

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
ANABİLİM DALI



**PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİNİN SAĞLIK
HİZMETLERİNE ETKİSİ: ADIYAMAN İLİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL

HAZIRLAYAN
Sıdıka TAŞTAN

ELAZIĞ-2017

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ ANABİLİM DALI

**PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİNİN SAĞLIK
HİZMETLERİNE ETKİSİ: ADIYAMAN İLİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL

HAZIRLAYAN

Sıdıka TAŞTAN

Jürimiz tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonunda bu yüksek lisans tezini oy birliği / oy çokluğu ile başarılı saymıştır.

Jüri Üyeleri:

- 1-
- 2-
- 3-

F.Ü Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararıyla bu tezin kabulü onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ömer Osman UMAR
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

ÖZET**Yüksek Lisans Tezi****Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: Adıyaman İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Uygulama****Sıdıka TAŞTAN****Fırat Üniversitesi****Sosyal Bilimler Enstitüsü****Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı****Elazığ-2017; Sayfa: XI+119**

Günümüzde, değişen rekabet ortamında düşük maliyetli, kaliteli ve etkili bir sağlık hizmeti sunmak, hastanelerin temel amacını oluşturmaktadır. Sağlık kurumlarının etkili ve verimli hizmet verebilmesi, hedef ve amaçların ulaşabilmesi; düzenli olarak performans ölçüm ve denetimlerinin yapılmasına ve değerlendirilmesine bağlıdır.

Bu çalışmada, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde performansa dayalı ek ücret sisteminin görevli sağlık personeline etkisi araştırılmış ve değerlendirilmeye çalışılmıştır. Araştırmada konuyla ilgili yerli ve yabancı literatür taraması yapılarak bu alanda ortaya konmuş kitap, makale, araştırma projeleri, tezler ve internet dokümanları değerlendirilmiştir. Çalışma 01.09.2016-01.12.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Performansa dayalı ücret uygulamasından hekimlerin %60 'ı yardımcı sağlık personelinin %80,7'si memnun değildi. Değinen bulgularda çalışanlar arası ek ödeme miktar farkının yüksek ve bununda çalışanlar arası hoşnutsuzluğu arttırmakta olduğu görüldü. Ayrıca performans değerlemedeki en önemli sorunun motivasyon eksikliği olduğu sonucuna varıldı.

Sistem içerisinde yer alan herkese adil bir performans uygulaması çalışanları mutlu edeceğinden iş motivasyonlarını arttırıcı bir etken olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnsan Kaynakları Yönetimi, Performans, Performans Yönetimi, Sağlık Sektörü

ABSTRACT

Master Thesis

**Impact of Performance Based Wage System on Health Services: An Application on
Adiyaman Provincial Education and Research Hospital**

Sıdıka TAŞTAN

Fırat University

Social Sciences Institute

Health Institutions Administrative Department

Elazığ-2017; Page: XI+119

In a concurrent competitive environment the main objective of the health care services entity becomes supply of low-cost, high-quality, timely and effective service. This objective and other goals require an effective system of continuous performance measurement and evaluation established on the entity.

In this study, the effect of the performance based supplementary fee system on the health personnel in Adiyaman Education and Research Hospital was investigated and tried to be evaluated. An in-depth research was performed of the domestic and foreign literature on the theme, including specialist books, research papers, university theses, hospital workshops, internet sources, etc. The study was carried out between 01.09.2016-01.12.2016.

60% of physicians were not satisfied with 80.7% of assistant health personnel due to performance based wages. It was seen that the amount of additional payment amount among the employees in the mentioned findings is high and this increases the dissatisfaction among the employees. It was also concluded that the most important problem in performance evaluation was the lack of motivation.

Based on some important findings, any fair performance in the system as a recommendation will be a factor that will increase the motivation of the worker because it makes the employees happy.

Keywords: Human Resource Management, Performance, Performance Management, Health Care Industry

İÇİNDEKİLER

ÖZET	II
ABSTRACT.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLolar LİSTESİ	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
ÖNSÖZ	XI
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI	11
1.1. Sağlık Kavramı.....	11
1.1.1. Sağlığın Belirleyicileri.....	11
1.1.1.1. Çevre.....	11
1.1.1.2. Davranış.....	12
1.1.1.3. Kalıtım	12
1.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri	12
1.2. Sağlık Hizmetleri	12
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	13
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	13
1.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	15
1.2.2.2. Tedavi Edici Hizmetler	15
1.2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	16
1.3. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması.....	17
1.3.1. Hastanelerin Tanımı	17
1.3.2. Hastanelerin Temel Özellikleri.....	18
1.3.2.1. Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri.....	19
1.3.2.2. Hastanelerin İşlevleri	19
1.3.2.3. Hastanelerin Sınıflandırılması	19
1.3.2.5. Büyüklüklerine Göre Hastaneler	20
1.3.2.6. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler.....	20
1.3.2.7. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler	21
1.3.2.8. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler.....	21

1.3.2.9. Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler	21
1.3.2.10. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler	21
1.3.3. Ülkemizde Hastanelerin Organizasyon Yapısı.....	22
1.3.3.1. Üniversite Hastaneleri.....	22
1.3.3.2. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	23
1.3.3.3. Özel Hastaneler	24

İKİNCİ BÖLÜM

2. PERFORMANS, PERFORMANS YÖNETİMİ VE PERFORMANS

DEĞERLENDİRME SİSTEMİ.....	26
2.1. Performans Kavramı ve Tanımı	26
2.2. Performans Yönetimi	26
2.2.1. Performans Yönetiminin Tarihçesi.....	27
2.2.2. Performans Yönetimi Süreci	27
2.3. Performans Ölçümünde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar.....	28
2.4. Performans Değerlendirme	29
2.4.1. Performans Değerlendirmenin Amacı.....	29
2.4.2. Performans Değerlemenin Süreci.....	30
2.4.3. Performans Değerlemenin Yararları.....	31
2.5. Performans Değerlemeyi Kim ya da Kimler Yapar	31
2.6. Performans Değerleme Yöntemleri.....	34
2.6.1. Karşılaştırma Yöntemleri	34
2.6.2. Grafik Dereceleme Yöntemi.....	35
2.6.3. Kontrol Listeleri Yöntemi	35
2.6.4. Kritik Olay Yöntemi.....	36
2.6.5. Amaçlara Göre Değerleme Yöntemi	36
2.6.6. 360 Derece Geri Besleme (Feed-Back) Yöntemi.....	37
2.7. Performans Değerlendirme Sürecinde Yapılan Hatalar	37
2.7.1. Hale (Halo) ve Boynuz Etkisi.....	37
2.7.2. Belirli Derecelere / Puanlara Yönelme.....	38
2.7.3. Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme	38
2.7.4. Kontrast Hataları	38
2.7.5. Kişisel Önyargılar.....	39
2.7.6. Pozisyondan Etkilenme	39

2.8. Performans Değerlendirmede Güncel Konular ve Gelişmeler.....	39
---	----

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ.....	41
--	-----------

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerleme.....	41
---	----

3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Dengeli Puan Cetveli(Balanced Score Card)	42
--	----

3.1.2. Hastane Performansı.....	44
---------------------------------	----

3.1.2.1. Hastane Performansının Temel Göstergeleri	44
--	----

3.1.3. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetim Sistemi	45
--	----

3.1.4. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	46
--	----

3.1.5. Kurumsal Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Uygulaması	48
---	----

3.1.5.1. Hastanelerde Ölçme ve Değerlendirme	49
--	----

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ: ADIYAMAN İLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA	51
---	-----------

4.1. Yöntem.....	51
------------------	----

4.1.1. Verilerin analiz yöntemi	52
---------------------------------------	----

4.2. Bulgular.....	52
--------------------	----

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	103
-------------------------------	------------

KAYNAKÇA	107
-----------------------	------------

EKLER	112
--------------------	------------

Ek 1. Orijinallik Raporu	112
--------------------------------	-----

Ek 2. Etik Kurul Kararı	113
-------------------------------	-----

Ek 3. Performans Yönetimi-Anket Soruları.....	115
---	-----

ÖZGEÇMİŞ	119
-----------------------	------------

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin demografik dağılımı	53
Tablo 2. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin görev alanları dağılımı	54
Tablo 3. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin idari pozisyon dağılımı	54
Tablo 4. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin çalışma sürelerinin dağılımı	55
Tablo 5. Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre performans değerlendirme sıklığı	55
Tablo 6. Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre performans değerlendirmenin kimler tarafından yapıldığının dağılımı	56
Tablo 7. Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre kullanılan performans değerlendirme yöntemlerinin dağılımı	56
Tablo 8. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin performansa dayalı ücret uygulamasından memnun olma durumunun dağılımı	57
Tablo 9. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin haftalık mesai süresinden daha fazla çalışma durumunun dağılımı	57
Tablo 10. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin haftalık mesai süresinden daha fazla çalışma nedenlerinin dağılımı	58
Tablo 11. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin Performansa Dayalı Ücret Sistemi hakkındaki tutum ve düşüncelerinin dağılımı	59
Tablo 12. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin performans yönetimindeki sorunları değerlendirme durumu	60
Tablo 13. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin performans değerlendirmede yapılan hataları değerlendirme durumu	61
Tablo 14. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin, cinsiyete göre performans değerlendirmenin hangi sıklıkla yapıldığının dağılımı	62
Tablo 15. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin cinsiyete göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumu	62
Tablo 16. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin medeni duruma göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumu	62
Tablo 17. İnceleme kapsamına alınan sağlık personelinin görev alanına göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumu	63
Tablo 18. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi hakkında kurumumca bilgilendirildim” görüşünün sosyodemografik özellikler bakımından dağılımı	64

- Tablo 19.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışma isteğini artırmaktadır ” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 66
- Tablo 20.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi uygulaması sonucu hastanemizde sağlık hizmeti kullanımı arttı” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 68
- Tablo 21.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu birim zamanda bakılan hasta sayısında artış olmuştur” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 70
- Tablo 22.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hasta muayene süresi azaltıldı” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 72
- Tablo 23.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi tüm çalışanlar arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 74
- Tablo 24.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı 76
- Tablo 25.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucunda yıllık izin kullanma oranında bir düşüş olmuştur” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 78
- Tablo 26.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapıldığını düşünüyorum” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 80
- Tablo 27.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi hastanemizin genel kurumsal kalitesini geliştirmiştir” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 82
- Tablo 28.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi personelin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 84
- Tablo 29.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu gereksiz hasta sevkleri azaltılmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı 86

- Tablo 30.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını arttırmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 88
- Tablo 31.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesi artmıştır.” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 90
- Tablo 32.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi ile tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumu etkilenmemiştir” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 92
- Tablo 33.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede tam zamanlı çalışma oranı artış göstermiştir” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 94
- Tablo 34.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemiyle hastanemiz gelirlerinde bir artış olduğunu düşünüyorum” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 96
- Tablo 35.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu ameliyat, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde bekleme süreleri azalmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 98
- Tablo 36.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu gereksinimleri karşılamak, rekabet edilebilirlik, değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği arttırmak amacıyla kurumsal performans ölçümü ve kalite çalışmaları başlatılmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı..... 100
- Tablo 37.** Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaneye yapılan yatırımlarımız artmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı 102

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Bütüncül sağlık hizmeti sunan kurumlar	14
Şekil 2. Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar ve İş İlişkileri	16
Şekil 3. Hastane Sistemi	18
Şekil 4. Mülkiyet Esasına Göre Hastanelerin Sınıflandırılması	20
Şekil 5. Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması Örneği	22
Şekil 6. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması	23
Şekil 7. Özel Hastane Teşkilat Şeması	25
Şekil 8. Performans Yönetimi Süreci	27
Şekil 9. Performans Değerleme Süreci	30
Şekil 10. Sağlık Bakanlığınca Uygulanan Entegre Model	46
Şekil 11. Kamu Hastanelerinde Ölçme ve Değerlendirme	49

ÖNSÖZ

Yüksek Lisans Tez çalışmasının oluşturulmasının her aşamasında bana danışmanlık eden hocam Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL'e, anket çalışmaları sırasında anket formlarını doldurarak araştırmanın kaynağını oluşturan Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimi ve çalışanlarına, yaşamımın her anında destekleri ve varlıklarıyla bana güç veren aileme sonsuz teşekkür ederim.

ELAZIĞ-2017**Sıdıka TAŞTAN**

GİRİŞ

Rekabetten çok rekabet üstünlüğünün önem ve değeri kazandığı günümüz iş dünyasında işletmeler stratejik amaçlarını gerçekleştirebilmeleri, istihdam edecekleri ve etkin olarak kullanacakları çalışanlarına yani insan kaynağıyla ilişkilidir. Küresel anlamda rekabet üstünlüğüne sahip olabilmek, işletmedeki insan kaynaklarının bilgi, beceri ve yeteneklerinden tam olarak yararlanılması ve işe dönük moral ve motivasyonlarının sağlanması kısaca onların etkin ve verimli kullanılmalarıyla mümkündür. İnsan kaynakları yönetimi, işletmelerin küresel düşünüp yerel davranma stratejileri ile uyumlu amaçlarına ve hedeflerine ulaşmalarında personelin nasıl daha yüksek performanslı, etkin aynı zamanda motivasyon ve moralleri yüksek, mutlu, huzurlu olabilecekleri konusunda aktif rol oynamaktadır (Şimşek ve Öge, 2011, XVII).

Ekonomik büyüme ve kalkınmanın temel hedefi olan gelişmişlik seviyesine ulaşabilmek tüm sektörlerin faaliyet alanlarıyla yaptıkları işlerde yüksek düzeyde performans sağlanmasıyla gerçekleşir. Bu da her organizasyonun gerçekleştirdiği faaliyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesini gerekli hale getirmektedir (Karahan ve Özgür, 2009, 147).

Gelişen teknoloji, politika ve ekonomi ortamında kurumların ayakta kalabilmelerinin olmazsa olmazı bu faktörlere uyum sağlayabilecek güçte olmalarıdır. Bu, kurumların tam bir performans düzeyine ulaşmaları ve bu durumu koruyabilmeleri demektir. İyi bir performans seviyesinin gerçekleşebilmesi ise ancak her kurumun kendi şemasına göre bir performans yönetim sistemiyle gerçekleştirilebilir. Kurumların performans ölçüm sistemi ile önceki çalışmalarını değerlendirip sorunlu alanları ve bunların çözümü için gereken çareleri belirleyebilecekleri gibi, geleceğe yönelik hedeflerini daha gerçekçi temeller üzerinde görebilmek ve bu hedeflere zamanında ve en verimli yollarla ulaşabilmek için özel bir olanak elde etmektedirler (Karahan ve Özgür, 2009, 147).

İşletmelerde yürütülen performans değerlendirme çalışmalarının etkinliği önemli ölçüde önceden belirlenen performans standartlarıyla ilişkilidir. İşletmelerin performans değerlendirme sistemlerinde standart olarak genelde hedefler ve değerlendirme kriterleri ya da yetkinlikler kullanılmaktadır. Ancak, bunlardan hangileri kullanılırsa kullanılsın, realist, anlaşılabilir, kesin, özgül, yapılan işle ilgili olması gibi özelliklerde çok etkilidir(Şimşek ve Öge, 2011, 103).

Performans ölçümü planlı, döngüsel, hakkaniyet ilkesini gerektiren, belirli zaman aralıklarıyla yapılan bir çalışmayı gerektiren bir süreçtir. Bu sebeple meydana getirilecek ölçüm sisteminin kuruluşların kendi gereklilikleri doğrultusunda şekillenmesi kaçınılmazdır. Stratejik planlama sonuçları itibariyle kuruluşların eksikliklerini ve potansiyel gelişme kapasitelerini açığa çıkararak sürekli iyileştirmeye temel oluşturur (Tengilimoğlu vd., 2012, 383).

Performans ve Performans Yönetimi Kavramları

Performans terimi, amaca uygun en az malzemeyle, en çok verim elde etmektir. Amaç, bütün olanakları tanıdıktan sonra çalışanı bir amaca yönlendirip kişiyi en iyi bir şekilde doğru yerde çalıştırabilmektir. Performans yönetimi kavramı ise, belirlenen hedeflere ulaşabilmek için bireylerin ve işletmenin ne yapması gerektiğinin belirlenmesini, bunların nasıl yapılacağına uygun bir anlatım biçimi verilmesini, uygulanmasını, sonuçların değerlendirilerek eksiklerin giderilmesini ve öneriler geliştirilmesini kapsar. Performans yönetimi toplam kalitenin geliştirilebilmesi için sıfır hatayı destekleyen bir yönetim biçimidir.

Performans yönetimi süreci, planlanmış işletme stratejileri ve bu stratejilerin yerine getirilmesinde katkısı olan grupların ve bireylerin katkıları derecesinde ödüllendirildiği ya da stratejilerini oluşturabilmek için gereksinimleri olan eğitim ve gelişim planlamasının yapıldığı bir sistemdir. Bu sistem, performans değerlendirme eğitim yönetimi, kariyer planlama ve organizasyon geliştirme süreçlerini direkt kapsamaktadır (Öztürk, 2006, 14).

Performans kavramına müşterilerin anladıkları performans açısından bakıldığında, Amerikan Kalite Derneğinin yaptığı bir araştırmaya göre müşterilerin satın alma davranışlarını belirleyen en önemli faktör “performans” tır (Ross, 1999). Herhangi bir iş planlamasının performansı, planlamanın belirli bir süre sonucundaki çıktısı veya çalışma neticesidir. Bu netice, kurum hedefinin elde edilme amacı şeklinde görülmektedir. Böylece performans, işletme hedefinin yerine getirilmesi amacıyla yapılan bütün çabaların değerlendirilmesi şeklinde söylenebilir (Akal, 1998, 1). Performans terimine sağlık organizasyonları tarafından ele alındığında ise, buna çoğunlukla “hizmetin kalitesi “ yönüyle ele alınmakta ve kalite ve performans terimleri eşit değerde kabul edilmektedir. Bu bakış açısı içinde JCAHO performansı, doğru işi iyi bir şekilde yerine getirmek şeklinde tanımlamıştır. Örnek olarak performans,

laboratuvarından istemi yapılan incelemeleri en son mesleki becerileri ve gerekli araçları harcayarak istediği zamanda, güvenli ve hakikatli sonuçlandırmak ve ilgili taraflara iletmektedir. Bu arada amaçlanan performans düzeyine ulaşabilmek için, performans değerlendirme ölçütlerinin belirlenmesi, yapılacak faaliyetlerin ilk adımıdır (Çoruh, 1997). Bu aşamada sağlık işletmeleri planlı bir yaklaşım içerisinde, bu hedefte gerçekleştirilecek araştırmaları gelip geçici faaliyetlerle değil, planlı ve sistemli bir yaklaşım içinde olmalıdır. Bu sebeple tavsiye edilmesi gereken model, sağlıkta performans yönetimi olmalıdır(Ateş vd., 2007, 119).

Performans Yönetiminin Dünyadaki Durumu ve Tarihsel Gelişimi

Kurumlarda çalışan bireylerin performanslarının sistemli şekilde açıklanmasının ilk modeli 1900'lü yıllarda A.B.D. 'de kamu hizmetinde bulunan organizasyonlarda görebiliriz. Sonradan F. Taylor'un iş ölçme uygulamalarıyla iş görenlerin verimliliklerini inceleyip performans değerlendirme terim olarak kurumlarda bilimsel bir şekilde kullanılmıştır. 1. Dünya Savaşından sonraki senelerde kişisel özellikleri kıstas alan birden çok performans değerlendirme yöntemleri ilerletilmiş, sonradan 1950'li yıllarda, bireyin meydana getirdiği iş ya da sonuçlara neticesine göre ölçütleri baz alan yöntemler A.B.D. 'deki kurumlarda daha fazla bir şekle gelmiştir. Fakat yönetici ve beyaz yakalı personelin performansının değerlendirmesi, mavi yakalılara göre daha önemli hale gelmiştir. Türkiye'deki yürütüme ilk kez kamu sektöründe başlamış, konuya özel kurumların alakasının çoğalması, işletme biliminin ülkemizde yaygınlık kazanması, çağdaş idare yöntemlerinin tanınmasıyla beraber gerçekleşmiş ve bu alaka son 20 senede zamanla ilerlemiştir. 4857 Sayılı İş Yasasının 2003 senesinde yürütmeye konulmasıyla beraber personellerin iş sözleşmelerinin son bulmasıyla performans değerlendirmenin neticelerin yasal bir belge özelliği kazanmasıyla iş verenlerin bu duruma ilgisi son zamanlarda artış göstermiştir (Uyargil vd., 2013, 212).

Ülkelerin performans yönetimine geçiş tarihleri değerlendirildiğinde en eski uygulamalara ABD ve İsveç'te rastlanırken, Fransa en yakın tarihte (1989) performans yönetimine geçmiştir. Performans yönetimine ilişkin reformların bir kısmı merkezi hükümetin kontrolünde yürütülürken (Avusturya), bir kısmı ise aşağıdan yukarıya doğru (Norveç ve Danimarka gibi) gelişmiştir. Yine bazı ülkeler performans yönetimine geçişte pilot uygulamalara özen gösterirken (ABD, Hollanda gibi), bazıları geçici girişimlerle ve tecrübeye dayalı olarak (Danimarka gibi) reform uygulamalarını

yaymaya önem göstermişlerdir. Ülkeler arasında performans yönetimi bakımından öne çıkarılan hususlarda ayrılıklar göze çarpmaktadır. Bazı ülkeler sonuç odaklı performans yönetimine özen gösterirken (ABD, İsveç gibi), bazıları çıktılara odaklanmakta (Yeni Zelanda), bazıları ise kendine özgü yöntemlere (İngiltere’de “paranın değeri” denetimi) önem vermektedir(Ateş vd., 2007, 68).

Zamanımızda gelişen teknoloji ile birlikte pek çok anlayışta hızla değişmektedir. Bu değişimin çok hızlı yaşandığı kurumların başında sağlık gelmektedir. Bir yandan kişilerin almış oldukları hizmetten beklentilerinin yükselmesi diğer yandan yönetimlerin yükselen beklentileri kaliteden taviz vermeden en az maliyetle karşılama gerekliliği, bu sektörde yaşanan rekabetin yoğunluğunu arttırmıştır. Dolayısıyla böyle bir ortamda rekabet üstünlüğünün sağlanabilmesi yeni stratejik yöntemlerin bu alanda kullanılabilmesiyle ilişkilidir (Tengilimoğlu vd.,2012, VII).

Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki yaşanan hızlı değişim tüm dünyada bir paradigma değişimine sebep olmaktadır. Bu değişimin ilk etkilerinin sağlık alanında ortaya çıkması, değişen hasta beklentileri, nüfusun giderek yaşlanması ve buna karşın maliyetlerin her geçen gün artması, sağlık sektörüne yeni bir stratejik yaklaşım içinde bakılması gerekliliğini oluşturmuştur. Bilinmelidir ki, ülkelerin sosyo-ekonomik tarafından ilerleme seviyeleri en mühim göstergelerinden biri de sağlık hizmetlerinin seviyesidir. Gelişmiş ülkelerde GSMH’dan (Gayri Safi Milli Hâsıla) sağlığa, savunmadan daha çok kaynak ayrılmaktadır. Böylece zaten kıt olan bu kaynakların iyi bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin değerli sunucularından olan sağlık kurumlarının devamını sürdürebilmeleri, öncelikle sağlık hizmetlerini az maliyetle ve en üst nicelikte ve kalitede oluşturabilmelerini yani kaynaklarını etkin olarak kullanmaları iyi bir yönetim anlayışı ile gerçekleşebilir. Ülkemizde son yıllarda gerek kaynakların rasyonel kullanılması ve hasta memnuniyetinin sağlanması konusunda kamuoyunda oluşan baskılar, gerekse sağlık sektöründe rekabeti arttırıcı düzenlemelere yer verilmesi bu alandaki yönetimin önemini arttırmıştır (Tengilimoğlu vd., 2012, IV).

Sağlık işletmelerinin güç koşullar altında faaliyetlerini sürdürmeleri gelişmeleri ve kaliteli hizmet sunmaları modern işletmecilik ve yönetim uygulamalarının sağlık işletmelerinde daha geniş bir perspektifle gerçekleştirilmesi ile oluşur. Bu doğrultuda fiziksel ve parasal kaynakların yanı sıra insan unsuru ve teknolojik kaynaklarda verimli bir şekilde tüketilmelidir (Tengilimoğlu vd., 2012, V).

Bir kuruma ayrılan kaynakların mümkün olduğunca en iyi durumda kullanılması toplumsal fayda boyutu için şarttır. Özellikle sağlık sektörü gibi toplumun refahıyla direkt alakalı işletmelerde bu konu daha ön plandadır. Bu sebeple sağlık sistemlerinin performansının değerlemeye alınması her ülke için gerekli önceliklerden biridir. Sağlık sisteminin performansının değerlemeye alınmasıyla ülkelerin kanıt göstererek sağlık politikasını ilerletme girişimlerinde de gerekli bir girdi haline gelecektir. Sistemin nerelerde noksan olduğunun farkında olunması, bu eksiklikleri ortadan kaldırmaya yardımcı politikaların devamlılığına da katkısı olacaktır. Fakat unutulmaması gerekir ki, ülkelerin kendi sağlık performansını, bu sistemin gerekli yerlerini ve elindeki bilgileri baz alarak değerlendirilmesi önemli etkenlerdir. Uluslararası yaklaşımlar, ülkelerle karşılaştırma yapılması ve özellikle bir ülkenin diğerlerine göre konumunu uygulamak için gereklidir. Fakat her ülkenin sistemi, kültürleri ve veri havuzu birbirinde ayrıdır. Bu sebeple her ülkenin kendi sağlık sisteminin performansını yerine getirmeye yönelik hedeflerini ilerletmesi ve uygulaması şarttır(Ateş vd., 2007, 170).

Performans Yönetiminin Türkiye'deki Durumu

Sağlık Bakanlığı, hizmet verenlerin verimli ve nitelikli hizmet vermelerini özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısını kurmayı hedefleyen performansa göre katkı payı ödemesi uygulamasını 2003 yılında başlatmıştır. 2003 yılının ikinci yarısında 10 hastanede ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot olarak incelenen performansa göre katkı payı ücreti, 2004 yılıyla birlikte birinci basamak sağlık hizmetlerini de içine alacak biçimde tüm kurum ve kuruluşlara ulaştırılmıştır. 2004 te en fazla kişisel ve niceliksel performans kriterlerinin görüldüğü modele, 2005 senesinde kurumsal performans kriterleri dahil edilmiştir. Türkiye'ye özel olarak oluşturulan performansa dayalı ek ödeme, hareketli bir uygulama olmakla birlikte, ilk zamandan bu yana devamlı ilerleyip gelişmekte ve Sağlık Bakanlığı'nın stratejik hedeflerine göre canlanabilmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 800'den fazla hastane ve 81 il sağlık müdürlüğüne bağlı 6000 kadar birinci basamak sağlık kuruluşlarında görülmekte olan performansa dayalı ödeme, ülke sağlık sisteminin hemen hemen %90'ında görülmekte, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarını da içine almaktadır. Basamaklara göre modelleme yapıldığından biri diğerine benzemez (Demir, 2007, Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, 2008).

Son dönemde hastanelerde performansa olan ilgi artmaktadır, bunun nedeni de tedavi edici sağlık sektöründe rekabetin artması ve maliyetlere olan bilincin artmasıyla ilişkilendirilmektedir. Hastane sektörünün performansının incelenmesi, sağlık hizmeti sunumunun arkasındaki üretim sürecinin doğası gereği baya karışıktır. Bu konuda yapılan bir çok araştırmalarda görüldüğü üzere, iyileştirilen sağlık seviyesini bir çıktı şeklinde direkt ölçüm yapmak güçtür. Genelde kullanılan alternatif “ara mal” olarak adlandırılabilen olan sağlık hizmetlerini ölçmeye çalışmaktır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin oluşumunda büyük bölümüne, pahalı teknolojiyle birlikte çok iş gücü barındıran ve sağlık harcamalarında mühim bir yer edinen hastanelerde, elde olan kaynaklarla çoğalan talebe cevap vermenin zorlaşması ve maliyetlerin hızlı bir şekilde katlanması performans çözümlerinin yapılmasını gerektirmektedir. Başta yataklı tedavi hizmetlerinde performansın sağlanması kaynakların daha verimli kullanılmasını gerekli kılacak ve kaynak israfını en aza indirecektir.

