

SAĞLIK BAKANLIĞI'NDA PERFORMANS DEĞERLENDİRME ve EK ÖDEME SİSTEMİ

İpek ÖZKAL SAYAN*
Yusuf ŞAHAN**

1980'li yıllarla birlikte ortaya çıkan Yeni Kamu Yönetimi anlayışının bir parçası olarak tanımlanması gereken performans yönetimi 2003 yılında Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nda uygulanmaya başlanmıştır. Kurumsal ve bireysel performans değerlendirmesi olarak uygulanan bu yöntem ödeme sistemi ile de ilişkilendirilmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, personele döner sermaye gelirlerinden ilave ödeme yapan bir sistem şeklinde tanımlanabilir. Ancak uygulanan bu sistemin istenmeyen bir takım sonuçları olmuştur. Yapılan bu çalışmanın amacı Sağlık Bakanlığı'nda uygulanmaya başlayan kurumsal ve bireysel performans değerlendirmesi ile ek ödeme sistemini ayrıntılı bir şekilde açıklamak ve sağlık çalışanlarının sisteme ilişkin görüşleriyle birlikte sistemin değerlendirmesini yapmaktır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Bakanlığı, Kurumsal Performans Değerlendirme, Bireysel Performans Değerlendirme, Performans Ödemesi, Döner Sermaye.

Kamu yönetiminde personelin değerlendirilmesi, kişinin görevindeki başarısı konusunda bir yargıya varmak demektir. Böylece personelin yetenekleri belirlenir, ilerleme, yükselme, ödül, cezalandırma, görevle ilişkisini kesme kararları verilir.¹ Personel değerlendirme yöntemleri genel olarak sicil ve performans değerlendirmedir. Sicil, kariyer sisteminde memurun bulunduğu yerde, gelecekte bulunacağı görevleri ve genel olarak memurluk statüsü için yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla değerlendirilmesini hedeflemektedir ve bu değerlendirmenin ücretle doğrudan ilişkisi yoktur.² Performans değerlendirmede ise personelin görevde yaptığı işin niteliği ve miktarı önemlidir. Bu iki değer personele veri-

* Yrd. Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi.

** Sosyal Güvenlik Kurumu Müfettişi, Ankara Üniversitesi Yönetim Bilimleri ABD Doktora Öğrencisi.

¹ Doğan Canman, *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Yargı Yayınevi, Ankara 2000, s. 163.

² Birgül Ayman Güler, *Kamu Personeli*, İmge Kitabevi, Ankara, 2005, s. 295.

lecek ücreti belirler.³

Performans değerlendirme 1980 sonrası insan kaynakları yönetimi, vatandaş yerine müşteri anlayışı, toplam kalite yönetimi, stratejik planlama ve performans yönetimi gibi yükselen değerlerin öngördüğü yeni kamu yönetimi anlayışının personel değerlendirme yöntemi olmuş, reform yapılmak istenen alanların başında gelmeye başlamıştır.

Dilimize İngilizce “performance” kelimesinden geçen ve “iş başarımı” olarak Türkçeleştirilen performans kavramı, belli bir hedefe ulaşmak için önceden belirlenmiş bir faaliyetin sonucunda ortaya çıkması, sayısal olarak ve kalite açısından betimleyen bir kavram⁴ ya da bireyin, grubun veya kurumun, bir işin yapılması için amaçlanan hedefe yönelik olarak hangi seviyeye ulaşabildiğinin sayısal ve nitelik yönünden göstergesi⁵ olarak tanımlanabilir. Performans değerlendirmesi ise “belirli bir görev, iş tanımı çerçevesinde bireyin bu iş ve görev tanımını ne düzeyde gerçekleştirdiğinin belirlenme çabası ve çalışanın tanımlanmış olan görevlerini belirli zaman dilimi içinde gerçekleştirme düzeyinin belirlenmesidir.”⁶ Değerlendirme, önceden belirlenmiş performans göstergelerine göre yapılan işlerin ölçülmesi suretiyle gerçekleştirilmektedir.

Performans değerlendirmesinin personel sisteminde en fazla kullanıldığı alanlar; yükseltme, ücretlendirme ve işten çıkartma alanlarıdır.⁷ Performans değerlendirmesi özel kesimde bu üç alanda kullanılmakla birlikte, kamu kesiminde ücretlendirme, kısmen de yükseltme alanında uygulanmaktadır. Yapılan bu çalışma ise Türkiye’de kamuda performans değerlendirmenin 2003 yılında uygulanmaya başlandığı ve ücretle ilişkisinin kurulduğu sağlık alanına ilişkindir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinden asıl olarak sorumlu bulunan Sağlık Bakanlığı, merkez (12 ana hizmet, 1 denetim, 4 danışma ve 4 yardımcı birim) ve taşra (sağlık kurum ve kuruluşları) teşkilatı ile 2 adet bağlı kuruluştan oluşmakta olup, personel sayısı bakımından ikinci büyük bakanlık konumundadır. Kamu sektöründe perfor-

³ Kamil Ufuk Bilgin, *Kamu Performans Yönetimi: Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi*, TODAİE Yayını, Ankara, 2004, s. 13-14.

⁴ Zuhâl Akal, *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi, Çok Yönlü Performans Göstergeleri*, MPM Yayını, Ankara, 1998, s.1.

⁵ H. Mehmet Songur, *Mahalli İdarelerde Performans Ölçümü*, İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1995, s.1.

⁶ Alptekin Aslantaş, “Emniyet Teşkilatında Performans Değerleme”, *Polis Dergisi*, S. 39, 2004, s. 54.

⁷ İsmet Barutçugil, *Performans Yönetimi*, Kariyer Yayınları, İstanbul, 2002, s.180.

mansa dayalı ücretlendirmenin ilk örneği, bu Bakanlığın uygulamaya koyduğu döner sermaye gelirinden performans dayalı ek ödeme sistemi Türkiye çapında uygulanmakta olup, performans değerlendirme ve ödeme sisteminin değerlendirilmesi bakımından iyi bir örnektir. Bu sebeple çalışmada, Sağlık Bakanlığı'ndaki performans değerlendirme yöntemi ve ödeme sisteminin nasıl yapıldığı ayrıntılı bir şekilde ele alınacak ve uygulanan bu sistemin sonuçları değerlendirilecektir. Böylece Sağlık Bakanlığı'nda uygulanan bu yöntemin tüm ayrıntılarıyla ortaya koyulmasıyla sadece uygulamanın sonuçları üzerinden değil "yöntemin kendisine ilişkin" değerlendirme yapma fırsatı doğacaktır.

Sağlık Bakanlığı'nda performans değerlendirmesinin kurumsal ve bireysel olmak üzere iki ayağı bulunmaktadır. Çalışmada bu iki performans değerlendirme yönteminin hangi kriterler esas alınarak ve nasıl hesaplandığı gösterilmeye çalışılmıştır. Yapılan değerlendirmelerin Sağlık Bakanlığı'nda uygulanan ek ödeme sistemiyle bağlantısı kurulmuş, performans ödeme sisteminin işleyişi ve sağlık personeline yapılan ödeme miktarları bir hastane örneğinde ayrıntılı olarak hesaplanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın performans dayalı ek ödeme sistemi devlet üniversite hastanelerine de model olmuş ve "Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik"⁸ ile devlet üniversitelerine bağlı sağlık birimlerinde eskiden beri varolan döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapma uygulaması performans dayalı hale getirilmiştir. Ancak üniversite sağlık birimlerinde uygulanan bu sistemin ayrıntılı bir incelemesi yapılacak farklı bir çalışmanın kapsamına bırakılmıştır.

KAMUSAL SAĞLIK ALANINDA PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Sağlık Bakanlığı'nda uygulanan performans değerlendirme sistemi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi ve hastaların görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performansa katkısı olan personelin teşvik edilmesi esas-

⁸ 17.02.2011 tarihli ve 6114 sayılı Kanunun 17. maddesiyle 04.11.1981 tarihli ve 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanununun 58. maddesine eklenen (h) fıkrasına dayanılarak hazırlanan ve 18.02.2011 tarihli ve 27850 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak 30.01.2011 tarihinde yürürlüğe giren yönetmelik.

larına dayanmaktadır. Dolayısıyla, sağlıkta performans değerlendirme sisteminin iki basamaklı olduğunu söylemek mümkün hale gelmektedir. Sistemin özü, dolayısıyla ilk basamak, kurumun performansının değerlendirilmesidir. İkinci basamak ise personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme vermek amacıyla yapılan bireysel performans değerlendirmesidir.

Kurumsal performans değerlendirmesi, sağlık tesislerinin önceden belirlenmiş performans ölçütlerine göre değerlendirilmeye tabi tutulmasıdır. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde⁹ 4 ana performans ölçütü üzerinden değerlendirme yapılmakla birlikte, birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ölçütler hizmet sunumunun niteliği nedeniyle diğer iki sağlık kurumundan farklılık göstermektedir.

Bireysel performans değerlendirmesi ise önceden belirlenmiş performans ölçütlerine göre tabiilerin doğrudan emeğe dayalı tıbbi işlemlerinin puanlandırılması ve elde edilen puanların maaşlara ek ödeme adıyla yansıtılmasıdır. Muayene veya girişimsel işlem yapmayan tabip, diğer sağlık personeli ve idari personel ise puan üretme yetkisine sahip olamamakta, sadece puan üretebilen tabiilerin puanlarının toplamından oluşan sağlık tesisinin genel puanından unvan ve diğer bazı özelliklerine göre pay almaktadırlar.

Sağlık Bakanlığı'nda performans uygulaması 2001 yılında bir yönerge¹⁰ ile başlamış ve 2003 yılının başında "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın hayata geçirilmesiyle birlikte tüm sistemin performansına dayalı hale getirilmesi amaçlanmıştır.¹¹ Sağlık Bakanlığı'nda önce bireysel performans değerlendirmesine geçilmiş,¹²

⁹ Sağlık ocağı, verem savaş dispenseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi, 112 acil sağlık hizmeti birimi ve aile hekimleri *birinci basamak*; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri *ikinci basamak*; eğitim ve araştırma hastaneleri ve özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ise *üçüncü basamak* resmi sağlık kurumları olarak sınıflandırılmaktadır.

¹⁰ 30.10.2001 tarihli ve 10311 sayılı "Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi".

¹¹ 9.4.2003 tarihli ve 3598 sayılı Bakan onayı ile yürürlüğe giren 11.4.2003 tarihli ve 7044 sayılı "Temel ve Belgelendirme Öncesi Kriterler" başlıklı genelge ve ekiyle ilk performans ölçütleri belirlenmiştir.

¹² 209 sayılı Kanun uyarınca 9.2.2004 tarihli ve 417 sayılı Bakan Onayı'na istinaden çıkarılan "Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge" ile bireysel performans ölçütleri belirlenmiş ve değerlendirme sonuçları personele ek ödeme adıyla yansıtılmıştır.

bunun yapılmasının ana amacı personeli özendirmek için ek ödeme vermek olmuştur. Personele dağıtılacak ek ödeme miktarının bir başka deyişle, döner sermaye havuzunun belirlenmesinde kullanılacak ve (0) ile (1) arasında belirlenecek olan “kurumsal performans katsayısı” ileride açıklanacağı şekilde hesaplanana kadar, geçici olarak tavan sayısı (1) olarak esas alınmıştır. 2005 yılında ise bireysel ve nicelik performans ölçütlerinin bulunduğu sisteme kurumsal performans ölçütleri de eklenmiştir.¹³

Sağlık Bakanlığı’nda performans değerlendirme iş ve işlemleri ana hizmet birimi olan Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yürütülmekte iken bu görev 2007 yılında danışma birimi olan Strateji Geliştirme Başkanlığı’nın sorumluluğuna verilmiş ve bu birim bünyesinde “Performans Yönetimi ve Kontrol Geliştirme Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Bu kurumsal yapı Kasım 2007 tarihine kadar bu şekilde devam etmiş, bu tarihten sonra anılan daire başkanlığı müstakil daire başkanlığı haline getirilmiş, Eylül 2009 tarihinden sonra ise performansla ilgili iş ve işlemler tekrar Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün görev alanına bırakılmış ve anılan daire başkanlığı bu birime bağlanmıştır. Sözü geçen daire başkanlığının bünyesinde; Kalite Standartları Geliştirme, Performans Yönetimi, Analiz ve Verimlilik, Performans ve Kalite Eğitimleri, Tanı İlişkili Gruplar ve Satınalma adlarıyla 6 adet şube müdürlüğü ile Uluslararası Sağlıkta Performans Esaslı Uygulamalar Merkezi bulunmaktadır. Bu kurumsal yapının taşradaki uzantısı olarak, il sağlık müdürlüklerinde İl Performans ve Kalite Koordinatörlüğü, hastanelerde ise Performans ve Kalite Birimleri oluşturulmuştur.

