

DERLEME**SAĞLIĞIN PİYASALAŞTIRILMASI SÜRECİNE ÖNEMLİ BİR KATKI: DÖNER SERMAYE VE SAĞLIK HİZMETİ SUNANLARA ÖDEME YÖNTEMLERİ***

Nasır NESANIR**

Sosyal devletin en önemli göstergelerinden biri tüm topluma eşit ve ücretsiz hizmet sunan bir sağlık sistemine sahip olması diğer emekçilerin grevli, toplu sözleşmeli, iş güvencesi içinde çalışmalarıdır. Kapitalist yapılanma bu ülkede bunları hiç bir zaman tam olarak yerine getiremediği gibi 1980'lerden bu yana sağlığın piyasalaştırılması yönünde önemli adımlarla hastayı 'müşteri', sağlık kurumlarını 'işletme'ye dönüştürme; sağlık emekçilerini de grevsiz, toplu sözleşmesiz ve iş güvencesiz bir ortamda çalıştırma sürecinde büyük ölçüde başarıya ulaşmıştır. Bu dönüşümde kapitalizmin en önemli aracı döner sermaye olmuştur. Döner sermayenin sağlığın piyasalaştırılması, sağlık emekçilerinin çalışma koşulları ve sağlık hizmeti sunucularını ödeme yöntemleri üzerine etkilerinden önce döner sermayeyi tanımlamak ve yasal sürecinden söz etmek gerekir. Dikkat edilmesi gereken bir nokta da döner sermaye ve hekim ödeme yöntemlerinin birbirlerinden farklı kavramlar olmalarıdır. Performansa dayalı ödeme (hizmet başı ödeme) için döner sermaye şart değildir. Nitekim İngiltere 2004 Mart ayından bu yana kaynaklarını döner sermayeden değil vergilerden sağlayarak aile hekimlerini ödeme sistemine hizmet başı ödemeyi ilave etmektedir (Doran, 2006). Bizim, döner sermaye sürecini hekim ödeme yöntemleri ile birlikte değerlendirmemizin gerekçesi döner sermaye ile başlayan hem sağlık kurumu hem hekim alternatif ödeme yöntemlerinin tartışılması, uygulanması ve her ikisinin karşılıklı bir etkileşim içinde sağlığın piyasalaştırılma sürecine katkılarıdır.

*Bu makale Antalya'da 17-21 Ekim 2007 tarihleri arasında düzenlenen XII. Pratisyen Hekimlik Kongresi'nde yapılan "Sağlığın Piyasalaştırılması Sürecine Önemli Bir Katkı: Döner Sermaye ve Hekim Ödeme Yöntemleri" başlıklı konuşmanın gözden geçirilmesi ile oluşturulmuştur.

**Dr., Halk sağlığı uzmanı, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Döner Sermayenin Tanımı ve Yasal Süreci

Döner sermaye (mütedavil sermaye), kamu maliyesi alanında belirli ve sürekli bir amacın elde edilmesi için genel veya katma bütçeden bir miktar paranın, azaltılmamak koşulu ile bir kuruluşa veya bu kuruluşla ilgili işletmelere verilmesidir (Güncel Türkçe Sözlük, 2006). Bütçeden alınan bu sermaye ile bir kamu kuruluşu ayrı bir ekonomik yapı altında para kazanmakta, yani bir ölçüde özelleşmektedir (Kılıç, 2002).

1983 yılında çıkan 2547 sayılı yasanın 58. maddesine göre Yüksek Öğrenim Kurumuna ait üniversite hastanelerinde çalışanlara döner sermaye ödemesi yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı için döner sermaye uygulamasını tanımlayan yasa, 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 Sayılı "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun"dur (Resmi Gazete, 1961). 24/11/1989 tarihli ve 365 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kanunun adındaki "Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı" ibaresi, "Sağlık Bakanlığı" olarak değiştirilmiştir. Biz bu makalede bu yasanın düşünsel alt yapısını tartışıyoruz.

Göz önünde bulundurulması gereken yasanın 1980 yılına kadar bu kurumların kazanacağı değil devlet tarafından bu kurumlara "verilecek" yardımı tanımlamış olduğudur. Yasanın çıkarılış amacının, yataklı sağaltım (tedavi) kurumlarını hizmet sunumundaki gereksinimlerinin bir bölümünün karşılanması için yapılması gereken satın alma ve kiralama konusunda yetkilendirerek, uzun bürokratik işlemler gerektiren mevzuat uygulamalarından bu kurumların bağışık tutulmaları olduğu söylenebilir.

