

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANSA DAYALI
ÜCRET ÖDEMESİ VE ÇEŞİTLİ MESLEK GRUPLARI
AÇISINDAN DEĞERLENDİRMESİ
(İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan: **Aliye ERTEKİN**

İSTANBUL, 2012

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANSA DAYALI
ÜCRET ÖDEMESİ VE ÇEŞİTLİ MESLEK GRUPLARI
AÇISINDAN DEĞERLENDİRMESİ
(İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Aliye ERTEKİN

Öğrenci No:

110746601

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Şefika DEMİRKAN

İSTANBUL, 2012

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANSA DAYALI ÜCRET ÖDEMESİ VE ÇEŞİTLİ MESLEK GRUPLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRMESİ-(İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. / /

Aday: Aliye ERTEKİN

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

07/12/2012

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Bilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden 110746601 numaralı *Aliye ERTEKİN*'in "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirilmesi (İzmir Dr. Suat SEREN Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 06.11.2012 tarih ve 2012/38 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (50) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 1 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ŞEFİKA DEMİRKAN


ÜYE
YRD. DOÇ. DR. GÖNÜL İPEK ALKAN


ÜYE
PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN

**KAMU HASTANELERİNDE PERFORMANSA DAYALI ÜCRET ÖDEMESİ
VE ÇEŞİTLİ MESLEK GRUPLARI AÇISINDAN DEĞERLENDİRMESİ
(İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Örneği)**

Tezi Hazırlayan: Aliye ERTEKİN

Özet

Ülkemizde büyük oranda kamusal nitelikli olan Sağlık Hizmetleri, kamusal bir faaliyet olarak devlet memurları tarafından yerine getirilmektedir. Özellikle 1980’li yıllardaki Neo-liberal dönüşümle beraber, devletin ekonomik ve ticari alandaki faaliyetleri kısıtlanmak istense de, bugün milli ekonomi içerisinde kamu ekonomisinin yeri ve önemi büyüktür. Günümüz ekonomilerinin üretim faaliyetleri önündeki en önemli mesele kaynak kıtlığı olup, bu sorunun da kısa sürede çözülmesi mümkün değildir. O halde yapılması gereken tek şey eldeki kaynakların verimliliğinin artırılması ve hizmet kalitesinin artırılmasıdır.

Diğer önemli bir sorun, üretim faaliyetleri sonucu elde edilen gelirin adil bölüşümüdür. Sağlık Hizmetleri arzı bilgi asimetrisi gibi bir özelliğe sahip olup, sağlık hizmeti üretimi donanımlı ve bilimsel bir emek yoğun bir üretim teknolojisi üretilmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin sunumunda, etkinlik, verimlilik ve hizmet kalitesinin artırılmasında sağlık personelinin etkinlik ve verimliliği önemlidir. Bu etkinlik ve verimliliğin sağlanması için çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile beraber adil bir ücret politikasının önemi büyüktür. Bu sağlık hizmetleri sunumunda daha verimli çalışan personelin ödüllendirilerek motivasyonunun artırılması adına, personelin performansı ile aldığı ücret arasında ilişki kurulmuş ve performansa dayalı ücret sistemi uygulanmaya başlanmıştır.

Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirilmesi isimli bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde Sağlık Hizmetlerinin tanımı ve türleri ile Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetini sunan kurumlar incelenmiştir. Ayrıca bu bölümde Türkiye’de Devlet Hastanelerinin hizmet

sunumunda yeri, önemi ve gelimi ile devlet hastanesinde sağlık hizmet sunucuları ve özellikleri incelenmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın ikinci bölümünde ise Performansa Dayalı Ücret Ödeme Sistemi ve Özellikleri başlığı altında, sağlık hizmet sunucularına uygulanan ücret ve ücret politikaları, Devlet Hastanelerinde uygulanan ücret sistemleri ve bölüm sonunda Devlet Hastanelerinde uygulanan Performansa Dayalı ek ödeme sisteminin amacı, dayanağı ve hesaplanma yöntemleri ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Anahtarlar Kelimeler: Kamu Hastaneleri, sağlık personeli, ücret, performans, Performansa Dayalı Ücret Sistemi, etkinlik, verimlilik

**PERFORMANCE-BASED WAGE PAYMENT SYSTEM AND ITS
ASSESSMENT BY SEVERAL OCCUPATIONAL GROUPS IN THE PUBLIC
HOSPITALS**

**(Izmir Dr. Suat Seren Chest Diseases and Thoracic Surgery Training and
Research Hospital Sample)**

Presented By: Aliye ERTEKİN

Abstract

In our country, health services which are substantially public qualified is carried out by civil servants as an activity of public. Especially, accompanied by the neo-liberal transformation in 1980s, although the field of economic and commercial activities of the state was wished to be restricted, today the place and the importance of the public economy within national economy is significant. The most important issue in front of the production activities of today's economies is scarcity of resources and it is not possible to solve this problem in a short time. So, the only thing to do is to improve the efficiency of available resources and the quality of service.

Another important issue is a fair distribution of income acquired as a result of production activities. Submitting of Health Services has a property such as asymmetry of information and the production of health service is manufactured by a labor-intensive production technology well-equipped and scientific. For this reason, effectiveness and efficiency of health personnel is important in health care delivery to improve effectiveness, efficiency and quality of service. In order to obtain this effectiveness and efficiency, a fair wage policy is of great importance together with the improvement of working conditions. In the presentation of these health services, in the name of increasing the motivation of more effective employees by rewarding them, a relationship has been established between staff performance and staff remuneration and a performance-based wage system has been started to be implemented.

This study named "Performance-Based Wage System in Public Hospitals and Evaluation in Terms of Various Occupational Groups" consists of three sections. In the first section of the study, definition and types of health services, and the historical

development of health services in Turkey and the institutions offering these services were investigated. Also in this section; in the presentation of services, the place, importance and development of public hospitals in Turkey were studied. And additionally, health service providers and their properties in public hospitals were examined.

In the second section of the study, under the title of “Performance-Based Wage System and Properties”; wages and wage policies applied to health service providers, wage systems applied to public hospitals were studied. And finally the purpose of performance-based additional payment system which applied in public hospitals, basis and calculation methods were discussed in detail.

Keywords: Public Hospitals, health care providers, wage, performance, Performance-Based Wage System, effectiveness, efficiency

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

YEMİN METNİ	i
JÜRİ SAYFASI	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	xii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
KISALTMALAR	xv

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLARI

GİRİŞ	1
1. Sağlık ve Hastalık Kavramı	6
2. Sağlık Hizmetleri	7
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Türleri	8
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	8
3. Türkiye de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi	10
3.1. 1980 Öncesi Dönem.....	10
3.2. 1980 Sonrası Dönem.....	12
4. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunucuları.....	13
4.1. Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşları.....	14
4.2. Türkiye’de Kamusal Sağlık Kuruluşları	15
4.2.1. 2005 Yılı Öncesi Dönem.....	15
4.2.1.1. Birinci Basamak sağlık Kuruluşları	16
4.2.1.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları	18
4.2.1.3. Üçüncü Basamak sağlık Kuruluşları	18
5. Türkiye Sağlık Hizmeti Sunumunda Devlet Hastaneleri ve Önemi	23
5.1. Türkiye de Devlet Hastanelerinin Gelişimi	23
5.2. Hizmet Sunumunda Devlet Hastanelerinin Temel Unsurları	25
5.2.1. Devlet Hastanelerinde Hizmet Sunumunun Dayanağı	25
5.2.2. Devlet Hastanelerinde İşgücü	26
5.2.3. Devlet Hastanelerinde Yönetim ve Organizasyon	27

5.2.4. Diğer Maddi Unsurlar	28
5.2.5. Devlet Hastanelerinde Finansman.....	29
5.3. Türkiye’de Devlet Hastanesinin Özellikleri ve Önemi	31
6. Türkiye’de Devlet Hastanelerinde İşgücü Profili	33
6.1. Tıbbi Hizmet Sunucuları.....	34
6.1.1. Hekimler.....	35
6.1.2. Hemşireler	36
6.1.3. Sağlık Memurları.....	37
6.1.4. Eczacılar	37
6.1.5. Hastanelerde Diğer Tıbbi Hizmet Sunucuları	38
6.2. Genel Yönetim Hizmeti Sunanlar	38
6.2.1. Başhekimlik.....	38
6.2.2. Hastane Müdürlüğü.....	39
6.2.3. Başhemşirelik	40
6.3. Hastanelerde Teknik Hizmet Sunanlar	40
6.3.1. Hastane Mühendisliği.....	41
6.3.2. Hastane Teknisyeni	41

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANSA DAYALI ÜCRET ÖDEMESİ SİSTEMİ VE ÖZELLİKLERİ

1. Kamu Kesiminde Ücret ve Ücret İlkeleri.....	43
1.1. Ücret Kavramı	44
1.2. Kamu Kesimi Ücret Sistemleri	45
1.2.1. Zamana Göre Ücret Sistemi	45
1.2.2. Parça Başına Ücret Sistemi (Akort Ücret Sistemi)	46
1.2.3. Götürü Ücret Sistemi	46
1.2.4. Performansa Dayalı Ücret Sistemi	46
1.3. Kamu Kesiminde Temel Ücret İlkeleri ve Politikaları	47
1.3.1. Dış Denge İlkesi	47
1.3.2. İç Denge İlkesi	48
1.3.3. Ücretlerin Tek taraflı Olarak Belirlenmesi.....	48
1.3.4. Eşit İşe Eşit Ücret	48
1.3.5. Hizmet Süresi	49

1.3.6. Performans Faktörü	49
1.3.7. Diğer Faktörler	49
1.4. Kamu Kesimi Ücret sorunları	49
2. Devlet Hastanelerinde Uygulanan Ücret Politikası.....	51
2.1. Aylık Maaş Ödemeleri.....	51
2.2. Diğer sosyal ödemeler.....	56
2.3. Nöbet Ücreti Ödemeleri	56
2.4. Performansa Dayalı Ücret Ödemeleri	57
3. Türkiye’de Devlet Hastanelerinde Uygulanan Performansa Dayalı Ücret Sistemi.....	58
3.1. Performans Yönetimi	59
3.1.1. Performans Yönetiminin Önemi	60
3.1.2. Performans Yönetiminin Amaçları	61
3.1.3. Performans Yönetim Sisteminin Aşamaları.....	62
3.1.4. Performans Yönetiminin Yararları.....	62
3.1.5. Performans Yönetim Sisteminin Kullanım Alanı	63
3.1.6. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Performans Kriterleri.....	64
3.2. Performansa Dayalı Ücret Sistemi	65
3.2.1. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Çeşitleri.....	66
3.2.1.1. Bireysel Performansa Dayalı Ücret Sistemi.....	67
3.2.1.2. Grup Performansına Dayalı Ücret Sistemi	67
3.2.1.3. Organizasyon Performansına Dayalı Ücret Sistemi	67
3.2.2. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Yararları.....	68
3.3. Kamu Kesimi Performansa Dayalı Ücret Ödeme Sistemi.....	69
3.3.1. Kamu Kesiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi ile İlgili Düzenlemeler.....	70
3.3.2. Kamu Hizmetlerinde PDÜS Uygulamasında Olası Zorluklar	72
3.3.2.1. Kamu Personelinin Tutumu	72
3.3.2.2. Ücretlerin Adil Bir Şekilde Tespiti Sorunu.....	72
3.3.2.3. Kamu Personelinin Motivasyon Sorunu	73
3.3.2.4. Kurum Amaçlarından Kaynaklanan Sorunlar	73
3.3.3. Kamu Kesiminde PDÜS Uygulanırken Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	73

4. Türkiye’de Devlet Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Sistemi Uygulaması	74
4.1. 2003 yılı Öncesi Dönemdeki Döner Sermaye Ödeme Uygulaması.....	75
4.2. 2003 Sonrası Dönemde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi	77
4.2.1. PDÜÖ Gidilen Süreç.....	77
4.2.2. Hukuki Boyut.....	78
4.2.3. Ekonomik Boyut	79
4.3. Devlet Hastanelerinde Performans Puanlarının Değerlendirilmesi	80
4.3.1. Devlet Hastanelerinde Döner Sermaye Dağıtılmasının Esasları	81
4.3.1.1. Hastanelerin Ödeyebileceği Toplam Azami Tutarın Tespiti.....	81
4.3.1.2. Kurumsal Performans Katsayısı (KPK).....	82
4.3.1.3. Finansal Değerleme Katsayısı (FDK)	83
4.3.1.4. Döner Sermaye Komisyonu	84
4.3.2. Net Performans Puanı (NPP)	84
4.3.2.1. Hekimler İçin Net Performans Puanı	85
4.3.2.2. Hekim Dışı Personel İçin Net Performans Puanı	88
4.3.3. Ödenebilecek Tavan Ücretin hesaplanması.....	88
4.3.3.1. Hekimler İçin Ödenecek Tavan Ücretin Hesaplanması	89
4.3.3.2. Hekim Dışı Personeller İçin Ödenecek Tavan Ücretin Hesaplanması	89
4.3.3.3. Performansa Dayalı Ek Ödemelerde Yapılacak Kesintiler	90
4.3.4. Devlet Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Yararları ve Zararları.....	90

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

1. Araştırmanın Amacı	92
2. Araştırmanın Önemi.....	92
3. Araştırmanın Kısıtları.....	93
4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	93
5. Araştırma Verilerinin Toplanması	94
5.1. Veri Toplama Aracı	94

5.2. Veri Toplama Süreci	95
6. Araştırma Hipotezleri.....	95
7. Araştırma Verilerinin Analizi	96
8. Araştırma Bulguları.....	97
8.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri	97
8.2. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Bulgular.....	99
8.3. Demografik Özelliklere Göre Sağlık Personelinin Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Algıları	100
8.3.1. Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi.....	101
8.3.2. Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi	103
8.3.3. Yönetici Olup Olmadığına Göre Değerlendirilmesi	105
8.3.4. Yaşa Göre Değerlendirilmesi.....	108
8.3.5. Aylık Gelire Göre Değerlendirilmesi.....	111
8.3.6. Meslekte Geçirilen Süreye Göre Değerlendirilmesi	118
8.3.7. Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Değerlendirilmesi.....	120
8.3.8. Görev Alanlarına Göre Değerlendirilmesi.....	124
8.3.9. Meslek Gruplarına Göre Değerlendirilmesi.....	128
8.3.10. Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi.....	131
SONUÇ	136
KAYNAKÇA	141
EKLER	
EK-1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu	146
EK-2: Anket İzin Formu	149
ÖZGEÇMİŞ	151

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No.
Tablo 1: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları	17
Tablo 2: 1923 Yılında Türkiye’de Hastane Sayısı	24
Tablo 3: Yıllara göre Devlet Hastaneleri ve Yatak Sayıları.....	29
Tablo 4: Devlet Hastanelerinde Döner Sermaye Bütçe Özet Tablosu	30
Tablo 5: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık İnsan Gücünün Gelişimi	35
Tablo 6: Devlet Hastanelerinde Yan ödeme Aylığına esas olan zam oranlar	54
Tablo 7: Sağlık Hizmetleri Sınıfı İçin Ek Gösterge Tablosu	54
Tablo 8: Hastaneler Maaş Hesaplamalarında Kullanılan Temel Formüller.....	58
Tablo 9: Girişimsel İşlemler Örnek Tablosu.....	85
Tablo 10: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için Örnek Kadro Unvan Katsayıları.....	87
Tablo 11: Tavan Ek Ödeme Hesaplanmasında Kullanılan Katsayılar	89
Tablo 12: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kolmogorov-Simirnov Testi Sonuçları	97
Tablo 13: Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	98
Tablo 14: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Frekans Analizi Tablosu.....	100
Tablo 15: Cinsiyet ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	101
Tablo 16: Medeni Durum ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	104
Tablo 17: Yöneticilik Durumu ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	106
Tablo 18: Yaş ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu	108
Tablo 19: Aldığımız Ek Ödeme İş Yükünün Artışına Bağlı Olarak Artmaktadır Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları ..	109
Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Farklı Ek Ücret Alması Doğaldır Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	110

Tablo 21:	Aylık Toplam Gelir ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu.....	112
Tablo 22:	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Aylık Toplam Gelire Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	114
Tablo 23:	Meslekte Çalışma Süresi ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu	118
Tablo 24:	Uygulama Çalışanlara Ek Gelir Dışında Da Yararlar Sağlamaktadır Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	119
Tablo 25:	Kurumda Çalışma Süresi ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu	121
Tablo 26:	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Kurumda Çalışma Süresine Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	122
Tablo 27:	Görev Alanı ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu	124
Tablo 28:	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Görev Alanına Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	126
Tablo 29:	Meslek ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu	128
Tablo 30:	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Mesleğe Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	130
Tablo 31:	Eğitim Durumu ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu.....	131
Tablo 32:	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	133

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1: Sağlıkta Dönüşüm Projesi Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlara ait Teşkilat Şeması.....	19
Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Yeni Teşkilat Şeması	22
Şekil 3: Devlet Hastanelerinde Yeni Yönetim Modeli	28

KISALTMALAR

A.B.D.	: Ana Bilim Dalı
C.	: Cilt
diğ.	: Diğerleri
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
s.	: Sayfa Sayısı
S.	: Sayı
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
PDÜÖ	: Performansa Dayalı Ücret Ödeme Sistemi
NPP	: Net Performans Puanı
GİP	: Girişimsel İşlem Puanı
HHP	: Hastane Hizmet Puanı
KHPO	: Klinik Hizmet Puan Ortalaması
AÇSAP	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
BKK	: Bakanlar Kurulu Kararı
RG	: Resmi Gazete
FDK	: Finansal Değerleme Katsayısı
KPK	: Kurumsal Performans Katsayısı

GİRİŞ

Çalışma Konusunun Seçimi: Sağlık Hizmetleri emek-yoğun bir üretim teknolojisi gerektiren ve söz konusu emek faktörünün üstün nitelikli, eğitilmiş ve donanımlı sağlık çalışanlarından oluşmasını gerektiren bir sektördür. Sağlık Hizmetleri üretiminde de en temel problem, diğer küresel ekonomilerde olduğu gibi kaynak kıtlığı sorunu ve kaynak kıtlığı sorununun hemen giderilememesidir. Bu noktada yapılacak olan şey, sağlık hizmet üretiminde mevcut kaynakların etkin, verimli ve ekonomik kullanılarak sağlık hizmet üretilmesidir. Sağlık hizmetleri üretiminde etkinlik ve verimliliğin artırılmasında, sağlık çalışanlarının performans ve motivasyonunun önemi büyüktür. Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerinde uygulanmakta olan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine sağlık çalışanlarının bakış açıları değerlendirilecektir.

Çalışmanın Amacı: Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunumunda özel teşebbüs ne kadar teşvik edilse de, bugün büyük oranda kamu kurumları tarafından sunulan bir hizmet türüdür. Sağlık hizmetleri kamu kurumları tarafından sunulmakla beraber, özellikle 1980'li yılların başlarındaki neo-liberal dönüşümle, devletin ekonomik ve ticari faaliyet alanlarının sınırlandırılması gerektiği görüşü hâkim olmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda devletin başarısızlığı ve kaynakların etkin ve verimli kullanılmadığı algısı, liberal dönüşümle beraber yerini toplam kalite yönetimi, performans yönetimi, motivasyon ve performansa dayalı ücret sistemi gibi kavramlara bırakmıştır. Bu araştırmanın temel amacı, sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin incelenmesidir. Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin çeşitli demografik özelliklere göre farklılaşp farklılaşmadığı analiz edilecek ve elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalar ile ilişkilendirilerek değerlendirilecektir.

Çalışmanın Önemi: Sağlık kurumlarında performansa dayalı ek ödeme sistemi, yakın zaman içinde uygulanmaya başlamış bir sistem olması nedeniyle beraberinde birçok belirsizlikler, yenilikler ve sisteme uyum açısından sorunlar getirmiştir. Bu sebeple, çalışmada sistemin yöneldiği sağlık personelinin sisteme

yönelik görüşleri ve önerileri incelenmiştir. Kıdem ve statünün yerine, performans göz önünde bulundurularak ödeme yapılmasına dayanan bu sistemi, ülkemizde yakın zamanda uygulamaya konulduğundan, henüz üzerinde çok fazla çalışma yapılmamış yeni bir konu olarak ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmada sağlık personelinin sisteme ve sistemin uygulanmasına yönelik görüşleri çeşitli demografik özellikleri de göz önüne alınarak incelenmiştir. Bu doğrultuda sistemin çeşitli yaş, cinsiyet, görev, gelir gibi değişkenlere sahip sağlık personeli tarafından nasıl algılandığı ve bu gruplar arasında görüş farklılıkları olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma sonucunda sisteme ilişkin görüşler ampirik analizlerle ortaya konularak sistemin genel değerlendirilmesi yapılmıştır. Elde edilen bulguların, çalışmanın gelecekteki çalışmalara ve sistemde yapılacak düzenlemelere ışık tutması ve temel oluşturması amaçlanmıştır.

Performansa Dayalı Ücret Sistemi, amaçları arasında yer alan olan etkinlik ve verimliliğin sağlanması ve motivasyonun artırılması amacıyla uygulamaya konulmuştur. Söz konusu sistemin başarılı olup olmadığı analiz edilmek amacıyla, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görevli olan hekim ve hemşireleri kapsayan anket çalışması yapılmış ve sonuçları değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, hekim ve hemşirelerin görüşlerinden yola çıkılarak sistemin zayıf yönleri ile çalışanların tatmini ve motivasyonunun artırılması için çözüm önerileri üzerinde çalışılmıştır.

Çalışmanın Planı: Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirilmesi isimli bu çalışma, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ülkemizde sağlık hizmetlerinin ve sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların gelişimi ve değişimi incelenmeye çalışılacaktır. Bu bölümde ayrıca, sağlık kurumlarının yönetim yapıları ve tarihi seyir içerisindeki gelişimleri, sağlık hizmet sunucuları ve bunlara uygulanan ücret politikaları, bu çalışmada incelenen diğer bir konudur.

İkinci bölümde ise sağlık kurumlarında uygulanmakta olan performansa dayalı ücret sistemi ve uygulamada karşılaşılan sorunlar ve sistemde karmaşık bir görünüm arz eden ücret hesaplama yöntemi ayrıntılı olarak incelenecektir. Ayrıca bu bölümde

etkinlik ve verimliliğinin artırılması amacıyla uygulamaya konulan performansa dayalı ücrete sisteminin, sağlık personelinin motivasyonu ve mesleki tatminine etkisi ortaya konulacaktır.

Üçüncü ve son bölümde ise İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan anket çalışması ile sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine bakış açıları analiz edilecektir.

Çalışmada Kullanılan Yöntem: Bu çalışmada öncelikli olarak literatür taraması yapılacaktır. Sağlık hizmeti sunan kurumlar ve teorik temelleri ile Türkiye’de sağlık iş gücü hakkında temel veriler ortaya konulacaktır. Bu süreçte sağlık çalışanlarının performansları ve bu performansları karşılığında almış oldukları ek ödemelerin ekonomik ve yasal altyapıları araştırılacaktır.

Üçüncü ve son bölümde ise sağlık çalışanlarının sisteme bakış açılarının değerlendirilebilmesi için, alan araştırması yapılacaktır. Bu doğrultuda araştırmada birincil veri toplanması için veri toplama aracı olarak anket kullanılacaktır.

Alan araştırmasında kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik sağlık personelinin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla birinci bölümde 29 adet likert ölçekte hazırlanmış soru yer almaktadır. Ölçekte yer alan görüşler 1. (kesinlikle katılmıyorum), 5. (tamamen katılıyorum) aralığında ölçülmüştür. Çalışmada kullanılan anket, Ali Gazi¹ tarafından kullanılan ölçek ile yapılan pilot çalışması sonucunda belirlenen anket sorularının bileşiminden oluşmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde, katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesi ve bu özelliklere göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik algılarındaki değişiminin incelenmesi amacıyla anket formuna eklenen 11 demografik ve kategorik soru yer almaktadır.

¹ A. Gazi, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin analizi, Gazi Üni, SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006

Anket formunun üçüncü bölümünde ise araştırmaya ve performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik sağlık personelinin önerilerinin sorulduğu açık uçlu soru yer almaktadır. Açık uçlu sorular ile sağlık personelinin sisteme yönelik önerilerinin nitel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın Sınırlılıkları ve Zorlukları: Araştırmada öngörülen ve ortaya çıkan bazı kısıtlar bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri zaman ve maliyet kısıtlarıdır. Bu kısıtlar nedeniyle araştırma İzmir ili Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sınırlandırılmıştır. Aynı zamanda İzmir ilindeki tüm sağlık personeline ulaşmadaki güçlük nedeniyle tam sayım yerine örnekleme yoluna gidilmiştir. Araştırmanın bir diğer kısıtı da elde edilen verilerin sağlık personelinin kendisinden toplanması nedeniyle subjektif yargılardan oluşmasıdır. Bu nedenle kişilerin verdikleri cevapların doğru olduğu varsayılarak araştırma yürütülmüştür.

Çalışmanın Varsayımları: Araştırmanın ana hipotezi şu şekilde belirlenmiştir:

H1: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri demografik özelliklerine göre farklılaşmaktadır.

Araştırmada sağlık personelinin çeşitli demografik özelliklerine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin değişip değişmediğinin incelenmesi için 10 adet alt hipotez ve bunların alt hipotezleri belirlenmiştir. 10 demografik değişkene göre belirlenen temel alt hipotezler şunlardır.

H1a: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin yaşına göre farklılaşmaktadır.

H1b: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

H1c: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1d: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin meslekteki çalışma süresine göre farklılaşmaktadır.

H1e: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin kurumdaki çalışma süresine göre farklılaşmaktadır.

H1f: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin medeni durumuna göre farklılaşmaktadır.

H1g: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin yönetici olma durumuna göre farklılaşmaktadır.

H1h: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1i: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin mesleğine göre farklılaşmaktadır.

H1j: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

Bu alt hipotezlerin her biri için 29 değişkende yer alan görüşe, belirtilen demografik değişkene göre katılım düzeyleri arasında fark olup olmadığına ilişkin 29 alt hipotez daha oluşturulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ VE SAĞLIK HİZMETİ VEREN KURUMLAR

Sağlık bir toplumdaki bireylerin kişiliğine sıkı sıkıya bağlı, vazgeçilmez ve devredilmez anayasal haklarından birisidir. Sağlık Hizmetleri de bu hakların bireylere sunulması ile birlikte bireylerin sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve herkesin faydalanabilmesi konusundaki faaliyetlerin bütünüdür. Bu faaliyetler gerek dünyada gerekse ülkemizde özel ve kamu kurumlarınca sürdürülmektedir. Bu bölümde sağlık hizmetini sunan kamu kurumları, bu kurumların mahiyeti ve önemi, bu kurumlarda sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanları ve bunların özlük haklarına ilişkin temel bilgilere yer verilmiştir.

1. Sağlık ve Hastalık Kavramı

Sağlık kavramı tarihi süreç içerisinde bireyden bireye veya toplumdan topluma, bunların ekonomik, sosyal, kültürel ve gelişmişlik düzeylerindeki farklılıklar nedeni ile farklı şekilde algılanmış ve tanımlanmıştır. Ancak bugün en kapsamlı ve herkes tarafından kabul gören tanımları Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün Kuruluş Yasasında belirtilen tanıma göre sağlık; kişinin sadece hasta ya da sakat olmama hali değil, aynı zamanda ruhen, bedenen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Tanımdan da anlaşılacağı üzere, sağlığın tanımı kapsamında bireyin fizyolojik yönü ile beraber, psikolojik ve sosyal yönünün de tanıma girdiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün yanı sıra birçok bilim dalı, sağlığı kendi açısından tanımlamıştır. Biyoloji bilimine göre sağlık, vücut hücrelerinin her birinin optimum kapasite ile çalışması ve hücreler arası uyumun sağlandığı durum, psikolojide; bireyin çevre ve toplum ile uyum içerisinde bulunması veya bu durumun bozulması halinde gösterdiği potansiyel, sosyoloji ise

bireyin kendi içinde kendisinden beklenen rolleri yerine getirmekteki yeterliliği² olarak tanımlanmıştır.

Hastalık kavramı ise, en genel tanımı ile yukarıda tanımlanan sağlık kavramından sapmaları ifade etmektedir. Türk Dil Kurumu Hastalığı, “Organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı” olarak tanımlamıştır. Hastalık kavramı da tarihsel süreç içinde farklı şekillerde algılanmıştır.

Hastalık ya da sağlık kavramı günümüze kadar farklı şekillerde tanımlansa da, günümüz hukuk devletlerinde sağlık ve sağlık hakkının temel hak ve özgürlükleri düzenleyen Anayasalarda yer alması; ayrıca herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesinin sağlanması görevinin devlete verilmesi, sağlığın korunması konusunda en önemli gelişmelerden biridir denilebilir.

2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetleri toplumdaki bireyleri bedensel, sosyal ve ruhsal anlamda tam iyilik halinin temini için yapılan faaliyetlerin bütünü olarak tanımlanabilir. 12.01.1961 tarih ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanunda, “Sağlık Hizmetleri; İnsan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (Rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir”³ şeklinde tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetleri, insanoğlunun varoluşundan günümüze kadar, sürekli değişen ve gelişen bir hizmet türüdür. Yani insanoğlu var olduğundan beri sağlığını korumaya çalışmış ve hastalandığı zaman iyi olmak için kendini tedavi etmiş veya ettirmiştir. Pozitif bilimlerin olmadığı mistik dönemden 21.yüzyıla gelinceye kadar bu konuda birçok ilerleme kaydedilmiştir. Ancak bu gelişim her toplumda aynı hızda olmamıştır. Ancak şurası bir gerçektir ki bireyler hastalandığında ya da hastalanma

² N. Tuncel-T. Şanlı-M. Berk, Halk Sağlığı Hemşireliği, Eskişehir, 1993, s.3

³224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun, [http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1\(15.05.2012\)](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1(15.05.2012))

riskine karşı ya tanrısal güçlere ya doğaya ya da modern tıbbı sığınarak eski sağlığına ulaşmak istemiştir. Bu suretle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ilk günden beri var olmuş, zaman içerisinde ve toplumdan topluma farklı bir şekilde gelişme göstermiştir.

Bu değişim ve gelişim sonrası, sağlık hizmetinin sunumu yani hem hasta bireylerin korunması görevi, hem de bireylerin hastalıklardan korunması için gerekli önlemlerin alınması görevi öncelikli olarak devlete verilmiştir.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Türleri

Sağlık hizmetleri genel olarak Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri, İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri olarak sınıflandırılmakla birlikte; Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu sınıflandırmaya paralel olarak ayrı bir sınıflandırma yapılmış ve ülkemizde Sağlık Bakanlığınca bu sınıflandırma genel kabul görmüştür⁴. Buna göre Sağlık Hizmetleri;

“*Koruyucu Sağlık Hizmetleri,

*Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri,

*Rehabilitasyon Hizmetlerinden oluşmaktadır.

Bu hizmetler aşağıdaki alt sistemlerden oluşmaktadır.

Koruyucu Sağlık Hizmetleri;- Bireye Dönük Sağlık Hizmetleri

-Topluma Dönük Sağlık Hizmetleri

-Çevreye Dönük Sağlık Hizmetleri

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri;-Ayakta Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

-Yatarak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilitasyon Hizmetleri;-Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

-Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri”

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri, hizmet kavramı için geliştirilmiş tüm özelliklere sahip olmakla beraber, bazı farklı özelliklere de sahiptir. Sağlık hizmetleri denilince üreticilerinin ürettikleri mal ve hizmetler, hizmetlerin üreticisi durumunda olan

⁴ Y. Yeğinboy, Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, İzmir, 1993, s.22

doktorların teknik bilgi ve yetenekleri, sağlık kuruluşlarının teknolojik kapasiteleri, özel testler, ameliyat prosedürü gibi konular düşünölmektedir. Buna karşılık tüketicilerin bu terime bakış açıları daha farklıdır. Sağlık hizmetleri konusunda tüketiciler için tıbbi bakım yanında sağlık personeliyle etkili iletişim, sağlık hizmetinin elde edilmesindeki kolaylık, fiziki imkanlar ve hizmeti üreten kişilerin kendilerine karşı tutumu önemli faktörlerdir.⁵

Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetini üreten sağlık çalışanları ya da üretilen bu hizmeti talep hastalar açısından farklı algılansa bile, temel özellikleri aşğıdaki gibi sıralanabilir.

Sağlık hizmetleri, anayasal ve yasal bir hak olup, doğumla kazanılır. Bireyin cenin olarak anne karnına düşmesinden ölünceye kadar olan dönemi kapsayan, diğer haklardan önde gelen ve bu hakkın anayasa ve yasalarla düzenlendiği bir haktır.

Sağlık hizmetleri, uluslar arası düzeyde de korunan bir haktır. Birleşmiş Milletler ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1977 yılında yayınlanmış olan “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” adlı raporu ile, sağlık hizmetlerinin uluslar arası platforma taşındığı görölmektedir. Yine İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 25 maddesinde “Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır” şeklinde ifade edilerek, sağlık hakkı uluslararası platforma taşınmıştır.

Sağlık Hizmetleri özünde kamusal nitelikli bir hizmettir. Burada hizmetin kamusal olma özelliği, sadece kamu kurumlarınca sunulması anlamında olmayıp, sağlık hizmetlerinin genel olarak fiyatlandırılmaması, tüketildiğinde toplumun genelinin yararlanması ve dışsallık gibi bir takım özelliklerinden ileri gelmektedir.

Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetriktir. Sağlık Hizmetleri sunulurken, hizmet sunan kesimin önemli bir donanıma sahip olduğu görülürken, sağlık hizmeti talep eden kesimin önemli bir bilgi eksikliği söz konusudur.

⁵ Ş. Erdem, Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama”, Trakya Üniversitesi SBE, İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, Edirne, 2007, s.51

Sağlık hizmetlerinde talep esnekliği yoktur. Yani hastalanan bir kişinin sağlık hizmeti talebini ertelemesi ya da talebinden vazgeçmesi söz konusu olamaz.

Sağlık hizmetleri, yüksek maliyet gerektiren ve diğer sektörlerle oranla çok hızlı değişip gelişen bir hizmet sektörüdür. Sağlık Hizmetlerine ait üretim girdilerinden olan profesyonel insan kaynakları, bina, araç-gereç ve tıbbi malzemeler son derece yüksek maliyetli olup, kıt kaynaklardır. Ayrıca sağlık sektörü, diğer pek çok sektörden daha hızlı gelişmekte ve gelişen diğer sektörlerden hızlı ve yoğun bir şekilde etkilenmektedir.⁶

3. Türkiye de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimi, siyasal ve liberal dönüşümün etkisi altında kalarak değiştiği ve geliştiği göz önünde bulundurularak, 1980 Öncesi ve 1980 Sonrası Dönem diye iki gruba ayrılarak incelenecektir.

3.1. 1980 Öncesi Dönem

Anadolu da sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarının belirlenmesinde dini, sosyal ve toplumsal yapıdan etkilendiği görülmektedir. Türklerin İslamiyeti kabul etmelerinden önce Gök Tanrılarına inanmaları, hastalık ve sağlık konularını da tanrılara bağlayıp Gök Kültürü ile açıklamaları ve hekimlik ve hasta bakımının din adamı olan şamanlar tarafından yürütülmesi bunun en güzel kanıtlarından birisidir.

Yazdığı eserlerde Avrupa’da “Hekimlerin Hükümdarı Avicenna” olarak tanınan Türk İslam hekimi İbn-i Sina doğu ve batı dünyasında hekimliği uzun süre etkilemiştir. İbn-i Sina’nın eserlerinden El Kanun Fittıb’daki: “Hastalıkları yapan bir kurttur. Fakat bu kurdu göreceğ bir alet elimizde yoktur. Temizlik bu kurtların sebep olduğu hastalıkları önleyebilir”⁷ ifadesi, bulaşıcı hastalıklar ve özellikle mikrobiyoloji ile ilgili görüş olması bakımından önemlidir.

⁶ İ. Şimşir, Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi, Sakarya Üniversitesi SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2009, s.17

⁷ P. Velioglu-K. Babadağ, Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, Eskişehir, 1992, s.161

Anadolu'daki ilk hastane Hıristiyan'lar tarafından MS 369 yılında inşa edilen Kayseri Hastanesidir. Anadolu'daki Türk devletleri içinde ilk tıp mektebi Kayseri'de I.Gıyasettin Keyhüsrev'in 1206'da yaptırdığı hastanedir. Kız kardeşi ve Kılıç Arslan'ın kızı olan Gevher Nesibe Sultan'ın bütün mücevherleri ve malvarlığını koyarak yaptırdığı hastane, ilk kurumlaşmış hizmet örneğidir. Osmanlı Devletinde, Selçuklarda olduğu gibi hayır ve vakıf işleri geleneği sürdürülmüş; büyük kentlerde hastane inşaları devam etmiştir. Osmanlı döneminde sağlık hizmetlerinin örgüt yapısı incelendiğinde, merkezde Hekimbaşılık, taşrada ise Darüşşifalar olduğu görülmektedir. Osmanlı Devletinde kurulan ilk hastane, 1399 yılında Bursa'da Yıldırım Beyazıt tarafından inşa edilen Sultan Yıldırım Beyazıt Hastanesi'dir.⁸

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık hizmetleri ve sağlık politikalarının belirlenmesinde, demografik ve coğrafik etkenlerin yanı sıra ekonomik ve siyasi düşüncedeki değişimlerin de etkili olduğu görülmektedir. Mistik dönemde kötü ruhlara bağlanan hastalık kavramı, giderek daha kurumsal ve bilimsel temellere oturtulmuştur. Vakıf ya da dernekler eliyle hastane hizmetleri, bugün çok ileri teknoloji ve kurumsal yapı arz eden görünüme bürünmüştür.

Özellikle Cumhuriyetin ilk yıllarında, Ulusal Kurtuluş Savaşının sebep olduğu yoksulluk nedeniyle ortaya çıkan tifo, kolera, sıtma gibi salgın hastalıklar, sağlık reformunu zorunlu kılmıştır. Konu ile ilgili olarak TBMM açılmasından hemen sonra 02.05.1920 tarih ve 3 sayılı yasa ile Sıhhiye ve Muaveneyi İctimaiye Vekaleti'nin kurulması ve ilk Bakanlar Kurulu toplantısına Adnan Adıvar'ın Sağlık Bakanı olarak katılması son derece önemlidir.

Cumhuriyet ilanını müteakip Sağlık alanındaki atılımlar devam etmiş; özellikle Genel Sağlığın Korunması adına çıkarılan 1932 tarihli Umumi Hıfzıssıha Kanunu (UHK), günümüzde bile etkin bir şekilde uygulanmaktadır. Yine bu dönemde çıkarılan Trahomla Mücadele Kanunu, Sıtma İle Mücadele Kanunu gibi Kanunlar, bireylerin sağlığının korunması adına son derece önemli Kanunlardır.

⁸ Ş. Ertekin, "Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Hizmetleri", İzmir Sağlık Müdürlüğü. Dergisi, İzmir 2008, s. 41

İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise Sağlık Bakanı olan Dr. Behçet Uz tarafından uygulamaya konulan “Milli Sağlık Politikası”⁹ çalışmaları, sağlıkta planlı döneme geçiş anlamında son derece önem arz etmektedir. Bu çalışmalarla birlikte 1-10 Yıllık Sağlık Planları yapılmıştır. 1960 yıllarda ise dönemin Sağlık Bakanı olan Nusret Fişek tarafından, “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunla” nüfusa dayalı, yaygın, entegre, sürekli, kademeli, il içinde bütün ve katılımlı sağlık hizmeti ilkeleri, çerçevesinde, sağlık evleri, sağlık ocakları, il ve ilçe hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiş ve sosyalleştirme planına göre pilot il seçilen Muş ilinde, 01.08.1963 yılından itibaren 19 sağlık ocağı ve 35 sağlık evi ile işe başlanmıştır¹⁰

3.2. 1980 Sonrası Dönem

1980’li yıllara gelindiğinde ise diğer alanlarda olduğu gibi sağlık hizmetleri alanında da Neo Liberal dönüşümün yaşandığı yıllardır. Bu düşünceye göre kamu sektörü için minimum rol öngörülmüş, ancak bu rolü etkin ve verimli bir şekilde yapması beklenmiştir. Küçülen kamu sektörünün daha verimli çalışabilmesi için özel sektör yönetim yaklaşımlarının kamu sektörüne ithal edilmesi düşünülmüştür.¹¹ Buna görüş doğrultusunda 1983 yılında Sağlık Bakanlığı’nın Teşkilat ve Kararları Hakkında Kararname çıkarılmış, aynı zamanda döneme ait Beş Yıllık Kalkınma Planlarında, sağlık hizmetlerinin kamu ve özel sektör tarafından ortak sunulması teşvik edilmiştir.