Sağlık alanının kendi öncelikleri ve evrensel değerler bir arada gözetilerek oluşturulduğu söylenen bu performans değerlendirme sisteminin tamamen Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Türkiye’ye özgü bir sistem olduğu iddia edilmektedir.¹⁴ Bu değerlendirme sisteminin kapsama alanı ise 814 hastane, 117 ağız ve diş sağlığı merkezi, 81 İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki 6000’e yakın birinci basamak sağlık kuruluşu ve burada görevli yaklaşık 350.000 personeldir.¹⁵

¹³ 1.1.2005 tarihli bakan onayı ile çıkarılan 17.3.2005 tarihli ve 1831 sayılı “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi”.

¹⁴ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, (Haz: Sabahattin Aydın ve Mehmet Demir), Ankara, 2007, s. 7.

¹⁵ Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kaliteyi Geliştirme Daire Başkanlığı, *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*, (Ed: Sabahattin Aydın

SİSTEMİN İŞLEYİŞİ

Sağlık Bakanlığı'nda bireysel performansa dayalı ek ödeme sistemi kurumsal performans değerlendirme sisteminden önce hayata geçmiştir. Ancak personele dağıtılacak ek ödeme havuzu kurumsal performans değerlendirmesi sonucunda saptanan kurumsal performans katsayısına göre belirlendiği için aşağıda ilk önce kurumsal sonra bireysel performans değerlendirme sistemi incelenecektir.

Kurumsal Performans Değerlendirmesi

Kurumsal performans değerlendirme, sağlık kurum ve kuruluşlarının önceden belirlenmiş performans ölçütlerine göre kaynakların etkili ve verimli kullanımı, hasta memnuniyeti ve hizmete erişim gibi açılardan değerlendirmeye tabi tutulması olarak tanımlanmaktadır.¹⁶ Bu yöntemin amacı, gerek Bakanlık gerekse sağlık tesisinin kendini değerlendirmesi, sağlık tesislerinin dönemler veya yıllar itibarıyla kendi aralarında kıyaslanabilmesidir.¹⁷ Ayrıca değerlendirme sonucunda bulunan kurumsal performans katsayısının büyük ya da küçük olması çalışanların alacakları ek ödeme miktarlarını olumlu veya olumsuz olarak etkilemektedir.

Sistemin, Dünya Sağlık Örgütü'nün bu alanla ilgili yaklaşım ve öncelikleri gözden geçirilerek ve diğer ülkelerdeki uygulamalar incelenerek, Bakanlığın ihtiyaç, stratejik hedef ve ülke ihtiyaçlarına göre sürekli iyileşmeyi öngöreceği şekilde oluşturulduğu, süreç ve sonuç bazlı olarak sistemi birçok açıdan değerlendirmeyi öngören bir tarzda tasarlandığı açıklanmıştır.¹⁸

Değerlendirme işlemi, il performans ve kalite koordinatörlükleri veya bakanlık değerlendiricileri tarafından dörder aylık üç dönem halinde yapılmakta ve sonuçlara göre kurumsal performans katsayısı ortaya çıkmaktadır.

Kurumsal performans değerlendirme, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde benzer mantıkla ancak hizmete özel farklılıklarla yürütüldüğünden, mevcut uygulama aşağıda iki başlık altında anlatılacaktır.

vd.), Ankara, 2009, s.16.

¹⁶ Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kaliteyi Geliştirme Daire Başkanlığı, *a.k.*, s. 16.

¹⁷ *a.k.*, s.16.

¹⁸ *a.k.*, s.16.

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Değerlendirme

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılanmasına bağlı olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsal alanda hizmet sunma konuları göz önüne alınarak oluşturulan¹⁹ birinci basamak kuruluşlarındaki değerlendirme işlemi, muayeneye erişim, 112 hizmet kalite standartları, 112 verimlilik göstergeleri ve koruyucu hizmet göstergeleri olmak üzere 4 adet performans ölçütü açısından gerçekleştirilmektedir. Değerlendirmede 4 ölçütün %25 ağırlığı vardır ve kurumsal performans katsayısı aritmetik ortalamayla bulunmaktadır.

Muayeneye erişim ölçütü açısından

Dünya Sağlık Örgütü'nce bir performans ölçütü olarak kabul edilmeyen bu ölçüt, Türkiye'deki tabip sayısının anılan örgüte üye olan Avrupa ülkeleri açısından sondan ikinci sırada olması gereğiyle Bakanlık tarafından Türkiye'ye özgü olarak "kullanılması gerekli" bir ölçüt olarak görülmüştür. Bu ölçütün değerlendirmesi, il performans ve kalite koordinatörlüğü tarafından dörder ay arayla yılda üç defa yapılmaktadır.

Muayeneye Erişim Katsayısı, poliklinik hizmetlerinde kullanılmak üzere her tabibe ayrı olarak tahsis edilmiş oda sayısının toplamına tabip sayısına bölünmesi sonucu bulunmaktadır. Tabip sayısı bulunurken, il sağlık müdürlüğü ve sağlık grup başkanlıklarında idari hizmetleri yürüten, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan ve sürekli eğitim ve koruyucu sağlık hizmetlerinde görevli tabipler hesaba dâhil edilmemektedirler. Oda sayısı bulunurken ise tabip sayısı toplamına katılmayan tabiplere tahsisli odalar değerlendirme dışı tutulmaktadır. Bulunan katsayı (1)'den büyük ise (1) olarak kabul edilir. Katsayının hesabıyla ilgili örnek aşağıda gösterilmiştir:

¹⁹ a.k., s.29.

Tablo 1: Muayeneye Erişim Katsayısının Hesaplanmasına Ait Veriler

Tabip	Tabip sayısı	Oda sayısı
Uzman Tabip	5	2
Tabip	15	8
TOPLAM	20	10

$$\text{Muayeneye Erişim Katsayısı} = \frac{\text{Toplam Oda Sayısı}}{\text{Toplam Tabip Sayısı}} = \frac{10}{20} = 0,50 < 1$$

112 hizmet kalite standartları açısından

“112 Acil sağlık hizmetlerinin etkili ve hızlı bir şekilde yürütülmesi için gerekli sistemin kurulması ve mümkün olan en hızlı müdahaleyle sağlık kurumuna ulaştırılması amacıyla 112 hizmet kalite standartları hazırlanmıştır.”²⁰ 112 acil sağlık hizmetleri İl Ambulans Servisi Başhekimliği’ne bağlı olarak görülmekte olup, komuta kontrol merkezi ile istasyonlardan oluşmaktadır. Bu yapıyı fiziki ve teknik açıdan sorgulayan söz konusu performans ölçütleri, “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”nin Ek:5’inde yer almaktadır.²¹ Bu ölçütlerin değerlendirilmesi, il performans ve kalite koordinatörlüğü tarafından dörder ay arayla yılda üç defa yapılmaktadır.

Yönetim ve Organizasyon Hizmetleri, Çalışan Güvenliği, Ambulans Hizmetleri, Hasta Güvenliği, Bilgi Sistemi ve Genel Koşullar adlı 6 bölüm altında 35 ana ve bunlara ait çok sayıda alt ölçütten ibaret olan bu ölçütlerin bir kısmı İl Ambulans Servisi Başhekimliği’ne, bir kısmı komuta kontrol merkezine bir kısmı da istasyonlara aittir. Önce bu üç birimin ayrı ayrı performans puanları bulunur, daha sonra bu puanlar toplanarak 112 Hizmet Kalite Katsayısı elde edilir. Söz konusu hesap şu şekilde formülize edilmektedir:

²⁰ Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kaliteyi Geliştirme Daire Başkanlığı, *a.k.*, s.31.

²¹ Söz konusu ölçütlerden bazıları şunlardır: “İl Ambulans Servisi Başhekimliği’nde çalışan tüm personelin görev tanımları, sorumlulukları ve faaliyet süreçleri tanımlanmış mı?, Komuta kontrol merkezi ile yönetim, vatandaşlar ve istasyonlar arasında her zaman direkt, etkili iletişim mekanları (telsiz, sabit telefon ve cep telefonu) var mı? Hasta düşmelerini önlemeye yönelik güvenlik önlemleri var mı?” vb.

$$\text{Başhekimlik Puanı} = \frac{\text{Başhekimliğe Verilen Toplam Puan}}{\text{Toplam Puan} - \text{Değerlendirme Dışı Puan Toplamı}}$$

$$\text{Komuta Kontrol Merkezi Puanı} = \frac{\text{Komuta Kontrol Merkezine Verilen Toplam Puan}}{\text{Toplam Puan} - \text{Değerlendirme Dışı Puan Toplamı}}$$

$$\text{İstasyon Puanı} = \frac{\text{İstasyona Verilen Toplam Puan}}{\text{Toplam Puan} - \text{Değerlendirme Dışı Puan Toplamı}}$$

$$\text{112 Hizmet Kalite Katsayısı} = \text{Başhekimlik Puanı} + \text{Komuta Kont. Merkezi P.} + \text{İstasyon Puanı}$$

112 verimlilik göstergeleri açısından

“Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”nin Ek:6’ında belirtilen 112 acil sağlık hizmetleriyle ilgili verimlilik göstergeleri; Merkezde Vakaya Ulaşım Süresi Oranı, Kırsalda Vakaya Ulaşım Süresi Oranı, Yerinde Müdahale Oranı, Görev İptal Oranı, Başka Araçla Nakil Oranı ve Ex Morga Nakil Oranı adlı 6 başlık altındaki performans ölçütlerinden oluşmaktadır. Önce bu 6 başlığın ayrı ayrı performans puanları bulunur, daha sonra bu puanlar toplanıp hesaplanan gösterge sayısına bölünerek 112 Verimlilik Katsayısı elde edilir. Söz konusu hesap şu şekilde formülize edilmektedir:

$$\text{Merkezde Vakaya Ulaşım Süresi Oranı (\%)} = \frac{\text{Merkezde 0-10 dk. Arası Ulaşılan Vaka Sayı}}{\text{Merkezdeki Toplam Vaka Sayı}} \times \% 90$$

$$\text{Kırsalda Vakaya Ulaşım Süresi Oranı (\%)} = \frac{\text{Kırsalda 0-10 dk. Arası Ulaşılan Vaka Sayısı}}{\text{Kırsaldaki Toplam Vaka Sayısı}} \times \% 90$$

$$\text{Yerinde Müdahale Oranı (\%)} = \frac{\%}{\text{Yerinde Yapılan Müdahale Sayısı} / \text{Toplam Müdahale Sayısı}} \quad 15$$

$$\text{Görev İptal Oranı (\%)} = \frac{\%}{\text{İstasyondan Ayrılış Sonrası Görev İptal Sayısı} / \text{Toplam Vaka Sayısı}} \quad 3,5$$

$$\text{Başka Araçla Nakil Oranı (\%)} = \frac{\%}{\text{İstasyondan Ayrılış Sonrası Başka Araçla Nakil Sayısı} / \text{Toplam Vaka Sayısı}} \quad \dots\dots\dots 3,5$$

$$\text{Ex Morga Nakil Oranı (\%)} = \frac{\%}{\text{Kamuya Açık Alanlarda Bulunan ve Morga Nakledilen Ceset Sayısı} / \text{Toplam Vaka Sayısı}} \quad \dots\dots\dots 1$$

$$\text{112 Verimlilik Katsayısı} = \frac{\text{Toplam Puan}}{\text{Hesaplanan Gösterge Sayısı}}$$

Bu ölçütün değerlendirilmesi, il performans ve kalite koordinatörlüğü tarafından dörder ay arayla yılda üç defa yapılmaktadır.

