

Sağlık alışanlarına Performansa Dayalı Ek deme Uygulaması: Eleştiriler ve çözüm nerileri

Raportör:
Prof. Dr. Tefvik ÖZLÜ
Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Bařhekimisi, Trabzon

İletişim:
E-Posta: ozlutevfik@yahoo.com
Tel: 0462 325 28 19
Faks: 0462 325 05 18

NOT:

Bu rapor, ülkemizde öncelikle özel sektörde, takiben Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde ve en sonunda üniversite hastanelerinde uygulamaya konulan sağlık çalışanlarına performansa dayalı ek ödeme uygulamasının sonuçlarının gözden geçirilmesi ve olumsuz yanlarının giderilerek, olumlu yönlerinin geliştirilmesi amacıyla, ağırlıklı olarak göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi uzmanlarından oluşan SOLUNUM PLATFORMU'nca oluşturulan ve yaklaşık 500 üyesi olan solunum@googlegroups.com'da aktif olarak yürütölen bir tartışmanın sonunda dile getirilen eleştiri ve öneriler ışığında hazırlanmıştır.

Raporun oluşumuna görüş açıklayarak aktif katkıda bulunan katılımcıların isimleri soyad sırasına göre şöyledir: Murat ACAT, Şule AKÇAY, Hasan BAYRAM, Metin AKGÜN, Sedat ALTIN, Ali Nihat ANNAKKAYA, Hilal ALTINÖZ, Seren ARPAZ, Zekiye AYDOĐDU, Zeynep Ayfer AYTEMUR Şeyma BAŞLILAR, Turgay ÇELİKEL, Gül DABAK, Orhan DALKILIÇ, Hülya DENİZ, Ahmet Emin ERBAYCU, Lütuf ERKAN, Sultan ESER, Mustafa KAPLAN, Volkan KARA, Nurettin KARAOŞMANOĞLU, Levent KART, Akın KAYA, Nurhan KÖKSAL, Muzaffer METİN, Arzu MİRİCİ, Sabri Serhan OLCAY, Bülent ÖZBAY, Tarkan ÖZDEMİR, Akif ÖZGÜL, Gülcihan ÖZKAN, Tefvik ÖZLÜ, Savaş ÖZSU, Cansel Atinkaya ÖZTÜRK, Leyla TUNCER, Necati ÇITLAK, Servet KAYHAN, Yasemin SAYGIDEĐER, Meltem TOR, , Atilla UYSAL, Kürřat UZUN, İrfan YALÇINKAYA, Mehmet YAVŞAN, Erkan YILDIRIM.

GİRİŞ

Bilindiği gibi ülkemizde kamu hastanelerindeki sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi, iki farklı yöntemle yapılmaktadır. Kamu görevi yapmalarının sonucu olarak, aldıkları eğitime, atandıkları kadroya ve kıdeme göre değişen, ancak gelir ve giderden bağımsız sabit maaş almaktadırlar. Buna ilaveten döner sermaye işletmesi kapsamında gelir getiren bir kurumda çalışıyor olmalarına istinaden, elde edilen gelirden pay almaktadırlar. Bu payın dağıtımı: bir taraftan kurumun gelir/gider dengesine, yani karlılığına bağlı olarak değişirken; diğer taraftan üretilen hizmetle ilgili önceden tanımlanan bazı kriterlerle ölçülen kurumsal ve bireysel performansa dayalı olarak kişiden kişiye, aydan aya değişmektedir.

Kar/zarardan bağımsız herkese eşit ücret, kamu hizmeti mantığıyla uyumludur. Sağlık bir insan hakkı olduğu; sağlık hizmetlerinin herkes için her koşulda ulaşılabilir olması gerektiği, sağlığın hiçbir zaman tümüyle piyasalaşmayacağı gerçeği ve sağlık hizmetlerinin insani ve sosyal boyutu göz önüne alındığında sabit ödeme makul ve gereklidir.

