

HİZMET BAŞI (PERFORMANSA DAYALI) ÖDEME ÇALIŞTAYI



TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINLARI - 2020



TÜRK TORAKS DERNEĞİ



HİZMET BAŞI (PERFORMANSA DAYALI) ÖDEME ÇALIŞTAYI

DÜZENLEYEN KURUMLAR

Mersin Tabip Odası

Türk Toraks Derneği

Mersin Aile Hekimleri Derneği

Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası

Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Mersin Şubesi

12 Ekim 2019 MERSİN

Editör
Dr. A. Öner KURT

Editör Yardımcıları
Dr. A. Burhan SÖKER
Dr. Derya AKICI

Fotoğraflar
Dr. A. Öner KURT
Dr. A. Burhan SÖKER
Suna GÜL

ISBN 978-605-9665-51-3

Ocak 2020, Ankara
Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Baskı
Hermes Tanıtım Ofset Ltd. Şti.
Büyük Sanayi 1. Cd. No: 105 İskitler/ANKARA
Tel: 0.312 384 34 32
Matbaa Sertifika No: 14847

**Türk Tabipleri Birliği
Merkez Konseyi**

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sk.
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/ANKARA
Tel : (0 312) 231 31 79
Faks: (0 312) 231 19 52 - 53
e-posta: ttb@ttb.org.tr
<http://www.ttb.org.tr>

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	1
ÇALIŞTAY PROGRAMI	3
ÇALIŞTAY KATILIMCI LİSTESİ	4
KONUŞMACI SUNUMLARI	7
DR. MEHMET ANTMEN	7
DR. BÜLENT NAZIM YILMAZ.....	9
DR. KAYIHAN PALA	11
GRUP RAPORLARI	33
GRUP 1	34
GRUP 2	42
GRUP 3	45
GRUP 4	53
ÇALIŞTAY SONUÇ BİLDİRGESİ	59

ÇALIŞTAY DÜZENLEME KURULU

- Dr. A. Burhan SÖKER, Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, Göğüs Hastalıkları Uzmanı
- Dr. Abdullah YENİOCAK, TTB Merkez ve Mersin Tabip Odası Özel Hekimlik Komisyonu, Özel Ortadoğu Hastanesi Kalp Damar Cerrahi Uzmanı
- Dr. Galip KIRICI, TTB Merkez Konseyi Delegatesi, Özel Sistem Tıp Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
- Dr. Hüseyin Naci EKER, Mezitli Merkez Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi Hekimi
- Dr. C. Tayyar ŞAŞMAZ, Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- Dr. A. Öner KURT, Mersin Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

AMAÇ:

Hizmet başı ödeme sisteminin hekim-hekim ilişkileri, hekim-hasta ilişkileri ve toplum sağlığı, kamu maliyesi, birinci basamak aile hekimliği ve özel hastanede çalışan hekimlere etkilerini, olası sorun alanlarını, çözüm önerilerini belirlemek ve karar vericiler, yöneticiler ile paylaşılacak doküman hazırlamak amaçlanmıştır.

HEDEFLER:

- Hizmet başı ödeme sisteminin hekim-hekim ilişkileri, hekim-hasta ilişkileri ve toplum sağlığına etkilerini değerlendirmek
- Hizmet başı ödeme sisteminin kamu maliyesine etkilerini değerlendirmek
- Hizmet başı ödeme sisteminin birinci basamak aile hekimliğine etkilerini değerlendirmek

- Hizmet başı ödeme sisteminin özel hastanede çalışan hekimlere etkilerini değerlendirmek
- Olası sorun alanlarını ve sorunların boyutlarını belirlemek
- Hizmet başı ödeme sistemi nedeniyle oluşan sorunlara yönelik çözüm yollarını geliştirmek
- Çözüm önerilerinin karar vericiler ve yöneticiler ile paylaşılması için doküman hazırlamak
- Hizmet başı ödeme sistemi uygulamalarının olumsuz etkilerine yönelik sağlık işkolunda bilgilendirme farkındalığı artırmak ve eylem planı önerisinde bulunmak

Çalıştay Tarihi: 12 Ekim 2019 Cumartesi, 09.00 – 17.00

Çalıştay Yeri: Mersin Tabip Odası Toplantı Salonu

ÖNSÖZ

Sağlıkta Dönüşüm Programı için performansa dayalı döner sermaye uygulaması, hem sağlık hizmeti sunucularını finansal denetim altına almak hem de sağlık çalışanlarında mesleki özerkliğin yitimi ve değersizleştirmeyi sağlamak için atılan en önemli adımdır. Ücret boyutuyla döner sermaye uygulaması hastaları müşteri, sağlık kurumlarını işletme olarak görmektedir. Bu nedenle aslında kurumların gelir elde etmesi için daha fazla hasta/müşteri bakılması, hastaneye yatırılması, ameliyat edilmesi, sağlık emek gücünün daha fazla çalıştırılması ve sonuçta sermaye birikmesine yol açması gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, çalışma ortamındaki ilişkileri, sağlık ve güvenlikleri hizmet başı (performansa dayalı) ödeme ile ilişkilidir.

Türkiye’de sağlık hizmeti sunan kurumlar ve hizmet sunucularının lokomotif gücü performansa dayalı ücretlendirme uygulaması ve buna bağlı faktörlerdir. Ücret, iş yükü artışı, şiddet, mali kaynakların kötüye kullanımı, fazla ve esnek çalışma, intiharlar, mobbing, sağlık çalışanların iş kazaları ve meslek hastalıkları, fazla nöbetler, dinlenme hakkının kullanılmaması gibi çalışma koşullarını ilgilendiren tüm süreçler doğrudan veya dolaylı olarak performansa dayalı çalışma biçimi ile ilişkilidir. İçinden geçtiğimiz ekonomik kriz sürecinde sağlık emek gücünün daha da değersizleşeceği, döner sermayelerin ödenemeyeceği ve sağlık kurumlarının giderek hizmet üretme süreçlerinin aksayacağı öngörülmelidir.



Tüm bu nedenlerde performansa dayalı döner sermaye uygulamasına son verilerek temel ücretin ve özlük haklarının güçlendirildiği sağlıklı yaşama ve çalışma koşullarının sağlandığı, nitelikli bir sağlık hizmeti sunumuna geçilmelidir.

Dr. A. Burhan SÖKER

Çalıştay Düzenleme Kurulu Adına

12 Ekim 2019, Mersin

HİZMET BAŞI (Performansa Dayalı) ÖDEME ÇALIŞTAY 2019 PROGRAMI

12 Ekim 2019	
09.00-09.15	Kayıt
09.15-09.45	Açılış Konuşmaları Dr. A. Burhan SÖKER Dr. Mehmet ANTMEN Dr. Osman ELBEK Dr. Bülent Nazım YILMAZ
09.45-10.30	Sağlıkta performansa dayalı geri ödeme sistemi Dr. Kayıhan PALA
10.30-10.45 Çay Kahve Arası	
10.45-12.15	Grup Çalışmaları Grup 1: Performans sisteminin hekim-hekim ilişkileri, hekim-hasta ilişkileri ve toplum sağlığına etkileri Grup 2: Performans sisteminin kamu maliyesine etkileri Grup 3: Performans sisteminin birinci basamak aile hekimliğine etkileri Grup 4: Performans sisteminin özel hastanede çalışan hekimlere etkileri
12.15-13.30 ÖĞLE YEMEĞİ	
13.30-15.30	Grup Çalışmaları (devam)
15.30-16.30	Grup Sunumları
16.30-17.00	Çalıştay Sonuç Bildirisinin Hazırlanması ve Kapanış

ÇALIŞTAY KATILIMCI LİSTESİ



No	AD SOYAD (İsme göre alfabetik olarak dizilmiştir)	KURUMU
1	A. Burhan Söker	Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, Erdemli Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı
2	A. Öner Kurt	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi
3	Ahmet Hilal	Çukurova Üniversitesi Adli Tıp AD Öğretim Üyesi
4	Ali Kocabaş	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD Öğretim Üyesi
5	Aydın Karahan	Mersin Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı
6	Aydın Yeter	Mersin Turgut Türkalp 700 Yıl Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimi
7	Aylin Yeniocak Tunç	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi
8	Ayşe Siddıka Çöl	Birinci Basamak Sağlık Çalışanları Birlik ve Dayanışma Sendikası

9	Ayşe Gül Yılığör	Barış Akademisyeni, Mersin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinden İhraç
10	Aytuğ Atıcı	Mersin Tabip Odası 2008-2012 dönemi Eski Yönetim Kurulu Başkanı
11	Bülent Nazım Yılmaz	TTB Merkez Konsey Genel Sekreteri
12	Cemil Galioglu	Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Genel Sekreteri, Özel Yenişehir Hastanesi
13	Derya Akıcı	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi
14	Fatma Bozdağ	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi
15	Ferhat Çetinkaya	Türk Toraks Derneği Çukurova Şube Yönetim Kurulu Üyesi
16	Filiz Çelebi	SES Mersin Şube Yönetim Kurulu Üyesi - Şehir Hastanesi
17	Galip Kırıcı	Özel Mersin Sistem Cerrahi Tıp Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
18	Hamide Sayar	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD Öğretim Üyesi
19	Haydar Karakoyun	MAHDER Yönetim Kurulu Üyesi
20	Hüseyin Naci Eker	Mersin Merkez Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimi
21	İrem Altınören Evgin	Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi
22	İsmail Bulca	İşyeri Hekimi, Adana
23	İzzet Çalış	Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, Forum Yaşam Hastanesi
24	Kayıhan Pala	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Öğretim Üyesi
25	Mehmet Ali Habeşoğlu	Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD Öğretim Üyesi, Adana

26	Mehmet Antmen	Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı, İşyeri Hekimi
27	Mehmet Arslan	Mersin Toros Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı
28	Metin Altıok	İktisat, İhraç Akademisyen
29	Oğuz Kubat	Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Üyesi, Barbaros Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimi
30	Okan Deveci	Mersin Şehir Hastanesi Anestezi Uzmanı
31	Osman Elbek	Türk Toraks Derneği Sağlık Politikaları Çalışma Grubu Başkanı
32	Özden Özpolat	Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
33	Recep Tepe	Mersin Merkez Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi Aile Hekimi
34	Seyfi Arslan	Özel Mersin Sistem Cerrahi Tıp Merkezi
35	Sibel Ünlü	Mersin Toros Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Uzmanı
36	Şahin Yüksek	Mersin Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı
37	Şahinan Karlı	Mersin, Erdemli Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı
38	Tuncay Çeliker	Mersinli Ahmet Aile Sağlığı Merkezi
39	Ümit Babacan	SES Mersin Şube Yönetim Kurulu Üyesi - Toros Devlet Hastanesi
40	Yaşar Ulutaş	Adana Seyhan Devlet Hastanesi Acil Hekimi
41	Zeki Sinan Doğan	Mersin Şehir Hastanesi Palyatif Birim Hekimi

KONUŞMA METİNLERİ

Dr. Mehmet ANTMEN

Mersin Tabip Odası Yönetim Kurulu Başkanı

Değerli Çalıştay Katılımcıları,

Bugün burada Sağlıkta Dönüşüm Programının en temel ayağı olarak esas hizmet başı ödeme olan performans sisteminin 15 yıldır nelere mal olduğunu anlatmaya ve hep birlikte öğrenmeye çalışacağız.

Genel olarak hekimin yaptığı iş, bilgisine, beceri düzeyine ve davranışsal yeterliklerine ve sonuçta nitelikli sağlık hizmetinin toplumsal çıktısına bakılarak değerlendirilmelidir. Sunulan sağlık hizmetinin “performans”ını değerlendirirken; son çıktı olarak anne, bebek ölümlerini, bulaşıcı - bulaşıcı olmayan hastalıkların görülmesini, bulaşıcı - bulaşıcı olmayan hastalıklardan ölümleri ve sağlık harcamalarını ne kadar azalttığı değerlendirilmelidir. Ülkemizde ise performans değerlendirmesi halen “hizmet başı uygulama” sayısına göre değerlendirilmektedir. Ülkemizde uygulanan hizmet çıktısı temelli performans değerlendirmesinin bütün sağlık çalışanlarına ve sağlık hizmetlerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Uygulanan performans sistemi hekimler arasında etik dışı yarışmayı tetikleyip sağlık harcamalarını ölçsüz ve gereksiz oranda artırmaktadır. Aşırı finansal teşvikler sadece etik değerleri bozmayıp ayrıca hukuki sorunlar da oluşturmaktadır.