Koruyucu hizmet göstergeleri açısından

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'nin Ek:7'sinde belirtilen koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili göstergeler; Gebe Tespit Oranı, Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı, Anne Ölüm Oranı, Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı, Bebek Tespit Oranı, 0 Yaş Grubunda DaBT-İPA-Hib III Aşılama Oranı, 1 Yaş Grubunda KKK Aşılama Oranı, 0 Yaş Grubu BCG Aşılama Oranı, Klor Ölçüm Oranı, Su Numunesi Alma Oranı, Tüberküloz Bildirim Sonuçlandırma Oranı, Yayma Bakılma Oranı, Doğrudan Gözetimli Tedavi Uygulama Oranı, Gezici Sağlık Hizmetleri Yürütülme Oranı ve Birinci Basamak Ek Ödeme Takip Sistemine Veri Giriş Puanı adlı 15 başlık altındaki performans ölçütlerinden oluşmaktadır. Önce bu başlıkların ayrı ayrı performans puanları bulunur, daha sonra bu puanlar toplanıp hesaplanan gösterge sayısına bölünerek Koruyucu Hizmet Katsayısı elde edilir. Söz konusu hesap şu şekilde formülize edilmektedir:

$$\text{Gebe Tespit Oranı (\%)} = \frac{\text{İlgili Yılda Tespit Edilen Gebe Sayısı} / \text{İlgili Yıl Hedef Canlı Doğum Sayısı}}{\% 95}$$

$$\text{Gebe Başına Ortalama İzlem Sayısı} = \frac{\text{İlgili Yılda Toplam Gebe İzlem Say.} / \text{İlgili Yılda Tespit Edilen Toplam Gebe Sayısı}}{4}$$

$$\text{Anne Ölüm Oranı (\%000)} = \frac{\% 000 \cdot 18}{\text{Gebelik, Doğum yada Gebeliğin Sonlanmasından Sonraki 42 Gün İçinde Ölen Anne Say X} / \text{İlgili Yılda Hedef Canlı Doğum Sayısı}}$$

$$\text{Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı} = \frac{\text{İlgili Yılda Toplam Bebek İzlem Sayısı} / \text{İlgili Yılda 0-12 Aylık Bebek Sayısı (Yıl Ortası Nüfusa Göre)}}{7}$$

$$\text{Bebek Tespit Oranı (\%)} = \frac{\text{İlgili Yılda Tespit Edilen Bebek Sayısı} / \text{İlgili Yıl Hedef Canlı Doğum Sayısı}}{\% 95}$$

$$\text{0 Yaş Grub. DaBT-İPA-Hib III Aşılama Oranı (\%)} = \frac{\text{İlgili Yılda DaBT-İPA-Hib III Tam Aşılı Olan 0 Yaş Grubu Bebek Sayısı} / \text{İlgili Yıl da 0 Yaş Grubu Hedef Nüfus}}{\% 95}$$

$$\text{1 Yaş Grubunda KKK Aşılama Oranı (\%)} = \frac{\text{İlgili Yılda Tam Aşı Yapılan 1 Yaş Grubu Sayısı} / \text{İlgili Yılda 1 Yaş Grubu Hedef Nüfus}}{\% 95}$$

$$\text{0 Yaş Grubu BCG Aşılama Oranı (\%)} = \frac{\text{İlgili Yılda BCG Tam Aşılı Olan 0 Yaş Grubu Bebek Sayı.} / \text{İlgili Yılda 0 Yaş Grubu Hedef Nüfus}}{\% 95}$$

Klor Ölçüm Oranı (%) = $\frac{\text{İlgili Dönemde Yapılan Ölçüm Sayısı}}{\text{İlgili Dönemde Yapılması Gereken Ölçüm Sayısı}}$

Her Dönem Bakanlıkça Açıklanacak Değer

Su Numunesi Alma Oranı (%) = $\frac{\text{İlgili Dönemde Alınan Su Numunesi Sayısı}}{\text{İlgili Dönemde Alınması Gereken Su Numunesi Sayısı}}$

Her Dönem Bakanlıkça Açıklanacak Değer

Tüberküloz Bild. Sonuç. O. (%) = $\frac{\text{İlg. Dispanser. Bild. Yap. Şüpheli-Kesin Vaka sonuçlandırılanların S / İlg. D. Sağ. Müd. Dispansere Bil. Yap. Top. Şüp.-Kes. Vaka S.}}{\text{}} \times 100$

% 90

Yay. Bakılma O. (%) = $\frac{\text{İlg. Dön. İlk Tanıda Yayma Mikroskopisi Bak. Akciğer Tüberkülozlu Hasta S. / İlg. Dönemde Kayıt Altına Alınan Akciğer Tüberkülozlu Hasta S.}}{\text{}} \times 100$

% 75

Doğrudan Gözetimli Tedavi Uyg. Oranı (%) = $\frac{1.+2.+3.+4.+5.+6. \text{ Ay Doğrudan Göz. Altında İlaç Ver. Tüberkülozlu Has.S.}}{1+2+3+4+5+6. \text{ Ay Kay. Has. S.}} \times 100$

% 85

Gezici Sağlık Hizmet. Yürütülme Oranı = O Yıla Ait Önceki Ayların Verileri Ek Ödeme Takip sistemine Girilmişse 1, Girilmemişse 0 Puan

Koruyucu Hizmet Katsayısı = $\frac{\text{Toplam Puan}}{\text{Hesaplanan Gösterge Sayısı}}$

Bu ölçütün değerlendirilmesi de il performans ve kalite koordinatörlüğü tarafından dörder ay arayla yılda üç defa yapılmaktadır.

İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarındaki Değerlendirme

İkinci (devlet hastaneleri) ve üçüncü (eğitim ve araştırma hastaneleri) basamak sağlık kurumlarındaki değerlendirme işlemi, muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve verimlilik göstergeleri olmak üzere 4 adet performans ölçütü açısından gerçekleştirilmektedir. Değerlendirmede her bir ölçütün %25 ağırlığı vardır ve kurumsal performans katsayısı aritmetik ortalama alınarak bulunmaktadır.

Muayeneye erişim ölçütü açısından

Muayeneye Erişim Katsayısı, poliklinik hizmetlerinde kullanılmak üzere her tabibe ayrı olarak tahsis edilmiş oda sayısı ile dış ünite sayısı toplamının tabip sayısına bölünmesi sonucu bulunmaktadır. Tabip sayısı bulunurken, klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuvar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten tabipler ile yoğun bakım, yenidoğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan tabipler ve temel tıp bilimleri uzmanları hesaba dâhil edilmemektedirler. Oda sayısı bulunurken ise tabip sayısı toplamına

katılmayan tabiplere tahsisli odalar değerlendirme dışı tutulmaktadır. Katsayının hesabıyla ilgili örnek aşağıda gösterilmiştir:

Tablo 2: Muayeneye Erişim Katsayısının Hesaplanmasına Ait Veriler

Tabip	Tabip sayısı	Oda sayısı
Uzman Tabip	20	15
Diş Tabibi	15	12
Tabip	5	3
Toplam	40	30

Muayeneye Erişim Katsayısı: $\frac{\text{Toplam Oda Sayısı}}{\text{Toplam Tabip Sayısı}} = \frac{30}{40} = 0,75 < 1$

Bu ölçütün değerlendirmesi, il performans ve kalite koordinatörlüğü tarafından dörder ay arayla yılda üç defa yapılmaktadır.

Hizmet kalite standartları açısından

Hizmet kalite performans ölçütleri, “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”nin Ek:1’inde sayılmaktadır.²² Bu ölçütlerin değerlendirmesi, il performans ve kalite koordinatörlüğü veya bakanlık değerlendiricileri tarafından dörder ay arayla yılda üç defa yapılmaktadır.

Değerlendirme işlemi, Poliklinik Hizmetleri, Laboratuvar Hizmetleri, Görüntüleme Hizmetleri, Ameliyathane Hizmetleri, Klinikler, Yoğun Bakım Üniteleri, Diyaliz Hizmetleri, Acil Servis Hizmetleri, Ambulans Hizmetleri, Eczane Hizmetleri, Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi, Hasta ve Çalışan Güvenliği, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Hastane Bilgi Sistemi, Hasta Kayıtları ve Dosyası, Arşiv, Tesis Yönetimi ve Güvenlik, Depolar, Mutfak, Çamaşırhane ve Morg adlı 21 ana başlık altında 300’ün üstünde performans ölçütü üzerinden gerçekleştirilmektedir. Önce her bir ölçütün tamamen sağlanması durumunda “evet”, sağlanmaması durumunda “hayır” seçeneği işaretlenir, sonra “evet”e verilen puanlar toplanarak, toplam puana bölünür, böylece Hizmet Kalite Katsayısı elde edilir. Söz konusu hesap şu şekilde formülize edilmektedir:

$$\text{Hizmet Kalite Katsayısı} = \frac{\text{Verilen Toplam Puan}}{\text{Toplam Puan} - \text{Değerlendirme Dışı Puan Toplamı}}$$

²² Bunlar poliklinik hizmetleri, laboratuvar işlemleri ve ameliyathane işlemleri olarak üç bölüme ayrılmış ve her bölüm için farklı kriterler belirlenmiştir.

Memnuniyet ölçümü açısından

“Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”nin Ek:3’ünde belirtilen²³ memnuniyet ölçümüyle hasta ve hasta yakınlarına yapılan memnuniyet anketleri kastedilmektedir. Bu anketler ayakta ve yatan hasta anketleri olmak üzere iki türdür.

16 yaşından küçükler (yakınlarına uygulanır), terminal dönemdeki hastalar, cevaplamak istemeyenler, psikiyatri ve diyaliz hastaları hariç tüm hastalar anketlerin evrenini oluşturmaktadırlar.

Anketler genel olarak en az hastanenin mevcut yatak sayısı kadar kişiye uygulanmak zorundadır. Fakat bazı dal hastanelerinde yatan hasta memnuniyet anketi, o dönem yatak sayısının en az %50’si kadar kişiye (yatak sayısı 100 veya altında ise en az 50 kişiye), ayakta hasta memnuniyet anketi ise en az yatak sayısı kadar kişiye uygulanmaktadır.

Yapılan anketler sonucunda, ayakta ve yatan hasta memnuniyet anketlerine verilen cevaplar doğrultusunda elde edilen puanlar toplanır ve her biri için anket dolduran kişi sayısına bölünmesiyle ilgili bölümün toplam puanı bulunur, sonra her bir anket setinin bulunan toplam puanı için belirlenen oran (her ikisi için de %50’dir) ile çarpılır, bulunan katsayılar toplanarak Hasta Memnuniyet Katsayısı elde edilir. Söz konusu hesap şu şekilde formülize edilmektedir:

$$\text{Memnuniyet Katsayısı} = (\text{Yatan Hasta Anket Puanı} \times 0,50) + (\text{Ayaktan Hasta Anket Puanı} \times 0,50)$$

Söz konusu değerlendirme işlemi, il performans ve kalite koordinatörlüğü veya bakanlık değerlendirici tarafından her ay, yılda 12 defa yapılmakta, ancak sonuçları dört ayda bir değerlendirilmektedir.

Öte yandan, “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”nin Ek:8’inde belirtilen²⁴ çalışan memnuniyet ölçümü ise personele düzenli olarak uygulanmakta, ancak ölçüm sonucunda bulunan Çalışan Memnuniyet Katsayısı, kurumsal performans katsayısının hesabında dikkate alınmamaktadır.

Verimlilik göstergeleri açısından

“Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”nin Ek:4’ünde gösterilen verimlilik göstergeleri, Klinik Göstergeler, Faaliyet Göster-

²³ Hastane ayakta hasta anketinde 25, ağız-dış sağlığı merkezi ayakta hasta anketinde 24, genel yatan hasta anketinde ise 33 adet soru bulunmaktadır.

²⁴ 26 adet soru bulunmaktadır.

geleri ve Finansal Göstergeler olarak 3 ana başlık altında toplam 10 adet performans ölçütünden meydana gelmektedir.

Buna göre, günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve sezaryen oranı klinik göstergeler; yeni performans takip sisteminde veri giriş puanı, ortalama kalış günü, yatan hasta oranı ve yatak doluluk oranı faaliyet göstergeleri; toplam borcun toplam gelire oranı, personel gideri destekleme oranı ve toplam giderin toplam gelire oranı ise finansal göstergeler olarak belirlenmiştir.

Söz konusu ölçütlere ait performans puanları ayrı ayrı hesaplandıktan sonra bunlar toplanır ve hesaba dahil edilen gösterge sayısına bölünür, böylece Kurum Verimlilik Katsayısı elde edilir. Söz konusu hesap şu şekilde formüle edilmektedir:

$$\text{Kurum Verimlilik Katsayısı} = \frac{\text{Toplam Puan}}{\text{Hesaplanan Gösterge Sayısı}}$$

Bu ölçütün değerlendirilmesi ise il performans ve kalite koordinatörlüğü tarafından dörder ay arayla yılda üç defa yapılmaktadır.

Bireysel Performans Değerlendirmesi

Bireysel performans değerlendirilmesi, önceden belirlenmiş performans ölçütlerine göre puan üretme yetkisine sahip olan tabiplerin doğrudan emeğe dayalı tıbbi işlemlerinin puanlandırılması ve elde edilen puanların maaşlara ek ödeme adıyla yansıtılmasıdır.

Yapılan değerlendirmeye göre, kurum ve kuruluşlarda bulunan poliklinik, ameliyathane, acil servis, diyabet polikliniği, aile planlaması polikliniği, klinikler ve servisler gibi ünitelerde hasta bakan, girişimsel işlemler ile radyolojik, patolojik tetkik işlemleri yapan, idari görevi olan tabipler dahil, tabiplerin her biri için mesai içi ve mesai dışı olmak üzere ayrı ayrı olarak bütün girişimsel işlemler²⁵ karşılığı elde edecekleri puanlar toplanarak, "Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı" hesaplanmaktadır.

