

Performansın “10 iddiası”

Yrd. Doç. Dr. Osman Elbek



1970 yılında İçel'in Tarsus ilçesinde doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Tarsus'ta, tıp fakültesi eğitimini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tamamladı. Pratisyen hekim olarak Hatay'ın Samandağ ilçesinde görev yaptı. 1995 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığı Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Uzmanlık eğitimini 2000 yılında bitirdi. Ardından Eskişehir Kızılay Tıp Merkezi'nde, Gaziantep SSK Bölge Hastanesi'nde ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde göğüs hastalıkları ve tüberküloz uzmanı olarak görev yaptı. Halen Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Her yazılı metin aslında gündelik hayatta var olan bir gerçeği anlamaya ve onu başkalarına anlatmaya çalışır. Ama her yazar bilir ki, aslında harfler, sözcükler ve cümleler hayatı tümüyle anlatmakta kifayetsizlerdir. O nedenle herhangi bir konuda yazılmış en iyi metin, hayatta yaşanan gerçeğe en çok yaklaşabildir. Ancak bu yazının böyle bir iddiası yoktur. Fakat yine de olabildiğince “performans” sistemi konusunda gündelik hayatta olup biteni, konu hakkında sıklıkla dile getirilen iddialar ve yanıtları biçiminde tarif etmeye çalışacaktır. Öte yandan bu yazının yazarı, “perfor-

mans” sistemini en iyi ve en gerçekçi anlatan şiirsel metnin, 13 Mart 2011 tarihinde Ankara'da Sağlık Bakanlığı'nın önünde buluşan 40 bin sağlık çalışanı tarafından yazıldığını bilmektedir. Ayrıca 13 Mart'ta Ankara'da ve 19-20 Nisan'da Türkiye'nin dört bir yanında buluşan sağlık çalışanları, harflerin, sözcüklerin ve cümlelerin kifayetsizliğinin ötesine geçerek “performans” sisteminin meslek etik ilkeleriyle bağdaşmaz olduğunu haykırmışlardır. Gündelik hayatta fiilen “performans” sistemini yaşayan bu insanların çığlığının sonrasında kanaatimizce ne söylene zait, ne cümle kurulsa anlamsızdır. Şimdi zaman, para ve ticaret karşısında mesleğin onuruna ve

ahlâkına sahip çıkan insanlardan ders alma zamanıdır.

İddia 1: “Performans” sistemi sağlıkta kaliteyi teşvik etmekte ve ödüllendirmektedir.

Yanıt 1: Hayır kanaatimizce bu iddia gerçek değildir. Pek çok araştırmancın yanı sıra bizzat Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir araştırmada da üç sağlık çalışanından ikisinin “performans” sisteminin sağlık hizmetlerine olumlu bir etkiye neden olmadığı ifade edilmiştir (1). Bu durumun temel nedeni kanaatimizce “performans” sisteminin zeminin yükseldiği Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın kendisidir.



Bilindiği üzere Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık birimlerinin kurumsal örgütlenmesini, idari ve mali yönden özerk işletmeler haline getirilecek olan sağlık işletmelerinin rekabeti prensibine dayandırmıştır (2). Yine 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 (3). İşte “performans” sistemi bu öngörü temelinde şekillendirilmiştir. Bu çerçevede Sağlık Bakanı Recep Akdağ’ın da ifade ettiği gibi, “performans” sisteminde “hekim ne kadar çok hastayı, kişiyi, aileyi kaydetmişse o kadar çok kazanacaktır” (4). 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 daha yüksek olacak ve bu sayede sağlık çalışanları kendi aralarında rekabete teşvik edilecektir (4). Kanaatimizce bu cümleler “performans” sisteminin temel amacının sağlık hizmetlerinde niteliği/kaliteyi yükseltmek yerine niceliği teşvik etmek olduğunu açıklıkla göstermektedir.

İddia 2: “Performans” sisteminin ilkelere ve göstergeleri, hekimlerin hastalarına daha iyi sağlık hizmeti sunması esasına göre düzenlenmiştir.