Performansın (*üretilen hizmet, yapılan iş / işlem sayısı, işin risk derecesi, işe ayrılan zaman ve harcanan emek, işi yapmada ustalık ve beceri gereksinimi, işlem zamanı (mesai içi / dışı, raporlama ve kayıt tutma)*) ölçümüne dayalı ek ödeme ise, kurumları ve çalışanları daha fazla çalışmaya, üretmeye teşvik etmek, verimliliği artırmak, gelir gider dengesini korumak, kaynakları etkin kullanmak, hizmette rekabeti sağlamak ve ücretlendirmede adaleti, hakkaniyeti gözetmeyi (herkese çalıştığı, ürettiği, verimli olduğu ölçüde ödeme yaparak az çalışanla / çok çalışanı; düşük verimli olanla / yüksek verimli olanı ayırt etmek) amaçlamaktadır.

Aslında ülkemizdeki uygulama bir ücretlendirmeden çok, döner sermaye işletmesi kapsamında hep birlikte elde edilen karın paylaşılması yöntemidir. Bu nedenle gelire katkısı olanlara ve katkısı ölçüsünde dağıtım yapılmaktadır. Örneğin kurum dışı uzun süreli görevlendirmelerde; izin ve rapor durumlarında ek ödeme yapılmamasının ve kişiler, alt birimler arasında farklar olmasının mantığı da budur.

Ne var ki, performansa dayalı ödemenin amaçlandığı gibi hakkaniyeti sağlaması için kişinin gelire olan katkısını ya da diğer söyleme biçimiyle performansını ölçmeye dönük kriterlerin çok adil olması ve her çalışana / kuruma bu yarışta eşit fırsat sağlanması çok önemlidir. Örneğin, bir hekimi isteği dışında zorunlu hizmet kurasıyla coğrafi konumu itibarıyla hasta sayısı düşük, alt yapısı ve donanımı yetersiz bir hastaneye tayin ediyorsanız veya bir uzmana diğerine kıyasla daha az sayıda yatak, oda, ünite, cihaz, teknik donanım, personel veriyorsanız, o hekimin ne yaparsa yapsın kendisinden daha az çalışan bir diğer meslektaşına kadar bile ek ödeme alma imkanı olmayacaktır.

Ayrıca performansa dayalı kar paylaşımı için işletme kurallarının geçerli olması gerekir. Örneğin geri ödeme kurumu "*bu hizmeti bana satmaya mecbursun, ama*

benim belirlediğim fiyat ve koşullarda” diyorsa; hizmeti sunan kurumun bu hizmeti kaçta ürettiği, kar payı, amortisman ve gelişme/yatırım payları hiç dikkate alınmıyorsa; burada performansa dayalı ek ödeme için gerekli zemin yok demektir. Kamu hastanelerinin çoğunda, aslında mevcut durum budur.

Ülkemizde son yıllarda uygulana gelen performansa dayalı ek ödemenin sağlık hizmetleri üzerine olumlu ve olumsuz etkilerinin olduğu yadsınamaz bir gerçektir. Örneğin sağlık hizmetlerine ve çalışanlarına ulaşılabilirlik artmıştır. Poliklinik, servise yatış, ameliyat, tetkik için bekleme süreleri belirgin olarak azalmıştır. Poliklinik hasta sayıları, yatak doluluk oranları ve yatak devir hızları, ameliyat sayıları, tıbbi işlem sayıları artmıştır. Yine kurumlar ve çalışanlar, sağlık hizmetini sunarken maliyet etkinlik kavramını gözetir olmuşlardır. Personel istihdamı, malzeme kullanımı, cihaz istekleri rasyonalize olmuştur. Yıllardır başarısız hizmet ve sarf malzemelerinin kayıt ve dökümantasyonu konusunda çok olumlu bir noktaya ulaşılmış ve kaçaklar neredeyse tümüyle önlenmiştir.

Bütün bu olumlu gelişmelere ve üstelik çalışanların eline geçen ücretlerin de belirgin olarak artmasına karşın; performansa dayalı ek ödeme uygulaması, sağlık çalışanları arasında hiç kabul görmemiş, çok ağır ve yaygın eleştirilere konu olmuştur. Doğrudan hedef kitlesi tarafından yaygın olarak kabul görmeyen böyle bir uygulamanın aynen sürdürülmesi büyük hata olacaktır. Çalışanlarının memnuniyetini ve gönüllü katılımını sağlayamayan bir uygulama, uzun vadede asla başarılı olamaz. Mutlaka gelen eleştiri ve önerileri dikkate alarak, revize edilmesi gerekmektedir. Bu süreçte katkıda bulunmak amacıyla solunum@googlegroups.com'da başlatılan bir tartışmada dile getirilen eleştiri ve önerilerin derlenmesiyle bu rapor hazırlanmıştır.

