

DERLEME**"PERFORMANS" VE HEKİMLİK****Özet***Osman ELBEK**

Hiçbir ödeme sisteminin iyi ya da kötü olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle adı ister "performans" ister "hizmet ödeme" olsun, asıl önemli olan ödeme sisteminin şekillendiği yapının kendisidir. Türkiye'de "performans" ödeme sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programı üzerine yapılandırılmıştır. Bu makale Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olan "performans" ödeme sistemini ve sonuçlarını, mesleki etik değerler yönünden analize tabi tutmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Performans, Sağlıkta Dönüşüm Programı, Etik

"Performance" and Medicine**Abstract**

It is known that the payment system of any good or bad. Therefore, name or "pay for performance" or "fee-for-service", whether the actual shape of the structure of the payment system itself. Turkey "performance" payment system is structured on the Health Sector Reform. This article is part of the Health Sector Reform "performance" payment system and the results analyzed in terms of professional ethics holds.

Key Words: Pay for Performance, Health Sector Reform, Ethics

Giriş

Türk Dil Kurumu "performans" kelimesinin karşılığını "başarım" olarak vermektedir (**Türk Dil Kurumu, 2011**). Başarım kelimesini ise "elde edilen bir başarı", "herhangi bir olayı veya durumu başarma isteği ve gücü", "kişinin yapabileceği en iyi derece, performans" ve "herhangi bir eseri, oyunu, işi vb.ni ortaya koyarken gösterilen başarı" olarak tanımlamaktadır (**Türk Dil Kurumu, 2011**).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi'nde yayınlanan bir makalede de ifade edildiği gibi performans aslında "bir yöneticinin önceden belirlenmiş standartlara bağlı olarak karşılaştırma ve ölçme yoluyla çalışanların işteki başarı veya başarısızlık durumlarının değerlendirme sürecidir" (**Tanrıverdi, 2010**). Hiç kuşku yok ki tüm performans sistemleri kendi bakış açısına göre kimi hedeflere ulaşmayı amaçlar. Bu bağlamda aslında performans sistemi, bireylerin ve/veya sistemlerin saptanan o hedeflere ulaşip ulaşmadığını

*Dr., Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları AD

belirlemektedir. Öte yandan performansa dayalı ücret politikası, maaş gibi sabit ücretlere ek olarak ödenen "ek ücretler" sayesinde hedeflenen amaçlara ulaşılması oranında çalışanları ödüllendirmektedir (**Tanrıverdi, 2010**). Son olarak performans ölçümü, sunulan sağlık hizmetlerin etkililiği ve tarafların sistemden beklentilerinin saptanması ve karşılanması düzey ile de yakından ilgilidir (**Uğurluoğlu, 2005**).

"Performans" Sisteminin Zemini

Aslında konu ile ilgili çalışmalarda da ifade edildiği gibi "hiçbir ödeme sistemi kendiliğinden iyi ya da kötü değildir." (**Hacettepe Üniversitesi**). Bu nedenle adı ister "performans" ister "hizmet ödeme" ya da isterse başka bir isimlendirmeye tanımlanmış olursa olsun, asıl önemli olan ödeme sisteminin şekillendiği zeminin kendisidir. Bu bağlamda Türkiye'de "performans" ödeme sisteminin yükseldiği zemin olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bu programın kabul ve hedeflerinin olduğu unutulmamalıdır.

Bilindiği üzere Türkiye sağlık ortamı 2003 yılından itibaren "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı verilen bir reform ile yeniden yapılandırılmaktadır. Ekonomik kavramlar ekseninde sağlık alanını ele alan bu yaklaşım, kamunun rolü azaltılarak, piyasa dinamiklerine açık, özel sektör yatırımlarını teşvik eden, karlılığı ve verimliliği esas alan bir yeniden yapılandırılmayı öngörmektedir. Kamu-özel işbirliğini özel sektör lehine geliştirmeyi hedefleyen bu model, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de son yıllarda uygulamaya konan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adı verilen reform politikalarının temelini oluşturmaktadır. Gerçekten Türkiye'de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel gerekçeleri de, neo-liberal politikalarla uyumlu olacak biçimde, kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaşması ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu tespitleridir (**Elbek, 2009**).

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde "sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğu" nun ifade edilmesi çözümü de beraberinde getirmiş ve Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık

birimlerinin kurumsal örgütlenmesini, idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirilecek olan sağlık işletmelerinin rekabeti prensibine dayandırmıştır (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003**). Bilindiği üzere, neo-liberal hegemonyanın temel öngörüsü, rekabete açılan bir sektörün verim ve kalitesinin otomatik olarak yükseleceğidir. Bu öngörü, Türkiye'de yaşanan sağlık reformunun da temel tezidir ve başbakan düzeyinde sahiplenilmektedir (**Türkiye Bülteni, 2004**). Öte yandan, yeniden yapılandırılan sağlık örgütlenmesinin başta hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarınca sahiplenilmesini sağlamak ve onları yüksek motivasyon düzeyine ulaştırmak için "performans" olarak adlandırılan hizmet başı ödeme sistemi, bu çerçevede Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir bileşeni olarak uygulamaya konulmuştur. Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın da ifade ettiği gibi, bu sistemde "hekim ne kadar çok hastayı, kişiyi, aileyi kaydetmişse o kadar çok kazanacaktır" (**Türkiye Bülteni, 2003**). Sayın Akdağ'a göre bu sistemde "kim hastasını daha çok memnun ediyor ve daha çok hasta celp ediyorsa, kim daha çok muayene yapıyorsa, müdahalede bulunuyorsa, ameliyat yapıyorsa, hasta takip ediyorsa", o kişinin performansı, yani döner sermayeden aldığı katkı payı daha yüksek olacak ve bu sayede sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir (**Türkiye Bülteni, 2003**).

Açıktır ki; uygulamaya konulan "performans" sistemi ister gerçek ister yapay talep yaratmak şeklinde olsun sağlık hizmeti tüketimini arttırmıştır. "Performans" politikasının uygulandığı sağlık birimlerinde yatan hasta sayısında, yatak işgal oranlarında ve yatak devir hızında artış, hastanelerde ortalama kalış süresinde ise azalma saptanmıştır (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006**). Uygulamanın sağlık ortamı üzerine yarattığı en önemli olumlu etki ise tam zamanlı çalışan hekim oranını yükseltmiş olmasıdır (**T. C. Sağlık Bakanlığı, 2007**). Ancak yürürlükteki "performans" sistemi, hastanın ihtiyacı yerine hastane ve hekimin kendi "girdi"lerini (=kazançlarını) temel çıkış noktası olarak kabul etmektedir. Hal böyleyse Marx'ın yıllar önce tanımladığı gibi "En sonunda, insanın ayrılmaz parçası olan her şeyin alış-veriş ve pazarlık konusu olduğu zaman gelip çatmıştır. Bu öyle bir zamandır

ki; "o zamana kadar el değiştiren fakat ticaret konusu olmayan, erdem, duygu, kanaat, bilgi ve bilinç gibi şeylerin de ticaret konusu olduğu bir zamandı(r). Tek kelimeyle her şey ticaret konusu ol(muştur). Aslında bu dönem "genel kokuşma ve evrensel ölçekli alış-veriş dönemidir. Eğer ekonomik terimlerle ifade etmek gerekirse, bu, maddi olsun, her şeyin gerçek değerinin saptanması için pazara getirildiği bir dönemdir." (Marx, 1999). İşte bu makalenin genel hedefi, "genel kokuşma" döneminin yaşandığı bu ortamda, bu kokuşmadan hekimlerin payına düşen yönün ne olduğunu tartışmaktır.

"Performans" Sistemi

Yukarıda da ifade edildiği gibi sağlık hizmeti tüketimi zeminine kurulmuş olan "performans" sisteminin bileşenleri muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve verimliliğidir. Bu bileşenlerden birisi olan verimlilik ise finansal, faaliyet ve klinik göstergeler olmak üzere üç alt bileşenden oluşmuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Bu alt bileşenler de kendi içerisinde daha alt bileşenlere ayrılmaktadır. Bu çerçevede toplam giderin toplam gelire oranı, personel gideri destekleme oranı ve toplam borcun toplam gelire oranı "finansal gösterge"yi; yatak doluluk oranı, yatan hasta oranı, ortalama kalış günü ve yeni performans takip sistemine veri giriş puanı ise "faaliyet göstergesi"ni oluşturmaktadır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Hiç kuşku yok ki buraya kadar tanımlanan göstergeler aslında sağlık hizmet alanının faaliyet alanı ile ilgili olmayıp daha ziyade "ticarethane"nin gelir/gider dengesi ile ilgilidir. Bu çerçevede verimlilik göstergesinin üçüncü bileşeni olan ve sağlık hizmet alanı ile daha yakından ilişkili olabilecek "klinik göstergeler" kavramı hayati önem kazanmaktadır. Ancak "klinik göstergeler" olarak ifade edilen bileşenler de bir hekimin aklına gelen klinik gösterge içeriklerinden oldukça farklıdır. Çünkü "performans" sisteminde "klinik göstergeler" tanımından kastedilen; sezeryen oranı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanıdır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2009). Dikkat edilirse burada tanımlanan göstergeler de

klinik anlamda hastanın hastalığını ve sağlığını önceleyen parametreler değildir.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ile Dünya Bankası (WB)'nin 2008 yılında birlikte yayınladıkları "OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye" başlıklı dokümanda, Türkiye'de sağlık hizmet alanında yürürlükte bulunan "performans" ödeme sistemi bileşenleri şu alt başlıklarda tanımlanmıştır (OECD, 2008):

a) Sağlık Kuruluşunun Personele Yapacağı Ödeme İçin Ayıracağı Miktar: Bu miktar sağlık kurumunun gelirinin %40'dır.