Yanıt 2: Hayır kanaatimizce bu iddia da doğru değildir. Çünkü Sağlık Bakanı Sayın Akdağ’ın yukarıda ifade ettiği cümlelerden de anlaşıldığı üzere, sistem, sağlık hizmeti tüketimi zemininde kurulmuştur. Bu bakış açısı nedeniyle “performans” sisteminin bileşenleri muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet ölçümü ve verimliliğidir. Bu bileşenlerden biri olan verimlilik ise finansal, faaliyet ve klinik göstergeler olmak üzere üç alt bileşenden oluşmuştur (5). Bu alt bileşenler de kendi içinde daha alt bileşenlere ayrılmaktadır. Bu çerçevede toplam giderin toplam gelire oranı, personel gideri destekleme oranı ve toplam borcun toplam gelire oranı “finansal göstergesi”yi; yatak doluluk oranı, yatan hasta oranı, ortalama kalış günü ve yeni performans takip sistemine veri giriş puanı ise “faaliyet göstergesi”ni oluşturmaktadır (5). 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; sezaryen oranı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanıdır (5). Dikkat edilirse burada tanımlanan göstergeler de klinik anlamda hastanın hastalığını ve sağlığını önceleyen parametreler değildir.

Öte yandan Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ile Dünya Bankası (WB)’nin 2008 yılında birlikte yayımladıkları “OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye” başlıklı dokümanda, Türkiye’de sağlık hizmet alanında yürürlükte bulunan “performans” ödeme sisteminin bu bileşenleri şu alt başlıklarda tanımlanmıştır (6):

- a) Sağlık kuruluşunun personele yapacağı ödeme için ayıracağı miktar
- b) Tavan sınır
- 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 izleme sistemine yönelik puanların Sağlık Bakanlığı’na bildirim
- d) Bireysel performans puanı
 - a. Personelin gerçekleştirdiği işlem sayısı
 - b. Unvan katsayısı
 - c. Çalıştığı gün sayısı
 - d. Çalışma biçimi
 - i. Tam zamanlı
 - ii. Yarı zamanlı

Oysa kanaatimizce bir hekimin performansı bunlar değildir. İletişim becerisi, tıbbi bilgi düzeyi, araştırma yapabilmesi, genel klinik becerileri, veri-dosya kayıt titizliği, sorun çözme 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 değerlendirebilmesi, 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

Bakan Müşaviri Dr. Mehmet Demir’in de ifade ettiği gibi; sağlık sisteminde yaşanan sorunları çözebilecek, “kapalı kilitlerinin açılmasına yardımcı olacak maymuncuk” performanstır. Gerekli olmasa da en çok ameliyat eden, hastaları gerekmesede bir neden icat edip hastaneye yatırıp ve sonrasında hızla çıkararak ve/veya poliklinikte hastaya en hızla bakıp poliklinik sayısında tavan yapan “ticarethane” ve bu ticarethanenin kurallarına en uygun çalışan “bezirgân” başarılıdır, verimlidir.

gelir ve gider oranı ve daha önemlisi klinik göstergeler olarak ifade edilen sezaryen oranı, günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ve günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı ile ilgili yoktur.

İddia 3: “Performans” sistemi bir maymuncuktur.

Yanıt 3: Evet gerçekten bu iddia doğrudur. Çünkü Bakan Müşaviri Sayın Dr. Mehmet Demir’in de ifade ettiği gibi; sağlık sisteminde yaşanan sorunları çözebilecek, “kapalı kilitlerinin açılmasına yardımcı olacak maymuncuk” performanstır (7). Bu bağlamda Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı eşliğinde uygulamaya konulan “performans” ödeme sistemiyle, aslında hizmet başı ödeme yapıldığı unutulmamalıdır. Çünkü “performans” sisteminin -yazının giriş bölümünde de anlatıldığı gibi- ana çerçevesi maliyettir ve bu maliyet eksteni 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 sınırı, Türkiye’deki ödeme modelini “maaş + hizmet başı ödeme modeli” olmaktan çıkarmış ve modeli, maaşın ih-

Latin Amerika deneyimi; sistemsizliğin, kaotik, elitist, yozlaşmış, irrasyonel ve kontrolsüz bir yapının sağlığa hâkim olduğuna ve olmayan hastalar, yanlış teşhisler, aynı yatış için kesilen mükerrer hesaplar, yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi sahtekârlık biçimlerinin yaşandığına işaret etmektedir.

