

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**SAĞLIK KURULUŞLARINDA
PERFORMANS:
BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**Hazırlayan: Ali Fatih Selvi
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayhan Aytaç**

**2011
EDİRNE**

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

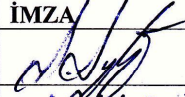
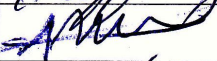
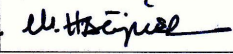
**SAĞLIK KURULUŞLARINDA
PERFORMANS:
BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ**

**Hazırlayan: Ali Fatih Selvi
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayhan Aytac**

**2011
EDİRNE**

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ALİ FATİH SELVİ tarafından hazırlanan **SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ** Konulu **YÜKSEK LİSANS** Tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 12.-13. maddeleri uyarınca **12.07.2011 Salı** günü saat **12.00**'da yapılmış olup, tezin ~~* kabul edilmesine~~ **OYBİRLİĞİ/ OYÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Ayhan Aytaç (Danışman)	Kabul Edilmesine	
Yrd. Doç. Dr. Ayhan Uçak	Kabul Edilmesine	
Yrd. Doç. Dr. Mustafa Hatipler	Kabul Edilmesine	

*Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

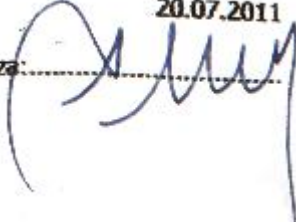
T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞİ VE YAYIMLAMA İZİN FORMU

Referans No	407986
Yazar Adı / Soyadı	Ali Fatih Selvi
Uyruğu / T.C.Kimlik No	T.C. 21164354624
Telefon / Cep Telefonu	02842251129 05054532772
e-Posta	alifs22@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ
Tezin Tercümesi	PERFORMANCE IN THE HEALTH ESTABLISHMENT: AS AN EXAMPLE OF AN OFFICIAL HOSPITAL
Konu Başlıkları	
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Bölüm	İktisat Bölümü
Anabilim Dalı	İktisat Anabilim Dalı
Bilim Dalı / Bölüm	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2011
Sayfa	113
Tez Danışmanları	Yrd. Doç. Ayhan Aytaç
Dizin Terimleri	Sağlık ekonomisi=Health economics Sağlık hizmetleri=Health services Sağlık harcamaları=Health expenditures Performans=Performance Performans değerlendirme=Performance evaluation
Önerilen Dizin Terimleri	
Yayımlama İzni	<input checked="" type="checkbox"/> Tezimin yayımlanmasına izin veriyorum <input type="checkbox"/> Ertelenmesini istiyorum

a. Yukarıda başlığı yazılı olan tezinin, ilgilenenlerin incelemesine sunulmak üzere Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi tarafından arşivlenmesi, kağıt, mikroform veya elektronik formatta, internet dahil olmak üzere her türlü ortamda çoğaltılması, ödünç verilmesi, dağıtımı ve yayımı için, tezime ilgili fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere hiçbir ücret (royalty) ve erteleme talep etmeksizin izin verdiğimi beyan ederim.

20.07.2011

İmza: 

Tezin Adı : Sağlık Kuruluşlarında Performans: Bir Devlet Hastanesi Örneği
Hazırlayan : Ali Fatih SELVİ

ÖZET

Sağlık hizmetleri, bireysel ve toplumsal sağlığın sağlanmasını ve korunmasını sağlayan hizmet ve sunumlardır. Sağlık hizmetlerini, diğer hizmetlerden farklı kılan en belirgin yan; sağlık hizmetlerinin insan temelli olması ve insana sunulmasıdır. Bunun bireysel ya da toplumsal olması farklılık meydana getirmez. Bununla beraber, diğer bütün hizmetlerde söz konusu olan verimlilik, kârlılık ve sürdürülebilirlik sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Hatta bu noktada, sağlık hizmetini sunanların diğer sektörlerde hizmet sunanlara göre çok daha fazla ve çok daha geniş yetkileri ve çok daha fazla büyük sorumlulukları vardır. Bu yetki ve sorumluluk fazlalığını meydana getiren nokta, sağlık hizmetinin özünde var olan, hizmeti alanın o hizmeti sunana göre bilgi ve donanımına sahip olmamasıdır.

Sağlıkla ilgili olarak, her ülke sağlık hizmetlerinin sunumunda kendine has uygulama ve standartlar oluşturma çabası içinde olmuştur. Bu “kendine has uygulama” nedenleri arasında her ülkenin farklı sağlık alt yapısına sahip olması, her ülkenin az da olsa farklı sağlık kültürüne sahip olması ve her ülkenin farklı ekonomik güç ve unsurlara sahip olması sayılabilir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde “Kalite”, “Toplam Kalite Yönetimi”, “Performans Yönetimi” ve “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” gibi uluslar arası standartlar taşıyan uygulama ve organizasyonların bir bütünlük içinde uygulanmasının çok sıkıntılı bir süreç olacağını habercisinden başka bir şey değildir. İşte Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında başlattığı “Sağlıkta Dönüşüm Projesiyle” aslında böyle zorlu bir süreci başlatmıştır. Süreç, bir taraftan, “Sağlıkta Kalite” ve “Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi” uygulamasıyla yerleşirken diğer yandan da “Performans Yönetimi ve Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi” yoluyla da kalıcı uygulamalar gerçekleştirmiştir. Sağlık Bakanlığı bu süreci, her aşamasında takip etmiş, gerekli olan yasal düzenlemeleri kanun düzeyinden genelge düzeyine kadar zamanında düzenleyerek hayata geçirmiştir. Sağlık Bakanlığı bu şekilde Performans Yönetimi sürecinde bir tıkanmaya meydan vermemiştir. Bu uygulamalar çerçevesinde, sağlık kurum ve kuruluşlarının, performans yönetimleri, Muayene Erişim, Hizmet Kalitesi, Memnuniyet ve Kurumsal Verimlilik başlıkları altında toplanarak Kurumsal Performansın hesabı yapılmıştır. Edirne Devlet Hastanesi, tarihi çok derinlerde olan bir sağlık kurumu olması ve birkaç yıl öncesine kadar bölge hastanesi statüsüne sahip olması itibarıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan Performans Yönetimi sürecine ilk günden itibaren, büyük bir gayretle katılmıştır.

Bu çalışmada; Edirne Devlet Hastanesinin Performans Yönetimi sürecindeki çalışma ve uygulamaları incelenmiş, başarılı ve başarısız yanları ortaya konarak, sürecin önümüzdeki dönemlerdeki uygulamalarına katkı sağlanmak istenmiştir. Sürecin henüz uygulanmadığı 2003 yılı verileri ile sürecin uygulandığı 2007 ve 2009 yılı verileri karşılaştırılarak irdelenmiştir. Ayrıca 2007 yılı verileriyle 2009 yılı verileri de irdelenerek değerlendirilmiştir. Edirne Devlet Hastanesi, süreç içinde, Selimiye Devlet Hastanesi’ni ve Edirne Göğüs Hastalıkları Hastanesini bünyesine katmış, ISO Kalite Belgesi alarak başarının zirvesini zorlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Toplam Kalite Yönetimi, Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme, Kurumsal Performans.

Name of The Thesis : Performance In The Health Establishment: As An Example Of An Official Hospital

Hazırlayan : Ali Fatih SELVI

ABSTRACT

Health services are services and presents, which provide the individual and social with health and their protection. The most evident side of the health services, that is different from the other services, they are related to human being and are giving to human being. Individual or social service does not make different. However, productivity, profitability and continuity, which are the most important in the all services, are valid also in the health service. Even in this matter, the presenters of health service have the more responsibility and authority comparing to the presenters of other sectors. The point making the responsibility and the authority excess is that those who are getting service do not have knowledge and experience according to the service presenters, which should be available in the health service. Every country has the effort to form a special application and standard in the health service. Every country has at least own different health culture, and different economical power and elements, all of these can be among the causes of these special applications.

The applications of organizations matching the international standards such as quality, total quality, performance management, and excess payment system depending on performance in the health services altogether as a whole is an indication of being much more trouble process. The Ministry of Health under the title “Transformation Project in Health” in the year of 2004 has started difficult process.

The process has realized not only permanent applications with “Quality in health” and “Total quality management in health” but also “Performance management and excess payment system depending on performance”. The Ministry of Health has followed the process in every stage and the essential arrangements related to law were emerged in time and realized from law to circular.

The Ministry of Health has not allowed any problem to be occurred during the Performance Management. In frame of these applications, The Performance Management of health establishments and institutions were gathered under the titles, Inspection communication, Service quality, Satisfaction and Institutional productivity and Institutional performance account were made. Edirne Official Hospital has historical pass and regional hospital status since a few years ago, has attended the Performance Management started by The Ministry of Health.

In this study, the works and applications of during Performance Management of Edirne Official Hospital were investigated and successful and unsuccessful sides of them were revealed, so that a contribution was provided to the process which should be applied in the coming years. The data of the year of 2003 were compared with the data belong to the years of 2007 and 2009, during the process application times and they were investigated. During the process, Selimiye Official Hospital and Edirne Breast Official Hospital were added to Edirne Official Hospital, ISO quality certificate were taken and exerted oneself to the utmost.

Key words: Quality, Total quality Management, Performance Management, Excess Payment depending on Performance, Institutional Performance.

ÖNSÖZ

Performans Yönetimi bir bütün olarak; içinde “Kalite”, “Toplam Kalite Yönetimi”, ve “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi”, uzun zamandan beri, günümüz ekonomilerinin birçok sektöründe uygulanmaktadır. Bu sektörlerin en zor uygulandığı alan olan sağlık sektörüdür. Gerek ekonomik düzeyde gerek sosyo-ekonomik düzeyde incelendiğinde görüleceği gibi, sağlık sektörü, Performans Yönetimi’nin hem en zor uygulandığı he de en fazla fayda sağlandığı alandır. Bunun nedeni; sağlık sektörünün insana hizmet vermesi, bireysel ve toplumsal anlamda insan temelli olmasıdır.

Performans Yönetimi, ülkemizde, özellikle sağlık alanında gündeme geldiğinde, çok fazla anlaşılammış, ne olacağı ve nasıl uygulanacağı bilinmez bir varlık olarak ve kuşku ile karşılanmıştır. Bunun nedenleri arasında, sağlık hizmetlerinin nicel ve nitel açıdan değerlendirilmesinin yapılamayacağına dair inanç ve sağlık hizmetleri sunanların bu sunumda özel muayenahanelerinin öncelikli olması sayılabilir. Buna ilave olarak, uygulamanın başında, döner sermaye ve ek ödeme uygulamasının etkin olmadığı da söylenebilir.

Alt yapı yetersizliğinden, sağlık hizmetlerinin sadece nicel olarak algılanamayacağı düşüncesine kadar birçok gerçek ortada dururken, Sağlık hizmetleri gerek sektörel gerekse kurumsal anlamda parçalanmış bir durumdayken, Sağlık Bakanlığı’nın 2004 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” başlığı altında başlattığı uygulamaların, Türkiye’de sağlık sektöründe büyük bir değişime neden olacağı ve yine Türkiye’nin sağlık sektörünün, dünya sağlık ekonomileriyle boy ölçüşür hale geleceği, sağlık hizmetlerinde dünya standartlarını yakalayacağı ve hatta dünyaya sağlık standartları sunacak hale geleceği, ne sağlık sektörünün içindekiler ne de sağlık sektörünün dışındakiler tarafından düşünülmüş ve öngörülmüş değildi.

Yapısı gereği oldukça girift olan ve giriftliğinin yanı sıra sürekli yenilenen ve geliştirilen bu konuyu, “Sağlık Kuruluşlarında Performans: Bir Devlet Hastanesi Örneği” başlığı altında ele almak, incelemek, irdelemek, eksik yanlarını ortaya koymak ve hepsinden önemlisi ekonomik boyutunu gözlemlemek oldukça zor hatta ürkütücü bir çalışmaydı. Ancak çalışmaya başladığım gün; tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Ayhan Aytaç’ın büyük yardım, destek ve özverisi, bu çalışmanın zorlarını kolaylaştırmıştır. Tez Danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Ayhan Aytaç’ın yardım ve desteği, büyük bir sabırla, bu çalışmanın son gününe, son anına kadar devam etmiştir. Tez Danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Ayhan Aytaç’a, minnet duygusuyla teşekkür ediyorum. Onun yardım ve desteği olmasaydı bu çalışma ortaya çıkamazdı. Çalışma esnasında yardımlarını esirgemeyen, özellikle Edirne Devlet Hastanesi verilerine ulaşmak konusunda her türlü desteğini sunan Edirne Devlet Hastanesi Baş hekimisi sayın Uzman Dr. Gülsevin Şimşek’e de teşekkür ediyorum.

