



SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDE “PERFORMANS SİSTEMİ”

BURCU MORAN*

Giriş

“Ulusumuzu güvenlik içinde yaşatmak temel amaçlarımızdan biri olduğu gibi onun sağlığına özen göstermek ve olanaklarımız ölçüsünde toplumsal acılarımıza çözüm bulmak hükümetimizin genel görevlerinden biridir”. Mustafa Kemal Atatürk

Ülkenin güvenliği kadar toplumun bedenen ve ruhen sağlık içerisinde yaşaması devletin temel ödevi niteliğindedir. Atatürk’ün çağdaşlaşma yönünde sağlığı, sosyal anlamda bakanlık düzeyine getirmesi tüm dünyada öncü bir hareket olma vasfı taşımaktadır. Böylelikle ülkemizde sağlık hizmetleri bakanlık düzeyine çıkarılarak “sosyal” kelimesi eklenmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin sadece tedavi edici düzeyde değil, toplumun sağlığını koruyucu nitelikte yürütülmesinin gerekliliği vurgulanmıştır.

Kamunun yeniden yapılanması sürecinde ülkemizde bilhassa 1980 sonrasında gelişme ve strateji bağlamında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Başta devletin küçültülmesi ve işletmeselleştirilmesi olmak üzere kamu harcamalarının öngörülemez biçimde artışı devletin piyasadaki rolünü arttırması yönünde değişim göstermektedir. Bu doğrultuda özellikle 2001 yıllarından itibaren devletin özel sektör nosyonunu üstlenerek sağlık hizmetlerinde işletme mantığını yerleştirilmeye çalışması ile örgütleri de yakından ilgilendiren dönüşümler ortaya konmaya çalışılmıştır. Başta sağlıkta dönüşüm projesinin mimarı olan Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü’nün ilkeleri doğrultusunda, sağlık alanında

* Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi.

Sağlık diğere kamu hizmetleri gibi girdi çıktı ilişkisi veya fayda maksimizasyonu şeklinde kısa vadede sonuç verebilecek bir kamu hizmeti değildir.

yapılan reformların dünya standartlarına paralel hâle getirme çabalarının, en önemli basamağı sağlıkta performans ve performans dayalı ek ödeme sistemine entegrasyon dönemine girilmiştir. Sağlığın, bireyin en doğal sermayesi geçeceğinden hareketle sağlık hizmetlerini, hizmeti alanlar için bir hak, siyasiler için bir kamu politikası olarak görmek mümkündür.

Türkiye’de sağlıkta “reform” süreci ilk olarak 1990’ların başında gündeme gelmiştir. 2003’te AKP Hükümetiyle “Acil Eylem Planı ve Kamusal Reform” başlığı ile sağlık alanında bir dizi etkinlik gerçekleştirme hedefi açıklanmıştır. Bu hedefler içinde, “Herkesine Sağlık” başlığı ile “Sağlıkta Dönüşüm Programı” yer almaktadır.

Bu makalede, sağlıkta performans uygulamasının günümüzde bir kamu politikası olarak

Türk Kamu Sağlık Sektörü’nde ne gibi değişikliklere yol açtığı irdelenecektir. Söz konusu sağlıkta performans uygulaması dünya için yeni bir uygulama olmayıp, ülkemize adaptasyonu için uygun bir zemin oluşturulması beklenmiştir. Sağlıkta Performans sisteminin dünyadaki başarılı uygulamaları görülse de ülkemizin sosyo-ekonomik tabanı göz önüne alındığında uzun bir süreçte sürdürülebilirliği herkesi düşündürmektedir. Bu anlamda performans sistemini sadece kamusal hizmetlere erişim kolaylığı bazında düşünmek, sağlık hizmetlerine verilmesi gereken önemi gölgelemektedir. Aynı zamanda Performans sisteminin işlerliği sadece kurumun maliyetlerini minimize etmek veyahut sağlık sunucularının iş dağılımları ve fonksiyonel verimliliği düşüncesinden de öte olmalıdır. Çünkü sağlık diğere kamu hizmetleri gibi girdi çıktı ilişkisi veya fayda maksimizasyonu şeklinde kısa vadede sonuç verebilecek bir kamu hizmeti değildir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerini diğere kamu hizmetlerinden ayrı değerlendirmek gerekmektedir. Diğere bir deyişle siyasal bir zeminde değerlendirmemek toplumun bütününe hitap edebilecek tam kamusal bir hizmet olarak görmek gerekmektedir. Bu sebeple bu makalede öncelikle kamu yönetimlerinde performans rejiminin uygulanabilirliği irdelenerek, ilerleyen bölümlerde performans sisteminin uygulanmasında en önemli role sahip olan, kimi yönetim bilimcilerine göre “ödüllendirme”, kimi kamu bilimcilerine göre ise “teşvik edici” unsuru olan performans dayalı ek ödeme sistemi yani ücret konusunun sağlık sektöründeki yansımaları resmedilecektir.