Yeni performans yönetim anlayışı, işletme performansı; işletmeyi meydana getiren sistemin bütün yapı taşlarının toplam sonucu şeklinde ele almaktadır. Hastanelerin kötü performansının yapısal açıdan analiz edilmesi, temel üretim bileşenlerinin saptanması ve bunlar arasındaki ilişkilerin ortaya konulması, yönetime örgütsel etkililik ve verimliliğin yükseltilmesi için müdahale edebileceği değişkenleri belirleme fırsatı oluşturur. Bu sebeple bir örgütte veya işletmede modern yönetimden oluşturabilmek amacıyla değişik teknik ve yöntemlerle performans ölçümüne ait ilkelerin yerine getirilmesi çağdaş idarenin en önemli etkenlerinden olduğunu göstermektedir (Karahana vd., 2009, 147-148).

Günümüzde bütün ülkeler sağlık sistemleri, en önemli çıktısı olarak kabul edilen sağlık statüsünü iyileştirmek isterken aynı zamanda artan toplum beklentilerini de en iyi şekilde karşılamaya yollarını bulmaya çalışmaktadır. Artan toplum beklentilerinin arkasında yatan en önemli gerçek ise daha önceden tedavisi mümkün olmayan bazı sağlık sorunlarının yeni ve ileri tıbbi teknoloji ve bilgi yardımıyla tedavi edilmeye geçilmesidir. Ancak bu beklentilerin karşılanmasında bütün ülke sağlık sistemlerinin önünde duran büyük sorun ise kaynak sorunudur. Sağlık hizmeti sunumu ve teknolojisi her geçen gün artarken, maalesef ülkeler gerekli kaynakları elde etmede çok başarılı değillerdir. Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkeler, sağlık hizmetlerine zaten az sayılabilecek bir miktar harcarlarken bu miktarı artırma şansları da pek yoktur. Gelişmiş

lkeler ise artan yaşlı nüfus ile birlikte ortadan kaldırılması pek mümkün olmayan ancak hayatı uzatırken hayat kalitesini de iyileştirmeye çalışan sağlık hizmetlerini daha fazla sunarak kronik hastalıklarla mücadele etmektedirler. Bu durumda sağlık hizmeti sunucuları veya yöneticileri , “ yüksek kalitede sağlık hizmeti sunarak sağlık statüsünü yükseltmek ve bu amaca en düşük maliyetle ulaşmak” ilkesini temel almalıdır. Eğer sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakları kolaylıkla arttırma şansımız yok ise bu durumda mevcut kaynakları en iyi ve verimli bir şekilde kullanmanın yollarını ve yöntemlerini bulmamız gerekmektedir (Ateş vd., 2007, 200-201).

Az gelirli ülkeler sağlık hizmetleri uygun ve hatta en az kaynak gereksinimlerini karşılama çabası içinde bulunurken, yüksek gelirli ülkeler artan sağlık hizmeti maliyetlerini nasıl kontrol altında tutabilecekleri üzerinde çalışmaktadırlar. Bir politika konusu olarak maliyetleri kontrol altında tutma, ülkelerin sağlık hizmeti için harcayacakları miktarın ne kadar olabileceğinin belirlenmesi ile ilgilidir. Sağlık sektörü karar vericileri maliyetleri kontrol altında tutabilmek için, farklı yolları kullanabilmektedir. Bu yollarda bazen, sağlık hizmeti sunmak için gerekli olan girdileri veya sağlık hizmeti sunumunu doğrudan etkilemek (tıbbi personel miktarı, tıbbi teknoloji gibi) şeklinde olurken, bazen de sağlık hizmetleri sunumunu dolaylı olarak etkileyecek olan sağlık hizmeti sunucularına yapılacak ödeme yöntemleri üzerinde yoğunlaşılmaktadır. Bazı yollar ise, sağlık hizmeti talebini etkileyerek (ilaç bilgisi, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının özendirilmesi vb.) artan maliyetleri kontrol altında tutmaya çalışmaktadır (Carin ve Hanvoravongchai, 2003, 1-2).

Temel olarak bir sağlık sisteminde hizmet sunucuları; kurumlar ve bireysel olmak üzere ikiye ayrılır (Tatar, 2001; Akt., Ergin, 2009: 67). Bireysel hizmet sunucuları herhangi bir kurum veya kuruluşta, iş sözleşmesi düzenleyerek ücret karşılığında sağlık hizmeti sununlar ise kendi isim ve hesabına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşurlar. Hekimler, eczacılar, sağlık memurları bireysel sağlık hizmeti sunucularına örnek gösterilebilir. Kurumsal sağlık hizmeti sunucuları ise hastaneler, sağlık merkezleri, tıbbi görüntüleme merkezleri, tıp merkezleri gibi sunuculardır (Ergin, 2009; 67).

Sunucuya deme sistemlerine tesir eden dört aktör bulunur. Sağlık kurumları (hastaneler, sağlık işletmeleri gibi), sağlık çalışanları (hekimler, hemşireler gibi), hastalar ve ödemede bulunan kurumlar ve kişiler (sağlık sigortaları, kamu kurum ve kuruluşları, sosyal güvenlik kurumları ve diğer üçüncü kurumlar). Her faktör kendi

hedeflerini belirler ve bu hedefler diğer faktörlerin hedefleriyle benzerlik gösterebilir veya zıtlaşabilir. Bunun için sunuculara ödeme sistemleri bu faktörler arasındaki hedef belgisizliğini ve zıtlıklarını mümkün olduğu kadar eksiltmeli ve hedefleri ortak paydada entegrelendirilmelidir. Sağlık kuruluşlarında gerçek ödemede bulunanlar devlet, SGK, sağlık sigorta birimleri gibi kurumlardır. Bireysel olarak da sosyal güvenlik veya sağlık sigortası içinde bulunmayanlar, direkt bireysel ödeme yapmaktadırlar. Özel bakım isteyen ve temel sağlık hizmetleri grubunda bulunmayan hastalar direkt ödeme yapmaktadır (Ergin, 2009; 67).

Sağlık sektöründe kâr amaçlı olan ve kâr amacı gütmeyen hastaneler bulunur. Önceleri kâr amaçlı hastanelerde kârı maksimize etmek temel amaç iken, artık günümüzde kâr ve üretilen sağlık hizmetleri kombinasyonunu en yükseğe çıkarmak temel amaç haline gelmektedir. Hastalar tercihlerini en yüksek düzeyde karşılanmasını isterken elde edecekleri faydaları arttırmak için sağlık kaynaklarını tüketirler. Fakat sağlık hizmeti sunan profesyoneller ve kurumsal mekanizmalar da kâr fonksiyonlarını maksimize etme amacındadır. Her iki tarafın tercihleri ve amaçlarını ortak payda da bütünlüştürmek gereklidir (Ergin, 2009; 67-68).

Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sonucu, sağlık bakımı verenlerin ödemelerinde kullanılan hizmet başına, kişi başına ve maaşa göre ödeme vb. yöntemlerinin sunduğu fon teşvikleri, verilen sağlık hizmetlerinde kusursuzluğu elde etmede noksan kaldığı görülmüştür. Performansa göre ödeme sistemi; ‘teşviklerin, kanıta dayanan tıp uygulamalarının verilmesini özendirerek ve güçlendirecek yönde ve sağlık bakım sisteminin elden geldiği kadar daha etkin ve iyi sonuçların çıkmasına katkı sağlayacak biçimde değişmesi doğrultusunda gerçekleşmesi’ şeklinde açıklanmaktadır (Forrest vd.,2006, 83).

Performansa dayalı ödeme sisteminin altında yatan temel mantık ise oldukça basittir: Ödemelerin elde edilen görevden (hizmet başına ödeme) / fiyat çeşitlerinden başka güven-hasta ve kalite hedefine ulaşmayı amaçlamaktadır. Örneğin aile hekimliği uygulamalarında ödemede göz önünde bulundurulacak özellikler; kullanım ve maliyet yönetimi konusundaki klasik ölçümler (yıllık hasta başına ortalama acil servise başvuru sayısı gibi) klinik kalite ve verimlilik göstergesi (aldıkları ilaçları izlenmekte olan astımlı hasta yüzdesi gibi), hasta tatmini (aile hekimini diğer aile üyelerine veya arkadaşlarına tavsiye edecek olan hasta yüzdesi gibi), yönetsel (hizmet sunucuların

teknoloji konusundaki bilgi seviyesi gibi), ve hasta güvenliğidir (yazılan ilaçlara alerjik reaksiyon gösteren hasta yüzdesi gibi) (Millenson, 2004, 323).

Sağlık çalışanlarını ne motive ettiği ve yapılan sağlık reformlarının çalışanları nasıl motive edebileceği konusunda çok az bilgi olmasına rağmen birçok ülke, uygulamak istedikleri yönetimlerin sağlık çalışanlarını istenilen yönde davranmalarını sağlayabilmek için bazı politikaları ve teşvik programlarını uygulamaya geçirmişlerdir. Bunlardan bazıları Endonezya ve Tayland'da olduğu gibi temelde finansal teşvikler üzerinde yoğunlaşmıştır. Bununla birlikte performansa dayalı bir ödeme yönteminin özellikle gelişmekte olan ülkelerin kamu kesiminde istenilen yönde etkilerinin ortaya çıkamayabileceği konusunda önemli tartışmalar görülür. Finansal tartışmaların yüksek verimliliği sağlama konusundaki etkileri halen net olmasa bile, çoğu sağlık reformunun altında yatan temel felsefe, iş çevresinde paranın temel motivasyon aracı olduğudur. Finansal teşvikler çalışan motivasyonunda temel belirleyici olsa da yalnız başına çalışanları bütün motivasyon problemlerini çözmede yeterli olamayacaktır. Ayrıca, kamu kesiminde finansal teşviklere çok bağlı kalma, bazı negatif sonuçları da ortaya çıkarabilecektir. Çünkü çalışanlar finansal teşvikleri diğer ödüllendirme yöntemlerinden (amirlerinden takdir görme, terfi etme gibi) daha önemli olarak görebilirler (Franco vd. 2002, 1256).

Ülkeler için en iyi performans modelinin neler olabileceği, hangi ölçütlerin kullanılabilirliği, o ülkede bulunan hastanelerinin veri bildirim sistemleri ve sağlık enformasyon sistemleri ile yakından ilgilidir. Akreditasyon ve standardizasyon çalışmaları da bir sistem çerçevesi oluşturarak, bu çerçevede belge ve bilgilerin tutulması, karşılaştırılması ve değerlendirilmesine olanak sağlayarak, performans değerlendirme sistemlerinin oluşmasına ve ölçütlerin kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır. WHO (2003a: 11), iletişimin başarılı bir performans değerlemede hayati önem taşıdığını; ulusal düzeyde bir performans değerlendirme sistemi gerçekleştirilmesinden sonra bu performans değerlendirme sonuçlarının yayınlanmasının, hastane ile ilişkili tüm taraflarca sonuçların kendi bakış açıları ile değerlendirilmesine yol açabileceğini vurgulamıştır. Türkiye'de hastane hizmetlerinin değerlendirilmesinde özellikle de Sağlık Bakanlığı bünyesinde ulusal olacak şekilde izlenen bir performans değerlendirme sisteminin son derece yapıcı sonuçlara neden olabileceği düşünülebilir (Ateş vd., 2007, 404).

Sağlık hizmetinde eğitimli, donanımlı, bilgili ve ahlaklı çalışanın, güzel çalışan bilgi işlem tabanının, açıklanmış kanıta dayalı klinik süreçlerin, iyi tanımlanmış hizmet ve malzeme veri deposunun elde edilmesinin yanında maliyet ve kalitenin hizmet sunana geri bildirimde bulunması, performansa göre ödemeyle beraber rol alırsa çok daha etkili olur. Ek olarak güven ve değer görülmek de dahil olursa kaliteli hizmet amacına ulaşmak elzemdir(Ateş vd., 2007, 275).

Bu çalışmanın birinci bölümünde öncelikle sağlık kavramı ve sistemi, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve özellikleri, en temel sağlık hizmetleri sunucusu olan hastanelerin kavram, kapsam ve organizasyon yapısı açısından incelenmeleri sunulmaktadır.

Çalışmanın ikinci bölümünde, genel anlamda performans ve performans yönetimi kavramlarından bahsedildikten sonra, performans değerlendirme yöntemleri ile ilgili literatür incelemesine yer verilmektedir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık sektöründe performans yönetiminin gelişimi ile performans ölçümü incelenmektedir.

Teorik bilgi içeren bu bölümlerin ardından son bölümde araştırmanın amacı, varsayımları ve yöntemi hakkında bilgiler sunulmakta ve araştırma bulguları değerlendirilmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMLARI

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlıklı bir çevre içerisinde sağlıklı olarak yaşamak, temel insan haklarında ilk sırada bulunmaktadır. Bu hakkın, günümüzdeki içeriğinden ayrı olsa da insanlık geçmişi kadar köklü bir tarihi vardır. Hammurabi Kanunları, bunda en iyi bilinendir. M.Ö. 2000 senesinde yaşamış olan Babil Kralı Hammurabi, kendisinin adıyla dile getirilen kanunlarda, hekimlerin sorumluluklarını ve alacakları ödülleri ifade etmiştir(Sarsenova, 2010 : 3).

Sağlık terimi çeşitli tanımlanmakla beraber bugün en çok kabul edilmiş ve evrensel olan sağlık tanımı, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) nün yaptığı ifadedir. Bu ifade, Sağlık “yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal durumdan tam bir iyilik halidir” ifadesidir (Tengilimoğlu vd. 2012: 69).

1.1.1. Sağlık Belirleyicileri

1.1.1.1. Çevre

İçinde yaşanılan çevrede doğal-fiziksel (iklim, toprak yapısı vb.) ve sosyal aktörler bulunur. Çevresel faktörler toplum sağlığına tesir etmektedir. Genel olarak çevre üç aşamada gösterilir.

A. Biyolojik Çevre

Biyolojik Çevrede mikroorganizmalar, bitki, vektörler, besinler ve hayvanlar yer almaktadır. Kolera, verem, çocuk felci vb çoğu hastalıklara mikroorganizmalar neden gösterilir. Vektörlerse hastalık oluşturan mikroorganizmaları insan bedenine koyan eklem bacaklı ve kemiricilerdir.

B. Fiziksel Çevre

İklim, toprağın içeriği, hava kirliliği, su kaynakları, atıklar vb. etkenler fiziksel çevreyi oluşturmaktadır.

C. Sosyal Çevre

Sosyo-kültürel Çevre insanların sağlığına direkt veya direkt olmayan şekilde tesirleyen, toplumun aralarındaki ilişkilerini oluşturmaya yardımcı olur.

Sosyo-kültürel Çevreyle alakalı rahatsızlıklara tüberküloz ve zührevi rahatsızlıklar (frengi ve bel soğukluğu gibi verilebilir (Tengilimoğlu vd., 2012: 71).

1.1.1.2. Davranış

Bireylerin yaşama düşüncesine başlı şekilde oluşturduğu değerler, tutumlar, davranışlar ve alışkanlıklar hayat şeklini göstermektedir. Sigara, alkol, çok yeme, hijyensizlik gibi davranışlar sağlık üzerinde etkili olmaktadır.

1.1.1.3. Kalıtım

Bir kişinin sağlığı, görünümü, kişiliği, yetenekleri, genetik yapısı ve içinde bulunduğu çevrenin etkileşimi ile belirlenir. Kişinin genleri onun potansiyelini oluşturmada çevresi ile bu potansiyeli sınırlamada veya geliştirmede etkili olur. Genlere bağlı özellikler sadece normal kişiler arasındaki farklılıkları değil, çeşitli hastalıkların ortaya çıkışını da etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 21).

1.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık Bakım Hizmetleri çevre ve kamu ajansları vasıtasıyla verilen topluma sağlık hizmetlerini oluşturmaktadır. Bunların sebep olduğu çevresel sorunlar, iş güvenliği ve barınma şartlarına engelleme diyebiliriz (Sehultz ve Tahnson, 2003:20).

1.2. Sağlık Hizmetleri

Bireylerin ve toplumların sağlığını önlemek, hastalandıklarında gereken tedaviyi yapmak, iyileşmeyip sakat durumda olanların bir başkasına bağımlı olmadan yaşamını sürdürebilmek ve bireylerin sağlık seviyelerini ilerletmek amacıyla gösterilen planlı çalışmaların bütünü “sağlık hizmetleri” dir (Danacı, 2010: 7).

Sağlık Hizmetleri, kişiye ve aileye direkt ve endirekt taraftan verilen hizmetlerinin bütünüdür. Sağlık hizmetinin hedefi (Taşkırın Mohammad, 2007: 50):

1. Sağlık talebi oluşmasını sağlamak
2. Toplumun sağlık standartlarını yükseltmek
3. Kişilerin hastalığını önlemek amacıyla gereken önlemleri almak
4. Hastaların en kısa zamanda sağlıklarına ulaşmasını sağlamak
5. Hastaların ve sakatların iyileştikten sonra uyum göstermelerini sağlamak

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

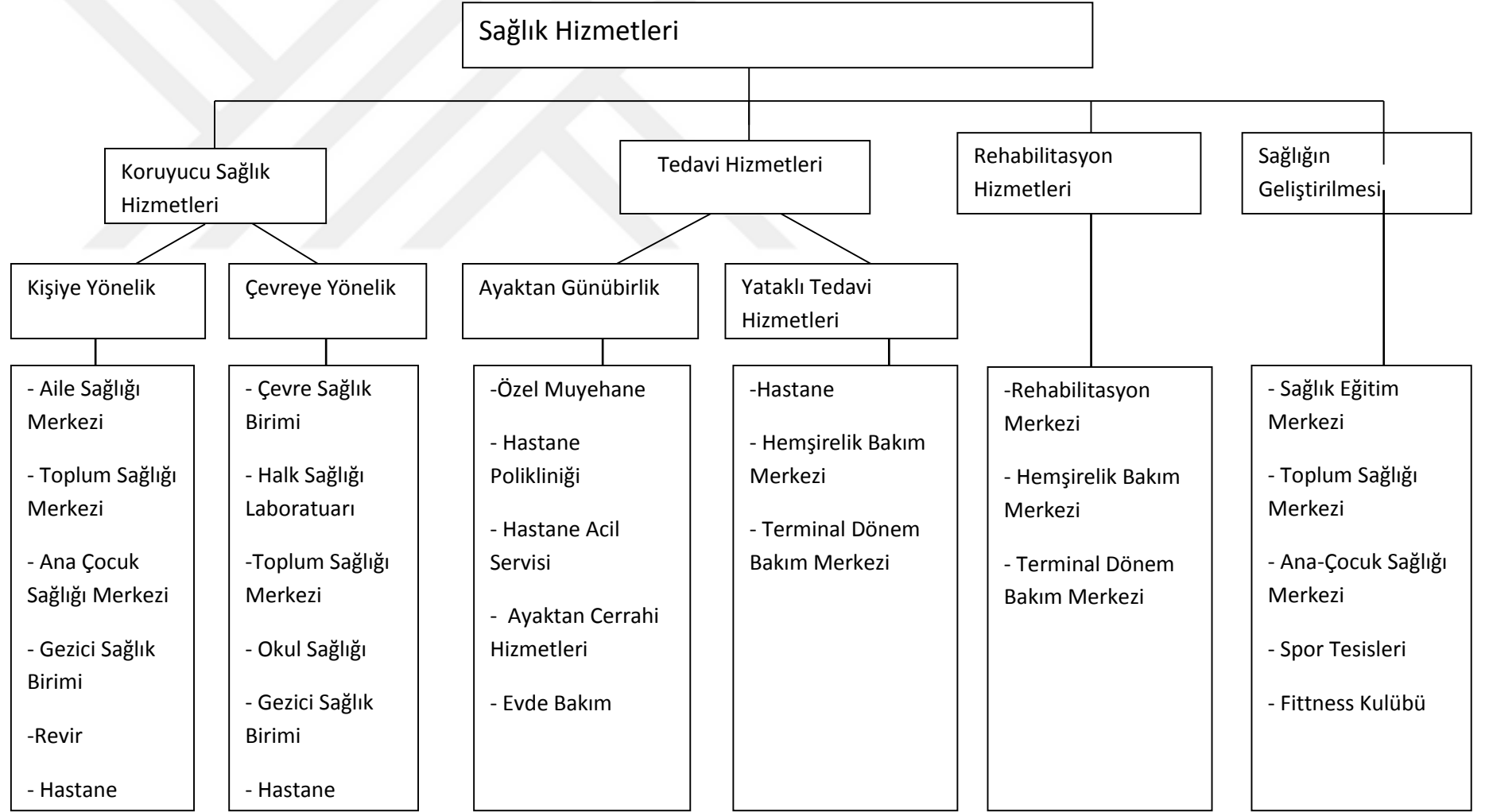
Sağlık ekonomisinin ayrı bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına neden olan faktörlerin başında, sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri yer almaktadır (Alpugan, 1981: 68).

Bu özellikler şöyle sıralanabilir (Odabaşı, 2001: 27-29, (Pala, 2008: 29-32)).

1. Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.
2. Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.
3. Sağlık hizmeti ertelenemez.
4. Sağlık hizmeti boyutunu ve kapsamını hizmetten yararlanan değil, hekim belirler.
5. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışları irrasyoneldir.
6. Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek çok zordur.
7. Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır.
8. Sağlık hizmetinin çıktısı paraya çevrilemez.
9. Diğer özellikler (garantisi yoktur, önceden test edilemez, hasta tolere edilemez, hizmetlerin yetersizliği toplumsal sorunlara yol açar, dışsal fayda ya da zarar söz konusudur, vb.).

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; 4 grupta toplanmaktadır: Bunlar koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir.



Şekil 1. Bütüncül sağlık hizmeti sunan kurumlar

1.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu Sağlık Hizmetleri; toplumun epidemiyolojik, demografik, ekonomik ve sosyo-kültürel yapısı doğrultusunda sağlık önceliklerinin belirlenerek, koruyucu, önletici ve sağlık düzeyini arttırıcı yönde çalışmaları içermektedir. Bu hizmetler klasik olarak iki grupta incelenmektedir (Özata, 2004:7).

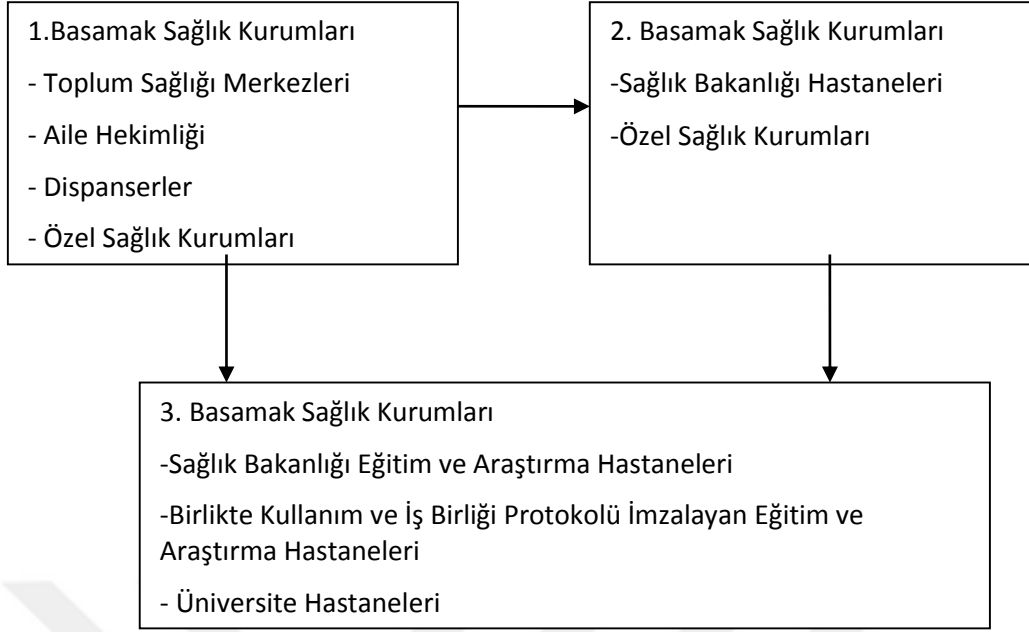
I. Kişiyeye Yönelik Hizmetler: Anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi ve hijyenin gösterilip öğretilmesi, bağışıklık projeleri, ilaçla önleme, yeterli ve dengeli beslenmenin oluşması, erken tanı, çalışan sağlığı ve çalışan güvenliği çalışmalarından oluşmaktadır.

II. Çevreye Yönelik Hizmetler: Çevrenin ve hava kirliliğinin önüne geçme çabaları, radyasyondan sakınma, atıkların insan sağlığına zarar vermeden yok edilmesi çabaları, temiz suyun sağlanması, gıda maddelerin sağlığa uygun şekilde üretilmesi, hijyen koşullarına göre konut temini, vektör denetimi ve salgın hastalıkların önüne geçme çalışmalarını içine almaktadır.

1.2.2.2. Tedavi Edici Hizmetler

Tedavi hizmetleri sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlıklarına ulaşmalarını sağlamak üzere verilen hizmetlerdir. Bu tür hizmetler hekim sorumluluğunda, diğer sağlık personelinin de katkıları ile gerçekleştirilir (Kısa, 2002:31).

Kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç kademeye ayrılır (Tengilimoğlu., 2012: 82).



Kaynak : Çankaya, 2013 : 48

Şekil 2. Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar ve İş İlişkileri

1.2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalıklardan sonrasiki devrede, sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle, günlük yaşamını sürdüremeyen ve iş gücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanmaktadır (Akdur, 1998: 14).

Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettikleri bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 83).

I. Tıbbi Rehabilitasyon

Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artırılması amacıyla verilen hizmetlerdir (Tengilimoğlu vd., 2012: 83).

II. Sosyal Rehabilitasyon

Sağlığı ve özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Hayran, 1997: 18).

1. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirmesi hizmetleri sağlıklı bireylerin sağlık düzeylerini iyi seviyelere yükseltilmesi için verilen hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesinde ana sorumluluk bireydedir (Kısa, 2002 : 37). Kişiler kendi yaşam biçimlerini geliştirerek sağlık durumlarını daha üst seviyelere çıkarabilirler. Örneğin kişinin spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, sağlığı bozucu rafine gıdaların tüketiminden uzak durması ve kişisel hijyen sağlaması sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayabilecektir (Tengilimoğlu vd., 2012 : 84).

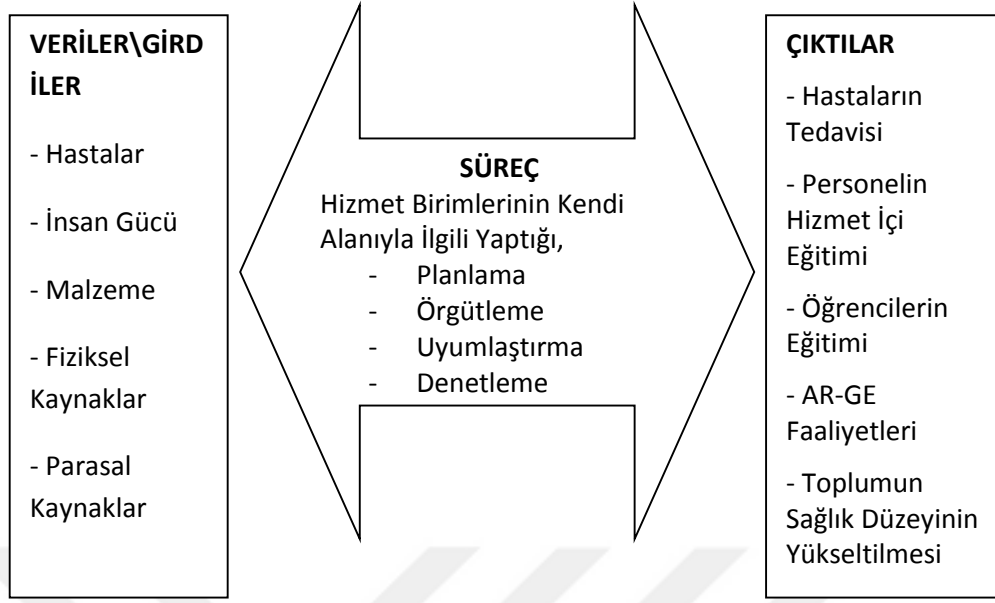
1.3. Sağlık Kurumlarının Sınıflandırılması

1.3.1. Hastanelerin Tanımı

İşletme çeşitlerinden biri olan ve hizmet üreten hastaneler pek çok şekilde tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hastaneleri, müshade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlar olarak tanımlanmaktadır (SB, 1992 : 193).

