



SAĞLIK DÖNÜŞÜM PROGRAMI İÇİNDE “TAM GÜN YASASI” VE “PERFORMANS SİSTEMİ”

UZMAN DR. TURGUT KARACA*

Tam Gün Yasası

Ülkemizde Adalet ve Kalkınma Partisinin iktidara gelmesinden sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Bu programla Sağlık Bakanlığı, her vatandaşın çağdaş bilimin gereklerine uygun, etkin, verimli, kaliteli, hakkaniyete uygun, yaygın ve kolay erişebilir en yüksek standartta sağlık hizmetinden yararlanabilmesini amaçlamıştır.

Bu programın alt başlıklarından bir tanesi de tam gün yasası olarak bilinen 30 Ocak 2010 tarihinde Resmî Gazete Sayı: 27478 numara ile yayınlanan “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” adlı kanundur.

Bu yasa ile hekimin sadece tek bir yerde 8 saat çalışması hedeflenmiş ve mesai sonrası da gelir getirici hizmet vermesi amaçlanmıştır. Bu yasanın olumlu ve olumsuz yanları mevcuttur.

Tam Gün Yasasının Uygulamadaki Olumlu Yönleri Nelerdir?

Bu yasa ile hedeflenen tam gün çalışma ile;

-Hasta açısından: Özel muayenehaneler kapatılarak ekonomik durumu iyi olmayan hastaların bu hekimlerden kamuya dönenlerinin bazılarında hizmet alması sağlandı.

* İskenderun Devlet Hastanesi

Bu yasa, 2010 yılında birçok uygulamada olduğu gibi alelacele hazırlanan popülist sağlık politikasının bir ürünüdür. Bu nedenle devamlı şekilde sağlık alanında karmaşa ve düzensizlikler devam etmektedir.

-Öğrenci-asistan açısından: Saat 14.00'da hastane dışına çıkan hekimler artık saat 17.00'ye kadar hastanede oldukları için bu hekimlerden kamuya dönenlerinin bazılarında daha fazla eğitim alması sağlandı.

Akılcı bir tam gün uygulaması ile bunlar sağlanabilirdi. Ancak ülkemizde uygulanmaya çalışılan acele ve düzensiz bir şekilde hazırlanan ve yasada yer alan ilgili tarafların görüşleri ve onayları alınmadan çıkarılan bu yasa ile hiçbir olumlu sonuca ulaşılammıştır hatta eski sistemden daha fazla olumsuzluk gözlenmiştir.

Tam Gün Yasası Uygulamasındaki Olumsuz Yönler Nelerdir?

1. Bu yasa sonrasında çok sayıda konusunda eğitilmiş hekim özel sektöre geçmiştir veya ücretsiz izne ayrılmıştır. Üniversitede çalışan bazı öğretim üyeleri de döner sermaye geliri olan işlerde çalışmayarak üniversitede çalışırken özel muayenehaneleri açık tutmaya devam etmişlerdir. Hâlen geleceği belli olmayan bu yasadan dolayı

geleceğe yönelik plan yapamamaktadırlar.

2. Bu yasadan en çok etkilenen kurumlar Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleridir. Oradaki asistan ve öğrenci eğitimi de etkilenmiştir. Oysaki Sağlık Bakanlığı bu yasa ile halkımızın hem kaliteli hem de ucuz sağlık hizmeti almasını amaçlamışken gelinen durum bunun tam tersini göstermektedir.

Ancak Anayasa Mahkemesi'nin 18 Temmuz 2012 günlü oturumunda aldığı kararla 650 sayılı KHK'nın birçok maddesi iptal edilmiştir.

Sonuç olarak; bu yasa, 2010 yılında birçok uygulamada olduğu gibi alelacele hazırlanan popülist sağlık politikasının bir ürünüdür. Bu nedenle devamlı şekilde sağlık alanında karmaşa ve düzensizlikler devam etmektedir. Bu durumdan en çok rahatsız olan ve zarar gören kesim milletimiz ve tüm sağlık personelimizdir. Çok basit bir çözüm yolu vardır. Çıkarılacak yasa ile ilgili tüm tarafların bir araya gelmesi ve milletimizin menfaatleri çerçevesinde ortak bir çözüm bulunarak uygulamaya konulmasıdır. Öncelikle Tam Gün Yasası ile ilgili beklenen pozitif ve negatif yönler detaylı bir biçimde ortaya konulmalıdır.