Kamuda Performans Yönetiminin Önemi ve Uygulanabilirliği

Kamuda performans yönetiminin uygulanabilirliği esasen karmaşık bir meseledir. İlk çıkış noktası itibarıyla özel sektör olan performans yönetimi, karını maksimize etmek isteyen yöneticiyi bir anlamda müşteriye yakınlaştırmaktadır. Dolayısıyla, kamu hizmetlerinden yararlanmak isteyenlerin beklentileri ile hizmet sunucularının bu beklenti ve ihtiyaçlar doğrultusunda strateji geliştirebilmeleri ve uzun vadede aynı kalitede mal ve hizmet sunumunu sağlayabilmeleri kamu hizmetlerinin karmaşık yapısıyla örtüşmemektedir.

Değişen dünyada hâkim olan liberal düşünce yani serbest piyasa koşullarında eski tabuların hemen hemen çoğu yıkılmış temel sorun müşteri ve/veya vatandaşın taleplerinin neler olacağı konusu olmuştur. Eskiden hakim olan yargı, ister kamuda ister özel sektörde olsun işletmeler ne üretirse müşteri onu satın alırdı. Oysa şimdi her iki kesim için de müşteri portföyünün istek ve ihtiyaçlarına uygun mal ve hizmet sunabilme düşüncesi egemendir. Tüm bu gelişmelerin neticesinde, yeni kamu yönetimi anlayışı, kamunun özel sektörle rekabet edebilir bir duruma gelmesine zorlamaktadır.

Türk Kamu Sağlık Sektöründe performans değerlendirme işlemi iki şekilde yapılmaktadır: Birincisi kurumun performans değerlemesi; ikincisi ise sağlık işgörenlerinin performans değerlendirilmesi.

Kurumsal Performansın Değerlendirilmesi

Kurumsal performans ile performansa dayalı ödeme sistemi arasında bağ kurulmasının nedenlerinin başında, hekimlerin ve hekim dışı sağlık hizmeti sunucularının bireysel potansiyellerinin ölçümleri ve kurumsal hizmet kalitesi performansa dayalı hale dönüştürülmesi gelmektedir. Kurumsal kalite ve verimlilik değerlendirmesi neticesinde elde edilen performans düzeyi, kurumda istihdam edilen her bir işgörenin kendi potansiyel verimlilikleri çerçevesinde oluşan performans puanları; ek ödeme olarak parasal değere dönüştürülmektedir.

Başka bir söylemle kurumun performans seviyesi, ek ödemeye konu olan döner sermaye havuzunda biriken miktarın belirleyicisi olmaktadır. Buradan çıkarımla kurumsal performansın yüksek olduğu bir kurumda hizmet sunucularının daha fazla ödüllendirileceği düşünülmektedir. Söz konusu kurumsal performansın yol açacağı birtakım kaygılar bulunmaktadır. Şöyle ki, en kısa sürede hastane maliyelerini yükseltmeden, çok sayıda hastaya bakmak bireyin o anki sağlık durumu iyileştirilerek, koruyucu sağlık politikasından uzaklaşmış olunacaktır.

Sağlık Çalışanlarının Performansının Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin daha verimli ve kaliteli sunumu açısından uygulanmaya çalışılan standartlarının, hangi branş için nasıl bir yolla uyarlanacağı konusu hekimler için karmaşık bir konudur. Bu tür personel temelli uygulamalar genellikle özel müteşebbislerde daha etkin ve verimli çalışabilmekteyken, kamu kurumları için özellikle de kamu hizmet sektörleri için belirlenen hedef ve amaçların başarı oranları çok net tespit edilememektedir. Bu sebeple sağlık sunucuları arasında

adaletsiz bir gelir dağılımına yol açtığı görülmektedir. Bu sorunların en başında cerrahi ve cerrahi olmayan branşlar arasındaki puan adaletsizliği gelmektedir. Bu uygulamanın, çalışanlar için bir teşvik unsuru olmaktan öteye gittiği hatta demotive edici olduğu görülmektedir.

