

KAMU SAĞLIK HİZMETLERİNDE BÜTÇE TEMELLİ DÖNÜŞÜM ve PERSONEL ÖDEMELERİ

Kubilay YALÇINKAYA*

Öz: Uluslararası kuruluşların ortaya koyduğu "etkin devlet" vurgusu, bütçe temelli dönüşümde temel oluşturmaktadır. Etkin devlet modelinde, devletin hizmet sektöründen çekilmesi, piyasa güvenliğini sağlayan bütçeyi sağlamlaştıran politikalar oluşturması istenmektedir. Ortaya konulan ücret rejimi politikaları etkin devlet uygulamaları kapsamında, bütçenin sürdürülebilirliği çerçevesinde ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada kamu sağlık hizmetlerinde oluşan bütçe temelli dönüşüm ve döner sermaye bütçesinden yapılan performansa göre ödeme, sabit ödeme ve nöbet icap ödemeleri tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: kapitalizm, sağlık hizmetleri, esnekleşme, ücret rejimi

Budget-Based Transformation in Public Healthcare Services and Payments to Staff

Abstract: "Efficient government", the concept which has been introduced by international organisations lays the basis for budget-based transformation.

The model of efficient government requires the government to withdraw from services sector and to make policies ensuring market safety and reinforcing the budget. Existing wage regime policies came up as a part of efficient government practices and sustainability of the budget. The present study discusses budget-based transformation in public healthcare services and performance-based payment, fixed payment and shift-based payments out of revolving fund.

Key words: capitalism, healthcare services, elasticity, wage regime

Giriş

Neoliberal dönem devlet örgütlenmelerinde özellikle ekonomik nitelikli olan kamu faaliyetlerinden başlayarak devletin küçültülmesi, kamu işletmeleri anlayışı çerçevesinde yapılandırılması istenmektedir. Devletin küçültülmesi anlamında, özelleştirmeler, merkezi yönetimin parçalara ayrılması, kamu-özel sektör işbirliği, özerkleşme, bağımsız bütçe, kamu özel rekabeti istenmektedir (**Kerman, 2006**).

Bu hedeflere ulaşmak için Dünya Bankası, 1997 Dünya Kalkınma Raporu'nda küresel ekonominin gereksinimine yanıt verebilecek, teknolojik gereksinimlere uyum sağlayabilecek daha etkin ve güçlendirilmiş devletin hedeflenmesi gerektiğini vurgulamıştır (**Kerman, 2006**). Dünya Bankası etkin devletin tanımı şu şekilde yapmıştır: "Etkin devlet halkın daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmesi amacıyla yönelik mal ve hizmetler sunması ve piyasanın sürmesi için gerekli kural ve kurumların oluşturulması anlamına gelmektedir. Etkin devlet olmaksızın ekonomik ve sosyal alanda sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleşmesi mümkün değildir. Etkin devlet, mal

ve hizmetleri doğrudan sunarak değil, fakat katalizör ve kolaylaştırıcı olarak büyüme ve kalkınmanın merkezidir" (**Demirel, 2006**). Etkin devlet vurgusu ile, sosyal refah devleti modelinden uzak, gelişen teknolojik ve yapılar uyum halinde, kapitalist sistemin güvenliğini sağlayan yeni koşulları ve onun güvenliğini de sağlayan, piyasa ve sivil toplum yapılarına zarar vermeyecek doğrudan mal ve hizmet üretmeyecek, bütçenin işlemlerini sağlayacak, piyasaya kural koymada sınırları koruyacak bir devlet modeli istenmektedir. Bu yeni devlet modeli 1980'lerden çizilen yeni devlet modelinden de farklılık göstermektedir. Devletin tamamen zayıflatıldığı modelden, devletin özel sektörün yerine geçmeden piyasa başarısızlığını düzelteren bir aktif rol alması gerektiği vurgulanmıştır (**Kerman, 2006**).

Etkin devlet doğrultusunda dönüşüm ile devletin hizmet sektöründen çekilerek küçültülmesi gerekliliği argümanı kamu sağlık hizmetlerinde de etkili olmuştur (**Keane, 1994**). Bu dönüşüm çerçevesinde kapitalizmin sağlık hizmetleri ile

*Sağlık Memuru, Ankara Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı

Geliş Tarihi / Received: 14.08.2017

Kabul Tarihi / Accepted: 04.12.2017

ilişkinine bakacak olursak; Zencir, sağlık hizmetlerinin kapitalizmin farklı dönemlerinde üstlendiği rollere vurgu yapmıştır. Zencir, sağlık hizmetlerinin neoliberal dönemde metalaşarak sermaye birikim alanına dönüştüğünü vurgulamıştır (**Zencir, 2009**).

Özelleşme ve özerkleşmeyle küçültülen devlet modelinde, kamu örgütlerinin dönüşümüyle birlikte kamu personel rejimi de dönüştürülmek istenmektedir. Ücret rejiminde yaşanan bu dönüşüm bu anlayışın sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Emek yoğun sektör olan sağlık hizmetleri harcamalarının % 65-85'ini personel harcamaları oluşturmaktadır. Bu nedenle karar vericiler sağlık çalışanlarının niteliğini, arzını ve gelişimini de etkileyen politikalar araştırmakta ve uzun dönemli ekonomik planlar ortaya koymaktadır (**Görmüş, 2013**).

Bu arayışta, neoliberal dönüşüm doğrultusunda ortaya konan yeni yönetim uygulamalarıyla özel sektör ücret yöntemi olan performans dayalı ödeme, maaş rejiminin yerini almaktadır (**Al, 2007**).

Performansa göre ödemenin ortaya çıkışı ve kamuda uygulama şekline baktığımızda, performans göre ödeme yüksek performans gösterdiğinde, performansının karşılığını alabileceğini ümit eden kişilerin daha yüksek bir performans için çaba göstereceği savına dayalı, Vroom tarafından ileri sürülen beklenti teorisine dayanmaktadır (**Çoşkun ve Dulkadiroğlu, 2009**). Performans uygulamaları ilk olarak F.W. Taylor'un iş bölümü ve F.Gilbet'in iş hareket etüdü uygulamalarına dayanmaktadır (**Görmüş, 2013**). 1978 yılında ABD'de uygulamaya giren kamu hizmetleri reform çalışması ile çalışanlara performans değerlendirmesi getirmiş ve 1980'lerden sonra kamu kesiminde uygulanmaya başlamıştır (**Al, 2007**). Peters, bu yeni anlayışta ücretin, denetim ve yönetim aracı olarak kullanıldığını ifade etmiştir (**Al, 2007**).

Bu ücret rejimi; farklılaşmış, eşitsiz ve rekabetçi olması, kurumsal ve bireysel bazda değişiyor olması, başarının temel kriter olması, maaş yelpazesinin çok açık olması, yoğun içsel eşitsizliklerin olması, tek biçimli olmaması, kıdem ve eğitimin maaş üzerinde doğrudan etkili olmaması, maaş düzeyinin ve yıllık maaş artışının memurun performansına göre değişmesi niteliği taşımaktadır (**Aslan, 2012**).

Kamuda maaş rejimi yerine konulmak istenilen ücret rejimi, "maaş ilişkisi" yerine "ücret ilişkisini" beraberinde kamuya taşımıştır. Uygulanan performans

göre ödeme kâr-ücret ilişkisini kamu sektörüne taşınmasında etkili olmuştur. Aslan, maaş ilişkisi, kapitalizmin iki kurucu ilişkisinden bir tanesi olan ücret ilişkisinin, siyasal alanda ve ikincil bölüşüm ilişkileri düzeyinde ortaya çıkmış özgül bir biçimi olduğunu vurgulamıştır. Ücret ilişkisi işçi-sermaye, maaş ilişkisi memur-devlet arasında gerçekleşir. Aslan, asıl temel farklılığın ise ilişkinin kurulmasında ve ilişkinin özelinde yattığını ifade etmiştir. Maaş ilişkisi ikincil bölüşüm ilişkisiyle ortaya çıkarken ücret ilişkisi birincil bölüşüm ilişkisinden doğar. Birincil bölüşüm ilişkisinde, sermaye ile işçi, kâr ile ücret karşı karşıyadır. Buna göre, sermaye ile işçinin yaşam kaynağını bölüşümü birincil bölüşüm ilişkisini ortaya çıkarır. Maaş ilişkisinin maddi temeli, devletin zor gücünü kullanarak topladığı vergilerin bütçe ile bir araya getirmesi ve burada toplanan gelirlerin memurların emek güçlerine karşılık olarak maaşlarına dönüşmesi ile ortaya çıkar. Böylece, birincil bölüşüm ilişkilerinde artık değere el koyma doğrultusunda doğrudan ortaya çıkan ücret ilişkisine ve doğrudan işçi-sermaye karşıtlığına karşın, ikincil bölüşüm ilişkilerinde türeyen maaş ilişkisinde, kapitalist toplumda egemen güç olarak sermaye ile memur karşıtlığı doğrudan değil, maaş ilişkisinin kaynağından türeyen biçimde dolaylıdır. İkincil bölüşüm ilişkisinde maaşın kaynağı olan devlet bütçesindeki harcamalar arasında yer alan maaş, diğer harcama kalemleri arasında yeri ve dağıtımı karşıtlığın ikinci boyutunu oluşturur (**Aslan, 2011**).