Tam Gün Yasası ile ilgili olarak bazı sivil toplum örgütlerinin görüşleri şu şekildedir:

1. Türk Cerrahi Derneği

“Tam Gün” adı altında çıkarılan yasa, maale-sef kamu hastanelerinin ve halkımızın sağlığını iyileştirmeye yönelik bir içerikten yoksundur.

Bu yasa tasarısında hekim ücretleri bir süredir Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde uygulanmakta olan performansa (yapılan tıbbi işlem sayısına) dayalı ödeme sistemine bağlanmıştır. Kısaca değerlendirmek gerekirse, performansa dayalı ek ödeme sistemi, hekimlere yönelik ücretlendirmede bir yöntem olarak görece yeni ve pek çok ülkenin kullanmadığı bir sistemdir. Dünyada performansa dayalı ödeme sisteminin topluma sunulan sağlık hizmeti kalitesi üzerinde etkisinin çok minimal olduğu, sağlık alanında dokümantasyonda (veri toplamada) bir iyileşme sağladığı ancak tıbbi etik ihlalleri beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklinde bir temel ortak görüş olduğu bilinmelidir.

Bu evrensel gerçekler ortadayken öğretim üyelerini ve hekimleri yalnızca para düşünen kişiler olarak göstererek, “Tam Gün” tartışmasının hekimleri ve öğretim üyelerini toplum nazarında küçük düşüren bir kampanyaya dönüştürülmesi büyük bir haksızlıktır.

2. Türk Sağlık-Sen

Yasa tasarısı bu haliyle hekimlerin beklentisini karşılamaktan uzaktır. Türk Sağlık-Sen Sendika tarafından 27 ilde 588 doktorla yapılan anket sonuçlarına göre uzman doktorların yüzde 55’inin, pratisyen doktorların yüzde 40’nun tam gün yasasını desteklemediği görülmektedir. Ayrıca yeterli iyileştirme yapılmayan hekimlerin dışında kalan sağlık çalışanlarının hekimlere yapılan kısmı mali iyileştirmelerden faydalandırılmaması, özellikle döner sermaye oranlarının arttırılmaması, büyük bir adaletsizlik ve çalışma barışını bozan bir uygulama olacaktır. Tam gün yasa tasarısında diğer sağlık personelinin görmezden gelinmesi kabul edilemezdir. Türk Sağlık-Sen, adaletsizlikler barındıran, eksiklikleri olan tam gün yasasını bu haliyle kabul edilebilir bulmamaktadır.

3. Türk Tabipler Birliği (TTB)

Türk Tabipler Birliği ve ona bağlı Tabip Odaları ise tasarıya çok sert tepki göstermektedirler. Gerekçeleri ise hastaların aldıkları hizmetin kalitesinin düşeceği, Tıp Fakültesi hastanelerindeki öğretim üyelerinin görevlerinden ayrılacağı ve tıp eğitiminin olumsuz etkileneceğidir.

4. Türk Toraks Derneği (TTD)

Sağlık çalışanlarının mesleklerini tam gün prensibi doğrultusunda yapması sağlanmalıdır. TTD Temel İlkeleri’nin 10. maddesi uyarınca dernek, sağlık alanında yapılacak iş gücü planlamasının “tam istihdam, iş güvencesi, ekip hizmeti, tam

Unutulmamalıdır ki, üniversite ve eğitim veren Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tam gün çalışma diğer her kurumdan daha fazla gereklidir.

gün hizmet prensibi ve grevli toplu sözleşmeli sendika hakkı ilkelerine göre yapılması" gerektiğine inanmaktadır.

Bu çerçevede eğitim veren hastaneler ve üniversiteler de tam gün çalışma prensibi ilkesine göre hizmet sunmalıdır. Unutulmamalıdır ki, üniversite ve eğitim veren Sağlık Bakanlığı hastanelerinde tam gün çalışma diğer her kurumdan daha fazla gereklidir. Çünkü aşağıda ifade edilen gerekçelerden dolayı tam gün çalışmak bu kurumlar için vazgeçilmez ihtiyaçtır:

1. Eğitim Tam Gün Sürmelidir,
2. Bilimsel Araştırma İçin Tam Gün Gereklidir,
3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmeti Tam Gün Emek Gerektirir,

4. Öğretim Üyesinin Emegi Tam Gün Olarak Değerlendirilmelidir.

TTD, kamu kurumlarının kâr eksenli bakış açısından kurtarılp modern bir yönetime kavuşturulduğunda, emeğinin hakkaniyetle ödüllendirilmesi şartıyla öğretim üyeleri başta olmak üzere tüm hekimlerin tam gün çalışmayı tercih edeceğine inanmaktadır, **ancak; TTD, adil bir vergilendirme sistemine dayanmayan, prim ve katkı payı eksenli hâlen hayata geçirilmeye çalışılan "sağlık finans modelini ve sağlık hizmeti yaratmaya/ tüketmeye endekslenmiş performans sistemli sağlık hizmet modeli"ni tümünden reddetmektedir.**

Sağlıkta Dönüşüm Programı, devlet ve üniversite hastanelerini de kâr amaçlı işletmeler hâline getirmeyi amaçlamaktadır. Bu uygulamalar nedeniyle Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan "Tam Gün" yasasının asıl amacının kamu yararı olmayıp, hekimlerin ucuz iş gücü hâline getirilmesi olduğu açıktır.

Diğer Ülkelerde Uygulanan Sistemler Nelerdir?

Amerikan Sağlık Sistemi: Serbest çalışan ve her vizite için ücret talep eden özel doktorlar üzerine kurulmuştur. Her birinin belli hastanelerle anlaşması bulunur. ABD'de hekimler daha çok bağımsız çalışma eğilimi göstermekle birlikte çalışma alanları sisteminin özelliğinden dolayı çok değişkenlik göstermektedir. Daha çok ABD'de uygulamasını gördüğümüz çok başlı sağlık sistemlerinde hekimlerin bağımsız olarak mesleklerini sürdürmelerinin yanı sıra serbest olarak çalışan farklı uzmanlık alanına sahip grup hekim bir araya gelerek özel muayene grubu (Group Practice) kurabilmektedirler. Bazen bu gruplar tam teşekküllü bir hastanenin bünyesinde de olabilmektedir. Burada iş birliği, hastanın bütün sağlık sorunlarını ekip olarak ele alma ilkesindedir.

Almanya: Almanya dünya sağlık hizmetlerinin en güçlü olduğu ülkeler arasında kabul edilmektedir. Kamu Sağlık Sigortacılığının da en iyi uygulandığı ülkelerden biridir Hastanelerin, doktor muayenehanelerinin ve tıbbi kuruluşların oluşturduğu geniş bir hizmet ağı herkesin sağlık hizmetlerine ulaşmasını sağlamaktadır. Hastaların doktor ücretlerini Ulusal Doktor Birliği ve hastalık fonları arasındaki görüşme belirler. Hastanelerin finansmanı ise değişik şekillerde olmaktadır.

İtalya: İtalya'da hekim maaşları yerel hastalık otoriteleri tarafından ödenmektedir. Maaşlar hekimin hizmet süresi ve sorumluluk düzeyi ile orantılı olarak sabit bir miktar ile bunun üzerine maliyet kontrol ve üretkenliğe göre performans sistemine göre belirlenir. Bu sigorta anlayışında bütün finansal desteğin sigortadan sağlanması, doktorların ya özel muayenelerinde veya kamuya ait sağlık kuruluşlarında çalışmaları istenmiştir. Tüm sistem büyük oranda Sağlık Bakanlığına bağlanmıştır. Bu sağlık sisteminin sağlık kaynaklarını üretmesi ve İtalya'nın yirmi politik bölgesinde aynı sorumlulukla çalışması esastır.

Belçika: Belçika'da sağlık hizmetleri doktorlar, diş hekimleri ve eczacılar tarafından verilmektedir. Genel pratisyenler tek başlarına faaliyet gösterirken uzmanlar çoğunlukla hastanelerde hizmet vermektedir. Hekimler verdikleri hizmetlerin ücretlerini hizmet başı ödeme sistemine göre alırlar. Kamu hastanelerinde çalışan doktorların kendi özel muayenehaneleri de vardır.

Portekiz: Portekiz'de sağlık sistemi organizasyon yapısı bakımından beş bölgeye ayrılmıştır. Bölge Sağlık Yönetimleri, ulusal sağlık politikaları doğrultusunda hizmetlerin yerine getirilmesini sağlar. Bu hizmetler başlıca; hastaneler ve sağlık merkezlerinin yönetimi, özel kuruluşlar ile protokol oluşturulması ve denetimi, bölgedeki sağlık birimlerinin koordineli bir şekilde çalışmasıdır. Özel sektörde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yere sahiptir. Toplam hastanelerin % 42'si özel sektöre aittir. Ulusal Sağlık Sistemi özel hastanelerden sözleşmeler yolu ile hizmet satın almaktadır.

Tam Gün Yasası Politikası Konusunda Öneriler

Tam gün çalışılması aslında tüm STÖ'lerinin ve birçok hekimin desteklediği bir uygulamadır. Hekim ve hekim dışı personel 8 saat kurumlarında çalışmalıdır. Bu konuda hiçbir sorun yoktur. Ülkemizde doktor ve hemşire açığı ve ucuz iş gücü sağlık sisteminin en büyük sıkıntısıdır.

• Çalışan Doktor Sayısı

* Türkiye'de 1000 kişiye 1,5 doktor düşmektedir.

* AB ortalaması 1000 kişiye 3,3 doktor düşmektedir.

**Ülkemizde
doktor ve
hemşire açığı
ve ucuz iş
gücü sağlık
sisteminin
en büyük
sıkıntısıdır.**

Sistemin çıkış noktası, personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır.

* Kişi başına düşen doktor sayısı en yüksek ülke Yunanistan'da 1000 kişiye 6 doktor düşmektedir.

* Kişi başına düşen doktor sayısı en düşük ülke Türkiye'dir. Ülkemizin ardından 1000 kişiye 2,2 doktor düşen Polonya ve Romanya gelmektedir.

• Çalışan Hemşire Sayısı

* Türkiye'de 1000 kişiye 1,3 hemşire düşmektedir.

* AB ortalaması 1000 kişiye 9,8 hemşire düşmektedir.

* Kişi başına düşen hemşire sayısı en yüksek ülke Danimarka'da 1000 kişiye 24,5 hemşire düşmektedir.

* Kişi başına düşen hemşire sayısı en düşük ülke Türkiye'dir. Ülkemizin ardından 1000 kişiye 4,2 hemşire düşen Bulgaristan gelmektedir.

• Hastane Yatağı Sayısı

* Türkiye'de 1000 kişiye 2,3 yatak düşmektedir.

* AB ortalaması 1000 kişiye 5,7 yatak düşmektedir.

* Kişi başına düşen yatak sayısı en yüksek ülke Almanya 1000 kişiye 8,2 yatak düşmektedir.

* Kişi başına düşen yatak sayısı en düşük ülke Türkiye'dir. Ülkemizin ardından 1000 kişiye 3,3 yatak düşen İspanya gelmektedir.

Sonuç olarak; Tam Gün yasasına sağlık personeli karşı değil aksine uygulanmasını isteyen taraftır. Ancak bu yasa altyapısı hazırlanmadan yürürlüğe sokulmuştur. Mutlaka hekimlerin ve hekim dışı personelin ve ilgili tüm tarafların katılımı, görüş birliği ve onayları alınarak tekrar düzenlenerek yürürlüğe sokulmalıdır.

Performans Sistemi

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak başlamış ve 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığına bağlı tüm birinci, ikinci ve üçüncü basamak kurum ve kuruluşlarda uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin çıkış noktası, personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır. Sağlık hizmetlerinde artan kalite ve verimlilik neticesinde hasta memnuniyetinde, performansa göre yapılan ödemeler noktasında da çalışan memnuniyetinde artış hedeflenmiştir.

Performans Sistemi Uygulamasındaki Pozitif Yönler Nelerdir?

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile amaçlanan; personele hizmete sağladığı katkı oranında ek ödeme yapılarak sağlık hizmeti sunumunda kaliteyi ve verimi arttırmaktır. Bu şekilde sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin artması neticesinde hasta memnuniyetinde, performansa göre yapılan ödemeler noktasında da çalışan memnuniyetinde artış hedeflenmiştir.

