

Performansa dayalı döner sermaye uygulamaları

Dr. H. Volkan Kara



1974'de Muğla'nın Milas ilçesinde doğdu. Balıkesir Sırrı Yırcalı Anadolu Lisesi ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun oldu. Göğüs cerrahisi uzmanlığını Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesinde tamamladı. Gümüşhane İl Sağlık Müdür Yardımcısı olarak çalıştı. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığında sağlıkta etkili kaynak yönetimi ve sürdürülebilirlik konularında danışmanlık ve Stok Yönetimi Şube Müdürlüğü yaptı. Dr. Kara hâlen İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AnaBilim Dalında görev yapmaktadır.

İşletme ve kurumlar, belirlenen amaç ve görevleri gerçekleştirmek üzere kurulur. Kurum yönetiminin öncelikli görevi, belirlenen amaçların mümkün olan en iyi kalitede ve başarılı bir şekilde gerçekleşmesini sağlamaktır. Bu, kurumsal performansı gösterir. Kurumsal olarak belirlenen amaçlar gerçekleştirilirken çalışanların organizasyona katkı düzeyinin tespit edilmesi ve teşviki için zaman içinde "kişisel performans" kavramı ortaya çıkmıştır. Performansın ölçümünde kıyaslama ve bireysel performans değerlendirilmeleri uygulanmaktadır. Bu değerlendirmeler kurum yönetimine, çalışanlara yönelik uygun kariyer planı, ödüllendirme ve kaynak paylaşımı yapılması imkânı sağlar ve çalışanların gelecek planlamalarına ilişkin doğru kararlar almalarına yardımcı olur. Kişisel açıdan gösterilecek yüksek performans ek kariyer ve ekonomik fırsatlar için imkân sağlayıcı motivasyondur.

Sağlık hizmetleri çeşitlilik gösterir. İhtiyaç ortaya çıktığında ertelenemez. Stoklanması da mümkün değildir. Üstelik hizmet alıcısı açısından farklı bilimsel ve sosyal yönleri ve beklentileri vardır. Dünyada sağlık hizmetlerinde performans, 1980 yılında Danimarka ve Hollanda'da üretilen hizmete karşılık ücretlendirmeler şeklinde kullanılmaya başlanmıştır. 2000'li yıllarda Almanya, İsviçre, ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde de artan maliyetleri engellemek, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek, hasta bakımına erişimi ve klinik yapı kalitesini artırmak üzere kullanımı yaygınlaşmıştır. Sağlık Bakanlığımız 2003'de pilot uygulama olarak 10 hastanede başlattığı performansa dayalı ek ödeme uygulamasını, 2004 yılından itibaren ülke genelinde

deki tesislerinde uygulamaya geçirmiştir. Bakanlık kurumlarında, aktif klinisyenlerin ürettikleri sağlık hizmetleriyle performans puanları hesaplanmaktadır. Aktif puan üretimi olmayan kadro ve pozisyonlar için göreviyle ilgili performansa esas teşkil edecek tanımlamaları vardır. Toplam puan hesaplanmasında ilgili ayda çalışma süresi, tam zamanlı çalışma, yöneticilik ve ek görev verilme durumu, bilimsel üretim, görevlendirme, çalıştığı birimin riskli olması gibi bir kısım kriterlerde kullanılır. Oluşan formüller dâhilinde aylık toplam performans puanı hesaplanmaktadır. Bu puan, kurumun o aya ait fatura gelirinden yine mevzuat ve kurumsal performans başarısına göre belirlenen oranda personele dağıtım için ayrılan miktarda nakit karşılık bulur ve ödenir. Uygulama başladıktan sonra, zaman içinde ortaya çıkan ihtiyaçlar ve saha geri bildirimler, doğrultusunda mevzuatta bir kısım değişiklikler ve iyileştirmeler yapılmıştır. Bu konuda değişim ve gelişim ihtiyaçları devam etmektedir ve edecektir. Sağlıkta başarılı performans tanımı, konunun farklı paydaşları açısından doğru yapılmalıdır. Performans ile ilişkili olabilecek başlıca paydaşlar şöyle tanımlanabilir:

- Sağlık hizmeti alıcıları: Sağlıklı olmama durumu beyan eden ve gerektiğinde her tür ve nitelikte sağlık hizmeti alabilmeyi (acil ve planlı) bekleyen toplum bireyleri.