Hastaneleri, sistem yaklaşımıyla da tanımlamak mümkündür. Buna göre hastaneler dinamik , değişken bir çevre içinde aldıkları verileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye geri veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin verileri insan gücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesine katkıda bulunmaktadır. Dönüştürme süreçleri ise planlama, örgütleme, kontrol ve yeniden düzenleme etkinliklerini içermektedir (Seçim, 1991 : 6).



Kaynak: (Danacı, 2010: 18)

Şekil 3. Hastane Sistemi

1.3.2. Hastanelerin Temel Özellikleri

Shotell ve Kaluzny' ye göre (aktaran Kavuncubaşı, 2000 : 52) sağlık hizmeti kurumlarının belirleyici özellikleri;

- Çıktının tanımlanması ve ölçümü zordur.
- Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karışık ve değişkendir.
- Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin çoğu acil ve göz ardı edilemez.
- Yapılan işler dikkat ve özen ister.
- Sağlık kurumlarında uzmanlaşma düzeyi oldukça yüksektir.
- Sağlık kurumlarında eşgüdüm fazla “ Bu sebeple çeşitli meslek gruplarının faaliyetleri arasında aşırı şekilde koordinasyon fazladır.
- İlk sırada bütün sağlık kuruluşlarında tek otorite bulunmaz. Bu durum koordinasyon, denetim ve anlaşmamaya sorunlarına sebep olmaktadır.
- Sağlık kurumlarında insan kaynakları bilinçli çalışanlardan meydana gelir ve bu bireyler kurumsal amaçlardan ziyade mesleki amaçlara değer verir.

1.3.2.1. Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri

Organizasyon tarafından baz alındığında hastanelerin özellikleri şöyle söylenebilir. (Seçim, 1991: 19-27):

- Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır.
- Hastaneler karışık yapıda, açık hareketli organizasyonlardır.
- Hastaneler eşgüdümle faaliyette bulunan organizasyonlardır.
- Hastaneler günde 24 saat hizmet verir.
- Hastane çalışanının önemli payı bayanlardan oluşur.

1.3.2.2. Hastanelerin İşlevleri

Amaç ve misyonları durumuna göre değişmekle beraber hastanelerin 4 temel görevi vardır. (Kavuncubaşı, 2000 : 76-77; Tengilimoğlu vd., 2012 : 181)

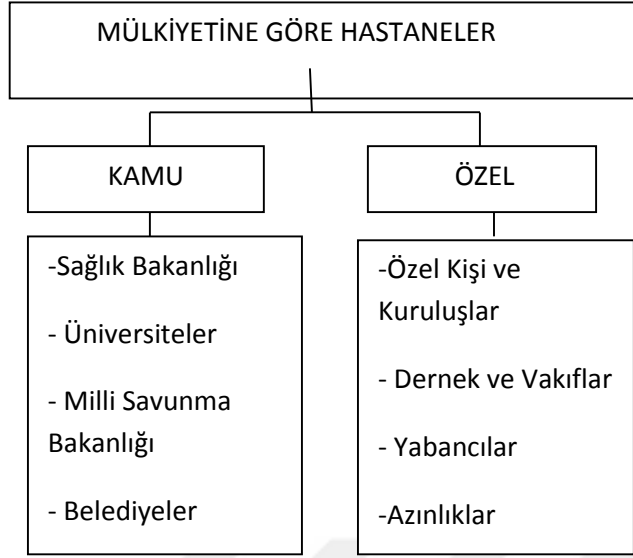
- 1.Tedavi hizmetleri
- 2.Önleyici ve geliştirici sağlık hizmetleri
- 3.Eğitim
- 4.Araştırma

1.3.2.3. Hastanelerin Sınıflandırılması

Günümüzde her alanda yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık işletmeciliği bağlamında ele aldığımız hizmetler çok çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir (Çankaya, 2013 : 97). Bunları kısaca özetleyecek olursak :

1.3.2.4. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Mülkiyet durumuna göre Türkiye’deki hastaneler Sağlık Bakanlığına, Üniversitelere, Belediyelere, Yabancılarla, Azınlıklara ve özel kesime ait hastaneler şeklinde gruplandırılabilir.



Kaynak: (Tengilimoğlu vd., 2012: 182)

Şekil 4. Mülkiyet Esasına Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

1.3.2.5. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Hastaneler genişledikçe bazı yeni hizmet gruplarına gerek duyulacak ve bazı birimlerde gerekli genişliğe ulaşacaklarından kuruluşlarda yenilikler olacak, bununla beraber hastanede idari yapıların ve pozisyonların sayısında çoğalmalar görülebilecektir. Büyüklük durumuna göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler şeklinde gruplandırılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012 : 183). Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında Türkiye’ de yakın gelecekte 1500 yatak ve üstü hasta yatağı kapasitesine sahip şehir hastaneleri ve bölge hastaneleri de yerini alacaktır (Çankaya, 2013 : 98).

1.3.2.6. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler

Hastaneler kalış süresine göre hastaneler, kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olmak üzere 2’ye ayrılır. Kısa süreli hastaneler, hastaların %50’ den çoğunun 1 aydan az hastanede bulunduğu hastanelerdir. Türkiye’ deki Devlet Hastaneleri buna örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli hastanelerse hastaların yarısından fazlasının 30 günden fazla hastanede bulunduğu hastanelerdir. Psikiyatri ve tüberlkoz hastaneleri bu gruba girmektedir (Alptekin, 2007 : 22).

1.3.2.7. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

Hastaneler, eğitim statüsü bakımından eğitim hastaneleri ve eğitime amaçlı olmayan hastaneler olarak ikiye ayrılır. Eğitim hastaneleri, tanı ve tedavi hizmetleri yanında sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetlerde sağlamaktadırlar. Türkiye’ de hekimlerin uzmanlık eğitimi, yalnızca eğitim hastanelerinde verilmektedir. Eğitim amacı olmayan hastanelerde ise geleneksel teşhiss ve tedavi hizmetlerini sunulmakla birlikte, sınırlı ölçüde uygulamaya yönelik eğitim (staj) hizmetleride verildiği görülmektedir(Kavuncubaşı, 2000 : 77-78).

1.3.2.8. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Hastaneler akredit edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olarak ayrılır. Türk Akreditasyon Kurumu kendisine başvuru yapan kurumlara belli bir ücret karşılığında akreditasyon hizmeti ve eğitimi vermektedir.

Akreditasyon, sağlık kuruluşunun hizmet kalitesini iyileştirmek için tasarlanmış bir kuruluşun organizasyon ve hasta odaklılığı karşılayıp karşılamadığının bağımsız bir kuruluş tarafından değerlendirildiği bir süreçtir. Etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracıdır (Tengilimoğlu vd., 2012 : 185)

1.3.2.9. Hizmet Basamaklarına Göre Hastaneler

Hastaneler genel ve özel dal hastaneleri şeklinde 2’ye ayrılır. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastalar kabul edilen hastanelerdir. Özel Dal Hastaneleri ise belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ya da belirli bir hastalığa yakalananların müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehalibitasyonların yapıldığı hastanelerdir (Tengilimoğlu vd., 2012 : 187)

1.3.2.10. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

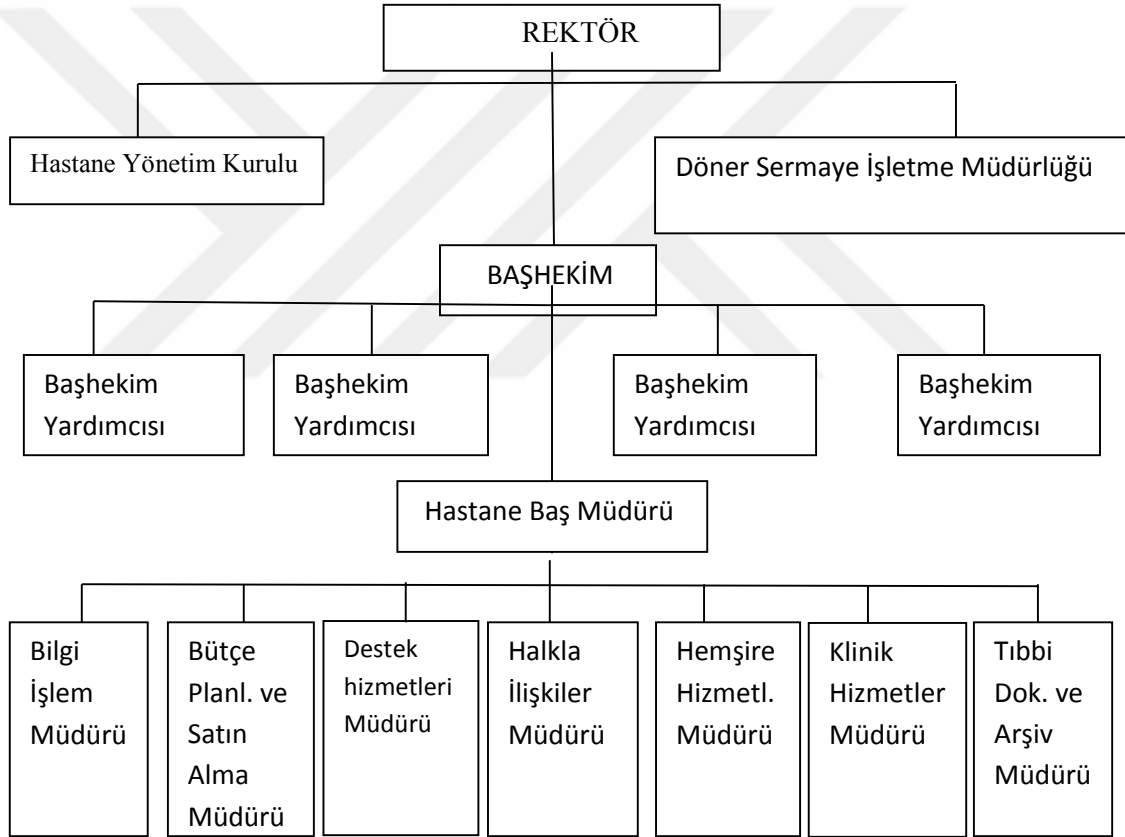
Hastaneler birinci, ikinci, ve üçüncü basamak hastaneler şeklinde üç’e ayrılır. Tedavisi kısa süren, ileri teknolojik donanım gerektirmeyen, basit hastalıkların tedavi edildiği hastaneler birinci basamak hastanelerdir. İkinci basamak hastanelerse , birinci basamakta tedavisi mümkün olmayan hastalıkları tedavi etmektedir.Üçüncü basamak hastanelerde ise gelişmiş teknolojik donanıma ve olanaklar bulunmaktadır (Kavuncubaşı, 2000 : 79-80).

1.3.3. Ülkemizde Hastanelerin Organizasyon Yapısı

Türkiye’ de hastanelerin büyük bir kısmını Sağlık Bakanlığına bağlı olarak hizmet üreten devlet hastaneleri oluşturmaktadır. Diğer hastaneler Milli Savunma Bakanlığı, özel ve tüzel kişiler, yabancılar, azınlıklar, belediyeler ve üniversitelere aittir (Tengilimoğlu vd., 2012 :187).

1.3.3.1. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastanelerinin de yönetim ve organizasyon açısından tam bir standardı yoktur. Üniversitelere göre farklılık göstermekle birlikte genel bir organizasyon yapısından söz edilebilir.



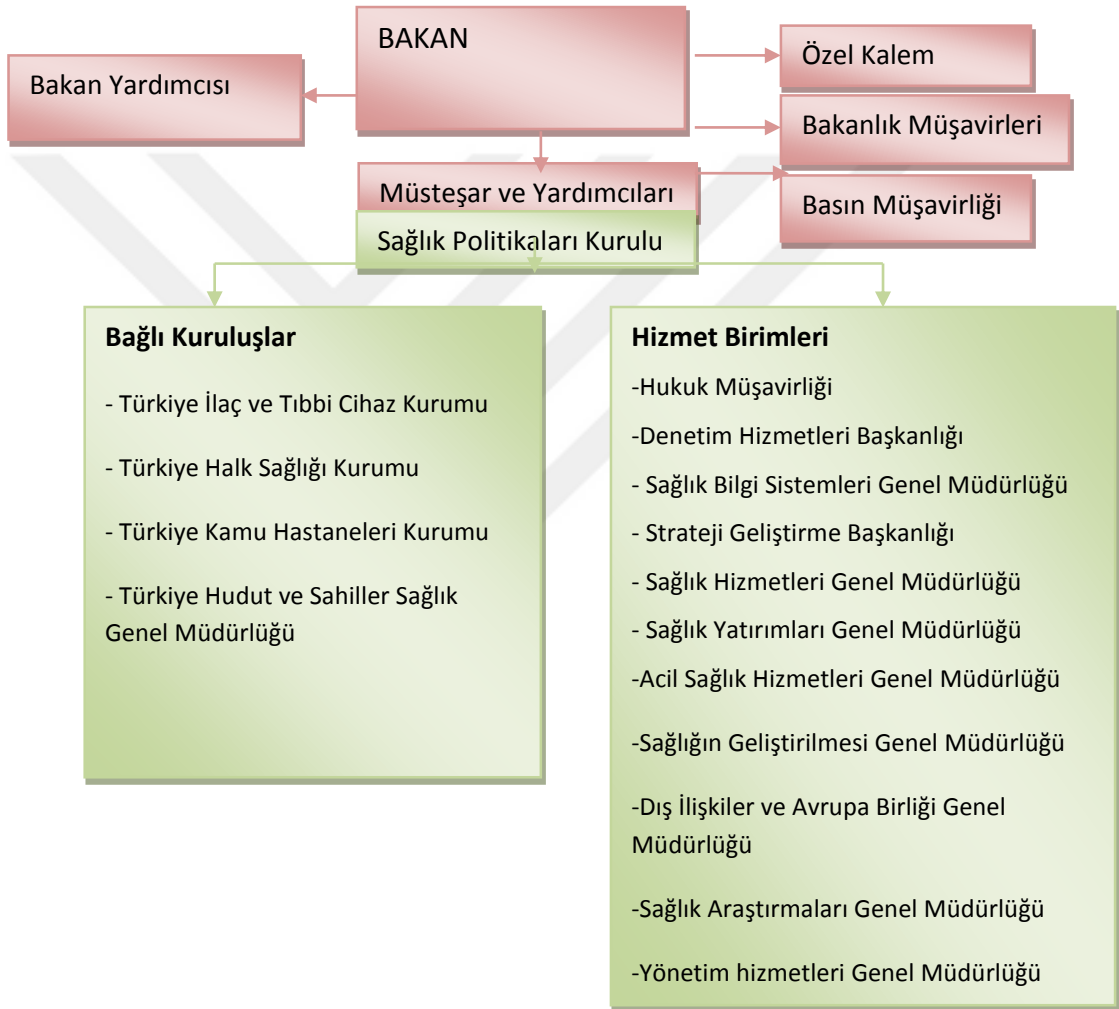
Not: Alt müdürlükler üniversitelere göre farklılık gösterebilirler.

Kaynak (Tengilimoğlu vd., 2012 : 190)

Şekil 5. Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması Örneği

1.3.3.2. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin şematiği 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı mükerrer Resmi Gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) göz önüne alınıp oluşmuştur. Bu, Sağlık Bakanlığı'nda merkez ve taşra yönetiminde büyük değişim ve gelişim başlamıştır (Çankaya, 2013: 102).



Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/belge/1-15207/teskilat-semasi.html>

Şekil 6. Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şemasi

Bakanlığın hizmet birimleri aşağıda gösterilmektedir:

Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü

Acil Sağlık Hizmetler Genel Müdürlüğü

Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü

Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü

Dış ilişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü

Hukuk Müşavirliği

Denetim Hizmetleri Başkanlığı

Strateji Geliştirme Başkanlığı

Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

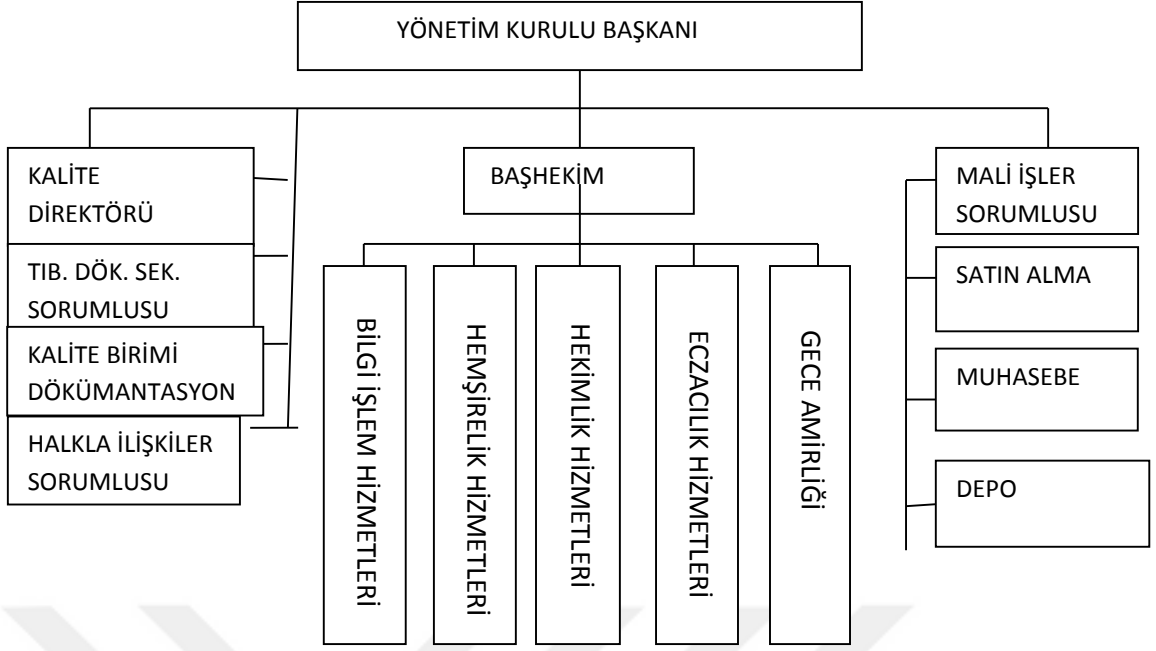
Özel Kalem Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı Hastaneleri, Türkiye Kamu Hastaneleri kurumu ve bu kuruma bağlı şekilde şehirlerde kurulan Kamu Hastane Birlikleriyle idare edilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012 : 190)

1.3.3.3. Özel Hastaneler

Özel Hastanelerin organizasyonu ve yönetiminde belirli bir format yoktur. Özel hastanelerin üst yöneticisi mesul müdürdür. Hekim olması zorunlu olan mesul müdür, özel hastanelerin Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Müdürlüğü ile ilgili bütün iş ve istemlerinde birinci derecede muhataptır (Tengilimoğlu vd., 2012 : 206)

Özel hastaneler, genel hastaneler ve dal hastaneleri olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmıştır. Ayrıca özel hastanelerin minimum 25 yataklı olması öngörülmüştür. Son yıllarda sağlık sisteminde özel hizmetlerin önünün açılmasıyla, asıl kapasite değerlendirilerek, sistem halkın sağlık hizmetlerine açılmıştır. Daha önceden sadece Bağ-Kur ve SSK' lı hastaların kullanımına açılan bu kurumlar, sonradan Emekli Sandığı ve aktif çalışan devlet memurlarının da kullanımına açılmış olup, kurum ve sayıları hızla artmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2008 yılı verilerine göre halen 390 özel hastane mevcut olup, bu hastanelerde 21.175 yatak bulunmakta ve 8.907 uzman hekim görev yapmaktadır. Açılmak için işlemi devam eden hastane sayısı ise 218 dir. Tüm hastanelerin yatak sayıları içerisinde %9.0 luk bir paya sahiptir (Tengilimoğlu vd., 2012 : 206).



Kaynak : (Çankaya, 2013 : 112)

Şekil 7. Özel Hastane Teşkilat Şeması

İKİNCİ BÖLÜM

2. PERFORMANS, PERFORMANS YÖNETİMİ VE PERFORMANS DEĞERLENDİRME SİSTEMİ

2.1. Performans Kavramı ve Tanımı

Zamanımızda örgütlerde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, çalışanlara verilen görevlerin ne ölçüde gerçekleştirildiğinden ya da onların iş görme yeteneklerinin ne olduğunun belirlenmesidir.

Bu da, örgütlerde özellikle performans kavramının örgütlerde hızla önem kazanmasına yol açmıştır (İdrissova, 2009: 47).

Performans, bir çalışanın kendisine verilen iş ya da görevi belirli bir zaman kesiti içerisinde yerine getirmek suretiyle elde ettiği sonuçlardır (Özgen vd., 2002 : 209).

Performansa sağlık işletmeleri tarafından bakıldığında konuya büyük bir çoğunlukla “hizmetin kalitesi” yönüyle bakılmakta ve kalite ve performans terimleri eşit görülmektedir. Bu bakış açısı içinde JCAHO’ ya göre performans, doğru işi iyi yapmaktır (Pakdil, 2007: 119)

Genel anlamda bakıldığında performans amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edilen, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Akal, 2000:1).

2.2. Performans Yönetimi

Çalışanların görevlerinin gerektirdiği doğrultuda yetkinliklerinin ve belirli konularda kendileri için oluşturulan hedefi gerçekleştirmelerini ölçmek suretiyle verimliliklerini ölçmek ve arttırmak anlamı taşır. Performans yönetimi, bir örgütte insan kaynaklarının örgüte olan katkıyı arttıracak şekilde, sosyal ve etik ilkelere de uyularak yönetilmesidir (Tengilimoğlu vd., 2012 : 383).

Genel olarak performans yönetiminin üç temel hedefi vardır(Bingöl, 2006:321)

Örgütsel etkinliği iyileştirmek.

İş görenleri motive etmek.

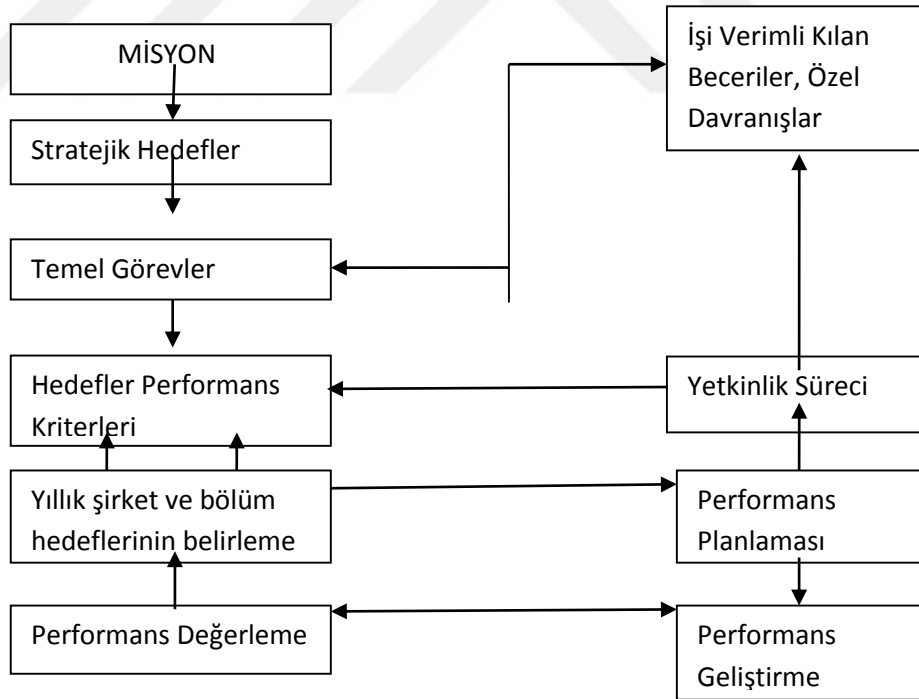
Eğitim ve geliştirmeyi zirveye taşımak.

2.2.1. Performans Yönetiminin Tarihçesi

1900' lü yılların başında A.B.D.' de kamu hizmeti veren kurumlarda organizasyonlarda çalışanların performanslarının sistematik ve biçimsel olarak değerlendirilmesinin ilk örneklerine rastlanılmaktadır. Daha sonraki dönemde F.Taylor' un iş ölçümü uygulamaları aracılığıyla çalışanların verimliliklerini ölçümlemesi sonucu performans değerlendirme kavramı organizasyonlarda bilimsel olarak kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye' deki uygulamalarda ilk kez kamu kesiminde başlamış olup, konuya özel sektörün ilgisinin artması işletme biliminin ülkemizde yaygınlaşması, modern yönetim tekniklerinin tanınması ile birlikte olmuştur. Özellikle son 20 yılda giderek gelişmiş ve 4857 sayılı ve son 15 yasaının 2003 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte çalışanların iş sözleşmelerinin sona erdirilmesinde performans değerlendirme sistemi sonuçlarının yasal bir belge niteliği kazanmasıyla işverenlerin konuya ilgisi son yıllarda daha da artmıştır (Uyargil, 2013: 211)

2.2.2. Performans Yönetimi Süreci

Performans yönetim gidişatını şöyle gösterilebilir;



Kaynak: (Budak, 2008: 411).

Şekil 8. Performans Yönetimi Süreci

2.3. Performans Ölçümünde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Başarılı bir şekilde performansı ölçebilmek için birtakım sonuçlar elde etmek mümkündür. Bunun bir kısmı şöyle özetlenebilir (Ateş, 2007: 13-14):

- İyi bir performans ölçüm ve idaresinin iletilmesi baya süre alacağından, pilot projelerle adım atmak ve gidişatı parçalara bölmek faydalı olabilir.
- Küçük adımlarla başlamak
- Başarılarla yoğunlaşarak başarılı uygulamaları takdir etmek ve başka birimlere de uygulama imkânını oluşturmak.
- Bütün çalışanları performans yönetim sisteminin anlamı, ne şekilde yürütüleceği ve olabilecek, sonuçları hakkında bilgilendirmek
- Sistemi uygulayacak temel grubu iyi belirlemek, iyice eğitmek ve yerine getirmek için görev vermek.
- Sistemin başlangıcında çalışanın bu sistemden zarar elde edeceği endişesi yaratmamak.
- Performansı kolay ölçülebilecek birim ve çalışanlardan başlayarak, diğerlerini sonradan ölçmek.
- Bütün kuruluşların veya birimin koşullarına önem veren bir sistem oluşturmak.
- Kurumda performans yönetimini özümseme düşüncesi oluşturmak.
- Performans ölçümünü resmi yönetim mekanizmalarıyla anlamlandırmak. Böylece performans bilgisinin düzenli bir şekilde raporlanması ve bütçeleme, ücretlendirme ve artırma gibi yönetsel işlemlerde uygulanmasıyla olabilir.
- Sağlık hizmetlerinin devamını sağlamanın maliyeti konusunda çok açıklık ve hesap verebilme imkânı geliştirmek. Çok açıklık ve hesap verebilme, performans yönetim sisteminin ana damarıdır. Böylece sisteme vatandaş desteklenebilecek, yönetsel manipülasyonlar da en asgari olabilir.
- Kimse bir kurumu, performansını gözlemlemeden uzun vadede idare edemez. Performans gün geçtikçe ve beklentilerin çoğalmasıyla değişip gelişen hareketli bir sistem olduğundan, performans ölçüm ve yönetim sisteminin de sürekli takip edilmelidir.