On beş yıldan bu yana uygulanan performans sistemi ile halkın nitelikli sağlık hizmetlerine ulaşım hakkı engellenmiştir. Hizmet niteliği olumsuz etkilenmiştir. Değerlere yabancılaşma hızlanmıştır. Çalışma barışı bozul-

muştur. Sağlıkta şiddet yaygınlaşmıştır. Emekliliğe yansımaya bir ücret politikası uygulanmıştır. Güvencesiz bir ödeme sistemi yerleştirilmiştir.

Bizler sağlık örgütleri olarak halkın eşit, ücretsiz ve nitelikli sağlık hizmeti alması ve tüm sağlık çalışanlarının insanca yaşayabileceği, insanca çalışabileceği, emekliliğine yansiyacak temel ücret ve iş güvencesinin olduğu kamusal bir sağlık sistemi mücadelemizi hiç yılmadan sürdüreceğiz ve bu sistemin en temel argümanı olan performans sistemi de bu mücadelemizin en önemli ayağını oluşturacaktır.

Çalıştığınız tüm sağlık çalışanlarının mücadelesine katkı sunması dileklerimizle katılan, emek veren tüm kişi ve kurumlara sonsuz teşekkürler.

Dr. Mehmet ANTMEN

Dr. Bülent Nazım YILMAZ

TTB Merkez Konseyi Genel Sekreteri



Dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ 2004 Yılı Bütçesi'nin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'ndaki sunuş konuşmasında; "Sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve etkinliğinin artırılması, personelin hizmet katkısı oranında dinamik bir süreç dahilinde döner sermaye gelirlerinden yararlandırılması amacıyla 2003 Yılı Bütçe Kanununa istinaden "Hastane Döner Sermayelerinin Dağıtım Hakkındaki Yönergeyi hazırladık ve pilot olarak belirlenen 10 hastanede performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçtik" diyor-du. Aynı konuşmada hasta merkezli, hastaya hekim seçme hakkı veren, sağlık çalışanına ürettiği hizmete paralel ek ödeme öngören bir sistemin temelini attıklarını, bu sistemin hastanelerde hizmet verimliliğini arttıracak-ğını ve bu uygulamayla birlikte hastanelerin sağlıklı bir yapıya ulaşp şirketleşeceklerini ifade ediyordu.

Bu konuşmanın anahtar sözcükleri ya da terimleri performans, hizmet kalitesi, hasta merkezli sistem, hekim seçme hakkı, verimlilik ve şirketleşmedir.

Bu sözcüklerin tamamen propagandaya yönelik olduğunu biliyoruz. Ama yine de kısaca ele alırsak, ülkemizde bugün sağlıkta bir sistem sorunu oldu-

ğunu hatta daha da ileri giderek Türkiye’de bir sağlık sisteminden dahi söz etmenin mümkün olmadığını söyleyebiliriz. Sağlık gelinen aşamada kar ve maliyet hesabına indirgenen bunun bile doğru düzgün yapılamadığı bir haldedir. Son Sayıştay raporu bunun örnekleriyle doludur ve ortaya çıkan tablo Sağlık Bakanlığı’nın sağlığı yönetemediği gerçeğidir.

Akdağ’ın konuşmasının finalindeki şirketleşme hayali gerçekleşmiştir ve bu şirketler bugün batmış haldedir.

Performansa yönelik ücretlendirmeye dönersek; Ücret meselesi siyasal iktidarlar, devlet ve patronlar açısından bazen çok büyük bir sorun ancak bazen de büyük bir kozdur. 2003 yılı öncesinde hekimler ve siyasal iktidar arasında büyük bir kavgaya alanı olan ücret meselesi 2004 yılında uygulamaya başlanan performansa yönelik ücretlendirmeyle hükümet ve patronlar adına bir koz ve kazanım olarak ifade edilebilir. Ancak gelinen aşamada hızla bu kozu devletin ve patronların kaybettiklerini ifade edebiliriz.

Bugün hekimler ve hastaneler arası ücretlerdeki eşitsizlikler ve gelirlerin hızla düşüşü hekimlerin bu sisteme güveninin hızla kaybolduğunu göstermiştir.

Performans ücretlendirmesiyle mesleğe olan yabancılaşmanın ve etik ihlallerin artması, hekimlerin yalnızlaşması, hekime yönelik şiddetin her geçen gün artması, özel sağlık kurumlarında çalışma koşullarının zorlaşması, düşük ücretler, ciro baskısı hekimlerin sistemle var olan bağlarını zayıflatmıştır.

Bize düşen görev bu zayıflayan bağı koparmak ve eşitlikçi, bilimsel, laik, nitelikli, hekim emek sömürsünü ortadan kaldıran bir sistem için mücadele etmektir.

Mersin Tabip Odası tarafından düzenlenen “Performans Çalıştayı” bize bu mücadelede önemli katkılar sunacaktır.

Dr. Bülent Nazım YILMAZ

Sağlıkta Performansa Dayalı Geri Ödeme Sistemi

Dr. Kayıhan PALA



Performans kavramı “Başarım” kelimesiyle eş anlamlıdır. Temel olarak; görevin gereği olarak önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara yaklaşma derecesini ifade etmektedir.

Çalışma yaşamında “performans” kavramı kullanılsa da aslında bu süreç için “Performans değerlendirme” kavramı daha uygun düşmektedir. Performans değerlendirme ise; işgörenin, çalışanın kendisinden beklenen görevleri ne derece iyi (etkili, doğru, standartlara uygun, bilimsel, güncel...vb.) gerçekleştirdiğini belirlemeye yönelik bir süreçtir. Aslında yapılan işe bir değer biçme uygulamasıdır.

Performans değerlendirme yöntemlerinin kullanım nedenleri olarak;

- Ücretlemeyi belirlemek,
- Ödüllendirme,
- Yükseltme,
- Rütbe düşürümü ve
- İştten uzaklaştırma için değerlendirme yöntemleri kullanılabilir.

(Esatoğlu, Performans Değerleme)

Performans değerlendirme yapıldıktan sonra saptanan sorun alanlarında iyileştirmeler yapılır. Bu iyileştirmeler;

- Bir üst düzeye geliştirme,
- Başarı geliştirme,
- Hizmet içi ihtiyacı belirlenmesi,
- Geri bildirim,
- İnsan gücü planlamasıdır.

(Esatoğlu, Performans Değerleme)

Hekim performansı değerlendirme yöntemlerinin aşağıdaki başlıklarda olması gerekir:

- Tıbbi bilgi düzeyi
- Hastalığı bütün olarak değerlendirebilme
- Hastalığın psiko-sosyal niteliklerini görebilme
- Çeşitli karmaşık sorunlar ile başa çıkabilme yeteneği
- Sorumluluk alabilme kapasitesi
- Ayakta hasta tedavi becerisi

- Yatan hastaların yönetimi ve tedavi becerisi
- Sorun çözebilme becerisi
- Araştırma yapabilme
- Genel klinik beceriler
- Hastaya saygı gösterme, şefkat duyma, bilgi asimetrisinden kaçınma
- Klinik performans göstergeler
- Yasal prosedürlere uyum (bilgilendirilmiş onam formları gibi)
- İletişim becerisi
- Bölüm/birim içi davranışların gözlemlenmesi
- Prosedür ve talimatlara uyum
- Veri dosyalamada kayıt titizliği gösterme

(Esatoğlu, Performans Değerleme)

Ancak ülkemizde performans sistemi adı altında yapılan ödemelerin dayandığı tek bir gösterge vardır. Bu da hekimin baktığı hasta sayısıdır.

Performans kavramı temel olarak çalışanların meslekleriyle ilgili bilgileri, becerileri ve davranışsal yeterliliğinin bir birleşimidir. Dolayısıyla performans ölçümünde sadece yapılan işlemlerin sayısının alınması doğru ve yeterli değildir.

PERFORMANS; BİLGİ, BECERİ VE DAVRANIŞSAL YETERLİLİĞİN BİLEŞİMİDİR



Dubinsky I., et.al., 360-Degree Physician Performance Assessment, Healthcare Quarterly, Vol.13, No.2, 2010

Dünya Sağlık Örgütü, “Paying for Performance in Health Care” başlıklı yayınında performansın belirlenmesi için kullanılacak kriterleri her tıp alanına yönelik olarak ayrıntılı olarak belirlemiştir.

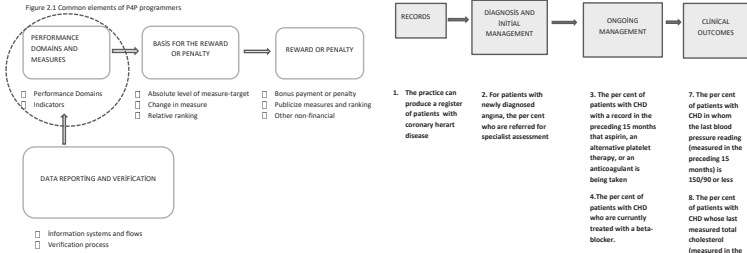


Figure 2.2 UK QOF measurements along the continuum of clinical quality (coronary heart disease indicators) (Paying for Performance in Health Care)

Sağlık çalışanlarına performans başlığı adı altında yapılan ödemeler aslında sağlık sistemi tarafından belirlenen bir geri ödeme yöntemidir. Sağlık sisteminin niteliği bu geri ödeme yöntemini belirlemektedir.



Çalışanlara temel ödeme yöntemleri aşağıdaki yöntemlerden birisi ya da karma olarak yapılabilir.

- Global bütçe
- Ödenek-tabanlı bütçe
- Kişi başı ödeme
- Olgu başına ödeme (Günümüzde ağırlıklı olarak Tanı İlişkili Gruplar yönelimli)
- Hizmet başı ödeme
- Hasta/gün başına sabit ödeme

(https://www.who.int/health_financing/topics/purchasing/payment-mechanisms/en/)

Tanı ilişkili gruplar (TİG): TİG ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak türdeş olgularla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirir ve sosyal sigorta fonları için bir maliyet sınırlama aracı olarak kullanılır. TİG bazlı ödeme, tedavi gören olgu sayısının artışı için güçlü teşvikler sağlarken, her bir olgu için sunulan hizmet sayısını da azalttığı iddiası taşımaktadır. TİG bir ödeme sistemi olarak tercih edilirken, aynı zamanda bir yatan hasta sınıflandırma yöntemidir.

Sağlık Bakanlığı'nın TİG yaklaşımı

Teşhisle ilişkili gruplar (TİG): Bir yatan hasta sınıflandırma yöntemi olarak TİG'ler; ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanılarına ve işlemlerine göre sınıflandırılarak türdeş vakalarla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeyi sağlar. Harcanan tedavi kaynaklarını parasal değerlerden çok bağılı değer/katsayı formunda değerlendirmeyi destekler.

Sağlık Bakanlığı TİG'de amaçlarını; sınırlı kaynakları vakaların türlerine ve şiddetine dayalı olarak adil bir biçimde dağıtmak, hastane verimliliğini ve etkililiğini teşvik etmek ve sistematik, anlamlı klinik veri toplamak olarak belirtmektedir.