b) Tavan Sınır: Bu sınır temel maaşın yedi katıdır.

c) Sağlık Kurumunun Kurumsal Performansı "Ayarı"

- a. Muayene Odalarına Erişim
- b. Hastane Altyapısı ve Süreç
- c. Hasta ve Hizmet Veren Memnuniyeti
- d. Kurumsal Üretkenlik
 - i. Yatak Doluluk Oranı
 - ii. Ortalama Kalış Süresi
- e. Kurumsal Hizmet Hedefleri
 - i. Sezaryen Oranı
 - ii. Tam Zamanlı Çalışan Doktorların Oranı
 - iii. Cerrah ve Ameliyathane Başına Cerrahi

Puanlar

iv. Performans İzleme Sistemine Yönelik

Puanların Sağlık Bakanlığı'na Bildirimi

- d) Bireysel Performans Puanı
 - a. Personelin Gerçekleştirdiği İşlem Sayısı
 - b. Unvan Katsayısı
 - c. Çalıştığı Gün Sayısı
 - d. Çalışma Biçimi
 - i. Tam Zamanlı
 - ii. Yarı Zamanlı

Oysa bir hekimin performansı bunlar mıdır? İletişim becerisi, tıbbi bilgi düzeyi, araştırma yapabilmesi, genel klinik becerileri, veri-dosya kayıt titizliği, sorun çözebilme becerisi, ayakta hasta tedavi becerisi, prosedür ve talimatlara uyumu, klinik performans göstergeleri, sorumluluk alabilme kapasitesi, tutarlı, anlaşılır ve objektif olması, eğitici olarak yüklendiği sorumluluklar, yatan hastaların

yönetimi ve tedavi becerisi, bölüm-birim içi davranışları, hastayı ve hastalığı bütün olarak değerlendirilebilmesi, hastalığın psikososyal niteliklerini görebilmesi, sağlık hizmeti çıktısı ya da bakımını amaç edinmesi, çeşitli karmaşık sorunlar ile başa çıkabilme yeteneği, hastaya saygı göstermesi, şefkat duyması, bilgi asimetrisinden kaçınması, sağlık hizmeti geliştirmek için durum ve hedef tanımlamada faydalı olması, klinik hizmet sunumu ve bakımı bir bütün olarak değerlendirebilmesi,.. gibi yetilerin, yatak doluluk oranı, kurumun gelir ve gider oranı ve daha önemlisi klinik göstergeler olarak ifade edilen sezeryen oranı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı ile ilgisi nedir?

Öte yandan yürürlükteki "performans" sisteminde maaşın yedi katına kadar ek ödeme alınabilmesine olanak sağlayan "tavan sınırı" uygulamasının, yazının ileriki aşamalarında tanımlanacak olan meslek değerlerinde yaşanan değişime ve erozyona basamak oluşturması açısından kritik öneme haiz olduğunun altı çizilmelidir. Çünkü Bakan Müşaviri Dr. Mehmet Demir'in de ifade ettiği gibi; sağlık sisteminde yaşanan sorunları çözebilecek, "kapalı kilitlerinin açılmasına yardımcı olacak maymuncuk" performanstır (Demir, 2008). Bu noktada yazıyı ilerletmek adına birkaç soru sormak gereklidir: Sayın Bakan Müşaviri'nin ifade ettiği sorunlar nelerdir? Daha önemlisi "performans" ödeme sistemi bu sorunları nasıl çözebilecek bir güce sahiptir? "Performans" maymuncuğuyla Türkiye sağlık ortamında hangi kapılar açılmıştır?

Açılan Yeni Kapılar ve Sonun Başlangıcı

Yazımızın "Performans Sisteminin Zemini" başlıklı bölümünde hiçbir ödeme sisteminin kendiliğinden iyi ya da kötü olamayacağını hatırlatmış ve "performans" sistemini bu bağlamda değerlendireceğimizi ifade etmiştik. İşte bu noktada yukarıda ifade edilen "maymuncuk" yaklaşımı hayati önem kazanmaktadır. Çünkü eğer ödeme sistemi kendiliğinden iyi ya da kötü değilse, aslında yanıtını aramız gereken soru, "performans" sisteminin

iyi ya da kötü olup olmamasından çok, Türkiye'de bu "maymuncuk" kullanılarak hangi kapıların açılmak istendiği olmalıdır.

Sağlık hizmetlerinde kullanım modelleri tarihsel süreç içerisinde irdelendiğinde, sağlık hizmetinde yaşanan tartışmaların 1930-1950 arası dönemde kabul edilebilirlik, 1955-1968 dönemde faaliyet/fonksiyon, 1968-1980 döneminde erişim/ulaşım ve 1981 sonrası dönemde maliyet üzerine yoğunlaştığı görülebilir (Pescosolido, 1995). Bu bağlamda sağlık çalışanlarına emeklerinin karşılığı olarak yapılacak ödemenin miktarı ve ödeme biçimleri de seksen sonrası dönemde hep maliyet tartışmasının gölgesinde kalmıştır. Oysa sağlık hizmet alanında seçilecek finansman modelinin maliyet tartışmalarının tetiklediği verimlilik kısıncısından başka hedefleri olmalıdır. Kanaatimizce sağlık finansmanının temel hedefi verimlilik ve maliyetten daha çok, bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak, bireyler arasında adaleti gözetmek ve sağlık hizmetine sağlanacak kaynağın hane halklarının yoksullaştırmasını engellemek olmalıdır (Yenimahalleli, 2007). Öte yandan sağlık çalışanlarına emeklerinin karşılığı olarak yapılacak ödemenin miktarı ve ödeme biçimleri de, emeğin mal olup olmadığı öngörüsüyle de yakından ilgilidir. Gerçekten de herhangi bir siyasi iktidar, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1944 yılında kabul ettiği Filadelfiya Bildirgesinde tanımladığı gibi emeğin bir mal olmadığını kabul ediyorsa; sağlık çalışanlarının ödeme şekillerini de emek ücretlerini sıradan bir mal konumuna getirmeyecek ve bu sayede mesleki değerleri koruyacak bir ödeme biçiminde şekillendirebilir (ILO, 1944). Elbette başka bir siyasi iktidar da, neo-liberal ideolojinin tanımladığı gibi, her değere basit bir mal şeklinde yaklaşabilir. Bu nedenle aslında performans ödeme sisteminde belirleyici konu siyasi iktidarın dünyaya, mesleğe, emeğe hangi ideolojik algıyla baktığıdır.

Bilindiği üzere genelinde sağlık çalışanları özelinde hekimler için pek çok farklı ödeme modeli vardır. Bu modeller hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına

ödeme, bütçe ödemesi ve ücret ödemesi olarak sınıflandırılabilir. Yapılan çalışmalar her bir ödeme modelinin hekim/sağlık çalışanının tedavi güdüsünü etkilediğini göstermiştir (Tablo 1).

Tüm ödeme modellerinin kendisine özgü sorunlar içermesi nedeniyle dünyada sıklıkla karışık ödeme modelleri kullanılmaktadır. Bu çerçevede birinci basamakta dünyada daha çok yaşlı ve riskli grupları sistem dışına atmamak için bu riskli gruplara göre uyarlanmış kişi başı ücretin, kalite ve başvuru başına ödemelerle kombine edilmiş biçimi tercih edilmektedir (**Hacettepe Üniversitesi**). Öte yandan dünyada ikinci ve üçüncü basamakta çalışanlar için seçilen ödeme modeli ülkeler arasında oldukça farklılık göstermektedir (Tablo 2).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı eşliğinde uygulamaya konulan "performans" ödeme sistemiyle aslında hizmet başı ödeme yapılmaktadır. Çünkü sistemin -yazının giriş bölümünde de gösterildiği gibi- ana çerçevesi maliyettir ve bu maliyet eksenini ile

hastaya sunulan her hizmet için ödeme yapılmaktadır. Öte yandan "performans" ödeme sisteminde maaşın yedi katına kadar ek ödemeye ulaşılabilmesine izin verilmesi, Türkiye'deki ödeme sistemini kendine özgü bir hale getirmiştir. Maaşa göre aşırı yüksek olarak belirlenen bu tavan sınır, Türkiye'deki ödeme modelini "maaş + hizmet başı ödeme modeli" olmaktan çıkarmış ve modeli, maaşın ihmal edildiği, "performans" sistemi adı altında hizmet başı ödemenin zihinlerde tümüyle ya da ağırlıklı ön plana çekildiği bir çıktıya dönüştürmüştür. Bu "dönüşüm" mesleki değerlerde yaşanan yozlaşmanın ilk ve geri dönüşsüz adımıdır. Çünkü hekimler maaşlarının yedi katına kadar ücrete sahip olabilecekleri bir yolu imge ve zihinlerinde keşfetmişlerdir: Hastaya sunulan hizmetin içeriğini, sayısını, önceliğini değiştirerek alacağı ek ödemeyi maksimize etmek! Bu noktadan sonra artık hekim kendi karını maksimize etmeye çalışan bir girişimcidir, tüccardır. Elbette hekimin girişimci ve tüccar olarak kabuk değiştirdiği bir "sağlık" ortamında; hasta ve sağlık kurumu da benzer