Böylece, söz konusu tabiplerin aylık olarak yapmış oldukları bütün tıbbi işlemlerin puanları toplanarak kendi bireysel performansları bulunmaktadır. Buna "doğrudan bireysel performans ölçümü" adı verilebilir. Girişimsel işlem veya muayene işlem yapı-

²⁵ Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan "Girişimsel İşlemler Yönergesi"ne göre; tabipler tarafından yapılan ameliyat ve anestezi gibi tıbbi işlemlere girişimsel işlem adı verilmektedir.

bilen tabipler dışındaki personelin²⁶ ise doğrudan performansları ölçülmemekte, söz konusu tabiplerin puanlarının toplanmasıyla bulunan sağlık tesisi toplam puanından pay almak yoluyla dolaylı olarak performansları değerlendirilmektedir. Buna da “dolaylı bireysel performans ölçümü” adı verilebilir.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde bireysel performans ölçütleri farklı şekilde değerlendirilmektedir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki performans ölçütleri, sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılanmasına bağlı olarak, tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsalda hizmet sunumu göz önünde tutularak tespit edilmiştir. Bu ölçütlerden bazıları gebe izlem sayısı, bebek izlem sayısı, yeni doğan tarama testleri ve modern aile planlaması yöntemi kullanma yüzdesidir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki performans ölçütleri ise temelde birbirinin aynısıdır. Buna göre, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Girişimsel İşlemler Yönergesi”nde belirtilen 5000’in üzerindeki tıbbi işlem puanlandırılmıştır. Ancak, tıbbi işlemler bizzat tabiplerce zihinsel ve bedensel katkı ile sonuçlandırılmışlarsa (muayene ve girişimsel işlem) puanlandırmada dikkate alınmakta, bizzat tabip sorumluluğunda olsa dahi yardımcı sağlık personeli ve tıbbi cihaz tarafından yapılan tıbbi işlemler (enjeksiyon, laboratuvar tetkiki, vb.) puanlandırılma dışı tutulmaktadır. Bunun nedeni, sistemin sadece tabiplerin doğrudan emeğe bağlı hizmetlerinin puanlandırılmasına dayanmasıdır.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarındaki performans ölçütleri arasındaki fark ise, uzman tıp öğrencisi yetiştirme görevi de bulunması nedeniyle klinikler bazında faaliyet gösteren üçüncü basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilen eğitim ve bilimsel çalışma faaliyetlerinin ayrıca değerlendirilmesidir. Bu kurumlardaki klinik şef, şef yardımcısı, başasistanlar ve uzmanların bilimsel yayınlarının belli bir kısmı “Bilimsel Çalışma Destek Puanı” adıyla, ayrıca bunlardan klinik şef ve şef yardımcılarına, verdikleri teorik ve pratik tabip eğitiminin belli bir kısmı “Eğitici Destekleme Puanı” adıyla bu personelin bireysel performanslarının değerlendirilmesinde dikkate alınmaktadır.

²⁶ Burada kastedilen, muayene ve girişimsel işlem yapamayan tabip (laboratuarda görevli vd.) ve tabip dışı (hemşire vd.) sağlık personeli ile idari personeldir.

Performans Yönteminin Değerlendirilmesi

Yukarıda ayrıntılı bir şekilde anlatılmaya çalışıldığı üzere Sağlık Bakanlığı 2003 yılından itibaren performans değerlendirme yöntemini uygulamaya başlamıştır. Ancak bu yöntem ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde aşağıdaki eleştirileri yapmak mümkün hale gelmektedir:

Öncelikle bireysel net performans puanının hesaplanmasında sadece muayene ve girişimsel işlem yapabilen yani sayısallaştırılabilir performans ölçütlerine göre puan üretebilen tabiplerin dikkate alınması, bunun dışındaki sağlık personeli için ölçülebilir performans ölçütlerinin geliştirilmemesi nedeniyle bunların bireysel performans puanı üretmesinin mümkün olmaması ilgili sağlık personeli için adil olmayan bir durumdur. Bu şekildeki personelin bireysel performans puanları anılan tabiplerin ürettikleri puanlara göre hesaplanmaktadır. Buna göre, muayene ve girişimsel işlem yapabilen tabiplerin sistemin merkezinde, diğer personelin ise sistemin halkalarında konumlandırılması bir başka çatışma ve memnuniyetsizlik sebebidir.

Doğrudan bireysel net performans puanı üretmeyen personelin yerine getirdikleri görev ve hizmetin, sağlık tesislerinin kurumsal performans katsayılarının hesabında dikkate alındığı ileri sürülebilse de bu durum söz konusu personele yapılan haksızlığı önleyememektedir. Çünkü kurumsal performans katsayısı 4 adet performans ölçütünden oluşmakta olup, hangi personelin sisteme hangi oranda katkı sağladığı belli değildir. Bu da iş tatminini olumsuz şekilde etkileme potansiyelini taşımaktadır.

Sağlık tesisi kurumsal performans puanı, il veya ilçe performans puan ortalaması, verilerin hesaplanmasında, muayene ve girişimsel işlem yapabilen yani sayısallaştırılabilir performans ölçütlerine göre puan üretebilen tabiplerin bulunması, bunun dışındaki personel için ölçülebilir performans ölçütlerinin geliştirilmemesi nedeniyle bunların performans puanı üretmesinin mümkün olmaması personel için büyük haksızlıktır. Bu şekildeki personelin bireysel net performans puanları, esas itibarıyla tabiplerin ürettikleri puanlara göre hesaplanmaktadır. Buna göre, muayene ve girişimsel işlem yapabilen tabiplerin sistemin merkezinde, diğer personelin ise sistemin halkalarında konumlandırılması bir başka çatışma ve memnuniyetsizlik sebebidir.

Sistem esas itibarıyla bireysel performansa dayalı olarak yürüdüğü için takım ruhu gözardı edilmiş, bunun yerine bireysel olarak “puan toplama” en önemli amaç olmuştur. Bu da çalışanların işyer-

lerinde yalnızlaşmalarına ve çevrelerine yabancılaşmalarına sebep olabilmektedir.

Sistem, bireysel olarak “puan toplama”yı özendirdiği için bu durum, personeli puanı yüksek tıbbi uygulamalara yönlendirebilecektir. Bu tür uygulamalar ise hem hastaların hayatlarını riske atabilecek ve iyileşme sürelerini uzatabilecek hem de zaten kıt olan kaynaklarımızın israf edilmesine yol açabilecektir. Örneğin, sezaryen doğum yöntemine normal doğum yönteminden daha fazla puan verilmesi nisaiye uzmanlarını sezaryen ameliyatlara sevk edebilecek, onlar da bu konuda hastalara telkinde bulunabileceklerdir.

Sistemin, temelde sağlık tesislerinde gerçekleştirilen tıbbi işlemlerin sayılmasına dayanması, tıbbi işlemlerin kalitesinin ölçülmemesi, kısaca, nitelik yerine nicelikle ilgilenilmesi büyük bir eksikliktir. Hâlbuki sistemde nicelik boyutu kadar nitelik boyutunun da ölçülmesi gerekmektedir.

Hasta ve çalışan memnuniyet anketleri her ay düzenli olarak yapılmakla birlikte, bunlardan sadece hasta memnuniyet katsayısının kurumsal performans katsayısının hesabında dikkate alınması, çalışan memnuniyet katsayısının hesaba katılmaması yine çalışanın lehine olmayan bir durumdur. Normalde, Bakanlığın görüşünden hareketle personelin sistemden memnun olması, böylece çalışan memnuniyet katsayısının yüksek çıkması, bunun kurumsal performans katsayısına olumlu şekilde yansımaları gerekmektedir. Bu faktörün değerlendirmeye alınmaması akılda bazı soru işaretleri yaratmaktadır.

Performans sistemi “ne kadar çok işlem o kadar çok puan” mantığına dayandığından, çok işlem üretemeyen personelin az puan dolayısıyla ek ödeme alması, sistemin kendi mantığı açısından doğrudur. Buna karşın, üst yöneticiler için hesaplanan “yönetici birim performans katsayısı” bu personelin omuzlarına büyük bir yük yüklemektedir. Şöyle ki, bu katsayının yüksek veya düşük çıkmasının bir nedeni gerçekten üst yöneticilerinin performanslarından kaynaklanırken, diğer bir nedeni kendileri dışında, örneğin Sağlık Güvenlik Kurumu’nun “Medula Sistemi”nden²⁷ aktarılan

²⁷ Sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiler ile karşılığı ödeme işlemlerinin elektronik ortamda yürütülmesi *medula* olarak isimlendirilen web tabanlı sistem üzerinden gerçekleştirilmektedir. SGK ile sözleşmeli resmi veya özel sağlık hizmeti sunucuları öncelikle müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için medula sistemi üzerinden T.C. kimlik numarası ile hasta takip numarası/provizyon (ön izin) almakta, provizyon aldıkları takdirde sağlık hizmetini sunmakta ve sundukları sağlık hizmetini yine aynı sistem üzerinden SGK’ya faturalandırmaktadırlar.

kârların merkez (Sağlık Bakanlığı) tarafından taşraya geç dağıtılmasından kaynaklanmaktadır. Bu nedenlerden ikincisi üzerinde üst yöneticilerin etkisi olmamasına rağmen anılan katsayının düşük olması nedeniyle performansları düşük çıkabilmektedir.

Uygulanan sistem tedavi edici sağlık hizmetlerini öncelemesi nedeniyle koruyucu sağlık hizmetleri de geri plana itilmiştir. Bununla birlikte tıbbi işlem sayısının artması ilaç, tahlil ve kullanılan tıbbi malzeme oranının artmasına yol açmakta ve bu durumdan en çok ilaç ve tıbbi malzeme şirketleri fayda sağlamaktadır. Nitekim son yıllarda Sosyal Güvenlik Kurumu'nun söz konusu gider kalemlerinde büyük artışlar meydana gelmiştir. Sağlıkta dönüşüm programının hayata geçirildiği 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'ndan Sosyal Güvenlik Kurumu'na fatura edilen ilaç ve tıbbi malzeme toplam tutarı 8.613.000.000 TL²⁸ iken, 2009 yılında bu meblağ 21.026.000.000 TL'ye²⁹ yükselmiş, böylece artış oranı yaklaşık %144 olmuştur.

Son olarak gerek bireysel gerekse kurumsal performans göstergelerinin son derece karmaşık bir hesaplama yöntemiyle elde edilmesi, dolayısıyla açık ve anlaşılır olmaması, personelin sisteme olan güvenini olumsuz şekilde etkileyebilecektir.

Bakanlık yukarıda ayrıntılı bir şekilde açıklanmaya çalışılan bu yöntemi ücretlendirme sistemi ile de ilişkilendirmiş, böylece kamuda performans ücreti sistemini döner sermayeye dayalı ek ödeme sistemi üzerinden uygulamaya koyan ilk Bakanlık olmuştur.

SAĞLIK BAKANLIĞI'NDAKİ PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi, çalışanların ücretleri ile yaptıkları işteki performansları arasında bağlantı kurma yöntemi olarak tanımlanabilir. Performansa dayalı ücretin, ulaşılması gereken başarının belirlenmesi, başarının değerlendirilmesi ve yapılan değerlendirmenin ışığında ücrete karar verilmesi olmak üzere üç ögesi bulunmaktadır. Bu öğelerden ilk ikisi, performans değerlendirme sisteminin temelini oluşturmaktadır. Bu anlamda performans değerlendirme ücretle ilişkilendirmeden de kullanılabilir. ³⁰

²⁸ Bkz.

http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/cea11c80415c59dcb7fabf21943ef22a/2009_12_mali.xls?MOD=AJPERES (24.12.2010)

²⁹ Bkz. http://www.sgk.gov.tr/sgkshared/dokuman/istatistik/2010_10_bulten.pdf (24.12.2010)

³⁰ Devlet Planlama Teşkilatı, *Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT, Ankara, 2000, s. 40.

Performansa dayalı ücret sistemini özendirici ücret sistemleri ve liyakate dayalı ücret sistemleri olmak üzere iki açıdan ele almak mümkündür. Özendirici ücret sistemlerinde performans düzeyi ile ücret arasındaki ilişki standartlar ya da bazı doğrudan göstergelere (satış hacmi, hata oranı vb.) göre belirlenirken; liyakate dayalı ücret sistemlerinde daha dolaylı performans kriterlerine başvurulmaktadır. Özendirici ücrette performans direkt olarak ölçülmekte, performans ücreti toplam ücretin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Liyakate dayalı ücret sistemlerinde performans dolaylı olarak ölçülmekte, performans ücreti toplam ücretin küçük bir yüzdesini oluşturmaktadır.³¹

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, eğitim, öğretim, inceleme ve araştırma faaliyetleri ile yapılan muayene, girişimsel işlem ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, personele döner sermaye gelirlerinden ilave ödeme yapan bir sistem şeklinde tanımlanabilir. Uygulanan sistem bir "hizmet başı ödeme sistemi"dir. Bu sistemde, tabiplerin hastalara sunduğu her bir hizmet ücretlendirilmektedir.

