

ARAŞTIRMA MAKALESİ

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ HEKİM ALGISI ÖLÇEĞİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI ¹

Enver Samet ÖZKAL ^{*}
Belkıs ÖZKARA ^{**}

ÖZ

Sağlık kurumlarında verimliliği ve kaliteyi artırmanın bir bileşeni olarak ülkemizde performansa dayalı ek ödeme sistemi kamu hastanelerinde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 2003 yılından itibaren uygulanmaktadır. Hekimlerin bu sistemi nasıl algıladıklarını ölçebilecek güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış bir ölçek geliştirebilmek bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Literatür okumalarına dayalı olarak, 129 ifadeden oluşan bir madde havuzu geliştirilmiştir. Madde havuzunda belirtilen ifadeler ile ilgili olarak içerik ve kapsam geçerliliği çerçevesinde odak grup görüşmeleri (13 hekim ve akademisyen) yapılmış ve uzman görüşleri (20 hekim ve akademisyen) alınmıştır. Nihai değerlendirmeler sonucunda oluşan anket formu hekimlere uygulanmış ve derlenen veriler SPSS ve LISREL programlarıyla analiz edilerek açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Çalışmanın verileri Afyonkarahisar'daki bir kamu ve üniversite hastanesinde çalışan 301 hekimden Eylül – Aralık 2021 döneminde elde edilmiştir. Çalışmada ulaşılan cevaplanma oranı %55'tir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda 4 faktör altında; Hekim Performansı (5 ifade), Hizmet Kalitesi (5 ifade), Hasta Memnuniyeti (4 ifade), Hekim Tatmini (3 ifade) olmak üzere toplamda 17 ifadeden oluşmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi ve gerçekleştirilen düzeltmeler sonrasında elde edilen sonuçlar, 17 ifade ve 4 faktöre sahip modelin uygunluğunu göstermiştir (RMSEA 0.082; NFI 0,95; NNFI 0,95; CFI 0,96; SRMR 0,059; χ^2/df 3,02). Ölçeğin toplam açıklayıcılık oranının %73,073 ve iç tutarlılık katsayısının 0,889 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, performansa dayalı ek ödeme sistemini, hekimlerin nasıl algıladıklarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS), hekim algısı, ölçek geliştirme.

MAKALE HAKKINDA

¹ Bu makale Enver Samet ÖZKAL'ın "Sağlık kurumlarında etik duyarlılığın performansa dayalı ek ödeme sistemi algısına etkisi: hekimler üzerine bir araştırma" adlı doktora tez çalışmasından üretilmiştir. Bu çalışma 12 – 14 Ekim 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olan 6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

* Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, samet.ozkal@afsu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7346-5402>

** Prof.Dr., Afyon Kocatepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, bozkara@aku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4324-9741>

Gönderim Tarihi: 31.08.2024

Kabul Tarihi: 27.01.2025

Atıfta Bulunmak İçin:

Özkal, E.S. & Özkara, B. (2025). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekim Algısı Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 15-30. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1538556>

PHYSICIAN PERCEPTION SCALE OF PERFORMANCE-BASED ADDITIONAL PAYMENT SYSTEM: A SCALE DEVELOPMENT STUDY ¹

Enver Samet ÖZKAL*
Belkıs ÖZKARA**

ABSTRACT

As a component of increasing efficiency and quality in health institutions, the performance-based supplementary payment system has been implemented in public hospitals in Turkey since 2003 within the scope of the health transformation program. This study aims to develop a scale with reliability and validity to measure how physicians perceive this system. Based on the literature review, an item pool of 129 statements was developed. Focus group interviews (13 physicians and academicians) and expert opinions (20 physicians and academicians) were obtained regarding the statements specified in the item pool within the content and content validity framework. The questionnaire form formed as a result of the final evaluations was applied to physicians, and the collected data were analyzed with SPSS and LISREL programs, and explanatory and confirmatory factor analyses were performed. The data for the study were obtained from 301 physicians working in a public and university hospital in Afyonkarahisar between September and December 2021. The response rate achieved in the study is 55%. As a result of the explanatory and confirmatory factor analyses, a total of 17 statements were formed under 4 factors; Physician Performance (5 statements), Service Quality (5 statements), Patient Satisfaction (4 statements), Physician Satisfaction (3 statements). The results obtained after confirmatory factor analysis and corrections showed the suitability of the model with 17 statements and 4 factors (RMSEA 0.082; NFI 0.95; NNFI 0.95; CFI 0.96; SRMR 0.059; χ^2/df 3.02). The total explanatory rate of the scale was 73.073% and the internal consistency coefficient was 0.889. In this study, a valid and reliable measurement tool that can be used to evaluate how physicians perceive the performance-based additional payment system was developed.

Keywords: Performance-based additional payment system (P4p), physician perception, scale development.

ARTICLE INFO

¹ This article is derived from Enver Samet ÖZKAL's PhD dissertation entitled "The effect of ethical sensitivity in health institutions on the perception of performance-based additional payment system: a research on physicians". This study was presented as an oral presentation at the 6th International 16th National Health and Hospital Administration Congress held between October 12-14, 2023.

*Assist. Prof., Afyonkarahisar Health Sciences University, Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management, samet.ozkal@afsu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7346-5402>

** Prof.Dr., Afyon Kocatepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Business Administration, bozkara@aku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4324-9741>

Received: 31.08.2024

Accepted: 27.01.2025

Cite This Paper:

Özkal E.S., & Özkara B. (2025). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekim Algısı Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(1), 15-30. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1538556>

I. GİRİŞ

Türkiye sağlık politikalarındaki değişim ve gelişmeler altı evrede incelenebilir (Fişek, 1991; Pala, 2007; Akdağ, 2012). Özellikle 1980 ve sonrası dönem reform hareketleriyle dikkat çekmekte ve bu sebeple ilgili dönem “Yapısal Uyarılama Reformları” olarak anılmaktadır. Yapısal uyarılamanın doğası ise özelleştirme ve devletin küçültülmesiyle ilgilidir (Erdoğan, 2014). Bu durum küreselleşme eğilimlerini doğuran Neo-Liberal İktisat politikaları ve küresel bir ekonomiye geçiş argümanı olan piyasa ekonomisi kavramı ile bağlantılıdır (Bakan, 2009).

