

İŞ, GÜÇ ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ VE İNSAN KAYNAKLARI DERGİSİ

CILT:16 - SAYI:4 - YIL:2014

ISSN:2148-9874

	MAKALE ADI	SAYFA
1	IMPACT OF ILO CONVENTION CONCERNING THE PROTECTION OF WAGES NO.95 ON THE TURKISH LABOR LAW - PROF.DR.PİR ALİ KAYA	3-16
2	ÇALIŞMA YAŞAM KALİTESİNİN ÖRGÜTSEL BAĞLILIK DÜZEYİ ÜZERİNE ETKİSİ: BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ - GÜLNUR GÜL, PINAR BOL, NESİLE SELÇUK, DOÇ.DR.AHMET EMİN ERBAYCU	17-30
3	SAĞLIK HİZMETLERİNDE YAŞANAN DÖNÜŞÜM: ESKİŞEHİR ÖRNEĞİ - DR.EMRE KOL	31-57
4	KÜLTÜREL DEĞER ALGILARIN İZLENİM YÖNETİMİ TAKTİKLERİNE ETKİSİ: ALT VE ORTA KADEME YÖNETİCİLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA - DOÇ.DR.HARUN ŞEŞEN, YRD.DOÇ.DR.SEMİH SORAN, YRD.DOÇ.DR.M.ONUR BALKAN	58-70
5	PERAKENDE SEKTÖRÜNDE SENDİKALI VE SENDİKASIZ İŞÇİLERİN ADALET(SİZLİK) ALGILARI VE SENDİKACILIK BAĞLAMINDA BİR TARTIŞMA - DR.SADIK KILIÇ	71-84
6	PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ - YRD. DOÇ. DR. SEBİHA KABLAY	85-110
7	TÜRKİYE'DE ANAKENT YÖNETİMİ: BÜYÜKŞEHİR BELEDİYELERİ İTİBARIYLA SON DURUM - YRD. DOÇ. DR. ALI İHSAN ÖZEROGU	111-122

İş,Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, yılda dört kez yayınlanan hakemli, bilimsel elektronik dergidir. Çalışma hayatına ilişkin makalelere yer verilen derginin temel amacı, belirlenen alanda akademik gelişime ve paylaşıma katkıda bulunmaktadır. İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 'Türkçe' ve 'İngilizce' olarak iki dilde makale yayınlanmaktadır.

Is,Guc The Journal of Industrial Relations and Human Resources is peer-reviewed, quarterly and electronic open sources journal. IsGuc covers all aspects of working life and aims sharing new developments in industrial relations and human resources also adding values on related disciplines. Is,Guc The Journal of Industrial Relations and Human Resources is published Turkish or English language.

Editörler Kurulu / Editorial Board

Aşkın Keser (Uludağ University)

K.Ahmet Sevimli (Uludağ University)

Şenol Baştürk (Uludağ University)

Editör / Editor in Chief

Şenol Baştürk (Uludağ University)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Yrd.Doç.Dr.Zerrin Fırat (Uludağ University)

Prof.Dr.Aşkın Keser (Uludağ University)

Prof.Dr.Ahmet Selamoğlu (Kocaeli University)

Yrd.Doç.Dr.Ahmet Sevimli (Uludağ University)

Doç.Dr.Abdulkadir Şenkal (Kocaeli University)

Doç.Dr.Gözde Yılmaz (Marmara University)

Yrd.Doç.Dr.Dr.Memet Zencirkıran (Uludağ University)

Uluslararası Danışma Kurulu / International Advisory Board

Prof.Dr.Ronald Burke (York University-Kanada)

Assoc.Prof.Dr.Glenn Dawes (James Cook University-Avustralya)

Prof.Dr.Jan Dul (Erasmus University-Hollanda)

Prof.Dr.Alev Efendioğlu (University of San Francisco-ABD)

Prof.Dr.Adrian Furnham (University College London-İngiltere)

Prof.Dr.Alan Geare (University of Otago- Yeni Zelanda)

Prof.Dr. Ricky Griffin (TAMU-Texas A&M University-ABD)

Assoc. Prof. Dr. Diana Lipinskiene (Kaunos University-Litvanya)

Prof.Dr.George Manning (Northern Kentucky University-ABD)

Prof. Dr. William (L.) Murray (University of San Francisco-ABD)

Prof.Dr.Mustafa Özbilgin (Brunel University-UK)

Assoc. Prof. Owen Stanley (James Cook University-Avustralya)

Prof.Dr.Işık Urla Zeytinoğlu (McMaster University-Kanada)

Ulusal Danışma Kurulu / National Advisory Board

Prof.Dr.Yusuf Alper (Uludağ University)

Prof.Dr.Veyssel Bozkurt (İstanbul University)

Prof.Dr.Toker Dereli (Işık University)

Prof.Dr.Nihat Erdoğan (İstanbul Şehir University)

Prof.Dr.Ahmet Makal (Ankara University)

Prof.Dr.Ahmet Selamoğlu (Kocaeli University)

Prof.Dr.Nadir Suğur (Anadolu University)

Prof.Dr.Nursel Telman (Maltepe University)

Prof.Dr.Cavide Uyargil (İstanbul University)

Prof.Dr.Engin Yıldırım (Anayasa Mahkemesi)

Doç.Dr.Arzu Wasti (Sabancı University)

Tarandığı İndeksler/ Indexes



*Dergide yayınlanan yazılardaki görüşler ve bu konudaki sorumluluk yazarlarına aittir.
Yayınlanan eserlerde yer alan tüm içerik kaynak gösterilmeden kullanılamaz.*

*All the opinions written in articles are under responsibilities of the outhors.
The published contents in the articles cannot be used without being cited*

“İşGüç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi - © 2000- 2014

“Is,Guc” The Journal of Industrial Relations and Human Resources - © 2000- 2014



PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ

Yrd.Doç.Dr.Sebiha KABLAY

Ordu Üniversitesi, Ünye İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü

ÖZET

Neoliberal ekonomik politikalar sağlık alanında pek çok yeni uygulamayı da beraberinde getirerek alanı derinden etkilemiştir. Bu etkiyi yaratan başlıca uygulamalardan birisi de bir ücret esnekliği uygulaması olarak “Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi (PDDSP)” ödemesidir. Bu uygulama ile sağlık çalışanlarının ücretleri yapılan hizmetin (muayenelerin, girişimlerin, ameliyatların, tetkiklerin vb.) artışına paralel olarak arttırılmaktadır. Bu çalışmada PDDSP uygulamasının sağlık çalışanlarına ve çalışma iklimine etkisini ortaya koymak amaçlanmaktadır. Araştırmada yöntem olarak nicel araştırma tekniği (soru formu) ve nitel araştırma tekniği (mülakat) birlikte kullanılmıştır. Araştırma girişimsel işlemlerin de yapıldığı bir devlet hastanesinde 160 sağlık çalışanı (doktor, hemşire, yardımcı hizmetli) ile soru formu, 10 sağlık çalışanı (doktor, hemşire) ile de mülakat yapılarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 İstatistik Paket Programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda ücret esnekliği olarak kullanılan PDDSP uygulaması sağlık çalışanları tarafından gelir arttırıcı bir uygulama olarak görülmesine rağmen; özellikle çalışma barışını bozucu, hasta sağlığını ve ülke ekonomisini olumsuz etkileyen bir uygulama olarak değerlendirilmiştir. Çalışanlar aynı birimde rekabetin ve gereksiz işlemlerin artmasından rahatsız olduklarını bildirmişlerdir.

Bu nedenlerle gelir arttırıcı etkisine rağmen uygulamanın kaldırılarak, insan bedenini metalaştırmayan bir ücret sisteminin uygulanması gerektiği ortaya çıkmıştır.

Anahtar Kelimeler: Performansa Dayalı Ödeme Sistemleri, Ücret Esnekliği, Sağlık Çalışanları

ABSTRACT

The neo-liberal economic policies have deeply affected the health care field by bringing many new applications in this field. One of the main applications that create this effect is "Performance-Based Revolving Fund Premium (PBRFP)" as a wage flexibility application. With this application, the wages of health care workers are increased in parallel with the increases of service (examinations, procedures, surgeries, tests, etc.) fees. In this study, it is intended to demonstrate the impact of the PBRFP application on health workers and working climate. In the research, quantitative research techniques (questionnaire) and qualitative research techniques (interviews) were used as a method. The research was performed in a public hospital, where interventional procedures are also applied, with the questionnaires made with 160 healthcare workers (doctors, nurses, assisted service members), and the interviews made with 10 health workers (doctors, nurses). SPSS 16.0 Statistical Package program was used to evaluate the data.

As a result of the research, although the PBRFP application used as a wage flexibility system is seen as a means to improve their wages by health care professionals, it is especially considered as an application disturbing the labor peace and affecting the patient health and economy of the country negatively. The healthcare professionals have reported that they are troubled with the increase in competition and unnecessary operations in the same unit.

For these reasons, despite its effect of increasing wages, it has come into light that the application must be abolished and a wage system which does not commodify the human body should be implemented

Keywords: Pay for Performance (P4P) Systems, Wage Flexibility, Health Workers

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ, SEBİHA KABLAY

GİRİŞ

Emekçilerin yaşamak için yegâne geçim kaynağı olan ücret, farklı perspektiflerle incelenen ve farklı anlamlar yüklenen bir kavramdır. En belirgin farklılık Klasik İktisatçılar ile Marksist yaklaşım arasındadır. Klasik iktisatçılar ücreti üretim sürecine giren bir mal (meta) olarak değerlendirirken Marksist yaklaşım ise doğal ücret ve piyasa ücreti kavramını kullanarak özellikle kapitalist sistemde kar ve ücretler arasındaki çatışmaya dikkat çekmekte ve kavramı “artık değer” üzerinden açıklamaktadır (Kablay, 2011: 50-51).

Aslında kapitalizmin ruhunda olan çıkar farklılıkları üretim sürecinden bölüşüm sürecine toplumsal ilişkilerde sınıfsal ayrımın daha da keskinleşmesine neden olmuştur. Emek ve sermaye olarak temel iki sınıfın oluşmasına neden olan kapitalist üretim sistemi, bölüşüm sürecinde bu iki sınıfın çıkar farklılaşmasını ücret ve karlar üzerinden yaratmaktadır. Emegin karşılığı olarak ifade edilen ücret aslında üretim araçlarını elinde bulunduran sermayenin de ana kaynağını oluşturmaktadır. Emegin yarattığı değer, emegin yeniden üretimi için sadece yeteri kadar olan bir miktarı ücret olarak emekçiye verirken aslında geriye kalan büyük artı değer kar adı altında sermaye sınıfına kalmaktadır (Marx, 1999). Bu nedenle de üretim sürecinin nasıl örgütlendiği özellikle ücretli emek için daha da önemli hale gelmektedir.

Ücret kavramı esas olarak bölüşüm sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Emek değer teorisine göre emekçiler sosyal ürünün tümünü üretmesine rağmen yaratılan değer yalnızca bir bölümünü ücret olarak almaktadırlar. Kalan kısım da artık değer olarak kapitalistlere gitmektedir. Çalışma süresinin uzaması, teknolojideki gelişmeler kapitalistlerin istismar oranını arttırmaktadır. Milli gelirin bölüşümünde de adalet giderek azalmaktadır (Parasız, 1994: 113).