ELEŞTİRİLER

Gruptaki tartışmalarda dile getirilen en önemli nokta: performans ölçümüne dayalı ücretlendirmenin kamu kurumlarında uygulanamayacağı ve bu ücretlendirmenin tümüyle işletme mantığına uygun kurumlarda ancak uygulanabilir olduğudur. Bununla uyumlu olarak performansa dayalı ödeme konusunda solunum@googlegroup.com'da dile getirilen sorulardan biri de “*neden bu uygulama kamuda sadece hekimlere uygulanıyor? Mesela yargıçlara, polislere, öğretmenlere neden uygulanmıyor?*” sorusuydu. Bu soru, eğitim, güvenlik, adalet gibi, sağlığın da sosyal devletin temel görevleri arasında olması gerçeğine dayandırılmıştır.

Performans ölçümüne dayalı ödeme, aslında temel bir ücretlendirme biçimi olarak değil; sadece sağlık hizmetlerinin verimliliğini, niteliğini ve maliyet etkinliğini artırmak için gerekli motivasyonu sağlayacak ve kamu hizmeti mantığını bozmayacak sınırlar içerisinde kısmi / tali bir ücretlendirme yöntemi olabilir.

Ancak, ülkemizdeki uygulamada performansa dayalı ek ödemenin, hekimin kazancının büyük çoğunluğunu oluşturması, performans puanlarını olması gerekenden daha önemli hale getirmiştir. Bunun sonucunda hekimler ve diğer sağlık çalışanları, daha fazla puan/gelir elde edebilmek için aşırı iş yükü altına girmektedir. Sağlık çalışanları, yıllık izin, tatil, sağlık raporu gibi özlük haklarını kullanmaktan ve bilimsel kongre ve toplantılara, eğitim etkinliklerine katılmaktan kaçınmaktadırlar. Gerçekte karşılığı olmayan sanal işlemlere tevessül edilir hale gelmiştir. Yapılan işlemler abartılmakta, sayıları hayali olarak artırılmaktadır. Tıbbi işlemlerle ilgili endikasyonlar genişletilmekte ve hastalara gereksiz işlemler yapılmaktadır. Hekimlik uygulamalarında puan odaklı/para odaklı bir bakış açısının hakim olmasına neden olunmuştur. Hekim her hastasından “*nasil daha fazla puan alırım?*” baskısı altına sokulmuştur. Puanı olmayan, az olan işlemlerin önemsenmemesine, ihmeline yol açmıştır. Puanlama öz bildirimine dayandığı için, sistem, bu tür hukuka ve etiğe uymayan işleri yapanlara, yapmayanların aleyhine avantaj sağlamaktadır.