- Sağlık hizmeti sunucuları: Sağlık kurumları, birimleri ve görevli sağlık çalışanları. Sağlık çalışanları aktif hizmet üreticileri (hekimler, dişhekimleri), yardımcı sağlık ve idari sınıf çalışanları olarak sınıflandırılabilirler. Bu grubun hekim olan bir kısmı, aktif olarak sağlık hizmeti üretirken aynı zamanda eğitim

almak (tıpta uzmanlık, yandal uzmanlık) ve vermek (öğretim üyesi, eğitim sorumlusu) ve bilimsel üretim-araştırma da (öğretim üyesi) yaparlar.

- Sağlık finansmanını sağlayan kurumlar: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), özel sağlık sigortaları, devletin oluşturduğu diğer fonlar.

- Devlet-yönetim: Tüm paydaşları denetleyen, hizmetlerin kalite standartlarına uygun şekilde devamlılığını ve hizmet kalitesinin gelişmesini sağlayan, ülke ihtiyaçlarına göre öncelik belirlemek ve strateji geliştirmek ile mesul olan devlet otoritesidir. Devlet, Sağlık Bakanlığı ve devlet üniversiteleri marifetiyle en büyük hizmet sunucusudur. Yine devlete bağlı SGK ülkedeki en büyük sağlık finansörüdür (hizmet alıcısıdır). Sigorta işletmecisi olarak prim ödeyenlere ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmeti alımında finansörlük sorumluluğunu yerine getirir. Otorite vatandaşlarının her açıdan sağlıklı olma (fiziksel, ruhsal) durumunu sağlamakla yükümlüdür. Vatandaşlarına koruyucu ve önleyici hizmetleri kapsayan şekilde eşit imkânlarda sağlık hizmeti sağlar, bu hizmeti denetler ve geliştirir, ülke kaynakları etkili kullanır ve herkesin hakkını korur. Hizmetlerin devamında önemi büyük olan sağlık çalışanı insan gücü kapasitesini oluşturmayı ve bu insan gücünü eğitmeyi ve verimli kullanmayı sağlar. Sonuçta büyük kısmı kendisine bağlı olan kurum ve kuruluşlar arasında hem kolay hem de zor bir koordinasyon görevi icra eder. Bu durum kurumsal çalışmaya olan ihtiyacı artırmaktadır. Sağlıkta performans kavramını danıştığımız bu paydaşlar, kendi öncelikleriyle farklı tanımlamalar yapabilir:

- Hizmet alıcılarının beklentisi sağlık

hizmetlerinin yaygın, kişisel ödeme olmaksızın (tamamen ücretsiz), hızlı ve kolay ulaşılabilir olmasıdır. Gerek duyduğunda acil ve nitelikli sağlık hizmeti (üst branş, yoğun bakım vb. hizmetler) almakta için sorun yaşamamak ve yerinde veya etkin ulaşımın sevk zinciri ile hizmeti almak isterler. Bu konuda gerekli olmayan bir yaygın nitelikli hizmet beklentisi de olabilir (tüm hastanelerde rollerinden bağımsız her branşın veya yan dal uzmanının, en gelişmiş altyapının olmasını beklemek gibi). Bu açıdan bakıldığında hizmet alıcılarının doğru yönetilmesi gereken algılarıyla talep etmediği ancak koruyucu sağlık hizmetleri gibi önemli ihtiyaçları da vardır.

- Sağlık hizmeti üreticileri, kurumsal olarak öncelikli hizmetin devamını sağlamak ve belirlenen rolü en iyi şekilde yerine getirmek gayretindedir. Bunları yaparken ekonomik sürdürülebilirliği sağlamayı ve gelir gider dengesini kurmayı hedefler. Bireysel olarak, hekim ve dış hekimleri sarf ettikleri eğitim ve emeğin ekonomik ve sosyal açıdan karşılığını almayı bekler. Tercih edilen branşın ve kişinin sahip olduğu ek eğitimler, çalışma ortamındaki fiziki ve ruhi riskler ile yıpranma olasılıklarının da dâhil edilmesini gerektirir. Çalışma şekillerinin (mecburi hizmet, istek dâhilinde tayin), çalıştıkları kuruma yaptığı ek katkıların (yönetmelik, eğitim, bilimsel üretim) göz önüne alınmasını beklerler. Özellikle hizmet puanı üretimi mümkün olmayan ya da kurumsal ortalamaların altında kalan branşlar bütünün parçası olmaktan uzaklaşmak istemez.

