

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİMİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖDEME YÖNTEMLERİ
VE İKİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA
PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME UYGULAMASI

İhsan Cenk KOCAKANAT

Danışman
Prof. Dr. Erhan DEMİRELİ

İZMİR - 2018

TEZ ONAY SAYFASI



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Sağlık Kuruluşlarında Ödeme Yöntemleri Ve İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değerlere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

... / ... / 2018
İhsan Cenk KOCAKANAT



ÖZET
Yüksek Lisans Tezi
Sağlık Kuruluşlarında Ödeme Yöntemleri Ve İkinci Basamak Sağlık
Kuruluşlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Uygulaması
İhsan Cenk KOCAKANAT

Dokuz Eylül Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü
İşletme Anabilim Dalı
Hastane Ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi Programı

Sağlık, ihtiyaç duyulması halinde karşılanması gereken ve ertelenemez bir ihtiyaçtır. Sağlık ihtiyacının karşılanması ise hem sunuculara hem de kullanıcılara maliyet oluşturmaktadır. Maliyetlerin yararlanıcılar tarafından karşılanması aşaması farklı finansman yöntemlerini, sunuculara aktarılması ise ödeme yöntemlerini oluşturmuştur. Ödeme sistemlerinin gelirlere doğrudan etkiye sahip bir yapıda olması; sağlık hizmetleri sunumunu, etkinliğini ve kalitesini doğrudan değiştirmektedir. Ülkemizde ödeme sistemleri içerisinde yer alan performans dayalı ek ödeme sistemi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hekim verimliliğini artırmak ve hizmet kalitesini yükseltmek amacıyla kullanılmaktadır fakat hesaplama yöntemleri içerisinde bulunan ve dönem ek ödeme katsayısının; dağıtılabilir döner sermaye tutarı ve hekimlerin performans puanları toplamı ile şekillenmesi hekimler arasında ücret adaletsizliğine yol açtığı tartışmasını oluşturmaktadır. Bu çalışmada ikinci basamak sağlık kuruluşlarında kullanılan performans göre ek ödeme sistemi reel duruma en yakın model kurulmasıyla dönem ek ödeme katsayısında oluşan değişimin ücretlerde oluşturduğu etki incelenmiş, dağıtılabilir döner sermaye tutarı için dengeleyici olabilecek yeni bir katsayı kullanımı, hekim performans puanı toplamı için ise kota sınırı kullanılarak kota üstünün hesaplama dahil edilmesi gerektiği önerisi getirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Kuruluşları, Sağlık Kuruluşları Finansmanı, Sağlık Kuruluşlarında Ödeme Yöntemleri, Performansa Göre Ek Ödeme, İkinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Ödeme Yöntemleri.



ABSTRACT

Master's Thesis

Payment Methods of the Healthcare Institutions and Additional Payment System Based on Performance of The Secondary Healthcare Institutions

İhsan Cenk KOCAKANAT

Dokuz Eylül of University

Graduate School Of Social Sciences

Department Of Business Administration

Hospital And Healthcare Organization Management Program

Health is a necessity which can not be postponed and when needed must be met. However, health necessity when taken care of it reflects some expenditure on patient and institution. When expenditure meets by patients get a different financing way, and when transferring to institutions create different payment method. Payment methods are directly impacting to income and that's why it changes quality and effectiveness of the provision of healthcare services. Additional payment system based on performance in payment systems in our country is used in secondary and tertiary health institutions to increase physician productivity and improve service quality, but in the calculation methods and the period additional payment factor, distributable revolving funds and physicians with the sum of performance points form the discussion among physicians caused unfair remuneration. In this study, the effect of the change in the additional payment coefficient of the period upon the establishment of the model closest to the real situation was examined according to the performance used in the secondary health institutions and it was suggested that the use of a new coefficient that can be balanced for the distributable revolving Fund Amount should be.

Keywords: Health Care Institution, Health Care Institution Financing, Payment Methods Of Healthcare Institution, Additional Payment System Based On Performance, Payment Methods Of The Secondary Health Care Institution.

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA ÖDEME YÖNTEMLERİ VE İKİNCİ
BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK
ÖDEME UYGULAMASI
İÇİNDEKİLER**

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
TABLolar LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ**

1.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ	3
1.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI	6
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS DEĞİŞKENLERİ	9
1.4. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI	15
1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	16
1.6. DÜNYADA KULLANILAN SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ	18
1.6.1. Vergiler İle Finansman	18
1.6.2. Sosyal Sağlık Sigortası	19
1.6.3. Özel Sağlık Sigortası	20
1.6.4. Tıbbi Tasarruf Hesabı	21
1.6.5. Cepten Harcamalar	22
1.6.6. Krediler ve Bağışlar	23

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME MODELLERİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME SİSTEMLERİ	24
2.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Ödeme Sistemleri	25
2.1.1.1. Genel (Harcama Kalemlili) Bütçe	25
2.1.1.2. Global Bütçe	26
2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Aylık Ödemeler	27
2.1.2.1. Maaş	27
2.1.2.2. Maaşa Ek İkramiye (Performansa Dayalı) Ödeme Sistemi	29
2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Diğer Resmi Ödemeler	31
2.1.3.1. Hizmet Başına Ödeme	31
2.1.3.2. Kişi Başına Ödeme	32
2.1.3.3. Vaka Başına Ödeme	33
2.1.3.4. Günlük Ödemeler	35
2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Resmi Olmayan (İnformal) Ödemeler	36
2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ	37
2.3. LİTERATÜR TARAMASI	39

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

UYGULAMA 2 BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİN DE GENEL TIBBİ İŞLEM PUANI BULUNAN UZMAN HEKİM PERFORMANSA GÖRE EK ÖDEME HAK EDİŞİ ÖRNEĞİ

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI	47
3.2.ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	48
3.2.1. Net Performans Puanı Hesaplaması	48
3.2.1.1. İkinci Basamak Sağlık Tesislerinde Net Performans Puanının Hesaplanması	49
3.2.1.2. Üçüncü Basamak Sağlık Tesislerinde Net Performans Puanının Hesaplanması	50

3.2.1.2.1. Mesai İçi Çalışan Personel	50
3.2.1.2. Mesai Dışı Çalışan Personel	53
3.2.2.EK Ödeme Zamanı	54
3.2.3. Sağlık Tesisi Çalışanları İçin Hizmet Alan Kadro Unvan Kat Sayısı	55
3.2.4. Diğer Personel Ve Sağlık Tesisi Puan Ortalaması Üzerinden Ek Ödeme Alan Tabip İçin Kullanılan Oranlar	62
3.2.5. Bilimsel Çalışma Destek Puanları	64
3.3. NET EK ÖDEME TUTARI HESAPLANMASI	71
3.4. ARAŞTIRMANIN KISITLARI	72
3.5. YÖNTEM VE VERİ ANALİZ	74
SONUÇ VE ÖNERİLER	79
KAYNAKÇA	82

KISALTMALAR

AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı Polikliniği
B.Ç.D.P	Bilimsel çalışma destek puanı
B.Ç.D.P	Bilimsel çalışma destek puanı
Bağ- kur	Bağımsız Çalışanlar Kurumu
D.S.S.Ö	Döner Sermaye Sabit Ödemesi
E.P	Ek puan
G.T.İ.P	Genel tıbbi işlemler puanı
G.T.İ.P	Genel tıbbi işlemler puanı
GSS	Genel Sağlık Sigortası
H.A.K.U.K	Hizmet Alan Unvan Katsayısı
H.A.K.U.K	Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı
K.H.P.O	Klinik hizmet puan ortalaması
K.K	Kriter katsayısı
M.D.A.Ç.G.K	Mesai dışı aktif çalışılan gün katsayısı
M.D.G.T.İ.P:	Mesai dışı genel tıbbi işlemler puanı
M.D.K.H.P.O	Mesai dışı klinik hizmet puan ortalaması
M.D.S.T.P.O	Mesai dışı sağlık tesisi puan ortalaması
M.İ.S.T.P.O	Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Programın Başlamasıyla Sağlık Bakanlığının Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Değişim	s. 5
Tablo 2: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Likidite Oranı	s. 10
Tablo 3: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Etkinlik Oranı	s. 11
Tablo 4: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Finansal Yapı Oranları	s. 12
Tablo 5: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Karlılık Oranları	s. 13
Tablo 6: Tıbbi Birimler İçin Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi Ve Tanımlamaları	s. 14
Tablo 7: Sunuculara Ödeme Yapmak Amacıyla Tasarlanmış Ödeme Mekanizmalarının Temel Türleri Ve Kullanım Alanları	s. 25
Tablo 8: Doktorlar, Diğer sağlık Çalışanlarına Uygulanan Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması	s. 30
Tablo 9: Sağlık Kuruluşlarına Uygulanan Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması	s. 38
Tablo 10: Bilimsel Çalışmaların Ayrımı ve Yazar – Puan Durumu	s. 65
Tablo 11: Döner Sermaye Gelir- Giderleri	s. 67

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Kademelerine göre sağlık kuruluşları Sınıflandırma	s. 8
Şekil 2: Kademeli Sınıflandırma İçerisinde Yer Alan Sağlık Kuruluşları Kıyaslaması	s. 8
Şekil 3: Sağlık Hizmetleri Finansman Üçgeni	s. 17



GİRİŞ

Sağlık; yapısı gereği ertelenemez ve karşılanması zaruri bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde sağlık hizmetleri arzı; Osmanlı ve Selçuklu geleneklerinden başlayıp, yıllar içerisinde değişikliklere uğrayarak bugün kullandığımız modern bir yapıya ulaşmıştır. Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde sağlık hizmetleri ihtiyacı, birinci, ikinci ve üçüncü basamakta yer alan sağlık kuruluşlarınca karşılanmaktadır. Basamak sistemiyle ayrılan kuruluşlar sundukları hizmetler ve tıbbi birimlerle sağlık personeli yapısı bakımından birbirinden farklılık göstermektedir. Sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar yer aldıkları basamaklara bakılmaksızın hizmet sunumu gerçekleştirebilmek için belirli bir finansmana ihtiyaç duyurmaktadır ve aynı durumu sağlık hizmetleri yararlanıcıları da (hastalar) sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılayabilmek içinde yaşamaktadır. Hem kuruluşlar hem de yararlanıcılar tarafından yaşanan finansman ihtiyacı, sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinin oluşmasını ve geliştirilmesini sağlamıştır. Sağlık hizmetleri finansman ihtiyacını karşılayan fonların toplanması sırasında kullanılabilecek birden çok fon kaynakları ise finansman sistemlerini oluşturmuştur.

Birbirinden farklı kaynaklardan toplanan fonların kuruluşlara ve sağlık çalışanlarına aktarılmasına işleme geri ödeme adı verilmektedir. Sağlık hizmetlerinde ödemelerin gerçekleştirilebilmesi için farklı sistemler kullanılmaktadır. Ödeme sistemleri içerisinde en yaygın kullanım bulanları kendi aralarında kurumlara, sağlık çalışanlarına ve hem kurumlara hem de sağlık çalışanlarına uygulanabilecek sistemler olarak ayrılmaktadır. Ödeme sistemlerinin yapısal özellikleri; sağlık hizmetleri sunumunun kalitesi, üretkenliği, hasta memnuniyeti, aşırı hizmet veya hizmet sunumundan kaçınma gibi olumlu olumsuz etkilere neden olmaktadır. Her ödeme sisteminin farklı etkiler yaratması muhtemel sonuç olarak değerlendirilebilir ve olumsuz etkilerin giderilmesi için kontrol sistemine ihtiyaç duyacaklardır. Ülkeler içerisinde bulundukları sosyal, ekonomik ve siyasi yapılarına göre bir veya birden farklı ödeme sistemlerinin kullanımını tercih edebilmekte ve uygulayabilmektedirler. Ülkemizde sağlık çalışanları için maaş ödemesinin yanı sıra ürettikleri işlemler için performansa dayalı ek ödeme sistemi tercih edilmektedir.

Performansa göre ek ödeme sistemi ülkemizde kullanılmaya başlanmasında temel amaç; sağlık çalışanlarının verimliliği, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi gibi

sağlık hizmetleri sunumunda yaşanılacak olumsuz etkilerin giderilmesini sağlamak veya en aza indirmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi hem çalışanlar için hem de sağlık hizmeti sağlayan kurum için beklenti yaratan bir sistemdir. Performansa göre ek ödeme sisteminin beklenti yaratan yapısı uygulanmaya başlanmasından bu yana birçok akademik çalışmalara konu olmasını sağlamıştır. Sistemin uygulamaya konulmasında ki temel amaçlar ve olası etkileri sosyal bilimlerin farklı uzmanlık alanları tarafından incelenmiştir. Çalışmalarda yapılan incelemeler sonucunda performansa göre ek ödeme sisteminin; çalışma barışını bozduğu, çalışanlar arasında adaletsizlik algısı yarattığı, gereksiz hizmet sunumuna yol açtığı gibi olumsuz etkiler yarattığı yargılarına ulaşılmıştır.

Hazırlanan bu çalışmada, diğer çalışmaların sonucun da yer alan olumsuz etkilerin hesaplama araçlarından kullanılan değişkenlerden kaynaklandığı düşüncesi yer alarak ikinci basamak sağlık kuruluşunda çalışan hekimlerin performans hesaplamaları yapılmış ve hesaplama sırasında kullanılan değişkenler tanımlanarak ek ödeme tutarına etkileri ifade edilmiştir. Hesaplamalar reele en yakın şekilde oluşturulan iki model kurulmasıyla sağlanmıştır. Yapılan çalışma sonucunda hesaplama araçlarındaki değişkenlerin etkisi ve ihtiyaç duyulabilecek ek değişkenler tespit edilmiş, performansa göre ek ödeme sistemi hesaplama araçlarının iyileştirilmesi adına öneriler getirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ

1.1. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİNİN GELİŞİMİ

Cumhuriyetin ilanından önce Türk topraklarında sağlık sistemi, hükümdarlıkları yıllar süren Selçuklu ve Osmanlı Devleti’nin izlerini taşıyan ve tıp gelenekleriyle şekillenmiş bir yapıya sahipti; Cumhuriyet ilan edildikten sonra ise sağlık hizmetlerinin sunumu ve yönetiminde daha modern bir yapısı olan batılı devletlerin uyguladığı stratejiler izlenmiş, 3 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı kanunla Sağlık bakanlığı kurulmuş ve faaliyetlerine başlamıştır. Bu yıllar savaş döneminin izlerini taşıdığı için düzenli bir kayıt sistemi olmasa da Sağlık Bakanlığının faaliyet başlangıcı olarak kabul edilmiştir.

1923-1946 yılları arasında 86 adet hastane 6.437 hasta yatağı 554 hekim ve 69 eczaneye sağlık hizmetleri sunumu yapılmaktaydı. 1923 den 1946 dönemine kadar ülkemiz gerçekleştirilen, verem, sıtma, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve merkezden bölgelere sağlık hizmeti götürülmesi sağlık faaliyetleri için değişikliklerin başlangıcı olarak kabul edilmektedir (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html> 01.05.2018).

1946-1960 dönemin de sağlıkta iyileştirme çalışmaları kapsamında; ilk yazılı sağlık planı olarak adlandırılabilir ‘‘Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı’’ Yüksek Sağlık Şûrası tarafından onaylanmış fakat kanunlaştırılmamıştır. Bu dönem de gerçekleşen başlıca değişimler; önceleri yerel yönetimlerin denetiminde yer alan yataklı tedavi kurumlarının merkezden yönetilmeye başlanması, 1952 yılından Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü’nün Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı bünyesinde altında kurulması, Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Teşkilatı gibi milletler arası teşekküllerden yardım alınarak Ankara’ya 1953 yılında Ana ve Çocuk Sağlığı Tekâmül merkezi açılması olmuştur. (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11-492/tarihce.html> 05.05.2018).

1960-1980 yılları sağlıkla ilgili kalkınma planlarının hazırlandığı ve iyileştirmelerin plan dahilinde yapılmak istendiği bir dönemdir. Bu dönemde beş yıllık

kalkınma planında ilk kez sağlığa yer verilmiş ve sağlık sektörüne yönelik ilk beş yıllık kalkınma planı hazırlanmıştır.

İlk beş yıllık kalkınma planının hedeflerinde şu maddeler yer almıştır; (OECD, World Bank, 2008:32-33).

- i) Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi
- ii) Sağlık Bakanlığı aracılığıyla halk sağlığı hizmetleri sunulması
- iii) Sağlık personelinin ülke genelinde eşit şekilde dağıtılması
- iv) Toplum sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi
- v) Ulusal ilaç sanayinin teşvik edilmesi
- vi) Özel hastanelerin kurulmasının desteklenmesi
- vii) Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması
- viii) Devlet hastanelerinde döner sermaye sisteminin kurulması.

Bu yıllar arasında GSS üzerine kanun taslağı hazırlanmış fakat bakanlar kuruluna sevk edilememiştir. Sonrasında tekrar hazırlanan taslak sevk edilmiş ise de mecliste görüşülememiştir. Sağlığın toplumlaştırılması için 1961 yılında 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkında kanun çıkartılmış sağlıkta toplumsallaştırma bu dönemde başlamıştır.

Bu dönem de yaşanan gelişmeler içerisinde 1978 yılında çıkarılan, kamuda çalışan hekimlerin tam gün çalışmasına ilişkin bir yasa da kabul edilmiştir ve doktorların özel sektörde çalışması engellenmiştir (OECD, Word Bank, 2008:33). 1980 yılında çıkarılan Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile tekrar muayenehane açma serbestliği sağlanmıştır. (<https://www.saglik.gov.tr/TR,1149-2/tarihce.html> 01.04.2018).

1980-2002 yılları arasında 1982 Ana yasasının 56. Maddesi gereği sağlık kuruluşlarını tek elde toplamayı ve herkese sağlık hizmeti sunmak için 1960 yılında düşünülen ve o günden itibaren uygulama bulamayan GSS ve aile hekimliğinin Türkiye’de uygulanmasına bu dönem içerisinde yer verilmiştir. Ulaştırılması gereken belirli hedefler ortaya konulmuş ve ana çocuk sağlığı gibi sağlıkla ilgili temel öncelikler belirlenmiştir. 1992 ve 1993’de Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılmış ve sağlık reformunun teorik çalışmalarına hız verilmiştir. *1992 yılında 3816 sayılı kanunla beraber sosyal güvenlik kapsamında olmayan ve düşük gelirli vatandaşlar için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü*

zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tar-hce.html> 2018).

Tüm bu yıllar içerisinde sağlıkla ilgili çalışmalar ve kalkınma planları yapılırsa da tam anlamıyla başarıya ulaşamamıştır, genel olarak hazırlanan taslaklar kanunlaştırılamamış ve / veya görüşülememiştir. 1993-1997 yılları arasında Türkiye altı farklı Sağlık bakanına sahip olmuş ve sağlık politikaları açısından istikrar nerdeyse sağlanamamıştır (OECD, Word Bank, 2008:35).

2002 ve sonrası;

2002 yılı sağlıkta dönüşüm programının başlatıldığı bir yıldır; 58. Hükümetin Acil Eylem Planının altında “Herkese Sağlık” başlığı ile sağlıkta uzun süredir var olduğu düşünülen sorunların ele alması için de bir tasarı oluşturulmuştur.

Sağlıkta dönüşüm programının uygulanmasının başlamasıyla yeşil kart sahipleri SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ile aynı haklara erişim sahibi olmuş ve SSK’lılara tüm devlet hastaneleri ile eczanelere erişim hakkı sağlanmıştır. Sigorta sistemleri birbirine daha fazla uyumlu hale gelmiştir. Aile hekimliği modeline dayalı daha güçlü birinci basamak da sağlık hizmeti sunumu geliştirilmiştir.

Tablo 1: Programın Başlamasıyla Sağlık Bakanlığının Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Gerçekleşen Değişim

	2012	2013	2014	2015	2016
Aile Hekimliği Birimi	20.811	21.175	21.384	21.696	24.428
Aile Sağlığı Merkezi	6.660	6.756	6.829	6.902	7.636
Toplum Sağlığı Merkezi	957	971	970	970	970
Sağlık Evi	5.691	5.594	5.572	5.544	5.419
Açsap Evi	189	183	182	182	181
Verem Savaş Dispanseri	179	177	179	181	180
Kanser Erken Teşhis Tarama Ve Eğitim Merkezi	124	134	132	156	159

(Ketem)					
112 Acil Yardım İstasyonu	1.863	2.072	2.186	2.323	2.400
Halk Sağlığı Laboratuvarları	-	83	83	83	83

Kaynakça: T.C Sağlık Bakanlığı ‘‘Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016’’ s.127

Bu programın uygulanması ve geliştirilmesiyle ülke genelinde sunulan sağlık hizmetleri kalitesi ve erişimi kolaylaştırılmıştır, çalışan personele yönelik sağlık bakanlığı bünyesinde istihdamının devamlılığını teşvik edici ödeme sistemleri oluşturulmuş, küresel standartlarda sağlık hizmeti sunumuna yönlendirilmiştir.

