

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri*

Kıymet FETTAH**
Bayram ŞAHİN***

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin (PDEÖS) hizmet sunumu üzerindeki etkisini ortaya koymak ve olası sorun ve çözüm önerilerini belirlemektir. Araştırma, Ankara ili metropolitan alanında yer alan yedi sağlık grup başkanlığına bağlı 104 sağlık ocağı arasından rastgele örnekleme yöntemine dayalı olarak seçilen 16 (%15,4) sağlık ocağında yapılmıştır. Çalışma, kalitatif ve kantitatif araştırma olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Kalitatif araştırma aşamasında, PDEÖS'nin hizmet sunumu üzerindeki etkisini ortaya koymak için araştırma kapsamındaki sağlık ocakları sorumlu hekimleri (n=16) ve sorumlu hemşireleri (n=16) ile yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler sonucunda PDEÖS'ye ilişkin 18 olumlu, 22 olumsuz görüş ve 22 öneri tespit edilmiştir. Bu görüşlerden yola çıkarak hazırlanan anket formu araştırmanın ikinci aşamasında, seçilen sağlık ocaklarında çalışan tüm hekim ve yardımcı sağlık personeline uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre, PDEÖS'nin olumlu yönleri arasında "Uygulama ekonomik fayda sağlamaktadır"; olumsuz yönleri arasında "Maaşlarda iyileştirme yapılmasını gündem dışında bırakmaktadır"; ve olumsuz yönlerinin düzeltilmesine ilişkin öneriler arasında "Sağlık ocakları arasında alt yapı farkı giderilmelidir" ifadelerine katılım düzeyi diğerlerinden daha fazladır. Yapılan analizler PDEÖS'nin 18 olumlu yönünden 2'sine, 22 olumsuz yönünden 6'sına ve olumsuz yönlerin giderilmesine ilişkin öne sürülen 22 öneriden de 6'sına katılım düzeyinin meslek gruplarına göre farklılık gösterdiğini göstermiştir (p<0.05). Araştırma bulgularının, PDEÖS'nin güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesine ve çözüm

* Bu makale 19.02.2010 tarihinde dergiye gönderilmiş, 23.07.2010 tarihinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

** Uzm., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Kurumları Yönetimi A.B.D.

*** Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık İdaresi Bölümü

önerilerinin geliştirmelerinde politika belirleyicilere önemli ipuçları sağlayacağı düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, Döner Sermaye, Performansa Dayalı Ek Ödeme

Opinions of The Primary Healthcare Institutions' Personnel About The Performance Based Supplementary Payment System

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the impact of the performance-based supplementary payment system on healthcare service provision. The research was carried out at 16 (15,4%) health centers selected based on random sampling method among 104 local health centres affiliated with the Central Health Group Headship of Yenimahalle, Sincan, Mamak, Keçiören, Etimesgut, Çankaya and Altındağ district. A two stage process study including qualitative and quantitative research methods was carried out. Qualitative research, in-depth interviews were made with head doctors (n=16) and head nurses (n=16) of health centres. The interviews consisted of three questions aimed at learning the suggestions about positive and negative sides of the performance-based supplementary payment system (PBSPS) as well as solution of the problems. In this stage, 18 positive and 22 negative opinions about PBSPS as well as 22 recommendations related to solution of its problems. In quantitative research as second stage, the questionnaire based on findings of qualitative research, was applied to all physicians and auxiliary health personnel in 16 health centres.

According to research findings, the participation rate of among the positive sides of the PBSPS, "It provides economic benefit"; among the negative sides of the PBSPS, "It causes to remove the improvement of the salaries out of the agenda"; and among the suggestions for the problems, "The differencess of the infratructure between the local health centres should be removed" are higher than the other statements. 2 of the 18 positive sides, 6 of the 22 negative sides and again 6 of the 22 suggestions of the PBSPS' participation level has difference according to occupation ($p<0.05$). The results of the study displays the imacts of the performance-based contribution payment system on healthcare service provision in local health centres that are perceived at the main components of the primary health care services from the eyes of the physician and auxiliary health staff. The outcomes of this study is thought to provide important clues to identify the problems and develop solution suggestions for policy makers.

Key Words: Primary Care, Revolving Fund, Performance Payment System

I. GİRİŞ

Hizmet sektörlerinin başında gelen sağlık sektöründe sağlık hizmetleri sunumunun ana hedefi toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesidir. Bu hedefe ulaşıp ulaşılmadığını belirlemenin yolu da sağlık sisteminin değerlendirilmesinden geçmektedir. Sağlık hizmetlerinde performans değerlendirmede çok sayıda zorlukla karşılaşılmaktadır. İlk olarak, sağlık kurumlarında ne üretildiğinin tanımlanmasının kolay olmadığı söylenebilir. Üretilen sağlık hizmetleri eş zamanlı üretilip tüketildiğinden üretilenin ne olduğuna karar vermek güçtür. Bir başka zorluk, sağlık hizmetlerinin kaynak tahsisinin zorluğudur. Bunun yanında hizmet kullanıcıları ve hizmet sunum koşulları homojen değildir. Son olarak, kurum içinde yapılan değişikliklerin verimliliğinin değerlendirilmesinde, sonucu etkileyebilecek üretim süreci dışındaki faktörlerden etkilenmemesi imkansızdır ve bu özellik, girdilerin ve çıktılarının ölçüm zorluğunu da beraberinde getirmektedir (Butler 2000). Bu ve benzeri zorluklar sağlık kurumlarında performans değerlendirmenin oldukça dikkat ve özen isteyen bir süreç olduğunu gösterir.

Sağlık sektörü artan uzmanlaşma ve her geçen gün uygulamaya konan yeni tekniklerle birlikte karmaşıklaşmış bir sektör haline dönüşmüştür. Diğer taraftan, kamu giderleri içinde önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetleri, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ağırlıklı olarak kamu kesimi tarafından yürütülmektedir. Kamunun içinde bulunduğu sorunlar da dikkate alındığında, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli, kaliteli ve düşük maliyette sunulması tüm sektörleri ve tüm toplumu etkilemektedir (Al 2007).

Sağlık hizmetlerinin sunulduğu ortam ve şartlar son yirmi yıl içerisinde önemli ölçüde değişmiştir. Teknolojik ve bilimsel gelişmeler, kaynakların sınırlı olması, demografik değişimler ile yeni ve geliştirilmiş sağlık hizmetlerine olan talep artışı gibi birçok faktör bu değişimi tetiklemiştir. Yüksek kalitede ve maliyet etkili sağlık hizmeti ihtiyacının giderilmesi amacıyla, makro ve mikro düzeyde birçok sağlık kurumu ve yöneticileri çeşitli girişimlerde bulunmaktadır (Hamilton ve diğerleri 2007).

Ülkemizde toplumun ve bireylerin sağlığı, Anayasa'nın sosyal devlet anlayışı ile hak olarak güvence altına alınmış, bu hakkın kullanım biçimi 224 sayılı yasa ile "eşit ve ücretsiz" olarak tanımlanmış ve Sağlık Bakanlığı bu hakkı sağlamakla görevlendirilmiştir (Resmi Gazete 1961). 1961 Anayasası ile

kabul edilen ve 1 Ocak 1984 yılında tüm Türkiye'de uygulanmaya başlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ile dar bölgede, çok amaçlı ve geniş kapsamlı hizmet sunulması hedeflenmiş ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde temel hizmet birimi olarak sağlık ocağı tanımlanmıştır. Sağlık ocaklarında belli bir nüfusa takım anlayışı içerisinde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması amaçlanmıştır (Öztek 2004).

