

# PİYASACI SAĞLIK ORTAMINDA ÜCRETLENDİRME ve İSTİHDAM

İlker BELEK\*

**Özet:** Sağlık reformları sağlık hizmetlerinin ticarileştirilmesini hedefler. Türkiye’de 1990 yılında uygulamaya konulmuştur. En önemli bileşenlerinden birisi istihdam ve ücretlendirme biçimlerinin değiştirilmesidir. İstihdamda sözleşmeli modele geçilmektedir. Ücretlendirmede ise performansa dayalı ücretlendirme söz konusudur. Verimsizlik her ikisinin de önemli sorunudur.

**Anahtar sözcükler:** sağlık reformları, sağlıkta dönüşüm, sözleşmeli istihdam, performansa göre ücretlendirme

## *Remuneration ad Employment in Market-Oriented Health Environments*

**Abstract:** Health reforms have aimed at the commercialization of health services. In Turkey, it put in practice in 1990. The most important components of the health reforms is the changing of the employment and payment mechanisms. In this context, contractual employment and performance based payment have been preferred. For these two policies, inefficiency is the important problem.

**Key words:** health reforms, transformation in health, on-contract employment, performance-based remuneration

### **Sağlık reformları: Nereden, nereye ?**

Hiçbir şey artık eskisi gibi değil. Bunun nedeni sosyal, sosyalist sağlık sistemlerinin çökertilmiş, yerine vahşi kapitalist sağlık sisteminin geçirilmiş olmasıdır. Dünya ölçekli bir süreçtir ve başlangıç tarihi olarak 1980’lerin başını verebiliriz.

Sosyal içerikli sağlık sistemlerinin arkasındaki siyasi güç işçi sınıfı idi. 2. Dünya Savaşı’nı Sovyetler Birliği’nin sonlandırmış olması, sosyalizmin ve genel olarak solun popülaritesini artırmış, reel sosyalizmde ne varsa, bunlar Avrupa işçi sınıflarının toplumsal talepler manzumesi halinde gündeme girmişti. Avrupa’da sosyal devleti yaratan siyasi güç sosyalist sistemdi. 2. Savaş sonrasında sosyalizm Sovyetler coğrafyasından taşarak Almanya’nın da yarısını içine alacak şekilde genişlemiş ve kapitalizmin merkezine kadar uzanmıştı. Avrupa’yı sosyalleştirici etkilerinin ortaya çıkması kaçınılmaz olmuştu. Hemen savaş sonrasında yayımlanan BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesini bile bu siyasi gelişmeye bağlamak yanlış olmaz.

Sosyalist sağlık sistemi parasızdı, nüfusa orantılı olarak organize edilmişti, yani finansal ve ulaşımsal eşitsizlik sorunlarını çözecek yapısal unsurlar barındırıyordu, entegre hizmet sunuyordu, bunun için bir ekip istihdam ediyordu, sağlık güvencesi dışında kalan hiçbir vatandaş yoktu, genel bütçe sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlıyor, bunun

ötesinde herhangi bir sosyal güvenlik mekanizmasının kurulmasına, işletilmesine gerek duyulmuyordu. Kısacası, sosyalizmde sağlık her vatandaşın hakkıydı.

İşte Savaş sonrası dönemde Avrupa’nın kapitalist ülkelerine yansıyanlar somut olarak bunlar oldu. Yansıma ilk kez İngiltere’de gerçekleşti. Gerçi ilk sosyal güvenlik sistemi Almanya’da, daha Alman kapitalizminin kuruluş aşamasında, Bismark döneminde şekillenmişti, ama bu sistem çok parçalıydı, neredeyse her meslek grubunun ayrı bir sağlık güvenlik fonu vardı, düzenli prim ödeme gücü olmayan meslek grupları ve vatandaşlar doğal olarak sistemin dışında kalıyorlar ve bu gruplar için devlet herhangi bir düzenleme gerçekleştiriyordu, yani Almanya, işçi sınıfının yürüttüğü mücadelenin zorunlu sonucu olarak bir sağlık fonu oluşturmayı kabul etmiş ve bunu da mücadele eden sınıf bölmeleri için gerçekleştirmişti. Bu sistem hemen 20 yıl içinde İngiltere’ye de yansımıştı ve orada da aynı sorunlardan muzdaripti. Bu haliyle Bismark sistemini sosyal bir sistem olarak nitelenmek pek doğru da değildi.

