

**T.C.
GEBZE YÜKSEK TEKNOLOJİ ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİNİN
SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ
KARLILIĞINA ETKİSİ**

**Özlem ÖZTÜRK
YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Selim AREN**

**GEBZE
2009**

T.C.
GEBZE YÜKSEK TEKNOLOJİ ENSTİTÜSÜ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİNİN
SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ
KARLILIĞINA ETKİSİ

Özlem ÖZTÜRK
YÜKSEK LİSANS TEZİ
İŞLETME ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Selim AREN

GEBZE
2009



YÜKSEK LİSANS TEZİ JÜRİ ONAY SAYFASI

G.Y.T.E. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 15.06.2009 tarih ve 2009/28 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından 08.09.2009 tarihinde tez savunma sınavı yapılan Özlem ÖZTÜRK'ün tez çalışması İşletme Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ

ÜYE

(TEZ DANIŞMANI) : Doç.Dr. Selim AREN

ÜYE

: Doç.Dr. Bülent SEZEN

ÜYE

: Yrd.Doç.Dr. Ali KÖSE

ONAY

G.Y.T.E. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/...../20... tarih ve/..... sayılı kararı.

İMZA/MÜHÜR

ÖZET

TEZİN ADI: Performans İçin Ödeme Sisteminin Sağlık Bakanlığı Hastaneleri
Karlılığına Etkisi

YAZARIN ADI: Özlem Öztürk

Çalışmamızda 2004 yılı itibariyle uygulamaya konulmuş olan performans için ödeme sisteminin Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde karlılığa etkisini araştırmak istedik. Sistemin ilgili kurumlarda amaçlanmış olan verimlilik ve performans artışına katkısı olup olmadığının gözlemlenmesinin, sistemin başarısının değerlendirilmesinde katkısı olacağını düşündük.

Çalışmamızda anova ve faktör analizleri kullandık. Analizlerimiz sonucunda performans için ödeme sistemine geçildikten sonra, Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde verimlilik ve performans artışı olduğunu tespit ettik.

ANAHTAR KELİMELEER: Performans, verimlilik, hastane performansı, hastane karlılığı, performans için ödeme sistemi

SUMMARY

TITLE OF THESIS: The impact of the pay for performance system on the profitability of State Hospitals

NAME OF THE AUTHOR: Özlem Öztürk

In our study, we wished to investigate the impact of pay for performance system, which had been implemented in 2004, on the profitability of State Hospitals. We thought observing whether or not this system did in fact contribute to the desired efficiency and performance increase at the relevant organizations would have a significant contribution in evaluating the success of the system.

We employed anova and factor analyses in our study. According to the analyses results we determined that efficiency and performance have improved after the implementation of pay for performance system at State Hospitals.

KEY WORDS: Performance, efficiency, hospital performance, hospital profitability, pay for performance, performance-based payment system.

TEŞEKKÜR

Bu alıőmada bana her tŸrlŸ bilimsel katkıyı ve desteği sağlayan, değerli zamanının oldukça fazla bir kısmını bana ve çalıőmama ayıran sayın hocam Doç. Dr. Selim AREN'e en içten teőekkŸrlerimi sunarım.

Tez çalıőmam boyunca benden bilimsel desteğini esirgemeyen sayın hocam Doç. Dr. BŸlent SEZEN'e de teőekkŸr ederim.

YŸksek lisans eğitimim boyunca gereğinde desteğini esirgemeyen mesai arkadaşlarıma, okulda bulunduğum zamanlarda hastalarımla ilgilenen Op. Dr. Őzer ÇELİK'e ve tŸm bu sŸrete benden manevi desteğini esirgemeyip sŸrekli olarak yanımda bulunan aileme de teőekkŸrŸ borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
SUMMARY	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
2. SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNDE PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİ	3
2.1. Sağlık Sisteminde Performansın Değerlendirilmesi	6
3. PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİ UYGULAMALARI	11
3.1. Performans İçin Ödeme Sisteminin Avantajları	13
3.2. Performans İçin Ödeme Sisteminin Benimsenmesini Geciktiren Sebepler	19
3.3. Performans İçin Ödeme Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar	21
3.4. Sistemin Başarısını Arttırmak İçin Yapılması Gerekenler	23
4. TÜRKİYE’ DE PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİ	29
4.1. Yasal Süreç	29
4.2. Sistemde Performansın Ölçümü	31
4.2.1. Bireysel Performansın Ölçümü	31
4.2.2. Kurumsal Performansın Ölçümü Ve Kalite Geliştirme	34
4.3. Sistemin Çalışma Prensipleri	36
4.4. Ek Ödeme Kriterleri	37
5. PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİNİN SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİNDE KARLILIĞA ETKİSİ	45
5.1. Tanımlayıcı İstatistikler	48
5.2. Faktör Analizleri	58
5.3. Varyans Analizleri	65
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	75
ÖZGEÇMİŞ	81

KISALTMALAR DİZİNİ

Piös	: Performans İçin Ödeme Sistemi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
Dr.	: Doktor
EvAH	: Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hast.	: Hastanesi
DH	: Devlet Hastanesi

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
5.1: Değişkenler Tablosu	46
5.2: Yıllara Göre Hastanelerdeki Hekim Başına Düşen Poliklinik Hasta Sayısı	48
5.3: Yıllara Göre Orta Ölçekli Ameliyat Sayıları	50
5.4: Yıllara Göre Küçük Ölçekli Ameliyat Sayıları	52
5.5: Yıllara Göre Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat Sayıları	54
5.6: Yıllara Göre Yatak Devir Hızları	56
5.7: Yıllara Göre Bir Hastanın Ortalama Kalış Günü Sayıları	57
5.8: 2001 Yılı İçin Özdeğer Analiz	58
5.9: 2001 Yılı İçin Değişken Yükler Matrisi	59
5.10: 2002 Yılı İçin Özdeğer Analizi	59
5.11: 2002 Yılı İçin Değişken Yükler Matrisi	59
5.12: 2003 Yılı İçin Özdeğer Analizi	60
5.13: 2003 Yılı İçin Değişken Yükler Matrisi	60
5.14: 2004 Yılı İçin Özdeğer Analizi	61
5.15: 2004 Yılı İçin Değişken Yükler Matrisi	61
5.16: 2005 Yılı İçin Yapılan Özdeğer Analizi	62
5.17: 2005 Yılı İçin Değişken Yükler Matrisi	62
5.18: 2006 Yılı İçin Yapılan Özdeğer Analizi	63
5.19: 2006 Yılı İçin Değişken Yükler Matrisi	63
5.20: 2007 Yılı İçin Yapılan Özdeğer Analizi	63
5.21: 2007 Yılı İçin Değişke Yükler Matrisi	64
5.22: Tüm Yıllar İçin Yapılan Özdeğer Analizi	64
5.23: Tüm Yıllar İçin Değişken Yükler Matrisi	65
5.24: Tüm Yıllar Ve Tüm Hastaneler İçin Mevcut Değişkenlerle Yapılan Anova Analizi	65
5.25: Hekim Başına Düşen Poliklinik Hasta Sayısı İçin Duncan Analizi	66
5.26: Orta Ölçekli Ameliyat Sayısı İçin Duncan Analizi	67
5.27: Küçük Ölçekli Ameliyat Sayısı İçin Duncan Analizi	67
5.28: Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat Sayısı İçin Duncan Analizi	68
5.29: Yatak Devir Hızı İçin Duncan Analizi	69

1. GİRİŞ

Günümüzde hizmet sektöründe gittikçe daha rekabetçi bir pazar yapısı ortaya çıkmaktadır. Hizmet işletmeleri için de verimlilik, etkinlik ve rekabet gücünü artırmak şiddetli bir ihtiyaç haline gelmektedir. Bununla birlikte hizmetlerin pazarlanması ve maliyet kontrolü konularında oldukça zayıf çabalar söz konusu olmaktadır. Eğitim-öğretim, sigorta, bankacılık, ulaştırma, turizm, sağlık v.b başlıca sektörler hizmet üretmektedirler.

Özellikle son 20 yılda, dünyada pek çok sektörde performans ve performans için ödeme kavramı karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sektöründe giderek büyüyen maliyetlerin önlenebilmesi, en azından büyüme hızının azaltılması, giderek artan bekleme sürelerinin kısaltılması ve kalitenin yükseltilmesi hükümetler ve diğer ödeyiciler için önem kazanmıştır. Verimliliği artırarak bekleme sıralarını kısaltmak ve aynı zamanda kaliteyi arttırmak, maliyet kontrolü sağlayarak pazardaki rekabet gücünü arttırmak için bulunan yöntemler arasında en çok kullanılan ve giderek artan şekilde kullanımı devam eden yöntem, performans için ödeme sistemi olmuştur. Performans için ödeme sisteminde yöntem personele, çalıştığı oranda ödeme yapılmasıdır. Kalite faktörü de değerlendirilmeye katılmaya çalışılmıştır. Bunda amaç personelin kalite ve eğitiminin yükseltilerek, maksimum performans ve verimlilikte kullanılmasıdır. Bu sistemin sağlıklı şekilde yürütülebilmesi için kayıtların düzenli tutulması gereklidir. Bu da sağlık sektöründe bilgi teknolojilerinin kullanımının önemini fark edilmesini sağlamıştır.

Türkiye’de performans için ödeme sistemi uygulamasına 2003 yılında pilot proje olarak bazı bölgelerde, 2004 yılı itibariyle o gün için geçerli devlet hastanelerinde ve 2005 yılı şubat ayındaki tüm devlete ait kurumların tek çatı altında birleşmesi ile tüm devlet hastanelerinde başlanmıştır.

Bu çalışmada Türkiye’deki Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde performans için ödeme sistemine geçişin, ilgili kurumların karlılığına etkisini araştırmak için, İstanbul ilindeki devlet hastanelerinin 2001- 2007 yılları arasındaki verileri incelemeye alınmıştır. Performans için ödeme sistemine geçiş öncesi ve

sonrası yıllar arasında farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılıkların verimlilik ve performansın artışı yönünde olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamızın ikinci bölümünde performans için ödeme sistemi tanımı ile, üçüncü bölümünde ise performans için ödeme sistemi uygulamaları ile ilgili literatür gelişimine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde Türkiye'deki performans için ödeme sistemi uygulaması tanıtılmıştır. Sonraki bölümde İstanbul'daki devlet hastanelerinin 2001- 2007 yılları arası verilerinin analizlerine yer verilmiştir. Son bölümde ise çalışmanın sonuçlarına özet şekilde yer verilmiş ve gelecekteki araştırmacılara bazı önerilerde bulunulmuştur.

2. SAĞLIK HİZMETLERİ SEKTÖRÜNDE PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİ

Sağlık hizmeti, diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi, kesin kriterlerle değerlendirilemez. Pek çok girdisi ve çıktısı mevcuttur. Sağlık hizmetlerini değerlendirmede kimisine göre otelcilik hizmetleri ön plana çıkarken, kimisine göre tıbbi bakım önemli olmaktadır. Dengeyi sağlamak önemlidir. Ödeme sistemleri de çok çeşitlidir. Hizmet başına ödeme, vizite başına ödeme, gün başına ödeme, vak'a başına ödeme, kaleme bağlı bütçeleme, global bütçeleme gibi pek çok ödeme yöntemi kullanılmaktadır (Aydın,2006).

Hizmet başına ödeme: Sağlık kuruluşuna, verilen her hizmetin karşılığı olan rakamın ödenmesidir. Bu ödeme şeklinde sağlık kuruluşu yapılan tüm işlemlerin (tetkik ve tedavilerin) karşılığını, her yıl önceden belirlenen bedeller üzerinden hesaplayarak fatura eder.

Vizite başına ödeme: Sağlık kuruluşuna, yapılan her muayene karşılığı sabit bir ücretin ödenmesidir. Hastanın her muayenesi için ödeme talep edilir.

Gün başına ödeme: Sağlık kuruluşuna, hastanın başvurduğu gün başına sabit bir ödeme yapılmasıdır. Hastanın hizmet aldığı her gün için sabit bir ücret söz konusudur. Fakat bu gün sayısı ödeyici kurum tarafından sınırlandırılabilir.

Vak'a başına ödeme: Sağlık kuruluşuna, muayene edilen hasta başına sabit ödeme yapılmasıdır. Bu vakaların teşhis ve tedavi zorlukları göz önünde bulundurulmadan da yapılabilir, vakaların sınıflandırılması ile belirlenen teşhislere göre de olabilir.

Kaleme bağlı bütçeleme: Sağlık kuruluşuna, yaptığı her işlem başlığı için sabit ücret ödenmesidir. İşlemlerin içerikleri ayrı olarak faturalandırılmaz.

Global bütçeleme: Tedavi ve ilaç giderleri için belli bir bütçe tahsis edilir. Global bütçelemede, her ayın sağlık ödemesi, baştan ortaya konulur ve Maliye Bakanlığı, o tutardaki ödeneği serbest bırakır. Acil ve zaruri hallerde ise aylık bütçenin dışına çıkılabilir. Global bütçeleme ile sağlık harcamalarında her ay bütçe ödeneklerine göre hareket edilip, bu şekilde harcamalarda disiplin sağlanması amaçlanır.

Tüm bu ödeme yöntemlerinde bazı temel prensiplere dikkat edilmelidir:

Öncelikle hizmet için ödenen fiyat, beklenen hizmetin maliyetini karşılamalı ayrıca araştırma ve geliştirme için de ek bir fon sağlamalıdır. Beklenen hizmetin maliyetini karşılamayan bir ödeme, hizmetin alınmasını engelleyecektir. Ayrıca yapılacak ödemenin sadece maliyeti karşılaması yeterli değildir. Eğer sağlık hizmetlerinde sürekli bir düzelme ve iyiye gitme isteniyorsa ya da en azından hizmetin standartlarının belli bir çizgide kalması bekleniyorsa, bunun için de ekstra bir ödeme yapılması gerekir. Ancak bu şekilde kurum gelişmeleri takip edebilir ya da kendisi gelişmeleri üretebilir.

Koruyucu hekimlik hizmetlerinde özendirme gereklidir. Çünkü esas olan hastalığı tedavi etmek değil, hastalığa engel olmaktır ve bu sadece koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermekle mümkün olabilir. Sağlık sektöründe tedavi hizmetleri tek başına yeterli değildir. Sağlıkta en önemli ve ucuza mal olan tedavi hastalıklardan korunmadır. Hastalıklardan korunma ve koruma için de hem personelin hem de hasta ve hasta yakınlarının eğitimlerinin programlanması ve bu eğitimin devamlılığının sağlanması, aynı şekilde klinisyenlerin mesleki eğitimlerinin de devamlılığının sağlanması giderek daha fazla önem kazanmaktadır (Patel, 2007). Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerini özendirmek için, bu hizmetlere ekstra ödemeler yapılmalıdır. Fakat yine de bu ödemelerle diğer hizmetler arasında orantısız bir kar marjı olmamalıdır.

Son olarak kullanılan ödeme sistemi rutin kalemlere ek olarak, kaliteyi ölçmeli ve yüksek kaliteyi ödüllendirmelidir. Kaliteli olmayan bir sağlık hizmetinin maliyeti; asıl hastalık doğru şekilde tedavi edilmediğinde çıkabilecek komplikasyonlar ve tedavi süresinin uzama olasılığı nedeniyle, çok daha yüksek noktalara ulaşabilir. Bu nedenle eğer amaç kaliteli bir sağlık hizmeti almaksa,

kaliteyi ölçmenin yolları bulunmalı ve verilen hizmetin kalitesi de ayrı olarak ödüllendirilmelidir. Bu şekilde kalitenin de ödüllendirildiği bir sistemde hedeflenen hizmetin alınması, çok daha mümkün olacaktır.

Sağlık hizmet tesliminde kaliteyi arttırmak önemlidir. Bunun yollarından biri de hizmet sunucularını finansal olarak teşvik etmektir (Swayne, 2005). Kalitenin belli standartlara oturtulabilmesi için de pek çok yol denenmiştir. Performans için ödeme sistemi (piös) de özellikle son 20 yılda tüm dünyada giderek artan şekilde denenmekte olan yöntemlerin en yenilerindedir (Fink, 2006; Pierce, 2007; Gonzales, 2007).

İtalya'da piös'nin başlangıcı 1938'lere uzanmaktadır. Piös bir süreç sonunda gelişimini tamamlayarak son haline ulaşmıştır. Bu dönemde piös'nin etkililiğini azaltan faktörler belirlenmiş, analizler yapılmış ve gerekli önlemler alınmıştır (Adinolfi, 1998).

İngiltere'de piös'nin başlangıcı 15-20 yıl öncesine dayanmaktadır. İngiltere'deki piös 10 kritik hastalığın bakımı ve 146 kalite kriterini içermektedir (Doran, 2006).

Piös'nde sağlık hizmet sunucular, yaptıkları işin niceliği ve niteliği oranında ödüllendirilmektedir. Yani hem vak'a başına ödeme hem de verilen hizmet ve sağlanan kalite için ödeme söz konusudur (Davis, 2007). Piös bir anlamda servis için ödeme olarak ifade edilebilir (Todd, 1984).

Piös'nde bireysel performansın yanı sıra, grup performansı ve kurum performansı da önemlidir. Bu nedenle ulaşılabilecek hedefler belirlenmeli ve bir ekip olarak çalışılmalıdır. Bu şekilde benzer işlere benzer ödemeler gerçekleştirilir (Lewitch, 1998).

Tabii ki klinik işleyişin takibi, sonuçların ölçümünün objektifliği önemlidir. Bu ancak kayıtların tam olarak tutulabilmesi ile ideale yakın bir şekilde mümkün olabilecektir. Kayıtların eksiksiz ve hatasız tutulması ise ancak bilgisayar ortamında mümkün olabilir. Bu nedenle tüm bunların güvenle sağlanabilmesi için sağlık sektöründe bilgi teknolojilerinin kullanımı, giderek daha fazla önem kazanmaktadır

(Patel, 2007). Bilgi teknolojilerinin kullanılması yeterli değildir, bu sistemlerin çalışanlar tarafından kolay anlaşılır ve kullanılabilir olması da çok önemlidir (Sözen, 2005).

Amaç maliyetleri azaltırken, klinisyenlerin önceden belirlenmiş kriterlere ulaşmaları için verimliliklerini arttırmalarını teşvik etmektir (Pierce, 2007). Bu şekilde eldeki imkanlar tam olarak ve doğru şekilde kullanılmış olunur. Bunu sağlamak amacıyla piös'nde yapılacak ödemeler, çalışanların yeterlilikleri oranında arttırılmaktadır (Moser, 2006).

Bireysel performanslar grup performanslarını, onlar da kurum performanslarını belirler. Teşvikler genellikle iki aşamada tamamlanır. Birinci aşamada yönetici ve müdürlerden pilot grup oluşturulur. İkinci aşamada ise tüm çalışanlar sisteme dahil edilir (Helm, 2007). Çalışanların sisteme dahil edildiği bu aşama, kurum performansını belirleyen asıl faktör, bireysel performanslar olduğundan önemlidir.

2.1. Sağlık Sisteminde Performansın Değerlendirilmesi

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaştırılmasında bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, ortalama beklenen ömür gibi temel kriterleri kullanır (Aydın, 2006).

Ulusal bazda ülkeler sağlık sistemlerini değerlendirmede bunlara pek çok kriter ekleyebilir. Sağlık güvencesine sahip olanların nüfusa oranı, sağlık hizmeti alanların memnuniyeti vb.

Sistem performansının değerlendirilmesinde verimlilik, sağlık hizmetine erişim ve verilen hizmetin kalitesi önemlidir. Verimlilik oranı yüksek, hizmete erişimin dengeli olduğu kaliteli bir hizmet sunumu karşısında iyi bir performans değerinden bahsedebiliriz.

Verimlilik; kaynakların en uygun şekilde kullanılarak, en uygun maliyetle en iyi hizmetin üretilmesini ifade eder. Tüm hükümetler sağlık sektöründe bekleme zamanının kısaltılmasını bir iyileştirme ölçütü olarak görür (Hudson, 2006). Kısa vadede bekleme sürelerinin kısaltılması ancak verimlilik artışı ile mümkün olabilecektir. Eldeki personelin maksimum ölçüde çalıştırılması, kalitenin de düşmemesi şartı ile verimliliği arttıracaktır. Bu denge çok dikkatli şekilde ayarlanmalı, sadece bekleme sıralarını kısaltmak amacı ile personele kalitenin düşmesine ve hatalara neden olacak bir iş yükü verilmemelidir.

Sağlık hizmetlerine erişim; kentsel ve kırsal kesimde yaşayan tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımının dengelenmesini ifade eder. (Aydın, 2006; Hindle, 2006) Hizmetlere ulaşım; sadece fiziksel olarak ulaşım değil, aynı zamanda sunulan hizmetin başarılı olmasını sağlayacak yaşam ortamının, beslenme durumu ve bilgi düzeyinin de sağlanmasını içerir. Kolay erişim ve bireysel ödemelerin düşük tutulması aşırı başvuruyu teşvik eder. Buna doktor seçme özgürlüğü eklenip, hastane ve doktor rekabetleri de eklendiğinde, bu hastaya ayrılan zamanın daha da kısalmasına neden olur. Bu ise yanlış tanı, eksik tedavi gibi sonuçlar doğurabilir. Bu sebeple erişim kolaylaştırılmalı ama talep de frenlenmelidir. Personel sayısının artırılması da bir çözüm olabilir. Tabii ki ideali mevcut personelin eşit olarak sistemde yer aldığı, yükü eşit olarak paylaştığı ve hastaya gereken süreyi ayırabildiği noktadır.