(<https://tig.saglik.gov.tr/TR,6269/teshis-iliskili-gruplar-tig.html>)

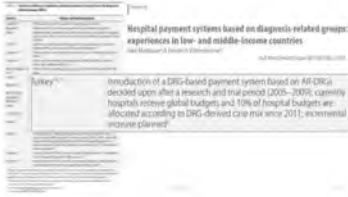
TİG'e itirazlar ise şu başlıklar altında yer almaktadır:

- TİG bazlı ödeme sistemi hastanelerdeki verimliliği artırmak için ön plana çıkarılırken, sağlık çalışanlarının bu ödeme yöntemine ilişkin itirazları da belirginleşmektedir.
- Sağlık çalışanları bu yöntemin toplum için önemli bir yarar sağlamayacağı, kaliteyi geliştirmeyeceği, maliyetleri düşürmeyeceği ve sağlık çalışanlarında statü ve gelir kaybına yol açabileceği endişesi taşımaktadır.
- TİG sisteminin en önemli farklılığı; hastanelere ödenen tutarın, hastanede yatış süresi veya hasta sayısından ziyade, hastanenin tanı ve işlemlerle tanımlanan klinik faaliyetiyle doğrudan bağlantılı olmasıdır.
- Hastane bakımının TİG yöntemiyle satın alınması, hastaneye yapılacak ödemenin hastaların klinik durumlarına ve bakımları için harcanan kaynaklara bağılı olacağı anlamına gelmektedir.
- Bu sistemin kaçınılmaz bir sonucu, yatarak tedavi edilecek hastaların seçiminde yanlılık oluşturmasıdır. Bir sağlık kuruluşundan

verimli bir işletme oluşturmanın bedeli; yatan hastalarda “sağlıklı” hastalara ağırlık verilmesi, hastanın biran önce taburcu olmasına çalışılması ya da böyle hastaların yatırılmasının tercih edilmesi; zor, komplikasyonlu ya da komplikasyon riski yüksek hastalardan uzak durulması olacaktır.

(Tummers, 2012; Tükel 2010)

Yayınlar ve projeler ile ülkemizde performans ödeme sisteminin yararları na vurgu yapılmış ve Sağlık Bakanlığı performans sistemine geçerken bu yayınlar ve projelerden destek almıştır.



Hastane ödeme sistemleri ve bunların kuramsal olarak olumlu ve olumsuz yanları aşağıdaki tabloda yer almaktadır. Bu ödeme yöntemlerinin değerlendirildiği etkinlikler - ölçütler arasında “Eşitlik/hakkaniyet”in olmaması kabul edilebilir bir durum değildir.

Ödeme sistemi / boyut	Etkinlik						
	Olgu sayısı	Hizmet / olgu sayısı	Harcama kontrolü	Teknik verimlilik	Kalite	Yönetsel kolaylık	Saydamlık
Hizmet başı ödeme	+	+	-	0	0	-	0
TİG bazlı ödeme	+	-	0	+	0	-	+
Global bütçe	-	-	+	0	0	+	-

Not: +/- artma/azalma, 0 nötral ya da belirsiz anlamında kullanılmıştır (Geissler A ve ark. 2011)

Sağlık alanında ödeme sistemleri

Hekim **ödemeleri** temel olarak dört alt başlıkta olmaktadır.

- Maaş
- Hizmet başı ödeme
- Kişi başı ödeme
- Karma

Sigorta sistemlerinde hekim ödemeleri için sorular:

Ne için ödeme yapılmaktadır?

- Hekimin harcadığı zaman karşılığı ödeme (maaş)
- Hizmet karşılığı ödeme
- Kişi başına ödeme

Ödeme miktarına kim karar vermektedir?

- Hekimler (yaygın değil)
- Hekim örgütleri ve fon sağlayıcılar arasındaki görüşmeler
- Hükümete bağlı merkezi bir kuruluş

Ödemeyi kim yapmaktadır?

- Hasta
- Fon sağlayıcılar (sigorta şirketleri vb)
- Hekim işverenleri (kamu ya da özel sektör)

Değişik ödeme yöntemlerinde teşviklerin etkileri

Ödeme tipi	Maliyet/ birim	Hizmetler	Vakaların sayısı	Risk seçimi
Genel bütçe	--	--	-	0
Hizmet başı ödeme (Sınırlanmamış)	-	++	+	0
Hizmet başı ödeme (Sabitlenmiş)	--	++	+	+
Kişi başı	--	--	--	++
Olgu başı	--	--	++	+

(+): Artırmayı teşvik, (-): Azaltmayı teşvik, (0): Etkisiz

Hizmet başı ödeme

Bugün için **ülkemizde** performans başlığı adı altında hizmet başı **ödeme** yapılmaktadır. HBÖ'nin etkileri:

- Hizmet hacmi gereksiz olarak artar
- Hastanın zarar görme olasılığı artar (gereksiz tetkik, girişim vb.)
- Arzın talep yaratması artar
- Coğrafi/sosyal eşitsizlikler artar
- Yolsuzluklar artar
- Koruyucu hizmetler göz ardı edilir
- Sağlık harcamaları (çok fazla ve gereksiz) artar

Performansa dayalı ücretlendirme

- Sağlık hizmetlerinin niteliğini yükseltmek ve sağlık alanındaki toplam maliyetleri azaltmak için gündeme getirilen bir ek ödeme biçimidir.

- Özellikle birinci basamakta, bağışıklama oranı hedeflerinin tutturulması ya da astım ve diyabet gibi süreğen hastalıkların iyi yönetimi gibi hizmetlerin etkinliğinin artırılmasını sağlamak amacıyla kullanılması önerilmektedir.

Birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik ödemeler

- Polonya'da ve Çek Cumhuriyeti'nde birinci basamak hekimlerin %80'i performansa dayalı ek ödeme alır ve bu tutar onların toplam gelirlerinin %5'ini oluşturur.
- Belçika'da süreğen hastalıkların yönetimi nedeniyle birinci basamak hekimlerin %90'ı toplam gelirlerinin %2'si tutarında ek ödeme alır.
- İngiltere'de birinci basamak hekimlerin %99'u toplam gelirlerinin %15'i kadar kendilerine verilen koruyucu hekimlik, süreğen hastalıkların yönetimi ve hasta memnuniyeti gibi kalite hedefleri ile bağlantılı olarak ek ödeme alır.

(Paris, 2010)

Hastanelerde çalışan uzman hekimlere yönelik ödemeler (Paris, 2010)

Temel ödeme yöntemi:

Maaş: Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Meksika, Norveç, Polonya, Slovak Cumhuriyeti, İspanya ve İngiltere

Hizmet başı ödeme: Kanada, Japonya ve Hollanda

Karma: Kore, Yeni Zelanda ve Türkiye

Uzman hekimlere performansa dayalı ek ödeme

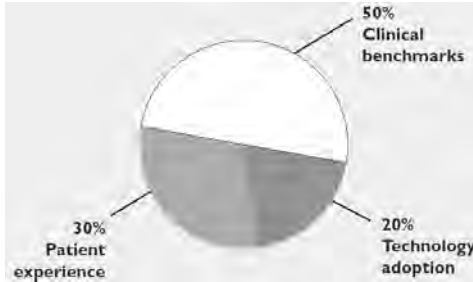
- OECD ülkeleri içerisinde yalnızca Belçika, Çek Cumhuriyeti, Japonya, Polonya ve İngiltere’de uzman hekimlere yönelik performansa dayalı ek ödeme uygulaması bulunmaktadır.
- Bu ödeme -Çek Cumhuriyeti dışında- tamamıyla koruyucu hizmetler ve süreğen hastalıkların yönetimi nedeniyle yapılmaktadır.
- Örneğin Polonya’da uzman hekimlerin %5’i toplam gelirlerinin %5’i kadar ek ödeme alırlar.

Performans: Sağlık sistemine piyasa güçlerini yerleştirmek

Performans sisteminde, sağlık hizmeti sunanlara hizmetin karşılığını ödeyenler tarafından bir dizi gerçekleştirilmesi gereken hedefler konmakta ve bunları başarmaları talep edilmektedir.

Sistemin amacı sağlık hizmetinde kaliteyi artırmak ve kaynak kullanımını etkinleştirmek için sağlık sistemine piyasa güçlerini yerleştirmek olarak özetlenmektedir.

Böylelikle «piyasa mantığı», kalite ve maliyet üzerinde asli ve temel bir etki oluşturacaktır.



(Pawson LG (2004) Pay for performance: two critical steps needed to achieve a successful program. American Journal of Managed Care, Supplements.)

Amerikan Tabipler Birliği (AMA) yararının gösterilememesi ve hastalara yaralanma riski oluşturması nedeniyle performansa dayalı ödeme (pay for performance PFP) sisteminin hem kamuda hem de özel sektörde durdurulmasını önermektedir.

(Journal of American physicians and Surgeons, Volume 5, Number 4, Winter 2009)

Kip Sullivan ve Stephen Soumerai Ocak 2018 tarihli yazılarında performansa dayalı ödeme sisteminin zararlarına dikkat çekmektedir;

- Hastaların sağlığını iyileştirmiyor.
- Ağır hastalara ve yoksul hastalara zarar veriyor.
- Doktorlar kendi kontrolleri dışındaki faktörler nedeniyle kalite puanlarını düşüren hastalardan kaçınıyor.
- Bazı doktorlar, performans puanı ile sonuçlanmadıkları takdirde hayat kurtarıcı tedavileri kullanmayı bırakabiliyor.
- Tıbbi bakımda kesintiler oluşuyor.
- Genel olarak doktorların iş tatmini azalıyor.
- Doktorları kalite ölçütlerinde oynamaya yönlendiriyor. Örneğin, yatıştan sonra hastaneden edinilen enfeksiyonlar “kabul edildiğinde mevcut” olarak rapor edilebiliyor.

Değer-bazlı ödeme programları'nın etkisi;

Performans için ödeme programının sağlık bakımı kalitesini iyileştirmediği veya maliyeti düşürmediği ve işleri daha da kötü hale getirdiği, doktorları sağlık bakımı sağlamaya çalıştıkları en yoksul ve ağır hastalar için “kalite puanları” nedeniyle cezalandırdıkları anlaşıldı.

Performans için ödeme programlarının sağlık bakımındaki eşitsizlikleri artırma potansiyeli olduğu gösterildi.

(Roberts E.T, Zaslavsky A.M., McWilliams J.M. (2018) *The Value-Based Payment Modifier: Program Outcomes and Implications for Disparities*, *Ann Intern Med.*;168(4):255-265.)

Bursa Tabip Odası da 2012 yılında «Performans» değil, «Hizmet Başı Ödeme» Çalıştayı'nda aşağıdaki noktalara dikkat çekmiştir;

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate alınmak suretiyle «personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetleri, yapılan muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlemler ile özellik arz eden birimlerde çalışma gibi» unsurlar esas alınarak ek ödeme yapılmaktadır.

Ek ödemenin bu haliyle bir performans değerlemesi yöntemine göre değil, hizmet başı ödeme yaklaşımına göre yapıldığı açıktır.

İkinci basamak sağlık tesislerinde net performans puanının hesaplanması

MADDE 9 – (1) Mesai içi çalışan personelin net performans puanları aşağıdaki şekilde hesaplanır.

a) (Değişik ibare: RG-30/9/2016-29843) Genel tıbbi işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, uzman dış tabibi ve dış tabipleri:

Net performans puanı = (Değişik ibare: RG-30/9/2016-29843) (Genel tıbbi işlemler puanı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

GİRİŞİMSSEL İŞLEMLER LİSTESİ

21/08/2017 tarihi ve 409 sayılı değişiklik 01/09/2017 den itibaren

İşlem kodu	İşlem adı	Açıklama	İşlem puanı	Ameliyat grupları
	1. YATAK ve VİZİT			
510.010	Standart yatak tarifesi		0	
510.070	Kuvöz		0	
510.081	Kot (beşik)		0	
510.090	Yoğun bakım		0	
510.100	Steril oda		0	
510.110	İzole radyoaktif tedavi odası		0	
510.120	Gündüz yatak tarifesi		0	
510.121	Refakat		0	
510.123	Yataklı servis viziti	Cerrahi, dahili, palyatif bakım gibi yataklı servislerde yatan her hasta için, günde en az iki kez hasta başı vizit yapılması halinde yapılan vizitlerin tamamı için günlük bir kez işlem puanı verilir. 530.074, 552.001, 552.002, 552.003,552.004, 552.005, 552.006, 552.007, 552.008, 552.009 ve 552.010 ile birlikte puanlandırılmaz.	21	

	2. HEKİM MUAYENELERİ ve RAPORLAR	520.010, 520.012, 520.013, 520.014, 520.020, 520.021 ve 520.032 kodlu işlemler hariç, tüm muayene işlemleri aynı branşta 10 gün içinde bir kez puanlandırılır. Bu başlık altındaki işlemler diş hekimi ve doktoralı/uzman diş hekimi için puanlandırılmaz.		
520.010	Konsültan hekim muayenesi, ayaktan hasta		10	
520.012	Konsültan hekim muayenesi, yatan hasta		15	
520.013	Konsültan hekim muayenesi, acil		21	
520.014	Konsültan hekim muayenesi, başka hastaneden gelen		60	
520.020	Acil poliklinik muayenesi		21	
520.021	Yeşil alan muayenesi	Başka bir işlem ile birlikte puanlandırılmaz.	21	
520.030	Normal poliklinik muayenesi		21	
520.031	Sevki yapılan muayene		5	
520.032	İçapçı nöbetinde yapılan konsültan hekim muayenesi	Mesai saatleri dışında yapılan konsültan hekim muayeneleri bu kapsamda değerlendirilir.	45	

EK PUAN TABLOSU

Ek Puan Verilen Personel Süre Sağlık tesisi puan ortalaması üzerinden verilecek oran

1. İnceleme heyetinde görev yapan personel: Görevlendirildiği sürece %20
2. İhale - satın alma komisyonu üyeleri: Görevlendirildiği sürece %10
3. Muayene komisyonu üyeleri: Görevlendirildiği sürece %5

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Ek Ödeme Dairesi Başkanlığın sayfasında en sık sorulan sorular bölümünde yer alan sorular:

SORU 4: Radyoloji uzmanı haricindeki diğer hekimlerce yapılan US. Bulguların ayrıntılı olarak hastane bilgi yönetim sistemine kaydedilmesi durumunda puanlandırılır mı?