Dr. Ali Fatih Selvi
Edirne, Temmuz- 2011

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ	1
GİRİŞ	1
1.Çalışmanın Konusu	2
2. Çalışmanın Amacı	2
3.Çalışmanın Varsayımları	3
4. Çalışmanın Önemi	4
5. Çalışmanın Sınırlılıkları	4
6.Çalışmanın Yöntem ve Teknikleri	4
7.Çalışmanın Evren ve Örneklemi	5
1.BÖLÜM	6
1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK EKONOMİSİNİN ÖZELLİKLERİ	6
1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti	6
1.1.1. Sağlık kavramı	6
1.1.2. Genel olarak sağlık hizmetleri	7
1.1.3. Sağlık hizmetlerinin özellikleri.....	9
1.2. Sağlık Ekonomisi	11
1.2.1. Sağlık ekonomisinin tanımı, kapsamı ve özellikleri.....	11
1.2.2. Sağlık ekonomisinde temel üretim faktörleri.....	12
1.2.3. Sağlık ekonomisinin genel işleyişi	15
1.2.4. Sağlık ekonomisinin boyutları	16
1.2.5. Sağlık ekonomisinin finansmanı.....	17
1.2.6. Sağlık ekonomisinde temel değerlendirme yöntemleri	17
1.2.7. Türkiye’de ve Dünyada sağlık ekonomisine ait temel göstergeler.....	18

2. BÖLÜM	23
2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ve SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ	23
2.1. Genel Olarak Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi	23
2.1.1. Kavram olarak “Kalite”; tanımı ve anlamı	24
2.1.2. Tanım, amaç ve ilkeleriyle Toplam Kalite Yönetimi	25
2.1.3. Toplam Kalite Yönetimi’nin öğeleri, unsurları.....	27
2.2. Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi	30
2.2.1. Genel olarak sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi.....	31
2.2.2. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi.....	32
2.2.3. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi’nin hedef ve amaçları.....	34
3. BÖLÜM	37
3.PERFORMANS, PERFORMANS YÖNETİMİ, SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ ve PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME	37
3.1. Genel Olarak Performans ve Performans Yönetimi	37
3.1.1. Performans kavramının tanımı ve özellikleri.....	38
3.1.2. Performans Yönetimi uygulamaları	40
3.1.3. Performansın ölçümü	41
3.1.4. Performansın değerlendirilmesi	45
3.1.5. Performansın denetimi	47
3.1.6. Performansa dayalı ücret sistemleri	48
3.1.7. Türk kamu yönetiminde performans yönetimi uygulamaları.....	49
3.2. Sağlıkta Performans Yönetimi	50
3.2.1. Genel olarak sağlıkta Performans Yönetimi	50
3.2.2. Sağlıkta Performans Yönetimi ölçütleri	51
3.2.2. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde kurumsal performansın değerlendirilmesi	52
3.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemleri	55
3.3.1. Genel olarak sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme sistemleri.....	56
3.3.2. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme.....	57
3.3.3. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme ölçütleri.....	59
3.3.4. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışması	63
3.3.5. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme sisteminin diğer unsurları	67
4. BÖLÜM	69
4. SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ SÜRECİ (TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ, PERFORMANS, PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ) ve BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ: EDİRNE DEVLET HASTANESİ	69
4.1. Genel Olarak Devlet Hastanelerinde Performans Yönetimi Uygulaması	69
4.2. Edirne Devlet Hastanesi’nin Kısa Tarihçesi	74

4.3. Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi Uygulaması; Ölçme ve Sonuçlar	78
4.3.1. Klinik hizmetleri ve muayene erişim katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi	78
4.3.2. Kurum kalite kriterleri katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi.....	84
4.3.3. Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi	87
4.3.4. Kurum verimlilik katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi.....	91
4.3.5. Performans Yönetimi sürecinde kurumsal performans katsayısı	95
4.4. Edirne Devlet Hastanesi'nde Performansa Dayalı Ek Ödeme ve Performans Yönetimi Süreci.....	99
SONUÇ.....	103
KAYNAKÇA.....	110

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapısı.....	9
Şekil 1.2. Sağlık ekonomisinin yapısı.....	13
Şekil 1.3. Sağlık ekonomisinin işleyişi.....	15
Şekil 2.1. Sağlıkta TKY’de, kalite komisyonu ve eylem grupları şeması.....	35
Şekil 2.2. Sağlıkta TKY’de kalite komisyonu ile diğer birimler arasındaki iletişim ağı	36
Şekil 3.1. Performans ölçüm ve değerlendirmesinde kullanılan kriterler ve performans yönetiminin çerçevesi.....	47
Şekil 3.2. Kurumsal performansın bireysel performansa etkisi.....	55
Şekil 3.3. Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları(1).....	59
Şekil 3.4. Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları(2).....	59
Şekil 3.5. Döner sermaye gelir dağılımı.....	63
Şekil 3.6. Hastane hizmet puan ortalamasına göre dolaylı performansın hesaplanması	65
Şekil 3.7. Net performans puanının hesaplanması.....	66
Şekil 3.8. Personelin tavan ek ödeme ücretinin belirlenmesinde esas katsayılar.....	66
Şekil 3.9. Performans ödüllendirilmesinde etkili faktörler.....	68

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1. Sağlık ekonomisinde maliyet ve çıktılar	14
Tablo 1.2. Türkiye’de toplam sağlık harcamaları (milyar TL)	18
Tablo 1.3. Toplam sağlık harcamalarının GSMH’ ya oranı (%).....	19
Tablo 1.4. Kişi başına düşen sağlık harcamaları (ABD Doları) (SGP bazında)	20
Tablo 1.5. Sağlık harcamalarında kamunun payı (%).....	21
Tablo 1.6. Türkiye’de ve Dünyada bazı temel sağlık göstergeleri.....	22
Tablo 2.1. Lider ve yönetici arasındaki farklar	30
Tablo 4.1. EDH 31.12.2010 tarihi itibariyle genel personel durumu	77
Tablo 4.2. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları branşlarına göre hekim ve yardımcı sağlık personeli sayısı	81
Tablo 4.3. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları yardımcı sağlık personeli sayısı	82
Tablo 4.4. EDH 2003, 2007 ve 2009 yılları hekim-oda sayıları	83
Tablo 4.5. 2003, 2007 ve 2009 yılları muayene erişim katsayıları.....	83
Tablo 4.6. 2007 (Kurum katsayısı	91
Tablo 4.9. EDH, 2007 yılı kalite kriterleri) ve 2009 yılları hizmet kalite katsayısı	87
Tablo 4.7. EDH, 2007 yılı hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı	90
Tablo 4.8. EDH, 2009 yılı memnuniyet kurum verimlilik işlemleri ve puanları	93
Tablo 4.10. EDH, 2009 yılı verimlilik işlemleri ve puanları	94
Tablo:4.11. EDH, 2007 ve 2009 yılı kurumsal performans katsayısı	98
Tablo 4.12. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları poliklinik, oda, ameliyat ve yatan hasta verileri.....	100
Tablo 4.13. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları tesadüfi seçmeli branşlarda performansa dayalı ek ödeme tutarları.....	101
Tablo 4.14. EDH, 2003, 2006,2007, 2008 ve 2009 yılları gelir tahakkuk rakamları ...	102

SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS: BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi (TKY) ve bununla beraber Performans Yönetimi uygulaması son derece zor ve girift bir uygulamadır. Uygulamayı zorlaştıran birçok sebep olmakla beraber, başlıca sebep; hizmet alan kişilerin, aldıkları sağlık hizmetinin niteliği hakkında yeterli bilgilerinin olmaması ve bu hizmeti değerlendirecek bilgi ve birikime sahip olmamalarıdır. Çünkü sağlık hizmeti, kalite ve kantite olarak, hem karmaşık ve hem de sağlık alanı dışında olan kişiler tarafından doğru değerlendirilmesi zor olan bir hizmettir. Sözelimi herhangi bir sağlık hizmeti ele alındığında, o hizmetle ilgili olarak tanının doğru yapılıp yapılmadığının, o tanıya varmak için hangi testlerin kullanılacağıının, bu testlerin nerelerde yaptırılacağıının, tedavinin neleri içerdiğinin, tedavinin ne kadar süreceğinin, tedavi edilende iyileşme olup olmayacağıının, tedaviyi görende iyileşmenin ne kadar zaman alacağıının bilinmesi ve tayin edilmesi mümkün değildir. Kaldı ki bu aşamaların her biri sağlık hizmetinin ayrı ayrı uygulamasına tabidir.

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından, 2004 yılından sonra; “Sağlıkta Dönüşüm” projesiyle beraber, sağlık hizmetlerinde kalite ve Performans Yönetimi (PY) uygulamaları başlatılmıştır. Uygulamaların temel hedefi, kurumsal performansın ölçülebilirliğini sağlamak ve bu şekilde, sağlık hizmetlerinde etkinliği ve verimliliği gerçekleştirmektir. Uygulama başlangıçta kaliteden çok kantite ağırlıklı olmasına rağmen zaman içinde kalite ağırlıklı bir hal almıştır. Özellikle, kurumsal performansın ölçülmesinde, ortaya konan katsayılar, sadece performansın ölçülmesini sağlamamış beraberinde sağlık hizmetlerini etkin ve evrimli kılmıştır.

Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli kanun ve yönergelerle sürdürülen bu PY çalışmasının bir süreç içinde devam etmesi ve sürekli yenilenmesi tez ile ilgili

çalışmalarda sıkıntılara neden olmuşsa da bu sıkıntı Edirne Devlet Hastanesi' (EDH) nin dinamik yapısı içinde özölmüştür.

Tezin birinci bölümünde; sağlık ve sağlık sektörü incelenmiş, ikinci bölümünde TKY ve sağlıkta TKY ele alınmıştır. Tezin üçüncü bölümünde Performans, PY ve sağlıkta PY çalışmasını kapsamaktadır. Dördüncü bölümde özel olarak Edirne Devlet Hastanesi ele alınmıştır. Bu bölümde Edirne Devlet Hastanesi'nin 2003 yılındaki durumu ele alınarak 2007 ve 2009 yılında geldiği nokta, PY açısından ele alınmıştır. Tez; sonuçların değerlendirildiği sonuç ve değerlendirme bölümüyle sona ermiştir.

1.Çalışmanın Konusu

Sağlıkta Performans Yönetimi'nin hedefi, bir bütün olarak, sağlık gibi son derece girift bir sektörde sunulan sağlık hizmetinin değerlendirilebilir, sayılabilir, kıymetlendirilebilir ve nihayetinde denetlenebilir hale gelmesini sağlamaktır. Bu oldukça karışık ve zor bir süreçtir. Çünkü sağlık sektöründe, hizmet sunanlar ile hizmetten faydalananlar arasında diğer sektörlerden daha farklı bir ilişki vardır.

Tez çalışmasının konusu, genel olarak Performans Yönetimi'ni sektör, hizmet, kalite ve toplam kalite yönetimi bağlamında ele almaktır. Bunu yaparken uygulamanın bir devlet hastanesi örneği olarak Edirne Devlet Hastanesi'nde, ulaştığı son noktayı ortaya koymak ve uygulamanın bir parçası olan performans dayalı ek ödeme sistemini de incelemek ve sonuçlarını tartışmaktır.

2. Çalışmanın Amacı

Performans Yönetimi (PY); özellikle sağlık kurum ve kuruluşlarında PY, bütün dünyada olduğu gibi ölkemizde de oldukça yeni bir kavram ve uygulamadır. Uygulama için milat kabul edilecek dev adım, Sağlık Bakanlığı tarafından 2004 yılında başlatılan "Sağlıkta Dönüşüm" projesi olmuştur. Proje'ye istatistik verilerinin güncellenmesiyle başlanmış altyapı çalışmalarının bitirilmesiyle son noktaya gelinmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında PY süreci, bir yandan yasa, yönetmelik ve yönergelerle desteklenerek uygulama bütünlüğü gerçekleştirilmiş, diğer yandan uluslar arası standart ve denetim kuruluşlarıyla birlikte çalışılarak ağdaş standartların ve denetim düzeylerinin yakalanması sağlanmıştır.

Tezin amacı, önce, bir bütün halinde, sağlık hizmetlerini ele almak, sağlık sektörünü incelemek, PY'yi, Kalite, Toplam Kalite Yönetimi (TKY) uygulamalarıyla ve özellikle sağlık kurum ve kuruluşlarında PY sürecini incelemektir. Sonrasında ve ağırlıklı olarak, Edirne Devlet Hastanesi (EDH) ve PY sürecinin EDH'de başladığı ve geldiği noktayı incelemek, irdelemek, sürecin başarısını ve başarısız yanlarını ortaya koymaktır. Tezin nihai amacı, söz konusu süreci, iktisadi açıdan inceleyerek uygulamaları, sonuçlarıyla beraber, toplumsal fayda, bireysel fayda süzgecinden geçirmektir.

3.Çalışmanın Varsayımları

Tez çalışması üç temel varsayıma ve bunların alt varsayımlarına dayandırılmıştır.

a-)Temel varsayımlar:

- 1-PY bir süreçtir ve bir bütün olarak sağlık sektöründe uygulanmalıdır.
- 2-PY süreci, performansa dayalı ek ödeme sistemleriyle entegre edilerek uygulandığında, sağlık hizmetlerinde kalite ve kantite artışı sağlanacaktır.
- 3-EDH, PY sürecinde diğer devlet hastanelerine göre daha büyük bir başarı göstermiştir. Sürecin geldiği noktada, EDH'de sağlık hizmetleri hem daha kaliteli, hem de daha büyük bir noktaya ulaşmıştır. Süreç, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti ile hastane çalışanlarının hem ekonomik hem sosyal tatminini sağlamıştır.

b-)Alt Varsayımlar:

- 1-Sağlık sektörü, hizmeti sunanla hizmetin sunulduğu arasında ciddi eğitim ve anlayış farklılıklarının olduğu bir sektördür.
- 2-Sağlık hizmetlerinin sayılabilir ve denetlenebilir hale getirmek oldukça zordur.
- 3-Sağlık hizmetlerini nicel hale getirmek hizmetin kalitesini düşüreceği anlayışı ve algısı doğru değildir.
- 4-PY süreci, sağlık hizmetlerini hem kalite hem de kantite yönünden olumlu etkilemektedir.
- 5-EDH, PY sürecinde başarılı bir uygulama göstermiştir.
- 6-EDH, uygulama sonucunda diğer devlet hastanelerine göre daha başarılı olmuştur.