2.4. Performans Değerlendirme

Genel olarak değerlendirme terimi ‘ bir şeyin nitelik ve niceliğine yönelik olarak yapılan çalışma sonucu varılan yargı ’ şeklinde adlandırılmaktadır (TDK, Büyük Türkiye Sözlük).

Performans değerlendirme; bir şirkette yaptığı iş neyse iş görenlerin çalışmalarının, etkinliklerinin, yeterliliklerinin, farklılıklarının bir arada göz önüne alınmalıdır. Bir idarecinin planlanmış şekilde, karşılaştırma ve ölçmeyle iş görenlerin performanslarını değerlendirme aşamasıdır (Bayraklaroğlu, 2008: 103).

İnsan kaynakları yönetiminin en önemli işlevleri arasında Performans değerlendirmeyi sayabiliriz. Kişinin bir konudaki başarısını ve etkinliğini ölçmeye yönelik araştırmalar, performans değerlendirmeyi meydana getirmektedir. Başarı ve etkinliği ölçmekse zordur. Zorluğun nedeni, değerlendirmenin bireye yönelik ve performans ya da başarının öznel bir kavramı bulunmasıdır (Nas, 2006 : 22).

2.4.1. Performans Değerlendirmenin Amacı

Performans değerlendirme yapmanın iki temel amacı vardır. Bu amaçlardan birincisi, iş performansı konusunda bilgi edinmektir. İkincisi de çalışanların iş tanımlarında gösterilen şartlara ne kadar yaklaşıldığına ilişkin geri bildirim sağlamaktadır (Polmer,1993 : 10).

İşletmeyi oluşturan sermaye, iş gören, yönetim ve örgüt öğelerinin “büyüme”, “kararlılık” ve “etkileşim” gibi ana amaçların gerçekleşmesine katkıda bulunan performans değerlemesinin önemli amaçları aşağıda verildiği gibi sıralanabilir (Bingöl, 1998 : 228)

- Tedarik, seçim ve yerleştirme işlemlerinin geçerliliğini belirlemek.
- İş görenlerin özelliklerini analitik bir incelemeden geçirip kendilerini en uygun işlere yerleştirmek,
- Terfi ve nakillerde nesnel ölçütlere göre seçim yapmak,
- İş görenlerin kendi değerlerini ve başarılarını tartmalarını sağlamak,
- Yapılacak ücret artışları, prim ve karara katılma konularındaki uygulamalarda nesnel ölçütler sağlamak,
- Eğitime ihtiyacı olanları belirlemek ve hizmet içi eğitimde hangi konulara ağırlık verileceğini açığa kavuşturmak,
- İşten çıkarılacak iş görenleri belirlemek,

- Yöneticilerin dengeli ve tutarlı kararlar vermelerini kolaylaştırmak,
- Gözetimi etkinleştirmek,
- Yeni iş görenleri denetlemek,
- İş görenleri iyi olmayan yönleri ve uygun olmayan davranışları konusunda uyarmak,
- Dürüst bir yönetim anlayışını yayarak güven yaratmak ve iş gören moralini yükseltmek.

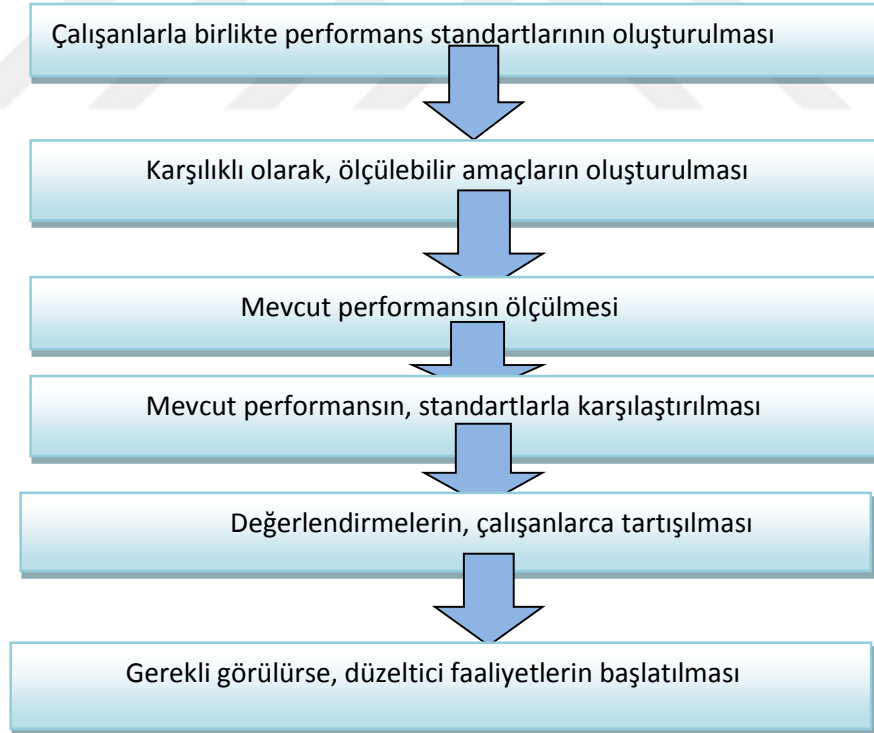
2.4.2. Performans Değerlemenin Süreci

Performans değerlendirme kolay bir yönetim uygulaması değildir. Performans değerlemenin süreç olarak görünümü üç temel davranış safhasını gerekli kılar (Öge ve Şimşek : 315):

Performans standartlarının belirlenmesi

Performans değerlendirme sisteminin seçilmesi

Elde edilen bilgilerin kullanılması



Kaynak: (Erdoğan, 1991: 170)

Şekil 9. Performans Değerleme Süreci

2.4.3. Performans Değerlemenin Yararları

Performans değerlemenin, tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de birçok yararları mevcuttur. Bu yararları sağlık yöneticiler, sağlık çalışanları ve sağlık işletmeleri açısından şu şekilde sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2012 : 387-388);

Sağlık yöneticileri açısından;

Çalışanlarla, yöneticilerin anlaşabilmesi ve iletişimin güçlenmesi,

Personelin güçlü ve zayıf taraflarının ortaya konulması, personeli hizmet içi eğitime konması,

Astlarını daha yakından tanıdıkça, yetki devri kolaylaşır,

Değerlendirme için bolca fırsat,

Düzeltilici önlemler için bolca fırsat,

Yöneticilik becerisini sergileme olanağı kazanmak.

Sağlık çalışanları açısından;

Çalışanların kendine güvenlerini oluşturması ve artması,

Kurumun ve çalışanın çalıştığı birimin amaçlarının tartışılması,

Çalışanın kendi rolünü yapıp yapmadığının kontrol edilmesi,

Çalışanların güçlü ve zayıf taraflarını öğrenmeye imkânı tanınması,

Çalışanların devamlı kendini geliştirme ihtiyacı hissetmesi.

Sağlık işletmeleri açısından;

Birimlerin performanslarının iyileştirilmesi,

Verimliliğin artırılması,

Sunuşlan hizmetlerin kalitesinde yükselme oluşturması,

Ücretlendirmenin gerçekliğe uyumla oluşması,

Çalışanların motivasyon seviyelerini tespit ve amaçları yerine getirmesi.

2.5. Performans Değerlemeyi Kim ya da Kimler Yapar

Performans yönetimi sisteminde değerlendirmelerin kim ya da kimler tarafından yapılacağı organizasyonun yönetim ve insan kaynakları politikalarına bağlı olarak seçilecek değerlendirme tekniğine göre belirlenir. Ancak, değerlendirmeleri yapacak kişi ya da kişilerin iş görenlere yeterli bir süre gözlemlene olanağı ve performanslarına ilişkin gerekli bilgiyi elde etmiş olmalıdır (Uyargil, 2013 :223).

Değerlendirmenin İlk Üst Tarafından Yapılması

Organizasyonların çoğunda astın ilk üstüyle olan fonksiyonel ve kişisel konumu, en isabetli değerlendirmenin ve geri dönüş sağlamanın ilk üst tarafından yapılabileceğini ortaya koymuştur. Organizasyon da bireyin ilerlemesinde yalnız üstün ön planda olması da formal bir değerlendirme sistemiyle basitleşecektir. Astının yüksek seviyedeki görevlere hazır olup olma durumuna göre ya da ne şekilde hazırlanması gerektiğine ilk üst tarafsız bir şekilde karar verdiği sürece astıyla ilişkileri daha ilerleyecektir. Uygulanma yaygın olmasına rağmen, incelemelerin ilk üstün yapması halinde bazı sorunlar görülmektedir (Uyargil, 2013 : 223-224). Bu sorunlar :

Astlar ilk üstün ceza ve ödül yetkisini açık seçik görmekten ve bu yetkiyi performans değerlendirme sistemi yolu ile kullanıyor olmasından rahatsız olabilirler.

Eğer değerlendirme süreci tek yönlü işliyor, gerekli yönlendirme ve geri besleme üst tarafından sağlanmıyorsa, değerlendirme sonuçlarının olumsuz olması halindeast savunmaya geçerek davranışlarının haklılığını kanıtlamaya çalışabilir.

İlk üst asta geri besleme sağlama konusunda gerekli becerilere sahip olmayabilir.

Yukarıda belirtilen bu sakıncaları bir ölçüde önlemek amacı ile bazı performans değerlendirme sistemlerinde birden fazla kişi değerlendirmeye katılabilir. Örneğin ilk üstün kendi yöneticisi, departman ya da birim yöneticisi vb. de değerlendirmelere katılabilir.

Kişinin Kendini Değerlendirmesi

Uygulamada sadece kişinin kendini değerlendirmesine dayanan sistemlere organizasyonlarda rastlanılmamaktadır. Ancak ilk üstün/üstlerin yaptığı değerlendirmelerin yanı sıra, kişiye kendini değerlendirmek pek çok yöneticinin başvurduğu yollardan biridir. Sistem formül olarak böyle bir değerlendirme gerektirmese de, birçok yönetici astlarının kendilerini nasıl algıladıklarını öğrenmek ve kendi görüşleri ile astın görüşlerini karşılaştırmak için bu yola başvurmakta ve bir yolun sistemin işleyişine yararı olduğunu belirtmektedir. Kişinin performansının dönemsel hedeflerle değerlendirildiği sistemlerin bir gereği olarak uygulanan kişinin kendini değerlendirmesi, bunun dışındaki sistemlerde, özellikle kişinin performansına ilişkin geri-beslemenin yüz yüze görüşmelerle kendisine verilmediği durumlarda, dikkatli bir biçimde ele alınması gereken bir husustur (Uyargil, 2013 : 224-225)

Değerlendirmenin İş Arkadaşları (Eşitler) Tarafından Yapılması

Bu tür değerlendirmelerin temelinde, aynı ya da birbiri ile ilişkili işleri yapan ve birlikte çalışanların birbirlerini iyi tanıyacağı ve performanslarını en iyi gözlemleyebileceği amacı vardır. Bu konu hakkında yapılan araştırmalar da eşitlerin birbirleri hakkında geçerli ve güvenilir veriler sağladığını göstermiştir (Uyargil, 225)

Değerlendirmenin Astlar Tarafından Yapılması

Astların kendilerini nasıl algıladıklarını görmeleri açısından yararlı bir yol olarak düşünülebilirse de, çoğunlukta astları tarafından değerlendirilmekten hoşlanmamakta ve bu gibi uygulamaları tepki ile karşılanmaktadır. Bu yaklaşım çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan çok rastlanan biri astların yöneticilerinin daha çok kişilik özellikleri ve kendi ihtiyaçlarına karşı ne kadar duyarlı davrandıklarına ağırlık vererek, organizasyon hedeflerini dikkate almadan değerlendirme yapmak istemeleridir veya üstü ile çatışmaya girmekten çekinenler, değerlendirmelerinde olumlu derece/puanlara yönelmektedirler (Uyargil, 2013 :226)

Değerlendirmelerin Müşteriler Tarafından Yapılması

Müşterilerin davranış şekilleri, firmanın başarı seviyesinin göstergesi şeklinde ele alınmaktadır. Böylece firmalar bu önemli girdiyi bir performans kaynağı şeklinde değerlendirebilmektedir (Mondy vd., 2002 : 287).

Bir takım kurumlar müşterilerinin performansına göre değerlendirmesinden terfi, ücret artışı, eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesinde yararlanabilmektedir. Bunun bir başka faydası, işletme-müşteri birlikteliğinin bu adım ile köklü temellere dayandırılmasıdır. Personele ilişkili şekilde müşterinin düşüncesini bildirmesi söylendiğinde müşteri işletmeye fazlaca bağlamakta ve işletme ile müşteri ilişkisi güçlenmektedir (Uyargil, 2013 : 226)

360 Derece Değerleme

Bir kişinin değerlendirmede bulunması sonucu kaynaklanan hataları en aza indirmek için son zamanlarda değerlendirme süresine birden çok kişiyi katan 360 derece performans değerlendirme yöntemi baya dikkat çekmektedir (Özmen ve Üzmez, 2007 : 20). 360 derece değerlendirme; çalışanların yöneticileri, iş arkadaşları, müşterileri, kendisi, astları, meslektaşları ve tedarikçileri tarafından değerlendirmesini isteyen

değerlendirme şeklidir (Byars ve Rue2003 : 253). Çalışanların çok kişi tarafından değerlendirilmesi sebebiyle objektifliğin çok iyi görüldüğü değerlendirme şeklidir (Bayraktaroğlu, 2008:116).

2.6. Performans Değerleme Yöntemleri

Birçok yöntem ile kişilerin performans düzeyleri belirlenebilir. Bazıları performans değerlendirme kavramının ilk uygulama örneklerinde kullanılmaya başlanmış olan ve günümüzde de klasik olarak adlandırılacak yöntemlerdir. Bazılarıysa, klasik değerlendirme yöntemlerinin uygulamada karşılaştığı sorunları çözmek ve daha objektif değerlendirmeler yapabilmek için geliştirilmiş çağdaş/modern yöntemler olarak adlandırılan yaklaşımları içermektedir. Bundan dolayı ilgili literatür incelendiğinde, bazı yazarların değerlendirme yöntemlerini bu iki yaklaşım içinde ele aldıkları görülmektedir (Dicle, 1982: 42).

2.6.1. Karşılaştırma Yöntemleri

Karşılaştırma yöntemleri “sıralama yöntemi”, “çift sıralama yöntemi” ve “zorunlu dağıtım yöntemi” olarak adlandırılan yöntemlerden oluşur.

Sıralama Yöntemi: Uygulaması en kolay yöntemdir. Değerleyicinin çalışanların başarıları göz önüne alınarak şekillendiği bu tekniğin amacı, personeli bir başka personelle karşılaştırmaktır. Örneğin çalışanlar iş birliği, tutum, kişisel girişim gibi niteliklere göre en iyi olandan en zayıfa doğru sıralanır (Öge ve Şimşek, 2011 : 322)

Çift Sıralama Yöntemi: Sıralama yöntemine nazaran daha sağlıklı bir değerlendirmeyle sonuçlanan ikili (adam-adama) karşılaştırma yönteminde, her bir kişi diğeriyle tek tek karşılaştırılır. Kişi sayısı arttıkça karşılaştırma sayısı da artar. Yöntemin kullanımı kalabalık gruplar için kullanışlı değildir (Tengilimoğlu vd., 2012 330)

Zorunlu Dağıtım Yöntemi: Yöntem personelin belirli yüzdeler içinde gruplandırılmalarını öngörmektedir.

Organizasyonda bireylerin kişisel özelliklerinde olduğu gibi, performans düzeylerinde de normal dağılım eğrisine (çan eğrisine) uygun bir dağılım göstermeleri gerektiği varsayımından hareketle bu yöntemde değerlendirici astlarını yönetimin öngördüğü biçimde aşağıdaki gibi beşli bir skalaya yerleştirmek zorundadır.

<u>En Yüksek</u>	<u>Yüksek</u>	<u>Orta</u>	<u>Düşük</u>	<u>Çok Düşük</u>
%5	%25	%10	%25	%5

Değerlendirilen grubun 100 kişi olduğu ve skalada belirtilen performans düzeylerinin de en yüksek, yüksek, orta, düşük ve çok düşük olarak ifade edildiği bir durumda, değerlendiricinin grubun yaklaşık 40 kişisini orta, 25 kişisini yüksek, 25 kişisini düşük, 5 kişisini en yüksek ve kalan 5 kişisi de çok düşük performans dereceleri ile ifade etmesi bu yönteme örnek gösterilebilir (Uyargil, 2013 : 242)

2.6.2. Grafik Dereceleme Yöntemi

Performans değerlemenin en eski ve en çok kullanılan yöntemlerinden birisidir. Yöntemin başlıca özelliği, hazırlanacak bir değerlendirme ölçeğinde yer alan belli birtakım konular üzerine bir işaretin konulmasıdır. Bununla değerlendiriciye bir form şeklinde hazırlanan çizelge sunularak çalışanı ölçekle yer alan niteliklerle değerlendirmesi.

Hazırlanacak olan ölçek, birtakım niteliklerden oluşan bir listeye ve her bir nitelik içinde derece kolonlarına sahip bir çizelgedir. Bu yöntem, belirli iş ya da görevin başarı ile yerine getirilmesi bakımından “en önemli görülen niteliklerin bir ölçek üzerinde en kötünden en iyiye veya tersi yönde derecelendirilmesi esasına dayanır. Form üzerinde var olan satırlar niteleyici basit kelime veya ifadelerde doludur. Değerlendirmeyi yapan kişi form üzerinde yer alan uygun gördüğü sıfatı işaretleyerek değerlemeyi yapar (Öge Şimşek, 2011 : 324-325)

2.6.3. Kontrol Listeleri Yöntemi

Değerlendirici, çeşitli tanıtıcı cümlelerden oluşan bir liste üzerinde çalışanın davranış ve niteliklerini en iyi şekilde yansıtan cümleleri işaretleyerek veya çeşitli soru cümlelerine “evet” veya “hayır” cevaplarını vermek suretiyle çalışanı değerlendirir (Tengilimoğlu vd., 2012:391). Ölçek üzerinde çalışan nitelik ile davranışlarını belirleyen değişik tanımların değerleri toplanarak ortalamaları alınır (Öge ve Şimşek, 2011: 325).

Kontrol listeleri yönteminde puan anahtarı insan kaynakları bölümünde bulunmaktadır. Burada değerlendirici genellikle soruların değerleri hakkında bir bilgi sahibi değildir. Aksi takdirde her soru ile ilgili olumlu veya olumsuz değerlendirmeleri olabilir ve bu durum ön yargılara yol açabilir. Bu yöntemin zorluğu, her iş kategorisi

için farklı soru listeleri oluşturmanın zaman alıcı olmasıdır. Ayrıca soruların değerlendirmeciler için farklı anlamlar taşıyabilmesi olasılığı da yüksektir. Bu nedenle, çalışanlara geri bildirim sağlama açısından zor bir yöntemdir (Barutçugil, 2002: 191).

2.6.4. Kritik Olay Yöntemi

Yöntem, çalışanların davranışlarındaki kritik teşhis etmeyi, sınıflandırmayı, kaydetmeyi kapsar. Değerleyiciler, değerlendirilen çalışanların iş başarılarında ortaya çıkan belirli bazı vakaları kaydedip denetim altına almak durumundadır (Öge ve Şimşek, 2011: 326).

Değerlendirmecinin olayları düzenli biçimde kısa notlar olarak kaydetmesi oldukça zaman alıcıdır. Ayrıca çalışanın kendisi hakkında idarecinin notlar tutulduğunun anlaşılmasıyla çalışan ile idareci ilişkisi olumsuz etkilenir (Barutçugil, 2002: 190-191).

2.6.5. Amaçlara Göre Değerleme Yöntemi

Amaçlara göre yönetim bir organizasyonda üst ve astların hedeflerini beraber belirledikleri, sorumluluklarını ve hedeflerini sonuçlarıyla beraber anlamlandırdıkları ve belirli zamanlarda bu amaçlar ve sonuçların gerçekleşip gerçekleşmediğini beraber irdeledikleri bir sistemdir (Koçel, 2005:144). Yapılan bir inceleme sonucu günümüzdeki işletmelerin %35,4' ü hedeflerine göre yönetimi, iş görenlerin performanslarının incelenmesinde bir araç şeklinde göstermektedir (Bayraktaroğlu, 2008:123).

Etkili bir amaçlara göre değerlendirme yöntemi için ilkin idareci ile personeller bir araya gelir ve çalışanlarca üstlenilecek sorumluluklar belirlenir. Daha sonra her sorumluluk alanı için performans standartları ve bunların öncelikleri saptanır. Bu düzenlemelerden sonra yöneticiler ile çalışanlar zaman zaman bir araya gelerek yeni amaçlar ile bu amaçlara ulaşılacak yeni yöntemler belirlerler. Değerleme döneminin sonunda çalışanlar amaçlarını ne ölçüde gerçekleştirdiği ölçülür. Yöntemin en temel faydası, personel ile değerlendiricinin değerlendirme boyunca beraber yer alması iletişimi gelişmesidir. Ayrıca bu yöntem çalışanları olduğu kadar yöneticileri de değerlendirme de popüler bir teknik olmuştur (Öge ve Şimşek, 2011:327)

2.6.6. 360 Derece Geri Besleme (Feed-Back) Yöntemi

Burada amaç çalışanın, yöneticiler, proje yöneticileri, mesai arkadaşları, iş ya da dış müşteriler tarafından doğrudan ya da dolaylı bir rapor aracılığıyla değerlendirilmesidir. Performans resmi çok yanlış bir şekilde ortaya konmasıdır. Bu yöntem, tüm iş ilişkilerinde çalışanın ne ölçüde başarılı olduğunu ortaya konur. (Tengilimoğlu vd., 2012:391)

Bu sistemin “360 derece” olarak adlandırılmasının nedeni çalışanla ilgili bilgilerin sadece yöneticiden değil çalışanın çevresindeki herkesten toplanmasıdır. Amaç davranışları yargılamaktan ziyade tanımlamaya yöneliktir. Burada değerlendirme, bireyleri çalıştıkları ortamı bilen tanıyan bir grup insan tarafından yapılmaktadır (Can, 2001:188-189).

Farklı gruplardan değerlendirme alma, çalışanın performansının çok daha geniş bir fotoğrafını ortaya koyar ve sınırlı bakış ile değerlendirme hatalarını en aza indirir. Birden çok ve değerlendiricilerin olması çok daha nesnel sonuçların elde edilmesini sağlayarak süreci daha etkin hale getirir. Fakat değerlendirici sayısının fazlalığı değerlendirme çalışmasının uzun zaman almasına ve yüksek maliyete neden olmasına yol açmaktadır (Öge ve Şimşek, 2011:328)

2.7. Performans Değerlendirme Sürecinde Yapılan Hatalar

Birçok performans değerlendirme yöntemi, değerlendiricilerin gözlem ve kararlarında objektif ve önyargısız olacakları varsayımına dayandırılarak geliştirilmiştir. Uygulamadaysa değerlendiricilerden kaynaklanan bir kısım hatalar nedeni ile sistemlerin etkinliği etkilenmektedir. Bu hataların birçoğu sistemi iyi tanımamaktan ve özellikleri konusunda iyi bilgilendirilmemekten kaynaklanır (Uyargil, 2013:234).

2.7.1. Hale (Halo) ve Boynuz Etkisi

Hale etkisi, değerlendirmecinin çalışanın performansındaki birbirinden bağımsız özellikler arasındaki farklılıkları görememesidir. Bu nedenle hatalı değerlendirme yapabilir. Hale etkisi altında kalınmasının çeşitli nedenleri vardır. Bunlardan ilki kişinin ilk izlenimine göre hatalı değerlendirme yapma eğilimidir. İlk karşılaşmada kişi değerlendiriciyi olumlu ya da olumsuz etkilemiştir ve değerlendirici bu ilk izlenime göre değerlendirmelerini sürdürecektir. Diğeri ise, kişinin performansının bir

yönü/boyutunun olağanüstü iyi ya da kötü olması ve değerlendirici bu özellikten etkilenecek tüm değerlendirmeyi bu doğrultuda yaşamasıdır (Uyargil, 2013:234-235).

Boynuz etkisi ters taraftan da gelişebilir. Bir personel için tüm taraflarında başarılı bulunur ve tek bir tarafta başarısızsa, bu başarısız yönün ön planda gösterilmesi “boynuz etkisi” diye bilinen adlandırılan durumu oluşturur. Böylece o personel başarılı bulunduğu durumlarda olduğundan çok düşük değerlendirilmesine sebep olabilir(Palmer, 1993: 20).

Bu ve buna hataların giderilmesi için farklı çözüm önerileri geliştirilmiştir. Bu amaçla özellikle eğitim yolu ile değerlendirmecileri bilinçlendirilmesi hataları yok edebilir (Öge ve Şimşek 2011:329-330).

2.7.2. Belirli Derecelere / Puanlara Yönelme

Belirli derecelere veya puanlara yönelme, iş görenlerin değerlendirilen performansının gerçek performanslarının üstünde, altında veya ortalama düzeyde değerlendirilmesidir (E.Aksoy,2007:94).

Bu gibi değerlendiriciler “kıt yada bol notlu öğretmenlere” benzeyip, belli derecelere/ çizgi puanlara yönelme performans değerlendirme sistemlerinin başarısını çitti boyutlarda etkiler ve sistemlere önemli ölçüde zarar vermektedir.

Özellikle farklı kişilerin sonuçlarının topluca dikkate alınması durumunda sorunlar dahada önemli boyutlara ulaşmaktadır (Uyargil,2013:236).

2.7.3. Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme

Performans değerlemenin bütün performans zamanını içerecek şekilde yapılamamasıdır. Performans değerlemeyi gerçekleştirecek olan değerleyicinin özellikle son dönemde yaşanan ve nispeten daha taze olan bilgi ve olayların etkisinde kalması dönem başındaki olayları hatırlamakta güçlük çekmesi yada tamamen unutmasıdır. Böylece değerleyici yada ilgili yönetici, değerlemede yakın geçmişteki olayları temel almaktadır. Bu tür hataya düşmemenin etkili şekli, çalışanların tüm değerlendirme zamanı boyunca performans notunu tutmaktır (Kaynak vd.,20)

2.7.4. Kontrast Hataları

Değerlemenin kısa süre içerisinde art arda birçok çalışan bireye yönelik olarak yapılması durumunda kişileri birbirleri ile karşılaştırmaları sonucu objektif

standartlardan uzaklaşarak, bu karşılaştırmalar doğrultusunda değerlendirme yapmaları kaçınılmazdır. Başka bir ifadeyle, her bir ast kendisinden önce değerlendirilen kişinin aldığı puandan etkilenecektir bu tür kontrast hatalarını yok etmek için kişileri karışık bir sıralama ile değerlendirmeye tabi tutulmaları gerekmektedir (Uyargil, 2013: 238-239).

2.7.5. Kişisel Önyargılar

Kişisel duygular, düşünce kalıpları ve başka hertürlü önyargılar, personellerin performansları değerlendirilirken göz ardı edilmelidir. Ön yargılar, yaşa yada ırka göre farklı değerlendirmede bulunmasına, bireylerin eğitimlerine yada ekonomik hallerine gruplandırılmasına, bir grup bireyin o gruptaki birkaç bireyin hareketleriyle yargılanmasına sebep olur. Değerlendiricilerin eğitimden geçirilmesi hem organizasyonların hemde çalışanların yararına olacaktır (Palmer, 1993: 23).

2.7.6. Pozisyondan Etkilenme

Değerlendirmede bulunan kişiden çok, pozisyonundan etkilenerek fazla puan verme anlayışıdır. Sıralama yönteminde bu hatanın gerçekleşme olanağı fazladır. Tüm çalışanları bir araya getirip, tek bir kriterle veya birkaç kriterle irdeleyen değerlendirmeci, genelde üst düzey pozisyondaki bireyleri listenin üst sıralarına, daha alt düzey pozisyondaki bireyleri de alt sıraya almaya çalışacaktır (Dilek,2009:82).