Çalışmamız ile bu kapsamda kamu sağlık hizmetlerinde görülen özerkleşme sonucu ortaya çıkan ücret esnekliğinin ortaya konması amaçlanmıştır. Çalışmada 2017 yılında TODAİE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans tezi olarak hazırlanan (yayımlanmamış) "Türkiye'de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş" çalışmamızın verilerinden faydalanılmıştır.

1. Genel bütçeden döner sermaye bütçesine geçiş

Sağlık hizmetlerinin metalaşması ve sermaye birikimine katkısı amacıyla sağlık hizmetlerinin tüketimi yaygınlaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasıyla finansal olarak sürdürülebilirlik önemli yer tutmakta ve mali kontrol aşamasında bütçe önemli bir alan oluşturmaktadır.

Bütçe neoliberal temelli dönüşüm kapsamında yeni sağlık sisteminin oluşturulması ve sürdürülebilirliği için müdahale edilmesi gerekli bir alan olarak görülmüştür. Sağlık hizmetlerinin finansmanında yaşanan

dönüşümü sağlık hizmetlerinde yaşanan dönüşümle bir bütün olarak görmek gerekmektedir.

Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık hizmetlerinde artan şekilde özel sağlık kuruluşlarının varlığı ve kamu sağlık kurumlarının ücret kaynaklı hizmet rekabeti sağlık harcamalarını artırmış ve sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik sürdürülebilirlik temel hedef olmuştur. Bütçe temelli sürdürülebilirliğin faturası kamu kurumlarına çıkarılmış ve personel harcamalarında ana bütçe özelliği taşıyan döner sermaye ile performansa göre ödeme baskılanmıştır.

SDP öncesi Sağlık Bakanlığı (SB) bütçe yapısı dönüştürülmüş ve bütçe yapıları özertleştirilmiştir. Genel bütçeden döner sermaye bütçesine bu değişim özerkleşme temelli olmuştur. 1980 sonrası SB’nin devlet bütçesindeki payı % 5’in altında tutulmuştur. Yine bu dönem personel giderlerinin bütçe içindeki oranı sürekli düşüş göstermiştir. 2008 sonrası personel harcamalarını ve toplam sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak amacıyla esnekleşme yoğun şekilde kullanılmış ve bu uygulamanın başında performansa dönük ödeme önemli yer tutmuştur. 1993 yılında SB’nin döner sermaye bütçesinin genel bütçeye oranı %13’lerden 2000 yılında % 56’ya 2014 yılında ise % 111’e ulaşmıştır. Döner sermaye bütçesi, 2005-2006 dönemi sonrası genel bütçe gelirlerinin aşısına düşmemiş ve ana bütçe özelliği kazanmıştır (Tablo 1).

Bu dönüşüm çerçevesinde finansman ve hizmet sunumunun ayrılmasına yönelik politikalar uygulanmış ve Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) bağlı hastaneler SB’na devredilmiştir. SGK kapsamında sağlık hizmetlerinin sunumunda tek finans yapısı

oluşturmak için genel sağlık sigortası (GSS) havuzu oluşturmuştur. SGK’nın yeni yapılandırması aşamasında GSS öncesi 2004 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşan Geri Ödeme Komisyonu¹ kurulmuştur. Komisyon sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılmasından SGK’nın temel teminat paketinde değişiklik yapmasından sorumlu olup bu komisyonun altında Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu kurulmuştur (**OECD ve Dünya Bankası, 2008**). Bu komisyonun ilk icraatı 2006 yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunu’nu görüşmelerinde SB’nin 31/12/2005 tarihine kadar SGK ve BAĞ-KUR’dan 3,5 Milyar TL alacağına silinmesi olmuştur (**Atasever, 2014**). İlgili düzenleme ile SB’nin personel ödemelerinde önemli yer tutan döner sermaye ödemelerinde kesintiye gidilmiştir. SB’nin global bütçe öncesi alacaklarının silinmesi uygulaması global bütçe uygulaması sonrası da kendini göstermiştir. Global bütçe, SGK ve SB arasında artan maliyetlerin önüne geçmek için 2006 yılında SB’ye bağlı 850 hastanede uygulamaya başlanmıştır (**OECD ve Dünya Bankası, 2008**). 2007 yılında ise SB, Maliye Bakanlığı ve SGK arasında yapılan anlaşmayla birinci basamak sağlık hizmetleri bu kapsama dahil olmuş, faturalandırma kaldırılmıştır ve 2009 yılında Ağız Diş Sağlığı Merkezleri bu kapsama dâhil edilmiştir.

SDP içerisinde finansman temelli dönüşümün asıl amacının ve önceliğinin mali koruma olduğunu ortaya koyan bir başka gelişme 2009 yılında gerçekleştirilmiştir. 2009 yılı programında “Kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasına yönelik tedbirler alınacaktır” başlığı altında 10 nolu tedbir ile Sağlık Harcamaları İzleme ve

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı bütçesi

| Yıllar | Devlet bütçesi | Sağlık Bakanlığı genel bütçe gelirleri | Sağlık Bakanlığı genel bütçenin devlet bütçesine oranı | Döner sermaye gelirleri | Döner Sermaye/genel bütçe oranı |
|--------|----------------|--|--|-------------------------|---------------------------------|
| 1980 | 756.687.182 | 31.822.605 | 4,21 | | |
| 1985 | 5.412.082.049 | 137.462.000 | 2,54 | | |
| 1990 | 63.925.354.000 | 2.633.217.000 | 4,12 | | |
| 1993 | 398.710,00 | 18.074,00 | 4,56 | 2.484,00 | 13,7 |
| 1995 | 1.335.978,00 | 48.741,50 | 3,65 | 20.437,00 | 41,9 |
| 2000 | 33.040.902,00 | 1.059.855,00 | 3,2 | 601.009,00 | 56,7 |
| 2005 | 148.237.976 | 5.462.974 | 3,7 | 4.868.000 | 89,1 |
| 2010 | 271.957.407 | 10.574.000 | 3,9 | 12.721.000 | 120,3 |
| 2014 | 461.450.539 | 19.499.000 | 4,2 | 21.745.000 | 111,5 |

Kaynak: Görmüş 2013, Yalçınkaya, 2017

Değerlendirme Komisyonu kurulması öngörül-
müş ve 08/10/2009 tarihinde DPT, Hazine Müs-
teşarlığı, MB, SB, ÇSGB, SGK ve TÜİK arasında
protokol yapılmış, sağlık politikalarının planla-
ma ve hayata geçirilmesi için çalışılmıştır (**Ata-
sever, 2014**).

Çalışmamızın bu aşamasında SDP'nin mali çer-
çevesini belirleyen global bütçeye açıklık getir-
mek yararlı olacaktır. "Sunulması gereken hizmet
hacmi ve bu hizmet hacmine dair bir genel harca-
ma sınırı ya da hedefi olarak tanımlanabilen glo-
bal bütçenin temel amacı ve avantajı, belirli bir
program, hizmet ya da sağlık hizmeti kuruluşu
için toplam harcamaları kontrol altına almak-
tır. Yönetsel bakımdan kolaylıkla performansın
geliştirilmesine yönelik birtakım teşvikleri bir
araya getirmesi modelin en cazip yönüdür. Bir
yanıyla da performansı teşvik etmesi yönüyle
de diğer çıktıya dayalı geri ödeme sistemlerine
kıyasla daha zayıf olması eleştirilmektedir. Hem
vergi sisteminde hem de sosyal sigorta kapsa-
mında hastane ödemeleri ileriye dönük bütçele-
me ile yapılabilmektedir" (**Akyürek, 2012**).

Global bütçede temel dağılım önemli olup, nü-
fus değişimi, girdi fiyat enflasyonu, teknolojik
değişimler, nüfusun göreceli ihtiyaçları, sistem
verimliliği gibi etkenlerle düzenlenmekte ve
uygulanmaktadır (**Akyürek, 2012**). Hastane-
lerin global bütçeden alacaklarını bütçe tutarı
ayaktan hasta geliri, yatan hasta geliri, perso-
nelin kuruma ilave yükü, kapalı alan gideri, bina
bakım onarım gideri, çerçeve alımı yapılması,
satın alma yönünden bağlılık, 112 entegre du-
rumu, TİG, stok kayıt sistemi, hastane rollerine
uyum gibi kriterlerle belirlenmektedir (**Atase-
ver, 2014**). Global bütçe belirlenmesinde üretilen
hizmetin nicel özelliği tek başına belirleyici
olmamaktadır. Bu da personelin ürettiği hizmet
kadar ücret alacağı savının tam anlamıyla ortaya
konamadığını göstermektedir.