Bu sürecin kısaca özetlenmesi konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Orta Çağ burjuvalarının ellerindeki altın ve gümüş gibi değerli madenleri zengin aristokratların topraklarıyla değiştirmeleriyle “Ticaret Devrimi” oluşmuştur (Öktem, 2011). Bu dönemde burjuvalar kendilerini ve servetlerini güvence altına alabilmek için halka yönelmiş ve aristokratlarla mücadeleye girerek iktidarı ele geçirmeye çalışmışlardır. Böylelikle Fransız Devrimi ortaya çıkmıştır (Arslanel ve Eryücel, 2011). Devrimle birlikte insanın doğal hakları olan yaşama, mülkiyet edinme gibi konular gündeme gelmiş daha önceleri soyut kavramlar olarak ele alınan bu kavramlar artık somut kavramlar olarak tartışılmaya başlanmıştır. Bu durum liberalizmin ortaya çıkmasına neden olmuş ancak 1929 Ekonomik Buhranı’nda güvenli karlılığını devam ettirebilmek isteyen sermaye sahipleri tarafından işçi sınıfına bazı hakların verilmesini sağlamıştır (Şahin, 2009). Buhran sonrası Keynezyen politikalarla birlikte sosyal ve ulus devlet anlayışı ortaya çıkmış ancak seksenli yıllarda bu anlayış yavaş yavaş terk edilerek devletlerin sosyal ve ekonomik hayattan uzaklaştırılmasına yönelik politikalar ve piyasa ekonomisi anlayışı gibi neoliberal politikalar benimsenmeye başlamıştır (Acar, 2017). Devletlerin yeniden yapılandırılmasıyla ilgili bu süreçten en fazla etkilenen kamusal sektör ise sağlık hizmetleridir. Bu bağlamda sağlıkta yerel aktörlerin ve özel işletmelerin temelde olması gerektiğine yönelik görüşlerle birlikte piyasa odaklı uygulamalar gündeme gelmiştir. Türkiye’de bu uygulamalara yönelik politikalar Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte kapsamlı bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır (Ergun ve Ergun, 2010; Seçtim, 2019). 2003 yılından itibaren uygulanan SDP ile birlikte sağlık alanında ciddi değişimler yaşanmaya başlanmıştır (Görmüş, 2015; Çetin, 2017; Çavmak ve Çavmak, 2017). Bu bağlamda dönüşüm projesinin ilk fazı “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, ikinci fazı ise “Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi”dir (Sağlık Bakanlığı, 2009). Proje kapsamında yer alan performans dayalı ödeme sistemi ilk olarak pilot merkezlerde başlatılmış ardından ülke genelinde sağlık çalışanlarına uygulanmaya başlanmış 2007 yılında ise kurumsal performans ölçümü program kapsamına alınmıştır (Meker ve Barlas, 2013). Böylelikle bireysel ve kurumsal performans ölçümü yapılmak suretiyle hekimlere kurum performansının belirli bir yüzdesi performans ödemesi olarak ödenmeye başlamıştır.

Bu sürecin günümüz sağlık sektöründeki yansıması Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır (SDP). SDP öncesi Türkiye sağlık sisteminde çeşitli reformları gerçekleştirmek suretiyle başlıca sorunları olan finansman, ödemeler, organizasyon ve davranış problemlerini çözmeye yoğunlaşmıştır. Ancak bütünsel bir özellik sergilemeyen bu reformlar belirgin bir sistematik ve program ortaya koyamadıkları için sağlık sistemi dönüşümünü tamamlayamamıştır (Yılmaz, 2018).

SDP en önemli bileşenlerinden biri de sağlık profesyonellerine ödenecek ücretlerle ilgili olup, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) olarak adlandırılmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin anlaşılabilmesi için öncelikli olarak performans ve performans değerlendirme kavramlarının anlaşılması gerekmektedir. Performans, amaç ve hedeflere ulaşmak için gelecekteki başarılı eylemlerin uygulanması potansiyeli olarak tanımlanmaktadır (Lebas, 1995). Bir başka tanımlamada performans, verimlilik, etkinlik, eşitlik, sağlamlık, açıklık ve şeffaflık gibi kamusal değerlerin gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Dooren vd., 2015). Performans, amaçlara ulaşabilmek için girişilen gayretlerin tümüdür şeklinde kısa bir tanımlama da yapılabilir. Performans değerlendirme ise iş görenin belirli bir zaman dilimindeki çalışmalarını ve gelecekteki gelişme potansiyelinin belirli kıstaslara göre belirlenmesidir (Gürbüz, 2019). Dünya’da ilk kez 20. yüzyılın başlarında Amerikan kamu kurumlarında görülen uygulama, Türkiye’de 4857 sayılı İş Yasası’nın