Tablo 1. Ödeme şeklinin tedaviyi etkileme biçimi (Yenimahalleli, 2007)

Ödeme Şekli	Tedavi Güdüsü
Bütçe	Düşük Hizmet Sunumu
Ücret	Düşük Hizmet Sunumu
Fon Sahipliği İle Kapıtasyon	Kaydedilmiş Sağlıklı İnsanlar
Vaka Başına Ödeme	Durumu Ciddi Olmayan Hasta Artışı Vaka Başına Hizmet Azalması
Ücret Tarifesine Göre Hizmet Başı Ödeme	Vaka Başı Hizmet Artışı
Ücret Tarifesi Olmadan Hizmet Başı Ödeme	Hasta Yoğunluğunun Artışı Sunulan Hizmetlerin Toplam Miktarının Artması

Tablo 2. İkinci ve üçüncü basamakta çalışanlar için Ödeme modelleri (Hacettepe Üniversitesi)

Maaş	Hizmet başı	Maaş +Hizmet başı	Kişi başı +Hizmet başı	Hepsi
Bulgaristan	Güney Kore	Hollanda	Almanya	Fransa
İspanya		İngiltere	Danimarka	
İtalya		İrlanda	İsveç	
Slovenya		Kanada	Yeni Zelanda	
		Litvanya		
		Rusya		

bir metamorfoz yaşayarak "müşteri" ve "ticarethane"ye dönüşecektir.

Hiç kuşku yok ki bu anlamıyla "performans" ödeme sistemi "maymuncuk"tur. Çünkü "performans" maymuncuğu, ticaret için, kar ve para kazanmak için sağlık hizmetinin sunulduğu bir dünyanın kapılarını açmaktadır. Artık "performans" maymuncuğu tüm sağlığın, sağlık çalışanlarının, hastaların, eczacıların ve sağlık hizmeti ile ilişkili olan tüm tarafların algısını kökten değiştirecektir. Bu bağlamda bir kez daha altını çizmek gerekir ki; "performans" gerçekten "maymuncuk"tur ve bu "maymuncuk" sayesinde eskinin "verimsiz" ve "hantal" sağlık kurumlarında yaşanan motivasyon kaybı, o güne kadar tahayyül edilmeyen bir para miktarının kazanabilme olasılığı ile kışkırtılacak, hastalar bu kışkırtılmış "sağlık" ortamında hekime/ sağlık çalışanına para kazandıracak bir meta haline getirilecek ve en önemlisi sağlık hizmet alanında bilgi asimetrisini yetkisinde tutarak iktidar kuran hekimlik ve tıp kurumu, gerek yaşamı medikalize ederek gerekse meslek değerlerinden kopmuş bir teknisist bakışla para getiren işlemleri arttırarak, sağlık hizmet alanını cirosu yüksek "verimli" bir sağlık piyasasına dönüştüreceklerdir.

"Performans" Sistemiyle Dönüşüm

Doğaldır ki sağlık hizmet alanında gerçekleştirilen bir reformdan beklenen sunulan sağlık hizmet sistemini ve toplum sağlığını iyileştirmesidir. Bu çerçevede "performans" ödeme sisteminin başarısı, yürürlükteki ödeme sistemi, Türkiye'nin sağlık ölçütlerini iyileştirip iyileştirmediği üzerinden de sorgulanmalıdır.

Veriler yürürlükteki "performans" sisteminin "verimli" olduğuna işaret etmektedir. Gerçekten de 2001-2006 yılları arasındaki dönemde hastaneleri kendi aralarında verimlilik kıyaslamasına tabi tutarsak; "performans" sisteminin uygulandığı Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, özel hastaneler de dahil olmak üzere diğer tüm hastanelerden daha verimli olduğu görülebilir (Sezen, 2009). Elbette bu "verimlilik" durumu genel olarak çıktılarının girdilere oranıyla hesaplandığı bir verimliliklerdir. Çünkü bu bakış

açısında çıktılar poliklinik sayısı, taburcu olan hasta sayısı, ameliyat sayısı, doğum sayısı, yatak işgal oranı, ortalama kalış günü, yatak devir hızı ve yatan hasta oranı olarak alınmıştır (Sezen, 2009). Öte yandan hastaneleri kendi aralarında karşılaştırırken girdi olarak kullanılan veriler ise fiili yatak sayısı, uzman doktor sayısı ve pratisyen doktor sayısıdır (Sezen, 2009). "Doğal"dır ki; bu bakış açısı, ameliyat olan, ya da hastaneye yatan ya da poliklinikte muayene edilen hastalara doğru, zamanında ve yeterli bir oranda sağlık hizmeti sunulup sunulmadığı ile ilgilenmemektedir. Çünkü "performans" sisteminin bu hedeflerle bir ilgisi yoktur. "Performans" maymuncuğunun temel görevi, daha fazla para kazanabilmek için sağlık hizmet alanında girdilere kıyasla çıktıları maksimize etmektir. Bu bakış açısıyla en az sayıda hasta yatağı ve hekim sayısı, gerekli olmasa da en çok ameliyat eden, hastaları gerekmesede bir neden icat edip hastaneye yatırıp ve sonrasında hızla çıkararak ve poliklinikte hastaya en hızla bakıp poliklinik sayısında tavan yapan "ticarethane" ve bu ticarethanede, ticarethanenin kurallarına en uygun çalışan "bezirgan" başarılıdır, verimlidir. Türkiye'deki araştırmalar, kamu yararını öncelikle gözetmesi gereken Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinin, diğer tüm hastanelerden daha iyi bir oranda böylesi bir metamorfozu yaşadığını kanıtlamaktadır.

Öte yandan Türkiye sağlık ortamında köklü bir dönüşümün yaşandığının başka bir kanıtı da OECD ve WB'nin birlikte yayınladıkları dokümanda saklıdır. Çünkü bu dokümanda Türkiye'de 1990 ile 2006 yılları arasında doktor başına düşen başvuru sayısında yaşanan inanılmaz ve aklen izah edilemez rekor artış dikkati çekmektedir. Gerçekten de bu dönemde Türkiye'de doktor başına düşen başvuru sayısı 6.2 kat artmıştır. Ancak aynı dönemde Danimarka ve Almanya'da 0.6 kat artarken, İngiltere'de 3.7, Hollanda'da 2.5, Avusturya'da 2.3, Belçika ve Avustralya'da 1.6, Japonya'da 1.5, İsveç'te 1.3 ve Kanada'da 1 kat azalmıştır (OECD, 2008). Elbette 1990-2006 döneminde Türkiye'de yaşanan bu artışın "performans" dışında da yapısal nedenleri vardır. Ancak hiç kuşku yok ki, Sağlıkta Dönüşüm Programı sayesinde tanışılan maliyet, verimlilik, kar ve ticaret döngüsünün var ettiği "performans" sisteminin yol

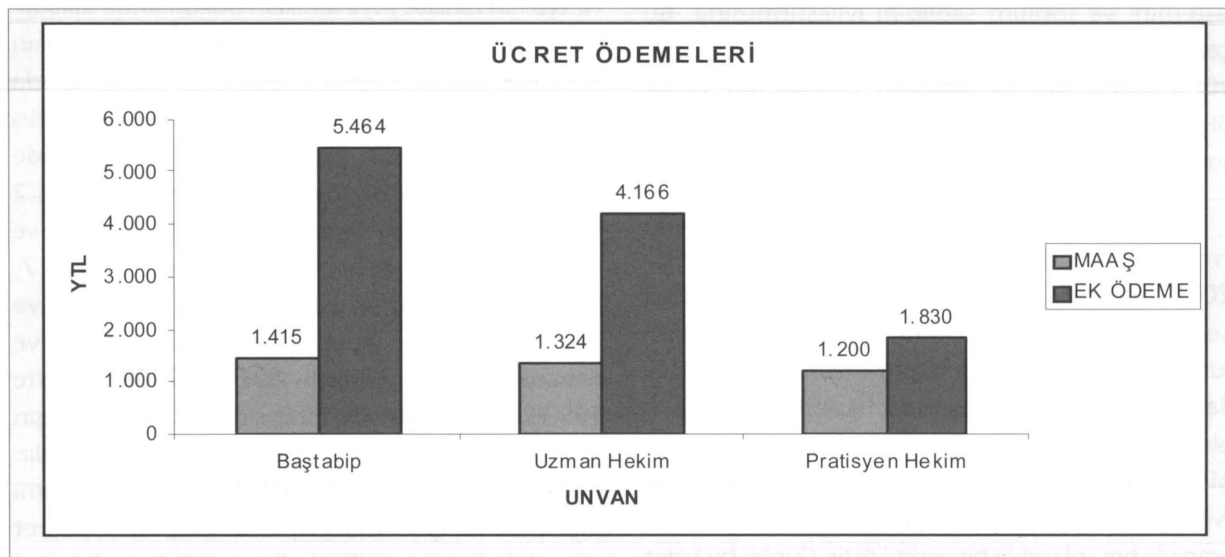
açtığı "müşteri kışkırtması" da bu rekor artışta ciddi pay tutmaktadır. Bu noktada 2004 yılında Türk Oftalmoloji Derneği tarafından düzenlenen 24. Ulusal Oftalmoloji Kursu'nun açılış törenine katılan Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı Dr. Recep Akdağ'ın, hekimlerin yaptıkları işe göre puan toplamalarını öngören yeni Döner Sermaye Yönergesi olarak ifade edilen "performans" sistemi hakkında bilgi vermesinin altı çizilmelidir. Sayın Akdağ, söz konusu toplantıda yaptığı bilgilendirmede "Yeni sistemimize göre hastalar doktorlarını kendileri seçecek. Hekimler de kendilerini seçecek olan hasta sayısı kadar puan toplayacaklar. Ay sonunda da hastanenin döner sermaye hesabından puanı oranında prim alacaklar" demekte ve hekimlerin döner sermaye primleriyle maaşlarının 3-4 katına kadar gelir elde edebileceklerini ifade etmektedir (**Recep Akdağ, 2004**). Aynı konuşmada Sayın Akdağ, hekim maaşlarının düşük olduğunun herkes tarafından kabul edildiğinin altını çizmekte, ancak mevcut şartlarla bir anda büyük çaplı iyileştirmeler yapmanın da mümkün olmadığını da belirterek sözlerini "Döner sermaye sistemiyle hekimlerimizi herhangi bir sermaye koymadan riske girmeden hastanelerimize adeta kar ortağı haline getirdik" diyerek bağlamaktadır (**Recep Akdağ, 2004**). 2011 Türkiye'sinde hekimlik meslek değerlerinde