1.2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN ARZI

Küresel bir gereksinim olan sağlık; toplumların geçmişten günümüze şekillendirdiği ortak bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Geleneksel tıbbın, modern tıba dönüşmesi sürecinden sonra ise; devletin ve özel yatırımların oluşturduğu kurumlar tarafından toplumun sağlık ihtiyacı karşılanmaya devam edilmiştir.

Sağlık kuruluşlarının tanımlanmasından önce sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında ön bilgi sahibi olunmasın da yarar vardır.

Sağlık; dünya sağlık örgütünün 1948 tüzüğünde, ‘ ‘Sağlık sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.’ ’ şeklinde tanımlanmıştır (Çelik, 2011:25). Pozitif sağlık tanımı arasında yer alan bu tanımdan yola çıkarak sağlık hizmetleri için; ‘ ‘Hastalıkların teşhis tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra, önlenmesi, toplumun ve bireylerin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyet bütünüdür. ‘ ’ tanımı yapılmıştır (Kavuncubaşı, 2000:34).

Sağlık hizmeti kendi içerisinde amaçları bakımından bir ayrıma tabidir. Bunlar; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri şeklinde iki gruba ayrılabilir;

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında; çevre sağlık koşullarının düzeltilmesi sağlık konusunda eğitilmesi, bulaşıcı hastalıkların yok edilmesi beslenme koşullarının geliştirilmesi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması gibi konular üzerine hizmetler verilir. (Karafakioğlu, 1998:110).

Tedavi edici sağlık hizmetleri; muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon ile ilgilidir. Teşhis hizmetleri; sağlık sorunlarını belirlemek ve hastaya evde ve veya sağlık kuruluşunda hizmet sunumu yapılan kısımdır. Tedavi hizmetleri ise hastalığın veya yaralanmanın etkilerini azaltmak ya da tamamen ortadan kaldırmak için yapılan faaliyetler bütünüdür (Karafakioğlu, 1998:110). Rehabilite edici sağlık hizmetleri tedavi hizmetinin bir paası ve / veya sonrası olarak, hastaların tedavisi gerçekleşen ve / veya devam eden hastaların günlük hayatına yönelik tedavinin etkilerini engellemek ya da bu etkileri en aza indirmek, kişinin bedensel ve ruhsal yönden başkalarına bağımlı olmadan yaşamalarını sağlamak amacıyla düzenlenen sağlık hizmetleridir (Hayran, Sur, 1998:19).

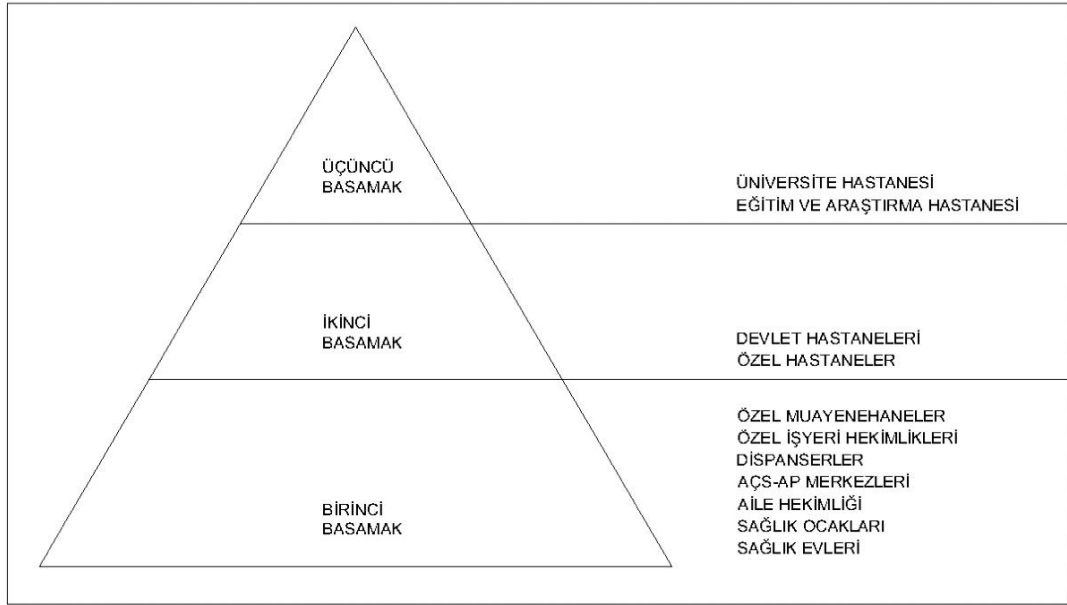
Sağlık kuruluşlarının farklı bir sınıflandırma şekli ise kademelere göre sınıflandırılmadır. Bu sınıflandırmada sağlık kurumları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak sunduğu hizmetlere göre kademelendirilmektedir. Sağlık sisteminde ki bu basamaklandırılmış yapının; sistemin verimliliğini sağladığı ve kaynakların gereksiz kullanımını önlediği düşünülür (Belek, 2001:41).

Birinci basamak sağlık kuruluşları; hastalanan veya hastalığından şüphe edenlerin ilk başvuruda bulunduğu kendilerine en yakın konumda yer alan sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşları içerisinde; sağlık ocakları, özel poliklinikler, dispanserler ve muayenehaneler yer alır.

İkinci basamak sağlık kuruluşları; yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen, hastalıkların teşhisinin ve yatırılarak tedavisinin gerçekleştirildiği sağlık kuruluşlarının yer aldığı basamaktır. Genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleri ikinci basamakta yer alır.

nc basamak sağlık kuruluşları; donanım, personel bilgi ve tecrübe bakımından geniş olanaklara sahip, bünyesinde uzman doktorlar bulunan, hastalığı tam teşhis etmek için hastalara birtakım testler uygulaya bilen kurumlardır. Üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri bu basamakta yer alırlar.

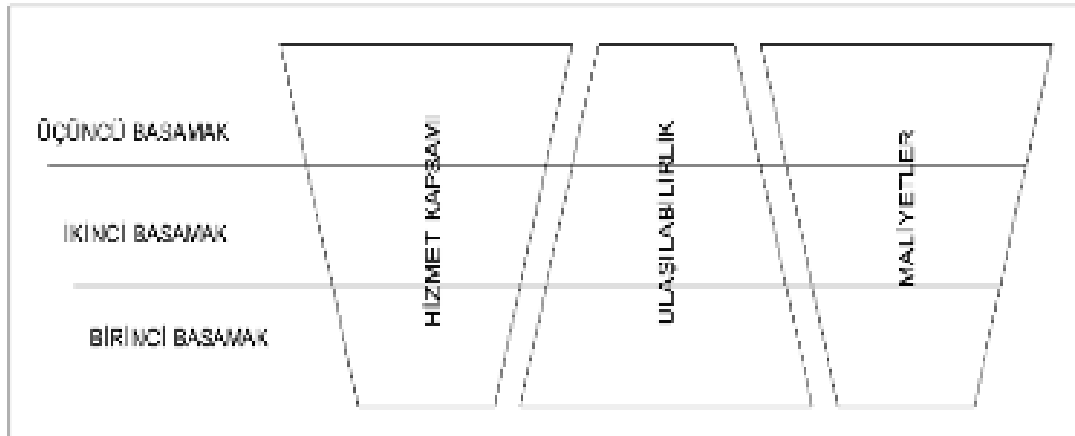
Şekil 1: Kademelerine göre sağlık kuruluşları Sınıflandırma



Kaynakça: Ateş, M., 2008: 1

Ulaşım kolaylığı ile hizmet kapsamı bu kademelendirmede ters orantılı bir yapıya sahiptir. Şöyle ki birinci basamakta yer alan sağlık kuruluşlarının coğrafi alan üzerinde yaygınlıkları sayısal olarak fazla olmasına karşın üçüncü basamakta yer alan kuruluşlara göre sunulan hizmet çeşitliliği, uzmanlık ve tıbbi imkanlara sahip değildir.

Şekil 2: Kademeli Sınıflandırma İçerisinde Yer Alan Sağlık Kuruluşları Kıyaslaması



Kaynakça: Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 41

Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğinin beşinci maddesinde ise hastaneler; *“ilçe/belde hastaneleri, gün hastaneleri, genel hastaneler, özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri”* olarak sınıflandırılmıştır.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS DEĞİŞKENLERİ

Sağlık hizmeti sunan kuruluşların tanımından ve özelliklerinden kuruluşun; girdi süreç ve çıktısına ulaşılmaktadır. Girdisi insan olan bir işletmenin performansa yönelimi ve hedeflere ulaşma başarısı da haliyle kritik önem arz etmektedir. Sağlık işletmeleri bu nedenle de sunduğu sağlık hizmetlerinin sonucunu ve örgütün hedeflerine ulaşımını ölçmek isteyeceklerdir. Elde edilen sonuçlar sağlık işletmeleri için performans başarısını; toplum için ise aldıkları sağlık hizmetinin durumunu gösterecektir.

Performans yönetimi bu bağlamda hem kurum hem de toplum için kritik önem arz eden bir hal almaktadır. Sağlık kuruluşlarında performans yönetimi bir başka ifadeyle, direk sağlık hizmeti sunumunun kalitesine ve tedavinin başarısına etki etmektedir.

Performans sözcüğü, belirli bir zaman zarfı diliminde üretilen mal veya hizmet miktarı olarak tanımlanmaktadır. Performansın temelinde yer alan "etkinlik", "verimlilik", "çıktı" kavramları, bireylerin yeteneği ve motivasyonunun etkileşiminin sonucu olarak tanımlanabilir. (Torrington ve Hall, 1995: 316; Kalkandelen, 1997: 154). Başka bir tanımlamada performans sözcüğü *“ Bir iş görenin belirli bir zaman kesiti içerisinde kendisine verilen görevi yerine getirmek suretiyle elde ettiği sonuçlardır”* şeklinde ifade edilmiştir (Bingöl, 2003: 273).

Tanımlardan da yola çıkılacağı üzere performans planlanan hedefe ne kadar ulaşılabilirdiğini, örgütün, bireylerinin, bölümlerinin ve / veya tamamının etkinliğinin ne durumda olduğunun incelenmesidir. İşletmelere göre performans başarı değerlendirmesidir. Başarı değerlendirmesi yaparken değerlendirmeye alınan boyutlar ise;

- Etkenlik
- Etkililik
- Verimlilik

- İktisadilik
- Kalite
- Çalışma ortamının kalitesi
- Yenilik
- Karlılık ve uygunluk tur.

Sağlık işletmeleri için önem arz eden performans kriterleri; yönetim birimleri ve tıbbi birimler için ayrı oranlarla değerlendirilmektedir.

Yönetim birimleri için performans kriterleri finansal durum göstergeleridir. Finansal durum göstergeleri içerisinde; likidite oranları, etkinlik oranları, finansal yapı oranları ve karlılık oranları yer almaktadır.

Tablo 2: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Likidite Oranı

	Yönetim Birimleri İçin Finansal Durum Göstergeleri	
ORANIN ADI	YÖNTEM	TANIMLAMA
LİKİDİTE ORANLARI		Kısa vadeli borçlarını ödeyebilme gücünü gösterir.
Cari Oran	$\frac{\text{Dönen Varlıklar}}{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$	İşletmelerin normal şartlar altında kısa vadeli borçlarını ödeyebilme gücüdür. 2 düzeyinde olması arzu edilen bir durumdur.
Asit-Test Oranı	$\frac{\text{Dönen Varlıklar} - \text{Stoklar}}{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$	Cari oranın varlıklar içerisinde stoklar çıkartılarak hesaplanmasıdır. 1 civarında olması arzu edilir.
Nakit Oranı	$\frac{\text{Hazır Değerler}}{\text{Kısa Vadeli Yabancı Kaynaklar}}$	En güvenilir likidite oranıdır. Nakidin kısa vadeleri borçların ne kadarını ödeyebildiğini gösterir. %20 olması genel kabul görmüştür.

Kaynakça: Ercan ve Ban, 2005:37-50; Usta, 2014:111-128

Tablo 3: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Etkinlik Oranı

ETKİNLİK ORANLARI		Yapılan işin etkinliğini gösteren orandır.
Aktif Devir Hızı	Net Satışlar / Aktif Toplamı	Mevut dönemde aktifin ne kadar dönüşme uğradığını gösterir. Bu oranın yüksek çıkması işletmenin varlıklarını etkin kullandığını atıl kapasite bulunmadığını düşük çıkması ise boş kapasite ve risklerin olduğunu gösterir.
Özsermaye Devir Hızı	Net Satışlar / Özsermaye Toplamı	Özsermayenin verimli kullanılıp kullanılmadığını gösteren rasyodur. Rasyonun büyük oluşu işletmenin yabancı kaynaklardan geniş ölçüde yararlandığını veya etkin bir Özsermaye kullanımı olduğunu düşük oluşu ise karlılığın olumsuz etkileneceğini gösterir.
Ticari Alacak Devir Hızı	Net Satışlar / Ticari Alacaklar Toplamı	İşletmenin mevcut dönemde alacaklarının kaç kere dönüşme uğradığını gösterir. Bu oran alacakların tahsil ve likidite kabiliyetini ifade eder. Bu oranda ki artış işletme sermayesinin daha az alacaklara bağlandığını başka bir ifadeyle daha az finansmana gereksinimi olduğunu gösterir.

Kaynakça: Ercan ve Ban, 2005:37-50; Usta, 2014:111-128

Tablo 4: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Finansal Yapı Oranları

FİNANSAL YAPI ORANLARI		Firmanın varlıklarının ve kaynaklarının dağılımı gösterir.
Kaldıraç Oranı	$\frac{\text{Toplam Borçlar}}{\text{Toplamı Pasif}}$	Firmanın tüm borçlarının finansal yapı içerisinde ki payını gösteren rasyodur.
Bağımsızlık Oranı	$\frac{\text{Toplam Özsermaye}}{\text{Toplam Borçlar}}$	İşletmenin fon kaynaklarından yararlanma derecesini, işletmenin finansal riskini özsermayesi ile toplam borçları karşılayabilme imkanını gösterir. 1'den büyük çıkması finansal riskten uzaklaştırırken 1 çıkması normal kabul edilir.
Özsermaye Oranı	$\frac{\text{Özsermaye}}{\text{Toplam Pasif}}$	Firmanın finansal yapısında Özsermayenin payını gösterir.

Kaynakça: Ercan ve Ban, 2005:37-50; Usta, 2014:111-128

Tablo 5: Yönetim Birimlerinde Kullanılan Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi ve Tanımlamaları Karlılık Oranları

KARLILIK ORANLARI		Firmanın karlılığını gösteren oranlardır.
Özsermaye Karlılığı	Net Kar / Özsermaye	Firmanın 1 TL' lik özsermayesinin mevcut dönemde yüzde kaç getiri sağladığını gösterir.
Aktif Karlılığı	Net Kar / Aktif Toplamı	Firmanın 1 TL' lik varlığının yüzde kaç kar elde ettiğini ifade eder.
Satış Karlılığı	Net Kar / Net Satışlar	Firmanın net karının yine firmanın net satışlarının oranlanmasıyla net kâr marjını gösteren oran orandır.

Kaynakça: Ercan ve Ban, 2005:37-50; Usta, 2014:111-128

Tıbbi birimler için performans kriterleri olarak; servis başarı düzeyi, servis başına ölüm oranı, yatak devir hızları, ortalama yatış süresi, yatak işgal oranları değerlendirmeye alınır.

Tablo 6: Tıbbi Birimler İçin Performans Kriterleri Hesaplama Yöntemi Ve Tanımlamaları

	Tıbbi Birimler İçin Finansal Durum Göstergeleri	
Oran İsimleri	Yöntem	Tanımlama
Yatak İşgal Oranı (YİO)	Yatılan Gün Sayısı / Teorik Hasta Günü Sayısı	Belirli bir süre (gün, ay, üç ay veya bir yıl) içerisinde hastanede yatarak tedavi edilen hasta sayısının hastanın tedavi edilmesi için hastanede kalması tahmin edilen gün sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir.
Ortalama Yatış Süresi	Yatak Devir Hızı /Yatılan Gün Sayısı	Belirli bir hastalık için hastanede ortalama kalma süresini ifade etmektedir.
Ortalama Yatış Süresi	Yatılan Gün Sayısı / Yatan Hasta Sayısı	Belirli bir hastalık için hastanede ortalama kalma süresini ifade etmektedir.
Yatak Devir Hızı	Yatan Hasta Sayısı / Toplam Hasta Yatağı	Belirli bir hastalık için yatakların ortalama etkin kullanımını ifade etmektedir.
Servis başına ölüm oranı	Ölen Hasta / Yatan Hasta	Belirli dönemde ölen hastaların yatan hastalara oranıyla bulunur.
Servis başarı düzeyi	Taburcu hasta / yatan hasta	Belirli bir serviste başvuran yatan hastaların taburcu olan hastaya oranıdır.

Kaynakça: Yıldız, 2017:154

Tüm bu oranlardan yola çıkarak, kurum içerisinde bulunan bölümleri ziyaret etmiş ve tedavi olmuş hastalar, kullanımın da bulunan yataklar ve ameliyat başarıları gibi süreçlerin performansının incelenmesi; sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetlerin kalitesini, ekonomikliğini, verimliliğini, etkililiğini ve finansal kaynak oluşturduğu içinde finansal durumunu göstermekle birlikte ülkenin sağlık profiline de ön veri oluşturacağı yargısına ulaşılabilir.

1.4. SAĞLIK EKONOMİSİ KAVRAMI

Sağlıkta girdiler belirli bir süre sonrasında kıt veya sınırlıdır ve buna rağmen talep sınırsızdır. Dolayısı ile pazar odaklı veya hükümet tarafından işletilen bir sağlık sistemi olsun veya olmasın ticarete kapalı olması da mümkün değildir. Böyle bir durum içerisinde de sağlıkta tüm işletmeler gibi ekonomi bilimine ihtiyaç duyacaktır (Santerre ve Neun, 2007: 4).

Sağlık sektörü, kendine özgü özelliklerinden dolayı ekonomi biliminin kurallarını diğer sektörlerle nazaran, olduğu gibi kullanamaz ve kısıtlar. Bu durum bazı düzenlemelerle sağlık ekonomisi kavramını oluşturur.

Sağlık ekonomisi kavramının gelişmesinin temelinde; hemen hemen her ülkenin ekonomisinde sağlık sektörünün önemli bir paya sahip oluşu yer alır. Öyle ki dünya da üretilen tüm değerlerin yaklaşık olarak yüzde onluk kısmını sağlık mal ve hizmetleri kapsamaktadır ve bu durum her geçen gün sağlık harcamaların artması ile devamlılık göstermektedir (Ünal, 2013:2).

Sağlık ekonomisi kavramı için ‘‘Kıt olan kaynakların sağlık sektörü içerisinde nasıl tahsis edileceğini inceleyen bilim dalıdır. ‘’ şeklinde formel bir tanım yapılabilir (Çelik, 2011: 50). Sağlık ekonomisi Tokat tarafından ise ‘‘Sağlık sektörüne ayrılmış olan tüm kaynakların veya üretim faktörlerinin (sağlık iş gücü, sermaye, bina, tıbbi donanım vb.) maksimum düzeyde sağlık hizmeti üretmek amacıyla en etkili ve verimli şekilde nasıl kullanılacağını ve de üretilen bu sağlık hizmetlerinin toplumu oluşturan fert ve gruplara en iyi şekilde nasıl bölüşürüleceğini amaçlayan bilim dalıdır.’’ olarak ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır (Tokat 1994:2). Sağlık ekonomisi sağlık harcamalarında ki verimsizliğin önlenmesi amaçlı ihtiyaç duyulan bir bilimdir.

Sağlık hizmeti büyük ölçüde kâr amaçlı değil sosyal amaçlı olduğundan ekonomi kavramı ile birlikte kullanımı da tepki çekmektedir.

Ekonominin sağlıkla birlikte anılması tepki çekse de yapılan tanımlamaların özünde; sağlık sektörünün ulusal ve yerel ekonomilerin harcamalarında büyük pay kapladığını, kullandığı kaynakların sınırsız olmadığını ve bu kaynakların en etkili şekilde kullanılması gerektiği yargısını savunarak sağlık sektörünün ekonomi bilimiyle birleşmesinin temel amacının kaynakların verimli kullanımını sağlamak olduğunu vurgulamaktadır.

1.5. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Sözcük anlamı olarak finansman bir girişime, işletmeye işleyebilmesi ve gelişebilmesi için gerekli para ve krediyi sağlama işlemidir. Sağlık hizmetleri finansmanı ise, genel itibarıyla hizmet sunucularına finansör kurum ve kuruluşlarca kaynak aktarım veya kaynak değişim sürecidir. Bu sürecin temel amacı tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlanmak için yeterli ve sürdürülebilir kaynakları var etmektir (İstanbuluoğlu, Güleç ve Oğur., 2010: 89).

Bir başka tanımda; sağlık finansmanının temel amacı olarak, “beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır” ifadesi kullanılmıştır(WHO, 2000). Özet olarak sağlık hizmetleri finansmanı için; sağlık harcamalarını karşılayabilecek nakitti oluşturmak denilebilir.