Ücret sistemleri adaletsiz gelir dağılımını arttırırken uygulanan bazı sistemler emekçileri daha fazla üretmeye ve çalışmaya zorlamakta bu da emekçilerin daha fazla sömürülmesine neden olmaktadır. Bu tip ücretlendirmenin başında ise performansa dayalı ücret sistemi gelmektedir. Neoliberal politikalar özellikle 1980’li yıllardan sonra çalışanların verimliliğini arttırma gerekçesi ile bu ücret sisteminin kullanılma sıklığını arttırmış, hatta giderek kamu hizmeti üretilen alanlarda da tercih edilmeye başlanmış, son uygulama alanlarından birisi de sağlık olmuştur. Sistemin sağlık alanında tam da hedeflenen şekilde uygulanması eğitim açısından da benzer uygulamaların hayata geçirilmesini teşvik etmiştir.

Toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi amacıyla üretilen sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ücret sisteminin uygulanması sadece sağlık emekçileri açısından değil, hastalar, sağlık kurumları ve ülke ekonomisi açısından da oldukça önemli değişimleri beraberinde getirmektedir. Performansa dayalı ücret sistemi ücret esnekliği yaratmakta ve sağlığın metalaşmasında ana unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada sağlık alanında ücrette esneklik sağlamak amacıyla kullanılan performansa dayalı döner sermaye primi (PDDSP) uygulamasının sağlık çalışanlarına ve örgüt iklimine etkisi bir alan çalışması ile incelenmeye çalışılmıştır.

1. NEOLİBERALİZM VE PERFORMANSA DAYALI ÜCRETLENDİRME SİSTEMLERİ

Neoliberalizm küreselleşme ile kapitalizmi tüm dünyaya ve sektörlerimize yaymakta, yeniden bir yapılanma sağlamakta kamu yönetimi ve kamu personel rejimini de değiştirmektedir. Yeni kamu işletmeciliği anlayışında özel sektördeki işletmeciliğin kamu sektörüne taşınması “profesyonel yönetim, performans standartları ve ölçümleri, kısıtlı bütçeler, çıktı denetimleri, kaynak kullanımında disiplin, şirket yönetim modelleri, kamu sektöründeki monolitik bürokrasilerin parçalanması, yönetim yetkilerinin desantralizasyonu, yönetim kültürünün değişmesi” gibi yöntemlerle sağlanmakta ve kamu sektörüne piyasa ve rekabet ortamının getirilmesi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bunun için de müşteri/satıcı ayrımı, kamu kesiminde rekabetçi yapıların ön plana geçmesi, kamu hizmeti etiği yerine rekabetçi şirket etiği, işe alma ve ücretlendirmede esnekliğe geçiş, istihdamda belirli süreli sözleşmelere öncelik verme, performansa dayalı ve yerel sözleşmelere geçiş gibi yöntemler kullanılmaktadır (Larbi, 1999: 15-16; akt. Erdoğan, 2005:54). Aslında bu anlayış ile devlet ekonominin yönetimi ve hizmetlerin doğrudan sunucusu olmaktan çıkarılmakta, kamu kesiminin özel sektör ilkelerine göre yönetilmesi amaçlanmaktadır. Bu da her şeyden önce kamunun küçülmesini ve özelleştirmeleri gerekli kılmaktadır. Amaca ulaşmak için kamunun ürettiği hizmetler bölünmekte, bazı alanlar özele bırakılmakta, kamusal mal ve hizmetlerin üretiminin finansmanında özel kaynaklar kullanılmakta, mal ve hizmet sunumu ticarileştirilmektedir. Yeni kamu işletmeciliği anlayışı ile kamu yönetimine işletmecilik anlayışının yanı sıra minimal devlet anlayışı da getirilerek yeni bir kamu hizmeti kavramı yaratılmaktadır (Erdoğan, 2005: 54). Aslında amaç yeni sermaye birikim alanları arayan sermayeye yeni yatırım alanları açmaktır. Kamu küçültülerek ve bu alanlar özele terk edilerek yeni sermaye birikim alanları yaratılmaktadır. Kamunun küçültülemeyen (henüz) kısmı için de reform programları yaratılarak dönüşmesi sağlanmaktadır. Performansa dayalı ödeme sistemleri bu aşamada devreye girmektedir.

Performansa dayalı ücret sistemleri asıl olarak özel sektörün uyguladığı sistemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak özellikle 1980’li yıllardan sonra kamu sektörü yönetimini iyileştirmek için yapılan reformların başlıca araçlarından birisi olmuştur. Kamu sektöründe yönetimi güçlendirmek için hem makro düzeydeki amaçlar hem de kurumsal düzeydeki reformlar ve reorganizasyonu sağlamak için bazı uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Diğer reformlar da mikro düzeydeki amaçları gerçekleştirmede kurumsal performansa önem vermiştir. Bu amaçlar için iki strateji kullanılmıştır. Bu stratejilerden ilki kamu kuruluşlarının her biri için tekil performans özellikleri belirlemektir. Bazı ülkelerde bakanlık bölümleri ile kurumların raporları ve performans sözleşmeleri yoluyla bu gerçekleştirilmiştir. Başka bir strateji de ömür boyu hizmet ve sabit ücretli klasik memur hizmetlerini eleştirmek olmuştur. Geleneksel memur hizmetleri, istihdam sistemi çok sert olduğu ve dolayısıyla personelin farklı performanslarını ödüllendirme konusunda zayıf olduğu için eleştirilmiştir. Bu reform dalgası büyük ölçüde uluslararası bir olgu olup özellikle Anglo-Sakson ve İskandinav ülkelerinde kararlılıkla uygulanmıştır (Ketelaar vd., 2007; akt. Binderkrantz ve Christensen, 2011: 31).

Kamu yönetimi reformlarının merkezi ögesi olan performansa dayalı ödeme sistemleri, kamu kuruluşlarının performansını arttırmak için kurumlara göre ayrı ödeme sistemi önermektedir. Bu reformlardan etkilenen Yeni Kamu İşletmeciliği (New Public Management) anlayışı kamu

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ, SEBİHA KABLAY

kurumlarının özel sektörden ders alması gerektiğini ileri sürmektedir (Binderkrantz ve Christensen, 2011: 50). Uygulama kamu kuruluşlarının performansını artırma amacının yanı sıra bu kuruluşların özel kuruluşlar gibi çalışmasını ve çalışan üzerinde denetim sağlama amacını da gütmektedir.

Yeni kamu yönetimi anlayışının kamu personel politikalarına yansması esnek personel rejiminin gelişmesine de neden olmuştur (Erdoğan, 2005: 56). Kamu hizmetlerinin bir bölümünü oluşturan sağlık alanı da bu değişimden payına düşeni almıştır. Kamu hizmetlerindeki esnekleşme öncelikle kamu hizmetinin ana unsurunu oluşturmayan bazı bölümlerinin (yemek, temizlik, güvenlik vb.) taşeronla devredilmesi ile sağlanmaktadır. Özelleştirmelerle kamu kurumları özelleştirildiğinden kamu görevlisi sayısı da azaltılmakta, bunun yanı sıra kamu hizmetlerinde çalışanların kadrolarında sözleşmeliliğe geçiş sağlamakta ve sürekli ve güvenceli istihdamdan adım adım vazgeçilmektedir. Kamudaki diğer bir esnekleşme uygulaması ise ücretlerde esnekleşmedir. Ücret esnekliği performansa dayalı ödemelerle sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu sistem ile çalışanlar sürekli özendirilmekte daha doğrusu düşük olan ücretleri yükseltmenin tek yolu olduğundan mecbur bırakılmaktadır. Düşük ücret politikaları ile devlet hem kamu maliyesinden kamu çalışanları için daha az pay ayırmakta, hem devlet kurumlarının daha fazla döner sermaye yaratması beklenmekte, hem de çalışanların ücretlerini tek artırma yolu olduğundan bu kişilerin fazla çalışması sağlanmaktadır (Kablay, 2014).

Performansa dayalı ücret sistemleri zaman esasına göre ücret sisteminden farklıdır. Zaman esasına göre ücretlerde kişi ya da sendika ile işveren arasında belirli bir zaman dilimi için ücret belirlenmektedir. Bu ücret çalışanın emeğini işverenin kullanımına sunduğu bir zaman dilimini kapsamakta, genellikle de bu süre zarfında çalışanın bir üretimde bulunmasına bakılmaksızın ücret ödenmektedir. Performansa dayalı ödeme sistemlerinde ise genellikle bu ilke geçerli değildir.

Performansa dayalı bireysel ücret sistemleri kendi içinde parça esaslı teşvik edici ücret sistemleri ve zaman esaslı teşvik edici ücret sistemleri olmak üzere ikiye ayrılabilir. (1) İlk sistemde çalışanın ürettiği parçalar üzerinden ücret hesaplanmakta, zaman dikkate alınmamaktadır. İkinci yöntemde ise çalışanın arttırdığı zaman birimi ya da birim zamanda yaptığı üretim üzerinden ödeme yapılmaktadır (Kaymaz, 2010). Çalışmamızda incelenen PDDSP ise bu iki sisteme bire bir örtüşmemekle birlikte bazı özellikler açısından benzerdir.

Performansa dayalı ücret sistemlerinin işletmeler tarafından tercih edilmesinde çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bunlar; stratejik iş hedeflerine ulaşmak; esneklik sağlayarak maliyetleri düşürmek; verimlilik, kalite, karlılık gibi alanlarda işletmenin performansını yükseltmek; performansı yükselterek çalışanların kazançlarını arttırmak; işgücü maliyetlerini arttırmadan yüksek performanslı çalışanları ödüllendirmek; yetenekli çalışanlar için cazip olmak şeklinde sıralanabilir (Sabuncuoğlu, 2000; akt. Kaymaz, 2010: 79). Ancak performansa dayalı ödeme sistemleri sektörden sektöre ya da firmadan firmaya değişebilmekte, kurumun üretim alanı sistemin içinde değişiklikleri gerekli kılmaktadır. Bu anlamda sağlıkta ödenen PDDSP de kendine has özellikleri ve hesaplama yöntemi olan bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır.

(1) Ücret sistemleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi için Kaymaz'a (2010) bakılabilir.

2. SAĞLIKTA PERFORMANSA DAYALI ÜCRETLENDİRME SİSTEMİNİN İLKELERİ VE GEÇMİŞİ

Zencir (2009) kapitalizm için sağlık hizmetlerinin üç önemli işlevi olduğunu belirtmektedir. Bunlar “emeğin yeniden metalaşması/üretimi, siyasi işlevleri (ulusun inşa süreci ve hegemonyanın kurulması) ve sermaye birikimine katkıdır”. Bu üç amaç tarihsel süreçte değişmiştir. Kapitalizmin erken dönemlerinde ulusun inşası ve emeğin yeniden üretimi ön plandayken, sınıf mücadelelerinin arttığı dönemlerde toplumsal hegemonyanın kurulması amacı ön plana geçmiştir. Neoliberal dönemde ise artık sağlık hizmetlerinin sermaye birikimine katkısı ön plana geçerek, kapitalist sömürünün derinleşmesinde önemli rol oynamaktadır.