yaşanan yozlaşmanın nedenlerini bu satırlarda bulmak kanaatimizce çok mümkündür. Kanaatimizce hekimler zaman içerisinde, yaşadıkları ülkenin Sağlık Bakanı'nın önerileri doğrultusunda çalışmayı öğrenebilmiş ve "riske girmeden nasıl kar edebileceklerini" keşfetmişlerdir. Elbette böylesi bir zihniyetin egemen olduğu bir ortamda sağlıktan bahsetmek olanaksızdır.

Ancak hekimlik mesleğinin değerlerinde kar ve ticaretten yana bir dönüşümün sağlanabilmesi için sözcüklerden öte hırsı kışkırtacak düzenlemeler gereklidir. İşte ek ödeme miktarları bu aşamada devreye girerek, sağlık hizmet alanında hastaya sunulan hizmetin çeşitliliği ve içeriğini belirleyen gücü elinde bulunduran hekimleri para kazanma hırsı açısından tetiklemektedir (Şekil 1).

Bir numaralı şekilde de görüleceği üzere yeni ödeme sisteminin en önemli sonucu hekimler arasında hiyerarşinin sağlanması ve desteklenmesidir. Ücret ödeme sistemi başhekim ve uzman hekim, pratisyen hekimden çok daha değerli görmekte ve bu nedenle de başhekim ve uzman hekimlere maaşlarının yaklaşık dört katını ek ödeme olarak kazanabilme imkanını yaratmaktadır. Bu noktada gerek baştabip ve gerekse uzman-pratisyen hekimlerin maaşlarının, aldıkları eğitime ve yükledikleri sorumluluğa yakışır ücretler olmaması,

Şekil 1. İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Hekim Ücret Ödemeleri (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008)



ek ödemenin hekimler üzerindeki hırsı daha da arttırdığının altı çizilmelidir. Son olarak yeni ödeme sistemi, ikinci basamakta çalışan bir pratisyen hekimi "verimli" görmemektedir. Çünkü ikinci basamak hekimlik pratiği ağırlıkla uzman hekimlik üzerinden seyretmekte ve bu basamakta pratisyen hekimler sıklıkla acil ve/veya yoğun bakımlarda nöbet tutmaktadırlar. Halbuki yeni ödeme sisteminin teşvik edip hırslandırmayı amaçladığı hekimlik, bu basamakta hastanın tedavi kararını primer olarak etkileyebilme potansiyeline sahip olan uzman hekimliktir. Öte yandan sistemin hekimler arasında yarattığı bu farklılık "performans" sisteminin amacının sunulan hizmetin niteliği ile ilişkili olmadığına işaret etmektedir. Çünkü eğer "performans" sistemi, iddia edildiği gibi sunulan sağlık hizmetinin kalitesini yükseltmek amacıyla gündeme getirilmiş olsaydı, hangi hekim olursa olsun o hekimin kaliteli sağlık hizmet sunumunu teşvik etmeliydi. Oysa yaşanan bu değildir. Hele bu durum hekim dışı sağlık çalışanları açısından çok daha çarpıcıdır (Şekil 2).

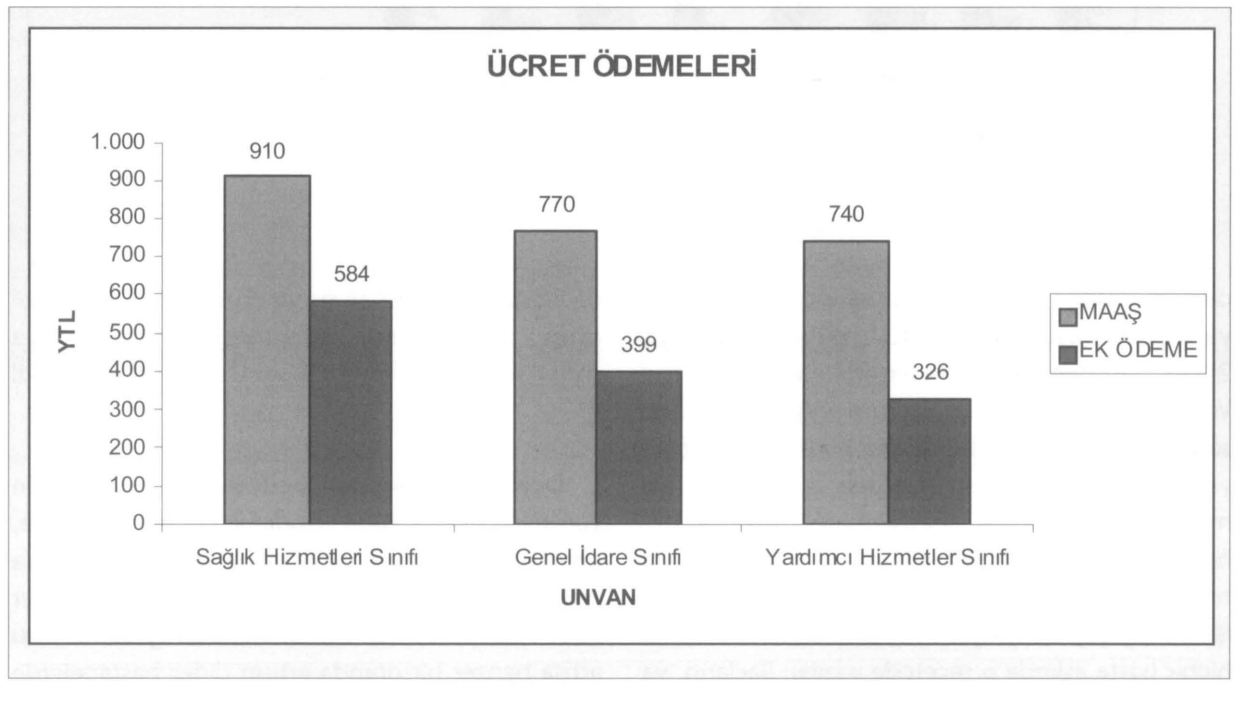
İki numaralı şekilden de görüleceği üzere "ek ödeme" sistemi hekim dışı sağlık çalışanlarını tümüyle

göz ardı etmektedir. Oysa bir sağlık kurumunda sunulan sağlık hizmetinin niteliği, sağlık çalışanlarının tümünün mesleki görevlerini ve sorumluluklarını layıkıyla yerine getirebilmesi ile mümkündür. Hal böyleyse kaliteyi yükseltmeyi amaçlayan bir ödeme sistemi, ikinci basamakta hekim dışı sağlık çalışanlarını da mesleklerinin gereğini yerine getirdikleri zaman teşvik etmeliydi. Oysa "performans" sistemi görüldüğü üzere gerek hekim gerekse hekim dışı çalışanlar arasında ayırım yapmakta ve kuruma ve kendisine daha çok para kazandırabilme yetisine sahip unvanları motive etmektedir. Benzer durum daha çarpık biçimde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri'nde de yaşanmıştır (Şekil 3).

