

ARAŞTIRMA**MANİSA'DA BİRİNCİ ve İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN BAKIŞ AÇISIYLA PERFORMANSA DAYALI DÖNER SERMAYE UYGULAMASI**

Nasır NESANIR*, Ali EREM**,
Bedri BİLGE***, Ahmet SALTİK****

Özet

Bu çalışmanın amacı, Manisa'da hekimlerin performansa dayalı döner sermaye uygulaması hakkındaki görüşlerini saptamaktır. Çalışma, Ağustos-Eylül 2005 döneminde Manisa ili merkez ve ilçe merkezindeki 69 birimde yapılmış, tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır. Çalışmada 520 (%72.4) hekime ulaşılmıştır. Hekimin çalıştığı kurum, uzman hekim olup olmayışı ve hekimin kurumda ikinci bir görevinin olup olmaması, araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Hekimlerin görüşleri bu değişkenlere göre irdelenmiştir. Veriler SPSS ver. 10.0 istatistik paket programıyla ki kare ve t testi kullanılarak çözümlenmiştir. İkinci Basamaktaki hekimler, uzmanlar ve kurumlarında ikinci bir görevi olan hekimler, performansa dayalı ödemeyi daha yüksek oranla istemektedirler. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasından aldığı ücret için hekimlerin yalnızca %4.8'i "yeterince hoşnut" olduğu anlatımını kullanmıştır. Performans sisteminin hekimler arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilediğini düşünenler %78.8, etik olmayan uygulamalara yol açan bir sistem olduğunu düşünenler ise %87.1 oranındadır. Hizmet başı ödeme (performansa dayalı uygulama) çalışma barışını bozan, yol açtığı etik dışı sonuçlar ve uygulamalarla hekimlerin büyük çoğunluğunun olumlu bakmadığı bir sistemdir.

Giriş

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 kazanıyor, yani bir ölçüde özelleşmiş oluyor (Kılıç ve ark. 2002).

Kamu sağlık kuruluşu, döner sermayeden personele dağıtılacak tutarı belirlerken, gelir-gider dengesi ile, borç-alacak, nakit durumu ve gereksinimleri gözetmekle yükümlü ve sorumludur (Sağlık bakanlığı, 2004). 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. Emekliliğe asla yansımayacağı 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.

Bugünkü döner sermaye uygulamasını tanımlayan ilk 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. Bu yasanın ikinci maddesinde döner sermayenin kurumların karları ile bağışlardan ve devlet yardımlarından oluşacağı belirtiliyor Dikkati çeken nokta ise, 1980'lere dek bu kurumların kazanacağı değil yasanın adında da geçtiği gibi devlet tarafından "verilecek" yardımın tanımlanmasıdır. Yasanın çıkarılış amacının, yataklı sağaltım (tedavi) kurumlarının hizmet sunumundaki gereksinimlerinin bir bölümünün karşılanması için yapılması gereken satın alma ve

*Arş. Gör., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

**Dr., Manisa Salihli Adalı Sağlık Ocağı Hekimi

*** Dr., Manisa Merkez 6 No'lu Sağlık Ocağı Hekimi

****Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

kiralamar konusunda yetkilendirilerek, uzun bürokratik işlemler gerektiren mevzuat uygulamalarından bağışık tutulmaları olduğu söylenebilir.

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 getirilmiştir.

Yine 209 sayılı yasada 27.06.1989 tarihinde 375 sayılı Yasa Gücünde Kararname ile yapılan değişikliklerle, her türlü hak edişi (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 dağıtılabileceği kabul edilmiştir. Son olarak 209 sayılı yasada yapılan bir değişiklikle 23.01.2001 tarihinde 4618 sayılı yasanın yürürlüğe girmesi ile Birinci Basamak sağlık kurumlarında da döner sermaye uygulamasına geçilmiştir.

2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49. maddesinin (k) bendine dayanarak Sağlık Bakanlığı'nı biri Birinci, öbürü İkinci ve Üçüncü Basamakta olmak üzere çıkarılan iki yönerge ile 01.01.2004 tarihinden başlayarak bütün Türkiye'de performansa dayalı döner sermaye uygulaması yürürlüğe konulmuştur (**Sağlık bakanlığı, 2004**). Daha önce döner sermayeden kıdem ve unvana göre pay dağıtılırken, performans uygulaması ile bunlara ek olarak klinik ve/veya hekimin kuruma kazandırdığı parayı temel alan bir ücretlendirilme modeli getirilmiştir (**Güray K, 2006**).

Sağlık Bakanlığı, performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile sağlık çalışanlarının ürettiği hizmete koşut ek ücret alacak olmasının bu personelin güdülenmesini (motivasyonunu) ve verimliliğini artıracaklarını, hastaya hekim seçme hakkı veren nitelikli ve verimli hizmet sunumu ile sağlık hizmetlerini iyileştirileceğini, sağlık hizmeti kullanımından hoşnutluğun yükseleceğini ummakta ve bu uygulamayı savunmaktadır (**Sağlık Bakanlığı, 2006; Akdağ R., 2003**).