Savaş sonrası dönemde İngiltere, savaştan galip çıkmasının getirdiği ekonomik ve siyasal olanaklar zemininde ve Sovyetler’in ideolojik etkileriyle, primlerle finanse ettiği sağlık sistemini, vergilerle finanse etmeye yöneldi. Bu gelişme bütün Avrupa’yı etkileyecek ve adına Ulusal Sağlık Sistemi denilecek bir

\*Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

yapının önünü açmış oldu. İngiltere'den sonra, Almanya ve Avusturya hala Bismarkçı sistemle devam etseler de, diğer pek çok ülke genel vergilerle finanse edilen Beveridge sistemine yöneldiler. Bu yapı, özel finansman ve özel hizmet sunum mekanizmalarına belli derecelerde izin vermesinin dışında Sovyet sağlık sistemiyle büyük benzerlikler gösteriyordu.

Avrupa'da sosyal devlet böyle ortaya çıktı. Sağlık sistemindeki değişim sosyal devleti tanımlayan en önemli bileşen olarak şekillendi.

Avrupa kapitalizminin iktisadi dinamizminin önemli bir sorun yaşamadığı 1970'lere kadar olan dönemde sosyal devletçi sağlık sistemi sorgulanmadan varlığını sürdürdü. Sözüünü ettiğimiz dönemde işler iyi gidiyordu. Kapitalist ekonomiler büyük savaşın yarattığı yıkım sonrasında başlatılan yeniden imar çalışmalarının olanaklı kıldığı şekilde hızlı bir genişleme gösterdiler. Burjuvazi karını yükseltti ve bunun bir kısmını işçi sınıfına reel ücret artışı olarak yansıtmayı kabul etti. İşçi sınıfının reel gelirindeki yükselme talebi artırıyor, bu da piyasaların canlanmasını sağlıyordu. Ekonomideki canlanma sağlık ve diğer sektörler için kamusal kaynak ayırabilmeyi olanaklı kılıyor, bu da BM'in Bildirgesinde belirtildiği şekilde sağlık, eğitim ve sosyal güvenlik hizmetlerinin hak olarak devletçe garanti edilmesini sağlıyordu. Hekimlere özel çalışma izninin verilmiş olması bu grubun isteklerinin de tatmin edilmesi yoluyla sağlık sistemi içindeki iç sürüşmelerin azaltılmasına zemin sunuyordu.

Her şey iyi gidiyordu ve bu nedenle burjuva iktisatçıları bu dönemi Altın Çağ olarak bile niteliyorlardı. Ekonomilerdeki büyüme o denli hızlıydı ki, bu iktisatçılar, bu genişlemenin tamamen birikmiş-ertelenmiş talebin patlamasından kaynaklandığını görmezden geldiler, göremediler, görmek istemediler. Altın Çağ retoriği sosyalist sistem karşısında kapitalizmin propagandasını yapmak amacıyla özellikle abartılı bir vurguyla kullanıldı.