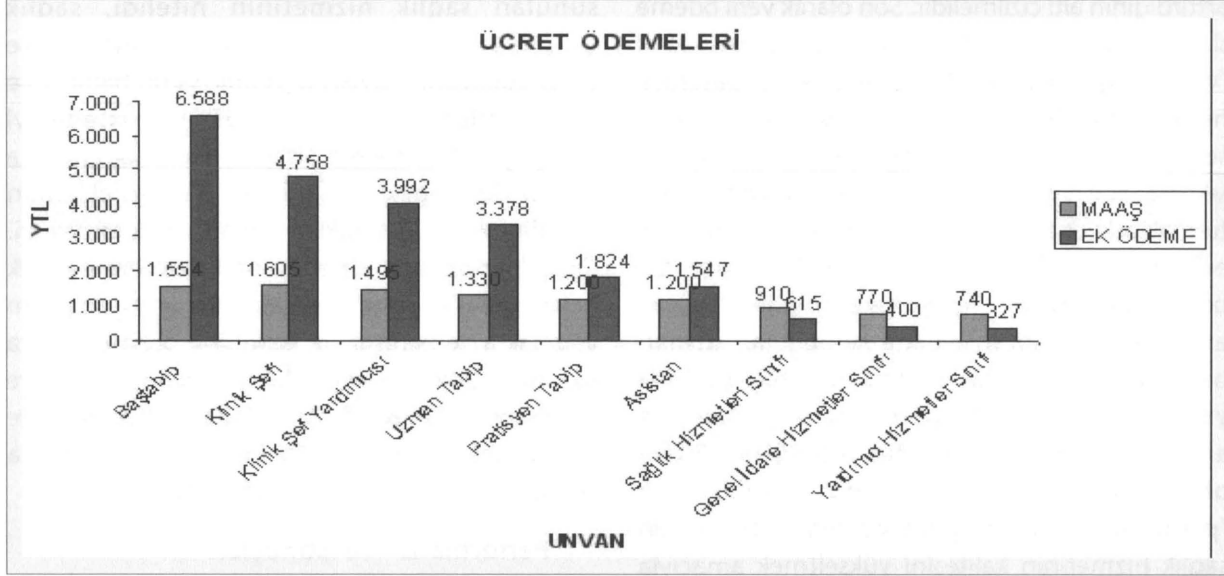
"Performans" ve Sonuçları

Hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarının yaşadığı ücret sorunları temel alınarak var edilen "maymuncuk" sayesinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde çalışan hekimler diğer hastanelerde görev yapan meslektaşlarına göre polikliniklerde daha çok hasta muayene etmeye, kliniklere gerekli/gereksiz hasta yatırmaya, hastaları hızla taburcu etmeye, daha çok para getiren

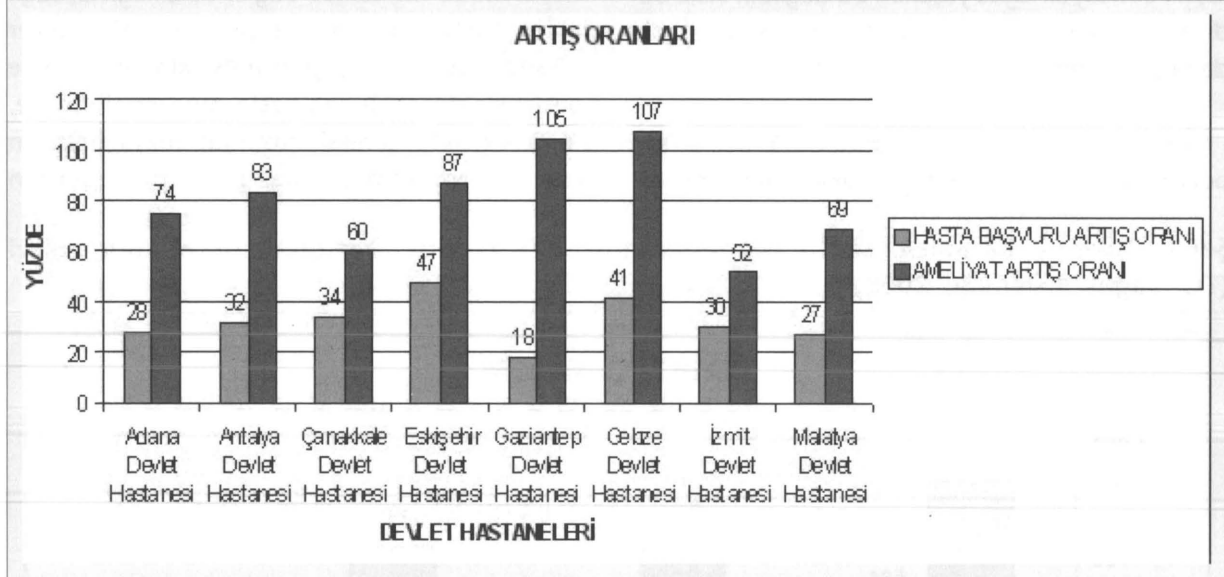
Şekil 2. İkinci Basamak sağlık kurumlarında hekim dışı personel ücret ödemeleri (TC. Sağlık Bakanlığı, 2008)



Şekil 3. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Ücret Ödemeleri (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008)



Şekil 4. Seçilmiş bazı devlet hastanelerinde hasta başvuru ve ameliyat artış oranları (2003-2004) (Balcı)



prosedürlerden olan ameliyat ve invaziv girişimler yapmaya başladılar (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2006; Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 2008). Elbette bu durum sağlığa erişimde sorunlar yaşayan ya da muayene etmeden reçete yazılıp ilaçlar önerilen hastalar için büyük bir mutluluktur. Hastalar "performans" sisteminde, hekimler kendileriyle ilgileniyor, kendilerini bolca tetkik ediyor ve çok hızla ameliyat gibi gereken işlemleri yapıyorlar düşüncesiyle mutlu oldular. Ama hiçbir hasta aslında o reçetede yazılan ilaçların, ya

da hastaneye yatmanın, ya da ameliyatın gerekli olup olmadığını sorgula(ya)madı. Ama sorgulamanın olmaması sonucu değıştirmeyi (Şekil 4).

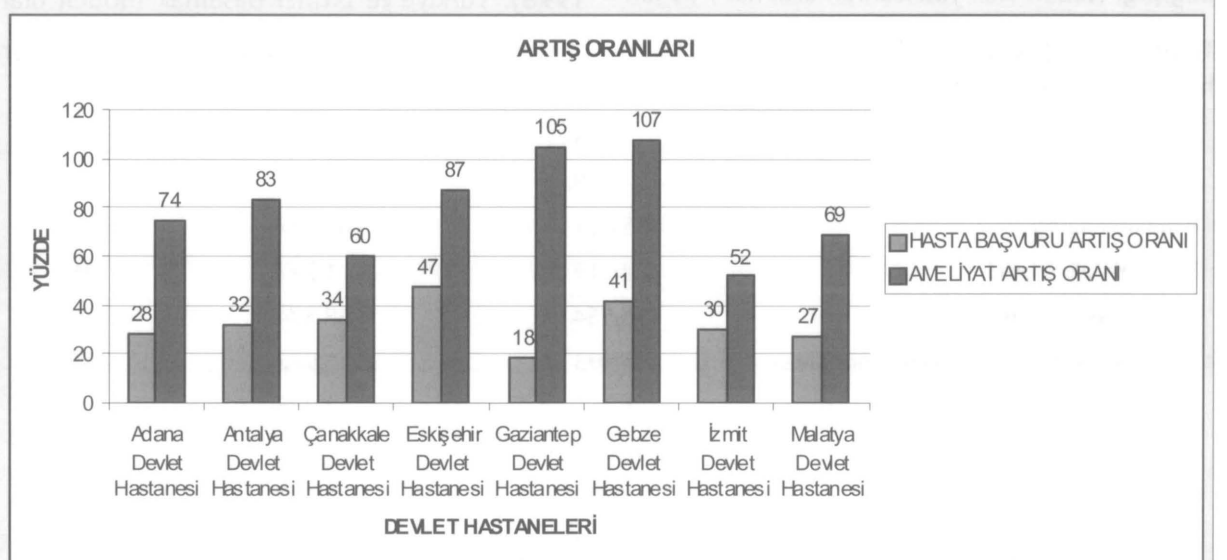
Dört numaralı şekil "performans" ödemesinin yürürlüğe girdiği 2004 yılında bir önceki yıla kıyasla, devlet hastanelerinde hasta başvuru oranlarında artışın yaşandığına işaret etmektedir. Resmi veriler 2004 yılında devlet hastanelerinde gözlenen bu artışa benzer bir oranda artışın diğer hastanelerde

yaşanmadığına işaret etmektedir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2006). Kanaatimizce Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelere özgü olan bu yüksek artışın nedeni, hekimlerin "performans" nedeniyle daha yüksek ödemelere ulaşmak için "ticarethane"lerine "müşteri" çekmiş olmasıdır. Öte yandan "performans" ödeme sisteminin ameliyat başta olmak üzere girişimsel klinik işlemlere hasta muayenesinden daha yüksek puan (=para) verdiğinin fark edilmesi, "müşteri"leri sadece "ticarethane"lere çekmekle kalmamış, hastaları ameliyat etmek gibi yöntemler kullanılması suretiyle de kazanç maksimize edilmiştir. Aksi halde dört numaralı şekilde görüldüğü gibi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde muayene artış oranından çok daha büyük bir artışın neden ameliyat edilen hastalarda yaşandığı açıklanabilir mi? Bu dönemde Türkiye sağlık ortamında ne olmuştur ki, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ameliyat "salgın"ları yaşanmıştır? Dahası Türkiye sağlık ortamında "performans" dışında başka hangi neden, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde ameliyat edilen hasta sayılarında benzer bir artış oranının, özel ya da üniversite hastanelerinde neden yaşanmadığını açıklayabilir? Benzer biçimde "performans" isimli "maymuncuk" dışında başka hangi açıklama, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet

hastanelerinde poliklinik sayılarında ve ameliyat sayılarında 2002 yılında %2 ve %10, 2003 yılında %3 ve %16 yıllık artış yaşanırken, 2004 yılında aynı hastanelerde bu artış oranlarının %31 ve %38 olduğunu izah edebilir? (Balci) Çok açıktır ki "performans" sisteminin kısırcılığı nedeniyle, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde, "performans" sisteminin başladığı yıl olan 2004 yılından 2007 yılına kadar geçen dönemde, yatan hasta sayısına oranla ameliyat edilen hasta sayısında bariz bir artış yaşanmıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Gerçekten de 2004 yılından sonra ameliyat edilen hasta sayısının yatan hasta sayısına oranı, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hızlı bir yükselme göstererek 2007 yılında %60'a varmıştır (Şekil 5).