mal edildiği, “performans” sistemi adı altında hizmet başı ödemenin zihinlerde tümüyle ya da ağırlıklı ön plana çekildiği bir çıkıya dönüştürmüştür. Bu “dönüşüm”, mesleki değerlerde etik aşınmaya neden olan ilk adımdır. 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 kârını maksimize etmeye çalışan bir girişimci, tüccardır. Elbette hekimin girişimci ve tüccar olarak kabuk değiştirdiği bir “sağlık” ortamında; hasta ve sağlık kurumu da benzer bir metamorfoz yaşayarak “müşteri” ve “ticarethane”ye dönüşecektir. Hiç kuşku yok ki bu anlamıyla “performans” ödeme sistemi “maymuncuk”tur. Çünkü “performans” maymuncuğu, ticaret için, kâr ve para kazanmak için sağlık hizmetinin sunulduğu bir dünyanın kapılarını açmaktadır.

Öte yandan çok açıktır ki siyasi iktidar temsilcileri -hem de en üst düzeyde- “kapı”ların açılması için “performans” maymuncuğunu kullanmak yönünde olağanüstü çaba sarf etmişlerdir. Örneğin 2004 yılında Türk Oftalmoloji Derneği tarafından düzenlenen 24. Ulusal Oftalmoloji Kursunun 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.” diyerek, hekimlerin döner sermaye primleriyle maaşlarının 3-4 katına kadar gelir elde edebileceklerini ifade etmiştir (8). 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 kâr ortağı haline getirdik.” diyerek bağlamaktadır (8).

İddia 4: “Performans” sistemi verimlidir.

Yanıt 4: Bu iddia kanaatimizce hem doğru hem yanlıştır. Çünkü burada önemli olan “verimlilik” kavramından ne anlaşılıyor. Eğer “verimlilik”ten anlaşılacak sağlık hizmet alanında uygulamaya konulan “performans” sisteminin sağlık hizmet sistemini ve toplum sağlığını iyileştirmesi ise bu sistemin verimli olmadığı açıktır.

Ancak başka bir açıdan bakıldığında “performans” sisteminin verimli olduğu görülmektedir. Çünkü 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 (9). Elbette bu “verimlilik” durumu, genel olarak çıktılarını girdilere oranıyla hesaplandığı bir verimliliktir. 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 (9). Öte yandan hastaneleri kendi aralarında karşılaştırırken girdi olarak kullanılan veriler ise fiili yatak sayısı, uzman doktor sayısı ve pratisyen doktor sayısıdır (9). “Doğal”dır ki; bu bakış açısı, ameliyat olan, 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 gerekmese de bir neden icat edip

hastaneye yatırıp ve sonrasında hızla çıkararak ve/veya poliklinikte hastaya en hızla bakıp poliklinik sayısında tavan yapan “ticarethane” ve bu ticarethanede, ticarethanenin kurallarına en uygun çalışan “bezirgân” başarılıdır, verimlidir.

İddia 5: “Performans” sistemi sağlık çalışanlarının tümünü ödüllendirmektedir.

Yanıt 5: Hayır kanaatimizce bu iddia doğru değildir. Çünkü her ne kadar sağlık; hekimi, hemşiresi, sağlık personeli, idari personeliyle bir bütünsel de, “performans” sistemi ağırlıklı uzman hekimi ödüllendirmektedir. Bu çerçevede ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan uzman hekimler ortalama 4 bin 166 TL ek ödeme alırken, aynı kurumda çalışan pratisyen hekimler ortalama bin 830, sağlık hizmetler sınıfı çalışanları 584, genel idare çalışanları 399, yardımcı hizmetler çalışanları ise ortalama 326 TL ek ödeme almışlardır (10). Hiç kuşku yoktur ki ödemeler arasında yaşanan bu uçurumun en önemli sonucu hekimler arasında hiyerarşinin sağlanmasıdır. Gerçekten de “performans” sistemi başhekim ve uzman hekimi, pratisyen hekime çok daha değerli görmekte ve bu nedenle de başhekim ve uzman hekimlere maaşlarının yaklaşık dört katını ek ödeme olarak kazanabilme imkânını yaratmaktadır. Öte yandan bu ödeme sistemi, ikinci basamakta çalışan bir pratisyen hekimi “verimli” görmemektedir. Çünkü “performans” ödeme sisteminin teşvik edip hırslandırmayı amaçladığı hekimlik, ikinci basamakta hastanın tedavi kararını (ve bu yolla hastanenin girdisini / kazancını) primer olarak etkileyebilme potansiyeline sahip olan uzman hekimliktir. Çok açık ki sistemin; hekimler, uzmanlık alanları ve hekimlerle diğer sağlık çalışanları arasında yarattığı bu çok büyük farklılık, “performans” sisteminin amacının sunulan hizmetin niteliği ile ilişkili olmadığına işaret etmektedir. Hele bu durum hekim dışı sağlık çalışanları açısından çok daha çarpıcıdır. Tercih edilen bu politikanın somut yansımaları ise Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı saha araştırmasında dahi “performans” sisteminin sağlık çalışanları arasındaki ilişkiye olumlu katkı sunduğuna inanan çalışan oranının sadece %15’te kalmış olmasıdır (1).