Ancak 1970'lere gelindiğinde kapitalizmin genişletici dinamiklerinin nefesi tükenmişti. Talep patlaması geçen yaklaşık 30 yıl içinde tatmin edilmiş ve eksik talep sorunu bir kez daha belirmeye başlamıştı. Altın Çağ'ın sürdürülebilirliğinin koşullarından birisi olarak işlevsel kılınan korporatist yapı sendikaları güçlendirmiş ve sendikal taleplerle şekillenen ücret artışları, yani emek maliyetlerinin yükselmesi sistemin sürdürülebilirliğini tehdit eden bir noktaya ulaşmıştı. Kar oranlarını yükselten Fordist kütleli üretim sistemi emeği üretime yabancılaştırarak maliyet artırıcı bir unsur olarak kendisi devreye girmeye başlamıştı. Bütün bunların sonucunda ortalama kar oranlarının artış hızı düşmeye başladı. Bu iktisadi gelişme

burjuvazinin sosyal sektörleri finanse etmek için ayırdığı prim ve vergi ödemelerinde sıkıntı yarattı. Yani artık sosyal devleti sürdüreceği mali mekanizmalar tıkanıyordu.

İşte sağlık reformları, ekonominin başka pek çok bileşenindeki aynı amaçlı dönüşümlerle birlikte, bu ortam içinde gündeme getirildi. 1980'lerin ortalarından itibaren Dünya Bankası sosyal sektörlerin yeniden yapılandırılması gereğinden söz eder oldu.

İddiaya göre kamucu sağlık sistemi çok kaynak kullanıyordu ve temel sorunu verimsizlikti. Verimsizliğin nedeni ise finansman ve hizmet üretim bileşenlerinin sağlık bakanlıkları çatısı altında toplanan entegre yapısıydı. Finansman ve üretimin entegrasyonu rekabete izin vermiyor ve piyasa dinamiklerini bozuyordu. Verimlilik açısından rekabet şarttı. Bu da devletin sistemden çekilmesini gerektiriyordu.

İşin ilginç tarafı kamucu sağlık sistemlerinin, kapitalist, piyasacı sağlık sistemlerinden ve kamu sağlık kurumlarının da özel sağlık kurumlarından daha verimsiz olduğunu kanıtlayacak hiçbir veri yoktu. Dünya Bankası ve diğer uluslararası finans kurumları bu gerçeğe rağmen verimsizlikle ilişkili yalanlarını sürdürdüler ve nihayetinde kamu sağlık otoritelerinin bir kısmının da desteğini almayı başardılar.

Aslında gelişmeler burjuvazinin sınıfsal çıkarları doğrultusunda şekilleniyordu. 2. Dünya Savaşı sonrasında burjuvazinin sosyal sektörleri devlete bırakmasının bir nedeni de elinde yeterli sermaye birikiminin olmamasıydı. Dolayısıyla o yıllarda kendisini imalat sektörlerine yatırım yapmaya zorunlu olarak sınırlamıştı. Ancak aradan geçen yaklaşık 40 yıl içinde bu sorun çözülmüş, bir yandan da Avrupa halklarının sağlık hizmetine olan talebinde belirgin artış gerçekleşmişti. Yani ortam, burjuvazi sağlık hizmeti arz ettiğinde bunun taleple karşılanması bakımından uygun dinamiklere sahipti. İşte bu piyasa olanağı burjuvazinin iştahını sağlık sektörüne girmek konusunda kabartıyordu. Bu sınıfsal çıkar kamucu sağlık sistemlerinin verimsizliği argümanı ile gizlendi ve sosyal devletin yıkılması bakımından gereken müdahale bu ideolojik söylemle başlatılmış oldu.

Verimsizlik retoriği daha somut düzlemde şöyle bir sistem önerisiyle geliştirildi: Madem ki kamucu-entegre sistem verimsizdi, o halde ilk hamlede sistemin entegre yapısı parçalanmalıydı. Yani sistemin finansman ve üretim bileşenleri birbirinden koparılmalı, sonraki hamlede de her bir bileşen kendi içinde parçalanmalıydı.