Türk sağlık sisteminin 2004 yılına kadar öne çıkan temel sorunları incelendiğinde; uzun hasta kuyruklarının, tedavi olmak için uzun bekleme sürelerinin, kamuda çalışan hekimlerin ve diğer sağlık personelinin maaşlarının düşük oluşunun, verilen hizmetler ve yapılan faaliyetlere ait yeterli ve doğru bir kayıt sisteminin olmayışı gibi hususların ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir. Bu sorunların giderilmesi için 2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nca ilan edilen "Sağlıkta Dönüşüm Programı" adlı reform programı ile hizmet sunumunda yeniden yapılanma, sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması, sağlık eğitimi, sağlık insan gücü yetiştirilmesi, sağlık personelinin ekonomik şartlarının iyileştirilmesi, hasta haklarının geliştirilmesi, sağlık hizmet sunumunda kalitenin geliştirilmesi, hastanelerin sağlık hizmet sunumu kalitesi açısından belgelendirilmesine dair yapılanmaya gidilmesi, kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi, kamu hastane işletmeciliğinde desantralizasyona gidilmesi ve diğer birçok alanda yeniden düzenlemelerin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir. Bu program temel olarak sekiz ana tema etrafında şekillenmiştir. Bunlar; planlayıcı ve denetleyici konumundaki Sağlık Bakanlığı; herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası; yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi temelinde güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve aile hekimliği, etkili ve basamaklı sağlık hizmeti sunumu ile idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri; bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları; nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon; akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ile karar sürecinde etkili bilgiye erişim için sağlık bilgi sistemidir. 2003 yılından bu yana program yürürlükte olup çeşitli bileşenlerinde önemli mesafeler alınmış olmasına karşın bazı bileşenlerde henüz adım atılmış değildir (Sağlık Bakanlığı 2009).

Sağlık Bakanlığı tarafından bu yönde atılan adımlardan biri de sağlık sisteminde var olan sorunların azaltılması, çalışanların performansının ve verimliliğinin artırılması, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli

hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında görevli personele performansa dayalı döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına ilişkin uygulamadır. Performansa dayalı ödeme sistemi (PDEÖS) 12311 sayılı yönerge ile Ocak 2004 tarihinden itibaren bütün Türkiye'de yürürlüğe konulmuş (Sağlık Bakanlığı 2007) ve böylece Sağlık Bakanlığı finansmanı ve harcamaları için yeni bir kaynak yaratmaya çalışmıştır. Şubat 2005 tarihinde çıkartılan "Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge" ile birinci basamak sağlık kuruluşlarında görevli sağlık personeline de performansa dayalı döner sermaye payı ödemesine başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı 2007).

Bu sistemin temel hareket noktası, ücretlerin bir kısmının veya sabit ücretle birlikte verilen ek ödemenin, çalışanın performansına göre belirlenmesidir. Buna karşı olan görüşlerin de varlığına rağmen, performansın ücretlere yansıtılması günümüzde çalışanların motivasyonunda ve örgütlerin başarısında büyük rol oynamakta ve çalışanların başarıları oranında ödüllendirilmesi yönetim bilimciler tarafından da yaygın şekilde kabul görmektedir.

Buna karşın birinci basamakta döner sermaye uygulamasının kalite ve hizmet süresiyle ilgili problemler taşıdığına ilişkin geniş kanaatler de bulunmaktadır. Bu yöndeki kanaatlerden biri Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin; "Döner sermaye uygulamasının cepten sağlık harcamalarının gereksiz hizmet kullanımının artmasına neden olacağı" yönündeki endişeleridir (Kılıç ve Aksakoğlu 2003). TTB tarafından yapılan ve hekimlerin gözüyle PDEÖS'yi sorgulayan araştırma sonuçlarına göre; PDEÖS sonucunda hasta başına düşen muayene süresinin azaldığı, tetkik sayısının ve yatırılan hasta sayısının arttığı, ayrıca, etik olmayan uygulamaların arttığı, özellikle eğitim hastanelerinde beceri kazandırma eğitimine ayrılan sürenin azaldığı ve hekimler arasında ücret eşitsizliğine yol açtığı belirtilmiştir (TTB 2009). Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen)'na göre ise PDEÖS sonucunda; yoğun emek ve uzun süre gerektiren ağır işlerin daha az performans puanı alırken, hafif nitelikteki işlerin daha yüksek puan aldığı, dolayısıyla, yoğun emek gerektiren işlerden kaçınma gibi durumların ortaya çıkabildiği ve bu durumun önlem alınmadığı takdirde zamanla büyük bir halk sağlığı sorununa dönüşebileceği öne sürülmüştür.

Bu karşıt görüşlere karşın PDEÖS'nin sağlık kuruluşunun verimliliğini ve kalitesini olumlu yönde etkilediğine ilişkin görüşler de bulunmaktadır (Kılıç 2006, Sağlam 2006). Bu çalışmada ise, birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan PDEÖS'nin hizmet sunumu üzerindeki etkisini sağlık çalışanları gözüyle ortaya koymak amaçlanmıştır. Çalışma; PDEÖS'ye yönelik daha önceden yapılmış çalışmalardan farklı olarak, Ankara ili metropolitan alanındaki tüm sağlık grup başkanlıklarında yürütülmüş ve hem kalitatif hem de kantitatif araştırma yöntemleri kullanılmıştır.

II. YÖNTEM

Araştırma, Ankara ili metropolitan alanında yer alan yedi sağlık grup başkanlığına (SGB) (Yenimahalle, Sincan, Mamak, Keçiören, Etimesgut, Çankaya ve Altındağ) bağlı 104 sağlık ocağı arasından rastgele örnekleme yöntemine dayalı olarak seçilen 16 (%15,4) sağlık ocağında yapılmıştır. PDEÖS'nin sağlık hizmetleri sunumuna olan etkilerini ortaya koymak için yapılan bu araştırma, kalitatif ve kantitatif olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci aşaması olan kalitatif araştırmada, örnekleme giren sağlık ocağı sorumlu hekim ve sorumlu hemşireleri ile yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Yapılandırılmış görüşmelerde sorumlu hekim ve hemşirelere PDEÖS'nin olumlu yönleri, olumsuz yönleri ve olumsuz yönlerinin giderilmesine ilişkin çözüm önerilerinin neler olduğu konusunda üç soru yöneltilmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen bilgiler ikinci aşama olan kantitatif araştırmanın anketinde kullanılmıştır. Anket formu 4 bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde sağlık çalışanlarının kişisel bilgileri ile ilgili sorular, ikinci bölümde PDEÖS'nin olumlu yönlerine ilişkin 18 görüş, üçüncü bölümde PDEÖS'nin olumsuz yönlerine ilişkin 22 görüş ve dördüncü bölümde PDEÖS'nin olumsuz yönlerinin giderilmesine yönelik 22 öneri bulunmaktadır. İkinci aşamada örnekleme giren sağlık ocaklarında çalışan tüm hekim ve yardımcı sağlık personeline (ebe, hemşire, sağlık memuru ve teknisyeni) ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak dağıtılan toplam 320 anketten 229'u geri dönmüştür (%71,6). Geri dönüş oranları sağlık grup başkanlıkları açısından incelendiğinde; %67,8 (Sincan SGB.) ile %84,4 (Çankaya SGB.) arasında gerçekleşirken; sağlık ocakları açısından ise %51,9 (Abidinpaşa Merkez Sağlık Ocağı.) ile %92,3 (Kırkkonaklar Sağlık Ocağı) arasında olmuştur.

Geri dönen anket verileri araştırmanın amacına uygun olarak SPSS (15.0) programı ile analiz edilmiştir. Çalışma kapsamındaki sağlık çalışanlarının özelliklerini beşlirmek için ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde dağılımı gibi betimleyici istatistikler, sağlık çalışanlarının PDEÖS ile ilgili görüşlerinin meslek gruplarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ise t testi kullanılmıştır.

III. BULGULAR

Tablo 1’de araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır.

