



T.C.

UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ

**SAĞLIK BAKANLIĞININ PERFORMANSA DAYALI HİZMET
SUNUMUNUN HEKİMLERİN MOTİVASYONUNA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HÜSEYİN KIZILAY

TEZ DANIŞMAN
PROF.DR. COŞKUN İKİZLER

ANKARA, 2019

T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ

**SAĞLIK BAKANLIĞININ PERFORMANSA DAYALI HİZMET
SUNUMUNUN HEKİMLERİN MOTİVASYONUNA ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HÜSEYİN KIZILAY

TEZ DANIŞMAN
PROF.DR. COŞKUN İKİZLER

ANKARA, 2019

KABUL VE ONAY

Hüseyin KIZILAY tarafından hazırlanan "Sağlık Bakanlığı'nın Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun, Hekimlerin Motivasyonuna Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 16.12.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özkan ÜNVER -Başkan




Prof. Dr. Coşkun İKİZLER- Danışman

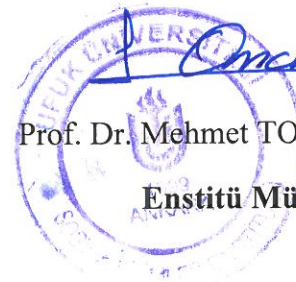


Doç. Dr. Mehmet Ali AKTAŞ- Üye



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.


Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY
Enstitü Müdürü



BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder; tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Ufuk Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

[Tarih ve İmza] 16/12/2019

Hüseyin KIZILAY H. KIZILAY

ÖZET

KIZILAY, Hüseyin. Sağlık Bakanlığının Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Hekimlerin Motivasyonuna Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019.

Bu çalışma Sağlık Bakanlığının gerçekleştirmiş olduğu performansa dayalı hizmet sunumunun hekimlerin iş yaşantısında motivasyonlarını ne ölçüde etkilediğini analiz etmek amacıyla Ankara ilinde bir hastanede gerçekleştirilmiştir. Çalışmada hekimlere anket uygulaması yapılmıştır. Yapılan çalışmanın sonucunda, performans sisteminin hekimlerin iş motivasyonuna etki eden hem pozitif hem de negatif unsurlar bulunmuştur. Başlıca negatif unsurlar, hekimlerin izin ve dinlenme süresinin kısılması ve ücret eşitsizliğinden kaynaklı motivasyon düşüklüğü öne çıkmıştır. Performansa dayalı sağlık sisteminin bu hali ile devam etmesi sonucunda, düşük motivasyonlu çalışan hekimlerin oranı artacağı düşünülmektedir. Uygulanan sistemin işlerliğinin sürdürülebilmesi için düzenlemeler yapılmalı, daha kapsamlı ve büyük katılımın olduğu yeni çalışmalar düzenlenmelidir.

Anahtar Sözcükler

Sağlık, Motivasyon, Performansa Dayalı Hizmet Sunumu

ABSTRACT

KIZILAY, Hüseyin. Evaluation of the performance-based service delivery of the Ministry of Health on the motivation of physicians to work. M. Sc. Thesis, Ankara, 2019.

This study was carried out in a hospital in Ankara to analyze the extent to which the performance-based service delivery of the Ministry of Health influenced the motivation of physicians in their work life. In this study, a questionnaire was applied to physicians. As a result of the study, both positive and negative factors affecting the motivation of physicians' work system were found. Mainly negative factors, shortening of the leave and rest period of physicians and low motivation due to inequality in wages were highlighted. As the performance-based health system continues in this state, it is thought that the proportion of physicians with low motivation will increase. In order to maintain the functioning of the system, arrangements should be made and new studies should be conducted with more comprehensive and large participation.

Keywords

Health, Motivation, Performance-Based Service Delivery

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLOLAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	ix
GRAFİKLER DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK KAVRAMI	2
1.2. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ.....	4
1.2.1. Çevre	4
1.2.2. Kalıtım.....	5
1.2.3. Davranış	5
1.2.4. Sağlık Bakım Hizmetleri	6
1.2.4.1. Hazırlayıcı Faktörler.....	6
1.2.4.2. Kolaylaştırıcı Faktörler.....	6
1.2.4.3. Gereksinim Faktörleri	7
1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	7
1.3.1. Verilen Hizmetin Türüne Göre	8
1.3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	9
1.3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	9
1.3.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	10
1.3.1.4. Sağlık Geliştirilmesi.....	10
1.3.2. Verilen Hizmetin Kapsamına Göre	11
1.3.2.1. I. Basamak Sağlık Hizmetleri	11
1.3.2.2. II. Basamak Sağlık Hizmetleri.....	11
1.3.2.3. III. Basamak Sağlık Hizmetleri.....	12
1.4. SAĞLIK HİZMETİNİN AMAÇLARI	12
1.5. SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ	13
1.6. YAKIN TARİHTE SAĞLIK ALANINDAKİ GELİŞMELER	14
2. PERFORMANS	17

	Sayfa No.
2.1. SAĞLIK ALANINDA DİĞER ÜLKELERDEKİ GELİŞMELER	19
2.2. PERFORMANSA GÖRE ÖDEME ŞEKİLLERİ	22
2.2.1. Bireysel Performansın Değerlendirilmesi	23
2.2.2. Kurumsal Performansın Değerlendirilmesi.....	27
2.3. PERFORMANS SİSTEMİNİN POZİTİF YÖNLERİ	31
2.4. PERFORMANS SİSTEMİNİN NEGATİF YÖNLERİ	32
2.5. ÜCRETİN PERFORMANSA ETKİSİ	35
2.6. YASAL DAYANAK	38
3. MOTİVASYON	40
3.1. MOTİVATÖR FAKTÖRLER	42
3.2. HİJYENİK FAKTÖRLER	43
4. YÖNTEM.....	47
4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	47
4.2. ARAŞTIRMANIN YIĞIN VE ÖRNEK	47
4.3. ARAŞTIRMANIN KISITLARI.....	47
4.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	48
4.5. ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL BULGULARI.....	49
4.5.1. Ölçeklerin Güvenilirlik(İç Tutarlılık) Analizi	49
4.5.2. Kişisel Bilgileri ile İlgili Tanımsal Analizler	50
4.5.2.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Dağılımı.....	50
4.5.2.2. Katılımcıların Yaşları Dağılımı.....	51
4.5.2.3. Katılımcıların Öğrenim Durumu Dağılımı.....	52
4.5.2.4. Katılımcıların Unvan Durumu Dağılımı	53
4.5.2.5. Katılımcıların Hizmet Süreleri Dağılımı.....	54
4.5.2.6. Katılımcıların Branşları Dağılımı.....	55
4.5.2.7. Katılımcıların Haftalık Çalışma Süreleri Dağılımı.....	56
4.5.2.8. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Dağılımı	57
4.5.2.9. Katılımcıların Demografik Verilere Göre Motivasyon Düzeyleri Analizi	58
4.6. ANALİZ TÜRÜNÜN BELİRLENMESİ.....	62
4.7. DEMOGRAFİK PROFİLLER İLE ÖLÇEKLERİN ANALİZİ	63

	Sayfa No.
4.7.1. Doktorların Cinsiyetleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	63
4.7.2. Doktorların Yaş Grupları ile Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	63
4.7.3. Doktorların Öğrenim Durumları İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	64
4.7.4. Doktorların Unvanları İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	65
4.7.5. Doktorların Hizmet Süreleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	65
4.7.6. Doktorların Branşları İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	66
4.7.7. Doktorların Haftalık Çalışma Süreleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	66
4.7.8. Doktorların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi	67
4.8. DOKTORLARIN DEMOGRAFİK VERİLERİ İLE ANKET MADDELERİ ARASI İLİŞKİ	68
4.8.1. Doktorların Yaşları ile “5. Çalışanlar Arasında Rekabeti Olumlu Yönde Arttırmaktadır.” Sorusunun Analizi.....	68
4.8.2. Doktorların Yaşları ile “13. İzin ve Dinlenme Süresi Azalmıştır.” Sorusunun Analizi	69
4.8.3. Doktorların Yaşları ile “25. Performans Sistemi İle Sosyal Hayatıma (Aileme, Arkadaşlarıma vs.) Harcamam Gereken Zamanı Kısıtlamıştır.” Sorusunun Analizi	70
4.8.4. Doktorların Branşları ile “11. Klinikler Arası Rekabet Artmıştır.” Sorusunun Analizi	70
4.8.5. Doktorların Branşları ile “17. Doktorlar Arası Ücret Eşitsizliği Oluşmuştur.” Sorusunun Analizi.....	71
4.8.6. Doktorların Branşları ile “20. Daha Fazla Çalışmayı Teşvik Etmiştir.” Sorusunun Analizi	72

	Sayfa No.
4.8.7. Doktorların Cinsiyetleri ile “10. Literatür Okumaya Ayrılan Süre Azalmıştır.” Sorusunun Analizi.....	72
4.8.8. Doktorların Cinsiyetleri ile “7. Fiziksel Yorgunluğunu Artırmaktadır.” Sorusunun Analizi	73
4.8.9. Doktorların Unvanları ile “12. Asistanların Teorik Eğitimine Ayrılan Süre Azalmıştır.” Sorusunun Analizi	74
4.8.10. Doktorların Unvanları ile “16. Bilimsel Araştırma Yapmaya Olan İlgi Azalmıştır.” Sorusunun Analizi	75
5. SONUÇ	76
6. LİTERATÜR TARAMASI.....	81
KAYNAKÇA	89
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa No.
Tablo 4.1. Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Ölçeği Güvenilirlik Analizi.....	50
Tablo 4.2. Cinsiyet Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu	50
Tablo 4.3. Yaş Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu	51
Tablo 4.4. Öğrenim Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu	52
Tablo 4.5. Unvan Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu	53
Tablo 4.6. Hizmet Süreleri Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu	54
Tablo 4.7. Katılımcıların Branşları Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu.....	55
Tablo 4.8. Katılımcıların Haftalık Çalışma Süreleri Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu	56
Tablo 4.9. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Yüzde Oranları Tablosu	57
Tablo 4.10. Katılımcıların Motivasyon Düzeyleri Yüzde Frekans Dağılımı	58
Tablo 4.11. Doktorların Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri.....	59
Tablo 4.12. Demografik Verilere Göre Doktorların Performansa Dayalı Hizmet Sunumu	60
Tablo 4.13. Doktorların Anket Maddelerine Katılma Düzeylerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler	61
Tablo 4.14. Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Ölçeği Normallik Testleri	62
Tablo 4.15. Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Ölçeği Skewness ve Kurtosis Değerleri	62
Tablo 4.16. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi	63
Tablo 4.17. Katılımcıların Yaşlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi.....	64
Tablo 4.18. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi	64
Tablo 4.19. Katılımcıların Unvanlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi.....	65

Tablo 4.20. Katılımcıların Hizmet Sürelerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi	65
Tablo 4.21. Katılımcıların Branşlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi.....	66
Tablo 4.22. Katılımcıların Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi.....	67
Tablo 4.23. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi.....	67
Tablo 4.24. Doktorların Yaşları ile “Çalışanlar Arasında Rekabeti Olumlu Yönde Arttırmaktadır.” Maddesinin Analizi	68
Tablo 4.25. Doktorların Yaşları ile “İzin ve Dinlenme Süresi Azalmıştır.” Maddesinin Analizi	69
Tablo 4.26. Doktorların Yaşları ile “Performans Sistemi İle Sosyal Hayatıma (Aileme, Arkadaşlarıma vs.) Harcamam Gereken Zamanı Kısıtlamıştır.” Maddesinin Analizi	70
Tablo 4.27. Doktorların Branşları ile “Klinikler Arası Rekabet Artmıştır.” Maddesinin Analizi	71
Tablo 4.28. Doktorların Branşları ile “Doktorlar Arası Ücret Eşitsizliği Oluşmuştur.” Maddesinin Analizi	71
Tablo 4.29. Doktorların Branşları ile “Daha Fazla Çalışmayı Teşvik Etmiştir.” Maddesinin Analizi	72
Tablo 4.30. Doktorların Cinsiyetleri ile “Literatür Okumaya Ayrılan Süre Azalmıştır.” Maddesinin Analizi	73
Tablo 4.31. Doktorların Cinsiyetleri ile “Fiziksel Yorgunluğumu Artırmaktadır.” Maddesinin Analizi	73
Tablo 4.32. Doktorların Unvanları ile “Asistanların Teorik Eğitimine Ayrılan Süre Azalmıştır.” Maddesinin Analizi.....	74
Tablo 4.33. Doktorların Unvanları ile “Bilimsel Araştırma Yapmaya Olan İlgi Azalmıştır.” Maddesinin Analizi	75

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No.
Şekil 1.1. Sağlığın Belirleyicileri.....	4
Şekil 1.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları	9
Şekil 1.3. Verilen Hizmete Göre.....	11
Şekil 2.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Gelişimi.....	24
Şekil 2.2 Kurum Performans Puan Ortalaması	25
Şekil 2.3. Hastane Hizmet Puan Ortalamasına Göre Dolaylı Performansın Hesaplanması.....	26
Şekil 2.4. Net Performans Puanı	27
Şekil 2.5. Kurumsal Performans Katsayısı	30

GRAFİKLER DİZİNİ

	Sayfa No.
Grafik 4.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Dağılımı	51
Grafik 4.2. Katılımcıların Yaşları Dağılımı	52
Grafik 4.3. Katılımcıların Öğrenim Durumları Dağılımı.....	53
Grafik 4.4. Katılımcıların Unvan Durumu Dağılımı	54
Grafik 4.5. Katılımcıların Hizmet Süreleri Dağılımı	55
Grafik 4.6. Katılımcıların Branş Dağılım Durumu	56
Grafik 4.7. Katılımcıların Haftalık Çalışma Süreleri Dağılımı.....	57
Grafik 4.8. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Dağılımı	58

SİMGELER VE KISALTMALAR

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

OECD : Organisation for Economic Co operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Gelişme Teşkilatı

1. GİRİŞ

Günümüz dünyası 1980 yılından itibaren kendisine küreselleşmenin de etkisi ile “neoliberal akım” adı verilen yeni bir rota çizmiştir. Bu liberal hareketler ile yeni politikalar oluşturmuştur. Ekonomik sistemden, siyaset ve yönetimden başlayarak çeşitli alanlara yayılmıştır. Bu yeni sistem ile kamu alanında da daha etkin ve verimli bir kamu çalışanı oluşturulması için adımlar atılmaya başlanmıştır. Kamu personelinin daha etkin ve verimli çalışması için çeşitli ülkelerde çeşitli metotlar uygulanmaya çalışılmış, hatta aynı ülkedeki farklı kurumlarda da farklı uygulamalar denenmiştir. Ülkemizde kamu alanında daha etkin ve verimli personelin oluşması için çeşitli uygulamalar başlamıştır. Sağlık sistemi de bundan nasibini almıştır. Günümüz dünyasının küreselleşmesi ile sağlık alanında da piyasalaşmaya yönelik adımlar atılmıştır. Küreselleşmenin etkisi ile küresel şirketler ayakta kalmak ve daha geniş alanda rekabet etmek, en iyi olmak için sağlık alanını önemli bir yatırım alanı olarak görmüşler ve bu yönde adımlar atmışlardır. Böyle davranmalarında devletlerin Dünya Bankası, IMF gibi uluslararası finansal kurumlar ve Dünya Sağlık Örgütü gibi kurumlara yakın ilişkiler kurması ve sağlıkta “piyasalaşma” veya “ticaretleşme” etkili olmuştur. Türkiye de “Sağlıkta Dönüşüm” projesi ile kamu alanında niteliksel ve büyük değişimlere yol açmıştır. Kamu personelinin verimliliğini artırmak için çalışmalara yön verilmiştir. Çalışanın performansını artırmanın en iyi yolunun motive olması, bunun da performansın ücretlendirilmesi ile olacağı konusunda fikir birliğine varılarak 2004 yılında performansa dayalı ücretlendirmeye başlanmıştır. Hekimin performansının hasta memnuniyetine doğrudan etki ettiği yapılan çalışmalarda görülmektedir. Bu nedenle hekimlerin yaptığı hizmetler puanlandırılarak performansa dayalı ücretlendirme getirilmiştir. Performans sistemi ile hekimlerin daha kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunmaları amaçlanmaktadır. Buna karşın hekimlerin bu sistem ile ne oranda motive olduğu önemlidir. Motivasyon etkisi bakımından ücretin ilk sıralarda olmamasına rağmen araştırmalarda performansı etkileme ve doyum açısından ilk sıralarda olduğu gözlenmiştir. Ruhsal olarak iyi çalışmak için ruhun motivasyona ihtiyacı var.

1.1. SAĞLIK VE SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık için birçok tanım yapılsa da bugün için en çok kullanılan tanım, Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu: "Sağlık kişinin yalnızca hastalık sakatlık durumunun olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halini ifade etmektedir." tanımıdır.

Sağlık kavramı toplumları; gelişmişlik düzeyinden, ülkelerin kalkınmasına ve sosyal refahının pozitif anlamda yükselmesine kadar etkileyen önemli etkenlerden birisidir. Bu nedenle ülkeler mevcut konumlarını daha üst seviyelere yükseltmek için birtakım faaliyetlerde bulunurlar. Özellikle günümüzde hasta ve hastaların görünüşleri değişmiş, eskiye göre toplumlar yaşlanmış ve yaşlı nüfus oranı giderek artmıştır. Bununla beraber; teknolojik gelişmeler, toplumların gıdalarla kanserojen ürünler tüketmesi, akut olan hastalıklardan kronik yöne doğru değişen hastalık görüntüsü, ülkelerin sağlığa ayrılan harcama paylarının daha da artmasına neden olmaktadır (Akalin, 1995; Akalin, 2009; Kılavuz, 2010).

Günümüzde gelişmiş ülkeler uzun, sağlıklı ve kaliteli ömür için sürekli bir arayış içindedirler. Sağlık; hem ulaşılması istenilen hedef hem de gelişmişliğin göstergesidir. Gelişmiş ülkelerde yaşam süresinin 100 yılı aşması için çalışılırken, ne yazık ki gelişmemiş ülkelerde halen kolera vb. hastalıklardan ölümler meydana gelmekte, sağlıklı yaşam koşulları en alt seviyelerde kalmaktadır.

Sağlık hizmetlerindeki temel amaç sağlıklı bireyler, ardından da sağlıklı toplumlar oluşturarak yalnız bugünlerini değil yarınlarını da güvence altına alarak daha kaliteli bir hayat sürmelerini sağlamaktır. Ülkelerin sağlıklı bireyler oluşturmalarındaki en önemli gayeleri daha üretken ve verimli bireylerin oluşmasını sağlamaktır. Burada bir Çin atasözü durumu şöyle özetlemektedir: "Bir yıl sonrasını düşünüyorsan pirinç ek on yıl sonrasını düşünüyorsan meyve fidanı dik, yüz yıl sonrasını düşünüyorsan insanı eğit". Bu söz ile eğitilmiş, nitelikli ve sağlıklı bireylerin ülkeyi diğer toplumlara göre bir veya birkaç adım öne geçireceği anlatılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde bu durum belli

standartlar oluşturmuş, 100 yaş ve üstü insan görülme oranı artmıştır. Ama bununla birlikte demografik yapının değişmesi ile de sağlığa ayrılan bütçe de artmaktadır.

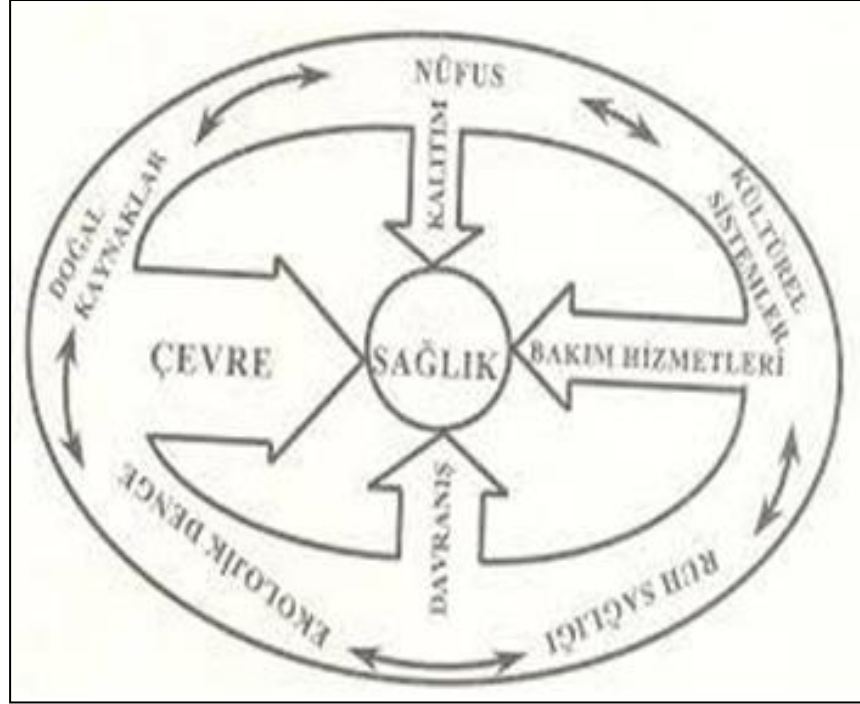
Sağlıklı insan varlığı toplum için son derece önemlidir. Bununla birlikte olmazsa olmaz olan, sağlığın sürdürülmesidir. Çünkü sağlık tek başına sürdürülebilir bir şey değildir. Hastalanan bireyleri tekrardan sağlıklarına kavuşturmak için gerekli hizmetlerin verilmesi ve verilen bu hizmetlerin ekonomik ve mali çevrelerce sağlık hizmeti için finansmanı sağlanarak, birey için yapılan işlemler buradan karşılanmalıdır. Bunun yanında bireylerin sadece hastalandığı zaman değil, hastalanmadan da korunması gerekmektedir. Yani koruyucu sağlığa önem verilerek sosyolojik, biyolojik ve fiziki çevre koşullarının düzenlenmesi ile olumsuz etkilere engel olunmalı veya bu etkilerin minimize edilmesi gerekmektedir (Yıldırım, 1994, s. 10).

Sağlığa verilen değer, o ülkedeki sağlık politikaları ve sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Ülkemizde 1961 yılında kabul edilen Anayasanın 49. maddesinde sağlık temel bir hak olarak tanımlanmıştır. Sosyal devlet anlayışı ile de devlet bu sorumluluğu üstlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı çerçevesinde, sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, hastalıklar ve hastalıkların olumsuz sonuçlarının azaltılması için öngördüğü iyileştirme önerileri dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar (DSÖ, 1988):

- 1) Sağlıkta eşitlik sağlayabilmek, herkesin sağlık kurumlarından hiçbir fark gözetilmeksizin eşit şekilde yararlanabilmesine yardımcı olabilmek,
- 2) Sağlıklı bir hayat için insanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlayarak insanların yaşamlarına anlam kazandırabilmek,
- 3) İnsanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların sayısını arttırarak yaşamlarına sağlık kazandırabilmek,
- 4) Beklenen yaşam süresinin yükseltilerek yaşam süresini uzatabilmek olarak sayılabilir.

1.2. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ



Şekil 1.1. Sağlık Belirleyicileri

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000

Şekilde de görüldüğü gibi, psikososyal varlık olan insan sağlıklı yaşamak için birçok etkenden etkilenir. Majör diye ifade edebileceğimiz çevre, kalıtım, bakım hizmetleri ve davranış gibi etkenler; bunun yanında nüfus, kültürel sistemler, ruh sağlığı, ekolojik denge ve doğal kaynaklar da insan sağlığına olumlu veya olumsuz yönde etki ederek bireylerin kaliteli yaşam standardını etkiler ve verimli yaşam sürmesini sağlar.

1.2.1. Çevre

İnsanın yaşamını sürdürdüğü ve etkilendiği ortamdır. Fiziksel, biyolojik ve sosyal çevre olarak üçe ayrılır.

- Fiziksel Çevre:* İnsanın yaşamını sürdürdüğü dış mekanı etkilemesi sonucunda çevre kirliliği gelişebilir. Örneğin; hava kirliliği, atıklar sonucunda toprak kirliliği, su kirliliği, iklim değişikliği vb. sonucunda insanın yaşamının olumsuz olarak etkilenmesi fiziksel çevre ile alakalıdır.
- Biyolojik Çevre:* Bitkiler, hayvanlar, vektörler, bakteriler, virüsler ve çeşitli mikroorganizmaların oluşturduğu çevredir. Biyolojik çevre ile insanların

etkileşimi sağlık açısından bizi ilgilendirmektedir. Biyolojik çevreyi oluşturan canlılar insan yaşamına ve sağlığına olumlu ve olumsuz etki etmektedir. Birkaç örnek ile açıklamak gerekirse; Mikroorganizmaların oluşturduğu difteri, dizanteri, kolera gibi hastalıkların oluşturması, vektörler ile de örneğin sivrisinekler aracılığı ile sıtma hastalığının oluşması ile olumsuz yönde insan sağlığını tehlikeye atmasıdır.

- c) *Sosyal Çevre*: İnsanların birbirleri ile oluşturdukları etkileşimlerdir. Hep söylenen bir şey vardır, o da insan bir sosyal varlıktır. Yani insanlar hayatlarını devam ettirebilmek için birbirlerine her açıdan ihtiyaç duyarlar. Sağlık açısından bakılacak olursa hayat tarzı ile birbirlerine olumsuz yönde etki edebilirler. Zührevi hastalıklar, sıtma, tüberküloz gibi birçok hastalık yayılma gösterebilir.

1.2.2. Kalıtım

Kişilerin sağlığını etkileyen diğer bir etmen de kalıtım özellikleridir. Kalıtımla genler ile atalardan gelen özellikler ile birtakım fenotip ve genotip özellikler meydana gelmektedir. Örneğin; kişilerin saç, göz renkleri, boy uzunlukları gibi. Bunun yanında genotip özellikler de geçmektedir. Akraba evlilikleri sonucunda görülen engelli çocukların dünyaya gelmesi gibi çeşitli durumlar gelişebilir. Kalıtım hem çevresel hem de davranışsal faktörlerle etkileşim halindedir.

1.2.3. Davranış

Birey; dünyaya geldiği aile ortamı, çevresi, aldığı eğitim gibi birçok etkene bağlı olarak belirli bir bakış açısına sahip olur. Sahip olduğu bakış açısına bağlı olarak kendisinin geliştirmiş olduğu değer, tutum, davranış ve alışkanlıkları ile yaşam tarzını belirleyip, buna bağlı olarak hayatını idame ettirmektedir. Yaşam tarzını olumsuz yönde oluşturacak bazı davranışlar ise; sigara kullanma, alkollü içecekler tüketme, kişisel temizliğe özen göstermeme, uyuşturucu bağımlılığı, sağlık hizmetlerini dikkatli kullanmama, hekim önerilerini göz ardı etme gibi davranışlar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.22).

İnsanın sağlığını etkileyen en önemli etkenler; kişisel davranışları yani hayata bakış açısı, değer ve tutumları, kendine ne ölçüde değer verdiği, kendini ne oranda

geliştirdiği ve yeni bilgilere açık olma tutumudur ki böylelikle ilk önce kendi kişisel temizliğinden başlayarak çevresine ve topluma da önemli birtakım kazanımlar sağlamaktadır. Bu durumun tam tersinde ise kendi kişisel temizliğine dikkat etmeme, alkol tüketimi, sigara kullanımı, uyuşturucu madde bağımlılığı gibi çeşitli kötü tutumları, ilk önce kendisini ardından da toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir.

1.2.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

Bireylerin sağlık hizmeti kullanımını belirleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler şu şekilde sıralanabilir (Kavuncubaşı, 2000, s.25).

- Hazırlayıcı faktörler
- Kolaylaştırıcı faktörler
- Gereksinim faktörleri

Bu 3 faktör kısaca şöyledir:

1.2.4.1. Hazırlayıcı Faktörler

Bazı bireyler kişisel özelliklerine göre diğer insanlardan daha fazla oranda hizmet alımı gerçekleştirir. Bunu açıklayan sebepler şunlardır.

- a) Demografik Özelliği: Medeni durumu, yaş, cinsiyet, hane halkı durumu
- b) Sosyal-Ekonomik Durum: Eğitim durumu, gelir düzeyi, toplumsal sınıfı, etnik kökeni, dinsel köken gibi durumlar.
- c) Tutum ve Davranışları: Bireylerin sağlık hizmetlerini kullanma eğilimi, buna karşın tutum ve davranışları, hastalık bilgisi, eşik değeri, sağlığa verdiği değer sayılabilir.

