



**SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK
DUYARLILIĞIN PERFORMANSA DAYALI
EK ÖDEME SİSTEMİ ALGISINA ETKİSİ:
HEKİMLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA**

Enver Samet ÖZKAL
Doktora Tezi
Danışman: Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA
Eylül, 2023
Afyonkarahisar

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

**SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK DUYARLILIĞIN
PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ
ALGISINA ETKİSİ: HEKİMLER ÜZERİNE BİR
ARAŞTIRMA**

Hazırlayan
Enver Samet ÖZKAL

Danışman
Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA

AFYONKARAHİSAR 2023

Bu Tez Çalışması; Afyon Kocatepe Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri
Koordinasyon Birimi (BAPK) Tarafından Desteklenmiştir. Proje No: “21.SOS.BİL.04”

ETİK VE BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI

Doktora tezi olarak sunduğum “**Sağlık Kurumlarında Etik Duyarlılığın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Algısına Etkisi: Hekimler Üzerine Bir Araştırma**” adlı çalışmanın tüm hazırlanma süreçlerinde bilimsel etik kurallara ve atıf gösterme ilkelerine riayet ettiğimi belirterek aksi bir durumun tespiti hâlinde sorumluluğun tamamen bana ait olduğunu kabul, beyan ve taahhüt ederim.

15/09/2023

İmza

Enver Samet ÖZKAL

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ENSTİTÜ ONAYI

Öğrencinin	Adı- Soyadı	Enver Samet ÖZKAL
	Numarası	180674108
	Anabilim Dalı	İşletme
	Programı	İşletme
	Program Düzeyi	☐ Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐ Sanatta Yeterlik
Tezin Başlığı	Sağlık Kurumlarında Etik Duyarlılığın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Algısına Etkisi: Hekimler Üzerine Bir Araştırma	
Tez Savunma Sınav Tarihi	15.09.2023	
Tez Savunma Sınav Saati	10:30	

Yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez, Afyon Kocatepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek ☒oy birliği – ☐oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Elbeyi PELİT
MÜDÜR

Bu tez, Enstitü Müdürlüğünce kontrol edilerek, elektronik imza kullanılarak onaylanmıştır.

ÖZET

SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK DUYARLILIĞIN PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ ALGISINA ETKİSİ: HEKİMLER ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Enver Samet ÖZKAL

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANABİLİM DALI

Eylül, 2023

Danışman: Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA

Neoliberal politikaların sağlık sektöründe kendisini göstermesi ile sağlık sektörü koruyucu ve tedavi edici özelliklerinin yanında piyasa şartlarıyla işleyen bir sektör haline gelmiştir. Sağlık sektörü ciddi uzmanlık gerektiren bir alan olup, bu alanın vazgeçilmezi olan hekimler yeni yapıda ek ödemelerle desteklenerek, sistemin performansının artırılması, kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun gerçekleştirilmesi ve buna bağlı olarak hasta memnuniyetinin oluşturulması amacı güdülmüştür. Türkiye’de 2003 yılında başlatılan sağlıkta dönüşüm programının bir bileşeni olarak performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Bu araştırmanın amacı, hekimlerin etik duyarlılıklarının performansa bağlı kazanç sağlama durumu ile ilişkisi üzerinedir. Çalışma sürecinde hekimlerin performansa dayalı ödeme sistemini nasıl algıladıklarına dair “PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği” geliştirilmiş ve “Ahlaki Duyarlılık Ölçeği” ile birlikte veriler toplanarak analiz edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS ve yapısal eşitlik modellemesinde Lisrel programları kullanılmıştır. Araştırma sürecinde geliştirilen PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği, hekim performansı, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti, hekim tatmini olmak üzere dört boyuttan oluşmakta olup, hekim tatmini soruları ters kodlanmıştır. Çalışma neticesinde hekimlerin etik duyarlılıklarının artmasıyla iş tatminlerinin azalacağı ve performans ödemesi almayan hekimler ile alan hekimlerin aynı performansı gösterdikleri tespit edilmiştir. Sonuç olarak hekimlerin performans sisteminden memnun olmadıkları ancak sistemin kaliteli hizmet, hasta memnuniyeti ve çalışan performansları gibi konularda sağlık sistemine olumlu katkılar sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Etik Duyarlılık, Sağlık Kurumları

ABSTRACT

THE EFFECT OF ETHICAL AWARENESS ON PERFORMANCE BASED ADDITIONAL PAYMENT SYSTEM PERCEPTION IN HEALTH INSTITUTIONS: A RESEARCH ON PHYSICIANS

Enver Samet ÖZKAL

**AFYON KOCATEPE UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION**

September 2023

Advisor: Prof. Dr. Belkis ÖZKARA

With the emergence of neoliberal policies in the health sector, the health sector has become a sector that operates with market conditions as well as its preventive and therapeutic features. The health sector is a field that requires serious expertise, and physicians, who are indispensable in this field, are supported with additional payments in the new structure, with the aim of increasing the performance of the system, realizing the delivery of quality health services and accordingly creating patient satisfaction. As a component of the health transformation program initiated in 2003 in Turkey, a performance-based supplementary payment system has been implemented. The purpose of this research relies on the relationship between physicians' ethical sensitivities and performance-related earnings. During the study process, the “PBA Physician Perception Scale” was developed on how physicians perceive the performance-based payment system, and it was collected and analyzed by giving it together with the “Moral Sensitivity Scale”. SPSS programs were used in the analysis of the data and Lisrel programs were used in the structural equation modeling. The PBAPS Physician Perception Scale, which was developed during the research process, consists of four dimensions such as physician performance, service quality, patient satisfaction, physician satisfaction, and physician satisfaction questions were reverse coded. As a result of the study, it has been determined that with the increase of the ethical sensitivity of the physicians, their job satisfaction will decrease and the physicians who do not receive performance pay and those who do show the same performance. As a result, it was concluded that physicians were not satisfied with the performance system, but the system made positive contributions to the health system in terms of quality service, patient satisfaction and employee performances.

Keywords: Performance Based Supplementary Payment System, Ethical Sensitivity,
Health Institutions

ÖN SÖZ

Üniversite yıllarımdan bu yana her zaman desteğini gördüğüm ve doktora sürecinde akademik ve bireysel anlamda gelişimim için her daim katkılarını hissettiğim danışman hocam Sayın Prof. Dr. Belkıs ÖZKARA' ya çok teşekkür ederim.

Tez önerisi, izleme ve savunma süreçlerinde değerli önerileri, önemli katkıları ve samimi yaklaşımlarıyla tezimin daha iyi hale getirilmesinde çok emekleri bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Hatice ÖZUTKU'ya, Sayın Prof. Dr. Gülten GÜMÜŞTEKİN'e, Sayın Prof. Dr. Sinan SARAÇLI'ya ve Sayın Prof. Dr. Kerim ÖZCAN'a çok teşekkür ederim.

Tez verilerinin toplanması sürecinde pandemi döneminin yaşanmasına rağmen görüşlerini paylaşarak araştırmaya katkılarını sunan Prof.Dr. Mine PEKTAŞ, Prof. Dr. İbrahim Kılıç, Prof. Dr. Sabri Erdem, Doç. Dr. Ömer Antalyalı, Doç. Dr. Mehmet Gazi Boyacı, Doç. Dr. Pakize Özyürek, Doç. Dr. Mesut Doğan, Dr. Öğr. Üyesi Özgür Kanık, Dr. Öğr. Üyesi İsa Gül, Dr. Öğr. Üyesi Hamide Nur Çevik Özdemir, Öğr. Gör. İbrahim Türkmen ve Kamu Hastaneleri Birliği Başkanı Uzm. Dr. Ahmet Murat Koyuncu'ya teşekkür ederim. Ayrıca süreç içerisinde yoğunluklarına rağmen araştırmaya katkı sağlamayı gönüllü olarak kabul eden tüm uzmanlara, hekimlere ve akademisyenlere değerli görüş ve deneyimlerini aktardıkları için minnettar olduğu belirtmek isterim.

Doktora sürecimde her daim yanımda olan desteklerini her zaman hissettiğim aileme ve üzerimde emeği çok olan sevgili anneme, babama çok teşekkür ederim.

Enver Samet ÖZKAL
2023, Afyonkarahisar

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ETİK VE BİLİMSEL İLKELER SORUMLULUK BEYANI.....	ii
ENSTİTÜ ONAYI	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖN SÖZ	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ

1. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ.....	4
1.1. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS KAVRAMI.....	4
1.2. PERFORMANS YÖNETİMİ SİSTEMİNİN AMAÇLARI.....	8
1.3. PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİNİN TEMEL UNSURLARI	9
1.4. PERFORMANS YÖNETİMİ SİSTEMİNİN KULLANIM ALANLARI	17
1.5. PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİNİN YARARLARI	19
2. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ.....	20
2.1. SAĞLIK KURUMLARINDA GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ.....	20
3. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ.....	31
3.1. SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ	33
3.2. ÜNİVERSİTE HASTANELERİ PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ.....	34
3.3. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI VE UYGULAMA PROBLEMLERİ.....	37

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK DUYARLILIK

1. ETİK KAVRAMI	42
1.1. NORMATİF ETİK	43
1.2. NORMATİF OLMAYAN ETİK.....	45
2. SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK ve ETİK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR.....	45
2.1. TIP ETİĞİ İLKELERİ.....	48
2.1.1. Yararlılık İlkesi.....	49
2.1.2. Zarar Vermeme İlkesi.....	50
2.1.3. Özerkliğe Saygı İlkesi.....	50
2.1.4. Adalet İlkesi	50

2.2. SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK İKİLEMLER ve ETİK DIŞI DAVRANIŞLAR	51
3. ETİK DUYARLILIK	55

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK DUYARLILIĞIN PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ	58
2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI ve SINIRLILIKLARI	59
3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ ve MODELİ	59
4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	60
4.1. ARAŞTIRMANIN ANAKÜTLESİ VE ÖRNEKLEMİ	60
4.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	62
4.3. VERİ ANALİZ YÖNTEMLERİ	62
4.3.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçek Geliştirme Çalışması	63
4.3.1.1. Ölçülecek Yapının Belirlenmesi	63
4.3.1.2. Madde Havuzunun Oluşturulması	64
4.3.1.3. Madde Havuzunun Uzman Görüşüne Sunulması	64
4.3.1.4. Taslak Ölçeğin Hazırlanması	66
4.3.1.5. Taslak Ölçeğin Uygulanması	70
4.3.1.6. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi	71
4.3.1.7. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi	74
4.3.2. Etik Duyarlılık Ölçeği	77
5. VERİLERİN ANALİZİ ve BULGULAR	79
5.1. PDEÖS HEKİM ALGISI ÖLÇEĞİ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	79
5.2. ETİK DUYARLILIK ÖLÇEĞİ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER	80
5.3. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE FARKLILIK ANALİZLERİ	81
5.3.1. Demografik Değişkenlere Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri	81
5.3.2. Demografik Değişkenlere Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri	88
5.3.3. Demografik Değişkenlere Göre Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri	96
5.3.3.1. Mesleki Tecrübe Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri	96
5.3.3.2. Unvan Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri	98
5.3.3.2. Uzmanlık Alanı Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri	100
6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER	101
7. YAPISAL EŞİTLİK MODELİ VE HİPOTEZ TESTLERİ	103
TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER	109
KAYNAKÇA	120
EKLER DİZİNİ	137

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Performans Yönetiminin Evrimi	4
Tablo 2. Performans Tanımlamaları	5
Tablo 3. Kuruluşlara Göre Performans Yönetiminin Amaçları	8
Tablo 4. Performans Yönetiminin Temel Unsurları	9
Tablo 5. Sağlıkta Performansla İlgili Kavramlar	15
Tablo 6. Performans Yönetiminin Faydaları	19
Tablo 7. İleriye – Geriye Dönük Ödeme Yöntemleri	24
Tablo 8. Maaş Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları	26
Tablo 9. Prim Ödemesi Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları	27
Tablo 10. Vaka Ödemesi Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları.....	28
Tablo 11. Teşhisle İlişkili Gruplar Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları	28
Tablo 12. Kişi Başına Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları	29
Tablo 13. Hizmet Başına Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları	30
Tablo 14. Hekim Ödeme Modellerinin Karşılaştırması.....	31
Tablo 15. Bireysel Net Katkı Puanlarının Hesaplanmasına Etki Eden Faktörler	36
Tablo 16. Performansa Göre Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları.....	38
Tablo 17. Performansa Dayalı Ödeme Sistemi Kullanan Ülkeler ve Uygulama Amaçları	39
Tablo 18. Etik Dışı Davranış Boyutları ve Nedenleri.....	52
Tablo 19. Örnekleme İlişkin Özellikler	61
Tablo 20. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin Katılımcı Uzmanlar	64
Tablo 21. Odak Grup Görüşmelerine Katılan Uzman ve Akademisyenler	66
Tablo 22. $\alpha = 0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO İçin Minimum Değerler Tablosu	67
Tablo 23. Taslak Ölçeğe İlişkin KGI ve KGO Hesapları Tablosu	67
Tablo 24. Taslak Ölçekteki Maddelere Getirilen Öneri Sayıları	70
Tablo 25. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin AFA Sonuçları ve Cronbach's α Değerleri	73
Tablo 26. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	75
Tablo 27. Uyum Kriterleri ve Açıklamaları.....	76
Tablo 28. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler (N=301)	79
Tablo 29. Etik Duyarlılık Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler (N=301)	80
Tablo 30. Cinsiyete Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	81
Tablo 31. Hekimlerin Yaşa Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	83
Tablo 32. Medeni Duruma Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	84
Tablo 33. Hekimlerin Kurumuna Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	85
Tablo 34. Hekimlerin Performans Ödemesi Alma Durumuna Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	87
Tablo 35. Cinsiyete Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	88
Tablo 36. Yaşa Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	90

Tablo 37. Medeni Duruma Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	91
Tablo 38. Hekimlerin Kurumuna Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	93
Tablo 39. Hekimlerin Performans Ödemesi Alma Durumuna Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu	94
Tablo 40. Mesleki Tecrübe Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu	96
Tablo 41. Mesleki Tecrübeye Göre Farklılık Gösteren Boyutların Varyansların Homojenliği Tablosu.....	97
Tablo 42. Unvan Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu.....	98
Tablo 43. Unvan Gruplarına Göre Farklılık Gösteren Boyutların Varyansların Homojenliği Tablosu.....	99
Tablo 44. Uzmanlık Alanı Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu	101
Tablo 45. Değişkenler Arası İlişkiler.....	102
Tablo 46. Kurulan YEM Modeli İçin Uyum Kriterlerine Ait Değerler.....	105
Tablo 47. DFA'ya ilişkin Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri, t istatistikleri ve hipotezler.....	105
Tablo 48. Hipotez Özet Tablosu	108

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Performans Değerlendirme Süreci	14
Şekil 2. Geri Ödeme Mekanizması.....	24
Şekil 3. Sağlık Profesyonellerine Ödeme Yöntemleri.....	25
Şekil 4. Etik Duyarlılığın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Etkisi Modeli	59
Şekil 5. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Geliştirme Süreci.....	63
Şekil 6. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi	75
Şekil 7. Etik Duyarlılık ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik YEM Sonuçları.....	105



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- AB:** Avrupa Birliği
%: Yüzde
&: ve
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ADA: Ahlaki Duyarlılık Anketi
AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi
AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index (Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi)
AHO: American Health Organization (Amerikan Sağlık Örgütü)
AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Yetmezlik Sendromu)
ANOVA: Analysis of Variance (ANOVA)
BT: Bilgisayarlı Tomografi
BUT: Bütüncül Yaklaşım
CAT: Çatışma
CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
DFA: Doğrulamalı Faktör Analizi
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
F: Frekans
GFI: Goodness of Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)
HK: Hizmet Kalitesi
HM: Hasta Memnuniyeti
HP: Hekim Performansı
HT: Hekim Tatmini
M.Ö.: Milattan Önce
MR: Manyetik Rezonans
N: Örneklem büyüklüğü
NFI: Normed Fit Index (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)
NNFI: Non-Normed Fit Index (Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi)
OECD: The Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü)
Ort.: Ortalama
ORYANT: Oryantasyon
OTON: Otonomi
p: Probability (Olasılık)
P: Anlamlılık (önemlilik) testine ilişkin olasılık değeri
Path: Yol
PDEÖS: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi
Post-Hoc Test: sonraki test
r: örneklem korelasyon katsayısı
R: Korelasyon katsayısı
RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation (Ortalama Hata Karekök Yaklaşımı)
s.s.: Standart Sapma
Sabit. B: Sabit Beta
SB: Sağlık Bakanlığı
Sd.: Serbestlik derecesi
sd1: Serbestlik Derecesi 1
sd2: Serbestlik Derecesi 2

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

Sig.: Anlamlılık

SRMR: Standardized Root Mean Square Residual (Standartlaştırılmış Artık Temelli Hata Karekök Yaklaşımı)

St. Hata: Standart Hata

t: t değeri

T.C.: Türkiye Cumhuriyeti

TİG: Teşhisle İlişkili Gruplar

TTB: Türk Tabipler Birliği

UYG: Uygulama

vb.: ve benzeri

WHO: World Health Organization

X: Ortalama

YEM: Yapısal Eşitlik Modellemesi

YÖK: Yükseköğretim Kurulu

yy: Yüzyıl

α : Alfa

B: Regresyon Katsayısı

χ^2 : Ki-kare

GİRİŞ

Türkiye’de 2003 yılı itibari ile hastalara daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti sağlayabilmek adına “Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)” uygulanmaya başlanmıştır. Projede hekimlere performansları oranında ödeme yapabilmek için “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” uygulamaya konulmuştur. Ayrıca sağlıkta tam gün yasasının çıkması ile birlikte hekimler özel muayenehanelerini kapatarak, görev yaptıkları hastanelerde mesaiye uygun bir şekilde çalışmaya başlamışlardır. Böylece hastaların teşhis ve tedavi sürelerinin en uygun hale getirilmesi uzun randevu ve taburcuların önüne geçilerek hastalara iyi ve kaliteli bir sağlık hizmetinin verilmesi amaçlanmıştır.

Beklenen bu sonuçların yanında daha fazla kazanma arzusunun hizmet kalitesinden uzaklaşmaya, gereksiz kaynak kullanımına ve hasta istismarına yol açabileceği gibi birtakım beklenmeyen sonuçlarının da olabileceği ve bu durumun hekimlerin etik duyarlılıklarının performansa dayalı ek ödeme sistemi algısını etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu durumda sistemin problemleri taraflarından etkilenebilecek olan hekimlerin çeşitli ikilemler yaşamaları da söz konusu olabilir. Şöyle ki, hekimlerin sahip olduğu tıp bilgileri tedaviye ihtiyaç duyan hastalara asimetrik bilgi şeklinde yansımaktadır. Bu bilginin kötüye kullanımı ile insan sağlığını ve yaşamını olumsuz etkileyebilecek davranışlarda bulunmaları veya kişilerin zaman israfına yol açmaları söz konusu olabilmektedir.

Performans kavramının gerek kamu da gerekse de özelde kullanımı çok eskilere dayanmakla birlikte sağlık alanında kullanımı henüz yeni sayılmaktadır. Dolayısıyla kavram sistemsiz olarak yerleşimini tamamlayana dek birtakım sorunların yaşanacağı aşikardır. Sağlık kurumlarında hastalara daha iyi hizmet verilmesi ve bu konuda başarı gösterenlerin de bir anlamda ödüllendirilmesi anlamına gelen performans sisteminde daha fazla performans ücreti elde etmek isteyen hekimlerin gereksiz tedaviler uyguladıklarına ilişkin sonuçlar literatürdeki çalışmalarda çokça belirtilmektedir (Grabar, 2011; Yılmaz vd., 2017; Durmaz ve Erdem, 2017:583; Külekçi, 2020).

Bu araştırmada doktorların, etiğe ve özellikle de tıp etiğine aykırı bu davranışları hangi gerekçelerle içselleştirebildiklerine dair oluşan soru işaretleri ve konuyla ilgili yapılması gerekenlerin net olarak ortaya konulması hedeflenmektedir. Ayrıca bu tür etik dışı davranış hallerinin (gereksiz tedaviler, malzeme israfları vs.) bir neticesi olarak sağlık kurumlarına ödenen ücretlerin azalması ve bu şekilde kaynakların daha adil

dağıtılmasıyla oluşacak refahın yükselmesinin sektöre olumlu katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Özellikle konunun etik boyutları üzerinde yeterince araştırma yapılmamış olması bu etkilerin ortaya çıkmasında en büyük nedenlerden biri olarak karşımızda durmaktadır. Bu bağlamda etik duyarlılık ve PDEÖS ilişkisinin incelenmesi gerekmektedir.

Bu kapsamda sağlık kurumlarında uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin doktorlar tarafından değerlendirilmesi ve etik duyarlılıklarının performansa dayalı ek ödeme sistemine yönelik algılarına etkisinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Ayrıca sağlık kurumlarında uygulanan performansa dayalı ek ödeme sistemi algısını ölçmek için geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçek geliştirilmesi de amaçlanmaktadır.

Özetle, bu çalışma etik duyarlılığın, performansa dayalı ek ödeme sistemleri ve hekimler açısından önemini açıklayabilmek konusunda literatürü bir araya getiren bir yönünün olması itibarıyla önem arz etmektedir. Ayrıca konuyla ilgili etik meselelerin tıp etiği bağlamında hastalara yapılacak müdahaleler şeklinde incelenmiş olması ücret etiği üzerinde yeterince durulmamış olması nedeniyle konunun incelenmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu durum ise çalışmanın literatürdeki bu eksikliğe odaklanması ve etik ihlallerin önüne geçebilecek bir öneri model sunabilmesi amacıyla literatüre özgün bir katkı sağlayabilecektir. Ayrıca konuyla ilgili yapılan yerli ve yabancı literatür taramasında sağlık sektöründe performans ödeme sistemi ile etik meseleleri yan yana getiren bir çalışmanın tespit edilememiş olması da çalışmanın incelenmesi ile ilgili gerekçelerdendir.

Araştırma insan kaynakları yönetiminin en önemli konularından biri olan performans değerlendirmeyi sağlık bağlamında incelemektedir. Ayrıca yönetim alanındaki önemli başlıklardan biri olan etik konular üzerinde durularak sağlık alanındaki performans ödeme sistemlerinin uygulamadaki yansımaları üzerinden bir değerlendirme yapılması söz konusudur. Araştırma kuramsal olarak; performansa dayalı ek ödeme sistemleri, etik duyarlılık ve beklenmeyen sonuçlar olarak etik dışı davranışlar üçlemesiyle çerçevelenmektedir. Bu bağlamda üzerinde durulacak olan ana konular; performansla ilgili kavramlar ve performansın ölçülmesi ve buna ek olarak ölçüm sürecinde ve neticesindeki etik kavramlardır.

Çalışma üç bölüm olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın ilk bölümünde sağlık kurumlarında performans yöntemi kavramı üzerinde durulacak olup, performans yönetiminin tarihi gelişimi amaçları, temel unsurları, kullanım alanları, yararlarından bahsedilecektir. Ayrıca sağlık kurumlarında performansa dayalı ek ödeme sistemi başlığı altında sağlıkta uygulanan geri ödeme sistemleri, devlet ve üniversite hastanelerinde uygulanan performansa dayalı ek ödeme sistemlerinden ve son olarak da bu sistemin avantajlı ve dezavantajlı yönleri ile uygulama problemlerinden bahsedilecektir.

Araştırmanın ikinci bölümünde; etik kavramı, türleri, sağlık kurumlarında etik ve etik ile ilgili kavramlar, tıp etiği ilkeleri, sağlıkta etik ikilemler ve etik dışı davranışlar ve etik duyarlılık kavramlarına değinilecektir. Bu kapsamda etik dışı davranışların nedenleri literatüre bağlı olarak açıklanmaya çalışılacak ve etik duyarlılık kavramının sağlık sektöründeki anlamı ifade edilmeye çalışılacaktır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde (Lützén vd., 1997) tarafından geliştirilen ve (Tosun, 2018) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik uyarlaması yapılan “Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA)” ve geliştirilen “Performansa Dayalı Ek Ödeme Hekim Algısı Ölçeği”nin ve Afyonkarahisar’daki 2. ve 3. basamak hastanelerde uygulaması gerçekleştirilecektir. Böylece konunun analizi çeşitli istatistiki testlerle yapılarak her iki ölçeğe ilişkin verilen cevaplara ilişkin kurulacak olan yapısal eşitlilik modellemesi ile etik duyarlılığın performansa dayalı ek ödeme hekim algısını etkileme düzeyleri açıklanmaya çalışılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ

Performans ve performans yönetimi tarih boyunca varlığı daima hissedilmiş ve bilimsel literatüre işletmenin bir bilim olarak kabul edildiği yirminci yüzyılın başlarında girmiş bir konudur. Bu anlamda daha çok mavi yakalılarla ilgili bir kavram iken günümüzde beyaz yakalı çalışanlarda etkisini göstermektedir.

1. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ

Sağlık kurumları özelinde kullanımı henüz erken aşamada diyebileceğimiz kavrama ilişkin araştırmaların sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında performansın nasıl yöneticiliğine dair literatürde sıklıkla araştırmalar yapılmaya devam etmektedir.

1.1. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS KAVRAMI

Performans kavramının geçmişi esasen çok eskilere dayanmaktadır. Wei hanedanı (M.S. 3. yy.) zamanında yaşayan Çinli filozof Sin Yu, imparatorlukta istihdam edilenleri liyakatten ziyade kendi beğenisine göre değerlendiren önyargılı bir değerlendirici olmakla eleştirilmiştir (Murphy ve Cleveland, 1995: 3). Sanayi devrimi sonrası yapılan bilimsel çalışmalarla birlikte performans kavramına günümüze yakın anlamlar yüklenmeye başlanmıştır. Özellikle Taylor'ın çalışanların verimliliklerini ölçmek için çeşitli teknikler kullanmaya başlamasıyla birlikte performans süreci bilimsel bir kimlik kazanmıştır. Bu tarihten günümüze kadar olan gelişmeler Tablo: 1'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Performans Yönetiminin Evrimi

1910-1915	Özendirici Ücret Sistemleri – İşçi etkinliğine dayalı (Taylor, Gantt)
1920-1940	Özendirici Ücret Sistemleri – Zamana göre (Halsey, Rowan, Bedaux, Emerson)
I. Dünya Savaşı	ABD ordusunda performansa dayalı liyakat sisteminin oluşturulması
II. Dünya Savaşı	ABD ordusunun subay adayları için zorunlu sıralama tasarımı
1940	ABD şirketlerinin %60'ının performans değerlendirme sistemi kullanması
1950	Douglas Mc Gregor'un çalışanları değerlendirme sürecine dahil etmesi
1960	General Electric liderliğindeki şirketlerin hesap verebilirlik ve büyüme konularını ayırması
1970	Enflasyonun yükselmesiyle performans ödemelerinin, hesap verebilirlik, değerlendirme sürecinde yeniden öncelikli konular olması

Tablo 1 (Devam). Performans Yönetiminin Evrimi

1980	General Electric (Jack Welch)'in performans sisteminde zorunlu sıralamayı uygulaması
1990	Mc Kinsey – Yetenek Savaş araştırmaları neticesinde yetenekli yönetici eksikliğinin anlaşılması ve performans değerlendirme vurgusunun pekişmesi
2000	Organizasyonların gelişmesi ve yöneticilerin iş yüklerinin artması
2011	Kelly Services'in performans değerlendirmeyi bırakması
2012	Adobe firmasının " <i>Çevik Manifestosu</i> " neticesinde hedeflerin çalışma şekliyle ilgisiz olduğu görüşü ve yıllık performans incelemelerini sonlandırması
2016	Deloitte, PwC vd. firmaların performans derecelendirmelerinde birkaç yöntemi birada kullanmaya başlaması ve gelişimsel geri bildirim odaklanma

Kaynak: Cappelli & Tavis, 2016

Performans kavramının gelişim süreci incelendiğinde, bir organizasyonun hedeflerine ulaşması için yapılan değerli katkıları görmemiz mümkündür (Mettler ve Rohner, 2009: 700). Ancak ilgili literatür incelendiğinde performans kavramının tanımlanmasında farklı bakış açıları mevcuttur. Bu sebeple kimi tanımlamalarda bireysel, kimi tanımlamalarda örgütsel, kimindeyse işlevsel tanımlamaların yapıldığı görülebilmektedir. Tablo – 2’de farklı bakış açıları özet halinde verilmektedir.

Tablo 2. Performans Tanımlamaları

Yazar	Tanımlama
Erdoğan (1991: 154)	Çalışanların kendileri için tanımlanan özellik ve yeteneklerine uygun işleri kabul edilebilir sınırlar içinde gerçekleştirmesidir.
Baş ve Artar (1991: 13)	Bir işi yapan bireyin, bir grubun ya da bir teşebbüsün o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği, başka bir deyişle neyi sağlayabildiğinin nicel ve nitel olarak anlatımıdır.
Cascio (1992: 267)	İşgörenin kendisine verilen görevleri başarıyla yerine getirmesidir. İşgören davranışları ve elde ettiği çıktıları içerir.
Uyargil (1994: 19)	İnsanların yaşamlarında ve özel hayatlarında bir şeyleri başarma ve kanıtlama çabası olup, onların sorumluluklarını geliştiren, hedeflerini ve amaçlarını belirleyen ve vizyonlarını geliştiren faaliyetler bütünüdür.
Sungur (1995: 1)	İşletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için harcanan çabaların yorumlanmasıdır.
(Lebas, 1995: 23)	Performans, amaç ve hedeflere ulaşmak için gelecekteki başarılı eylemlerin uygulanması potansiyeli olarak tanımlanır.
Daft (1997: 14)	Organizasyonun belirlenen amaçlarına, kaynaklarını et etkin şekilde kullanarak ulaşabilme kabiliyetidir.
Bernardin & Russell (1998: 239)	Belirli bir iş için belirli bir zaman aralığında elde edilen çıktılarıdır.
Byars & Rue (2003: 251)	Çalışanın işini oluşturan görevlerini ne derece başarıyla yerine getirdiğinin ölçüsüdür.

Tablo 2 (Devam). Performans Tanımlamaları

Yazar	Tanımlama
Argon ve Eren (2004: 224)	Bir amacın gerçekleşme derecesidir. Bir işi yapan bireyin, Bir işi yapan bireyin, grubun, çalışma biriminin ya da işletmenin o iş aracılığıyla, hedeflere göre nereye ulaşılabilirdiğini gösterir.
Akal (2005: 17)	Genel anlamda amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır.
(Armstrong, 2006: 495-496)	Performans, hedeflere ulaşmanın nasıl başarıldığıyla ilgili bir kavramdır.
Özgen ve Yalçın (2010: 213)	Çalışanın sürekli bir zaman dilimi içinde kendisine verilen görevi yerine getirmek suretiyle elde ettiği sonuçlardır.
(Lindholm ve diğerleri, 2012: 31)	Performans, bireyin ölçülebilir sonuçlara ulaşmada ne kadar verimli olduğuyla ilgili bir kavram olup, istenen çıktılar netleştirildiğinde nesnel olarak ölçülebilir.

Kaynak: Akçakanat ve Çarıkçı, 2019

Performans, amaçlı ve planlı çabaların sonucunda ortaya çıkan ve sonuçları belirleyen, mutlak veya göreceli bir kavramdır şeklinde tanımlayabiliriz (Kubalı, 1999: 32). Ayrıca performans, belirli bir hedefe yönelik olarak gerçekleştirilen kişisel çabaların, ölçümlenmesiyle anlam ifade eden bir kavramdır şeklinde de ifade edilebilir. Performans kavramı bir süreci içerir ve her süreç bir yönetime işaret eder. Bu süreç, çalışanları, belirli performans ölçütlerini ve performans değerlendiricileri içerir. Dolayısıyla yönetilmeyi zorunlu kılar. Bu noktada da performans yönetimi kavramı ortaya çıkmaktadır. Performans yönetimi, organizasyonel, ekip ve bireysel performansı iyileştirmek için tasarlanmış ve bölüm yöneticilerinin yönlendirdiği bir süreçtir (Dransfield, 2000: 69).

Performans yönetimi kavramının doğasında çalışanların işleriyle ilgili görevleri yerine getirmeleri gerektiği düşüncesi yatmaktadır (Gruman & Saks, 2011). Bu doğrultuda performans yönetimi, amaçların standart hedeflerle karşılaştırılmasıyla bireylerden ve bireylerin mensupları oldukları takımlardan daha iyi sonuçlar almanın bir yoludur (Armstrong & Murlis, 1994). Ayrıca performans yönetimi yöneticilerin ve çalışanların gerekli sonuçları elde etmek için birlikte en iyi nasıl çalışabileceklerini belirleyen bir çerçevede ortak olarak hareket etmesini içeren sürekli ve esnek bir süreçtir (Armstrong, 2006). Bir başka tanıma göre performans yönetimi, organizasyonlarda işin tanımlandığı ve gözden geçirildiği, yeteneklerin geliştirildiği ve ödüllerin dağıtıldığı bir dizi uygulama anlamına gelen geniş bir terimdir (Mohpman & Mohrman, 1995: 1). Bu tanımlamalar ışığında performans yönetimi, bireyin gelişmesini sağlayan ve örgütsel olarak da verimliliği artıran bir süreçtir. Ancak bu noktada performans yönetimi bireysel, grup ve kurumsal bağlamda değerlendirilmektedir. Bireysel performans yönetimi,

Çalışanların performansını geliştirmeyi amaç edinmektedir. Grup performans yönetimi, bir departmanda görev yapan çalışanların ortak bir hedefe yneltilmeleri ve dllendirilmeleriyle ilgilidir (Vijfeijken vd., 2002: 363). Örgütsel performans yönetimi, çalışan çabalarının sonuçlarını, kuruluşun amaç ve hedefleriyle ilişkilendirerek iyileştirmeyi amaçlar (Kasım, 2016: 59).

Günümüz dünyasında rekabet edebilmek ve sürekliliği sağlayabilmek için sağlık kurumlarında performans konusuna verilen önem her geçen gün artmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bireysel olarak yüksek verimlilik göstermeleri doğrudan sağlık kuruluşlarının başarısını etkilemektedir. Bireysel performanstaki olumlu gelişmeler, neticede örgütsel performansı artırmakta ve böylece örgütün stratejik amaçlarının gerçekleşmesini sağlamaktadır (Bingöl, 2010: 378). Performans konusunun örgütlerdeki önemine işaret eden en temel düşünce burada yatmaktadır. Sanayi devrimiyle birlikte işletmecilik anlayışında doğan yeni kavramlardan biri olarak performans ve performansın yönetimiyle ilgili kavramların özel sektördeki başarıları kamu kurumlarındaki bazı problemlere çözüm bulma düşüncesiyle uygulamaya geçirilmiştir (elik, 2020: 174). Kamuda en yoğun mesaiye sahip olan kurumların başında sağlık kuruluşları gelmektedir. Günümüz işletmecilik mantığıyla düşünüldüğünde sağlık kurumuna başvuran her hasta bir sağlık sorununa sahip olan ve buna karşılık çözüm hizmeti verilmesini arzulayan müşteriler gibidirler. Burada sorun hastalık ve çözüm ise tedavidir. Tedavi sürecine birden fazla sağlık profesyoneli (doktor, hemşire, laborant, radyolog vs.) dahil olduğundan her hasta bir proje takımının ortak çalışmalarıyla şifasına kavuşturulmaktadır. Bu sebeple sağlık kurumları yapısal anlamda yüksek performans gerektiren matriks yapıda örgütler olarak ele alınmaktadır (Beyatlı, 2017). Bu şekilde verilen hizmetlerin insan sağlığıyla doğrudan ilgili olmasının bir sonucu olarak ortaya çıkan kalite ise ancak yüksek performans kavramıyla doğrudan ilgilidir.

Performans kavramının kullanımı gerek özelde gerekse de kamu kurumlarında geniş bir kullanım alanına sahiptir. Ancak kamuyla özeli birbirinden ayıran temel esas karlılık olduğundan kamu sektöründe hizmet anlayışı ön plana çıkmaktadır. Nitekim, sağlık sektörü açısından performans kavramının hizmet yönü daha ne çıkmaktadır. Serbest piyasa tipi sağlık sistemine sahip olan lkeler (Sargutan, 2005), hariç tutulursa çoğu ülkede sağlık hizmetleri kamu veya kamu ve özel sektörün birlikte yer aldığı ortak bir yapı tarafından sunulmaktadır. Bu sebeple sağlık sektöründe performans veya performansla ilişkili kavramlar çalışanların henüz yeni yeni tanımaya başladığı kavramlar

olarak nitelendirilebilir. Özellikle ülkemizde son dönemde artan özel sağlık hizmeti taleplerine bağlı olarak artan özel sağlık tesisleri sayısı, devletin vatandaşların istediği sağlık kurumlarından hizmet alabilmelerinin önünü açma yolundaki girişimlerinden dolayı kalite, maliyet, rekabet ve performans kavramlarının kullanımı kamu sağlık kurumlarında da kendini göstermektedir. Öyle ki bazı ülkelerde kamu sektörü tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin varlığını artırma hedefleri doğrultusundaki çabalara dair artan kanıtlar bulunmaktadır (Martinez & Martineau, 1998: 349).

1.2. PERFORMANS YÖNETİMİ SİSTEMİNİN AMAÇLARI

Performans yönetimi, hekim performansını iyileştirmeyi amaçlayan geniş bir faaliyetler dizisidir (DeNisi & Pritchard, 2006: 255). Sistemin temel amacı çalışanların daha iyi iş yapmalarını sağlamak suretiyle bireysel verimliliklerini artırmak ve böylece örgütsel performansı geliştirmektir. Kurumların veya firmaların bunu sağlayabilmek için üzerinde durmaları gereken öncelikli hususlar adaletli ve objektif bir sistem kurgusu sağlayabilmektir. Çeşitli kuruluşlar tarafından ifade edilen performans yönetiminin amaçları Tablo 3'te verilmektedir.

Tablo 3. Kuruluşlara Göre Performans Yönetiminin Amaçları

Kuruluşun Adı	Kuruluşların Performans Yönetim Amaçları
Armstrong World Industries	Çalışanların ellerinden gelenin en iyisini yapmalarını sağlayabilmek için onları güçlendirmek, motive etmek ve ödüllendirmek.
Eli Lilly & Co.	Çalışanları doğru hedeflere odaklamak ve işlerini doğru yapmalarını sağlamak ve aynı zamanda onların bireysel hedeflerini organizasyonun hedefleri ile uyumlu hale getirmek.
ICI Paints	Üzerinde anlaşmaya varılan sorumluluklar ve hedeflere göre performansı proaktif olarak yönetmek ve kaynak sağlamak.
Standart Chartered Bank	Yöneticilerin, yüksek başarıya sahip bir organizasyona sahip olabilmek için çalışanlarının performansını yönetmek.
West Bromwich Building Society	Hedeflerine ulaşmaya odaklanarak, bireylerin ve ekiplerin kendilerine ve kuruluşlarına fayda sağlama potansiyelini en üst düzeye çıkarmak.

Kaynak: IRS, 2003'ten akt. Armstrong, 2006.

Tüm örgütler belirli bir amacı gerçekleştirebilmek için kurulmaktadır. Bunun için organizasyonel hedefler çalışan hedeflerine indirgenmelidir (Saruhan ve Yıldız, 2012: 326). Böylece işgörenlerin ortak amaçlar etrafında toplanmaları sağlanabilir. Bu sağlandığında bir yandan amaçlar gerçekleşebilecek bir yandan da buna bağlı olarak verimlilik artışı olacaktır. Buna ilaveten örgütlerin çalışanları geliştirebilmesi ve bu konudaki eksilerini ve artılarını bilebilmeleri söz konusu olacaktır. Genel olarak performans yönetimin amaçları; örgütsel hedeflerin bireysel hedeflere dönüştürülmesini

sağlayabilmek, performans kraterlerinin belirlenmesini sağlayabilmek, çalışan değerlendirme sistemini kurabilmek, yönetim ve çalışanlar arası işbirliğini sağlayabilmek, ödül ve ceza sistemini adil ve eşit şartlarda işletebilmek, örgütün güçlü ve güçsüz yönlerini keşfedebilmek, geri besleme sayesinde eksikleri ve hataları tespit edebilmek, çalışanların kariyer gelişimlerini sağlayabilmek ve bu konuda eğitim ihtiyaçlarını gidermektir (Uyargil, 2013: 4). Tüm bunlara ilaveten örgütün stratejik hedeflerini gerçekleştirmek için performansı yönetmek, çalışanları motive etmek ve biçimsel olmayan yapıları harekete geçirebilmek de eklenebilir.

Sağlık kurumları özelinde performansı ölçmenin çok çeşitli amaçları vardır. Özellikle konunun finansman boyutu performans değerleyicilerin öncelikli problem sahalarından biridir. Ancak konu çok yönlü bir özelliğe sahiptir. Özellikle insan sağlığıyla doğrudan ilgili olduğundan manevi birtakım öncelikler de ortaya çıkmaktadır. Bu sebeple bu farklı ve özellikli boyutlarla ilgilenen araştırmacılar için bu amaçlar farklılaşabilmektedir. Örneğin (Solberg vd., 1997: 135)’ne göre bu amaçlar, süreçlerin iyileştirilmesini sağlamak, sonuçlara ulaşmada hesap verebilirlik ve hastane süreçlerinin iyileştirilmesidir. DSÖ tarafından 2000 yılında oluşturulan tartışma makaleleri serisinde ise genel olarak oluşturulan çerçeve; sağlık, duyarlılık ve finansman adaleti şeklindedir (Murray & Frenk, 1999; Silva, 2000: 2; Tandon vd., 2000).

1.3. PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİNİN TEMEL UNSURLARI

Performans yönetiminin çok çeşitli unsurları kurumdan kuruma değişebilmekle birlikte literatürde ortak bazı hususlara değinilmektedir. Tablo 4’te performans yönetiminin temel hususlarına yönelik altı başlık verilmektedir. Ancak bu başlıklar yaygın literatürde planlama, değerlendirme ve geliştirme olarak anılmaktadır (Bae, 2006; Panda, 2011).

Tablo 4. Performans Yönetiminin Temel Unsurları

Unsur Adı	Unsur Tanımlamaları
Ortak Hedefler	Şirketin hedeflerini tüm çalışanlara iletmek ve ardından bunları departman, ekip ve bireysel hedeflere dönüştürmek.
Hedef Hizalama	Yöneticilerin ve çalışanların, çalışanların hedefleri ile departmanlarının ve şirketlerinin hedefleri arasındaki bağlantıyı görmelerini sağlayan bir yöntemle sahip olmak anlamına gelir.
Sürekli Performans İzleme	Genellikle, ekibin ve/veya çalışanın performans hedeflerine ulaşma yolundaki ilerlemesini sürekli olarak ölçmek için bilgisayarlı sistemler anlamına gelir.

Tablo 4 (Devam). Performans Yönetiminin Temel Unsurları

Devam Eden Geri Bildirim	Hedeflere yönelik ilerlemeyle ilgili yüz yüze ve bilgisayarlı sürekli geri bildirim sağlamak anlamına gelir.
Koçluk ve Gelişimsel Destek	Geri bildirim sürecinin bir parçası olmalıdır.
Takdir ve Ödüller	Çalışanın hedefe yönelik performansını yolunda tutmak için teşvikler sağlamalıdır.

Kaynak: Risher, 2005: 19'dan akt. Dessler, 2011: 301.

Tabloda belirtilen unsurlara hem bireysel hem de kurumsal performansın iyileştirilmesi için tasarlanan bir performans yönetim sisteminde dikkat edilmesi gerekmektedir. Buna göre bir örgütün hedeflerine yönelik olarak bireysel performansı belirlemesi, değerlendirme kriterlerini ortaya koyması ve değerlendirme yaparak geri bildirimde bulunması ve böylece performansın geliştirilmesini sağlaması gerekmektedir (Uyargil, 2013).

Performans planlamada, çalışan performansının hangi yönlerinin örgütsel hedeflere ne derece katkıda bulunacağına karar verilmelidir. Performans değerlendirme aşamasında, değerlendirme işinin doğru ve adil yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. İyi bir değerlendirme sisteminin tasarlanması adına çalışanlara performans hedeflerini belirleme, endişelerini dile getirme fırsatı verilmesi, performans bilgilerinin birden fazla kaynaktan toplanarak bir üst düzey yönetici tarafından kontrolünün yapılması sağlanmalıdır. Böylece değerlendirmenin doğru yapıldığına dair bir adalet algısı pekişmiş olur. Ayrıca çalışanlara geri bildirim vermek yoluyla kendi yönlerini bulmaları ve faaliyetlerine yön vermeleri sağlanabilir. Performans geliştirme aşamasında ise çalışanların kariyer gelişimlerine katkı sağlanabilir (Bae, 2006: 1435-1436).

Performansın Planlanması

Performans yönetimi sürecinin en önemli aşaması performans planlamadır. Öyle ki bazı değerlendirme yöntemlerinin temeli performans planlamaya dayandırılmaktadır. İlk kez Peter Drucker'ın "The Practice Of Management" kitabında kavramdan söz edilmiş ve günümüzde amaçlara göre yönetim yaklaşımı olarak varlığını halen korumaktadır. Performans planlamanın sorumluluğu esasen yöneticiye ait olmakla birlikte çalışanların katılımı sürecin daha iyi anlaşılmasına, kabul görmesine ve işlemesine fayda sağlar. Böylece çalışanlar yöneticilerinin kendilerinden neler beklediğini ve hangi kriterlere göre değerlendirmenin yapılacağını daha iyi anlayabilirler (Uyargil, 2013). Ayrıca süreç içinde çalışanlar rollerinin gereklerini yerine getirmek ve yeteneklerini geliştirmek için nasıl davranmalarının beklendiğini de keşfedebilirler (Armstrong, 2006). Bu anlamda

performans planlaması, sadece çalışan odaklı olmayan sürekli ve bütünsel bir süreçtir (Bredrup & Bredrup, 1995).

Performans planlama sürecinin ana faaliyet alanı hedef belirlemekle ilgili olup, bu anlamda gerekli hareket planının hazırlanması, yetki sınırlarının belirlenmesi, karşılaşılabilecek sorunlarla ilgili önlemlerin alınması da performans planlama sürecinde gerçekleşen diğer faaliyetlerdir (Uyargil, 2013). Tüm bu çalışmaların kurumu amaçlarına ulaştırmak için yapıldığı düşünüldüğünde organizasyonlar için oldukça önemli olduğu söylenebilir. Bu anlamda performans planlamanın yararları şu şekildedir (Barth & Beer, 2018): (1) ekip üyeleri temel stratejilere uyumunu sağlayarak, rehberlik eder böylece artan bireysel gelişim sayesinde sinerjiyi artıracak bir kaldıraç etkisi yaratır, (2) yetki sınırlarını ve bireysel beklentileri belirleyerek, kişisel sorumluluklar ve rol amaçları hakkında anlamlı bir bağlam oluşturur, (3) çalışanların toplam performansa olan katkılarının misyon ve hedeflere yönelik etkilerinin öngörülebilirliğini sağlayarak, yönetici tahminlerinin ve çalışan beklentilerinin belirsizliğini netleştirir, (4) kurumsal gelişim planlamasını destekleyerek, önceliklerin ve kilit faktörlerin anlaşılmasını sağlar, (5) ekip üyelerinin güçlü ve geliştirmesi gereken yanlarını ayrıca ilgi alanlarını belirlemekte erken bir fırsat sunarak, kurumsal performans ve bireysel gelişim için ortak bir bağlam oluşturur.

Performansın planlamasında ilk aşama kurumun hedeflerinin belirlenmesi ve buna bağlı olarak departmanların hedeflerinin belirlenmesidir. Stratejik planları olan hastanelerde yöneticiler, çalışanların (doktorların ve idarecilerin) nasıl katkılar sağlayabileceklerini düşünerek bireysel planları belirleyebilirler. Yazılı hedeflerin olmadığı durumlarda ise yöneticiler öncelikle kendi performansını ilk olarak belirlemeli ve buna göre diğer bölümlerdeki çalışanların performanslarını belirlemek adına gerekli hazırlıkları yapmalıdır (Uyargil, 2013). Örneğin bir hastane kurumsal anlamda yıllık hasta sayısını %20 oranında artırmak istiyorsa bu hedefe yönelik personel istihdamı, ilgili poliklinik/kliniklerin açılması ve doktorların bakım hizmetlerini artıracak tarzda hareket etmelidir.

İkinci aşama ise çalışanların iş tanımlarının incelenmesi olup bu aşama oldukça önemlidir (Uyargil, 2013). Hastanelerde görev yapan çalışanlar açısından durum incelendiğinde sağlık kurumlarında görev tanımları zaten bellidir ve her çalışan (doktor, hemşire, röntgen teknisyeni vs.) yapması gereken işte uzmanlaşmış olduğundan bir ticari işletmeye göre bu süreç daha kolay belirlenebilir.

Üçüncü aşama ise çalışanların güçlü olduğu ve güçsüz oldukları yönlerinin tespit edilmesidir. Bunun için yöneticilerin çalışanlarını çok iyi tanımaları gerekmektedir (Uyargil, 2013). Örneğin bir hastane yönetimi hangi hekiminin güncel bilimsel yayınları takip edip etmediğini bilmeli veya ilgili hekimden hasta memnuniyeti ne düzeyde, meslektaş ilişkileri nasıl bilmeli ve eksiklikleri ve yanlışları düzeltecek tedbirleri almalı gerektiğinde belirlenmiş konularda eğitimlerin verilmesini sağlamalıdır.

Dördüncü aşama ise işin/hizmetin yapılacağı çevre koşullarının incelenmesidir. Bazı durumlarda çalışanların performanslarının yeterli olmadığı durumlar olabilir ve bu durumlar kendi kontrollerinin dışındaki sebeplere bağlı olabilir. Bu türden durumların tespiti güç olmakla birlikte kurumsal performansın ve bireysel performansın önündeki engellerin aşılması için önem arz etmektedir (Uyargil, 2013). Örneğin mikrobiyoloji veya biyokimya bölümündeki uzmanların bireysel performansları değerlendirildiğinde bu kişilerin bireysel performansları hastane otomasyon programındaki bir kodlama eksikliğinden dolayı düşük çıkabilir. Bunun nedeni buralarda çalışan hekimlerin yaptıkları işlerin kendilerinden istem yapan diğer poliklinik ve klinik uzmanlarının performanslarında görünüyor olmasından kaynaklıdır. Dolayısıyla esasen düşük performans olarak görünen bu durum kurumun kullandığı otomasyon programının yazılımını yapan firma ile ilgili bir durumdur.

Son aşama ise kesin performans planlarının oluşturulması ve hedef belirleme görüşmelerinin yapılmasıdır. Bu aşamada yöneticiler ve çalışanlar karşılıklı olarak hazırlanır ve bir araya gelir ve organizasyonun amaçları doğrultusunda bireysel gelişimi ve motivasyonu en fazla sağlayacak hedeflerde görüş birliğine varırlar. Burada önemli olan her iki tarafın uzlaşmacı bir tutum içerisinde olmasıdır. Hedeflerde bulunması gereken birtakım özellikler bulunmaktadır. Bunlar: 1) Hedefler kişiye göre belirlenmeli, 2) Çalışanların motivasyonunu sağlamalı, 3) Ölçülebilir olmalı, 4) Gerektiğinde değiştirilebilir olmalı ve 5) Hedeflerin gerçekleştirilme süresi belirtilmelidir. Bu özelliklere sahip bir performans planlama sistemi hem yöneticiler hem çalışanlar hem de kurumsal amaçlara ulaşılabilmesi açısından daha faydalı olacaktır (Uyargil, 2013).

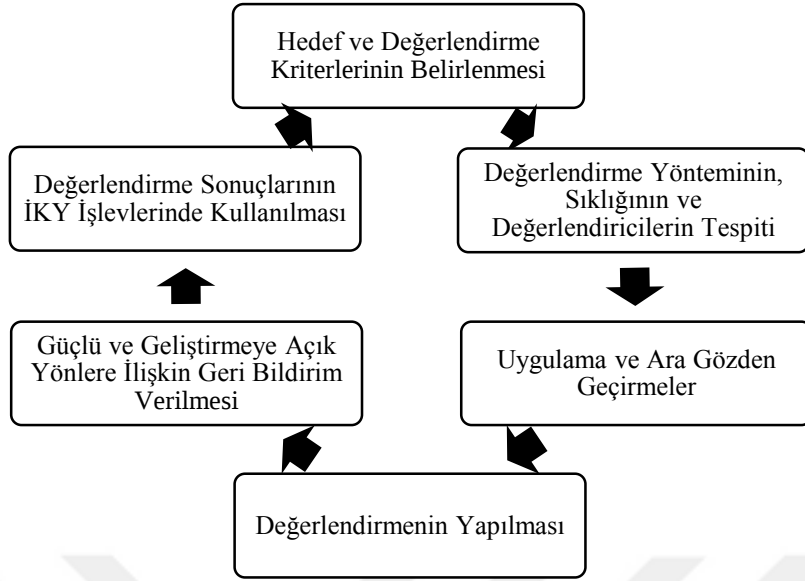
Organizasyonları hedeflerine ulaştıracak bir performans yönetimi sürecinin en başındaki aşama olan performans planlamadaki eksiklikler, yapılan hatalar ve oluşan sorunlar sadece planlama sürecini etkilemeyip aynı zamanda bütün bir süreci etkileyen bir kelebek etkisi yaratabilir. (Bredrup & Bredrup, 1995)'a göre beklenen etkinin oluşturulamamasının ve dolayısıyla başarının sağlanamamasının birçok nedeni olmakla

birlikte performans planlamasının potansiyel olumlu etkisini sıklıkla azaltan üç engel bulunmaktadır. İlk engel, kurum stratejisinin çalışanlara yeterince aktarılamamış ve açıklanamamış olmasıdır. Dolayısıyla bireysel beklentiler ile kurumsal amaçlar arasında bir bağlantı kurulamamakta ve organizasyonun amaçlarını ve stratejisini desteklemeyen bireysel hedefler oluşmaktadır. İkinci engel, başarılı bir performans yönetim süreci için ilk adım performans planlaması aşamasında kurum yöneticilerinin bireysel performansın planlamasına dair sorumluluklarını yerine getirmelerinde bir eksiklik içinde olmaları ve bu durum da beklenen sonuçları etkileyebilmektedir. Son engel ise, çalışanlar için yöneticilerin organizasyonun stratejisine ve ihtiyaçlarına uygun bireysel hedefler belirlemek için yeterince zaman ayırmamalarıdır. Çalışanlar ancak kendileri için belirlenen anlamlı hedefler ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesiyle organizasyonun amaçlarına ulaşmadaki katkılarını bildiklerinde daha iyi motive olabilmektedirler.

Performansın Değerlendirilmesi ve Geri Bildirim

Performansın yönetilmesiyle ilgili süreç onun değerlendirilmesini de kapsamaktadır. Bu anlamda performans değerlendirme insan kaynakları yönetiminin en önemli konularından biri olarak değerlendirilmektedir (Öztürk ve Demir, 2014: 46). Performans değerlendirmesi bir örgütün amaçlarının ne ölçüde gerçekleştiğini görebilmesi açısından önem arz etmektedir. Değerlendirme işinde öncelikli olarak kriterlerin belirlenmesi gerekmektedir. Sonraki aşamalarda ise değerlendirme yönteminin belirlenmesi, gözden geçirme işlemlerinin yapılması, değerlendirme işleminin uygulanması, geri bildirim ve son olarak değerlendirme sonuçlarının insan kaynakları işlevlerinde kullanılması yer almaktadır (Gürbüz, 2019). Bu kriterler Şekil 1’de gösterilmektedir.

Şekil 1. Performans Değerlendirme Süreci



Kaynak: Gürbüz, 2019

Tüm kuruluşlar; başarıyı belirlemek, müşteri ihtiyaçlarına cevap verebilmek, sorunları tespit edebilmek, doğru kararları verebilmek ve planlanan iyileştirmelerin yapılmasını sağlamak gibi nedenlerle performans ölçümü yapmaktadırlar (Parker, 2000: 63). Böylece eksiklikler fark edilebilmekte ve hatalar düzeltilebilmektedir. Bu nedenle yönetim açısından performans değerlendirme önem arz eden bir konu olup, bu sayede işgörenlerin belirli bir dönemde fiili başarıları ve geleceğe yönelik gelişme potansiyelleri birtakım ölçütlere göre biçimsel olarak değerlendirilmektedir (Gürbüz, 2019: 207). Günümüzde her alanda rekabet çok yoğun şekilde yaşanmaktadır. Bu durum doğası gereği zaten kaliteli iş yapmak ve hasta memnuniyetini artırmak zorunda olan sağlık kuruluşlarını daha fazla etkilemektedir. Sağlık kuruluşları poliklinik, klinik ve evde sağlık hizmetlerinden oluşan entegre yapılar olup, böylesine büyük bir bütünün performansını yönetmek ve ölçmek son derece karmaşıktır. Bu durum sağlık sistemi yöneticilerini, kendi kurumsal stratejileriyle uyumlu bir performans ölçme ve yönetim sistemini geliştirmek zorunda bırakmaktadır (Curtright vd., 2000: 58). Bu noktada yöneticilerin yanıtlaması gereken temelde iki soru bulunmaktadır: (1) Performansı neden ölçmek istiyoruz ve niçin bunu kullanacağız? (2) Performansta neyi ölçeceğiz, ölçülebilir bir performans var mı? (Lebas, 1995: 24). Dolayısıyla üst yönetimin performans bilgilerini toplarken dikkatli olması, finansal olan veya olmayan performans göstergelerini çalışanların çıkarlarını dengelemek için dikkatli seçmesi gerekmektedir (Brignall & Modell, 2000: 285; Modell, 2001: 438).

Sağlık kurumlarında ölçüm işleri hekimi, ilgili poliklinik/klinik birimini ve neticede kurumun tamamını ilgilendirmektedir. Dolayısıyla bu ölçütlerin hepsi temelde hasta, çalışan ve kurumsal memnuniyeti sağlamaya odaklıdır. Bu sebeple adil bir performans ölçümü için sağlık politikacıları her kesimi memnun etmek durumundadır. Bunun için hastane maliyet etkinliği, klinik kalite, hasta memnuniyeti, örgütsel ve finansal performans konuları üzerinde durulması gerekmektedir (Fottler, 1987). İlgili kavramlara yönelik açıklamalar Tablo 5’te verilmektedir.

Tablo 5. Sağlıkta Performansla İlgili Kavramlar

Kavramlar	Açıklamalar
Hastane Maliyet Etkinliği	Maliyet etkinliği kavramı daha çok gelişmiş ülkelerin sağlık sektöründe ağırlık kazanmış (Kaygısız ve Girginer, 2011) ve büyük ölçekli hastanelerde düşük maliyetler oluşturmada kullanılan bir kavramdır (Cohen & Paul, 2008).
Klinik Kalite	Teşhis ve tedavideki hataların önlenerek klinik bakım sürecinin iyileştirilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile sağlık çıktılarının üst düzey bir verimliliğe ulaştırılması olarak tanımlanmaktadır (Ata ve Toraman, 2021).
Hasta Memnuniyeti	Hasta memnuniyeti genel anlamda, verilen hizmetin algılanmasıyla ve hastanın beklentilerinin karşılanması ile ilgili bir kavramdır. Yapılan çalışmalarda memnuniyetin odak noktasının iletişim ve hasta/hasta yakınlarıyla bilgi paylaşımı olduğu belirtilmektedir (Yılmaz, 2001:69). Ek olarak hasta memnuniyetini etkileyen unsurları faktör analizi tekniğiyle inceleyen (Carr-Hill, 1992)’e göre tıbbi bilgi, beslenme, fiziksel imkanlar, soyut çevre, öğün miktarı, bakım hizmetleri, ziyaretçi düzenlemeleri olmak üzere altı boyut bulunmaktadır.
Örgütsel Performans	Örgütün amaçlarını ne ölçüde gerçekleştirdiğini tespit etmekte kullanılan bir kavramdır (Bakoğlu, 2001).
Finansal Performans	Sağlık kurumlarının hali hazırdaki finansal durumlarını, yatırım kararlarını, risk analizlerini değerlendiren bir süreçtir (Ekinci ve Bakır, 2021:2). Bu süreç sağlık kurumunun performans değerlendirilmesine odaklanıldığında ön plana çıkar (Avcı ve Çınaroğlu, 2015).

Burada öncelikli olan değerlendirmenin neye göre yapılacağını bilebilmek için ölçütlerin belirlenmesidir. Performans değerlendirmede örgütsel performansın değerlendirilmesi ve çalışan performansının değerlendirilmesi olmak üzere iki tür değerlendirme başlığı ortaya çıkmaktadır. Organizasyonel performansın ölçülmesinde genellikle yararlanılan ölçütler; kalite, verimlilik, karlılık, maliyet, yenilik, müşteri memnuniyeti ve çalışan memnuniyetidir (Aktan, 2009: 26). Çalışan performansının değerlendirilmesinde kullanılan geleneksel ölçütler (kişilik, dürüstlük, çalışkanlık, ahlak vs.) ve çağdaş ölçütler (kişilik envanterleri, görev çıktıları, yetkinlikler ve gelişme potansiyeli) olarak anılmaktadır (Bingöl, 2010; Gürbüz, 2019). Ancak sağlık kurumlarında standart performans ölçütlerinin oluşturulması konusu günümüzde halen geliştirilmeye devam etmekte olan ve ülkelerin sağlık sistemlerine göre farklılık arz eden bir konudur. Bunun nedeni ise konunun hizmet sunan hastane, hizmet veren sağlık

profesyonelleri, hizmet alan hastalar ve bedelini ödeyen kurumlar açısından farklı anlaşılıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Örneğin günümüzde hastaneler için performans kriterleri mali ve finansal göstergelerken, doktorlar için klinik çıktılar (iyileşme oranları), hastalar için hizmet kalitesi ve ödeme yapan kurumlar için hasta memnuniyeti ve düşük maliyetlerdir (Tarcan, 2006).

Donabedian (1966)'a göre sağlık kurumları açısından performans göstergeleri, yapısal, süreç ve çıktı odaklı göstergelerdir. Yapısal göstergeler; organizasyonun özellikleri olarak hastanenin büyüklüğü, mülkiyet ve karlılık olarak anılırken katılımcı özellikleri çalışanların ve hastaların özellikleri olarak anılmaktadır. Süreç göstergeleri; klinik faaliyetleri ve yönetim fonksiyonları, iletişim, insan kaynakları ve katılım şeklindedir. Son olarak çıktı göstergeleri ise; sağlık hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti, çalışan davranışları, finansal sonuçlar ve bu göstergelerin klinik ölçümlerinden oluşmaktadır.

Literatürde değerlendirme kriterlerinin belirlenmesinden sonraki aşamada değerlendiricinin belirlenmesi yer almaktadır. Bu aşamada değerlendirmeyi kimin yapacağına (üst, ast, akran, öz, müşteri ve 360 derece gibi) karar verilmektedir (Uyargil, 2009). İlerleyen süreçte değerlendirme yöntemi olarak geleneksel yöntemlerden sıralama, ikili karşılaştırma, kontrol listesi, kritik olaylar, zorunlu dağılım, zorunlu seçim, grafik derecelendirme ve metin değerlendirme yöntemlerinden birine karar verilebilir veya modern yöntemlerden 360 derece geri bildirim, amaçlara göre yönetim ve davranışa dayalı değerlendirme ölçeğine uygun olarak değerlendirme yapılabilir (Deshmukh & Harichandan, 2014).

Sürecin en önemli ve son aşaması performans sonuçlarının performans planlamada sürecinde oluşturulan standartlarla karşılaştırılması ve sonuçlarının insan kaynakları işlevlerinde kullanımıdır. Bu aşama bir nevi kontrol olarak açıklanabilecek bir süreç olup, iki şekilde yürütülebilmektedir. İlki reaktif nitelikli geri beslemedir ve arzulanan performans ile fiili performansın karşılaştırılması ile ortaya çıkan sapmaları ölçerek düzeltici tedbirlerin alınmasını sağlar. İkincisi olan önleyici kontrol ise sapmaların önceden tahminini içeren ve böylece sapmaların azaltılmasını amaçlayan bir yöntemdir (Uyargil, 2013: 79).

İlk yöntemde organizasyonun genelindeki ve çalışanlara bağlı olan düşük performansın nedenleri araştırılarak eksiklikler giderilmeye ve hatalar düzeltilmeye

çalışılmaktadır. Bu işlemin yapılmasında önem kazanan konu ise geri bildirimdir. Geri bildirim verilmesiyle işgören kendi performansı ve güçlü/zayıf yönleri hakkında bilgi sahibi olmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken husus çalışanın eleştirilmesi değil onun geliştirmesi gereken yönleri hakkında kendisine uygun bir şekilde bilgi verilmesidir. Amaç geri bildirimlerin performans üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkileri ortadan kaldırmaktır.

Performansın Ödüllendirilmesi ve Geliştirilmesi

Performans sonuçları ve geri bildirim süreciyle birlikte çalışanların kendilerini geliştirmeleri gereken yönler tespit edilerek, eksikliklerin giderilebilmesi için eğitim verilmesi veya çalışanın performansını artıracak çeşitli teknikler (iş rotasyonu, iş geliştirme ve iş zenginleştirme gibi) uygulanabilir. Değerlendirme neticesinde performansı iyi olan çalışanlar için bir ödül sistemi hayata geçirilerek performanslarını daha iyi hale getirmeleri sağlanabilir.

Ödüllendirmede örgütün ücretlendirme politikaları, kaynakları ve yasal sınırlılıklar etkili olmaktadır. Maddi ödüllendirmelerde çalışanlara performansa dayalı ücret ödemesi, ikramiye, prim, kardan pay verme veya ortaklık hissesi vermek gibi uygulamalarla birlikte tatil gönderme veya izin verme gibi doğrudan ücret içermeyen yöntemler de uygulanmaktadır (Göksel, 2013: 148).

1.4. PERFORMANS YÖNETİMİ SİSTEMİNİN KULLANIM ALANLARI

Performans yönetimi sistemi, insan kaynakları yönetimine çok çeşitli veriler sağlayarak (Uyargil, 2013: 6), kurumsal ihtiyaçları, yapılacak uygulamaları ve izlenecek yolları belirlemeye yardımcı olmaktadır. Performans yönetimi sisteminin kullanım alanları şu şekildedir.

Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi: İşe yeni alınan elemanların çoğu genellikle işe başlayabilmek için gerekli olan bilgi ve becerilere sahiptirler. Çalışmakta olanların ise örgüte katkıda bulunabilecek düzeye gelebilmeleri için yoğun bir eğitimden geçmeleri gerekir. Ayrıca, çoğunluğunun, performanslarını etkili bir düzeyde tutabilmeleri için er geç mutlaka bir eğitime gereksinimi olacaktır (Altınışık, 1996: 479).

Kariyer Planlaması ve Geliştirme: Performans değerlendirme ile elde edilen veriler örgütlerin yaşamlarındaki yatay ve dikey kariyer hareketlerine ve eğitim-geliştirme faaliyetlerine yönelik veriler hazırlar (Uyargil, 2013). Elde edilen veriler ile

Çalışanın yetkin olduğu veya geliştirmesi gereken yönleri belirlenerek, kariyer planlarını geliştirmelerine yardımcı olmak amacıyla kullanılabilir (Bingöl, 2010:389).

cret – Maaş Yönetimi: cret/maaş yönetiminde performans değerlendirme sonuçlarının kullanılması kritik bir amacı ortaya koymaktadır. Kuramsal bilgilere göre kişileri motive etmekte ödüle dayalı bir sisteminin kurulması gerekmekte ve bu bağı kurabilmenin yolu da ücret, maaş, prim vb. gibi parasal ödüllerden geçmektedir. Performansı artıran bu uygulama kurumların diğer amaçlarının önemini kaybetmesine neden olmakta ve performans değerlendirme çalışanlar tarafından ücret-maaş yönetimi kararları olarak değerlendirilmektedir (Uyargil, 2013: 7). Sağlık hizmeti veren kurumlar açısından hastane performansının hem klinik hem de ekonomik boyutlarda değerlendirilmesi ve raporlanması günümüzde yaygın hale gelmiş ve üçüncü taraf ödeyiciler, politika yapıcılar, hastaneler ve doktorlar için potansiyel olarak yararlı görülmektedir (Rapoport vd., 2003: 386).

Stratejik Planlama: Kurumların tepe yönetimince belirlenen hedeflerin çalışanlara aktarılabilmesi ve başarının sağlanabilmesi için performans değerleme çalışmalarının yapıldığı bilinmektedir. Buradaki amaç organizasyonun stratejik planların bireysel planlara dönüşmesini sağlamak ve genel amaçlarla bir bütünlük sağlamaktır (Uyargil, 2013: 6-7). Örneğin, bir özel hastane stratejik planı dahilinde beş yıl içinde bir onkoloji hastanesi kurmak istemektedir. Bunun için hastanenin tepe yönetiminden itibaren insan kaynakları, finansman, pazarlama vs. departmanlarının sürece katkıda bulunması gerekir. Böylelikle en st yönetim organından en alt düzeye kadar hedeflerin doğru bir biçimde aktarılması ve sürecin en düzgün şekilde yürütülmesi sağlanır.

Sağlık hizmetlerinde performans yönetimi, yalnızca bir kuruluşun ekonomik değerinin artırılmasını değil, aynı zamanda hizmet sunumunun verimliliğinin ve etkinliğinin optimizasyonunu da amaçlamaktadır. Bu nedenle performans yönetimi, ancak stratejik planlama operasyonel yürütme ve kontrol ile yakından bağlantılıysa başarılı bir şekilde uygulanabilir. Bu noktada performans yönetimini başarılı bir şekilde uygulamak isteyen sağlık kuruluşları stratejik planlamayı operasyonel yürütme ile ilişkilendirmelidir (Mettler & Rohner, 2009).

Sözleşme Yenileme: Performans değerlendirme ile ölçülen bireysel başarılar çalışanlar arasındaki farkları da objektif bir şekilde ortaya konmaktadır. Bu durumda kurum başarılı veya eğitimle başarılı olacağını düşündüğü çalışanlarla yola devam etme

kararı verebilir. Böylece çalışanla yeniden bir sözleşme yenileme yoluna gidebilir (Uyargil, 2013: 9).

İş Rotasyonu, İş Geliştirme, İş Zenginleştirme Uygulamaları: Personelin farklı zamanlarda farklı görevleri icra etmesi iş rotasyonu, birkaç görevi birden yapar hale getirilmesi iş genişletme ve çalışanların yaptıkları işi planlayarak karar almalarını sağlamak iş zenginleştirme olarak tanımlanmaktadır (Tortop vd., 2010: 77-78). Tüm bunları sağlayan ana faktörün performans değerlendirme olduğu söylenebilir. Değerleme neticesine göre çalışanların görev yerleri değiştirilebilir, onlara farklı görevler verilerek iş tatminlerinin artması sağlanabilir veya yapmış oldukları işlerde planlama ve karar alma hakkı tanınarak yetkilerinin artırılması sağlanabilir. Tüm bunlar çalışanların daha verimli ve yüksek motivasyonlu hale getirilmesi için yapılmaktadır.

1.5. PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİNİN YARARLARI

Performans yönetimi sistemi çalışanlar, yöneticiler ve örgütler için çeşitli yararlar sağlamaktadır. Çalışanlar için; yöneticilerinin kendilerinden neler beklediğini, güçlü-zayıf-geliştirmesi gereken yönlerinin ve sorumluluklarının neler olduğunu öğrenerek, iş tatmini ve kendine güven duygularını geliştirir. Yöneticiler için; etkin bir planlama ve denetim sağlama, işgörenlere rehberlik etme ve olumlu ilişkiler kurabilme, kendi güçlü-güçsüz yönlerini öğrenebilme, yetki devrinin kolaylaşması ve yönetsel becerilerinin geliştirilmesi açısından yararlar sağlar. Örgütler için ise; organizasyonel etkinliğin ve karlılığın artırılması, hizmet kalitesinin geliştirilmesi, eğitim ihtiyacının tespit edilmesi, insan kayanlarının planlanmasının daha net verilerle yapılması, çalışanların ve yöneticilerin gelişme potansiyellerinin doğru bir biçimde ortaya konması ve kısa dönemli insan kaynağı ihtiyacının giderilmesi gibi yararlar sağlamaktadır (Uyargil, 2013: 10-12).

Performans yönetimi sisteminin yararlarının incelendiği bir çalışma için insan kaynakları meslekleri ile ilgili bir derneğin 639 üyesine anket uygulamış ve cevapların frekans yüzdeleri incelenmiştir. Tablo 6'da belirtilen bu değerlere göre üyelerin çoğunluğunun literatürdeki faydaları kabul etmekte oldukları anlaşılmaktadır.

Tablo 6. Performans Yönetiminin Faydaları

İfadeler	Kabul	Ret
Çalışanların iş yapmalarını geliştirir.	%79	%21
İlerleme potansiyeli olan çalışanları tanımlar.	%94	%6

Tablo 6 (Devam). Performans Yönetiminin Faydaları

İfadeler	Kabul	Ret
Gelecekteki İK ihtiyaçlarının planlanmasına yardımcı olur	%51	%49
İş hedeflerine ulaşmayı sağlar.	%78	%22
Müşteri memnuniyetini artırır.	%69	%31
Ödeme ve performans arasında net bir bağlantı sağlar.	%67	%33
Firmaya rekabet avantajı sağlar.	%59	%41
Denetim kalitesini artırır.	%70	%30
Çalışanların motivasyonunu iyileştirir.	%69	%31
Organizasyon çıktıları performans yönetimi sistemlerine bağlı mıdır?	%89	%11

Kaynak: Glendinning, 2002

2. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Sağlık kurumlarında son yıllarda sıklıkla uygulamaya konulan bir ödeme yöntemi olan performansa dayalı ek ödeme sistemi, hizmet kriterlerinin ve ek ödeme oran, usul ve esaslarının belirlenmesi ile sağlık hizmet sunumunun, kalitesinin daha iyi hale getirilmesi, verimli hizmet verilmesinin teşvik edilmesi amacı ile kurum gelirlerinden sağlık personeline ek ödemede bulunulmasını sağlayan bir sistemdir (Koçyiğit ve Karadoğan, 2017: 506).

2.1. SAĞLIK KURUMLARINDA GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ

Günümüz dünyasının nüfusundaki hızlı artışı, canlı doğumdaki ölüm oranlarının azalması, tedavi metotlarının gelişmesi, iyileşme oranlarının artması tüm bunlara bağlı olarak yaşlı nüfusun artması dolayısıyla sağlık harcamaları ve maliyetleri hızlı bir şekilde artmaktadır (Demirel, 2020). Bu durum sağlık hizmetlerinde finansman konusunu bireysel yaşam kalitesinin, toplum sağlığının ve refahının temel belirleyicisi konumuna getirmektedir (Güven vd., 2020: 67). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanan rapora göre dünyada sağlık harcamaları küresel gayri safi yurt içi hasılanın %10'una erişmiştir (Jasarevic, 2019). Bu kapsamdaki bir bütçe ise sağlık hizmetlerinde kaynakların etkin kullanımını, hizmetlerin yayılımının ve sürekliliğin oluşumuyla ilgili politikaların uygulamaya konulmasını sağlayacak bir sağlık ekonomisini zorunlu kılmaktadır (Tıraş, 2013: 126). Ülkelerin uygulamalarına bakıldığında bu bütçenin ana gelir kaynakları vergiler, sosyal sigorta primleri, özel sağlık sigortaları ve cepten ödemelerle sağlanmaktadır (Tatar, 2011). Bu kaynaklardan sağlanan gelirlerle sağlık profesyonellerine ve kurumlarına sağlık hizmetlerini sağlayabilmek ve devam

ettirebilmek için çeşitli şekillerde ödemelerin yapılması ise gider kalemlerini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde gelir ve giderler birbirine eşit olmalıdır (Mossialos & Dixon, 2002: 3).

Ülkelerin sağlık hizmetlerindeki önemli gider kalemlerinden biri olan ödeme metotlarını belirleyen ana koşul ülkedeki sağlık hizmetlerinin örgütlenme yapısı ile birlikte, hizmet kalitesi, maliyet, yönetim giderleri, verimlilik ve hakkaniyettir (Sur, 2007).

Sağlık hizmetleri için hükümetlerce yapılan ödemeler geri ödeme sistemi olarak adlandırılmaktadır. Geri ödeme sistemi, sağlık kurumlarının hastalara vermiş oldukları hizmetlerin bedeli için ödeyici kurumların yöntemlerini açıklayan bir metottur (Akyürek, 2012: 124). Bir başka tanıma göre ödeme sistemleri; hükümetlerce toplanan vergiler, hizmet alanların yapmış oldukları cepten ödemeler veya özel sağlık sigortaları aracılığıyla toplanan primlerden elde edilen finansal kaynakların, sağlık hizmeti veren kurum ve personellerine paylaşılmasıdır (Aydemir ve Ağırbaş, 2017).

Geri ödeme sistemi kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için bazı temel kavramlardan bahsetmek gerekmektedir. Bu kavramlardan ilki sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumuyla meydana gelen maliyetler geri ödeme sistemleri ile karşılanmaktadır. Sistemin işleyişi hastanın sağlık hizmetini alması ve herhangi bir bedel ödemediği sağlık kurumundan ayrılması ve üçüncü taraf ödeyici kurumun ilgili sağlık hizmetinin bedelini sağlık kuruluşuna ödemesi şeklinde olmaktadır. Üçüncü taraf ödeyici, hastaya verilen bakım hizmeti için hekime veya sağlık kuruluşuna ödeme yapan bir sigorta şirkettir (Casto & White, 2021: 5). Bu kurum ülkelerin sağlık sistemine göre kamu, özel veya karma statüde olabilir. Sağlık sigortası hastanın almış olduğu sağlık hizmetlerinin öngörülemez maliyet risklerini üstlenen bir sigortadır (Casto & Layman, 2006: 3).

Tüm bunların yanında sağlık sistemlerinde ihtiyacı karşılayabilecek ideal bir yapıya ulaşabilmek ülkenin gelişmişlik düzeyinden, ekonomisinden, yönetim ve örgütlenme biçiminden, sosyo-kültürel yapısından ve politik yapısından etkilenmektedir (Arık ve İleri, 2016: 78). Tüm sağlık sistemlerinin ortak odak noktası sağlık hizmetlerinin verilmesinde her anlamda optimal bir yapıyı inşa edebilmektir. Bu yapıda sağlık hizmetinin hem kaliteli hem maliyet etkili olması önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemlerinin genel bazı özellikleri bulunmaktadır (Top ve

Tarcan, 2007: 170-171; Çelik, 2016; Arık ve İleri, 2016: 47; Arık ve İleri, 2016: 83): (1) Sağlık hizmeti sunucularının davranışlarında belirleyicidir. Örneğin, teşhis sürecinde istenen tetkikler ve sıklık aralığı, hizmet sunum şekli, ilaç türü, klinik yatış oranları ve süreleri ödeme sistemlerine göre düzenlenmektedir, (2) Benimsenen ödeme yöntemi teşhis ve tedavi girdilerinin maliyetlerini etkilediğinden, hizmet sunucularının karlılığına direkt etki yapar, (3) Geri ödeme sistemleri kolay, paydaşları memnun eden, maliyet etkin ve verimliliği artıran bir özellik taşımalıdır, (4) Geri ödeme sistemleri hastane faturalarında yer alması gerekenleri ve hastalara verilmesi gereken belgeleri, ödeme süresini, hatalı faturaların neticeleri ile ilgili ne yapılması gerektiği gibi konuların detaylarını düzenler, (5) Geri ödeme sistemleri, hizmet sunucuları ve ödeyicilerin muhalif kaldığı sorunları çözmede kullanılabilecek bir sözleşmeyi içermelidir.

Sağlık hizmetlerinin kaliteli, eşit, adil, ulaşılabilir ve kullanılabilir olması gerekmektedir (Sargutan, 2005: 425). Bu hedeflerin gerçekleşebilmesi için kaynakların iyi dağıtılıp yönetilmesine ve çalışanların ihtiyaçlarının giderilerek motivasyonlarının üst düzeyde tutulmasına ihtiyaç vardır. Çalışanları teşvik için önemli araçlardan biri olarak kullanılan maddi araçlar ise geri ödeme sistemlerinin konusuna girmektedir. Geri ödeme sisteminin (1) sağlık hizmetini alan hasta, (2) ödeyici sosyal güvenlik kurumu (özel/kamu), (3) sağlık hizmetini veren sağlık kuruluşu olmak üzere üç tarafı bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunucuları bireysel hizmet verenler (doktorlar, diş hekimleri, evde bakım hemşireleri) ve kurumsal hizmet verenler (hastaneler, evde bakım merkezleri, sağlık kabinleri) olarak ikiye ayrılmaktadır. Sigorta kurumlarının yapmış oldukları geri ödemeler ise hastanın bağlı olduğu sigorta kurumunun sağlık hizmeti sunucusuna yapmış olduğu ödemelerdir (Çelik, 2016: 209).

Sağlık sunucularına yapılan geri ödemelerde finansal risk, ödeyiciler ve zaman (geri ödeme dönemi) konuları önem arz eden hususlardır (Akyürek, 2012: 129; Acar, 2019: 16). Sağlık kurumlarına yapılan ödemeler çeşitli faktörleri dikkate almaktadır. Örneğin sağlık hizmeti sunanlara yapılan ödeme şekilleri, hasta veya yakınlarının taleplerini etkileyebilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012: 295). Eğer hastalar veya yakınları kamu veya özel sağlık kuruluşlarına almış oldukları hizmetler için aracı bir kurum olmaksızın ödemede bulunuyorsa doğrudan (cepten) ödeme, alınan hizmetlerin bedeli önceden ödenen primler aracılığıyla bir üçüncü kurum tarafından (sigorta şirketleri veya kamu kurumları) karşılanıyorsa dolaylı ödeme yöntemi söz konusu olmaktadır (Şengül ve Bulut, 2019: 200).

Doğrudan/dolaylı ödemeler dışında literatürde ve uygulamada sıklıkla kullanılan ileriye/geriye dönük ve sabit/değişken geri ödeme sistemleri sınıflandırmaları bulunmaktadır (Çelik, 2016: 209-213; Aydemir ve Ağırbaş, 2017: 51). Sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin miktarına göre değişmeyen bir ödeme modeli sabit ödeme sistemi, hizmet sunumunun miktarına göre ödemelerin değiştiği bir model ise değişken ödeme sistemidir (Akyürek, 2012: 129). Bu sistemlerin her ikisi de mikro ve makro ölçekli olarak geri ödeme sistemlerinde görülebilir. Mikro ölçekli değişken bir sistemde sağlık hizmet sunucusu ihtiyacı olan ek gelir için ilave sağlık hizmetleri üretmelidir. Bu sistemde bakım kalitesi iyi olmakla birlikte bazı durumlarda hizmet sunucusuna hatta hastalar için zararlı olabilecek hizmetler de üretilebilir.

Mikro ölçekli sabit bir sistemde hizmet sunum miktarı ile gelir arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Dolayısıyla gelirlerini artırmak isteyen bir sağlık hizmet sunucusu marjinal maliyetlerini (örneğin, hizmet sayısını azaltmak gibi) aşağıya çekmek ister. Ancak bu durum bakım kalitesini azaltabilir (Çelik, 2016: 210). Sabit ücret sistemi çalışanlardan iyi bir performans beklentisi içindedir. Değişken sistem ise bireysel performans teşvikleri sunduğu için daha iyi bir performans hedefini gerçekleştirebilecek yol olarak bu sistemi savunmaktadırlar (Madhani, 2009:45). İleriye dönük geri ödeme ve geriye dönük geri ödeme sağlık sektöründe kullanılan en temel geri ödeme metotlarıdır (Casto & White, 2021: 52). Geri ödeme yönteminin belirlenmesi ile ilgili bir ölçüt olarak hizmetin verilme zamanından yararlanılmaktadır. Eğer sağlık sunucusuna hizmet alınmadan ödemede bulunuluyorsa ileriye dönük ödeme, tam tersi hizmet alındıktan sonra ödeme yapılıyorsa geriye dönük ödeme yöntemi kullanılmaktadır (Top ve Tarcan, 2007: 171). Bu sınıflandırmada sağlık kurumun geliri ile hizmet sunum maliyeti arasındaki ilişki önem arz etmektedir.

Günümüzde az sayıda ödeyicinin tercih ettiği geriye dönük ödeme yönteminde geri ödeme miktarı, sağlık hizmetinin sunulmasından sonra kesinleşmektedir. Olası geri ödeme miktarı sağlık hizmetinin sunumundan önce belirlenmekte olup, hastaya verilen fiili hizmetlerin maliyetlerine göre değişmemektedir. Bir başka deyişle ödeyici kurum verilen her hizmet için belirlemiş olduğu orana göre incelemelerini gerçekleştirmekte ve buna göre geri ödeme tutarını belirlemektedir (Casto & White, 2021: 52). Kişi başına ve hizmet başına ödeme geriye dönük ödeme yöntemleri arasında yer almaktadır (Waters ve Hussey, 2004: 176). Bu yöntemde sağlık kurumu maliyetleri aşağıya çekmek yerine yükseltmek yoluyla gelirlerini artırma çabasına girebilmektedir (Top ve Tarcan, 2007:

171; Çelik, 2016: 211). İleriye dönük ödeme modelinde ise sağlık hizmeti sunucusunun geçmiş dönemlerde almış olduğu ödemelerin bir ortalaması belirlenir ve sağlık hizmeti alınmadan ödemeler yapılır (Akyürek, 2012: 134).

Sağlık hizmeti veren kuruluşlara paket sağlık hizmetleri kullanılmadan yapılan ödemeler ileriye dönük bir ödeme mekanizması kapsamındadır (Aydemir ve Ağırbaş, 2017). İleriye dönük ödeme yöntemi sağlık hizmeti sunucusunu daha yüksek finansal riskle karşılaştırabileceğinden verimli olmaya teşvik eder (Maceira, 1998:4). Kalem bütçe ve genel bütçeler, öngörülen bir dönem için ileriye dönük, sabit toplam ödemeler olarak değerlendirilmektedir (Kutzin, 2001: 182). Bunların dışında vaka başına ödeme yönteminin içinde yer alan “Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG)” hem ileriye dönük hem de geriye dönük geri ödeme yöntemlerinin içerisinde anılmaktadır (WHO, 2000: 118). Buna göre Tablo 7’de ileriye ve geriye dönük ödeme yöntemleri verilmektedir.

Tablo 7. İleriye – Geriye Dönük Ödeme Yöntemleri

Geriye Dönük Geri Ödeme Metotları	Geriye ve İleriye Dönük Metotlar	İleriye Dönük Geri Ödeme Metotları
Kişi Başına Ödeme Yöntemi	Vaka Başına Ödeme (Teşhisle İlişkili Gruplar - TİG)	Kalem Bütçe Ödeme Yöntemi
Hizmet Başına Ödeme Yöntemi		Global Bütçe Yöntemi

Kaynak: WHO, 2000: 106; Waters & Hussey, 2004: 176

Sağlık kurumlarında geri ödeme sistemleri, sağlık hizmetleri finansmanını üstlenen kurumların üyelerinin almış oldukları hizmetlerin bedellerini sağlık sunucularına ödemesidir (Akbulut, 2012: 101). Bir başka deyişle hastaların üye oldukları finansman kuruluşunun, hizmet aldıkları sağlık kurumuna/profesyoneline ödemedede bulunmasıdır. Bu noktada sağlık finansmanı kurumu kamu kaynaklı olabileceği gibi özel kaynaklı kuruluşlar da olabilir. Aynı şekilde sağlık hizmet sunucusu da kamu kurumu veya özel bir kuruluş olabileceği gibi bireysel profesyoneller de olabilirler.

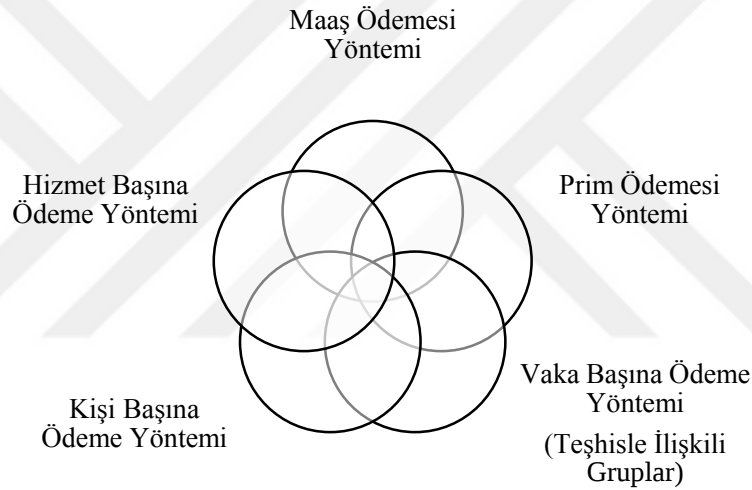
Şekil 2. Geri Ödeme Mekanizması



Kaynak: AHO, 1998

Geri ödeme sistemlerinin temelinde yer alan bu üç tarafın altında sağlık hizmetlerin en iyi şekilde verilebilmesi için çok farklı ve fazla sayıda kurum ve kuruluş bulunmaktadır. Bu paydaşların iyi bir şekilde koordine edilmeleri ile sağlanacak uyum sayesinde hem hastaların hem de yapı içinde yer alan tüm kurumların memnuniyetleri sağlanmış olacaktır. Ayrıca geri ödeme sisteminin tasarımında gereksiz harcamaların ve israfın önlenmesine yönelik hususlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Bu noktada maliyet kontrolünün sağlanması hizmetlerin kalitesini ve dolayısıyla sağlık hizmeti alan hastaları etkileyebilecek önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık geri ödeme sistemi içinde yer alan sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemleri Şekil 3'te verilmektedir.

Şekil 3. Sağlık Profesyonellerine Ödeme Yöntemleri



Kaynak: Sur, 2007; Aydemir ve Ağırbaş, 2017; Demirel, 2020.

Maaş Ödemesi Yöntemi

Maaş kavramı daha çok yöneticiler veya profesyonel mesleklerde çalışanlar için kullanılmaktadır (Acar, 2007: 27). Sağlık kurumlarında maaş, hizmet verilen hasta sayısına veya sağlanan hizmetin maliyetine bakılmaksızın zaman esasına dayalı bir ücrettir. Dolayısıyla hizmet miktarı ile ücret ödemesi arasında bir ilişki bağı yoktur (Normand & Weber, 1994: 73; Çelik, 2016: 219). Ödemeler, hasta ve vaka sayısından, şiddetinden, hizmet yoğunluğundan, maliyetlerinden, kalite etkisinden ve miktarından bağımsızdır. Sağlık profesyonellerine yapılan ödemelerde en yaygın yöntem olan maaş ödemesini nispeten düşük gelirli Avrupa ülkeleri yanında Polonya, Portekiz, İsveç ve Türkiye gibi ülkeler ağırlıklı olarak tercih etmektedir (Akbulut, 2012: 104).

Maaşlı hekimlerin finansal riskleri ve hizmet üretimleri düşüktür. Bu sebeple Amerika'daki sağlık kurumları maliyetlerin bütçeye uygun olması durumunda doktorlara ilave ücretler ödeyeceğine yönelik teşvikler sunmaktadırlar. Ancak gelişmekte olan ülkelerde teşvik unsurları devlet kurumlarının elinde olduğundan böyle bir ek ödeme söz konusu olmamaktadır. Bunun yanında özellikle düşük gelirli ülkelerde düşük maaşlarla çalışan hekimlere yapılan informal ödemeler maaş sistemini resmi olmayan hizmet başına ödeme yöntemine dönüştürmektedir. Bu nedenle sistem daha çok bireysel hizmet sunucularına uygun iken hastaneler veya eczaneler için uygun görülmemektedir. Sistem kişi başına veya hizmet başına ödeme yöntemleri ile kıyaslandığında daha az hasta bakımı, önleyici hizmetlere önem verme, düşük üretkenlik ve hizmet kalitesine neden olmaktadır (Çelik, 2016: 220-221). Maaş yönteminin avantajları ve dezavantajları Tablo 8'de verilmektedir.

Tablo 8. Maaş Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Avantajlar	Dezavantajlar
Hizmet sunucuları hasta başvurularını geri çeviremez. Hastalar sağlık hizmetlerine rahatça ulaşabilir.	Sağlık profesyonellerinin verimlilik ve motivasyonlarını artıracak özendiriciler yoktur.
Hizmet sunucuları gereksiz tetkik ve tedavi yapmaz.	Hekimler daha fazla hastaya bakmak ve kaliteli hizmet üretmek konusunda isteksiz kalabilir.
Hizmeti sunucularının ödeme dönemleri, gelir ve giderleri belirgin olduğundan iyi bir finansal planlama yapılarak, finansal riskler azaltılabilir.	Bakım kalitesinin azalması hekim-hasta ilişkilerini zayıflatır.
Kompleks vakalarda hekim iş birliğini teşvik eder.	Mesai saatleri, hizmet erişimini kısıtlar.
Yönetim giderleri azalır.	Sağlık çalışanlarının zamanlarını iyi kullanmamaları, bekleme sürelerini artırabilir.

Prim Ödemesi Yöntemi

Prim ödemesi, sağlık politikalarına göre belirlenmiş hedeflere ulaşılması halinde sağlık hizmet sunucularını teşvik etmek için yapılan ek ödemelerdir. Örneğin sağlıkta ilaç giderlerinin azaltılması veya aşılama çalışmaları için geliştirilmiş bir teşvik programıyla daha az ve yerli ilaç reçete eden veya aşılama hedefini tutturana hekimlerin prim ödemesi alması sağlanabilir. Bir diğer örnek özel muayenehanesinde çalışan hekimlerin sadece hastanede çalışmalarını teşvik etmek için bir araç olarak kullanılabilir. Bu durum Türkiye'de performansa dayalı ek ödeme sistemi olarak uygulamada kendine bir yaşam

alanı bulmuş ve uygulanmaktadır (Akbulut, 2012: 106-107). Prim ödemesi yönteminin avantajları ve dezavantajları Tablo 9’da verilmektedir.

Tablo 9. Prim Ödemesi Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Sağlık politika hedeflerine ulaşılmasında ve yaygın hale getirilmesinde etkilidir.	Hedeflere ulaşmada ki kötü amaçlı kullanımların tespitine yönelik bir kontrol mekanizmasını gerektirir.
Hizmet maliyetlerini ve üretim girdilerini azaltır.	Hizmet sunucuları maliyetleri düşürmek ve yüksek prim sağlayabilmek için sundukları hizmetleri azaltabilirler. Dolayısıyla hizmet kalitesi azalır.
	Hizmet sunucularının bilgi sistemleri ile takibi ve kontrolünü zorunlu kıldığından yönetilmesi zordur.

Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık profesyonellerine, belirlenmiş prosedürlere ve vakanın tanısına (hastaya koyulan teşhis) göre ödeme yapılmasıdır. Vakadan kasıt belirli bir hastalığın tedavisine yönelik hizmet alan hastalardır. Teşhislerin farklılaşması ile yapılan ödemeler de farklılaşmaktadır. Ödemelerin belirlenmesinde kullanılan vaka sınıflandırması iki şekilde uygulanmaktadır. Birincisi, her vakaya sabit fiyat ödemesi, ikincisi yaygın olarak kullanılan, vakaların tıbbi benzerlik ve maliyetlerine göre farklı fiyat ödemesini içeren teşhisle ilişkili gruplardır (Akbulut, 2012: 107; Çelik, 2016: 221).

İlk yöntemde teşhisin ne olduğuna bakılmaksızın her vakaya sabit bir fiyat ödenmesi temeline dayanan bu yöntem sabit vaka ödemesi olarak anılabilir. Bu yöntem vaka başına ödeme yönteminin en sade ve kolay bir şekilde tatbiki şeklinde gerçekleşmektedir. Tedavi edilen her hasta için hekime, vakanın durumu veya tedavi maliyetleri göz önünde bulundurulmadan eşit meblağlarda ücretler ödenmektedir (Akbulut, 2012: 107). Örneğin bir kanser hastası ya da grip olan bir hasta için ödeme miktarı değişmemektedir (Çelik, 2016: 221). Vaka başına ödeme yöntemi hem sağlık kurumları düzeyinde hem de sağlık profesyonelleri düzeyinde kullanılan bir yöntemdir. Buradaki farklılık, ödemenin alıcısından kaynaklanır (Akbulut, 2012: 113). Vaka ödemesi yönteminin avantajları ve dezavantajları Tablo 10’da verilmektedir.

Tablo 10. Vaka Ödemesi Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Ödemeler sabit olduğundan hasta ayrımı yapılmaz.	Hekimler aynı ödemeyi alacaklarından tedavisi güç olan hastalara bakmayabilirler. Dolayısı ile hekim performansı düşer.
Hasta ayrımı olmadığından daha kolay bir yönetim söz konusudur.	Hasta ayrımının olmaması tedavi maliyetlerini eşitler. Düşük maliyetli bir tedaviye yüksek maliyetli bir ödemede bulunulabilir.
Teşhis ve tedavisi kolay hastalar için hizmet kalitesi yüksek algılanabilir.	Teşhis ve tedavisi zor olan hastalar hizmet kalitesini daha düşük seviyede algılayabilir.

Vaka başına ödeme yönteminin spesifik bir modeli olarak ilk kez Amerika’da uygulanmaya başlanan Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) yöntemi için uygulamada teşhislerin ve girdi özelliklerinin benzerliklerine göre 470 vaka grubu geliştirilmiştir (Akbulut, 2012: 112). Bu yöntem aynı zamanda vaka başına ödeme yönteminin en yaygın ve karmaşık örneğini teşkil etmektedir. Bu nedenle daha çok kurumsal sağlık profesyonellerine yapılan ödemelerde kullanılmaktadır (Çelik, 2016: 221). Yöntemde vakaların benzeyen özellikleri belirlenmektedir. Buna göre yapılan sınıflandırmada tanı, komplikasyonlar, klinik prosedürler, cinsiyet, yaş, taburcu durumu, yeni doğanlarda doğum ağırlığı gibi özellikler dikkate alınmaktadır (Telyukov, 2001: 6). Bu ayrışım sonrasında her bir alt sınıfın maliyetleri hesaplanır ve sağlık profesyonellerine yapılacak ödemelerde hastanın ait olduğu teşhis grubuna göre ödemeler yapılır. Bu modelin temel amacı aynı hizmetleri alan vakaların belirlenerek, kıyaslanabilir bilgi üretilmesinin sağlanmasıdır. Klinik hasta sınıflandırmada kullanılan bu yöntem, maliyetler ile vakaları tanılarına göre sınıflandırarak benzer vakalarda harcanan kaynakları tespit ederek ilişkilendirmeyi sağlar (Akbulut, 2012: 112). Teşhisle ilişkili gruplar yönteminin avantajları ve dezavantajları Tablo 11’de verilmektedir.

Tablo 11. Teşhisle İlişkili Gruplar Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Maliyetlerin kontrol altına alınmasını sağlar ve teknik verimliliği artırır.	Kapsamlı hizmet maliyet verilerini gerektirdiğinden yönetimi karmaşık ve güçtür.
Hastaya gereğinden fazla işlem uygulanmaz.	Olmayan vaka faturaları düzenlenmesi durumunda izleme ve düzeltme maliyetleri oluşur.
Tedavi süresini ve malzeme kullanımını azaltır ve hastalar normal yatış süresinde taburcu edilir.	Maliyetleri düşürmek için kaliteden ödün verilebilir.
Hizmet sunumu ve ödemeler daha adildir.	Hastayı fiyatı daha yüksek olan tanı grubunda sınıflamak gibi durumlar söz konusu olabilir.

Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık hizmet sunucusunun sisteminde kayıtlı olan kişilere vermiş olduğu hizmetlerin içeriğine bakılmaksızın, yıllık ortalama üzerinden sabit bir ödeme almasıdır. Basit ve karmaşık yöntem olmak üzere uygulamada iki yöntem vardır. Basit yöntemde her hekime tedavi ettiği sigortalılar için aynı ücret ödenir. Karmaşık yöntemde ise; hastanın demografik özellikleri yanında, hekimin uzmanlık alanı ve deneyimi gibi değişkenler dikkate alınmaktadır. Bu sistemde ki kayıtlı hasta sayısı ve belirtilen değişkenler nedeniyle her hekimin aldığı ödeme miktarı farklılık arz edebilir. Kişi başına ödeme yöntemi, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde tercih nedeni olup, birçok Avrupa ülkesinde (Macaristan, İrlanda, İtalya, Hollanda, Hırvatistan) ve Türkiye’de kullanılmaktadır (Akbulut, 2012). Bununla birlikte ikinci basamak sağlık kurumları veya bu kurumlardaki bazı hizmetleri kapsayabileceği gibi hizmetlerin tamamını da kapsayabilir.

Kişi başına ödeme yöntemi, hizmet veya vaka başına ödeme yöntemleri ile kıyaslandığında, karını maksimize etmek isteyen sağlık sunucuları hizmet maliyetlerini azaltma yoluna gidebilir. Kaliteli sağlık hizmeti için sunuculara yönelik standartlar belirlenebilir. Standartlara uyulmaması halinde ödeyiciler bu kurumları hizmet sunucuları listesinden çıkarabilir (Çelik, 2016: 216). Kişi başına ödeme yönteminin avantajları ve dezavantajları Tablo 12’de verilmektedir.

Tablo 12. Kişi Başına Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Finansal maliyetleri azaltabilir.	Hekimler, az riskli sağlık sorunu olan veya maliyeti düşük olan hastaları tercih edebilir.
Hizmet sürekliliği arz eder.	Hekimlerin, giderlerini azaltmak için daha az hizmet üretmeleri hastaların, ihtiyaçlarını karşılamayabilir.
Hasta-hekim ilişkisinin kuvvetlendirir.	Hastaların hekimlerini istedikleri zaman değiştirmeleri mümkün olmayabilir,
Aşırı hizmet üretilmez. Hastalar sadece gerekli hizmetleri alır.	Hekimler pahalı sağlık hizmetlerini ek maliyetler oluşturması nedeniyle sınırlandırabilir.
Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilir.	Üst basamak hasta sevkini artırabilir.
Yönetsel açıdan uygulanması kolaydır.	Hekimlerin klinik değerlendirme ve karar verme özgürlüğü daha kısıtlıdır.
Yeterli kalite ve miktarda sağlık hizmeti sunan hekim hasta bulmada zorlanmaz.	Hastalar hizmet kalitesi düşük olan hekimleri tercih etmeyebilir.

Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Sağlık profesyonellerinin ürettikleri hizmetler karşılığında ödeme almasını öngören, tüm tanı ve tedavi sürecinin tanımlandığı bir yöntemdir. Hizmet sunucusu ile ödeyici kurum hizmetlerin tür ve miktarları için belli fiyatlarda anlaşmışlar ve mutakat olarak bu durumu gözden geçirmektedirler. Ücretlerin tespitinde daha çok piyasa kuralları hakimdir. Sağlık çalışanlarına, sağlık hizmetinin türüne ve sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Hizmet başına ödeme yöntemi, kolay, esnek ve kazançlı bir yöntem olduğundan daha çok özel muayene hekimliği veya özel sağlık sektöründeki hekimlere ödeme yapmakta tercih edilmektedir. Belçika, Çek Cumhuriyeti, Fransa, İsviçre, İrlanda, Hollanda, Bulgaristan, Yunanistan, Slovenya, Türkiye gibi ülkeler özel sağlık sektöründe, Almanya, İngiltere, Norveç, İrlanda, Meksika, Avusturalya gibi ülkeler özel muayenelerinde veya dış hekimliklerinde hizmet başına ödeme yöntemini tercih etmektedir (Simoens & Giuffrida, 2004: 42-43; Akbulut, 2012: 105).

Sistem sağlık profesyonelleri açısından oldukça özgür seçenekler sunmaktadır. Örneğin, hekimler yaptıkları muayene başına, eczacılar ilaç başına ücretlerini alabilmektedir (Çelik, 2016: 213). Bu durum sigortalılar yönüyle de benzerdir. Sistemdeki hastalar, istedikleri doktora muayene olabilir, tedavi koşullarını belirleyebilir veya sağlık kararlarını kendi başlarına alabilirler (Casto & Layman, 2006: 5; Akyürek, 2012: 130-131). Hizmet başına ödeme yönteminin avantajları ve dezavantajları Tablo 13’de verilmektedir.

Tablo 13. Hizmet Başına Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Hekimlerin sundukları sağlık hizmetleri verimli ve kalitelidir.	Gereğinden fazla hizmet üretimi dolayısıyla hastalar gereksiz işlemlere tabi olabilir.
Cerrahi işlemlerle ilgili prosedür kolay olduğundan hizmete erişim rahattır.	Hekimlerin daha çok hizmet üretmeleri sağlık harcamalarını ve maliyetlerini artırabilir.
Kompleks teknoloji ve uzmanlığa ihtiyaç duyan hastaların bu hizmetlere erişimi kolaydır.	Hekimler az zamanda çok muayene yapmak suretiyle hizmet kalitesini düşürebilir.
Hastaların hekim seçme ve değiştirme hakkı vardır.	Gelir seviyesi yüksek bölgelerdeki hizmet yoğunlaşmaları, sosyal eşitsizlikler oluşturabilir.
Hasta ayrımı söz konusu olmamaktadır.	Ödeyici durumunda olanlar hizmetin maliyeti ve fiyatları açısından risk içindedir.
Hekimlerin motivasyonu artırır.	Öngörülme maliyetler oluşabilir.
Sağlık hizmeti alıcıları ve ödeyicileri için yönetimi kolaydır.	Yüksek faturaları teyit amaçlı bir izleme sisteminin kurulması zorunlu hale gelebilir.

Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Hekimlere ödeme yapmanın birçok farklı yöntemi ve her yöntemin kendi içinde avantajlı ve dezavantajlı yönleri bulunmaktadır. Belirgin bir modelinin maliyet etkili ve kaliteli bir hizmet olması aynı zamanda idaresinin kolay olması ve bunlar ile birlikte hekimleri ve hastaları memnun etmesi gibi bir durum söz konusu olamamaktadır. Ancak bütün modeller bu kriterlerde en iyi skorlara yaklaştırmaya çalışmaktadır. Tablo 14'te (Normand & Weber, 1994; Belek, 2009; Karacaoğlu, 2009)'nın çalışmalarından yararlanarak hazırlanan hekim ödeme yöntemlerinin bir karşılaştırmasına yer verilmektedir. İlgili tablo incelendiğinde her yöntemin kendi içerisinde bazı kıstaslarda iyi denilebilecek dereceleri yakaladığı bazılarında ise yakalayamadığı net olarak görülmektedir. Bu sebeple ülkeler kendi sağlık sistemlerine göre karma bir ödeme yöntemi kurgulayabilmekte ve böylece dengeyi korumaya çalışmaktadırlar (Akbulut, 2012: 114). Örneğin İngiltere, Avusturalya, Danimarka, Norveç hizmet başına ve kişi başına ödeme yöntemini, Yunanistan ve Hollanda maaş ve hizmet başına ödeme yöntemini tercih ederken, İspanya maaş ve kişi başına ödeme yöntemini kullanmaktadır. Bunun yanında Almanya, Avusturalya, İngiltere, İrlanda Meksika, Norveç gibi ülkeler devlet hastanelerine başvuran hastalar için maaş yöntemini özel hastalar için hizmet başına ödeme yöntemini uygulamaktadırlar (Simoens & Giuffrida, 2004: 42-43).

Tablo 14. Hekim Ödeme Modellerinin Karşılaştırması

Ödeme Yöntemi	Maliyet Kontrolü	Hizmet Kalitesi	Model Yönetimi	Hekim Tatmini	Hasta Tatmini
Maaş Ödemesi	Kısmen Etkili	Zayıf	Kolay	Zayıf	Zayıf
Kişi Başı Ödeme	Çok Etkili	Vasat	Çok Kolay	Orta	Orta
Hizmet Başı Ödeme	Etkili Değil	Çok İyi	Çok Zor	İyi	Orta
Vaka Başına Ödeme	Etkili	Çok İyi	Zor	Orta	Orta
Prim Ödemesi	Etkili	İyi	Kolay	Orta	Orta

Kaynak: Normand & Weber, 1994; Belek, 2009; Karacaoğlu, 2009

3. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Çalışanların emeklerinin karşılığı olarak onlara bir ödeme yapılması tarih boyunca insanlığın gündeminde olmuştur. Örneğin Babil imparatoru Hammurabi (M.Ö. 18. yy)'nin kanunlarının yazılı olduğu kil tabletler incelendiğinde iş hayatını düzenlemek için

asgari ücret uygulamalarına yer verildiği (Erdem, 1995), cerrahlarda dahil olmak üzere çeşitli zanaatkarların ve işçilerin ücretlerine sınırlamalar getirildiği anlaşılmaktadır (Durant, 1954: 231). Dönemin ücret sistemlerinin ilgi çekici bir örneği olarak Kral Nebukadnezar döneminde, kumaş dokumacılarının ücretlerinin yiyecek ile ödendiği ancak bu ödeme miktarının çıktı miktarına göre değiştiği bilinmektedir. Bu örnekler teşvikli ödeme sistemlerinin antik çağlardan bu yana kullanıldığına dair referans kaynakları oluşturmaktadır (Peach & Wren, 1991: 7).

Günümüze en yakın örneklerle ise sanayi devrimi sonrasında rastlanmaktadır. Bu dönemde oluşan işçi sınıfına yönelik çeşitli teşviklere dayanan ücret sistemleri oluşturulmuştur. Buradaki amaç, çalışanları işlerine motive edebilmek ve böylece çalışan performansını dolayısıyla da verimliliği artırabilmektir. Bunu sağlayabilmek için birçok ücret sistemi geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden birisi olan performansa dayalı ödeme esasen performans değerlendirmeye dayanmakta (Akçakanat ve Çarıkçı, 2019: 81) olup, ücret ve performans arasındaki ilişkiye dayalı olan bir ücret sistemi (Uyargil, 2013) veya birey, grup ya da organizasyon performansı baz alınarak, çalışanlara finansal ödüllerin sunulduğu bir ücretlendirme yöntemi olarak tanımlanmaktadır (Armstrong, 2006). Bu sistemin düzenli kullanıldığı alanlardan biri olan sağlık sektörü özelinde kavram; ödeme teşviklerinin, kanıta dayalı yöntemleri özendirme ve sağlık hizmetlerinin daha iyi sonuçlar üretmesine imkân sağlayacak şekilde kullanılmasına olanak sağlayan bir yöntemdir (Cashin vd., 2014: 4; Çelik, 2016: 231).

Bu bağlamda kavram kamu sağlık personelinin iş motivasyonunu ve üretkenliğini artırmakta kullanılmaktadır (Sülkü, 2011: 263). Sistem işleyişi itibari ile geçmişe dönük bir uygulamadır ve gelecekte performansın artırılması adına çalışanları teşvik ederek aynı zamanda performansı sürdürebilir hale getirmeyi de amaçlamaktadır (Heneman, 1992: 6). Sağlık kurumlarında performans ödemesi sisteminin temel mantığı; ödemelerin, yapılan işlerden ve fiyat uygulamalarından daha çok hasta güvenliği ve kalite hedeflerine göre yapılması esasıdır. Örneğin aile hekimliklerine yapılacak ödemelerde göz önünde bulundurulacak kriterler hasta tatmini ve güvenliğidir. Değer odaklı ödeme olarak da bilinen performansa dayalı ödeme sisteminde hizmet sunucularının performansları alacakları ödeme miktarının belirleyicisi durumundadır. Geleneksel ödeme yöntemlerinde hastanın tedavisi için sunulan özellikli hizmetler, prosedürler ve yatış süreleri etkili iken, performans yönetiminin amacı çıktı kalitesini daha iyileştirmek olduğundan ödemelerde

hastalarının tedavisi için daha çok çaba gösteren hekimlere daha fazla ödemede bulunmaktadır (Çelik, 2016: 231-232).

3.1. SAĞLIK BAKANLIĞI PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Günümüz iş dünyasında performansa göre ücretlendirme sistemi 1970’lerde özel sektörde kullanılmaya başlamış ve 1990’lı yıllarda yaygınlık kazanmıştır (Yılmaz, 2004). Özellikle 1980’li yıllarda tüm dünyada etkin ve verimli bir kamu yönetimi oluşturulabilmesi amacı ile benimsenen liberal politikalar kamu çalışanlarının verimliliğini ve hizmetlerin kalitesini artırabilmek için konunun öneminin artmasına neden olmuştur (Eraslan ve Tozlu, 2011).

Kamu hizmeti olan sağlık sektöründe performansa göre ödeme ilk olarak Amerika’daki bir Tıp Enstitüsünün (Institute of Medicine – IoM) 1999 yılında kamuoyuna açıklamış olduğu “Hata insan içindir: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi” isimli rapora dayanmaktadır. Rapora göre her yıl 44.000 ile 98.000 hasta önlenebilir tıbbi hatadan yaşamını yitirmektedir. Bu raporu takiben 2001 yılında aynı kurum “Kalite Uçurumun Aşılması: 21. Yüzyıl İçin Yeni Bir Sağlık Sistemi” isimli ikinci bir raporu kamuoyuyla paylaşarak, Amerika’daki sağlık hizmetlerinin klinik yönergelerden ve iyi uygulamalardan saptığını belirtmiştir (Cashin vd., 2014: 4). Raporda tavsiye edilen en önemli husus, sağlık hizmet sunucuları için kalite gelişimini destekleyici bir teşvikli ödeme sisteminin düzenlenmesidir (Robinson vd., 2009). Bu sürecin ardından ilk büyük ölçekli performansa göre ödeme programı 2003 yılında Kaliforniya Entegre Sağlık Hizmetleri Derneği tarafından başlatılmıştır. Bu süreci takiben çoğu ülkede geleneksel ödeme sistemlerini geliştirmek, kaliteli bakım hizmeti vermek ve iyi bir yönetim sistemi kurmak adına bu süreci benimsemiştir (Cashin vd., 2014:4).

Türkiye, Avrupa Birliği (AB) sağlık mevzuatına uyum süreci için 2001 yılında kendi stratejik planlamasını gerçekleştirerek (Sülkü, 2011: 243), 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’ni başlatmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003; Sağlık Bakanlığı, 2007a). Sürecin bir bileşeni olan performans ödemesi sistemi, adaletli, etkin ve kaliteli bir sağlık hizmeti verilebilmesi amacı ile yeni bir finansman modeli olarak aynı yıl pilot uygulamaya geçirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007b). İlerleyen yıllarda öncelikle birinci basamak sağlık kurumlarında uygulanmaya başlanan performans sistemi giderek tüm kamu sağlık hizmetlerinde uygulanmaya başlamıştır. 2004 yılında sistemde sadece bireysel ve niceliksel performans ölçütleri yer almaktayken, 2005 yılında kurumsal

performans ölçütleri ilave edilmiş ve 2006-2007 döneminde niteliksel olarak geliştirilmesi sağlanmıştır (Demir, 2007: 279-280). Özellikle 2010 yılından itibaren sağlık kurumlarından gelen geri bildirimlerle birlikte ikinci basamak sağlık kurumlarındaki mesai dışı uygulamalar ve birim performans katsayısı ile ilgili düzenlemeler gerçekleştirilmiştir¹. Bu sayede sistemin daha iyi işlerlik kazanması ve anlaşılır hale gelebilmesi sağlanmıştır.

Sistemde performans ödeme miktarını belirleyen iki ana unsur bulunmaktadır. Bunlardan ilki dağıtım oranının ve miktarının belirlenmesi, ikincisi ise kurum performans katsayısının hesaplanmasıdır. Dağıtım oranının belirlenmesinde hazine, bakanlık ve çocuk esirgeme kurumu payı ayrılmakta ve kalan kısmın yarısı kurum borçlarına ve ihtiyaçlarına ayrılmakta olup, diğer yarısı performans ödemesi olarak dağıtılabilir. Dağıtıma esas olan oran ise 0 – 1 arasında değişmekte olan kurum performans katsayısıdır. Bu katsayı ile kurumda dağıtılacak ek ödeme miktarının üst sınırı belirlenmektedir. Kurum, performans kriterlerini yerine getirdikçe katsayısı yükselmekte ve böylece üst sınırdan performans ödemeleri yapılabilir. Bu kriterler ilgili yönetmeliğe uygun olarak 6 ayda bir ölçülmektedir. Bireysel ödemelerin hesaplanmasında ise ek ödeme yönetmeliğinde belirtilen hizmet alanı, kadro unvan katsayısı, ek puan durumu (salgın, afet, bilimsel çalışma vs.), aktif çalışılan gün katsayısı, hastane hizmet puan ortalaması ve 5300 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin hesaplandığı girişimsel işlemler yönergesinden yararlanılarak, oluşturulan formüller yardımıyla çalışanlara yapılacak olan net ek ödeme miktarları belirlenmektedir.²

3.2. ÜNİVERSİTE HASTANELERİ PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

Türkiye’deki üniversite hastanelerinde ek ödeme yapılabilmesinin temel dayanağını 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu oluşturmaktadır. Kanuna göre, yüksek öğretim kurumlarında üniversite yönetim kurullarının önerileri ve Yükseköğretim Kurulunun onayı ile döner sermaye işletmeleri kurulabilmektedir (Yükseköğretim Kanunu, 1981). Kanunun 58. maddesi döner sermayeli işletmelerin işleyesinin ana

¹ 02/12/2010 tarihli ve 47233 sayılı “İkinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görevli Personele Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge” ve 05/11/2010 tarih ve 44101 “Yönetici Birim Performans Katsayısının Uygulanmasına Dair Yönerge”

² 12/05/2006 tarih ve 26166 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik”

01/03/2011 tarih ve 9489 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi”

26/09/2011 tarih ve 39332 sayılı “Girişimsel İşlemler Yönergesi”

belirleyicisi olup, süreç içinde ihtiyaç duyulan kanun ve yönetmelikler sağlık bakanlığı mevzuatında yer alan kanun, yönetmelik ve yönergelerden karşılanmaktadır. Bu maddeye dayanarak YÖK tarafından yayınlanan bir yönetmelikle³ birlikte devlet hastanelerinde uygulanan performans sisteminin bir benzeri üniversite hastanelerinde de uygulanmaya başlamıştır (Demirel, 2011: 41).

Yönetmelik, üniversite hastanelerinde çalışan akademik ve idari personele, döner sermaye gelirlerinin nasıl dağıtılacağı, performans puanlarının hesaplanması ve dağıtımı gibi önemli konularda üniversite yönetim kurullarına yetki vermektedir. Ayrıca kimlere ek ödeme yapılabileceğini, dağıtılamayacak olan gelirleri, yapılmaması istenen yasaklı davranışları ve ödemelerde gelir gider dengesinin gözetilmesi gerekliliği gibi konularına da dikkat çekmektedir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2019: 108). YÖK Kanunu 58. Maddesinin (b) fıkrasına göre üniversite hastanelerinin döner sermaye gelirlerinin %35'i ile %75'i mal/hizmet alımları, inşaat, yönetici payları ve diğer ihtiyaçlar gibi kurum ihtiyaçlarına, %5'i bilimsel araştırma projelerine (BAP) ve %1'i hazine payına ayrılmaktadır. Üniversite yönetim kurulları ek ödeme hesaplanmasında öncelikle birim (hastane)/alt birim (anabilim dalı) tanımlamasına göre bir tercihte bulunmakta ve bireysel net katkı puanı ile kurumsal katkı puanı kriterlerine göre hesaplamalar yapılmaktadır. Katkı puanlarının hesaplanmasında daha önceleri "YÖK Ek Ödeme Yönetmeliği Geçici Madde 14'e göre işlem yapılmaktayken, günümüzde Yükseköğretim Yürütme Kurulu'nun 10.07.2019 tarihinde güncellemiş olduğu "Gelir Getirici Faaliyet Cetveli" ne göre performans puanları hesaplanmaktadır. Bu tarihe kadar devlet ve üniversite hastanelerinde kullanılan performans sistemi büyük oranda benzerlik göstermekle birlikte üniversiteler hastanelerinin yapmış olduğu birtakım farklı uygulamalar –bir üniversite ihale komisyonu görevlisine %20 oranında E puanı verilebilirken, başka bir üniversite %10 verebilmektedir veya bir üniversite süt çocuğu ünitesini özellikli bir birim olarak görebiliyorken diğerinin görmemektedir– performans sisteminin etkin ve verimli işleyişinde çeşitli sorunlara yol açabilmekteyken, "Gelir Getirici Faaliyet Cetveli" sayesinde bu sorunlar ortadan kalmış ve uygulamada birlik sağlanmıştır. Tablo 15'te

³ 18.02.2011 tarih ve 27850 sayılı "Yükseköğretim Kurumlarında Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılacak Ek Ödemenin Dağıtılmasında Uygulanacak Usul ve Esaslara İlişkin Yönetmelik"

⁴ 10.07.2019 tarihine kadar "Sağlık Bakanlığı Girişimsel İşlemler Yönergesi" kullanılmıştır.

bireysel net katkı puanlarının hesaplanmasına etki eden faktörlere ilişkin açıklamalara yer verilmektedir.⁵

Tablo 15. Bireysel Net Katkı Puanlarının Hesaplanmasına Etki Eden Faktörler

PUAN TÜRÜ	PUAN TÜRÜ AÇIKLAMASI	FAYDALANICILAR	FAALİYETLER
A Puanı (*)	Kurumsal Katkı Puanı	Üniversite yönetim kurulu üyeleri ve tüm hastane ve tıp fakültesi personeli	Kadro/görev unvan katsayısı Aktif çalışılan gün katsayısı Birim/alt birim ortalaması
B Puanı (**)	Bireysel Gelir Getirici Faaliyet Puanı	Öğretim Üyeleri, Uzman Tabipler ve Uzman Dış Tabipleri	(B1) Mesai İçi Hizmetler (B2) Mesai Dışı Hizmetler
C Puanı (***)	Eğitim-Öğretim Faaliyeti Puanı	Öğretim Üyeleri	Eğitim-Öğretim Faaliyetleri Kalite Verimlilik Unsurları
D Puanı (****)	Bilimsel Faaliyet Puanı	Öğretim Üyeleri, Uzman Tabipler, Uzman Dış Tabipleri ve Araştırma Görevlileri	Ulusal/Uluslararası Makaleler ve Bildiriler, Kitaplar, Patentler, Atıflar, Yönetilen Tezler
E Puanı (*****)	Diğer Faaliyetler Puanı	Öğretim Üyeleri	Komisyon Üyelikleri ve Riskli Birimlerde Çalışma
KK Puanı	Kalibrasyon Katsayısı	Öğretim Üyeleri, Uzman Tabipler ve Uzman Dış Tabipleri	A puanına etki eden bireysel katkılar
Diğer	Kalite-Verimlilik Esasları Katsayıları	Öğretim Üyeleri, Uzman Tabipler, Dış Tabipleri ve diğer personel	<u>Karlılık Katsayıları:</u> Birim/alt birim, ameliyathane yoğun bakım. <u>Verimlilik Katsayıları:</u> Cerrahi, ameliyathane, laboratuvar, raporlama <u>Kalite Katsayıları:</u> Hastane ve klinik <u>Diğer Oranlar:</u> Hasta memnuniyet anketleri, tahlil ve görüntüleme işlem süreleri, yatak doluluk oranları, yatak işgal süreleri, ameliyathane masası boşluk zamanı, birim net karı vb.

⁵ (*) A puanının hesaplanmasında yararlanılan “Kadro/Görev unvan katsayısı” bileşeni YÖK tarafından aralıklı olarak belirtilmekte olup, katsayılara üniversite yönetim kurulları karar vermektedir.

(**) B puanı, mesai içi çalışma saatleri 08:00-17:00 saatleri arası, mesai dışı çalışma saatleri hafta içi 17:00-08:00 saatleri arası, hafta sonları ve resmî tatillerde nöbetler hariç yapılan çalışmalar.

(***) C puanı, genel ve bireysel memnuniyet anketleri, ulusal ve uluslararası eğitim değerlendirme ölçütleri, ders notlarının basılı veya elektronik ortamda bulundurulması, örnek sınav sorularının ve cevaplarının elektronik ortamda yayınlanması

(****) D puanını, bireysel net katkı puanına dahil etmeyen üniversiteler bulunmaktadır.

(*****) E puanını kimlerin alabileceğini üniversite yönetim kurullarınca belirlenmektedir. Komisyon Üyelikleri (Üniversite Yönetim Kurulları, Yönetim Kurulu, Danışma Kurulu, Hasta ve Çalışan Güvenliği Kurulu, Enfeksiyon Kontrol Komitesi, İhale Komisyonu, Fatura Tahakkuk Komisyonu, Döner Sermaye İnceleme Heyeti, Etik Kurul Üyelikleri vs.), Riskli Birimlerde Çalışma (Yoğun Bakım Ünitesi, Yenidoğan Ünitesi, Süt Çocuğu Ünitesi, Yanık Ünitesi, Diyaliz Ünitesi, Ameliyathane, Doğumhane, Enfeksiyon Ünitesi vb.)

Tüm bunların dışında ek ödeme miktarının belirlenmesine etki eden bir faktör de vergi dilimleridir. Bu kesintiler %15 – %35 arasında değişen gelir vergisi oranlarından ve %6.6 oranında damga vergisinden oluşmaktadır.

3.3. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMLERİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI VE UYGULAMA PROBLEMLERİ

Performansa göre ödeme programları, sağlık hizmetlerinde popüler hale gelen (Doran, 2008: 69; Peckham & Wallace, 2011: 138;) ve ülkelerin kamu sağlık hizmetlerinde tercih ettiği bir ödeme tekniğidir (Milstein & Schreyoegg, 2016). Bunun nedenleri arasında kaliteli sağlık hizmet sunumunun sağlanması, çalışanları tatmin etmesi, hasta memnuniyetini ve çalışan performansını artırması gibi sebepler gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003; Sağlık Bakanlığı, 2007a; Sağlık Bakanlığı, 2007b; Sağlık Bakanlığı, 2009).

Schuller & Jackson (1996: 468)'nin çalışmasına göre performans sistemi kullanan işletmelerde çalışanların verimlilikleri %35 oranında artmaktadır. Ancak daha fazla çalışanın ödüllendirileceği anlamına gelen performans sisteminde bazı branşların diğerlerine göre daha avantajlı olduğu ve bu durumun ücret adaletsizliğine neden olduğuna dair algılardan da bahsedilmektedir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2019: 207). Bu durum, yüksek performans gösteren çalışanların birtakım ödüllere ulaşabileceği yönündeki beklenti teorisinin temel savıyla açıklanabilir (Vroom, 1964; Porter & Lawler, 1968). Teoriye göre motivasyonun artmasını sağlayan temel inanç, yüksek performansın daha iyi ödüllere kavuşabilmeyi sağlayacağı düşüncesidir (Tağ ve Çetinkaya, 2019: 859). Bu anlamda bireysel ödüllere kavuşma arzusu aynı zamanda sağlık kurumları açısından kaliteli bakım hizmetinin sağlanması, çalışan motivasyonunu artırma, kurallara ve standartlara bağlılığı artırma, hedeflere odaklanma, ücret memnuniyeti, hataları azaltma, hekim – hasta ilişkisini iyileştirme gibi yararlar sağlamaktadır (Augustine ve diğ., 2010). Performansa dayalı ödemenin tüm faydalı yönlerinin daha fazla kazanç sağlama çağrışımı yapan ödüller bireysel olarak çeşitli davranış sapmalarına da neden olmaktadır. Etik anlamda olumsuzluklar içeren bu davranışlar performans sisteminin birtakım dezavantajlı yönlerini de ortaya çıkarmaktadır.

Performansa göre ödemenin çeşitli olumsuzlukları ile ilgili çalışmalar incelendiğinde ağırlıklı olarak bu araştırmaların odak noktasını hekimlerin ve sağlık

hizmet sunucularının oluşturduğu görülmektedir. Bu anlamda sağlık kurumlarının detaylı kayıt sistemlerine sahip olmaları gerektiğinden yöneticiler zorlanmaktadır. Yönetim açısından bir diğer sıkıntılı husus ise aynı zamanda hem maliyetleri azaltma hem de kaliteyi koruyabilme çabalarından kaynaklanmaktadır (Normand vd., 2009). Hekimler yönüyle performans sisteminin olumsuz yönleri incelendiğinde ise riskli ağır hastaları tedavi etmekten kaçınarak, kotasını kolay hastalıkların tedavileri ile doldurdukları söylenebilir. Örneğin, Amerika'nın New York eyaletinde yapılmış alan anket çalışmalarına göre kalp cerrahlarının üçte ikisi koroner baypas ameliyatlarından kaçındıklarını kabul etmektedirler (Dudley & Rosenthal, 2006: 23-24). Performans sisteminin hekimler yönüyle önem arz eden bir diğer hususu hekim tercihlerinden kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalara göre hekimler, sosyo-ekonomik durumları iyi, hekim iletişimi seviyeli, sağlık inançları konusunda uyumlu oldukları hastaları tercih edebilmektedir (Fiscella vd., 2000: 1380). Hekimler açısından en önemli görülen husus ise performans sisteminin ödeme hedeflerine dayalı olmasından kaynaklı çeşitli dolandırıcılık risklerini barındırıyor olmasıdır (Doran, 2008: 74; Doctor Convicted of Fraud, 2013; Paul vd., 2016: 2). Özet olarak performansa dayalı ödemenin avantaj ve dezavantajları Tablo 16'da belirtilmektedir.

Tablo 16. Performansa Göre Ödeme Yönteminin Avantaj ve Dezavantajları

Avantajları	Dezavantajları
Sağlık sunucuları daha kaliteli bakım hizmetleri sunabilirler.	Yönetimi zordur.
Hekimlerin motivasyonunu ve ücret memnuniyetini artırır.	Bakım maliyetlerini azaltma ile kaliteli sağlık hizmeti sunma arasında negatif bir ilişki söz konudur.
Kurallara ve standartlara bağlılığı artırarak, hedeflere odaklanmayı sağlar.	Hekimler riskli ağır hastaları tedavi etmektense tedavisi kolay olan hastalarla kotalarını doldurabilirler.
Rekabeti artıracağından kaliteli hizmet verme çabaları hataların azaltılmasını sağlar.	Hekimler sosyo-ekonomik durumu iyi ve uyumlu olduğu hastaları tercih edebilirler.
Hekim – hasta ilişkisini iyileştirir.	Yalan beyanda bulunmak, yapılmayan işlemlerin yapılmış gibi gösterilmesi ve dolandırıcılık risklerini barındırabilir.

Her ülkenin sağlık kurumlarında performansa dayalı ödeme sistemini kullanma nedenleri çeşitli farklılıkları içerebilmektedir. Bu nedenle ülkelerin performansa dayalı ödeme sistemini kullanmakla neyi veya neleri amaçladıklarının anlaşılması konunun karşılaştırmalı olarak daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Tablo 17'de performans sistemini kullanan ülkeler ve uygulama amaçlarına yer verilmektedir.

Tablo 17. Performansa Dayalı Ödeme Sistemi Kullanan Ülkeler ve Uygulama Amaçları

Ülkeler	Performans Programının İsmi	Uygulama Amacı
Avustralya	Klinik İyileştirme Ödeme Sistemi	- Tıbbi bakım kalitesini geliştirmek - Bekleme sürelerini azaltmak
Kanada	Performans Ödemesi	- Bekleme sürelerini azaltmak - Ulusal kalite yönergelerine uyumu artırmak
Danimarka	Günlük Denetim Göstergesi	Vaka yöneticileri ile hasta payında artış sağlamak
İngiltere	Kalite Geliştirme Teşvikleri	Hastane yatış süresini, ölüm oranını ve maliyetleri azaltmak
Fransa	Kaliteyi İyileştirme Teşviki	Dokümantasyonu iyileştirmek
İsrail	Performans Ödemesi	- Kalp ve göğüs ameliyatları sonuçlarını iyileştirmek - Komplikasyon maliyetlerini azaltmak
İtalya	Yönetici Hizmetleri Ödemesi	65 yaş ve üstü hastalarda kalça protezi bekleme sürelerini azaltmak - Bakım kalitesini iyileştirmek
Japonya	Kaliteye Dayalı İyileştirme Ödemeleri	İnme hastalarını iyileştirmek
Lüksemburg	Kalite Teşvikleri	Genel bakım kalitesini iyileştirmek
Norveç	Kaliteye Dayalı Finansman	Genel bakım kalitesini iyileştirmek
Güney Kore	Değer Teşvik Programı	Bakım kalitesindeki farklılıkları ve ölüm oranlarını azaltmak
İsviçre	Hedefe Bağlı Tazminat	Ulusal kalite yönergelerine uyumu artırmak
Türkiye	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	Poliklinik/klinik işlem sayısını ve hekimlerin iş memnuniyetini artırmak
ABD	Değere Dayalı Teşvik Ödemesi Programı	- Bakım kalitesini artırmak - İrksal eşitsizlikleri, yeniden kabul oranlarını ve hastane enfeksiyonlarını azaltmak

Kaynak: Milstein & Schreyoegg, 2016

Tablo incelendiğinde performansa dayalı ödeme sistemi ile Türkiye’de hekim memnuniyetine vurgu yapıldığı ve OECD ülkelerinde genel olarak, bakım kalitesini artırmak, sağlık hizmetlerini iyileştirmek ve bürokrasiye yönelik birtakım süreçleri geliştirerek verimli hale getirmenin ve böylece tüm tarafların memnun edilmesinin amaçlandığı görülmektedir. Kamu sağlık kurumlarında performansa dayalı ödeme sisteminin kullanılması dünyada ve Türkiye’de henüz gelişme evresinde sayılabilecek bir yöntemdir. Bu nedenle sistemin işleyiş ve etik açıdan mantık sorunlarını barındırıyor olması sürecin doğal yaşam seyriyle ilgili görülmektedir. Önemli olan bu sorunların çözümüne yönelik ilgili adımların atılmasıdır. Genel anlamda sistem birey, birim ve kurum performansı sistemi şeklinde üçlü saç ayağı mantığıyla işletilmektedir. Bu mantığı

izah etmek performansla göre ödeme sisteminin sorunların temel nedenlerini anlamaya yardımcı olacaktır.

Sülkü (2011: 263)'nn çalışmasına göre sistemin ilk sa ayağını dağıtılacak döner sermaye geliri oluşturmaktadır. Bu anlamda sağlık kurumu net döner sermaye gelirinin en fazla %40'ını dağıtılabilmektedir. Yapılacak yatırım veya bakım-onarım giderleri gibi nedenlerle bu oran hastane yönetimi tarafından Sağlık Bakanlığı (SB) limitleri çerçevesinde belirlenmektedir. İkinci sa ayağını kurumsal performans oluşturmaktadır. Kurumsal performans puanı iyi olan bir hastane daha yüksek teşvik ödemesi dağıtılabilmektedir. Sağlık Bakanlığı bunun için eşit ağırlıklı – (1) muayenehanelere erişim, (2) sağlık kurumu altyapısı, (3) hasta memnuniyeti, (4) kurumsal verimlilik (yatak doluluğu, ortalama kalış süresi vs.), (5) kurumsal hedefler (sezaryen oranı, tam zamanlı hekim oranı vs.), cerrah ve ameliyathane başına puan, performans izleme puanları– olmak üzere beş göstergeden oluşan bir kategorik sınıflama oluşturmuştur. nc sa ayağı ise ödeme miktarları ile ilgilidir. Bu hesaplamaya göre hekimlerin yapmış oldukları prosedür eşitleri ve sayıları Sağlık Bakanlığı girişimsel işlemler puan cetveli üzerinden puanlanmaktadır. Hekimlerin bireysel puanlarının aritmetik ortalaması kurum performans puanı olarak hesaplanmaktadır. Neticede her bir klinik başına birim performans puanı hesaplanarak, bireysel puanlar birim puanlarının parasal değerı ile çarpılır ve böylece unvan katsayısının da hesaba katılması ile hekim başına ek ödeme miktarı hesaplanır. Böylece hastane gelirlerinin sağlık çalışanları arasında nasıl dağıtılacağına karar verilir.

Performansa göre ödeme programlarının, (1) hedeflenen performans ölçümlerini klinik alanlara göre tanımlamak, (2) verilerin nasıl toplanacağını belirlemek, (3) kıyaslamaları belirlemek ve (4) doktorların nasıl ödüllendirileceğini belirlemek olmak üzere dört temel unsuru bulunmaktadır. Literatürde ağırlıklı olarak performans ltleri, teşvik yapıları ve veri toplama geliştirme ile ilgili konulara odaklanılmaktadır (Freed ve Uren, 2006). Bu bilgiler ışığında sistemin işleyiş sürecindeki problemlerden farklı olarak bazı önemli sorunsalları olduğu düşünülmektedir: (1) Döner sermaye gelirlerine etki eden bakım-onarım ve yatırım faaliyetlerine ne şekilde ve nasıl karar verildiği hekimler açısından bir tartışma konusu oluşturmaktadır. (2) İşini bireysel anlamda iyi yaptığını düşünen hekimleri kurumsal performans puanının etkiliyor olması bir başka sorunu meydana getirmektedir. (3) Girişimsel puan cetvelini hazırlayan ekip içerisinde tıp, diş hekimliği, eczacı, hemşire ve diğer sağlık meslek mensuplarından yeterince temsilcinin

yer alıp almadığı ve hangi şartlara neye ve hangi kriterlere göre bir puanlamanın yapıldığı hekimler arasında bir belirsizlik ve merak konusu oluşturmaktadır.

Yapılan araştırmalarda performans sisteminin uygulamadaki problemleri çözmeye yönelik olduğu ancak performans ölçütlerinin yeterince iyi tespit edilemediği bu nedenle de niteliksel ve niceliksel olarak performans ölçmede yetersiz kaldığı ayrıca çalışanların sistemin işleyişini yeterince bilmemelerinden doğan güvensizliğin de yaşandığını belirtilmektedir (Kestane, 2003: 136; Arslan; 2007; Erşahan vd., 2011; Çoban ve Serçe, 2015: 4). Sistemin işleyişi ve mantığı dışında sorunların kaynağına çok farklı pencerelerden bakan taraflar bulunmaktadır. Bu fikir ayrılığının bir tarafı sistemi başarıların ödüllendirilmesi olarak görmekte ve savunmakta iken (Aydın ve Demir, 2006), diğer bir tarafı sistemi hasta ihtiyaçları yerine hastanelerin ve hekimlerin gelirlerini artıran bir uygulama olarak görmekte ve eleştirmektedirler (Elbek, 2010: 433). Bu minvalde konu daha genel bir mantığa yayılarak, neoliberal politikalar ve etik kaygılar üzerinden insan sağlığının kazanca konu olması bağlamında tartışılmaktadır (Kart, 2013; Üstüner ve İdrisoğlu, 2014). Konu ile ilgili yapılan çalıştay ve hazırlanan raporlarda insan sağlığının bir gelir aracı olarak görülemeyeceğinin altı çizilerek durumun kabul edilemez olduğunu, bu türden ciddi dönüşümlerin iyi düşünülmesi ve uygulamada çok hassas olunması gerektiğini belirtmektedirler (Türkiye Biyoetik Derneği, 2007; TTB Etik Kurulu, 2009; TTB, 2011; TTB, 2020).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK DUYARLILIK

1. ETİK KAVRAMI

Etik literatürü incelendiğinde genellikle Yunanca “ethos” kelimesinden türetilmiş bir sözcük olduğu ve örf, adet, gelenek, alışkanlık gibi benzer anlamlarda kullanıldığı anlaşılmaktadır (Sattler, 1947: 55; Soo, 1990: 51; Çilingir, 2014: 713; Demir, 2020: 66; Yvonne & Nyholm, 2021). Ancak kelime fonetik olarak incelendiğinde farklı anlamlara gelen iki kelimenin İngilizce sözlüklerde aynı şekilde çevrilerek anlamlarının eşitlendiği görülmektedir. Sözcüğün geleneksellik ifadesinden ziyade Yunan retorik yazınında Aristoteles ve takipçileri tarafından karakter manasını çağrıştırmak amacıyla kullanılan ve böylece sanatsal çekiciliği artıran bir anlamı bulunmaktadır (Corts, 1968: 201). Ayrıca kavram Latince’de “morality”, İngilizce’de “ethic” olarak kullanılmakta ve hemen hemen aynı anlamda töreselliğe ve ahlâk kurallarına vurgu yapmaktadır. Bu anlam kargaşasının bir benzeri etik ve ahlak kavramlarının eş anlamlı ifadesi ile Türkçe kullanımda da varlığını sürdürmektedir. Türkçe’de etik kavramının kullanımı bir anlam daralmasına neden olmakta ve batıdaki sosyal yarar ancak ahlak kavramıyla karşılanabilmektedir. Bu anlamda duayen Türk ahlak felsefecileri Bediâ Akarsu ve Osman Pazarlı gibi isimler çalışmalarında ahlak kavramını kullanmayı tercih etmişlerdir (Özdemir, 2012: 7-8). Bunun nedeni ile ilgili olarak Osman Pazarlı’nın süslü, zor anlaşılan ve bilimsel görünme gayretinin bir neticesi olarak kavramın kullanıldığını ancak aralarında bir ayrımın olması gerektiğini ifade ettiği belirtilmektedir (Arslan, 2012: 5). Felsefe tarihi alanında yapılan bir çalışmada kavramın kullanımı ve gelişimi detaylı bir şekilde incelenmiş ve aydın bir felsefe ekolünce ahlâkın felsefî düzeyde araştırılmasını ifade eden yegâne bir kavram olarak teklif edildiği tespitinde bulunulmuştur. Tarihsel gelişimi incelendiğinde ise kavram ilk olarak 1970’lerde belirgin hale gelmeye, 1980’ler ile birlikte tıp camiası eserlerinde görülmeye başlandığı ve 1990’larda çoğu ahlak felsefesi yayınlarında kullanıldığı görülmektedir. Ancak felsefe camiasında özellikli bir araştırma alanını ifade etmek için kullanılan kavramın belirtilen ayrımına Türkçe literatürde uyulmadığına da dikkat çekilmektedir (Özturan, 2011: 202).

Etik, temel olarak iyiyi ve kötüyü belirgin hale getiren düşüncelerin toplamıdır. Bu sayede yaşadığımız toplum içinde her gün karşılaştığımız davranışları iyi ve kötü kategorisinde sınıflandırabiliriz. Buradaki etkili faktörler akıl, düşünme yeteneği,

toplumsal kabuller ve ortak toplumsal hafızadır. İnsanı diğer canlılardan ayıran akıl sayesinde insanlar belirli bir düşünce biçimi geliştirebilir ve buna bağlı olarak bazı değerlerin oluşmasını sağlayabilirler. Oluşan bu değerler bir olayla karşılaştığımızda içsel referans kaynaklarımız olarak görev görür ve böylece davranışlarımıza, kararlarımıza yön vererek hayatımıza etki eden standartlarımızı ve yargılarımızı oluştururlar (Vurgun ve Öztop, 2011: 218). Bu anlamda değerler insanlar için hayat rehberleri vazifesini üstlenirler. Her insanın değer yargıları farklı olabileceği gibi bir toplumda iyi algılanan bir davranış, başka bir toplumda kötü olarak algılanabilir. Bu doğrultuda etik için doğrunun ve yanlışın neler olduğunu anlamaya yönelik bir akıl yürütme faaliyetidir denilebilir. Ahlak ise bir birey veya topluluk için doğru ve yanlış tanımlayan sosyal süreçlere gömülü normlar, değerler ve inançlarla ilgilidir. Ahlaki teoriler, bu kural ve ilkelerin kodlanmış hali olarak karşımıza çıkmaktadır (Crane ve Matten, 2016: 8). Temelde bir felsefe alt dalı olan etik, bireyin içinde bulunduğu toplumla ilişkili ve iç içe bir kavramdır (Bayram, 2005: 43). Ancak uygulamada toplumsal sahalarda çeşitli roller ve görevlerle var olan kişilerin izlemesi gereken doğru davranış biçimlerinin üretilmesine dönüşmüş bir kavramdır. Bu durum aynı zamanda etiğin araçsallaştığının da bir ifadesidir (Anthony, 1998). Şöyle ki; ahlaki kuralların iyiliği, etik ölçütler ile belirlenmektedir. Bu anlamda etiğin ahlaki doğrulara ait düşünceleri ifade ettiğini ahlakın ise yapılması gerekenlerin nelerden oluştuğunu ifade ettiği söylenebilir. Dolayısıyla etik kavramının yükümlülüğü aydınlatma ile ilgiliyken ahlak kavramının yükümlülüğü çözüm üretmek ile ilgilidir (Usta, 2011: 42).

Etik kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için birçok teori ve kuram oluşturulmuştur. Bu anlamda etik türleri genel olarak normatif etik ve normatif olmayan etik şeklinde sınıflandırılmaktadır (Tosun, 2005: 11-12; Pekcan, 2007: 7; Kanlıoğlu ve Alanka, 2013). Ancak literatürde betimleyici etiği ayrı bir tür olarak değerlendiren çalışmaların olduğuna değinildiği gibi (Kesgin, 2009: 152) bu türü normatif olmayan etiğin bir alt dalı olarak ele alan çalışmalar olduğundan da bahsedilmektedir. Buna göre normatif etik; teleolojik, deontolojik ve erdem olarak ve normatif olmayan etik; betimleyici ve meta etik olarak kendi içinde ayrılmaktadır (Kanlıoğlu ve Alanka, 2013).

1.1. NORMATİF ETİK

Normatif kuramlar, eylemlerin doğru, yanlış ya da yükümlülük olup olmadığıyla ilgili karar vermede rehberlik ederek yargıda bulunmayı sağlamaktadır. Buna göre normatif etik, hayatımızı nasıl sürdürmemiz gerektiğiyle ilgili belirli ilkeleri ve kuralları

barındırmaktadır (Kart, 2006). Normatif etik kuramlarından biri olan Teleolojik (Sonuca Yönelik) yaklaşımlar; Bencillik (Egoizm) ve Faydacılık olarak iki gruba ayrılmaktadır. Bencillik; davranış sonuçlarının bireyin arzularını karşılama durumu ile ilgiliyken, faydacılık; bir eylemin sonucunun çoğunluk tarafından olumlu olarak algılanıp algılanmadığını ele almaktadır. Bu anlamda insanların doğadan aldıklarıyla kendilerine yararlı ürünler üretmeleri faydacılık yaklaşımında genel kabul gören bir tutumu ifade etmektedir. Diğer bir kuram olan Deontolojik (Kurala veya Nedene Dayalı) kuramda eylemi gerçekleştirenin niyeti veya yazılı olan/olmayan normlar geçerlidir. Yaklaşımına göre insan yaratılışından gelen bazı temel haklara sahiptir ve ahlaki değerlerle donatılmıştır. Ancak hayat boyu elde ettiği edimlerini yoluyla oluşan karakterinin de davranışları üzerinde etki edeceğini varsaymaktadır. Bu nedenle bireyin davranışlarının ahlaki kurallara uygun olması beklenmektedir. Dolayısıyla bir eylemde davranışların sonuçlarından ziyade eylemi gerçekleştirmeye yönelik olan ahlaki ilkeler değerlendirmeye alınmaktadır. Örneğin; bir borcun ödenmesinin geciktiği bir durumda ödenen faiz deontolojik kurama göre bir ahlaki yükümlülük iken faydacılık kuramına göre bu durum bir kuralın baştan kabul edilmişliğinin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Özdemir, 2012). Deontolojik kuram temelde Ahlaki Haklar Yaklaşımı ve Adalet Yaklaşımı olarak iki grupta incelenmektedir. Ahlaki haklar yaklaşımı; Hobbes (1651), Locke (1690) ve Kant (1785) tarafından oluşturulmuştur. Yaklaşımına göre insanlarla ilgili kararlarda temel insan hakları olan özgür rıza hakkı, kişisel dokunulmazlık hakkı, vicdan özgürlüğü hakkı, özgür konuşma hakkı, yaşama ve güvenlik haklarına saygı gösterilmeli ve elinden alınmamalıdır (Küçüköğlu, 2012: 183-184). Adalet yaklaşımının temelleri M.Ö. 15. yüzyılda Aristo ve Platon tarafından atılmıştır. Yaklaşım, ahlaki kararların eşitlik, doğruluk ve tarafsızlık standartlarına dayanması gerektiğini savunmaktadır (Cavanagh & Velasquez, 1981; Evkaya, 2019). Bu anlamda karar verilmesi gereken durumları emsallere göre değerlendirerek ne derecede eşitliğin sağlandığını ortaya koymayı amaçlamaktadır (Evkaya, 2019: 16).

Normatif etiğin üç ana yaklaşımından biri olan erdem ahlakı var oluştaki ahlaki erdemleri vurgulamaktadır (Hursthouse, 2003: 25). Konuyu sistemli bir şekilde ilk ele alan filozof Aristoteles olmuş ve erdem etiği tarih boyunca onunla anılmıştır. Erdem etiği failin karakterine ve erdemliliğe vurgu yaparak, temelde iyi hayat üzerinde yoğunlaşmakta ve insanların nasıl olmaları gerektiği ile ilgilenmektedir. Bu anlamda

erdem ahlakı, sonuç ve kural odaklı olmayıp, erdemli insan olma gibi gayret ve deneyim gerektiren bir amacı ortaya koymaktadır (Bayraktaroğlu ve Özcan, 2020: 277-279).

1.2. NORMATİF OLMAYAN ETİK

Normatif olmayan etik, ahlakla ilgili yapıların nesnelliğini sistemli bir şekilde inceleyerek mantığını açıklamaya çalışmakta ancak erdemli yaşamın olması gerekenleri ile ilgilenmemektedir (Erdoğan, 2006: 6). Normatif olmayan etiğin betimleyici etik ve meta etik olmak üzere iki türü bulunmaktadır. Betimleyici etik, normlar belirlemek ya da kurallar koymakla ilgilenmeyip bunun yerine insanların davranışlarını gözlemleyerek, sonuçlarını tanımlamaya çalışmaktadır (Özmen ve Güngör, 2008: 141). Meta etik ise normatif olmayan etiğin diğer alt alanı olan ve akıl yürütmede kullanılan terimler ile yöntemlere ilişkin olarak etikte kullanılan araçların (Calle-Alberdi, 2015: 12), etik dilin ve muhakeme yöntemlerinin analizini içermektedir (Al-Bar & Chamsi-Pasha, 2015).

2. SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK ve ETİK İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

Endüstri devriminden bu yana her alanda olduğu gibi sağlık alanında da teknolojik gelişmeler hızla artmaktadır. Yaşanan gelişmeler sağlık hizmetlerini ve uyulması gereken kuralları da güncelleme ihtiyacını doğurmaktadır. Bugün çoğu insanın Hipokrat Andı olarak bildiği Dünya Tabipler Birliği Cenevre Bildirgesi ilk olarak Eylül 1948’de 2. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurul Toplantısında kabul edilmiş ve zaman zaman değişikliklere uğrayarak, Ekim 2017 tarihinde Chicago’da düzenlenen 68. Dünya Tabipler Birliği Genel Kurul Toplantısında bugünkü halini almıştır (Türk Tabipler Birliği, 2017). Dolayısıyla bu güncellemelerin değişiklikleri vurgulamakla birlikte uyulması gereken etik kurallarda da farklılıklar meydana getirmektedir. Örneğin Hipokrat dönemi uygulamalarındaki en önemli ve mutlak yasaklardan olan bazı kurallarda (ötenazi, kürtaj ve bıçak kullanımı gibi) ciddi değişiklikler yapılmıştır (Filerman vd., 2013). Bununla birlikte teknolojik anlamdaki gelişmeler, sağlık hizmetlerinde artan hasta memnuniyeti ve kalitesi gibi gelişmeler ayrıca küreselleşen dünyanın tek kutuplu hale gelmesi ile kapitalizmin etkileri neticesinde sağlık sektöründe etiğin ve etik kuralların önemi her geçen gün fazlalaşmaktadır. Tüm bu durumların başta hekim-hasta ilişkisi olmak üzere birçok parametreyi değiştirdiği ve değiştirmeye de devam edebileceği öngörülebilir.

Sağlık hizmetlerinde etik denildiğinde ilk akla gelen tıp etiği kavramıdır. Bir meslek etiği olan bu kavram, mensuplarının kendi kişisel değer ve eğilimlerinden ziyade

çatı bir kurum konumunda olan mesleki örgütün belirlemiş olduğu kurallara göre davranmayı sağlayan, hizmet verilenlerin yararını önceleyen ve bütün dünyadaki meslek icracılarının ortak davranışlar sergilemesini sağlayan ilkelerdir (Gür, 2018: 378). Bu anlamda üyelerin mesleklerini icra ederken onlara rehberlik eden bu ilke ve kurallara uygun davranmalarını sağlayan, bir anlamda kişilerin kendi karakterlerini ifade eden disiplin ise iş etiği olarak anılmaktadır (Özgener, 2002: 177; Özgener, 2009).

Tıp etiği, sağlık alanındaki bilimsel ve pratik çalışmaları etik açıdan değerlendiren ve ahlaki ikilemlere çözüm bulan bir disiplindir. Burada özne hekim, nesneler ise hastalar, cerrahi teknikler ve ilaçlar olup, hekim-hasta ilişkisi incelenen temel konulardandır (Nişancı vd., 2009:2). Literatürde ilk kez 1803'te Thomas Pervical tarafından kullanılan kavram, tıbbi uygulamalarda değer sorunlarının ele alındığı bir alan olarak tanımlanmakta olup, günümüzde biyoetik ve deontoloji olarak da anılmaktadır (Arda ve Şahinoğlu Pelin, 1995). Deontoloji kavramı, ilk kez 1834 yılında Jeremy Bentham tarafından kullanılmış ve toplumsal vicdana dayalı olarak belirlenmiş kuralların ışığında neyin yapılması ya da yapılmamasının gerektiğinin bilgisini içermektedir. Kavramın süreç içerisinde hekimler tarafından benimsenmesiyle de tıbbi deontoloji kavramı ortaya çıkmıştır (Sayım, 2011: 52).

Sağlık hizmetleri insanlarla iletişim ve etkileşim halinde gerçekleşmektedir (Eltan, 2013: 42-43). Her ne kadar hasta düzeyinde bu ilişkinin nasıl olması gerektiği ile ilgili tam bir bilgi sağlamak mümkün görünmese de hekim adayları mesleklerinin ilk yıllarından itibaren bu ilişkinin nasıl olması gerektiği ile ilgili bilgileri ve kuralları erken tıp uygulamaları ve öğretilerinin de dahil edildiği tarihsel bir süreçle birlikte öğrenmeye başlamaktadır (Tımbıl vd., 2012:2). Ayrıca gelişen teknolojinin etkisiyle sağlık hizmet sunumunun bilgi ve beceriye dayalı uygulamalar olmaktan uzaklaşarak ileri teknolojinin kullanımına dayanan kurumsal hizmetlere dönüşmesi ve bilgiye ulaşımın kolaylaşması gibi nedenler ile klinik ilişkilerin boyutu hekimlerin mutlak egemenliğine dayalı geleneksel düzeni değiştirdiğinden hasta ve hasta yakınlarının tıbbi uygulamalarda söz sahibi olmaları gibi sebepler de tıbbi etiğin önemini farklı bir boyuta taşımıştır (Yıldırım ve Kadioğlu, 2007: 75-76). Bu durum tıp mesleğinde etiğe ve etik konulara yapılan vurgunun önemini her geçen gün daha da artırmaktadır. Tıp etiği esasında bir istisna olmayıp (Clouser, 1975), kendine özgü yöntem ve ilkeleri bulunmayan ancak tıp dünyasının özelleşmiş gerçeklerini ve ilişkilerini anlama ve günlük hayatın bildik ahlaki kurallarını daha kesin bir şekilde uygulama girişimi olarak anılmaktadır (Clouser, 1974:

657). Bu anlamda sağlık kurumlarında daha etik bir iklimin oluşturulabilmesi ve yaşanabilecek etik sorunların aşılabilmesi için sağlık alanına özgü etik kodların/kuralların ve kurulların oluşturulması ayrıca suç tanımlamalarının yapılması ihtiyaı doğmuştur. Bu ihtiyaın çaresi ise etik kodlar ve hukuki düzenlemeler olarak karşımıza çıkmaktadır (Yüksel, 2015: 9).

Etik kurallar, etik ilkelerden üretilen daha spesifik ve somut şekilde eylemlere yön veren, ölçüler ortaya koyan düzenlemelerdir. Etik kodlar ise istisnai durumlarda karar verebilmeyi kolaylaştıran birtakım standartları sağlayan çerçeveleri oluşturmaktadır (Karadağ, 2002). Daha net bir ifadeyle etik kodlar meslek üyelerinin davranışlarına yön veren kurallar kümesi olup, bir meslek örgütüne bağlı düzenleme kurulu tarafından oluşturulmaktadır (Aydın, 2006). Bir mesleğe özgü etik kodların temel işlevleri; hizmet alanların korunması, mesleki değerler ve idealler hakkında üyelerin ve toplumun bilgilendirilmesi mesleki sorunların çözümünde üyelere yol göstermek, mesleki kimlik oluşturmak, mesleki statünün korunması ve mesleğin toplumsal prestijinin yükseltilmesini sağlamaktır (Banks, 2003; Yıldırım ve Kadioğlu, 2007). Etik kurallar ve kodlar mesleğin ahlaki yönünün farkındalığını artırmak, böylece etik duyarlılığı geliştirebilmek, bununla birlikte bakıma ihtiyaç duyanlara karşı profesyonel bir rehberlik sağlamak amacıyla geliştirilmiştir. (Burkhardt & Nathaniel, 2013). Sağlık kurumlarında iş yapma tarzını ve karar vermeyi kolaylaştıran bu kural ve kodlamalar ise etik kurullarca sağlanmaktadır. Etik kurullar, Helsinki Bildirgesi'ne göre klinik denemelere gönüllü olarak katılan kişilerin haklarını korumak ve araştırma yöntemlerini gözden geçirerek, kamuyu güvence altına almak ile ilgilidir (Büken, 2008). Bu anlamda sağlık profesyonellerinin, mesleki uygulamalarda uymak durumunda oldukları kurallar bulunmaktadır. Bu durum sağlık alanındaki suç tanımlamalarını ifade etmektedir. Hukuki açıdan tıp mesleğinin icrası sırasında oluşabilecek ve suç niteliğine haiz durumlar ile günlük yaşamda ki suçlar arasında herhangi bir farklılık söz konusu olmamaktadır (Aşioğlu, 1993). Tüm sağlık çalışanları aynı zamanda toplumun bir üyesidirler ve toplumca belirlenmiş etik kurallara, yasalarla belirlenmiş hukuki kurallara ve her mesleğin gereği olan mesleki etik ilkelere uymak zorunluluğunu taşımaktadırlar (Akdur ve Aydın, 1998).

Hipokrat'tan bu yana gelen geleneksel etik ilkelerin sağlık sektöründeki etkilerinin hissedilmesi 1932'de ABD Kamu Sağlığı Servisinin tarafından yapılan Tuskegee Deneyi'ne dayanmaktadır denilebilir. Frengi hastalarının doğal yaşam seyrinin

incelendiği ve kırk yıl süren bu araştırmada tedavi planına giren penisilin kullanılmaması ayrıca çoğunlukla yoksul ve zenci deneklerin kullanılması etik tartışmaları körüklemiştir. Deney tıp tarihindeki en uzun süren ve tedavici olmayan bir çalışma olarak tanımlanmıştır. Bunun neticesinde Tuskegee Üniversitesi'nde bir biyoetik merkezi kurulmuş, Kanada'da piskoposlar tarafından Katolik sağlık merkezlerinde "Tıp Ahlak Kılavuzu" yayınlanmış, Dünya Tıp Birliği 1975'de insan deneklerle yapılan araştırmalarda bir takım düzenleyici kurullar oluşturmuş ve New Jersey'de "Hastane Etik Kurulları" ilk olarak kurulmuş ve ABD'de 1979'da tıbbi araştırmalarda insanların korunması ile ilgili ulusal bir komite kurulmuş ve "Belmont Raporu" yayınlanmıştır. Raporda insana saygı, yararlılık ve adalet ilkeleri üzerinde durulmuştur. Raporun neticesinde Amerika Federal Düzenlemeler Kod'unun 46. Bölümü yayınlanmıştır. Tüm bunların ardından 1983'te Washington'da hastane etik kurulları ile ilgili ilk konferans düzenlenmiştir. İlave olarak 2. Dünya Savaşı'ndan sonra kurulan Nuremberg Mahkemesince savaş esirlerinin tıbbi deneyler neticesinde bir ötenazi programına dahil eden 23 doktor yargılanmış ve neticede Nuremberg kodu oluşturulmuştur. Tüm bu gelişmeler ışığında kültürler arası farklılıklarında gözetilmesi ile Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kabul edilen "Helsinki Deklarasyonu" uluslararası standartlar sağlayabilecek bir rehber olma özelliğini taşımaktadır (Erdemir, 2022).

Türkiye'de, sağlık mesleğindeki etik ilke ve kuralların belirlenmesi için birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Kronolojik olarak incelendiğinde, 1219 no ve 863 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan "Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun" ile tabip odalarının onur ve yüksek onur kurullarının fonksiyonları tanımlanarak oluşturulan bu ilk etik kurulların hekimleri nasıl denetleyeceklerine yer verilmiştir (863 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, 1928). İlgili kanunu takiben "Türk Tabipler Birliği Kanunu" çıkartılmış (8323 sayılı Türk Tabipler Birliği Kanunu, 1953) ve ardından çıkartılan "Tıbbi Deontoloji Tüzüğü" (Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 1960) ile onur kurullarının işleyişleri daha da netleştirilmiştir. İlerleyen süreçte ilaç araştırmaları hakkında bir yönetmelik çıkarılmış bununla birlikte yaşanan yetki ve sorumlulukların belirsizliği ile sorunu gündeme gelmiş ve böylece alandaki tartışmalar yeni bir boyut kazanmıştır (İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, 1993).

2.1. TIP ETİĞİ İLKELERİ

Sağlıkta etik konular, hizmeti veren sağlık kurumu ve tüm sağlık profesyonellerini kapsamakla birlikte hekimler için görünür yüzünde yer aldıklarından daha çok tıp etiği

olarak anılmaktadır. Tıp etiği ilkelerinin Hipokrat'a dayandırılması hususu sağlık camiasında genel bir kabullenmedir. Bununla birlikte kavramın anlaşılmasına yönelik olarak yapılan tanımlamalar, değerlendirmeler ve çözüm önerilerinde ilkeler ciddi bir rol oynamaktadır (Büken ve Büken, 2002: 18). Konuyla ilgili "*Bileşik Kuram Kompozit Teorisini*" ortaya atan Beauchamp ve Childress'in etik ilkelerin tıpta kullanılması gerektiğine dair yapmış oldukları çalışmalar hekimlere yol gösterici olmuştur. Kuram, her bir temel ilkenin kendi ağırlığının olması gerektiğini ve ilkelerin birbirilerine karşı üstünlüklerinin olmaması gerektiğini ileri sürmekte ancak durumsal koşullara göre ilkelerden birinin seçilebileceğini veya terk edilebileceğini ifade etmektedir (Nişancı vd., 2002: 2). Etik ilkeler, etik karar verme sürecinde başvurulmuş genelleştirilmiş anlatımlar olduğundan bir mutlaklık barındırmamakla birlikte belirli davranışların neden yapılması ya da yapılmaması gerektiğini gerekçesiyle açıklamaktadırlar. Bu ilkeler arasında bir önem ve öncelik sıralaması söz konusu değildir (Bahçecik, 2009: 70). İlkelerin önceliğinin saptanmasındaki ölçü etik bir değer olarak görülüp görülmemesi veya bazı ilkelerin birleştirilmesi ya da bazılarının ilke yerine kurallar olarak görülmesi gibi yaklaşımlardan kaynaklanmaktadır. Tıp etiği ilkeleri çeşitli kaynaklarda birleştirilerek verilmekte olup, bu durum daha basit ve kısa bir sınıflandırılmanın oluşmasını sağlamaktadır (Erdemir, 2005). Bu bağlamda birçok farklı araştırmacının konu ile ilgili görüşlerini açıklayan araştırmacılar sonuç olarak yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı (otonomi) ve adalet ilkelerinin temel ilkeler olarak ele alınması gerektiğini bildirmektedirler (Aydın ve Ersoy, 1995).

2.1.1. Yararlılık İlkesi

Temel tıp etiği ilkelerinin en bilineni ve eskisi olan yararlılık ilkesi, hastalara yarar sağlayacak en iyi uygulamaların yapılmasını gerektirmektedir. Örneğin, yatan bir hastanın dönme eylemi esnasında duyduğu ağrıyı hafifletmek yerine kas ve iskelet yapısının bozulmasını engellemek için bu eylemi devam ettirmek hastaya daha çok yarar sağlayacaktır. (Şen ve Yılmaz, 2013: 96). Sağlık profesyonellerin yararlı davranma yükümlülüğü, ahlaki ve hukuki olarak profesyonelliğin bir gereği olup, iyilik yapmak, zararı engellemek ve kötülüğü ortadan kaldırmak üzere üç temel özelliği bulunmaktadır (Burkhardt & Nathaniel, 2013: 61-62).

2.1.2. Zarar Vermeme İlkesi

Yararlılık ilkesine paralel bir ilke olan zarar vermeme ilkesi, tıbbi uygulamalarda hastaya kötü muamelede bulunmamayı ifade etmektedir (Luce, 1990). Hipokrat Hekim Andı üzerinde incelemeler yapan Thompson (1987), "yeteneklerime göre hastalarım yararlı ilaçlar vereceğim ve asla kimseye zarar vermeyeceğim" ayrıca "gittiğim her eve sadece hastanın iyiliği için gireceğim kasıtlı olarak zarar vermekten kendimi uzak tutacağım" bu iki ifadeden yararlılık ile birlikte zarar vermeme ilkelerini de çıkarmıştır. Çünkü bu ifadeler Thompson'a göre iyilik yapmayı ve zarar vermekten kaçınmayı ifade etmektedir.

2.1.3. Özerkliğe Saygı İlkesi

Hastaların haklarına saygı göstererek tıbbi bakım sürecindeki kararlara katılımlarını sağlamakla ilgili bir ilkedir (Luce, 1990). Amerikan Uygulamalı Hemşirelik Fakültesi ve Kanada Psikiyatri Hemşireleri Derneği'nin çalışmalarına değinen Arslantaş (2015: 52)'a göre, kişilerin kendi kendine özgür seçim yapma ve bağımsız karar verme hakları bulunmaktadır. Ayrıca sağlık bakımı konularında diğer uzmanların bilgilerine ve katkılarına da saygı duyulması gerektiğini de belirtmektedir.

2.1.4. Adalet İlkesi

Tıbbi kaynakların ihtiyaca göre hakkaniyetli bir şekilde kullanılmasını öngörmektedir. Zaman içerisinde bu temel ilkelerle bağlantılı olarak birtakım ilkeler de ortaya çıkmıştır. Örneğin özerkliğe saygı ilkesinin iyi bir şekilde işleyebilmesi ve hastanın tıbbi kararlara katılımının sağlanabilmesi için tıbbi bilgilerin doğru ve yeterli biçimde sağlık profesyonellerine verilmesi gerekmektedir. Bu durum aydınlatılmış onam ilkesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Luce, 1990). Benzer şekillerde ortaya çıkan doğruluk ve dürüstlük ilkesi, hekim-hasta ilişkisinin önemli bir dayanağı olup, hekimin hastanın karşısında dürüst, sözüne güven duyulan bir kişi olarak çıkmasını ve hastasını aldatmamasını gerekli kılan bir ilkedir. Yine adalet ilkesi başlığı içinde değerlendirilebilecek bir ilke olan sır saklama ilkesi, Hastanın kendi özel yaşamıyla ilgili bilgileri hekimi ile paylaşması ve hekimin bu bilgileri sır olarak saklaması ile ilgili bir ilkedir (Erdemir, 2005).

Tüm bu ilkeler hasta-hekim ilişkisinin ve tedavi sürecinin en iyi şekilde sürdürülebilmesine imkân tanımak için geliştirilmiş ilkelerdir. Ancak bazı durumlarda kendi içlerinde çatışmalarda söz konusu olabilmektedir. Örneğin, AIDS hastalarının

kamuya duyurulması özerkliğe saygı ve sır saklama ilkelerine yapılmış bir saldırı şeklinde değerlendirilirken, kamu yararının söz konusu olduğu bu durum aynı zamanda yararlılık ilkesi ile de bir çatışma doğurabilmektedir (Naime, 1993). Benzer bir diğer örnekte halk sağlığı uygulamalarında söz konusu olabilmektedir. Bireylerin zorunlu sağlık taramalarına ve aşı uygulamalarına tabi tutulmaları kişilerin kendi hakkında karar verme dolayısıyla özerkliklerine saygı duyulması ilkesine karşı bir ihlal olarak değerlendirilebilmektedir (Hall, 1992). Her iki örnekte sağlık hizmetlerinin etik sorunları bağlamında güncelliğini koruyan tartışmalar içerisinde yer almaktadır.

2.2. SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK İKİLEMLER ve ETİK DIŞI DAVRANIŞLAR

Sağlık ve etik kavramları birbiri ile evrimleşmenin güzel örneklerindendir. Kavramların tartışılmasının tarihi insanın var oluşu kadar eskidir. Tıbbi araştırmaların konusu insan sağlığı ile ilgilidir. Bu açıdan bazı farklılara sahip olmasına rağmen karşılaşılan etik sorunlarda temelde fark bulunmamaktadır. Ancak uzmanlık alanlarına özgü değer sorunları olabilmekle birlikte, hukuksal veya kronolojik olarak eskiden beri devam edegelen etik sorunlar ile günümüz gelişmelerinin yaratmış olduğu etik sorunlar da bulunmaktadır. Örneğin hekimler toplum sözleşmesi bağlamında hastasına ait bir sırrı resmi makamlara bildirmek zorunda kalabilir. Ayrıca hasta bilgilerinin merkezi bir sistemde kaydedilmesi ve toplanması bu bilgilere kimlerin hangi şartlarda ulaşabileceklerine dair konular da günümüz tıbbi etik sorunları bağlamında tartışılmaktadır (Arda ve Pelin, 1995).

Sağlıkta önemli kararların verilmesinin gerekli olduğu durumlarda oluşan etik ikilemler nedeni ile de etik dışı davranış problemleri yaşanabilmektedir. Etik ikilem, karar verilmesi zor olan durumlarda alternatifler arasında oluşan bireysel bir çatışma durumu veya kriz olarak nitelendirilmektedir (Beauchamp & Childress, 2001). Örneğin, taciz mağduru olan bir kadının çeşitli kaygılar (toplum, aile vb.) nedeniyle durumunun adli mercilere aktarılmasını talebi karşısında hekimin yasa gereği suç bildirimini yapmak zorunda olması durumu etik ikileme örnek olarak verilebilir (Sert, 2012: 105). Bu türden ikilemlerin olduğu durumlarda etik, düşünceleri besler ve kararları yönlendirir (Usta, 2011: 42). Bu sebeple her sağlık tesisi kendine uygun bir şekilde tıbbi etik ilkelerini ortaya koymalıdır. Günümüz itibarıyla sağlık kazanç sağlayan karlı bir sektör haline gelmiştir. Dolayısıyla temel işletmecilik mantığının önemli unsurları olan kar, rekabet ve pazar gibi kavramlar gün geçtikçe daha fazla hissedilir hale gelmektedir. Diğer yandan konunun

insan ve insan sağığı boyutuyla ele alınıyor olması tıbbi etik ilkelerin göz önünde bulundurulmasını zorunlu kılmaktadır.

Ayrıca etik sorunların temel nedenleri arasında uluslararası nesnel nitelikteki ölçütlerle belirlenemeyişi etik problemlerin en önemli nedenini oluşturmaktadır. Sağııkta etik eğitimlerinin ve kaynakların azlığı, bireysel uygulamalarda yapılan hatalar kamusal düzenlemelerin yetersizlikleri ve yanlış algılamalarda diğerk nedenler olarak anılabilir. Bunların dışında hekimlerin sosyo-ekonomik durumu, hizmet puanlama sistemi ve döner sermaye, bıçak parası, muayenehaneye yönlendirme, tıbbi uygulamanın etik olmayan yönleri, promosyonlar/kongre ücretleri, ilaç endüstrisinin sağıık profesyonelleri üzerindeki etkisi gibi konular da sağıık kurumlarında etik sorunlara yol açmakta ve karar vermeyi zorlaştırmaktadır (Sur ve Çekin, 2012; Eren, 2012; Bilgin ve Küçükhasar, 2018). Tüm bu boyutlara ilişkin etik dışı davranışa yol açabilecek nedenler Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18. Etik Dışı Davranış Boyutları ve Nedenleri

ETİK DIŞI DAVRANIŞ BOYUTU		ETİK DIŞI DAVRANIŞ NEDENLERİ
HEKİM GELİRLERİ	Hekimlerin Sosyo-Ekonomik Durumu	Özlük haklarının yetersizliği
		Uygunsuz çalışma koşulları
		İşin Karşılığının Alınamaması
		Meslekler arası ve meslek içi maaş dengesizlikleri
	Hizmet Puanlama Sistemi ve Döner Sermaye	Döner sermaye sistemindeki katsayı sisteminden kaynaklı memnuniyetsizlikler
		Cerrahi alanlarda gelecekte doğabilecek personel yetersizlikleri
		Emek-risk-eğitim süresine dayalı problemler
	Bıçak Parası ve Muayenehaneye Yönlendirme	Tüm meslek mensuplarının zan altında kalması
İLAÇ ENDÜSTRİSİNİN ETKİSİ	Promosyona Karşı Tutum ve Promosyon Olarak Kongreler	Hekimlerin tıbbi firmalardan etik dışı promosyon talepleri (kitap, kongre, tatil vs.)
		Hekimlerin kurumsal demirbaş ihtiyaçları (tıbbi cihaz vb.) için firmalardan talepte bulunması.
		Karşılıklı çıkar ilişkisine bağlı teşvikler
		Hekimlerin tıbbi mümessillere promosyon teklifini sunmaları
		Sağıık çalışanlarının maaşların tatmin edici olmaması
		Sağııkla ilgili kongrelerin masraflarının maaşla karşılanamaması durumu

Tablo 18 (Devam). Etik Dışı Davranış Boyutları ve Nedenleri

ETİK DIŞI DAVRANIŞ BOYUTU		ETİK DIŞI DAVRANIŞ NEDENLERİ
		Kongre ücretlerinin vergiden düşürülmemesi
		İlaç firmalarının kongrelere götürebileceği hekimler için kontenjan belirlemesi
		İlaç firmalarının beklentilerini karşılayacak hekimlere promosyon ödemeleri
	Tıbbi Mümessillerin İlaç Yazımına Etkisi	Hekimlerle mümessillerin karşılıklı çıkar ilişkisi nedeniyle hekimlere yapılan ödemeler, tatil ve kongre promosyonlarının karşılanması ve hekimlerin de mümessillerin dikte ettiği ilaç yazma kotalarını doldurmak suretiyle teşhisi baştan koydukları düşüncesi
	Tıbbi Mümessillerin Tanıtım Stratejileri	Mümessillerin ilaç tanıtımını hekimin yapısına göre yapmaları
		Yeni mezun veya tecrübesiz hekimlere farklı, tecrübeli hekimlere farklı tanıtımların yapılması
		Mümessillere tanıtım için ciddi eğitimlerin verilmesi
		Orijinal ilaçların uzun uzun anlatılması, tanıtımlık ilaçlar için haftalık ziyaretler yapılması
		Bayan mümessillerin avantajlı olması
		Muadil ilaçlara çokça ruhsat verilmesi
		Hekimlerin hemşireleri için promosyon taleplerinin olması
	Tıbbi Mümessillere Sınırlama	Görüşme sürelerinin uzun tutulması
		Numune ilaçların hekim adına kaydettirme zorunluluğunun doğması
TÜKETİM VE İŞTİRAK KONULARI	İlaç Markasının Hekim veya Eczacı Tarafından Tayini	İlacın belirlenmesi ile ilgili sorumluluğunun eczacılarla hekimler arasında doğru bir yere oturtulamayışı
		Medyada bitkisel olduğu iddia edilen ilaçların pazarlanması
		Sağlık ve Tarım Bakanlıklarından uygun bir ruhsatlandırma sisteminin olmayışı
		Eczacıların ve üniversitelerin bu işin kontrolünde rol almamaları
		Hekimlerin ilaç ve tıbbi malzeme konusunda hastaları yönlendirmeleri
		Hastanelerin yeterli ilaç ve malzeme bulundurmamaları
		Bakanlığın ilaçlara günlük kullanım sınırlaması getirmesi
		Reçetelerin şişirilmesi
		Hastaların gereksiz tahlil ve görüntüleme taleplerinin karşılanması
		Toplum sağlığının riske edilmesi

Tablo 18 (Devam). Etik Dışı Davranış Boyutları ve Nedenleri

ETİK DIŞI DAVRANIŞ BOYUTU		ETİK DIŞI DAVRANIŞ NEDENLERİ
HİZMET VE İHTİYAÇ TEMİNİNDE YAŞANABİLECEK ETİK DIŞI PROBLEMLERİ	Hastane Hizmetine Bakış	Hastaların saygısız, anlayışsız, tehditkâr ve kuralsız davranmaları
		Hastanın eğitim ve kültürel gelişmişlik seviyesinin yetersizliği
		Sevk zincirine uyulmaması
		Hastanelerdeki cihazların yetersizliği veya arızalı olması
		Hastaların dışarda ücretli hizmet almaları
		Hastane kantinlerinin pahalı olması
	Hastalar Arasında Ayrımcılık	Sosyo-ekonomik olarak üst sınıflara mensup kişilere hastane hizmetlerinde kolaylık sağlanması
	Yeşil Kart (Genel Sağlık Sigortası)	İmkânı olduğu halde araştırmadan birçok kişiye bu imkânın verilmesinin sağlıkta finansmanı güçleştirmesi
ÇALIŞMA ŞARTLARIYLA İLGİLİ ETİK DIŞI ALANI	Malpraktis (Hekim Hatası)	Her tıbbi girişimin risk içermesi ve malpraktis tazmininde devletin rol almaması gerektiği düşüncesi
	İş Yüğü	Üniversite hastanelerinde yaşanan personel yetersizlikleri
	Meslek Riski	Sağlık çalışanlarının bulaşıcı hastalıklara açık olmaları ve ayrıca varis, bel ağrısının meslek hastalığı sayılmaması
	Diğer Sağlık Personeliyle İlişkiler	Hekimlerin diğer personele karşı hiyerarşik ve katı bir sistem oluşturmaları
MAKRO-YAPI KONULARI İLE İLGİLİ ETİK DIŞI UYGULAMALAR	Aile Hekimliği Sistemi	Çalışılan bölgedeki kişilerle yaşanan samimi ilişkilerin etik dışı istemlere yol açma durumu
	Politik Baskı	Siyasi gücü arkasına alan çalışanların hatalarına yönetimin göz yumması
	Sağlıkta Dönüşüm Programı	Yeni bir sistem kurmanın maliyetli olması ve eski sistemin aksayan yönlerinin düzeltilmemesi Sistemin hekimleri hastalar karşısında prestij kaybına uğratması
DİĞER PROBLEMLER	Hekim-Hasta İlişkileri	Hekim hasta ilişkilerinde ortaya çıkan olumsuzluklar

Kaynak: Sur ve Çekin, 2012

Yaşanan tüm etik dışı davranışlar sonuç olarak hasta memnuniyetsizliği veya iş barışı gibi sonuçlara yol açabilecektir. Kurumsal karlılığın yerine bireysel karlılığın artırılması bazı bölümlerin gelirlerini artıracığından diğer bölümlerin çalışanlarıyla ilişkileri bozabilecek neticede konsültasyon istemleri azalacak ve böylece klinik hastaların tedavilerindeki başarı oranları azalarak düşecektir.

Etik dışı sorunların ve davranış problemlerinin aşılabilmesi için Sağlık Bakanlığı hizmet puanlama uygulamasının zarar vermeme, yarar sağlama ve meşruiyet ilkeleri

bağlamında ele alınması, sağlık etiği ile ilgili gelişimlerin izlenmesi ve gerekli eğitimlerin anında tatbik edilmesi, etik konularla ilgili eğitimlerin ilkokuldan itibaren verilmeye başlanması ve ayrıca sağlık meslekleriyle ilgili eğitim alan öğrencilerin konuyla ilgili mesleki etik eğitimini almaları gerekmektedir (Sayım, 2011).

3. ETİK DUYARLILIK

Etik duyarlılık profesyonel uygulamalarda karar verme ile ilgili belirli bir dizi davranışı ifade eden bir kavramdır (Weaver, 2007). Başka bir deyişle, etik sorunları ayırt edebilme yeteneğidir (Ersoy ve Gündoğmuş, 1999). Literatürde etik ve ahlaki duyarlılık kavramları eş anlamlı bir şekilde kullanılmaktadır (Weaver, 2007; Lutzen, 2008). Oysa etik duyarlılık, kuralları bilmek, ahlaki duyarlılık ise kişiler arası ilişkileri bilmektir. Bu anlamda profesyonel davranışların şekillendirilmesinde kullanılan etik kodlar da (Weaver, 2007; Weaver ve diğ., 2008), etik duyarlılığı profesyonel bir alana dönüştürmekte yarar sağlamaktadır (Taylan ve Arslan, 2017: 101).

Sanayi devriminden önce bir işi yapmanın ahlaki boyutunu belirleyen ölçütler olarak geleneklerin ve dini değerlerin önem taşıdığı bilinmektedir (Gök, 2008: 4). Özellikle dini birtakım inanışların çok etkili olduğunu söylemek mümkündür. Bu etkilerin toplumsal ve iş hayatındaki kapsam alanı o kadar geniştir ki; ekonomik kararlarda ve çalışma yaşamındaki en büyük referanslar bu kabuller olarak görülmektedir. Bu dönemde (17. yy.) bir felsefi kavram olarak, Anthony Cooper tarafından ortaya atılan etik duyarlılık kavramı (Lützén vd., 2006: 188), etik karar verme sürecinde bir rehber özelliği taşıyan ve bununla birlikte birtakım streslere de neden olan bilişsel durumlarda kişinin duyguları ile hareket etmesine yatkın olma halidir (Lützén vd., 2010: 221). Tanıma göre etik kararların alınmasında iki önemli faktör rol oynamakta olup, bunlardan biri mantığa uygun davranış sergileme hali iken, bir diğeri de duygulara göre hareket tarzı göstermekle ilgilidir. Bu tarz davranışların yönünü kişinin kendi ahlaki değerleri belirlemektedir. Bunda etkili olan faktörler olarak; kişinin cinsiyetini, yaşını, milli ve manevi kültürel değerlerini, yetiştirilme tarzını, almış olduğu eğitimini ve benzeri konuları saymak mümkündür. Ayrıca ek olarak etik duyarlılık; bireylerin refahını ve refahını etkileyen durumların farkındalığını da içerir. Buna etki eden araçlar olarak, ahlaki bir durumun olup olmadığına dair ip uçlarını yakalamayı sağlayan kişisel sezgiler ve ahlaki bilgi düzeyi de eklenebilir. Böylece bireyin sözlü ve sözsüz davranışlarını yorumlamayı, ne istediğini veya neye ihtiyacı olduğunu belirlemeyi ve bunlara uygun yanıtlar vermek mümkün hale gelir (Kim vd., 2005: 595). Tüm bunlarla birlikte etik

duyarlılık değerlendirildiğinde konunun sadece bir duygu meselesi (yani ahlaki bir çatışmayı tanımlamak için duygulara güvenmek) değil, aynı zamanda bir olay anında ahlaki önemi hissetmek için kişisel tecrübelerin bütünü de kapsamaktadır (Lützén vd., 2006: 189).

Dönemsel olarak etik değerlere etki eden faktörlerin değiştiği veya evrimleştiği görülebilmektedir. Feodalist düzenden, kapitalist düzene geçiş, çeşitli endüstri ve politika devrimleri, rönesans ve reform hareketleriyle birlikte dünyada birçok değişim yaşanmıştır. Sosyal, siyasal, ekonomik ve teknolojik yapılar bu değişimlerden etkilenecek köklü değişimlere uğramışlardır. Yaşanan bu değişimler sosyal ve toplumsal hayatın kültürel öğelerine etki ederek, kişisel, örgütsel ve toplumsal değerleri farklılaştırmıştır. Bu durum etik hassasiyetlerle ilgili kavramların, değerlerin ve duygu durumlarının durağanlık yerine bir dinamiklik içerdiğini göstermektedir (Vurgun ve Öztop, 2011: 218).

Etik duyarlılık alanında yayınlanmış çalışmalar incelendiğinde pazarlama ve sağlık sektörü göze çarpmaktadır. Ancak etik duyarlılıkla ilgili araştırma düzeyi hekimlik mesleği açısından bu alanı temsil edecek kadar derinliğe de sahip bulunmamaktadır (Kim vd., 2005: 596). Bununla birlikte her iki sektörde de müşterinin/hastanın maksimum memnuniyetini sağlayarak onları mutlu etmek ön plandadır. Konu insan sağlığı bağlamında ele alındığından etik duyarlılık, etik durumları fark ederek anlama, kendimizin veya bir başkasının/kurumun faydasına olmadan en doğru şekilde hareket edilmesini sağlayacak bir düşünce ürününü ortaya koyabilmek adına; duyguların, mantığın ve kişisel deneyimlerin de katılmasıyla oluşan hassas bir karar alma sürecindeki tercihlerdir denilebilir. Bu noktada kişi veya kurumları yanılsamaya düşürecek yüzdelikler vermek yerine maksimum doğruya ulaşmayı esas olarak almak gerekmektedir.

Türk Tabipler Birliği (2009), tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye’de hekimlerin tıp etiği ile ilgili yalnızca %25’inin bir ders aldığını belirtmektedir. Bu bağlamda etik duyarlılığın artırılması adına tıp eğitimi sırasında öğrencilerin etik ile ilgili derslerin öğrencilerin almalarının sağlanması önerilmektedir.

Etik duyarlılık kavramı aynı zamanda ahlaki gelişmişlikle ilgili bir kavram olup, ahlak seviyesi yüksek toplumlarda duyarlılık seviyesinin yüksek olduğu söylenebilir. Bu anlamda etik duyarlılığı ölçmek için kullanılan birtakım ölçme araçları geliştirilmiştir. Sağlık alanında geliştirilen bu testlere örnek olarak dental, geriyatrik ve ırkla ilişkili etik

duyarlılık testleri önek olarak verilmektedir. Ayrıca etik karar verme ile ilgili geliştirilen (1) Ahlakî Yargı Görüşmesi (The Moral Judgment Interview), (2) Görüşleri Belirleme Testi (The Deining Issues Test), (3) Lind'in Ahlakî Yargı Testi (Lind's Moral Judgment Test) çeşitli ölçme araçları da bulunmaktadır. Bu ölçeklerde önemli olan öğrenme hedeflerine uygun eğitim metotlarının tercih edilmesidir (Vatansever, 2012: 63).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA ETİK DUYARLILIĞIN PERFORMANSA DAYALI ÖDEME SİSTEMİNE ETKİSİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

Bu bölümde; araştırmanın amacı ve önemi, kapsamı ve sınırlılıkları, hipotezleri ve modeli, yöntemi, evren ve örnekleme, veri toplama araçları ve veri analizinde kullanılan yöntemler ile birlikte bulgulara yer verilmektedir.

1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve ÖNEMİ

Türkiye’de “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile birlikte uygulanmaya başlayan “Performansa Dayalı Ek Ödeme” hastaların daha iyi ve kaliteli hizmet almalarını sağlamakla birlikte hekimlerin gayretlerine göre daha çok kazanç sağlamaları üzerine oluşturulmuş bir sistemdir. Performansa dayalı ek ödeme literatürü çok eskilere dayanmakla birlikte sağlık sektöründe kullanımı gerek dünyada gerekse de Türkiye’de henüz yeni sayılmaktadır. Bu nedenle beklenmeyen birtakım sorunlar ortaya çıkmaktadır (Özkal ve Özkara, 2022). Örneğin literatürde hekimlerin daha fazla kazanma arzusu ile yaptıkları gereksiz tedaviler neticesinde kaynak israfına yol açtıklarını, hizmet kalitesinden uzaklaştıklarını ve hasta istismarına neden olduklarını öne süren çalışmalar bulunmaktadır (Grabau, 2011; Durmaz ve Erdem, 2017: 583; Yılmaz vd., 2017; Külekçi, 2020). Dolayısıyla kazanma arzusu ve etik bağlamında konunun yeterince incelenmemiş olması sorunların çözüm sürecinin uzamasına neden olmaktadır.

Öte yandan hekimlerin sistemin bu problemleri taraflarından daha fazla etkilenebileceği ve bu durumun etik ikilemlere neden olabileceği düşünülmektedir. Bu bağlamda hekimlerin etik duyarlılıklarının performansa göre ödeme sisteminden ne denli etkilendiği, etik davranış gösterme eğiliminde mi oldukları yoksa kazançlarını mı ön plana çıkardıkları düşüncesi ilgi çekmektedir. Bu bağlamda insan sağlığının her şeyden önemli olduğu düşüncesinden hareketle, hekimlerin performans kazancı elde etme tutumlarının etik hassasiyetlerine göre değişiklik gösterip göstermediği konusu çalışmanın amaçsal bağlamını oluşturmaktadır.

Sağlık sektöründeki etik çalışmalar incelendiğinde daha çok etik ikilem, etik davranış, etik sorunlar ve eşitsizliklere yönelik olduğu görülmektedir (Topdal, 2012; Kırılmaz ve Kırılmaz, 2014; Tekingündüz vd., 2016; Uçar ve İlkılıç, 2019). Kazanma arzusu ve etik duyarlılığı sağlık sektörü bağlamında yan yana getiren bir çalışmaya yerli

ve yabancı literatürde rastlanmamış olması konunun incelenmesi ihtiyacını doğurmakta olup, çalışmanın bu eksikliğe özgün bir katkı sağlayabilecek olması önem arz etmektedir.

Özetle bu araştırmanın amacı etik duyarlılığın performansa bağlı kazanç ile olan ilişkisi üzerinedir. Bu kapsamda kamu sağlık sektöründe çalışan hekimlerin etik duyarlılıklarının performans kazancı elde etmedeki etkisi ortaya konmaya çalışılmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN KAPSAMI ve SINIRLILIKLARI

Araştırma, Afyonkarahisar ilindeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yürütülmüştür. Bu sayede konunun geniş bir analizinin birçok hekim tarafından ortaya konan düşüncelerle yapılması sağlanmıştır. Ancak bu süreç, zaman ve maliyet baskısından etkilenmiş ve bu durum çalışmaya bir sınırlılık getirmiştir. Ayrıca çalışma, performansa dayalı ödeme sistemlerini hekimler üzerinden açıklamaya yönelik olduğundan konu kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimler ile sınırlıdır.

3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ ve MODELİ

Araştırma sürecinde geliştirilecek olan modele dayanan bir ölçeğin kuramsal bir katkı sağlayacağı, tespit ve önerileriyle uygulamacılara katkı sağlayabilecek yararlarının olacağı düşünülmektedir. Bu anlamda çalışmanın hipotezleri ve ilgili model aşağıdaki gibidir.

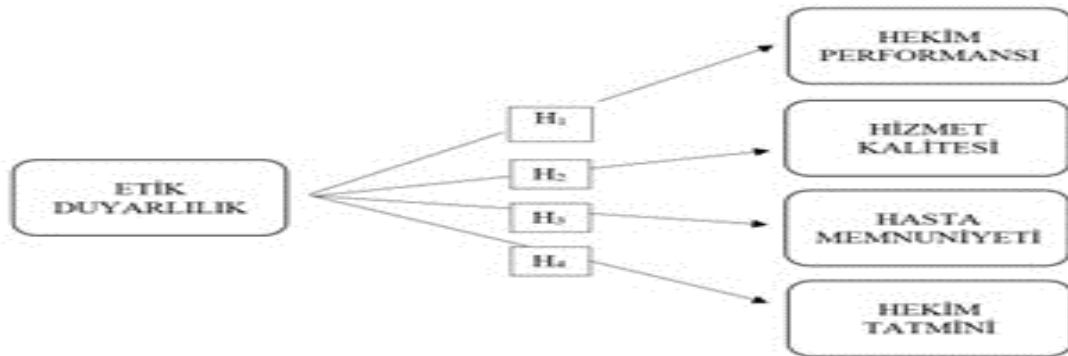
H₁: Etik duyarlılığın hekim performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H₂: Etik duyarlılığın hizmet kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H₃: Etik duyarlılığın hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H₄: Etik duyarlılığın hekim tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Şekil 4. Etik Duyarlılığın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Etkisi Modeli



Modele göre; bağımsız değişken etik duyarlılık ve bağımlı değişken performansa dayalı ek ödeme sistemi ve alt boyutlarıdır.

4. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmada etik duyarlılığın performansa dayalı ek ödeme üzerindeki etkisini ortaya koymak amaçlandığından, amaçlarına göre sınıflandırma türlerinden açıklayıcı ve kesitsel tipte nicel bir saha araştırması yöntemi benimsenmiştir.

Nicel araştırma, matematiksel temelli yöntemleri kullanarak, analiz edilen nicel verileri toplayan ve bu şekilde fenomenleri açıklayan bir araştırma türüdür (Sukamolson, 2007). Açıklayıcı araştırmalar, belirlenmiş varsayımlar ile çıkabilecek sonuçların ilişkisini ortaya koymakta ve yorumlamakta kullanılan bir yöntemdir (Yener, 2018:105). Kesitsel araştırma ise belirli bir dönemdeki katılımcıların bir konuya ilişkin düşüncülerini ölçmek amacıyla veri toplamakta tercih edilmektedir (Fraenkel ve Wallen, 2012).

4.1. ARAŞTIRMANIN ANAKÜTLESİ VE ÖRNEKLEMİ

Bu çalışmada anakütleyi temsil için tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örneklem metodu kullanılmıştır. Kolayda örneklem tekniği hızlı ve düşük maliyetli olması sebebiyle en çok tercih edilen yöntemlerdendir. Görüşmeci kullanmak istediği yöntemle ilgili olarak (birebir, telefon anketi, internet anketi) uygun görülen kişilerce anketlerin doldurulmasını sağlamaya çalışır (Nakip, 2013:222-223). Kolayda örneklem yöntemiyle elde edilen örneklemin evreni temsil yeteneğinin düşük olması ihtimal dahilindedir. Ancak kolayda örneklem metodunun özellikle pilot araştırma, ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının ilk evrelerinde kullanılması uygun görülmektedir (Nakip, 2013: 223; Coşkun vd., 2017: 148; Gürbüz ve Şahin, 2018: 132).

Bu araştırmanın anakütlesini Afyonkarahisar ilinde yer alan devlet hastanesi (221 hekim) ve araştırma hastanelerinde (330 hekim) çalışan hekimler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Bartlett vd., 2001: 46, Gürbüz ve Şahin, 2018: 129).

N: Evren büyüklüğü
n: Örneklem büyüklüğü
t: Güven düzeyi %95 ($\alpha=0,05$) z tablosu değeri: 1,96
s= Evren için tahmin edilen standart sapma
d= Kabul edilebilir sapma toleransı

$$n = \frac{no}{1 + no/N}$$
$$no = \frac{t^2 s^2}{d^2}$$

$$no = \frac{1,96^2 \times 0,5^2}{0,05^2} = 384,16$$

$$no = \frac{384,16}{1 + 384,16/551} = 226,34$$

İlgili hesaplamaya göre araştırmanın örnekleminin 226 hekimden oluşması yeterli görülmekte olup, veri toplama çalışmalarında toplamda 301 hekime ulaşılmıştır. Örneklem ilişkili özellikler Tablo 15’de verilmektedir.

Tablo 19. Örnekleme İlişkin Özellikler

Değişken		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	132	%43,9
	Erkek	169	%56,1
Yaş	35 yaş ve altı	144	%47,8
	36 yaş ve üstü	157	%52,2
Mesleki Tecrübe	0-5 yıl	128	%42,52
	6-10 yıl	99	%32,89
	11 yıl ve üzeri	74	%24,58
Medeni durum	Evli	151	%50,2
	Bekar	150	%49,8
Uzmanlık Alanı	Temel Bilimler	36	%12,0
	Dahili Bilimler	148	%49,2
	Cerrahi Bilimler	117	%38,9
Unvanı	Öğr. Üyesi	50	%16,6
	Uzman Dr.	131	%43,5
	Pratisyen-Asistan	120	%39,9
Kurumu	Devlet Hastanesi.	182	%60,5
	Araştırma Hastanesi	119	%39,5
Performans ödemesi alıyor musunuz?	Evet	248	%82,4
	Hayır	53	%17,6
PDEÖS'nden genel olarak memnunuz.	Hiç Katılmıyorum	88	%29,2
	Az Katılıyorum	121	%40,2
	Orta Katılıyorum	60	%19,9
	Çok Katılıyorum	21	%7,0
	Tamamen Katılıyorum	11	%3,7

Tablo 19 incelendiğinde; ankete katılan hekimlerin cinsiyet bakımından daha çok erkek olduğunu, yaş olarak katılanların çoğunluğunun orta yaş ve üzerinde olduğunu, mesleki tecrübe bakımından çoğunluğun kariyerlerinin başında oldukları, medeni durum bakımından ise hemen hemen aynı oranda oldukları görülmektedir. Katılımcıların %12'sinin temel bilimler, %49,2'sinin dahili bilimler, %38,9'unun ise cerrahi bilimler hekimleri oldukları ve bu hekimlerin %60,5'inin devlet hastanesinde, %39,5'inin ise üniversite hastanesinde hizmet verdikleri görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerden büyük bir çoğunluğunun performans ödemesi almakta olduğu görülmektedir. Buna karşılık performansa dayalı ek ödeme sisteminden çok azının genel olarak memnun olduğu da söylenebilir.

4.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği ve üçüncü bölümde Ahlaki Duyarlılık Ölçeği yer almaktadır. Araştırmanın verileri, çalışma kapsamında geliştirilmiş olan “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği” ve (Lützen vd., 1997) tarafından geliştirilen ve (Tosun, 2018) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik uyarlaması yapılan “Ahlaki Duyarlılık Ölçeği (ADA)” ile birlikte Afyonkarahisar ilindeki bir devlet hastanesi ile araştırma hastanesinde görev yapan hekimlere uygulanmıştır.

Araştırmada katılımcıların demografik özelliklerinin ortaya konması adına cinsiyet, yaş, mesleki tecrübe, kurum, medeni durum, uzmanlık alanı, unvan ve performans ödemesi alma durumu almak üzere 8 açık uçlu soru sorulmuştur. Bu doğrultuda genel demografik özelliklere ek olarak hekimlere uzmanlık alanları (Temel Bilimler, Dahili Bilimler ve Cerrahi Bilimler), unvanları (Pratisyen, Uzman Dr., Öğretim Üyesi) ve performans ödemesi alma durumları ile ilgili sorular da yöneltilmiştir.

Çalışma kapsamında Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan 06.11.2020 tarih ve 11 sayılı etik kurul izin belgesi alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yürütüleceği kurumlardan biri olan Afyonkarahisar Devlet Hastanesi için Afyonkarahisar Devlet Hastanesinden 31.05.2021 tarihinde ön izin belgesi ve 11.06.2021 tarihinde izin belgesi ve Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü’nden 03.06.2021 tarihinde ve bir diğer kurum olan Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi’nden 07.07.2021 tarihinde resmi izin belgeleri alınmıştır. Ek olarak çalışmada kullanılacak olan Ahlaki Duyarlılık Ölçeğinin Türkçe’ye uyarlamasını yapmış olan Hale Tosun’dan mail yoluyla 30.05.2021 tarihinde izin alınmıştır. Bu belgeler çalışmanın ekler kısmında yer almaktadır.

4.3. VERİ ANALİZ YÖNTEMLERİ

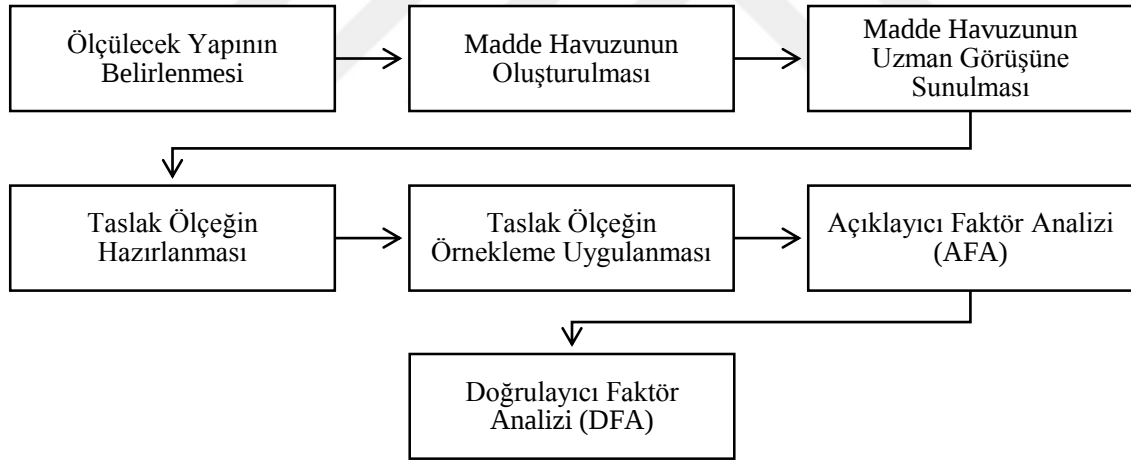
Araştırmanın veri analizi için çalışma kapsamında geliştirilmiş olan “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği” ve (Lützen vd., 1997) tarafından geliştirilen ve (Tosun, 2018) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik uyarlaması yapılan “Ahlaki Duyarlılık Ölçeği (ADA)” Afyonkarahisar ilindeki bir devlet hastanesi ile araştırma hastanesinde görev yapan hekimlere uygulanmıştır.

4.3.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçek Geliştirme Çalışması

Belirlenen bir konuyla ilgili ölçme aracına ihtiyaç duyulduğunda öncelikle yapılması gereken konuya ilişkin olarak bir ölçme aracının mevcut olup olmadığının araştırılmasıdır. Eğer ölçek varsa kullanabilir veya yabancı bir dildeyse uyarlama yapılabilir. Ancak daha önce literatürde herhangi bir ölçek yoksa öncelikle literatür taraması yapmak gerekmektedir (Karakoç ve Dönmez, 2014: 41).

Araştırma kapsamında yapılan taramaya göre yurt içinde ve yurt dışında performansa dayalı ek ödeme alan hekimler ile ilgili yapılan araştırmaların olduğu ancak konuyla ilgili bir hekim algısı ölçeğinin geliştirilmediği anlaşılmıştır. Bu sebeple “Performansa Dayalı Ek Ödeme Hekim Algısı Ölçeği”nin oluşturulmasına karar verilmiştir. Ölçek geliştirme sürecinde takip edilmesi ve izlenmesi gereken yollar bulunmaktadır (Çarkıcı, 2020; Erkuş, 2021). PDEÖS Hekim Algısı ölçeğinin geliştirilmesi süreci Şekil 5’te verilmektedir.

Şekil 5. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Geliştirme Süreci



4.3.1.1. Ölçülecek Yapının Belirlenmesi

Araştırma performans ödemesi alan hekimlerin bu durumu nasıl algıladıkları ile ilgili olduğundan 2. ve 3. basamak kamu hastanelerinde görev yapan hekimler üzerinden yürütülmüştür.

4.3.1.2. Madde Havuzunun Oluşturulması

Ölçek geliştirmede öncelikli amaç, tasarlanabilecek en iyi soruları güvenilir ve geçerli bir şekilde temsil eden titiz ölçekler oluşturmaktır (Rowan & Wulff, 2007: 451). Bu amaçla sağlıkta performansa dayalı ek ödemeye ilişkin literatür incelenmiş ve bu kapsamında Kart (2013)'ın "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri" isimli çalışmasından (74) adet soru oluşturulmuştur. Ayrıca (Bakan, Erşahan ve Eğitmiş, 2008) "Performansa Göre Ücretlendirmeye Doktorların Genel Bakış Açıları: Bir Alan Araştırması" isimli çalışmasından (26) soru, Akpınar ve Taş (2013)'ın "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma" isimli çalışmasından (3) soru, Çetinkaya (2016)'nın "Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Ücrete Bağlı Streste Farklılık Yaratma Düzeyi: Konya Sağlık İşletmeleri Araştırması" isimli çalışmasından (6) soru, (Milsteina & Schreyoegga, 2016)'nın "Pay For Performance in The Inpatient Sector: A Review of 34 P4p Programs In 14 OECD Countries" isimli çalışmasından 16 soru ve kendi eklediğimiz (4) soru ile birlikte toplamda (129) ifadeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur.

4.3.1.3. Madde Havuzunun Uzman Görüşüne Sunulması

Araştırma kapsamında oluşturulan madde havuzu akademisyenler ve hekimlerden oluşan bir uzman grubuna sunularak maddelerin incelenmesi sağlanmıştır. İlgili uzmanlara ait bilgilere Tablo 20'de yer verilmektedir.

Tablo 20. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin Katılımcı Uzmanlar

Çalıştığı Kurum	Akademisyen	Akademisyen (Hekim)	Hekim	Hekim (Yönetici)	TOPLAM
Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü				1	1
Afyon Kocatepe Üniversitesi	4				4
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniv.	8	2			10
Çanakkale 18 Mart Üniversitesi	1				1
Denizli Devlet Hastanesi			3		3
Uşak Üniversitesi	1				1
TOPLAM	14	2	3	1	20

Uzman görüşleri neticesinde Kart (2013)'ın "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri" isimli

alışmasından (46) adet soru, (Bakan vd., 2008), “Performansa Göre cretlendirmeye Doktorların Genel Bakış Açıları: Bir Alan Araştırması” isimli çalışmasından (24) soru, Akpınar ve Taş (2013)’ın “Performansa Dayalı Ek deme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları zerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Bir Araştırma” isimli çalışmasından (2) soru, etinkaya (2016)’nın “Performansa Dayalı ücretlendirmenin crete Bağlı Streste Farklılık Yaratma Düzeyi: Konya Sağlık İşletmeleri Araştırması” isimli çalışmasından (6) soru ve kendi eklediğimiz (2) soru çıkarılmıştır.

Uzman görüşlerinin alınmasının ardından geriye kalan 49 madde için Tablo 21’de bilgilerine yer verilen 9 akademisyen, 3 akademisyen hekim ve 1 yönetici hekimden oluşan bir grupla odak grup görüşmeleri gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşmeleri, tüm katılımcıları ilgilendiren bir konuda küçük bir katılımcı grubun üzerinden yürütülen ve alandaki kişilerin görüşlerini, duygularını, beklentilerini ve hissiyatlarını belirlemeyi amaçlayan görüşmelerdir (Kırcaali-İftar, 2004: 1-2). Odak grupların sağlık ve tıp alanındaki araştırmacılar için avantajları vardır: kendi başlarına görüşme yapmak istemeyen veya söyleyecek hiçbir şeyi olmadığını hisseden kişilerin katılımını teşvik edebilmektedir (Kitzinger, 1995: 299).

Keşifsel araştırma modellerinden olan odak grup görüşmeleri modelinde belirli sayıda ki uzmanın bir araya gelerek konuyu tartişması gerekir (Yükselen, 2000:49). Odak gruplarında 10 – 12 katılımcının, belirlenen konuyla ilgili görüşleri alınmaktadır (Karabekir ve diğ., 2015:206). Ancak çeşitli araştırmacılara göre odak grup görüşmelerinde katılımcı sayısı; Byers & Wilcox (1988)’e göre 8-12 kişi, MacIntosh, (1993)’a göre 6-10 kişi, Kitzinger, (1995)’a göre 4-9 kişi, Goss & Leinbach (1996)’a göre 15 kişi, Morgan, (1996)’a göre 6-12 kişi, Gibbs (1997)’e göre 6-12 kişi, Edmunds (1999)’a göre 8-10 kişidir. Buna rağmen gruba kaç kişinin katılması gerektiği ve ne kadar sayıda bu görüşmelerin tekrar edileceği konusunda kesin bir kural olmayıp, bu durum araştırmacının neyi ne kadar duymak istediğiyle ilgili kararının neticesidir (okluk vd., 2011). Bu durumda grubun büyüklüğünü belirlerken, alanda bizzat görev yapan hekimlerle birlikte yöneticilerin, alana yönelik farklı bakış açıları olabilecek akademisyenlerin ve profesyonel araştırmacıların görüşlerinin alınması konuya disiplinler arası bir değerlendirme sağlayabilir. Bu sebeple farklı alanlardan uzmanlar ve akademisyenlerle birlikte odak görüp görüşmeleri yapılmıştır. Böylelikle madde havuzundaki birçok soru elenmiş ve düzgün bir soru kalıbının oluşturulması sağlanmıştır.

Tablo 21. Odak Grup Görüşmelerine Katılan Uzman ve Akademisyenler⁶

Çalıştığı Kurum	Akademisyen	Akademisyen (Hekim)	Hekim (Yönetici)	Toplam
Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü			1	1
Afyon Kocatepe Üniversitesi	3			3
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üni.	3	3		6
Dokuz Eylül Üniversitesi	1			1
Süleyman Demirel Üniversitesi	1			1
Uşak Üniversitesi	1			1
TOPLAM	9	3	1	13

4.3.1.4. Taslak Ölçeğin Hazırlanması

Taslak ölçeğin hazırlanması sürecinde yaşanan pandemi ve görüşü alınacak uzmanların bir kısmının hekim olmaları ve yoğun çalışmaları sebebiyle ilgili kişilerin görüşlerinin alınması için Davis Tekniğine (Davis, 1992) uygun bir form hazırlanmıştır. Davis tekniğinde; (a) “Madde Uygun”, (b) “Madde Biraz Gözden Geçirilmeli”, (c) “Madde Ciddi Olarak Gözden Geçirilmeli”, (d) “Madde Uygun Değil” ve açıklama kısmına yer verilmekte olup, her soru için görüşlerini ayrı ayrı belirtmeleri istenilmektedir. Tekniğe göre; (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünmekte ve böylece maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmektedir. Bu değer 0,80 olması yeterli bir ölçüt olarak görülmektedir. Kapsam geçerlik oranı (KGO), herhangi bir maddeye ilişkin “Gerekli” görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına bölünerek bir çıkarılmasıyla elde edilmektedir. Formülü aşağıdaki gibidir.

$$KGO = \frac{N_G}{N / 2} - 1$$

NG: Gerekli diyen uzman sayısı
N: Görüş Belirten Toplam Uzman Sayısı

KGO’ların istatistiksel olarak anlamlılıklarını test edebilmek için, hesaplama kolaylığı açısından $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO’ların minimum değerleri (kapsam geçerlik ölçütleri), Veneziano (1997) tarafından belirlenmiş ve tabloya dönüştürülmüştür. Kapsam geçerliği için minimum değerler Tablo 22’de gösterilmektedir.

⁶ İlgili uzmanlara ait bilgiler Ek-7’de verilmektedir.

Tablo 22. $\alpha = 0,05$ Anlamlılık Düzeyinde KGO İçin Minimum Değerler Tablosu

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99	13	0,54
6	0,99	14	0,51
7	0,99	15	0,49
8	0,78	20	0,42
9	0,75	25	0,37
10	0,62	30	0,33
11	0,59	35	0,31
12	0,56	40+	0,29

Tabloya göre, uzman sayısına ilişkin minimum değerler aynı zamanda maddenin istatistiksel anlamlılıklarını vermektedir (Yurdugül, 2005). Taslak ölçekteki her soru için “Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)” ve “Kapsam Geçerlik Oranı (KGO)” hesaplanmıştır. İlgili hesaplamalar Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 23. Taslak Ölçeğe İlişkin KGİ ve KGO Hesapları Tablosu

Kapsam Geçerlik İndeksi – Kapsam Geçerlik Oranlarının Hesaplanması								
SN	MADDELER	Madde Uygun	Madde Biraz Gözden Geçirilmeli	Madde Ciddi Gözden Geçirilmeli	Madde Uygun Değil	TOPLAM UZMAN SAYISI	Kapsam Geçerlik İndeksi	Kapsam Geçerlik Oranı
1	PDEÖS hekimlerin tıbbi bakım kalitesini iyileştirir.	15	3	1	1	20	0,90	0,50
2	PDEÖS tıbbi hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde bir ölçüttür.	16	2	1	1	20	0,90	0,60
3	PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır.	16	2	0	2	20	0,90	0,60
4	PDEÖS hekimlerin hastaya ayırdığı süreyi azaltır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
5	PDEÖS hekimin bir üst basamağa hasta sevkini azaltır.	16	4	0	0	20	1,00	0,60
6	PDEÖS hekimin tetkik ve ameliyat sayısını artırır.	17	3	0	0	20	1,00	0,70

Tablo 23 (Devam). Taslak Ölçeğe İlişkin KGİ ve KGO Hesapları Tablosu

Kapsam Geçerlik İndeksi – Kapsam Geçerlik Oranlarının Hesaplanması								
SN	MADDELER	Madde Uygun	Madde Biraz Gözden Geçirilmeli	Madde Ciddi Gözden Geçirilmeli	Madde Uygun Değil	TOPLAM UZMAN SAYISI	Kapsam Geçerlik İndeksi	Kapsam Geçerlik Oranı
7	PDEÖS hekimin hasta yatışını artırır.	18	2	0	0	20	1,00	0,80
8	PDEÖS veri toplama ve izleme maliyetini artırır.	18	1	1	0	20	0,95	0,80
9	PDEÖS adil bir ücret sistemi yaratmaktadır.	17	0	3	0	20	0,85	0,70
10	PDEÖS ameliyat sonuçlarını iyileştirir.	15	2	1	2	20	0,85	0,50
11	PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır.	17	1	0	2	20	0,90	0,70
12	PDEÖS maliyetleri azaltır.	17	1	1	1	20	0,90	0,70
13	PDEÖS hasta yatış sürelerini azaltır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
14	PDEÖS dökümantasyonu (belge yoğunluğunu) azaltır.	17	1	2	0	20	0,90	0,70
15	PDEÖS ulusal kalite yönergelerine uyumu artırır.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
16	PDEÖS ölüm oranlarını azaltır.	16	1	0	3	20	0,85	0,60
17	PDEÖS hastane kaynaklı rahatsızlıkları azaltır.	14	4	2	0	20	0,90	0,40*
18	PDEÖS hekimlerde performans kaygısına neden olur.	18	3	0	0	21	1,00	0,80
19	PDEÖS bir denetim aracı olarak uygulanabilir.	16	2	1	1	20	0,90	0,60
20	PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu etkiler.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
21	PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
22	PDEÖS hekimlerin performanslarını adil olarak değerlendirir.	19	0	1	0	20	0,95	0,90
23	PDEÖS hekimlerin bireysel performansını artırır.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
24	PDEÖS hekimlerin aylık kazancını artırır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
25	PDEÖS hekimlerin nöbet tutma talebini artırır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
26	PDEÖS ile hekimlerin farklı performans ücreti alması çalışan ilişkilerini olumsuz etkiler.	19	1	0	0	20	1,00	0,90

Tablo 23 (Devam). Taslak Ölçeğe İlişkin KGİ ve KGO Hesapları Tablosu

Kapsam Geçerlik İndeksi – Kapsam Geçerlik Oranlarının Hesaplanması								
SN	MADDELER	Madde Uygun	Madde Biraz Gözden Geçirilmeli	Madde Ciddi Gözden Geçirilmeli	Madde Uygun Değil	TOPLAM UZMAN SAYISI	Kapsam Geçerlik İndeksi	Kapsam Geçerlik Oranı
27	PDEÖS hekimler arasındaki rekabeti arttırır.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
28	PDEÖS iş ortamındaki barış ve huzuru olumsuz etkiler.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
29	PDEÖS hekimler arası mesleki dayanışmayı olumsuz etkiler.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
30	PDEÖS hastalar açısından yarar sağlar.	14	3	1	2	20	0,85	0,40*
31	PDEÖS hasta ve yakınlarının memnuniyetini artırır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
32	PDEÖS hasta bekleme süresini azaltır.	17	3	0	0	20	1,00	0,70
33	PDEÖS hekimin hastalara olan ilgisini artırır.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
34	PDEÖS hastaların hekime ulaşımını kolaylaştırır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
35	PDEÖS hastaların hekime bakış açısını olumlu etkiler.	18	1	0	1	20	0,95	0,80
36	PDEÖS eşitsizlikleri azaltır.	16	2	0	2	20	0,90	0,60
37	PDEÖS bakım kalitesi farklılıklarını azaltır.	14	5	0	1	20	0,95	0,40*
38	PDEÖS protez kullanılan operasyonlarda bekleme süresini azaltır.	15	4	0	1	20	0,95	0,50
39	PDEÖS taburcu sonrası yeniden kabul oranlarını azaltır.	15	4	0	1	20	0,95	0,50
40	PDEÖS hekimin motivasyonunu artırır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90
41	PDEÖS hekim muayene süresinde zaman baskısı yaratır.	18	2	0	0	20	1,00	0,80
42	PDEÖS'den genel olarak memnunum.	17	0	1	2	20	0,85	0,70
43	PDEÖS hekimin hak ettiği kazancı almasını sağlar.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
44	PDEÖS hekimin özerkliğini olumlu etkiler.	18	1	1	0	20	0,95	0,80
45	PDEÖS hekimin teşhis ve tedaviye ilişkin karar verme sürecini olumlu etkiler.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
46	PDEÖS hekimi örgütsel ve mesleki olarak yalnızlaştırır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90

Tablo 23 (Devam). Taslak Ölçeğe İlişkin KGİ ve KGO Hesapları Tablosu

Kapsam Geçerlik İndeksi – Kapsam Geçerlik Oranlarının Hesaplanması								
SN	MADDELER	Madde Uygun	Madde Biraz Gözden Geçirilmeli	Madde Ciddi Gözden Geçirilmeli	Madde Uygun Değil	TOPLAM UZMAN SAYISI	Kapsam Geçerlik İndeksi	Kapsam Geçerlik Oranı
47	PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması hekimlerde kaygı yaratır.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
48	PDEÖS hekimin iş stresini artırır.	20	0	0	0	20	1,00	1,00
49	PDEÖS hekimlerin iş memnuniyetini artırır.	19	1	0	0	20	1,00	0,90

Tüm sorulara ait KGİ değerlerinin 0,80 üzerinde olduğu KGO değerlerinin de üçü hariç (17., 30., 37. ifadeler) diğerlerinin yirmi uzman sayısına göre kabul edilebilir oran olan ($\alpha=0,42$) üzerinde olduğu görülmüştür. Bu oranın altında olan diğer üç soruya ilişkin görüş belirten uzmanların önerileri doğrultusunda daha açık, anlaşılır hale getirilerek soruların tam olarak anlaşılabilmesine yol açan muğlaklık ortadan kaldırılmış bu sayede netlik kazandırılmıştır.

Katılımcıların açıklama kısmına yazdıkları öneriler tablo haline getirilmiştir. Getirilen bu öneriler araştırmacı ve hem kamu sağlık sektöründe deneyimli hem de bir akademisyen uzman tarafından değerlendirilmiştir. Buna göre hiç öneri getirilmeyen maddeler (15., 21., 23., 27., 33., 40., 43., 45., 47. ve 48. ifadeler) taslak ölçekten çıkarılmış ve ölçeğe son hali verilmiştir. Taslak ölçekte yer alan maddelere ait getirilen öneri sayıları Tablo 20’de verilmektedir.

Tablo 24. Taslak Ölçekteki Maddelere Getirilen Öneri Sayıları

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
5	4	4	1	4	3	2	2	3	4	3	3	2	3	0	4	5	2	5	1	0	2	0	1	1
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
2	0	1	1	6	1	2	0	3	2	5	6	4	7	0	2	3	0	3	0	2	0	0	1	

4.3.1.5. Taslak Ölçeğin Uygulanması

Taslak ölçeğin uygulanması aşamasında öncelikle Haziran 2021 tarihinde güncellenmiş olan Afyonkarahisar Devlet Hastanesi web sitesinde e-posta adreslerini

belirten 69 hekime ilgili anket formu online olarak gönderilmiş ve üniversite hastanesinden de 15 hekime ulaşılmıştır. Her ne kadar 50 hekime ulaşılarak bir pilot çalışma yapılmak arzu edilse pandemi dönemi olması sebebi ile toplamda sadece 22 doktordan geri dönüş elde edilmesi sayının tamamlanmasına yeterli olmamıştır. Bu nedenle taslak ölçek araştırma ve devlet hastanesinde görev yapan hekimlere, ilgili kurumların resmi izinlerine istinaden gönderilmiştir.⁷ Neticede Eylül – Aralık 2021 döneminde elde edilen 307 anketten kurallara uymayan 6 anket çıkartılarak, 301 hekimin yanıtlarından oluşan bir veri seti elde edilmiştir.

4.3.1.6. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi

Bir ölçek aracının geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir. Geçerlik, ölçülmek istenen kavramın herhangi bir şeyle karıştırılmadan ölçülmesi ve sonuçlandırılmasıdır (Sayım, 2021: 142-143). Bir başka ifadeyle geçerlik, ölçülmek istenen kavramın ölçülebilirlik derecesidir. Ayrıca ölçekler çeşitli alt boyutlardan ve maddelerden oluşmaktadır. Bu maddelerin konuya uygun olması ölçeğin geçerli olabilmesinin ön şartı olarak görülmektedir (Oppenheim, 1992: 160). Bir ölçeğin yapısal anlamda geçerliliğini test edebilmek için faktör analizlerinden faydalanılmaktadır. Faktör analizi, çok sayıda değişkenin oluşturduğu veri setinin sadeleştirilerek daha anlaşılır ve açık hale getirilmesi için yapılan bir analizdir (Özdemir, 2016: 314). Bu analizler Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Araştırmacıların, bir dizi değişken tarafından kaç faktörün temsil edildiğine dair temel soruları yanıtlamaya çalıştığı bir analizde açıklayıcı faktör analizi (AFA), faktörlerin sayısını ve bunların her birini ölçen değişkenleri önceden belirleyebildikleri araştırmalarda ise doğrulayıcı faktör analizi (DFA) kullanılmaktadır (Bandalos, 2018: 302). Bir başka deyişle yeni bir ölçek geliştirme sürecinde AFA, ölçeğin doğruluğunu test etmek içinse DFA kullanılmaktadır (Güngör, 2016: 107). Bu bakımdan ölçek geliştirme çalışmalarının ilk safhasında araştırılan değişkenlerin hangi faktörleri kapsadığını incelemek amacıyla AFA kullanılmaktadır (Gülbüz ve Şahin, 2018: 317). Açıklayıcı

⁷ İlgili izin yazı ekleri

Ek – 2: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi

Ek – 3: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi İzin Belgesi

Ek – 4: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Ön İzin Belgesi

Ek – 5: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzin Belgesi

faktör analizi, çok sayıda ki değişkenin daha anlamlı ve sade hale getirilebilmesi için az sayıda örtük değişken keşfetmeyi hedefleyen çok değişkenli bir metottur (Bektaş, 2017).

Literatürde en çok kullanılan güvenilirlik analizi yöntemi iç tutarlılık güvenirliliğidir. Bu yöntemde Cronbach alfa değeri esas alınmakta ve en az 0,70 olması beklenmektedir. Ancak ölçek geliştirme araştırmalarında bu eşik 0,60'a indirilebilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018: 331-333). Ayrıca ölçekte olumsuz anlam ifade eden maddelere ilişkin verilen cevapların yanlışlığını azaltmak için ters kodlanmaları gerekmektedir (Suárez-Alvarez vd., 2018: 149). Performansa Dayalı Hekim Algısı Ölçeğinde ters kodlanan maddeler şu şekildedir:

- (HT1):“PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır.”
- (HT2):“PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması hekimlerin iş motivasyonunu azaltır.”
- (HT3):“PDEÖS hekimin iş stresini artırır.”

Araştırmada kullanılan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin geçerliliğine yönelik açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan faktör analizinde Kaise-Meyer-Olkin değeri 0,889 ve Bartlett's Küresellik testi (ki-kare= 3686,007, df= 136, sig.=0,000) sonucunda örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi Sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 alt boyut elde edilmiştir. Bunlar (Hekim Performansı (HP), Hekim Tatmini (HT), Hizmet Kalitesi (HK) ve Hasta Memnuniyeti (HM)) şeklindedir. Birinci alt boyut olan “Hekim Performansı” boyutunun özdeğeri 7,168, açıklayıcılık oranı ise %42,162'dir. İkinci alt boyut “Hizmet Kalitesi” boyutunun özdeğeri 2,599, açıklayıcılık oranı %15,286'dır. Üçüncü alt boyut “Hasta Memnuniyeti” boyutunun özdeğeri 1,617, açıklayıcılık oranı %9,509'dır. Dördüncü alt boyut “Hekim Tatmini” boyutunun özdeğeri 1,040, açıklayıcılık oranı %6,116'dır.

Hekim Performansı boyutunda 5 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,839-0,900 arasındadır. Hizmet Kalitesi boyutunda 5 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,482-0,824 arasındadır. Hasta Memnuniyeti boyutunda 4 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,617-0,822 arasındadır. Hekim Tatmini boyutunda 3 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,766-0,816 arasında değişmektedir. Sonuç olarak PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği, 4 alt boyuttan ve 17 ifaden oluşmaktadır.

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Hekim performansı boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,948 bulunmuştur. Hizmet kalitesi boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,888 bulunmuştur. Hasta memnuniyeti boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,792 bulunmuştur. Hekim tatmini boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı 0,711 bulunmuştur. Yapılan güvenilirlik analizi sonucunda PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin Toplam Açıklayıcılık Oranı=73,073, Cronbach's Alpha katsayısı 0,889 bulunmuştur. Bu sonuçlar 4 alt boyuttan oluşan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin güvenilir olduğunu göstermektedir. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine ilişkin AFA sonuçları ve Cronbach's α değerlerine ait bulgular Tablo 25'te verilmektedir.

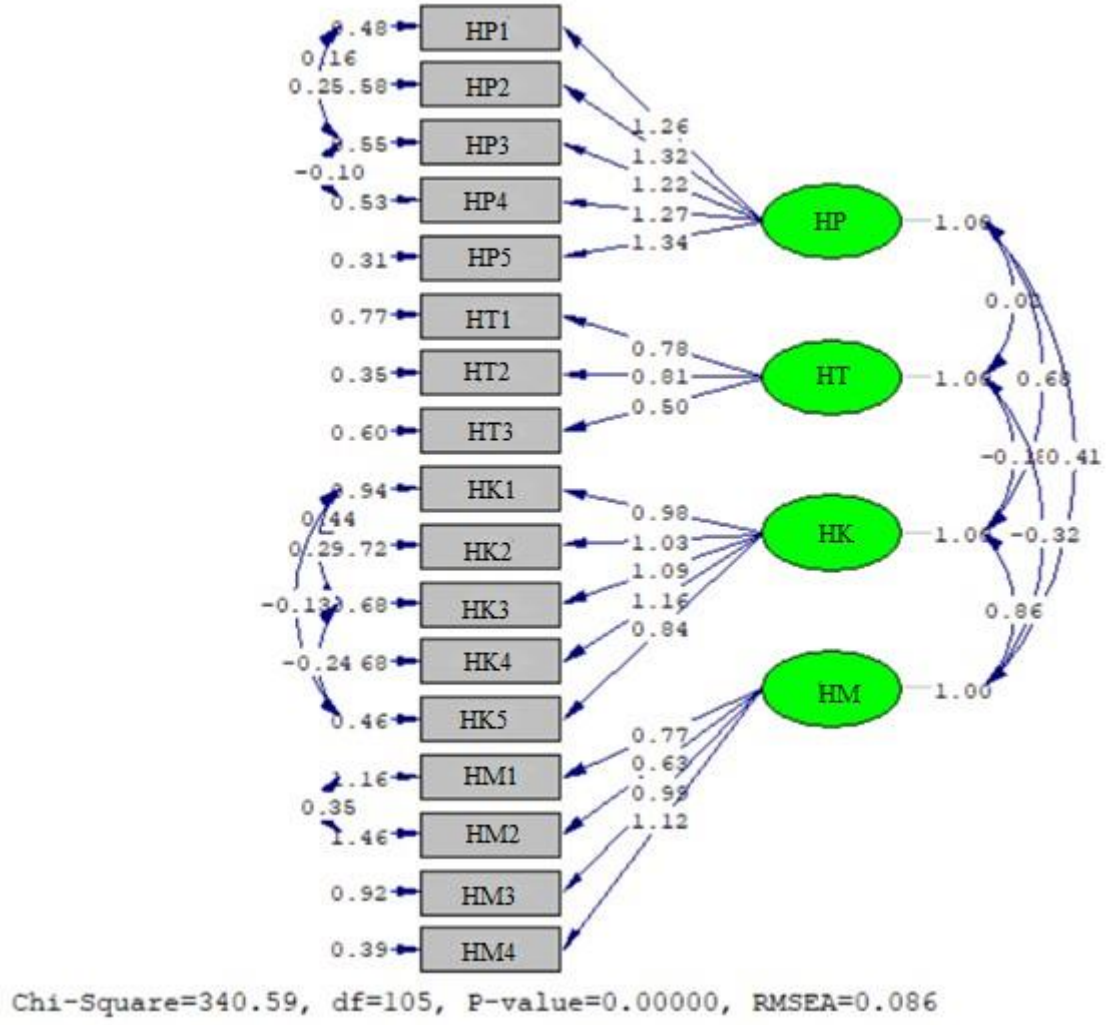
Tablo 25. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin AFA Sonuçları ve Cronbach's α Değerleri

Faktörler/Maddeler		Faktör Yüğü	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	α
HP	Hekim Performansı		7,168	42,162	0,948
HP1	PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliğini olumlu etkiler.	0,900			
HP2	PDEÖS hekimin motivasyonunu artırır.	0,899			
HP3	PDEÖS hekimin karar verme sürecini olumlu etkiler.	0,845			
HP4	PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu etkiler.	0,840			
HP5	PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.	0,839			
HK	Hizmet Kalitesi		2,599	15,286	0,888
HK1	PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır.	0,824			
HK2	PDEÖS tedavi kaynaklı hastane ölüm oranlarını azaltır.	0,806			
HK3	PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır.	0,799			
HK4	PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır.	0,644			
HK5	PDEÖS hekimlerin tıbbi hizmet kalitesini iyileştirir.	0,482			
HM	Hasta Memnuniyeti		1,617	9,509	0,792
HM1	PDEÖS hastaların muayene için bekleme süresini azaltır.	0,822			
HM2	PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.	0,767			
HM3	PDEÖS tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır.	0,630			
HM4	PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir.	0,617			
HT	Hekim Tatmini		1,040	6,116	0,711
HT1	PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır.	0,816			
HT2	PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması iş motivasyonunu azaltır.	0,786			
HT3	PDEÖS hekimin iş stresini artırır.	0,766			
Kaise-Meyer-Olkin değeri 0,869 ve Bartlett's Küresellik testi (ki-kare= 3686,007, sd= 136, sig.=0,000), PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Toplam Açıklayıcılık Oranı=73,073, Cronbach's α katsayısı=0,889					

4.3.1.7. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Bilimsel araştırmalar sistematik bir şekilde toplanan verilerin tetkik ve test edilmesi ile elde edilen neticelerden oluşmaktadır. Bu durum bir araştırmanın bilimsel bir özellik kazanabilmesi için ölçülebilirliği şart koşmaktadır. Esasen bilimsel bilgi üretme işi veri toplayabilme ve ölçümleyebilmektir denilebilir (Bayat, 2014: 1). Bunun için daha önceden oluşturulmuş, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçekler kullanılmaktadır. Bu tür ölçeklerin kullanımında ise ilgili ölçeğin araştırmaya uygun olup olmadığını anlayabilmek için doğrulayıcı faktör analizi kullanılmaktadır. Ancak herhangi bir ölçme aracının olmadığı durumlarda yeni bir ölçme aracı geliştirmek gerekebilir. Bu durumda AFA ile maddelerin oluşturduğu yapı açıklanmaya çalışılır ve ardından DFA ile ölçeğin kuramsal yapısı sınanır. Böylelikle yeni ölçme aracının yapısal geçerliliği test edilerek geçerli bir ölçek olduğu doğrulanmış olmaktadır. Bir ölçeğin doğru bir ölçüm yapıp yapmadığının test edilebilmesi ve tatmin edici olabilmesi için bir boyut altındaki maddelerin kendi aralarında tutarlı olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir. Böylece ilgili ölçüm aracının güvenilir olup olmadığı anlaşılmaktadır. Bu anlamda güvenilirlik, aynı ölçeğin aynı evrene, farklı zamanlarda ve farklı örneklem düzeylerinde uygulanması durumundaki tutarlılığı ifade etmektedir (Gürbüz ve şahin, 2018: 331-342). Bununla birlikte ölçek geliştirme çalışmalarını inceleyen (Koyuncu ve Kılıç, 2019:361), aynı örneklem üzerinde hem AFA hem de DFA yapıldığına dair çok sayıda çalışma olduğunu tespit etmişlerdir.

Şekil 6. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi



Tablo 26. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	PDEÖS
RMSEA	$0 < RMSEA < 0.05$	$0.05 \leq RMSEA \leq 0.10$	0.086
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 < NFI \leq 0.95$	0.95
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1$	$0.95 \leq NNFI \leq 0.97$	0.95
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1$	$0.95 \leq CFI \leq 0.97$	0.96
SRMR	$0 \leq SRMR < 0.05$	$0.05 \leq SRMR \leq 0.10$	0,063

Kaynak: Schermelleh-Engel vd., 2003

Literatüre göre DFA ile hesaplanan (χ^2/df) oranının beşten küçük olması, modelin gerçek veriler ile iyi uyum sağladığının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Marsh & Hocevar, 1988; Sümer, 2000; Gülbahar ve Büyüköztürk, 2008:151). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin DFA hesaplamasındaki değeri (χ^2/df)=3,24 olarak hesaplanmış olup, iyi bir uyumun sağlandığı görülmektedir.

Modelin uyumunu değerlendiren çeşitli uyum kriterleri bulunmaktadır (Bayram, 2010: 71). Tablo 27’de uyum kriterlerinin türü açıklamalarına yer verilmektedir.

Tablo 27. Uyum Kriterleri ve Açıklamaları

Uyum Kriteri Adı	Uyum Kriteri Türü	Uyum Kriterlerinin Açıklaması
χ^2	Mutlak Uyum İndeksi	Önerilen model ile verinin uyumunu test eder.
GFI	Mutlak Uyum İndeksi	Model uyumunu örneklem büyüklüğünden bağımsız olarak test etmekte kullanılmaktadır.
AGFI	Mutlak Uyum İndeksi	GFI’nın serbestlik derecesine göre ayarlanmış halidir.
RMSEA	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	Serbestlik derecesini dikkate alarak, modelin örneklem kovaryansı ile uyumunu test etmektedir.
NFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	χ^2 dağılımının şartlarından bağımsız olarak karşılaştırma yapmakta kullanılmaktadır.
NNFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	NFI’nın serbestlik derecesinin hesaba katılmış halidir.
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	Serbestlik derecesi ve örneklem büyüklüğü il ilişkili olarak test edilen modeli ana modele göre kıyaslar.
SRMR	Artık Temelli Uyum İndeksi	Evrene ve örnekleme ait kovaryans matrisleri arasındaki artık kovaryansları sınar.

Kaynak: Gürbüz ve Şahin, 2018: 345

Şekil 6’da yer alan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde ölçeğin NFI ve CFI uyum kriterlerinde mükemmel uyum aralığını yakaladığını ve RMSEA, NNFI, SRMR ve GFI uyum kriterlerinde ise kabul edilebilir uyum aralığında olduğu görülmektedir.

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutları olan Hekim Performansı (HP), Hekim Tatmini (HT), Hizmet Kalitesi (HK) ve Hasta Memnuniyeti (HM) için Şekil 1’de verilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, hasta memnuniyeti üzerinde en etkili değişkenin 0,95’lik katsayı yükü ile HM4 "PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir." değişkeni olduğu, bu değişkeni 0,88’lik katsayı yükü ile HM3 "PDEÖS hasta tedavisinde kullanılacak tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır." değişkeni olup, en düşük etkili olansa HM2 “PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.” değişkenidir. Buna göre performans sistemi klinik hastaların iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamak ve hasta tedavilerinde kullanılacak malzemelerin tedarik süresini kısaltmada olumlu rol oynamaktadır. Ancak hastaların yatış sürelerinin kısalması hasta ve yakınlarını çok memnun etmemektedir.

Hekim performansı üzerinde en etkili değişkenin 0,92'lik katsayı yükü ile HP5 "PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar." değişkeni olduğu ve bu değişkeni 0,88'lik katsayı yükü ile HP1 "PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliğini olumlu etkiler." değişkeni olup, en düşük etkili olansa 0,86'lık katsayı ile HP3 "PDEÖS hekimin karar verme sürecini olumlu etkiler." değişkenidir. Bu durum performans sistemi ile ilgili olarak sistemin hekimleri verimli çalışmaya yönelttiğini ayrıca tanı ve teşhis özerkliklerine de olumlu katkı sağladığını ancak hekimin karar verme sürecini ölçeğin diğer maddelerine göre daha az etkilediğini söyleyebiliriz.

Hekimlerin hizmet kalitesi üzerindeki en etkili değişkenin 0,83'lük katsayı yükü ile HK4 "PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır." değişkeni olduğu ve bu değişkeni 0,80'lik katsayı yükü ile HK3 "PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır." değişkeni olup, en düşük etkili olansa 0,71'lik katsayılı ile HK1 "PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır." değişkenidir. Buna göre performans sistemi tedavi işlemlerinde hata oranını azaltmakta ve komplikasyon maliyetlerini azaltmakta olumlu bir katkı sağlarken hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltmada aynı grupta yer alan diğer maddeler kadar etkili değildir.

Hekim tatmini üzerindeki en etkili değişkenin 0,81'lik katsayı ile HT2 "PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması hekimlerin iş motivasyonunu azaltır." değişkeni olduğu ve bu değişkeni 0,66'lık katsayı ile HT1 "PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır." değişkeni olup, en düşük etkili olansa 0,54'lük katsayılı ile HT3 "PDEÖS hekimin iş stresini artırır." değişkenidir. Buna göre performans sisteminin emekliliğe yansımaması hekimlerin iş motivasyonlarını olumsuz anlamda etkilemekte ve hekimleri kurumsal ve mesleki anlamda yalnızlaştırmaktadır. Ayrıca PDEÖS hekimlerin iş stresini artırdığından hekim tatminine olumsuz etkilemektedir.

4.3.2. Etik Duyarlılık Ölçeği

Ahlaki duyarlılık ölçeği⁸, hemşirelerin etik karar verme süreçlerindeki duyarlılıklarını ölçmek amacıyla Kim Lützn tarafından Stokholm/İsveç'te 1994 yılında geliştirilmiştir. 2005 yılında Hale Tosun tarafından Türkçe'ye uyarlanması yapılan ve birçok çalışmada da kullanılan ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,84 olarak bildirilmiş olup (Tosun, 2005), bu araştırmadaki Cronbach alfa katsayısı 0,83'tür. Yakın zamanda Etik

⁸ Etik duyarlılık ölçeği olarak kullanılması tercih edilmiştir.

duyarlılık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve sonuç olarak Türk kültürüne uygunluğu konusunda yeterliliği sağladığı ve hekim/hemşirelerde etik duyarlılığı belirlemek için kullanılabilecek bir ölçme aracı olduğu tespit edilmiştir (Tosun, 2018: 317).

Etik duyarlılık ölçeği altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar “otonomi” otonomi ilkesine ve hastanın tercihlerine saygı duyma, “yarar sağlama” hasta bireyin yararını artırmaya yönelik eylemler, “bütüncül yaklaşım” hem hastaya zarar vermeyecek hem de hastanın bütünlüğünü koruyacak eylemler, “çatışma” içsel bir etik çatışma deneyimi, “uygulama” eyleme karar verme ve uygulamada etik boyutu düşünme, “oryantasyon” sağlık bakım profesyonellerinin hasta ile ilişkilerini etkileyecek eylemlerine yönelik ilgiyi ifade etmektedir. 30 maddeden oluşan ölçeğin ilgili boyutları ve maddeleri aşağıda belirtilmektedir.

- Otonomi alt boyutu maddeleri : (10.,12.,15.,16., 21., 24. ve 27. maddeler)
- Yarar sağlama alt boyutu maddeleri : (2., 5., 8. ve 25. maddeler)
- Bütüncül yaklaşım alt boyutu maddeleri : (1., 6., 18., 29. ve 30. maddeler)
- Çatışma alt boyutu maddeleri : (9., 11. ve 14. maddeler)
- Uygulama alt boyutu maddeleri : (4., 17., 20. ve 28. maddeler)
- Oryantasyon alt boyutu maddeleri : (7., 13., 19. ve 22. maddeler)
- Boyutlarda yer almayan maddeler : (3, 23, 26. maddeler)

İlgili ölçek likert tipi yedili bir ölçektir. Ancak bu çalışmada ankete katılacak hekimlerde kafa karışıklığı yaratmaması ve bu anlamda PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ile uyum sağlaması açısından ilgili ölçek beşli likert tipte uygulanmıştır. Ölçekte yer alan ifadeler, “1 Hiç Katılmıyorum”, “2 Az Katılıyorum”, “3 Orta Katılıyorum”, “4 Katılıyorum” ve “5 Tamamen Katılıyorum” şeklindedir. Bu anlamda 1 düşük duyarlılığı, 5 yüksek duyarlılığı ifade etmektedir. Buna göre ölçekten en düşük 30 ve en yüksek 150 puan alınabilir. Alınan yüksek puan yüksek etik duyarlılığı, düşük puan ise düşük duyarlılığı ifade etmektedir.

Etik duyarlılık ölçeğinin bu araştırmadaki kullanımında analize başlamadan önce olumsuzluk içeren (6., 7., 9., 14., 15., 16., 29., 30. maddeler) maddeler ters kodlanmış ve

böylece ifadelerin yanlışlık oranlarının olumsuz etkilenmesi önlenmiştir. Ayrıca PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ile herhangi bir uyum göstermeyen “yarar sağlama” alt boyutu çalışma kapsamında değerlendirmeye alınamamıştır.

5. VERİLERİN ANALİZİ ve BULGULAR

Araştırmada kullanılan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği ve Etik Duyarlılık Ölçeği ile ilgili tanımlayıcı istatistikler şu şekildedir.

5.1. PDEÖS HEKİM ALGISI ÖLÇEĞİ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 28’de verilmektedir.

Tablo 28. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler (N=301)

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları	Min.	Max.	Ort.	S.S.	Skewness		Kurtosis	
					İstatistik	S.H.	İstatistik	S.H.
Hekim Performansı	1,00	5,00	2,67	1,33	0,414	0,140	-1,294	0,280
Hizmet Kalitesi	1,00	5,00	2,83	1,10	0,036	0,140	-0,875	0,280
Hasta Memnuniyeti	1,00	5,00	3,48	1,05	-0,653	0,140	-0,385	0,280
Hekim Tatmini	1,00	4,33	1,86	0,83	0,932	0,140	0,064	0,280
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	1,00	4,29	2,77	0,80	-0,113	0,140	-0,516	0,280

Hekim Performansı boyutunun ortalaması $2,67 \pm 1,33$ ve Skewness değeri 0,414 ve Kurtosis değeri -1,294, Hizmet Kalitesi boyutunun ortalaması $2,83 \pm 1,10$ ve Skewness değeri 0,036 ve Kurtosis değeri -0,875, Hasta Memnuniyeti boyutunun ortalaması $3,48 \pm 1,05$ ve Skewness değeri -0,653 ve Kurtosis değeri -0,385, Hekim Tatmini boyutunun ortalaması $1,86 \pm 0,83$ ve Skewness değeri 0,932 ve Kurtosis değeri 0,064, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin genel ortalaması $2,77 \pm 0,80$ ve Skewness değeri -0,113 ve Kurtosis değeri -0,516’dır.

Ortalamaların değerlendirilmesinde Likert tipli ölçeklere yönelik kesim noktaları ($4/5=0,80$) dikkate alınmıştır. Buna göre ortalamalar; “1,00-1,79=çok düşük, 1,80-2,59=düşük, 2,60-3,39=orta, 3,40-4,19=yüksek ve 4,20-5,00=çok yüksek” olmak üzere beş düzeyde değerlendirilmiştir (Karagöz, 2017). Buna göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin toplam ortalamasının, Hekim Performansı ve Hizmet Kalitesi boyutlarının ortalamalarının “orta”, Hasta Memnuniyeti boyutunun ortalamasının “yüksek”, Hekim Tatmini boyutunun ortalaması “düşük” düzeyde olduğu görülmektedir. Sonuç olarak,

performans sisteminden en çok hastaların memnun olduklarını hekimlerin ise en az memnun olan taraflar olduğunu söylemek mümkündür.

Normallik varsayımında Skewness ve Kurtosis değerlerinin $\pm 1,500$ aralığında olma kriteri dikkate alınmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin ve alt boyutlarının Skewness değerleri -0,653 ile +0,932, Kurtosis değerleri -1,294 ile 0,064 arasında değişmektedir. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin ve alt boyutlarının Skewness ve Kurtosis değerleri $\pm 1,500$ arasında olduğu için araştırma verilerinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tablo 28).

5.2. ETİK DUYARLILIK ÖLÇEĞİ TANIMLAYICI İSTATİSTİKLER

Etik duyarlılık ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 29’da verilmektedir.

Tablo 29. Etik Duyarlılık Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler (N=301)

Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutları	Min.	Max.	Ort.	S.S.	Skewness		Kurtosis	
					İstatistik	S.H.	İstatistik	S.H.
Bütüncül Yaklaşım	2,40	5,00	3,99	,49	-,329	,140	-,504	,280
Uygulama	1,50	5,00	3,87	,71	-,344	,140	-,213	,280
Çatışma	1,00	5,00	3,78	,87	-,907	,140	,860	,280
Otonomi	2,43	5,00	4,10	,52	-,466	,140	,093	,280
Oryantasyon	2,50	5,00	4,05	,61	,015	,140	-,851	,280
Etik Duyarlılık Ölçeği	2,91	4,83	3,99	,44	-,347	,140	-,800	,280

Bütüncül Yaklaşım boyutunun ortalaması $3,99 \pm 0,49$ ve Skewness değeri -0,329 ve Kurtosis değeri -0,504, Uygulama boyutunun ortalaması $3,87 \pm 0,71$ ve Skewness değeri -0,344 ve Kurtosis değeri -0,213, Çatışma boyutunun ortalaması $3,78 \pm 0,87$ ve Skewness değeri -0,907 ve Kurtosis değeri 0,860, Otonomi boyutunun ortalaması $4,10 \pm 0,52$ ve Skewness değeri -0,466 ve Kurtosis değeri 0,093, Oryantasyon boyutunun ortalaması $4,05 \pm 0,61$ ve Skewness değeri 0,015 ve Kurtosis değeri -0,851, Etik Duyarlılık Ölçeğinin genel ortalaması $3,99 \pm 0,44$ ve Skewness değeri -0,347 ve Kurtosis değeri -0,800’dür.

Ortalamaların değerlendirilmesinde Likert tipli ölçeklere yönelik kesim noktaları ($4/5=0,80$) dikkate alınmıştır. Buna göre ortalamalar; “1,00-1,79=çok düşük, 1,80-2,59=düşük, 2,60-3,39=orta, 3,40-4,19=yüksek ve 4,20-5,00=çok yüksek” olmak üzere beş düzeyde değerlendirilmiştir (Karagöz, 2017). Buna göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının “yüksek” düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Etik duyarlılık

ölçeğinde en yüksek ortalamanın otonomi alt boyutunda gerçekleştiğini bu anlamda hekimlerin hastaların tercihlerine çok saygılı olduklarını, en düşük ortalamanın ise çatışma alt boyutunda olduğunu bu anlamda hekimlerin diğer alt boyutlara göre nispeten bir etik çatışma içerisinde kaldıklarını söyleyebilmek mümkündür.

Normallik varsayımında Skewness ve Kurtosis değerlerinin $\pm 1,500$ aralığında olma kriteri dikkate alınmıştır (Tabachnick & Fidell, 2013). Etik Duyarlılık Ölçeğinin ve alt boyutlarının Skewness değerleri -0,907 ile +0,15, Kurtosis değerleri -0,851 ile 0,860 arasında değişmektedir. Etik Duyarlılık Ölçeğinin ve alt boyutlarının Skewness ve Kurtosis değerleri $\pm 1,500$ arasında olduğu için araştırma verilerinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tablo 29).

5.3. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE GÖRE FARKLILIK ANALİZLERİ

Araştırmanın amacı doğrultusunda “Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekim algısı demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” ve “Hekimlerin etik duyarlılıkları demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık göstermekte midir?” sorularına ayrıca cevap aranmaktadır. Bu nedenle ilgili ölçeklere ilişkin olarak yapılan farklılık analizlere ilişkin sonuçlar şu şekildedir.

5.3.1. Demografik Değişkenlere Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekim algısı ve alt boyutlarının demografik değişkenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğine dair sonuçlar şu şekildedir.

Tablo 30. Cinsiyete Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Cinsiyet		N	Ort.	S.S.	t	Sd.	P
Hekim Performansı	Kadın	132	2,72	1,34	0,608	299	0,543
	Erkek	169	2,63	1,32			
Hizmet Kalitesi	Kadın	132	2,97	1,00	2,000	299	0,046*
	Erkek	169	2,72	1,17			
Hasta Memnuniyeti	Kadın	132	3,71	0,93	3,504	299	0,001*
	Erkek	169	3,30	1,11			
Hekim Tatmini	Kadın	132	1,81	0,76	3,504	299	0,329
	Erkek	169	1,91	0,88			
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	Kadın	132	2,87	0,71	1,974	299	0,049*
	Erkek	169	2,69	0,85			

* p<0,05

Cinsiyet değişkenine göre PDES Hekim Algısı leği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örnekleme *t* testi sonuçları Tablo 30’da gösterilmektedir.

Hekim performansı alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hekim performansı puanlarında kadınların ortalaması ($2,72\pm1,34$) iken, erkeklerin ortalaması ($2,63\pm1,32$) olarak tespit edilmiştir.

Hizmet kalitesi alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre, kadınların ortalama puanlarının ($2,97\pm1,00$), erkeklerden ($2,72\pm1,17$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hasta memnuniyeti alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre kadınların ortalama puanlarının ($3,71\pm0,93$), erkeklerden ($3,30\pm1,11$) yüksek olduğu grlmştir.

Hekim tatmini alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Hekim tatmini puanlarında kadınların ortalaması ($1,81\pm0,76$) iken, erkeklerin ortalaması ($1,91\pm0,88$) olarak hesaplanmıştır. PDES hekim algısı leğinin cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin geneli için belirlenen puanlarda kadınların ortalamasının ($2,87\pm0,71$), erkeklerden ($2,69\pm0,85$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 30 incelendiğinde cinsiyet değişkenine göre kadın ve erkek hekimlerin hekim performansı ve hekim tatmininde benzer özellikler sergilediği ancak hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve PDES hekim algısının kadın hekimlerde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 31. Hekimlerin Yaş Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Yaş		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Hekim Performansı	35 ve altı yaş	144	2,50	1,20	-2,065	299	0,040*
	36 ve üstü yaş	157	2,82	1,43			
Hizmet Kalitesi	35 ve altı yaş	144	2,67	1,05	-2,435	299	0,015*
	36 ve üstü yaş	157	2,98	1,13			
Hasta Memnuniyeti	35 ve altı yaş	144	3,38	1,10	-1,583	299	0,115
	36 ve üstü yaş	157	3,57	0,99			
Hekim Tatmini	35 ve altı yaş	144	1,97	0,88	2,027	299	0,044*
	36 ve üstü yaş	157	1,77	0,77			
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	35 ve altı yaş	144	2,67	0,74	-2,126	299	0,034*
	36 ve üstü yaş	157	2,86	0,84			

* p<0,05

Yaş değişkenine göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 12’de gösterilmektedir.

Hekim performansı alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Analiz sonuçlarına göre, 35 ve altı yaş grubundaki hekimlerin ortalama puanlarının (2,50±1,20), 36 ve üstü yaş grubundaki hekimlerden (2,82±1,43) düşük olduğu belirlenmiştir.

Hizmet kalitesi alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Analiz sonuçlarına göre, 35 ve altı yaş grubundaki hekimlerin ortalama puanlarının (2,67±1,05), 36 ve üstü yaş grubundaki hekimlerden (2,98±1,13) düşük olduğu belirlenmiştir.

Hasta memnuniyeti alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). Hasta memnuniyeti puanlarında 35 ve altı yaş grubundaki hekimlerin ortalaması (3,38±1,10) iken, 36 ve üstü yaş grubundaki hekimlerin ortalaması (3,57±0,99) olarak tespit edilmiştir.

Hekim tatmini alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Analiz

sonuçlarına göre, 35 ve altı yaş grubundaki hekimlerin ortalama puanlarının ($1,97 \pm 0,88$), 36 ve üstü yaş grubundaki hekimlerden ($1,77 \pm 0,77$) yüksek olduğu belirlenmiştir. PDEÖS hekim algısı ölçeğinin yaş değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlilikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Ölçeğin geneli için belirlenen puanlarda 35 ve altı yaş grubundaki hekimlerin ortalama puanlarının ($2,67 \pm 0,74$), 36 ve üstü yaş grubundaki hekimlerden ($2,86 \pm 0,84$) düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 31 incelendiğinde 36 yaş ve üstü hekimlerin hekim performansı, hizmet kalitesi, hekim tatmini ve PDEÖS hekim algısında daha yüksek değerler taşıdığı ancak hasta memnuniyetinde 35 yaş ve altı hekimler ile 36 yaş ve üstü hekimlerin benzer değerler sergiledikleri görülmektedir.

Tablo 32. Medeni Duruma Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Medeni Durum		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Hekim Performansı	Evli	151	2,74	1,37	0,943	299	0,347
	Bekâr	150	2,60	1,28			
Hizmet Kalitesi	Evli	151	2,79	1,14	-0,764	299	0,445
	Bekâr	150	2,88	1,07			
Hasta Memnuniyeti	Evli	151	3,41	1,08	-1,070	299	0,285
	Bekâr	150	3,55	1,02			
Hekim Tatmini	Evli	151	1,77	0,79	-1,951	299	0,052
	Bekâr	150	1,96	0,86			
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	Evli	151	2,74	0,85	-0,536	299	0,592
	Bekâr	150	2,79	0,74			

* $p < 0,05$

Medeni durum değişkenine göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 32’de gösterilmektedir.

Hekim performansı alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Hekim performansı puanlarında evlilerin ortalaması ($2,74 \pm 1,37$) iken, bekarların ortalaması ($2,60 \pm 1,28$) olarak tespit edilmiştir. Hizmet kalitesi alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hizmet kalitesi puanlarında evlilerin ortalaması ($2,79 \pm 1,14$) iken, bekarların ortalaması ($2,88 \pm 1,07$) olarak hesaplanmıştır. Hasta memnuniyeti alt boyutunda medeni

durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Hasta memnuniyeti puanlarında evlilerin ortalaması ($3,41\pm1,08$) iken, bekarların ortalaması ($3,55\pm1,02$) olarak tespit edilmiştir.

Hekim tatmini alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Hekim tatmini puanlarında evlilerin ortalaması ($1,77\pm0,79$) iken, bekarların ortalaması ($1,96\pm0,86$) olarak hesaplanmıştır.

PDEÖS hekim algısı ölçeğinin medeni durum değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Ölçeğin geneli için belirlenen puanlarda evlilerin ortalaması ($2,74\pm0,85$) olarak, bekarların ortalaması ise ($2,79\pm0,74$) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 32 incelendiğinde medeni durum değişkenine göre evli hekimler ile bekar olan hekimlerin PDEÖS hekim algısı ve tüm alt boyutlarında benzer değerler sergiledikleri görülmektedir.

Tablo 33. Hekimlerin Kurumuna Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Kurum		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Hekim Performansı	Devlet Hastanesi	182	2,76	1,45	1,595	299	0,112
	Araştırma Hastanesi	119	2,53	1,10			
Hizmet Kalitesi	Devlet Hastanesi	182	3,21	0,98	7,973	299	0,000*
	Araştırma Hastanesi	119	2,26	1,04			
Hasta Memnuniyeti	Devlet Hastanesi	182	3,94	0,79	10,466	299	0,000*
	Araştırma Hastanesi	119	2,79	1,01			
Hekim Tatmini	Devlet Hastanesi	182	1,70	0,72	-4,097	299	0,000*
	Araştırma Hastanesi	119	2,11	0,92			
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	Devlet Hastanesi	182	2,98	0,71	6,159	299	0,000*
	Araştırma Hastanesi	119	2,44	0,82			

* $p<0,05$

Kurum değişkenine göre PDES Hekim Algısı leği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örnekleme t testi sonuçları Tablo 14’de gösterilmektedir.

Hekim performansı alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hekim performansı puanlarında devlet hastanesi çalışanlarının ortalaması ($2,76\pm1,45$) iken, araştırma hastanesi çalışanlarının ortalaması ($2,53\pm1,10$) olarak tespit edilmiştir.

Hizmet kalitesi alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre devlet hastanesi çalışanlarının ortalamasının ($3,21\pm0,98$), araştırma hastanesi çalışanlarının ortalamasından ($2,26\pm1,04$) yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta memnuniyeti alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre devlet hastanesinde çalışanların ortalamasının ($3,94\pm0,79$), araştırma hastanesinde çalışanların ortalamasından ($2,79\pm1,01$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hekim tatmini alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre devlet hastanesinde çalışanların ortalamasının ($1,70\pm0,72$), araştırma hastanesinde çalışanların ortalamasından ($2,11\pm0,92$) düşük olduğu görülmektedir.

PDES hekim algısı leğinin çalışılan kurum değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin geneli için belirlenen puanlarda devlet hastanesinde çalışanların ortalamasının ($2,98\pm0,71$), araştırma hastanesinde çalışanların ortalamasından ($2,44\pm0,82$) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 33 incelendiğinde kurum değişkenine göre devlet hastanesinde ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin performanslarının benzer olduğu, PDES hekim algısı, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti alt boyutlarına ait değerlerin devlet hastanesinde çalışan hekimlerinde daha yüksek olduğu ancak hekim tatmininin araştırma hastanesinde çalışan hekimlerde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 34. Hekimlerin Performans Ödemesi Alma Durumuna Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Performans Ödemesi Alma Durumu		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Hekim Performansı	Evet	248	2,71	1,37	1,322	299	0,189
	Hayır	53	2,48	1,09			
Hizmet Kalitesi	Evet	248	2,95	1,09	3,904	299	0,000*
	Hayır	53	2,31	1,04			
Hasta Memnuniyeti	Evet	248	3,63	0,98	5,577	299	0,000*
	Hayır	53	2,79	1,11			
Hekim Tatmini	Evet	248	1,80	0,79	-2,554	299	0,013*
	Hayır	53	2,15	0,92			
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	Evet	248	2,84	0,77	3,311	299	0,001*
	Hayır	53	2,44	0,82			

* p<0,05

Performans ödemesi alma durumu değişkenine göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 30’da gösterilmektedir.

Hekim performansı alt boyutunda performans ödemesi alma değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hekim performansı puanlarında performans ödemesi alanların ortalaması ($2,71\pm1,37$), performans ödemesi almayanların ortalaması ($2,48\pm1,09$) olarak tespit edilmiştir.

Hizmet kalitesi alt boyutunda performans ödemesi alma değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre performans ödemesi alanların ortalamasının ($2,95\pm1,09$), performans ödemesi almayanların ortalamasından ($2,31\pm1,04$) yüksek olduğu görülmektedir.

Hasta memnuniyeti alt boyutunda performans ödemesi alma değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre performans ödemesi alanların ortalamasının ($3,63\pm0,98$), performans ödemesi almayanların ortalamasından ($2,79\pm1,11$) yüksek olduğu görülmektedir.

Hekim tatmini alt boyutunda performans ödemesi alma değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre performans ödemesi alanların ortalamasının ($1,80\pm0,79$), performans ödemesi almayanların ortalamasından ($2,15\pm0,92$) düşük olduğu görülmektedir.

PDEÖS hekim algısı ölçeğinin performans ödemesi alma değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin geneli için belirlenen puanlarda performans ödemesi alanların ortalamasının ($2,84\pm0,77$), performans ödemesi almayanların ortalamasından ($2,44\pm0,82$) yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 34 incelendiğinde performans ödemesi alan hekimler ile almayan hekimlerin hekim performansında benzerlik gösterdiği, PDEÖS hekim algısı, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti değerlerinin performans ödemesi alan hekimlerde daha yüksek olduğu ancak performans ödemesi almayan hekimlerin hekim tatmininin daha yüksek olduğu görülmektedir.

5.3.2. Demografik Değişkenlere Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri

Demografik değişkenlere göre etik duyarlılık ölçeği ve alt boyutlarının farklılık analizleri aşağıdaki tablolarda verilmektedir.

Tablo 35. Cinsiyete Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Cinsiyet		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Bütüncül Yaklaşım	Kadın	132	4,07	0,47	2,494	299	0,013*
	Erkek	169	3,93	0,50			
Uygulama	Kadın	132	3,88	0,77	0,319	299	0,750
	Erkek	169	3,86	0,67			
Çatışma	Kadın	132	3,93	0,84	2,620	299	0,009*
	Erkek	169	3,66	0,91			
Otonomi	Kadın	132	4,16	0,51	1,543	299	0,124
	Erkek	169	4,07	0,52			
Oryantasyon	Kadın	132	4,07	0,57	0,311	299	0,756
	Erkek	169	4,04	0,64			
Etik Duyarlılık Ölçeği	Kadın	132	4,05	0,42	1,997	299	0,047*
	Erkek	169	3,94	0,45			

* $p<0,05$

Cinsiyet değişkenine göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 16’da gösterilmektedir.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre kadın hekimlerin ortalama puanlarının ($4,07\pm0,47$), erkek hekimlerden ($3,93\pm0,50$) yüksek olduğu görülmektedir.

Uygulama alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Uygulama puanlarında kadın hekimlerin ortalaması ($3,88\pm0,77$), erkek hekimlerin ortalaması ($3,86\pm0,67$) olarak tespit edilmiştir.

Çatışma alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre kadın hekimlerin ortalama puanlarının ($3,93\pm0,84$), erkek hekimlerden ($3,66\pm0,91$) yüksek olduğu görülmektedir.

Otonomi alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Otonomi puanlarında kadın hekimlerin ortalaması ($4,16\pm0,51$), erkek hekimlerin ortalaması ($4,07\pm0,52$) olarak tespit edilmiştir.

Oryantasyon alt boyutunda cinsiyet değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Uygulama puanlarında kadın hekimlerin ortalaması ($4,07\pm0,57$), erkek hekimlerin ortalaması ($4,04\pm0,64$) olarak tespit edilmiştir.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Etik duyarlılık ölçeğinde kadın hekimlerin ortalamasının ($4,05\pm0,42$), erkek hekimlerden ($3,94\pm0,45$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 35 incelendiğinde uygulama, otonomi, oryantasyon alt boyutlarının cinsiyet değişkeni açısından kadın ve erkek hekimlerde benzer özellikler gösterdiği, bütüncül yaklaşım, çatışma ve etik duyarlılık bakımından kadın hekimlerin daha yüksek değerler aldığı görülmektedir.

Tablo 36. Yaş Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Yaş		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Bütüncül Yaklaşım	35 ve altı yaş	144	3,90	0,47	-2,94	299	0,004*
	36 ve üstü yaş	157	4,07	0,50			
Uygulama	35 ve altı yaş	144	3,76	0,68	-2,60	299	0,010*
	36 ve üstü yaş	157	3,97	0,73			
Çatışma	35 ve altı yaş	144	3,74	0,87	-0,73	299	0,468
	36 ve üstü yaş	157	3,81	0,90			
Otonomi	35 ve altı yaş	144	4,04	0,55	-2,16	299	0,032*
	36 ve üstü yaş	157	4,17	0,48			
Oryantasyon	35 ve altı yaş	144	3,95	0,56	-2,80	299	0,005*
	36 ve üstü yaş	157	4,15	0,63			
Etik Duyarlılık Ölçeği	35 ve altı yaş	144	3,90	0,42	-3,08	299	0,002*
	36 ve üstü yaş	157	4,06	0,45			

* p<0,05

Yaş değişkenine göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örneklem *t* testi sonuçları Tablo 17’de gösterilmektedir.

Bütüncül yaklaşım alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre 35 ve altı yaş grubun ortalama puanlarının ($3,90\pm 0,47$), 36 ve üstü yaş grubun ortalama puanlarından ($4,07\pm 0,50$) düşük olduğu görülmektedir.

Uygulama alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre 35 ve altı yaş grubun ortalama puanlarının ($3,76\pm 0,68$), 36 ve üstü yaş grubun ortalama puanlarından ($3,97\pm 0,73$) düşük olduğu görülmektedir.

Çatışma alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çatışma puanlarında 35 ve altı yaş ortalama grup ortalaması ($3,74\pm 0,87$), iken erkeklerin ortalaması ($3,81\pm 0,90$) olarak tespit edilmiştir. Otonomi alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz

sonuçlarına göre 35 ve altı yaş grubun ortalama puanlarının ($4,04 \pm 0,55$), 36 ve üstü yaş grubun ortalama puanlarından ($4,17 \pm 0,48$) düşük olduğu görülmektedir.

Oryantasyon alt boyutunda yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Analiz sonuçlarına göre 35 ve altı yaş grubun ortalama puanlarının ($3,95 \pm 0,56$), 36 ve üstü yaş grubun ortalama puanlarından ($4,15 \pm 0,63$) düşük olduğu görülmektedir.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin yaş değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Analiz sonuçlarına göre 35 ve altı yaş grubun ortalama puanlarının ($3,90 \pm 0,42$), 36 ve üstü yaş grubun ortalama puanlarından ($4,06 \pm 0,45$) düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 36 incelendiğinde çatışma alt boyutunun yaş değişkeni açısından 35 ve altı yaş grubu ile 36 ve üstü yaş grubu arasında benzer özellikler gösterdiği, bütüncül yaklaşım, uygulama, otonomi, oryantasyon ve etik duyarlılık bakımından kadın hekimlerin daha yüksek değerler aldığı görülmektedir.

Tablo 37. Medeni Duruma Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Medeni Durum		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Bütüncül Yaklaşım	Evli	151	4,03	0,47	1,566	299	0,118
	Bekar	150	3,94	0,50			
Uygulama	Evli	151	3,95	0,77	2,018	299	0,044*
	Bekar	150	3,79	0,67			
Çatışma	Evli	151	3,76	0,84	-0,527	299	0,598
	Bekar	150	3,81	0,91			
Otonomi	Evli	151	4,13	0,51	0,721	299	0,471
	Bekar	150	4,09	0,52			
Oryantasyon	Evli	151	4,14	0,57	2,467	299	0,014*
	Bekar	150	3,97	0,64			
Etik Duyarlılık Ölçeği	Evli	151	4,03	0,42	1,649	299	0,100
	Bekar	150	3,95	0,45			

* $p < 0,05$

Medeni Durum değişkenine göre Etik Duyarlılık leği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örnekleme t testi sonuçları Tablo 18’de gösterilmektedir.

Bütüncül Yaklaşım alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Bütüncül Yaklaşım puanlarında evli hekimlerin ortalaması ($4,03\pm0,47$), bekar hekimlerin ortalaması ($3,94\pm0,50$) olarak tespit edilmiştir.

Uygulama alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre evli hekimlerin ortalamasının ($3,95\pm0,77$), bekar hekimlerin ortalamasından ($3,79\pm0,67$) yüksek olduğu görülmektedir.

Çatışma alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Çatışma puanlarında evli hekimlerin ortalaması ($3,76\pm0,84$), bekar hekimlerin ortalaması ($3,81\pm0,91$) olarak tespit edilmiştir.

Otonomi alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Otonomi puanlarında evli hekimlerin ortalaması ($4,13\pm0,51$), bekar hekimlerin ortalaması ($4,09\pm0,52$) olarak tespit edilmiştir.

Oryantasyon alt boyutunda medeni durum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre evli hekimlerin ortalamasının ($4,14\pm0,57$), bekar hekimlerin ortalamasından ($3,97\pm0,64$) yüksek olduğu görülmektedir.

Etik Duyarlılık leğinin medeni durum değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Etik duyarlılık ölçeğinde evli hekimlerin ortalamasının ($4,03\pm0,42$), bekar hekimlerin ortalamasından ($3,95\pm0,45$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 37 incelendiğinde bütüncül yaklaşım, çatışma, otonomi, etik duyarlılık leğinin medeni durum değişkeni açısından evli ve bekar hekimlerin benzer özellikler gösterdiği, uygulama ve oryantasyon alt boyutlarında ise evli hekimlerin daha yüksek değerler aldığı görülmektedir.

Tablo 38. Hekimlerin Kurumuna Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Kurum		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Bütüncül Yaklaşım	Devlet Hastanesi	182	4,03	0,48	1,987	299	0,048*
	Araştırma Hastanesi	119	3,92	0,50			
Uygulama	Devlet Hastanesi	182	3,94	0,75	2,240	299	0,026*
	Araştırma Hastanesi	119	3,76	0,65			
Çatışma	Devlet Hastanesi	182	3,97	0,88	4,901	299	0,000*
	Araştırma Hastanesi	119	3,49	0,82			
Otonomi	Devlet Hastanesi	182	4,25	0,47	6,362	299	0,000*
	Araştırma Hastanesi	119	3,89	0,50			
Oryantasyon	Devlet Hastanesi	182	4,04	0,56	-0,436	299	0,663
	Araştırma Hastanesi	119	4,07	0,67			
Etik Duyarlılık Ölçeği	Devlet Hastanesi	182	4,08	0,46	4,711	299	0,000*
	Araştırma Hastanesi	119	3,85	0,37			

* p<0,05

Kurum değişkenine göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 19’da gösterilmektedir.

Bütüncül Yaklaşım alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Analiz sonuçlarına göre devlet hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasının (4,03±0,48), araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasından (3,92±0,50) yüksek olduğu görülmektedir.

Uygulama alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Analiz sonuçlarına göre devlet hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasının (3,94±0,75), araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasından (3,76±0,65) yüksek olduğu görülmektedir.

Çatışma alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre devlet hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasının ($3,97\pm0,88$), araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasından ($3,49\pm0,82$) yüksek olduğu görülmektedir.

Otonomi alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre devlet hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasının ($4,25\pm0,47$), araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasından ($3,89\pm0,50$) yüksek olduğu görülmektedir.

Oryantasyon alt boyutunda kurum değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Oryantasyon puanlarında devlet hastanesinde çalışan hekimlerin ortalaması ($4,04\pm0,56$), iken, araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin ortalaması ($4,07\pm0,67$) olarak tespit edilmiştir.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin kurum değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin geneli için belirlenen puanlarda devlet hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasının ($4,08\pm0,46$), araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin ortalamasından ($3,85\pm0,37$) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 38 incelendiğinde devlet hastanesinde çalışan hekimler ile araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin oryantasyon boyutunda benzerlik gösterdiği, bütüncül yaklaşım, uygulama, çatışma, otonomi, etik duyarlılık ölçeğinde devlet hastanesinde çalışan hekimlerin araştırma hastanesinde çalışan hekimlerden daha yüksek değerler aldığı görülmektedir.

Tablo 39. Hekimlerin Performans Ödemesi Alma Durumuna Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Performans Ödemesi Alma Durumu		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Bütüncül Yaklaşım	Evet	248	4,02	0,49	2,239	299	0,026*
	Hayır	53	3,85	0,46			
Uygulama	Evet	248	3,90	0,73	1,558	299	0,120
	Hayır	53	3,73	0,62			

Tablo 39 (Devam). Hekimlerin Performans Ödemesi Alma Durumuna Göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve Alt Boyutlarının Bağımsız Örneklem T-Testi Tablosu

Performans Ödemesi Alma Durumu		N	Ort.	Ss	t	Sd	P
Çatışma	Evet	248	3,83	0,89	2,078	299	0,039*
	Hayır	53	3,55	0,85			
Otonomi	Evet	248	4,17	0,50	4,714	299	0,000*
	Hayır	53	3,81	0,47			
Oryantasyon	Evet	248	4,08	0,59	1,531	299	0,127
	Hayır	53	3,94	0,65			
Etik Duyarlılık Ölçeği	Evet	248	4,03	0,45	4,406	299	0,000*
	Hayır	53	3,80	0,32			

* p<0,05

Performans Ödemesi Alma Durumu değişkenine göre Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutlarının ortalamalarının farklılığının tespitine yönelik yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları Tablo 35’te gösterilmektedir.

Bütüncül Yaklaşım alt boyutunda performans ödemesi alma durumu değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre performans ödemesi alan hekimlerin ortalamasının ($4,02\pm0,49$), performans ödemesi almayan hekimlerin ortalamasından ($3,85\pm0,46$) yüksek olduğu görülmektedir.

Uygulama alt boyutunda performans ödemesi alma durumu değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Uygulama puanlarında performans ödemesi alan hekimlerin ortalaması ($3,90\pm0,73$), performans ödemesi almayan hekimlerin ortalaması ($3,73\pm0,62$) olarak tespit edilmiştir.

Çatışma alt boyutunda performans ödemesi alma durumu değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre performans ödemesi alan hekimlerin ortalamasının ($3,83\pm0,89$), performans ödemesi almayan hekimlerin ortalamasından ($3,55\pm0,85$) yüksek olduğu görülmektedir.

Otonomi alt boyutunda performans ödemesi alma durumu değişkeni açısından puan ortalamaları arasında %95 güvenilirlikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Analiz sonuçlarına göre performans ödemesi alan hekimlerin

ortalamasının (4,17±0,50), performans ödemesi almayan hekimlerin ortalamasından (3,81±0,47) yüksek olduğu görülmektedir.

Oryantasyon alt boyutunda performans ödemesi alma durumu değişkeni açısından puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). Uygulama puanlarında performans ödemesi alan hekimlerin ortalaması (4,08±0,59), performans ödemesi almayan hekimlerin ortalaması (3,94±0,65) olarak tespit edilmiştir.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin performans ödemesi alma durumu değişkenine göre karşılaştırıldığı analiz sonucunda, puan ortalamaları arasında %95 güvenlilikle istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Etik duyarlılık ölçeğinde performans ödemesi alan hekimlerin ortalamasının (4,03±0,45), performans ödemesi almayan hekimlerin ortalamasından (3,80±0,32) yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 39 incelendiğinde performans ödemesi alan hekimler ile almayan hekimler arasında uygulama ve oryantasyon boyutlarında benzerlikler olduğu, Bütüncül yaklaşım, çatışma, otonomi ve etik duyarlılık ölçeğinde performans ödemesi alan hekimlerin daha yüksek değerler aldığı görülmektedir.

5.3.3. Demografik Değişkenlere Göre Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri

Demografik değişkenlere göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının farklılık analizleri şu şekildedir.

5.3.3.1. Mesleki Tecrübe Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri

Mesleki tecrübe değişkenine göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin uygulanan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçları aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 40. Mesleki Tecrübe Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu

Mesleki Tecrübe		N	Ort.	SS	F	p	Post Hoc
Hekim Performansı	≤5 (a)	128	2,41	1,15	4,45	0,012*	a<b
	6-10 (b)	99	2,90	1,41			
	11 yıl ve üzeri (c)	74	2,80	1,45			
Hizmet Kalitesi	≤5 (a)	128	2,62	1,00	7,14	0,001*	a<b
	6-10 (b)	99	3,16	1,05			

Tablo 40 (Devam). Mesleki Tecrübe Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu

Mesleki Tecrübe		N	Ort.	SS	F	p	Post Hoc
	11 yıl ve üzeri (c)	74	2,78	1,24			
Hasta Memnuniyeti	≤5 (a)	128	3,41	1,09	2,30	0,102	-
	6-10 (b)	99	3,67	0,95			
	11 yıl ve üzeri (c)	74	3,37	1,09			
Hekim Tatmini	≤5 (a)	128	1,97	0,87	1,77	0,173	-
	6-10 (b)	99	1,78	0,80			
	11 yıl ve üzeri (c)	74	1,79	0,77			
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	≤5 (a)	128	2,63	0,71	5,04	0,007*	a<b
	6-10 (b)	99	2,96	0,77			
	11 yıl ve üzeri (c)	74	2,75	0,91			

*p<0,05

Katılımcıların PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin ve alt boyutlarından hekim performansı ve hizmet kalitesi boyutlarında olasılık değeri $p<0,05$ bulunduğundan mesleki tecrübeye göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu anlaşılmaktadır. Hekim tatmini ve hasta memnuniyeti boyutlarında ise $p>0,05$ olduğunda anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir.

Tablo 41. Mesleki Tecrübeye Göre Farklılık Gösteren Boyutların Varyansların Homojenliği Tablosu

Mesleki Tecrübe	Levene İstatistiği	sd1	sd2	Sig.
Hekim Performansı	13,056	3	297	0,000
Hizmet Kalitesi	1,885	3	297	0,132
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	3,487	3	297	0,016

Yapılan varyansların homojenliği test sonucunda hizmet kalitesi alt boyutu ($p>0,05$) olduğu için varyanslarının homojen olduğu, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Hekim performansı alt boyutunun ($p<0,05$) olduğu için homojen olmadığı tespit edilmiştir. Bu farklılıkların kaynakları tespit edilebilmesi için Post-hoc testleri uygulanmıştır. Hizmet kalitesi alt boyutunun varyansı homojen olduğu için Post-hoc testlerinden Tukey, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve hekim performansı alt boyutunun varyansları homojen olmadığı için Games-Howell testi yapılarak grup farklılıkları tespit edilmiştir.

Hizmet kalitesi boyutunda olasılık değeri ($p<0,05$) olduğundan mesleki tecrübe gruplarına göre anlamlı farklılık söz konusudur. Tukey testinde farklılığın kaynağının 5

yıl ve daha az ile 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip gruplarda olduğu görülmüştür. 5 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip grubun ortalamasının ($2,62 \pm 1,00$), 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip grubun ortalamasından ($3,16 \pm 1,05$) daha düşük olduğu anlaşılmıştır.

Hekim performansı boyutunda olasılık değeri ($p < 0,05$) olduğundan mesleki tecrübe gruplarına göre anlamlı farklılık söz konusudur. Games-Howell testinde farklılıkların kaynağının 5 yıl ve daha az ile 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip gruplarda olduğu görülmüştür. 5 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip grubunun ortalamasının ($2,41 \pm 1,15$), 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip grubun ortalamasından ($2,90 \pm 1,41$) daha düşük olduğu anlaşılmıştır.

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği olasılık değeri ($p < 0,05$) olduğundan mesleki tecrübe gruplarına göre anlamlı farklılık söz konusudur. Games-Howell testinde farklılığın kaynağının 5 yıl ve daha az ile 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip gruplarda olduğu görülmüştür. 5 yıl ve daha az mesleki tecrübeye sahip grubunun ortalamasının ($2,63 \pm 0,71$), 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip grubun ortalamasından ($2,96 \pm 0,77$) daha düşük olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 40 ve 41'e göre, 0-5 yıl arası mesleki tecrübeye sahip hekimlerin hizmet kalitesinin, hekim performansının ve PDEÖS hekim algılarının 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip hekimlere göre daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca hekimlerin mesleki tecrübe düzeylerine göre hasta memnuniyeti ve çalışan tatmin düzeyleri farklılık göstermemektedir.

5.3.3.2. Unvan Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri

Unvan değişkenine göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin uygulanan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçları aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 42. Unvan Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu

Unvan		N	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
Hekim Performansı	Öğretim Üyesi (a)	50	2,50	1,09	13,70	0,000*	b>a b>c
	Uzman Dr. (b)	131	3,10	1,52			
	Pratisyen (c)	120	2,27	1,04			
Hizmet Kalitesi	Öğretim Üyesi (a)	50	2,14	1,03	44,09	0,000*	b>a

Tablo 42 (Devam). Unvan Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu

Unvan		N	Ort.	SS	F	p	Post-Hoc
	Uzman Dr. (b)	131	3,42	0,96			
	Pratisyen (c)	120	2,48	0,96			
Hasta Memnuniyeti	Öğretim Üyesi (a)	50	2,84	0,93	25,30	0,000*	b>a b>c c>a
	Uzman Dr. (b)	131	3,90	0,83			
	Pratisyen (c)	120	3,30	1,12			
Hekim Tatmini	Öğretim Üyesi (a)	50	2,02	0,89	4,22	0,015*	b<a b<c
	Uzman Dr. (b)	131	1,71	0,72			
	Pratisyen (c)	120	1,97	0,89			
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	Öğretim Üyesi (a)	50	2,39	0,84	30,42	0,000*	b>a b>c
	Uzman Dr. (b)	131	3,14	0,72			
	Pratisyen (c)	120	2,52	0,69			

*p<0,05

Katılımcıların PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin ve alt boyutlarından hekim performansı, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve hekim tatmini boyutlarında olasılık değeri $p<0,05$ bulunduğu unvana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 43. Unvan Gruplarına Göre Farklılık Gösteren Boyutların Varyansların Homojenliği Tablosu

Unvan	Levene İstatistiği	sd1	sd2	Sig.
Hekim Performansı	47,02	2	298	0,000
Hizmet Kalitesi	0,125	2	298	0,883
Hasta Memnuniyeti	10,49	2	298	0,000
Hekim Tatmini	4,63	2	298	0,010
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	4,00	2	298	0,019

Yapılan varyansların homojenliği test sonucunda hizmet kalitesi alt boyutu ($p>0,05$) olduğu için varyansı homojen olduğu ve hekim performansı, hasta memnuniyeti, hekim tatmini ve PDEÖS Hekim Algısı boyutunun ($p<0,05$) olduğu için varyanslarının homojen olmadığı tespit edilmiştir. Bu farklılıkların kaynakları tespit edilebilmesi için Post-hoc testleri uygulanmıştır. Hizmet kalitesi alt boyutunun varyansı homojen olduğu için Post-hoc testlerinden Tukey, hekim performansı, hasta memnuniyeti, hekim tatmini ve PDEÖS Hekim Algısı boyutlarının varyansı homojen olmadığı için Games-Howell testi yapılarak grup farklılıkları tespit edilmiştir.

Hizmet kalitesi boyutunda olasılık değeri ($p<0,05$) olduğundan unvana göre anlamlı farklılık söz konusudur. Tukey testinde farklılığın kaynağının Uzman Dr. grubunda olduğu görülmüştür. Uzman Dr. grubunun ortalamasının ($3,42\pm0,96$) diğer gruplardan yüksek olduğu anlaşılmıştır.

Hekim performansı boyutunda olasılık değeri ($p<0,05$) olduğundan unvana göre anlamlı farklılık söz konusudur. Games-Howell testinde farklılığın kaynağının Uzman Dr. grubu olduğu görülmüştür. Uzman Dr. grubunun ortalamasının ($3,10\pm1,52$) diğer gruplardan yüksek olduğu anlaşılmıştır.

Hasta memnuniyeti boyutunda olasılık değeri ($p<0,05$) olduğundan unvana göre anlamlı farklılık söz konusudur. Games-Howell testinde farklılığın kaynağının Uzman Dr. grubu ile Öğretim Üyesi gruplarında olduğu görülmektedir. Uzman Dr. grubunun ortalamasının ($3,90\pm0,83$) diğer gruplardan yüksek olduğu, Öğretim Üyesi grubunun ortalaması ise ($2,84\pm0,93$) diğer gruplardan düşük olduğu anlaşılmıştır.

Hekim tatmini boyutunda olasılık değeri ($p<0,05$) olduğundan unvana göre anlamlı farklılık söz konusudur. Games-Howell testinde farklılığın kaynağının Uzman Dr. grubu olduğu görülmüştür. Uzman Dr. grubunun ortalamasının ($1,71\pm0,72$) diğer gruplardan düşük olduğu anlaşılmıştır.

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği olasılık değeri ($p<0,05$) olduğundan unvana göre anlamlı farklılık söz konusudur. Games-Howell testinde farklılığın kaynağının Uzman Dr. grubu olduğu görülmüştür. Uzman Dr. grubunun ortalamasının ($3,14\pm0,72$) diğer gruplardan yüksek olduğu anlaşılmıştır.

Tablo 42 ve 43'e göre uzman doktorların PDEÖS hekim algısı, hizmet kalitesi, hekim performansı, hasta memnuniyeti ile ilgili boyutlarda yüksek değerler aldığı ancak hekim tatmini boyutunda hekimlik işinden yeterince iş tatmini yaşamadıkları söylenebilir. Ayrıca hasta memnuniyetinin öğretim üyelerinde daha düşük olduğu tablolara göre ifade edilebilir.

5.3.3.2. Uzmanlık Alanı Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Farklılık Analizleri

Uzmanlık alanı değişkenine göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutlarının farklılık gösterip göstermediğine ilişkin uygulanan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonuçları aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

Tablo 44. Uzmanlık Alanı Değişkenine Göre PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutlarının ANOVA Tablosu

Uzmanlık Alanı		N	Ort.	SS	F	p
Hekim Performansı	Temel Bilimler	36	2,4667	1,21043	0,763	0,467
	Dahili Bilimler	148	2,7514	1,32390		
	Cerrahi Bilimler	117	2,6256	1,37101		
Hizmet Kalitesi	Temel Bilimler	36	2,6056	,94111	3,000	0,051
	Dahili Bilimler	148	2,9878	1,11666		
	Cerrahi Bilimler	117	2,7094	1,11123		
Hasta Memnuniyeti	Temel Bilimler	36	3,6111	0,91113	0,868	0,421
	Dahili Bilimler	148	3,5270	1,03802		
	Cerrahi Bilimler	117	3,3889	1,10272		
Hekim Tatmini	Temel Bilimler	36	1,8981	0,91485	0,390	0,677
	Dahili Bilimler	148	1,8986	0,80217		
	Cerrahi Bilimler	117	1,8120	0,83435		
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	Temel Bilimler	36	2,6765	0,65992	1,707	0,183
	Dahili Bilimler	148	2,8529	0,78485		
	Cerrahi Bilimler	117	2,6863	0,84052		

*p<0,05

Katılımcıların PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin ve alt boyutlarından hekim performansı, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve hekim tatmini boyutlarında olasılık değeri $p>0,05$ bulunduğundan uzmanlık alanı göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Tablo 44 incelendiğinde PDEÖS hekim algısı ve alt boyutlarında her bir uzmanlık alanına göre bir farklılık olmadığı ve hekimlerin düşüncelerinin benzer olduğu söylenebilir.

6. DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Çalışmada etik duyarlılığın performans ödemesi alan hekimler üzerindeki etkisi incelendiğinden Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutları ile Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkilerin ve düzeylerinin anlaşılabilmesi için korelasyon analizi uygulanmıştır. Tablo 45'te Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutları ile Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkilere yer verilmektedir.

Tablo 45. Değişkenler Arası İlişkiler

Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	1	1.1.	1.2.	1.3.	1.4.	1.5.	2.	2.1.	2.2.	2.3.	2.4
1. AHLAKİ DUYARLILIK ÖLÇEĞİ	1										
1.1. Bütüncül Yaklaşım	0,744**	1									
1.2. Uygulama	0,819**	0,452**	1								
1.3. Çatışma	0,548**	0,364**	0,356**	1							
1.4. Otonomi	0,814**	0,459**	0,626**	0,252**	1						
1.5. Oryantasyon	0,655**	0,490**	0,470**	0,037	0,440**	1					
2. PDEÖS HEKİM ALGISI ÖLÇEĞİ	0,351**	0,277**	0,334**	0,157**	0,355**	0,092	1				
2.1. Hekim Performansı	0,405**	0,330**	0,413**	0,073	0,341**	0,286**	0,847**	1			
2.2. Hizmet Kalitesi	0,329**	0,275**	0,324**	0,187**	0,301**	0,065	0,891**	0,638**	1		
2.3. Hasta Memnuniyeti	0,195**	0,104	0,110	0,215**	0,344**	-0,167**	0,663**	0,296**	0,609**	1	
2.4. Hekim Tatmini	-0,234**	-0,162**	-0,187**	-0,115*	0-,231*	-0,127	0,081	0,020	-0,105	-0,225**	1

**p<.01, *p<.05

Etik Duyarlılık Ölçeği ile PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği arasında ($r=0,351$) ve ayrıca PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği alt boyutlarından Hekim Performansı ($r=0,405$), Hizmet Kalitesi ($r=0,329$), Hasta Memnuniyeti ($r=0,195$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunurken, Hekim Tatmini ($r=-0,234$) arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin alt boyutlarından Bütüncül Yaklaşım ile PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği arasında ($r=0,277$) ve ayrıca PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutlarından Hekim Performansı ($r=0,330$), Hizmet Kalitesi ($r=0,275$), Hasta Memnuniyeti ($r=0,104$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunurken, Hekim Tatmini ($r=-0,162$) arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin alt boyutlarından Uygulama ile PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği arasında ($r=0,334$) ve ayrıca PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutlarından Hekim Performansı ($r=0,413$), Hizmet Kalitesi ($r=0,324$), Hasta Memnuniyeti ($r=0,110$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunurken, Hekim Tatmini ($r=-0,187$) arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin alt boyutlarından Çatışma ile PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği arasında ($r=0,157$) ve ayrıca PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutlarından Hekim Performansı ($r=0,073$), Hizmet Kalitesi ($r=0,187$), hasta memnuniyeti ($r=0,215$)

arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunurken, Hekim Tatmini ($r=-0,115$) arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin alt boyutlarından Otonomi ile PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği arasında ($r=0,355$) ve ayrıca PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutlarından Hekim Performansı ($r=0,341$), Hizmet Kalitesi ($r=0,301$), Hasta Memnuniyeti ($r=0,344$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunurken, Hekim Tatmini ($r=-0,231$) arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Etik Duyarlılık Ölçeğinin alt boyutlarından Oryantasyon ile PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği arasında ($r=0,092$) ve ayrıca PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutlarından Hekim Performansı ($r=0,286$) ve Hizmet Kalitesi ($r=0,065$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunurken, Hasta Memnuniyeti ($r=-0,167$) ve Hekim Tatmini ($r=-0,127$) arasında düşük düzeyde negatif bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 45 incelendiğinde Etik Duyarlılık Ölçeği ile Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği arasında düşük düzeyde bir ilişki olduğu, Etik Duyarlılık Ölçeğinin Bütüncül Yaklaşım, Uygulama, Oryantasyon alt boyutlarının, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği alt boyutlarından en çok Hekim Performansı alt boyutunu etkilediğini, Etik Duyarlılık Ölçeğinin Çatışma ve Otonomi alt boyutlarının ise Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği alt boyutlarından en çok Hasta Memnuniyeti alt boyutunu etkilediği görülmektedir. Bununla birlikte Etik Duyarlılık Ölçeği ve alt boyutlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutu olan Hekim Tatmini ile genel anlamda düşük düzeyde negatif ilişkili olduğu ve bu manada en çok Otonomi alt boyutunu etkilediğini en az ise Çatışma alt boyutunu etkilediği görülmektedir.

7. YAPISAL EŞİTLİK MODELİ VE HİPOTEZ TESTLERİ

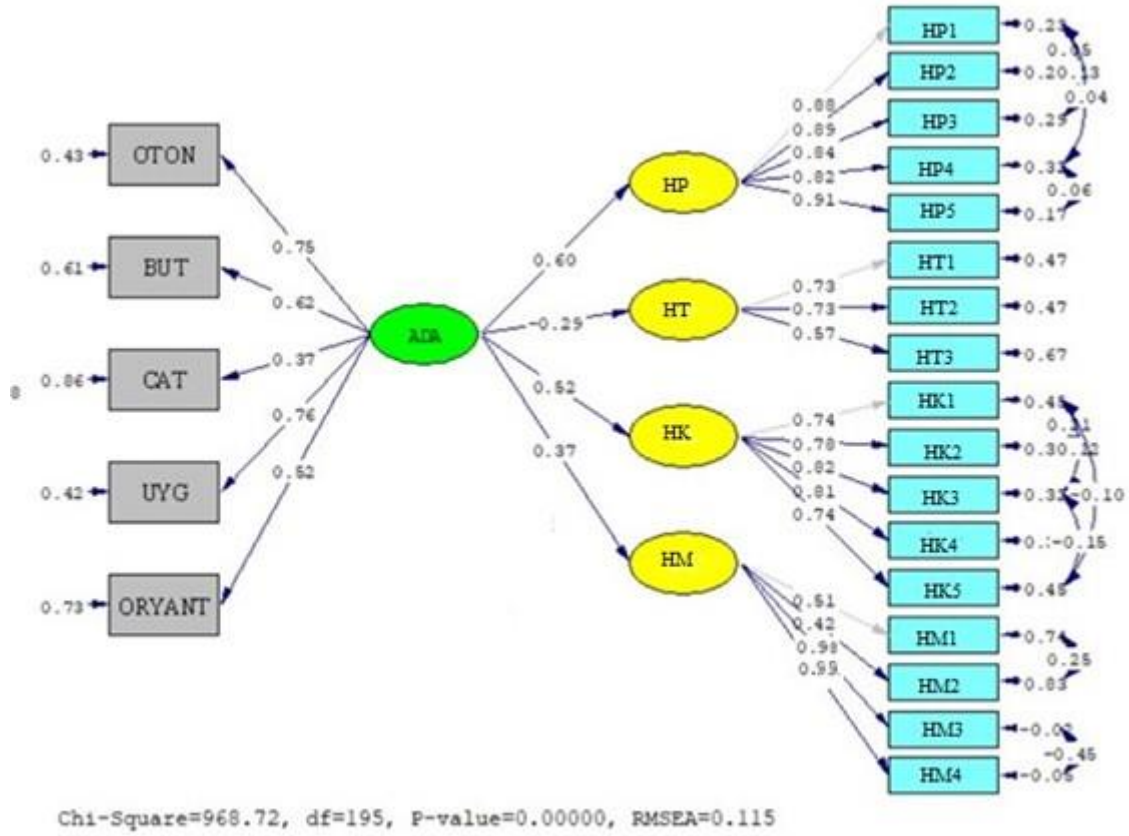
Yapısal eşitlik modellemesi (YEM) ilk olarak sosyal bilimlerde (özellikle psikoloji ve sosyoloji) geliştirilmiş daha sonra eğitim, pazarlama ve tıp alanında kullanılmaya başlamıştır. Tercih edilmesini sağlayan temel sebepler; geleneksel regresyon analizinin ölçüm hatalarını göz ardı etmesine karşılık YEM'in bu hataları hesaba katması ve değişkenlerin model üzerindeki direkt ve dolaylı etkilerini dikkate almasıdır (Bayram, 2010: 1). Özellikle birçok analizi tek seferde yapması ve aracılık/düzenleyicilik etkilerini anlamayı kolaylaştırması bakımından yeni model geliştirilmesine olanak sağlamaktadır (Dursun ve Kocagöz, 2010: 2).

Yapısal eşitlik modellemesi, göstergeler ve gizli değişkenler arasındaki ilişkileri test etmek ve gizli değişkenler arasındaki ilişkilerin yapısal modelini incelemek için kullanılan bir analiz yöntemidir (Raykov & Marcoulides, 2006). Gizli değişkenler kavramı ile sosyal bilimlerde alanındaki bir takım duygu ve düşünceye dayalı değişkenler (memnuniyet, tutum, algı vb.) kastedilmektedir. Bu tür değişkenler gözlenemedikleri için doğrudan ölçümlenememektedir (Yılmaz ve Varol, 2015). Model gözlenemeyen değişkenler arasında bir nedensellik ilişkisinin olduğunu varsaymaktadır (Çerezci, 2010: 1). Bu anlamda, gizli değişkenleri gözlemlenebilen değişkenler aracılığı ile incelemeyi mümkün kılabilir (Çerezci, 2010; Yılmaz ve Varol, 2015). YEM'in çıktı kalitesi araştırmacının fikirlerinin geçerliliğine bağlıdır. (Baloğlu, 2019:9). Tüm YEM çalışmalarında araştırmacı veri toplamadan önce, teorik bir kurgu oluşturmuş olmalıdır. Örneğin araştırmacılar, değişkenler arası muhtemel ilişki örüntüsünü belirlemelidir. YEM analizi bu örüntünün veri tarafından doğrulanıp doğrulanamayacağını araştırmaktadır (Çapık, 2014: 196).

YEM modelleri, path modelleri ve doğrulayıcı faktör analizi modellerinin birleşmesinden oluşmaktadır. Path modelleri, gözlenen değişkenler arasındaki karmaşık ilişkileri modellemek için korelasyon katsayısını ve regresyon modellerini kullanmaktadır (Doğan, 2015). DFA ise temelde YEM ile aynı mantık ve hesaplama tekniğine dayanır. Ancak kullanımda farklı kavramlar olarak anılmaktadır. Yapısal eşitlik modellemesi ile hipotezlerin test edilmesi ve veriyi en iyi tanımlayan modelin geliştirilmesi hedeflenmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde ise ölçek geliştirme ve geçerlilik analizlerinde kullanılan ve önceden kurgulanmış bir yapıyı doğrulamak amaçlanmaktadır (Bayram, 2010: 42). Buna göre örneklem verileri modele uygunsa, karmaşık teorik modeller kurulabilir veya uygun olmadığında orijinal model modifikasyona tabi tutulabilir. Sonuç olarak YEM yapıları arasındaki karmaşık ilişkileri daha iyi açıklamak için hipotez testleri ile teorik modelleri test etmektedir. Sonuçların değerlendirilmesinde ise birçok sayıda uyum indeksi geliştirilmiştir (Schumacker ve Lomax, 2004: 2).

Araştırmanın amacı doğrultusunda oluşturulan araştırma modeli ve hipotezlerine yönelik kurulan yapısal eşitlik modeli Şekil 7'de verilmektedir.

Şekil 7. Etik Duyarlılık ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik YEM Sonuçları



Tablo 46. Kurulan YEM Modeli İçin Uyum Kriterlerine Ait Değerler

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	YEM Değerleri
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq 0.05$	$0.05 < RMSEA \leq 0.08$	0,115
NFI	$0.95 \leq NFI \leq 1$	$0.90 \leq NFI < 0.95$	0,94
NNFI	$0.97 \leq NNFI \leq 1$	$0.95 \leq NNFI < 0.97$	0,95
CFI	$0.97 \leq CFI \leq 1$	$0.95 \leq CFI < 0.97$	0,96
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0.05$	$0.05 < SRMR \leq 0.10$	0,072

Kaynak: Schermelleh-Engel vd., 2003

Tablo 47. DFA'ya ilişkin Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri, t istatistikleri ve hipotezler

Hipotezler	Yollar	Standartlaştırılmış Parametre Tahminleri	t istatistiği	Sonuç
H ₁	ADA→(HP)	0,60	9,51	Doğrulandı
H ₂	ADA→(HT)	-0,29	-3,89	Doğrulandı
H ₃	ADA→(HK)	0,52	7,54	Doğrulandı
H ₄	ADA→(HM)	0,37	3,25	Doğrulandı

Yapısal eşitlik modellemelerinde modelin veriye uygunluğu ve boyutlar arası ilişkilerin anlamlı olup olmadığı incelenmektedir. Bunun için uyum testleri yapılmakta ve neticede modelin kabulüne veya reddine karar verilmektedir. Modelin uygunluğu

uyumluluk kriterleri ile değerlendirilmektedir (Yetiş ve Özden, 2018: 11). Literatür incelendiğinde en çok kabul görmüş kriterler; genel uyum kriteri olan χ^2 istatistiği, karşılaştırmalı uyum indekslerinden RMSEA, NFI, NNFI ve CFI, mutlak uyum indekslerinden GFI ve AGFI ve artık temelli uyum indekslerinden SRMR şeklindedir (Bentler, 1990; Jöreskog vd., 2001; Schumacker & Lomax, 2004: 100; Kayacan ve Gültekin, 2012; Yetiş ve Özden, 2018: 9). Bu kriterlerden $\chi^2 (195)=968,72$; $\chi^2/sd =4,96<5$ değeri de model uygunluğunun belirlenmesinde kullanılan önemli bir istatistiktir ve modelin istatistiki açıdan uygun olduğunun bir göstergesidir.

Araştırmada (Lützn vd., 2006) tarafından geliştirilen ve (Tosun, 2018) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan “Etik Duyarlılık Anketi”nin alt boyutlarının (Bütüncül Yaklaşım (BUT), Uygulama (UYG), Çatışma (CAT), Otonomi (OTON), Oryantasyon (ORYANT)), “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği”nin alt boyutları (Hekim Performansı (HP), Hekim Tatmini (HT), Hizmet Kalitesi (HK) ve Hasta Memnuniyeti (HM) üzerindeki etkilerini belirlemek amacı ile Yapısal Eşitlik Modellemesinden (YEM) yararlanılarak çözümlerler gerçekleştirilmiştir. Böylece “Etik Duyarlılığın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Etkisi Modeli” geliştirilmiştir.