Hizmet Başına Ödeme Sistemi

Bu ücret sisteminde, işgörenlerin sundukları parça - ürün başına göre değerlendirme yapılarak ödeme yapılmaktadır. Örneğin, sağlık hizmeti sunan hekim, muayene ettiği hasta başına ortak havuzda biriken sermayeden pay alır. Bu sistemin en önemli özelliği, işgörenleri daha fazla hizmet sunmaya teşvik etmesidir. Söz konusu ödeme sisteminde gelirini maksimize etmek isteyen hekimler daha çok çalışmayı arzu ederek, sağlık hizmetlerinde maliyet artışına sebep olabilmektedirler. Bu nedenle maliyet artışının önüne geçebilmek için de yukarıda bahsedildiği üzere kurumsal performans değerlendirme kriterleri devreye girmektedir. Her iki performans değerlendirme sisteminin aynı mekanizmada işletilebilmesi, hekimin hastası için gerekli birtakım tahlilleri isterken “paket puan” barajını aşmaması, yani kurumun maliyetini düşünmesi gerekmektedir.

Başka bir perspektiften bakıldığında ise bu ödeme sisteminin zaman/birim esasına göre düzenlenmesinin sunulan hizmetin kalitesini tehlikeye atacak nitelikte olabileceği gözlenebilmektedir. Sistemin eleştirilen diğer yönü ise ortak havuzda biriken paranın miktarını arttırabilmek için hizmetlerin, sirkülasyonu daha yüksek alanlarda, daha az nitelikli işgörenler tarafından verilmesi olabilir. Performans sistemiyle, hastalarının çoğunun tıp konusunda tam bilgiye sahip olmadığı gerçeğinden hareketle, performans rejiminin görünürde müşteri memnuniyetine hitap ettiği izlenimi oluşmaktadır. Etik düşünceleri gündeme taşıyan bu sistemle hekimlerin, tedavisi imkansız hastaları iyileştirmek veya daha çok konsültasyon uygulamaları isteyerek hastayı hastaneden uzaklaştırmamayı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Kişi Başına Ödeme Sistemi

Bu ödeme sistemi hizmet başına ödeme sisteminden çok farklı olmamakla birlikte sağlık hizmeti sunanların, belirli bir süre içinde vereceği tüm hizmetleri karşılamak için uygulanan bir ödeme sistemidir. Bu ödeme sistemi kişi sayısını baz almaktadır. Hekime belirlenen süre içerisinde baktığı hasta sayısı kadar ücret ödenmesi esasına dayanır. Bu sistemle işleyen kurumlar yüksek karlar elde etmek için sağlık maliyetlerini düşürme yolları arayışına girebilirler. Örneğin daha az laboratuvar tetkiki isteyerek hastanın direkt sağlık problemi yaşadığı kısma odaklanarak hastalığa neden olabilecek diğer etkileri araştırmamak yahut da tedavisi mümkün olmayan ciddi hastalığı olan kişileri tedavi etmek istememek. Hizmet başına ödeme sistemine kıyasla daha makul görünen bu ödeme sistemi finansal risklere karşı da kendisine otomatik kontrol merkezi kurmaktadır. Bu anlamda sistemin kaliteli hizmet sunabilme imkânı azalmaktadır.

Maaş

Diğer ödeme sistemlerinde ücretin artışına konu olan ilave unsurlar bu ödeme sisteminde uygulanmamaktadır. İşgörenin aldığı ücret ile sunduğu hizmet şekli ve miktarı arasında herhangi bir orantı kurulmamaktadır. Yani hekimin belli bir zaman aralığında baktığı hasta sayısı ve artı çalışma süresi bu ücrette meydana gelecek herhangi bir artışa neden olmaz. Ülkemizde performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hekimlerin sabit maaşları oldukça aşağıya çekilerek, aylık performansları ile gelirlerini arttırabilmektedirler. Yani gelirini maksimize etmek isteyen hekim ortalama 5 dakikalık bir muayene süresi içinde hastasının öyküsünü dinleyip, fiziksel muayenesini gerçekleştirip gerekli tahlil ve tetkik istemlerinde bulunması gerekmektedir. Bu sayede ortak havuzdan pay almaya kazanması için günlük bakması gereken hasta sayının ortalama 60 kişinin altına düşmemesi gerekmektedir. Söz konusu sabit maaşlarının düşürülüp performansları oranında pay almaları branşlar arası uyumsuzluk göz ardı edilmektedir. Örneğin, bir psikiyatrisin, hastasını 5 dakika tedavi edebilmesi imkânsızdır. Psikiyatrist hekim için öngörülen maksimum süre 20 dakikadır. Bu şekilde işleyen bir sistem içerisinde psikiyatrist hekimin günlük bakabileceği hasta sayısı diğer branşlara göre hayli düşüktür. Bu örneklerin genişletilebilmesi mümkündür. Girişimsel işlemler yapabilen branşlar ile sadece hastanın öyküsüne binaen araştırılması gereken vakalar arasındaki performans puanı elde edebilme kolaylığı aynı olmamaktadır. Yukarıda da

bahsedildiği üzere performans rejiminin temelinde müşteri memnuniyeti ve hekim kurumun maliyetlerini yükseltmeden kendi gelirinin maksimize etmesi mantığı yer almaktadır. Bu bağlamda hekimin günde ortalama 60 kişiye sağlık hizmeti vermesi kendi biyolojik verimliliği açısından oldukça risklidir. Hastaların bunu reddedilmeme olarak algılaması görünürde memnuniyet verici olsa da uzun vadede toplumun sağlık düzeyini tehdit edebileceği unutulmamalıdır.