Beş numaralı şekilden de izlendiği üzere Türkiye'deki hastanelerin 2004-2007 arası dönemi irdelendiğinde; üniversite hastaneleri gibi komplike hastalara hizmet sunulan birimlerde dahi yatan hasta sayısına göre ameliyat edilen hasta sayısı oranında bu dönemde %25 artış gözlenirken, aynı dönemde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerdeki artış oranı %50 olmuştur (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008). Elbette bu değişim ve "dönüşüm" sadece cerrahi alanda yaşanmamaktadır. Bu çerçevede göğüs hastalıkları alanında Sağlık Bakanlığı Eğitim

Şekil 5. Yatan Hasta Sayısına Göre Ameliyat Edilen Hasta Sayısı Oranı (2002-2007) (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2008)



ve Araştırma Hastaneleri'nin "performans" tablosu, "dönüşüm"ün sadece cerrahi alanla sınırlı kalmadığına işaret etmektedir (Tablo 3).

Üç numaralı tablo öncelikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerin 2010 yılı itibariyle hizmet hastanesine dönüştüğüne işaret etmektedir. Gerçekten de 2005'ten 2010 gelen süreçte hizmet yükünün %200'leri aşan oranda arttığı, buna karşılık akademik yayın sayısının %44 oranında azaldığı bir hastaneyi eğitim ve araştırma hastanesi olarak tanımlamak mümkün müdür?

Öte yandan Sağlık Bakanlığı'na bağlı "eğitim araştırma" hastanelerinde artan poliklinik sayılarını "performans" da dahil olmak üzere pek çok yapısal nedene (sevk zincirinin olmaması, süreç içerisinde sağlık hizmet tüketiminin artışı, vs) bağlamak mümkündür. Bu nedenle poliklinik sayılarında yaşanan bu artışı "performans"a indirgemek olanaklı değildir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'na bağlı "eğitim araştırma" hastanelerdeki göğüs hastalıklarına tahsis edilmiş yatak sayısının zaman içerisinde azalması, "verimli" olarak görülmeyen ve "ticarethane"ye bu nedenle fazla para kazandırmayan göğüs hastalıkları yataklarının yok edildiğini göstermektedir. Öte yandan saha gözlemlerimiz, ekonomik kaygılarla mevcut göğüs hastalıkları yatak dağılımının da değiştiği (tüberküloz yataklarının azalması, yoğun

bakım yataklarının artması gibi) yönündedir. Elbette bu durum toplum sağlığı açısından çok büyük bir risk anlamına gelmektedir.

Son olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı "eğitim araştırma" hastanelerinde yatan hasta sayısında ve özellikle transtorasik biyopsi/aspirasyon, plevra biyopsisi, solunum fonksiyon testi ve bronkoskopi işlemlerinde, artan hekim ve hasta sayısı ile açıklanamayacak oranda inanılmaz artışın temel nedeninin "performans" sistemi olduğu açıktır. Hiç kuşku yok ki hastanın puana (=paraya) endeksenerek "müşteri"leştirildiği bir "sağlık" ortamında hekimler, "profesyonel" olarak "müşteri"lerinden azami düzeyde fayda sağlayabilecek (=para kazanabilecek) biçimde mesleklerini "dönüşüm"e uğratmışlardır.

Aslında yaşanan gelişmeler bilinmeyen ya da Türkiye'ye özgü sürpriz sonuçlar değildir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte yayınladığı Avrupa Sağlık Reformu dokümanında, hizmet karşılığı ödeme sisteminin iki temel sorunla malul olduğu belirtilmektedir. Bu sorunlardan ilki "girdi ikamesi" olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım hekimlerin, maaşlı veya kişi başı ödemeyle ücretlendirmekteyse, özellikle hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık hizmeti sunucularını ihtiyaç olduğu halde görevlendirmemesidir (**DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 1998**). Türkiye'ye birinci basamak modeli olan

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde sürdürülen göğüs hastalıkları hizmetleri (2005-2010) (Altın, 2011)

Parametre	2005	2010	%
Toplam Hekim Sayısı	349	392	+12
Poliklinik Sayısı	485.811	741.717	+53
Hasta Yatak Sayısı	2.319	1.717	-26
Yatan Hasta Sayısı	36.554	58.574	+60
Transtorasik Biyopsi/Aspirasyon Sayısı	3.493	5.972	+71
Plevra Biyopsi Sayısı	1.251	3.248	+160
Solunum Fonksiyon Test Sayısı	107.078	291.910	+173
Bronkoskopi Sayısı	6903	24.439	+254
Akademik Yayın Sayısı	214	119	-44

yerleştirilmeye çalışılan aile hekimliği sisteminde, ekonomik kayba uğramamak için aile hekiminin, yoğun işyüküne rağmen, gereken sayıda "aile sağlığı elemanı"nı kendisi ücret ödeyeceği nedeniyle istihdam etmemesi ve bir tane "aile sağlığı elemanı" ile işlerini yürütmeye çalışması bu soruna çarpıcı bir örnektir.

Ancak hizmet başı ödeme modelinin tek sorunu "girdi ikamesi" değildir. Model "ücret sahtekarlığı" olarak tanımlanan başka bir sorunu da yapısında barındırmaktadır. "Ücret sahtekarlığı" tanımı, gelirin maksimize edilmesi için ücret modelinin "avantajları"nın hekimin kendi çıkarları için kullanması olarak tanımlanmaktadır (**DSÖ Avrupa Bölge Ofisi, 1998**). Öte yandan bu çıkar eksenli yaklaşım, -söz konusu belgeden de anlaşılacağı üzere-, Türkiye'ye has bir uygulama değildir. Literatürde özellikle vajinal / sezeryen doğumlarla "ücret sahtekarlığı"nın yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (**Keler, 1993**). Literatür verileri, hekimin hizmet başına ücret alması halinde, bu arzın (hekim) talep yaratmaya neden olduğu (supplier induced demand) ve bu nedenle hastalara gereksiz ve yüksek maliyetli tedavilerin uygulandığına işaret etmektedir (**Wennberg, 1982**). Bu noktada asıl ilginç olan konu, 1980'li yılların başından bu yana meslek değerlerini yozlaştırmak açısından çok iyi bilinen zaafı olan bir modelin, 2000'lerin

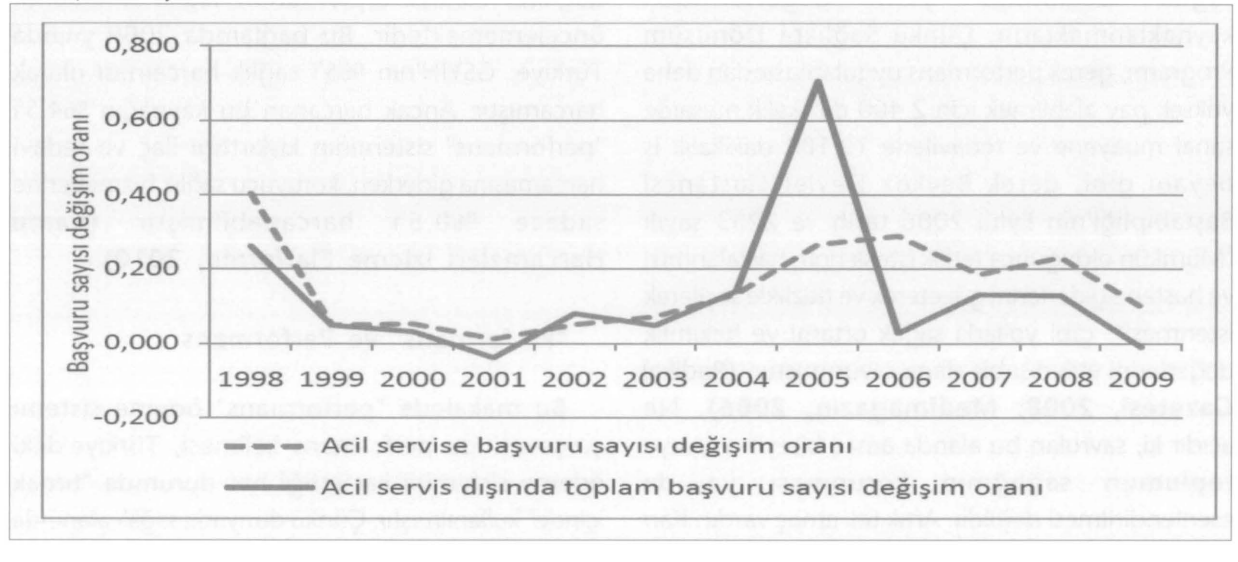
Türkiye'sinde zaafalarını ortadan kaldırmaya yönelik hiçbir önlem almadan uygulamaya konulmasıdır. Bu bağlamda dünyada ve Türkiye'de muhafazakar değerlerin yükselişe geçtiği bir dönemde, "sahtekarlık" gibi bir kavramın, hiç olmaması gereken bir meslek olması gereken hekimliğe, bizzat muhafazakar bir iktidar tarafından taşınmış olmasının altı özenle çizilmelidir.