CEVAP 4: Radyoloji uzmanı haricindeki diğer hekimlerce yapılan tüm ultrason işlemleri “803.861” kodlu “Ultrason, genel” işlemi olarak puanlandırılacak olup işlemi gerçekleştiren hekime işlem için öngörülen “17” puanın verilmesi gerekmektedir. Ancak 803.450” kodlu “Obstetrik US”, “803.550” kodlu “Transvajinal US”, “803.360” kodlu “Follikülometri (transabdominal follikülometri)” ve “803.370” kodlu “Follikülometri (transvajinal follikülometri)” işleminin mezkur hüküm uyarınca Kadın Hastalıkları ve Doğum uzmanı hekimler için puanlandırılması mümkün değildir.

SORU 8: Yan dal uzman hekim muayenesi nasıl puanlandırılır?

CEVAP 8: Üçüncü basamak sağlık tesislerinde mesai içi ve mesai dışı tüm çalışmalarda Yan dal uzmanınca yapılan muayenelerde ilk 35 hasta için 40 puan, sonraki muayeneler için 21 puan verilir.

(<https://khgmekodemedb.saglik.gov.tr/TR,43635/sikca-sorulan-sorular.html>)

Ek ödeme değil, asıl ödeme!

Performansa dayalı ek ödemenin tutarı hekimin eline geçen toplam ücretin yarısından fazla, kimi zaman üçte ikisini bulabilmektedir.

Bu durumun kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin istihdam modelini değiştirmeye, hekimleri “parça başı” ücretlendirmeye yönelik bir girişim olduğu ve gerçek bir teşvik mekanizması olmadığı açıktır.

“2004 yılında SB hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi (PBSP sistemi) uygulamaya kondu. PBSP sisteminin temel amacı kamu sağlık personeli arasında iş motivasyonunu ve üretkenliği teşvik etmektir.”

«Bir sağlık çalışanı için prim ödemesi, bireysel ve kurumsal performans kriterlerinin birleşimiyle belirlenir.»

«... Bu, örneğin, temel maaşla ayda 1.000 TL kazanç sağlayan bir uzmanın maksimum 7.000 TL bonus alabileceği anlamına gelir.»

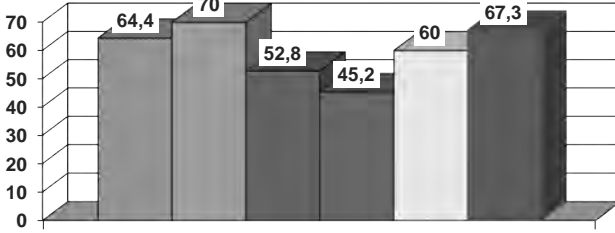
Tablo 3. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Yıllara Göre Ünvan Bazında Ek Ödeme Ortalaması (TL)

Unvan	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Uzman Hekim	4.368	4.886	5.081	5.511	5.717	5.686
Pratisyèn Hekim	2.168	2.253	2.757	2.979	3.197	3.157
Dış Hekim	2.003	2.194	2.565	2.982	3.152	3.524
Eczacı	1.296	1.430	1.574	1.752	1.851	1.765
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	780	858	961	1.042	1.095	1.069
Teknik Hizmetler Sınıfı	574	637	760	798	843	835
Genel İdari Hizmetler Sınıfı	574	637	701	729	770	711
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	477	530	576	597	631	703

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Not: 2016 yılı verileri projeksiyondur.

TTB'nin 2009 yılında yayımlanan Etik Kurulu Araştırma Raporunda performans sisteminin sağlık hizmetine birçok noktada olumsuz etkileri olduğuna vurgu yapılmaktadır.



- endikasyonsuz müdahaleler arttı
- etik olmayan uygulamalar arttı
- malpraktis arttı
- komplikasyon sayısı arttı
- verilen sağlık hizmetinin niteliği azaldı

(TTB Etik Kurulu Araştırma Raporu, 2009)

Türk Cerrahi Derneği 12 Haziran 2009 tarihinde yayımladığı “Performans sistemi hakkında TCD Görüşü”nde Performansa Dayalı **Ücretlendirmenin** Sağlık Hizmetine yönelik **çekincelerini şu şekilde** belirtmektedir.

1. Rekabet ve kar gibi kavramların öncelikli olduğu kurumlarda daha çabuk ve daha kolay para kazanılan sağlık uygulamalarına ağırlık verilmesi,
2. Zor hasta bakımı, özellikli hasta hizmeti / karmaşık sağlık hizmeti gibi akademik merkezleri toplum için vazgeçilmez kılan hizmetlerin yok olma tehlikesiyle karşı karşıya kalması,
3. Bu merkezler ikinci hatta birinci basamakta üretilmesi gereken rutin sağlık hizmetlerine, döner sermaye gelirlerini artırmak amacı ile yönelirler. Bu durum, akademik merkezlerin temel niteliğini yitirmesi, “butik” hastaneler riskinin ortaya çıkması,

4. Performansa dayalı ödeme sistemlerinin dikkatsiz uygulama sonuçları hiç kimse tarafından istenmediği halde hasta bakımı ve hasta güvenliği sorunlarına neden olması,
5. Etik kaygılar, çekinik tıp uygulamalarına yönelimin artması ve
6. Eğitimin bozulmasıdır.

Türk Cerrahi Derneği'nin 2010 yılı Performans Çalıştayı kitabında genel cerrahlar arasında yapılan anket araştırmasının sonuçlarına göre;

- Performansa dayalı geri ödeme hasta güvenliği ve bakım kalitesini artıracaktır. Kesinlikle katılıyorum %2.07, Katılıyorum %6.74, Kararsızım %11.4, Katılmıyorum %37.82, Kesinlikle katılmıyorum %38.34
- Performansa dayalı ödeme sistemi hekim özerkliğinin etkileyecek ve çıkar çatışmasına neden olabilecektir. Kesinlikle katılıyorum %61.4, Katılıyorum %27.2, Kararsızım %3.89, Katılmıyorum %2.59, Kesinlikle katılmıyorum %1.3

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2010: 9(6)

Araştırma/Research Article

TAF Prev Med Bull 2010; 9(6): 613-622

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Bursa İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi

[The Effects of the Performance Related Payment System on Primary Health Care in Bursa]

Bu çalışmada PDÖS sonrası birinci basamakta tedavi edici hizmetlerin sayıca arttığı, buna karşın koruyucu hizmetlerin tedavi edici hizmetlerde gözlenen oranda artmadığı, hatta bazı hizmetlerde durağanlık ya da azalma olduğu bulunmuştur.

«Hizmetler sadece niceliksel değil de niteliksel açıdan da değerlendirildiğinde Performansa Dayalı Ödeme Sistemi; istenenin aksine bir takım olumsuz sonuçlara yol açacak gibi görünmektedir. Bu nedenle sistemin terk edilmesi ya da yeniden yapılandırılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.»

Özlem Kizak
Alpaslan Türkkan
Kayhan Pala

Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi Yerine Döner Sermaye Sabit Ödemesini tercih ederim (%)

Meslek	Kesirlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesirlikle Katılıyorum	Toplam
Sözleşmeli Yönetici	0	0	0	100	0	100
Uzman Hekim	20	10	10	30	30	100
Araştırma Hekim	17	4	17	30	30	100
Pratisyen Hekim	0	0	50	50	0	100
Diş Hekimi	0	0	0	0	100	100
Hemşire	22	4	9	37	28	100
Laborant- Röntgen Teknisyeni - Cidyalog - Anestezi Teknisyeni	6	0	22	33	39	100
Tabii Sekreter	33	0	17	0	50	100

Çalışma ve Toplum Dergisinde 2013 tarihinde Akpınar AT, Taş Y'nin çalışma sonuçları:

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) hakkında hekimlerin unvan, gelir düzeyleri ve yaş gruplarına göre tutumlarının farklılık gösterip göstermediğini incelemek üzere yapılan anket çalışmasında hekimler PDEÖS'ün;

- Mesleki etiğe olumsuz etkisinin olduğu,
- Bireysel performansı geliştirmediği,
- Kurumsal performansa olumlu ya da olumsuz katkıda bulunmadığı ve
- Özel muayenehane açma eğilimini arttırdığı görüşündedirler.

Hekimlere ve sağlık çalışanlarına yönelik teşvik mekanizmaları
(Aksu Tanık, 2013)

Teşvik sisteminin hedefleri gerçekçi olmalı, net bir biçimde tanımlanmalı, ölçülebilir olmalıdır.

Teşvik sistemi sağlık çalışanlarının gereksinim ve tercihlerini yansıtmalı, iyi tasarlanmalı, adil, eşitlikçi ve şeffaf olmalıdır. Bunlara ek olarak finansal olmayan bileşenleri de içermelidir.

Finansal teşvik araçları tek başına performansa göre ödemeye indirgenmemeli, güvenceli bir çalışma yaşamının bileşenleri olan temel ücret, emeklilik, sosyal haklar gibi unsurların da teşvik mekanizması içerisinde yer alması sağlanmalıdır.

Dr. Kayıhan PALA

ÇALIŞTAY GRUP RAPORLARI



Grup 1

Performans sisteminin hekim-hekim ilişkileri, hekim-hasta ilişkileri ve toplum sağlığına etkileri

Grup 2

Performans sisteminin kamu maliyesine etkileri

Grup 3

Performans sisteminin birinci basamak aile hekimliğine etkileri

Grup 4

Performans sisteminin özel hastanede çalışan hekimlere etkileri

PERFORMANS SİSTEMİNİN HEKİM-HEKİM İLİŞKİLERİ, HEKİM-HASTA İLİŞKİLERİ VE TOPLUM SAĞLIĞINA ETKİLERİ (GRUP 1)



KATILIMCILAR

Dr. A. Burhan Söker (Moderatör)

Dr. Derya Akıcı (Raportör)

Dr. A. Öner Kurt

Dr. Ahmet Hilal

Dr. Bülent Nazım Yılmaz

Dr. Ferhat Çetinkaya

Dr. Hamide Sayar

Hemşire Filiz Çelebi

Dr. İrem Altınören Evgin

Dr. İsmail Bulca

Dr. Mehmet Antmen

Dr. Mehmet Arslan

Dr. Okan Deveci

Dr. Özden Özpolat

Dr. Sibel Ünlü

Dr. Şahin Yüksek

Amaç

1. Performans sisteminin hekim- hekim ilişkisi üzerine etkisine olan saptamaları belirlemek
2. Performans sisteminin hekim -hasta ilişkisi üzerine etkisine olan saptamaları belirlemek
3. Performans sisteminin toplum sağlığına etkisine olan saptamaları belirlemek

Saptamalar

Hekim - Hekim İlişkisine Etkisi

Sağlıkta performansa dayalı (hizmet başı) ödeme olarak adlandırılan uygulama kamu sağlık hizmetinde özelleştirmenin sacayaklarından biridir. Performans sistemi neoliberal ve parayla ilişkili durumları ön plana çıkarmıştır. Hekimler arası ilişkiler siyasal anlamda hak mücadelesinin olduğu zamanlarda daha disiplinli ve dayanışmaya dayalı bir duruş iken şu anki ortamda bu dayanışma ve disiplin azalmıştır. Bu uygulamanın hekimler üzerindeki etkisi etik, politik ve sosyal alanda tartışılması gereken bir durumdur. Bu durum ülkede uygulanan politik rejim ve sağlık sistemden ayrı düşünülmemelidir. Burada amaç sağlık hizmeti sunucularında rekabete dayalı davranış değişikliği yaratmaktır.