1.2.4.2. Kolaylaştırıcı Faktörler

Bireyin bir hizmeti kullanması ve ardından bundan doyum sağlamasına yarayan araçlar, kolaylaştırıcı faktörler diye ifade edilmektedir. Gerekli olan kolaylaştırıcı faktörlerin olması birey veya bireylerin sağlık hizmetinden yararlanacağı anlamını içermemektedir. Bununla beraber sağlık hizmetinden yararlanması için de kolaylaştırıcı sağlık faktörleri olmalıdır ki, bilinçli bireyler faydalanmalı ve doyum sağlamalıdır. Kolaylaştırıcı faktörler ikiye ayrılmaktadır (Aslanadam, 2011):

- a) Aile: Ailenin toplam geliri, sigorta durumu, düzenli bakım başvuru süresi, ulaşım süresi, kuyrukta bekleme süresi, özel muayene olanağı gibi faktörler olumluysa birey sağlık hizmetlerine başvurma eğilimi gösterebilir.
- b) Kamusal Özellikler: İkamet ettiği bölge, bu bölgede sağlık hizmetini kullanmaya yönelik nüfusun hizmeti kullanma oranı, yatak başına düşen nüfus, hizmete ulaşılabilirlik ve sürekliliği, ekonomik sistem gibi birçok etken etkili olmaktadır (Aslanadam, 2011).

1.2.4.3. Gereksinim Faktörleri

Birey veya ailesi hastalığın ortaya çıkma belirtilerini hissedebilir. Bu durum sağlık hizmetinin kullanması gerektiğini gösteren ciddi bir durumdur. Bunun akabinde birey kendisi ya da ailesi-velisi ile birlikte sağlık kurumuna başvurur. Sağlık kurumuna başvurmasıyla birey sağlık hizmetini alma talebini gerçekleştirmiş olur. Gereksinim faktörleri şu şekilde incelenebilir (Erdem ve Pirinçci, 2003).

- a) Algılanan Hastalık Derecesi: Rahatsızlık süresi, semptomlar algılanan sağlık düzeyi, sağlıkla ilgili endişeler, ağrı ve sızının yoğunluğuna göre birey sağlık kurumuna başvurabilir veya vazgeçebilir.
- b) Gerçek Hastalık: Sağlık kurumuna başvurması ile bireyde görülen hastalığın semptomlarına (belirtiler) bakılarak konulan tanıdır. Örneğin; pnömoni, Kırım Kongo Kanamalı ateşi hastalığı gibi.

1.3. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Birey ve toplumun sağlığının korunması ve sürdürülmesi amacıyla, mal ve hizmet üreten kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapıya sağlık sektörü adı verilmektedir. Bu kurum ve kuruluşların yani sağlık sektörünün göstermiş olduğu her türlü faaliyet sağlık hizmeti olarak tanımlanır (Selvi, 2011).

Sağlık hizmetleri teşhis tedavi ve rehabilitasyonun yanında sağlığın korunması ve iyileştirilmesi faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu hizmetleri sunarken birtakım özellikler taşıması gerekmektedir. Bunlar;

- Kolay kullanılabilirlik,
- Kalite,
- Süreklilik ve

- Verimlilik (Kavuncubaşı, 2000).

Bu sayılan özellikleri teker teker kısaca açıklarsak; kolay kullanılabilirlik özelliği hizmeti kullanan vatandaşların hizmete kolay ulaşımının sağlanması ve tedavileri için gerekli olan ürün, ilaç ve ekipmanları almasıdır.

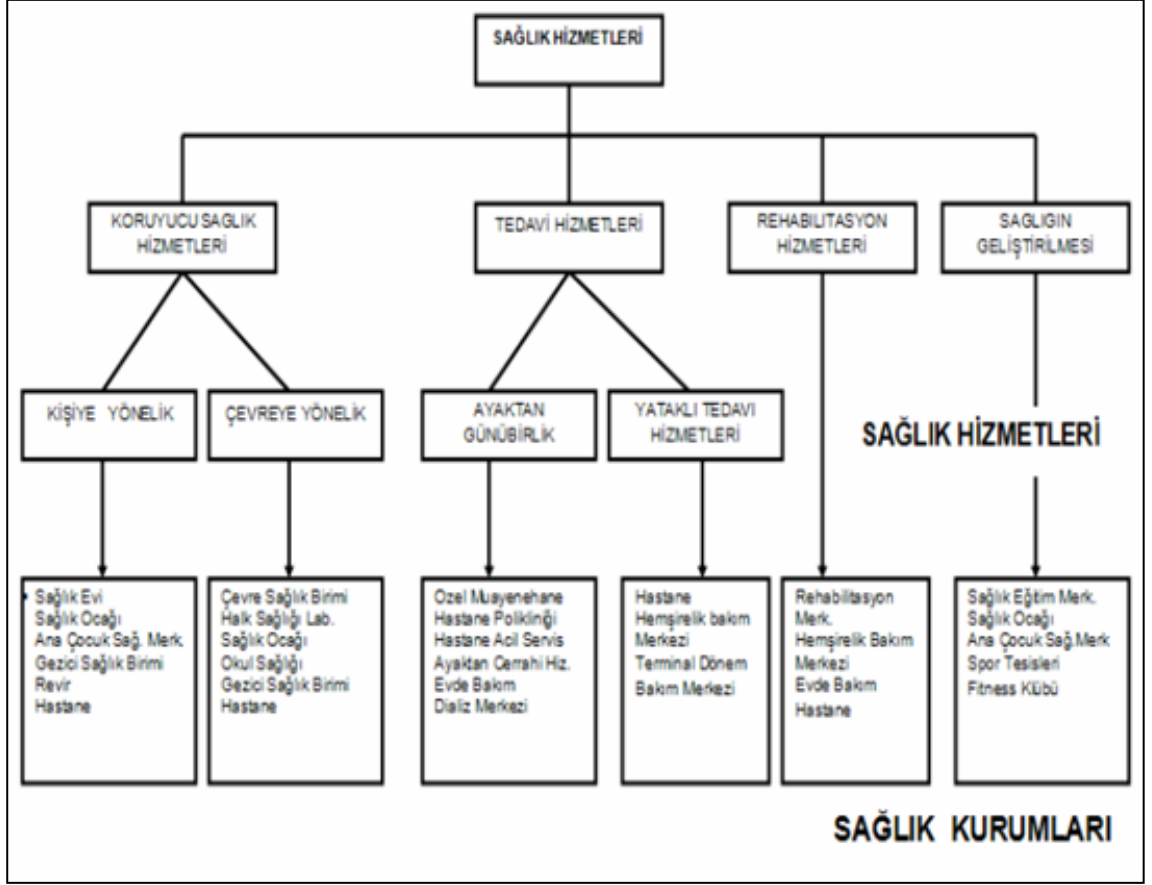
Kalite özelliği ise verilen hizmette belirli standartların oluşturularak hizmetin sunulmasıdır. Bu da nitelikli, tecrübeli ve hakkaniyetle çalışan elemanlarla mümkün olmaktadır.

Süreklilik: Sağlık hizmetlerinin koruyuculuktan başlayarak tedavi işlemlerinin yapılmasına ve sağlığın geliştirilmesine kadar geçen evrelerin devamlı olmasıdır.

Verimlilik: Sağlığa ayrılan kaynakların en ideal ve mantıklı bir şekilde kullanılmasını kapsamaktadır. Az girdi ile kaliteli çıktılardan elde edilmesi amaçlanmaktadır. Bunun için sağlık personeline adaletli ücret dağıtımını ve kaynakların etkin ve uygun kullanılması ile olmaktadır.

1.3.1. Verilen Hizmetin Türüne Göre

Sağlık hizmetleri sunum açısından bir bütündür ve şekilde de ifade edildiği gibi 4'e ayrılmaktadır.



Şekil 1.2. Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Kurumları

Kaynak: Kavuncubaşı, 2000

1.3.1.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri sağlığı koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Genel olarak koruma altındaki bütün hizmetleri kapsamaktadır. İnsanları hastalık hali oluşmadan korumaya yönelik çalışmalardır. Alkol tüketiminin önlenmesi, aile planlaması, obezite ile mücadele etmeden temiz suya, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için aşılama varıncaya kadar korumaya yönelik hizmetleri kapsamaktadır.

1.3.1.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Genellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz kalmasından sonra aktifleşen sağlık hizmetini içermektedir. Tedavi hizmetleri ayakta ve yataklı olarak 2' ye ayrılmaktadır. Ayaktan olan hizmetler poliklinik, aşılama ve bazı durumlarda acil servislerden yapılan muayeneleri ve tedavileri kapsarken yataklı hizmetler ise gününbirlik ve yataklı hizmetleri kapsamaktadır. Bunları açıklamak gerekirse;

- *Gününbirlik veya Ayaktan Tedavi Hizmetleri:* Hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili

hizmetleri içermektedir. Ayaktan bakım hizmetleri çeşitli sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır (Aslanadam, 2011).

- *Yataklı Tedavi Hizmetleri:* Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak da sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırılmaya göre tedavi hizmetleri, (1) Birinci basamak tedavi hizmetleri, (2) İkinci basamak tedavi hizmetleri ve (3) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç ana gruba ayrılmaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetleri, daha çok ayaktan (günübirlik) tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, üniversite hastanesi gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren hizmetlerdir.

1.3.1.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bir hastalık veya kaza sonucu kişilerde meydana gelen durumu düzelterek hayata yeniden tutunmaları ve eski durumlarına en yakın durumda olmaları için yapılan hizmetlerdir. Bu yapılan hizmetler özel olarak hazırlanmış merkezlerde sunulur ve ikiye ayrılır.

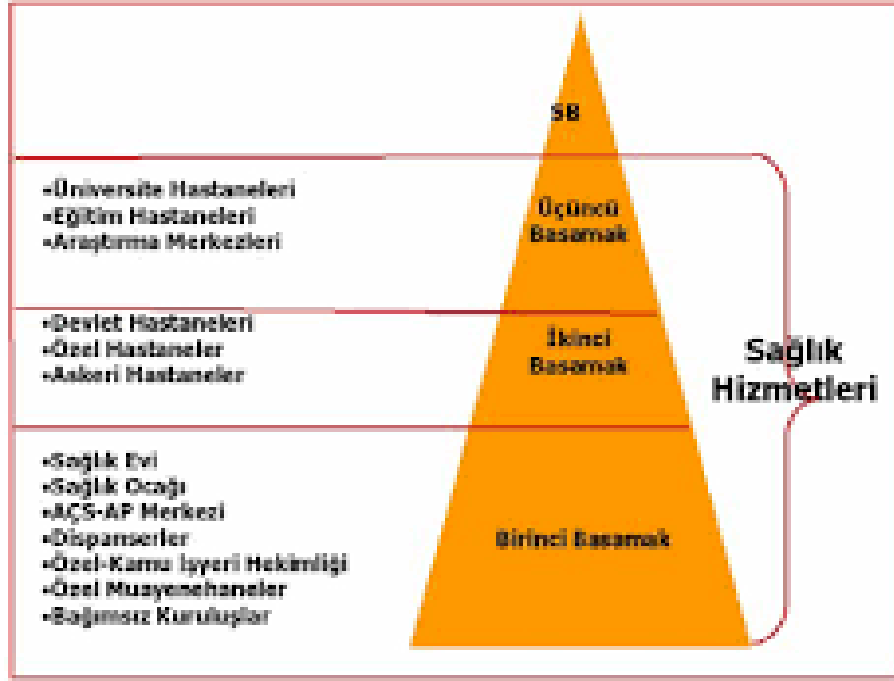
1. Tıbbi Rehabilitasyon: Bedenlerinde kalıcı olarak hastalığın veya sakatlığın bulunması sonucu yapılan hayata tutundurma işlemlerini kapsamaktadır. Örnek verilmek gerekirse işitme cihazı, duruş bozukluğunun düzeltilmesi, protez işlemleri v.b.

2. Sosyal Rehabilitasyon: Sakatlık veya özürlü bulunan kişilerin kimseye muhtaç kalmaması için yeni iş olanakları oluşturarak hayatını idame ettirmesine yardım etmektir.

1.3.1.4. Sağlık Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi için bireylerin eğitilmesi ve daha bilinçli olarak sağlıklı yaşamalarının sağlanmasıdır. Bunun yanında sağlıklı bireylerin oluşmasına katkı sağlamak için spor tesisleri inşa edilebilir.

1.3.2. Verilen Hizmetin Kapsamına Göre



Şekil 1.3. Verilen Hizmete Göre

Kaynak: sbu.saglık.gov.tr. (2004)

1.3.2.1. I. Basamak Sağlık Hizmetleri

Birçok ülkede var olan ve vazgeçilmez olan, insanların ilk başvurdukları en alt sağlık hizmetinin sunulduğu kurumlardır. Her ülkenin kendine göre hizmet sunumu farklıdır. Birinci basamak sağlık kurumunda ana çocuk sağlığı, aşılama, su ve hijyen, aile planlaması, ilaçların sağlanması gerçekleşir. Burada tedaviler ayaktan olur. Bu basamakta yer alan kurumlara örnek vermek gerekirse: aile hekimliği, ana çocuk sağlığı merkezleri –aile planlaması merkezleri, dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenehaneler, bağımsız kuruluşlar.

1.3.2.2. II. Basamak Sağlık Hizmetleri

Gerek hastaların doğrudan geldiği veya birinci basamakta tanı ve tedavisi yapılamayan hastaların hekim tarafından sevk edilerek gerekli tanı ve tedavinin yapıldığı ve gerekirse tedavilerin yatırılarak uygulandığı sağlık hizmetinin verildiği kurumlardır.

Bu sağlık kuruluşlarında verilen hizmetler tümüyle muayene ve tıbbi tedaviden oluşmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmeti halk sağlığının temel dallarından birini

oluşturmaktadır. Bu sağlık hizmetinin büyük bir bölümü yataklı tedavi hizmeti olarak kamuya hizmet etmektedir. (Demirbilek, 1999, s.57).

Bu kurumlara örnek vermek gerekirse: devlet hastaneleri, askeri hastaneler, özel hastanelerdir.

1.3.2.3. III. Basamak Sağlık Hizmetleri

İlk iki basamakta gerekli tanı ve tedavinin yapılamadığı, ileri derecede teknolojinin ve emeğin yoğun olduğu kurumlardır. Bu kurumlara örnek vermek gerekirse: özel dal hastaneleri, eğitim hastaneleri, araştırma hastaneleridir.

Diğer basamak hizmetler ile karşılaştırıldığında maliyeti en yüksek basamak hizmetlerini oluşturmaktadırlar. Yetişmiş sağlık elemanı, yoğun teknoloji ve fon ihtiyacının en fazla olduğu sağlık hizmeti türüdür. Genellikle ikinci basamaktan sevk ile gelen hasta grubuna hizmet vermenin hedeflendiği, ana dallar veya yan dallar konusunda sağlık ve eğitim hizmetinin yürütüldüğü sağlık tesislerinde verilen sağlık hizmetleridir (Sağlık Bakanlığı, 2004, s.46)

1.4. SAĞLIK HİZMETİNİN AMAÇLARI

Sağlık hizmeti veya hizmetleri sunmadaki amaç; toplumda sağlığı bozulmuş bireylerin sağlık hizmeti talep ettiklerinde istediği kalitede, zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunmaktır (Tutar ve Kılınc, 2007, s.45).

Sağlık hizmetlerinin temel amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Soysal vd., 1993):

- Kaliteli hasta bakımı ve tedavi hizmetlerinin en düşük maliyetle üretilmesini sağlamak ve gereksinim duyanlara sunmak
- Makro düzeyde istihdam politikasını, ekonomik ve sosyal kalkınmaya katkıda bulunmak için en son tıbbi ve teknolojik bilgilere dayalı eğitim ve araştırma metotlarının kullanılması, hastalıkların önlenmesi ve tedavisi için gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamak
- Ulusal gelir ve hastalardan sağladıkları geliri en ekonomik şekilde kullanarak daha çok hastaya bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasını sağlamak.

1.5. SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ

Hizmet süreçlerinin ayırt edici özellikleri şu şekilde sıralanabilmektedir (Fitzsimmons, 1994):

- Hizmet süreçlerinde müşteri katılımcıdır,
- Hizmet üretimi ve tüketimi eş zamanlıdır,
- Zaman ve boş kapasite farkları vardır,
- Tüketicilerin buldukları yerler, hizmet alanının seçimini belirler,
- Hizmetler heterojendir,
- İnsan gücünün yapısı önemlidir,
- Soyuttur,
- Çıktının ölçülmesi zordur.

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi sağlıklı toplumlar hedefleyerek ülkeye daha etkin ve verimli insan kaynağı oluşturarak daha kaliteli ve uzun ömürlü bireyler yetiştirme gayesinde olduğu için tüm toplumu kapsamaktadır.

Sağlık hizmet üretim merkezlidir. Diğer hizmet üreten yapılara kıyasla kendine özgü olarak üretimi tesadüfidir, önceden tahmin edilemez. Örneğin turizm sektöründe önceden rezervasyonla gelen müşterilere göre plan yapılır, ama sağlık sektöründe bulaşıcı hastalıkların zirve yapması halinde talep ve miktarı bilinemez.

Sağlık hizmetleri tıpkı diğer hizmetlerde olduğu gibi insanlara hizmet etmekte olup doğrudan insanı konu etmesi ile de diğer hizmetlerden ayrılmaktadır. Buradaki farklılık, insan tabanlı bir hizmetin kutsallığındandır. Bununla beraber kârlılık analizi bakımından da sağlık hizmetleri diğer hizmetlerle farklı konumdadır. Bu açıdan bakıldığında da, maliyet, fayda ve kârlılık gibi ekonominin temelini oluşturan kavramların sağlık hizmetlerindeki yeri ve değeri de farklıdır (Özsarı, 2000, s.21-22). Buradan da anlaşılacağı gibi sağlık hizmeti para ile ölçülemez.

Sağlık hizmetlerinin en önemli bir başka özelliği de ikame edilemez oluşudur. Bu özellik sağlık hizmetinin tüm kısımlarında yer alır. Dışsallık özelliğine de sahiptir. Bu özellik ile de verilen hizmetin gerçek maliyeti bilinmesi kolay değildir (Özsarı, 2000, s.21-22).

Sağlık kuruluşlarında birbirinden farklı birçok meslek grubu aynı doğrultuda hasta ve yakınlarına hizmet etmek için çalışır. Bu durum işlevsel bağlılığı oluşturmaktadır.

Sağlık hizmeti karmaşık bir yapıdadır. Sağlık kuruluşlarının tanı ve tedavinin yanında eğitim ve araştırma gibi değişik farklı misyonlar üstlenmesine bağlı olarak daha karmaşık yapıya bürünmektedirler. Üniversite hastaneleri buna bir örnektir. Sadece tanı ve tedavinin yanında hem bilime katkı yapmakta hem de öğrenci yetiştirmektedir. Aynı zamanda hastalıklarda da belli bir standardın yakalanamayışı, ırk, cinsiyet ve yaş gibi etmenlere bağlı olarak değişmesi karmaşıklığı artırmaktadır.

Bakım, tanı ve tedavinin, acil ve ertelenemez olması niteliği taşımaktadır. Ruhsal, bedenen ve sosyal yönden iyi olmaması nedeniyle hemen düzeltilmesi gereken bir durumu taşımaktadır. Bazı acil durumlarda müdahale edilmediği takdirde hayati tehlike taşımaktadır. Örneğin yüksekten düşme, trafik kazası gibi.

Hekim ve hasta arasında bilgi asimetriğinin olması ile de hastalık konusunda hastanın çok az düzeyde veya hiç bilgi sahibi değilken hekim hastalık konusunda uzmanlaşmış bilgiye sahiptir.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bir başka husus, talep edenin ekonomik yetersizliğinin devlet tarafından belli kısmının destek verilerek ödenmesi veya tamamının karşılanarak hizmetin verilmesidir. Aynı devlet desteği, vergi indirim ve sübvansiyon gibi yollarla sağlık üretiminin desteğinde de görülür (Şener, 1998: 60)

Herhangi bir sanayi kuruluşu veya üretim yapılan kuruluşlarda oluşan bir hata sonucunda üretilen malzeme zarar görüp maddi kayıplara neden olurken sağlık hizmetinde insan hayatının yaşam kalitesinde düşmeden başlayarak ölümüne kadar kötü sonuçlara neden olur. Bu da yapılan işlemlerde yanlışlık ve belirsizliklere karşı düşük toleranslı oluşudur (Toker, 1999, s. 12).

1.6. YAKIN TARİHTE SAĞLIK ALANINDAKİ GELİŞMELER

1980'lerle birlikte Dünyada gelişmiş ülkeler kendilerine yeni bir rota belirlemiş ve liberal politikalar benimsemiştir. Türkiye de bu durumdan etkilenmiştir. Ekonomiden başlayarak toplumun birçok noktasında etkisini göstermiştir. Kamu alanında çalışan

personel için daha etkin, kaliteli ve verimli hizmet sunan bir çalışan modeli benimsenmiştir.

Bu çok yönlü sürecin alt başlıklarından biri olan “kamu personelinin verimliliğinin artırılması” hedefi, birçok ülkede farklı uygulama araçlarıyla sağlanmaya çalışılmıştır (Eraslan ve Tozlu, 2014).

Türkiye, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001’de gerçekleştirmiş, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP)’ni uygulamaya başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Sağlıkta dönüşümün amacı, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. 2003-2008 döneminde, SDP reformlarının çok önemli adımları gerçekleştirilmiştir. Hükümetin ilk adımlarından biri de sağlık alanının finansman açısından reformlar yapmak oldu. Reformlardan önce sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı parçalı bir yapı göstermekteydi. Sağlık sigortası beş ayrı kamu sigorta sistemi tarafından sağlanmakta ve bu sistemlerin sundukları fayda paketleri farklılık göstermekteydi.

SDP ile farklı sigorta sistemlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) adında tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortası sistemi ile yapısal değişimin oluşturulmasının yanında kamu hastanelerinde verimliliği artırmak için pek çok reformlar oluşturulmuştur. Bunlar:

- SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildi.
- Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya kondu
- SB hastanelerine, hastane gelirlerinin yönetimi için daha fazla özerklik ve esneklik sağlandı.
- Sağlık bilgi sistemleri geliştirildi.
- Kamu hastanelerinin gelişmiş medikal teknolojiden faydalanmaları yeni yatırımlar ve bu hizmetlerin özel sektörden dış alım yolu (outsourcing) ile teminiyle sağlandı (AKDAĞ, 2009; Sağlık Bakanlığı, 2008; OECD, 2009).

Böylelikle sağlıkta vatandaşlar eşit bir şekilde hizmetlerden yararlanmış oldular, SSK, emekli sandığı, bağ-kur gibi ayırım kalmamış oldu.

Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2004 yılında Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışının sağlanması amaçlanmıştır (Sülkü, 2011).

Sağlıkta dönüşüm ile kamu sağlık hizmetlerinin kurumsal yapısında ve çalışma ortamında dikkate değer niteliksel değişimlere yol açmıştır. Bu değişimlere örnek verecek olursak şunlardır; hekim seçme hakkı, hastane ortamının belirli alt yapı ve fiziki kriter özellikleri taşıması ve sağlık hizmeti sunumu sırasında uluslararası kalite kriterlerinin yerine getirilmesidir.

Neoliberal küreselleşme sağlık alanını büyük oranda etkileyen dinamik bir unsur olarak dikkat çekmektedir. Sağlıkta serbest piyasa eğilimlerinin giderek arttırılması, hekimlerin çalışma koşullarını da serbest piyasa süreçleri temelinde yeniden dönüştürmektedir. Söz konusu dönüşüm sürecinin etkileri, “sağlıkta dönüşüm” programı ve bunun önemli bir boyutu olan “performansa göre ek ödeme” uygulamaları biçiminde belirginleşmektedir (Kart, 2013).

Sağlıkta dönüşüm ile kaynakta verimliliği artırmak için yapılan bir çalışmadır. Bu da 1980’lerden itibaren literatürlere giren insan kaynakları yönetimi ile verimliliği artırılacak olan ve en iyi dönüşümün sağlandığı çalışan insan ile olunacağı ortaya çıkmıştır. Performans yönetimi ile çalışan kesimin isteklendirilmesi sağlanarak en kaliteli hizmet sunumunun yakalanması hedeflenmiş, aynı zamanda hizmeti alan hastanın ve yakınlarının da doyum alması amaçlanmıştır.

2. PERFORMANS

Performans, bir iş veya etkinliğin yapılması sonucunda ortaya çıkan çıktıları nitelik veya nicelik yönünden değerlendirilip tanınması sağlayan kavram bütünü denilebilir (Akdağ, 2007).

Performans sözcüğü, belirli bir zaman birimi içerisinde üretilen mal veya hizmet miktarı olarak tanımlanmakta ve literatürde işlevine göre “etkinlik”, “verim”, “çıktı” kavramlarıyla; bunun yanı sıra bireyin bu işi veya etkinliği yaparken göstermiş olduğu yeteneği ile birlikte bireyin o dönemdeki motivasyonu ile etkileşimi sonucu diye söylenebilir (Torrington ve Hall, 1995, s.316; Kalkandelen, 1997, s.154; Helvacı, 2002, s.156).

Günümüz dünyasında çalışanların buldukları organizasyonlarda veya kurumlarda ne ölçüde katkı buldukları yani misyon ve vizyonlarına pozitif manada katkı sağladıkları ve bunun sonucunda kurumlardaki çalışma süresini belirleyen temel göstergedir. Bu katkı oranı çalışanların performansı olarak adlandırılmaktadır ve giderek önemini artırmaktadır.

İşletme performansına geniş bir açıdan baktığımızda örgüt düzeni içinde inceleyerek işletmenin mevcut durum ve kaynakları hakkında bilgi verirken aynı zamanda mevcut koşullarda potansiyel koşullardan yararlanma düzeyi hakkında yol gösterir. Aynı zamanda gelecekte amaçlarına ne düzeyde yaklaşacağı hakkında yol gösterir (Tarım, 2004, s.234).

Performans değerlendirmedeki asıl amaç belirlenen ölçüler ışığında çalışan bireyler ne ölçüde istenilen, hedef gösterilen amaca yaklaştığı hakkında geri bildirim vermesidir. Bunun içinde işin tanımı ve analizinin açık bir şekilde yapılmasının gerekmektedir.

Bu kapsamda performans değerlendirmesinin amaçları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Çalık, 2003, s.49; Özer, 2009, s.16):

- İş performansı hakkında bilgi sağlamak,
- İnsan kaynaklarına yönelik stratejik veri üretmek,
- Olumlu değerlendirilenleri ödüllendirmek, düşük performanslıları ayıklamak, eğitimlerini transferlerini ya da disipline edilmelerini sağlamak,

- Test değerlendirmelerine yardımcı olmak,
- Çalışanlar için uygulamada kullanılacak geri bildirim oluşturmak,
- Eğitim programları için hedefler belirlemek,
- Örgütsel sorunların tespitine yardımcı olmak.

İşletmeler için performans ölçümleri bu kadar açık iken sağlık kurumları açısından durum bu kadar açık değildir. Rekabet yapan kurumlardan özel veya devlet kurumu olsun örnek vermek gerekirse; doğum açısından sezaryen ile gerçekleştiren veya diyabetik cerrahi yapan kurumlar ile yapamayan kurumları karşılaştırmak zordur. Ancak bakanlık tüm bunlara rağmen performans ölçütleri olarak şunları almıştır.

Tarafımızdan tanımlanan ve uygulayıcıların geri bildirimleri ile 3 yıl içinde sürekli geliştirilen bireysel performans göstergeleri, öncelikle sağlık hizmetlerinde takım liderliği görevi üstlenen hekimler tarafından gerçekleştirilen ve doğrudan emeğe bağlı hizmetlerin ölçümüne dayanmaktadır. Bunun yanında, hastane enfeksiyon kontrolü, klinik içi eğitim ve bilimsel çalışmalar, ayrıca performans göstergeleri olarak kabul edilmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında performans uygulamasında bazı koruyucu sağlık ölçütlerine özellikle ağırlık verilmiştir. Bunlar, bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, aşılama oranı, yeni doğan tarama testleri ve modern aile planlaması yöntemini kullanma oranlarıdır (Akdağ, 2007).