- Finansman sağlayıcılar (SGK ve sağlığa bütçe ayıran maliye, özel sağlık sigortaları) teşhis ve tedavi aşamasında, verimli kaynak kullanımı ile israfın önüne geçerek, doğru teşhise hızlı ve uygun maliyetlerle ulaşmak ister. Bu konuda sigortalının tıbbi açıdan mağdur olmaması ve aldığı hizmetten memnun kalması etik ve iş ahlakı açısından gereklidir.

- Otorite vatandaşının sağlığa dair hizmet beklentilerini karşılar, tedbirler alır ve mevcut sigortacılık anlayışıyla sigortalılarının sürdürülebilir sağlık finansmanını sağlar. Sağlık hizmeti için iş gücü kapasitesi (kurumsal ve bireysel) oluşturmak için gayret gösterir. Bu kapasiteyi etkili kullanmayı, devamlılığını sağlamayı ve hizmet standartlarını geliştirmeyi hedefler. Aynı anda iç ve dış müşteri memnuniyetlerini gözetir. Çalışma prensipleri (verimlilik tanımları) farklı kurumlar arasındaki koordinasyonu sağlar ve kendi önceliklerini ön planda tutan kurumların aklıza zarar vermesine engel olur.

Uygulamada olan performansa dayalı ek

ödeme sisteminde bireysel performans, üretilen sağlık hizmeti sayısına göre puan oluşturur. Bilimsel ve -tanımlandı ise- eğitim fonksiyonları, idari görev ya da ek sorumlulukların kişiye sağladığı puanlar da buna eklenir (bir kısmı net puan, bir kısmı ise katsayılar ile desteklenir). Kurumların çalışanlarından klinik hizmet, eğitim, bilimsel üretim, koruyucu sağlık gibi konularda asgari beklentisi ve oranı net tanımlanmadığı için yüksek performans oluşturmada rutin yapılan sağlık hizmeti (muayene, tetkik, cerrahi işlem) üretimine yönelik mevuttur. Çalışma saatlerinde daha fazla hasta muayene ve ameliyat etme çabası, kişi ve olgu başına düşen zamanı azaltıp sağlık hizmeti kalitesini olumsuz etkiler, teşhis ve tedavi başarısına zarar verebilir. Her zaman matematiksel ve algoritma ile yürüyemeyen sağlıklı hizmetlerinde "Hastalık yoktur, hasta vardır" gerçeği emek gerektiren durumları performans baskılı iş yetiştirme çabasına dönüştürebilir. Çözülemediği ya da eksik iletişimden kaynaklı hasta memnuniyetsizliği, hastaları tekrarlayan başvurulara yönlendirir. Bir kısım tıbbi veri sisteme entegre olamadığı ya da güncelliğini kaybettiği için bu başvurularda tekrar tetkik ve diğer işlemlerin yapılması kaçınılmaz olur. Bir kısım klinisyenin fazla zaman ayıramadığı tıbbi durumları hatalı yorumlama endişesi veya pratik yoldan performans puanı için hastalara sık aralıklı (10 gün içinde ikinci muayeneyi kabul etmeyen SGK sisteminde 11. günde kontrol) takip planlanması, ilaç ve tıbbi rapor geçerlilik sürelerinin kısa tutularak başvuru tekrarı sağlanması izlenmektedir. Cerrahi işlemlerindeki hızlanma asepsi kurallarının esnemesi, örnek olarak enfeksiyon kontrol kurallarına benzeri eğitim konularının, uygulayıcılarının öneminin azalması (yeterince dikkate alınmaması) nedeniyle aksamalar olabilir. Bu durum hastane enfeksiyon oranlarını olumsuz etkiler. Buna ve hızlı cerrahiye bağlı diğer teknik sorunlardan kaynaklı yinelenen cerrahi, tekrarlayan ve uzamış hastane yatışları, ek morbiditeler ile sağlıklı olma durumuna kavuşulmasını geciktirir. Bu şekilde hem sağlık maliyetleri doğrudan artar hem de dolaylı olarak sağlığına kavuşmamış kişinin çalışma dışı kaldığı zaman dilimindeki üretkenliği ortadan kalkar. Bu süreçte sağlık hizmet kapasitesi gereksiz kullanılmış olur, sağlıkta israf ortaya çıkar. Komplikasyon nedeniyle mortalitelerin rakamsal karşılığı zaten olamaz.