2.8. Performans Değerlendirmede Güncel Konular ve Gelişmeler

Günümüzde performans değerlendirme, çalışma yaşamının değişen koşullarından etkilenip karmaşık ve çok boyutlu bir hale dönüşmüştür. Daha etkili sistemler oluşturma bilmek için uygulamacılar ve akademisyenler çalışmalarını sürdürmüşlerdir aşağıda performans değerlendirme konusundaki önemli güncel hususlardan kısaca bahsedilmiştir(Uyargil, 2013: 261-263).

Performans Değerlendirmenin Örgütsel ve Çevresel Bağlamda Ele Alınışı:

1990'lı yılların başına kadar performans değerlendirme sisteminin sosyal/ çevresel boyutu pek fazla ele alınmamıştır. Ancak 1990'dan sonraki dönemde performans değerlendirme sürecinin psiko-sosyal bir süreç olarak ve çevresel/ sosyal yönleri de ele alınarak incelenmesi görüşü ağırlık kazanmıştır. Bu çalışmalarda örgüt kültürü, ekonomik koşullar, yasalar, teknoloji, işletmenin insan kaynakları stratejileri,

örgütün geri besleme kültürü, liderlik tarzı vb. hususların performans değerlendirme ile olan ilişkilerinin ele alındığı görülmektedir.

Performans Değerlendirmenin Stratejik Niteliği:

Stratejik insan kaynakları yönetimi işletmelerde stratejilerin oluşturulması ve uygulanmasına insan kaynakları yönetimi işlevinin katkısını arttırarak, be stratejilere ulaşılmasını sağlayacak nitelikte insan kaynağını temin etmek ve geliştirmek amacını taşır. Performans değerlendirme sistemi ile işletmenin stratejileri arasındaki ilişki doğru kurulmuş ve herkesin anlayacağı şekilde tanımlanmışsa çalışanlar ve yöneticiler stratejilere ulaşabilmek için gerekli insan kaynağı özelliklerinin ve işletmede arzulanan çalışma davranışlarının neler olması gerektiğini daha rahat anlayacaklardır.

Performans Değerlendirmenin Yasal Boyutu:

2003 yılında yürürlüğe giren 4857 sayılı İş Yasa'sının iş güvencesine ilişkin düzenlemeleri çerçevesinde ülkemizde performans değerlendirmenin yasal anlamda önem kazandığı görülmektedir. Söz konusu yasaya göre işveren, çalışanın iş sözleşmesini sona erdirirken, bu kararını geçerli veya haklı nedenlere dayandırmak zorundadır. Yasa geçerli nedenler olarak çalışanın verim ya da performans düşüklüğü vb. yetersizliklerden bahsetmektedir. Eğer iş sözleşmesi feshedilirken, fesih bildiriminde neden gösterilmemişse ya da çalışan bu nedenin geçerli olmadığını düşünüyorsa, iş mahkemesinde dava açabilir. Geçersiz nedenle yapılan feshin sonucunda işçi işine geri dönebilir ve eğer işveren işçiyi bir ay içerisinde işe başlatmazsa işçiye en az 4 aylık ve en çok sekiz aylık ücreti kadar tazminat ödemekle yükümlüdür. Bu durumlarda işletmenin performans değerlendirme sistemi yasal anlamda taraflar için önemli bir belge niteliğini kazanmaktadır.

E- Performans Değerlendirme:

İşletmelerde çalışanlarla ilgili bütün bilgilerin elektronik ortamda toplanması, işlenmesi ve çeşitli şekillerde analiz edilip raporlanmasına olanak sağlayan İnsan Kaynakları Bilgi sisteminin bir alt sistemi de performans değerlendirme sistemidir. Performans değerlendirme formları bilgisayarda doldurularak, formların içerdiği bilgiler diğer insan kaynakları birimleri ile bütünleştirip, kişilere ilişkin çeşitli insan kaynakları kararları daha hızlı ve etkin bir biçimde alınmaktadır. Ancak çalışana verilecek geri-beslemenin yüzyüze gerçekleştirilmesi gereği halen önemini korumaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerleme

Her örgüt, kamuda veya özelde belirlenmiş amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için kurulur. Örgüt yönetimlerinin temel görevleri bu strateji ve hedefleri yapabilecek en iyi şekilde gerçekleştirmektir. En iyinin ne olduğu yönetimin performans anlayışıyla uyumludur. Örgütlerin varlık ve süreklilik göstermesi kurumsal performans anlayışının geçerliliğine ve doğruluğuyla alakalıdır (Akal, 2000:5).

Sağlık alanındaki hizmet maliyetleri dünyanın her yerinde devamlı bir genişleme göstermektedir. Artış, hem kamu hem de özel grupta sağlık hizmetlerinin maliyetlerini gerekli bir ilgi alanı şekline getirmekte ve ilginin sonucu olarak da, sağlık kurumları yönetimleri ekonomik alanlardaki görev ve sorumluluklarını çok daha bilimselliğe dayandırıp bir şekilde attırmaya çalışmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 338). Sağlık kurumlarında, özellikle de hizmet maliyetlerinin yüksek olduğu hastanelerde, performansın standart yöntemlerle ve rutin olarak değerlendirilmesi son derece önemlidir(Esatoğlu, 2007: 359).

Sağlık bakımında etkililiği ve kaliteyi arttırmak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için gittikçe artan oranda performans yönetimlerine ağırlık verilmelidir. Bu konuda farklı ülkelerde arayışlar sürmekte ve farklı modeller önerilmektedir(Tengilimoğlu vd., 2012: 393).

Sağlık kuruluşlarının kurumsal bazda performans ölçümüne yönelik olarak kullanabileceği birkaç gösterge sistemi ile karşılaşmaktadır. Her biri, kurumsal performansı iyileştirme amacı güden bu sistemlerden bazılarını aşağıdaki şekilde listelemek mümkündür(Pakdil, 2005: 240):

Jahns Hopkins University’de oluşturulan Maryland Kalite Göstergesi Projesi (The Maryland Hospital Association Quality Indicator Project)

HEDIS (Health Employer Data and Information Set-Sağlık İşverenleri Veri ve Bilgi Seti)

CONQUEST (Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation Systemi-Bilgisayarlı İhtiyaç Odaklı Kalite Değerlendirme Sistemi) ve

JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization-Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu)'nun her tıbbi alan için belirlediği Alfa ve Beta İndikatörleri; örneğin, Kardiyovasküler, Onkoloji, Travma ve ObstetrikBeta Testi ile Enfeksiyon Kontrol Alfa Testi İndikatörleri.

Sağlık sistem performansı ölçümü iki açıdan önemlidir. Birincisi sağlık sistemlerinin eksikliklerini tanımlamanın ve finansmanda adalet, insanların beklentilerine yanıt vermek ve benzer sağlık düzeylerine ulaşmak gibi konularda ülkenin benzer sağlık düzeylerine ulaşmak gibi konularda ülkelerin benzer gelir düzeyleri ile neden başarısızlığa düştüğünü açıklamaya yardımcı olur. İkincisi, bir sağlık sisteminin yıllara göre değerlendirilmesini sağlayacak göstergeleri sağlar. Bu faydaların her ikisi de, eğer belirli sağlık sistemi politikaları (finansman ve sunum mekanizmalarını içeren), belirli sosyo-ekonomik koşullar altında özellikle farklılaşıyorsa, gelecekte bu politikaları doğrulamak ya da reddetmek için bir temel sağlayabilir(Uğurluoğlu ve Çelik, 2005: 8).

3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Dengeli Puan Cetveli(Balanced Score Card)

Organizasyonların farklılaşan çevre koşullarıyla birlikte rekabetini artırmak için tavsiye edilen yönetim terimi ve uygulamalarından biri “Dengeli Puan Cetveli/Strateji Odaklı Performans Ölçüm Sistemi” olarak tanımlanabilecek “Balanced Score Card” yaklaşımıdır (Tengilimoğlu vd., 2012: 393). Robert Kaplan ve David Norton tarafından yazılan ve 1992 yılında Harvard Business Review’de yayınlanan “Balanced Scorecard”, “Başarıya Yön Veren Ölçütler” adlı makale ile tanınan Balanced Scorecard sistemi, 1993 yılında aynı dergide “Balanced Scorecard’ı Uygulama” adlı makalenin işletme yöneticilerinin büyük ilgi göstermeleriyle uygulanmaya başlamıştır. Kaplan ve Norton, yaptıkları çalışmalarla Balanced Scorecard’ı geliştirmiş ve 1996 yılında “Balanced Scorecard’ın Stratejik Yönetim Sistemi Olarak Kullanılması” adlı makaleyle, sistemin uygulanma metodolojisini sunmuşlardır. Daha sonra Balanced Scorecard’ın uygulanmasına yönelik ilk bilgisayar yazılımı, Gentia şirketi tarafından geliştirilmiştir. Kaplan ve Norton’un 1996 yılında yazdıkları “Balanced Scorecard” adlı eserlerinde, Dengelenmiş Performans Ölçüm Sistemini, “şirket stratejilerini eyleme dönüştürmenin yöntemi” olarak nitelendirmektedirler. Balanced Scorecard, “bir şirketin misyon ve stratejilerinin fiziksel ölçüler haline dönüştürülerek ifade edilmesidir” (Zerenler, 2003: 275-276).

Dengeli Puan Cetveli'nin temeli, işletmenin performansının geliştirilmesi için sadece finansal ölçümün yeterli olmadığıdır. Dengeli Puan Cetveli günü gününe iş ve müşteri gereksinimleri ile misyon ve vizyonu sıralama, işletme stratejilerini yönetme ve değerlendirme, iş verimindeki gelişmeleri izleme, organizasyon kapasitesini oluşturma, bütün çalışanlarla bağlantı kurma amacıyla her büyüklükteki organizasyonda kullanılabilen bir performans yönetim sistemidir (Tarım, 2004: 235).

Stratejik yönetimde çok yeni ifade olmasına karşın, sağlık hizmetleri bu programı yürütmeye geçmiştir. Sağlık sisteminin performansını ölçüp ve kaydetmek gün geçtikçe fazlaşan bir biçimde uygulanan Dengeli Puan Cetveli strateji ve işlevsel karar almanın riskini ve faydasını arttıran bir bakış açısı oluşturan bir yönetimi kapsar. Dengeli Puan Cetveli bilgi değişim ve kalite arttırmayı iyileştirebilir, bir sorumluluk mekanizması oluşturabilir ve sağlık planlaması aşamasını destekleyebilir. Dengeli Puan Cetveli dört şekilde performansı belirler (Woodward vd., 2004: 1):

1. Sağlık belirleyicileri ve statüsü,
2. Toplum birleşmesi (community engagement),
3. Kaynaklar ve hizmetler,
4. Entegrasyon ve karşılık verme (responsiveness)

Performans ölçümü yapanlar kaynakların ve hizmetlerin verilmesinin nüfusun sağlığını ne ölçüde etkilediği hakkında bilgilendirerek ve sağlık sistemi eşitsizliklerine ışık tutarak sağlık planlaması aşamasını destekler. Sözü edilen cetveller coğrafik alanların belirlenmesiyle hizmetler için özel nüfuslar ya da az kaynak veya talebi karşılamak için oransal olarak yetersiz kapasiteye sahip sağlık bakım programlarını savunmak için de tüketilmektedir (Woodward vd., 2004: 4).

Strateji Odaklı Performans Ölçüm Sistemi'nin dört yaklaşımı vardır: “finans, müşteri, iç işletme süreci ve öğrenme ve büyüme” (Protti, 2002: 221). BSC yönetimine belli sonuçları oluşturmak amacıyla çalışanlara iştah olması ölçümü kullanırken, kuruluşun misyon ve stratejisini belirlemede bir öngörü sağlar. BSC ölçümü davranışı teftiş etmek amacıyla değil, işletme hedeflerini ve genel hedefleri oluşturmasını öğretmek ve kolaylaştırmak amacıyla tüketilmektedir (Shutt, 2003: 43). Yani David ve Norton'a göre ölçüm yönetim için ilk gerekli şeydir; ölçemezseniz, yönetemezsiniz (Protti, 2002:225).

Sağlık hizmetleri yönetimi örgütsel amaçları yönlendirmek için etkili araçların bir türüne ihtiyaç duyar. Kaplan ve Norton'un BalancedScorecard'ı dört özel alanda

(finans, müşteri, iç süreçler ve öğrenme) performans ölçümü için bir çerçeve sunar. Sağlık çevresi geçmiş 40 yılda çarpıcı bir şekilde değişmiştir. Önce sağlık hizmeti, hizmet odaklı bir işti. Bugün, kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan sağlık kuruluşları, değişen demografik yapı, artan rekabet, daha yüksek tüketici beklentileri, daha büyük yönetim baskısı nedeniyle bilgi çağı içine itilmektedir. BalancedScorecard sadece performans ölçüm amaçları oluşturmak için bir çerçeve değil aynı zamanda tüm organizasyon bazında sürekli kalite iyileştirmeye katkı sağlamaktadır(Shutt, 2003: 46).

3.1.2. Hastane Performansı

Hastanelerde yatakların etkin tüketimi, hemşire etkililiği, hekim, polikliniklerin sayısının fazlaştırılması, taburcu olan hasta durumunun yüksekliği, mali gösterge düzeyi performansı gösterir. Hastane performansı tek taraflı değil, çok taraflıdır. Geçmişte yapılan çalışmalarda hastane performansını tanımlamak için maliyet göstergeleri, çıktı oranları ve çok sayıda finansal ölçüt kullanılmıştır(Tengilimoğlu vd., 2012: 394-395).

T. S. Gruca ve D. Nath, araştırmalarında hastanelerin performansını üç şekilde adlandırmışlardır (Aktaran: Tengilimoğlu vd., 2009: 332):

1. Finansal Performans: Finansal performans, hastanenin harcamalarını karşılayabilme ve faaliyetlerini devam ettirmeye çalışmasıdır. T. S. Gruca ve D. Nath'ın çalışmasında "aktiflerin getirisi" finansal performans ölçütü şeklinde uygulanmıştır.

2. Faaliyet/İşletme Performansı: Hastaneler vasıtasıyla tıbbi bakım gerçekleştirmek, büyük bir sermaye yatırımı, gerekli yer ve ekipman olmazsa olmazlardır. Hastane performansının gerekli bir tarafıda bunların verimli harcanımını gerçekleştirmektir. kullanımını sağlamaktadır. Hastane verimliliğinin çoğunlukla ifade edilen göstergesi de doluluk oranıdır.

3. Pazarlama Performansı: Pazarlama performansı, hastanenin, rakipleriyle karşı karşıya gelme halidir. Pazar payı, rakipleriyle baş etmek için hastanenin hastaları için verdiği önemli kararlar.

3.1.2.1. Hastane Performansının Temel Göstergeleri

Bu çalışmada hastane performans göstergeleri: Hizmet performans göstergeleri, Yatak kullanımıyla alakalı performans durumu ve Personel performansı ile ilgili durumlar şeklinde üç temada incelenmiştir.

1) Hizmet Performans Göstergeleri ile İlgili Bulgular (Tengilimoğlu vd., 2012: 333):

- **Poliklinik Sayısı:** Hastanenin performans göstergelerinden en önemlisi poliklinik sayısıdır. Yıllık, aylık ve günlük poliklinik sayısı ile bu sayının polikliniklere dağılımı ve hekim başına düşen poliklinik sayısı önemli bir performans ölçüsü olarak değerlendirilmektedir.

- **Taburcu Edilen Hasta Sayısı:** Taburcu edilen hasta sayısı ve bu sayının servislere göre dağılımı, hekim ve hemşire sayısı başına taburcu edilen hasta sayısı performans durumu olarak söylenebilir.

- **Ölen Hasta Sayısı:** Taburcu edilen hasta sayısının fazla olması, hastane performansı için olumlu bir durumken, ölen hasta sayısının yüksekliği da hastane performansı için olumsuz bir durumdur.

- **Ameliyat Sayısı:** Hastanelerde gerçekleşen ameliyat sayısı, gereksiz ameliyat sayısı önemli performans durumudur.

- **Doğum Sayısı:** Hastanede yapılan doğum sayısı ve doğumun başarılı bir biçimde şekil de yapılması önemli bir performans durumudur.

- **Yatılan Gün Sayısı:** Yatılan gün sayısı hastanede yatılarak geçirilen günlerde. Belli bir zaman içerisinde hastanede yatılan toplam gün sayısının servislere dağılımı ve boş yere yatılan gün sayısı hastaneler için performans durumudur.

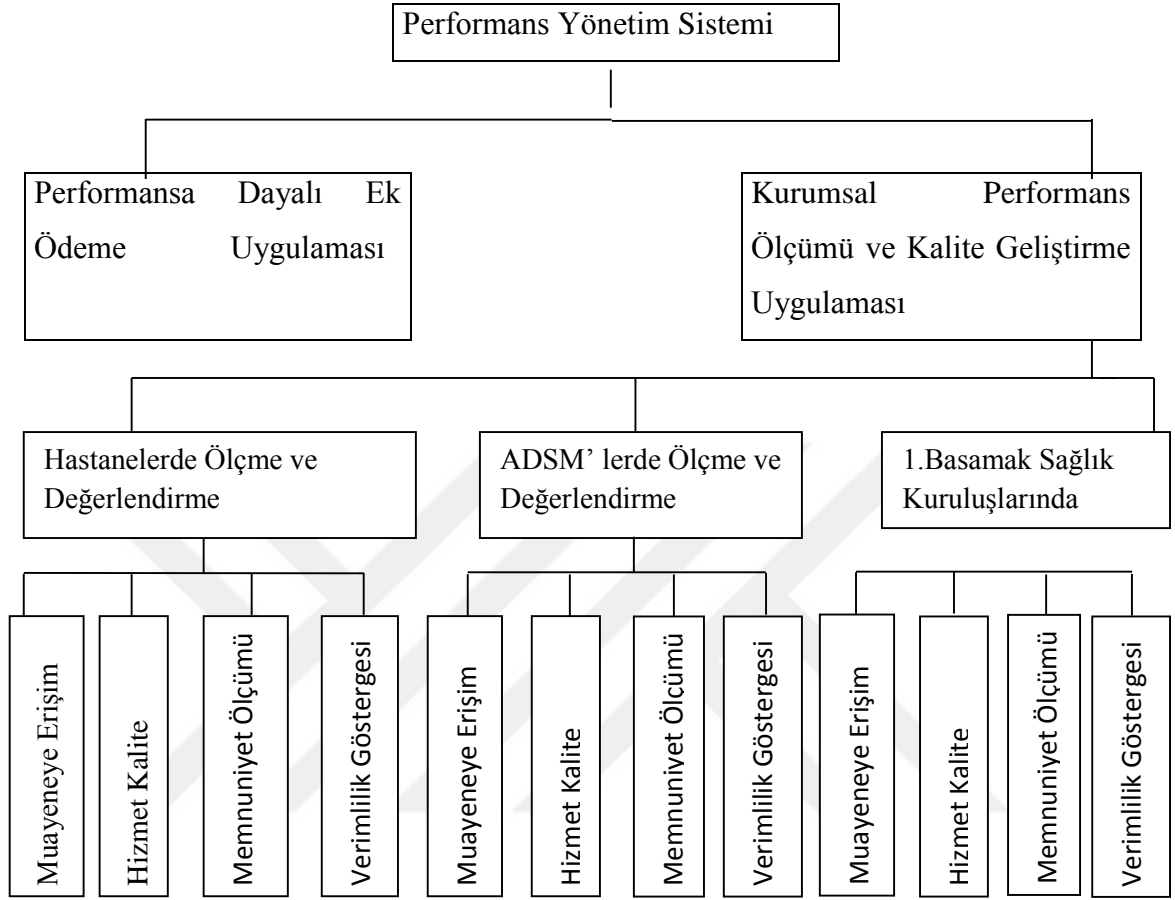
- **Acil Servis Başvuru Sayısı:** Acil serviste verilen hizmet ya da bu servise başvuru sayısı da hastanenin performans durumu arasında gösterilebilir. Ancak acil servisin amacından saparak kullanılması negatif bir durumdur.

2) Personel Performansı ile İlgili Göstergeler: Personel Sayısı/Fiili Yatak Sayısı, Dolu Yatak Sayısı, Yatan Hasta Sayısı, Fiili Hasta Günü Sayısı, Poliklinik Sayısı

3.1.3. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetim Sistemi

Sağlık bakanlığına bağlı kurumlar, geçmişe oranla rekabetin daha yoğun olduğu bir ortamda faaliyet göstermektedirler. Bu kurumlarda, gereksinimleri karşılamak, rekabet edebilmek değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği arttırmak amacıyla kurumsal performans ölçümü ve kalite çalışmaları başlatılmıştır. Bu amaçla oluşturulan ve muhtelif bir resim tarzında geliştirilen performans yönetim şeklinde performans dayalı ek ödeme sistemi kapsamında

performansa dayalı ek ödeme sistemi ve kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması olmak üzere iki temel yapı üzerine kurgulanmıştır(Şekil 1).



(Kaynak: Aydın vd., 2009: 14)

Şekil 10. Sağlık Bakanlığınca Uygulanan Entegre Model

3.1.4. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlık sektöründe yaşanan ilerlemeler sonucu, sağlık hizmeti sunanların ücretlendirilmesinde kullanılmakta olan hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme ve maaş gibi ödeme yöntemlerinin sunduğu finansal teşviklerin, sunulan sağlık hizmetlerinde mükemmelliği yakalamada yetersiz kaldıkları gözlemlenmiştir (Çelik, 2007: 194).

Performansa dayalı ücretin temelini performans değerlendirmesi ve bu değerlendirme sonucunda, ölçülen performans düzeyine göre ücret belirlenmesi oluşturmaktadır. Bireysel ücretin performans kriteri ile açıklanması esasına dayanan performansa dayalı ücret; satış hacmi, hata oranı gibi birtakım standartlar ya da

doğrudan göstergelere göre veya geleneksel değerlendirme skalaları gibi daha dolaylı performans kriterlerine göre belirlenen ücrettir. Önceden belirlenen performans hedeflerine ulaşabilmek için ücretin bir motive aracı olarak kullanıldığı performansa dayalı ücret sisteminde, kurumsal performans hedeflerine ulaşılması ve çalışanların bu sonuçtan pay alarak motive edilmesi amaçlanmaktadır (Kırılmaz, 2007: 223).

Performansa dayalı ödeme, hizmet sunumunun verimliliği, hizmet kalitesinin geliştirilmesi ve hasta güvenliği gibi hedeflere ulaşmayı başaran hizmet sağlayıcılarını ödüllendiren finansal teşvikler anlamına gelir (Fettah ve Şahin, 2009: 296).

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması, sağlık çalışanlarının düzenli maaşına ek olarak her ay aldığı bir ödemedir. Temel maaş Sağlık Bakanlığı bütçe kaleminden (sağlık personeli maaşları altından) ödenir. Performansa dayalı ek ödemeler ise hastanelerce Sosyal Güvenlik Kurumu ve diğer kurumlara mensup vatandaşlara verilen hizmetlerden elde edilen kazançlarla ödenir (Aydın vd., 2009: 13).

Performansa dayalı ücret sistemlerine özendirici ücret sistemleri de denilebilir. Özendirici ücret sistemleri, temel olarak personel verimliliğinin artırılmasını amaçlamaktadır. Bu sistemlerin üç önemli dayanağı bulunmaktadır (ILO, 1982:44):

1. Çok çalışarak iyi iş yapan personelin ödüllendirilmesi gereklidir; personelin buna hakkı vardır.

2. Fazla çabanın gösterilmesi yönünde özendirildiğinde, personel, ana ücret sistemlerine daha fazla gelir elde etmektedir.

3. Üretimin artırılması ile işverenin daha fazla ücret ödeme gücü de artmakta ve maliyetler ve fiyatlar düşürülmekte, bunun sonucunda da örgütün rekabet gücü artmakta ve personelin istihdam durumu süreklilik ve kararlılık göstermektedir.

Özendirici ücret sistemleri, personel verimliliğinin yükseltilmesi yoluyla üretimin artırılmasını ve bu üretim artışları yoluyla elde edilen kazançla personele ücret artışı sağlayarak onun ödüllendirilmesi hedeflenmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012: 401).

Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin: *unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma* gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli

hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir.

Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır.

2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hayata geçirilmesi ile birlikte sistem konusunda ilk çalışmalar başlamıştır. 2003 yılının ikinci yarısından itibaren 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucu sistem geliştirilmiş ve 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık Bakanlığı tesislerinde uygulanmaya başlamıştır. 2004 yılında daha çok bireysel ve niceliksel performans ölçütlerinin bulunduğu sisteme, 2005 yılında kurumsal performans ölçütleri ilave edilerek nitelik boyutu getirilmiştir. 2006 ve 2007 yıllarında nitelik boyutu geliştirilmeye devam edilmiştir. 2007 yılında “yönetici performans kriterleri” ve “finansal göstergeler” konusunda devam etmekte olup, “klinik göstergeler”in de ilave edilmesi sonucu bu uygulama ile sağlık sistemi uluslararası genel kabul görmüş klinik başarı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, dinamik bir uygulama olup, uygulamanın başladığı günden bu yana sürekli geliştirilmekte ve Sağlık Bakanlığı'nın stratejik hedeflerine göre yenilenmektedir(Aydın ve Demir, 2007: 59-60).

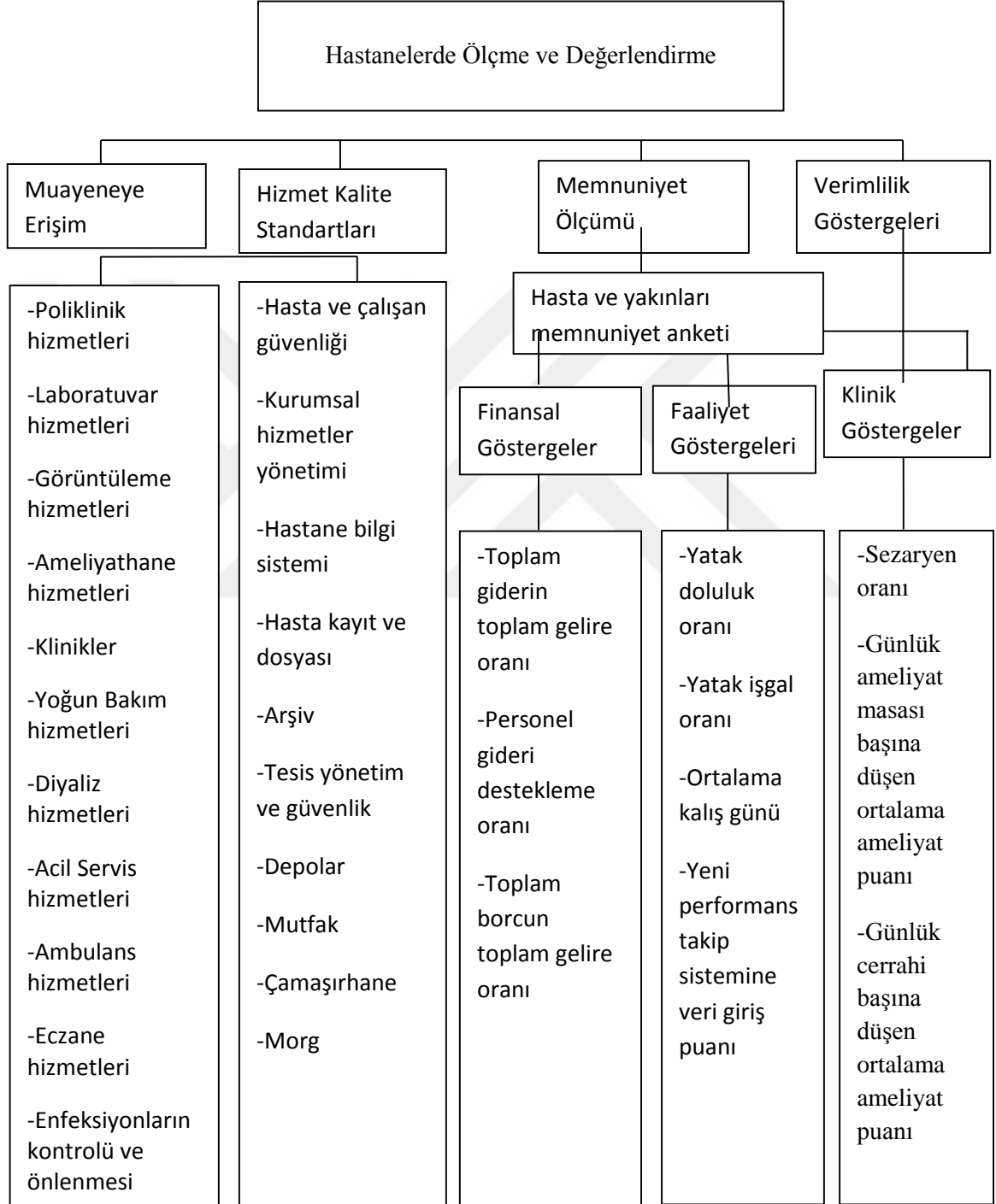
3.1.5. Kurumsal Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme Uygulaması

Sağlık kurumunun Bakanlık tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre hizmet kalitesi, verimlilik, etkililik ve uygunluk açısından değerlendirmeye tabi tutulmasıdır (Aydın vd., 2009:16).