Kamuda performans sistemi aslında karmaşık bir yapıdır. Çünkü ilk başta ortaya çıkan özel sektörde karını maksimize etmek isteyen yönetici müşteriye yaklaşacak ve ihtiyaçlarına uygun olarak ürün veya hizmet sunacaktır. Örneğin telekomünikasyon sektöründe müşteriye uygun olarak dakika veya çeşitli isteklere uygun olarak paketler çıkartırken sağlık sektöründe bu durum birçok hizmet gibi, hizmet sunucu ile hizmeti talep eden hasta arasında karşılıklı çıkara dayalı basit bir ilişki gibi tanımlanamaz. Kamu sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı ile örtüşmemektedir.

Daha fazla hizmet sunmak ve sunulan hizmetin verimliliğini etkinliğini kalitesini artırmak için ülkelerin sürekli meşgul oldukları alanlardan birisi de hiç şüphesiz sağlık alanıdır. Çünkü ülkeleri birbirleri kıyaslar iken ekonomik ölçümler olduğu kadar o ülkede yaşayan insanların hastalandıkları zaman ne oranda finansal açıdan korundukları yani sağlık güvencesine sahip olduğu kapsayıcılık açısından önemli

bilgi vermektedir. Dünya Sağlık Örgütünün kıyaslamasına göre bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, ortalama beklenen ömür gibi temel sağlık göstergelerine önem vermektedir.

Bu yüzden sağlık alanında reform arayışları hiç tükenmeden ve bitmek bilmeden devam etmektedir. Bunda hiç şüphe yok ki hizmet sunan kişilerin veya organizasyonun bir bütün olarak daha iyisini yapması için bir sebep olmadıkça gelişim beklenen ve ihtiyaca cevap verecek düzeyde olamayacaktır.

Değişen dünyada liberal düşünce ile eski tabular da yıkılır olmuştur. Eskiden olan düşünceye göre hizmet veya ürün üreten işletmeler ne üretirlerse satılırdı. Şimdiki düşünceye bakarsak istek ve ihtiyaçlarına uygun mal ve hizmet sunabilme düşüncesi egemendir. Bu düşünceye ile de değişen sektör yapısına binaen kamu kuruluşları özel sektör ile yarışmak için mevcut yapısını değiştirerek kamu sektöründe de performansa geçilmiştir. Dünyada olduğu gibi Türkiye de etkisi altında kalarak yeni değişen sisteme adapte olmaya çalışmaktadır. Performans sistemi ülkelerin coğrafi ve kültürel özelliğine ve ihtiyacına göre değişmektedir.

2.1. SAĞLIK ALANINDA DİĞER ÜLKELERDEKİ GELİŞMELER

Her ülke kendi halkına birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da daha iyi hizmet vermek ister. Bunun için daha etkili ve kaliteli hizmet sağlayarak iyi bir sağlık çıktısı elde etmek için performansa dayalı hizmet sunumuna bazı ülkeler geçmeye çalışmışlardır. Dünya’da görülen uygulamalardan en güzeli örnek olarak Kanada’da görülmektedir. Sağlık Bakanlığı da hali hazırda uyguladığı sistem için atıfta bulunmaktadır. (Aydın ve Demir 2008).

Ontario hükümeti yerel sağlıkçıları ve hastane derneği birlikte bir proje geliştirmişlerdir. Projeye göre dört alanda kapsamlı bir performans belirleyicileri seti hazırlamışlardır. Amaçlanan düşünce hastanelere bu ölçütlere göre puanlar verip kıyaslamaktır. Bunu da kamuoyuna duyurup birbirleriyle rekabet etmesini sağlamaktır. Başlangıçta projeyi göz ardı ederek ödemeler yapılmıştır. Ancak hastaların performansı iyi olan hastaneleri seçmesi sonucunda finansal akımlar değişmiştir. Projedeki ölçülecek başlıklar şunlardır:

1. Finansal performans
2. Hasta memnuniyeti

3. Klinik uygulamalar ve çıktıları
4. Sistem bütünlüğü ve değişkenliğidir (Aydın ve Demir 2008).

İlk maddeyi açıklarsak; birim maliyetler, hasta yatış günleri, işletme sermayesi ve hasta bakım saatlerinin maliyeti gibi hususları içermektedir.

İkinci madde ise sağlık bakımının çıktıları ile servis bakımı, doktor bakımı, evde bakım ve destek bakım hizmetleri yer almaktadır.

Üçüncü madde; koroner anjiyografiye erişim, akut miyokard enfarktüsü nedeniyle mükerrer başvurular, komplikasyonlar, günübirlik cerrahi oranı ve histerektomi sonrası başvurular ele alınmaktadır.

Dördüncü madde sistemin bütünlüğünü göstermektedir. Bilgi teknolojileri, klinik veri toplanması, bilgi kullanılmasının yoğunluğu, bakım hizmetlerinin sürekliliği ve koordinasyonu, hastane dışındaki diğer hizmet sunucu ve kuruluşlarla işbirliği yeteneği gibi hususlar değerlendirilmektedir.

Tüm bu yapılan ölçütler tedavi edici sağlık politikasına yönelik olan işlemlerdir. Ontario hükümeti bunun yanında koruyucu sağlık hizmetine yönelik de adımlar atmıştır. Bunlara örnek vermek gerekirse kayıt edilen her kişi başına yapılan ödeme ile birlikte bu hastalara yapılan işlemlere göre de ekstra ödeme yapılmaktadır. Sürekli tıp eğitiminin, bazı pratik uygulamaların ve hemşirelik hizmetlerinin ayrıca ödüllendirilmesi esasından oluşur.

Ayrıca Kanada sağlık sistemindeki eyaletlerin sağlık planları 5 ana kuraldan oluşmaktadır.

- Tüm (yasal olarak barınma/yerleşme hakkı olan) kişilerin kapsama alınması,
- Tüm zorunlu tıbbi hizmetleri içine alması,
- Sigortalanmış tüm hizmetlere, hiçbir ek ödeme yapılmaksızın, herkes tarafından eşit biçimde ulaşılabilmesi,
- İkamet yerinin ya da işin değişmesi durumundan etkilenmemesi (portability) ve eyaletler arası uyumluluk,
- Kar amacı gütmeyen bir kamu yönetimine sahip olması (Ergör,1994).

Sağlık Bakanlığının anlatımı ve çeşitli makalelerde direk bilgi vererek sistem anlatılmış olup örnek alınmıştır. Ancak yapılan çalışmalarda ülkemizin bu durumun gerisinde kaldıklarını ifade etmektedirler. Bunlardan bir tanesi de;

Dünya’da sağlıkta performans sistemi uygulamaları görülmektedir. Bakıldığında en güzel uygulamanın yapıldığı ülke olarak Kanada görülmektedir. Sağlık Bakanlığı da Kanada’da uygulanan bu sisteme atıfta bulunmasına rağmen iki ülke arasında ciddi farkların olduğu dikkati çekmektedir. Ontario’da hastanelerde performans göstergelerinde sağlık çalışanının performansının yanında hasta memnuniyeti, klinik uygulamalar ve sonuçları, finansal göstergeler gibi ekstra ekler eklenerek ve bunlar da dikkate alınarak ücretler hesaplanıp ödenmektedir. Bu uygulama ile hastaneler ve statüler arası farklılıktan dolayı çalışanlar arasında oluşan ücret adaletsizliği önlemeye yöneliktir (Aydın ve Demir, 2008, s.29).

Daha önce de ifade ettiğim gibi Sağlık Bakanlığının açıklamalarında da yer alan her ülkenin kendi ihtiyaç ve evrensel değerlere bağlı olarak farklı sistemler kullanmaktadır. Kanada dışında başka ülkelerden de örnek vermek gerekirse;

- Amerika Birleşik Devletleri’nde özellikle son 6 yılda yürütülmekte olan “Medicare” (sağlık hizmeti sunumunun % 40’ı) içinde yaygınlaşmıştır
- İngiltere’de genel sistemde uygulanmamakla birlikte sadece aile hekimliğinde sınırlı bir şekilde uygulandığı görülmektedir.
- İtalya’da kısmi olarak bir uygulama olup, hekim maaşının % 20’si performans sisteminden ödenmektedir.
- İspanya ve Portekiz’de ise halen deneme aşamasındadır. Bu az sayıdaki örneklerin dışında, dünyada yaygın olarak uygulanan bir sistem değildir (Karaca, 2013).

ABD Tabipler Birliği Başkanı William G. Plested’in gözlemlerine göre performans tıp mesleğinin erozyonuna geçmiş on yıllardaki geri ödeme kesintilerinden çok daha büyük bir katkıda bulunmuştur. “...En büyük tehdit bir mesleğin kendisi için belirlediği mesleki kurallarından vazgeçmesidir...” Plested hekimleri tıbbi ve onun ana prensiplerini koruyan bir grup olarak tanımlamaktadır (Karaca, 2013, s.39).

Almanya, İtalya, İspanya gibi ülkelerin doktorların bireysel performans ikramiyesini gündeme taşıyan yasal düzenlemeler yapmış olmaları önemli bir

göstergedir. Ülke deneyimlerinde bireysel performansa dayalı ücretlendirme ile takım performansına dayalı ücret uygulamalarının birlikte uygulandığı örneklerin arttığı görülmektedir. İngiltere, İspanya, Danimarka ve Güney Kore’de iki yönteminde kullanıldığı modeller mevcuttur. Ancak Finlandiya’da bireysel performansa dayalı ücretlendirme uygulaması söz konusu iken, Fransa’da takım performansları değerlendirilmektedir. Genel olarak performans ücretinin miktarı da OECD ülkeleri arasında farklılık göstermektedir. Esas olarak performans ücretinin temel ücretin belirli bir yüzdesi olarak tespit edildiğini söylemek mümkün olabilir. Yasal düzenlemelerle sistemlerin desteklenmesi konusu ele alındığında ise Almanya, Macaristan, İtalya, İspanya ve İsviçre’nin yasal düzenleme ile sistemi uyguladığını görürüz.

Danimarka, Finlandiya ve İsveç performans ücretini toplu görüşme yolu ile belirleme yolunu kullanmaktadır. Sistemi uygulayan OECD ülkelerinde yapılan araştırma sonuçlarına bakıldığında Performansa Dayalı Ücretin performansı artırmaya yönelik etkisinin yeterince güçlü olmadığı konusunda ifadelerden söz edilmiştir. Performans ile ücret arasındaki bağın zayıf olmasından dolayı motivasyon düşüklüğüne neden olan etkenlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Koç, 2011).

2.2. PERFORMANSA GÖRE ÖDEME ŞEKİLLERİ

Performansa dayalı ücreti Tarım Bakanlığında sonra en iyi uygulayan sektörün sağlık sektörü olduğu yapılan araştırma ve yazılarda dikkati çekmektedir.

Türk sağlık kamu sektöründe performans analizi iki şekilde olmaktadır. Birincisi kurumun performans değerlemesi ikincisi ise sağlık iş görenlerinin performans değerlemesidir.

Bu etkinlikte rol alan kişilerin her birinin bireysel olarak göstermiş olduğu performanslar bütün olarak toplanıldığında kurumun çıktısı olarak yansımaktadır. Kurumun performansı belirli bir dönemin sonunda kurumun amacını gerçekleştirme veya görevini yerine getirme başarısının gerçekleştiğini gösteren bir gösterge iken, çalışanların performans değerlendirmesine baktığımızda organizasyonun amacına ne kadar katkı yaptığının tespitidir (Akdağ, 2007).

2.2.1. Bireysel Performansın Değerlendirilmesi

Hekimlerin emek yoğun hizmetleri ağırlıklı olarak puanlandırılmış bununla birlikte hekimin fiziksel ve zihinsel yaptığı çalışmaların sonucunda toplanılan puanlar hekime ek ödeme altında aylık olarak ücretlendirilmiştir.

Bireysel performans ile adından da anlaşıldığı üzere doktorun yaptığı performanslar üzerinden ücretlendirme yapıldığından uyguladığı işlemler ölçülebilir hale getirilmiştir. Hasta-hekim arasındaki bağı güçlendirmek için hekim seçme modeli getirilmiştir. Bu getirilen sistemin yapılan açıklamalar ve yazılan makalelerde hastayı bir müşteri gibi görüp onu tatmin etmek için birçok hekim daha çok hasta bakmak, yatırmak ve ameliyat etmek istiyor. Dolayısıyla bir işyeri malını satmak için nasıl bazı çabalara girerse hekimler de yanlış davranışlarda bulunabilmektedirler (Kart, 2013).

Sağlık hizmetlerinin bir ekip işi olduğu anlayışı ile bireysel performansın dışında kalan kurumda çalışan diğer sağlık çalışanları kurumun aldığı puanlardan derecelendirilerek puanlar almakta ve bunun sonucunda ek ödeme ile ücret almaktadır.

Tam gün olarak kamu hastanelerinde çalışan doktor ile yarı zamanlı olarak yani gününün bir kısmını kamu hastanesinde bir kısmını da özel olarak hastaneye veya muayenesinde hizmet veren doktor arasında Sağlık Bakanlığı tarafından performansa dayalı ek ödeme farkı oluşturarak kamuya yönelmesi için özendirme politikası izlenmiştir (Demir, 2007).

Bunun dışında klinik içinde hastane enfeksiyonlarını önleme konusunda belirli esaslar yerine gelip istenilen kriterler yerine gelince ilgili dal hekimi ödüllendirilmekte ve klinik içi eğitimler, bilimsel yayınlarda belirli sayıya ulaşıncaya ek puanlar kazanılarak ücrete yansımaktadır (Demir, 2007).

Tüm bunları daha detaylı ve anlaşılır bir teknik ile anlamak için Sağlık Bakanlığının performansa dayalı ek ödeme sisteminde şu şekilde anlatılmaktadır:

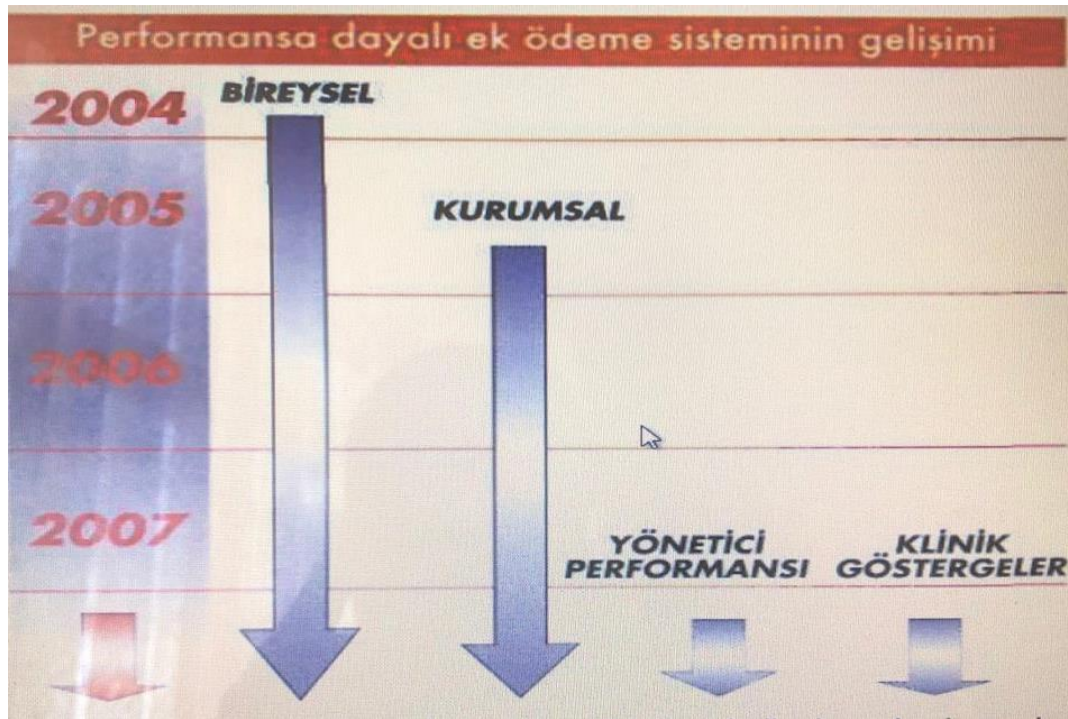
Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin;

- Unvanı

- Çalışma şartları ve süresi
- Hizmete katkısı
- Performansı
- Serbest çalışıp çalışmadığı
- Muayene yaptığı hasta sayısı
- Ameliyat (yapılan operasyonlar), anestezi
- Girişimsel işlemler
- Özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kuruluşlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemin oluşturduğu uygulamadır (Demir, 2007).

Sistem ile başarı ölçütlerini yerine getiren personel parasal olarak ödüllendirmenin yanında kurumsal performansa da katkıda bulunarak çalıştığı kurum için tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamayı içerisinde barındırmaktadır (Demir, 2007).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi başladığı zamandan itibaren sürekli gelişim ve değişim gösteren bir uygulamadır.



Şekil 2.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Gelişimi

Kaynak: Aydın ve Demir (2007)

Performans dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmaktadır. 2005 yılının başında SSK'ye ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığına devri ile performans uygulaması sağlık sistemimizin yaklaşık % 90'ında uygulanır hale gelmiştir (Demir, 2007).

Üniversite hastanelerinde ise bu durum yani performansa dayalı hizmet sunumuna 18.02.2011 tarihinde geçilmiştir. Bireysel performans sistemi 3 modelle açıklanmıştır.

Birinci model birinci basamağa yönelik usul ve esasları içermektedir. Burada dikkate alınan esaslar tedavi ve koruyucu işlemlere yönelik ve kırsal kesime yapılan hizmetleri içermektedir.

İkinci ve üçüncü modelde ise eğitim araştırma hastanelerinin klinik uygulamalarına yönelik ve bilimsel çalışmalara göre esas alınarak yapılmıştır. Sistemin nasıl çalıştığına bakarsak Sağlık Bakanlığının 2007 yılındaki Sağlıkta Dönüşüm adlı yayınından özellikle şekil yönünden yararlanılarak 2 model üzerinden açıklayabiliriz.










Şekil 2.2 Kurum Performans Puan Ortalaması

Kaynak: Aydın ve Demir (2007)

Hastanede çalışan her hekimin kendi yaptığı kişisel işlemler puan olarak kendi hanesine yazılır. Burada çalışan hekimin hastanede kaç gün çalıştığına bakılarak

bireysel performansı ölçülür. Alınan puanlar toplanır ve aritmetik ortalama kurumun performans puanını ortaya çıkarır.

Hastane hizmet puan ortalamasına göre dolaylı performansın hesaplanması

	BAŞHEKİM	4,50	X	11.400	= 51.300
	BIYOKİMYA UZMANI	2,50	X	11.400	= 28.500
	HASTANE MÜDÜRÜ	1,00	X	11.400	= 11.400
	ANES. TEK.	0,50	X	11.400	= 5.700
	HEMSİRE	0,40	X	11.400	= 4.560
	MEMUR	0,25	X	11.400	= 2.850
	HİZMETLİ	0,25	X	11.400	= 2.850

Şekil 2.3. Hastane Hizmet Puan Ortalamasına Göre Dolaylı Performansın Hesaplanması

Kaynak: Aydın ve Demir (2007)

Hastanede çalışan kişilerin unvanlarına, görevlerine riskli birim gibi yukarıda sayılan bakanlığın ifade ettiği unsurlara bağlı olarak her sağlık çalışanının katsayı ile kurum performansının ortalaması ile çarpılması sonucunda o ayki performans puanı ortaya çıkmaktadır. Buna ilave olarak da sağlık çalışanının son eklemelerle net performans puanı ortaya çıkmaktadır.

Net performans puanı ise sağlık çalışanının yapması gereken görevine ek olarak ihale, komisyon gibi çeşitli görevleri yerine getirmesi sonucunda ek puanlar alınmasıyla o ay oluşan net performans puanı oluşturmaktadır.

Özellikle hekimlerin mesleklerini serbest olarak icra edip etmediklerine göre belirlenen serbest meslek katsayısının net performans puanı üzerine önemli etkisi olmaktadır. Bu katsayı serbest meslek icra edenler için (0,3) iken, sadece kamuda çalışan hekimler için (1) olarak belirlenmiştir. Bu katsayı, sistemin başladığı yıldan itibaren her geçen sene düşürülerek birbirine oran olarak yaklaştırılması esasına

dayanmıştır. Böylelikle kamu hastanelerinde çalışmayı tamamen gönüllülük esasına dayandırılmak istenmiştir (Demir, 2007).



Şekil 2.4. Net Performans Puanı

Kaynak: Aydın ve Demir (2007)

2.2.2. Kurumsal Performansın Değerlendirilmesi

2005 yılında “ Kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans “ kavramı ile kurumlarla ilgili performansın etkisi ile yeni bir boyut kazanmıştır. Bireysel performans ile kurum performansı arasında ilişki kurularak hekim ve diğer sağlık çalışanlarının potansiyellerini verimliliklerini artırarak kurumun etkili ve kaliteli hizmet vermesini performanslarına dayalı hale getirmektedir. Yani kaliteli etkili ve iyi bir çıktı sağlayan kurum daha iyi hizmet verdiği için hastalar tarafından seçilecek ve bunun sonucunda bireysel performansa bağlı olarak sağlık hizmeti sunan kişiler daha fazla puan kazanmış olacaktır. Bir diğer ifadeyle döner sermaye havuzunda biriken puanlar sonucunda çalışan daha fazla ödüllendirilecektir.

Sağlık Bakanlığı tarafından kurumdaki performansı ölçmek için "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" hazırlanmış ve yürürlüğe konmuştur. Daha sonra yapılan

düzenlemelerle 2007 yılında tüm sağlık kurumları basamaklarını da içine alarak "Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" adıyla güncellenmiştir. Performans ölçümleri 6 madde ile açıklanmaktadır.

- a) Muayeneye Erişim Katsayısı
- b) Alt yapı ve süreç Değerlendirme Katsayısı
- c) Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri katsayısı
- d) Kurum Verimlilik Katsayısı
- e) Kuruluş Verimlilik katsayısı
- f) Kurumsal Hedef Katsayısı

a) *Muayene Erişim Katsayısı*: Polikliniklerde muayene etmek için her doktora tahsis edilmiş odadır.

Tabip sayısı; klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuvar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten tabipler ile yoğun bakım, yeni doğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan tabipler ve temel tıp bilimleri uzmanları dışındaki tabiplerin toplamıdır (Demir 2007).

Sağlık hizmetlerinde en çok tıkanıklığın olduğu birimlerden birisi de hiç şüphesiz ertelenemez hizmet olan poliklinik hizmetidir. Aile hekimlerinin hasta muayenesinde yetersiz kalışı hem de halkın direk 2. ve 3.basamaklara müracaat etmesi sebebiyle artarak devam etmektedir. Bu nedenle hasta talebini karşılama ve hastanın hekim tercihine cevap verebilmesi açısından poliklinik hizmetleri yapabilecek tabip sayısının, poliklinik oda sayısına oranı bir ölçüm metodu olarak kullanılmıştır.

Özetlemek gerekirse eğer oran büyükse daha kaliteli hizmet ve doktor seçimi gibi uygulamalar yapılabilirken tam tersi durumda ise uzayan kuyruklar kalitesiz ve verimsiz muayeneler ortaya çıkmaktadır.

b) *Kurum Altyapı ve Süreç Değerlendirme*: İl performans ve kalite müdürlüğü tarafından her yıl hastanelerdeki verilen hizmet ve teknik açıdan sorgulayan ölçütleri hazırlanmış ve her ilde doldurulmaktadır. Kurumun puanı tespit edilir ve kurumuna bir sonraki dönemin ilk haftası tebliğ edilir. Bu sayede

kurumun ulusal ve uluslararası standartların ne kadarını karşıladığı belirlenmektedir.

c) *Hasta ve Yakınlarının Memnuniyet Katsayısı*: Yatan ve ayakta olan hastalara yönelik yapılan belirli ölçütlere göre düzenlenmiş anket soruları ile hem hasta hem de hasta yakınlarına yöneltilerek hastaların neye önem verdikleri ikinci olarak da yapılan veya uygulanan tedavi ve bakımları ne ölçüde algılayıp beğendiklerini anlamak için uygulanır.

Söz konusu anketler hastanelerde her dönem için asgari 90.000 kişiye uygulanmaktadır. Böylece, hasta ve yakınlarının görüşlerinin hastane uygulamalarına yansıtılmasına imkan verilmiş olmaktadır (Demir, 2007).

d) *Kurum Verimlilik Katsayısı*: 2007 yılı içinde Bakanlık sağlık politikaları doğrultusunda yönergede yerini bulan kriterler, Personel Gideri Destekleme Oranı, Personel Gideri Oranı, Yatak Doluluk Oranı, Ortalama Kalış Günü, Yatan Hasta Oranı, Yeni Performans Takip Sistemine (YPTS) Veri Giriş Puanı gibi parametrelerle kurumun finansal verimliliğinin sorgulanması kriterlerine dayanmaktadır. İlerleyen dönemlerde revize edilecek bu ölçütler yerine başka kriterler kullanılacağı ifade edilmiştir. Belirli dönemlerde yerini başka kriterlere bırakacak olan bu ölçütler geliştirilmeye devam etmektedir. Bakanlıkça hazırlanan veri tabanlarına bilgi aktarımı da bu çerçevede özendirilerek uygulanması amaçlanmıştır (Demir, 2007).

e) *Kurumsal Hedef Katsayısı*: Bakanlığın ölçmekte olduğu kriterler şunlardır: Sezaryen Oranı, Günlük Cerrah Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı, Günlük Ameliyat Masası Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı, Mesleğini Serbest icra Etmeyen Uzman Tabip Oranı, Yeni Performans Takip Sistemine(YPTS) Veri Giriş Puanı.

Bu beş kritere katsayı verilmiştir. Katsayı oranı 0 ile 1 arasında değişmektedir. Bunların aritmetik ortalaması o kurumun “Kurumsal Performans Katsayısı ” belirlenmektedir.

Ölçülen kurumsal performans katsayısı ile o ödemdeki çalışan personelin bireysel performansına göre ek ödeme olarak ne alacağı belirlenmektedir.

Kanun gereği kurum, gelirlerinin azami %40'ını personele ek ödeme olarak dağıtılabilmektedir. Kurumsal performans uygulaması ile birlikte o dönem gelirin %

40'nın dağıtılabilmesi için kurum performans katsayısının " 1 " olmalıdır. Kurum performans katsayısının " 1 " den "0" a doğru düşmesi sonucu dağıtılan ek ödeme miktarı da % 40'den % 0'a doğru düşmektedir. Bu şekilde hastanenin kurumsal performansı çalışanların bireysel olarak aldıkları ek ödeme miktarı da orana bağlı olarak düşmektedir (Demir, 2007).



Şekil 2.5. Kurumsal Performans Katsayısı

Kaynak: Aydın ve Demir (2007)

Bakanlığın kurumsal performansı getirmesindeki amacı bireysel performans ile çalışan doktorların kurumu düşünmeden sürekli kendine yönelik olarak fazla puan alarak kurumun çeşitli kaynakları fazla miktarda kullanması ile kurumu finansal açıdan zor duruma bırakmasını engellemek amacıyla sonradan geliştirilen bir yöntemdir. 2007 yılında son halini almıştır. Kurumsal performans hakkında sağlık çalışanlarının kaygısı olmaktadır, şöyle ki; hastanenin finansal maliyetini yükseltmeden çok sayıda hasta bakmak ve bakılan hastaların o an ki sağlık durumunu iyileştirmek olarak görmektedir.

Hem bireysel hem de özellikle kurumsal performansın bu yönde olması yani iyileştirici yönde daha etkin adımların atılması ile sağlık sisteminin koruyucu sağlık politikasından uzaklaşıp tedavi edici yöne doğru yönelmesi durumunun hiç iyi olmayacağıdır. Eğer böyle devam edilirse ülkeyi önce ekonomik ardından da sosyal ve kültürel yönden olumsuz etkileyeceğini ifade etmektedirler.