Bu değişim, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nda yapılan değişikliklerle başlamaktadır. 28.03.1988 tarihli ve 318 sayılı Kanun Hükmünde Kararname’nin ilk maddesiyle birlikte Yardımcı Hizmetler sınıfında bulunanların yaptıkları hizmetlerin ihale yoluyla yapılabilmesinin önü açılmıştır.¹²

⁹ H. Özseri, “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, Sağlıkta Strateji, Ankara, 1998, s.2

¹⁰ Sağlık Hizmetlerinde 50.yıl 1923-1973 Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Ankara, 1993, s.236

¹¹ K. Pala, “Temel Sağlık Hizmetleriyle İlgili Uluslar arası Alma Ata Toplantısı”, Toplum ve Hekim Dergisi, C.17, S.2, Ankara, Mart-Nisan 2002, s.101

¹² S. Demirel Etöz, Sağlık Reformu 1980-2010, Kamu Yönetimi Çalışmaları 2010, Ankara Üniversitesi Yayınları Kamu Yönetimi ve Reform S.9 Ankara, 2010, s.161

2000’li yıllarda sağlıkta dönüşümle, sağlık hizmetlerinin organizasyonunun, sunumunu ve finansmanının değiştirilmesi amaçlanmıştır. Bu dönüşümün temel ilkeleri; insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, hizmette rekabet ve yerleşme olarak belirlenmiştir.¹³

Günümüze gelindiğinde, sağlık sunumunun tek çatı altında birleştirildiği, sağlık hizmeti finansmanında da Genel Sağlık Sigortası Modeli’ne geçilerek, sosyal faydanın azamileştirilmeye çalışıldığı görülmektedir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinin ekonomik gücü olanlardan prim ödenerek, ekonomik gücü olmayan bireylere ise devlet tarafından oluşturulacak Genel Sağlık Sigortası (GSS) tarafından sağlık hizmetinin sunulmasının ilke olarak benimsenmesi önemlidir. Bu modelde özellikle siyasal konjonktür olarak liberal düzenin yani bireyin ön plana çıkarılmasının etkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Döneme ilişkin değişim ve dönüşümü, siyasal partilerin gerek parti programlarında ve gerekse seçim beyanname ve hükümet programlarında görmek mümkündür. Liberal politikaların ön plana çıkmış olduğu bu politikaların günümüzde de devam ettiği görülmektedir.

4. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunucuları

Türkiye’de sağlık hizmetleri ekonomik, sosyal, kültürel ve siyasal gelişime bağlı olmakla birlikte, genel olarak kamusal bir faaliyet olarak devlet tarafından sürdürülmektedir. Ancak değişen ve gelişen devlet anlayışına bağlı olarak giderek sağlık hizmetlerinin yaygınlığının ve yoğunluğunun artması, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasına ve yeni finansman yöntemlerinin aranmasına yol açmıştır. Bu arayışın temelinde ağırlığa ayrılan kaynakların kıt olması ve sonucunda kaynak kullanımındaki maksimum verimlilik arayışları yatmaktadır. Kaynak kıtlığı sorununu hemen ortadan kaldırmanın mümkün olmaması nedeni ile kaynakların verimli kullanılmasını zorunlu kılmış ve bu süreç sağlık hizmetlerine kamusal olma özelliği yanında özel olma niteliği de kazandırmıştır.

¹³ Etöz., 2010, s.164

Sağlık hizmetlerini sunan kurum ya da kuruluşlar birçok açıdan sınıflandırmak mümkün olsa da, çalışmanın sınırları açısından sadece özel ve kamu sağlık kuruluşları diye sınıflandırılıp özellikle kamusal sağlık kuruluşlarının tarihi seyir içerisindeki gelişimi incelenecektir.

4.1. Türkiye’de Özel Sağlık Kuruluşları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumunda, özel sağlık hizmetlerinin payı düşük olmakla birlikte, kamu ve özel teşebbüs işletmeleri tarafından birlikte hizmet sunulmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri büyük oranda kamusal görünümde olsa da, siyasal ve konjonktürel değişime bağlı olarak toplam sağlık hizmetleri içerisinde özel sağlık hizmetlerinin payının sürekli bir artış trendi içerisinde olduğu söylenebilir. Özellikle 1980’li yıllardan itibaren izlenen liberalleşme politikalarına bağlı olarak, özel sağlık işletmelerinin sayının hızla arttığı görülmektedir. Bunlar; özel sağlık kuruluşları, özel poliklinikler, özel muayenehaneler, özel laboratuvar ve tıbbi tanı merkezleri, özel dispanserler, özel hastaneler ve günümüzde özel tıp fakülteleri şeklinde örgütlenip, sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu kuruluşlar, 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’na dayanılarak çıkarılan Özel Hastaneler Yönetmeliği kapsamında kurulmakta ve faaliyetlerini sürdürmektedirler.

Ülkemizde ilki 1920 yılında kar amacı gütmeyen kurulmuş olan özel hastanelerin sayısı, 1980’lerdeki liberal dönüşümle beraber hızla artmıştır. 1985 yılında 94 olan özel hastane sayısı, 1990’da 103 sayısına ulaşmıştır. Ülkemizde özel sağlık yatırımlarının cazip kılınması ile birlikte 1999 yılında özel hastane sayısı 219’a ulaşmıştır¹⁴. Bu rakam 2003 yılında 247 ve 2006’da 331, 2008’de 400 ve 2010 yılında 489 sayısına ulaşmıştır. Söz konusu dönemlerde özel sektörde çalışan sağlık personeli sayısında da çok büyük artışlar olmuştur. 1994 yılında toplam özel sektör sağlık personeli sayısı 14.562 iken (Hekim 9.125, Hemşire-Ebe 3.432 ve sağlık memuru 2.005), bu sayı 2008 yılına gelindiğinde 97.639’a (Hekim 22.598, Hemşire-Ebe 19.314 ve sağlık memuru 18.365) ulaşmıştır. Türkiye’de özellikle 1980 yılından sonraki demografik değişiminin, özel hastane işletmeciliğine etkisinin olduğunun

¹⁴ Özel Sağlık Kurumları, www.saglik.gov.tr/turkce/televi/ozel.htm(25.05.2012)

belirtilmesi gerekir. Çünkü o yıllara kadar nüfusun büyük çoğunluğunu kırsal kesim oluştururken, bu oran daha sonra kentli nüfus lehine değişim göstermiştir.

4.2. Türkiye’de Kamusal Sağlık Kuruluşları

Kamusal Sağlık Hizmetleri; bireyin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesinin, sağlığı olumsuz etkileyen unsurların önlenmesi ve ortadan kaldırılmasının hasta kişilerin yeniden sağlıklarına kavuşması için gerekli tanı ve tedavi işlemlerinin bireylerde oluşabilecek kalıcı hasarlarda ise gerekli rehabilite hizmetlerinin, kamu kesimi tarafından kendi sermaye ve personeli ile yapmış olduğu faaliyetlerdir. Söz konusu sağlık hizmetlerini ifa eden, sermayesi ve personeli kamuya ait olan, kendi özel kanunları ile yönetilen ve sağlık alanında hizmet sunan kamu idarelerine Kamusal Sağlık Kuruluşları denir.

Ülkemizde devlet adına, bireylere ve topluma ve bunların çevrelerine koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini ve rehabilitasyon hizmetlerini yürütmek görevi, özellikle Sağlık Bakanlığına verilmiştir. Sağlık Bakanlığı ile birlikte bu görev 2005 yılından önce, Sosyal Sigortalar Kurumu, Belediyeler, Üniversiteler ve diğer kamu kurumları tarafından da yerine getirilmekteydi. Bu sebeple sağlık hizmetlerini sunan kamu nitelikli kurum ve kuruluşlar, kronolojik değişim göz önünde bulundurularak sınıflandırılacak ve açıklanacaktır.

4.2.1. 2005 Yılı Öncesi Dönem

2005 yılında çıkarılan “5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun”dan önceki yani 2005 yılından önceki dönemde, kamusal nitelikli sağlık hizmeti birçok kamu kurumu tarafından sunulmaktaydı. Bu da özellikle hizmette verimlilik ve etkililik ilkelerini olumsuz etkilemekteydi. 5283 sayılı Kanun’dan önce sağlık hizmeti, Sağlık Bakanlığına ile birlikte Sosyal Sigortalar Kurumu, Üniversiteler, Belediyeler, Devlet Demir Yolları, vb. kamu kurumları tarafından sunulmaktaydı. Bu çalışmada kurumların sunmuş oldukları hizmetin niteliği ve Sağlık Bakanlığı tarafından 05.06.2003 ve 15.08.2003 tarihinden çıkarılan genelgeler göz önünde bulundurularak sınıflandırılacak ve bu yönde açıklamalar yapılacaktır.

4.2.1.1. Birinci Basamak sağlık Kuruluşları

Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşları; Resmi Kurum Tabiplikleri, Sağlık Ocakları ve Sağlık Evleri, Dispanserler (Sıtma Savaş, Trahomla Mücadele, Veremle Savaş, vb) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Toplum Sağlığı Merkezleri SSK Sağlık İstasyonu ve Dispanserlerinden¹⁵ oluşmaktadır. Bu kuruluşların birincil görevi, koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli olarak sunulmasıdır. Bu kuruluşlar, hizmet bölgesinde yaşayan bireylerin sağlığının korunmasında sorumludurlar.

1982 Anayasasında da ifade edildiği üzere, herkes dengeli ve sağlıklı bir çevrede uzun bir hayat sürdürme hakkına sahiptir. Devlet bu hakkın yerine getirilmesinde birinci derecede sorumlu olup, konu hakkında bireylerin ilk başvurduğu kurumlar da birinci basamak sağlık kuruluşlarıdır. Bir ildeki Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları, ihtiyaç olması halinde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Valinin onayı ile açılır ve kapanır¹⁶. Söz konusu Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları ve görevleri kısaca aşağıdaki gibi açıklanabilir.

Sağlık Evi: Kırsal Bölgelerde coğrafya ve yol durumu göz önünde bulundurularak 2-3 bin nüfus için bir sağlık evi yaptırılmıştır. Sağlık evleri, sağlık ocağına bağlı olarak çalışan kuruluşlardır. Sağlık evlerinde ağırlıklı olarak ana-çocuk sağlığı hizmetleri verilmekte olup, personel olarak yalnızca ebe veya ebe-hemşire çalışmakta, başka bir personel bulunmamaktadır. Gebelerin tespit ve takibi, kontrolü, doğumların yaptırılması, çocukların izlenmesi ve kontrol edilmesi, aşılama hizmetleri ebelerden beklenen temel görevlerdir.¹⁷

Sağlık Ocağı: Türkiye’de ilk Sağlık Ocağı “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”a dayanılarak Muş İlinde kurulmuş olup, 2005 yılında pilot ve 2010 yılında tüm ülkede Aile Hekimliğine geçilene kadar etkin ve verimli bir şekilde sağlık Hizmeti sunmuş kuruluşlardır. Sağlık ocaklarının başlıca

¹⁵ 15.08.2003 tarihli Sağlık Bakanlığı Genelgesi www.saglik.gov.tr. (15.06.2012)

¹⁶ Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarının Açılması, Kapatılması ve Bunlara Ad verilmesi Hakkında Yönerge www.saglik.gov.tr. (10.08.2012)

¹⁷ Ş. Kavuncubaşı, Adnan Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üni. AÖF Yayınları No:926, Eskişehir, 2008, s.29

görevleri arasında koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte, hastaların muayenesi ve tedavisi yer almaktadır. Sağlık ocakları, sağlık ocağına kayıtlı şahısların sağlık sicillerini tutmak ile de mükelleftir. Ayrıca, sağlık ocağı hekimleri tedavi edemedikleri vakaları, hastaneye sevki gereken acil vakaları vb. durumlarda hastaları hastaneye sevk edilmeleri sayılabilir.

Dispanserler: Ayakta tedavi edilebilecek olan hastaların, ücretsiz olarak tedavilerinin yapıldığı sağlık kuruluşlarıdır. İlk dispanserler Avrupa da kurulmuş olup birinci basamakta tüm tanı ve tedavi hizmetlerini yürütmekle görevli iken, ülkemizde özellikle bazı hastalıkların tedavisi ve bu hastalıklarla mücadele edilmek üzere kurulmuş birinci basamak kuruluşlardır.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP): İlk olarak 1997 yılında kurulan bu merkezler, kendi hizmet bölgelerindeki bireylere aile planlaması ve anne çocuk sağlığı konusunda eğitim ve her türlü sağlık hizmetinin sunulması ile görevlendirilmiş sağlık kuruluşlarıdır. 06.02.1997 tarih ve 22900 nolu Resmi Gazetede yayımlanan “Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri Yönetmeliği”nin amaç başlıklı 1. maddesinde “Bu Yönetmeliğin amacı; sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç bakımından toplumun en öncelikli kesimini oluşturan kadın, anne ve çocukların sağlık düzeyini yükseltmek, üreme sağlığı hizmetleri bütünü içerisinde ailelere aile planlaması hizmetlerini ve diğer sağlık kuruluşlarıyla işbirliği içinde diğer ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu sağlık hizmetleri ilkelerine uygun şekilde gerçekleştirmek üzere kurulan “Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri”nin hizmetlerini ve bu hizmetlerin yürütülmesine dair usul ve esasları düzenlemektir” şeklinde ifade edilmiştir.

Tablo 1: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Kuruluşları

	2000	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Sağlık Ocağı	5.035	5.043	5.250	5.887	6.062	5.928	6.367
AÇSAP	291	297	298	227	225	222	188
Toplum Sağlığı Merkezi	-	-	-	182	373	429	961
Verem Savaş Dispanseri	277	277	249	247	243	229	198
KETEM	-	-	40	50	84	122	122
112 Acil Yardım İstasyonu	366	480	1.175	1.264	1.308	1.317	1.375
Toplam	5.969	6.097	7.012	7.857	8.292	8.247	9.211

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Ankara 2012

4.2.1.2. İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları

Sağlık Bakanlığının 15.08.2003 tarihli genelgesine göre, eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile Türk Silahlı Kuvvetleri'nin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler kamu kesimi ikinci basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanmaktadır.

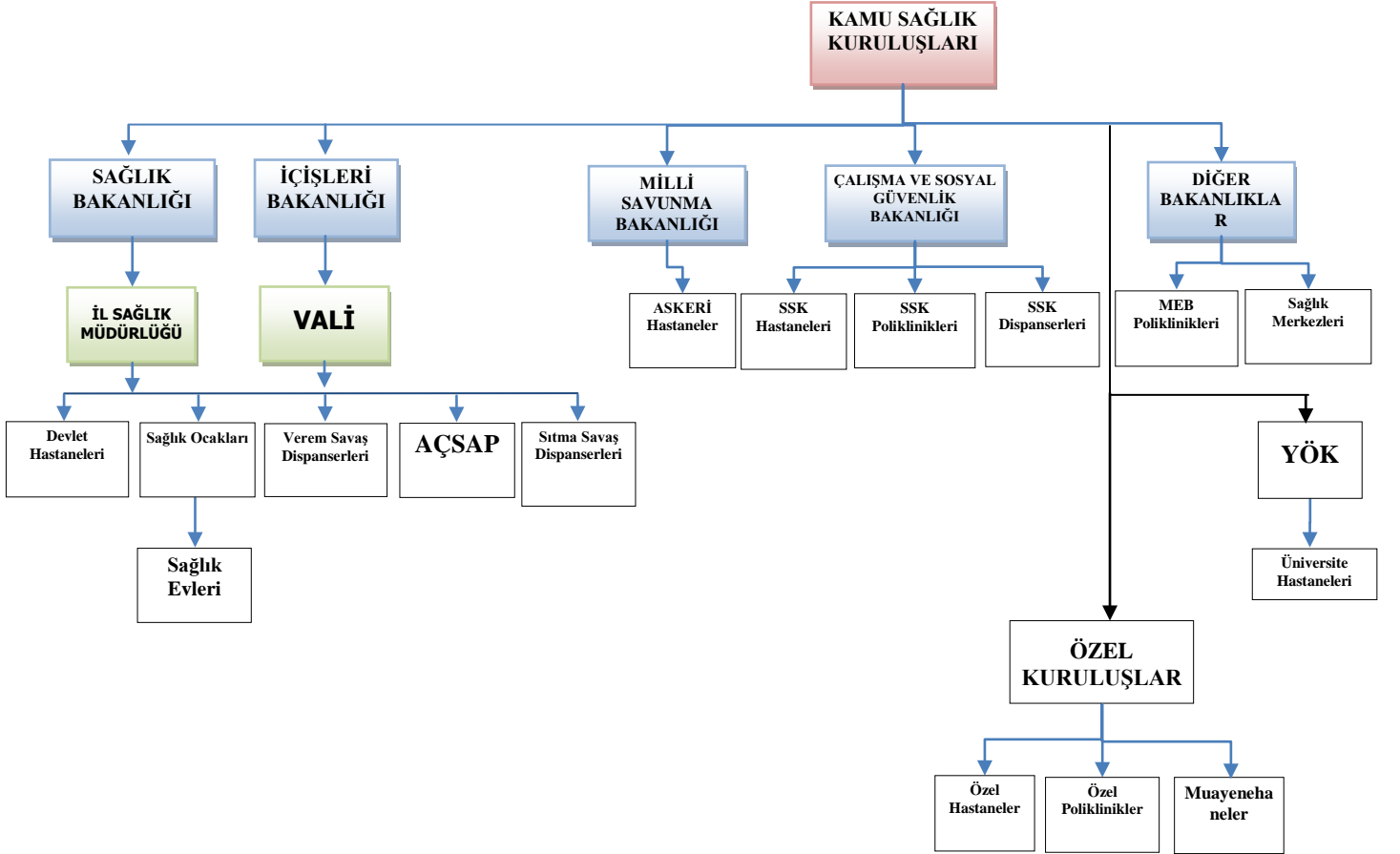
Bu kuruluşlar genel olarak, bireylerin birinci basamakta tedavi edilemeyen hastalıkları nedeniyle, birinci basamaktan sevk edilerek sağlık sorunlarına çözüm getirmeyi amaçlayan, belli dallarda uzmanlaşmış hekimlerin görev yaptığı, teknik donanımı yüksek yataklı veya yataksız kamuya ait sağlık kuruluşlarıdır.

4.2.1.3. Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları

Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları Birinci ve İkinci Basamakta tanısı konulamayan ve tedavi yapılamayan hastaların başvurduğu, ileri teknoloji ile donatılmış ve yan dallarda uzmanlaşmış personele sahip tanı, tedavi ve aynı zamanda eğitim kurumlarıdır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri, Özel Dal Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile Üniversitelere bağlı Tıp Fakültelerinin Uygulama ve Araştırma Hastaneleri üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır. Ayrıca Üniversitelerin Diş Hekimliği Fakülteleri ile Türk Silahlı Kuvvetleri'ne bağlı GATA Tıp Fakültesi Hastanesi ile Vakıflara ait Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Üçüncü basamak sağlık kuruluşu olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık Hizmetlerinin sunan kuruluşlar birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak sınıflandırılrsa da, yukarıda ifade gibi bu kurumlar farklı Bakanlıklara bağlı olarak hizmet sunmaktadırlar. Şekil 1'de görüldüğü gibi sağlık hizmetlerinin sunumunda bir standart bulunmamaktaydı.

Şekil 1: Sağlıkta Dönüşüm Projesi Öncesi Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlara ait Teşkilat Şeması



Ancak 06.01.2005 tarihinde kabul edilen 5283 sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun”la, söz konusu sorunlar ciddi oranda giderilmiştir. Kanun’un amacı başlıklı 1. maddesinde, “kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle ilgili usûl ve esasları belirlemektir” şeklinde ifade edilmiştir. Cumhurbaşkanlığı, Yüksek Mahkemeler, Sayıştay, Türk Silahlı Kuvvetleri, Milli İstihbarat Teşkilatı, Üniversiteler, mahalli idareler ve mazbut vakıflara ait sağlık birimleri hariç olmak üzere, Kanun’un Bakanlıkları, Bakanlıkların bağlı, ilgili ve ilişkili kuruluşları ile diğer kamu kurum ve kuruluşlarını kapsadığı belirtilmiştir.

Özet olarak sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ile

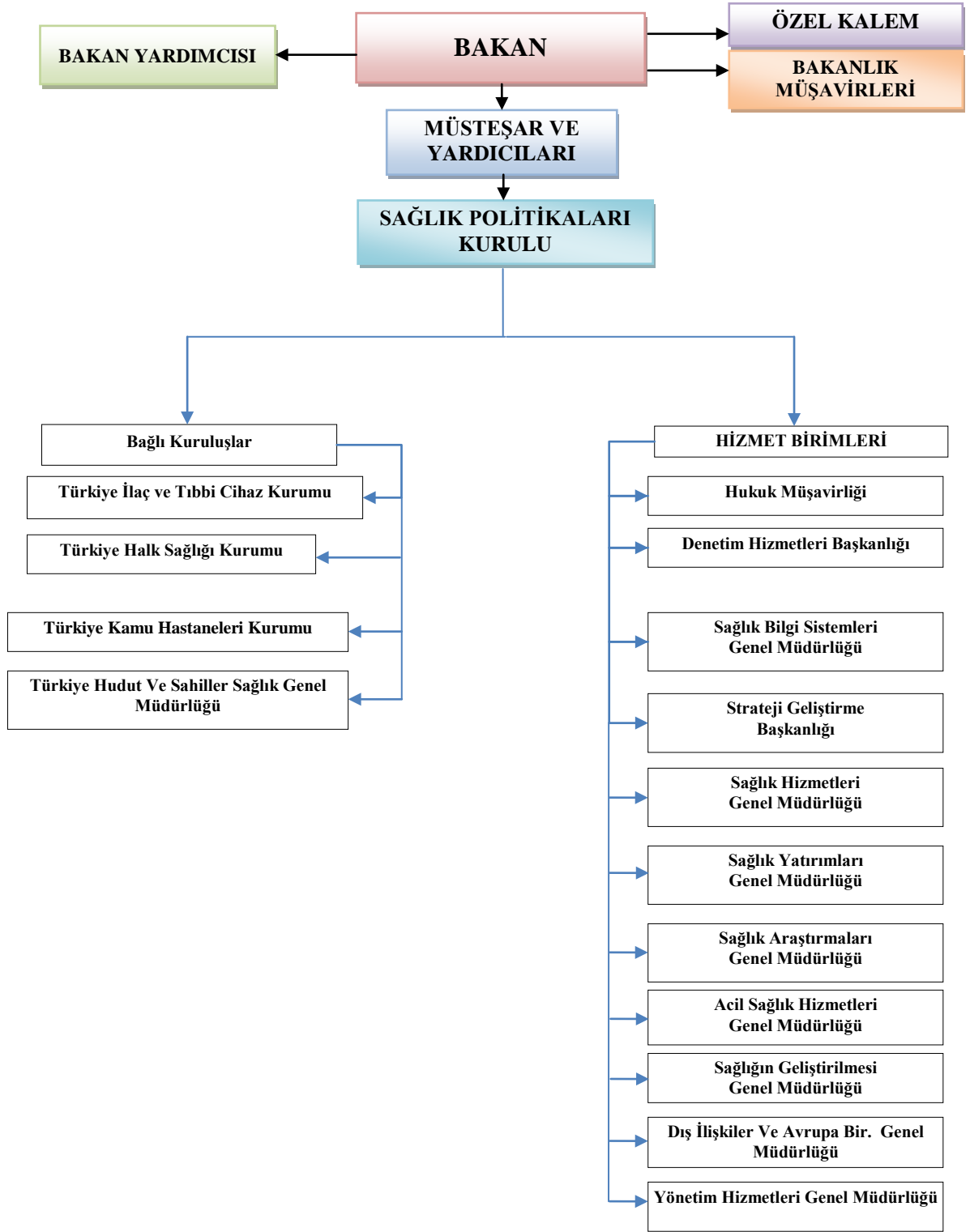
- Sağlık hizmetlerinin tek elden planlanması ve sağlık politikalarının ülke genelinde aynı şekilde uygulanması ile kurumsal farklılıkların ortadan kaldırılması sağlanacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin sunumunda standardizasyonun teminine yönelik çalışmalar hızlanacaktır.
- Sağlık kurum ve kuruluşlarının açılış, kapanış ve denetimlerinde de aynı standartlar uygulanabilecektir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermek daha kolay hale gelecektir.
- Eş zamanlı olarak başlatılacak aile hekimliği hizmetleriyle birlikte, etkili bir sevk mekanizmasının oluşturulması mümkün olacaktır.
- Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin daha iyi kontrol edilmesi sağlanabilecektir.
- Tıbbi cihaz, ilaç ve diğer tıbbi sarfların temininde ortak yöntemlerin kullanılması sağlanacak ve kaynak kullanımı rasyonel hale gelecektir.
- Sağlık yatırımları ve sağlık insan gücü planlamasının daha gerçekçi olarak yapılması ve uygulanması temin edilecektir.

- Sağlık personelinin farklı kurumlarda çalışmalarından kaynaklanan özlük ve diğer mali haklarındaki farklılıklar ortadan kalkması amaçlanmıştır.

Üniversite Hastaneleri dışında kalan sağlık kurumlarının personelleri ile birlikte Sağlık Bakanlığına devredilmesi konusunda çıkarılan ve reform niteliğindeki yasal düzenlemeler konusunda en köklü ve radikal değişim, 02.11.2011 tarih ve “663 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”¹⁸ ile yapılmıştır. Bu kararname ile sağlık hizmetlerinin sunumunda tek yetkili organ olan Sağlık Bakanlığı’nın teşkilat ve yönetim şekli değiştirilmiştir. Söz konusu değişim merkez teşkilatında tamamlanmış, taşra yapılanması ise devam etmektedir. Bu kararname ile sağlık yönetiminin, sözleşmeli ve profesyonel kişiler tarafından yürütülmesi amaçlanmıştır. Bu kararname ile Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Personel Genel Müdürlüğü gibi tüm genel müdürlükler kaldırılmış ve yerine aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi yeni birimler kurulmuştur.

¹⁸ 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK, 02.11.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx> (21.06.2012)

Şekil 2: Sağlık Bakanlığı Yeni Teşkilat Şeması



Kaynak: <http://www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html> (22.05.2012)

5. Türkiye Sağlık Hizmeti Sunumunda Devlet Hastaneleri ve Önemi

Türkiye’de İkinci ve Üçüncü Basmak Sağlık Hizmetleri Devlet Hastaneleri tarafından sunulmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin sunumunda Devlet Hastanelerinin yeri ve önemi büyüktür. Türkiye’de Devlet Hastanelerinin gelişimi, insan gücü profili, hizmet sunumundaki hukuki dayanağı konusu önemlidir.

5.1. Türkiye de Devlet Hastanelerinin Gelişimi

Hint ve Arap kültüründe geçmişi çok eski olan hastaneler, Güney Avrupa’da papaz ve rahibelerin hizmet sunduğu manastırlar bünyesinde kendisini göstermiştir. İlk hastaneler kimsesi olmayan hastalara, yoksullara ve evinden uzak olan yolculara hizmet amacıyla kurulmuştur. Bu dönemde, askerler ile denizcilerin sağlık bakımı hükümetlerin sorumluluğu altında hastanelere verilmiştir. Batı dünyasında başlangıçta kar amacı gütmeyen, din, ırk, sosyal sınıf farkı gözetmeyen ve gönüllülük temelinde gelişen hastane uygulaması özellikle ABD’de önce dini ayırımlara sahne olmuş, daha sonra da paralı hale gelmiştir. 1893’te hastane yataklarını işgal eden hastaların çoğunluğu para öder iken, 19. yüzyıl sonunda, hastane giderlerinin üçte biri hastalar tarafından ödenir hale gelmiştir.¹⁹ Giderlerin hastalar tarafından karşılanması süreci, özellikle Amerika da sağlık sigortacılığının gelişmesine sebep olmuştur.²⁰

Ülkemizde ise başlangıçta kimsesiz ve yoksullar için, padişah ve yakınları tarafından hayra yönelik olarak hastane ve şifa evleri kurulmuştur. Gerek Devlet ve hayır kurumlarınca ve gerekse özel kişilerce sunulan sağlık hizmetleri, İstanbul, Bursa, Edirne, Kayseri ve Selanik gibi büyük kentlerle sınırlı kalmıştır.²¹ Ancak Cumhuriyet Tarihi öncesi bilinen ilk hastane Kayseri Gevher Nesibe Hastanesidir.

Cumhuriyet Döneminde, özellikle savaş ve yoksulluğa bağlı olarak artan salgın hastalıklar, hastanelerin önemini artırmış ve hatta TBMM açılışını müteakip 1920 tarih

¹⁹ H. Sur, Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm> (18.05.2012)

²⁰ Kavuncubaşı-Kısa., 2008, s.74

²¹R. Akdur, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara 1999, s.10

ve 3 sayılı “Sıhhiye ve Muavenet-i İctimaiye Vekaleti Kanunu” çıkarılarak Sağlık Bakanlığının görevlendirilmiştir. Döneme ilişkin hastane sayıları özet olarak aşağıdaki gibidir.

Tablo 2: 1923 Yılında Türkiye’de Hastane Sayısı

Kurumun Cinsi	Kurumun Sayısı
Devlet Hastanesi	3
Belediye Hastanesi	6
Özel İdare Hastanesi	45
Özel (Yabancı ve Azınlık) Hastanesi	32
TOPLAM	86

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/DosyaGoster.aspx>, (18.06.2012).

1945 yılına gelindiğinde ise Sosyal Sigortalar Kurumu kurularak, hastane kurma, işletme ve personel atama yetkileri Sağlık Bakanlığı’nın yanı sıra bu kuruma verilmiştir.²² Türkiye’de sağlık hizmetlerinin gelişimini inceleyen çalışmalar Osmanlı’nın son döneminden başlasa da, Cumhuriyetin kuruluş yıllarında hızlı bir ilerleme sağlanmış ve Cumhuriyet döneminde oldukça fazla hastane yapılmıştır. Haydarpaşa Numune Hastanesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları, Süleymaniye Doğumevi ve Taksim Hastanesi bunlardan bazılarıdır. 1960 yıllara gelindiğinde ise birinci basamak sağlık hizmetleri üzerinde yoğunluklu durulmuştur. Hastane sayıları yıllar içerisinde artmış, 2002 yılında 1156, 2006 yılında 1203, 2010 yılında 1439 sayısına ulaşmıştır, Ancak 2005 yılında yapılan düzenleme ile tüm hastaneler Sağlık Bakanlığına devrolmuştur.

Tarihsel süreç içerisinde ülkemizde ve dünyada devlet hastaneleri büyük bir değişim ve gelişim göstererek bugünkü modern haline ulaşmıştır. Bu gelişimde toplumların içinde buldukları siyasal ve ekonomik konjonktür etkili olmuştur. Ancak esas etkileyen unsurlar Tıp Bilimi ve Teknolojisindeki gelişmeler, Hemşirelik Hizmetlerinin meslekleşmesi ve gelişmesi, Tıp eğitimindeki gelişmeler, Sağlık Sigortacılığının gelişimi ve sağlık hizmetlerinde devletin rolünün gelişmesidir²³.

²²A. Büyüksavaş, Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları Ve Çözüm Önerileri: Isparta Ve Antalya Örneği, Süleyman Demirel Üni. SBE, Kamu Yönetimi ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2010, s.39

²³ Kavucubaşı-Kısa., 2008, s.72

5.2. Hizmet Sunumunda Devlet Hastanelerinin Temel Unsurları

Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir işleve sahip olan Devlet Hastanelerinin, yüklenmiş olduğu fonksiyonlarını yerine getirmek için hukuki altyapı ve dayanağı, iş gücü, hizmet sunumunu için gerekli yönetim ve organizasyon ile hizmetin fiilen ifa edilmesi için sermaye ve bir takım diğer maddî unsurlara ihtiyaç duyulmaktadır. Devlet hastanelerinin emek-sermaye yoğun hizmet üretimi yapan kuruluşlar olup, söz konusu temel unsurların tamamı hizmet üretimi için zorunlu unsurlardır.

5.2.1. Devlet Hastanelerinde Hizmet Sunumunun Dayanağı

Hukuk Devleti olmanın gereği diğer hizmet kuruluşlarında olduğu gibi, Devlet hastanelerinde de sunulan sağlık hizmetlerinin hukuki bir dayanağı olmak zorundadır.

Türkiye’de sağlık hakkı, Anayasal düzeyde ve temel hak ve hürriyetler içerisinde düzenlenmiş ve bireyin doğumla kazanmış haklarından birisidir. 1982 Anayasasının 15. maddesinde “...kişinin yaşama hakkına, maddî ve manevî varlığının bütünlüğüne dokunulamaz”, 19.maddesinde “Herkes, yaşama, maddî ve manevî varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” şeklinde ifade edilerek, bireye anayasal güvence sağlanmıştır. Yine Anayasanın Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması başlıklı 56. maddesi’ne²⁴ göre;

“Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.

Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” ifadesi ile bireyin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi görevi devlete verilmiştir.

²⁴ S. Şahin, Türkiye Cumhuriyeti Anayasaları Karşılıklı Metinler, Ankara, 1986, s.72

Anayasal görev olan sađlđın korunması adına, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin ifasını dzenleyen,1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928 tarih ve 7402 sayılı Sıtmanın İmhası Hakkında Kanun, 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu başlıca yasal dzenlemelerdir.

Devlet Hastanelerinin kurulması, görev ve fonksiyonları konusundaki en önemli yasal dzenleme 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ve 1983 tarihli ve 181 sayılı "Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Grevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname"ye dayanılarak çıkarılan Yataklı Tedavi Kurumları İŞletme Yönetmeliğidir. Söz konusu yönetmelikte Yataklı tedavi kurumlarında sunulan sağlık hizmetlerini uygulanmasına dönük usul ve esaslar ayrıntılı olarak dzenlenmiŐtir. Konu hakkındaki en son dzenleme ise 02.11.2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Grevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname'dir.

Sağlık hakkı ulusal olduğu kadar uluslararası düzeyde de korunmuŐtur. Sađlđın uluslararası düzeyde korunmasına dair en önemli belgelerden olan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinin 3. maddesinde "herkesin yaşama hakkı ile kişi özgürlüğu ve güvenliği hakkı vardır" denilerek, sađlđın temelini oluşturan yaŐam hakkının herkese hak olarak tanındığu kesin olarak vurgulanmaktadır.²⁵

5.2.2. Devlet Hastanelerinde İŞgücü

Devlet Hastanelerinde hizmet sunumunun ikinci önemli unsuru işgücü profilidir. Sağlık Hizmetleri üretimini emek yoğun bir teknoloji gerektirmesi ve kolektif bir hizmet olması nedeniyle devlet hastanelerinde sağlık işgücü ön plana çıkmaktadır. Başlangıçta sağlık iş gücü ile sadece hekimlik hizmeti ifade edilirken; tıp teknolojisindeki gelişmelere paralel olarak birçok sağlık mesleği oluŐmuŐ bu da sağlık işgücünün çerçevesini genişletmiŐtir.

Buna göre devlet hastanelerinde sağlık işgücü; temel sağlık insan gücü ve yardımcı sağlık insan gücü olarak ikiye ayrılmıştır. Temel Sağlık insan gücü olarak

²⁵ Ü. Er, Sağlık Hukuku, Ankara, 2008, s.20

hekim, diş hekimi, eczacı, psikolog, hemşire, vb. yer alırken, yardımcı sağlık insan gücü içerisinde ebe, hastabakıcı, sağlık teknisyeni yer almaktadır. Sağlık İşletmelerinde emek yoğun bir faaliyet zinciri mevcut olduğu için, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin belirlenmesinde en önemli etkenler sağlık insan gücü etkinliğidir.²⁶ Her ne kadar doğrudan sağlık hizmeti sunmasalar da, sağlık hizmetini etkin ve verimli sunulmasına dolaylı katkı sağlayan Genel İdari Hizmetleri Sınıfı ile Teknik Hizmetler Sınıfında çalışanlarda yardımcı sağlık insan gücü içerisinde değerlendirilmelidir.

5.2.3. Devlet Hastanelerinde Yönetim ve Organizasyon

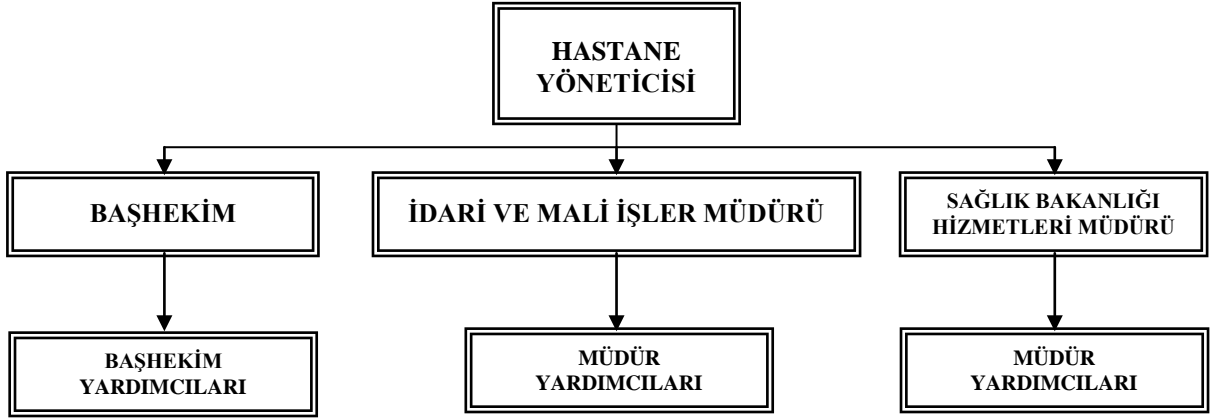
Devlet hastanelerinde hiyerarşik ve karmaşık bir yönetim şekli mevcuttur. Hastane yönetimi, başında görev ve sorumlulukları ayrıntılı olarak Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 110. maddesinde sayılan Başhekim ve yetki devri ile kimi görevlerini paylaştığı başhekim yardımcılardan oluşmaktaydı. Hastanelerin ileri teknoloji ile hizmet üreten birimler olması nedeni ile idari, mali ve teknik hizmetlerin başında ve başhekime bağlı olarak çalışan Hastane Müdürü ve onun verdiği görevleri ifa etmekle görevli Hastane Müdür Yardımcıları bulunmaktaydı. Hemşirelik hizmetlerinin sunumu ve organizasyonu konusunda ise Başhemşirelik sorumlu kılınmıştı. Söz konusu hizmetlerin dışında kalan diğer sosyal ve teknik hizmetler ise Başhekimin görevlendireceği uzman kişiler tarafından ifa edilmekteydi.

Ancak bu yönetim şekli 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile yürürlükten kaldırılmış olup, yerine yeni bir yönetim modeli tercih edilmiştir. Buna göre Başhekimin harcama yetkilisi ve en üst hiyerarşik amir olan Başhekimin yerine, daha profesyonel ve hekim dışı kişilerinde görev alabileceği Hastane Yönetici getirilmiştir. Başhekim Hastane Yöneticisine bağlı bir unvan olarak kalırken, İdari İşler Müdürlüğü, Mali İşler Müdürlüğü ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü gibi yeni unvanlar getirilmiştir. Sistemin en önemli özelliklerinden biriside, yönetimde görev alan tüm yöneticilerin sözleşmeli statüde olması ve beklenen ya da hedeflenen performansı yakalamayan yöneticilerin sözleşmelerinin fesh edilecek olmasıdır. Bu

²⁶ Y. Yeğinboy-A.E.Yeğinboy., Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İrdelenmesi, İzmir, 1993, s.34

şekilde hizmette etkililiğın yanında, maliyet-etkinlik ve verimliliğın sağlanması hedeflenmiştir.

Şekil 3: Devlet Hastanelerinde Yeni Yönetim Modeli



Kaynak: <http://www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html> (15.06.2012)

5.2.4. Diğer Maddi Unsurlar

Devlet hastanelerinde sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli unsurlardan biriside, diğer maddi unsurlar olarak ifade edilebilecek olan hastanelerin fiziki altyapısı, hastane binaları, makine, teçhizat, tıbbi demirbaşlar ve tıbbi malzemelerdir. Bu unsur sağlık hizmetinin üretilebilmesi için sağlık iş gücü ve sermaye dışındaki unsurları kapsamaktadır.

Ülkemizde diğer maddi unsurlar olarak ifade edilen tıbbi malzeme ve tıbbi demirbaşlar büyük oranda ithal edilmektedir. Söz konusu ithalat, yurt dışına kaynak transferini doğurmakla birlikte ithal edilen alet ve cihazlardan eşit, etkin ve verimli yararlanılamamaktadır. Ancak Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan tıbbi cihaz takip sistemi ve malzeme kayıt ve kontrol sistemi sayesinde, cihazların daha etkin kullanılmaya başlandığı söylenebilir. Tıbbi Cihazları kullanabilecek yeterli ve donanımlı iş gücü sayısının azlığı, kaynak yetersizliği, periyodik bakım ve kalibrasyon yapılmaması, ...²⁷ gibi sorunlar özellikle AB uyum sürecinde imzalana ortaklık konseyi kapsamında giderilmiştir. Özellikle Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet

²⁷ TC Sağlık Bakanlığı, I. Ulusal Sağlık Kongresi: Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992, s. 29-30

hastanelerinin kendi öz kaynaklarını kullanarak yapmış oldukları biyomedikal mühendislik alanındaki gelişmeler ve hizmet satın almaları etkili olmuştur.

Devlet Hastanelerinin diğer maddi unsurlarından bir diğeri de bina sayılarıdır. Aşağıdaki tablo incelendiğinde hastane ve hastane yatak sayılarındaki net artış görülmektedir.