Hekimin günde ortalama 60 kişiye sağlık hizmeti vermesi kendi biyolojik verimliliği açısından oldukça risklidir.

Hastaların bunu reddedilmeme olarak algılaması görünürde memnuniyet verici olsa da uzun vadede toplumun sağlık düzeyini tehdit edebileceği unutulmamalıdır.

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Meydana Gelen Suistimler

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde meydana gelen hileli davranışlar özverili ve etik davranan hekimlerin motivasyonunu düşürürken, sağlık giderlerinde katlanılan maliyeti arttırıp, müşteri memnuniyetinin azalmasına sebep olmaktadır. Ödeme sistemi üzerindeki işlemlerin yoğunluğu ve kayıt altına alınan

Performans sisteminin paranın sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve hasta memnuniyeti gibi önemli amaçları satın alabileceği varsayımı üzerine inşa edilmemesi gerekmektedir.

verilerin hacmi muhtemel suistimallerin tespitini ve işlemlerin takibini güçleştirmektedir.

Dünya genelinde sağlık alanında görülen sahtecilik davranışları şu şekilde sıralanmıştır:

- Yapılan bir işlemin başka bir işlem gibi mükerrer faturalandırılması,
- Verilmeyen bir hizmetin yapılmış gibi gösterilmesi,
- Tıbbi açıdan gerekli olmayan, hastalara fazladan tıbbi tedavi ve testler yapılması veya cihaz, protez gibi ekipmanların kullanılması,
- Bir tedavi veya ekipman için aşırı fiyatla belirli tedarikçilere yönlendirme yapılması,
- Bazı şirket veya grup firmalarına yönlendirme yapılarak tedarikçiye fiyatla ödeme yapılması,
- Başka kurumlara gereksiz hasta sevki yapılması, yerel tedavi yerine uzak sağlık kurumuna yönlendirilmesi,
- Hak sahibi olmayan kişilerce, başka hastaların sosyal güvenlik ve özel sağlık sigortalarının kullanılması,
- Hastanın hastanede istirahati gerekli olmadığı halde hastane istirahati sağlanması,
- Gerekli olmadığı halde ameliyat yapılması,
- Döner sermaye gelirlerini arttırmak için yapılan girişimsel işlemler.

Yukarıda da bahsedildiği üzere sağlık rejiminin eskiye oranla hastaların erişimini kolaylaştırdığı görülse de hekimlerin sabit maaşlarının azaltılarak performansları oranında gelir elde etmeye zorlanmaları suistimallere hayli açıktır.

Bu sebeple, sağlık reformcularının siyasi stratejilerini, hizmet karşılığı ödeme şeklinde yapılan performansa dayalı ek ödemenin, etik boyutlarını, denetim metotlarını ve süreçlerini iyi analiz etmeleri gerekmektedir. Performans sisteminin paranın sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve hasta memnuniyeti gibi önemli amaçları satın alabileceği varsayımı üzerine inşa edilmemesi gerekmektedir. Aksi takdirde sağlık işgörenleri, insanların sağlığı gibi önemli bir konuda hizmet sunarken, 'ne kadar hizmet o kadar para' anlayışı çerçevesinde bir noktaya gelirse bu durumun performans sisteminin esas maksadını açacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Sağlık bireylerin sahip olduğu en doğal sermayesidir. Bu anlamda hükümetin sağlık sektörünü yalnızca kurumlar ve sağlık sunucuları bazında değerlendirmemesi gerekmektedir. Toplumsal sağlık kavramının, koruyucu sağlık hizmetleri kavramı üzerine inşa edilmesi önem arz etmektedir.

Dolayısıyla sağlık hizmetleri, devletin vatandaşlarına karşı taşıdığı sorumlulukların başında gelmektedir. Aksine ülkemizde sağlık; tamamıyla kamusal bir hizmet alanı olamamıştır. Özellikle muayenehaneler aracılığıyla sağlık sektörü, sürekli piyasa ile ilişkilendirilmiş ve topluma da bu anlayış genel olarak kabul ettirilmiştir.