Bunun yanı sıra sağlık kurumlarının her dönem itibariyle kıyaslanabilmesine imkân tanıyacaktır. Ayrıca bu süreç sayesinde, kurumlar diğer kurumlarda gördükleri iyi uygulamaları kendi kurumlarına uyarlayabileceklerdir. Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulaması, hastanelerde, ADSM'lerde ve 1. Basamak Sağlık Kuruluşlarında ölçme ve değerlendirmeyi kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012:405).

3.1.5.1. Hastanelerde Ölçme ve Değerlendirme

Hastanelerdeki ölçme ve değerlendirme baz alınarak, muayeneye erişim, hizmet kalite standartları, memnuniyet seviyesi ve verimlilik göstergesiyle dört ana parametre üzerinden yapılmaktadır. Bu dört parametrenin aritmetik ortalaması ise ilgili döneme ait kurumsal performans katsayısını vermektedir. (Şekil 2)



(Kaynak: Aydın vd.,2009: 19).

Şekil 11. Kamu Hastanelerinde Ölçme ve Değerlendirme

Hizmet hastaneleri (2. Basamak) ile Eğitim ve Araştırma Hastanelerindeki (3. Basamak) ölçme ve değerlendirme işlemlerinden memnuniyet ölçümü dışındakiler dört aylık dönemler halinde gerçekleştirirken, memnuniyet ölçümü İl Performans Kalite Koordinatörlüğü veya Bakanlık Değerlendiricileri tarafından her ay gerçekleştirilmek durumundadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 407).



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. PERFORMANSA DAYALI ÜCRET SİSTEMİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ: ADIYAMAN İLİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

4.1. Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini, Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personeli oluşturmuştur. Hastanede toplamda 1327 sağlık personeli çalışmaktadır. Epi Info programında (maksimum örnek büyüklüğüne ulaşmak için beklenen sıklık %50 seçilmiştir), %95 güven aralığı %3 hata payı ile örneklem hesaplanmış ve sonuç 591 bulunmuştur.

Araştırmada, bilgi toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket sorularının hazırlanmasında ilgili literatür taranarak, benzer araştırma ve çalışmalarda kullanılmış soru tiplerinden yararlanılmıştır. 37 sorudan oluşan anket formu iki bölüm şeklinde düzenlenmiştir. Birinci bölümde; çalışanların sosyal, demografik özellikleriyle ilgili 8 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise; Performansa Dayalı Ücret Sistemiyle ilgili tutum ve düşüncelerin sorgulandığı 7 soru, sunulan sağlık hizmetlerine etkisini tespit amacı ile 22 soru bulunmaktadır. Araştırma anketinde ölçeklendirme yöntemi olarak Likert yöntemi kullanılmıştır. Tutum ve düşüncelerle ilgili yargılara “5 kesinlikle katılıyorum” , “4 katılıyorum” , “3 kararsızım” , “2 katılmıyorum” , “1 kesinlikle katılmıyorum” , ifade etmektedir. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireyin yargılara katılımının yüksek olduğu kabul edilmektedir. Yani ortalama skor beşe yaklaştıkça yargılara katılımı, bire yaklaştıkça yargılara katılmamayı ifade etmektedir. Likert ölçeğine dayanarak sorgulanan sorularda, aritmetik ortalamayla beraber standart sapma hesaplanmış, alınan cevapların ortalamadan ne kadar saptığı gösterilmiştir.

Anket formu ölçek çalışması olmadığından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmamıştır. Anket uygulaması, etik kurul onayı ve gereken kurumlardan yazılı izinlere ulaşıldıktan sonra yapılmıştır. Araştırma 01/09/2016–01/12/2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek anket uygulaması yapılmıştır. Anket sorularına sağlıklı bir şekilde cevap vermelerini sağlamak amacı ile önceden anket soruları hakkında gerekli açıklamalar yapılmıştır. Anket, gönüllü olan kişilere uygulanmıştır. İzinde olma, üç kere gidildiği halde yerinde

bulamama ve gönüllü olmama nedeni ile cevaplılık oranı %68 (402 kişi) olarak gerçekleşmiştir.

4.1.1. Verilerin analiz yöntemi

Araştırma sonucunda ulaşılan verilerin analizinde, Statistical Package for Science for Windows 21.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için frekans dağılımları, aritmetik ortalama, standart sapma, çapraz tablolar, varyans analizi, student-t, anova ve ki-kare testi gibi çeşitli istatistik teknikleri kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, istatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Ankette 5'li Likert ölçekli sorularda, seçeneklere 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde değerler belirlenmiştir. 5'li Likert ölçeğinde sorgulanan yargı cümlelerinde aritmetik ortalama aralıkları üçe ayrılmıştır. 5'li Likert ölçeğinde aritmetik ortalamanın değerine göre 1,00–2,33 düşük katılım, 2,34–3,66 orta katılım 3,67–5 yüksek katılım olarak incelenmiştir. Likert ölçeğine göre sorulan sorularda, aritmetik ortalama ile beraber standart sapma hesaplanmış, verilen cevapların ortalamadan ne kadar saptığı incelenmiştir.

4.2. Bulgular

1. Bölüm – Demografik Bilgiler

Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin yaş ortalaması $32,41 \pm 7,49$ (en küçük=19, en büyük= 58) olarak bulundu.

Sağlık personelinin %34,1'i (265 kişi) kadın olup, cevap verenlerin %34,0'ı evde 4 kişi (en küçük=1, en büyük= 7) olarak yaşadıklarını ifade etti. %44,0'u 31-40 yaş aralığına sahipti. %64,9'u evli olduğunu ifade etti. Tablo 1'de sağlık personelinin demografik özellikleri görülmektedir.

Tablo 1. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin demografik dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler*	Sayı	%**
Cinsiyet (n=402)		
Erkek	137	34,1
Kadın	265	65,9
Yaş grubu		
20 yaş altı	6	1,5
21-30 yaş arası	168	41,8
31-40 yaş arası	177	44,0
41-50 yaş arası	46	11,4
51 yaş ve üstü	5	1,2
Medeni durum (n=402)		
Evli	261	64,9
Bekar	133	33,1
Boşanmış/eşi vefat etmiş	8	1,5
Evde yaşayan kişi sayısı (n=359)		
1 kişi	24	6,7
2 kişi	46	12,8
3 kişi	100	27,9
4 kişi	122	34,0
5 kişi ve üzeri	67	18,7

*Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır.

**Sütun yüzdesi alınmıştır.

Araştırmaya katılanların görev alanlarına göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Sağlık personeli arasında ankete katılan personelin %79,9’u yardımcı sağlık personelinden (hemşire, sağlık memuru, tıbbi sekreter), %8’i uzman doktorlardan ve %7,2’si teknik hizmetlerden (laborant, radyoloji teknikeri, anestezi teknikeri vb.) oluşmaktadır.

Tablo 2. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin görev alanları dağılımı

Görev alanı (N=402)	Sayı	%*
Şef/Şef Yrd./Uzman Hekim	32	8,0
Pratisyen doktor	8	2,0
Yardımcı sağlık personeli	321	79,9
Eczacı/Psikolog/ Fizyoterapist	12	3,0
Teknik hizmetler	29	7,2

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Sağlık personelinin %5,5'i idari pozisyona sahipti (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin idari pozisyon dağılımı

(N=402)	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
İdari pozisyon varlığı	22	5,5	380	94,5

Tablo 4'de de görüldüğü üzere ankete katılan personelin meslekteki toplam çalışma süresi bakımından en yüksek olarak %31,1 ile 1-5 yıl arası oluşturmakta iken sırası ile %26,9'u 6-10 yıl arası ve %16,4'ü üzeri 11-15 yıl arası çalışma süresi olduğu görüldü. Şu an buldukları hastanedeki çalışma sürelerine bakıldığında 1 yıldan az çalışanlar %17,2 iken, 1-5 yıl arasında çalışanların oranı %58,5 idi. 21 yıl ve üzerinde çalışanların oranının %3,5 olduğu saptandı.

Tablo 4. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin çalışma sürelerinin dağılımı

Çalışma süreleri (N=402)	Sayı	%*
Meslekteki toplam çalışma süresi		
1 Yıldan az	25	6,2
1-5 yıl	125	31,1
6-10 yıl	108	26,9
11-15 yıl	66	16,4
16-20 yıl	40	10,0
21 yıl ve üstü	38	9,5
Hastanedeki çalışma süresi		
1 Yıldan az	69	17,2
1-5 yıl	235	58,5
6-10 yıl	46	11,4
11-15 yıl	22	5,5
16-20 yıl	16	4,0
21 yıl ve üstü	14	3,5

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

2. Bölüm: Performans Değerlendirmesi ile İlgili Sorular:

Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin %31,3'i (126 kişi) hastanelerinde performans değerlendirmesi yapılmadığını, %29,4'ü yılda iki kere ve %26,9'u yılda bir kere yapıldığını ifade etti (Tablo 5).

Tablo 5. Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre performans değerlendirme sıklığı

Performans değerlendirme sıklığı (N=402)	Sayı	%*
Yılda bir kere	108	26,9
Yılda iki kere	118	29,4
Yılda üç kere	11	2,7
Yılda üç kereden fazla	39	9,7
Hiç uygulanmıyor	126	31,3

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Performans değerlendirilmesinin kimler tarafından yapıldığına cevap verenlerin %84,8'i bu soruyu "Hastane Yönetimi" olarak tanımladı.

Tablo 6. Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre performans değerlendirmenin kimler tarafından yapıldığının dağılımı

Performans değerlendirme kimler tarafından yapılmaktadır	Sayı	%**
(n=276)*		
Hastane yönetimi	234	84,8
Bağımsız kuruluşlar	7	2,5
Diğer***	35	12,7

* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır

**Sütun yüzdesi alınmıştır

***Üstün astı değerlendirmesi, astın üstü değerlendirmesi, iş arkadaşlarının değerlendirmesi

Tablo 7'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sağlık personelinden performans değerlendirme yapıldığına cevap verenlerin %68,1'i kullanılan değerlendirme yöntemini bilmediğini, %8,3'ü "amaçlara göre değerlendirme yöntemi", %6,2'si "360 derece değerlendirme yöntemi" kullanıldığını belirtmişlerdi.

Tablo 7. Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre kullanılan performans değerlendirme yöntemlerinin dağılımı

Performans değerlendirme yapılırken kullanılan yöntemler (n=276)*	Sayı	%**
360 Derece Değerlendirme yöntemi	17	6,2
Karşılaştırma yöntemi	10	3,6
Kontrol listeleri yönetimi	13	4,7
Amaçlara göre değerlendirme yöntemi	23	8,3
Grafik derecelendirme yöntemi	7	2,5
Kritik olay yöntemi	2	0,7
Diğer	16	5,8
Bilmiyorum	188	68,1

* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır

**Sütun yüzdesi alınmıştır

Hastanede performans değerlendirmesi yapıldığına cevap verenlerin %76,4'ünün performansa dayalı ücret uygulamasından memnun olmadığı görülürken, %15,2'si bu konuda kararsızdı (Tablo 8).

Tablo 8. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin performansa dayalı ücret uygulamasından memnun olma durumunun dağılımı

Performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumu (n=276)*	Sayı	%**
Evet memnunum	23	8,4
Hayır, memnun değilim	211	76,4
Kararsızım	42	15,2

* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır

**Sütun yüzdesi alınmıştır

Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin %65,4'ü hizmet içi eğitim aldığı ifade etti.

Tablo 9'da görüldüğü üzere haftalık mesai süresinden daha fazla çalışan oranı araştırma kapsamına alınan sağlık personelinde %49,3 olarak bulundu.

Tablo 9. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin haftalık mesai süresinden daha fazla çalışma durumunun dağılımı

Haftalık mesai süresinden daha fazla çalışma durumu (N=402)	Sayı	%*
Evet	204	50,7
Hayır	198	49,3

**Sütun yüzdesi alınmıştır

Sağlık personelinin haftalık mesaiden daha çok çalışma nedenlerinin dağılımı Tablo 10'da görülmektedir. Birden fazla seçenek işaretlenmesi istenmiş ve %73,5 oranında çalışan sayısının yetersiz olması fazla çalışma nedeni olarak gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin haftalık mesai süresinden daha fazla çalışma nedenlerinin dağılımı

Fazla çalışma nedenleri (n=204)*	Sayı	%**
Nöbet ücreti almak	34	16,7
Ek ödemeden yararlanmak	12	5,9
Çalışan sayısı yetersiz	150	73,5
Hastalara zaman ayırmak	15	7,4
Mesai saatleri düzensiz	45	22,1

* Yüzdeler "n" üzerinden alınmıştır, birden fazla seçenek seçilmiştir.

**Sütun yüzdesi alınmıştır

Tablo 11'de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına alınan sağlık personeli uygulaması sonucunda hastaneye gelen hasta sayısında ve birim zamanda bakılan hasta sayısında bir artış olduğunu düşünmektedirler (Ort. 3,04±1,29). Personel, Performansa Dayalı Ücret Sistemi uygulaması sonucunda hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapıldığına katılmaktadırlar (Ort. 3,43±1,21). Bu uygulama sonucunda personel, yıllık izin kullanma oranında bir düşüş olduğuna büyük oranda katılmaktadırlar (Ort=3,23±1,19). Sağlık personeline göre, Performansa Dayalı Ücret Sistemi uygulaması çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır (Ort=3,16±1,29). Personelin Performansa dayalı ücret sisteminin tüm çalışanlar arasında adil bir şekilde uygulandığı görüşüne katılmadıkları görüldü (Ort=1,95±1,18).

Tablo 11. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin Performansa Dayalı Ücret Sistemi hakkındaki tutum ve düşüncelerinin dağılımı

Performansa Dayalı Ücret Sistemi hakkındaki tutum ve düşünceler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ortalama	Standart Sapma
Performansa dayalı ücret sistemi hakkında kurumumca bilgilendirildim.	204 50,7	106 26,4	47 11,7	31 7,7	14 3,5	1,87	1,11
Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışma isteğimi artırmaktadır.	145 36,1	128 31,8	48 11,9	50 12,4	31 7,7	2,24	1,27
Performansa dayalı ücret sistemi uygulaması sonucu hastaneye gelen hasta sayısı artmıştır.	66 16,4	74 18,4	97 24,1	109 27,1	56 13,9	3,04	1,29
Performansa dayalı ücret sistemi uygulaması sonucu hastanemizde sağlık hizmeti kullanımı arttı.	105 26,1	94 23,4	127 31,6	53 13,2	23 5,7	2,49	1,17
Performansa dayalı ücret sistemi sonucu birim zamanda bakılan hasta sayısında artış olmuştur.	66 16,4	74 18,4	97 24,1	109 27,1	56 13,9	3,04	1,29
Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hasta muayene süresi azaltıldı.	75 18,7	59 14,7	79 19,7	117 29,1	72 19,9	3,13	1,37
Performansa dayalı ücret sistemi tüm çalışanlar arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır.	200 49,8	95 23,6	52 12,9	36 9,0	19 4,7	1,95	1,18
Performansa dayalı ücret sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır.	50 12,4	88 21,9	86 21,4	105 26,1	73 18,2	3,16	1,29
Performansa dayalı ücret sistemi sonucunda yıllık izin kullanma oranında bir düşüş olmuştur.	38 9,5	69 17,2	122 30,3	107 26,6	66 16,4	3,23	1,19
Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapıldığını düşünüyorum.	38 9,5	53 13,2	93 23,1	136 33,8	82 20,4	3,43	1,21
Performansa dayalı ücret sistemi hastanemizin genel kurumsal kalitesini geliştirmiştir.	90 22,4	102 25,5	137 34,1	60 14,9	13 3,2	2,51	1,09
Performansa dayalı ek ödeme sistemi personelin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmıştır.	114 28,4	116 28,9	82 20,4	74 18,4	16 4,0	2,41	1,19
Performansa dayalı ücret sistemi sonucu gereksiz hasta sevkleri azaltılmıştır.	61 15,2	71 17,7	131 32,6	95 23,6	44 10,9	2,98	1,20
Performansa dayalı ücret sistemi hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını arttırmıştır.	75 18,7	104 25,9	155 38,6	57 14,2	11 2,7	2,56	1,03
Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesi artmıştır.	99 24,6	128 31,8	101 25,1	63 15,7	11 2,7	2,40	1,10
Performansa dayalı ücret sistemi tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumunu etkilenmemiştir.	87 21,6	94 23,4	117 29,1	83 20,6	21 5,2	2,64	1,18
Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede tam zamanlı çalışma oranı artış göstermiştir.	53 13,2	96 23,9	23 5,8	95 23,6	35 8,7	2,91	1,16
Performansa dayalı ücret sistemiyle hastanemiz gelirlerinde bir artış olduğunu düşünüyorum.	107 26,6	59 14,7	118 29,4	79 19,7	39 9,7	2,71	1,31
Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu ameliyat, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde bekleme süreleri azalmıştır.	88 21,9	117 29,1	119 29,6	61 15,2	17 4,2	2,51	1,11
Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu gereksinimleri karşılamak, rekabet edilebilirlik, değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği arttırmak amacıyla kurumsal performans ölçümü ve kalite çalışmaları başlatılmıştır.	82 20,4	74 18,4	136 33,8	97 24,1	13 3,2	2,71	1,13
Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaneye yapılan yatırımlarımız artmıştır.	75 18,7	70 17,4	179 44,5	61 15,2	17 4,2	2,68	1,06

*Sütun yüzdesi alınmıştır

Performansa Dayalı Ücret Sistemi hakkındaki bazı tutum ve düşünceler ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılık vardı ($p<0,05$). Bunlar sırası ile;

-Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışma isteğini artırmaktadır.

-Performansa dayalı ücret sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır.

-Performansa dayalı ek ödeme sistemi personelin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmıştır.

-Performansa dayalı ücret sistemiyle hastanemiz gelirlerinde bir artış olduğunu düşünüyorum.

Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre performans yönetimindeki sorunlarının başında, motivasyon eksikliği gelmektedir. İkinci sırada en önemli sorun ise kişisel çekememezliklerdir (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin performans yönetimindeki sorunları değerlendirme durumu

Performans yönetimindeki temel sorunlar:	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli	Ortalama	Standart Sapma
360° geri besleme yönteminin (çalışanın sadece yönetici tarafından değil, çevresindeki çalışanlar tarafından değerlendirilmesi) tam olarak uygulanmaması sonucu adil bir değerlendirme yapılmaması.	52 12,9	250 62,2	100 24,9	2,12	0,6
Kişisel çekememezlikler.	36 9,0	206 51,2	160 39,8	2,31	0,62
Sağlık personelinin iş ve görevle ilgili fikirlerine gerekli önem verilmemesi.	63 15,7	248 61,7	91 22,6	2,07	0,62
Motivasyon eksikliği.	26 6,5	205 51,0	171 42,5	2,36	0,60
Hedef gösterilmemesi (performans standartlarının belirlenmemesi)	49 12,2	216 53,7	137 34,1	2,22	0,64

*Sütun yüzdesi alınmıştır

Tablo 13'de performans değerlendirmede yapılan hataları değerlendirme durumunun dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan sağlık personeline göre, performans değerlendirmede yapılan hataların başında kayırmacılık gelmektedir.

İkinci sırada ise kişisel önyargılar ve pozisyondan etkilenmeden doğan hatalar gelmektedir.

Tablo 13. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin performans değerlendirmede yapılan hataları değerlendirme durumu

Performans değerlendirmede yapılan hatalar:	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli	Ortalama	Standart Sapma
	Sayı (%)*				
Hale (Halo) etkisi (Kişinin ilk izlenimine göre iyi/kötü değerlendirme yapma eğilimi)	54 13,4	260 64,7	88 64,7	2,08	0,58
Yakın geçmişteki olaylardan etkilenme	49 12,2	281 69,9	72 17,9	2,06	0,54
Kişisel önyargılar	57 14,2	244 60,7	101 25,1	2,11	0,61
Pozisyonundan etkilenme	52 12,9	242 60,2	108 26,9	2,14	0,61
Kayırmacılık	37 9,2	190 47,3	175 43,5	2,34	0,64

*Sütun yüzdesi alınmıştır

Cinsiyete göre performans değerlendirilmesine bakıldığında arada istatistiksel olarak anlamlılık vardı. Kadınların %32,1'i hiç uygulanmadığını, erkeklerin %31,4'ü yılda iki kere uygulandığını söyledi ($p < 0,05$, Tablo 14)

Tablo 14. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin, cinsiyete göre performans değerlendirmenin hangi sıklıkla yapıldığının dağılımı

Hastanenizde performans değerlendirmeleri ne sıklıkla yapılır?	Cinsiyetiniz				
	Erkek		Kadın		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Yılda bir kere	30	21,9	78	29,4	X ² =14,04 P=0,007
Yılda iki kere	43	31,4	75	28,3	
Yılda üç kere	1	0,7	10	3,8	
Yılda üç kereden fazla	22	16,1	17	6,4	
Hiç uygulanmıyor	41	29,9	85	32,1	

* Sütun yüzdesi alınmıştır

Cinsiyete göre Performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyete bakıldığında arada bir fark yoktu (Tablo 15, p>0,05)

Tablo 15. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin cinsiyete göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumu

Performansa dayalı ücret uygulamasından memnun musunuz?	Cinsiyet				
	Erkek		Kadın		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Evet memnunum	11	11,5	12	6,7	X ² =2,932 P=0,231
Hayır memnun değilim	68	70,8	143	79,4	
Kararsızım	17	17,7	25	13,9	

* Sütun yüzdesi alınmıştır

Medeni duruma göre Performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyete bakıldığında arada anlamlı bir ilişki bulundu . Evlilerin %81,5 i ve bekar/boşanmışların %68,8 i memnun olmadıklarını belirtmişlerdir.(Tablo 16, p<0,05)

Tablo 16. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin medeni duruma göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumu

Performansa dayalı ücret uygulamasından memnun musunuz?	Medeni Durum				
	Evli		Bekar/boşanmış		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
Evet memnunum	13	7,5	10	9,4	X ² =7,385 P=0,025
Hayır memnun değilim	141	81,5	70	68,8	
Kararsızım	19	11,0	23	21,9	

* Sütun yüzdesi alınmıştır

Tablo 17’de görüldüğü üzere görev alanına göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumuna bakıldığında hekimlerin %60’ı memnun değildi. Yardımcı sağlık personelinin %80,7 si memnun değildi. Görev alanına göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyete bakıldığında arada anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$)

Tablo 17. İnceleme kapsamına alınan sağlık personelinin görev alanına göre performansa dayalı ücret uygulamasından memnuniyet durumu

Performansa dayalı ücret uygulamasından memnun musunuz?	Görev alanı					
	Hekim**		Yardımcı sağlık personeli		Diğer***	
	Sayı	%*	Sayı	%**	Sayı	%*
Evet memnunum	5	16,7	16	7,3	2	7,1
Hayır memnun değilim	18	60,0	176	80,7	17	60,7
Kararsızım	7	23,3	26	11,9	9	32,1

* Sütun yüzdesi alınmıştır

**Hekim (şef, uzman hekim, pratisyen hekim)

*** Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 18’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi hakkında kurumumca bilgilendirildim” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu görev alanı hariç, aralarında istatistiki olarak anlamlı ayırım bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyete göre en üst seviyede iştirak, verilen cevabın ortalaması 2,02 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,14 ile bekarlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,74 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,20 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,80 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,76 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,58 ile 21 yıl ve üstü çalışma süresinde görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,20 ile 6-10 yıl arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,29 ile 21 yıl ve üstü çalışma süresinde görülmüştür.

Tablo 18. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi hakkında kurumumca bilgilendirildim” görüşünün sosyodemografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,02	1,185	4,017	0,046
Kadın	265	1,79	1,063		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	1,74	1,057	5,900	0,003
Bekar	133	2,14	1,173		
Boşanmış	8	1,75	1,035		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,20	1,224	2,898	0,056
Yardımcı sağlık personeli	321	1,80	1,067		
Diğer*	41	2,05	1,264		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,76	1,165	4,298	0,001
1-5 yıl	125	1,86	1,095		
6-10 yıl	108	1,73	1,038		
11-15 yıl	66	1,94	1,149		
16-20 yıl	40	1,85	1,231		
21 yıl ve üstü	38	1,58	,858		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,10	1,126	2,833	0,016
1-5 yıl	235	1,76	1,056		
6-10 yıl	46	2,20	1,327		
11-15 yıl	22	2,05	1,253		
16-20 yıl	16	1,81	,981		
21 yıl ve üstü	14	1,29	,469		

* Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 19’da görüldüğü gibi “Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışma isteğini arttırmaktadır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu medeni durumu hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalaması 2,35 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,13 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,59 ile diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist), en alt seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,18 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,92 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,05 ile 6-10 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,62 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 1,75 ile 16-20 yıl arasında görülmüştür.

Tablo 19. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışma isteğini artırmaktadır ” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,35	1,321	1,600	0,207
Kadın	265	2,18	1,245		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,13	1,271	3,064	0,048
Bekar	133	2,41	1,249		
Boşanmış	8	2,88	1,356		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,38	1,213	2,134	0,120
Yardımcı sağlık personeli	321	2,18	1,266		
Diğer*	41	2,59	1,341		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,92	1,352	2,165	0,057
1-5 yıl	125	2,26	1,177		
6-10 yıl	108	2,05	1,241		
11-15 yıl	66	2,36	1,421		
16-20 yıl	40	2,18	1,318		
21 yıl ve üstü	38	2,13	1,189		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,62	1,285	2,198	0,054
1-5 yıl	235	2,14	1,242		
6-10 yıl	46	2,39	1,453		
11-15 yıl	22	2,14	1,283		
16-20 yıl	16	1,75	,856		
21 yıl ve üstü	14	2,14	1,167		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 20’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi uygulaması sonucu hastanemizde sağlık hizmeti kullanımı arttı” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet ve meslekteki çalışma süresi hariç, aralarında istatistiki olarak anlamlı ayrım bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyete göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalaması 2,55 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,74 ile bekarlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,25 ile boşanmışlarda görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,85 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,40 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst düzeyde iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,04 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,33 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,81 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,75 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür (Tablo 20).