Tablo 3: Yıllara göre Devlet Hastaneleri ve Yatak Sayıları

Hastane Türü	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Genel Hastaneler	987	1032	1140	1171	1219	1266
Yatak Sayısı	133.460	153.292	157.162	157.778	166.002	170.710
Acil Yard. Tr. Hastanesi	7	5	5	5	3	2
Yatak Sayısı	501	317	320	320	186	115
Çocuk Hast. Hastanesi	9	10	10	8	6	7
Yatak Sayısı	1630	2407	2563	2333	2.056	2.260
Diş Hastanesi	1	3	4	3	5	5
Yatak Sayısı	12	38	38	55	77	75
Fizik Ted. Reh. Mer.	15	14	13	12	12	14
Yatak Sayısı	1.534	1.642	1.704	1.660	1.660	1.736
Göğüs ast. Hastanesi	28	23	22	22	19	18
Yatak Sayısı	5.808	4.940	4.506	4.468	4.090	3.916
Diğer Hastaneler						
Yatak Sayısı						
Toplam Hastane	1.156	1.203	1.317	1.350	1.389	1.436
Toplam Yatak Sayısı	159.771	182.851	186.191	188.065	198.540	199.950

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Ankara, 2011

5.2.5. Devlet Hastanelerinde Finansman

Çeşitli ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin finansman modellerine bakıldığında, kamu, özel veya çoğunlukla her ikisinin belirli derecelerde yer aldığı bir karma modelin var olduğu görülmektedir.²⁸ Türkiye’de de bu modele uygun bir finansman modeli uygulanmaktadır. Bireylerin sağlık hizmeti talepleri Genel Sağlık Sigortası uygulamaya konulmadan önce; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, OYAK ve Ödeme Gücü olmayanlar için Yeşilkart gibi sosyal güvenlik kurumları ile özel sağlık sigortaları ve bireylerin doğrudan tedavi bedellerini kendi ceplerinden ödeyerek finanse edilmekteydi. Sağlık Hizmetini kendine ait sağlık tesislerinde üretip, sigortalılarına sunan ancak 2005 yılında sağlık tesislerini Sağlık Bakanlığına devreden SSK ile sağlık tesisi olmadığı için sağlık hizmeti satın alan Emekli Sandığı ve Bağ-

²⁸ O. Hayran, Haydar Sur, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul, 1998, s.90

Kur, 16.05.2006 tarih ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile tek çatıda birleştirilerek Sosyal Güvenlik Kurumu ihdas edilmiştir. Her üç kurumun, uygulama kanunları önemli oranda değiştirilmiş, yeni uygulama kanunu olarak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) Kanunu, 31.06.2006 tarihinde kanunlaşmış ve 01.10.2008 tarihinde uygulamaya konulmuştur.²⁹

Bireylerin sağlık talepleri GSS tarafından finanse edilirken, devlet hastanelerinin sağlık hizmeti sunumunda ortaya çıkan maliyetlerin finanse edilmesi son derece önemlidir. Devlet Hastanelerinin, yüklenmiş olduğu görevlerinin finansmanı iki kaynaktan sağlanmaktadır. Bular Genel Bütçe ve İşletmeye Bağlı Döner Sermaye Bütçesi'dir. Uygulamada Genel Bütçe ödenekleri toplam içerisinde çok küçük bir paya sahip olması nedeni ile bu çalışmada değinilmeyecektir. Devlet hastanelerinin esas finansman kaynağı Döner Sermaye Bütçesi'dir. Hastanelerin yüklenmiş olduğu görevleri ifa ederken veya ifa etmek üzere yapmış olduğu maliyetler gider bütçesini yani hastane maliyetlerini oluşturmaktadır. Devlet Hastaneleri Gider kalemleri ise aşağıdaki giderlerden oluşmuştur. Aşağıdaki tabloda örnek bir hastane döner sermaye bütçesi verilmiştir.

Tablo 4: Devlet Hastanelerinde Döner Sermaye Bütçe Özet Tablosu

GİDER BÜTÇESİ			Gelir bütçesi		
Bütçe Kodu	GİDER ÇEŞİDİ	ÖDENEK TUTARI	Bütçe Kodu	GELİR ÇEŞİDİ	Gelir Tutarı
253.1	Tesis Giderleri	xxx	600.1	Aşı-Serum Gelirleri	xxx
255.1	Tıbbi Demirbaşlar	xxx	600.3	Ameliyat ve Anestezi Gelirleri	xxx
740.1	Hizmet Üretim Giderleri	xxx	600.5	Laboratuar Gelirleri	xxx
740.1.1.	Kırtasiye Giderleri	xxx	600.6	Poliklinik Muayene Gelirleri	xxx
740.1.3.	Tıbbi Malz. Alım Giderleri	xxx	600.7	Görüntüleme Gelirleri	xxx
740.2	Memur Ücret Giderleri	xxx	600.9	Yatak Ücretleri	xxx
740.4	İşçi Ücret Giderleri	xxx	603.1	İlaç ve Tıbbi Malzeme Gelirleri	xxx
740.6	Temizlik Hizmet Alım Giderleri	xxx	603.2	Kan ve Kan Ürünleri Gelirleri	xxx
740.6.10	Görüntüleme Hizmet Alım Giderleri	xxx	679.9	Teminat Gelirleri	xxx
740.6.11	Laboratuar Hizmet Alım Giderleri	xxx	679.10	İhale Şartname Satış Gelirleri	xxx

²⁹ Y. Topcuk, Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi, www.turkhukuk sitesi.com/makale_1383.htm (28.05.2012)

Yukarıda örnek olarak verilen başlıca gider kalemlerinin finansmanı için gelir bütçesi oluşturulmaktadır. Ancak gider kalemleri içerisinde dünya da ve ülkemizde yapılan araştırmalarda sağlık hizmetleri maliyetlerinin, yaklaşık % 50-55 diliminin personel giderlerinden oluştuğu tespit edilmiştir. Devlet hastanelerinin temel finansman kaynağı, hastalara sunmuş olduğu tedavi hizmetleri karşılığında kişilerden veya kişilerin bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik Kurumlarından yapılan tahsilâtlardan oluşmaktadır. Karşılıksız olarak aktarılan Genel Bütçe ödenekleri veya hibe ve bağış gibi gelir kalemleri uygulamada çok küçük miktarlardadır.

5.3. Türkiye’de Devlet Hastanesinin Özellikleri ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü, hastaneleri; müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar olarak tanımlamaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ise, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlamaktadır.³⁰

Bu tanımlarda da belirtildiği üzere, hastanelerin varlığı ve sunmuş oldukları hizmetin önemi tartışılmaz. Bu yüzden sağlık hizmeti üretimi arz eden hastanelerin, diğer endüstriyel işletmelerden farklı özelliklere sahiptir. Bu farklılıkların en başında işletmeleri kar amacı ile kurulurken, devlet hastanelerinin kuruluş amaçlarının başında kamu yararı ya da toplumsal faydanın azamileştirilmesi gelmektedir. Yani hastaneler diğer işletmelerden kuruluş amacı ile ayrılmakta ancak temel işletme ilkelerinden uzaklaşmamaktadır.

Hastanelerin diğer bir özelliği ise üretmiş olduğu hizmetin niteliğiyle ilgilidir. Bilindiği üzere hastaneler tarafından arz edilen sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketimi aynı zamanda gerçekleşir. Yani hastanelerde üretilen sağlık hizmetinin depolama yada stoklanması mümkün değildir. Hastaneler, diğer işletmelerden farklı olarak 24 saat boyunca ve yılın tüm günleri hizmet üretimi yasal zorunluluktur.

³⁰ H. Seçim, Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri, www.merih.net/m1/hastmod1.htm (12.08.2012)

Hastanelerin en önemli özelliklerinden birisi de yapısal özellikleridir. Hastanelerin yapısal özelliklerinin başında, sağlık kurumlarının aşırı uzmanlaşma gerektirmesidir. Yani hastanelerin uzmanlaşma derecesi çok yüksektir. Ayrıca hastane çalışanlarının genel eğitim düzeyleri incelendiğinde, eğitim düzeyinin yüksek olduğu görülecektir.

Ayrıca hastanelerin diğer bir özelliği ise denetim ve kontroldeki zorluklardır. Bu zorluk sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinden olan, bilgi asimetrisinden ileri gelmektedir. Bu asimetriden kaynaklı, özellikle profesyonel hizmet sunan hekimlerin özerkliği bulunmaktadır. Çünkü bir uzmanın yapmış olduğu iş ve işlemler ancak benzer bir uzman kişi tarafından yerine getirilebilmekte veya denetlenebilmektedir. Bunun sonucu olarak, sunulan hizmetin diğer işletmelerde olduğu gibi hemen değerlendirilmesi mümkün değildir. Yani yapılan bir girişimsel ya da cerrahi operasyon hakkında hemen iyi ya da kötü demek mümkün değildir.

Hastanelerin matriks yapıdaki faaliyet organizasyonuna sahip olmaları hastanelerin diğer bir özelliğidir. Matriks yapıda olmaları, fonksiyonel bir örgütlenmeyi ifade etmektedir. Buna göre hastanelerdeki faaliyetlerin; tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir.³¹

Hastanelerin en eski ve en temel işlevi, hasta veya yaralıların tetkik ve tedavilerinin yapılması, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik halinin temin edilmesidir. Hastanelerde sunulan hizmetler, kolektif bir çalışmayı gerektirir. Hasta ve yaralılara sunulan tedavi hizmetlerinin yanı sıra hastanelerde, AMATEM gibi birimlerde alkolle mücadele, Sigara Bırakma Polikliniklerinde sigarayla mücadele, uyuşturucu ile mücadele, gebe ve sağlıklı çocukların takibi ve aşılması gibi topluma yararlı koruyucu sağlık hizmetleri de sunulmaktadır. Bu fonksiyonları hastanelerin sağlık hizmetleri içerisindeki önemini artırmaktadır.

Hastanelerin asıl amacı hasta ve yaralıları tedavi etmek olsa da, aynı zamanda hastaneler birer eğitim kurumlarıdır. Bu nedenle tedavi hizmetlerinin hasta ve

³¹ Y. Yıldız, Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetimsel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama, Trakya Üni., SBE., İşletme ABD., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008, s.29

yakınlarının eğitimi ile bütünleştirilmesi gerekmektedir. Hastanelerde verilen ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri; hastaların ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi, hastane personelinin hizmet-içi eğitimi ile sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.³²

Hastanelerin diğer bir fonksiyonu ise tıbbi ve idari konularda yapmış olduğu eğitim ve araştırma faaliyetleridir. Özellikle üçüncü basamaktaki Üniversite Hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri tıp bilimindeki gelişmelere önemli katkılar sağlamaktadır. 1920’li yıllarda sıtma ve kolera gibi salgın hastalıkların, 1950’lerde tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde, hastanelerin eğitim faaliyetlerinin ve araştırma geliştirme faaliyetlerinin önemi büyüktür.

6. Türkiye’de Devlet Hastanelerinde İşgücü Profili

Sağlık işgücü kavramı ile; özel ya da kamuda tedavi edici veya koruyucu ya da rehabilitasyon hizmeti arz eden personelin bütünü ifade edilmektedir. Türkiye’de ve dünyada sağlık işletmeciliği emek yoğun bir teknoloji gerektirmektedir. Günümüzde, sağlık işletmeleri maliyetlerinin yaklaşık % 50-55’i personel giderlerinden oluşmaktadır. Klasik manada sadece hekimlerin sunmuş olduğu sağlık hizmeti kastedilirken, modern anlamda hekimlikle beraber sağlık alanında gerekli eğitimi almış, bilgi ve beceri ile donatılmış diğer sağlık hizmeti sunucuları ile birlikte, sağlık hizmeti sunulmasına zemin hazırlayan teknik hizmetler, söz konusu hizmetleri sevk ve idare eden Genel İdari Hizmetler sınıfı bu kapsamda değerlendirilmektedir. Özel ya da kamuda hizmet arz eden tüm sağlık hizmetleri sağlık işgücünü oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde iş gücü, maliyet açısından bakıldığında iki gruba ayrılmaktadır. Bunlar direkt işçilik maliyetleri ve endirekt işçilik maliyetleridir. Buna göre direkt işçilik, hizmetin ortaya çıkmasına doğrudan doğruya katkıda bulunan ve bu nedenle, sunulan hizmete maliyete dolaysız olarak yüklenebilen, hizmetin temel yapısının ortaya çıkmasında birebir etkisi olan emek olarak tanımlanmaktadır.³³

³² Seçim., 2012, s.1

³³ H.Erdin Gündüz-V. Ekegil, A. Aziz Akargül, Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, Anadolu Üni. AÖF Yayınları No:1001, Eskişehir, 2009, s.48

Hasta muayenesi yapan doktor, tedavi yapan hemşire ya da laboratuarlarda tetkik yapan teknisyenler bu grubu oluşturmaktadır. Endirekt maliyetler ise doğrudan hasta ile ilgili olmayıp sadece hizmetin düzenli yürütülmesini sağlayan genel idari hizmetler ve mühendislik hizmetlerini ifa eden personelin oluşturduğu maliyetlerdir.

Sağlık İş gücünde karşılaşılan temel problemlerin başında, istihdam türü, yükseltme sistemi ve ücret sistemi gelmektedir. Özellikle son yıllarda çok çeşitli istihdam türü benimsenmesi hizmette standardizasyon ve iş barışını olumsuz etkilemiştir. Sağlık Bakanlığı ve Üniversite hastanelerinde kadrolu memurların yanı sıra 4/B, 4924, 4-C ve vekil ebe gibi başlıklar altında 80 bini aşkın sağlık personeli çalışırken öte yandan yardımcı ve destek hizmetlerde özel şirketler aracılığıyla da 130 bin personel çalışmaktadır.³⁴ Yani sağlık iş gücünde çok çeşitlilik ve taşeronlaşmaya doğru gidildiği söylenebilir. Söz konusu bu çok çeşitlilik liyakati ortadan kaldırmakta, kademe ve terfide sorunlara yol açmakta ve farklı ücret sistemlerini ortaya çıkarmasına neden olmaktadır. Ancak son düzenlemelerle belirli bir standardizasyon getirilmeye çalışılmış, özellikle performansa dayalı ek ödeme sistemi ile adil bir ücret sistemi hedeflenmiştir.

Bu çalışmanın amacının Devlet Hastanelerindeki iş gücü ve devlet hastanelerinde yapılan performansa dayalı ek ödeme olmasından dolayı, sağlık iş gücü Devlet Memurları Kanununda tanımlanan personellerden yola çıkılarak sınıflandırılacak ve açıklanacaktır.

6.1. Tıbbi Hizmet Sunucuları

Devlet Hastanelerinde Tıbbi Hizmetler kavramıyla; hastaların yataklı tedavi kurumlarına muayene, tetkik, teşhis ve tedavi amacıyla ayaktan başvurdukları poliklinikler ile uzman bir ekip tarafından hastanın yatırılarak tetkik ve tedavisinin yapıldığı klinik hizmetleri ifade edilmektedir. Ayrıca acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim görmüş kişiler tarafından, hastanelerde acil tıbbi tedaviye ihtiyacı olanlara sunulan hizmetlerin tümün kapsayan acil hizmetleri ile, ameliyathanelerde sunulan tüm girişimsel ve cerrahi işlemler, sonrasında hastaları gözleendiği ve

³⁴ R. Aydoğan, Sağlık Reformu:1980-2010 Dönemi, Kamu Yönetimi ve Reform, Ankara Üni Yayını, S:9 Ankara, 2009, s.179

tedavilerinin yapıldığı Yoğun Bakım ve Reanimasyon Ünitelerinde sunulan hizmetler hastanelerde tıbbi hizmetler arasında değerlendirilmektedir.

Yatan hastalara kanun ve diğer ilgili mevzuat kapsamında ilaç teminiyle görevli Eczane Hizmetleri, yatan ya da ayaktan hastalara ait materyallerin incelendiği Laboratuvar Hizmetleri, hastalara sunulan Görüntüleme Hizmetleri de devlet hastanelerinde Tıbbi Hizmetler kapsamında değerlendirilmektedir. Söz konusu tıbbi hizmetleri sunan kişilere de, tıbbi hizmet sunucuları denilebilir. Devlet Hastanelerinde, Tıbbi hizmet sunucuları genel olarak hekimler, hemşireler, sağlık memurları, eczacılar, diyetisyenler, psikologlar, fizyoterapistler, vb. oluşmaktadır.

Tablo 5: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık İnsan Gücünün Gelişimi

	1923	1930	1950	1980	1990	1995	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hekim	554	1.182	6.895	27.241	50.639	69.349	104.475	108.408	113.151	118.641	123.447	126.029
Diş Hekimi				7.077	10.514	11.717	18.332	19.278	19.959	20.589	21.432	21.099
Eczacı	60	127	980	12.059	15.792	19.090	23.140	23.977	24.778	25.201	26.506	26.089
Sağlık Mem.	560	1.268	4.018	11.664	21.547	39.343	58.473	78.439	83.993	92.061	94.443	110.862
Hemşire	4	202	737	26.880	44.984	64.243	82.626	94.661	99.910	105.176	114.772	124.982
Ebe	136	400	1.285	15.880	30.415	39.551	43.640	47.175	47.673	49.357	50.343	51.905

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Ankara, 2012

6.1.1. Hekimler

Hekimlik mesleği ile ilgili ya da kimlerin hekim olacağına ilişkin ilk yasal düzenleme 11.04.1928 tarih ve 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’dur. Bu kanunun hemen 1. maddesinde Türkiye Cumhuriyetinde hekimlik yapmanın ya da herhangi bir surette hasta tedavi etmenin ön şartı Tıp Fakültesini bitirmek ve Türk olmak şartına bağlanmıştır. Söz konusu şart günümüze kadar, Türk olma şartı hariç değişmemiştir. Ancak hekimlik hizmeti için Türk vatandaşı olma şartı aranmazken, devlet hastanelerinde hekimlik hizmetini ifası için bu şart aranmaktadır. Hekimlik hizmeti klasik anlamda sağlık hizmeti ile aynı anlamda kullanılırken, modern tıbbın gelişmesine paralel sağlık hizmetinin çerçevesi de genişlemiştir. Ancak tüm değişim ve gelişime rağmen, günümüzde de sağlık hizmetlerinin merkezinde hekimlik hizmeti bulunmaktadır.

Ülkemizde hekim sayısı, ihtiyaç doğrultusunda sürekli bir artış göstermiştir. 1963-1964 öğretim yılında 426 olan Tıp Fakültelerindeki mezun sayısı, 1974-1975

öğretim yılında 1149'a, 1983-1984 yılında ise 2200'e yükselmiştir.³⁵ Sonraki yıllarda doktor sayısı daha çok artmış; 2002'de 91.949'a, 2005'de 100.853'e ve 2011'de ise 126.029'a ulaşmıştır.

6.1.2. Hemşireler

Hemşirelik Mesleği 1954 tarihli Hemşireler Kanunu ile düzenlenmiş olmakla birlikte, en son 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı "Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" ile çok büyük değişime uğramıştır. Daha öncesinde Sağlık Meslek Liselerinin hemşirelik bölümünden mezun olanlar hemşire unvanını alırken; Kanunun 1. maddesi "Türkiye'de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı verilir" şeklinde düzenlemiştir. Aynı kanunun 3. maddesinde ise hemşirelik mesleğinin icrasını aynı zamanda Türk vatandaşı olmaya bağlamıştır. Hemşireler Kanununa göre Hemşireler, hekim tarafından acil haller hariç yazılan tedaviyi uygulamak, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir.³⁶

Tıbbi Hizmetlerin en temel taşlarından birisi olan Hemşirelerin sayısal gelişimi, yıllar itibariyle artış önemli bir göstermiştir. Tablo 6'da görüldüğü üzere, 1980 yılında 26.880 olan Hemşire sayısı 1990 yılında 44.984, 2006 yılında 82.626 sayısına ve 2011 yılına gelindiğinde ise 124.982 sayısına ulaşmıştır.

³⁵ İ. Mazgit, Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye'de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılması, Dokuz Eylül Üni. SBE. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1998, s.41

³⁶ 25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (mad.4)

6.1.3. Sağlık Memurları

Sağlık memurları, önceleri bireyleri koruyucu sağlık hizmetleri konusunda bilgilendiren, hekimlerin düzenlemiş olduğu tedavileri hemşireler gibi uygulayan, hasta bakımını planlayan ve düzenleyen sağlık çalışanlarına denirdi. Sağlık Meslek Liselerinin ilgili bölümlerinde mezun olan herkes, sağlık hizmetleri sınıfında Sağlık Memuru unvanıyla hizmet vermekteydi. Ancak süreç içerisinde bu tanım genişlemiştir. Sadece Sağlık Meslek Liselerinin Toplum Sağlığı bölümlerinden mezun olanlar bu unvanı alırken, bugün bu kavram genişlemiş ve çatı bir unvan almıştır. Bugün uygulamada toplum sağlığı, çevre sağlığı, radyoloji, Laboratuvar ya da Acil Tıp Teknisyenliğinde mezun olan kişilerin genel adı Sağlık Memurluğudur.

Sağlık Bakanlığı 2010 İstatistik Yıllığında da, Acil Yardım (Acil Tıp), Anestezi, Çevre Sağlığı, Diş Protez, Laboratuvar, Ortopedi, Röntgen, Diş, Fizik Tedavi, Kalp Akciğer Pompa, Patolojik Anatomi, Odyometri, Protez, Toplum Sağlığı branşlarının toplamı olarak verilmiştir. Tablo 6'da 1923 yılında 560 olan Sağlık Memuru sayısının, 2011 yılına geldiğinde 110.862'ye ulaştığı görülmektedir.

6.1.4. Eczacılar

Eczacılık, 24.12.1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'un 1. maddesinde; "Eczacılık; eczane, ecza deposu, ecza dolabı, galenik, tıbbi ve ispençiyari mevat ve müstahzarat laboratuvarı veya imalathanesi gibi müesseseler açmak ve işletmek veya tıbbi ve ispençiyari müstahzarat ihzar veya imal etmek veyahut bu kabil resmi veya hususi müesseselerde mesul müdürlük yapmaktır" şeklinde tanımlanmıştır. Buna göre her devlet hastanesinde bir eczane ve eczacılık hizmetleri bulunmaktadır.

Hastanelerde, yıllık ilaç ihtiyaçlarının ve bunların muhammen bedellerinin tespitini ve idareye bildirilmesini, İlaç ve tıbbi malzemenin evsafına uygun olarak kuruma kabulünü, bunların uygun şekilde ve Ayniyat Yönetmeliği hükümlerine göre depo edilmesini, günlük ihtiyaçların karşılanması için özel dağıtım yerinde hazır bulundurulması gibi bir dizi önemli görevler Yataklı Tedavi Kurumları İşletme

Yönetmeliğinin 17. maddesinde Eczacılık Hizmetleri olarak tanımlanmış ve bu görev eczacılara verilmiştir.

6.1.5. Hastanelerde Diğer Tıbbi Hizmet Sunucuları

Hastanelerde yukarıda sayılanların dışında, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, teknisyen yardımcıları, vb. sağlık hizmetleri sınıfında değerlendirilmektedir. 2011 yılında toplam 98.264 diğer tıbbi hizmet sunucuları sağlık hizmeti sunmaktadır.

6.2. Genel Yönetim Hizmeti Sunanlar

Hastanelerde sunulan Genel Yönetim Hizmetleri, hastaların hastalıklara karşı korunması, tanı, teşhis veya tedavi ile doğrudan ilişkisi olmayan, sadece sağlık hizmetlerinin sunumunda etkin, verimli, ekonomik ve hukuka uygun sunumunu sağlamaya dönük hizmetlerdir. Özetle, sağlık hizmetleri dışında, hastanenin sevk ve idaresine dönük hizmetlerdir. Hastanelerde bu hizmetlerin başında, 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun yürürlüğe girmezden önce Başhekim, Hastane Müdürü ve Başhemşire bulunmaktaydı. Ancak henüz uygulamaya geçilmemekle birlikte bu unvanlar tasfiye edilmiş ve Genel Yönetim Hizmetlerini sunanların unvan ve şartları değişmiştir.

6.2.1. Başhekimlik

Devlet Hastanelerinde personellerin görev, yetki ve sorumluluklarını belirleyen ve hizmet sunumuna ilişkin usul esaslarını düzenleyen Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin Baştabibin Görev ve Yetkileri başlıklı 110. maddesi şu şekilde düzenlenmiştir; "Eğitim ve araştırma hastaneleri; servis ve laboratuvar şefleri veya şef yardımcıları ile tıp alanında doçent veya profesör tabipler arasından, Sağlık Bakanlığı'nca atanacak baştabipler tarafından yönetilir. Diğer hastaneler ise; uzman tabipler veya tıp alanında doktora yapmış tabipler ya da iktisat, işletme, kamu yönetimi, hukuk, maliye, sağlık yönetimi, muhasebe alanlarında lisans, yüksek lisans

veya doktora eğitimi almış tabipler arasından, Sağlık Bakanlığınca atanacak baştabipler tarafından yönetilir.”

Devlet Hastanelerinde Başhekimler, hastanenin tıbbi, idari ve eğitim hizmetlerinin en iyi şekilde yürütülmesinden sorumludurlar. Ayrıca kurumda hizmet kalitesinin artırılmasında, kanun, tüzük, yönetmelik ya da diğer ikincil mevzuatın uygulanmasından sorumludur. Başhekim, kurum personelinin, kurum içerisinde en yetkili amiridir. Özetle başhekim, hiyerarşik olarak kurum içerisinde en yetkili amir olup, kurumun tüm işleyişinden birinci derecede sorumludur.

Başhekimlik halen uygulanmakla birlikte, 663 sayılı KHK ile bu unvan kaldırılmıştır. Söz konusu kararnamede, hastanenin idari veya mali, eğitim veya sağlık tüm hizmetlerin yürütülmesinden Hastane Yöneticisi sorumludur. Bu unvana atanacak kişilerin hekim oma zorunluluğu bulunmamaktadır. Ancak bu unvanlara atananlar sözleşmeli statüde istihdam edilecektir.

6.2.2. Hastane Müdürlüğü

Hastane Müdürleri, sağlık alanında veya iktisat, işletme, maliye veya hukuk eğitimi almış ve meslekte belirli bir süre müdür yardımcısı veya şube müdürlüğü görevi yapanlar arasından Sağlık Bakanlığı tarafından atanmaktadır. Tıp, yardımcı tıp ve hemşirelik hizmetleri dışında kalan tüm hizmetler, hastane müdürlerinin sorumluluğuna verilmiştir. Ancak hastanede mühendis bulunması durumunda teknik hizmetler, mühendisin sorumluluğunda başhekimliğe bağlı ayrı birim olarak organize edilmektedir.³⁷

663 sayılı KHK ile bu unvanda kaldırılmış, idari işler ve mali işler birbirinden ayrılarak, yerine İdari İşler Başkanı ve Mali İşler Başkanı diye iki yeni unvan getirilmiştir. Bu unvanlara atanacak olanlarda yine sözleşmeli statüde olup, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde Hastane Müdürüne atfedilen görevlerden sorumludurlar. Ancak uygulamada, Genel İdari Hizmetler sınıfına ait, satın alma

³⁷ Kavuncubaşı-Kısa., 2008, s.114

depolama, tüketime verme, demirbaş takip, her türlü özlük ve maaş işlerinden Hastane Müdürü sorumlu tutulmuştur.

6.2.3. Başhemşirelik

Bir hastanedeki hemşirelerin sevk ve idaresinden, buların eğitim ve denetiminden Başhemşire sorumludur. Başhemşireler, hastanede çalışan hemşirelerin hiyerarşik amiridir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 129. maddesinde Başhemşire; “yüksek hemşirelik okulu veya sağlık meslek lisesi mezunu olup, mesleklerinde en az on yıl çalışmış ve iyi sicil almış hemşireler arasından baştabibin teklifi ile Bakanlıkça atanır. Hasta bakım hizmetlerinin en iyi şekilde görülmesini sağlamakla görevli olup doğrudan Baştabibe karşı sorumludur” şeklinde tanımlanmış iken; 08.03.2010 tarih ve 27515 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde “Başhemşire; kurum ve kuruluşlarda hemşirelik hizmetlerini en üst düzeyde temsil eden hemşire” şeklinde tanımlanmıştır.

Devlet Hastanelerinde Başhemşireler, kurumda çalışan başhemşire yardımcıları, sorumlu hemşireler ve diğer hemşirelerden birinci dereceden sorumlu olup, hasta bakımı hizmetlerinin kanun ve yönetmelik hükümlerine göre yürütülüp yürütülmediğini denetlemekle yükümlüdür. Süreç içerisinde gördüğü tıbbi noksanlıkları başhekimine, idari konuları ise hastane müdürüne bildirmek zorundadır. Ayrıca kendine bağlı birimlerdeki personellerin çalışma yerlerinin belirlenmesi, yerlerinin değiştirilmesi ile ilgili hususları başhekimine iletmek ve verilen kararları uygulamak zorundadır.³⁸

663 sayılı KHK ile başhemşirelik unvanı da kaldırılmış ve hastane yöneticisine bağlı ve sözleşmeli statü getirilmiştir.

6.3. Hastanelerde Teknik Hizmet Sunanlar

Hastanelerdeki uygun ortam ve koşullarda sağlık hizmeti sunmak için gerekli olan; bina ve eklentilerinin elektrik, sıhhi tesisat, santral, çamaşır makineleri, tıbbi

³⁸ Kavuncubaşı-Kısa, 2008, s.114

cihazlar ve klima tesisleri ile motorlu araçların çalıştırılma, bakım ve onarım gibi her türlü mühendislik işleri “teknik hizmetler” olarak ifade edilmektedir. Hastane işletmelerinin emek yoğun bir teknoloji gerektirmesi ile birlikte, hizmet sunumunda son derece modern ve karmaşık cihazların kullanılması, teknik hizmetlerin önemini artırmaktadır. Tıbbi cihazların yoğunluklu olarak ithal olması, bu cihazların bakım onarım ve kalibrasyon hizmetlerinin büyük maliyetlere neden olması, bir teknik hizmet olan Bio Medikal Mühendisliğin devlet hastanelerinde önemini artırmıştır.

Hastanelerde Tıbbi Cihazlarla birlikte, hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamada çok önemli bir yer tutan bina, sıhhi tesisat ve elektrik işleri genel olarak teknik hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Devlet hastanelerinde bu görevi hastane mühendisleri veya teknisyenleri tarafında yerine getirirken, son yıllarda dışarıdan hizmet satın alımı yöntemi ile hizmet sürdürülmektedir.

6.3.1. Hastane Mühendisliği

Hastane kadrosunda olan bir mühendis, teknik hizmetler sınıfında çalışan tüm teknisyenlerin amiri olup, bu kişilerin görevleri ile işlerin takibi ve denetlenmesi ve hastanenin teknik hizmetler sınıfına giren bina, sıhhi tesisat, elektrik tesisatı ve tıbbi cihazların bakım, onarım, kalibrasyonu gibi konularda başhekimine karşı sorumludur.

Mühendis, hastanede birden fazla teknisyen varsa, bunlar arasında iş bölümü yapmak ve mühendislik birimine gelen bakım, onarım ya da tamir işlerini ilgili teknisyene sevk ve sonucunu denetimle görevlidir. Özellikle tıbbi cihazların ve diğer cihazların ekonomik ve daha fonksiyonel çalışmasının temini, bu konuda araştırma ve çalışmalar yapması başlıca görevleridir.

6.3.2. Hastane Teknisyeni

Hastane teknisyeni, Teknik Hizmetler olarak ifade edilen cihaz ve araçların tamir ve bakımı, bina ve tesislerin her türlü bakım, onarım, badana ve boyanması, her türlü elektrik bakım ve tamir işlemlerini, hastane mühendisinin denetim ve gözetimi altında yapmak zorundadır. Bir hastanede birden fazla teknisyen varsa, bulardan

birisi hastane müdürünün teklifi ve bahekimin onayı ile bateknisyen olarak görevlendirilebilir.

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde Teknik Hizmetler ve Geneli İdari Hizmetler sınıfına atfedilen birçok görev, döner sermaye kaynakları kullanılarak hizmet satın alımı yolu ile grdrlmektedir. Ayrıca hekimlik ve hemşirelik hizmetlerinin dışında kalan tıbbi tanı ve tetkike dönük çoğu laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri de dışarıdan hizmet satın alınması yolu ile yürütülmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANSA DAYALI ÜCRET ÖDEMESİ SİSTEMİ VE ÖZELLİKLERİ

Ücret kavramı en geniş anlamı ile üretim faktörlerinden emeğin, üretim faaliyetleri sonucunda elde etmiş olduğu paydır. Daha açık bir ifade ile ücret, bir mal ya da hizmet üretimine doğrudan veya dolaylı, zihinsel ya da bedensel katkıda bulunan emeğin karşılığı yani bir kişinin bir işte çalışmasının karşılığında yapılan ayni ya da nakdi ödemelerdir.

Hastanelerde, emek yoğun bir üretim teknolojisi ile hizmet üretimi yapıldığı, yani üretimde beşeri sermayenin çok önemli olduğu daha önce belirtilmişti. Hastanelerde sağlık hizmeti hekim, hemşire ve diğer sağlık tarafından kolektif bir hizmet olarak sunulmaktadır. Bu hizmet sunumunun karşılığında, sağlık çalışanlarına, 209 sayılı “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”da¹ öngörülen miktar ve usulde çeşitli ödemeler yapılmaktadır. Sağlık çalışanlarına yapılan ödemelerin başında aylık maaş ödemeleri, nöbet ücretleri ve performans dayalı ek ödeme gelmektedir. Bu ödemelerin dışında Cenaze ve Tedavi Yardımı, Harcırah Ödemeleri gibi mutad olmayan istisnai ödemeler yapılmaktadır. Bu bölümde ücret ve ücret sayılan ödemeler, sağlık çalışanlarına yapılan nakdi ödemelerin hukuki dayanağı ve usulleri açıklanacaktır.

1. Kamu Kesiminde Ücret ve Ücret İlkeleri

Kamusal kurumlarının yüklenmiş oldukları kamusal hizmetler, kamu görevlileri tarafından yerine getirilmektedir. Kamusal hizmetlerin nitelik ve niceliği ile söz konusu hizmeti ifa ile görevli bireylerin almış oldukları ücretler arasında yakın bir ilişki mevcuttur. Yani kamusal hizmetlerin kalitesinin artırılmasında eğitim,

¹ 209 sayılı Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, 09.01.1961 tarih ve 10702 sayılı RG., <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.4.209.pdf> (18.03.2012)

personel moral ve motivasyonu ile birlikte uygulanan ücret politikalarının önemi büyüktür. Bu sebeple kamu kesiminde ücret ve ücret politikaları ile kamu kesiminde ücretin nasıl hesaplandığı ve nelerin etkilendiği önemlidir.

1.1. Ücret Kavramı

Ücret Kavramı, emeğin üretime katılımı sonucunda, elde edilen katma değerden aldığı pay ya da iş gücünün değişim değeridir. İşverenin işçiye, işçinin sahip olduğu işgücünün değişim değerini ödeyerek, işgücünün kullanımını bir süre için satın almaktadır.² Yani emeğin üretim sürecinde başkaları adına göstermiş olduğu faaliyetin ya da sarf edilen enerjinin karşılığıdır. Başka bir tanıma göre ücret(maaş) işletmede üretimi ve üretimin verimliliğini arttıran önemli bir araç olduğu gibi, iş göreni işletmeye en fazla bağlayan ekonomik teşvik aracıdır. Esasen personelin işletmeye girişinin ve orada sürekli çalışmasının nedeni bir bakıma kendisine yapılan ödemedir,³ yani ücrettir.

22.05.2003 tarihinde kabul edilen 4857 sayılı İş Kanunu'nun 32. maddesinde ise ücret; Genel anlamda ücret, bir kimseye bir iş karşılığında işveren veya üçüncü kişiler tarafından sağlanan ve para ile ödenen tutardır⁴ şeklinde tanımlanmıştır. Yani ücret, bir hizmet sözleşmesinin bir koşulu olup, iş karşılığı kararlaştırılan veya yasalarla belirlenen bir paradır.

Yukarıda verilen tanımlardan da anlaşılacağı üzere, en geniş anlamı ile ücret, emeğin üretim sonucunda bir üretim faktörü olarak üretim sonucunda almış olduğu paydır. Yani ücret, işçinin gördüğü işin karşılığı olarak ödenen veya işverenin buyruğu altında iş görmeyi bekleyerek geçirdiği zaman dilimi içerisinde ödenmesi gereken para ve para ile ölçülebilen yararlılardan oluşan bir "kazanç" türüdür.⁵ Yukarıdaki tanımlardan ve ücretin temel unsurlarından yola çıkılarak ücretin, bir iş ya da emeğin karşılığında ödenmesi, söz konusu ödemenin üçüncü bir kişi ya da

² Ü. Ataman, Tarihsel ve Toplumsal Açından Ücret, İstanbul, 1992, s.23

³ İ. Mucuk, Modern İşletmecilik, İstanbul, 2005, s.338

⁴ 4857 sayılı İş Kanunu, Madde 32

⁵ Ahmet Çelik, İş Hukukunda Ücret Kavramı, <http://www.tazminathukuku.com/arastirma-yazilari/is-hukukunda-ucret-kavrami.htm> (21.07.2012)

kişilerce ödenmesi ve son olarak nakdi yani para ile ödenmesi gibi üç temel özelliğe sahip olduğu sonucuna varılabilir.

1.2. Kamu Kesimi Ücret Sistemleri

Ücretin hesaplanmasında alınan esaslar ve ödeme biçimi, çeşitli şekillerde ortaya çıkmış ve çeşitli sistemlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Firmalar, şirket stratejilerine uygun ücret ödeme sistemleri uygulamaktadırlar. Bu sistemler belirlenirken örgütün yapısı, işlerin ve pozisyonların nitelikleri, çalışanların beklentileri ve istekleri dikkate alınmaktadır.⁶ Ancak yinede dünyanın her yerinde ücret konusu, personel yönetiminin en tartışmalı konusudur. Hiçbir ülkede memnuniyet verici bir çözüm yolu bulunamamıştır.⁷

Gerek özel kesim ve gerekse kamu kesiminde, emeğin üretime katılması sonucunda ödenmesi gereken ücretin hangi miktarda ve nasıl belirleneceği, ücret sistemlerini oluşturmaktadır. Ücret sistemleriyle işçiye emeğinin karşılığının ödenmesi amacının yanında, üretimde verimlilik ve kalitenin artırılması hedeflenmektedir. Ancak bu hedefin kamu kesiminde uygulama sonuçları itibari ile etkili olduğunu söylemek güçtür.

Bu süreçte ücret sistemleri genel olarak “Ana-Baz Ücret” ve “Teşvik Edici Ücret” sistemleri şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. Ana-baz ücret, zamana göre ücret, parça başına göre ücret ve götürü ücret şeklinde sınıflandırılırken, teşvik edici ücret ise Halsey Sistemi, Rowan Sistemi, Emerson Sistemi, Taylor Sistemi gibi farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır.⁸

1.2.1. Zamana Göre Ücret Sistemi

Zamana göre ücret sisteminde, ücret işçinin işletmede yani işyerinde geçirdiği süre göz önünde bulundurularak ücretin belirlendiği sistemdir. Burada yapılan işin nitelik ya da niceliği, işçinin performans veya verimliliği göz önünde bulundurulmaz.

⁶ G. Budak, Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi, İzmir, 2008, s. 496

⁷ N. Tortop., Kamu Personel Yönetimi, Ankara, 1987, s.107

⁸ Ücret Kavramı, [www.genbilim.com/content/view/3562/\(24.08.2012\)](http://www.genbilim.com/content/view/3562/(24.08.2012))

En eski sistemlerden birisi olmakla birlikte, bu sistemde işçinin tamamen atıl olduğu ve hiçbir üretim faaliyetinde bulunmadığı şeklinde de algılanmamalıdır. Uygulaması ve anlaşılması çok kolay olmakla birlikte, işçilerin verimlilik ölçümlerinin yapılamaması sistemin en önemli dezavantajıdır. Bu sistemde çalışanla çalışmayan arasında bir ayırım yapılması veya çalışanın motive edilerek etkinlik ve verimliliğin sağlanması oldukça zor bir sistemdir. Ülkemizde İş Kanunu ile işçiler için haftalık 45 saat, Devlet Memurları Kanunu ile memurlar için öngörülen haftalık 40 saatlik çalışma sürelerinin öngörülmesi, bu süreler karşılığında işçiler için minimum asgari ücret ve memurlar için kanunda öngörülen maaş ödemeleri, zamana dayalı ücret sistemine örnek olarak verilebilir.

1.2.2. Parça Başına Ücret Sistemi (Akort Ücret Sistemi)

Bu sistemde eski ve uygulaması oldukça kolay bir sistemdir. Bu sistemde ücret hesaplanırken, işin yapılması ve zamanın bir önemi yoktur. Sadece üretilen ürünün birim miktarı önemlidir. Ücrette üretilen birim miktarına göre hesaplanmaktadır. Bu sistemde ücret, üretimle birlikte artmaktadır. Üretimdeki olası artış ve azalışlar doğrudan ücreti etkilediğinden, üretim artışının özendirilmesi açısından iyi bir yöntemdir. Bu sisteme akort ücret sistemi de denilmektedir.