Hekimlere bir ödeme yöntemi olan hizmet başı ödemesinin (performansa dayalı döner sermaye uygulaması) sonuçlarından kimileri ise gereksiz sağaltım

ve girişimler, maliyet artışı, takım çalışmasının zayıflaması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha az önem verilmesi yanında kimi etik dışı uygulamalara yol açmak olmuştur (**Hulki Uz, 2006; Belek, 2006**).

Bu çalışmada, Manisa ili merkez ve ilçe merkezlerinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Birinci ve İkinci Basamak sağlık kurumlarında çalışan pratisyen ve uzman hekimlerin, performansa dayalı döner sermaye uygulaması hakkındaki görüşlerini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Manisa Tabip Odası'nca Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınarak Ağustos-Eylül 2005 tarihleri arasında Manisa ili merkez ve ilçe merkezinde bulunan 53 Sağlık Ocağı, 13 devlet hastanesi, 1 çocuk hastanesi, 1 ruh sağlığı hastanesi ve 1 doğum hastanesi olmak üzere toplam 69 birimde çalışan tüm hekimleri (321'i uzman hekim, 397'si pratisyen olmak üzere toplam 718 hekim) katarak yapılmış tanımlayıcı, kesitsel bir araştırmadır. Çalışma kapsamına alınan hekimlere yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Ankette katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve performansa dayalı döner sermaye uygulaması ile ilgili sorular sorulmuştur. Çalışmada 239'u uzman hekim, 281 pratisyen hekim olmak üzere toplam 520 (%72.4) hekime ulaşıldı. 53 Sağlık Ocağında 224 hekimin 176'sına (%78.5), İkinci Basamakta çalışan 494 hekimin 344'üne (%69.6) ulaşıldı (Tablo 1). Yedisi başhekim olmak üzere toplam 17 hekim (%2.3) çalışmaya katılmayı reddetti. 181 hekime nöbet, özür (mazeret), yıllık, idari ve hastalık izni nedeniyle ulaşılamadı.

Tablo 1'de, kurumlara ve dallarına göre çalışma kümesinin bileşimi sunulmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Sağlık Bakanlığı'na devredilen sağlık kuruluşları performansa dayalı döner sermaye uygulamasına, bu araştırmanın yapıldığı sırada geçtikleri için, bu kurumlarda çalışan hekimleri çalışmaya katmadık.

Hekimin çalıştığı kurum, uzman hekim olup olmaması ve hekimin kurumda ikinci bir görevinin olup olmaması araştırmanın bağımsız değişkenleri olup; hekimlerin performansa dayalı döner sermaye uygulaması hakkındaki görüşleri bunlara göre irdelenmiştir. Veriler SSPS ver. 10.0 istatistik paket programıyla ki kare ve t testi kullanılarak çözümlenmiştir.

Tablo 1. Kurumlara ve dallarına göre hekimlerin çalışmaya katılım oranları

Çalışılan basamak	Pratisyen+ Uzman hekim (n=718) Ankete katılım (n=%)	Pratisyen hekim (n=397) Ankete katılım (n=%)	Uzman hekim (n=321) Ankete katılım (n=%)
I. Basamak (n = 224)	176 (78.5)	174 (78.3)	2 (100)
II. Basamak (n = 494)	344 (69.6)	107 (61.1)	237 (79.7)
Toplam sayı (n = 718)	520 (72.4)	281 (70.7)	239 (74.4)

Tablo 2. Pratisyen ve uzman hekimlerin ek iş, haftalık çalışma süreleri ve gelir-gider dengesi yönünden karşılaştırılması

	Ek iş yapma			Haftalık çalışma süresi (saat)		Gelir - gider dengesi		
	Evet (%)	Hayır (%)	p*	Ortalama ± SS	P**	Eşit veya fazla (%)	Az (%)	P*
Pratisyen Hekim (n = 281)	23.8	76.2	0.000	49.6 ± 11.6	0.000	65.5	34.5	0.000
Uzman Hekim (n = 239)	43.1	56.9		55.4 ± 14.2		82.8	17.2	
Toplam (n=520)	32.5	67.5		52.2 ± 13.2		73.5	26.5	

*ki kare, ** t testi

Tablo 3. Hekimlerin dallarına, çalıştıkları kurum ve bu kurumda ikinci görevlerinin olup olmamasına göre döner sermaye ve performans uygulamasına bakışları

