

DOSYA/DERLEME**PERFORMANSIN BAŞARISI!!!***Eriş BİLALOĞLU**

Sağlık Bakanı Recep Akdağ 3 Kasım 2003 tarihini taşıyan "2004 Mali Yılı Bütçesi'ni TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'na Sunuş Konuşması" metninde şöyle diyordu: "Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkinliğinin artırılması, personelin hizmet katkısı oranında dinamik bir süreç dahilinde döner sermaye gelirlerinden yararlandırılması amacıyla 2003 Yılı Bütçe Kanunu'na istinaden "Hastane Döner Sermayelerinin Dağıtımı Hakkındaki Yönerge" yi hazırladık ve pilot olarak belirlenen 10 hastanede performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçtik. Hasta merkezli, hastaya hekim seçme hakkı veren, sağlık çalışanına ürettiği hizmete paralel ek ödeme öngören bir sistemin temeli böylece atıldı. Performansa dayalı ek ödemenin esas alındığı ve hastanelerimizde hizmet verimliliğini arttıracak olan bu uygulamayı, 2004 yılında ülke geneline yaygınlaştırmayı planlıyoruz."

Aynı konuşma metninde, yukarıdaki alıntıyı izleyen paragrafta "...Hastanelerimizin sağlıklı bir mali yapıya kavuşturulmalarına yönelik engelleri büyük oranda ortadan kaldırdık. Böylece döner sermaye yeterliliklerine kavuşturulmuş hastanelerimizin, sağlık işletmelerine dönüştürülerek Kamu Yönetimi Reformu çalışmaları çerçevesinde yerel yönetimlere devri konusunda da önemli mesafeler katetmiş olduk." demektedir (Akdağ, R.; 2004:34-35).

Sağlık Bakanı'nın konuşmasında belirttiği pilot uygulama yönergesinin deneyiminden de yararlanan

bakanlığın ilgili birimleri 2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49. maddesinin (k) bendine dayanarak yürürlüğe girecek olan ve tüm Türkiye'deki bakanlık 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarını kapsayacak yönergeyi hazırladılar. "Sağlık Bakanlığı'na Bağlı İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge" başlıklı metnin 1. maddesinde amaç şöyle belirleniyordu: "...personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması..."

Bu uygulamada cazibe merkezi "performansa" odaklanıyordu. Bu cazibe -çok sayıda örnek verilebilir-yetkililerce "daha fazla hizmet eden, daha çok para kazanacak" biçiminde formüle ediliyordu (Akdağ, R.; Medimagazin 2004:179).

Nasıl uygulanıyor?

Sağlık çalışanları arasında kısaca performansa dayalı ödeme diye adlandırılan uygulama öz itibarıyla, yönergenin adından da anlaşılacağı gibi, döner sermaye gelirlerinden çalışanlara yapılan bir ek ödeme biçimidir. 2004 yılı bütçe kanununun ilgili maddesine dayanarak hazırlanan bir yönerge ile döner sermayenin çalışanlara dağıtımının usul ve esasları belirleniyor (Çalışanlarca sıklıkla yanlışlıkla bir yasa olduğu sanılıyor. Oysaki düzenleme bir yönerge düzeyinde).

*Dr., TTB Merkez Konseyi Üyesi

Sistemde her çalışanın bir katsayısı (çarpanı) var. Bu katsayı çalışanın unvanı, görevi, serbest çalışıp çalışmaması gibi faktörler gözönüne alınarak belirleniyor. Örnekleme gerekirse başhekimseniz bir diğer hekimden, hekimseniz hemşireden daha büyük bir rakamla ifade oluyor. Benzer biçimde tam gün çalışıyorsanız, çarpanınız, tam gün çalışmayan bir hekime göre daha büyük bir rakam ile karşılıklandırılıyor. Sözkonusu çarpanlar sistemin birinci listesini oluşturuyor.