Asıl can alıcı nokta 209 sayılı Yasanın ikinci maddesinde geçen "Döner sermaye kurumların karları ile bağışlardan ve devlet yardımlarından teşekkül eder" ibaresidir. 209 sayılı yasanın çıkarıldığı 1961 yılından bu yana hemen bütün maddeleri değiştirilmiştir; ancak bu ibarenin geçtiği ikinci madde değiştirilmemiştir. Bizi bugünkü sürece getiren özellikle "karları" sözüdür.

209 sayılı yasada değişiklikler yapan ve 27.06.1983 tarihinde yürürlüğe giren 2907 sayılı yasa ile döner sermayeli kuruluşlara, ürettikleri mal ve hizmetler ile yaptıkları alımları fiyatlandırma yetkisi verilmiştir. Böylece bu kurumlar bağımsız ve kar amaçlı işletmeler durumuna getirilmişlerdir. Yine 209 sayılı yasada 27.06.1989 tarihinde 375 Sayılı Yasa Gücünde Kararname ile yapılan değişikliklerle, her türlü hak edışı (istihkakı) ve giderleri döner sermayeden ödenmek koşuluyla yataklı sağaltım kurumlarında dışardan personel çalıştırılmasına olanak sağlanmış, ayrıca döner sermaye gelirlerinin %50'sinin kendi personeline ek ödeme olarak dağıtılabilmesi kabul edilmiştir.

209 sayılı yasada yapılan başka bir değişiklikle 23.01.2001 tarihinde yürürlüğe giren 4618 sayılı yasa sonucunda birinci basamak sağlık kurumlarında da döner sermaye uygulamasına geçilmiştir.

209 sayılı Döner sermaye kanununda 1983, 1989 ve 2001 yıllarında yapılan değişiklikleri içeren yukarıdaki yasalar iptal edilerek 2005 yılında 5335 ve 2006 yılında 5471 sayılı yasalar yürürlüğe girmiştir. Bu yasalar iptal edilen yasaların piyasacı yaklaşımlarını korumakla yetinmeyip daha da geliştirmiştir.

2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49. maddesinin (k) bendine dayanarak Sağlık Bakanlığı'nca biri birinci, öbürü ikinci ve üçüncü basamakta olmak üzere çıkarılan iki yönerge ile 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de performans dayalı döner sermaye uygulaması yürürlüğe konulmuştur. Daha sonra bütçe kanununda böyle bir düzenleme yapılamayacağı gerekçesiyle 209 sayılı yasada yapılan yeni bir değişiklikle 5471 sayılı yasa ile 07.03.2006 tarihinde performans dayalı ödeme işleminin yürürlüğü sağlanmıştır. Önceleri döner sermayeden kıdem ve unvana göre pay dağıtılırken, performans uygulaması (hizmet başı ödeme) ile bunlara ek olarak klinik ve/veya hekimin kuruma kazandırdığı parayı temel alan bir ücretlendirme modeli getirilmiştir. Bu uygulama ile başta tüm sağlık emekçileri, sağlık sendikaları ve Türk Tabipleri Birliği olmak üzere kamuoyunda yoğun bir tartışma ortamı doğmuştur. Hekime ödeme yöntemlerinin neler olduğuna, avantajlarına ve dezavantajlarına geçmeden önce döner sermaye sürecinin çalışma koşullarına ve sağlığın piyasalaştırılmasına etkileri üzerinde durmakta yarar vardır.