Hekimlerin Çalışma Durumları	Ücret ödenmesi nasıl olmalı?				Döner sermaye uygulaması sürerse, performansa dayalı ödeme biçiminde mi olmalı?		
	Maaş-Döner Sermaye (%)	Yalnızca Maaş (%)	Yalnızca Döner (%)	p*	Evet (%)	Hayır (%)	p*
Tüm kurumlarda çalışan hekimler (n = 520)	55.2	43.5	1.3		56.5	43.5	
Pratisyen Hekimler (n = 281)	42.7	56.2	1.1	0.000	49.8	50.2	0.001
Uzman Hekimler (n = 239)	69.9	28.5	1.7		64.4	35.6	
I. Basamak (n = 176)	42.6	55.7	1.7	0.000	50.6	49.4	0.049
II. Basamak (n = 344)	61.6	37.2	1.2		59.6	40.4	
İkinci görev var** (n = 113)	61.1	37.2	1.8	0.136	65.5	34.5	0.030
İkinci görev yok (n = 407)	53.6	45.2	1.2		54.1	45.9	
Yalnızca İkinci Basamakta çalışan hekimler (n = 344)	61.6	37.2	1.2		59.6	40.4	
Pratisyen hekim (n = 107)	43.0	57.0	0.0	0.000	47.7	52.3	0.002
Uzman hekim (n = 237)	70.0	28.3	1.7		65.0	35.0	
İkinci görev var (n = 66)	71.2	27.3	1.5	0.065	78.8	21.3	0.000
İkinci görev yok (n = 278)	59.4	39.6	1.1		55.0	45.0	

*ki kare ("Ücret ödemesi nasıl olmalı?" sorusunda "yalnızca döner sermaye" diyenler analize alınmadı.)

** İkinci görev : Başhekim, başhekim yardımcısı, sağlık grup başkanı, klinik veya sorumlu hekim.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %73.5'i erkek, %90.4'i evli, evli olanların %77.2'sinin eşi çalışıyor, hekimlerin yaş ortalaması 40.1±7.0, kamuda çalışma süreleri 12.2±5.5 yıl, şu an çalıştıkları kurumda çalışma süreleri ortalama 5.5±4.9 yıldır. Hekimlerin %21.7'si (113 hekim) kurumunda başhekim, başhekim yardımcısı, sağlık grup başkanı, klinik veya sorumlu hekim olarak da görev almaktadırlar. Tablo 2'de gelir-gider dengesi ile ek iş durumu ve haftalık çalışma süreleri gösterilmektedir.

Çalışmaya katılan 520 hekimin %26.5'i gelirin giderinden az, %20.8'i fazla ve %52.7'si gelirin giderine denk olduğunu ifade etmiştir. Hekimlerin %32.5'i (169 hekim) ek iş yapmaktadır. Uzman hekimlerinin ek iş yapması (p=0.000), gelirin gidere denk veya fazla olması (p=0.000) ve haftalık çalışma süreleri ortalamaları

(p=0.000) pratisyen hekimlere göre daha fazladır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan 520 hekimin %43.5'i ücret artışının yalnızca maaşta, %1.7'si (yalnızca yedi hekim) döner sermayede ve %55.2'si hem maaşta hem de döner sermayede olmasını istediğini belirtmiştir. Yine katılanların %56.5'i şu an yürürlükteki Döner Sermaye uygulamasında performans sisteminin olmasını istemektedirler. İkinci Basamakta çalışanlar, uzman hekimler ve kurumlarında ikinci bir görevi olanlar döner sermaye ve performans dayalı ödemeyi daha çok istemektedirler (Tablo 3).

Kendisine uygulanan puanlama sisteminden hekimlerinin %52.9'u hiç hoşnut değil, %21.0'i az hoşnut, %23.8'i orta düzeyde hoşnut ve %2.3'ü yeterince hoşnut anlatımını kullanmıştır. (Tablo 4) Puanlama sisteminden

Tablo 4. Hekimin kendisine uygulanan puanlama sisteminden hoşnutluk düzeyi

Hekimlerin durumu		Hiç, %	Az, %	Orta, %	Yeterli, %
Dalı	Pratisyen (n=281)	50.5	21.4	25.6	2.5
	Uzman (n=239)	55.6	20.5	21.8	2.1
Çalıştığı kurum	I. Basamak (n=179)	46.6	23.9	28.4	1.1
	II. Basamak (n=344)	56.1	19.5	21.5	2.9
İkinci görevi	Var (n=113)	38.1	20.4	35.4	6.2
	Yok (n=407)	57.0	21.1	20.6	1.2
Toplam (n = 520)		52.9	21.0	23.8	2.3

Tablo 5. Hekimin performansa dayalı döner sermayeden aldığı paradan hoşnutluğu

Hekimlerin Dalı, Çalıştığı Kurum ve İkinci Görev Durumu		Hiç, %	Az, %	Orta, %	Yeterli, %
Dalı	Pratisyen (n = 281)	28.1	31.7	33.5	6.8
	Uzman (n = 239)	31.4	33.9	32.2	2.5
Çalıştığı kurum	I. Basamak (n = 179)	26.7	38.1	31.8	3.4
	II. Basamak (n = 344)	31.1	29.9	33.4	5.5
İkinci görevi	Var (n = 113)	17.7	31.0	41.6	9.7
	Yok (n = 407)	32.9	33.2	30.5	3.4
Toplam (n = 520)		29.6	32.7	32.9	4.8

hoşnutluğu, hoşnut olmayanlar (hiç + az + orta) ve hoşnut olanlar (yeterli) olarak ikiye ayırarak analiz ettiğimizde; istatistiksel olarak anlamlı çıkan tek değişken, hekimin ikinci görevinin olup olmamasıdır ($p=0.002$).