15 Eylül 2003 tarihinde Düzce’de aile hekimliği uygulamasının başlamasıyla birlikte Türk Sağlık Sektörü yeni bir döneme girmiştir. Aile hekimliği sağlıkta özelleştirmenin çok önemli bir bileşeni olduğu gibi, sağlıkta özelleştirme politikalarını gizlemenin bir yolu ve sağlıktaki bu yeni döneme toplumun karşı çıkmasını engelleyen bir araç olarak da değerlendirilmektedir. Bu aracın varlığı sağlığı özelleştiren kamu reformcuları açısından son derece hayati önem taşımaktadır. Çünkü aile hekimliği bir sağlık sistemi olmaktan öte bir propaganda ve toplumu ikna etme aracı olarak görülmekte ve düşünmektedirler.

Performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin tüm kamu çapında uygulanması yönündeki eğilimin, kalkınma planları ve orta vadeli planlarda yer aldığı görülmektedir. Ancak, genel olarak Türk Kültürü ve Türk Kamu Kültürü göz önünde bulundurulduğunda, performansa dayalı ücret rejiminin benimsenmesi neticesinde ortaya çıkması muhtemel bazı sorunların göz önünde bulundurulmadığı görülmektedir.

Sistemin en çok eleştirilen yönü, bir kamu politikası olarak görülen sağlık hizmetlerinin temelde müşteri memnuniyeti odaklı olup kurumsal performansı maksimize etmek üzerine inşa edilmiş olmasıdır. Esasen temelde sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve müşteri memnuniyetini arttırmayı hedefleyen performansa dayalı ek ödeme sisteminin beraberinde, birtakım etik problemleri de getirdiği görülmektedir.

Öte yandan performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hekimlerin birtakım özlük hakları ve dinlenme süreleri arasında performans ve ücret ilişkisi kurgulanmıştır.

Aile hekimliği sağlıkta özelleştirmenin çok önemli bir bileşeni olduğu gibi, sağlıkta özelleştirme politikalarını gizlemenin bir yolu ve sağlıktaki bu yeni döneme toplumun karşı çıkmasını engelleyen bir araç olarak da değerlendirilmektedir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin performans puanları ile bütünleşik yapılandırılmasının altında yatan temel düşünce hekimleri daha çok hasta bakmaya teşvik ederek eskiden yaşanan, hasta kabulü reddinin önüne geçebilmektedir.

Hekimlerin, döner sermayeden daha çok gelir edebilmek için biyolojik verimliliklerini düşürmeden iş görmeleri gerekmektedir. Adeta beşeri unsurun ihmal edilerek makineleşmesi söz konusu olmaktadır.

Aynı zamanda avantajları varmış gibi görünen performansa dayalı ek ödeme rejimi görünürde gelir artışına yol açsa da hekimlerin bu sistemden ötürü sabit ücretlerinin düşürülerek, kat sayılara bağlı ek ödemelere tabi tutularak sürekli hasta bakmaya zorlanmakta olmalarıdır. Çünkü performansa dayalı ek ödeme sisteminin en önemli unsuru her branş ve her bir işlem kalemi için ayrı performans puanları oluşturulmasıdır. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin performans puanları ile bütünleşik yapılandırılmasının altında yatan temel düşünce hekimleri daha çok hasta bakmaya teşvik ederek eskiden yaşanan, hasta kabulü reddinin önüne geçebilmektedir. Bu sayede kamu reformcuları, bütçede sürekli gider kalemi olarak açık veren sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürmeyi hedefle-

mektedir. Tüm bunları gerçekleştirmek için de önce kurumun kendi maliyetlerinin minimize edilebileceği gider kalemlerine belli standartlar getirerek, bu gider kalemlerinin gereksiz tahlil, tetkik gibi işlemlere maruz kalmasının önüne geçebilmek temel politika olarak benimsenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri, Danimarka ve Macaristan gibi ülkeler için performansa dayalı ücretlendirme sisteminde kaynak sorun teşkil etmezken Kanada, İrlanda, Finlandiya, İspanya ve Kore performansa dayalı ücret için özel bir bütçe ayırmıştır. Bu anlamda ülkemizde sağlık maliyetlerini düşürebilmek için kurumsal performans kriterleri getirilerek sağlık maliyetleri düşürülmeye çalışılmaktadır. Dolayısıyla sağlık giderleri için düşünülmüş bir bütçe ancak tedavi edici sağlık hizmetlerine yani ilaç vs gibi giderleri ancak karşılamaktadır. Sağlık sunucularının performansa dayalı ek ödemeleri için oluşturulmuş bir bütçe bulunmamakta, bu giderleri kurumun döner sermayeleriyle karşılamaya çalışmaktadırlar. Performansa dayalı ücret sisteminin çözümlenmesi gereken sorunlarından bir diğeri de ücretin tespiti esnasında karşılaşılan güçlüklerdir. Yani, performansa dayalı ücretin miktarının temel ücrete eklenecek kalıcı olacak bir ödeme şeklinde mi yoksa temel ücretin içinde değerlendirilmeden, performans değerlendirmesi sürecinde tekrar tekrar elde edilmesi gereken bir ödeme mi olarak ödeneceğinin kararı önemlidir. Performansa dayalı ücret miktarları OECD üye ülkelerinde farklılık gösterse de genel olarak alt düzey işgörenler için temel ücretin düşük bir dilimindeki yüzdesi olarak ödenmektedir. Örneğin 2004 yılında

İngiltere’de ikramiyeler ortalama olarak temel ücretin % 3,5’u dolaylarında ödenmiş olup bu miktar toplam işgören ödeneklerinin % 4’üne denk gelmektedir.