Modern sağlık sisteminde sağlık hizmetleri finansmanının işleyişi, hizmeti sunan ve alan grubun arasına dahil edilen üçüncü taraf ödeyicisi ile finansman rolü üstlendirilmesiyle çalışır. Üçüncü taraf sistemde ödeme yapmakla yükümlüdür. Sistemde ödeyicinin var olmasında ki temel neden, bireyin ne zaman sağlık hizmeti ihtiyacının oluşacağını belirsizliği ve alınan hizmetin çoğu zaman maddi olarak karşılanamayacak boyutlara ulaşabilme ihtimalidir (Tatar, 2011:105).

Ödeyici var olması; sağlık hizmetine ihtiyaç duyulması halinde yararlanıcıya erişim kolaylığı da sağlanmış olur.

Şekil 3: Sağlık Hizmetleri Finansman Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002:2

Sağlık finansmanını özetler nitelikte yer alan şemada kaynak değişiminde özetler niteliktedir.

Kaynak aktarım işlemi; birinci taraf, yani hasta tarafından ikinci tarafta yer alan sunucuya doğrudan ödeme yapılmasıdır. Kaynak akışı doğrudan doğruya hasta ile hizmet sunucusu arasında gerçekleşebilmektedir. Bu, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen en basit transfer şeklidir. Karmaşık transfer şekli ise, bir üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına veya hastalara ödeme yapmasıdır. Bu işlem ise gelirle orantılı prim toplanması ve primlerin üçüncü taraf ödeyicisi aracılığı ile doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmasıdır (Güvercin ve diğerleri 2016:83).

Sağlık finansmanı gelir toplama, fon biriktirme ve sağlık hizmetleri satın alınmasını sağlama şeklinde çalışır (Gottret ve Schieber, 2006:47).

Gelir toplama işlevi; kimler tarafından ödeme yapıldığı, ödeme türleri ve gelirlerin kimler tarafından toplanacağı kısmını içerir (Mossialos ve Dixon 2002:6). Bu işlem hane halkları personel çalıştıran kurumlar, kuruluşlar ve hükümet tarafından, vergiler, GSS primleri, bireysel tasarruflar, cepten ödemeler ve bağışlar aracılığı ile gerçekleştirilebilir.

Fon biriktirme işlemi; toplanan gelirlerin yönetilmesi sürecidir. Bu süreçte olası bir sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda gelirin bir kısmının biriktirilmesi ve harcamaya hazır hale gelmesi sürecidir. Olası bir sağlık hizmeti ihtiyacı oluştuğunda ise bu fonda biriken gelirlerle sağlık hizmeti ihtiyacının bedeli hizmet sunucularına ödenir. Bu aşamada ise satın alma işlevi gerçekleşir ve sağlık hizmetleri finansmanı sağlanmış olur.

1.6. DÜNYADA KULLANILAN SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetleri finansmanı farklı şekillerde toplanan fonların dağıtımı ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri finansman yöntemleri ise fon kaynaklarının toplanmasına bağlı olarak oluşturulmuş modellerle işler.

Dünya da sağlık hizmetleri finansmanı temelde iki modele dayanır ve bunlar; “Beveridge” ve “Bismarc” modelidir. Beveridge modeli; temel finansman kaynağı olarak vergi gelirlerinden oluşmaktadır. Bismarc modeli ise; sosyal sigortalar üzerine yoğunlaşmaktadır (Ateş 2012:102).

Uygulama olan finansman yöntemleri bu iki modelin değişik kombinasyonlarından oluşturulmuştur. Dünya da ve ülkemiz de kullanılan sağlık hizmetleri finansman yöntemleri ise;

-Vergi Gelirleri ile finansman

- Sosyal Sağlık Sigortası
- Özel Sağlık Sigortası
- Tıbbi Tasarruf Hesabı
- Cepten Harcamalar
- Bağışlar dır.

1.6.1. Vergiler İle Finansman

Vergilerle finansman yöntemi günümüzde en sık kullanılan sağlık hizmetleri finansman yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yöntem literatürde Beveridge Modeli olarak da adlandırılmaktadır. Vergilerle finansman sistemi temel olarak sağlık

harcamalarının vergi ödemeleri veya vergilerle finanse edilen payın diğer birleşenlerden yüksek olduğu şeklinde tanımlanabilir (Uğurluoğlu ve özgen 2008:137).

Vergilerle finansman yöntemi işleyiş olarak, vergiler doğrudan veya dolaylı olarak fon havuzunda toplanmakta ve devlet bütçesi aracılığı ile sağlık hizmetleri finansmanı sağlanıp kontrol edilmektedir. Bu sistemde, tüm vatandaşlar sağlık hizmetlerine erişim sağladığında belirlenen katkı payları ödemeleri dışında ücretsiz olarak yararlanır. Vergilere dayalı finansmanda kritik olan durum, ülkenin ekonomik durgunluk döneminde olduğu zaman sağlık sektöründe maliyet sınırlamasının yaşanabilecek oluşudur (Tatar 2011:113).

Dünya da sağlık hizmetlerini ana gelir kaynağı olarak bölgesel veya yerel vergilerle finanse eden ülkeler içerisinde İngiltere, Fransa, İtalya, Bulgaristan, Danimarka, Finlandiya, Norveç, Yunanistan ve İspanya gibi ülkeler yer almaktadır. (Mossialos ve Dixon 2002:15).

Vergilerle finansman yönteminde sağlık hizmetleri finanse edilirken ülkede ki tüm vatandaşlara bir pay düşmektedir ve ülkede ki vergilerin toplanma şekillerine bağlı olarak hakkaniyet tartışmaları yaşanmaktadır. Bu tartışmaların temel sebebi finansal yükün çoğunluğu kimin üstleneceğinin belirsiz oluşudur. Yani yüksek gelir gruplarının ödediği vergilerin düşük gelir gruplarının da kullandığı sağlık hizmetinin finanse edebilecek oluşudur.

1.6.2. Sosyal Sağlık Sigortası

Bismarck yöntemi olarak da adlandırılan bu model, bilinen diğer adıyla sosyal sağlık sigortası modelidir. 1883 yılında gönüllülük esasına dayalı mevcut sigorta sisteminin devlet tarafından yürütülmesinin zorunlu hale getirildiği Almanya’da geliştirilmiştir (Uğurluoğlu ve özgen 2008:140). Sosyal sağlık sigortasının Avrupa da kullanılan iki farklı türevi vardır. Bunlardan ilki Batı Avrupa da Bismarck modelini takip eden yerleşik sosyal sağlık sigortası sistemleridir. Bir diğeri ise komünizm çöküşünden sonra kurulan ülkelerde kullanılan Semashko tipidir. Semashko tipi sistem de sigorta şirketleri devletten bağımsızdır ve tüketiciye daha fazla imkân sunmaktadır (Mossialos ve Dixon 2002: 16-17).

Kamu denetiminde ki sigortalar daha önceden belirlenen kişilerin; belirli oran da prim ödemek suretiyle sigortalandığı, çalışan ve işveren katkıları ile finanse edilip devlet katkısı olan bir sistemdir (Ateş 2012:181).

Sisteme de çalışanlar, iş verenler ve devlet, sosyal sağlık sigortası fonuna prim ödemeleri yoluyla katkıda bulunurlar. Şirketlerin ve çalışanların yaptıkları ödemeler genellikle çalışanın aldığı maaşın miktarıyla ilişkilidir (Uğurluoğlu ve Özgen 2008:140). Sistemde çok kazanan daha çok öder ancak risk tüm üyelere paylaştırılır, yani en çok ihtiyacı olanın primlerin de artma olmaz. Bu durum da hizmete ihtiyacı olan düşük gelirli olanın koruduğu hakkaniyete daha saygılı bir sistem oluşturur (Uz 1998:97).

Sosyal sağlık sigortası içerisinde var olan dezavantajlar ise; işverenlerin sigorta maliyetlerinin bir kısmına katkı da bulunmasıyla işçilik maliyetlerinin artması ve ülkenin uluslararası ekonomide gücünü azaltabilecek boyutta ulaşabilmesidir. Ayrıca yaşlı ve işsizlerin sağlık erişimini sınırlandırabilmektedir (Mossialos ve Dixon 17).

Adından anlaşılacağı üzere sosyal sağlık sigortası, toplumun tamamını kapsamayı amaçlayan bir sistemdir. Sosyal işlevi vardır. Sosyal sağlık sigortası sistemine ülkemizde kullanılan SSK örnek olarak gösterilebilir ve katılım zorunluluğu vardır. Yani çalışan nüfus bireysel veya kesinti şeklinde ödemeleri yaptırılarak sisteme dahil edilir.

1.6.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası, kişinin sosyal sağlık sigortası olsun veya olmasın karşılaşacağı hastalık ve / veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür.

Özel sigorta sisteminde gönüllük esası vardır. Kişilerin serbest iradesiyle oluşturdukları sözleşme ile meydana gelebilecek riskler teminat altına alınmış olur. (Çelik 187).

Özel sağlık sigortası oluşabilecek hastalık durumun da yüksek ödemelerle karşılaşmamak, hizmet alabileceği kurum ve hekim sayısını artırmak ve daha kısa sürede hizmete ulaşmak için tercih edilen bir sistemdir. Tamamen gönüllük esasına

dayalıdır ve ileride oluşabilecek tedavi ihtiyacı için kişinin güvence altında olma istediğinden yapılmaktadır.

Özel sağlık sigortası ikame veya tamamlayıcı olarak sınıflandırılabilir. Ülkemizde hem tamamlayıcı sağlık sigortası hem de özel sağlık sigortası kullanım bulunmaktadır. İkame sigortası, yasal sigortaya bir alternatiftir. Almanya ve Hollanda gibi ülkeler de yüksek gelire sahip kişiler ikame sağlık sigortası tercih etmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, yasal sağlık hizmetleri sistemi tarafından hariç tutulan ya da tam olarak kapsamayan hizmetler için tam ya da kısmi bir teminat sunmaktadır (Mossialos ve Dixon 2002:19-20).

Özel sağlık sigortasının sosyal sigortadan farkı, kişilerin ödemesi gereken primleri havuz mantığı ile değil kişisel risk ve hastalanma olasılıklarına göre oluşturulmasıdır. Bu da kişi ve gruplar için farklı prim tutarları demektir. Özel sağlık sigortası genellikle gelişmiş ülkeler de ve sağlık hizmet sisteminin bulunmadığı ülkelerde yaygın kullanılmaktadır (Uz 97-98).

Özel sağlık sigortasının en önemli yararı, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine olanak tanıyarak, sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirli kişilere yönlendirilmesine imkân tanınmasıdır (Uğurluoğlu ve Özgen 2008 :143).

1.6.4.Tıbbi Tasarruf Hesabı

Tıbbi tasarruf hesabı, bireylerin sağlıkla ilgili harcamalarını kontrol ederek, gelecekteki sağlık harcamaları için birikim yapmalarını sağlamak amacıyla oluşturulan vergiden muaf bir hesaptır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 145). Tıbbi tasarruf hesapları finansman mekanizmalarının karışımı olarak görülmelidir. Sistemde düşük gelirli insanlar için kamu fonu ödeme yapar, diğer bireyler gelirlerinin bir kısmını düzenli olarak tıbbi tasarruf hesabına yatırır ve sağlık bakımları için kullanır. Tamamen bireysel tasarruflara dayalı bir sistemdir(Mossialos ve Dixon, 2002:21).

Bu sistem uluslararası literatürde kapsamlı bir şekilde tartışılmaktadır. Tartışmaların temelinde hesapta tutulan tutarın vergilerden muaf oluşu ve birikimin farklı amaçlarda değerlendirilebilecek oluşudur. Singapur da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sınırlı ölçüde uygulanmaya konmuştur. ABD de uygulama bulmasının

temel sebebi; hastaların sağlık hizmetinin maliyetinden tam olarak haberdar olmalarını sağlamak ve daha fazla fiyata duyarlı hale gelebilecekleri düşünerek gereksiz hizmetlere olan taleplerini azaltarak maliyet enflasyonunu azaltma arzusudur (Mossialos ve Dixon, 2002:22).

1.6.5. Cepten Harcamalar

Cepten yapılan ödemeler; bireyin gerçekleştirdiği ödemeler olup bu kapsamında doğrudan ödemeler, resmi maliyet paylaşımı ve gayri resmi ödemeler yer almaktadır. Doğrudan tüketicinin ödediği tüm maliyetleri içerir. Doğrudan ödemeler, herhangi bir sigorta kapsamında olmayan hizmetler içindir. Diğer ödemeler, fayda paketinde yer alan, ancak tam olarak kapsamayan ya da toplanan gelirden finanse edilmesi gereken hizmetler için sunulan ve tüketiciden ek ödeme talep edilen durumları kapsar (Mass ve Dixon, 2002: 22).

Cepten ödemeler üç farklı aşamada gerçekleşmektedir (Çelik 194-197)

- Doğrudan yapılan ödemeler sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu ve / veya uzun bekleme süresinden dolayı sağlık hizmetine ulaşmak için yapılan ödemeler,
- Kullanıcı katkıları veya maliye paylaşımı alınan hizmete karşılık ek kaynak yaratması için tüketiciden alınan pay,
- İnfomal (masa altından) yapılan ödemelerdir.

Sağlık hizmet kullanımı karşılığında sosyal sigorta sahibi dahi olursa eczane de yapılan ilaç farkı ödemeleri de cepten ödeme kapsamındadır. İnfomal olarak yapılan ödemeler de cepten ödeme kapsamının da değerdendirilir ve cepten yapılan ödemeler ülkenin yasalarına göre resmi ve gayri resmi hal alabilmektedir. Yüksek kesim grubu için cepten ödemeler bir sorun teşkil etmese dahi düşük gelirli hane halkları için yıkıcı etkiye ve gelirin büyük bir kısmını kaybetmeye neden olabilmektedir.

1.6.6. Krediler ve Başışlar

Kredi ve başışlara kapsamında sivil toplum örgütleri tarafından gerçekleştirilen başışlar ve hibeler yer almaktadır.Başışçı kurumlardan yapılan transferler ve uluslararası bankalardan sağlanan krediler sağlık finansmanı olarak kullanılır. Kredi ve başışlarla sağlık finansmanı sağlanması Afrika gibi düşük gelirli ülkeler de daha çok rastlanmaktadır. (Mass ve Dixxon, 2002: 25).

Sağlık hizmetleri için ek finansman oluşturan başışlar yurtiçinde bulun kişiler tarafından gerçekleştirildiğinde bir fırsat maliyeti yaratabilmektedir, vergi indirimi varsa başışçıya ekonomik bir hak da sağlamaktadır ancak bu durum sağlık finansmanı için bir fon kaynağı oluştursa dahi devamlılığı şaibelidir.

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYEDE SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME MODELLERİ

2.1. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME SİSTEMLERİ

Marc Roberts'ın "Neyin ödemesini yaparsanız onu alırsınız." sözü aslında ödemenin etkisini gerçekçi ve yalın olarak ifade etmektedir (<http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/120/Saglik-sisteminde-odeme-mekanizmalari.aspx>). Sağlık işletmecileri de diğer işletmeciler gibi karın maksimum kılınması için iktisadi davranırlar ve ödeme mekanizmalarına göre faaliyetlerini düzenleyerek gelirlerini en üst düzeyde tutmak isterler. Ayrıca yapılan birçok araştırma da geri ödeme sistemlerinin sağlık hizmeti sunan kuruluşların hizmet üretimini ve sunuşunu etkilediğini desteklemektedir (Arık; 2016:83).

Sağlık hizmetleri sunucularına ödeme yapmak amacıyla tasarlanmış birçok farklı yöntem mevcuttur ve her yöntem; sağlık hizmetleri kalitesi, verimlilik ve hizmetlerin yönetimin maliyetleri üzerinde farklı etkilere sahip olmaktadır (Normand ve Weber, 2009:81). Ödeme sistemleri sağlayıcıların makul bir gelir elde etmesine izin vermelidir ki sağlayıcılar iyi kalitede hizmetler üretmeye motive olabilsin ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle bu durum daha da önemlidir; iyi tasarlanmış bir sağlayıcı ödeme sistemi ideal olarak atık ve gereksiz hizmet sunumunu önlemektedir (Normand ve Weber, 2009:81-82).

Sunuculara ödeme yapmak için tasarlanmış sekiz adet temel ödeme mekanizması mevcuttur. Bu mekanizmalar; hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, günlük ödeme, maaş, performans ödemesi, vaka başına ödeme, global bütçe ve genel bütçedir. Bu mekanizmalara gelir oluşturan ve resmi olmayan informal ödemeler de dahil edilebilir. Dünya genelinde kullanım bulan temel ödeme mekanizmaların bir kısmı, doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarına hem de hastaneler ve diğer sunuculara ödeme yapmak amaçlı kullanıma uygundur. Bir kısmı ise sadece kurum ve kuruluşlar için kullanılmaktadır.

Tablo 7: Sunuculara Ödeme Yapmak Amacıyla Tasarlanmış Ödeme Mekanizmalarının Temel Türleri Ve Kullanım Alanları

Ödeme Yöntemi	Ödeme Birimi	Doktorlar Ve Diğer Sağlık Çalışanları	Hastaneler Ve Diğer Sağlayıcı Kurumlar
Hizmet Başı Ödeme	Hizmet Birimi	Kullanılabilir	Kullanılabilir
Maaş	Zaman	Kullanılabilir	Kullanılamaz
Maaş Ve İkramiye	Zaman Ve Performans	Kullanılabilir	Kullanılabilir
Kişi Başı	Kayıt Olan Kişiler	Kullanılabilir	Kullanılabilir
Günlük	Günler	Kullanılamaz	Kullanılabilir
Kabul Başı	Kabuller	Kullanılamaz	Kullanılabilir
Vaka Başı	Hastalığın Katagorisine Göre Kabuller	Kullanılamaz	Kullanılamaz
Genel Bütçe	Bütçe Kalemi	Kullanılamaz	Kullanılabilir
Global Bütçe	Hastane Harcaması	Kullanılamaz	Kullanılabilir

Kaynakça: Roberts ve diğerleri 2010:194

2.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Ödeme Sistemleri

2.1.1.1. Genel (Harcama Kalemleri) Bütçe

Yaygın olarak kullanılan bir ödeme modeli olan genel bütçe yöntemi kurumsal bir ödeme mekanizmasıdır. Harcama kalemleri bütçeleme modeli (genel bütçe) doğrudan merkezi otorite veya hükümet tarafından yönetilen sağlık sistemlerinde daha çok kullanılmaktadır (Barnum ve diğerleri, 1995: 3). Bütçelenen miktar, tipik olarak tesisin vaka yükünün, personel sayısının ve geçmiş bütçelerin bir tür karışımına dayanmakta ve çoğunlukla enflasyona göre ayarlanmaktadır. Bu bütçe yöntemi genelde hastane müdürlerinin ihtiyaçları fazla tahmin etmesi ve bütün bütçeyi

harcamasına teşvik eden bir yöntemdir. Çünkü Maliye Bakanlığı bütçeyi onayladıktan sonra değiştirilmesi çok az ihtimalle mümkün olmaktadır. Bütçede kalan fazla kaynak hangi amaç için ayrılmışsa sadece o amaç için kullanılması gerekmektedir ve bu durum atıl kullanıma neden olacak, ihtiyaç duyulan bölümde kaynak yetersizliği oluşturabilecektir (Roberts ve diğerleri 2010:202; Top ve Tarcan, 2007:173).

Genel bütçeler kaynak israfına ve teknik verimsizliğe neden olacak olumsuz sonuçlarına rağmen az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla kullanım bulmaktadır. Bunun başlıca nedeni yeterli bilgi ve beceriye sahip yöneticilerin bulunmayışıdır. Böyle bir durumda Sağlık Bakanlığı ve diğer sosyal güvenlik mekanizmaları özellikle taşrada sağlık yöneticilerinin harcamalarını harcama kalemleri bütçeler yöntemi ile kontrol altına alma çabasıdır. Gerçeğe uygun hazırlanabilirse kaynak israfını da önleyebilecek yapıya sahip olan sistem iyi eğitilmiş, yeterli bilgi ve beceriye sahip yöneticilere ihtiyaç duyar. Genel bütçe yönteminde personelin verimliliği geliştirilmek isteniyorsa performans dayalı ödeme ve ödüllendirme sistemlerine harici olarak başvurulması gereklidir (Barnum ve diğerleri, 1995: 5-6).

2.1.1.2. Global Bütçe

Global bütçe yöntemi de genel bütçe gibi kurumsal ödeme mekanizması içerisinde merkezi otorite destekli bir ödeme sistemidir. Global bütçe doğrudan merkezi otorite tarafından önceden hesaplanan her şey dahil bir işletme bütçesi belirlenmesi olarak tanımlanabilir. Global bütçe yöntemi yaptırımları olan bir sistem olarak karşımıza çıkmaktadır. (Top ve Tarcan, 2007:173).Kurumlara merkezi otorite tarafından hedefler konur ve belli çıktı hedeflerini (yatak günü sayısı veya ayaktan tedavi vizite sayısı gibi) karşılatmayı amaçlar. Karşılandığı takdirde kuruma daha fazla ödeme yapılır aksi durumda kurum cezai yaptırıma maruz kalır. Global bütçe, hizmetleri birleştirmenin en geniş kapsamını temsil etmektedir. (Aral,2014:21). Bir yıl boyunca her hasta üzerinde gerçekleştirilen her hizmet, tek bir ödeme şeklinde toplanmaktadır. Bir başka ifadeyle kuruma yıllık veya aylık tek bir para verilmekte ve müracaat eden hastaların hepsinin tedavisi beklenmektedir (Roberts ve diğerleri 2010:202)

Global bütçe uygulamasının temel nedeni sağlık hizmetlerinin maliyetlerini kontrol altına alma arzusudur. Global bütçe yöntemi de beklenildiği gibi; harcamaları

kontrol altına alınmasını sağlar, kaynakların verimli kullanılmasına imkân verir (Pinto ve Andersson, 2001:9).