2.3. PERFORMANS SİSTEMİNİN POZİTİF YÖNLERİ

Performans sistemi ile amaçlanan sağlık çalışanlarının isteklenmesini sağlayarak daha etkin, verimli ve kaliteli hizmet sunumu sağlayarak hastaların daha iyi bir hizmet alması sağlamaktır. Bunun yanında hizmet sunan sağlık çalışanı da ek ödeme olarak memnuniyetinde artış hedeflemiştir. Bu çerçevede aşağıdaki pozitif gelişmeler olmuştur;

- -Bu hedefler doğrultusunda hastanelerde uygulanan bu sistem ile hastanelerde işlem hacmi artmış, hastaların hekime ulaşımı kolaylaşmıştır. Hekimlerin poliklinik ve ameliyat sayılarında artış görülmüştür.
- -Hastaların özel muayenehaneye gitmeden, ek ücret ödemeden devlete bağlı sağlık kuruluşlarından hizmet alımı daha kolay sağlanmıştır.
- -Özel muayenehanesi olmayan hekimlerin gelirinde artış sağlanmıştır. Tıbbi literatürde performans sistemi üzerine kaleme alınmış bilimsel raporlardan çıkan sonuç, bu sistemin değerlendirme (dökümantasyon) ve gösterme (kamuoyuna rapor etme) konusunda yararlı olduğu ancak performans sisteminin sağlık hizmetleri üzerine yararının (hizmet sunumunda artış gibi) çok düşük düzeyde olduğudur (Karaca, 2013, s.35).
- Muayene sürecinde hastalara daha fazla vakit ayrılarak, sınırlı tetkikle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılarak birim hasta maliyetinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.
- Sağlık kurumlarının gelir-gider dengeleri bir işletme gibi hassasiyetle takip edilir hale gelmiştir.
- "Bıçak parası" olarak bilinen haksız, kayıt dışı kazançla mücadele kolaylaşmıştır.
- Hekim seçme hakkı kolaylaşmıştır.
- Gereksiz tetkik istemleri azaltılarak uygun tetkiklerle kısa sürede sonuca ulaşılmaya çalışılması birim hasta maliyetlerinin düşmesine olumlu etki yapmıştır.
- Laboratuvarlar için verimlilik kriterleri getirilmiş olup, laboratuvarlarda kalite ve hasta güvenliği çalışmalarına ağırlık verilmeye başlanmıştır.
- Kongre desteği ile bilimsel çalışmaların teşviki ve eğitim hastanelerinde asistan eğitimi ve yayın yapma takip edilir hale gelmiştir

- Bütün hastane çalışanlarının adeta kurumun ortakları haline gelme bilincini elde etmesi, yapılanları sorgulaması, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları benimsemesi, destek vermesi, görev almasını sağlamıştır
- Kurumsal performans tanımı çerçevesinde, sağlık müdürlüklerinin hastaneler üzerinde aktif denetim yapabilmesine olanak sağlanmış ve böylece hastanelerde fiziki mekânlar başta olmak üzere birçok alanda iyileştirme çalışmaları başlamıştır
- Laboratuvar, görüntüleme, yemek, temizlik gibi hizmet alanlarında eksiklik bulunan hastanelerde, döner sermaye kaynaklarından mal ve hizmet alımının hızlanmasını sağlamıştır.
- Aile Hekimliği uygulamasına geçilen illerde Toplum Sağlığı Merkezleri için performans kriterleri geliştirilmiştir.
- Hastanelerde mesai saatlerinin verimli kullanılması ile ameliyathane, laboratuvar, görüntüleme hizmetlerinin daha uzun süre verilmesi sağlanmıştır.
- Ameliyathaneler daha verimli ve etkin kullanılmaya başlamıştır.
- Ameliyat için bekleme süreleri kısalmıştır.
- Görüntüleme ve patoloji laboratuvarlarındaki bekleme süreleri kısalmıştır.
- Kurumsal performans çerçevesinde çalışan ve hasta memnuniyeti araştırmaları başlamıştır. Memnuniyet anketlerinin 2007 yılı içinde 21 ilde pilot uygulama ile bağımsız kuruluşlarca yapılması sağlanmıştır (Demir, 2007, s.82).

2.4. PERFORMANS SİSTEMİNİN NEGATİF YÖNLERİ

Gerek bakanlığın yaptığı kamuoyuna rapor etme ve dokümantasyon göstermeleri gerekse de tıbbi literatür olarak kaleme alınan bilimsel yazılarda yararlı olduğu yönünde yapılan yazılara karşın uygulanmaya başlandıktan sonra ele alınan makale, çalışma ve tez yazımlarında yapılan derinlemesine yapılan görüşmelerde yararının az olduğu yönünde bildirmişler. Ayrıca ilerleyen dönemlerde ekip ruhundan, iş barışına ve hastalar için tedavi edici özelliğini kaybederek devletin sunmuş olduğu sosyal devlet anlayışını terk ederek özelleşeceği parası olmayana veya finansal açıdan sosyal güvencesinin olmayana verilemeyeceğini ifade etmişler. Bunun yanında koruyucu sağlık politikasından tedavi edici yöne doğru gidileceği bunun sonucunda

sağlıklı toplum ve bireylerin azalacağı yönünde yazımlarda ve görüşlerde bulunmuşlardır. Bunlardan bazıları şunlardır:

- Hekimlerin tedavilerinde endikasyon dışı uygulamalar açısından etik değerler sorgulanmaya başlanmıştır.
 - Aynı kurumda çalışan hekimler ile hekim dışı personel karşı karşıya gelmiştir. Hekimlerin kazancı göz önüne serilerek kurum içi huzursuzluklar olmuştur
 - Aynı kurumda çalışan bir gruba bu sistem uygulanırken (hekimler), diğer çalışanlara bu sistemin uygulanmaması da kurum içi huzursuzlukları artırmıştır. Bir grup daha fazla ek ödeme için daha çok çalışmak zorunda iken diğer gruplar sabit ek ödeme (genelde sabit ödeme dışında ek ödeme alamıyorlar veya çok az alıyorlar) aldıkları için aynı performansta çalışmamaktadır. Hekim dışı personel “zaten çok bir şey değişmiyor neden çalışayım ki” diyerek huzursuzluklar oluşmaktadır.
 - İş yükü artan sağlık çalışanları, hastalara daha az zaman ayırdığından hizmet kalitesi düşmüştür.
 - Farklı kurumda aynı branştaki hekimler eşit miktarda çalışmalarına rağmen farklı miktarda ek ödeme alıyorlar. Bunun nedeni ise bir hastanenin dağıtacağı ek ödeme miktarını etkileyen personel dışı faktörlerdir.
1. Bu sistem; her türlü yoğunluğu artırır. Şöyle ki daha fazla test, daha fazla görüntüleme, daha fazla yan dal konsültasyonu, daha fazla hasta kabulü içerir.
 2. Ancak kalite ve değeri düşürür. Şöyle ki kalite ölçümü yoktur, gereksiz test ve görüntüleme sorgulaması yoktur, klinik sonuçlar sorgulanmaz(değerlendirilmez), daha fazla hasta güvenliği ihlalleri (tıbbi hataya) yol açar, daha kaliteli hizmet vermek isteyen ve veren hekimler cezalandırılır.

Adaletsizlik bu sistemin en önemli sorunudur. Gelir dağılımında adalet sağlanamamıştır. Bunları açacak olursak:

- Hekimler arasında adil olmayan gelir dağılımı olmuştur.
- Bu sisteme dağıtılan para hesaplanmasındaki çarpanlara bağlı olarak adaletsiz gelir dağılımı olmaktadır. Hekimlerin kendi inisiyatifi dışında (o ayki hastane

geliri, hastane borçluluk oranı ve hastane kalitesi) çarpanlar ile hekimlerin geliri azalmaktadır.

- Aynı puanı alan aynı branştaki 2 hekim, farklı hastanelerde farklı ek ödeme alabilmektedir. Bir hekim aynı puan ile değişik aylarda o ayki hastane geliri ve hastane borçluluk oranına bağlı olarak farklı ek ödeme almaktadır.
- Hastane puan ortalamasını yakalayamayan hekimler, pre-klinik branşlara göre veya hastanede tek çalışan ancak puan olarak daha düşük hekimlere nazaran daha az ek ödeme alarak adaletsizliğe uğramaktadır.
- Farklı risk grubundaki hekimler aynı puan ile aynı ek ödemeyi almaktadır.
- Hekimlerin alacağı tavan ek ödemeye ulaşabilmeleri çoğu zaman mümkün olmamakta, bunun için birçok hekim kendi üzerine gereğinden fazla iş yükü bindirmektedir. Günde 150 hasta muayene etmek veya 7-8 ameliyat yapmak hizmet kalitesini düşürmektedir.
- Hekimin öncelikli motivasyonu hastasının iyiliğini savunmak olmadığında raydan çıkmaktadır. Performans sistemi hekimleri genel durumu kötü hastaların tedavisinden kaçınmaları konusunda cesaretlendirmektedir.
- Performans sistemi ile gelen ekonomik teşvikler, hasta hekim ilişkisini oynak bir zemine oturtmaktadır
- *En önemli nokta çalışma ortamında iç barışı bozmakta ve ekip anlayışını zedelemektedir (Karaca, 2013, s.35-36).

Performansa dayalı hizmet sunumunda gerek performansın sonucunda ek ödeme denilsin gerek de puan verilir ve o dönemde puanlar bireysel olarak hanesine yazılır denilmektedir. Burada ifade edilenler performansın sonucunda sağlık çalışanına ücretin verilmesidir. Bakanlığın da ifade ettiği gibi sağlık çalışanının motive ederek hizmet sunumunda daha etkili, verimli ve kaliteli bir şekilde vermenin motive etme araçlarından ücret üzerinde durmaktadır.

Çalışma konumun da üzerinde durduğum performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyona etkisinde dolaylı olarak da ücretin etkilerini görmekteyiz. Şimdi ücretin etkilerini açıklayalım.

2.5. ÜCRETİN PERFORMANSA ETKİSİ

Performansa dayalı sistemlerde ücret ile çalışanın performansı arasında ilişki kurularak çalışanların performanslarına pozitif etki yapması, daha verimli ve kaliteli çalışmalarını sağlamak amaçlıdır. İlk başta mavi yakalı işçiler dediğimiz ve parça başı ücretlendirme olarak ifade edilen sistem daha sonra hizmet sektöründe çalışan beyaz yakalı işçilerde de zamanla oluşturulmaya başlanmıştır.

Performansın ücret ile ilişkilendirilmesine daha uygun literatür kelimeleri ile açıklamak gerekirse Adil bir ücret sistemine ulaşmada işin niteliği, gerektirdiği eğitim, deneyim ve uzmanlık, zorluk derecesi ve maruz kalınan çalışma koşulları gibi kişiden bağımsız kriterler dahi artık yeterli olmadığı görülmektedir. Bu nedenle ücrette adil bir yapıya ulaşmada, çalışanların motivasyonlarını ve iş doyumlarını artırmada başvuru alan adil ücret unsurlarından biri “performans” sistemi son zamanlarda uygulanmaktadır (Çakır, 2006, s.51).

Sağlık sisteminin özelliklerine bakıldığında emek yoğun olma, ikame edilememesi, bilgi asimetrisi, hizmetlerin stoklanamaması, uzmanlaşma seviyesinin yüksek olması, gibi birçok özelliği üretim sektöründen ayırmaktadır. Bununla birlikte sağlık ne zaman ihtiyaç olunacağı belli değildir. Örneğin aniden çıkan salgın hastalıklar gibi.

Sağlık sorunu yaşayan bireylerin hastalıklarına çözüm bulmak için sağlık kurumlarına müracaat etmektedirler. Artan nüfusa bağlı olarak talep artmış ve özel sektörde yoğunluğu azaltmak için hizmet vermektedirler.

Bunun en büyük göstergesi sayısı yıldan yıla artan özel sağlık kuruluşlarıdır. 2000 yılında 261 olan özel hastane sayısı 2013'te 541'e ulaşmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Özel sektörde verilen hizmetin ve kurum sayısının zamanla artmasına bağlı olarak da kamu hastaneleri de yeni çözüm yöntemleri ve uygulamaları aramıştır. Burada ortaya çıkan ve Dünyada da bazı ülkelerde olan performansa dayalı ücretlendirme sistemidir. Ücretlendirme ile sağlık çalışanının motivasyonunu artırarak daha verimli ve kaliteli hizmet sunumunun sağlanmasına çalışılmaktadır.

Ücret politikaları, öteden beri, çalışanları, istenilen davranışları sergilemeleri yönünde teşvik eden ve onları daha iyi ve verimli çalışmaya sevk eden bir araç olarak yönetimler tarafından uygulanan bir yöntemdir (Zaim, 1997, s.262- 263).

Genelde ücret sistemlerinin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar: istenilen nitelikteki iş görenleri şirkete çekebilmek, maliyetleri kontrol altında tutmak ve bununla beraber çalışanları daha iyi performans göstermeleri konusunda motive olmasını sağlamaktır (Hızır, 2005, s.123).

Sayılan temel amaçların dışında başka birkaç amaç nedeniyle de performansa dayalı ücretlendirilme seçilmektedir. Kurumsal açıdan amaçlar ise aşağıdaki gibi sayılabilir. Bu amaçlar şu şekilde ifade edilebilir (Silva, 1998, s.5):

- Stratejik iş hedefine ulaşmak,
- İşletmeye esneklik sağlamak ve çalışan maliyetlerini azaltmak,
- Verimlilik, kalite ve kârlılık gibi konularda işletmenin daha iyi bir performans gerçekleştirmesini sağlamak,
- Performans seviyesini geliştirerek çalışanların kazanımlarını artırabilme yeteneğine sahip olmak,
- Durgunluk dönemlerinde ve kurumsal performansın düşük olduğu dönemlerde, esnek ödeme bileşenini kullanarak işten çıkarmaları azaltma yeteneğine sahip olabilmek,
- İşgücü maliyetlerini artırmaksızın iyi performans gösteren çalışanları ödüllendirmek,

Sağlık Bakanlığı da bu üç temel amaca yönelik olarak özel sektörde hizmet veren hekimleri kamuya çekebilmek için bu sisteme geçtiğini ifade etmiştir.

Ayrıca adil ve etkili bir ücret politikasının çalışma barışını ve kurumun iç huzurunun sağlanması bakımından da son derece önemli olduğu bilinmelidir. (DeCenzo-Robbins, 1999, s.325).

Ücretin iş doyumu yönünden etkisi büyüktür. Ücretin adil olarak yapılması kadar çalışanların da algıları etkilemektedir. Burada çalışanlar kendi pozisyonlarında bulunan aynı hizmet veya iş kolundaki diğer çalışanlara bakıp kıyaslama yaparak aldıkları ücretin ne kadar tatmin edici veya olmadığı yönünde karar vermektedirler. Eğer daha düşük ise verimli çalışmalarını daha düşük seviyededir.

Sergilenen performansa göre verilen ücret ile çalışanı isteklendirerek daha kaliteli ve verimli bir çıktı oluşturularak kurumunda hedeflerine ulaşılmasını sağlamaktadır. Ücretlendirme ilk önce çalışanı hedef alır ve tatminini sağlayarak kurumu ve dolayısı ile ortak amaca katkı sağlayarak rekabette öne geçmek için atılmış stratejik bir adımdır.

Sistemin başarılı bir şekilde ilerlemesi için performans ile ücret arasındaki bağın, ilişkinin açık bir şekilde anlatılmalı ve adil olması gerekmektedir. Çalışanlar sistemi anlar ve inanırlarsa verimlilik artar, çalışanların performansı yükselir ve aldıkları ücretleri artar. Hastaların memnuniyetleri artar, hastalar iyi olan hastaneyi seçerler. Bunların sonunda ise kurum hedeflerine ulaşır.

Eğer tam tersi oluşursa yeni bir sistem olan performans sistemi açık ve şeffaf olmadığı zaman çalışanların bakış açısı olumsuz olacak ve beklenen verim düşük olacaktır.

Sağlık hizmeti üreten kurumlar döner sermaye aracılığıyla hastaya yapılan her işi sosyal güvenlik kuruluşuna fatura ettiğinden sistem hekim çıkarına bir mekanizma kurulmuştur. Uygulamada sağlık kuruluşları gelirlerini arttırmak için yaptıkları işlemleri arttırma gerekliliği duymaktadırlar (Nesanır, 2007, s.275).

Yukarıdaki paragrafta ifade edildiği gibi sağlık çalışanlarından bazıları daha fazla ücret almak için etik olmayan bir takım işlemlere başvurmuşlardır. Uygun olmayan bu davranışları engellemek için ise birçok yazı ve makalelerde eleştirilen bu konuya çözüm önerilerinden biriside işlemlerin (endikasyonların) sorgulanma mekanizmasının olmadığı ve buna yönelik adımların atılması gerektiğidir.

Uygulamalara örnek verecek olursak; Uygulama özellikle hekimlerin “iletişim becerisi, tıbbi bilgi düzeyi, araştırma yapabilmesi, klinik becerisi, veri-dosya tutma konusundaki titizliği, tedavi yeteneği, eğitim becerisi” gibi kimi becerilerini ölçmekten uzak bir şekilde tasarlanmıştır (Elbek, 2010, s.434-435).

Bir başka hususta denetim mekanizmasının uygun olmadığı yönünde açıklama yapılmıştır. Aslında performans sistemi uygulamasında bir denetim organı vardır. Ancak bu organda görev yapanlar da o kurumda hekim olarak çalışan kişiler olduğundan sistemi ne kadar denetleyebileceklerine kuşku ile bakılmaktadır (Kablay vd., 2012, s.77).

Kısacası performans sistemi ile alınan ücret arasında ilişkinin olduğu hakkında bilgilendirilmelidir. Adil şeffaf bir sistem kurulmalı etkin bir denetim mekanizması oluşmalı ve çalışanlarında etik davranması gerekmektedir.

2.6. YASAL DAYANAK

Sağlık çalışanlarına, döner sermaye kaynaklarından performanslarına yapılan ek ödemelerin temel dayanağı 09.01.1961 tarih ve 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”dur. Konu ile ilgili kanunun 5. maddesi “Personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan memurlar ve sözleşmeli personel ile açıktan vekil olarak atanarlara mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapmaksızın ek ödeme yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim-öğretim ve araştırma faaliyetleri ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir” şeklinde düzenlenmiştir. (Erkan,2011,s.427)

12.05.2006 tarihinde 26166 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ve 01.03.2011 tarihinde çıkarılan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi son düzenlemelerdendir. Bugün Devlet Hastanelerinde dağıtılan döner sermaye ek ödemeleri, bu kanun, yönetmelik ve yönergeler doğrultusunda yapılmaktadır. Hekimlerin performans puanları ise, sunmuş oldukları girişimsel işlemlerin puan ve parasal karşılıkları ise her mali yıl için çıkarılan ve işlem puanlarının ayrıntılı olarak belirtildiği Sosyal Güvenlik Uygulama Tebliğleridir.

Buna göre 3 farklı model vardır: Birinci modelde, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama esas ve usulleri bulunmaktadır. İkinci modelde ise devlet hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerine ait 2 model tanımlanmıştır. Her

iki modelin benzer yönleri olduğu gibi farklı uygulama esasları bulunmaktadır (Aydın ve Demir, 2007, s.61-62).

2003 yılında yürürlüğe giren 5018 sayılı Kanun performans yönetim sürecinin bütçe boyutu üzerine olmakla birlikte, performans üzerine yaptığı vurguyla bir ilktir (Demir, 2007: 82). Amacı, “Kalkınma planları ve programlarda yer alan politika ve hedefler doğrultusunda kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde elde edilmesi ve kullanılmasını, hesap verilebilirliği ve mali saydamlığı ağırlamak üzere, kamu mali yapısını ve işleyişini, kamu bütçelerinin hazırlanmasını uygulanmasını tüm mali işlerin muhasebeleştirilmesini, raporlanmasını ve mali kontrolü düzenlemek” olarak belirtilmiştir. Kanunda yer alan “kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılması” ifadesi personeli de kapsayan oldukça geniş bir ifadedir. Kanunun 9. Maddesinde kamu idarelerinin ölçülebilir hedefler saptayacağı ve önceden belirlenmiş performans göstergeleriyle ölçme-değerlendirme yapacağı karara bağlanmıştır. 5018 sayılı yasa ile gelen idari zihniyet değişimi, her dönemin sonunda hazırlanacak faaliyet raporlarıyla idarenin gösterdiği performans ile hedefleri ve bütçesi arasındaki ilişkinin sorgulanmasının bir süreç olarak zorunlu kılınmasında da çok net olarak görülmektedir.

3. MOTİVASYON

Motivasyon; kişilerin belirli bir amaca ulaşmak için kendi istek ve arzuları yönünde davranmaları şeklinde tanımlanabilir. (Koçel, 2005, s.633; Oral, 1999, s.145). Motivasyon, insan kaynaklarını belirlenen hedefe veya amaçlara doğru devamlı şekilde harekete geçirmek için yapılan çabaların toplamı şeklinde de ifade edilebilir. En geniş ifade ile motivasyonun tanımı yaparsak şu şekilde açıklanmıştır. İşletmenin ve bireylerin ihtiyaçlarını tatminle sonuçlandıracak bir iş ortamı oluşturularak bireyin harekete geçmesi için etkilenmesi ve isteklendirilmesi süreci olarak da tanımlanabilir (Can, 2005, s. 233).

Motivasyon kavram olarak bakarsak istek, arzu, ilgi ve dürtüleri kapsamaktadır. Organizma yani bireyin o dönemde neye ihtiyacı varsa ihtiyacına yönelik olarak güdülenme meydana gelir bunun akabinde kişi faaliyete geçer. Yani ihtiyacını gidermek başka bir ifade ile amacını gerçekleştirmek için davranışta bulunur.

Motivasyon için şu üç temel kavram kullanılmakta olup bunlar; ihtiyaç, davranış ve amaçtır. Fikir birliğine varıldığında ihtiyaçlar üzerinde hemfikir olunmuştur (Dereli 1981, s.188). Motivasyon ihtiyaçları giderme sürecidir. Her insan birbirinden farklıdır ve buna paralel olarak ihtiyaçları da farklıdır. Yöneticiler bu durumu bilip ona göre davranmaları gerekmektedir. Yöneticilerin dikkat etmeleri gereken konunun her insanın farklı olduğunu ve bu davranışı neden yaptığı ile ilgilidir. Bu durumlarda yöneticiler motivasyon kuramlarından yararlanmalıdır.

Motivasyon kuramları; kişileri motive eden faktörleri belirlemek ve motivasyonu sürdürmek konularında yöneticilere yardımcı olunması amaçlanmıştır (Koçel, 2005, s.636).

Son yüzyılın ortalarından beri insanlar motivasyonlarla ilgili araştırmalar yapmış ve bunun sonucunda birtakım düşünceler ortaya koymuşlardır. Yapılan çalışmaları açıklamak gerekirse;

Yönetimde motivasyon kuramları genellikle açıklayıcı modeller, içerik modelleri ve süreç modelleri olarak üçe ayrılmaktadır. Bu ayrıma çağdaş modeller ayrımını eklemek de mümkündür. Açıklayıcı modeller yönetimin iş görenleri nasıl motive edebileceğini açıklamaya çalışır. Bilimsel yönetim modeli ile insan ilişkileri

modeli bu gruptandır. İçerik modelleri kişileri motive eden etmenlerin neler olduğunu araştırır. Bunların en bilinenleri Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi, Herzberg'in ikili etmen kuramı ve Alderfer'in var olma – ilişki – gelişme (VİG) ihtiyaçları kuramıdır. Süreç modelleri davranışın nasıl ortaya çıktığı ve uygulandığı konusyla ilgilendir. Bu modeller beklenti, eşitlik ve pekiştirme modelleridir. Eşitlik modeli bazen süreç modellerine dahil edilmekte, bazen de çağdaş modellerden sayılmaktadır. Çağdaş modeller bireysel amaç, değerlendirme, algılama ve yorumlara yer veren modellerdir (Yüksel, 2000).

Maslow insanları motive ederek çalışanları daha etkin ve verimli çalıştığını ifade ederken Herzberg ise sadece motivasyon faktörü ile değil insanları mutsuz eden faktörlerin de olduğunu ifade ederek bunların olması halinde çalışanlardan beklenen verim ve kalitenin alınamayacağını motivasyonun tek boyutlu değil çift boyutlu olduğunu ifade etmiştir (Kıdak ve Aksaraylı, 2009).

Maslow insanların ellerinde olanlar değil de olmayanların onu motive edeceğini söylemiş. İnsanın gereksinimlerini hiyerarşik olarak sıralamıştır. Bunu biz Maslow'un piramidi olarak bilmekteyiz. Bunlar temel fizyolojik gereksinimler, güvenlik ve korunma gereksinimleri, sosyal gereksinimler, saygı gereksinimleri ve kendini gerçekleştirme gereksinimleridir. İş yerinde çalışan da ihtiyacını gidermek için çalışmaktadır. Yönetici veya yöneticiler çalışanın bu gereksinimini fark edip onun bu ihtiyacını giderecek uygulamayı yapmalı ve çalışan buna güdülenmelidir. Çalışan kişi işe girdiğinde ve ihtiyacı giderildiğinde mutlu olur artık işsiz değildir ama bundan sonra memnuniyet algısı ve düzeyi değişecektir. Örneğin aynı işi yapan bir başkasının aldığı ücret gibi konusunda tatminsizliğin oluşmasıdır. Bu durum ihtiyacın durağan olmayıp sürekli olarak değiştiğinin göstergesidir.

Herzberg ise motivasyon kuramına farklı bir bakış açısı getirmiştir. Motivasyon ve hijyen olarak iki gruba ayırmıştır. Doyum yaratan faktörlere motive edici faktörler, doyumsuzluk oluşturan faktörleri de hijyen olarak adlandırmıştır.

Motivatör Faktörler

Hijyen Faktörler

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| 1. Başarı | 1. Yönetim |
| 2. Tanınma | 2. Gözetim |
| 3. İşin kendisi | 3. Çalışma koşulları |
| 4. Sorumluluk | 4. Ücret |
| 5. İlerleme | 5. Arkadaş ilişkileri |

Herzberg'e göre motivatör faktörler, başarı, tanınma, sorumluluk, terfi ve işin kendisi gibi yapılan işe ilişkin özelliklerdir. Eğer çalışanlar yaptıkları işin kendilerine yukarıda sıralanan özellikleri verdiklerine inanıyorlarsa, yaptıkları işten tatmin olacaklardır. Hijyen faktörler ise, yönetim ve politikalar, gözetim, çalışma koşulları, ücret ve arkadaş ilişkileri gibi faktörlerdir. Hijyen faktörler çalışanların beklentilerini karşılamazsa çalışanlar yaptıkları işten memnun olmayacaklardır. Ancak bu faktörler motivatör değildir (Akçadağ ve Özdemir, 2005, s.172).

3.1. MOTİVATÖR FAKTÖRLER

1. *Başarı*: İnsanların kendi benliğinin de olan ve kimilerine göre daha önde olan çalışmaları ve çabaları sonucunda başarı umutlarıdır. Umutlarının gerçekleşme oranına göre tatmin olmasıdır.
2. *Tanınma*: Çalışanların tanınma yönündeki ihtiyacı genellikle kararlara katılma süreci ile giderilebilir ki bunda da ilk sırayı kendisi ile olan kararlara katılma isteğidir. Çalışanların işin planlanmasından başlayarak yönetim sürecine kadar ki olan kademeli karar süreçlerinde yer alması işine bağlılığını artıracak ve yüksek oranda motivasyona sahip olacaktır.
3. *İşin kendisi*: Çalışanlar çalıştıkları kuruma ne oranda katkıda bulduklarını anladıklarında verimlilikleri artar ve bunu bir gurur haline getirerek daha fazla hizmet gerçekleştirirler.
4. *Sorumluluk*: İşletmelerde çalışan üst ve orta düzeydeki amirlerin yetkilerinin bir kısmını astlarına devretmesidir. Astların memnuniyeti artırmaktadır. Bu durum psikolojik olarak bağımsızlık ve güç kazandırırken astlar daha fazla istekle çalışıp işletmeye katkı sağlayacaktır.
5. *Terfi*: Çalışan artık aynı işte daha üst bir konumdadır ve daha zor bir görevi üstlenmiştir. Terfi ile birlikte çalışan daha fazla yetki, sosyal statü, ve aldığı

ücret artar. Tüm bunlar hem psikolojik hem de maddi olarak çalışanın her yönde motive eder. Terfi diğerlerine göre daha iyi bir motivatördür.

3.2. HİJYENİK FAKTÖRLER

1. *Yönetim:* İşletmelerde yönetimin rolü çalışanların belirli bir düzen içerisinde çalışmasını sağlayacak politika ve prosedürler geliştirip uygulamanın yanında kaliteli bir üretimin kişisel etkileşimlerden geçtiği görmelidir. Oluşabilecek ani ve kötü durumlar karşısında cevap vermeli bununla beraber çalışanlarını belirli sınırlar içerisinde özgür bırakmalıdır (Kıdak ve Aksaraylı, 2009).