Tablo1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	61	26,6
Kadın	164	71,6
Belirtilmemiş	4	1,8
Yaş Grupları	Sayı	%
24-39	123	53,7
40-65	104	45,4
Belirtilmemiş	2	0,9
Meslek Grupları	Sayı	%
Hekim	66	28,8
Hemşire & Ebe	125	54,6
Sağlık Memuru & Sağlık Teknisyenleri	38	16,6
Eğitim Durumu	Sayı	%
Lise	39	17
Ön lisans	84	36,7
Üniversite	105	45,9
Yüksek Lisans ve Doktora	1	0,4
Yönetmel Pozisyona Sahip Olma Durumu	Sayı	%
Evet	30	13,1
Hayır	199	86,9
	Ort.	Ss.
Toplam Hizmet Süresi (yıl)	16,8	6,7

Ankete yanıt veren sağlık çalışanlarının %71,6’sı kadınlardan oluşmuştur. Çalışanlar yaşlarına göre değerlendirildiğinde, %53,7’si 24-39 yaş grubunda,

%45,4'ü 40-65 yaş grubunda yer almaktadır. Başka bir ifade ile ankete cevap veren sağlık çalışanları 24 ile 65 yaş arasında bir dağılım göstermekte olup genel yaş ortalaması 38,8'dir. Anketi cevaplayanların meslekleri incelendiğinde; yarısından fazlasının (%54,6) hemşire ve ebelerden oluştuğu, bunu %28,8 ile hekimlerin, %16,6 ile sağlık memuru ve sağlık teknisyenlerinin izlediği görülmüştür. Ayrıca %83'ünün eğitim düzeyi önlisans ve üzeridir. Ortalama hizmet süreleri ise 16,8 yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının PDEÖS İle İlgili Değerlendirmeleri

PDEÖS'nin Olumlu Yönleri	Genel Ort.	Katılanlar %
1. Uygulama, hekimlere <u>maddi</u> açıdan oldukça fayda sağlamıştır	4,4	82,1
2. Uygulama, <u>izin ve rapor</u> taleplerini azaltmıştır	3,9	63,6
3. Uygulamanın tek olumlu etkisi çalışanlara <u>ek gelir</u> sağlamasıdır	3,8	62,6
PDEÖS'nin Olumsuz Yönleri	Genel Ort.	Katılanlar %
1. Sağlık personelinin <u>maaşlarına iyileştirme</u> yapılmasını gündem dışında bırakmıştır.	4,7	92
2. Emeklilik maaşına yansıtılmadığı için <u>emekli olma isteği</u> azalmaktadır.	4,5	84,5
3. Doktorlarla sağlık personelinin aldığı ek ödeme arasındaki büyük uçurumlar <u>yardımcı sağlık personelinin çalışma şevkini</u> kırmaktadır.	4,3	81,4
Öneriler	Genel Ort.	Katılanlar %
1. Sağlık ocakları arasında <u>bina, araç-gereç</u> ve fiziki şartlardaki farklılıklar giderilmelidir.	4,7	93,4
2. <u>PDEÖS kaldırılarak</u> yerine maaşlarda iyileştirmeler yapılmalı ve emeklilik maaşına yansıtılmalıdır.	4,5	89,8
3. Hastanın gereksiz yere birden fazla kuruma muayene olmasını önlemek için sağlık ocaklarında <u>yapılan işlemler otomasyon sistemiyle</u> izlenmelidir.	4,5	85,3

Tablo 2'de sağlık ocağı çalışanlarının performansa dayalı döner sermaye ek ödeme uygulamasının olumlu ve olumsuz yönlerine ilişkin görüşler ve olumsuzlukların giderilmesine yönelik önerilerden katılım oranı en yüksek olan ilk üç tanesi yer almaktadır. Buna göre, "Uygulama, hekimlere maddi açıdan oldukça fayda sağlamıştır" ifadesine katılıyorum diyenlerin oranı %82,1'dir. Öne çıkan diğer olumlu yönler yüzdelerine göre şu şekilde sıralanabilir: %63,6

ile “Uygulama, izin ve rapor taleplerini azaltmıştır” ve %62,6 ile “Uygulamanın tek olumlu etkisi çalışanlara ek gelir sağlamasıdır” ifadeleridir.

Olumsuz yönlerine ilişkin görüşlere göre çalışanların %92’si “Döner sermaye ek ödeme uygulaması sağlık personeli maaşlarında iyileştirme yapılmasını gündem dışında bırakmıştır” ifadesine katılmaktadır. Bunu %84,5 ile “Döner sermaye, emeklilik maaşına yansıtılmadığından sağlık personeli arasında emekli olma isteği azalmaktadır” ve %81,4 ile “Doktorlarla sağlık personelinin aldığı ek ödeme arasındaki büyük uçurumlar yardımcı sağlık personelinin çalışma şevkini kırmaktadır” ifadeleri izlemektedir.

Olumsuz yönlerin giderilmesine yönelik önerilere katılım düzeyleri incelendiğinde, çalışanların %93,4’ü “Tüm sağlık ocaklarının belirli bir performans düzeyine ulaşabilmesi için bina, araç-gereç, büro ve sarf malzemeleri ile fiziki şartlar arasındaki farklılıklar giderilmelidir” ifadesine, %90,1’i “Performansa dayalı döner sermaye ek ödeme uygulaması kaldırılarak yerine özlük haklarda ve maaşlarda iyileştirmeler yapılmalı ve emeklilik maaşına yansıtılmalıdır” ve %89,8’i “Hekimler öncelikli olmak üzere tüm birimlerdeki personel ihtiyacı giderilmelidir” ifadelerine katılmaktadır.

Tablo 3 ile 5 arasında PDEÖS’nin olumlu ve olumsuz yönleri ile olumsuz yönlerine ilişkin çözüm önerilerinin meslek gruplarına göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Tablo 3’te yardımcı sağlık personelinin “Uygulama, hekimlere maddi açıdan oldukça fayda sağlamıştır” (4,7) görüşüne hekimlerden (3,8) anlamlı bir şekilde fazla inandıkları ($t=-7,306$; $p<0,001$), buna karşın hekimlerin “PDEÖS çalışan ve çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır” görüşüne (2,9) yardımcı sağlık personelinden (2,4) anlamlı bir şekilde fazla katıldıkları ($t=2,818$; $p<0,05$), PDEÖS’nin olumlu yönü ile ilgili diğer 16 madde açısından ise hekimler ile yardımcı sağlık personelinin görüşleri arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının PDEÖS'nin Olumlu Yönlerine İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklere Göre Karşılaştırması