Mancillas (2008) sağlıklı yaşam hakkının garanti altına alınması ile gereksinimi olan herkes için sağlık hizmetlerine evrensel erişimin sağlanmasını geçtiğimiz yüzyılda toplumlar adına elde edilen önemli kazanımlar olarak belirlemektedir. Hastalıklarla savaşarak insanların yaşam süresini ve kalitesini iyileştirme konusunda kaydedilen ilerlemeyi de sendikal mücadele ile açıklamaktadır. Bu mücadelelerle öncelikle çalışanlar için daha iyi gelir ve iyileştirilmiş yaşam ve çalışma koşulları yaratılarak temel sağlık belirleyicileri iyileştirilmiştir. Diğer yandan da pek çok hastalığı kontrol altına alan kamu sağlığı sistemleri kurulmuştur. Ancak tüm bu kazanımlar kamu hizmetlerinin ticarileşmesini amaçlayan girişimlerle saldırıya uğramıştır. Bu girişimler kamu hizmetleri üzerinde baskı yaratarak özellikle de IMF, Dünya Bankası gibi uluslararası finans kuruluşları aracılığıyla uygulama konusunda hükümetlere baskı yaratmıştır. Kamu harcamalarının kısılmasını içeren bu politikalar kamu çalışanlarının sayısının azaltılmasına ve özelleştirmelerin yaygınlaşmasına neden olmuştur. Bu politikalar sağlık alanına da bazen şekil değiştirerek uygulanmaktadır. Özellikle ilaç ve tıbbi teknolojilerin fiyatlarında kontrolsüz artış sağlık sistemleri üzerinde baskı yaratmaktadır. Ancak kamu baskısı nedeniyle doğrudan özelleştirmeye gidilemeyen bu alanda öncelikle hizmetin bazı alanları (idare, laboratuvar ve tanılama hizmetleri, temizlik, yiyecek, tesis yönetimi vb.) taşeronla verilerek politikalar uygulamaya konulmuştur (Mancillas, 2008: 143-144).

Uluslararası alanda sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini geliştirmek amacıyla performansa dayalı ücretlendirmeye ilgi artmaktadır. Bu programların yayılmasına rağmen kullanımını destekleyen kanıtlar hala yeterli değildir. Bunun nedenlerinden birisi performansa dayalı ücretlendirme sistemleri arasındaki farktır. Güncel teşvik programları arasındaki farklar kullanılan ölçücülerin tipi ve büyüklüğünden, profesyonel standartlardan ve klinik bakım, hasta muayenesi ve bakım organizasyonu gibi kalite alanlarından kaynaklanmaktadır. Teşvikin büyüklüğü ve performansa dayalı ödemedeki değerlendirme biriminin bunlardan etkilenmesi de diğer bir nedeni oluşturmaktadır. Performansa dayalı ödeme sisteminin tasarımında üç temel çerçeve kullanılabilir. Bunlar performans ölçümü, değerlendirme ve geri ödeme. Performans ölçümünde hedef grubun hassasiyetleri nedeniyle geçerli ve güvenilir göstergeler bulunmalıdır. Sistemde değerlendirme birimi performans standartlarını belirlerken aynı zamanda verilerin analizini yapan ve yorumlayan bir konumdadır. Bu analizlerin temelinde ve verilerin yorumlanması ile ancak bir geri ödeme sistemi kurulabilir. Günümüzde kullanılan bu sistemin diğer bir dikkat çekici özelliği ise çoğunlukla tasarım ve uygulamasının politikacılar ve yöneticiler tarafından yukardan aşağıya yapılmasıdır (Kirschner vd., 2012: 13-14).

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ, SEBİHA KABLAY

Türkiye’de 2003 yılından itibaren “Sağlıkta Dönüşüm Programı” denilen reform programı sağlık alanını yeniden yapılandırılmaktadır. Bu reform programında kamunun sağlık alanındaki rolü azaltılarak, piyasaya açılmakta; sistem özel sektör yatırımlarını teşvik eden, karlılık ve verimliliği esas alan bir yapıya dönüştürülmektedir. Sağlık hizmetlerindeki düşük kalite ve verimsizlik bu alanda neoliberal politikaların uygulanmasına gerekçe olarak gösterilmektedir. Dönüşüm programında sağlık çalışanlarının özellikle de hekimlerin desteğini almak, motivasyonunu yükseltmek amacıyla “performans” denilen hizmet başına ödeme sistemine geçilmiştir (Elbek, 2010: 433). Sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasının bir görüntüsü olarak uygulanan PDDSP ücret sistemlerinin değişmesine neden olarak zamana dayalı ücret sistemi yerine performansa dayalı “daha doğrusu parça başı ücret”e geçilmektedir (Kablay, 2011: 66).

Döner sermaye uygulaması aslında sağlıkta özelleştirmenin önemli bir parçasını da oluşturmaktadır. Bu özelleştirme yöntemi ile yurttaşlardan çok az katkı payı alınırken “asıl amaç büyük çoğunluğu sosyal güvenlik kuruluşlarından gelen paranın özgürce harcanması, kaynakların bir kez daha özel sektöre aktarılmasıdır” (Pala, 2005:72).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurumlarda döner sermaye uygulaması ilk olarak 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı Yasa ile başlamış, Yasa’da 1975, 1983 ve 2001 yıllarında yapılan değişikliklerle uygulamaya devam edilmiştir (Pala, 2005: 72). Döner sermaye uygulamasının yasal temelleri daha eskilere dayansa da performansa dayalı olarak prim ödeme sistemi 2004 tarihlidir. 2004 Mali Yılı Bütçe Kanununa dayalı olarak çıkarılan iki yönerge ile 01.01.2004 tarihinden itibaren PDDSP yürürlüğe konulmuş ancak bütçe kanununa dayanılarak bu düzenlemenin yapılamayacağı gerekçesiyle 209 sayılı yasa değiştirilerek 07.03.2006 tarihinde gerçek anlamda uygulanmaya başlanmıştır. Ancak ilk uygulamalarda ödemeler kıdem ve unvana göre yapılırken zamanla puan hesabına geçilmiş, hekimlerin klinik veya hastaneye kazandırdığı para dikkate alınarak dağıtım yapılmıştır (Nesanır, 2007: 275).

PDDSP’nin ödenmesinde bazı ölçütler oluşturulmuştur. Bu ölçütlerden ilki kurumun ödeme için ayıracağı miktarın kurumun gelirinin %40’ını geçemeyeceğidir. Diğer bir ölçüt çalışanların alacağı ödemenin bir tavanı olmasıdır. Bu tavan sağlık çalışanları açısından farklılaşmaktadır. Bazı gruplar için tavan maaşın 7 katına kadar ulaşırken bazıları için tavanın daha düşük olduğu görülmektedir. Bir diğer ölçüt ise sağlık kurumunun kurumsal performansdır. Bu performansın belirlenmesinde de dikkate alınan bazı ölçütler vardır. Bunlardan bazıları; muayene odalarına erişim, hastane alt yapısı ve süreç, iç ve dış müşterinin memnuniyeti, kurumsal üretkenlik (yatak doluluk oranı, ortalama yatış süresi), tam zamanlı çalışan doktorların (uzmanların) oranı, kurumsal hedefler, elde edilen puanlardır. Bunlar dışında bir diğer ölçüt personelin kişisel işlem puanı, unvan katsayısı (her meslek grubunda ve bu grupların içinde her unvanda farklılaşmaktadır), çalışılan gün sayısı ve çalışma biçimidir (tam veya yarı zamanlı) (Elbek, 2010: 434). Özellikle birimlerde (yoğun bakım, ameliyathane, enfeksiyon riski olan bölümler vb.) çalışanlarına farklı oran uygulanarak servis ve poliklinik çalışanlarından daha fazla prim alması sağlanmaktadır. Ancak çoğu zaman poliklinik ve servislerde çalışan sağlık personelinin kıdemine fazla olmasına bağlı olarak ücretleri de arttığından döner sermaye priminin düşük ödendiği kurumlarda bu ödemelerde çok büyük farklılıklar ortaya çıkmamaktadır.

Sağlık kuruluşları çalışanlarına dağıtacakları döner sermayeyi belirlerken elde edilen gelirin tamamını dağıtmamaktadır. Kurumun gelir-gider dengesi, borçlanma, nakit durumu ve gereksinimlerini de göz önünde bulundurmak zorundadırlar ve çalışanlara döner sermaye dağıtılabilmesi için kuruluşun kar etmesi şarttır. Ödemelerin sürekliliği ve kesinliği yoktur. Kişinin çalışması durumunda bu ödeme ancak tam yapılır. Yani “kazanılmış hak değildir”. Ayrıca mevzuatla belirlenen miktarlar “tavan” olduğundan kurumun bu miktarın altında ödeme yapma konusunda yetkisi vardır (Nesanır, 2007: 275).

Performans sistemi özellikle performans skorlarını (puanlarını) belirleyebilen hekimlerin sistemde belirleyiciliğini arttırmakta, gelirlerini arttırmak için sistemde rekabete dayalı çalışma teşvik edilmektedir. Bu durum hem hekimlerin hem de diğer sağlık emekçilerinin daha fazla çalışmasına neden olmaktadır. Hatta eski uygulamada yıllık izin, rapor alma durumlarında döner sermaye kesildiğinden çalışanların bu haklardan vazgeçebildikleri görülmekteydi (Kablay, 2011: 66). PDDSP çalışanlar arasında iş barışının bozulmasına ve sağlık hizmetlerinin doğasına aykırı bir şekilde “rekabet” kavramının öne çıkmasına neden olmuştur. Ayrıca bu uygulama ile teknoloji odaklı tıbbi hizmet anlayışı güçlenmiş, tetkik sayıları artmış ve cerrahi endikasyonların yapısı da değişmiştir. Yüksek puanlı işlemler tercih edilirken daha az puanlı işlemler geri plana itilmektedir. Sistemdeki başlıca değişim noktalarını Pala şu şekilde sıralamaktadır; daha fazla kişinin muayene edilmesi, daha fazla ilaç reçete edilip tüketilmesi, daha fazla kişiye girişim (ameliyat vb.) yapılması, daha fazla tetkik yapılması, puanı yüksek olan işlemler diğerlerine tercih edilmesi, hastanelerde ileri teknoloji yatırımlarının arttırılması, sağlık ocaklarının da teknolojisi hızla yenilenmesi ve sağlık çalışanları arasındaki rekabetin çalışma barışının bozulmasıdır (2005:74). Sağlık hizmeti üreten kurumlar döner sermaye aracılığıyla hastaya yapılan her işi sosyal güvenlik kuruluşuna fatura ettiğinden sistem hekim çıkarına bir mekanizma yaratmıştır. Uygulamada sağlık kuruluşları gelirlerini arttırmak için yaptıkları işlemleri arttırma gereksimi hissetmektedir (Nesanır, 2007: 275).

PDDSP hekimin hizmet başı her işleminin ücretlendirilmesidir. Bu uygulama ile üretilen hizmet karşılığı ek ücret alınacak olmasının personelin motivasyonunu arttıracığı, hekim seçme hakkı, nitelikli ve verimli hizmet ile de sağlık hizmeti alanların da hoşnutluğunun artacağı düşünülmektedir. Ancak diğer basamaklara sevk azaltılması, motivasyonun arttırılması gibi avantajlara vurgu yapılırken aşırı maliyet artışı, ekip çalışmasını zayıflatması, gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarının düzeyinin yükselmesi, yönetim maliyetlerinin yüksek olması ve coğrafik olarak dağılımın dengesiz olması gibi dezavantajları (Nesanır, 2007: 277-278) gözardı edilmektedir.

PDDSP'nin belirlenmesinde esas alınan ölçütlerin çalışanların (hekim temelli olduğu için özellikle hekimlerin) tüm performansını ölçtüğü de iddia edilemez. Uygulama özellikle hekimlerin “iletişim becerisi, tıbbi bilgi düzeyi, araştırma yapabilmesi, klinik becerisi, veri-dosya tutma konusundaki titizliği, tedavi yeteneği, eğitim becerisi” gibi kimi becerilerini ölçmekten uzaktır (Elbek, 2010:434-435). Diğer sağlık personelinin ise yaptıkları işler sistemde hiç gözükmemekte yani ölçütlerin dışında tutulmaktadır. Bu durumda sağlık alanında sadece üretici gücün hekimler olduğu gibi bir yanığı da yaratmaktadır.