4. Çalışmanın Önemi

Sağlıkta PY, üzerinde çok konuşulan bir konudur. Ayrıca 2004 yılından bu yana konuyla ilgili ortaya konan düşünce ve görüşler konuyu içinden çıkılmaz hale getirmiştir. Sağlık Bakanlığı, konuyla ilgili olarak her kademedeki ve her aşamada aksayan yanlara anında müdahale etmiş gerekli yasal düzenlemeleri anında çıkarmış, uygulamış ve gerekli denetimleri zamanında gerçekleştirmiştir.

Tez çalışmasının önemi, uygulamayı bir bütün olarak ortaya koymak ve uygulama modeli olarak EDH'de yapılanları irdelemek noktasındadır. Daha önce yapılan birçok çalışma sistemin bütününe ele almamış bazı bölümleriyle sınırlı kalmıştır. O sınırlılık da uygulamayı bir bütün olarak ele alınmasını engellemiştir.

5. Çalışmanın Sınırlılıkları

PY sürecini bir bütün olarak ele alan bu tez çalışması, sonuçları itibarıyla EDH içinde sınırlıdır. Sınırlılık, EDH'nin 2003 yılı verileriyle ve ağırlıklı olarak 2007 ve 2009 yılı verileriyle çizilmiştir.

PY süreci genelden özele doğru ele alınmış, EDH içindeki uygulamaları detaylı olarak incelenmiştir. Bununla beraber araştırmada, gerekli görülmedikçe detaylı çalışmalar yazılmamıştır. Örneğin hasta ve hasta yakınları memnuniyeti ele alındığında sonuçları üzerinde durulmuş anketlerin konusu yazılmış ancak anket denekleri ve sayıları üzerinde durulmamıştır. Bunun yapılamamasının temel nedeni, PY sürecini bir bütün olarak incelemiş olmak ve detaylar üzerinde kaybolarak ana meseleyi kaybetmemektir.

6. Çalışmanın Yöntem ve Teknikleri

Tez çalışması, belli bir zaman/lar dilimi içinde yapılmıştır. Tümünden teke gidilmiştir. EDH verileri 2003 yılı, 2007 yılı ve 2009 yılı için değerlendirilmiştir. Değerlendirmede 2003 yılının ele alınması PY süreci öncesi durumun fotoğrafının çekilebilmesi içindir. 2007 yılı, PY sürecinin uygulamada önemli bir yıldır. Bu nedenle 2007 yılı ele alınmıştır. 2009 yılının ele alınmasının nedeni, 2009 yılının hem PY süreci

dışında olan 2003 yılı ile hem de PY sürecinde olan 2007 yılı ile mukayese edilmesi içindir.

Tek başına 2003 ve 2009 yılı mukayesesinin ve 2003 yılı 2007 yılı mukayesesinin yapılmasının doğru sonuçlar vermeyeceği düşünülmüştür. Keza tek başına 2007 yılı ve 2009 yılı mukayesesini de PY açısından sağlıklı sonuçlar içermeyebilir. Bu nedenle 2003 yılı, 2007 yılı ve 2009 yılı bir bütün içinde ele alınmıştır.

7.Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Tez çalışmasının evrenini genel olarak sağlık sektörü, sağlık kurum ve kuruluşları oluşturmaktadır. Sağlık sektöründe PY uygulaması içinde birçok konuyu barındırmaktadır. Şüphesiz bu konuların hepsi ekonomik konular değildir. Ekonomik konular kadar sosyal konular da mevcuttur. Konu sosyal ve ekonomik yönleriyle ve bir bütün olarak irdelenmiştir.

Tez çalışmasının örnekleme EDH ve EDH uygulamaları oluşturmaktadır. EDH çalışanları PY sürecinin hem uygulayıcıları hem de uygulananları olarak çalışma içinde yer almıştır.

1.BÖLÜM

1. SAĞLIK, SAĞLIK HİZMETLERİ, SAĞLIK EKONOMİSİ VE SAĞLIK EKONOMİSİNİN ÖZELLİKLERİ

1.1. Sağlık ve Sağlık Hizmeti

Sağlık, insanlığın tarihi kadar eski ve büyük bir geçmişe sahiptir. Toplumsal yapının oluşmasıyla daha büyük bir önem ve daha büyük bir boyut kazanmıştır. Sağlığın önem ve boyutu, bir yanıyla toplumsal refahın önemli bir işareti olmasından diğer yönüyle de ülkeler arası üstünlüğün bir göstergesi olma özelliğine sahip olmasındandır.

Sağlık hizmetlerinin temel hedefi sağlıklı birey ve sağlıklı toplum gerçekleştirmektir. Bu noktada, sağlık hizmetlerinin özgün yapısının hem bugüne hem de yarına yönelik olduğu söylenebilir.

1.1.1. Sağlık kavramı

Sağlık, göreceli bir kavramdır. Basit bir şekilde, sadece bedensel olarak hasta olmamaktan, sosyal yönden de sağlıklı olmaya kadar birbirinden farklı birçok tanımı içinde barındırır. Şüphesiz sağlığın en kapsamlı tanımı Dünya Sağlık Örgütü (WHO)¹ tarafından, 1948 yılında kuruluş metninde yapılandır. WHO (1981: 19) sağlığı; “... yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur” şekline tanımlanmaktadır. Sağlık kavramını bir ihtiyaç olarak da kabul edenler vardır. Örneğin Witter (2002: 4) konuyla ilgili olarak: “Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır ve onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı yoktur” demektedir.

¹ WHO (World Health Organization); Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Sağlık Örgütü Birleşmiş Milletler'e bağlı, toplum sağlığıyla ilgili uluslararası çalışmalar yapan örgüt. Anayasası 22 Temmuz 1946 tarihinde 61 ülkenin temsilcisi tarafından imzalanmıştır. Resmi kuruluşu 7 Nisan 1948'de gerçekleşmiştir.

Bu farklı tanımlar içinde en edebi olanı Kanuni Sultan Süleyman tarafından yapılandır ve : “Olmaya devlet cihanda, bir nefes sıhhat gibi”² şeklindedir. Gerçekten de sağlık; bir nefestir, bir nefes sıhattir. Nitekim WHO (1981:19) da sağlığın en büyük servet olduğu görüşündedir

Sağlık, insan varlığı için son derece önemlidir. Bununla beraber sağlığın sürdürülebilir olması da sağlık kadar önemlidir. Bu açıdan bakıldığında sağlığın tek başına olmadığını görürüz. Sağlığın sürdürülebilirliğinin sağlanması için, sağlık hizmetlerinin finansmanı için ekonomik ve mali çevrelerin sağlıkla birlikte olması gerekir. Bununla beraber sosyolojik, biyolojik ve fiziki çevre koşullarının da düzenlenmesi gerekir. En azından olumsuz etkileri minimum düzeye indirilmelidir (Yıldırım, 1994: 10).

Ülkemizde de sağlık; 1961 yılında kabul edilen Anayasanın 49. maddesinde sağlık temel bir hak olarak tanımlanmıştır. Sosyal devlet olmanın en önemli fonksiyonu olan sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin tüm sorumluluğu da devlete ait kılınmıştır.

1.1.2. Genel olarak sağlık hizmetleri

Sağlığın hem bireysel hem de toplumsal düzeyde korunmasını ve sürdürülmesini sağlamak amaç ve düşüncesiyle mal ve hizmet üreten birey, kurum ve kuruluşlar vardır. Bu birey, kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapı, sağlık sektörü olarak adlandırılır. Sağlık sektörü tarafından ortaya konan, sağlık merkezli faaliyet ve çalışmaların tümü sağlık hizmetleri olarak tanımlanır.

Sağlık hizmetleri, bir bütündür ve bir bütünlük içinde devam eden bir süreci kapsar. Bununla beraber, sağlık hizmetleri, “Koruma”, “Tedavi” ve “Rehabilitasyon” olmak üzere üç temel başlık altında kategorize edilebilir.

²“Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi/Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi” (Ak, 2006:1)

Koruma sağlık hizmetleri; sağlığı koruyucu sağlık hizmetlerini kapsar. İnsan yaşamının tümünde söz konusudur. Çok genel olarak bulaşıcı hastalıklarla mücadelede başlar, içme suyunun sağlıklı olmasına, tütün, alkol vb. zararlı alışkanlıklardan korunmaya kadar uzanır. Erken tanı, obezite, sağlık eğitimi aile planlaması gibi konular da “koruma” başlığı altındaki sağlık hizmetlerindedir. Koruma sağlık hizmetlerinin temel amacı; çeşitli önlem ve uygulamalarla bireylerin hasta olmadan, hastalıklara yakalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmelerini sağlamaktır.

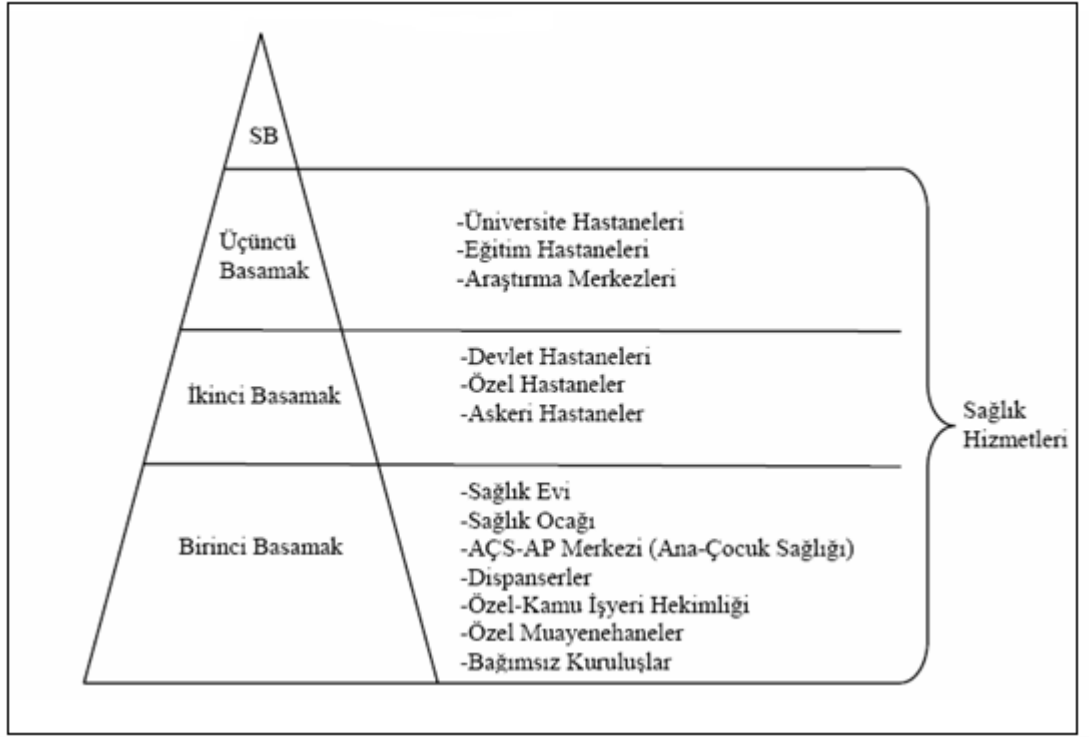
Tedavi ya da tedavi edici sağlık hizmetleri; sağlık hizmetleri içinde, hastalık ortaya çıktığında başlayan süreci ifade eder. Muayene ile başlayan bu sürecin hedefi hastalığı ortadan kaldırmak bireyi sağlıklı hale dönüştürmektir.

Tedavi edici sağlık hizmetlerini, en alt kademedен en üst kademeye doğru olmak üzere üç basamakta ele almak mümkündür. Sağlık hizmetlerindeki bu basamaklı yapının hedefi, verimliliği sağlamak ve kaynakların gereksiz kullanımını önlemektedir (Belek, 2001: 41).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, en alt düzeyde sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler, sağlık ocağından başlar ve hastanın muayene, takip ve /veya sevkinin yapılmasıyla sonlanır. Birinci basamakta hastanın tedavisi yatmadan (ayaktan) yapılır. İkinci basamak sağlık hizmetleri, gerek birinci basamaktan gelen gerek doğrudan gelen hastaların sağlık merkezlerine yatırılarak teşhis ve tedavisinin yapıldığı hizmetleri kapsar. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, en yüksek tıp teknolojisinin uygulandığı gelişmiş tedavi merkezlerinde verilen sağlık hizmetlerini kapsar. Üniversite hastaneleri ve dal hastaneleri bu nevi merkezlerdir. Şekil.1.1. tedavi edici sağlık hizmetlerindeki basamak yapısını ve bu basamaklarda hizmet veren kurumları göstermektedir.