2003 yılında yürürlüğe girmesi ile kullanılmaya başlanmıştır (Uyargil, 2009). İlgili tanımlamalara göre performans girdilerle çıktılar arasında bir oran ile ilgili olup, iyileştirilebilmesi için farklı stratejiler izlenebilir. Bu bağlamda performansa dayalı ek ödeme sistemi başarılı ve verimli çalışanların gayretleri oranlarında ödüllendirilmesi şeklindeki bir stratejidir. Kavram sağlık sektöründe verilen hizmete karşılık ek bir ödeme ile artan hizmet talebine karşılık bir hizmet arzı oluşturabilmek ve verimliliği artırıcı bir teşvik aracı geliştirebilmek amacıyla kullanılmaktadır (Akdağ, 2012). Genel anlamda sistem şu şekilde işlemektedir. Hekimlerin yaptıkları her işlem Sağlık Bakanlığı tarafından puanlandırılmış olup, ek ödemeler bireysel performans puanları ile birim performans puanlarının parasal değerlerinin çarpımlarıyla hesaplanmaktadır. Sağlık kurumunda çalışan tüm doktorların performans puanlarının ortalaması ile de kurum performans puanı hesaplanmaktadır. Bu şekilde hastane yönetimleri elde etmiş oldukları gelirin %40'ını sağlık personellerine dağıtmaktadır. Kalan kısım ise yatırım, bakım – onarım ve yardımcı sağlık personeli için harcanmaktadır (Sülcü, 2011). Böylelikle sağlık hizmetlerin kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılması, verimli bir hizmet sunumunun teşvik edilmesi gerçekleştirilebilir (Aydın ve Demir, 2006). Ancak performans sistemini hekimlerin nasıl algıladıklarına dair literatürde geçerliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçeğe rastlanılamamıştır. Bu amaçla güvenilirlik ve geçerliliği ispat edilmiş bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Böylece kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin performans sistemini nasıl algıladıkları ölçümlenebilecek ve ilişkilendirilen başkaca kavramlarla ilişkiler ve çeşitli etkiler ortaya konabilmektedir. Ölçeğin bu anlamda uygulamacılara ve araştırmacılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

II. YÖNTEM

2.1. Çalışmanın Önemi

Bu çalışma performansa dayalı ücret sistemini hekimlerin nasıl algıladıklarını değerlendirebilmek için bir PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği geliştirmek amacıyla yapılan metodolojik bir çalışma olup, kesitsel türde bir saha araştırmasıdır.

2.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni, Afyonkarahisar ilindeki iki hastanede (devlet-221 ve üniversite hastanesi-330) çalışan hekimlerin tamamından oluşmaktadır. Araştırmada örnekleme tekniği olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada ulaşılabilen ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden 301 hekimden doğru ve geçerli veriler sağlanabilmektedir.

2.3. Çalışmanın Sınırları

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.

2.4. Çalışmanın Güvenilirlik ve Geçerliliği

Çalışmanın verileri 01.09.2021 – 31.12.2021 tarihleri arasında Afyonkarahisar ilindeki hastanelerde görev yapan hekimlerle yüz yüze görüşerek elde edilmiştir.

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği geliştirilmesi amacıyla ilk olarak literatür taraması yapılmıştır. Bu çalışma sırasında (Bakan vd., 2008; Kart, 2013; Akpınar ve Taş, 2013; Çetinkaya, 2016) tarafından yapılan çalışmalardan ve kullanılan anketlerden yararlanılarak 113 ifade belirlenmiş ve daha sonraki

araştırmalarla birlikte (Milstein ve Schreyoegga, 2016; Tüzün vd., 2009; Ekici ve Türkmen, 2020; Zaim, 2007) 16 ifade daha belirlenerek 129 ifadeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur.

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

Uzman görüşleri neticesinde Kart'ın (2013) "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri" isimli çalışmasından (46) adet soru, Bakan vd'nin (2008), "Performansa Göre Ücretlendirmeye Doktorların Genel Bakış Açıları: Bir Alan Araştırması" isimli çalışmasından (24) soru, Akpınar ve Taş'ın (2013) "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma" isimli çalışmasından (2) soru, Çetinkaya'nın (2016) "Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Ücrete Bağlı Streste Farklılık Yaratma Düzeyi: Konya Sağlık İşletmeleri Araştırması" isimli çalışmasından (6) soru ve yazarların eklemiş olduğu (2) soru çıkarılmıştır.

Daha sonrasında gerçekleştirilen online odak grup görüşmeleri neticesinde 129 ifade 49 ifadeye düşürülmüştür. Ardından 6 hekim (1 Beyin Cerrahi Uzmanı, 1 Çocuk Hematoloji Uzmanı, 1 Genel Cerrahi Uzmanı ve 3 Patoloji Uzmanı) ve 14 akademisyen (4 Hemşirelik, 3 Yönetim, 2 İstatistik, 2 Sağlık Yönetimi, 1 Fizyoterapi, 1 Diyetisyen ve 1 Ekonometri) olmak üzere toplamda 20 uzmandan 49 ifade ile ilgili görüşleri alınmış ve buna göre Kapsam Geçerlik İndeksleri ve Kapsam Geçerlik Oranları hesaplanmıştır. İlgili hesaplamaların yapılmasında Davis tekniğinden yararlanılmıştır. Buna göre (a) "Madde Uygun", (b) "Madde Biraz Gözden Geçirilmeli", (c) "Madde Ciddi Olarak Gözden Geçirilmeli" ve (d) "Madde Uygun Değil" şeklinde her soru için 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 (Davis, 1992).