1.2.3. Götürü Ücret Sistemi

Bu sistemde çalışanın saptanan bir ücret karşılığı belli bir işi yapması istenmektedir. Zaman belirsizdir. Bu sistemde çalışan işi kısa zamanda bitirirse, aynı ücreti alır ve zamandan kazanmış olur. Bu sistemde işçi belirli bir zamanda, önceden saptanan bir işi yapmayı taahhüt eder. Ücrette bu zaman üzerinden hesaplanır.⁹ Özellikle seri üretime konu olmayan yani üretimde devamlılık göstermeyen işlerde uygulanan bir sistemdir.

1.2.4. Performansa Dayalı Ücret Sistemi

1960 ve 1970 yıllardaki Neo-Liberal dönüşüme paralel ortaya çıkan, çalışanların yaratıcılığını ortaya çıkarmaya ve artırmaya dönük, aynı zamanda

⁹ Budak., 2008, s.501

çalışanların daha etkin, verimli ve ekonomik çalışmalarını hedefleyen bir ücret sistemidir. Performansa Dayalı Ücret Sistemi, çalışmanın özünü oluşturması nedeniyle sonraki bölümlerde ayrıntılı olarak değerlendirileceğinden burada ayrıntıya girilmeyecektir.

Yukarıda açıklanan ücret sistemlerinin dışında, prim sistemi, komisyon sistemi, kardan pay alma sistemi,... gibi sistemler de mevcut olup, bu çalışmanın sınırları göz önünde bulundurularak ayrıntılı açıklanmayacaktır. Ücret sistemlerinin hangisinin iyi ya da kötü olduğu şeklindeki bir değerlendirme, her iş ya da işletmeye göre değişecektir. Ancak hangi ücret sistemi tercih edilirse edilsin, iyi bir ücret sistemi öncelikli olarak adil bir sistem olmalıdır. Yani işçilerin üretime katkı özendirilmeli ve bunun karşılığı eksiksiz ve zamanında verilmelidir. Sistem kolay, ekonomik, anlaşılabilir ve uygulanabilir olmalıdır. Bir ücret sistemi taraflara güven vermeli ve taraflarca benimsenmelidir. Hepsinden de önemlisi hukukla uygun olmalıdır.

1.3. Kamu Kesiminde Temel Ücret İlkeleri ve Politikaları

Ücret politikaları ücretin amaçlarına ve stratejisine uygun olarak ödüllendirme süreçlerinin nasıl tamamlanması ve yönetilmesi gerektiğini göstermektedir. Belirli bir esneklik içinde farklı bir durumda ve farklı kişiler tarafından tutarlı kararlar alınmasını sağlayan ücret politikaları, ücretin yapısına, düzeyine, toplam ücret paketine veya ücret ile performans arasındaki ilişkiye yönelik olabilir.¹⁰ Bu bölümde kamu kesiminde uygulanan temel ücret ilke ve politikaları incelenecektir.

1.3.1. Dış Denge İlkesi

Kamu kesiminde ödenen ücretlerin özel kesimde ödenen ücretlerle karşılaştırılmasıdır. Bu amaçla kamu kesiminde ödenen ücretler, özel kesimde az çok benzeri olan hizmet dallarında ödenmekte olan ücretlerle karşılaştırılır. Bu karşılaştırmada sadece ücretler değil, çalışma şartları ve ücret dışı sağlanan imkanlar dikkate alınmaktadır. Ücret ve çalışma şartlarında standartlık söz konusudur.¹¹

¹⁰ R. Demir, Türkiye’de Kamu Sektörü Ücret Yapı ve Politikaları, İstanbul Üni. SBE., İşletme ABD.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007, s.27

¹¹ D. Kestane, “Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği”, Maliye Dergisi, S. 142, Ankara, Ocak-Nisan 2003, s.130

1.3.2. İç Denge İlkesi

Kamu kesiminde çalışan personelin aldığı ücretlerin, kendi aralarında karşılaştırılmasıdır. Kamu kesiminde ücret karşılaştırması yapmak iki nedene dayanır. İlk olarak kamu kesiminde görülmekte olan işlerin tümü, aynı güçlük ve sorumluluk derecesinde değildir. Ücretlerin, yapılan işin güçlüğüne ve üstlenilen sorumluluğun derecesine göre saptanması, türlü iş ve meslek dalları arasında bir karşılaştırma yapılmasını zorunlu kılmaktadır. İkinci neden, ücretlerde yapılacak farklılaştırmanın iç dengeyi bozacak bir düzeye ulaşması ihtimalidir. Ücret farklılıkları, objektif ve nesnel ölçütlere dayandırılmamışsa, kamu kesiminde kurumlar ve meslekler arasında bir yarışma ve mücadele ortaya çıkacaktır. Ayrıca üçüncü bir neden olarak, kimi dönemlerde bir kısım personelin kazanılması ya da hizmette tutulması için özel ödünler verilmesi zorunlu olabilir.¹²

1.3.3. Ücretlerin Tek taraflı Olarak Belirlenmesi

Kamu kesiminde ücretler, hükümetler tarafından bütçe ve enflasyon beklentileri göz önünde bulundurularak merkezi yönetim ve sendikalar tarafından yapılan toplu pazarlıklar sonucunda belirlenmektedir. Bu uygulama, bütçe dengelerinin sağlanması ve bütçe hedeflerinin yakalanması açısından etkili olmakla birlikte, sendikaların etkin olmadığı hallerde ücretliler aleyhine sonuçlar doğurmaktadır.

1.3.4. Eşit İşe Eşit Ücret

Burada aynı işi yapan kamu görevlilerine aynı ücretin ödenmesi ifade edilmektedir. Söz konusu eşitlik ise mutlak nitelikli olmayıp, kamu görevlisinin farklı kurumlarda da olsa aynı öğrenim durumu, aynı bilgi ve becerilere sahip olması, aynı zamanda meslekteki gayret becerileri ve sorumluluk dereceleri ve çalışma koşulları aynı olanlara aynı ücretin ödenmesi demektir.

¹² Kestane., 2003. s.130

1.3.5. Hizmet Süresi

Bir kamu görevlisinin ücretinin belirlenmesinde, hizmette geçirdiği süre göz önünde bulundurularak yani kıdeme dayanarak ücretin belirlenmesidir. Uygulamada hizmet süresi-ücret ilişkisi, görev unvanları itibariyle hizmet süresinin ücrete yansımaları noktasında ücret kalemleri açısından farklılıklar göstermektedir.¹³

1.3.6. Performans Faktörü

Kamu kesiminde etkinlik ve verimliliğin artırılması amacıyla, bireysel ya da kurumsal performansın göz önünde bulundurularak ücretin belirlendiği bir modeldir. Modelin temel hareket noktası, daha rekabetçi bir ortam yaratılarak, bireylerin çalışma heves ve motivasyonunun artırılması ve sonuçta kaynakların daha ekonomik ve verimli kullanılmasıdır.

1.3.7. Diğer Faktörler

Ücretlerin belirlenmesinde diğer bir faktörde, ülkemizdeki bölgesel gelişmişlik farklılıkları ve buna bağlı bölgesel ücret farklılıklarıdır. Ülkemizde kalkınmada öncelikli yörelerde çalışanlara yapılan ek ödemeler veya olağanüstü hal bölgesinde çalışanlara ödenen olağanüstü hal tazminatı örnek olarak verilebilir.

1.4. Kamu Kesimi Ücret sorunları

Türkiye’de kamu görevlilerinin mesleğe kabul, meslekte ilerleme, mesleki faaliyetleri sırasındaki sosyal, kültürel ve eğitsel, liyakat ve kariyer anlamında genel sorunları bulunmaktadır. Ancak kamu görevlilerinin genel sorunlarının içerisinde mali problemler yani özlük haklarına ilişkin problemler başta gelmektedir. Türkiye’de kamu görevlilerine uygulanan ücret düzeyi genel olarak düşük seviyelerde olup, kurumlar arasında da farklı ücret politikaları uygulanmaktadır. Ücret politikalarındaki bu dengesizlikler etkin bir personel rejimi uygulanabilmesinde önemli bir engeldir. Ücretlerin, iş analizi yapılmadan, görev değerlendirilmesi yoluna

¹³ N. Gültekin-A. Terzioğlu, “Kamu Kesimi Ücret Politikası”, Marmara Ün., İİBF Dergisi, C.XXV, S.2, İstanbul, 2008, s.975

gidilmeden görevlerin yetki ve sorumluluklarının neler olduğu bilinmeden, görevlerin ne gibi zihinsel ve bedensel beceri gerektirdiği ve çalışma şartlarının neler olduğu tespit edilmeden belirlenmesi ve kendi içerisinde tutarlı bir ücret dağıtımının olmaması, kamu görevlileri arasında ücret anarşisini meydana getirmiştir.¹⁴

Türkiye’de siyasal bir baskı grubu olmaktan uzak olan memurların aylıklarının oluşumu, bir takım ekonomik ve sosyal nitelikteki temel ölçütlerden çok hükümetlerin siyasal, sosyal ve ekonomik görüşlerine, bütçe gereklerine, siyasal rastlantılara, kısacası devletin siyasal organlarının verecekleri tek yanlı kararlara bırakılmıştır. Ayrıca ücret sistemi genel olarak zam verme olarak algılanmış ve köklü reformlar yapılamamıştır. Personel reformu yapmak üzere büyük umutlarla çıkarılan 14.07.1965 tarih ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun mali hükümleri ancak 1970’den sonra, bazı hükümleri ise daha sonraki yıllarda uygulanabilmiş ve dolayısıyla Kanun bastan ölü olarak doğmuştur. Zamanla katsayı ve gösterge tablosu işlevini yitirmiş ve KHK’lar ile zam verilmesi alışkanlığı edinilmiştir.¹⁵

Kısaca kamu kesimindeki ücret sorunlarının başında, ücret seviyesinin çok düşük olması söylenebilir. Ayrıca, kurumlar arasındaki farklılıklar da önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık Ocağındaki bir hemşire ile Devlet Hastanesi ya da üniversite hastanesinde çalışan bir hemşirenin aylık gelirlerindeki farklılık önemli bir sorundur. Ücrete ait diğer önemli bir sorunda, statü farklılığıdır. Aynı işi yapan ancak statüleri farklı olanların, yaptığı işe değil de statülerine göre ücret almaları önemli bir sorundur. Devlet Hastanelerinde unvanı hemşire olmakla beraber, vekaleten ya da geçici süreli idari bir görevle görevlendirilen bir kişiye sunmuş olduğu hizmet yerine, kadrosu üzerinden ücret ödemesi yapılması önemli bir sorun olup, Devlet Hastanelerindeki performansa dayalı ücrete ödeme sisteminin temelinde de, bireyin statüsü yani kadrosu göz önünde bulundurulmaktadır. Kamu personeline yapılan ücret ödemelerinde diğer bir sorun ise, ücret hesaplama sisteminin şeffaf olmaması ve çok karmaşık olması söylenebilir. Bugün çoğu kamu çalışanının ücret bileşenleri hakkında bilgisi bulunmamaktadır. Bu sebeple sistemin sadeleştirilmesi ve standardize edilmesi en önemli sorun gibi görünmektedir.

¹⁴ M. Akgül, Kamu Görevlilerinin Aylık ve Ücret Sistemi, TODAİE Kamu Yönetimi Lisansüstü Uzmanlık Programı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1985, s.180.

¹⁵ Demir., 2007, s.218

2. Devlet Hastanelerinde Uygulanan Ücret Politikası

Türkiye’de devlet hastanelerinde uygulanan ücret politikası yukarıda açıklanan ücret tür ve sistemlerine benzetmekle beraber, çeşitli açılardan ayrılmaktadır. Sağlık çalışanlarına ücret ödemelerinin başında aylık maaş ödemeleri, performansa dayalı ek ödeme, nöbet ücretleri ve günümüzde kısmi önemini yitiren yolluk, harcırah, cenaze yardımı, dil tazminatı,... gibi ödemeler yer almaktadır.

Hastanelerde aylık ücret ödemeleri, işçilere ödenen ücret gibi emeğin karşılığı olarak ödenmekte olup, ödeme usulleri açısından farklılıklar bulunmaktadır. İşçiler bir aylık çalışmanın sonucunda ücrete hak kazanırken, memurların çalışmadan peşin olarak maaş alması önemli bir ayrımdır. Ayrıca memur maaşları, bir kadroda bulunma bir kamu hizmeti ile görevlendirilmenin karşılığı olarak ödenirken, işçi ücretleri bir sözleşmeye bağlı olarak görülen bir işin karşılığıdır. Ayrıca işçi ücretleri ile memur ücretlerinin hukuki dayanakları farklıdır.

2.1. Aylık Maaş Ödemeleri

Devlet hastanelerinde veya diğer kamu kuruluşlarında çalışan kamu görevlilerine ödenen ücret ödemelerinin başında, aylık maaş ödemeleri gelmektedir. Aylık maaş ödemeleri devlet memurlarının bir kadroda bulunma ve bu kadronun gerektirdiği hizmetin ifa edilmesinin karşılığı olarak peşin ödenen tutardır. Kamu çalışanlarının çalışma süreleri, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun çalışma saatleri ve izinler başlıklı 5. bölümünde düzenlenmiştir. Maaş ve Ücretler ise, Devlet Memurları Kanununun Mali Hükümler başlıklı V. Kısmında kamu çalışanlarına ödenecek olan maaş ve tazminatlara ilişkin ayrıntılı düzenlemeler yapılmıştır.

Devlet hastanelerindeki sağlık çalışanları ve diğer kamu görevlilerine ödenen ücretin başında aylık maaş ödemeleri gelmektedir. Aylık Maaş Ödemeleri; Özel Hizmet Tazminatı, Taban Aylık, Kıdem Aylık, Ek Gösterge, Yan Ödeme, İkinci Görev Aylığı ve Aile yardımı, Çocuk yardımı, Yabancı Dil Tazminatı, gibi sosyal ödemelerin toplamından oluşmaktadır. Aylık maaş ödemeleri, bir çok bileşenden oluşması nedeniyle kompleks bir görünüm arz etmektedir. Ancak 01.06.2012 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 29.05.2012 tarih ve 2012/1 sayılı “Kamu Görevlileri

Hakem Kurulu Kararı”nda aylık maaş hesaplamasına veri olan, zam tazminatların nasıl ve hangi oranlarda uygulanacağı ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Buna göre devlet hastanelerinde ve diğer kamu kurumlarında çalışan kamu görevlilerinin aylık maaş ve sosyal yardımlarının hesaplanmasında, aylık maaş katsayısı, taban aylık katsayısı ve göstergesi, kıdem aylığı, özel hizmet tazminatı, yan ödeme katsayısı, aile yardımı katsayısı, çocuk yardımı katsayısı, doğum ve ölüm yardımı ödeneklerinden oluşacağı ifade edilmiştir. 01.07.2012 tarihinden geçerli olmak üzere, Devlet Memurları Kanununun 154. maddesi gereğince aylık gösterge tablosunda yer alan rakamlar ile ek gösterge rakamlarının aylık tutarlara çevrilmesinde uygulanacak aylık katsayı 0,071589, memuriyet taban aylığı göstergesinde uygulanacak taban aylık katsayısı 0,9579, iş güclüğü, iş riski, temininde güclük ve mali sorumluluk zamlarının aylık tutarlara çevrilmesinde uygulanacak yan ödeme katsayısı ise 0,0227 olarak uygulanır.¹⁶ Aynı kararda 31.12.3013 tarihinde kadar ki dönemde uygulanacak katsayılar ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

Taban Aylık:27.06.1989 tarih ve 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1. maddesine dayanılarak sağlık çalışanları gibi tüm kamu çalışanları için hesaplanan temel aylık maaş unsurudur. Taban aylık tüm sağlık çalışanları ve diğer kamu çalışanları için, taban aylığı göstergesi 1000 kabul edilir ve ilgili dönem için belirlenen taban aylık katsayısı ile çarpılarak bulunur. Yani 01.07.2012 tarihinden itibaren ve tüm kamu çalışanları için geçerli olan taban aylığı $0,9579*1000=957,90$ TL’dir.

Kıdem Aylığı: Taban aylığından yararlanan kamu çalışanına, çalışmış olduğu hizmet süresi göz önünde bulundurularak, belirlenen kıdem göstergesinin memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutarın parasal ifadesidir. Kıdem göstergesi hesaplanırken her çalışan hizmet yılı için 20 puan üzerinden hesaplama yapılır ve bu süre 25 yıldan fazla olamaz.

Örnek olması açısından, hizmette on yılını tamamlayan bir hemşire için kıdem aylığı;

$$20*(Kıdem Yılı)*(Maaş Katsayısı)=20*10*0,071589=14,32 \text{ TL' dir.}$$

¹⁶ Kamu Görevlileri Hakem Kurulu Kararı, 29.05.2012 tarih ve 2012/1 sayılı RG <http://www.gazetearsivi.info> (21.07.2012)

Özel Hizmet Tazminatı: 05.05.2006 tarih ve 2006/10344 sayılı Bakanlar Kurulu Kararında memurların unvan ve derecelerine uygun olarak alabileceği özel hizmet tazminatı oranları belirlenmiştir. Özel hizmet tazminatı söz konusu Bakanlar Kurulu Kararında belirtilen tazminat oranlarının, yine bakanlar kurulunca belirlenen maaş katsayısı ve en yüksek devlet memuru göstergesi (1500) ve ek göstergesi (8000) toplamından (9500) oluşan sabit bir değerle çarpılması sonucunda bulunan toplam değerdir.

Kadroları Sağlık Hizmetleri sınıfında bulunan Devlet Hastanelerinde özel hizmet tazminat oranları, Klinik Şefleri için % 215, Klinik Şef Yardımcıları için % 200, Baş asistanlar için % 190, Uzman hekimlerden 1-4 derecede aylık alanlar için %180, diğerleri için % 160, Eczacılar 1-4 derecede aylık alanlar için % 110, diğerleri için 106, Mesleki Yüksek Öğrenim görmüş (hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelleri) ve 1-4 derecede aylık alanlar için % 97 diğerleri için % 94 ve Lise mezunu sağlık personelleri için % 72¹⁷ olarak belirlenmiştir. Buna göre bir baş asistan için özel hizmet tazminatı şu şekilde hesaplanır.

Özel Hizmet Tazminatı= Özel Hizmet Tazminat Oranı*memur maaş katsayısı*9500

$$=190*0,071589*9500$$

$$=1.292,18 TL$$

Yan Ödeme Aylığı: Devlet Hastanelerinde çalışana sağlık personelleri için yan ödeme özel hizmet tazminatında olduğu gibi; 2006/10344 sayılı Bakanlar Kurulu Kararında belirtilen iş güclüğü zammı, iş riski zammı ve temininde güclük zammı için belirlenen oranları toplamının, öngörülen yan ödeme katsayısı ile çarpılması sonucu bulunan parasal tutardır. Yan ödemeye esas teşkil eden oranlar, özet olarak aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

¹⁷ 2006/10344 sayılı Devlet Memurlarına Ödenecek Zam Ve Tazminatlara İlişkin BKK. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/05/20060505-1.htm> (22.05.2012)

Tablo 6: Devlet Hastanelerinde Yan ödeme Aylığına esas olan zam oranlar

Sıra	Sağlık Personeli Unvanı	İş Güçlüğü Zammı	İş Riski Zammı	Tem. Güçlük Zammı
	Klinik Şefi	900	500	1800
	Klinik Şef Yardımcısı	850	500	1700
	Başasistan	825	500	1650
	Uzman Hekim	800	500	1600
	Pratisyen Hekim	800	500	1200
	Eczacı	650	500	800
	Diş Hekimi	650	500	1100
	Yüksek Hemşire	600	500	600
	Lise Mezunu Hemşire	550	500	200

Kaynak: 2006/10344 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı

Buna devlet hastanesinde çalışmakta olan ve yüksek öğrenim görmüş bir hemşire için Yan Ödeme aylığı aşağıdaki şekilde hesaplanmaktadır.

$$\text{Yan Ödeme Aylığı} = (\text{İş Riski Zammı} + \text{İş Güç. Zammı} + \text{Tem. Güç. Zammı})$$

$$\begin{aligned} \text{Yan Ödeme Katsayısı} &= (600 + 500 + 600) * 0,0227 \\ &= 38,59 \text{ TL 'dir.} \end{aligned}$$

Tablo 7: Sağlık Hizmetleri Sınıfı İçin Ek Gösterge Tablosu

Sağlık Hizmetleri Sınıfı	Derecesi	Ek Göstergesi
Uzman Hekim, Diş Hekimi, Eczacı, Biyolog, Tıpta Uzmanlık Belgesi alanlar veya bu dallarda uzmanlık unvanını doktora aşaması ile kazanmış olanlar	1	3600
	2	30000
	3	2200
	4	1600
	5	1300
	6	1150
	7	950
	8	850
Diğer Sağlık Bilimleri Lisansiyerleri	1	3000
	2	2200
	3	1600
	4	1500
	5	1200
	6	1100
	7	900
	8	800
<i>Kadroları sağlık Hizmeti sınıfından olup, Yukarıdaki sınıfa dahil olmayanlar;</i>		
Yüksek Öğrenim görenler	1	2200
	2	1600
	3	1100
	4	800
Diğerleri	1	1500
	2	1100
	3	800
	4	650

Kaynak: 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu., Ankara 2006

Ek Gösterge: Devlet memurlarının her bir hizmet yılı için almış oldukları kademe ve normal koşullarda üç yılda bir almış oldukları dereceleri göz önünde bulundurularak, Devlet Memurları Kanununda belirlenen ve aşağıdaki tabloda verilen gösterge puanlarının, ilgili yıl için belirlenen maaş katsayısı ile çarpılarak hesaplanan parasal bir tutardır. Devlet Hastanelerinde çalışan sağlık personelleri için ek gösterge tablosu aşağıdaki gibidir.

Buna göre devlet hastanelerinde çalışan yüksek okul mezunu, birinci derecede bir hemşire için ek gösterge örnek olarak aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır.

Ek Gösterge Aylığı= Ek Gösterge*Maaş Katsayısı

$$=2200*0,071589$$

$$=157,50 \text{ TL'dir}$$

Yukarıda ayrıntılı olarak açıklanan devlet hastanelerindeki aylık maaş ödemeleri ve maaş bileşenleri, ücret sistemleri içerisinde “Zamana Göre Ücret Sistemi”ne benzemektedir. Bu sistemde, sağlık çalışanın herhangi bir hastaneye atanması ve işe başlaması, aylık maaş alması için yeterli kriter olup, başkaca bir özellik aranmamaktadır. Yani memurun performansının, fazla çalışması veya eksik çalışmasının, izinde veya hasta olmasının maaş hesaplanmasında bir önemi bulunmamaktadır.

Devlet Hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin aylık maaşlarının brüt tutarları genel olarak yukarıdaki bileşenlerden oluşmaktadır. Bu bileşenlerin toplamı, brüt tutar olup bu tutar üzerinden Gelir Vergisi ve Damga Vergisi gibi mali yükümlülükler ve Kanun’da öngörülen diğer Emekli Sandığı kesenekleri gibi kesenekler kesildikten sonraki kalan tutar aylık maaş olarak ödenmektedir. Aylık maaş ödemelerinin yukarıda belirtilen bileşenlerinin yanında, memurun sosyo-kültürel yapısı göz önünde bulundurularak, aile yardımı, çocuk yardımı, asgari geçim indirimi, sendika aidatı, harcırah, ... gibi adlar altında ödemeler yapılmaktadır.

Aylık maaş bileşenlerinin oldukça karmaşık bir yapıda olması ve hesaplamaların oldukça zor olması, aynı zamanda sağlık çalışanlarının mali konularda yeterli eğitimi almamış olmaları temel özlük hakları konusunda bir eksikliklerdir. Bu sebeple söz konusu aylık maaş ödemelerinin daha basit ve herkes

tarafından kolayca anlaşılabilir ve hesaplanabilir standarda dönüştürülmesi yararlı olacaktır.

2.2. Diğer sosyal ödemeler

Devlet Hastanelerinde çalışan personellere ve aynı zamanda diğer kamu görevlilerine aylık maaş ödemeleriyle birlikte çeşitli zam ve tazminatlar adı altında mali ve sosyal amaçlı ücret ödemeleri yapılmaktadır. Bu ödemelerin bir kısmı aylık maaşla birlikte tazminat halinde ödenmektedir. Bunların başında Makam Tazminatı, Yabancı Dil Tazminatı, Görev Tazminatı, Denge Tazminatı gibi tazminatlar gelmektedir. Ayrıca evli olan memurlara, eşi çalışmayan ve sosyal güvenlik kurumundan maaş almayan eş için 1500, her bir çocuk için 250 gösterge rakamının aylık katsayı ile çarpımından bulunacak tutarda aile yardımı ödeneği ödenir. Ayrıca çocuğu olan devlet memurlarına, 75 gösterge rakamının aylık gösterge rakamı ile çarpımından oluşan tutarda doğum yardımı ödenmektedir.

Ayrıca Maliye Bakanlığı ve Devlet Personel Başkanlığının çıkarmış olduğu yönetmelikler doğrultusunda devlet memuruna yiyecek ve giyecek yardımı ödenen diğer sosyal ödemeler arasında sayılabilir. Yine devlet memuruna yapılan tedavi giderleri ile memurun ölümü halinde memurun kurumu tarafından ödenen cenaze giderleri bu kapsamda değerlendirilebilir. Memurun eşi ya da aile yardımı ödeneğini hak eden çocuğunun ölümü halinde yapılan ölüm yardımı da bu grup içerisinde yer alır.

2.3. Nöbet Ücreti Ödemeleri

Yataklı tedavi kurumlarında çalışmalar günün 24 saatinde kesintisiz devam eder. Normal mesai saatleri dışındaki hizmetler, acil vak'aların muayene ve tedavisini acil ameliyat ve müdahalelerin yapılmasını ve yatmakta olan hastaların bakımlarının devamını kapsar.¹⁸ Yani Devlet Hastanelerinde sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürmesi nedeni ile normal çalışma süreleri dışında ve ulusal bayram ve genel tatil günlerinde, hizmet nöbet usulü ile sürdürülmektedir. 657 Sayılı

¹⁸ Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 05 Mayıs 2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete

Devlet Memurları Kanunu'nun Ek:33 maddesine dayanılarak, normal çalışma süreleri dışında sürdürülen hizmetler için aylık nöbet ücreti ödenmektedir.

Buna göre devlet hastanelerinde, haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanmasına müsaade edilmeyen memurlar ile sözleşmeli personele, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 6 saatten az olmamak üzere) Kanun'da gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu hesaplanacak tutarda nöbet ücreti ödenir. Ancak ayda 130 saatten fazlası için ödeme yapılmaz. Bu ücret, damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

Devlet Hastanelerinde çalışan sağlık personeli nöbetlerine ait Devlet Memurları Kanunu'nda belirlenen gösterge rakamları Uzman Doktor için 100, Asistan Doktor için 90, Eczacı için 80, Yüksek okul Mezunu Hemşire için 60 ve Lise Mezunu Hemşire için 50 gösterge puanı olarak belirlenmiştir. Bu puanların aylık maaş katsayısı ile çarpılmasıyla, söz konusu sağlık çalışanının saatlik brüt nöbet ücreti bulunacaktır. Bundan sadece Damga Vergisi kesilerek net ödeme yapılacak olup, ödenecek tutar hiçbir şekilde aylık 130 saati geçmeyecektir. Buna göre normal çalışma saatleri dışında 120 saat nöbet tutan bir asistan doktora ödenecek aylık nöbet ücreti şu şekilde hesaplanacaktır.

$$\begin{aligned} \text{Brüt Nöbet Ücreti} &= \text{Gösterge Puanı} * \text{Maaş Katsayısı} * \text{Aylık Toplam Nöbet Saati} \\ &= 90 * 0,071589 * 120 \\ &= 773,16 \text{ TL'dir.} \end{aligned}$$

2.4. Performansa Dayalı Ücret Ödemeleri

Kamu görevlilerinin etkinlik ve verimliliğini artırmak amacıyla, ücret ile performansın arasında bir ilişki kurularak oluşturulan bir sistemdir. Genellikle performans yönetim sisteminin bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirmede, ikramiyeler ve ücret seviyeleri, çalışan performansının daha önce konulmuş hedeflere göre değerlendirilmesiyle belirlenir. İşle ilgili hedeflere bağlı olan

performanslar doğrultusunda ücreti farklılaştırmak, performansa göre ücretlendirmenin mantığını oluşturur.¹⁹

Tablo 8: Hastanelerde Maaş Hesaplamalarında Kullanılan Temel Formüller

	Ödemenin Çeşidi	Hesaplama Tarzı
1	Aylık Tutar	(Gösterge + Ek Gösterge) x Maaş Aylık Katsayısı
2	Taban Aylığı	Taban Aylığı Göstergesi x Taban Aylık Katsayısı
3	Kıdem Aylığı	Yıl x Kıdem Aylığı Göstergesi x Maaş Aylık Katsayısı
4	Yan Ödemeler -İş Güçlüğü Zammı -İş Riski Zammı -Temininde Güçlük Zammı, -Mali Sorumluluk Zammı	Yan Ödeme Puanı x Yan Ödeme Katsayısı
5	Özel Hizmet Tazminatı	Tazminat Oranı x En Yüksek Devlet Memuru Aylığı
6	Temsil Tazminatı	Temsil Tazminatı Göstergesi x Maaş Aylık Katsayısı
7	SHS ve THS Verilen Ek Tazminat	Tazminat Oranı x En Yüksek Devlet Memuru Aylığı
8	Yabancı Dil Tazminatı	Düzeğe Göre Belirlenen Gösterge x Maaş Aylık Katsayısı
9	Aile Yardımı	(Eş İçin Aile Yardım Göstergesi x Memur Aylık Katsayısı) + (İki Adedi Geçmemek Üzere Çocuk Sayısı x Çocuk İçin Aile Yardım Göstergesi x Maaş Aylık Katsayısı)

Kaynak: R. Demir, Türkiye’de Kamu Sektörü Ücret Yapı ve Politikaları, İstanbul Üni. SBE., İşletme ABD.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007, s.130

3. Türkiye’de Devlet Hastanelerinde Uygulanan Performansa Dayalı Ücret Sistemi

Performansa dayalı ücret sistemi, ülkemizde yaygın olarak kullanılan bir sistem olmamakla birlikte, özellikle son yıllarda kamu ve özel sektörde görülen hızlı değişim ve dönüşümle paralel önemini artırdığı ve daha sık telaffuz edilmeye başlayan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Temelinde insan kaynaklarını etkin ve verimli kullanılmasını amaçlayan bu sisteme göre; kurumların etkin ve verimli üretim yapabilmesi, belirlenen hedefleri yakalaması ve sektörde rekabet edebilir hale gelmesi iş gücünün etkinliği ve verimliliğine bağlıdır. Bu Sistemde başlangıçta rekabette üstün olmanın sırrının iş gücü olduğu kabul edilmiş ve işgücünün performansı ile özlük hakları arasında bir bağ kurulmaya çalışılmıştır.

¹⁹ A. Paksoy, Performansa Dayalı Ücretlendirme: Bir Alan Araştırması, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üni., SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, 2006, s.14

Ancak yönetim bilimindeki gelişmeler, performansa dayalı ücret sisteminde de değişim ve gelişmelere sebep olmuştur.

Performansa Dayalı Ücret Sistemi açıklanmadan önce, performans yönetimi ve kavramlarının açıklanması yararlı olacaktır.

3.1. Performans Yönetimi

Performans kavramı, özellikle 1980 yıllardan sonra serbest piyasa ekonomisi ya da liberal dönüşümün ortaya çıkardığı rekabet ortamında sıklıkla kullanılmasına rağmen, günümüzde literatürde genel kabul görmüş bir tanımı bulunmamaktadır. Ancak Performans kelimesi, İngilizce ifa, icra, yerine getirme, çalışma anlamına gelen *performance*²⁰ kelimesinden dilimize geçmiştir.

Genel bir tanımı olmamakla beraber performans, hedeflere ulaşmada çıktıların ve çıktıların üretiminde kullanılan kaynakların ölçülmesi; belirlenen bir amaca ulaşma düzeyi; amaçlı bir faaliyetin verimliliği, etkililiği olarak tanımlanmaktadır²¹. Bir başka tanıma göre performans; “belirli bir zaman dilimi sonucunda o iş sisteminden elde edilen çıktı yada çalışma sonucudur. Bu sonuç bir işletmedeki amaç ve hedeflerin yerine getirilmesi derecesi olarak algılanmalıdır.”²² Sonuç olarak Performans, bir işin yerine getirilmesinde önceden belirlenmiş olan hedeflerin ya da standartların gerçekleşme seviyesi veya bu süreçte çalışanların davranış biçimleri olarak tanımlanabilir. Yani performanstan bahsedebilmek için hedeflenen bir amaç ve bu amaca ulaşmak için standartlara ihtiyaç vardır. Bu nedenle performans; amaca yönelik tespit edilmiş standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve hedeflere yaklaşma seviyesi olarak anlaşılmalıdır.²³

Performans yönetimi ise, kurumu ileriye götürecek amaçların oluşturulmasını, kaynakların dağılımını ve öncelikli alanlara tahsisini sağlayarak uygulanan politikaların belirlenen amaçlara ulaşmayı sağlayıp sağlamayacağını kontrol eden ve

²⁰ Redhouse Sözlük, İstanbul, 1997, s.717

²¹ V. Ağca-E.Tunçer., “Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması”, Afyon Kocatepe Üni., İİBF Dergisi C.VIII. S. 1, Afyon, 2006, s. 175

²² M. Şimşek, Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2001, s. 289

²³ H. Ateş, “Kavramlar, Tartışmalar ve Genel Çerçeve”, Editörler: Hamza Ateş vd. Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Ankara, 2007, s.2

kurumsal kültür ile kurumsal sistem ve süreçler üzerinde olumlu etkiler meydana getirmek üzere performans bilgisini kullanan bir yönetim sistemi olarak tanımlanmaktadır. Performans yönetimi, amaç ve hedeflerin belirlenmesini ve raporlanmasını içeren geniş bir kavramdır.²⁴

Performans yönetimi kavramına kamu sektörü açısından bakıldığında, kamu yönetiminin topluma sunmayı üstlendiği mal ve hizmet ifalarının yerine getirilmesidir. Diğer bir ifade ile kamu bürokrasisi içerisinde bulunanların hizmetleri yerine getirme ve sunma çalışmalarını ifade etmektedir. Dolayısı ile performans yönetimi için, kamu örgütlerinin başarılı şekilde, doğru ve gerekli mal ve hizmetleri yerine getirme ve sunmada kullandığı yol, yöntem ve araçlar konusunda yapılan faaliyet olduğu söylenebilir.²⁵

3.1.1. Performans Yönetiminin Önemi

Performans yönetimi, insan kaynakları yönetiminin en önemli işlevleri arasında yer alır. Performans yönetimi ile genel olarak, kişinin, kurumun ya da grubun herhangi bir konudaki etkinliğini bir takım özelliklere göre analiz etmeye ve başarı düzeyini belirlemeye yönelik çalışmalar kastedilmektedir. Performans değerlendirme, bir değerlendiricinin önceden saptanmış standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla, iş görenlerin işteki performansını değerlendirmesi sürecidir. Diğer bir anlatımla performans değerlendirme, belirli bir iş ve görev tanımı çerçevesinde çalışan bireyin bu iş ve görev tanımını ne düzeyde gerçekleştirdiğinin belirlenmesi çabasıdır.²⁶

²⁴ İ. Şimşir, Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi, Sakarya Üni, SBE. İşletme ABD. Yayınlanmamış Yüksek Lisan Tezi, Sakarya, 2009, s.61

²⁵ M. Akçakaya, “Kamu Sektöründe Performans Yönetimi ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar”, Karadeniz Araştırmaları Dergisi, S.32 Ocak 2012, s. 182

²⁶ M. Akif Helvacı, “Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi”, Ankara Üni. Eğitim Bil. Fak. Dergisi, C.35 S.1-2, Ankara, 2002, s.159

3.1.2. Performans Yönetiminin Amaçları

Performans yönetim sisteminin en temel amacı, benzerlik arz eden örgütsel birimlerin nispi etkinlik ve verimliliklerini ölçmek ve değerlendirmektir.²⁷ Bunu sağlamak için, çalışanların örgüt hedefleri doğrultusunda çalışmalarını ve başarılı sonuçlar elde etmeleri sağlanır. Dolayısıyla performans yönetimi sistemleri, çalışanların örgüt hedefleri doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde çalışmasını sağlayacak araçların ve yaklaşımların geliştirilmesini ve uygulanmasını içerir.²⁸

Performans yönetim Sistemi, işletmenin geleceği için çalışanların ve yönetimin amaç ve hedeflerini ortak belirlemelerini zorunlu kılar. Performans Yönetim Sistemi, görev ve sorumlulukların bu çerçevede belirlenmesi, tüm çalışanların performansının ölçülmesi, ücret, görevde yükselme, işten çıkarma standartlarının belirlenmesi, yönetime geri bildirimlerin sağlanması, eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi gibi işletmenin etkinlik ve verimliliğine dönük amaçları kapsar. Sonuç olarak performans yönetim sisteminin amacı; yönetsel amaçlar, örgütsel gelişime dönük amaçlar ve araştırmaya dönük amaçlar olarak üç sınıfa ayrılarak incelenebilir.

Yönetsel amaçlar çalışanların ücret, tefi, transfer ve işten çıkarılma gibi yönetsel kararlarla ilgili amaçlardır. Örgütsel Gelişime dönük amaçları, kariyer planlaması, eğitim faaliyetleri, örgütün güçlü ve zayıf yönleri hakkındaki geri bildirimlerde bulunulması ve gerekli tedbirlerin alınması geliştirme faaliyetlerine dönük amaçları arasındadır. Araştırmaya dönük amaçlar ise iş tatmini ve motivasyon, gelecek hedeflerinin belirlenmesine dönük faaliyetler, performans seviyesini etkileyen sebeplerin ortaya çıkarılması gibi amaçlardır.

²⁷S. Kingır-E.Taşkıran.,“Performans Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin İşgören Görüşlerinin Belirlenmesine Dönük Bir Araştırma”, Afyon Kocatepe Üni. İİBF Dergisi C.VIII S.1 Afyon, 2006, s. 196

²⁸A. Apan, “Yeni Kamu İşletimi ve Performans Yönetimi”, Türk İdare Dergisi, S.460, Ankara, Eylül 2008, s.65

3.1.3. Performans Yönetim Sisteminin Aşamaları

Tüm sistemlerinde olduğu gibi, performans yönetim sisteminde belirlenen hedefleri ulaşma için, bir takım işlerin belirli bir sıraya konularak yapılması gerekir. Performans yönetim sisteminin uygulama aşamaları aşağıdaki şekilde sıralanabilir.²⁹

- “-örgütsel hedeflerin belirlenmesi,
- İş ve süreç analizleri yapılarak görev tanımlarının oluşturulması,
- Örgüt hedeflerine uygun bireysel hedeflerin oluşturulması,
- Bireysel performans kriterlerinin belirlenmesi,
- Performans değerlendirme yönteminin seçilmesi,
- Çalışandan beklenen sonuç ile elde edilen sonucun karşılaştırılması,
- Çalışanlara geri bildirimde bulunulması.”

3.1.4. Performans Yönetiminin Yararları

Yöneltilen çeşitli eleştirilere karşın, performans yönetimi anlayışının olumlu özelliklerinin analiz edilmesi, izlenmesi ve etkili bir biçimde uygulanabilmesi durumunda yönetime aşağıdaki faydaları sağlayacağı söylenebilir.³⁰

- “- Bireysel performansı geliştirir;
- Bireylerin gizil güç performansını ortaya çıkarır;
- Gelecekteki insan kaynağı ihtiyacını planlar;
- Kuruluş amaçlarını gerçekleştirir;
- Kuruluştaki manevi gücü artırır;
- İç ve dış müşteri tatmini sağlar;
- Performans – ücret dengesini sağlar;
- Rekabet üstünlüğü yaratır;
- Gözlem kalitesini artırır.”

²⁹ Budak., 2008, s.418

³⁰ K. Ufuk Bilgin, “Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık Performans Yönetimi”, Sayıştay Dergisi, Özel Sayı:65, Ankara, Nisan-Haziran 2007, s.56

3.1.5. Performans Yönetim Sisteminin Kullanım Alanı

Performans yönetimi, ülkemizde özellikle 1980'li yıllardan sonra modern yönetim anlayışının anahtar kavramları arasına girmiştir. Ekonomik faaliyetlerde, etkinlik ve verimliliğin sağlanması hedefleri için performans yönetimi önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Başlangıçta performans yönetimi özel bir kuruluş için en fazla karı elde etme, kamu kuruluşları için önceden belirlenmiş görevleri eksiksiz yerine getirme şeklide algılanırken, modern yönetim anlayışı ile bu algı tamamen değişmiştir. Günümüzde performans ile birlikte en düşük maliyet ile üretim yapma ve kar algısı ile birlikte müşteri tatmini, kalite, verimlilik, çalışan memnuniyeti, vb. kavramlar ön plana çıkmıştır.