Çalışanlara belli bir sınır içerisinde ne yapıp yapmamaları gerektiği açık ve net bir şekilde anlatılmalı herkes sınırları içerisinde hareket etmelidir.

2. *Gözetim:* İşletmelerde çalışanlar işlerini çok iyi bilmeleri ve istenilenleri yerine getirdikleri zaman işi benimseyip bundan tatmin olurlar. Motivasyon araçlarından en önemli olanlarından bir tanesi de gözetim işlevidir. Bu işlev ile çalışanlar uygulama sürecini etkinlik ve amaç yönünden denetleme imkânı bulurlar. Tüm bunlardan dolayı çalışanlar görevlerini daha iyi yapmaları sağlanmış olur (Kıdak ve Aksaraylı, 2009).

İşini iyi bilen ve çalışan personel dışında genellikle çalışanlar gözetimden pek hoşlanmazlar çünkü bu durumun kendilerinin açıklarının arandığı yönünde ve sürekli izlenmenin verdiği rahatsızlıkla yanlış yaptıklarını ifade etmektedirler.

3. *Çalışma koşulları:* Çalışma ortamındaki ergonomik ve teknik koşulların durumu da motivasyonu etkileyen önemli bir unsurdur. İyi ışıklandırılmış, havalandırması ve sıcaklığı yeterli bir ortamın yanı sıra çalışanların kullandığı araçların niteliğinin yüksek olması hizmet kalitesinin de artması anlamına gelmektedir (Kıdak ve Aksaraylı, 2009).

Yapılan araştırmalarda ve kullanılan ifadelerde yönetimin çalışanlara uygun ortamı ve koşulları sağladıktan sonra verimli ve kaliteli çıktının beklenilmesi gerektiğini ifade etmektedirler.

4. *Ücret ve Prim*: Ekonomik motivasyon araçlarının en önemlisi ücrettir. İnsanların çoğu için daha yüksek gelir elde etme olanağı, çalışmak ve işbirliği yapmak için tek olmasa bile önemli bir özendirme araçlarının en önemlisidir. Ücretin gerçek motivasyonel değeri ve bir motivasyon aracı olarak kullanılıp kullanılmayacağına saptanması oldukça zordur. Bu nedenle paranın motive edici bir araç olması, kişilerin ihtiyaçlarının gelirleriyle ne ölçüde karşılandığına, parasal beklentilerin ve ihtiyaçların büyüklüğüne, elde edilen gelirin adil ve eşit olmasına ve primlerin kişinin performansı ile ne ölçüde ilişkilendirildiği ile ilgilidir (Kıdak ve Aksaraylı, 2009).

Çalışanlar için hiç şüphesiz ücretin yeri farklıdır ve ilk sırayı motivasyon açısından bakarsak almaktadır. Ancak ücretin adil olması gerekmektedir. Sadece adil olmak yetmemektedir. Çalışanlarında adil olarak algılaması gerekmektedir. Çünkü çalışan kendi aldığı ücreti başka çalışan ile kıyaslamakta ve bununla tatmin olup veya olmamaktadırlar.

5. *Çalışanlar Arası ilişkiler*: İşletmelerin üzerinde çok dikkat ve önem gerektiren konulardan birisi de çalışanlar arası sosyal ilişkileridir. Özellikle emek yoğun çalışan ve çok sayıda personeli olan işletmelerde karşılaşılan en önemli sorunlar personel arasındaki sosyal ilişkilere bağlı olarak gerçekleşen sorunların varlığıdır. Memnuniyet ve motivasyon artırıcı etkisinden dolayı etkin bir iletişim için; işletmenin yapısına, personel sayısına, verilen bilgi veya talimatların yapısına uygun iletişim araçları seçilmelidir. Motivasyon teorileri ile iş tatmini konuları iç içe geçmiş konular olup birbirini destekler durum ya da olaylardır. (Bitsch ve Hogberg, 2005, s. 659).

İnsanları daha fazla çaba harcamaya özendiren şey, daha çok kişisel refahla, mutlulukla, insan ilişkilerinin havasıyla ve yapılan işin türüyle ilgili olmaktadır. İyi bir atmosferde gerçekleşen iletişim, kararlara katılma çalışanın işin özelliklerine uygun olarak kendini geliştirme umutları ve işten tatmin olmaları pozitif yönde gelişim sağlamaktadır (Scott vd., 2003, s.16).

Günümüzdeki işletmelerin özellikle büyük ölçekli işletmeler veya hizmet sektöründe çalışanlar birçok kişi ekip olarak görevini yerine getirmektedirler. Belki ücret kadar çok zikredilmese de takım ruhunu oluşturmuş bireyler daha etkin ve verimli

çalışırken tam tersi durumda ise ekip içi çatışmalar olmakta ve bu durum işletme veya kurumu negatif yöne çekmektedir.

Diğer taraftan Maslow ve Herzberg dışında klasik kuramcılar ise insanı maddi varlık olarak görmekte tatminlerini de maddi olarak görmüşlerdir. Neoklasik ve modern kuramcılar ise bu görüşü ise sadece maddi olarak değil bunun yanında maddi olmayan faktörlerden de etkilendiğini söylemişlerdir. Yaptıkları işin önemsenmesi, sosyal alışkanlıklar, ödüllendirme ve cezalandırma sayılabilir.

İş yaşamında çalışanlarla iş ortamı arasında sürekli etkileşim halinde olmaktadır. Yönetimin dikkat etmesi gereken çalışanlardan en üst düzeyde mal ve hizmet sunmalarını sağlarken çalışanlarının da fiziksel ve psikolojik sağlıklarını da korumalıdır. Yöneticiler astlarını ve çalışanlarını motive etmek zorundadırlar. Çünkü bireysel tatmin olmuş çalışanlar hem kendi hem de kurumun hedeflerini gerçekleştirmiş olurlar. İnsan davranışları karmaşık ve farklı olduğu için insanlara yönelik motivasyon konusunda ilkeler yapmak da zordur. Bunda insanların karakteri ve yapısı ile ilgilidir. Örneğin bir kurumda çok başarı olmuş bir yönetici başka bir kurumda aynı başarıyı gösteremez.

Özendirme ile iş göreni daha üst düzeyde performans göstermesi için etkileme yöntemidir. Özendirmede iş görene, görevi için kendinden beklenenden daha çok güç harcadığı için ekonomik bir yarar sağlar. Ama ekonomik yararlar, kimi iş göreni motive etmekte etkili olamaz; bunlara dışsal özendiriciler sunulduğunda içsel motivasyonlarında azalma meydana gelebilir (Başaran, 2000).

Yani kişiler birbirinden farklı olduğu için para her zaman birinci sırada değildir. Ücret verilerek çalışanların motivasyonlarını yükseltip başarılı olunacağı yönünde algının oluşması yanlıştır. Motivasyon araçlarına bakıldığında kişiye ve kurumlara bakılarak değişik yöntemler denenebilir ve bu şekilde özendirilebilir. Bunlara örnek vermek gerekirse; güvenlik, yükselme olanakları, çekici iş, statü, kişisel yetke ve güç kazandırma, özel yaşama saygılı olma, kararlara katılma olanağı sağlama, adaletli ve sürekli bir disiplin sistemi, iş değiştirme, iş zenginleştirme, iş genişletme, esnek zamanlı çalışmalar veya metotlardan biri seçilerek daha verimli ve motivasyonu yüksek çalışanlar kurumlara kazandırılabilir.

Sağlık hizmetleri emek yoğun ve teknolojinin yoğun kullanıldığı alanların en başında geldiği ve her makale veya bilgi nitelikte yazılarda sıkça söz edilmektedir. Evet,

teknolojinin en son hali kullanılmaktadır. Bununla birlikte teknolojiyi kullanan güler yüzü ile bedenen ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmayan çeşitli hastalıklar ve sakatlıklara maruz kalmış insan hizmet eden sağlık çalışanlarının payı da teknoloji kadar büyüktür. İte tam da burada çalışanların motivasyonları ön plana çıkmaktadır. Motivasyon faktörlerini i memnuniyeti ve iten doyum alma başlıkları adı altında araştırmalar yapılarak incelenmektedir.

Motivasyon araçları çalışanları motive etmek için kullanılmakta olup iki Şekilde uygulanmaktadır. Ödüllendirme ve cezalandırma Şeklinde sağlanmaktadır. Ödüllendirme ile ilgili olarak birçok Şekilde ifade ettim. Tekrardan zikretmek gerekirse ekonomik ve siyasi unsur olarak verilmektedir. Ekonomik olarak para veya para karşılığı ödüllendirmeler iken sosyal unsur olarak da terfi, başarı belgesi gibi dllendirmelerdir. Bunun tam tersine olarak da cezalandırmalar verilebilir. Ama yapılan ve uygulanan sitemlerden geri dönüŐ olarak yapılan açıklamalarda insanlara ceza yerine motivasyon artırıcı uygulamaların yapılması gerektiği ifade edilmiştir.

Kurulacak olan personel sisteminin sonuçlarının personele ne Şekilde yansıtacağı önemli bir husustur. Sistemin genel mantığının düşük değerlendirme notu alan personelin cezalandırılması Şeklinde kurulmaması daha faydalı olacağı bilinilmelidir. Bu tarz bir yaklaŐımda personelin, istemediği bir işte zorla çalıştığı hissiyatı oluŐacaktır. Bu yaklaŐımın aksine, personel motivasyonunu artırıcı mŐevvikler tespit edilebildiğinde, işte ilave gayret sarf etmenin ödüllendirildiği ve çalışma barışının daha az risk altına alındığı bir durum ortaya çıkmaktadır. İyi seçilmiŐ mŐevviklerin mümkün mertebe adil Şekilde verilmesi durumunda, sistem değerlendirildiğinde çalışan personelden düşük puan alanların haklarında bir kayıp olmayacağı ve o dönemde yüksek puan alanlara göre bazı imkanlardan yararlanamayacaktır (Eraslan ve Tozlu, 2014).

Yapılan araştırmalar yazılan yazılar gösteriyor ki insanları cezalandırmak yerine onları daha çok isteklendirici metotların kullanılması gerektiğidir. İnsanları isteklendirmek için ihtiyaçlarına hitap etmesi gerektiği ve bunun için yönetim de çalışan insanları motive edici faktörleri bilip uygulaması gerektiğidir. Her insan birbirinden farklı olduğu ve insanlardan daha fazla verim almak için ekonomik veya sosyal unsurlardan yararlanılmalıdır. İlk başta sadece amacı işe girmek olan çalışan veya çalışanların zamanla ihtiyaçları değişmektedir. Şu unutulmamalıdır ki insanların ihtiyaçları durağan değildir. Bu yüzden sürekli olarak değişim ve gelişim yönünde adımlar atarak yüksek motivasyonlu çalışanlar elde etmek için çaba gösterilmelidir.

4. YÖNTEM

Çalışmanın bu kısmında araştırma sorusuna, araştırmanın amacına, yığın ve örnek, kısıtlarına, veri toplama araçlarına, araştırmadaki bulgulara yer verilmiştir.

4.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık Bakanlığının uygulamış olduğu performans sisteminin hekimler çalışma yaşamlarında ne ölçüde motive ettiği hakkında değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Anket çalışmamızı yaparken hekimlerin göstermiş olduğu performansın, motivasyonuna etki edebileceği düşünülen cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, unvan, hizmet süresi, branşı, çalışma saati ve performans uygulaması hakkında bilgi düzeyi gibi değişkenlerin anlamlı farklılıklar oluşturup oluşturmadığı yönünde araştırmalar yapılacaktır. Çıkan sonuçlardan ortaya konulan bulgular politikaları yapıp uygulayanlara yol göstermesi açısından yardımcı olması amaçlanmaktadır.

4.2. ARAŞTIRMANIN YIĞIN VE ÖRNEK

Araştırmanın evreni Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan hekimler oluşturmaktadır. Burada çalışan hekimlerden rassal olarak seçilen 80 kişide örneğimizi oluşturmaktadır. Asistan hekimlere ortalama üzerinde ek ödeme yapıldığı için araştırmaya dahil edilmemiştir.

4.3. ARAŞTIRMANIN KISITLARI

Araştırmanın sadece bir hastanede gerçekleşmesi çalışmanın kısıtlılığıdır. Maddi olanakların kısıtlılığı ve en önemlisi zaman kısıtlılığı vardır. Bununla birlikte anketi cevaplayanlardan kaynaklanabilecek eksikliklerin olması ve çalışmaya katılma isteksizlikleri nedeniyle sonuçları etkilemesi olasılığı da her zaman geçerli olan kısıtlılıklardandır. Bununla beraber ankete katılanların sayısının yetersizliği de sayılabilir.

4.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Yapılacak çalışmaya karar verildikten sonra, çalışmaya uygun olan literatür taraması yapılmış ve bunun sonucunda veri toplama yöntemlerinden olan anket çalışmasına karar verilmiştir. Araştırmada kullanılan anket iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısmı demografik özellikleri içeren 8 soruluk bölüm, ikinci kısım da hekimlerin göstermiş oldukları performansında motivasyonunu etkilediğine yönelik tutumlarını ölçmek için yöneltilen 25 soru olan kısımdır. Burada üçlü likert ölçeği kullanılmıştır. Katılıyorum=3, katılmıyorum=1, kararsızım=2 olarak ölçeklendirilmiştir. Anket çalışması Ağustos ayı içerisinde gerçekleştirilmiştir. 80 hekim tarafından doldurulmuştur.

* *Hipotezler:* *H1;* Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri cinsiyetlerine göre farklılaşmamaktadır.

H2; Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri yaşlara göre farklılaşmamaktadır.

H3; Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri öğrenim durumlarına göre farklılaşmamaktadır.

H4; Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri unvanlarına göre farklılaşmamaktadır.

H5; Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri hizmet sürelerine göre farklılaşmamaktadır.

H6; Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri branşlarına göre farklılaşmamaktadır.

H7; Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri çalışma sürelerine göre farklılaşmamaktadır.

H8; Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerine göre değişmemektedir.

H9; Doktorların yaşları ile “ Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H10; Doktorların yaşları ile “ İzin ve dinlenme süresi azalmıştır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H11; Doktorların yaşları ile “ performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zaman kısalmıştır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H12; Doktorların branşları ile “ Klinikler arası rekabet artmıştır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H13; Doktorların branşları ile “ Doktorlar arası ücret eşitsizliği olmuştur. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H14; Doktorların branşları ile “ Daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H15; Doktorların cinsiyetleri ile “ Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H16; Doktorların cinsiyetleri ile “ Fiziksel yorgunluğumu artırmaktadır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H17; Doktorların unvanları ile “ Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

H18; Doktorların unvanları ile “ Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır. ” anket sorusuna göre farklılaşmamaktadır.

4.5. ARAŞTIRMANIN İSTATİSTİKSEL BULGULARI

Uygulanan anket neticesinde elde edilen verilerin analizi bu bölümde yapıldı. Verilerin analizinin yapılabilmesi için anket formları önce Excell’e, daha sonra uygun kodlamalar yapılarak IBM SPSS 25.0 programına aktarıldı. Performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon ölçeğinin güvenilirlik analizi yapıldı, katılımcılara ait demografik veriler incelendi, araştırmada kullanılacak analiz türleri belirlenerek demografik profiller ile ölçeğin analizi yapıldı. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler; frekans (N), yüzde (%), ortalama, standart sapma(SS.), maksimum ve minimum olarak belirtildi.

4.5.1. Ölçeklerin Güvenilirlik(İç Tutarlılık) Analizi

Güvenilirlik analizi, daha önceden belirlenmiş bir ölçek türüne göre hazırlanmış ankete verilen yanıtların tutarlılığını ölçen analiz türüdür. “Cronbach Alfa katsayısı 0 ile 1 arasında bir dağılım gösterir. Negatif değer çıkması ölçeğin benzer

özellikleri ölçmediğinin bir göstergesidir. Alfa değerinin düşük çıkması testin homojen olmadığını (birkaç özelliği bir arada ölçtüğünü) gösterir. Değerlendirmede:

$0.00 < \alpha < 0.40$ güvenilir değil

$0.40 < \alpha < 0.60$ düşük güvenilirlikte

$0.60 < \alpha < 0.80$ oldukça güvenilir

$0.80 < \alpha < 1.00$ yüksek derecede güvenilir. Yorumu yapılır (Çakır, 2014, s. 3)

Analizimizde kullanılan doktorların performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini belirleyen ölçeğin Cronbach Alfa değeri ,842 olarak tespit edilmiştir. Dolayısıyla doktorların performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon ölçeğinin yüksek derecede güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 4.1. Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Ölçeği Güvenilirlik Analizi

	Cronbach Alfa	Madde Sayısı
Doktorların Performansa Dayalı Hizmet Sunumunu Motivasyon Ölçeği	,842	25

4.5.2. Kişisel Bilgileri ile İlgili Tanımsal Analizler

Anket çalışmalarına katılan katılımcıların demografik bilgilerinin ve anket sorularına verdiği cevapların çözümlenmeleri başlıklar halinde sunulmuştur.

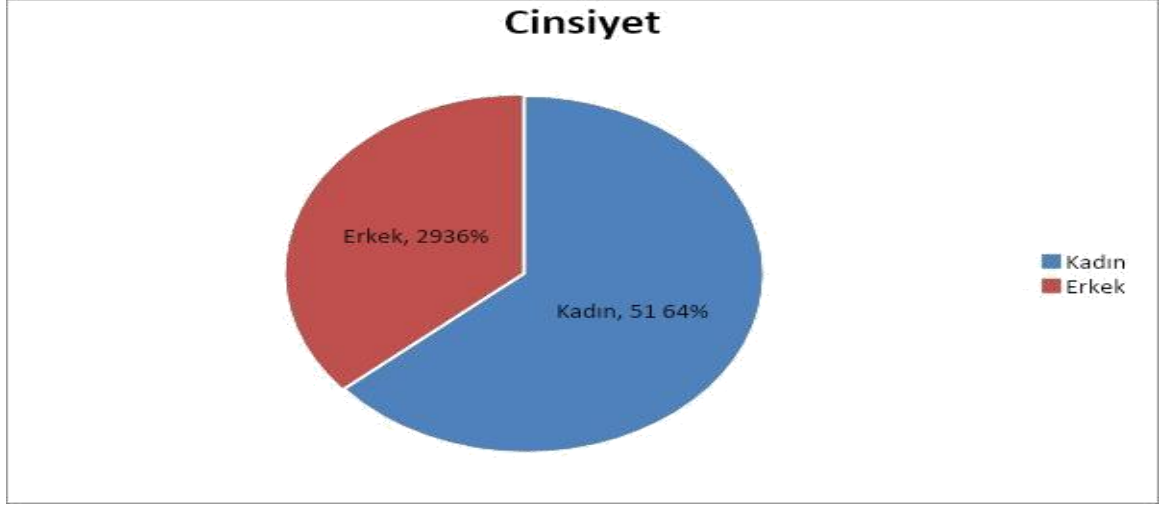
4.5.2.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki cinsiyet durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 4.2'de açıklanmıştır.

Tablo 4.2. Cinsiyet Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Cinsiyet	Erkek	29	36,3	36,3
	Kadın	51	63,7	63,7
	Toplam	80	100,0	100,0

Ankete katılan 80 doktorun demografik bilgileri incelendiğinde 51 kişi kadın, 29 kişi erkektir.



Grafik 4.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Dağılımı

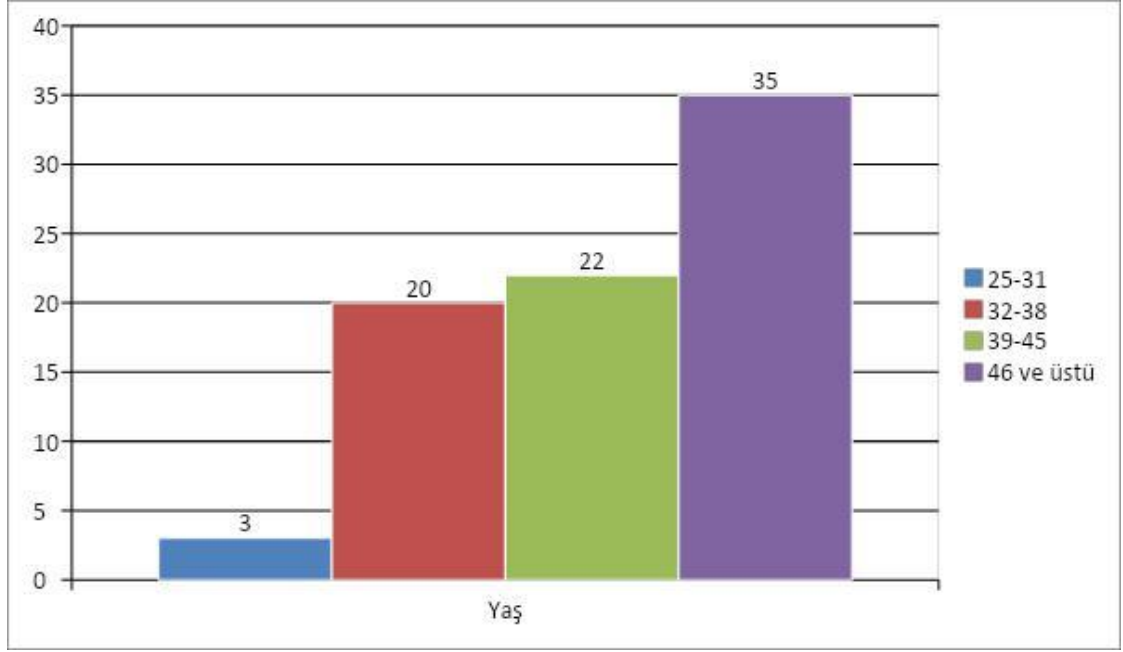
4.5.2.2. Katılımcıların Yaşları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki yaş durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 4.3'te açıklanmıştır.

Tablo 4.3. Yaş Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Yaş	25-31	3	3,8	3,8	3,8
	32-38	20	25,0	25,0	28,7
	39-45	22	27,5	27,5	56,3
	46 ve üstü	35	48,8	43,8	100,0
	Toplam	80	100,0	100,0	

Doktorların yaşları incelendiğinde; 3'ü 25-31, 20'si 32-38, 22'si 39-45 ve 35'i de 46 ve üstü yaş grubu aralığındadır.



Grafik 4.2. Katılımcıların Yaşları Dağılımı

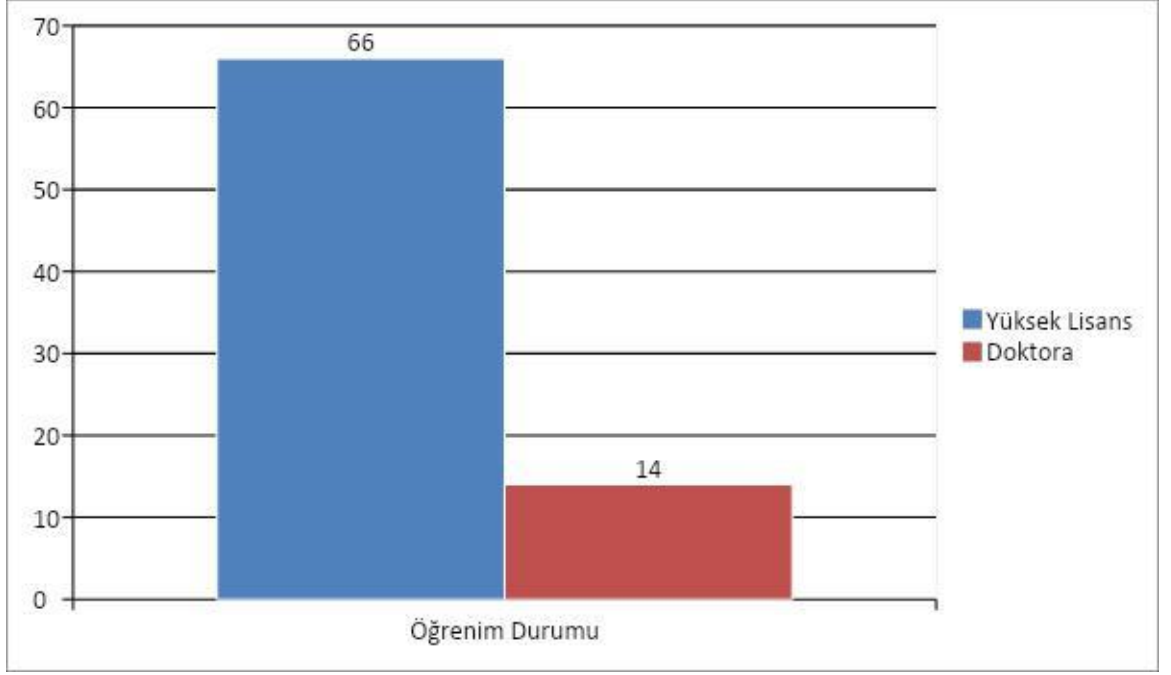
4.5.2.3. Katılımcıların Öğrenim Durumu Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki öğrenim durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 4.4'te açıklanmıştır.

Tablo 4.4. Öğrenim Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Öğrenim Durumu	Yüksek lisans	66	82,5	82,5	82,5
	Doktora	14	17,5	17,5	100,0
	Toplam	80	100,0	100,0	

Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde 66'sı yüksek lisans ve 14'ü doktora mezunudur.



Grafik 4.3. Katılımcıların Öğrenim Durumları Dağılımı

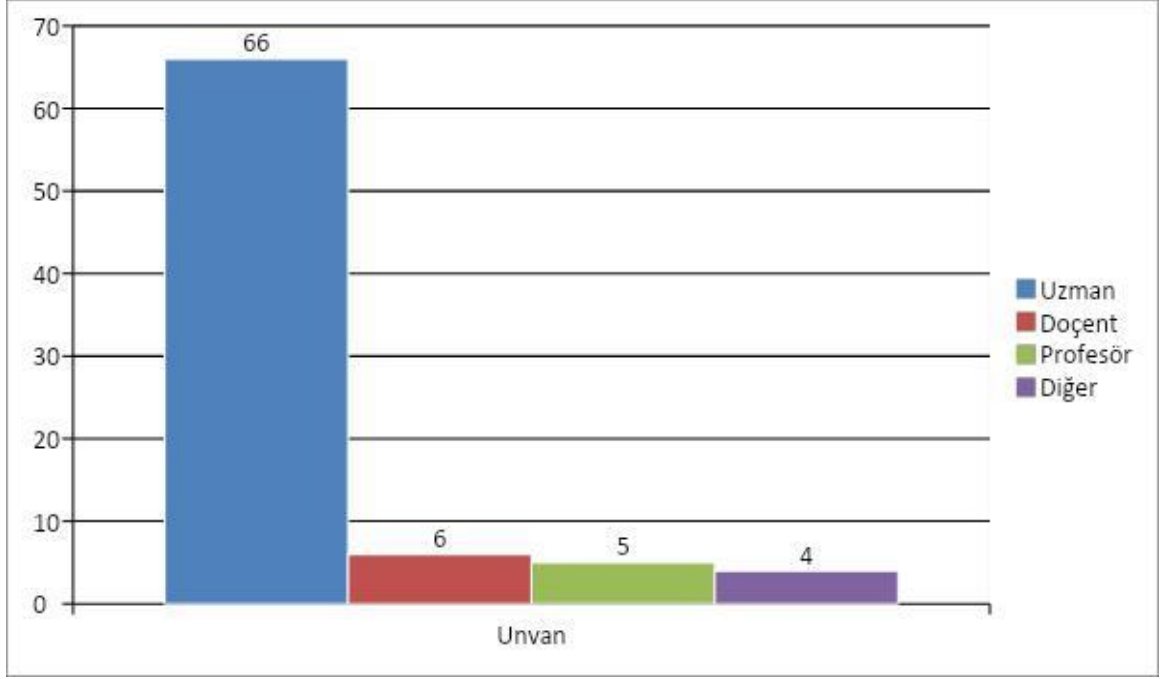
4.5.2.4. Katılımcıların Unvan Durumu Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki unvan durumu dağılım verileri analiz edilerek Tablo 4.5'te açıklanmıştır.