İkinci liste ise yapılan işlemleri içeriyor. Sağlık Bakanlığı bu liste hazırlığında bütün çalışanlar için ayrı ayrı listeler oluşturmak yerine hizmetin temel sunucusu hekimdir diyerek merkeze hekimi ve onun yaptığı işlemleri alıyor. Böylece bütün bir sağlık alanında üretilen hizmeti ekipten kişiye (hekime), bütünlükten de tek tek işlemlere indiriyor (Bu aslında mantık gereği bir zorunluluk). "İşlemler" de de subjektif olunmaması amacıyla tanımlanabilme kolaylığı olan (bir başka ifadeyle karşılıklandırıldığında tartışmaya daha az açık olan) alanlar ve işler listeye dahil ediliyor. Bu amaçla TTB'nin çok uzun yıllardır özel hekimlik alanında uygulanması için hazırlayıp güncellediği TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde yer alan işlem adları ve karşılık gelen puanlamalardan -büyük ölçüde- yararlanılıyor.

Sonuç olarak sistem -kabaca söylemek gerekirse- iki ayrı listeden yararlanılarak yürütülüyor. Her hekim belli bir dönem boyunca, ki yönerge gereği aylık dönemler, yaptığı işlemleri kaydediyor ya da kurumdaki kurulu sistem kaydediyor. Her işlemin ikinci listede yer alan karşılık puanları toplanıyor. Bu o hekimin toplam puanını, bir başka ifadeyle performansını gösteriyor. Bakanın diliyle söylersek çok çalışan çok puan toplamış oluyor. Puanı çok olan işleri yapanların çok puan toplamaları da sistemin doğal sonucu. Ancak bu performansın ek ödemeye dönüşebilmesi (para etmesi ya da paraya dönüşebilmesi) başka faktörlere bağlı aynı zamanda.

Kurumun döner sermaye gelirlerinden Sosyal Hizmetler, Çocuk Esirgeme Kurumu, Hazine ile Sağlık Bakanlığı payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın, yıl sonunda %50'sini aşmayacak şekilde o dönem dağıtılacak miktarı, yönerge ile tanımlanmış döner sermaye komisyonunca belirlenir. Komisyon kurumun gelir-gider dengesi ile borç, alacak, nakit durumu ve ihtiyaçlarını gözetmekle yükümlü ve sorumludur. İşte bu kurallar ve duyarlılıklar sonucu o ay için dağıtılacak para miktarı belirlenir. Kurumda dağıtılacak o ayki toplam para belirlendikten sonra sıra çalışanların topladığı puanların (yani bakanlığa göre performans durumunu gösterir rakamların) paraya dönüşmesi, anamlanmasına gelir. Böylece o ayki birim puanın kaç para ettiği ortaya çıkar.

Yukarıda çok kabaca ve olabildiğince sadeleştirilerek anlatılan sistemin klinik hizmet toplam puanı, klinik hizmet puan ortalaması, hastane hizmet puan ortalaması, bilimsel çalışma destek puanı, eğitici destekleme puanı, aktif çalışılan gün katsayısı, hastane toplam puanı gibi aktarılmayan birçok "düzelticisi" ve hekim dışı çalışanların alacakları paranın ortaya çıkartılmasında da kullanılan "kolaylaştırıcı" tanım ve kuralları bulunmaktadır.

Sistem -doğası gereği- belli bir alanda hizmetin sınırına gelindiğinde (sunum koşulları son sınıra kadar zorlandığında) o alanda çalışanların sayısındaki artışla azalan ek ödeme oranlarını doğuracaktır. Bu durumda bakanlık yetkililerinin beklentisi, personelin, daha az sayıda personel bulunan coğrafi yerlere, kurumlara -elbette döner sermaye geliri olan!- tayin isteyeceğidir. Yani "piyasanın kuralları", sağlık personelinin ülke ölçüsünde dengeli dağılımına yön verecektir.

Bakanlığın bir başka beklentisi ise kişilerin daha fazla ek ödeme elde edebilmek için daha çok çalışacağı, sonuçta bir bütün olarak sağlık hizmetlerinde verimliliğin artacağıdır.

(Burada belirtmekte yarar var. Yönergenin amaç bölümünde yazılan "...sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması" hedeflerinden sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve kaliteli hale gelmesinin -meseleyi biraz bilen bakanlık yetkililerinin de ifade ettiği gibi- bu yolla olamayacağı ortadadır. Verimlilik ise verimlilikten ne anladığınızna bağlı olarak değişir!)

Performans nedir?