Bu iki yaklaşımında avantajları ve dezavantajları olmakla birlikte işgörenler üzerinde demotivasyon neden olabileceği de düşünülmelidir. İşgörenlerin daha çok ücret elde etmek için daha çok efor sarf ederek ücret artışına bağımlı bir iş yaşamı sürmeleri tehlikesi doğabilmektedir. Yapılan araştırmalarda ücretin bir defaya mahsus ikramiye şeklinde ödenmesinin performansın direkt ödüllendirilmesi olarak algılandığından, işgörenler üzerindeki motive edici etkisinin yüksek olduğu gözlenmiştir.

Öteyandan maaşın bir unsur gibi düzenli olarak ödenen ücretler uzun vadede motive edici olurken yüksek ücret alan işgörenler açısından özendirici olma özelliği bulunmamaktadır. Aynı zamanda ücretlerin etik boyutu ve adil uygulanmaması işgörenlerin aidiyet duygularını sarsan bir diğer husustur. Kamuda istihdam eden yüksek ücretli işgörenleri için her iki yöntemi de uygulayan İsveç ve İngiltere hem maaşlarda yapılan artışları hem de her yıl yenilenen ikramiye sistemini uygulamaktadır. Bu yolla başarı hakkında her yıl, hizmet sözleşmeleri, iş izlenceleri ve üst düzey kamu hizmeti yetki çerçevesine göre karar verilmektedir. Ayrıca İngiltere’de ücret artışları yapılırken işgörenin örgütteki arkadaşlarına oranla, kurumun başarısına olan katkısı göz önünde bulundurulmaktadır.

Performans rejiminin hastaneleri birer ticarethane hastaları ise müşteri olarak görmesi sonucu, hekimler bakmaması gereken hastalara da bakmaya mecbur hâle getirilerek kendi akademik gelişimlerine daha az yer ayırmaya mecbur bırakılmışlardır. Öte yandan performans rejimi hekimleri akademik çalışmalara teşvik edecek performans puanları öngörmemiştir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin temel belirleyicisi olan puanlama sistemi konusundaki adaletsizliklerin ve branşlar arası puan uyumsuzluğunun giderilmesi; sistemin özellikle cerrahi branşlar ve cerrahi olmayan branşların hastane koşullarındaki uygulamaları ve mesleki riskleri göz önünde bulundurulmadan sisteme geçildiği performans rejimini, sorunları çözen bir sistem olmaktan çok öteye taşıdığı görülmektedir.

Sağlık iş gücü ağında zincirin en önemli halkası olan hekimlerin yüklendikleri toplumsal sorumluluk, gördükleri eğitimin süresi, zorluğu ve tekrar yeni bir hekim yetişmesi için geçen sürenin uzunluğu dikkate alınmadığı takdirde doktorluk mesleğinin dokümantasyon işlerine daha fazla yer ayıran ticari bir meslek haline dönüşmesi kaçınılmaz olacaktır.

Uygulanan politikalar sonrasında devlet ve sermaye karşısında savunmasız hale getirilen sağlık çalışanlarının kendi öznel alanlarından kaynaklanan sorunlarıyla baş edebilmesi oldukça güç olacaktır.

Uygulanan politikalar sonrasında devlet ve sermaye karşısında savunmasız hale getirilen sağlık çalışanlarının kendi öznel alanlarından kaynaklanan sorunlarıyla baş edebilmesi oldukça güç olacaktır. Bu noktada yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiya biçimli çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizlikler, kamu hastanelerinde çalışma, tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamında otonominin kısıtlı olmasına yol açan mesleki kıdemsizlik, eğitim sırasında kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine aktarılamaması, akademik ve personel hiyerarşi piramidinde araştırma görevlisi, pratisyen hekim, tıp fakültesi öğrencisi gibi alt basamaklarda bulunma ve personelin dengesiz dağılımı gibi sorunlarla baş edemeyen sağlık çalışanlarının iş streslerinin artarak tükenişe sürüklenmesinin oldukça yüksek bir ihtimal olacağı öngörülmelidir.