Tablo 4.5. Unvan Durumu Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Unvan	Uzman	65	81,3	81,3	81,3
	Doçent	6	7,5	7,5	88,8
	Profesör	5	6,3	6,3	95,0
	Diğer	4	5,0	5,0	100,0
	Toplam	80	100,0	100,0	

Katılımcıların ağırlıklı olarak uzman doktor (65 kişi) olduğu, doçent 6, profesör 5 ve diğer kategorisinin 4 kişi olduğu anlaşılmıştır.



Grafik 4.4. Katılımcıların Unvan Durumu Dağılımı

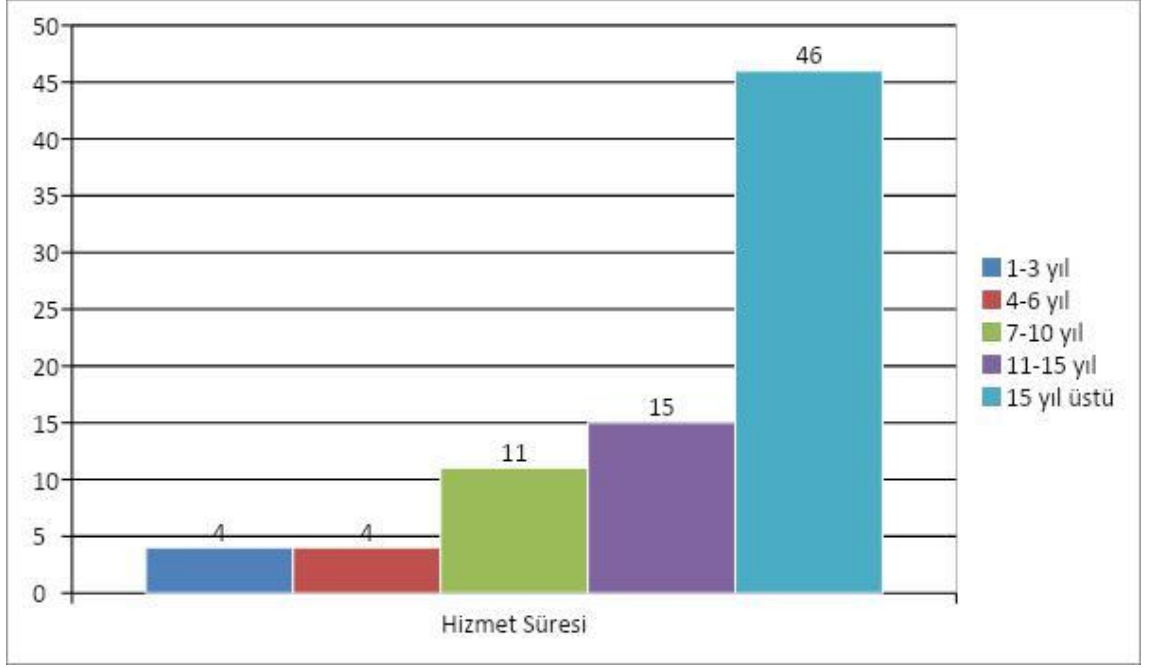
4.5.2.5. Katılımcıların Hizmet Süreleri Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki hizmet süreleri verileri analiz edilerek Tablo 4.6'da açıklanmıştır.

Tablo 4.6. Hizmet Süreleri Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hizmet Süreleri	1-3	4	5,0	5,0	5,0
	4-6	4	5,0	5,0	10,0
	7-10	11	13,8	13,8	23,8
	11-15	15	18,8	18,8	42,5
	15 yıl üstü	46	57,5	57,5	100,0
	Toplam	80	100,0	100,0	

Katılımcıların hizmet süreleri incelendiğinde ağırlıklı olarak 15 yıl üstü (46 kişi) hizmet süresine sahip olduğu anlaşılmıştır. Hizmet süresi 1-3 yıl 4 kişi, 4-6 yıl 4 kişi, 7-10 yıl 11 kişi ve 11-15 yıl 15 kişi olduğu tespit edilmiştir.



Grafik 4.5. Katılımcıların Hizmet Süreleri Dağılımı

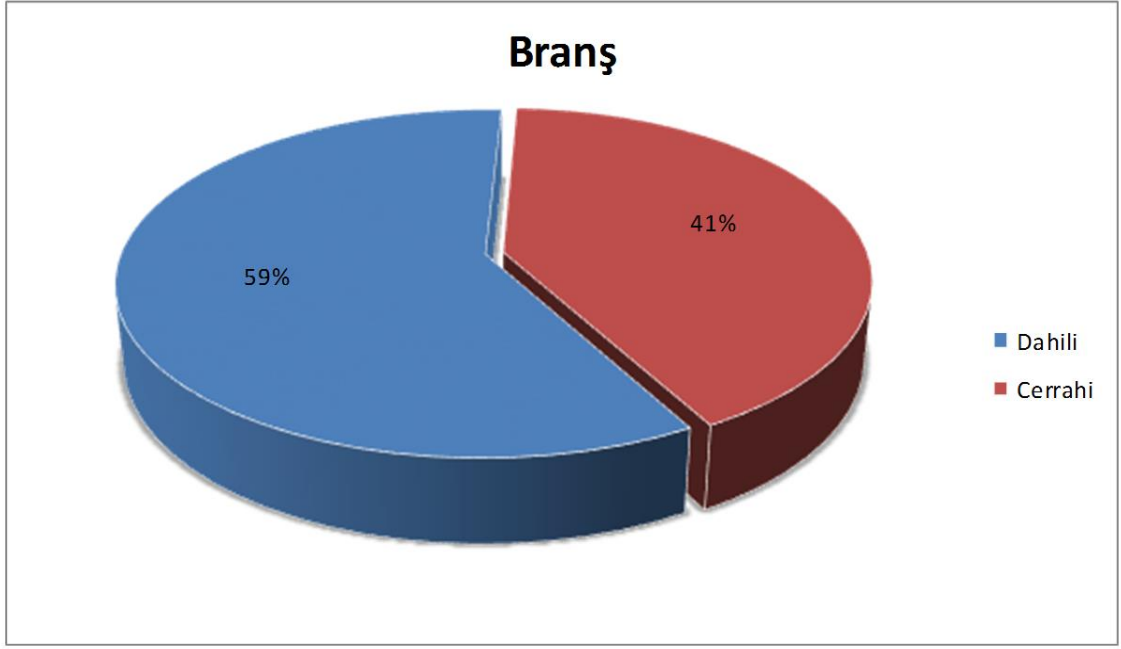
4.5.2.6. Katılımcıların Branşları Dağılımı

Katılımcılar hakkındaki branş bilgilerine ait veriler analiz edilerek Tablo 4.7’de açıklanmıştır.

Tablo 4.7. Katılımcıların Branşları Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Branş	Dahili	47	58,8	58,8	58,8
	Cerrahi	33	41,3	41,3	100,0
	Toplam	80	100,0	100,0	

69 katılımcı dahili, 31 katılımcı ise cerrahi branşlarda çalışmaktadır.



Grafik 4.6. Katılımcıların Branş Dağılım Durumu

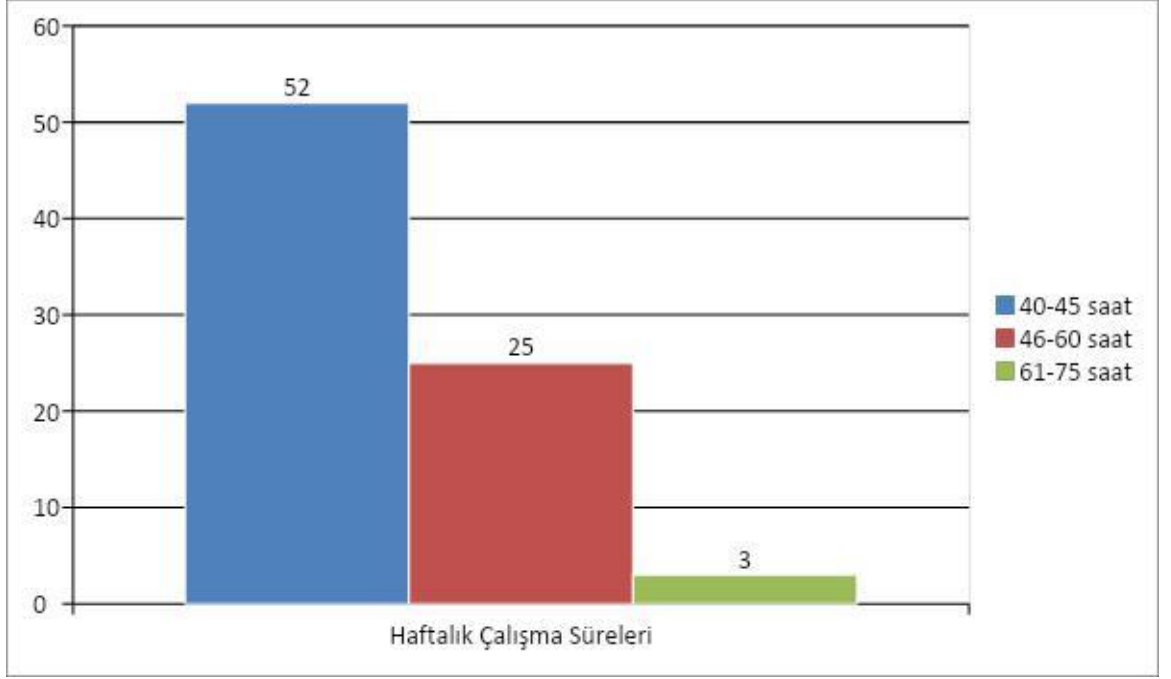
4.5.2.7. Katılımcıların Haftalık Çalışma Süreleri Dağılımı

Katılımcıların görev yapmakta olduğu kurumdaki haftalık çalışma süreleri analiz edilerek Tablo 4.8’de açıklanmıştır.

Tablo 4.8. Katılımcıların Haftalık Çalışma Süreleri Dağılımı Yüzde Oranları Tablosu

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Haftalık Çalışma Süreleri	40-45	52	65,0	65,0	65,0
	46-60	25	31,3	31,3	96,3
	61-75	3	3,8	3,8	100,0
	Toplam	80	100,0	100,0	

Katılımcıların görev yapmakta oldukları kurumdaki haftalık çalışma süreleri; 52’si 40-45, 25’i 46-60, 3’ü de 61-75 saat aralığındadır.



Grafik 4.7. Katılımcıların Haftalık Çalışma Süreleri Dağılımı

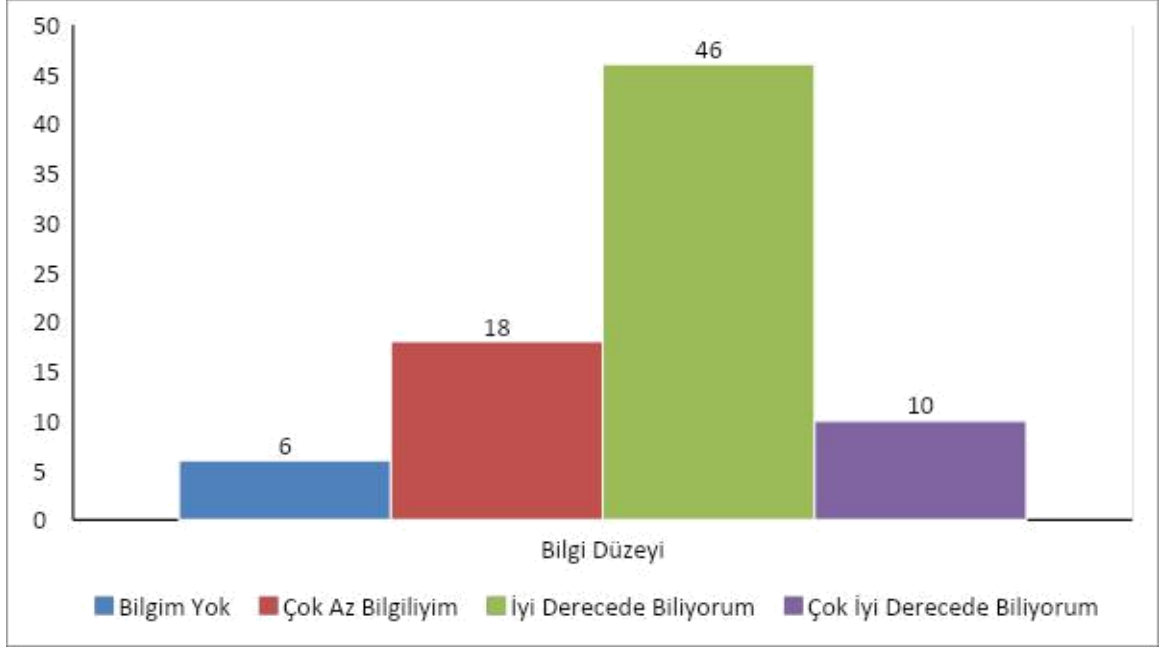
4.5.2.8. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Dağılımı

Katılımcıların performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri analiz edilerek Tablo 4.9'da açıklanmıştır.

Tablo 4.9. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Yüzde Oranları Tablosu

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Bilgi Düzeyleri	Bilgim Yok	6	7,5	7,5	7,5
	Çok Az Biliyorum	18	22,5	22,5	30,0
	İyi Derecede Biliyorum	46	57,5	57,5	87,5
	Çok İyi Derecede Biliyorum	10	12,5	12,5	100,0
	Toplam	100	100,0	100,0	

Son olarak katılımcıların performansa dayalı hizmet uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerine bakıldığında 10'u çok iyi derecede bildiğini, 46'sı iyi derecede bildiğini, 18'i çok az bildiğini 6'sı ise bilgisinin olmadığını belirtmiş.



Grafik 4.8. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Dağılımı

4.5.2.9. Katılımcıların Demografik Verilere Göre Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorlara, performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeylerini ölçmeye yönelik 25 anket sorusu yöneltilmiştir. Ankette kullanılan ölçek 3'lü likert tipi olup katılımcılardan ölçekteki sorulara karşılık 'katılmıyorum', 'fikrim yok' ve 'katılıyorum' seçeneklerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Katılıyorum seçeneğine 3 puan, fikrim yok seçeneğine 2 puan ve katılmıyorum seçeneğine ise 1 puan verilerek katılımcıların her bir soruya verdiği puanlar toplanmış ve bu şekilde motivasyon düzeyleri belirlenmiştir. Katılımcılara ait motivasyon düzeyleri belirlenirken ters kodlu sorular yeniden kodlanmıştır. Her bir katılımcının performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyi 25 soru üzerinden maksimum 75, minimum 25 puan olabilmektedir. Bu puan aralığı 3'e bölünüp; 25-40 puan aralığındaki katılımcıların performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri düşük, 41-55puan aralığı orta ve 56-75puan aralığı ise yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Motivasyon Düzeyleri Yüzde Frekans Dağılımı

		N	%	Ortalama	SS.
Performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyi	Düşük	55	68,8	36,61	8,36
	Orta	23	28,7		
	Yüksek	2	2,5		
	Toplam	80	100,0		

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri incelendiğinde 55'nin düşük, 23'ünün orta ve 2'sinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. 80 katılımcının performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri ortalama değerleri incelendiğinde 36,61 olduğu anlaşılmış ve bu puanın minimum puan olan 25'e yakın olması dikkat çekmiştir.

Tanımlayıcı İstatistikleri

Tablo 4.11. Doktorların Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri

		Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyi			
		Ortalama	SS.	Minimum	Maksimum
Cinsiyet	Erkek	37,66	8,67	25,00	57,00
	Kadın	36,02	8,22	27,00	61,00
Yaş	25-31 yaş arası	31,67	6,43	28,00	39,00
	32-38 yaş arası	36,00	9,21	27,00	61,00
	39-45 yaş arası	34,68	7,49	25,00	52,00
	46 yaş ve üstü	38,60	8,33	28,00	57,00
Öğrenim durumu	Yüksek Lisans	36,62	8,58	27,00	74,00
	Doktora	36,57	7,61	25,00	61,00
Unvan	Uzman	36,68	8,63	25,00	61,00
	Doçent	35,17	7,76	29,00	47,00
	Profesör	40,60	8,68	31,00	52,00
	Diğer	32,75	2,06	30,00	35,00
Hizmet süresi.	1-3 yıl	36,00	10,13	27,00	49,00
	4-6 yıl	31,25	5,06	25,00	37,00
	7-10 yıl	38,55	7,79	29,00	51,00
	11-15 yıl	35,47	9,93	28,00	61,00
	15 yıl üstü	36,48	8,13	27,00	57,00
Görev yaptığı branş	Dahili	36,70	8,71	25,00	61,00
	Cerrahi	36,48	7,99	27,00	52,00
Haftalık çalışma süresi	40-45 saat	36,90	8,17	28,00	57,00
	46-60 saat	35,88	8,90	25,00	61,00
	61-75 saat	37,67	10,26	29,00	49,00
Performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeyi	Bilgim Yok	32,50	6,32	29,00	45,00
	Çok Az Bilgiliyim	38,28	9,98	25,00	61,00
	İyi Derecede Biliyorum	36,59	8,07	27,00	57,00
	Çok İyi Derecede Biliyorum	36,20	7,86	29,00	52,00

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeylerinin genel olarak düşük olduğu anlaşılmaktadır. Kadınların motivasyon düzeyleri 36,02, erkeklerin motivasyon düzeyleri 37,66'dır. Yaş grupları içinde en yüksek(38,60) motivasyon 46 yaş ve üstündeki doktorlara aittir. Öğrenim durumlarına göre motivasyon düzeyi en yüksek(36,62) olan yüksek lisans mezunlarıdır. Unvanlarına göre(40,60) profesörlerin, hizmet süresi bakımından(38,55) 7-10 yıl arası çalışanların motivasyon düzeyleri daha yüksek tespit edilmiştir. Görev yaptığı branş bakımından dahili(36,70) branşında çalışan doktorların motivasyonları, cerrahi branşında çalışanlara(36,48) göre daha yüksektir. Haftalık çalışma süreleri göz önüne alındığında haftada 61-75 saat çalışan doktorların

motivasyon düzeyleri(37,67) diğerlerine göre daha yüksektir. Performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeyi çok az olan doktorların(38,28) motivasyon düzeyleri ise diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Motivasyon Düzeyleri

Tablo 4.12. Demografik Verilere Göre Doktorların Performansa Dayalı Hizmet Sunumu

		Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyi					
		Düşük (25-40)		Orta (41-55)		Yüksek (56-75)	
		N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Erkek	19	65,5	9	31,0	1	3,4
	Kadın	36	70,6	14	27,5	1	2,0
Yaş	25-31	3	100,0	0	,0	0	,0
	32-38	15	75,0	4	20,0	1	5,0
	39-45	16	72,7	6	27,3	0	,0
	46 ve üstü	21	60,0	13	37,1	1	2,9
Öğrenim durumu	Yüksek Lisans	46	69,7	18	27,3	2	3,0
	Doktora	9	64,3	5	35,7	0	,0
Unvan	Uzman	45	69,2	18	27,7	2	3,1
	Doçent	4	66,7	2	33,3	0	,0
	Profesör	2	40,0	3	60,0	0	,0
	Diğer	4	100,0	0	,0	0	,0
Hizmet süresi	1-3	3	75,0	1	25,0	0	,0
	4-6	4	100,0	0	,0	0	,0
	7-10	6	54,5	5	45,5	0	,0
	11-15	11	73,3	3	20,0	1	6,7
	15 üstü	31	67,4	14	30,4	1	2,2
Görev yaptığı branş	Dahili	32	68,1	13	27,7	2	4,3
	Cerrahi	23	69,7	10	30,3	0	,0
Haftalık çalışma süresi	40-45	35	67,3	16	30,8	1	1,9
	46-60	18	72,0	6	24,0	1	4,0
	61-75	2	66,7	1	33,3	0	,0
Performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeyi	Bilgim Yok	5	83,3	1	16,7	0	,0
	Çok Az Biliyorum	11	61,1	6	33,3	1	5,6
	İyi Derecede Biliyorum	32	69,6	13	28,3	1	2,2
	Çok İyi Derecede Biliyorum	7	70,0	3	30,0	0	,0

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeylerini düşük, orta ve yüksek şeklinde kategorik olarak değerlendirdiğimizde; motivasyon düzeyi yüksek olan doktorların sayısının 2 olması dikkat çekmiştir. Motivasyon düzeyi yüksek olan 2 kişi detaylı incelendiğinde 1'i erkek 1'i kadındır. 1'si 32-38 yaş aralığında, diğeri 46 yaş üzeridir. 2'si de yüksek lisans mezunudur. Motivasyon düzeyi yüksek olan 2 katılımcının tamamı uzman olarak çalışmaktadır. Hizmet süreleri incelendiğinde 1'i 15 yıl üzeri, diğeri katılımcı da 11-15 yıl arası olduğu tespit edilmiştir. Motivasyon düzeyi yüksek 2 katılımcı da dahili branş çalışanı, 1'i 40-45, 1'i de 46-60 saat arası çalışmaktadır. Motivasyon düzeyi yüksek 2 kişinin performans uygulaması hakkındaki

bilgi düzeyleri incelendiğinde 1'i çok az bildiğini, diğeri ise iyi derecede bildiğini belirtmiştir.

Performans sistemi hakkında çok iyi derecede bilgiye sahip ve bilgiye sahip olmayan doktorların hiçbirinin, hizmet süresi 1-3, 4-6 ve 7-10 olan doktorların hiçbirinin, uzman kadrosu hariç diğeri tüm kadrolarda çalışan doktorların(doçent, profesör ve diğeri) hiçbirinin, doktora mezunu olan doktorların hiçbirinin, cerrahi çalışanı olan doktorların ve 25-31 ve 39-45 yaş aralığındaki doktorların hiçbirinin performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri yüksek değildir.

Ayrıca hizmet süresi 4-6 yıl olan doktorların, unvanı 'diğeri' kategorisinde olan doktorların ve 25-31 yaş aralığındaki doktorların tamamının performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri düşüktür.

Tablo 4.13. Doktorların Anket Maddelerine Katılma Düzeylerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	\bar{X}	SS.
1. Güler yüzlü hizmet sunumu anlayışını getirmektedir.	1,25	,61
2. Hekimlerin çalışma motivasyonunu artırmaktadır	1,69	,94
3. Hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirmektedir.	2,16	,95
4. Çalışanlar arasında çatışmaya yol açmıştır	2,72	,66
5. Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	1,48	,83
6. Çalışanlar arasında işbirliğini artırmaktadır	1,39	,72
7. Fiziksel yorgunluğunu artırmaktadır	2,64	,75
8. Hasta başına düşen muayene süresini azaltmıştır	2,72	,66
9. Endikasyonsuz müdahaleler artmıştır	2,63	,64
10. Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır	2,61	,75
11. Klinikler arası rekabet artmıştır	2,43	,87
12. Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır	2,55	,73
13. İzin ve dinlenme süresi azalmıştır	2,79	,57
14. Çalışma arkadaşları/meslektaşlar arası dayanışma azalmıştır	2,69	,67
15. Hasta başı eğitim süresi azalmıştır	2,74	,57
16. Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır	2,59	,72
17. Doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur	2,89	,45
18. Etik olmayan uygulamalar artmıştır	2,68	,57
19. Klinikler arası iş barışını olumsuz etkilemiştir	2,71	,60
20. Daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir	1,99	,97
21. Kalite standartlarını yükseltmiştir	1,24	,60
22. Çalışma saatlerinin artmasıyla performans düşüklüğü ve yanılmaları da artmıştır	2,61	,70
23. Yandal konsültasyonları azalmıştır	1,66	,79
24. Bu sistem ile hasta ve yakınları sadece para kazanmak için yapıldığını düşünmektedir	2,41	,74
25. Performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zaman kısıtlanmıştır	2,19	,94

Anket sorularına verilen cevaplar baz alındığında doktorların en fazla(2,89) 17 numaralı maddeye (doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur), sonra en fazla(2,79) 13

numaralı maddeye(izin ve dinlenme süresi azalmıştır) katıldıkları anlaşılmıştır. Katılımcıların en az katıldıkları maddeler ise 21 numaralı(kalite standartlarını yükseltmiştir) ve 1 numaralı(güler yüzlü hizmet sunumu anlayışını getirmektedir) maddelerdir.

4.6. ANALİZ TÜRÜNÜN BELİRLENMESİ

Ankette kullanılan performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon ölçeğine yönelik ayrı ayrı yapılan Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk normallik testlerinde anlamlılık kısmındaki değerler incelendiğinde sonuçların $p < ,05$ olması sebebiyle verilerin normal dağılıma sahip olmadıkları anlaşılmıştır.

Tablo 4.14. Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Ölçeği Normallik Testleri

	Kolmogorov - Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	S.D	p	İstatistik	S.D	p
Performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyi	,175	80	,000	,895	80	,000

S.D=Serbestlik Derecesi

Normallik testleri incelendiğinde verilerin normal dağılmadığı görülmektedir. Fakat verilere ait histograma bakıldığında verilerin normal dağılıma yakın olduğu görülmektedir. Sadece çıktı sonucuna göre karar vermek yanıltıcı olabileceğinden, test sonuçlarına ek olarak verilerin çarpıklık ve basıklık değerlerine de (skewness ve kurtosis) bakmak önemlidir. skewness ve kurtosis değerleri eğer ± 1 aralığında olursa verilerin normal dağıldığı söylenebilir (Hair, vd., 2016, s.54).

Tablo 4.15. Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Ölçeği Skewness ve Kurtosis Değerleri

		İstatistik	Std. Error
Performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyi	Skewness	,822	,269
	Kurtosis	-,436	,532

Tablo 15'deki veriler incelendiğinde değerlerin ± 1 aralığında olmasından dolayı analizlerde parametrik testler uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin ölçek puanları bakımından analizleri için bağımsız örneklem t-testi (independent samples t-

test) ve tek yönlü varyans analiz testi (one-way anova test) kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arası ilişki Ki-Kare analizi (chi-square test) ile araştırılmış, ilişkinin gücü Phi And Cramer's V katsayısı ile ölçülmüştür. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < ,05$ olarak kabul edilmiştir.

4.7. DEMOGRAFİK PROFİLLER İLE ÖLÇEKLERİN ANALİZİ

4.7.1. Doktorların Cinsiyetleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin cinsiyetlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için bağımsız örneklem t-testi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	t	df	p
Cinsiyet	Erkek	29	37,65	8,673	1,149	78	,254
	Kadın	51	35,54	7,406			

Tablodaki bağımsız örneklem t-testi sonuçları incelendiğinde doktorların cinsiyetlerine göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır

($t=1,149$; $p = ,254 > ,05$). Diğer bir ifadeyle doktorların kadın ya da erkek olması performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.7.2. Doktorların Yaş Grupları ile Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin yaş gruplarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için tek yönlü varyans analiz testi (one-way anova test) yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Yaşlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	F	p
Yaş	25-31	3	31,66	3,711	1,948	,129
	32-38	20	34,80	7,105		
	39-45	22	34,68	7,492		
	46 ve üstü	35	36,31	8,328		

Tablodaki one-way anova testi sonuçları incelendiğinde doktorların yaşlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır

($F=1,948$; $p = ,129 > ,05$). Diğer bir ifadeyle doktorların 25-31, 32-38, 39-45, 46 ve üstü yaş aralığında olması performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.7.3. Doktorların Öğrenim Durumları İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin öğrenim durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için Bağımsız Örneklem t-Testi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir

Tablo 4.18. Katılımcıların Öğrenim Durumlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	t	df	p
Öğrenim Durumu	Yüksek Lisans	66	36,25	,986	1,018	78	,894
	Doktora	14	36,57	2,034			

Tablodaki bağımsız örneklem t-testi sonuçları incelendiğinde doktorların öğrenim durumlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.