Hizmet kalitesi, sağlık hizmeti sunanlar tarafından; klinik uygulamalar, tanı ve tedavi aşamaları ve bunların sonuçlarının değerlendirilmesi ile anlaşılırken, hizmeti alan kişilerce; sunulan servisin (otellilik hizmetleri, temizlik, konfor vb.) değerlendirilmesi ile anlaşılır. Yani kalitenin algılanmasında bilgi asimetrisi söz konusudur. İdeali hem hizmet sunanlar hem de hizmeti alanlar açısından tatmin edici bir hizmetin sağlanmasıdır.

Sağlık hizmetlerinde performans ölçütleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir

1. Hasta Memnuniyeti (Aydın, 2006)
2. Sağlık Çıktıları
3. Süreç Ölçümü
4. Alt Yapı ve Girdiler (Aydın, 2006; Moser, 2006; Patel 2007; Gonzales, 2007)

Hasta Memnuniyeti:

Bir hizmet sektörü olarak sağlık sektöründe, verilen hizmetin devamlılığının sağlanabilmesi için müşteri yani hasta memnuniyeti büyük önem arz eder. Hasta memnun olmalıdır ki takiplerinde aynı kuruma başvurmaya devam etsin ve kurum rakiplerinden öne geçebilsin. Bu nedenle performans ödüllendirmeleri ölçütlerinde hasta memnuniyeti mutlaka dikkate alınmalıdır. Bu hasta memnuniyeti anketleriyle ölçülmektedir. Hasta memnuniyeti anketleri, hastaneye bağlı olduğu bilinmeyen kişilerce, hastane içinde önceden belirlenmeyen ve bildirilmeyen zaman ve mekanlarda hasta ve hasta yakınlarına uygulanır. Fakat performans ödüllendirilmelerinin tek başına bu ölçüte dayandırılması, bilgi asimetrisinin olduğu düşünüldüğünde, özellikle eğitim düzeyi düşük toplumlarda sağlık personeli açısından sorun yaratacaktır.

Sağlık Çıktıları:

Diğer bir değişle sonuç ölçümleri hizmet alanların (hastaların), hizmet alımı (tedavi) sonrası ulaştığı sağlık düzeyini (iyileşme düzeyi) gösterir. Ölçüm önemlidir (Aydın, 2006; Moser, 2006; Gonzales, 2007). Amaç daha iyi bir sağlık düzeyine (iyileşme hali) ulaşılmasıdır. Sağlık çıktıları hasta memnuniyeti ile birlikte ele alınmalıdır. Çünkü iyileşme hem bedensel hem de ruhsal iyilik halini içerir.

Burada iki problem karşımıza çıkmaktadır (Aydın, 2006):

Birincisi sağlık çıktısının sağlık hizmeti sunanların kontrolü dışındaki faktörlerden de etkilenebilmesidir. Hastanın daha önceki ve tedavi sırasındaki beslenme durumu, yaşadığı ortam, davranış biçimi (giyimi, ilaç tedavisine uyuncu, ailesi ile ve çevresi ile olan ilişkileri vb.) gibi.

İkincisi hizmet sunumunda pek çok aşama olmasıdır. Bir çıktının oluşması (bir hastanın tetkik edilmesi, tanı konulması ve tedavisi aşamalarında) pek çok

doktor, sağlık personeli, laboratuvar ve görüntüleme merkezi vb. nin devreye girmesi ile elde edilir. ıktıya her birisinin katılımını değerlendirmek zordur.

Bu nedenlerle değerlendirme yapılırken bu Őartlar da göz önünde bulundurulmalı ve haksız yaptırımlar uygulanmamalıdır. Kurum kendisinden kaynaklanmayan sorunlar nedeniyle cezalandırılmamalıdır. Unutulmamalıdır ki kötü tasarlanmış bir çıktı ölçüm sistemi, ana sisteme zarar verecektir.

Süreç lm:

Bakım hizmetinin verilmesi sürecine odaklanır (Aydın, 2006; Moser, 2006; Patel, 2007; Gonzales, 2007). Hastaya tanı konulması ve hastanın tedavi edilmesi aŐamalarını içerir. Her hastalığın ve hastanın aynı olmaması nedeniyle, her hastaya aynı tedavinin uygulanması ya da aynı tedavinin uygulandığı tüm hastalarda aynı sonuca ulaşılması da mümkün değildir. Unutulmamalıdır ki hiçbir hasta ya da hastalık diğeri ile aynı değildir. Tanı ve tedavi sürecinin tam olarak kayıt altında olması ve kanıta dayalı olması önemlidir.

Alt Yapı ve Girdiler:

BiliŐim alt yapısı, çalışanların ve kullanılan malzemenin kalitesinin ölçümüne dayanır (Aydın, 2006; Moser, 2006; Patel, 2007; Gonzales, 2007). Sağlık kayıtlarının doğru ve sağlıklı Şekilde tutulması, her tür değerlendirme, ölçüm ve ödüllendirme için Şarttır. Bu nedenle kolay anlaşılır ve ulaŐılabilir, aynı zamanda da kolay analiz edilebilir bir sistem olmalıdır (Sözen, 2005). Bu aşamada bilgi teknolojilerinin kullanımı devreye girer. Bu Şekilde bilgiler tam ve doğru olarak saklanabilir, gerektiğinde tekrar kullanılabilir, yani takibe de izin verir. Sistem personel tarafından iyi anlaşılmalıdır. Ancak bu Şekilde kaçaklar nlenerak doğru kayıtlar, takip ve değerlendirmeler yapılabilir. Yine de unutulmamalıdır ki verilen hizmetin kayıtlarının tam yapılması, o hizmetin kaliteli olduğunu göstermez. Çalışanların eğitim düzeyi ve eğimlerinin devamlılığı da verilen hizmetin kalitesini arttırıcı özelliğe sahiptir (Patel, 2007). Eğitim devamlılığı olmayan personelin, sürekli değişen koŐullarda, sürekli yenilenen ve değişen hastalıklara karşı kaliteli bir hizmet

vermeye devam etmesi beklenemez. Tabii ki kullanılmakta olan malzemelerin de değişen koşullara göre daha kapsamlı malzemelerle yenilenmesi gerekir. Aynı zamanda mevcut malzemenin de sürekli olarak, belirlenen aralıklarla kalibrasyonlarının (kontrollerinin yapılıp, doğru çalıştıklarının kontrol edilmesi) yapılması da şarttır. Aksi takdirde cihazların doğru çalıştığından ya da ilgili hastalıkların tetkiklerinde yeterli olacağından ya da doğru sonuçlara ulaşılacağından emin olunamaz. Böyle bir ortamda da kaliteden söz edilemez.

3. PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİ UYGULAMALARI

Daha önce de ifade ettiğimiz gibi pek çok araştırmacı için piös'yle ilgili çok fazla soru işareti mevcuttur (Steiger, 2005). Bu soru işaretleri nedeniyle çoğu klinisyenler ve yöneticiler piös'yle ilgili kararsızdır. Buna rağmen ABD'de sistemin dezavantajlarından çok avantajlarına inanan pek çok sağlık kuruluşu piös'ni tercih etmektedir (Bledsoe, 1995).

Yöneticiler gösterilen performans karşılığı ödeme söz konusu olduğu için piös'ni çalışanları ve çalışmalarını motive etmek için uygun bir yöntem olarak görmektedirler ve bu nedenle piös giderek daha fazla kuruluşta yıllık ikramiyelerin yerini almaktadır (Berger, 1991).

Bununla birlikte pek çok araştırmacı da piös'ni çalışma karşılığı ödemeler nedeniyle finansal bir rüşvet politikası olarak tanımlanmakta ve işe yaramaz olarak değerlendirmekte, piös'nin hesaplanmamış ağır mali yükler taşıdığını ve sağlık finansal sistemini çökerttiğini ifade etmektedir (Quality Letter For Healthcare Leaders, 2005).

QOF (United Kingdom's Quality and Outcomes Framework) olarak adlandırılan sistem, dünyanın en iddialı piös'lerinden birisi olarak piyasaya sunulmuştur. Araştırmacılar sonuçları değerlendirdiğinde, sistemde kalite yükseltilmesi konusunda ulaşılması zor hedefler belirlendiği ve geri ödemelerde bütçe için ağır tutarlar oluşturduğu görülmüştür. Bu nedenle uygulamaya konulan sistemin, kalitenin yükseltilmesi konusunda beklentilere cevap vermediği gibi, sağlık bütçesini de tükettiği ifade edilmiştir (Roland, 2006).

2004'te yine İngiltere'de aile hekimleri için devreye giren başka bir piös programında ise ilk yıl sonuçlarına göre başarı oranının yüksek olduğu ifade edilmektedir (Doran, 2006).

Bu şekilde farklı sonuçlara sahip birçok program nedeni ile İngiltere’de piös’ne şüphe ile yaklaşılmaktadır. Pek çok araştırmacı tarafından bu sistemlerin bir ulusal politika olarak ülke genelinde uygulanması yerine, sistemin başarılı olduğu yerlerde kullanılmasının daha uygun olacağı yönünde fikirler ileri sürülmektedir (Arrowsmith, 2001)

Endonezya’da piös’ne geçişin 1987 tarihli olduğu bildirilmektedir. Çalışmalar tüm dünyadaki gibi burada da sistemde ve sistemin işleyişinde aksaklıklar olduğunu göstermektedir. Araştırmacılar sistemin burada da ödül dizaynında işlemler için harcanan zaman ve çaba faktörlerini göz ardı ettiğini ifade etmektedirler. Bu nedenle de adil bir sistem olarak görülmemektedir (Chernickovsky, 1995).

Yapılan çalışmalar Çin’de kullanılmaya başlanan yeni piös modeli sonrasında hastanelerde maliyetlerin düştüğünü ve gelirlerin arttığını göstermektedir. Bu nedenle Çin’de kamu hastanelerinde sistem çekici olarak görülmektedir. Bununla birlikte; piös’nin uygulamalarının sıkı takip edilmesi, fırsatçı davranışlara izin verilmemesi, aksi taktirde sistemin istenmeyen şekilde sağlık bakımı maliyet artışları ve sosyal kaynak yetersizliklerine neden olabileceği ifade edilmektedir (Liu, 2005).

2003 yılı itibariyle Kanada’da da piös’ne geçişlerde bir artış söz konusudur. Fakat araştırmacılar piös’nin yüksek kullanım sorunu yaratabileceğinden bahsetmektedirler(Vounasis, 2005). Tüm ülkelerde olduğu gibi Kanada’da da araştırmacılar piös’nin gereksiz, endikasyonsuz tıbbi işlem uygulamaları (appendektomi, tonsillektomi, histerektomi vb.), birinci basamak sağlık kuruluşlarında cerrahi işlem uygulanması (küçük müdahaleler) vb sonuçları olabileceği konusunda uyarılarda bulunmaktadırlar (Feasby, 2006).

Tüm bunlara rağmen araştırmacılar her ne kadar piös Kanada’da şu ana kadar uygulanan sistemlerle uyumsuz gibi görünse de, piös’lerinin kullanımı tüm dünyada yaygınlaşırken eski ödeme sistemlerinden piös’ne geçmemekte ısrar etmenin Kanada’ lılar için giderek daha da zorlaşacağını ifade etmektedirler (Vertesi, 2006).

3.1. Performans İçin Ödeme Sisteminin Avantajları

Son yıllarda ABD’de sağlık sektöründe verilen hizmetin miktarı ve kalitesinde değil, maliyetinde bir artış söz konusudur (Rowe, 2006). Kalitedeki düşüş hükümetleri ve ödeyicileri performans için ödeme sistemine yönlendirmektedir (Pink, 2006). Giderek artan sağlık sistemi açıkları yöneticileri farklı arayışlara itmiştir (Pierce, 2007).

Oysa kalite, sağlık sektöründe ilk planda olmalıdır ve bu nedenle sağlık bakım kalitesini iyileştirme çabaları önemlidir. Kalitede iyileştirme piyasa şartları ve rekabet ortamı nedeniyle, aynı zamanda maliyet tasarrufu ile birlikte olmalıdır (Özgülbaş, 2005). Tüm arayışlar da bu yöndedir: Yüksek kalite ve düşük maliyet. Piös bunu sağladığı gibi verimlilikte artış ve geliştirilmiş bakım kalitesine de katkı sağlar (Reynolds, 2006).

Dünyadaki tüm hükümetler için sağlık sektörü önemlidir. Ve yine tüm hükümetler, sağlık sektöründe bekleme süresinin kısaltılması her zaman kaliteli hizmet almakla aynı anlama gelmese de, bekleme zamanının kısaltılmasını bir iyileştirme ölçütü olarak görür (Hudson, 2006). Piös bu aşamada da etkili olabilmekte, verimliliği arttırarak bekleme zamanının kısaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Buna en güzel örneklerden biri İngiltere’dir. İngiltere’de sistem yerel yönetimlerin baskıları sonucu yaygınlaşmıştır.

İngiltere’de uygulanan sistemin bileşenleri şunlardır(Arrowsmith, 2001);

- I. Çalışanları motive etmek için teşvik; sistem çalışanlara performansları ölçüsünde katkıda bulunulmasını içerdiğinden verimliliğin arttırılması için bir motivasyon aracı olabilmektedir.
- II. Yeni çalışan alımının arttırılması ve mevcut çalışanların korunması; bekleme sürelerini kısaltmak ya mevcut elemanların daha fazla çalışması ya da yeni eleman alımı ile mümkün olabilir. Her ikisinin de dengeli olarak uygulanması gerçek anlamda verimliliğin arttırılması (kalite-performans-maliyet oranları dengesi) ile sonuçlanır.

- III. Kurum kültüründe değişiklik; her elemanın eşit olarak ödeme aldığı dönemlerden kalan bazı elemanların daha fazla çalışması sisteminden, işin dengeli şekilde her çalışana eşit olarak paylaşılması, ayrıca tüm çalışanların kurum performansını oluşturan asıl faktörün bireysel performansları ve grup performansları olduğunun bilincine varması sistemin başarısını artırır.
- IV. Personel maliyetinin kontrolü; işin her elemana eşit dağıtılması ve her elemanın maksimum performansta çalışması, ayrıca hastaların hastanede kalış gününün azalması, gereksiz personel ödemelerini azaltmıştır.
- V. İşçi sendikalarının gücünün azaltılması; ödemelerin herkesin işe katılımı oranında yapılması adil bir sistem oluşturduğundan, sendikaların gücü azalmıştır.
- VI. Personel geliştirme sigortalarının takviyesi; sistemde personel eğitiminin sürekliliği esas olduğundan, personel geliştirme sigortaları önem kazanmıştır.

ABD hemşirelik birliği yöneticilerinin yaptığı bir açıklamada, piös'nin hemşirelerin performansını arttırdığı ve bu durumun hasta memnuniyetinde artışa neden olduğu belirtilir (Bell, 1991). Yine aynı çalışma her elemanın yaptığı iş oranında ödüllendirilmesinin adil bir ödeme sistemi olacağını göstermektedir ve bu çalışan memnuniyetini ve doğal olarak da performansını arttırmaktadır.

Dünyanın neresinde olursa olsun kırsal alandaki halkın sahip olduğu sağlık hizmetinin özellikleri, merkezi bölgelerdeki halkın sahip olduğu imkanlardan daha geride kalmaktadır. Oysa iyi bir sağlık politikası hem kırsal hem de kentsel bölgedeki halkın hem fiziki ortam hem de sağlık bakım kalitesi olarak eşit şartlara sahip olmasını gerektirir. Hükümetler de bu duruma çözüm bulmak için uğraşmaktadırlar.

Moğolistan'da da bu soruna çözüm olmak amacı ile 1990'lardan itibaren yeni bir performans için ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır (Hindle, 2006). Ödemelerde değişik katsayılar kullanarak, merkeze uzaklık faktörünü göz önünde bulundurup, kırsal ve kentsel alanda orantılı bir dağılım sağlamak amaçlanmıştır.

Sistemde %65 vaka (hasta başına ödeme), %20 aktif maliyet (hastaya yapılan işlemlerin maliyeti göz önünde bulundurularak yapılan ödeme), %10 uzaklık

bağlamli maliyet (kırsal kesim ek katsayısı) ve %5 bakım kalitesinde hedefi elde etme bazlı ödeme içerir.

Sistemin aynı diğler ÷lkelerde uygulanan sistemler gibi açıkları mevcuttur: Bazı işlemleri önemsiz gösterme eğilimi, risk faktörlerini, zaman ve çaba girişlerini dikkate almaması gibi.

Maliyet Tasarrufu

Hükümetlerin sağlık harcamaları - performans ilişkisi politikaları beş ana başlık altında toplanabilir (Aydın, 2006):

1. Tasarruf
2. Sonuca bakılmaksızın tasarruf
3. Verimlilik
4. Maksimum performans-sınırlı bütçe
5. Maksimum performans

1. Tasarruf

Tek amaç düşük maliyettir. Maliyetin düşürülmesine verilen önem nedeniyle performansın ya da kalitenin düşük olması önemsizdir. Hatta tasarruf sağlanması amacıyla düşük performans istenir. Tabii ki sağlıkta bu tür bir politikanın izlenmesi ciddi sonuçlar doğuracaktır.

2. Sonuca Bakılmaksızın Tasarruf

Sonuç aynıdır yani düşük performans söz konusudur. Fakat bunda düşük performans istenen değildir, tasarrufun sonucudur.

3. Verimlilik

Performansı arttırmak ve maliyetleri düşürmek için verimlilik artışı istenir. Tasarruf nedeniyle yeni eleman alımı ya da malzeme alımı yapılmaz. Mevcut eleman ve malzemelerin maksimum kullanımı yoluyla bütçeyi arttırmadan verimlilik artışının sağlanması istenir.

4. Maksimum Performans-Sınırlı Bütçe

Amaç tasarruf değildir. Bununla birlikte yine de sınırlı bir bütçe söz konusudur. Bütçe sınırlı olsa da amaç performansı maksimize etmektir.

5. Maksimum Performans

Bütçe sınırlaması yoktur. Ekonomik maliyeti ne olursa olsun maksimum performans istenir. Bunun için beklenenden fazlasının ödenmesi göze alınır.

Çağımızda tüm alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de bir rekabet söz konusudur. Benzer işleri yapan kuruluşlar arasındaki rekabette benzer fiyatlandırmalar olduğundan, en fazla maliyet tasarrufu sağlayanlar pazarda kalıcı olacaktır. Sağlık bakım maliyetlerinin giderek artmakta olması, kuruluşları çalışan ödeme sistemlerini tekrar gözden geçirmek zorunda bırakmıştır (Nichols, 2006). Her çalışan için geçerli otomatik yıllık maaş artışlarının, yılbaşı vb. ekstra ikramiyelerin bütçede önemli bir yer tuttuğu fark edilmiştir.

Kullanılmakta olan ödeme sistemlerindeki otomatik yıllık maaş artışı, yıllık ikramiye gibi maliyetler piös ile kaldırılmış ve her çalışanın performansının artışı oranında artan bir ödeme alması sağlanmıştır. Bu tüm çalışanlara eşit şekilde yapılan artı ödemeler yerine, çalışan, kurum verimliliğine ve tabii ki gelirlerine katkıda bulunan personele hak ettiği oranda ödeme yapılmasını sağlamıştır. Bu şekilde sabit maliyetlerde bir düşüş sağlanabilmiştir (Woodson, 1999).

Uygulamanın başarı şansını artırmak için pek çok kuruluşa ve kişiye özel yöntemler de eklenebilmekte, özel yöntemler geliştirilmektedir (Trude, 2006). Örnek olarak kullanılan yöntemlerden birinde, laboratuvar yöneticilerine; sorumlu oldukları bölümlerde tasarruf yapmalarını özendirmek için, bölümlerinde sağlayacakları tasarrufun belli oranının maaşlarına ek olarak yansıtılması önerilmiştir. Bu yöntemle laboratuvar bölümlerinde ciddi bir tasarruf sağlanabildiği görülmüştür (Winkelman, 1991).

Kalitede Çeşitlilik, Kalite – Maliyet Oranı

Diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de kalite değerlendirilmesi zordur ve kesin olarak sınırları belirli bir yolu yoktur. Kullanılacak kalite ölçütleri; klinik süreçlerin kalitelerini ölçmekle birlikte, işleyişle ilgili performansı ve çıktı başarısını da değerlendirebilmelidir.

İyi bir kalite kontrol mekanizması hem hastanın verilen hizmet karşısındaki memnuniyetini değerlendirmelidir hem de klinik süreç ve çıktıları da içine alan bir sistem olmalıdır.

Kalite tek başına yeterli değildir. Daha önce de ifade edildiği gibi aynı sektörde aynı işi yapan pek çok kurum mevcuttur. Tabii ki bir rekabet ortamı söz konusudur. Kazananı belirleyecek olan, aynı kalitede hizmeti sağlayanlar arasında maliyet tasarrufunun kim tarafından en başarılı şekilde sağlanacağıdır. En yüksek kaliteyi en uygun (düşük) maliyetle sağlayacak kuruluşlar pazarda kalıcı olacaktır(Goldfield, 2005). Bu da kalite – maliyet oranının önemini gösterir.

Kalite ölçümleri için yapı ölçümleri, işlem ölçümleri ve sonuç ölçümlerinin bir arada ve dengeli kullanılması önerilmektedir (Moser, 2006; Gonzales, 2007).