Devlet, global bütçeyle sistemin maliyet sınırı-
nı çizirken verimliliği performansla sağlamaya
çalışmakta kalite çalışmalarlarıyla da sistemin risk-
lerini ortadan kaldırmaya çalışmaktadır. Global
bütçeyle sağlık sunucularına sabit ileriye dönük
bir bütçe ayırmakta, bu bütçenin kullanılmasın-
da eleştirilen verimlilik koşulunu kamu persone-
line ödediği performansla dönük ücretle sağla-
maya çalışılmaktadır. Performansa dönük ödeme
nedeniyle artan hacim artışının ise bütçeye zarar

vermemesi içinde fiyatları düşürmektedir. Türkiye'de
uygulan global bütçe uygulamasında bütçeyi
aşacak düzeyde hizmet sunulması durumunda,
bütçeyi aşan tutar sunuculara (SB) ödenmemek-
te ve alacaklardan vazgeçilmiş sayılmaktadır.
Performans artışının karşılığı bütçe tavan tutarı-
nı geçmemekte ve performansın artışı ücreti
artırmamaktadır. Sistemin devamlılığında gelir
gider dengesi önemli yer tutmaktadır. Yöneti-
cilere uygulanan performans göstergelerinden
olan gelir-gider dengesi bu amaçla uygulan-
maktadır.

Global bütçe uygulanması Türkiye'de yeni uy-
gulanan bir sistem olup, temel hedef grup
veya hastalık bazında global bütçenin uy-
gulanmasıdır (**Akyürek, 2012**). Hizmet satın
alma görevini üstlenen SGK'nın yöneti-
m kapasitesinin gelişimi sonrası Tanıya
Dayalı Grup ile toplu ayakta tedavi ödeme
reformunun tamamlanmasıyla dönüşüm sağla-
nacağı ifade edilmiştir. Bu dönüşüm ile birlikte
performans yönetimi sisteminin bu reformlarla
uyumu sağlanarak, performansla dayalı ödeme
sisteminde hacim, kalite, verimlilik ve birim ma-
liyetlerde tasarrufu ödüllendirmeye geçilmesi
amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda has-
tanelere daha fazla özerklik verilmesi gerektiği
savunulmaktadır (**OECD ve Dünya Bankası,
2008**).

Dünya Bankası tarafından global bütçe uygula-
masının SDP döneminde kısa vadede sağlık har-
camalarını kontrol altında tuttuğu fakat uzun
vadede sağlık harcamalarının kontrol altına alın-
ması için hükümetin ek tedbirler alması gerektiği
vurgulanmıştır. Bu tedbirler temel yardım
paketinin gözden geçirilmesi, hizmet sağlayıcı-
lara yapılan ödemelerde ve maliyet kontrol me-
kanizmalarında iyileşme sağlanması, ilaç politi-
kaları üzerinde çalışılması, hastane özerkliğinin
güçlendirilmesi, aile hekimlerine sistemin bek-
çileri olarak hareket etmeleri için teşviklerin ve-
rilmesi önerilmektedir (**Dünya Bankası, 2012**).

Bütçe politikalarının sağlık personelinin maaş-
ücret düzeyine etkisine veriler üzerinden bakıl-
dığında: SB ile SGK arasında 5510 sayılı Sosyal
Sigortalar ve Genel Sağlık Kanunu'nun 73. Mad-
desinin 8. Fıkrası gereği "Götürü Bedel Hizmet
Alım Sözleşmesi" gereği her yıl Bakanlar Kurulu
kararıyla telkin işlemi gerçekleştirilmektedir. 2014
yılı itibarıyla telkin edilen tutar 9.966 milyon

Tablo 2. Global bütçe kapsamında Sağlık Bakanlığı'na ödenen ücret (Milyon TL)

| Yıl | Tahakkuk | Global bütçe | | Kesinti | Kesinti oranı % |
|--------|----------|--------------|--|---------|-----------------|
| | | Ödemesi | | | |
| 2002 | 2.728 | 2.583 | | 145 | 5,32 |
| 2003 | 3.959 | 3.955 | | 4 | 0,1 |
| 2004 | 5.451 | 5.182 | | 269 | 4,93 |
| 2005 | 6.088 | 4.868 | | 1.220 | 20,04 |
| 2006 | 8.292 | 7.811 | | 481 | 5,8 |
| 2007 | 10.498 | 9.234 | | 1.264 | 12,04 |
| 2008 | 11.707 | 10.235 | | 1.472 | 12,57 |
| 2009 | 13.353 | 11.852 | | 1.501 | 11,24 |
| 2010 | 14.474 | 12.721 | | 1.753 | 12,11 |
| 2011 | 15.670 | 14.178 | | 1.492 | 9,52 |
| 2012 | 17.232 | 16.890 | | 365 | 2,1 |
| 2013 | 18.998 | 19.869 | | 0 | 0 |
| 2014 | 21.681 | 21.745 | | 0 | 0 |
| Toplam | 109.452 | 119.378 | | 9.966 | 9,11 |

Kaynak: Yalçınkaya, 2017

TL'dir. Bu kesinti miktarı, performans ile ücret arasındaki doğru orantının ancak bütçe sınırları çerçevesinde gerçekleştirilebileceğini ortaya koymaktadır (bkz. Tablo 2).

Uygulamada bir başka aksaklık ve telkin tutarının düşmesinin nedeni ise bu hesaplamada 2005 yılı SUT fiyatlarının kullanılmasıdır (**Atasever, 2014**). Hastanelere ödenen global bütçe paylarında 2005 yılı SUT fiyatlarının kullanılması geçimini maaşa göre öne çıkan performansa göre ödemeye sağlayan sağlık emek gücünün mağduriyetini doğurmuştur. Bu ödemelerde, refah düzeyinin baz alınmadığı gibi enflasyon gerçeklerinin de göz ardı edildiği ortaya koymaktadır. Nitekim özellikle uzman hekim performans ödemelerinin 2007-2015 dönemi düzeyi aynı kalmıştır. Personel ücret düzeyindeki bu baskı, sağlık harcamalarında bütçe hedefini aynı düzeyde tutulmasına katkı sağlamıştır.

Uygulanan global bütçe uygulaması 2001 yılında % 63,8 oranında gerçekleşen SGK gelir gider dengesini (sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ve özel

sektörün hizmet sunumunda rolünün artmasına rağmen) 2014 yılında % 69,3 oranında tutmuştur. 2001-2014 yıllarında SGK'nın sağlık harcamaları 12 kat artarken global bütçe sistemin sürdürülebilirliğini sağlamıştır. SGK harcamalarının sürdürülebilirliği, sağlık emek gücüne esnekleşme politikalarını dayatmıştır (bkz. Tablo 3).

SDP sonrası, özel sektörden kamunun hizmet satın alması, özel sağlık harcamalarının oranını düşürmüş, kamu sağlık harcamalarının oranı artmıştır. Kamu sağlık harcamalarında artış olması bu dönemde özelleştirme eğiliminin etkili olmasından kaynaklanmıştır. Kamu sağlık harcamalarındaki artış 4 kat olurken, cepten ödemelerdeki artış ikinci en yüksek düzeye ulaşmış 2,8 olarak gerçekleşmiş, diğer özel sağlık harcamaları 1,3 olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık finansmanındaki artış ise kamu harcamalarındaki artışın altında kalarak 2,3 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık hizmet kullanımı artışı yaşanırken özel sigorta kurumları bu artışın mali koruma çerçevesinde tutmuş ve bu artış oranı 1,3 olarak gerçekleşmiştir (**Yalçınkaya, 2017**).

Tablo 3. Sosyal Güvenlik Kurumu gelir gider dengesi (Milyon TL)

| Yıllar | Devlet katkısı hariç prim gelirleri | Emekli aylığı ödemeleri | Sağlık ödemeleri | Toplam ödeme | Gelir gider oranı % |
|--------|-------------------------------------|-------------------------|------------------|--------------|---------------------|
| 2001 | 9.739 | 10.696 | 4.575 | 15.272 | 63,8 |
| 2005 | 30.882 | 38.537 | 13.607 | 52.144 | 59,2 |
| 2010 | 66.912 | 78.957 | 32.508 | 111.466 | 60,0 |
| 2014 | 131.057 | 134.392 | 54.603 | 188.995 | 69,3 |