KGO'ların istatistiksel olarak anlamlılıklarını test edebilmek için, hesaplama kolaylığı açısından $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO'ların minimum değerleri (kapsam geçerlik ölçütleri) Veneziano'ya (1997) göre 20 kişiden oluşan bir uzman heyeti için minimum KGO'un ($\alpha=0,42$) olması gerekmektedir. Yapılan hesaplamalar neticesinde tüm soruların KGİ değerlerinin ($\alpha=0,85$ ile $\alpha=1,00$) arasında değiştiği ve bu değerlerin $\alpha=0,80$ 'den daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. KGO değerlerinin ($\alpha=0,42$) altında olan 3 soru taslak ölçekten çıkartılmıştır Geriye kalan ifadelerin KGO değerlerinin 0,50 ile 1,00 arasında olduğu tespit edilmiş bunların 0,42 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca uzman görüşleri neticesinde birbirine benzer ve muğlak ifadeler (10 soru) ilgili formdan çıkarılmış ve böylelikle 36 ifadeden oluşan 5'li Likert tarzında (1. Hiç Katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Tamamen Katılıyorum) bir anket formu elde edilmiştir. Neticede 36 maddeden oluşan taslak bir ölçek hazırlanmıştır. Bununla birlikte veri toplama aracında katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, mesleki tecrübe, uzmanlık alanı, unvanı, kurumu, performans ödemesi alam durumuna ilişkin kişisel bilgilerin yer aldığı 8 soruya yer verilmiştir.

Araştırma için Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığından yazılı olarak etik kurul onayı (Toplantı Sayısı: 11, Tarih: 06.11.2020, Karar 2020/198) alınmıştır.

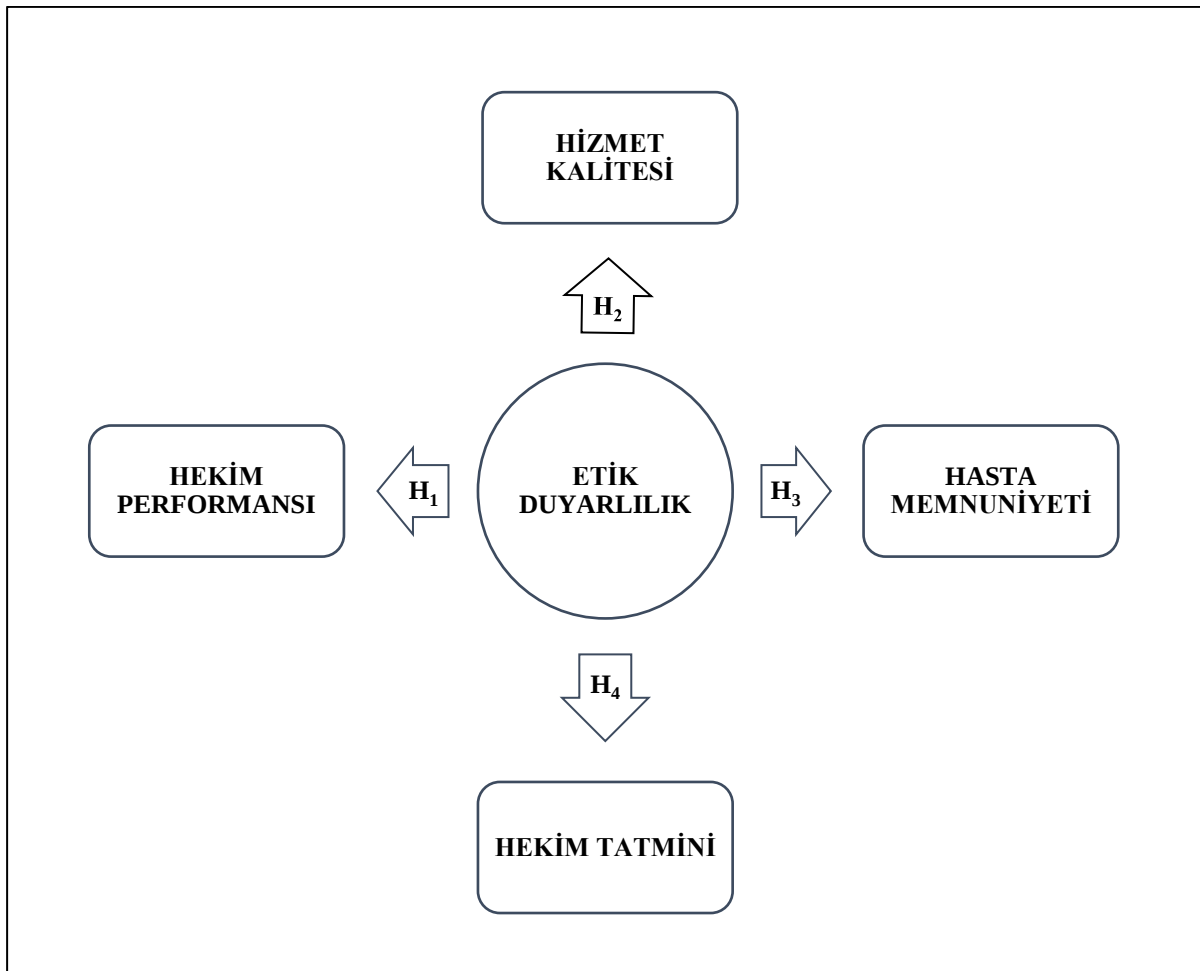
2.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın veri analizinde SPSS ve LISREL programları kullanılmıştır. Veri çözümlemesinde; tanımlayıcı istatistikler, geliştirilen ölçeğin açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır.

2.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

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 modeli Şekil 1’de gösterilmektedir.

Şekil 1. Etik Duyarlılığın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Etkisi Modeli



Araştırma modeline göre oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

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.

III. BULGULAR

3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Ankete katılan hekimlere ait betimleyici istatistikler Tablo 1’de verilmektedir. Buna göre, ankete katılan hekimlerin cinsiyet bakımından %56,1’inin 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. Çalışmaya katılan hekimlere ait betimleyici istatistikler Tablo 1’de verilmektedir.