Bu reform politikaları erken dönemde Türkiye gibi geleneksel refah devleti modeline sahip olmayan ülkelerde, sağlık harcamalarını önemli derecede arttırmak pahasına, geniş toplum kesimlerin sağlık hizmetlerine erişimde kolaylaştırmış olsa da, gerek reform öncesi eşitsiz sağlık ortamının var ettiği öfke, gerek yeni yapılanan sağlık "işletmelerin" kâr eksensiz yaklaşımları ve gerekse de siyasi iktidarların yönlendirmeleri nedeniyle toplumun önemli bir kesiminde sağlık çalışanlarına yönelen öfkeyi arttırmıştır.

Diğer taraftan, reform programlarının temel bileşenlerine bakıldığında neo-liberal yaklaşımın sağlığı sadece tıbbi müdahale olarak kavradığı görülmektedir. Oysa sağlık, sosyo-ekonomik ve kültürel bileşenleri olan, toplumdaki gelir dağılımı, yoksulluk, işsizlik gibi yapısal sorunlarla birlikte ele alınması gereken çok daha geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Toplumda var olan eşitsizliği ve yoksulluğu derinleştirdiği birçok çalışma tarafından ortaya konan neo-liberal küresel kapitalizmin, kendisinin yarattığı eşitsizlik, yoksulluk, çevre sorunları, esnek çalışma koşulları gibi durumlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık sorunlarını, Sağlıkta Dönüşüm Programları adı altında yine piyasa dinamikleri ile aşmayı hedeflemesi, iddiasının aksine "hastalık üreterek" toplumsal maliyetleri arttıracığı bir gerçektir.

Tüm sağlık ve sigorta kurumlarını tek çatı altında birleştiren ve bütün sağlık kuruluşlarını sigorta kapsamında olan herkese açan bu politikanın sürdürülemez olduğunu programın mimarı olanlar dahi kabul etmektedir. Bu nedenle, yeni düzenlemenin, sağlık hizmetlerine erişimde katkı payları ve oranlarını arttıran bir yönelim içinde olacağı açıktır. Bu katkı paylarının ne kadar gerçekçi olduğunu zaman gösterecektir. Katkı payının caydırıcı etkisini elde edebilmek açısından çok geçmeden bu oranlarda değişikliğe gidilmesinin kaçınılmaz olacağı yapılan saha çalışmalarında hissedilmeye başlamıştır.

Ancak şu aşamada, "geçiş ve adaptasyon sürecinde politik kabul edilebilirlik ve anlamsız muhalefet oluşturmamak adına cömert davranılması gerçekçilikten uzak değildir" düşüncesinden hareketle, programın birey ve toplum sağlığı açısından olumsuz sonuçlara neden olacak gerçek yüzünün zaman içerisinde şekilleneceği rahatlıkla anlaşılabilir.

Çünkü, prim temelli bu sistemin hasta- hekim/ sağlık çalışanı ilişkisinin niteliğini değiştirerek müşteri-satıcı biçimine dönüştüreceği ve dahası geniş toplum

kesimlerini derin bir yoksulluğa ve informal alana iteceği öngörülebilir. Öte yandan, sosyal güvenlik kurumlarının yükünün katkı payı ve prim temelli uygulamalar ile azaltılması, hastaların ceplerinden daha fazla katkı yapmalarına ve prim borcu olan ya da katkı payı ödeyemeyen hastalara hekimlerin hizmet sunmamasına yol açacaktır. Aynı zamanda, piyasa mantığı çerçevesinde yeniden yapılanan sağlık alanı farklılaşmayı da beraberinde getirecek ve hizmete erişimde eşitsizliği derinleştirecektir. Sağlık hizmetinin ertelenemez acil bir ihtiyaç olduğu düşünüldüğünde, hizmet farklılaşmasındaki eşitsizliği yaşayan, sağlık ihtiyacından ziyade işletmeye aktaracağı paraya göre davranılan ve/veya prim borcu gibi nedenlerle kendisine hizmet sunulmayan hasta ve hasta yakını ile hizmet sunması yasaklanan sağlık çalışanı arasında yaşanacak çatışma Türkiye sağlık ortamının eskiden temel sorunu olduğu ve ileride daha büyük bir sorun olacağı açıktır.