Kaynak: Yalçınkaya, 2017

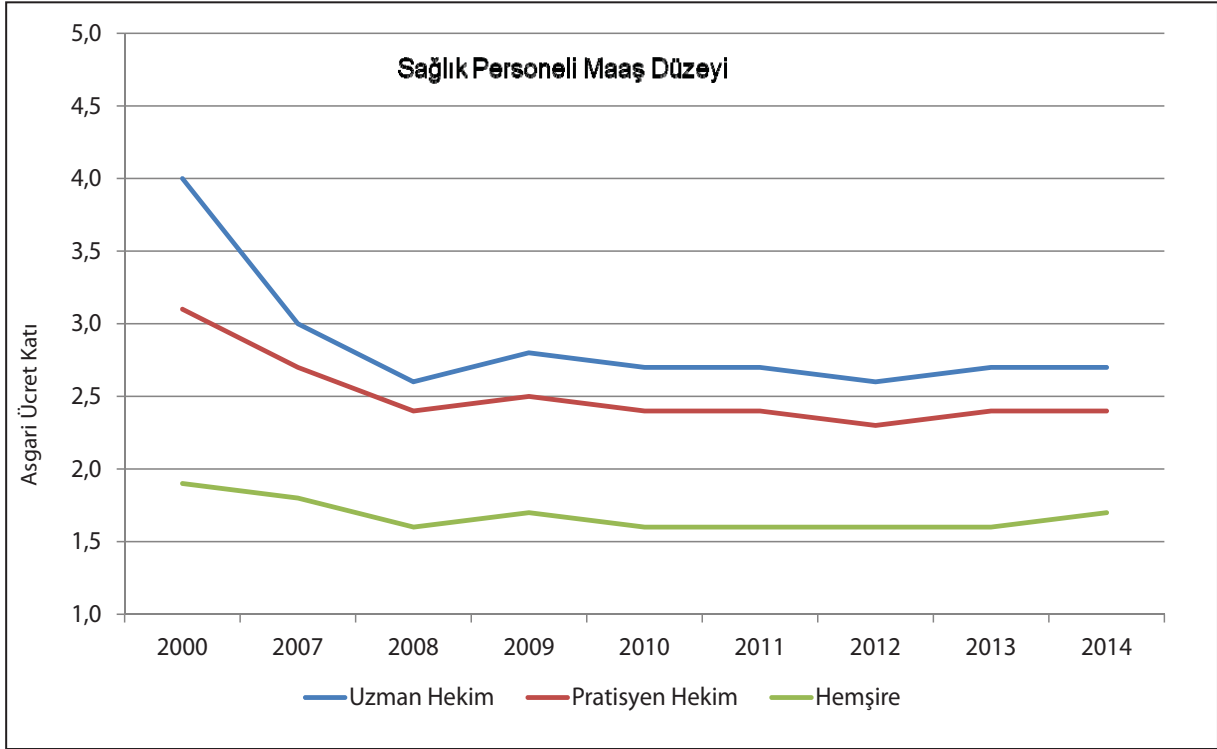
SB hastanelerinin SGK ile çalıştığı düşünüldüğünde ve bütçesi buradaki bütçe oranıyla ve GSS ile toplanan primlerin global bütçeye yansımalarıyla şekillenmekte ve bu da personel ödemelerine yansımaktadır. SB hastanelerinin SGK'dan aldığı toplam gelirlerindeki payı %32,8'den % 48,8'e çıkarken merkezi yönetim bütçesinden aldığı pay % 58,7'den % 44'de yerel yönetim bütçesinden aldığı pay ise % 2,3'den % 0,9 düşmüş, özel sektörden aldığı pay ise %6,1 iken %6,3'e çıkmıştır (**Atasever, 2014**).

SB 1980 sonrası artan şekilde merkezi yönetim bütçesinden uzaklaşmış SDP döneminde SGK tarafından toplanan GSS havuzundan yararlanan döner sermayeli işletmeler hâlini almıştır. Türkiye'de GSS içerisinde meydana gelen açıklar ve primlerin tahsil edilememesi, performans dayalı ek ödemenin sürdürülebilirliğini ve düzeyini etkilemektedir. SGK'nın sağlık harcamalarındaki artış hızı toplam dâhil tüm diğer harcamaların artış hızından daha hızlı büyümüş olup bu büyüklüğün özel sektöre kaydığı görülmektedir. SGK, SB hastanelerine uyguladığı global bütçe ile bunun önüne geçse de özel sektöre global bütçeyi uygulamamakta ve bunun sonucunda özel sektörün büyüme hızı 17

kat (SGK'dan aldığı pay) olmuştur. GSS'den özel sektöre artan şekilde bu kaynak aktarımı personel giderlerini yoğun şekilde GSS'den elde ettiği gelirlerden sağlayan SB'nı personel giderlerinde tasarrufa yönlendirmekte ve alt düzenleyici işlemlerle esnekleştirme politikalarını ağırlaştırmaktadır (**Yalçinkaya, 2017**).

SDP döneminde kamunun görevi; sağlık hizmetinin satılması ve gerekli finansman yapısının oluşturulması çerçevesinde belirlenmiştir. GSS oluşturularak kamu sağlık kuruluşlarının SGK'ya hizmet satışı gerçekleşmiştir. Bu durum kamu sağlık hizmetlerini özertlemiştir. Kamu sağlık kurumları üzerindeki bütçe baskısı, özel sektör ücret rejiminin kamu sağlık hizmetlerinde uygulanmasını zorunlu kılmıştır.

Bütçe baskısı sonucu özel sektör ücret rejimi SB'nda görevli yönetici ve diğer personele uygulanmıştır. Her iki grup çalışmada da, ücret rejimi eğilimi, bireysellik ve performans vurgusu taşımaktadır. Bu iki grubun istihdam rejimi ve reformlarda ki fonksiyonu, ücret rejimini etkilemiştir. Yöneticiler reformların uygulayıcısı ve denetleyicisi olurken, yönetici dışında ki personel sistemin sürdürülebilirliği çerçevesinde, emeğiyle artık



Şekil 1. Sağlık personeli maaş düzeyi ve asgari ücret karşılaştırılması

Not: Araştırmacı tarafından tez kapsamında elde edilen verilerden yararlanılarak hazırlanmıştır.

değerin oluşturulduğu, verimlilik ve mali sürdürülebilirlik aracı olmuşlardır.

2. Sağlık personeline döner sermaye bütçesinden yapılan ödemeler

Kamu sağlık kuruluşlarının özzerkleşmesi aşamasında kullanılan döner sermaye uygulaması kamu personel rejimindeki "genel bütçe ve maaş unsurunu", "döner sermaye bütçesi ve ücret unsuruna" dönüştürmüştür. Döner sermayeden yapılan performansa göre ödeme ile birlikte döner sermayeden yapılan sabit ödeme ve nöbet-icap ödemeleri ile bu bütçenin genel bütçeye karşı ağırlığı artmıştır.

1980 sonrası sermayenin emek karşısında kazandığı güç performansa göre ödemeye daha da artmıştır. Kamu Görevlileri Sendikaları Kanunu ve daha sonra memurlara tanınan "toplu görüşme" ve "toplu sözleşme" hakkı memurun konumunu güçlendirirken özzerkleşme-döner sermaye ilişkisi toplu sözleşmelerde belirlenir olmuştur. Bu düzenleme kâr-ücret ilişkisinin aktörleri olan sermaye-işçi ilişkisini, kamu

sağlık hizmetlerine taşımıştır. Bu dönüşüm maaşların belirlenmesinde hâkim olan kapalılık özelliğinin toplu görüşme ve sözleşmeler ile açık usule çevrilmesi kazanımını ortadan kaldırmış ve kamu işvereni performansa göre ödeme ile ücretin belirlenmesinde tekrardan kapalılık özelliği ile tek belirleyici olmuştur. Bu durum ücretin belirlenmesini merkezi konumdan birimlere bölerek ücret düzeyine parçalı ve bireysel özellik kazandırmıştır.

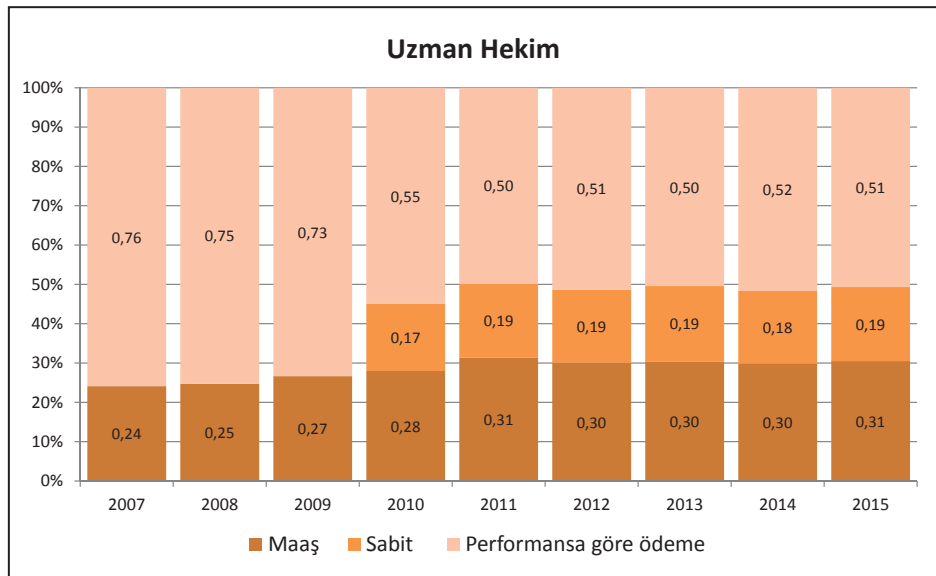
Bu bölümde kâr-ücret ilişkisinin kamu sağlık hizmetlerinde yapmış olduğu etkiyi veriler üzerinden yorumlanması yer almaktadır. İlk olarak sağlık personelinin maaş düzeyinin asgari ücret karşısında seyri verildikten sonra, performansa göre ödeme ve maaş gelirlerinin toplam gelirler içerisindeki payı tartışılacaktır. Bu karşılaştırma sonrası güncel personel gelirleri, emeklilik hakları ve mali kayıpları ortaya konulacaktır.