		N	Ort.	St. Sapma	t testi	p
1. Döner sermaye ek ödemesi çalışanlara artı kazanç sağladığı için çalışma motivasyonunu artırmıştır.	Hekimler	66	3,7	1,1	0,924	0,357
	Yrd.Sağ.Pers.	160	3,5	1,3		
2. Uygulama, izin ve rapor taleplerini azaltmıştır.	Hekimler	66	4,0	1,1	0,700	0,485
	Yrd.Sağ.Pers.	162	3,8	1,3		
3. Uygulama, hekimlere maddi açıdan oldukça fayda sağlamıştır.	Hekimler	65	3,8	1,0	-7,306	0,000
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,7	0,7		
4. Hastalara daha ilgili ve güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirmiştir.	Hekimler	66	3,2	1,0	0,675	0,500
	Yrd.Sağ.Pers.	161	3,0	1,5		
5. Sunulan sağlık hizmetlerini sayısal olarak arttırdığı için verimliliği olumlu yönde etkilemiştir.	Hekimler	66	2,8	1,3	-1,188	0,237
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,0	1,3		
6. Hasta memnuniyet düzeyi artmıştır.	Hekimler	65	3,0	1,1	-1,661	0,099
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,3	1,3		
7. Daha az zamanda daha çok hastaya hizmet sunulmasını sağlamıştır.	Hekimler	65	3,6	1,3	-0,531	0,596
	Yrd.Sağ.Pers.	160	3,8	1,4		
8. Uygulama, poliklinik hizmetlerinin kalitesini artırmıştır.	Hekimler	66	2,6	1,1	-1,236	0,218
	Yrd.Sağ.Pers.	162	2,8	1,4		
9. Sağlık ocaklarının fiziki şartlarında ve alt yapısında nispeten iyileşme sağlamıştır.	Hekimler	66	2,8	1,3	0,605	0,546
	Yrd.Sağ.Pers.	161	2,7	1,5		
10. Birçok sağlık hizmetinin tüm sağlık ocaklarında verilmesini sağlamıştır.	Hekimler	66	3,0	1,1	-0,647	0,519
	Yrd.Sağ.Pers.	158	3,1	1,3		
11. Uygulamanın otomasyon esaslı yürütülmesi ile iş yükü azalmıştır.	Hekimler	65	2,5	1,1	-1,039	0,301
	Yrd.Sağ.Pers.	159	2,7	1,4		
12. Çalışan ve çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır.	Hekimler	66	2,9	1,2	2,818	0,006
	Yrd.Sağ.Pers.	160	2,4	1,5		
13. Uygulamanın tek olumlu etkisi çalışanlara ek gelir sağlamasıdır.	Hekimler	66	3,7	1,3	-0,429	0,668
	Yrd.Sağ.Pers.	161	3,8	1,3		
14. Hekimlerin tam gün sağlık ocağında çalışmalarını ve mesai saatlerine dikkat etmelerini sağlamıştır.	Hekimler	65	3,4	1,0	-0,792	0,429
	Yrd.Sağ.Pers.	161	3,6	1,5		

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının PDEÖS'nin Olumlu Yönlerine İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklere Göre Karşılaştırması (Devam)

		N	Ort.	St Sapma	t testi	p
15. Uygulama, koruyucu hekimlik (aşılama, gebe ve bebek takibi) hizmetlerinde de artış sağlamaktadır.	Hekimler	66	3,5	1,2	0,215	0,83
	Yrd.Sağ.Pers.	161	3,5	1,3		
16. Uygulama, performans hesaplamada dikkate alınan hasta kontrolleri gibi hizmetlerin takip oranını artırmıştır.	Hekimler	66	3,5	1	-1,58	0,12
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,7	1,1		
17. Döner sermaye prim ödemelerinin düzenli ve zamanında yapılmasını sağlamıştır.	Hekimler	66	3,4	1	0,504	0,62
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,3	1,3		
18. Uygulama, doktor-hasta ilişkisini olumlu etkilemiştir.	Hekimler	66	3,3	1,2	-1,25	0,22
	Yrd.Sağ.Pers.	160	3,6	1,5		

Yrd.Sağ.Pers: Yardımcı sağlık personeli; ebe-hemşire, sağlık memuru, laboratuvar ve sağlık teknisyenlerinden oluşmaktadır.

Tablo 4'te PDEÖS'nin öne sürülen olumsuz yönlerine ilişkin sağlık personelinin katılım düzeyleri incelendiğinde 22 maddeden 6'sına katılım düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği; "Doktorlarla diğer sağlık personelinin aldığı ek ödeme arasındaki büyük farklılıklar çalışma şevkini kırmaktadır" (4,6'e karşı 3,6); "Sağlık Grup Başkanlığı çalışanlarına daha fazla ek ödeme yapıyor olması sağlık ocağı çalışanlarının şevkini kırmaktadır" (4,5'a karşı 3,8); "İzinli ve raporlu günler için döner sermaye ödenmemesi, ihtiyaç duyduğu halde izin kullanmamasına neden olmaktadır" (4,3'e karşı 3,8); "Uygulama, artık hastaların hasta olarak değil puan ve dolayısıyla para olarak görülmesine neden olmaktadır" (4,1'e karşı 3,6); "Koruyucu hizmetlere verilen puanlar daha düşük olduğu için daha çok poliklinik hizmetlerine odaklanılmıştır" (4,3'e karşı 3,8); ve "Döner sermaye ödemeleri gecikmeli ve düzensiz olarak yapılmaktadır" (3,7'e karşı 3,2) ifadelerine katılımın hekimlere göre yardımcı sağlık personeli tarafından daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının PDEÖS'nin Olumsuz Yönlerine İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklere Göre Karşılaştırması

		N	Ort.	St. Sapma	t testi	p
1. Doktorlarla diğer sağlık personelinin aldığı ek ödeme arasındaki büyük farklılıklar çalışma şevkini kırmaktadır.	Hekimler	65	3,6	1,3	-7,083	0,000
	Yrd.Sağ.Pers.	161	4,6	0,9		
2. Sağlık Grup Başkanlığı çalışanlarına daha fazla ek ödeme yapılıyor olması sağlık ocağı çalışanlarının şevkini kırmaktadır.	Hekimler	64	3,8	1,2	-3,967	0,000
	Yrd.Sağ.Pers.	158	4,5	1,0		
3. Çalışanların iş yükünü artırmıştır.	Hekimler	66	4,0	1,1	-0,053	0,958
	Yrd.Sağ.Pers.	161	4,0	1,3		
4. Eğitim düzeyleri arasındaki farklılığın performansa dayalı ek ödemelere yansıtılması çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır.	Hekimler	65	3,6	1,4	-1,286	0,200
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,8	1,4		
5. Hastalar gereksiz ilaç yazma gibi taleplerle hekimleri zor durumda bırakmakta ve taleplerini karşılamayan hekimler hakkında şikayette bulunabilmektedir.	Hekimler	65	4,3	1,0	1,871	0,063
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,0	1,4		
6.Uygulama, gereksiz muayene ve tetkiklerin artmasına sebep olmaktadır.	Hekimler	66	4,0	1,1	-1,171	0,243
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,2	1,2		
7. İzinli ve raporlu günler için döner sermaye ödenmemesi, ihtiyaç duyduğu halde izin kullanmamasına neden olmaktadır.	Hekimler	65	3,8	1,3	-2,608	0,010
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,3	1,1		
8. Hastaya ayrılan süre azalmıştır.	Hekimler	66	3,8	1,3	-1,955	0,052
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,1	1,3		
9. Uygulama, hastaya fazla vakit ayıran hekim ile ayırmayan hekim arasındaki farkı dikkate almamaktadır.	Hekimler	65	4,1	1,1	-1,229	0,220
	Yrd.Sağ.Pers.	158	4,3	1,1		
10. Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemiştir.	Hekimler	65	3,7	1,2	-0,630	0,530
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,8	1,4		
11. Uygulama, artık hastaların hasta olarak değil puan ve dolayısıyla para olarak görülmesine neden olmaktadır.	Hekimler	65	3,6	1,3	-2,277	0,024
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,1	1,3		

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının PDEÖS'nin Olumsuz Yönlerine İlişkin Değerlendirmelerinin Mesleklere Göre Karşılaştırması