Kaynaklar

- AKDUR, R. (1998), "Çöl, M. ve Arkadaşları, Halk Sağlığı", **Antıp Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar**: Ankara.
- AKTIN, F. G., (2008), "Sağlık Sektöründe Bilgi Teknolojilerinin Uygulanması: İzmir Örneği", Yüksek Lisans Tezi: İstanbul.
- ATEŞ, H., KIRILMAZ H., AYDIN S. (Editörler): (2007), Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Ankara: Asil Yayın Dağıtım.
- AYDIN, S. (2008), "Sağlıkta Performans: Ne İçin Nereye Kadar" http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performansnereyekadar.pdf
- AYDIN, S. ve DEMİR, M. (2007), Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- AYTAŞ, S. (2006), "Özelleştirme Sürecinde Kamu Personel Yönetiminden İnsan Kaynakları Yönetimine Geçiş ve T.C. Ziraat Bankası Örneği" Ankara: Yüksek Lisans Tezi.
- BALCI, A. ve KIRILMAZ, H. (2005), "Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği", Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması-I, Ed. Ahmet Nohutçu ve Asım Balcı, İstanbul: Beta Yayınları
- BAYRAM, L. (2006), Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Alternatif: "360 Derece Performans Değerlendirme" **Sayıştay Dergisi**, (62) 49.
- BENLİGİRAY, S. (2007), **Ücret Yönetimi**, İstanbul: Beta Yayınları. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin doğrudan e:hizmet alımı yoluyla sunulması ve ücretsiz olması 2007 Sayılı Genelge: http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=525:bcbasamak-hmetler-rets-olmasina-k-genelge&catid=3:teblig Genelge&Itemid=35
- CEYLAN, Z. (2009), "Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme: Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye", **Sayıştay Dergisi Sayıştay Dergisi**, 66, 74-75.
- COŞKUN, S. (2008), Kamu Yönetiminde Yönetişim Yaklaşımı. A. Balcı, A. Nohutçu, N.K. Öztürk, B. Coşkun (Der.) içinde, **Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar** (s. 32-34). Ankara: Seçkin Yayınevi.
- ÇELİK, Y. (2007), Sağlık Çalışanlarının Ödüllendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın (drl.) içinde,

Prim temelli bu sistemin hasta- hekim/ sağlık çalışanı ilişkisinin niteliğini değiştirerek müşteri-satıcı biçimine dönüştüreceği ve dahası geniş toplum kesimlerini derin bir yoksulluğa ve informal alana iteceği öngörülebilir.

- Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 180-190). Ankara: Asil Yayın.
- ERKAN, A. (2011), "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması" **Maliye Dergisi**, 160, 425-430.
- FETTAH, K. ve ŞAHİN, B. (2009), Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasının Hizmet Sunumu Üzerine Etkisi. H. Kırılmaz (Ed), **Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı** (s. 423). Ankara: Turunç Matbaacılık.
- FİŞEK N. (1985), "Halk Sağlığına Giriş, HÜ-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını", Ankara.
- Hekimlerin Değerlendirmesi ile Ek Ödeme (2009). "Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu, Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları
- KESTANE, D. (2003), "Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği", **Maliye Dergisi**, (142),
- KIRILMAZ, H. (Ed.). (2009), Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 1. Ankara: Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- KIRILMAZ, H. (Ed.). (2009), Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 2. Ankara: Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- KIRILMAZ, H. (Ed.). (2009), Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 3. Ankara: Sağlıkta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- KÖSEOĞLU, Ö. (2007), Performans Yönetimi Uygulamalarında Ülke Deneyimleri. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın (Der.) içinde, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 45-72). Ankara: Asil Yayın.
- Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) (2008), Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Sağlık Politikaları ve Ülkemizde Kamu Sağlık Harcamaları Sorunu. <http://www.tepav.org.tr/tur/index.php?type=event&cid=390&title=S>
- ÖZTÜRK R, K. (2007), "Sağlıkta Performansın Performansı" **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 5: 34.
- PAKDİL, F. (2007), Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın, Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi (drl.) içinde, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 114-142). Ankara: Asil Yayın.
- POLATOĞLU, A. (2003), **Kamu Yönetimi Genel İlkeler ve Türkiye Uygulaması**. Ankara: ODTÜ Yayıncılık.
- Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**, (1973), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yayınları, No: 422, Ankara: Ayyıldız Matbaası.
- Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi** (2010), Bilimsel Hakemli Dergi, Ankara: Turunç Matbaacılık, 1.
- SARGUTAN, E. **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**. (2006), Ankara: Hacettepe Yayınları.
- TABUK, (2010), Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Performansa Dayalı Çalışma Uygulanma Öncesi ve Sonrası Dönemlerin Değerlendirilmesi, Ankara, Doktora Tezi.
- TATAR, M. (2007), Sağlık Sisteminin Performansını Ölçme Süreci. H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın (Der.) içinde, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi** (s. 156). Ankara: Asil Yayın.
- Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, (2004), Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı.
- Sağlık Personeli Memnuniyeti Araştırması**, (2010), Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- TORUN, N. (2010), "Türk Sağlık Sektöründe Rekabet Gelişimi Hastanelerin Verimliliği ve Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Türkiye Tabipler Birliği Etik Kurulu, (2009), Hekimlerin Değerlendirilmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. Ankara: TBB. www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2813