Esasen, 1961 tarihli 209 sayılı Döner Sermaye Kanunu uyarınca, Sağlık Bakanlığı'nda ve ona bağlı kuruluşlarında (Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü hariç) çalışan personele ek ödeme verilmekteydi. 2003 yılı başında ise "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın hayata geçirilmesi ile birlikte yürürlükteki ek ödeme sisteminin "performansa" dayalı hale getirilmesi amaçlanmıştır. Bunun için hazırlanan ilk çalışma, 2003 yılının ikinci yarısından itibaren 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot uygulama olarak devreye sokulmuştur.

2004 yılı başında Sağlık Bakanlığı, mevcut ücret politikasına ek olarak, kamu sağlık sektöründe performansa dayalı ücretlendirme sistemini hayata geçirmek amacıyla döner sermaye gelirlerinden ek ödeme uygulamasını başlatmıştır.³² Üçüncül düzey düzen-

³¹ Turan Güngör, "Özendirici Ücret Sistemleri ve Sendikalar", *Standart Dergisi*, S. 470, s. 54, (aktaran:) Alev Ebin vd., Performansa Dayalı Ücretlendirme Sisteminin İşgören Verimliliği ve Organizasyon Karlılığı Üzerindeki Etkileri, <http://idc.sdu.edu.tr/tammetinler/yonetim/yonetim13.pdf> (02.11.2010)

³² 24.12.2003 tarihli ve 5027 sayılı 2004 mali yılı Bütçe Kanununun 49/k maddesine dayanarak ve altı aylık sonuçları dikkate alınarak sistem geliştirilmiş ve 9.2.2004 tarihli ve 417 sayılı Bakan onayına istinaden Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına dair Yönerge yayınlanarak 2004

leme olan bir yönergeyle yürürlüğe konan sistemin birincil düzeyde mevzuatla güvence altına alınması gerektiği düşüncesiyle, “2005 Mali Yılı Bütçe Kanunu”nun³³ 37. maddesine (d) fıkrası eklenmiş, böylece performansa dayalı ek ödemenin temel yasal dayanağı oluşturulmuştur. Ancak, söz konusu düzenlemenin bütçe yasasıyla ilgisinin olmadığı ve bir kanunla yapılması gerektiği belirtilerek, anayasa aykırılık savıyla Ana Muhalefet Partisi Anayasa Mahkemesi’ne başvurmuştur. Anayasa Mahkemesi başvuruyu yerinde görerek düzenlemeyi iptal etmiştir.³⁴

İptal kararı nedeniyle performansa dayalı ek ödeme sisteminin hem aksamaması hem de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde farklılığa gidilmesi düşüncesiyle bir yönerge³⁵ daha yayınlanmış, Anayasa Mahkemesi’nin iptal kararına karşılık olarak 209 sayılı Kanunun 5. Maddesine 4. Fıkra eklenmiş ve performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasına devam edilmiştir. Söz konusu düzenlemenin yasalaşmasının ardından, ikincil düzey mevzuat olarak, “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik”³⁶ yayınlanmış ve 1 Nisan 2006 tarihinden itibaren yürürlüğe girmiştir. Böylece, sistemin ana kanunu ve yönetmeliği oluşturulmuş ve sistemin “geçici” olduğuna dair kamuoyundaki tartışmalar sonlandırılmıştır.

Özetlemek gerekirse, 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan personele, maaşlarına ilave olarak, performansa dayalı olarak döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmaktadır.³⁷ Döner sermaye gelirleri ise, sağlık kurum ve kuruluşlarının kârları, üçüncü kişilerin bağış ve yardımları ile devlet yardımları kalemlerinden meydana gelmektedir. Bunlardan en önemlisi Sosyal Güvenlik Kurumu sigortalılarının

yılına ilk çeyreğinden itibaren Sağlık Bakanlığı genelinde uygulanmaya başlanmıştır.

³³ 28.12.2004 tarihli ve 5277 sayılı Kanun.

³⁴ 29.11.2005 tarihli ve 2005/6 Esas, 2005/93 Karar.

³⁵ 01.02.2005 tarihli ve 349 sayılı Bakan Onayı’na istinaden “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge ile Sağlık Bakanlığı’na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge” yayınlanmıştır.

³⁶ 12.05.2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete.

³⁷ Asım Balcı, Harun Kırılmaz, “Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı’nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması*, Beta Yayınları, İstanbul, 2005, s.184.

dan elde edilen ve medula sistemi üzerinden aktarılan kârlardır. Sistem, tabip personel ile tabip dışı personel açısından iki farklı şekilde kurgulanmıştır. Buna göre, unvan, görev ve çalışma şartları ve süre kriterleri her iki personel için ortaktır. Diğer yandan, tabip personel için bu kritere ilave olarak, gerçekleştirilen muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlem sayısı kriterleri getirilmiş, bu sayılarla orantılı olarak ek ödeme alma imkânı tanınmıştır. Tabiplerin performanslarına göre aldıkları bu meblağlar dışında, sistemde bir de sadece tabiplere yönelik olarak “garanti ek ödeme” uygulaması bulunmakta olup, özel muayenehanelerin kapatılması sebebiyle performansa dayalı olmaksızın tabiplere her ay belli bir miktarda ek ödeme yapılacağı garanti edilmektedir.

Sistemin İşleyişi

“Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” gereğince 3 ayrı model biçiminde yürütülen performansa dayalı ek ödeme sistemi ay bazında şu şekilde işlemektedir:

Öncelikle, anılan yönetmelik kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık hizmetlerinden elde ettikleri kârların tamamı döner sermayeye gelir kaydedilmektedir. Bu sermayenin tamamı ek ödeme olarak personele dağıtılabilirken, bağış, faiz geliri gibi personelin katkısına dayanmayan döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele dağıtılamamaktadır.

Bu şekilde aylık olarak oluşan gayri safî hasıladan ilk olarak Hazine payı (%15), Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı (%1) ve Sağlık Bakanlığı merkez payı (%4)³⁸ ayrıldıktan sonra, kalan miktarın sağlık kurumlarında %30’u, sağlık kuruluşlarında ise %15’i 209 sayılı Kanun gereğince, “İşletme, İdare ve Muhasabe İşlerine Dair Yönetmelik” hükümleri doğrultusunda, kurum ve kuruluşların ihtiyaçlarının karşılanması ve vadesi gelen borçların ödenmesi için ayrılmakta, kalan kısım ise personele ek ödeme olarak dağıtılabilir. Böylece, %100 oranındaki döner sermaye havuzundan, sağlık kurumlarında %50, sağlık kuruluşlarında ise %65 oranında ek ödeme havuzu meydana gelmektedir.

³⁸ Bu pay ile bakanlık merkez teşkilatındaki personele, “Sağlık Bakanlığına Bağlı Döner Sermaye İşletmelerinden Merkeze Aktarılan Tutarın Dağılım ve Sarfı ile Bu Tutardan Bakanlık Merkez Teşkilatında Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge” uyarınca, performansa dayalı olmaksızın, belirlenen yüzdeler oranlar üzerinden ek ödeme verilmektedir.

Döner sermaye havuzuyla ilgili tahakkuk ve tahsilât iş ve işlemlerinden sağlık kurumlarında “Döner Sermaye Komisyonları” sorumludur. Bu komisyonlar dağıtılacak ek ödeme tutarını, o dönem döner sermaye gelirlerinden bahsi geçen paylar ayrıldıktan sonra kalan miktarın %50 veya %65’inin, kurumsal performans katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktarı geçmeyecek şekilde belirler. Dolayısıyla, kurumsal performans katsayısı örneğin (1) ise %50’nin tamamı, örneğin (0,5) ise %50’nin yarısı personele ek ödeme olarak dağıtılabilmektedir.

Buna ilave olarak, mesai içi ve dışı çalışılan sürelerde üretilen tabip muayene ve girişimsel işlem puanları toplamlarının yukarıdaki şekilde belirlenen tutara oranlanması sonucu mesai içi ve dışı dönem ek ödeme katsayısı bulunarak, mesai içi ve dışı dağıtılabilecek ek ödeme tutarları elde edilir.

İkinci olarak, muayene ve girişimsel işlemler yapabilen tabiplerin bütün muayene ve girişimsel işlemler puanları toplanır.

Üçüncü olarak, tabip ve dış tabiplerinin toplam muayene ve girişimsel işlemler puanları, ilgili sağlık kuruluşunun toplam tabip sayısına bölünür ve bulunan sonuca, sağlık kuruluşunun idari bölge puanı³⁹ ve koruyucu sağlık hizmetler puanı⁴⁰ eklenerek “Sağlık Kuruluşu Performans Puan Ortalaması”, bir başka deyişle “Kurumsal Performans Puanı” bulunur.

Dördüncü olarak, ildeki sağlık kuruluşlarında tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunan tabip ve dış tabiplerinin puanları toplanır. Bulunan puan, ilde bulunan sağlık kuruluşlarının toplam tabip sayılarının toplamına bölünür. Bulunan sonuca, ildeki sağlık kuruluşlarının idari bölge puanı ve koruyucu sağlık hizmetler puanlarının toplamının ilde bulunan sağlık kuruluşu sayısına bölümü eklenerek “İl Performans Puan Ortalaması” bulunur. Bu hesaplamanın benzeri, ilçelerdeki sağlık grup başkanlıkları için kullanılmak üzere, ilçedeki sağlık kuruluşlarındaki puanlar üzerinden, “İlçe Performans Puan Ortalaması” hesabı için de yapılır.

Beşinci olarak, sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan medikal ve paramedikal personel için “Bireysel Net Performans Puanları” hesaplanır. Bu yapılırken, ikinci ve üçüncü model için mesai içi ve mesai dışı performans puanları ayrı ayrı hesaplanır. Birinci model için ise böyle bir ayırım yapılmamakta, daha açık ifadeyle, bu kuruluşlarda mesai dışı performans puanları bulunmamakta, sadece mesai içi performans puanları dikkate alınmaktadır. Tamamen

³⁹ Yönetmeliğin 13. maddesinde gösterilmiştir.

⁴⁰ Yönetmeliğin 14. maddesinde gösterilmiştir.

matematiksel formüller kullanılarak yapılan hesaplama işlemleri karmaşık olup, birden fazla bileşenin dikkate alınmasıyla bulunmaktadır. Aşağıda, örnek olması açısından, uygulanan üç farklı modelde görevli muayene ve girişimsel işlem yapabilen tabipler ile diğer personelin hesaplama formülleri gösterilmiştir.

1. modeldeki sağlık kuruluşlarında net performans puanının hesaplanması:

İllerde görevli idari personel için;

Net Performans Puanı = (İl Performans Puan Ortalaması x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Muayene ve girişimsel işlem yapan tabipler için;

Net Performans Puanı = [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı + ((İdari Bölge Puanı + Koruyucu Sağlık Hizmetleri Puanı) x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı] x (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Tabip dışı personel için;

Net Performans Puanı = (Sağlık Kuruluşu Performans Puan Ortalaması x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

2. modeldeki devlet hastanelerinde;

Mesai içi net performans puanının hesaplanması:

Muayene ve girişimsel işlem yapan uzman tabipler için;

Net Performans Puanı = (Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı) + (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Tabip dışı personel için;

Net Performans Puanı = (Hastane Hizmet Puan Ortalaması x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Mesai dışı net performans puanının hesaplanması:

Muayene ve girişimsel işlem yapan uzman tabipler için;

Net Performans Puanı = [Mesai Dışı Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı x Hizmet Alanı Kadro-Unvan Katsayısı (Uzman Tabip, Pratisyen Tabip veya Diş Tabibi Katsayısı)]

Tabip dışı personel için;

Net Performans Puanı = (Mesai Dışı Hastane Hizmet Puan Ortalaması x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı x Mesai Dışı Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

3. modeldeki eğitim ve araştırma hastanelerinde;

Mesai içi net performans puanının hesaplanması:

Bir kliniğe bağlı olarak çalışan uzman tabipler için:

Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + (varsa) Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı - (Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) x 0,5] + (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Bir kliniğe bağlı olarak çalışan tabip dışı personel için:

Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Mesai dışı net performans puanının hesaplanması:

Bir kliniğe bağlı olarak çalışan uzman tabipler için:

Net Performans Puanı = (Mesai Dışı Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı x Mesai Dışı Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + [((Mesai Dışı Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı - (Mesai Dışı Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Mesai Dışı Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) x 0,5]

Bir kliniğe bağlı olarak çalışan tabip dışı personel için:

Net Performans Puanı = (Mesai Dışı Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı x Mesai Dışı Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Altıncı olarak, personelin tespit edilen mesai içi net performans puanları mesai içi dönem ek ödeme katsayısı ile çarpılarak performanslarına göre alacakları mesai içi ek ödeme tutarları belirlenmektedir. Bununla birlikte, bulunan bu tutar, Yönetmeliğin EK:1'inde belirlenen katsayılarla hesaplanan tavan mesai içi ek ödeme tutarını geçmemektedir. Buradaki mesai içi dönem ek ödeme katsayısı, kurumlarda mesai içi dağıtılacak döner sermaye miktarının (döner sermaye havuzunun %50'si) kurumlarda çalışan ve muayene ve girişimsel işlem yapabilen bütün tabiplerin mesai içi net performans puanlarının toplamı olarak tanımlanan mesai içi hastane toplam puanına bölünmesi sonucu bulunan, kuruluşlarda ise dağıtılacak döner sermaye miktarının (döner sermaye havuzunun %65'i) kuruluşlarda çalışan ve muayene ve girişimsel işlem yapabilen bütün tabiplerin personelin net performans puanlarının

toplamı olarak tanımlanan il toplam puanına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı ifade etmektedir.