		N	Ort.	St. Sapma	t testi	p
12. Uygulama, sorumlu hekimler açısından hasta bakmanın yanı sıra idari yükün de armasına neden olmuştur.	Hekimler	64	3,6	1,4	1,255	0,211
	Yrd.Sağ.Pers.	157	3,4	1,5		
13. Sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi değerlendirilmemektedir.	Hekimler	65	4,0	1,1	0,438	0,662
	Yrd.Sağ.Pers.	158	4,0	1,2		
14. Hastalara hekim seçme özgürlüğü verildiği için işyükü dağılımında dengesizlikler ve haksızlıklar olmaktadır.	Hekimler	65	3,5	1,0	-1,805	0,073
	Yrd.Sağ.Pers.	160	3,8	1,3		
15. Koruyucu hizmetlere verilen puanlar daha düşük olduğu için daha çok poliklinik hizmetlerine odaklanılmıştır.	Hekimler	65	3,8	1,1	-2,795	0,006
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,3	1,1		
16. Döner sermaye ödemeleri gecikmeli ve düzensiz olarak yapılmaktadır.	Hekimler	63	3,2	1,3	-2,515	0,013
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,7	1,4		
17. Daha fazla ek ödeme almak için sunulan hizmete ilişkin rakamların şişirilmesi gibi suistimaller yapılabilmektedir.	Hekimler	65	3,0	1,3	-0,936	0,351
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,2	1,5		
18. Döner sermaye, emeklilik maaşına yansıtılmadığından sağlık personeli arasında emekli olma isteği azalmaktadır.	Hekimler	65	4,4	1,0	-0,654	0,514
	Yrd.Sağ.Pers.	161	4,5	1,0		
19. Döner sermaye ek ödeme uygulaması sağlık personeli maaşlarında iyileştirme yapılmasını gündem dışında bırakmıştır.	Hekimler	66	4,6	0,8	-1,080	0,281
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,7	0,7		
20. Performans katsayılarının hesaplanmasında çalışanların kıdem durumu ve sicil notu dikkate alınmamaktadır.	Hekimler	66	4,3	1,1	0,291	0,771
	Yrd.Sağ.Pers.	158	4,2	1,2		
21. Hekimler arasında rekabetin artması nedeniyle işbirliği sekteye uğramıştır.	Hekimler	66	3,6	1,3	-1,528	0,128
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,9	1,2		
22. Hekimlerin daha çok puan için daha çok hasta bakmalarına neden olduğundan, hekimlik mesleğine zarar vermektedir.	Hekimler	66	3,8	1,4	-1,184	0,238
	Yrd.Sağ.Pers.	157	4,0	1,3		

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının PDEÖS'nin Olumsuz Yönlerine İlişkin Çözüm Önerilerinin Mesleklere Göre Karşılaştırması

		N	Ort.	St. Sapma	t testi	p
1. Yardımcı sağlık personeline yapılan ek ödemelerdeki haksızlığın giderilmesi için tavan sınırı kaldırılmalıdır.	Hekimler	66	3,7	1,4	-6,702	0,000
	Yrd.Sağ.Pers.	161	4,7	0,9		
2. Yardımcı sağlık personeline yapılan ödemeler, hekimlerde olduğu gibi bireysel performanslarına göre yapılmalıdır.	Hekimler	66	3,7	1,4	-3,391	0,001
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,3	1,2		
3. Doktor sayısının az ya da çok olması yardımcı sağlık personelinin aldığı ek ödeme miktarını etkilememelidir.	Hekimler	65	3,9	1,2	-4,682	0,000
	Yrd.Sağ.Pers.	161	4,6	1,0		
4. Hasta başı puan ve ücret uygulaması kaldırılmalı, bölge esaslı puan sistemi uygulanmalıdır.	Hekimler	65	3,2	1,5	-2,851	0,005
	Yrd.Sağ.Pers.	157	3,8	1,3		
5. Sağlık ocakları arasındaki bina, araç-gereç, sarf malzemeleri ile fiziki şartlar arasındaki farklılıklar giderilmelidir.	Hekimler	66	4,7	0,7	-1,003	0,317
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,8	0,6		
6. Performansa dayalı ödeme kaldırılarak yerine maaşlarda iyileştirmeler yapılmalı ve emeklilik maaşına yansıtılmalıdır.	Hekimler	66	4,5	1,0	-1,334	0,183
	Yrd.Sağ.Pers.	157	4,7	1,0		
7. Sağlık kuruluşlarının performans ortalaması hesaplanırken sorumlu hekimler ortalamaya dahil edilmemelidir.	Hekimler	66	4,4	1,0	2,517	0,013
	Yrd.Sağ.Pers.	154	3,9	1,5		
8. Uygulama günlük hasta yoğunluğunu artırdığından kaldırılmalıdır.	Hekimler	65	3,1	1,4	0,009	0,992
	Yrd.Sağ.Pers.	157	3,1	1,6		
9. Performansa dayalı ödeme yerine hekimlerin tam zamanlı çalışmalarını sağlayacak bir uygulamaya geçilmelidir.	Hekimler	66	3,9	1,4	-0,319	0,750
	Yrd.Sağ.Pers.	156	4,0	1,3		
10. Performans hesaplamada sadece hasta sayısı gibi sayısal değerler değil, kalite göstergeleri de dikkate alınmalıdır.	Hekimler	66	4,4	0,9	0,524	0,601
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,3	1,2		
11. Hekimlerin gün içerisinde bakacakları maksimum hasta sayısı belirlenmelidir.	Hekimler	66	4,1	1,1	0,412	0,681
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,1	1,4		
12. Sağlık ocağı çalışanlarının izinli ve raporlu olduğu günler için döner sermaye ek ödemesinden kesinti yapılmamalıdır.	Hekimler	66	4,1	1,2	-0,349	0,728
	Yrd.Sağ.Pers.	160	4,2	1,4		

Tablo 5: Sağlık Çalışanlarının PDEÖS'nin Olumsuz Yönlerine İlişkin Çözüm Önerilerinin Mesleklere Göre Karşılaştırması (Devam)

		N	Ort.	St. Sapma	t testi	p
13. Bazı sağlık ocakları hasta yoğunluğu ve fiziki konumları açısından dezavantajlı olduğundan hepsine eşit ödeme yapılmalıdır.	Hekimler	65	2,9	1,5	-0,978	0,330
	Yrd.Sağ.Pers.	159	3,1	1,7		
14. Çalışanların performans hesaplaması her kurumun sorumlu hekimi tarafından yapılmalıdır.	Hekimler	65	3,0	1,5	0,120	0,904
	Yrd.Sağ.Pers.	157	3,0	1,7		
15. Koruyucu sağlık hizmetlerinin performans puanları artırılmalıdır.	Hekimler	66	4,2	1,0	-0,893	0,373
	Yrd.Sağ.Pers.	157	4,4	1,1		
16. Çalışanlar arasındaki eğitim farkı ek ödemelere daha fazla yansıtılmalıdır.	Hekimler	66	3,7	1,3	1,069	0,287
	Yrd.Sağ.Pers.	158	3,5	1,6		
17. Aynı kurumda çalışan ve aynı ünvana sahip sağlık çalışanlarının ek ödemelerinin eşit olması sağlanmalıdır.	Hekimler	66	3,8	1,2	-2,099	0,037
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,2	1,3		
18. Uygulama, hastanın gereksiz yere birden fazla kuruma muayene olmasına neden olduğundan otomasyona geçilmelidir.	Hekimler	66	4,4	1,1	-0,964	0,336
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,5	0,9		
19. Çalışanların kıdem durumu ve sicil notu, performans hesaplamasında dikkate alınmalıdır.	Hekimler	66	4,0	1,3	-0,525	0,600
	Yrd.Sağ.Pers.	158	4,1	1,5		
20. Uygulama ile ilgili suistimalleri önlemek için otokontrol sistemi oluşturulmalıdır.	Hekimler	66	4,4	0,9	0,004	0,997
	Yrd.Sağ.Pers.	157	4,4	1,1		
21. Hekimler öncelikli olmak üzere tüm birimlerdeki personel ihtiyacı giderilmelidir.	Hekimler	66	4,6	0,7	0,305	0,761
	Yrd.Sağ.Pers.	159	4,5	1,0		
22. Hasta sevki de bir çeşit muayene olduğu için performans puan hesabında hasta muayenesi ile yılı puan verilmelidir.	Hekimler	66	4,4	1,1	1,464	0,145
	Yrd.Sağ.Pers.	158	4,2	1,3		