Modern yönetim anlayışının gereği olarak, Performans Yönetim Sisteminde önceden konulan hedeflerin yakalanması için aşağıda belirtilen kullanım alanlarının net olarak belirlenmesi gerekir.

Stratejik Plan: Kurumların tepe yönetimi tarafından belirlenen genel hedefler, amaç ve ilkeleri, gerçekleşme dereceleri, hedefler ile gerçekleşen durum arasındaki farkın nereden kaynaklandığı, çalışanların hedeflere ulaşmadaki katkılarının düzeyleri ve gerekli önlemlerin alınması planlanır. Kurum çalışanlarının başarı ya da başarısızlıkları konusunda yeterli bir bilgi ya da bilgi geri dönüşü yoksa personelin yönlendirilmesi zorlaşacaktır.

Personel Planlama:

Organizasyonların amaçlarına ulaşabilmeleri için gerekli nitelik ve sayıdaki personelin belirlenmesi amacı ile yapılan planlama çalışmalarında, var olan personelin performans düzeylerine ilişkin veriler de gereklidir. Performans değerlendirme sonuçları terfi ve tayinle ilgili kararların belirlenmesi yolu ile personel planlama işlevine de katkıda bulunan bir sistemdir³¹.

Ücret ve Maaş Yönetimi:

Performans Yönetim Sisteminin en önemli ve etkili kullanım alanlarının başında ücret ve maaş yönetimi gelmektedir. Çünkü işletmeler çeşitli amaçlar için kurulup

³¹ Paksoy., 2006, s.14

faaliyetlerde bulunsa da, bireylerin bir işletmede faaliyette bulunma ve emek arz etmesinin yegane gayesi ücret veya maaştır. Bu sebeple özellikle personelin kullanıldığı işletmelerde, sistemin diğer amaçları değerlendirilenlerin gözünde önemini kaybetmekte, bütün ilgi ve kaygılar ücret sisteminin çevresinde yoğunlaşmaktadır.

Kurumun Eğitim İhtiyacının Tespit Edilmesi: Bir kurumun etkinliği ve başarısı ile kurumda iyi bir eğitim planlaması arasında paralel bir ilişki vardır. Kurumda yapılan performans yönetimi sayesinde, bilgi ve eğitim eksikliği nedeni ile düşük performans gösteren personele, uygun eğitim programları düzenlenerek eksikliklerin giderilmesi ve kurumlar için verimliliğin artırılması son derece önemlidir.

Performans yönetim sistemi, yukarıda açıklanan kullanım alanları dışında, kariyer geliştirme, rotasyon, iş geliştirme veya değiştirme, iş yenileme veya işten çıkarılma gibi birçok alanda kullanılmaktadır.

3.1.6. Sağlık Hizmetleri Sunumundaki Performans Kriterleri

Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinin sunumunda Performans Yönetim Sisteminin çok etkin olarak uygulandığını belirtmek oldukça güçtür. Bunun en önemli sebebinin, sağlık kurumlarının amaçlarının çok geniş ve alanın belirsizliğinden ileri gelmektedir. Sağlık Hizmetleri sunumunda hedef kitle, hasta ya da hasta olma ihtimali olan tüm bireyler yani toplumdaki tüm insanlardır. Temel amacı kar olmadığı ve ülkemizde sağlık hizmetleri yönetimi hiyerarşik bir yapıda olduğundan, karar alma ve uygulama süreci daha ağır işlemektedir.

Sağlık Hizmet sunumunda performans yönetimi uygulamasında belirtilen bu güçlüklerle rağmen; ekonomiklik, verimlilik ve etkinlik ölçütü diğer kamusal performans yönetiminin temelini oluşturmakla birlikte, sağlık yönetiminde performans ölçütünün temelini oluşturmaktadır. Ancak bilim ve teknolojiye gelişmeler, liberal dönüşüm ve refah seviyesindeki artış, bireylerin bilinçli tercihlerde bulunması sonucunda, sağlık hizmetlerinin hem niteliksel ve hem de niceliksel iyileştirmeyi zorunlu kılmaktadır. Bu değişim ve gelişime paralel olarak

aşağıda belirtilen temel performans kriterleri sağlanmaya çalışılmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumundaki temel performans yönetimi kriterleri;³²

- “-İnsan mutluluğunun sağlanması (hasta memnuniyeti)
 - Daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşılması (sağlık çıktıları)
 - Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi (süreç yönetimi)
 - Altyapı ve girdilerin kalitesi (girdi analizi) oluşmaktadır.”
- Sonuç olarak sağlık hizmetlerinde performans yönetimi ile;
- Şu anda bir sağlık işletmesi olarak neredeyiz?
 - Sağlık işletmesi olarak daha iyi bir seviyeye ulaşılabilir mi?
 - Sağlık işletmesi olarak idealimize göre nerede olmalıyız?

sorularının cevapları aranmaktadır.

3.2. Performansa Dayalı Ücret Sistemi

Performans kavramının personel verimliliğini artırmak için kullanılmasında izlenen yol daha çok performansa dayalı ücret ödemesidir. Yeni Kamusal İşletmelerin yükselişi ile birlikte kamu çalışanlarının verimini artırmak, en çok üstünde durulan konulardan birisi olmuştur. Bu noktada üzerinde durulan en önemli konulardan birisi özel sektörde de kısmen uygulanan iyi çalışan personele temel ücret yanında performansla dayalı ücret ödenmesidir.³³ Performansa dayalı ücret sistemleri, (PDÜ Performance Based Pay Systems) ücret ile performans arasında ilişki kurularak oluşturulan ücret sistemlerini içerir.³⁴

Performansa dayalı ücret ödemelerinin ilk dalgası 1980’lerde Kanada, Danimarka, Hollanda, Yeni Zelanda, İspanya, İsveç, İngiltere ve A.B.D.’de görülürken, 1990’lardan itibaren Avustralya, Finlandiya, İrlanda ve İtalya’da bu yöntemi benimsemiştir. Performansa dayalı ücret uygulamaları yaygın olarak OECD ülkelerinde uygulanmaktadır. Bu uygulamaların sonucu şaşırtıcı olmuştur. Personel daha iyi çalışma karşılığında para beklentisi karşısında beklenenden daha az motive

³² Şimşir., 2009, s. 95-98

³³ Apan., 2008, s. 68

³⁴ C. Uyargil, İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi, Şahinkaya Matbaa, İstanbul, 1994, s.224

olmuştur. Ancak, performansa dayalı ücret ödemeleri doğru menajeryel bağlamda uygulandığında performansı artırabilir görüşü de vardır.³⁵

Performansa dayalı ücret sisteminde istenilen başarının sağlanması ile çalışanların işe olan motivasyonları arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Konu hakkında yapılan kuramsal ve ampirik çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, bir ücret sisteminin çalışanları motive edebilmesi için aşağıdaki özelliklere sahip olması gerekir.³⁶

“Çalışanları, başarılı performansın daha yüksek maddi ödüllerle sonuçlanacağına inandırılmalı,

-Çalışanın gözünde ücretin önemi artırılmalı,

-Başarılı performansın olumsuz sonuçlarını azaltmalı,

-Ücret dışındaki diğer olumlu sonuçların da başarılı performans ile ilişkilendirilebileceği koşullar yaratılmalıdır.”

Kısaca performansa dayalı ücret sistemin, çalışanların bir işteki yaratmış olduğu katma değerle yani işteki performansı ile işin sonucunda alacağı ücret arasında doğrusal bir ilişki kurma yöntemi şeklinde tanımlanabilir.

3.2.1. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Çeşitleri

Son yıllarda küreselleşme ve liberal dönüşümünde etkisiyle, hizmet süresinde geçirilen süreye bağlı olarak belirlenen kıdeme dayalı ücretlendirme sistemi, yerini bireyin performansına göre belirlenen sistemlere bırakmaktadır. Ücret sistemlerinde bu yönde değişim büyük oranda OECD ülkelerindeki uygulamalardan etkilenmektedir. 1980’li yıllardan itibaren birçok ülkede yönetsel organizasyonlarda ve ücret sistemlerinde daha üst düzeylerde yönetsel otonomi ve ücret esnekliği sağlanması yolunda, özellikle de performansa göre ücret sisteminde önemli adımlar atılmıştır.³⁷ Performansa Dayalı Ücret Sistemi, Bireysel Performansa Dayalı Ücret

³⁵ Apan., 2008, s.68

³⁶ Budak., 2008 s.512

³⁷ Paksoy., 2006, s.61

Sistemi, Takım (Grup) Performansına Dayalı Ücret Sistemi Ve Organizasyon Performansına Dayalı Ücret Sistemi olarak üç gruba ayrılmaktadır.

3.2.1.1. Bireysel Performansa Dayalı Ücret Sistemi

Bu sistem, ücret artışlarının bireyin işteki performansına bağlı olarak arttığı ya da azaldığı bir sistemdir. Yani performansa dayalı ücret sisteminde ücret, bağımlı bir değişkendir. Yani Bireysel performansa dayalı ücret sisteminde, personelin maaşı ürettiği ile doğru orantılı olarak artmakta yani üretimdeki yüzdelik artışın, ücrette de aynı oranda artması anlamına gelmektedir. Bu sistem birçok şirket ya da holdinglerde uygulama alanı bulurken, kamu kesiminde sunulan hizmetin gereği tam olarak uygulanamamaktadır.

Bireysel performansa dayalı ücret sistemi; liyakate dayalı ücret sistemi, özendirici ücret sistemi, yetkinliklere göre ücret sistemi, Parça Başı Ücret Sistemi, Uzun Dönemli Özendirici Ücret Sistemi şeklinde alt gruplara ayrılmaktadır.

3.2.1.2. Grup Performansına Dayalı Ücret Sistemi

İşin türü, yapısı, iş akışı ya da örgüt yapısı nedeni ile işin grup yada ekip çalışmasını gerektirdiği ya da çalışanların üretime, verimliliğe, karlılığa vb. bireysel katkılarının zor olduğu yada ekonomik olmadığı durumlarda ücret sistemi grup performansına dayalı olarak geliştirilebilir.³⁸ Grup performansına dayalı ücret sistemi prim sistemi, günlük ücret sistemi, yüzde usulüne dayalı ücret sistemi diye sınıflandırılarak incelenebilir.

3.2.1.3. Organizasyon Performansına Dayalı Ücret Sistemi

Bu sistemde gelir artışı ya da gider azalışı şeklinde sağlanan tasarrufların, belli kriterler doğrultusunda grup çalışanlarına dağıtılmasına dayalı bir sistemdir. Maliyetten tasarrufa dayanan sistemlerin en yaygın olarak kullanılanları Scanlon ve Rucker planlarıyla öneri sistemleridir. Bu sistemlerin çalışanların işletme işlevlerine

³⁸ Budak., 2008, s.516

katılması, tasarrufların özendirilmesi, işverenlerin yenilik ve değişikliklere gönüllü katılmalarının özendirilmesi, yöneticiler ile yönetici olmayanlar arasında ve çalışanların kendi aralarında işbirliğinin artırılması ve iyi ilişkilerin geliştirilmesi gibi pek çok amaçları bulunmaktadır.³⁹

Bu sistemde Planlar, çalışanları ortak bir amaçta, firmanın rekabet gücünü artırma amacıyla birleştirmektedir. Doğrudan performansa dayalı birey ve takım uygulamalarına nazaran daha dolaylı bir performansa dayalı ücret sistemidir. Kazanç paylaşımı ve kâr paylaşımı şeklinde iki türü mevcuttur.⁴⁰

Performansa dayalı ücret sistemi üç sınıfa ayrılabilir da, her üç sistem ölçülebilir ve objektif olmalı ve performansı doğru ölçebilecek bir ölçek ya da standarda sahip olmalıdır. Sistem yönetimle birlikte çalışanlara da geri bildirim verebilecek şekilde planlanmalıdır. Sonuç olarak her üç sistemde kolay anlaşılabilir ve kontrol edilebilir özelliğe sahip olmalıdır.

3.2.2. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Yararları

Performansa dayalı ücret sisteminin işletmelerde etkinlik ve verimliliğin sağlanmasında birçok katkısının olduğu açıktır. Söz konusu ücret sistemi ile bireysel ve grup performansını geliştirir. Çünkü takdir edilmek bireyler için çok önemli bir motivasyon aracıdır. İş arkadaşlarından daha fazla çalıştığına inanan kişilerin teşvik ücretleri ile özendirilmesi kurumlarda motivasyonu artıracaktır. Konu hakkında yapılan araştırmalara göre, performansa dayalı ücret planlarının uygulandığı sistemlerde uygulamayanlara nazaran performans yaklaşık % 30 daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.⁴¹

Ayrıca performansa dayalı ücret sistemi sayesinde, yeterli performans gösteremeyen bireylerin tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınmasına olanak sağlarken; yüksek performans gösterenlerin kuruma olan bağlılıkları artırır. Bu

³⁹ Budak., 2008, s.517

⁴⁰ Paksoy., 2006, s.62

⁴¹ Kestane., 2003, s.133

sayede doğru kişilerin ödüllendirilerek motivasyonlarının artırılmasını sağlar. Eşit işe eşit ücret ve farklı işe farklı ücret ilkesinin uygulamasına yardımcı olur.

Performansa dayalı ücret modelinin sağlamış olduğu yararlar özet olarak aşağıdaki şekilde sıralanabilir.⁴²

- “-Doğru kişilerin doğru miktarda ödüllendirilmesini sağlar,
- Yeterince performans göstermeye çalışanları belirler,
- İşlere ilişkin belirli hedefleri tanımlar,
- Yetenekli çalışanların firmadan ayrılmalarını engeller,
- İhtiyaç duyulan işlerde çalışanların çabalarını yoğunlaştırır,
- Birey ve takım performansı geliştirir.”

Performansa dayalı ücret sistemi yukarıda belirtilen faydalarının yanında, başta çalışmaya ve iş barışını olumsuz etkileyebilecek yanları da vardır. İşletmelerde tek motivasyon aracı para olmayıp, paranın sadece motivasyon araçlarından biri olduğu unutulmamalıdır. Bu sebeple performansa dayalı ücret sistemi uygulanırken, sistemin olası zararları da göz önünde bulundurulmalıdır. Buna göre, çalışanların arasında oluşabilecek rekabet çeşitli şekillerde anlaşmazlıklara neden olabileceği gibi, süreci denetlenmesi ve değerlendirilmesi yöneticiler üzerinde ek bir külfet ve baskıya neden olabilir. Ayrıca sistemin uygulaması için ek maliyetler ortaya çıkabilir. Çalışanların sadece ödül yada ücretle motive edilmeye çalışılması, her seferinde yeni ve karşılanamaz taleplere neden olabilir. Bu performansa dayalı ücret sistemi uygulanırken, sistemin dezavantajlı yönleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

3.3. Kamu Kesimi Performansa Dayalı Ücret Ödeme Sistemi

Ülkemizde kamu kesiminde performansa dayalı ücret sistemi uygulamasının teorik temelleri bulunsa da uygulamada etkin olarak uygulandığını söylemek güçtür. Bunun sebeplerinin başında, kamu kesiminin kendi özel hiyerarşik yapısı ve yönetimde liyakat yerine politik tercihlerin ön planda olması gelmektedir. Ayrıca kamu kesiminde zaman esaslı ücret politikalarının uygulanması, performansa dayalı ücret sisteminin uygulanmasındaki önemli engellerden birisidir.

⁴² M. Coşkun, “Ücret Yönetimi ve Performansa Dayalı Ücret,” <http://www.hrturkiye.com/index.php/ucret-yonetimi-ve-performansa-dayali-ucret/> (16.08.2012)

Kamuda insan kaynaklarının etkin ve verimli kullanılabilmesi, kamu hizmetlerinin gerektirdiği unvan, nitelik ve sayıda personel istihdamı ile mümkündür. Böylece kamuda sayı ve nitelik itibariyle kadro standardizasyonu uygulamasına geçilmesi halinde ölçülebilir ve karşılaştırılabilir nesnel ölçütler hazır olacağından, çalışanların işlerindeki performansını değerlendirmek daha kolay ve adil olacaktır. Performans sonuçlarına göre sorgulama ve ödül sistemi oluşturularak, çalışanlar başarı ve performanslarına göre kuruma yaptıkları katkı oranında değerlendirileceklerdir.⁴³

Ülkemizde kamu kesiminde performansa dayalı ücret sistemi uygulamasıyla ilgili uygulamada birçok güçlükle karşılaşılma ile birlikte, özellikle son yıllarda uygulamaya dönük bir çok yasal düzenleme yapılmıştır. Bu yasal düzenlemelere rağmen uygulamaya tam olarak geçilememiş ve birçok zorluklarla karşılaşmıştır.

3.3.1. Kamu Kesiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi ile İlgili Düzenlemeler

Ülkemizde mevcut olan kamu personel sistemi, anayasal düzeyde düzenlenmiştir. 1982 Anayasasının *Kamu Hizmeti Görevlileriyle İlgili Hükümler* başlıklı 128. maddesinde kamu hizmetlerinin memurlar eliyle görüleceği ve memurların ve diğer kamu görevlilerinin nitelikleri, atanmaları, görev ve yetkileri, hakları ve yükümlülükleri, aylık ve ödenekleri ve diğer özlük işlerinin Kanun'la düzenleneceğine hükmedilmiş; 2010 yılı anayasa referandumu ile maddeye “mali ve sosyal haklara ilişkin toplu sözleşme hakkı saklıdır” ifadesi eklenmiştir.

1965 tarihli Devlet Memurları Kanunu 4. maddesinde ise kamu hizmetlerinin memur, sözleşmeli, geçici personel ve işçiler eliyle gördürülür şeklinde düzenlenerek; statü hukuku olarak adlandırılacak yasal ve sabit iş güvencesi olan sosyal ve mali güvencelerle donatılmış memur grubu dışında, 4/B, 4/C'li gibi adlarla anılan bir takım uygulamalarda bulunma düşüncesi de bu maddeden doğmuştur.⁴⁴ Kanununun 64. maddesinde memurun performansı ile ilgili olarak, yıllık sicil

⁴³ Paksoy., 2006, s.67

⁴⁴ M. Tarık Eraslan-A. Tozlu, “Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi”, Sayıştay Dergisi Sayı:61, Ankara, Nisan-Haziran 2006, s.37

ortalamasının 90 ve üzeri olanlara bir kademe ilerlemesinin verilmesi öngörülmüştür. Yine kanunun 37. maddesindeki memurların görev unvanı itibari ile azami yükselebilecekleri derecenin dördüncü derecesinde aylık almaya hak kazanan ve son altı yıllık sicil notu 90 ve üzeri olanlardan son sicil notu olumlu bulunanların kazanılmış hak aylıkları kadro şartı aranmaksızın bir üst dereceye yükseltileceği belirtilmiştir.

Ayrıca 233 sayılı Kamu İktisadi Teşebbüsleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile sözleşmeli statüde çalışan personellerin maaşları ile performansları arasında bağ kurulmuştur. Yine 13.09.1990 tarih ve 90/915 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan “KİT Sözleşmeli Personel Sicil ve Başarı Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik” başlıca yasal düzenlemeler arasındadır. Ayrıca 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun başlıca yasal düzenlemeler arasındadır.

Konu hakkında diğer bir düzenleme ise 2003 yılında yürüdüğü giren 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunudur. Bu kanunda kamu kaynaklarının kullanımında yani kamu hizmetlerinin ifasında, kaynakların ekonomik, etkili, verimli ve hukuka uygun kullanılmasından söz edilmiştir. Ayrıca VIII Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda, kamu yönetiminde etkinlik, verimlilik ve tutumluluk yani performansın artırılması, nitelikli kamu hizmeti sunumu için performans yönetimin önemi, personelin performansının etkin bir şekilde ölçülmesi gibi konulara değinilmiştir. Ayrıca İktidar ve Muhalefet Partileri de seçim bildirgeleri ve parti programlarında kamu yönetimine etkin bir performans denetimi yapılacağını, 58. Hükümet Programında ise kamuda verimliliğin sağlanması için yöneticiler ile çalışanlar arasında yapılacak sözleşmelerle performans yönetimine geçileceği ve performansa dayalı ücret sistemini uygulanacağı ifade edilmiştir.

Tüm yasal düzenlemelere rağmen, memurların almış oldukları maaşa, kıdem, derece ve kademeye göre hesaplandığından, Kanun’da motivasyona değinilmekle beraber başarılı olma hali net olarak açıklanmadığından dolayı etkili olamamıştır. Yani başarı kavramının içeriği ve performansın standardı ya da değerlendirme ölçüsü net olarak belirtilmemiştir.

3.3.2. Kamu Hizmetlerinde PDÜS Uygulamasında Olası Zorluklar

Kamu kesiminde performansa dayalı ücret sisteminin uygulanabilirliğinin anlaşılması için, kamu hizmetlerinin temel özelliklerinin de incelenmesi gerekir. Kamu hizmetlerinin dört özelliği, kamu kesiminde performansa dayalı ücret sistemi uygulamasını güçleştirmekte, en azından güçlü özendiricilerin kullanılmasını zorlaştırmaktadır. Söz konusu dört özellik, çok sayıda amirin ya da efendinin varlığı (*multiple principals*), çoklu görevlendirmeler (*multiple tasks*) ve hedeflerin varlığı, performansı ölçmedeki güçlükler ve içsel olarak güdülenmiş görevliler ya da profesyonelliğe ilişkin normlar olarak sıralanabilir.⁴⁵ Ülkemizde kamu kesiminde gerek hiyerarşik yapı veya yoğun bürokrasi, gerekse kamu hizmetlerindeki politik tercihler nedeniyle, performansa dayalı ücret sistemi için birçok olumsuz ve eleştirel algı söz konusudur.

Performansa Dayalı Ücret Sistemini uygulaması esnasında karşılaşılabilecek olası zorluklar kısaca aşağıdaki gibi özetlenebilir.

3.3.2.1. Kamu Personelinin Tutumu

Kamu kurumlarında yeni yönetim sistemin kurulması ya da mevcut kurulu düzende köklü değiştirilmesi konusunda personelin tutumu son derece önemlidir. Kamu personelleri arasında genelde geleneksel ve muhafazakar yani mevcut düzeni koruma anlayışı hakimdir. Bu yüzden özellikle ücret konusunda yapılacak olan düzenlemelerde memurun dahil edilmesi son derece önemlidir.

3.3.2.2. Ücretlerin Adil Bir Şekilde Tespiti Sorunu

Kamu hizmetlerini sunumunda iş barışı ve mesleki tatminin sağlanması, performansa dayalı ücret sisteminin uygulanabilirliği açısından, adil bir ücret sistemi kurulması çok önemli bir konudur. Performansa dayalı ücretin başarılı bir şekilde

⁴⁵ S. Demir, Performansa Dayalı Ücret Sistemleri, Ankara Üni. SBE Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007, s.65

tespit edilmesi adil bir değerlendirme yöntemi kullanılması ile sağlanır.⁴⁶ Kamu kesiminde performans ölçümünün zorluğunun yanında, adil bir ücret sisteminin kurulması hem özel hem de kamu kesiminin önemli bir sorunudur.

3.3.2.3. Kamu Personelinin Motivasyon Sorunu

Performansa dayalı olarak verilen ücretin, ne kadar rekabeti ve beraberinde etkinlik ve verimlik sağladığının bilinmesi son derece önemlidir. Kamu çalışanlarına meslekte ilerleme olanaklarının sunulması, ancak terfi olanaklarının az olduğu durumlarda, terfi alamayan personele meslek geliştirme seçenekleri ve iş zenginleştirme olanaklarının sağlanması, personel motivasyonunda önemli rol oynamaktadır.⁴⁷

3.3.2.4. Kurum Amaçlarından Kaynaklanan Sorunlar

Kurumda personele yapılacak olan performans değerlendirmenin amacıyla, kurumun amaçları arasında paralellik kurulmadığı takdirde sistemin uygulamasında sorunlar çıkabilecektir. Değerlendirmeye dayalı ücreti ön planda tutmak, personelin sadece parasal ölçülere göre davranışlarını belirlemesi sonucunu doğurabilir. Böyle bir durum, belirlenen hedeflere ulaşma çabalarını altüst edebilecektir.

3.3.3. Kamu Kesiminde PDÜS Uygulanırken Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Kamu kesiminde genel olarak zaman esaslı ücret modeli uygulanmakta olup, performansa dayalı sistem istinai olarak uygulanmaktadır. Bu sınırlı uygulamaya rağmen çeşitli eleştirilere sebep olmaktadır. Kamu kesiminde performansa dayalı ücret ödemesine yapılan eleştiriler ve olumsuz etkileri şöyle rapor edilmiştir:⁴⁸

- “-Adaletsiz ölçme uygulamaları,
- Şeffaf olmayan uygulamalar,

⁴⁶ F. Kavuzlu, Türk Kamu Yönetiminde Performans Değerlendirme ve Performansa Dayalı Ücret Sistemi, Gazi Üni, SBE Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007, s.144

⁴⁷ Kavuzlu, 2007, s.145

⁴⁸ Apan., 2008, s.70

- Cazip olmayan/küçük ödüller,
- Performansa dayalı ücret ödemesinin yüksek performans gösterenlerin küçük bir kısmına uygulanmasından dolayı tatminsiz büyük bir kitle oluşması,
- Eşit pay ilkesine göre ödül dağıtılması,
- Önceden hak edilmiş ödüllerin verilmemesi,
- Takım performansından doğan zararlar.”

Bu olumsuzlukların giderilmesi ve kamu personelinin sisteme karşı tutum ve davranışlarının değiştirilerek motivasyonun sağlanması için öncelikli olarak çalışma barışının korunması gerekir. Çalışma barışının sağlanması için kurum hedefleri belirlenirken çalışanların katılımını sağlanmalıdır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde çalışanların iş tanımları açık olarak belirtilmelidir. Hizmetlerin sunumunda personelin performansının ölçülmesine esas olan standartlar açık, anlaşılabilir ve makul seviyelerde olmalıdır. Bu süreçte doğacak sorunlarda, çalışanın temsilcisinin de olduğu bir itiraz merciinin olması, personelin motivasyonunda ve sistemin işleyişinde son derece yararlı olacaktır.

Ayrıca belirlenen performans değerlendirme standartları, personeli cezalandırmaya dönük olmamalıdır. Değerlendirmelerde üretilen işe ilişkin kriterler kullanılırsa, personel düzeyinde, birim düzeyinde ve kurumun tamamında yapılan toplam iş ortaya çıkmaktadır. Bu şekilde birimler arası verimlilik farkları ve kurumun dönemsel iş yükü gibi daha önce analiz edilemeyen hususlara ait ipuçları ortaya çıkabilmektedir.⁴⁹

4. Türkiye’de Devlet Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Sistemi Uygulaması

Türkiye’de kamu kesiminde, Performansa Dayalı Ücret Sisteminin en yaygın ve etkili olarak Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda uygulanmaktadır. Tüm eleştirel ve olumsuz yaklaşımlara ve karşı çıkmalara rağmen Sağlık Bakanlığınca uygulanan bir sistemdir. Ancak aşağıda da açıklanacağı üzere net performans ölçümü hekimler için hesaplanmakta olup, diğer sağlık çalışanları için

⁴⁹ Eraslan-Tozlu., 2006, s.41

temel maaş verileri referans alınarak ortalama bir değer hesaplanmaktadır. Yani kurum içerisinde performans düzeyi yüksek olan bir hemşirenin düşük olandan daha az ücret ödeme alması söz konusu olabilmektedir. Bu da sistemin varoluş mantığına aykırıdır.

Ancak sağlık hizmetlerinde performans ölçümü, sağlık hizmetlerinin niteliklerinden dolayı oldukça zor bir iştir. Hasta memnuniyetinin, daha yüksek bir sağlık seviyesine ulaşmanın, sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi nedeni ile tanı ve tedavi hizmetlerinde sürecin yönetilmesi ve denetlenmesi zordur.

Tüm eleştirel yaklaşımlara ve olumsuzluklara rağmen Sağlık Bakanlığınca uygulanan sistemin kısa tarihi, hukuki dayanakları ve mevcut uygulamalar ve karşılaşılan sorunlar aşağıdaki şekilde açıklanabilir.

4.1. 2003 yılı Öncesi Dönemdeki Döner Sermaye Ödeme Uygulaması

Özellikle son yıllarda, Sağlık Bakanlığın tarafında sağlıkta dönüşümün kapsamında sağlık uygulamaları alanında köklü değişimler yapılmıştır. Bu değişimlerden bir tanesi de, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarına yapılan döner sermaye gelirlerinde yapılan ek ödemelerdeki değişikliklerdir. 2003 yılında yapılan değişikliğin çok köklü olması nedeni ile uygulama, 2003 öncesi ve sonrası diye sınıflandırılarak incelenecektir.

Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda iş ve işlerin nasıl yürütüleceği 04.01.1961 tarihli ve 209 sayılı Kanunla düzenlemiştir. Bu kanunla personelin katkısı ile edilen döner sermaye gelirlerinden, personele ek ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. Uygulamaya ilişkin usul ve esaslar, Maliye Bakanlığının görüşü alınarak, Sağlık Bakanlığınca çıkarılan yönetmeliklerle açıklanmıştır.

2003 yılı öncesi dönemde, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan Sağlık Personeline Döner Sermaye Gelirlerinden Pay Ödenmesi Hakkındaki Yönerge'de sağlık personeline ödenecek olan döner sermayenin esas ve usulleri ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Buna göre kişinin bir ek ödemeye hak kazanabilmesi için kurumda fiilen çalışması ve belirli bir performansı göstermesi şart koşulmuştur. Yönergede yer

alan Performans Değerlendirme Tablosu ve içeriğinde yer alan değerlendirme kriterleri, Birim Sorumlusu, Birim Amiri ve Kurum Amiri tarafından verilecek puanların ortalaması esas alınarak her soru 10 puan üzerinden değerlendirilerek yapılmaktaydı.⁵⁰ Personelin, kurumdaki verimliliği, hasta ve diğer bireylere karşı olan tutumu, eğitimi, düzen ve tertipliliği, meslekte ilerleme kapasitesi,.. gibi birçok kriter göz önünde bulundurularak hesaplanan performans puanı, 50'nin üzerinde olanlar ek ödemeye hak kazanırken, bu puanı altına düşenlere ek ödeme ödenmemekteydi.

Döner sermaye ödemeleri üç aylık periyotlar halinde düzenli olarak yapılmaktaydı. Dağıtılacak toplam dönem sermaye tutarı, ilgili dönemin döner sermaye gelirlerinden Hazine payı ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Payı ayrıldıktan sonra kalan tutarın % 50'sini aşamazdı. Sağlık personeline ödenebilecek dönemlik azami tutar personelin ek gösterge dahil bir ayda alacağı aylık, yan ödeme ve her türlü tazminatın (makam ve temsil tazminatı hariç) tutarının, yüksek öğrenim görenler için % 100 ve yüksek öğrenim görmeyenler için % 50 oranında ödeme yapılmaktaydı. Yönergeye göre makam tazminatı, temsil tazminatı, kıdem aylığı, taban aylığı, vekalet aylığı, ikinci görev aylığı, döner sermaye matraha ilave edilmeden hesaplanıyordu.

Bu sistemde çalışanlar unvanların yerine, yüksek öğrenim görüp görmediklerine göre ayrılmıştır. 1991 yılında çıkarılan yönerge ile sisteme teknik hizmetler sınıfı ve yardımcı hizmetler sınıfı dahil edilerek, tavan ödeme katsayıları % 50 çıkarılmıştır. Sistemde 2003 yılına kadar köklü bir değişim olmamıştır. Ancak 2001 yılında çıkarılan yönerge ile, yardımcı sağlık personellerinin tavanı % 80 (yüksek öğrenim görmüş), serbest çalışan hekimle pratisyen hekim tavan tutarı % 90 olarak verilmiştir. Yani sistemde hekim ve hekim dışı personel arasındaki makas sürekli daraltılmıştır. Ayrıca personelin aylık maaşının yüksek olması ve üç ayda bir ödenen döner sermayenin toplam geliri içerisinde önemli bir yer tutmaması nedeniyle çok önemsenmemiştir. Ayrıca performans ölçümünde birim amiri ve kurum amirinin geniş yetkilerle donatılmış olması sonucunda sistem, objektif bir

⁵⁰ A. Gazi, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin analizi, Gazi Üni, SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006, s.58

performans değerlendirmesi yapılmasını engellemiştir. 2003 yılında sağlıkta dönüşüm kapsamında bu sistem yerini Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'ne bırakmıştır.

4.2. 2003 Sonrası Dönemde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi

Sağlık Hizmetlerinde 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, görevi, çalışma şartları ve süresi, performansı, hizmete katkısı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, 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 sistemdir."⁵¹ Bu sistem dinamik bir yapıya sahip olup, sürekli değişim ve gelişim göstererek bireysel veya kurumsal performansın ölçülmesine önemli katkılar sağlamıştır. Ancak süreç içerisinde çeşitli eleştirel yaklaşımlar da olmuştur.

4.2.1. Performansa Dayalı Ücret Ödeme Gidilen Süreç

Performansa Dayalı Ücret Ödeme Sisteminde 2003 yılından önce tam bir performans değerlendirilmesinin yapılarak ücret ödemesi yapıldığını ve sistemin hedeflenen başarıyı yakaladığını söylemek oldukça güçtür. Sistemin değerlendirmesinin sübjektif değerlere dayandırılması, aynı zamanda ücret sisteminde zamana ve kıdeme dayalı bir sistemin benimsenmiş olması, mevcut haliyle uygulanabilirliğini ortadan kaldırarak yeni arayışları zorunlu kılmıştır.

Sağlık Hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi amacıyla, bu süreçte ortaya çıkan gelirden, personelin katkısı oranında ödeme yapılmasını esas alan bu sisteme 2003 yılında on hastanede pilot uygulama olarak geçilmiştir. Bu sistem bir yıl sonra 2004 yılında Sağlık Bakanlığına

⁵¹ S.Aydın-M Demir, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Nedir?, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans Yönetimi, Ankara, 2007, s.59

bağlı tüm kurumlarda uygulanmaya başlanmıştır. Başlangıçta bireysel performans kriterleri dikkate alınırken, 2005 yılında ise kurumsal performans kriterleri dikkate alınmıştır⁵².

Sisteme daha sonraki yıllarda yönetici performans kriterleri, kuruma ait finansal göstergeler ve klinik göstergeler ilave edilerek performans değerlendirme ölçütleri genişletilmiştir. Tüm değişim ve gelişime rağmen performans hesaplamalarında sadece uzman hekimlerin yapmış olduğu işlemlerin değerlendirilmeye alınması, sistemin önemli zayıflıkları arasındadır. Laboratuvarın ve hekim dışı personelin faaliyetleri ortalamaya dahil edilmemiş, bunlara yapılacak ödemelerde hastane için hesaplanan hastane hizmet puan ortalaması referans kabul edilmiştir.

Dağıtılacak azami döner sermaye miktarının tespitinde görevli komisyon üyelerinin geniş katılımlı olması da, Kalite standartları gereği olarak çalışanların yönetime yani karar sürecine dahil edilmeleri son derece önemlidir. Ayrıca sistemde serbest çalışan hekimlerin unvan katsayılarının düşük tutulması, hekimlerin sağlık kurumlarında tam gün çalışmalarını temin açısından önemlidir. Nitekim 2002 yılında tam zamanlı kamuda çalışan hekim oranı % 11 iken, 2011 yılı başında bu oranın % 97 çıkmış olması⁵³ sistemin anlaşılabilirliği açısından önemlidir. Sistemin uygulamada birçok adil olmayan yanı olmasına rağmen, Sağlık personeli için çok önemli ve vazgeçilemeyecek düzeyde bir gelir kalemidir.

4.2.2. Hukuki Boyut

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 katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan memurlar ve sözleşmeli personel ile

⁵² A. Erkan, “Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması”, Maliye Dergisi Sayı:160, Ankara, Ocak-Haziran 2011, s.426

⁵³ TC Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı, Ankara, 2012, s.6

açıktan vekil olarak atanarlara mesai içi veya mesai dışı ayırımı yapılmaksızın 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, alıŐma Şartları ve suresi, hizmete katkısı, performans, tetkik, eğitim-ğretim ve araştırma faaliyetleri ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak Maliye Bakanlıkının uygun görüşü zerine Sağlık Bakanlıkınca ıkarılacak yönetmelikle belirlenir”⁵⁴ Şeklinde düzenlenmiştir.

Kanun’un bu madde hükmüne dayanılarak çıkarılan ve döner sermaye ek ödeme sisteminin uygulama esaslarını düzenleyen yönetmelik ve yönergeler ise sisteme dayanak sağlayan diğer kanuni belgelerdir. 12.05.2006 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan 26166 sayılı “Sağlık Bakanlıkına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek deme Yapılmasına Dair Yönetmelik”⁵⁵ ve 01.03.2011 tarihinde ıkarılan Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi son dzenlemelerdendir. Bugün Devlet Hastanelerinde dağıtılan döner sermaye ek ödemeleri, bu yönetmelik ve yönergeler doğrultusunda yapılamaktadır. Hekimlerin performans puanları ise, sunmuş oldukları girişimsel işlemlerin puan ve parasal karŐılıkları ise her mali yıl için çıkarılan ve işlem puanlarının ayrıntılı olarak belirtildiği Sosyal Güvenlik Uygulama Tebliğleridir.

4.2.3. Ekonomik Boyut

Devlet Hastanelerinde uygulanmakta olan performansa dayalı ücret sistemi, sağlık personeli ve sağlık kurumları açısından ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Öncelikli olarak döner sermayeden yapılan performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık personeli için çok önemli bir gelir kalemidir. Hekim dışı personellerin döner sermayeden almış olduğu pay, bir ay tam çalışıldığı takdirde aylık gelirin ortalama %60-70’ini oluşturmaktadır. Bu oran hekim dışı personel için çok önemli bir tutar

⁵⁴ 209 sayılı Sağlık Bakanlıkına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, 04.01.1961 tarih ve 10702 sayılı RG.

⁵⁵ Sağlık Bakanlıkına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek deme Yapılmasına Dair Yönetmelik, 12.05.2006 tarih ve 26166 sayılı RG., <http://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php> (11.07.2012)

olup, izin ve emeklilik gibi konularda etkisini göstermektedir. Bu oran hekimlerde ise % 150'den % 400'lere kadar çıkabilmektedir. Yani hekimin bir ayda göstermiş olduğu performansa göre, maaşının 3-4 kadar ek ödeme yapılabilir. Buda ücretli çalışan kesim için son derece makul bir tutardır.

Sağlık hizmeti sunan kurumlar içinde paralel bir etki söz konusudur. Sağlık Bakanlığına bağlı hastane, sağlık ocağı ve diğer tüm birimler büyük oranda faaliyetlerini Döner Sermaye bütçesi kaynaklarıyla gerçekleştirmektedirler. Bir hastane döner sermaye bütçesinin gelir kalemleri ise hastanede yapılan muayene, laboratuvar, radyoloji, ameliyat ve anestezi,... gibi hizmet sunumundan elde edilen gelirlerden oluşmaktadır. Sağlık personellerinin daha fazla ve zamanında döner sermaye ek ödeme alabilmesinin ön koşullarından biriside, bütçe gelirlerinin artırılmasıdır. Bütçe gelirlerinin artırılması ve zamanında tahsil edilmesi, aynı zamanda yapılan girişimsel işlemlerde kayıp ve kaçakları en aza indirilerek hastaneyi daha karlı işletilmesi konusunda, sağlık personeline ödenen ek ödemelerin payı büyüktür. Bu sebeple döner sermayeden performansa dayalı ek ödemelerin kurum ekonomisi üzerindeki etkisi büyüktür.

Sağlık personeli ve sağlık kurumu ile birlikte, tedavi hizmeti talep eden yani hizmetin bedelini ödeyen kesim üzerinde de etkileri mevcuttur. Döner sermaye ek ödemesine bağlı olarak hizmet kalitesinin ve performansın artması, kurumu tercih edilen kurum pozisyonuna getirecektir. Buda kurumun gelirlerinin artması anlamına gelir. Sağlık hizmetleri genel memnuniyet oranının 2003 yılında % 39,5 seviyelerinden, 2010 yılında %75,1 seviyelerine çıkması, tamamen performans kaynaklı olmasa da, ek ödemenin etkisinin olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

4.3. Devlet Hastanelerinde Performans Puanlarının Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığına bağlı kurumlarda uygulanmakta olan ve yukarıda teorik temelleri ve etkilerinin verilmeye çalışıldığı performansa dayalı ek ödeme sisteminde, bireysel ve kurumsal performans puanlarının nasıl hesaplandığı ve ek ödemeye nasıl dönüştürüldüğü son derece önemlidir. Bugün Sağlık Bakanlığına bağlı 950 hastane, 6.367 Sağlık Ocağı, 961 Toplum Sağlığı Merkezi, 198 Verem Savaş Dispanseri, 1375 Acil Yardım istasyonunda ve yine Sağlık Banklığına bağlı 99.370

Hekim, 8.445 Diş Hekimi, 3.007 Eczacı, 216.581 Yardımcı Sağlık Personeline (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru)⁵⁶ ve diğer teknik hizmetler ve genel idari hizmetler sınıfında çalışan büyük bir kesime sistem uygulanmaktadır.