"Performans" ve Sağlık

Gelinen noktada "sağlık"tan bahsetmek ne kadar mümkündür bilinmez ama çeşitli yapısal nedenlerle ve "performans" sisteminin kışkırtması ile artan sağlık harcamalarının sağlık ölçütlerinde nasıl bir değişime neden olduğu da mutlaka irdelenmelidir.

Aslında sağlık hizmetlerine ulaşımın arttığı bir sağlık ortamında beklenen sonuç bireylerin hastalıklarının ilerlemeden sağlık hizmetlerini talep etmesidir. Sağlık hizmetinin bireyin hastalık tablosunun kötüleşmeden kullanılması ise gerek hastalığın erken dönemde kontrolüne ve gerekse birey tarafından acil servis hizmet kullanımının azalmasına neden olur. Ancak Türkiye'de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, beklenen bu etkiyi yaratmamış ve program, acil servis başvurularında azalmaya değil artışa neden olmuştur (Şekil 6).

Şekil 6. Yıllara göre toplam ve acil başvuru sayıları (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 2010)



Öte yandan kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) miktarı ve kişi başı sağlık harcama miktarlarına göre değerlendirildiğinde; Türkiye'nin 2005 ve 2006 yıllarında anne ölüm hızı, bebek ölüm hızı ve ortalama yaşam süresi bakımından beklenenden kötü olduğu görülmektedir (OECD, 2008). Benzer biçimde ülkelerin sağlık ölçütlerinin %GSYİH bakımından sağlık harcamaları ile kıyaslandığında Türkiye'nin, yaşam beklentisi açısından, benzer oranda sağlık harcaması yapan Polonya ve Kore'den, bebek ölüm oranı açısından yine benzer oranda sağlık harcaması yapan Kore, Polonya ve Rusya'dan daha kötü olduğu görülmektedir (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 2010). Benzer biçimde dünyadaki ülkeler ortalama yaşam süresi, bebek, çocuk, anne ölümleri, ölüm nedenlerinin hastalıklara göre dağılımı ve hastalıklara göre yaşam yılı kayıpları gibi değerlerle analiz edildiğinde, Türkiye'nin -11.98 puanla 169 ülke arasında 87. sırada olduğu gösterilmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2010).

Ancak analizler, Türkiye'nin kamu sağlık harcamalarının genel devlet harcamaları arasındaki yeri ve kişi başına GSYİH açısından da, kamu sağlık harcamalarının GSYİH payı açısından da dünyadaki ülkeler arasında ortalamanın üstünde kaynak ayırdığını göstermektedir (OECD, 2008). O halde sorun nerededir? Kanaatimizce sorun başta "performans" olmak üzere çeşitli uygulamalarla yozlaştırılan, para, ticaret ve kar kısıncasına sokulan sağlık ortamının yeni değerlerinden kaynaklanmaktadır. Çünkü Sağlıkta Dönüşüm Programı, gerek performans uygulamasından daha yüksek pay alabilmek için 2.400 dakikalık mesaide sanal muayene ve tedavilerle 19.100 dakikalık iş beyanı gibi, gerek Beykoz Devlet Hastanesi Baştabipliği'nin Eylül 2006 tarih ve 2253 sayılı "Mümkün olduğunca tetkik isteklerinin hastalarımızı ve hastane giderlerini gözeterek ve titizlikle seçilerek istenmesi" gibi yollarla sağlık ortamı ve hekimlik değerlerini etik dışı bir alana savurmuştur (Radikal Gazetesi, 2008; Medimagazin, 2006). Ne acıdır ki, savrulan bu alanda amaç bireyin ve/veya toplumun sağlığının korunması ya da esenlendirilmesi değildir. Artık tek amaç vardır: Karı

maksimize edebilmek! Bu nedenledir ki "performans" sistemi öncesinde hastalara açılan damar yolu sayısı hasta başına 0.1'den "performans" sistemi sonrası 2.1'e; enjeksiyon sayısı hasta başına 9.9'dan 13.6'ya; tanısal tetkik sayısı aynı hastalık için hasta başına 18.6'dan 28.2'ye ve ameliyatlarda kan kullanımı aynı hastalık için %6'dan %76'ya yükselmiştir (Tengilimioğlu, 2008).

Elbette "performans" sistemi uğruna daha fazla para kazanmak için kısırtılan hizmetler sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TUIK) 8 Şubat 2011 tarihli açıklamasına göre 2008 yılında Türkiye'de toplam sağlık harcaması 57 milyar 740 milyon TL olarak gerçekleşmiştir -ki bu miktar GSYİH'nin % 6.1'idir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011). TUIK, toplam sağlık harcamasının %90.6'sının cari sağlık harcaması olduğunu bildirmekte ve 1999 yılında %4.8 olarak gerçekleşen toplam sağlık harcamasının GSYİH'nin 2008 yılında % 6.1'e yükseldiğinin altını çizmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011). Benzer biçimde Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması da 2007 yılında 725 TL (553 ABD\$) iken, 2008 yılında 812 TL (624 ABD\$) düzeyine yükselmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2011). Veriler açık biçimde Türkiye'nin sağlığa yeteri oranda kaynak ayırdığına işaret etmektedir. Ancak ayrılan kaynağa oranla Türkiye'nin sağlık ölçütleri yukarıda da ifade edildiği gibi sağlığa benzer ekonomik kaynak ayıran ülkelere kıyasla kötüdür. Çünkü sağlığa ayrılan kaynağın dağılımı Türkiye toplumunun sağlık sorunlarını incelememektedir. Bu bağlamda 2009 yılında Türkiye, GSYİH'nin %5'i sağlık harcaması olarak harcamıştır. Ancak harcanan bu kaynağın %4.5'i "performans" sisteminin kısırttığı ilaç ve tedavi harcamasına giderken, koruyucu sağlık hizmetlerine sadece %0.5'i harcanabilmiştir (Kamu Harcamaları İzleme Platformu, 2010).

"Performans" ve Performans

Bu makalede "performans" ödeme sistemi çerçevesinde performans kelimesi, Türkiye'deki ödeme sistemini kastettiği her durumda "tırnak içinde" kullanılmıştır. Çünkü dünyada sağlık alanında

uygulanan performans sistemiyle, Türkiye'de uygulanan "performans" sistemi arasında, kelimenin yazılışının aynı olması dışında hiçbir ortak yön yoktur. Dünyada sağlıkta performans ödeme sistemi denildiği zaman kastedilen; sağlık hizmet alanında belirlenen gerçek sağlık ölçütlerine -örneğin astım hastaları için sigara içim durumu, inhaler teknik, kişisel yönetim planı, peak flow akım hızı, peak flow için alarm konsültasyonu, PEF<%60 olunca oral kortikosteroid kullanımı, günlük hasta kaydı, egzersiz öncesi kısa etkili bronkodilatör kullanım önerisi gibi (Campbell, 2009)- ulaşan hekimlere kazandıkları ücretinin %25'i civarında ek ödeme yapılmasıdır. Elbette bu tür performans sisteminin yatak doluluk oranını ya da ameliyat sayısını gözetken Türkiye'deki "performans" sistemi ile ilişkisi yoktur. Bu nedenle bu makale gerçek sağlık ölçütleri ışığında hekim ücretlerine %25 gibi nispi bir katkının yapıldığı ödeme sistemi olan performans sistemini tartışma gündemine almamıştır. Ancak bu makale çerçevesinde ifade etmek gerekir ki; dünyada uygulandığı haliyle olsa dahi, iddiaların aksine maliyet- etkin olmayan performans sistemi, sağlık hizmet alanında beklenen sonuçları sağlayamamakta ve hatta kimi yerlerde hastaların sistem dışı kalmasına yol açabilmektedir (Petersen, 2006; Doran, 2006; Glickman, 2007; Pearson, 2008; Campbell, 2009; Serumaga, 2011).

Son Söz Yerine

Gerek ulusal gerekse uluslararası pek çok belge ve bilgi, hekimlerin, sunulan hizmetlerin miktarını artırarak ve değişiklikler yaparak, düşen ücretlerin etkisini azaltacak kapasiteleri bulduğuna işaret etmektedir. Bu çerçevede Latin Amerika deneyimi sağlık alanında neo-liberal uygulamaların hayata geçirildiği yerlerde harcamaların bir biçimde devlete karşılatırıldığına, dahası sistemsizliğin, kaotik, elitist, yozlaşmış, irrasyonel ve kontrolsüz bir yapının sağlığa hakim olduğuna ve olmayan hastalar, yanlış teşhisler, aynı yatış için kesilen mükerrer hesaplar, yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi sahtekarlık biçimlerinin sağlık hizmet alanında yaşandığına işaret etmektedir (Homedes, 2005). Bununla birlikte neo-liberal sağlık uygulamalarının akademik

hayata da uygulanması halinde; eğitim ve araştırma birimlerinde de hasta sirkülasyonunun hızlandığı, finansal baskılar nedeniyle öğretim üyelerinin sağlık hizmetine yöneldiği, eğitime ayrılan zamanın azaldığı, öğretim üyelerinin araştırma yapmak için ticari şirketlere geçtiği ve araştırma merkezlerine ticari şirketlerin kadrolu araştırmacılarının yerleştiği bilinmektedir (Lancet, 2000). Son olarak sağlık hizmet alanında piyasanın özlenen adaleti sağlayamadığı ve daha önemlisi neo-liberal politikanın sağlık hizmetini metalaştırdığı, yaşamı tıplaştırdığı ve çok daha kötü bir etki olarak sağlık profesyonellerinde transformasyona neden olarak sağlık çalışanlarını, "müşteri"lerinden para kazanmaya çalışan "tüccar"lara dönüştürdüğü ifade edilmektedir (Budetti, 2008).