Performansa dayalı döner sermaye uygulamasından aldığı ücretten hekimlerin %29.6'sı hiç hoşnut değil, %32.7'si az hoşnut, %32.9'u orta ve %4.8'i yeterince hoşnut olduğu anlatımını kullanmıştır (Tablo 5). Aldığı paradan hoşnutluğu, hoşnut olmayanlar (hiç + az + orta) ve hoşnut olanlar (yeterli) olarak ikiye ayırarak analiz yaptığımızda, istatistiksel olarak anlamlı çıkan değişkenler hekimin uzman olup olmaması ($p=0.024$) ve ikinci görevinin olup olmamasıdır ($p=0.006$).

Performansa Dayalı Döner Sermaye Uygulamasının Kişisel Güdülenme, Mesleki Saygınlık ve Doyuma Etkisi Tablo 6'da sunulmaktadır.

Performans ödemesini kişisel güdülenmeleri üzerinde olumlu bulanlar %24.2, olumsuz bulanlar %30.8 ve fark oluşturmadı diyen hekimler %45.0 oranındadır. Performans ödemesini mesleki saygınlık ve doyum üzerinde olumlu bulanlar %10.2, olumsuz bulanlar %63.8 ve fark oluşturmadı diyen hekimler %26.0 oranındadır (Tablo 6). İkinci görevi olan hekimlerle olmayanlar arasında güdülenme ($p=0.001$) ve mesleki saygınlık ve doyum ($p=0.001$) açısından fark önemli vardır.

Performans ödemesinin hekimler arasındaki ilişkiyi olumlu etkilediğini düşünenler %6.7, olumsuz etkilediğini düşünenler %78.8 ve fark oluşturmadı diyen hekimler %14.4 oranındadır. Performans ödemesinin hekim dışı sağlık çalışanları ile ilişkiye etkisini olumlu bulan %3.8, olumsuz bulan %52.3 ve fark oluşturmadı diyen hekimler %43.8 oranındadır (Tablo 7). Hekimler arasında ilişki üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olan etkili değişkenler ikinci görevin varlığı ($p=0.001$) ve dalıdır ($p=0.019$). Hekim dışı sağlık çalışanları ile ilişki üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olan etkili değişken ise ikinci görevin varlığıdır ($p=0.001$).

Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının hekimlerin rekabetine ve çalışma arkadaşları ile ilişkilerine etkisi Tablo 8'de irdelenmektedir. Buna göre, Performans sisteminin etik olmayan uygulamalara yol açan bir sistem olduğunu düşünen hekim oranı %87.1'dir (Tablo 8).

Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının işlem ve hasta sayısına etkisi Tablo 9'da irdelenmiştir. İşlem sayısının arttığını belirten hekimler %70.0, hasta sayısının arttığını belirtenler %50.0 oranındadır.

Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının hastalara ve muayene sürelerine etkisi Tablo 10'da irdelenmektedir.

Tablo 6. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının kişisel güdülenme, mesleki saygınlık ve doyuma etkisi

Hekimlerin dala çalıştığı kurum ve ikinci görev durumu	Kişisel güdülenmeye etkisi (% değişim)			Mesleki saygınlık ve doyum(% değişim)			
		Olumlu	Olumsuz	Fark etmedi	Olumlu	Olumsuz	Fark etmedi
Dala	Pratisyen (n=281)	24.9	31.0	44.1	10.0	60.9	29.2
	Uzman (n=239)	23.4	30.5	46.0	10.5	67.5	22.2
Çalıştığı kurum	I. Basamak(n=179)	28.4	27.3	44.3	11.4	59.1	29.5
	II. Basamak (n=344)	22.1	32.6	45.3	9.6	66.3	24.1
İkinci görevi*	Var (n=113)	31.0	16.8	52.2	17.7	49.6	32.7
	Yok (n=407)	22.4	34.6	43.0	8.1	67.8	24.1
Toplam (n=520)		24.2	30.8	45.0	10.2	63.8	26.0

*p=0.001

Tablo 7. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının hekimlerin rekabetine ve çalışma arkadaşları ile ilişkilerine etkisi