Özellikle aktif hizmet puanı üreticilerinin (klinisyenler) ürettikleri hizmete karşılık

olarak net tanımlanan bir gelirin olmaması motivasyon kırıcıdır. İşlem içeriği, emek dolayısıyla maliyet kalemleri ve fatura ederi benzer iken bunun ekonomik karşılığının her ay değişkenlik göstermesi tartışılmalıdır. Asgarisi belli olan durumlar için üst risk grupları ve ödeme tutarlarının çalışılması gereklidir. Bazı kurumlarda zaman içinde aynı gelir düzeyi için (performans ödeme miktarı) daha çok klinik puanı toplama ihtiyacı olduğu gözlenmiştir.

Performansa bağlı ek ödemede uygulamalarından sonra sağlık hizmetlerinde faturalama maliyetlerinde artış olduğu gözleme dayalı bir tespittir. Burada performansın çıkış noktalarından olan iyi dökümantasyon ve faturalama hizmetlerinin daha usule uygun, detaylı ve gerçekçi yapılmasını sağlamak öncelikli etkindir ve bu hedefe ulaşılmıştır. Ancak hizmet puanı temelli performans, işlemlerde aşırı kodlama, risk ve emeğe göre puan getirisi yüksek vaka ve olgu-endikasyon seçimi olasılığını ortaya çıkartmaktadır. Klinik uygulamada, doğru endikasyon, teşhis tedavi sürecinin uygulama başarılarının doğruluğunu değerlendiren bir sistem mevcut değildir. Bu amaç için kurulmuş döner sermaye inceleme komisyonları vardır. Hastane içinden belirlenmiş, hekimlerin de bulunduğu döner sermaye komisyonları bu denetimi ek görev olarak yapmaktadır. Değerlendirmeler geçmiş dönemi kapsamaktadır ve etkinliği sınırlıdır. Görev alan komisyon üyelerine ek ödeme tanımlanmasına rağmen etkili çalışmaya dair hem teknik hem sosyal nedenli sınırlamalar vardır. Global bütçe uygulamalarından sonra hastanelere aylık kaynak aktarımı yetkisi Sağlık Bakanlığına verildiğinden, önceleri SGK tarafından uygunsuz faturalamayı tespit için yapılan incelemelerin azaldığı ya da artık yapı(a) maddeyi gözlenmiştir. Denetimin iyi yapılmasına ve iş kapasitesi geliştirmeye yönelik ek tedbir ve desteğe ihtiyaç vardır.

Vaka ve endikasyon seçimindeki "pratik" tercihler, kurumsal ve bireysel olarak performans puanını kolay yoldan artırmada başarılı olabilir. Bir kısım hastalık ve tedavisinde emek ve malzeme kullanımı yoğun olmasına rağmen mevcut fiyatlandırmasındaki düşük ödeme, malzeme, iş gücü veya alınan tıbbi riski karşılamamaktadır. Kurumlar ve klinisyenler bu olgular ile mücadele etmek yerine resmi ya da tavsiye sistemiyle hastalara sevk önerilerinde bulunmaktadır. Bu tercihler ülke genelinden sevk zincirinin sonlarında bulunan kesişme noktası durumundaki

kurumlarda yığılmalara yol açar. Büyükşehirlere (İstanbul, Ankara) üniversite hastaneleri bunlara örnek verilebilir (burada büyükşehir kavramı özellikle kullanılmıştır). Kuruluş yılı itibarıyla kurumsallığını ve çok yönlü hizmet imkânlarını tamamlaması gereken bir kısım üniversite ve eğitim araştırma hastanesi hala farklı gerekçeler ile büyükşehir üniversite hastanelerine hasta yönlendirmektedir. Bu endikasyon ve olgu kayışının hasta, hasta yakını, sosyal güvenlik kurumu açısından sosyal ve ekonomik maliyetleri de olmaktadır. Üçüncü basamakta tedavi maliyetleri için ek iyileştirmeler vardır, ancak bir kısım vakalar kurumsal olarak sürekli zarar ettirme potansiyeline sahiptir. Kurumsal açıdan verimliliği en yüksek başarılı çalışma, bir kısım branşlarda poliklinik hizmetidir. Altyapı ihtiyacı az, hekim gücü yeterli ve kârlı olan bu imkân, kurum yöneticilerini hastane rollerinden uzaklaştırmıştır.