Tablo 20. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi uygulaması sonucu hastanemizde sağlık hizmeti kullanımı arttı” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,55	1,277	0,629	0,428
Kadın	265	2,46	1,121		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,37	1,213	4,776	0,009
Bekar	133	2,74	1,071		
Boşanmış*	8	2,25	1,035		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,85	1,189	4,251	0,015
Yardımcı sağlık personeli	321	2,40	1,169		
Diğer**	41	2,80	1,123		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,04	1,136	1,636	0,149
1-5 yıl	125	2,41	1,071		
6-10 yıl	108	2,50	1,257		
11-15 yıl	66	2,61	1,239		
16-20 yıl	40	2,33	1,228		
21 yıl ve üstü	38	2,34	1,072		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,81	1,088	3,033	0,011
1-5 yıl	235	2,42	1,232		
6-10 yıl	46	2,67	1,136		
11-15 yıl	22	2,27	,985		
16-20 yıl	16	1,75	,775		
21 yıl ve üstü	14	2,71	,914		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 21’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu birim zamanda bakılan hasta sayısında artış olmuştur” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtların ortalaması 3,12 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,12 ile bekarlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,02 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,34 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,95 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)de görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,33 ile 11-15 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,90 ile 6-10 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,22 ile 6-10 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,69 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 21. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu birim zamanda bakılan hasta sayısında artış olmuştur” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	3,12	1,358	0,936	0,334
Kadın	265	2,99	1,258		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	3,02	1,339	1,364	0,257
Bekar	133	3,12	1,206		
Boşanmış*	8	2,38	1,061		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	3,34	1,292	1,338	0,264
Yardımcı sağlık personeli	321	3,05	1,310		
Diğer**	41	2,95	1,139		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,20	1,080	1,245	0,287
1-5 yıl	125	2,94	1,268		
6-10 yıl	108	2,90	1,318		
11-15 yıl	66	3,33	1,293		
16-20 yıl	40	3,03	1,423		
21 yıl ve üstü	38	3,16	1,263		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	3,10	1,190	0,588	0,709
1-5 yıl	235	2,99	1,348		
6-10 yıl	46	3,22	1,191		
11-15 yıl	22	3,18	1,402		
16-20 yıl	16	2,69	1,078		
21 yıl ve üstü	14	3,14	1,292		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 22’de gösterildiği gibi “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hasta muayene süresi azaltıldı” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu görev alanı hariç aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen cevabın ortalaması 3,27 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,25 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,10 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,93 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen cevapların ortalamasına göre 2,98 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,44 ile 11-15 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,87 ile 21 yıl ve üstünde görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,30 ile 6-10 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,81 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 22. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hasta muayene süresi azaltıldı” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	3,27	1,453	2,186	0,140
Kadın	265	3,06	1,329		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	3,10	1,448	0,183	0,833
Bekar	133	3,18	1,230		
Boşanmış*	8	3,25	1,282		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	3,93	1,403	10,345	0,000
Yardımcı sağlık personeli	321	2,98	1,363		
Diğer**	41	3,49	1,098		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,04	1,098	1,189	0,314
1-5 yıl	125	3,18	1,304		
6-10 yıl	108	3,05	1,456		
11-15 yıl	66	3,44	1,426		
16-20 yıl	40	2,98	1,441		
21 yıl ve üstü	38	2,87	1,339		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	3,26	1,208	0,522	0,760
1-5 yıl	235	3,09	1,431		
6-10 yıl	46	3,30	1,314		
11-15 yıl	22	3,00	1,345		
16-20 yıl	16	2,81	1,276		
21 yıl ve üstü	14	3,14	1,610		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 23’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi tüm çalışanlar arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu meslekteki çalışma süresi hariç aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalaması 2,09 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,14 ile bekarlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,86 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,20 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,88 ile hekimlerde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,80 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,82 ile 11-15 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,19 ile 16-20 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,73 ile 11-15 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 23. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi tüm çalışanlar arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,09	1,260	2,990	0,085
Kadın	265	1,88	1,145		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	1,86	1,215	2,419	0,090
Bekar	133	2,14	1,127		
Boşanmış*	8	2,00	1,069		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	1,88	1,090	0,990	0,372
Yardımcı sağlık personeli	321	1,93	1,187		
Diğer**	41	2,20	1,289		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,80	1,225	2,993	0,012
1-5 yıl	125	1,95	1,190		
6-10 yıl	108	1,87	1,145		
11-15 yıl	66	1,82	,975		
16-20 yıl	40	1,83	1,299		
21 yıl ve üstü	38	2,00	1,336		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,14	1,154	0,824	0,533
1-5 yıl	235	1,90	1,192		
6-10 yıl	46	1,89	1,080		
11-15 yıl	22	1,73	1,077		
16-20 yıl	16	2,19	1,559		
21 yıl ve üstü	14	2,14	1,351		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

“Performansa dayalı ücret sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu aralarında istatistikî duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 3,32 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalamasına göre 3,21 ile evlilerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtın ortalamasına göre 2,88 ile boşanmışlarda görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalamasına göre 3,50 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtın ortalamasına göre 3,07 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalamasına göre 3,68 ile 21 yıl ve üstü, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtın ortalamasına göre 2,92 ile 1 yıldan az çalışında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalamasına göre 3,57 ile 21 yıl ve üstü, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtın ortalamasına göre 3,09 ile 1 yıldan az çalışanda görülmüştür (Tablo 24).

Tablo 24. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	3,32	1,323	3,358	0,068
Kadın	265	3,07	1,279		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	3,21	1,347	,727	0,484
Bekar	133	3,07	1,214		
Boşanmış*	8	2,88	0,991		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	3,50	1,359	1,588	0,206
Yardımcı sağlık personeli	321	3,12	1,295		
Diğer**	41	3,07	1,233		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,92	1,187	1,883	0,096
1-5 yıl	125	3,14	1,285		
6-10 yıl	108	3,04	1,360		
11-15 yıl	66	3,06	1,214		
16-20 yıl	40	3,35	1,388		
21 yıl ve üstü	38	3,68	1,188		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	3,09	1,222	0,698	0,625
1-5 yıl	235	3,12	1,312		
6-10 yıl	46	3,11	1,370		
11-15 yıl	22	3,45	1,224		
16-20 yıl	16	3,38	1,258		
21 yıl ve üstü	14	3,57	1,399		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 25’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi sonucunda yıllık izin kullanma oranında bir düşüş olmuştur” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalaması 3,45 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalamasına göre 3,30 ile evlilerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtın ortalamasına göre 2,75 ile boşanmışlarda görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,48 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,19 ile yardımcı sağlık personelinde diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,55 ile 16-20 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,13 ile 6-10 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,45 ile 11-15 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,06 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 25. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucunda yıllık izin kullanma oranında bir düşüş olmuştur” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	3,45	1,181	6,627	0,010
Kadın	265	3,12	1,185		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	3,30	1,256	1,392	0,250
Bekar	133	3,14	1,046		
Boşanmış*	8	2,75	1,282		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	3,48	1,339	1,320	0,268
Yardımcı sağlık personeli	321	3,19	1,176		
Diğer**	41	3,37	1,157		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,24	1,091	0,819	0,536
1-5 yıl	125	3,22	1,133		
6-10 yıl	108	3,13	1,261		
11-15 yıl	66	3,18	1,176		
16-20 yıl	40	3,55	1,218		
21 yıl ve üstü	38	3,34	1,258		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	3,32	1,064	0,860	0,508
1-5 yıl	235	3,15	1,209		
6-10 yıl	46	3,43	1,186		
11-15 yıl	22	3,45	1,335		
16-20 yıl	16	3,06	1,124		
21 yıl ve üstü	14	3,43	1,399		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 26’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapıldığını düşünüyorum” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu meslekteki çalışma süresi hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 3,45 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,51 ile evlilerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,13 ile boşanmışlarda görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,70 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,29 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,80 ile 16-20 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,76 ile 1 yıldan az çalışanda görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,79 ile 21 yıl ve üstü, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 3,30 ile 6-10 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 26. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapıldığını düşünüyorum” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	3,45		2,621	0,106
Kadın	265	3,12			
MEDENİ DURUM					
Evli	261	3,51	1,270	2,003	0,136
Bekar	133	3,27	1,116		
Boşanmış*	8	3,13	0,991		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	3,70		1,291	0,276
Yardımcı sağlık personeli	321	3,41			
Diğer**	41	3,29			
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,76	1,091	3,591	0,003
1-5 yıl	125	3,59	1,078		
6-10 yıl	108	3,20	1,273		
11-15 yıl	66	3,44	1,242		
16-20 yıl	40	3,80	1,244		
21 yıl ve üstü	38	3,53	1,310		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	3,36	1,224	0,739	0,594
1-5 yıl	235	3,40	1,206		
6-10 yıl	46	3,30	1,297		
11-15 yıl	22	3,73	1,202		
16-20 yıl	16	3,63	1,204		
21 yıl ve üstü	14	3,79	1,251		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 27’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi hastanemizin genel kurumsal kalitesini geliştirmiştir” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet ve medeni durum hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak verilen yanıtın ortalaması 2,55 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,43 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,85 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,28 ile hekimlerde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,32 ile 1 yıldan az çalışanda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,13 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,07 ile 21 yıl ve üstü, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,32 ile 11-15 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 27. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi hastanemizin genel kurumsal kalitesini geliştirmiştir” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,55	1,230	0,311	0,577
Kadın	265	2,49	1,015		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,43	1,119	2,532	0,081
Bekar	133	2,66	1,044		
Boşanmış*	8	2,88	,641		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,28	1,320	3,002	0,050
Yardımcı sağlık personeli	321	2,50	1,052		
Diğer**	41	2,85	1,108		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,32	,945	5,703	0,000
1-5 yıl	125	2,54	1,020		
6-10 yıl	108	2,37	1,141		
11-15 yıl	66	2,38	1,147		
16-20 yıl	40	2,13	,992		
21 yıl ve üstü	38	2,92	,941		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,80	1,092	3,646	0,003
1-5 yıl	235	2,36	1,105		
6-10 yıl	46	2,83	1,039		
11-15 yıl	22	2,32	1,041		
16-20 yıl	16	2,44	0,814		
21 yıl ve üstü	14	3,07	0,829		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 28’ de “Performansa dayalı ek ödeme sistemi personelin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmıştır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 2,45 ile kadınlarda görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,65 ile bekarlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,28 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,73 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de , en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,05 ile hekimlerde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,12 ile 1 yıldan az çalışanda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 1,98 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,93 ile 21 yıl ve üstü, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,00 ile 11-15 yıl ve arasında görülmüştür (Tablo 28).

Tablo 28. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi personelin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,32	1,218	1,103	0,294
Kadın	265	2,45	1,177		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,28	1,185	4,182	0,016
Bekar	133	2,65	1,188		
Boşanmış*	8	2,50	0,926		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,05	1,218	3,360	0,036
Yardımcı sağlık personeli	321	2,41	1,172		
Diğer**	41	2,73	1,245		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,12	1,301	4,186	0,001
1-5 yıl	125	2,52	1,209		
6-10 yıl	108	2,19	1,089		
11-15 yıl	66	2,41	1,176		
16-20 yıl	40	1,98	1,050		
21 yıl ve üstü	38	2,63	1,261		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,74	1,291	2,482	0,031
1-5 yıl	235	2,35	1,208		
6-10 yıl	46	2,35	0,971		
11-15 yıl	22	2,00	0,873		
16-20 yıl	16	2,13	0,885		
21 yıl ve üstü	14	2,93	1,439		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 29’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu gereksiz hasta sevkleri azaltılmıştır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 3,07 ile kadınlarda görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,00 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,95 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,15 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de , en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile hekimlerde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,07 ile 1-5 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,85 ile 6-10 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,24 ile 6-10 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,86 ile 21 yıl ve üstü çalışanda görülmüştür.

Tablo 29. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu gereksiz hasta sevkleri azaltılmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,80	1,243	4,626	0,032
Kadın	265	3,07	1,182		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,95	1,239	0,113	0,893
Bekar	133	3,02	1,148		
Boşanmış*	8	3,00	1,309		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,88	1,305	0,557	0,573
Yardımcı sağlık personeli	321	2,97	1,202		
Diğer**	41	3,15	1,174		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,04	1,060	0,443	0,818
1-5 yıl	125	3,07	1,151		
6-10 yıl	108	2,85	1,252		
11-15 yıl	66	2,94	1,276		
16-20 yıl	40	3,05	1,319		
21 yıl ve üstü	38	2,95	1,161		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	3,04	1,242	0,647	0,664
1-5 yıl	235	2,91	1,230		
6-10 yıl	46	3,24	1,158		
11-15 yıl	22	3,00	1,234		
16-20 yıl	16	2,88	0,957		
21 yıl ve üstü	14	2,86	1,099		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 30’da görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını arttırmıştır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu meslekteki çalışma süresi hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 2,57 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,75 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,49 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,53 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,28 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,28 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen cevapların ortalamasına göre 2,77 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,38 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 30. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını arttırmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,57	1,149	0,004	0,948
Kadın	265	2,56	0,972		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,49	1,087	1,937	0,146
Bekar	133	2,70	0,921		
Boşanmış*	8	2,75	0,886		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,55	1,176	2,117	0,122
Yardımcı sağlık personeli	321	2,53	1,012		
Diğer**	41	2,88	1,029		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,28	0,936	4,830	0,000
1-5 yıl	125	2,68	0,997		
6-10 yıl	108	2,45	1,027		
11-15 yıl	66	2,32	0,995		
16-20 yıl	40	2,28	1,037		
21 yıl ve üstü	38	2,76	1,051		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,77	1,087	1,015	0,408
1-5 yıl	235	2,51	1,060		
6-10 yıl	46	2,65	0,875		
11-15 yıl	22	2,41	0,959		
16-20 yıl	16	2,38	1,025		
21 yıl ve üstü	14	2,71	0,914		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 31’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesi artmıştır.” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet ve hastanedeki toplam çalışma süresi hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 2,43 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,00 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,28 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,80 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,08 ile hekimlerde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,24 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,10 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,72 ile 6-10 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,21 ile 21 yıl ve üstü çalışanda görülmüştür.

Tablo 31. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesi artmıştır.” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,43	1,241	0,155	0,694
Kadın	265	2,38	1,024		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,28	1,090	4,798	0,009
Bekar	133	2,59	1,087		
Boşanmış*	8	3,00	1,195		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,08	1,163	4,607	0,011
Yardımcı sağlık personeli	321	2,39	1,087		
Diğer**	41	2,80	1,054		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,24	1,012	4,815	0,000
1-5 yıl	125	2,51	1,060		
6-10 yıl	108	2,26	1,155		
11-15 yıl	66	2,21	0,985		
16-20 yıl	40	2,10	1,057		
21 yıl ve üstü	38	2,53	1,109		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,61	1,060	1,884	0,096
1-5 yıl	235	2,29	1,125		
6-10 yıl	46	2,72	1,047		
11-15 yıl	22	2,32	1,041		
16-20 yıl	16	2,50	1,095		
21 yıl ve üstü	14	2,21	0,975		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 32’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi ile tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumu etkilenmemiştir” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu meslekteki çalışma süresi hariç, aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 2,69 ile kadınlarda görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,00 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,59 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,95 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,55 ile hekimlerde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile 1 yıldan az ve 1-5 yıl arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,38 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,84 ile 1 yıldan az çalışanda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,19 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 32. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi ile tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumu etkilenmemiştir” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,55	1,254	1,198	0,274
Kadın	265	2,69	1,139		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,59	1,217	0,985	0,374
Bekar	133	2,73	1,122		
Boşanmış*	8	3,00	0,756		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,55	1,413	1,607	0,202
Yardımcı sağlık personeli	321	2,62	1,148		
Diğer**	41	2,95	1,161		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,88	1,166	2,390	0,037
1-5 yıl	125	2,88	1,182		
6-10 yıl	108	2,46	1,172		
11-15 yıl	66	2,68	1,084		
16-20 yıl	40	2,38	1,254		
21 yıl ve üstü	38	2,45	1,179		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,84	1,171	0,947	0,450
1-5 yıl	235	2,62	1,201		
6-10 yıl	46	2,70	0,986		
11-15 yıl	22	2,59	1,436		
16-20 yıl	16	2,19	0,981		
21 yıl ve üstü	14	2,50	1,225		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 33’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede tam zamanlı çalışma oranı artış göstermiştir” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 3,01 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,93 ile bekarlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile boşanmışlarda görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,15 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile yardımcı sağlık personeli ve diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman) de görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,40 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,74 ile 21 yıl ve üstü çalışanda görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,09 ile 1 yıldan az çalışanda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,56 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 33. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede tam zamanlı çalışma oranı artış göstermiştir” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	3,01	1,237	1,760	0,185
Kadın	265	2,85	1,117		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,90	1,177	0,045	0,956
Bekar	133	2,93	1,123		
Boşanmış*	8	2,88	1,356		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	3,15	1,272	0,967	0,381
Yardımcı sağlık personeli	321	2,88	1,156		
Diğer**	41	2,88	1,077		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	3,40	1,155	1,372	0,234
1-5 yıl	125	2,88	1,067		
6-10 yıl	108	2,81	1,209		
11-15 yıl	66	3,03	1,136		
16-20 yıl	40	2,90	1,257		
21 yıl ve üstü	38	2,74	1,223		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	3,09	1,095	0,849	0,515
1-5 yıl	235	2,88	1,176		
6-10 yıl	46	3,00	1,135		
11-15 yıl	22	2,91	1,342		
16-20 yıl	16	2,56	0,814		
21 yıl ve üstü	14	2,64	1,336		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 34’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ücret sistemiyle hastanemiz gelirlerinde bir artış olduğunu düşünüyorum” sorusuna cevapların sosyo-demografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet hariç aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalaması 2,89 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,75 ile evlilerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,00 ile boşanmışlarda görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,00 ile hekimlerde, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,69 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,00 ile 16-20 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,55 ile 21 yıl ve üstü çalışanda görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,91 ile 6-10 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,43 ile 21 yıl ve üstü çalışanda görülmüştür.

Tablo 34. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ücret sistemiyle hastanemiz gelirlerinde bir artış olduğunu düşünüyorum” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,89	1,359	3,909	0,049
Kadın	265	2,62	1,277		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,75	1,339	1,394	0,249
Bekar	133	2,67	1,254		
Boşanmış*	8	2,00	1,195		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	3,00	1,320	1,198	0,303
Yardımcı sağlık personeli	321	2,69	1,309		
Diğer**	41	2,59	1,303		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,84	1,179	0,764	0,576
1-5 yıl	125	2,76	1,285		
6-10 yıl	108	2,59	1,275		
11-15 yıl	66	2,68	1,372		
16-20 yıl	40	3,00	1,485		
21 yıl ve üstü	38	2,55	1,288		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,74	1,221	0,444	0,818
1-5 yıl	235	2,69	1,346		
6-10 yıl	46	2,91	1,262		
11-15 yıl	22	2,73	1,518		
16-20 yıl	16	2,50	1,155		
21 yıl ve üstü	14	2,43	1,222		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 35’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu ameliyat, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde bekleme süreleri azalmıştır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu cinsiyet hariç aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtların ortalaması 2,69 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,65 ile bekarlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,43 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,73 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman), en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,47 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,80 ile 1 yıldan az, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,42 ile 6-10 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,73 ile 11-15 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,19 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 35. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu ameliyat, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde bekleme süreleri azalmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,69	1,270	5,374	0,021
Kadın	265	2,42	1,019		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,43	1,137	1,733	0,178
Bekar	133	2,65	1,073		
Boşanmış*	8	2,50	1,069		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,58	1,152	1,076	0,342
Yardımcı sağlık personeli	321	2,47	1,115		
Diğer**	41	2,73	1,096		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,80	1,000	0,642	0,667
1-5 yıl	125	2,50	1,090		
6-10 yıl	108	2,42	1,103		
11-15 yıl	66	2,50	1,193		
16-20 yıl	40	2,45	1,218		
21 yıl ve üstü	38	2,66	1,097		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,68	1,022	0,971	0,435
1-5 yıl	235	2,44	1,151		
6-10 yıl	46	2,59	1,107		
11-15 yıl	22	2,73	1,316		
16-20 yıl	16	2,19	0,981		
21 yıl ve üstü	14	2,50	0,760		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 36’ da “Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu gereksinimleri karşılamak, rekabet edilebilirlik, değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği arttırmak amacıyla kurumsal performans ölçümü ve kalite çalışmaları başlatılmıştır” sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu aralarında istatistikî duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 2,86 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,38 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,69 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,95 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman), en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,67 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,89 ile 21yıl ve üstü çalışanlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,55 ile 6-10 yıl ve arasında görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,95 ile 11-15 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,44 ile 16-20 yıl ve arasında görülmüştür (Tablo 36).

Tablo 36. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu gereksinimleri karşılamak, rekabet edilebilirlik, değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği arttırmak amacıyla kurumsal performans ölçümü ve kalite çalışmaları başlatılmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	N	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,86	1,158	3,516	0,062
Kadın	265	2,64	1,120		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,69	1,177	1,448	0,236
Bekar	133	2,73	1,053		
Boşanmış*	8	3,38	1,061		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,83	1,238	1,329	0,266
Yardımcı sağlık personeli	321	2,67	1,117		
Diğer**	41	2,95	1,182		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,76	1,052	0,873	0,499
1-5 yıl	125	2,74	1,086		
6-10 yıl	108	2,55	1,163		
11-15 yıl	66	2,85	1,218		
16-20 yıl	40	2,68	1,207		
21 yıl ve üstü	38	2,89	1,060		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,77	1,031	0,828	0,530
1-5 yıl	235	2,65	1,179		
6-10 yıl	46	2,89	1,080		
11-15 yıl	22	2,95	1,290		
16-20 yıl	16	2,44	0,892		
21 yıl ve üstü	14	2,86	1,099		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

Tablo 37’de görüldüğü gibi “Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaneye yapılan yatırımlarımız artmıştır” personelinin sorusuna cevapların sosyodemografik özellikler bakımından incelenmesi sonucu aralarında istatistiki duruma göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyette en üst seviyede iştirak, verilen yanıtın ortalaması 2,80 ile erkeklerde görülmüştür. Medeni duruma göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 3,25 ile boşanmışlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,71 ile evlilerde görülmüştür. Görev alanına göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,83 ile diğer(eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman), en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,66 ile yardımcı sağlık personelinde görülmüştür. Meslekteki çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,88 ile 1 yıldan az çalışanlarda, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,61 ile 21 yıl ve üstü çalışanda görülmüştür. Hastanedeki toplam çalışma süresine göre en üst seviyede iştirak verilen yanıtların ortalamasına göre 2,91 ile 6-10 yıl ve arasında, en alt seviyede iştirakse verilen yanıtların ortalamasına göre 2,50 ile 11-15 yıl ve arasında görülmüştür.

Tablo 37. Araştırma kapsamına alınan sağlık personelinin “Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaneye yapılan yatırımlarımız artmıştır” görüşünün sosyo-demografik özellikler bakımından dağılımı

CİNSİYET	n	Ort.	St. Sp.	F	P
Erkek	137	2,80	1,130	2,356	0,126
Kadın	265	2,63	1,037		
MEDENİ DURUM					
Evli	261	2,66	1,103	1,194	0,304
Bekar	133	2,71	0,998		
Boşanmış*	8	3,25	1,165		
GÖREV ALANI					
Hekim	40	2,78	1,050	0,593	0,553
Yardımcı sağlık personeli	321	2,66	1,084		
Diğer**	41	2,83	0,998		
MESLEKTEKİ ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	25	2,88	1,092	0,924	0,924
1-5 yıl	125	2,69	1,027		
6-10 yıl	108	2,67	1,144		
11-15 yıl	66	2,65	1,157		
16-20 yıl	40	2,78	1,143		
21 yıl ve üstü	38	2,61	0,755		
HASTANEDEKİ TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ					
1 yıldan az	69	2,83	,923	0,942	0,454
1-5 yıl	235	2,63	1,122		
6-10 yıl	46	2,91	1,050		
11-15 yıl	22	2,50	1,058		
16-20 yıl	16	2,69	1,250		
21 yıl ve üstü	14	2,57	,646		

*Boşanmış veya eşi vefat etmiş

**Diğer (eczacı, psikolog, fizyoterapist, teknik eleman)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan araştırma sonucu oluşan bazı önemli bulgular ile bulgulara dayanarak geliştirilen öneriler aşağıda verilmiştir.

Öncelikle personel arasında çatışmaya ve büyük huzursuzluğa yol açan tavan ek ödeme oranları arasındaki uçurumun azaltılması hekim branşları arasındaki dengenin sağlanması gerekmektedir. Mevcut uygulama, sadece hekim grubu personelin performansını ölçmekte, diğer personelin alacağı ek ödemede hekimlerin performans puan ortalaması belirleyici olmakta yani hekim dışı personel kendi performansı gözetilmeden tamamen hekimlerin performansına bağlı olarak ek ödeme almaktadır. Bu nedenle hekim dışı personelin bakanlıkça belirlenmiş görev ve sorumlulukları çerçevesinde iş süreçlerinin tanımlanarak performans kriterlerinin oluşturulması uygun olacaktır.

Değinen bulgularda çalışanlar arası ek ödeme miktar farkının yüksek ve bununda çalışanlar arası hoşnutsuzluğu arttırmakta olduğuna değinilmiştir. Bir kesim aldığı ek ödemeden memnun iken diğer kesim durumundan hoşnut değildir.

Sağlık Bakanlığına göre sadece hekimlerin işlem başına ek ödeme almasının nedeni hekim dışı sağlık personelinin yaptıkları işlem sayılarını performans kat sayısına dönüştürülmesinin zor olmasından kaynaklanmaktadır. Aslında dışarıdan bakıldığında çalışanların bağlı olduğu kuruluşun niteliği ünvanı ve mesai koşullarına göre ek ödeme alması adil bir sistem gibi gözükmemektedir. Fakat sistemin içinde yer alan çalışanlar ek ödemelerin bu şekilde ödenmesinden memnun değildir. Sağlık çalışanları her ay ek ödemeyi hesaplamak yerine özlük haklarının iyileştirildiği sabit bir ücret sisteminin geliştirilmesini tercih etmektedirler (Kakan, 2010: 159).

Mevcut uygulamada çalışan sayısı yetersizliğinden kaynaklı sağlık personelinin haftalık mesai süresinden daha fazla çalıştığı bulgular arasındadır. Bu durum her ne kadar vatandaş açısından almış olduğu hizmet hızlı ve ulaşılabilirse personele büyük ölçüde iş yüküne sebep olmakta ve hastalara az zaman ayrılmasına neden olmaktadır.

Sağlık çalışanlarının maaşlarına eklenecek ek ücret çoğunlukla izlemler (muayene ve tetkikler)le tedarik edildiği için toplumsal sağlığın önlenmesine yönelik koruyucu hizmet uygulamaları göz önüne alınmamakta ve bu durum da orta ve uzun vade de toplumsal olumsuzluklara sebep olabilecektir.

Sağlık çalışanlarının verdiği hizmetin niteliğinden niceliğinin değerlendirmede ve performansında ön planda görülmesi, sağlık çalışanlarına ilham vermeyecektir. Yani günde 40 hastaya verimli bir şekilde ve nitelikli hizmette bulunan bir doktorun kazanacağı puan, günde özensiz ve az zamanda 80 hastaya bakacak bir doktordan daha az olacaktır. Böylece genel sağlık kalitesini negatifleştirecektir.

Hasta kapasitesi ve bölgesel şartlar baz alınarak sürecin tekrar oluşturulması, etkili uygulamalara ulaşabilme ve hedeflenen stratejileri yerine getirebilme noktasında büyük önem taşımaktadır. Yazılan bir çalışmaya göre de Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin yapılarının (dal hastaneleri, eğitim hastaneleri, ilçe hastaneleri veya kırsal kesimdeki bir sağlık ocağı.) iyi analiz edilmeden uygulamaya konulması sebebiyle uygulama sonuçlarının yeterli olmadığı düşünülmektedir (Gazi, 2006: 147-148). Mesela, Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Malatya'da bir aile hekimliğinin bölge yapısı, hasta kapasitesi, çalışan sayısı büyük farklılık göstermesine karşın benzer Performansa Dayalı Ücret Sistemiyle değerlendirilmesi uygun değildir.