Ancak temel özlük hakları arasında olup, aynı zamanda önemli bir yekun tutmasına rağmen, ek ödemenin nasıl hesaplandığı konusunda genel bir bilgi eksikliği söz konusudur. Bu sebeple sistemin nasıl çalıştığı ve ek ödemenin nasıl hesaplandığının açıklanması yararlı olacaktır.

4.3.1. Devlet Hastanelerinde Döner Sermaye Dağıtılmasının Esasları

Devlet Hastanelerinde aylık ödenebilecek tutarların belirlenmesine ilişkin usul ve esaslar 2006 yılında çıkarılan yönetmelikle belirlenmiştir.⁵⁷ Bu yönetmeliğe döner sermaye dağıtılması esasları, dağıtılacak toplam miktar ve sağlık çalışanlarının net performans puanları, net performans puanlarının parasal karşılığı ve ödemelerden yapılacak yasal kesinti tutarları ve bu hesaplamalara ilişkin temel kavramlar aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

4.3.1.1. Hastanelerin Ödeyebileceği Toplam Azami Tutarın Tespiti

Bir hastanede ödenebilecek aylık azami tutar belirlenirken birçok parametreden yararlanılmaktadır. Bu parametrelerin başında, döner sermaye işletmesinin mali durumu ve aylık tahakkukları gelmektedir. Yani bir döner sermaye işletmesinde dağıtılabilecek tutar, aylık gelirin fonksiyonudur. Ayrıca dağıtılacak döner sermaye aylık gelirle birlikte, yasal mali yükümlülükler, hastanenin kurumsal performans katsayısı ve hastanenin finansal değerlendirme katsayısı üzerinden hesaplanmaktadır.

Buna göre bir devlet hastanesinde, dağıtılabilecek toplam döner sermaye miktarını bulmak için, öncelikli olarak dönem içerisinde sunulan hizmetlerin tedavi bedelleri karşılığındaki toplam aylık tahakkuk tutarı bulunur. Bir ay içerisinde sunulan tedavi karşılığında hastalara ya da hastaların bağlı bulunduğu Sosyal

⁵⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010 Yılı İstatistik Yıllığı, Ankara, 2011, s.77

⁵⁷ 12.05.2006 tarihli “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular> (15.06.2012)

Güvenlik Kurumuna (Geri Ödeme Kurumları) kesilen toplam tahakkuk tutarı alınır. Ancak bu tutara dönem içerisinde yapılan bağış ve karşılıksız yardımlar dahil edilmez. Ayrıca satıştan iadeler hesabı da toplama dahil edilmez.

Dağıtılabilecek toplam tutar bulunurken ikinci basamak olarak aylık tahakkuk tutarından, Kanunun öngördüğü yasal mali yükümlülükler çıkarılır. Hastanelerdeki yasal yükümlülük olarak, aylık tahakkuk üzerinden Hazine payı olarak % 15, Sağlık Bakanlığı için % 4 ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu için % 1, Toplam % 22 oranında kesinti yapılır. Kalan rakamın % 50'si hastanenin faaliyetlerini sürdürmesi için gerekli olan olağan ve olağan dışı giderleri finanse etmek üzere ayrılır. Kalan rakamın üzerinden ise kurumsal performans katsayısı ve finansal performans katsayısı düşülerek, dağıtılabilecek azami tutar belirlenir.

4.3.1.2. Kurumsal Performans Katsayısı (KPK)

Döner Sermaye dağıtımında kullanılan, Kurumsal Performans Katsayısı, Hizmet Kalite Katsayısı, Hasta Memnuniyet Oranı ve Veri İzleme Katsayısının, belli oranlarda birleşmesinden oluşur. Hizmet Kalite Katsayısı, bir hastanenin Kalite Standartları çerçevesinde değerlendirilmesi sonucunda almış olduğu 0,65 ile 1 katsayısı arasında puanı ifade eder. Yani kalite standartları kapsamında almış olduğu puandır. Kurum performans katsayısı hesabında 0,65 oranı ortalamaya alınır.

Kurum Performans katsayısının tespitinde diğer bir parametre ise hata memnuniyet anketi sonuçlarıdır. Kurumlar, her dönem memnuniyet anketleri uygulama rehberi çerçevesinde standart anket setlerini kullanarak anketleri uygular. Uygulanan anketler sonucu (0) ile (1) arasında değişen memnuniyet katsayısı belirlenir. Belirlenen bu katsayının ise 0,15 oranında ortalamaya dahil edilir.

Veri İzleme Katsayısı ise, Veri izleme indikatörleri seti içinde yer alan her bir indikatörün belirlenen esaslar çerçevesinde katsayısının hesaplanması suretiyle veri izleme katsayısı hesaplanır ve Başkanlıkça ilan edilir.⁵⁸ Veri hazırlama katsayısı ise

⁵⁸ Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı RG., http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans (28.08.2012)

toplama 0,15 oranında dahil edilir. Bu verilere göre bir hastanenin Kurumsal Performans Katsayısı hesaplanırken aşağıdaki formül kullanılır.

$$KPK=(Hizmet\ Kalite\ Katsayısı*0,65)+(Hasta\ Memnuniyeti*0,20)+(Veri\ İzleme\ Katsayısı*0,15)$$

4.3.1.3. Finansal Değerleme Katsayısı (FDK)

Finansal değerlendirme katsayısı ise hastanelerin aylık gelir-borç dengesinin hesaplanması suretiyle aylık kurumsal performans katsayısının hesaplanmasında kullanılan göstergeyi ifade etmektedir. Yani hastanenin mali durumu ile ilgili bir parametre olup, bilanço ve mizan kullanılarak çıkarılan bir katsayıdır. Bir hastaneye ait Finansal Değerleme Katsayısı aşağıdaki formülle hesaplanır.

$$Finansal\ Değerlendirme\ Katsayısı= (-1) \times (Banka\ sonrası\ Toplam\ Borç/Toplam\ Tahakkuk)$$

Örnek olması bakımından, 5.000.000 TL tedavi hizmeti sunan ve bunu faturalandıran bir devlet hastanesinin dağıtabileceği azami tutar şu şekilde hesaplanır. 5.000.000 TL'nin % 22'si, yani 1.100.000 TL yasal mali yükümlülükler olarak ayrılır. Kalan 3.900.000 TL'nin % 50'si yani 1.950.000 TL'si kurumun faaliyetlerini sürdürmek üzere aldığı mal ve hizmetler alımı ve diğer ihtiyaçlarında kullanılır. Diğer 1.950.000 TL ise dağıtılacak döner sermaye hesabında kullanılır. Kurumun ilgili dönemdeki Hizmet Kalite puanı 0,90, hasta memnuniyet oranı 0,80, Veri İzleme Katsayısı ise 1 ve finansal değerlendirme katsayısı ise 0.08 olsun. Buna göre hastanenin;

$$KPK=(0,90*0,65)+(0,80*0,20)+(1*0,15)= 0,58+0,16+0,15=0,89$$

$$FDK=0,08$$

$$Aylık\ Kurumsal\ Performans\ Katsayısı=KPK-FDK=0,89-0,08=0,81$$

$$Hastanenin\ Dağıtabileceği\ Azami\ döner\ sermaye\ Ek\ ödeme\ tutarı=1.950.000\ TL*0,81=1.579.500\ TL$$

İlgili Devlet Hastanesini dağıtabileceği maksimum tutar 1.579.500 TL'dir. Ancak üst sınır bu olmakla birlikte, ne kadar dağıtılacağına Başhekim Başkanlığında toplanan Döner Sermaye Komisyonu karar vermektedir.

4.3.1.4. Döner Sermaye Komisyonu

Döner Sermaye Komisyonu her ayın ilk haftası, üye sayısının en az 2/3 çoğunluğu ile toplanır ve oy çokluğu ile karar alır. Dağıtılacak Döner Sermaye miktarının belirlenmesinde en yetkili merci olup, dağıtılacak ek ödeme tutarını belirlerken, kurumun gelir-gider dengesi ile borç, alacak, nakit durumu, ihtiyaçları ve tahakkuk yapılan faturalara kurumlarca yapılabilecek itirazlar sonucunda iptal edilen fatura tutarını gözetmekle yükümlü ve sorumludur.

Döner Sermaye Komisyonunun başkanı başhekim olup, hastane müdürü doğal üyedir. Diğer komisyon üyeleri ise, döner sermaye hizmetlerinden sorumlu baştabip yardımcısı, başhemşire, dâhili ve cerrahi klinikleri ile laboratuvar ve röntgen birimlerini temsilen birer sorumlu uzman tabip, eğitim ve araştırma hastanelerinde ise eğitim sorumlusu veya eğitim görevlisi, bir pratisyen tabip, bir diş tabibi, bir sağlık lisansiyeri (psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, biyolog gibi), bir sağlık hizmetleri sınıfı hemşire, ebe veya sağlık memuru temsilcisi, bir teknik hizmetler sınıfı temsilcisi, bir yardımcı hizmetler sınıfı temsilcisi, bir genel idari hizmetler sınıfı temsilcisi, kurumda en çok üyeye sahip sendikanın temsilcisi, bir asistan temsilcisinden oluşur.

Komisyonun tüm çalışan temsilcilerinden oluşması, çalışanların yönetime katılımı bakımından son derece önemliyken, üyelerin çoğunluğunun hekimlerden oluşması alına kararların da hekim merkezli olacağı yönünde algılara sebep olmaktadır.

4.3.2. Net Performans Puanı (NPP)

Net performans puanı, personelin hizmet sunumundaki performansının ölçüldüğü en somut göstergedir. Yani net performans puanı ile personelin bir ay içerisinde neler yaptığı veya döner sermaye bütçesine sağladığı katkının

matematiksel ifadesidir. Ayrıntılı bir hesaplama yöntemi olmakla birlikte, Devlet Hastaneleri ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Döner Sermaye Ek Ödemesi birkaç ayrıntı dışında aynı şekilde hesaplanmaktadır. Ancak Net Performans Puanı hekimler için ayrı, hekim dışı personel için ayrı ayrı yöntemlerle hesaplanmaktadır.

4.3.2.1. Hekimler İçin Net Performans Puanı

Bir hastanede hekimler için net performans puanının hesaplanması için, hesaplamada kullanılan kimi kavramların açıklanması yararlı olacaktır. Net Performansın puanının ölçülmesi ve parasal değerlere dönüştürülmesinde, bir hastanedeki Girişimsel İşlem Puanı (GİP), Hastane Hizmet Puanı (HHP) ve Klinik Hizmet Puan Ortalaması (KHPO) temel veri olarak kullanılmaktadır.

Girişimsel İşlem Puanı: GİP bir hastanedeki, tüm hekimlerin 1 ay içerisinde yapmış oldukları işlemler ve bu işlemlerin karşılığı Sosyal Güvenlik Uygulama Tebliğince belirlenen puanların toplamıdır. Yani bir hekimin aşağıdaki örnek tabloda gösterilen hasta muayenesi, ameliyat, anestezi vb. işlemler karşılığında almış olduğu puanlar girişimsel işlem puanını oluşturmaktadır. Ancak sistemin sadece uzman hekimlerin yapmış oldukları işlemler değerlendirilmeye alınıp, diğer sağlık personelinin performansları ortalamaya alınmamaktadır.

Tablo 9: Girişimsel İşlemler Örnek Tablosu

Sut KODU	Girişimsel İşlemin Adı	Puanı
520.031	Hasta Muayene	21
530.580	Yara pansumanı	5
803.861	Ultrason, genel	17
530.310	Mesane sonda uygulaması	15
608.320	Bronkoskopi, biyopsi veya yabancı cisim çıkarılması	250
550.070	Kardiyopulmoner ressüsitasyon	200
618.910	Endoskopik üreter taşı tedavisi	750

Kaynak: Sosyal Güvenlik Uygulama Tebliği 2011, [http://www.sgk.gov.tr/\(05.04.2012\)](http://www.sgk.gov.tr/(05.04.2012))

Hastane Hizmet Puan Ortalaması: Hastane hizmet puanı ortalaması, bir ayda tüm hekimler tarafından toplanan toplam girişimsel işlem puanının, söz konusu dönemdeki toplam hekim bölünerek bulunan bir değerdir.

Buna göre bir hastanede;

Hastane Hizmet Puan Ortalaması=Toplam Girişimsel İşlem Puanı/Toplam Hekim sayısı

Formülü ile hesaplanmaktadır.

Klinik Hizmet Puan Ortalaması (KHPO): Klinik Hizmet Puan Ortalaması ise hesaplamada kullanılan diğer bir parametredir. Buda bir klinikte bir ay içerisinde, kliniğin toplamış olduğu GİP'in, klinikte görevli hekim sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Yani bir kliniğin;

Klinik Hizmet Puan Ortalaması=Kliniğin Toplam GİP/Asistan Dahil Toplam Hekim Sayısı formülü ile hesaplanmaktadır.

Girişimsel İşlem Puanı, Hastane ve Klinik Hizmet Puan Ortalaması, ödenebilecek maksimum ek ödemenin hesaplanmasında kullanılan Net Performans Puanının hesaplanması için gereklidir.

Çalışma Gün Katsayısı: Döner sermaye payı, bir kişinin yapmış olduğu fiili katkı karşılığı ödenmektedir. Bu sebeple net performans puanı hesaplanırken, kişinin işin başında fiilen geçirdiği süre dikkate alınıp, izinli ya da herhangi bir sebeple çalışmadığı günler düşülür. Buna göre çalışılan gün sayısı katsayısı 30 tam gün için 1 kabul edilir. İzinde olduğu gün varsa, örneğin 5 günlük izin varsa çalışılan gün katsayısı 25/30 olarak kabul edilir.

Ek Puanlar: Yukarıda belirtilen parametrelerle birlikte, personelin yaptığı işe ilişkin bilgi ve yeteneği, işini düzenli ve kaliteli yapabilme, bağımsız iş yapabilme ve inisiyatif kullanabilme, verilen işi organize edebilme becerisi, kendini geliştirme gayreti, amir ve çalışma arkadaşlarına karşı tutum ve davranışları, hizmet sunduğu kesime karşı tutum ve davranışları, yapılan işlerin geliştirilmesine katkısı, işin güçlüğü ve riski gibi faktörler dikkate alınarak döner sermaye komisyonunca yönergede belirlenen oranda ek puan verilebilir. Bilimsel çalışmalarda bulunanlar için bilimsel çalışma destek puanı, doğal afet, savaş, salgın hastalık nedeniyle görevlendirilenlerde belirli oranda ek puan verilir. Ayrıca hastanelerde ihale

komisyon üyeleri, muayene ve kabul komisyonu üyeleri, enfeksiyon kontrol komisyonu üyeleri,.. gibi komisyon üyelerine ek puan verilebilir.

Kadro Unvan Katsayısı: Kadro unvan katsayıları aşağıda örnek tablodan görüleceği üzere, her unvan için Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte belirtilen katsayılardır. Bu katsayı ile performans ödemelerinde kadro unvanları göz önünde bulundurulmaktadır.

Tablo 10: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için Örnek Kadro Unvan Katsayıları

Sıra	Hizmet alanları, kadrolar ve unvanlar	Katsayı
1	Baştabip	6,00
2	Baştabip yardımcısı	3,50
3	Klinik Şefi	3,35
4	Uzman tabip	2,40
5	Asistan	1,10
6	Hastane müdürü	1,00
7	Başhemşire	0,70
8	Eczacılar	0,70
9	Hemşire	0,50
10	Genel idare hizmetleri sınıfı personeli	0,25
11	Teknik hizmetler sınıfı personeli	0,25

Kaynak: 12.05.2006 tarih ve 26166 sayılı Resmi Gazete

Net Performans Puanının hesaplanmasına ilişkin parametreler açıklandıktan sonra, her personel için ayrı ayrı olmak üzere net performans puanı hekimler için aşağıdaki formülle hesaplanmaktadır.

$$\text{Net Performans Puanı (NPP)} = (\text{Hastane Hizmet Puan ortalaması} \times \text{Hizmet Alanı-Kadro-Unvan Katsayısı} \times \text{Serbest Meslek Katsayısı}) \times \text{Aktif Çalışılan Gün Katsayısı} + (\text{ek puan} \times \text{Aktif Çalışılan Gün Katsayısı})$$

4.3.2.2. Hekim Dışı Personel İçin Net Performans Puanı

Yukarıda hesaplanan Net Performans Puanı, Girişimsel İşlem Puanı elde eden uzman hekim ve üstü unvanlar için geçerli bir formüldür. Ancak hekim dışı personeller için Girişimsel İşlem Puanı hesaplanmadığından dolayı,

Hekim Dışı Personel için Net Performans Puanı =HHPO X Kadro Unvan Katsayısı formülü ile hesaplanmaktadır. Bu performansa dayalı ek ödeme sisteminin en önemli zafiyetlerinden birisidir.

Yukarıda örnek olması açısından verilen ve dağıtılabilecek azami tutar olarak tespit edilen 1.579.500 TL'den yola çıkılarak, 1 puanın karşılığı şu şekilde hesaplanır. Yine ilgili ayda tüm hekimlere ait toplam net performans puanı da 1.000.000 olduğu varsayılınsın. Buna göre söz konusu devlet hastanesinde $1.579.500/1.000.000=1,57$ bulunur. Bunun anlamı ise 1 birim Net Performans Puanının 1,57 TL değerinde olduğu; yani bir ay içerisinde hekim ya da hekim dışı personel için hesaplanan Net Performans Puanı ile yukarıda bulunan değer çarpılarak performans puanının parasal karşılığı bulunur.

4.3.3. Ödenebilecek Tavan Ücretin hesaplanması

Devlet Hastanelerinde performansa dayalı olarak yapılan ek ödemeler, aylık dönemler halinde yapılmaktadır. Döner sermaye komisyonunca dağıtılmaya karar verilen ek ödeme tutarı, o dönemin bitiminden sonraki yirmi gün içinde hak sahiplerine ödenir. Ancak, döner sermaye gelirlerinin tahsilatında gecikme olması halinde ilgili ödeme dönemini takip eden altıncı ayın sonunu aşmamak şartıyla tahsilat yapıldığı zaman ödeme yapılabilir.⁵⁹ Hekim ya da hekim dışı personelin alabileceği tutar için, ayrıca tavan ek ödeme tutarı belirlenmiştir. Sağlık personeline ilişkin ek ödeme tutarı aşağıdaki şekilde hesaplanmaktadır.

⁵⁹ 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans (28.08.2012)

4.3.3.1. Hekimler İçin Ödenecek Tavan Ücretin Hesaplanması

Tavan Ek Ödeme tutarı, bir personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme, ve her türlü tazminat (makam, temsil, ve görev tazminatı hariç) toplamının, aşağıdaki tabloda yer alan katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutardır.⁶⁰

Tablo 11: Tavan Ek Ödeme Hesaplanmasında Kullanılan Katsayılar

TAVAN EK ÖDEME ESASI	Katsayı
Eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler	8
Uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabipleri	7
Pratisyen tabip ve dış tabipleri	5
İdari sağlık müdür yardımcısı, hastane müdürü ve eczacılar	2,5
Yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi, acil servis-poliklinik, AMATEM, Çocuk İzleme Merkezleri, yüksek bulaştırıcılığı olan ve izolasyon gerektiren hastalara hizmet veren personele hizmet ettiği sürece kapalı psikiyatri servisleri, organ ve doku nakli gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel ile başhemşireler	
Bunların dışında kalan diğer personel	1,5
Mesai içi Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayılar	
Eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler	2,4
Uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabipleri	2,1
Pratisyen tabip ve dış tabipleri	1,5
Hastane müdürü ve eczacılar	0,50
Ameliyathanede görev yapan personel ve başhemşireler	0,40
Bunların dışında kalan diğer personel	0,30

Kaynak: 08.02.2012 tarih ve 28198 sayılı Resmi Gazete

Buna göre hekimin maaş katsayısı, özel hizmet tazminatı, ek gösterge ve tutarları toplanır ve yukarıdaki tabloda unvan karşılığı gelen katsayı ile çarpılarak bir hekime ödenebilecek aylık brüt tutar bulunur.

4.3.3.2. Hekim Dışı Personeller İçin Ödenecek Tavan Ücretin Hesaplanması

Hekim dışında kalan hemşire, sağlık memuru, teknik hizmetler sınıfında çalışan mühendis ve teknisyenler ve genel idari hizmetler sınıfında çalışan tüm personeller için ödenecek tavan ücretin hesaplanmasında da, personelin aylık alacağı aylık maaş, ek gösterge, özel hizmet tazminatı ve yan ödeme tutarı toplanarak,

⁶⁰ Gazi., 2006, s.69

yukarıdaki tabloda unvan karşılığı katsayı ile çarpılarak ödenecek aylık brüt tutar bulunur.

4.3.3. Performansa Dayalı Ek Ödemelerde Yapılacak Kesintiler

Yukarıda yapılan hesaplamalarda, hekim ya da hekim dışı personele yapılacak aylık tutarlar brüt olup, Gelir Vergisi Kanununun gereği olarak % 15 Gelir Vergisi ve Damga Vergisi Kanunu gereği olarak % 0,6.6 oranında Damga Vergisi kesilerek net ödenecek tutar bulunur. Ancak hiçbir hiç bir personel hiçbir koşulda, unvan için tespit edilen tavan ücreti geçemeyecektir. Ek puanı, net performans puanı ya da diğer herhangi bir sebeple de olsa tavan geçilemeyecektir.

4.3.4. Devlet Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Yararları ve Zararları

Sağlık Bakanlığı'ndaki Performansa Dayalı Ücretlendirme uygulamaları doktorların, daha özverili çalıştıkları ve birçok doktorun özel muayenehanesini kapattığı gibi düşüncelerle desteklenirken, sağlık çalışanlarını böldüğü, çalışan barışını zedelediği ya da doktorların hasta sayılarını artırarak performanslarını yüksek göstermek adına suiistimale yol açması gibi sebeplerle eleştirilmektedir.⁶¹ Performansa dayalı ödemenin aylık gelir içerisinde çok büyük bir paya sahip olması, etik olmayan uygulamalara ve uygulama hatalarına (malpraktis) sebep olduğu, hasta başına düşen muayene süresinin düşmesi, mesleki dayanışmanın azalması, bilimsel araştırmaya olan ilgiyi azaltması⁶² gibi sakıncaları vardır. Sağlık hizmetleri kolektif hizmet sunumu ilkesine sahipken, performans ölçümünde sadece uzman hekimlerin değerlendirilmeye alınması kanun önünde eşitlik ilkesine de aykırıdır. Ayrıca hekimlerle hekim dışı personel için belirlenen unvan katsayılarındaki açık oransızlık sistemin en eleştirel yönlerinden biridir.

⁶¹ Eraslan-Tozlu., 2006, s.81

⁶² TTB Etik Kurulu, Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme, TTB Yayınları, Ankara, 2009, s.56

Performansa dayalı ödeme sistemi birçok eleştiriye rağmen, sağlık personeline ek bir gelir yaratması, döner sermaye kaynaklarının etkili ve verimli kullanılması açısından son derece önemlidir. Devlet hastanelerine başvuran hasta sayısında yıllar itibariyle görülen artış, bu kanıyı desteklemektedir. Ayrıca tıbbi zorunluluklar dışında bir hastanın başka kurumlara sevk edilme oranının düşmesi, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği artması, hasta bekleme sürelerinin azalması sistemin yararları arasında sayılabilir. Sağlık personelinin kendi katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirlerinin dağıtımında söz sahibi olması, yönetime katılımında son derece yararlı bir uygulamadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

İZMİR DR. SUAT SEREN GÖĞÜS HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ

EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın temel amacı, sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin incelenmesidir. Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin çeşitli demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiş ve elde edilen bulgular literatürdeki çalışmalar ile ilişkilendirilerek değerlendirilmiştir.

2. Araştırmanın Önemi

Sağlık kurumlarında performansa dayalı ek ödeme sistemi, yakın zaman içinde kullanılmaya başlamış bir sistemdir. Bu çalışmada sistemin yöneldiği sağlık personelinin sisteme yönelik görüşleri ve önerileri incelenmiştir. Kıdem ve statünün yerine, performansın göz önünde bulundurularak ödeme yapılmasına dayanan bu sistemi, ülkemizde yakın zamanda uygulamaya konulduğundan, henüz üzerinde çok fazla çalışma yapılmamış yeni bir konu olarak ön plana çıkmaktadır.

Bu çalışmada sağlık personelinin sisteme ve sistemin uygulanmasına yönelik görüşleri çeşitli demografik özellikleri de göz önüne alınarak incelenmiştir. Bu doğrultuda sistemin çeşitli yaş, cinsiyet, görev, gelir gibi değişkenlere sahip sağlık personeli tarafından nasıl algılandığı ve bu gruplar arasında görüş farklılıkları olup olmadığı incelenmiştir. Araştırma sonucunda sisteme ilişkin görüşler ampirik analizlerle ortaya konularak sistemin genel değerlendirmesi yapılmıştır. Elde edilen bulguların, çalışmanın gelecekteki çalışmalara ve sistemde yapılacak düzenlemelere ışık tutması ve temel oluşturması amaçlanmıştır.

3. Araştırmanın Kısıtları

Araştırmada öngörülen ve ortaya çıkan bazı kısıtlar bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri zaman ve maliyet kısıtlarıdır. Bu kısıtlar nedeniyle araştırma İzmir ili Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sınırlandırılmıştır. Aynı zamanda İzmir ilindeki tüm sağlık personeline ulaşmadaki güçlük nedeniyle tam sayım yerine örnekleme yoluna gidilmiştir. Araştırmanın bir diğer kısıtı da elde edilen verilerin sağlık personelinin kendisinden toplanması nedeniyle sübjektif yargılardan oluşmasıdır. Bu nedenle kişilerin verdikleri cevapların doğru olduğu varsayılarak araştırma yürütülmüştür.

4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İzmir İlinde görev yapmakta olan sağlık personeli oluşturmaktadır. Gerek zaman ve maliyet kısıtı, gerekse evrenin geniş bir bölgeye yayılması nedeniyle tam sayım yapılmayarak evren içinden örneklem yapılmıştır. Uygulama, olasılığa dayalı örnekleme yöntemlerinden olan küme örnekleme kapsamında gerçekleştirilmiştir. Küme örneklemesinin seçilmesinin nedeni ana külenin büyük olması ve örneklem yönteminin zaman ve maliyet açısından avantajlar sunmasıdır.¹ Ayrıca evreni oluşturan herhangi bir kümede yer alan bireylerin evrenin tamamını temsil edecek demografik özelliklere sahip olduğu düşüncesi de küme örneklemesinin seçilmesinde önemli rol oynamıştır.

Araştırmanın örneklem çerçevesini İzmir Doktor Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 554 sağlık personeli oluşturmaktadır. Örneklem çerçevesinde yer alan sağlık personeline 104 tanesi veri toplama dönemi içerisinde izinli veya görevlendirme nedeniyle hastanede olmadığı için örneklem çerçevesi içinden çıkarılmış ve toplam 450 sağlık personeli araştırmanın örneklem çerçevesi olarak belirlenmiştir. Küme örnekleme kullanılarak örneklem çerçevesinde yer alan tüm sağlık personeline ulaşılarak veriler toplanmaya çalışılmıştır. Örneklem çerçevesi olan 450 sağlık personeline anket dağıtılmış, ancak bazı sağlık personeli çalışmaya katılmak istememiştir. Ayrıca,

¹ E. Gezgez, Pazarlama Araştırması, İstanbul 2010, s.214

toplanan anketlerden 67 tanesi eksik veya hatalı doldurulduğu için araştırma dışında bırakılmıştır. Bu nedenle araştırmaya katılan örneklem sayısı 180 olarak belirlenmiştir.

5. Araştırma Verilerinin Toplanması

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan araştırmada, veri toplama şekil ve sürecinde aşağıdaki yol izlenmiştir.

5.1. Veri Toplama Aracı

Araştırma, alan araştırması özelliği taşımaktadır. Bu doğrultuda araştırmada birincil veri toplanmaya çalışılmış ve bu amaçla veri toplama aracı olarak anket seçilmiştir.

Alan araştırmasında kullanılan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik sağlık personelinin görüşlerinin belirlenmesi amacıyla birinci bölümde 29 adet likert ölçekte hazırlanmış soru yer almaktadır. Ölçekte yer alan görüşler 1. (kesinlikle katılmıyorum), 5. (tamamen katılıyorum) aralığında ölçülmüştür. Çalışmada kullanılan ölçek, Ali Gazi tarafından² tarafından kullanılan ölçek ve pilot çalışma sonucunda elde edilen bilgilere, araştırmacı tarafından eklenen soruların birleşiminden oluşmaktadır.

Anket formunun ikinci bölümünde, katılımcıların demografik özelliklerinin belirlenmesi ve bu özelliklere göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik algılarındaki değişiminin incelenmesi amacıyla anket formuna eklenen 11 demografik ve kategorik soru yer almaktadır.

Anket formunun üçüncü bölümünde ise araştırmaya ve performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik sağlık personelinin önerilerinin sorulduğu açık uçlu soru

² A. Gazi, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin analizi, Gazi Üni, SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2006

yer almaktadır. Bu açık uçlu sorular sağlık personelinin sisteme yönelik önerilerinin nitel olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu açık uçlu sorular ile ölçek ve pilot çalışma sonucunda araştırmacı tarafından eklenen sorularla araştırmanın sınırlandırılmasının da önüne geçilmiştir.

Araştırma ölçeğinin güvenilirliği Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüştür. 29 maddeden oluşan ölçeğin güvenilirliği $\alpha=0,795$ olarak bulunmuştur. Bu sonuca dayanılarak araştırma ölçeğinin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

5.2. Veri Toplama Süreci

Anket formu hazırlandıktan sonra 40 sağlık personeline pilot (öntest) uygulama yapılarak ankette yer alan ifadelerin anlaşılabilirliği ölçülmüştür. Ankete katılanların görüşleri doğrultusunda bazı ifadelerde değişiklikler yapılarak anketin anlaşılması kolaylaştırılmaya çalışılmıştır. Araştırma verileri Ağustos 2012 tarihinde İzmir Doktor Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde anket aracılığıyla toplanmıştır.

6. Araştırma Hipotezleri

Araştırmanın ana hipotezi şu şeklide belirlenmiştir:

H1: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri demografik özelliklerine göre farklılaşmaktadır.

Araştırmada sağlık personelinin çeşitli demografik özelliklerine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin değişip değişmediğinin incelenmesi için 10 adet alt hipotez ve bunların alt hipotezleri belirlenmiştir. 10 demografik değişkene göre belirlenen temel alt hipotezler şunlardır.

H1a: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin yaşına göre farklılaşmaktadır.

H1b: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

H1c: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1d: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin meslekteki çalışma süresine göre farklılaşmaktadır.

H1e: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin kurumdaki çalışma süresine göre farklılaşmaktadır.

H1f: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin medeni durumuna göre farklılaşmaktadır.

H1g: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin yönetici olma durumuna göre farklılaşmaktadır.

H1h: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1i: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin mesleğine göre farklılaşmaktadır.

H1j: Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşleri, sağlık personelinin eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır.

Bu alt hipotezlerin her biri için 29 değişkende yer alan görüşe, belirtilen demografik değişkene göre katılım düzeyleri arasında fark olup olmadığına ilişkin 29 alt hipotez daha oluşturulmuştur. Sonuçta araştırmada 10 demografik değişkenin her biri için 29 alt hipotez yani toplamda 290 hipotez oluşturulmuştur. Bu hipotezlerin tamamının yazılması mümkün olmadığı için yalnızca kabul edilen hipotezlere analizler sonrasında yer verilmiştir.

7. Araştırma Verilerinin Analizi

Araştırma hipotezlerinin test edilmesinde parametrik hipotez testlerinin veya parametrik olmayan hipotez testlerinin kullanılacağına belirlenmesi amacıyla öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğunu test eden Kolmogorov-Smirnov Testi yapılmıştır. Test sonuçları Tablo 12’de gösterilmektedir.

Tablo 12: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kolmogorov-Smirnov Testi Sonuçları

Değişken	Kolmogorov-Smirnov Z	p	Değişken	Kolmogorov-Smirnov Z	p
G1	3,009	0,000	G16	3,242	0,000
G2	3,918	0,000	G17	3,242	0,000
G3	3,845	0,000	G18	3,969	0,000
G4	3,621	0,000	G19	2,938	0,000
G5	2,327	0,000	G20	3,001	0,000
G6	3,396	0,000	G21	3,005	0,000
G7	3,120	0,000	G22	4,109	0,000
G8	3,196	0,000	G23	3,904	0,000
G9	3,204	0,000	G24	5,977	0,000
G10	3,871	0,000	G25	3,924	0,000
G11	3,959	0,000	G26	3,945	0,000
G12	2,820	0,000	G27	3,541	0,000
G13	2,508	0,000	G28	3,139	0,000
G14	2,763	0,000	G29	7,060	0,000
G15	2,880	0,000			

Likert ölçeğindeki performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşler G1, G2, G3,, G29 şeklinde kodlanmıştır.

Tablo 12’de görüldüğü gibi tüm değişkenler için $p < 0.05$ olduğundan, araştırma verilerinin normal dağılıma uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışmada, araştırma hipotezlerinin test edilmesi için parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin sağlık personelinin görüşlerinin demografik özelliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için Mann – Whitney U ve Kruskal-Wallis H Testleri uygulanmıştır.

8. Araştırma Bulguları

Bu araştırmaya katılanların demografik özellikleri ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hakkında aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

8.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Araştırmaya katılan sağlık personelinin cinsiyet, yaş, aylık toplam gelir, meslekte çalışma süreleri, kurumda çalışma süreleri, medeni durumu, yönetici olup olmamaları, görev alanları, meslekleri ve eğitim durumlarına ilişkin bilgiler ile mevcut sistemin sorunlarının ortadan kaldırılması için önerdikleri sistem, frekans

analizleri ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan sağlık personelinin demografik bilgilerine ilişkin bulgular Tablo 13'te gösterilmektedir.

Tablo 13: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Özellik		N	%	Özellik		N	%	
Cinsiyet	Kadın	132	73,3	Yaş	26'dan küçük	24	13,3	
	Erkek	45	25,0		26-35	54	30,0	
	Yanıtsız	3	1,7		36-45	74	41,1	
Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	1-5	47	26,1		46-55	18	10,0	
	6-10	37	20,6		56 ve üstü	2	1,1	
	11-15	35	19,4		Yanıtsız	8	4,5	
	16-20	29	16,1	Medeni Durum	Evli	130	72,2	
	21 ve üstü	27	15,0		Bekar	46	25,6	
	Yanıtsız	5	2,8		Yanıtsız	4	2,2	
Meslekte Çalışma Süresi (Yıl)	1-5	38	21,1	Eğitim Durumu	Lise	22	12,2	
	6-10	28	15,5		Ön lisans	33	18,3	
	11-15	32	17,8		Lisans	44	24,5	
	16-20	42	23,3		Yüksek Lisans	9	5,0	
	21 ve üstü	37	20,6		Doktora	69	38,3	
	Yanıtsız	3	1,7		Yanıtsız	3	1,7	
	Aylık Toplam Gelir	1500-3000	89		49,5	Görev Alanı	Eğitim Görevlisi	1
3001-4500		22	12,2		Asistan		19	10,6
4501-6000		39	21,7	Yardımcı Sağlık Personeli	102		56,7	
6001 ve üstü		7	3,9	Uzman Hekim	57		31,7	
Yanıtsız		23	12,8	Yanıtsız	1		0,5	
Yöneticilik Durumu		Yönetici	9	5,0	Meslek		Acil Servis	25
	Yönetici değil	158	87,8	Klinikler		108	60,0	
	Yanıtsız	13	7,2	İdari Birimler		11	6,1	
Önerilen Sistem	Eski Sist.	1	0,5	Diğer Birimler		30	16,7	
	Yeni Sist.	3	1,7	Yanıtsız		6	3,3	
	Karma Sist.	163	90,6					
	Yanıtsız	13	7,2					

Tablo 13'de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan 180 sağlık personelinin çoğunluğu (%73,3'ü) kadındır ve 45 yaşın altındadır. Benzer şekilde araştırmaya katılan sağlık personelinin çoğunluğu evlidir. Araştırmaya katılanların meslekteki ve kurumdaki çalışma süreleri incelendiğinde çalışanların %70'inden fazlasının kurumda ve meslekte en az 6 yıllık deneyime sahip olduğu görülmektedir. Çalışanların eğitim durumları incelendiğinde ise yine %90'ına yakınının en az üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri ve mesleki deneyimi bir arada değerlendirildiğinde çalışmaya katılanların hem eğitim düzeyi hem de deneyim olarak belli bir seviyenin üzerinde oldukları ortaya çıkmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık personelinin yaklaşık yarısının 3000 TL'den daha düşük aylık toplam gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların kurumdaki görev alanları incelendiğinde yarısından fazlasının yardımcı sağlık personeli olduğu, onları uzman hekimlerin takip ettiği görülmektedir. Tüm çalışanların %60'ı hastanedeki çeşitli kliniklerde çalışmaktadır ve yalnızca %5'i yönetici olarak görev yapmaktadır.

Sağlık çalışanlarının önerdikleri sistem incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%90,6) mevcut sistem (performansa dayalı ek ödeme) ve eski sistemin (döner sermaye sistemi) olumlu yönlerinin bir araya getirilmesiyle oluşturulacak karma sistemi tercih ettikleri belirlenmiştir.

8.2. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Bulgular

Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla sorulan 29 soruya katılımcıların verdikleri cevaplar frekans analizleri ile incelenmiştir. Tablo 14'te frekans analizlerine ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

Katılımcıların, performansa dayalı ek ödemeyle ilgili katılım düzeylerinin ortalamasının en yüksek olduğu değişken, "Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur" görüşüdür. Bu görüşe sağlık çalışanlarının katılım düzeyi çok yüksektir ($\bar{x}=4.92$). Bu görüşü, "performansa dayalı ek ödeme sistemi emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır" görüşü takip etmektedir. Bu görüşe de sağlık personelinin katılım düzeyi oldukça yüksektir ($\bar{x}= 4.75$). Ayrıca, "uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır" görüşü de en yüksek ortalamaya sahip ikinci görüştür. Bu iki görüş bir arada değerlendirildiğinde sistemin doğrudan ücretle ilişkilendirilen iki değişkende ifadelere katılımın yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte sağlık personelinin en düşük katılım düzeyi ortalamasına sahip olduğu değişken ise "uygulama, çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır" görüşüdür. Ayrıca, frekans analizleri sonucunda sistemin tüm çalışanlar için eşit düzeyde uygulandığı ($\bar{x}= 1,88$) ve "hizmet kalitesini arttırdığına ($\bar{x}= 1.96$)" ilişkin görüşlere de katılım düzeyi çok düşüktür. Bu sonuçlar bir arada değerlendirildiğinde sistemin sağlık çalışanları tarafından daha çok gelir getirici unsurlarıyla değerlendirildiği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 14: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Frekans Analizi Tablosu

Değişken	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	\bar{x}
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	25,6	28,3	9,4	30,0	6,7	2,64
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	53,1	27,4	6,1	5,6	7,8	1,88
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	12,3	7,3	7,8	21,8	50,8	3,92
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	8,4	9,0	9,6	24,7	48,3	3,96
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi çalışanı motive etmektedir	19,7	21,3	18,5	23,1	17,4	2,97
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	7,3	11,3	8,5	27,1	45,8	3,93
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artmasına bağlı olarak artmaktadır	30,5	28,8	12,4	16,9	11,4	2,50
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	42,1	33,1	14,1	8,5	2,2	1,96
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini artırmaktadır	41,1	26,1	17,2	12,2	3,4	2,11
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	9,5	9,5	6,7	35,2	39,1	3,85
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	4,5	3,9	7,9	30,3	53,4	4,24
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir	9,6	11,9	19,8	22,0	36,7	3,64
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir	20,9	27,7	24,9	17,5	9,0	2,66
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir	23,1	30,9	24,7	12,9	8,4	2,53
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	15,1	19,0	22,3	33,5	10,1	3,04
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir	43,2	30,5	17,2	5,7	3,4	1,96
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	36,2	35,1	10,3	6,9	11,5	2,22
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	14,6	18,5	8,4	41,6	16,9	3,28
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	30,0	25,6	11,1	21,7	11,6	2,59
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir	38,0	29,0	17,0	9,7	6,3	2,17
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim	30,0	30,0	18,6	10,7	10,7	2,42
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	2,8	-	2,8	39,7	54,7	4,44
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	42,2	51,7	2,2	1,7	2,2	1,70
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	-	-	0,6	24,9	74,5	4,75
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	0,6	1,7	8,7	59,0	30,0	4,16
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	1,7	9,8	17,9	50,3	20,3	3,77
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır	5,7	28,9	11,0	39,9	14,5	3,28
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	0,6	2,3	16,2	43,9	37,0	4,14
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	-	-	-	7,5	92,5	4,92

1 – kesinlikle katılmıyorum, 2 – katılmıyorum, 3 – ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4 – katılıyorum, 5 – tamamen katılıyorum

8.3. Demografik Özelliklere Göre Sağlık Personelinin Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Algıları

Sağlık Personelinin Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine yönelik algıları analiz edilirken, İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki sağlık personelinin, cinsiyetleri, yaşı, medeni durumları, yönetici pozisyonda olup olmadıkları, aylık gelirleri, meslekteki çalışma süresi, kurumdaki çalışma süresi, görev alanları ve unvanları göz önünde bulundurularak analiz edilecektir.