Döner Sermayenin Çalışma Koşullarına ve Sağlığın Piyasalaştırılmasına Etkileri

Kamu sağlık kuruluşu, döner sermayeden personele dağıtılacak tutarı belirlerken, gelir-gider dengesi, borçlanma, nakit durumu ve gereksinimleri gözetmekle

yükümlü ve sorumludur. Dolayısıyla döner sermayeden belli bir yüzdenin çalışanlara dağıtılması için, sağlık kurumlarının kar etmiş olması gerekiyor. Sağlık çalışanları, "maaş dışı ek ödeme"yi, az kazandırdıklarında az, çok kazandırdıklarında çok alacaklardır. Ayrıca, kazandırdıkları her dönemde de döner sermayeden pay ödenmesinin sürekliliği ve kesinliği yoktur. Kişinin eylemli çalışması koşuluna bağlıdır. Bu ödeme emekliliğe asla yansımayaçağı gibi, yıllık izin, hatta hastalık izinlerinde bile kesilebilmektedir. Bu nedenle bu ek ödeme biçimi "kazanılmış bir hak" değildir. Mevzuatta belirtilen ödemeler tavan olup, kurumların durumuna göre, çalışanlara bu oranların altında ek ödeme yapılması da olanaklıdır hatta gereksinimlerden dolayı hiç ek ödeme yapılmaması da olasıdır (Nesanır, 2006).

Döner sermaye kamusal hizmet sunumu yerine hizmet alımını yani taşeron çalıştırma ve özelleştirme sürecini yaygınlaştırmıştır. Temizlik, güvenlik hizmetlerinin taşeronlaştırılması ile başlayan uygulamalar giderek yemekhane, görüntüleme merkezleri, laboratuvar ile devam etmektedir. 2006 yılı sonu itibarıyla 281116 daimi personelin çalıştığı Sağlık Bakanlığı'nda ek olarak 69 bin 81 taşeron işçi çalışmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Sağlık Bakanlığı, bu sayı ile kamuda "taşeron çalıştırma" rekoru kırmıştır. Aynı zamanda döner sermaye ile eşit işe eşit ücret ilkesi, aynı iş için farklı ücretli ve statülü kişiler çalıştırılarak geçersiz kılınmıştır.

Döner sermaye süreci sadece hekim ödeme yöntemlerini değil sağlık kurumuna ödeme yöntemlerini de tartışmaya açmıştır. Döner sermaye işletmelerine uzun süre hizmet başı ödeme modeliyle ödeme yapılmıştır. 2005 yılı Mali Bütçe Uygulama Tebliği ile cerrahi işlem yapılan yatan hastalar için hizmet başı ödemeden, tanıya dayalı paket ödeme uygulamasına geçilmiştir. Bu şekilde 2000'in üzerinde cerrahi işlem için tanısına göre belirlenen paket fiyatlar belirlenmiştir. 2007 yılında Maliye Bakanlığı'nca yayınlanan bir tebliğe göre ayaktaki hastalara getirilen uygulama ile vaka başına (başvuru başı) ödeme uygulamasına geçilmiştir. Daha sonra bu tebliğ Danıştay'ca iptal edilmiştir.

Son yıllarda kamu kurumlarının döner sermaye kaynakları ile yapılması ve özel sektörün hizmet sunumunda her geçen gün artan payı ve benzeri yeni gelişmeler sonucu "ödeme modeli" aktarılan kaynağı belirlemede her geçen gün önemli hale gelmektedir.

Hizmeti üreten kurumlar döner sermaye aracılığı ile hastaya yaptıkları her işi ayrı ayrı sosyal güvenlik kurumlarına fatura etmektedirler. Bu durum, sağlık burjuvazisinin ve hekimlerin çıkarına işleyen bir mekanizma oluşturmaktadır. Sağlık kurumları gelirlerini maksimize etmek için bol keseden tetkik istemekte, gereksiz müdahaleleri yapmakta ve karlarının bir kısmını hekimler başta olmak üzere sağlık personeline, döner sermaye katkı payı olarak dağıtmaktadırlar.

Peki, hangi ödeme sistemi kullanılmalıdır?

Sağlık Hizmeti Sunanlar İçin Ödeme Modelleri

Ödeme yöntemleri; kamu, sigorta şirketi ya da bir başka ödeyici gibi fonları elinde tutan bir kaynaktan paranın nasıl dağıtıldığını belirler (Wouters, 1998). Bir başka tanıma göre ise kaynakları hizmet sunucularına dağıtmada kullanılan yöntem ve mekanizmaları içerir (Kutzin, 2001). Ödeme yöntemleri ve bunların olası etkileri üzerine kaynakçayı taradığımızda (Abel-Smith, 1976; Donaldson, 1993; Maceira, 1998; Tatar, 2001; Hulki, 2007; Anne, 2007) saptadığımız üç önemli nokta:

- Hiç bir ödeme yönteminin mükemmel olmadığı ve her yöntemin kendi içinde avantaj ve dezavantajlarının olduğu;

- Bir sağlık sistemi içinde farklı kişi ve kurumlara farklı ödeme yöntemlerinin uygulanabilmesinin mümkün olduğu, ülke örneklerine bakıldığında ödeme yöntemlerinin tümünün çoğunlukla bir arada kullanıldığı;

- Ödeme yöntemlerinin sağlığın piyasalaştırılmasının ya da sağlığı finanse eden ve sunan kurumların ayrılmasının bir sonucu olduğudur.