Sağlık hizmeti bir ekip işidir ve hizmet başı ücret ödeme sistemi sağlık sistemindeki ekip hizmetini, iş barışını bozmaktadır. Hekimlerde mesleki etik değerlerde kayıp görülmektedir. Kendi hekim arkadaşının üzerine basarak çalışan hekim grubu oluşmaktadır. Rekabet ve etik değerlerde bozulma sonucunda uzmanlık alanlarında branşlar içi ve branşlar arasında mücadele-çatışma artışına neden olmaktadır. Rekabet aynı zamanda iş barışının bozulmasına yol açmaktadır. Daha çok hasta bakmaya zorlanma durumu, yanlış ya da gecikmiş tanı koyma durumunu arttırmaktadır.

Hekimler arası sürekli tıp eğitimi etkinlikleri ve konsey odalarında vaka/olgu tartışma etkinlikleri ortadan kalkmış, kendi aralarındaki en önemli tartışma bu ay sana ne kadar döner sermaye yattı söylemi olmuştur. Hekimler arasında belirgin gelir dağılımı adaletsizliği ortaya çıkmıştır. Hekimler arası ilişki biçimi kendi meslektaşını görmezden gelme, emeğine ve diğer sağlık çalışanlarına yabancılaşma biçimini almıştır. Hekimler kabul edilemez bir yalnızlaştırılma ortamındadır. Yeni kuşak hekimlerde iş yükü artışı ile birlikte mutsuzluk artmıştır. Hekimlerin birbirini ötekileştirmesi hekim-hekim ve hekim –diğer sağlık çalışanları arasında gelecekte şiddet artışına neden olacaktır. Hekimlerin birbirine olan sözel şiddeti artmıştır. Hizmet başı ödeme sistemi çalışma barışını bozmaktadır.

Hekimlerde bireysel motivasyon düşüklüğü ve kurumsal aidiyet azalmıştır. Sağlık emek gücü ve değeri parayla yarışırılmaktadır. Polikliniklerde daha az hasta bakan ya da risk daha az olan bölümler, dahili branşları değersizleştirmektedir. Hekimlerde sosyal hayata, aileye yabancılaşma ve sağlık çalışanlarında anksiyete, tükenmişlik sendromu depresyon gibi ruhsal hastalıklar artmıştır. Senelik izin, nöbet sonrası izinler kullanılmamaktadır. Preklinik bölümlerin hasta bakmadan döner sermaye alması diğer klinik branşlarda huzursuzluk yaratmıştır. Branş içinde meslektaşlar arasında konuşulan konu artık bilimsellikten uzaklaşmaktadır. Tıp eğitimi üzerinde tartışmalar azalmıştır. Tıp eğitimi niteliği üzerine olumsuz etkiler görülmektedir. Sağlık eğitimi yarışmacı bir uygulamaya dönüşmektedir. Bu anlayış dayanışmamızı kaybetmemize neden olmuştur.

Görüntüleme, patoloji gibi hizmetlerde özelleştirme - hizmet alımı olması nedeniyle hekimler klinik bilgi paylaşımlarını hekimlerle değil teknolojik ortamda paylaşmaktadır. Radyoloji istemlerinde tomografi gibi işlemlerin raporlanması hizmet alımı nedeniyle şehir dışından yapılmakta olup bu gibi uzmanlık dallarıyla birebir çalışmak ve fikir alışverişi azalmaktadır. Bu durum komplikasyon artışına neden olabilir. Performansa dayalı çalışma risk artışına yol açmakta, elektif vakalardan kaçış, komplikasyon oranlarında

artış gözlenmektedir. Özellikle cerrahi branşlarda büyük ve riskli ameliyatlara yapılma durumu azalmaktadır. Daha az riskli olan C ve D grubu ameliyatlara yapılmasına eğilim artmıştır. Cerrahi branşlar bu olumsuzluktan etkilenmesine rağmen sonuçları üzerine ilgileri azdır. Kadın-doğum gibi uzmanlık dallarında performansa dayalı çalışma ve ücretlendirme sonrası komplikasyon, mesleki risk artışı olmuştur. Yabancı uyruklu hastalarla dil sorunu, iletişim kurulamama ve takipsiz hasta olmasından dolayı defansif tıp davranışı artmaktadır. Bireysel kazancı kısmen yüksek, kaybetme korkusu olan, ilgili branş çalışanları mücadeleye katılmadığından birlikte tepki gösterme durumu azalmaktadır. Bu nedenle hizmet başı ödeme sistemi sağlık çalışanlarının örgütlenmesini olumsuz etkilemiştir. Bu dönemde örgütlenme ihtiyacı artmasına rağmen sendikalarda örgütlenme azalmıştır. Hekimler arasında olduğu gibi diğer sağlık çalışanları arasında da ilişki ve örgütlenme azalmıştır. Daha fazla çalışarak, daha fazla kazanacağını düşünen sağlık çalışanlarının artık kurumlardaki çöküşten dolayı kriz boyutundaki mevcut sistemde bir noktada kazançları olmayacaktır.

Performans dayalı ödeme sisteminde özellikle ekonomik kriz döneminde sağlık emek gücü daha da değersizleştirilecek ve kamu sağlık kurumları hizmet üretmeyip çökecektir. Hizmet başı ödemenin uygulandığı önemli bir alan da asistan hekimlerdir. Asistan hekimler mevcut uygulamadan ciddi etkilenmektedir. Birinci basamak sağlık sisteminin önemini unutan asistan yaklaşımı oluşmaktadır. Asistan eğitimleri de bu sistemden ciddi şekilde zarar görmüştür. Öğretim üyelerinin birçoğu özel muayenesine gittiğinden dolayı hoca-öğrenci ilişkisi azalmış ve bu durum tıp öğrencilerinin eğitimini de olumsuz etkilemiştir. Öğrenci hocasını görememektedir. Dünyayla rekabet edebilen hekim yetiştirilememektedir.

İşyeri hekimliğindeki durum daha vahim sonuçlar yaratmıştır. İşyerlerinde kişi başı ücretlendirmenin başlaması ile sağlık çalışanlarını kimliksizleştiren bir ortam oluşmuştur. İş güvenliği olumsuz etkilenmiş, iş güvencesi ortadan kalkmıştır.

Hekim Hasta İlişkisi ve Toplum Sağlığına Etkisi

Hizmet başı ödeme sonrası koruyucu sağlık hizmetleri geriye düşmüş ve verilen önem azalmıştır. Toplumda var olan hastalık riskleri azalmamış tam tersine toplumun sağlık göstergelerinde düşme olmuştur. Performans sistemi toplum sağlığı üzerine çıktılarının göz ardı edilmesine ve toplumun sağlık göstergelerinin geriye düşmesine neden olmuştur. Genel olarak hasta hekim arasındaki güven azalmış ve hasta ile tartışmalar artmıştır. Fazla çalışma, gergin çalışma, esnek çalışma biçimleri hekim hasta ilişkisinin sağlıklı ve nitelikli olmasını olumsuz yönde etkilemiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yıllık izin kullanmama, fazla nöbet ve dinlenememe durumları verilen sağlık hizmetinin niteliğini bozmuştur. Bu dönemde hasta beklentisi artmış hastaların kendilerine konulan tanılara tepkisi artmıştır. Hastalarda olumsuz davranış biçimi geliştirilmiş, daha çok hasta bakan, çok tetkik isteyen hekim daha çok rağbet görmeye ve iyi hekim algısı yaratılmıştır. Endikasyon genişletme ve gereksiz girişimler hasta güvenliğini ve sağlığını tehlikeye atmıştır. Bu da hasta ve toplum sağlığı açısından önemli bir risk oluşturmuştur. İş yükü artışı nedeniyle hastaya ayrılan süre azalmış, gereksiz ve fazla yapılan tetkik istemleri güven azalmasına katkı sağlamıştır. Hekim hasta ile temastan kaçınmaya başlamıştır. Hekim hastaya yabancılaşmış, tanıda gecikme, yanlış tanı oranları artmıştır. Girişimsel işlemler ve ameliyatlardaki tıbbi malzeme kalitesinin maliyet nedeniyle düşüklüğü hasta güvenliğini riske atmıştır. Tüm bu nedenlerle hizmet başı ödeme ve sonuçları sağlık çalışanlarına sözel ve fiziksel şiddeti arttırmıştır.

Hekimin hastaya yabancılaşması artmış, kendine ihtiyaç duyan kesimi kendinden uzaklaştırmış ve bu durum hekimlik mesleğinin değersizleşmesine yol açmıştır. Bilindiği gibi hasta hekim arasındaki ilişki eşit olmayan asimetrik bilgiye dayalı bir ilişkidir. Güvensizlik ve kısırlanmış sağlık talebi nedeniyle hastalar birden fazla doktora ve hastaneye başvurmakta bu da sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Fazla miktarda kullanılan malzemeler

ve ekipmanlar da (gerekli ya da gereksiz kullanımın artmasından dolayı) bozulmalar ile sağlık harcamasında artış görülmektedir. Hasta davranışları değiştiğinden hastaların tetkik isteme (BT, MR, kan tetkikleri) oranı artmıştır. Gelinen nokta kamu kaynaklarını kötüye kullanım noktasına ulaşmıştır.

Hizmet başı ödeme hekimin etik anlayışındaki, hastayı yakını gibi görme davranış kalıbını da olumsuz etkilediğinden dolayı hastaya karşı özverili yaklaşım bakış açısında değişme olmuştur. Hasta muayenesinde yeteri kadar zaman ayırlamadığından dolayı tanıda gecikmeler olabilmektedir. Zaman kısıtlılığı nedeniyle gerekli onamlar alınamamakta, epikrizlerde yetersiz özen oluşmaktadır. Bu nedenlerle hasta-hekim ilişkisinde medikolegal sorunlar yaşanmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan sorunlar hastalar tarafından hekime mal edilmektedir. Sosyoekonomik koşulların kötüleşmesi toplum ruh sağlığını bozmakta, işsizliğe bağlı sorunlar hastalar tarafından medikalize edilmektedir. Sonuçta toplumda genel olarak psikososyal sorunlar artmaktadır. Hatta hasta ve yakınlarında hiç kimse ölmeyecekmiş gibi bir bakış açısı da gelişmiştir.

Hizmet başı ödemenin hastaların sağlık eğitimine de olumsuz yanları ortaya çıkmış, kronik hastaların eğitimi zaman kısıtlılığı nedeniyle aksamıştır. Özellikle enfeksiyon-bulaşıcı hastalıklar için yapılan eğitimlerin bir karşılığının olmaması eğitimi önemsizleştirmiştir. Basamaklı sağlık kurumları arasındaki sevk zincirinin uygulanmaması ve birinci basamak sağlık kurumlarında tedavi edilebilecek hastaların 2'nci ve 3'ncü basamak kurumlara gereksiz doğrudan başvuruları, öncelikli tedavi edilmeleri gereken hastalarda tanı atlama, yanlış tanı ve gereksiz tetkik gibi uygulamaları artırmış bu durum ise hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek boyuta ulaşmıştır. Hizmet başı ödeme yaklaşımıyla ortaya çıkan bu uygulama sonuçta hastaların da sağlık kurumlarına başvururken tetkik isteminde artışa neden olmaktadır. Hasta davranışı, bakış açısı, sağlık kurumlarındaki yeni teknoloji ve kurumdaki şekilcilik anlayışına odaklanmaktadır.