Girişte aktarıldığı gibi uygulama çalışanların performansına dayandırıldığı söylenen, döner sermaye gelirlerine dayalı bir ek ödeme. Bu nedenle sağlıkta hizmeti iyileştireceği, kaliteyi ve verimliliği artıracığı söylenen performansın ne olduğunu -kısaca- tartışmakta yarar vardır. Bu amaçla genel olarak işletmelerde -ki sağlık bakanlığı da sağlık kuruluşlarının bir işletme olarak kurgulamaktadır- performansla bakılmak üzere olacaktır. "Performans (performance) başarıdır, başarı olarak karşılıklandırılmaktadır".

Performansın belirlenmesi için, gerçekleştirilen etkinliğin sonucunun değerlendirilmesi gerekir. Bir iş sisteminin performansı, belirli bir zaman sonucundaki çıktısı ya da çalışma sonucudur. Bu sonuç işletme amacının ya da görevinin yerine getirilme derecesi olarak algılanmalıdır.

Performans kavramının boyutlarından biri olarak verimlilik kavramının çeşitli tanımları bulunmaktadır... Performans basit bir bakışla üretimde artış olgusuyla da değerlendirilebilir...Üretim artışı kimi durumlarda kullanılan üretim kaynaklarının miktarı arttırılarak sağlanabilir, diğer bir deyişle üretim artışı verimlilik artışı sağlanmadan da gerçekleştirilir.

Verimlilik...çok değişik kaynaklar arasındaki etkileşimlerin sonucudur. Bu ilişkinin çıktı/girdi gibi tek ve basit bir ölçütle açıklanması ise yeterli olmamaktadır. En azından kalitenin göz önüne alınmadığı verimlilik değerlendirmelerinin anlamlı olmayacağı artık açıkça kabul edilmiştir.

Çalışanları koşturarak, canından bezdirerek, onları robotlaştırarak çalıştırmak için kurnazca hazırlanan teknikler verimlilik olarak kabul edilmez...Çıktıdaki artış

verimlilik artışına her zaman bağlı değildir. Çıktıdaki artış verimliliğe bağlı olmayabilir de...Verimlilikteki bir artış, daha iyi kaliteyi garantilemez" (Akal, Z.;2002:1-25).

Görünürde Bakanlık bir bütün olarak Türkiye ölçeğinde, özel olarak 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında ve çalışan olarak hekimlere odaklanmış bir "sağlık hizmeti amacı" belirlemiştir: Üretilen hizmeti artırmak! Olması gereken hedeften yani sağlığın iyileştirilmesinden uzaklaşınca ya da temel kaygı bu olmayınca sağlığa zarar verecek yönelimlere girmekte sakınca duyulmamaktadır.

Yukarıdaki alıntılar bile performansın değerlendirilebilmesi için etkinliğin sonucunun değerlendirilebilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Hastaneler için konuşacak olursak yapılan işlemin (muayene, sonda takılması vb.) niteliğine yönelik bir belirleme, alt yapı vs. olmadan niceliğe odaklanmış bir teşviğin -hele de sağlık alanında- sakıncaları açıktır. Bakanlık yetkilileri bundan bir sıkıntı duymamaktadırlar. Neden? Bunun yanıtı yaşanan sürecin götürülmek istenilen durağına kilitletmiş olmalarındandır.

Bakanlığın hedefi nedir?

Hedefleri gizli değil. Hazırladıkları Sağlık Kanunu tasarısında (yazının girişindeki alıntıda da olduğu gibi) ifade ediyorlar. Tasarının "İkinci Basamak Kuruluşları ve Görevleri" başlıklı üçüncü bölümünde kamu hastanelerinin sağlık işletmesi olarak kurulacağı, kamuya ait hastanelerin işletme haklarının en çok kırk dokuz yıl süre ile kiralanabileceği, eğitim ve araştırma hastanesi niteliğinde olanların Sağlık Bakanlığı'nın, diğerlerinin il özel idarelerinin ilgili kuruluşu olarak sağlık işletmesi olduğu, sağlık işletmesindeki yönetim kurulunun çalışacak sözleşmeli personel ile ilgili teklifleri karara bağlayacağı, sağlık işletmesi personelinin iş kanununa tabi iş sözleşmesiyle çalıştırılacağı, ücretlerinin yönetim kurulunca belirleneceği açıkça yazılmış durumdadır. Tasarının geçici maddelerinde ise kanunun yürürlük tarihinden itibaren 6 ay içinde hastanelerin işletmeye dönüştürüleceği, sağlık işletmesine dönüştürülen hastanelerin mevcut döner sermaye varlığının işletmenin ilk sermayesine katılacağı yazıyor. Bu durumda döner sermaye kaldırıldığı için döner sermayeden ek ödeme diye bir şey de kalmıyor. Çalışanlar yukarıda aktarıldığı gibi iş kanununa tabi hale geldiklerinden işletmenin yönetim kurulu ile sözleşme yapıyorlar. Çalışanların alacakları ücret artık sözleşme yaparken ki performanslarına (ya da varsa ve girdilerse sendikalarınınkine) kalmış durumda!

