiniz hoş geldiniz.

Biz, tabii Sağlık Bakanlığı olarak biraz önce Sayın Hocamızın ifade ettiği hatta esprilerle dolu sunumundan fiiliyatta neler yapabiliyoruz, neredeydik, nereye geldik, mimari kurgularımız bize ne hizmetler sunmaya başladı biraz buna değinmek istiyorum.

Tabii, vaktimiz kısıtlı olduğu için biraz görselden uzak, biraz daha terminolojiye değinmeye çalıştım ben. Şimdi hastanemizin, hastanelerimizde güvenli hastane kavramı dediğimiz zaman işte, önümüzde bir afet hali olabilir. İlk önce hastanelerimizi kurguluyoruz tabii biz, Sağlık Bakanlığı olarak afet haline göre işte, bulunduğu yer deprem bölgesi midir, sel ihtimali olan bir bölge midir, herhangi bir doğal afet ile karşılaşabilir mi, bu bölgedeki yapısal ve genel durumuna göre hastanemizin yerini belirliyoruz ilk önce. Tabii, daha sonra biraz önce Hocamızın söylediği gibi işte, çevresel kirlilikler, yangın, enfeksiyon, radyasyona tabi kalacak bölgeler de planlanabiliyor mu, bu tip çalışmalar sonucunda hastanelerimizin yerlerini belirliyoruz.

Tabii, bunların içinde de hırsızlık, kaçakçılık, her ölçek ve türde fiziksel, kimyasal ya da psikolojik etkenlere, saldırılara maruz kalmayan tehlike ya da zararlara karşı azami önlem ve düzenlemeleri içeren, sağlıklı bir atmosfer üreten, bunun içerisinde ses, gürültü, koku, temas gibi, temas derken tabii, ilk önce bizim kendi personelimizin enfekte hastalarla olan iletişimini fiziksel olarak nasıl planlayabiliriz biz bunları da hastanelerimizi planlarken son dönemlerde genelde dikkat ediyoruz. Bu etkileri ortadan kaldırmaya çalışıyoruz ve kullanıcı tüm bireyler için hem personelimiz için hem hastalarımız için hem hasta yakınlarımız için ve hatta hastanenin bulunduğu coğrafi konumda diğer vatandaşlarımız için en uygun alanı seçmeye çalışıyoruz, hastanelerimizi bu şekilde planlamaya çalışıyoruz.

Tasarım yaparken; şimdi hastanelerimizde planlamasından son kullanım anına geçen süre gibi oldukça geniş bir zaman dilimiyle planlamamız lazım, hastanelerimiz, Hocamızın söylediği gibi 20 yıl, 25 yıl, 30 yıl, bazı hastanelerimiz var, örnek mesela, Numune Hastanelerimiz, 100 yıl kadar hizmet veren sağlık yapıları oluyor ülkemizde. Ancak son gelişmeler ışığında 30 yılı aşmamaya çalışıyoruz hastane planlarken. Dolayısıyla hastanenin genişleme sahasını, hastanelerimizdeki personelimizin artabileceğini öngörerek, hasta sayısının artabileceğini öngörerek hem ek blok yapabilecek arsalar planlıyoruz hem de hastanenin kendi içinde genişleyebileceği alanlar planlıyoruz. Güvenli bir hastane tasarımının en belirleyici aktörü, sonraki tüm süreçleri direkt ya da endirekt etkilemesidir. Hastane planlaması bu kadar önemli bir şeydir arkadaşlar ve dolayısıyla Sağlık Bakanlığı olarak Bakanlığımız merkezinde hastanelerimizi planlarken biraz önce saydığım unsurlara ek olarak, hastanedeki, hastanenin bulunduğu ilçede, örnek veriyorum ilçe hastanesiyse, ilde büyük çaplı bir hastane ise sadece o il bazında planlamıyoruz sizler de biliyorsunuz bunu, bu planlamalar bölge esaslı ve hatta bölgeden daha ziyade Türkiye’imizde mesela öyle hastanelerimiz var ki, Türkiye’nin her tarafından hasta akan hastanelerimiz var, isim yapmış hastanelerimiz, bu tip planlamaları ve bu tip unsurları göz önüne alarak genelde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğümüz tarafından planlamaya tabi tutuluyor. Biz de İnşaat Dairesi olarak bu planlamadan sonra o bölgede en uygun alanda, en uygun zeminde hastanelerimizi uygulamaya çalışıyoruz. Şimdi güvenli hastanemizi, hastanelerimizi tasarım sürecinde ilk önce biraz önce bahsettiğim gibi yapım kararı alınması, ön fizibilite çalışmasının yapılması gerekiyor. Kentsel ya da bölgesel planlama, ihtiyaç çerçevesinde hastane, özellikle büyüklüğünün tespitini yapmaya çalışıyoruz. Tabii, bu tespiti yaparken geleceğe

yönelik, hastanenin genişleyeceği alanları da seçtiğimiz arsalarda dikkate almaya çalışıyoruz. Arsanın seçimi ve zeminin durumunun belirlenmesi; şimdi arkadaşlar, Türkiye'miz, ¾'ü deprem bölgesi olan ve özellikle hastanelerimizi yapacağımız zeminle ilgili sorun yaşadığımız bir ülke. Zemini sağlam olan yerlerde de bu sefer toprak kayması, işte, doğal afet, sel yatağı, bu tip çevresel ve tabiatın izin vermediği arsalarla yapmak mecburiyetinde kaldığımız hastanelerimiz oluyor. Bunun için de tabii, teknoloji geliyor, bunun için de bu etkileri sifıra indirecek derecede önlemler alabiliyorsak eğer o zaman hastanemizi bu alana yapıyoruz. Şimdi bu konuda çeşitli tabii, spekülasyonlar oluyor hastanelerimizde işte, bu hastane deprem fay hattının üstündedir, işte, bu hastane deprem olduğunda yıkılır, bütün personelimize ben içtenlikle şunu söylüyorum; hepimiz mut mayın olalım, özellikle son 5 yıldır, son 7 yıldır yapılmış olan hastanelerimizin hiçbirisinde deprem fay hattının üstünde olsa bile yıkılma tehlikesi yoktur. Tabii, hastanemizin arsa seçimi ve planlamasını yaptıktan sonra mimari, mekanik, tesisat, elektrik, statik, yangın, biz bunların her birisine bir disiplin diyoruz, tüm disiplinleri sağlayacak projelendirme işlemine geçiyoruz. Bunlar da bittikten sonra hastaneyi uygulamaya sürecine geçiyoruz.

Şimdi sunumumuzda, güvenli hastane ortamının elde edilmesine yönelik Bakanlığımızın ülkemizde yaptırdığı ve kontrolünü yürüttüğü sağlık tesisi proje inşaatlarında yapılan belli başlı uygulamalar ve temel tasarım kriterlerinin sunulmasını şu anda amaçlıyoruz. Multi-disiplin, disiplinler yani her bir projemize mekanik, elektrik, yangın ve statik. Multi-disipliner bir çerçeveye oturan, hepsinin tamamlanmasıyla, bu çalışmanın ilk bölümünde güvenli hastane tasarımına ilişkin bazı genel hususlara yer vermek istiyoruz; diğer bir slayda, hastanelerimizi planlarken, emniyetimiz, güvenlik konusu, jeolojik, bizim hassasiyetle üzerinde durduğumuz jeolojik ve statik uygulamalarımız, hastalarımızı ve personelimizi daha rahat ortamlarda çalıştırabilecek kurgulamaları yapmak için mimari uygulamalarımız, koku, ses ve iklimlendirme sistemlerini maksimum seviyede verimli tutabilmek için yaptığımız mekanik projelerimiz ve son zamanlarda, son yıllarda hızla geliştirdiğimiz elektrik otomasyon sistemlerimiz çalışmalarımızdan.

Bu çalışmalarımızı size biraz izah etmeye çalışacağım. Sağlık tesislerinin ilgili bölgenin coğrafi konumu, iklim koşulları, deprem, fırtına, sel ya da savaş hali değerlendirilerek tüm sağlık tesisi kullanıcılarının yaşam güvenliğini ve böyle bir afet durumunda hizmetlerin devamını, olası potansiyel ihtiyacı gözetir şekilde planlanması ve inşa edilmesi gerekiyor. Mevcut sağlık tesislerinin doğal afetlere karşı dayanım ve yeterlilikleri hususunda bir testten geçirilmesi gerekmektedir. Test, binanın yapısal ve yapısal olmayan kritik sistemlerini ve bu koşullar altında yaşanabilecek olası gaz ve su kaybı konularını içermelidir. Yani mevcut hastanelerimizde şuanda hastanelerimizin % 30'u, % 35'i Türkiye'deki hastanelerimizin yeni hastaneler ve 2014 yılına kadar planlamalarımıza göre % 75'e, % 80'e çıkacağız.

Bu sırada mevcut hastanelerle yola devam ediyoruz arkadaşlar ve benim şu anda mevcut işleyen hastanelerimizde hasta güvenliği, hastane güvenliği ve çalışan arkadaşlarımızın güvenliği için idarecilerimizin yapması gereken birkaç, sürekli takip etmesi gereken birkaç unsur var. Bunların birisi, çok dikkat etmediğimiz, örnek veriyorum, ısıtma sistemleri için kazan dairelerimizde meydana gelen gaz kaçakları, bunlara çok dikkat etmek lazım. İkincisi, sivil savunma birimlerimiz, sivil savunma birimlerimizin hastanelerimizin içinde bulunan tüm yangın ihbar sistemlerini, mevcut hidrantları, spring sistemlerini veya diğer önceden yapılmış, kurgulanmış yangın söndürme sistemlerini rutin olarak sürekli tetkik etmesi ve çalışabilir durumda tutması gerekiyor. Yangın tatbikatlarımızın 3 aylık periyotlarla, en az 3 aylık periyotlarla yapılması gerekiyor. Çünkü mekanik aksamalı malzemeler bunlar, örnek veriyorum, bir yangın söndürme hidrantı vanasını 3 ay içerisinde kullanmazsanız bu vananın sıkışma ihtimali var, bunlar çok basit ama dikkat edilmesi gereken unsurlar. Allah

göstermesin, hastanemizin bir katında bir yangın çıksa, ufak bir yangın ama o vana o an için çalışmasa o yangının yayılması veya daha kötü sonuçlar doğurması içten bile değil.

Tabii, hastanelerimizde diğer bir özellik, “gizlilik ve güvenilirlik”. Hastaların ve mekân kullanıcıların gerekli oranda gizlilik ve güvenilirliklerinin hastane planlamasında düşünülmesi gerekmektedir. Bu çerçevede genel, umumi sirkülasyon ve personel, hasta sirkülasyonu birbirinden ayrılmalıdır. Sedyeli veya pijamalı hastalar için bile bekleme yerleri planlamamız lazım. Çünkü mahremiyete azami ölçüde uymamız ve dikkat etmemiz gerekiyor. Hastaların genel durumları, hastalıkları, bakım planları, sigorta ve finansal durumlarıyla ilgili kişisel bilgiler için ayrılmış odalar ve bu odaların içinde özel bölmeler planlanmalıdır. Bundan da kastımız, tabii, yazılımlarımız var, hastane yazılımlarımız var, bu hastane yazılımlarımızın çoğu birçok personelimiz tarafından görülebiliyor, istenildiği takdirde istenilen isme istenildiği anda personelimiz ulaşabiliyor. Bunun yetkilendirilmesi ve sınırlandırılması gerekiyor, bu bir mahremiyet ölçüsüdür arkadaşlar. Ayrıca bir de fiziksel mahremiyetlere dikkat edilmesi ve saklanması gerekiyor. Özellikle yoğun bakımlarımızda, hastanelerimizin yoğun bakımlarında yeni yaptığımız mimari planlamalarda tamamıyla yoğun bakım hastalarımızı birbirinden ayırıyoruz, aralarında kapanabilir seperatörle istenildiği zaman açılabilen modüler sistemler getiriyoruz. Ancak buna personel olarak bizlerin de dikkat etmesi gerekiyor arkadaşlar.

Evet, güvenli hastaneden birkaç görsel sunmak istiyorum size; şu resimde yaptığımız hastanelerimizden bir tanesinin giriş kapısı, burada hem hastanenin güvenliği açısından hem de hastanenin işletmesini daha ekonomik harcamalarda bulunması açısından hastane girişlerimizin örnek olarak iki kapılı olması ve arada bir alan, bir hol bırakmamız gerekiyor. Bunlar mevcut işleyen hastanelerimizde de yapacağımız şeyler. Güvenlikli giriş kapılarımız, yetkilendirilmiş giriş kapılarımızdan bahsedelim; kamera sistemlerimiz, tabii, kamera, güvenlik kamera sistemlerimizde kameralarımızı kurguladığımız alanlarda yine mahremiyete dikkat etmemiz gerekiyor. Hastanelerimizde enfeksiyon kontrolü konusunda biz, tabii, İnşaat Dairesi olarak bu konuyu sizlere anlatmamız çok manalı olmaz, ancak mimari planlamada enfeksiyon kontrolünde yani enfeksiyon kontrol komitelerimizin bizden talep ettiği tüm unsurları dikkate alarak mimari planlamalarımızı ve mekanik malzemelerimizi ona göre değerlendiriyoruz. Enfeksiyon kontrolünün riskinin değerlendirilmesi, hepa-filtrelerimizin sürekli kontrolden geçmesi, onların değişmesi gereken zamanlarda değişiminin sağlanması, bu tip çalışmaları rutin olarak hastanelerimizde yapmamız gerekiyor arkadaşlar. Bu görselde de, bir hastanemizin zemin etüt çalışmasının bir resmini koyduk, bu tabii, çok önem veriyoruz biraz önce size arz ettiğim gibi. Bu değerler bizim istediğimiz seviyede ve sınırdan çıkmadığı zaman biz asla ve asla o mahalde, o arsaya hastane planlamıyoruz. Yine aynı şekilde, başka bir bölgeden yapılan çalışma, hastanelerimizin statik çalışmaları. Hastanelerimiz tabii çok büyük kütleler, büyük kütleler olduğu için toprağın veya zeminin durumuna göre hastanede meydana gelen kaymalar, çökmeler, bu tip statik unsurlardan kaynaklanan çökmelere veya sıkıntılara yol açmaması için bütün hastanelerimiz şu anda rayda temelli yani şurada gördüğünüz gibi çok miktarda, yüklü miktarda demir donatıyla donatılmış rayda temelli, bunlar aynı zamanda güvenlik açısından baktığımız zaman depreme dayanaklı bir sistem olarak öngörülüyor, çalışmalarımızı yapıyoruz.

Ayrıca hastanelerimizde tabii, cihazlarımız çok önemli, hemen hemen hastanelerin yapım fiyatı kadar cihazlarımız var, deformasyon olmasın diye hastanelerimizde perde duvarlar planlıyoruz, bu perde duvarların sayısını son yıllarda ciddi miktarda arttırdık, cihazlarımızın zarar görmesi ve vibrasyondan deprem anında bir titreşimden etkilenmemesi için planlamalarımızı yapıyoruz. Bu yine bir hastanenin temel planlamasından bir görüntü. Ve son yıllarda gelişen teknolojinin getirdiği,

bize sunduğu kauçuk esaslı, çekirdekli, kurşun çekirdekli yastık sistemi olarak adlandırılan, bir anlamda araba amortisörü gibi izolatör adı verilen sistemlerle yeni hastanelerimizin ve deprem bölgesindeki hastanelerimizin özellikle temellerine bu sistemleri kuruyoruz. Bu gördüğünüz görsel hastanenin en alt katında ve hastanenin üst kısmı, hastanenin zemine oturan kısmı arkadaşlar ve aralarda gördüğünüz gibi sıralarla sıralanmış şekilde deprem izolatörleri yani amortisörler var, bu hastanelerimiz 7,5-8 şiddetinde depreme kadar dayanabiliyor ve hatta cerrahi operasyonları devam ettirebilecek şartları da sağlayabiliyor.

Mimari uygulamalarımızda yine “epoksi-boya” olarak adlandırdığımız, sürdüğümüz, kullandığımız boyalara kadar anti-bakteriyel, hijyenik boyalar kullanmamız gerekiyor, özellikle steril ve yarı-steril alanlarda bu konuya daha çok dikkat etmemiz gerekiyor. Bu gördüğünüz görsel de bizim engellilere yönelik planladığımız umumi lavabolardan, umumi wc’den bir örnek. Engellilerimizi hiçbir zaman göz ardı etmiyoruz ancak burada tabii, şuanda, 2 yıl öncesine kadar kurgularımızda veya konseptimizde böyle bir wc şekli var idi ama enfeksiyon kontrol komitelerimizin bize uyarıları neticesinde biz, lavabolarımızı veya şu gördüğünüz klozetimizi ayaksız klozet yaparak altta enfeksiyona enfekte olmayacak veya sterilizasyonu daha rahat sağlanacak şekilde lavabolar ve çalışmalar yapıyoruz. Mesela, burada gördüğünüz wc’lerde, bunların hepsi ayaksız olarak planlanmış, yine her hasta odamız her hastamızın engelli olduğunu düşünerek her hasta odamızı engelli wc veya engelli banyosu gibi planlıyoruz.

Çıkış, ışıklandırma veya yönlendirme tabelalarımız, mimari uygulamalarımız da sürekli önem verdiğimiz unsurlarımız. Yangın çıkış kapıları, biraz önce Hocamızın anlattığı gibi, o esprili bir şekilde anlattığı yangın çıkış kapılarından artık 4-5 yıldır vazgeçmiş vaziyetteyiz, bunlar “yanmaz çıkış kapıları” veya yangına dayanıklı yangın çıkış kapıları olarak nitelendiriliyor. Aslında arkadaşlar, yanmayan hiçbir şey yok, bu kapılar yaklaşık 35 dakika, 40 dakika maksimum yangın ısısına dayanabilecek kapılar ama 40 dakikadan sonra bunlar da yanıyorlar, Allah korusun, böyle bir felaket başımıza gelmesin. Ayrıca hastanelerimizde ek bloklar, yeni bloklar veya bir tadilat, onarıma girdiğimizde helojen-free olarak nitelendirdiğimiz yanmaz kablolarımız var. Lütfen, tesisatlarımızı yenilediğimiz zaman da hastane güvenliği açısından bunlara dikkat edelim ve helojen-free kablolarla tesisatlarımızı çektirelim. Yine, biraz önce söylediğim gibi helojen-free yanmaz kablo değildir, yandığı zaman zehirli gaz çıkarmayan bir kablodur. Yangın perdelerimiz var, hastanelerimizi biz onlara bölüyoruz, bir kısımda bir bölümlere ayırıyoruz, bir bölümde yangın olduğu zaman diğer bölüme yangın veya duman sıçramasın veya bulaşmasın düşüncesiyle yangın perdeleri kurguluyoruz. Bunlar tesisat borularının geçtiği alanlarda yangının kaçığının veya işte, oradaki boşluklardan yangın dumanlarının diğer bir mahale ulaşmaması için planlanan özel kimyasal maddelerle bu araları kapatıyoruz ve şaft kapaklarımızın hepsini yanmaz kapılarla donatıyoruz.

Tabii, burada balkon sistemlerimiz veya parapet sistemlerimiz var, bunların tamamıyla hasta veya çocuk güvenliği için, özellikle çocuklarımızın düşmemesi için belirli yüksekliklerde korkuluklar planlıyoruz. Biraz öncede bahsetmiştik, engelli vatandaşlarımızın ulaşması, ulaşımının rahat sağlanması için bankolarımızın normal çalışma masası yüksekliğinde planlamamız gerekiyor ve mevcut bankolarımızı da kısa sürede bu formasyona uydurmamız gerekiyor arkadaşlar. Evet, biraz daha kısa ben arz etmeye çalışayım; spring sistemlerimizden, yangın söndürme sistemlerimizden, mesela, lejyoner hastalığı denen bir hastalık var ve bu nemden, nem oranının düşük olmasından dolayı. Nem sensörlerimiz ve nem cihazlarımız mutlaka, sistemlerimizde oluyor. Hastanelerimizde kullanılan elektronik sistemler var, bunları son zamanlarda geliştirdik, özellikle akıllı hastanelerde bebek kaçırılmasına karşı, hastanın nabzının sürekli takip edilmesi için özel bileklikler, personel takip sistemlerimizi geliştirdik, kullanılan ilaçların miktarının takip edilmesi için özel yazılımlar

geliştirdik. Şu anda yaptığımız tüm hastanelerde güvenlik açısından bunların hepsi projelerimize işlenmiş vaziyette. Bu da bir skala sistemi, hastanemizin enerji sistemlerinde güvenlik amacıyla hiçbir zaman enerjisi kesilmemesi için kurguladığımız sistemler. İzolasyon trafolarımız ameliyathanelerde hastalarımızı ve hekimlerimizi yoğun bakımlarımızda elektrik çarpmasına karşı engellemek için, bu tip risklerden korumak için, güvenliklerini sağlamak için geliştirdiğimiz sistemler, IT panolarımız veya izolasyon trafolarımız. Tabii, yangın alarmlarımız da yangın alarm sistemlerimiz de pasif durdurucularımız var, bunlar hastanede daha çok hastane personelimizin veya çalışanlarımızın almış olduğu önlemler olarak nitelendirebiliriz. Yangın algılama sistemlerimizden bahsettik. Trafo ve jeneratörlerimizi son zamanlarda hastane dışına çıkarıyoruz, bu da bir güvenlik sebebidir. Aydınlatma otomasyonundan biraz önce bahsettim çünkü insanların gözlerinin gördüğü ışık şiddeti % 11 seviyesinde azalsa bile biz bunu fark edemiyoruz, bundan dolayı daha ekonomik olsun ve ışık algılamasında rahatsızlık vermemesi için özel otomasyon ve ışık şiddetini azaltıcı sistemler geliştirdik.

Hastane çağrı sistemlerimizi hemen hemen hepiniz biliyorsunuz, bunları son zamanlarda daha çok geliştirip hasta odalarına varıncaya kadar sistemi uzattık ve afliye ettik. “Mavi kod, pembe kod konsültasyon sistemleri” ile ilgili çağrı sistemleri geliştirdik. Ve çalışmalarımızın sonucunda, 2010 yılı içerisinde bu saydığımız sistemleri kapsayan yaklaşık 202 tane hastanemizi planlamamıza almış durumdayız. İnşallah 2014 yılı sonunda hastanelerimizin % 75- % 80’ini en iyi şekilde ve en güvenli şekilde hizmete sunmayı planlıyoruz.

Teşekkür ederim arkadaşlar, sağ olun.

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN – Oturum Başkanı

Biz teşekkür ederiz Sayın Başkan.

Ben salona bir şey sorayım; yaklaşık 2 ayı geçen bir süre öncesinde hastanelerimize yangın güvenliği yönünden, “yangın yönetmeliğine uyumlu mu binalarınız” diye bir yazı göndermiştik, şu ana kadar bize dönüşler sadece 400 blok için geldi, daha bunun 4 katı daha var, soralım, neden yapmadınız veya bitirmediniz? Peki, bu sorunun cevabını mutlaka alacağız tabii, idarecilerimizden.

Ben bazı örnekler vereyim, mesela, biz demişiz ki, “acil servislerin giriş kısmının üstü kapalı olmalı”. Tamam, hastanede acil servisin girişinin üstünü kapatmış ama itfaiye aracının geçişine engel oluyor! Onun dışında, yatak başına ortalama metrekare hesabıyla hastanelerini kapalı alan yapmış fakat odalar küçük, koridorlar çok büyük, kullanıcı da gitmiş koridorlara küçük küçük odalar yapmış, ya koridorun penceresini kapatmış koridor ışsız kalmış ya da ışsız oda yapmışız.

Onun dışında, binaları çok yüksek katlı yapmayalım demişiz fakat 27 bloktan oluşan orta büyüklükte bir binamız, hastane binamız olmuş, binacılarımız olmuş, 100 m² tabanlı, 150 m² tabanlı, 200 m² tabanlı! Yine bir hastanemizde demişiz ki, hastanenin havalandırması olması lazım, klima sistemi olması lazım, şöyle 100 yataklı yani küçük sayılabilecek bir hastanenin bir cephesinde 40’tan fazla klima dış ünitesi gördük.

Yani bunların hepsi ihtiyaç çıktıkça yaparsak bu hale geliyor. O yüzden benim mimarlık fakültelerinden hastane mimarlığı bölümü açılın talebim bu yüzden. Çünkü bunların daha hepsini baştan planlamaz isek sonra çözüm olmuyor, yapılmış bir şeye. Herhalde en iyi çözüm bizim Karadenizli vatandaşların yaptığı gibi alt katı yaparız, direkler devam eder, 3. Sene para bulunca biraz daha yaparız. Yani yoksa o hale geliyor. Ha, bu da iyi bir çözüm aslında, belki modüler binaları bu şekilde mi yapacağız bilmiyorum ama şu andaki hastanelerimizden şikâyetimiz çok. Biz kullanıcılar olarak sorumluluğumuz var aslında, tasarımında biz de katkıda bulunmalıyız ama tasarlayanların da kullanıcıları da içine alan ve bir bütün olarak tasarlama ihtiyacı olduğunu düşünüyoruz.

Şimdi kullanıcı gözüyle Sayın Doçent Doktor Niyazi Özüçelik’i konuşmaya davet ediyorum, bakalım Hocamın, yeni yapılmış bir binası var, memnun mu? Kendisi Bakırköy Sadı Konuk Eğitim Araştırma Hastanesinde Acil Klinik Şefimiz.

Doç. Dr. Niyazi ÖZÜÇELİK – Panelist

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayın Başkan çok teşekkür ediyorum.

Değerli Hocalarım, öncelikle Organizasyon Komitesine beni çağırdıkları için teşekkür ediyorum. İki teşekkürüm daha var, bir tanesi, hakikaten biz sağlık çalışanları, hastane içinde olanlar genellikle mimari yapıların içerisinde pek yer almıyoruz, o yüzden de mutlaka mühendisliğin, mimarlığın hastane mimarisi üzerine çok büyük eğilimi olması gerekiyor. İkincisi, Bakanlığımıza teşekkür ediyorum, hem Tedavi Hizmetleri hem de Temel Sağlık Hizmetleri özellikle son aylarda, yıllarda afet ve güvenli hastaneler konusunda önemli eğilimlerde bulundu, tebliği ile ilgili büyük çalışmalar var ve son 2 yıldır yürüttüğümüz Bakanlık Projesi var, ondan da bahsedeceğim.

Hakikaten hastane olayı, şu anda biz, içimden bir haykırıyla sunmak istiyorum, aslında hastanelerimiz “imdat” diyor. Neden imdat diyor? Bunu şimdi paylaşmak istiyorum sizlerle; bu haritayı hepimiz biliyoruz, artık ezberledik, Türkiye bir deprem ülkesi, bu da dünya deprem haritası, ben birkaç yıl önce Japonya’da bulunduğumuz zaman bu bölgelerdeki hekimler çağırılmıştı, önce ben biraz rahatsız oldum, gelişmekte olan ülkeleri çağırılmışlar, Japonlar havasını atacak. Fakat kader birliğinde olan insanların oluşturduğu bir topluluk olduğunu fark ettim, oradan ayrıldığım o 3 yıl boyunca da bu gördüğünüz hemen hemen her yerde bir afet meydana geldi, en son Haiti’de, orada da arkadaşlarım vardı. Hakikaten, dünya sallanıyor ve afetlerle karşı karşıyayız, bunun kaçarı yok, biz de öyleyiz. Gördüğünüz gibi alanımız kırmızı idi, biz de o bölgedeyiz. Türkiye, hangi afetlerle karşı karşıya? Gördüğünüz gibi hemen hemen tüm afetler var maalesef. İçlerinde bir tek, şu anda volkan yok orada, o da aslında bizim ülkemizde çok önemli yanardağlar var, şu anda sönmüş, belki 100 yıl sonra burada birisi yanardağdan bahsedecek.

Şimdi bu iç afette de dış afetlerden bahsediyoruz, gördüğünüz gibi aslında iç afetler, bizim hastanelerinin kendi içerisinde yer alan afetler. Biz işte, isyan ediyoruz bazı şeylere halk olarak, nükleer tesise karşıyız, organik diyoruz, biyolojiye karşıyız, kimyasal madde diyoruz, aslında biz hastane olarak bunun içinde iç içe yaşıyoruz. Yani düşünebiliyor musunuz, bir bina var, bu binanın içerisinde kabinenin hepsi var, kimyasal, biyolojik, nükleer, radyolojik tehlikeler var ve onun içerisinde insan faktörü var ve biz buralarda yaşıyoruz, lokantacılık yapıyoruz, yediriyoruz, içiriyoruz, otelcilik hizmeti yapıyoruz, yatırıyoruz, bakıyoruz, barındırıyoruz, biz içinde yaşıyoruz ve dünyanın en kompleks binasının içerisinde hizmet veriyoruz. Hocalarım anlattığı zaman örnekler gösteriyor, muhteşem binalar, şimdi muhteşem başka bir otel odasındayız, oteldeyiz, Antalya’da, yurtdışına da çıkmışsınızdır, Avrupa’da olmayan otellerimiz var fakat böyle kompleks ve çok önemli bir hizmet veren hastanelerimiz maalesef, gecekondur. O yüzdende özellikle son yıllardaki Bakanlığın bu konuda yaptığı, yapmaya çalıştığı çalışmaları ben çok takdirle karşılıyorum, teşekkür ediyorum ama hızlanmamız gerekiyor, çok süratle hızlanmamız gerekiyor. Çünkü çok ciddi sorunlarımız var, olay sadece deprem değil, biz aynı zamanda yanıyoruz. Hemen hemen her ay yanıyoruz ve çok nadiren bunun tepkisini veriyoruz.

İşte, Bursa’da 8 ölü olana kadar gazetelerde sadece köşelerde olan, 2. sayfa, 3. sayfa haberleriydi ve sadece maalesef, oranın Başhekimliği bundan haberdardı ya da Bakanlıktaki o birim haberdardı. O kadar değil, burada biliyorsunuz, hastaneler, işte, akıllı hastane falan oldu, suçlu kablolar, şimdi neden kablolar ondan bahsedeceğim; Gazi Üniversitesi’nde benzer olarak ben Ankara’daydım o zaman, aynı senaryo yapıldı, aynı yangın vardı, yine kablo olayı, ölü yoktu, bu kadar ses olmadı. Ereğli Devlet Hastanesi, bunlar son 2 yılın hastaneleri, “çıkış nedeni henüz belli değil”, genellikle bu

demeç veriliyor. Bakın, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Hocalarım da burada, elektrik kontağından yangın çıkıyor, elektrik panosundan Edremit Devlet Hastanesi, yine İstanbul Süreyya Paşa, yakın zamanda oldu, elektrik kontağı, İstanbul’da bir özel hastane elektrik kontağı, Gaziantep Çocuk Hastanesi trafo patlamış, İzmir Ege trafo, İzmir Tepecik trafo, Başkent Ankara trafo, hastane laboratuvarı, çok kompleks bir binadayız, laboratuvar kimyasallarla dolu ve orada bir yangın çıkıyor, Ankara Hastanesi, Samsun’da yangın, özellikle Psikiyatri Hastanesinin en büyük sorunudur, Bakırköy’de çok sık olur bu yangınlar, Bafra Devlet Hastanesi ve bir de böyle var, tadilat sırasında yangın çıkıyor. Güvenlik, güvenlik diyoruz, kalite diyoruz fakat insana bağlıyız maalesef, her şeyi yapıyorsunuz, oradaki kaynakçının yaptığı bir hareket yangına mal oluyor. Yine, tadilat sırasında, izolasyon tutuşuyor yangın, Göztepe’de yangın yine tadilat sırasında, Cerrahpaşa’da yangın yine tadilat sırasında, Şişli Etfal’de yangın ve İstanbul’da 2007’nin bilançosu, ilk 7 ayında 5834, bunun içerisinde hastane ve sağlık merkezi de var. Yani olay sadece deprem değil, biz hemen hemen her ay yapıyoruz.

Peki, bununla ilgili bilgimiz var mı? Maalesef yok. Aslında baktığımız zaman teknolojinin de getirdiği bir yangın süreci var, nedir olay? Biz, binalarımızı yenilemeye çalışıyoruz, makyaj yapıyoruz, Amerikan tavanlar, her şey var fakat 30 yıl önce ya da 20 yıl önce döşenmiş kabloların üzerine bir üçlü priz takıyoruz, üç bilgisayar, bir üçlü priz daha takıyoruz, üç bilgisayar, aynı kablonun, aynı elektrik sisteminin çekmesini bekliyoruz. Ondan sonra ne oluyor, elektrik kontağından yangın. Bu da aslında bir kişiye bağlı, yani biz binamızı bilmiyoruz, binamızın nereye kadar dayanabileceğini bilmiyoruz. O yüzden de içinde bulunduğumuz o koşulları aslında çok bilmiyoruz, biz sadece giriyoruz ve çalışıyoruz. Aslında inanılmaz bir tehlike içerisinde, inanılmaz bir risk altında çalışıyoruz. Bu en son Lanset’te yayınlanan bir dergi, 122 hastane 2004, Endonezya’da, yine Cezayir depreminde % 50’den fazla hasarlı bina var 2003’te, Irak’ta yaklaşık % 12’si hasarlı, Afganistan’da 21 tane kapatılmış. Aslında bütün dünyada benzer sorunlar var ve en ilginç de özellikle bazı durumlarda hastaneler hedef olarak gözüktüyor. Sonuç aslında çok net olarak demiştim, hastaneler ve hastane çalışanları kendilerini tüm afetlere karşı hazırlamalı ve korumalı. Yani biz kendimizi hazırlamalıyız.

Peki, ne yapmalıyız? Ya güvenli hastaneler yapacağız orada çalışacağız ya da kaçacağız! Şaka yapmıyorum, çok net, tahliye diyebilirsiniz. Yani sallandığımız zaman başımızı yıkılacak bir binada önce kendimizi kurtarmak zorundayız, kendimizi, hastalarımızı, personelimizi, hasta yakınlarımızı. Nasıl yapacağız? Bu dünyada da var, fakat her zaman şu vardır; bizden daha hızlı koşan eminim ki, çok fazla hasta ve hasta yakını var, yani o yüzden de kaçmaya kalkışsak mutlaka bizi ezeceklerdir. O yüzden planlı tahliye yapılması gerekiyor, hatta emin olunuz ki, o koltuk değneği ile dolaşan bir hasta bile sizi ezip geçebilecektir böyle durumlarda. O yüzden mutlaka ve mutlaka, özellikle tahliye planlarının hastanede yapılması gerekiyor. Dünyada da var benzer tahliye, hastaneler boşaltılıyor, işte, Bursa’da tahliye oldu, her ne kadar sekiz ölü bir provokasyon olsa bile 392 kişi kurtulmuş olarak bakmak gerekiyor. Hakikaten, gece yarısı olan bir olay ve hazırlıksız yakalanan bir hastane, 392 kişi kurtuldu, çok önemli bir olay. Dünyada da dediğim gibi var.

Şimdi hastane mimarisi neyi etkiliyor güvenliğimizi? Hakikaten, hastane mimari ile biz çalışanların ya da hastalarımızın güvenliği birebir örtüşüyor, ne kadar sağlam, ne kadar etkin, ne kadar fonksiyonel bir mimari yapı içerisinde çalışırsak o kadar güvenli sayılırız. Fakat bununla ilgili çok fazla çalışma yok, ülkemizde de yok, işte, ondan sonra ben acil şefi olarak bir şeyler çiziyorum, Başhekimim çiziyor hatta Bakanım çiziyor ama gerçekten, bunun içerisinde kompleks bir bütünün parçaları olarak yer almıyoruz, Genel Müdürüm de bunu belirtmek istedi. Özellikle, iç çevre, iç mimari, biçim, bunların hemen hemen hepsi çalışanı etkiliyor, nasıl etkiliyor? Direk ya da indirekt etkiliyor, özellikle hastane inşaatı sırasındaki tozlar bile nazo-komial enfeksiyonun

bir nedeni olduğu bulunmuş ve bu maalesef, bu bizim gözümüzden kaçıyor, işte, hepa-filtreler var, havalandırma sistemi var, işte, az yatak sayılı kapalı kapılar, oda sistemleri, bunların hepsisinin enfeksiyonu azalttığı söyleniyor ama peki, yeni hastanelerde bunlar, eski hastanelerde ne yapacağız? Yeniden ne zaman yapacağız? Orada bir sorun var. Burada nöbet tutanımız vardır belki, genellikle biz acililer ya da yoğun bakımcılar sabah olduğunu sabah nöbete gelen arkadaşlarımızdan öğreniriz, “aa, sabah mı olmuş?” niye? Çünkü gün ışığını görmüyoruz, kapalı bir mekândayız. Oysa yoğun bakım psikozu ve ölümler bu karanlık ortamların en büyük sebebi. Ve maalesef, doğal ışığı bir türlü bulamadık. Gürültü başka bir psikoz nedeni, hastaneler, aciller buna göre yapılandırılmalı. Dış ve fiziksel çevre, özellikle eski teknolojileri, eski hastanelere yeni teknolojilerin uygulanması zor olmakta, bunlar gerçek çünkü güvenlik diyoruz, tamam yangın güvenliği var da bir de hastane güvenliği var, neden dediğimiz zaman oradan hırsızlar, işte, tinerciler, hastaneye giriyorlarmış, orada yatıyorlarmış, işte güvenliğın başka bir boyutu var.