Yapı ölçümleri: Bunlar hizmetin verildiği çevre ile ilgili ölçümlerdir(Gonzales, 2007). Binanın ve kullanılan tıbbi gereçler ile laboratuvar gereçlerinin durumunu değerlendirir. Tıbbi gereçler ve laboratuvar gereçlerinin belirli aralıklarla takibi ve kalibrasyonu yapılmalıdır. Tabii yine sağlık hizmeti verilen binaların da belirli standartlarda olması gerekir. Ameliyathane büyüklüğü, tavanın yüksekliği, ortam ısı vb. Tüm bu ortam ve gereçlerin standartlara uygunluğu değerlendirmelerde rol oynar.

İşlem ölçümleri: Hizmetin verilmiş süreci ile ilgili ölçümlerdir(Gonzales, 2007). Hizmet verenleri ve hizmetin kendisini içerir. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin standartlara uygunluğunu, daha önce almış oldukları eğitimleri ve eğitimlerinin devamlılığını değerlendirir. Aynı zamanda tetkik ve tedavi işlemlerini de değerlendirir.

Sonuç ölçümleri: Hizmetin tesliminden sonraki aşamaları içerir(Gonzales, 2007). Yani hizmet alanların iyileşme halini, tedavi sonrası takiplerini ve hastaneye aynı ya da bağlantılı sebeplerle tekrar başvuru yapıp yapmadıklarını denetler ve değerlendirir.

Sağlık hizmeti bir bütündür. Hizmetin verildiği ortam ve gereçler, hizmeti verenler ve hizmeti alanlardaki iyileşme hali bir bütündür. Tüm bu aşamaların standartlara uygunluğu ve başarısı, verilen hizmetin başarısını gösterir. Tüm bu ölçümlerin bir arada ve dengeli kullanımı en iyi sonuçlara ulaşmayı sağlar. Kalite çeşitliliğini sağlayan da bu ölçümlerdeki farklılıklardır (Gonzales, 2007).

Performans İçin Ödeme Siteminin Sağlık Sistemine Katkıları

Piös kalitenin yükseltilmesini hedefler. Bu amaçla klinik işleyiş ve sonuçları takip eder. Sonrasında bu ölçümleri çalışanlarla paylaşır. Bunda amaç çalışanların ve kurumun eksiklerini ve buldukları konumu anlamak ve daha iyi bir aşamaya taşımaktır. Bunun başarılarını da ödüllendirir (Patel, 2007). Yani sistem hem çalışanlara hem de kurumlara durumunu düzeltme, eksiklerini tamamlama ve kendini geliştirme şansı sağlar. Bu durumun özellikle kronik hastalıklara sahip hastaların memnuniyetinde artış sağlaması beklenir.

Ölçümlerde takip ve güvenilirlik çok önemlidir. Bu nedenle bilgi teknolojilerinin kullanımı ve bilgi teknolojilerine yatırımlar özellikle son yıllarda yaygınlık kazanmaktadır. Klinik işleyişlerin ölçümü, bu amaçla bilgi teknolojilerinin kullanımı ve bu ölçümlerin çalışanlara geri dönüşümü sağlıkta değerlemenin anahtar bileşenleridir (Moser, 2006,).

Özellikle son yıllarda sağlık işletmeleri stratejik planlarında deneyim, rekabet ve medikal teknoloji kullanımı daha önemli yerlere oturtulmaya başlanmıştır. Bu durum sağlık sektöründe önemli farklar yaratmaktadır (Smith, 1993).

Piös'ndeki geri dönüşümler sayesinde yöneticiler ve kurumlar tecrübeli ve yararlı elemanları fark edebilmekte ve onları ellerinde tutmak için daha çok çaba göstermektedirler. Bu çalışanlar için finansal teşviklerin yanı sıra profesyonel itibar da sağlamaktadır. Her açıdan teşvik edilmiş olan tecrübeli, işinde iyi olan elemanlar sayesinde kurumdaki kalite artışı sürekli bir hal almakta ve bu durum kurum performansında da süreklilik gösteren bir artış sağlamaktadır (Helm, 2007).

3.2. Performans İçin Ödeme Sisteminin Benimsenmesini

Geciktiren Sebepler

Tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık sektöründe de müşteri memnuniyeti pazarda kalıcılık için çok önemlidir. Müşterinin beklentileri kaliteli bir sağlık hizmeti almak yerine, iyi bir otelcilik hizmeti almaksa verdiğiniz sağlık hizmeti ne kadar kaliteli olsa da eğer otelcilik hizmetleriniz yeterli değilse müşteri memnuniyeti de yeterli olmayacaktır. Yani hasta iyileşse de memnun kalmayacaktır. Ayrıca kişinin kriterleri sağlık hizmeti ile sınırlı olmayıp, kişinin günlük ruh haline de bağlı olduğundan bir gün aldığı hizmetten memnun kalan kişi ertesi gün aynı hizmetten memnun kalmayabilecektir. Yani müşteri memnuniyeti, bilgi asimetrisi nedeniyle değişen beklentilerden kaynaklanan sebeplerle kişiye göre değişen bir kavramdır ve sabit değildir. Aynı şekilde kalitenin de tam olarak doğru ve dürüst bir şekilde ölçülebilmesi de şu an için mümkün görülmemektedir (Gonzales, 2007).

Ayrıca piös'ne geçildiğinde pek çok sağlık kuruluşunun her ne kadar sistemin özünde gelişim olsa da, tetkik ve araştırma için yaptıkları harcamaları karşılamakta zorlanacakları düşünülmektedir (Smith 1993).

Pek çok klinisyen ve araştırmacı da sistemin gereksiz test ve ameliyatları arttıracasını düşünmektedir (Todd, 1984). Daha fazla performans yapmak isteyen klinisyenlerin hastaya daha az zaman ayırması gerekeceğinden, herhangi bir sorunu atlamaktan korkarak daha fazla tetkik isteme eğilimi gelişmesi riski vardır. Bu da maliyetleri arttıracaktır. Ayrıca yine performans puanını arttırmak isteyen bazı klinisyenlerin, bazı ameliyatlar için (tonsillektomi, appendektomi, histerektomi vb.) endikasyonlarını (ameliyata almak için gerekli görme karar kriterlerini) genişletebilecekleri (Todd, 1984), bakım kalitesinde düşüş (aynı anda bakabileceğinden daha fazla hastaya bakılacağından yetersiz kalınabilecektir) yaşanabileceği (Millgate, 2006), dolayısı ile tüm bu maliyet artışlarının da sağlık finansal sisteminde bozulmalara neden olabileceği düşünülmektedir (Desai, 2007).

Çalışan motivasyonunda finansal ve finansal olmayan (profesyonel güven) yöntemler vardır(Scott, 2007). Bunların dengede olması ideal olandır. Piös'ne karşı olan araştırmacılar gerçek bir kalite geliştirme ve performans stratejisine ekonomik teşviklerle değil, normlara ve profesyonel sorumluluklara odaklı bir yaklaşımla ulaşabileceğini savunurlar. Sadece finansal açıdan teşvikin yeterli olmayacağını ifade ederler. Piös'ni savunan araştırmacılara göre ise profesyonel normlar kalite kontrolünde etkilidir. Bu normlar ile profesyonel güven ve itibar, sağlık hizmeti sunanların ekonomik güveninin temelini oluşturur. Bu nedenle piös, bu dürtülerin hepsini kapsayan bir etkiye sahiptir(Aydın, 2006).

Sistemde kurumsal performansın yanı sıra bireysel performans da çok önemlidir. Çünkü kurum performansını oluşturan bireysel performanslardır. Bireysel performansın artırılması isteği ise uzun vadede etnik ve ulusal farklılıklardan doğan problemlerle karşı karşıya gelmesine neden olabilir (Casalino, 2007).

3.3. Performans İçin Ödeme Sisteminde Karşılaşılan Sorunlar

Pek çok klinisyen ve yönetici sistemin avantajlarına dezavantajlarından daha çok inanmaktadırlar. Akıllarda kalan yanıtlanmayı bekleyen nasıl daha yüksek oran alınabileceği, zor işlerin kabulünün nasıl sağlanacağı, benzer işlerde bireysel hataların nasıl değerlendirileceği(White, 1989; Aydın, 2006), sistemin ne kadar para gerektirdiği ve ödemelerde performans kriterlerinin ne olacağı (Mac Stravic, 2006; Aydın, 2006; Scott, 2007) gibi pek çok soru mevcuttur.

Daha Yüksek Oran Almanın Yolları

Daha yüksek oran daha çok kazanç anlamına gelmektedir. Bu nedenle çalışanlar nasıl daha yüksek oranlara ulaşabileceklerini öğrenmek isterler. Ödüller performansın ve kalitenin değişkenliğinden etkilenmelidir. Ödüllerin yetersiz olması yeterli teşvik sağlamayacaktır ama sürekli yüksek olması da motivasyon etkisini yitirmesine neden olacaktır. Dengenin sağlanması önem kazanmaktadır.

Zor ve Uğraştırıcı İşler

Genel olarak uygulanan piös'lerinde daha basit bazı işlerin daha yüksek oran alması söz konusudur. Bu durumda çalışanlar tarafından zor ve uğraştırıcı işlerin tercih edilmesi nasıl sağlanacaktır? Sistemin katsayıları belirlenirken işlerin zorluğu, aldığı süre vb. özellikler çok fazla dikkate alınmamıştır. Bazı basit ve çok vakit almayacak işlemler daha yüksek katsayılara sahipken, çok daha zor ve uğraştırıcı işler daha düşük katsayılara sahiptir. Çalışanlar bu zor ve uğraştırıcı işlerin tercih edilmesinin nasıl sağlanacağını ya da bu işleri kimlerin yapacağını nasıl belirleneceğini öğrenmek isterler. Bu nedenle sistem bu açıdan değerlendirilip gözden geçirilmeli ve bu aşamalara klinisyen desteği mutlaka sağlanmalıdır.

Benzer Durumlarda Bireysel Hatalar

Sistemde işlemlerin katsayıları belirlenmiştir fakat hatalar değerlendirilmemiştir. Çalışanlar, aynı işi yapanlar arasında işi hatalı yapanların ya da hata yapanların durumunun ne olacağını öğrenmek isterler. Arz fazlası olan bir sistemde ya da özel sektörde düşük kaliteli hizmet verilen kurumları gözden çıkarmak mümkün olabilir. Bekleme sıralarının çok uzun olduğu bir sistemde bu tür durumlarda kurumlara ceza verilmesi yerine, bu kurumların ödül alamamalarının daha uygun bir strateji olacağı düşünülmektedir.

Sistemin Bütçesi

Sistemin bir bütçeye sahip olmasının gerekliliği açıktır. Bütçenin büyüklüğü sistemin ana çatısını oluşturur. Çalışanlar bu bütçenin ne büyüklükte olduğunu ve bunun ne derece yeterli olduğunu öğrenmek isterler(Mac Stravic, 2006). Hizmetler için belirlenen rakamlar, verilecek hizmetlerin maliyetlerini karşılamalı, bunun yanı sıra geliştirme ve araştırma için de bir bütçe bırakmalıdır. Aksi takdirde hastalar ya daha ucuz tetkiklere ve tedavilere yönlendirilecek ya da tıbbi zorunluluk söz konusu ise başka yollar denenecektir. Bu da istenen kalite ve verimliliğin elde edilememesi anlamına gelecektir. Piös'ne geçilmeden önce bu konuda da yeterli çalışma ve hesapların yapılması gerektiği açıktır. Sistemde kurumun verdiği hizmet karşılığında alacağı rakam yani bütçe sabit tutulursa daha fazla personelin yüksek performans göstermesi alınacak ödülün düşmesine neden olacaktır. Bu şekilde tüm personelin performansını artırması ne kendisine ne de kurumuna mali bir katkı sağlamayacaktır. Bu nedenle yapılacak ödemelerde verilen hizmetin miktarı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Ödemelerde Performansın Kriterleri

Çalışanlar performanslarının neye göre değerlendirilip ödüllendirileceğini öğrenmek isterler. İster hasta memnuniyeti ister çıktının kalitesi ya da alt yapı ve girdilerin kalitesi göz önüne alınsın, hiçbirisi tam olarak objektif ve güvenilir olmayacaktır. Adil bir ölçüm sistemi kurulmalıdır. Sağlık hizmetinde hizmetin

ayrıştırılması zor bir işlemdir. Çünkü görünen kısımda doktorlar olmakla birlikte; hemşireler, yardımcı personel, laboratuvar, görüntüleme merkezleri ve yöneticiler de hizmetin oluşturulmasında katkıda bulunurlar. Verilecek ödüllerin tüm bu aşamalarda çalışanlara hangi kriterlere göre dağıtılacağı iyi belirlenmelidir.

3.4. Sistemin Başarısını Arttırmak İçin Yapılması Gerekenler

Scott (2007) piös'nin uygulama metodları ve en iyi şeklinin belirlenmesinde; klinik çalışma alanının seçimi, finansal teşviklerin hangi oranda ve kimlere verileceği, kalite ölçümleri ve eşik performans değerlerinin belirlenmesi, veri toplama metodları, finansal ve finansal olmayan teşviklerin ideal dengesi de dahil pek çok faktörün üzerinde dikkatle durulması gerektiğini önemle hatırlatır.

Petersen (2006) de finansal teşviklerin boyutu, etkililiği ve bakım kalitesine olabilecek istenmeyen etkilerinin dikkatle gözlenmesi gerektiğini ifade eder. Yapılan işle hizmet sunuculara yapılan ödeme arasında dengesizlik olmamalıdır. Düşük kalması kısa sürede daha fazla hasta bakmaya yönlendirecektir. Bu ise tanı atlama korkusu nedeniyle daha fazla tetkik istenmesi ve tabii maliyetin daha çok artması sonucunu getirecektir. Bu yolun seçilmemesi ise kurumun mali olarak yıkımı anlamına gelecektir.

Gonzales (2007) programın başarısı için kalite kriterlerinin belirlenmesi ve geliştirilmesine klinisyen ve yöneticilerin katılımı ve desteğinin çok önemli olduğunu söyler. Bu şekilde asıl işi yapan ve yapılan işlemlerin gerçekte ne zorlukta olduğunu ve ne kadar zaman gerektirdiğini bilen kişilerce belirlendiğinde, kriterlerde adaletsiz ve dengesiz bir durum oluşmasının önüne geçilebilir.

Baumann (2006) ve Browdy (1989) ise klinisyen katılımının sadece kalite kriterlerinin belirlenmesi ve geliştirilmesinde değil aynı zamanda performans kriterlerinin belirlenmesi ve geliştirilmesinde de aynı öneme sahip olduğu uyarısını

yaparlar. Çünkü yine yapılan işlemlerin zorluğu ve aldığı süre performans üzerinde de önemli etkiye sahiptir.

Pickoff'da süreçlere klinisyen katılımının ve etik kurallara uyumun şart olduğunu belirtir (2005).

Pierce'a göre (2007) uzun dönemde, çalışanların sistemi anlamaları ve benimsemeleri, katılmayı istemeleri, geri dönüşümler sayesinde kendi performanslarını değerlendirebilmeleri sistem için değerlidir. Çalışanların kendi performanslarını nasıl ifade edebileceklerini öğrenmeleri, sistemin başarısına katkıda bulunacaktır. Çünkü kurum performansını oluşturan şey bireysel performanslardır. Bu nedenle sistemin başarılı olabilmesi için çalışanlara sistem net bir şekilde açıklanmalı ve çalışanların sistemi benimsemeleri sağlanmalıdır.

Goldfield (2005) programın uygulanması esnasında istenmeyen etkilerin gelişmesine engel olunabilmesi için yüksek etik standartlar belirlenmesi gerektiği uyarısında bulunur. Ekonomik öncelikli hasta profili oluşturmamak sistemin öncelikleri arasında olmalıdır.

Garcia (1998) programın başarısında etkili faktörleri aşağıdaki şekilde ifade eder;

- 1) Performans Kriterlerinin Seçimi: Kriterlerin doğru ve uygun bir şekilde seçilmesi ve değerlendirilmesi çalışanların sisteme inancını daha çok arttıracak ve bu da sistemin başarısına katkıda bulunacaktır
- 2) Finansal Etkilerin Titiz Değerlendirilmesi: Sistemin finansal etkilerinin ayrıntılı ve doğru şekilde değerlendirilmesi, sistemin gelişimi ve başarısının değerlendirilmesi için önemlidir.
- 3) Sağlık Planı ve Klinisyenler Arası İlişkinin Geliştirilmesi: Klinisyenlere ve hatta tüm çalışanlara sistem doğru şekilde anlatılmalı ve kişilerin sağlık planını ve sistemi tam olarak anlamaları sağlanmalıdır. Hiçbir çalışanın tam olarak bilmediği bir plana inanması ve bu planı uygulaması beklenemez.

- 4) Planın Kademeli Olarak Gerçekleştirilmesi: Sistem kademeler halinde uygulanmaya başlanmalıdır. Bu şekilde her kademedeki aksaklıklar görülerek düzeltme şansı bulunabilir. Planın tüm olarak birden uygulamaya konulması ciddi aksaklıkları da beraberinde getirecek ve sisteme olan inancın ve güvenin yitirilmesine, sistemin gerçek halinin doğru olarak değerlendirilmesine engel olarak, başarısız kabul edilmesine neden olacaktır.

Williams (2006) piös'nde başarılı olan kuruluşların ortak özelliklerini;

- 1) Kendini kalite arttırılmasına adanmış klinisyenler planlama sürecinin başından itibaren sisteme katılması
- 2) Kalite-güvenlik-performans uygulamaları departmanlarının olması
- 3) Bilgilerin düzenli olarak toplanıp ve toplanan bilgilerin etkili şekilde yönetilmesi
- 4) Toplanan bilgilerin çalışanlarla düzenli olarak paylaşılması
- 5) Başarıların kutlanması

olarak ifade etmektedir. Piös' nin anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği ve geliştirilebilirliği için bu konuda uzmanlaşmış, hem sistemi hem de kliniği bilen elemanlara ihtiyaç vardır. Bu nedenle bazı klinisyenlerin kalite ve performans konularında uzmanlaşmaları ve kurum içinde bu bölümlerin ayrıca kurulmaları sistemin başarısını arttıracaktır. Bu departmanların yaptıkları çalışmalarla ve bilgi teknolojilerinin doğru kullanımı ile bilgiler düzenli olarak toplanabilir ve diğer çalışanlarla birlikte değerlendirilebilir. Bu ise çalışanların kendilerini, çevrelerindeki ve kurumu değerlendirebilmelerini sağlar. İlerlemenin yolu önce bulunduğu konumu bilmekle başladığından bu değerlendirmeler bireysel ve kurumsal ilerlemeyi getirecektir. Tabii ki başarılar da birlikte değerlendirilmeli ve kutlanmalıdır. Bu tüm çalışanlarda bir bütüne, bir kuruma ait olma hissini arttıracak ve motivasyon artışını kolaylaştıracaktır.

Brush'a göre (2006) piös programı oluşturulurken dikkat edilmesi gereken aşamalar;

- 1) Kanıt Bazlı Performans Kriterleri Oluşturulması: Kriterler geçerli, güncel, karşılaştırılabilir ve riske ayarlı olmalıdır ve standart veri tanımlamaları kullanılmalıdır. Bu şekilde adil bir performans değerlemesinden bahsedilebilir.
- 2) Yapıya Yatırım: Yüksek bakım kalitesi ve ilerleme sağlayacak ekipman, en iyi uygulamalar ve yapıya yatırımın incelemesi yapılmalıdır. Sürekli iyileşme ve gelişme ancak bu yatırımlar sayesinde sağlanabilir.
- 3) Ödül Süreci: İlerleme ve yüksek performansın devamlılığı için uygun ödül süreci sağlanmalıdır. Ödüllerin hangi şartlarda, hangi işlemler karşılığında, kimlere ve ne miktarda verileceği net bir şekilde belirlenmeli ve bu kriterler adil olmalıdır.
- 4) Tecrübeli Elemanların Sadakati: Tecrübeli, güvenilir elemanların performans için alacaklarının özellikleri belirlenmeli ve işbirlikleri sağlanmalıdır. Tecrübeli, yetenekli elemanların elde tutulması uzun dönemde hem kurum performansı hem de hasta memnuniyeti açısından çok olumlu sonuçlar getirecektir.
- 5) Klinik Veri Kullanımı: Klinik verilerin kullanımı kolaylaştırılıp, uygulamaya sokulmalıdır.
- 6) Performans Hedeflerinin Belirlenmesi: Ulusal hedeflerle uyumlu performans hedefleri belirlenmelidir. Belirlenen kurum performans hedefleri ulusal sağlık politikaları ve performans hedefleri ile uyumlu olmalıdır. Uyumun olmaması çabanın boşa gitmesi sonucunu getirecektir.
- 7) Uygunluk: Ödül sistemi adil ve uygun olmalı. Aksi takdirde motivasyonu arttırmak yerine bir kızgınlık hali yaratabilir. Ödüller ne çok düşük olmalıdır ne de çok yüksek. Ödülün beklenenden düşük olması motivasyon etkisi göstermesini engelleyecektir. Çok yüksek olması da bir alışkanlık sağlayacak ve yine motivasyon etkisini kaybetmesine neden olacaktır.
- 8) Cezalandırıcı Değil Destekleyici: Belirlenen hedeflere ulaşmada geri kalanların cezalandırılması yerine, hedefe ulaşanların ödüllendirilmesi tercih edilmelidir. Ceza elde edilenden daha kötü sonuçların alınmasına neden olabilir. Zaten hedeflerin gerisinde kalan bir kurum

ya da kişiyi cezalandırmak, istenen sonuca ulaşılmasını engelleyecektir. Oysa hedeflere ulaşanların ödüllendiriliyor olması, hedeflerin gerisinde kalanları daha fazla motive edip hedefe ulaşmaya yönlendirecektir.