Günümüzde SGK ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler ürettikleri sağlık hizmetlerine karşılık olarak global bir ödeme alırlar. Ülkemiz de genellikle global bütçe için belirlenen tutar; harcama kalemleri(genel), kişi başı ödeme ve vaka başı ödeme yöntemleriyle uyumlaştırılmış ve geçmiş dönem harcamaları baz alınarak uygulanır (Aral,2014:21).

2.1.2. Sağlık Hizmetlerinde Aylık Ödemeler

2.1.2.1. Maaş

Hemen hemen her sektörde uygulama bulan maaş ödemesi sağlıkta personel (sunucu) ile sağlık fonu arasındaki gerçekleştirilen iş sözleşmesine dayanan ve bu anlaşma uyarınca sağlık fonunun personele aylık bir ücret ve sosyal güvenlik sistemine işverenin yaptığı katkılar gibi ilave yardımların ödendiği bir yöntemdir.

Çalışana verilecek olan maaş, verilen hizmetlerin miktarı ile ilişkili değil niteliklere ve çalışma yıllarına göre belirlenmektedir. Genellikle diğer devlet görevlerinde çalışan kişilerin maaşlarıyla da benzer tutardadır. Bu nedenle maaş miktarı, hasta ziyaretleri, vaka sayısı, vaka şiddeti gibi etmenlerden etkilenmemektedir. Ödenen miktar tedavi edilen hasta sayısına bakılmaksızın her ay aynıdır. İstihdam, tam zamanlı veya yarı zamanlı da olabilir ve sözleşmeler bazen personelin çalışmadığı zaman dilimlerin de çalışanın özel danışmanlık gibi ek taahhütler üstlenmesine izin verebilir. Ek taahhütler kapsamında sağlık personel mesaisi dışında işverene ait tesisleri kullanabilecek ve kullanımdan kaynaklı oluşacak masrafları karşılamak için bir miktar ödemede bulunabileceklerdir (Chawla ve diğerleri,1997:6; Normand ve Weber 2009:82).

Bu sistem istihdam edilen aile hekimleri, hemşire fizyoterapistler, gibi hizmet veya ürün üreten her türlü bireysel sunuculara uygulanır. Kurum ve kuruluşlar için uygulanamaz. Düzenli olarak varlığına ihtiyaç duyulan kişiler istihdamı maaş yoluyla sağlanır. Beceri ve desteğine ihtiyaç duyulan diğer durumlar da sunucular genellikle dış kaynak olarak kullanılır.

Maaş sisteminde sunucunun ne kadar fazla hastaya ulaşmış olması ücret üzerinde etki etmeyeceği için; iş başında daha az zaman harcama, kamu hastanelerinde uzun kuyrukların oluşması, bekleme sürelerinin artması ve hizmet kalitesinde düşüş olası etkiler içerisindedir. Ayrıca kamu kesimindeki hekimlere ödenen maaşlar, özel muayene için verilen ayrıcalıklarla bağlantılıdır. Kamu kesiminde maaşlı çalışan hekimler, özel sektörde veya kendi muayenelerini açmak suretiyle çalışmayı tercih ederek kazançlarını artırmak isteyebileceklerdir. Bu durumun temel sebebi maaş sisteminin deki ücret yetersizliğidir. En iyi doktorların yüksek maaşlar için özel sektöre yönelmesini önlemek için ek ödeme ile önlem alınması gereklidir. (Witten ve Ensor 2002:82; Pinto ve Andersson, 2001:16-17).

Sistemin olumlu ve olumsuz bazı etkileri vardır bunlar; (Chawla ve diğerleri 1997:6-7-8)

- Hekimlerin herhangi bir hastaya erişimi reddedecek bir durum yoktur. Alınacak ücret tarifesi ileriye dönük olarak karara bağlandığından ve sabitlendiğinden, hekimlerin herhangi bir hastaya tedaviyi inkâr etmek için hiçbir sebebi yoktur her hasta ve vaka kabul edilir.
- Hekimler, hastaya sunulan hizmetlerin sayısını sınırlamaz ve bu nedenle işletme maliyetlerini düşürme konusunda herhangi bir çaba göstermeyeceklerdir.
- Doktorların bakım kalitesine veya hasta memnuniyetine yönelik herhangi bir özen göstermeleri için hiçbir maddi teşvik yoktur, çünkü ücretleri hiçbir şekilde etkilemeyecektir.
- Hastaya muhtemelen gereken hizmetler ve müdahaleler yapılır. Bu sistemde aşırı tedavi ve gereksiz müdahaleler olası değildir.
- Bakıma erişim, hekimin görevine zaman ayırabileceği sınırlı zaman ile sınırlı olabilir.
- Hastalar potansiyel olarak en uygun bakımdan daha az yararlanabilir ve hem kalite hem de bakım miktarı tehlikeye atılabilir.

Gosden ve arkadaşlarının hazırlamış olduğu maaş sistemine yönelik incelemelerde; maaş ödemesinin, hizmet başı ödeme ve kişi başı ödeme yöntemleri ile karşılaştırıldığında da düşük üretkenlik ile bağlantılı olduğu yönünde kesin olmayan kanıtlar bulmuştur (Roberts ve diğerleri 2010:199). Maaş sistemi üretkenliğe artı değer katması için performans ödemeleri ile desteklenmesi gereklidir.

2.1.2.2. Maaşa Ek İkramiye (Performansa Dayalı) Ödeme Sistemi

Performans ödemeleri; bonus veya ek ödeme olarak da nitelendirilir. Performans ödemesinin temelinde; belirli hedeflere ulaşmak için teşvik edici oluşu yer alır ve temel ödenek mekanizmasına (maaş) ek olarak yapılan ödemelerdir. Belirlenen hedefler hem ekonomik hem de ülkenin sağlık politikasıyla ilişki içerisindedir. Bu hedeflerin başarısının izlenmesi de etkili bir kontrol mekanizmasına ihtiyaç duyacak yapıya sahiptir (Normand ve Weber, 2009:97).

Performans ödemeleri için uygulanan gelen bir kural bulunmamaktadır. Performans ödemesinin düz maaş sisteminde düşük olan üretkenliği teşvik edebilecek kadar yüksek olması yeterlidir. Teşvikin yüksek oluşu da beraberinde dolandırıcılık riskini getirebilir bu riskin ortadan kaldıran ve / veya azaltan yine kontrol mekanizmasıdır. Sağlık hizmetlerinde performans başına ödeme yapılması her ne kadar eleştirilse de dünya çapında birçok kurum maaş temelli sistemlerine performans bileşeni eklemekte ve kontrol mekanizması ile kontrol altında tutmaktadır (Roberts ve diğerleri 2010:199).

Parasal performans sadece üretkenliği teşvik eden yöntemlerden biridir ve performansa etki eden diğer (hayatta kalma isteği, kaliteli yaşam vb.) iç faktörlerde önemlidir. Ödeme mekanizmalarında bu faktörleri standartlaştırmak pek mümkün değildir. Amaç mümkün olan en iyi sağlık hizmetini performans ödemesi yaparak desteklemektir.

Tablo 8: Doktorlar, Diğer sağlık Çalışanlarına Uygulanan Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Riski Üstlenen				Tedarikçi Teşviki Konuları		
Ödeme Yöntemi	Ödeyen	Tedarikçi	Tedavi Edilen Veya Kayıtlı Hasta Sayısını Artırmak	Ücretlendirilebilir Hizmet Birimi Veya Konsültasyon Başına Hizmet Sayısını Azaltmak	Bildirilen Ciddi Hastalıkları Artırmak	Daha Sağlıklı Hastaları Seçmek
Hizmet Başı Ödeme	Tüm Risk Ödeyen Tarafından Üstlenilir	Risk Üstlenmez	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Maaş	Tüm Riski Üstlenir	Doktor Risk Üstlenmez	Hayır	Uygun Değil	Uygun Değil	Hayır
Maaş Ve İkramiye	Maaş Kısmı	İkramiye Kısmı	Evet	Uygun Değil	Uygun Değil	Evet
Kişi Başı Ödeme	Zararı Durdurma Tavanın Üzerindeki Miktar	Risk Tavanına Kadar Tüm Riskler Tedarikçide	Evet	Uygun Değil	Hayır	Evet

Kaynakça: Roberts ve diğerleri 2010:200

2.1.3. Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Diğer Resmi Ödemeler

2.1.3.1. Hizmet Başına Ödeme

Hizmet başına ödeme yöntemi hem kurum hem de sağlık çalışanları için kullanılabilen bir yöntemdir. Hizmet başına ödeme; verilen her bir hizmet ve / veya ürün için yapılan ödemeler olarak tanımlanabilir. Bir eczane için vermiş olduğu ilaç ve ürün grubu üzerinden bir birim başına doktorlara ise sunmuş oldukları muayene veya konsültasyon başına ödeme yapılması hizmet başına ödemedir. Hizmet başına ödeme yöntemi kullanılırsa tıbbi her hizmet ve eylemlerin ayrı ayrı çıkartılıp, fiyatlarının hesaplanması gereklidir ve bu durum da maliyet kontrolünü zorlaştıracaktır (Çelik,2007:180).

Hizmet başına ödeme yönteminde her bir hizmet kalemi için ödenecek tutarlar önceden belirlenmektedir ve bu tutarlar hizmet için tam fiyatı veya en yüksek fiyatı ifade edecektir. Fiyatın yorumlanması ülkelere göre farklıdır, örneğin Almanya'da hastalarını tedavi etmek isteyen hekimler belirlenmiş bir programa uymak zorundadırlar; programda alınan ücretlerden daha yüksek veya daha düşük ücret talep etmeleri yasaktır. Belçika ve Fransa'da, ücret çizelgesi önerilen bir fiyat grubunu temsil eder; böylece hekimler, tarifede listelenenlerden daha yüksek ücret talep etme seçeneğine sahiptir. Bazı ülkelerde ise hekimlerce daha fazla ücret alınmasına izin verilmemektedir, ancak belirlenen ücret tarifesiinden daha az ücret alınabilir. Sunucular kendileri ücret çizelgelerini de sunabilme imkanına sahiptir, ücret tarifelerini yayınlayan ve şeffaf bir pazarlama argümanı haline getiren hastane ve muayenehane örnekleri de vardır (Normand ve Weber 2009:86).

Sistem işleyişi bakımından incelendiğinde; sağlık hizmeti sunucularının daha kısa sürede daha fazla hasta bakma isteğine yöneltecek şekildedir, sağlık hizmetleri alanındaki yararlanıcılar, sağlık bakım ihtiyaçları hakkındaki kararlarını çoğunlukla sunucular tarafından verilen tavsiyeye dayandırma eğilimindedir. Hekimlerin hizmet hacmini artırma konusunda teşvik edilmeleri hizmetlerin aşırı tedarik edilmesi ve aşırı kullanılması eğilimi sergiletecektir. (Chawla ve diğerleri, 1997:17).

Farklı bir şekilde ifade edilecek olursa hekim, hastaya isteği doğrultusunda gereksiz dahi olsa her hizmeti sunacaktır.

Hekimler gelir artırma isteği doğrultusunda daha fazla yararlanıcıya ulaşmak için popülasyonun daha yoğun olduğu bölgeleri tercih edebilirler. Bu durumun gerçekleşmesi belirli bölgelerde yığılmaya neden olacağı gibi bu bölgeler dışında kalan yararlanıcıların sağlık hizmetlerine ulaşımını da zorlaştıracaktır. Bir başka durum ise sunucular; yararlanıcıya ihtiyacından fazla hizmet almaya yönlendirebilir ve karmaşık tedavi gerektiren hastaları bakıma almaktan kaçınabilirler (Chawla ve diğerleri, 1997:17). Hizmet başına ödeme sistemi sağlık hizmeti kalitesi, ulaşılabilirliği ve sağlık hizmeti maliyetine belirsizlik katacak yapıya sahiptir.

Ödeme sisteminin; kaliteli hizmet çıktısı sağlaması, aşırı kullanımın önüne geçilmesi ve avantajlı hale gelmesi ancak oluşturulacak hizmet / fiyat listesinin çok iyi bir şekilde tasarlanması ile mümkün olmaktadır (Benli, 2011:12). Hizmet başı ödeme sistemin de hastaların optimal tedavi düzeyi ve kalitesini alması muhtemeldir, ancak aşırı tedavi ve gereksiz müdahale riski her zaman vardır (Chawla ve diğerleri 1997:17).

Her ne kadar hem teori hem de kanıtlar, hizmet başı ödemenin ödeme yöntemlerinin maliyeti artırma etkisine işaret ediyor olsa da bu yöntem, halen gelişmekte olan ülkelerde özel sektör hastaneleri ve bireysel uygulayıcılara ödeme yapmak için geniş kapsamlı olarak kullanılmaktadır. Bu, gelişmekte olan ülkelerdeki hükümetin, özel sektör tedarikçilerine karşı olumlu bir ihmal politikası sergilemesi ile açıklanabilir. Bu yüzden, tedarikçiler kendi ödeme birimlerini ve düzeylerini belirlemekte ve hizmet başı ödemeyi seçmektedir; çünkü bu en kolay, en kârlı ve en esnek yöntemdir. (Roberts ve diğerleri, 2010:198). Günümüzde SGK, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde sağlık uygulama tebliği ekli listelerine göre hizmet başı ödeme yapılmaktadır (Aral, 2014:22).

2.1.3.2. Kişi Başına Ödeme

Kişi başı ödeme yöntemi, global bütçe yönteminin bireyselleştirilmiş hali olarak da düşünülebilir (Aral, 2014:22). Kişi başına ödeme yöntemi, bir kişinin belirli bir zaman aralığında genellikle bir yıl içerisinde kullanacağı tüm sağlık hizmetleri için ödeme yapmak amacıyla kullanılan bir yöntemidir. Kullanım da olan en yaygın hali pratisyen hekimlere kayıtlı olan her bir hasta başına ödenen sabit orandır. Kişi başı ödeme yöntemi temel sağlık hizmetleri, uzman hekimler ve yatan hasta hizmetleri

veren kurumlar için ödeme yapmak amacıyla kullanılır (Roberts ve diğerleri, 2010:198). Kişi başı ödeme yöntemi basit olarak kayıtlı her hasta için standart tarife veya daha karmaşık hali ile ücretlerin hastanın yaşı cinsiyeti gibi demografik yapıya göre değişkenlikler göz önüne alınarak hesaplanmasıdır.

Kişi başı ödeme yönteminde hekim değiştirilmesi de kolay değildir çünkü sistem sürekli olarak sigortalı kişiyi aynı hekimi kullanmaya teşvik eder yapıdadır. Yararlanıcı tıbbi geçmişi bilindiği yerle ilişki kurar, bu durum hafif hastalıklar ve kronik hastalıkları olan yararlanıcıya uygun seviyede, hızlı müdahale ve bakım imkânı sağlar. Hekim hastanın durumuna hakimdir. (Chawla ve diğerleri, 1997:13; Normand ve Weber, 2009:96).

Kişi başı ödeme yönteminde risk çoğunlukla sunuculara yüklenmektedir. Sunucuların hasta tercihi hakkı mevcut olduğu durum da düşük riskli yani daha az kaynak daha yoğun ilgi gerektiren hastalara yöneleceklerdir. Bu durumda da yararlanıcı muhtemelen gerekli hizmetleri ve müdahilleri almasıyla sonuçlanacaktır (Chawla ve diğerleri 1997:13).

Kişi başına ödeme sistemi maliyetleri karşılamak için iyi tasarlanmış, atıklara veya gereksiz maliyetlere neden olacak herhangi bir parametre barındırmayan bir yapıdadır. Kişi başı ödeme sisteminin yönetim maliyeti hizmet içi ücretli sistemlere nazaran daha düşüktür lakin kalite standartlarını korumak için doktor veya hastaneye kayıt yaptıran hasta sayısı sınırlandırılmış olmalıdır (Normand ve Weber, 2009:96).

2.1.3.3. Vaka Başına Ödeme

Vaka başı ödeme yöntemi hizmet başı ödeme yöntemine benzer bir yapı sergilemektedir. Vaka başı ödeme yöntemi; karşılaşılan ve tedavi edilen her bir vaka için yapılan belirli bir ödemeyi ifade eder. Birbirinden farklı vakalar için ayrı bir ödeme tarifi sistemi de yoktur. Sunucuların vakanın tedavi edildiği sürede gerçekleştirdiği maliyetler göz önüne alınmadan daha önceden belirlenen fiyat tarifi uygulanır.

Vaka ödemelerini gerçekleştirilirken iki ödeme yöntemi kullanılır;

- Belirlenmiş taban fiyatlar üzerinden (sabit oran)
- Oluşturulan tanı çizelgesi (vaka sınıflandırma) dir.

Belirlenmiş taban fiyat (sabit oran) yönteminde; sunucunun bakmış olduğu her vaka standart kabul edilip zorluğu, maliyeti, tedavi süresince sarf ettiği süre ve vakanın ciddiyeti önem arz etmeden her vaka için aynı tutarda ödeme alırlar. Yani grip vakası ve kanser vakasının tedavisi için yapılan ödeme aynıdır. Bu ödeme yöntemi kullanılması sunucuların; maliyeti geri ödeme miktarından daha düşük olan vakaları kabul edebileceği bir durum oluşturacak ve sağlık hizmeti kalitesini düşürecektir (Çelik 2007:187).

Oluşturulan tanı çizelgesi (vaka sınıflandırma) yönteminde; genellikle hastaların tanılarına göre sınıflandıran ve maliyetlerinin geniş ölçüde benzer olduğu bir gruba atayan Tanıya Dayalı Gruplama (DRG, ‘‘Diagnosis Related Groups’’) kullanılır (Normand ve Weber, 2009:90). Bu grupta yaklaşık 470 tanı yer almaktadır (Benli, 2011:13). Sunucunun yararlanıcıya koyduğu tanı hangi grupta yer alıyorsa ödeme o gruba göre yapılacaktır.

Sunucular gelirlerini yönlendirmek istedikleri anda sistemin açığını kullanacaklardır. Sistem üzerinde yapılabilecekler (Normand ve Weber, 2009:91);

- Gerçekte sunulan hizmeti içeren tanı yerine hastaya daha karmaşık bir tanı koyarak veya DRG ödeme planında bir tanı için birkaç farklı not varsa en yüksek notu olanı seçebilir,
- Var olmayan vakalar için tazminat talep edebilirler,
- Olgu başına maliyeti düşürme (davada kullanılan zaman ve materyaller), potansiyel olarak düşük kalitede hizmet üretebilirler,
- Maliyet / Gelir oranı, en düşük olan vakaları belirleyebilir ve diğer (daha karmaşık) vakaları diğer hizmet sağlayıcılarına yönlendirebilirler.

Sistem yapısı bakımından incelendiğinde aşırı kullanımı engellemeyi amaçlamaktadır lakin maliyet artışı oluşturacak durumlarda sunucu gerekli olan uygulamalardan kaçınma davranışı da sergileyebilir. Tedavi merkezleri arasındaki rekabeti ve bireysel sunucuların düşük kalitede hizmet sunmalarını önlemeye yardımcı olsa dahi, sistem kendisinden kaynaklı hizmet kalitesinde düşüş yaşanmaması için etkili bir kalite kontrole ihtiyaç duyar.

Vaka başı ödeme sistemi her ne kadar sistemsal açık barındırsa da sunucuların gelir artışı için sergileyeceği davranışları tanı grubunda yer alan ücretle sınırladığından hizmet başına ödeme sistemine kıyasla daha verimlidir.

2.1.3.4. Günlük Ödemeler

Günlük ödeme yöntemi yalnızca hastaneler ve huzurevleri gibi yatarak tedavi veren sistemlerde uygulanır. Bu yöntem de hastaların tedavi süresine göre hastalara verilen günlük hizmetlerin, ilaçların ve işlemlerin hepsine yapılan ödemeler yer almaktadır. (Aral, 2014:22). Teorik olarak hemşirelere uzun süreli bakım sağlayan kişilere de ödeme yapmak için de uygulanabilir bir yöntemdir fakat kullanımı tercih edilmemektedir. Günlük ödeme yöntemi ülkemizde, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri ile psikiyatrik hizmetlerin yatarak tedavilerinde de kullanım bulmaktadır.

Tedavi türü ne olursa olsun günlük ücret her zaman aynıdır. Hastaneler ve sağlık fonu arasında yapılan görüşmelerle ücretler belirlenir fakat üniversite hastanelerinde diğer kurumlara nazaran günlük ücretlerinin yüksek olması muhtemeldir bu durumun temelinde ise eğitim araştırma masraflarının eklemesi yer almaktadır (Normand ve Weber, 2009:92).