Rehabilitasyon ya da rehabilite edici sağlık hizmetleri, bedence ya da ruhi olarak hastalanmış ya da sakat kalmış bireylerin kendi kendilerine yetecek düzeyde sağlık koşullarını kavuşturulması için yapılan hizmetlerin bütünüdür. Rehabilitasyon hizmetlerini, tıbbî rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki maddede ele almak mümkündür.

Şekil 1.1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yapısı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2004:10

1.1.3. Sağlık hizmetlerinin özellikleri

Sağlığın temel hedefi sağlıklı bir toplum meydana getirmek ya da toplumun sağlıklı olmasını sağlamak olduğundan, sağlık hizmetleri toplumun her kesimini kapsar. Sağlık hizmetleri toplumsal boyutludur ve mal değil hizmet üretimi merkezlidir.

Sağlık hizmetlerinin kendine özgün bir yanı da, tesadüfi olması yani önceden bilinemezliğidir. Önlem olarak yapılan hizmetlerin dışında, sağlık hizmetlerinin boyutunun önceden bilinmesi mümkün değildir. Hastalığın ne zaman ve nerede başlayacağı bilinmediği gibi kimin ve nasıl hasta olacağını da bilinmesi mümkün değildir. Aynı durum, bulaşıcı hastalıklar için de geçerlidir. Bu tesadüflük ve önceden bilinemezlik, sağlık hizmetlerinde talebin sahibinin ve miktarının bilinmemesinin de nedenidir.

Sağlık hizmetleri sunumu diğer hizmetlere benzemekle beraber, doğrudan insanı konu edinmiş olması bakımından diğer hizmetlerden ayrılır. Buradaki farklılık, insan tabanlı bir hizmetin kutsallığındandır. Bununla beraber kârlılık analizi bakımından da sağlık hizmetleri diğer hizmetlerle aynı konumda değildir. Bu açıdan ele alındığında, maliyet, fayda ve kârlılık gibi ekonominin temel kavramlarının sağlık hizmetlerindeki yeri ve değeri de farklıdır (Özsarı, 2000:21-22). Sağlık hizmetlerinin sonucunda kâr-zarar hesabı yapılmaz. Çünkü sağlık hizmetlerinin sonuçlarının parasal değeri olmaz.

Sağlık hizmetlerinin diğer hizmetlerden farklı bir başka özelliği de talebi talep sahibinin yani hastanın belirleyememe talebi belirleyen, tıp alanında uzman kişilerin olmasıdır (Işık, 1998:65). Ayrıca talep sahibinin pazarlık yapma şansı da, hizmetin sunulmasını ya da farklı sunulmasını isteme şansı da yoktur. Bu açıdan bakıldığında sağlık hizmetleri piyasasının tam rekabet koşullarına sahip olmadığı eksik rekabet piyasası koşullarını taşıdığı görülür (Kurtulmuş,1998: 44). Böyle olmasının temel nedeni hem sağlıklı bir yaşamın temel insan hakları içinde yer alması ve anayasal bir hak olmasından, hem de sağlıkla ilgili finansmanın kamu tarafından karşılanmak zorunda olunmasındandır. Kaldı ki toplumun sağlığının korunması sosyal devlet olgusunun vazgeçilmez ilkelerinden biridir.

Sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği, başka bir hizmetle ikame edilme şansının olmamasıdır. Bu ikamesizlik sadece sağlık hizmeti için değil aynı zamanda sağlık hizmetinin içindeki alanlar için de geçerlidir.

Sağlık hizmetleri aynı zamanda beşeri sermayeyi büyüten, besleyen özelliğe sahip hizmetlerdir. Taban (2004:17)'a göre sağlık hizmetleri vasıtasıyla sağlıklı bireylere sahip olan toplumların beşeri sermayesi de, beşeri sermayesinin kalitesi de yükselir. Sağlıklı bir toplum meydana getirme ya da toplumu hastalıklardan koruma çalışması büyük yatırımlar gerektiren bir konudur. Aynı zamanda birbiriyle bağlantılı birçok yatırımı da zorunlu kılmaktadır. Toksöz (1981:499)'e göre sağlık hizmetleri üretken yatırımlardır.

Sağlık hizmetlerini, hizmeti sunan ve hizmeti alan açısından ele alındığında, yarı kamusal mal ve hizmetler sınıfına sokmak mümkündür (Nadaroğlu, 1981: 34). Çünkü

hizmetin sunulması nedeniyle ortaya çıkan fayda sadece bireye ait değil aynı zamanda topluma aittir. Ayrıca sağlık hizmetleri dışsallık özelliğine sahiptir. Sağlık hizmetlerindeki dışsallık, hizmetin gerçek maliyetinin bilinmesini zorlaştırır (Özsarı, 2000: 21-22).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bir başka husus, talep edenin ekonomik yetersizliğinin devlet eliyle karşılanmasıdır. Aynı devlet desteği, vergi indirim ve sübvansiyon gibi yollarla sağlık üretiminin desteğinde de görülür (Şener, 1998: 60)

1.2. Sağlık Ekonomisi

Ekonomi, temeli insan olan ve -genel anlamda- kıt kaynakların eşit bir şekilde dağılımıyla ilgilenen, kendine has kuralları, incelikleri olan bir bilim dalıdır. Sağlık, temeli insan olan, insanoğlunun sağlam olmasını ve hasta olmamasını sağlamaya çalışan bir bilim dalıdır. Kısacası hem ekonomi hem sağlık insanoğlu kadar eskiye dayanan bir geçmişe sahiptir.

1.2.1. Sağlık ekonomisinin tanımı, kapsamı ve özellikleri

Bu anlamda sağlık ekonomisi, genel ekonomi bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla, yani bu kuralların sağlık sektörü şartlarıyla harmanlanmasıyla ortaya çıkan uygulamalı bir alt dalı olarak tanımlanabilir. Daha kapsamlı bir anlatımla, Sağlık ekonomisi, “Sağlık sektörüne ayrılan kaynakları en ekonomik, en etkili, en verimli ve en rasyonel kullanarak, en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmektir (Tokat,1994:3-5).

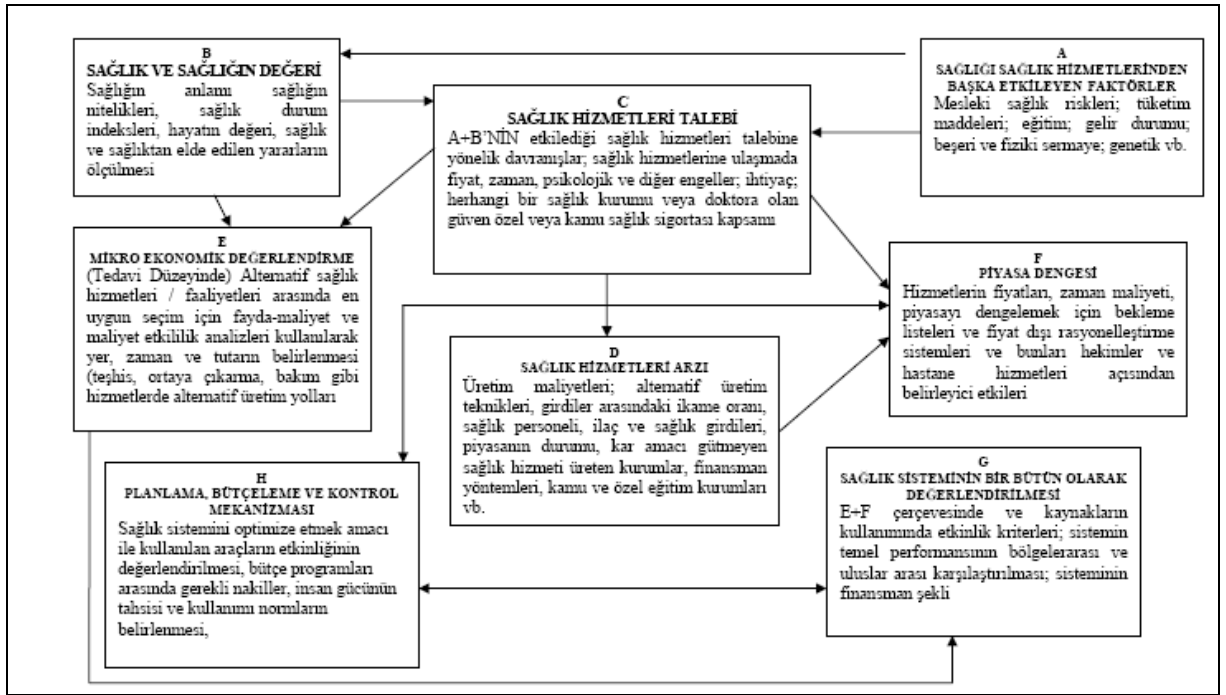
Sağlık ekonomisinin kapsamı, insanlığın kapsamı kadar geniştir. Sağlık sadece bugüne bakmaz, koruyucu hekimlik anlayışı içinde yarınları da kapsar. Genel ekonomi kuralları içinde var olsa da sağlık ekonomisinin kendine has özellikleri olduğu da bir gerçektir. Bu açıdan ele alındığında, sağlık hizmetlerinin; talep esnekliğinin katı olduğu,

büyük bir bölümünün toplumsal özellik taşıdığı, talebin planlı değil tesadüfi olduğu ve genellikle kâr amaçlı değil sosyal amaçlı olduğu görülür. Sağlık ekonomisini diğer ekonomilerden ayıran bir başka özelliği de sağlık hizmetlerinde talebin hizmeti isteyen tarafından değil hekim tarafından tayin ve arz edilmesi ile hizmeti talep edenin, hizmetin kalitesini ölçme yeteneğine sahip olmamasıdır.

1.2.2. Sağlık ekonomisinde temel üretim faktörleri

Ekonomide temel üretim faktörleri olan “Emek” (İşgücü), “Sermaye”, “Toprak” ve “Girişim” aynı şekilde sağlık ekonomisi için de geçerlidir. Sağlık ekonomisinde Emek; hekim, diş hekimi, hemşire, eczacı, diğer sağlık personeli ve idari personel’dir. Sağlık ekonomisinde Sermaye; çeşitli tıbbi cihazlar, hasta yatağı, ilaçlar, tıbbi sarf malzemeleri ve diğer sarf malzemeleridir. Sağlıkta Toprak; Arsa, bina ve bunların amortismanlarıdır. Sağlıkta girişim ise, genel ekonomi içinde yer alan girişimle ortak özelliklere sahiptir.

Şekil 1.2. Sağlık ekonomisinin yapısı



Kaynak: Mutlu ve Işık, 2002: 17

Şekil 1.2., sağlık ekonomisinin yapısını şematik olarak göstermektedir. Şekilde ortaya konan en önemli konu, sağlık hizmetlerinin talepten arza, etkileyen faktörlerden finansmana kadar bir bütünlük içinde olduğu gerçeğidir. Bütün ekonomik olgular gibi sağlık ekonomisinde de ekonomik değerlendirmeler belirli yöntem ve kurallar ışığında gerçekleştirilir. Sağlık ekonomisinde, ekonomik değerlendirmeler;

- a-)Maliyet –kâr analizi (cost–benefitanalysis),
- b-)Masraf minimizasyonu analizi (cost–minimisationanalysis),
- c-)Maliyet/-etkililik analizi (cost/ effectivenessanalysis),
- e-)Maliyet/ fayda analizi (cost/ utilityanalysis), yöntemleriyle uygulanmaktadır (Tokat, 1994:42-69)

a-)Maliyet-kâr analizi: Bu yöntem, sadece kâr amaçlı sağlık hizmetleri için uygulanır. Uygulanabilmesi için de hizmetlerin birim maliyetlerinin ve hizmetlerin satış fiyatının para ile ifade edilebilmesi gereklidir.

b-)Maliyet minimizasyonu analizi: Maliyet ve gelirlerin parasal olarak ifade edilemediği durumlarda kullanılır. Yöntemin özü; eş fayda sağlayan bir sağlık hizmeti için kullanılan farklı tıbbi tedavi ve tanı yöntemlerinden en ucuz olanının seçilmesinden ibarettir. Aynı işi daha pahalıya mal eden yöntemler elenerek kaynak tasarrufu sağlanmış olur. Sağlıkta uygulanan ekonomik değerlendirme yöntemleri içinde en basit yöntem olan masraf minimizasyonu yönteminde en önemli nokta, mukayese edilecek sağlık aktivitelerinin benzer sonuç vermesidir.

c-)Maliyet/etkilik analizi: En çok kullanılan bu yöntemde; yapılan ekonomik değerlendirmenin esası, sunulan farklı sağlık hizmetlerinden elde edilen çıktılardan daha az maliyetle elde edilenin seçilmesidir. Ancak maliyet / etkililik yönteminde elde edilen çıktı, maliyet minimizasyonunda olduğu gibi eşfayda özellikli değildir.

d-)Maliyet/fayda analizi: Sağlık hizmetlerinin ekonomik etkililiğini gösteren diğer bir yöntemde maliyet / fayda analizidir. Bu yöntem bir açıdan maliyet / etkililik yönteminin eksikliğini gideren bir yöntemdir. Bu yöntemin maliyet/etkililik yönteminden farklı, belli bir maliyetle elde edilen çıktının kalitesinin de dikkate alınmasıdır.