Hekimlerin dala çalıştığı kurum ve ikinci görev durumu	Hekimler arasındaki ilişkiye etkisi (% değişim)			Hekim dışı sağlık çalışanları ile ilişkiye etki (% değişim)			
		Olumlu	Olumsuz	Fark etmedi	Olumlu	Olumsuz	Fark etmedi
Dala	Pratisyen (n=281)	6.0	83.3	10.7	3.2	49.5	47.3
	Uzman (n=239)	7.5	73.6	18.8	4.6	55.6	39.7
Çalıştığı kurum	Basamak (n=179)	5.7	83.0	11.4	4.0	44.9	51.1
	II. Basamak (n=344)	7.3	76.7	16.0	3.8	56.1	40.1
İkinci görevi	Var (n=113)	2.9	82.1	15.0	5.3	38.1	56.6
	Yok (n=407)	20.4	67.3	12.4	3.4	56.3	40.3
Toplam (n=520)		6.7	78.8	14.4	3.8	52.3	43.8

*p=0.001

Bu uygulamanın hastalara olumlu yansıdığı düşünülürken hekim oranı %26.3 ve muayene süresinin arttığı düşünülürken hekim oranı %3.7'dir (Tablo 10).

Sağlık Ocağı hekimlerinin, Performans Uygulamasının aile planlaması ve başışıklama hizmetleri üzerine etkisine ilişkin görüşleri Tablo 11'de değerlendirilmektedir.

Uygulamanın aşılama hizmetlerine olumlu etkisi olduğunu belirten hekim oranı %13.7 ve aile planlaması hizmetlerine olumlu etkisi olduğunu belirten hekim oranı %15.4'tür (Tablo 11).

Ankete katılan hekimlerinin %20.8'i ücret ve özlük hakları ile ilgili sorunlarını Türk Tabipleri Birliği'nin, %6.5'i Sağlık Bakanlığı'nın ve %66.0'si her iki kurumun çözmesini ve %5.2'si ise Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipleri Birliği ve sendikaların birlikte çözüm üretmesini istediğini belirtmişlerdir

Tartışma

Hekimlerin yarısından çoğunun aylık ücret ödemesinin maaş + döner sermaye biçiminde olmasını istemesi, yine yarından çoğunun "döner sermaye süreceksse performansa dayalı olsun" demeleri, emeklerinin karşılığını yeterince alamadıklarına üstelik döner sermaye ödemesi olmadan

Tablo 8. Hekimlerin performansa dayalı döner sermaye uygulamasına etik açıdan bakışı

Hekimlerin dalı, çalıştığı kurum ve ikinci görev durumu		Performans sistemi, etik olmayan uygulamalara yol açan bir sistem mi?		
		Evet, %	Hayır, %	Fikrim Yok, %
Dalı	Pratisyen (n = 281)	87.2	3.6	9.3
	Uzman (n = 239)	87.0	6.7	6.3
Çalıştığı kurum	I. Basamak (n = 179)	86.9	4.5	8.5
	II. Basamak (n = 344)	87.2	5.2	7.6
İkinci görevi	Var (n = 113)	76.1	9.7	14.2
	Yok (n = 407)	90.2	3.7	6.1
Toplam (n = 520)		87.1	5.0	7.9

Tablo 9. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının işlem (ameliyat, biyopsi, lab., röntgen vb.) ve hasta sayısına etkisi

Hekimlerin dalı çalıştığı kurum ve 2. Görevi		İşlem sayısı (% değişim)			Hasta sayısı (% değişim)		
		Arttı	Azaldı	Değişmedi	Arttı	Azaldı	Değişmedi
Dalı	Pratisyen(n = 281)	69.0	0.7	30.2	46.6	2.1	51.2
	Uzman(n = 239)	71.1	0.4	28.5	54.0	0.8	45.2
Çalıştığı kurum	I. Basamak (n = 179)	66.5	0.6	33.0	44.9	2.8	52.3
	II. Basamak (n = 344)	71.8	0.6	27.6	52.6	0.9	46.5
İkinci görevi	Var (n = 113)	66.4	0.9	32.7	50.4	2.7	46.9
	Yok (n = 407)	71.0	0.5	28.5	49.9	1.2	48.9
Toplam (n = 520)		70.0	0.6	29.4	50.0	1.5	48.5

Tablo 10. Performansa dayalı döner sermaye uygulamasının hastalara ve muayene süresine etkisi

Hekimlerin dalı, çalıştığı kurum ve ikinci görev durumu		Hastalara yansımaları (% değişim)			Muayene süresi (% değişim)		
		Olumlu	Olumsuz etmedi	Fark	Arttı	Azaldı	Değişmedi
Dalı	Pratisyen (n=281)	26.3	33.8	39.9	5.7	44.8	49.5
	Uzman (n=239)	26.4	35.6	38.1	1.3	49.0	49.8
Kurum	I. Basamak (n=179)	26.1	32.4	42.5	8.5	42.0	49.4
	II. Basamak (n=344)	26.5	35.8	37.8	1.2	49.1	49.7
İkinci görevi	Var (n=113)	32.7	24.8	42.5	5.3	41.6	53.1
	Yok (n=407)	24.6	37.3	38.1	3.2	48.2	48.6
Toplam (n = 520)		26.3	34.6	39.1	3.7	46.7	49.6