Böylece finansman bileşeni içine merkezi bir kamu sigorta fonu ile birlikte özel sigorta şirketlerinin

sokulduğu, üretim bileşeninin de özel ve işletme statüsündeki kamu sağlık kurumları halinde bölündüğü çok parçalı bir sistem yapısı şekillendirildi. Bu sistem ilk kez Amerika'da Clinton'ın kazandığı başkanlık seçim sürecinde Clinton'ın danışmanı Alan Eidshtoven tarafından gündeme getirildiyse de, uygulamaya konulduğu ülke İngiltere oldu. Thatcher 1980'lerin sonlarında İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi'ni parçalayarak büyük bir işletme haline getirdi. İkinci basamak artık işletmeleştirilmiş "kamu" hastanelerinden oluşuyordu. Ayrıca özel hastane sayısı da artıyor ve Amerikan hastane zincirleri İngiltere sağlık piyasasına giriyordu. Birinci basamakta genel pratisyen hekimler işletme mantığıyla çalışacak şekilde bir araya getiriliyor, hastalarının gereksinim duyduğu hastanecilik hizmetlerini satın almak üzere kendilerine verilen blok fonlarla hastane hizmetlerinin kalitesini denetlemeye zorlanıyorlardı. Finansmanda özel harcamalar artıyor ve özel sigortacılık genişliyordu.

Bu müdahalenin sonuçlarının ne olduğu ayrı bir konudur. Ancak verimlilik bahanesiyle gerçekleştirilen piyasacı sınıfsal saldırının süreci budur ve bugün Avrupa sağlık sistemleri tümüyle bu müdahale ile yeniden yapılandırılmış durumdadır (**Belek, 2009; Belek, 2014**).

### **İstihdamda sözleşme, ücretlendirmede performans sistemi**

Eski zamanlarda, yani sosyalizmin ve sosyal devletin mevcut olduğu dönemlerde, sağlıkta özel sektörün alanı sınırlıydı ve kamu çalışmasının belli standartları vardı. Nöbetler dışında günde sekiz saat, haftada beş gün-40 saat çalışmak kuraldı.

Açık ki, bu düzenlemeler reformlarla sağlık sistemini piyasalaştırmaya, sağlık kurumlarını da işletmeleştirmeye çalışanlara fazla katı geldi. Verimlilik ve piyasa adına, sağlık emekçilerinin çalışma koşulları bakımından temel olan bu noktaları esnettiler. Dolayısıyla sisteme ve kurumlara yönelik işletmeleştirme operasyonu, doğal olarak, hekimler de dahil tüm sağlık emekçilerini kapsamış oldu. İşletme yapısının iş güvencesi ve sabit ücret mantığıyla sürdürülmesi mümkün değildi. Piyasacı sistem tüm maliyet kalemleriyle birlikte emek maliyetlerinin düşürülmesini gerektiriyordu. Üstelik, sağlık hizmeti emek yoğun karakter taşıdığı için, toplam maliyet içinde emek maliyeti en yüksek olanlardan birisiydi.

Emek maliyetinin düşürülmesi, sağlık emekçileri arasındaki rekabetin artırılmasıyla sağlanabilirdi. Üstelik istihdam ortamında yaratılacak rekabet, reformların verimlilik ve rekabet yönünde biçimlendirdiği genel retorikle de uyumluydu. Bir kez reform çerçevesi kabul edildiğinde, bunun içeriğine karşı çıkmak,

emekçiye ilişkin esnekleştirici düzenlemelere itiraz etmek zaten olanaksız oluyordu. Sağlık hizmeti üretiminde finansman ile hizmet üretiminin birbirinden ayrılması ile hizmet üreticisi kurumların ve özellikle de hastanelerin işletme statüsüne dönüştürülmesi, sağlık emekçilerine de işletmenin maliyet unsuru olarak bakılmasını gerektiriyordu.

Emekçiler arasındaki rekabet içinse iki temel strateji belirlendi: a) Emekçilerin iş güvencesine son vermek ve sözleşmeli istihdamla geçmek ve, b) sabit ücret ile ödeme yapmak yerine performansa dayalı ücretlendirmeyi uygulamaya koymak.