Performansa dair ek ödemenin ortaya çıkışındaki beklentilerden sağlık çalışınının gelirini artırma hedefi yüksek oranda gerçekleşmiştir. Bir kısmı peşin ödenen performans, bu iyileştirmedeki en somut katkı olarak yerini almıştır. 2007’de performansa dair önerileri ele aldığımız ilk yazımızda altyapı ya da hasta sayısı yetersizliği nedeniyle hizmet puanı üretimi kısıtlı veya mümkün olmayan branşlarda, koruyucu ve sosyal güvenlik sisteminde faturalanması olmayan sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlere dair ödeme eşitsizliğinin giderilmesi konusu kısmen iyileştirilmiştir. Bu konuda uygun şartlarda kurum ve il ortalamasından çalışana ek ödeme desteği pratik olarak uygulanmaktadır. Bu sistemde ihtiyacı seyrek ama müdahaleleri hayati olabilen branşların, yani “sağlığın itfaiyecilerinin” (belli cerrahi branşlar), koruyucu hizmet yönü ağırlıklı olan ve hastanelerin işleyişindeki etkinliği puan ile karşılık bulamayan (enfeksiyon hastalıkları) branşların sistemden kopmasına engel olmuştur. Fakat Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen ve bir kısım hekimleri mecburen atayan kadrolarda aynı branştan birden fazla hekim olmasının her birine kurum ortalamasından ödeme yapılmasını engelleyen uygulama mevcuttur ve gözden geçirilmelidir. Kurum açısından ortalama döner sermaye imkânının çalışılarda hatalı kullanımına ve ataletle yol açmasına müsaade edilmemelidir. Bir kısım branş ve hizmet için etkili iş gücü ve kapasite planlaması, verimlilik ve iş potansiyeli çalışmaları yapılmalıdır. Özellikle cerrahi ve dahili branşların ve-

rimlilikleri hesaplanırken kullanılan fiziki ve insan gücü altyapısının, sabit ve değişken maliyetlerinin doğru tespiti gerekir.

Performansın sadece ek gelir değil farklı şekillerde de sağlık çalışanlarına yansıtılması düşünülmelidir. Yakın zamanda planlanan yıpranma etkisi buna güzel bir örnektir, geçmişte kapsamasına dair beklenti devam etmektedir ve performans ile çeşitlendirilmesi mümkündür. Performansın çalışılan gün ve puan baskısı hekimleri izin kullanma ve bilimsel-eğitim aktivitelerine katılmada isteksiz kılabılır. Bireysel performans sicilinin tanım ve etki olarak güçlendirilmesi gereklidir. Örnek olarak geçici görevlendirmelerde (hizmet veya eğitim amaçlı) kişiye kurum ortalamasından puan verilmesi teşvik edici görülebilir. Oysa kişisel performansın kurumdaki yüksek kişiler için gönüllü olmadığı geçici görevlendirme ve sorumlulukların kendi ortalamasının altında takdir edilmesi verimli üretkenlik açısından uygun değildir. Sağlık çalışınının aktif görev yerini ay bazında terk etmesi hasta devamlılığı için olumsuzdur. Eş zamanlı çalıştığı proje, bilimsel yayın vs. varsa olumsuz etki alanı daha da geniş olabilir.

Aile hekimleri için neredeyse sabitlenmiş ödeme miktarları değerlendirme kriterleriyle orantılı olarak ödenmektedir. Doğru tanımlanacak ve birinci basamak hizmetlere katkı sağlayacak standart üstü hizmet performansları için aile hekimliğine de açık kapı ve fırsat bırakılmalıdır. Sağlık dışı bir kısım idari personel için tanımlanmış ortalama veya ek performans, yine kurumdaki aylık çalışan sayısının %5’ine verilen ek performans uygulamalarının gözden geçirilmesi ve gerekliliklerinin ve uygulama esaslarının tekrar tanımlanması gerekir.

Diş hekimlerinin de çalışma yerleri, altyapı imkânları ve hizmet puan üretimlerinde fırsat eşitliği sağlanmalıdır. Diğer hekim grupları için uygulanan eğitim, bilimsel faaliyet, geçici görevlendirme ve koruyucu sağlık hizmetleri gibi çalışmalar nedeniyle çıkabilecek farklılıklar giderilmez. Silahlı Kuvvetler adına ve tesislerinde görev yapan hekim ve diş hekimleri de hizmet zincirinde doğru konumlandırılmalıdır.