Sağlık hizmeti sunanlara ödeme modelleri, sağlık kurumuna (temelde hastane) ve sağlık profesyonellerine (temelde hekim) olmak üzere ikiye ayrılır.

I-Sağlık Kurumu Ödeme Modelleri

- 1- Fatura Bedelinin Ödenmesi (Hizmet Başı Ödeme),
2. Sabit Bütçe,
3. Gün Başına Ödeme,
4. Vaka Başına veya Teşhise Göre Ödeme,
5. Kişi Başına Ödeme.

1. Fatura Bedelinin Ödenmesi (Hizmet Başı Ödeme)

Bu yöntemde ödemeler, hizmet sunucularının düzenlediği ayrıntılı raporlara ve faturalara dayalı olarak yapılmaktadır. Hastanelere verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme yapılır. Her bir hizmetin fiyatı pazar şartlarında hastaneler tarafından belirlenebildiği gibi maliyet artışlarını önlemek üzere üçüncü şahıslar tarafından belli bir üst sınır da konulabilir. Bu durumda da hastaneler üç muhtemel yolla kazançlarını arttırabilirler (Normand, 1994):

-Ürettikleri hizmet sayısını arttırmak.

-Hizmetlerin kalitesini düşürmek (örneğin muayene başına düşen zamanı kısıtlamak). Ancak bir rekabet ortamında hizmetlerin kalitesinin artması beklenir (örneğin hastayla daha fazla zaman geçirme).

-İş yükünün büyük bir kısmını daha ucuz çalıştırılan personele (örneğin hemşireler, teknisyenler) kaydırmak.

Bu yöntemin ödeme yapan kişi, kurum veya kuruluşlar açısından gözle görülür en önemli dezavantajı sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ve hizmet sunucuları tarafından yaratılan ve çoğu zaman gereksiz olan taleplerdir.

2. Sabit Bütçe

Hastaneye tüm harcamalarını karşılamak üzere belli bir süre için belirlenen sabit bir bütçe verilir. Sağlık hizmet sunucusu elindeki kaynakları en etkili ve verimli şekilde kullanmanın yollarını araştırmalıdır. Aksi takdirde henüz yıl bitmeden bütçesinin üzerine çıkar (Abel-Smith, 1994). Ancak hastaneler, beklenilmeyen bir morbidite artışında veya maliyetleri artıran ve önceden kestirilemeyen olaylarda riske girer. Ödeme yapan kuruluş ve hastane arasında yapılacak anlaşmaya göre bütçe sabitlenir veya yukarıda sayılan riskleri bertaraf etmek için belli parametrelerdeki değişikliklerde (örneğin morbiditedeki aşırı değişiklikler) ek bütçe yapma olanağı tanınır (Normand, 1994). Maliyet kontrolü en kolay ödeme yöntemidir. Maliyet kontrolü en zor olan ödeme yöntemi hizmet başı ödemedir.

3. Gün Başına Ödeme

Hastanelere, bireylere sundukları hizmetlerin süresi başına ödeme yapılır. Hastaneler kazançlarını daha da arttırmak için hastanın gerekenden daha da uzun kalmasını sağlamak isteyebilirler. Çünkü hastaya yapılan müdahaleler ve buna personel, araç-gereç, malzeme vb. girdilerin maliyetleri dikkate alındığında hastanede yatan bir hastanın maliyeti genellikle ilk iki gün çok yüksektir daha sonra giderek azalır. Bu durumda ödemeyi yapan kurum kendisinin görevlendireceği hekim veya hemşire aracılığıyla hastanede hastayı ziyaret ederek olası taburcu tarihini belirler ve bu sürenin sonunda hastanenin uygun görülen başvurusuna göre süre uzatılabilir veya hastane tüm maliyetleri karşılamak zorunda kalır (Abel-Smith, 1994).