Bugün bu iki strateji de Avrupa'nın genelinde, mevcut yasal düzenlemeler olarak verdiği ve/veya yeni esnek yasalar kabul ettirilebildiği taktirde-kadarıyla yayılmaktadır. Eskiden çalışmaya başlamış sağlık emekçileri sözleşmeli istihdamın dışında iken, yeni başlayanlar arasında taşeron ilişkilerin de desteğiyle sözleşmeli çalışma esas yaygın uygulama modelidir.

Performansa dayalı ücretlendirme, hastanelerin işletme haline getirilmesinin gerektirdiği bir modeldir. Çünkü, işletme modelinde artık, sosyal güvenlik fonları hastanelere tedaviyle ilgili işlemlere göre ödeme yaparlar ve hastaneler de elde ettikleri bu geliri gelir elde etmeye katkıları ölçüsünde klinisyenlere dağıtmak zorundadırlar. Bu zorunluluk herhangi bir dolaşımla kırıldığında hastaneyi gelir getirici aktivitelere kilitlemek, yani geliri artırmak olanağı kalmaz. Bu da işletme hastanenin gelir gider dengesini bozar. Bu nedenle, örneğin üniversite hastane yönetimlerinin tedavi işlemleriyle elde ettikleri geliri eğitim ve araştırma faaliyetleri için kullanmaları hiç rasyonel değildir.

Ancak performansa dayalı ödeme modeli bir yandan da, klinisyenleri daha çok gelir getirecek şekilde motive etmelidir. Dolayısıyla performans sistemi hem hastane işletme yönetimi açısından hem de bu yapı içinde hekimleri hastane gelirlerini artıracak yönde rekabete sokmak bakımından zorunludur. Hastane geliri ile o geliri kazanmaya yardımcı olmuş hekimin performans ücretinin ilişkilendirilmiş olması, hekimin işletme modelinin yeniden üretimine ortak edilmesine de yarımış olur. Hekim artık hem pratik hem de ideolojik düzeyde sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması sürecinin asli aktörü durumundadır ve bu nedenle hekim dışı sağlık emekçilerinin gelirleri de hekimin gelirine endekslenmiştir.

Performansa dayalı ödeme pozitif ve negatif olmak üzere ikiye ayrılır. Pozitif performans sisteminde, çalışanlara ve/veya kurumlara, merkezi olarak belirlenmiş kriterlere ulaşmaları durumunda performans

ödemesi yapılır. Yani ödeme başarıya bağlanmıştır. Negatif performans sisteminde ise, çalışanlar ve/veya kurumlar merkezi olarak belirlenmiş kriterlere ulaşamadıklarında gelirlerinden kesinti yapılır. Burada, başarısızlık gelir kaybına neden olmuş olur.

İngiltere'nin birinci basamaktaki performans göre ödeme sistemi dünyanın en kapsamlı ve en çok yatırım yapılmış sistemidir. Aynı zamanda da dünyada üzerinde en çok araştırma yapılmış ödeme sistemidir: İngiltere Kalite ve Sonuçlar Çerçevesi-2004 (UK Quality and Outcomes Framework). Bu sistem birinci basamağa yönelik bir pozitif performans uygulamasıdır. Aslında sisteme hekimlerin katılması isteğe bağlıdır. Ancak vaat ettiği gelir yıllık toplam gelirin en az %25'lik kısmını sağladığı için bütün hekimler neredeyse sistemin içindedir. Belirlenen hedeflere ulaşmak kolaydır. İngiltere deneyimi yüksek ödüllerin performansın kötüleşmesine yol açabileceğini göstermiştir (**Siriwardena, 2012**).