Tablo 1. Ankete Katılan Hekimlere Ait Betimleyici İstatistikler

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	42,5
	6-10 yıl	99	32,8
	11 yıl ve üzeri	74	24,5
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
	Üniversite Hastanesi	119	39,5
Performans ödemesi alıyor musunuz?	Evet	248	82,4
	Hayır	53	17,6
PDEÖS’nden genel olarak memnunum.	Hiç Katılmıyorum	88	29,2
	Katılmıyorum	121	40,2
	Kararsızım	60	19,9
	Katılıyorum	21	7,0
	Tamamen Katılıyorum	11	3,7

3.2. Açıklayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi, çok sayıda değişkenin oluşturduğu veri setinin sadeleştirilerek daha anlaşılır ve açık hale getirilmesi için yapılan bir analizdir (Özdemir, 2016). Bu analizler Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Ölçek geliştirme sürecinde geçerliliği test etmek için AFA, güvenirliği test etmek içinde DFA kullanılmaktadır (Güngör, 2016). Bunun için her faktörün Cronbach's alfa değerinin en az ($\alpha=0,70$) olması beklenmekte olup, bu oran ölçek geliştirme araştırmalarında ($\alpha=0,60$)'a kadar inebilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin AFA Sonuçları

Faktörler/Maddeler	Faktör Yüklü	Özdeğer	Açıklanan Varyans(%)
HP Hekim Performansı			
HP1 PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliği olumlu etkiler.	0,900		
HP2 PDEÖS hekimin motivasyonunu artırır.	0,899	7,168	42,162
HP3 PDEÖS hekimin tıbbi karar verme sürecini olumlu etkiler.	0,845		
HP4 PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu yönde etkiler.	0,840		
HP5 PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.	0,839		
HK Hizmet Kalitesi			
HK1 PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır.	0,824		
HK2 PDEÖS tedavi kaynaklı hastane ölüm oranlarını azaltır.	0,806	2,599	15,286
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			
HM1 PDEÖS hastaların muayene için bekleme süresini azaltır.	0,822		
HM2 PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.	0,767	1,617	9,509
HM3 PDEÖS tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır.	0,630		
HM4 PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir.	0,617		
HT Hekim Tatmini			
HT1 PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır. *	0,816		
HT2 PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması hekimlerin iş motivasyonunu azaltır. *	0,786	1,040	6,116
HT3 PDEÖS hekimin iş stresini artırır. *	0,766		

*Ters kodlu ifadeler

Araştırmada kullanılan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin geçerliliğine yönelik açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan faktör analizinde Kaise-Meyer-Olkin değeri 0,869 ve Bartlett's Küresellik testi ($ki-kare= 3686,007$, $df= 136$, $sig.=0,000$) sonucunda örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu tespit edilmiştir.

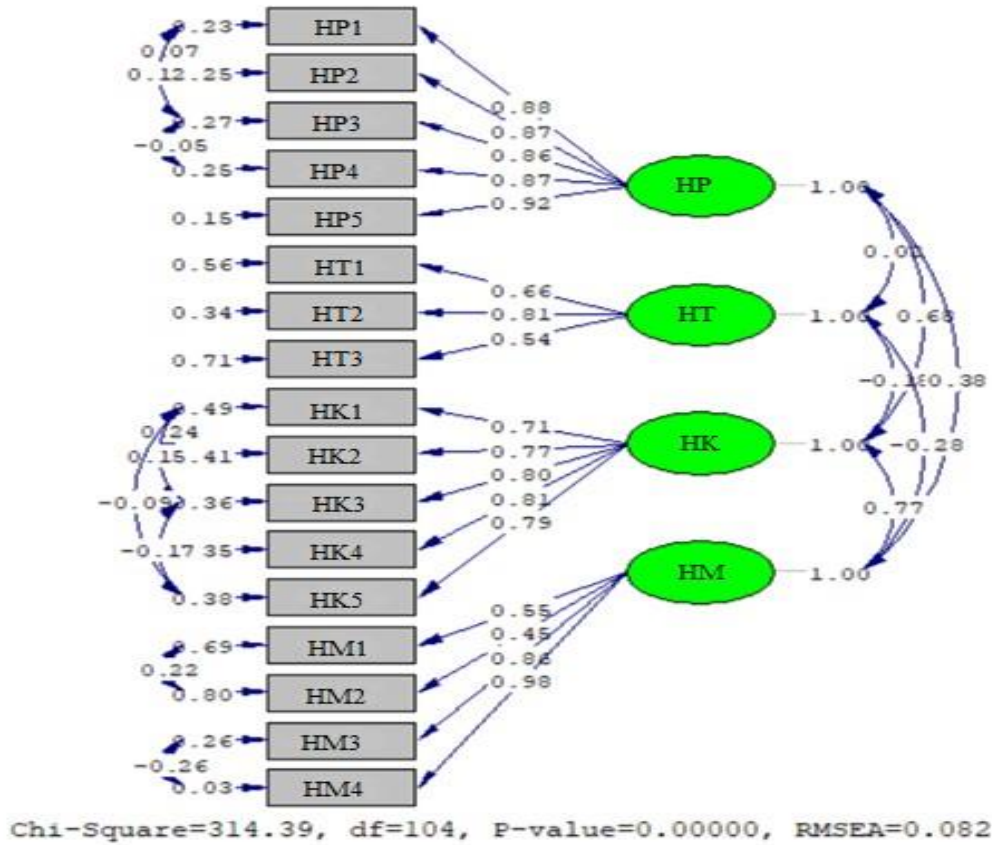
Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi Sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 faktör elde edilmiştir. Birinci faktör olan "Hekim Performansı" boyutunun özdeğeri 7,168, açıklayıcılık oranı ise %42,162'dir. İkinci faktör "Hizmet Kalitesi" boyutunun özdeğeri 2,599, açıklayıcılık oranı %15,286'dır. Üçüncü faktör "Hasta Memnuniyeti" boyutunun özdeğeri 1,617, açıklayıcılık oranı %9,509'dır. Dördüncü faktör "Hekim Tatmini" boyutunun özdeğeri 1,040, açıklayıcılık oranı %6,116'dır. Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda ölçeğin geçerli olduğu tespit edilmiştir.