Tablo 11. Sağlık ocağı hekimlerinin, performans uygulamasının aile planlaması ve bağışıklama üzerine etkisine ilişkin görüşleri

Hizmet alanları	Olumlu etkilendi (%)	Olumsuz etkilendi (%)	Fark etmedi (%)
Aile Planlaması (n = 176)	15.3	26.7	58.0
Bağışıklama (n = 176)	13.6	24.4	61.9

yeterince maaş artışı olmayacağını bilmelerine yorulabilir. Sağlık Bakanlığı'nın bu sisteme geçmesinin gerekçelerinden biri de verilen maaşların yetersizliğini kabul etmesidir. Mansur'un 2004 yılında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 382 hekim üzerinde yaptığı çalışmada, hekimlerin %64.7'si ücret iyileştirilmesinin maaş + döner sermaye biçiminde olmasını istediği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda tüm hekimler temelinde bu oranın 10 puan dolayında düşük olması, daha az döner sermaye ödemesi alan Birinci Basamaktan kaynaklanıyor. Nitekim bizim çalışmamızda da yalnızca İkinci Basamakta çalışan tüm hekimlerde maaş + döner sermaye diyenler %61.6, yalnızca uzmanlarda %70.0'tir (Mansur, 2004). İkinci Basamakta çalışanların, kurumda ikinci görevi olanların ve uzmanların daha çok döner sermaye + maaş istemeleri hem İkinci Basamakta döner sermaye ödemelerinin daha iyi olması hem de performans katsayılarının yüksek olmasından kaynaklanıyor. Nitekim katsayıları en yüksek olan İkinci Basamakta çalışan ikinci görevi olan hekimlerde, "Döner sermaye uygulaması devam ederse performans dayalı ödeme şeklinde mi olmalı?" sorusuna %78.8 oranında "evet" yanıtı çıkmıştır. "Maaş + döner sermaye" diyen pratisyen hekim ve Birinci Basamakta çalışan hekimlerde aynı ödeme biçimi sürecekse, performans dayalı olmasını isteyenlerdeki artışın nedeni, performans uygulaması sonrası daha iyi ücret almaları ile açıklanabilir. Manisa'da Sağlık Ocaklarında bir ay tam çalışan bir hekim 2003 yılında aylık ortalama yaklaşık 100 YTL ek ödeme alırken, performans uygulaması sonrası 2004 yılında 300 YTL ek ödeme ve 2005 yılında 800 YTL ek ödeme almıştır (Manisa Sağlık Müdürlüğü, 2005).

Döner sermayeden aldığı paradan ve uygulanan puanlama sisteminden duyulan hoşnutluğa baktığımızda, ikinci görevi olanların öbürlerine göre daha çok hoşnut olmalarına karşın, genel anlamda bir hoşnutsuzluk söz konusudur. Bir buçuk yıl gibi kısa bir süre dir uygulanmasına karşın, sonuncusu 30.09.2005 tarihinde olmak üzere ilgili Yönergede sekiz kez değişikliğe gidilmesi bunun bir göstergesidir. Mansur'un çalışmasında, hekimlerin %72.4'ü döner sermayedeki puanlamanın adil olarak yapılmadığını belirtmişlerdir. Saka ve ark.nın Diyarbakır, Pala ve ark.nın Bursa il merkezlerinde Birinci Basamak sağlık çalışanlarıyla yaptığı iki ayrı çalışmada da puanlama uygulamasından hoşnutsuzluk oranı sırasıyla %81.5 ve %64.6'dır (Saka ve ark., 2004; Pala ve ark., 2005). Puanlama sistemi ile bir hekimin yaptığı her bir işlemin öbür hekimin işlemlerinden daha önemli ya da önemsiz olduğu iddia edilmektedir. Dolayısıyla hoşnutluk olanaklı olmayabiliyor. Ayrıca hekimler yaptıkları işlemin karşılığında öbür hekimlerden daha yüksek puan almalarına karşın, bunun çalışmalarının tam karşılığı olmadığını düşünebiliyorlar.

Performansa dayalı döner sermaye uygulaması hekimlerin hem meslektaşları hem de öbür sağlık çalışanları ile ilişkilerini kötü etkilemiş, çalışma barışını bozmuştur. Halbuki iyi bir sağlık hizmeti sunumu öncelikle uyumlu bir takım çalışması ile olanaklıdır. Nitekim Saka

ve ark.nın çalışmasında bu uygulamanın personel uyumsuzluğuna neden olup olmadığına %50 oranında evet dendiği; Mansur'un çalışmasında performansın hastanedeki çalışma barışını %80.5 oranında olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda hekimler arasındaki ilişkinin öbür sağlık çalışanları ile ilişkilerine oranla daha kötü etkilenmesinin nedeni, hekimlerin hekimlerle bu sistem nedeniyle rekabet etmek zorunda kalmaları sayılabilir.