Söylenilecek olan şudur:

1- Uygulama -bu biçimiyle- bir geçiş dönemi özelliği taşımaktadır.

2- Sürenin ne kadar olacağı birçok faktöre (Dünya Bankası, uluslararası sermaye için Türkiye'nin ne ölçüde önemli bir sağlık pazarı olduğu, kaynak ayırma durumu, siyasi gelişmeler, sağlık çalışanları başta olmak üzere

mücadelenin ve ülkenin sağlık göstergelerinin seyri vs..) bağlı görünmektedir.

3- Bugün için hizmetin niceliğinde bir artış tıbbi teknoloji tüketimi vb. artışla paralellik gösterecektir. Her halukarda ülke dışına kaynak aktarımında bir artış beklenmelidir. Bunun oranı tartışılabilir ancak mevcutun korunması bile bir veridir.

4- Hükümetin temel amacı bir bütün olarak çalışanlara daha fazla para vermek değildir. Aksine bir bütün olarak ücretlerde reel anlamda düşüş gerçek amaçtır.

5- Çalışanlara ödeme yapılan döner sermayenin kaynakları da bellidir: Sosyal güvenlik kuruluşları (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, SSK) yeşil kart ve cepten ödemeler. Burada bir kaynak artışı gereksinimi -belli bir dönem için sözkonusu ise- bunun gerektiği sürece devamlılığının sağlanması hükümetin önünde bir iştir.

Ödeme sistemleri içerisindeki yeri...

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 2. ve 3. basamakta çalışanlar 10 yılı aşkın bir süredir maaşlarının yanı sıra döner sermaye gelirlerinden ek bir ödeme alıyorlardı (birinci basamağın dahil edilmesi görece çok yeni). Bu ödeme yıllar içerisinde miktar olarak görece artan bir seyir izledi. Bunun bütün kurumlar için geçerli olduğu söylenemez. Ancak alınan maaş bir ölçüt olarak düşünüldüğünde maaşla arasındaki oran küçüldü (1999-2002 hükümetleri döneminin bakanı Osman Durmuş'un da döner sermaye ödeme tavanlarıyla oynadığı hatırlardadır -döner sermaye ile ilgili yasada değişiklik; 23.Ocak. 2001; RG yayım tarihi-).

Döner sermayeye dayalı ek ödemede temel yaklaşım, sağlık çalışanlarına orta vadede bakanlık bütçesinden ödenen kaynağı sınırlamak ve çalışanlara sağlıkta bir işletme mantığını kabul ettirerek gelirlerini işletmenin karına endekslemektir. Durmuş'un "versiyonunda" saat 16.00'dan sonra hasta bakma ve çalışanların gelirlerini bu yolla "düzeltme" çabası hakimdi.

Her ne olursa olsun sonuçta yapılan hekim ödeme sistemleri içerisinde bir seçimdir. "Hekimler açısından üç önemli ödeme biçimi vardır: hizmet karşılığı ödeme, kişi başına ödeme ve maaş. Hizmet başına ödeme, hekimin ürettiği hizmet karşılığında ücret almasıdır. Hizmetin tanı, tedavi kapsamındaki bütün aşamaları ayrı ayrı tanımlanarak ücretlendirilir. Ücretleri tanımlayan cetvellerin ayrıntısı değişik olabilir.

Kişi başına ödeme, hekime kendisine bağlı her birey için sabit ve genellikle yıllık ortalama üzerinden yapılan ödemedir. Kişi başı ödemede, hekimlere yapılan ödeme miktarı, bireylerin hekim kullanma sıklıklarından ve her bir hekim kullanmada kullanılan hizmetten bağımsız olarak belirlenir.