Tablo 1.1. Sağlık ekonomisinde maliyet ve çıktılar

MALİYETLER	ÇIKTILAR
<p>I. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu işletme maliyetleri:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sağlık personelinin zamanı ve ücretleri ● Tıbbi ve diğer sarf malzemeleri (ilaç, yemek, temizlik, alet, malzeme, enerji, amortisman v.s.) <p>II. Hasta ve ailesinin sebep olduğu harcamalar</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hasta ailesinin ekonomik harcamaları ● Kaybedilen işgücü maliyeti ● Psikolojik maliyetler <p>III. Sağlık sektörü dışındaki kayıplar</p>	<p>I. Hastanın fiziki ve sosyal işlevlerindeki değişimler</p> <p>II. Kaynak kullanımında değişimler (Parasal avantajlar)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sağlık hizmetleri organizasyonu ve işletmesiyle ilgili olarak <ul style="list-style-type: none"> - Asıl hastalık için - Bu hastalığa bağlı diğer hastalıklar için ● Hasta ve ailesinin faaliyetlerine bağlı avantajlar ● Harcamalarda tasarruf ve kayıp iş gününden tasarruf <p>III. Hastanın ve ailesinin hayat kalitesindeki iyileşmeler (utility)</p>

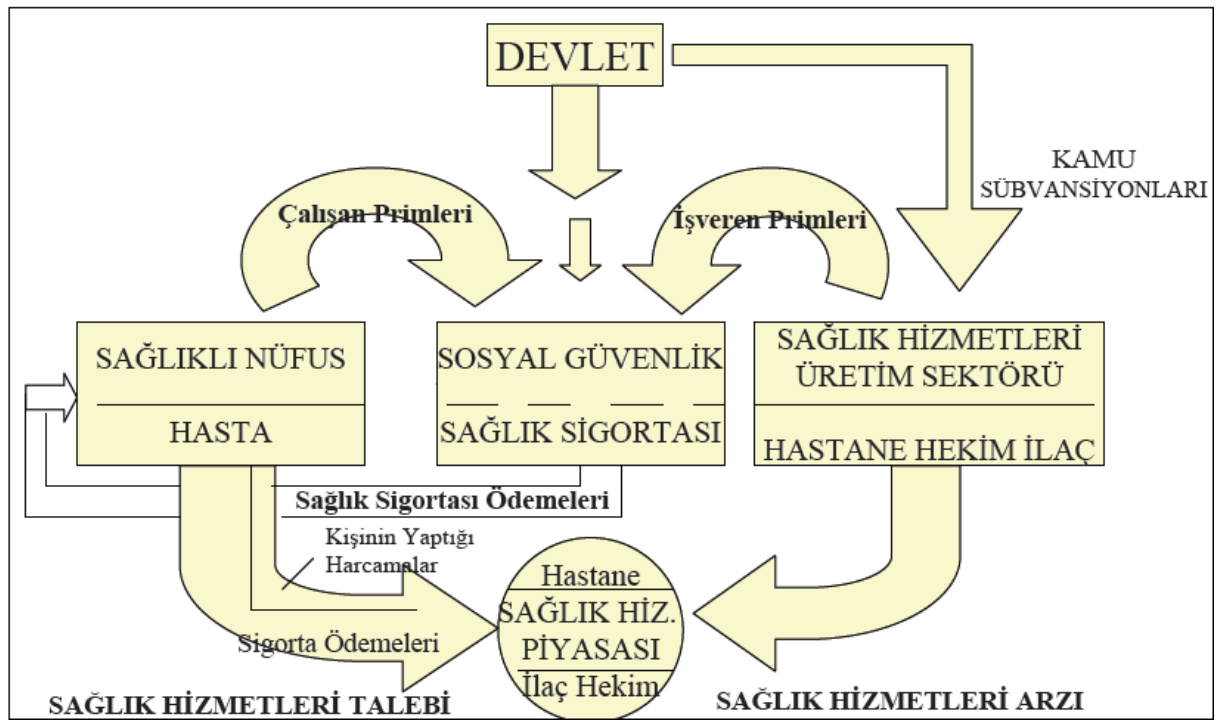
Kaynak: Tokat,1994: 69

1.2.3. Sağlık ekonomisinin genel işleyişi

Genel ekonomi içinde talebi etkileyen faktörler olarak sayılan; fiyat, gelir, tüketici zevk ve tercihleri, ileriye yönelik fiyat beklentileri, diğer mal veya hizmetlerin fiyatları gibi faktörler sağlık ekonomisi içinde belirleyici değildir. Sağlıkta talebi etkileyen en önemli faktörler; yaş, cinsiyet, çevresel ve sosyal etkenler, yaşam, yemek ve beslenme kültürü anlayışıdır. Sağlık ekonomisi tam rekabet koşullarında oluşan bir piyasa yapısına sahip değildir. Bunun temel nedenleri olarak;

- *Talep edenlerin tam ve sağlıklı bir bilgiye sahip olmaması ve talepte kesinlik olmaması,
- *Tekelciliğin olması, devlet tarafından yapıma zorunluluğunun olması ve devlet müdahalesinin kaçınılmaz olması,
- *Pazara giriş ve çıkışta kısıtlamanın bazı durumlarda gerekli olması,
- *Dışsallığın olabilmesi ve bazı durumlarda bunun amaçlanması, sayılabilir (Uz, 2007).

Şekil 1.3. Sağlık ekonomisinin işleyişi



Kaynak: Tokat, 1994: 13

1.2.4. Sağlık ekonomisinin boyutları

Günümüz dünyasında, artan yaşam süresi beklentisi, tedavi olmaya yönelik talep artışları, tedavinin gerçekleşmesi için ilaç kullanımı ve ilaca erişimin kolaylaşması ve yaygınlaşması yönünde talepler, tedavi yöntemlerinin maliyetlerinde önceden planlanamayan artışlar sağlık ekonomisini yönlendiren önemli birkaç unsur olarak sayılabilir.

Sağlık ekonomisi, başta hastalar olmak üzere sağlık hizmetini sunanlar, sağlık hizmetinin gerçekleşmesinde kullanılan ürünleri üretenler ve o ürünleri tedarik edenler ve bir bütün olarak bu hizmetleri finanse edenler olmak üzere büyük bir etki alanına sahiptir. Ülkemizde bu alanda en büyük, pay Sağlık Bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumları adıyla kamuya aittir. Kamu sektörü, sağlık ekonomisinin en önemli oyuncusudur ve sınırlı olan imkân ve kaynaklarını en etkin biçimde kullanmak zorundadır (Buharalı, 2008: 6)

İngiltere ve bazı Avrupa ülkelerinde, sağlık hizmetleri ödemeleri direkt olarak vergilerden karşılanmakla beraber ülkemizde ve başka bazı Avrupa ülkelerinde ödemeler sağlık primleri vasıtasıyla yapılmaktadır.

Sağlık ekonomisini diğer ekonomilerden farklı kılan en önemli husus; hizmetin bedelinin ödenmesi noktasındadır. Sağlık ekonomisinde hizmeti alanların büyük bir bölümü hizmetin bedelini doğrudan ödememektedir. Ödemeler genel olarak sosyal güvenlik kurumu ya da özel sigorta şirketleri tarafından yapılmaktadır. Bunun yanında hastaların katkı payı ödemeleri yaptığı durumlar da vardır. Sağlık ekonomisinde farklılık yaratan bir diğer noktada tam burada karşımıza çıkmaktadır.

Sosyal güvenlik primi ödemeleri sağlık hizmetinden yararlanma oranında değil kazanç oranında yapılmaktadır. Sağlık ekonomisinde farklı bir sosyal dayanışma durumu vardır. Bu durumda, bazen maksimum oranda sağlık primi ödeyen kişilerin minimum oranda sağlık hizmeti almaları söz konusu olduğu gibi bunun tam tersi bir durumun olması da mümkündür. Bu özel durum sağlık ekonomisine has bir haldir.

Sağlık ekonomisini diğer ekonomilerden farklı kılan bir başka nokta, sağlık hizmetlerinde ihtiyacın ölçülmesinin ve önceden belirlenmesinin imkânsıza yakın derecede zorluğudur. Bunda kazaların, beklenmedik durumların ve acil durumların payı yüksektir.

1.2.5. Sağlık ekonomisinin finansmanı

Sağlık ekonomisinin finansmanının başoyuncusu sosyal güvenlik kurumlarıdır. Sosyal güvenlik kurumları, bir yandan periyodik olarak prim toplama görevi yaparken diğer yandan da sunulmuş olan sağlık hizmetlerine ait ödemeleri gerçekleştirir.

Bu iki nokta arasında bir denge söz konusudur. Bu denge, primlerin ödemelere fazlalığı noktasına gelindiğinde kamu hesabında fazlalık olduğu gibi ödemelerin primlere fazlalığı noktasına gelindiğinde de (ki genellikle bu durum yaşanır) sosyal güvenlik açığı olur. Bu durumda kamu bütçesi sosyal güvenlik bütçesine kaynak aktarımı yapar. Bu noktada, bir anlamda kamu müdahalesinden söz etmek mümkündür. Kamunun böyle bir müdahalesinde genel olarak, önceden planlanmayan gelişmeler etkindir.

1.2.6. Sağlık ekonomisinde temel değerlendirme yöntemleri

Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin alt dalı olarak kabul edildiğinden (Buharalı, 2008: 6) dolayı, temel değerlendirme ve ölçümleme yöntemlerine sahiptir. Fiziki mekânların durumu, katkı payının miktarı, hizmetin kalitesi, hizmeti alanların memnuniyeti, hizmeti sunanların memnuniyeti ve onlara ödenecek prim ve ücretler değerlendirme yöntemlerinin başında gelir. Bununla birlikte alternatif tedavi yöntemleri ve maliyet analizleri de değerlendirme yöntemleri içinde yer alır.

Değerlendirme konusunda, sağlık ekonomisini diğer ekonomilerden farklı kılan husus, sağlık ekonomisinde her şeyin parasal değerden ibret olmadığı gerçeğidir.

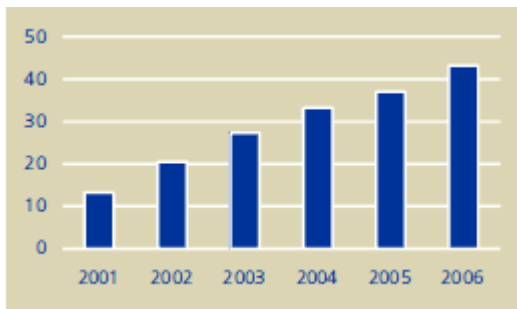
Bununla beraber sağlık ekonomisinde maliyetleri; doğrudan maliyetler (doktor, hastane, teknoloji giderleri vb), dolaylı maliyetler (işgücü kaybı, ulaşım maliyetleri vb) ve ölçümlenmesi güç maliyetler (hastaların moral kaybı vb) başlığı altında ele almak mümkündür (Buharalı, 2008: 7).

1.2.7. Türkiye’de ve Dünyada sağlık ekonomisine ait temel göstergeler

Ülke bazında yapılan sağlık değerlendirmelerinde uluslar arası kuruluşlar tarafından kabul edilen temel kriterler, temel göstergeler vardır. Bunlar; sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın GSMH’ya oranı, kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarı, sağlık harcamalarında kamunun payı gibi kriter ve göstergelerdir. Bu kriter ve göstergeleri ayrı ayrı ele alındığında ülke bazında sağlık ekonomisinin boyutu daha net ortaya konmaktadır.

Türkiye’nin sağlık ekonomisi rakamları OECD (2004 yılı) verilerine göre; sağlık harcamaları GSMH’nın % 7,7’sidir ve rakamsal olarak 23 milyar ABD Doları düzeyindedir. 2006 yılına göre Türkiye’de sağlığın finansmanı % 72,4 oranında kamu tarafından sağlanmaktadır (Buharalı, 2008: 21).

Tablo 1.2. Türkiye’de toplam sağlık harcamaları (milyar TL)



Kaynak: Buharalı, 2008: 21

a-) Sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın GSMH’ya oranı

Türkiye’de sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın GSMH’ya oranı, OECD ülkelerinin ortalamasının altında ve gelişmiş ülkelere göre gerilerdedir. Tablo a da bu durum ortaya konmuştur. Tablo 1.3.’e göre Türkiye, yaşlı nüfusunun diğer gelişmiş

ülkelere göre daha az olmasına rağmen birçok gelişmiş ülkenin gerisinde yer almaktadır. Yaşlı nüfusun çokluğu önemlidir çünkü sağlık harcamalarının yüksekliğini getirmektedir.

Tablo 1.3.'e göre, sağlık harcamalarına ayrılan kaynağın GSMH'ya oranı bakımından ABD'de % 15,3, İngiltere'de % 8,3, Fransa'da ise % 11 oranına sahiptir. 2005 yılı itibariyle Türkiye'de bu oran % 7,6'dır.