Kablo bacaları, maalesef, bu çok sık karşımıza geliyor, ben burada işte, mühendis hocalarım da var, mimarlarımız da var, bunlar bizim en büyük sorunumuz şu anda. Güzel binalar, akıllı binalar yaptık ama zemin kata koyduğumuz bir baca, yukarıya doğru gidiyor, işte, Bursa'nın sorunu, bizim en üst katımızda Koroner Yoğun Bakım var, ben Hocaya bazen diyorum, aşağıda hasta beklettiği zaman, “bak, diyorum, aşağıya bir tane çarşaf alır, yakarım, bütün hastalarını oradan dışarı çıkarmak zorunda kalırsınız”. Maalesef, bu baca boruları yukarı kadar çıkıyor. İzolasyondan bahsetti hocalarımız, hakikaten bunların her katta izole olması gerekiyor. O yangın zonaları kablo bacalarını da kapsamayı gerekiyor, öbür türlü hastanenin güvenliğinden bahsetmemiz mümkün değil, bunlar aksayan şeyler. Bu benim hemen odamın üzerindeydi, kablo, klimanın suyu damlıyor kabloya, tesadüfen 2 gün boyunca kısa devre olmadı, sonradan fark ettik. Asma tavanlar çok güzel, çok güzel bir makyaj, hatta ben Hacettepe'deyken GCI yöneticileri 68 yaşında bir bayan, özellikle asma tavanı görmek istedi, biz dedik ki, “her şey çok güzel, bakın”, “olmaz” dedi, merdivenle çıktı, bir baktı, ondan sonra biz bir süre daha onları düzeltmekle uğraştık. Asma tavanlar makyaj ama altındaki tehlikeler çok önemli. Tüpler, su basıyor, peki, hakikaten hastanelerimiz güvenli mi? 2002 yılındaki İzmir çalışması, % 70'i depreme dayanıksız, İstanbul, İstanbul'da çalışanlarınız varsa daha büyük sorunuz var, % 86. Şu ana kadar üç hastanemiz bizim güçlendirildi, yenilendi, yani şu anda bizim içerisinde çalıştığımız hastaneler, bizim başımıza her an yıkılabilir, öyle çalışıyoruz! Bir an önce bunların güçlendirilmesi ve bir an önce yenilenmesi gerekiyor. Ankara'da aynı şekilde var ve en önemlisi şu; çalışanın % 50'si kendi hastanesine güvenmiyor! Güvensiz bir ortamda çalışan bir personelden ne kadar verim bekliyoruz? Bu çok önemli, bu kesinlikle sorgulanmalı. Hastanelerimizin afet planları var mı? % 99, evet, nasıl bir plan olduğunu sorduğumuza zaman maalesef, aynı cevabı vermiyoruz.

Ne yapacağız? Hazırlanmalıyız, her yıl, her ay, her gün hastanelerin afet planları var, dünyada olan bir şey bu, biz bunu Türkiye'ye 1999 depreminden önce getirdik, fakat henüz bir etkisini görememiştik, sonra 1999 birden bire bir sorun oldu, ne yapacağız diye hakikaten, Türkiye'yi yenileme başladık. En kötüsü sessiz devre, sonra bir durgunluk başladı, nasıl olsa deprem olmuyor, çalışmalar yaptık. Sonra bu HIKS sistemi, Amerika'da da İkiz Binalardan sonra çöktü HIKS'e geçtiler, HIKS de New Orleans da yürümedi, hantal oldu, biz bunu Bakanlığımızla beraber bir proje hazırladık ve Dünya Sağlık Örgütü destekledi, şu anda bu yani HIKS, 3, 4, 5, HIKS 5-6 da olsa biz kendi versiyonumuzla yürüyeceğiz. Ve bölgeler haline getirdik ve Türkiye'deki tüm bölgelere bunu yaptık, amacımız şu; dünyada tek afet planına sahip olan tek olacağız bunu yaptığımız zaman. Bu niye önemli? 1999'da belki afette çalışmışsınızdır, işte, İstanbul'dan, İzmir'den, Ankara'dan kalktık, gittik, hastaneleri işgal ettik ve orada biz, kendimiz stantlar kurarak çalışmaya başladık. Bu arada oranın durumunu neydi bilmiyorduk, hangi planla gittik oraya, oranın planı var mı bilmiyorduk.

Ŗu anda herhangi bir ilimizde bir afet meydana geldiği zaman diğer ildeki hastane, kalkıp aynı afet planına sahip olduğu için oranın hizmetinin devamını sağlayabilecek düzeye gelecek. O yüzden de ben yöneticilerimizden, Kalite Biriminden, bu afet planlarını desteklemesini ve hızlandırmasını rica ediyorum. Çünkü üçüncü fazda henüz bir sorumuz var, daha henüz tamamlamış hastanelerimiz var, bu yaptığımız bölge eğitimleri, tatbikatlarımız, yakında Bakanlığımız bu Rehber Planı çıkarıyor, bir örnek, bir kılavuz olacak.

Özetle biz, hastane çalışanları olarak sadece güzel değil aynı zamanda özel olması yetisini savunuyoruz hastane mimarisinin. Çünkü hastanelere çalışan ve hastanın en üst düzeyde güvenliği ve sağlığı için dizayn edilmelidir diyorum. Hepinize sağlıklı günler diliyorum, teşekkür ederim.

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN – Oturum Başkanı

Biz de Niyazi Hocamıza teşekkür ederiz.

Evet, benim sorduğum soruyu tekrar soruyorum ve Niyazi Hoca'nın söylediği cümleyi hatırlatarak; “personelimizin yarısından fazlası kendi hastanesine güvenmiyor ama hastanelerimizin % 70'i 3 aydır hastanelerin yangın güvenlik ile ilgili önlemlerini, tedbirlerini değil, resmini, yangın güvenliğine yönelik resmini çekip göndermedi”. Demek ki, bazı şeylere güvenmiyoruz ama yapmıyoruz da! Hastanenize güvenmiyorsunuz ama hastanenizdeki önlemleri de almamışsınız, yangın söndürme kapağını açıp bakmamışız. Bunu niye söylüyorum; biraz da çuvaldızı kendimize batıralım, yoksa hiç kimse gelip sizin hastanenizin herhangi bir afet anında sizi kurtarmaz ancak afetten sonra gelip yaranızı sarar, bu herhalde dünyanın her tarafında böyledir. O yüzden herkes kendi önlemini kendisi alacak.

Şimdi son Konuşmacımız olarak da Sayın Yardımcı Doçent Doktor Osman Üçüncü, Kendisi yine Karadeniz Teknik Üniversitesi İnşaat Fakültesi'nden, “çevre için güvenli hastane” konusu bize sunacaklar, buyurun Hocam.

Yrd. Doç. Dr. Osman ÜÇÜNCÜ – Panelist

Karadeniz Teknik Üniversitesi

Sayın Başkan, değerli katılımcılar, hepimizi saygıyla selamlıyorum. Sunumumu çok kısa tutmaya çalışacağım ve şunu görüyorum; eksiğin çok olduğunu, konunun çok geniş olduğunu, disiplinler arası bir çalışmayı şart kıldığını konuların ancak çatışmayla değil, belki de uzlaşmayla ve disiplinler arası çok iyi bir ahenk içerisinde çalışırsak bunu yapabileceğimizi düşünüyorum. Dolayısıyla benim sunumumdan şimdi başlıyorum ancak diğer konuşmacılarla bağlantılı olarak baktığımda birçok şeyin sanki birbirine benzer olduğunu göreceksiniz.

Ben de “sağlık, güven ve çevre” konusunda bir şeyler söylemeye çalışacağım. Hastaneyi, bir tarif etmeye çalıştım, özellikle olarak da zaten az önce son Konuşmacıların yaptıkları sunularda da ortaya çıktı, hastaneyi hastane kılan yalnızca binanın kendisinin olmadığını, mimarın burada çok büyük bir etkisinin olduğunu ancak mimarı da yönlendirecek olan birçok faktörün olması gerektiğini de hepimiz gayet iyi biliyoruz.

Bu arada tabii, peyzaj mimarlığına da değinmeden geçemeyeceğim çünkü benim de vermiş olduğum derslerin arasında “ekoloji ve mimarlık” olduğu için de konunun önemini bir kez de olsun burada vurgulamak isterim. Ben sizlere hastane ve çevresindeki kirlilik türlerinden biraz bahsetmek istiyorum, dolayısıyla sunuda gördüğümüz bizim, çevre ve çevre koruma adına ki, bunların hepsi hastane, hasta güvenliği ve çevre sağlığı, halk sağlığı anlamında da çok önem arz ettiğini burada katıldığım bütün sunulardan üç aşağı beş yukarı tespit etmiş bulunuyorum. Bunların başında içme suyu söz konusu. Hava kirliliğimiz söz konusu, hastane temizliği, biraz sonra bunları tekrar açacağım, elektro-manyetik kirlilik, katı atıklar, dolayısıyla bunlar evsel ve tıbbi atıklar olarak karşımıza çıkıyor. Az önce de Sayın Hocamın İstanbul’da bir yangın çıkışında göstermiş olduğu kırmızı konteynırı gördük, dolayısıyla tıbbi atıklar gerçekten çok, çok önemli, biraz sonra bunu tekrar açmaya çalışacağım. Gürültü, keza öyle. Atık su ve atık suların uzaklaştırılmasıyla ilgili yine önemli olduğunu düşünüyorum.

Dünden bugüne kadar zannediyorum bütün katılımlara, bütün sunulara katıldım fakat tabii afetler noktasında şunu söylemek istiyorum; özellikle, atomik, biyolojik, kimyasal anlamında fazla bir şey ortaya çıktığını görmüyorum, hastanelerle ilgili yapacak olduğumuz projelendirmelerde genellikle bunu da belki düşünmemizde fayda var. Hastane ve çevresindeki kirlilik türlerine böyle baktığımız zaman genellikle tesis güvenliğinden daha fazla bahsediliyor, tehlikeli ve risklerin azaltılmasıyla ilgili, kontrol altına alınması, çevre yolların kazalara karşı güvenliğini ön plana çıkartmamız lazım. Çünkü yollarda gezici olarak bulunan birçok tehlikeli madde taşıyan araçların da var olduğunu mutlaka düşünmemiz lazım. Eğer bunlar hastane yakınlarından geçiyorlar ise dolayısıyla bunu da güvenli kılmak lazım.

Hangi riskler oluşabilecek? Belki de bir risk haritasını ortaya koymamızda fayda var diye düşünüyorum. Hastane çevresinde bulunan diğer tesislerden kaynaklı muhtemel tehlikeler olabilecek olan örneğin, gaz çıkışları, sıvı dökülmeleri veya yangın ve benzeri tehlikeler, çevreden gelebilecek muhtemel gürültü neler olabilir. Tesis yönetimi planlaması, dolayısıyla bunun neleri kapsadığını bir mercek altına almamız lazım. Tehlikeli atıkların ve tıbbi atıkların yönetimi, hakikaten çok çok önemli olduğunu ve 1 kilogram tıbbi atığın bugün Türkiye ortalamasında 2 lira olduğunu varsayarsak; örneğin 1.000 yataklı bir hastanede veya 500 yataklı bir hastaneyi örnek alacak olursak, takribi olarak söylüyorum, yaklaşık aylık giderin 75–80 bin lira olduğunu, eski para ile 80 milyar olduğunu ve yıllık giderin neler olabileceğini ve tehlikelerini biraz sonra belki tekrar değinmek isterim.

Atık su ve atık su parametreleri nelerdir hastanelerde? Buna fazla değinilmiyor fakat çok önemli olduğunu, halk sağlığı açısından ve hastanede çalışanların ve bütün hastanelerde hasta ziyaretçisi ve doktor ve benzeri bütün sağlık personelinin ilgilendirdiğini düşünüyorum. İçme suyu temini ve bunun gerekmesi halinde bina içi arıtımı acaba söz konusu mudur? Çünkü bize isale hattıyla verilen içme sularının pek de hastaneye zaman zaman uygun olmadığını çünkü illerde bulunan arıtma tesislerinin buna tamamen uygun olmadığını bildiğimiz için bunu vurgulamak isterim. Önemli çünkü içme suyunun artık hangi karakteristik parametrelerde olması gerektiğini, TSE 266'yı hatırlatarak Sağlık Bakanlığının da buna benzer Çevre ve Orman Bakanlığı'ndan aldığı bazı değerlendirmelerin var olduğunu biliyorum.

Tıbbi ekipmanların yönetimi ve denetimi, yine önemli olduğunu görüyorum, çamaşır yıkama, ısıtma için tesislerin güvenlik ve teknik çalışmasının denetimi önemli. Tesis güvenliği ve yönetimi kaynaklı dokumanlar tutulması lazım ve bunların çok önemli olduğu ortaya çıkıyor. Yangının önlenmesi ve söndürülmesi; yangının önlenmesi ve söndürülmesi aşamasında da sıkılacak olan suyun bir şekilde kontrollü olarak oradan uzaklaştırılması gerekmektedir, esasında yangın aşamasında oluşan yangın sonrası oluşan atıkların da suyla beraber neleri yapabileceğini tamamen bilmiyoruz, dolayısıyla bunun da çok önemli olduğunu düşünüyorum.

Ben afet, küme ve alt kümesi olarak, az önce Hocam değindiler ama hastane olarak düşündüğümde örneğin, hastane olarak baktığımda merkezinde hastane var ve ilk yerleşim alanı hangi bölgede bulunduğu, ülke bazında bunu da dikkat etmemiz lazım. Bu afet tabii, insan kaynaklı olabildiği gibi doğal afet olabilecektir, dolayısıyla örneğin, burada örnek olarak eğer doğal afeti verecek olursa sel ve benzeri baskınlar olabilir. Örneğin, deprem, Türkiye de zaten neredeyse Türkiye'nin tamamı deprem bölgesi haline gelmiş durumda, dolayısıyla depremden korunma ve benzeri, dolayısıyla ülke bazında, daha sonra bölge bazında yerleşim alanı itibariyle ve hastanenin bulunduğu alanı da göz ardı etmeden düşünmemiz lazım.

Mevcut durum analizi, her zaman için çok çok önemli olduğunu düşünüyorum mevcut durum analizi, örneğin, Trabzon Numune Hastanesi'nden bir fotoğraf görüyorsunuz ve mikro bir çevre, daha sonra makro bir çevresi. Hastane içi ve dışı bir bütün olarak ele alınması lazım çünkü herhangi bir çalışma diğer çalışmayı çok yakından ilgilendirdiğini düşünmemiz lazım.

Hemen slaytın sağ tarafında gördüğünüz çok anlamlı bir fotoğraf, artık hasta odalarına baktığımız zaman gerçekten, çok komplike olduğunu, çok karmaşık bir yapıda olduğunu ve ne kadar bir standardın burada kullanılması gerektiğini hemen düşünebiliriz, örneğin, bu, inşaat aşamasında az önce yapılan sunumlarda da örneğin, arsanın seçiminden başlayarak yapılan bir çok etütler var, planlama anlamında yapılacak olanlar var, dolayısıyla 1.400, 1.500 adet neredeyse standart var, dolayısıyla bunların hepsine dikkat ederek mutlaka bunu yapmamızda fayda var.

Ben "sağlıklı kentle", sağlıklı kent diye düşünüyorum, ne demektir acaba sağlıklı kent? Burada sunuyu okuyabiliyorsunuz ama ben ön plana çıkartmak istediğim, temiz içme suyu; buna ulaşma oranımız acaba ne kadardır? Sizler gayet iyi sağlıkçılar olarak biliyorsunuz ki, örneğin, suyla gelen bazı veya suyla bulaşan hastalıklar veya suyla yapılan bazı karışımların nelere mal olduğunu hepimiz rahatlıkla biliyoruz. Diğer bir önemli vaka gene, kanalizasyon, kentlerdeki kanalizasyon ve kanalizasyonu yapılmış olan miktar anlamında neler var? Kanalizasyon anlamında baktığımız zaman yalnızca biz kendi atık suyumuzu hastanemizin dışına güvenli bir şekilde çıkartalım, başka bir şey bizi ilgilendirmiyor diyemeyiz. Çünkü kanalizasyon bir bütündür, hemen ucuna bunun ben bir arıtma takmak zorundayım. Türkiye'de de zaten Çevre ve Orman Bakanlığı bu konuda da bazı çalışmaları var, hastanelerden çıkan atık suların karakteristik parametrelerini bağlı olarak arıtma tesisi isteme yoluna gidilebilir. Dolayısıyla kanalizasyon dendiği zaman mutlak suretle kanalizasyonun

ucunda bir arıtma tesisinin var olması gerektiğini düşünmemiz lazım. “Kanalizasyon tamdır”, ancak bundan sonra söyleyebiliriz çünkü bulaşıcı hastalıkların birçoğunun buralardan kaynaklandığını belki slaytlar zamanımız elverirse gösterecektir. Dolayısıyla bir kentte yine, hava kirliliğinin standartlara uygun olması gerekir. Bugün Türkiye’de örneğin, benim geldiğim kentte deniz kenarı olan bir ilimiz, Trabzon’da bile hava kirliliği söz konusu, dolayısıyla hava kirliliğinin de bir standart bağlamında mutlaka iyi olması lazım. Sağlıklı kent, dolayısıyla sağlıklı insan ve hastanenin işini biraz daha güvenli bir hastane anlamında belki koruyabilir. Mevcut durumdaki kısımlara baktığımız zaman, doktorlar, bakım, yatak, çalışanlar ve benzeri, diğerlerinde intern, mikro çevreye baktığımız zaman hasta ve hastane içerisi aklımıza gelebiliyor.

Bugün, öğleden önce burada dinlediğim konuların içerisinde de hukuk ön plana çıktı, ben de “makro çevre ve çevre hukuku” anlamında belki bu konuyu açmak isterim ama vaktimiz buna elvermeyecek ama çevre hukukunu en azından düşünmemizde fayda var. Az önce saydığım atık su, tıbbi atık ve hava kirliliği konusunda da mutlaka hukuki proseslerin var olduğunu, mevzuatların bu konuda çok fazla miktarda olduğunu ve insan faktörünün ön plana çıktığını vurgulamak isterim. Dolayısıyla bunların hepsinin de insan faktörü ve eğitimden geçtiği düşüncesini taşıyorum. Dolayısıyla dün yapılan sunuların sonuna doğru konulmuş “taş üstüne taş koyma” misali herkes kendi görevini bilirse zannediyorum biraz daha kolaylaşacak.

Hastane planlaması, hastane için kullanılacak su; bundan içme suyundan bahsediyorum ama aynı zamanda kullanma suyu olarak da çok önem arz ettiğini, az önce yapılan sunuda da yangın ve yangın suyu. Dolayısıyla yangın ve yangın suyu, dolayısıyla benim hidrantımda açtığım zaman mutlaka bana yeterli derecede basınç ve yeterli derecede bir debide litre/saniye, metreküp/saat veya saniye bir suyun mutlaka bu hidranttandan alabilmek mecburiyetim olması lazım eğer yangını söndüreceksam, başka bir çaresi de o manada yok. Dolayısıyla sistemleri bunların önemli, gaz sistemleri, medikal gaz sistemleri, bunların çoğu korumasız bir şekilde hastane dışına itilmekte ve tamamen hidrolojik bağlamda açık havada yani yağışa, kara ve benzeri doluya maruz bırakılmakta, bunları bir kez daha düşünmekte fayda var olduğunu düşünüyorum. Sıkıştırılmış gazlarında gene aynı şekilde hastane dışında ve açık olarak korumasız bir şekilde bırakıldığı görülüyor.

Hastane depoları, son derece, benim yaptığım gezilerde ve yaptığım birebir sohbetlerde ve gezip gördüklerimde hastane depoları çok rezil bir durumda gerçekten, bütün atıkların orada bulunduğunu, atık araç ve gerecin bulunduğu, çok çok önemli. Buraların gerçekten bir depo anlamında giriş, çıkışının tamamen kontrollü olması gerektiğini ve nelerin içeriye konduğunu, nelerin dışarıya alınması gerektiğini veya hangi araç, gerecin buraya konduktan sonra acaba, neydi sıkıntısı diye bir envanterin tutulmasında fayda görüyorum. Diğer bir şekilde gene makro çevreye girebilecek olan demografik yapı, bundan çok bahsedildi, ben isterseniz bunu hızlı geçeyim. Hastane çevresi ve hasta kabul, Trabzon’dan gene bir hastaneden bir, iki tane fotoğraf var. Örneğin, burada vurgulamak istediğim benim bu hastane bahçesiyle esasında imar planlarını tamamen uyulmadığı için hastane bahçeleri gittikçe küçülüyor ve gittikçe bölünüyor ve park yeri haline getiriliyor ve dolayısıyla yeşil zaman zaman zaman kayboluyor. Dolayısıyla hastane dendiği zaman yeşiliyle, çevresiyle bir bütün olarak olması gerektiğini, örneğin, acil olarak da burada bir fotoğraf ve kalabalık gözüküyor.

Gelecekteki hastanelerden acaba beklentiler neler olabilir bir çevreci itibarıyla görmek istiyorum? İyileştirilmiş yapı strüktürleri, zaten bundan çok sıkça bahsedildi, yapı strüktürleri, Ayhan Hocam da bahsetti, modüler yapı veya diğer bir Konuşmacı da bir yapının ömrünün 30 yıl, 30 yıl hizmet edebilecek olduğunu. Teknoloji baş döndürücü bir şekilde hakikaten, bizi esir alabiliyor, dolayısıyla birileri bizi zorluyor bir şey değiştirmek için, bu çok, çok önemli. 30 yıl gerçekten şahsi kanaatime göre bir binanın ömrü için uzun yani bunu gerçekten teknolojik olarak düşündüğümüzde sıkça değişiklikler yapmak gerektiğini ve yapılan değişikliklerle de bir yere varılmadığını az önce görüyoruz ama belki plan dahilinde yapılırsa bunlar da olacak. Gelişmiş bir organizasyon lazım bize, çok çok

önemli; yani herkesin elini taşın altına koyması lazım, bir bütün, inter-disipliner bir çalışmanın gerçekten olması lazım, bunu gerçekten arzuluyorum. Bu da ancak eğitimle, dolayısıyla insanların birbirini kırmadan ve bir şekilde güzel bir organizasyonla belki de en iyisini, en idealini insan için çalıştığımızı göre bunu yapabiliriz diye düşünüyorum.

Modern mimari çözümler esasında uygulanmalı; gelişmiş yönetimler olmalı, yüksek ekonomiklik binalarda gerçekten aranmalı. Yüksek ekonomiklikten bahsettiğim benim şudur; kesinlikle hastanelerde görmediğimiz, az önce örneğin katı atık için harcadığımız paradan bahsettim aylık, öyle ortalama hastaneler için bazen 1,5 trilyon, eski parayla giderlerinin olduğunu görüyoruz. Ekonomiklik, elektrik kullanımı, ısı tabii, ısı, elektrik kullanımı, temizlik, çamaşırhanelerin ne şekilde çalışması gerektiği, dolayısıyla burada oluşacak olan atık suların tekrar çevreye bırakılırken örneğin, atık suyun miktarı anlamında söylüyorum, atık su arıtma tesislerinin yükü anlamında söylüyorum, dolayısıyla ekonomiklik bunları birazcık kontrol altına almak anlamında. Fonksiyonelite ve atraktiflik gerçekten hastanelerde olmalı, Ayhan Hocamın sunusunda da bu fonksiyoneliteyi ve atraktifliği birazcık daha gördük, örneğin, bir binanın hangi katındaysa çocuklar için yapılmış çok güzel mekanların olduğunu gördük.

Ekolojik, ekonomik ve sosyal çözümler uygulamamız lazım, esasında kaynak israfına gidilmemesi lazım; bugün kaynak israfı gerçekten az önceki sunuda da Hocamın söylediği % 70, zannediyorum hastanelerin bir şekilde iyi olmadığını söylemesi gerçekten üzücü. Ekolojik anlamda şunu söylüyorum, kullanılacak olan malzemelerin de “geri dönüşümlü” malzemelerin olması gerektiğini, aynı zamanda ekolojiden kastım bir de şudur; hastaya ve hastanede bulunan hiç kimseye zarar vermeyecek malzemelerin, ışığın yansmasıyla da olsun veya bir şekilde bozulmasıyla olsun, olmaması lazım. Dolayısıyla ekonomiklik çok önemli. Sosyal çözümler bulmamızda fayda var. Sonrasında fonksiyonel ve şekilsel, ekonomik, hukuksal ve ekolojik düşüncelerle en ideal çözümlerle birlikte yenileme yaparsak yapmamız lazım.

Teknik bağlamda baktığımızda içme ve kullanma suyu tanklarının durumu, bunların periyodik olarak temizlenmesi gerektiğini, acaba sızma var mıdır, yok mudur, zemin açısından çok, çok önemlidir. Hastane ve çevresinde olacak olan herhangi bir sızıntının, tehlikeli bir atıktan da sızıntı meydana gelebilir, yer altı suyunu kirletebilir ve en yakın veya birkaç kilometre öteden bu hissedilebilir. Çok tehlikeli, onun için her şeyi kontrol altına almamızda fayda var. İnşaat aşamasında da “bohçalama sisteminin” getirilmesinde fayda görüyorum. İçme ve kullanma ve yangın suyu konusu yerel yönetimler, itfaiyelerle birlikte çalışarak hastanenin büyüklüğüne bağlı olarak ve yangın derecesinin hastanede ne olabileceğini de işin içerisine katarak mutlaka şebeke hattına o şekilde bir fazla miktarda suyun verilmesi çok faydalı olacağı kanaatini taşıyorum. Projelerde yapılacak olan simülasyonlar ve yapısal önlemlerle de enerji tasarrufunun ekolojik yapıda bir nebze de olsun öne çıkartılması lazım, yaşam konforu da bu şekilde arttırılabilir diye düşünüyorum. Kullanılacak olan beton ile statik ve hijyenik ortamlar yaratılabilir mi? Yaratılabilir, malzeme çok çok önemli, hastanede istenilenlerden en önemlisi de belki de hijyen olması malzemenin.

Çevre anlamında baktığımız da “aktif çevre koruma”, hastanelerde mutlaka ön plana çıkartılmalı. Çevre mühendisi, mutlaka her hastanede bir veya hastanenin büyüklüğüne göre fazlaca bulundurulmalı. Çok fazla gürültü, toz ve partiküller madde, koku oluşumu hastanelerde engellenmeli, parfümlerle bunu yatıştırmaya çalışmak ki, bazı yerlerde olduğunu gördüm, gerçekten daha tehlikeli olduğunu düşünüyorum. Mevcut, var olan kaynakların tasarruflu ve daha dikkatli kullanılmasıyla mutlaka, biz, daha hızlı kalkınma aşamasına girebiliriz diye düşünüyorum. Oluşan atıklar, katı atıklar, oluşan atık su, oluşan atık hava, gaz ve buharları da çok çok önemli, dolayısıyla bunu da geçiyorum hemen, bunların kontrol altına alınması diye düşünüyorum. Hastanelerde “katı atık yönetimi” ile maliyetler gerçekten azaltılıyor, azaltılabilir, oldukça çok maliyetli bunlar. Katı atık yönetimi, gerçekten çok çok önemli. Hastanelerde atık yönetimi temelleri oluşturulması

gerekir, atıkların iyice sınıflandırılması lazım. Atıkların geri dönüşümü ve atıklarla ilgili mevzuatların gerçekten sıkı sıkıya kullanılması ve bunlara bağlı kalınmasının faydalı olacağını düşünüyorum.

Kullanılacak olan metotlar ve atılacak adımlar düşünülmeli ve buna göre mevzuatlar gerçekten çok iyi ve çok geniş mevzuatlarımız var, uyulursa zannediyorum konuyla alakalı gerçekten çok ilerlemiş olabiliriz diye düşünüyorum. Enerji anlamında gene tasarruflu olmamızda fayda var, enerji tüketimi ve tasarruf imkanları hastanelerde araştırılmalı, elektrik faturaları korkunç! Kullanılan enerji kaynakları, gaz, elektrik veya sıvı yakıt olabilir ve benzeri, bunlara hangilerini kullanacağız ve bununla ilgili yapısal çözümleri ortaya koymamız lazım. Enerji maliyetleri oldukça külfetli, örneğin 80 kilowatt/saat ısıtma için “enerji, yatak, gün” hastanelerde söz konusu, ortalama bir değerdir, 30 kilowatt/saat elektrik enerjisi, yatak/gün. Çevre dostu enerji kaynaklarından faydalanılmalı, örneğin, yenilenebilir enerji kaynaklarının da hastanelere entegre edilmesi veya çevrelerde bulunan bu tür enerji kaynaklarından da hastaneyi bir nebze de olsun beslememiz gerekir.

İçme suyu teminiyle ilgili şunu söylemek istiyorum; içme suyu temini, nereden sağlanmaktadır? Kaynak sayısı ve güvenilirliği acaba nedir? Az önce afetten bahsedildi, herhangi bir afet durumunda acaba ben hastanede en gerekli olan içme ve kullanma suyunu nasıl temin edebilirim ve bununla ilgili olan, olabilecek olan, doğabilecek olan sıkıntılar nelerdir, bunun güvenliğini nasıl sağlayabilirim. Yıllık içme suyu tüketim miktarı acaba ne kadardır ve planlama itibarıyla hastane doluluk oranına bağlı olarak örneğin, biraz sonra belki gelecektir ama şimdi de söyleyebiliriz, hastanede kişi başına ve yatak başına 500–750 litre su tüketiminin olduğunu biliyoruz, dolayısıyla bu da çok çok önemli bir soru.

Hastane içi en fazla su tüketimi nerelerde ve yüzde kaç; bunu da iyi planlamamız lazım, buna göre de mutlaka yapılacak olan şebeke hatlarının döşenmesiyle ilgili de mutlaka, buna uygun bir döşemeyi yapmamız gerekir. Ham suyun çeşitli kısımlarda kullanım öncesinde ne şekilde arıtıldığını, örneğin bahçede de acaba belediyenin bana vermiş olduğu içme suyu karakteristiğindeki suyu, sulama suyu olarak kullanabilir miyim veya başka bir yerden temin edebilecek olduğum, temin ettiğim bir suyu bahçe sulamasında kullanabilir miyim? Su tüketimi ne şekilde ve hangi önlemlerle azaltılabilir, belki bunlara kafa yormamız gerekiyor. İçme suyu itibarıyla su kontrollerini düzenli olarak yapmamız gerekir.

Ben isterseniz, çok kısa atık suya, şu atığa bir değinmek isterim; örneğin, tıbbi atıklarla ilgili çok büyük giderlerimizin olduğunu biliyoruz, bu slaytta ben sol tarafında gördüğünüz hastanelerden çıkan tıbbi atıkların sterilizasyonu ile ilgili bir ünitemiz var, örneğin, bu üniteye gelen atıklarla ilgili gerçekten, hastanelerde atıkların düzgün toplanmadığını ve poşet içerisine her şeyin atıldığını görüyoruz. Şurada da ben vurgulamak isteyecek olduğum belki önemli olabilir; Trabzon İlinde küçük ve büyük bir sterilizasyon cihazımız var. Hastanelerden gelen katı atıkların, bu şekilde de bir sterilizasyondan geçirilerek nihai depolamaya gönderildiği veya gönderilmesi gerektiğini mevzuat gereği yapmaya çalışıyoruz ancak birtakım sıkıntıların var olduğunu, belki soru sorulduğu takdirde de bunlar üzerinde de durabiliriz.

Ben çok teşekkür ediyorum ve size, belki de şöyle, katılımınız, paylaşımınız için gerçekten, gönülden teşekkür ediyorum, Trabzon’dan da şöyle, çiçek fotoğraflarıyla sizleri tekrar selamlıyorum.

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN – Oturum Başkanı

Osman Hocam çok teşekkür ederiz. Çok değerli bilgiler verdi ama umuyorum, slaytlarını paylaşımımıza verecek, dolayısıyla çok değerli bilgiler var, hastanemizde de bunu uygulamada kullanma adına, yine hastane idareleriyle paylaşma adına da bu slaytlardan da faydalanabiliriz diye düşünüyorum.

***TAM GÜN SONRASI HASTANE
VE ÇALIŞANLARIN TEŞVİKİNDE
MODEL ÖNERİLERİ***

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

T.C. Sağlık Bakanlığı Müşaviri

Evet, hepiniz hoş geldiniz. Kongrenin son oturumlarından bir tanesi “Tam Gün Sonrası Hastane ve Çalışanların Teşvikinde Model Önerileri” konusuna ayrılmış durumda. Ben biraz giriş yapayım, hem kahvaltıdan gelecekler de gelmiş olurlar ve bu şekilde devam ederiz.

Tabii tam gün gerçekten çok önemli bir sağlık sistemimizde değişimlerden bir tanesi olacak. Sonrası için yeni bir sağlık sisteminden söz edebiliriz. Tam günle beraber bir takım başka değişiklikler de bize yeni bir sağlık sistemi çerçevesi çiziyor. Tabii Kanun çıktı, Sağlık Bakanlığı hastaneleri açısından biliyorsunuz 01 Ağustos'ta yürürlüğe girmiş olacak, üniversite hastaneleri açısından da 2011 yılının başından itibaren uygulama başlamış olacak. Bir adaptasyon süresi öngörüldü, işte Sağlık Bakanlığı hastaneleri bu konuda daha önceden bir takım hazırlıkları olduğu için altı aylık bir süre verilmiş oldu. Üniversite çalışanları için de biraz daha süre uzun tutuldu ve bir yıllık bir süre verilmiş oldu. Sağlık sistemimizin çerçevesine baktığımız zaman sağlık hizmet sunumunda, yani hastanelerde üç ayrı paydaşın oluştuğunu görüyoruz. İşte Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastaneleri, özel sektörün hastaneleri ve tıp fakültesi hastaneleri olarak üç tane ayrı sektör görüyoruz. Bu sektörlere baktığımız zaman bunların aslında yavaş yavaş birbirine yaklaştığını, en azından istihdam ettikleri personel açısından ve hizmet kapasiteleri açısından birbirlerine benzemeye başladığını görüyoruz. Sektörün, yani sağlık hizmet sunumunun % 44'ünde Sağlık Bakanlığı yer alıyor. % 35'inde özel sektör yer alıyor, %21'inde de üniversiteler yer alıyor. Gerçekten bir üçayaklı sacayağı oluşmuş vaziyette.