Maaşa dayalı ödeme, hekimin harcadığı zaman karşılığı yapılan ödeme biçimidir. Ödeme miktarı iş yükü ve üretilen hizmetin kalite ve miktarından bağımsızdır.

Ödeme mekanizmaları hekim davranışlarının motivasyonu üzerinde etkilidir. Sağlık harcamaları bakımından en belirgin etkisi arza dayalı talebi uyarabilmesidir. Optimum bir ödeme sistemi, kaynakların etkin kullanımını, hizmete ulaşılabilirliği, koruyucu sağlık hizmetlerini ve hizmetin kalitesini geliştirmeyi hedeflemelidir.

Araştırmalar hizmet karşılığı ödeme alan hekimlerin, ücretli olanlara kıyasla %22 daha fazla oranda hasta kabul ettiklerini göstermektedir. Bunun nedeni, gelen her hastanın hekim açısından ek hizmet ve ek ücret anlamına gelmesidir. Hizmet başına ödemede hizmet yükü ile hekimin ücreti doğrudan ilişkilendirilmiştir ve bu da hekimin iş üretme motivasyonunu artırır... Dezavantajı ise... hizmet sunuculara talebi artırma yönünde açık kapı bırakır...Hizmet karşılığı ödemeye ilgili diğer iki sorun ücret sahtekarlığı ve girdi ikamesidir. Ücret sahtekarlığı ücret tarifesinin, hekim tarafından, gelirini maksimize edecek biçimde kendi çıkarı lehine kullanılmasıdır...Girdi ikamesi ise, hekimin diğer sağlık hizmet sunucularını (örneğin hemşireleri)...ikame etme eğilimi göstermesidir. Yani hekim hemşireye ödeme yapmamak amacıyla onun işlerini de kendisi üstlenmektedir. Bu da hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir...Hizmet başına ödemede gereksiz hizmet üretimi özellikle laboratuvar ve cerrahi hizmetlerde söz konusudur" (Belek, İ.;2001: 107-111).

Anlaşıldığı gibi bakanlık -alt yapısız bir biçimde- hizmet başına ödeme sistemine ağırlık vermiştir.

Hekimlere etkisi...

Uygulama pilot olarak başladığı 10 birimde bir yılını doldurmak üzere. Türkiye ölçeğinde ise henüz altı aylık düzenli ödemelerin yapıldığı bir dönem sonlanmadı. Ancak bugün için uygulamanın ne gibi etkileri olduğunu tartışmanın ve olası etkileri için kestirimlerde bulunmanın yanıltıcı olma olasılığı az görünüyor.

Antalya'da yapılan bir çalışmaya göre, hekimler gelir açısından Türkiye'de en zengin 9-10. %1'lik dilime (üst-orta gelirli grup) girmektedirler (Belek, İ.; 2003: 35). Bu durumu koruyabilmek hekimlerce bir başarı olmakta, farklı çalışma biçimleri ve uzun çalışma süreleri ile sağlanabilmektedir. Bu gerçeklik içerisinde ücret konusunda her türlü değişiklik doğal ilgi odağı olmaktadır. Yine önemli ölçüde bir hekim grubu meselelere "gerçekçi" yaklaşmaktadırlar. Bir bütün olarak sağlık politikası, tercihler ve gidişat konusunda değerlendirme yapma ile tutum alma arasında "siklet merkezi" yönü göstermektedir. Toparlamak gerekirse; an'a ilişkin ve paraya odaklanmış bir değerlendirme -en azından kısa vadeli tutumu sıklıkla belirleyebilmektedir.

Uygulama ile hekimlerin düne göre aldıkları ek ödemeler düşmemiş, kimileri için 6-7 kata varan artışlar ortaya çıkmıştır. Bu durum ödeme yapılan hekim için somutlanmış bir umudu tetiklerken düne göre daha yüksek ancak ötekenden düşük alanda ise kırgınlığı, öfkeyi doğurmuştur. Tepki özde eşitsizliğe olmakla birlikte bu

bilince çıkacağı yerde kendisinin ötekenden daha değerli olduğunu anlatma biçiminde dışa vurmakta, bu da kısır döngüyü doğurmaktadır. Her anlamda rekabet çalışanlar arasındaki ilişkinin temel dinamiği olmaktadır.