Yedinci ve son olarak, personelin tespit edilen mesai dışı net performans puanları mesai dışı dönem ek ödeme katsayısı ile çarpılarak performanslarına göre alacakları mesai dışı ek ödeme tutarları belirlenmektedir. Bununla birlikte, bulunan bu tutar, Yönetmeliğin EK:1’inde belirlenen katsayılarla hesaplanan tavan mesai dışı ek ödeme tutarını geçmemektedir. Buradaki mesai dışı dönem ek ödeme katsayısı, kurumlarda dağıtılacak mesai dışı döner sermaye miktarının (döner sermaye havuzunun %50’si) kurumlarda çalışan ve muayene ve girişimsel işlem yapabilen bütün tabiplerin mesai dışı net performans puanlarının toplamı olarak tanımlanan mesai dışı hastane toplam puanına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı ifade etmektedir.

Yukarıda da açıklanmaya çalışıldığı üzere performansa dayalı ek ödeme sistemi oldukça karmaşık matematik formülleriyle hesaplanmaktadır ve personelin kendisine ödenen ek ödeme miktarının doğruluğunu hesaplama yapmak suretiyle kontrol etmesi hemen hemen imkânsızdır. Personel, bir sonraki ay tam olarak ne kadar performans ücreti alacağını da bilememektedir.

Örnek Ek Ödeme Miktarları

Tablo 3’de 2007 yılında ikinci basamak sağlık kurumlarında klinik bazda tam zamanlı olarak çalışan tabiplerin,⁴¹ Tablo 4 ve Tablo 5’de⁴² 2007 yılında il sağlık müdürlükleri ile ikinci basamak sağlık tesislerindeki personelin, Tablo 4’de⁴³ ise somut bir örnek olarak, üçüncü basamak sağlık kurumu olan Sağlık Bakanlığına bağlı Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan bazı sağlık ve idari personelin aldıkları performansa dayalı ek ödeme tutarları gösterilmiş, uzman bir tabibin performans ücreti aşağıda hesaplanmıştır:

⁴¹ Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, a.g.k., s.84.

⁴² a.k., s. 86.

⁴³ Bu veriler tarafımızca anılan hastaneden elde edilmiştir.

Tablo 3: 2007 Yılında İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Tam Zamanlı Olarak Çalışan Tabiplerin Aldıkları Performansa Dayalı Ek Ödeme Tutarları (TL)

Branşlar	2007 (7 ay)	Branşlar	2007 (7 ay)
Ortopedi ve Travmatoloji	4.657	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	4.020
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	4.614	Psikiyatri	4.001
Göz Hastalıkları	4.554	Genel Cerrahi	3.958
Radyoloji	4.548	Üroloji	3.944
Kardiyoloji	4.411	Kalp ve Damar Cerrahisi	3.911
İç Hastalıkları	4.349	Göğüs Hastalıkları	3.854
Dermatoloji	4.334	Tıbbi Biyokimya	3.833
Anestezyoloji ve Reanimasyon	4.282	Kadın Hastalıkları ve Doğum	3.806
Nöroloji	4.198	Göğüs Cerrahisi.	3.748
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	4.194	Tıbbi Mikrobiyoloji	3.722
Beyin ve Sinir Cerrahisi	4.174	Enfeksiyon Hastalıkları	3.666
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	4.124	Tıbbi Patoloji	3.532
Çocuk Cerrahisi	4.036	Aile Hekimliği	4.016
EK ÖDEME ORTALAMASI	4.080		

Tablo 4: 2007 Yılında İl Sağlık Müdürlükleri Personelinin Aldıkları Performansa Dayalı Ek Ödeme Tutarları (TL)

Unvanlar	2007 Yılı (7 ay)	Unvanlar	2007 Yılı (7 ay)
Sağlık Müdürü	3.790	Şube Müdürü (İdari)	911
Sağlık Müd.Yrd (Tabip)	3.370	Sağlık Hizmetleri Sınıfı Personeli	363
Sağlık Müd.Yrd (İdari)	933	Genel İdari Hizmetleri Sınıfı Personeli	328
Pratisyen Tabip	972	Teknik Hizmetler Sınıfı Personeli	490
Şube Müdürü (Tabip)	1.429	Yardımcı Hizmetler Sınıfı Personeli	312

Tablo 5: 2007 Yılında İkinci Basamak Sağlık Kurumlarındaki Personelin Aldıkları Performansa Dayalı Ek Ödeme Tutarları (TL)

Unvanlar	2007 Yılı (7 ay)	Unvanlar	2007 Yılı (7 ay)
Başhekim (Uzman)	5.812	Eczacı	1.339
Başhekim (Pratisyen)	3.366	Hastane Müdürü	1.330
Başhekim Yrd. (Uzman)	3.867	Başhemşire	890
Başhekim Yrd. (Pratisyen)	3.058	Sağlık Hizmetleri Sınıfı	607
Uzman Tabip	4.024	Teknik Hizmetler Sınıfı	516
Pratisyen Tabip	1.952	Genel İdari Hizmetler Sınıfı	408
Diş Tabibi	2.855	Yardımcı Hizmetler Sınıfı	331

Tablo 6: 2010 Aralık Ayında Ankara Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Personelinden Bazılarının Aldıkları Performansa Dayalı Ek Ödeme Tutarları (TL)

Unvanlar	2010/Aralık	Unvanlar	2010/Aralık
Baştabip	6.600	Uzman Tabip (mikrobiyoloji)	1.700
Baştabip Yardımcısı (en yüksek)	3.900	Pratisyen Tabip (riskli bölüm-hemodiyaliz)	1.034
Baştabip Yardımcısı (en düşük)	2.300	Pratisyen Tabip (risksiz bölüm-servisler)	600
Hastane Müdürü	1.800	Fizyoterapist	706
Hastane Müdür Yardımcısı (en yüksek)	931	Diyetisyen	706
Hastane Müdür Yardımcısı (en düşük)	730	Psikolog	706
Başhemşire	950	Biyolog	706
Başhemşire Yardımcısı	841	Hemşire (riskli bölüm-yenidoğan)	860
Klinik Şefi (dahiliye)	6.600	Hemşire (meslekyüksekokul mezunu-risksiz bölüm)	710
Klinik Şefi (beyin cerrahi)	2.300	Hemşire (lise mezunu-risksiz bölüm)	555

Klinik Şef Yardımcısı (gastroentoloji)	4.000	Memur (riskli bölüm-yenidoğan- en yüksek)	520
Klinik Şef Yardımcısı (üroloji)	1.800	Memur (riskli bölüm-yenidoğan- en düşük)	480
Uzman Tabip (kardiyoloji)	3.900	Memur (risksiz bölüm-servisler- en yüksek)	440
Uzman Tabip (cildiye)	1.800	Memur (risksiz bölüm-servisler- en düşük)	360

Örnek olarak üçüncü basamak sağlık kurumu olan Ankara'daki Etlik İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin 2010 yılı Aralık ayında, bir klinikte görev yapan ve sadece mesai içi çalışan uzman tabibe ödenen ek ödeme tutarını, yukarıda "Sistemin İşleyişi" kısmında maddeler halinde açıkladığımız açıklamalara paralel şekilde hesaplayabiliriz;

1) Sosyal Güvenlik Kurumu ile diğer kişi ve kuruluşlardan elde edilen gayrisafi hasıladan yasal kesintiler düşüldükten sonra (Hastane Döner Sermaye Komisyonu, hastanenin borç durumunu göz önünde tutarak, bu ay personele %50'lik tavan yerine %45 oranında pay ayırmıştır) döner sermaye havuzunda yaklaşık 1.382.280 TL birikmiştir.

2) Hastanede muayene ve girişimsel işlemler yapabilen tabiplerin muayene ve girişimsel işlemler puanları toplamı yaklaşık 1.000.000 puandır.

3) Hastanenin statüsü yeni değiştiği için kurumsal performans katsayısı tavan değer olan (1) olarak alınmaktadır. Dolayısıyla, hastane için henüz söz konusu katsayı hesaplanmamış olup, hesaplandığında muhtemelen (1)'den daha düşük olarak bulunacaktır. Böyle olması durumunda ise personele ödenen ek ödeme miktarları düşecek demektir.

4) Üçüncü basamak sağlık kurumları için il performans puan ortalaması hesaplanmamaktadır.

5) Mesai içi net bireysel performans puanı şu şekilde hesaplanmakta olup, formülde kullanılan veriler hastane tarafından şu şekilde tespit edilmiştir:

Tablo 7: Mesai İçi Net Bireysel Performans Puanının Hesaplanması

Veriler	Katsayılar
Klinik Hizmet Puan Ortalaması	10.883,13
Uzman Tabip Kadro-Unvan Katsayısı	1,85
Aktif Çalışılan Gün Katsayısı (28 gün) (28gün/30gün)	0,93
Hastane Genel Puan Ortalaması	16.088,81
Bilimsel Çalışma Destek Puanı (%10) (16.088,81 x %10)	1.608,881
Eğitici Destekleme Puanı	Yok
Uzman Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı	20.587
Ek Puan	Yok

Net Performans Puanı = (Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Eğitim Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayısı x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı) + (Bilimsel Çalışma Destek Puanı + (varsa) Eğitici Destekleme Puanı) + [(Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı - (Klinik Hizmet Puan Ortalaması x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)) x 0,5] + (Ek Puan x Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)

Net Performans Puanı = (10.883,13 x 1,85 x 0,93) + (1.608,881 + 0) + [(20.587 - (10.883,13 x 0,93)) x 0,5] + (0 x 0,93)

Net Performans Puanı = 30.798,995

6) Ek Ödeme Katsayısı: $\frac{1.382.280,00 \text{ TL}}{1.000.000 \text{ puan}}$

Ek Ödeme Katsayısı = 0,13828026

Ek Ödeme Tutarı = Net Performans Puanı x Ek Ödeme Katsayısı

Ek Ödeme Tutarı = 30.798,995 x 0,13828026

Ek Ödeme Tutarı = 4.258,90 TL

7) Uzman Tabip Tavan Ek Ödeme Katsayısı (7) olup, 4.258,90 TL'lik ek ödeme tutarı, alabileceği tavan miktarın altında olduğundan, bu konuda herhangi bir hesap yapmaya gerek bulunmamaktadır.

Ödeme Yönteminin Değerlendirilmesi

Gerçek anlamda bir “performans ödemesi” değil, sunulan tüm sağlık hizmetlerinin alt alta toplanmasından ibaret olduğu iddia edilen bu “hizmet başı ödeme” sisteminin⁴⁴ tartışılması gereken bazı önemli sonuçları olmuştur:

Öncelikle; personele dağıtılacak ek ödeme tutarlarını her ay belirleyen döner sermaye komisyonlarınca, o ayın döner sermaye gelir-gider dengesi, borç-alacak ve nakit durumu öncelikli olarak dikkate alındığından, personele ek ödeme ödenebilmesi için sağlık

⁴⁴ Kayıhan Pala, “Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması”, *Toplum ve Hekim*, C. 20, S. 1, (Ocak-Şubat 2005), s.74.

kurumlarının kâr etmesi gerekmektedir. Kâr yoksa ek ödeme de yapılmamaktadır. Bu nedenle ek ödemelerin sürekliliği ve kesinliği garanti değildir; personel kurumunu ne kadar kâra geçirirse o kadar çok ek ödeme almaktadır. Dolayısıyla, performans ödemesi sağlık kurumlarının “kârı önceleyen işletmeler” gibi hareket etmesine bağlıdır.