Sağlık hizmetlerine ulaşım kolaylaşmakla birlikte, hasta-hekim ilişkisini zora sokmuş ve daha fazla hasta muayene etme endişesi içinde olan hekimin, hastasını tatmin edecek ve onu bilgilendirecek düzeyde vakit ayırmasını güçleştirmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, SB'nin hastaneleri yanında üniversite hastanelerinde de ek ödemelerde esas alınan Girişimsel İşlem Listesindeki performans puanlarının doğru, adil olmamasından dolayı; hekimler arasında aşırı bir rekabet başlamıştır, iş barışı bozulmuştur, dayanışma, işbirliği, ekip anlayışı yitirilmiştir. Puanlama, performans mantığına aykırıdır. Çünkü, bazı uzmanlık alanlarında kişiler hiçbir ekstra çaba göstermeden tavan ek ödeme oranlarına erişmekte ve bundan dolayı performansı artırmak mümkün olamamaktadır. Aksine bazı branşlarda ise, kişiler ne yaparlarsa yapsınlar asla makul ve tatmin edici bir ödeme oranına ulaşamamakta ve bundan dolayı yılgınlığa kapılıp, “*olmaz olsun*” deyip, performansı artırmak üzere çaba sarf etmeyi bırakmaktadırlar. Bir kişinin sabahtan akşama kadar hiç durmadan elinden gelen çabayı gösterdiği halde; kendisine göre çok daha az çalışmayla günü geçiren bir başka uzmanlık alanındaki meslektaşının aldığı ek ödemenin ¼'ünü alabilmesi, adalete ve hakkaniyete uygun değildir. Bir uzman hekimin bir işlem karşılığında; aynı işlemi yapan aynı hastanede başka bir klinikte ya da başka bir hastanedeki kendi uzmanlık alanından diğer meslektaşına göre yarı parayı alması da adil bir paylaşım değildir. Bu listede bazı benzer işlemlere, branşlara göre çok farklı puanlar verilmiştir. Bu durum branşlar ve kurumlar arasında aşırı farklılıklara, huzursuzluklara yol açmıştır. Bu haksızlık ve huzursuzluklar, performanstan beklenenin aksine çalışanların motivasyonunu bozmakta ve demoralize etmektedir.

Performans ölçümü için sadece nicelik/volum/sayı üzerinden değerlendirme yapıldığından, tıbbi işlemlerin niteliği, kalitesi, komplikasyonları, faydaları, vb dikkate alınmamaya başlanmıştır. İşini yavaş ama iyi yapan, hasta ve çalışan

güvenliğine uygun davranan, nüks, komplikasyon, risk oluşmaması için dikkatli ve kontrollü çalışan, hastasına yeterli zaman ayırarak eksiksiz değerlendiren, eğiten hekim, bu sistemde zarar ederken; hızlı, seri iş yapan, yaptığı işlemde dolayı komplikasyon geliştiğinde ikinci, üçüncü işlem uygulayan hekim kazançlı çıkmaktadır. Hekimin, yaptığı işlemin başarısızlığından, o işlemle ilişkili komplikasyonlardan dolayı da puan kazanması hiçbir durumda savunulabilir değildir. Bu puanlama sonucu hekimler zor, zaman alıcı, riskli işlemleri yapmaktan imtina etmeye başlamıştır.

Performansa dayalı ek ödemenin, sağlık finansmanına çok olumsuz etkisi olmuştur. Hekimlerin aldıkları uzun ve zor eğitime, mesleki saygınlığına ve kıdemlerine göre sabit maaşlarının iyileştirilmesi yerine, performansa dayalı ek ödeme ile bu sorunun çözülmeye çalışılmasının kamuya yüklediği bedel, çok daha fazla olmuştur. Sanal işlemler, genişletilen endikasyonlar, abartılan rakamlar, ilgisiz tanılar, kısa aralıklarla kontrole çağrılan hastalar, her kontrolde reçete edilen gerekliliği tartışmalı ilaçlar, yatırılması gerekmediği halde yatırılarak tedavi gören hastaların faturası hiç tartışılmasa da vicdanları yaralamaktadır. Sağlık hizmetlerinin başarısı: bu hizmete ihtiyacı olan hasta sayısını azaltmasıyla ölçülür. Oysa performans uygulamaları, hasta sayısını artırmayı teşvik etmiş ve bunu yapanları ödüllendirmiştir.