Belirsizliklerle dolu, kırılğan ve karmaşık ve dış etkilere açık yapıdaki sağlık hizmetlerinin; para, rekabet, yasal güvence eksikliği, kariyer hırsı ve bilinçli ya da bilinçsiz tıbbi kararlardan etkilenme

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ, SEBİHA KABLAY

olasılığı artmaktadır. Pek çok hekim ve sağlık emekçisi piyasanın baskısı ile hastaların gerçek gereksinimleri arasında çelişkide kalmaktadır (Kablay vd., 2012: 76).

PDDSP ile sağlık kurumlarındaki poliklinik muayene oranları, hasta yatış oranları, hasta taburcu oranları, daha fazla kazanç sağlayacak tetkiklerin yapılma oranları artmıştır. Hastalar açısından bu memnuniyet vericidir, çünkü hekime ulaşamayan hastalar hekime hemen ulaşmakta, pek çok tetkik, hatta ameliyat yaptırabilmektedir. Ancak hastalara bu işlemlerin yapılmasının gerekli olup olmadığı hiç sorgulanmamaktadır. Ayrıca puan düzeyleri daha düşük olan bölümlerin yatak sayılarının azaltılması medikal tedavi görmesi gereken hastalar açısından sorun yaratmaktadır (Elbek, 2010, 439-442).

Bireysel performansa ve rekabete dayanan ücret sistemi hem çalışanlar arasındaki dayanışmayı kırmakta, hem de çalışanları atomize ederek birbirlerine ve işe yabancılaştırmaktadır. Ayrıca temel ücrette bir gelişme sağlanmadığı için emeklilikte yoksulluğa neden olmaktadır. Ücretlerin düzeyinin düşük olması çalışanların birbiriyle yarışmasına neden olmakta, yarışma ve rekabet mantığı ise hizmetten yararlananları müşteriye dönüştürmektedir (Sarı, 2009:119).

Weibel ve arkadaşları (2009) kamu kurumlarında performansa dayalı ödemenin performans üzerine negatif veya pozitif etkisini incelemişler, kamu sektörünün sahip olduğu bazı spesifik özellikler nedeniyle performansa dayalı ödeme sisteminin saf bir şekilde uygulanmasının kısıtlanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Çalışmada bazen performansa dayalı ödeme sisteminin personelin çabalarını olumsuz etkilediği ortaya konmuştur. Yaptıkları deneysel bir çalışma ile performansa dayalı ödeme sisteminin motivasyon üzerinde önemli etki yaratması olası çıkmıştır. Ancak bu ödeme sisteminin genellikle daha pahalı maliyetler ürettiği de tespit edilmiştir. Kamu kuruluşlarında etkin ve verimli teşvik sistemleri örgütsel bağlamda etkisiz hatta organizasyonel bağlamda verimsiz de olabilmektedir (Chenhall, 2003; akt. Weibel vd., 2009).

Farklı ülkelerde yapılan bazı araştırmalarda performansa dayalı ödemenin (bu ödeme liyakata dayalı ödeme olarak da adlandırılmaktadır) hastane personelini motive ettiği, hizmetlerinin ve mesleki faaliyetlerinin karşılığının ödenmesinde yöntemin bir araç olarak kullanılmasının adaletli olduğu ve performansların değerlendirilmesinde hastane yöneticisinin tek yetkili olmasının uygun olduğu bulunmuştur (Mohammadi vd., 2011).

ABD'de 2003-2005 tarihleri arasında Nicholas ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada performansa dayalı ödeme sisteminin hastanelerde zor görevlerle ilişkili kolay görevlerde, puanları geliştirmek için harcanan çabayı arttırıp arttırmadığı incelenmiştir. Performansa dayalı ödeme sisteminin hastanelerde tercihen kalp yetmezliği ve pnömoni (zatürre) hastaların kolay işlemlerinde harcanan çabayı arttırmadığı buna karşılık kalp krizi gibi hastalıklarda kolay görevlerdeki çabayı çok fazla arttırdığı bulunmuş, ancak bunun bakımdaki kolay süreçlerle ve zor görevlerden uzaklıkla ilişkili olduğu sistematik olarak kanıtlanamamıştır. Çalışmada hastanelerde performansı arttırmak için performansa dayalı ödeme sistemlerinin uygulanmasının uygunluğu kanıtlanamamış, bu hastanelerde alternatif teşvik yapılarının motivasyonu arttırabileceği ileri sürülmüştür (Nicholas vd., 2011).

Jamil ve Raja tarafından İKY'nin (İnsan Kaynakları Yönetimi) tazminat (ücret), performans değerlendirme ve teşvik (promotion) uygulamalarının Pakistan'daki özel ve kamu kuruluşlarında çalışanların performansı üzerine etkisini incelemek üzere bir araştırma yapılmıştır. Araştırmada tazminat (ücret) ve performans değerlendirme uygulamalarının hem kamu hem de özel sektörde çalışanların performansları üzerinde anlamlı ve pozitif etkisinin olduğu bulunmuştur. Diğer yandan teşvik uygulamalarının her iki sektör kuruluşlarında çalışanların performansı üzerine önemsiz etkisi olduğu bulunmuştur. Ekonomik büyüme hızının düşük ve durgunluğun hakim olduğu Pakistan'da tazminat sadece ortalama ücret olmayıp farklı yollarla elde edilen gelirler de buna dahildir. Teşvik uygulamalarının önemsiz bulunmasının nedeni ise hem kamu hem de özel sektörde çalışanların performansları ile direkt ilgili olmamasına bağlanmıştır. Teşviklerde çoğunlukla bir ölçüt veya liyakate uyulmamaktadır (Jamil ve Raja, 2011). Performansa dayalı ödeme sistemlerinin sağlık alanında uygulanmasının başarısı değişik kültürlerde farklılaşmaktadır.

Neoliberal politikaların sağlık çalışanları üzerinde çeşitli olumsuz etkileri vardır. Öncelikle sağlık çalışanları özelleştirmeler, taşeronlaşma gibi uygulamalar nedeniyle işlerini kaybetmekte; işlerini kaybetmeyenlerse daha kötü istihdam şartlarında çalışmaya başlamaktadırlar. "Kısa süreli çalışma, ücret düzeylerinde düşme, iş yüklerinin artması, çalışma koşullarının kötüleşmesi" bu etkilerden sadece birkaçıdır (Mancillas, 2008: 145).

Sağlık ya da hastalık kimi özellikleri nedeniyle meta şekline dönüştürülemez. Şöyle ki sağlık varoluşla ilgili bir mal ve sosyal bir gereksinimdir. Hizmetin organizasyonu piyasa tarafından belirlenen amaç ve çıkarlara değil bu gereksinime dayanmaktadır. Ayrıca birey diğer tüketim ürünlerindeki gibi bu ürünü kullanmamaya karar veremez. Örneğin hastaliksız olmaya karar vermekle hastaliksız olunmaz. Sağlık hizmetlerinin ne zaman verileceği belirsizdir. Yakalanılan hastalık, hastalığın tedavi süresi ve zamanlama konusunda hastanın belirleyiciliği çoğu zaman yoktur. Hastanın tıbbi yardım alma talebi ancak bir uzmanın görüşünden sonra belirginleşir. Tıp profesyonellerinin endikasyon koyma konusunda karar yetkileri oldukça geniştir. Tüm bu nedenlerle hasta kamusal açıdan korunmalı hizmetin sunulması arz talep koşullarına bırakılmamalıdır (Deppe, 2008: 129-131).

Performansa dayalı ücret ile sağlık emekçilerin (özellikle hekimlerin) önemli (ve güçlü) kısmının desteği alınırken sağlık emekçileri arasındaki rekabet ve parçalanma güçlenmektedir. Aynı klinikte çalışan uzman hekimler (üniversitelerde akademisyenler) arasındaki rekabet tüm çalışanlara yayılmaktadır. Bu da sağlık kurumunda çok tabakalı bir yapı oluşmasına neden olmaktadır. Farklı istihdam biçimleri de bu yapıyı güçlendirmektedir (Zencir, 2009:185). Sağlık bir ekip işi olmasına rağmen hekim her yaptığı iş için performans ücreti alırken diğer ekip çalışanlarının tavan primlerini geçmemesi, eskisinden daha fazla çalışmaları ekip içindeki çalışma barışının bozulmasını hızlandırmaktadır (Kablay vd., 2012: 76-77).

Hamzaoğlu'nun da (2007) belirttiği gibi sağlık hizmetlerinin sadece hastalıklar ortaya çıktığında kullanılıyor görünmesi oldukça aldatıcıdır. Bu hizmetlerin sunumunda öncelik aslında hastaları iyileştirmek değil "sağlığın geliştirilmesi ve korunması ile hasta olmayan yani sağlıklılardır". Çalışma ve yaşam koşulları dahil pek çok durum sağlığı etkilediğinden sağlığı geliştirme ve koruma çevre ve

kişi birbirinden koparılmadan yapılmalıdır. Ancak özellikle uygulanan bu ücret sistemi ile sağlığın geliştirilmesi bir yana sağlığın zarar görmesi büyük olasılıktır.

Sistemin bir denetim mekanizmasının olmaması en önemli sakıncalardan birisini oluşturmaktadır. İşlemlerin “endikasyonların” sorgulanmasına yönelik ciddi bir denetim mekanizması yoktur. Hekimin etik düşünüp düşünmemesi ve vicdanı neredeyse tek denetim mekanizmasıdır. Aslında PDDSP uygulamasında bir denetim organı vardır. Ancak bu organda görev yapanlar da o kurumda hekim olarak çalışan kişiler olduğundan sistemi ne kadar denetleyebilecekleri şüphe yaratmaktadır (Kablay vd., 2012: 77).

3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ HAKKINDA BİR ALAN ARAŞTIRMASI

3.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi

Bu çalışmada sağlık alanında kullanılan PDDSP uygulamasının sağlık çalışanları ve örgüt iklimine etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada 160 sağlık çalışanı (doktor, hemşire ve yardımcı hizmetli) ile anket, 10 sağlık çalışanı (doktor ve hemşire) ile de derinlemesine görüşme yapılmıştır. Araştırma Ankara’da aynı zamanda eğitim ve araştırma hastanesi de olan üçüncü basamak bir devlet hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın Ankara ilinde yapılmasının nedeni özellikle metropol kentlerde çalışan sağlık personeli sayısının fazla olması, Bakanlığın kararlarının başkent olması dolayısıyla bu kentte öncelikle uygulanması, siyasi etkiye daha fazla açık olması ve muayene, tetkik gibi işlemlerin yanı sıra girişimsel işlemlerin de sıklıkla yapılması, hatta bu işlemlerin yapılabilmesi için çevre veya uzak illerden hasta naklinin yoğun olmasıdır. Üçüncü basamak bir hastanenin seçilmesindeki ana amaç özellikle bu seviyedeki hastanelerde girişimsel işlemlerin yoğun yapılması ve PDDSP sisteminde girişimsel işlemlerin (2) önemli puanlara sahip olmasıdır. Seçilen hastane bu işlemlerin oldukça yoğun yapıldığı yakın zamana kadar Ankara’daki neredeyse tek devlet hastanesidir ve hatta hastane yöneticileri tarafından da “Sağlık İşletmesi” olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık alanında pek çok meslek grubu hizmet vermesine rağmen çalışmada sadece üç meslek grubunun örnekleme alınmasının nedeni ise bu meslek gruplarının, mesleki, eğitim, gelir ve kültürel açıdan birbirinden farklı üç meslek grubu olması ve sağlık çalışanları arasında en büyük popülasyona sahip olmalarıdır. PDDSP sisteminin özellikle hekim emeğini esas alarak belirlenmesi, puanların, ücretlerin hesaplanmasında hekimlerin performansının temel alınması, ancak ekip işi olarak üretilen sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez üyeleri hemşireler ve hizmetlilerin de sistemde önemli yeri bu grupların çalışmaya dahil edilmesine neden olmuştur. Hekimin performansını yerine getirirken hemşire ya da hizmetlinin emeğinden yararlanmaması pek çok alanda (hele de girişimsel işlemlerin yapıldığı) mümkün değildir. Her ne kadar işin puanı hekime yazılsa da hemşire ve personel görülmeyen emekleri ile sistemde yer alırlar.