Günlük ödeme sisteminin kullanılması nispeten daha kolaydır ancak maliyetlerin ayrıntılı olarak açıklanması gereklidir. Günlük ödeme yöntemi, belli bir dönem boyunca (normalde bir yıl) hizmet sunucularının toplam maliyetini aynı dönemdeki hasta günü sayısına bölünmesiyle hesaplanır. Sunucuları için günlük ödeme yönteminin temelinde yer alan iki önemli değişken mevcuttur bunlar toplam maliyetler ve hasta günü sayısıdır.

Sunucuların bu iki değişkeni kullanarak (Normand ve Weber, 2009:92-93);

- Ödeme sabit olduğunda, maliyetleri düşürmek için hasta günü sayısını yükselterek karlarını artıracabileceklerdi,
- Gün başına yapılan ödemenin değişken olduğunda; maliyet ne olursa olsun günlük ödeme yapılacağından dolayı tıbbi açıdan gereksiz yere uzun süreli hasta yatışları yapabilirler.

Günlük ödeme yöntemi kullanımı, yönetimi ve kontrolü bakımından kolay olsa da yatarak tedaviyi artırmaya yönelik uygulamalara ve yararlanıcıların uzun süreli yatışı gerçekleştirilerek gereksiz tedavi almasına, performans göstergesi olan yatak doluluk oranlarının değişmesine neden olacaktır.

2.1.4. Sağlık Hizmetlerinde Resmi Olmayan (İnformal) Ödemeler

İnformal (resmi olmayan) ödemeler; genellikle illegal ödemeler olarak değerlendirilir fakat informal ödemeler ülkelerin kanunlarına göre hem legal(yasal) hem de illegal (yasadışı) ödeme boyutuna sahiptir. Daha açık bir ifadeyle, her informal ödeme illegal değildir, ancak her illegal ödeme informaldir.

Bir başka bir anlatımla, ülkeler sağlık hizmetleri kapsamını tanımlayarak ödemenin yasalık durumunu belirler. “Teşekkür” veya “minnettarlık” ifadesi olarak yapılan hediye ödemeleri informaldir ama çoğu ülkede kültürel bir olgu olduğu için legal olarak yer alır. Buna rağmen, yasal olarak ödeme yapılmaması gerektiği halde sağlık çalışanlarına elden verilen para illegal ve dolayısıyla informaldir. (Özgen ve Tatar, 2008:105)

İnformal ödemeler kapsamında ele alınan durum; resmi ödeme içerisinde yer alan cepten ödemenin; kamu sektöründe tedavi sonrası hizmetlerin güvenliğini sağlamak için ve / veya tedaviye başlamadan önce doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına yapılan, hediye, armağan veya ‘teşekkür’ mahiyetli zarf usullü yapılan gizli cepten ödemeler yer alacaktır. Teşekkür veya armağan yoluyla yapılan ödemeler birçok ülkede ve uluslararası çalışmalarda informal olarak kabul edilip kültürün parçası değil başka gerekçelerle hizmet sunucularına veriliyor olmasıdır.

İnformal ödemeler genellikle; hediye, aynı katkı ve nakit olarak gerçekleşmektedir.

İnformal ödemelerin yapılma nedenleri ise (Massialos ve Dixon 2002:23-24);

- Kamu sistemindeki finansal kaynakların eksikliği ve personelin az olarak algıladığı kamu maaşlarını hastaların yaptığı ödemelerle yükseltmek istemesi,
- Özel hizmetlerin eksikliği ve hastaların özel sektörde daha fazla hizmet sunacak kuruma yönlenelememesi,
- Özel sağlık sigortasına olan talep eksikliği,
- Kültürel olgulardan gelen kısıtlanamayan ve önlemeyen resmi olmayan ödeme geleneği (hediye),
- Öncelikli ve daha iyi hizmet alma arzusu olarak sıralanmıştır.

Ancak informal ödeme sistemi karmaşık ve kapalı yapıya sahip olduğundan dolayı tam bir netliğe ve kesinliğe sahip değildir.

Türkiye’de sağlık alanında gerçekleşen informal ödemelerin %71,6’sı nakit %27,5’i ayni katkı ve %0,9’u hediye şeklinde gerçekleşmektedir. Ayrıca yatarak sağlanan sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeden informal ödemelerin payı %53 daha yüksektir (Özgen ve Tatar 2008:114-115).

İnformal ödemelerle ilgili bilgiler sınırlıdır, çünkü gizli olarak yapılmakta ve yasadışıdır. Bu ödemeler peşin ödeme sisteminin çöktüğü, kontrol sisteminin zayıf ve hizmet sunucusuna yeterli gelir sağlanamayan ülkelerde önemli bir gelir kaynağı halini aldığı söylemek mümkündür. İnformal ödemelere gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde daha çok rastlanmaktadır.

2.2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖDEME YÖNTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık sektöründe kontrol mekanizmaları arasında en güçlü olanı ödeme sistemidir. Bu nedenle ödeme sistemleri arasından seçim yapmak da kolay olmamaktadır. Sistemler tek tek incelendiğinde optimal bir sistem olmadığı aşıkardır. Her sistemin verimlilik, kalite ve hizmette erişe bilirliliği farklı şekiller de etkilemektedir. Verimliliği, eşitliği ve bakım kalitesini en iyi duruma getirme çabası ile ödeme sistemleri birleştirerek de kullanılabilirlerdir.

Ödeme yöntemleri içerisinde uygulama alanı bulan sekiz sistem; riski üstlenen taraf ve teşvik edici unsurları açısından incelendiğinde değerlendirme yapmayı kolaylaştıracaktır.

Tablo 9: Sağlık Kuruluşlarına Uygulanan Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Riski Üstlenen			Tedarikçi Teşviki Konuları			
Ödeme Yöntemi	Odeyen	Tedarikçi	Hasta Sayısını Artırmak	Ödeme Birimi Başına Hizmet Sayısını Azaltmak	Bildirilen Ciddi Hastalıkları Artırmak	Daha Sağlıklı Hasta Seçmek
Hizmet Başı Ücret	Tüm Risk Odeyen Tarafından Üstlenilir	Riski Üstlenmez	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Vaka Başı	Vaka Sayısı Riski Ve Vaka Ciddiyet Sınıflandırılması	Bellirli Bir Vaka İçin Tedavi Riski	Evet	Evet	Evet	Evet
Kabul Başı	Kabul Sayısı Riski	Kabul Başına Hizmet Sayısı Riski	Evet	Evet	Hayır	Evet
Günlük	Yatış Günü Sayısı Riski	Bellirli Bir Gün Dahilinde Hizmetlerin Maliyeti Riski	Evet	Evet	Hayır	Hayır
Kişi Başı Ödeme	Zararı Durdurma Tavanı Üstündeki Miktar	Belli Bir Tavana Kadar Tüm Riskler Tedarikçi Tarafından Üstlenilir	Evet	Evet	Uygun Değil	Evet
Global Bütçe	Odeyen Risk Üstlenmez	Tüm Risk Tedarikçi Tarafından Üstlenilir	Hayır	Uygun Değil	Uygun Değil	Evet

Kaynakça: Roberts ve diğerleri 2010:203

Tablo incelendiğın de ödeme sistemlerinin içerisinden duyumsallık faktörü çıkartılmadan en uygunu bu ifadesi kullanımı pek mümkün değildir. Her sistem birbirinden farklı sonuçlar doğurmaktadır ve hepsinin ortak noktası güçlü bir kontrol mekanizmasına ihtiyaç duymasıdır. Farklı ödeme sistemlerinin içerisinden tek bir sistem seçmek ve kullanmak hükümetlerin sağık sektöründeki kısa ve uzun vadeli hedeflerine, sektöründe yaşanan reformlara, ekonomik olgulara ve diğerk tüm etmenlere bağılı olarak gerçekleştirilmektedir. Ödeme sistemlerinin değıerlendirilmesinde de, optimal ödeme sistemi ibaresi ancak ülkenin yerel durumuna göre en uygun olan ödeme yöntemi için kullanılabilircektir.

2.3. LİTERATÜR TARAMASI

Performansa dayalı ek ödeme sistemi pilot uygulama olarak başladığı 2003 yılından itibaren zamanla ülke geneline yayılarak kullanılmaya başlanmıştır. Performans dayalı ödeme sistemi uygulamaya konulmasından sonra akademik çalışmalarda incelenmeye başlanmıştır. Yapılan alışmalar da sistemin işleyişı, etkileri farklı bakış açılarından ele alınmıştır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi başlığı altında hazırlanmış akademik çalışmaların bulguları, sonuç ve önerileri; bizleri sağık kuruluşlarında ödeme sistemlerinin ve performansa dayalı ek ödeme sisteminin ayrıntılı bir şekilde incelenmesine yönlendirmiş ve bu çalışmanın hazırlanmasına vesile olmuştur.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi başlığı altında sosyal bilimlerin farklı uzmanlık dalları tarafından hazırlanan çalışmalardan bir kısmı aktarılacak olursa;

Öztunç İ. ve Cural M. (2017)

Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi ICMEB17 Özel sayısında yer alan ‘‘Performansa Dayalı EK Ödeme Sisteminin Kamu Sağık Hizmetleri Memnuniyeti Üzerine Etkileri’’ başlıklı yayında 2013 yılında Zonguldak il merkezi ve ilçelerdeki hastanelerde hasta ve çalışan memnuniyetleri incelenmek istenmiştir. Çalışma da katılımcılara üç bölümden oluşan performansa dayalı ek ödeme sisteminin temel özelliklerine ilişkin, sistemin değıerlendirilmesine yönelik ve katılımcıların

sübjektif olarak yanıtlayacağı sorulardan oluşan anket yöntemiyle ulaşılmıştır. Çalışma 10 devlet hastanesinde farklı branşlarda çalışan 150 kişiye uygulanmış ve güvenilirlik analizi sonucu rakamsal olarak belirtilmeden güvenilirliği soru ve katılımcı sayısı bazında belirtilip güvenilir olduğu vurgulanmıştır.

Uygulamada ‘‘Performansa dayalı ek ödeme sisteminin güler yüzlü hizmet sunumu anlayışı getirmediği, hekimlerin çalışma motivasyonunu artırmadığı, çalışanlar arasında çatışmaya yol açtığı, çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde artırmadığı, çalışanlara arasında iş birliğini artırmadığı’’ sonuçlarına ulaşılmışlardır.

Öneri olarak ‘‘Aynı branş ve aynı işi yapan personelin ek ödemelerindeki farkı gidermek amacıyla önlem alınması gerektiği, çalışan ve hasta memnuniyeti çalışmalarının sübjektif değerlendirmeden uzaklaştırmak için uygulamaların geliştirilmesi gerektiği, hasta haklarına uygun bilimsel ve objektif kriterler belirlenmesi gerektiği, sistemin sürdürülebilirliği açısından çoğulcu bir katılımı tekrar değerlendirilmesi gerektiği’’ sunulmuştur.

Yiğit V. (2017)

Elektronik Sosyal Bilimler Dergisinde 2017 yılı 16 cilt 62 sayısında yayınlanan ‘‘Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Hekimlerin Teknik Verimliliği: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama’’ başlıklı yayında üniversite hastanesinde görev yapan hekimlerin teknik verimlilik düzeyleri performansa göre ek ödeme sistemi içerisinde incelenmiştir. Araştırma; üniversite hastanesinin cerrahi bölümünde görev yapan hekimlerin hepsi araştırma kapsamın alınarak, hekimlerin araştırma ve eğitim faaliyetlerine eşit zaman ayırdığı varsayımı ile VZA (veri zarflama yöntemi) kullanılarak hazırlanmıştır. Araştırma hekimlerin verimlilikleri ölçmek için girdi değişkeni olarak performans ek ödeme tutarı çıktı değişkeni olarak ise poliklinik sayısı, yatan hasta sayısı, yatak doluluk oranı sağlık hizmetleri gelirini tercih etmişlerdir.

Araştırmanın sonucunda elde ettikleri bulgularda ‘‘cerrahi branştaki hekimlerin performansa göre ek ödeme kapsamında teknik verimlilik düzeylerinin düşük olduğu’’ sonucuna ulaşmışlar ve verimsizliğe neden olan faktörler olarak ise ‘‘Eğitim, araştırma ve uygulama faaliyetlerinin ön planda tutulması gerektiği, bazı

branşlara talebin az oluşu, gereksiz ve fazla sayıda öğretim üyesi istihdamı, bazı işlemlerin performans puanı verilmemesi, performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimleri motive etmemesi, üniversite hastanesinin şehre uzak olmasından dolayı tercih edilmemesi, hekim seçebilme hakkının ücretli olması, hekimlerin riskli hastaları kabul etmemesi ve sevk etmesi, döner sermaye kapsamında kurumsal katkı payının hekimlerce yeterli görülmesi'' olarak tespit etmişlerdir.

Öneri olarak ise'' Performansa dayalı sisteminin revize edilmesi ve verimsiz hekimlerin neden referans alınan diğer hekimler gibi sağlık hizmeti üretmediğinin kök neden analizi yapılarak her bir hekim için gerekli iyileştirmeler yapılarak politikalar üretilmesi gerektiğini'' sunmuşlardır.

Çankaya M. (2017)

Sağlık Akademisyenleri Dergisi'nin 2017 yılında 4. Cilt 4. Sayısında yayınlanan '' Hastane Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Bir Araştırma'' başlıklı yazısında hastane çalışanlarına uygulanan performansa göre ek ödemenin çalışanların verimliliklerini olumlu veya olumsuz etkilerini ve katılımcıların değerlendirmelerine göre eksikliklerini tespit etmek ve gerekli düzenlemelere kaynak oluşturmak istemişlerdir. Araştırmayı; Muğla ilinde bulunan Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan ve performansa göre ek ödeme alan 550 personele iki bölümden oluşan birinci bölümde demografik özelliklerin yer aldığı ikinci bölümde ise çalışanların performans hakkında değerlendirmelerin yer aldığı 27 soruluk bir anket uygulamışlardır. Güvenilirlik sonucu olarak 0,91 alfa değeri hesaplanmış ve güvenilir olduğu belirtilmiştir.

Araştırmanın sonucunda;'' hastane de çalışan farklı meslek gruplarının kazanç farklılığı yarattığı ve haksızlıklara yol açtığı birlikte çalışma isteğine zarar verdiği, çalışanların hesaplama faktörlerinin ve pay dağıtımın değiştirilmesi yönünde görüş birliği sağladığı'' yargısına ulaşmışlardır.

Öneri olarak ise;'' hekim dışı personel için iş analizi yapılarak kendi performans hesaplarının oluşturulması ve hekim performansına bağlılıklarından arındırılması, hekim dışı personelin ek ödeme oranlarının artırılarak iş

motivasyonlarının artırılabilirliği, iç eğitimlerle personelin birbirleriyle ilişkisinin artırılması ve uzman kişilerce performans sisteminin yeniden hazırlanıp sistem kaynaklı sıkıntıların giderilebileceği” düşünceleri aktarılmıştır.

Kolaylı G. ve Lorcü F. (2017)

Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2017 yılı 3. cilt 3. sayısında yayınlanan “ Performansa Dayalı Ücret Sistemi Ve Hekimlerin Motivasyon Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı yayında Kırklareli ilinde bulunan ikinci basamak sağlık kuruluşu olan bir devlet hastanesinde çalışan 122 hekime, performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimlerin motivasyonuna olan etkisini tespit etmek amacıyla iki bölümden oluşan birinci bölüm içerisinde sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı 11 soru , ikinci bölümde ise performansa dayalı ek ödeme sisteminin motivasyona etkisini araştırmaya yönelik 28 soruluk yüz yüze anket uygulamışlardır. Araştırmanın geçerliliği 0,965 Alpha değerinde olduğu belirtilmiş ve soruların Peker (2013) ve Başar (2014) yapmış oldukları çalışmalardan esinlendiğini belirtmişlerdir.

Çalışmanın sonucunda performansa göre ek ödeme sistemi, “ 30-39 yaş arasında hekimlerin motivasyonunu olumsuz yönde etkilediği, 50 ve üstü yaş grubunda yer alan hekimlerin ise motivasyonunu olumlu yönde etkilediği” yargısına ulaşmışlardır ayrıca “ek ödeme sisteminden genel olarak memnun olunmadığı, motivasyonu azaltıcı bir unsur olarak görüldüğü” belirtmişlerdir.

Çalışmada öneri olarak ise; “ hekimlerin motivasyonunu olumlu yönde etkileyen araçlar üzerinde yoğunlaşılması gerektiği ve izin, emeklilik durumlarında performansa dayalı ek ödemenin kesilmesi durumuna çözüm getirilmesi” gerektiğini sunmuşlardır.

Akçakanat T. Ve Çarıkçı İ.H. (2016)

Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisinin 2016 yılı 21. Cilt 3. Sayısında yayınlanan “Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir

Araştırma’’ adlı yayın da Akdeniz Üniversitesi Hastanesinde çalışan 361 öğretim üyesine performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik unvan, çalışılan bölüm ve ek ödeme miktarı açısından tutumları değerlendirilmek istenmiştir. Araştırmada iki bölümden oluşan birinci bölümde demografik özelliklerin tespit edilmek istendiği 11 soru, ikinci bölümde ise öğretim üyelerinin performansa dayalı ek ödeme sistemine karşı tutumlarını ölçmeye yönelik 64 adet ifadeden oluşan 5’li likert tipi ölçekli anket uygulamışlardır. Araştırmanın güvenilirliği için 0.93 Alpha değerine sahip olduğunu belirtilmiştir.

Araştırmanın sonucu olarak unvan, kurum dışı çalışma, çalışılan üniversite, bölüm gibi durumlarda gruplar arasında; ‘‘adaletsizlik yaratma boyutunda iş (çalışma) barışının bozulması, etik ilkeler, puanlama sistemi, performans anksiyetesi (endişesi), bağıllık sağlama, motivasyon sağlama, hekim memnuniyeti, verimlilik artışı, kalite artışı durumlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar oluşturduğu ve hekimlerin memnuniyetsiz oldukları’’ yargısına ulaşmışlardır. Bahsedilen etmenlere performansa göre ek ödeme sistemi olumsuz etkide bulunduğunu tespit etmişlerdir.

Araştırmanın sonucunda belirttikleri düşünce içerisinde ‘‘ ek ödeme miktarındaki artışın memnuniyetsizliği düşürdüğü ve hekimlerin adaleti, iş barışını bozmayan, motivasyon sağlayan ve performans endişesi yaşatmayan bir sistemin hayalini kurdukları’’ yer almaktadır.

Çoban S. ve Serçe H. (2015)

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2015 yılı 4. Sayısında yayınlanan ‘‘ Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Düşünce Farklılıkları Ve Bu Düşüncelerin Memnuniyete Etkisi: Nevşehir Devlet Hastanesi Örneği’’ adlı yayında sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik düşünceleri ve memnuniyete etkileri incelemişlerdir. Araştırma Nevşehir ilinde bulunan Nevşehir Devlet Hastanesinde çalışan 550 kişiden 345 kişiden geri dönüş alınarak, 5li likert ölçeğine göre hazırlanmış üç bölümden oluşan ve birinci bölümde performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin soruların yer aldığı anket uygulanmışlardır. Araştırmanın güvenilirliği olarak 0,93 Alpha değerine sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırmanın sonucu olarak çalışanların; performansa dayalı ek ödeme sistemi için “ek sorumluluklar yüklediği, etik dışı davranmaya sevk ettiği, sisteme olumsuz bakıldığı, çalışma barışının bozduğu, sisteme güvenilmediği, bireysel gelir artışına neden olduğu, sisteme güvenilmediği” düşüncelere sahip olduğuna ulaşmışlardır.

Araştırmada ulaşılan sonuçlara göre “performans ölçümünde kullanılan kriterlerin nicel ve objektif olması gerektiği ve uygulama hatalarının giderilmesi gerektiği” önerisinde bulunmuşlardır.

Çakır Ö. ve Sakaoğlu H. (2014)

Çalışama İlişkileri Dergisinde 2014 yılının Ocak ayında 5. Cilt 1. Sayısında yayınlanan “Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adalet Algısı: Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği” adlı yayında, performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık çalışanları arasında yarattığı ücret ve ücret adaleti algısı değerlendirilmek istenmiştir. Araştırma İzmir ilinde bulunan Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 165 sağlık çalışanına iki bölümden oluşan birinci bölümde katılımcıların demografik özelliğini tespiti dayalı, ikinci bölümde ise Likert ölçekli Gazi (2006), Ertekin (2012) ve Sağlık Emekçileri Sendikasının sorularının karışımının yer aldığı 18 soru alan araştırması şeklinde uygulamışlardır. Araştırmanın güvenilirlik analizi sonucu olarak ise alfa değerinin 0,709 olduğu belirtilmiştir.

Araştırmanın sonucu olarak” meslek grupları arasında çatışmaya yol açtığı, hekim ve hekim dışı personelin birbirinden ödeme sistemi nedeniyle daha da uzaklaştığı, adalet algısının bozulabileceği, sağlık çalışanlarının taban ücretlerden memnun olmadığı ve ek ödeme sisteminden yana oldukları, iş yükünün dikkate alınmadığından hesaplamanın adil olmadığı” yargısına ulaşmışlardır.