Diğer yandan Tablo 5’te PDEÖS’nin olumsuz yönlerinin giderilmesine ilişkin öne sürülen 22 çözüm önerisine sağlık personelinin katılım düzeyi incelendiğinde; “Yardımcı sağlık personeline yapılan ek ödemelerdeki haksızlığın giderilmesi için tavan sınırı kaldırılmalıdır” (4,7’e karşı 3,7); “Yardımcı sağlık personeline yapılan ödemeler, hekimlerde olduğu gibi bireysel performanslarına göre yapılmalıdır” (4,3’e karşı 3,7); “Doktor sayısının az ya da çok olması yardımcı sağlık personelinin aldığı ek ödeme miktarını etkilememelidir” (4,6’a karşı 3,9); “Hasta başı puan ve ücret uygulaması kaldırılmalı, bölge esaslı puan sistemi uygulanmalıdır” (3,8’e karşı 3,2); ve “Aynı kurumda çalışan ve aynı ünvana sahip sağlık çalışanlarının ek ödemelerinin eşit olması sağlanmalıdır” (4,2’ye karşı 3,8) ifadelerine katılımın anlamlı bir şekilde yardımcı sağlık personeli arasında daha yüksek olduğu, buna karşın; “Sağlık kuruluşlarının performans ortalaması hesaplanırken sorumlu hekimler ortalamaya dahil edilmemelidir” (3,9’a karşı 4,4) ifadesine katılımın hekimler arasında daha fazla olduğu, diğer yandan hekimler ve yardımcı sağlık personelinin diğer çözüm önerilerine katılım düzeylerinin ise benzer olduğu görülmüştür.

IV. TARTIŞMA

Araştırma bulgularına göre, PDEÖS’nin öne çıkan olumlu yönlerinden biri “Uygulamanın hekimlere maddi açıdan oldukça fayda sağladığı” ifadesidir. Bu ifade hekimlere kıyasla yardımcı sağlık personeli tarafından daha fazla desteklenmiştir. Sağlam’ın (2006) birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptığı araştırma da PDEÖS’nin çalışanların maddi tatminini olumlu etkilediğini belirtirken, çalışanların %50’si, hekimlerin bu uygulamadan daha fazla faydalandığı görüşünü desteklemişlerdir. Timur’un (2007) devlet hastanelerinde hekim ve hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %54’ünün PDEÖ uygulamasından memnun olmadığı belirtilmiştir. Gazi’nin (2006) hastanelerde uygulanan PDEÖS’nin hastalar ve çalışanlar üzerindeki etkisini incelediği çalışmada da yardımcı sağlık personelinin “ücretler açısından meslek grupları arasında haksızlık yapıldığı” görüşüne daha çok katıldığı tespit edilmiştir. Kennedy (2005), performansa dayalı ödeme modellerinin özellikle hekimlerin çalışma motivasyonuna olumlu katkıda bulunduğu ve sunulan sağlık hizmetlerine verdikleri önemin de arttığını belirtmiştir. Timur (2007) ise, yaptığı çalışmada uygulamanın adil olarak uygulanmadığını düşünenlerin oranının oldukça yüksek (%82) olduğunu belirlemiştir. Gazi’nin (2006) yaptığı çalışmada da uygulamanın meslek

grupları arasında haksızlık yapıldığı görüşünü yardımcı sağlık personelinin özellikle vurguladığı görülmektedir. Bu araştırma sonuçları “Doktorlarla diğer sağlık personelinin aldığı ek ödeme arasındaki büyük farklılıklar çalışma şevkini kırmaktadır.” görüşüyle paraleldir.

“Sağlık Grup Başkanlığı çalışanlarına daha fazla ek ödeme yapılıyor olması sağlık ocağı çalışanlarının şevkini kırmaktadır” görüşüne yardımcı sağlık personeli hekimlere kıyasla daha çok katılmaktadır. Sağlık Memurları Derneği'nin görüşüne göre de sağlık müdürlüğü, sağlık grup başkanlığı ve sağlık kuruluşlarında çalışan tabip ve diş tabiplerine uygulanan katsayıların oldukça yüksek olduğu yönündedir.

“Uygulama, çalışan ve çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır” görüşüne hekimlerin daha çok katıldığı tespit edilmiştir. Gazi'nin (2006) yaptığı araştırma sonuçları, performansa dayalı ek ücret ödeme sisteminde ekip üyelerinin farklı ücret almasının doğal olduğu ifadesine hekimlerin daha çok katıldığını göstermektedir. Ergin'in (2009), sağlık kurumlarında çalışanların ücret sistemini değerlendirmelerine yönelik gerçekleştirdiği araştırma sonuçları da ücret sisteminin çalışanın işi ile ilgili sahip olduğu bilgi, beceri yetenek kıdem, öğrenim ve sorumluluklarına göre değerlendirilmesi gerektiğine vurgu yapmaktadır. Ayrıca yine bu çalışma, çalışanların ideal ücret sistemi konusundaki beklentilerinde bireysel başarılarının yanında ekip başarısının değerlendirilmesinin de önem taşıdığına da altını çizmektedir.

PDEÖS'nin öne çıkan olumsuz yönlerinden, “İzinli ve raporlu günler için döner sermaye ödenmemesi, ihtiyaç duyduğu halde izin kullanmamasına neden olmaktadır” görüşünü yardımcı sağlık personeli hekimlerden daha çok desteklemiştir. TTB'nin (2009) hekimlerin gözüyle PDEÖS'yi sorgulayan araştırmasına göre, hekimlerin %73,4'ü sağlık çalışanlarının izin ve dinlenme sürelerinin azaldığını ifade etmiştir. Sağlık Memurları Derneği'nin Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumlarında görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönergeye dair değerlendirmelerinden biri de “Ek ödeme hesabı yapılırken personelin izinli olduğu günler, hastalığı sebebiyle verilen raporları neticesinde görevine gelemediği günler, hastanede yattığı günler değerlendirilmemektedir. Personel alacağı ek ödemenin azalacağını düşünerek kanuni olan iznini kullanamamakta bu da iş verimini düşürmektedir” ifadesidir.

Uygulama, artık hastaların hasta olarak değil puan ve dolayısıyla para olarak görülmesine neden olmaktadır” ifadesine yardımcı sağlık personelinin katılımı hekimlerden daha fazladır. TTB'nin (2009) gerçekleştirdiği araştırma sonuçlarına göre; PDEÖS uygulaması hekimlerin dürüst çalışmasını olumsuz etkilemiştir görüşüne katılım oranı %96,7'dir. Buna ek olarak yine aynı çalışmanın sonuçlarından olan performans uygulamasının sağlığı metalaştırdığı ifadesine katılım oranı %70,8 olarak belirlenmiştir. Kavuncubaşı'nın (2006) Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı değerlendirdiği makalede “Hekim performansının değerlendirilmesinde kullanılan yöntem hizmet kalitesinden daha çok hizmet miktarı üzerinde odaklaşmaktadır. Sağlık hizmetlerinde rasyonelitenin sağlanması açısından öncelikle kalite hedeflerinin ön planda tutulması, kalite hedeflerinin de verimlilik sağlanarak gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Oysa Sağlık Bakanlığı kalite unsurunu göz ardı ederek, hekim performansını hizmet niceliğine dayandırılan puanlamayla ölçmeyi ve ödüllendirmeyi tercih etmiştir. Bakanlığın bu tercihi, hekimleri ‘tıbbi bakımın’ sadece ‘bak’ kısmıyla ilgilenmeye yönlendirebilir. Hekim performansının nicelik boyutunun ele alınması, tıp ve sağlık alanındaki takım çalışmasını, mesleki dayanışma ruhunu ve hasta hekim ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte; hekimler arasında rekabet ortamı yaratarak tıp mesleğinin etik değerlerinin dejenerasyonuna zemin hazırlamaktadır. Gerçekte hekim performansı, ekip ve sistem boyutunda ele alınıp; kalite ögesini de içeren bir değerlendirme sistemi ile ölçülmelidir” yönündeki görüşleriyle PDEÖS'nin sağlığın etik boyutuna vurgu yapmıştır.