SB'nda görülen bütçe temelli politikalar ile personel ödemelerinde döner sermaye ağırlığı hissedilmiş ve maaş unsuru ikincil plana itilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Bakanlığı ortalama döner sermaye ödeme tutarları (TL)

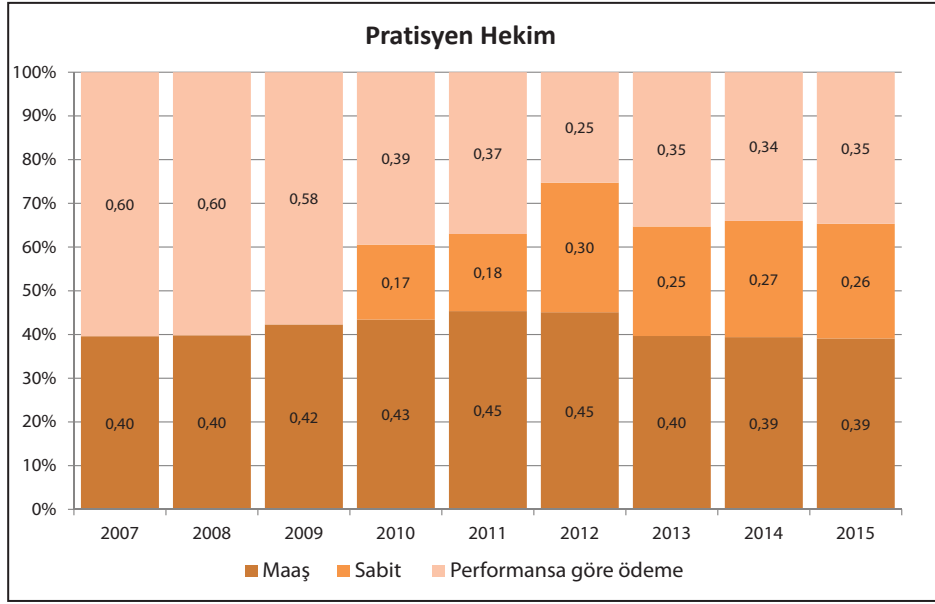
| Unvan | 3. Basamak Eğitim ve Araştırma Hastanesi | | | 2. Basamak Devlet Hastanesi |
|------------------|--|-----------|----------|-----------------------------|
| | Ortalama | En Yüksek | En Düşük | Ortalama |
| Eğitim Görevlisi | 8.310 | 10.691 | 5.393 | |
| Uzman Hekim | 5.342 | 8.065 | 2.846 | 5.461 |
| Pratisyen Hekim | 2.837 | 4.306 | 1.304 | 3026 |
| Hemşire | 961 | 1.235 | 635 | 961 |

Kaynak: YÖK, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, 2014



Şekil 2. Uzman hekim maaş ve döner sermaye gelirleri karşılaştırılması

Not: Araştırmacı tarafından tez kapsamında elde edilen verilerden yararlanılarak hazırlanmıştır.



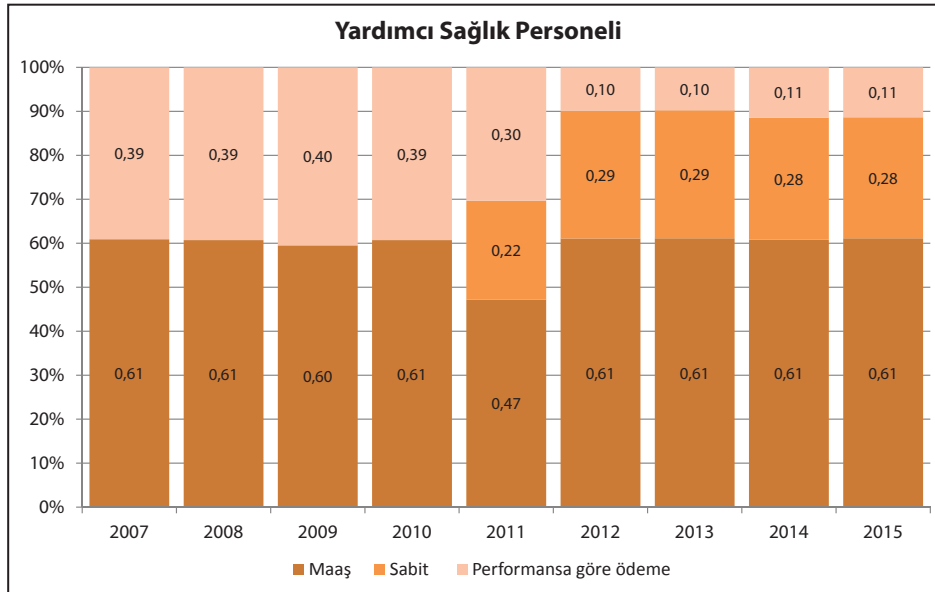
Şekil 3. Pratisyen Hekim Maaş ve Döner Sermaye Gelirleri Karşılaştırılması

Not: Araştırmacı tarafından tez kapsamında elde edilen verilerden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Aşağıdaki şekilde bu eğilim daha net görülmektedir. 2000'li yıllardan 2007 yılına gelindiğinde sağlık personelinin maaş düzeyi asgari ücret karşısında düşmüş ve döner sermaye performans ödemesinin etkisiyle 2007-2014 döneminde aynı düzeyde kalmıştır. Maaşlardaki 2000 yılından performansa göre ödemesinin geçerli olduğu döneme gelindiğinde maaşların değer kaybı yaşanmış ve sağlık personeli döner sermayeye bağımlı kalmıştır (bkz. Şekil 1).

Uzman hekim maaşları 2000 yılında asgari ücretin 4 katı iken performansa göre ödemenin asıl uygulandığı dönem olan 2007-2008 döneminde 2,5-3 katı aralığına inmiş ve 2014 dönemine kadar performansa göre ödemenin etkisiyle aynı düzeyde kalmıştır. Aynı düşüş eğilimi pratisyen hekim ve hemşirelerde de görülmektedir (bkz. Şekil 1).

Yukarıdaki şekilde maaş düzeyindeki düşüş ile birlikte unvan bazlı döner sermayeden yapılan



Şekil 4. Yardımcı sağlık personeli maaş ve döner sermaye gelirleri karşılaştırılması

Not: Araştırmacı tarafından tez kapsamında elde edilen verilerden yararlanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 5. 2013 yılı döner sermaye sabit ödemeleri ve emekli maaşlarına katkısı (TL)

| Unvanı (1/4) | Maaş Emekli Keseneği | | Sabit Ödemesi | Devlet | Kişi | Toplam | Sabit Emekli Keseneği | | Mevcut Emekli Maaşı | 5 Yıl Prim Yatırması Durumunda Maaşı | | 10 Yıl Prim Yatırması Durumunda Maaşı | | 20 Yıl Prim Yatırması Durumunda Maaşı | | 30 Yıl Prim Yatırması Durumunda Maaşı | |
|------------------|----------------------|---------|------------------|--------|------|--------|-----------------------|--------|---------------------|--------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|---------------------------------------|-------------|
| | Maaşı | Ödemesi | | | | | Sabit Emekli Keseneği | Toplam | | İlave Maaş | Toplam Maaş | İlave Maaş | Toplam Maaş | İlave Maaş | Toplam Maaş | İlave Maaş | Toplam Maaş |
| Eğitim Görevlisi | 2499 | 1933 | 574 | 369 | 277 | 646 | 574 | 2.002 | 317 | 2.319 | 670 | 2.672 | 1.469 | 3.471 | 2.423 | 4.425 | |
| Uzman Hekim | 2248 | 1580 | 469 | 369 | 277 | 646 | 469 | 2.002 | 259 | 2.261 | 547 | 2.549 | 1200 | 3.202 | 1.980 | 3.982 | |
| Pratisyen Hekim | 2022 | 849 | 251 | 369 | 277 | 646 | 251 | 2.002 | 139 | 2.141 | 294 | 2.296 | 645 | 2.647 | 1.064 | 3.066 | |

Kaynak: Atasever, 2014; Yalçınkaya, 2017

ödemelerin ortalaması üzerinden değerlendirmeler aşağıda sunulmuştur.

2007-2015 yılları arasında uzman hekimlerin maaşları %85-90 artarken, performansa göre ödeme aynı düzeyde kalmış, sabit ödemede artış %41 olurken, toplam döner sermaye gelirlerinde %35'lik artış olmuştur. Maaş ve döner sermaye gelirlerinde toplam %49'lık artış olmuştur. Performansa göre ödeme 2007'de gelirlerin %76'sı iken 2015 yılında %51 düzeyine inmiştir. Döner sermaye gelirleri ana gelir kaynağı olup tüm gelirler içinde performansa göre ödeme ilk gelir gurubudur (bkz. Şekil 2).