İngiltere'de birinci basamakta performans göre ücretlendirmenin yıllık maliyeti 1.14 milyar Euro'dur ve birinci basamak harcamalarının %15'ini oluşturur. Esas amacı kalitenin geliştirilmesidir. 2004 için 76 klinik indikatöre bağlanmış 550 finansal sonuç noktası vardı. 2006'da klinik indikatör sayısı 86'ya ve finansal sonuç noktası sayısı da 655'e yükseltilmiştir. Her finansal noktanın ortalama maliyeti 2004'te 85 Euro iken, 2005'te 125 Euro'ya çıktı. Finansal noktalar sağlık indikatörü için belirlenmiş bir skalada hekimin ulaştığı başarı noktasına göre belirlenir. Sistem uygulamaya konulduğunda genel pratisyenlerin gelirini %25 artırdı. Bu da maliyet etkinlik analizlerinin yeterince yapılmadığı eleştirilerine yol açtı. Bunun üzerine seçilen indikatörlerin sağlık sonuçlarıyla ve sağlığın geliştirilmesiyle ilişkilendirilmesi gerektiği düşüncesi ön plana çıktı. İngiltere ölçeğinde bu sistemin sağlık sonuçlarıyla ilişkisini ortaya koyan bir araştırmanın sonuçları şöyledir: Üç genel pratisyenin hizmet ettiği ortalama 6411 kişilik bir nüfus için 28 tıbbi indikatöre bağlanmış performans ödeme sisteminin sağladığı bir yıllık yaşam yılı kazancı 0.1-4.1 arasında değişiyor. Oysa başlangıçta beklenen ortalama 137 yaşam yılı idi. Hekimin performansının %1'lik artışı ile bu artışın sağladığı yaşam yılı kazancı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsızdı. Bu anlamsızlık hem 2004 hem de maliyet-etkinlik durumu gözetilerek revize edilmiş 2006 sistemi için geçerliydi. Ayrıca yapılan performans ödemesinin miktarı ile sağlanan yaşam kazancı arasında da herhangi bir ilişki yoktu (**Fleetcroft, 2012**). Bu veriler İngiltere'de birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin pozitif performans kriterlerine hem çok kolay ulaşarak gelirlerini anlamlı derecede artırdıklarını hem de performans

sisteminin getirdiği mali yükün anlamlı bir yaşam yılı kazancı sağlamaya yaramadığını gösteriyor.

Performansa dayalı ödemenin değişik sağlık hizmeti türleri üzerindeki etkileri farklılaşabiliyor. Örneğin kapsamlı bir literatür taramasının sonuçlarına göre (**Eijkenaar, 2013**). Performansa göre ödemeye geçildikten 18 ay sonra mamografi hızında değişiklik olmamış, ancak küçük miktardaki ödemeler bile bağlılık oranını %4 artırmıştı. Performansa göre ödemenin diyabet ve astımda hizmet kalitesini geliştirdiğine, ancak kalp hastalıklarında kaliteyi değiştirmediklerine ilişkin bulgular mevcut. Sonuçta güçlü şekilde dizayn edilmiş araştırmaların sonuçlarından performans göre ödemenin koruyucu hizmetler ve kronik hastalık bakımı üzerinde etkili olduğuna ilişkin sonuç çıkarmak olanaklı değil. Daha zayıf biçimde dizayn edilmiş kontrollü olmayan araştırmaların sonuçlarında ise performans göre ödeme sistemi lehine bulgular mevcut. Maliyet etkinlik kriteri açısından da performans ödemesinin olumlu sonuçlarına işaret eden ve maliyetleri düşürdüğüne ilişkin bulgular sunan araştırmalar var. Performans sisteminin istenmeyen sonuçları da var. Bunların başında hekimlerin risk seçmeye yönelmesi geliyor. Ayrıca hekimler yüksek riskli hastalarını, bu ödeme sistemi altında, daha maliyetli kurumlara sevk etme eğilimi geliştiriyorlar. Hekimler yaşlı ve birlikte eşlik eden hastalığı olan diyabetli hastalarını izlemekten kaçınıyorlar. İngiltere'de performans dayalı ödemenin sosyoekonomik eşitsizlikleri az derecede de olsa azalttığına ilişkin bulgular var. Araştırmalar performans ödemesinin şu durumlarda daha etkili olduğunu da gösteriyor: Ödeme hekime ya da küçük gruplara yönlendirildiğinde, ödüller hizmeti üretmenin somut performansına bağlandığında, program hizmeti üretenlerle işbirliği halinde hazırlandığında, büyük ödemeler yapıldığında.