4. Vaka Başına veya Teşhise Göre Ödeme

Vakanın teşhisinin ne olduğuna ve tedavisinin ne kadar zor veya kolay olduğuna bakılmaksızın her bir vaka için farklı ödeme yapılır. Diğer bir modelde ise ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemleri kullanılır. Bunun için öncelikle hastaların teşhisleri maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre gruplandırılır. Hastanelere konulan teşhislere göre ödeme yapılır. Bu sistem hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırır. Fakat erken taburculuğu hatta tam iyileşmeden taburcuları teşvik edebilir. Ayrıca hekimlerin hastaneye daha fazla ödeme yapılmasını sağlamak için muhtemel iki teşhisten daha pahalı olanı tercih etmesine yol açabilir.

5. Kişi Başına Ödeme

Ödemeyi yapan üçüncü tarafla hastane arasında yapılan anlaşmaya göre, belli sayıda kişinin belli bir süre için (6 ay veya sıklıkla bir yıl), hastanedeki hizmetleri kullansın veya kullanmasın, hastanedeki tüm tedavi

giderlerini karşılamak üzere her kişi için belli bir ödeme yapılır. Sağlıklı kişilerin hastaneyi daha az kullandığı göz önünde tutulursa hastanenin kar edeceği açıktır. Ancak kronik hastalığı olanlar ve yaşlılar hastane hizmetlerini daha uzun süreli ve daha sık kullanacağı için hastanenin maliyetleri artacaktır (Normand, 1994). Bu nedenle ödemeler ya her birey için aynı miktar üzerinden veya yaş, cinsiyet, yaşadığı bölge, mesleği gibi parametreler göz önünde tutularak farklı miktarlar üzerinden hesaplanır.

Küreselleşme süreci ile birlikte hangi ödeme sistem(ler)i kullanılırsa kullanılsın hastalar tarafından sağlık kurumlarına yaygın bir şekilde katkı payı ödenmekte ve cepten harcamalar da yapılmaktadır.

Hekim Ödeme Yöntemleri

- 1-Maaş
- 2-Kişi başına ödeme
- 3- Vaka başı ödeme
- 4- Hizmet başı ödeme

Bir hekimin verdiği sağlık hizmetlerinin karşılığı olarak elde ettiği gelir aşağıdaki şekilde formüleleştirilebilir (Delnoy, 1990):

Gelir = f (Üretilen hizmetin birim fiyatı X Üretilen hizmetin miktarı) Formüldeki hizmetin miktarı ödeme modeline göre farklılık gösterir. Buna göre; maaş olarak ödemede belli bir zaman diliminde çalışılan saati, günü veya haftayı; kişi başına ödemede hekimin listesindeki kayıtlı kişi sayısını; hizmet başına ödemede hekimin hastaya verdiği her bir hizmetin toplamını ve vaka başına ödemede de hekimin hastasına koyduğu teşhisi ifade eder.

Birim fiyatı, maaş modeli dışındakilerde, genellikle hekime ödemeyi yapan taraf belirler. Bu düzeyin tespitinde, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, hekimlerin pazarlık gücü sınırlıdır. Genellikle uzman hekimlere maaş, hizmet başı ödeme yapılırken pratisyen hekimlere bunlara ek olarak kişi başı ödeme yaygın olarak kullanılmaktadır.

Hekimlere en az uygulanan yöntem vaka başına ödemedir.

1. Maaş

Maaşla ücretlendirmenin koruyucu hizmetlere daha fazla önem verilmesi, ekip çalışmasının yaratılması, daha kolay yönetilmesi ve daha düşük yönetim maliyeti, aşırı hizmet talebinin yaratılmaması ve geleceğe dönük bütçelemeye kolaylık sağlanması gibi avantajları olması yanı sıra uzun bekleme zamanı ve kuyrukların olması, verimliliğin düşmesi ve hastaya daha az zaman ayrılması gibi dezavantajları vardır.