- 9) Denetleme: Performans ölçüm verileri denetlenmelidir. Sistemde sürekli ölçümler yapılması ve bunların değerlendirilip çalışanlarla sonuçların paylaşılması esastır. Aksi takdirde hedefler ve rakipler karşısındaki konumunu ve durumunu bilmeyen bir çalışan veya kurumda bir iyileşme ve ilerleme hali sağlanamaz.
- 10) Metod: Hizmet sunucuların metodları etiğe uygun olmalıdır.
- 11) Etik Kurallar: Etik olmayan teşvikler engellenmelidir. İstenmeyen tetkik, tedavi ve ameliyatların engellenmesi için kurallar baştan belirlenmelidir. Bu şekilde hem hasta hem de sistem istenmeyen sonuçlardan korunmuş olur.
- 12) Yatırım: Eğer sürekli bir gelişme ve ilerleme hali isteniyorsa sağlık servislerinin araştırma yatırımları desteklenmelidir. Araştırmalar sayesinde yeni tetkik ve tedavi metodları belirlenecek ve daha ileriye gidilmesi sağlanacaktır.

Dolinar' a göre (2005) karşılaşılabilecek problemler şu başlıklar altında toplanabilir;

- 1) Sağlıkta Kanıtlamanın Zorlukları: Bilgi asimetrisinden bahsetmiştik. Hem elemanların, kullanılan malzemenin ve verilen hizmetin kalitesinin ölçümü hem de sonuçların yani hastaların iyileşme ve memnuniyetinin ölçümü zordur ve tabii ki genellikle kanıta dayalı olarak yapılamaz.
- 2) Hasta Seçiminin Tehlikeleri: Hizmet sağlayıcılar tarafından sadece kolay, uğraştırıcı olmayan ve tedavi şansı yüksek ve düşük maliyetli hizmet gerektirecek hastaların seçilmesi, diğer hastaların hak ettikleri hizmeti almasını zorlaştıracaktır.
- 3) Özel Bakımın Zayıflatılması: Sistemin maliyet ihtiyacında olması, özel bakım gerektiren hastalarda, bu bakım kalitesinin düşmesine neden olabilecektir.

- 4) Medikal Özen ve Klinik Kararlarda Bozulma: Sistemin daha fazla puan almak için daha fazla hastaya bakma ihtiyacı yaratması, hastaya ayrılacak vakti kısaltacağından, gereken özenin gösterilmesini de engelleyebilir bu da alınacak kararların güvenilirliğini azaltabilir.
- 5) Doktor Hasta İlişkilerinde Zayıflama: Hastaya ayrılan sürenin, gösterilen özenin ve verilen kararların güvenilirliğinin azalması doktor hasta ilişkilerinde zayıflamaya ve hasta güveninin sarsılmasına neden olabilir.

Dolar bu faktörlere dikkat etmenin sistemin başarısında etkili olabileceğini ifade eder.

4. TÜRKİYE’ DE PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİ

Sağlık Bakanlığı piös’ni şu şekilde tanımlamaktadır (Demir, 2006):

Sağlık bakanlığına bağlı tüm sağlık kuruluşlarında uygulanan, belirlenmiş hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınarak:

Çalışan personelin: Unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışması,

Kurumların: Yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler gibi unsurları göz önünde bulundurularak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği sistemdir.

4.1.Yasal Süreç:

Türkiye’de piös yasal olarak aşağıdaki aşamalardan geçmiştir(Aydın,2006; Demir, 2006).

Bugünkü döner sermaye uygulamalarını tanımlayan ilk yasa 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” dur.

27.06.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir.

27.06.1989'da 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kuruluşlara dışarıdan personel çalıştırılması ve kendi personeline ek ödeme yapma olanağı sağlanmıştır.

23.01.2001'de yürürlüğe giren 4618 Sayılı Yasa ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında da döner sermaye uygulaması başlatılmıştır.

01.01.2004 tarihinden başlayarak 12.311 Sayılı Yönerge ile Sağlık Bakanlığına bağlı I. , II. ve III. basamak sağlık kuruluşlarında görevli personele performansa dayalı döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına başlanmıştır.

2006 yılı itibarı ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı 796 hastane, 6038 sağlık ocağı, 48.588'i hekim 277.052 personel için 2 yönerge ve 3 farklı model çerçevesinde uygulanmaya devam edilmektedir.

Birinci yönergede birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik esas ve usuller bulunur. Tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ve kırsal alana hizmet sunumu dikkate alınmıştır.

İkinci yönergede ise devlet hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastanelerine yönelik iki model tanımlanır. İki modelin bazı yönleri ortak olduğu gibi, farklı yönleri de mevcuttur. Farklı yön; eğitim ve araştırma hastanelerinde uygulama klinikler bazında olup, eğitimler ve bilimsel çalışmalar da dikkate alınmıştır.

2003 yılının ikinci yarısında 10 hastanede ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot uygulamaya başlanılmış, 2004 itibarıyla 1.basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde tüm Sağlık Bakanlığı hizmet birimlerine yaygınlaştırılmıştır.

Dönüşümde evreler aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

- I. 2004 yılında, çalışanlar ve kuruluşların uyumu sağlanmıştır. Sonuçlar toplanmış, değerlendirilmiş ve ölçütler geliştirilmiştir.
- II. 2005 yılı itibarıyla de bu ölçütler sisteme dahil edilmiş yani daha önce sadece nicelik boyutu olan sisteme nitelik boyutu da eklenmiştir.

- III. 2006 yılı ile “yönetici performans kriterleri” ve “finansal göstergeler” konusunda çalışmalara devam edilmiş, “klinik göstergeler” de ilave edilmiştir.

Kısaca söylemek gerekirse Türkiye’de piös yeni bir uygulamadır. Hala yenilenmekte ve geliştirilmektedir.

4.2. Sistemde Performansın Ölçümü

Performans için ödeme sisteminde performans ölçümü çok önemlidir. Bu ölçümler çok dikkatli ve objektif olmalı tüm ayrıntıları ile yapılan işi, işi yapan kişiyi ve hastanın memnuniyetini içine almalıdır. Aynı zamanda da adil olmalıdır. Ölçümler kişi bazında (bireysel performans) ve kurum bazında(kurumsal performans) ayrı ayrı yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında Aydın ve Demir’e hazırlatılan, Türkiye’de uygulamaya konulan piös’nin özelliklerinin, kurallarının ve amaçlarının açıklandığı ‘‘Sağlıkta Performans Yönetimi- Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi’’ kitapçığında piös’ ün bireysel ve kurumsal performans ölçümleri aşağıdaki gibi ifade edilmiştir.

4.2.1. Bireysel Performansın Ölçümü

Türkiye’de uygulanan piös’nde bireysel performans ölçümü şu özelliklere göre yapılmakta ve değerlendirilmektedir(Aydın, 2006):

Tıbbi hizmetler puanlandırılmıştır ve doktorların verdikleri hizmetlerin karşılığı olan puanlar aylık olarak toplanır. Bu şekilde hizmetler nicelik olarak ölçülür hale getirilmiştir.

Hastaların hekim seçme özgürlüğü sisteme dahil edilerek hekimlerin bireysel hizmetleri kısmen nitelik olarak da ölçülebilir hale getirilmiştir.

Sağlık hizmetleri ekip hizmetidir. Bu nedenle kliniklerde görev almayan doktorlar ve yöneticiler de hastane ortalama puanları üzerinden değerlendirilirler.

Kurum aylık gelirlerinden yasal ölçülerle belirlenen oranlarda, bireysel performans puanlarına göre dağıtım sağlanacak şekilde düzenleme yapılmıştır.

Tam gün ve serbest çalışan hekimler arası katsayı farkı oluşturularak, hekimler tam gün çalışmaya özendirilmişlerdir. Amaç arz artışı sağlayarak bekleme sıralarını azaltmaktır.

Hastane enfeksiyonlarını önleyici girişimler özendirilmiş, belirlenen esasların yerine getirilmesi karşılığında ilgili dal hekimlerine ödüllendirme sağlanmıştır.

Hastane bilgi sistemleri kurulmuş, bu şekilde tüm işlemler kayıt altına alınmıştır.

Sistemde yapılan düzenlemelerle birim maliyetlerin düşürülmesi, cari harcamalarda tasarruf, yatış gün sayısının kontrol altına alınması ile cihazlar ve alt yapının geliştirilmesi de finansal performansa dolaylı olarak etkili olmuştur.

Eğitim ve araştırma hastanelerinde, araştırma ve geliştirmenin özendirilmesi için şef, şef yardımcısı, başasistan ve uzmanlara yaptıkları bilimsel yayınlar oranında puan verilmektedir.

Ayrıca yine şef ve şef yardımcılarında yaptıkları bilimsel eğitimleri belgelemeleri halinde ek puan verilmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşları için il sağlık müdürlüklerinde, hastaneler içinse kendi bünyelerinde tüm çalışan grupların temsil edildiği komisyonlar kurulmuştur. Bu komisyonlar hastane gelir-gider tablolarını, borç-alacak, nakit durumu ve ihtiyaçları göze alarak personele dağıtılacak ek ödeme miktarını belirler.

Her sağlık kuruluşunda inceleme heyetleri oluşturularak otokontrol sistemi geliştirilmiştir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında merkeze uzaklık göz önünde bulundurulmuş ve bu da performans puanlarına yansıtılmıştır.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında performans ölçütleri olarak kullanılan kriterler şunlardır;

Bebek izlem sayısı: Her bebeğin belli aralıklarla izlenmesi koruyucu hekimliğin önemli bir kısmını oluşturur. Takip edilen bebek sayısı da bu nedenle bu kriterler arasına alınmıştır.

Gebe izlem sayısı: Her gebenin belirli aralıklarla takibi, sorunsuz doğum ihtimalini arttırır. Aynı şekilde sorun çıkması muhtemel gebelerin belirlenmesini de sağlayacağından doğum sırasında bebeğin zarar görme riskini azaltır. Bu nedenle takip edilen gebe sayısı da koruyucu hekimlik için önemli olduğundan bu kriterler arasına alınmıştır.

Bağışıklama (aşılama) oranı: Aşılanma öncelikle çocukların, bazı hastalıklar için de yetişkinlerin korunmasında hayati öneme sahiptir. Tabii ki bu nedenle koruyucu hekimliğin önemli bir kısmını oluşturur ve yine bu nedenle bu kriterler arasına alınmıştır.

Yeni doğan tarama testleri: Her yenidoğan bebekten kan alınarak zeka geriliği yapan, zamanında tespit edilmesi halinde diyet ya da ilaçla önlenbilir hastalıklar aranır. Bu hastalıklara sahip olan bebeklere dönüş yapılır, sahip olmayanlara dönüş yapılmaz. Bu şekilde ileride ciddi sorunlara ve ciddi maliyetli tedavilere sebep olabilecek hastalıklar oluşmadan önlenmiş olur. Bu da koruyucu hekimliğin görevlerindedir ve bu nedenle kriterler arasına eklenmiştir.

Modern aile planlama uygulamaları: Önemli olan çocuk sahibi olmak değil, iyi, hak ettiği imkanlara sahip şekilde sağlıklı bakılan çocuk sahibi olmaktır. Bu toplumun öncelikleri arasında olmalıdır. Bu nedenle toplum aile planlamaları ve doğum kontrolü açısından bilgilendirilmeli ve kişiler hak ettiği imkanlarla bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmaları özendirilmelidir. Bu konuda danışan kişilere yardımcı olunmalı, konu hakkında bilgi sahibi olmayanlara eğitim verilmelidir. Bu ileride ülkenin tüketen, sağlıksız bir toplum yerine, üreten sağlıklı ve mutlu bir topluma sahip olabildiğini ve kaynaklarını en iyi şekilde kullanarak

ilerleyebilmesini sağlar. Bu da koruyucu hekimlik görevleri arasındadır ve bu nedenle kriterler arasına eklenmiştir.

Bu kriterler dikkate alınarak koruyucu sağlık hizmetleri önceliği bildirilmiş ve özendirilmiştir.

4.2.2. Kurumsal Performansın Ölçümü Ve Kalite Geliştirme

Kurumsal performans değerlendirmeleri her ülkede, o ülkenin şartlarına göre değişiklik gösterir. Bu durum Türkiye için de geçerlidir. Kurumsal performans ve kalite ölçütlerinde uluslararası bazı kriterlere ek olarak, ülke şartları nedeniyle de bazı ölçütler kullanılmaktadır (Aydın, 2006; Demir, 2006)

Kurumsal performansın yüksek olması, bireysel performansın daha fazla ödüllendirilmesini sağlar. Bu şekilde nicelik ödüllendirilirken nitelik de devreye girer.

Kurumsal Performans Ölçütleri:

“Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” ile ölçüm yöntemleri dört ana başlık altında toplanmıştır.

Her bölüm için katsayı tespit edilmiştir. Dört bölümün katsayılarının aritmetik ortalaması o dönem için o kuruma ait “Kurumsal Performans Katsayısı” nı verir. Bu katsayı 0-1 arasındadır.

Poliklinik Hizmetleri Katsayısı: Her klinisyen hekim için bir muayene odası bir ölçüt olarak belirlenmiştir. Amaç tüm hekimlerin sisteme eşit olarak katılımını sağlamak, iş yükünü eşitlemek, verimliliği arttırmak hastalara ayrılan süreyi arttırmak, sonuç olarak bekleme süresini azaltmak ve hasta memnuniyetini arttırmaktır.

Hastane Kalite Kriterleri Katsayısı: Uluslararası akreditasyon standartlarından (Joint Commision International Accreditation) kamu hastanelerinde test edilerek seçilen 100 kriter kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları şunlardır:

Hastaların değerlendirilmesi, hasta bakımı, bakıma ulaşım, bakımın sürekliliği, hasta ve yakınlarının eğitimi, hasta ve ailelerinin hakları, yönetim, yöneticilik, yönlendirme, çalışanların nitelikleri ve eğitimleri, kalite iyileştirme ve hasta güvenliği, bilgi yönetimi, tesis yönetimi, güvenlik, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi gibi kriterler sürekli olarak test edilmekte, geliştirilmekte ve bağımsız denetçilerle kontrol edilmektedir.

Hastane Alt Yapısı (Fiziki Mekan) ve Süreçlerin Değerlendirme Katsayısı: Kurumlar sisteme geçilmeden önce de il yöneticileri ya da onlar tarafından belirlenmiş kişilerce denetlenmekteydi. Fakat bu sisteme geçildikten sonra denetimler il düzeyinde yöneticilerin sorumluluğuna verilmiş ve belli standartlar getirilmiştir. Kontroller çizelgeler çerçevesinde yapılır. Hastanenin fiziki yapısı, personel, yöneticiler, cihazlar, bilgi işlem alt yapısı, çevre düzeni değerlendirilir. Katkı payı ödemeleri bu ölçümlere de bağlı olduğundan denetimler genellikle kurum yöneticileri tarafından talep edilir. Bu sayede daha önce zayıf olan koşullarını düzeltmiş olan kurumlar, ilgili katsayılarını yükseltme şansına sahip olurlar.

Hasta Memnuniyeti Ölçümü Katsayısı: Bu da tasarlanan hasta ve hasta yakınları memnuniyeti anketleri ile ölçülür. Yatan ve ayaktan hastalar için iki ayrı anket düzenlenmiştir. Bu şekilde hasta memnuniyeti de performans ölçüm sürecine bir ölçüde dahil edilmiş olunur.

4.3. Sistemin Çalışma Prensipleri

Devlet hastanelerinde uygulanan modelin, uygulama aşamaları şöyle sıralanabilir (Demir, 2006):

- 1) Her ay hekimlerin kayıt altına alınmış bireysel olarak yapmış oldukları işlemlerin puanları toplanarak direkt bireysel performans ölçülür.
- 2) Hastanede çalışan tüm hekimlerin çalıştıkları günler dikkate alınarak performans puanlarının aritmetik ortalaması bulunur. Bu şekilde o kurumun o dönem için geçerli olan performans puan ortalaması tespit edilmiş olunur.
- 3) Hastane yöneticileri, laboratuvar branş hekimleri ve diğer sağlık personelinin ünvanları, görevleri, çalışma şartları ve süreleri özellik arz eden riskli bölümlerde çalışmalarını gibi unsurlar göz önünde bulundurularak daha önceden tespit edilen katsayılar kurum performans puan ortalaması ile çarpılarak dolaylı bireysel performanslar tespit edilir.
Başhekim 5, Biokimya 2, Müdür 1, Anestezi teknisyeni 0,50, Hemşire 0,40, Memur 0,25, Hizmetli 0,25 gibi katsayılar mevcuttur.
- 4) Tüm personelin bireysel performans puanları, serbest meslek katsayısı, aktif çalışma gün katsayısı, kadro unvan katsayısı gibi parametrelerle çarpılarak bulunan puana, ihale, satın alma komisyonu gibi özel görevler yapanlar için ek puanların da eklenmesi ile net performans puanları elde edilir.
- 5) Personelin elde edilmiş olan net performans puanları her ay için ilgili komisyonca o ay için belirlenen parasal katsayı ile çarpılarak, o ay için alınacak ek ödeme miktarı belirlenir. Parasal katsayı, dönem ek ödeme katsayısı olarak ifade edilir ve döner sermaye komisyonunca o

ay dağıtılmasına karar verilen tutarın, tüm personelin net performans puanları toplamına bölünmesi ile elde edilir.

4.4. Ek Ödeme Kriterleri

2005 mali yılı bütçe kanunu 37. Madde (d) fıkrası hükmü (Resmi Gazete, 2004) zaman zaman çıkarılan genelgelerle geliştirilmekle birlikte aşağıdaki ana hükümlere sahiptir:

Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden personele bir ayda yapılacak ek ödemenin tutarı, ilgili personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil) yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı hariç) toplamının,

Pratisyen tabip ve dış tabiplerinden serbest çalışanlara %250'sini, serbest çalışmayanlara %500'ünü,

Uzman tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda bu Tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman dış tabiplerinden serbest çalışanlara %350'si, serbest çalışmayanlara %700'ünü,

Serbest çalışmayan klinik şef ve şef yardımcılarına %800'ünü,

Diğer personele ise %150'sini geçemez.

İşin hizmet ve özelliği dikkate alınarak yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel için %150 oranı, %200 olarak uygulanır.

4924 sayılı Kanun Personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o birimde görevli personele yapılacak ek ödeme toplamı, ikinci ve

üçüncü basamak sağlık kurumlarında, ilgili birimin cari yıldaki döner sermaye gelirinin %50'sini, birinci basamak sağlık kuruluşlarında personele yapılacak ek ödemenin miktarı, en yüksek devlet memuru aylığının (ek gösterge dahil) %200'ünü geçemez. Ek ödeme miktarı: görev yapılan birim ve iş hacmi, görevin önem ve güçlüğü, çalışma süresi, personelin sınıfı, kadro ünvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi kriterler ile personele aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan diğer ek ödemeler dikkate alınarak belirlenir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında ise, ilgili birimin cari yıldaki döner sermaye gelirinin % 65'ini aşamaz.

Kuruluş döner sermayeleri ödemelerinde temel esaslar (Döner Sermaye Yönetmeliği, Madde 5, 2005)

- a) Yönerge kapsamındaki sağlık kuruluşlarının, sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirlerinin tamamı döner sermayeye irad kaydedilir.

İlgili kuruluşun cari yılda elde ettiği gayrisafi hasıllardan öncelikle Hazine payı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı ve Sağlık Bakanlığı merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın asgari %35'i, 209 Sayılı Kanun gereğince çıkarılan döner sermaye hakkındaki İşletme, İdare ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelik hükümleri doğrultusunda kuruluşların ihtiyaçlarının karşılanması ve vadesi gelen borçların ödenmesi için ayrılır. Kalan kısmı personele ek ödeme olarak dağıtılabılır.

- b) Ek ödeme personelin kuruluşa fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir. Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o kuruluşta görevli personele yapılacak ek ödeme toplamı, (ilgili kuruluşun cari yıldaki) döner sermaye gelirinden, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Hazine ve Sağlık Bakanlığı payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın %65'ini aşamaz.
- c) Bağış, faiz geliri gibi personelin katkısına dayanmayan döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele dağıtılamaz.

d) Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanına esas olan, muayene ve girişimsel işlemleri yapmadığı halde yapmış gibi gösterenler hakkında, idari soruşturma başlatılır. Muayene ve girişimsel işlemlerin yapılıp yapılmadığının takibi ile bu konudaki gerekli düzenlemelerin yapılmasından Sağlık Müdürleri sorumludur. Söz konusu idari soruşturma raporuna istinaden hakkında, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125 inci maddesine göre cezalandırılanlardan, uyarma cezası alanlara bir ay, kınama cezası alanlara iki ay, aylıktan kesme cezası alanlara üç ay, kademe ilerlemesinin durdurulması cezası alanlara altı ay süreyle ek ödeme yapılmaz. Ek ödeme yapılmaması işlemine, cezanın ilgiliye tebliğ tarihinden itibaren başlanır.

e) Birinci, ikinci, üçüncü basamak kurum veya kuruluşlar arasında geçici görevle görevlendirilen personele, görevlendirildiği kurum veya kuruluştan ek ödeme yapılır. Bakanlık Merkez Teşkilatından bu Yönerge kapsamındaki kuruluşlara geçici görevle görevlendirilen personele de, görevlendirildiği kuruluştan ek ödeme yapılır. Ancak; Döner sermayesi bulunmayan Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlar ile diğer kamu kurum veya kuruluşlarında (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü hariç) geçici veya re'sen görevlendirilen personel bir yıl içinde toplam üç ayı geçmemek üzere asıl kadrosunun bulunduğu kuruluşun ek ödemesinden faydalanır. Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığında görevlendirilen personele yukarıdaki süre sınırı aranmaksızın asıl kadrosunun bulunduğu kuruluştan ek ödeme yapılır.