İddia 6: “Performans” sisteminden hastalar mutludur.

Yanıt 6: Evet kanaatimizce bu iddia doğrudur. Çünkü sağlığa erişimde sorunlar yaşayan ya da muayene etmeden reçete yazılıp ilaçlar önerilen hastalar için, “performans” puanı hatırına bile olsa kendileriyle ilgilenilmesi, bolca tetkik ve/veya ameliyat edilmeleri onları çok mutlu ve memnun etti. Ama mutlu ve memnun olan hiçbir hasta aslında



o reçetede yazılan ilaçların, hastaneye yatmanın ya da ameliyatın gerekli olup olmadığını sorgula(ya)madı. Elbette sağlık hizmeti alanı gibi hastanın oldukça sınırlı bilgiye sahip olduğu bir alanda bu sorgulamayı yapmaması yaşananların doğru olduğu anlamına gelmedi.

İddia 7: “Performans” sistemi gereksiz tetkik/televatı ve/veya ameliyata neden olmamaktadır.

Yanıt 7: Gazetelerde büyük boy “Sezarven Yapma Puan Kazan” ilanlarının yapıldığı bir “sağlık” ortamında bu iddianın ne kadar gerçek dışı bir iddia olduğu açıktır.

Öte yandan veriler “performans” ödemesinin yürürlüğe girdiği 2004 yılında bir önceki yıla kıyasla, devlet hastanelerinde hasta başvuru oranlarında artışın yaşandığına işaret etmektedir. Ancak veriler 2004 yılında devlet hastanelerinde gözlenen bu artışa benzer bir oranda artışın diğer hastanelerde yaşanmadığına işaret etmektedir (11). Öte yandan 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 olması dikkat çekicidir

(12). Ayrıca Türk Cerrahi Derneği’nin de gösterdiği gibi “performans” sistemi cerrahi alanda tedavi endikasyonlarında genişlemeye, işlem sayısında artışa, sağlık ekibinin içinde yer almasına rağmen performansla ücretlendirilmeyen sağlık çalışanlarının varlığı nedeniyle çalışma barışının bozulmasına, etik kuralları zorlayan uygulamalarda artışa, ameliyat tercihlerinde hastanın ihtiyaç ve cerrahın deneyimi yerine ilgili performans puanının öne çıkmasına, eğitim kadrosunun eğitim faaliyetleri yerine sağlık hizmeti faaliyetlerine yönelmesine ve eğitim etkinliklerinin “kâğıt üstünde” yapılmış gibi gösterilmesine yol açmıştır (13). Öte yandan göğüs hastalıkları uzmanlarının derneği olan Türk Toraks Derneği’nin 2011 yılında gerçekleşen kongresinde sunulan veriler de hekimlik mesleğinde yaşanan “dönüşüm”ün sadece cerrahi alanla sınırlı kalmadığına işaret etmektedir (Tablo).