Ücretlendirme konusunda hekimleri ilgilendiren bir diğer gelişme birinci basamakta ileriye yönelik ödeme sistemlerine geçiştir. Bu gelişme de sistemin finansman ve üretim bileşenlerinin ayrılmasının gereği olarak ortaya çıktı. Geriye dönük ödeme, iş bittikten sonra, hizmeti üreten kurumun, hizmeti finanse eden kuruma gönderdiği fatura üzerinden üreten kuruma yapılan ödemedir. Buna karşılık ileriye dönük ödeme, öngörülen, planlanan, yapılacak iş için dönem başında bir üst sınır hesabıyla gerçekleştirilen peşin-toplam ödemedir. Böyle bakıldığında birinci basamakta Almanya'nın kullandığı hizmet başına ödeme geriye dönük iken, eskiden beri İngiltere'de kullanılan kişi başına ödeme ileriye dönük bir ödeme mekanizmasıdır. Bu değişikliğin amacı kişi başına yapılan ileriye dönük ödemeye hizmet maliyetlerinin

aşağı çekilmesi ve hizmeti üretenlerde maliyet muhasebesi yönünde bilinç, tutum ve davranış geliştirmektir. Böylece ileriye yönelik yapılan ödemeye, hizmeti üretenler ellerindeki kaynakları gerek duyulan hizmet yönünde akılcı ve verimli biçimde kullanacaklar, gereksiz hizmet üretiminden kaçınacaklardır.

Ancak kişi başına ödemeye bağlı olarak başka bir sorun ortaya çıkabilmektedir. Bu da hizmet üretiminden önce üreticiye verilen kaynağın, olabildiğince az harcanması güdüsüyle birlikte, hizmeti üretenlerin gereken hizmetleri vermekten de kaçınabilmeleri ya da hasta memnuniyetine gereken özeni göstermeyebilmeleridir.

İşte İngiltere'nin birinci basamakta kişi başına ödemeye performans dayalı ödemeyi eklemesinin nedeni bu sorundur. İngiltere kişi başı ödeme garantisi nedeniyle hizmet motivasyonunda beliren düşüklüğü giderebilmek için mevcut sistemin yanına performans uygulamasını ekledi.

Almanya, birinci basamakta hizmet başı ödemeye ek olarak, 1980'lerden itibaren performans dayalı ödeme yapmaya başladı. Ancak bu yönelim tanıl test kullanımını artırdı ve maliyet kontrolünü zorlaştırdı. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinde hizmet başı ödemedeki kişi başı ödemeye geçiş söz konusu. Amaç koruyucu sağlık hizmet sunumunu uyarmak ve performansı geliştirmek. (Thompson, 2009).

### **Piyasada istihdam ve ücretlendirme modelleriyle oynamak: Ateşin üzerine benzin dökmek**

Mevcut kapitalist sağlık sistemi ve burjuva iktisadi verimlilik, maliyet muhasebesi, emek maliyetlerinin düşürülmesi adına sağlık emekçilerini parayla terbiye etmeye çalışıyor. Yapılanların özü kısaca budur.