Tablo 1.3. Toplam sağlık harcamalarının GSMH' ya oranı (%)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Avustralya	8,8	8,9	9,1	9,2	9,5	
Avusturya	10,0	10,0	10,1	10,2	10,3	10,2
Belçika	8,6	8,7	9,0	10,1	10,2	10,3
Kanada	8,8	9,3	9,6	9,8	9,8	9,8
Çek Cumhuriyeti	6,5	6,7	7,1	7,4	7,3	7,2
Danimarka	8,3	8,6	8,8	9,1	9,2	9,1
Finlandiya	6,6	6,7	7,0	7,3	7,4	7,5
Fransa	9,6	9,7	10,0	10,9	11,0	11,1
Almanya	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7
Yunanistan	9,3	9,8	9,7	10,0	9,6	10,1
Macaristan	6,9	7,2	7,6	8,3	8,1	
İzlanda	9,3	9,2	10,0	10,3	10,0	9,5
İrlanda	6,3	7,0	7,2	7,3	7,5	7,5
İtalya	8,1	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9
Japonya	7,7	7,9	8,0	8,1	8,0	
Kore	4,8	5,4	5,3	5,4	5,5	6,0
Lüksemburg	5,8	6,4	6,8	7,6	7,9	7,9
Meksika	5,6	6,0	6,2	6,3	6,5	6,4
Hollanda	8,0	8,3	8,9	9,1	9,2	
Yeni Zelanda	7,7	7,8	8,2	8,0	8,5	9,0
Norveç	8,4	8,8	9,8	10,0	9,7	9,1
Polonya	5,5	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2
Portekiz	8,8	8,8	9,0	9,7	10,0	10,2
Slovakya	5,5	5,5	5,6	5,9	7,2	7,1
İspanya	7,2	7,2	7,3	7,8	8,1	8,3
İsveç	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,1
İsviçre	10,4	10,9	11,1	11,5	11,5	11,6
Türkiye	6,6	7,5	7,4	7,6	7,7	7,6
İngiltere	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,3
ABD	13,2	13,9	14,7	15,2	15,2	15,3
Ortalama	7,9	8,2	8,5	8,8	8,9	9,0

Kaynak: Buharalı,2008:9

b-) Kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarı

Sağlık Ekonomisiyle ilgili temel göstergelerden biri de kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarıdır. Türkiye bu konuda da OECD ülkelerinin ortalamasının altındadır. Tablo 1.4.'te bu durum ortaya konmuştur. Tablo 1.4.'e göre Türkiye 2005 yılında kişi başına düşen sağlık harcamaları miktarı bakımından Yunanistan'ın beşte biri, ABD'nin onda biri kadardır.

Tablo 1.4. Kişi başına düşen sağlık harcamaları (ABD Doları) (SGP bazında)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Avustralya	2397	2541	2724	2892	3128	
Avusturya	2825	2898	3018	3236	3418	3519
Belçika	2301	2452	2631	3080	3290	3389
Kanada	2509	2727	2867	3006	3161	3326
Çek Cumhuriyeti	971	1055	1199	1353	1413	1479
Danimarka	2381	2561	2656	2793	2972	3108
Finlandiya	1717	1861	2012	2045	2202	2331
Fransa	2487	2649	2795	3011	3191	3374
Almanya	2634	2754	2886	3129	3169	3287
Yunanistan	1950	2178	2364	2616	2669	2981
Macaristan	857	977	1115	1291	1337	
İzlanda	2697	2775	3036	3161	3331	3443
İrlanda	1822	2151	2368	2536	2742	2926
İtalya	2078	2188	2278	2281	2437	2532
Japonya	1967	2080	2138	2243	2358	
Kore	780	932	977	1051	1138	1318
Lüksemburg	2984	3270	3729	4611	5095	5563
Meksika	506	548	578	608	655	675
Hollanda	2258	2525	2775	2910	3094	
Yeni Zelanda	1605	1709	1850	1911	2122	2330
Norveç	3082	3293	3616	3872	4103	4364
Polonya	590	647	734	754	814	867
Portekiz	1625	1685	1783	1834	1935	2041
Slovakya	595	642		798	1061	1137
İspanya	1520	1617	1723	1951	2101	2261
İsveç	2272	2409	2593	2760	2827	2918
İsviçre	3181	3371	3650	3861	4045	4177
Türkiye	451	461	484	514	562	586
İngiltere	1859	2034	2228	2328	2560	2724
ABD	4569	4917	5306	5684	6037	6401
Ortalama	1982,3	2130,2	2294,3	2470,7	2632,2	2809,9

Kaynak: Buharalı,2008:10

c-) Sağlık harcamalarında kamunun payı

Türkiye'nin sağlık ekonomisi içinde OECD ülkeleri ortalamasına yakın olduğu temel gösterge sağlık harcamalarında kamunun payı noktasındadır. Tablo 1.5. bu konuda Türkiye'nin konumunu ortaya koymaktadır.

Tablo 1.5. Sağlık harcamalarında kamunun payı (%)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Avustralya	68,4	67,5	67,5	67,5	67,5	
Avusturya	75,9	75,7	75,4	75,3	75,6	75,7
Belçika	76,0	76,6	75,2	71,6	73,1	72,3
Kanada	70,4	70,0	69,6	70,2	70,2	70,3
Çek Cumhuriyeti	90,3	89,8	90,5	89,8	89,2	88,6
Danimarka	82,4	82,7	82,9	84,2	84,3	84,1
Finlandiya	75,1	75,9	76,3	76,2	77,2	77,8
Fransa	78,3	78,3	78,6	79,4	79,4	79,8
Almanya	79,7	79,3	79,2	78,7	76,9	76,9
Yunanistan	44,2	47,4	47,0	46,4	44,6	42,8
Macaristan	70,7	69,0	70,2	71,3	70,5	
İzlanda	82,0	81,9	82,7	82,5	82,4	82,5
İrlanda	72,9	73,6	75,6	76,7	78,2	78,0
İtalya	72,5	74,6	74,5	74,7	75,8	76,6
Japonya	81,3	81,7	81,5	81,5	81,7	
Kore	46,8	53,0	51,6	51,9	52,6	53,0
Lüksemburg	89,3	87,9	90,3	90,3	90,2	90,7
Meksika	44,6	44,9	43,9	44,1	46,4	45,5
Hollanda	63,1	62,8	62,5			
Yeni Zelanda	78,0	76,4	77,9	78,3	77,2	77,4
Norveç	82,5	83,6	83,5	83,7	83,6	83,6
Polonya	70,0	71,9	71,2	69,9	68,6	69,3
Portekiz	72,5	71,5	72,2	73,3	72,0	72,3
Slovakya	89,4	89,3	89,1	88,3	73,8	74,4
İspanya	71,6	71,2	71,3	70,3	70,9	71,4
İsveç	84,9	84,9	85,1	85,4	84,6	84,6
İsviçre	55,6	57,1	57,9	58,5	58,5	59,7
Türkiye	62,9	68,2	70,4	71,6	72,3	71,4
İngiltere	80,9	83,0	83,4	85,6	86,3	87,1
ABD	43,7	44,6	44,7	44,5	44,7	45,1
Ortalama	71,9	72,5	72,7	73,2	72,7	72,7

Kaynak: Buharalı, 2008:10

Türkiye sağlık ekonomisinin en önemli evresi olan 1960-2005 döneminde sağlıkta son derece olumlu gelişmeler gerçekleştirmiştir. Örneğin bebek ölüm oranlarında söz konusu dönemde kaydedilen gelişmeler çerçevesinde; 1960 yılında bin bebek başına 190 olan ölüm oranı, 2005 yılında 24'e düşmüştür.

Tablo 1.6. incelendiğinde görüleceği gibi bazı temel sağlık göstergelerinde Türkiye alt sıralardadır.

Tablo 1.6. Türkiye’de ve Dünyada bazı temel sağlık göstergeleri

	Bebek Ölüm Oranı (1000 bebek için)	5 Yaş Altı Ölüm Oranı (1000 çocuk için)	Anne Ölüm Oranı (100.000 doğum için)	Aşılama Oranı (12-23 ay arası bebekler için %)	
				DPT	Kızamık
İspanya	4	4	4	98	97
Yunanistan	4	5	9	88	88
Portekiz	4	5	5	99	96
Brezilya	33	35	260	96	99
Çek Cumhuriyeti	4	5	9	97	99
Meksika	23	28	83	91	96
Macaristan	8	7	16	99	99
Polonya	6	7	13	99	97
Malezya	7	7	41	96	92
Slovakya	7	8	3	99	99
Türkiye	33	39	70	68	75
Tayland	23	26	44	90	96
Rusya	16	21	67	98	96
Romanya	18	20	49	97	97
Bulgaristan	12	17	32	96	96

Kaynak: Buharalı,2008: 22

2. BÖLÜM

2. TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ ve SAĞLIKTA TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ

Toplumsal yaşamda, geçmişte gereksinimlerin karşılanabilmesi ve sorunların çözümünde sistematik düşünce fazla yer tutmazken son yüzyılda bu yönde ciddi çalışmalar yapılmıştır. Şüphesiz bu durumun en temel nedeniyle rekabet ortamının günümüzde olduğu kadar çok yaygın olmamasının ve toplumsal sorunlarda değişkenlik hızının günümüze göre düşük olmasının payı büyüktür.

Günümüz rekabet ortamının ortaya çıkardığı gereksinimleri karşılama ve sorunları giderme hususunda en önemli konu kalite çalışması, ya da toplam kalite yönetimi çalışması ve uygulamasıdır. Günümüz kurum ve kuruluşlarının var olma ve rekabete karşı güçlü kalabilme durumunu kazanmalarında; en etkili unsurlardan biri üretilen hizmetin kalitesi gelmektedir. İşte bu kaliteyi elde etmek ve geliştirmek hususunda, hem yöneticilere hem de kurum ve kuruluşlara rehberlik eden yönetim biçiminin adı; (TKY)'dir (Aslantekin, Göktaş, Uluşen, Erdem, 2007: 55-71).

TKY'de sağlık hizmetleri de insan odaklı olduğu için TKY'nin en fazla ihtiyaç duyulduğu alan sağlık hizmetleridir. Bunda sağlık hizmetlerinin hata kabul etmez oluşu en önemli nedendir.

2.1. Genel Olarak Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi

Kalite kavramının 20. yüzyılda, yönetim alanında ortaya çıkan boyutu TKY'dir. Ekip ruhu ve ekip olma olgusunu taşıyan ve yönetim alanında farklı bir gelişme olarak ortaya çıkan TKY'nin temelinde insan unsuru vardır.

TKY, hem tüketicilerin hem de çalışanların tatminini ön planda tutar. Çalışanların katılımcı ve paylaşımcı olmasını hedeflerken yöneticilerin de lider olmasını

gerektirir. Günümüzde TKY bir yönetim şekli değil bir yaşam biçimi olarak kabul edilmektedir.

2.1.1. Kavram olarak “Kalite”; tanımı ve anlamı

Günümüzde son derece önemli işlevi olan “kalite” kavramı; çok derin tarihi bulgularda karşılaşılan bir olgudur. Bu bulgulara, MÖ 2000’li yıllara var olan Mısır Medeniyetinde karşılaşıldığı gibi, MÖ 3000’li yıllarda ortaya çıkmış olan Hammurabi kanunlarında da bulunmaktadır. Osmanlı Devleti’nde de Kalite’yle ilgili somut bulgular mevcuttur. Özevren (1997: 6-7)’e göre, Osmanlı Devleti’nde kaliteyle ilgili uygulamalar, sanayi devrimi öncesi devirlerde, ahi teşkilatı ve loncalar içinde vardır. Ahi teşkilatı ve loncalar kalite konusuna çok önem vermişlerdir. “Pabucunu dama atmak” ya da “yolsuz kalmak” deyim ve sözleri, ahi teşkilatındaki kalite uygulamasının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır.

Genel olarak kalite kavramını bir ürün ya da bir hizmetin, müşterilerin ya da istifade edecek olanların ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılama düzeyi olarak tanımlamak (Efil,1999: 5) mümkündür.

Kalite’nin birbirine yakın tanımları mevcuttur. Kalite’yi, Uluslararası Standardizasyon Örgütü (ISO 9000): “Ürün yada hizmetin belirlenen ya da olabilecek gereksinimleri karşılama niteliğine dayanan özelliklerin toplamı” olarak tanımlarken, Alman Standartlar Enstitüsü: “Bir ürünün öngörülen ve zorunlu olan standartlara uyum kabiliyeti” olarak tanımlamaktadır. Avrupa Kalite Kontrol Birliği ise Kalite’yi: “Belirli bir malın ya da hizmetin tüketicinin isteklerine uygunluk derecesi” olarak tanımlamaktadır. Amerikan Kalite Kontrol Derneği’ne göre ise Kalite: “Bir mal ya da hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümü”dür (Çetin,1998: 34 -139).

Kalite’yi, bir malın ve ya ürünün teknolojik, ekonomik değerlendirmeler veya tüketici beğenileri açısından resmi veya gayri resmi şekillerde belirlenen ayırıcı niteliği olarak tanımlamak mümkündür.

Kalite kavramı, son yüzyılda, sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal yaşamı en fazla etkilenen bir fenomen olarak karşımıza çıkmaktadır. Aslında kaliteyi, hayatımızın bütününe kapsayan, özellikle de birey-örgüt-toplum dinamizminin sağlayıcısı ve sürdürülebilir başarının anahtarı olarak algılamak mümkündür.