Tam gün tabii bu üç sektörü de çeşitli açılardan etkilemiş olacak. Özellikle personelin çalışma rejimi ile alakalı, özlük haklarıyla alakalı değişiklikler meydana gelmiş olacak. Altı yıldır Sağlık Bakanlığı açısından aslında tam gün etkilerini yaşadık. Yani Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki tam gün sonrası uygulama ile öncesi uygulama arasında çok büyük fark olamayacak. Çünkü altı yıllık aslında bir yumuşak geçiş yaşadık hep beraber. Şu anda Sağlık Bakanlığı hastanelerinde çalışan her 100 hekimden yaklaşık 86 tanesinin sadece kamuda çalışıyor, yani tam gün çalışıyor. Aslında Kanun uygulanmış oluyor. Belki üniversiteler açısından tabii yeni bir takım adaptasyon sürelerini hep beraber izleyeceğiz. Şimdi burada tabii tam gün sonrası uygulama için çünkü Kanun bazı alt düzenlemelerin yapılması gerektiğini ifade ediyor. Tam günle alakalı bazı yönetmeliklerin çıkmasından bahsediyor. Özellikle üniversiteler açısından çıkacak yönetmelik tabii hepimiz merak ediyoruz. Sağlık Bakanlığı açısından çok büyük değişiklik olmayacak, sadece Kanunda biliyorsunuz mesai sonrası çalışmayla alakalı yeni bir çerçeve çiziliyor. Ona yönelik bazı düzenlemeler yapılacak. Belki bu vesile ile Sağlık Bakanlığı da tam gün sonrası özellikle çalışanlara teşvik modeli olarak ifade ettiğimiz performansa dayalı ödeme sisteminde de bir revizyona gidilecek. Tabii üniversite açısından yeni bir kavram, üniversite açısından bunu tartışmak gerekiyor. Şimdi bu oturumumuzda aslında şöyle geriye dönük bir tarama yaptığımız zaman internette birkaç üniversitemizin bu konuda bazı model önerilerini biz gördük. Birkaç üniversitemiz aslında bazı ön uygulamalara başladı. Şimdi burada Sayın Doçent Doktor Alper Cihan İstanbul Üniversitesinden katılıyor. Kendisinin bu konuda bazı çalışmaları oldu, bunları bir takım toplantılarda da deklere etti, model önerileri oldu. Aynı şekilde Gazi Üniversitesinden Doçent Doktor Orhan Çamur'dan da, Gazi Üniversitesinin deklere ettiği bazı model önerileri var. Hüseyin Çelik Bey özel sektörden katılıyor. Tabii burada kamu ve üniversite mevzuat gereği bir yönetmelikle veya bir mevzuatla çalışanlarına teşvik modelini deklere ediyor. Fakat özel sektörü tam bilemiyoruz, aslında çok da merak ediyoruz. Acaba özel sektör daha şeffaf bir önerisi olabilir mi, özel sektörle alakalı uygulamalar nedir bunları da burada tartışmış olacağız.

Ben ilk olarak konuşmasını yapmak üzere Doçent Doktor Alper Cihan Beyi kürsüye davet ediyorum. Buyurun Hocam.

Doç. Dr. Alper CİHAN – Panelist

İstanbul Üniversitesi

Sayın Başkan, değerli katılımcılar sabahın bu ilk saatlerinde özveriyle buraya geldiğiniz için hepimize saygılarımı sunuyorum. Teşekkür ediyorum.

Sayın Başkanın da söylediği gibi benim konum, tam gün sonrası üniversite hastaneleri teşvikinde bir model önerisi. Bu model önerisi aslında İstanbul Üniversitesi için geliştirilen modelin bir sunumu olacak. Tabii direk modele girmeden önce konun altyapısını ve mantığını geliştirmek üzere bir miktar performans konusuna değinmek istiyorum.

Performans değerlendirmesi dediğimizde bir ölçümden söz ediyoruz. Ancak ölçümün ne üzerine oturması gerektiğini kelime anlatmıyor. Bunu bizim kurgulamamız ve tariflememiz gerekiyor. Kalite ve klinik sonuçlara göre mi bir ölçümlemeden söz edeceğiz veya hasta merkezli, hasta memnuniyetine yönelik bir ölçümlemeden mi söz edeceğiz veya verimlilik temelli mi bir ölçümleme olacak? Bunu mutlaka konunun içinde aydınlatmak gerekli ve bu ölçümleri yapmak için de hangi belirteçleri seçeceğimizi de bir bir tanımlamalıyız. Sağlık sisteminde performans değerlendirmesi sadece ülkemizin konusu değil, tüm dünyada yoğun bir şekilde tartışılan bir konu. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2009 yılında yayımlanan bir raporunun özet metninde şöyle denmekte; bir performans değerlendirme sistemi öncelikle düzenli, sistematik, şeffaf ve raporlama sistemine dayalı olmalı. Bütün bileşenlerin, bütün paydaşların ölçülebilir cetvellere dönüştürülmesi lazım. Geniş kapsamlı olmalı, bir kurumun bir bölümünde bir kısmında uygulayıp diğer kısmında uygulayamazsınız. Çünkü bir sağlık sistemi, bir hastane komple bir sistemdir. Cerrahi birimlerinde uygulayalım, dâhili bilimlerde uygulamayalım veya temel bilimlerinde uygulamayalım gibi bir sisteme dönemezsiniz. Analitik yöntemleri kullanırken destekleyici tüm verilerden, genel idari hizmetlerden, destek hizmetlerinden, satın alma, taşınır mal gibi bütün performansı etkileyecek koşullardan yararlanılmalıdır. Performans indikatörleri mutlaka net olarak önceden seçilmeli ve analiz yöntemleri belirlenmelidir. Bunu bu şekilde dünyada başarıyla, % 100 başarıyla yapan net bir ülke olmadığını söylüyor Dünya Sağlık Örgütü. Türkiye örneği de Dünya Sağlık Örgütü'nün tartışmalarında geçiyor ve örnek olarak gösterilen modellerden birisi ama sağlık sisteminin yönetiminin zorluğundan dolayı bunu % 100 başarmasının da çok zor olduğunu tekrarlıyor. Peki, sağlık sisteminin değerlendirilmesinde, performansa dayalı ölçeklemede neler kullanılabilir, bu uygulama farklılıkları nasıl azaltılabilir? Temel sorunlardan biri bu aslında. Ölçeğimiz ortamın net olarak belirlenmiş paydaşlarının tanımlanması lazım ve bunların değişkenlik sınırlarının çok az olması lazım. Onun için sağlık hizmeti sunumunda klinik uygulama rehberleri, yani kişiye bağlı tercihleri azaltacak yöntemler belirlenmesi lazım. Sonuçların karşılaştırılabilir formülasyonlara dayanması lazım. Randomize klinik çalışmalarla mutlaka bilimsel detaylarda doğrulanmış veriler lazım. Karşılaştırmalı etkinlik çalışmaları ile sonuçların gene mukayeseli bir şekilde doğrulanması lazım. Sağlık hizmeti gibi bilginin tek tarafta olduğu hizmet ihtiyacının bir tarafta olduğu sistemde ve çok yüksek bilgi düzeyine dayalı sistemde kişilerin tercihlerini ortadan kaldırmak çok zor, bileşen ve değişken çok fazla olduğu için. Dünyada şu anda o değişimi yapacak birçok çalışma yürüyor, uluslararası çalışmalar, klinik rehber çalışmaları, sonuçları karşılaştırma çalışmaları yürüyor ama hiçbiri sonuçlanmış değil şu anda ve bizim önümüzde yaptığımız işin doğruluk oranını belirleyecek bir standart yok. Dolayısıyla yapılan işin ücretinin ödenmesinde de doğruluğunu, geçerliliğini savunacak bir standart olmayınca ödeme sistemleri sıkıntıya düşüyor. Geri ödeme sistemlerinde bugün dünyada birçok model tartışılıyor, ülkemizde kullanılan sistem free for service denen hizmet başına ödeme. Bu hizmet en kaba anlamda bir paket hizmeti oluyor, mesela mide ameliyatı paketi deniyor ki bu da bir hizmet başına ödeme gene. Mide ameliyatı yaptım ver parayı tarzında. Ya

da işlem bazında bir ödeme tarzında gidiyor, paket olmayan hizmetlerde SUT'la gelen işte film çektim, tahlil yaptım, hastaya baktım, ilaç verdim, serum verdim ver parasını tarzında. Şimdi bu free for service sistemi aslında performans konusunda karmaşa yaratan temel sistemlerden birisi. Dünyada çok az ülkede kullanılan bir yöntem artık free for service. Çünkü belli sıkıntıları görülmüş, yurt dışı makalelerde çok net bir şekilde bunlar tartışılmış. Bir kere temelde volümü artırıcı bir etken, daha fazla test, daha fazla görüntüleme, daha fazla konsültasyon, daha uzun yatış gibi. Çünkü karşısında bilimsel doğrulama standartları olmayınca hekimi test etmek gerçekten çok zor. Sadece bir fatura inceleme komisyonu kurabilirsiniz, onu kestim, bunu kestim diyebilirsiniz ama karşısında siz de bilimsel bir tez koyamazsınız ortaya. Dolayısıyla free for service sistemi dünyada kaldırılması gerekliliğine karar verilmiş bir sistem. Peki, ne olmalı? Şimdi performans sistemi aslında kurum içinde çalışanların hak edişini değerlendirme sistemi, yani bu kişi kurumda yaptığı hizmetlerden ne kadar bir ödeme hak etmiştir tarzında bir geri ödeme sistemi, çalışana geri ödeme ama kurumun kendi alacağı geri ödeme çalışana vereceği geri ödemeyi doğrudan etkiliyor. Dolayısıyla performans dediğimizde sağlık sistemindeki geri ödeme sistemi de değerlendirilmeli ama biz gene düzeltmeye kurum içinden başlamalıyız. Gene uluslararası literatürde üzerinde fikir birliği yapılmış bir tanımlama var; sağlık personelleri nasıl ücretlendirilmeli? Uygulamada birçok yerde bu performans benzeri sistemler kullanıyorlar fakat ideal olarak sağlık sisteminde çalışan insanların sabit ücretli olması gerektiği fikri insan iyileştirici bir faaliyetin parayla artırılan bir değer haline gelmemesi gerektiği, hizmetin kalitesinin ve verimliliğininse kanıta dayalı sağlık hizmeti kalitesinin ölçülmesi sonrası bir terfi sistemi olması gerektiği kararlaştırılmış durumda. Ancak uygulama zorluğundan dolayı bu sistem birçok yerde başarısız olduğu için adeta prim usulü maç yapma gibi bir geri ödeme sistemine maruz kalıyoruz. Bu şu andaki bulunduğumuz şartlar içinde vazgeçilmez, yapılabilecek daha iyi bir yöntem yok. Ama ideale ulaşmak için de elimizden gelen gayreti göstermek zorundayız. Niye bu ideale geçmek zorundayız? Çünkü şu tespit edilmiş; sağlık sisteminde çalışanlara geliştirdiği hizmet başına bir geri ödeme yapma yolunu seçerseniz standart altı sağlık hizmetine gitmekten kaçınıyorsunuz. Sistem sizi buraya götürüyor, denenmiş ve görülmüş. Peki, nasıl çözülecek bu? Genel çözüm yoluna klinik uygulama rehberleriyle doğru yapılacak işlemi tanımlama, işlemin doğru yapılma yolunu belirleme, değişkenleri azaltma veya değişkenlikleri belirleme yoluyla yapılması lazım. Bunun için az önce söylediğim gibi Dünya Sağlık Örgütü'nün, NICE'in, uluslararası sistemlerin birçok çalışması var. Aslında bu Dünya Sağlık Örgütü'nün çıkaracağı yeni taksonomi bu standartları belirlemeye, stomed çalışması, NICE çalışması, PATH çalışması bütün bunları bu değişiklikleri azaltmaya veya değişkenliği belirlemeye yönelik çalışmalar. Büyük ihtimalle o çalışmalar bitip, uygulamaya girince önemli açılımlar olacak.

Şimdi üniversiteye gelmek istiyorum, üniversite öğretim üyesinin hayata bakışında iki temel nokta vardır. Bir kere insanlar mesleki tatmin için öğretim üyesi olurlar ve idealizmden ve bilimsel istekten, araştırmacı ruhtan dolayı. Bu vazgeçilmez bir öğretim üyesi sıfatıdır ama arkasından mutlaka bir maddi tatminin de olması lazım. Bu ikisini birlikte kurgulayamazsak sistemde baştan hata yapmış oluruz. Peki, bu iki mesleki tatmin ve maddi tatmin arasındaki ilişkiyi nasıl kuracağız? İşte bu sisteme performans adını veriyoruz şimdi yeni dönüşümle. Yalnız performans kelimesinin sözlük anlamına baktığımızda bu aradaki bağlantıyı kuracak kelime değil aslında performans. Türkçede iki temel anlamı var performansın, biri; bir görev veya fonksiyonu yerine getirme düzeyi. İşte % 50 performans gösterdi gibi. Yani tanımlanmış bir iş var, bunun ne kadarını yapabildi? Ya da bir olayı gerçekleştirmeye, bir tiyatro, konser veya benzeri herhangi bir gösterinin sahnelenmesi, yüzdesel bir tanım olmadan yaptı, yapmadı, yani performans gösterdi, canlı performans sergiledi gibi. Bu kelimeyi de biz kişilerin kurum içindeki hak edişini hesaplamak için kullanıyoruz. Aslında bu mesleki tatmin ile maddi tatmin arasındaki bağlantıyı kuran sistem bugün yönetim bilimlerinde insan kaynakları bilim dalında bir matematiksel metot. Kişilerin hak edişleri nasıl hesaplanır, fonksiyonel rolleri nasıl hesaplanır? Kapasite kullanımları nasıl hesaplanır gibi tanımlanmış yöntemler var. Hak ediş

hesaplamak için de tanımlanmış yöntemler var, mesela mesai bazlı, hedef bazlı, iş bazlı, üretim bazlı, tüketim veya ölçekleme bazlı. Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan performans sistemi bilimsel bir modele dayanmakta ancak sahada uygulanırken biraz daha üretim bazlı bir sisteme kaymış durumda. Belki ortamın ihtiyacı oydu o anda, kalibrasyon ona göre yapıldı. Şimdi bizim böyle bir sistem içinde nasıl kurgulayacağımızı iyi tartışmamız lazım. Free for service bağlı bir geri ödeme sisteminde artık kurumsal altyapıların tam olmadığı, ölçülebilirlikle denetlenebilirliğin netleşmediği kurumlarda bazı vazgeçilmez özelliklerimiz var eğer bir üniversiteye model kurarsak. Bir kere sabit maaş sistemimiz olmalı şu anda çünkü yasalar bize maaşın şu kadar katı diye bir hekime, sağlık çalışanına geri ödemeyi öngörüyor. Üretime göre ek katkı sistemi olmalı mutlaka çünkü free for service'de üretim başına şu anda geri ödeme alıyoruz. Tüketime göre mutlaka denetim servis sistemi olmalı çünkü üretimi getirisi en yüksek kârlılığa sahip olmayabilir, çok daha fazla kaynak tüketerek o üretimi yapıyor olabilir. Bilimsel katkıya göre destekleme sistemi olmalı çünkü mesleki tâtminin üniversitede, akademik kurumlarda en önemli şeyi bilimsel katkıdır. Eğitim faaliyeti üniversitelerin vazgeçilmez var olma sebebi, eğitim faaliyeti bir yeni kaynak üretme, eğitimli insan kaynağı üretme faaliyeti olarak mutlaka bir destekleme sistemine tabi olmalıdır. Bunları yapmak için de standart prosedür ve süreçler ile mutlaka şeffaf ve tanımlanabilir bir sistem kurulmalı. Peki, bu sistem kurulurken temel değer yargıları ne olacak? Gene literatürden bir örnek, bu sağlık çalışanına geri ödeme cetvellerinde önemli bir ayırım var; kalibrasyonun nasıl yaparsanız sistemin hedeflerini ona göre değiştirebiliyorsunuz. Eğer volüm ağırlıklı bir sisteme kayarsanız yapılan iş başına geri ödemenin giderek artacağı bir sistem kurarsanız sistem tamamen volüme kayıyor. Eğer değer ağırlıklı bir sistem kurarsanız sistemin kalitesi yükseliyor bu sefer volüm, üretim düşüyor. Dolayısıyla bu aradaki dengenin nasıl yapılacağı aslında sistemin temeli. Modeller bu arada değişecek zaten, burada hak ediş sisteminde hesaplama şekilleri belli, modeller kalibrasyonlarına göre fark gösterecek. Bazı modeller veya bazı üniversiteler volüme ağırlık verecek, bazı kurumlar değere ağırlık verecek. Peki, bunlar nasıl belirlenmeli? Bunların hepsinin sabit bileşenlere, sabit paydaşlara bölmek lazım, volüm kriterlerini netleştirmek lazım öncelikle. Bir üretilen kaynakların kredisi vardır, kişi ne kadar kaynak üretti. İkinci volüm kriteri de bu kaynağı üreten kişilerin kadro, unvan katsayılarına göre hak ediş farklı olmalıdır. Yani bir uzman ile bir profesörün yaptığı işin hak ediş tabii ki aynı olamaz.

Değer kriterleri nasıl olmalı? Yapılan işlerin değerleri aslında bir yıl ölçülebilmeli, hataları veya komplikasyonları net olarak değerlendirilebilmeli ama başta anlattığım sorunlardan dolayı klinik uygulama rehberleri veya bilimsel doğrulama standartlarımız ulusal veya uluslararası ortak paydaşlarımız olmadığı için elimizde yok. Biraz daha kaba değer kriterlerini kullanmak zorundayız. Mesela hastane kalite performans kredisi, bölüm kalite performans kredisi, bölüm maliyet muhasebesi katsayısı, bölüm çalışan memnuniyeti katsayısı, bölüm hasta memnuniyeti katsayısı gibi ancak bireysel değerlendirmeye eğitimde değerlendirebiliriz, bireysel eğitim değerlendirme katsayısı, yani çok iyi eğitim hizmeti veren, ders anlatan bir hocamızla derste hiç kimsenin girmek istemediği bir hocamızın da bir değer farkı olmalı mutlaka. Yoksa herkes haftada 50 saat ders anlatarak performansı doldurmaya çalışacak. Bunun için de bazı yönetmelik ve cetveller çıkması lazım kurum içinde. Az önce saydığım volüm ve değer kriterlerinin yönetmelikleri çıkacak. Ama tasarladığımız sistemde üç katman var, birincisi, kapsamı tarif edecek kapsam. Bunun YÖK tarafından çıkartılması gerekiyor, Yasada YÖK'e bir yönetmelik çıkarması gerektiğini emrediyor. Bu yönetmeliğin tabii içeriği tartışmalı, birazdan o katmanlara gireceğim. Ana katmanı YÖK'ün tanımlaması hem üniversitenin özerkliği açısından hem de üniversite kurumlarının birbirinden çok farklı fonksiyon ve rollerde olması durumundan dolayı tek bir standart yönetmelikle yönetilmesinin çok zor olacağı kanaatindeyiz. Yani bugün yeni açılmış bir üniversitenin yaşam mücadelesi ile yüzyıllara dayanan bir İstanbul Üniversitesinin yaşam mücadelesi çok farklıdır. Aynı yönetmeliğe sığdırmamız, aynı hak edişe oturtmamız çok zor gerçekten. İkinci katman da, yöntem. Bu üniversite bu kapsamdaki yöntemi nasıl uygulayacak? Bu da üniversite tarafından çıkartılmalı. Daha önceki yapılan

toplantılarda, Üniversite Hastaneler Birliğinin toplantısında da, çalışma grubunda da bu kapsam ve yöntemin tüm üniversite tarafından bağlayıcı olması, tıp fakültelerine özgü bir performansta olmaması konusunda bir fikir birliği oldu. Aslında yasa da onu öngörüyor. Yani bu çıkan Yasaya göre bir hukuk fakültesi, bir mühendislik fakültesi de bu tür bir çalışanlarına geri ödeme, ek katkı sistemi kurabilir. Orada da katman üçteki bu kalibrasyon ve cetveller katmanına fakülte ölçekli çıkarılması ön plana geldi. Nasıl olacak katman üçte? Aslında ana sistemdeki a, b, c, d puanlamalarında fakülteler kendi özelliklerine göre nasıl bir sistem kuracaklarını tarif edebilirler. Son altı ayda bizim İstanbul Üniversitesinde kurduğumuz buna benzer bir performans sistemi var, Uzaktan Eğitim Fakültesinde. Biz sadece uzaktan eğitimde b puanı üzerinden bir geri ödeme yapıyoruz öğretim üyelerimize ve öğretim üyelerimiz son derece teşvik olmuş durumdadır. Şimdi bunu tanımlarken hangi verileri kullanacağız? Bir kere öğretim üyesinin özellik ve rollerine bakmak lazım. Birçok tanım var, işte öğretim üyesinin üç fonksiyonu vardır, beş fonksiyonu vardır, yedi, dokuz kadar gördüm ben, dokuz fonksiyon tanımlıyorlar öğretim üyesine ama uluslararası standartta dört temel rolü var bir öğretim üyesinin. Birincisi, varlık sebebi olan yeni doktorlar yetiştirmek. Ve bir diğer varlık sebebi, en son balon, araştırma ve deneysel işlemler. Bu ikisi bir çalışanın öğretim üyesi olması sıfatının temelleri. Buradan yola çıkarak yeni yetiştirdiği doktorları bir üst kademede lisansüstü eğitimi alarak yeni uzmanlar yetiştirmek, bir diğeri de bu gösterdiği eğitim faaliyetinin pratik uygulamasını da hem eğitim hem de üst düzey hizmet araçlı göstermesi. Dolayısıyla ortadaki iki sarı yuvarlak eğitim ve hizmetin birbirinden ayrılmaz parçası. Son tartışmalarda işte tıp fakülteleri hastaneleri eğitim hastanesine dönüştürülecek, şimdi iyi bir eğitim vermek için iyi hizmeti vermek lazım. İyi hizmetin verilmediği yerde iyi bir eğitim de olmayacaktır. Bugün yurt dışındaki örneklerde marka olmuş birçok uluslararası üniversite hastanesi eğitimin de, hizmetini de gerçekten en iyi olduğu yerlerdir. Önümüzde çok net örnekler var.

Peki, sistemde teşvik nasıl olacak? Dört rolü belirledikten sonra kişilere bu dört rol arasında seçim hakkı tanımak lazım. Onun için de bu dört role göre ayrıştırılmış geri ödeme sistemlerinin olması gerekiyor. Bunlar da kaynak üretimi ve kaynak tüketimi oranlarına göre yapılması lazım. Bu dört rolden sonra kişilere dört ayrı kalemden de ödeme yolu açılırsa kişiler bu sistemler arasındaki geçişleri ve motivasyonları kendileri kuracaktır. Bugün bir cerrahın dört tip tanımı var üniversitede. Çok iyi lisans öğrencisi, yeni doktor yetiştiren cerrahlar vardır, çok iyi yeni uzman yetiştiren, lisansüstü eğitimi çok iyi veren, bir kişiye nasıl ameliyat yapması gerektiğini, nasıl hasta bakması gerektiğini çok iyi öğretebilen cerrahlar vardır, klinik uygulayıcılar. Cerrahi virtüözler denen cerrahi teknik, modarite cihaz geliştiren cerrahlar vardır, bir de deneysel cerrahlar vardır, sadece deneysel araştırmalar amaçlı hayvan deneyleri veya laboratuvar çalışmaları yapan. Bu dört ayrı tipin de, fonksiyonun da dört ayrı hak ediş kaleminin olabilmesi gerekir. Onun için de aşağıdaki yuvarlaklara bakarsak kişilerin kurumsal aidiyetine bağlı olarak bir geri ödeme olması gerekiyor. Onun dışında gelir getirici hizmetlerine bağlı ayrı bir ödeme sistemi, kişilerin verdiği eğitim yeni bir kaynak üretimi olduğu için bir geri ödeme sistemi, yaptıkları bilimsel çalışmalar, kurumun bilimsel ve marka değerini yükseltip, talebini arttırdığı için kuruma dolaylı kaynak getirisinden dolayı bir geri ödeme sistemi olmalı. Ama bunların önemli olan kalibrasyonları. Şimdi birinci katmanı tanımlamış olduk burada, sistemin hangi paydaşlardan oluşacağı. İkinci katman, bu sistemin nasıl işleyeceği, nasıl işleyeceği bu slaytta gözükyor. Girdiler ve çıktılar tanımlanarak kişilerin hangi yollardan, hangi amaçlarla, hangi fonksiyonlarla, hangi gelirlere tabi olacağını tanımlanması. Çünkü mali disiplin açısından kişinin hak edişinin her türlü üretimi artı aldığı paranın da her türlü kaydının gösterilmesi lazım. Bu ikinci katmanda bunun gösterim yolları tanımlandıktan sonra üçüncü katmanda da rakamların nasıl üretileceği, yani kurum içinde, fakülte içinde çarpanların, ağırlıkların değerlerin nasıl oluşacağı katmanı önemli. Burada kişilerin fonksiyonel iş yükleri, sekiz saatlik bir mesai içinde yapabileceği fonksiyonel işler, anlatabileceği dersler, bir dönem içinde yapabileceği bilimsel araştırmalar belli bir fonksiyonel iş yükü hesabına göre denkleştirildikten sonra sekiz saat boyunca ameliyat yapan

bir kişinin alabileceği standart hak edişle sekiz saat boyunca ders anlatan bir kişinin alabileceği standart hak edişler matematiksel olarak belirlenip, eşdeğer bir takvimde toplanıp kişilere bir sistem çıkacak. Bu sistem ise en alttaki üçüncü katmanı fakültelerin yapmasını öngördük. Değerlendirme için kurum kalite performans, yani yapılan işlerin de nasıl ölçüleceğinin mutlaka belirlenmesi lazım. Ama bu daha sonra arkadan gelecek bir iş, Dolayısıyla bu hak edişlerden sonra da kişinin net hak ediş kredisi artı dönem ek ödeme katsayısı dediğimiz aslında sabit olmayan kurumun toplu performansına, toplu kazancına göre kişilerin alabileceği miktarın artabileceği ya da azalabileceği bir sistemde, yani etkileşimli paylaşım modeli deniyor buna, şu sistemde en dıştaki balon büyürse içerdeki en küçük balona kadar giden hak ediş artacaktır. En dıştaki balon küçüldükçe içerdeki balon ne kadar büyüse de toplu etkileşimli paylaşımından dolayı herkesin bölene azalacağı için toplu olarak azalacaktır. Dolayısıyla bir kurum kültürü, kurumsal beraberlik, ortak adım atma bilinci otomatikman yerleşecektir. Maliyet analizi bunun en önemli noktalarından birisi. Çünkü para bir kaynak değildir tanımlamada, para kaynaklar arası bir takas aracıdır. Dört doğal kaynağımız vardır dünyada, doğal kaynaklar; insan kaynağı, taşınır, taşınmaz ve zaman kaynağı. Biz bu kaynakların üretim ve tüketim fonksiyonları arasındaki değişimlerinde parayı takas aracı olarak kullanırız. Eğer bir kurum paradan dolayı eksiye düşüyorsa kaynak yönetiminde bir sorun vardır, gereksiz kaynak tüketimi vardır, üretimi ona göre başaramıyordur. Dolayısıyla maliyet muhasebesi bunun vazgeçilmez bir ölçüğü, bu kaynaklar arası takas sistemini görmek için, kaçakları görmek için mutlaka sisteme katılmak zorunda. Burada kısa örnekler var, bunlara çok girmeyeceğim, işte A kredisi nasıl hesaplanır, B kredisi nasıl hesaplanır? Önemli bir sorun var burada, biz free for service'de SUT'tan dolayı gelen paramızı dağıtımına esas kullandığımız için SUT ile bazı uyumsuzluklar ve anlaşmazlıklar çokça tartışılıyor, SUT aslında bizim hak edişimiz ücretlendirme yöntemi ama oradaki standart kodlarda hekim hak edişinde de SUT kodlarını kullanıyoruz üretimden dolayı. Bu gelen paraya göre kişilere verdiğimiz puanlama var, aslında bu tabip hizmet, tabip muayene işlemler kredisi cetveli SUT'taki parasal mantıktan ayrı bir cetvel. Oradaki yüksek bir ücrete düşük puan, düşük bir ücrete yüksek puan verebiliyor kurumlar. İstanbul Üniversitesi olarak bu puanlamayı da yeniden çalışmaya aldık, kurumsal hedeflere ve kalibrasyona göre yeniden bir puanlama çıkaracağız ki her kurum kendince çıkarabilir. Aynı bir sorun yöneticinin fazla mesaisi, hadi çalışanı bunlara teşvik ettik, yöneticiyi nasıl teşvik edeceğiz? Yeni çıkan kanunda yöneticiler, üniversite yöneticileri biraz arka plana atılmış durumda Sağlık Bakanlığı yöneticilerine göre daha düşük ücretle tanımlanmışlar. Bu aslında yasa içinde bir çelişki getiriyor. Benzer görevi yapan iki kadrodan birine düşük verilmiş bunun mutlaka düzeltilmesi lazım. Tavan ek ödeme tutarları nasıl belirlenecek bu zaten kanunla belirleniyor tavan ek ödeme tutarları. Biz bu sistemi temmuz ayında uygulamaya almayı düşünüyoruz İstanbul Üniversitesinde. Çünkü bu sistem tam günde olsun, şu andaki yasada da olsun ikisi de uygulanabilir bir sistem. Aslında döner sermaye geri ödemesi kişilerin katkı oranına göre yapılması gereken bir ödeme ama şu an birçok üniversitede işte bütün öğretim üyelerine % 200 verelim gibi bir sistem uygulanıyor ki bu aslında kanunun mantığı ile ters, çünkü işler katkı oranında geri ödeme almaları gerekiyor. Dolayısıyla bu sistem kişilere katkı oranında geri ödeme yapabilmek için ne kadar katkıları olduğunu ölçecek bir sistem.

Çok teşekkür ediyorum, saygılarımı sunuyorum.

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

Alper Bey'e çok teşekkür ediyoruz. Alper Bey, gerçekten "geri ödeme yöntemi" olan hizmet başı ödeme yöntemimizin performans sistemi kurgulamasındaki en önemli dezavantajlarımızdan bir tanesi olduğunu ifade etti, kullanacağımız puanlama sisteminin de bu nedenle revizyondan geçirilmesini belirttiler. Sağlık Bakanlığı sistemini değerlendirdi, bize gerçekten bilimsel bir temele dayandırdı ancak uygulama alanında sanki bir üretim sistemi olarak algılandığını ifade ettiler. Tam gün ile beraber yöneticilerin mesai sonrası düzenlemeleri nasıl olacağı konusunda dikkat çektiler, bu Sağlık Bakanlığı açısından da geçerli bir şey, Sağlık Bakanlığı için de yöneticilerin mesai sonrası bir düzenlemeye ihtiyacı var. Çok teşekkür ediyoruz, Hocam. Tabii, buyurun,

Ben Şimdi konuşmalarını yapmak üzere Gazi Üniversite'nden Doçent Doktor Orhun Çamurdan Bey'i davet ediyorum, buyurun Hocam.

Doç. Dr. Orhun ÇAMURDAN – Panelist

Gazi Üniversitesi

Sayın Başkan, Sayın Katılımcılar, hepiniz hoş geldiniz. Öncelikle Sağlık Bakanlığına bize bu fırsatı verdiği için bütün Gazi Yönetimi adına teşekkür ederek sözlerime başlamak istiyorum.

3 gündür performans sistemi tartışılıyor, biz de Gazi olarak bundan yaklaşık 1,5 yıl önce bir performans sistemi kuralım ve bu doğrultuda hem kalitemizi yükseltelim hem de dağıtılabilecek kadar bir katkı payı dağıtımında esas teşkil etsin bize diye yola çıktığımızda olayın kalibrasyonunun ne kadar zor olduğunu gördük. 3 gündür zaten tartışılıyor, bu noktalara hiç girmeyeceğim ve şunu hedefledik sonuç olarak; veri toplamak gerçekten güç, elimizde belli veriler vardı, belli ulaşılabilir veriler vardı, biz bunlar çerçevesinde modüler bir sistem oluşturarak, sonuçta “öğretim üyelerimize katkı payı dağıtım sistemimizi” kurduk. Modüler kurduk, çünkü biliyorduk ki, gelecekte, nitekim bu Toplantı da onun bir örneğidir, “performans” başlığı altında yer alan öğelerin kalibrasyonu gerçekleşecekti, bunu gerek Kurum bazında biz ilerletecektik gerek Türkiye çapında ki, istenen aslında odur, genel bir standardizasyon ile “performans öğelerinden değerlendirilebilir olanların sayısı giderek artacaktır”. Dolayısıyla ben burada öncelikle uygulamakta olduğumuz sistemi aktarmak istiyorum ancak akıllarda kalmasını isteriz ki, sistem modülerdir ve belli prensipler, gerek kurum bazında gerek ülke çapında bir araya getirilip değerlendirmeye alınabildiği takdirde modüllere eklenebilir özelliğe sahiptir.

Tabii, bu sistemi kurarken belli şeylere dayanmalıydık, nelerdi bunlar; ilgili mevzuat var, hepimizce malum, YÖK Kanunu’nun 58. maddesi ve 18 Nolu Tebliği, şu anda “tam gün Yasasından” söz etmiyorum çünkü henüz gündemde değil ama ancak elbette ki, sistemlerimizi bu Kanununa adapte etmek durumundayız. Gazi Performans Sisteminde, hesap dönemi her ayın başı ile sonu arasındır. En önemli özelliğinden biri; performans sistemine aktarılan meblağ, hastanenin o ayki gelir ve giderine göre düzenlenir, neden böyle? Sabit dağıtım sistemi kurulduğu takdirde hastane zararda iken bile ödeme yapılmasını gerekli kılma riski vardır, yönergemize eğer belli bir gelirden şu kadar katkı payı dağıtılır diye bir şey koyarsanız, bir madde koyarsanız o ay hastane zararda olsa bile kanunen siz bunu öğretim üyenize dağıtmak zorundasınızdır. Yine bir avantajı, elbette ki, İdareye bir esneklik sağlamaktadır, İdare gelir-gider dengesini gözeterek aylık, dinamik, öngörülemeyen şeyleri de hesaba katarak gelir-gider dengesini gözetmek zorunda. Yine, hesaplar, bu hesaplama sistemi; her ay dağıtılacak katkı paylarının dinamik olmasını sağlayacak nitelikte olmalıdır, neden demek istediğimi az sonra sistemin ayrıntısına geçtiğimde yeri geldikçe açıklayacağım.

Gazi Performans Sisteminde doktorların dağıtılacak meblağdan alacakları payların belirlenmesinde “katsayı sistemi” uygulanır yani sonuçta, hesaplamalar neticesinde elde edilen şey para değildir, bir katsayıdır. Herkes belli çerçevede hesaplanmış katsayılarıyla sisteme gelir, ortadaki pasta bellidir, İdare bunu o ay için öngörmüştür, herkes kendi katsayısı doğrultusunda o pastadan payını alır. Kişisel performans üzerinden hesaplama yapmak durumundayız çünkü mevcut mevzuat bize bunu öngörüyor, “havuz sistemi”; bu bölüm şu kadar kazandı o halde doktorları şu kadar pay alsınlar, bu mümkün değil, şu anki mevcut mevzuat itibariyle dolayısıyla kişisel performans hesaplamak durumundayız. Genel algoritmayı gözden geçirdiğimizde, şöyle kafamızda canlandıralım. Bir hesap dönemi, faturalar kesilmiş, belli, bu faturalarda yer alan hizmetler belli, paket içi, paket dışı, bütün bu hizmetlerin çok büyük bir tabloya alt alta dizildiğini hayal edelim, işte, burada Gazi Performans Sisteminde her bir işlenen hizmet için bir kazanç katsayısı hesaplanmakta, tabii ki, bu hizmeti yapan doktorlar var. Bu hizmetleri koca tabloda hangi doktor hangi hizmetleri yapmışsa karşılığın gelen hizmetler o doktorun hanesine işlenmekte, katsayıları ve bundan bir doktor hak ediş katsayısı

çıkarmakta ve işte doktor sırtına bu hak ediş katsayısını alarak ortadaki pastadan pay talep etmektedir. Sistemin ana prensibi budur. Tabii bir sistem kuruyorsanız bu sisteme hizmet edecek veri sistemini de kurmalısınız. Hastanelerde bu noktadaki veri sistemi hasta kabul ve hizmet girişleridir. Tabii eskiden Medula'ya bir hesabı göndermek için elimizde olması gereken tek değer bu hizmetin yapılmış olduğunu gösterir, fatura ve hangi bölümde yapıldıysa o bölümün ana bilim dalı başkanı ile göndermekteydik. Tabii ki bu performans sistemine uygun bir veri girişi değildir ve biz bütün sistemimizi revize etmek durumunda kaldık, veri giriş sistemimizi. İsteyen bölümün belirlenmesi zaten sistemimizde vardı, otomatik olarak geliyordu. İşlemi isteyen doktorun belirlenmesi de çok kolaydı, sonuç itibarıyla hastanın sahibi doktordur, işlemi yapan bölümün belirlenmesi noktasında bir iki revizyon gerekti. İşleme işlemi yapabilecek bölümlerin eşleşmesini yapmak durumunda kaldık. Öyle ya bir MR tetkikini elbette ki bir çocuk endokrinoloğu yapamazdı. Esas müdahale ettiğimiz bölge hasta kabul ve hizmet girişlerinde alt işlemlerin diğer bir deyişle sarf malzemelerinin üst işleme bağlanması, ayrıntısına gireceğim ve işlemi yapan doktorun belirlenmesi noktasında otomasyon sistemimizi kullandık, oldukça kompleks bir yapı ancak başardığımızı inanıyoruz. Alt işlemin üst işleme bağlanmasında ne yaptık? Örneğin bir adet enjektör girmeye çalışıyor sekreteryaya hastanın hesabına. Peki, ama bu enjektör bu hastanın hesabındaki hangi hizmet için kullanıldı. MR tetkiki sırasında açılan bir ayrı girişim için mi? Yoksa endoskopi sırasında yapılacak lokal anestezi için mi, ne için kullanıldı? İşte bunun belirlenmesi noktasında sekreteryanın önüne bir ekran çıktı bu enjektörü girmeye çalışırken ve hastanın hesabında bulunan ve üst işlem niteliğinde olabilecek hizmetler ki bunları biz belirledik bütün hastanemizde yer alan yaklaşık 16 bin hizmeti defalarca taradık çeşitli kategorilerde. Burada da işte üst işlem olabilecek hizmetleri belirledik, sekreterin önüne bu hizmetleri getirdik ve bu enjektörü hangisi için giriyorsan onu seç dedik. Ne işe yarayacağını az sonra zaten göreceğiz.

Hizmeti gerçekleştiren doktorun belirlenmesi noktasında yine bu sisteme özel olduğuna inandığımız döngü sistemini kullandık. Nedir? Tabii bir fikir şudur; hizmeti gerçekleştiren doktor sisteme adını kaydetsin. Bu bir fikirdir, bu bir alternatiftir ancak biz tartışmalarımızda bunun çok da iyi fikir olmayabileceğini, öncelikle şunu ifade edeyim burada söylediğim hiçbir şey dogmatik değildir, elbette ki tartışmaya açıktır ve her birim Alper Bey'in de ifade ettiği kendi dinamikleri çerçevesinde kendi sistemini kurar. Ancak biz de biz doktorun kendisinin işleminin çok uygun olmayacağını düşündük. Neden? Birincisi, sekreter ve doktor için bir zaman kaybıydı bu. Ben bu işi yaptım, kızım bunu kaydet veya ben bu işi yaptım, gideyim bilgisayarımın başına oturayım bu işi kaydedeyim veya ay sonu gelsin ben hangi işleri yapmışım diye hatırlayayım ve kaydedeyim. Bu bize çok reel gözükmedi. Bir de en önemli noktalardan bir tanesi de iş barışının bozulma riskiydi. Bugün polikliniğe kim bakacak, bugün MR'ları kim raporlayacak, o doktor üç saat oturdu, bu doktor iki saat oturdu. Bu tartışmaların olmaması için biz bir döngü sistemi kurduk, ayrıntılarına şimdi geçiyorum.

Döngü sistemi nedir? Polikliniğe başvuran veya yatışı verilen hastalara, yani hasta kabul, ilk hasta merhaba diyor hastaneye. Bu esnada gelen hasta ise o bölümün, yani ben bir pediatriyim, genel pediatriye başvuruyorsa o bölümün bütün öğretim üyeleri, bir branş veya departman hastasıysa ben pediatrik endokrinoloğum, pediatrik endokrinolojiye başvurduysa sadece pediatrik endokrinoloji doktorları arasında, tabii veri sisteminin tabanında bunlar tanımlandı tek tek, Orhun Çamurdan nerede çalışır, Peyami Cinaz nerede çalışır ve benzeri. Bu doktorlar arasında döngüsel olarak bir dağıtım söz konusu otomasyon ağına. Şu andan sonra söyleyeceğim her şey aksi belirtilmedikçe otomasyon ağı tarafından gerçekleştirilmektedir, manuel müdahale yoktur. Nedir? Bir takım ayrıntıları var tabii, hasta eğer konsulte edilmeyi istediği doktoru daha girişte beyan ederse, yani ben şu doktora muayene olmak istiyorum. Elbette ki bu hasta hakkıdır, sekreteryaya işte burada

eğer istiyorsak, sisteme müdahale eder, oraya o doktoru yazar ve o yazdığı takdirde sekreteryaya yazdığı, yani o alanı doldurduğu takdirde artık döngü sistemi çalışmaz, artık o hastaya o doktor bakmakla yükümlendirilir. Peki, sistem bir doktoru atadı, o hastaya sen bakacaksın dedi ama bir şekilde o öğretim üyesi görmedi o hastayı. Ne olacak? Onun da çözümü basit, gören doktor bu kez sekreteryadan ben bu hastayı gördüm ama bir başka doktora yazılmış, onun yerine beni yaz dediği takdirde de sistem bu ezmeye de elverişli. Bu tür değişimlerde şunu öngördük, aslında bir pusula imzalasalar iyi olur dedik, uygulamada bunun çok da gerekli olmadığını görüyoruz ancak bizim için önemli olan şey şu ki, sekreteryaya müdahalelerini arka planda loglarını tutarak yarın bir gün bir itirazı olduğu zaman, Orhun Çamurdan gider de; niçin bana beş hasta alındı da Peyami Hoca'ya 15 hasta alındı dediği takdirde kalan 10 hastanın sekreteryaya müdahalesi maharetiyle diğer hocamıza aktarıldığını gösterebilecek güçte sistemimiz.

Hasta başvurdu, bir doktora atandı, daha doğrusu bir doktor hastaya bakmakla yükümlü kılındı ardından bu hastaya hizmetler giriliyor. Peki, bu hizmetleri, bu işlemleri kim yaptı? Bunu nasıl belirliyor sistem? Tüm hastane çapında hizmeti gerçekleştirebilir doktor listesi yapıldı. Örneğin bir MR sadece radyoloji uzmanları tarafından yapılabilir, bu sistemde tanıtılmış vaziyette ve hatta radyoloji uzmanları içerisinde de MR'a bakanlar, ultrasona bakanlar ve benzeri ayrışmalar hepsi sisteme tanıtıldı. Hastanın konsültanı olan doktor, yani hastanın sahibi doktor girilmekte olan hizmeti gerçekleştirebilir olarak tanımlandıysa döngü sistemi çalışmaz ve bu hizmet direkt olarak o doktora atanır. Şöyle ki, yine kendimizden örnek verelim; bir hasta geldi, Orhun Çamurdan'ın hastası olarak belirlendi, bu hastaya bir muayene yapılacak, bunu kim yapacak? Sistem gidiyor, Orhun Çamurdan bu muayene hizmetini yapabilir doktorlar arasında mıdır diye soruyor, “evet” cevabı almasının üzerine hiçbir döngü sistemi olmaksızın Orhun Çamurdan bu hastayı muayene etmekle görevli kınıyor. Ama hastaya bir MR mı giriliyor? Orhun Çamurdan bunu yapabilir mi sistem soruyor, cevap “hayır”, kimler yapabilir diye ayrı bir bölgeye gidiyor ve MR'a tanımlanmış doktorlardan döngüsel olarak sıra kimdeyse geliyor ve o doktoru görevlendiriyor. Döngü sisteminin faydası ne? Her doktorun bu sistemden faydalanma şansı eşit ve farklı öngörülebilecek hizmeti gerçekleştiren doktor adına kaydetsin diyenlere de bir itirazı yok bu sistemin. Her zaman için gerek deklarasyonda gerek sonradan bu sistemi ezip, sekreteryanın ilgili doktoru girme şansı her zaman var. Varsayımı ne? Hastaya veya hizmete ataması yapılmış olan doktor bu hastayı veya hizmeti gerçekleştirmek ya da konsülte etmekle yükümlü kalınmaktadır. Hastayı karşılayan asistanın görevi, fakülte işlerinde malumunuz böyledir, hastayı karşılayanın asistanın görevi sistemde ilgili konsültanı bulup o hastayı o konsültana danışmaktır. Bunu bulması da sistemde yaklaşık beş saniyesini almaktadır. Ayrıntılara girecek olursak; bir personel modülü kurmak zorunda kaldık çünkü hoca izinde, döngüden düşmesi gerekiyor. Sistem önce gidiyor ilgili doktor izinde mi sorguluyor, izinde değilse yoluna devam ediyor. Doktorlarla çalıştıkları bölümleri eşledik ve eğer örneğin cerrahi branşlarda gruplar halinde çalışıyorlarsa grup ve çalıştığı günü belirledik. Öyle ya pazartesi günü cerrahiden A grubu çalışıyorsa pazartesi günü başvuran bir hastaya eğer deklere etmiyorsa B grubundan bir doktoru atamak çok uygun olmazdı. Mevzuat ve hukuki açıdan değerlendirdiğimizde bunun tartışmaları gerçekten aramızda çok yapıldı; sistem konsültanı kendisine atanan tüm hastalar ve hizmetlerden sorumlu tutmakta. Bunun ne gibi bir sakıncası olabilir? Bazı öğretim üyeleri dediler ki, ben haberim bile olmuyor, siz bana atamışsınız bu hastayı, bakmadım ki ben buna! Sistemin getirdiği ek bir yükümlülük yok, eskiden anabilim dalı başkanını yazıyorduk, şimdi artık bütün öğretim üyelerini bu hukuki sorumluluğu dağıtmış oluyoruz. Ve bir de her ayın sonunda doktorlarımıza elektronik ortamda elbette atandıkları hastaların hizmetlerin dökümünü yolluyoruz ve bunları bizzat bilfiil yaptıklarını veya konsülte ettiklerini gösterir yazılı onaylarını alıyoruz. Tıkılıyorlar, yazdırıyorlar, çıktığı alıp, imzalayıp bize gönderiyorlar. İşte bu da hukuki altyapısı olmuş oluyor ve ben bu hastayı görmemiştim ki, niçin bana yazıyorsunuz diyen öğretim üyesi de bu vesileyle bundan kendisini

kurtarmış oluyor, ben göndermedim ki size bundan katkı payı verin diye, ben bu hastayı görmedim deklarasyonu böylece gerçekleşmiş oluyor. Geri bildirimler nasıl oldu, bölümlere yazdık biz böyle bir sistem kurduk, ne diyorsunuz diye. Hepsi tamam dediler, iki tanesi katılmadı ki bunlar esas olarak hasta kabulü değil hizmet bölümleriydi, patoloji ve nükleer tıp bölümleriydi ve onların bir alışkanlıkları vardı, böbrek biyopsilerine şu kişi bakıyor, vücut CT'ye bu bakıyor diyerekten ve alışmışlardı buna, istemediler döngü sistemini, olur dedik ve sekreterleri manuel girişlerini yapıyor. Bir nokta vardı, laboratuvar hizmetlerinin raporlanması noktasında işte performans buradan biraz yaklaştık, daha doğrusu birkaç parametreden bir tanesi de buydu. Laboratuvar hizmetlerinin istenmesiyle raporlanması arasında geçen sürenin hesaba katılması gerektiğini düşündük çünkü bazı hastalarımız laboratuvar hizmetleri nedeniyle çok bekliyordu. Ne yaptık? İstem tarihi ve saati değil, raporlanma saatidir önemli olan katkı payı dağıtımında, performans dağıtımında dedik ve istem saatiyle raporlanma saati arasında geçen süreyi bir optimum süreyi belirledik, bu süre aşımını cezalandırdık demeyelim ama katkı payını azalttık. Bunu kliniklere de uygulamayı çok arzu ediyoruz ancak biz henüz bir konjenital hipotroidi için bir hekimin ayracağı zaman ne kadardır bunu henüz tespit edemedik. Bu noktada zaten üç gündür tartışılan şeyler bir ülke çapında en ince ayrıntısına kadar standardizasyon gerekiyor. Bunları kurumların tek başına yapmalarının çok da uygun olmayacağı kanaatini taşıyoruz. Gazi performans sisteminde hak edişler gelir-gider farkından hesaplanır. Neden böyle? Aslında artık bunu çok da tartışmaya gerek yok ama burada amaç gider kalemlerinin karşılanması için kaynak oluşturmak değil, bu zaten idare bize gelirini, giderini her şeyini hesaba kattı ve alın şu kadar miktarı dağıtın dedi bize. Bizim asıl buradaki gideri hesap etmekteki hedefimiz işte bu performans, bir hizmet ürettin ama bunu kaç mal ederek ürettin, bunun hesabını yapmak. Doktorlarımız arasında bu yönden bir farklılaştırma oluşturarak insanları gider bilincine ulaştırmak. Çok ayrıntıya girmeye gerek yok, malumunuz bir işlem vardır ki geliri 100 lira, 100 birim diyelim, bir başka işlem var geliri 50 birim. Görüntüde A işlemi B işleminin iki katı avantajlı gibi durmakla birlikte gideri hesaba kattığınız zaman aslında yarı yarıya olduğunu düşündüğünüz bir hizmetin diğerinin dört katı kazançlı olduğunu görebiliyorsunuz. Neden? Gideri çok daha düşük olduğu için! O halde dedik sırf gelir üzerinden dağıtılsa bu iş olmaz, kişiler arasında adaletsizliğe neden olur, geliri 100, gideri 90 olan bir hizmetle geliri 50 olmasına rağmen gideri 10 olan bir hizmetin karşılaştırmasında ilk hizmet avantajlı çıkarsa bu haksızlıktır. Yine iki farklı doktoru ele alalım; aynı işi yapıyorlar, 100 birim geliri olan bir işi bir doktor 90 birim giderle gerçekleştiriyor, diğeri 50 birimle giderle gerçekleştiriyor. Eğer biz bu iki doktora aynı katkı payını verecek olursak elbette ki "aynı işi daha ucuza mal etmiş", bu cümleyi açacağım biraz, doktor adına haksızlık olur. Tabii şöyle eleştiriler oldu; bu kez kalitesiz hizmet vermek yolunda öğretim üyelerinin eğilimi olabilir, siz öğretim üyelerini buna teşvik ediyorsunuz gibi eleştiriler geldi. Doğrudur. Ancak şunu da gördük ki, aldığımız eğitim gereği buna yönelen öğretim üyelerine hemen hemen hiç rastlamadık, herkes sonuç itibarıyla hastasına iyi olabileceği yönündeki en iyiyi verme konusunda bir tasarrufta bulunmadı. Ama eskiden üç eldiven kullanırken bir eldiven kullanmaya başladı. Bir örnek vermekte sakınca yok, nükleer tıp hocasının bir telefon görüşmemiz, radyofarmasotikleri maliyet hesabına katıyor musunuz, doğru mu? Doğru hocam, ya hay Allah ben eskiden onları hiç bakmadan imzalarım bari dikkat edeyim! Yani bu bilinci doğurmuş olmak bile bu sistem için çok ciddi bir avantajdır kanaatindeyiz. Sonuç; ayrıca şunu da ifade etmek isterim; bir laboratuvar kiti, bir malzeme bunların hepsi yurt dışından alınan malzemeler, bunları hesaba katmakla ve bunları az kullanmaya teşvik etmekle sonuç itibarıyla ülke ekonomisine de ciddi bir katkı sağlanacağı kanaatindeyiz. Maliyeti niye hesap ediyorumuz? Bunu yaptık.

Şimdi, gelir tanımında ne kullanılmalı? Bu gerçekten çok basit gibi gözükmekle birlikte çok kompleks bir soru aslında. Aklın yolu bir, işlemin zorluğu, süresi, riski, sorumluluk yüklenme düzeyi, hasta memnuniyeti vesaire. Bunlar elbette ki etkilemeli, ancak bu işe başladığımızda en önemli

sorunumuz buydu. Bu tür parametrelerin belirlenmesi neleri hesaba katar, hangi parametreler ve farklı parametrelerin farklı işlemler içerisindeki payı, bir apandisit ameliyatında hasta memnuniyeti ne kadar önemlidir, bir by-pass ameliyatında ne kadar önemlidir? Birisi çok daha ölümcüldür, öbürü çok daha yüz güldürücüdür, o halde hasta memnuniyetinin bu hizmetlerdeki, bu işlemlerdeki katsayı payı daha mı az olmalı? Hangi muayene daha değerlidir? Göz muayenesi mi, nöroloji muayenesi mi? Aramızda göz doktoru ve nöroloji doktoru varsa bir tartışınlar bakalım, hangi muayenenin daha değerli olduğu noktasında. Ben bir çocuk endokrinoloğu olarak çocuk endokrinoloji muayenesinin bir göz muayenesinden daha basit olduğunu kabul etmem. Hangi girişim daha değerli? Apendektomi mi, troidektomi mi yoksa bir koroner artere stend takılması mı? Çok zor, gerçekten çok zor ama yapılır, yapılmalıdır ama ülke çapında belli standardizasyonla ve ciddi bir ekiple yapılmalıdır. Neler olabilirdi? Bu tür parametrelerin sisteme tanımlanması esnasında, yani veri oluşumunda ve tu verinin doğruluğunun denetlenmesi süreci oldukça sıkıntılı bir süreç. Hasta memnuniyeti, olur tanımlayalım ama nasıl? Sekreteryaya diyelim ki, çıkan hastalara sor, bakalım memnun muymuş? Neye göre memnun? Riskli girişimler yapılan bir yerde elbette ki hasta memnuniyeti çok iyi olmayacaktır, ha o halde orada farklı bir standardizasyona gidilmelidir. Sekreter bir şey girdi, acaba kendi bölümünü korumak adına devamlı çok iyi, çok iyi, çok iyiyi mi işaretledi? Bunları ölçmek gerçekten zor. O halde gelir tanımında kullanılacak kriterler tanımlı, objektif bir kriterler bütünü olmalıdır. Bunlar tartışmalarımızı yüksek sesle burada ifade ediyorum. Mümkünse bu tanım idare dışında bir erk tarafından belirlenmiş olmalıdır. Öyle ya siz o bölümü kayırdınız, siz bu bölümü kayırdınız. Hayır! Şu erk belli etti, ona uydum! Bu daha kolay bir şey. Gider tanımı parasal karşılığı olan bir şey olduğuna göre gelir tanımı da parasal bir karşılığı olmalı, çünkü bir şeyden bir şeyi çıkartacaksınız. İkisinin de birimi aynı olmalıydı. Ne yaptık? SUT fiyatlandırmasına baktık, puan değil fiyatlara! Geçerliliği, yurt çapında kabul edilmiş en önemli geri ödeme sistemi. Hakkaniyeti, tartışmaya açık, bir endoskopinin değeri gerçekten öyle midir? Bir apendektomiye kıyasla ama Türkiye'ye uyarlanabilmiş bu da çok önemli. Uluslararası standartları birebir Türkiye'de uygulamaya kalkarsak sıkıntıya uğrayacağımız kanaatindeyiz. Türkiye'ye uyarlanmış, objektif, dayanağı olan şu an için tek kaynak olması itibarıyla Gazi Performans Sistemi gelir tanımlanmasında SUT fiyatlandırmasını kullanmıştır. Gideri nasıl tanımladık? İkiye ayırdık, işlem bazına yansıtılabilir giderler, yansıtılamayacak giderler. Tabii çok ciddi bir gider analizi ile aslında bütün gider kalemleri işlem bazına yansıtılabilir, bunun farkındayız ama ne yazık ki o kadar vaktimiz yoktu. İşlem bazında kullanacak maliye hesabına kullanacak giderleri faturaya yansıyan ve işlemler için kullanılan ilaçlar ve sarflar, çift kimyasal ve hizmet alım bedelleri ve cihaz, demirbaş giderleri olarak kategorilendirdik. Yansıtılamayacak olanlar nelerdi? Maaşlar, döner sermayeler, elektrik, havagazi, su bölüm için söylüyorum, bunlardı. Derken işlemleri gruplandırdık, şimdi konuşmamın başında o hayal ettiğimiz büyük tabloyu düşünün, hizmetler oraya geldiler, işlemler geldiler şimdi bunları gruplandırıyoruz. Yatak ücretlerine y diyoruz, ilaçlara d, sarflara m, malzemen, raporlama sırasında yorum gerektirmeyen, ne olduğunu az sonra söyleyeceğim, laboratuvar işlemlerine l, bunun haricinde bir hizmet saat 14.00'e kadar yapılmış ve gelir getirici bir hizmetse s, sabahtan uyarlanmış ve 14.00 sonrası yapıldıysa, hatırlayınız mevzuatı 14.00 sonrası ve öncesi işlemleri ayırır, buna da p, yani performans hizmeti olarak adını koyduk. Ve tabloya her hizmetin yanına bu harfleri yerleştirdik. Algoritma devam ediyor, algoritmamız 42 adımdan oluşur, modüllerdir ve dediğim gibi her modül istendiği takdirde çıkartılıp yerine bir başkası veya bir katsayı ile yeni bir modül eklenebilir. Laboratuvar işlemlerini gruplandırırken eğer yorumunu gerektiriyorsa bu hizmet oradan bir katkı payı sağlanacak. P işlemleri nasıl belirlendi? Mesai saatleri içinde saat 14.00 sonrası, hafta sonu da tümü olmak üzere ve ama tabii bunu yine mevzuatı hatırlayınız, mevzuat şunu der; idare gün içinde veya hafta sonu yapılan hizmetlerin güne uygun şekilde yayılmasını sağlamakla yükümlüdür. Biz bunu birebir sağlamakla yükümlüdür olarak algılayıp, 14.00 sonrası yapılan hizmetler ve 14.00 öncesi yapılan hizmetlerden birebirden daha fazla olamaz felsefesi içerisinde bir sistem kurduk. Algoritmamız başladı, gelirimizi işaretledik, maliyetimizi işaretledik ve yolumuza devam ediyoruz. İşlem bazında gelir, SUT fiyatını koyduk,

işlem bazında gideri nasıl yapıyoruz? Sarf malzemeleri, ilaçların giderleri belli, bunlar sistemde otomasyon ağında var ve bunları gider hanesine yazdık. Derken ilaç ve sarf malzeme giderlerinin kullanıldıkları işleme yansıtılması noktasına geliyoruz, hatırlayınız; alt işlemi üst işleme bağlamıştık. Biz bir enjektörün hangi hizmet için kullanıldığını biliyoruz. Örneğin endoskopi için kullanıldı, o halde bu enjektörün gideri endoskopi hizmetinin gideridir diyerek endoskopi hizmetinin gelir hanesi zaten belli, gider hanesine bu enjektörün giderini ekliyoruz.

Kit kimyasal ve hizmet alım giderlerini de giderlere ekledik. Cihaz giderlerini nasıl yaptık? Bütün sistemi, oturduk cihaz envanterimizi çıkarttık, ayniyatın cihaz envanteri ne yazık ki yetersiz oldu bu noktada, alım bedeli çok net değildi, amortismanı belli değildi, yani belli tabii kendi ölçüleri içerisinde belli ama bizim sistemimize hizmet edebilir bir veri değildi, bunları toparladık. Bütün hastanede hangi cihazla hangi hizmetlerin yapıldığını tanımladık. Bir hizmet birden fazla cihazla yapılıyorsa onları tanımladık ve bunların her biri o ay için yapılan sayılarda ve kazançları oranında o cihazın giderinden paylarını aldılar ve işte bu paylarda yine gider hanelerine eklendi. Nereye geldik? Geliri yazdık, gideri yazdık paket hesaplarına, neden paket hesabı yapılmalı? Temel amaç, hedefe optimum biçimde ulaşma noktasında doktorlarımızı yönlendirmek. Paketin geliri 500 iken içinde yapılan hizmetlerin gelirlerinin toplamı 1000 ise veya kazançların toplamı fark etmez. Biz buradan 1000 birimlik katkı payı dağıttığımızda olmaz diye düşündük. Neden? Hastanenin buradan alışması zaten 500, 1000'i nasıl dağıtacaksınız? Olmaz! Ne yaptık? Eğer dedik, gelirler toplamı paket gelirini aşılıyorsa bu gelirleri indirgeyelim. Toplamı 500 olacak şekilde, tabii bu neyi doğurdu, bir de gider hesabımız var. Bazı hizmetler zarara girdiler, geliri azalınca gideri belli, bazı hizmetler zararda. Bunları ne yaptık? Paket hesaplarında söyleyeceğiz. Peki, paket toplamını aşılıyorsa, yani bir doktor, paketin sahibi doktor bu paketi çok fazla masraf yapmaksızın gerçekleştirdiyse bu doktoru da ödüllendirelim, paket fazlası olarak bir bedel tanımlayalım ki bu belli, eğer paketin içinde yapılan hizmetlerin toplam geliri 450, paketin toplamı 500 ise bir paket fazlası vardır ortada; 50, bunu kime verelim? Paket sahibi doktora verelim ki aynı paketi daha pahalıya mal eden bir doktora göre bir avantaj olsun. Katkı payı dağıtımı, başladık paketin içeriğini incelemeye, değerlendirmeye; sarflar ve ilaçlar var, mevzuat ne diyor? Bunlardan faydalandıramazsınız, kârda mı bunlar? Peki, paket dışına! Kimse hiçbir şey alamaz. Zararda mı? Paket bir ortaklık ortamıdır, bu zararı paketteki tüm hizmetler kârları oranında paylaşmak durumundadır öngörüsüyle algoritmik olarak işte bu 42 adım bunları işliyor, dağıttık. Paket dışı ortamı da aynı biçimde değerlendirdik. Sonuçta ne yaptık? Tabloyu gözden geçirin, o adımlar gerçekleşti, her hizmetin bu çerçevede bir kazancı her hizmetin karşısında var. Bunlara neler yaptık? Laboratuvar hizmetleri için raporlanma süresini esas alarak bir katsayı koyduk. Bir hizmeti birden fazla doktor, bir ameliyat, apandisit ameliyatı, iki tane doktor yapmış, ne yapacağız? Hizmeti çokladık, iki satıra getirdik. Birinci satırda birinci doktor, ikinci satırda ikinci doktor bunları nasıl bulduk? Gidip ameliyathane modülünden o ameliyatı bulduk; birinci cerrah, ikinci cerrah. Birincisine % 67, ikincisine % 33 devam ettik yolumuza. Bir hizmet kesiştiyse ne olacak? Bir ameliyat 11.00'de başlayıp 17.00'de bittiyse ne olacak? Arada bir 14.00 var. O da yine hizmeti çokladık, 11.00–14.00 arası üç saattir, 14.00–17.00 arası da üç saattir, birebir oranında bu kazancı pay ettik. Birisi s oldu, sabah yapılmış oldu 14.00 öncesi, diğeri p oldu, tabii ki p'den faydalanacak. Servis konsültanlarını hesaba kattık ve sonuç itibarıyla bütün doktorları tek tek, Orhun Çamurdan, senin bu tablodaki yerin neresi? Burada, burada, burada, bunların kazançları toplamı kaç? Bu, bunların kaç sabah, kaç öğleden sonra? Bunların hepsini bir tabloya kaydettik ve hesap kitap yaptık. Ne yaptık? Orhun Çamurdan bir muayene diyelim, toplam ay içerisinde, öğleden sonra on muayene yapmış, sabah üç muayene yapmış. Orhun Çamurdan sen katkı payı almak adına sabah biraz oturmuşsun, biraz karikatürize ediyorum ilginizi canlı tutmak adına, sabahları oturmuşsun üç tane bakmışsın, öğleden sonra on tane kusura bakma ben idare olarak bunu güne yaymak durumundaydım, 10+3=13, 6,5 sabah, 6,5 öğleden sonra yapmış sayarım ve

bunların kazançlarını ortalama üzerinden sana veririm. Sabah on tane yapmışsın, öğleden sonra üç, kusura bakma mevzuat bana 14.00 sonrası yapılan hizmetlerden katkı payı verebilirsin diyor, güzel çalışmışsın hepsini, çoğunu sabah yapmışsın ama ne yazık ki öğleden sonra üç tane yapabilmışsın, sana bu üç taneden ancak katkı payı verebilirim mevzuat gereği. Ha yeni tam gün yasasıyla böyle bir sorun yok. Böylece bütün hepsi toplandı, geliyoruz bölüm performans katsayısına. Doktora hak ediş katsayısı. Bölüm performans katsayısı nedir? Amaç şudur; İşlem bazına yansıtılmamış giderleri saptamak ve bir ekip, hastane ruhu katmak. Nedir? İşlem bazına yansıtılmamış gelir-giderleri alıyoruz, bölümün performans tabii gelirlerine oranlayıp, bölüm performans katsayısını bulup doktor hak edişini bununla çarparak böylece bölümünde az elektrik, az su harcayan bir doktorla, çok su harcayan veya çok personel kullanan bir doktoru da ayırmış oluyoruz.

Zaman kısıtı nedeniyle eksikliklere ve planladıklarımıza girmiyorum, o kısmı soru cevap alanında yer vermeyi öngördüm. Hepinize teşekkür ediyorum.

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

Orhan Hocamıza çok teşekkür ediyoruz. Gerçekten önemli konuları vurguladı, şu cümlesini paylaşmak istiyorum; “Performans sistemi kurmak istedik çünkü kalitemizi yükseltmek istiyorduk” aslında güzel bir bağlantı bu. Gerçekten sistemin kalibrasyonu çok zor, biz Sağlık Bakanlığı’nın performans sistemini Maliye Bakanlığı ile müzakerelere başlıyoruz. Maliye Bakanlığı bize diyor ki, ya bu performans sistemini lütfen sadeleştirin, görüyoruz ki performans sistemlerini sadeleştirmek mümkün değil. Çünkü bir şeyi ölçüyorsanız gerçekten çok detaylı ölçmeniz gerekiyor, çok detaylamanız gerekiyor. Biz kendisine çok teşekkür ediyoruz.

Şimdi konuşmasını yapmak üzere Acıbadem Hastanesi Adana Direktörü Hüseyin Çelik’i davet ediyorum. Buyurun Hüseyin Hocam.

Dr. Hüseyin ÇELİK – Panelist

Acıbadem Hastanesi

Herkesi saygıyla selamlıyorum saygıdeğer katılımcılar. Hep oyun böyle oynanıyor, kamu fiili bir gerçekleşme hiç kimseye sitem etmiyorum. Size son 8 dakikada özel sağlık sektörünün durumunu anlatmaya çalışacağım. Kamu birçok alanda şahsınızdan bağımsız söylüyorum, yani fiili durumumuz da bu maalesef. Büyük balık maalesef küçük balıkları kendince ne kadar alan bırakırsa siz o alanda yaşamak zorunda kalıyorsunuz.

Şimdi, iki konuşmacı kendi dünyasını anlattı. Zaten bu dünyayı biz yaşıyoruz. Ben 10 yıldır özel sağlık kurumundayım bunu 10 yıldır zaten uyguluyoruz ve kendi içinde bir devinimi var. Ama çok daha yalın bir sistem, ben kaygı duyuyorum bu kadar karmaşık bir sistemde bir süre sonra sıklıkla da hekimlerden, diğer çalışanlardan duyuyorum sistemin karmaşıklığı sorgulamayı ortadan kaldırıyor. Bir süre sonra sadece yatan paraya bakıyor. Ben ay sonunda ne aldığıma bakarım, hâlbuki amaç ne? Sistemin girdilerine yönelik algoritmayı, çabaları, değerleri fark edip bireylerin ona göre davranmasını sağlamak. Bence karmaşıklık sistemin kendi tuzağına dönüşebilir, onu uyarı olarak başta yapmak istiyorum.

Şimdi, mümkün mü ve gerekli mi sorularını başta soruyorum ki sonra cevabını açıklayacağım. Buradaki görüşlerim Acıbadem Grubu adına değildir, ben kendi bireysel görüşlerimi yansıtıyorum. Performans sisteminden önce bizim sağlık sektörü olarak, özel sağlık kurumları olarak içinde bulunduğumuz durumu sizinle paylaşmam lazım. Peki, buraya nasıl geldik diye baktığımızda gerçekten hepimizin takdirini toplayan son 7-8 yılın, son hükümetlerin bunda payı olduğu çok açık, bunu kabul etmemiz lazım, çok önemli çabaları sonucu ki asıl aktör de Sağlık Bakanlığı oldu, birçok alanda vatandaşın sorunundan hareketle çözümler üretildi. Neydi sorun? Bir tanesi, sağlık hizmetlerine ulaşım yetersizdi, gerçekten SSK hastaneleri örneğinde bu çok daha belirgindi. Bu sorunun çözümü için birçok eylemler yapıldı, hızlıca üzerinden geçeceğim. Tabii ki kaynaklar da sınırlıydı. İlk yapılan şeylerden birisi hizmet talebinin artışını karşılamak için özel sağlık kurumları devletin hiçbir kaynak ayırmadan, hiçbir yatırım yapmadan hemen devreye alınmasını sağladı. Talep artışının önemli bir karşılama alanlarından birisi haline getirildi. Bunu maalesef özel sağlık kurumları; devlet özeli teşvik ediyor olarak algıladı. Hâlbuki bir ihtiyacı karşılamak için özele bir pasta verdi. Kendi amacını, kendi politikasını gerçekleştirmek için kurgusunu maalesef bazı özel sağlık kurumları, aman devlet bize teşvik veriyor anlayarak gereğinden fazla büyümeye gitti. Bir diğeri ne yaptı? Hemen kendi hizmet kapasitesini arttırdı, yeni yatırımların zamanı vardı ama en başta poliklinik odalarından başlayarak hastanın hekime ulaşmasını kolaylaştırarak ciddi bir kapasite artışını zaman içinde gerçekleştirdi. Bir diğeri, çok verimsiz kullanılan kamu, SSK, Bağ-kur ve diğer devlet hastanelerini kamu hastaneleri içerisinde bir konsolidasyona giderek hastanelerin verimli kullanılmasına yönelik ciddi bir adım attı. Aile hekimliği ile hastanın sahibini tanımladı ve bu sayede hekime ulaşım çok daha hızlı bir şekilde gerçekleşti ve yılsonunda tüm Türkiye'ye yayılacak. Yine Yeşil Kartlılar ayakta tedavide hiçbir hizmete ulaşamıyordu, onu tanımladı. Hekimler için zorunlu hizmeti kaldırdı ama geri dönüşle doğru bir hamle yaptı, sonuçta toplumun bir ihtiyacıydı bu. Böylece dezavantajlı bölümlerde sözleşmeli personelle hekim ihtiyacını çok daha hızlı ve esnek bir modelle ve gelir ya da çalışmaya daha duyarlı bir yapıda çalıştırmaya çalıştı. Tabii ki ilaca ulaşımı da kolaylaştırarak reel olarak maliyetleri arttırmadan toplumun ilaca ulaşımını çok daha efektif maliyetlerle karşılamayı sağladı ve sonuçta insanların hizmete ulaşımının önündeki engel çok ciddi ölçüde azalmış oldu ve üç olan hekime başvuru oranı 2008 itibarıyla 6,3'e ulaştı.

Bir diğer sorun neydi? Kalite düşüktü, toplumun algısı olarak da sistemin içinde yer alan aktörlerde değişik nedenlerle kalite arayışı içindeydi. Zaten performans da bu kalitenin artışı için kullanılan argümanlardan birisiydi. Bunu arttırmak için her türlü kaynak yatırımıyla hizmet kalitesi ve standartlar arttırıldı. Gerçekten bu konuda ciddi bir deneyim oluştu Türkiye’de ve bu süreçte Sağlık Bakanlığı hastaneleri yanında üniversite hastanelerinin de müdahil olması, devreye girmesi önemli bir kazanım. Bir diğeri, vatandaş odaklı hizmet anlayışı yaygınlaştırıldı. Önceden kurum anlayışlı hizmet vardı, bugün git yarın gel anlayışı çok daha belirgindi. İnsanlar hizmetin peşinde koşardı şimdi hizmet insanların peşinde koşar hale geldi. Bu da çok kayda değer bir iyileşme. Bir taraftan hasta hakları üzerinden bu kadar büyük bir sistemi merkezi bir yapının denetleme imkânı yoktu. Şikâyet sistemlerini de devreye koyarak, tek başına değil kuşkusuz, şikâyet sistemlerini de devreye koyarak vatandaşın denetimini bütün alanlara yaydı. Vatandaşın üzerinden sistemin bir otokontrolünü, memnuniyetini ve diğer dinamiklerin denetimini sağladı. Ve bunu daha liberal bir şekilde kendi merkezi örgütten taşraya yönetimi, operasyonu yaparak kendi stratejik gücünü arttırmak adına da bu kuşkusuz kaliteye de yansıtacak, Kamu Hastane Birlikleriyle bu aşamayı finalize etme noktasında diye düşünüyorum.

Bir diğer sorun, ciddi bir sorundu bu, bu cepten ödemeler ya da finansal korumanın düşüklüğü idi. Bu uluslararası birçok raporda da gündeme gelen ve eleştirilen bir konuydu. Toplumun bütünü sağlık güvencesi içinde değildi, var olanlar beş farklı hizmet standardıyla, kapsamlı hizmet alabiliyordu. Bu vatandaşlar arasında eşitsizlik yaratıyordu. Bu önlemeye yönelik yapılan çalışmalar başlıca GSS yasalaştı, doğumundan ölümüne kadar tüm insanlar finansal korumaya sahip oldu. Bir diğer kritik aşama, finansal koruma için muayenehaneler vergi ve primlerle alınamayan, bir şekilde kamunun sağlık hizmetini aktarmadığı kaynağın muayenehaneler üzerinden hekimlere ödenmesi modeli yerine bu bedeli ödemeye yönelik bir uygulamaya geçti. Aslında resmi böyle de okuyabiliriz, yani kamu dedi ki, muayenehane üzerinden ödenen bedeli ben ödeyeceğim, ben vatandaştan bu paranın alınmasını istemiyorum, resmi böyle de okuyabiliriz. Bir anlamda muayenehaneler hastaneye taşındı, aslında performansın varlık nedenlerinden bir tanesi bu. Muayenehaneyi kapatırsanız, eğer alternatif üretmezseniz sistemin yaşamayacağı açık. O yüzden getirilen sistem muayenehanelerin hastaneye taşınması ve bunun ödeme modeli olarak kurgulanması diye yorumluyorum. Bir diğeri, fark sınırlamasıyla özelde yapılan hizmetlerden kaynaklanan vatandaşın gelir kaybını önlemeye yönelik ya da gelirden oluşabilecek riski önlemeye yönelik bir fark sınırlaması getirildi. Bir uygulamada öğretim üyesi farkı henüz yasal olarak kalkmadı ama 31 Ocak itibarıyla üniversitelerde kalkacak. Bu da finansal koruma için getirilen mekanizmalardan birisi ve sonuca baktığımız zaman sağlık nedeniyle oluşan yoksullaşma oranı % 28’den % 17’ye düşmüş gözüküyor. Bir diğer kritik sorun, memnuniyetin düşük olmasıydı, her ne yapıyorsanız yapın, ne kadar verimli olursanız olun, ne kadar performansınız yüksek olursa olsun vatandaş buna değer vermiyorsa, hastalar bunun için kendilerini değerli hissetmiyorlarsa, memnun hissetmiyorlarsa bir anlamı yok. Ve gelinen noktada TÜİK’in verileriyle baktığımızda son 5-6 yılda % 39’dan % 63’e çıkan bir memnuniyet oranı var. Bunun da altını çizmek istiyorum.

Şimdi peki bu alanda toplumun tümüne yönelik yürütülen çabalar özelde nasıl bir sonuç doğurdu? Şimdi kamunun, bir taraftan tabii bunları kamu için yaparken özelde de özellikle insanların kendi tercihine dayalı hizmet almaya yönelik açımdan sonra ilk devlet memurları arkasından yaygın bir şekilde SSK ve Bağ-kur ve 2007 Haziran ayında tıp merkezlerini de kapsayan bir şekilde yaygın bir vatandaş tercihine dayalı bir modelin kurgulanması sonrasında Sağlık Bakanlığı’nın biraz önce bahsettiğim alandaki tüm açılımlarını tehdit eden, kendince, kendi tanımı olarak söylüyorum, tehdit eden bir yapıya karşı bir refleks oluşmaya başladı. Bir tanesi hekim ihtiyacı, kendi varlığını sürdürmek, kendi varlığını tehdit eden unsurlardan kendini korumak için bir ağı oluşturmaya

başladı. Bir tanesi hekim ihtiyacına yönelik oluşan tehdidi kısıtlamak için planlama hükümleriyle hekime sınırlama getirdi, hasta kaynağına yönelik sınırlamayı bir kısmını SGK üzerinden bir kısmını Tam Gün Yasası ile gündeme getirdi. Hasta algısını değiştirmek adına yapılan çalışmalar var. Yani bunu bizzat Bakan Beyden de duyduğum için söylüyorum, yani siz kendinizin kaliteli olduğunuzu söylüyorsunuz, sizi bir sınıflandırayım da görün kalite nasıl algılanıyor şeklinde. Bir diğeri, gelirlere yönelik kısıtlamalar var. Bu anlamda yapılan hem SUT fiyatları üzerinden olsun hem de katılım payları ya da fark uygulamaları üzerinden gelire yönelik kısıtlamalar söz konusu. Bütün bu kendisince tehdit algıladığı unsurlar karşısında fiilen 15 Şubat 2008'de ani fren koydu, süreci yönetmek adına en sonunda yapması gereken hamleyi en başta yaparak süreci yönetmek adına birçok sert önlem aldı. Ve gelinen noktada ne kadar eleştirirsek eleştirelim şu cümleleri rahatlıkla duyar olduk; size ihtiyacımız yok, yani siz sağlık hizmeti sunumu için olmazsa olmaz bir argüman değilsiniz, kamu her koşulda sağlık hizmetinde olmak zorunda değildir ama özel, tamamlayıcı unsurdur ya da yatırımcılar çok fazla sesini yükselttiğinde "bana mı sordunuz, bize mi sordunuz da yatırım yaptınız" söylemleri ya da batan olursa "getirin ben sizi satın alırım, merak etmeyin" yaklaşımlarıyla biz şu anda bir ikilem içinde yaşıyoruz.

Peki, tam gün, özel için ne anlama geliyor diye baktığımızda; tek bir anlamı var aslında tam günün, gerekçesini de okuduğunuzda bunu anlıyorsunuz, onun dışındaki her şey o unsurun tamamlayıcısı diye düşünüyorum. Özel kurumlarda ikinci iş yasağıdır bu, kendi için de kamu içinde n çalışmaya izin getiriyor yani tam günse örneğin, askeri hastanelerde çalışan hekimler tam gün çalışıyordu yani part-time çalışmıyordu, saat 17.00'de çıkıyorlardı ama onlarda da özelde çalışma yasağı getirdi. Bunu ister muayenehane olarak algılayın ister özel bir sağlık kurumunda. Bence tam gün, özel sağlık kurumları için de tam bir rekabetin başlangıcıdır diye düşünüyorum. Türkiye'de sağlık hizmeti, kendi içinde, özel sağlık hizmeti şöyle yapılandı, geçmişine baktığımızda; kamunun yapamadıkları üzerine eklenmiş bir özel sağlık kurumu işletmeciliği vardı, kamunun alamadığı teknolojiyi alarak, çalıştıramadığı hekimi çalıştırarak, kuramadığı sistemleri kurarak özel sağlık kurumları bir gelişim kat etti. 2003'deki devlet memuru açılımı ile kamu ile özel aynı kulvarda kısmen yarışmaya başladı ama son alınan önlemlerle birlikte artık yeni bir özel teşebbüsün, özel girişimin hayatı başlıyor diye düşünüyorum ve tam gün bunun rekabet ortamının oluştuğu ve giderek daha da kızışacağı bir ortam olarak ortaya çıkıyor. Bunun çok daha detaylı analiz edilmesi gerektiğini düşünüyorum, zamanımın da kısıtlı olduğu için.

Peki, biz şimdi performans konuşacağız, özel sağlık kurumlarında performans uygulaması nasıl yapılacak, nasıl olmalı diye ama o kadar önümüzde engeller var ki, performansın olabilmesi için bir hizmetin, üretimin, bir gelirin olması lazım. Bir kısıtlardan bahsetmek istiyorum; planlama ile yatırım yapamıyoruz, cihaz alamıyoruz, hekim de alamıyoruz. Peki, gelir kısıtlarımız var, bunlarla nasıl baş edeceğiz? SUT fiyatları bize reel olarak uygulanıyor ama kamuda ilave ödemelerle birlikte Genel Bütçeden yapılan ilave ödemelerle birlikte ek bir kaynak var ama özel için sadece SUT fiyatları var. "Fark sınırı" getirilerek özele aktarılan kaynak kısıtlandı, fakat fark sınırının getirilmesinde iki kavram vardı, iki argüman vardı, bir tanesi; kaynağı kısıtlamaktı ama bir tanesi de fark alan sağlık kurumlarına vatandaşların daha az gideceği varsayılarak kamuya olan başvurunun arttırılmasıydı, yani vatandaşta bir refleks oluşturularak yani iki tarafa da yaradı bu, hem kaynak sınırlamasına yaradı hem de vatandaşın algısına müdahale edilerek, "buradan fark alınıyor" anlamıyla vatandaşın daha az özel sağlık kurumu kullanması yönünde bir operasyon yapıldı. Bir diğeri, "katılım payını" farklılaştırarak özel sağlık kurumları için hastane kullanımı, hizmet kullanımı daraltıldı, öncesinde Danıştay iptal etmişti bunu, "özel ile kamu arasında katılım payında farklılık yapamazsınız" diye ama hemen arkasından bir yasa değişikliği ile bu kanuni hale getirildi ama hukuki midir onu tartışmak lazım. Bir diğeri gelir kısıtlaması, "global bütçe" olarak önümüzde duruyor, henüz realize

edilmedi ama bir Demokles'in Kılıcı gibi finansal çıktıların durumuna göre, uygulanmak üzere bekletiliyor, bu da özel kurumlar için reel olarak bütün giderlerini bizzat kendi karşılayan, bir sübvansiyon mekanizması olmayan özel kurumlar için ciddi bir risk olarak duruyor. Bir diğeri, "tanıtım ve reklam" konusunda çok ciddi bir baskı var, çok büyük para cezaları ödeniyor. Kimi zaman bakıyoruz, kamu için de kamuda da reklam ile ilgili uygulamalar yapıldığı halde hiçbir yaptırım uygulanmadığını görüyoruz. Bir diğer önemli kısıtlama da tam gün ile hasta kısıtlaması, yani şunu biraz daha açacağım; "tam gün yasası" öncesinde 11 Mart 2009'da başlayan bir süreç var, Özel Hastaneler Yönetmeliğinde yapılan değişikliklerle, kamudaki part-time çalışan hekimler özel sağlık kurumlarında hastalarını görebiliyorlardı, 11 Mart 2009'dan itibaren bu da kısıtlandı.

Giderlere yönelik yaptığımız uygulamaya baktığımızda, performans ödemesi arttıkça yani siz burada Sağlık Bakanlığı, üniversitenin performans ödemesini arttırdıkça özelin maliyeti artıyor, böyle bir kısır döngü var. Yani sizin verimliliğiniz, özelin verimliliği kamunun maliyetlerine bağlı, hekime, çalışana ne kadar çok vererseniz özele maliyeti o kadar artıyor, böyle bir kısır döngü var kendi içerisinde. Bir diğeri de "gider yönetimi" konusunda işbirliği yok. Maalesef, Sayın Bakanımız da bu konuda bir komisyon kurulacağını söylemişti, bir söz vermişti ama aradan 4 ay geçmesine rağmen gider yönetimi konusunda, sadece özeline değil, kamu hastanelerinin de, üniversite hastanelerinin de gider yönetimini etkinleştirmesi adına yapılabilecek işbirlikleri var, bunu tek başına özeline başarması mümkün değil. Bir diğer kritik performans engeli; vatandaş algısına müdahale ediliyor, sınıflandırmanın altında yatan bir başka realite bu. Yani kalite algısını, "özel sağlık kurumları daha kalitelidir" algısını maalesef, sınıflandırmayla tartışmaya açarak belli bir müdahale alanı yaratıldı. Biz, Sayın Bakanımıza şunu söyledik; "biz buna varız ama kamuya da uygulansın, üniversiteye de uygulansın, birlikte uygulansın. Aksi takdirde bu sadece özeli hedef göstermeye yarayacaktır" denildi ama buna rağmen, bu eleştiriye rağmen yapıldı, bu algının boş olmadığını gösteriyor bu sonuç. Yani kritik olan şey şu; içinde mutlak özel kurumlarda çalışanlar da var, kamu-özel deneyimi yaşayanlar da var. Kamu; her koşulda batmıyor yani siz ne yaparsanız yapın, ister performanslı çalışın ister performansız, ister zarar edin, işte, birçok üniversite hastanesi zararda, kamu hastanelerinden zarar eden birçok kurum var ama onlar yaşamına devam ediyor. Yani bir şekilde sistem kendini tamamlıyor yani hiç ölmeyi beklemeyen bir insan gibi düşünün. Bir süre sonra refleksler nasıl olur, siz ne kadar performans uygularsanız uygulayın başarısızlığın bir bedeli yoksa ama özeline bu var, sizin başarınızın bedelini çok ağır ödüyorsunuz, birçok sağlık kurumu şu anda "satılık" durumda, belki Sağlık Bakanımız bunlara iyi bir fiyat vererek yaşamalarına izin verir. Şimdi benim özel sektör için, özel sağlık kurumları için performansta bir model önerim yok yani yeni bir icada gerek yok, Sağlık Bakanlığının uygulamalarını ben kendi adıma taktirle karşılıyorum. Zaten dünyada bilenen uygulamalar bunlar, ben kendi adıma özel için farklı model önerisi yerine özele uyarlanabilir önerilerde bulunmak isterim. Yani bireysel performansın, departman ve hastane performansı "evet" ama bütün bunların çıktıklarıyla ilişkilendirilmesi lazım. Bunu yapamazsak hani bir Kayserili arkadaşımın lafı vardı "vız, vız bal yok" yani bütün bunları çıktıyla ilişkilendirip o bireyin sağlığına yansımalarıyla ilişkilendirmiyorsak ki, Mehmet Bey'in ilk sunumunda bunun yansımalarını gördük, inşallah bu yaşama geçer.

Son söz, Sağlık Bakanlığı, kural koyma gücünü kullanarak kendini geliştirdi üniversitelere rağmen. Şimdi, dün akşam geç saate kadar üniversitelerle ilgili bir Oturuma katıldım, biraz ümitlendim açıkçası, demek ki üniversiteler de kurtarılacağına göre sıra özele gelecek diye ümit ediyorum. Benim kendi adıma önerim; "eşit koşullarda biz rekabete varız". Yeter ki, elimizi, kolumuzu bağlayıp birçok imkânları kısıtlayıp ondan sonra "hadi bizimle rekabet edin" denmesin. En önemli

o algı, bütün bu karmaşa içerisinde şundan çok korkuyorum; bedava sağlık hizmeti algısı hepimizin sonu olacak. Bu popülizmin çok aşırı dozda kullanıldığı anlamına da geliyor yani sağlıkta popülizm hiçbir zaman bu kadar düzeyde, dozda kullanılmadı. Bu hizmetin bir bedeli var, bizim kontrolsüz bir şekilde arttırdığımız sağlık harcamalarının bedelini yine hepimiz mevcut vergi ve primlere ilave olarak, borçlanmayla, dünyanın en yüksek reel faiziyle borçlanarak ödüyoruz. Bugün Sosyal Güvenlik Kurumu'nun finansman açığı % 60! Peki, bu % 60 gökten yağmıyor, yerden de bitmiyor, yine bizim üzerimizden borçlanıyoruz bunu. O yüzden mutlaka vatandaşın sağlık hizmetinin bir bedeli olduğunu, bu bedeli yine kendisinin ödediğini bilmek durumunda. Bu algıyı güçlendirdikçe hepimiz felakete doğru gidiyoruz. Ne zaman ki Türkiye, borçlanma yeteneği riske girecek, birçok kriz dönemlerini zaten böyle yaşadık, popülizmin aşırı düzeyde kullanılmasından yaşadık, sağlıktaki popülizm, korkuyorum ki, diğer sektörleri de kendi içindeki cendereye alacak.

Ben umuyorum, bundan kazanan vatandaşımız olur. Bu dileklerle hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Dr. Mehmet DEMİR – Oturum Başkanı

Hüseyin Bey'e çok teşekkür ediyoruz, güzel bir vurguyla bitirdi konuşmasını. Gerçekten kazanan vatandaşın olması gerekiyor. Konuşmasının başında da "tam gün" ile gerçek bir rekabetin başlayacağını ifade etti, bu kontrollü rekabet mutlaka vatandaşın faydasına olacaktır, onu ifade etmek istiyoruz. Diğer taraftan kamu performans ödemesi arttıkça özel sektörün maliyetinin arttığını ifade etti, aslında bu da belki hekimler için, sağlık çalışanları için de sevindiricidir çünkü sonuçta, burada kazanan çalışanlar olmuş oluyor.

***DÜNYADA AKREDİTASYON SİSTEM
MODELLERİ***

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN – Oturum Başkanı

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörü

Değerli katılımcılar, Kongrenin bu son gününde oturumların daha çok teknik konulara ayrıldığını görüyorum. Birinci oturumda performansla ilgili kendi ülkemizden farklı kesimlerden model önerilerini dinledik. Şimdi biraz daha gözümüzü yurtdışına, dünyaya çevireceğiz. Akreditasyon konusunda bakış açılarını görmeye çalışacağız. İlk konuşmacımız Basia Kurtuba, kendisi Polonyalı. The European Society for Quality in Healthcare (ESQH) üyesi. Kendisini tanıtmasını rica ederek sözü O'na vermek istiyorum. Böylece oturumu, zamanı daha dikkatli kullanmış oluruz diye düşünüyorum. Buyurun.

Basia KURTUBA – Panelist

Polonya ESQH Başkanı

Herkese günaydın, öncelikle söylemek isterim ki her ne kadar programda göremediyseniz de adım Basia Kurtuba ama tabii ki bu çok önemli değil. Sağlık Bakanlığı'na beni bu çok etkileyici konferansa katılmak üzere davet ettiği için teşekkür ederek başlamak istiyorum. Katılımcıların sayısına inanmadım, yoğun ve kapsamlı değişim ve ağ iletişimi için üç gündür buradasınız çünkü sonuç olarak dersler ve sunumlar hakkındaki konferanslar bir çekirdektir fakat daha ilerideki müzakereler için bir temel oluştururlar. Ben 1994 yılında Polonya Krakow'da kurulmasına iştirak ettiğim Doğu Avrupa'daki ilk Ulusal Kalite Merkezi'nde çalışıyorum. Ülkelerin kaliteye yaklaşımı konusunda farklı ölçütler vardır; kimi zaman Sağlık Bakanlıklarının kalite departmanları, kimi zaman özel odaklı merkezler veya Enstitüler ulusal düzeyde kaliteyi ele almak üzere kurulmuşlardır. Pekala, Polonya'da Sağlık Bakanlığı'nın bir ajansıdır fakat biz maaşlarımızı Bakanlık'tan alırız ama kendi statümüz vardır fakat bağımsız bir ajanstır. Ve kalite, hasta güvenliği ve sağlık sistemlerinin gelişiminde WHO işbirliği merkezini kurmaktan dolayı onurluyuz. Bu merkezin uluslararası destek sağlama ve WHO Sekreterliği'nin bildiğim kadarıyla WHO Avrupa'dan doktorların ve Lise Guisset'in burada sunduğu eski projeleri ile ilgili olarak iki unvanı vardır. Ayrıca WHO'nun geçmiş projelerinde yer alan hastaneleri ve ülkelerdeki cerrahi kontrol listelerini teşvik etmek ve yayınlamaktır. Ben aynı zamanda Avrupa Kalite ve Sağlık Hizmetleri Topluluğu'nun Başkanım ve hasta güvenliği ve bakım kalitesi konusunda Avrupa Birliği Çalışma Grubu'nda bir sandalyem var. Bu grup Avrupa Birliği'nin 27 üye ülkenin tüm temsilcileri üyelerinden oluşan politik bir kurumudur. Çok umutluyum ki gelecekte Türkiye'nin de Avrupa Birliği'ne katıldığında bu grupta ve European CPMU (Avrupa Doktorlar Topluluğu), Avrupa Hasta Forumu ve Avrupa Hemşireler Federasyonu gibi diğer bazı organizasyonlarda temsilciğiniz olacaktır ve aynı zamanda Avrupa Kalite Topluluğu da bu organizasyonun bir üyesidir. Fakat bu sizinle toplantımızın konusu değildir, bugün size kısaca Polonya Ulusal Akreditasyon Programı'nın tarihi ve gelişimi hakkında bilgi vereceğim, Türkiye Sağlık Bakanlığı da Türkiye'deki hastane çalışmalarının dış değerlendirilmesi ile ilgili benzer bir programın geliştirilmesi üzerinde çalıştığını bildiğim için, bu konu bazılarınız için ilginç olacaktır.

Bu yüzden “akreditasyon” kelimesinin tanımı ile ilgili olarak sıklıkla karşılaşılan bir çeşit karışıklıkla başlamak istiyorum ve aslında üç temel anlayışı küreselleştirir. Bir akreditasyon ISO kayıtlı bir denetçi ile bağlantılı olabilir, böylece ISO denetimi sağlayan firmalara kayıtlı olan bir firma, bazı departmanların özel klinik eğitimi ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından profesyonellerin eğitimi için akredite edilir. Sunumumda bahsedeceğim ve kuvvetle inandığım üzere bu oturumdaki sonraki konuşmacıların da kullanacağı üçüncü içerik, sağlık hizmet sunumudur. Polonya akreditasyon programı Avrupa Akreditasyon Ağı'na dönüşen Avrupa Akreditasyon Forumu'nun bir üyesidir. Resimde sağda gördüğünüz çocuksu ve siyah giysili kişi, belki de bazılarınızın çalışmalarını bildiği Dr. Charles Show'dur. O'nun en azından Avrupa'da akreditasyon konusunda en büyük uzman olduğunu düşünüyorum. Yıllardır muhtelif akreditasyon programlarından bilgiler topluyor ve şimdi Avrupa Kalite Birliği'nin üyesi olduğu için bu ağı bizim için yönetiyor. Kayıtlı 22 akreditasyon programımız var ve Türkiye Sağlık Bakanlığı üyelerden birisidir. Bu, pek çoğu Avrupa'da ulusal düzeyde olmak üzere akreditasyon programlarındaki gelişmeleri takip eden açık bir ağıdır. Şimdi izninizle bu son noktaya nasıl geldiğimizi sunmak istiyorum. Aslında 1998'den beri yürüttüğümüz programlardaki şu ana kadar olan gelişmelerden çok hoşnut ve mutlu değiliz. Program, USAID'nin yardımı ile NCQA'nın kurulduğu 1994'den beri geliştirildi çünkü Polonya gelişmekte olan bir ülke olarak kabul ediliyordu ve Amerikalılar bazı aktivitelerde bizi desteklemenin iyi olacağını düşünüyorlardı. 1994'lerde Polonya'da kalite hakkında hiçbir şey bilmiyorduk, böylece NCQA'de çalışacak kişiler, kurulan Polonya- Amerika Kalite Ağı ile akreditasyon ve kalite konusunu öğrenmek

için Amerika'da 1 aylık bir eğitim kursuna gittiler ve biz bu bilgiyi Polonya'ya geri getirdik ve gelecekteki çalışmalarımız bu temele dayandı. Böylece bizim akreditasyon standartlarımızı ve programımız ortak bir komisyona dayandı, bunu lütfen JSI ile yanlış anlamayın. JSI 1995'den önce yoktu, yani ortak komisyonun annesi değildi, büyük organizasyon 18. yüzyılda Amerika'da Ernest Codman tarafından başlatıldı. Bu gönüllü bir programdır, biz bunu aynı zamanda Sağlık Bakanlığı'nın bir ajansı olarak yürütüyoruz ve zorunlu değildir ve çok mutluyuz ki geçenlerde Bakanlık tarafından kabul gördük çünkü 2009'da yeni bir akreditasyonumuz oldu. Bu hala programı zorunlu hale dönüştürmedi ama katılıma daha önem verildi çünkü katılım için teşvikler şimdiye kadar mevcut değildi, fakat bunun hakkında biraz sonra konuşacağım.

Bağımsız akreditasyon kararları her ne kadar şimdi Sağlık Bakanlığı'nın Akreditasyon Konseyi'ne üyeliği ile güvenli olduysa da akreditasyon kararlarını sağlar. Bu Konsey önemli Sivil Toplum Kuruluşları'nın temsilcilerinden oluşur. Polonya'da sağlık hizmetleri ile ilgili olarak bir tane var ve Tabipler Odası, Hemşire ve Ebeler Odası, Hastane Yöneticileri Birliği, Polonya Kalite Derneği ve okullardan birisi, Kamu Sağlığı Okulları Birliği gibi sağlık hizmetleri kalitesinin bütün önemli paydaşları bu Konseyin üyesidir ve tabii ki Bakanlığın 2 üyesi için yerimiz vardır.

Müfettişlerimiz emsaldir yani hastanede çalışmayan kişiler değillerdir; onlar hastanelerde çalışırlar, hem CEO olarak, hem de hemşire, doktor, en az ikincil uzmanlıkta kişilerdir. Yani bir hastaneyi teftiş ettiğimizde ve hastanelerdeki meslektaşlarımızla konuştuğumuzda, ne hakkında konuştuğumuzu biliriz ve roket bilimleri konusunda konuşmayız.

Gelecek için çok önemli olan şudur ki bizim akreditasyon programımız sistemde yerel düzeyde veri ve bilgi toplar. Ayrıca itiraf etmeliyim ki bu veriyi nasıl kullanacağımızı ve iyileştirilmesi için değişikliğe nasıl dönüştüreceğimizi hala çok fazla öğrenmedik ve yakın gelecekte bunun üzerinde daha fazla çalışmaya ihtiyacımız var.

Yukarıya baktığınızda görebileceğiniz gibi Avrupa'daki akreditasyonda kendimizi nasıl konumlandığımızı size göstermek için Dr. Charles Show'un slaytlarını kullanacağım. Görebileceğiniz gibi ilk programlar 80'lerin sonlarında İngiltere'de başlamıştır ve gerçekten de bu slaytta akreditasyon programının büyüme ölçeği çok bellidir. Bağımsız programlar olarak başlayan 2006'dan gelen son veriler de, programlarda görebilirsiniz, Polonya'da olduğu gibi şimdi giderek daha çok hükümetle ilgili hale geliyor. Şimdi eğer çeşitli ülkelerden kaç tane hastanenin bu programlara katıldığını görmek isterseniz, bu gayet hoş bir şekilde burada sunulmuştur. Gördüğünüz gibi Polonya programı çok fazla doygunluğa ulaşmamıştır, aşağı yukarı Polonya hastanelerinin % 10'undan biraz fazlası katılmıştır, fakat bunun hala gönüllü bazda olduğunuz göz önünde bulundurun, biz ayrıca programı 10 yıldan fazladır yürütmekteyiz. Fakat aynı zamanda bunu hastane fonksiyonlarına dönüştürmenin ne kadar zor olduğunu gösterir ve aynı zamanda akreditasyon almanın oldukça zor olduğu anlamına gelir çünkü onu satın alamazsınız. Avrupa'daki dış değerlendirmelerin farklı formları ile karşılaştırıldığında da hakkında fikir sahibi olamazsınız.

Büyük alım Fransa'dadır, sonraki konuşmacının Fransız akreditasyon programı hakkında konuşacağını biliyorum fakat bu en başından itibaren zorunlu olarak geliştirilmiştir. Ve Danimarka'da da, Danimarka akreditasyon programını gelişimi ile neredeyse 5 yıldır mücadele etmektedir, gönüllü yaptılar, en başından itibaren zorunlu yaptılar çünkü ülkelerindeki hastane sayısını azaltmak istiyorlardı. Fransa'da çok fazla hastane olduğunu düşündüler ve akreditasyonu sayıyı azaltma aracı olarak kullanmak istediler, bununla beraber şimdi farklı bir odakları var, zorunlu değil, fakat değişmek için çaba gösteren hastaneler şimdi çekilmek istemiyorlar ve programda kalıyorlar.

Slaytlarınızı göstermek istiyorsanız biraz beklemek zorundayız çünkü elektrik kesildi ve tamir etmek zorundalar.

Tamam, çok teşekkür ederim, hiçbir şey görmediğinizi bilmek güzel. Ekranda resmi görmeden önce teşviklere gönderme yapabilirim çünkü gerçekten de akreditasyon programlarına katılım için bazı teşvikler sağlayan ülkelerin giderek arttığını keşfettik. Çok mantıklı olarak hastanelerin alımı daha büyüktür ve akreditasyon konseyimiz şimdi Sağlık Bakanlığı ile fakat çoğunlukla hizmetleri için hastanelere ödeme yapan Ulusal Sağlık Fonu ile görüşmektedir. Akredite olma kavramına dâhil olmak geri ödeme planı bizde henüz bulunmamaktadır ve gerçekten Polonya’da şu anda hükümet tarafından yürütülen programlara üye olanların dışında akreditasyon programına katılım için bir teşvik yoktur fakat gerçekten de daha somut ve kavranabilir etkileri içinde bir hastane için faydalara dönüşmez. Biliyoruz ki her ne kadar kalite maliyetlerinin ortak versiyonuna rağmen maliyetlerle dikkatli olmak zorundayız, gerçekten de kalite güvenli para yapar çünkü biz sadece yüksek seviyede hizmet sağlama maliyetini ve lojistik maliyetini hesaplarız fakat saymayız, genellikle nasıl bilmiyorum, bazen kalitesiz servis sonuçlarından doğan maliyetleri nasıl hesaplayacağımızı bilmeyiz. Hastanemizde yapılan kalça protezi daha fazla ne kadar mal olur çünkü yapmadık veya hastane yataklarının parmaklıklarını yükseltmedik. Bu yüzden bu tür masrafları saymayı çok kullanmadık, şimdi kanıt dayalı güvene ve güvenli maliyeti gerçekleştiren yurtdışından denk bilgileri gözden geçirmeye ihtiyacımız var.

Şimdi slaytlarımız var, böylece Avrupa’da gerçekleştirilen farklı ulusal akreditasyon programlarının sayısını size tekrar gösterebiliriz. Gördüğünüz gibi gerçekten de Fransa’da alım en büyüktür, çünkü zorunludur. Polonya’da bu alım çok büyük değildir, söylediğim gibi aşağı yukarı % 10’dur. Şimdi akreditasyona başladığımızda hastaneler “tek departman akredite edilebilir mi? Harika çalışanlarımız, harika eğitilmiş elemanlarımız ve harika tıbbi cihazlarımız var, akreditasyon almak bizim için kolay olacaktır, biz yüksek uzmanlık merkeziz” sorusunu sorarlar. Evet, tabii ki 1990’ların sonlarında sorulan kalitenin gerçekten ne olduğu konusundaki bilinç eksikliğini işaret eden bu soru geri döndü. Akreditasyon standartlarımızın ilk basımına bakacak olursak, standartların % 78’inde hastaneler fonksiyonel bir birim olarak anılacaktır. Gerçekten de bu hastanelerin kendilerini farklı bir birlik olarak algılamalarından doğan bir zorluktur ve yönetimin bu görüşte olması gerektiği hastanelere bakmayız fakat genellikle departman müdürleri diğer departmanlar için endişelenmezler, sadece kendi departmanımızda ne olduğunu umursarız ve departmanımızda gerçekleştirdiğimiz işlemlerin hastanelerin diğer departmanlarına aktarılmasının bilincinde değiliz. Bu sadece klinik departmanlara işaret etmez fakat teknik birim, sterilizasyon birimi, catering gibi diğer bazı birimlere de işaret eder, hepsi servislerin kalitesine dönüşür. El kitabımızdaki standartların % 77’si direk hasta bakımı ile ilgilidir ve bu standartlar aynı zamanda yüksek ağırlığa sahiptir ve sadece 11’i teknolojik zorunlulukları alır ve bu tabii ki aynı sette standartlarla değerlendirebilmek için bunun gibi olmalıdır. Uzmanlaşmış 1000 yataklı üniversite hastaneleri ve 4 departmanlı ve yüz yataklı küçük bölgesel hastaneler bunu mümkün kılar.

Hükümet ile akreditasyon programı arasındaki bağlantı nedir? Zaten söylemiştim. Gerçekten de programlarımız sadece hastane için değil fakat aynı zamanda birincil bakım gücü içindir fakat ifade ettiğim gibi akreditasyon sadece son zamanlarda sağlık hizmetleri için hükümet stratejisinin bir unsuru olmuştur, henüz Polonya’da kalite ve hasta güvenliği için ulusal bir standardımız yoktur. Hasta güvenliği ve sağlık hizmetleri konusunda konseye bir pek çok ülkede hükümetleri zorlayan bir tavsiye var. Umarım benim ülkemde de hasta güvenliğini nasıl iyileştirdiğimiz konusunda kanıt sağlarız. Akreditasyonun “buna bak ve bir şekilde iyileştir”in bir aracı olduğuna çok inanıyorum ve 2011 yılında Avrupa Birliği’ndeki tüm hükümetler ne yaptıkları konusunda bir rapor vermek zorunda kalacaklar.

Bunun ülkemizde kalite için daha kesin eylemlere dönüşeceğinden çok umutluyum. Söylediğim gibi kurumların teşvikleri, bunun için yasal bir gereksinim yoktur, tercihi bir finansman yoktur, dün Yunanistan'da gerçekleştiği gibi büyük ölçekte medikal turizm yoktur, Avrupa Kalite ve Sağlık Hizmetleri Topluluğu sınır ötesi bakım konusunda Atina Ofisi'ni açtı. Medikal turizmin ulusal kalite ajansını şekillendirmede önemli etken olduğu ülkeler arasındasınız ve daha önceden söylediğim gibi kalite için hükümet politikası yoktur. Hastane müdürlerini akreditasyon programını uygulamaları için zorlayan nedir? Evet, söylemesi zor çünkü çok bireysel olduğuna inanıyorum, burada gördüğünüz gibi medya değişik hastanelerdeki akreditasyon sertifikası verilmesi üzerine yorumlar yapmaktadır. Burada akreditasyonun yıllar boyunca düştüğü söylenmektedir çünkü bu, akreditasyona verdiğimiz süredir, büyük Q için bakım standartlarının yüksek seviyesi. Bunlar burada bu PowerPoint'te göstermek için tercüme ettiğim gazete manşetleridir, yani çok inanıyorum ki hükümetin işaret ettiği yönde bir ittifak türüdür fakat akreditasyondan 10 yıl önce, akreditasyonda herhangi bir düzenleme yapmadık, bir tür aşağı – yukarı giden aktiviteydi ve hastane müdürlerinin farkındalık ve bilinciyle gidilecek yol ve takip etmeleri gereken gidilecek yöndür ve yine çünkü sağlık hizmetleri sistemimizin sürekli dönüşümünden çok yorgun düşmüştük ve bu dış değerlendirme Polonya hastanelerinde performans çalışmasının geliştirilmesine başlayabilmemiz için bize bazı temeller sağladı.

Şimdi, şeffaflık ve halkın bilgilendirilmesi hakkında, şeffaflığı büyük bir sorun yapmak ihtiyacıdan dolayı Avrupa'da giderek daha çok bir resimlenebilir bir çeşit talep oluşuyor.

Akreditasyon raporlarımızı henüz basmadık çünkü akreditasyon gönüllü yapılan bir şeydir. Eğer zorunlu olsaydı, çok çok daha kolay olurdu, bununla birlikte eğer herkese açık olmalarına karar verirseniz bu raporların anlamının yorumlanması için büyük bir halk kampanyasına ihtiyacımız olurdu. Bunu basmadık çünkü akreditasyon programına girmeye karar veren ve akreditasyon standartlarına uymak için çalışan hastaneler hiçbir şey yapmayan hastaneden daha kötü görünürdü. Bu henüz yayımlanmamak kararının arkasındadır. Ancak, Hollanda'da da akreditasyon gönüllü olsa da raporlar yayımlanıyor ve onları akreditasyon kurumunun web-sitesinde görebilirsiniz. Bununla birlikte biz sadece gerçekten akredite olmuş hastanelerin isimlerini ve unvanlarını basıyoruz ve herkesin görmesi için NSQA'nın web sitesinde yayımlanıyor, ama hastaların akreditasyonun ne olduğunu kabul etmeleri için hala birçok eğitime ihtiyacımız var. Aslında Polonya'da herkes ISO'yu bilir. ISO hemen hemen her meyve suyu şişesinde, hemen hemen elinize aldığınız her şeydedir, böylece insanlar akreditasyonu değil ama ISO'yu kalite ile ilişkilendirmeyi öğrendi. Akreditasyonun diğer endüstriler gibi halka duyurmak ve markanın yaygınlaştırılmasına yatırım yapmak için asla o kadar çok parası olmayacak.

Tetkik edilmiş ve akreditasyon alamamış hastaneler hakkında bilgi sağlamıyoruz çünkü bu da mümkündür, şimdi giderek daha çok gerçekleşmektedir, devlet desteğinden dolayı pek çok hastane programa giriyor ve standartlara uygunluğunu kanıtlamak için hala biraz daha çalışmaya ihtiyacı olan hastaneler var. Bununla birlikte standartlarımız kullanabilir, açıklama olmaksızın çekirdek standartlar da web sitesindedir ve böylelikle know-how'a ilgi duyan hastaneler onları alabilirler.

Söylediğim gibi akreditasyon programımız Polonya hastanelerinden bilgiyi güçlüklerle toplamakta ve derlemektedir ve Polonya sağlık hizmetleri sistemi bir parça ve bugün sizlerle paylaşmak istediğim bu temel gözlemlerdir. Pekâlâ, öncelikle klinik pratiğimiz üzerinde küçük bir yansımalarının olduğunu öğrendik. Demek ki ne yaptığımızı ölçmeyiz, bu ölçümlerden elde ettiğimiz veriyi yorumlamayız ve bunu öğrenmeye ve değişime dönüştürmeyiz. Bilgi akışı ve ekip çalışması, bireylerle ve departmanlarla iletişim, idare ve departmanlar arasındaki iletişim etrafında da pek çok zorlukların olduğunu öğrendik.

Yöneticiler lokal olarak her yıl Türk hastanelerine kaç tane emir ve düzenleme eklediklerini hatırlıyor musunuz bilmiyorum. Onları güncelliyor musunuz? Onları yeniliyor musunuz? Onları en güncel olanlarla modifiye ediyor musunuz? Bu daima zordur ve gerçekte nasıl icra ettiğimizle ve hastanelerin nasıl işlediğiyle çok yakından ilgilidir. Ayrıca biliyoruz ki büyük doktorlar ve büyük hemşireler ille de büyük takımlar oluşturmazlar. Bu hiyerarşinin bir sorusudur, bu en azından cerrahi söz konusu olduğunda WHO tarafından önerilen cerrahi kontrol listesi tarafından adreslenmiş bir sorudur. Bu operasyon odalarında ekip çalışmasını teşvik etmek için hiyerarşiyi kıran bir araçtır. Enfeksiyon kontrolü de bir problemdir, hatırlıyorum akreditasyona başladığımızda Varşova'daki ilk özel hastaneden bir başvuru almıştık ve akreditasyona niçin başvurduğumu sorduk, büyükelçileri ve yabancı kişilerden yüksek düzeyde olanları tedavi ediyorsunuz ve dediler ki, bilirsiniz 2 yıl önce Kanada büyükelçiliğinden bir atışe bize geldi ve Büyükelçi ile elçilik çalışanları için tıbbi hizmetler kontratı yapmak istedi ve bize enfeksiyon hızı seviyesini sordu ve biz "enfeksiyon yok" dedik, "çok teşekkür ederim" dedi, şimdi akreditasyon istiyoruz çünkü bize imkan verecek, enfeksiyonları ve enfeksiyon düzeyi araştırmasını teşvik edecek ve bunun üzerinde çalışmamız için bize yardımcı olacak.

Şimdi biz neredeyse tüm diplomatik organizasyonları ve makamları bakım altına aldık, böylece enfeksiyonlar söz konusu olduğunda hastanelerin algılamasını değiştirmede kilometre taşlarından biri oldu. Türkiye'de durum nedir bilmiyorum ama Polonya'da özellikle pek çok yaşlı doktor, evet enfeksiyonlar var ama onların departmanında değil görüşünde ve intiba bırakıyorlar. Onlar gerçekten birini bulmayı isterdi. Fakat tabii ki uygun yönetimle ve enfeksiyonların uygun araştırılması ile ilgili olarak bu oldukça zordur. Tıbbi kayıtlar da bir problemdir, henüz elektronik kayıtların yüksek alımını yapamıyoruz. Ve bu sadece okunaklılık ve el yazısı değil aynı zamanda içerik ve kendi tıbbi kayıtlarının kalitesinin izlenmesi gerekliliğidir. Benim de araştırdığımı söylemeliyim, yaptığım pek çok işin dışında ben bir akreditasyon araştırmacısıyım ve söylemeliyim ki hastanede araştırma yaptığımız zaman tıbbi kayıtların incelenmesinin elde edilmesi.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN – Oturum Başkanı

Kendisinin de söylediği gibi, önce Bayan Kurtuba'ya bu detaylı sunum için çok teşekkür ediyorum. Kendisinin de söylediği gibi bizi hemen terk etmek zorunda dönüş programı nedeniyle. Sorunuz varsa lütfen Bayan Kurtuba kürsüdeyken hemen sorarsanız kendisini yolcu edeceğiz.

Evet, değerli arkadaşlar, Polonya örneğinin detayını bir şekilde dinledik. Şimdi bir başka ülke örneğini, Fransa Örneğini dinleyeceğiz, İsmail Serdaroğlu arkadaşımız size bunu anlatacak, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığımızda Uluslararası Sağlıkta Performans Esaslı Uygulamalar Merkezinde görevli arkadaşımız. İsmail Bey, buyurun.

Dt. İsmail SERDAROĞLU – Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayın Başkan, değerli katılımcılar, öncelikle hepinize hoş geldiniz diyorum, saygılarımı sunuyorum.

Bugün bildiklerimizden bir daha farklı bir şey göreceğiz Fransa örneğini anlatırken, birazcık ezber bozacağız, neden Fransa, neden Fransa’da sağlıkta akreditasyon modeli? Hep birlikte sunumun sonunda buna asıl cevabı hep birlikte vereceğiz. Sunumumda genel olarak Fransa’daki akreditasyon sisteminden bahsedeceğim, önemli bir kuruluş, HAS’dan, HAS’ın yapısından ve sertifikasyonu nasıl gerçekleştirdiğinden bahsedeceğiz ve sonuç olarak da Türkiye için birkaç tane cümlemiz var.

Güzel bir şehir Paris, mutlaka gidenlerimiz var, Fransa, ülke olarak akreditasyondan sorumlu konseylerini, kurumlarını tamamen kurmuş ülkelerden bir tanesidir, Avrupa’da birçok örneği var, İngiltere olsun, Finlandiya olsun, İsveç olsun ve İskandinav ülkeleri genelde sağlık alanında ve akreditasyon alanında daha başarılı gözükmeleler.

Fransa bu modeli uygularken nereden destek aldı? Kanada’dan destek aldı, birçok ülkeyle beraber, Kanada Sağlık Hizmetleri Akreditasyon Konseyinin modelini rehber edinmiştir. Bu modelle birlikte yola başlamıştır. Ne zaman başlamıştır? Onu da ilerleyen slaytlarda göreceğiz. Evet, 1996 tarihinde girmiştir Fransa’ya akreditasyon modeli. 1998–1999 yıllarında ilk defa Ulusal Sağlıkta Akreditasyon ve Değerlendirme Kurumu kurulmuştur ve şöyle bir model geliştiriyor Fransa; 5 yıl içinde tüm sağlık kuruluşlarının akredite olmasını mecburi kılmıştır. Buna biz “Avrupa Tipi Akreditasyon Modeli” diyoruz, altını çizmek istiyorum; zorunlu kılmıştır. Belgelendirilmeyen sağlık kurum ve kuruluşlarının ruhsat alması, faaliyet göstermesi imkânsızdır. 5 yıl sonra, 2004 yılında yasa ile beraber Fransız hükümeti tarafından sağlık sisteminde tek bir yapı olan “HAS” kuruluyor, HAS; Yüksek Sağlık Kurulu, Türkçeye çevirirsek bu şekilde söyleyebiliriz. Ve 1998–1999 yıllarında ANIES’in tüm görevleri 2004 yılı itibarıyla HAS’a yükleniliyor.

Hangi prensipler üzerine çalışıyor? Biraz bunlardan bahsedelim; “çapraz denetim”, önemli bir bölümünü oluşturuyor çalışmalarının, “bilimsel” elbette altyapı var, bilimsel titizliğe özen gösteriyor, “bağımsızlık”, parametremiz var. Burada bir şeye dikkat çekmek istiyorum; bağımsızlık derken denetimin bağımsızlığından bahsediyorum, denetçinin bağımsızlığından değil, ilerleyen slaytlarda ne demek istediğimi çok rahat anlayacaksınız. Denetim bağımsız olmalı, denetçi bir şekilde hükümete, bir şekilde devlete, bir şekilde başka kurum ve kuruluşlara bağlı olabilir.

Ne gibi etkinlikleri var bu kurumun? Medikal olarak ilaç ve tıbbi cihazların değerlendirilmesi HAS’ın elinden geçiyor. Bizim için önemli olan kısım ve bugün anlatacağımız kısım; sağlıktaki sağlık kurum ve kuruluşlarının akreditasyon işlemleri yine bu kurum tarafından yerine getiriliyor ve doktorların sertifikalandırılması edilmesi, Türkiye’de pek alışık olmadığımız Fransa’da uygulanan bir sistem, bu da HAS’ın görevleri arasında yer almakta. HAS, bir hükümet organı değil, bir devlet organı, mali özerkliğe sahip, görevleri sonucunda raporlarını hükümete ve meclise, devlete vermek zorunda. Tabii ki, sağlık sisteminin merkezinde yer aldığı için sağlık kurumlarıyla, sağlık çalışanlarıyla, sigorta fonlarıyla birçok kurum ve kuruluşlarla ilişki halinde olmak zorunda, hasta temsilcileriyle özellikle.

HAS'da 8 kişilik bir Yönetim Kurulu var, bunlardan bir tanesi Cumhurbaşkanı tarafından atanan Yönetim Kurulu Başkanı ve 7 tane ayrı Yönetim Kurulu üyesi var. Bunların her birine birer tane komisyon bağlı, o şekilde faaliyet gösteriyorlar. Yönetim kurulu üyelerini burada altını tekrar çizmek istiyorum; ikisi Cumhurbaşkanı tarafından, ikisi Millet Meclisi tarafından, ikisi Senato tarafından ve diğer ikisi son ikisi de Ekonomik ve Sosyal Konsey tarafından atanıyor. 6 yıllık için seçiliyorlar, iki defa seçilebiliyorlar, genelde kompleks, karma bir yapısı var, 3'er yıl arayla Yönetim Kurulunun yarısı zaten değişmiş oluyor.

Peki, HAS'ta kimler görev alıyor? Bir daimi çalışanlarımız var, bir de dış çalışma grubu var. Daimi çalışanlarımız; hekimler, uzman hekimleri, diş hekimler, eczacılar gibi sağlık çalışanları, dış çalışma arkadaşlarımız ise; uzman denetleyicilerimiz var denetimler için, bölgesel değerlendirme görevlilerimiz ve bunlara hasta her daim bilgi veren, bilgi akışı sağlayan uzman sağlık çalışanlarımız bulunmakta danışmanlık görevi yapan. Çalışanlarımız 1999–2006 yılları arasında 3000'nin üzerinde hastane denetlemiştir HAS'daki çalışanlarımız, çalışanlarımız derken Türkiye'deki çalışanlar değil ki, HAS'da çalışanları. Her bir uzman 3 yılda en az 12 hastane denetimi, sağlık kurumu denetimi gerçekleştirmiştir, yılda 4 tane denetim yapmak zorundalar.

Destek faaliyetleri nelerdir bu Kurulun? Araştırma programı var, uluslararası ilişkiler, bilimsel toplantılar profesyonel kurumlarla ve hasta gruplarıyla Hasta Hakları Derneği gibi kuruluşlarla ilişkileri var.

Araştırma programında, finansal destek sağlıyor, sağlığın dinamik bir süreç olduğunu, kalitenin dinamik bir süreç olduğunu, akreditasyonun dinamik bir süreç olduğundan bahsediyor ve bu konudaki finansal desteği HAS sağlıyor. Uluslararası ilişkilerde, birçok yabancı kurumlarla, akreditasyon kurumlarıyla işbirliği sağlamışlar, onlara çalışanlarını gönderiyorlar, onlardan destek alıyorlar, sıkı bir işbirliği var aralarında. Tabii ki, olmazsa olmaz, sonuçta tıp hizmeti bilimsel destek üzerine oturan bir hizmet, o yüzden de bu tıp hizmetinin tıp fakültesi kısmını, eğitim kısmını göz ardı edemeyiz. Bu açıdan da onlarla da sıkı ilişki içindeler. Türkiye için belki bir, burada uyarı gerekiyor; hekimlerini Fransa'da yaptıkları işi, tıp fakültesinde eğitim verirken kalite konusunda da, performans konusunda da eğitimler veriyorlar, Türkiye'de bu noktadan biraz uzak olduğumuzu söyleyebilirim. Destek faaliyetlerinin sonuncusu, hasta grupları ve kullanıcılarıyla iletişimi. Çeşitli komiteler var, hasta çalışanlarıyla ilgili, çalışanlarla ilgili, hastalarla ilgili işbirliğini sağlayan kuruluşlar var. Hastaların, vatandaşların beklentilerini göz önüne alarak o şekilde kararlar üretiyorlar.

Geldik "sertifikasyon sürecine"; mecburi bir sertifikasyon var, o yüzden de tüm sağlık kurum ve kuruluşlarının akredite olması gerekiyor. Bu işe sahip çıkıyorlar, sadece denetlenmek değil, denetimin sonunda belgelenmek de hedef. Belgenin ne gibi özelliği var? Çalışanların motivasyonunu yüksek tutuyor, onlara bu işe daha fazla sahip çıkmalarını sağlıyor, bu bakımdan çok önemli belge verilmesi. Kriterlerin ilk versiyonu; kuruluşlarının bu uygulamaya adaptasyonunu sağlarken ikinci versiyon da biraz sonra ayrıntılarını göstereceğim sizlere, daha ziyade tıbbi işlemlerle ilgili bir versiyon. Son versiyon ise 2010 yılında, bu yıl uygulamaya konuldu, bu versiyonda ise daha etkin ve sürekli bir kalite iyileştirme çalışmasını içeriyor. Versiyon 1'de neler vardı? Destekleyici hasta bakımı, yönetim, kalite ve önleme gibi başlıklar altında yer alıyordu. 2007 yılında sona ermiştir Versiyon 1, üç ana başlık altında, on üç bölümde seksen referans maddeden oluşmakta. Destekleyici hasta bakımında, hasta bilgileri, hasta dosyası, hasta hakları, hasta bakımı gibi birebir hastaları enterese eden durumlar sorgulanmakta. Yönetim kısmında ise sonuçta hastanenin, sağlık kurumunun bir idari pozisyonu var, o pozisyona yönelik olarak yönetim mülkiyeti, insan kaynakları, lojistik fonksiyonlar ve bilgi sistemi üzerinde, bilgi güvenliği üzerinde durulmakta. Kalite ve önleme başlığı altında ise kalite

yönetimi, risk önleme, uyanık davranmak, sağlığı korumak, gözetleme, denetleme, önleme ve bulaşıcı hastalıklara karşı risk kontrolü başlıkları vardır. Daha sonra Mayıs 2005 yılında Versiyon 2'ye geçildi; bu Versiyon bu yıl sona eriyor, toplam 53 sorudan oluşmaktaydı; yönetim politikası ve kalite, ortak kaynaklar, hasta bakımı, tahakkuk, sürekli kalite ilerlemesi başlıklarından oluşmakta. Ortak kaynaklar altında diğer alt başlıklarımız var; bunlar yine insan kaynakları, otelcilik, lojistik, kalite sistemi, risk yönetimi, çevresel kalite ve güvenlik sistemleri, bilgi sistemleri, bilgi gizliliği alt başlıklarından oluşmakta. Hasta bakımında ise akut bakımda psikiyatri ve mental sağlıkta, bence Türkiye'de hâlâ üzerine fazla gidilmemiş bir alan, ilerleyen bakım ve rehabilitasyonda, uzun dönem bakımında, evdeki hastaneden kast ettiğimiz şey evde bakım hizmetlerini tabii, elbette kapsıyor. Son zamanlarda bu konuda Sağlık Bakanlığımız çeşitli atılımlar gerçekleştirmekte. Tahakkuk ve sürekli kalite ilerlemesi ise profesyonel uygulama, insan kaynakları, yine otelcilik ve lojistik, bilgi sistemi, kalite ve riskte korunma, stratejik plan başlıkları altında yer almakta. Son versiyonumuz, 2010 yılında uygulamaya konulan versiyon, Versiyon 3, Versiyon 2010 da deniliyor; 2 ana bölümümüz var, 8 alt bölümden oluşmakta, toplam 82 kriterimiz mevcut. Bunlardan 45 tanesi yönetim ile ilgili, 37 tanesi ise direkt hastaları ilgilendiren konulardan oluşmakta. Alt başlıklarımız da yine; kuruluş yönetimi, destekleyici hasta bakımı. Kuruluş yönetiminde neleri sorguluyoruz? Stratejik yönetim, kaynak yönetimi, güvenli bakım, kalite yönetimi gibi. Standartları sorgularken; destekleyici hasta bakımında ise hasta hakları, hasta verilerini yönetme, hasta parkuru, özellikli bakım desteği, profesyonellerin pratik değerlendirmeleri.

Sertifikasyon sürecinden bahsedelim biraz da; birim birim tüm hastaneyi bölümlere ayırmak yerine tüm bir kuruluşu sertifika etmeden bahsediyor HAS, o yüzden de genel işleyişi sorguluyorlar. İki tamamlayıcı amaç içermekte; birincisi, hizmet kalite ve güvenliğini arttırmaya yönelik işlemler, diğer ise zorunlu kriterdi, kuruluşun belli bir seviyeye gelmesi. Biliyorsunuz akredite olmayan kuruluşlar sonuçta hizmet veremiyor. Ne yapıyor sağlık kurumu? Öncelikle Mart, Nisan, Mayıs aylarında, ilkbahar aylarında HAS'a müracaat ediyorlar, denetleme tarihi belli olduktan sonra sağlık kuruluşu 2 ay içinde gerekli ücreti HAS'a ödemekle yükümlü, HAS bu işlem karşısında elbette belli bir ücreti alıyor çünkü çalışanları var, mali özekliliği olan bir kuruluş. Hangi aşamalardan oluşuyor? Kendi kendini değerlendirme aşaması, HAS uzmanları tarafından değerlendirilmesi, sertifikasyonun verilmesi ve sonuçların duyurulması. Bu aşamaları biraz daha ayrıntılı bir şekilde derinlemesine incelersek, kendi kendini değerlendirme; hastane yöneticileri bir araya geliyorlar, hastanemizde hangi kriterler eksik, nasıl bir iyileşme sağlayabiliriz diye kendi içlerinde toplantı yapıyorlar ve bunları düzeltmek için de birkaç ayları var, kısa sürede bunları düzeltmeye çalışıyorlar ki, sonuçta zaten o standartlar belli olduğu için, yayında olduğu için elbette, onlar bilinen standartlar ve başvurmuşlar HAS'a, HAS'ın gelmesinden önce de birkaç ay içinde kendi eksikliklerini gideriyorlar. İkinci aşamamız, HAS uzmanlarının ziyareti; birkaç ay sonra HAS tarafından uzman bir ekip, biraz önce söylemiştim, iç çalışanlarımız var, dış çalışma arkadaşlarından oluşan bir ekip bu hastanemize gidiyor ve çalışmalarıyla ilgili değerlendirmelerini yapıyor, bir rapor tutuyor tabii ki. Ziyareten 6 ay sonra uzmanlar yorumları ışığında ki, görmüş olduğunuz gibi akreditasyon olarak yaklaşık olarak “1” yılı kapsayan bir süreç Fransa'da, 2 ay süreyi geçmemek kaydıyla bir rapor hazırlanıyor, bu rapor eğer olumsuzsa buna kuruluşun itiraz etme şansı var, hakkı var, 1 ay içinde görüşüp HAS tarafından nihai sonuç oluşuyor. Sonuç oluştuğundan sonra, burası yine çok önemli konulardan bir tanesi; vatandaşla, halka duyuruluyor, bölgesel hastane ajansına gönderiliyor, web sitesinde yayınlanıyor, vatandaşın hizmet aldığı kurum hakkında tamamen bilgilendiriliyor. Sertifika, sertifikasyonlar, sertifikalar, 4 yılda bir yenilenmek zorunda. Ne tip sertifikalarımız var, bunların çeşitleri nelerdir? Üç tane olumlu sertifikamız var, bir tanesi; “sertifikasyon” başlığı altında, 4 yıl için verilen, her 4 yılda bir yenilenmesi gereken sağlık kuruluşunun tam olarak sertifikaya olduğu bir çeşit. “Tavsiyeler ile sertifikasyon,” ufak tefek eksiklerimiz var ama bunların düzeltileceğine inanılıyor HAS tarafından,

zaman zaman ara ziyaretler yapılıyor ve yine bu belge 4 yıl için veriliyor. “Uygunsuzluklar ile sertifikasyon” ise birazcık daha sorunların daha fazla olduğu ama yine de yönetim, hastane yönetimi bu konuya el atarsa çözebileceği fakat bunu 4 yıl için vermiyorlar, daha kısa bir süre için veriyorlar, eğer hastane bu sorunları aşarsa belgenin tarihi 4 yıl uzatılabilir.

Peki, olumsuzluklar nasıl? Sertifikasyon askıya alınabiliyor, en az bir majör uygunsuzluk varsa anında sertifikasyonu askıya alıyorlar, sertifikayı askıya alıyorlar ve bunu duyuruyorlar tabii ki. Ve tabii ki, kriterleri yerine getiremeyen, biraz önce bahsetmiştik, 82 tane kriterimiz vardı, onları yerine getiremeyen kuruluşa da sertifika vermiyorlar. Evet, sonuç olarak şunları söyleyebiliriz; 31 Aralık 2007 tarihine kadar Fransa’da neler olmuş? Versiyon 1’den 3.000 hastane belge almış, İkinci Versiyona göre 826 hastane sertifikalandırılmış, sadece 2007 yılında ki, artık Versiyon 1’in olmadığı yıllar, 490 hastane belgelendirilmiş yani buradan şunu görüyoruz; günümüze gelindikçe akreditasyon mantığı, bilinci artıyor, kuruluşların akredite olmaları konusundaki istek artıyor. 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü, Fransa’yı hem hasta tatmini olarak hem de sonuçları bakımından, hasta memnuniyeti açısından dünyada en iyi olarak seçmiştir.

Son olarak şunu söylemek istiyorum; dünyada kaynaklar kıt ama sonuçta kalite, herkes için var, herkes için kaliteye inanıyoruz, Sağlık Bakanlığı olarak da bunu gerçekleştirmek istiyoruz, ülkenin Doğu’su, Batı’sı, Kuzey’i, Güney’i ayırımı olmaksızın bu hedefte kilitlendik, Daire Başkanlığı olarak da bunları yapmaya çalışıyoruz. Altyapıyı hazırladık, artık ulusal bir akreditasyonunun zamanı, dışarıdaki örneklerden faydalanacağız ama ülkemiz için en iyiyi, en uygun olan örneği de ülkemizde uygulamak istiyoruz.

Ben teşekkür etmek istiyorum, sağ olun.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN – Oturum Başkanı

Teşekkür ederiz İsmail Bey.

Şimdi de yine, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığından Yener Gül arkadaşımız “Avrupa’da Hastane Akreditasyonuna Genel Bir Bakış” olarak aslında yapılan sunumların bir genel çerçevesini sunacak diğer örneklerle birlikte. Kendisi daha çok kalite standartları geliştirilmesi, uluslararası yönetimine odaklı olarak Bakanlıkta çalışmalarını yürütüyor. Buyurun Yener Bey.

Yener GÜL – Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sayın Başkanım, Değerli Katılımcılar, öncelikle hoş geldiniz diyorum. Kalite ile ilgili yüksek lisans yaparken kalite yönetim profesörümüze şöyle bir şey sormuştuk; “kaliteli hayat nedir?” demiştik, demişti ki, “eğer siz herkes gibi televizyon karşısına geçip sıradan şeyleri izlemiyorsanız, kendinizi geliştirmek için bir yerlere gidip bir konferansı dinliyorsanız, bir söyleşiye katılıyorsanız kaliteli hayat yaşıyorsunuz demektir” demişti. O yüzden burada bizimle birlikte bu hayatı paylaşan arkadaşlara öncelikle hoş geldiniz diyorum.

Ben Avrupa’da hastane akreditasyonundan bahsedeceğim biraz; gerçi işim epeyce kolaylaştı, değerli konuşumuz Sayın Basia Kurtuba ve Sayın İsmail Serdaroğlu’ndan sonra herhalde bu konuyu anlatmak benim çok kolay olacak diye düşünüyorum. Biraz daha toparlayacağım, biraz daha Daire Başkanlığı olarak ve Sağlık Bakanlığı olarak nereye doğru gidiyoruz, sektör nereye doğru gidiyor, ona da vurgu yapacağım ve konuşmamı sonlandırıyor olacağım. Konuşma planımda tanımlar ve kavramlardan bahsedeceğim, sağlıkta akreditasyon çalışmasının tarihçesinden çok kısa bahsedeceğim çünkü zaten değerli konuşmacılarımız bundan bahsettiler. Sağlık hizmeti akreditasyon neden gerekli, bundan bahsediyor olacağım. Bu akreditasyon, amaç ve faydalarından zaten konuşmacılar, arkadaşlarımız bahsetti, buna çok hafiften değiniyor olacağım. Dünyadaki akreditasyon programlarının temel unsurlarından bahsedip hastanelere sağladığı faydaları anlatarak Avrupa’da hastane akreditasyonları programlarından bahsediyor olacağım. Devamında da ISQUA’dan hafifçe bahsedip Türkiye, sağlıkta akreditasyonunun neresindeyiz sizlerle birlikte konuşup konuşmamı sonlandıracağım.

Neden tanımlar ve kavramlar? Çünkü eğer ne konuştuğunuzu çok iyi anlamamışsanız konuştuğunuz şeyler çok kapsamlı da olsa aslında çok bir şey anlamıyor oluyorsunuz. Akreditasyon nedir diye düşündüğümüzde; aslında akreditasyon, bir organizasyonun, bir sağlık kurumunun programın veya grubun standartlar ve kriterler ile uyumlunun yetkili bir otorite tarafından incelenmesi ile başlayan, onaylanma süreci ile sonuçlandırılmasını içeren resmi süreçler bütünü. Biraz daha bunu netleştirecek olursak; bunu bir bağımsız kuruluş yapıyor oluyor genelde, bununla birlikte bir sivil toplum kuruluşu, genelde dünyada yaygın olan uygulama ama İsmail Bey’in bahsettiği gibi ve Sayın Basia Kurtuba’nın bahsettiği gibi sağlık bakanlıkları da bu uygulamaları yapıyor olabiliyor. Hastanelerde akreditasyonu nasıl tanımlayabiliriz? Esas gündem maddemiz o gibi duruyor ve herkesin merak ettiği konu da bu gibi duruyor; hastanelerde akreditasyon, hizmet sunumu konusunda belirlenmiş standartlara uygunluğun konularında uzman dış denetçiler tarafından değerlendirildiği bir sistemdir. Peki, burada bahsi geçen “standart” nedir dediğimizde; standart, akreditasyon amaçları için yetkili bir otorite tarafından önceden belirlenmiş bir beklentiler setidir diyebiliriz. Bununla birlikte bir standart, bir kuruluş veya bireyin kabul edilebilir performans düzeyini belirler. Aslında herkesin biraz daha kurumunu, kendisini, yaptığı faaliyetlerini görmesini sağlıyor olur.

Sağlıkta akreditasyon çalışmaları nasıl başladı ve nereye gidiyor diye sorduğumuzda; sağlıkta akreditasyonun tarihçesine dönüyoruz. Sağlıkta akreditasyonun tarihçesi, bu alanda ilk çalışan ülke 1913 yılında Amerika olarak önümüze çıkıyor. Amerikan Cerrahlar Birliği, bu alanda çalışmaları yapıyorlar, bir sayfalık bir standart yayınlanıyorlar, sadece bir sayfa, o günlerden bu günlere epeyce yol kat etmiş gibi duruyor. Daha sonradan bu Amerikan Cerrahlar Birliği JCAHO’ya dönüşüyor ve halen JCAHO olarak faaliyetlerini sürdürüyor. JCAHO’dan Kanada örneği çıkıyor çünkü başlangıçta Kanada, Amerika ile birlikte bu yolculuğa birlikte başlıyor, sonradan ayrılıyor ve kendi Kanada Ulusal Sağlık Sisteminde Akreditasyonu oluşturuyor. Avustralya’da yine, bu tür çalışmalar başlıyor

ve devam ediyor ki, daha sonradan yolculuk QIC’ya kadar gidiyor, bundan birazdan bahsediyor olacağım. İngiltere’den çok bahsetmiyor olacağım çünkü Basia Kurtuba zaten bu konuya değindi, o yüzden çok detaylı girmeyeceğim. Akabinde Avrupa’ya baktığımızda Çek Cumhuriyeti, Almanya, Macaristan, Polonya, Portekiz, İspanya, İsviçre gibi ülkelerimiz kendi akreditasyon sistemlerini oluşturma ve tanıtmaya gereksinimini hissetmişler ve günümüzde yaklaşık 40 ülkede akreditasyon programlarının uygulandığını söylüyor olabiliyoruz. Demek ki artık yavaş yavaş Türkiye’nin de bu sürecin içerisine dâhil olmasının zamanını gelmiş diyorum.

Sağlık hizmetlerinin akreditasyonu neden gerekli? Çünkü dünya artık küçülüyor, küçük bir köyde yaşıyor gibiyiz, burada bir şey yapıyoruz, dünyanın öbür ucunda anında duyuluyor, doğal olarak burada bizim konumuzun kim olacağı, ne zaman olacağı hiç belli olmuyor. Biz de aslında bu değişen dünya ile aslında rekabet etmemiz gerekiyor. Aynı zamanda etkili bir hizmet kalitesi yönetimi için de yine akreditasyon gerekli. Çünkü bir şeyin kuralını koymamışsak, o zaman onu nasıl değerlendireceğimizi de bilemiyor oluyoruz. Bunu yaparken optimum düzeyden yola çıkmamız gerekiyor. Asgari düzeylerle başladığımız bu yolculuğa önümüzdeki günlerde optimum düzeyle devam ediyor olacağız.

Sağlıkta akreditasyonun temel amaçları nelerdir diye düşündüğümüzde; sağlık hizmetinin kalitesini geliştirmek, hizmetlerin entegrasyonunu ve yönetimini geliştirmek, sağlık hizmeti kuruluşlarının karşılaştırmalı veri tabanı oluşturmak, sağlık hizmetlerinin maliyetini azaltmak ki, bu bizim ülkemiz için olmazsa olmazlardan birisi, aynı zamanda en iyi uygulamalar konusunda eğitim danışmanlık yaparak halkın sunulan sağlık hizmetine güvenini arttırmak, hasta ve çalışan güvenliği risklerini azaltarak akreditasyonun amacına ulaşmış oluyoruz.

Peki, bu paydaşlara ne sağlar sağlık sektöründeki? Tıbbi literatürde tanımlanmış en yeni ve en iyi uygulamaları içerir, tüm uygulamaların yetkin uzmanlarca denetlenmesini sağlar, tıbbi hataların önüne geçilmesini sağlar, kompleks vakaların yani birçok konsültan hekimin bakması gereken vakaların daha iyi yönetimini sağlar, hasta ve ailesinin sağlık hizmeti konusunda bilgilendirerek ve bilgilendirilmesi dışında aldığı tedaviyi onaylayarak o hizmeti almasını sağlar, ehliyet sahibi insanların bu hizmetini sunmasını sağlar, hasta ve ailesinin eğitimine katkıda bulunur, çalışanların mesleki eğitimlerinin planlanmasını ve yapılmasını sağlar, böylece sürekli gelişimi sağlar, resmi işbirliklerini oluşturur çünkü akreditasyonla ilgili bir kurum çalışıyorsa birçok kurumla da ilişkiye girmek zorunda kalıyor, afet ve kriz yönetimi için önceden önlem alınmasını sağlar ki, bu dünyanın konularından birisiydi, tüm tıbbi malzemeler ve cihazların da kontrollü yönetimini sağlar.

Peki, dünyada akreditasyon programlarının temel unsurlarını neler oluşturuyor deyip biraz toparlarsak bugünkü gündemimizi; standartları oluşturan kurumların gözetim ve denetimini yapan bir birim oluyor genelde, standartların kurumlardaki uygulamalarını değerlendiren profesyoneller oluyor, bunlar bağımsız denetçiler ve gelişme çabalarını görüyoruz. Dünyada akreditasyon uygulaması olan ülkelerde hastanelerde ne gibi iyileşmeler olmuş diye düşündüğümüzde; hastane içi bölümler arasında yatay ve dikey anlamda iletişimin arttığı görülmüş, tıbbi kayıtların kalitesinin yükseldiği görülmüş çünkü artık kayıtların sorgulandığı fark edilmiş, çalışanlar, özellikle hekimlerin kuruma karşı tutumunun değiştiği ve daha fazla sahiplenmenin arttığı görülmüş. Kalite kavramı gündeme gelmiş, aynı zamanda hastanelerde profesyonel yönetim anlayışı ortaya çıkmış. Bununla birlikte her hastane tıbbi disiplin konularında ilerleme kaydetmiştir diyebiliriz.

Acaba Avrupa’daki akreditasyon programları ne durumda dediğimizde; bu konuyu birazcık daha toparlayarak geçeceğim çünkü gerek İsmail Bey’in sunumu gerekse Basia Kurtuba’nın sunumları

aslında bize bir fikir verdi; birçok ülkede akreditasyon zorunlu, birçoğunda ise gönüllü uygulamalar esasına dayanıyor. Bazı ülkeler bunu sağlık bakanlığı bünyesinde oluşturdukları bir kurulla götürüyor olurken bazıları ise bağımsız kurumlar ve kurullar kurarak bu süreci yönetiyor oluyorlar. Buradaki durum aslında tamamıyla ülkenin çizdiği stratejiyle alakalı, o ülkedeki sağlık stratejisi ne yönde çiziliyorsa aslında ona göre bir gidişat oluyor. Dolayısıyla burada tek bir doğrudan bahsedemiyoruz, sadece bağımsız bir sivil toplum kuruluşu bu işi yapsın demek de doğru ama bunun yanında sağlık bakanlığının bünyesinde özerk bir yapıya sahip bir kurum da bu işi yapsa olur demek de doğru. Çünkü tüm dünyadaki ülkeler, özellikle Avrupa'daki uygulamalar bu yönde olduğunu görüyoruz. Birçok Avrupa devletinin kalite konusundaki ilgisi bu işe başlarken, 5 alanda yoğunlaştığını görüyoruz. Özellikle İngiltere, Fransa, İsveç, Hollanda, Norveç profesyonellerinin hastanelerin kalite ve kalite güvencesi konusunda sorumluluk almalarını gerektiren kanunlar çıkarttığını görüyoruz, birçok devlet, profesyoneller, dernekler, diğer örgütlerin finansal olarak desteklenmesi ve bağımsız ulusal kalite örgütlerinin kurulması yoluyla kalite ile ilgili faaliyetleri teşvik ettiğini görüyoruz. Burada özellikle Hollanda'daki Ulusal Kalite Güvencesi Örgütü, birçok ülkeyle Avrupa'daki birçok ülkeye örnek olmuş durumda.