Son olarak “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; tanisal tetkik sayısı aynı hastalık için hasta başına 18.6’dan 28.2’ye ve ameliyatlarda kan kullanımı aynı hastalık için %6’dan %76’ya yükselmiş olması (15) söz konu-

Tablo: Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde sürdürülen göğüs hastalıkları hizmetleri (14)

Parametre	2005	2010	%
Toplam hekim sayısı	349	392	+12
Poliklinik sayısı	485 bin 811	741 bin 717	+53
Hasta yatak sayısı	2 bin 319	Bin 717	-26
Yatan hasta sayısı	36 bin 554	58 bin 574	+60
Transtorasik Biyopsi/ Aspirasyon sayısı	3 bin 493	5 bin 972	+71
Plevra biyopsi sayısı	Bin 251	3 bin 248	+160
Solunum fonksiyon test sayısı	107 bin 078	291 bin 910	+173
Bronkoskopi sayısı	6 bin 903	24 bin 439	+254
Akademik yayın sayısı	214	119	-44

“Performans” sistemi, çalışma barışını ortadan kaldırmış; adalet, dayanışma, paylaşım ve işbirliği kavramlarını yok etmiş 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.

su iddianın geçersizliği konusunda fazlasıyla kanıt sunmaktadır.

İddia 8: “Performans” sisteminde ifade edilen sorunlar Türkiye’de yaşanan münferit sorunlardır. Bu münferit sorunlar nedeniyle “performans” sisteminin tamamına haksızlık etmemek gereklidir.

Yanıt 8: Kanaatimizce bu iddia gerçeklerin saklanamayacak ölçüde deşifre edildiği bir ortamda “performans” sistemini kurtarma telaşıyla üretilmiştir. Çünkü yaşanan bu gelişmeler bilinmeyen ya da Türkiye’ye özgü sürpriz sonuçlar değildir. Aksine bu sistemin iki temel sorunla malul olduğu herkes tarafından bilinmektedir. 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. Türkiye’ye birinci basamak modeli olan yerleştirilmeye çalışılan aile hekimliği sisteminde, ekonomik kayba uğramamak için aile hekiminin, yoğun işyüküne rağmen, gereken sayıda “aile sağlığı elemanı”nı, kendisinin ücret ödemesi 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 sahtekârlığı” olarak tanımlanan başka bir sorunu da yapısında barındırmaktadır. “Ücret sahtekârlığı” tanımı, gelirin maksimize edilmesi için ücret modelinin “avantajları”nın hekimin kendi çıkarları için kullanması olarak tanımlanmaktadır. Öte yandan bu çıkar eksenli yaklaşım Türkiye’ye has bir uygulama değildir. Literatürde özellikle vajinal/se-

zaryen doğumlarla “ücret sahtekârlığı”nın yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir (16). 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 (17). Öte yandan Türkiye’de yapılan bir araştırmada da geri ödeme sistemiyle, hekimin hastasından talep ettiği görüntüleme tetkikleri arasında yakın bir ilişkinin var olduğu gösterilmiştir (18).

İddia 9: “Performans” sistemi Türkiye’ye özgü bir sistemdir ve dünyadaki diğer ödeme modelleriyle karıştırılmamalı ve kıyaslanmamalıdır.

Yanıt 9: Gerçekten de bu iddia bir açıdan doğrudur. Çünkü dünyada çok yaygın olmasa da 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 (19)- ulaşan hekimlere kazandıkları ücretinin küçük bir oranında (%25 civarı) ek ödeme yapılmasıdır. Elbette bu tür performans sisteminin yatak doluluk oranını ya da ameliyat sayısını gözeten ve maaşın yedi katına kadar ek ödeme tanımlayan Türkiye’deki “performans” sistemi ile ilişkisi yoktur. Bu bağlamda dünyada Türkiye dışında başka hiçbir ülkenin, ödeme/ücretlendirme sistemi konusunda bu düzeyde ticari davrandığı ve sağlık hizmet alanını bu düzeyde ticarete/kâra açtığı başka bir ülke yoktur. Bu nedenle bu yazı, nitel ve gerçek sağlık ölçütleri ışığında hekim ücretlerine %25 gibi nispi bir katkının yapıldığı ödeme sistemi olan performans sistemini tartışma gündemine almıştır. Ancak bu yazı çerçevesinde ifade etmek gerekir ki; dünyada uygulandığı haliyle olsa dahi, iddiaların aksine maliyet-etkin olmayan performans sistemi (20), sağlık hizmet alanında beklenen sonuçları sağlayamamakta ve hatta kimi yerlerde hastaların sistem dışı kalmasına yol açabilmektedir (19-24).