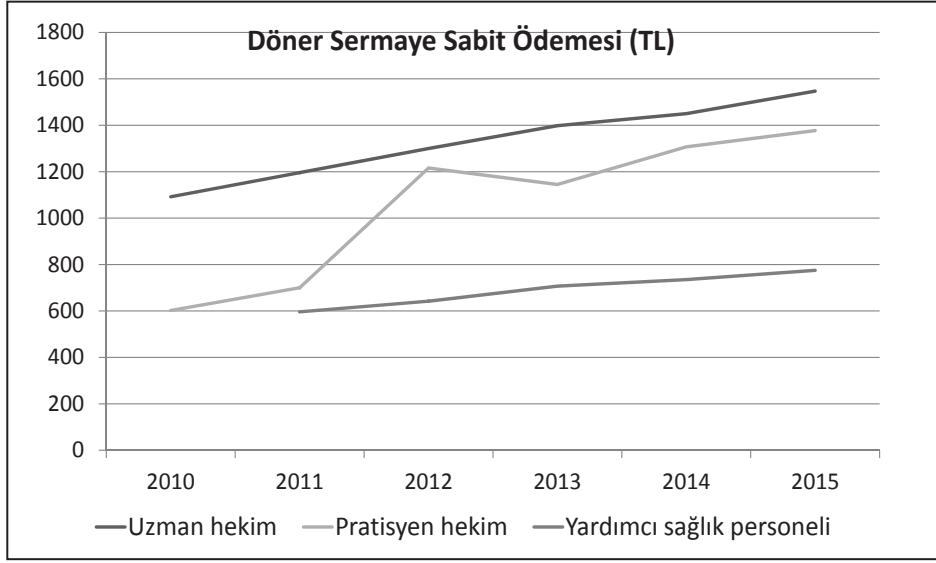
Global bütçe kapsamında, SB özelinde hizmetin faturalandırılmasında bütçeyi aşan tutarın hastanelere ödenmesi hizmet artışı karşısında personel ücretlerini artırmıştır. Nitekim bu 2007-2015 dönemi uzman hekim sayısı %24'lük artış ile 28 binden 35 bine çıkarken, yatan hasta sayısı %30'luk artış ile 5,6 milyondan 7,4 milyona çıkmış, ayaktan muayene sayısı ise %46'lık artış ile 209 milyondan 306 milyona çıkmıştır. Bu verilerden yola çıkarak hekim başı üretilen hizmet artışı yaşanırken reel olarak ücretlerde artış olmamıştır.

2007-2015 yılları arasında pratisyen hekimlerin maaşları %85-90 artarken, performansa göre ödeme aynı düzeyde kalmış, sabit ödemede artış %128 olurken, toplam döner sermaye gelirlerinde %75'lik artış olmuştur. Maaş ve döner sermaye gelirlerinde toplam %73'lik artış olmuştur. Pratisyen hekimlerde performansa göre ödemenin payı %60'lardan %35'e düşmüş, sabit ödemenin payı artmıştır. Döner sermaye gelirleri ana gelir kaynağı olmaya devam etmiştir (bkz. Şekil 3).

2007-2015 yılları arasında yardımcı sağlık personeli maaşları %85-90 artarken, performansa göre ödeme %45 azalmış, sabit ödemede artış %30 olurken, toplam döner sermaye gelirlerinde %85-90'lık artış olmuştur. Maaş ve döner sermaye gelirlerinde toplam %88'lik artış olmuştur. Hemşirelerde 2007'de %39 paya sahip performansa göre ödeme 2015'te %11'lik paya sahip olmuştur. Hemşirelerde maaşın ana gelir kaynağı olma özelliği devam etmiştir (bkz. Şekil 4).

Maaş rejiminden ücret rejimine geçiş, özerkleşme temelli kamu sağlık hizmetlerinde genel bütçeden döner sermaye bütçesine geçiş eğiliminin sonucu olup mali sürdürülebilirlik çerçevesinde ortaya çıktığı görülmektedir. Maaşlarda görülen asgari ücret düzeyi karşısında eğilim performansa göre ödemede de ortaya çıkmıştır. Performansa göre ödeme 2007-2015 yılları aralığında uzman hekim ve pratisyen hekimlerde aynı düzeyde kalmış yardımcı sağlık personelinde ise düşüş göstermiştir.

Artışların maaş düzeyinin altında kalmasının nedenlerinden biri, maaş artışlarının açık usulle, performansa göre



Şekil 5. Sağlık personeli döner sermaye sabit ödemesi düzeyi

Not: tarafından tez kapsamında elde edilen verilerden hazırlanmıştır.

ödemenin ise kapalı usulle belirlenmesinden kaynaklanmaktadır.

Uygulanan performansa göre ödeme unvanlar arasında maaş – ücret açıklığını da arttırmıştır. Uzman hekim ile hemşire arasındaki gelir farklılığı karşılaştırıldığında 2015 yılı verilerine göre maaşlardaki açıklık 1,5 kat iken döner sermaye sabit ödemesinde fark 2 kat, döner sermaye performansa göre ödemede de ise fark 13 kat olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4'te hemen hemen tüm branşlarda eğitim ve araştırma hastanelerinde daha düşük döner sermaye ödemesi ödendiği görülmektedir. Eğitim ve araştırma hastanesi hizmet yoğunluğu düşünülünce, ürettiği hizmet karşılığı kadar ücret politikasının makro düzeyde SB'na bağlı hastanelerde gerçekleşmediği görülmektedir. Eğitim ve araştırma hastanesinde daha yoğun ve karmaşık işlemler yapıldığı düşünüldüğünde çelişkili durum ortaya çıkmaktadır (bkz. Tablo 4).

Unvan bazlı değerlendirme kapsamında, unvanların aynı bakanlığın farklı birimlerinde gelir düzeyinin farklılaştığı ve unvanlar arasında gelir açıklığını arttırdığı görülmektedir. (bkz. Tablo 4).

Eğitim ve araştırma hastanelerinin kendi içerisindeki döner sermaye performans ödemesi karşılaştırıldığında; eğitim görevlisi ile hizmetli arasındaki performans ödemesi ücret açıklığı 17,05 kat olarak gerçekleşmiş, eğitim görevlisi ile hemşire

arasındaki açıklık 8,65 kat olarak gerçekleşmiştir. Ortalamalar üzerinden karşılaştıracak olursak, eğitim görevlisi ile hemşire arasındaki açıklık 8,64 kat olarak gerçekleşmiştir (bkz. Tablo 4).

Performansa göre ödemenin veriler üzerinden değerlendirmesi sonrası ödenen döner sermaye sabit ödemelerini değinecek olursak:

Şekil 5'te sağlık personeli döner sermaye sabit ödeme seyri görülmektedir. Uzman hekimlerde %41'lik bir artış olmuştur. Pratisyen hekimlerde artış %100 üzerinde gerçekleşmiş, yardımcı sağlık personelinde ise artış %30 olarak gerçekleşmiştir. Pratisyen hekimler dışında artışın maaş düzeyinin artışının altında kaldığı görülmektedir.

Döner sermaye sabit ödemesi genel bütçe maaş ilişkisini, döner sermaye ücret ilişkisine dönüşümüne katkı sağlamıştır. Uygulanan personel ödemelerinin ikincil bölüşüm ilişkisi boyutunda çıkan maaş ilişkisi yerine birincil bölüşüm ilişkisi boyutunda ortaya çıkan kâr ve ücret ilişkisinin ağırlığını artırmıştır.

Döner sermayeden ödenen sabit ödemeler, maaş-ücret rejimiyle birlikte emeklilik haklarını da dönüştürmüştür.

Tablo 5'te görüldüğü gibi 2010 sonrası uygulamaya konan döner sermaye sabit ödemesi uygulaması mevcut yapıda 3600 ek göstergeden emekli olan tüm hekimlerin (eğitim görevlisi, uzman hekim,

Tablo 6. Nöbet ve icap ücret tablosu

| Unvanı | Nöbet Ücretleri (TL) | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------|------|------|------|------|------|
| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Uzman Hekim | 5,74 | 6,2 | 6,62 | 7,38 | 7,7 | 7,93 |
| Prt. ve Ast. Hekim | 5,16 | 5,58 | 5,96 | 6,65 | 6,93 | 7,14 |
| Lisans Yardımcı Sağlık Personeli | 3,44 | 3,72 | 3,97 | 4,43 | 4,62 | 4,76 |
| Lise Yardımcı Sağlık Personeli | 2,87 | 3,1 | 3,31 | 3,69 | 3,85 | 3,97 |
| İdari Hizmetler | 2,01 | 2,17 | 2,32 | 2,58 | 2,69 | 2,78 |
| Unvanı | İcap Nöbeti Ücreti (TL) | | | | | |
| Uzman Hekim | 2,3 | 2,48 | 2,65 | 2,95 | 3,08 | 3,17 |
| Prt. ve Ast. Hekim | 2,07 | 2,23 | 2,38 | 2,66 | 2,77 | 2,86 |
| Lisans Yardımcı Sağlık Personeli | 1,38 | 1,49 | 1,59 | 1,77 | 1,85 | 1,9 |
| Lise Yardımcı Sağlık Personeli | 1,15 | 1,24 | 1,32 | 1,48 | 1,54 | 1,59 |
| İdari Hizmetler | 0,8 | 0,87 | 0,93 | 1,03 | 1,08 | 1,11 |

Kaynak: Yalçınkaya, 2017

Tablo 7. 2007-2015 dönemi sağlık hizmetleri sınıfı gelir düzeylerinde yaşanan kayıp

| Unvan | Maaş Düzeyinde Kayıp | DS Sabit Düzeyinde Kayıp | Performansa Göre Ödemede Kayıp | Toplam Gelirde Kayıp |
|-----------------|----------------------|--------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Uzman Hekim | 40,42% | 32,43% | 165,95% | 77,64% |
| Pratisyen Hekim | 55,60% | -17,98% | 167,66% | 53,64% |
| Hemşire | 40,59% | 24,78% | 385,82% | 41,13% |

Kaynak: Araştırmacı tarafından tez kapsamında elde edilen verilerin TÜFE oranları ile karşılaştırılarak hazırlanmıştır.
Not: Karşılaştırma TÜFE'ye göre olması gerek gelir düzeyi ile 2015 gelir düzeyi arasında yapılmıştır.

pratisyen hekim) aynı emekli maaşına hak ettiği sağlarken neoliberal dönemin maaş uygulaması olan parçalı ve farklı yapı emekli maaşlarına da yansımıştır. 2013 yılı maaş verilerine göre tüm hekimler 2.002 TL emekli maaşı alırken bu uygulamayla 30 yıl kesinti yapılan eğitim görevlisinin 4.425 TL, uzman hekimin 3.982 TL, pratisyen hekimin ise 3.066 TL emekli maaşı alması öngörülmektedir.