Döner sermayeye dayalı ek ödemelerin zaman içinde giderek eriyip azaldığı görülmektedir. SGK'nın sağlık kurumlarına yaptığı geriödemelerde esas aldığı düşük ücretlendirme politikaları (15,50 TL muayene, 6.00 TL konsültasyon ücreti gibi ki, bu fiyatlara bir tesisatçıyı, sadece sorunu etüt etmek için bile çalıştıramazsınız) sağlık kurumlarının giderek zarar etmelerine ve buna bağlı olarak ek ödemelerin buharlaşmasına neden olmaktadır. Maaş ve ek ödemelerin tatmin edici düzeylerde sürdürülebilirliği konusunda hekimlerimize güvence oluşturulacak tedbirler alınmalıdır. Bu bağlamda: SGK, SB hizmet ve eğitim hastaneleri ile üniversite hastanelerinin hizmet verdikleri hasta profilini dikkate alarak gerçekçi bir ücretlendirme yapmamaktadır. Eğitim ve üniversite hastanelerinde yürütülen pratisyen ve uzman hekim adayları, hemşire, ebe ve diğer sağlık profesyonellerine dönük uygulamalı eğitimin giderlerini karşılamak üzere, bu kurumlara herhangi bir kaynak aktarılmamakta ve eğitim yükü döner sermaye üzerine yıkılmaktadır. Üniversitelerin ve SB eğitim hastanelerinin bilimsel araştırma projelerinin finansman yükü de, döner sermayeleri üzerindedir. Hastanelerin personel giderleri de hizmet alımı veya 4-b yoluyla, son yıllarda neredeyse tümüyle döner sermayeye yüklenmiştir. Uygulamaya gireceği söylenen sevk zinciri, döner sermayeye dayalı ek ödemelerin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve hekimleri kaygılandırmaktadır.

Döner sermayeli kurum çalışanlarının ek ödemeleri vergiye tabi iken; döner sermayesiz kurum çalışanlarının ek ödemeleri vergiye tabi değildir. Bu nedenle gelir vergisine tabi gelirlerin vergilendirilmesinde esas alınan 20, 27 veya 35 oranlarının uygulanması hem daha erken oluşmakta, hem de oransal değişim büyümekte ve yıl genelinde hesaplama yapıldığında kesilmesi gerekenden fazla

vergi kesintisi yapılarak personelin mağduriyetine ve döner sermayeli kurum çalışanları aleyhine açık bir haksızlığa neden olmaktadır.

Hekim dışı sağlık çalışanlarının performans dayalı ek ödeme almaları çok daha sıkıntılıdır. Çünkü hekim dışı personelin hangi birimde çalışacakları kendi iradeleri dışında belirlenmektedir. Ayrıca, bu kişilerin gelir / gider dengesinin düzeltilmesindeki; üretim ve verimliliğin artırılmasındaki etkileri çok sınırlı ve genellikle hekim bağımlıdır.

Mevcut uygulamada eğitim, bilimsel araştırma etkinliklerinin performans ölçümünde ve ona dayalı ek ödemede pek önemli etkisinin olmadığı gözlenmektedir. Bu da eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Üniversite Hastanelerinde eğitimci ve akademik personelin sağlık hizmeti yönüne kaymasına ve temel bilimlerdeki eğitimcilerin sistemde geri kalmalarına neden olmuştur.

Dile getirilen endişelerden biri de *“hastanelerin işletmeye dönüştürülerek, muayenehanelerin kapatılarak, hekimliğin tümüyle ücretli sınıfa dahil edildiği; bu uygulamanın da nihai olarak sağlık hizmetlerini devralması planlanan özel sektörün işini kolaylaştırmaya dönük bir hazırlık olduğu”* öngörüsüydü. Bu endişenin büyük oranda hekimlerce paylaşıldığı gözlendi.

Bir diğer sorun ise: sistemin şeffaf olmaması ve suiistimale açık olmasıydı. Çalışanlar, hesaplama yöntemleri ve komisyon kesintileriyle ilgili bilgi sahibi olamadıklarını söylüyorlar ve birbirlerinin aldıkları ek ödemeleri bilmek istiyorlardı (*bu son isteği etik ve hukuki olarak uygun bulmadığımı da belirtmek zorundayım*).

Hekimlerimizin, elde ettikleri gelirler konusundaki somut bazı itirazları: *“Bir tıp fakültesi öğretim üyesinin, mezun ettiği -aile hekimi yetkisi verilmiş- bir pratisyen hekimin eline geçen yarısından daha az kazanması”* ve *“23 yıl eğitim almış ve ardından bir o kadar yıl akademik yarışta emek vermiş bir tıp profesörünün, mesleğe yeni başlayan bir savcı kadar maaş alması”* olmuştur. Bu tespitler, gerçekten izahı mümkün ve makul olmayan ve maalesef yaşanan reel durumlardır.