Öneri olarak;” motivasyonu sadece ücretle değil çalışanların hizmet kalitesini artıracak çalışma ortamının oluşturulması, işlem sayısı ile değil teşhis, tedavi ve hasta memnuniyeti boyutları içeren bir performans ek ödeme değerlendirmesi yapılması gerektiğini” belirtmişlerdir.

Akpınar A.T ve Taş Y. (2013)

Çalışma ve toplum dergisinin 2013 yılı 2 sayısında yayınlanan ‘‘ Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi’nde Bir Araştırma’’ adlı yazısında hekimlerin yaş, unvan ve gelir gruplarına göre performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkındaki tutumlarını araştırmışlardır. Araştırma Kocaeli ilinde bulunan Kocaeli Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 236 hekime kapalı zarf usulü ulaştırılan 4 demografik ve performansa göre ek ödeme sistemi hakkındaki tutumlarını tespit etmeye yönelik beşli likert ölçeği kullanılan 20 soruluk anket uygulamışlardır.

Araştırmanın sonucu olarak hekimlerin; unvan, gelir düzeyi ve yaş gruplarına göre farklılık göstermeden performansa dayalı ek ödeme sistemi için düşünceleri ‘‘ mesleki etiği olumsuz etkilediği, bireysel performansı geliştirmede, kurumsal performansa olumlu veya olumsuz katkıda bulunmadığı ve özel muayenehane açma eğilimini arttırıldığı’’ yönünde tespit edilmiştir.

Araştırmada öneri olarak ise; ‘‘ bireysel ve kurumsal performansı artırmak için bölüm bazında havuz sistemi performans ücreti dağıtımından kaçılması ve üniversite hastanelerinde üretilen sağlık hizmeti puanlarının artırılması’’ fikri sunulmuştur.

Erşahan B. Bakan İ. ve Eyitmiş A. (2011)

Selçuk üniversitesi sosyal bilimler enstitüsü dergisinin 2011 yılı 25. Sayısında yayınlanan ‘‘Performansa Göre Ücretlendirmenin Doktorlar Tarafından Algılanan Negatif Yönleri’’ adlı yayında performans göre ek ödemeye yönelik çalışanların negatif düşüncelerini tespit etmek için hazırlamışlardır. Kahramanmaraş Devlet Hastanesi Ve Kadın Doğum Ve Çocuk Hastanesinde çalışan 138 doktora iki bölümden oluşan birinci bölümde demografik özelliklerin yer aldığı ikinci bölümde ise performansa göre ücretlendirmeye yönelik önermelerin olduğu anket yöntemi kullanmışlardır. Araştırmanın güvenilirliği belirtilmemiştir.

Araştırmanın sonucunda ‘‘ farklı uzman grupları arasında adaletsizlik ve eşitsizliğe yol açtığı, iş yükünü arttırdığı ve önemli muayene ve tedavilerden kaçıldığı,

hastanelerin kâr amacı güden işletmeye hastaların ise müşteriye dönüştüğü’’ yargılarına ulaşmışlardır.

Bu başlık altında örneklenen çalışmalara benzer sonuçlara ulaşıldığı, alanın da uzman kişiler ve/veya hekimler tarafından hazırlanmış dergi, platform ve köşe yazıları da mevcuttur. Yapılan diğer çalışmalar ve yazılarda ulaşılan ortak sonuçlar içerisinde çalışma (iş) barışının zedelediği, sistemin etik dışı davranmaya yönelttiği, çalışanlar arasında adaletsizlikler yol açtığı, finansal yük oluşturduğu, sağlık çalışanlarının adalet yargısını zedelediği vb. olumsuz yargılar yer almaktadır.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

UYGULAMA 2 BASAMAK SAĞLIK TESİSLERİN DE GENEL TIBBİ İŞLEM PUANI BULUNAN UZMAN HEKİM PERFORMANSA GÖRE EK ÖDEME HAK EDİŞİ ÖRNEĞİ

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık hizmetlerinde ‘‘ücretlendirme’’ güçlü bir kontrol mekanizmasıdır. Ödeme yöntemlerinin tercihi, sunucuların sunduğu hizmeti ve kalitesini etkilemekte ve yapılan her ek ödeme teşvik içermektedir. Performansa göre ek ödeme yöntemi uygulamaya başlanırken de hekimlerin daha özverili çalışmasını, sağlık hizmetleri sunumunu iyileştirmeyi amaçlamıştır.

Uygulamanın farklı kaynaklar da savunulan yönü de bu doğrultuda olmuştur. Her ödeme sisteminin avantajları olduğu gibi dezavantajları da vardır. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık kuruluşlarında uygulanması da beraberinde birçok eleştiri ve tartışmayı da başlatmıştır. Sisteme getirilen eleştirilerin başında; sağlık çalışanlarını böldüğü, çalışan ve iş barışını zedelediği, hekimlerin hak edişlerini artırmak için gereksiz hizmet sunumu yapabileceği ve suiistimale açık oluşuna yer verilmiştir. Ayrıca sistem çoğu zaman ekip çalışmasını değil hekim bazlı olarak değerlendirilmiştir. Yapılan eleştirilere rağmen performansa dayalı ek ödeme sistemi sağlık çalışanlarının gelirini artırdığı ve döner sermayenin verimli dağıtımı sağladığı da kabul görmüştür.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin tartışma oluşturan ve çeşitli literatürler de olumsuz olarak belirtilen sonuçlar bu çalışmamızın oluşmasını sağlamıştır. Çalışmamızın amacı; sağlık çalışanlarının gelirlerine etkisi aşikâr olan performans ek ödemesinin, döner sermaye gelirleri ve çalışan her hekimin katkısı sonucu oluşan performans puanları toplamının çalışan barışını zedeleyip adaletsizliğe neden olduğu eleştirisinin sayısal olarak inceleyip, değerlendirmektir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkında literatürde yapılan sayısal veri içeren çalışmalar azdır ve hesaplama yöntemleri farklı değişkenlerden etkilenmektedir. Performansa göre ek ödeme yöntemi komplike görünmekle birlikte çalışmamızda yalın bir şekilde aktarılmak istenmiştir. Elde edilen bulguların bu

alanda yapılabilecek diğer çalışmalara kaynak oluşturabileceği ve ücret farklılıklarının boyutlarını sayısal veriler ile inceleme imkânını sunması amaçlanmıştır.

3.2.ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Araştırma; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın "Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na" bağlı sağlık tesislerinde görevli personele ek ödeme yapılmasına dair yönetmeliği baz alınarak gerçekleştirilmiştir. Yönetmelikçe uygulanan ek ödeme hesaplama yöntemi kullanılmıştır.

Sağlık tesislerinde görevli personele ek ödeme yapılmasına ilişkin yönetmelik 14.02.2013 tarihinde 28559 sayılı Resmî gazete de ilan edilmiştir. Yönetmelik içeriğinde; net performans puan hesaplamalarına, net ek ödeme tutarlarına, ödeme zamanlarına, kanuni kesintilere, hizmet alanı kadro unvan kat sayılarına, ek puanlar ve bilimsel çalışma puanlarına yer verilmiştir. (https://khgm.saglik.gov.tr/DB/1-5/773_DB_15_yonetmelikler).

3.2.1. Net Performans Puanı Hesaplaması

Yönetmelikte, her basamakta çalışan personellerin net performans puanları çeşitli değişkenlerle formülize edilmiş ve sağlık personelleri de kendi içerisinde gruplandırılmıştır.

İkinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personellerin hesaplamaları farklılık sergilemektedir. Net performans puanlarının hesaplanmasında kullanılan formüller de bu ayrım dahilinde her basamak ve personel için ayrı ayrı düzenlenmektedir.

3.2.1.1. İkinci Basamak Sağlık Tesislerinde Net Performans Puanının Hesaplanması

İkinci basamak sağlık kuruluşları; genel hastaneler ve yataklı sağlık merkezleridir. Ek ödeme hak edişi olan sağlık personelleri ve net performans puanları tabloda gösterilmektedir.

Sağlık Tesisi Personeli	Net Performans Puanı Hesaplaması
Tıbbi işlem puanı bulunan uzman tabip	$(G.T.İ.P \times H.A.K.U.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Diş tabibi ve uzman diş tabipleri	$(G.T.İ.P \times H.A.K.U.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları	$(M.İ.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Tıbbi işlem puanı bulunmayan biyokimya ve laboratuvar hizmetleri çalışanları	$(M.İ.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Histoloji ve Embriyoloji uzmanları	$(M.İ.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Sağlık tesisi puan ortalamasından ek ödeme alacak tabipler	$(M.İ.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Diğer personel	$(M.İ.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$

G.T.İ.P: Genel Tıbbi İşlem Puanı

H.A.K.U.K: Hizmet Alan Unvan Katsayısı

B.Ç.D.P: Bilimsel Çalışma Destek Puanı

E.P: Ek Puan

M.İ.A.Ç.G.K: Mesai İçi Aktif Çalışılan Gün Katsayısı

M.İ.S.T.P.O: Mesai İçi Sağlık Tesis Puan Ortalaması

K.K: Kriter Katsayısı

3.2.1.2. Üçüncü Basamak Sağlık Tesislerinde Net Performans Puanının Hesaplanması

Üçüncü basamak sağlık tesisleri üniversite ve eğitim araştırma tesisleridir. Bu sınıf içerisinde yer alan çalışanlara ilişkin net performans hesaplamaları ikinci basamak sağlık tesislerine göre farklılık göstermekte ve kendi içerisinde mesai içi çalışan ve mesai dışı çalışan olarak ayrılmaktadır. Uygulanan sistem içerisinde çalışan personel kliniğe bağlı olarak çalışanlar ve bir kliniğe bağlı olarak çalışmayanlar olarak tekrar bir ayrıma dahil olmakta ve net performans puanları hesaplanmaktadır.

3.2.1.2.1. Mesai İçi Çalışan Personel

a) Kliniğe bağlı olarak çalışan personel için;

Sağlık Tesisi Personeli	Net Performans Puanı Hesaplaması
Eğitim sorumlusu, Eğitim görevlisi, Başasistan	$[((K.H.P.O \times 0,75) + (M.İ.S.T.P.O \times 0,25)) \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K] + B.Ç.D.P + G.T.İ.P - (K.H.P.O \times M.İ.A.Ç.G.K) \times 0,5] + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Uzman tabipler ve acil kliniklerde pratisyen tabipler	$[((K.H.P.O \times 0,75) + (M.İ.S.T.P.O \times 0,25)) \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K] + B.Ç.D.P + G.T.İ.P - (K.H.P.O \times M.İ.A.Ç.G.K) \times 0,5] + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Asistanlar	$[((K.H.P.O \times 0,25) + (M.İ.S.T.P.O \times 0,75)) \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K] + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Yan dal asistanları	$[((K.H.P.O \times 0,60) + (M.İ.S.T.P.O \times 0,40)) \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K] + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$

Enfeksiyon hastalıkları kliniklerinde çalışan eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistanlar ve uzman tabipler	$(M.İ.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Tıbbi işlem puanı bulunmayan biyokimya ve mikrobiyoloji çalışan eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistan, uzman tabipler, histoloji ve embriyoloji uzmanları	$(M.İ.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Enfeksiyon klinikleri ve laboratuvar hizmetlerinde çalışan asistanlar	$(M.İ.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$

K.H.P.O: Klinik hizmet puan ortalaması

M.İ.S.T.P.O: Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması

H.A.K.U.K: Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı

M.İ.A.Ç.G.K: Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı

B.Ç.D.P: Bilimsel çalışma destek puanı

G.T.İ.P: Genel tıbbi işlemler puanı

K.H.P.O: Klinik hizmet puan ortalaması

E.P: Ek puan

K.K: Kriter katsayısı

b) Bir kliniğe bağılı olarak çalışmayan personeller için;

Sağıık Tesisi Personeli	Net Performans Puanı Hesaplaması
Tıbbi işlemler puanı bulunan uzman tabip ve tabip	$(M.İ.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + G.T.İ.P - (M.İ.S.T.P.O \times M.İ.A.Ç.G.K)) \times 0,5] + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Uzman dış tabibi ve dış tabipleri	$(M.İ.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + G.T.İ.P - (M.İ.S.T.P.O \times M.İ.A.Ç.G.K)) \times 0,5] + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları	$(M.İ.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Tıbbi işlemler puanı bulunmayan biyokimya ve mikrobiyoloji, laboratuvar hizmetleri çalışan uzman tabipler, uzmanlar ve histoloji ve embriyoloji uzmanları	$(M.İ.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Sağıık tesisi puan ortalamasından ek ödeme alacak tabipler	$(M.İ.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$
Tabip dışı personeller	$(M.İ.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.İ.A.Ç.G.K) + B.Ç.D.P + (E.P \times M.İ.A.Ç.G.K)$

M.İ.S.T.P.O: Mesai içi sağıık tesisi puan ortalaması

H.A.K.U.K: Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı

M.İ.A.Ç.G.K: Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı

G.T.İ.P: Genel tıbbi işlemler puanı

B.Ç.D.P: Bilimsel çalışma destek puanı

E.P: Ek puan

K.K: Kriter katsayısı

3.2.1.2. Mesai Dışı Çalışan Personel

a) Bir kliniğe bağlı olarak çalışanlar için;

Sağlık Tesisi Personeli	Net Performans Puanı Hesaplaması
Eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistanlar ve uzman tabipler	$[((M.D.K.H.P.O \times 0,75) + (M.D.S.T.P.O \times 0,25)) \times H.A.K.U.K \times M.D.A.Ç.G.K] + [(M.D.G.T.İ.P - (M.D.K.H.P.O \times M.D.A.Ç.G.K)) \times 0,5]$
Asistanlar (laboratuvar hizmetlerinde çalışan asistanlar hariç)	$[(M.D.K.H.P.O \times 0,25) + (M.D.S.T.P.O \times 0,75)] \times H.A.K.U.K \times M.D.A.Ç.G.K$
Yan dal asistanları	$((M.D.K.H.P.O \times 0,60) + (M.D.S.T.P.O \times 0,40)) \times H.A.K.U.K \times M.D.A.Ç.G.K$

M.D.K.H.P.O: Mesai dışı klinik hizmet puan ortalaması

M.D.S.T.P.O: Mesai dışı sağlık tesisi puan ortalaması

H.A.K.U.K: Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı

M.D.A.Ç.G.K: Mesai dışı aktif çalışılan gün katsayısı

M.D.G.T.İ.P: Mesai dışı genel tıbbi işlemler puanı

b) Bir Kliniğe Bağlı Olarak Çalışmayan personel için;

Sağlık Tesisi Personeli	Net Performans Puanı Hesaplaması
Tıbbi işlemler puanı bulunan uzman tabip ve tabipler	$(M.D.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.D.A. \text{ Ç.G.K}) + [(M.D.G.T.İ.P - (M.D.S.T.P.O \times M.D.A. \text{ Ç.G.K})) \times 0,5]$
Uzman dış tabibi ve dış tabipleri	$(M.D.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.D.A. \text{ Ç.G.K}) + [(M.D.G.T.İ.P - (M.D.S.T.P.O \times M.D.A. \text{ Ç.G.K})) \times 0,5]$
Sağlık tesisi puan ortalamasından ek ödeme alan tabipler	$M.D.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.D.A. \text{ Ç.G.K}$
Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları	$M.D.S.T.P.O \times K.K \times H.A.K.U.K \times M.D.A. \text{ Ç.G.K}$
Tabip dışı personeller	$M.D.S.T.P.O \times H.A.K.U.K \times M.D.A. \text{ Ç.G.K}$

M.D.S.T.P.O: Mesai dışı sağlık tesisi puan ortalaması

H.A.K.U.K: Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı

M.D.A.Ç.G.K: Mesai dışı aktif çalışılan gün katsayısı

M.D.G.T.İ.P: Mesai dışı genel tıbbi işlemler puanı

K.K: Kriter katsayısı

3.2.2.EK Ödeme Zamanı

Ek ödeme, karar verilen ek ödeme tutarını mevcut dönemin bitiminden sonra yirmi gün içerisinde hak sahiplerine ödenir. Ödemeler aylık olarak gerçekleştirilir, fakat döner sermaye geliri tahsilatında gecikme yaşanır ise tahsilatın gerçekleştiği anı takip eden ilk ödeme döneminde yapılır.

3.2.3. Sağlık Tesisi Çalışanları İçin Hizmet Alan Kadro Unvan Kat Sayısı

Net performans puanı hesaplamasında kullanılan hizmet alanları, kadrolar ve unvanlar sağlık çalışanları için ek ödeme yapılmasına dair oluşturulan yönetmelikte yer almaktadır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan personeller için kat sayılar farklılık göstermektedir fakat aynı basamakta hizmet sunan, hizmet alanları kadroları ve unvanları aynı olan personel için sabittir.

a) İkinci Basamak Sağlık Tesisleri Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayıları

Hizmet-Alanları, Kadrolar Ve Unvanlar	Katsayı
Klinisyenler (Uzman tabip)	2,50
Yan dal uzmanı	3,00
Uzman diş tabipleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş hastaneleri dışında kalan sağlık tesislerinde çalışan diş tabipleri	1,30
Tabip, diş tabipleri, tıbbi işlemler puanı bulunan temel tıp bilimleri uzmanları	1,10
Biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan uzman tabipler ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları	2,50
Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan klinisyen uzman tabipler	2,50

Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler	1,20
İlk ve acil yardım servis/polikliniklerinde görev yapan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler	1,40
Tıbbi işlemler puanı bulunmayan tıbbi ve idari ünitelerde çalışan tabip, diş tabibi, uzman tabip ve uzman diş tabibi ve temel tıp bilimleri uzmanları (anatomi, fizyoloji ve benzeri.)	0,80
Eczacılar	0,70
Avukat, sivil savunma uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı, biyolog, mühendis, veteriner hekim, kimyager, sosyolog ve benzerleri	0,40
	0,50
Sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,40
Tıbbi teknolog	0,40
Taşıma kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapan personel ile teknikerler	0,35
Genel idare hizmetleri sınıfı personeli	0,25
Teknik hizmetler sınıfı personeli	0,25
Yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,25

Hizmet-Alanları, Kadrolar Ve Unvanlar	Katsayı
Eğitim sorumlusu	3,45
Eğitim sorumlusu (yan dal)	3,95
Eğitim görevlisi	3,35
Eğitim görevlisi (yan dal)	3,85
Başasistan	2,60
Başasistan (yan dal)	3,10
Klinisyenler (uzman tabip)	2,40
Klinisyenler (yan dal uzman tabip)	3,00
Yan dal asistanı	2,40
Uzman diş tabipleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş hastaneleri dışında kalan sağlık tesislerinde çalışan diş tabipleri	1,30
Tıpta uzmanlık mevzuatına göre Asistan	1,10
Tabip, diş tabipleri, tıbbi işlemler puanı bulunan temel tıp bilimleri uzmanları	1,10
Tıbbi işlemler puanı bulunmayan tıbbi ve idari ünitelerde çalışan tabip, diş tabibi, uzman tabip ve uzman diş tabibi ve temel tıp bilimleri uzmanları (anatomi, fizyoloji ve benzeri.)	0,80
Biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan uzman tabipler ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları	2,40

Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan klinisyen uzman tabipler	2,40
Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler	1,20
İlk ve acil yardım kliniklerinde, acil servis/polikliniklerinde görev yapan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler	1,40
Eczacılar	0,70
Avukat, sivil savunma uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı, biyolog, mühendis, veteriner hekim, kimyager, sosyolog ve benzerleri	0,40
Ameliyathane, anjiyo üniteleri, yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, doğumhane, yenidoğan , süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,50
Sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,40
Tıbbi teknolog	0,40
Taşınır kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapan personel ile teknikerler	0,35

Ameliyathane, anjiyo üniteleri, yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, doğumhane, yenidoğan , süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan genel idare hizmetleri sınıfı, teknik hizmetler sınıfı, yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,30
Genel idare hizmetleri sınıfı personeli	0,25
Teknik hizmetler sınıfı personeli	0,25

Kaynakça: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100730-2.htm> 01.03.2018

b)Üçüncü basamak sağlık kuruluşları çalışanları için net performans puanı hesaplanmasında kullanılan kadro unvan katsayıları;

Hizmet-Alanları, Kadrolar Ve Unvanlar	Katsayı
Eğitim sorumlusu	3,45
Eğitim sorumlusu (yan dal)	3,95
Eğitim görevlisi	3,35
Eğitim görevlisi (yan dal)	3,85
Başasistan	2,60
Başasistan (yan dal)	3,10
Klinisyenler (uzman tabip)	2,40
Klinisyenler (yan dal uzman tabip)	3,00
Yan dal asistanı	2,40
Uzman diş tabipleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile diş hastaneleri dışında	1,30

kalan sağlık tesislerinde çalışan diş tabipleri	
Tıpta uzmanlık mevzuatına göre Asistan	1,10
Tabip, diş tabipleri, tıbbi işlemler puanı bulunan temel tıp bilimleri uzmanları	1,10
Tıbbi işlemler puanı bulunmayan tıbbi ve idari ünitelerde çalışan tabip, diş tabibi, uzman tabip ve uzman diş tabibi ve temel tıp bilimleri uzmanları (anatomi, fizyoloji ve benzeri.)	0,80
Biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan uzman tabipler ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile remeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları	2,40
Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan klinisyen uzman tabipler	2,40
Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler	1,20
İlk ve acil yardım kliniklerinde, acil servis/polikliniklerinde görev yapan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler	1,40
Eczacılar	0,70
Avukat, sivil savunma uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, ocuk	0,40

gelişimcisi, sosyal çalışmacı, biyolog, mühendis, veteriner hekim, kimyager, sosyolog ve benzerleri	
Ameliyathane, anjiyo üniteleri, yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, doğumhane, yenidoğan , süt çocuğu, yanık nitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, ocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,50
Sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,40
Tıbbi teknoloğ	0,40
Taşınır kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapan personel ile teknikerler	0,35
Ameliyathane, anjiyo üniteleri, yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, doğumhane, yenidoğan , süt çocuğu, yanık nitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, ocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan genel idare hizmetleri sınıfı, teknik hizmetler sınıfı, yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,30
Genel idare hizmetleri sınıfı personeli	0,25
Teknik hizmetler sınıfı personeli	0,25

Kaynakça:<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100730-2.htm>
01.03.2018

3.2.4. Diğer Personel Ve Sağlık Tesisi Puan Ortalaması Üzerinden Ek Ödeme Alan Tabip İçin Kullanılan Oranlar

Net performans puanı hesaplamaları sırasında sağlık tesisi puan ortalamasından ek ödeme hak edişi olan ve tabip dışı (diğer) personeller için kullanılan oranlar ve süresi belirtilmektedir.