($t=1,018$; $p = ,894 > ,05$). Diğer bir ifadeyle doktorların lisans, yüksek lisans ve doktora mezunu olması, performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.7.4. Doktorların Unvanları İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin unvanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için tek yönlü varyans analiz testi (one-way anova test) yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.19. Katılımcıların Unvanlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	F	p
Unvan	Uzman	65	36,30	8,067	,798	,499
	Doçent Dr.	6	35,16	7,756		
	Prof. Dr.	5	40,60	8,677		
	Diğer	4	32,75	2,061		

Tablodaki one-way anova testi sonuçları incelendiğinde doktorların unvanlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır $798(F=,798; p = ,499 > ,05)$. Diğer bir ifadeyle doktorların uzman, doçent ya da profesör olması, performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.7.5. Doktorların Hizmet Süreleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin hizmet sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için tek yönlü varyans analiz testi (one-way anova test) yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.20. Katılımcıların Hizmet Sürelerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	F	p
Hizmet Süreleri(yıl)	1-3	4	36,00	10,132	1,095	,365
	4-6	4	31,25	5,058		
	7-10	11	38,54	7,789		
	11-15	15	33,86	7,039		
	15 ve üstü	46	37,04	8,123		

Tablodaki one-way anova testi sonuçları incelendiğinde doktorların hizmet sürelerine göre performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır

($F=1,095$; $p = ,365 > ,05$). Diğer bir ifadeyle doktorların hizmet sürelerinin 1-3, 4-6, 7-10, 11-15 ve 15 yıl üstü olması performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.7.6. Doktorların Branşları İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin branşlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için bağımsız örneklem t-testi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.21. Katılımcıların Branşlarına Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	t	df	p
Branş	Dahili	47	36,19	7,922	-,162	78	,871
	Cerrahi	33	36,48	7,988			

Tablodaki bağımsız örneklem t-testi sonuçları incelendiğinde doktorların branşlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunun motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır

($t=-,162$; $p = ,871 > ,05$). Diğer bir ifadeyle doktorların branşları performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.7.7. Doktorların Haftalık Çalışma Süreleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin haftalık çalışma sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edebilmek için tek yönlü varyans analiz testi (one-way anova test) yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.22. Katılımcıların Haftalık Çalışma Sürelerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	F	p
Hizmet Süreleri	40-45 saat	52	36,90	8,165	,572	,567
	46-60 saat	25	34,92	7,210		
	61-75 saat	3	37,66	10,263		

Tablodaki one-way anova testi sonuçları incelendiğinde doktorların haftalık çalışma sürelerine göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır ($F=,572$; $p = ,567 > ,05$). Diğer bir ifadeyle doktorların haftalık çalışma sürelerinin 40-45, 45-60 ve 61-75 saat olması performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.7.8. Doktorların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri İle Performansa Dayalı Hizmet Sunumunun Motivasyon Düzeyleri Analizi

Doktorların performansa dayalı hizmet sunumunun, motivasyon düzeylerinin uygulama hakkındaki bilgi düzeylerine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılaşp farklılaşmadığını tespit edebilmek için tek yönlü varyans analiz testi (one-way anova test) yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.23. Katılımcıların Performans Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeylerine Göre Performansa Dayalı Hizmet Sunumu Motivasyon Düzeyleri Analizi

		N	Ortalama	SS	F	p
Bilgi	Bilgim Yok	6	32,50	6,316	,514	,674
	Çok Az Bilgiliyim	18	36,94	8,206		
	İyi Derecede Biliyorum	46	36,58	8,073		
	Çok İyi Derecede Biliyorum	10	36,20	7,857		

Tablodaki one-way anova testi sonuçları incelendiğinde doktorların performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerine göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır ($F=,514$; $p = ,674 > ,05$). Diğer bir ifadeyle doktorların performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri, performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeylerini anlamlı etkilediği söylenemez.

4.8. DOKTORLARIN DEMOGRAFİK VERİLERİ İLE ANKET MADDELERİ ARASI İLİŞKİ

Ankete katılan doktorların yaş, cinsiyet, unvan ve branşları ile anket maddeleri arında istatistiksel anlamda ilişkinin olup olmadığını tespit edebilmek için Kİ-Kare(Chi Square) analizleri yapılmış ve aşağıda başlıklar halinde verilmiştir.

4.8.1. Doktorların Yaşları ile “5. Çalışanlar Arasında Rekabeti Olumlu Yönde Arttırmaktadır.” Sorusunun Analizi

Doktorların yaşları ile ankette 5. madde olarak yer alan “Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırmaktadır.” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.24. Doktorların Yaşları ile “Çalışanlar Arasında Rekabeti Olumlu Yönde Arttırmaktadır.” Maddesinin Analizi

			Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırmaktadır.			
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Toplam
Yaş	25-31	N	2 _a	1 _b	0 _a	3
		%	3,4%	25,0%	0,0%	3,8%
	32-38	N	14 _a	1 _a	5 _a	20
		%	23,7%	25,0%	29,4%	25,0%
	39-45	N	21 _a	0 _{a, b}	1 _b	22
		%	35,6%	0,0%	5,9%	27,5%
	46 ve üstü	N	22 _a	2 _a	11 _b	35
		%	37,3%	50,0%	64,7%	43,8%
Toplam		N	59	4	17	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		13,349				
df		6				
p		,039				
Phi And Cramer's V		,408				

Her alt harf, “Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırmaktadır.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tabloya 4.24'e göre göre doktorların yaşları ile “Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırmaktadır.” ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve orta şiddette ilişki vardır.($X^2(6)=13,349$; $p=,039 < ,05$; Phi And Cramer's V= ,408) Bu ilişki sütun bazında incelendiğinde “Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırmaktadır.” sorusuna:

- 25-31 yaş aralığındaki doktorların fikrim yok cevabını verme oranı(%25) diğer seçeneklere göre anlamlı şekilde yüksektir.

- 39-45 yaş aralığındaki doktorların katılmıyorum cevabını verme oranı(%35,6) diğer seçeneklere göre anlamlı şekilde yüksektir.
- 46 ve üstü yaş grubu doktorların ise katılıyorum cevabını verme oranı(%64,7) ve diğer seçeneklere göre anlamlı şekilde yüksektir.

4.8.2. Doktorların Yaşları ile “13. İzin ve Dinlenme Süresi Azalmıştır.” Sorusunun Analizi

Doktorların yaşları ile ankette 13. madde olarak yer alan “İzin ve dinlenme süresi azalmıştır.” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.25. Doktorların Yaşları ile “İzin ve Dinlenme Süresi Azalmıştır.” Maddesinin Analizi

			İzin ve dinlenme süresi azalmıştır.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Yaş	25-31	N	0 _a	1 _a	2 _a	3
		%	0,0%	20,0%	2,9%	3,8%
	32-38	N	1 _a	0 _a	19 _a	20
		%	16,7%	0,0%	27,5%	25,0%
	39-45	N	3 _a	2 _a	17 _a	22
		%	50,0%	40,0%	24,6%	27,5%
	46 ve üstü	N	2 _a	2 _a	31 _a	35
		%	33,3%	40,0%	44,9%	43,8%
Toplam		N	6	5	69	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		7,254				
df		6				
p		,282				
Phi And Cramer's V		,301				

Her alt harf, “İzin ve dinlenme süresi azalmıştır.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.25'e göre doktorların yaşları ile “İzin ve dinlenme süresi azalmıştır.” ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($X^2(6)=7,254$; $p=,282 > ,05$; Phi And Cramer's V=,301) Diğer bir ifadeyle doktorların yaşlarının “İzin ve dinlenme süresi azalmıştır.” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

4.8.3. Doktorların Yaşları ile “25. Performans Sistemi İle Sosyal Hayatıma (Aileme, Arkadaşlarıma vs.) Harcamam Gereken Zamanı Kısıtlamıştır.” Sorusunun Analizi

Doktorların yaşları ile ankette 25. madde olarak yer alan “Performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zamanı kısıtlamıştır.” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.26. Doktorların Yaşları ile “Performans Sistemi İle Sosyal Hayatıma (Aileme, Arkadaşlarıma vs.) Harcamam Gereken Zamanı Kısıtlamıştır.” Maddesinin Analizi

			Performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zamanı kısıtlamıştır.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Yaş	25-31	N	0 _a	1 _b	2 _{a,b}	3
		%	0,0%	14,3%	4,5%	3,8%
	32-38	N	5 _a	0 _a	15 _a	20
		%	17,2%	0,0%	34,1%	25,0%
	39-45	N	7 _a	2 _a	13 _a	22
		%	24,1%	28,6%	29,5%	27,5%
	46 ve üstü	N	17 _a	4 _{a,b}	14 _b	35
		%	58,6%	57,1%	31,8%	43,8%
Toplam		N	29	7	44	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		10,510				
df		6				
p		,096				
Phi And Cramer's V		,362				

Her alt harf, “Performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zamanı kısıtlamıştır.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.26’ya göre doktorların yaşları ile “Performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zamanı kısıtlamıştır.” ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($X^2(6)=10,510$; $p=,096 > ,05$; Phi And Cramer’s V= ,362) Diğer bir ifadeyle doktorların yaşlarının “Performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zamanı kısıtlamıştır.” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

4.8.4. Doktorların Branşları ile “11. Klinikler Arası Rekabet Artmıştır.” Sorusunun Analizi

Doktorların branşları ile ankette 11. madde olarak yer alan “Klinikler arası rekabet artmıştır.” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.27. Doktorların Branşları ile “Klinikler Arası Rekabet Artmıştır.” Maddesinin Analizi

			Klinikler arası rekabet artmıştır.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Branş	Dahiliye	N	10 _a	4 _a	33 _a	47
		%	50,0%	66,7%	61,1%	58,8%
	Cerrahi	N	10 _a	2 _a	21 _a	33
		%	50,0%	33,3%	38,9%	41,3%
Toplam		N	20	6	54	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		,911				
df		2				
p		,653				
Phi And Cramer's V		,107				

Her alt harf, “Klinikler arası rekabet artmıştır.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.27’ye göre doktorların branşları ile “Klinikler arası rekabet artmıştır.” ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($\chi^2 (2)=,911$; $p=,653 > ,05$; Phi And Cramer’s V= ,107) Diğer bir ifadeyle doktorların branşlarının “Klinikler arası rekabet artmıştır.” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

4.8.5. Doktorların Branşları ile “17. Doktorlar Arası Ücret Eşitsizliği Oluşmuştur.” Sorusunun Analizi

Doktorların branşları ile ankette 17. madde olarak yer alan “Doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur.” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.28. Doktorların Branşları ile “Doktorlar Arası Ücret Eşitsizliği Oluşmuştur.” Maddesinin Analizi

			Doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Branş	Dahiliye	N	3 _a	1 _a	43 _a	47
		%	75,0%	100,0%	57,3%	58,8%
	Cerrahi	N	1 _a	0 _a	32 _a	33
		%	25,0%	0,0%	42,7%	41,3%
Toplam		N	4	1	75	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		1,200				
df		2				
p		,786				
Phi And Cramer's V		,122				

Her alt harf, “Doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.28'e göre doktorların branşları ile "Doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur." ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($X^2(2)=1,200$; $p=,786 > ,05$; Phi And Cramer's $V= ,122$) Diğer bir ifadeyle doktorların branşlarının "Doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur." ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

4.8.6. Doktorların Branşları ile "20. Daha Fazla Çalışmayı Teşvik Etmiştir." Sorusunun Analizi

Doktorların branşları ile ankette 20. madde olarak yer alan "Daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir." sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.29. Doktorların Branşları ile "Daha Fazla Çalışmayı Teşvik Etmiştir." Maddesinin Analizi

			Daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Branş	Dahiliye	N	23 _a	4 _a	20 _a	47
		%	60,5%	80,0%	54,1%	58,8%
	Cerrahi	N	15 _a	1 _a	17 _a	33
		%	39,5%	20,0%	45,9%	41,3%
Toplam		N	38	5	37	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
X^2		1,318				
df		2				
p		,517				
Phi And Cramer's V		,128				

Her alt harf, "Daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir." değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.29'a göre doktorların branşları ile "Daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir." ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($X^2(2)=1,318$; $p=,517 > ,05$; Phi And Cramer's $V= ,128$) Diğer bir ifadeyle doktorların branşlarının "Daha fazla çalışmayı teşvik etmiştir." ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

4.8.7. Doktorların Cinsiyetleri ile "10. Literatür Okumaya Ayrılan Süre Azalmıştır." Sorusunun Analizi

Doktorların cinsiyetleri ile ankette 10. madde olarak yer alan "Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır." sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.30. Doktorların Cinsiyetleri ile “Literatür Okumaya Ayrılan Süre Azalmıştır.” Maddesinin Analizi

			Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Cinsiyet	Erkek	N	7 _a	2 _a	20 _a	29
		%	53,8%	40,0%	32,3%	36,3%
	Kadın	N	6 _a	3 _a	42 _a	51
		%	46,2%	60,0%	67,7%	63,7%
Toplam		N	13	5	62	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		2,200				
df		2				
p		,391				
Phi And Cramer's V		,166				

Her alt harf, “Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.30'a göre doktorların cinsiyetleri ile “Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır.” ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($\chi^2(2)=2,200$; $p=,391 > ,05$; Phi And Cramer's V= ,166) Diğer bir ifadeyle doktorların cinsiyetlerinin “Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır.” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

4.8.8. Doktorların Cinsiyetleri ile “7. Fiziksel Yorgunluğumu Artırmaktadır.” Sorusunun Analizi

Doktorların cinsiyetleri ile ankette 7. madde olarak yer alan “Fiziksel yorgunluğumu artırmaktadır.” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.31. Doktorların Cinsiyetleri ile “Fiziksel Yorgunluğumu Artırmaktadır.” Maddesinin Analizi

			Fiziksel yorgunluğumu artırmaktadır.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Cinsiyet	Erkek	N	7 _a	1 _a	21 _a	29
		%	53,8%	33,3%	32,3%	36,3%
	Kadın	N	6 _a	2 _a	43 _a	51
		%	46,2%	66,7%	67,2%	63,7%
Toplam		N	13	3	64	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		2,080				
df		2				
p		,462				
Phi And Cramer's V		,161				

Her alt harf, “Fiziksel yorgunluğumu artırmaktadır.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.31'e göre doktorların cinsiyetleri ile "Fiziksel yorgunluğumu artırmaktadır." ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($X^2(2)=2,080$; $p=,462 > ,05$; Phi And Cramer's V= ,161) Diğer bir ifadeyle doktorların cinsiyetlerinin "Fiziksel yorgunluğumu artırmaktadır." ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur

4.8.9. Doktorların Unvanları ile "12. Asistanların Teorik Eğitime Ayrılan Süre Azalmıştır." Sorusunun Analizi

Doktorların unvanları ile ankette 12. madde olarak yer alan "Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır." sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.32. Doktorların Unvanları ile "Asistanların Teorik Eğitime Ayrılan Süre Azalmıştır." Maddesinin Analizi

			Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Unvan	Uzman	N	8 _a	11 _b	46 _a	65
		%	72,7%	78,6%	83,6%	81,3%
	Doçent Dr.	N	2 _a	0 _a	4 _a	6
		%	18,2%	0,0%	7,3%	7,5%
	Prof Dr.	N	1 _a	1 _a	3 _a	5
		%	9,1%	7,1%	5,5%	6,3%
	Diğer	N	0 _a	2 _a	2 _a	4
		%	0,0%	14,3%	3,6%	5,0%
Toplam		N	11	14	55	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		6,261				
df		6				
p		,372				
Phi And Cramer's V		,280				

Her alt harf, "Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır." değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 4.32'ye göre doktorların unvanları ile "Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır." ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($X^2(6)=6,261$; $p=,372 > ,05$; Phi And Cramer's V= ,280) Diğer bir ifadeyle doktorların unvanlarının "Asistanların teorik eğitimine ayrılan süre azalmıştır." ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

4.8.10. Doktorların Unvanları ile “16. Bilimsel Araştırma Yapmaya Olan İlgi Azalmıştır.” Sorusunun Analizi

Doktorların unvanları ile ankette 16. madde olarak yer alan “Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır.” sorusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkinin var olup olmadığını anlamak için Ki-Kare analizi yapılmış ve sonuçlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.33. Doktorların Unvanları ile “Bilimsel Araştırma Yapmaya Olan İlgi Azalmıştır.” Maddesinin Analizi

			Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır.			Toplam
			Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	
Unvan	Uzman	N	10 _a	10 _a	45 _a	65
		%	90,9%	90,9%	77,6%	81,3%
	Doçent Dr.	N	0 _a	0 _a	6 _a	6
		%	0,0%	0,0%	10,3%	7,5%
	Prof Dr.	N	1 _a	1 _a	3 _a	5
		%	9,1%	9,1%	5,2%	6,3%
	Diğer	N	0 _a	0 _a	4 _a	4
		%	0,0%	0,0%	6,9%	5,0%
Toplam		N	11	11	58	80
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
χ^2		4,533				
<i>df</i>		6				
<i>p</i>		,602				
Phi And Cramer's V		,238				

Her alt harf, “Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır.” değişkeninin sütun oranları ,05 düzeyinde birbirinden önemli ölçüde farklı olmayan kategorileridir.

Tablo 33'e göre doktorların unvanları ile “Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır.” ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki yoktur. ($X^2(6)=4,533$; $p=,602 > ,05$; Phi And Cramer's V= ,238) Diğer bir ifadeyle doktorların unvanlarının “Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır.” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

5. SONUÇ

Bu araştırma Sağlık Bakanlığının uygulamış olduğu performans sisteminin hekimlerin iş yaşamında motivasyonuna ne ölçüde etki ettiğini ölçmek amacıyla yapılmış ve bunun yanında politika yapıcılara bir fikir sağlaması amacıyla, bu tez çalışmasında anlatılmaya çalışılmıştır. Sağlık Bakanlığının oluşturmaya çalıştığı bu sistem ile sağlık çalışanlarının potansiyellerinin farkına varıp motive olarak daha etkin sonuçların alınmasını için uygulamaya başladıklarını ifade etmiştir. Buna yönelik yapılan araştırmanın sonucunda hekimlerin uygulanan sistem ile oluşan motivasyonu sonucunda yapılan çalışmayı özetle şu sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Ankete katılan 80 doktorun 51'i kadın, 29'u erkektir.
2. Katılımcıların 3'ü 25-31, 20'si 32-38, 22'si 39-45 ve 35'i de 46 ve üstü yaş grubu aralığındadır.
3. Katılımcıların 66'sı yüksek lisans ve 14'ü doktora mezunudur.
4. Katılımcıların 65'i uzman, 6'sı doçent, 5'i profesör ve 4'ü de diğer kategorisindeki unvanlarda çalışmaktadır.
5. Hizmet süresi bakımından; 15 yıl üstü 46 kişi, 1-3 yıl 4 kişi, 4-6 yıl 4 kişi, 7-10 yıl 11 kişi ve 11-15 yıl 15 kişidir.
6. 47 katılımcı dahili, 33 katılımcı ise cerrahi branş grubunda çalışmaktadır.
7. Haftalık çalışma süreleri bakımından; 52'si 40-45, 25'i 46-60, 3'ü de 61-75 saat aralığındadır.
8. Performansa dayalı hizmet uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri bakımından; katılımcıların 10'u çok iyi derecede, 46'sı iyi derecede, 18'i çok az derecede bilgisinin olduğunu, 6'sı ise bilgisinin olmadığını belirtmiştir.
9. Doktorların performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeylerinin genel olarak düşük olduğu anlaşılmaktadır.
10. Doktorların performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri; 55'i düşük, 23'ü orta ve 2'si yüksektir.
11. Motivasyon düzeyi yüksek olan 2 kişinin 1'i erkek 1'i kadın, 1'i 32-38 yaş aralığında, 1'i de 46 yaş üzeridir. Ayrıca 2'si de uzman kadrosunda çalışmaktadır.
12. Motivasyon düzeyi yüksek olan 2 kişinin hizmet süreleri incelendiğinde 1'i 15 yıl üzeri, 1'i de 11-15 yıl arası olduğu tespit edilmiştir.

13. Motivasyon düzeyi yüksek 2 katılımcının 2'si de dahili branş çalışanı, 1'i haftada 40-45 saat arası, 1'i de 46-60 saat arası çalışmaktadır.
14. Motivasyon düzeyi yüksek 2 kişinin performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri incelendiğinde 1'i çok az, 1'i iyi derecede bilgisinin olduğunu belirtmiştir.
15. Performans sistemi hakkında çok iyi derecede bilgiye sahip doktorların hiçbirinin motivasyon düzeyi yüksek değildir.
16. Hizmet süresi 1-3, 4-6 ve 7-10 olan doktorların hiçbirinin motivasyon düzeyi yüksek değildir.
17. Uzman kadrosu hariç diğer tüm kadrolarda çalışan doktorların(doçent, profesör ve diğer) hiçbirinin motivasyon düzeyi yüksek değildir.
18. Doktora mezunu olan doktorların hiçbirinin ve 39-45 ve 25-31 yaş aralığındaki doktorların hiçbirinin performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri yüksek değildir.
19. Hizmet süresi 4-6 yıl olan doktorların, unvanı 'diğer' kategorisinde olan doktorların ve 25-31 yaş aralığındaki doktorların tamamının performansa dayalı hizmet sunumu motivasyon düzeyleri düşüktür.(25-40 puan)
20. Doktorların en fazla katıldıkları maddeler: "Doktorlar arası ücret eşitsizliği oluşmuştur." ve "İzin ve dinlenme süresi azalmıştır."
21. Doktorların en az katıldıkları maddeler: "Güler yüzlü hizmet sunumu anlayışını getirmektedir." ve "Kalite standartlarını yükseltmiştir."
22. Doktorların cinsiyetlerine göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.
23. Doktorların yaşlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.
24. Doktorların öğrenim durumlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.
25. Doktorların unvanlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.
26. Doktorların hizmet sürelerine göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.
27. Doktorların branşlarına göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.

28. Doktorların haftalık çalışma sürelerine göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.
29. Doktorların performans uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerine göre performansa dayalı hizmet sunumunu motivasyon düzeyleri anlamlı farklılaşmamaktadır.
30. Doktorların yaşları ile “ Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır ” ölçek maddesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı ve orta şiddette ilişki vardır. Bu ilişki sütun bazında incelendiğinde “ Çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır ” sorusuna;
- 25-31 yaş aralığındaki doktorların fikrim yok cevabını verme oranı diğer seçeneklere göre anlamlı şekilde yüksektir.
 - 39-45 yaş aralığındaki doktorların katılmıyorum cevabını verme oranı diğer seçeneklere göre anlamlı şekilde yüksektir.
 - 46 ve üstü yaş grubu doktorların ise katılıyorum cevabını verme oranı diğer seçeneklere göre anlamlı şekilde yüksektir.
31. Doktorların yaşlarının “ İzin ve dinlenme süresi azalmıştır. ” ölçek maddesine verdiği cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.
32. Doktorların yaşlarının “Performans sistemi ile sosyal hayatıma (aileme, arkadaşlarıma vs.) harcamam gereken zamanı kısıtlamıştır. ” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.
33. Doktorların branşlarının “ Klinikler arası rekabet artmıştır. ” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.
34. Doktorların branşlarının “ Doktorlar arası ücret eşitsizliği olmuştur ” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.
35. Doktorların branşlarının “ Daha fazla çalışmaya teşvik etmiştir. ” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.
36. Doktorların cinsiyetlerinin “ Literatür okumaya ayrılan süre azalmıştır. ” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

37. Doktorların cinsiyetlerinin “ Fiziksel yorgunluğumu artırmaktadır. ” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.
38. Doktorların unvanlarının “ Asistanların teorik eğitime ayrılan süre azalmıştır. ” ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.
39. Doktorların unvanlarının “ Bilimsel araştırma yapmaya olan ilgi azalmıştır.” Ölçek maddesine verdikleri cevaplar üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir etkisi yoktur.

Sonuç olarak bakanlığı uygulamış olduğu bu sistem ile eskiye nazaran hastanelerde oluşan kuyruklar ile ameliyatlar için beklenen sürelerin kayda değer bir şekilde azaldığı görülmektedir. Bu gelişmede hizmeti veren sağlık personelinin emeği de büyük öneme sahiptir. Her sistemin güzel yanları olduğu gibi olumsuz yanları da vardır. Zaten bakanlığın yaptığı çalışmalarda eksik yanların bulunup, düzeltilmesi yapılarak ileriye dönük geliştirilmeye yönelik bir sistemin olduğu söylenilmiştir. Hekimlere yapılmış olan anketin sonucunda da motivasyon düzeyleri düşük çıkmıştır. Yani hekimler uygulanan sistemden memnun değildirler ve motivasyonları düşüktür. Motivasyon düzeylerinin düşük olduğu ankette çıkan çoğu hekimin katıldığı “ Doktorlar arası ücret eşitsizliği ile izin ve dinlenme sürelerinin az oluşudur ” bununla örtüşen ve katılmadıkları konular ise “güler yüzlü hizmet anlayışı ve kalite standartlarını yükseltmiştir” bu sonuç ile anketten çıkan sonuçlar durumu özetlemektedir. Doktorların aldıkları ücret eşitsizliği ile dinlenme sürelerinin kısıtlılığıyla beraber hem fiziksel hem de mental düşüşlere vesile olmakta bunun sonucunda az katıldıkları güler yüzlü hizmet sunumu ve uygun kalite standardı sağlanamadığı ortaya çıkmıştır. Daha iyi detaylandırmak gerekirse; hekimlerin istediği iş barışını bozmayan, adaletli motivasyonlarını artırıcı uygulamaların olmasını istemektedirler. Çünkü toplumun tüm kesimine farklı alanlarda hizmet ederken bazen cildindeki bir rahatsızlığa, bazen psikolojik olarak, bazen enfeksiyon varlığında veya kimi zamanda girişimsel işlemler ve ameliyatlar yaparken ücret eşitliği sağlanmasının istemektedir. Mesleklerini icra ettikleri branşlarının gereği hizmet gerçekleştirirken bunda diğer hekim arkadaşının kendisinden sistemden kaynaklı olarak daha fazla miktarda ücret alması motivasyonunu düşürmektedir. Bunun yanında sayısal olarak hasta ile birlikte her ne kadar da olsa zaman, kaynak, yerin verimli kullanılması ve kayıtların tutulması gibi etmenlere bakılsa da hekimler dinlenme sürelerinin az oluşundan şikâyetçi olup motivasyonlarının

düşüklüğüne neden olan katıldıkları diğer bir sebeptir. Bunun sonucunda yorgunluğa bağlı olarak istenilen kalite standardında ve güler yüzlü olarak hizmet sunuşunu gerçekleştiremediğini ifade etmekte olduğu anket de ortaya çıkmıştır.

Performans sistemi sadece ücret boyutunda değil sosyal ve psikolojik boyutta da etkilidir ki bu da doğrudan doktorların motivasyonuna etki etmektedir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda yetkililerin hekimlerin dinlenme zamanına ve ücretler arası oluşan farklardan kaynaklı olan motivasyon düşüklüğüne sebep olan bu durumların giderilmesi yönünde düzenlemeler yapılmalı ve daha çok katılımın olduğu yeni anket, derinlemesine görüş tekniği gibi kontrol çalışmaları yapılabilir. Bununla birlikte ankette çıkan diğer oranlardan bazılarına değinecek olursak meslektaşlar arası dayanışmanın azalması ve bununla ilintili olan klinikler arası iş barışını olumsuz etkilemiştir ile ilgili araştırmalar yapılmalı çözüme kavuşturulmalıdır. Bir diğer husus da bu ankette çıkan hastalara ayrılan muayene süresinin kısılması ile ilgili olarak hastaların daha iyi, nitelikli ve uygun, hastalara veya yakınlarına ekstra maliyet içermeyen uygulamalar gerçekleştirerek daha güzel muayeneler yapılmasına imkân sağlayan projeler gerçekleştirilmeli, performans sistemine uygun hale getirilip uygulamaya geçirilmelidir.

6. LİTERATÜR TARAMASI

Zaim (2011), “*Performansa Dayalı Ücret*” Uygulamasının doktor memnuniyeti üzerindeki etkileri üzerine çalışma yapmıştır. Zaim’in yaptığı araştırmanın temel amacı kamu hastanelerinde uygulanan performansa dayalı ücret uygulamasının doktorların memnuniyeti üzerine etkisini araştırmak için yapmıştır. Ücret ile neyin elde edilmeye çalışıldığı performansın ücret ile ilişkisini ve ilk önce mavi yakalı işçilerden beyaz yakalı işçilere nasıl geçtiği hakkında bilgi vermiştir. Sistemin olumlu, tartışılan ve dikkat edilmesi gereken özelliklerini belirttikten sonra sağlık sektöründe başlayışı ve ardından kamu hastanelerinde uygulamaya geçilişi hakkında bilgiler vermiştir. Literatürlerde bu sistemin olumlu olacağı ve memnun kalınacağı yönünde ortak görüşün olduğu yalnız ampirik bir çalışmanın henüz olmadığından dolayı bu çalışmayı seçtiğini ifade etmiştir. Çalışmasında anket yöntemini uygulamıştır. Yaptığı çalışmada doktorların memnuniyet ve işten doyum almaları yönünde yüksek düzeyde olumlu sonuçlar çıkarken sistemin adil olmadığı ve suistimallerin olduğunu ifade etmiştir.