- Bu hedefler doğrultusunda hastanelerde uygulanan bu sistem ile hastanelerde işlem hacmi artmış, hastaların hekime ulaşımı kolaylaşmıştır. Hekimlerin poliklinik ve ameliyat sayılarında artış görülmüştür.

- Hastaların özel muayenehaneye gitmeden, ek ücret ödemediği devlete bağlı sağlık kuruluşlarından hizmet alımı daha kolay sağlanmıştır.

- Özel muayenehanesi olmayan hekimlerin gelirinde artış sağlanmıştır.

Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bu sistemin değerlendirme (dokümantasyon) ve gösterme (kamuyuna rapor etme) konusunda yararlı olduğu ancak performans sisteminin sağlık hizmetleri üzerine yararının (hizmet sunumunda artış gibi) çok düşük düzeyde olduğudur.

Performans Sistemi Uygulamasındaki Negatif Yönler

- Hekimlerin tedavilerinde endikasyon dışı uygulamalar açısından etik değerler sorgulanmaya başlanmıştır.

- Aynı kurumda çalışan hekimler ile hekim dışı personel karşı karşıya gelmiştir. Hekimlerin kazancı göz önüne serilerek kurum içi huzursuzluklar olmuştur.

- Aynı kurumda çalışan bir gruba bu sistem uygulanırken (hekimler), diğer çalışanlara bu sistemin uygulanmaması da kurum içi huzursuzlukları artırmıştır. Bir grup daha fazla ek ödeme için daha çok çalışmak zorunda iken diğer gruplar sabit ek ödeme (genelde sabit ödeme dışında ek ödeme alamıyorlar veya çok az alıyorlar) aldıkları için aynı performansta çalışmamaktadır. Hekim dışı personel “zaten çok bir şey değişmiyor neden çalışayım ki” diyerek huzursuzluklar oluşmaktadır.

- Farklı kurumda aynı branştaki hekimler eşit miktarda çalışmalarına rağmen farklı miktarda ek ödeme alıyorlar. Bunun nedeni ise bir hastanenin dağıtacağı ek ödeme miktarını etkileyen personel dışı faktörlerdir.

- İş yükü artan sağlık çalışanları, hastalara daha az zaman ayırdığından hizmet kalitesi düşmüştür.

Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklindedir.

Hekimlerin alacağı tavan ek ödemeye ulaşabilmeleri çoğu zaman mümkün olmamakta, bunun için birçok hekim kendi üzerine gereğinden fazla iş yükü bindirmektedir

Bu Sistem:

1. Her türlü volümü artırır.
 - a. Daha fazla test,
 - b. Daha fazla görüntüleme,
 - c. Daha fazla yan dal konsültasyonu,
 - d. Daha fazla hastane yatışı.
2. Ancak kalite ve değeri düşürür.
 - a. Kalite ölçümü yoktur.
 - b. Gereksiz test ve görüntüleme sorgulaması yoktur.
 - c. Klinik sonuçlar sorgulanmaz, (değerlendirilmez).
 - d. Daha fazla hasta güvenliği ihlallerine (tıbbi hataya) yol açar.
 - e. Daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimleri cezalandırır.

Adaletsizlik bu sistemin en önemli sorunudur. Gelir dağılımında adalet sağlanamamıştır. Bunları açacak olursak:

- Hekimler arasında adil olmayan gelir dağılımı olmuştur.
- Bu sisteme dağıtılan para hesaplanmasındaki çarpanlara bağlı olarak adaletsiz gelir dağılımı olmaktadır. Hekimlerin kendi inisiyatifi dışında (o ayki hastane geliri, hastane borçluluk oranı ve hastane kalitesi) çarpanlar ile hekimlerin geliri azalmaktadır.
 - Aynı puanı alan aynı branştaki 2 hekim, farklı hastanelerde farklı ek ödeme alabilmektedir. Bir hekim aynı puan ile değişik aylarda o ayki hastane geliri ve hastane borçluluk oranına bağlı olarak farklı ek ödeme almaktadır.
 - Hastane puan ortalamasını yakalayamayan hekimler, pre-klinik branşlara göre veya hastanede tek çalışan ancak puan olarak daha düşük hekimlere nazaran daha az ek ödeme alarak adaletsizliğe uğramaktadır.
 - Farklı risk grubundaki hekimler aynı puan ile aynı ek ödemeyi almaktadır.
 - Hekimlerin iş gücü ucuzlamış, hastalar müşteri şeklinde görülmeye başlanmıştır. Bir hasta muayenesi 21 puan olup birçok hastanede 1 hasta muayenesi hekime ortalama 3 TL kazandırmaktadır.
 - Hekimlerin alacağı tavan ek ödemeye ulaşabilmeleri çoğu zaman mümkün olmamakta, bunun için birçok hekim kendi üzerine gereğinden fazla iş yükü bindirmektedir. Günde 150 hasta muayene etmek veya 7-8 ameliyat yapmak hizmet kalitesini düşürmektedir.
 - En önemli nokta çalışma ortamında iç barışı bozmakta ve ekip anlayışını zedelemektedir.

Bazı Sivil Toplum Örgütlerinin Performans Hakkında Görüşleri Şu Şekildedir:

1. Türk Cerrahi Derneği (TCD)

TCD, ülkemizdeki küçük ameliyatların sayısındaki artışın dikkatle analiz edilmesi gerektiğini düşünmektedir. Niteliğe değil, niceliğe değer veren, hizmet kalitesi ile alakası olmayan bir sistemle karşı karşıya olduğu görülmektedir. **Performansa Göre Ödeme Sistemi: Etik değil! Akılcı değil! Adil değil! Yararlı değil! Üstelik dünyada yaygın bir uygulama da değil! Bu nedenle TCD, performans sistemine karşıdır.**

2. Türk Sağlık-Sen

Döner sermaye sistemi hekim eksenli olarak hazırlandığı için tabip dışı sağlık personeli düşük döner sermaye ödemeleri almaktadır. Hekimler ile hekim dışı arasındaki döner sermaye ödemeleri arasında ciddi bir fark vardır. Bu adaletsizliğin giderilmesi ve aradaki makasın daraltılması için tabip dışı personelin döner sermaye oranı % 150'den yüzde % 200'e, özellikli birimlerde görev yapan personelin döner sermaye tavan oranı da % 200'den % 250'ye çıkartılmalıdır. Ayrıca yıllık ve şua izni süreleri ve hastalık raporu hâllerinde döner sermaye ek ödemelerinin kesilmemesini ve döner sermaye ek ödemelerinin vergi dilimi kapsamından çıkarılmasını düzenleyici hükümlerin yerine getirilmesi döner sermayedeki önemli bir sorunun çözüme kavuşturulması gerekmektedir.

3. Türkiye Kamu Sen

Genel Başkan İsmail Koncuk gündeme taşınan "Performansa dayalı ücret" sistemiyle ilgili "uygulanabilir değil" açıklamasını yaptı. Bu uygulamanın hayata geçirildiği en önemli yer sağlık sektörüdür. Ancak burada yaşanan sorunları hepimiz çok yakından biliyoruz. Doktorlara muayene ettikleri hasta sayısına göre performans puanı veriliyor. Doktorlar da zaten yoğun olan iş yükü altında hastalara ayırdıkları süreyi azaltmak zorunda kalıyorlar. Ancak hiç kimse hastalıkla ilgili teşhis ve tedavinin doğru olup olmadığını sorgulamıyor.

Döner sermaye sistemi hekim eksenli olarak hazırlandığı için tabip dışı sağlık personeli düşük döner sermaye ödemeleri almaktadır. Hekimler ile hekim dışı arasındaki döner sermaye ödemeleri arasında ciddi bir fark vardır.

Ek ödemenin, hekimin elde ettiği gelirlerin büyük bir kısmını oluşturması, performans puanlarını olması gerekenden daha değerli kılmıştır.

4. TTB

Performans uygulamalarının mesleki değerlere etkilerinin son derece olumsuz olduğu, ciddi etik sonuçları olabileceği, nitelikli sağlık hizmeti sunumu, hasta haklarına saygı ve hekimlerin özlük haklarının korunmasını zorlayıcı doğrultuda olduğu, tıp eğitimi ve bilimsel araştırmayı önemli ölçüde olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. Performans uygulamasının bu şekilde kabullenilmesi ve olumsuz sonuçlarına razı olunması düşünülemez.