Ek Puan Verilen Personel	Süre	Sağlık tesisi puan ortalaması üzerinden verilecek oran
İnceleme heyetinde görev yapan personel	Görevlendirildiği sürece	%20
İhale - satın alma komisyonu üyeleri*	Görevlendirildiği sürece	%10
Muayene komisyonu üyeleri*	Görevlendirildiği sürece	%5
Not	İnceleme heyeti, ihale-satın alma ve muayene komisyonu üyeliklerinden verilecek ek puan toplamı	% 20'yi aşamaz.
Bu Yönetmelik kapsamında fiilen ek ödeme hesaplamalarını yapmak üzere Hastane yöneticisi/Başhekim tarafından görevlendirilen (en fazla 2) personel	İlgili dönem	%20
Doğal afet, savaş, salgın hastalık, seferberlik gibi olağanüstü hâllere maruz kalan sağlık tesislerine	Süresiz	%30

görevlendirilen personele kadrosunun bulunduğu sağlık tesisinden		
Eğitici destekleme puanı	Süresiz	Eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosundaki profesörlere %40, uzman tabip kadrosundaki doçentlere %30, <u>bir yılını doldurmuş başasistanlara %20</u>
Eğitim sorumlusu olarak görevlendirilenler dışında, üçüncü basamak sağlık tesislerinde kliniklerde idari sorumlu olarak görevlendirilen uzman tabipler	Süresiz	%30
İkinci ve üçüncü basamak yeni doğan yoğun bakım üniteleri, ikinci ve üçüncü basamak yoğun bakım üniteleri ve kemik iliği nakil ünitelerinde sürekli çalışan tabipler	Süresiz	Net performans puanı sağlık tesisi puan ortalamasından hesaplanan tabiplere %20
İlgili dönem beyin ölümü tespit edilmişse bu tespitte yer alan beyin ölümü kuruluna ve organ nakli koordinatörüne, organ	İlgili dönem	%10

Kaynakça: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100730-2.htm> 2018

3.2.5. Bilimsel Çalışma Destek Puanları

çıkartım ekibi tarafından donörden organ alınmış ise bu ekibe		
Organ nakli koordinatörüne	İlgili dönem	Organ çıkartım ekibi tarafından donörden organ alınmış ise % 10 oranı %20 olarak uygulanır.
Eğitim faaliyetlerinde görevli eğiticiler	Görevlendirildiği sürece	%10
Ceza İnfaz Kurumu Devlet Hastanelerinde görev yapan personel ile ceza infaz kurumlarına görevlendirilen personele	Süresiz	%20
Taşınır kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapan personel	Süresiz	%10
İlk ve acil yardım kliniklerinde, acil servis/polikliniklerinde görevlendirilen pratisyen tabipler	Görevlendirildiği sürece	%20

Kaynakça: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100730-2.htm> 2018

Net performans puanı hesaplamalarında, yapılan her bilimsel çalışma performans hesaplamasına puan olarak dahil edilmekte ve alınan ek ücreti etkilemektedir.

Tablo 10: Bilimsel Çalışmaların Ayrımı ve Yazar – Puan Durumu

SCI veya SCI Expanded tarafından taranan dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde veya derlemede	Birinci isim	2500 puan
	İkinci isim	2000 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	1500 puan
SCI veya SCI Expanded tarafından taranan dergilerde yayınlanmış vaka takdiminde veya editöre mektupta her bir isim için	1000 puan	
SCI veya SCI Expanded haricindeki uluslararası indeksler tarafından taranan hakemli dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde veya derlemede	Birinci isim	1500 puan
	İkinci isim	1000 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	750 puan
SCI veya SCI Expanded haricindeki uluslararası indeksler tarafından taranan hakemli dergilerde yayınlanmış vaka takdiminde veya editöre mektupta her bir isim için	500 puan	
Türk Tıp dizini tarafından taranan ulusal dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde veya derlemede	Birinci isim	500 puan
	İkinci isim	400 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	300 puan
Türk Tıp dizini tarafından taranan ulusal dergilerde yayınlanmış vaka takdiminde veya editöre mektupta her bir isim için	250 puan	
Uluslararası bilimsel kongre, sempozyum ve panellerde sunulan sözlü bildirilerde	Birinci isim	500 puan
	İkinci isim	300 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	150 puan
Uluslararası bilimsel kongre, sempozyum ve panellerde sunulan posterlerde	Birinci isim	300 puan
	İkinci isim	150 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	100 puan
Ulusal bilimsel kongre, sempozyum ve panellerde sunulan sözlü bildirilerde	Birinci isim	250 puan
	İkinci isim	150 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	75 puan
Ulusal bilimsel kongre, sempozyum ve panellerde sunulan posterlerde	Birinci isim	150 puan
	İkinci isim	75 puan
	Üçüncü isim ve sonraki	50 puan

Kaynakça: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/07/20100730-2.htm> 3.2.6.
2018

Döner Sermaye ve Dağıtılabilir Döner Sermaye Tutarı Hesaplanması

Döner sermaye; "genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerine kanunlarla verilen asli ve sürekli kamu görevlerine bağlı olarak ortaya çıkan ve genel idare esaslarına göre yürütülmesi mümkün olmayan mal ve hizmet üretimine ilişkin faaliyetlerin sürdürülebilmesi için, kamu idaresine bağlı olarak kurulmuş işletmelere tahsis edilen sermayeyi" ifade eder (DSİBMY, Madde 3b).

Hastaneler de döner sermayeye sahip işletmeler olup; hastanelerin döner sermayesini oluşturan gelir ve giderler ise; 15 Mayıs 2017 tarihli 30067 sayılı resmî gazete de yayınlanan "Sağlık Bakanlığı ile Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye İşletmeleri Hakkında Yönetmelik" başlığı ile yayınlanan yönetmeliğin üçüncü bölümün dokuzuncu ve onuncu maddesinde belirtilmiştir. Döner sermaye gelir ve giderleri ise;

Tablo 11: Döner Sermaye Gelir- Giderleri

DÖNER SERMAYE GELİRLERİ	DÖNER SERMAYE GİDERLERİ
Muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik, tahlil, ameliyat ve benzeri sağlık hizmetleri	Memur ve sözleşmeli personele aylık, ücret ve ilgili mevzuatı uyarınca yapılan döner sermaye ek ödemeleri ile ödenecek nöbet ücreti giderler
Üretimi yapılan ilk madde, malzeme, mamul, aşı, serum, protez ve benzerlerinin satışları	İş Kanunu hükümlerine göre istihdam edilecek işçi ücretleri
İlaç, insan kanı ve kan ürünleri imali ile istihsal veya imal edilecek diğer madde ve malzemeler	Satın alınacak her türlü mal ve hizmet bedelleri
Mal ve hakların kiraya verilmesinden elde edilen gelirler	Araştırma-geliştirme, danışmanlık ve bilirkişilik giderleri
Uzmanlık belgesi, sertifikasyon ve sınav hizmetlerinden elde edilen gelirler	Yatırım programı ile ilişkilendirilmesi kaydıyla, Bakanlık adına inşa edilecek yeni veya ek binaların yapım giderleri; işletmelerin kullanmakta olduğu binaların her türlü bakım, onarım, tadilat, müştemilat ve çevre düzenlemesi giderleri ile bu binaların kira bedelleri
Poliklinik ve özel tarifeli poliklinik hizmet gelirleri ile teşhis, tetkik, tahlil ve ameliyat hizmeti karşılığı elde edilen gelirler	Tıbbi cerrahi demirbaş ve diğer demirbaş mal bedeller

Bakanlıkça uygun görülen diğer hizmetlerden elde edilen gelirler	Deneyisel amaçlı ve hizmet gereği canlı hayvan beslenmesi ve bunların ürünlerinden faydalanılması ile zirai mahsullerden ihtiyaç görülenlerin yetiştirilmesi, bakımı ve satışına ilişkin giderlerin yapılması ile vergi, resim, harç ve komisyon giderleri
Bastırılan veya yaptırılan her nevi belgelerden elde edilen gelirler	Döner sermaye kazancının elde edilmesiyle ilgili giderler
Karayolları Trafik Kanununa göre zorunlu sigortalı olan kişilere verilen hizmetler ile sigortalı turistlere veya yabancı hastalara verilen sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirler	Bakanlık Merkez Döner Sermaye birimi hesabına aktarılan tutarlar
Sağlık alanında verilen kurs, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetlerinden elde edilen gelirler	Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik her türlü eğitim giderleri
Gecikme zamları ve faiz gelirleri	Ambulans, cenaze arabası ve benzeri sağlık hizmet araçlarının akaryakıt, donanım, yedek parça, bakım ve tamirat giderleri
Diğer kamu veya özel sektör kuruluşlarının sağlık alanında sunduğu hizmetlere kredi notu verilmesi veya akredite edilmesinden elde edilen gelirler	Tamirat, tadilat, inşaat, tıbbî ve fennî tesisat ile kamulaştırma yaptırılmasıyla ilgili giderler
Sağlık kurum ve kuruluşlarında üçüncü şahıslarca yapılacak sağlık alanı dışındaki tanıtım hizmetlerinden elde edilen gelirler	Taşınır veya taşınmaz mal satın alınması, ihtiyaç duyulan taşınmaz mallar üzerinde sınırlı aynî hak tesis edilmesi, kiralanması veya bunlara ilişkin yapılan her türlü giderler

Kullanılmayan veya ihtiyaç fazlası olan taşınırların tespit edilen bedel üzerinden Kanun kapsamına dâhil döner sermayeli işletmelere devredilmesi karşılığında elde edilen gelirler	Tamir ve imal atölyeleri açılması ve bunlara sermaye tahsis edilmesi
Atölye, tamirhane veya depolarda gerçekleştirilen sağlık hizmetleri ile ilgili montaj, demontaj veya proje işlerinden elde edilen gelirler	Yatırım programı ile ilişkilendirilmesi kaydıyla, ambulans, cenaze arabası ve hizmet aracı satın alınması ile ayrıca bunların kiralanması veya hizmet satın alınması yoluyla temini ve bunlara ilişkin giderler
Döner sermaye kaynakları ile elde edilen alet, cihaz ve malzemelerden hurdaya ayrılanların satışından elde edilecek gelirler	Fiyatlandırılan mamullerin serbest piyasaya veya sair müesseselere intikal ettirilmesi ve buna ilişkin giderler
Bakanlıkça gönderilen yardımlar	Kanun kapsamına dâhil döner sermayeli işletmelerin kullanmadıkları veya ihtiyaç fazlası olup bedeli karşılığında devralınan taşınırlara ilişkin giderler
Toplum ruh sağlığı ve rehabilitasyon merkezlerinin iş-uğraş atölyelerinde iyileştirmeye yönelik üretilen ürünlerin satış gelirler	Sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmetlerini aksatmamak ve yılı yatırım programı ile ilişkilendirilmek kaydıyla, genel bütçe ödeneği ile devam etmekte olan kurum ve kuruluşun bina projelerinin tamamlanmasına yönelik inşaat işleri için harcanmak üzere Bakanlıkça belirlenen tutarda ilgili saymanlığa aktarılacak giderler

	Döner sermayeli işletmelerin, tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemesi, ilaç ve büro malzemeleri gibi merkezi olarak satın alınmasında fayda görülen mal alımları ile hizmet alımları için yapılan her türlü giderler
	Eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitimi yapmakta olan yabancı uyruklu asistanlara ilgili mevzuat uyarınca yapılan ödemeler
	Personelin ilgili mevzuatı gereği yapılması zorunlu olan sağlık tarama giderler
	Personelin ilgili mevzuatı gereği yapılması zorunlu olan sağlık tarama giderler
	Aday çırak, çırak ve stajyer öğrencilerin ücretleri
	Döner sermaye işlerinde çalışan memur ve hizmetlilerden görevi gereği yemek zamanlarını işletmede geçirmekte olanların işleriyle yine vazife icabı işletmede kalmak zaruretinde bulunanların ibateleri
	Diğer giderler

Kaynakça: Sağlık Bakanlığı ile Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye İşletmeleri Hakkında Yönetmelik Madde 9-10

Dağıtılabılır döner sermaye tutarı, döner sermaye gelirlerinden giderler karşılandıktan sonra kalan döner sermaye tutarından %21 yasal kesinti yapılır ve kalan tutar üzerinden komisyon kararınca belirlenir. Yalnız 21/2/2013 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 6428 Sayılı Kanunun 16. Maddesinde yer alan “Türkiye Kamu

Hastaneleri Kurumuna bağılı ikinci ve üçüncü basamak sağıık tesislerinin bağıış, faiz ve kira gelirleri ek ödeme dağıtımında kullanılamaz ve bu birimlerde görevli personele yapılacak ek ödeme toplamı, ilgili birimin cari yıldaki hizmet bedelinden ayrı olarak faturalandırılan ilaç ve her türlü tıbbi sarf malzemesi gelirlerinin yüzde kırk beşini, diğıer döner sermaye gelirlerinin ise yüzde ellisini aşamaz” ibaresi gereğıi komisyon, dağıtılabılır döner sermaye kararını gelirlerin %50 sini geçmeyecek şekilde belirler.

Yasal kesintiler içerisinde; %15 hazine payı, %1 sosyal hizmetler kanununca ayrılacak pay, %5 Bakanlık merkez payı yer almaktadır.

3.3. NET EK ÖDEME TUTARI HESAPLANMASI

1) Hekimlerin yapmış olduğı işlemler toplamı aylık girişimsel işlem puanlarını oluşturur, toplam girişimsel işlem puanları hekimlerin aktif çalışma gün katsayısına bölünerek Hastane puan ortalamasına ulaşılır.

2) Hastane puan ortalaması hesaplandıktan sonra ek ödeme yönetmeliğince unvanlara göre belirlenen katsayı ve formüller yardımı ile ek ödeme alacak personelin Net Performans puanları ayrı ayrı hesaplanır.

3) Ek ödeme alan tüm personelin Net Performans puanları toplamı alınarak, komisyonca belirlenen ve dağıtılması karar alınan döner sermaye tutarına bölünerek “Dönem Ek Ödeme Katsayısı” belirlenir.

4) Belirlenen dönem ek ödeme katsayısı ile personelin tek tek hesaplanan net performans puanları çarpılarak hak edilen brüt tutar elde edilir.

5) Belirlenen brüt tutardan personelin maaş ile birlikte aldıkları brüt sabit ek ödeme tutarları düşürölür, kalan tutardan “damga vergisi”, “gelir vergisi” kesilerek geriye kalan tutar net ek ödeme olarak ilgili kişiyeye ödenir.

Hesaplama da kullanılacak ek formüller ve içerikler:

Dönem Ek Ödeme Katsayısı: Karar Alınan Dağıtıılacak Döner Sermaye / Net Performans Puanları Toplamı

Tavan Ek Ödeme Tutarı: ((Aylık Maaş + Ek Gösterge Tutarı Özel Hizmet Tazminatı + Yan Ödemesi) X Tavan Ek Ödeme Kat Sayısı)

Matrah: Brüt Tutar – Brüt Döner Sermaye Sabit Ödemesi

Vergi Kesintisi: Matrah x %15

Damga Vergisi: Matrah x 7,59/1000

3.4. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Araştırma ikinci basamak sağlık tesisinde genel tıbbi işlem puanı bulunan uzman tabipleri aynı şartlar altında aynı puanları ürettikleri var sayılarak; 2017 yılı klinisyen uzman tabiplerin ortalama ek ödeme hak edişlerine yakın bir model kurulmasıyla yapılmıştır.

Yan dal uzmanı, klinisyen uzman tabip, İlk ve acil yardım servis/polikliniklerinde görev yapan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler, Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler uygulamada yer almaktadır. Hesaplama kısmında eşit puanlara sahip oldukları varsayımı mevcuttur. Kurulan modellemede dönem ek katsayısında oluşabilecek düşüşün ek ödeme tutarına etkisini incelemek amaçlı iki varsayımdan oluşmaktadır. Birinci varsayımda dönem ek ödeme katsayı (Karar Alınan Dağıtılacak Döner Sermaye / Net Performans Puanları Toplamı) %12 olarak ayarlanmıştır. İkinci varsayım ise dağıtılabilir döner sermaye tutarından kaynaklı ve / veya tabiplerin performanslarının etkisiyle dönem ek ödeme katsayısının %8 olarak düşürüldüğü durum hesaplanmıştır.

İkinci basamak 500 yataklı olarak oluşturulan hastanenin birinci varsayım için oluşturduğu örnek döner sermaye modeli;

Hastanenin Brüt Geliri	500.000 TL
Döner Sermaye Geliri	452.000 TL
Yasal Kesinti %21	(94.920 TL)
Yasal Kesinti Sonrası Döner Sermaye	357.080 TL
Dağıtılabilir Döner Sermaye (%50)	178.540 TL
İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Geliri	48.000 TL
Yasal Kesinti %21	10.080 TL
Yasal Kesinti Sonrası İlaç ve Tıbbi Malz. Geliri	37.920 TL
Dağıtılabilir İlaç ve Tıbbi Malz. Geliri (%45)	17.064 TL

Toplam Dağıtılabilir Tutar

195.604 TL

Şeklinde hesaplanmış ve dağıtılabilecek döner sermaye tutarı 195.604 TL olarak belirlenmiştir. Dönem ek ödeme katsayısının %12 olabilmesi için Net performans puanları toplamı ise 1.630.033 puan olarak hesaplanmıştır.