Devletler, halkın sağlık hizmetlerini eleştirmesine, maksimum bekleme süreleri gibi hizmet garantileri önererek veya hasta haklarını belgeleyerek cevap vermeye çalışmakta. Devletler, örneğin Uluslararası Standartlar Örgütü ki, ISO birçok konuşmacı bundan bahsetti, bu normlarla ve gönüllü örgütsel denetimler yoluyla sağlık kuruluşlarında akreditasyonu gittikçe daha fazla artan ilgiyle ilgilenmektedirler. Devletler, maliyetleri azaltma ve kalite iyileştirme yaklaşımları olarak toplam kalite yönetimi ve sürekli kalite iyileştirmeye olan ilgilerini de dile getirmektedir diyebiliriz. Bu tabloda, Avrupa'da akreditasyon programlarının işlevsel durumunu görüyoruz; Türkiye burada henüz bir akreditasyon programına sahip olmayan bir ülke konumunda ama şuanda tam sağlıkta ulusal akreditasyonun önünde durmaktayız. Avrupa'da akreditasyon programlarının odağında neler var diye baktığımızda "klinik uzmanlığı" görüyoruz, özellikle Birleşik Krallık'ta, tüm sektörlerde faaliyet gösteren ülkeleri görüyoruz, Fransa gibi, Letonya, Bosna gibi, İtalya gibi. Üçüncü basamakta eğitim hastanelerini görüyoruz. İkinci ve üçüncü basamak hastanelerini görüyoruz, özellikle Polonya'da, Bulgaristan'da, Çek Cumhuriyeti'nde, Macaristan ve Malta'da. Birinci basamak hastanelerini görüyoruz, Bosna'da, İspanya'da, Danimarka'da ve Slovakya'da. Sağlık ve sosyal hizmetleri görüyoruz; Finlandiya ve Çek Cumhuriyeti'nde diyebiliriz.

Bu programları kimler başlattı diye baktığımızda; biraz önceki anlattığım gibi mesleki kurumlar bunu başlatıyor olabilir, örneğin, hastaneler, tıp ve hemşirelik dernekleri gibi. Burada sivil toplum kuruluşları ön plana çıkıyor. Özel sigortacılar bunu başlatıyor çünkü bir kurumdan sağlık hizmeti satın alacak müşteriler için doğal olarak da o kurumun belli bir düzeyde olmasını istiyor. Sağlık bakanlıkları başlatıyor, özellikle İsmail Bey'in belirttiği gibi ve Sayın Basia Kurtuba'nın belirttiği gibi Fransa da ve İtalya da, Hollanda da, Çek Cumhuriyeti'nde, Polonya da bunu görüyoruz. Üniversiteler bunu başlatabiliyor, Güney Afrika da böyle oluyor, mesela, Birleşik Krallık'ta, Bristol Üniversitesi'nin bir programı dâhilinde yine, bu tür akreditasyon programları başlayabiliyor.

Avrupa'daki akreditasyon programlarını biraz daha açacak olursak; ne zaman başladıklarına ve hangi ülkeler, ne zaman başladı, nasıl bir sıra izlendiğini görürsek, şöyle bir çizgi çıkıyor. 1990'da Birleşik Krallık'ta, bu çalışmalar başlıyor, daha sonradan 1995'de Finlandiya ile devam ediyor, 1996'da İspanya ile 1997 Çek Cumhuriyeti ile 1998'de Sayın Basia Kurtuba'nın da belirttiği gibi Polonya ile devam eden bir süreç. Gördüğümüz gibi bu tabloda da henüz Türkiye yok ama herhalde 1, 2 yıl içerisinde bu tabloda Türkiye de olacak diye düşünüyorum.

Hastanelerin ve diğer sağlık-bakım örgütlerinin organizasyonuna gittikçe artan uluslararası bir ilgi var, bunun sebebi nedir diye düşündüğümüzde şöyle bir şey çıkıyor karşımıza; bütün dünyada, aslında sağlık-bakım profesyonellerinde bir gelişme isteği var, halk sağlığını iyileştirme isteği var, birçok ülkede sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi yönünde bir eğilim var, sağlık hizmetlerinin artan maliyetlerini düşürmeye yönelik bir eğilim var ve global internetle bakım kalitesi ile ilgili konularda bilginin artan erişebilirliği söz konusu. Ve bütün bunların yanında çok uluslu şirketlerin dünyanın birçok ülkesinde bulunan çalışanları için güvenli ve etkili sağlık hizmetleri sunulması konusundaki istekleri var.

Hastanelerde akreditasyon süreci nasıl işliyor? Akreditasyon uygulamasının yaygın olduğu ülkelerde bir hastane akredite olabilmek için önce kendi durumunu değerlendiriyor, bir bakıyor, neleri hazırlamış, neleri eksik, daha sonradan akreditasyon kurumuna bir dosya ile başvuruyor, kurul tarafından değerlendiriliyor ve inceleme sonucunda standartlara uygunluk derecesi saptanıyor, sonuçta da akreditasyon statüsünü alıyor. Avrupa'daki akreditasyon programlarını örnek vereceğim ama dediğim gibi hem günün bu saatinde hem öğlen yemeği öncesinde, özellikle İsmail Serdaroğlu'nun ve Basia Kurtuba'nın yaptığı konuşmalardan sonra çok fazla örnek vermeye gerek olmadığını düşünüyorum.

Bosna-Hersek de çalışmalar halen devam ediyor, henüz sonuçlanmış değil. Çek Cumhuriyeti'nde ilk tetkik gerçekleştirilmiş durumda, akreditasyonda. Finlandiya da yine çalışmalar 1994 yılında oluşturulmaya başlanmış, 1995'de ilk tetkik gerçekleştirilmiş. Fransa da ANES ile başlayan HAS ile devam eden bir süreç var. Almanya da hastanelerde “kalite ve şeffaflık kurulu” söz konusu. İrlanda da genel akademik eğitim hastaneleri akreditasyon projeleri söz konusu. İtalya da, kurumsak akreditasyon programı MARCİ Bölgesi söz konusu. Hollanda da Hastaneler Akreditasyonu Hollanda Kurumu söz konusu. Polonya da hastane akreditasyon programı söz konusu ki, bundan zaten Sayın Basia Kurtuba yeterince bahsetti. Portekiz de sağlıkta kalite hizmetleriyle ilgili bir kurum var. Slovakya Cumhuriyeti'nde sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon merkezi söz konusu ve bu akreditasyon çalışmalarını yürütüyor. İspanya da Uluslararası Akreditasyon Ortak Kurumu AVEDIS DONABEDAN Vakfı var ki, AVEDIS DONABEDIAN, hepinizin bildiği üzere dünyada sağlık hizmetlerinde kalitede farklı bir ekol. Yine İsviçre de İsviçre Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kurulu var. Birleşik Krallıkta, Health Quality Services var, aynı zamanda Hospital Accreditation Programme var, Klinik Standartlar Kurulu var ve bu İskoçya da uygulanmakta. Avusturya da şuanda herhangi bir ulusal program yok ama geliştirilmekte. Belçika'da daha çok bu süreç Bölgesel İdari Tıp personeli tarafından teftiş edilerek yürütüyor ama burada şuna bakıyor daha çok; altyapı ile malzeme, minimum tıbbi ve para-medikal yeterlilikle ilgili hastane mevzuatı kriterlerine bakılıyor. Bulgaristan, bu anlamda hastaneler ve danışma tıp merkezleri olarak 1998 yılında mevzuatlarına Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu akreditasyona tabi olmuş bir mevzuatı var, bu kanun, hastanelerin ve merkezlerin kalite güvence sistemlerine sahip olmaları ve sağlık programlarına bağlantıları olmasını gerektiriyor.

Sağlıkta akreditasyon ülkeden ülkeye göre aslında hangi açılardan farklılık gösteriyor, bunu sorgulamak lazım. Çünkü bu birazda Türkiye'nin çizdiği yol haritasıyla alakalı. Bakıtığımızda, akreditasyon tamamen isteğe bağlı olabiliyor ve kuvvetle teşvik ediliyor ya da Fransa'daki gibi zorunlu kılınabiliyor. Devletlere bağlı kurumlarca verilebiliyor temel gereklilikleri mi yoksa optimal beklentilere göre mi odaklanıyor, çıktılara mı yoksa sürece göre mi odaklanıyor, geliştirici mi yoksa cezalandırıcı mı olup olmadığına bakılıyor ve bu anlamda danışmanlık, eğitim düzeyi olup olmadığına bakılıyor.

Burada bizim yolumuza, Bakanlık olarak JCAHO çıktı, International Society for Quality in Health Care, ülkelerin, sağlık akreditasyon şemalarının uluslararası düzeyde tanınmasını henüz söz konusu değil. Bu sorun ile ilgili olarak ISQua kuruluyor, kuruluşun amacı şu; eğitim, araştırmalar, işbirlikleri ve kanıta dayalı bilgilerin paylaşılması yollarını kullanarak tüm dünyada sağlık hizmetlerinde kalite ve güvenliğin sürekli iyileştirilmesi çabalarının öncüsü olarak önümüze çıkıyor. Aslında herkesin şikâyet ettiği ISCO'nun ve diğer akreditasyon standartlarının dağınıklığını toparlıyor. ISQua, dünyada sağlık akreditasyon sistemini akredite eden en saygın kuruluş. Bu anlamda baktığımızda tüm uluslararası ve ulusal akreditasyon serileri bu kuruluşlardan akredite olduğunu görüyoruz. Şöyle bir bakarsak; tüm dünyadaki gelişmiş ülkelerin akreditasyon kuruluşlarının ISQHC'dan akredite olduğunu görebiliriz. Bunlardan bazıları bize çok tanıdık gelecek ki, birçoğumuz belki de bu tanıdık gelenlerin dışında herhangi bir akreditasyon yok diye düşünüyor olabiliriz.

Biz bu yolculuğun neresindeyiz ülke olarak diye düşündüğümüzde; aslında Bakanlığımıza "Sağlıkta Dönüşüm Programında" özellikle nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyonla kendi vizyonunu oluşturmuş durumda. Bizim amacımız elbette ki, ulusal akreditasyon sistemini kurmak, bununla ilgili yapıyı oluşturmak ve siz, değerli sektör temsilcilerinin beklentisi karşılamak. Mevcut durumumuzda henüz bir akreditasyon kurumumuz yok, bir TÜRKAK var, Ulusal Akreditasyon Kurumu, TÜRKAK'ın ciddi bir "know-how" var ve laboratuvar akreditasyonu yapıyor. Baktığımızda, beklentimiz ne olabilir? Elbette ki, tüm sektör yöneticilerinin, aralarda konuştuğumuz üzere beklentisi, artık bizim de uluslararası bir akreditasyon kurumumuzun olması, akreditasyon standartlarımızın olması yönünde. Şimdiye kadar aslında biz bu sürecin, yolun ağır olan kısmını ve yorucu olan kısmını tamamladık, gelecekte işimiz birazcık daha kolay gibi çünkü altyapıyı tamamlamış durumdayız, Sayın Serap Süzük'ün de belirttiği üzere. Netice itibarıyla, sağlık reformunu desteklemek, hizmet yönetim kalitesini geliştirmek ve sürekli kalite geliştirimini teşvik etmek amacıyla hükümetler, sağlıkta akreditasyona önem vermektedir. Bu nedenle, biz de Türkiye olarak bu işin için kendimizi şu soruyu sormalıyız; "biz bu işi yapabilir miyiz? Bu mümkün mü?". Elbette ki, mümkün çünkü Türkiye, Avrupa vizyonu ile yoluna devam etmekte ve Avrupa'da gördüğümüz üzere birçok ülke bu çalışmasını tamamlamış durumda.

Değişen ortamda hayatta kalabilmek için biz de değişmeliyiz diyorum, teşekkürler ediyorum.

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN – Oturum Başkanı

Yener Bey, çok teşekkürler.

Yemek saati geldi, biraz hızlı gitmeye çalışacağız. Son Konuşmacımız, Sayın John Basa, son 18 yıldır sağlık finansmanı konusunda çalışmalar yapan biri, şua nda Filipinler Sağlık Sigorta Kurumu'nun Başkan Yardımcısı, Filipinler Örneği'nden bizlere bahsedecek. Buyurun.

John BASA – Panelist

Filipinler Sağlık Sigorta Kurumu Başkan Yardımcısı

Polonya'dan Fransa'ya Avrupa'nın pek çok bölgesi Filipinler de ne yaptığımızı anlatmak için gelecek 10 dakikanızı almama izin verin. Panelimize, Başkanımıza ve katılımcılarımıza iyi akşamlar.

Size Filipinler de uyguladığımız akreditasyon sistemini sunmak benim için bir onurdur. Başkanımızla birlikte dünkü diğer oturumlara katılan sizlere sunmama izin verin. Ben Filipinler Sağlık Sigortası Kurumu, PhilHealth'den geliyorum, bu ajans Filipinler de Sosyal Sağlık Sigortası kapsamını sağlamak için hükümet tarafından görevlendirilmiş bir ajanstır. Halen nüfusun % 86'sını sigorta etmiş durumdayız ve ülkede sağlık hizmetlerin tek ve en büyük bütçedir. Filipinler'deki akreditasyon sistemini anlatmadan önce, hastane sistemi konusunda genel bir açıklama yapmama izin verin.

Ülkemizde çok aktif bir özel sektör grubumuz, hastane grubumuz var, işleyen hastanelerin % 60'ı özel girişimdir ve kalanı hükümet tarafından işletilir ve korunur. Filipinler de merkezi sağlık örgütü olduğu için pek çoğu yerel yönetimler tarafından korunur. Daha büyük sağlık merkezleri fiilen ulusal hükümet tarafından yönetilmektedir. Çok aktif bir özel sektör katılımına sahip olduğumuzu söylediğimde bu eğer sadece % 60 oranında ihtiva ederse, ülkedeki hastanelerin % 60 çoğunluğudur ki PhilHealth rambursmanının 3 çeyreğinden fazla bir hesaptır. PhilHealth her yıl yaptığı ödemenin :% 75' inden fazlası gerçekte özel sektöre gidiyor.

Sonraki slayt. Filipinler'deki PhilHealth'in Cumhuriyetin % 70 – 75' inde alt yapı oluşturan akreditasyon tedarikçilerine yasal yaptırımını nedir? Filipinlilere sağlık sigortası sağlar. PhilHealth sadece akreditasyon standartlarını geçebilen ve programın mali sıkıntısında katılım sağlayabilen tedarikçileri akredite etmelidir. Dünkü çapraz tartışmada tartıştığımız üzere gerçekten de Filipinler de Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen bir lisans durumu vardır, sadece WHO tarafından lisans verilenler PhilHealth ile akreditasyona başvurabilirler. PhilHealth tarafından akredite edilen tedarikçiler şimdi programdan zevk alabilirler.

Hangi kurumlar ve meslekler akredite edilmektedir? Çoğunluk hala hastanelerdendir fakat biz kırsal sağlık merkezlerini de akredite ediyoruz, biz aynı zamanda TB DOTS Tüberküloz kliniklerini, doğumevlerini, müstakil risk merkezlerini ve özellikle yurtdışındaki Filipinliler için klinikleri de akredite ediyoruz. PhilHealth aynı zamanda profesyonelleri de akredite ediyor; bunlar doktorlar olabilir, genel pratisyenler veya medikal uzmanlar olabilir; biz aynı zamanda programa katılan diş hekimlerini ve ebeleri de akredite ediyoruz. Şu ana kadar 160.000'den fazla hastane PhilHealth tarafından akredite edildi, bu oran ülkede bulunan hastanelerin % 90'ından fazlasıdır, yaklaşık 1300 kırsal tesisimiz, yaklaşık 700 TB DOTS merkezleri ve aynı sayıda doğumevimiz bulunmaktadır. Ve 20.000'den fazla, 3000 sağlık profesyoneli PhilHealth tarafından akredite edildi. 1970'den 2010 yılına kadar akreditasyon sistemimiz temel olarak aynıydı. Sadece 2010 yılı içinde akreditasyonumuz için yeni bir çerçeve geliştirdik. 1972'den 2010'a sistemimizde ne vardı? Esasen hastanelerimizdeki tetkiklerde yanlış olan neydi kültürünü temel alıyordu. Akreditasyon sistemimize karşı yapılan en genel şikayetlerden birisi sağlık departmanının lisans programında yaptıklarını temel olarak ne yaptığını taklit etmesiydi. Biz aynı zamanda hastanelerden fazlasına da bakıyoruz, tesislere bakıyoruz, ekipman, insan kaynakları talebi, temel olarak sağlık departmanının lisans gereksiniminde ne aradığına bakıyoruz. Temel olarak sadece 2010 yılında başladığımız yeni akreditasyon çerçevesi neye benziyor? Temelde kalite geliştirme programıdır ve bunu hastanelerimizin öz değerlendirmesi için

yapıyoruz. Lisans departmanlarının yapmaları gereken girdilere bakmak yerine, yeni akreditasyon sistemimiz süreçlere ve çıktılara bakar. PhilHealth “bench book” olarak bilinen yeni akreditasyon sistemi akredite edilmiş tedarikçilerin performansını ölçerken kullanılan bir kıstastır. Ve daha önceden de bahsettiğim gibi süreçleri ve sağlık hizmeti çıktılarına değerlendiren standartlar içerir. Sadece sağlık hizmetlerinin girdilerine bakan yürürlükteki akreditasyon sisteminden önemli değişiklik çerçevesindeki herhangi bir yüzde emsalsizdir. “PhilHealth bench book” 79 standarttan oluşur ve hasta bakımı, güvenli uygulama ve çevre, insan kaynakları yönetimi, hasta hakları ve organizasyonel etikler, liderlik yönetimi, bilgi yönetimi gibi 7 temel standart gruba ayrılır. Bunun çekirdeği hasta bakımındır ve tabii ki hasta hakları ve organizasyonel etiklerdir. Hasta bakım standartları hasta kabulü ile başlar, bakımın gerçek yönetimi ve çıkış hazırlıklarına kadar sürer. “Bench book” da standart kriter göstergeleri vardır, standartlar performanslarla ilgilenir, hastanenin maksimum başarılabilir performanslarını gösterir ve standartları ölçmek için spesifik ve ölçülebilir göstergeler gibi birkaç kriterimiz vardır ki onları hastanelerin performansını izlemek için kullanırız. Şimdi size Filipinler’deki akreditasyon sürecinin özet bir enstantanesini göstermek için; PhilHealth tarafından akredite olmak isteyen bir tedarikçi veya bir organizasyon öz değerlendirme programından geçmek için bir başvuru formu sunar, bu öz değerlendirme programına dayanarak PhilHealth tetkik ziyaretleri yapar ve en sonunda akreditasyon kararı verilir. Öz değerlendirme yeni “PhilHealth bench book” unun kritik bir parçasıdır ve tedarikçi ve bu öz değerlendirme hastaneye kendi organizasyonu içindeki güçlü yönleri ve zayıflıkları görmesi için yetki verir. Bu, ki aynı zamanda PhilHealth’in bir parçasıdır, hastaneye performans değerlendirmesi için başlangıç adımını sağlar ve sonunda daha önemli olarak da PhilHealth’in pozisyonunu pekiştirir. Geçen birkaç yılda hastanelerin algıladığı PhilHealth bir partnerdir, PhilHealth bir işbirlikçidir ve olağan bir servis değildir. İlk satır görünmüyor ancak ilk satır öz değerlendirme formunun bir enstantanesini gösteriyor, ilk kolon size standartları, ikinci kolon kriterleri gösterir ve son üç kolon göstergelerdir ki bunlar kısmi uygulamayı, göstergelerin kısmi uygulamasını veya hiç icraat olmadığı durumları gösterir. Temel olarak son kolon bize akreditasyonun bulduğu bazı zıt bulguları gösterir. Aslında bunlar bizim kullandığımız göstergelerdir. 3 çeşit gösterge vardır, olanı ya da olmayanı gösteren sonuç göstergeleri, süreç göstergeleri ve diğer uzmanlık alanlarından olan gözcü göstergeler.

Şimdi tüm bunları birleştirdikten sonra, bu 79 göstergeden alınan tüm skorlar bu egridedir, yüzde 50’nin altında kalanlar hiç akreditasyon alamamıştır. 51’den 67’ye kadar skor verilenler modellenmiş güvenlik merkezleridir. Daha yüksek skoru başaranlar kalite merkezleridir ve daha yüksek skor alanlar mükemmellik merkezleri olarak değerlendirilir. Bu akreditasyon seviyelerinden önemli olan PhilHealth tarafından akredite edilip edilmediğinizdir. Güvenlik, kalite ve mükemmellikten oluşan bu 3 seviye akreditasyon, hastaneye başarı hissi ve bakım kalitesinin yükselmesi için amaç hissi, örneğin güvenlik merkezindeki risk, 3 yıl 5 yıl düşük kalır ve sonra kalite merkezi veya mükemmeliyet merkezi için başvurabilir. Buna ilaveten, önceki akreditasyon şemasında akreditasyon lisansı sadece bir yıl için iyidir. Yıl yıl sağlık departmanından eksperlerimiz hastanelerde denetim yapmak zorundadır fakat güvenlik merkezi olarak belirlenmiş hastanelere 1 yıl, kalite merkezi olarak belirlenmiş hastanelere 2 yıl akreditasyon ve mükemmellik merkezleri 3 yıl akreditasyon verilir.

Sanırım bazı slaytlarımı atladım. Aslında, “PhilHealth bench book” a sadece 2010 yılında başladık, fakat bu sadece geçen yıl 2009 veya 2008 de geliştirdiğimiz bir sistem değildir. Gerçekte bench book un gelişimi 2010 yılında başladı, evet 10 yıl, 10 yıllık bir sistem. Bu kadar uzun süren nedir? Belki de organizasyonlarımızla, sağlık hizmeti sağlayıcılarla bir konsolidasyon yaptık, belki çok daha fazla konsolidasyon yaptık, fakat bir faktör vardır ki PhilHealth bu türde bir akreditasyon sistemini ithal edebilecek pozisyonadadır. Rakamları aldığımızda nüfusumuzun kritik kütesine zaten ulaşmıştık ve ülkedeki hastane sigortalılarının faturalarının önemli bir kısmında halihazırda sıkıntı yarattık.

Birkaç ay sonra, bench book'u uygulamak için birkaç ayımız var ve oryantasyondan son 2 yıldır bench book'ta kesin olmak için son 2 yıldır yapıyorduk. Daha iyi performans için tedarikçilerimize teşvik ve güç verilmişti, bir, daha önceden bahsettiğim gibi akreditasyondaki güvenlik, kalite, mükemmellik gibi derecelendirmeler onlara teşvik verir, ikincisi öz güvenlerine inanç verir, sağlık bakım organizasyonlarına yetki verir. PhilHealth'in bench book'un ulusal uygulamalarından öğrendiği bir şey de bench book'un tüm hastanelere uygulanabilir olduğudur, ülkedeki hastanelerin çoğunluğu kırsal yerleşimde veya şehir yerleşiminde kaynaklar bir hastanenin kalitesinde çok önemli bir rol oynamaktadır.

***TEŖHİS İLİŖKİLİ GRUPLAR VE
BRANŖ BAZLI AYAKTAN HASTA GRUPLARI***

Dr. Hasan GÜLER – Oturum Başkanı

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Değerli Katılımcılar, Kongremizin bilimsel anlamda son oturumunu açıyorum. Aslında Oturum Başkanlığını Sayın Hocamız Profesör Doktor Adnan Çinal Bey'ler yöneteceklerdi, dün akşam acil bir durumdan dolayı aramızdan ayrılmak zorunda kaldı ve bu görevi bana tevdi ettiler, bu oturuma ben başkanlık edeceğim.

Bu Oturumda Teşhis İlişkili Gruplar ve Branş Bazlı Ayaktan Hasta Grupları bağlamında bir oturum olacak. Aslında bu konu, önemli bir konu, sağlık yöneticilerinin bundan sonra önemli bir anlamda onları yoracak ve sürekli gündemlerinde olacak olan bir konu. O açıdan Kongre kapsamında da bir yenilik olarak bunun işlenmesi ve paylaşılmasını arzu ettik. Bu oturumda Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığından Doktor Ümit Başara, Sosyal Güvenlik Kurumundan Sosyal Güvenlik Kurulu Yönetim Kurulu Üyesi Uzman Doktor Murat Balanlı Beyefendi, bir de Makedonya Sosyal Güvenlik Kurumundan Maja Parnardzieva Hanımefendi birer konuşma yapacaklar. İzinizle, zaman kısıtlılığından dolayı da ben değerli konuşmacılardan Ümit Bey'i konuşmalarını yapmak üzere davet ediyorum.

Dr. Ümit BAŞARA – Panelist

T.C. Sağlık Bakanlığı

Herkese hoş geldiniz diyorum.

Süre kısıtlılığından dolayı biraz hızlı ilerlemeye çalışacağım çünkü bir miktar teknik, bir miktar farklı içerik yoğunlu bir sunum yapmaya çalışacağım. İlk olarak biraz ICD-10 kavramından bahsedip ondan sonra diğer DRG'yi biraz detaylandıracağım. Ve sonuç olarak çok az da brans bazlı ayaktan gruplardan bahsedeceğim.

ICD'den bahsederken International Classification of Diseases yani “uluslararası hastalık sınıflandırması”, ICD-1 diyebileceğimiz versiyonu 1893 yılında sadece ölüm nedeni olguları kodlamak amacıyla oluşturulmuş bir yapı olup, II. Dünya Savaşı sonrasına yani 1948 yılına kadar da yapıyı bu şekilde koruyup ICD-6 dediğimiz versiyon ile artık klinik verinin de içine dahil olduğu bir yapı haline almıştır. Süreç olarak 7-8-9, 1992'de de ICD-10 Versiyonu geliştirilmiştir. Benim tahminim 1 veya 2 yıl içerisinde “11”de yürürlükte göreceğimizi umut ediyorum. ICD-10'un henüz biz de, ICD-10'u kliniklerimizde kullanmaktayız, hepimiz biliyoruz ki, yalnız tanıya yönelik bir sınıflandırma sistemi, haliyle kodlama olarak da bu yönde bize yardımcı oluyor. Mortalite amaçlı yani ölüm nedenlerinin kodlanması amacıyla 138 ülkede genel klinik amaçlı olarak da 100 kadar ülkede kullanılmakta. ICD- 10 AM, dediğimiz, AM yani Avustralya modifikasyonu ise bundan biraz farklılık gösteriyor, 5 adet ciltten oluşmakta, ilk iki cildi tanıları, ikinci iki cildi işlemleri içeriyor ve beşinci cilt olarak bu kodlanmanın nasıl yapılacağına dair uygulama ve kurallar kitapçığı var. AM'in ondan farkı; modifiye olması yani klinik kod aralıklarının genişletilmesinden ibaret. ICD-10 zaten kod çıkartma işlemini yapmanıza Dünya Sağlık Örgütü müsaade etmiyor ama ekleme yapmanıza müsaade ediyor. İhtiyaçlarınıza göre bazı kodları ekleyebiliyorsunuz. AM denince en büyük fark; bir sistem olarak ele alındığında işlemleri de yani sağlık hizmetlerini de içinde bulunduruyor. Buna da Avustralyalılar açığı kısaca ifade ediyorlar, Australian Classification of Health Interventions şeklinde.

Şimdi bu ICD-10 AM'den bahsetmemizin sebebi, tabii, oluşan tanı ilişkili grupların temelini oluşturmasından dolayı. DRG, denilen Diagnosis Related Groups denilen olgu ise biz, kendi yapımızda “teşhis ile ilişkili gruplar” şeklinde adlandırdık. Tanımına gelince; daha çok bilimsel olarak bir araya gelebilen olguları, bir miktarda maliyetlerini ele alarak sınıflama, gruplama çabasıdır aslen. Ödeme işlemi için de kullanmak istediğiniz zaman daha çok “bağlı” değerlerin kullanımına sizi yönlendiren bir yapıya sahip. Başlangıç noktasına baktığımız zaman Amerika'da 1973 yılında normal üretim hattında kullanılan bir metodolojiyi sağlık alanında nasıl kullanırsanız şeklinde başlamış bir çalışma. Bir 10 yıl sonrasında bunun Medi-Care'in sağlık alanında ödeme yöntemi olarak kullanılması şeklinde sonuçlanmış. Genel amaç ve bizim de amacımız tabii, sınırlı kaynakların hastanelerin, yatan hastalar için ürettikleri hizmetlere yönelik olarak adil bir dağıtım yapmak. Ve haliyle verimliliği de teşvik etmeyi de düşünüyorum bu arada ve bunun çok, en güzel yanlarından bir tanesi; sistematik ve anlamlı klinik veri topluyor olmanız.

Mantığa gelince; bir miktar, iki önceki slaytta bahsetmiştim, hastalarımız sonsuz özelliklere sahipler ama belirli donelerle bunları belirli gruplara ayırabiliyoruz. Bu işte, zaten sistemin de adı “tanı ilişkili” veya “teşhis ilişkili gruplar” dediğinizde ilk adımımız teşhis ile yani hastaların, vakalarımızın hastalıklarıyla başlıyor. Velhasıl hastaları birincil tanılarına, sonra ek tanılarına göre bu gruplara ayırmaya çalıştığımızda yalnız tam istediğimiz homojen ayrımları elde edemiyoruz. Bunun sonucunda başka donelere, başka değişkenlere ihtiyacımız oluyor yani birtakım bu tanı iş ayrıştırmasından tavizler veriyoruz. Bu tavizlerden ikisi önemli; öncelikle, işlemleri de dahil ediyoruz grup ayrıştırmalarında değişken olarak. Bir de bazı uyarlamalar, uyarlamalardan kasıt

keyfi değil tabii, bunlar, daha çok demografik değişkenler işte, yaşına göre grubuna ayırabiliyoruz veya cinsiyetine göre de grupları renklendirebiliyoruz. DRG'nin oluşumunda, TİG'in oluşumunda bir klinik kodlanmış veriyi yani tanısı ve işlemleri, bunun yanında yaş, cinsiyet, taburcu şekli, yatış süresi, yeni doğanlık durumu, bunun ağırlığı, günü birlik durumu ve birçok doneyi söz önüne bulundurarak bir atama yapıyor, bir gruplama yapıyor hastalar arasında. Bu çeşitli ülkelerde 500 kadar grupla çalışıyor, bazılarında da 1.200'e kadar çıkabiliyor bu grupların sayısı. Avustralya örneğinde, bizim kullanmaya çalıştığımız örnekte bu rakam 665'ler civarında, bunlardan 8'i de hata DRG'si. DRG'nin oluşumunda önemli iki done var; birincisi, klinik dokümantasyon, ikincisi de klinik kodlama. Haliyle bir klinik kodlamacının önüne kodlanabilecek bir verinin gelmesi lazım, bu noktada hekime düşen iş kısmı var. Bundan sonra önceden tanımlanmış o grupları atayacak algoritmayı içeren bir gruplayıcı program diyelim veya beyin diyelim, bunun mevcudiyeti. Bundan sonraki işlemler, bizim keyfimizde, bu veriyi analiz ederiz, istediğimiz şekilde kullanırız, karşılaştırmalar yaparız ayrı.

Kimler kullanıyor? Dünyada medeni tüm ülkeler kullanıyor. İsmen de teker teker okumaya gerek yok sanırım. Kullanım alanlarına gelince; bunlardan birincisi, etkinlik gözetimi alanında kullanılabilir. Klasik olarak performans ölçümlerinde, taburcu sayısı veya dolu yatak günleri göz önünde bulundurulurken DRG yaklaşımında "ağırlıklandırılmış hastalar" daha çok ele alınıyor, bunun da ortalamasını aldığımız zaman bunun adı artık "vaka karma indeksi" denen bir rakama işaret ediyor, bunu son slaytlarda örneklerle de göstermeye çalışacağım. Kaynak tahsisinde kullanılıyor, bizim de bu şekilde kullanmayı düşündüğümüz bir tarafı var. Şimdi tabii, en doğrusu bunun üzerinden yapılan dağıtımdır diyemeyiz ama bir kaynak dağıtımı yapacaksa doğru çalışan bir sistem üzerine geliştirmeyi tercih ederiz. Bu konuda da DRG'nin çok yanlışlar içerdiğini düşünmüyorum. Kıyaslamalarda kullanılabilir, ortalama yatış günleri olsun, işte, biraz önce bahsettiğim vaka karma indeksi konusunda olsun birçok karşılaştırmalar yapılabileceği gibi elinizdeki klinik veriyi bölgelere ayırıp kendi bölgelerinizde klinik alanda da birçok karşılaştırma yapabilirsiniz. Yani o veriyi sanırım, ulusal bir verinin, klinik verinin buradaki birçok istatistikçiyi veya epidemioğu çok mutlu edeceğini düşünüyorum. Süreç izlemede de kullanılabilir, özellikle gerçek zamanlı süreç izleme konusunda çok etkin, şu açıdan; biz bunu otomasyon üzerinden oluşturduğumuz bir yapı üzerine konuşlandırmayı düşünüyoruz, böylelikle bir hastanenin belirli aralıklardaki ortalama yatış günlerindeki fluktuasyonları bile belirli grafiklerle gerçek zamanlı takip etme şansına sahip olacağız, örnek olarak bunu da belirteyim.

Klinik kodlama sürecinden kısaca bahsedeceğim çünkü bu işlerde işin meşakkati hekimde, bir kısmı da klinik kodlamacı dediğimiz, özel eğitim almış olan kimselerde. Resminde, en solundaki karakter olarak tanımlıyoruz. Bu kişilerin önünde bir bilgisayar programı var, bizim sunucumuzla direk olarak yani Sağlık Bakanlığı Merkezindeki sunucuyla direk olarak haberleşen bir program. Bu kişiye, hastane yönetim sisteminden veyahut da hasta dosyaları hardcopy olarak bir şekilde klinik veri ulaştırılıyor, bu da bizim ona eğitimini verdiğimiz kurallar dahilinde o programa bu verileri giriyor ama girme sürecinde bazı denetimleri de çalıştırıyoruz. Bunlardan birinci aşamada; öncelikle demografik verilerin doğruluğu veyahut da klinik kodlamada temel hataların yapılmaması konusundaki bir değerlendirme aşamasıdır bu. Örnek olarak histerektomi işlemini bir erkek hastaya uygulamanıza veya kodlamanıza bu program müsaade etmiyor, yine bir örnek, "taburcu tarihinin" doğum tarihinden önceye yanlışlıkla girilmesine de müsaade etmez.

Bundan sonraki ikinci aşama değerlendirme var; klinik veri artık sunucuya gelmiş ve gruplayıcının önüne düşmüştür, gruplayıcı o veriyi değerlendirip bir gruba atama çabası içine girer. Burada da doğru kodlanmış veriyi ancak atayabileceğini söyleyelim, örneğin, burada da o ana tanı ile yapılan işlem uyumsuzluğu gibi, sizin kolositit tanısı koyduğunuz bir hastaya parmak ampstasyonu kodlarsanız ve kolositiktami veya ilgili başka bir işlemde kodlamaz iseniz ana "tanı-işlem uyumsuzluğu" şeklinde hata DRG'sine sizi yönlendirecektir. Bu aşamadan sonra yine bir değerlendirme kısmı var, bu da

daha çok kodlamanın kalitesinin değerlendirildiği bir aşama. Kodlama kalitesi, bazı hastalıklarda örneğin, viral hepatitte buradaki örnekte olduğu gibi, otoimmün, amabik, alkolik hepatit şeklinde farklılıkları varken klinik kodlamacı bazen bu detayı vermekten imtina eder, atayacağı kodun son karakterinde ufak bir değişiklikle sürekli "diğer hepatit, diğer hepatit" diye kodlayabilir, bu ne getirir? Sizin DRG'nizi etkilemez, büyük ihtimal doğru DRG'de sonlanırsınız, bir kaybınız olmaz ama klinik verimizi çok ciddi hasara uğratar. Bu tarz diğer şekilde kodlanmış kodların yüksek rakamlara çıkmasını pek arzu etmeyiz. Klinik kodlamadan biraz daha bahsedeceğim; DRG sisteminin temel iki ayağından biri, genellikle de göz ardı edilir, ciddi meşakkatli bir iştir, yaklaşık 2.100 kadar kodlama kural başlığı var, bunların altında da bir adet kuraldan bahsedilmez genellikle ciddi içeriklidir bunlar. Tümüünü hatırlamasını beklemiyoruz, özellikle yeni başlayan bir ülke olarak bu kodlamacıların ama nereye bakmaları gerektiğini bilmelerini istiyoruz. Tabii, bir ayağı da hekimler, hekimlerin de uyumu önemli, hekimlerin de neyin kodlandığını bir miktarda olsun bilmeleri gerekiyor, ona göre klinik dokümantasyonu geliştirmelerini umut ediyoruz. Şimdi örnek bir hastane diyelim, H-1 hastanesi, bu bizim pilot hastanelerimizden biri, ürettiği DRG'lere bakalım, normalde DRG yelpazesi 455 çeşitlilikte, burada 5-10 tanesini koyduk, bu DRG'lerin atanmış bağıl değerleri var, o hastanenin üretmiş olduğu o DRG'den adetler var ve haliyle o adet üzerinden ve o bağıl üzerinden toplamda oluşturduğu bağıl değer var. Yani bu H-1 hastanemiz, 12.450 bağıl değeri, 9.950 hastayı yatırarak oluşturmuş. Benzer hastaneleri bir araya koyduğumuz zaman, bunlar 7 adet "H- hastane grubu" diyelim, hepsini alt alta dizdiğimiz zaman 7 hastane 63.822 bağıl değer oluşturmuş 50.000 hastaya bakarak. Şimdi bir global bütçe dağıtacağız, örneğin 10 milyon lira gibi bir rakamı bu hastanelere dağıtacağız, toplam ürettiğimiz bağıl değer 63.822 olduğuna göre 10 milyonu bu rakama bölerek bir bağıl için ödeyebileceğimiz rakamı tespit ediyoruz, bu da burada 156.6 rakamına tekamül ediyor. Her hastanenin ürettiği bağıl değeri 156,6 ile çarptığımızda her hastanenin hak edişlerini tespit etmiş oluyoruz. Yani H-1 hastanesi için 1.950.000, H-2 için 1.780.000 gibi bir rakam ödemesi söz konusu oluyor.

Branş bazlı ayaktan hasta gruplarında ise aslında hepiniz, birçoğunuz benden daha tecrübelsinizdir eminim çünkü mevzubahis olan konu, EK-10'dan gelen ayaktan hasta grupları aslında. Burada bizim kurguladığımız yapı; tabii, bunları direkt fiyatsal veya meblağa yönelik olmaması bunlara birer bağıl değer atanması şeklinde ve ayaktan hastalar için ayrılan bütçeği de bu havuzda biriken toplam bağıla göre dağıtma şeklinde olacak. Yani yukarıda bir önceki slaytta yatan hastalar için kurguladığımız yapıdan aslen çok farklı olmayacak ama daha küçük bir alanda ve değişkenle çalışıyor olacağız. Önemli birkaç tabii, nokta var burada; bu çalışmayı yani DRG sistemini öncelikle hazmetmemiz gerekiyor, bu hazmetme işlemi de bence 1 yıl veya bir miktar daha uzun sürebilir. Bu noktadan sonra kendi maliyetlerimizi DRG'lerimize atamamız gerekiyor ve kendi bağıl değerlerimizi oluşturmamız gerekiyor, bu bir nokta. Bir de bu tarz bilimsel çalışmaların aslında bir üniversite kapsamında veyahut da bir enstitü kapsamında, dahilinde yürütülmesini de daha mantıklı olacaktır yani Sağlık Bakanlığının bu çapta bir işi kendisinin götürmesinden çok daha bilim üretilen bir noktada, bir kurulda bunun yürütülmesi daha mantıklıdır diye kendi naçizane düşüncem. Hekimlerimizde de bu DRG kavramının, TİG kavramının farkındalığının oluşması şart çünkü bir önceki projeden de yaşadığımız tecrübelerden, klinik kodlamacıya hekim uyumunun çok önemli olduğunu ama bu uyumu sağlamakta genelde hekim tarafında biraz eksiklik yaşadığımızı veya kötü tecrübelerimiz olduğunu söyleyebiliriz. Bir de DRG çalışmasının genellikle uygulamaya başladığı her ülkede iki önemli getirisi olduğu söylenir; bunlardan birincisi, hastanelerin artık kendi maliyetlerini odaklarına dönmeleri yani daha maliyet kısıtlı çalışma eğilimini yakalamaları. Bir diğeri de; hekimlerin, klinik dokümantasyonda bayağı, bir anda sıçrama göstermeleri.

Teşekkür ediyorum sabrınız için.

Dr. Hasan GÜLER – Oturum Başkanı

Ümit Bey'e teşekkür ediyoruz.

İkinci konuşmacımız "Geri Ödeme Kuruluşları Açısından TİG ve Önemi" adlı konuşmayı yapmak üzere Uzman Doktor Murat Balanlı'yı davet ediyorum kürsüye.

Uz. Dr. Murat BALANLI - Panelist

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu

Sayın Başkanım, değerli katılımcılar, Sosyal Güvenlik Kurumu adına sizleri saygıyla selamlıyorum.

Genelde çok kullanılıyor “Geri Ödeme” diye aslında Sosyal Güvenlik Kurumu bir geri ödeme kurumu değil, bir ödeme Kurumudur, onun için 2005 yılından beri, malumunuz olduğu üzere gerek sağlık alanında gerekse sosyal güvenlik alanında büyük bir dönüşüm yaşamaktayız. Konunun, sağlık sektörünün tarafları olarak gerek kamu hastaneleri gerek üniversiteler gerek özel hastaneler ve gerekse de Sosyal Güvenlik Kurumu, bu süreci birebir yaşıyor ve şu geldiğimiz Toplantı’da gerek bu kongrelerdeki sunumlarda gerekse dışarıdaki konuşmalara baktığımız kadarıyla gerçekten bir sıçrama, bir bilinç sıçraması olduğunu gözlemliyorum. Herkes, yeni durumlara kendisini adapte etmeyi sürekli planlıyor ve 5 yıl önce böyle bir Kalite Kongresi söylenmiş olsaydı herhalde inanamazdık yani şu anda gerçekten, özellikle kamuda Sağlık Bakanlığının bu konudaki çalışmaları çok takdire şayandır, kendilerini buradan kutluyorum. Bu sürecin içerisinde daha öncesinde ben “iç hastalıkları uzmanı” olarak İzmir İşleri İl Müdürlüğü görevini yapıyordum, SSK hastanelerimiz vardı ve Sağlık Bakanlığına 2005 yılında hastaneler devredildi, bu sürecin önemli parçalarından bir tanesiydi. Peki, biz ne yapacaktık bu süreç içerisinde? Artık bir ödeme Kurumu haline dönüştük, nasıl ödeme? Ödeme modelleri bu konuda açıkçası bir tıp doktoru olarak çok fazla bir birikimim olduğu söylenemezdi, ancak böyle bir görev üstlenince bu sefer ödeme modelleri üzerine kafa yormaya başladık. 5510 sayılı Kanunu’nun yürürlüğe girmesiyle ülke nüfusu, “yeşil kartlılar” dışında genel sağlık sigortası kapsamına alındı ve SGK, şu anda sağlık hizmet sunucuları tarafından hak sahiplerine verilen sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin en büyük ödeme merkezi haline dönüştü.

Az önce bahsettik; ödeme modelleri, çok farklı farklı ödeme modellerimiz var, bunlar günümüzde farklı bir şekilde, farklı ödeme modellerinin hepsini kullanıyoruz; bunlar paket, hizmet başına ya da global bütçe gibi modeller üzerinden yapılmaktadır. 2005 yılından beri de bu ödeme modelleriyle ilgili proje geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Genel olarak ödeme modellerini beş sınıf altında toplamak mümkün; bunlardan bir tanesi “global bütçe,” sabit bütçe yani şu anda Sosyal Güvenlik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı arasındaki ilişkimiz bu şekildedir. Verilen bir global bütçe üzerinden biz, kamu hastanelerinden sağlık hizmeti almaktayız. Diğer hizmet başı ödeme, bir diğeri gün başına ödeme, vaka başına ve kişi başına ödeme olarak gruplandırılabilir.

Kısaca bunlardan söz edecek olursak; global bütçede hastaneye tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için belirlenen sabit bir ücret verilir, bu modelde hastane yöneticileri kendilerine tahsis edilen bu bütçeyi en verimli şekilde harcamak zorundadırlar. Diğer hizmet başı ödeme; hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır. Bu durumda da hastaneler gereksiz tıbbi müdahaleler yapabilir, gereksiz ve aşırı sayı ve nitelikte testler isteyebilir, gereksiz reçete oluşturabilirler. Malumunuz, daha öncesinde bir ara vaka başı paket fiyat uygulamasına geçtikten sonra Danıştay bunu durdurmaya başladıktan sonra “hizmet başı” olarak bir dönem ödeme yaptık, o dönemde çok, bu az önce bahsettiğim gereksiz ve niteliksiz testler isteyebilir demiştik, bir ödeme kurumu olarak da çok çarpıcı örneklerle karşılaşılırdık. Bunlardan, bir kamu hastanesinden gelen bir fatura örneğini size burada söylemek istiyorum; idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla gelen bir hastaya 360 milyon lira ya da bugünkü 360 bin lira gibi bir fatura çıkmıştı, tanı da “idrar yolu enfeksiyonu”, hastaya bütün tetkikler istenmiş, tümör markerları, hepetit markerleri, ne varsa laboratuvar olarak her şey istenmiş ve hastaya da tanı olarak idrar yolu enfeksiyonu konmuş ama hastaya bir tek şey istenmemiş; tetkikler içerisinde tam idrar tetkiki yoktu. Yani bu gibi örneklerle çok karşılaştık. Yine bu hizmet başı ödeme deyince aklıma bir Temel fıkrası geliyor; tabii, Temel deyince buradaki Temel

SGK'lı oluyor, SGK'lı Temel bir gün hastaneye gidiyor, doktor soruyor, “şikayetin ne” diyor, Temel diyor ki “nereme dokunsam ağrıyor doktor bey” diyor, doktor tabii, Temel SGK'lı olduğu için ve hizmet başı ödeme olduğu için her türlü tetkiki yaptırıyor, tomografiler, EMR'lar, laboratuvarlar falan, en sonunda bakıyorlar ki, Temel'in parmağı kırık ama Temel neresine dokunsa ağrıyor”.

Diğer bir ödeme modeli, modellerimizden bir tanesi “gün başına ödeme”; hastanelere bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları protez, tedavi, ilaç, tüm hepsini kapsar. Burada hastaneler ise kazançlarını daha arttırmak için hastanın gerekenden daha uzun süre kalmasını sağlamak isteyebilirler.

Bir diğer ödeme yöntemi ise “vaka başına veya teşhise göre ödeme”, case-payment dediğimiz ödeme biçimi; burada vakanın teşhisinin ne olduğuna ve tedavisinin ne kadar zor veya kolay olduğuna bakılmaksızın her bir vaka için farklı ödeme yapılır, “paket” dediğimiz uygulama biçimi. Yine, tabii ki, bu sınıf içerisinde daha ayrıntılı olarak ele alacağımız, EK-9'daki şeyin ayrıntılı biçimi, ben öyle görüyorum DRG'yi; ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemleri kullanılır, bunun için öncelikle hastaların teşhisleri, maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre gruplandırılır. Hastanelere koyulan teşhislere göre ödeme yapılır. İşte, Türkçeleştirdiğimiz zaman “tanı ilişkili gruplar ya da Diagnosis Related Groups olarak DRG olarak tanımlanan model.

Son ödeme biçimlerimizden bir tanesi ise kişi başına ödeme; burada hastaneye belli sayıda kişinin belli bir süre için hastanedeki hizmetleri kullansın veya kullanmasın, hastanede oluşabilecek tüm tedavi giderlerini karşılamak üzere kişi başına belli bir ödeme yapılır. Ödeme miktarları ya her birey için aynı miktar üzerinden veya yaş, cinsiyet, yaşadığı bölge gibi parametreler göz önünde tutularak bir hesaplama yapılır ve buna göre ödeme gerçekleştirilebilir. Dediğim gibi buradaki ödeme modelleri, beş sınıfta tanımladığımızı ödeme modelleri aslında bugün dünyadaki sağlık sisteminin bir sonucudur çünkü bugün dünyadaki sağlık sistemi, hastalık üzerine kurulu bir sağlık sistemi bugün mevcuttur. Öncelikle bu paradigmayı aslında sorgulamak gerekiyor, gerçekten, sağlık sistemi hastalık üzerinden mi oluşturulmalı yoksa sağlık üzerinden mi oluşturulmalı? Bu çok ayrı bir paradigma yani biz, sağlık hizmet sunucularına, hekimlere, gerçekten tedavi ettikleri hastalar için mi yoksa sağlıklı tuttıkları sağlıklı bireyler için mi ödemeliyiz? Yani hastalık üzerinden değil, sağlık üzerinden bir geri ödeme biçimi. Eskiden, 5.000 yıl önce Çin'de oradaki şifacılar bununla ilgili yapılan uygulama, eğer ilgilendiği, baktığı kişinin sağlıklı kaldığı miktarda para ödenirmiş, eğer kişi, hastalanıyorsa bu şekilde ücreti düşer. Bu çok farklı bir paradigma, bence olması gereken şey bu ancak bugün dünyadaki sağlık sistemi, az önce belirttiğim gibi tamamen hastalık üzerine kurulmuş olduğu için burada da bu hastalık üzerinden bir ödeme modelleri düşünülüyor.

Az önce bahsettiğimiz beş ödeme modelinin birbirilerine göre avantajlı ve dezavantajlı durumları söz konusu. Sabit bütçenin bu anlamda maliyet kontrolü çok iyidir çünkü belli bir sabit bütçeyi verirsiniz, hiçbir maliyet probleminiz kalmaz, hizmet sunucu buna göre hizmetini sunar ve sizin de maliyet kontrolünüz iyidir. Ama böyle olunca doğal olarak hizmet kalitesi düşer ve bunun yönetimi de çok kolaydır. Hizmet başına ödeme yönteminde ise maliyet kontrolü çok kötüdür, çok zayıftır, bununla birlikte hizmet kalitesi istediği şeyi yapabileceği için hizmet başına ödeme olduğu için iyidir ancak yönetimi çok güçtür. Gün başına ödemede ise maliyet kontrolü daha orta olarak tanımlanır, hizmet kalitesi doğal olarak zayıftır ve yönetimi de çok kolaydır. Vaka başına ödeme yönteminde, maliyet kontrolü iyidir, ancak DRG olarak bu yönetilecek olursa maliyet kontrolü çok iyi düzeylere çıkar, hizmet kalitesi ortadadır. Ancak DRG, hem ödeme kurumlarına hem de hastanelere sağlayacağı faydalardan dolayı hizmet kalitesini arttıracaktır, yönetimi, evet, vaka başına yönetimi güç olmakla beraber DRG ile bunu yine kolaylaştırabilmek mümkündür. Kişi başına ödeme yönteminde maliyet kontrolü çok iyidir, hizmet kalitesi orta, yönetimi ise çok kolaydır. DRG,

yatan hasta sınıflandırma sistemi olarak DRG’ler ortaya çıkan maliyetlerle hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırılarak türdeş vakalarla harcanan tedavi kaynaklarının ilişkilendirmeyi sağlarlar. Burada, demografik, klinik ve maliyet verisi kullanarak DRG’ler hastanelerde tedavi edilen farklı hastaların kaynak kullanımına göre ilişkilendirilirler.

Peki, DRG’de amacımız nedir? DRG’deki amaçları sınıflandıracak olursak, burada az önce Ümit Bey de bahsetti, sınırlı kaynakları vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil bir biçimde dağıtmaktır. Hastane verimliliğini ve etkinliğini teşvik etmektir, hastane çıktılarının maliyetlerle bağlantısını kurmaktır, hastalıkların düzgün sınıflandırılmasını ve bu hastalıkların ortalama maliyetlerinin doğru hesaplanmasını sağlamaktır DRG’deki amacımız.

DRG kavram olarak bize neyi ifade eder? DRG’ler hastanelerin tedavi ettiği hasta türlerini anlamak, hastaların ne kadar hasta olduklarını ölçmek, bir hastanenin tedavi ettiği hastalar açısından neden bir başka hastaneye göre daha fazla kaynak ihtiyacı olduğunu anlamak, hastane bakımının finansmanını anlamak, sağlamak, hastaneler arasındaki farklılıkları ortaya koymak ve uluslararası karşılaştırmalar yapmak suretiyle benzer klinik ve maliyet özelliklerine sahip hastane vakalarının icmalini çıkaran ve kataloglayan bir araçtır. Peki, DRG kavramı ne değildir? DRG’ler, hastane fonlarını azaltmak, doktorları kontrol etmek ya da klinik karar verme yetkisini doktorlardan almak için kullanılan bir yöntem değildir.

Dünyada DRG’ler hangi alanlarda kullanılmaktadır? Az önce Ümit Bey’in bahsettiği gibi, ilk başta aslında bir araştırma projesi olarak Yale Üniversitesi’nde başlamış fakat sonra kliniklerde ve geri ödeme kurumlarında kullanılmaya başlamıştır, yine ağızımız alışmış “geri ödeme” diyoruz. Kullanıldığı alanlar; klinik faaliyetlerin ölçülmesinde, finansmanda, hastane içi bir yönetim aracı olarak, kalite ve kullanım ölçülerine başlamak için bir araç, hastanede klinik ve finansal kararların verilmesi, hekimler arası karşılaştırma istatistikleri ve hizmet sunucu profilleri, hastane içi ve hastaneler arası bakım kalitesi karşılaştırmaları, klinik rehberler, protokoller ve sürekli kalite gelişimi projeleri için destek, veri ve tanımlama standartlarının oluşturulması gibi alanlarda kullanılmaktadır. Bu anlamda DRG’ler bakıma yönelik bir ödeme veya bütçeleme aracı olarak uluslararası alanda yaygın olarak kullanılmaktadır. Ödeme sistemi esas olarak hastanelere sunulan vaka sayısı için DRG’lere tayin edilen her bir vaka kendi fiyatı üzerinden olacak şekilde ödeme yapma işlemidir. Bütçeleme sistemi ise yıllık veya çeyrek dönemlik bütçeler hazırlanarak geleneksel miktar, vaka karması ölçüleri veya diğer ölçüler temelinde hastanelere dağıtımlarının yapıldığı bir sistemdir, bunu Ümit Bey, gayet güzel izah etti. Burada tercih edilen hizmet satın alma yöntemi olarak bugün düşünmemiz gereken şeylerden bir tanesi; “vaka-karması yöntemi” kabul edilirse, satın alma politikasının bir sonraki aşaması vaka karması yönteminin ödeme veya bütçeleme amacıyla kullanılıp kullanılmamasına karar vermek olacaktır. Vaka karması yönteminin bir ödeme sistemi olarak mı yoksa bir bütçeleme sistemi olarak mı geliştirmek için mi kullanılması gerektiği konusu, bugün dünyada halen tartışılmakta olan bir konu olarak durmaktadır.

Peki, DRG’den neler bekliyoruz? DRG’den beklentilerimiz aslında iki taraflı; bu taraflardan bir tanesi, ödeme kurumları açısından DRG’den beklentimiz, diğeri ise hastaneler açısından beklentimiz. Ödeme kurumları yönünden ne gibi sonuç bekliyoruz? Klinik faaliyetleri ölçebilmek, hizmet kalitesinin artırılması, finansmanın yönetimi, etkin kaynak kullanımı, performansın izlenmesi, karşılaştırmaların yapılabilmesi, ülke sağlık politikalarının oluşturulması, sağlık bakım hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesi. Bu anlamda gerçekten, çok önemli bir veridir bu ve bundan sonra ülkedeki sağlık politikalarını yönlendirme ve yönetmekte DRG önemli bir ölçüm aracıdır. Malum, bir söz vardır, “ölçemezseniz, yönetemezsiniz” diye, bizler ancak ölçebildiğimiz ölçüde yönetebiliriz.

Peki, hizmet sunucuları açısından DRG'nin beklenen sonuçları nelerdir? Burada, hangi sayıda, hangi tip hastaların, kim tarafından tedavi edildiğinin anlaşılması, hastane, bölüm, hekim düzeyinde yönetim aracı olarak, bakım yöntemlerinin ve sonuçlarının geliştirilmesi, hastane içi maliyetlerin kontrol edilmesi ve performansın izlenmesi noktasında hastane açısından sonuçlar beklenmektedir DRG'den. DRG'ye dayalı ödeme sistemi, sınırlı miktardaki finansmanın hizmet sunucularına adil ve şeffaf dağıtımını sağlar. Uygun finansman kura setleriyle birlikte çeşitli teşvik mekanizmaları oluşturularak, doğru ortamda, en etkili şekilde kaliteye azami önem vererek doğru miktarda sağlık bakımının gerçekleştirilmesini sağlar.

Geldiğimiz bu yerde, dünyadaki biraz uygulamalara bakabiliriz, gerçi Ümit Bey, bunlarla ilgili o dünyadaki kullanımla ilgili olarak slaytı da gösterdi, gerçi o slayt 2006 yılına ait, orada beyaz alanların bir kısmı herhalde tekrardan morarmaya başladı. Gerçekten, dünyada çok yaygın olarak kullanılıyor, tabii ki, bunlar da bir süreç. Belçika örneğinin, 1981 yılında bu DRG çalışmalarına başlamış ve uygulamaya ödeme sistemini DRG olarak uygulamaya 1994'de ancak başlayabilmiş. Bu, Avrupa'daki ülkelere bakacak olursak hepsi 1990-2000 yılları arasında bunu başlatmışlar, gerçekleştirmişler. Danimarka, 1998 yılında başlamış ve 2000 yılında ödeme sistemi olarak kullanmaya başlamış. Ülkemizde ise 2005 yılında, az önce söylediğim gibi artık ülkemizde hizmet sunumuyla finansmanın ayrılmaya başladığı dönemden sonra bunlar sorgulanmaya başlandı, "hangi ödeme yöntemi gerçekleştirilmedi?" diye. Ve 2005-2006 yılları arasında DRG ile ilgili çalışmalarımız başladı. Çalışmalarımızda da HUAP kapsamında DRG uygulamasına geçilmesine, altyapı ve veri hazırlanması amacıyla seçilen 8 hastanede de 2005-2006 yılları arasında klinik verilerin kodlanması ve toplanması, klinik verilerin DRG'ler altında gruplanması, mevcut her DRG için maliyet ve kaynak tüketimi verilerinin modellenmesiyle eğitim ve yaygınlaştırma faaliyetleri yürütülmüştür. Projenin ikinci aşamasında ilave olarak 40 hastane daha DRG çalışmaları kapsamına alınmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından HUAP kapsamında daha önce DRG çalışmalarına katılan hastaneler arasında seçilen 15 hastanede de pilot uygulamaya geçilmiştir. Malum olduğu üzere Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvelik Kurumu arasında global bütçeye geçildikten sonra Sağlık Bakanlığı kendi hastaneleri arasında ödeme dağıtımını yapmak açısından kendisi içerisinde böyle bir çalışmaya başlamıştır ve şu anda 15 hastanede de pilot olarak bu yürümektedir. SGK tarafından özel ve üniversite hastanelerinde DRG pilot uygulama çalışmalarının başlanması amacıyla hastane seçimi yapılmakta olup bu hastanelerden klinik veri bilgilerinin toplanmasına geçilecektir.

Sonuç olarak şunları söyleyebiliriz; Türkiye'de hangi ödeme sistemi uygulanırsa uygulansın, bunun uzun vadede kabulü ve başarısında sistemin nasıl tasarlandığı ve uygulandığı, idari yalınlık ve kolay anlaşılabilirlik, hizmet sunucularının ve ödeyenlerin yeni ödeme sistemlerine uyum sağlayabilmeleri, bu sistemleri benimsemeleri, ödeme oranlarının anlamlılığı ve doğruluğu esas olacaktır. Hizmet sunuculara gereğinden fazla veya az bakım sunulmasını özendiren olumsuz unsurlardan ziyade doğru miktarda bakımı, doğru ortamda, doğru maliyetle sunmayı özendiren unsurlar sağlayacak bir dengenin kurulmalıdır. Bu da paydaşların bir arada çalışmasını zorunlu kılmaktadır.

Dinlediğiniz için hepinize teşekkür ediyorum.

Dr. Hasan GÜLER – Oturum Başkanı

Murat Bey'e güzel sunumu için teşekkür ediyorum.

Üçüncü konuşmacımıza geçmeden önce ben de iki konuşmayı yapan arkadaşlarımla ilgili birkaç tespit ettiğim hususu sizinle paylaşmak istiyorum. Gördüğünüz üzere her iki konuşmacımız da gelişmekte olan ülkelerde geri ödeme açısından DRG uygulamasının yapıldığını ifade ettiler, sonuç itibariyle mükemmel bir ödeme sistemi olmadığını da ayrıca gördük ama her zaman için birinin diğerinden iyi olduğu alanlar vardır. Ülke olarak da umarım biz de bu alanda bu pilot çalışmaları başarıyla sürdürür, ülkemizdeki geri ödeme sistemine monte ederiz.

Şimdi üçüncü konuşmacı olarak Makedonya Sağlık Sigorta Kurumu Başkanı Sayın Maja Parnardzieva'yı kürsüye davet ediyorum.

Maja PARNARDZIEVA – Panelist

Makedonya Sosyal Güvenlik Kurumu

Aynı zamanda organizatöre iltifatlarımı sunmak isterim çünkü mükemmel organize edilmiş. Bir sunucu olarak da, Makedonya’da takdir ettiğimiz, özellikle sağlık reformlarında lider olan bir ülkede bu seçkin dinleyiciler önünde konuşmaktan onur duydum. Deneyimlerime döndüğümüzde veya sunumuma döndüğümüzde kısaca DRG sistemini araştıran Makedonya Cumhuriyeti’ndeki süreci kısaca sunacağım. 2 milyon nüfuslu bir ülke olarak, sadece kısa bir tanıtım, sadece devletin sahip olduğu ve ülkemizdeki tek fon olan Makedonya Cumhuriyeti Sağlık Sigorta Fonu’ndan sigortalanan yaklaşık 1.9 milyon sigortalımız vardır. Belki sizin için ilginç olabilecek bir şey de sağlık konusunda çalışanlar için brüt maaşın yüzde 7.3’ü ile katılım payının en düşük olduğu ülkeler arasındayız. Makedonya da aynı zamanda sağlık sisteminin yöneticisi ve süpervizörü olan ve ülkedeki sağlık politikasından sorumlu olan bir Sağlık Bakanlığımız var. Sağlık Sigorta Fonu’na 2007 yılında yasa değişiklikleri ile ülkedeki yegane sağlık hizmeti alıcısı olma gücü verilmiştir. Ve ayrıca Makedonya da sağlık hizmeti sağlayan kamu ve özel sağlık kurumları ağı da vardır.

Makedonya’da uygulanan DRG’nin özellikleri nelerdir? Öncelikle Avustralya Refined Diagnostic Related Groups temel alınmıştır ve benden önceki meslektaşlarımın anlattığı gibi, gruplama şemamız ICD-10-AM ile ilgilidir ve aynı zamanda Makedonya’da uygulanan 666 DRG vardır ve DRG kodlaması için çevrim içi web uygulaması kullanırız. 2009 yılında başlarken Victorian ağırlıkları ile başladık fakat son birkaç ay önce Makedonya ulusal maliyet ağırlıklarını da sunduk. Tüm bu sürece 2007’de Sağlık Bakanlığının ve Sağlık Sigorta Fonunun araştırmaları, analizleri ve Dünya Bankası kredi hattı ile büyük ölçüde motive olan ve desteklenen aksiyon planının oluşturulması için ihtiyaç duyulan proje taramaları ile başladık. Sonra 2008’de, bütün bu projenin itici gücü olan yerel uzmanlardan oluşan bir çalışma grubu kurduk ki bu aynı zamanda DRG’leri uygulaması beklenen tüm hissedarlar için veri eğitimidir. O yıl aynı zamanda bizler ve tüm süreç için çok önemli bir alet hazırladık, bu bir Makedonya yazılımıdır, kodlama işlemleri için DRG grouper olarak bilinir ve ilk defa DRG olayları için merkezi bir veri tabanı hazırlamamızı sağlamıştır. Nihayet bu 2 yıllık hafızlık ve eğitimden sonra 1 Ocak 2009’da DRG’yi sunduk, yatılı hasta tedavisi yapan tüm hastaneler DRG kodlamasına başladı. Aynı zamanda DRG üzerinden faturalandırma ve ödeme de tanıttık bununla birlikte hala her hastanenin toplam bütçe limitleri dahilindedir. Daha önceden bahsettiğim gibi 2009 sonunda veya 2010 başında ileride geliştirmek üzere ulusal maliyet ağırlıklarını tanıttık ve nihayet aradığımız Avustralya örneğinden farklı olan özel bir DRG grubunu da sunmaktan gururluyuz. Tüm sürecin ana itici gücü olan Sağlık Sigorta Fonu içinde DRG konusunda özel yetkileri veya özel sorumlulukları olan birkaç departmanımız var, ilk olarak saha denetmenliğini gerçekleştirip DRG’lere öneri ve eğitim veren kontrol departmanımız vardır, DRG Grouper’ın bakımını yapan IT departmanımız vardır, bütçeleme ve ödeme için DRG Grouper’dan gelen tüm raporları kullanan finans departmanımız vardır ve hala çok aktif olan DRG çalışma grubumuz vardır. Bu DRG çalışma grubunun yetkisi DRG raporlarının araştırma analizlerini yapmak ve maliyet ağırlıklarını tanımlamak, gözlemek ve güncellemektir. Bununla birlikte bu DRG grubunun sağlık hizmeti sağlayıcılarla sürekli iletişim yükümlülüğü de vardır. Bu şema daha önceden bahsettiğim DRG Grouper’ın nasıl görüldüğünü gösteriyor, bu WEB uygulamasıdır, bütün hastaneler kendi şifreleri ile girer ve hastalarını kodlamaya başlarlar. DRG’nin içerdiği 50 kamu hastanemiz vardır, pek çoğu ikincildir, bununla birlikte kliniklerimiz de var, tüm klinikler bu projeye dahildir. Fakat tüm yatılı hasta sağlık hizmetleri DRG üzerinden işlem görmez veya kaydedilmez. Slaytın sol tarafında gördüğünüz gibi akut tedavi, yeni doğanlar ve organ nakilleri var ve tüm bu tedavilerin hepsi DRG kodludur. Slaytın sağ tarafında hizmetler, sağlık hizmetleri için bazı ücretleri hala alıyoruz ve bunun örneğine bakabilirsiniz. Mevcut zorluklarımızla DRG

fiyatlarının çok detaylı bir yapısını hazırlayarak geliştireceğimiz ulusal maliyet ağırlıkları ile, ulusal olanla devam etmek zorundayız. Ayrıca pahalı ilaç tedavileri ile büyük problemimiz var ve DRG bütçesinin dışında bağımsız bütçelerin sunumu ile ilgili bir ikilemdeyiz. Bir başka problemimiz de hastaların bir hastaneden diğer hastaneye nakledilmesi ve bu hastanın transferinden sonra hastaneler arasındaki faturalandırma ve ödeme zorunluluğudur. Bununla birlikte son iki sunumda DRG'nin dezavantajları olduğunu ama ağırlıklı olarak avantajlı olduğunu duyduk. Makedonya Cumhuriyeti için biz DRG'ye gerçekten pek çok avantajı olan büyük bir proje olarak bakıyoruz. Sağlık Sigorta Fonu için de bu daha fazlasıyla önemli. Niçin? Çünkü Makedonya tarihinde ilk kez olmak üzere hastane hizmetlerinin bir veri tabanını oluşturduk ki 2008 veya 2009 öncesinde durum bu değildi. Ulusal düzeyde planlama ve benchmarking için bir araç tesis ettik çünkü şu an Sağlık Sigorta Fonu ve Sağlık Bakanlığı ne tür sağlık hizmetleri olduğunu bilebiliyor. Gerçekleştirdikleri ile Sağlık Bakanlığı'na güçlendirilmiş veya yön verilmiş yeni sağlık politikalarını hazırlamaları ve aynı zamanda Sağlık Sigorta Fonu'nu hizmet sağlayıcıların daha iyi bütçelemeleri için imkan sağladı. Ayrıca bu bir makro avantajdır, fakat mikro avantajı da vardır, çünkü gerçi Makedonya da gelecek yıllarda veya sonraki aşamada bunu doldurmayı ümit ediyoruz. Çünkü bu, çalışanlarının verdikleri hizmetlerin diğer hastanelerinki ile kıyaslanması ve Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Sigorta Fonu'ndan aldıkları finansal kaynakların daha iyi tahsisinde hastanelerin yönetimi için çok iyi bir araçtır. Aynı zamanda hastanelerin çalışma şeklinde zorlayıcı veya düzenleyici etkilerinin olasılığından ve eşit hizmete eşit fiyat sunumundan da bahsettik. Bununla beraber anlattığım gibi bu, Sağlık Fonu ile hizmet sağlayıcılar arasındaki müzakerenin şeffaflığı için de güzel bir temeldir. Şimdi, bunlar en son verilerdir ve onlara ilk defa bakma fırsatını yakaladınız çünkü DRG'lerin yıllık raporu henüz basılmadı veya Sağlık Sigorta Fonu tarafından resmi olarak yayımlanmadı yani bunlar bu verilerin ilk kez toplum önüne çıkmasıdır. Şimdi bu 2009'da Makedonya da sadece 162 DRG'ye odaklanmış vakaların % 80'ini görebilirsiniz, ulusal düzeyde vakaya göre yaklaşım indeksi 0.89'dur ve sonra bizim tarafımızdan ilk defa sunulan veya bilinen diğer göstergelerimiz var. Bunlardan birisi tüm hastanelerde ortalama kalma süresi 6.25'tir ve bu gelecek yıllar için çok iyi bir inceleme göstergesidir. Şimdi bu raporlarla ve bu projeye sağlık hizmeti sağlayıcılarımızın hangi bölümlere odaklandığını görebiliriz ve bunlar % 60'ının ayrımları odaklanmış en baskın beş bölümdür. Sonra Makedonya da en iyi 10 DRG'yi de bilebiliriz ve onları da bu slaytta görebilirsiniz. Yine vakaya göre bakım yaklaşım indeksini çeşitlerine göre ve cerrahi veya diğer tıbbi bakım türlerine göre ortalama kalış süresini bilebiliriz. Ve çok şaşırtıcı olabilen bu çeşit bir grafiği elde edebiliriz, fakat alta bu geçen yıl kodlama yapan 50 hastanenin tümü var ve ortalama vakaya göre yaklaşım indeksini ve bu indeksten sapmayı da görüyoruz. Şimdi bu grafiğin anlamı, bunun anlamı Makedonya da verimli veya verimsiz çeşitli hastanelerimiz var veya diğer hastanelerin tersine bütçelemede düzenlemeye ihtiyaç duyanlar var. Bununla birlikte şimdi elimizde kullanabileceğimiz pek çok veri var ve Sağlık Sigorta Fonu ve Sağlık Bakanlığı olarak onları detaylı olarak analiz edeceğiz ve hastane başına düşen bu çok çeşitli indekslerin veya göstergelerin arkasında yatan cevapları veya nedenleri bulacağız ve yeni politikalar oluşturacağız. Gelecek aşamalar nelerdir? Kesinlikle DRG sınıflandırmasını geliştirmek çünkü biliyoruz ki her ülkenin kendi spesifikleri vardır. Makedonya maliyet ağırlıklarını düzenli olarak güncellemek zorundayız; gelecek yıl bütçe bazlı vakaya göre yaklaşım indeksini sunmayı planlıyoruz. Sağlık Bakanlığı çok önemli olan klinik yollarını henüz gerçekleştirmeye başlıyor ve hastaneler arası transferi ve ücretlendirmeyi çok yakından izlemek ve çözmek zorundayız. Bu benim kısa ve öz sunumumdu ve bunlar bazı Makedonya görüşlerinden temel fikirlerdir. İlginiz için teşekkürler.

Dr. Hasan GÜLER – Oturum Başkanı

Maja Hanım'a çok teşekkür ediyoruz. Güzel, pratik bilgiler verdiler. Bir yıldır ülkelerinde uyguladıkları DRG sistemine ilişkin analizleri bizlerle paylaştılar. Bu analizlerde de bilhassa yatan hastalarla ilgili istatistik verilerin nasıl rahat yönetilebilir olduğunu gördük hep birlikte. Umarım bizler de teorik bakış açımızdan pratik bakış açısına geçeriz.



T. C. Sağlık Bakanlığı
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Mahmut Esat Bozkurt Caddesi No: 19 Kat: 1 Kolej / Ankara
performansyonetimi@saglik.gov.tr • www.performans.saglik.gov.tr