İddia 10: Tüm dünyada olduğu gibi Dünya Bankası “önerileri” ve finansman desteğiyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda amaç-aynı programların uygulamaya konulduğu diğer ülkelerde olduğu gibi- toplum sağlığını iyileştirmektedir.

Yanıt 10: Çok açıktır ki, gerek ulusal ge-

rekse uluslararası pek çok belge ve bilgi, hekimlerin, sunulan hizmetlerin miktarını artırarak ve değişiklikler yaparak, düşen ücretlerin etkisini azaltacak kapasiteleri bulunduğuna işaret etmektedir. Bu çerçevede Latin Amerika deneyimi; sağlık alanında neo-liberal uygulamaların hayata geçirildiği yerlerde harcamaların bir biçimde devlete karşılatıldığına, dahası sistemsizliğin, kaotik, elitist, yozlaşmış, irrasyonel ve kontrolsüz bir yapının sağlığa hâkim olduğuna ve olmayan hastalar, yanlış teşhisler, aynı yatış için kesilen mükerrer hesaplar, yazılmayan ilaçlar için kesilen faturalar gibi sahtekârlık biçimlerinin sağlık hizmet alanında yaşandığına işaret etmektedir (25). Bununla birlikte neo-liberal sağlık uygulamalarının akademik hayata da uygulanması halinde; bugünlerde Türkiye’de yaşandığı gibi eğitim ve araştırma birimlerinde de hasta sirkülasyonunun hızlandığı, finansal baskılar nedeniyle öğretim üyelerinin sağlık hizmetine yönelmediği, eğitime ayrılan zamanın azaldığı, öğretim üyelerinin araştırma yapmak için ticari şirketlere geçtiği ve araştırma merkezlerine ticari şirketlerin kadrolu araştırmacılarının yerleştiği bilinmektedir (26). 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 (27), sağlık çalışanlarını, “müşteri”lerinden para kazanmaya çalışan “tüccar”lara dönüştürdüğü ifade edilmektedir.

Türkiye ölçeğinde değerlendirildiğinde, neo-liberal politikanın bir gereği olarak uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve bunun bir parçası olan “performans” sistemi, niteliksiz 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 (28). 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 (28). Açık sözlülükle ifade etmek gerekir ki; “performans” ödeme sistemi başta olmak üzere neo-liberal politikaların etkisiyle, bugün itibarıyla hekimlik mesleğinin 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 varo-

luşsal nedeni ve dahası hekimlerin omuzlarına yüklenen tarihsel görevidir.

Kaynaklar

1) T. C. Sağlık Bakanlığı, Akdağ R & Mollahaliloğlu S & Kosdak M & Taşkaya S (2010). Sağlık Personeli Memnuniyet Araştırması, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010.

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

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

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

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

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

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

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

9) 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. <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/cilt3.pdf> (Erişim tarihi: 15 Mayıs 2011)

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

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

12) Balci A & Kırılmaz H. Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemleri ve Kamu Sektöründe Uygulanabilirliği: Sağlık Bakanlığı'nda Döner Sermaye Gelirlerinden Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi. http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/sbpdeos.pdf (Erişim tarihi: 22 Şubat 2011)

13) Türk Cerrahi Derneği, Genel Cerrahide Performans Sistemi Çalıştayı, 2010. http://www.turkcer.org.tr/files/file/yayinlar/performans_calistay_web.pdf (Erişim tarihi: 4 Mayıs 2011)

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

15) 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.

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

17) Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. (1982). Professional Uncertainty and the Problem of Supplier-induced Demand. *Soc Sci Med*, 16 (7): 811-824.

18) Inandı T, Ozer C, Balci A, Karazincir S (2008). Effects of a Fixed-Payment Method on Demand for Imaging Tests in A University Hospital. *J Public Health (Oxf)*, 30 (3): 322-326.

19) 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.

20) 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.

21) 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.

22) 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.

23) 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.

24) 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.

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

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

Bugün hekimlik mesleğinin 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.

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

28) TTB Etik Kurulu. (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliode-me.pdf> (Erişim tarihi: 23 Şubat 2011)