Varsayım 1: Dönem ek ödeme katsayısı %12;

Dönem Ek Ödeme Katsayısı	12%
Aktif Çalışma Günü	31
Mahsup Edilecek Döner Sermaye Sabit	
Ödemesi (Brüt 2017 YILI)	2.523,99 TL
Mahsup Edilecek Döner Sermaye Sabit	
Ödemesi (Net 2017 YILI)	1.596,19 TL
Tavan Ek Ödeme Kat Sayısı	7
Tavan Ek Ödeme Tutarı	12.834,99 TL
Hastane Puan Ortalaması	30.000
Girişimsel İşlem Puanı	30.000
Bilimsel İşlem Puanı	2.000
Ek İşlem Puanı (%10 Hak ediş)	3.000
Ek İşlem Çalışma Günü	2
Gelir Vergisi	%!5
Damga Vergisi	7.59/1000

Varsayım 2: Dönem ek ödeme katsayısı %8;

Dönem Ek Ödeme Katsayısı	8%
Aktif Çalışma Günü	31
Mahsup Edilecek Döner Sermaye Sabit	
Ödemesi(Brüt 2017 YILI)	2.523,99 TL
Mahsup Edilecek Döner Sermaye Sabit	
Ödemesi(Net 2017 YILI)	1.596,19 TL
Tavan Ek Ödeme Kat Sayısı	7
Tavan Ek Ödeme Tutarı	12.834,99 TL
Hastane Puan Ortalaması	30.000

Girişimsel İşlem Puanı	30.000
Bilimsel İşlem Puanı	2.000
Ek İşlem Puanı (%10 Hak ediş)	3.000
Ek İşlem Çalışma Günü	2
Gelir Vergisi	%15
Damga Vergisi	7.59/1000

3.5. YÖNTEM VE VERİ ANALİZ

a) Klinisyen uzman tabip ek ödeme hak edişi;

Varsayım 1: Dönem ek ödeme katsayısı %12

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 2,5) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	83.000 Puan
Brüt Tutar Hesaplaması	$83.000 \times \%12$
Brüt Tutar	9.960 TL
Matrah Hesaplaması	$9.960 - 2.523,99$
Matrah	7.436,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	1.115,40 TL
Damga Vergisi Kesintisi	56,44 TL
Kesinti Toplamı	1.171,86 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	6.264,15 TL

Varsayım 2: Dönem ek ödeme katsayısı %8

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 2,50) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	83.000 puan
Brüt Tutar Hesaplaması	$83.000 \times \%8$
Brüt Tutar	6.640 TL
Matrah Hesaplaması	$6.640 - 2.523,99$
Matrah	4.116,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	617,40 TL

Damga Vergisi Kesintisi	31,24 TL
Kesinti Toplamı	648,64 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	3.467,37 TL

İkinci basamak sağlık kuruluşun da çalışan klinisyen uzman tabip; birinci varsayımda yer alan %12 dönem ek ödeme katsayısına sahip hastanede çalıştığında ve 30.000 puan ürettiğin de 6.264,15 TL net performans ödemesi alabilmektedir. Aynı klinisyen uzman tabip dönem ek ödeme katsayısının %8 olduğu ikinci varsayımda yer alan hastanede 30.000 puanı üretmesine rağmen çalıştığında net performans ek ödemesi tutarı 3.467,37 TL olmaktadır. Dönem ek ödeme katsayısında ki düşüş gelinde 2.796,78 TL kayıp yaşatmaktadır.

b) Klinisyen Yan dal uzmanı

Varsayım 1: Dönem ek ödeme katsayısı %12

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 3,00) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	98.000 puan
Brüt Tutar Hesaplaması	$98.000 \times \%12$
Brüt Tutar	11.760 TL
Matrah Hesaplaması	$11.760 - 2.523,99$
Matrah	9.236,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	1.385,40 TL
Damga Vergisi Kesintisi	70,10 TL
Kesinti Toplamı	1.455,50 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	7.780,51 TL

Varsayım 2: Dönem ek ödeme katsayısı %8

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 3,00) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	98.000 puan
Brüt Tutar Hesaplaması	$98.000 \times \%8$
Brüt Tutar	7.840 TL

Matrah Hesaplaması	7.840 - 2.523,99
Matrah	5,316,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	797,40 TL
Damga Vergisi Kesintisi	40,34 TL
Kesinti Toplamı	837,74 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	4.478,27 TL

İkinci basamak sağlık kuruluşun da çalışan klinisyen yan dal uzmanı; birinci varsayımda yer alan %12 dönem ek ödeme katsayısına sahip hastanede çalıştığında ve 30.000 puan ürettiğin de 7.780,51 TL net performans ödemesi alabilmektedir. Aynı klinisyen yan dal uzmanı dönem ek ödeme katsayısının %8 olduğu ikinci varsayımda yer alan hastanede 30.000 puanı üretmesine rağmen çalıştığında net performans ek ödemesi tutarı 4.478,27 TL olmaktadır. Dönem ek ödeme katsayısında ki düşüş gelirinde 3.302,24 TL kayıp yaşatmaktadır.

c) İlk ve acil yardım servis/polikliniklerinde görev yapan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler

Varsayım 1: Dönem ek ödeme katsayısı %12

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 1,40) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	50.000 puan
Brüt Tutar Hesaplaması	$50.000 \times \%12$
Brüt Tutar	6.000 TL
Matrah Hesaplaması	6.000 - 2.523,99
Matrah	3.476,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	521,40 TL
Damga Vergisi Kesintisi	26,38 TL
Kesinti Toplamı	547,78 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	2.928,23 TL

Varsayım 2: Dönem ek ödeme katsayısı %8

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 1,40) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	50.000 puan
Brüt Tutar Hesaplaması	50.000 x %8
Brüt Tutar	4.000 TL
Matrah Hesaplaması	4.000 - 2.523,99
Matrah	1.476,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	221,40 TL
Damga Vergisi Kesintisi	11,20 TL
Kesinti Toplamı	232,60 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	1.243,41 TL

İkinci basamak sağlık kuruluşun da çalışan; ilk ve acil yardım servis polikliniklerinde temel tıp bilimleri uzmanı veya pratisyen tabip; birinci varsayımda yer alan %12 dönem ek ödeme katsayısına sahip hastanede çalıştığında ve 30.000 puan ürettiğin de 2.928,23TL net performans ödemesi alabilmektedir. Aynı temel tıp bilimleri uzmanı veya pratisyen tabip dönem ek ödeme katsayısının %8 olduğu ikinci varsayımda yer alan hastane de 30.000 puanı üretmesine rağmen çalıştığında net performans ek ödemesi tutarı 1.243,41 TL olmaktadır. Dönem ek ödeme katsayısında ki düşüş gelirinde 1.684,82 TL kayıp yaşatmaktadır.

d)Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler

Varsayım 1: Dönem ek ödeme katsayısı %12

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 1,20) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	44.000 puan
Brüt Tutar Hesaplaması	44.000 x %12
Brüt Tutar	5.280 TL

Matrah Hesaplaması	5.280 - 2.523,99
Matrah	2.756,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	413,40 TL
Damga Vergisi Kesintisi	20,91 TL
Kesinti Toplamı	434,31 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	2.321,70 TL

Varsayım 2: Dönem ek ödeme katsayısı %8

Net Performans Puanı	
Hesaplaması	$(30.000 \times 1,20) + 2.000 + (3.000 \times 2)$
Net Performans Puanı	44.000 puan
Brüt Tutar Hesaplaması	44.000 x %8
Brüt Tutar	3.520 TL
Matrah Hesaplaması	3.520 - 2.523,99
Matrah	996,01 TL
Gelir Vergisi Kesintisi	149,40 TL
Damga Vergisi Kesintisi	7,56 TL
Kesinti Toplamı	156,96 TL
Net Performans Ek Ödeme Tutarı	839,05 TL

İkinci basamak sağlık kuruluşun da çalışan; Yoğun bakım, palyatif bakım merkezleri, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan temel tıp bilimleri uzmanı veya pratisyen tabip; birinci varsayımda yer alan %12 dönem ek ödeme katsayısına sahip hastanede çalıştığında ve 30.000 puan ürettiğin de 2.321,70TL net performans ödemesi alabilmektedir. Aynı uzman veya pratisyen tabip dönem ek ödeme katsayısının %8 olduğu ikinci varsayımda yer alan hastanede 30.000 puanı üretmesine rağmen çalıştığında net performans ek ödemesi tutarı 839,05TL olmaktadır. Dönem ek ödeme katsayısında ki düşüş gelinde 1.482,65 TL kayıp yaşatmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetlerinde kullanılan her ödeme yöntemi sağlık hizmeti sunumuna, sağlık hizmetleri kalitesine, verimlilik ve hizmetlerin yönetim maliyetleri üzerinde farklı etkilere sahip olduğu aşikardır. Optimal sağlık hizmeti sunabilmek için farklı modeller birlikte veya tek başına seçilebilmekte ve uygulanmaktadır. Ülkemizde ödeme modelleri içerisinde de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekim ve diğer personelin için performansa göre ek ödeme yöntemi tercih edilmiş, ücret teşviki ile hekim verimliliği artırılmak istenmiştir.

Performansa göre ek ödeme sistemi incelendiğinde ise, birden farklı değişkenlerden etkilendiği görülmektedir. Değişkenlerin içerisinde görev, yetki ve sorumlulukların aynı olmasına karşın bireysel performansın hak edeceği ek ödeme tutarında etkili olan kurum mali yapısının ve diğer çalışanların performanslarının etkisi de mevcuttur. Bu iki değişken dönem ek ödeme katsayısını oluşturmaktadır. Literatür taraması sırasında örnek gösterilen ve dile getirilen ek ödeme hesaplamaları, sağlık çalışanları arasında adaletsizliklere ayrıca hizmet sunumu ve hizmet kalitesinde yaşanabilecek olumsuzluklara zemin hazırlayacak durumdadır ifadesi de dönem ek ödeme katsayısından kaynaklıdır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, hazırlanırken göz ardı edilen birçok durum vardır ve mevcutta kullanılan sistem için genel hatlarla oluşturulmuş yapıdadır denilebilir.

Sistemin aksaklıkları içerisinde bahsedilecek durumlardan bazıları;

Kurumdan kuruma değişiklik gösteren dağıtılabilir döner sermaye tutarı ve hekimlerin net performans puan toplamaları dönem ek ödeme katsayısında değişmeye neden olmaktadır. Dönem ek ödeme katsayısında yaşanacak değişim, aynı branşta çalışan ve aynı puana sahip hekimlere farklı ek ücret ödenmesi demektir. Bu durum hekimler arasında anlaşmazlıklara adaletsizlik tartışmasına yol açmaktadır.

Kurumun mali yapısı, çalışılan bölgenin gelişmişliği ek ödeme hak edişleri üzerinde büyük etkiye sahipken bölgesel ve kurumsal farklılıklar dikkate alınmamıştır. Bu durum personelin bölge ve kurum tercihini etkilemekte bölgesel yığılmalara neden olmaktadır. Tercih edilmek istenmeyen bölgeler de ve kurumlar da sağlık hizmeti sunumunda eksiklikler yaşanmaktadır.

Farklı branşta çalışan hekimler aynı ek ödeme havuzunda değerlendirilmekte ve branş farklılıkları yok sayılmaktadır. Branşlar arası iş yükü ve risk faktörleri dikkate alınmamaktadır. Bu durum performansın temelinde yer alan süre, sarf edilen emek ve iş yeteneği gibi unsurları göz ardı etmektedir.

Genel tıbbi işlem puanı artırmak, yapılan müdahale sayısıyla bağlantılıdır. Bu durum; daha kısa sürede daha çok işleme ulaşma ve tıbbi müdahaleleri artırmaya yönelik teşvik edici olup, ucu açık gereksiz hizmet sunumuna yönlendirecek yapıyı oluşturmaktadır. Performans puanlarının artırılmak için yapılabilecek istenmeyen davranışlar; hasta memnuniyeti, hizmet kalitesi gibi etmenleri değiştirerek hizmet sunumuna zarar verebilecek ortamın oluşması anlamına gelmektedir. Performansa göre ödeme sisteminin temelde amacı; bahsedildiği gibi sağlık hizmeti kalitesini artırmak ve gereksiz hizmet sunumunu önlemek ise sistem kendi içerisinde çelişmektedir.

Hekim dışı personel iş yüküne bakılmaksızın sabit döner sermayeden pay almaktadır. Farklı bölümlerde hizmet veren personeller arasında hak ediş farkları çok az değişiklik arz etmektedir. Performansın temel işlevleri göz ardı edilmektedir.

Performansa göre ek ödeme sistemi gelir artışına etki ederek özel muayenehane sayısını azaltmış ve devlette çalışmayı teşvik etmiştir. Fakat bir başka durumda da bölgesel ve kurumsal işleyişten kaynaklı gelir düşüşleri nedeniyle en iyi hekimlerin özel sektöre yönelmesine, hekimlerin kendi içlerinde ücret adaletsizlikleri yaşamasına ve diğer personellerin döner sermayeden yeterli pay alamadıkları düşüncesinin oluşmasına neden olmuştur.

Sistemin işleyişi için getirilebilecek öneriler ise;

Aynı şartlarda çalışan ve tıbbi işlem puanına sahip hekimlerin; çalıştığı hastanenin mali yapısı ve bölgesel farklardan kaynaklı değişiklik gösteren performansa göre ek ödeme tutarı durum değişkeni olabilecek yeni bir oran eklenerek dengelenebilecektir. Bu oranın eklenmesiyle bölgesel - kurumsal yığılmaların önüne geçilmesi ve gelirlerde yaşanan adaletsizlik durumunun minimuma indirgeyebileceği düşünülmektedir.

Farklı birimlerde aynı net performans puanına sahip tabipler arasında ki hak ediş farkları, birimlerin risk faktörleri ve sarf edilen emek dikkate alınarak hesaplanabilir. Her birimin farklı olan ve performansa etki eden zaman emek ve iş

yoğunluğu dikkate alınarak ek ödeme hak edişlerine yeni bir oran eklenebilecektir. Eklenecek bu oranla performansın temel unsurları dikkate alınmış olacak ayrıca çalışan hekim ve personel kendi birimleri içerisinde gerçek bir performans değerlendirilmesine tabi tutulacağı düşünülmektedir.

Gereksiz hizmet sunumunu önleyecek ve hizmet kalitesini artıracak yönde tespitte bulunmak için hasta memnuniyeti dikkate alınıp ve takip edilebilir. Elde edilen sonuçlar performans puanları üzerinde etki edecek hale getirilebilir. İyi bir kontrol mekanizması oluşturulup, denetlenebilir. Denetleme sonuçları performans puanlarına yansıtılabilir. Oluşturulacak kontrol ve denetim mekanizması sayesinde; arzu edilen hizmet kalitesi artışı ve gereksiz hizmet sunumunun önlenmesi sağlanabilecektik.

Diğer sağlık personelleri için ayrı ayrı iş yükünün dikkate alındığı yeni bir hesaplama sistemi oluşturulabilir. Sabit döner sermayeden pay vermek yerine ayrı bir performans tespiti yapılabilir ve uygulanması ile hem performansın temelinde yer alan süre, sarf edilen emek ve iş yeteneği gibi unsurların diğer personeller içinde uygulanmasını sağlayacağı hem de personelin kendi arasında yaşanan hak ediş farkları düzenlenebileceği düşünülmektedir.

Farklı bir değerlendirme modeli olarak da kota uygulaması kullanılabilir. Birçok sektörde kullanılan kota uygulaması sağlık hizmetlerinde performans hesaplanması yapılırken alternatif olarak seçilir ise; önce her birim için ayrı ayrı kota puanı belirlenmesi gerekecektir. Bu şekilde kota üstü gerçekleşen işlemler performans hesaplamasına tabi tutulup, hak edişler tespit edilebilecektir. Tasarlanan bu uygulama ile, çalışanların içerisinde puanı düşük olmasına karşın diğer tabiplerin gelirlerine düşüş yaşatacak kişilerin sistem dışı bırakılması ayrıca tabiplerin performans ödemesi alabilmek için daha etkin ve verimli çalışma tutumu sergileyecekleri düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Akçakanat, T. ve Çarıkçı, İ. H. (2016). Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3):5.

Akpınar, A. T. ve Taş, Y. (2013). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 37(2): 5.

Atasever, M. (2016). Döner Sermayeli Sağlık İşletmeleri: Tespitler Ve Öneriler.<http://www.sasam.org.tr/wpcontent/uploads/2016/10/D%C3%96NER-SERMAYE-K%C4%B0TABI-2016L.pdf>. 01.05.2018.

Ateş, M (2008). *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. Ankara: Beta Yayınları .

Ateş, H., Kırılmaz, H. ve Aydın, S. (2007). *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi*. Ankara: Baran Ofset.

Aydın, S. (2007). *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Anlayışına Geçiş*. H. Ateş, H. Kırılmaz, ve S. Aydın içinde, *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*. Ankara: Asil Yayın Dağıtım.

Barnum, H., Kutzin, J. ve Saxenian, H. (1995). Incentives and Provider Payment Methods. *IVorld Bank HRO tVorking Papers*. HROWP 51, USA.

Barnum, H., Kutzin, J. and Saxenian, H. (1995). Incentives and Provider Payment Methods. *The International journal of Health Planning and Management*, 10(1): 23-45.

Belek, İ. (2001). *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*. İstanbul: Sorun Yayınları.

Bingöl, D (2003). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Beta yayınları İstanbul.

Birsen B. (2011). Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemleri Ve Teknik Verimlilik. Sosyal Güvenlik Kurumu. Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi.

Chawla, M., Windak, A., Berman, P., & Kulis, M. (1997). Paying the Physician: Review of different methods. *Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health. Boston, Massachusetts*, 1-24.

Chawla, M., Windak, A., Berman, P., & Kulis, M. (1997). Paying the Physician: Review of different methods. *Department of Population and International Health. Harvard School of Public Health. Boston, Massachusetts*, 1-24.

Çakır, Ö. Ve Sakaoğlu, H. H. (2010). Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(1): 1-21.

Çankaya, M. (2017). Hastane Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4): 271-282.

Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Çelikay, F. (2009). *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Açısından Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Etkinliği ve Geleceği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Çoban, S. ve Serçe, H. (2015). Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Düşünce Farklılıkları Ve Bu Düşüncelerin Memnuniyete Etkisi: Nevşehir Devlet Hastanesi Örneği. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 4: 1–16.

Dertli N (2015). Genel Sağlık Sigortası ve Gelir Testi: Statü Eşitsizliğinden Gelir Eşitsizliğine. *281 Mülkiye Dergisi*, 39(3):45.

Er, Ü. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.

Ercan, M.K ve Ban, Ü. (2005). *Değere Dayalı İşletme Finansı Finansal Yönetim*. Gazi Kitabevi Ankara.

Erşahan, B., Bakan, İ. ve Eyitmiş, A. M. (2011). Performansa Göre Ücretlendirme'nin Doktorlar Tarafından Algılanan Negatif Yönleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (25), 101-119.

Gottret, P. E. ve Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. World Bank Publications.

Güvercin, A., Mil, H. İ., & Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(13): 80-94.

Hayran, O., & Sur, H. (1998). Sağlık Hizmetleri El Kitabı. *İstanbul: Yüce Yayım*.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2): 86-89.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2): 86-89.

Kalkandelen, H.(1997). *Örgütlerde Yeniden Yapılanma ve Norm Kadro*. Ankara: Anı Yayınları.

Karafakıoğlu, M. (1998). *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi.

Kavuncubaşı, Ş ve Yıldırım, S (2012). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kavuncubaşı, Ş. (2000) *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Ankara Siyasal Kitabevi.

Kolaylı, A. G. G. ve Lorcu, F. (2015). Performansa Dayalı Ücret Sistemi Ve Hekimlerin Motivasyon Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3): 340-353.

Mossialos E. ve Dixon A. (2002). *Funding Health Care: An Introduction*. Mossialos E. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe* Buckingham & Philadelphia: Open University Press.

Normand, C., ve Weber, A. (1994). *Social Health Insurance: a Guidebook for Planning*. Geneva: World Health Organization.

OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri. "Türkiye." *OECD VE IBRD/Dünya Bankası* 14 (2008): 15-43.

Örnek, M. ve Karaca, Z. Atasever, M. (2017). *Sağlık Bakanlığı ve Bağlı kurumlarda çalışanların döner sermaye ek ödemelerinde yaşanan sorunlar ve çözüm önerileri* Ankara: Çalıştay Raporu Sasam Estitüsü.

Özer, A. ve İleri, Y. Y. (2016). Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri Ve Global Bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 78-92.

Özgen, H., ve Tatar, M. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1).

Öztunç, I., ve Cural, M. (2017). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Üzerine Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(5), 880-891.

Pinto, M. ve Andersson, B. (2001). Paying Health Care Providers in the Caribbean. In *Paying Health Care Providers in the Caribbean*.

Sağlık Bakanlığı (2015). *Sağlık Bakanlığının Tarihçesi*. <https://www.saglik.gov.tr/T-R,11492/tarihce.html> 01/09/2015. (05.01.2018)

Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>.

Sağlık Bakanlığı, "Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 13.1. 1983 tarih ve 17927 mükerrer sayılı Resmi Gazete." *Yapılan Değişiklikler İçin* 5 (1983): 2005. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatakl%C4%B1%20tedav%20ytky> (01.01.2018).

Sağlık Bakanlığı. *Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Ek Ödeme Yönetmeliği* https://khgm.saglik.gov.tr/DB/15/773_DB_15_yonetmelikler erişim tarihi 03.04.2018.

Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD)*: 1(1): 5.

Tokat, M. (1994). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Top, M., & Tarcan, M. (2007). Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(1): 169-189.

Torrington, D.ve Hall, L.(1995). *Personel Management*. HRM in Action.

Usta, Ö. (2014) *İşletme Finansı Ve Finansal Yönetim*. Ankara: Detay Yayıncılık.

UZ, H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri. *iç. Osman HAYRAN ve Haydar SUR (Ed.), Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayın, İstanbul, 91-112.*

Ülman, Y. I. ve Artvinli, F. (2012). *Değişen Dünyada Biyoetik*. İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği Yayını.

Ünal, E. (2013). *Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi*. Bursa: Ekin Yayınevi.

WHO (2000). *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, Geneva.

Yasalar, T. C. (2006). 5510 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu. *Ankara: Resmi Gazete (26200 sayılı).*

Yıldız, M. S. Hastane Yatak Kullanım Verimliliğinin Değerlendirmesinde Pabon Lasso Metodu: Literatür Taraması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1):152-163.

YİĞİT, V. (2017). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Hekimlerin Teknik Verimliliği: Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama. *Electronic Journal of Social Sciences*, 16(62).

1 Mayıs 2007 Resmi Gazete Sayı 26509 Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği madde 3.

15 Mayıs 2017 tarihli 30067 sayılı resmî gazete de yayınlanan ‘‘ Sağlık Bakanlığı ile Bağlı Kuruluşlarının Döner Sermaye İşletmeleri Hakkında Yönetmelik’’madde 9-10.

21/2/2013 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan 6428 Sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli İle Tesis Yaptırılması, Yenilenmesi Ve Hizmet Alınması İle Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun 16. Maddesinde.