Bir sağlık sisteminin işleyebilmesinde personelin güdülenmesi, mesleki saygınlık ve doyum sağlanması çok önemlidir Sağlık Bakanlığı, performans sistemi ile personelin güdülenmesini artıracaklarını düşünmekte; fakat yapılan çalışmalar hekimlerin böyle düşünmediğini gösteriyor. Nitekim bizim çalışmamızda her dört hekimden yalnızca birinin bu sistemin güdülenmelerini olumlu etkilediğini belirtmesi; Saka ve ark.nın çalışmasında "Personelin daha güdümlü çalışmasının sağladığı mı?" sorusuna %67 oranında "hayır" denmesi ve Mansur'un çalışmasında hekimlerin yalnızca %17.2'sinin güdülenmelerini olumlu yönde etkilediğini ve %64.6'sının mesleki saygınlık ve doyumunu olumsuz etkilediğini belirtmesi; performans sisteminin güdülenmeyi ve mesleki saygınlığı olumsuz etkileyen bir sistem olduğunu ortaya koymaktadır. Hem bizim hem Mansur'un çalışmasında mesleki saygınlık ve doyumdaki olumsuz etkinin güdülenmeden daha çok olmasının nedeni, performansın ek bir ödeme getirdiği için güdülenmelerini olumlu etkilediğini düşünmeleri; ancak yine aynı performansın yol açtığı etik dışı uygulamalar nedeniyle mesleki saygınlıklarında bir azalmaya neden olduğunu görmeleri olabilir.

Bizim çalışmamızda, her dört hekimden yalnızca biri performans dayalı döner sermaye uygulamasının hastalara olumlu yansıdığını düşünürken; Saka ve ark.nın çalışmasında, "Bu sistem halka daha iyi sağlık hizmeti sunulmasına neden oldu." diyenlerin oranı %17.5'tir. Bizim çalışmamızda olduğu gibi Mansur'un çalışmasında da hekimlerin yaklaşık %90'ı performans dayalı döner sermaye uygulamasının hem hasta hem de hekimler açısından etik dışı uygulamalara yol açan bir sistem olduğunu düşünüyorlar. Oysa mükemmel "Vekalet" ilişkisinde, hekimin kendi çıkarları için gereksiz/fazla sağlık hizmeti kullandırma eğilimi yoktur. Vekil eden ("Vekalet" veren) hasta, hekimin kendisine tam tanı koyması ve uygun sağaltım yöntemini belirlemesi için gerekli olan bilgileri verir, gereksiz hizmet isteminde bulunmaz (Money and Ryan, 1993).

Hem bizim çalışmamızda, hem öbür çalışmalarda performans dayalı döner sermaye uygulamasının hasta sayısını artırdığını ve buna koşutlukla işlem sayısını çoğalttığını görüyoruz (Belek, 2001; Mansur, 2004, Saka ve ark., 2004, Gosden ve ark., 2001). Sağlık Bakanlığı'na bağlı İkinci Basamak kurumlarında 2003 yılında 69 milyon olan poliklinik sayısı, performans uygulaması ile birlikte 2004 yılında 91 milyon 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 artış görüyoruz (Aydın, 2001). 2004 yılında SSK'ya bağlı kişiler Sağlık Bakanlığı'nın Birinci Basamak kurumlarından yararlanabiliyorlardı; fakat İkinci ve Üçüncü Basamak kurumlarından yararlanamıyorlardı. Sağlık Bakanlığı, bu niceliksel artışı sisteminin iyi işlediğine yorumlamaktadır. Fakat asıl önemli olan niceliksel değil, niteliksel durum olmalıdır. Üstelik hala bir denetim düzeneği geliştirilmemiştir. Ayrıca bizim çalışmamızda hekimler hasta sayısının arttığını; ancak muayene süresinin kıaldığını belirtmektedirler.

Hekim açısından daha çok döner sermaye alabilmek, gereksiz hasta bakmak, daha çok ilaç, çok tahlil ve daha çok yatış demektir. Bunun sonucunda devlet maaş artışı ile hekimlere ver(e)mediği paranın on katını ilaç ve medikal firmalarına verecektir. Bu alan yabancı firmaların egemenliği altında olduğu için ülke kaynaklarının dışarı çıkmasına neden olacak yani küresel sermayeye hizmet edilecektir. Nitekim 2005 yılı rakamlarına göre Sosyal Sigortalar Kurumu'nda sağlık giderlerinin %43'ü, Bağ-Kur'da %62'si ve Emekli Sandığı'nda %55.8'i salt ilaç harcamalarına gitmiştir (SSK'nın Sağlık ve İlaç Giderleri, 2006; Emekli Sandığı'nın Sağlık Harcamaları, 2006).