(2) Ücret sistemleri ile ilgili daha ayrıntılı bilgi için Kaymaz’a (2010) bakılabilir.

Uygulanan anket ile çalışanların sosyo-demografik, mesleki özelliklerinin yanı sıra PDDSP'nin kendilerine ve topluma etkisine ilişkin düşünceleri elde edilmeye çalışılmış, derinlemesine görüşmelerle de sisteme ilişkin olumlu veya olumsuz düşünceler irdelenmiştir. Ayrıca bu sistemin çalışanlara, hastalara, örgüt iklimine ve ülke ekonomisine etkisi sağlık çalışanlarının gözünden öğrenilmeye çalışılmıştır. Veriler SPSS 16. Paket Programı kullanılarak frekans tabloları ve Ki-kare testi ile analiz edilmiştir.

3.2. Bulgular

Araştırmada aşağıda paylaşılan bilgilerin yanı sıra çalışmanın hacmi açısından yer verilemeyen pek çok bilgiye de ulaşılmıştır. Sağlık emekçilerinin temel bazı özellikleri ve düşünceleri frekans tabloları ile aktarılmıştır. Çalışanların sosyo-demografik özellikleri; mesleki ve istihdam özellikleri; sosyal hayat ve bireysel zaman kullanmaya ilişkin tercihleri; gelir ve mülkiyet durumları ile PDDSP hakkındaki düşünceleri olmak üzere veriler sınıflanmış ve analizler gerçekleştirilmiştir.

3.2.1.Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmada 160 sağlık çalışanı ile anket yapılmıştır. Tablo 1'de de görüldüğü gibi anket yapılanların %55,9'u kadın, %43,1'i ise erkeklerden oluşmaktadır. Çalışanların yaşları 18 ile 52 arasında değişmekte olup yaş olarak en kalabalık grupları 28-32 yaş (%35), 33-37 yaş (%31), 38-42 yaş (%31) oluşturmaktadır. Çalışmaya katılanların büyük bölümü evli olup oranları %68,1'dir. Bu durum çalışmaya katılanların genel olarak orta yaş grubunda olması ile örtüşmektedir. Çalışmaya katılanların %56,9'unun çocuğu bulunmaktadır.

(2) Girişimsel işlem ile kastedilen sadece hastayı muayene ve basit tetkikler değil, hastanın bedeninde işlem yapılarak gerçekleştirilen işlemlerdir. Bu işlemlere örnek olarak ameliyatlara, endoskopi, kolonoskopi, ERCP, koroner angio gibi işlemler verilebilir.

Çalışmada anketlerin yanı sıra 10 sağlık emekçisi ile de derinlemesine görüşme yapılmıştır. Bu çalışanlardan 5'i hekim 5'i ise hemşiredir. Yardımcı hizmetlilerin pek çoğunun taşeron firma işçisi olup PDDSP almadıklarından bu gurutpan kimse ile derinlemesine görüşme yapılmamıştır. Görüşme yapılan hekimlerin yaş aralığı 30 ile 44 arasında olup hizmet yılları da 5 ile 21 yıl arasında değişmektedir. PDDSP'de özellikle uzmanların yarattığı değer üzerinden prim belirlendiğinden tüm görüşmeler uzmanlarla yapılmış, ancak anketler yapılırken asistan hekimlerden de konuyla ilgili ayrıntılı bilgi edinilmiş, yaşadıkları sorunlar öğrenilmiştir.

Görüşme yapılan hemşirelerin ise yaşları 37 ile 48 arasında olup hizmet yılları 18 ile 25 yıl arasında değişmektedir. Görüşmeye katılan hemşirelerin tümünün eğitim durumu lisans ve lisansüstüdür. Görüşme yapılan hemşirelerde yaşın yüksek tercih edilmesinin nedeni bu çalışanların daha önceki döner sermaye uygulamalarını da bilmeleri ve günümüzde uygulanan sistemle karşılaştırma yapabilme olanağına sahip olmalarıdır.

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	91	56,9
Erkek	69	43,1
Yaş		
18-22	1	0,6
23-27	24	15,0
28-32	56	35,0
33-37	31	19,4
38-42	31	19,4
43-47	15	9,4
48-52	2	1,3
Medeni Durum		
Evli	109	68,1
Bekar	43	26,9
Boşanmış	6	3,8
Dul	2	1,3
Çocuk Sahibi Olma		
Çocuk sahibi	91	56,9
Çocuğu Yok	69	43,1

3.2.2. Çalışmaya Katılanların Mesleki ve İstihdam Özellikleri

Tablo 2a'da da görüldüğü gibi çalışmaya katılanların % 36,3'ü hekim, %39,4'ü hemşire, %24,4'ü ise yardımcı hizmetlidir. Çalışanların büyük bölümü (%86,3) hastanede çalışan konumunda olup %13,8'i hastane veya biriminde yönetici durumundadır. Bu durum hastanenin organizasyon şemasına da uygundur. Yardımcı hizmetlilerin hiç biri yönetici konumunda olmayıp hastanenin bazı seçimle oluşturulan yapılarında da taşeron işçilere yer verilmediğinden yönetici konumunda olan yardımcı hizmetli bulunmamaktadır. Hemşireler açısından ise mesleki bir gerçeklik bulunmaktadır. Hemşirelerin yönetici olarak bulunabilecekleri kadrolar sadece servis sorumluluğu, başhemşire yardımcılığı ve başhemşirelik olup bu kadroların sayısı da oldukça azdır. (3) Hekimlerden de çalışmaya katılan yönetici konumdakiler klinik şef ve şef yardımcılarıdır.

Çalışanların mesleği seçmekteki ilk beş neden; iş bulma kolaylığı (%41,3), toplumsal saygınlık (%23,8), aile isteği (%13,1) ve mesleki doyumdur (% 6,9). Mesleği seçme nedenleri ile meslek kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup ($p=0,00 < 0,05$) hekimlerin mesleği seçmedeki en önemli nedeni toplumsal saygınlık (%21,5) iken, hemşirelerde (%24,7) ve yardımcı hizmetlilerde (%12) iş bulma kolaylığıdır.

(3) Çalışma yapıldığı dönemde Kamu Hastane Birliklerine geçilmediğinden o dönemin kavramları kullanılmıştır.

Tablo 2a: Sağlık Çalışanlarının Mesleki ve İstihdam Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Meslek		
Hekim	58	36,3
Hemşire/Sağlık Memuru	63	39,4
Yardımcı Hizmetli/personel	39	24,4
Meslekte Çalışma Süresi		
İlk Bir yıl	14	8,8
2-6	52	32,5
7-11	33	20,6
12-16	21	13,1
17-21	28	17,5
22-26	10	6,3
27-31	2	1,3
Kadro Durumu		
Memur (4A)	99	61,9
4B	33	20,6
İşçi	4	2,5
Taçeron firma işçisi	24	15,0
İsteki Konum		
Çalışan	138	86,3
Yönetici (Hastane/bölüm)	22	13,8
Mesleği Seçme Nedeni (İlk 5 Neden)		
İş Bulma Kolaylığı	66	41,3
Toplumsal Saygınlık	38	23,8
Ailenin İsteği	21	13,1
Sınav Sonucu Kazanma	13	8,1
Mesleki Doyum/Bireysel Tercih	11	6,9
Mesleki Doyum		
Sağlıyorum	66	41,3
Sağlamıyorum	94	58,8

Çalışanların %58,8'i mesleki doyum sağlamadığını ifade etmektedir. Oysaki Tablo 2a'da da görüldüğü gibi mesleki doyum sağlama çalışanlar açısından en önemli mesleği seçme nedenleri arasında yer almaktadır.

Mesleki doyumun düşük olmasının nedenlerini anlamak için hem meslekteki hem de işyerindeki en önemli sıkıntı sorulmuştur. Her iki durumda da en önemli sıkıntıların başında Tablo 2b'de de görüldüğü gibi iş yoğunluğu gelmektedir. Ancak mesleki sıkıntılara bakıldığında iş yoğunluğunun (%18,8) yanı sıra, mesleki saygınlığın düşük olması (13,1), çalışma süresi/icap uygulamaları (%9,4), maddi manevi tatminsizlik/bilimsel çalışmama (%8,8), görev tanımlarının olmaması/uzmanlaşmama (%8,8) gibi mesleğin yapısı ile ilgili sorunlar dile getirilmiştir. İşyerindeki sıkıntılarda ise genellikle kurumun yapısı ile ilgili sorunlar öne çıkmıştır. Hastanenin özellikle bakanlığa yakın olması; yönetimin, bazen de siyasilerin, hasta takibi konusunda çalışanlara etki etmesi en önemli (%16,9) işyeri sıkıntısıdır. Bunu sırasıyla iş yoğunluğu (%15), personel yetersizliği (%13,1), fiziki şartların yetersizliği (%11,3) gibi sorunlar izlemektedir.

**PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK
ÇALIŞANLARINA ETKİSİ,
SEBİHA KABLAY**

Tablo 2b: İşyeri ve Mesleğe İlişkin Sıkıntılar

Hissedilen En Önemli Mesleki Sıkıntı (İlk 5 Neden)	Frekans	Yüzde
İşin Yoğunluğu	30	18,8
Mesleki Saygınlığın Düşük Olması	21	13,1
Çalışma Süresi/Nöbet/İcap Uygulamaları	15	9,4
Maddi manevi tatminsizlik/bilimsel çalışamama	14	8,8
Görev Tanımlarının olmaması/Uzmanlaşamama	14	8,8
Sıkıntım Yok	7	4,4
İşyerindeki En Önemli Sıkıntı (İlk 5 Neden)		
Yönetsel/Siyasal Etkiye Maruz Kalma	27	16,9
İşin Yoğunluğu	24	15,0
Personel Yetersizliği	21	13,1
Fiziki Şartların Yetersizliği	18	11,3
Sıkıntım Yok	18	11,3

Neoliberal politikaların özellikle büyük kentlerde sağlık çalışanlarını sıkıştıran yapısı ve gerek siyasilerin gerekse de yöneticilerin çalışanlara baskısı sağlık çalışanları açısından önemli sorun ve mutsuzluk kaynağıdır. Mesleki doyum ile meslek kategorileri arasında da istatistiksel olarak da anlamlı ilişki olup ($p=0,00 < 0,05$) mesleki doyum sağlayamayanların büyük çoğunluğunu hemşireler (%28,1) oluşturmakta, onları hekimler (%23,1) izlemektedir. Mesleğe giriş amaçlarını gerçekleştirememiş olmak çalışanların mesleki doyum sağlamasına engel olmaktadır.