Hekimler üzerindeki ilk etkisi duygusal kavramlarla tanımlanan performansa dayalı ek ödeme sisteminin kalıcı etkisi -bugün için- "stabilizasyon"dur. Somut getiri olmasının uyumu kolaylaştırdığı, tedirginlik/endişe ile iç içe geçmiş bir bekleme ve izleme hali hakimdir. Bu anlaşılır durumun temel gerekçesi güvensizliktir. Uygulayan iktidarın yapısından çok uygulamanın -ekonomik gerekçelerle- sürdürülebilirliğine güven yoktur.

Uygulama hekimler arasında eşitsiz ödemelere yol açmış, bir grup olarak hekimler arasındaki -ne kadersa o kadar olan- olumlu ilişkileri dinamitlemiş ya da mayınlar döşemiştir. Bu durum farklı uzmanlık alanları arasında, aynı uzmanlık alanındaki kişiler arasında ve birinci basamak ile ikinci basamak arasında, kurumlar arasında (SSK hekimi devlet hastanesi hekimi) olmak üzere geniş bir yelpazede vücut bulmuştur. Hekimlerin diğer sağlık çalışanlarıyla ise -ne kadersa o kadar olan- olumsuz ilişkilerini pekiştirmiş, değiştirilme, geliştirme olanaklarını daha da zorlaştırmıştır.

İdeolojik etkisi birey olma halini (puan toplama) öne çıkartmasına odaklıdır. Hedeflenen işletmeleşmiş hastanelerde sözleşmeli hekim tipinin oluşturulması buna bağlıdır. "Puan toplama" başarısındaki içselleştirme, siyasal düzlemde izlenen çizginin başarılı temsilcisi olma halini doğal olarak üretecektir.

Ne yapılmalı tartışmasına dair...

TTB'nin ücretler başlığındaki -geçmişten bugüne- değerlendirmelerinde geniş hekim grubunun izlerini (bir sistematik içerisinde) bulmak mümkündür. Ancak dayanakları olan, savunulabilir bir çizginin devamlılığı güven vericilik açısından önem taşımaktadır.

Her halukarda son on-on beş senedir temel vurgu adil vergilendirme zemininde, sağlık hizmetlerinin ve çalışan ücretlerinin bütçeden karşılanması ve temel ücretin -bir ödeme biçimi olarak- maaş şeklinde grevli toplu sözleşmeli bir çalışma yaşamında alınmasıdır (Not düşmekte yarar var; TTB'nin birinci halkası performansa dayalı ödeme biçimlerine de kavramsal düzeyde yabancı kalmamıştır). Yukarıdaki yaklaşım doğal olarak döner sermayeden ödemeye karşıdır. Ayrıntıları bu yazının konusu olmamakla birlikte mevcut Türkiye tablosunda sermayenin ve onun hükümetlerinin temel yaklaşımı daha düşük ücretle, güvencesiz istihdam olduğundan iş ve gelecek güvencesi anlamında da maaşın savunulması ve emekliliğe yansımaya bütün ek ödeme biçimlerinin ilkesel olarak reddi çizgisi bir mücadele hattı olarak benimsenmiştir. Döner sermayeye ilkesel karşı çıkış performansa dayalı ödeme gibi versiyonları için de geçerlidir. Ancak sorun, hekimlerin önemli bir çoğunluğunca da kabul gören bu talebin bir tutum olarak savunulması ve sonuç alınmasında düşümlenmektedir.

Bu noktada hekimler ve özel olarak da TTB yöneticilerinin yaklaşımları¹ önem kazanmaktadır. Maaşa endekslenmiş bir ücret mücadelesinin anlamını doğru yere oturtmak kritiktir. Küçümseyen ya da abartan değil ama bugünün Türkiye'sinde, egemen güçlerin hedefledikleri sağlık ortamı içerisinde, çalışanların bir kesimi, daha da ötesi niceliği artırılarak neyse o olan gücü ve güveni kırılmaya çalışılan hekimlerin bir sağlık çalışanı olarak maaş bazlı ücret mücadelesinde başarılı olmalarının anlamı.