İş yeri hekimliği açısından bakıldığında; çalışan işçinin sağlık ve güvenlik haklarını bilmemesi, hekimlerin etik olmayarak çok fazla işyerine bakması, hizmet satın alma biçimindeki çalışma sistemi hekimlerin verimli çalışmasını olumsuz etkilemektedir. Bu durum sonuçta iş kazaları ve meslek hastalıklarının artmasına neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının sağlığı boyutunda başvuruda büyük bir artış görülmektedir. Çalışan sağlığını olumsuz etkileyen iki etmenden biri çalışma koşullarıdır. Hekim hasta olduğunda hastalıklarını daha uzun sürede atlattır. Sağlık çalışanlarının yaşadıkları iş kazaları da fazladır ve göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık emekçileri açısından katılım ve sistem eleştirisindeki yetersizlik büyük bir sorundur. Hekimler ve diğer sağlık çalışanları hizmet başı ödeme ve sonuçlarından rahatsızdır ve çözüme dair beklentileri vardır. Asıl mücadele edilmesi gereken kısım sağlıkta dönüşüm politikasıdır.



Sonuç ve Öneriler

Performans (hizmet başı ödeme) sağlıkta özelleştirmenin önemli bir adımıdır. Hem toplumun hem de sağlık çalışanlarının sağlığına ciddi düzeyde zarar vermektedir.

- Sağlık hizmeti kamusal hizmet olmalıdır.
- Sevk zinciri sistemi getirilmelidir.
- Hizmet başı ödeme sistemi kaldırılmalı temel ücret artışı olmalı veya performansa dayalı ödeme temel ücretin %20'si düzeyini geçmemelidir.
- İzin kullanımında ek ödemeler kesilmemelidir.
- Performans ölçütleri her uzmanlık dalı için adil ve sağlık hizmeti niteliğini arttıracak ölçütler geliştirilmelidir.
- Performansın (hizmet başı ödeme) zararları halka anlatılmalı, kamuoyunun desteği alınmalıdır.
- Terminolojinin(hizmet başı ödeme) değiştirilmesiyle algı değişimine katkı sağlanmalıdır.
- Bu uygulamanın tüm çıktılarının raporlandırma çalışmalarına öncelik verilmelidir.
- Hasta başına muayene süresinin yirmi dakika olması gerektiği vurgulanmalıdır.
- Sağlık emek gücünde örgütlenme artırılmalıdır.

PERFORMANS SİSTEMİNİN KAMU MALİYESİNE ETKİLERİ (GRUP 2)



KATILIMCILAR

Dr. Ayşe Gül Yılgör (Moderatör)

Dr. Metin Altıok (Raportör)

Dr. Ali Kocabaş

Dr. Aytuğ Atıcı

Dr. Fatma Bozdağ

Dr. Kayıhan Pala

Dr. Şahinan Karlı

Dr. Ümit Babacan

Dr. Zeki Sinan Doğan

Çalışma grubunda sunulan görüşler ve yapılan tartışmalar ışığında aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Sağlıkta dönüşüm, sağlık kurumlarında verimlilik, karlılık, rekabet gibi kavramları öne çıkarmıştır. Bu kurumların kendi kaynaklarını yaratmaları, giderlerini karşılamaları hedeflenmiştir.

Kamunun sağlık sistemindeki yerini ve dönüşüm sürecinin etkilerini değerlendirmek için kullanılacak verilerin başında sağlık harcamaları gelir.

Sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hasıla içindeki (GSYİH) payının kamu kesimi için önemli bir değişme göstermediği (2012 yılı %3.7, 2013 yılı %3.7, 2014 yılı %3.6, 2015 yılı %3.5, 2016 yılı %3.6 ve 2017 yılı %3.5), benzer şekilde özel sektör harcamalarının da %1 düzeyini yıllar itibarıyla sürdürdüğü görülmüştür.

Performansa dayalı sistem; SGK ve GSS bütçesinden karşılandığı için genel bütçe açısından bir etki yaratmaz.

Sağlık alanında kamu hizmetlerinin azalmasına karşın, kamu tarafından sunulan fonların azalmaması, özel sağlık kurumlarından teşhis/tanı hizmetlerinin satın alınması, ayakta ve yatan hasta hizmetleri için özel hastanelerle anlaşma yapılmasıyla açıklanabilir. Bu durum kamudan özel sektöre önemli miktarda kaynak aktarımı anlamını taşımaktadır. Yakın zamanda şehir hastanelerine aktarılacak kaynaklarla bu payın daha da artması beklenmektedir (Şehir hastanesi müteahhitlerine ödenmek için bütçeye, 2019 yılında kira ve hizmet bedeli olarak 6 milyar 150 milyon TL, 2020 yılında 14 milyar 75 milyon TL konulmuştur).

Sağlık hizmetleri karşılığında kamu adına toplanan payın bileşimi değişmiştir. Bu tutar içinde genel bütçe payı azalırken, vergi/prim ve katkı payı şeklinde hane halkı payı artmıştır.

Sağlık kurumlarında verimlilik artışı hedeflerden birisidir. Ancak hesaplamada kullanılan doktor başına ameliyat sayısı, yatak başına hasta devir hızı gibi göstergeler, sağlığın amaçlarını yansıtmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin verimliliği, ölüm sayısının azalması, sağlığına kavuşan hasta sayısı gibi göstergelerle değerlendirilmelidir.

Performansa dayalı sistem aşırı tanı ve tedavi uygulamalarına yol açarken koruyucu hekimliği ihmal etmektedir. Bu durumun arttıracığı rahatsızlıklar/hastalıklar da kamu maliyesi için ilave bir yük oluşturacaktır.

Kamu kaynakları, toplumun refahı ve sağlığı için kullanılmalıdır. Bu nedenle savaşa bütçe ayırmak yerine barışa ve insanlığın iyiliğine kaynak ayrılmalıdır.

PERFORMANS SİSTEMİNİN BİRİNCİ BASAMAK AİLE HEKİMLİĞİNE ETKİLERİ (GRUP 3)



KATILIMCILAR

Dr. Aydın Yeter (Moderatör)

Dr. Recep Tepe (Raportör)

Dr. Aylin Yeniocak Tunç

Dr. Ayşe Siddıka Çöl

Dr. Haydar Karakoyun

Dr. Hüseyin Naci Eker

Dr. Oğuz Kubat

Dr. Tuncay Çeliker

Dr. Yaşar Ulutaş

Aile Hekimliği Sistemi ülkemizde 2005 yılında Bolu/Düzce’de pilot uygulama ile başlamıştır. Tüm Türkiye’de 2010 yılında aile hekimliği sistemine geçilmiştir. O günden bu yana aile hekimliği çalışanlarının ücretlendirme esasları birçok kez değişikliğe uğramıştır. Bakanlar Kurulu kararı ile 30/12/2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Ödeme Ve Sözleşme Yönetmeliğine göre ücretlendirme başlıca iki şekilde olmaktadır. Birincisi sabit gider olarak da anılan “Aile Sağlığı Merkezi Giderleri” ikincisi ise “Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret” yani kişi başı ödemedir. Bu ödemelerin nasıl yapılacağı aşağıda görülmektedir.

- 1- *“Aile Sağlığı Merkezi Giderleri: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine, hizmet verdiği merkezin kira, elektrik, su, yakıt, telefon, internet, bilgi-işlem, temizlik, büro malzemeleri, küçük onarım, danışmanlık, sekreteryaya ve tıbbi sarf malzemeleri gibi Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 23 üncü ve 24 üncü maddeleri ile belirlenen asgari fiziki ve teknik şartların devamına yönelik giderleri için her ay tavan ücretin %50’sinin, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayımlanan illerin satın alma gücü paritesi puanı ile çarpımı sonucuna göre bulunacak tutarda ödeme yapılır. “*
- 2- *“Kayıtlı Kişiler İçin Ödenecek Ücret: Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimine yapılacak ödemelerin hesaplanmasında, görev tanımlarında verilen hizmetler için aşağıdaki esaslara göre ödeme yapılır. Deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda yapılacak hizmetler için ayrıca bir ödeme yapılmaz. Kayıtlı kişiler için;*

- 1) *Gebeler için (3) katsayısı,*
- 2) *Cezaevlerindeki tutuklu ve hükümlüler için (2,25) katsayısı,*
- 3) *0-59 ay grubu için (1,6) katsayısı,*
- 4) *65 yaş üstü için (1,6) katsayısı,*
- 5) *Diğer kişiler için (0,79) katsayısı, esas alınır.*

Kayıtlı kişiler, katsayısı yüksek olan gruptan başlanarak sıralanır ve puan hesaplaması yapılır. Kayıtlı ilk 4.000 kişiye kadar, her gruptaki kişi sayısı o grubun katsayısıyla çarpılır ve bulunan puanlar toplanarak maaşa esas puan hesaplanır. Hesaplanan maaşa esas puanın, kayıtlı kişi sayısına bakılmaksızın, ilk 1.000 puana kadarki kısmı için (1.000 puan dahil);

1) Uzman tabip veya tabip için tavan ücretin %78,5'i,

2) Aile hekimliği uzmanları için tavan ücretin %113,5'i, tutarında ödeme yapılır.

1.000 puanın üzerinde kalan puanların tavan ücretin onbinde 5,22'si ile çarpılması sonucu bulunan tutar ayrıca ödenir. “

Ayrıca; Aile hekimliği çalışanları için ödemeyi etkileyecek başka faktörlerde bulunmaktadır. Aslında bir anlamıyla performans değerlendirmesine benzer bir yöntem olan binanın performansı diyebileceğimiz “sınıflama” adı altında bir ödeme yöntemi daha vardır. Aile Hekimliği Ödeme yönetmeliğinde bunun esaslara aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

“Her aile hekimine ayrıca, yukarıdaki tutara ek olarak, her ay Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin ek (1)'inde belirlenen aile hekimliği birimleri gruplandırmasına göre, tavan ücretin aşağıda belirlenen oranı kadar ödeme yapılır:

D grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %10'u.

C grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %20'si.

B grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %35'i.

A grubu aile hekimliği birimleri için tavan ücretin %50'si.”

Tüm bunların dışında ve farklı olarak negatif performans diyebileceğimiz başka hiçbir meslek grubunda göremediğimiz bir ücretlendirme şekli daha vardır. Bunun da esasları yine 2010 tarihli Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinin “Aile hekiminden yapılacak kesintiler” başlığı altında belirtilmiştir. Buna göre; Koruyucu hekimlik hizmetlerinden, aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi ayrı ayrı değerlendirilerek hedeflerin tutturulmaması oranında ücret kesintisi ve ceza puanları verilmektedir.

“Aile hekiminden yapılacak kesintiler

MADDE 18- (1) Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır. Sözleşmeyle çalıştırılan aile hekimi veya geçici aile hekimi için 16 ncı maddenin birinci fıkrasının (a) bendine göre hesaplanan brüt ücretin;

- a) Aylık başarı oranı, %98 - %97 ise %2'si,
- b) Aylık başarı oranı %96 - %95 ise %4'ü,
- c) Aylık başarı oranı %94 - %90 ise %6'sı,
- ç) Aylık başarı oranı %89 - %85 ise %8'i,
- d) Aylık başarı oranı, %85'ten daha düşük olanlar için %10'u, esas alınmak suretiyle hesaplanacak miktarlar, aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı değerlendirilerek aile hekimine yapılacak ödemedan düşülür.”