Personelin kendi isteği ile Bakanlık dışındaki kurumlara yapılan geçici görevlendirmelerde personele kuruluşundan ek ödeme yapılmaz. Ek ödemesini ikinci görevli olduğu kuruluştan alır.

Personelden kurumunca uygun görülme suretiyle hizmet içi eğitim kurslarına katılanlara ve eğitimcilere eğitim süresince kadrosunun bulunduğu kuruluştan ek ödeme yapılır.

Yılda en fazla iki defa görevlendirilme suretiyle kendi alanı ile ilgili kongre, konferans, seminer ve sempozyum gibi etkinliklere katılan personelin söz konusu etkinliklerde geçen günleri çalışılmış kabul edilip (il, ilçe veya sağlık kuruluşu) performans puan ortalaması esas alınarak ek ödeme yapılır. Bu şekilde görevlendirmelerde çalışılmış kabul edilecek süre, bir takvim yılı içinde toplam 15 günü geçemez.

- f) Kadrosu Maliye Bakanlığına ait olup, döner sermaye işlerinde görev yapan saymanlık personeline, bu Yönerge'de belirlenen oranda ek ödeme yapılır.
- g) 31/ 12/ 1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununda belirtilen vergi dilimleri dikkate alınarak Gelir Vergisi ve Damga Vergisi kesilir.
- h) Bu yönerge kapsamında olan kuruluşlarda uygulanacak döner sermaye ek ödeme tutarı, Tavan Ek Ödeme Tutarını geçemez. Sözleşmeli olarak çalışan personel için de yapılacak ek ödeme, hiçbir şekilde emsaline yapılacak tavan ek ödeme tutarını geçemez.
- i) Makam, temsil ve görev tazminatlarının yanı sıra taban aylığı, kıdem aylığı, vekalet aylığı, ikinci görev aylığı, özelleştirilen kurumlardan nakledilen personele ödenen fark tazminatı ile 213 sayılı Vergi Usul Kanunu'nun Ek 13 üncü maddesi uyarınca Maliye Bakanlığı personeline ödenen ek ödeme, döner sermayeden yapılacak ek ödeme matrahına dahil edilemez.
- j) Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik ve olağanüstü hallerde, görevlendirme süresince personele kadrosunun bulunduğu kuruluştan aşağıdaki şekilde net performans puanı hesaplanarak ek ödeme yapılmaya devam edilir.

Net Performans Puanı=(İl, ilçe veya sağlık kuruluşu) performans puan ortalaması X Hizmet alanı - Kadro unvan katsayısı X Aktif çalışılan gün katsayısı X Serbest meslek katsayısı

- k) Bakanlıkça hizmete yeni açılan kurum ya da kuruluşlarda, kurum veya kuruluşun hizmete açıldığı tarihten itibaren 6 ay içinde görevlendirilen personele bu dönem içinde kalmak kaydıyla üç ayı geçmemek üzere, görevlendirme süresince kadrosunun bulunduğu kuruluştan aşağıdaki

şekilde net performans puanı hesaplanarak ek ödeme yapılmaya devam edildi.

Net Performans Puanı=(İl, ilçe veya sağlık kuruluşu) performans puan ortalaması X Hizmet alanı - kadro unvan katsayısı X aktif çalışılan gün katsayısı X serbest meslek katsayısı

- l) İhtiyaç nedeniyle kuruluşlardan saymanlıklara görevlendirilen personelin ek ödemesi, süre sınırı olmaksızın aşağıdaki şekilde hesaplanarak asıl kuruluşundan yapılır.

Net performans puanı = (İl, ilçe veya sağlık kuruluşu) performans puan ortalaması X hizmet alanı – kadro unvan katsayısı X aktif çalışılan gün katsayısı X serbest meslek katsayısı

- m) Geçici veya re'sen görevlendirme sonucunda o ödeme dönemi içinde birden çok yerde çalışan personelin çalıştığı yerler için ayrı ayrı hesaplanan net performans puanları toplanmak suretiyle bulunan toplam puana göre ek ödeme yapılır.
- n) Tabip ve dış tabiplerinden idari görevi de bulunanların, idari görevleri esas alınarak hesaplanan net performans puanları ile kendi tabip muayene ve girişimsel işlemler puanları esas alınarak hesaplanan net performansları birlikte değerlendirilerek, yüksek olan net performans puanına göre ödeme yapılır.
- o) Tabibi bulunmayan birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki personelin net performans puanları, Sağlık Grup Başkanlığı (ilçe) Performans Puan Ortalaması esas alınarak hesaplanır. Sağlık evlerinde görevli ebelerin net performans puanları bağlı buldukları sağlık kuruluşunun, sağlık kuruluşu performans puan ortalaması esas alınarak hesaplanır.
- p) Ek ödemeye esas puan hesaplamaları, her personel için aylık olarak yapılır. Döner sermaye komisyonunca ödeme yapılmamasına karar verilen ayların puanları, mali yılsonunu geçmemek üzere ödeme yapılacak aya devredilir.
- q) İl merkezinde, Merkez İlçe Sağlık Grup Başkanlığı kurulmamış dahi olsa Merkez İlçe Sağlık Grup Başkanlığı puanları da hesaplanır.
- r) Personelin yaptığı işe ilişkin bilgi ve yeteneği, işini düzenli ve kaliteli yapabilme, bağımsız iş yapabilme ve inisiyatif kullanabilme, verilen işi

organize edebilme becerisi, kendini geliştirme gayreti, amir ve çalışma arkadaşlarına karşı tutum ve davranışları, hizmet sunduğu kesime karşı tutum ve davranışları, birim tarafından yapılan işlerin geliştirilmesine katkısı, işin güçlüğü ve riski gibi faktörler dikkate alınarak, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personel sayısının %5'ini geçmemek kaydıyla, sağlık müdürünün teklifi, döner sermaye komisyonunun 2/3 oy çokluğu ile belirlenen personele, o dönem için il performans puan ortalamasının %20'sine kadar ek puan verilebilir. Ancak söz konusu personelin o dönem içindeki net performans puanının, dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutar, tavan ek ödeme tutarını geçmiyorsa, net performans puanının dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutardan, eğer geçiyorsa tavan ek ödeme tutarından %20 oranında kesinti yapılabilir.

- s) İhale satın alma komisyonu üyeleri için il performans puan ortalamasının % 10'u, muayene komisyon üyeleri için ise % 5'i oranında ek puan verilir. Ödeme dönemi içinde her iki komisyonda da yer alan personele ise il performans puan ortalamasının % 10'u kadar ek puan verilir.
- t) Sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı ile 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan personele il performans puan ortalamasının % 10'u kadar ek puan verilir.
- u) Sağlık kuruluşları ile entegre 112 istasyonlarında görev yapan tabiplerin, o dönem 112 hizmetlerinde geçen süreleri için sağlık kuruluşu performans puan ortalaması esas alınır.

Sistemin Diğer Unsurları döner sermaye komisyonu, inceleme heyeti, infeksiyon kontrol komitesi, bilimsel çalışma destek puanı, eğitici destekleme puanı, mesleki eğitimin desteği, idari bölge puanı uygulaması olarak sayılabılır (Demir, 2006).

Döner sermaye komisyonu: Sistemin uygulandığı her birimde çalışanların temsil edildiği bir komisyondur. Bu şekilde tüm kademelerdeki çalışanların kurum yönetimine katılımı sağlanmış olunur. Tabii ki bu da çalışanların yönetime katılımını sağlayarak sisteme olan inancı arttırır.

İnceleme heyeti: Yapılan hizmetlerin kayıt altında tutulması ve faturaların eksiksiz gönderilmesi için inceleme heyetleri kurulur. Heyet tüm işlemleri nitelik, nicelik ve tıbbi etiğe uygunluk açısından denetler. Heyet üyeleri mesleğinde en az 10 yıl çalışmış, disiplin cezası almamış hekimlerden oluşur. Bu şekilde yapılan işlemlerin denetlenmesi yani otokontrol de sağlanmış olunur.

İnfeksiyon kontrol komitesi: Hastane infeksiyonlarının takibi ve kontrolünü sağlamak için Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyoloji Klinikleri tarafından oluşturulur. Hem performans kriteri olarak önemlidir hem de hastalık önlemede koruyucu hekimlik hizmeti olarak öneme sahiptir.

Bilimsel çalışma destek puanı: 2004 ve 2005 yıllarında sadece eğitim ve araştırma hastanelerinde geçerli olmakla birlikte 2006 yılı itibariyle birinci basamak sağlık kuruluşları ve devlet hastanelerinde de uygulamaya alınmıştır. Bu şekilde araştırma ve geliştirmeler de desteklenmiş olmaktadır. Eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışma için ek bir katsayı verilerek bu hastanelerde çalışma ve bu hastanelerde çalışan kişiler için de araştırmayı özendirme sağlanmış olur. İlerleme için gerekli ve önemli bir faktördür.

Eğitici destekleme puanı: Eğitim ve araştırma hastanelerinde asistan eğitim sürecinin devamlılığının sağlanması amacı ile sisteme dahil edilmiştir. Asistan eğitimi, iyi, kaliteli uzmanlar yetiştirilmesi için çok önemlidir. İyi yetiştirilmeyen bir uzmanın performansı ve verimliliği tatmin edici olmaktan uzak olacaktır. Asistan eğitiminin ve bunun devamlılığının özendirilmesi sistemin bu konudaki hassasiyetini gösterir.

Mesleki eğitimin desteklenmesi: Hizmet içi eğitim, kendi alanında kongre, konferans, seminer ve sempozyum gibi etkinliklere katılan personelin, ilgili aktivitede buldukları günler her yıl için geçerli sınırlı gün sayısı kapsamında çalışılmış kabul edilir. Bu tür toplantılara katılım, hem resmi izin günleri sayısı açısından hem de maddi açıdan bir kayıp söz konusu olmadığından özendirilmiş olunur. Bu sayede sistemin sürekli eğitime vermiş olduğu önem de ortaya çıkmaktadır.

İdari bölge puanı: Birinci basamak sağlık kuruluşları için, merkeze uzaklık, ulaşım şartları, köy, belde, ilçe, il merkezinde bulunma vb. kriterler göz önünde bulundurularak idari bölge puanları belirlenir. 0-12000 puan arası bir yelpaze söz konusudur. Bu şekilde kırsal bölgede çalışma bir ölçüde desteklenmiş olunur. Bu da kentsel ve kırsal kesim arasındaki tıbbi bakıma ulaşım farklarını biraz da olsa dengeleme için atılmış iyi bir adım olarak değerlendirilebilir.

5. PERFORMANS İÇİN ÖDEME SİSTEMİNİN SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANELERİ KARLILIĞINA ETKİSİ

Sağlık sektöründe son yıllarda maliyetlerin kontrolsüz şekilde artması, hükümetleri yeni arayışlara itmektedir. Performans için ödeme sistemi de bu yollardan birisidir. Son 20 yıl içinde pek çok ülkede performans için ödeme sistemine geçilmiştir.

Ülkemizde de 2003 yılında pilot hastanelerde, 2004 yılında devlet hastanelerinde ve 2005 yılında şubat ayında gerçekleştirilen kurumların birleştirilmesi ve tüm kurum hastanelerinin devlet hastanesi haline getirilmesi ile tüm hastanelerde piös uygulamasına geçilmiştir.

Bu çalışmada amaç; yeni başlanılan piös ile Sağlık Bakanlığı' nın uygulamaya geçiş amacı olan verimlilik ve performans artışının sağlanıp sağlanılmadığını ve bu sistemin hastanelerdeki karlılığa etkisini gözlemlemektir.

Çalışmamızın sonucunda verimlilik ve karlılığı ölçmekte kullandığımız veriler değerlendirildiğinde, performans için ödeme sistemine geçilmesi sonrasında, özellikle 2006 ve 2007 yıllarında sağlık bakanlığı hastanelerinde verimlilik ve karlılıkta belirgin bir artış olduğu gözlemlenmiştir.

Değişken	Değişkenin Tanımı
YATAN HASTA SAYISI	Belirli bir zaman dilimi içerisinde hastaneye yatırılan hasta sayısıdır.
YATILAN GÜN SAYISI	Hastanın hastanede kaldığı günlerin toplamıdır. Hesaplanmasında hastanın giriş çıkış günlerinden yalnız girdiği gün sayılır çıkış günü sayılmaz hastanın çıkış tarihinden giriş tarihi çıkarılarak elde edilir. Aynı gün yatıp çıkan hastanın hasta günü 1 gün olarak kabul edilir.
ORTALAMA KALIŞ GÜN SAYISI	Yatılan Gün Sayısı Ortalama kalış gün sayısı = ----- (Taburcu + Ölen)
YATAN HASTA ORANI (%)	Bir yılda hastane polikliniğine başvuran hastaların ne kadarının yatırılarak tedavi edildiğini gösterir. (Yatan Hasta X 100) Yatan hasta oranı = ----- Poliklinik
YATAK DEVİR HIZI	Bir yatağın yılda kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir. Yatan Hasta Yatak devir hızı =----- Hasta Yatağı

Tablo 5.1: Değişkenler Tablosu

Yöntem

Araştırmada Sağlık Bakanlığı internet sitesinde ilan edilmiş olan 2001- 2007 arası veriler kullanılmıştır (Sağlık Bakanlığı Linkler). Finansal olmayan karlılık göstergeleri olarak hekim başına düşen poliklinik hasta sayısı, küçük ölçekli ameliyat sayısı, orta ölçekli ameliyat sayısı, uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı, hasta yatakları devir hızı verileri kullanılmıştır.

Özel hastaneler performans için ödeme sistemi uygulaması dışında olduklarından çalışma kapsamına alınmamışlardır. Yine bazı hastaneler için bazı yıllara ait veriler olmadığından bu hastaneler de çalışma kapsamından çıkarılmışlardır. Ayrıca bazı hastanelerin isimleri 2005 yılındaki birleşme ile değiştirildiğinden, hala mevcut olan ve sistemi değiştirilmeyen hastaneler yeni isimleriyle çalışmaya dahil edilmişlerdir.

Karlılıkla ilgili bir çalışmada finansal verilerin önemi açıktır. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı'nda Tek Düzen Muhasebe Sistemine geçişin 2005 ve sonrasında olması nedeniyle 2005 ve sonrasına ait verilere ulaşılabilmektedir. 2005 öncesi veriler bilgi teknolojileri kullanımının aktif şekilde olmaması sebebiyle elektronik ortamda bulunmamakta ve tek yerden elde edilememektedir. Hastanelerden geçmiş finansal bilgileri tek tek toplamak ise, hastanelerin arşivleme sistemlerinden dolayı mümkün olmadığı için finansal veriler çalışmaya dahil edilememiştir.

5.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Hastane	YIL						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EvAH)	2099	1733	1785	1729	4539	2176	3011
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	1482	2667	2541	2471	2393	2542	2177
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Hastalıkları Hastanesi	509	572	757	875	1205	1658	590
Bayrampaşa Devlet Hast.	2562	2297	2814	4355	5956	6755	7719
Beykoz Devlet Hastanesi	2135	2237	1938	2865	3444	4392	2952
Çatalca İlyas Çökay D.H.	3611	3063	2701	6339	9404	6256	7950
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EvAH	1189	1251	1259	1485	1756	2381	1779
Dr.S.Ersek Göğ. Kalp ve Damar Cerr. EvAH	379	430	326	389	400	526	616
Eyüp Devlet Hastanesi	4612	5535	8150	7657	3816	3135	8441
Fatih Sultan Mehmet EvAH.	1338	1795	1791	1833	2177	2580	2860
Fizik Tedavi ve Reh. EvAH	944	792	945	1311	1450	2117	2152
Göztepe EvAH	2634	2579	2768	2495	2657	2659	2266
Haseki EvAH	727	726	739	884	1257	2813	2752
Haydarpaşa Numune EvAH	943	787	838	1205	1456	1788	1712
İstanbul EvAH	4096	4493	3164	2256	2630	3061	2953
İstinye Devlet Hastanesi	1995	1721	2021	2638	20909	4716	5924
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EvAH	362	337	353	434	539	948	1095
Kartal Yavuz Selim Dev. Hast.	5549	5577	4762	4703	6036	6981	7550
Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hast.	3921	3698	3616	3803	5584	4960	6893
Lutfiye Nuri Burat Devlet Hast.	2479	2780	2560	5075	5473	6276	8419
Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları EvAH	2570	2091	1756	2329	2078	2709	2478
Okmeydanı EvAH	7084	2329	2449	3401	3230	2817	3379
Paşabahçe Devlet Hastanesi	5682	6436	6608	4877	5880	6269	6292
Pendik Devlet Hastanesi	3384	3423	2931	3341	3330	4051	4392
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH	1753	1154	1775	2617	3328	2719	2668
Sarıyer İsmail Akgün Devlet.Hast.	3058	3933	3854	3693	5714	5976	6613
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast.	3257	3591	3386	3137	7449	8629	8952
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim v	501	490	531	850	1276	1672	15174
Süreyyapaşa Göğüs Has. ve Göğüs Cerrahisi Hast.	852	823	860	1517	659	993	1099
Şişli Devlet Hastanesi	5613	5136	6503	5482	16749	6289	9289
Şişli Etfal EvAH	957	850	939	1210	1624	1756	1697
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hast.	3132	3075	3597	5720	9892	6619	7988
Taksim EvAH	1416	990	1047	1145	1038	1348	1598
Validebağ Devlet Hastanesi	2578	2624	2645	2172	2804	3186	5038
Yedikule Göğüs Has ve Cer. EvAH	700	589	672	1040	1639	2015	2159
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Has.talıkları EvAH	785	991	963	1072	1179	1313	1539

Tablo 5.2: Yıllara Göre Hastanelerdeki Hekim Başına Düşen Poliklinik Hasta Sayısı

Tablo 5.2 incelendiğinde hekim başına düşen poliklinik hasta sayısının eğitim ve araştırma hastanelerinde, hizmet hastanelerine göre belirgin olarak fazla olduğu görülmektedir. Bu eğitim ve araştırma hastanelerinde uzmanlık eğitimi verilmesi nedeniyle asistan doktor sayısının fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Hizmet hastanelerinde uzmanlık eğitimi verilmediğinden asistan doktor bulunmamakta, uzman hekimler ve az sayıda pratisyen hekim bulunmaktadır.

Yine İstinye Devlet Hastanesi 2005 yılı ve Şişli Devlet Hastanesi 2005 yılı verilerinde diğer yıllara göre ciddi bir fark görülmektedir. İlk bakışta rakamların yanlış olduğu düşünülmeyle birlikte, rakamlar bu yıllarda ilgili hastanelerdeki hekim sayısının azalması fakat poliklinik hasta sayısının yaklaşık olarak aynı kalmasından kaynaklanmaktadır ve Sağlık Bakanlığı verileri ile uyumludur.

Tablo 5.2 performans için ödeme sistemi açısından incelendiğinde 2001, 2002, 2003 ve 2004 yıllarında hekim başına düşen poliklinik hasta sayısında çok anlamlı değişikliklerin olmadığı, bununla birlikte performans için ödeme sisteminin uygulamaya konulduğu 2005 yılı ile birlikte, rakamlarda bazı hastanelerde çok ciddi olmak üzere belirgin bir artış olduğu ve bu artışın sonraki yıllarda da devam ettiği görülmektedir.