Sonuç

Hizmet başı ödeme (performansa dayalı uygulama) takım çalışmasını ortadan kaldıran, çalışma barışını bozan, yol açtığı etik dışı sonuçlar ve uygulamalara hekimlerin büyük çoğunluğunun olumlu bakmadığı, kamu sosyal güvenlik sistemlerine ağır mali yük bindiren bir sistemdir. 2006 bütçesinde, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarının 3.5 milyar YTL tutarında döner sermaye alacağı, mali dengeler adına kesilmiştir. Ayrıca, 2007 ve 2008 bütçelerinde sosyal güvenlik sistemine doğrudan devlet katkısı sıfırlanmıştır. Performans ödemeleri halen askıdadır. Parasal yük halkın sırtına yıkılacaktır. Sürdürülmesi mali açıdan olanaksız olan bu sistemin terk edilmesi ve Sağlık Bakanlığı'nın Türk Tabipleri Birliği ve sağlık çalışanlarının sendikaları ile işbirliğiyle hekimlerin ve öbür sağlık çalışanlarının özlük hakları sorununu emekliliğe de yansıtarak çözmesi gerekmektedir.

Not : Bu çalışma, Ankara'da 25-27 Kasım 2005 tarihleri arasında düzenlenen X1. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultayı'nda "Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Hekimlik Ortamına ve Uzmanlık Eğitimine Etkileri" başlıklı oturumda sunulmuştur.

Teşekkür : Manisa Tabip Odası Yönetim Kurulu'ndan Doç. Dr. Hatice Mavioğlu, Dr. Münir Çelik, Dr. U. Engin Halaz, Dr. Caner Sönmez'e, Oda sekreterleri F. Karaca ve A.Hardal'a teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Güncel Türkçe Sözlük, TDK (<http://www.tdk.gov.tr/>) TDKSOZLUK/sozbul) Erişim : 31.01.2006.

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

Sağlık Bakanlığı. (2004), "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge".

Sağlık Bakanlığı. (2004), "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge".

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında 209 Sayılı Kanun. 23/01/1961 tarih ve 10702 sayılı Resmi Gazete. Erişim tarihi: 31.01.2006 <http://www.saglik.gov.tr/sb/extras/mevzuat/209%20SON%20HALI.doc>

Operasyon sürüyor. Sağlıkçının Sağlığı Bülteni- özel sayı, Şubat 2001.

Güray K. Yeni Bir Ücretlendirme Modeli: Performansa Dayalı Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılması. Erişim tarihi: 30.01.2006 http://www.saglikcilar.net/haber_detay.asp?id=385&kategori=Sizden%20Gelenler

Akdağ R. (2003), "2004 Mali Yılı Bütçesi'ni TBMM Plan ve Bütçe komisyonu'na Sunuş Konuşması", Ankara: Sağlık Bakanlığı yayını

Hulki Uz M. Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri. Erişim tarihi: 30.01.2006 yaz.. <http://www.merih.net/m1/whulkuz23.htm>

Belek İ. Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası Sorun Yayınları 2001 İstanbul. Hekim Ödeme Sistemleri s 107-111

Tatar M. (2001), Sağlık Hizmeti Sunan Profesyonellere Ödeme Yöntemleri Sağlık ve Toplum. Yıl : 11, Sayı : 4, Ekim-Aralık, s 8-16

Mansur T. (2004), Performansa Dayalı çalışma Sisteminin Uzmanlık Eğitimine Etkileri, X. Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurultayı, 27-28 Kasım, İstanbul Kurultay kitabı syf. 53-61

Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Birinci, İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında görevli personele döner Sermaye Gelirlerinden Ek ödeme Yapılmasına Dair Yönerge. Sağlık Bakanlığı'nın 30-09-2005 tarih ve 349 Sayılı Makam onayı. Manisa Sağlık Müdürlüğü 2003, 2004, 2005 yılı Birinci Basamak Döner Sermaye Ödemeleri.

Saka G. Karaçomak Z, Ertem M, Acemoğlu H. (2004), Diyarbakır'da Birinci Basamakta Döner Sermaye Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Bir Ön çalışma. IX. Ulusal Halk Sağlığı kongresi, 3-6 Kasım, Ankara

Pala K, Sarısözen D, Türkan A, Günay N. (2005), Bursa Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışanların Döner Sermaye ve Aile Hekimliği ile İlgili Düşünceleri. Toplum ve Hekim; c:20, sayı:3, s:177-185, Mayıs-Haziran.

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

Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. (2001), Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. Journal of Health Services Research and Policy, Volume 6, Number 1, 1 Jan., pp.44-55(12).

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

Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Muayene Edilen Hasta Sayılarında Gelişme, 2000-2004. Erişim tarihi: 30.01.2006. <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/T7.XLS> SSK'nın Sağlık ve İlaç Giderleri. (Grafik 21.) Erişim tarihi: 30.01.2006. http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2004/T74_92.xls

Emekli Sandığı'nın Sağlık Harcamaları. Erişim tarihi: 30.01.2006. [http://www.emekli.gov.tr/sagist/\(1-0\)toplam_saglik_tahakkukunun_karsilastirilmesi.xls](http://www.emekli.gov.tr/sagist/(1-0)toplam_saglik_tahakkukunun_karsilastirilmesi.xls)