“Koruyucu hizmetlere verilen puanlar daha düşük olduğu için daha çok poliklinik hizmetlerine odaklanılmıştır” ifadesi yine yardımcı sağlık personeli tarafından katılımın yüksek olduğu ifadelerden biridir. Her ne kadar Sağlık Bakanlığı'nın (2008) 2009-2013 stratejik planında koruyucu sağlık hizmetlerine verilecek önemin artırılması ve özellikle anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi hedeflenmişse de performans puanları arasında farklılık bulunması uygulamadaki çelişkiyi ifade etmektedir. Bunun yanında Kaçar'ın (2009) PDEÖS'ye yönelik olarak “Sisteme göre; yoğun emek ve uzun süre gerektiren ağır işler daha az performans puanı alırken, hafif nitelikteki işlerin daha yüksek puan aldığı durumlar oluşmaktadır. Dolayısıyla az emekle yüksek puan kazanılan işler hekimler için tercih nedeni olabilmekte, meşakkatli işlerden kaçınma gibi bir durum ortaya çıkabilmektedir” eleştirisini getirmiştir.

“Döner sermaye ödemeleri gecikmeli ve düzensiz olarak yapılmaktadır.” ifadesine katılımın hekimlere göre yardımcı sağlık personeli tarafından daha yüksek olduğu görülmüştür. Öztürk’e (2007) göre de döner sermaye ödemeleri belli bir düzen dahilinde yapılamamaktadır. Buna ek olarak “hekimlerin performansa dayalı ücretlendirme net bir hak ediş olmadığı için sürdürülebilirlik konusundaki kuşkuları nedeniyle hemen tüm hekim kitlesi bu uygulama hakkında güvensizlik içindedir. Ödeme miktarındaki farklılıklar, görev yeri tercihiyle değil atama yoluyla belirlenmiş hekimlerde adaletsizlik düşüncesi oluşturmaktadır” ifadesinde bulunmuştur.

PDEÖS’nin öne çıkan olumsuz yönlerinin giderilmesine yönelik önerilerden “Yardımcı sağlık personeline yapılan ek ödemelerdeki haksızlığın giderilmesi için tavan sınırı kaldırılmalıdır” ifadesine yardımcı sağlık personelinin katılımı daha yüksektir. Kaçar (2009) ve Kulluk’un (2010), PDEÖS’ye yönelik eleştirilerinden biri sağlık çalışanları arasında adaletin sağlanması için hekim dışı personelin döner sermaye tavan oranlarının artırılması önerisinde bulunmuştur.

“Yardımcı sağlık personeline yapılan ödemeler, hekimlerde olduğu gibi bireysel performanslarına göre yapılmalıdır” ve “Doktor sayısının az ya da çok olması yardımcı sağlık personelinin aldığı ek ödeme miktarını etkilememelidir” görüşlerine anlamlı bir şekilde yardımcı sağlık personelinin katılımı yüksektir. Bu görüş Sağlık Memurları Derneği’nin “Tabip dışındaki personelin tabibin performansına endekslenmesi yanlış bir uygulamadır çünkü sağlık hizmetinin sunumu tamamen ekip çalışmasıdır. Devlet, her unvandaki personeline hizmet sınıfına, görev durumuna, eğitim düzeyine v.s. göre zaten farklı ücret ödemektedir. Personelin hizmetine esas olarak yapılacak ek ödemelerin de personelin maaşlarına endeksli olması daha anlamlı ve mantıklıdır” görüşüyle aynı doğrultudadır. Kulluk’a (2010) göre de birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta potansiyeli düşük olan sağlık ocaklarında çalışan yardımcı sağlık personeli, çalıştığı kuruluştaki hekim bulunmaması halinde daha fazla döner sermaye primi almaktayken hekim bulunması halinde döner sermaye primi düşmektedir. Bir başka deyişle iş yükü arttıkça döner sermaye primi düşmektedir.

“Aynı kurumda çalışan ve aynı ünvana sahip sağlık çalışanlarının ek ödemelerinin eşit olması sağlanmalıdır” görüşü yardımcı sağlık personelinin daha çok üzerinde durduğu maddelerden biridir. Ergin (2009)’in çalışmasında

da aynı işi yapan, aynı kurumda çalışan işgörenin aldığı toplam ücretler arasında denklik sağlamalıdır ifadesine katılım düzeyinin bu çalışmada olduğu gibi yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Demir ve Güler (2008), aynı kurumda ve aynı ünvana sahip personel arasındaki farklılığın performans puanlarına yansıtılmamasına yönelik eleştirilere; “Performans değerlendirilmesinde sistemin hedefleri doğrultusunda çok sayıda ölçüt kullanılmıştır. Doğrudan ana öngörü ve hedeflere yönelik olmayan iyileştirme araçlarının ölçüt olarak kullanılmasından kaçınılmıştır. Örneğin doktor ve diğer sağlık personeli için kendi içlerindeki hiyerarşi korunarak farklı katsayılar belirlenmiştir. Ayrıca eğitim kliniğindeki farklı düzeydeki doktorlar arsında da aynı kaygı ile farklı katsayılar kullanılmaktadır. Bu katsayı çeşitliliğinin olabildiğince az olmasına çalışılmış ve sadece iş hiyerarşisi ve işe odaklı statü ile sınırlı tutulmaya gayret edilmiştir. Aksi takdirde aynı işi yapan aynı statüdeki çalışanların performanslarının farklı olması gibi bir algıya yol açılacak ve bunun sonucunda aldıkları ek ödemenin farklılaşması ortaya çıkacaktır. Mesela bir klinikte aynı sorumluluğu taşıyan, aynı yükü çeken, sağlık koleji, ön lisans ve lisans mezunu üç hemşirenin farklı döner sermaye almasına yol açılacaktır” şeklinde kaygılar dile getirilmiştir.

V. SONUÇ

PDEÖS, 2005 yılından bu yana, sağlık kurum ve kuruluşlarında verimliliği, kaliteyi, hasta ve çalışan memnuniyetini artırmayı hedefleyen entegre bir sistem olarak Sağlık Bakanlığı’na uygulanmaktadır. Sistemin amacı, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek çalışanları ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektir. PDEÖS’nin, personel verimliliğini artırdığı, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağladığı, hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışma konusunda önceki dönemlere göre daha istekli hale gelmesini sağladığı, hastaların bir üst basamağa sevkinin azaldığı yani hastaların bulunduğu yerde tedavi edilmelerinin sağlandığı, poliklinik oda sayısında belirgin artışların meydana geldiği, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik puan desteği sonucu önceki yıllara göre aşı oranları, gebe ve bebek izleme sayılarında iyileşmeler olduğu, muayene sürecinde hastalara daha fazla vakit ayrıldığı, gereksiz tetkiklerin önüne geçilerek hasta maliyetlerinin düşmesine olumlu etkide bulunduğu gibi önemli gelişmeler olduğu öne sürülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri olan sağlık ocaklarında PDEÖS'nin hizmet sunumu üzerindeki etkilerinin bu kurumlarda çalışan sağlık personeli görüşlerine dayalı olarak belirlenmeye çalışıldığı bu çalışmanın yukarıda öne çıkan bulguları dikkate alındığında; uygulamanın, hekimleri maddi açıdan tatmin etmekle birlikte yardımcı sağlık personeli için aynı şeyi söylemenin zor olduğu ve hekimler ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farklılıklarının giderilmesi yönünde düzenlemelerin yapılması gerektiği önerilebilir.

Araştırma bulguları, çalışanların izinli ve raporlu olduğu günler için döner sermaye ek ödemesinden kesinti yapılmaması görüşünün büyük oranda desteklendiğini göstermiştir. İzinli ve raporlu olunan günlerde döner sermaye ek ödemesinden kesinti yapılıyor olması kalitatif araştırma aşamasında yapılan görüşmelerde de sıklıkla dile getirilmiş olup çalışanlar gerekli durumlarda dahi izin kullanmaktan kaçındıklarını, hatta kimi zaman yıllık izin kullanmadıkları ifade etmişlerdir. İzin kullanmaksızın sürekli çalışma verimsizliğe ve iş kazalarına neden olabileceği için, çalışanların kullandıkları her izin ve alınan her rapor için kesinti yapılmayıp belirli bir eşik değeri aşan durumlar için ek ödemelerinden kesinti yapılması önerilebilir.