Hastane	YIL						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EvAH)	1293	1508	1074	1280	1689	3304	5986
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	2436	2836	2345	1901	658	1683	1201
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Hastalıkları Hastanesi	922	889	880	965	54	574	2264
Bayrampaşa Devlet Hast.	268	451	621	797	693	677	1100
Beykoz Devlet Hastanesi	825	680	642	793	1096	1209	1077
Çatalca İlyas Çokay D.H.	275	190	173	347	140	49	220
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EvAH	3874	4145	4249	4797	5811	6922	15493
Dr.S.Ersek Göğ. Kalp ve Damar Cerr. EvAH	.	.	.	.	.	197	210
Eyüp Devlet Hastanesi	2417	2032	2084	1130	598	491	1259
Fatih Sultan Mehmet EvAH.	762	718	653	551	523	948	1540
Fizik Tedavi ve Reh. EvAH	53	69	119	191	131	159	207
Göztepe EvAH	5047	5538	4297	5033	2813	2633	7649
Haseki EvAH	1859	2228	2363	2854	3546	4220	4184
Haydarpaşa Numune EvAH	3029	3508	3745	7642	12483	16474	10436
İstanbul EvAH	5967	4881	4122	3232	4328	6069	8823
İstinye Devlet Hastanesi	849	871	819	860	1772	963	967
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EvAH	.	.	.	.	.	72	179
Kartal Yavuz Selim Dev. Hast.	5439	3923	2576	3913	1904	2462	1428
Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hast.	.	1	1	2	4	2	10
Lutfiye Nuri Burat Devlet Hast.	300	372	499	705	265	283	328
Metin Sabancı Baltalımanı Kemik Hastalıkları EvAH	639	797	654	1121	1989	2939	3329
Okmeydanı EvAH	734	1605	1162	5062	1767	2232	12134
Paşabahçe Devlet Hastanesi	1808	2291	2826	3560	929	2970	5034
Pendik Devlet Hastanesi	556	714	969	1267	961	1437	3923
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH	127	65	108	1118	1143	10677	13214
Sarıyer İsmail Akgün Devlet.Hast.	270	218	277	291	1156	1500	1444
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast.	386	459	538	1201	433	700	769
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim v	1271	928	605	1326	1607	1221	3044
Süreyyapaşa Göğüs Has. ve Göğüs Cerrahisi Hast.	139	180	179	312	319	366	609
Şişli Devlet Hastanesi	548	325	658	523	556	628	346
Şişli Etfal EvAH	4381	4379	4660	5124	6536	6812	19178
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hast.	468	580	799	1554	2544	2767	3479
Taksim EvAH	959	1206	1142	1483	1462	1731	2085
Validebağ Devlet Hastanesi	393	664	586	358	216	761	1040
Yedikule Göğüs Has ve Cer. EvAH	190	234	934	620	675	644	931
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EvAH	360	3273	3146	3893	3534	4078	2279

Tablo 5.3: Yıllara Göre Orta Ölçekli Ameliyat Sayıları

Tablo 5.3 incelendiğinde genel olarak asistan eğitimi verilen hastanelerde orta ölçekli ameliyat sayılarının tüm yıllarda, hizmet hastanelerinden daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

3 hastane dışında orta ölçekli ameliyat sayılarında 2005 yılı ve sonrasında artış olduğu, bu artışın özellikle asistan eğitimi verilen Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EvAH), Haydarpaşa Numune EvAH, Şişli Etfal EvAH gibi eğitim hastanelerinde 5 kata, Okmeydanı EvAH de ise 10 kata kadar çıktığı görülmektedir.

Prof. Reşat Belger Beyoğlu Göz Eğitim Hastanesinde ise 100 kattan fazla bir artış olduğu dikkati çekmektedir. Bu durumda göz ameliyatlarında yeni tekniklerin gelişmesi ve bunun ameliyat sürelerini kısaltmasının tabii ki katkısı vardır ama göz ameliyatlarının puanlarının diğer ameliyatlara oranla daha yüksek olduğu da düşünülürse, performans için ödeme sisteminin etkisi göz ardı edilemez.

Hastane	YIL						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EvAH)	553	1004	1403	781	1204	5399	6273
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	206	431	478	597	525	1976	5333
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Hastalıkları Hastanesi	219	230	142	262	116	74	113
Bayrampaşa Devlet Hast.	56	69	157	284	230	324	2031
Beykoz Devlet Hastanesi	258	444	109	296	488	480	310
Çatalca İlyas Çokay D.H.	10	16	8	13	9	18	183
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EvAH	3771	4227	4972	5102	5477	5001	31533
Dr.S.Ersek Göğ. Kalp ve Damar Cerr. EvAH	137	139	200	425	770	96	1422
Eyüp Devlet Hastanesi	244	400	128	356	166	100	698
Fatih Sultan Mehmet EvAH.	601	448	952	817	338	661	1329
Fizik Tedavi ve Reh. EvAH	2	46	56	357	478	533	605
Göztepe EvAH	4062	4459	3947	4930	4687	1929	4112
Haseki EvAH	1018	1149	1270	1206	1191	1671	2102
Haydarpaşa Numune EvAH	2264	1638	1725	1027	1084	3152	7114
İstanbul EvAH	3389	6058	8414	6271	4961	4867	7967
İstinye Devlet Hastanesi	63	83	148	997	937	805	673
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EvAH	.	.	.	.	.	.	.
Kartal Yavuz Selim Dev. Hast.	1643	1159	664	1797	874	1030	214
Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hast.	1	2	2	3	6	14	4
Lutfiye Nuri Burat Devlet Hast.	163	138	230	325	247	105	268
Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları EvAH	125	31	224	389	830	534	446
Okmeydanı EvAH	5670	13284	17932	6142	3110	5813	19199
Paşabahçe Devlet Hastanesi	1168	1300	1182	795	845	885	908
Pendik Devlet Hastanesi	762	2005	2317	6096	6030	2531	2672
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH	195	364	620	1382	2432	4280	4372
Sarıyer İsmail Akgün Devlet.Hast.	245	192	342	411	658	265	965
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast.	67	140	110	177	154	176	146
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim v	163	583	135	238	459	650	1736
Süreyyapaşa Göğüs Has. ve Göğüs Cerrahisi Hast.	211	225	137	43	259	230	327
Şişli Devlet Hastanesi	113	162	144	239	390	207	181
Şişli Etfal EvAH	3648	3511	3639	4755	6930	6921	15098
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hast.	195	270	309	533	919	342	570
Taksim EvAH	173	527	791	930	651	703	680
Validebağ Devlet Hastanesi	225	193	161	178	501	383	691
Yedikule Göğüs Has ve Cer. EvAH	114	246	362	396	108	25	198
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EvAH	2287	2250	2383	3076	3741	4087	5744

Tablo 5.4: Yıllara Göre Küçük Ölçekli Ameliyat Sayıları

Tablo 5.4 incelendiğinde küçük ölçekli ameliyat sayılarında da yine tüm yıllarda asistan eğitimi verilen hastanelerde hizmet hastanelerine göre genel olarak bir yükseklik olduğu görülmektedir.

Burada ilk dikkati çeken orta ölçekli ameliyat sayısında performans için ödeme sistemi ile bir gerileme saptanan Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde, küçük ölçekli ameliyat sayılarında 25 kat artışın saptanmasıdır. Bu durum belki performans için ödeme sistemi öncesinde orta ölçekli olduğu düşünülen bazı ameliyatların, sisteme geçiş sonrasında küçük ya da büyük ölçekli ameliyat grubuna alınmış olması ile açıklanabilir. Fakat aynı durum Kartal Yavuz Selim DH ve Şişli DH için geçerli değildir.

Küçük ölçekli ameliyat sayıları incelendiğinde performans için ödeme sistemine geçişle hizmet hastanelerindeki küçük ölçekli ameliyat sayısındaki artışın, eğitim hastanelerine oranla genel olarak daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte yine de eğitim hastanelerinde de 5 ila 15 kat arası bir artış olduğu gözlemlenmektedir.

Yine dikkat çekici bir gelişim Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon EvAH de piös öncesinde neredeyse hiç girişim yapılmazken (2001 yılında 2 adet) piös'ne geçiş sonrasında ciddi bir artışın olmasıdır (2007 yılında 605 adet).

Prof Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH de yine 2001 yılında ciddi sayıda bir operasyon yapılmazken 2007 yılında 20 katlık bir artışın gözlemlenmesidir. Orta ölçekli ameliyat sayısına göre daha az oranda bir artış söz konusudur fakat bunda daha önce de söylediğimiz gibi göz operasyonlarındaki sınıflandırmanın etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastane	YIL						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EvAH)	36,00	45,00	41,00	49,00	140,00	101,00	197,00
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	44,00	144,00	137,00	121,00	115,00	144,00	93,00
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Hastalıkları Hastanesi	8,00	8,00	11,00	10,00	2,00	35,00	20,00
Bayrampaşa Devlet Hast.	13,00	19,00	29,00	59,00	66,00	66,00	102,00
Beykoz Devlet Hastanesi	26,00	30,00	25,00	40,00	47,00	55,00	43,00
Çatalca İlyas Çokay D.H.	31,00	,00	19,00	36,00	35,00	28,00	63,00
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EvAH	98,00	81,00	100,00	107,00	143,00	154,00	312,00
Dr.S.Ersek Göğ. Kalp ve Damar Cerr. EvAH	18,00	23,00	25,00	30,00	34,00	29,00	54,00
Eyüp Devlet Hastanesi	90,00	118,00	90,00	68,00	84,00	29,00	72,00
Fatih Sultan Mehmet EvAH.	35,00	30,00	37,00	37,00	39,00	50,00	82,00
Fizik Tedavi ve Reh. EvAH	8,00	10,00	18,00	31,00	37,00	50,00	38,00
Göztepe EvAH	93,00	87,00	92,00	104,00	119,00	108,00	68,00
Haseki EvAH	29,00	37,00	28,00	33,00	48,00	69,00	67,00
Haydarpaşa Numune EvAH	39,00	49,00	38,00	60,00	93,00	104,00	107,00
İstanbul EvAH	203,00	208,00	123,00	77,00	127,00	142,00	188,00
İstinye Devlet Hastanesi	23,00	23,00	31,00	51,00	178,00	54,00	59,00
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EvAH	32,00	30,00	35,00	33,00	42,00	49,00	50,00
Kartal Yavuz Selim Dev. Hast.	90,00	93,00	76,00	84,00	92,00	86,00	91,00
Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hast.	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	4,00
Lutfiye Nuri Burat Devlet Hast.	28,00	32,00	33,00	57,00	63,00	51,00	53,00
Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları EvAH	62,00	58,00	53,00	69,00	115,00	136,00	141,00
Okmeydanı EvAH	48,00	72,00	64,00	70,00	107,00	53,00	160,00
Paşabahçe Devlet Hastanesi	67,00	77,00	89,00	88,00	81,00	75,00	79,00
Pendik Devlet Hastanesi	26,00	48,00	56,00	97,00	104,00	62,00	78,00
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH	73,00	88,00	139,00	193,00	192,00	586,00	686,00
Sarıyer İsmail Akgün Devlet.Hast.	24,00	19,00	29,00	43,00	60,00	73,00	84,00
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast.	27,00	44,00	42,00	91,00	95,00	111,00	88,00
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim v	73,00	67,00	34,00	57,00	97,00	99,00	459,00
Süreyyapaşa Göğüs Has. ve Göğüs Cerrahisi Hast.	20,00	13,00	14,00	12,00	11,00	20,00	28,00
Şişli Devlet Hastanesi	30,00	22,00	46,00	50,00	146,00	34,00	52,00
Şişli Etfal EvAH	51,00	54,00	62,00	64,00	91,00	97,00	184,00
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hast.	26,00	33,00	46,00	91,00	149,00	69,00	90,00
Taksim EvAH	22,00	32,00	36,00	45,00	27,00	58,00	69,00
Validebağ Devlet Hastanesi	20,00	18,00	19,00	11,00	29,00	38,00	67,00
Yedikule Göğüs Has ve Cer. EvAH	12,00	12,00	24,00	21,00	20,00	22,00	56,00
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EvAH	58,00	77,00	69,00	82,00	101,00	116,00	164,00

Tablo 5.5: Yıllara Göre Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat Sayıları

Tablo 5.5 incelendiğinde eğitim hastanelerindeki uzman hekim başına düşen ameliyat sayısının yine hizmet hastanelerindeki sayılardan fazla olduğu gözlemlenmektedir. Bunda bu hastanelerde uzmanlık eğitimi alan asistanların ameliyat yapıyor olmalarına rağmen yasal olarak yükümlülükleri olmadığından,

yapılan ameliyatların uzman hekimler adına kayıt altına alınmasının etkisi vardır. Ayrıca aslında uzman hekim başına düşen ameliyat sayıları burada görülen rakamlardan daha fazladır. Çünkü uzman hekim sayılarına, aslında ameliyat yapmayan dahili branş hekimleri de dahildir ve çoğu hastanede dahili branş hekimlerinin sayısı cerrahi branş hekimlerinden daha fazladır. Bu nedenle bazı hastanelerde bazı yıllarda yaşanan düşüşlerde o yıllarda o hastanelerde dahili branş hekim sayısının artması da etkili olabilir.

Uzman hekim başına düşen ameliyat sayılarındaki artışlar incelendiğinde eğitim hastaneleri ile hizmet hastaneleri arasında belirgin bir fark görülmemektedir. Genel olarak 2-4 kat bir artış mevcuttur. Bazı hastanelerde 2005 ve 2006 yıllarında daha yüksek bir artışın olduğu ve 2007 yılında bir düşüş yaşandığı görülmektedir. Bu geçiş yıllarında sistemin tanınması ve 2007 ile sistemin açıklarının kapatılması ve çalışanların sisteme uyum sağlaması olarak yorumlanabilir.

Prof Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH deki 10 katlık artış yine diğer hastanelere göre belirgin bir fark yaratmaktadır.

Hastane	YIL						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EvAH)	28,00	41,20	48,40	59,10	69,40	72,30	102,31
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	48,10	70,80	75,40	80,80	72,20	77,00	62,57
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Hastalıkları Hastanesi	6,10	1,30	8,30	8,40	15,40	9,80	20,55
Bayrampaşa Devlet Hast.	11,30	11,80	16,80	27,40	26,40	26,00	33,14
Beykoz Devlet Hastanesi	30,20	27,50	32,40	40,40	43,30	41,20	31,96
Çatalca İlyas Çökay D.H.	27,10	27,60	21,50	26,60	24,50	31,70	43,52
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EvAH	39,10	38,70	40,10	49,70	58,00	56,80	56,81
Dr.S.Ersek Göğ. Kalp ve Damar Cerr. EvAH	56,30	42,00	33,10	36,40	43,00	42,40	42,34
Eyüp Devlet Hastanesi	57,50	64,50	62,90	53,30	54,20	51,10	50,90
Fatih Sultan Mehmet EvAH.	10,70	20,20	19,10	18,10	21,50	22,90	37,46
Fizik Tedavi ve Reh. EvAH	9,00	10,10	11,10	13,50	15,60	17,20	16,19
Göztepe EvAH	49,50	48,30	48,30	45,30	40,00	44,50	52,52
Haseki EvAH	35,30	34,80	37,10	45,90	46,60	47,80	59,63
Haydarpaşa Numune EvAH	29,90	30,20	30,40	40,60	41,70	42,10	48,34
İstanbul EvAH	46,40	47,00	57,60	49,50	55,30	50,10	54,10
İstinye Devlet Hastanesi	24,40	25,00	33,30	40,10	68,10	36,20	44,02
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EvAH	35,60	35,00	42,40	50,70	35,10	47,60	64,61
Kartal Yavuz Selim Dev. Hast.	50,30	56,70	51,80	41,60	38,00	47,30	51,71
Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hast.	2,70	2,80	3,70	4,50	3,40	3,50	11,13
Lutfiye Nuri Burat Devlet Hast.	31,00	34,40	40,30	51,40	57,10	57,40	68,55
Metin Sabancı Baltalımanı Kemik Hastalıkları EvAH	16,00	15,20	15,20	20,50	30,00	36,60	37,28
Okmeydanı EvAH	38,60	43,90	44,50	35,60	45,10	41,00	52,35
Paşabahçe Devlet Hastanesi	28,30	45,10	36,80	37,60	32,40	32,00	34,50
Pendik Devlet Hastanesi	67,30	76,10	66,80	68,10	79,70	40,40	50,64
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH	25,30	40,20	77,60	113,60	142,20	166,00	246,37
Sarıyer İsmail Akgün Devlet.Hast.	26,30	24,50	27,30	39,40	45,10	33,70	40,35
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast.	43,20	46,90	54,90	85,90	84,10	215,10	73,56
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim v	49,60	38,60	31,60	39,50	52,90	45,50	69,32
Süreyyapaşa Göğüs Has. ve Göğüs Cerrahisi Hast.	13,00	13,50	15,00	14,50	13,90	18,60	25,41
Şişli Devlet Hastanesi	9,70	16,80	23,90	23,60	33,20	21,40	28,97
Şişli Etfal EvAH	27,20	29,40	34,50	40,30	41,70	42,40	50,88
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hast.	63,40	62,70	70,50	68,40	57,40	48,10	68,66
Taksim EvAH	34,30	38,50	40,20	46,30	46,40	47,90	47,13
Validebağ Devlet Hastanesi	8,60	8,80	8,50	8,70	14,40	21,90	29,65
Yedikule Göğüs Has ve Cer. EvAH	16,00	22,80	22,40	22,40	24,70	27,70	33,41
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EvAH	44,50	38,50	38,10	47,40	21,20	52,70	53,05

Tablo 5.6: Yıllara Göre Yatak Devir Hızları

Yatak devir hızı bir yatağın bir yıl içinde kaç hasta tarafından kullanıldığını gösterir. Tablo 5.6 incelendiğinde eğitim hastaneleri ile hizmet hastaneleri arasında belirgin bir fark olmadığı görülmektedir.

Performans için ödeme sistemine geçişle hastanelerin büyük çoğunluğunda bir artış gözlemlenmekte, bu artış bazı hastanelerde 2 kattan azken, pek çok hastanede 2-3 katı bulmaktadır.

Prof Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH yine 10 katlık bir artışla öne çıkmaktadır.

Hastane	YIL						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EvAH)	6,70	5,40	5,50	4,90	5,10	4,60	2,82
Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	5,20	4,10	3,50	3,50	3,80	3,80	4,24
Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağ ve Hastalıkları Hastanesi	39,70	245,00	44,40	41,40	36,00	37,80	14,39
Bayrampaşa Devlet Hast.	12,50	10,90	7,60	6,40	4,80	3,80	3,35
Beykoz Devlet Hastanesi	6,30	7,50	6,00	5,20	4,70	4,30	4,05
Çatalca İlyas Çokay D.H.	4,20	4,10	4,20	4,20	5,20	4,90	5,50
Dr. Lütfi Kırdar Kartal EvAH	6,80	7,50	7,70	6,80	6,00	5,90	5,87
Dr.S.Ersek Göğ. Kalp ve Damar Cerr. EvAH	5,60	5,90	6,60	6,20	6,00	5,90	5,91
Eyüp Devlet Hastanesi	4,90	4,30	3,70	4,10	3,90	4,00	4,09
Fatih Sultan Mehmet EvAH.	10,40	10,10	9,60	9,60	7,40	7,40	7,09
Fizik Tedavi ve Reh. EvAH	34,60	31,70	29,70	25,10	21,80	19,60	18,56
Göztepe EvAH	5,40	5,50	5,40	5,80	5,50	5,40	5,11
Haseki EvAH	8,20	8,40	8,20	8,50	6,70	6,30	5,60
Haydarpaşa Numune EvAH	8,80	9,10	9,00	9,40	7,60	7,40	7,20
İstanbul EvAH	5,90	6,00	4,80	4,50	5,00	5,20	5,43
İstinye Devlet Hastanesi	7,50	7,80	7,40	6,10	5,70	5,60	5,40
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EvAH	10,00	10,10	8,50	7,00	7,20	7,20	5,25
Kartal Yavuz Selim Dev. Hast.	5,40	5,40	5,30	6,20	6,30	5,80	4,97
Lepra Deri ve Zührevi Hastalıkları Hast.	58,10	58,30	54,70	38,20	54,50	49,60	24,57
Lutfiye Nuri Burat Devlet Hast.	4,90	5,40	5,40	5,10	4,50	3,70	3,05
Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları EvAH	15,40	17,30	16,00	15,80	8,80	8,10	8,21
Okmeydanı EvAH	7,90	5,50	5,50	6,70	6,80	6,50	5,55
Paşabahçe Devlet Hastanesi	7,60	6,80	6,90	6,90	6,50	7,00	5,91
Pendik Devlet Hastanesi	4,40	4,20	5,10	5,00	4,50	4,30	3,86
Prof. Dr. N. Reşat Belger Beyoğlu Göz EvAH	5,00	4,20	4,50	2,90	2,50	2,00	1,41
Sarıyer İsmail Akgün Devlet.Hast.	6,10	6,60	6,50	5,40	4,20	4,00	3,29
Silivri Prof. Dr. Necmi Ayanoğlu Devlet Hast.	4,00	3,50	3,20	3,10	3,00	1,20	2,85
Süleymaniye Doğum ve Kadın Has. Eğitim v	2,80	3,00	2,10	2,10	2,20	2,50	2,82
Süreyyapaşa Göğüs Has. ve Göğüs Cerrahisi Hast.	40,90	25,90	19,70	17,10	20,80	16,40	12,00
Şişli Devlet Hastanesi	5,10	11,20	7,70	7,40	5,70	4,80	5,38
Şişli Etfal EvAH	8,10	8,10	8,20	7,80	7,00	6,40	5,96
Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hast.	5,00	3,50	3,70	3,40	4,10	3,50	3,09
Taksim EvAH	6,20	6,20	6,10	5,90	5,70	5,50	5,34
Validebağ Devlet Hastanesi	9,00	8,70	9,20	10,00	8,70	7,50	6,40
Yedikule Göğüs Has ve Cer. EvAH	15,90	12,70	13,70	14,10	12,70	11,60	9,74
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Has.talıkları EvAH	5,00	5,50	6,00	5,20	1,30	4,30	4,51

Tablo 5.7: Yıllara Göre Bir Hastanın Ortalama Kalış Günü Sayıları

Bir hastanın hastanede ortalama kalış günü, hastanın hastaneye maliyeti açısından önemlidir. Ayrıca hastanın kalış günü sayısı arttıkça hastane enfeksiyonu gelişme riski de artar. Hastane enfeksiyonları ise doktorlarca istenmeyen enfeksiyonlardır ve dışarıdan alınan enfeksiyonlardan daha tehlikeli bulunurlar. Çünkü hastanedeki mikroorganizmalar tedaviye daha dirençli olurlar ve çok daha güçlü antibiotiklerle tedavi edilmeleri gerekir. Bu yatış süresini daha da arttırır ve tabii ki riski de arttırır. Maliyet artışı zaten ciddi oranda söz konudur.

Tablo 5.7 incelendiğinde hastanelerin büyük çoğunluğunda 2 kattan az bir düşüş olduğu görülmektedir. Bazı hastanelerde ise 2-3 kat bir düşüş gözlemlenmektedir ve bu hastanelerin dal hastaneleri olduğu dikkati çekmektedir.

5.2. Faktör Analizleri:

Faktör analizi birden fazla değişkeni tek ya da daha az sayıda faktör altına toplamak amacı ile yapılır. Biz de hastanelerdeki performansı ölçebilmek için küçük ölçekli ameliyat sayısı, orta ölçekli ameliyat sayısı, uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı ve yatak devir hızından oluşan performans ölçütlerimizi faktör analizine dahil ettik. Faktör analizi neticesinde bu değişkenler yıllara göre ufak değişimler göstermekle birlikte, genellikle tek bir faktör altında toplanmaktadır. Biz bu faktöre çalışma hipotezimize uygun olarak performans faktörü adını verdik.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,569	64,227	64,227
2	,740	18,501	82,727
3	,465	11,624	94,352
4	,226	5,648	100,000

Tablo 5.8: 2001 yılı için özdeğer analizi

2001 yılı için faktör analizi yapıldığında tablo 5.8'den görüldüğü gibi özdeğeri 1'den büyük olan tek faktör vardır ve özdeğeri 2,569'dur. Bunun toplam

açıklama oranı ise % 64,227'dir. Yani tek faktörle konuyu araştırdığımızda konunun % 64'ünü açıklama gücüne sahip olabilmekteyiz.

	Değişken
	1
Ameliyat Orta	,897
Ameliyat Küçük	,777
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,876
Yatak Devir Hızı	,626

Tablo 5.9: 2001 yılı için değişken yükler matrisi

2001 yılına baktığımızda, faktör analizinde değişkenlerin tek bir faktörde toplandığı görülmektedir (Tablo 5.9). En yüksek ağırlık 0,897 ile orta düzey ameliyat sayısında, faktöre göre en düşük ağırlık ise 0,626 oranı ile yatak devir hızındadır.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,495	62,372	62,372
2	,776	19,398	81,770
3	,486	12,148	93,917
4	,243	6,083	100,000

Tablo5.10: 2002 yılı için özdeğer analizi

2002 yılı için faktör analizi yapıldığında tablo 5.10'da görüldüğü gibi özdeğeri 1'den yüksek olan tek faktör vardır. Bu faktörün özdeğeri 2.495'tir ve % 62,372 oranında bir açıklama gücüne sahiptir. Açıklama gücü oranında 2001 yılına göre az bir düşüş mevcuttur.

	Değişken
	1
Ameliyat Orta	,839
Ameliyat Küçük	,669
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,896
Yatak Devir Hızı	,735

Tablo 5.11: 2002 yılı için değişken yükler matrisi

2002 yılı için yapılan faktör analizinde, yine tek bir faktör altında toplandığı görülmektedir (Tablo 5.11). 2001 yılına göre orta düzey ameliyatların oranı bir miktar düşerken, uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı bir miktar yükselmiştir ve faktör içinde en büyük özdeğer ağırlığına sahip olmuştur. Benzer bir durum da yatak devir hızı ile küçük ameliyat sayısında görülmüştür. 2002 yılında yatak devir hızı bir önceki yıla göre faktör içindeki ağırlığını arttırırken, küçük ameliyat sayısının faktör içindeki ağırlığı azalmakta ve 0,668 ile faktör içindeki en düşük ağırlığa sahip olmaktadır.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,313	57,814	57,814
2	,889	22,226	80,040
3	,608	15,195	95,235
4	,191	4,765	100,000

Tablo 5.12: 2003 yılı için özdeğer analizi

2003 yılı için yapılan faktör analizi incelendiğinde önceki yıllardaki gibi özdeğeri 1'den yüksek tek faktör vardır ve özdeğeri 2,313'tür (Tablo 5.12). Bu faktörün açıklama oranı ise %57,814'tür. Faktörün hem özdeğerinin hem de açıklama oranının önceki yıllara göre bir düşüş gösterdiği fark edilmektedir.

	Değişken
	1
Ameliyat Orta	,735
Ameliyat Küçük	,569
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,910
Yatak Devir Hızı	,787

Tablo 5.13: 2003 yılı için değişken yükler matrisi

2003 yılı için faktör analizi tablosuna bakıldığında (Tablo 5.13) yine tek faktör altında toplandığı görülmektedir. Fakat uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı 2001 ve 2002 yıllarına göre artış göstererek faktör içinde 0,910 ile en büyük özdeğer ağırlığına sahip olmuştur. Orta düzey ameliyat sayısının ağırlığı düşmeye devam etmiştir. Yatak devir hızı da ağırlığını arttırmıştır ve küçük düzeyde ameliyat

sayısı ağırlığını daha da düşürerek 0,569 özdeğer ile faktör içinde en düşük ağırlığa sahip olmuştur.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,336	58,388	58,388
2	1,155	28,877	87,265
3	,380	9,497	96,761
4	,130	3,239	100,000

Tablo 5.14: 2004 yılı için özdeğer analizi

2004 yılı için yapılan faktör analizinde özdeğeri 1'den yüksek 2 faktör oluştuğu görülmektedir (Tablo 5.14). 1. faktörün özdeğeri 2.336'dır ve açıklama oranı tek başına %58,388'dir. 2. faktörün özdeğeri ise 1.115'tir ve 2. faktör deveye girdiğinde kümülatif açıklama oranı % 87,265'lere çıkmaktadır.

	Değişken	
	1	2
Ameliyat Orta	,674	,601
Ameliyat Küçük	,708	,550
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,884	-,385
Yatak Devir Hızı	,774	-,585

Tablo 5.15: 2004 yılı için değişken yükler matrisi

Tablo 5.15 incelendiğinde 2004 yılı için değişkenlerimizin 2 faktör altında toplandığı görülmektedir. Fakat faktör analizlerinde mutlak değer yüksek olduğu tarafa gideceği varsayıldığından, yapılan analizde mutlak değerlerin 1. faktör altında yüksek olduğu gözlenmekte ve yine tek faktör altında toplandığı görülmektedir. Yine faktördeki en yüksek özdeğer ağırlığı 0,884 ile uzman hekim başına düşen ameliyat sayısındadır. Yine de bir önceki yıla göre biraz düşüş mevcuttur. Küçük düzeyde ameliyat sayısının ağırlığında yükselme olmuş fakat orta düzey ameliyat sayısının ağırlığında 0,674'e bir gerileme gerçekleşerek faktör içindeki en düşük ağırlığa sahip olmuştur.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,158	53,941	53,941
2	1,088	27,192	81,133
3	,498	12,460	93,593
4	,256	6,407	100,000

Tablo 5.16: 2005 yılı için yapılan özdeğer analizi

Tablo 5.16’da 2005 yılı için yapılan faktör analizinde özdeğeri 1’den yüksek 2 faktör olduğu görülmektedir. 1. faktörün özdeğeri 2,158’dir ve tek başına açıklama yüzdesi % 53,941’dir. 2. faktörün özdeğeri ise 1,088’dir ve 2. faktör devreye girdiğinde açıklama yüzdesi %81,133’e yükselmektedir.

	Değişken	
	1	2
Ameliyat Orta	,575	,686
Ameliyat Küçük	,725	,427
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,867	-,316
Yatak Devir Hızı	,742	-,580

Tablo 5.17: 2005 yılı için değişken yükler matrisi

Tablo 5.17 incelendiğinde 2005 yılı için incelediğimiz dört değişkenin 2 gerçek faktöre dağıldığı tespit edilmektedir. Orta düzey ameliyat sayısı tek başına bir faktörü oluştururken, diğer üç değişken ayrı bir faktör oluşturmaktadır. Buradan orta düzey ameliyat sayısının diğer değişkenlerden ayrıldığını söyleyebilmek mümkündür. Bu değişkeni de diğer değişkenlerle birlikte tek bir faktöre yüklemek istediğimizde, orta düzey ameliyat sayısının ağırlığı 0,575’lere kadar düşmektedir ve en düşük ağırlığa sahip olmaktadır. Uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı 0,867 özdeğer ağırlığı ile diğer yıllardaki gibi yine en yüksek ağırlığa sahiptir.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,400	59,991	59,991
2	,943	23,574	83,565
3	,404	10,097	93,662
4	,254	6,338	100,000

Tablo 5.18: 2006 yılı için yapılan özdeğer analizi

Tablo 5.18'den anlaşıldığı gibi 2006 yılı için yapılan faktör analizinde özdeğeri 1'den yüksek tek bir faktör oluşmaktadır. Bu tek faktörün özdeğeri 2,400'dür ve açıklama oranı ise % 59,991'dir.

	Değişken
	1
Ameliyat Orta	,814
Ameliyat Küçük	,735
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,869
Yatak Devir Hızı	,665

Tablo 5.19: 2006 yılı için değişken yükler matrisi

Tablo 5.19 incelendiğinde 2006 yılında tüm değişkenlerin yine tek faktör altında toplandığı görülmüştür. Uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı yine 0,869 ağırlık ile faktör içinde en yüksek ağırlığa sahiptir. Bununla birlikte orta düzey ameliyat sayısının ağırlığı yükselme göstermiş ve küçük düzey ameliyat sayısının ağırlığında da bir miktar düşüş olmuştur. Yatak devir hızı ağırlığı ise düşüş göstererek 0,665 ile faktör içindeki en düşük ağırlığa sahip olmuştur.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,588	64,702	64,702
2	1,108	27,706	92,408
3	,182	4,550	96,958
4	,122	3,042	100,000

Tablo 5.20: 2007 yılı için yapılan özdeğer analizi

2007 yılı için yapılan özdeğer analizinde yine 2 faktörün özdeğeri 1'den yüksektir (Tablo 5.20). 1. faktörün özdeğeri 2,588'dir ve açıklama oranı tek başına % 64,702'dir. 2. faktörün özdeğeri ise 1,108'dir ve iki faktörün birlikte açıklama oranı %92,408'e yükselerek tüm yılların en yüksek açıklama oranına sahip olmaktadır.

	Değişken	
	1	2
Ameliyat Orta	,872	,384
Ameliyat Küçük	,716	,654
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,869	-,393
Yatak Devir Hızı	,748	-,616

Tablo 5.21: 2007 yılı için değişken yükler matrisi

Tablo 5.21 incelendiğinde 2007 yılında da değişkenlerin 2004 yılındaki gibi 2 ayrı faktör altında toplandığı görülmektedir. Yine dikkatli incelendiğinde mutlak değerlerin 1. faktörde daha yüksek olduğu görülmekte ve aslında yine tek faktör altında toplanabileceği tespit edilmektedir. Uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı 0,869 özdeğer ağırlığı ile, bir önceki yıllar aynı ağırlıkla faktör içinde en yüksek ağırlığa sahip olmaktadır. Yatak devir hızı ağırlığında yine bir yükselme ve küçük düzey ameliyat sayısında da bir düşüş oluşmuş ve küçük düzey ameliyat sayısı 0,716 ağırlık ile faktör içinde en düşük ağırlığa sahip olmuştur.

Değişken	Özdeğer	Açıklama Yüzdesi	Kümülatif Olarak Açıklama Yüzdesi
1	2,482	62,054	62,054
2	,965	24,121	86,174
3	,334	8,353	94,527
4	,219	5,473	100,000

Tablo 5.22: Tüm yıllar için yapılan özdeğer analizi

Tüm yıllar ve tüm değişkenler eklenerek yapılan faktör analizinde tek bir faktörün özdeğerinin 1'den yüksek olduğu gözlenmiştir (Tablo 5.22). Bu faktörün özdeğeri 2,482'dir ve açıklama yüzdesi ise % 62,054'tür.

	Değişken
	1
Ameliyat Orta	,830
Ameliyat Küçük	,711
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat	,875
Yatak Devir Hızı	,723

Tablo 5.23: Tüm yıllar için değişken yükler matrisi

Tablo 5.23 incelendiğinde tüm yıllar için tüm değişkenlerin tek faktör altında toplandığı gözlenmiştir. Daha önceki her yıl için ayrı yükler matrisi ile uyumlu olarak en yüksek ağırlık 0,875 ile uzman hekim başına düşen ameliyat sayısındadır. Yine diğer yılların çoğu ile uyumlu olarak en düşük ağırlık ise 0,711 ile küçük düzey ameliyat sayısındadır.

5.3. Varyans Analizleri

Bu analizler birden fazla grup arasında istatistiksel olarak bir farkın olup olmadığını belirlemek amacı ile yapılır. Biz de çalışma amacımıza uygun olarak çeşitli performans ölçülerinin performans için ödeme sistemi öncesi ve sonrası farklılaşıp farklılaşmadığını araştırdık.

Değişkenler	F	Anlamlılık
Hekim Başına Düşen Poliklinik Hasta Sayısı	4,391	,000
Ameliyat Orta	3,349	,003
Ameliyat Küçük	2,463	,025
Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat Sayısı	5,194	,000
Yatak Devir Hızı	2,796	,012

Tablo 5.24: Tüm yıllar ve tüm hastaneler için mevcut değişkenlerle yapılan anova analizi

Bu çerçevede ele aldığımız ilk değişkenimiz hekim başına düşen poliklinik hasta sayısıdır.

Tablo 5.24'te de görüleceği gibi ilgili değişkenler (hekim başına düşen poliklinik hasta sayısı) için yapılan anova analizi neticesinde yıllara göre bir farklılığın olduğu 0,000 seviyesinde tespit edilmiştir. Bu farkın hangi yıllardan kaynaklandığını tespit etmek için duncan analizi yapılmıştır.

Yıl	1	2
2002	2322,08	
2003	2398,44	
2001	2413,56	
2004	2733,47	
2006	3530,03	3530,03
2005		4193,06
2007		4449,06
Anlamlılık	,078	,156

Tablo 5.25: Hekim Başına Düşen Poliklinik Hasta Sayısı İçin Duncan Analizi

Tablo 5.25'te görüldüğü gibi 2001, 2002, 2003, 2004 yılları bir kümeye, 2005 ve 2007 yılları ise ayrı bir kümeye dahil olmuştur. 2006 ise duncan analizi tarafından her iki kümeye de dahil edilebilir görülmektedir. Ancak 2005 ve 2007'nin bulunduğu kümenin anlamlılık değeri daha yüksek olduğu için 2006 yılını da bu kümeye dahil etmek daha doğru olacaktır. Neticede baktığımızda araştırma hipotezimize uygun olarak performans için ödeme sistemi öncesindeki yıllarla, sonrasındaki yıllardaki hekim başına düşen poliklinik hasta sayısı istatistiksel olarak farklıdır ve performans için ödeme sistemine geçiş sonrasında bu rakam geçmişe oranla artmıştır.

İkinci olarak ele aldığımız değişkenimiz orta ölçekli ameliyat sayısıdır. Tablo 5.24'te görüldüğü gibi orta ölçekli ameliyat sayısı için yapılan anova analizinde yıllara göre bir fark olduğu 0,003 seviyesinde tespit edilmiştir. Bu farkın hangi yıllardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla duncan analizi uygulanmıştır.

Yıl	1	2
2001	1480,12	
2003	1485,44	
2002	1551,71	
2005	1892,21	
2004	1935,47	
2006	2523,72	2523,72
2007		3816,64
Anlamlılık	,173	,051

Tablo 5.26: Orta Ölçekli Ameliyat Sayısı İçin Duncan Analizi

Tablo 5.26'ya bakıldığında 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 yılları bir kümede ve 2007 yılı da ayrı bir kümede toplanmıştır. 2006 yılı ise duncan analizine göre her iki kümeye de dahil edilebilir bulunmakla birlikte, ilk kümede anlamlılık değeri 0,173 ile daha yüksek olduğundan bu kümeye dahil edilmesi daha doğru bulunmuştur. Sonuç olarak araştırma hipotezimize uygun olarak performans için ödeme sistemine geçilmeden önceki yıllar ve sistemin uygulanmaya başlandığı 2005, 2006 yılları ile, performans için ödeme sisteminin uygulamasının tam olarak anlaşıldığı ve uygulandığı 2007 yılı arasında orta ölçekli ameliyat sayılarında istatistiksel olarak bir fark saptanmıştır ve bu sayı performans için ödeme sistemine geçiş sonrasında, geçmişe göre artmıştır.

İncelediğimiz üçüncü değişken küçük ölçekli ameliyat sayılarıdır. Tablo 5.24'te görüldüğü gibi küçük ölçekli ameliyat sayısı için yapılan anova analizinde yıllara göre bir farklılığın olduğu 0,025 seviyesinde tespit edilmiştir. Bu farkın hangi yıllardan kaynaklandığını tespit etmek için ilgili değişkene duncan analizi uygulanmıştır.

Yıl	1	2
2001	972,03	
2002	1354,94	
2004	1475,03	
2005	1480,14	
2003	1594,09	
2006	1607,63	
2007		3606,20
Anlamlılık	,482	1,000

Tablo 5.27: Küçük Ölçekli Ameliyat Sayısı İçin Duncan Analizi

Tablo 5.27’de görüldüğü gibi küçük ölçekli ameliyat sayısı için yapılan duncan analizinde 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 yılları bir kümeye, 2007 yılı ise başka bir kümeye dahil olmuştur. Hipotezimize uygun olarak performans için ödeme sistemi öncesi ve geçiş yılları ile, sistemin tam olarak devreye girdiği 2007 yılı arasında küçük ölçekli ameliyat sayısı açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmış olup, bu fark sisteme geçiş sonrasında geçmişe oranla artmıştır.

Dördüncü değişken olarak uzman hekim başına düşen ameliyat sayısını incelemeye aldık. Bu değişken için yapılan anova analizi neticesinde yıllara göre uzman hekim başına düşen ameliyat sayısında 0,000 seviyesinde bir farklılık olduğu tespit edildi (Tablo 5.24). Farkın hangi yıllardan kaynaklandığını tespit etmek için ilgili değişkene duncan analizi uygulandı.

Yıl	1	2	3
2001	44,0556		
2002	50,1111	50,1111	
2003	50,3333	50,3333	
2004	60,3889	60,3889	
2005		81,4444	
2006		84,8611	
2007			118,000
Anlamlılık	,372	,059	1,000

Tablo 5.28. Uzman Hekim Başına Düşen Ameliyat Sayısı İçin Duncan Analizi

Tablo 5.28’e bakılırsa uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı için 2001 bir küme oluşturmakta, 2005 ve 2006 ikinci bir kümeye dahil olmakta ve 2007 de üçüncü bir küme oluşturmaktadır. 2002, 2003 ve 2004 yılları ise duncan analizine göre hem 2001 ile birinci kümeye hem de 2005 ve 2006 ile ikinci kümeye dahil edilebilir görülmektedir. Bununla birlikte birinci kümede anlamlılık değeri daha yüksek olduğundan 2002, 2003 ve 2004 yıllarının 2001 ile birinci kümeye dahil edilmesi daha doğru olacaktır. Hipotezimize uygun olarak performans için ödeme sistemi öncesi yıllar, geçiş yılları ve sonrası arasında uzman hekim başına düşen ameliyat sayısında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır. Geçiş yılları ve sonrasında geçmişe oranla bir artış söz konusudur.

İncelemeye aldığımız son değişken yatak devir hızıdır. Tablo 5.24'te görüldüğü gibi ilgili değişken için yapılan anova analizinde yıllara göre yatak devir hızında bir farklılığın olduğu 0,012 seviyesinde tespit edilmiştir. Farkın hangi yıllara ait olduğunu saptamak üzere yatak devir hızı değişkenine duncan analizi uygulanmıştır.

Yıl	1	2	3
2001	31,6611		
2002	34,2056	34,2056	
2003	36,7167	36,7167	
2004	41,5306	41,5306	41,5306
2005	44,2556	44,2556	44,2556
2006		47,6639	47,6639
2007			52,6081
Anlamlılık	,079	,060	,115

Tablo 5.29: Yatak Devir Hızı İçin Duncan Analizi

Yatak devir hızı için duncan analizi uygulandığında üç ayrı küme oluştuğu izlenmiştir (Tablo 5.29). 2001 yılının birinci kümeye, 2007 yılının ise üçüncü kümeye dahil olduğu görülmüştür. 2002 ve 2003 yıllarının hem birinci hem de ikinci kümeye dahil edilebileceği ortaya çıkmış, fakat anlamlılık değeri birinci kümede daha yüksek olduğundan bu yılların birinci kümeye dahil edilmesi daha doğru bulunmuştur. 2004 ve 2005 yıllarının duncan analizine göre her üç kümeye de dahil edilebileceği görülmüş fakat anlamlılık değeri üçüncü kümede daha yüksek olduğundan bu yılların da üçüncü kümeye dahil edilmesi doğru bulunmuştur. 2006 yılının ise hem ikinci hem de üçüncü kümeye dahil edilebileceği gözlemlenmiş fakat yine üçüncü kümede anlamlılık değerinin daha yüksek olması nedeniyle 2006 yılı da üçüncü kümeye dahil edilmiştir. Sonuç olarak performans için ödeme sistemine geçilmeden önceki yıllar ile geçiş yılları ve sonrası arasında araştırma hipotezimize uygun olarak istatistiksel bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu fark performans için ödeme sistemine geçiş yılları ve sonrasında artış yönündedir.