Yaşanan sorunlarla mücadele etmek açısından örgütlü olmakla önemli olmasına rağmen ne yazık ki pek çok mesleki ve işyeri sıkıntısı ile uğraşmak zorunda olan çalışanların Tablo 2c'de de görüldüğü gibi sadece %46,3'ü bir mesleki örgüte veya sendikaya üye olduğunu belirtmiştir. Çalışanların sadece %25'i bir sendikaya, %19,4'ü mesleki dernek/oda/birliğe, %1,9'u da her ikisine birden üye olduğunu bildirmiştir. Mesleki örgüte üye olma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0,00 < 0,05$). Mesleki örgüte en fazla üye olan meslek grubu hemşirelerdir (%23,8). Sendika üyesi olanların büyük kısmını da yine hemşireler (%16,3) oluştururken hekimler (%12,5) daha çok mesleki dernek, oda ve birlikleri tercih etmektedir. %25'lik bir sendikalaşma oranı ile mesleki veya işyeri sorunlarının halledilemeyeceği ortadadır. Ayrıca çalışanlarla konu ayrıntılı görüşüldüğünde özellikle 4B'li çalışanların kendilerini güvende hissedebilmek ve bazı işlerini yaptırabilmek adına "iktidara yakın sendikaya" üye olduğu ifade edilmiştir. Bu durum zaten sendikacılığın da ruhuna ters olduğundan bu %25'lik sendikalaşma oranının aslında daha düşük olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Personelin tamamına yakınının taşeron olması da örgütlenme önündeki en önemli engel olup personelin sendikaya üye olması istenmemektedir.

Çalışanların performansa dayalı ödeme nedeniyle fazla çalışıp çalışmadıkları iş yoğunlukları tespit edilmeye çalışılmış, fazla çalıştığını düşünme durumu sorulmuş Tablo 2d'de de görüldüğü gibi büyük çoğunluğu (%79,4) gereğinden fazla çalıştığını ifade etmiştir. Fazla çalışma nedenleri sorulduğunda

da en önemli beş neden şu şekilde sıralanmıştır: Hasta fazlalığı (%18,1), personel eksikliği (%17,5), çalışma süresi/nöbet uygulamaları (%15,6), PDDSP (%11,9), her işi yapmadır (%11,9). PDDSP çalışanların fazla çalışmasının en önemli nedenlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Uygulama çalışanların iş yükünü arttırmaktadır. Fazla çalışma nedenleri ile meslek kategorileri arasında istatistiksel bir ilişkinin olup olmadığı araştırılmış ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,058>0,05$). Tüm meslek grupları fazla çalıştığını düşünmektedir. Fazla çalışmanın hekimler arasında en önemli nedenini hasta fazlalığı (%9,5), hemşireler açısından ise eleman eksikliği (%12,7) oluşturmaktadır. Ayrıca çalışanların sadece %60,6'sı bilimsel ilkelere göre hizmet verdiğine inanmaktadır. Sağlık meslekleri gibi mesleği etiğin önemli olduğu, üstelik mesleğe başlarken bu etiğe uygun davranılacağına dair yemin edilen mesleklerde bu oranın çok daha yüksek olması gerektiği aşikardır.

Tablo 2c: Mesleki Örgüte Üyelik Durumu

Mesleki Örgütlere Üyelik Durumu	Frekans	Yüzde
Üye olma	74	46,3
Üye olmama	86	53,8
Üye Olunan Mesleki Örgüt Türü		
Mesleki Dernek/Oda/Birlik	31	19,4
Sendika	40	25,0
Her İkisine de	3	1,9

Ayrıca yaşanan mesleki ve işyeri sorunları nedeniyle çalışanların büyük çoğunluğu mesleği bırakmayı düşünmektedir. Çalışanların sadece biri mesleği bırakmayı hiç düşünmediğini ifade etmiştir. Çalışanların büyük çoğunluğu %62,5'i son beş yıldır mesleği bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir. Çalışanların bir bölümünün meslekteki çalışma süresi zaten beş yılın altındadır ve onlar da mesleği bırakmayı düşündüklerini ifade etmiştir. Son beş yıldır özellikle neoliberal sağlık politikalarının hız kazandığı düşünüldüğünde bu politikaların çalışanlar üzerindeki yıpratıcı etkisi daha iyi anlaşılacaktır. Ayrıca çalışanların %68,1'i de şu an emekli olmayı istediğini ifade etmiştir. Çalışanlar mesleklerinden ve uygulanan politikalardan memnun değildir ve bir şekilde bu çıkmazdan kurtulmayı istemektedir. Emekli olma isteği ile meslek kategorileri arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00<0,05$). Emekli olmayı en çok isteyen grup hemşirelerdir.

3.2.3. Çalışmaya Katılanların Sosyal Hayat ve Bireysel Zaman Kullanımına İlişkin Düşünceleri

Çalışmaya katılanların büyük bölümü sosyal hayatına (%83,7) ve ailesine (% 76,3) gereken zamanı ayıramadığını ifade etmiştir. Sosyal hayata zaman ayıramama nedenleri arasında iş yoğunluğu (%48,8) ve maddi olanaksızlık (%31,3) en önemli nedenlerdir. Mesleki kategorilerle sosyal hayata zaman ayıramama nedenleri arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,00<0,05$). İş yoğunluğu nedeniyle sosyal hayata zaman ayıramama hekimler (%23,1) ve hemşireler (%18,8) açısından daha ön planda iken maddi

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ,

SEBİHA KABLAY

olanaksızlık hemşireler (%13,8) ve yardımcı hizmetliler (%13,1) arasında önemli bir nedendir. Tablo 3a'da da görüldüğü üzere hekimler maddi olanaksızlıktan ziyade iş yoğunluğu nedeniyle sosyal hayata zaman ayıramamaktadır (Tablo 3a). Performansa dayalı ödeme sistemi yardımcı sağlık personeli açısından bir rahatlama yaratmadığı görülmektedir.

Çalışanların %83,1'i de çalışma sonrası dinlenmeye yeteri kadar zaman ayıramadığını ifade etmiştir. Çalışma sonrası dinlenememe ile meslek kategorileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,61>0,05$). Tüm meslek grupları iş sonrası yeteri kadar dinlenemediklerini düşünmektedir.

Tablo 2d: Fazla Çalışma ve Mesleği Devam Ettirme İsteği

Fazla Çalıştığını Düşünüyor mu?	Frekans	Yüzde
Evet	127	79,4
Hayır	33	20,6
Fazla Çalışma Nedeni (İlk 5 Neden)		
Hasta Fazlalığı	29	18,1
Personel Eksikliği	28	17,5
Çalışma Süresi/Nöbet Uygulamaları	25	15,6
Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması	19	11,9
Her İş Yapma	19	11,9
Bilimsel İkelere Göre Hizmet Veriyor musunuz?		
Evet	97	60,6
Hayır	63	39,4
Mesleği Bırakmayı Düşündü mü?		
Hayır	1	0,6
Evet Son Beş Yıldır	100	62,5
Evet Son Bir Yıldır	31	19,4
Evet Son 1-2 Yıldır	19	11,9
Evet İşe Başladığımdan Beri	4	2,5
Evet Her Nöbette	2	1,3
Emekli Olmayı İstiyor mu?		
Evet	109	68,1
Hayır	51	31,9

Çalışanların dinlenme için en önemli zaman dilimlerinden birisi yıllık izindir. Bu kadar yoğun çalışan ve yorulan sağlık personelinin yarısından fazlası %54,4 yıllık izninin tamamını kullanmadığını ifade etmiştir. Yıllık izni kullanmama ile meslek kategorileri arasında anlamlı istatistiksel bir ilişki bulunmuştur ($p=0,013<0,05$). Hemşireler yıllık iznini kullanamayan meslek kesimi olarak öne plana çıkmaktadır (%21,9). Yıllık izni kullanmama nedenleri sorulduğunda en önemli gerekçe olarak döner sermayenin kesilmemesi (%38,2) gösterilmiştir. (4) Çalışanlar çok fazla çalışmasına rağmen izin ve hastalık dönemlerinde döner sermayenin kesilmesi veya önemli derecede düşmesi nedeniyle izinlerini kullanmadığını ifade etmiştir. Diğer izin kullanmama nedenleri de eleman eksikliği (%10), amirin izin vermemesi (%3,8), izin süresinin fazlalığı (%19) olarak sıralanmıştır. Yıllık izin

kullanmama nedeni ile meslek kategorileri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,017<0,05$). Hekimler (%15,6) ve hemşireler (%13,1) PDDSP kesilmemesi için yıllık izin kullanmamaktadır.

Tablo 3a: Sağlık Çalışanlarının Sosyal Hayat ve Bireysel Zaman Kullanımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Sosyal Hayata Gereken Zamanı Ayırma		
Evet	26	16,3
Hayır	134	83,7
Sosyal Hayata Gereken Zamanı Ayıramama Nedeni		
İş Yoğunluğu	78	48,8
Maddi Olanaksızlık	50	31,3
Diğer Nedenler (Ailesel, Mutsuzluk vb.)	6	3,8
Alleye Yeteri Kadar Zaman Ayırıyor Mu?		
Evet	38	23,8
Hayır	122	76,3
Çalışma Sonrası Yeteri Kadar Dinlenebiliyor mu?		
Evet	27	16,9
Hayır	133	83,1
Yıllık İzin Kullanıyor mu?		
Evet	73	45,6
Hayır	87	54,4
Yıllık İznini Kullanmama Nedeni		
Döner Sermaye Kesilmesin Diye	61	38,2
Eleman Eksikliği	16	10,0
Amirin İzin Vermemesi	6	3,8
İzin Süresinin Fazlalığı	3	1,9
Yorulmamışım	1	0,6
Tatil Yapma (Seyahatli)		
Hiç Tatil Yapmıyorum	58	36,2
Yılda Bir Kez	61	38,1
Yılda İki Kez	31	19,4
İki Yılda Bir Kez	8	5,0
Haftada Bir Kez	2	1,3
Hastalık Durumunda Nasıl Bir Yol İzlersiniz		
İlaç Alıp İşe Gelirim	60	37,5
Koruyucu Önlemler Alır İşe Gelirim	45	28,1
İzin Alıp Dinlenirim	35	21,9
Rapor Alırım	20	12,5

(4) Daha sonra yapılan düzenleme ile PDDSP ile ilgili bu sorunu gidermek için yıllık izin ve raporda ücretin düşünün önüne geçilmeye çalışılmıştır.

Tablo 3b'de de görüldüğü gibi çalışanlar genellikle evde zaman geçirerek ya da uyuyarak (%13,8), tek başına gezip yürüyüş yaparak (%13,1), hiçbir şey yapmadan durarak (%8,8) dinlenmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Neden böyle bir yöntem uyguladıkları görüşmelerde sorulmuş,

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ,

SEBİHA KABLAY

özellikle gürültü ve kalabalıktan bunaldıkları ve çok yoruldukları için genellikle tek başlarına daha iyi dinlendiklerini söylemişlerdir. Aile ile (%10,6) veya arkadaşlarla (%8,8) vakit geçirme de bir dinlenme yöntemi olarak kullanılmaktadır. Çalışanların yarıya yakını (%42,5) hiç sinema ve tiyatroya gitmediğini ifade etmektedir. Kitap okuma alışkanlığı sorulduğunda büyük bölüm (%70,6) kitap okuduğunu ifade etmiş, kitap okuma sıklığı sorulduğunda ise aslında büyük çoğunluğunun kitap okuma alışkanlığı olmadığı fark edilmiştir. Her gün iki saatten fazla kitap okuyanların oranı %6,3 ve her gün bir iki saat kitap okuyanların oranı sadece %16,9'dur. Yani düzenli olarak kitap, dergi okuma oranı çok düşüktür. Oysa tıp mesleklerinde daha yoğun okuma yapılması ve araştırmaların takip edilmesi bir gerekliliktir. Özellikle asistanların eğitim süreci hala devam ettiğinden onlar için okuma mutlaka gereklidir. Ancak görüşmelerde de öğrenildiği gibi asistanlar performans kriterlerini yerine getirmek zorunda olduklarından okumaya ve araştırma yapmaya fazla zaman bulamadıklarını belirtmektedirler.