İstihdamda sözleşmeli düzene geçerek, iş güvencesi hakkını yok ederek, sağlık emekçilerini istedikleri her koşulda ve verdikleri her ücretle çalıştırmayı hedefliyorlar. Performansa göre ücretle ele geçen gelirin önemlice kısmını yapılan işe bağlayarak iş yoğunluğunu artırmaya, böylece emek maliyetini minimize etmeye çalışıyorlar. İş güvencesinin ortadan kaldırılması ile performans ücretlendirmesinin birleştirilmesi, hedefleri açısından daha etkili bir üretim ortamı yaratıyor. Hizmet başına ödemenin yerine kişi başı ödemeyi geçirerek, hekimlerin gereksiz hizmet üretmelerinin ve yapmadıkları işleri yapmış gibi göstermelerinin önüne geçmeye çalışıyorlar.

Dikkat edilirse yeni uygulamaların tümü, hekimliğin mesleki ve etik değerlerden kopuk biçimde yapılmakta olduğu varsayımıyla/gerçeğiyle ortaya

konuluyor. Hekimlerin işten kaçmaya ve para kazanmaya yönelik davranışlarını parasalcı önlemlerle gidermek, parayı bir disiplin aracı olarak kullanmak istiyorlar. Kapitalist sağlık piyasasında hekimlerin ancak para karşılığında motive olacağını, ancak para kazanma olasılığının hekimleri kaliteli iş üretmeye yönlendireceğini düşünüyorlar. Böyle düşünerek hekimlerin para kazanma ihtimali olmayan işleri, gönüllü, nitelikli ve verimli biçimde üretme ihtimallerinin bulunmadığını da söylemiş oluyorlar.

Oysa gerçek tam tersidir. Hekimler, kapitalist piyasa ortamında çalıştıklarından, bu ortam sürekli hastalık üreterek yaptıkları işi anlamsızlaştırdığından, bir makiye işçisi misali monoton bir uğraşın içine batmış olduklarından, iş yoğunlukları arttığından ve karşılığında reel gelirleri düştüğünden, çok zorlu bir eğitimden geçmiş olmalarına karşın emeklerinin karşılığını alamadıklarına ilişkin sağlam bir kaniya sahip olduklarından, para kazanmaya ve işlerini hafifletmeye yönelik bir tutum içindeler. Kapitalist sağlık piyasası zaten hekimlerde parasalcı davranışları güdüyor.

Hal böyleyken, sistem bu sorunun, yani ateşin üzerine, çözüm üretmek, ateşi söndürmek adına yine aynı parasalcı önlemlerle gidiyor. Doğal olarak sorunlar daha da çetrefilleşiyor. Performans sistemi bu nedenle hekimleri para kazanma amaçlı istismarlara yönlendiriyor, kişi başına ödeme gündeme getirildiğinde, hekim, iş yükünü azaltmanın yollarını keşfediyor, geliştiriyor.

Oysa yapılması gereken, emeğin karşılığı bir gelir ile ücretlendirdikten sonra hekimin çalışma ortamındaki bütün parasalcı önlemlere son vermek, bunun yerini hızlı mesleki ve etik değerlerle doldurmaktır. Parasal karşılık için değil, hastanın yararı ve toplumun sağlık gereksinimleri için çalışmayı doğal görevi olarak kabul eden bir hekimlik meslek ortamı inşa edilmedikçe yangın söndürülemez.

### **Kaynaklar**

*Belek İ* (2009) *Sağlığın Politik Ekonomisi, Yazılama Yayınevi, 3. Baskı, İstanbul.*

*Belek İ* (2014) *Avrupa Sağlık Reformları, Yazılama Yayınevi, İstanbul.*

*Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O.* (2013) *Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews, Health Policy, 110: 115-130.*

*Fleetcroft R* (2012) *Incentive payments are not related to expected health gain in the pay for performance scheme for UK primary care: Cross-sectional analysis, Health Services Research, 12(94).*

*Siriwardena AN* (2012) *Research on the UK Quality and Outcomes Framework and answering questions on the effectiveness of pay for performance in health care, Quality in Primary Care, 20: 81-82.*

*Thomson S, Foubister T, Mossialos E.* (2009) *Financing Health Care in the EU, Challenges and Policy Responses, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Denmark.*