Döner sermaye gelirlerinin merkez payı, vergi ve personele dağıtım oranları gözden geçirilmeli, çalışana aktarılacak kısım için iyileştirmeler yapılmalıdır. Bunu yaparken kurumsal hizmet maliyeti, amortisman gibi kârlılığa etkisi olacak rakamlar tekrar değerlendirilmelidir. Kurumların

döner sermaye gelirleriyle sağladığı hizmet alımı, hizmet ve ödemeler finansal güçlükler yaratmaktadır. Bu giderler, dağıtılacak ek ödeme miktarına ve düzenli ödemelere olumsuz etki etmektedir. Özellikle finansal sorunları devam eden üniversite hastanelerinde tahsilatların öncelikli hizmet alımları ve eski finansal yüklerle kanalize edilmesi, ek ödemenin çok düşük ve gecikmeli yapılmasına (hatta hiç yapılmamasına) neden olmaktadır. Performans sistemiyle elde edilen fatura gelirlerinin, geliri sağlayan hekimler yerine başka önceliklerde kullanılması “zaten ödeme alamayan hekimleri” takip eden dönemlerde performans sisteminin tamamen dışında bırakılmaktadır.

Bilimsel üretim ve eğitim başlıkları, gerekli olduğu üzere performans kriteri olarak çalışılmış ve ek ödeme sistemine dâhil edilmiştir. Bilimsel makale ve yayınlara destek, bilimsel yazının yayınlandığı derginin kalitesine göre katkı sağlayan ekip üyelerine parçalanmış performans puanı verme şeklindedir. Aylık 10 bin puan üst limiti ve yılın sadece altı ayında ek puan alınabilmesi gibi kısıtlamalar vardır. Aktif hizmet puanı üretebilen klinisyen için nitelikli ve atıf alabilecek bilimsel yayın için harcanan zaman ve emeğin gerçek karşılığı olmayabilir. Hipotez oluşturma, oluşturulan hipotezi uygulama, veri toplama, makale haline getirme ve basımına takip etme şeklinde emek vererek katkı sağlayan tüm ekip üyelerine tatminkâr dönüşü olması uygun olacaktır (makaleler için ilk yazara 2.500 puan verilmektedir, ekip için bu destek daha da düşüktür). Çok merkezli projelere uzun ve ciddi emeklerle dahil olup orta sıralarda bir yazar konumlamasının bu dağıtım şeklindeki getirisi mütevazı ve heves kırıcıdır. Kişileri bilimsellik yerine stratejik davranmaya sevk edebilir. Mevcut performans uygulamasının bilimsel üretime yeterli katkı sağlamadığı toplam yayın üretimi, üniversite ve eğitim araştırma hastanelerinin önemli fonksiyonlarından olan tıpta uzmanlık eğitimi ve bunların sonucu olarak bitirme tezlerinin bilimsel kalitesinde de kendisini hissettirir. Üretilen tezlerin bilimsel yayına dönüşme oranı düşük, kaliteli yayın olma kriteri olan atıf almada başarı daha da düşüktür. Ekiplerin asli vazifeleri olan bu üretimi performans desteğiyle bile fazla önemsememeleri üzerinde düşünülmesi gereken bir durumdur. Nitelikli bilimsel çalışma sonucunun ülke sağlığına ve sağlık AR-GE’sine katkı sağlayabilme potansiyeli vardır. Bu konularda sarf edilen emeklerin israf edilmemesi ve doğru kurgulanması gerekir.