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.

Literatürde aynı örneklem üzerinden AFA ve DFA analizlerinin uygulanabileceği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Doğan vd., (2017) çalışmalarında aynı örneklem ile yapılan AFA ve DFA'nın bir örneklem farklı yarılarına uygulandığı durumlarda elde edilen sonuçların benzer olduğunu, örneklem ikiye bölünmesiyle elde edilen faktör yükleri kestirim hata düzeyinin aynı örneklem bölünmeden elde edilen faktör yükleri kestirim hata düzeyinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bununla birlikte örneklem büyüklüğü artışı ile hataların azaldığı vurgusu yapılmıştır. İlgili kaynaklar ve veri toplama döneminin pandemi zamanında yapılmış olması gibi nedenlerle AFA ve DFA aynı örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Literatürde AFA için minimum örneklem büyüklüğü 50 olmalıdır (Yaşlıoğlu, 2017). DFA için ise evrenin küçük olduğu topluluklarda az sayıda faktör ve her faktör için üç veya dört göstergeye sahip ölçeklerde en az 300 kişiye ihtiyaç bulunmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2013). Buna göre gerekli örneklem büyüklüğüne (N=301) ulaşıldığı görülmektedir. DFA sonuçları Şekil 2'de verilmektedir.

Şekil 2. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği DFA Sonuçları



LISREL prosedürünün en büyük avantajlarından biri, önerilen modelin veri setine ne kadar uyduğunu gösteren bir uyum indeksi sunabilmesidir (Greenspoon ve Saklofske, 1998). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği uyum kriterlerine göre değerlendirildiğinde, RMSEA, NFI, NNFI, CFI ve SRMR değerleri belirlenen eşik değerleri karşılamaktadır. Ayrıca, GFI ve AGFI değerleri de önerilen eşiklere oldukça yakın olduğu için kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (Schermelleh-Engel vd., 2003).

Bu kriterler dışında χ^2 (Chi-Square=314.39, df=104, p-value=0.00000, RMSEA=0.082) değeri de model uygunluğunun belirlenmesinde kullanılan diğer bir istatistik olup, modelin istatistiki açıdan

uygun olduğunun diğer bir göstergesidir. 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 ve Hocevar, 1988; Sümer, 2000; Gülbahar ve Büyüköztürk, 2008). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin DFA hesaplamasındaki değeri (χ^2/df)=3,02 olup, iyi bir uyumun sağlandığı görülmektedir. PDEÖS alt boyutlarının yer aldığı DFA sonuçları Şekil 1’de ve uyum iyiliği indeksi sonuçları Tablo 3’te verilmektedir.

Tablo 3. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Uyum Kriterleri

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	PDEÖS
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$	0,082
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI < 0,95$	0,95
NNFI	$0,97 \leq NNFI \leq 1,00$	$0,95 \leq NNFI < 0,97$	0,95
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1,00$	$0,95 \leq CFI < 0,97$	0,96
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 < SRMR \leq 0,10$	0,059
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI < 0,95$	0,89
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	0,84

Kaynak: (Schermelleh-Engel vd., 2003). (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, NFI: Normed Fit Index, NNFI: Non-Normed Fit Index, CFI: Comparative Fit Index, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index)

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutları olan Hekim Performansı (HP), Hekim Tatmini (HT), Hizmet Kalitesi (HK) ve Hasta Memnuniyeti (HM) için Şekil 1 ve Tablo 3’te verilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, “Hasta Memnuniyeti” üzerinde en etkili değişkenin 0,98’lik katsayı yükü ile HM4 "PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir." değişkeni olduğu, bu değişkeni 0,86’lik katsayı yükü ile HM3 "PDEÖS hasta tedavisinde kullanılacak tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır." değişkeninin takip ettiği görülmektedir.

Hekimlerin 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 özerkliği olumlu etkiler." değişkeni takip etmektedir.

Hekimlerin hizmet kalitesi üzerindeki en etkili değişkenin 0,81’lik 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 takip etmektedir.

Hekimlerin 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’lik katsayı yükü ile HT1 "PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır." değişkeni takip etmektedir.

Tablo 4. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin Cronbach’s α değerleri.

Faktörler/Maddeler	α
Hekim Performansı	0,948
Hizmet Kalitesi	0,888
Hasta Memnuniyeti	0,792
Hekim Tatmini	0,711
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	0,889

Yapılan güvenilirlik analizinin sonucuna göre hekim performansı boyutunun Cronbach’s Alpha katsayısı $\alpha=0,948$, hizmet kalitesi boyutu Cronbach’s Alpha katsayısı $\alpha=0,888$, hasta memnuniyeti

boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı $\alpha=0,792$, hekim tatmini boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı $\alpha=0,711$ olarak hesaplanmıştır. Neticede yapılan güvenilirlik analizi sonucunda PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı $\alpha=0,889$ bulunmuştur. Bu sonuçlara göre 4 alt boyuttan oluşan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin güvenilir bir ölçek olduğu Tablo 4'ten anlaşılmaktadır.

Tablo 5. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler (n=301)

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları	İfade Sayısı	Min.	Max.	Ort.	S.S.	Skewness	Kurtosis
Hekim Performansı	5	1	5	2,67	1,33	0,414	-1,294
Hizmet Kalitesi	5	1	5	2,83	1,1	0,036	-0,875
Hasta Memnuniyeti	4	1	5	3,48	1,05	-0,653	-0,385
Hekim Tatmini	3	1	4,33	1,86	0,83	0,932	0,064
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	17	1	4,29	2,77	0,8	-0,113	-0,516

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 hekimlerin Hekim Performansı boyutu ortalaması “orta”, Hizmet Kalitesi boyutunun ortalaması “orta”, Hasta Memnuniyeti boyutunun ortalaması “yüksek”, Hekim Tatmini boyutunun ortalaması “düşük”, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin toplam ortalamasının “orta” düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

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 5).