Tablo 3b: Sağlık Çalışanlarının Bireysel Rahatlama Yöntemleri

Bireysel Rahatlama Yöntemi (İlk 6 Neden)	Frekans	Yüzde
Uyuma/Evde Zaman Geçirme	22	13,8
Yürüyüş Yapma/ Tek Başına Gezme	21	13,1
Aile İle Zaman Geçirme	17	10,6
Hiçbir Şey Yapmama	14	8,8
Arkadaşlarla Zaman Geçirme	14	8,8
TV izleme/ PC'de Oyun Oynama	14	8,8

3.2.4. Çalışmaya Katılanların Gelir ve Mülkiyet Durumları

Çalışanların gelirleri arasındaki farklılık oldukça dikkat çekicidir. Bunda araştırmanın üç meslek grubu arasında yapılmasının da etkisi vardır. Tablo 4'de de görüldüğü gibi gelirleri 500-1000 lira (%13,1) arasında olanlar olduğu gibi 5500 liranın üzerinde (%3,8) olanlar da vardır. Ancak bu gelir farklılıkları sadece meslekler arasında yoktur. PDDSP nedeniyle aynı meslek kategorisinde yer alanlar, özellikle de hekimler arasında gelir farklılıkları vardır. Gelir durumu ile meslek kategorileri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,00<0,05$). Yardımcı hizmetlilerin tamamı 1500 liranın altında ücret almaktadır. Hemşirelerin büyük çoğunluğu (%30,6) 1500-2000 lira arasında ücret almaktadır. Hekimlerde ise daha parçalı bir yapı görülmektedir. %2,5 1500-2000 lira, %1,9'u 2000-2500 lira, %7,5'u 2500-3000 lira, %8,8'i 3000-3500 lira, %4,4'ü 3500-4000 lira, %1,9'u 4000-4500 lira, %4,4'ü 5000-5500 lira ve %3,8'i 5500 liranın üstünde (kimi zaman on bine çıkabildikleri söylenmektedir) ücret almaktadır. Gelirin gerek meslekler arasında gerekse de aynı meslek içindeki gruplar arasında bu kadar farklılaşmasının nedeni PDDSP'dir. Bu prim meslekler arasındaki gelir uçurumunu arttırmanın yanı sıra aynı meslek içinde de gelir farklılıklarına neden olmaktadır. Görüşmelerde de ifade edildiği gibi asistan hekimler kendilerinin uzman hekimler tarafından ezildiği ve işçi gibi kullanıldığı yönünde şikâyetler dile getirmektedirler.

Tablo 4: Sağlık Çalışanlarının Gelir ve Mülkiyet Durumları

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Aylık Ortalama Gelir		
Cevapsız	2	1,3
500-1000	21	13,1
1001-1500	24	15,0
1501-2000	53	33,1
2001-2500	2	1,3
2501-3000	9	5,6
3001-3500	12	7,5
3501-4000	14	8,8
4001-4500	7	4,4
4501-5000	3	1,9
5001-5500	7	4,4
5501 ve yukarı	6	3,8
Evinizin Mülkiyeti Size mi Ait		
Evet	69	43,1
Hayır	91	56,9
Arabanız Var mı		
Evet	107	66,9
Hayır	53	33,1
Ek İş Yapıyor musunuz		
Evet	14	8,8
Hayır	146	91,3

Çalışanların %43,1'inin kendine ait bir evi, %66,9'unun ise arabası vardır. Ev sahibi olma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,03 < 0,05$). Ev sahibi olanların büyük çoğunluğu hemşirelerdir (% 21,9). Araba sahibi olma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,00 < 0,05$). Araba sahibi olanların büyük çoğunluğunu hekimler (%31,9) ve hemşireler (%29,4) oluşturmaktadır. Hekimlerin sadece %4,4'ünün arabası yoktur. Ev ve araba sahibi olmayan hekimler genellikle mesleğin ilk yıllarındaki asistanlardır. Hekimlerin %27'sinin meslekteki süresi 10 yılın altındadır. Gelirleri diğer hekimlerden düşük olduğu ve yeteri kadar birikim yapamadıkları için mülk sahibi olamamışlardır. Mülk edinirken de önceliği arabadan yana kullanmaktadırlar. Hemşirelerin çalışma yıllarının çok olması (%22'si 10 yılın üstünde) ve çoğunun evli olması nedeniyle önceliği ev sahibi olmaya verdikleri, evlerini de genellikle konut kredisi ile edindikleri öğrenilmiştir. PDDSP hemşireler açısından genellikle kredi ödeme vasıtası olarak kullanılmaktadır. Yardımcı hizmetliler de seçimlerini evden yana kullanmakta krediyle de olsa öncelikle bir ev edinmeye çalışmaktadırlar.

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ,

SEBİHA KABLAY

Çalışanların %8,8'i ek iş yaparak geçimini sağlamaktadır. Ek iş yapma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,01 < 0,05$). Ek iş yapan %8,8'in %5,6'sını yardımcı hizmetliler oluşturmaktadır. Yardımcı hizmetliler gelirleri düşük olduğu için ek iş yapmaktadırlar. Tam Gün Yasası nedeniyle muayenehaneler kaldırıldığından hekimlerin ek iş yapma oranı azalmıştır.

3.2.5. Çalışma Katılanların Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Hakkındaki Düşünceleri

Tablo 5'de de görüldüğü gibi sağlık emekçilerinin %60'ından fazlası PDDSP'ni hem toplum hem de çalışanlar açısından sakıncalı/ zararlı bulmaktadır. Sağlık emekçilerinin meslekleri ile PDDSP'ne bakış arasında ilişki araştırılmıştır. PDDSP'ni toplum sağlığı açısından yararlı bulma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,733 > 0,05$). Tüm meslek grupları uygulamayı toplum sağlığı açısından yararlı bulmamaktadır. PDDSP'ni toplum sağlığı açısından zararlı bulma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013 < 0,05$). Uygulamayı zararlı bulanların (%68,8) büyük çoğunluğu hemşiredir (%31,9). PDDSP'nin temel uygulayıcısı olan hekimler de uygulamayı toplum sağlığı açısından zararlı bulmakla beraber oranları (%23,8) hemşirelerden daha düşüktür. Ancak çalışmaya katılan ve PSDSP'den en iyi ödemeyi alan hekimlerin neredeyse dörtte birinin uygulamanın toplum sağlığı açısından zararlı olduğunu düşünmesi oldukça manidardır.

PDDSP'yi çalışanlar açısından yararlı bulma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,136 > 0,05$). Tüm meslek grupları uygulamayı sağlık emekçileri açısından yararlı bulmamaktadır. PDDSP'ni sağlık emekçileri açısından zararlı bulma ile meslek kategorileri arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,009 < 0,05$). Çalışanların %60,6'sı uygulamayı kendileri açısından zararlı bulurken yine hemşirelerde bu oran daha yüksek bulunmuştur (%28,1).

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının PDDSP Hakkındaki Düşünceleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
PDDSP'ni Sağlık Çalışanları İçin Yararlı Bulma		
Evet	34	21,3
Hayır	126	78,8
PDDSP'ni Sağlık Çalışanları İçin Zararlı Bulma		
Evet	97	60,6
Hayır	63	39,4
PDDSP'ni Toplum İçin Yararlı Bulma		
Evet	17	10,6
Hayır	143	89,4
PDDSP'ni Toplum İçin Zararlı Bulma		
Evet	110	68,8
Hayır	50	31,3

Yapılan derinlemesine görüşmelerde de çalışanlar PDDSP uygulamasının hem toplum sağlığı hem de kendileri açısından yararlı bulmamanın ötesinde zararlı bulduklarını ifade etmişlerdir. Genel olarak görüşme yapılan 5 hekim ve 5 hemşirenin ortak düşüncesi PDDSP'nin sağlığı ticarileştirdiği şeklindedir. Ancak ilginç bir şekilde hemşirelerin bazıları zararlı etkilerine rağmen rapor alınması durumunda PDDSP'nin kesilmesi nedeni ile rapor alımlarını azalttığı bu açıdan yararlı olduğunu ifade etmişlerdir. Bu düşüncelerinde çalışılan kurumda en önemli sorunlardan birisinin eleman yetersizliği olmasının da etkisi vardır.

Görüşmelerdeki sonuçlar şu şekilde özetlenebilir. 44 yaşında uzman hekim Deniz “Bilimsel olarak elde edilmiş sonuçların uzağında kalıyorsanız kurduğunuz şeyin adının ne kadar sistem olduğu tartışılır veya uzun dönem getirileri ne olur soruları cevap bekleyen konular olur. Uygulama kuyrukları azaltmıştır ama ihtiyacın ötesinde bir hizmet arzına neden olmuştur. Suiistimallerin artmasına neden olmuştur” şeklindeki yorumlaması ile sistemin olumsuzluğuna vurgu yapmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi uygulama işlem sayılarının gereksiz arttırılmasına neden olmaktadır. Hekimle yapılan görüşmede bu uygulamanın yanı sıra diğer neoliberal politikalarla ilgili konularda devletin sağlık alanına bu kadar müdahalesi ve özellikle boş zamanı değerlendirme üzerindeki faaliyetleri “faşizan faaliyetler” olarak değerlendirilmiştir.

36 yaşındaki uzman hekim Tuna da sistemin acilen kaldırılması gerektiğini, puanlamaların keyfi olduğunu, bazı branşların kayırıldığını (özellikle cerrahi branşlar), cerrahi puanların muayenelere göre yüksek olması nedeniyle hastalara gereksiz işlemler yapıldığını, bazı hekimlerin “eşek gibi çalışırken” bazı hekimlerin sadece “iki düğmeye basarak” ücret aldığını ifade etmiştir. Ayrıca hekim kazancının aslında en “helal kazanç” olduğunu ama hekimin bunun karşılığını alamadığını da belirtmiştir. Sistemin zararlı yönünü kimi zaman bir onkoloğun bir hastaya bir saate yakın zaman ayırdığını ama bunun maddi bir karşılığının olmadığı örneğinden açıklamış, yeni sistemde hekimin buna zamanının olmadığını, çünkü hekimin işlerini en az zamanda yapmasının beklendiğini, bunun da işlerin “yalapşap” yapılmasına neden olduğunu belirtmiştir. Sistemin yarattığı en büyük kötülüklerden birisinin de hekimlerin kendi meslektaşlarından nefret etmesine yol açması olarak belirtmiştir. Kendi ifadesi ile “hekimlerin büyük çoğunluğu idari görevlerde bulunan ve sağlık politikasını popülizm uğruna bu hale getiren hekim arkadaşlarından nefret etmektedir”. Hekimler arasındaki rekabetin çalışma barışını bozduğunu, hatta kimi hekimlerin birbiriyle konuşmamanın ötesinde davalık olduğunu söylemiştir. Hekimlerle diğer meslekler arasında da PDDSP'nin sorun yarattığını belirtmiştir. Diğer görüşmelerde de genel olarak sistemin adil olmadığı, gereksiz işlemleri arttırdığı, hekimlerin araştırma ve bilimsel faaliyetlere zaman ayırmasına engel olduğuna yönelik ortak görüşler ifade edilmiştir.