İkinci olarak, sağlık tesisleri bazında belirlenen ek ödeme ölçütlerinden kaynaklanan nedenlerle benzer nitelikteki sağlık tesisleri arasında veya bir sağlık kurumunun içindeki klinikler veya birimler arasında bile farklı ek ödeme tutarları bulunmaktadır. Bunun nedenleri arasında yatak ve ameliyathane gibi fiziki şartlar, hasta sayısı, personel sayısı, tıbbi işlem sayısı, sağlık tesisinin borç-alacak durumu yani mali göstergeleri, il merkezine yakınlığı-uzaklığı gibi etmenler yer almaktadır. Bu etmenler de ek ödeme sisteminde adaletsizliklere neden olmaktadır.

Üçüncü olarak uzun vadeli sigorta kolları yani emeklilik açısından, döner sermayeden sadece tabiplere performans dayalı olmaksızın ödenen “garanti ek ödeme” meblağları hariç, performans dayalı olarak tüm personele ödenen ek ödeme tutarları sigorta primi matrahına dâhil edilmemekte, böylece alınan döner sermaye tutarları personelin emekliliğine yansımamakta, dolayısıyla sistem sadece “günü kurtarma”ya yönelik olarak işlemektedir.

Son olarak kimi sağlık personelinin temel maaşının üç dört katına ulaşabilen ek ödemelerin sürekliliği ve kesinliği garanti olmayan döner sermaye gelir kalemine bağlanması, buradaki para akışında bir sıkıntı doğma ihtimalinin her zaman mevcut olması ve temel maaşları düşük tutup, garantisi olmayan performans ek ödemelerinin yüksek tutulması hususları “çalışanların korunması” şeklindeki sosyal devlet anlayışıyla bağdaşmamaktadır.

Uygulamanın Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı performans sistemine geçilmesiyle birlikte kamu sağlık hizmetlerinde anlayış değişikliği meydana geldiği, sistemin yürütücüleri olan personelin ödüllendirilmesine fırsat tanındığı, sistemin ana amaçlarından olan hasta odaklı yaklaşım sayesinde uygulamada hastaların ağırlığının arttığı, bunun da hizmet sunumunda kalite anlayışını doğurduğunu iddia etmektedir.⁴⁵

⁴⁵ 58 ve 59 uncu Hükümetlerin Sağlık Bakanı Recep Akdağ’a göre, hastanelerde mesai saatleri uzamış, ameliyathaneleri kullanma süreleri artmış, ameliyat bekleme süreleri kısalmış, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri geç saatlere kadar verilmeye başlamış, hastanelerin devri ile SSK ve Yeşil Kart uygulamalarındaki

Bu anlayışa göre performans yönetim sistemiyle; hastanelerde hizmet anlayışı değişmiş, kısmi zamanlı olarak çalışan uzman tabipler muayenehanelerini kapatarak tam zamanlı olarak çalışmayı tercih etmiş, böylece 2002 yılında %11 olan tam zamanlı çalışan uzman tabip oranı 2008 yılında %73 olmuştur.⁴⁶

Ancak Bakanlığın yayınladığı bir kitapta; “Çalışan memnuniyeti parametresinin bugünkü kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında bir ana parametre olarak yer almamasının nedeni ise personelin olumsuz görüşlerinin ek ödemeyi düşüreceği sebebiyle gerçekçi sonuçların alınmayacağıdır”⁴⁷ demek suretiyle, çalışan memnuniyet anketlerinin kurumsal performans katsayılarının hesabında dikkate alınmadığı belirtilmiş, böylece üstü kapalı olarak personelin sistemden memnuniyetsizliği ihtimalinden çekildiği açıklanmıştır.

Performansa dayalı ek ödeme uygulamasının olumlu sonucu olarak günlük muayene edilen hasta sayısında artış ve yatak doluluk oranlarının yükselmesi de gösterilmektedir. Hastanelerin yatak doluluk oranlarının yükselmesi ise hasta sevk oranlarının düşmesi ve ameliyat sayılarındaki artışa bağlanmaktadır.⁴⁸ Ancak ameliyat sayılarındaki artışın etik olup olmadığı tartışılmaktadır.

Uygulanmaya başlayan performans değerlendirme ve ek ödeme sisteminin olumsuz sonuçları da gündeme getirilerek tartışılmaktadır. Bu tartışmaların başında sağlık sektörünün rekabete kapalı bir

yenilikler sayesinde hasta müracaat sayısı artmış, mevcut tabiplerin aktif olarak çalıştıkları sürelerin uzaması bu talep artışını karşılamış, daha fazla hastaya rağmen hastaların muayene süresi uzamış, birçok hastanede hastalara doktor seçme hakkı tanınmış, hastalara daha fazla değer verilir ve fazla vakit ayrılır olmuş, daha fazla hastaya hizmet verebilmek için ortalama hasta yatış süreleri kısalmış, böylece birim hasta maliyeti düşmüş, performansa dayalı ek ödeme sistemiyle personelin çalışma motivasyonu yükselmiş hastane bilgi sistemlerini kurulmasıyla yapılan işlemler kayıt altına alınarak, sağlık hizmetlerinin sayısallaştırılması mümkün hale gelmiş, döner sermaye komisyonları marifetiyle hastanelerde katılımcı yönetim örnekleri oluşturulmuş, böylece hastane personeli kendilerini kurumun ortakları olarak görmeye başlamış, kurumsal performansın sağlanabilmesi için sağlık müdürlüklerince düzenli denetimler başlamış, buna bağlı olarak hastaneler, fiziki şartlarını iyileştirme çabasına girmiş, kurumsal performans göstergesinin bileşenlerinden biri olmak üzere, hasta memnuniyeti anketleri yapılmaya başlanmış, hastanelerde kalite sorumluları oluşturulmuştur. Recep Akdağ, “Sunuş”, (Sağlık Bakanlığı, a.g.k., 9,10).

⁴⁶ Sağlık Bakanlığı, *İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (Ed: Recep Akdağ, Sabahattin Aydın ve Hüseyin Demirel), Ankara, 2008, s.78.

⁴⁷ Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kaliteyi Geliştirme Daire Başkanlığı, a.g.k., s.42.

⁴⁸ Asım Balcı, Harun Kırılmaz, a.g.k., s.182.

alan olması gerektiği ve sağlık sektöründe performans değerlendirilmesinin uygulanmaması gerektiği gelmektedir. Tabipler üzerinde yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde de bu yorumları destekler bir tablo ortaya çıkmaktadır:

2009 yılında Türk Tabipler Birliği tarafından tabiplere yönelik 1469 kişi üzerinde yapılan bir anketle performans sistemi aşağıdaki şekilde değerlendirilmiştir:⁴⁹

Tablo 8: Bazı Tabiplerin Performans Sistemi Hakkındaki Düşünceleri

Tabiplerin Görüşleri	Oranları
Yatırılan hasta sayısı artmıştır	%60.1
Hasta başına düşen muayene süresi azalmıştır.	%67.3
Tetkik (radyoloji ve laboratuvar) sayısı artmıştır.	%63.8
Endikasyonsuz müdahaleler artmıştır.	%64.4
Verilen sağlık hizmetinin niteliği azalmıştır.	%60.3
Etik olmayan uygulamalar artmıştır.	%70
Tıbbi uygulama hataları (malpraktis) artmıştır.	%52.8
Eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan süre azalmıştır.	%70.9
Hasta başı eğitim süresi azalmıştır.	%66.6
Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır.	%69.6
Sürekliliği tıp eğitimine katılma sıklığı azalmıştır.	%64.4
Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır.	%65.8
Çalışanlar arasında rekabet artmıştır.	%81.1
Klinikler arası rekabet artmıştır.	%69.3
Mesleki geleceği görme oranı azalmıştır.	%74.4
Çalışma stresi artmıştır.	%75.6
Motivasyon azalmıştır.	%45.9
Klinik içi görevlendirmede adil dağılım azalmıştır.	%53.3
İzin ve dinlenme süresi azalmıştır.	%74.3
Çalışma arkadaşları/meslektaşlar ile ilişkiler azalmıştır.	%54.9
Mesleki dayanışma azalmıştır.	%56.1
Çalışanlar arasındaki işbirliği azalmıştır.	%62.7
Hekim-hasta etkileşimi azalmıştır.	%52.7
Dürüst çalışma azalmıştır.	%96.7
Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır.	%78.2
Topluma daha iyi sağlık hizmeti verme olanağı azalmıştır.	%64.9
Mesleki doyum sağlayarak çalışma azalmıştır.	%88.5
Sağlık alanı metalaşmıştır.	%70.8
Tabipler arası ücret eşitsizliği oluşmuştur.	%77.7

⁴⁹ Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, *Hekimlerin Değerlendirilmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2009, s.36-50.

Manisa ilindeki birinci ve ikinci basamak sağlık tesislerinde çalışan 520 tabip üzerinde gerçekleştirilen başka bir ankette⁵⁰ de yine buna benzer bir tablo ortaya çıkmıştır. Tabiplerin; % 73,9'u performans puanlama sisteminden hoşnut olmadığını (%52.9'u hiç hoşnut değil, %21'i az hoşnut), %26,1'i ise hoşnut olduğunu (%23.8'i orta düzeyde hoşnut, %2.3'ü yeterince hoşnut), %62,3'ü aldığı ek ödemededen hoşnut olmadığını (%29.6'sı hiç hoşnut değil, %32.7'si az hoşnut), %37,7'si hoşnut olduğunu (%32.9'u orta düzeyde hoşnut, %4.8 yeterince hoşnut), %30,8'i performans ödemesinin güdülenmelerini olumsuz, %24.2'si olumlu şekilde etkilediğini, %45'i ise fark oluşturmadığını; %63'ü performans ödemesinin mesleki saygınlık ve doyum üzerinde olumsuz, % 10.2'si olumlu etkisi bulunduğunu, %26'8'i ise fark oluşturmadığını; %26,3'ü sistemin hastalara olumlu yansıdığını, %3,7'si muayene süresinin arttığını; %13,7'si uygulamanın aşılama, %15,4'ü ise aile planlaması hizmetlerine olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkında tabiplere yönelik yapılan diğer bir çalışmada ise; tabiplerin %65'i sistemin mesleki saygınlık ve doyum duygusunu olumsuz şekilde etkilediğini, %81'i bu sistemle yaptıkları işin gerçek şekilde değerlendirilmediğini ve emeğine saygı gösterilmediğini, %91'i ise sistemin etik dışı uygulamalara ve kötüye kullanımlara yol açabileceğini beyan etmişlerdir.⁵¹

Sağlık Bakanlığına bağlı 8 hastanede çalışan toplam 340 doktor, asistan doktor, diş doktoru, ebe, hemşire, sağlık memurları (laboratuar ve röntgen teknisyenleri) üzerinde yapılan anket sonucunda, ankete katılanların; %68,4'ü performansa dayalı ek ödeme sisteminin adil olarak dağıtılmadığını, meslek grupları arasında çatışmaya yol açtığını, sistemin iş yükünü artırdığını, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliğinin artmadığını ve motivasyonları üzerinde olumlu bir etki bırakmadığını belirtmişler; %22,8'i bunun tam tersi şekilde görüş bildirmiş, %8,8'i ise herhangi bir fikir beyan etmemiştir.⁵²

⁵⁰ Nasır Nesandır, Ali Erem, Bedri Bilge, Ahmet Saltık, "Manisa'da Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması", *Toplum ve Hekim*, C. 21, S. 3, (Mayıs-Haziran 2006), s. 231-238.

⁵¹ A.T. Mansur, "Performansa Dayalı Çalışma Sisteminin Uzmanlık Eğitimine Etkileri", *Konferans Metni*, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, s.80.