Hekimlerin hem kamuda hem de özel sektörde yarı zamanlı çalışabildiği ve kamudaki hizmetlerinin maaş karşılığı olduğu ülkelerde hekimlerin özel sektörde hizmet verip ek gelir sağlanması güdüsü, kamuda verilen ve genellikle ödeme gücü olmayanların yararlandığı

hizmetlerin nicelik ve nitelik açısından zarar görmesine neden olmaktadır. Maaşla ödeme yöntemini benimseyen ve belirlenen maaş düzeyinin düşük olduğu ülkelerde ortaya çıkan bir başka durum da "informe ödemeler" olarak adlandırılan ve hastaların hizmette öncelik almak, daha iyi tedavi olmak için doktorlara yaptığı gayri resmi ödemelerdir.

2. Kişi Başına Ödeme

Bu ödeme yönteminde hizmet sunucusuna listesinde bulunan bakmakla yükümlü olduğu her hasta başına belirli bir dönem için (genellikle bir yıl) sabit bir ücret ödenir. Bu ücret hastanın hizmet sunucusuna yaptığı ziyaret sayısından ve yapılan işlem işlemlerden bağımsızdır. Bir doktorun listesine kayıt olacak minimum ve maksimum hasta sayısı önceden belirlenir. Hekim ne kadar fazla sayıda kişiyi listesine kaydederse onları listesinde tutabildiği sürece o kadar fazla kazanmayı hak eder, fakat verdiği hizmetlerdeki sayısal ya da niteliksel farklılaşmalar ücretine yansımaz.

Kişi başı ücretlendirmenin değerlendirmesinin kolaylığı, gereksiz tedavi ve girişimlerin ve hizmet başına ödemeye göre maliyetin azlığı gibi avantajlarının yanı sıra sorunlu hastaların kabul edilmemesi, gereğinden az hizmet verilebilmesi, koruyucu hizmetlerin öneminin azalması, her yapılan değerlendirilmediği için motivasyonun düşmesi gibi dezavantajları vardır.

3. Vaka Başı Ödeme

Hekimlere ödeme yöntemi olarak tercih edilen bir ödeme yöntemi değildir. Bu ödeme yönteminde hekim hastasına koyduğu teşhise göre para alır. Bu yapılan her türlü müdahalenin (teşhis ve tedavi) hepsi için sabit bir ücrettir ve teşhis farklılaştıkça ücret de değişir. Hastanelerdeki uygulama örneklerinde görüldüğü gibi hekimlerin gelirlerini artırmak için ücreti daha yüksek olan teşhise yönelmelerinin sağlanması vaka başına ödeme modelinin belki de en önemli dezavantajıdır.

4. Hizmet Başı Ödeme (Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması)

Bizim performansa dayalı döner sermaye uygulaması dediğimiz hizmet başı ödeme hekimin hastaya sunduğu her bir hizmetin ücretlendirilmesidir.

Sağlık Bakanlığı, performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile sağlık çalışanlarının ürettiği hizmete koşut ek ücret alacak olmasının bu personelin güdülenmesini (motivasyonunu) ve verimliliğini artıracağını, hastaya hekim seçme hakkı veren nitelikli ve verimli hizmet sunumu ile sağlık hizmetlerinin iyileştirileceğini, sağlık hizmeti kullanımından hoşnutluğun yükseleceğini ummakta ve bu uygulamayı savunmaktadır.

Hizmet başı ücretlendirmenin hizmeti veren kişinin çabasını ödüllendirmesi, diğer basamaklara sevkî azaltması, motivasyonu artırması gibi avantajlarının olması yanı sıra aşırı maliyet artışı, ekip çalışmasını

zayıflatması, gereksiz tanı ve tedavi uygulamalarının yüksek düzeye ulaşması, pahalı uygulamaların tercih edilmesi, yönetim maliyetlerinin yüksek olması ve coğrafik dağılımın dengesiz olması gibi dezavantajları vardır.

Sağlık Bakanlığı'na bağlı ikinci basamak kurumlarında 2003 yılında 69 milyon olan poliklinik sayısı, 2004 yılında performans uygulaması ile 91 milyonun üstüne çıkmıştır. Yine cerrahi müdahalelere yüksek puan uygulanan 2004 yılının ilk sekiz ayını 2003 yılının aynı dönemi ile karşılaştırdığımızda, Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim hastanelerinde poliklinik sayısında %20, cerrahi müdahale sayısında %62'lik bir artış görüyoruz (Aydın, 2001). Bu ödemenin hizmetin miktarını ve türünü artırma yönünde bir motivasyonu söz konusudur; ancak bu her zaman ve her hasta için daha iyi ve gerekli sağlık hizmeti anlamına gelmez.