Tablo 5'te maaş verileri incelendiğinde 3600 ek göstergedeki eğitim görevlisi, uzman hekim, pratisyen hekim maaşları farklılık gösterse de tüm unvanlarda maaşlardan kesilen emekli keseneği 646 TL karşılığı emekli maaşları denk olup 2002 TL almaktadır. Ancak sabit ödemelerden kesilen emekli kesenekleri farklılık göstermekte ve bu farklılık emekli maaşlarında da farklılığa neden olmaktadır. Maaşlardan kesilen 277 TL emekli keseneği kişi katkısı karşılığı 2.002 TL emekli aylığı hakkı kazanılırken, yapılan sabit ödemelerden kesilen 574² TL emekli keseneği kişi payı karşılığı 2.423 TL ilave emekli maaşı elde edilmiştir. Bu ücret farklılığı maaşlarda olduğu gibi emekli maaşlarında da döner sermaye ödemesinin ana unsur olma özelliği taşımasına neden olmuştur. Döner sermaye sabit ödemesi neoliberal yapının

özelliklerini taşıyan 5510 sayılı Kanun sonrası görev ve başlayan personelin emeklilik haklarına yönelik uygulamaya benzer özellikler taşımaktadır. Mevcut maaşlardaki emekli keseneklerindeki devlet katkısını kaldırmakta ve bütünüyle devletin ödemesi gerekli olan %11'lik emekli keseneğinin de kişiden kesilmesi yoluna gidilmektedir. Düzenleme mevcut özel emeklilik fonlarıyla benzerlik taşımakta olup, uygulanmasında özel sağlık sektörünün gelişimi önemli etki yapmıştır. Uygulamayla SB bünyesinde görev yapan hekimlerin özel sektöre geçiş yapmalarının önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Uygulamada emeklilik hakkı ve bu kesintilerin süre ile bağlantılı emekli maaşına yansıtılması bir başka esneklik politikasıdır. Bu düzenleme öncesi kamuda emeklilik hakkı kazanan uzman hekimler emekli olup özel sektörde çalışmaya devam ederken, bu uygulamayla emekli maaşlarındaki artışların kademeli olarak süreyle bağlantılı artması hekimlerin ekonomik kayıp yaşamamak için çalışmaya devam etmelerini etkilemektedir. Mevcut uygulamayla esnekleşme her anlamda çalışan emek gücünü baskı altına almıştır.

Döner sermaye bütçesinden yapılan sabit ödemeler gibi nöbet ve icap ödemeleri de önemli yer tutmaktadır. Performans ödemesiyle mesai

içinde gerçekleşen görelî artık değeri artırma eğilimi, mesai dışında, mesai dışı çalışma ve nöbet uygulamalarıyla mutlak artık değeri artırma şeklinde kendini göstermiştir. SB'nda uygulanan nöbet ve icap uygulamaları esnekleşme politikaları nedeniyle sistemin sürdürülebilirliğinde önemli yer tutmaktadır. 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 33. maddesi kapsamında uygulanan nöbet ve icap uygulaması ve bunun uygulamadaki şekli neoliberal dönemin esnek çalışma ve mutlak artık değeri arttırmaya yönelik ampirik verileri bizlere vermektedir.

Görelî artık değeri arttırmada uygulamaya konulan performansa göre ödeme, klinisyen hekimlerin poliklinik hizmetlerine geçmelerini sağlamıştır. Klinisyen hekimlerin poliklinik hizmetlerine çekilmesi asistan hekimlerin nöbet hizmetleri yükünü artırmıştır. Mutlak artık değer arttırılması için ortaya konulan "çalışma süresi esnekliği" uygulamaları, sağlık hizmetlerinde asistan hekimler üzerinden gerçekleşmiştir. Hem performans uygulamasındaki muayene girişimsel puanı hem de yöneticilerin performansını belirleyen "klinisyen başına düşen poliklinik sayısı" kriteri nöbet ve icap uygulamalarıyla emek gücü üzerindeki baskıyı artırmıştır. Bakanlık merkezi düzeyde "merkezi randevu sistemi" ile de bu durumu kontrolüne almıştır. Personelin hizmet üretim düzeyi hem yönetim hem de Bakanlık tarafından izlenmekte ve kontrol edilmektedir.

Sistem için önemli bir öge olan maliyet açısından da gerekli önlem alınmıştır. Aylık 130 saat nöbet ücreti, 120 saat üzeri icap nöbetinin ücreti ödenmemektedir. Bu uygulamayla maliyet artışında sınır aşılardan ücret ödenmeden personel çalıştırılmaktadır. Ayrıca bu uygulama uygulanan performans uygulamasının pozitif algısı olan hizmetin nicelik olarak artışındaki nedenlerden birini de ortaya koymaktadır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun ek 33. maddesi gereği personelin tuttuğu nöbet kesintisiz 6 saatten azsa ücreti ödenmemekte yine aylık 130 saatin üzerindeki nöbet ücretleri ödenmemektedir. Söz konusu ücret ödemesindeki tavan saat uygulaması yoğun şekilde eleştirilmiş 2010 yılında 80 saat olan tavan saat uygulaması 130 saate çıkmıştır. Esnekleşme politikaları alt düzenleyici işlemlerle de artarak devam etmiş ve icap nöbetlerinin uygulamasını değiştirmiş ve yaygınlaştırmıştır. Ev nöbeti olarak gösterilen icap nöbeti personelin 7 gün 24 saat ihtiyaç duyulması

halinde çağırılması amaçlanmış ve ödemede nöbet ücretinin %40'nın ödenmesi yoluna gidilmiştir. Unvan gruplarına göre nöbet ödemelerine bakıldığında uzman hekimler tarafından tutulması gereken nöbetlerin ücretleri daha düşük olması ve eğitim nedeniyle uzun çalışma şartlarına karşı koymayan asistan hekimlere tutturulduğu bilinmektedir.

Nöbet ve icap ücretleri üzerinden değerlendirme yapacak olursak; uzman hekimlerle en düşük ücret alan idari personel arasında nöbet ücret açıklığı 2,85 kat olup, hekimler ile hemşireler arasındaki açıklık 2 kattır. İcap nöbeti bir başka esnekleşme politikası olup 130 saat nöbet tutan bir uzman hekime 2015 yılı itibariyle 1022 TL ücret verilmesi gerekirken icap nöbetiyle 377 TL ödenmiştir. Personele icap nöbeti uygulaması yaygınlaştırılmış olup hastanelerde nöbetlerde yoğun olarak kullanılan asistan hekimlerin bilgi ve deneyim açığı uzmanlara uygulanan icap nöbeti uygulamasıyla giderilmek istenmiştir. Ayrıca bu yöntemle uzman hekimlerin nöbet sonrası izine ayrılması ile oluşan verimlilikteki düşüş sorunu giderilmek istenmiştir. Sistemin mali sürdürülebilirliği bu uygulamalarla sağlanmaya çalışılmıştır (bkz. Tablo 6).

Sağlık hizmetlerinin genel bütçeden döner sermaye bütçesine geçişi maaş düzeyinden ücret düzeyine geçiş ve kar-ücret ilişkisi sağlık hizmetlerinin gelirlerinde TÜFE'ye göre kayıplara neden olmuştur. Tablo 7'de sağlık personelinin gelir gruplarına göre 2007-2015 TÜFE oranlarına göre olması gereken gelir düzeyleri ile aldıkları gelir düzeyinin karşılaştırılması sonucu kayıp oranları sunulmuştur. Sabit ödemelerde uzman hekim ve pratisyen hekimlerin karşılaştırılmasında 2010-2015 dönemi, hemşirelerde ise 2011-2015 dönemi alınmıştır.

Uzman hekim gelirlerinin karşılaştırılmasında 2007-2015 dönemi en yüksek kayıp performansa göre ödemede oluşmuş olup, uzman hekimlerin gelirlerinde ana gelir kaynağı olan performansa göre ödemedeki %165'lik kayıp toplam gelirlerde de kaybın %77 olmasına neden olmuştur (bkz. Tablo 7).