2.1.2. Tanım, amaç ve ilkeleriyle Toplam Kalite Yönetimi (TKY)

TKY, kurum içi süreçlerin sürekli iyileştirilmesini, müşterinin istek ve ihtiyaçlarının yerinde tespitiyle kurum-müşteri memnuniyetini sağlayan katılımcı bir yönetim stratejisidir. “Yönetim felsefesi” olarak da kabul edilen TKY; aynı zamanda kendine özgün bir yönetim biçimi, kendine özgün bir yönetim sistemidir. Bu açıdan ele alındığında; TKY; çağdaş yönetim biliminin tüm öngörülerini harmanlayan bir yönetim felsefesi, örgütsel bir yaşam biçimi, müşteri, iş gören ve verilerle düşünme ve karar verme odaklı bir yapıdır. Ayrıca TKY; kalitesizliği sistemde arayan, hata ve sorunlardan yönetimi sorumlu kılan, sürekli iyileştirmeye odaklanan bir yönetim yaklaşımıdır.

TKY’de aslanan sonuçlar değil süreçlerdir. Kavrakoğlu (1996:10)’a göre TKY, bir bütün içinde süreçleri iyileştirerek sonuçları iyileştirmeyi temel alır.

Toplam kalite yönetiminin amaçlarını şu şekilde sırlamak mümkündür:

- *Kurum ve kuruluşların, hedef kesim olarak belirlediklerinin ihtiyaçlarına daha etkin bir biçimde yönelebilmek,
- *Kurumun ürettiği ya da sunduğu ürün ve hizmet kalitesinin yükselmesini sağlamak ve bunun yanında bütün alanlarda en yüksek kalite performansına erişmek,
- *Kaliteyi yakalamak için olabildiğince farklı ve değişik yaklaşımlardan istifade etmek,
- *Değişen şartlara uyum sağlamak için sürekli değişim stratejisini uygulamak,
- *Hizmet ve ürün üretimini; sıfır hata, sıfır stok, en düşük maliyet, hedef müşteri tatmini gibi temel kriterleri esas alarak gerçekleştirmek,
- *Her alanda özellikle sorun çözümünde ekip çalışması yaklaşımını belirlemek,
- *Kurum ve kuruluş içerisinde, iletişim sistemini sürekli açık bulundurmak ve buna herkesin katılımını sağlamaktır.

TKY'nin bilinen en yaygın ilkeleri Deming³'in 14 ilkesidir. Bu ilkeler:

- 1- Tüm çalışanlar kurumun amaç ve hedeflerini açık ve net olarak bilmelidir.
- 2- Yeni bir yönetim felsefesi ortaya koyulmalıdır ki bu TKY'dir.
- 3- Denetimlere güvenmemeli, herkes kendisinden sorumlu olmalı ve kendisini denetlemelidir.
- 4- Başarı kârda değildir.
- 5- Sürekli iyileştirmeyi yaygınlaştırmalıdır. İyinin düşmanı daha iyidir. Sürekli iyileştirme yoluyla, sürekli gelişim sağlanmalıdır.
- 6- Liderlik kurumsallaştırılmalıdır.
- 7- Korku engeli yok edilmeli, iş görenler ceza ve baskı ile değil, katılımcı demokratik yöntemlerle daha mutlu ve aktif olmalıdır.
- 8- İletişim kurumsallaştırılmalıdır. Kurum çalışmalarından herkes haberdar olabilmeli, birimler arasında duvarlar yıkılmalıdır.
- 9- Eğitimi kurumsallaştırılmalıdır, çünkü kalitenin en önemli unsurlarından biri eğitimidir. Eğitim, başta kalite temel eğitimleri olmak üzere, istatistikî kalite kontrol teknikleri ve gereksinim duyulan her alanda, sürekli olmalıdır.
- 10- Hatalar yönetimden kaynaklanır, var olan olumsuzluklarla ilgili yönetim hatayı kabullenmeli ve önlem almalıdır.
- 11- Önce kalite gelmelidir. Yapılan tüm işlerde ve tüm uygulamalarda, çalışanların geliştirilmesinde kalite prensibi başta yer almalıdır.
- 12- Çalışanların iş yerinden gurur duymaları sağlanmalıdır. Bu durum çalışanlara sunulan imkânlarla ve onların alınan kararlara katılımlarıyla sağlanacaktır.
- 13- Kişilerin kendilerini yetiştirmeleri desteklenmelidir. Kurslar ve eğitimler bu gelişim için önemlidir. Özellikle çalışanların yetiştirmeleri için kendi gereksinim duydukları konulara öncelik verilmelidir.

³ Dr. W. Edwards Deming, üniversite eğitimini Wyoming ve Colorado Üniversitelerinde tamamlamış, 1928 yılında Yale Üniversitesi'nde matematiksel fizik alanında doktorasını yapmış istatistiğin kalite yönetiminde kullanılmasına öncülük eden Amerikalı bilim adamı. Deming, 1950 yılında Japon Bilim Adamları ve Mühendisler (The Union of Japanese Scientists and Engineers) tarafından Japonya'ya davet edilmiştir. Japonlara toplam kalite yönetimini öğreten kişi olarak anılmaktadır. www.turkansiklopedi.com. (Erişim Tarihi: 25.10.2010)

14-Değişim için somut adımlar atılmalıdır. Değişim, yukarıdan aşağıya doğru, kurumun tamamını kapsayacak şekilde yapılmalıdır (Özevren,1997:11).

2.1.3. Toplam Kalite Yönetimi'nin öğeleri, unsurları

Kurumsal anlamda, TKY ilke ve prensipleri tüm kademelere ve tüm süreçlere uygulanmalıdır. Bunda hedef kurumun tüm kaynaklarının ve etkinliklerinin, çalışanlarının, müşterilerinin mevcutta var olan ve gelecekte olması muhtemel beklentilerinin tatmin edilmesini sağlamak ve topluma olumlu katkılarda bulunmaktır. Bu anlamda TKY sürekli olmalıdır.

Süreklilik arz eden TKY'nin başarıyı yakalaması için bazı öğeleri ve kabullenmesi ve uygulaması gereklidir. Bu öğeler sistem bütünlüğü sağladığı gibi, sürecin sağlıklı işlenmesini de gerçekleştirir. TKY'nin öğeleri:

a-) Müşteri Odaklı Olmak: TKY'de esas hedef müşteri kesiminin ihtiyaç ve beklentilerini belirlemek, bu istek ve ihtiyaçlara uygun mal ve hizmet üretmektir. TKY'de müşteri memnuniyeti esastır. TKY'nin en önemli unsuru müşteri odaklı olmaktır. Çünkü müşterilerin tatmin edilmesi, en önemli başarı ölçütüdür (Kavuncubaşı, 2000: 284).

b-) Sürekli Gelişim: TKY, genel ve klasik standartları kaldırıp yerine, faaliyetleri sürekli olarak değişen çevre şartlarına göre uyumlaştıran bir ilkeyi benimser. Sürekli gelişimin temeli, planlamak, uygulamak, kontrol etmek, devam etmek veya değiştirmektir.

c-) Eğitim: TKY için eğitim en önemli öge özelliğindedir. Eğitim çalışanların tutum ve davranışında olumlu yönde kalıcı değişiklikler yapan bir ögedir.

d-) Tam Katılım: TKY'yi klasik yönetim anlayışından ayıran en önemli nokta TKY'nin tam katılımcılığındandır. Tam katılımın hedefi alınan kararlara, çalışanların tümünün katılımının sağlanmasıdır.

e-) Stratejik Planlama: Yönetimde başarı yarını bugünden tahmin edebilmedir. Bu nedenle TKY, mutlaka bir strateji oluşturmayı ve ona bağlı olarak hareket etmeyi gerekli kılar. Güçlü bir planlamayla yapılacak strateji öncesinde SWOT (güçlü yanlar, zayıf yanlar, fırsatlar ve tehditler) Analizi de stratejinin doğru yapılmasını sağlar.

f-) Yönetimin Sorumluluğu: TKY içinde yönetim, kalitenin sağlanmasını ve sistemin gelişmesini sağlar. Yönetim herkesi gelişmeye sevk eder ve çalışanların onur duyabileceği bir ortam yaratır.

g-) Ekip Çalışması: TKY, kurumda veya kuruluşta bulunan herkesi bir ekibin üyesi olarak kabul eder. Ekip ruhunda hedef, başarıyı bir bütün olarak üstlenmek ve başarısızlığa yol vermemektir.

h-) Güvene Dayalı Örgüt Kültürü: TKY, yönetimi bir takım oyunu olarak algılar. Bu takım oyununun gizli öznesi güvendir. Güven sayesinde, çalışanlar kendilerine olan güveni tazeleyerek örgüt kültürüyle hareket ederler.

ı-) İletişim: TKY'nin sonucu ve en temel ögesi iletişimdir. İletişim sayesinde, kurumu rekabete hazırlamak için gerekli bilgi tüm bireylere aktarılır.

i-) Süreç yönetimi uygulama: Süreç; bir başlangıcı ve bitişi olan faaliyetler zinciri olarak veya girdileri kullanmak sureti ile çıktıyı hedefleyen ve doğru, kaliteli çıktı alabilmek için başarılması gereken aşamalardır diye tanımlanabilir. Süreç, esnek olmamalıdır. Süreç, kolay işletilir olmamalıdır. Süreç, kusurlara açık olmamalıdır. TKY, süreç odaklı bir sistemdir. Süreç odaklı olmanın zıddı ise sonuç odaklıdır.

Özevren (1997:44)'e göre süreç odaklı uygulamalarda kriterler; uzun vadeli olması, kişilerin çabalarını teşvike yönelik olması, davranış değişikliği gerektirir olması ve tatminle ölçülebilir olması iken sonuç odaklı uygulamalarda kriterler, doğrudan görülebilir olması ve kısa vadeli olması şeklindedir.

j-) Hata Önleme: TKY'nin en önemli özelliği süreç içinde, sorunların ortaya çıkmadan önlenmesidir. Bilindiği gibi bir sorunun ortaya çıkmadan önlenmesi, o sorunu çözmekten çok daha ekonomiktir. TKY'yi diğer yönetim anlayışlarından ayıran en önemli fark, TKY'nin hatayı düzeltmek yerine, ilk seferde ve her seferde hatasız işler yapmayı öngörür olmasıdır. TKY bu başarısını süreç ve insan faktörünü iyi değerlendirerek sağlar.

k-) Ölçme ve İzleme: “Ölçemezseniz geliştiremezsiniz” ve “Ölçemezseniz yönetemezsiniz” prensipleri TKY'de ölçme ve izleme faaliyetlerinin öncelikli olduğunu ortaya koyar. Kavuncubaşı (2000: 287)'na göre bunun sağlanması için de, analiz ve problem çözme teknikleri öğrenilmeli ve uygulanmalıdır.

l-) Etkili Liderlik: TKY'de başarılı olunmasının en temel şartı lider yöneticiliktir. Lider yönetici, görevinin bilincinde olan, hizmet sunacağı toplumun ihtiyaç ve isteklerini belirleyip elindeki kaynakları değerlendirmeyi bilen, ele alacağı konulara öncelik verme becerisi bulunan yöneticidir. Lider yönetici, veri kaynaklarından elde edeceği bilgiyi, planlama ve uygulamada kullanan, personelinin bilgi ve becerisini artıracak eğitimleri vererek, üretimde verimi artırmak amacıyla ekip çalışmasını sağlayan kişidir. TKY'de lider yönetici, klasik anlamdaki yönetici-idareciden farklıdır.

Aşağıda yer alan tablo 2.1.'de lider ile yönetici arasındaki farklar gösterilmiştir. Tabloda dikkat çeken en önemli nokta, liderin bir süreci başarıyla sonuçlandırmak için gereken donanım ve çalışmalarını yapısına karşın, yöneticinin bir süreci başarı hedeflemeden sadece sonuçlandıracak durumda olmasıdır. TKY farkı da buradadır.

Tablo 2.1. Lider ve yönetici arasındaki farklar

Lider	Yönetici
Yenilik yapar	İdarecidir
Orijinaldir	Kopyadır
Geliştirir	Muhafaza eder
İnsanlar üstünde odaklaşır	Sistemler ve yapı üzerinde odaklanır
Güven verir	Kontrole güvenir
Uzun dönemli bakış açısı vardır	Kısa dönemli görüşü vardır
Ne ve niçin diye sorar	Nasıl ve ne zaman diye sorar
Gözü ufuklardadır	Gözü esas hat üzerindedir
Statükoya meydan okur	Taklit eder
Doğru iş yapar	Statükoyu kabul eder
Açık ofis uygular	Klasiktir
Yerinde inceleme yapar	İşleri doğru yapar
Onurlandırır, birlikte çözüm arar	Kapalı ofis uygular
Yol gösterir	Masa başında talimat verir
Yetki verir	Cezalandırır, suçlar, sorumlu tutar
Kararlara katılımı sağlar	Kararları kendi verir

Kaynak: Çetin,1998: 34 -139

2.2. Sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetlerinde, hizmeti oluşturan tüm unsurlar bir bütünün bir parçasıdır. Bu nedenle sağlıkta TKY için, sağlam bir yönetim modeli ve organizasyonun var olması, işlerin, kim tarafından, ne zaman, nerede, hangi araçlar kullanılarak, ne yöntemle yapıldığının bilinmesi büyük önem arz etmektedir.