Yine aynı yönetmelikte; “Aile hekimliği birimleri, müdürlükçe olağan dışı denetimlerin yanı sıra, aile hekimliği birimleri hizmet kalite standartları açısından, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin ek (1)'ine göre altı ayda bir denetlenir. Denetim ekibi veya ekipleri, müdürlük tarafından oluşturulur. Bu denetimlerde aile hekimliği birimlerinin ödeme aldığı hizmet kalite standartları grubunun şartlarını kaybettiği tespit edilirse, bu şartların hangi

tarihten itibaren kaybedildiği ve hangi gruba göre ödeme alınması gerektiği denetim raporunda belirtilir. Denetim raporunun müdürlükçe onaylanmasını müteakiben, ödeme yeni duruma göre yapılır ve şartların kaybedildiği tarihe göre yapılan fazla ödemeler geri alınır.” denilmektedir.

Performansa dayalı ücretlendirmenin Aile Hekimliğine Etkileri;

- Ülkemizde 15 yılı aşkın süredir uygulanan birinci basamak sağlık hizmetlerinde yürürlükte bulunan “Aile Hekimliği Yönetmeliğine” göre aile hekimine yapılacak ödemede, kayıtlı olan kişi sayısı esas alınarak, çalışılan gün sayısı da dikkate alınır denilmektedir. Bu cümlenin Türkçe meali “İzin ve istirahat durumlarında ücret ödemesi yapılmayacaktır.”
- Hali hazırda ülkemizde aile hekimlerinin ücretlerinin yaklaşık olarak %30-40”ını sabit ücret %60-70”lik kısmını ise performans hesaplaması oluşturmaktadır. Ülkemizde hekimler özellikle aile hekimleri dışında toplam gelirin büyük çoğunluğu performansa dayalı olan başka bir meslek grubu ya da sektör bulunmamaktadır.
- Aile hekimliğinde negatif performans sistemi bulunmakta olup ücret hesaplamasında kesin kayıtlı kişi sayısı esas alınmaktadır. Bu kişilerden izlem açısından özellik arz eden gebe, bebek gibi grupların koruyucu hizmetlerinin yerine getiril(e)memesi durumunda “Negatif Performans” uygulanarak ücret kesintisi yapılmaktadır. Bu durum çalışanlar üzerinde olumsuz etkiler yapmakta ve motivasyon kaybına neden olmaktadır.
- Aile hekimliği sistemine geçildikten sonra koruyucu sağlık hizmetlerinde temel parametrelerin başta bağışıklama olmak üzere iyiye gittiği aşıkarak olmakla birlikte, bunda teknolojinin (yazılım) etkin kullanımını ve yapılacak işlerin kişi bazında zimmetlenerek ve bunların da negatif performansa tabii tutulmasının etken olduğunu düşü-

nüyoruz. Bununla beraber gereksiz raporlar vs nedeniyle angarya haline gelen işlemlerin artması aile hekimlerinin asli görevi olan koruyucu hekimlik işlemlerine yeterince ve gerektiği şekilde zaman ayırmalarına engel olmaktadır.

Kişi başı ödeme şeklinin toplam ücretlendirme içinde en büyük paya sahip olması aile hekimleri arasında rekabet oluşturarak, ekip anlayışını ortadan kaldırmış, çalışma barışını bozmuştur. Bu sistemle daha çok ücret almak için çok sayıda kişi kaydının hedeflenmesi, hastaların nitelikli sağlık hizmeti almasına engel olmaktadır. Etik dışı davranışları artırmıştır, hasta kaybı yaşamak istemeyen hekimlerin usulsüz işlemler yapmaya başladıkları ve zaman içinde bunların giderek yoğunlaştığı gözlenmektedir.

Hasta başına ödeme sistemi bulunan aile hekimliğinde kesin kayıtlı hasta kaybetmemek adına; hastanın her isteğini karşılamak, her dediğini yerine getirmek, endikasyon dışı reçete düzenlemek, usulsüz rapor düzenlemek, gereksiz ve aşırı tetkik istemi yapmak bazı aile hekimlerinin neredeyse günlük işlerinin çoğunluğu haline gelmiştir.

- Ücret kaybı yaşamamak için yapılan tüm bu işlemler mesleki saygınlığımızı azalttığı gibi, usulsüz istekleri kabul etmeyen, etik davranan meslektaşlarımız aynı talepleri karşılamadıkları zaman “şiddet olayları” ile karşı karşıya kalmaktadır.
- Etik kurallara uygun, mesleki saygınlığımızı koruyarak çalışan aile hekimi arkadaşlarımız kayıtlı hasta sayısının azalması sonucu ciddi gelir kayıplarına uğramaktadırlar. Yönetmeliği olmayan raporlar vs. nedeniyle angarya haline gelen işlemlerin artması nedeniyle aile hekimlerinin asli görevi olan koruyucu hekimlik işlemlerine yeterince ve gerektiği şekilde zaman ayıramamasına yol açmıştır.
- Aile hekimine 4000’e kadar kesin kayıtlı nüfus sayısının kişi başı ödeme şeklinde ücretlendirilmesi daha çok kazanmak isteyen hırslı

hekimler nezdinde kabullenilmiş rıza üretimine neden olmakta ve fazla nüfus kaydı özellikle nitelikli sağlık hizmeti sunumunda ciddi sorunlara yol açmaktadır.

- Aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları ücret kaybına uğramadan hasta kayıt rakam tavanının 2000 seviyelerine çekilmesi hastaya ayrılan zamanı artıracak olup hastaya verilen hizmet nitelik açısından daha efektif bir hale gelecektir.
- Sanal ASM'ler açılarak rekabete dayalı nüfus düşürülme politikaları, kişi başı ödeme sistemi bulunan aile hekimliğinde iş barışını olumsuz etkilemektedir.
- Negatif performans uygulamasının keyfi olarak uygulanması bir başka sorun olarak karşımızda durmakta, sisteme olan güveni azaltmaktadır. Fakat sistemin etik değerler ve iyi hekimlik adına hiçbir denetlemesinin olmaması, performansa dayalı sistemin giderek yozlaşmasına yol açmaktadır.
- Performansa dayalı ödeme sisteminin ana özelliklerinden biri de çalışılan gün sayısı olduğu için ücret kaybına uğramak istemeyen aile hekimliği çalışanlarının doğum izni, süt izni, hastalık izni ya da yıllık izinlerini kullanmasında büyük sıkıntılar yaşanmaktadır.
- Her türlü izin kullanımında izne ayrılacak kişi, izin kullandığı dönem boyunca kendi yapacağı tüm işlerden sorumlu bir kişiye vekalet vermek bir anlamda yerine rehin bırakmak zorundadır. Bu nedenle yasal izinler bile çoğu zaman kullanılamamakta, bu da tükenmişlik sendromu yaşanmasına neden olmaktadır.
- Özellikle kırsal bölgelerde tek hekim olarak çalışan arkadaşlarımızın 15 gün ücretli izin hakkı bulunduğu için 30 gün olan yıllık izin haklarını kullanamamaktadır.

- “Nüfus kaydı” alma yarışına dönen “kişi başı ödeme sistemi” nedeniyle hekim-hekim ilişkileri kötüleşmiş mesleki dayanışma her geçen gün giderek azalmıştır.
- Aile Sağlığı Merkezlerinin gruplandırılması nedeniyle farklı standartlarda olması halkın temel sağlık hizmetlerine eşit, adil ve hakkaniyetli erişimi konusunda haksızlıklara neden olabildiği gibi aile hekimliği çalışanları için ikinci bir performans ödeme kriteri haline gelmiştir.

ÖNERİLERİMİZ

Günümüz teknolojisinin tüm iş ve işlemleri tanımlamak konusunda işveren ve çalışanlara kolaylıklar sağladığını biliyoruz. Koruyucu sağlık hizmetlerinde hizmet verenin olduğu gibi, hizmet alanında sorumlulukları olmalıdır. Bu çerçevede “ücret kesintileri” adı altında yapılan negatif performans uygulamasından vazgeçilmelidir.

Dünyada performansa dayalı ücretlendirmenin yapıldığı ülkelere baktığımızda toplam ücret içinde performansa dayalı ücretin %2 ile %15 arasında değiştiğini görüyoruz. Bu oran, Belçika’da %2, Polonya’da ve Çekya’da %5, İngiltere’de %15 civarındadır.

Bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri kişiye yönelik koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin, nitelikli, bütüncül bir yaklaşımla (biyo-psiko-sosyal) ekip anlayışı içinde sunulması için; biz aile hekimleri olarak çalışma barışının olduğu, ekip anlayışının korunduğu ve ücretlendirmenin %80’lik kısmının temel maaş şeklinde yapıldığı, performansa dayalı kısmının %20’yi aşmadığı, alınan ücretin tamamının emekliliğe yansıdığı bir ücretlendirme sistemi talep ediyoruz.

PERFORMANS SİSTEMİNİN ÖZEL HASTANEDE ÇALIŞAN HEKİMLERE ETKİLERİ (GRUP 4)



KATILIMCILAR

Dr. Osman Elbek (Moderatör)

Dr. Cemil Galioğlu (Raportör)

Dr. Aydın Karahan

Dr. Galip Kırıcı

Dr. İzzet Çalış

Dr. Mehmet Ali Habeşoğlu

Dr. Seyfi Arslan

Özel hastaneler, doğaları gereği sağlık hizmetlerini kâr esaslı veren kuruluşlardır. “Hizmet başı ödeme”nin kamuda birinci basamak ve hastaneler gibi kurumlarda yaygınlaştırılması öncesinde de özel hastaneler çoğunlukla “kâr esaslı” ücret politikalarını uygulamış ve çalıştırdıkları hekimleri de para kazandıran öğeler olarak değerlendirmişlerdir.

Sağlık sisteminin tamamen piyasalaştırıldığı, kâr amaçlı ve sağaltım (tedavi) odaklı olduğu günümüz özel hastane pratiğinde;

- Mesleki etik kuralların sıklıkla ihlal edilmesi gibi deontolojik sorunlar,
- Ekip çalışmasından uzaklaşma,
- Meslektaşlar arasında dayanışmanın azalması, meslektaşını rakip görme,
- Uzun çalışma süreleri yanında cumartesi günleri ve bayramlarda da çalışma, dinlenememe, aşırı yorulma,
- Sosyal yaşamdan uzaklaşma,
- İş güvencesi yokluğu,
- Çalışma koşullarında esneklik, birden çok yerde çalıştırılma,
- Yaptığı işe yabancılaşma, artan hoşnutsuzluk, sıkça rastlanır olmuştur.

Özel hastane çalışanı hekimlerin ücretlerinde görülen farklı uygulamalar özetle şöyledir:

- 1- Maaş
- 2- Üretilen işe göre ödeme
- 3- Maaş + üretilen işe göre ödeme
- 4- Maaş + belirli dönemlerde belirli yüzdelerle artış
- 5- Karma şekilde

Belirli bir sabit ücret yok, hak edişten (ciro) belirli bir oran

- Cerrahlar için hasta muayenesi ve ameliyat gelirlerinden farklı oranlar olabilir.
- Branştan branza oranlar farklıdır.
- Aynı branştan olsa bile dahi hekimden hekime farklı oranda ödemeler olabilmektedir.

Burada

- Cerrahın bulunabilirliği/az bulunurluluğu,
- Hastalar açısından tercih edilme derecesi,
- İlgilendiği ameliyatlara tıbbi risk derecesi,
- Hekimin pazarlık yeteneği vb etkili olmaktadır.

Yine hekimlerin ücretlerinde alabildiğine farklı uygulamalar söz konusudur.

Belirli bir sabit ücret + yüzdellik pay: Hekime ödenen sabit ücret vardır. Sabit ücret, toplam hak edişin içinden elde edildikten sonra arta kalan gelirin varsa belirlenen oranlarda pay edilmesi gündeme gelir. Hak edişler bu sınırı (sabit ücret alt sınırı) aşmaya yetmezse, hekime bu belirlenen ücret yine ödenir ve zararı hastane üstlenir yani aradaki farkı kendisi karşılar (sübvanseder).

Eriyen sabit ücret: Sabit ücret aşıldığında hekime verilen sübvansiyon artı verilen dönemde hekimin artısından kesilir. Yani hastane tarafından sübvanseder edilen miktar sonradan geri alınır. Bu durum ise hekimin sabit ücretinde azalmaya neden olur.