Beş değişken incelendiğinde her birinde yıllara göre farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. Tüm değişkenlerde 2007 yılının belirgin şekilde diğer yıllardan ayrıldığı fark edilmiştir. Genel olarak 2005 ve 2006 yılları da anlamlılık faktörü göz

önüne alındığında 2007 yılı kadar güçlü olmamakla birlikte, 2007 yılı ile aynı özellikleri göstermektedir. Performans için ödeme sisteminin devlet hastanelerinde (çalışmaya alınan hastanelerin bazılarında) 2004 yılında, hastanelerin tümünde ise 2005 yılının şubat ayında başladığı, 2005 ve 2006 yıllarının geçiş ve alışma yılları olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu durum anlam kazanmaktadır. Bu çalışmada kullanmış olduğumuz hekim başına düşen poliklinik hasta sayısı, orta ve küçük ölçekli ameliyat sayıları, uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı ve yatak devir hızı değişkenleri hastane verimlilikleri ve performanslarında bir artışı göstermektedir. Sağlık Bakanlığının performans için ödeme sistemine geçme amaçlarından birinin hasta bekleme sıralarının azaltılması olduğu düşünüldüğünde, hekim başına düşen poliklinik sayısının artması ayakta hastalarda bekleme sırasının azaltılması konusunda başarılı olduğunu göstermektedir. Büyük ameliyat gerektiren hastalar bekleme sırasına alınmazlar. Bununla birlikte orta ve küçük ölçekli ameliyat endikasyonu konulmuş olan hastaların sıra beklemesi gerekebilir. Performans için ödeme sistemine geçilmeden önceki yıllarda bu ameliyatlara için bekleme sıralarının bazı hastanelerde 2 yılı bulduğu bilinmektedir. Çalışmamızda bu ameliyatlara sayısının, uzman hekim başına düşen ameliyat sayısının ve yatak devir hızının arttığı ve şu an bu ameliyatlarda pek çok hastanede bekleme sırasının 1 ay hatta 1 haftaya kadar düştüğü göz önüne alındığında, yatarak tedavi alan hastalarda da bekleme sırasının azaltılması amacına ulaşıldığı görülecektir. Ayrıca yine yatak devir hızının artmasından hastaların geçmiş döneme göre daha hızlı tedavi ve taburcu edildikleri de anlaşılmaktadır. Hastaların hastanede ameliyat öncesi ve sonrası dönemde daha kısa süre yatıyor olmaları, hem kaynakların daha kısıtlı ve verimli kullanıldığını göstermektedir, hem de hastanede kalış süresi kısaldığında hastane enfeksiyonuna yakalanma riski de azaldığından, dolaylı olarak kaynakların gereksiz kullanımı önlenmiş olmaktadır. Tüm bu faktörlerin karlılığa olumlu etkisi göz ardı edilemez.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Piös dünyada özellikle son 20 yılda yaygınlaşarak uygulamaya konulan, Türkiye’de ise 2003 yılında pilot hastanelerde, 2004 yılında devlet hastanelerinde uygulanmaya başlanmış ve 2005 yılı itibariyle tüm Türkiye’deki devlet hastanelerine yaygınlaştırılmış olan bir çeşit sağlıkta ödeme sistemidir. Sistem klinisyenlerin yaptıkları iş karşılığında, maaşlarına ek olarak döner sermayeden pay alması üzerine kurulmuştur.

Piös’nin devreye girmesiyle devlete ait sağlık kuruluşlarında yapılan her tür işlem özellikle 2005 yılı ve sonrasında giderek artan ciddiyetle bilgisayar ortamında kayıt altına alınmış, bu kayıtların ışığında da klinisyenlere yaptıkları işlerin daha önceden belirlenen puanları toplamı karşılığı olarak döner sermayeden ek gelir olanağı sağlanmıştır. İşlemlerin bilgisayar ortamında kayıt altına alınmış olması, aynı zamanda hem klinisyenlerin bireysel olarak kendilerini değerlendirebilmelerini sağlamış hem de kurumların kendilerini değerlendirip, geliştirebilmelerine olanak sağlamıştır. Ayrıca bu bilgisayar ortamına alınmış olan kayıtlar, hastaların takiplerinin daha düzgün olarak yapılabilmesine de olanak sağlamıştır.

Piös’nin devreye girmesinden sonra pek çok hekim tam zamanlı olarak çalışmaya başlamış, servisler, laboratuvar ve ameliyathaneler daha verimli kullanılmaya başlanmış, tüm bunlar da bekleme sıralarının kısalmasına katkıda bulunmuştur.

Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı internet sitesinden alınan 2001-2007 yılları arası istatistikler kullanılmıştır. Amacımız performans için ödeme sisteminin, sağlık bakanlığı kurumlarında karlılığa etkisini değerlendirmek olduğundan elimizdeki verilerden hekim başına düşen poliklinik hasta sayısı, küçük ve orta ölçekli ameliyat sayıları, uzman hekim başına düşen ameliyat sayısı ve yatak devir hızı verilerini çalışmamızda kullanmayı uygun bulduk.

Önce tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde, yıllara göre özellikle piös'nin kullanılmaya başlanıldığı 2004 ve sonrasında belirgin bir farklılık olduğu gözlemlendi. Farklılığın bazı hastanelerde, özellikle branş hastanelerinde daha da belirgin olduğu gözlemlendi.

Sonrasında faktör analizleri kullanıldı. Bunda amaç hastanelerdeki performansı ölçebilmek için kullandığımız değişkenlerin tek faktör altında toplanıp toplanmadığını ve kullandığımız değişkenlerin bu faktör içindeki ağırlığını ölçebilmektir. Analizleri değerlendirdiğimizde kullandığımız değişkenlerin genel olarak tek faktör altında toplandığı, performans faktöründe uzman hekim başına düşen ameliyat sayısının genel olarak en yüksek ağırlığa sahip olduğu, küçük ameliyat sayısının da genel olarak en düşük ağırlığa sahip olduğu görüldü.

Sonrasında da duncan ve anova analizleri yapıldı. Performans ölçümü için kullandığımız değişkenlerin, piös öncesi ve sonrası yıllar içinde farklılaşıp farklılaşmadığını inceledik. Kullandığımız değişkenlerin yıllar içinde yüksek anlamlılık değeri ile farklılık gösterdiği tespit edildi.

Uzman hekim başına düşen poliklinik hasta sayısında piös sonrası artış olduğu gözlemlendi. Büyük ölçekli ameliyat sayısı, bu ameliyatların endikasyonları değişmeyeceğinden değerlendirilmeye alınmadı. Bununla birlikte küçük ve orta ölçekli ameliyat sayılarında ve uzman hekim başına düşen ameliyat sayılarında ve yatak devir hızında da artış olduğu gözlemlendi.

Veriler değerlendirildiğinde Sezen'in çalışmasıyla benzer sonuçlara ulaşıldı (2009). Yıllar bazında bakıldığında 2001-2003 arası bir dönem, 2004-2006 bir dönem ve 2007 yılı da ayrı bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Piös'nin 2004 yılı ile uygulamaya konulmaya başlandığı ve 2005 yılında tüm kamu hastanelerine yayıldığı düşünüldüğünde sonuçlar anlam kazanmaktadır. 2006 yılına kadar bir geçiş döneminin söz konusu olduğu ortadadır. Klinisyenler ve diğer çalışanların sistemi anlaması, uyum sağlaması, aynı zamanda sistemin dinamik bir yapıya sokulması bu yıllar içinde dengeyi sağlamıştır. Veriler incelendiğinde 2007 yılı itibariyle sistemin daha iyi işlemeye başladığı görülmektedir.

Bununla birlikte sisteme geçilmesi aşamalarının hızlı olması sistemin anlaşılıp kabul edilmesi açısından gecikmelere neden olmuştur. Bu sisteme başlanılan ilk yıllarda bazı ameliyatlara ciddi olarak artması, fakat 2007 yılı ile düzene girmesinden anlaşılmaktadır.

İşlemlerin karşılığında belirlenen puanların işlemlerin süre ve zorluklarının göz önünde bulundurulmadan belirlendiğini düşünen klinisyenler tarafından adil bulunmaması söz konusudur. Bu ilerde klinisyenlerin büyük operasyonlardan kaçınarak, daha kısa zaman alan ve daha az uğraştırıcı, daha az riskli işlere yönelmesine neden olabilir.

Klinisyenlerce dahili branşlar ve cerrahi branşlar arasında da puanlamalarda dengesizlik olduğu düşünülmektedir. Yapılan işlemlerin bazıları için dahili branş hekimlerine puan verilmesi söz konusu iken cerrahi branş hekimleri için aynı uygulamanın geçerli olmaması da bir dengesizlik olarak görülmektedir (Serviste yatmakta olan hastalar için vizite uygulaması gibi)

Yine hızlı şekilde paket uygulamalarına geçilmesi ve bu paketler için belirlenen ücretlerin yine klinisyenler tarafından adil bulunmaması sorunlara neden olmaktadır. Dahili branş hastalarında kullanılan malzeme ve tedaviyle ilgili bir kısıtlama bulunmazken, paket uygulamasına geçilen cerrahi branşlarda bu kısıtlamanın olması, cerrahi branş hekimlerini zaman zaman zor durumda bırakmaktadır. İhale kanunlarının değiştirilmesi, paket ücretlerin bazı hastalıklarda malzemeyi de kapsıyor olması, alınması mecbur kalınan malzemelerin kalitesi ile ilgili problemlere, bu da tedavi işlemlerinde sorunlara neden olabilmektedir.

Tüm bu sorunların çözümlenmesi için yeni yapılacak düzenlemelerde klinisyenlerin görüşünün alınmasının daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

Bu çalışmanın amacı kamu sağlık kurumlarında piös'nin karlılığa etkisini ölçmektir. Karlılığı ölçmek için finansal değerlere de ihtiyaç olduğu ortadadır. Fakat 2005 öncesinde hastanelerde ayrı bir muhasebe sisteminin olması ve bilgisayar ortamında kayıtların olmaması yine bu kayıtların İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ya da Sağlık Bakanlığı'nın elinde de olmaması, Maliye Bakanlığı'nda ise Sağlık

Bakanlığı'nın toplam bütçelerinin olmasına rağmen, hastaneler bazında bilgilerin olmaması çalışmamızın finansal ayağının eksik kalmasına neden oldu.

Biz çalışmamızda sadece İstanbul'daki kamu hastanelerini göz önünde bulundurduk. Aynı çalışmanın daha kapsamlı şekilde tüm Türkiye bazında yapılmasının piös'nin daha iyi değerlendirilmesine olanak sağlayacağını düşünmekteyiz.

Yine ayrı bir çalışmada sağlık kurumları birleşmesinden önce Sağlık Bakanlığı'na bağlı olmayıp, birleşme sonrasında Sağlık Bakanlığı kapsamına giren hastanelerde bu birleşmenin hastane performansı ve verimliliği üzerine etkileri araştırılabilir.

Ayrıca çalışmamızın kapsadığı süreçte Sağlık Bakanlığı tarafından özel hastaneler ve polikliniklerle çeşitli anlaşmalar yapıldığı, zaman zaman bu anlaşmaların kapsamlarının değiştirildiği bilinmektedir. Biz çalışmamızda bu faktörleri göz önünde bulundurmдық. Yapılacak başka bir çalışmada bu dönemin ve bu anlaşmaların hem özel hastaneler hem de kamu hastanelerine etkisinin araştırılmasının da önemli sonuçlar çıkaracağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

Adinolfi, P, “Performance-related pay for health service professionals: the Italian experience”, Health Services Management Research, Nov;11 (4), 1998: 211-20

Arrowsmith, J, French, S, Gilman, M, Richardson, R, “Performance-related pay in healthcare”, Journal of Health Services Research & Policy, Apr; 6 (2), 2001: 114-9

Aydın, S, Demir, M, “Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Serisi 2, 2006, 13, 20,23, 26, 31-65, 79-80

Baumann, M H, Dellert, E, “Performance measures and pay for performance”, Chest, Jan; 129 (1), 2006, 188-91 5-3

Bell, EA, Bart, BD, “Pay for performance: motivating the chief nurse executive”, Nursing Economics, March-Apr; 9 (2), 1991, 92-6,104 2-4

Berger, S, Mover, J, “Launching a performance-based pay plan”, Modern Healthcare Aug 19; 21(33), 1991, 64 2-2

Bledsoe, DR, Leisy, WB, Rodeghero, JA, “Tying physician incentive pay to performance”, Healthcare Financial Management, Dec; 49 (12), 1995, 40-41-8

Browdy, JD, “Performance appraisal and pay-for-performance start at the top”, Health Care Superv., Apr; 7 (3), 1989, 31-412-8

Brush, J. E. , Krumholz, H. M. Wright, J. S., “Principles To Guide Physician Pay-For-Performance Programs”, J Am Coll Cardiol, 48, 2006, 2603-2609

Casalino, LP, Elster, A, "Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities?", *Health Affairs (Millwood)*, May-June; 26(3), 2007,w405-14.Epub 2007 Apr 4-1

Chernichovsky, D, Bayülken, C, "A pay-for-performance system for civil service doctors:the Indonesian experiment", *Social Science&Medicine*, JUL; 41(2), 1995, 155-61 1-9

Davis, K, Guterman, S, "Rewarding excellence and efficiency in Medicare payments", *The Milbank Quarterly*, Sep; 85 (3), 2007, 449-68 3-2

Desai, AA, Garber, AM, Chertow, G, "Rise of pay for performance:implications for care of people with chronic kidney disease", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, Sep; 2(5), 2007, 1087-95

Dolar, R, M.D., Leininger ,S. L., "Pay for Performance or Compliance? A Second Opinion on Medicare Reimbursement", *The Heritage Foundation Leadership For America*, October 5, 2005

Doran, T, Fllwood, Gravelle, H, Reevws, D, Kontopantelis, F, Hiroeh, U, Roland, M, "Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom", *The New England Journal of Medicine*, Jul 27; 355(4), 2006, 375-84

Feasby, TF, Gerdes, C, "Pay-for-performance-can it work in canada?", *Healthcare Papers*, 6(4), 2006, 47-50 3-5

Fink L, "Pay for performance-a clash of cultures", *Physician Executive*, Jul-Aug 32(4), 2006, 34-8

Garcia, LB, Safriet, S, Russell, DC, "Pay-for-performance compensation:moving beyond capitation", *Healthcare Financial Management*, Jul 52(7), 1998, 52-7

Goldfield, N, Burford, R, Averill, R, Boissonnault, B, Kelly, W, Kravis, T, Smithline, N, "Pay for performance: an excellent idea that simply needs implementation", *Quality Management In Health Care*, Jan-Mar 14(1), 2005, 31-44

Gonzales, CM, Penson, D, Kosiak, B, Dupree, J, Clemens, JQ, "Pay for performance: rationale and potential implications for urology", *Journal of Urology*, Aug 178(2), 2007, 402-8

Helm, C, Holladay, CL, Tortorella, FR, "The performance management system: applying and evaluating a pay-for-performance initiative", *Journal of Healthcare Management*, Jan-Feb ;52(1), 2007, 49-62

Hindle, D, Khulan, B, "New payment model for rural health services in Mongolia", *Rural Remote Health*, Jan-Marc; 6(1), 2006, 434 3-3

Hudson, AR, "What pay for what performance?" *Healthcare Papers*, 6(4), 2006, 67-70

Levitch, JH, "Developing physician pay arrangements: the cash and care equation", *Healthcare Financial Management*, Nov; 52(11), 1998, 54-5 1-2

Liu, X, Mills, A, "The effect of performance-related pay of hospital doctors on hospital behavior: a case study from Shandong, China", *Human Resources For Health*, Oct 27, 2005, 3-11

Mac Stravic, S, "Pay-for-performance options in health care", *Healthcare Financial Management*, Dec; 60(12), 2006, 122-5

Milgate, K, Cheng, SB, "Pay-for-performance: the MedPAC perspective", *Health Affairs (Millwood)*, Mar-Apr; 25(2), 2006, 413-9

Moser, JW, Wilcox, PA, Bjork, SS, Cushing, T, Dennis, M, Greissing, JF, Keysor K, McKenzie, J, Weinreb, JC, "Pay for performance in radiology: ACR white paper", *Journal of the American College of Radiology*, Sep; 3(9), 2006, 650-64 4-2

Nichols, LM, O'Malley, AS, "Hospital payment system: will payers like the future better than the past?", *Nichols Health Affairs (Millwood)*, Jan-Feb; 25(1), 2006, 81-93

Özgülbaş, N, "Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Ölçümü ve Finansal Performansı Artırmak İçin Kullanılacak Stratejiler", *Verimlilik Dergisi*, (3), 2005, 125-144

Patel, H, Siemons, D, Shields, MC, "Proven methods to achieve high payment for performance", *The Journal of Medical Practice Management*, Jul-Aug; 23(1), 2007, 5-11 3-1

Petersen, LA, Woodard, LD, Urech, T, Daw, C, Sookanan, S, "Does pay-for-performance improve the quality of health care?", *Annals of Internal Medicine*, Aug 15; 145(4), 2006, 265-72

Pickoff, RM, "Pay for performance-for whom the bell tolls", *Physician Executive*, Nov-Dec ;31 (6), 2005, 12-4

Pierce, RG, Bozic, KJ, Bradford, DS, "Pay for performance in orthopaedic surgery", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, Apr; 457, 2007, 87-95 4-4

Pink, GH, Brown, AD, Studer, ML, Reiter, KL, Leatt, P, "Pay-for-performance in publicly financed healthcare: some international experience and considerations for Canada", *Healthcare Papers*, 6(4), 2006, 8-26 3-4

Reynolds J, Roble D "Combining pay for performance with gainsharing", *Healthcare Financial Management*, Nov; 60(11), 2006, 50-5

Roland, M, "Pay-for-performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. Interview by Robert Galvin", *Health Affairs (Millwood)*, Sep-Oct; 25(5), 2006, w412-9

Rowe, JW, "Pay-for performance and accountability:related themes in improving health care", *Annals of Internal Medicine*, Nov 7 ;145(9), 2006, 695-9

Scott, IA, "Pay for performance in health care:strategic issues for Australian experiments", *The Medical Journal of Australia*, Jul2; 187(1), 2007, 31-5

Sezen, B,Türkiye'deki Hastanelerin Verimliliklerinin Tespiti ve Yıllar Arasındaki Verimlilik Değişimlerinin İncelenmesi, 2009, s:45-46

Smith, HL, Piland, NF, "Does planning pay off? A look at the experience of New Mexico's rural hospitals", *Hosp.Top.*, Winter; 71(1), 1993, 27-35 1-10

Sözen, C, Koyuncugil, A S, Özgülbaş, N, "Bilgi Sistemlerinin Kurulumunun Maliyet Etkinliği Üzerine Bir Çalışma: Hastane Otomasyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması", *Sağlık ve Hastane Yönetimi 2. Ulusal Kongresi Son Duyuru ve Programı*, Eylül, 2005, 116-121

Steiger, B, "Poll finds physicians very wary of pay-for-performance programs", *Physician Executive*, Nov-Dec; 31 (6), 2005, 6-11

Swayne, LC, "Pay for performance: pay more or pay less?", *Journal of the American College of Radiology*, Sep; 2(9), 2005, 777-81 3-8

Todd, JW, "How not to pay doctors", *Lancet*, May 19; 1(8386), 1984, 1110-1 2-10

Trude, S, Au, M, Christianson, JB, "Health plan pay-for-performance strategies", *American Journal of Managed Care*, Sep; 12(9), 2006, 537-42

Vertesi, L, "Mixing the oil with the water: pay-for-performance in Canadian healthcare", *Healthcare Papers*, 6(4), 2006, 62-6

Vounasis, F, Dubinsky, IL, "Are physician executive pay-for-performance programs the future of physician leader compensation in Canada?", *Healthcare Quarterly*, 8(4), 2005, 86-90

White, L, “Pay for performance Implementing a financial incentive for excellent work”, AORN Journal, Feb; 49(2), 1989, 566-7,570-1,574 2-9

Williams, J, “Making the grade with pay for performance: 7 lessons from best-performing hospitals”, Healthcare Financial Management, Dec; 60(12), 2006, 79-85 4-7

Winkelman, JW, Aitken, JL, Wyenga, DR, “Cost savings in a hospital clinical laboratory with a pay-for-performance incentive program for supervisors”, Archives of Pathology and Laboratory Medicine, Jan; 115(1), 1991, 38-41 2-5

Woodson, SB, “Making the connection between physician performance and pay”, Healthcare Financial Management, Feb; 53(2), 1999, 39-42,44

No Authors, “Looking at lessons on quality from the Medicare pay-for-performance hospital demonstration”, Quality Letter For Healthcare Leaders, Oct; 17(10), 2005, 2-3,5-13,1

TC Sağlık Bakanlığı Döner Sermaye Mevzuatı, Döner Sermaye Yönetmeliği, 2.Bölüm Kuruluş Döner Sermaye Ödemelerinde Temel Esaslar, 2005, Madde 5 s.25-28

Resmi Gazete, <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/1435.html> 31.12.2004

<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF8CDF0F1D4ABDC402> 03.07.2008

ÖZGEÇMİŞ

04.11.1974 İstanbul doğumluyum. İlkokulu Sultançiftliği İlkokulu'nda bitirdim, ortaöğretimimi Üsküdar Kız Lisesi'nde bitirdikten sonra 1990 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimi aldım. 1997 yılında SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde başlamış olduğum genel cerrahi uzmanlık eğitimimi 2001 yılında bitirerek genel cerrahi uzmanı oldum.

1997-2002 SSK Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2002-2003 SSK Zonguldak Bölge Hastanesi, 2003-2004 SSK Üsküdar Dispanseri'nde görev yaptım. 2004 tarihinden itibaren Paşabahçe Devlet Hastanesi'nde genel cerrahi uzmanı olarak görev yapmaktayım.