⁵² Zuhâl Cankesen, *Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin Etkilerinin Sağlık Çalışanları Açısından Değerlendirilmesi*, Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara

Son olarak, Samsun ili Merkez ilçedeki birinci basamak sağlık kuruluşları olan sağlık ocaklarının istatistiki verilerinin değerlendirilmesi sonucunda; performansa dayalı ek ödeme sisteminden sonra muayene edilen hasta sayısının %116,7, laboratuvar tetkik sayısının %1.172,9, gebe izlem sayısının %31,3, bebek izlem sayısının %42,9, çocuk izlem sayısının % 80 arttığı saptanmış; aile planlaması istatistiklerinde değişiklik gözlenmezken, bebeklik dönemi aşılama oranının %66,5, gıda numunesi alma oranının ise %50 azaldığı görülmüştür.⁵³

Yukarıda belirtilen araştırmaların sonuçlarına göre, araştırmaya katılan sağlık personeli performans değerlendirme ve buna dayalı ek ödeme sisteminin adil bir sistem olmadığını, ödenen ek ödemelerin yeterli olmadığını, mesleki saygınlık, doyum ve güdülenme üzerinde olumlu etkisinin bulunmadığını, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve verimliliğinin artmadığını, uygulamanın aşılama ve aile planlaması hizmetlerine olumlu etkisinin bulunmadığını, sistemin hastalara olumsuz yansıdığını, hasta muayene sürelerinin artmadığını, bunun yerine iş yükünü artırdığını, meslek grupları arasında çatışmaya yol açtığını, çalışanlar arasındaki ilişkileri olumsuz etkilediğini, sistemin etik dışı uygulamalara ve tıbbi kötü uygulamalara yol açtığını düşünmektedirler.

Kısaca, iş yükünün artması şeklinde ifade edilen, muayene edilen hasta sayısı, laboratuvar tetkik sayısı, gebe izlem sayısı, bebek izlem sayısı ve çocuk izlem sayısı gibi sayısallaştırılabilir verilerin kayda değer şekilde artmasının en önemli sebebi olarak “puan toplama” kaygısı düşünülebilir. Bununla birlikte yapılan anket sonuçlarına göre sağlık personelinin aldığı ek ödeme miktarlarından ve performans puanlama yönteminden genel olarak memnun olmadığını söylemek mümkün hale gelmiştir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi rekabeti esas aldığı için başta tabipler olmak üzere personel arasındaki ilişkileri olumsuz etkilemiş ve çalışma barışını bozmuştur. Birbirinden daha az veya daha çok ek ödeme almak eşitsizliğe sebep olmuş bu da personel arasında huzursuzlukları ortaya çıkarmıştır. Bilaloğlu'na göre verilen tepki özde eşitsizliğe olmakla birlikte “kendisinin ötekinden daha değerli olduğunu anlatma” biçimine dönüşmüş,⁵⁴ bu durum ise sağlık alanında çalışma

Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2009, s. 114, 115.

⁵³ Sevgi Canbaz, Cihad Dünder, Yıldız Pekşen, “Birinci Basamakta Döner Sermaye Uygulamasının Samsun Merkez İlçe Sağlık Ocaklarının Hizmet Sunumuna Etkileri”, *Toplum ve Hekim*, C. 21, S. 4, (Temmuz-Ağustos 2006), s. 292.

⁵⁴ Eriş Bilaloğlu, “Performansın Başarısı”, *Toplum ve Hekim*, C. 19, S. 3, (Mayıs-

barışını bozmuştur.

Tabiplerin, tıbbi uygulama hatalarının arttığını, asistanların teorik eğitimine ayrılan sürelerin ve literatür okumaya ayrılan sürelerin azaldığını düşünmeleri de oldukça önemli hususlardır. Bu durum, verilen sağlık hizmetlerinin niceliksel özelliğinin çok, niteliksel özelliğinin az olduğunun göstergesidir. İnsan hayatının söz konusu olduğu sağlık alanında böyle bir durumun bulunması oldukça tehlikelidir.

SONUÇ

Yeni Kamu Yönetimi anlayışının bir parçası olarak algılanması gereken performans değerlendirme ve ek ödeme sistemi Sağlık Bakanlığı'nda 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Kurumun performansının değerlendirilmesi ve personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme vermek amacıyla yapılan bireysel performans değerlendirmesi olarak kurgulanan iki basamaklı performans sisteminin en temel amacı, personele verilecek ek ödeme miktarlarının belirlenmesi, böylece özendirilecek personelin niceliksel olarak daha iyi hizmet vermesinin sağlanması olarak açıklanmaktadır. Sağlık tesislerinin önceden belirlenmiş performans ölçütlerine göre değerlendirilmeye tabi tutulması olarak tanımlanan kurumsal performans değerlendirme ve önceden belirlenmiş performans ölçütlerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmemesine göre muayene veya girişimsel işlem yapabilen tabiplerin doğrudan emeğe bağlı tıbbi işlemlerinin puanlandırılması olarak tanımlanan bireysel performans değerlendirmesinin ödeme sistemiyle de bağlantısı kurulmuş durumdadır. Ancak sağlık alanında uygulanmaya başlayan bu "yöntemin kendisinin" öncelikle nesnel bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir:

Sağlık alanında uygulanan performans değerlendirme yöntemi ayrıntılı bir şekilde incelendiğinde görülmektedir ki; bireysel net performans puanının hesaplanmasında sağlık personeli için adil olmayan bir durum yaratılmakta, sağlık alanı için mutlak önem taşıyan takım ruhu gözardı edilmekte, bunun yerine bireysel olarak "puan toplama" en önemli amaç olmaktadır. Bu durum çalışanların işyerlerinde yalnızlaşmalarına ve çevrelerine yabancılaşmalarına yol açabilmektedir. Sistem, bireysel olarak "puan toplama"yı özendirdiği için, personelin puanı yüksek tıbbi uygulamalara yönlendirilmesi teşvik edilmektedir. Bu tür uygulamalar ise hastaların ha-

yatlarını riske atma ve iyileşme sürelerini uzatma sakıncası taşımaktadır. Hasta ve çalışan memnuniyet anketleri her ay düzenli olarak yapılmakla birlikte, bunlardan sadece hasta memnuniyet katsayısının kurumsal performans katsayısının hesabında dikkate alınması, çalışan memnuniyet katsayısının hesaba katılmaması yine çalışanın lehine olmayan bir durum yaratmaktadır. Performans sistemi “ne kadar çok işlem o kadar çok puan” mantığına dayanmakta ve çok işlem üretemeyen personel az puan toplamakta, dolayısıyla daha az ek ödeme almaktadır. Tüm bunların yanında uygulanan sistemde tedavi edici sağlık hizmetleri öne çıkmakta, koruyucu sağlık hizmetleri geri plana itilmekte, tıbbi işlem sayısının artmasıyla ilaç, tahlil ve kullanılan tıbbi malzeme oranı artmış bulunmaktadır. Son olarak, gerek bireysel gerekse kurumsal performans göstergelerinin son derece karmaşık bir hesaplama yöntemiyle elde edilmesi nedeniyle personelin sisteme olan güveninin olumsuz şekilde etkilenmesi söz konusu olabilmektedir.

Kamuda performans değerlendirme yöntemini ücret sistemiyle ilişkilendiren ve performans ücreti sistemini döner sermayeye dayalı ek ödeme sistemi üzerinden uygulamaya koyan Sağlık Bakanlığı bu sistemi “sağlık kurumlarının kârı” üzerinden kurgulamıştır. Ancak sağlık personelinin temel maaşının üç dört katına ulaşabilen ek ödemelerin sürekliliği ve kesinliği garanti olmayan döner sermaye gelir kalemine bağlanması sağlık çalışanlarının ücretinde bir “belirsizlik” yaratmaktadır. Ayrıca sağlık tesisleri bazında belirlenen ek ödeme ölçütlerinden kaynaklanan nedenlerle benzer nitelikteki sağlık tesisleri arasında veya bir sağlık kurumunun içindeki klinikler veya birimler arasında bile farklı ek ödeme tutarları bulunmaktadır. Bu etmenler de ek ödeme sisteminde adaletsizliklere neden olmaktadır. Performans ödenmesine ilişkin olarak tartışılması gereken başka bir nokta emeklilik açısından (döner sermayeden sadece tabiplere performans dayalı olmaksızın ödenen “garanti ek ödeme” meblağları hariç), performans dayalı olarak tüm personele ödenen ek ödeme tutarlarının sigorta primi (emeklilik keseneği) matrahına dâhil edilmemesi, böylece alınan döner sermaye tutarlarının personelin emekliliğine yansımamasıdır.

Sağlık alanında hem tanı hem de tedavi sürecinde çok sayıda sağlık çalışanının birlikte gerçekleştirdiği ve birbiri ile girift ilişkiler içinde olan bir hizmet üretilmektedir. İnsan yaşamıyla birebir ilişkili olan bu hizmetlerin değerlendirilmesi de bu anlamda çok boyutlu olmalıdır. Yalnızca verimlilik, kârlılık vb. değerlere dayanan ölçümler bu alan için son derece yetersiz kalmakta ve sağlık

sisteminin gerçek amaçlarıyla uyuşmamaktadır. Bununla birlikte uygulamanın sınırlandırılması gerekirken, tam tersine 30.01.2011 tarihinden itibaren devlet üniversite hastanelerini de kapsayacak şekilde yaygınlaştırılması, hem sağlık hizmetinden yararlanacak olanları hem de sağlık çalışanlarını ciddi sorunlarla karşı karşıya bırakacaktır.

Sonuç olarak, sağlık alanında ortaya çıkacak olumsuz sonuçların telafisi mümkün olamayacağından Sağlık Bakanlığı'ndaki performans değerlendirme ve ödeme yönteminin tekrar gözden geçirilerek kârlılık ve verimliliği temel alan bu sisteme alternatif "yeni" bir sistemin geliştirilmesi gerekliliği tarafımızca vurgulanmaktadır.

KAYNAKÇA

- Akal, Zuhal, *İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi, Çok Yönlü Performans Göstergeleri*, MPM Yayını, Ankara, 1998.
- Aslantaş, Alptekin, "Emniyet Teşkilatında Performans Değerleme", *Polis Dergisi*, S. 39, 2004, s. 54-57.
- Balcı, Asım, Harun, Kırılmaz, "Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı'nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi", *Bilgi Çağında Türk Kamu Yönetiminin Yeniden Yapılandırılması*, Beta Yayınları, İstanbul, 2005, s.169-201.
- Barutçugil, İsmet, *Performans Yönetimi*, Kariyer Yayınları, İstanbul, 2002.
- Bilaloğlu, Eriş, "Performansın Başarısı", *Toplum ve Hekim*, C. 19, S. 3, (Mayıs-Haziran 2004), s. 228-232.
- Bilgin, Kamil Ufuk, *Kamu Performans Yönetimi: Memur Hak ve Yükümlülüklerinin Performansa Etkisi*, TODAİE Yayını, Ankara, 2004.
- Canbaz, Sevgi; Cihad, Dünder; Yıldız, Pekşen, "Birinci Basamakta Döner Sermaye Uygulamasının Samsun Merkez İlçe Sağlık Ocaklarının Hizmet Sunumuna Etkileri", *Toplum ve Hekim*, C. 21, S. 4, (Temmuz-Ağustos 2006), s. 292-296.
- Cankesen, Zuhal, *Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin Etkilerinin Sağlık Çalışanları Açısından Değerlendirilmesi*, Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2009.
- Canman, Doğan, *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Yargı Yayınevi, Ankara, 2000.
- Devlet Planlama Teşkilatı, *Verimliliğe Dayalı Ücret Sistemlerine Geçiş Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, DPT, Ankara, 2000.
- Güler, Birgül Ayman, *Kamu Personeli*, İmge Kitabevi, Ankara, 2005.
- Güngör, Turan, "Özendirici Ücret Sistemleri ve Sendikalar", *Standart Dergisi*, S. 470, s. 54, (aktaran:) Alev Ebin vd., Performansa Dayalı Ücretlendirme Sisteminin İşgören Verimliliği ve Organizasyon Karlı-

- lığı Üzerindeki Etkileri,
<http://idc.sdu.edu.tr/tammetinler/yonetim/yonetim13.pdf>
(02.11.2010)
<http://www.sgk.gov.tr> (24.12.2010)
- Mansur, A.T, “Performansa Dayalı Çalışma Sisteminin Uzmanlık Eğitime Etkileri”, *Konferans Metni*, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Nesanır, Nasır; Ali Erem; Bedri Bilge; Ahmet Saltık, “Manisa’da Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması”, *Toplum ve Hekim*, C. 21, S. 3, (Mayıs-Haziran 2006), s. 231-238.
- Pala, Kayıhan, “Sağlık Hizmetlerinde Döner Sermaye Uygulaması”, *Toplum ve Hekim*, C. 20, S. 1, (Ocak-Şubat 2005), s. 72-74.
- Sağlık Bakanlığı, *Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, (Haz: Sabahattin Aydın ve Mehmet Demir), Ankara, 2007.
- Sağlık Bakanlığı, *İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*, (Ed: Recep Akdağ, Sabahattin Aydın ve Hüseyin Demirel), Ankara, 2008.
- Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kaliteyi Geliştirme Daire Başkanlığı, *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*, (Ed: Sabahattin Aydın vd.), Ankara, 2009.
- Songur, H. Mehmet, *Mahalli İdarelerde Performans Ölçümü*, İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1995.
- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, *Hekimlerin Değerlendirilmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara, 2009.