PDEÖS'nin sağlık ocağı çalışanlarının ifadelerine dayanılarak ortaya çıkan önerilerine bakıldığında; yardımcı sağlık personeline yapılan ek ödemelerdeki tavan sınırı uygulamasının kaldırılması, yardımcı sağlık personelinin aldığı ek ödeme miktarının sağlık kuruluşunda çalışan hekim sayısının az ya da çok olmasına göre değişiklik göstermesinin önlenmesi gerekmektedir. Yardımcı sağlık çalışanlarına yapılan döner sermaye ek ödemelerinin "sağlık kuruluşu performans puan ortalaması"na göre değil, hekimlerde olduğu gibi çalışanın bireysel performansına göre yapılacağı bir performans sistemi geliştirilmelidir. Böylece hekim ve yardımcı sağlık çalışanları arasındaki çatışmalar önenebilir. Ancak hekim dışı personel için bireysel performans sistemi geliştirilmesi, önemli olduğu kadar zor bir çalışma alanı olduğu da göz ardı edilmemelidir.

PDEÖ puanlarının hesaplanmasına yönelik başka bir öneri ise çalışanların sağlık ocakları ile buldukları sağlık grup başkanlığı arasındaki ek ödeme farklarına yöneliktir. Sağlık çalışanlarının ifadelerine göre, asıl iş yükü sağlık ocağı çalışanlarında olmasına rağmen sağlık grup başkanlığı çalışanlarına daha fazla ek ödeme yapılıyor olması sağlık ocağı çalışanlarının şevkini kırmaktadır.

Bu ifadeye dayanılarak sağlık ocağı çalışanlarının uygulamadan memnun kalmalarını sağlayacak daha adil düzenlemelere gidilmelidir.

Araştırma bulgularına göre yardımcı sağlık personelinin PDEÖS'ye yönelik eleştirilerinin büyük bölümü aldıkları ek ödeme miktarı ile yani uygulamanın maddi boyutuyla daha çok ilintilidir. Öte yandan sistemin gereksiz hizmet kullanımına neden olduğu yönünde ciddi endişeler bulunmaktadır. Bu kaygıları gidermek için sistemin sadece kantiteye dayalı göstergeler açısından değil, kalite göstergeleri açısından izlenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın sonuçları sadece Ankara ili metropolitan alanındaki 7 Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı 16 sağlık ocağında çalışan hekimler ve yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık memuru ve sağlık teknisyenleri) üzerinde yapıldığından çalışma sonuçlarının tüm sağlık ocağı sistemine ve tüm sağlık çalışanlarına genellenmesine ihtiyatla yaklaşmak gerekir. Ayrıca, çalışmada PDEÖS'nin hizmet sunumu üzerindeki etkisinin sağlık çalışanlarının görüşlerine dayalı olarak ortaya konulmaya çalışılması ve sağlık hizmetleri sunumunun objektif göstergelerinin değerlendirme dışında tutulması önemli bir eksikliktir. Dolayısıyla dışsal geçerliliği daha yüksek çalışmalar için daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılması, içsel geçerlilik açısından ise araştırma sonuçlarının objektif göstergelerle desteklendiği çalışmaların gerçekleştirilmesi gereklidir.

Bununla birlikte, bu çalışmada kalitatif ve kantitatif araştırma yöntemlerinin birlikte kullanılması, kantitatif araştırmada kullanılacak anketin bir takım önkabul ve görüşler yerine kalitatif araştırma bulgularına dayanarak dolayısıyla sağlık çalışanlarının bakış açısından yola çıkarak tasarlanmış olması araştırmanın güçlü yönlerdir.

Sonuç olarak gerek bu çalışmadan gerekse daha büyük örneklemeler üzerinde yapılacak çalışmalardan elde edilecek bulguların PDEÖS'nin uygulamasına ilişkin sorunların belirlenmesine ve çözüm önerilerinin geliştirmesinde politika belirleyicilere önemli ipuçları sağlayacağı söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun. (1961). T.C. Resmi Gazete, 10705. 12 Ocak 1961.
2. Al, H. (2007). **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği içinde Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performans Denetimi**, Ankara. Baran Ofset.
3. Butler, M. (2000). "Performance Measurement in the Health Sector", **CPMR Discussion Paper**, 14.
4. Demir, M. ve Güler, H. (2008). "Sağlıkta Performansın Performansına Eleştiriler", **Sağlık Düşüncesi Dergisi**, Sayı 6.
5. Ergin, G. (2009). "Çalışanların Ücretlendirilmesi: Sağlık Kurumlarında Çalışanların Ücret Sistemini Değerlendirmelerine İlişkin Bir Araştırma". **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi**, Ankara.
6. Gazi, A. (2006). "Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi". **Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi**, Ankara.
7. Hamilton K.E., Coates V.; Kelly B., Boore J.R.P., Cundell J.H., Gracey J. et al. (2007). "Performance Assessment in Health Care Providers: A Critical Review of Evidence and Current Practice". **Journal of Nursing Management**, 15.Ss.773 -791.
8. Kaçar, M. (2009). **Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiri Kitabı**, <http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/cilt1.pdf> Erişim tarihi: 20.04.2010

9. Kavuncubaşı, Ş. (2006). “Sağlıkta Dönüşüm Programının Yapısı ve Sonuçları”. **Hastane Dergisi**, No 43.
10. Köroğlu, E. (1987). **Sağlık Mevzuatı**, 2. Baskı. Ankara.
11. Kennedy, L. (2005). “How Long Do We Want to Live and at What Cost?”. **The British Journal of Cardiology**, Vol.13.,No.3.
12. Kılıç, B. ve Aksakoğlu, G. (2003). “Sağlıkta Özelleştirmede Yeni Adım”. **Tıp Dünyası**, Sayı:100.
13. Kılıç, S. (2006). “Performans Değerlendirme Sistemi ve Aile Hekimliğinde Bir Uygulama”. **Kocaeli Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi**, Kocaeli.
14. Kulluk, M. (2010). “Tam Gün Yasası ve Hekim Dışı Personelin Performans Uygulamasındaki Sorunları ve Beklentileri, Sağlıkta Vizyon Sempozyumu”. <http://www.saglikksen.org.tr/page.php?page=svs>, Erişim Tarihi: 21.04.2010
15. Öztürk, R. (2007). “Sağlıkta Performansın Performansı, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu”. <http://www.sdplatform.com/KoseYazisi.aspx?KID=68> ,Erişim tarihi: 19.04.2010.
16. Öztekin, Z. (2004). **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi**. Ankara. Palme Yayıncılık.
17. Sağlam, H. (2006). “Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi ve Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma”. **Süleyman Demirel Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi**, Isparta.
18. Sağlık Bakanlığı (2007). **Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi**, Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayını.

19. Sağlık Bakanlığı (2008). **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**. Ankara. Sağlık Bakanlığı Yayını.
20. Sağlık Bakanlığı (2009). **Sağlık Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları**. Ankara. Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
21. Sağlık Memurları Derneği “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönergelerinin Değerlendirilmesi”. <http://www.saglikmemurlari.org/dosyalar/sbdoner.htm>, Erişim tarihi: 13.04.2010.
22. Timur, A. (2007). “Hastane İşletmelerinde Maliyetleme Yaklaşımları ve Performansa Dayalı Ücret Sistemi”. **Kocaeli Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi**, Kocaeli.
23. Türk Tabipleri Birliği (2009). **Hekimlerin Değerlendirmesi İle Performansa Dayalı Ödeme**. Ankara. Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
24. Türkiye İstatistik Kurumu (2006). **Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması**. Ankara. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası.