

## Üniversite Hastanelerinde Çalışan Personelin Bölüm Verimliliğine Dayalı Performans Uygulaması Modeli Üzerine Değerlendirmeleri<sup>1\*</sup>

### Evaluations of Staff Working in University Hospitals on the Performance Application Model Based on Department Efficiency

Murat TAŞER<sup>2a</sup>

Hüseyin ÇAKIR<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Pamukkale Üniversitesi, Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri, mtaser@pau.edu.tr Orcid ID: 0000-0001-6871-4171

<sup>3</sup> Gazi Üniversitesi, BÖTE, hcakir@gazi.edu.tr Orcid ID: 0000-0001-9424-2323

<sup>a</sup>Yazışılan yazar/Corresponding author

**Article Info:** Research Article  
**Date Submitted:** 16.06.2021  
**Date Revised:** 04.11.2021  
**Date Accepted:** 05.11.2021

**Makale Bilgisi:** Araştırma Makalesi  
**Geliş Tarihi:** 16.06.2021  
**Düzeltilme Tarihi:** 04.11.2021  
**Kabul Tarihi:** 05.11.2021

#### Abstract

The aim of the study is to determine the attitudes of university hospital staff regarding the accuracy, acceptability and applicability of the performance model created based on department efficiency and productivity in university hospitals. In the study consisting of a total of 43 items, it was investigated whether the personnel showed significant differences in terms of demographic variables in five different dimensions as well as their evaluations on the additional payment model based on department efficiency. According to the results, dissatisfaction arising from the performance system in assistant health personnel is higher than in other employee groups. This situation is thought to stem from the perception of not being able to benefit from the additional payment in proportion to the additional workload brought by the performance system. As a result, employee perception is high that a department-based additional payment model to be created in this direction will help the efficient and effective use of public resources, and that decisions can be taken on time and more consistently.

**Keywords:** Pay for Performance, University Hospitals, Department Productivity, Health Personnel, Efficiency

**JEL Codes:** H83, I18, M12

#### Özet

Çalışmanın amacı, üniversite hastanelerinde bölüm verimliliği ve etkinliğine dayalı oluşturulan performans modelinin doğruluğu, kabul edilebilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili üniversite hastanesi çalışanlarının tutumlarını belirlemektir. Toplam 43 maddeden oluşan çalışmada, personelin bölüm verimliliğine dayalı ek ödeme modeli üzerine değerlendirmelerinin yanı sıra oluşturulan beş farklı boyutta demografik değişkenler açısından anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği de araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yardımcı sağlık personelindeki performans sisteminden doğan memnuniyetsizlik diğer çalışan gruplarına göre daha yüksektir. Bu durum performans sisteminin getirdiği ek iş yüküne orantılı olarak ek ödemeden yararlanamama algısından kaynaklandığı düşünülmektedir. Sonuç olarak bu yönde oluşturulacak bölüme dayalı bir ek ödeme modelinin, kamu kaynaklarının verimli ve etkin kullanımına yardımcı olacağına, kararların zamanında ve daha tutarlı alınabileceğine yönelik çalışan algısı yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Performansa Dayalı Ek Ödeme, Üniversite Hastaneleri, Bölüm Verimliliği, Sağlık Personeli, Etkinlik

**JEL Kodları:** H83, I18, M12

<sup>1</sup> Yazarlar bu çalışmanın tüm süreçlerinin araştırma ve yayın etiğine uygun olduğunu, etik kurallara ve bilimsel atıf gösterme ilkelerine uyduğunu beyan etmişlerdir. Aksi bir durumda Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies Dergisi sorumlu değildir. İntihal raporu alınmıştır. / The authors declared that all processes of this study comply with research and publication ethics, and comply with ethical rules and scientific citation principles. Otherwise, Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies is not responsible. A plagiarism report is received.

\* Bu makale "Üniversite hastanelerindeki bölüm verimliliğinin performansa dayalı ek ödemeye etkisi" başlıklı doktora tezinden üretilmiştir.

## EXTENDED SUMMARY

**Research Problem:** The aim of the study is to determine the attitudes of the personnel towards the accuracy, acceptability and applicability of the performance model based on department efficiency and resource use effectiveness. In addition, it was investigated whether five different dimensions created to shed light on this point show significant differences in terms of demographic variables.

**Research Questions:** In the study, "Can a model based on efficiency and effectiveness be applied to the performance-based supplementary payment system in university hospitals?" Based on the problem statement, answers are sought for the following sub-problem sentences: Does the performance-based supplementary payment system in university hospitals ensure justice in its current form?

Is it a problem that the current system is based on the number of outputs?

Is the existing individual weighted assessment sufficient? Is it not possible to make a department-based evaluation?

Should efficiency and effectiveness studies be conducted? If so, what criteria should it include?

**Literature Review:** Studies carried out in the health field and public hospitals in our country examine the current performance system from various dimensions. The characteristics that the performance system should have, thoughts about the current system, evaluations about its positive and negative aspects, evaluations for the correction of possible negative aspects, what needs to be done to ensure effectiveness, the benefits of the current system to physicians and patients, ensuring work peace, evaluations in terms of ethical principles, ensuring justice, efficiency and quality increase, providing motivation, inadequacy of the scoring system can be counted as examples of these dimensions. However, since no suitable sample for the purpose of the study could be found in the literature, it was decided to determine the new dimensions and items required.

**Methodology:** In the study, seven questions were asked to the employees in order to obtain information about their demographic characteristics before measuring the perceptions of additional payment. In continuation, the dimensions for the purpose of the study were created on the basis of the studies examined. The items belonging to the first two dimensions, providing justice and the adequacy of the evaluation based on the number of outputs, were obtained from similar studies in the literature. New items were added to these two dimensions regarding the perceptions, attitudes and behaviors that were required to be measured. In the next stage, new dimensions were determined in accordance with the purpose of the study. These new dimensions are performance implementation level adequacy, necessity of efficiency study and indicator content. In the study, items with a five-point Likert scale were used in order to correctly interpret the views and thoughts of healthcare professionals.

**Result – Conclusion:** According to the results obtained, the dissatisfaction arising from the performance system in allied health personnel is higher than in other employee groups. This situation is thought to be due to the perception of not being able to benefit from additional payment in proportion to the additional workload brought by the performance system.

Physicians, on the other hand, have a higher rate of negative opinions about the current system being output-based. It is thought that this situation arises from the fact that non-physician personnel are affected indirectly from the outcome-based evaluation, not directly as per the regulation. In the light of the highlights, average scores, demographic differences data, the results achieved and the measures to be taken are summarized in fifteen items. The results show that a model that will be created and implemented in this context will be accepted by the employees, will help the efficient and effective use of limited public resources, and will contribute to the relevant stakeholders (managers, employees, patients, etc.).

## 1.GİRİŞ

Kamuda artan sağlık harcamalarının kontrolü amacıyla uygulanan global bütçe, medula gibi uygulamalar, özellikle döviz kurundaki değişkenlik nedeniyle artan ilaç, malzeme ve tıbbi cihaz maliyetleri, diğer sağlık kuruluşlarıyla, özellikle özel hastanelerin yaygınlaşmasıyla oluşan rekabet ortamı kamu kurum yöneticilerini, birim ve bölüm bazlı verimlilik ve etkinlik analizleri yapmaya yöneltmiştir. Analizi yapılan bölümlerin artı eksi kâra katkılarının bilinmesi, kaynakları kullanma etkinliklerinin belirlenmesi önemli bir karar destek bilgisi haline gelmiştir. Sonuçlar yöneticilerin bu noktada ihtiyaç duyulan önlemleri almasına yardımcı olmaktadır. Tabii ki sadece yöneticiler tarafından alınan önlemler, verimliliğin ve etkinliğin sağlanması için yeterli değildir. Çalışanların genelinin kamuda zaten kısıtlı olan kaynakların etkin kullanımı için farkındalığının bulunması sürdürülebilir sağlık hizmetinin sağlanması adına gereklidir.

İhtiyaç duyulan verimlilik ve etkinlik düzeyinin yakalanması adına Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında başlatılan, üniversitelerin de 2011 yılında katıldığı performans uygulaması çok büyük önem arz etmektedir. Tıbbi cihaz ve malzeme alımlarında ihtiyaçtan yüksek kalitede istemlerde bulunmak, var olan personeli etkin kullanmamak, randevuları, yatış sürelerini, yatak doluluklarını takip etmemek ya da uygun planlamamak, ilgili bölümlerin ve çalışanlarının hastaneye olumsuz etkileri olarak sayılabilir. Oluşturulan performans sistemi, yukarıda örnekleri verilen - verilmeyen tüm verimli ve etkin çalışma konularında çalışanların farkındalığını ve motivasyonunu arttırmalı, daha iyi çalışmaya teşvik etmelidir.

Ancak yönetimi kolaylaştırması adına hizmete katkı unsurlarını ölçmeye yönelik oluşturulan ve çok çalışmayı özendiren bir ek ücret politikasına sahip olan mevcut performans sistemi, literatürde birçok çalışma tarafından adil ve yeterli bulunmamaktadır. Ağırlıklı olarak hastaya verilen sağlık hizmetinin puanlanmasına (B faaliyet puanı) dayanan mevcut sistem, farklı bölümlerdeki çalışanlara ödenen ek ödemeler arasında ciddi farklılıklar oluşturmakta, özellikle bazı bölümlerdeki hekimler, ne kadar çalışırsa çalışsın standart bir ödeme almaktadır. Sistem sadece motivasyonu bozma noktasında değil aynı zamanda belli bir puanı elde etmek için ne pahasına olursa olsun hizmet üretmek için ihtiyaçtan fazla kaynak kullanmak (personel, malzeme vb.) ve kaliteyi düşürmek (muayene süresini azaltmak vb.) gibi olumsuz etkilere de sahiptir (Ceylan, 2009; Kart, 2013; Üstüner & İdrisoğlu Kalav, 2014). Kaynakların gereksiz tüketimi, kimi zaman daha fazla puan üretmek kimi zaman da hastaya iyi görünmek adına test isteminde yaşanan artışlar, hasta yatışlarındaki uzamalar, kamu hastanelerinde uygulanan mevcut performans sisteminin literatürde işaret edilen diğer olumsuz etkilerdendir. Bu durumun önlenmesi adına maliyet, verimlilik, kalite ve kaynak kullanımında etkinlik prensipleriyle hareket edilmesi önerilmektedir (Kart, 2013; Kızıllı vd., 2012; Sülkü, 2011; Tengilimoğlu vd., 2008).

Buradan hareketle Taşer & Çakır (2019) tarafından, üniversite hastanelerinde mevcutta uygulanan performans sistemine ilave olarak bölüm bazlı gelir - gider dengesine göre verimlilik ve etkinlik hesabı yapan bir ek ödeme modeli oluşturulmuştur. Oluşturulan model, salt mali verilere dayalı verimliliğin değil aynı zamanda yatak sayısı, hekim sayısı, yatılan gün, ayaktan hasta sayısı gibi kaynak kullanım etkinliklerinin de ortaya konulmasını hedeflemiştir. Verimlilik ve etkinlik sonuçları karşılaştırıldığında iki değer arasında pozitif anlamlı yüksek bir korelasyon değeri bulunmuş olup sonuçlar birbirini desteklemiştir.

Bu çalışmada ilgili modelin öğretim üyeleri, hastane sağlık ve idari çalışanları arasında geçerliliğini test edilmek istenmiştir. Üniversite hastanelerindeki bölüm verimliliğini ve etkinliğini ölçmeye ve buna bağlı olarak ek ödemeyi yeniden düzenlemeyi amaçlayan bu modelin, geçerliliğinin ortaya konabilmesi için öncelikle literatür taraması yapılmıştır. Ülkemiz sağlık alanı ve kamu hastanelerinde yapılan çalışmalar mevcut performans sistemini çeşitli boyutlardan incelemektedir. Bu boyutlar; performans sisteminin taşınması gerektiği özellikler, yürürlükteki sistemle ilgili düşünceler, olumlu ve olumsuz yönlerle ilgili değerlendirmeler, olası olumsuz yönlerin düzeltilmesine dair değerlendirmeler, etkinliğin sağlanması için yapılması gerekenler, mevcut sistemin hekimlere ve hastalara sağladığı faydalar, çalışma barışını sağlama, etik ilkeler açısından değerlendirmeler, adaleti sağlama, verimlilik ve kalite artışı, motivasyonu sağlama ve puanlamaya dayalı sistemin yetersizliği şeklinde özetlenebilir (Akçakanat, 2013; Başaran, 2011; Fettah, 2009; Gazi, 2006; Kesici, 2005). Ancak literatürde çalışmanın amacına uygun örneğe rastlanmadığı için sonraki aşamada uygun maddelerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Araştırmanın problemi: Çalışmada “Üniversite hastanelerindeki performansa dayalı ek ödeme sistemine verimlilik ve etkinlik temelli bir model uygulanabilir mi?” problem cümlesinden yola çıkılarak dört farklı alt problem cümlesine cevap aranmaktadır:

- Üniversite hastanelerindeki performansa dayalı ek ödeme sistemi mevcut haliyle adaleti sağlamakta mıdır?
- Mevcut sistemin çıktı sayısı ağırlıklı olması problem oluşturmakta mıdır?
- Var olan bireysel ağırlıklı değerlendirme yeterli midir? Bölüm bazlı bir değerlendirme yapılamaz mı?
- Verimlilik ve etkinlik çalışması yapılmalı mıdır? Yapılırsa hangi kriterleri içermelidir?

Araştırmanın amacı, önemi ve kapsamı: Çalışmanın amacı, bölüm verimliliği ve etkinliğine dayalı performans modelinin (Taşer & Çakır, 2019) doğruluğuna, kabul edilebilirliğine ve uygulanabilirliğine yönelik personellerin tutumlarını belirlemektir. Ayrıca, bu noktaya ışık tutması amacıyla oluşturulan beş ayrı boyutun demografik değişkenler açısından anlamlı farklılıklar gösterip göstermediği araştırılmıştır. Literatür incelendiğinde, verimliliğe ve etkinliğe dayalı bir performans modelinin geçerliliğini belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanmamıştır. Bu noktada ihtiyaç duyulan çalışmanın yapılmasıyla sağlık çalışanlarının bu yöndeki görüşleri öğrenilebilecektir. Performansa dayalı ek ödeme sisteminden doğrudan etkilenen çalışan grubu öğretim üyeleridir. Çünkü mevcut yönetmeliğe göre ek ödeme hesaplamasında kullanılan puan türlerinin tamamından yararlanmaktadırlar. Ancak sınırlı puan türünden faydalanan araştırma görevlileri, yardımcı sağlık personelleri ve idari personeller; dolaylı olarak da olsa (hastane ortalaması üzerinden) ek ödeme sistemindeki olumlu/olumsuz yönlerden etkilenmektedirler. Bu yüzden ek ödemedен faydalanan tüm personel grupları çalışma kapsamına dâhil edilmiştir. Ancak ek ödemedен yararlanmayan 4/d li işçiler çalışma kapsamına dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın evreni, örnekleme ve sınırlılıklar: Araştırma evrenini Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinin ek ödemedен yararlanan çalışanları oluşturmaktadır. Ek ödemedен faydalanan 1403 personelin 252 si öğretim üyesi, 447 si araştırma görevlisi, 558 i yardımcı sağlık ve 146 sı da idari personeldir. Toplamda ek ödemedен yararlanan 442 personelin anket doldurması sağlanmıştır. Katılımcıların hastane personeli unvan dağılımına orantılı olması gözlemlenmiştir. Örneklem büyüklüğü, %95 güven aralığı ve %5 örnekleme hatası kabul edilerek

hesaplanmıştır. Anketlerin gözden geçirilmesi sonucunda toplam 41 tanesi elenmiştir. Bunlar katılımcıları tarafından sürekli olarak olumlu – olumsuz tüm maddelere aynı cevap verilen ya da her maddeye “*Ne katılıyorum ne katılmıyorum*” şıkkı işaretlenen anketlerdir. Sonuç olarak toplam 1403 personelin yaklaşık %30 unun çalışmaya katılımı sağlanmıştır. Araştırma, modelin oluşturulmasında verileri kullanılan Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinin çalışanlarıyla sınırlıdır. Türkiye genelindeki üniversite hastanelerinin tamamı ile yapılabilecek bir çalışmada daha kapsamlı sonuçlar elde edilebilir.

Araştırmanın yöntemi: Çalışanlara yöneltilen soruların ilk kısmında; yapılan çalışmanın amacı, kişisel bilgi toplama amacı barındırmadığı sadece sistemle ilgili görüşlerin öğrenilmek istendiği, kaç soru olduğu, endişe duyulmasını engellemek için bir soru kâğıdı olmadığı doğru ya da yanlış cevap barındırmadığı, gerçek düşüncelerin aktarılması amacını güttüğü hakkında bilgi veren bir giriş kısmı oluşturulmuştur (Özoğlu, 2019; T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2012). Çalışmada, ek ödemeye dair algıların ölçülmesi kısmından önce dolduran personelin demografik özellikleri hakkında bilgi almak amacıyla yedi soru sorulmuştur. Bunlar *cinsiyetiniz, yaşınız, medeni durumunuz, bölümünüz, unvanınız, aylık ortalama sabit ödeme hariç performans miktarınız ve çalışma hayatınızda kaçınıcı yılınız* sorularıdır. Bu sorulara yer verilmesindeki amaç, boyutlara göre demografik farklılıkların gözlemlenebilmesidir. Bu soruların seçilmesinde farklılık oluşması muhtemel bilgiler göz önünde bulundurulmuştur.

Devamında incelenen çalışmalardan yola çıkılarak çalışmanın amacına yönelik boyutlar oluşturulmuştur. Maddeler ilk oluşturulduğunda dört boyut olarak tasarlanmıştır. İlk iki boyut olan *adaleti sağlama ve çıktı sayısına dayalı değerlendirilmenin yeterliliği* boyutlarına ait maddeler literatürdeki benzer çalışmalardan edinilmiştir (Akçakanat, 2013; Başaran, 2011; Fettah, 2009; Gazi, 2006; Kesici, 2005). Ölçülmesi istenen algı, tutum ve davranışlara yönelik yeni maddelerin eklenmesiyle bu iki boyutta toplam 28 madde oluşturulmuştur. Sonraki aşamada çalışmanın amacına uygun olarak iki yeni boyuta ait 28 madde daha belirlenmiştir. Bu yeni boyutlar, *performans uygulama düzeyi yeterliliği ve gösterge içerikleridir*. Uygulama düzeyi yeterliliği boyutu ile çalışanların mevcut bireysel sistemin olumlu/olumsuz rekabet oluşturduğu, bölüm bazlı uygulamanın çalışma barışını ve dayanışmayı sağlayıp/sağlayamayacağı gibi konularda düşünceleri ölçülmek istenmiştir. Gösterge içerikleri boyutuyla da mevcut sistemin iyileştirilmesinin gerekliliği ve ihtiyaç duyulan verimlilik ve etkinlik göstergelerinin neler olması gerektiği konuları hakkında görüşler alınmak istenmiştir.

Çalışmada görüş ve düşüncelerin katılımcılar tarafından doğru bir şekilde aktarılabilmesi için *beşli likert ölçeğine sahip maddeler* kullanılmıştır. Maddeler hazırlanırken elde edilecek bilginin ne işe yarayacağı planlanarak, amaca uygun seçim yapılmıştır. Demografik bilgilerde mahremiyet içeren, cevaplamakta çekinmelere yol açabilecek sorulara yer verilmemiştir. Maddeler katılımcıların özelliklerine göre hazırlanmış, yalın, birden fazla yargı içermeyen, rahat anlaşılabilir maddeler, uygun sıralamayla yerleştirilmiştir (Karakoç & Dönmez, 2014; Oğur & Tekbaş, 2003).

### 1.1. Uzman Görüşleri ve Ön Kontrol Testi

Maddeler oluşturulduktan sonra ilk önce içerik geçerliliğinin sağlanabilmesi için uzman görüşüne başvurulmuştur. Genel olarak performans sisteminin olumlu / olumsuz yönleri hakkında eski ve yeni yönetici öğretim üyeleri ile yapılan bu çalışmada, oluşturulan

maddelerin uygunluğu, anlaşılabilirliği, belirlenen boyutlara yönelik görüşleri yansıtmadığı hakkında geri dönüşler alınmıştır.

Uzman görüşlerine göre birçok madde yeniden düzenlenmiştir. Uzun ve yönlendirici maddeler kısaltılarak yalın bir hale getirilmiştir. Sonraki aşamada yapılacak ön kontrol testi için 50 kişiyi aşkın (madde sayısı kadar) bir örneklem büyüklüğü seçilmiş ve sonuçlar Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programına girilmiştir. Değerlendirme yapılırken öncelikle ters yönlü maddelerin genele uygun olarak yeniden kodlama (recode) işlemi yapılmıştır. Devamında yanlış anlamalara açık maddeler katılımcıların verdiği cevaplardan tespit edilerek düzenlenmiştir. Ayrıca benzer maddeler korelasyon analiziyle tespit edilmiş tekrarlar çıkarılmıştır. Ön kontrol testinde yüz yüze görüşme tekniği, uygulamada ise ek olarak online formlar kullanılmıştır.

**Tablo 0.1.** Örnek uzman görüşleri

*İfadeler yönlendiriyor, daha yalın ve net, tercihen açık uçlu sorular olmalı. Ayrıca uzun sorular bıktırıyor insanın bırakması geliyor. Daha kısa ve yoruma açık ifadeler olmalı...*

*Performans sistemi ile ilgili bir sürü sormuşsunuz hepsi doğru ama bizdeki sistem performans sistemi değil ki. Puanlama sistemi. Performansta insanın önu açık olur. Bizim sistemde zaten belli bir havuzun bölüşümünü değiştiriyorsun sen çok alırsan arkadaşın az alıyor. Bu durumun ne kuruma ne de insanlara faydası olur. Bunun yerine kaliteye dayalı ya da tersine performans kriterlerinin geliştirilmesine yatırım daha mantıklı olacaktır.*

*8 nolu soru? Bu hesaplamaların ne derece objektif olduğu konusunda emin değilim*

*11 nolu soru? Her bölüm aynı sayıda personel ile çalışamaz. Örneğin: Dermatoloji ve Yoğun bakım. Bunu kriterlere koymak bölüm dinamiklerine aykırı*

*15 nolu soru? İdareler bölümlere adil davranıyor mu? Bence bu çok önemli bir soru, hem personel hem teçhizat her açıdan*

## 1.2. Güvenirlilik ve Geçerlilik

Çeşitli yöntemler olsa da çalışmada, güvenilirliğin ölçülmesi için literatürde sıklıkla kullanılan Cronbach Alfa testi kullanılmıştır. Bu test maddelerin, bağlı bulunduğu alt boyutla veya geneliyle olan ilgisini kontrol eder. Hesaplama sonucu bulunan katsayı 0,50 den aşağı ise güvenilir değil, 0,50 ve 0,60 arası düşük güvenilir, 0,60 ve 0,70 arası kabul edilebilir, 0,70 ile 0,90 arası iyi düzeyde, 0,90 üzeri ise çok iyi düzeyde güvenilir kabul edilir (Fettah, 2009; Karakoç & Dönmez, 2014). İlk ölçümler sonrası bazı maddeler buldukları alt boyutun ya da genelin güvenilirlik katsayısını düşürdükleri belirlenerek kapsam dışı bırakılmıştır.

**Tablo 0.2.** Güvenirlilik testi sonuçları

Faktör adı	Cronbach's Alpha test sonucu
Adaleti sağlama	0,866
Çıktı sayısına dayalı değerlendirmenin yeterliliği	0,909
Performans uygulama düzeyi yeterliliği	0,769
Verimlilik çalışmasının gerekliliği	0,779
Verimlilik değerlendirme kriterleri (gösterge)	0,902
Ölçek geneli	0,917

Çalışmada içerik geçerliliğiyle ilgili yapılan ve daha önce değinilen uzman görüşmelerine ek olarak yapısal geçerlilik için faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde çok sayıdaki maddenin arasındaki ilişkiyi anlamaya, yorumlamaya ve az sayıda temel boyuta indirgemeye

çalışılır. Faktör analizi yapılırken binişik (birden fazla faktöre 0,1 den az farkla yük bindiren) maddeler çalışmadan çıkarılmıştır. Ayrıca Communalities tablosu incelenerek, düşük yük bindiren maddeler (< 0,40) çıkarılmıştır. Veri setinin faktör analizine uygunluğu için bir diğer şart olan KMO katsayısı ,604, (0,5 ten yukarı olmalı) Bartlett testi sonucu ise ,000 (anlamli olmalı) olarak bulunmuştur. Çalışmada faktör sayılarının belirlenmesi için ise her bir faktörün toplam varyansın açıklanmasına en az %5 katkı vermesi göz önünde bulundurulmuştur. Altıncı faktörle birlikte açıklanan toplam varyans %5 ten az arttığı için faktör sayısı beşle sınırlandırılmıştır (Büyüköztürk, 2002; Çakır, 2014; M. F. Kaya, 2013; Yaşlıoğlu, 2017). Son aşamada maddeler beş faktöre ayrılmıştır. İlk üç faktör sabitken son faktör ikiye ayrılmıştır. İki yeni faktörü oluşturan maddeler incelenmiş ve içerdikleri anahtar kelimelere göre faktörler isimlendirilmiştir. Faktörler yenileriyle değiştirilmiş, içerdiği maddeler yeniden düzenlenmiştir.

**Tablo 0.3.** Toplam açıklanan varyans tablosu

Toplam varyans açıklaması									
Faktör	Başlangıç özdeğerler			Ekstraksiyon toplamları			Rotasyon Toplamları		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif%
1	10,952	30,422	30,422	10,952	30,422	30,422	6,696	18,600	18,600
2	4,362	12,117	42,539	4,362	12,117	42,539	5,301	14,724	33,323
3	3,205	8,904	51,442	3,205	8,904	51,442	4,747	13,185	46,509
4	2,430	6,751	58,193	2,430	6,751	58,193	3,306	9,182	55,691
5	2,112	5,868	64,061	2,112	5,868	64,061	3,013	8,370	64,061
6	1,582	4,394	68,455						
7	1,303	3,618	72,073						

### 1.3. Katılımcıları Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmadaki maddeler hastane içerisinde yüz yüze veya online form yöntemiyle uygulanmıştır. Araştırmaya katılanların %48 i Kadın, %52 si Erkek çalışanlardan oluşmaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%73 ü) evli olup, yaklaşık %57 si 40 yaş altıdır. Ankete en çok katılım dâhili tıptan olup (%37), hem yardımcı sağlık birimleri hem de cerrahi tıptan %20 nin üzerinde katılım gözlenmektedir. Katılım en çoktan en aza doğru sağlık personeli, araştırma görevlisi, öğretim üyesi ve idari personel şeklinde gerçekleşmiştir.



**Tablo 0.4.** Katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	194	%48,4
	Erkek	207	%51,6
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>%100</b>
Yaş	30 yaşın altı	91	%22,7
	30 – 40 yaş arası	136	%33,9
	41 – 50 yaş arası	132	%32,9
	51 – 60 yaş arası	39	%9,7
	60 yaşın üstü	3	%0,8
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>%100</b>
Medeni Durum	Evli	291	%72,6
	Bekâr	110	%27,4
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>%100</b>
Bölüm	Dâhili Tıp	147	%36,7
	Cerrahi Tıp	86	%21,4
	Temel Tıp	26	%6,5
	İdari birimler	43	%10,7
	Yardımcı Sağlık birimleri	99	%24,7
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>%100</b>
Unvan	Prof. Dr.	28	%7
	Doç. Dr.	19	%4,7
	Doktor Öğretim Üyesi	38	%9,5
	Sağlık personeli	154	%38,4
	İdari personel	40	%10
	Araştırma görevlisi	122	%30,4
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>%100</b>
Ek ödeme miktarı	0 – 1000 ₺	192	%47,9
	1001 – 4000 ₺	144	%35,9
	4001 – 7000 ₺	40	%10
	7001 – 10000 ₺	15	%3,7
	10000 ₺ üzeri	10	%2,5
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>%100</b>
Çalışma hayatı yılı	0-5 yıl	91	%22,7
	6-10 yıl	76	%19
	11-15 yıl	58	%14,4
	16-20 yıl	54	%13,5
	20 yıl üzeri	122	%30,4
	<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>%100</b>

Katılımcıların sabit ödeme hariç aylık ortalama aldığı ek ödeme miktarı ise 0 - 1000 ₺ ve 1001 - 4000 ₺ seçeneklerinde yoğunluk göstermektedir. Sebebi yardımcı sağlık personeli veya araştırma görevlisinin sayısının çoğunlukta olmasıdır. Sonuçlar bu iki grubun ve idari personellerin alt seviyeden ek ödeme aldığını göstermektedir. Çalışma hayatı yılı dağılımı ise nispeten daha homojendir.

#### 1.4. Demografik Farklılaşmanın Araştırılması ve Hipotezler

Çalışmada, verilen cevapların madde bazında tek tek değerlendirilmesi ve frekans analizlerinin yapılmasının yanı sıra sonuçların demografik özelliklere göre farklılaşım farklılaşmadığı da araştırılmıştır. Bunun için her bir boyuta ait maddelerin aritmetik ortalaması alınarak, boyutun geneli için değerlendirme yapılmıştır. Demografik özelliklere göre farklılaşmanın ortaya çıkarılabilmesi için parametrik veya non parametrik testlerden hangisinin uygulanacağını bulmak üzere öncelikle faktörlerin normallik testi yapılmıştır. Kolmogorov Smirnov ve Shapiro-Wilk test sonuçlarına göre normal dağılım sağlanmamaktadır. Ancak *merkezi limit kuramına* göre normal dağılıma sahip evrendeki bağımsız gözlemlerden oluşan her bir yansız örneklem, yeterli büyüklüğe sahip olma koşuluyla (30 ve üstü) normal dağılım gösterir. Örneklem büyüdükçe dağılım şekli normale yaklaşır (Beşirli vd., 2016; Demir vd., 2016). Bu durumda çalışmada örnek sayısının 401 olması göz önünde tutularak parametrik testler kullanılmıştır. Cinsiyet, Medeni durum gibi iki gruba ayrılan durumlarda farklılaşmanın ortaya çıkarılması için Bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Yaş, Bölüm, Unvan gibi ikiden fazla olan gruplar için ise Tek Yönlü Anova testi uygulanmıştır. İki den fazla olan grupların arasında anlamlı farklılıklar bulunması halinde, Levene ile varyansların homojen dağılıp dağılmadığı test edilmiştir. Nadir görülen varyansların eşit dağılım göstermediği durumlar için Anova kullanılmaya devam edilmiştir. Çünkü Anova varyansların homojenliği varsayımı ihlallerine karşı dayanıklı bir testtir (Cevahir, 2020). Varyansların eşit dağılım gösterdiği durumlarda Tukey HSD, göstermediği durumlarda Tamhane's T2 testleriyle farklılığın kaynaklandığı ikili gruplar ortaya çıkarılmıştır. Bulgular 0,05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. 7 demografik özelliğin beş boyutta oluşan farklılıklarını ölçmek için 35 hipotez oluşturulmuştur.

#### 2. BULGULAR

Tüm boyutların yer aldığı aşağıdaki tablodan, çalışanların boyutlara ve maddelere ne ölçüde katıldığı görülebilir. Cevapların tamamının tek bir düzlemde değerlendirilebilmesi amacıyla olumsuzluk içeren madde değerleri ters çevrilmiştir. Dolayısıyla verilen ortalama değer 5' e ne kadar yakınsa, katılım derecesi o kadar yüksektir. Olumlu maddelerin yanı sıra az da olsa olumsuz maddelere de yer verilmesinin sebebi, maddeleri okumadan herhangi bir şıkkı işaretleyen katılımcıların elenebilmesidir. Maddelerin genel ortalaması 4' e çok yakın iken standart sapması (SS) 0,43 tür. Oranlar ise %4 Kesinlikle katılmıyorum, %7 Katılmıyorum, %15 Ne katılıyorum ne katılmıyorum, %36 Katılıyorum, %38 Kesinlikle katılıyorum şeklindedir.

**Tablo 0.1.** Tanımlayıcı istatistikler

Boyut adı	1		2		3		4		5		Orta lama	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Adaleti sağlama	92	2,9	298	9,3	357	11,1	830	25,9	1631	50,8	4,13	0,89
Çıktı sayısına dayalı değerlendirilmenin yeterliliği	216	4,5	347	7,2	685	14,2	1696	35,2	1868	38,8	3,97	0,65
Performans uygulama düzeyi yeterliliği	97	6,0	132	8,2	336	20,9	596	37,2	443	27,6	3,72	0,60
Verimlilik çalışmasının gerekliliği	68	3,4	106	5,3	375	18,7	932	46,5	524	26,1	3,87	0,70
Verimlilik değerlendirme kriterleri (gösterge)	74	2,6	102	3,6	435	15,5	1209	43,1	987	35,2	4,04	0,63
<b>Ölçek geneli</b>	<b>547</b>	<b>3,8</b>	<b>985</b>	<b>6,8</b>	<b>2188</b>	<b>15,2</b>	<b>5263</b>	<b>36,5</b>	<b>5453</b>	<b>37,8</b>	<b>3,98</b>	<b>0,43</b>

### 2.1. Adaleti Sağlama Boyutu

Bu boyuttaki maddeler (8 madde) genel olarak çalışanların performans sisteminden memnuniyet veya memnuniyetsizliğinin ortaya konması amacıyla oluşturulmuştur. Boyuttaki tüm maddeler olumsuz yönde olduğu için diğer boyutlarla aynı düzlemde değerlendirilebilmesi amacıyla maddelere verilen "1 Kesinlikle katılmıyorum" cevabının değeri 5' e, "2 Katılmıyorum" cevabının değeri 4' e, "4 Katılıyorum" cevabının değeri 2' ye, "5 Kesinlikle katılmıyorum" cevabının değeri ise 1' e çevrilmiştir. "Performans sisteminden memnunum" maddesi en açık haliyle çalışanların var olan sisteme dair algılarının açıklıkla ortaya konabilmesi, basit bir başlangıç olması ve katılımcıların ilgisini çekmesi amacıyla ilk madde olarak seçilmiştir. Cevaplar ters çevrilerek değerlendirildiğinde (ortalama=4,23) katılımcıların mevcut performans sisteminden memnuniyetsiz oldukları görülmektedir.

**Tablo 0.2.** Adaleti sağlama boyutuna ait tanımlayıcı istatistikler

Adaleti sağlamaya yönelik ifadeler	Orta lama	SS
Performans sisteminden memnunum.	4,23	1,01
Performansa dayalı ek ödeme sistemini rasyonel, adil ve objektif buluyorum.	4,26	1,00
Performans sistemi motivasyonu ve iş doyumunu olumlu yönde artırmaktadır.	3,95	1,26
Performans sistemi fazla çalışmayı başarılı ve adil bir şekilde ölçerek ödüllendirmektedir.	4,19	1,08
Performans sistemi verilen hizmetlerdeki güçlük seviyesini göz önünde bulundurmaktadır.	4,1	1,13
Performans sistemi, çalışanların emeklerinin karşılığını alabildikleri, her türlü baskı ve ayrımcılıktan uzak bir çalışma ortamı oluşturmaktadır.	4,24	1,03
Performans sistemi çalışanları sürekli başarı yönünde isteklendirmekte, personelin daha etkili ve üretken olması için eksik yönlerinin tamamlanmasını sağlamaktadır.	4,00	1,17
Mevcut performans sistemi, yüksek performans gösteren çalışanların ödüllendirilmesi için gerekli bilgiyi sağlamaktadır.	4,03	1,16
<b>Boyut ortalaması</b>	<b>4,13</b>	<b>0,89</b>

Sonuç olarak çalışanların mevcut sisteminin adaleti sağlayıp sağlayamadığına yönelik algıları yüksek oranda olumsuz olup ortalaması 4,13 ve SS değeri 0,89 dur.

### 2.2. Çıktı Sayısına Dayalı Değerlendirmenin Yeterliliği Boyutu

Bu boyuttaki 12 madde, mevcut sistemin puan temelli, çıktı sayısını arttırmaya yönelik uygulamasının tek başına yeterli olup olmadığına dair katılımcıların düşüncelerinin ortaya çıkarılmasını hedeflemiştir. “Performans sistemi riskli operasyonlardan veya takibi zor olan hastalardan kaçınmayı özendirilmektedir” maddesiyle çıktı sayısına dayalı mevcut sistemin olası etik dışı uygulamalara yol açmasına dair katılımcıların fikir ve düşünceleri ölçülmek istenmiştir. Bu maddenin tüm boyutlar genelinde en düşük ortalamaya (3,37) sahip olması, her ne kadar sistemin bu yönde bir yönlendirmesi olsa da sağlık çalışanlarının etik dışı uygulamalardan kaçındığını ve görev bilinciyle hareket ettiğini göstermektedir.

**Tablo 0.3.** Çıktı sayısına dayalı değerlendirilen yeterliliği boyutu tanımlayıcı istatistikleri

Çıktı sayısına dayalı değerlendirilen yeterliliği	Ortalama	SS
Performans sistemi riskli operasyonlardan/takibi zor hastalardan kaçınmayı özendirilmektedir.	3,37	1,37
Hasta potansiyeli düşük olan bölümlerin puanlarının da düşük olması adaletsizliğe yol açmaktadır.	3,65	1,18
Mevcut sistem, bazı bölümlerde <i>ne yaparsam yapayım alacağım ücret belli</i> düşüncesine yol açmaktadır.	4,06	1,03
Performans sisteminin daha çok hasta bakmayı teşvik etmesi hata payını ve malpraktis davalarını artırır.	4,00	1,07
Performans sisteminin daha çok hasta bakmayı teşvik etmesi eğitim faaliyetlerini aksatır.	4,01	1,09
Performans sisteminin daha çok hasta bakmayı teşvik etmesi bilimsel faaliyetleri aksatır.	3,98	1,11
Performans sisteminin daha fazla hasta bakımını ödüllendirmesi, hastaya ayrılan zamanın azalmasına ve / veya hizmet kalitesinin düşmesine yol açmaktadır.	4,09	1,08
Niceliğe dayalı performans sistemi kendisiyle ilgilenilmediğini düşünen halkın gözünde sağlık çalışanının saygınlığını düşürmektedir.	4,04	1,07
Bölümler arasındaki puanlama kaynaklı adaletsizliği gidermek ve çatışmaların önüne geçmek için puanlama sisteminin gözden geçirilmesi gerekmektedir.	4,37	0,91
İşlem sayısına dayalı bireysel değerlendirme, ekip çalışmasını etkisizleştirmektedir.	4,06	1,00
İşlem sayısına dayalı bireysel değerlendirilenin ekip çalışmasını etkisizleştirmesi verimsizliğe neden olmaktadır.	3,99	0,97
Hasta, herhangi bir doktorun değil kliniğin hastasıdır.	4,00	1,04
<b>Boyut ortalaması</b>	<b>3,97</b>	<b>0,65</b>

“Mevcut sistem, bazı bölümlerde *ne yaparsam yapayım alacağım ücret belli* düşüncesine yol açmaktadır”. Bu maddeyle katılımcıların, mevcut çıktı sayısına dayalı sistemin literatürdeki bazı çalışmalarda (Ceylan, 2009; Kart, 2013; Üstüner & İdrisoğlu Kalav, 2014) işaret edildiği gibi çalışma isteğini kırdığı ve motive etmediği yönündeki çıkarımlarına katılıp katılmadığı tespit edilmek istenmiştir. Bu konuda katılımcılar da aynı fikirdedir (4,06). Sonuç olarak çıktı sayısına dayalı değerlendirilenin yeterliliği boyutu ortalaması 3,97 ve SS değeri 0,65 dir. Katılımcılar mevcut sistemin çıktıya dayalı değerlendirme yöntemini yetersiz bulmaktadırlar.

### 2.3. Performans Uygulama Düzeyi Yeterliliği Boyutu

Bu boyuttaki 4 maddeyle performans sistemi uygulama düzeyinin yani mevcut bireysel bazda değerlendirilenin yeterliliğiyle ilgili görüş ve fikirlerin ortaya çıkarılması hedeflenmiştir. “Girişimsel işlem faaliyet puanları (GİP), bölüm bazında etkin olarak belirlenmiştir” maddesiyle, mevcut sistemin temelini oluşturan GİP’ in bölümler arasında adaletsizlik oluşturduğuna dair literatür örnekleri (Ceylan, 2009; Kart, 2013; Üstüner & İdrisoğlu Kalav, 2014) hakkında fikir ve düşüncüler ölçülmek istenmiştir. Cevaplar ters çevrilerek değerlendirildiğinde (3,45) maddenin genele göre düşük olsa da olumlu yönde olduğu görülmektedir. Katılımcıların çoğu GİP’ in bölüm bazlı adil belirlenmediğini düşünmektedir. Uygulama düzeyi yeterliliği boyutu ortalaması 3,72 ve SS değeri 0,60’ dır. Katılımcılar bireysel

değerlendirmeye dayalı uygulama düzeyinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Ekip çalışmasını özendirerek, dayanışmayı artıracak, bölüm bazlı değişkenler sisteme eklenmelidir.

**Tablo 0.4.** Uygulama düzeyi yeterliliği boyutuna ait tanımlayıcı istatistikler

<b>Performans uygulama düzeyi yeterliliği</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>
Girişimsel işlem faaliyet puanları, bölüm bazında etkin olarak belirlenmiştir.	3,45	1,12
Performans sistemi, sağlık hizmetlerinin planlanıp yürütülmesi sırasında birbirleriyle işbirliği yapmak konusunda hekimleri desteklemelidir.	3,52	1,31
Performans sistemi, farklı bölümlerin kurumsal performans düzeyine yaptıkları katkıları ortaya koyacak açıklıkta olmalıdır.	3,94	1,01
Bireysel performansa dayalı sistemde döner sermayeye aynı katkıyı sağlayan iki bölüm arasında büyük farklar oluşmaktadır.	3,97	0,97
<b>Boyut ortalaması</b>	<b>3,72</b>	<b>0,60</b>

#### 2.4. Verimlilik Çalışmasının Gerekliliği Boyutu

Bu boyutta verilen maddeler (5 madde) sadece bireysel performansa dayalı (uygulama düzeyi yeterliliği) belirlenmiş bir puan listesine (GİP) göre yapılan ölçmenin olası yetersizliğinden (çıkı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliği boyutu) yola çıkılarak oluşturulmuştur. Bu noktada boyut adında her ne kadar sadece verimlilik şeklinde ifade edilse de, içerik verimliliğe ve etkinliğe dayalı maddelerle desteklenerek, bu yönde bir çalışmanın ödüllendirilmesine dair performans modeli hakkında katılımcıların görüşleri öğrenilmek istenmiştir. Tıbbi cihaz alımlarında ileri teknoloji ve çok fonksiyonlu cihazlara öncelik tanımak, daha ucuz muadili varken pahalı ilaç kullanmak, yüksek kalite tıbbi malzemelerin alımı için istem yapmak, hastane idaresinden sürekli yeni personel talebinde bulunmak bölümlerin ve çalışanlarının maliyete etkilerinin örneklerindedir. “Çalışanların mali yapıya olumlu-olumsuz etkilerinin kontrolü için performans kriterlerine bölüm bazlı gelir-gider bilgisi eklenmelidir” maddesi bu konuda katılımcıların fikrini ortaya çıkarmak için örnek olarak verebilir. Çalışanlar bu maddeye (3,72) olumlu yaklaşmaktadır. Sonuç olarak katılımcıların mevcut performansa ek bir verimlilik ve etkinlik modelinin eklenmesine yönelik algıları olumlu olup, ortalaması 3,87 ve SS' i 0,70 tir. Çözüm bölüm çalışanlarının aidiyetini artıracak, kaynakların etkin kullanımı için farkındalık oluşturacak bir modelin mevcut bireysel değerlendirmeye eklenmesidir.

**Tablo 0.5.** Verimlilik çalışmasının gerekliliği boyutuna ait tanımlayıcı istatistikler

<b>Verimlilik çalışmasının gerekliliği</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS</b>
Performans sistemi, yönetim kararlarına ve doğru performans göstergelerine dayandırılmalı, kararların zamanında ve daha tutarlı alınmasını sağlamalıdır.	4,03	0,88
Tanı ile alakalı grup sisteminin getirilmesi, klinik havuz ve klinik performans göstergelerinin geliştirilmesi kalite ve verimliliği artırır, maliyet kontrolü sağlar.	3,79	0,96
Bu kapsamda farkındalığı ve aidiyeti artıracak bir performans modelinin geliştirilmesi, kamu kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanımını sağlar.	3,99	0,96
Bu yönde yapılacak bir çalışma mevcut girişimsel işlem faaliyet puanlarının belirlenmesinde yapılmış muhtemel bir adaletsizliği de ortaya çıkarır.	3,81	0,95
Çalışanların mali yapıya olumlu-olumsuz (yüksek kalite malzeme istemi) etkilerinin kontrolü için performans kriterlerine bölüm bazlı gelir-gider bilgisi eklenmelidir.	3,72	1,08
<b>Boyut ortalaması</b>	<b>3,87</b>	<b>0,70</b>

## 2.5. Verimlilik Değerlendirme Kriterleri (Gösterge) Boyutu

Bir önceki boyutun devamı olan bu boyut 7 maddeden oluşmakta olup, mevcut sisteme eklenecek verimliliğe ve etkinliğe dayalı performans modelinin ne tür kriterlere sahip olması gerektiği hakkında çalışanların görüşlerini araştırmaktadır. “Verimli çalışma konusunda farkındalık yaratmak için bölüm bazlı (yatılan gün, ayaktan hasta sayısı vb.) bazı göstergeler de performans sistemine eklenmelidir” maddesi mali olmayan ölçütlerin neleri içermesi gerektiğine örnek olarak verilmiştir. Maddeye yüksek oranda (4,05) olumlu cevap verilmiştir.

**Tablo 0.1.** Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutuna ait tanımlayıcı istatistikler

Verimlilik değerlendirme kriterleri (gösterge)	Orta lama	SS
Performans sisteminin başarısı için niteliksel ve niceliksel göstergeler birlikte kullanılmalıdır.	4,15	0,85
Performans sistemi "borç vadesinin kısılması, gelir gider dengesinin sağlanması" gibi kurumsal hedefler ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirmelidir.	3,89	0,97
Kurumsal performansın sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için verimlilik çalışma larında mali olmayan ölçütlerde ele alınmalıdır.	4,13	0,80
Ne kadar özverili çalışırsa çalışsın, SUT fiyatları düşük belirlendiği için bazı bölümler mali olarak başarısız gözükabilir.	4,29	0,87
Verimli çalışma konusunda farkındalık yaratmak için bölüm bazlı (yatılan gün, ayaktan hasta sayısı vb.) bazı göstergelerde performans sistemine eklenmelidir.	4,05	0,92
Bu kapsamda ilgili çıktıları oluşturan kaynaklarında (yatak, uzman/pratisyen hekim, yardımcı sağlık personeli vb.) etkinlik hesaplamalarına katılması gerekir.	4,14	0,87
Performans kriterlerinde hasta memnuniyeti ve yenilikçi tedavi kullanımından ziyade etkin kaynak kullanımına ve finansal göstergelere önem gösterilmelidir.	3,66	1,13
<b>Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutu ortalaması</b>	<b>4,04</b>	<b>0,63</b>

Bir önceki maddede yer alan mali olmayan ölçütlerin çıktılarına dayandırılması uygun bir örnek olmakla birlikte bu çıktıları üreten kaynaklara dayandırılmaması bir eksiklik olarak görülebilir. Kaynak kullanım etkinliği, oluşturulacak model için önemli olabilir. “Bu kapsamda ilgili çıktıları oluşturan kaynaklarında (yatak, uzman/pratisyen hekim, yardımcı sağlık personeli vb.) etkinlik hesaplamalarına katılması gerekir” maddesi bu amaçla eklenmiştir. Maddeye (4,14) yüksek oranda olumlu cevap verilmiştir. Sonuç olarak katılımcıların gelir gider dengesine dayalı finansal ölçütlere ek olarak kaynak kullanım etkinliğine dayalı girdi ve çıktı ölçütlerinin, ihtiyaç duyulan performans modeline eklenmesine dair düşünceleri olumlu olup ortalaması 4,04 ve SS değeri 0,63 tür. Oluşturulacak modele belirtilen kriterlerin eklenmesi; mevcut bireysel temelli, çıktıya dayalı, adaletsizlik yaratan uygulamanın eksiklerinin tamamlanmasını sağlayacaktır.

## 2.6. Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma

Çalışmanın bu kısmında demografik özelliklere göre boyutlardaki farklılaşmalar incelenmiştir. *Adaleti sağlama boyutu* ortalaması **cinsiyete** göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 1 reddedilemez. Çalışanların mevcut performans sisteminin adaleti sağlayıp sağlayamadığına dair görüşleri cinsiyete göre anlamlı farklılık *göstermemektedir*. *Adaleti sağlama boyutu* **yaşa** göre Tek Yön Anova testiyle incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 2 reddedilemez. *Adaleti sağlama boyutu* **medeni duruma** göre Bağımsız örneklem t testi ile incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 3 reddedilemez. *Adaleti sağlama boyutu* **çalışılan bölüme** göre Anova testiyle incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Hipotez 4 reddedilemez. Adaleti sağlama boyutunun **unvana** göre Anova testiyle incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 5 reddedilemez.

**Tablo 0.2.** Adaleti sağlama boyutunun cinsiyet, medeni hal hipotezleri

Cinsiyet	n	Ortalama	SS	Std hata	t	p
Kadın	194	4,1037	0,9002	0,0646	-0,468	0,64
Erkek	207	4,1455	0,8884	0,0617		
Medeni durum						
Evli	291	4,1624	0,8867	0,0520	1,353	0,177
Bekar	110	4,0273	0,9072	0,0865		

Adaleti sağlama boyutunun alınan **ek ödeme tutarına** göre farklılaşmasının Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 6 reddedilemez. Adaleti sağlama boyutunun **çalışma yılına** göre farklılaşmasının Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 7 reddedilemez. Tabloda ortalama, SS, standart hata, güven aralıkları ve Anova test sonuçları verilmiştir. Güven aralığı popülasyonun bilinmediği durumlarda, eğer  $n > 30$  küçükse  $\bar{x} \pm t_{\alpha/2, n-1} * ss/\sqrt{n}$  formülüyle, büyükse  $\bar{x} \pm Z_{\alpha/2} * ss/\sqrt{n}$  formülüyle hesaplanır (Özsoy, 2003).

**Tablo 0.3.** Adaleti sağlama boyutunun hipotezleri (diğerleri)

Yaş	n	Ortalama	SS	Std hata	% 95 Güven Aralığı Sınırları		F	P
30 yaşın altı	91	4,0302	0,8639	0,0906	3,8503	4,2101	1,642	0,163
30-40 yaş arası	136	4,2142	0,8897	0,0763	4,0633	4,365		
41-50 yaş arası	132	4,1458	0,9161	0,0797	3,9881	4,3036		
51-60 yaş arası	39	4,0449	0,8677	0,1389	3,7636	4,3261		
60 yaşın üstü	3	3,125	0,8197	0,4732	1,0888	5,1612		
Toplam	401	4,1253	0,8932	0,0446	4,0376	4,213		
Çalışılan bölüm								
Dâhili Tıp	147	4,1156	0,7791	0,0643	3,9886	4,2426	1,622	0,168
Cerrahi Tıp	86	4,1337	0,9171	0,0989	3,9371	4,3304		
Temel Tıp	26	4,0721	0,8625	0,1692	3,7237	4,4205		
İdari birimler	43	3,8547	1,1293	0,1722	3,5071	4,2022		
Yardımcı sağlık birimi	99	4,2639	0,9131	0,0918	4,0818	4,446		
Toplam	401	4,1253	0,8932	0,0446	4,0376	4,213		
Unvan								
Prof. Dr.	28	4,0134	0,8132	0,1537	3,6981	4,3287	1,237	0,291
Doç. Dr.	19	4,0395	0,9317	0,2138	3,5904	4,4886		
Doktor Öğretim Üyesi	38	4,1086	0,8267	0,1341	3,8368	4,3803		
Sağlık personeli	154	4,2557	0,9190	0,0741	4,1094	4,402		
İdari Personel	40	3,9406	1,1155	0,1764	3,5839	4,2974		
Araştırma görevlisi	122	4,0656	0,8013	0,0726	3,9219	4,2092		
Toplam	401	4,1253	0,8932	0,0446	4,0376	4,213		
Ek ödeme tutarı								
0 - 1000 TL	192	4,2109	0,8960	0,0647	4,0834	4,3385	1,364	0,246
1001 - 4000 TL	144	4,0668	0,8888	0,0741	3,9204	4,2132		
4001 - 7000 TL	40	4,1188	0,8340	0,1319	3,852	4,3855		
7001 - 10000 TL	15	3,8417	0,8094	0,2090	3,3935	4,2899		
10000 TL üzeri	10	3,775	1,1649	0,3684	2,9417	4,6083		
Toplam	401	4,1253	0,8932	0,0446	4,0376	4,213		

Çalışma hayatı yılı								
0-5 yıl	91	4,0069	0,8763	0,0919	3,8244	4,1894	0,635	0,638
6-10 yıl	76	4,1447	0,8578	0,0984	3,9487	4,3408		
11-15 yıl	58	4,1509	0,9383	0,1232	3,9042	4,3976		
16-20 yıl	54	4,2361	0,7986	0,1087	4,0181	4,4541		
20 yıl üzeri	122	4,1404	0,9484	0,0859	3,9704	4,3104		
Toplam	401	4,1253	0,8932	0,0446	4,0376	4,213		

Adaleti sağlama boyutunun demografik özelliklere göre farklılaşmasının incelenmesinden sonra **Çıktı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliği** boyutuna geçilmiştir. Boyut ortalaması cinsiyete göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Erkekler kadınlara göre çıktı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliği görüşüne daha çok katılmaktadırlar. Hipotez 8 reddedilmiştir. Çalışanların mevcut çıktı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliğine dair görüşleri **cinsiyete** göre anlamlı farklılık göstermektedir. Çıktı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliği boyutu yaşa göre Tek Yön Anova testiyle incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Hipotez 9 reddedilemez. Yine aynı boyutun medeni duruma göre Bağımsız örneklem t testiyle incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 10 reddedilemez.

**Tablo 0.4.** Çıktı sayısına dayalı değerlendirme boyutu cinsiyet, medeni hal hipotezleri

Cinsiyet	n	Ortalama	SS	Std hata	t	p
Kadın	194	3,8918	0,6343	0,0455	-2,243	<b>0,025</b>
Erkek	207	4,0374	0,6643	0,0462		
Medeni durum						
Evli	291	3,99	0,6441	0,0378	1,148	0,252
Bekar	110	3,9061	0,6760	0,0645		

Çıktı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliği boyutunun **çalışılan bölüme** göre farklılaşmasının Tek Yön Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 11 reddedilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun anlaşılabilmesi için post hoc analizi yapılmıştır. Varyanslar eşit dağılım göstermediği için ( $p < 0,05$ ) Tamhane testi ile yapılan ikili grup karşılaştırmalarda Dâhili Tıp-İdari birimler ve Dâhili Tıp-Yardımcı Sağlık birimleri arasında anlamlı farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Dâhili Tıp bölüm çalışanlarının ortalamaları diğer iki bölüme göre daha yüksek olup mevcut sistemden daha fazla memnuniyetsiz oldukları anlaşılmaktadır.

**Tablo 0.5.** Çıktı sayısına dayalı değerlendirme bölüm farklılaşması

	Çalışılan bölüme göre ikili grup karşılaştırmaları		p
	Tamhane		
Çıktı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliği boyutu	Dâhili Tıp	Cerrahi Tıp	0,066
	Dâhili Tıp	Temel Tıp	0,987
	Dâhili Tıp	İdari birimler	<b>0,003</b>
	Dâhili Tıp	Yardımcı Sağlık	<b>0,002</b>
	Cerrahi Tıp	Temel Tıp	1,000
	Cerrahi Tıp	İdari birimler	0,706
	Cerrahi Tıp	Yardımcı Sağlık	0,997
	Temel Tıp	İdari birimler	0,615
	Temel Tıp	Yardımcı Sağlık	0,958
	İdari birim.	Yardımcı Sağlık	0,976



Unvana göre farklılaşmanın Tek Yön Anova testiyle incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hipotez 12 reddedilmiştir. Çalışanların çıktı sayısına dayalı değerlendirmenin yeterliliğine dair görüşleri **unvana** göre anlamlı farklılık *göstermektedir*.

**Tablo 0.6.** Çıktı sayısına dayalı değerlendirme hipotezleri (diğerleri)

Yaş	n	Ortalama	SS	Std hata	% 95 Güven Aralığı Alt - Üst Sınırı		F	p
30 yaşın altı	91	4,0064	0,6541	0,0686	3,8702	4,1426	0,236	0,918
30-40 yaş arası	136	3,9491	0,6834	0,0586	3,8333	4,065		
41-50 yaş arası	132	3,9407	0,6605	0,0575	3,8269	4,0544		
51-60 yaş arası	39	4,0192	0,5303	0,0849	3,8473	4,1911		
60 yaşın üstü	3	4,0556	0,6684	0,3859	2,3952	5,716		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,967</b>	<b>0,6532</b>	<b>0,0326</b>	<b>3,9028</b>	<b>4,0311</b>		
<b>Çalışılan bölüm</b>								
Dâhili Tıp	147	4,1519	0,5268	0,0435	4,066	4,2378	6,051	0,000
Cerrahi Tıp	86	3,9147	0,6930	0,0747	3,7662	4,0633		
Temel Tıp	26	4,0128	0,7202	0,1413	3,7219	4,3037		
İdari birimler	43	3,7093	0,6904	0,1053	3,4968	3,9218		
Yardımcı Sağlık birimi	99	3,8375	0,6890	0,0692	3,7001	3,975		
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>3,967</b>	<b>0,6532</b>	<b>0,0326</b>	<b>3,9028</b>	<b>4,0311</b>		
<b>Unvan</b>								
Prof. Dr.	28	4,247	0,4424	0,0836	4,0755	4,4186	7,798	0,000
Doç. Dr.	19	4,0965	0,6563	0,1506	3,7802	4,4128		
Doktor Öğretim Üyesi	38	4,2763	0,5387	0,0874	4,0992	4,4534		
Sağlık personeli	154	3,7803	0,6818	0,0549	3,6718	3,8888		
İdari Personel	40	3,75	0,7463	0,118	3,5113	3,9887		
Araştırma görevlisi	122	4,0929	0,5657	0,0512	3,9915	4,1943		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,967</b>	<b>0,6532</b>	<b>0,0326</b>	<b>3,9028</b>	<b>4,0311</b>		
<b>Ek ödeme tutarı</b>								
0 – 1000 TL	192	3,8116	0,6634	0,0479	3,7172	3,9061	6,122	0,000
1001 – 4000 TL	144	4,0689	0,6517	0,0543	3,9615	4,1762		
4001 – 7000 TL	40	4,1917	0,4959	0,0784	4,0331	4,3502		
7001 – 10000 TL	15	4,1278	0,5325	0,1375	3,8329	4,4227		
10000 TL üzeri	10	4,3417	0,5159	0,1631	3,9726	4,7107		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,967</b>	<b>0,6532</b>	<b>0,0326</b>	<b>3,9028</b>	<b>4,0311</b>		
<b>Çalışma hayatı yılı</b>								
0-5 yıl	91	4,0293	0,5923	0,0621	3,9059	4,1527	0,928	0,448
6-10 yıl	76	3,9704	0,7048	0,0809	3,8093	4,1315		
11-15 yıl	58	3,8233	0,6556	0,0861	3,6509	3,9957		
16-20 yıl	54	3,983	0,7838	0,1067	3,7691	4,197		
20 yıl üzeri	122	3,9795	0,5975	0,0541	3,8724	4,0866		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,967</b>	<b>0,6532</b>	<b>0,0326</b>	<b>3,9028</b>	<b>4,0311</b>		

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun anlaşılabilmesi için post hoc analizi yapılmıştır. Varyanslar eşit dağılım gösterdiği için ( $p > 0,05$ ) Tukey HSD testi ile yapılan ikili grup karşılaştırmalarında akademik personel ile idari personelin (sağlık, destek vb.) ayrıştığı görülmektedir. Buna göre Prof.Dr.-Sağlık personeli, Prof.Dr.-İdari personel, Doktor Öğretim Üyesi-Sağlık personeli, Doktor Öğretim Üyesi-İdari personel, Sağlık personeli-Araştırma görevlisi ve İdari personel-Araştırma görevlisi unvan grupları arasında anlamlı farklılıklar görülmektedir. Sonuç olarak çıktı sayısına dayalı değerlendirmenin yeterliliği boyutunda

hekim olan akademik personel ile hekim olmayan idari personellerin (yardımcı sağlık personeli, destek personeli) farklılaştığı gözlenmektedir. Ortalamalara göre hekimler mevcut çıktıya dayalı sistemden daha fazla memnuniyetsiz olup, boyutun içerdiği maddelere daha yüksek oranda katılmaktadırlar. Hekim dışı personeller çıktıya dayalı değerlendirmeden yönetmelik gereği doğrudan değil dolaylı olarak etkilenmektedirler. Bu yüzden sonuçlarının hekimlere göre daha düşük çıktığı düşünülmektedir. Çıktı sayısına dayalı değerlendirmenin yeterliliği boyutunun alınan **ek ödeme tutarına** göre farklılaşmasının Tek Yön Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hipotez 13 reddedilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğu belirlemek için post hoc analizi yapılmıştır. Varyanslar eşit dağılım gösterdiği için Tukey HSD testi ile yapılan ikili grup karşılaştırmalarında 0-1000 ile 1001-4000 ve 0-1000 ile 4001-7000 grupları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Buna göre 0-1000 ₺ ek ödeme alan grup çıktı sayısına dayalı değerlendirmeye daha az olumsuz bakmaktadırlar. Unvandaki farklılaşmaya benzer şekilde sebebinin, düşük ek ödeme alan çalışanların, yönetmelik gereği çıktıya dayalı değerlendirmeden doğrudan değil dolaylı olarak etkilenmeleri olduğu düşünülmektedir. Çalışma yılına göre ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 14 reddedilemez.

**Uygulama düzeyi yeterliliği** boyutu mevcut bireysel ağırlıklı değerlendirmenin yeterli olup olmadığı noktasında çalışanların algılarının ölçülmesi amacıyla eklenmiştir. Bu boyutta 4 madde bulunmaktadır. Boyut ortalamasının demografik özelliklerden cinsiyete göre farklılaşması incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu yüzden Hipotez 15 reddedilemez. Uygulama düzeyi yeterliliği boyutunun yaşa göre farklılaşmasının incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 16 reddedilemez. Uygulama düzeyi yeterliliği boyutunun ortalaması medeni duruma göre incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 17 reddedilemez.

**Tablo 0.7.** Uygulama düzeyi yeterliliği cinsiyet, medeni hal hipotezleri

Cinsiyet	n	Ortalama	SS	Std hata	t	p
Kadın	194	3,7281	0,5701	0,0409	0,239	0,812
Erkek	207	3,7138	0,6284	0,0437		
Medeni durum						
Evli	291	3,7526	0,5841	0,0342	1,734	0,084
Bekar	110	3,6364	0,6359	0,0606		

Uygulama düzeyi yeterliliği boyutunun bölüme göre farklılaşmasının incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hipotez 18 reddedilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun anlaşılabilmesi için post hoc analizi yapılmıştır. Varyanslar eşit dağılım gösterdiği için Tukey HSD testiyle yapılan ikili grup karşılaştırmalarında sadece Dâhili Tıp ile Yardımcı Sağlık birim personelleri arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Dâhili Tıp çalışanlarının ortalamaları Yardımcı Sağlık birimlerine göre daha yüksek olup mevcut bireysel ağırlıklı sistemin yetersiz olduğuna dair olumsuz algıları daha yüksektir. Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık bulunmamıştır. *Uygulama düzeyi yeterliliği* boyutunun **unvana** göre farklılaşmasının incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hipotez 19 reddedilmiştir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun anlaşılabilmesi için post hoc analizi yapılmıştır. Varyanslar eşit dağılım gösterdiği için Tukey HSD testi ile yapılan ikili grup karşılaştırmalarda sadece Prof.Dr. ile Sağlık personeli arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Prof.Dr. çalışanlarının ortalamaları

Sağlık personeline göre daha yüksek olup mevcut bireysel ağırlıklı sistemin yetersiz olduğuna dair olumsuz algıları daha yüksektir. Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık bulunmamıştır. *Uygulama düzeyi yeterliliği* boyutunun alınan **ek ödeme tutarına** göre farklılaşmasının incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hipotez 20 reddedilmiştir. Varyanslar eşit dağılım gösterdiği için Tukey HSD testi ile yapılan ikili grup karşılaştırmalarda sadece 0-1000 ₺ ile 10000 ₺ üzeri ek ödeme alanlar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. 10000 ₺ üzeri alanların ortalamaları 0-1000 ₺ alanlara göre daha yüksek olup mevcut bireysel ağırlıklı sistemin yetersiz olduğuna dair olumsuz algıları daha yüksektir. *Uygulama düzeyi yeterliliği* boyutunun çalışma hayatı yılına göre incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Hipotez 21 reddedilemez.

**Tablo 0.8.** Uygulama düzeyi yeterliliği boyutu hipotezleri (diğerleri)

Yaş	n	Ortalama	SS	Std hata	% 95 Güven Aralığı Alt - Üst Sınırı		F	p
30 yaşın altı	91	3,7143	0,5935	0,0622	3,5907	3,8379	1,014	0,400
30-40 yaş arası	136	3,6599	0,6402	0,0549	3,5514	3,7685		
41-50 yaş arası	132	3,7424	0,5720	0,0498	3,6439	3,8409		
51-60 yaş arası	39	3,8718	0,5674	0,0909	3,6879	4,0557		
60 yaşın üstü	3	3,75	0,5	0,2887	2,5079	4,9921		
Toplam	401	3,7207	0,6002	0,03	3,6618	3,7796		
<b>Çalışılan bölüm</b>								
Dâhili Tıp	147	3,8044	0,5423	0,0447	3,716	3,8928	2,587	0,037
Cerrahi Tıp	86	3,7384	0,6462	0,0697	3,5998	3,8769		
Temel Tıp	26	3,7692	0,6400	0,1255	3,5107	4,0277		
İdari birimler	43	3,7384	0,6171	0,0941	3,5485	3,9283		
Yardımcı sağlık birimi	99	3,5606	0,6041	0,0607	3,4401	3,6811		
Toplam	401	3,7207	0,6002	0,03	3,6618	3,7796		
<b>Unvan</b>								
Prof. Dr.	28	3,9911	0,5589	0,1056	3,7743	4,2078	2,528	0,029
Doç. Dr.	19	3,9342	0,5942	0,1363	3,6478	4,2206		
Doktor Öğretim Üyesi	38	3,7697	0,6297	0,1022	3,5627	3,9767		
Sağlık personeli	154	3,625	0,5915	0,0477	3,5308	3,7192		
İdari Personel	40	3,7	0,6360	0,1006	3,4966	3,9034		
Araştırma görevlisi	122	3,7377	0,5811	0,0526	3,6336	3,8419		
Toplam	401	3,7207	0,6002	0,03	3,6618	3,7796		
<b>Ek ödeme tutarı</b>								
0 - 1000 TL	192	3,6237	0,5839	0,0421	3,5406	3,7068	3,650	0,006
1001 - 4000 TL	144	3,7847	0,6092	0,0508	3,6844	3,8851		
4001 - 7000 TL	40	3,7875	0,5789	0,0915	3,6024	3,9726		
7001 - 10000 TL	15	3,85	0,5329	0,1376	3,5549	4,1451		
10000 TL üzeri	10	4,2	0,6433	0,2034	3,7398	4,6602		
Toplam	401	3,7207	0,6002	0,03	3,6618	3,7796		
<b>Çalışma hayatı yılı</b>								
0-5 yıl	91	3,717	0,5703	0,0598	3,5983	3,8358	0,661	0,619
6-10 yıl	76	3,7072	0,5964	0,0684	3,571	3,8435		
11-15 yıl	58	3,6552	0,6174	0,0811	3,4928	3,8175		
16-20 yıl	54	3,6667	0,7785	0,1060	3,4542	3,8792		
20 yıl üzeri	122	3,7869	0,5249	0,0475	3,6928	3,881		
Toplam	401	3,7207	0,6002	0,03	3,6618	3,7796		

**Verimlilik çalışmasının gerekliliği** boyutu, çıktıya dayalı mevcut sisteme ek olarak verimlilik ve etkinlik ölçümlerinin sisteme eklenip eklenmemesi konusunda çalışanların algılarının ölçülmesi amacıyla eklenmiştir. Bu boyutta 5 madde bulunmaktadır. Boyut ortalaması **cinsiyete** göre Bağımsız örneklem t testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 22 reddedilemez. Boyutun yaşa göre farklılaşmasının ortalamaya göre Tek Yön Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 23 reddedilemez. Çalışanların performans verimlilik çalışmasının gerekliliğine dair görüşleri **yaşa** göre anlamlı farklılık göstermemektedir. Verimlilik çalışmasının gerekliliği boyutunun ortalaması medeni duruma göre Bağımsız örneklem t testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 24 reddedilemez.

**Tablo 0.9.** Verimlilik çalışması gerekliliği cinsiyet, medeni hal hipotezleri

Cinsiyet	n	Ortalama	SS	Std hata	t	p
Kadın	194	3,8959	0,6676	0,0479	0,807	0,420
Erkek	207	3,8396	0,7242	0,0503		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	291	3,8845	0,7126	0,0418	0,827	0,409
Bekar	110	3,82	0,6552	0,0625		

Verimlilik çalışmasının gerekliliği boyutunun çalışılan bölüme göre farklılaşması ortalamaya göre Tek Yön Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 25 reddedilmiştir. Çalışanların verimlilik çalışmasının gerekliliğine dair görüşleri **çalışılan bölüme** göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun anlaşılabilmesi için post hoc analizi yapılmıştır. Varyanslar eşit dağılım göstermediği için Tamhane testi ile yapılan ikili grup karşılaştırmalarda sadece Cerrahi Tıp ile İdari birim personelleri arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Cerrahi Tıp çalışanlarının ortalamaları İdari birimlere göre daha düşük olup mevcut sistemin üzerine eklenecek verimlilik çalışmasına yönelik düşünceleri daha az olumludur. Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak temel ve cerrahi tıp bölümlerinin ortalamalarının Dâhili tıp, yardımcı ve idari sağlık birimlerine göre daha düşük olduğu gözlenmektedir. Bu durum ilgili birimlerin taban ödemeye, çıktıya ve bireysel değerlendirmeye dayalı mevcut sistemden daha az memnuniyetsiz olmaları ile açıklanabilir. Sonuç olarak dâhili tıp bilimleri ve idari birimler (yardımcı sağlık, idari destek), mevcut sistemden diğerlerine göre daha fazla mağdur olduğunu düşünmekte ve verimlilik çalışmasına daha olumlu bakmaktadırlar.

Verimlilik çalışmasının gerekliliği boyutunun unvana göre farklılaşması ortalamaya göre Tek Yön Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 26 reddedilmiştir. Çalışanların verimlilik çalışmasının gerekliliğine dair görüşleri **unvana** göre anlamlı farklılık göstermektedir. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun anlaşılabilmesi için post hoc analizi yapılmıştır. Varyanslar eşit dağılım gösterdiği için Tukey HSD testi ile yapılan ikili grup karşılaştırmalarda sadece Prof.Dr. ile İdari personel arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Prof.Dr. ortalamaları İdari personele göre daha düşük olup mevcut sistemin üzerine eklenecek verimlilik çalışmasına yönelik düşünceleri daha az olumludur. Diğer ikili karşılaştırmalarda anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak unvanda yükselme oldukça ortalamaların düştüğü gözlenmiştir

(İdari personel 4,11 > 3,92 > 3,84 > 3,75 > 3,74 > 3,60 Prof. Dr.). Bu durum unvan düştükçe ek ödemedeki yararlanma oranlarının yüksek oranda düşmesi sonucunda oluşan rahatsızlığın doğurduğu netice şeklinde açıklanabilir. Sonuç olarak idari destek personeli, yardımcı sağlık personeli ve araştırma görevlilerinin, öğretim üyelerine göre verimlilik çalışmasının gerekliliğine yönelik tutum ve görüşleri daha olumlu yöndedir. Verimlilik çalışmasının gerekliliği boyutunun alınan ek ödeme tutarına göre farklılaşmasının Tek Yön Anova testiyle incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 27 reddedilemez. Çalışma hayatı yılına göre farklılaşmanın incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Sonuca göre Hipotez 28 reddedilemez.

**Tablo 0.10.** Verimlilik çalışmasının gerekliliği boyutu hipotezleri (diğerleri)

Yaş	n	Ortalama	SS	Std hata	% 95 Güven Aralığı Alt - Üst Sınırı		F	p
30 yaşın altı	91	3,9231	0,6738	0,0706	3,7827	4,0634	1,136	0,339
30-40 yaş arası	136	3,7853	0,7592	0,0651	3,6565	3,914		
41-50 yaş arası	132	3,9379	0,6567	0,0572	3,8248	4,0509		
51-60 yaş arası	39	3,7744	0,6652	0,1065	3,5587	3,99		
60 yaşın üstü	3	3,9333	0,3055	0,1764	3,1744	4,6922		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,8668</b>	<b>0,6971</b>	<b>0,0348</b>	<b>3,7984</b>	<b>3,9353</b>		
<b>Çalışılan bölüm</b>								
Dâhili Tıp	147	3,9184	0,5503	0,0454	3,8287	4,0081	3,084	<b>0,016</b>
Cerrahi Tıp	86	3,7186	0,7757	0,0837	3,5523	3,8849		
Temel Tıp	26	3,6308	0,8957	0,1757	3,269	3,9925		
İdari birimler	43	4,0884	0,5696	0,0869	3,9131	4,2637		
Yardımcı sağlık birimi	99	3,8848	0,7789	0,0783	3,7295	4,0402		
<b>Total</b>	<b>401</b>	<b>3,8668</b>	<b>0,6971</b>	<b>0,0348</b>	<b>3,7984</b>	<b>3,9353</b>		
<b>Unvan</b>								
Prof. Dr.	28	3,6	0,7262	0,1372	3,3184	3,8816	2,405	<b>0,036</b>
Doç. Dr.	19	3,7368	0,7335	0,1683	3,3833	4,0904		
Doktor Öğretim Üyesi	38	3,7474	0,5967	0,0968	3,5512	3,9435		
Sağlık personeli	154	3,9195	0,7383	0,0595	3,8019	4,037		
İdari Personel	40	4,11	0,5583	0,0883	3,9314	4,2886		
Araştırma görevlisi	122	3,8393	0,6801	0,0616	3,7174	3,9612		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,8668</b>	<b>0,6971</b>	<b>0,0348</b>	<b>3,7984</b>	<b>3,9353</b>		
<b>Ek ödeme tutarı</b>								
0 – 1000 TL	192	3,9063	0,7410	0,0535	3,8008	4,0117	0,541	0,706
1001 – 4000 TL	144	3,8361	0,6583	0,0549	3,7277	3,9446		
4001 – 7000 TL	40	3,775	0,613	0,0969	3,579	3,971		
7001 – 10000 TL	15	3,9733	0,6319	0,1631	3,6234	4,3232		
10000 TL üzeri	10	3,76	0,8316	0,2630	3,1651	4,3549		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,8668</b>	<b>0,6971</b>	<b>0,0348</b>	<b>3,7984</b>	<b>3,9353</b>		
<b>Çalışma hayatı yılı</b>								
0-5 yıl	91	3,8571	0,6774	0,0710	3,7161	3,9982	0,519	0,722
6-10 yıl	76	3,9053	0,7336	0,0841	3,7376	4,0729		
11-15 yıl	58	3,7517	0,6405	0,0841	3,5833	3,9201		
16-20 yıl	54	3,8889	0,8119	0,1105	3,6673	4,1105		
20 yıl üzeri	122	3,8951	0,6642	0,0601	3,776	4,0141		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>3,8668</b>	<b>0,6971</b>	<b>0,0348</b>	<b>3,7984</b>	<b>3,9353</b>		

**Verimlilik değerlendirme kriterleri** boyutu, uygulanacak verimlilik modelinde hangi kriterlere yer verilmesi konusunda çalışanların algılarının ölçülmesi amacıyla eklenmiştir. Boyutun ortalaması cinsiyete göre Bağımsız örneklem t testiyle incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 29 reddedilemez. Yaşa göre Anova testiyle yapılan incelemede anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 30 reddedilemez. Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutunun medeni duruma göre farklılaşması Anova testiyle incelendiğinde yine anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 31 reddedilemez.

**Tablo 0.11.** Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutu cinsiyet, medeni hal hipotezleri

Cinsiyet	n	Ortalama	SS	Std hata	t	p
Kadın	194	4,0052	0,6886	0,0494	-1,224	0,222
Erkek	207	4,0821	0,5596	0,0389		
<b>Medeni durum</b>						
Evli	291	4,0736	0,6238	0,0366	1,499	0,135
Bekar	110	3,9688	0,6275	0,0598		

Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutunun çalışılan bölüme göre farklılaşması ortalamaya göre Tek Yön Anova testi ile incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 32 reddedilemez. Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutunun unvana göre Anova testiyle incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 33 reddedilemez. Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutunun alınan ek ödeme tutarına göre Anova testiyle incelenmesi sonucunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 34 reddedilemez. Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutu çalışma yılına göre incelendiğinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hipotez 35 reddedilemez.

**Tablo 0.12.** Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutu hipotez sonuçları (diğerleri)

Yaş	n	Ortalama	SS	Std hata	% 95 Güven Aralığı Alt - Üst Sınırı		F	p
30 yaşın altı	91	4,0487	0,6121	0,0642	3,9212	4,1761	0,119	0,976
30-40 yaş arası	136	4,0536	0,6854	0,0588	3,9373	4,1698		
41-50 yaş arası	132	4,0368	0,5990	0,0521	3,9337	4,1399		
51-60 yaş arası	39	4,0513	0,5624	0,0901	3,869	4,2336		
60 yaşın üstü	3	3,8095	0,3595	0,2076	2,9164	4,7026		
Toplam	401	4,0449	0,6257	0,0313	3,9835	4,1063		
<b>Çalışılan bölüm</b>								
Dâhili Tıp	147	4,0836	0,5484	0,0452	3,9942	4,173	0,502	0,734
Cerrahi Tıp	86	4,005	0,7269	0,0784	3,8491	4,1608		
Temel Tıp	26	3,9396	0,8133	0,1595	3,611	4,2681		
İdari birimler	43	4,00	0,6434	0,0981	3,802	4,198		
Yardımcı sağlık birimi	99	4,0693	0,5810	0,0584	3,9534	4,1851		
Toplam	401	4,0449	0,6257	0,0313	3,9835	4,1063		
<b>Unvan</b>								
Prof. Dr.	28	4,0612	0,6004	0,1135	3,8284	4,294	0,230	0,949
Doç. Dr.	19	3,9398	0,6011	0,1379	3,6502	4,2295		
Doktor Öğretim Üyesi	38	3,9812	0,5850	0,0949	3,7889	4,1735		
Sağlık personeli	154	4,0482	0,6659	0,0537	3,9422	4,1542		
İdari Personel	40	4,0786	0,5714	0,0903	3,8958	4,2613		
Araştırma görevlisi	122	4,0621	0,6212	0,0562	3,9507	4,1734		
Toplam	401	4,0449	0,6257	0,0313	3,9835	4,1063		

<b>Ek ödeme tutarı</b>								
0 – 1000 TL	192	4,0379	0,6573	0,0474	3,9444	4,1315	1,054	0,379
1001 – 4000 TL	144	4,0446	0,6204	0,0517	3,9424	4,1468		
4001 – 7000 TL	40	3,9679	0,5476	0,0866	3,7927	4,143		
7001 – 10000 TL	15	4,0952	0,4998	0,1290	3,8185	4,372		
10000 TL üzeri	10	4,4143	0,4969	0,1571	4,0588	4,7698		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>4,0449</b>	<b>0,6257</b>	<b>0,0313</b>	<b>3,9835</b>	<b>4,1063</b>		
<b>Çalışma hayatı yılı</b>								
0-5 yıl	91	3,9859	0,6238	0,0654	3,856	4,1158	1,380	0,240
6-10 yıl	76	4,1316	0,6405	0,0735	3,9852	4,2779		
11-15 yıl	58	3,9631	0,7093	0,0931	3,7766	4,1496		
16-20 yıl	54	4,1667	0,5343	0,0727	4,0208	4,3125		
20 yıl üzeri	122	4,0199	0,6090	0,0551	3,9108	4,1291		
<b>Toplam</b>	<b>401</b>	<b>4,0449</b>	<b>0,6257</b>	<b>0,0313</b>	<b>3,9835</b>	<b>4,1063</b>		

## 2.7. Sonuçların Literatürle Karşılaştırılması

Öztürk & Dündar' ın (2003) kamu çalışanlarını motive eden faktörleri saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, iş görenlerin parasal ödüllere manevi ödüllerden daha çok önem verdiği ve bir kurumda ücret düşüklüğünden çok ücret adaletsizliğinin huzursuzluk oluşturduğu belirtilmektedir. Bu noktada sağlık çalışanlarının ücret adaletsizliği oluşturmayan bir performans sistemi ile motive edilmesi gereklidir. Çalışmanın adaleti sağlama boyutunun sonuçlarından da açıkça görülebileceği üzere (ortalama:4,13) mevcut performans sistemi adaleti sağlayamamakta, çalışanlar arasında olumsuz anlamda rekabeti artırmakta ve çalışanların tükenişine yol açmaktadır. Bu boyutta öne çıkan “Performans sisteminden memnunum” ve “Performansa dayalı ek ödeme sistemini rasyonel, adil ve objektif buluyorum” maddelerine çalışanların yüksek oranda olumsuz yaklaştığı görülmektedir. Anlamli bir farklılık bulunmasa da yardımcı sağlık personelinde bu memnuniyetsizliğin diğer çalışan gruplarına göre daha fazla olduğu gözlenmektedir.

Performans sistemindeki mevcut çıktı sayısına dayalı değerlendirme boyutunun sonuçlarına göre (3,97) çalışanlar mevcut sistemin hizmet kalitesini düşürdüğü, iş barışını ve dayanışmayı bozduğunu düşünmektedirler. Ayrıca eğitim faaliyetlerinin, bilimsel çalışmaların önemsizleştiği ve hastaların gözünde sağlık çalışanlarının saygınlığının düştüğü yönündeki algı da yüksektir. Bu boyuttaki “Performans sistemi riskli operasyonlardan veya takibi zor olan hastalardan kaçınmayı özendirir” maddesi genelde en az düşük ortalamaya ve en yüksek SS' ye sahip maddedir. Çalışanlar her ne kadar sistemin bu yönde bir yönlendirmesi olsa da etik dışı uygulamalardan kaçındıklarını belirtmişlerdir. En yüksek ortalamaya (4,37) “Bölümler arasındaki puanlama kaynaklı adaletsizlikleri gidermek ve çatışmaların önüne geçmek için puanlama sisteminin gözden geçirilmesi gerekmektedir” maddesinin sahip olması, mevcut puanların ve puana dayalı sistemin gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bu boyutta hekim olan ile hekim olmayan personellerin (yardımcı sağlık ve idari personel) düşüncelerinin farklılaştığı gözlenmektedir. Hekimler puan sisteminden doğrudan yararlanırken, hekim dışı personeller yönetmelik gereği doğrudan değil dolaylı olarak etkilenmektedirler. Bu yüzden hekim ortalamalarının diğer personele göre daha yüksek çıktığı düşünülmektedir.

İlk iki boyutta elde edilen sonuçlar, performansa dayalı ek ödeme sisteminin olumsuz yönlerinin, sağlık çalışanları ile görüşülerek ortaya çıkarılmasına dair literatürdeki diğer

çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir (Ceylan, 2009; Erkan, 2011; Kart, 2013; Kızılkın vd., 2012; Üstüner & İdrisoğlu Kalav, 2014). Çalışmada yukarıda belirtilen mevcut bireysel değerlendirmenin eksik kalması, puan bazlı adaletsizliğin düzeltilmesi, bozulan iş barışı ve dayanışmanın sağlanması adına bölüm bazlı değerlendirmenin sisteme eklenmesi fikrinden yola çıkılarak uygulama düzeyi yeterliliği boyutu oluşturulmuştur. Bu boyutta çalışanlar en çok "Bireysel performans dayalı sistemde döner sermayeye aynı katkıyı sağlayan iki bölüm arasında büyük farklar oluşmaktadır" maddesine katılmaktadır (3,97). Anlamlı farklılaşma ise bölüm ve unvan bazında gerçekleşmiştir. Bölüm olarak Dâhili tıbbın, Unvan olarak ise öğretim üyelerinin diğerlerine göre uygulama düzeyi yetersizliğine dair sonuçları daha yüksek bir ortalamaya sahiptir.

Çalışmada maliyet tabanlı verimlilik ve kaynak kullanım etkinliğinin temsiline yönelik "Verimlilik çalışmasının gerekliliği" ve "Verimlilik değerlendirme kriterleri" boyutlarına yer verilmiştir. Verimlilik çalışmasının gerekliliği boyutu ortalaması 3,87' dir. Boyuttaki "Bu kapsamda farkındalığı ve aidiyeti artıracak bir performans modelinin geliştirilmesi, kamu kaynaklarının daha verimli ve etkin kullanımını sağlar" maddesi, genel ortalamaya uygun olacak şekilde yaklaşık 4,00 olup, oluşturulan modelin sağlık çalışanları tarafından kabul göreceğini göstermektedir. Demografik özelliklere göre farklılaşmalar incelendiğinde, unvanda yükselme oldukça ortalamaların düştüğü gözlenmiştir. Bu durum, unvan değiştikçe ek ödemedeki yararlanma oranının yüksek oranda azalmasına bağlıdır. İdari, yardımcı sağlık ve araştırma görevlisi unvanındaki çalışanların, öğretim üyelerine göre verimlilik ve etkinlik çalışmasının gerekliliğine yönelik tutum ve görüşleri daha olumludur.

Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutunda ortalama 4,04' tür. Sonuçlara göre; modelde niceliksel ve niteliksel göstergelerin birlikte kullanılması gerektiği, bazı bölümlerin SUT fiyatları düşük olduğu için mali olarak başarısız gözükebilecekleri, bu yüzden mali ölçütlerin yanı sıra yatak, hekim, personel etkinliklerinin de ölçülmesi gerektiği ve bu noktada farkındalık yaratmak için ise yatılan gün, ayaktan hasta sayısı gibi bölüm bazlı bazı çıktı değişkenlerinin de performans sistemine eklenmesi gerektiği konularında çalışanların olumlu yönde yüksek bir algıya sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Akçakanat' ın (2013) Akdeniz ve Süleyman Demirel üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleriyle yaptığı çalışmanın "Adaletsizlik yaratma" (Ortalama: 4,45), "Puanlama sisteminin yetersizliği" (4,24), "Motivasyon Sağlama" (4,01), "İş (Çalışma) Barışının Bozulması" (4,35) ve "Etik İhlaller" (4,34) boyutları; çalışmamızdaki "Adaleti sağlama" (4,13), "Çıktı sayısına dayalı değerlendirme yeterliliği" (3,97) ve "Uygulama düzeyi yeterliliği" (3,72) boyutlarıyla benzerlik göstermektedir. İlgili boyutlar ortalamalar bazında karşılaştırıldığında, sonuçların her iki çalışmada da mevcut sistemin olumsuzluk ve eksikliklerini işaret etme yönünde yüksek oranda benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Ayrıca Akçakanat' ın (2013) "Performansa dayalı ek ödeme sisteminden siz bir hekim olarak ne düzeyde memnuniyet duymaktasınız" sorusuna verilen cevaplar çalışmadaki "Performans sisteminden memnunum" maddesinin sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. İki çalışmada da çalışanların memnuniyetsizlik düzeyleri yüksek çıkmıştır (3,96–4,23). Ortalama değer Akçakanat' ın (2013) çalışmasına göre yüksek olması, katılımcıların sadece öğretim üyelerinden oluşmamasındandır. Nitekim çalışmadaki öğretim üyelerine ait cevap ortalaması 3,93' tür.



Performansa dayalı ücretlendirme sistemiyle ilgili Kesici' nin (2005) Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ile Kadın Doğum - Çocuk Hastanesi hekimleriyle yaptığı çalışmanın "Performans sisteminde yapılacak değişiklikler", "Sistemin getirdikleri", "Hekimlere sağladığı faydalar", "Performansta kalite ve kantite uygulaması", "Hekimler arası dayanışma", "Performans sisteminde adalet ve eşitlik" ve "Puanlama sistemi" boyutları; çalışmamızdaki "Adaleti sağlama", "Çıktı sayısına dayalı değerlendirmenin yeterliliği" ve "Uygulama düzeyi yeterliliği" boyutları ile benzer maddeler içermektedir. Her iki çalışmada da mevcut sistemin olumsuzluk ve eksikliklerini işaret eden maddelerin ortalamaları yüksek olduğu görülmüştür.

Başaran' ın (2011) "Sağlık kuruluşlarının kurumsal performansının yönetilmesi için kullanılacak performans yönetim sistemleri, finansal ölçütlerin yanında finansal olmayan ölçütleri de değerlendirecek araçlara sahip olmalıdır" maddesiyle, çalışmadaki "Kurumsal performansın sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için verimlilik çalışmalarında mali olmayan ölçütler de ele alınmalıdır" maddesi benzerlik gösterdiği için ortalamaları (4,54-4,13) karşılaştırılmıştır. İki çalışma da katılımcılar tarafından mali olmayan ölçütlerin performans sistemine eklenmesi gerektiği yüksek oranda ifade edilmektedir. "Performans yönetim sistemi, sağlık hizmetlerinin planlanıp yürütülmesi sırasında birbirleriyle işbirliği yapmak konusunda hekimleri desteklemelidir" ortak maddesinin ortalamaları karşılaştırıldığında ise (4,53-3,52) sonuçların paralel olsa da birbirini desteklemediği görülmektedir.

Gazi' nin (2006) çalışmasında personel ve hastaların performans sistemi hakkındaki düşünceleri ölçülmüştür. Bu çalışmadaki personellere yöneltilen maddeler incelendiğinde "Performansa dayalı ücret ödemesi tüm çalışanlar açısından adil bir şekilde uygulanmaktadır", "Performansa dayalı ücret ödemesi çalışanı motive etmektedir" maddelerine ait çalışanların düşüncelerinin olumsuz ve düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Çalışmadaki benzer maddelere ("Performansa dayalı ek ödeme sistemini rasyonel, adil ve objektif buluyorum", "Performans sistemi motivasyonu ve iş doyumunu olumlu yönde artırmaktadır") dair çalışanların görüşleri de olumsuz yönde olup sonuçlar birbirini desteklemektedir.

Sonuç olarak çalışmadan elde edilen veriler, üniversite hastanelerinde uygulanan performans sisteminin, mevcut bireysel ve çıktı sayısına dayalı haliyle, çalışanlar gözünde adaleti sağlayamadığını göstermektedir. Bu noktada yine elde edilen sonuçlar açıkça göstermektedir ki, Taşer & Çakır (2019) çalışmasındaki olduğu gibi oluşturulacak bölüm bazlı bir verimlilik ve etkinlik modeli; ihtiyaç duyulan memnuniyet düzeyi, motivasyon, kamu kaynaklarının verimli kullanımında farkındalık ve adalet duygusunun tatmininin sağlanması gibi konularda katkı sağlayacaktır.

### 3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bölüm verimliliğine dayalı ek ödeme uygulaması; çalışanları motive eden, aidiyet duygusunu geliştiren, gelir-gider otokontrolünü sağlayan, sağlık hizmetini üretenlerin aynı zamanda üretim şartlarını sorgulamasını da sağlayan en etkili çözümlerden biridir. Çalışmada bu konuda sağlık çalışanlarının görüşlerinin öğrenilmesi amacıyla Pamukkale Üniversitesi Hastanelerinin ek ödemedeki faydalanan çalışanlarına sorular yöneltilmiştir. Amaç oluşturulan performans modelinin doğruluğuna, kabul edilebilirliğine ve uygulanabilirliğine yönelik personellerin tutumlarını belirlemektir. Beş farklı boyutta uygulanan çalışmanın "Adaleti sağlama" boyutu ortalaması 4,13, "Çıktı sayısına dayalı değerlendirmenin yeterliliği"

boyutu ortalaması 3,97, "Uygulama düzeyi yeterliliği" boyutu ortalaması 3,72, "Verimlilik çalışmasının gerekliliği" boyutunun ortalaması 3,87, "Verimlilik değerlendirme kriterleri" ortalaması ise 4,04 dir. Tüm boyutlar genelinin ortalaması 3,98 dir. Çalışanlardan %4 ü Kesinlikle katılmıyorum, %7 si Katılmıyorum, %15 i Ne katılıyorum ne katılmıyorum, %36 sı Katılıyorum, %38 i ise Kesinlikle katılıyorum şikkını işaretlemiştir. Öne çıkan maddeler, puan ortalamaları, demografik farklılaşmalar gibi veriler ışığında varılan sonuçlar ve alınması gereken önlemler aşağıda belirtilmiştir:

- Mevcut sistem çalışanlar arasında adaleti sağlayamamakta, bu durum çalışan memnuniyetsizliğini artırmaktadır. Var olan haliyle performans sistemi olumsuz anlamda rekabeti körükleyerek iş barışını bozmakta, dayanışmayı azaltarak çalışanların tükenişine yol açmaktadır.
- Yardımcı sağlık personelindeki performans sisteminden doğan memnuniyetsizlik diğer çalışan gruplarına göre daha yüksektir. Bu durum performans sisteminin getirdiği ek iş yüküne orantılı olarak ek ödemededen yararlanamama düşüncesinden kaynaklanabilir.
- Mevcut bireysel değerlendirmeye dayalı, puan ağırlıklı sistem ihtiyacı tam olarak karşılayamamaktadır. Tek başına çıktı sayısına dayalı sistemin uygulanması, hizmet kalitesinin azaltmakta ve etik ihlallere zemin hazırlamaktadır.
- Uygulamanın ön plana çıkarılmasıyla eğitim faaliyetleri ve bilimsel araştırmalar önemsizleşmiştir.
- Hekimler mevcut çıktıya dayalı sistem hakkında daha yüksek oranda olumsuz görüşe sahiptir. Bu durumun hekim dışı personelin çıktıya dayalı sistemden yönetmelik gereği dolaylı yararlanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.
- Yaşanan sorunların belirlenmesi ve ihtiyaç duyulan önlemlerin alınması adına, ilgili bölüme katkısı olan hekim dışı personelin, üretilen puanlardan kısıtlı da olsa doğrudan faydalandırılması önerilir.
- Puanlar, bölüm bazlı etkin belirlenmediği için oluşan ne yaparsam yapayım alacağım ücret belli anlayışı, motivasyonu bozmaktadır.
- Çalışanlar arasında döner sermayeye aynı katkıyı sağlayan iki bölüm arasında ek ödemelerde büyük farklılıklar oluştuğu düşüncesi hâkimdir.
- Öğretim üyelerinin bireye dayalı uygulamanın bölüme dayalı ile desteklenmesi gerekliliğine dair algıları diğer çalışanlara göre yüksektir.
- Salt puan hesabı, kaynakların dikkatsizce tüketilmesine yol açmaktadır.
- Getirisi yüksek bölüm çalışanlarını ödüllendirilmesi, düşük olanlarda ise kaynakların verimli kullanımı adına farkındalık oluşturulmasını sağlayan bir modele ihtiyaç duyulmaktadır.
- Unvanda yükselme oldukça verimlilik ve etkinlik çalışmasının gerekliliğine yönelik ortalamaların düştüğü gözlenmiştir (İdari personel 4,11>3,92>3,84>3,75>3,74>3,60 Prof.Dr.). Bu durum unvan değişimlerinde, yararlanan ek ödeme oranlarının büyük farklılıklar göstermesinden doğan rahatsızlık ile açıklanabilir. Diğer personellerin öğretim üyelerine göre verimlilik ve etkinlik çalışmasının gerekliliğine yönelik tutum ve görüşleri daha olumludur.

- Oluşturulacak modelde, çalışanların mali yapıya etkilerinin kontrolü için bölüm bazlı gelir gider bilgisi kullanılmalıdır.
- Verimliliğe dayalı mali göstergelere ek olarak, mali olmayan etkinlik ölçütlerin de kullanılması modelin etkisini artıracaktır. Mali olmayan ölçütlerde bölüm bazlı üretim çıktıların (ayaktan hasta sayısı, yatılan gün sayısı vb.) ve bunları oluşturan girdilerin (hekim sayısı, yatak sayısı vb.) kullanılması önerilir.
- Sonuçlar, bu kapsamda oluşturulacak ve uygulanacak bir modelin çalışanlar tarafından kabul göreceği, kısıtlı kamu kaynaklarının verimli - etkin kullanımına yardım edeceği ve ilgili paydaşlara (yöneticiler, çalışanlar, hastalar vb.) katkı sağlayacağını göstermektedir.

Ayrıca çalışmanın devamında yapılabilecek geliştirmeler ile ilgili bir tespit de yapılmıştır. Verimlilik değerlendirme kriterleri boyutundaki "Performans kriterlerinde hasta memnuniyeti ve yenilikçi tedavi kullanımından ziyade etkin kaynak kullanımına ve finansal göstergelere önem gösterilmelidir" maddesi, genele göre düşük bir ortalama (3,66) göstermiştir. Çalışanlar mali verimlilik ve etkin kaynak kullanımı göstergelerinin performans sisteminde kullanılmasını uygun bulmaktadır. Ancak elde edilen düşük ortalama sadece bunların yeterli olmadığını, hasta memnuniyeti ve yenilikçi tedavi kullanımının da değerlendirilmesi gereken önemli değişkenler olarak değerlendirildiğini göstermektedir. İleride yapılacak çalışmalarda bu durum göz önünde bulundurularak değişken sayısı artırılabilir. Örneğin çalışmanın yapıldığı hastanede sonuçlarına ulaşamayan her bölüme ait hasta memnuniyet anketi sonuçları modele eklenebilir.

#### **Araştırmacıların Katkı Oranı Beyanı / Researchers' Contribution Rate Statement**

Yazarlar bu çalışmaya eşit şekilde katkı sağladıklarını beyan etmiştir.  
The authors declare that they have contributed equally to this article.

#### **Araştırmacıların Çatışma Beyanı / Researchers' Conflict of Interest Statement**

Yazarlar, bu çalışmada potansiyel bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.  
The authors declare that there is no potential conflict of interest in this study.

#### **KAYNAKÇA**

- Akçakanat, T. (2013). Üniversite Hastanelerinde Çalışan Öğretim Üyelerinin Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Yönelik Tutumları Üzerine Bir Araştırma, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 250.
- Başaran, İ. M. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Faaliyet Tabanlı Performans Yönetimi: Ankara İli Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Uzman Hekim Algıları, Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Beşirli, H., Koçancı, M., Bakır, M. A., Özdemir, Z. & Güllü, M. (2016). Sosyal Konut Uygulamaları ve Yoksulluğun Yönetimi Üzerine Ampirik Bir Çalışma. Siyasal Kitabevi.

- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*, 8(4), 470-483.
- Ceylan, Z. (2009). Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme. *Sayıştay Dergisi*, 74, 45-72.
- Cevahir, E. (2020). *SPSS ile Nicel Veri Analizi Rehberi*. Kibebe.
- Çakır, A. *Faktör Analizi*. URL: <https://www.ders.es/faktor2.pdf>. Son Erişim Tarihi: 24.12.2019.
- Demir, E., Saatçioğlu, Ö. & İmrol, F. (2016). Uluslararası Dergilerde Yayımlanan Eğitim Araştırmalarının Normallik Varsayımları Açısından İncelenmesi. *Current Research in Education*, 2(3), 130-148.
- Erkan, A. (2011). Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması. *Maliye Dergisi*, 160, 423-438.
- Fettah, K. (2009). *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri*, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 221.
- Gazi, A. (2006). *Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 174.
- Karakoç, F. Y. & Dönmez, L. (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 39-49.
- Kart, E. (2013). "Sağlıkta Dönüşüm" Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 38(3), 103-140.
- Kaya, M. F. (2013). Sürdürülebilir Kalkınmaya Yönelik Tutum Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Marmara Coğrafya Dergisi*, 28, 175-193.
- Kesici, B. (2005). *Performansa Göre Ücretlendirme Sistemi Kahramanmaraş Devlet Hastanesi ile Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesinde Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kahramanmaraş, 126.
- Kızılkın, A. Ç., Gültekin, Ö. & Yıldırım, N. (2012). Sağlıkta Dönüşümde Performans Uygulamaları. *Turkish Army Forces Preventive Medicine Bulletin*, 11(6), 757-766.
- Oğur, R. & Tekbaş, Ö. F. (2003). Anket Nasıl Hazırlanır. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(9), 336-340.
- Özoğlu, S. Ç. (2019). Davranış Bilimlerinde Anket (Bilgi Toplama Aracının) Geliştirilmesi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 25(2), 321-337.
- Özsoy, O. (2003). *Tahmin : Güven Aralıkları*.
- Öztürk, Z. & DüNDAR, H. (2003). Örgütsel Motivasyon ve Kamu Çalışanlarını Motive Eden Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(2), 57-67.
- Sülkü, S. N. (2011). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastane lerinin Verimliliği Üzerine Etkileri. *Maliye Dergisi*, (160), 242-268.

- Taşer, M. & Çakır, H. (2019). Üniversite Hastanelerinde Bölüm Verimliliğinin Performansa Dayalı Ek Ödemeye Etkisi: Bir Model Önerisi. *Research Journal of Business and Management*, 6(4), 243–270.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. (2012). *Paydaş Anketleri Rehberi*.
- Tengilimoğlu, D., Pay, U. & Kisa, A. (2008). The Inefficiency of Performance Based Physician Payment Scheme in Turkey. In *World Neighbors Sharing Strategies to Transform Healthcare: Proceedings of the Fifth International Conference on Health Care Systems*, 13–15.
- Üstüner, Y. & İdrisoğlu Kalav, F. (2014). Kamu Çalışma Etiği ve Neo-Taylorist Uygulamalar: Türk Kamu Sağlık Hizmetinde Performansa Dayalı Ücretlendirme Örneği. *Orta Doğu Teknik Üniversitesi Gelişme Dergisi*, 41(2), 177.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). *Sosyal Bilimlerde Faktör Analizi ve Geçerlilik: Keşfedici ve Doğrulamalı Faktör Analizlerinin Kullanılması*. 46(Özel Sayı), 74–85.