Grupta tartışılan bir önemli konu da: sağlık hizmetinin bireysel olarak üretilen bir hizmet olmayıp, bir ekip işi olduğu, örneğin transplantasyon yapan bir cerrahın o işi yapabilmesinin ve başarısının, ona destek veren diğer branşlardan hekimlerin emeklerine, bilgi ve deneyimlerine bağımlı olduğu yadsınamayacağıydı. Katkıda bulunan meslektaşlarımız *“Bir merkezde diğer uzmanlar bulunmasa, yeterli laboratuvar ve anestezi, yoğun bakım, kardiyoji, enfeksiyon, vb uzmanların desteği olmasa transplantasyon yapılabilir mi?”* diye soruyor ve kurumsal performansın pek dikkate alınmayıp, ağırlıklı olarak bireysel performansın dikkate alınmasının işin bu tarafını görmezden geldiğini ifade ediyordu.

ÖNERİLER

Kamu görevi yapan hekim ve hekim dışı sağlık çalışanlarımızın emeklerinin karşılığı, asıl olarak: *“aldıkları uzun ve zor eğitime, icra ettikleri mesleğin güçlük ve önemine, atandıkları kadro ve mesleki kıdemlerine”* uygun sabit maaş şeklinde ödenmelidir.

Performansa dayalı ödeme, bir ücretlendirme yöntemi olarak değil; hizmetin verimliliğini, niteliğini ve maliyet etkinliği artırmak üzere gerekli motivasyonu sağlayacak; ancak çalışma barışını, meslek etiğini bozmayacak sınırlar içerisinde kalmalıdır. Performansa dayalı ek ödeme, hekimin toplam gelirinin %30’u civarında olmalıdır.

Hekimlerimize, aldıkları uzun ve zorlu eğitim, üstlendikleri iş yükü, mesleki zorluk ve riskler, hekimlik mesleğinin onuru dikkate alınarak, mesleki kıdemlerine uygun, emeklilik maaşlarına yansıtılacak şekilde sabit bir gelir teminatı verilmelidir. Sabit ücret, hekimlerimizin, eğitim görevlilerimizin ve öğretim üyelerimizin *“muayenehane ve özel hasta gelirlerinin”* kesilmesinden kaynaklanan kaybı karşılayacak düzeyde olmalı ve mutlaka yaşlılık ve hastalık durumlarında onları mağdur etmeyecek, ortada bırakmayacak şekilde emeklilik maaşlarına yansıtılmalıdır. Devletin hekim maaşlarını iyileştirmek için ayıracağı kaynağın, performansa dayalı ek ödemenin yol açtığı sağlık harcamalarındaki gereksiz artışa kıyasla çok daha makul seviyelerde kalacağına inanıyoruz.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, SB’nin hastaneleri yanında üniversite hastanelerinde de ek ödemelerde esas alınan Girişimsel İşlem Listesi, hizmet hastanesi, eğitim araştırma hastanesi ve üniversite hastaneleri için hakkaniyete uygun olarak yeniden hazırlanmalıdır. Bazı branşları diğerlerinin önüne veya arkasına geçirmeden, *“eşit işe eşit ücret”* prensibiyle, çalışan herkese çalıştığı ölçüde ek gelir elde etme fırsatı sunulmalıdır. Performans ölçümünde esas alınacak kriterler, sağlık çalışanlarını temsil eden örgütlerin (dernekler, odalar, sendikalar, vb) katkı ve katılımlarıyla belirlenmelidir.

Sadece niceliğe dayalı değil; nitelik indikatörlerini de dikkate alan ve hakkaniyete dayalı performans ölçütleri geliştirilmelidir. Ne kadar yaptı sorusu yanında *“doğru endikasyonda yaptı mı, klavuzlara uygun yaptı mı, riskli olguları dışladı mı?, hastaya bütüncül yaklaştı mı, sorumluluğunu üstlendi, yaptığı işte hata/ komplikasyon oranı nedir, hastayla optimal iletişim kuruyor mu, hastaya gereken psikososyal desteği verdi mi, hastayı bilgilendirdi mi, koruyucu-geliştirici tutumu benimsemiş mi, işlemi gerçekleştirdiği ekiple iyi bir işbirliği kuruyor mu, yaptığı işi raporlama kayıt tutuma yükümlülüğünü yerine getirdi mi, işi maliyet etkin olarak yaptı mı, hasta memnuniyetini sağladı mı?”* gibi soruları da sorulmalı ve cevapları dikkate alınmalıdır.