Araştırmada etik duyarlılık ile performansa dayalı ek ödeme sistemi arasındaki ilişkinin belirlenmesi için kurulan YEM’e ait sonuçlar Şekil 7 ve Tablo 46’da verilmektedir. Şekil 7’de görüleceği üzere Etik Duyarlılık Ölçeğinin en etkili boyutu 0,76’lık katsayı ile Uygulama (UYG) boyutu olup, en az etkili boyut 0,37’lik katsayı ile Çatışma (CAT) boyutudur. Çalışmanın hipotezlerine yönelik bulgular şu şekildedir.

H₁: Etik duyarlılığın hekim performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Kurulan YEM’de Etik Duyarlılık Ölçeği, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği boyutlarından en çok Hekim Performansı (HP) boyutunu etkilemektedir. Etik Duyarlılık Ölçeğindeki bir birimlik artış PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin (HP) boyutunda 0,60 birimlik bir artışa sebep olacaktır. (HP) boyutu içerisinde en etkili değişken 0,91’lik katsayı ile (HP5) “PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.” değişkeni olup, etkisi en az olan değişken ise (HP4) “PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu yönde etkiler.” değişkenidir. Buna göre performans sisteminin hekimlerin verimli çalışmalarına olumlu manada katkı sağladığını ancak mesleki gelişimlerine olumlu bir katkı

sağlamadığı söylenebilir. Bu nedenle H_1 hipotezi desteklenmekte olup, etik duyarlılık hekim performansına anlamlı ve pozitif bir etkide bulunmaktadır.

H₂: Etik duyarlılığın hekim tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Modele göre Etik Duyarlılık Ölçeği, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği boyutlarından Hekim Tatmini (HT) boyutunun üçüncü sırada en çok etkilenen boyut olduğu görülmektedir. Buna göre Etik Duyarlılık Ölçeğinde ki bir birimlik artış PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin boyutlarından Hekim Tatmini (HT) boyutunda – 0,29 birimlik bir azalışa sebep olacaktır. (HT) boyutunun en çok etkilenen değişkenleri 0,73’lik katsayılar ile (HT1) “PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır.” ve (HT2) “PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması hekimlerin iş motivasyonunu azaltır.” değişkenleri olup, en az etkilenen değişkeni ise 0,57’lik katsayı ile (HT3) “PDEÖS hekimin iş stresini artırır.” değişkenidir. PDEÖS hekim algısı ölçeğinin oluşturulması sürecinde hekim tatmini alt boyutundaki soruların ters kodlandığı ve bu sebeple hekim tatmini alt boyutunun negatif yönlü olduğu düşünüldüğünde hekim tatmini ve performans ödemesi arasındaki ilişkinin negatif olduğu ve bu sebeple de yapılan ödemelerin hekimleri tatmin etmediği ayrıca PDEÖS’nin hekimlerin iş streslerine çok etki etmediği de söylenebilir. Bu nedenle H_2 hipotezi desteklenmekte ancak etik duyarlılık hekimlerin iş tatminini negatif yönde etkilemektedir.

H₃: Etik duyarlılığın hizmet kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Modele göre Etik Duyarlılık Ölçeği, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği boyutlarından Hizmet Kalitesi (HK) boyutunun ikinci sırada en çok etkilenen boyut olduğu görülmektedir. Buna göre Etik Duyarlılık Ölçeğinde ki bir birimlik artış PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin boyutlarından Hizmet Kalitesi (HK) boyutunda 0,52 birimlik bir artışa sebep olacaktır. (HK) boyutunun en çok etkilenen değişkeni 0,82’lik katsayı ile (HK3) “PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır.” değişkeni olup, en az etkilenen değişkenler ise 0,74’lik katsayılar ile (HK1) “PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır.” ve (HK5) “PDEÖS hekimlerin tıbbi hizmet kalitesini iyileştirir.” değişkenleridir. Bu sonuca göre performans sisteminin komplikasyon maliyetlerini azalttığı söylenebilir. Bu nedenle H_3 hipotezi desteklenmekte olup, etik duyarlılık hizmet kalitesini anlamlı ve pozitif bir etkide bulunmaktadır.

H₄: Etik duyarlılığın hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

Modele göre Etik Duyarlılık Ölçeği, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği boyutlarından Hasta Memnuniyeti (HM) boyutunun son sırada en çok etkilenen boyut olduğu görülmektedir. Buna göre Etik Duyarlılık Ölçeğinde ki bir birimlik artış PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin boyutlarından Hasta Memnuniyeti (HM) boyutunda 0,37 birimlik bir artışa sebep olacaktır. (HM) boyutunun en çok etkilenen değişkeni 0,99'luk katsayı ile (HM4) “PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir.” değişkeni olup, en az etkilenen değişkeni ise 0,42'lik katsayı ile (HM2) “PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.” değişkenidir. Bu sonuca göre performans sisteminin klinik anlamda hasta memnuniyetine olumlu katkı sağladığını ancak hasta yatış sürelerini azaltmakta bir etkisinin olmadığı söylenebilir. Bu nedenle H₄ hipotezi desteklenmekte olup, etik duyarlılık hasta memnuniyetine anlamlı ve pozitif bir etkide bulunmaktadır. Tablo 44’de hipotezler ile ilgili özet bir tabloya yer verilmektedir.

Tablo 48. Hipotez Özet Tablosu

HİPOTEZLER		ETKİSİ	ETKİ YÖNÜ
H ₁	Etik duyarlılığın hekim performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Anlamlı	Pozitif
H ₂	Etik duyarlılığın hekim tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Anlamlı	Negatif
H ₃	Etik duyarlılığın hizmet kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Anlamlı	Pozitif
H ₄	Etik duyarlılığın hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.	Anlamlı	Pozitif

Tablo 48’e göre hekimlerin etik duyarlılıkları ile performansa dayalı ek ödeme algıları arasında kurulan hipotezlerin desteklendiği görülmektedir. Bu anlamda etik duyarlılık ile performans ödemeleri arasındaki düşük düzeyde anlamlı bir ilişkinin olduğu söylenebilir. Bu ilişkide PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutları olan hekim performansı, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki görülmekte ancak hekim tatmini alt boyutunda negatif bir ilişki görülmektedir. Buna göre etik duyarlılığın performans sistemine göre ödeme alan hekimlerin performans, kalite ve hasta memnuniyeti algısında bir artış sağladığını ancak hekimlerin uygulanmakta olan bu sistemden tam anlamda tatmin olmadıklarını göstermektedir.

TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER

Literatür incelendiğinde hastanelerin verimlilikleri, hekim performansları, verimliliği ve kaliteyi etkileyen nedenler ve ilişkiler ile ilgili yerli ve yabancı yazın da çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak hekimlerin etik duyarlılıklarının etkilediği boyutlarla ilgili bir çalışmanın olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda araştırmanın amacı, hekimlerin etik duyarlılığının performans ödemesi ile ilgili ilişkisi üzerine olup, bu kapsamda oluşturulan hipotezler test edilmiştir. Çalışma sürecinde hekimlerin performansa dayalı ödeme sistemini nasıl algıladıklarını ortaya koyabilmek için “PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği” geliştirilmiştir.

Ölçek geliştirme sürecinde yapılan AFA ve DFA analizinin sonuçlarına göre performans sistemi, hekimlerin verimli çalışmasını sağlayan böylelikle hizmet kalitesini, hasta memnuniyetini ve mesleki rekabeti artıran bu nedenle de hekimleri yalnızlaştıran, tatmin edemeyen bir uygulamadır. Şöyle ki; sistem, ameliyat sonrası iyileşme oranlarının artmasına, medikal malzeme temininin, bekleme ve yatış sürelerinin kısalmasına sebep olduğundan hastaları memnun etmektedir. Aynı zamanda malpraktis, ölüm ve hastane enfeksiyon oranlarını azaltan, komplikasyon maliyetlerini düşüren ve sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirerek hizmet kalitesine de katkı sağlamaktadır. Ek olarak, hekimlerin verimli çalışmalarına, özerkliklerine katkı sağlayan, motivasyonlarını artıran, tıbbi karar almayı kolaylaştıran ve mesleki gelişimi olumlu etkileyen bir sistemdir. Tüm bunlarla birlikte performans sisteminden elde edilen gelirlerin emeklilik kazancına yansımayacak olması başta olmak üzere, hekimleri mesleki yalnızlaşmaya itmesi ve iş stresini artırması nedeni ile sistemin hekimleri tatmin edemediği de anlaşılmaktadır.

Performansa dayalı ödeme sistemi hastalara iyi ve kaliteli hizmet sağlayan aynı zamanda hekimlerin gayretlerini artırarak böylece gelirlerini artırmalarını sağlayan bir uygulamadır. Ancak konunun insan sağlığını ilgilendiren bir yönünün olması kazanç elde etme ile görevini yerine getirmenin gerekleri arasında daha yüksek bir etik hassasiyet gerektirmektedir. Bu noktada hekimlerin etik duyarlılık düzeyinin performans sistemi üzerindeki etkisi bu çalışmada incelenmektedir. Bu sebeple “PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği” ile “Etik Duyarlılık Ölçeği” neticesinde elde edilen verilerin bir karşılaştırması yapılmıştır.

Çalışmanın örneklemini incelendiğinde katılımcıların daha çok erkek ve orta yaş üstü hekimlerden oluştuğu, mesleki tecrübe değişkenine göre kariyerlerinin başlangıcında

olan, medeni durum değişkenine göre eşit oranda, uzmanlık alanı değişkenine göre daha çok dahili bilimler alanında çalışan, unvan değişkenine göre uzman doktorların ve kurum değişkenine göre devlet hastanesinde çalışan hekimlerin araştırmaya daha çok katılım sağladığı ayrıca birçoğunun performans ödemesi aldığı görülmektedir.

PDES Hekim Algısı leğine ait tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde ölçeğin toplam ortalaması, hekim performansı ve hizmet kalitesi boyutlarının orta düzeyde bir değer aldığı, hasta memnuniyetinin yüksek, hekim tatmininin düşük bir değer aldığı görülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada hastaların hekim tercihlerini etkileyen faktörlerin cinsiyet, yaş, medeni durum gibi değişkenler olmadığı belirtilmektedir. Bunun yerine hastalar; ilgi, soru sorabilme, hastalık ve tedavi süreci ile ilgili yeterince bilgilendirilme, tanı ve teşhisin doğru olması gibi hususlara öncelikli olarak yer vermektedirler (Yüksel, 2023: 197-198).

Çalışmanın sonuçları açısından bu durum değerlendirildiğinde sistemin bu haliyle performans ve kalite boyutlarıyla hastaları memnun etmekte olduğu söylenebilir. Ancak hekim tatminin düşük olmasının da çalışanları memnun edemeyen bir sistemin sürdürülmeye çalışıldığının bir işareti olarak görülmektedir. Literatürde çalışmanın bu sonucu ile uyum gösterir nitelikte destekleyici olan yayınlar bulunmaktadır (Forsberg vd., 2002; akır ve Sakaoğlu, 2014; Yüzden ve Yıldıırım, 2014; Akçakanat ve arıkı, 2016; ztun ve Cural, 2017). Ayrıca kurumsal memnuniyet bağlamındaki çalışmalarda sistemin sağlık hizmetlerine olumlu katkılar sağladığı belirtilmektedir (Tarquinio vd., 2003; Erkan, 2011). Bununla birlikte kurum, hasta ve çalışan memnuniyetini dengeleyen sonuçları ifade eden bir yayına da rastlanılmamaktadır. Bunun en önemli nedeni olarak branş ve unvana dayalı olarak yapılan ödemelerdeki makasın oldukça açık olması gösterebilir. Sağlık sektörünün doku olarak zincirleme bir bağ yapısına sahip olduğu düşünüldüğünde bu durumun temel tıp bilimlerinde yetişen doktor sayısını azaltmakta olduğu görülmektedir (ztun ve Cural, 2017: 889). Ek olarak hastaları ve kurumu memnun eden ancak çalışanları memnun edemeyen bir sistemin uzun zamanda ne kadar sürdürülebilir olabileceği de düşünülmesi gereken bir husustur.

Çalışmada performansa dayalı ek ödeme sisteminin demografik özelliklere göre değerlendirilmesi ile cinsiyet faktörü açısından kadın ve erkek hekimlerin performanslarının ve iş tatminlerinin benzer özellikler gösterdiği ancak hizmetin kalitesi, hasta memnuniyeti ve performans sistemi hekim algısının kadın hekimlerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna bağlı olarak cinsiyet açısından Çin’de kadın ve erkek

hekimlerin iş tatmini oranlarının birbirine yakın olduğu (Liu vd., 2021), Suudi Arabistan'da hasta memnuniyetinin erkek hekimlerde daha fazla olduğu (Al- Borie & Damanhour, 2013) ve Amerika'da erkek hekimlerin performanslarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Mitler vd., 2000). Bu çalışmanın neticeleri iş tatmini açısından Çin'deki hekimler ile, iş performansı açısından Amerika'daki hekimler ile benzer, hasta memnuniyeti açısından Suudi Arabistan'daki hekimler açısından farklılıklar içermektedir.

Mesleki tecrübe değişkeni incelendiğinde kariyerinin başlangıç aşamasında olan hekimlerin PDEÖS hekim algılarının ve alt boyutları olan hizmet kalitesi, hekim performanslarının düşük olduğu, mesleki tecrübe ile hasta memnuniyeti ve hekim tatminin yıllara göre farklılık göstermediği anlaşılmaktadır. Buna göre hekimler mesleklerinin ilk yıllarında yaşayarak öğrenme sürecini yaşamaktadırlar denilebilir. Bu süreçte mesleğe, kaliteye ve iyi performansın ne olduğuna dair algıları gelişme aşamasında olup ellerinden geleni tüm hekimlerin yaptığı düşünülerek bu durumun hasta memnuniyetini ve hekim tatminini etkilemediği düşünülmektedir. Bu sonuca benzer şekilde (Sevimli ve İşcan, 2005)'ın hekimler üzerine yapmış olduğu çalışmanın neticesinde mesleki tecrübeye göre hekimlerin iş tatmin düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Unvan değişkeni incelendiğinde uzman doktorların PDEÖS hekim algısı ve alt boyutları olan hizmet kalitesi, hekim performansı, hasta memnuniyeti boyutlarında olumlu duygular gösterdiği, hekim tatmini boyutunda olumsuz duygulara sahip oldukları görülmektedir. Ayrıca devlet hastanelerinde çalışan uzman doktorların üniversite hastanesinde çalışan öğretim üyesi unvanına sahip doktorlara göre hastalarını daha çok memnun ettikleri söylenebilir. Bunun yanı sıra uzman hekimlerin pratisyen ve öğretim üyesi hekimlere göre hekim tatmininin daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. (Abdel-Rahman vd., 2008)'nin Mısır'da hekimler üzerine yapmış oldukları çalışmanın sonucunda mesleki unvana göre hekimlerin iş tatmin düzeylerinin farklılaşmadığını tespit etmişlerdir.

Kurum boyutuyla ilgili sonuçlar değerlendirildiğinde devlet hastanesinde ve üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin performans özelliklerinin benzerlikler gösterdiği ancak hizmet kalitesi, performans ödemeleri ile ilgili algıların ve hasta memnuniyet düzeylerinin devlet hastanesinde çalışan hekimlerde daha yüksek olduğu bununla birlikte hekim tatmininin araştırma hastanelerinde daha fazla olduğu

görülmektedir. Bu duruma etki eden faktörler olarak her iki kurumun da mevzuat, yapılanma ve teşkilat açısından farklı yapılarda olmasındandır (Çankaya, 2017: 281). Ayrıca literatürde yer alan bir çalışmada kamu hastanelerinde çalışan ve muayenehanesi olan hekimlerin iş tatminleri sadece kamu hastanesinde çalışan hekimlere göre yüksek çıkmaktadır (Sevimli ve İşcan, 2005). Bu durumun yüksek gelir elde etmenin iş tatminini etkileyen önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Çalışmanın en kayda değer sonuçlarından birisi, performans ödemesi alan ve almayan hekimlerin performanslarının benzerlik göstermesi durumudur. PDEÖS hekim algısı, hizmet kalitesi ve hasta memnuniyeti değerlerinin performans ödemesi alan hekimlerde daha yüksek olması öngörülebilecek bir durum iken performans ödemesi almayan hekimlerin hekim tatmininin daha yüksek olması çalışmanın ilginç sonuçlarından biri olarak görülmektedir. Bu durum (Yu vd., 2022)'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir. Konu ile ilgili olarak performans ödemesi almayan hekimlerin mesleklerini gerçekten severek yaptıkları da düşünülebilir.

Yaş değişkeni boyutuyla çalışmanın sonuçları analiz edildiğinde 35 yaş ve altı hekimlerin 36 yaş ve üzeri hekimlere göre iş tatmini düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Başka bir deyişle yaş arttıkça iş tatmini düzeyi azalmaktadır. Ancak (Freeborn, 2001) tarafından ABD’de çalışan hekimler üzerine yapılmış bir çalışmada iş tatmini ile yaş arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Sonuç olarak yaş ile iş tatmini arasındaki ilişki ülkelere göre farklılık gösterebilmektedir.

Bu araştırmada ayrıca PDEÖS hekim algısı ve alt boyutlarının uzmanlık alanlarına göre bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile hekimlerin uzmanlık alanlarının PDEÖS’nin belirleyicilerinden biri olmadığı söylenebilir. (Özer vd., 2005)’nin yapmış olduğu çalışmada hekimlerin uzmanlık alanlarına göre tatmin düzeylerinin farklılaşmadığı anlaşılmaktadır.

Etik Duyarlılık Ölçeğine ait tanımlayıcı istatistikler değerlendirildiğinde hekimlerin otonomi boyutunda hastaların tercihlerine daha saygılı olduklarını, çatışma boyutunda çok az seviyede bir etik çatışma yaşadıklarını söyleyebilmek mümkündür. Buna bağlı olarak etik duyarlılık ölçeği ve alt boyutlarının cinsiyet değişkeni açısından farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde uygulama, otonomi, oryantasyon alanlarında benzerlikler olduğu ancak bütüncül yaklaşım, çatışma ve etik duyarlılık alanlarında kadın hekimlerin erkek hekimlere göre daha yüksek değerler alarak aldığı

görülmektedir. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda cinsiyetin anlamlı bir farklılık oluşturmadığı (Arslan, 2017: 33) ancak bazı çalışmalarda da anlamlı bir farklılık oluşturduğu (Lützén vd., 1997:472; Lützén vd., 2000:520) görülebilmektedir. Ayrıca erkek psikiyatristlerin kadın psikiyatristlere göre daha fazla çatışma yaşadıkları (Lützén vd., 1997) ile ilgili bir çalışmaya da rastlanılmıştır. Bu durum, örneklemelerin farklılaşmasıyla birlikte sonuçların da farklılaşabileceğini göstermektedir.

Yaş değişkeni ve etik duyarlılık ölçeği ile ilgili ilişki incelendiğinde, her iki yaş grubunun da çatışma boyutunda benzer özellikler gösterdiğini söyleyebilmek mümkündür. Ancak 36 yaş ve üstünde olan hekimlerin 35 yaş ve altında olan hekimlere göre etik duyarlılık ölçeği ve alt boyutları olan bütüncül yaklaşım, uygulama, otonomi, oryantasyon değişkenlerinin ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile çatışma boyutuyla her iki gruptaki hekimlerin aynı oranda içsel olarak bir etik çatışmaya düştüklerini ancak etik duyarlılık ölçeği ve alt boyutlarında 35 yaş ve altı grubun daha düşük değerler aldığını göstermektedir. Ayrıca otonomi (hastanın tercihlerine saygı duyma), bütüncül yaklaşım (fiziken, ruhen, sosyal ve çevresel yönler itibari ile hasta bütünlüğünü koruyacak eylemler), uygulama (eyleme karar verme ve etik düşünme), oryantasyon (hasta ve bakım personeline yönelik ilgi) boyutlarında bu durum 35 yaş ve altı hekim grubunun daha az mesleki tecrübeye sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir. Yapılan çalışmalarda yaş faktörü açısından durum incelendiğinde, hekimin yaşının hasta memnuniyeti üzerinde etkili olduğunu (Buller ve Buller, 1987; Chen vd., 2017), hastaların bu durumu tecrübe ile doğru orantılı olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. Bu durum yaş arttıkça etik duyarlılığın da artacağı yönündeki literatürle uyusmaktadır (Lützén vd., 1995: 131; Ersoy ve Göz, 2001; Ersoy ve Gündoğmuş, 2003; Tosun, 2005; Öztürk vd., 2009; Başak vd., 2010; Paz vd., 2012; Nejadsarvari vd., 2015: 21; Alyousefi vd., 2021: 6815). Ancak Kim & Park (2019)'ın yapmış oldukları çalışmanın sonucunda hemşirelerin etik duyarlılıklarının yaşla birlikte azaldığını tespit edilmiştir. Bu sonuç literatürde farklı örneklem ve unvanlara göre etik duyarlılığın yaşa göre değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir.

Hekimlerin etik duyarlılıklarının medeni durum değişkeni ile değerlendirilmesi sonucunda etik duyarlılık ölçeği ve alt boyutlarından bütüncül yaklaşım, çatışma, otonomi boyutlarında evli ve bekar hekimlerin benzerlikler gösterdiği, uygulama ve oryantasyon boyutlarında evli hekimlerin daha tecrübeli oldukları söylenebilir. Ancak bu durumun medeni durumdan ziyade yaş ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kurum değişkeni ve etik duyarlılık ölçeği ile ilgili sonuçlar değerlendirildiğinde devlet hastanesinde çalışan hekimlerin araştırma hastanesinde çalışan hekimlere göre çatışma, bütüncül yaklaşım, uygulama, otonomi alt boyutlarının ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın oryantasyon alt boyutunda bir farklılık olmadığı anlaşılmaktadır. Bu durum her iki kurumun yapısal farklılıklardan, çalışma şartlarından ve sağlık kurumları arasındaki basamaksal ilişkilerden kaynaklanmaktadır. Bunun nedeni ise üçüncü basamakta yer alan üniversite hastanelerinin teknoloji yoğun ve hekimlerinin aynı zamanda eğitim-öğretim işleriyle ilgilenen aynı zamanda bilimsel çalışmalar yapan akademisyenler olmasından kaynaklanmaktadır. (Öztürk vd., 2009)'nin hekimler üzerine yapmış olduğu bir araştırmada kurum türüne göre etik duyarlılık ölçeği alt boyutları olan otonomi, bütüncül yaklaşım ve uygulama alt boyutlarında anlamlı bir farklılık olmadığını belirlemiştir. Buna karşın üniversite hastanelerinde görev yapan hekimlerin devlet hastanesindeki hekimlere göre çatışma ortalamalarının daha yüksek, oryantasyon ortalamalarının ise daha düşük olduğunu da tespit etmiştir.

Çalışmanın önemli sonuçlarından birisi de performans ödemesi alan hekimler ile almayan hekimlerin etik duyarlılık ölçeğinin alt boyutları olan uygulama ve oryantasyon da benzerlikler göstermesi ancak bütüncül yaklaşım, çatışma, otonomi ve etik duyarlılık alt boyutlarında performans ödemesi alan hekimlerin daha duyarlı olduklarını göstermektedir. Bu sonuçlara paralel bir şekilde (Kırılmaz vd., 2015: 79) aylık geliri yüksek olan sağlık çalışanlarının düşük olan sağlık çalışanlarına göre etik duyarlılık düzeyinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durum kazancı yüksek olan hekimlerin etik duyarlılıklarının da yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmanın amacına yönelik olarak kurulan YEM modelinde Etik Duyarlılık Ölçeği ile PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde H₁, H₂, H₃, H₄ hipotezlerinin etik duyarlılık ile performansa dayalı ek ödeme arasında anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Ancak ilişkinin etki yönü bakımından H₂ hipotezi negatif bir etkiye sahiptir. Buna göre etik duyarlılığın artması ile sırasıyla en çok hekim performansının, hizmet kalitesinin, hasta memnuniyetinin arttığını, fakat hekim tatmininin azaldığını söyleyebilmek mümkündür. Bu durum etik duyarlılığın yükselmesi ile hekimlerin bu sistemden tatmin olma düzeylerinin azalacağını göstermektedir.

Bu araştırmada etik duyarlılık arttıkça hekim performansının da arttığı tespit edilmiştir. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin hekim performansı alt boyutunda bu durum en çok hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar şeklinde gerçekleşmektedir. Bu maddeyi

takiben hekimlerin tanı ve teşhis özerkliğine olumlu katkılar sağlamakta olup, hekim motivasyonunu artırarak, karar verme sürecine olumlu etkiler yapmakta ve son olarak da mesleki gelişimlerini olumlu bir şekilde etkilemekte olduğuna dair ifadeler gelmektedir. Bu durum hekimlerin daha fazla ek ödeme alabilmek için hastalarına daha iyi hizmet vermeleri gerektiğini düşündürmektedir. Böylece hekimler kendi alanlarında bir tercih nedeni olabileceklerdir. Böylelikle de daha fazla sayıda hastaya hizmet sağlayarak performanslarını artıracaklardır. Ayrıca daha fazla performans, tıp alanındaki yenilikleri ve değişimleri dolayısıyla da hekimin tıbbi bilgisini artırmayı gerektireceğinden hekimlerin mesleki gelişimlerine ve karar vermelerine olumlu katkılar sağlayacaktır. Literatür incelendiğinde iyi bir kazançta sahip olan hekimlerin etik duyarlılıklarının da yüksek olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır (Kırılmaz vd., 2015: 80).

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise hekimlerin etik duyarlılıkları ile hekim tatmini arasında negatif bir ilişki olmasıdır. Başka bir ifade ile hekimlerin etik duyarlılıklarının artması ile yaptıkları işlerden duydukları tatmin düzeyi azalmaktadır. Hekim tatmini boyutunda performans sisteminin hekimleri mesleki olarak yalnızlaştırması ve elde edilen kazancın emekliliğe yansımaması onların iş motivasyonunu en çok olumsuz etkileyen durumlardır. Ayrıca performans sisteminin iş stresini artıran bir durum olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum, performans sisteminin hasta memnuniyetine, hizmet kalitesine, hekim performansına önem verdiğini ancak hekim tatmini boyutuna yeterince önem vermediğini düşündürmektedir. Şöyle ki, aktif çalışma hayatında olan bir hekim görevini yaparken performans sisteminin doğal yapısı gereği bir rekabete girmekte ve bu durum bireysel olarak hekimleri yalnızlaştırmaktadır. Ayrıca elde edilen gelirin emekliliğe yansımaması iş streslerini artırmaktadır. Belirtilen durumlar hekim memnuniyetini düşürmektedir. Literatür incelendiğinde de benzer sonuçlara rastlanılmaktadır. (Ateş ve Kırılmaz, 2015), yaptıkları çalışmada, sağlık personelinin performans sisteminden memnun olmadığını, sistemin bu haliyle çalışanlar arasındaki iş birliğini ve motivasyonu olumsuz etkilediğini belirtmektedirler. (Ekingen vd., 2017)'nin yaptıkları çalışmada ise, PDEÖS'nin çalışanların performansına kısmen olumlu katkı yaptığını belirtmişlerdir.

Araştırmanın bir diğer bulgusuna göre, hekimlerin etik duyarlılıklarının artması hizmet kalitesini artırmaktadır. Hizmet kalitesi boyutunda performans sisteminin tıbbi hata oranlarını (malpraktis), hastane enfeksiyonlarını, ölüm oranlarını ve komplikasyon maliyetlerini azaltmakta bunun yanı sıra tıbbi hizmet kalitesini artırmaktadır. Bu durum

performans sisteminin hekimleri daha araştırmacı olmaya ittiğini ve böylece hata oranlarını düşürdüklerini ve kaliteyi artırdıklarını düşündürmektedir. Ayrıca daha önceleri bir anlamda mesleki bilgi alışverişi veya danışma olarak uygulanan konsültasyona bu anlamda ihtiyacı azalttığından hekimler hastaları hakkında tek karar verici olma durumuna erişebilmekte ve böylece hastanenin kurumsal konsültasyon maliyetlerine ödedikleri ödemeler azalmaktadır. Benzer sonuçlar (Korku ve Kaya, 2010)'nın PDEÖS'nin sağlık hizmetlerinin kalitesine etkilerini incelemek üzere yapmış oldukları çalışmalarında da yer almaktadır. Araştırmaya katılan yöneticiler ve sağlık personeli sistemin bekleme sürelerini azalttığını, hasta memnuniyetini artırdığını ancak etik dışı olarak nitelendirilebilecek endikasyonsuz müdahaleleri (tıbbi zorunluluk olmaması hali), gereksiz tetkikleri ve yatışları artırdığını belirtmişlerdir.

Araştırmada ayrıca hekimlerin etik duyarlılıkları ile hasta memnuniyeti arasında pozitif bir ilişki tespit edilmiştir. Hasta memnuniyeti boyutunda performans sisteminin ameliyat sonrası iyileşme oranını artırdığı, medikal malzemelerin teminindeki süreyi kısalttığı ayrıca muayene bekleme sürelerini ve yatış sürelerini azaltan bir uygulama olduğu görülmektedir. Bu durum, performans sisteminde yer alan hekimlerin ve kurumlarının ortak amaçlarına yönelik faaliyetlerinde bir uyum içinde olduklarını göstermektedir. Hekimler bu sayede daha fazla sayıda bakım hizmeti sunmakta bunun için hasta bekleme sürelerini ve yatış sürelerini azaltmaktadırlar. Sağlık kurumları da bu konudaki gecikmeleri önlemek amacı ile gerekli medikal malzemelerin teminini hızlandırmaktadır. Son yıllarda kamu hastanelerindeki tıbbi görüntüleme cihazlarının (MR, BT, Ultrason, vb.) sayısının artış göstermesinin de bu amaca yönelik olduğu düşünülmektedir. Tüm bu birliktelik kurumun ve çalışanların ortak kazançlara yönelik gayretlerinin bir göstergesidir. Ayaktan ve yatan hastaların memnuniyeti üzerine Çin'de yapılan bir çalışmada parasal teşviklerin hekimlerin iş tatminini artırdığını dolayısıyla da hasta memnuniyetini sağlamaya yönelik çabalarında daha gayretli olduklarını göstermektedir. Ancak hekimlik mesleğinin doğası gereği doktorlar böyle bir sistem olmasa da hasta memnuniyetini için gayret göstereceklerini belirtmektedirler (Yu vd., 2022).

Özetle etik duyarlılık; hekim performansını, hizmet kalitesini ve hasta memnuniyetini pozitif, buna karşın hekim tatminini negatif bir şekilde etkilemektedir. Bu bağlamda her ne kadar gelirle ilişkilendirilmiş bir sistem ile sağlık sisteminin toplam performansının artırılması, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulması ve hasta

memnuniyetinin sağlanması amaçlanmış ise de sistem çalışanlar arasında rekabete yol açtığından ve mesleki anlamda hekimleri yalnızlaştırdığından ayrıca konsültasyon oranlarını azaltmasından dolayı malpraktislere daha çok yol açtığından hekimleri tatmin etmeyen bir hal almış durumdadır. Çalışanları tatmin aracının sadece maddi kazançlar olmadığı düşüncesi neoklasik teori bağlamında yapılan deney ve çalışmalarla ispatlanmış durumda iken günümüz kapitalist dünyasının halen bu araç üzerinden sistemleri iyileştirmeye çalışmasının gereksiz bir gayretin ürünü olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma sürecinde geliştirilen “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği” hekim performansı, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ve hekim tatmini şeklinde dört boyuttan oluşmaktadır. Buna göre sağlık sektöründeki en önemli hususların performans, kalite hasta memnuniyeti ve hekim tatmini olduğu görülmektedir. Ancak sistemin hekimleri tatmin edememesi sürdürülebilirlik açısından geleceğe yönelik ciddi sıkıntılar barındırmaktadır.

Sağlık nihayetinde insani bir durumdur ve ticareti yapılabilecek bir meta değildir. Ancak neoliberal politikaların sağlık sektöründe kendisini göstermesi ile sağlık maalesef bu duruma gelmiştir. Bu durum sağlık sektöründe piyasalaştırmanın bir bileşeni olarak kamu hastanelerinde özerkleştirme adıyla yürürlüğe konulmuştur. Bu süreçte performansa dayalı ek ödeme sistemi Türkiye’de 2003 yılında SDP ile birlikte uygulanmaya başlamıştır. Hekimlere ek ödeme yapılmasını ön gören bu uygulama ile hastanenin toplam gelirine daha fazla katkıda bulunan hekimler, döner sermayeden daha fazla pay alır hale getirilmiştir. Bu uygulamanın kamu hastanelerinde daha çok işlerlik kazanmasını sağlayan yasal mevzuat ise sağlıkta tam gün yasası ile sağlanmıştır. Böylece birçok hekim özeldeki muayenehanelerini kapatmış ve sadece hastanede çalışmaya başlamıştır. Sistemin bu şekilde evrilmesi sağlıkta ticari bir eğilimin olduğunu göstermektedir. Oysa sistem hasta odaklı ve kanıta dayalı olarak sadece hekimleri öncelemeyen tüm sağlık çalışanlarına yönelik olmalıdır. Çünkü sağlık kurumlarına başvuran bir hastanın hastaneye girişinden/yatışından itibaren çıkışına/taburcusuna kadar olan süreçte sadece hekimler değil tüm çalışanların katkıları söz konusu olmaktadır. Bu manada her hasta bir matriks proje şeklinde düşünülebilir. Bu anlamda bir projenin başarılı olabilmesi için tüm uzmanların ve hatta en vasıfsız çalışanların bile katkıları gerekmektedir. Ancak sistem bu haliyle sağlık çalışanlarının tümünü birden tatmin etmek yerine daha çok hekimleri tatmin üzerine odaklı bir yapı halindedir. Dolayısı ile sistem,

sağlık emekçilerini sadece hekimler olarak gören materyalist bir zihniyetin ürünü görünümündedir.

Türkiye’de hasta sayısının ve kullanılan ilaç miktarının fazla olduğu AB ve Sağlık Bakanlığı raporlarından bilinmektedir. Burada ilginç olan durum hem kurumsal düzeyde hem de bireysel düzeyde performans gelirinin artması daha çok hastaya bakmakla mümkünken ülkenin sağlıklı olmasının temel göstergesinin de hasta sayısının az olması ile ölçülmesidir. Bu paradoksal durum bir yandan daha az hastaya hizmet vermeyi amaçlamakta bir yandan da performans gelirini sağlık kurumları ve hekimler boyutunda artırarak gelir artırma çabalarına girmektedir. Bu da ancak daha çok sayıda hastaya sağlık hizmeti vermekle mümkün olabilecek bir durumdur.

Gelişmiş ülkeler boyutunda bu durum incelendiğinde ülkelerin sağlık sistemlerinde iyileştirmeler yapmak için performans için ödemeler yaptığı ancak Türkiye’de kazançları artırmak yoluyla hekim memnuniyetini yükseltmek için bir araç şeklinde geliştirildiği literatüre yansımış durumdadır. Bu anlamda gelişmiş ülkelerde uygulanan performansa dayalı ödeme sistemleri sağlık sistemini daha iyi, etkin, kaliteli hale getirmek, hasta ve çalışan memnuniyeti sağlamak üzerine geliştirilmiş bir yapı görünümünde iken Türkiye’deki tek benzerlik sisteminin uygulamadaki isminin benzer olması şeklinde gerçekleşmektedir. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın performansa dayalı uygulamaları gelişmiş ülkelerdeki haliyle tekrar incelemesi ve bu konuda yapılan eleştirel yayınlara odaklanarak sistemi yeniden kurgulamasının gerektiği önerilmektedir.

Performansa göre yapılan ödemeler hekimlerin işlerindeki gayretlerini ve başarılarını artırmakta, hastalarını daha memnun etmekte, hizmet kalitesini artırmaktadır. Hekimlik mesleğinin doğasının gereği insanlara yardım etmeye bağlı etik kriterler ve hisler gelir artırmada hekimlerin daha az kazanmalarına sebebiyet verdiğinden çalışan memnuniyetini sağlayamamaktadır. Bu durum etik duyarlılıkla ilişkilendirilmiş ve hekimlerin etik duyarlılıkları arttıkça iş tatmini düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Bu anlamda çalışmanın ilginç neticelerinden biri olarak performans ödemesi alan hekimler ile almayan hekimlerin aynı performansı göstermeleri sistemin amacı ne olursa olsun hekimlerin etik yönlerinin her daim var olduğunu ve baskın olduğunu göstermektedir. Bu durum her ne kadar çevre faktörüyle ilişkili de olsa ahlakın bu yönünün mesleğin uygulanmasında egemen olduğunu düşündürmektedir. Ancak kazanç sağlama arzusunun bir takım etik dışı davranışlara (gereksiz tedaviler, malzeme israfları vs.) neden olabileceği çalışmanın öngörülen sonuçlarından biri olmuş ve süreçte buna yönelik

kanıtların hem literatürde yer aldığı anlaşılmış ve ayrıca hekimlerle yapılan görüşmelerde bu sonuca erişilmiştir. Ancak bu çalışmanın nicel bir tasarımla yapılandırılmış olmasından dolayı bu durum net bir şekilde ortaya konulamamıştır. Bu durumun ancak nitel desenli çalışma ile ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Bunun nedeni ise bire bir olarak karşılıklı yapılan katılımcı görüşmelerinde çalışanların daha dürüst, içten ve samimi bir şekilde yanıtlar verdiği gerek uzman görüşmelerinin yapılması sürecinde gerekse de odak grup görüşmelerinde ortaya çıkmıştır. Bu türden etik dışı davranışların önlenmesine bağlı olarak maliyetlerin azalmasının sağlanması ile sağlığa harcanan kaynaklarda bir azalma sağlanacak olup, daha adil bir kaynak dağıtımının sağlık sektöründeki refahı artıracakı düşünülmektedir. Ayrıca tıp eğitimi esnasında etik derslerin zorunlu hale getirilerek kredilerinin yükseltilmesi hatta bir ön şart haline getirilmesi ile hekimlik mesleğinin başlangıç aşamasında etik duyarlılığın artırılmasının sağlanacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma, Afyonkarahisar Devlet Hastanesi ve üniversite hastanesi hekimlerinden elde edilen bulguları içermektedir. Bu sebeple bulguların Afyonkarahisar’da görev yapan hekimler çerçevesinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Başka şehir ve hastanelerde yapılacak çalışmaların sonuçları farklılaşabilir. Ayrıca çalışmanın verileri pandemi döneminde elde edildiğinden ayrı bir kısıt olarak bu durumun da değerlendirilmesi gerekmektedir. Gelecek çalışmalarda pandemi sonrası dönem ile bu çalışmanın sonuçlarının karşılaştırıldığı farklı bir araştırma da yapılabileceği gibi Avrupa Birliği ülkeleri veya performansa göre ek ödeme yapan diğer ülkeler ile de Türkiye’deki sistem karşılaştırılabilir. Bunun dışında örgütsel davranış literatürü bağlamında çalışma kapsamındaki kavramlar ile geliştirilen ölçekle ilgili karşılaştırmalar yapılabilir. Ayrıca hekim tatminine yol açan unsurlar, nitel ve nicel araştırmalar ile kapsamlı bir şekilde ortaya konulabilir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Rahman, A. G., Halim, A. W., Allam, M. F., & Meky, F. (2008). Low job satisfaction among physicians in Egypt. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 39(2), 91-96.
- Acar, A. C. (2007). *İşletmelerde Ücret Yapısının Oluşturulması*. İstanbul: Literatür Yayınları.
- Acar, E. (2019). *Sağlıkta Geri Ödeme Sistemlerinin İncelenmesi ve Türkiye’de Kullanılan Geri Ödeme Sisteminin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- AHO. (1998). *Final Report-Regional Forum on Provider*. AHO (American Health Organization).
- Akbulut, Y. (2012). Sağlık Sigortacılığı İçinde; *Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri* (Ed: H. H. Yıldırım), ss.100-121. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları.
- Akçakanat, T., ve Çarıkçı, İ. H. (2016). Sağlık Kurumlarında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi: Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyeleri Üzerine Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 865-892.
- Akçakanat, T., ve Çarıkçı, İ. H. (2019). *Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Sağlık Kurumlarında Uygulanması*. İstanbul: Hiperyayın.
- Akdur, R., ve Aydın, E. (1998). Türkiye’de Etik Kurullar ve Yaptırım Konusu. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 6(2), 83-88.
- Akpınar, A. T., ve Taş, Y. (2013). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Bir Araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2(37), 167-181.
- Aktan, Ç. C. (2009). Performans Yönetimi: Organizasyonlarda Performans Değerlendirme ve Ölçme. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 1(1), 25-33.
- Aktan, Ç. C. ve Özkıvrak, Ö. (1999). *Devlet mi? Piyasa mı? Kamu ve Özel Sektör Arasında Performans Karşılaştırmaları*. Ankara: TOSYÖV.
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2(2), 124-153.
- Akyüz, K. C., Koçak, S., Balaban, Y., Yıldırım, İ., ve Gedik, T. (2011). Çalışanların İş Tatmin Düzeylerinin İncelenmesi (Muğla Orman Bölge Müdürlüğü Örneği). *Türkiye Ormancılık Dergisi*, 12(1), 20-26.
- Al-Bar, M. A. & Chamsi-Pasha, H. (2015). *Contemporary bioethics: Islamic perspective*. New York: Springer Nature.
- Al-Borie, H. M., & Damanhour, A. M. (2013). Patients' Satisfaction of Service Quality In Saudi Hospitals: A Servqual Analysis. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(1), 20-30.
- Altınışık, S. (1996). Örgütlerde Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 8(8), 479-491.
- Altman, S. H., & Cohen, A. B. (1993). The Need For A National Global Budget . *Health Affairs*, 12(1), 194-203. https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.suppl_1.194
- Alyousefi, N., Alibrahim, A., Taleb, H., Alotaibi, L., Alrahmah, L., Aldubaib, vd., (2021). The Predictors of Moral Sensitivity Among Physicians. *International Journal of General Medicine*, 21(14), 6815-6823. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S336121>
- Anthony, P. (1998). Management Education: Ethics versus morality. In M. Parker, (Ed.), pp. 269-281. *Ethics and Organization*. London: Sage.

- Aral, A. (2012). *Sağlıkta Yeni Dönem DRG (TİG) Teşhisle ilişkili Gruplar*. Ankara: Bizim Akademi Yayınları.
- Arda, B., ve Pelin, S. Ş. (1995). Tıbbi Etik Tanımı, İçeriği, Yöntemi ve Başlıca Konuları. *Ankara Tıp Mecmuası*, 48(3), 323-336. https://doi.org/10.1501/Tipfak_00000000373
- Arık, Ö., ve İleri, Y. Y. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Türkiye’de Yeni Yaklaşım; Teşhis İlişkili Gruplar (TİG). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 45-50.
- Arık, Ö., ve İleri, Y. Y. (2016). Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 78-92.
- Armstrong, M. & Murlis, H. (1994). *Reward Management*. London: Kogan Page.
- Armstrong, M. (2006). *A Handbook of Human Resource Management Practice*. United Kingdom: Kogan Page.
- Armstrong, M. (2006). *Performance Management: Key Strategies and Practical Guidelines*. London and Philadelphia: Kogan Page.
- Arslan, F. (2007). *Kamuda Performansa Dayalı Ücret Sistemleri*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas.
- Arslan, G. (2017). *Hemşirelerin Etik Duyarlılık Düzeylerinin Yoğun Bakıma Özel Etik Konulardaki Yaklaşımları Üzerine Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Acıbadem Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Arslan, M. (2012). *İş ve Meslek Ahlakı Dünya ve Türkiye Örnekleri*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Arslantaş, H. (2015). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1), 47-56. <https://doi.org/10.5505/phd.2015.18209>
- Aşçıoğlu, Ç. (1993). *"Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluklar" Doktorların Devletin ve Özel Hastanelerin Sorumluluğu (Cezai ve Hukuki)*. Ankara: Tekışık Ofset Tesisleri.
- Ata, A. N., ve Toraman, A. (2021). Klinik Kalite Kavramı ve Önemi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(4), 342-349. <https://doi.org/DOI:10.52880/sagakaderg.917341>
- Ateş, H., ve Kırılmaz, H. (2015). Sağlık Personelinin Performans Yönetimine İlişkin Görüşleri Üzerinde Kişisel Faktörlerin Etkileri. *Amme İdaresi Dergisi*, 48(4), 97-128.
- Augustine, S., Lawrence, R. H., Raghavendra, P., & Watts, B. (2010, 12). Benefits and costs of pay for performance as perceived by residents: a qualitative study. *Academic Medicine*, 85(12), 1888-1896. <https://doi.org/DOI: 10.1097/ACM.0b013e3181fa7aec>
- Avcı, K., ve Çınaroğlu, S. (2015). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Örgütsel ve Finansal Performans Göstergeleri Bakımından Kümelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 33(2), 1-23. <https://doi.org/DOI: 10.17065/huiibf.75442>
- Aydemir, İ., ve Ağırbaş, İ. (2017). Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Yöntemleri: Teşhis İlişkili Gruplar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 49-67.
- Aydın, E. (2006). *Tıp Etiği*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Aydın, E., ve Ersoy, N. (1995). Tıp Etiği İlkeleri. *Türkiye Klinikleri: Tıbbi Etik*, 2(3), 48-52.
- Aydın, S., ve Demir, M. (2006). *Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Bae, E.-K. (2006). Major Elements and Issues in Performance Management System: A Literature Review. *ERIC Institute of Education Sciences*, 68(2) 1430-1437.
- Bahçecik, N. (2009). Hemşirelikte Etik. İçinde; *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. (Ed: N. Sabuncu), ss. 467-502. İstanbul: Alter Yayıncılık.

- Bakan, İ., Erşahan, B., ve Eyitmiş, A. M. (2008). Performansa Göre Ücretlendirmeye Doktorların Genel Bakış Açıkları: Bir Alan Araştırması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 73-86.
- Bakoğlu, R. (2001). Örgütsel Performans Kavramı ve Gelişimi. *Öneri*, 4(15), 39-45.
- Kline, R. B. (2019). *Yapısal Eşitlik Modellemesinin İlkeleri ve Uygulaması*. (Çev: S. Şen), Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Bandalos, D. L. (2018). *Measurement Theory and Applications for The Social Sciences*. London&New York: The Guilford Press.
- Banks, S. (2003). From oaths to rulebooks: A critical examination of codes of ethics for the social professions. *European Journal of Social Work*, 6(2), 133-144. <https://doi.org/10.1080/1369145032000144403>
- Barth, A. L., & Beer, W. d. (2018). Performance Planning. In *Performance Management Success Management for Professionals* 27-36. New York: Springer Cham.
- Bartlett, J. E., Kotrlık, J. W., & Higgins, C. C. (2001). Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research Appropriate Sample Size in Survey Research. *Information Technology, Learning and Performance Journal*, 19(1), 43-50.
- Başak, T., Uzun, Ş., ve Arslan, F. (2010). Investigation of Critical Care Nurses' Ethical Sensitivity. *Gulhane Medical Journal*, 52(2)76-81.
- Bayat, B. (2014). Uygulamalı Sosyal Bilim Araştırmalarında Ölçme, Ölçekler ve “Likert” Ölçek Kurma Tekniği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(3), 1-24.
- Bayraktaroğlu, H. C., ve Özcan, Z. (2020). "Nikomakhos’a Etik Bağlamında Aristoteles’ in Erdem Etiği". *Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 29(1), 277-296.
- Bayram, A. K. (2005). Modern Etik ve Siyaset. *Siyasette ve Yönetimde Etik Sempozyumu Bildiriler Kitabı*, 18-19 Kasım 2005, Sakarya. Türkiye, ss. 43-55.
- Bayram, N. (2010). *Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Amos Uygulamaları*. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bektaş, H. (2017). *Açıklayıcı Faktör Analizi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Belek, İ. (2009). *Sağlığın Politik Ekonomisi Sosyal Devletin Çöküşü*. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 107(2), 238-246.
- Beyatlı, H. Z. (2017). *Hastane ve Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Bilgin, R., ve Küçükhasar, M. (2018). Türkiye’de Kamu Sağlık Kuruluşlarında Yaşanan Etik Dışı Davranışlar ve Uygulamaların Genel Görünümü. *Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(13), 119-140.
- Bingöl, D. (2010). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Bredrup, H., & Bredrup, R. (1995). Performance Planning to Ensure Business Achievements. In A. Rolstadås, (Ed.), pp. 103-134. *Performance Management*. Dordrecht: Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-011-1212-3_6
- Brignall, S. & Modell, S. (2000). An institutional perspective on performance measurement and management in the ‘new public sector’. *Management Accounting Research*, 11(3), 281-306.
- Buller, M. K. & Buller, D. B. (1987). Physicians' Communication Style and Patient Satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(4), 375-388. <https://doi.org/10.2307/2136791>

- Bulut, M. (2020). Türkiye’de Global Bütçe Uygulamasının Hastane Seçme Hakkına Etkisi. *Turkish Studies - Social Sciences*, 15(8), 3403-3417. <https://dx.doi.org/10.47356/TurkishStudies.43179>
- Burkhardt, M. A. & Nathaniel, A. K. (2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. (Çev: Alpar Ş.E, Bahçecik N., Karabacak Ü.), İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Büken, N. Ö. (2008). Klinik Araştırma Etik Kurulları. *Clinical Research Ethics Committees*, 20(3-4), 61-70.
- Büken, N. Ö. ve Büken, E. (2002). Nedir Şu "Tıp Etiği" Dedikleri? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 11(1), 17-20.
- Byers, P. Y. & Wilcox, J. R. (1988). Focus Groups: An Alternative Method of Gathering Qualitative Data in Communication Research. *Speech Communication Association Conference* 3-6 November 1988, New Orleans, ABD. ss. 1-19.
- Calle-Alberdi, L. (2015). *Deconstructing “Common Sense”: Normative Ethics and Decision-Making By Sign Language Interpreters*. (Unpublished Master's Thesis). Humak University of Applied Sciences. Helsinki.
- Cappelli, P. & Tavis, A. (2016), The Performance Management Revolution. *Harvard Business Review*, 94(10), 58-67.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The Measurement of Patient Satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236-249. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042739>
- Cashin, C., Chi, Y.-L., Smith, P., Borowitz, M., & Thomson, S. (2014). *World Health Organization. Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability*. New York: OECD Publishing.
- Casto, A. B., & Layman, E. (2006). *Principles of Healthcare Reimbursement*. Chicago: American Health Information Management Association.
- Casto, A. B., & White, S. (2021). *Principles of Healthcare Reimbursement and Revenue Cycle Management*. Chicago: American Health Information Management Association. <https://doi.org/ISBN: 978-1-58426-800-0>
- Cavanagh, G. F., & Velasquez, D. J. (1981). The Ethics of Organizational Politics. *Academy of Management Review*, 6(3), 363-374. <https://doi.org/https://doi.org/10.5465/amr.1981.4285767>
- Çetinkaya, A. Ş. (2016). Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Ücrete Bağlı Streste Farklılık Yaratma Düzeyi: Konya Sağlık İşletmeleri Araştırması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 374-399.
- Chen, J. G., Zou, B., & Shuster, J. (2017). Relationship Between Patient Satisfaction and Physician Characteristics. *Journal of Patient Experience*, 4(4), 177-184. <https://doi.org/10.1177/2374373517714453>
- Clouser, K. D. (1974). What is medical ethics? *Annals of Internal Medicine*, 80(5), 657-660.
- Clouser, K. D. (1975). Medical ethics: Some uses, abuses, and limitations. *New England Journal of Medicine*, 293(8), 384-387.
- Cohen, J. P., & Paul, C. M. (2008). Agglomeration and Cost Economies for Washington State Hospital Services. *Regional Science and Urban Economics*, 38(6), 553-564. <https://doi.org/doi:10.1016/j.regsciurbeco.2008.05.011>
- Corts, T. E. (1968). The derivation of ethos. *Speech Monographs*, 35(2), 201-202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/03637756809375583>
- Crane, A., & Matten, D. (2016). *Business Ethics*. United Kingdom: Oxford University Press. <https://doi.org/ISBN 978-0-19-969731-1>

- Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C., & Edell, E. S. (2000). Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), 58-68.
- Çakır, Ö., ve Sakaoğlu, H. H. (2014). Sağlık Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde Ücret Adaleti Algısı: Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(1), 1-21.
- Çankaya, M. (2017). Hastane Çalışanlarının Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminde İlişkin Görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 272-282. <https://doi.org/DOI:10.5455/sad.13-1505661548>
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çarkcı, J. (2020). *Sosyal Bilimlerde Ölçek Geliştirme Kılavuzu*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Çelik, V. (2020). Performans Yönetiminin Kamu Yönetiminde Uygulanabilirliği Sorunu1. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 55(1), 174.
- Çelik, Y. (2016). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çerezci, E. T. (2010, Temmuz). *Yapısal Eşitlik Modelleri ve Kullanılan Uyum İyiliği İndekslerinin Karşılaştırılması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çilingir, L. (2014). Din mi Ahlak mı? *International Journal of Sport Culture and Science*, 2(1), 711-720. <https://doi.org/https://doi.org/10.14486/IJSCS141>
- Çınar, O., ve Güney, S. (2012). Serbest Muhasebeci Mali Müşavirlerin (SMMM) Etik Algıları: Erzurum Örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 26(2), 91-106.
- Çoban, S., ve Serçe, H. (2015). Sağlık çalışanlarının performans dayalı ek ödeme sistemine yönelik düşünce farklılıkları ve bu düşüncelerin memnuniyete etkisi: Nevşehir Devlet Hastanesi örneği. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(2015), 1-16.
- Çokluk, Ö., Yılmaz, K., ve Oğuz, E. (2011). Nitel Bir Görüşme Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi. *Kuramsal Eğitimbilim*, 4(1), 95-107.
- Çoşkun, R., Altunışık, R., ve Yıldırım, E. (2017). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı*. Sakarya: Sakarya Yayıncılık.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4)
- Delbanco, S. F., Murray, R., Berenson, R. A., & Upadhyay, D. K. (2016). *Payment Methods and Benefit Designs: How They Work and How They Work Together to Improve Health Care*. America: Urban Institute.
- Demir, G. (2020). Akademisyenlik Mesleğinde Etik Kod Arayışı. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi*, (6), 65-80. <https://doi.org/10.48131/jscs.798412>
- Demir, M. (2007). Sağlık Bakanlığı Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi. İçinde; *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*. (Ed: H. Ateş, H. Kırılmaz, ve S. Aydın), ss. 279-307. İstanbul: Asil Yayın Dağıtım.
- Demirel, G. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1(2), 97-117.
- Demirel, M. (2011, 08 02). Üniversite Hastanelerinde Performans Uygulamasının Tıbbi Etik Bakımından Değerlendirilmesi. *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 19(2011), 40-43.