Tıp fakültesi ve devam eden dönemdeki eğitimlerin (tıpta uzmanlık, üst ihtisas) nitelikli olması, eğiticilerin bu konudaki yüksek motivasyon ve işe olan bağlılıklarıyla ilişkilidir. Ülkemizde sağlığa dair iş gücünün çoğunu devlet kurumları yetiştirmektedir. Mevcut tıp pratiği uygulamalarında dönemseller yeterlilik sınavları gibi ara değerlendirme maalesef yoktur (ama olmalıdır). Bu denetimlerin eksikliği tıbbiye ve ihtisas dönemlerindeki eğitimi daha da önemli hale getirir. Eğiticilerin performans puanı endişesi ile daha fazla iş üretimi gayretini ön plana çıkartıp öğrencilere zaman ayırma, fırsat verme, sabır gösterme ve bunları etkili şekilde denetlemeyi gözden kaçırmamalıdır. Öğrenim hedeflerine ulaşmış, profesyonel yetkileri oluşmuş sağlık çalışanları kaliteli sağlık hizmeti, etkili iletişim, hasta memnuniyeti ve iş birliği devam edecektir. Bir kısım genç kuşak, kariyer tercihlerini bilim insanı ve eğitmen olarak şekillendirip bu konuda da devamlılığı sağlayacaktır. Eğitim fonksiyonu tanımlanmış pozisyonlar için performans sistemindeki puan veya katsayıların uygunluğu gözden geçirilmelidir. Sağlık çalışanlarının kendilerine ayırdıkları eğitim zamanı ve yatırımının (yüksek lisans, doktora gibi), katıldıkları ve işlerinde kullandıkları sürekli tıp eğitimine dair faaliyetlerin performans uygulamalarında net karşılığı yoktur. Çalışanın ürettiği işin niteliğini artıracak yüksek lisans, doktora ve sertifika programları ek ödeme sisteminde göz ardı edilmemelidir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin büyük kısmı devlet finansmanı ile oluşturulan iş gücü, altyapı ile sunulmakta ve diğer bir devlet kurumu olan SGK üzerinden fiyatlandırılmaktadır. İcap nöbeti, nöbet, mesai dışı gibi ek maliyetleri gözeterek eklemeler, hizmet puanlarına yansıtılmış olsa dahi tespitimiz gerçek fiyatlamaların olmadığı şeklindedir. Koruyucu amaçlı ve erken teşhise yönelik sağlık hizmetleri, eğitim ve rehabilitasyon gibi performans konusunun bir kısmı gerisinde kalmış “puanzede” bazı branş ve kadrolara yapılan desteklere (peşin ödeme, ortalama ödeme için kolaylıklara) rağmen bunların kazanılmış hak olmaması ve devamlılığındaki belirsizlik, bir kısım branşların veya görev coğrafyalarının tercih edilebilirliğini engellemektedir. Orta ve uzun vadede bütüncül sağlık hizmetlerinin kaliteli ve istikrarlı devamlılığı tehlikeye girebilir. Otorite ve finansman sağlayan kurum için sağlık hizmeti üretim kaynağı (devlet hastanesi, üniversite) ne olursa olsun, çalışan ve performans gösteren sağlık

çalışanına “eşit işe eşit gelir” uygulaması performansa dayalı ek ödeme için de istisnasız uygulanmalı ve denetlenmelidir. Nitelikli ve çıktıları başarılı sağlık hizmetinin esasları iyi eğitime ve profesyonel vicdani değerlere sahip, rekabetçi ve işine bağlı mutlu sağlık çalışanlarıdır. Performansa bağlı ek ödeme bu konuda vaha olmuştur ancak herkesi kapsama ve imkân sağlama noktalarında eksiktir. Kalıcı ve hak edilmiş ekonomik iyileştirmelere bunların doğru kriterlerle denetlenmesi gerekmektedir. Özel sektörün rekabetçiliği, özel üniversiteler ve kariyer olanaklarıyla çeşitlenmektedir. Kaliteli iş gücünün olgunlaşmasını tamamladıktan sonra özel sektöre geçişi, devlet için yıllarca süren emek ve yatırımın boşa çıkması demektir.

Devlet kurumları arasında sağlık çalışanlarına ciddi gelir artışına imkân sağlayan performans uygulamasına dair yapılan bir kısım saha çalışmalarında hala memnuniyetsizliklerin tespiti ciddi şekilde irdelenmelidir. Kamu çalışanları ve topluma sağlık çalışanlarının emek ve gayretleri, performans uygulamaları yeterince ve doğru anlatılmamıştır (diğer bir kısım kamu görevlisinin çok daha fazla ekonomik ve sosyal ayrıcalığı olmasına rağmen bunlar toplum tarafından kabul edilmiştir. Yıllarca eğitim alan, gece gündüz yıpranarak çalışan sağlık çalışanlarının performans uygulamasıyla hak etmedikleri kazançlara sahip olma ithamı ortada yanlış bir algı olduğunu göstermektedir).