Bazı yazarlar hizmet başı ödeme modelini "oldukça pazarvari" olarak nitelendirmektedirler. Hizmet sunucuları birey olsun sağlık kurumu olsun bir "hedef gelir" belirlediklerinde hizmetlerin fiyatlarının piyasada olması gereken fiyatlardan daha düşük olması durumunda bu ücret düzeyini tutturmak için işlem sayılarını arttırmaları mümkündür. Bunun yanı sıra hasta sayıları geçen ay/yıla göre azaldığında aradaki gelir kaybını gidermek için hastalar için gereksiz işlemler yapılabilmektedir.

Sağlık alanında kullanılmakta olan ödeme modellerinin hiç birisi mükemmel olmamakla birlikte en sorunlusu "hizmet başı ödeme modeli"dir. Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık sisteminde maliyetlerin hızla yükselmesinin ve sağlığa milli gelirden ayrılan payın başka hiçbir ülke ile kıyaslanamayacak büyüklüğe ulaşmasının temelinde hizmet başı ücret yöntemi gösterilmektedir. Bu ödeme biçiminin olumsuzluklarını gidermek için sigorta şirketleri hekimlerin teşhis ve tedavi işlemlerini sorgulayan çeşitli mekanizmalar geliştirilmiştir. Ancak bu kontrol yöntemleri önemli yönetim maliyetlerine sahip olduklarında daha etkili ve verimli kullanılacak sağlık kaynaklarının irrasyonel kullanımı söz konusu olmaktadır. Hizmet başı ödeme modelinin hekim ve hasta tarafından suiistimalinin çok kolay olmasından dolayı Türkiye'de emekçi kesimin artı değerine el konularak oluşturulan sosyal güvenlik kurumlarına ağır mali yük bindirmesi kaçınılmaz olmuştur.

1978 yılında Tam Gün Yasası ile elde ettikleri yüksek ücret ayrıcalığını 12 Eylül düzenlemeleri ile yitiren hekimler, performansa dayalı döner sermaye uygulamaları ile tekrar ücret ayrıcalığı kazanmışlardır. Ayrıcalıklı bir kesim yaratmaya dayanan performansa dayalı ücretlendirme hekimlerin sağlık emekçileri ve işçi sınıfı ile zaten zayıf olan bağlarını kopartıcı bir dinamik özelliği göstermektedir. Nitekim "eşit işe, eşit ücret" ilkesinin bir kenara bırakıldığı bu ödeme sisteminde kamu hastanesinde çalışanlar arasında ücret uçurumu 25 kata kadar çıkabiliyor.

Mükemmel "Vekalet" ilişkisinde, hekimin kendi çıkarları için gereksiz/fazla/eksik sağlık hizmeti

kullanırma eğilimi yoktur. Vekil eden ("Vekalet" veren) hasta, hekimin kendisine tam tanı koymasına ve uygun sağıltım yöntemini belirlemesi için gerekli olan bilgileri verir, gereksiz hizmet isteminde bulunmaz (Money, Ryan, 1993).

Hiçbir ödeme sisteminin mükemmel olmadığı kabul ediliyor. Peki bütün ödeme sistemlerinin güçlü ve zayıf yanları göz önüne alındığında mükemmel "Vekalet" ilişkisini sağlamak için sistemlerin karması bir uygulama çözüm olabilir mi?

Amerika, Almanya ve İngiltere'de olduğu gibi bizde de döner sermaye ve aile hekimliği süreci ile birlikte ödeme sistemlerinin bir karması (maaş + kişi başına + hizmet başına) uygulanmaya başlanmıştır. Çözüm olmuş mudur? Hayır!

Sonuç Yerine

Hekim ödeme yöntemlerinin hangi(leri)sinin kullanılacağından ziyade ücretlendirmenin zamana ilişkin boyutu (istihdam süresi ve sürekliliği), sosyal boyutu (sosyal haklar ve sosyal koruma), ekonomik (gelir güvencesi) ve çalışma koşulları boyutu önemlidir. Birer döner sermaye işletmesi haline gelmiş olan kamu sağlık kurumlarına hangi ödeme modelinin uygulanacağından çok döner sermayenin sağlık kurumlarının özelleştirilmesine olan katkısını görmemiz önemlidir.