8.3.1. Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Sağlık personelinin cinsiyet, medeni durum ve yönetici olup olmamasına göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin farklılaşp farklılaşmadığının test edilmesi için Mann-Whitney U Testleri yapılmıştır.

Cinsiyete göre sağlık personelinin sisteme yönelik algılarının farklılaşp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları Tablo 15'te gösterilmektedir.

Tablo 15: Cinsiyet ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Cinsiyet</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumunca bilgilendirildim	<i>Erkek</i>	103,29	2327,0	-2,242	,025*
	<i>Kadın</i>	84,13			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	<i>Erkek</i>	94,92	2658,5	-1,075	,282
	<i>Kadın</i>	86,29			
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	<i>Erkek</i>	86,47	2856,0	-,337	,736
	<i>Kadın</i>	89,20			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	<i>Erkek</i>	88,96	2878,0	-,173	,863
	<i>Kadın</i>	88,36			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi çalışanı motive etmektedir	<i>Erkek</i>	93,36	2684,0	-,840	,401
	<i>Kadın</i>	86,15			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	<i>Erkek</i>	80,20	2574,0	-1,206	,228
	<i>Kadın</i>	90,05			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	<i>Erkek</i>	103,33	2190,0	-2,526	,012*
	<i>Kadın</i>	81,98			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	<i>Erkek</i>	98,47	2421,5	-1,685	,092
	<i>Kadın</i>	84,48			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini artırmaktadır	<i>Erkek</i>	95,87	2661,0	-1,095	,273
	<i>Kadın</i>	86,66			
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	<i>Erkek</i>	91,60	2808,0	-,501	,616
	<i>Kadın</i>	87,44			
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	<i>Erkek</i>	85,07	2793,0	-,499	,618
	<i>Kadın</i>	89,02			
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir	<i>Erkek</i>	82,75	2651,0	-,752	,452
	<i>Kadın</i>	89,11			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir	<i>Erkek</i>	99,74	2321,5	-1,914	,056
	<i>Kadın</i>	83,36			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir	<i>Erkek</i>	82,60	2682,0	-,855	,393
	<i>Kadın</i>	89,87			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	<i>Erkek</i>	96,06	2607,5	-1,189	,234
	<i>Kadın</i>	85,90			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir	<i>Erkek</i>	88,05	2704,0	-,338	,735
	<i>Kadın</i>	85,29			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	<i>Erkek</i>	88,24	2695,5	-,366	,715
	<i>Kadın</i>	85,22			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	<i>Erkek</i>	98,79	2439,5	-1,733	,083
	<i>Kadın</i>	84,27			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	<i>Erkek</i>	113,47	1869,0	-3,819	,000*
	<i>Kadın</i>	80,66			
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir	<i>Erkek</i>	99,44	2334,8	-1,904	,057
	<i>Kadın</i>	83,46			
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim	<i>Erkek</i>	92,51	2639,5	-,789	,430
	<i>Kadın</i>	85,80			
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	<i>Erkek</i>	85,56	2815,0	-,511	,609
	<i>Kadın</i>	89,51			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	<i>Erkek</i>	89,07	2967,0	-,011	,991
	<i>Kadın</i>	88,98			
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	<i>Erkek</i>	84,88	2704,0	-,126	,900
	<i>Kadın</i>	85,71			
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	<i>Erkek</i>	86,02	2708,0	-,092	,927
	<i>Kadın</i>	85,32			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	<i>Erkek</i>	85,45	2728,5	-,008	,994
	<i>Kadın</i>	85,52			
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelini ayırmaktadır	<i>Erkek</i>	91,92	2454,5	-1,038	,299
	<i>Kadın</i>	83,33			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	<i>Erkek</i>	77,83	2400,5	-1,274	,203
	<i>Kadın</i>	88,10			
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	<i>Erkek</i>	83,59	2648,5	-,663	,508
	<i>Kadın</i>	86,15			

* %95 önem derecesinde cinsiyete göre farklılaşan performansa dayalı ek ödemeye ilişkin ifadeler. S.O: Sıralama ortalaması

Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre yalnızca üç değişkende performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin sağlık personelinin cinsiyetine göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bunlardan birincisi “performansa dayalı ek ödeme sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim” ifadesidir. Bu ifadeye katılım düzeyleri açısından kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında fark vardır ($U=2327,0$, $p=0.025<0.05$, $z=-2,242$, $r=0.17$). Analiz sonuçlarına göre, bu görüşe katılım düzeyi kadınlarda erkeklere göre daha düşüktür. Yani, performansa dayalı ek ödeme sistemiyle ilgili olarak erkek çalışanlar kurum tarafından bilgilendirildikleri yönünde daha yüksek düzeyde bir katılıma sahiptir. Tablo 14’deki frekans analizi sonuçları bir arada değerlendirildiğinde; çalışanların %50’sinden fazlası bu görüşe ya katılmamakta ya da tamamen katılmamaktadır. Yani çalışanların yarısından fazlası kurum tarafından sistemle ilgili olarak yeterince bilgilendirilmediklerini düşünmektedir. Bu durum cinsiyet açısından da fark yaratmaktadır. Erkekler daha yüksek düzeyde bilgilendirildiklerini belirtirken, kadınların bilgilendirildiklerine yönelik ifadeye katılım düzeyi daha düşüktür.

Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının katılım düzeylerinin farklılaştığı ikinci değişken “aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır” düşüncesidir ($U=2190,0$, $p=0.012<0.05$, $z= -2,526$, $r=0,19$). Bu düşünceye de katılım düzeyi kadın çalışanlarda erkeklere göre daha düşüktür. Kadın çalışanların aldıkları ek ödemenin iş yüklerine bağlı olarak arttığı düşüncesine erkeklere göre daha düşük düzeyde katılıyor olmaları, kadınların iş yükü-ek ödeme dengesinin sağlandığı konusuna erkeklere göre daha düşük düzeyde katıldıklarını ortaya koymaktadır.

Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret almasının doğal olduğu düşüncesine katılım cinsiyete göre farklılaşan üçüncü değişkendir ($U=1869,0$, $p=0.000<0.05$, $z= -3,819$, $r=0.28$). Erkek çalışanlar sağlık çalışanlarının farklı ek ücret almasını daha doğal karşılarken, kadın çalışanlar ise erkeklerden anlamlı düzeyde farklılaşacak ölçüde bu görüşe daha az katılmaktadır. Bu sonuç bir önceki sonuçla bir arada değerlendirildiğinde gerek iş yükü-ek ödeme dengesi gerekse farklı ek ödeme alma konularında kadınların erkeklere göre sistemi daha başarısız bulduğu söylenebilir. Bu sonuçlara göre H_{1b} hipotezinin alt hipotezlerinden aşağıdakiler kabul edilmiştir:

H1_{b1}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

H1_{b7}: “Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

H1_{b19}: “Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının cinsiyetine göre farklılaşmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin diğer görüşlere katılım ise cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Bu nedenle H1_b alt hipotezlerinden diğerleri reddedilmiştir.

8.3.2. Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi

Medeni durumuna göre sağlık personelinin sisteme yönelik algılarının farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları tablo 16’da gösterilmektedir.

Tablo 16: Medeni Durum ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Med.Du.</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	<i>Bekar</i>	84,02	2784,0	-,718	,423
	<i>Evli</i>	90,08			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	<i>Bekar</i>	89,48	2899,0	-,253	,800
	<i>Evli</i>	87,47			
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	<i>Bekar</i>	87,63	2908,5	-,061	,951
	<i>Evli</i>	88,13			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	<i>Bekar</i>	82,89	2695,0	-,764	,445
	<i>Evli</i>	89,11			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi çalışanı motive etmektedir	<i>Bekar</i>	95,22	2555,0	-1,219	,223
	<i>Evli</i>	84,81			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	<i>Bekar</i>	83,41	2739,5	-,501	,546
	<i>Evli</i>	88,30			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artmasına bağlı olarak artmaktadır	<i>Bekar</i>	90,12	2739,5	-,501	,616
	<i>Evli</i>	85,90			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	<i>Bekar</i>	85,57	2815,5	-,318	,751
	<i>Evli</i>	88,17			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini artırmaktadır	<i>Bekar</i>	85,15	2836,0	-,545	,586
	<i>Evli</i>	89,68			
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	<i>Bekar</i>	78,95	2550,5	-1,491	,136
	<i>Evli</i>	91,23			
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	<i>Bekar</i>	80,40	2547,5	-1,192	,233
	<i>Evli</i>	89,90			
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	<i>Bekar</i>	84,50	2767,5	-,403	,687
	<i>Evli</i>	87,88			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	<i>Bekar</i>	101,84	2212,0	-2,373	,018*
	<i>Evli</i>	81,78			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	<i>Bekar</i>	103,54	2180,5	-2,560	,010*
	<i>Evli</i>	81,90			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	<i>Bekar</i>	96,91	2557,0	-1,434	,152
	<i>Evli</i>	84,82			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	<i>Bekar</i>	100,57	2109,0	-2,507	,012*
	<i>Evli</i>	80,24			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	<i>Bekar</i>	94,36	2414,0	-1,478	,139
	<i>Evli</i>	82,31			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	<i>Bekar</i>	92,69	2669,0	-,838	,402
	<i>Evli</i>	85,69			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	<i>Bekar</i>	87,61	2949,0	-,142	,887
	<i>Evli</i>	88,82			
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	<i>Bekar</i>	93,86	2492,0	-1,190	,234
	<i>Evli</i>	83,97			
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	<i>Bekar</i>	80,19	2573,5	-1,095	,274
	<i>Evli</i>	89,39			
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	<i>Bekar</i>	93,58	2710,5	-,989	,323
	<i>Evli</i>	86,01			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	<i>Bekar</i>	88,87	2973,0	-,065	,949
	<i>Evli</i>	88,37			
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	<i>Bekar</i>	84,47	2766,0	-,218	,827
	<i>Evli</i>	85,87			
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	<i>Bekar</i>	86,66	2760,5	-,210	,834
	<i>Evli</i>	85,08			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	<i>Bekar</i>	96,30	2326,5	-1,855	,064
	<i>Evli</i>	81,61			
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır	<i>Bekar</i>	86,90	2749,5	-,234	,815
	<i>Evli</i>	85,00			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	<i>Bekar</i>	87,43	2725,5	-,332	,740
	<i>Evli</i>	84,80			
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	<i>Bekar</i>	85,33	2805,0	-,062	,950
	<i>Evli</i>	85,56			

* %95 önem derecesinde medeni duruma göre farklılaşan performansa dayalı ek ödemeye ilişkin ifadeler. S.O: Sıralama ortalaması

Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre yalnızca üç değişkende performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin sağlık personelinin medeni durumuna göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bunlardan birincisi “performansa dayalı ek ücret

ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ödemesi payından daha iyidir” ifadesidir. Bu ifadeye katılım düzeyleri açısından bekar ve evli sağlık çalışanları arasında fark vardır ($U=2212,0$, $p=0.018<0.05$, $z=-2,373$, $r=0.18$). Analiz sonuçlarına göre, bu görüşe katılım düzeyi evlilerde bekarlara göre daha düşüktür. Bekar olanlar, performansa dayalı ek ödemenin döner sermaye ek ödemesine kıyasla daha iyi olduğu düşüncesine evlilere göre daha yüksek düzeyde katılmaktadır.

Bekâr ve evli sağlık çalışanlarının katılım düzeylerinin farklılaştığı ikinci değişken “performansa dayalı ek ücret ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir” düşüncesidir ($U=2180,5$, $p=0.010<0.05$, $z= -2,560$, $r=0,19$). Bu düşünceye de katılım düzeyi evli çalışanlarda bekarlara göre daha düşüktür. Bekar çalışanlar performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastaların aldığı hizmet kalitesini olumlu yönde etkilediği görüşüne evlilere göre daha yüksek düzeyde katılmaktadırlar. Benzer şekilde, “performansa dayalı ek ödeme sistemi güvenilir bir sistemdir” düşüncesine katılım da medeni duruma göre farklılaşmaktadır ($U=2109,0$, $p=0.012<0.05$, $z= -2,507$, $r=0.19$). Bekar olanlar evli olanlara göre performansa dayalı ek ödeme sistemini daha güvenilir bulmaktadır. Bu sonuçlara göre $H1_f$ hipotezinin alt hipotezlerinden aşağıdakiler kabul edilmiştir:

$H1_{f13}$: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir,” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre farklılaşmaktadır.

$H1_{f14}$: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre farklılaşmaktadır.

$H1_{f16}$: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre farklılaşmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin diğer görüşlere katılım ise medeni duruma göre farklılık göstermemektedir. Bu nedenle $H1_f$ alt hipotezlerinden diğerleri reddedilmiştir.

8.3.3. Yönetici Olup Olmadığına Göre Değerlendirilmesi

Kurumda yönetici pozisyonunda olup olmama durumuna göre sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik algılarının farklılaşp

farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17: Yöneticilik Durumu ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Yön.Dur</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	<i>Yönet.</i>	88,02	673,0	-,279	,780
	<i>Y.Değ.</i>	83,76			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	<i>Yönet.</i>	98,00	576,0	-1,030	,303
	<i>Y.Değ.</i>	82,67			
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	<i>Yönet.</i>	67,67	564,0	-1,098	,272
	<i>Y.Değ.</i>	84,41			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	<i>Yönet.</i>	78,06	657,5	-,341	,733
	<i>Y.Değ.</i>	83,29			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir	<i>Yönet.</i>	68,22	569,0	-,974	,330
	<i>Y.Değ.</i>	83,29			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	<i>Yönet.</i>	68,69	513,5	-,898	,369
	<i>Y.Değ.</i>	83,21			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	<i>Yönet.</i>	81,72	690,5	-,052	,958
	<i>Y.Değ.</i>	82,55			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır	<i>Yönet.</i>	103,44	464,5	-1,316	,188
	<i>Y.Değ.</i>	81,96			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır	<i>Yönet.</i>	85,33	699,0	-,089	,929
	<i>Y.Değ.</i>	83,92			
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	<i>Yönet.</i>	102,89	532,0	-1,315	,189
	<i>Y.Değ.</i>	82,39			
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	<i>Yönet.</i>	98,17	574,5	-1,044	,296
	<i>Y.Değ.</i>	82,66			
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	<i>Yönet.</i>	86,94	666,5	-,264	,792
	<i>Y.Değ.</i>	82,77			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	<i>Yönet.</i>	80,22	677,0	-,152	,879
	<i>Y.Değ.</i>	82,63			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	<i>Yönet.</i>	59,67	492,0	-1,556	,120
	<i>Y.Değ.</i>	84,35			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	<i>Yönet.</i>	94,83	604,5	-,752	,452
	<i>Y.Değ.</i>	82,85			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	<i>Yönet.</i>	66,38	495,0	-,965	,334
	<i>Y.Değ.</i>	81,76			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	<i>Yönet.</i>	81,33	687,0	-,012	,991
	<i>Y.Değ.</i>	81,51			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	<i>Yönet.</i>	118,17	394,5	-2,333	,020*
	<i>Y.Değ.</i>	81,51			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	<i>Yönet.</i>	109,50	481,5	-1,673	,094
	<i>Y.Değ.</i>	82,55			
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	<i>Yönet.</i>	87,89	640,0	-,402	,687
	<i>Y.Değ.</i>	81,66			
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	<i>Yönet.</i>	110,56	445,0	-1,882	,060
	<i>Y.Değ.</i>	80,87			
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	<i>Yönet.</i>	63,67	528,0	-1,451	,147
	<i>Y.Değ.</i>	84,64			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	<i>Yönet.</i>	93,39	626,5	-,673	,501
	<i>Y.Değ.</i>	83,47			
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	<i>Yönet.</i>	72,89	611,0	-,752	,452
	<i>Y.Değ.</i>	82,01			
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır	<i>Yönet.</i>	81,50	688,5	,000	1,00
	<i>Y.Değ.</i>	81,50			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır	<i>Yönet.</i>	71,39	597,5	-,716	,474
	<i>Y.Değ.</i>	82,09			
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır	<i>Yönet.</i>	51,83	421,5	-2,500	,040*
	<i>Y.Değ.</i>	83,25			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	<i>Yönet.</i>	80,89	683,0	-,043	,965
	<i>Y.Değ.</i>	81,54			
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	<i>Yönet.</i>	78,50	661,5	-,435	,663
	<i>Y.Değ.</i>	81,68			

* %95 önem derecesinde yöneticilik durumuna göre farklılaşan performansa dayalı ek ödemeye ilişkin ifadeler. S.O: Sıralama ortalaması

Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre iki değişkende performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin sağlık personelinin yöneticilik durumuna göre farklılaştığı tespit edilmiştir. Bunlardan birincisi “performansa dayalı ek ödeme sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir” ifadesidir. Bu ifadeye katılım düzeyleri açısından yönetici olan ve yönetici olmayan sağlık çalışanları arasında fark vardır ($U=394,5$, $p=0.020<0.05$, $z=-2,333$, $r=0.17$). Analiz sonuçlarına göre, yönetici pozisyonunda bulunan sağlık çalışanlarının, performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilediğine katılım düzeyleri diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir. Bu durumun yöneticilerin hemen her gün hasta ve hasta yakınlarının hizmet kalitesiyle ilgili sorunlarıyla birebir ilgilenmelerinden kaynaklandığı ifade edilmiştir.

Sağlık personelinin yöneticilik durumuna göre farklılaştığı bir diğer değişken, “performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personeli ayırmaktadır” görüşüdür ($U=421,5$, $p=0.040<0.05$, $z=-2,500$, $r=0.19$). Bu görüşe yönetici olanların katılımı, yönetici olmayanlardan daha düşük düzeydedir. Yöneticiler, sistemin çalışan ve çalışmayan personeli ayırdığı görüşüne yönetici olmayanlara göre daha düşük düzeyde katılmaktadır. İki sonuç bir arada değerlendirildiğinde, H_{1g} hipotezinin alt hipotezlerinden kabul edilenler aşağıda gösterilmiştir:

H_{1g18} : Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir görüşüne katılım sağlık çalışanlarının yönetici olma durumuna göre farklılaşmaktadır.

H_{1g27} : Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personeli ayırmaktadır görüşüne katılım sağlık çalışanlarının yönetici olma durumuna göre farklılaşmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin diğer görüşlere katılım ise yönetici olma duruma göre farklılık göstermemektedir. Bu nedenle H_{1g} alt hipotezlerinden diğerleri reddedilmiştir.

Sağlık personelinin yaş, aylık toplam gelir, meslekte ve kurumda çalışma süresi, görev alanı, mesleği ve eğitim durumuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik algılarının farklılaşp farklılaşmadığının test edilmesi için Kruskal-Wallis H Testleri yapılmıştır.

8.3.4. Yaşa Göre Değerlendirilmesi

Yaşa göre sağlık personelinin sisteme yönelik görüşlerinin farklılaşp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18: Yaş ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Değişken	Yaş	
	H	p
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	5,351	,253
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	3,242	,518
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	7,292	,121
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	4,634	,327
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir	2,908	,573
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	3,386	,495
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	9,894	,042*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	4,437	,350
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini artırmaktadır	,508	,973
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	1,988	,738
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	3,121	,538
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	3,781	,436
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	5,481	,241
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	3,031	,553
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	8,260	,083
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	4,122	,390
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	2,510	,643
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	6,695	,153
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	14,655	,005*
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	6,240	,182
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	7,728	,102
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	6,199	,185
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	2,404	,662
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	8,662	,070
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	6,039	,196
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	2,866	,581
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır	3,179	,528
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	7,908	,095
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	8,853	,065
*Yaşa göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşler arasında %95 önem derecesinde anlamlı fark bulunan ifadeler		

Yaşa göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin iki tanesinde sağlık çalışanlarının yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bunlardan birincisi, “aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır” görüşüdür (H=9,894, SD=4, p=0,042). Buna göre, alınan ek ödemenin iş yükünün artışına bağlı olarak arttığı görüşüne katılım yaşa göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir. Bu farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,01 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçları aşağıdaki Tablo 19’de gösterilmektedir.

Tablo 19: Aldığımız Ek Ödeme İş Yükünün Artışına Bağlı Olarak Artmaktadır Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Yaş</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	≤25	32,35	476,5	-1,941	,052
	26-35	42,68			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	≤25	37,69	604,5	-2,201	,028
	36-45	51,49			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	≤25	17,48	119,5	-2,579	,010 ^{*a}
	46-55	26,86			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	≤25	12,79	7,0	-1,770	,077
	≥56	22,00			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	26-35	59,82	1745,5	-,880	,379
	36-45	65,42			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	26-35	34,65	386,0	-1,345	,179
	46-55	42,06			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	26-35	27,78	15,0	-1,777	,076
	≥56	48,00			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	36-45	44,09	574,5	-,677	,498
	46-55	48,58			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	36-45	36,49	35,0	-1,251	,211
	≥56	55,00			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	46-55	10,00	9,0	-1,200	,230
	≥56	15,00			

* Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır görüşüne katılımın yaşa göre gruplar arasında 0,01 anlamlılık derecesinde anlamlı fark bulunan ifade
a Değişkene ait elde edilen p değeri 0.00992 olarak tespit edildiği için p<0,01’dir

Tablo 19’da görüldüğü gibi, “aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır” görüşüne katılım düzeyleri açısından 25 yaşındaki veya küçükler ile 46-55 yaş arasındakiler arasında fark olduğu tespit edilmiştir (U=119,5, p=0,01<0,01, r= -,19). Analiz sonucuna göre 25 yaşındaki veya 25 yaşından küçük olan sağlık çalışanlarının bu ifadeye katılım düzeyleri diğer tüm yaş gruplarındaki

çalışanlara göre daha düşüktür. Bu yaş aralığındaki çalışanlar, zaten iş hayatına yeni başladıkları ve mevcut sistemi karşılaştırabilecekleri çok fazla sistemde iş yapmadıkları için bu görüşe sahip oldukları göz ardı edilmemelidir. Ayrıca, ilk defa mesleğe başlamanın ve kendi gelirini elde etmenin psikolojik etkileri de dikkate alınmalıdır.

Yaşa göre farklılaşan diğer değişken, “sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır” görüşüdür (H=14,655, SD=4, p=0,005). Bu görüşe katılım düzeyi yaşa göre anlamlı düzeyde farklılaşmaktadır. Bu farkın hangi yaş grubu ya da gruplarından kaynaklandığının tespit edilmesi için Mann-Whitney U Testleri yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,01 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçları aşağıdaki Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Farklı Ek Ücret Alması Doğaldır Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Yaş</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	≤25	33,65	507,5	-1,593	,111
	26-35	42,10			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	≤25	36,29	571,0	-2,706	,007*
	36-45	53,78			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	≤25	16,52	96,5	-3,150	,002*
	46-55	28,14			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	≤25	12,71	5,0	-1,950	,051
	≥56	23,00			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	26-35	58,08	1651,5	-1,722	,085
	36-45	69,18			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	26-35	33,03	298,5	-2,512	,012
	46-55	46,92			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	26-35	27,94	24,0	-1,370	,171
	≥56	43,50			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	36-45	44,93	549,5	-1,179	,238
	46-55	52,97			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	36-45	38,23	54,0	-,667	,505
	≥56	48,50			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	46-55	10,53	17,5	-,066	,947
	≥56	10,25			
* Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır görüşüne katılımın yaşa göre gruplar arasında 0,01 anlamlılık derecesinde anlamlı fark bulunan ifadeler					

Tablo 20’de görüldüğü gibi, “sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır” görüşüne katılım düzeyleri açısından 25 yaşındaki veya küçükler ile 36-45 yaş arasındaki ve 46-55 yaş arasındakiler arasında fark olduğu tespit edilmiştir (U=571,0, p=0,007<0,01, r= -,20; U=96,5, p=0,002<0,01, r= -,23). Analiz sonucuna göre 25 yaşındaki veya 25 yaşından küçük olan sağlık çalışanlarının bu ifadeye katılım düzeyleri diğer tüm yaş gruplarındaki çalışanlara göre daha düşüktür. Daha genç yaştaki bu grupta yer alan sağlık çalışanları, çalışanların farklı ek ücret almalarını daha az düzeyde doğal karşılamaktadır. Bu iki sonuca göre H1a hipotezinin alt hipotezlerinden ikisi kabul edilmiş, diğerleri reddedilmiştir. Kabul edilen hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H1_{a7}: “Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır.” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının yaşına göre farklılaşmaktadır. 25 yaş ve altındakilerin bu görüşe katılım düzeyi düşüktür.

H1_{a19}: “Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının yaşına göre farklılaşmaktadır. Yine 25 yaş ve altındakilerin bu görüşe de katılım düzeyi düşüktür.

8.3.5. Aylık Gelire Göre Değerlendirilmesi

Aylık toplam gelire göre sağlık personelinin sisteme yönelik görüşlerinin farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21: Aylık Toplam Gelir ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Değişken	Aylık Toplam Gelir	
	H	p
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	11,486	,009*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	12,122	,007*
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	,614	,893
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	5,094	,165
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir	5,819	,121
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	2,649	,449
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	9,236	,026*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	11,948	,008*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini artırmaktadır	7,532	,057
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	4,362	,225
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	4,477	,214
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	3,850	,278
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	17,377	,001*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	8,648	,034*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	12,331	,006*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	1,001	,801
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	4,214	,239
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	10,080	,018*
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	22,920	,000*
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	11,224	,011*
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	5,425	,143
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	8,024	,046*
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	,375	,945
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	6,946	,074
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	9,488	,023*
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	8,968	,030*
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelini ayırmaktadır	4,785	,188
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	13,399	,004*
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	5,422	,143
*Aylık toplam gelire göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşler arasında %95 önem derecesinde anlamlı fark bulunan ifadeler		

Aylık toplam gelire göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin on dört tanesinde sağlık çalışanlarının toplam gelirine göre anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu görüşler şunlardır:

- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim (H=11,486, SD=3, p=0,009),
- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır (H=12,122, SD=3, p=0,007),
- Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır (H=9,236, SD=3, p=0,026),
- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır (H=11,948, SD=3, p=0,008),
- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir (H=17,377, SD=3, p=0,001),
- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir (H=8,648, SD=3, p=0,034),
- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır (H=12,331, SD=3, p=0,006),
- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir (H=10,080, SD=3, p=0,018),
- Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır (H=22,920, SD=3, p=0,000),
- Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir (H=11,224, SD=3, p=0,011),
- Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır (H=8,024, SD=3, p=0,046),
- Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır (H=9,488, SD=3, p=0,023),
- Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır (H=8,968, SD=3, p=0,030),

- Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır (H=13,399, SD=3, p=0,004)

Yukarıda belirtilen değişkenlerde sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirin göre farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,0125 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçlarına göre aralarında bilimsel açıdan anlamlı farklar olan gruplara ilişkin değerler aşağıdaki Tablo 22’de gösterilmektedir.

Tablo 22: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Aylık Toplam Gelire Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Aylık Toplam Gelir (TL)</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	1500-3000	58,48	1200,0	-2,882	,004
	4501-6000	78,23			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	1500-3000	52,07	629,0	-2,934	,003
	3001-4500	71,91			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	1500-3000	59,17	1261,5	-2,546	,011
	3001-4500	75,30			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	1500-3000	46,10	141,0	-2,478	,0122
	6001 ve üstü	71,86			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	1500-3000	58,72	1251,5	-2,619	,009
	4501-6000	75,91			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	1500-3000	45,82	116,0	-2,508	,012
	6001 ve üstü	72,17			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir	1500-3000	44,44	38,0	-3,600	,000
	6001 ve üstü	84,17			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir	1500-3000	51,49	615,5	-2,715	,007
	3001-4500	71,52			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	1500-3000	57,18	1116,0	-3,222	,001
	4501-6000	79,38			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	1500-3000	56,89	1058,5	-3,634	,000
	4501-6000	81,86			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	1500-3000	45,75	67,0	-3,612	,000
	6001 ve üstü	83,43			
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir	1500-3000	45,02	89,0	-2,859	,004
	6001 ve üstü	75,94			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	1500-3000	49,57	124,5	-2,772	,006
	6001 ve üstü	21,79			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	1500-3000	58,36	577,5	-2,877	,004
	3001-4500	38,50			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	1500-3000	66,95	1135,0	-2,685	,007
	4501-6000	50,03			

Tablo 22’de yer alan Mann-Whitney U Testi sonuçları incelendiğinde, tüm değişkenlerde farklılığın kaynaklandığı grubun 1500-3000 TL arasında aylık toplam gelire sahip olan sağlık çalışanlarının yer aldığı gruptan kaynaklandığı görülmektedir. Değişkenlerin çoğunda, aylık toplam 1500-3000 TL arası gelire sahip olan sağlık çalışanlarının ifadelerine katılım düzeylerinin diğer çalışanlardan daha düşük olduğu görülmektedir. Yalnızca “sistemin uygulanması hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır” ve “uygulama hastaların hasta olarak değil, puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır” ifadelerine aylık 1500-3000 TL arası toplam gelire sahip olan çalışanların, diğerlerinden bilimsel düzeyde anlamlı derecede yüksek katılım düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 10’da gösterilen Kruskal Wallis H Testi sonuçlarında aylık toplam gelire göre farklılaşan üç değişkenin Mann-Whitney U Testi sonuçlarına göre gruplara arasındaki farkın herhangi iki gruptan kaynaklanmadığı belirlenmiştir. Bu değişkenler; “performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir”, “uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır” ve “sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır” ifadeleridir. Bu ifadeler de sağlık çalışanlarının katılım düzeyleri aylık toplam gelirlerine göre farklılaşmaktadır. Ancak bu farklılık çeşitli gelir gruplarından kaynaklanmaktadır. Bu ifadeler katılımın hangi gruplardan kaynaklandığı şu şekilde belirlenmiştir:

“• Performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir” ifadesine katılım düzeyi en yüksek olan grup aylık toplam geliri 6001 TL ve üzerinde olan gruptur (S.O: 103,50). Onu, 1500-3000 TL arasında aylık toplam gelire sahip olan grup izlemektedir (S.O: 85,45). Aylık toplam geliri 3001-4500 ve 4501-6000 TL arasında olan gruplarda yer alan sağlık çalışanlarının bu ifadeye katılım düzeyleri ise diğerlerine göre düşük ve birbirine yakındır (S.O: 65,30;65,77).

“• Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır” ve “sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır” ifadelerine katılım düzeyleri ise gelir düzeyi arttıkça azalmaktadır. Bu ifadeler katılım düzeyi en yüksek olan sağlık çalışanları aylık geliri en az olanların

yer aldığı grup iken, katılım düzeyi en düşük sağlık çalışanları ise aylık toplam geliri en yüksek olan gruptur (1.ifade için S.O: 83,74; 83,36; 69,24; 48,86; 2.ifade için S.O: 84,00;67,76; 65,28; 56,43).

Bu sonuçlara göre H1c hipotezinin alt hipotezlerinden on dört tanesi kabul edilmiş, diğerleri reddedilmiştir. Yani gelir arttıkça aşağıda belirtilen hipotezlere katılım oranı artmaktadır. Kabul edilen hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H1_{c1}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c2}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c7}: “Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c8}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c13}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c14}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c15}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c18}: “Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c19}: “Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c20}: “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c22}: “Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c25}: “Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c26}: “Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

H1_{c28}: “Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır” ifadesine katılım sağlık çalışanlarının aylık toplam gelirine göre farklılaşmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin diğer görüşlere katılım ise aylık toplam gelire göre farklılık göstermemektedir. Bu nedenle H1_c alt hipotezlerinden diğerleri reddedilmiştir.

8.3.6. Meslekte Geçirilen Süreye Göre Değerlendirilmesi

Meslekte çalışma süresine göre sağlık personelinin sisteme yönelik görüşlerinin farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları Tablo 23’de gösterilmektedir.

Tablo 23: Meslekte Çalışma Süresi ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Değişken	Meslekte Çalışma Süresi	
	H	p
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	6,928	,140
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	1,416	,841
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	6,824	,145
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	7,697	,103
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir	2,030	,730
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	3,867	,424
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	3,879	,423
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır	2,868	,580
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır	6,451	,168
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	1,692	,792
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	1,738	,784
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	3,626	,459
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	2,061	,725
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	1,149	,886
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	9,004	,061
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	,357	,986
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	1,368	,850
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	2,665	,615
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	6,163	,187
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	4,775	,311
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	5,625	,229
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	3,482	,481
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	13,263	,010*
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	1,957	,744
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	1,006	,909
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır	,409	,982
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır	2,359	,670
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	3,596	,463
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	1,051	,902
*Meslekte çalışma süresine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşler arasında %95 önem derecesinde anlamlı fark bulunan ifade		

Meslekte çalışma süresine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin bir tanesinde sağlık çalışanlarının yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu görüş “uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır” görüşüdür (H=13,263, SD=4, p=0,010).

Bu farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,01 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçları aşağıdaki Tablo 24’te gösterilmektedir.

Tablo 24: Uygulama Çalışanlara Ek Gelir Dışında Da Yararlar Sağlamaktadır Değişkenine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Meslekte Çalışma Süresi</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	1-5	36,24	428,0	-1,607	,108
	6-10	29,79			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	1-5	36,57	567,5	-,568	,570
	11-15	34,23			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	1-5	48,61	490,0	-3,348	,001*
	16-20	33,17			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	1-5	39,32	653,0	-,602	,547
	21 ve üstü	36,65			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	6-10	28,57	394,0	-,927	,354
	11-15	32,19			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	6-10	39,93	464,0	-1,717	,086
	16-20	32,55			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	6-10	31,14	466,0	-,771	,440
	21 ve üstü	34,41			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	11-15	44,11	460,5	-2,613	,009
	16-20	32,46			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	11-15	35,20	585,5	-,087	,931
	21 ve üstü	34,82			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	16-20	34,81	559,0	-2,411	,016
	21 ve üstü	45,89			
* Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır görüşüne katılımın yaşa göre gruplar arasında 0,01 anlamlılık derecesinde anlamlı fark bulunan ifade					

Tablo 24’de görüldüğü gibi, uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır görüşüne katılım düzeyleri meslekte 1-5 yıldır çalışanlar ile 16-20 yıldır çalışanlar arasında anlamlık düzeyde farklıdır ($U=490,0$, $p=0,001<0,01$, $r= -,25$). Analiz sonucuna göre meslekte çalışma süresi daha az olan (1-5 yıl) sağlık çalışanları, bu ifadeye 16-20 yıldır meslekte çalışanlara oranla daha yüksek düzeyde katılmaktadırlar. Bu sonuç, daha kısa süredir çalışan sağlık çalışanlarının sistemin ek gelir dışında da yararlar sağladığına inandığını göstermektedir. Tablo 24’deki diğer sonuçlar da incelendiğinde 1-5 yıldır meslekte çalışanların diğer tüm gruplardan daha yüksek düzeyde ifadeye katılım düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bu sonuca göre H1d hipotezinin alt hipotezlerinden birisi kabul edilmiş, diğerleri reddedilmiştir. Kabul edilen hipotez aşağıda yer almaktadır:

H1_{d23}: “Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının meslekte çalışma süresine göre farklılaşmakta, hizmet yılı 1-5 yıl arası olanlar daha fazla katılmaktadır.

8.3.7. Kurumdaki Çalışma Süresine Göre Değerlendirilmesi

Kurumda çalışma süresine göre sağlık personelinin sisteme yönelik görüşlerinin farklılaşp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları Tablo 25’te gösterilmektedir.

Tablo 25: Kurumda Çalışma Süresi ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Değişken	Kurumda Çalışma Süresi	
	H	p
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim.	5,637	,228
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır.	1,903	,754
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	2,299	,681
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	5,680	,224
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir	1,905	,753
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	,383	,984
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	3,721	,445
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	2,571	,632
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini artırmaktadır	6,865	,143
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır.	3,354	,500
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır.	2,053	,726
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	5,555	,235
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	1,804	,772
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	2,455	,653
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır.	13,181	,010*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	1,880	,758
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır.	1,625	,804
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.	3,345	,502
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır.	3,586	,465
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	14,747	,005*
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	5,045	,283
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır.	7,206	,125
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır.	12,347	,015*
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır.	6,849	,144
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır.	4,651	,325
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır.	9,995	,041*
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır.	5,848	,211
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır.	2,299	,681
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur.	3,321	,506

*Kurumda çalışma süresine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşler arasında %95 önem derecesinde anlamlı fark bulunan ifade

Kurumda çalışma süresine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin dört tanesinde sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu görüşler şunlardır:

- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır (H=13,181, SD=4, p=0,010),

- Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir (H=14,747, SD=4, p=0,005),
- Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır (H=12,347, SD=4, p=0,015),
- Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır (H=9,995, SD=4, p=0,041).

Yukarıda belirtilen değişkenlerde sağlık çalışanlarının kurumda çalışma sürelerine göre farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,01 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçlarına göre aralarında bilimsel açıdan anlamlı farklar olan gruplara ilişkin değerler aşağıdaki tablo 26’da gösterilmektedir.

Tablo 26: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Kurumda Çalışma Süresine Göre Farklaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Kurumda Çalışma Süresi</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	6-10	26,66	283,5	-3,184	,001
	16-20	41,38			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	6-10	26,97	295,0	-2,878	,004
	21 ve üstü	40,07			
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	6-10	37,89	319,0	-2,696	,007
	16-20	26,00			
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	11-15	39,21	272,5	-3,321	,001
	16-20	24,40			
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	1-5	44,43	403,0	-3,422	,001
	16-20	28,90			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır	11-15	26,29	290,0	-3,059	,002
	16-20	39,14			

Tablo 26’daki Mann-Whitney U Testi sonuçlarına göre, dört değişkende de gruplar arasındaki farklılığın 16-20 yıldır kurumda çalışanların yer aldığı gruptan kaynaklandığı görülmektedir. Ayrıca “performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır” ifadesine katılım düzeyinde 6-10 yıldır kurumda çalışanlar ile 21 ve üstü yıldır kurumda çalışanların arasında

farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Bu değişken için 6-10 yıldır kurumda çalışanların diğer çalışanlara göre bu ifadeye katılım düzeylerinin daha düşük olduğu ortaya çıkmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamaya devam edilmelidir ve uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır görüşlerine katılım düzeyleri 16-20 yıldır kurumda çalışanlarda diğer gruptakilere göre daha düşüktür.

Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır ifadesine katılım düzeyi açısından ise 16-20 yıldır kurumda çalışanların ifadeye katılım düzeyleri diğer gruptakilere göre daha yüksektir.

Bu sonuçlara göre H1e hipotezinin alt hipotezlerinden dördü kabul edilmiş, diğerleri reddedilmiştir. Yani daha uzun süreli çalışanların katılım düzeyleri yüksektir. Kabul edilen hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H1_{e15}: Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır” görüşüne katılım, sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre farklılaşmaktadır. 16-21 yıl çalışanlar % 41.38’le bu görüşe katılmamaktadır.

H1_{e20}: “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre farklılaşmaktadır.

H1_{e23}: “Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre farklılaşmaktadır.

H1_{e26}: “Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır” görüşüne katılım sağlık çalışanlarının kurumda çalışma süresine göre farklılaşmaktadır.

8.3.8. Görev Alanlarına Göre Değerlendirilmesi

Görev alanına göre sağlık personelinin sisteme yönelik görüşlerinin farklılaşp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları Tablo 27’de gösterilmektedir.

Tablo 27: Görev Alanı ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Değişken	Görev Alanı	
	H	p
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	16,008	,001*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	12,767	,005*
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	1,010	,799
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	4,023	,259
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir	2,969	,396
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	5,263	,153
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	10,618	,014*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır	9,741	,021*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır	6,494	,090
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	5,298	,151
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	6,462	,091
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	2,769	,429
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	19,102	,000*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	6,210	,102
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	12,493	,006*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	2,576	,462
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	6,669	,083
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	7,925	,048*
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	21,610	,000*
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir	7,923	,048*
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim	5,964	,113
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	6,865	,076
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	,624	,891
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	1,579	,454
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	12,550	,002*
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	4,235	,120
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır	2,029	,363
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	22,806	,000*
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	,708	,702
*Görev alanına göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşler arasında %95 önem derecesinde anlamlı fark bulunan ifade		

Görev alanına göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin on bir

tanesinde sağlık çalışanlarının görev alanına göre anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu görüşler şunlardır:

- Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim (H=16,008 SD=3, p=0,001),
- Performansa Dayalı Ek cret ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır (H=12,767, SD=3, p=0,005),
- Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır (H=10,618, SD=3, p=0,014),
- Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır (H=9,741, SD=3, p=0,021),
- Performansa Dayalı Ek cret ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir (H=19,102, SD=3, p=0,000),
- Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır (H=12,493, SD=3, p=0,006),
- Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir (H=7,925, SD=3, p=0,048),
- Sağlık alışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır (H=21,610 SD=3, p=0,000),
- Performansa Dayalı Ek deme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir (H=7,923, SD=3, p=0,048),
- Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır (H=12,550, SD=3, p=0,002),
- Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır (H=22,806, SD=3, p=0,00).