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyada ve Türkiye’de performansa göre ödeme birçok kamu ve özel kurumda verimliliği artırabilmek adına kullanılmaktadır. Konu sağlık sektörü özelinde de araştırılmaktadır. Çoban vd’nin (2021) “Performansa Dayalı Ödeme Sisteminden Duyulan Memnuniyet Ölçeği (PEDÖS) Geliştirme Çalışması” isimli çalışmalarında, PDEÖS ile ilgili o zamana kadar yapılan yerli ve yabancı literatürdeki çalışmalar incelenmiştir. Neticede, çalışanların konu ile ilgili düşüncelerinin ve değerlendirmelerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ölçekler yerine anketler ile alındığı ve çalışanların sistemi nasıl algıladıklarına dair objektif bir ölçme aracına ihtiyaç duyulduğunu ifade etmektedirler. Ekinci (2021) ise sağlık sektöründe PDEÖS ile ilgili (2004-2019) döneminde yapılan çalışmaları incelemiş ve sonuç olarak sistemin ücret adaletsizliğini ortadan kaldıracak ve hasta memnuniyetini artıracak şekilde yeniden tasarlanması gerektiğini belirtmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda anket yönteminin uygulandığı ve sistemin amacının kaliteli bir sağlık hizmeti sunarak, hastaları ve çalışanları memnun etmek olduğu belirtilmekle birlikte mevcuttaki durumun hekimler arası sosyal ve mesleki ilişkileri zedelediği, çalışan memnuniyetini azalttığı ve adil, sürdürülebilir bir sistem için yeniden bir değerlendirme yapılması gerektiğine dair vurguların yapıldığı anlaşılmaktadır (Öztunç ve Cural, 2017; Sarısoy ve Erdoğan, 2022). Sistemin tekrar düzenlenmesi gerektiğine dair düşüncenin bir ürünü olarak hekimlere yönelik performans ödeme modeli önerisine dair bir çalışmanın yapılmış olması da bu ihtiyacı doğrular niteliktedir (Yüksel ve Sayın, 2020).

Sonuç olarak, PDEÖS'e yönelik hekimlerin algılarının tam olarak anlaşılabilmesi için bir ölçme aracına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple çalışmada geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde odak grup görüşmelerinin yapılması ve uzman görüşleri alınması ile 37 ifadeden oluşan taslak bir ölçek hekimlere uygulanmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda 17 ifade ve özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 faktör yapısıyla varyansın %73,073'ünü açıklayan bir ölçek elde edilmiştir. Birinci faktör olan "Hekim Performansı" boyutunun özdeğeri 7,168, açıklayıcılık oranı ise %42,162'dir. İkinci faktör "Hizmet Kalitesi" boyutunun özdeğeri 2,599, açıklayıcılık oranı %15,286'dır. Üçüncü faktör "Hasta Memnuniyeti" boyutunun özdeğeri 1,617, açıklayıcılık oranı %9,509'dır. Dördüncü faktör "Hekim Tatmini" boyutunun özdeğeri 1,040, açıklayıcılık oranı %6,116'dır. Ölçekte yer alan ifadelerin faktör yükleri 0,482 ile 0,900 arasındadır. AFA sonucunda ölçeğin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. DFA ile kabul edilebilir uyum indekslerini karşılayan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin toplam Cronbach's Alpha katsayısının $\alpha=0,889$ olduğu ve güvenilir olduğu da tespit edilmiştir. Böylelikle 4 alt boyuttan ve 17 ifaden oluşan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Etik Kurul İzni: Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığından yazılı olarak etik kurul onayı (Toplantı Sayısı: 11, Tarih: 06.11.2020, Karar 2020/198) alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Acar, E. (2017). Neoliberalizm ve sosyal refah devleti ekseninde üçüncü yol yaklaşımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 248-263.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akpınar, A. T., ve Taş, Y. (2013). Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin hekimlerin tutumları üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2(37), 167-182.
- Arslanel, M. N., ve Eryücel, E. (2011). Modern devlet anlayışının felsefi temelleri. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 1-20.
- Aydın, S., ve Demir, M. (2006). *Sağlıkta performans yönetimi-performansa dayalı ek ödeme sistemi*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı: Onur Matbaacılık.
- Bakan, İ., Erşahan, B., ve Eğitmiş, A. M. (2008). Performansa göre ücretlendirmeye doktorların genel bakış açıları: Bir alan araştırması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 73-86.
- Bakan, S. (2009). 1980'den günümüze Türkiye'de uygulanan neo-liberal iktisat politikaları. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 116-125.
- 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.
- Çavmak, Ş., ve Çavmak, D. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 274-293.