Bu, birey olmaya odaklı ideolojik müdahaleye karşı birlikte/dayanışmacı bir mücadelenin filizlenme ortamı demektir.

TTB'nin bir gövde olarak yer aldığı 2000 ve 2003 eylemlilik süreçleri bu açıdan incelenmeye değerdir. Her iki süreçte de taraflar -atılacak adımlar açısından- henüz "beklenenin" dışına çıkmamışlardır. Bir başka deyişle TTB merkez yöneticileri açısından SB (ve dolayısıyla hükümet) beklenen hamleleri yapmıştır. 2000'de Osman Durmuş etkinliklerin yükseldiği ve mayanın tutmaya başladığı aşamada TBMM'de Sağlık Bakanlığı bütçe sunusunda döner sermaye ile oynamıştı. Recep Akdağ'da aynı "silahı" kullanmaktadır. Ne siyaseten, ne ideolojik olarak bir sağlık çalışanı olarak hekimlere maaş bazlı bir iyileştirme yapma riskini bu saatte göze alamazlar, almıyorlar.

Bugünün farkı, mevcut hükümetin tek parti olmasının yanı sıra sermaye adına çalışacağı konusunda geçmiş hükümetlere göre daha fazla eli kolu bağlı ya da teslim olmuş/esneme alanı dar bir hükümet olmasıdır. Bu pervasızlığını artırmakta, kapasite kısıtlılığı daha da saldırganlaştırmaktadır. Tarz olarak Osman Durmuş ile Recep Akdağ karşılaştırıldığında ilk anda Akdağ lehine görünen bariz fark, hekimler aleyhine söylemde(henüz Osman Durmuş'un bakanlık süresinin yarısına gelmemişken çeteleme hesabıyla tutulan kayıtlarla ve Başbakanı dahil etmeden bile) performansının kısa sürede Durmuş'u geride bırakacak düzeye ulaştığını göstermektedir.

TTB açısından da farklı olan kimi başlıklara değinilebilir ancak sonuçta bakanlık bugüne oynamakta ve geleceği örmektedir. TTB ise bugünü örmek zorunda olup geleceğe oynamaktadır. Aksiyoner anlamda dezavantaj ibresi çalışanları göstermektedir. Ancak bu sadece an'ın

fotoğrafıdır. Bugün performans üzerinden bir stabilizasyon orta vadede yanılısamadır. Stabilitayı sağlayan ücret mücadelesindeki "somut kazanım"dır. Öncelikle **bugün yanılısamayı kırma sürecine bir müdahalenin gerekli ve anlamlı olup olmadığına** karar vermek gerekmektedir. Eğer yanıt evet ise müdahale, bunun kazanım olup olmadığı tartışmasını herkesin istediği ölçüde ve düzeyde yapmak, bunu yapabilecek donanımı (ideolojik, fiziki, teknik, taktik vb.) oluşturmak, ve bu yolla (performansa dayalı ek ödeme) çalışanlara aktarılan kaynağın **bütün sağlık çalışanlarının**¹ maaşlarının iki katına çıkartılmasına aktarılmasını talep eden bir hattı kurmaya çalışmak. Elbette bütün süreç boyunca özlük hakkı, iş güvencesi, sağlık hakkı olarak kaynaştırılan zeminin üç ayrı unsurun karışımı değil bir bileşim olduğunu hissetmek ve hissettirmek. Zor mu? Hükümetin ve Dünya Bankası'nın işinin kolay olduğunu kim söylüyor?

DİPNOT

¹Yazı sadece TTB özelinde daraltılmıştır. Doğal ki sağlık çalışanlarının, temel dinamik ve aktör olarak SES'in, diğer çalışanların ve en genel anlamıyla bir sınıf olarak işçilerin "durumu" doğrudan etkilidir ve onlarsız bir değerlendirme ve süreç analizinin, daha ötesi "olumlu" sonuçlanmasının şansı düşüktür.

KAYNAKLAR

Akal, Z. (2002), "İşletmelerde Performans Ölçümü ve Denetimi", Ankara: Milli Produktivite Merkezi Yayını

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

Akdağ, R. Medimagazin, 179:1

Belek, İ. (2001), "Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası", İstanbul: Sorun Yayınları

Belek, İ. (2003), "Antalya'da Hekimler", Ankara:TTB Yayınları

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