Türkiye ölçeğinde değerlendirildiğinde, neo-liberal politikanın bir gereği olarak uygulamaya konulan "performans" sistemi, nitelsiz sağlık hizmeti sunumuna neden olmuş; çalışma barışını ortadan kaldırmış; adalet, dayanışma, paylaşım ve işbirliği kavramlarını yok etmiş ve bireysel çalışmanın yarattığı ortam nedeniyle çalışanlar arasında örgütlenme isteğini azaltmıştır (Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2009). Öte yandan "performans" sistemi anılan bu etkilerinden çok daha kötü olarak, sağlık hizmet alanında hastalara gereksiz yere sağlık hizmeti sunumuna, etik dışı hekimlik uygulamalarına ve hırs, rekabet ve stres gibi kapitalist değerlerin hekimlik mesleğinin özüne dahil olmasına yol açmıştır (Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu, 2009).

Açık sözlülükle ifade etmek gerekir ki; "performans" ödeme sistemi başta olmak üzere neo-liberal politikaların etkisiyle, bugün itibarıyla hekimlik meslek etiği değerlerinde tarihi bir "dönüşüm" yaşanmaktadır. Binlerce yılda süzülerek şekillenen meslek değerleri "önce zarar vermeme" ve "yararlı olma" ilkesinden, "önce para kazan" düsturuna doğru bir başkalaşım geçirmektedir. Kanaatimizce bu başkalaşıma isyan etmek, hekimlik mesleğinin varoluşsal nedeni ve dahası hekimlerin omuzlarına yüklenen tarihsel görevidir.

KAYNAKLAR

Altın S. (2011). Göğüs Hastalıkları Eğitim Kurumlarımızda Son 5 Yılda Neler Değişti?, Türk Toraks Derneği 14. Yıllık Kongresi, 13-17 Nisan 2011, Antalya, Basımda.

Balcı A & Kırılmaz H. Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı'nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/sbpdeos.pdf

Budetti PP. (2008). Market Justice and US Health Care. *JAMA*, 299 (1): 92-94.

Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. (2009). Effects of Pay For Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med*, 361 (4): 368-378.

Demir M. (2008). Performans ve Hasta Güvenliği İlişkisi. T. C. Sağlık Bakanlığı, Performans Toplantıları-2, Ankara, Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/perf_top_2.pdf

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. *N Engl J Med*, 355 (4): 375-384.

DSÖ Avrupa Bölge Ofisi & T.C. Sağlık Bakanlığı. (1998). Avrupa Sağlık Reformu, Mevcut Stratejilerin Analizi, Ankara, Ulaşım Tarihi: 23 Şubat 2011, www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/kitaplar/absaglikreformu.pdf

Elbek O, Adaş EB. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, 12 (1): 33-44.

Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED. (2007). Pay For Performance, Quality of Care, and Outcomes in Acute Myocardial Infarction. *JAMA*, 297 (21): 2373-2380.

Hacettepe Üniversitesi. DRG'lere Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması, Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin

Altyapı Geliştirilmesi Projesi. Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/dc71_final_v2_tur.pdf

Homedes N, Ugalde A. (2005). Why Neoliberal Health Reforms Have Failed in Latin America. *Health Policy*, 71 (1): 83-96.

ILO. (1944). Filadelfiya Bildirgesi. Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/ilo_filadelfiya.htm

Kamu Harcamaları İzleme Platformu. (2010). 2010 Yılı Kamu Harcamaları İzleme Raporu. Ulaşım Tarihi: 23 Şubat 2011, http://www.kamuharcamalariniizlemeplatformu.com/site_media/docs/milletvekili_mektup_2010.pdf

Keeler EB, Brodie M. (1993). Economic Incentives in the Choice Between Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Milbank Q*, 71 (3): 365-404.

Lancet. (2000). A Case of Market Failure. *Lancet*, 355 (9216): 1657.

Marx K. (1999). Felsefenin Sefaleti. Sol Yayınları, İstanbul.

Medimagazin. (2006). Başhekimden Skandal Emir. Ulaşım Tarihi: 23 Şubat 2011, <http://www.medimagazin.com.tr/ana-sayfa/kategorisiz/tr-bashekimden-skandal-emir-1-666-6160.html>

OECD & WB. (2008). OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. Ulaşım Tarihi: 16 Şubat 2011, http://ekutuphane.tusak.saglik.gov.tr/kitaplar/OECD_Kitap.pdf

Pearson SD, Schneider EC, Kleinman KP, Coltin KL, Singer JA. (2008). The Impact of Pay-For-Performance on Health Care Quality in Massachusetts, 2001-2003. *Health Aff (Millwood)*, 27 (4): 1167-1176.

Pescosolido BA, Kronenfeld JJ. (1995). Health, Illness, and Healing in an Uncertain Era: Challenges From and For Medical Sociology. *J Health Soc Behav, Spec No: 5-33.*

Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. (2006). Does Pay-For-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med*, 145 (4): 265-272.

Radikal Gazetesi. (2008). Dakikada Kaç Dış Çekebilirsiniz? Ulaşım Tarihi: 27 Haziran 2008, <http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=247986&Tarih=20/02/2008>

Recep Akdağ. (2004). Doktorları Kar Ortağı Yaptık. Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, <http://www.medimagazin.com/medimagazin/tr-doktorlari-kr-ortagi-yaptik-676-174-654.html>

Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, Soumerai SB. (2011). Effect of Pay For Performance on the Management and Outcomes of Hypertension in the United Kingdom: Interrupted Time Series Study. *BMJ*, 342: d108. doi: 10.1136/bmj.d108.

Sezen B, Gök ŞM. (2009). Performansa Dayalı Ödeme Sisteminin Türkiye'deki Hastane Verimliliklerine Etkisi. T. C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, 19-21 Mart 2009, Cilt 3: 303-314. Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=1>

Tanrıverdi H, Teker Ç. (2010). Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1: 114-136.

Tengilimoğlu A, Pay U, Kısa A. (2008). The Inefficiency of Performance Based Physician Payment Scheme in Turkey. *Proceedings of the Fifty International Conference on Health Care Systems*, 2008.

Türk Dil Kurumu. (2011). Ulaşım Tarihi: 21 Şubat 2011, <http://www.tdk.gov.tr/TR/Genel/Ana.aspx?F6E10F8892433CFFAA6AA849816B2EF4376734BED947CDE>

Türk Tabipleri Birliği. (2011). Türkiye'nin Sağlık Düzeyi "Eksi"lerde, Neden? Ulaşım Tarihi: 12 Şubat 2011, <http://www.ttb.org.tr/index.php/haberler/basinaciklamalari/2216-saglikduzeyi>

TTB Etik Kurulu. (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme. Ulaşım Tarihi: 23 Şubat 2011, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliödeme.pdf>, 2009

Türkiye Bülteni. (2003). Recep Akdağ'la Sağlıkta Dönüşüm Söyleşi. Ulaşım Tarihi: 26 Haziran 2008, <http://www.turkiyebulteni.net/05/22.htm>

Türkiye Bülteni. (2004). Ümraniye'ye 250 Yataklı Hastane. Ulaşım Tarihi: 27 Haziran 2008, <http://www.turkiyebulteni.net/11/30.htm>

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2003). Sağlıkta Dönüşüm Programı, Ankara.

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2006). Sağlıkta Performans Yönetimi, Ankara.

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2007). Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007, Ankara.

T. C. Sağlık Bakanlığı. (2008). Sağlıkta Performansın Panoraması 2007. Ulaşım Tarihi: 22 Şubat 2011, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/panorama_son.swf

T. C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı. (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları. Ulaşım Tarihi: 16 Şubat 2011, <http://www.performans.saglik.gov.tr/>

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2008). Mali İzleme Raporu. Ulaşım Tarihi: 18 Şubat 2011, <http://www.tepav.org.tr/>

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2010). Muayene Sayısındaki Artış, Anlamlı Bir Erişim Artışını mı İfade Ediyor? Ulaşım Tarihi: 23 Şubat 2011, http://www.tepav.org.tr/upload/files/1284627104-1.Muayene_sayisindaki_artis_anlamli_bir_erisim_artisini_mi_ifade_ediyor.pdf

Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. (2010). Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Ekiliyor? Ulaşım Tarihi: 23 Şubat 2011, http://www.tepav.org.tr/upload/files/1279030877-2.Artan_Saglik_Harcamalari_Temel_Saglik_Gostergelerini_Nasil_Etkiliyor.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu. (2011). Harcama İstatistikleri 2008. Sayı: 34.

Uğurluoğlu Ö, Çelik Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (1): 1-29.

Yenimahalleli YG. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Ankara Üniversitesi Doktora Tezi.

Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. (1982). Professional Uncertainty and the Problem of Supplier-induced Demand. *Soc Sci Med*, 6 (7): 11-24.