- Çetinkaya, A. Ş. (2016). Performansa dayalı ücretlendirmenin ücrete bağlı streste farklılık yaratma düzeyi: Konya sağlık işletmeleri araştırması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 374-399.
- Çoban, N. O., Pişkin, M., ve Kart, M. E. (2021). Performansa dayalı ödeme sisteminden duyulan memnuniyet ölçeği (Pedös) geliştirme çalışması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 11(1), 195-214.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts . *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- Doğan, İ. (2015). *Farklı Veri Yapısı ve Örneklem Büyüklüklerinde Yapısal Eşitlik Modellerinin Geçerliliği ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Dooren, W. V., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance management in the public sector*. London: Routledge.
- Ekici, Z., ve Türkmen, E. (2020). Yüksek performanslı çalışma sistemleri ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 7(1), 1-16.
- Ekinci, N. (2021). Türkiye'deki sağlık çalışanlarının performansa dayalı ücret uygulaması hakkında görüşlerine dayalı araştırmaların değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, 1(2), 111-125.
- Erdoğan, H. (2014). *Türkiye'de sağlık politikaları ve sağlıkta dönüşüm programı (2003-2010)*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Ergun, C., ve Ergun, A. D. (2010). Dönüşüm mü, piyasalaştırma mı? Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir tartışma. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 4(8), 33-54.
- Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları. *Toplum ve Hekim*, 7(48), 2-4.
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (1998). Confirmatory factor analysis of the multidimensional students' life satisfaction scale. *Personality and Individual Differences*, 25(5), 965-971.
- Görmüş, A. (2015). Kamu sektöründe sağlıkta performans yönetiminin zorlukları: Türkiye örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 6(1), 20-36.
- 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.
- 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.
- Karagöz, Y. (2017). *SPSS ve Amos uygulamalı nicel-nitel-karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Kart, E. (2013). “Sağlıkta Dönüşüm” sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3(38), 103-140.
- Lebas, M. J. (1995). Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, 41(1-3), 23-35.
- 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.
- Meker, T., ve Barlas, Y. (2013). Dynamic impacts of performance based payment system on public hospitals in Turkey. In *Proceedings of the 31st international conference of the system dynamics society* (p. 32-33). Cambridge, Massachusetts, USA: International System Dynamics Conferences.
- 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.
- Öktem, N. (2011). Fransız devriminin felsefesi ve Türkiye. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 53(1-4), 267-272.
- Özdemir, A. (2016). *Yönetim biliminde ileri araştırma yöntemleri ve uygulamalar*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- 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.
- Pala, K. (2007). 2006 Örsan Öymen anısına yılın inceleme ödülü. *Türkiye için nasıl bir sağlık reformu?* Bursa, Merkez, Türkiye: Milliyet Gazetecilik ve Yayıncılık A.Ş.
- Rowan, N., & Wulff, D. (2007). Using qualitative methods to inform scale development. *Qualitative Report*, 12(3), 450-466.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). *Sağlıkta dönüşüm ve sosyal güvenlik reformu projesi (II. Faz)*, <https://pydb.saglik.gov.tr/TR-32172/saglikta-donusum-ve-sosyal-guvenlik-reformu-projesi-ii-faz.html>
- Sarısoy, İ., ve Erdoğan, D. B. (2022). Kamu hastanelerinde performansa dayalı ücret sistemi uygulamasının hekimler arasındaki sosyal, maddi ve mesleki ilişkilere etkisi. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 109-136.
- 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.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme. *Yönetim ve Siyaset Bilimleri İncelemesi*, 1(1), 117-133.
- 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.

- Şahin, Y. E. (2009). Küreselleşme ve insan hakları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 174-178.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.
- Tüzün, E. H., Eker, L., ve Daşkapan, A. (2009). Fizik tedavi poliklinikleri için hasta memnuniyet ölçeği: Güvenirliliği ve geçerliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 20(1), 9-16.
- Uyargil, C. (2009). Performans değerlendirme. C. Uyarlıgil, Z. Adal, A. C. İsmail Durak Ataay, A. O. Özçelik, G. Dünder, Ö. Sadullah, ve L. Tüzüner içinde, *İnsan Kaynakları Yönetimi* (s. 209-264). İstanbul: Beta Yayınları.
- Veneziano, L. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yılmaz, G. (2018). Türkiye sağlık sisteminde reformlar ve politika transferi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 179-206.
- Yüksel, İ., ve Sayın, K. Ş. (2020). Kamu hastanelerinde hekimlere yönelik performansa dayalı ek ödeme model önerisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 387-410.
- Zaim, H. (2007). Performansa dayalı ücret uygulamasının doktor memnuniyeti üzerindeki etkileri. *Journal of Social Policy Conferences*, 53, 359-374.

EK-1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) Hekim Algısı Ölçeği

Aşağıdaki maddeler PDEÖS'nin hekimler tarafından nasıl algılandığıyla ilgilidir. Her ifade 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun gördüğünüz şıkkı işaretleyerek belirtiniz.		Hiç Katılmıyorum	Az Katılmıyorum	Orta Katılmıyorum	Çok Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
SN	İFADELER	1	2	3	4	5
1	PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliğini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
2	PDEÖS hekimin motivasyonunu artırır.	1	2	3	4	5
3	PDEÖS hekimin karar verme sürecini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
4	PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
5	PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.	1	2	3	4	5
6	PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır.	1	2	3	4	5
7	PDEÖS tedavi kaynaklı hastane ölüm oranlarını azaltır.	1	2	3	4	5
8	PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır.	1	2	3	4	5
9	PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır.	1	2	3	4	5
10	PDEÖS hekimlerin tıbbi hizmet kalitesini iyileştirir.	1	2	3	4	5
11	PDEÖS hastaların muayene için bekleme süresini azaltır.	1	2	3	4	5
12	PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.	1	2	3	4	5
13	PDEÖS tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır.	1	2	3	4	5
14	PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
15	PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır.	1	2	3	4	5
16	PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması iş motivasyonunu azaltır.	1	2	3	4	5
17	PDEÖS hekimin iş stresini artırır.	1	2	3	4	5

Hekim Performansı Boyutu : 1, 2, 3, 4, 5. maddeler**Hizmet Kalitesi Boyutu** : 6, 7, 8,9, 10. maddeler**Hasta Memnuniyeti Boyutu** : 11, 12, 13, 14. maddeler**Hekim Tatmini Boyutu** : 15,16, 17. maddeler (Ters Kodlu)