Erkan (2011), “*Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması*” ilk olarak giriş ücreti açıklayarak başlamış ardından performans ile ilişkilendirmiştir. Akabinde ise bu sistemin kamu da pek uygulanmadığını Tarım Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığında uygulandığını ifade ettikten sonra performansa dayalı ek ödeme sistemini yasal dayanaklara dayanarak işleyişini anlatmıştır. Performans sisteminin uygulanmaya başlandıktan sonraki istatistik olarak ne gibi katkılarının olduğu yönünde şekil ve grafik olarak görsel açıdan ortaya koymuştur. Ardından da sisteme yapılan eleştirileri açıklamıştır. Performans sisteminin adil, rasyonel ve objektif olması gerektiğini yöneticilerin bu konuya titizle yaklaşılması gerektiğini söylemiştir. Sonucuna dair birçok olumlu açıklama yapmıştır. Ayrıca performans sisteminin sadece parasal açıdan değil bireysel ve kurumsal birlikteliği artırarak ortak amaç ve hedefleri gerçekleştirmede bir araç olduğunu ifade etmiştir.

Moran (2013), Sağlık Sistemi İçinde “*Performans Sistemi*” Türkiz dergisinde ele aldığı makalede sağlığın ne kadar önemli olduğu ve devletin görevi olduğunu ifade ederek başlamış devamında ise sağlık sisteminde reformlardan bahsetmiş ve performans sistemine konuyu bağlamıştır. Performans sisteminin çıkışından bahsetmiş daha sonrasında kamuda uygulanan performans sisteminin ikiye ayrıldığını birinin kurumsal performans sistemi diğersinin ise bireysel performans sistemi olduğunu söylemiştir. Bu

iki sistemin birbiriyle bağlantılı olduğunu aktarmıştır. Yapılan suistimallerin neler olduğunu söylemiştir. Ve sonuçta ise aile hekimliği ile Türk sağlık sistemi yeni bir döneme girdiğini ifade ederek sağlıkta özelleştirmenin temelleri atıldığını söylemiştir. Performans sistemi hekimleri çok ücret kazanmak için çok fazla çalıştıklarını böyle giderse gerekli kaliteli ve verimli çıktılarının alınamayacağını ifade etmiştir. İş barışını bozacağı, doktorluk mesleğinin ticarileşeceği gibi birçok yönden bu sistemin ne kadar kötü olacağı hakkında bilgiler kaleme almıştır.

Karaca (2013), Sağlık Dönüşüm Programı İçinde “*Tam Gün Yasası*” ve “*Performans Sistemi*” adlı makale yazısında performans sisteminin nasıl başladığını anlatmıştır. Ardından da performans sisteminin pozitif ve negatif yönlerinin neler olduğunu anlatmış devamında ise bazı sivil toplum örgütlerinin performans sistemi hakkındaki görüşlerine yer verilmiştir. Diğer ülkelerde uygulanan sistemlerden bahsetmiş ve Türkiye ile kıyaslamıştır. Son kısımda ise performans sistemi hakkında önerilerde bulunmuştur. Bu önerilere bakacak olursak; adaletsiz gelir dağılımı düzeltilmeli, personele verilen maaşlar %70-80 sabit geriye kalan da ek ödeme şeklinde verilmesi uygun bir yaklaşımdır. Sağlıkta kaliteyi artırmak için sağlık çalışanının iş gücü azaltılmalı, ekonomisi düzeltilmeli, aile hekimliği sistemi oturtularak hastaların 2. ve 3. basamak hastanelere başvurusunun önüne geçilmeli şeklinde bir takım öneriler sunarak makalesini bitirmiştir.

Aslanadam (2011), “*Sağlık Personelinin Motivasyonu ve Buna İlişkin Araştırma*” Tezinin birinci kısmında sağlık kavramını ve sağlıkla ilgili bilgilendirme yapmıştır. İkinci kısımda ise motivasyonu motivasyon kuramlarını, süreç kuramlarını, motivasyon araçlarını anlatmış ardından da araştırmasına geçmiştir. Araştırmanın amacı çalışanları çeşitli özelliklerine göre motivasyon araçlarının bilinip yöneticiler tarafından uygulanıp daha verimli çalışan elde etmek için fikir sunmaktır. Araştırmasında katılımcıların demografik özelliğinden bilgiler vererek konuya girmiştir. Katılımcıların eğitim durumları, maaşları, meslekteki çalışma süreleri, kurumdaki çalışma süreleri, mesleği gibi bilgilerden sonra motivasyonlarına dair sorular yöneltilmiştir. Bunun sonucunda şunlara ulaşılmıştır. Orta yaş ve deneyimli bir grubun varlığının olduğunu ortaya çıkarmış. Eğitim seviyesinin yüksek olduğunu eğitim düzeyi arttıkça beklentilerin de arttığını söylemektedir. Yapılan ankette motivasyonu yüksek olan çalışanın iş hayatında başarıyı artıracığı sonucu ortaya çıkmıştır. Sağlık alanının yüksek stres altında çalışılan bir alan olması nedeniyle çalışanların motivasyonlarının hemen

düştüğü bu nedenle her yöneticinin altında çalışanın motivasyon açısından hassasiyetle durması gerekmektedir. Özetle, bir sağlık işletmesinde sorumlu veya yönetici olarak çalışan herkes, altında bulunduğu personelin motivasyonundan sorumludur.

Aydın ve Demir(2007), “*Sağlıkta Performans Yönetimi-Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*” Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında çıkarılmış bilgilendirme amaçlı makalelerinde bulunduğu bir yayımlanmış yazıdır. Performans sisteminin ne olduğu hakkında genişçe bir açıklama yapılmıştır. Dönemin bakanı giriş yaparak kısaca ana hatları ile bilgiler vermiştir. Ardından da performans sistemi detaylı bir şekilde anlatılmıştır. Sonuçları hakkında bilgi de verilmiştir.

Kıdak ve Aksaraylı (2009), “*Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri*” adlı çalışmayı yapmışlardır. Hastanede çalışan tüm gruplara motivasyon açısından değerlendirilme yapılmıştır. Hastanelerin başarısı çalışanların başarısından geçmekte olduğundan bahsetmiştir. Bunun için çalışanlara etki eden motivasyon faktörleri açısından inceleme yapılmıştır. Motivasyonun ne olduğu ve yapılan çalışmalar hakkında bilgiler vermiştir. Motivasyon için iki faktör olduğu birinin motivatör faktörleri yani kişinin kendinin başarabileceği diğeri ise Hijyen faktörleri bu da kişiden bağımsız etkenlerdir. Yaptıkları çalışmada medeni durum, yaş, sorumluluk yönetim, memuriyet süresi, meslek grubu arasında farklılıkların olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmalarının sonucunda teknoloji kadar insan faktörünün de etkili olduğu ve yönetimin elinde motive edici araçların olduğu bunları kullanarak çalışanları motive ederek hem onların hem de işletmenin başarısının artırılabilceğini ortaya koymuşlardır.

Eraslan ve Tozlu (2011), “*Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi*” 1980’li yıllardan günümüze kadar geçen süreyi özetlemiş olup birçok ülke kendi ihtiyaç ve değerlerine göre kamu personelinin verimliliğinin artırılması için farklı uygulamalara gitmiştir. Türkiye’de parçalı olarak devam eden performansa dayalı ödeme sistemi çalışmaları 2011 yılında çıkan 6111 sayılı yasa ile kaldırılan sicil sistemi yerine yeni bir model oluşturma hedefiyle ivme kazanmıştır. Kamu personeline yönelik bir denetim sistemi arayışının olduğu ve özellikle bu denetimin ücretle ilişkilendirilerek verimliliğin artırılması amacıyla çalışmaların yapıldığı bu ortamda Türkiye’deki mevcut durum Batı ülkelerinden de bazı örnekler eşliğinde sunulmaktadır. Bu bağlamda, çalışmanın birinci bölümünde performansa dayalı ücretlendirmenin hukuki analizi yapılmış, ikinci bölümünde performansa dayalı ücretlendirme sisteminin oluşturma

sürecine ilişkin önemli hususlar incelenmiş ve üçüncü bölümde yurtiçi ve yurtdışı uygulamaları anlatılmıştır. Çalışmanın son bölümünde ise kamu sektöründe yer alan herhangi bir kurumun performans denetim sistemine geçiş yapması halinde, izlemesi gereken yönetime dair öneriler sunulmuş ve bu sürecin çalışma barışını bozmadan, kurumun yapısına en uygun olacak şekilde nasıl daha iyi yönetilebileceği açıklanmaya çalışılmıştır.

Selvi (2011), *Sağlık Kuruluşlarında Performans “Bir Devlet Hastanesi Örneği”* Tezin birinci bölümünde; sağlık ve sağlık sektörü incelenmiş, ikinci bölümünde toplam kalite yönetimi ve sağlıkta toplam kalite yönetimi ele alınmıştır. Tezin üçüncü bölümünde Performans, Performans yönetimi ve sağlıkta Performans yönetimi çalışmasını kapsamaktadır. Dördüncü bölümde özel olarak Edirne Devlet Hastanesi ele alınmıştır. Çünkü tezin yapıldığı kurum olması sebebiyle ele alınmıştır. Hastanenin 2003 yılı 2007 yılı ve 2009 yılı baz alınarak karşılaştırılmıştır. Selvi 2003 yılını almasının sebebi 2004 yılında performans sisteminin başlaması sebebi ile önceki yılı seçmiş. 2007 ve 2009 yılını karşılaştırmak için seçmiştir. Muayeneye erişim yönünden karşılaştırmış ve başarılı olduğunu istatistiksel olarak göstermiş aynı şekilde hizmet kalite katsayısında da göstermiştir. Hasta ve hasta yakını memnuniyet anketi sonuçları, kurum verimlilik işlemleri ve puanları, Performans Yönetimi sürecinde kurumsal performans katsayısına bakıldığında pozitif olarak yükselmiştir. Performansa Dayalı Ek Ödeme ve Performans Yönetimi Sürecine bakıldığında şu verilere bakılarak “2003, 2007 ve 2009 yılları poliklinik, oda, ameliyat ve yatan hasta verileri” kıyaslamıştır. Selvinin değişimine göre sadece rakamlarda artış olmamıştır. Sağlık hizmetlerinin ölçülmesi ile sağlık hizmetlerinin kalitesinde de yükseliş olduğunu ifade etmektedir.

Kart (2013), *Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde “Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”* bu çalışmada Sağlıkta Dönüşüm Programını anlatmıştır bu program ile sağlığın piyasalaştığını ve kamu sektörünün zamanla ticarethaneye dönüşeceği hekim ve hastanın “çalışan-müşteri” hekimlerin özeldeki gibi patron işçi olarak çalışacağını söylemiştir. Farklı illerde çalışan hekimlerle sözlü iletişime geçerek anket uygulamıştır bunun sonucunda hekimlerin ek ödeme ile üzerinde ilk başta olumlu olmuş ve motivasyonları artmıştır. Fakat ilerleyen dönemde ise hekimlerin arsının ücret konusu ile bozulduğu birbirleri ile konuşmalarının tıbbi konular değil puan konuşulduğu yapılmayan işlemlerin puan atıldığı yüksek puanlı

işlemlere yöneldiği ve hekimlerin arasının bozulduğu ve yalnızlaştığını ifade etmişlerdir. Bunun sonucunda hastaların zarar göreceği konusunda önemli bir bakış açısı dile getirmiştir.

Ağırbaş, Çelik ve Büyükkayıkçı (2005), “*Motivasyon Araçları ve İş Tatmini*” adlı çalışmayı yapmışlardır. Motivasyondan bahsetmiş iş hayatının olmazsa olmazlarından en önemli konularından biri olduğu hakkında vurgu yapmıştır. Kâr amacı güden kuruluşlar için hedef açık ve birlikte hareket ederken hastane gibi heterojen yapıda eğitim düzeyleri farklı ve beklenti, ihtiyaçları birbirinden farklı olduğu vurgusu yapılmıştır. İş konusunda tatmin olup motive olan çalışan bireyin daha etkin ve verimli olduğu yapılan araştırmalarda dikkat çekmektedir. Balıkesir de başhekim yardımcılarında anket uygulayarak bu konuda bir araştırma gerçekleştirmişlerdir. Ankete göre yaş, medeni durum, çalışma süresi, çalıştığı hastanenin büyüklüğü, işlerini sevip tatmin olma durumu, motivasyon araçlarından beklenti durumu, Hekim Yöneticilere Göre Motivasyon Araçlarının Göreceli Önemleri gibi birçok durumla ilişkili olarak anket yapılmıştır. Her meslekte olduğu gibi hekimlikte de işini sevmeye ancak yaptığı işten tatmin olmama durumu vardır. İstek ve ihtiyaçları karşılandığı zaman tatmin ve dolayısı ile motive olmaktadır. Karşılanmadığı zamanda ise tam tersi durum söz konusudur. Bu çalışmada bir önemli hususta organizasyonun tamamının motive olup başarılı olmasını kendi motivasyonundan önde tutmaktadırlar.

Çakır ve Sakaoğlu (2014), “*Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı*”: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği bu çalışmada ücret hakkında bilgilendirme yapılmış ve ücretin önem konusunda ilk sıralarda olamadığı fakat doyum açısından ilk sıra olduğu ifade edilmiştir. İlk bakışta motivasyon kalite ve etkinlik gibi konularda organizasyonu yükseltse de her kurumda aynı olumlu beklentiyi yapamayacağını ifade edilmiştir. Sağlık bakanlığına performansa bağlı ek ödemenin gelişi hakkında genel bilgiler verilmiştir. Avantajları dezavantajları ve yasal dayanağı anlatılmıştır. Araştırmanın amacı ücretlendirme sisteminin adalet algısı değerlendirilmiştir. Anket yöntemi ile çalışanların görüşü alınmıştır. Ek ödeme yerine sabit ek ödeme beklenilmekte olduğu, meslek grupları arasında çatışma olduğu, dikkat çekici bir diğer durum ise tetkik sayılarının artırdığı, hekim dışındaki diğer mesleklerde çalıştığına karşılığını alamadıklarını söylemektedirler. Sistemin adaletli olmadığı konusunda uzman hekimler dışında büyük çoğunluk aynı görüştedir. Sonuç olarak sistemin adaletli olmadığı ve radikal değişiklikler beklenmektedir

Akçakanat ve Çarıkçı (2016), “*Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi*”: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma adlı çalışmada performans sisteminin gelişimini ve performansa bağlı ücretlendirme hakkında genel bilgiler verilmiştir. Sağlık sisteminde performansa bağlı ücretlenmeyi olumlu ve olumsuz yönleri vurgulanmıştır. Ardında çalışmanın konusu olan ek ödeme hakkında öğretim görevlileri tutumudur. Ayrıca unvan, çalışılan bölüm, ek ödeme miktarı, kurum dışı çalışma gibi değişkenler açısından anlamlı farklılıklar bulunup bulunmadığı da araştırmışlardır. Sistemin 2011 yılında üniversitelerde uygulanmaya başlanmıştır. Yükseköğretim Kurulu tarafından çıkarılan ve ek ödemeyi düzenleyen “Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik” ile öğretim üyelerine gelir getirici faaliyet puanı kazanma imkânı tanınmıştır. Araştırmalarını anket yaparak gerçekleştirmişler ve tüm anketler de olduğu gibi iki kısım’a ayırarak yapmışlardır. Birinci kısım demografik özellikler ikinci kısımda ise puanlama sisteminin yetersizliği”, “adaletsizlik yaratma”, “motivasyon sağlama”, “bağlılık sağlama”, “verimlilik artışı sağlama”, “kalite artışı sağlama” “performans anksiyetesi (endişesi)”, “hekim memnuniyeti”, “iş (çalışma) barışının bozulması” ve “etik ihlaller” olarak isimlendirilmiştir. Puanlama sisteminin yetersizliğine bağlı olarak memnuniyet açısından daha negatif olan Süleyman Demirel Üniversitesi öğretim görevlileridir. Unvan olarak daha düşük olanların memnuniyetsizlik oranı daha yüksektir. Unvan yükselmesi ile kalite arasında doğru orantı vardır. Araştırmanın sonucunda performansa dayalı ek ödeme sisteminde kuruma, unvana bağlı olarak değiştiği görülmekte ve genel olarak memnun olmadığı ortaya çıkmıştır.

Demireli, Tükenmez, Yıldırım ve Çelik (2013), “*Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Performansı ve Bir Uygulama*” adlı çalışmada hastane yönetiminin performans değerlendirmesindeki önemini vurgulamıştır. SGK’nın sisteme bakış açısı hakkında bilgi vermiştir. Araştırmanın amacı hekimlerin puanlarının karşılaştırılarak hesaplanmasıdır. Puanlama sisteminin nasıl yapıldığı hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra da dahili ve cerrahi branşları kıyaslamıştır. En fazla puan toplayan branşın ortopedi, en az ise Acil servis olduğunu ifade etmiştir. Üroloji kliniğinin de performans almadığı ortaya çıkmış bunun nedeni ise ameliyat sayısının düşük olduğunu ifade etmiştir. Dahili ve cerrahi branşlar kapsamında yapılan hesaplamalarda özellikle cerrahi branşlar için yeterli olanakların sağlanamaması nedeniyle performans katkısı görülmemekle birlikte bu birimlerin diğer verimsiz

alanlardaki hekim personel ile desteklenmesi gerektiği belirlenmiştir. Öte yandan hastane bütçesi içerisinde önemli bir harcama kalemi olması nedeniyle, operasyonel işlemlerin sayısının azaltılması hastane performans puanını düşürmekte olduğu gerçeğini ifade ederek motivasyon düşüklüğüne yol açtığını ifade etmiştir.

Kablay (2014), “*Performansa Dayalı Döner Sermaye Primi Uygulaması ve Sağlık Çalışanlarına Etkisi*” adlı çalışmasında performans sistemi ile ücret adaletsizliği, çalışanların makine gibi görülüp yıpratılacağı gibi sakıncaları ifade etmiş. Aslında bunun amacının devletin sosyal devlet anlayışı ile ekonominin yönetimi ve hizmetlerin doğrudan sunucusu olmaktan çıkarmakta, kamunun yönetimi yerine özel kesimin yönetmesini amaçladığını ifade etmektedir. Bunun için de küçülmeye giderek yapılmaya çalışılmaktadır. Daha sonra performans sistemi hakkında bilgiler vermiş ve bu sisteme geçişi hakkında bilgilendirmiştir. Ardından performans sistemi ile ilgili yapılan araştırmalardan örnekler vermiştir. Sistemin sakıncaları yönündeki açıklamalara yer vererek yaptığı çalışmaya geçmiştir. Çalışmasında 160 kişiye anket ve 10 kişiye de derinlemesine görüş tekniği kullanılmıştır. Araştırmasında ise performans sistemi ile ilgili birçok soru yönetmiştir. Ve sistem ile ilgili çoğunlukla olumsuz sonuçlara varmıştır. Sonuçta ise şunları ifade etmektedir. “ Kamunun küçültülemeyen kısmının ise işletme ilkelerine göre yönetilmesi istenmektedir. PDDSP uygulaması da kamunun işletme kriterlerine göre yönetilmesi amacına hizmet etmektedir.” Birde şu sonuca ulaşılmıştır. İlk başta olumlu gibi gözükürken mesela kuyrukların azalması gibi ardından birçok suistimallerin oluştuğu ve yapılan, planlanılan birçok amacın dışına çıktığı sağlık emekçilerinin büyük çoğunluğunun bu durumdan rahatsız olduğu kendilerine, hastaya ve sağlık sistemine büyük zararlar verdiğini anket ve derinlemesine görüş tekniğini kullanarak ortaya koymuştur.

Güzel (2016), “*Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Performansı ve Bir Uygulama*” bu çalışma da sağlığın önemini vurgulamış ve ikame olamayacağını anlatarak başlamış ardından da sağlık da gerçekleşen Sağlık Dönüşüm ü anlatmıştır. Hastanedeki performans yönetiminin önemi, Sosyal Güvenlik Kurumunun bakış açısını anlatmıştır. Araştırmanın amacı ikinci basamak sağlık tesislerinde görev yapan hekimlerin net performans puanlarının karşılaştırmalı olarak hesaplanması amaçlanmıştır. Ayakta ve yatan hasta sayıları, operasyon sayıları, unvan katsayıları, çalışma gün sayıları, girişimsel işlemler puanları, ihale satın alma puanları, bilimsel destek puanları veri seti kullanılmış ve karşılaştırılmıştır. Güncel veriler üzerinden birim

bazında performansa dayalı ücretler ile hastane performans puanları hesaplanmıştır. Sistem sadece parasal bir ödeme biçimi olmayıp “başarı ölçütlerine” göre ödüllendirerek, bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağladığını ifade etmiş bu da özel hastaneler ile rekabet edilebilecek konuma geldiğini söylemiştir. Her sistemin olumsuz yanları olduğu gibi uygulanan sisteminde suistimallere yol açtığı ve çatışmalara sebep olmaktadır. Farklı branşta çalışan doktorlar arasında puan farklılığına bağlı olarak ek ücret almak konusunda makasın ucunun açıldığını ve birbirlerini yakalamak için daha fazla hasta bakmak bu da hastalara kaliteli hizmetin verilemediğini söylemiştir.

Tüm yapılan çalışmalarda şu durum açıkça görülmektedir ki; ilk başta hem literatür olarak hem de ilk yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığı zaman sistem olumlu görülmekte iken zamanla sistemin negatif yönleri ortaya çıkmıştır. Bu durumlara örnek verilirse kuyruk sırası ve ameliyat için bekleyen hasta sayısı yok denecek kadar aza düşmüştür. Ama ücretleri artırmak için yapılan gereksiz işlemler hastalara komplikasyon, çalışanlara aşırı iş yükünün binmesi devlete de israf edilen kaynaklara sebep olmuştur. Yapılan birçok öneride sistemin ya kalkıp insancıl olması yönünde ya da yapıcı düzenlemelerin yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ., Çelik, Y. ve Büyükkayıkçı, H. (2005). Motivasyon Araçları Ve İş Tatmini: Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Hastane Başhekim Yardımcıları Üzerinde Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3).
- Akar, Ç. ve Özalp, H. (2000). *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*. Somgür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık Ltd. Şti. Ankara.
- Akbolat, M. ve Işık, O. (2012). Hastanelerde Rekabet Stratejileri ve Performans. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 16(1), 401-424.
- Akçadağ, S. ve Özdemir, E. (2005). İnsan Kaynakları Kapsamında 4 ve 5 Yıldızlı Otel İşletmelerinde İş Tatmini: İstanbul’da Yapılan Ampirik Bir Çalışma. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(2), 167-193.
- Akçakanat, T. ve Çarıkçı, İ. (2016). Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyelerin Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 865-892.
- Aslanadam, B. (2011). *Sağlık Personelinin Motivasyonu ve Buna İlişkin Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Aydın, S. ve Demir, M. (2007). *Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*.
- Çakır, A. (2014). *Faktör Analizi*. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı İşletme Doktora Programı, 3.
- Çakır, Ö. ve Sakaoğlu, H.H. (2014). Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Çalışma İlişkisi Dergisi*, 5(1), 1-21.
- Demir, M. (2007/Kasım). *Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*.
- Demirbilek, S. (1999). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. İzmir: İlkem Ofset.
- Demireli, E., Tükenmez, M., Yıldırım, K. ve Çelik, A. (2013). Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Performansı ve Bir Uygulama. *Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Manisa, Yönetim ve Ekonomi*, 20(2).
- Dereli, T. (1981). *Organizasyonlarda Davranış*. İstanbul: Ar Yayın Dağıtım.
- Düşünce Dünyasında Türkiz Siyaset ve Kültür Dergisi (Kasım-Aralık 2013) yıl 4 sayı 24 “Performans sistemi”
- Elbek, O. (2010). Performans ve Hekimlik. *Toplum ve Hekim*, 25(6), 432-447.
- Eraslan, M.T. ve Tozlu, A.(2011) Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi. *Sayıştay Dergisi* sayı 81 s. 33-60

- Erdem, R. ve Pirinçci, E. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım ve Kullanımı Etkileyen Faktörler. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 20(1), 39-46.
- Ergör, A. (Kasım 1994/Şubat 1995). Kanada Sağlık Sistemi, Çoğunlukla Sosyal Yönetimli Kapitalist Ülkeler. *Toplum ve Hekim*, 9, 64-65.
- Erkan, A.(Ocak-Haziran 2011) Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması. *Maliye Dergisi* Sayı 160 s.427
- Güzel, M.S. (2016). *Türkiye’de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hekim Performansı ve Bir Uygulama*.
- Hızar, H. (2005). *Değişken Ücret Yaklaşımları*. İnsan Kaynaklarında Yeni Eğilimler. (Ed. Deniz Yalım) İstanbul: Hayat Yayıncılık.
- Kablay, S. (2011). “Sağlık Alanında Uygulanan Ücret Politikalarının Bir Aracı Olarak Döner Sermaye Primi Uygulamaları”, *2000’li Yıllarda Türkiye’de İktisat ve Siyaset Rüzgarları*, (Der. Birler vd.), Ankara: Efil Yayınevi.
- Kablay, S., Aka, A. ve Demir, M.C. (2012). *Neoliberal Politikalar ve Sağlık Çalışanları*. Ankara: Nobel Yayınevi
- Karaca, T. (2013). Sağlık Dönüşüm Programı İçinde “Tam Gün Yasası” ve “Performans Sistemi”.
- Kart, E. (2013). “Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Akdeniz Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü, Çalışma ve Toplum*, 3.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara:Siyasal Kitabevi.
- Kıdak, L. ve Aksaraylı, M. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Motivasyon Faktörleri. *Sosyal Bilimler*,7(1).
- Kılınç, T. ve Polat, Ş. (1997). Başarı Değerlemenin Hemşire Motivasyonu Üzerine Etkileri. *Modern Hastane Yönetimi*, 1, 2, İstanbul.
- Koç, D. (2011). OECD Ülkelerinde Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türk Kamu Yönetiminde Performans Değerlendirmeye İlişkin Gelişmeler. *Anahtar Dergisi*, 23(276), 28-31.
- Koçel, T. (2001). *İşletme Yöneticiliği*. (8. Baskı). İstanbul:Beta Masım Yayım.
- Koçel, T. (2005). *İşletme Yöneticiliği, Yönetim ve Organizasyonlarda Davranış Klasik Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar*. (10. Baskı) Moran, B. (2013-Kasım - Aralık). Düşünce Dünyasında Türkiz. *Siyaset ve Kültür Dergisi*, 4(24).
- Nesanır, N. (2007). Sağlıkın Piyasalaşması Sürecine Önemli Bir Katkı: Döner Sermaye ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Yöntemleri. *Toplum ve Hekim*, 22(4), 274-279.

- Oral, S. (1999). *Otel İşletmeciliği ve Otel İşletmelerinde Verimlilik Analizleri*. İzmir: Kanyılmaz Matbaası.
- Özer, M. A. (2009). Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 73, 3-29.
- Selvi, A.F. (2011). *Sağlık Kuruluşlarında Performans: Bir Devlet Hastanesi Örneği*.
- Sülkü, S.N.(2011) Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansman ve Sağlık Harcamaları. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayın no: 2011/414
- Şener, O. (1998). *Kamu Ekonomisi*. (6. Baskı). İstanbul: Alkım Yayınevi.
- Tarım, M. (2004). Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 233-248.
- Toker, F. (1999-Ağustos-Eylül). Sağlık Hizmetleri Yönetimini Diğer Yönetimlerden Ayıran Temel Özellikler. *Modern Hastane Yönetimi*, 3(6), 10-15.
- Türk Tabipleri Birliği (TTB) (2009). *TBB Etik Kurulu, Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*. Ankara: TTB Yayınları.
- Yüksel, Ö. (2000). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Zaim, H. (2011). Performansa Dayalı Ücret. Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerine Etkileri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, (53), 359-374.
- 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, 04.01.1961 tarih ve 10702 Sayılı RG.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Hüseyin KIZILAY
Doğum Yeri ve Tarihi : Yenimahalle- Ankara, 13/07/1992

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : İstanbul Üniversitesi, Acil Afet Yönetimi
Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İş Deneyimi

Stajlar :
Projeler :
Çalıştığı Kurumlar :

İletişim

E-Posta Adresi : hsyn_kzly_18@outlook.com
Tarih : 16.12.2019