Ek ödemede meslek hayatındaki kıdem ve akademik hiyerarşi göz ardı edilmemelidir. Bu kriterler bir katsayı olarak etkin hale getirilmelidir.

Performans ölçümünün, sadece pozitif geribildirim (ödüllendirme) amacıyla değil, negatif geri bildirim (cezalandırma) için de kullanılabilmesi ve yöntemle de maliyet etkinlik ve verimliliğin -daha az komplikasyonla- sağlanabileceği unutulmamalıdır.

SGK, SB hizmet ve eğitim hastaneleri ile üniversite hastanelerinin hizmet verdikleri hasta profilini dikkate alarak gerçekçi bir ücretlendirme yapmalıdır. Hekim emeği ucuza getirilmemelidir. Eğitim ve üniversite hastanelerinde yürütülen pratisyen ve uzman hekim adayları, hemşire, ebe ve diğer sağlık profesyonellerine dönük uygulamalı eğitimin giderlerini karşılamak üzere, bu kurumların cirolarının asgari %30'u oranında bir kaynak genel bütçeden aktarılmalı ve eğitim yükü döner sermaye üzerinden alınmalıdır. Üniversitelerin ve SB eğitim hastanelerinin bilimsel araştırma projelerinin finansman yükü, döner sermayeleri üzerinden kaldırılmalı ve genel bütçeden Araştırma Fonu kullanılmalıdır. Hastanelerin hizmet alımı veya 4-b yoluyla, son yıllarda neredeyse tümüyle döner sermayeye yüklenen personel giderleri genel bütçeye aktarılmalıdır. Uygulamaya gireceği söylenen sevk zinciri, döner sermayeye dayalı ek ödemelerin sürdürülebilirliğini tehdit etmekte ve hekimleri kaygılandırmaktadır. Bu tehdide karşı önlem alınmalıdır.

Sağlık hizmetinin günümüzde ancak bir ekip dayanışmasıyla üretilebildiği dikkate alınarak, ek ödemenin kurumsal havuzdan herkese ortak olarak ödenen miktarı artırılmalı, bireysel performansın etkisi, daha sınırlı tutulmalıdır.

Tıbbi işlemlerin performans puanları, sadece işleme bağlı değil, TİG (Tanıyla İlişkili Gruplar) çalışmasına paralel olarak işlemin uygulandığı hastanın yaşı, taşıdığı ek patolojiler ve risklere bağlı olarak da değişmelidir.

Üniversite ve eğitim hastanelerinde çalışan akademisyen ve eğitimcilerin, eğitim ve bilimsel araştırma görev ve sorumlulukları dikkate alınarak, hizmet hastanelerindeki uzman gibi rutin hizmet yükü altına sokulmadan ek ödemedен yeterli pay alabilmeleri sağlanmalıdır.

Döner sermayeli kurum çalışanlarının ek ödemelerinin vergiye tabi iken; döner sermayesiz kurum çalışanlarının ek ödemelerinin vergi dışı kalmasının doğurduğu haksızlığın düzeltilmesi için: döner sermayeli kurum personelinin de, diğer kurum ve kuruluşlarda istihdam edilen personel gibi 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin EK 9 maddesinden yararlanması ve maddenin 8. paragrafına istinaden, bu giderlerin döner sermaye değil, merkezi yönetim bütçesinden ödenmesi veya döner sermayeden yapılan ek ödemelerin de vergiden muaf tutulması gerektiğine; söz konusu haksızlığın bu şekilde giderileceğine inanıyoruz.

Bu öneriler dikkate alınarak sistem revize edilebilirse, performanstan beklenen/sağlanan olumlu amaçlar korunmakla birlikte, yaşanan sorunlar ve olumsuzluklar giderilmiş / azaltılmış olacaktır.