- DeNisi, A. S., & Pritchard, R. D. (2006). Performance Appraisal, Performance Management and Improving Individual Performance: A Motivational Framework. *Management and Organization Review*, 2(2), 253-277.
- Deshmukh, S., & Harichandan, D. (2014). *Business Management Paper - I Human Resource Management*. India: Institute of Distance and Open Learning, University of Mumbai.
- Dessler, G. (2011). *Human Resource Management*. New York: Pearson.
- Doctor Convicted of Fraud, (304) 234-0100 (United States Attorney William J. Ihlenfeld, II Northern District of West Virginia 6 25, 2013).
- Doğan, İ. (2015). *Farklı Veri Yapısı ve Örneklem Büyüklüklerinde Yapısal Eşitlik Modellerinin Geçerliği ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-206.
- Doran, T. (2008). Lessons from Early Experience With Pay for Performance. *Disease Management & Health Outcomes*, 16, 69-77.
- Dransfield, R. (2000). *Human Resource Management*. Oxford: Heinemann Educational Publishers .
- Dredge, R. (2004). *Hospital Global Budgetin*. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Dudley, R. A., & Rosenthal, M. B. (2006). *Pay for Performance: A Decision Guide for Purchasers*. Agency Healthcare Res Qual (AHRQ).
- Durant, W. (1954). *The Story of Civilization: Part 1 Our Oriental Heritage*. New York: Simon and Schuster.
- Durmaz, T., ve Erdem, R. (2017). Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29(4), 579-604.
- Dursun, Y., ve Kocagöz, E. (2010). Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (35), 1-17.
- Edmunds, H. (1999). *The Focus Group Research Handbook*. Emerald Group Publishing Limited. <https://doi.org/https://doi.org/10.1108/bl.1999.12.3.46.1>
- Ekinci, G., ve Bakır, İ. (2021). Sağlık Kurumlarında Finansal Performans Analizi A1 Dal Hastanesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 1-18.
- Ekingen, E., Yıldız, A., Korku, C., ve Korkmazer, F. (2017). Hastanelerde Uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Çalışanların Motivasyonu Ve Performansına Etkisi Üzerine Bir Araştırma. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(12), 71-83.
- Elbek, O. (2010). "Performans" ve Hekimlik. *Toplum ve Hekim*, 25(6), 432-447.
- Eltan, C. (2013). *Etik, İş Etiği ve Sağlık Hizmetlerinde Etik (Çivril Devlet Hastanesi Sağlık Personelinde İş Etiği Algısı)*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Eraslan, M. T., ve Tozlu, A. (2011). Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi . *Sayıştay Dergisi*, (81), 33-62.
- Erdem, A. R. (1995). Doğulu Düşünürlerin Bilim Öncesi Yönetime Katkıları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 2(2), 245-261.
- Erdemir, A. D. (2005). Etik, Tıp Etiği, Tıp Etiği İlkeleri ve Hasta Hekim İlişkilerinde Etiğin Yeri. *Erdem*, 15(44), 27-72.

- Erdemir, A. D. (2022). Türkiye’de ve Dünyada Etik Kurullar Etik ve Deontolojik Sorunlar. İçinde; *Klinik Araştırmalarda Aydınlatılmış* (ss. 89-141). İstanbul: Maltepe Üniversitesi Yayınları.
- Erdoğan, İ. (2006). Medya ve Etik: Eleştirel Bir Giriş. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*, 23, 1-26.
- Eren, M. (2012). "Sağlık Birazda Kirlenmiş Bir Alan" Türkiye Sağlık Sektörü İçerisinde Mümessiller. *Çalışma ve Toplum*, 1(32), 187-218.
- Erkan, A. (2011). Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması. *Maliye Dergisi*, 160(1), 423-438.
- Erkuş, A. (2021). *Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme - I Temel Kavramlar ve İşlemler*. Ankara: Pegem Akademi. <https://doi.org/10.14527/9786053643111>
- Ersoy, N., ve Göz, F. (2001). The ethical sensitivity of nurses in Turkey. *Nursing ethics*, 8(4), 299-312. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/096973300100800403>
- Ersoy, N., ve Gündoğmuş, N. Ü. (1999). Hekimin Etik Duyarlılığı, *I.Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı*. 9-11 Haziran 1999, Kocaeli, Türkiye, ss. 24-28.
- Ersoy, N., ve Gündoğmuş, Ü. N. (2003). A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. *Nursing Ethics*, 10(5), 472-484. <https://doi.org/10.1191/0969733003ne6290a>
- Erşahan, B., Bakan, İ., ve Eyitmiş, A. M. (2011). Performansa Göre Ücretlendirme’nin Doktorlar Tarafından Algılanan Negatif Yönleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (25), 101-119.
- Evkaya, C. (2019). *Lise Öğretmenlerinde İş Etiği ve İş Tatmini Algısının Karşılaştırmalı Analizi: İstanbul İli Pendik İlçesi Örneği*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya
- Filerman, G. L., Mills, A. E., & Schyve, P. M. (2013). *Managerial Ethics In Healthcare A New Perspective*. Chicago: Health Administration Press.
- Fiscella, K., Franks, P., Gold, M. R., & Clancy, C. M. (2000). Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *Journal of the American Medical Association*, 283(19), 2579-2584.
- Forsberg, E., Axelsson, R., & Arnetz, B. (2002). Performance-Based Reimbursement In Health Care: Consequences For Physicians' Cost Awareness And Work Environment. *The European Journal of Public Health*, 12(1), 44-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/eurpub/12.1.44>
- Fottler, M. D. (1987). Health Care Organizational Performance: Present and Future Research. *Journal of Management*, 13(2), 367-391. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F014920638701300211>
- Fraenkel, J. R., & Wallen, N. E. (2012). *How to design and evaluate research in education (7th ed.)*. New York: McGraw-Hill.
- Freeborn, D. K. (2001). Satisfaction, commitment, and psychological well-being among HMO physicians. *Western Journal of Medicine*, 174(1), 13-18.
- Freed, G. L., & Uren, R. L. (2006). Pay-For-Performance: An Overview for Pediatrics. *The Journal of Pediatrics*, 149(1), 120-124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2006.03.023>
- Gibbs, A. (1997). Focus Groups. *Social Research Update*, 19(8), 1-8.
- Glendinning, P. M. (2002). Performance Management: Pariah or Messiah. *Public Personnel Management*, 31(2), 161-178.
- Goss, J. D., & Leinbach, T. R. (1996). Focus groups as alternative research practice: experience with transmigrants in Indonesia. *Area*, 115-123. *Area*, 28(2), 115-123.
- Gottret, P. E., & Schieber, G. (2006). *Global Health Financing Revisited: A Practioner's Guide*. The World Bank.

- Gök, S. (2008). İş Etiği İle İş Ahlakı Arasındaki İlişki Ve Çalışma Yaşamında İş Etiğini Etkileyen Faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-19.
- Göksel, A. (2013). *İşletmelerde Performans Değerleme Sistemi Tasarımı: Teori - Uygulama - Model*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Grabar, M. (2011). *Yalın Hastane*. İstanbul: Optimist Yayınevi.
- Gruman, J. A., & Saks, A. M. (2011). Performance Management and Employee Engagement. *Human Resource Management Review*, 123-136.
- Gülbahar, Y., & Büyüköztürk, Ş. (2008). Değerlendirme Tercihleri Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(35), 148-161.
- Güngör, D. (2016). Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(38), 104-112.
- Gür, E. (2018). Muhasebe Meslek Etiği. *Adam Academy Journal of Social Sciences*, 8(2), 371-407. <https://doi.org/DOI: 10.31679/adamakademi.443323>
- Gürbüz, S. (2019). *İnsan Kaynakları Yönetimi Teori, Araştırma ve Uygulama*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri (Felsefe - Yöntem - Analiz)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Güven, E., Tevfik, A. T., ve Ebru, R. (2020). Sağlık Ekonomisi Kapsamında Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı: Bir Uygulama. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 63-81.
- Hall, S. A. (1992). Should Public Health Respect Autonomy? *Journal of Medical Ethics*, 18(4), 197-201.
- Heneman, R. L. (1992). *Merit Pay: Linking Pay Increases to Performance Ratings*. London: Prentice Hall.
- Hursthouse, R. (2003, 7 18). Virtue Ethics. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. California: Oxford Publishing.
- İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (Resmi Gazete 1 29, 1993).
- IRS. (2003, 08 01). *Trends in Performance Management*. United Kingdom: IRS.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M., ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- İşıkçelik, F., Öztürk, N., ve Ağırbaş, İ. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemlerinden Teşhis İlişkili Gruplar. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 9(2), 431-448. <https://doi.org/10.32331/sgd.658891>
- Jasarevic, T. (2019, 2 20). *Countries are spending more on health, but people are still paying too much out of their own pockets*. www.who.int: <https://www.who.int/news-room/detail/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets> adresinden alındı
- Jöreskog, K., Sörbom, D., Toit, S. D., & Toit, M. D. (2001). *LISREL 8: New Statistical Features*. USA: Scientific Software International.
- Kanlıoğlu, A., ve Alanka, Ö. (2013). Meta Etik Bağlamında Medyayı Düşünmek. *Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi Yeni Düşünceler Hakemli E-Dergisi*, (7), 113-223.
- Karabekir, M., Tozlu, E., ve Şencan, M. N. (2015). Girişimci Adayı Üniversite Öğrencilerinin Girişimcilik Özelliklerinin Odak Grup Görüşmesi İle İncelenmesi. *SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, (35), 203-216.
- Karacaoğlu, N. (2009). Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 20(1), 16-21.
- Karadağ, A. (2002). Meslek Olarak Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 5(2), 1-8.
- Karagöz, Y. (2017). *SPSS ve Amos Uygulamalı Nicel - Nitel - Karma Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

- Karakoç, F. Y., ve Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Kart, B. (2006). Erdem etiği normatif midir? *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, (2), 101-108.
- Kart, E. (2013). “Sağlıkta Dönüşüm” Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3(38), 103-140.
- Kasım, B. B. (2016). Organizational Performance Management: A Tool for Enhancing Effectiveness in Public Service Delivery in Nigeria. *Public Policy and Administration Research*, 6(10), 59-64.
- Kayacan, B., ve Gültekin, Y. S. (2012). Yapısal Eşitlik Modellemesinin (YEM) Ormancılıkta Sosyo-Ekonomik Sorunların Çözümlemesinde Kullanımı. *III. Ormancılıkta Sosyo-Ekonomik Sorunlar Kongresi*. 18-20 Ekim 2012, İstanbul, Türkiye, ss. 1-15.
- Kaygısız, Z., ve Girginer, N. (2011). Maliyet Etkinlik Analizi: Türkiye’deki Büyükşehir Belediyelerinde Uygulama. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 6(2), 309-342.
- Kesgin, A. (2009). Etik Üstüne. *Dini Araştırmalar*, 12(35), 143-160.
- Kestane, D. (2003). Performansa Dayalı Ücret Sistemi Ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği. *Maliye Dergisi*, 142(144), 126-144.
- Kim, W.-J., & Park, J.-H. (2019). The effects of debate-based ethics education on the moral sensitivity and judgment of nursing students: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 83, 1-6. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.08.018>
- Kim, Y.-S., Park, J.-W., You, M.-A., Seo, Y.-S., & Han, S.-S. (2005). Sensitivity To Ethical Issues Confronted By Korean Hospital Staff Nurses. *Nursing Ethics*, 12(6), 595-605.
- Kırcaali-İftar, G. (2004). Özel Eğitimde Fokus Grup Araştırmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 5(1) 1-7.
- Kırılmaz, H., ve Kırılmaz, S. K. (2014). Sağlık Hizmetlerinde Etik İkilemlerde Ampirik Etik Çalışmalarının Yararları. *İnsan ve İnsan*, 1(1), 35-44. <https://doi.org/https://doi.org/10.29224/insanveinsan.279976>
- Kırılmaz, H., Akbolat, M., ve Kahraman, G. (2015). A Research About The Ethical Sensitivity of Healthcare Professional. *International Journal of Health Sciences*, 3(3), 73-82. <https://doi.org/10.15640/ijhs.v3n3a7>
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing Focus Groups. *Bmj*, 311(7000), 299-302.
- Koçyiğit, S. Ç., ve Karadoğan, N. (2017). Sağlık İşletmelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) ve Maliyetlere Etkisi: Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 9(1), 505-526. <https://doi.org/10.20491/isarder.2017.256>
- Korku, C., ve Kaya, S. (2010). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri. *Verimlilik Dergisi*, (3), 83-113.
- Koyuncu, İ., ve Kılıç, A. F. (2019). Açımlayıcı ve Doğrulayıcı Faktör Analizlerinin Kullanımı: Bir Doküman İncelemesi. *Eğitim ve Bilim*, 44(198), 361-388. <https://doi.org/10.15390/EB.2019.7665>
- Köktaş, A. M. (2014). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: 657 Yayınevi.
- Kubalı, D. (1999). Performans Denetimi. *Amme İdaresi Dergisi*, 32(1), 31-62.
- Kutzin, J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56(3), 171-204. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(00\)00149-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00149-4)

- Küçüköğlu, M. T. (2012). Etik Değerler ve Etiğin Kurumsallaşması. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 177-185.
- Küleki, E. (2020). *Sağlık Hizmetlerinde YHİTA ve Yedi Mudanın Karşılaştırması: Bir Üniversite Hastanesi Örneği*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Düzce.
- Lebas, M. J. (1995). Performance Measurement and Performance Management. *International Journal of Production Economics*, 41(1-3), 23-35.
- Lindholm, J., Yarrish, K. K., & Zaballero, A. G. (2012). *The Encyclopedia of Human Resource Management, Volume 2: HR Forms and Job Aids*. USA: Pfeiffer.
- Liu, D., Wu, Y., Jiang, F., Wang, M., Liu, Y., & Tang, Y.-L. (2021). Gender Differences In Job Satisfaction and Work-Life Balance Among Chinese Physicians In Tertiary Public Hospitals. *Frontiers In Public Health*, 9, 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.635260>
- Luce, J. M. (1990). Ethical Principles in Critical Care. *JAMA*, 263(5), 696-700. <https://doi.org/10.1001/jama.1990.03440050090040>
- Lutzen, K. (2008). Time for Ethics. *Nurse Ethics*, 15(2), 145-146. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0969733007086012>
- Lützén, K., Nordstrom, G., & Evertzon, M. (1995). Moral Sensitivity in Nursing Practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(3), 131-138. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.1995.tb00403.x>
- Lützén, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral Stress, Moral Climate and Moral Sensitivity Among Psychiatric Professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213-224.
- Lützén, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S., & Norberg, A. (2006). Developing The Concept Of Moral Sensitivity In Health Care Practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196.
- Lützén, K., Evertzon, M., & Nordin, C. (1997). Moral Sensitivity in Psychiatric Practice. *Nursing Ethics*, 4(6), 472-482. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/096973309700400604>
- Lützén, K., Johansson, A., & Nordström, G. (2000). Moral Sensitivity: Some Differences Between Nurses and Physicians. *Nursing Ethics*, 7(6), 520-530. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0969733000000700607>
- Maceira, D. (1998). *Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries*. Cambridge: Abt Associates Inc.
- MacIntosh, J. A. (1993, December). Focus groups in distance nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 18(12), 1981-1985. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18121981.x>
- Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1988). A New, More Powerful Approach To Multitrait-Multimethod Analyses: Application of Second-Order Confirmatory Factor Analysis. *Journal of Applied Psychology*, 73(1), 107. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.73.1.107>
- Madhani, P. M. (2009). Sales employees compensation: An optimal balance between fixed and variable pay. *Compensation & Benefits Review*, 41(4), 44-51. <https://doi.org/10.1177/0886368709331449>
- Martinez, J., & Martineau, T. (1998). Rethinking Human Resources: An Agenda For The Millennium. *Health Policy And Planning*, 13(4), 345-358.
- Mettler, T., & Rohner, P. (2009). Performance Management in Health Care: The Past, The Present, and The Future. 9. *Internationalen Tagung Wirtschaftsinformatik*, 25-27 February 2009, Vienna, Austria, pp. 699-708.

- Milstein, R., & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125-1140.
- Ministry of Health of Turkey. (2012). *Turkey Health System Performance Assessment 2011 Executive Report*. Copenhagen/Denmark: World Health Organization.
- Mitler, L. K., Rizzo, J. A., & Horwitz, S. M. (2000). Physician Gender and Cesarean Sections. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(10), 1030-1035. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(00\)00221-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0895-4356(00)00221-3)
- Modell, S. (2001). Performance Measurement and Institutional Processes: A Study of Managerial Responses to Public Sector Reform. *Management Accounting Research*, 12(4), 437-464.
- Mohpman, A. M., & Mohrman, S. A. (1995). Performance Management Is "Running the Business". *Compensation & Benefits Review*, 27(4), 69-75.
- Morgan, D. L. (1996). *Focus groups as qualitative research*. London: SAGE Publications.
- Mossialos, E., & Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. Kutzin, (Ed.), pp. 1-30. *Funding Health Care: Options for Europe*. United Kingdom: Open University Press.
- Murphy, K. R., & Cleveland, J. N. (1995). *Understanding Performance Appraisal: Social, Organizational, and Goal-Based Perspectives*. California/USA: Sage.
- Murray, C. J., & Frenk, J. (1999). A WHO Framework for Health System Performance Assessment. *Evidence and Information for Policy World Health Organization* (s. 1-52). Geneva/Switzerland: World Health Organization.
- Naime, S. P. (1993). Demystifying Bioethics - A Lay Perspective. *Journal of Medical Ethics*, 19(4), 197-199.
- Nakip, M. (2013). *Pazarlama Araştırmalarına Giriş*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Nejadsarvari, N., Abbasi, M., Borhani, F., Ebrahimi, A., Rasooli, H., Motamedi, M. H., Bazmi, S. (2015). Relationship of Moral Sensitivity and Distress Among Physicians. *Trauma Mon*, 20(2), 21-26. <https://doi.org/doi: 10.5812/traumamon.26075>
- Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M., ve Özcan, M. (2002). Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 41, 1-2.
- Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M., ve Özcan, M. (2009). Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu Hazırlama Kurulu. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 41, 1-2.
- Normand, C., & Weber, A. (1994). *Social Health Insurance: A Guidebook For Planning*. Switzerland: World Health Organization.
- Normand, C., Weber, A., Carrin, G., Doetinchem, O., Mathauer, I., Scheil-Adlung, X., & Schmidt, J.-O. (2009). *Social Health Insurance: A Guidebook for Planning*. Switzerland: World Health Organization.
- Oppenheim, A. N. (1992). *Questionnaire Design and Attitude Measurement (New Edition)*. London and New York: The Continuum International Publishing Group.
- Özdemir, A. (2016). *Yönetim Biliminde İleri Araştırma Yöntemleri ve Uygulamalar*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Özdemir, S. (2012). *İş ve Meslek Ahlakı (İş Etiği)*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Özer, M., Şahin, B., Çetin, M., ve Demir, C. (2005). Ankara İlinde Bulunan Üç Askeri Hastanede Çalışan Askeri Hekimlerin İş Doyum Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 31-49.
- Özgener, Ş. (2002). İmalat Sanayii İşletmelerindeki Kamu ve Özel Sektör Yöneticilerinin İş Ahlakına İlişkin Tutumları. *Amme İdaresi Dergisi*, s. 175-199.
- Özgener, Ş. (2009). *İş Ahlakının Temelleri: Yönetimsel Bir Yaklaşım*. Ankara: Nobel Yayınları.

- Özkal, E. S., ve Özkara, B. (2022, Aralık). Hekim ve Hemşirelerin Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Görüşleri: Nitel Bir Araştırma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 9(3), 504-514. <https://doi.org/doi:10.54304/SHYD.2022.77045>
- Özmen, F., ve Güngör, A. (2008). Eğitim Denetiminde Etik . *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 9(15), 137-155.
- Öztunç, İ., ve Cural, M. (2017). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Memnuniyeti Üzerine Etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(13), 880-891.
- Özturan, H. (2011). Etik ile Ahlâk Arasında: Türkçe Ahlâk Felsefesi Literatürüne Dair Etik Kavramı Kullanımı Üzerinden Bir Değerlendirme. *Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi*, (17), 169-202.
- Öztürk, E. B., ve Demir, G. (2014). İnsan Kaynakları Yönetimi Ve Hukuk Açılarından Performans Değerlendirme: İhtihat Kararları Üzerine Bir İçerik Analizi. *AKÜ İİBF Dergisi*, 16(1), 45-65.
- Öztürk, H., Hintistan, S., Kasim, S., ve Candaş, B. (2009). Yoğun Bakım Ünitelerinde Hekim ve Hemşirelerin Etik Duyarlılığı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 13(2), 77-84.
- Pala, K. (2014). Neoliberal Sağlık Reformlarının Etkisi: Kamu Hastanelerinde Finansman Yapısı Değişiyor. *Toplum ve Hekim*, 29(6), 414-429.
- Panda, S. (2011). Performance Management System: Issues and Challenges. *Management and Labour Studies*, 36(3), 271-280.
- Parker, C. (2000). Performance measurement. *Work Study*, 49(2), 63-66.
- Paul, D. P., Clemente, S., McGrady, R., Repass, R., & Coustasse, A. (2016). Medicare and The Aca: Shifting The Paradigm of Fraud Detection. *Management, Marketing and MIS*, s. 1-10.
- Paz, L. G.-d., Kostov, B., Sisó-Almirall, A., & Zabalegui-Yáñez, A. (2012). A Rasch analysis of nurses' ethical sensitivity to the norms of the code of conduct. *Journal of clinical nursing*, 21, 2747-2760. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04137.x>
- Peach, E. B., & Wren, D. A. (1991). Pay for performance from antiquity to the 1950s. *Journal of Organizational Behavior Management* 12(1), 5-26. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1300/J075v12n01_02
- Peckham, S., & Wallace, A. (2011). Pay-For-Performance Schemes in Primary Care: What Have We Learnt? In N. S. Stephen Gillam, (Ed.) pp. 137-148. *The Quality and Outcomes Framework: QOF - Transforming General Practice*. United Kingdom: Radcliffe Publishing.
- Pekcan, H. S. (2007). *Yalova İli ve Çevresinde Görev Yapan Hekimlerin ve Hemşirelerin Etik Duyarlılıkları*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Porter, L., & Lawler, E. (1968). *Managerial attitudes and performance*. New Jersey: Irwin-Dorsey Press.
- Rajpal, G., Peruchi, R. S., & Sawhney, R. (2013). Healthcare Reimbursement Plans: Methodology, Advantages and Disadvantages. *IIE Annual Conference. Proceedings* (p. 3528-3535). Norcross:USA: Institute of Industrial and Systems Engineers (IIE).
- Rapoport, J., Teres, D., Zhao, Y., & Lemeshow, S. (2003). Length of Stay Data as a Guide to Hospital Economic Performance for ICU Patients. *Medical Care*, 41(3), 386-397. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000053021.93198.96>
- Raykov, T., & Marcoulides, G. A. (2006). *A First Course in Structural Equation Modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Resmi Gazete*, 14 Nisan 1928, 863 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, nr. 1219, s. 126.
- Resmi Gazete*, 31 Ocak 1953, 8323 sayılı Türk Tabibler Birliği Kanunu, nr. 6023, s. 374.
- Resmi Gazete*, 12 Mayıs 2006, Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, nr. 26166.
- Risher, H. (2005). Getting Serious About Performance Management. *Compensation & Benefits Review*, 37(6), 18-26.
- Robinson, J. C., Casalino, L. P., Gillies, R. R., Rittenhouse, D. R., Shortell, S. S., & Fernandes-Taylor, S. (2009). Financial Incentives, Quality Improvement Programs and The Adoption of Clinical Information Technology. *Medical Care*, 47(4), 411-417.
- Rowan, N., & Wulff, D. (2007). Using Qualitative Methods to Inform Scale Development. *The Qualitative Report*, 12(3), 450-466.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm Raporu*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2007a). *The Progress So Far Health Transformation Program in Turkey*. Ministry of Health, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2007b). *Sağlıkta Performans Yönetimi - Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*. Ankara: Onur Matbaacılık.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*. Ankara: Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Saruhan, Ş. C., ve Yıldız, M. L. (2012). *İnsan Kaynakları Yönetimi Teori ve Uygulama*. İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Sattler, W. M. (1947). Conceptions of Ethos in Ancient Rhetoric. *Speech Monographs*, s. 55-65. <https://doi.org/10.1080/03637754709374925>
- Sayım, F. (2011). *Sağlık Piyasası ve Etik: Sağlık Hizmetlerinde ve Sağlık Piyasasının Yapısında Etik*. MKM Yayıncılık.
- Sayım, F. (2011). Tıbbi Etik ve Deontoloji Kavramları. İçinde; *Sağlık Piyasası ve Etik* (Ed: F. Sayım), ss. 51-63. İstanbul: Marmara Kitap Merkezi Yayınları.
- Sayım, F. (2021). *Sosyal Bilimlerde Araştırma ve Tez Yazım Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74.
- Schuller, R. S., & Jackson, E. S. (1996). *Human Resource Management: Positioning for the 21st Century*. Minnesota: West Publishing Company.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sert, G. (2012). Örnek Vakalar İle Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık Hakları İle İlgili Etik Hukuksal İkilemler. 2. *Tıp Hukuku Günleri: Adli Obstetrik ve Jinekoloji Bildiriler Kitabı*, 6-7 Nisan 2012, İstanbul, Türkiye, ss. 105-116.
- Sevimli, F., ve İşcan, Ö. F. (2005). Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumu. *Ege Academic Review*, 5(1), 55-64.
- Silva, A. d. (2000). A Framework for Measuring Responsiveness. *World Health Organization GPE Discussion Paper Series: No. 32*. Geneva: World Health Organization.
- Simoens, S., & Giuffrida, A. (2004). The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Applied Health*

- Economics and Health Policy*, 3, 39-46.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2165/00148365-200403010-00008>
- Solberg, L. I., Mosser, G., & McDonald, S. (1997). The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability and Research. *The Joint Commission Journal On Quality Improvement*, 23(3), 135-147.
- Soo, L. M. (1990). "Healing Ethics"-An Oriental Perspective. *Mission Studies*, 7(1), 51-62. <https://doi.org/https://doi.org/10.1163/157338390X00083>
- Suárez-Alvarez, J., Pedrosa, I., Lozano, L. M., García-Cueto, E., Cuesta, M., & Muñiz, J. (2018). Using Reversed Items in Likert Scales: A Questionable Practice. *Psicothema*, 30(2), 149-158. <https://doi.org/10.7334/psicothema2018.33>
- Sukamolson, S. (2007). Fundamentals of Quantitative Research. *Language Institute Chulalongkorn University*, 1(3), 1-20.
- Sur, H. (2007). Sağlık Sisteminde Ödeme Mekanizmaları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, (3), 10-15.
- Sur, H., ve Çekin, M. D. (2012). Ethical Conduct in Health Services in Turkey. *Turkish Studies*, 13(1), 85-99. <https://doi.org/10.1080/14683849.2012.653128>
- Sülkü, S. N. (2011). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri. *Maliye Dergisi*, 160, 242-268.
- Sümer, N. (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.
- Şantaş, F., ve Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık Hizmetlerinin Finansman ve Geri Ödenme Yöntemleri: Türkiye'de Mevcut Durum. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 12-20.
- Şen, H. T., ve Yılmaz, F. T. (2013). Hemşirelik ve Etik Karar Verme Süreci. *Tıp Etiği*, 25, 94-97.
- Şengül, H., ve Bulut, A. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Ödeme Mekanizmaları ve Teşhis İle İlişkili Gruplar. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(2), 196-209. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.526516>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson.
- Tağ, M. N., ve Çetinkaya, B. (2019). Öznel İyi Oluş Hali, Başkasına Güven ve İş Motivasyonu Arasındaki İlişki: Beklenti Teorisi Çerçevesinde Çok Düzeyli Analiz. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15(3), 858-888. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17130/ijmeh.2019355054>
- Tandon, A., Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. B. (2000). Measuring Overall Health System Performance For 191 Countries. *GPE Discussion Paper Series: No. 30*. Geneva: World Health Organization.
- Tarcan, M. (2006). Sağlık Kurumlarında Performans Ölçüm Kriterleri: Gözden Geçirme ve Araştırma Önerileri. *Verimlilik Dergisi*, 2, 1-35.
- Tarquinio, G. T., Dittus, R. S., Byrne, D. W., Kaiser, A., & Neilson, E. G. (2003). Effects of Performance-Based Compensation and Faculty Track On The Clinical Activity, Research Portfolio and Teaching Mission of A Large Academic Department of Medicine. *Academic Medicine*, 78(7), 690-701.
- Tatar, M. (2011, Haziran). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Taylan, S., ve Arslan, S. (2017). Hastane Öncesi Alanda ve Hastane Acil Servislerinde Çalışan Sağlık Ekibinin Etik Duyarlılıklarının Belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 100-112.
- Tekingündüz, S., Kurtuldu, A., ve Erer, T. I. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Eşitsizlik ve Etik. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(4), 32-43.

- Telyukov, A. (2001). *Prospective Case-Based Payment for Hospitals: A Guide with Illustrations from Latin America*. Cambridge: Abt Associates Inc.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., ve Akbolat, M. (2012). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Thompson, I. E. (1987). Fundamental Ethical Principles In Health Care. *British Medical Journal* V., 295(6611), 1461-1465.
- Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, 10436 (Resmi Gazete 2 19, 1960).
- Tımbıl, S., Özcan, S., Şemin, S., ve Musal, B. (2012). Tıp Fakültesine Yeni Başlayan Öğrencilerin Tıbbi Etik Konularına ve Eğitimine İlişkin Değerlendirmeleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 33(1), 1-8.
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Top, M., ve Tarcan, M. (2007). Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 169-189.
- Topdal, B. (2012). *Yönetici Hemşirelerde Etik Davranışlar*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tortop, N., Aykaç, B., Yayman, H., ve Özer, M. A. (2010). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tosun, H. (2005). *Sağlık Bakımı Uygulamalarında Deneyimlenen Etik İkilemelere Karşı Hekim ve Hemşirelerin Duyarlılıklarının Belirlenmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tosun, H. (2018). Ahlaki Duyarlılık Anketi (ADA):Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Uyarlaması. *Journal of Contemporary Medicine*, 8(4), 316-321.
- TTB. (2011). Kapitalizmin Krizi ve Sağlık. *Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı*, 29 Eylül-2 Ekim 2011, Ankara: Türkiye, ss. 1-222.
- TTB. (2020). Hizmet Baş (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı. *Hizmet Baş (Performansa Dayalı) Ödeme Çalıştayı*, 12 Ekim 2019 Mersin: Türkiye, ss. 1-64.
- TTB Etik Kurulu. (2009). *Hekimlerin Değerlendirilmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Türk Radyoloji Derneği. (2018). *Radyolojik Tetkik Yoğunluğu - Tetkik Yoğunluğundan Kaynaklanan Problemlerin Analizi ve Çözüm Önerileri*. Ankara: Türk Radyoloji Derneği.
- Türk Tabipler Birliği. (2009). *Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme*. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Türk Tabipler Birliği. (2017). *Hekimlik Andı Güncellendi*. <https://www.ttb.org.tr/395ycwb> (Erişim Tarihi: 14.10.2022).
- Türkiye Biyoetik Derneği. (2007). *Sağlıkta Dönüşümün Etik Boyutu*. Ankara: Türkiye Biyoetik Derneği.
- Uçar, A., ve İlkılıç, İ. (2019). Büyük Verinin Sağlık Hizmetlerinde Kullanımında Epistemolojik ve Etik Sorunlar. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 80-92. <https://doi.org/https://doi.org/10.26650/JARHS2019-616389>
- Usta, A. (2011). Kuramdan Uygulamaya Kamu Yönetiminde Etik ve Ahlâk. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2), 39-50.
- Uyargil, C. (2009). Performans Değerlendirme. İçinde; *İnsan Kaynakları Yönetimi*. (Ed: C. Uyarlıgil, Z. Adal, A. C. İsmail Durak Ataay, A. O. Özçelik, G. Dünder, Ö. Sadullah, ve L. Tüzüner), ss. 209-264. İstanbul: Beta Yayınları.
- Uyargil, C. (2013). *Performans Yönetimi Sistemi: Bireysel Performansın Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi*. İstanbul: Beta Yayınları.

- Uysal, Ş. (2015). Performans Yönetimi Sisteminin Tanımı, Tarihçesi, Amaç ve Temel Unsurlarına Genel Bir Bakış. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 5(2), 32-39.
- Uz, H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri. İçinde; *Sağlık Hizmetleri El Kitabı Örgütlenme, Finansman, Yönetim, Mevzuat*. (Ed: H. S. Osman Hayran), ss. 91-112. İstanbul: Yüce Yayım.
- Üstüner, Y., ve İdrisoğlu, F. K. (2014, 08). Kamu çalışma etiği ve neo-taylorist uygulamalar: Türk kamu sağlık hizmetinde performansa dayalı ücretlendirme örneği. *ODTÜ GelişmeDergisi*, 41(8) 177-200.
- Vatansever, K. (2012). Tıpta Etik ve Entellektüel Gelişme ve Biyoetik Eğitimi. İçinde; *Değişen Dünyada Biyoetik* (Ed: Y. I. Ülman, ve F. Artvinli), ss. 51-66. Adana: Türkiye Biyoetik Derneği.
- Veneziano, L. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Vijfeijken, H. v., Kleingeld, A., Tuijl, H. v., Algera, J. A., & Thierry, H. (2002). Task complexity and task, goal, and reward interdependence in group performance management: A prescriptive model. *European Journal of Work And Organizational Psychology*, 11(3), 363-383.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and Motivation*. London: Oxford.
- Vurgun, L., ve Öztop, S. (2011). Yönetim ve Örgüt Kültüründe Değerlerin Önemi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(3), 217-230.
- Waters, H., & Hussey, P. (2004). Pricing Health Services for Purchaser: A Review of Methods and Experiences. *Health Policy*, 70(2), 175-184. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.04.012>
- Weaver, K. (2007). Ethical Sensitivity: State of Knowledge and Needs for Further Research. *Nursing Ethics*, 15(2), 141-155. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0969733007086012>
- Weaver, K., Janice, M., & Mitcham, C. (2008). Ethical Sensitivity in Professional Practice: Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5), 607-618. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04625.x>
- WHO. (1993). *Who Technical Raport Series: Evaluation of Recent Changes in The Financing of Health Services*. Switzerland: World Health Organization.
- WHO. (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance*. Switzerland: WHO.
- Wilkinson, J. M. (1987). Moral Distress In Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- Yener, S. (2018, Eylül). Sosyal bilimlerde kuramın rolü. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 7(3), 102-113.
- Yetiş, Ş., ve Özden, S. (2018). Yapısal Eşitlik Modellemesinin Ormancılığın Sosyal Alanında Kullanılma Olanakları. *IBANESS Konferans Serisi*. Tekirdağ: ARSEAD Sosyal Ekonomik Araştırmalar Eğitim ve Danışmanlık Dış. Tic. Ltd. Şti.
- Yıldırım, G., ve Kadioğlu, S. (2007). Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(2), 75-83.
- Yıldırım, H., ve Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*. Ankara: İmaj Yayınevi.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 69-74.
- Yılmaz, M., Alıcı, H., ve Kahraman, M. (2017). Sağlık Kurumlarında İsrar Giderme Yöntemleriyle Yalın Düşünce. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 54-70.

- Yılmaz, T. (2004). *Performansa Dayalı Ücret Sistemi: Türkiye’de Uygulanan Performansa Dayalı Ücret Planlarının Kısmi Bir Analizi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Yılmaz, V., ve Varol, S. (2015). Hazır Yazılımlar İle Yapısal Eşitlik Modellemesi: AMOS, EQS, LISREL. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 44, 28-44.
- Yu, C., Xiaoyan, L., Huigang, L., Zhiruo, Z., & Dong, F. (2022). The Effects of Monetary Incentives on Physicians’ Effort and Patient Satisfaction: Understanding the Links between Monetary Incentives and Physicians’ Effort. *International Journal of Environmental Research and Public*, 19(20), 1-10. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph192013075>
- Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 28-30 Eylül 2005, Denizli: Türkiye, ss: 771-776.
- Yükseköğretim Kanunu. (1981). *Yükseköğretim Kanunu*. Yüksek Öğretim Kurulu.
- Yüksel, İ. (2023). Bireylerin Hekim Tercihini Etkileyen Kriterler. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32(1), 195-206. <https://doi.org/DOI:10.35379/cusosbil.1134337>
- Yüksel, M. (2015). Etik Kodlar, Ahlak ve Hukuk. *Hacettepe Hukuk Fakültesi Dergisi*, 5(1), 9-26.
- Yükselen, C. (2000). *Pazarlama Araştırmaları*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yüzden, G. E., ve Yıldırım, J. (2014). Türkiye’de Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Niteliksel Bir Değerlendirmesi: Hekimlerin Bakış Açıları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*. 16(2), 259-270. <https://doi.org/10.1177/0972063414526114>
- Yvonne, N., & Nyholm, L. (2021). The movement of virtue from ethos to action. *Nursing Philosophy*, 22(2), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nup.12339>

EKLER DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Ek 1: Afyon Kocatepe Üniversitesi Etik Kurul İzin Belgesi.....	138
Ek 2: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi.....	139
Ek 3: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi İzin Belgesi	140
Ek 4: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Ön İzin Belgesi.....	141
Ek 5: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzin Belgesi.....	142
Ek 6: Hale Tosun Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Kullanımına Ait İzin Mailsi	143
Ek 7: PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Odak Grup Görüşmesi Katılımcıları.....	144
Ek 8: PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Uzman Görüşü Katılımcı Listesi.....	145
Ek 9: Etik Duyarlılık Ölçeği.....	146
Ek 10: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) Hekim Algısı Ölçeği	148



Ek 1: Afyon Kocatepe Üniversitesi Etik Kurul İzin Belgesi



Ek 2: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi



Ek 3: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi İzin Belgesi



Ek 4: Afyonkarahisar Devlet Hastanesi Bilimsel Araştırma Ön İzin Belgesi



Ek 5: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzin Belgesi



Ek 6: Hale Tosun Ahlaki Duyarlılık Ölçeği Kullanımına Ait İzin Maili



Ek 7: PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Odak Grup Görüşmesi Katılımcıları

Katılımcılar	Meslek	Alanı	Kurum
K1	Akademisyen	İstatistik	Afyon Kocatepe Üniversitesi
K2	Akademisyen	Yönetim ve Organizasyon	Afyon Kocatepe Üniversitesi
K3	Akademisyen	Yönetim ve Organizasyon	Afyon Kocatepe Üniversitesi
K4	Hekim	Genel Cerrahi	Afyonkarahisar Devlet Hastanesi
K5	Hekim Akademisyen	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K6	Akademisyen	Beyin Cerrahisi	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K7	Akademisyen	Diş Hekimi	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K8	Akademisyen	Hemşire	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K9	Akademisyen	Sağlık Yönetimi	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K10	Akademisyen	Hemşire	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K11	Akademisyen	İstatistik	Dokuz Eylül Üniversitesi
K12	Akademisyen	Sağlık Yönetimi	Uşak Üniversitesi
K13	Akademisyen	Yönetim ve Organizasyon	Süleyman Demirel Üniversitesi

Ek 8: PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Uzman Görüşü Katılımcı Listesi

Katılımcılar	Mesleği	Alanı	Kurumu
K1	Hekim (Yönetici)	Genel Cerrahi	Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü
K2	Akademisyen	İktisat (Ekonometri)	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K3	Akademisyen	Yönetim ve Organizasyon	Afyon Kocatepe Üniversitesi
K4	Akademisyen	Fizyoterapi	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K5	Akademisyen	Yönetim ve Organizasyon	Çanakkale 18 Mart Üniversitesi
K6	Akademisyen	Çocuk Hastalıkları Hemşireliği	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K7	Hekim	Pataloji	Denizli Devlet Hastanesi
K8	Akademisyen	Yönetim ve Organizasyon	Afyon Kocatepe Üniversitesi
K9	Hekim Akademisyen	Çocuk Hematoloji	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K10	Akademisyen	İstatistik	Afyon Kocatepe Üniversitesi
K11	Akademisyen	Sağlık Yönetimi	Uşak Üniversitesi
K12	Akademisyen	Sağlık Yönetimi	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K13	Hekim Akademisyen	Beyin Cerrahi	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K14	Akademisyen	Hemşirelik Esasları	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K15	Akademisyen	Cerrahi Hemşireliği	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K16	Hekim	Pataloji	Denizli Devlet Hastanesi
K17	Hekim	Pataloji	Denizli Devlet Hastanesi
K18	Akademisyen	Mühendis	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi
K19	Akademisyen	İstatistik	Afyon Kocatepe Üniversitesi
K20	Akademisyen	Halk Sağlığı Hemşireliği	Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Ek 9: Etik Duyarlılık Ölçeği

AHLAKİ DUYARLILIK ANKETİ (ADA)					
Aşağıdaki ifadeler hastaların tedavi ve bakımı sırasında karşılaşılan durumlarda etik kararlar vermekle ilgilidir. Her ifade 1 ile 7 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun gördüğünüz şıkkı işaretleyerek belirtiniz.					
MADDELER	Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Hekim olarak sorumluluğum, hastanın genel durumu hakkında bilgi sahibi olmaktır.	1	2	3	4	5
Güç bir karar vermek zorunda kaldığımda, hastaya karşı dürüst olmak her zaman önemlidir.	1	2	3	4	5
Doğru karar verip vermediğimi her şeyden çok hastanın yanıtı belirler.	1	2	3	4	5
Bir hekim olarak servisimde bulunan hastaların ne tarz bir özel bakım/televi alma hakkına sahip olduğunu her zaman bilmem gerekir.	1	2	3	4	5
Hastanın hastalığını anlamasında/kavramasında, yardım etmede başarılı olmasam bile mesleki rolümü anlamlı bulurum.	1	2	3	4	5
Hastalarımda bir iyileşme göremezsem, işinin hiçbir anlamı olmadığını hissederim.	1	2	3	4	5
Hastanın güvenliğini kaybedersem hekim olarak işimin anlamını yitirdiğini düşünürüm.	1	2	3	4	5
Hastanın hastalığını anlama/kavrama eksikliği varsa, az da olsa onun için yapabileceğim bir şeyler vardır.	1	2	3	4	5
Hastanın karşı çıkması halinde iyi bir bakım/televi vermenin zor olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
Hastanın isteği dışında bir karar verme ihtiyacı hissettiğim zaman, hasta için en yararlı olduğuna inandığım şeyi yaparım.	1	2	3	4	5
Ne yapacağım konusunda emin olmadığımda çoğunlukla diğer hekimlerin hasta hakkındaki bilgilerine güvenerek hareket ederim.	1	2	3	4	5
Etik açıdan doğru ya da yanlış olanı bilmekte zorlandığım durumlarda teorik bilgilerden daha çok kendi deneyimlerimi yararlı bulurum.	1	2	3	4	5
Hasta için zor bir karar almak zorunda kaldığımda çoğu zaman kendi duygularıma güvenirim.	1	2	3	4	5
Hastaya nasıl yaklaşmam gerektiği konusunda sıklıkla çelişkiler yaşarım.	1	2	3	4	5
Etik olarak doğru eylemin ne olduğuna karar vermekte zorlandığım durumlarla sıklıkla karşılaşırım.	1	2	3	4	5
Hastanın kendisi hakkında karar vermesine ilişkin durumlarla sıklıkla karşılaşırım.	1	2	3	4	5
Hastaların bakım/televisinde kesin ilkelere sahip olmanın önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
Hastanın kişisel geçmişi ile ilgili bilgiye sahip değilsem, standart işlem/prosedürlere güvenirim.	1	2	3	4	5

Ek 9 (Devam): Etik Duyarlılık Ölçeği

Hasta karşı çıksa bile, her zaman en iyi yaklaşımlar konusunda inandığım bilgiler doğrultusunda hareket ederim.	1	2	3	4	5
Çoğu kez iyi bakım/tedavinin hasta için karar vermeyi de içerdiğine inanırım.	1	2	3	4	5
Bir hasta istemi dışında hastaneye yatmayı/tedaviyi ret ettiğinde izleyeceğim birtakım kurallarımın olması önemlidir.	1	2	3	4	5
Hasta isteği dışında hastaneye yatırılmış ise, hastanın arzuna karşın, hareket etmeye hazırlıklı olmam gerekir.	1	2	3	4	5
Neyin doğru olduğuna karar vermenin güç olduğu durumlarda ne yapılması gerektiğini meslektaşlarıma danışırım.	1	2	3	4	5
Bakım/tedavi uygulamalarında hekim-hasta ilişkisinin çok önemli bir bileşen olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
İyi bir bakımın, hastanın kendi seçimine saygıyı içerdiğine inanırım.	1	2	3	4	5
Norm ve değerlerimi sıklıkla eylemlerime yansıtırım.	1	2	3	4	5
İyi bir bakım/tedavinin hasta katılımını içerdiğine inanırım.	1	2	3	4	5
Yaptığım her girişimde hastadan olumlu bir yanıt almak benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
Hastanın katılımı olmaksızın karar vermek zorunda kaldığım hoş olmayan durumlarla sıklıkla karşılaşırım.	1	2	3	4	5
Oral tedavi hasta tarafından reddedildiğinde, hastayı enjeksiyon yapmakla tehdit etmenin bazen geçerli nedenleri vardır.	1	2	3	4	5

Ek 10: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) Hekim Algısı Ölçeği

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ (PDEÖS) HEKİM ALGISI ÖLÇEĞİ Aşağıdaki maddeler PDEÖS'nin hekimler tarafından nasıl algılandığıyla ilgilidir. Her ifade 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelerle ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun gördüğünüz şıkkı işaretleyerek belirtiniz.					
MADDELER	Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliğini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
PDEÖS hekimin motivasyonunu artırır.	1	2	3	4	5
PDEÖS hekimin karar verme sürecini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.	1	2	3	4	5
PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS tedavi kaynaklı hastane ölüm oranlarını azaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS hekimlerin tıbbi hizmet kalitesini iyileştirir.	1	2	3	4	5
PDEÖS hastaların muayene için bekleme süresini azaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır.	1	2	3	4	5
PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması iş motivasyonunu azaltır.	1	2	3	4	5
PDEÖS hekimin iş stresini artırır.	1	2	3	4	5