Döner sermaye sürecinin yanı sıra kamu reformu, iş kanunu, genel sağlık sigortası, aile hekimliği ve kamu hastaneleri birlik yasa tasarısına baktığımızda iki şeyi net bir şekilde söyleyebiliriz:

- Sağlık çalışanlarına kadrosuz, toplu sözleşmesiz, grevsiz ve iş güvencesinden yoksun maaş+kişi başı ödeme+hizmet başı ödemenin getirilmek istendiğini söyleyebiliriz.

- Kamudaki birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri özelleşecektir.

Grevli, toplu sözleşmeli, iş güvenceli, ekip anlayışı ve tam gün esasına dayalı bir çalışma ortamı yanı sıra sağlığın vergilerden finanse edilmesini, herkes için eşit, ücretsiz ve kolay ulaşılabilir olmasını istiyorsak özelde ve kamudaki sağlık emekçileri ve tüm diğer emekçilerle birleşmek zorundayız.

Bu süreç sonunda kuşkusuz döner sermaye gibi piyasacı bir yaklaşımı devre dışı bırakacaktır. Döner sermayenin devre dışı kalması demek sağlık kurumunun kar dengesi üzerine kurulmuş olan ödeme sistemlerinin tartışılmasının da devre dışı bırakılması demektir.

KAYNAKLAR

Abel-Smith B. (1994). An Introduction to Health. Policy, Planning and Financing. Longman Group Limited, New York.

Anne B, Layman E. (2006) Principles of Healthcare Reimbursement. Accessed November 18, <http://www.ahima.org>

Aydin S (2004). Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamasının Tıpta Uzmanlık Eğitimine Etkisi. X. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı, 27-28 Kasım 2004.

Daniel M. (1998). Provider payment mechanisms in health care: Incentives, outcomes, and organizational impact in developing countries. PHR Major Applied Research 2, Working Paper No. 2. Washington, DC: U.S. Agency for International Development, Partnerships for Health Reform Project. Accessed November 15, 2006. <http://www.phrplus.org/Pubs/m2wp2.pdf>

Delroy DMJ. (1990). GPs' income trends in Western Europe: 1975-1990. Utrecht. 1990

Donaldson C, Gerard K. (1993). Economics of health care financing: The visible Hand. The Macmillan Press. 1993.

Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. (2006). Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine; 355 (4); 375-384.

Güncel Türkçe Sözlük, TDK (<http://www.tdk.gov.tr/TKSOZLUK/sozbul>) Erisim tarihi : 31.01.2006.

Kılıç, B, Aksakoğlu, G. (2002). "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Döner Sermaye Uygulaması Yanlıştır"; Toplum ve Hekim; 17(5):338-343

Kutzin JA. (2001). Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. Health Policy 56:171-204

Money, G., Ryan M. (1993). Agency in health care: Getting beyond first principles. Journal of Health Economics; 12: 125-135.

Nesanir N, Erem A, Bilge B, Saltik A. (2006). Manisa'da Birinci ve İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlerin Bakış Açısıyla Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulaması. Toplum ve Hekim; 2006; 21(3):231-238

Normand C, Weber A. (1994). Social Health Insurance. A Guidebook For Planning. WHO/ILO.

Sağlık Bakanlığı (2007). Sağlık Bakanlığı "Kurumsal Performans Ölçümü" www.tusp.saglik.gov.tr/PYKOG/dosyagoster.aspx Erisim tarihi: 11.10.2007,

Resmi Gazete (1961). Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında 209 Sayılı Kanun. 23/01/1961 tarih ve 10702 sayılı Resmi Gazete.

Smith AB. (1978). Value for money in health services: a comparative study. Medical Care; 1978; 16(3): 263-264

Tatar M. (2001). Sağlık Hizmeti Sunan Profesyonellere Ödeme Yöntemleri Sağlık ve Toplum; 2001; 11(4): 8-16.

Uz, HM. Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri. <http://www.merih.net/m1/whulkuz23.htm> Erisim tarihi: 17.12.2006

Wouters, A. (1998). "Alternative Provider Payment Methods: Incentives for Improving Health Care Delivery," Primer for Policymakers Series no. 1 (Bethesda, MD: Abt Associates Inc., 1999). Accessed November 15, 2006 www.phrproject.com