Pratisyen hekim ve hemşirelerde performans ödemesindeki kayıp uzman hekimlerin üzerinde olmasına rağmen döner sermaye sabit ödemelerinin performansa göre ödeme düzeyinde olması toplam gelirlerindeki kaybın uzman hekimlerin altında olmasına neden olmuştur (bkz. Tablo 7).

Tüm sağlık hizmetlerinde maaş düzeylerinde %40-55 aralığında kayıp olması, toplu görüşme ve sözleşmelerde bu gelir grubunun döner sermaye gelirleri karşısında göz ardı edilmesi ve kurumların genel bütçeden aldığı payın personel artışı düzeyinde olmamasından kaynaklanmaktadır. Toplu sözleşmelerde diğer kamu hizmeti sunan personellere göre sağlık personelinin döner sermaye alması sağlık personelinin kamu işvereni tarafından maaş düzeyinin belirlenmesinde enflasyon ve büyüme gibi rakamlardan yararlanmamasına neden olmaktadır. Sonuç olarak maaş düzeyinin değerlendirilmesinde TÜFE karşısında reel maaşlarda erime meydana gelmiş olup performansa göre ödeme etkisi ile kamu işverenin bu gelir grubunu göz ardı ettiğini ortaya koymaktadır.

Performansa göre ödemede ki erimeye rağmen uzman hekim gelirlerinde bu ödeme ana gelir kaynağı özelliği taşımakta olup, kamu hizmet verilerinin artışına rağmen ödemelerde artışın ötesinde reel olarak azalma olmuştur. Bu sonucu doğuran en büyük etken artan sağlık harcamaları ve özel sektöre kaynak aktarımı ile SGK gelir gider dengesi baskısının sağlık personeli ödemeleri üzerindeki global bütçe baskısıdır. İkinci neden ise global bütçe ile telkin edilen tutarlar ve SB hizmetlerindeki faturalandırılmasında SUT fiyatlarının güncellenmemesinden kaynaklanmaktadır. Eğer kâr ücret ilişkisi belirliyorsa performansa göre ödemeyi SB faturalandırılması da SB özelinde TÜFE ve reel büyüme oranlarıyla güncellenmelidir. Güncellenmediği takdirde artan işlem hacmi ve personel sayısı performansa göre ödemede reel olarak düşümlere neden olacaktır.

Sonuç

1980 sonrası neoliberalizmin ortaya çıkışında etkili olan okullar tarafından ortaya konulan "sınırlı devlet kuramı", devletin sağlık hizmetlerinin üretilmesindeki rolünün özel sektöre bırakılması gerekliliğini savunmuştur. Bu dönem devletin, "ekonomik anayasa", "ekonomik düzen politikası" çerçevesinde rolünün sınırlandırılması gerektiği ve ekonomik olarak sistemin güvenliğinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Sınırlı devlet kuramı doğrultusunda kamu kurumları "yeni kamu işletmeciliği" ve "yönetişim" çerçevesinde özerkleşmiş ve sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör yerini almıştır. Bu eğilim beraberinde, "sosyal piyasa ekonomisi", "ekonomik anayasa" ve "ekonomik düzen politikası" kuramları doğrultusunda, sağlık hizmetlerinin

finansmanında "etkin devlet" yaklaşımının gerekliliği savunulmuştur.

Uluslararası kuruluşlar "etkin devlet" vurgusu ile sağlık hizmet sunumunun dönüşümü gibi sağlık hizmetlerinin finansmanının dönüşümünde de belirleyici olmuştur. Sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, özel sektöre kaynak aktarımı ve sağlık hizmetlerinin kamusal mallardan yarı kamusal ve özel mallara dönüşmesi nedeniyle sağlık harcamalarında ortaya çıkan artışlar, bütçe politikalarıyla dengelenmeye çalışılmıştır. Ortaya çıkan bütçe politikaları doğrultusunda kamu sağlık hizmetlerine uygulanan global bütçe uygulaması, sistemin maliyet sınırını çizerken, sistemin verimlilik sorunu performansa göre ödemeyle aşılmaya çalışılmıştır. Artan sağlık harcamaları bütçe politikalarında mali sürdürülebilirlik çerçevesinde maaş-ücret temelli dönüşümü zorunlu görmüştür. Çalışma süresi esnekliği ve ücret esnekliği sağlık hizmetlerinde artan maliyetler karşısında mali sürdürülebilirlik aracı olarak ortaya çıkmıştır.

Sistemde verimlilik amaçlı görece artık değeri artırmada performansa göre ödeme kullanılırken mesai dışı çalışma (nöbet ve icap uygulaması) mutlak artık değeri artırmada kullanılmıştır.

Kamu eliyle sağlık hizmet sunumunda yaşanan özerkleşme ve sağlık hizmetlerinde artan özel sektör etkisi, sağlık harcamalarında % 65-85 aralığında gerçekleşen personel harcamalarındaki payda kısıtlama gerekliliğini düşünmüş ve Türkiye'de uygulanan maaş rejimini değiştirerek ücret rejimini kamu sağlık hizmetlerine taşımıştır. Uygulanan ücret politikası ile maaş düzeyi düşük tutularak sağlık emek gücünün performansa göre ödeme ve bu kapsamda ortaya konulan reformlar karşısındaki direnci kırılmıştır. Yeni ücret politikası ile aynı ekip içerisinde görev yapan personelin ücretleri farklılaşmış, unvanlar arasında gelir farkı ve ücret açıklığı artmış, performansa göre ödeme maaş karşısında ana unsur özelliği kazanmış, ücretin belirlenmesinde kapalı sisteme dönülmüş, gelirlerde reel olarak kayıplar yaşanmış ve ödemelerde enflasyon ve ekonomik büyüme gibi unsurlar dışlanmıştı.

SDP döneminde reform olarak sunulan politikaların ücret rejimi üzerindeki rolünü ortaya koyduğumuz bu çalışma verileri üzerinden SDP ikinci fazını değerlendirdiğimizde: SDP'nin ikinci fazı olarak ortaya konulan kamu özel ortaklığı projeleri ve şehir hastaneleri projelerinin finansman olarak sürdürülebilirlik

riski taşıdığı ve kamuya SDP dönemi birinci fazından daha yüksek maliyetler getireceği akademik çevrelerce ortaya konulmaktadır. SDP deneyimlerinden yola çıkarak bu projelerin maliyet baskısının gelecekte sağlık emek gücüne yönelik ücret, istihdam ve çalışma süresine yönelik esnekleşme baskısını artıracağı söyleyebiliriz.

Dipnotlar

1. Komisyonunda SB yer almaması sağlık hizmetlerinin finansman ve sunum yapısının ayrılması politikaları doğrultusunda gerçekleşmiştir.
2. Maaş kesintisinin iki katı düzeyinde kesinti yapılmasına rağmen ek emekli maaşı getirisi aynı düzeydedir.

Kaynaklar

- Akyürek, Ç.E.** (2012) *Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye*, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2: 124-153.
- Al, H.** (2007) *Denetimde Piyasalaşma Eğilimleri*, *Bilgi Dergisi*, 14 (1): 109-130.
- Atasever, M.** (2014) *Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, SB Yayınları.
- Aslan, O.E.** (2012) *Devlet Bürokrasi ve Kamu Personel Rejimi*, İmge Kitabevi Yayınları.

- Aslan, O.E.** (2011) *Maaş İlişkisi ve Türkiye’de Memur Maaşları (1970-2008)*, *Amme İdaresi Dergisi*, 44 (3): 109-140.
- Coskun, S., Dulkadiroğlu H.** (2009) *Ücret, Performansa Göre Ücret ve Çalışanların Algısı: ABD’de Federal Düzey Örneği*, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 64(3): 73-95.
- Demirel, D.** (2006) *Küresel Eksende Devletin Yeni Kimliği: Etkin Devlet*, *Sayıştay Dergisi*, 60: 105-128.
- Dünya Bankası**, (2012) *Türkiye Cumhuriyeti’ne Yönelik Dünya Bankası Ülke İşbirliği Stratejisi 2012-2015*.
- Görmüş, A.** (2013) *Sağlık Sisteminde Dönüşüm ve Sağlık İnsan Gücü Üzerindeki Etkileri*, *Ankara, Siyasal Kitapevi*.
- Kerman, U.** (2006) *Türkiye’de Devletin Küçültülesi Sorunu*, *AÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi Anabilim Dalı Doktora Tezi*.
- Keane, J.** (1994) *Demokrasi ve Sivil Toplum*, *Ayrıntı Yayınları*.
- OECD ve Dünya Bankası** (2008) *OECD Sağlık Sistemi İncelemesi Türkiye*.
- Yalçınkaya, K.** (2017) *Türkiye’de Kamu Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm: Maaş Rejiminden Ücret Rejimine Geçiş*, *TODAİE Kamu Yönetimi Yüksek Lisans Tezi*.
- YÖK, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı** (2014) *Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu*, YÖK Yayınları.
- Zencir, M.** (2009) *Sağlık Hizmetlerinde Metalaşma, Sağlık Personelinin Sömürüsü Kapitalizm ve Sağlık Hizmetleri*, *Toplum ve Hekim*, 24(3): 161-240.