Anketler yapılırken konuyla ilgili en ilginç tespitlerden birisi 26 yaşındaki asistan hekim Arda tarafından yapılmıştır. Asistan Arda kendisini asistan olarak değil, uzmanların işçisi gibi gördüğünü belirtmiştir. Uzmanın verdiği tüm işleri yapmak zorunda olduğunu, aynı anda hasta hazırlamasının, acil hastaya müdahale etmesinin, hastayı tedavi etmesinin, hastayı taburcu etmesinin beklendiğini, bunun yanı sıra bir de uzmanların ya da hocaların performans puanlarını takip etmek ve evraklarını doldurmak zorunda olduğunu bunun da kendisine ağır geldiğini belirtmiştir. Asistan olmasına rağmen kitap-makale okumaya veya araştırma yapmaya zamanının kalmadığını, eve gittiğinde de

PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE PRİMİ UYGULAMASI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA ETKİSİ, SEBİHA KABLAY

yorgunluktan “sızdığını” söyleyerek belki de sisteme ait en önemli sakıncalı yanı ifade etmiştir. Aynı meslek grubunda olanlar arasında dahi sistem bir ayrışmaya neden olmakta, mesleği asıl amacından uzaklaştırmaktadır.

Hemşirelerle yapılan görüşmelerde de genellikle benzer yakınmalar olmuş, genel olarak sisteme karşı olunduğu ifade edilmiştir. Ancak farklılaşan kimi sorunlar da bulunmaktadır. 48 yaşındaki hemşire Zeynep “uygulamada hemşireye tavan konulmuş durumda. Hekim işlemler arttıkça getirisini artırırken diğer çalışanlar için böyle bir uygulama söz konusu değil. Uygulama kalkmasın ama emekliliğe yansısın. Ayrıca hemşirelerin yaptığı işlemler de değerlendirilsin. Uygulama ayrıca kaliteyi düşüren bir durum yaratıyor” demektedir. Sistemde kendi puanlarının hesaplanmamasını bir haksızlık olarak değerlendirmektedir. 37 yaşındaki hemşire Defne de uygulamanın özellikle yardımcı sağlık personelini mağdur ettiğini, çifte standart yarattığını belirterek eğitim farkının ödemelere yansıtılmasının aynı işi yapanlar arasında ücret farklılaşması yarattığına vurgu yapmıştır. Ayrıca asistan Arda gibi yardımcı sağlık personelinin uygulama yüzünden hekimlerin özel işçisi gibi olduğunu belirtmiş, yapılan gereksiz işlemler nedeniyle hasta sağlığının da tehlikeye atıldığını ileri sürmüştür. Kendisinin ya da bir yakınının hastalanması durumunda hekim tarafından girişimsel bir işlem önerildiğinde bir sağlıkçı olmasına rağmen verilen karardan performans düşüncesi ile mi verildiği konusunda şüphe duyduğunu belirtmiştir. Diğer görüşmelerde de hemen hemen benzer ifadeler yer almıştır.

SONUÇ

PDDSP uygulaması özellikle neoliberal politikaların bir getirisi olarak uygulamaya konulmuştur. Kamunun küçültülmesi bu politikaların asıl amacıdır. Kamunun küçültülemeyen kısmının ise işletme ilkelerine göre yönetilmesi istenmektedir. PDDSP uygulaması da kamunun işletme kriterlerine göre yönetilmesi amacına hizmet etmektedir. Amaç sağlık alanında hem kurumların hem de çalışanların birbiriyle rekabet etmesi, yaratılan rekabet ortamı ile verimliliğin artması, sağlıkta önemli bir sorun olan hasta kuyruklarının, ameliyat sıralarının azaltılmasıdır.

Uygulama gerçekten de bu amaçlara hizmet etmiş, hasta kuyrukları ameliyat sıraları pek çok kurumda eritilmiştir. Ancak PDDSP’ni arttırma amacı sistemin en önemli dezavantajının ortaya çıkmasına da neden olmuştur. Yaratılan rekabet sağlığı iyileştirmek yerine sağlığa zarar veren bir duruma dönüşmüştür. Geliri arttırmak adına gereksiz işlemler artmış, bu durum hem çalışanların iş yükünü, hem hastaların komplikasyonlara (işlemlerin yan etkileri) uğrama riskini arttırmış hem de ülke ekonomisine zarar vermiştir. Ayrıca başlangıçta kuyrukları azaltırken, günümüzde artık işlem sayılarının “şişirilmesi” nedeni ile yeni kuyruklar yaratmıştır.

Yapılan alan araştırması göstermektedir ki çalışanlar uygulamadan memnun değildir. Çalışanlar mesleki doyum sağlamak bir yana bir an önce meslekten ayrılmak istemektedirler. Uygulamanın başlangıcında gelir yaratıcı etkiden memnunken günden güne sistemin suiistimallerinin de artmasıyla iş yoğunluğunun arttığı, yönetim ve siyasilerin baskılarına daha fazla maruz kalındığı ifade edilmiştir. Bu durum çalışanların işyerlerinde ve iş dışı yaşamlarında olumsuz etki yaratmakta, çalışanlar sosyal hayata ve ailelerine yeteri kadar vakit ayıramamaktadır. Sağlık emekçileri yardımcı personelinden, hemşiresine, hekimine kadar oldukça yorgun ve mutsuzdurlar. İş dışında bile dinlenemediklerini dile getirmekte, hatta geçmiş dönemde PDDSP kesilmesin diye yıllık

izin ve rapor bile kullanmadıklarını belirtmektedirler. İşte zaten yoğun çalışan emekçiler iş dışında da dinlenemedikleri için günden güne daha mutsuz ve yorgun olmaktadır. Bu da onları tükenmişliğe itmektedir.

Çalışanlar sağlıkta bilimsel ilkelere göre hizmet verildiğine inanmamakta, yapılan işlem ve girişimlerde performans baskısının etkisi olduğunu bu nedenle de gereksiz işlemlerin arttığını ileri sürmektedirler. Ayrıca uygulamanın diğer önemli bir zararlı etkisi de puanı düşük işlemleri kimsenin yapmak istememesidir. Hastalar açısından bu durum oldukça risklidir ve sağlık hizmetinden yararlanma hakkını engellemekte ya da geciktirmektedir. Oysa niteliği gereği sağlık hizmetlerinde gecikmeye tolerans ya yoktur ya da çok azdır.

Uygulama yarattığı gereksiz rekabet ortamı ile örgüt iklimini bozmakta, meslekler arasında hatta aynı meslek içinde farklı gelir grupları yaratmaktadır. Çalışanlar diğer sağlık mesleği üyelerinden olduğu kadar kendi meslektaşlarından da nefret eder hale gelmektedirler. Oysa sağlık hizmetleri ekip çalışmasını gerekli kılmakta yaratılan bu olumsuz çalışma ortamı çalışanları olduğu kadar hastaları da olumsuz etkilemektedir.

Uygulama yapısı gereği rekabeti gerekli kıldığından kurumları rekabette söz sahibi olabilmek adına teknolojik yatırım yapmaya itmektedir. Bu durum da gereksiz yatırımlara ve kamu kaynaklarının israfına neden olmaktadır.

Tüm bunların ışığında PDDSP'nin kamu hizmetleri ve özellikle sağlık hizmetleri için uygun olmadığı açıktır. Uygulamadan vazgeçilmesi, daha insani bir ücret sisteminin sağlık çalışanları için uygulanması gerekmektedir. Bu hem çalışanlar hem de hizmet alıcılar açısından olumsuz pek çok durumun iyileşmesine de katkıda bulunacaktır.

Binderkrantz, A.S., Christensen, J.G., (2011), "Agency Performance and Executive Pay in Government: An Empirical Test", Journal of Public Administration Research and Theory, 22: 31-54

KAYNAKÇA

Birler, Ö. vd. (Der.), (2001), 2000’li Yıllarda Türkiye’de İktisat ve Siyaset Rüzgarları, (Der. Birler vd.), Ankara: Efil Yayınevi

Chenhall, R. H., (2003), Management Control Systems Design Within its Organizational Context: Findings From Contingency-Based Research and Directions For The Future, Accounting Organizations and Society, 28: 127-68

Deppe, H.U., (2008), “Dünyada ‘Sağlık Reformlarının’ Dinamiği”, Toplum ve Hekim, 23:2, 129-134)

Elbek, O., (2010), “Performans ve Hekimlik”, Toplum ve Hekim, 25:6, 432-447

Erdoğan, S., (2005), “Yeni Liberal Küreselleşme Sürecinde Esnek Kamu Personel Rejimi”, Toplum ve Hekim, 20:1, 53-64

Jamil, B., Raja, N. S., (2011), “Impact of Compensation, Performance Evaluation and Promotion Practices on Government Employees Performance VS Private Employees Performance”, Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business, 3:8, 907-914

Hamzaoğlu, O., (2007), “Yeni Liberal Politikalar ve Türkiye’de Sağlıkta Reform-Dönüşüm”, Toplum ve Hekim, 22:6, 418-431

Kablay, S., (2014), “Kamu İstihdamındaki Esnekleşmeye 4B Örneğinden Bakış”, Türkiye’de Esnek Çalışma, (Der. Müftüoğlu Ö. Ve Koşar A.), İstanbul: Evrensel Basım Yayın

Kablay, S., Aka, A., Demir, M.C., (2012), Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları, Ankara: Nobel Yayınevi

Kablay, S., (2011), “Sağlık Alanında Uygulanan Ücret Politikalarının Bir Aracı Olarak Döner Sermaye Primi Uygulamaları”, 2000’li Yıllarda Türkiye’de İktisat ve Siyaset Rüzgarları, (Der. Birler vd.), Ankara: Efil Yayınevi

Kaymaz, K., (2010), Ücret Yönetimi (Beceri Bazlı Ücretleme Sistemi), Bursa: Dora Yayınları

Ketelaar, A., Manning, N., Turkisch, E., (2007), Performance Based Arrangements for Senior Civil Servants OECD and Other Country Experiences, OECD Working Papers on Public Governance 2007/5

Kirschner, K. vd., (2012), “Design Choices Made By Target Users For a Payfor-Performance Program In Primary Care: An Action Research Approach”, BMC Family Practice, 13:25, 1471-2296

Larbi, G.A., (1999), The New Public Management Approach and Crisis States, UNRISD Discussion Paper No: 112, September, Geneva: United Nations Research Institute for Social Development

- Mancillas, J.R., (2008), “Sağlık Reformlarının Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkileri”, *Toplum ve Hekim*, 23:2, 143-146
- Marx, K., (1999), *Ücretli Emek ve Sermaye (Ücret, Fiyat ve Kar)*,(Çev. S. Belli), Ankara: Sol Yayınları
- Mohammadi, M. vd, (2011), “An Investigation of Personel’s Attitude Toward Merit Pay In South of Sistan & Baluchista Sen Hospitals”, *Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business*, Vol. 3, 4: 227-236
- Nesanır, N., (2007), "Sağlığın Piyasalaşması Sürecine Önemli Bir Katkı: Döner Sermaye ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Yöntemleri", *Toplum ve Hekim*, 22:4, 274-279
- Nicholas, L.H., Dimick, J.B., Iwashyna, T.J., (2011), “Do Hospitals Alter Patient Care Effort Allocations Under Pay-for-Performance?”, *Health Services Research* 46:1, 61-81
- Pala, K., (2005), “Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması”, *Toplum ve Hekim*, 20:1, 72-74.
- Parasız, İ., (1994), *Ücret Teorisi (Modern Yaklaşım)*, Bursa: Ezgi Kitabevi
- Sabuncuoğlu, Z., (2000), *İnsan Kaynakları*, Bursa: Ezgi Kitabevi
- Sarı, C., (2009), “Biyosiyaset ve Yönetim Teknikleri Açısından Neoliberal ‘Sağlık ve Sosyal Güvenlik’ Politikaları”, *Toplum ve Hekim*, 24:2, 115-119
- Weibel, A., Rost, K., Osterloh, M., (2009), “Pay for Performance in the Public Sector-Benefits and (Hidden) Costs, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 20: 387 -412
- Zencir, M., (2009), “Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma ve Sağlık Emekçilerinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri”, *Toplum ve Hekim*, 24:3, 177-187