Sabit ücret (performanstan yok): Genellikle yasal olarak en az bir uzman istihdam etmek zorunda olunan hallerde geçerlidir. Hastane o miktarı

gözden çıkarır. Sıklıkla bunun aşılması mümkün olmaz. Daha az ücret ile çalıştırılacak hekim bulunmaz (laboratuvar branşları vb.).

Kira ödeme veya oran: Hekimin cihazı, sistemi vb altyapı katkısının olduğu çalışma şeklidir. Burada ya sisteme belirli bir kira ödenir ya da genel oranlardan daha yüksek bir oran ile anlaşılarak kullanılan cihazın payı ay sonu ödemeye eklenir.

Hekimin işletmesi: Hekim işletir, bakılan hasta üzerinden hekim hastaneye bir pay verir. Bölümün mali riskini hekim üstlenir. Hekim yine de hastane yönetimine bağlıdır. Hizmet verilirken kullanılan su, elektrik vb sabit giderlerin hesabı da ayrı yapılır.

Hekimin kendi ekibiyle hizmet vermesi: Özellikle cerrahi branşlarda ve hekimin uzun süredir birlikte çalıştığı hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarından oluşan ekip birlikte hareket eder. Hastanenin finansal muhatabı ekip başı olan hekimdir. Departmanın performansı hesaplanır ve hastane ile “hekimler adına bütüncül olarak” ekip başı olan hekim ile paylaşılır. Ekip başı olan hekimin diğer ekip üyeleri ile ne şekilde bir paylaşım içinde olduğu hastaneyi ilgilendirmez. Çalışma organizasyonu ve ücret paylaşımı ekip başı olan hekim tarafından yapılır.

Özel hastanelerde çalıştırılan hekim için en önemli “performans” ölçütü :

- Hastaların hekimi tercih etme düzeyleri ve
- Hekimin hizmetinden memnuniyet düzeyleridir.

Özel hastanede hekimin “performansı” aşağıdaki faktörlerden etkilenmektedir.

- * **Hastane koşulları;**
 - Kolay ulaşılabilirlik,
 - Uygulanan fiyat,
 - Cihazların çeşidi ve kalitesi,
 - Anlaşmalı kurumlar portföyü,
 - Hastanenin genel olarak nâmı vb. faktörler.

Ancak bunlar hastane tarafından genellikle göz ardı edilir, değerlendirmeye bile alınmaz. Hastayı hastaneye getirmede maharetin ne kadarı hekimde, ne kadarı hastanededir? Sorgulaması yapılmaz.

- * **Son 10 yılda Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenen SGK'nın özel hastanelere ödediği işlem birim fiyatlarında ya hiç artış olmaması ya da çok az artışlar yapılmış olmuştur.**
- * **Özel sektörde sistemi şekillendiren büyük ölçüde ciro ve kâr baskısıdır.**

Sağlık sisteminin tümünde son 10 yılda muayene, tetkik ve ameliyat sayıları, ilaç tüketimi üç katından fazla artarken; özel sektör muayene sayılarında artış 13 katı bulmuştur.

- * **Özel sağlık sektöründeki hızlı ve aşırı büyümeye karşın halen hekim emeği ucuzlatılmaya çalışılmaktadır.**
- * Hizmet başı ödeme sistemi nedeni ile deontolojiye aykırı durumların yaşanması: Mesleki etik kuralların ihlallerinde artışlar ciddi boyutlara ulaşmıştır. Endikasyon dışı işlemlerdeki artışlar da dikkat çekicidir.

Öneriler:

- **Hekimlerin özlük haklarının geliştirilmesi:** Sorunların çözümü asıl olarak sendikal mücadele ile grev ve toplu sözleşme talepli bir perspektif ile mümkündür.

Kısa vadede önerilebilecekler; çok özelliikli uygulamaları yapma becerisine sahip %10-20'lik orandaki "star" hekimlerin özel sözleşmeleri ile çalışabilmeleri, ancak çok ağırlıklı kesimi oluşturan %80'lik hekim çoğunluğu için İş Kanunu'na tabii olarak, SSK'lı çalışmanın talep edilmesi olmalıdır.

- **Ücretlendirmenin mutlaka banka üzerinden ödemeler ile yapılması:** Bu şekilde bir ölçüde iş güvencesi ve uygun çalışma koşullarının yaratılması söz konusu olabilir.
- **Türk Tabipleri Birliğinin bu alandaki sorunlara yaklaşımında Uzmanlık Dernekleri ile birlikte hareket etmesi** olumlu sonuçlar alınması için gerekli görünmektedir.

Yaşadığımız sistem içinde hekim emeğinin de değerini bulması ve daha nitelikli çalışma koşulları kimse tarafından bahşedilmeyecek, ancak **örgütlü** mücadele ile elde edilecektir.

HİZMET BAŞI (Performansa Dayalı) ÖDEME ÇALIŞTAYI

12 Ekim 2019, MERSİN

SONUÇ BİLDİRGESİ



Temel Sonuç

“Adı ve yöntemi ne olursa olsun performansa dayalı ödeme yöntemi hem toplumun hem de sağlık çalışanlarının sağlığına ciddi düzeyde zarar vermektedir.”

SORUN ALANLARI

Ülkemizde yıllardır özel sağlık sektöründe uygulanan ve sağlıkta dönüşüm programıyla hem birinci hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında değişik ad ve yöntemler ile uygulanan performansa dayalı ödeme yöntemi sağlık çalışanları yanında halk sağlığına da ciddi düzeyde olumsuz etkileri vardır.

Performansa dayalı ödeme yöntemlerinin etkileri:

- Birinci, ikinci, üçüncü basamak ve kamu, özel dahil bütün sağlık kurumlarında hizmetlerindeki ekip anlayışını bozmaktadır.
- İş barışını olumsuz yönde etkilemektedir.
- Hekimler arasında mesleki etik değerlerde kayba neden olmaktadır.
- Meslektaşlar arasında dayanışmanın azalması, meslektaşını rakip görmeye neden olmaktadır.
- Uzmanlık alanlarında branş içi ve branşlar arasında mücadele-çatışmaya yol açmaktadır.
- Hem lisans hem de tıpta uzmanlık eğitiminin niteliğini düşürmektedir.
- Eğitim ve bilimsel araştırmalara yönelik uygun bir değerlendirme ölçütü olmadığından dolayı gelir getirici çalışmalar olarak görülmemekte ve bilimsel araştırmalar yeterince yapılmamaktadır.
- Hekimler arası sürekli tıp eğitimi ve vaka/olgu tartışma etkinlikleri azalmaktadır.
- Daha çok hasta bakmaya zorlanma, yanlış ya da gecikmiş tanı koyma durumunu artırmaktadır.
- Başta hekimler arasında olmak üzere bütün sağlık çalışanları arasında belirgin gelir dağılımı adaletsizliğine yol açmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının önce kendi emeğine yabancılaşmasına ve sonrasında çalışanların birbiriyle yabancılaşmasına neden olmaktadır.
- Çalışanların bireysel motivasyonunu düşürmekte ve kurumsal aidiyeti azaltmaktadır.

- Uzun çalışma süreleri yanında cumartesi günleri ve bayramlarda da çalışma, dinlenememe, aşırı yorulma çalışanların duygusal tükenmelerine ve iş doyumunun azalmasına neden olmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının uzun süreli ve izin kullanmadan çalışmaları sosyal yaşamdan uzaklaşmaları, yakınlarına daha az zaman ayırmalarına neden olmaktadır.
- Sağlık kurumlarında daha az hasta bakan, hasta bakmayan ya da dahili branşlar gibi daha az riskli bölümler değersizleştirilmektedir.
- Sağlık çalışanları ekonomik kayıp kaygısı ile yasal hakları olan senelik izin, nöbet sonrası gibi izinlerini kullanmamaktadır.
- İş güvencesini ortadan kaldırmaktadır.
- Çalışma koşullarında esneklik, birden çok yerde çalıştır/maya yol açmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının örgütlenmesini olumsuz etkilemiştir.
- Performansa dayalı sistem aşırı tanı ve tedavi uygulamalarına yol açarken koruyucu hekimliği ihmal etmektedir.
- Sağlık harcamalarında çok ciddi artış olmasına karşın ülkemizin ana ölüm hızı, bebek ölüm hızı, bulaşıcı ve kronik hastalık yükünde beklenen iyileşme olmamıştır, göstergeler olumsuz yönde gitmektedir.
- Hasta hekim arasındaki güven azalmış ve hasta ile sağlık çalışanları arasında tartışmalar, sağlık çalışanlarına şiddet artmıştır.
- Sağlık kurumlarının performansı artırma kaygısı ile yaptıkları endikasyon genişletme ve gereksiz girişimler hasta güvenliğini ve sağlığını tehlikeye sokmaktadır.

- İş yükü artışı nedeniyle hastaya ayrılan süre azalmış, gereksiz ve fazla yapılan tetkik istemleri güven azalmasına katkı sağlamıştır.
- Sağlık kurumlarında ve çalışanlar arasında verimlilik, karlılık, rekabet gibi kavramları öne çıkarmaktadır.
- Hekim hastaya yabancılaşmış, tanıda gecikme, yanlış tanı oranları artmıştır.
- Güvensizlik ve kıskırılmış sağlık talebi nedeniyle hastalar birden fazla doktora ve hastaneye başvurmakta bu da sağlık harcamalarını arttırmaktadır.
- Hasta-hekim ilişkisinde mediko legal sorunlar yaşanmaktadır.
- Hastaların sağlık eğitimine de olumsuz yanları ortaya çıkmış, kronik hastaların eğitimi zaman kısıtlılığı nedeniyle aksamıştır.
- Özellikle aile hekimlerinin aylık ücretlerinin yaklaşık olarak %60-70'lik kısmı performans hesaplaması ile oluşmaktadır.
- Aile hekimliği sisteminde negatif performans diyebileceğimiz başka hiçbir meslek grubunda göremediğimiz bir ücretlendirme yöntemi geliştirilmiştir.
- Hekimler hasta memnuniyeti ve kendisine kayıtlı kişileri kaybetmemek adına hastanın her isteğini karşılamakta, her dediğini yerine getirmekte, endikasyon dışı reçete düzenleyebilmekte, gereksiz ve aşırı tetkik istemi yapmak zorunda kalabilmektedir.

ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

- Sağlık hizmeti kamusal hizmet olmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının ücret ödeme yönteminde ya performansa dayalı ödeme yöntemi ortadan kaldırılmalı ya da performansa dayalı ödeme temel ücretin %20'si düzeyini geçmemelidir.
- Tıp eğitiminde asistan ve öğrencilere verilen önem artırılmalıdır.
- Performansa dayalı ödeme yöntemi uygulanmaya devam ederse niceliksel ölçütlerden öte evrensel niteliksel ölçütler kullanılmalı ve her uzmanlık dalı için ayrı ölçütler belirlenmelidir.
- Basamaklar arasında sevk zinciri sistemi getirilmelidir.
- Her türlü izin kullanımında performans ödemeleri kesilmemelidir.
- Performansın ödeme yönteminin zararları halka anlatılmalı, kamuoyunun desteği alınmalıdır.
- Terminolojinin “performans” yerine “hizmet başı ödeme” olarak değiştirilmesiyle algı değişimine katkı sağlanmalıdır.
- Performansın ödeme yönteminin tüm çıktılarının raporlandırma çalışmalarına öncelik verilmelidir.
- Hasta başına muayene süresinin yirmi dakika olması gerektiği vurgulanmalıdır.



- Sağlık emek gücünde örgütlenme artırılmalıdır.
- Öncelikle özel sağlık sektöründe çalışan hekimlerin özlük haklarının geliştirilmesi **için çaba gösterilmelidir.**
- Türk Tabipleri Birliğinin bu alandaki sorunlara yaklaşımında Uzmanlık Dernekleri ile birlikte hareket etmelidir.
- Ülke geneli için sağlık hizmetlerinin verimliliği, ölüm sayısının azalması, sağlığına kavuşan hasta sayısı gibi göstergelerle değerlendirilmelidir.
- Sağlık hizmet sunumunda “ücret kesintileri” adı altında yapılan negatif performans uygulamasından vazgeçilmelidir.