Çalışma sürelerinin alt gruplarına göre bir inceleme yapıldığı zaman 0-5 yıl zaman aralığında bu hastanede çalışanların büyük çoğunluğu oluşturması, örgüt açısından yeni çalışan nüfusun daha fazla olduğunu göstermektedir.

Örgütler en önemli kaynakları olan çalışanlarının gereksinimlerini karşılayarak, örgütün amaçları doğrultusunda onları güdülemeleri zorunlu hale gelmektedir. Yöneticiler tarafından çalışanların gereksinim, beklenti ve değerleri doğru analiz edilip, ödül tercihleri belirlenerek farklı ödüllendirme sistemleri oluşturulması çalışanlar üzerinde daha etkili olacaktır.

Örgüt yönetimi, çalışanlar için sadece maddi ödüllendirme araçlarını değil bunun yanında yetki ve sorumluluk verme, tebrik ve övme, eğitim gibi maddi olmayan ödüllendirme araçlarına da gereken önemi vermeli ve uygulamalıdır.

Performans yönetimi sürecinin daha sağlıklı işlemesi için yöneticiler performans yönetimi sürecini iyi anlamalı ve performans yönetimi için gerekli altyapı oluşturmalıdır. Etkin bir denetim mekanizması geliştirilmelidir. Böylece performans yönetiminin artıları ve eksileri daha net bir şekilde tespit edilebilir. Personellerin yerine getirdiği işlemler sonucunda tedavinin ne şekilde olduğu veya elde edilen işlemin yerine getirilmesi planının, kriterlerinin ve zamanın adlandırılmasının yerinde bir uygulama olup, bunda sistemin gidişatına geri dönüt vereceğinden beraber yapılan

katkıyla verimli ve nitelikli hizmet sunumu gerçekleşecektir. Sağlık Bakanlığı'nda etkin bir performans denetimi için doktorların muayene ettikleri hastaların yeniden aynı konudan hastaneye başvurmaları bir ölçüt olabilir.

Çalışanlar sadece para ile değil kendilerini çalışma hayatlarında başarılı hissettirecek ödüllendirme yöntemleri geliştirilmelidir. Yöneticilerin iyi performans sergileyen çalışanı kişisel olarak kutlamaları çalışanların motivasyonunu artırabilir. Nitekim çalışmamızın sonucuna göre performans değerlemedeki en önemli sorunun motivasyon eksikliği ve değerlendirme sırasında yapılan hataların ise kayırmacılık olduğu görülmüştür. Etkin bir performans yönetimi için yöneticiler çalışanlara performans yönetiminin gerekliliği ve çalışanların performanslarını nasıl artırtabileceği konusunda bilgilendirme toplantıları yapmalıdır.

Performans ölçütleri örgütlerde sistemin verimli olacağı alanlarda kullanılmalıdır. Performans yönetiminin uygulanamayacağı bir alanda bu sistemi uygulamak anlamsız olur ve hizmetin kalitesini düşürebilir. Sağlık Bakanlığı gibi örgütler çalışanlarını etik kurallar çerçevesinde hareket etmeye yöneltmelidir, çünkü çalışanlar daha fazla ek ödeme için hizmet kalitesini düşürebilir.

Sağlık hizmetinin yapısına baktığımızda muayene, teşhis ve tedavide hekim grubunun karar verici ve ön planda olmasına rağmen verilen bu hizmetlerin arka planında hekim dışı personelin emekleri yadsınamaz. Sağlık hizmeti sunumunun istenilen kalitede verilebilmesi için hizmetlisinden teknikerine, idari personelinden hemşiresine, yöneticilerinden hekimlere kadar birçok meslek grubunun emeği göz ardı edilmemelidir. Satın alma faaliyetlerinin zamanında ve en uygun şartlarda yapılabilmesi, idari ve mali anlamda titiz bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Tetkik ve laboratuvar işlemlerinde bu hizmeti veren sağlık çalışanları yer almaktadır. Hastanedeki tıbbi cihazların kullanıcısı durumundaki sağlık personeli, cihazların bakımını yapan teknik personel ile biyomedikal uzmanları, hekimlerle özdeşleşmiş yardımcı sağlık personeli olan hemşire ve ebeler, yine gerekli hijyenik şartları sağlamakla görevli hizmetli personel başlıca hekim dışı meslek gruplarını oluşturmaktadır. Sistem içerisinde yer alan herkese adil bir performans uygulaması çalışanları mutlu edeceğinden iş motivasyonlarını arttırıcı bir etken olacaktır.

Araştırmalar uygulanırken hastalar, idareciler, araştırmacılar, hemşireler, öğretim görevlileri tek tek ele alınmalı, personellerin performansını çoğaltacak düzeltmeler tez zamanda gerçekleşmeli, sağlık hizmeti sunanların ve hastaların

uygulamadan memnuniyet durumunun çoğaltılması gerçekleşmeli, yöneticilerin uygulama üzerindeki etkileri kontrol edilmeli ve doğru olmayan uygulamaların söylenmesi gerekmektedir. Özellikle öğretim üyelerinin bu durumda oldukça önemli görevi vardır. Öğretim üyelerinin verdikleri derslerde ki başarıları, asistanlarla olan eğitici aktiviteleri daha da önemlisi muayene ve ameliyat tek tek ele alınmalı ve sistemden böylece tam anlamda fayda sağlanmalıdır. Döner sermayenin bu uygulamada kontrol edilip, bu teftişin tarafsız şekilde hastane çalışanına bu konuda bilgi verilmesi ayrıca her ay döner sermayeden en az ve en çok fayda sağlayan birimlerinde bilgilendirmenin merkezine alınmalıdır.

Sağlık Bakanlığının gerçekleştirdiği performansa dayalı ücret uygulamasının olumsuzluklarına rağmen personelin güzel bir uygulama şeklinde bakması, uygulamadan kaynaklı sorunlarında azalabileceği incelememiz sonucunda elde edilmiştir. Uygulamadan kaynaklı sorunların ortadan kalkması için Sağlık Bakanlığınca adımlar atılmakta fakat bu adımların eksik ve yerinde olmayıp, sahadaki personelin düşüncelerine başvurarak sorunları azaltmaya gayret gösterilmelidir.

Bütün bu sonuçların değerlendirilmesinin ardından araştırma sonucunda performansa dayalı ek ödeme sisteminin gerçekleşmesinde noksan olan noktaların düzeltilmesi amacıyla gerekli görülen hususlar bulunur. Önemle söylenmesi gereken nokta şudur ki, incelemede bulunduğumuz hastanenin üniversite kapsamında bulunmasından dolayı performans yönetim uygulaması bilinçli, profesyonel ve tecrübeli bir şekilde yerine getirebilecek bir ekibin diğer fakültelerle beraber meydana getirilmesi gerekir. Teorik bir şekilde konuyu araştırırken de ele alındığı gibi performans yönetim sisteminin uygulanması amacıyla ayrı bir ekibin oluşturulması gerekmektedir. Öncelikle insan kaynakları biriminin performans yönetiminin uygulanabilmesinde etkin bir rol üstlendiği tartışılmazdır. Bütün bu bilgiler baz alınarak Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde de aynı şekilde insan kaynakları biriminin oluşturulması ve bu departmanla beraber bir ekibin bu uygulamayı devamlı kontrol etmesi gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Akal, Z. (2000), **İşletmelerde Performans ölçüm ve Denetimi: Çok Yönlü Performans Göstergeleri**(4.Basım), Mert Matbaası, Ankara.
- Akal, Z.,(1998), İşletmelerde Performans Ölçümü ve Denetimi, MPM Yayınları, Ankara.
- Aksoy, E.,(2007), **İnsan Kaynakları Yönetiminde Personel Güçlendirme ve Koçluk**, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk üniversitesi, Konya.
- Alptekin, C.,(2007), **Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi: İkinci Basamağa İlişkin Bir Uygulama**, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Alpugan, O., (1981), **Genel Hastanelerin Kullanımı Türkiye’de Uygulamada Karşılaşılan Kimi Sorunlar ve Bu Sorunların Çözümlemesi**, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- Ateş, H., (2007), Kavramlar, tartışmalar ve Genel Çerçeve, (Editörler: Hamza Ataş, Harun Yılmaz ve Sabahattin Aydın), **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği**, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Ateş, H., Kırılmaz, H., Aydın, S., (2007), Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi, Türkiye Örneği, Asil Yayın Dağıtım, I.Basım, Ankara.
- Aydın, S., Demir, M., ve diğ., (2009), **Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları**, Lazer Ofset Matbaa Tesisleri, Ankara.
- Aydın, S., ve Demir, M., (2007). **Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi** (2. Basım). Ankara: Onur Matbaacılık.
- Barutçugil, İ., (2002), **Performans Yönetimi**, (Editör: Canan Başoğlu), Kariyer Yayınları, İstanbul.
- Bayraktaroğlu, S., (2008),**İnsan Kaynakları Yönetimi**, Sakarya, ss. 103-134.
- Bingöl, D., (2006),**İnsan Kaynakları Yönetimi**, Arıkan Yayıncılık, İstanbul.
- Byars, Lv., L., Rue, L., W., (2003), **Human Resource Management**, Seventh Edition, Mc.GrawHillInc.
- Can, H., A. Akgün ve Ş. Kavuncubaşı (2001), **Kamu ve Özel kesimde İnsan Kaynakları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Carin, Guy and Hanvoravongchai, Piya (2003), Provider pagments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries?, Human Resources for Health, Vol.1, No:6, pp. 1-10.

- Çankaya, M.,(2013), **Sağlık Bakanlığı İle “Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü” Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Personel Verimliliğine Etkisi**, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Kocaman Üniversitesi, Muğla.
- Çelik, Y., (2007). **Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi**. (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, s174-205.
- Çoruh, M., (1997), Sağlık Kalite Sisteminde Performans Değerlendirmesi, (6. Ulusal Kalite Kongresi Bildirileri), Kasım, İstanbul: Kalder.
- Danacı, B., (2010), **Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerinin İş Tatminin Karşılaştırılması**, Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya.
- Dezenco, D.,Robbins, S., (2002), **Human Resource Management**, Seventh Edition, John Wiley&Sons, Inc.
- Dicle, Ü., (1982), **Yönetmelik Başarının Değerlendirilmesi-Türkiye Uygulaması**, ODTÜ, İBF Yayın, Ankara, s. 41.
- Dilek, B., İ. (2009), **Performans Değerlendirme ve Bankacılık Sektörüne Yönelik Bir uygulama**,Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Ergin, G., (2009), “Çalışanların Ücretlendirilmesi: Sağlık Kurumlarında Çalışanların Ücret Sistemlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bir Araştırma”, Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı, Ankara.
- Esatoğlu, E., (2007), “ Hastanelerde Performans Ölçümü”, **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği**, Asil Yayın, Ankara.
- Fettah, K., ve Şahin, B., (2009). **Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasının Hizmet Sunumu Üzerine Etkisi**. (Editör: Harun Kırılmaz). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı (3. Cilt). 19-21 Mart. Ankara: Turunç Matbaacılık, 294-302.

- Forrest, Cristopher-Villagre, Victor G-Pope, James E (2006), Managing the Metric vs Managing the Patient: The Physician's View of Pay for Performance, The American Journal of Managed Care, Vol.12, No.2, pp.83-85.
- Franco, Lynne M-Bennet, Sara-Kanfer, Ruth (2002), Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework, Social Science & Medicine, 54. pp.1255-1266.
- Gazi, A., (2006), **Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline olan Etkisinin Analizi**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Hayran, O.,(1997), "Sağlık Hizmetleri", **Hastane Yöneticiliği**, Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur, Nobel Kitapevi, s. 15-27.
- [http:// www.saglik.gov.tr /TR/belge/1-15207/teskilat-seması.html](http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15207/teskilat-seması.html)
- ILO (1982), Introduction to Work Study (Geneva: I International Labor Office).
- İdrissova, R., (2009), **Sanayi İşletmelerinde Üretim Süreçlerinde Kaizen Uygulamalarının Performansa Etkileri Üzerine Bir Araştırma**, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Kakan, G., (2010), **Kamu Yönetiminde Performans Değerlendirmesi ve Sağlık Sektöründe Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemi**, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Karahan, A., Ersan Ö., (2009), Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi, I.Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kavuncubaşı, Ş., (2000), **Hastane ve Sağlık kurumları Yönetimi**, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- Kaynak ve diğ.,(1998), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları, İstanbul, s.226,
- Kırılmaz, H.,(2007), **Türk Sağlık Sektöründe Uygulanan Ücret ve İstihdam Modellerinin İnsan Kaynakları Yönetimine Yansımaları**. (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, s207-241.
- Kısa, A., (2002), **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.

- Koçel, T., (2005), **İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik-Modern-Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar**, 10. Basım, Arıkan ,Basım Yayın Dağıtım, İstanbul.
- Millenson, ML (2004), Pay for performans: the best worst choice, Qual Saf Health Care, 13. pp 323-324.
- Mondy, R. W.,Noe, R.,M., Premeaux, S.,(2002), **Human Resource Management**, EighthEdition,Prentice-HallInc. ,New Jersey, USA.
- Nas, T., (2006), **Sağlık Örgütlerinde Ödüllendirme Sistemlerinin Performans Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama**, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Odabaşı, Y., (2001), **Sağlık Hizmetleri Planlaması**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir.
- Öge, S., Şimşek, Ş., (2011), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, 4. Basım, Eğitim Akademi, Konya.
- Özata, M., (2004), **SağlıkBilişim Sistemlerinin Hastane Etkinliklerinin Arttırılmasında Yeri ve Önemi (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama)**, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Özgen, H., Öztürk, A., Yalçın A.,(2002), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, Nobel Kitapevi, Adana, s.210.
- Özmen, F., Üzmez, İ., T., (2007), **Örgütsel Etkililik Açısından Performans Değerlendirme: İş ve Eğitim Örgütlerinde Performans Değerlendirme Süreci**, E-Journal of New World SciencesAcedemy, Vol: 2, No:1.
- Öztürk, Ü., (2006), **Organizasyonlarda Performans Yönetimi**, I.Basım, Sistem Yayıncılık, İstanbul.
- Pakdil, F., (2007), **Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi** (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın), **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği**, Asil Yayın Dağıtım, Ankara , s.114-149.
- Palmer, Margaret J.(1993), **Performans Değerlendirmeleri**, (Çeviren: Doğan Şahiner), Rota Yayınları, İstanbul.
- Protti, D., (2002),” A ProposaltoUse A Balanced Scorecard To Evaluate Information for Health: An Information Strategy for The Modern NHS(1998-2005)”, **Computers in BiologyandMedicine**, No. 32, s.221-136.

- Ross, Joel, (1991), Total Quality Management, St. Lucie Press, Washington.
- SB(Sağlık Bakanlığı), (1992), I.Ulusal Sağlık Kongresi, Çalışma Grupları Raporları, Ankara.
- Schultz, R. ve A.C. Jahnsen, (2003), **Management of Hospitals and Health Services**, Beard Books, Washington, D.C.
- Seçim, H., (1991), **Hastane Yönetimi ve Organizasyonu: Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi**, İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- Sersonava, K., (2010), **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama**, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Shutt, J. A., (2003),” Balancing the Health Care Scorecard”, **Managed Care**, September, Vol. 12, No.9, s.42-46.
- Tarım, M., (2004), **Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)**. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7 (2), 233-248.
- Taşkıran, M., Gülsün, (2007), **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Bir Uygulama**, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., (2012), **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, 4. Basım, Nobel, Ankara.
- Uğurluoğlu, Ö., ve Çelik, Y., (2005), **Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı**, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8(1), s. 3-29
- Uyargil, C., Adal, Z., Ataay, İ., ve diğ., (2013), **İnsan Kaynakları Yönetimi**, 6. Baskı, Beta Basım Yayım, İstanbul.
- WHO (2003a), How can hospital performance be measured and monitored? pp:1-17, [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf) (document/e82975. pdf), Erişim Tarihi: 10.03.2007.
- Woodward, G., D. Manuel ve V. Goel, (2004), **Developing a Balanced Scorecard for Public Health**, ICES Investigative Report, June.
- Zerenler, M., (2003), **Kriz Dönemlerinde İşletmelerin Üretim Süreci Esnekliğinin Şirketlerin Performans ve Yaşam Sürelerine Etkileri Üzerine Bir Araştırma**, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

EKLER

Ek 1. Orijinallik Raporu



SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ	
Adı-Soyadı	SİDİKA TAŞTAN
Öğrenci Numarası	141214105
Enstitü Anabilim Dalı	SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
Programı	SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİCİLİĞİ
Danışmanın Unvanı, Adı-Soyadı	Doç. Dr. Ayşe Ferdane Oğuzöncül
Tez Başlığı (Türkçe)	Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: Adıyaman İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Uygulama

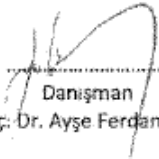
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

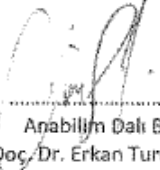
Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 112 sayfalık kısmına ilişkin, 08/08/2017 tarihinde Sosyal Bilimler Enstitüsü tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 2,5'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç/dâhil
- 4- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen öğrencinin yüksek lisans tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından belirtilen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Gereğini saygılarımla arz ederim.


Danışman
Doç. Dr. Ayşe Ferdane Oğuzöncül


Anabilim Dalı Başkanı
Doç. Dr. Erkan Turan Demirel

F.Ü.LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ÖĞRETİM YÖNETMELİĞİ

Maddde 41- Lisansüstü tezleri ile birlikte teslim edilmesi gereken belgeler şunlardır:

- a) Lisansüstü tezler, savunma öncesinde **intihal program raporu** ve ilgili makale şartını sağladığına dair belgeleri ile birlikte enstitüye teslim edilir.
- b) İntihal raporu ile ilgili olarak etik kurallar dâhilindeki benzerlik oranları ilgili Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenir. (Enstitü Yönetim Kurulu tarafından tezin, intihal kapsamı dışında değerlendirilmesi için: TURNITIN'den alınan raporda "benzerlik oranı"nın, "alıntılar hariç" en fazla %10, "alıntılar dâhil" % 30'u geçmemesi şeklinde kabul edilmiştir).

Ek 2. Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/12/2015-121812

T.C.

**FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı :97132852/050.01.04/
Konu :Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALINA

İlgi :11/11/2015 tarihli, 116229 sayılı ve "Etik Onay" konulu yazı

Anabilim Dalımız Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL yönetiminde, Yük. Lis. Öğr. Sıdıka TAŞTAN'a ait "Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: Adıyaman İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Uygulama" konulu çalışma ile ilgili Etik Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Prof.Dr. Mustafa KAPLAN
Kurul Başkanı

Not : Araştırmacıların TÜBİTAK'a yapılacak başvurular için, tüm üyelerin ıslak imzalarının bulunduğu etik kurul kararını talep etmeleri gerekmektedir.

EK :
Etik Kurul Kararı 1(bir) sayfa

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÇALIŞMACININ ADI SOYADI
08.12.2015	21	18	Doç. Dr. Ayşe Ferdane OĞUZÖNCÜL

KARAR

“Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi: Adıyaman İli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üzerine Bir Uygulama” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa KAPLAN (Başkan)			
Prof. Dr. Engin ŞAHNA (Üye)	İmza	Prof. Dr. Neriman ÇOLAKOĞLU (Üye)	İmza
Prof. Dr. Süleyman Serdar KOCA (Üye)	İmza	Prof. Dr. Demet ÇİÇEK (Üye)	İmza
Prof. Dr. Sefa KAZANÇ (Üye)	İmza	Prof. Dr. Ertan EVİN (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Erdal TAŞKIN (Üye)	İmza	Doç. Dr. Fatih FIRDOLAŞ (Üye)	Bulunmadı
Doç. Dr. Yalın Kılıç TÜREL (Üye)	İmza	Doç. Dr. Alper Osman ÖĞRENMİŞ (Üye)	İmza
Doç. Dr. Murat SUNKAR (Üye)	İmza	Doç. Dr. Yüksel SAVUCU (Üye)	İmza
Doç. Dr. Funda GÜLCÜ BULMUŞ (Üye)	Bulunmadı	Yrd. Doç. Dr. Nurhan HALİSDEMİR (Üye)	İmza

Ek 3. Performans Yönetimi-Anket Soruları

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmayı yapmamızın amacı, sağlık sektöründe uygulanmakta olan performansa dayalı ücret sisteminin sağlık hizmetlerine etkisinin Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan sağlık personelinin üzerinde tanımlanmaya çalışılmasıdır. Bu anketin amacına ulaşılması ve gerçekçi sonuçlar verebilmesi sizlerin anketi doğru ve eksiksiz doldurmanıza bağlıdır.

Anketin cevaplanması sırasında kimlik belirtici herhangi bir işaret ve ismin bulunmaması, anket güvenliği açısından gereklidir. Verilen cevaplar gizli tutulacak ve toplu olarak sadece çalışmamızın amacı çerçevesinde kullanılacaktır.

Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Sıdıka TAŞTAN

Fırat Üniversitesi /Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı

1.Bölüm – Demografik Bilgiler

1. Cinsiyetiniz:

() Bay

() Bayan

2. Yaşınız:.....

3. Medeni durumunuz:

() Evli

() Bekâr

() Boşanmış

() Eşi vefat etmiş

() Diğer

4. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

5. Görev alanınız:

() Şef/Şef Yrd./Uzman Hekim

() Pratisyen Doktor

() Yardımcı Sağlık Personeli (Hemşire, Sağlık Memuru, Tıbbi Sekreter, vb.)

() Eczacı, Psikolog, Fizyoterapist vb.

() Teknik Hizmetler

() Diğer (.....)

6. Şu an idari pozisyonunuz var mı? () Evet () Hayır

7. Meslekteki toplam çalışma süreniz:

() 1 yıldan az

() 1-5 yıl

() 6-10 yıl

() 11-15 yıl

() 16-20 yıl

() 21 yıl ve üstü

8. Şu an çalıştığınız hastanedeki toplam çalışma süreniz:

() 1 yıldan az

() 1-5 yıl

() 6-10 yıl

() 11-15 yıl

() 16-20 yıl

() 21 yıl ve üstü

2. Bölüm: Performans Değerlendirmesi ile İlgili Sorular:

1. Hastanenizde performans değerlendirmeleri ne sıklıkla yapılır?

- () Yılda 1 kere () Yılda 2 kere () Yılda 3 kere () Yılda 3 kereden fazla
() Hiç uygulanmıyor (5. Soruya geçiniz)

2. Performansa dayalı ücret uygulamasından memnun musunuz?

- () Evet memnunum () Hayır memnun değilim () Kararsızım

3. Hastanenizde performans değerlemesi kim/kimler tarafından yapılmaktadır.

- () Hastane Yönetimi () Bağımsız Kuruluşlar () Diğer.....

4. Performans değerlemesi yapılırken aşağıdaki yöntemlerden hangisi veya hangileri

kullanılıyor?

- () 360° Değerlendirme Yöntemi () Karşılaştırma Yöntemi
() Kontrol Listeleri Yöntemi () Amaçlara Göre Değerleme Yöntemi
() Grafik Dereceleme Yöntemi () Kritik Olay Yöntemi
() Diğer..... () Bilmiyorum

5. Son 6 ay içinde size yönelik bir hizmet içi eğitim düzenlendi mi?

- () Evet () Hayır

6. Haftalık mesai süresinden daha fazla çalışıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

7. “Evet” ise neden? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- () Nöbet ücreti almak için
() Ek ödmeden daha fazla yararlanmak için
() Çalışan sayısı yetersiz olduğu için
() Hastalara daha fazla zaman ayırmak için
() Mesai saatleri iyi düzenlenmediği için

Aşağıdaki sorular ; “1= Kesinlikle Katılmıyorum”, “2= Katılmıyorum”, “3= Kararsızım”, “4= Katılmıyorum”, “5= Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde derecelendirilmiştir. Anketi yayımlama aşamasında sizin düşüncenize en uygun olan ifadenin sütununa “X” işareti koyarak cevaplayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
8. Performansa dayalı ücret sistemi hakkında kurumumca bilgilendirildim.	1	2	3	4	5
9. Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışma isteğimi artırmaktadır.	1	2	3	4	5
10. Performansa dayalı ücret sistemi uygulaması sonucu hastanemizde sağlık hizmeti kullanımı arttı.	1	2	3	4	5
11. Performansa dayalı ücret sistemi sonucu birim zamanda bakılan hasta sayısında artış olmuştur.	1	2	3	4	5
12. Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hasta muayene süresi azaltıldı.	1	2	3	4	5
13. Performansa dayalı ücret sistemi tüm çalışanlar arasında adil bir şekilde uygulanmaktadır.	1	2	3	4	5
14. Performansa dayalı ücret sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır.	1	2	3	4	5
15. Performansa dayalı ücret sistemi sonucunda yıllık izin kullanma oranında bir düşüş olmuştur.	1	2	3	4	5
16. Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapıldığını düşünüyorum.	1	2	3	4	5
17. Performansa dayalı ücret sistemi hastanemizin genel kurumsal kalitesini geliştirmiştir.	1	2	3	4	5
18. Performansa dayalı ek ödeme sistemi personelin mesleki bilgi ve becerilerini arttırmıştır.	1	2	3	4	5
19. Performansa dayalı ücret sistemi sonucu gereksiz hasta sevkleri azaltılmıştır.	1	2	3	4	5
20. Performansa dayalı ücret sistemi hastane kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanımını arttırmıştır.	1	2	3	4	5
21. Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastaların aldığı sağlık hizmetinin kalitesi artmıştır.	1	2	3	4	5
22. Performansa dayalı ücret sistemi ile tıp etiğine uygun sağlık hizmeti sunumu etkilenmemiştir..	1	2	3	4	5
23. Performansa dayalı ücret sistemi sonucu hastanede tam zamanlı çalışma oranı artış göstermiştir.	1	2	3	4	5
24. Performansa dayalı ücret sistemiyle hastanemiz gelirlerinde bir artış olduğunu düşünüyorum.	1	2	3	4	5
25. Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu ameliyat, görüntüleme ve laboratuvar hizmetlerinde bekleme süreleri azalmıştır.	1	2	3	4	5
26. Performansa dayalı ek ödeme sistemi sonucu gereksinimleri karşılamak, rekabet edilebilirlik, değişimleri zamanında başarmak, maliyetleri düşürmek ve verimliliği arttırmak amacıyla kurumsal performans ölçümü ve kalite çalışmaları başlatılmıştır.	1	2	3	4	5
27. Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaneye yapılan yatırımlarımız artmıştır.	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular; “1= Önemsiz”, “2= Önemli”, “3= Çok Önemli” şeklinde derecelendirilmiştir. İlgili sütuna “X” işareti koyarak cevaplarınızı önem sırasına göre belirtiniz.

	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli
28. Performans değerlemedeki temel sorunları belirtiniz.			
➤ 360° geri besleme yönteminin(çalışanın sadece yönetici tarafından değil, çevresindeki çalışanlar tarafından değerlendirilmesi) tam olarak uygulanmaması sonucu adil bir değerlendirme yapılmaması.	1	2	3
➤ Kişisel çekememezlikler.	1	2	3
➤ Sağlık personelinin iş ve görevle ilgili fikirlerine gerekli önem verilmemesi.	1	2	3
➤ Motivasyon eksikliği.	1	2	3
➤ Hedef gösterilmemesi (performans standartlarının belirlenmemesi)	1	2	3
29. Performans değerlemesi sırasında yapılan hataları belirtiniz.			
➤ Hale (Halo) etkisi (Kişinin ilk izlenimine göre iyi/kötü değerlendirme yapma eğilimi)	1	2	3
➤ Yakın geçmişteki olaylardan etkilenme	1	2	3
➤ Kişisel önyargılar	1	2	3
➤ Pozisyonundan etkilenme	1	2	3
➤ Kayırmacılık	1	2	3

Ankete gösterdiğiniz ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

ÖZGEÇMİŞ

1991 yılında Adıyaman'da doğdum. İlk ve orta öğretimini Adıyaman'da tamamladım. 2014 yılında Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi bölümünden mezun oldum. Aynı yıl Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği tezli yüksek lisans programına başladım ve 2017 yılında mezun oldum.