Sağlık sisteminde ortaya çıkan gereksinimlere karşılık verebilen, sağlık hakkının güvence altına alındığı, vergilerle finanse edilen ve toplum ile devletin bütünsel olarak sorumluluk yükledikleri, mesleki değerlere ve etik ilkelere saygılı bir sistem en akılcı çözüm olacaktır.

5. Türk Toraks Derneği

Hekimlerimize meslek onuruna yakışır ve akademik kariyer ve kıdemlerine uygun, emeklilik maaşlarına yansiyacak şekilde sabit bir gelir teminatı verilmelidir. Ülkemiz ekonomisinin tıp fakültelerimizdeki öğretim üyelerimizin emeklerinin karşılığının hak ettikleri ölçüde ödenmesine kolaylıkla imkân tanyacak seviyede olduğuna inanıyoruz.

Bu sabit gelirin % 30'u civarında da fazladan performansa dayalı bir ek ödeme sistemi getirilmelidir. Ek ödeme, verimlilik ve etkinliği artırmak üzere gerekli motivasyonu sağlayacak; ancak akademik, hiyerarşiyi, çalışma barışını, meslek etiğini bozmayacak sınırlar içerisinde kalmalıdır.

Tüm eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerinde, halen Sağlık Bakanlığınca uygulanan performans puanları yerine; eğitim ve üniversite hastanelerinin misyonuna, vizyonuna, amaç ve hedeflerine uygun şekilde kalite indikatörleri ve hakkaniyet esas alınarak performans ölçütleri geliştirilmelidir.. Hasta hizmeti dışında araştırma ve eğitim çalışmaları da ciddi ölçüde performans kapsamı içinde yer alabilmelidir.

Ek ödemenin, hekimin elde ettiği gelirlerin büyük bir kısmını oluşturması, performans puanlarını olması gerekenden daha değerli kılmıştır. Bunun yanında, performans puanlarının neredeyse tümüyle nicelik üzerinden ölçülmesi, kalite indikatörlerinin yeterince tanımlanamamış olması etik yozlaşmaya, sanal işlemlere, endikasyonların genişletilmesine, sağlık harcamalarının artmasına, iş barışının bozulmasına, iş yeri arkadaşları arasında acımasız rekabete yol açmıştır.

Sonuçta; uygulanan performans sisteminin sağlık personeli ve hastalarımız açısından faydalı olmadığı popülist bir sistem olduğudur. Bu sistemle sağlıkta niteliksel olarak iyileşme sağlanamazken niceliksel iyileşmeler sağlanmıştır. Bu sistemde en büyük 2 sorun adaletsiz gelir dağılımı ve iş yükü artımına bağlı olarak hastalara gerekli zamanın ayrılamamasıdır.

Diğer Ülkelerde Uygulanan Sistemler Nelerdir?

Parça başı kazanç olarak da adlandırılan bu sistem dünyada kamu hastanelerinde uygulanan bir sistem değildir. Dünyada kamu hastaneleri veya vakıf hastanelerinde sabit maaş sistemi uygulanmaktadır. Ancak bazı ülkelerde özel sektörde parça başı kazanç olarak adlandırılan bu sistem uygulanmaktadır.

Performans sistemi hekimlere yönelik ücretlendirmede bir yöntem olarak görece yeni ve pek çok ülkenin kullanmadığı bir sistemdir. Sağlık harcamalarının aşırı arttığı ve sağlık hizmetine erişimde çok ciddi sıkıntılar yaşandığı bilinen Amerika Birleşik Devletleri'nde özellikle son 6 yılda yürütülmekte olan "medicare" (sağlık hizmeti sunumunun % 40'ı) içinde yaygınlaşmıştır.

- İngiltere'de genel bir sistem olmayıp yalnızca aile hekimleri için sınırlı biçimde denenmektedir.
- İtalya'da kısmi bir uygulama vardır; hekim maaşının % 20'si performans sisteminden ödenmektedir.
- İspanya ve Portekiz'de ise halen deneme aşamasındadır. Bu az sayıdaki örneklerin dışında, dünyada yaygın olarak uygulanmamaktadır.

Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bu sistemin değerlendirme (dökümantasyon) ve gösterme konusunda (kamuoyuna rapor etme) yararlı olduğu ancak performans sisteminin sağlık hizmetleri üzerine yararının (hizmet sunumunda artış gibi) çok minimal olduğu, bazı tıbbi etik ihlallerini beraberinde getirdiği ve hekimlere yönelik ödeme sisteminin performans üzerine kurulmaması gerektiği şeklindedir.

ABD Tabipler Birliği Başkanı William G. Plested'in gözlemlerine göre performans tıp mesleğinin erozyonuna geçmiş on yıllardaki geri ödeme kesintilerinden çok daha büyük bir katkıda bulunmuştur. "...En büyük tehdit bir mesleğin kendisi için belirlediği mesleki kurallarından vazgeçmesidir..." Plested hekimleri tıbbi ve onun ana prensiplerini koruyan bir grup olarak tanımlamaktadır.

Parça başı kazanç olarak da adlandırılan bu sistem dünyada kamu hastanelerinde uygulanan bir sistem değildir. Dünyada kamu hastaneleri veya vakıf hastanelerinde sabit maaş sistemi uygulanmaktadır.

Performans sistemi uygulanacaksa sistemde mutlaka radikal değişiklikler yapılmalıdır. En önemli sorun olan adaletsiz gelir dağılımı mutlaka düzeltilmelidir.

Hekimleri mesleklerini geri almaya ve değerlerini korumak için haklarını yeniden kazanmaya çağırılmaktadır.

•Performans sistemi ile gelen ekonomik teşvikler, hasta hekim ilişkisini oynak bir zemine oturtmaktadır.

•Hekimin öncelikli motivasyonu hastasının iyiliğini savunmak olmadığında raydan çıkmaktadır. Performans sistemi hekimleri genel durumu kötü hastaların tedavisinden kaçınmaları konusunda cesaretlendirmektedir.

Hasta hekim ilişkileri hem hasta memnuniyetini hem de verilen hizmetin kalitesini yükseltmektedir. **Bunun için de hekimin hastaya yeterli zamanı ayırması gerekmektedir. ABD’de bu süre yeni hastalar için 30-44 dakika, kontrol**

hastalarında 15-18 dakika, çoğu Avrupa ülkesinde 18-20 dakikadır. Peki ya Türkiye’de?

Bu sistem sağlık harcamalarını arttırırken sağlık hizmeti kalitesini azaltmaktadır. Bugün ABD dâhil, tüm dünyada bu tür ücretlendirme sistemleri sorgulanmaktadır. Avrupa Birliği ülkeleri arasında böyle bir sistemi uygulayan ülke sayısı çok azdır ve uygulandığı alan özel sektördür.

Performans Sistemi Politikası Konusunda Öneriler

Performans sistemi uygulanacaksa sistemde mutlaka radikal değişiklikler yapılmalıdır. En önemli sorun olan adaletsiz gelir dağılımı mutlaka düzeltilmelidir. Sağlık personelinin öngörülen maaşlarının % 70-80’inin sabit, geri kalanının da ek ödeme şeklinde verilmesi uygun bir yaklaşımdır.

Sonuç olarak; sabit ödeme arttırılmalı, performansa bağlı ek ödeme miktarı azaltılmalı, ek ödemede adalet sağlanmalıdır. Sağlık sisteminde kaliteyi çok hasta bakarak sağlayacağım demek hayalperestliktir. Sağlıkta kaliteyi arttırmak için sağlık çalışanınun iş gücü azaltılmalı, ekonomisi düzeltilmeli, aile hekimliği sistemi oturtularak hastaların 2. ve 3. basamak hastanelere başvurusunun önüne geçilmeli, sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimi sağlanmalı ve bilgi becerileri kontrol edilmelidir. Performans sistemi ile sadece hastanede iş gücü artışı olmakta ve kalite düşmektedir.

Kaynaklar

Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. N Engl J Med. 2007; 1;356(5):515-7

Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. N Engl J Med. 2007; 1;356

Plested W: AMA President’s Address to the House of Delegates, Interim Meeting 2006. 60th Interim Meeting of the AMA House of Delegates, Las Vegas Nevada. November 11, 2006. <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/17082.html>.

(New Engl J Med 361:1036-8, 2009).