Yukarıda belirtilen değişkenlerde sağlık görev alanlarına göre farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,0125 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçlarına göre aralarında bilimsel açıdan anlamlı farklar olan gruplara ilişkin değerler aşağıdaki Tablo 28’de gösterilmektedir.

Tablo 28: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Görev Alanına Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Görev Alanı</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	69,85	1872,0	-3,862	,000
	<i>Uzman Hekim</i>	98,16			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	73,07	2200,0	-2,655	,008
	<i>Uzman Hekim</i>	91,21			
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	70,22	1941,0	-3,204	,001
	<i>Uzman Hekim</i>	93,71			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	71,15	2035,5	-3,082	,002
	<i>Uzman Hekim</i>	93,15			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	67,29	1678,5	-4,259	,000
	<i>Uzman Hekim</i>	98,53			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	70,66	1986,0	-3,335	,001
	<i>Uzman Hekim</i>	95,16			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	68,03	1686,0	-4,523	,000
	<i>Uzman Hekim</i>	101,42			
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	71,42	2092,0	-2,580	,010
	<i>Uzman Hekim</i>	89,96			
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır.	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	85,70	1911,0	-3,499	,000
	<i>Uzman Hekim</i>	62,75			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır.	<i>Asistan</i>	36,19	480,5	-3,433	,001
	<i>Yard.Sağ.Pers.</i>	63,15			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	<i>Yard. Sağ.Pers.</i>	87,70	1712,5	-4,155	,000
	<i>Uzman Hekim</i>	59,14			

Tablo 28'deki Mann-Whitney U Testi sonuçlarına göre, bütün değişkenlerde gruplar arasındaki farklılığın yardımcı sağlık personeli ile uzman hekimlerin görüş farklılıklarından kaynaklandığı görülmektedir. Ayrıca “uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır” ifadesine katılım düzeyinde yardımcı sağlık personeli ile asistanlar arasında da farklılık bulunduğu tespit edilmiştir. Bu değişken için yardımcı sağlık personelinin diğer çalışanlara göre bu ifadeye katılım düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu sonuca göre uzman hekimler ve uzmanlık öğrencisi olan asistanlar yani doktorlar performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açtığı görüşüne çok daha düşük düzeyde katılırken, yardımcı sağlık personeli bu görüşe yüksek düzeyde katılmaktadır.

Yardımcı sağlık personelinin uzman hekimlere göre daha yüksek düzeyde katılım gösterdiği diğer değişken ise “Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır” görüşüdür. Sağlık

alışanlarının görev alanına göre katılım düzeylerinin farklılaştığı diğer değişkenlerde ise yardımcı sağlık personelinin katılım düzeyi uzman hekimlere göre daha düşüktür. Yalnızca “performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir” ifadesine katılım düzeyleri açısından eğitim görevlisi ile diğer görev alanındakilerin birbirinden farklılaştığı belirlenmiştir. Buna göre bu ifadeye en düşük katılım dzerine sahip olan grup asistanlar iken, en yüksek olan grup ise yardımcı sağlık personelidir. Bu sonuçlara göre H1h hipotezinin alt hipotezlerinden on biri kabul edilmiş, diğerleri reddedilmiştir. Kabul edilen hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H1_{h1}: “Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim” ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h2}: Performansa Dayalı Ek cret ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir Şekilde uygulanmaktadır ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h7}: Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h8}: Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h13}: Performansa Dayalı Ek cret ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h15}: Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi hastanenin fiziki Şartlarında iyileştirme sağlamaktadır ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h18}: Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h19}: Sağlık alışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h20}: Performansa Dayalı Ek deme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h25}: Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

H1_{h28}: Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır ifadesine katılım görev alanına göre farklılaşmaktadır.

8.3.9. Meslek Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Mesleğine (Kurumda görev aldığı birim) göre sağlık personelinin sisteme yönelik görüşlerinin farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları Tablo 29’da gösterilmektedir.

Tablo 29: Meslek ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Değişken	Meslek	
	H	p
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumunca bilgilendirildim	4,088	,252
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır	2,875	,411
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır	3,842	,279
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	1,276	,735
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir	1,014	,798
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır	4,810	,186
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	3,332	,343
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini artırmaktadır	5,286	,152
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini artırmaktadır	10,545	,014*
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	3,950	,267
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır	6,067	,108
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	2,227	,527
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	3,307	,347
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	4,851	,183
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır	3,481	,323
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	,335	,953
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	1,161	,762
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	14,457	,002*
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	7,287	,063
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	1,862	,601
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	13,539	,004*
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır	1,033	,793
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır	1,380	,710
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır	,364	,948
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları artırmaktadır	4,051	,256
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır	7,926	,048*
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelinin ayırmaktadır	9,263	,026*
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	7,658	,054
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	1,538	,674
*Mesleğine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşler arasında %95 önem derecesinde anlamlı fark bulunan ifade		

Mesleğine göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin beş tanesinde sağlık çalışanlarının mesleğine göre anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu görüşler şunlardır:

- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır (H=10,545 SD=3, p=0,014),
- Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir (H=14,457, SD=3, p=0,002),
- Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi verilen ek ücrete tercih ederim (H=13,539, SD=3, p=0,004),
- Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır (H=7,926, SD=3, p=0,048),
- Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelini ayırmaktadır (H=9,263, SD=3, p=0,026).

Yukarıda belirtilen değişkenlerde mesleğe göre farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,0125 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçlarına göre aralarında bilimsel açıdan anlamlı farklar olan gruplara ilişkin değerler aşağıdaki Tablo 30'da gösterilmektedir.

Tablo 30: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Mesleğe Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Meslek</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır	<i>Acil Serv.Yoğ.Bak.</i>	33,92	227,0	-2,712	,007
	<i>Diğer Birimler</i>	23,07			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır	<i>Klinikler</i>	74,74	1054,5	-3,083	,002
	<i>Diğer Birimler</i>	50,65			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	<i>Acil Serv.Yoğ.Bak</i>	15,38	59,5	-2,843	,004
	<i>İdari Birimler</i>	25,59			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	<i>Klinikler</i>	55,50	211,5	-3,627	,000
	<i>İdari Birimler</i>	92,77			
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	<i>Acil Serv. Yoğ.Bak</i>	88,52	767,5	-3,230	,001
	<i>Klinikler</i>	61,61			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır	<i>Acil Serv.Yoğ.Bak</i>	20,30	62,0	-2,566	,010
	<i>İdari Birimler</i>	11,64			
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelini ayırmaktadır	<i>İdari Birimler</i>	12,14	67,5	-2,701	,007
	<i>Diğer Birimler</i>	22,50			

Tablo 30'daki Mann-Whitney U Testi sonuçlarına göre, çeşitli değişkenlerde çeşitli meslek gruplarının ifadelerine katılım düzeylerinin birbirlerinden anlamlı derecede farklılaştığı görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlara göre H_{1i} hipotezinin alt hipotezlerinden beşi kabul edilmiş, diğerleri reddedilmiştir. Kabul edilen hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H_{1i9}: Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır ifadesine katılım mesleğe göre farklılaşmaktadır.

H_{1i18}: Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir ifadesine katılım mesleğe göre farklılaşmaktadır.

H_{1i21}: Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim ifadesine katılım mesleğe göre farklılaşmaktadır.

H_{1i26}: Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır ifadesine katılım mesleğe göre farklılaşmaktadır.

H_{1i27}: Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelini ayırmaktadır ifadesine katılım mesleğe göre farklılaşmaktadır.

8.3.10. Eğitim Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Eğitim durumuna göre sağlık personelinin sisteme yönelik görüşlerinin farklılaşıp farklılaşmadığının test edilmesi için yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonuçları Tablo 31’de gösterilmektedir.

Tablo 31: Eğitim Durumu ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Kruskal-Wallis H Testi Sonucu

Değişken	Eğitim Durumu	
	H	p
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim.	9,401	,052
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır.	12,638	,013*
Ek ödeme sistemindeki bazı meslek gruplarına haksızlık yapılmaktadır.	2,213	,697
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır.	7,053	,133
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, çalışanı motive etmektedir.	3,175	,529
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi iş yükümüzü artırmaktadır.	5,362	,252
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır.	12,321	,015*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet kalitesini arttırmaktadır.	7,370	,118
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır.	6,546	,162
Sağlık hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır.	6,241	,182
Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak artmaktadır.	5,977	,201
Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	6,882	,142
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	14,881	,005*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	7,732	,102
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır.	10,806	,029*
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	5,581	,233
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır.	4,638	,327
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.	11,239	,024*
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır.	23,690	,000*
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir.	11,115	,025*
Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	2,463	,651
Uygulama izin ve rapor taleplerini azaltmaktadır.	2,226	,694
Uygulama çalışanlara ek gelir dışında da yararlar sağlamaktadır.	1,727	,786
Sistem emeklilik maaşına yansıtılmadığı için emekli olma isteği azalmaktadır.	5,162	,271
Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır.	10,279	,036*
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır.	10,455	,033*
Sistemin uygulanması, çalışan ile çalışmayan sağlık personelini ayırmaktadır.	3,342	,502
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır.	20,608	,000*
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur.	10,830	,029*
*Eğitim durumuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşler arasında %95 önem derecesinde anlamlı fark bulunan ifade		

Eğitim durumuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin değişip değişmediğinin belirlenmesi amacıyla yapılan Kruskal-Wallis H Testi sonucuna göre performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin on bir tanesinde sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre anlamlı düzeyde farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bu görüşler şunlardır:

- Performansa Dayalı Ek cret ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır (H=12,638, SD=4, p=0,013),
- Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır (H=12,321, SD=4, p=0,015),
- Performansa Dayalı Ek cret ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir (H=14,881, SD=4, p=0,005),
- Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır (H=10,806, SD=4, p=0,029),
- Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir (H=11,239, SD=4, p=0,024),
- Sağlık alışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır (H=23,690, SD=4, p=0,000),
- Performansa Dayalı Ek deme Sistemi uygulamaya devam edilmelidir (H=11,115, SD=4, p=0,025),
- Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır (H=10,279, SD=4, p=0,036),
- Sistemin uygulanması hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır (H=10,455, SD=4, p=0,033),
- Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır (H=20,608, SD=4, p=0,000),
- Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur (H=10,830, SD=4, p=0,029).

Yukarıda belirtilen değişkenlerde eğitim durumuna göre farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığının belirlenmesi için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Bonferroni düzeltmesi uygulanarak tüm etkiler için anlamlılık düzeyi 0,01 olarak kabul edilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi analizi sonuçlarına göre aralarında bilimsel açıdan anlamlı farklar olan gruplara ilişkin değerler aşağıdaki Tablo 32’de gösterilmektedir.

Tablo 32: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Görüşlerin Eğitim Durumuna Göre Farklılaşmasına Yönelik Çeşitli Değişkenlere İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

<i>Değişken</i>	<i>Eğitim Durumu</i>	<i>S.O.</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır	<i>Önlisans</i>	38,59	707,0	-2,824	,005
	<i>Doktora</i>	55,45			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir	<i>Önlisans</i>	39,76	751,0	-2,751	,006
	<i>Doktora</i>	56,46			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir	<i>Lisans</i>	43,52	925,0	-3,173	,002
	<i>Doktora</i>	62,90			
Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi, tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir	<i>Önlisans</i>	64,50	672,0	-3,305	,001
	<i>Doktora</i>	44,74			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	<i>Önlisans</i>	18,36	45,0	-3,356	,001
	<i>Yüksek Lisans</i>	33,00			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	<i>Önlisans</i>	36,53	644,5	-3,656	,000
	<i>Doktora</i>	58,66			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	<i>Lisans</i>	24,48	87,0	-2,742	,006
	<i>Yüksek Lisans</i>	39,33			
Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır	<i>Lisans</i>	46,70	1065,0	-2,735	,006
	<i>Doktora</i>	63,57			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır	<i>Önlisans</i>	23,81	54,0	-2,967	,003
	<i>Yüksek Lisans</i>	11,00			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır	<i>Lisans</i>	23,31	92,0	-2,595	,009
	<i>Yüksek Lisans</i>	15,22			
Sistemin uygulanması, hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır	<i>Yüksek Lisans</i>	20,44	139,0	-2,764	,006
	<i>Doktora</i>	39,86			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	<i>Lise</i>	58,25	401,50	-3,225	,001
	<i>Doktora</i>	39,18			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	<i>Önlisans</i>	60,27	679,5	-2,927	,003
	<i>Doktora</i>	43,45			
Uygulama, hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır	<i>Lisans</i>	66,35	846,5	-3,502	,000
	<i>Doktora</i>	46,02			
Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur	<i>Lise</i>	23,86	272,0	-2,805	,005
	<i>Önlisans</i>	30,00			

Tablo 32'deki Mann-Whitney U testi sonuçlarına göre, çeşitli değişkenlerde çeşitli eğitim düzeylerine sahip çalışanların ifadelerine katılım düzeylerinin birbirinden anlamlı derecede farklılaştığı belirlenmiştir. Bunların dışındaki üç ifadeye katılım düzeyleri açısından ise yüksek lisans derecesine sahip olan çalışanların diğerlerinden

anlamalı düzeyde farklılaştığı tespit edilmiştir. Bu üç ifade ve ifadelere katılım düzeylerine ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır:

- Performansa dayalı ek ücret ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır (S.O. lise: 76,77; önlisans: 74,83; lisans: 81,18; yüksek lisans: 116,56; doktora: 100,19),
- Performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır (S.O. lise: 86,91; önlisans: 77,11; lisans: 81,97; yüksek lisans: 60,17; doktora: 102,22),
- Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır (S.O. lise: 87,16; önlisans: 95,95; lisans: 92,14; yüksek lisans: 104,50; doktora: 72,87).

Bu ifadelere katılım düzeyleri incelendiğinde, “performansa dayalı ek ücret ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır” ve “sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır” ifadelerine en yüksek düzeyde katılım gösteren grubun yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olan çalışanlar olduğu görülmektedir. “Performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileşme sağlamaktadır” ifadesine katılım düzeyi en düşük olan grubun yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olan çalışanlar olduğu görülmektedir.

Elde edilen bu sonuçlara göre H1j hipotezinin alt hipotezlerinden on biri kabul edilmiş, diğerleri reddedilmiştir. Kabul edilen hipotezler aşağıda yer almaktadır:

H1_{j2}: Performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi hizmet verimliliğini arttırmaktadır ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j7}: Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak artmaktadır ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j13}: Performansa dayalı ek ücret ödemesi daha aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j15}: Performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamaktadır ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j18}: Performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j19}: Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j20}: Performansa dayalı ek ücret ödeme sistemi uygulamaya devam edilmelidir ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j25}: Sistem, doktorlar ile yardımcı sağlık personeli arasındaki ek ödeme farkından doğan sorunları arttırmaktadır ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j26}: Sistemin uygulanması hasta memnuniyet düzeyini arttırmaktadır ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j28}: Uygulama hastaların hasta olarak değil puan ve para olarak görülmesine yol açmaktadır ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

H1_{j29}: Sistem kaldırılarak bunun yerine maaşlarda iyileştirme yapılması daha uygundur ifadesine katılım düzeyi eğitim düzeyine göre farklılaşmaktadır.

SONUÇ

Sağlık, sadece hasta olmama hali değil, aynı zamanda kişinin beden ve ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu iyilik halinin sağlanması ve korunması, anayasal düzeyde düzenlenmiş temel hak ve özgürlükler arasındadır. Sağlıkta korunması ve geliştirilmesi görevi; ülkelerin siyasi, ekonomik ve tarihsel faktörlere bağlı olmakla birlikte genel olarak devlete atfedilmiş bir görevdir. Ülkemizde de 1980’li yıllardaki liberal dönüşümle beraber, sağlık hizmetlerinin sunumunda özel kesimin payında bir artış olmasına rağmen, toplam sağlık hizmetleri içerisindeki payı fazla artış göstermemiştir. Bu nedenle ülkemizde halen sağlık hizmetleri yoğun olarak devlet tarafından sunulmaktadır.

Kamusal nitelikli sağlık hizmetleri; talebin önceden kestirilememesi, sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmaması, hizmet arzında bilgi asimetrisi olması, interdisipliner bir yapıya sahip olması gibi bir takım özelliklere sahiptir. Bunların yanı sıra sağlık hizmetlerinin en önemli özelliklerinden birisi de emek yoğun üretim teknolojisi gerektirmesidir. Yani sağlık hizmetlerinin üretilebilmesi ve piyasaya arz edilebilmesi için, donanımlı ve bilimsel düzeyi yüksek emeğe ihtiyaç duyulmaktadır. Kısaca etkin, verimli ve ekonomik bir sağlık hizmeti sunmak, sağlık hizmetlerinin sunumunda görevli sağlık personelinin performansı ile yakından ilgilidir.

Sağlık çalışanlarının performanslarını artırmada kullanılan araçlar olarak, çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile birlikte maaş, ek ödeme, nöbet ücretleri gibi özlük haklarına dönük ödemeler önemli bir yere sahiptir. Özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde olduğu gibi birçok kamusal hizmetlerin yürütülmesinde performans yönetimi uygulamaya konulmuştur. Ancak bugün kamu idarelerinde performans yönetiminin etkin ve verimli olarak uygulandığını söylemek güçtür.

04.01.1961 tarih ve 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”a dayanılarak sağlık çalışanlarına ek ödeme yapılmıştır. 2003 yılına kadar yapılan ödemelerde memurun unvan ve maaşına ait verilerden yola çıkılarak

hesaplamalar yapılmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile performansa dayalı ek ödeme sistemine geçilmiştir. Bu sistemle, sağlık çalışanlarının alacakları ek ödeme ile kurumdaki mesleki faaliyetlerinde göstermiş olduğu performans arasında ilişki kurulması amaçlanmıştır.

Performansa Dayalı Ücret Sisteminin; çalışanlara ek bir gelir sağlamanın yanı sıra, sağlıkta hedeflerin tanımlanması, yeterli performans göstermeye çalışanların belirlenmesi, ihtiyaç duyulan işlerdeki çabanın arttırılması, birey ve takım performansının geliştirilmesi gibi birçok yararı bulunmaktadır. Ayrıca eşit işe eşit ücret, farklı işe farklı ücret temel ilkesinin sağlanması ve böylece personelin motivasyonunun, etkinlik ve verimliliğinin arttırılması amaçlanmaktadır.

Ancak, Devlet Hastanelerinde uygulanmakta olan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi'nde tüm sağlık personelinin performansının ölçülerek ek ödeme yapıldığını söylemek güçtür. Hesaplama sistemi, uzman hekimlerin yapmış olduğu girişimsel işlemler üzerine kurulmuştur. Bu sistemde puanlar, Sağlık Uygulama Tebliği ile önceden belirlenmiş olan ve sadece uzman doktorlar tarafından yapılabilen işlemlerin toplamıdır. Ek ödeme hesaplamasında da temel veri kaynağı budur. Pratisyen doktor, hemşire, ebe veya diğer sağlık çalışanlarının sunmuş oldukları hizmetler, ek ödeme hesaplamasında dikkate alınmamaktadır. Uzman Hekim dışındaki çalışanlara ek ödeme hesaplamasında, yalnızca memurun kadro ve unvanı ile birlikte görev yapmış olduğu birim ve bu birimlerin risk değerleri göz önünde bulundurulmaktadır. Bu da sistemin en önemli zafiyetlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sistemin uygulamasına ilişkin usul ve esaslar ile hesaplama yönteminin karmaşıklığı da önemli bir sorundur. Yapılan araştırmada sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sisteminin içeriği ve hesaplama yöntemleri konusunda bilgi sahibi olmadıkları sonucuna varılmıştır.

Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi mevcut haliyle yakın geçmişte uygulamaya konulan bir sistemdir. Kıdem ve Statü yerine, çalışanların performansının ölçülerek ek ödeme yapılması amacına dönük olan bu sistemin, çeşitli yaş, cinsiyet, görev, gelir gibi değişkenlere sahip sağlık personeli tarafından nasıl algılandığı ve bu gruplar arasında görüş farklılıkları olup olmadığı incelenmiş ve kamu hastanelerinde uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme

sisteminin sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu tarafından benimsenmediği sonucuna varılmıştır.

Açık uçlu soru anket sonucuna göre, sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu performansa dayalı ek ödeme sisteminin kaldırılarak, maaş ödemelerinde iyileştirme yapılmasını istemektedir. Ayrıca performansa dayalı ek ödemelerin emeklilik maaşına yansıtılmaması nedeniyle emeklilik talebini azalttığı ve sağlık çalışanını daha uzun süreler çalışmaya mecbur bıraktığı sonucuna varılmıştır. demelerin fiilen çalışılan gün üzerinden hesaplanması nedeniyle izin ve sağlık raporları kullanımını azalttığı yönünde bir algı oluşturduğu sonucu elde edilmiştir.

Sağlık personelinin demografik özellikleri göz önünde bulundurularak performansa dayalı ek ödeme sistemi ve uygulaması yönelik yapılan araştırma sonucunda, çeşitli yaş, cinsiyet, görev unvanı ve yeri, medeni durum, gelir gibi değişkenlerin görüş farklılıklarına sebep olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırma kapsamında yapılan Mann-Whitney U testine göre, sadece üç değişkende performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerin sağlık personelinin cinsiyetine göre değiştiği sonucuna varılmıştır. Sağlık alışanlarının yarısından fazlasının sistem hakkında ve nasıl işlediği konusunda yeterli bilgi sahibi değillerdir. Ancak bilgi sahibi olanlar arasında sağlık personelinin ek ödeme sistemi hakkında önceden bilgilendirildiği; ek ödemenin iş yüküne göre arttığı, sağlık çalışanlarının farklı ek ödeme almalarının doğal olduğu görüşüne katılım erkek sağlık personellerinde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Sağlık personelinin performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşlerinin sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre de farklılaştığı sonucuna varılmıştır. Buna göre bekar olan sağlık personeli önceki döner sermaye uygulamalarıyla kıyaslandığında, performansa dayalı ek ödeme sisteminin daha iyi olduğu görüşündeler. Ayrıca performansa dayalı ek ödeme sisteminin, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini arttırdığı yönündeki görüşe bekar olanlar daha yüksek düzeyde katılmışlardır. Ancak evli olan sağlık personelleri performansa dayalı ek ödemenin ve bu sistemle birlikte hastalara daha kaliteli hizmet sunulduğu yönündeki görüşe katılım düzeyleri düşüktür.

Sağlık personelinin yaşının, performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik görüşünü etkileyip etkilemediği konusunda yapılan değerlendirmede; sisteme yönelik görüşlerin iki tanesinde anlamlı farklılık olduğu sonucu elde edilmiştir. Buna göre; 25 yaşın altındaki sağlık personelleri ile 46-55 yaş aralığındaki sağlık personelleri, alınan ek ödeme tutarının, iş yükü artışına bağlı olarak arttığı görüşündedirler. Bunun nedeninin 25 yaş altı grubun meslekte yeni olması ve daha önceki uygulamaları bilmediği, 45-55 yaş üstünün ise emekliliğinin gelmesinden kaynaklandığı söylenebilir. Ayrıca “sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması doğaldır” konusunda 25 yaş altı çalışanlar, 25 yaş üstü sağlık çalışanları ile karşılaştırıldığında daha az doğal karşılamaktadır.

Ayrıca Devlet Hastanelerinde uygulanmakta olan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine bakış açısının, sağlık çalışanlarının aylık gelirine göre değiştiği görülmüştür. Buna göre aylık geliri 1500-3000 TL olanların aşağıdaki görüşlere katılım düzeylerinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Bu görüşler, sistem hakkında bilgilendirildiği, sistemin adil şekilde uygulandığı, iş yüküne bağlı olarak ücretin arttığı, bu sistemin hastanelerin fiziki şartlarında iyileştirme yaptığı ve sistem hasta memnuniyet düzeyini artırmaktadır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik sağlık personelinin önerilerinin sorulduğu açık uçlu sorulara hemşireler, en çok sistemin doktorlar lehine işleyen bir sistem olduğu ve ek ödemenin eşit ve adil dağıtılması gerektiği hakkında görüş belirtmişlerdir. Ayrıca ek ödemenin maaşlara ve emekliliğe yansıtılması konusunda baskın görüş elde edilmiştir. Ek ödeme sisteminin sadece doktorların özlük haklarının iyileştirilmesine dönük bir uygulama olduğu ve çalışanlar arasında bir huzursuzluğa sebep olduğu yönünde bir algı oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

Doktorlar ise açık uçlu sorulara; ek ödemelerin emekliliğe yansıtılması, performans kriterlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerektiği, herkesin sabit bir ek ödeme alması gerektiği, sistemin hekimleri itibarsızlaştırdığı ve sağlığı ticarileştirdiği yönünde görüş bildirilmiştir.

Sonuç olarak Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi sağlık çalışanları tarafından değerlendirildiğinde;

1. Sistemin meslek mensuplarının kadro unvanları ile birlikte cinsiyetlerinin, medeni durumlarının, aylık gelirlerinin ve meslekte geçirilen sürenin, bakış açıları üzerinde olumlu ve olumsuz yönde etkili olduğu sonucuna varılmıştır.
2. Sistem, sağlık çalışanlarına önemli bir ek gelir sağlaması açısından sağlık çalışanları tarafından desteklenmektedir.
3. Bu sistemde ortaya konulan performans kriterlerinin adil olmadığı nedeniyle, hastanelerde iş barışını olumsuz etkilediğine yönelik görüşler ağırlık kazanmıştır.
4. Hastane işletmelerinde hizmette verimlilik ve etkinliğin sağlanması ve iş barışının temini adına bu ücret sistemine göre yapılan ödemeler emekliliğe yansıtılmalı ve ödemelere esas olan standartlar (ölçütler) hakkaniyet ışığında yeniden gözden geçirilmelidir.

KAYNAKÇA

Ağca, V., ve Tunçer, E., Çok Boyutlu Performans Değerleme Modelleri ve Bir Balanced Scorecard Uygulaması., *Afyon Kocatepe Üni., İİBF Dergi C.VIII. S.1*, Afyon 2006

Akçakaya, M., Kamu Sektöründe Performans Yönetimi ve Uygulamada Karşılaşılan Sorunlar, *Karadeniz Araştırmaları Dergisi*, 2012

Akdur, R., Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri İle Kıyaslanması, Ankara, 1999

Akgül, M., Kamu Görevlilerinin Aylık ve Ücret Sistemi, TODAİE Kamu Yönetimi Lisansüstü Uzmanlık Programı *Uzmanlık Tezi*, Ankara, 1985

Apan, A., Yeni Kamu İşletimi ve Performans Yönetimi 2, *Türk İdare Dergisi*, S.460, Ankara, Eylül, 2008

Arslan, E., Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması, *Maliye Dergisi* Sayı:160, Ankara, Ocak-Haziran, 2011

Ataman, Ü., Tarihsel ve Toplumsal Açından Ücret, İstanbul, 1992

Ateş, H., “Kavramlar, Tartışmalar ve Genel Çerçeve”, Editörler: Hamza Ateş vd. Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği, Ankara, 2007

Aydoğan, R., Sağlık Reformu:1980-2010 Dönemi, Kamu Yönetimi ve Reform, Ankara Üni Yayını, s.9 Ankara, 2009

Bilgin, K.U., Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık “Performans Yönetimi”, *Sayıştay Dergisi*, Özel Sayı:65, Ankara, Nisan-Haziran, 2007

Budak, G., Yetkinliğe Dayalı İnsan Kaynakları Yönetimi, İzmir, 2008

Büyüksavaş, A., *Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği*, Süleyman Demirel Üni. SBE, Kamu Yönetimi ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2010

Coşkun, M., Ücret Yönetimi ve Performansa Dayalı Ücret, <http://www.hrturkiye.com/index.php/ucret-yonetimi-ve-performansa-dayali-> (12.07.2012)

Çelik, A.. İş Hukukunda Ücret Kavramı, <http://www.tazminathukuku.com/arastirma-yazilari/is-hukukunda-ucret-kavrami.htm> 16.08.2012

Demir, M., Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Nedir?, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Performans Yönetimi, Ankara, 2007

Demir, R., *Türkiye’de Kamu Sektörü Ücret Yapı ve Politikaları*, İstanbul Üni. SBE., İşletme ABD.Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007

Demir, S., *Performansa Dayalı Ücret Sistemleri*, Ankara Üni. SBE Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2007

Er, Ü. Sağlık Hukuku, Ankara, 2008

Eraslan, M. T. ve Tozlu, A., Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi, *Sayıştay Dergisi*, Sayı:61, Ankara, Nisan-Haziran, 2006

Erdem, Ş., *Sağlık Hizmetlerinin Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama*, Trakya Üniversitesi SBE, İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2007

Ertekin, Ş., Cumhuriyet Öncesi Dönemde Sağlık Hizmetleri, İzmir Sağlık Dergisi, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Yayını, S.9 İzmir, Temmuz Ağustos, 2008

Etöz, S, D., Sağlık Reformu 1980-2010, Kamu Yönetimi Çalışmaları 2010, Ankara Üniversitesi Yayınları Kamu Yönetimi ve Reform s.9 Ankara, 2010

Gazi, A., *Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi*, Gazi Üni, SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2006

Gezgez, E., Pazarlama Araştırması, İstanbul, 2010

Gültekin, N. ve Terzioğlu, A. Kamu Kesimi Ücret Politikası, Marmara Ün., İİBF Dergisi, C.XXV, S.2, İstanbul, 2008

Gündüz, H.E., Ekergil, V. ve Akargül A.A., Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, Anadolu Üni. AÖF Yayınları No:1001, Eskişehir, 2009

Hayran, O. ve Sur, H., Sağlık Hizmetleri El Kitabı, İstanbul, 1998

Helvacı, M. A., Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi, *Ankara Üni. Eğitim Bil. Fak. Dergisi*, C.35 S.1-2, Ankara, 2002

Kavuncubaşı, Ş. ve Kısa, A., Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üni. AÖF Yayınları No:926, Eskişehir, 2008

Kavuzlu, F., *Türk Kamu Yönetiminde Performans Değerlendirme ve Performansa Dayalı Ücret Sistemi*, Gazi Üni, SBE Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007

Kestane, D., Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği, *Maliye Dergisi*, S. 142, Ankara, Ocak-Nisan, 2003

Kıngır, S. ve Taşkiran, E., Performans Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin İşgören Görüşlerinin Belirlenmesine Dönük Bir Araştırma, *Afyon Kocatepe Üni. İİBF Dergisi* C.VIII S.1 Afyon, 2006

Mazgit, İ., *Ekonomik Kalkınma Sürecinde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılandırılması*, Dokuz Eylül Üni. SBE. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir, 1998

MUCUK, İ., *Modern İşletmecilik*, Türkmen Kitabevi, İstanbul, 2011

Özel Sağlık Kurumları, www.saglik.gov.tr/turkce/televi/ozel.htm, 25.05.2012

ÖZSARI, H., Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları, Sağlıkta Strateji, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Pro. Genel Koordinatörlü Yayın Organı, Ankara, Aralık, 1998

Paksoy, A., *Performansa Dayalı Ücretlendirme: Bir Alan Araştırması*, K. Maraş Sütçü İmam Üni., SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş, 2006

Pala, K., Temel Sağlık Hizmetleriyle İlgili Uluslararası Alma Ata Toplantısı, *Toplum ve Hekim Dergisi*, C.17, S.2, Ankara, Mart-Nisan, 2002

Redhouse Sözlük. İstanbul, 1997

Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Açılması, Kapatılması ve Bunlara Ad verilmesi Hakkında Yönerge, www.saglik.gov.tr, 10.08.2012

Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması, [http://www.tkhk.gov.tr /TR,24/ teskilat-semasi.html](http://www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html), 18.08.2012

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Ankara, 2011

Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, Ankara, 2012

Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetlerinde 50.yıl 1923-1973, Ankara, 1993

Seçim, H., Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri, www.merih.net/m1/hastmod1.htm, 12.08.2012

Sur, H., Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, 18.05.2012

Şahin, S., Türkiye Cumhuriyeti Anayasaları Karşılıklı Metinler, Ankara, 1986

Şimşek, M., Toplam Kalite Yönetimi, İstanbul, 2001

Şimşir, İ., *Kamu Hastanelerinde, Kurumsal Performans Uygulamaları Bağlamında Yönetici ve Diğer Personel Tutumlarının İncelenmesi*, Sakarya Üniversitesi SBE İşletme ABD, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, 2009

T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/DosyaGoster.aspx>, (18.06.2012).

T.C. sağlık Bakanlığı, 2010 Yılı İstatistik Yıllığı, Ankara, 2011

T.C. Sağlık Bakanlığı, I. Ulusal Sağlık Kongresi: Çalışma Grupları Raporları, Ankara, 1992

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Yönetici ve Birim Performansı, Ankara, 2012

Topcuk, Y., Genel Sağlık Sigortasının Temelleri, Sunumu ve Denetimi, www.turkhukuk sitesi.com/makale_1383.htm, (28.05.2012)

Tortop, N., Kamu Personel Yönetimi, Ankara, 1987

TTB Etik Kurulu, Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme, TTB Yayınları, Ankara, 2009

Tuncel, N., Şanlı T. ve Berk, M., Halk Sağlığı Hemşireliği, Anadolu Üni., Yayınları, No:568, Eskişehir, 1993

Uyargil, C., İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi, İstanbul, 1994

Ücret Kavramı, www.genbilim.com/content/view/3562, (24.08.2012)

Velioğlu, P. ve Babadağ, K., Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi, T.C. Anadolu Üni. AÖF. Yayınları, Eskişehir, 1992

Yeğınboy, Y., Ulusal Düzeyde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, İzmir, 1993

Yeğınboy, Y. ve Yeğınboy, A.E., Uluslararası Sağlık Hizmetleri Etkinlik Göstergelerinin Türkiye Açısından İrdelenmesi, İzmir, 1993

Yıldız, Y., Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yönetmel Sorunların İncelenmesi Edirne İlinde Örnek Bir Uygulama, Trakya Üni., SBE., İşletme ABD., Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2008

<http://www.tkhk.gov.tr/TR,24/teskilat-semasi.html> (06.05.2012)

01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans (28.08.2012)

01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”, http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/mevzuat/saglikta_performans (28.08.2012)

01.06.2012 tarih ve 28310 sayılı Resmi Gazete

05 Mayıs 2005 tarih ve 25806 sayılı Resmi Gazete “Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği”

08.02.2012 tarih ve 28198 sayılı Resmi Gazete

12.05.2006 tarih ve 26166 sayılı Resmi Gazete

12.05.2006 tarihli “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” <http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular> (15.06.2012)

15.08.2003 tarihli Sağlık Bakanlığı Genelgesi www.saglik.gov.tr. (15.06.2012)

2006/10344 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı

2011 Yılı Sosyal Güvenlik Uygulama Tebliği

25.04.2007 tarih ve 5634 sayılı Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun

4857 sayılı İş Kanunu

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu, Ankara, 2006

EKLER

EK-1 Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu alışmada Sağlık Bakanlığına bağlı İzmir Dr. Suat Seren Ggs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek deme Sisteminin, Hekim ve Hemşireler zerindeki etkisi ve meslek bu gruplarının bu sisteme bakış aırlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmaya yapacağınız katkılardan ve ayırdığınız zamandan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımla.

Aliye ERTEKİN

Aşağıdaki ifadelere katılma derecelerinizi belirtiniz.

Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirildim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2.	Performansa Dayalı Ek cret ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3.	Ek deme sistemindeki meslek grupları haksızlık yapılmaktadır	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4.	Performansa Dayalı Ek cret ödemesi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5.	Performansa Dayalı Ek cret ödemesi, çalışanı motive etmektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6.	Performansa Dayalı Ek cret deme Sisteminde sonra iş yükümüz artı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7.	Aldığımız ek ödeme iş yükünün artışına bağlı olarak arttı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8.	Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi hizmet kalitesini arttırdı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9.	Performansa Dayalı Ek cret deme Sistemi hizmet verimliliğini arttırdı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10.	Sağlık bakımı nicelik (sayısal) olarak arttı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11.	Tetkik hizmetleri nicelik (sayısal) olarak arttı.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

12.	Bu sistem hasta bakım hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13.	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi daha önce aldığımız döner sermaye ek ödemesi payından daha iyidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14.	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödemesi, hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesini olumlu yönde etkilemiştir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirme sağlamıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16.	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi güvenilir bir sistemdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23.	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi personel arasında rekabeti olumlu yönde arttırmıştır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17.	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu olumsuz etkilemez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18.	Sağlık çalışanlarının farklı ek ücret alması bence doğaldır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19.	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde uygulamaya devam edilmelidir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20.	Performans değerlendirilmesi sonucunda takdir edilmeyi, verilen ek ücrete tercih ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21.	Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sistemi kaldırılmalıdır.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

DEMOGRAFİK VERİLER

22. Cinsiyetiniz?

1- () Erkek 2-() Kadın

23. Hastanedeki çalışma süreniz? (Yıl)

1- () 1-5 2-() 6-10 3-() 11-15 4-() 15-20 5-() 21 ve üzeri

24. Medeni durumunuz?

1- () Bekar 2-() Evli

25. Görev alanınız?

1- () Eğitim Görevlisi
2- () Asistan (Uzmanlık öğrencisi)
3- () Pratisyen Doktor
4- () Diş Hekimi
5- () Yardımcı Sağlık Personeli (Hemşire, Sağlık Memuru, Tıbbi Sekreter, vb.)

26. Mesleğiniz.....

- 1- () Acil Servis, Yoğun Bakım
- 2- () Klinikler
- 3- () İdari Birimler
- 4- () Diğer Birimler

27. Sağlık Mesleğine İlişkin Eğitim Durumunuz?

- 1- () Lise/Meslek Lisesi
- 2- () Ön lisans
- 3- () Lisans
- 4- () Yüksek Lisans
- 5- () Doktora ve üstü

28. Önerileriniz:

EK-2 Anket İzin Formu

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

İzmir Dr. Suat Seren

Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE TEZ BAŞVURU KURULU BAŞVURUSU

Tarih :13.08.2012

Araştırmanın Adı: Kamu Hastanelerinde Performansa Dayalı Ücret Ödemesi Ve Çeşitli Meslek Grupları Açısından Değerlendirmesi

Araştırmanın Konusu, Gerekçesi ve Amacı: Beykent Üni. Sosyal Bilimler Ens. Hastane Yönetimi Yüksek Lisans Programına ait Yüksek Lisans Tezi.

Performansa dayalı Ek Ödeme Sisteminin Sağlık Personellerinden Hekim ve Hemşireler üzerindeki etkisinin tespit edilmesidir.

Araştırma Materyal ve Yöntemi: Ekte sunulan “Gazi Üni. Sosyal Bilimler Ens. Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında Ali Gazi tarafından sunulan, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Belirlenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması adlı yüksek Lisans tezine ait anket sorularıyla, İzmir Göğüs Hastalıkları ve Cer. Eğt. Ve Arş Hast. saha çalışması yapılması

Araştırma Süresi: 2 ay

Araştırmanın Uygulama Yeri/Yerleri: İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araştırmada Öngörülen Gönüllü (ve varsa kontrol) Sayısı ve Yaş Aralığı: Sağlık Çalışanları (100 Hemşire ve 100 Hekim)

Çalışma İle İlgili Diğer Kaynaklar:

- 1.Şahin Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Siyasal Kitabevi, Ankara 2000.
2. Osman Hayran, Haydar Sur, Sağlık Hizmetleri, Çevik Matbaası, İstanbul 1998.
3. Erol Eren, Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi, Beta Yayıncılık, İstanbul 2010
4. Tez konusu ile ilgili mevzuat ve diğer literatür taranacaktır.

Araştırma Ekibi (Adı / Soyadı / Ünvanı / İmzası) :

- A) Sorumlu Araştırmacı:** Aliye Ertekin Hemşire
- B) Yardımcı Araştırmacılar:** Fatma Akın Hemşire

Araştırmaya Destek Veren Kurum ve/veya Kuruluşlar: İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sorumlu Araştırmacı
Aliye Ertekin

ÖZGEÇMİŞ

15.10.1966 tarihinde Burdur Yeşilova İlçesinde doğdum. İlk ve Orta Öğrenimimi Yeşilova'da tamamladım. 1985 yılında Isparta Sağlık Meslek Lisesinde mezun oldum ve 1986 Rize Ardeşen İlçesinde Hemşire olarak mesleğe başladım. 1986 yılında Marmara Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünde yüksek öğrenime başladım. Aynı zamanda Haydarpaşa Numune Hastanesinde Hemşire olarak meslek hayatımı sürdürdüm. 2010 yılında Atatürk Üniversitesinde Hemşirelik Lisans tamamlama programını tamamladım. 2011 yılında da, Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi programında yüksek lisans eğitimime başladım. 1991 yılından itibaren beri İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hemşire olarak mesleğimi sürdürmekteyim.

Orta düzeyde İngilizce bilmekteyim. Evliyim ve bir çocuk annesiyim.

Aday: **Aliye Ertekin**