Kaliteli eğitim, nitelikli hizmet, ekonomik sürdürülebilirlik ve toplumun sağlıklı olma durumu birbiriyle bağlantılı konulardır. Performansa dayalı ek ödeme bu konular arasında etkili bağlantı için kullanılabilir. Bu şekilde devlet eliyle üretilen yüksek standartlı sağlık hizmetleri iç (özel sektör) ve dış (global) hizmet sunucularıyla rekabetçi olabilmeyi getirecektir. Bu rekabet ülkedeki hizmet kalitesi standartlarını yükseltecek iç ve dış müşteri memnuniyetine de olumlu katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

Coşkun, S., Dulakadiroğlu, H., ve Kunduracı, N. F. (2016). Kamu Sektöründe Bireysel Performansa Göre Ücret Uygulamaları: Başansızlığın Yaygınlaşması. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 71(2), 627-651. (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Çankaya M. Hastane Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2017 Cilt 4 Sayı 4 272-284. https://www.researchgate.net/profile/Muhammet_Cankaya/publication/322129069_Hastane_calisanlarinin_performansa_dayali_ek_odeme_sistemine_iliskin_gorusleri_Mugla_Sitki_Kocman_Universitesi_Egi-

[tim_ve_Arastirma_Hastanesi%27nde_bir_arastirma/links/5a464edfaca272d2945e9ef4/Hastane-calisanlarinin-performansa-dayali-ek-odeme-sistemine-iliskin-goeruesleri-Mugla-Sitki-Kocman-Ueniversitesi-Egitim-ve-Arastirma-Hastanesinde-bir-arastirma.pdf?origin=publication_detail](https://www.researchgate.net/profile/Muhammet_Cankaya/publication/322129069_Hastane_calisanlarinin_performansa_dayali_ek_odeme_sistemine_iliskin_gorusleri_Mugla_Sitki_Kocman_Universitesi_Egitim_ve_Arastirma_Hastanesinde_bir-arastirma.pdf?origin=publication_detail) (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Çil Koçyiğit S., Karadoğan N. Sağlık İşletmelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) ve Maliyetlere Etkisi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği İşletme Araştırmaları Dergisi 9/1 (2017) 505-526 DOI: 10.20491/isarder.2017.256 http://isarder.org/2017/vol.9_issue.1_article025_full_text.pdf (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Demir, M. ve Güler, H., “Sağlıkta Performansın Performansına Eleştiriler”, 2008 http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereyekadar.pdf (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Erkan A., Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığının Uygulaması Maliye Dergisi Sayı 160 Ocak-Haziran 2011 423-438 https://dergiler.sgb.gov.tr/calismalar/maliye_dergisi/yayinlar/md/160/021.pdf (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Fettah, K. (2009), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Hayran O., Sağlık Hizmeti Sunan Bir Sistemin Performansı Nasıl Değerlendirilmelidir? Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) Platform 2017 tarihli 41. sayıda, 72-75 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/510/Saglik-hizmeti-sunan-bir-sistemin-performansi-nasil-degerlendirilmelidir.aspx> (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Kara V., Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamalarının Hekimler Üzerindeki Etkileri Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Bitirme Çalışması 2007.

Kara V., Öztürk R Sağlıkta Performansın Performansı, Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) Platform Sayı 5, 34-39 2008 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/168/Saglikta-performansin-performansi-1.aspx> (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Kara V., Öztürk R. Sağlıkta Performansın Performansı 2 Eleştirilere Cevap Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) Platform Sayı 7, 28-33, 2008 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/278/Saglikta-performansin-performansi-2-Elestirilere-cevap.aspx> (Erişim Tarihi: 01.07.2018).

Kara V., Performansa dayalı ek ödeme sisteminin tıpta eğitim ve bilimsel üretime etkisi: Gözlemsel değerlendirme Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) Platform Sayı 46 sayfa 80-83, <http://www.sdplatform.com/Dergi/1102/Performansa-dayali-ek-odeme-sisteminin-tipta-egitim-ve-bilimsel-uretime-etkisi-Gozlemsel-degerlendirme.aspx> (Erişim Tarihi: 06.07.2018).

Öztürk R., Bilimsel yayının noktasında neredeyiz? Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) Platform Sayı 37, 10-13 <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/455/Bilimsel-yayin-noktasinda-neredeyiz.aspx> (Erişim Tarihi: 10.07.2018).

Öztürk R., Sağlıkta performansa dayalı ek ödeme sisteminin SWOT (GZFT) analizi, Sağlık Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi (SD) Platform Sayı 19, 74-75, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/284/Saglikta-performansa-dayali-ek-odeme-sisteminin-SWOT-GZFT-analizi.aspx> (Erişim Tarihi: 10.07.2018).

Yıldırım Kaptanoğlu A., Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/Journal of Higher Education and Science Cilt 1, Sayı 3, Aralık 2011; 142-151 DOI: 10.5961/jhes.2011.021 http://higheredu-sci.beun.edu.tr/pdf/pdf_HIG_1544.pdf (Erişim Tarihi: 01.08.2017).