2.2.1. Genel olarak sağlıkta Toplam Kalite Yönetimi

TKY, sağlık hizmetleri içinde son derece önemli bir yönetim anlayışı taşımaktadır. TKY'nin sağlık ve sağlık hizmetlerinde önemi, sağlık hizmetlerinin ve sağlık kurum ve kuruluşlarının girift yapısından kaynaklanmaktadır. Başka bir deyişle

sağlıkta TKY; hasta ihtiyaç ve beklentilerinin zamanında karşılanması gerektiği anlayışına dayanmaktadır. Bu durumun özelliğinden dolayı hem sağlık çalışanları, hem de sağlık hizmetlerinin sunumunun en önemli unsuru olan hastalar son derece önem arzeder (Aslantekin vd., 2007: 55-71).

Sağlık hizmetlerini bir bütün olarak; insanın fiziksel, ruhsal ve toplumsal bakımdan sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve bu durumun sürekliliğinin sağlanarak toplumun refah düzeyinin ve mutluluğunun geliştirilmesi amacı ile sunulan hizmetler olarak tanımlamak mümkündür. Bu hassas yapısı gereği sağlık hizmetleri hata kabul etmeyen ve tamamen insanla, insan hayatıyla ilgili olan hizmetlerdir. Bunun yanında sağlık hizmetleri -özel sağlık kurum ve kuruluşları dışında - elbette bir kamu hizmetidir. Ancak birçok kamu hizmetinden farklı olarak olabildiğince yüksek kalitede sunulması gereken bir yapı ve konuma sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde TKY'yi bekleyen en önemli zorluk; sağlık hizmetlerinin kamu hizmetleri olması diğer yandan da farklı niteliklere sahip olmasıdır. Sağlık hizmetleri, niteliği gereği tanımlanması da ölçülmesi de zordur. Bu noktada, sağlık hizmetlerinde TKY farklı sorunlar içerir. Sağlık hizmetlerinde hata yapma şansı yoktur. Sağlık hizmetlerinde: "Bu sefer olmadı bir daha ki sefere olur" denme şansı yoktur. Sağlık hizmetlerinde TKY'yi zorlaştıran en temel konu budur. Sağlık hizmetlerini doğrudan doğruya insanı ve insan yaşamıyla ilgili olduğundan sağlık işletmelerinde kalitenin sağlanması bir zorunluluktur. Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumunda yöneticiler, hizmet sunanlar ve hizmet alanlar olmak üzere üçlü bir yapı söz konusudur. Bu üçlü yapının birleştiği temel nokta insandır. Temel noktası insan olan bu hizmetin sunumunda, kaynak ve faaliyetleri kontrol altına alırken, hizmeti verimli, kaliteli, zamanında, ulaşılabilir, süratli ve hatasız yerine getirmek de esastır. Bu esas noktadan dolayı, sağlık kurum ve kuruluşları hassas, dengeli, plânlı ve özgün yönetilmek durumundadır.

2.2.2. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi

Sağlık hizmetleri sağlık kurum ve kuruluşlarında verilmektedir. Sağlık kurum ve kuruluşları, sağlık hizmetlerinin verildiği, müşteri/hasta ile sağlık ekibini ve doktoru bir araya getiren ve tedavi için uygun ortamı sağlayan bir aracı rolüne sahiptir.

Sağlık kurum ve kuruluşları için en önemli unsur güvendir. Güven unsurunda etkin faktör, sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal yapıları olduğu kadar, onlardan daha çok, sağlık hizmetini sunan hekimlerdir. Esasen, sağlık hizmetlerinde güven noktasında, kurumların, hekimlere göre geride kalmasının temel sebebi de bu durumdur (Aslantekin vd., 2007: 55-71).

Kurumsal başarı ve rekabet edebilme gücü bakımından, sağlık kurumları; sağlık hizmeti sundukları toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamak amacıyla, plân ve düzenlemeler yapmak, hizmet kullanıcılarının memnuniyetini sağlamak, hizmet kullanıcılarını, hizmetle tatmin etmek zorundadır. Bu çalışmanın tamamının özünde olan şey; sağlık kurumlarının yönetimlerinin topluma verimli ve kaliteli sağlık hizmetleri sunabilmeyi görev olarak kabul etmeleridir. Bu nedenle kalitenin ehemmiyeti artmış ve kalite, sağlık hizmetleri pazarlamasında önemli konulardan biri haline gelmiştir.

Sağlıkta TKY'nin temel amacı; rekabet ortamında bulunan sağlık kurumlarının; çevresel baskılara yanıt vermesini, rekabet üstünlüğünü, önemli değişimleri başarmalarını, maliyetleri aşağı çekmelerini ve verimliliği arttırmalarını sağlamaktır. Bu noktada, kurumsal kaliteyi geliştirmeye yönelik olarak tanımlanmış olan yaptırım ve uygulamaların büyük bir kısmının uluslararası kabul görmüş hastane kalite ölçütleri olduğu da bir gerçektir. Bununla beraber sağlıkta TKY, sağlık sektöründe son yıllarda yaşanan en önemli, değişikliklerden ve gelişmelerden biridir.

Sağlık hizmetlerinde, kaliteyle ilgili olarak konu ve hizmet alana ve verene göre birçok tanım yapılmıştır. Tanımlamada ve kalitede standardı sağlamada en büyük sorun hizmet kalitesinin çok sayıda değişkenden etkilenmesidir. Kaldı ki bu değişkenlerin

birçoğu açık bir şekilde tanımlanmamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetinin nesnel ölçütler kullanılarak ölçülmesi ve tanımlanması oldukça zordur.

TKY'nin özünde değişim vardır. Bu değişim, rantabilitesi ve rasyonalitesini yitirmiş davranışların iyiye ve güzele doğru değişimidir. Değişimin gerçekleşmesi bilgi, beceri ve arzunun ortaya koyacağı pozitif enerjiyle mümkündür. TKY, bu pozitif enerjiyi, neden, nasıl ve ne yapmalı sorularının cevaplandırılması ile değişimi sağlar.

Sağlıkta başarılı bir TKY'nin gerçekleştirebilmesi, sağlık hizmetinin nasıl sunulduğunun, hizmetin nasıl değerlendirildiğinin ve bu hizmetin nasıl iyileştirileceğinin plânlanması ve uygulanması gerekir. Bunun için başlangıçta; güçlü bir organizasyon şemasının oluşturulması, özgün yorum yapılması, kesin ve bağlayıcı yöntem kullanımının sağlanması, güçlü iletişim, değişimin dikkatle izlenmesi ve sağlam bir kurum kültürü faktörleri belirleyicidir. Sağlıkta TKY'nin başarısını sürdürebilmesi ve kalitenin güvence altında tutulması ve geliştirilmesi için:

- 1-)Personele sorumluluk verme yönündeki çalışmaların yapılması,
- 2-)Eğitimin sürekliliğini sağlayan çalışmaların gerçekleştirilmesi,
- 3-)Kalite sisteminin oluşturulması,
- 4-)Satın alma konusunda ayrıntılı çalışmaların takip ve kontrolü,
- 5-)Malzemenin korunması ve yerinde kullanılmasının sağlanması,
- 6-)Muayene ve testlerin doğru ve güvenilir olmasını sağlayan düzenlemelerin yapılması,
- 7-)Düzeltilici faaliyetlerin yapılması,
- 8-)Kurum içi denetimlerin periyodik olarak yürütülmesi ve olumsuzlukları giderici düzeltmelerin yapılması, gereklidir (Aslantekin vd., 2007:55-71).

2.2.3. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Toplam Kalite Yönetimi'nin hedef ve amaçları

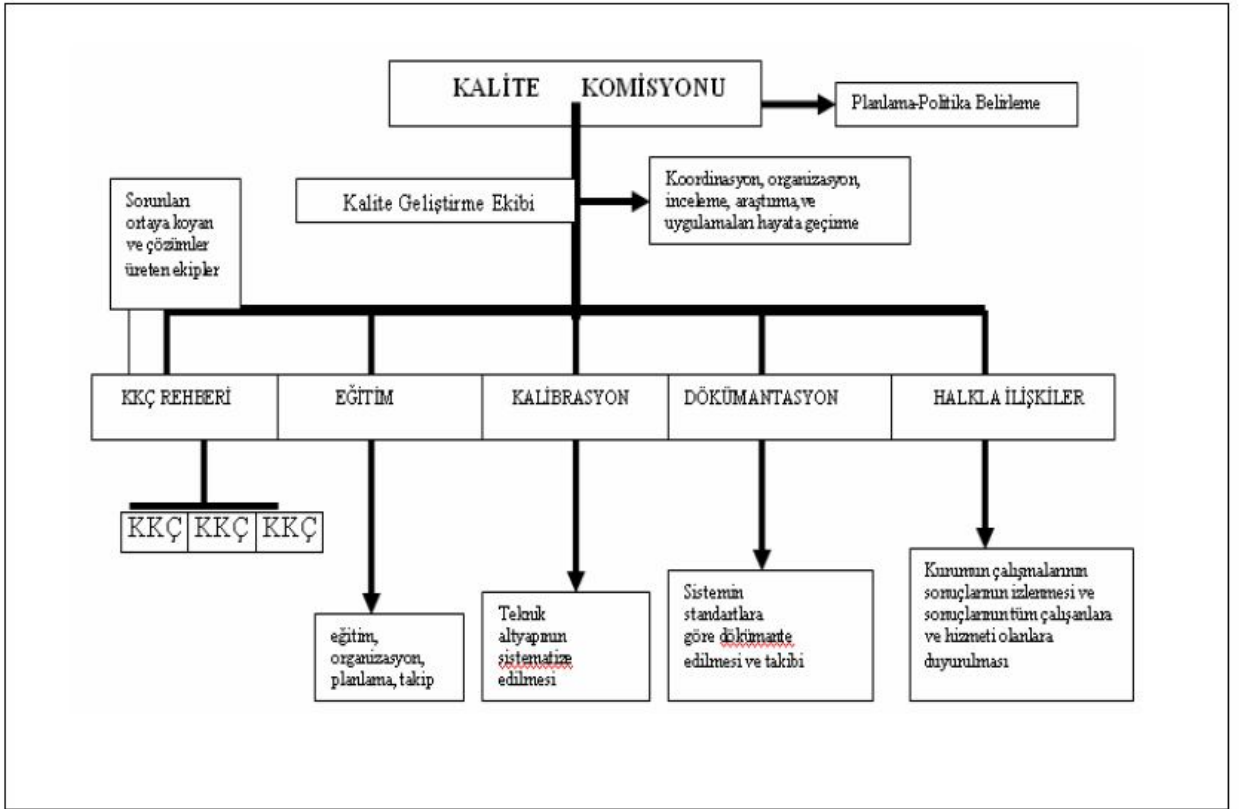
Hastanelerde TKY çalışması, teşhis, tedavi ve bakım süreçleri ile doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşlarının hem bilimsel norm ve standartlara

uygun teşhis ve tedavi prosedürleri uygulaması, hem de hizmet sunum sürecinde hizmet alanların (hastaların) beklentilerinin ve isteklerinin göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Hizmet alanların (hastaların) beklenti istek ve haklarında en öncelikli olan doğru teşhisin ve tedavinin yapılmasıdır. Teşhis ve tedavinin doğru yapılması ve kontrol altında bulundurulması hususu ISO standartlarının yanı sıra akreditasyonu da gündeme getirmektedir. Sağlıkta TKY içinde yer alan akreditasyon; sağlık kurum ve kuruluşlarının işletim sistemlerinde doğru teşhis ve tedaviyi ölçülebilir kriterlerle ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Akreditasyonun sağlık hizmetlerinde TKY için önemi, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinde, artan sağlık maliyetlerinde, sağlık bakım harcamalarıyla elde edilen değerlerde, bakımın kalitesiyle ilgili konulardaki söz konusu olan “bilgi”dendir (Aslantekin vd., 2007:55-71).

Sağlıkta TKY'nin en önemli hedefi, sağlık kurum ve kuruluşlarının yetersizliklerini tanımaya ve sağlık hizmetinin kalitesini geliştirmeye ve uygulamaya yönelik stratejilerin belirlenmesini ve bu anlamda hastaların geri bildirimlerinin alınmasını sağlamaktır. Sağlıkta TKY ile sağlık kurum ve kuruluşlarında temel hedef; kurumsal verimi artırmak, kurum maliyetlerini düşürmek, hastalara daha kaliteli sağlık bakım hizmeti verebilmek amacıyla çözümler araştırmak ve yeni anlayışlar geliştirmektir. Bütün bu uygulamalar için kalite güvence sisteminin olması gerekir. Kalite güvence sistemi olmadan sağlıkta TKY uygulamak ve başarı elde etmek mümkün değildir.

Şekil 2.1., sağlık kurum ve kuruluşlarında TKY ile ilgili olarak oluşturulması muhtemel kalite komisyonu ve ona bağlı eylem gruplarını göstermektedir. Kalite komisyonunun en önemli görevi kaliteyle ilgili planlama ve politikaların belirlenmesidir.

Şekil 2.1. Sağlıkta TKY’de, kalite komisyonu ve eylem grupları şeması



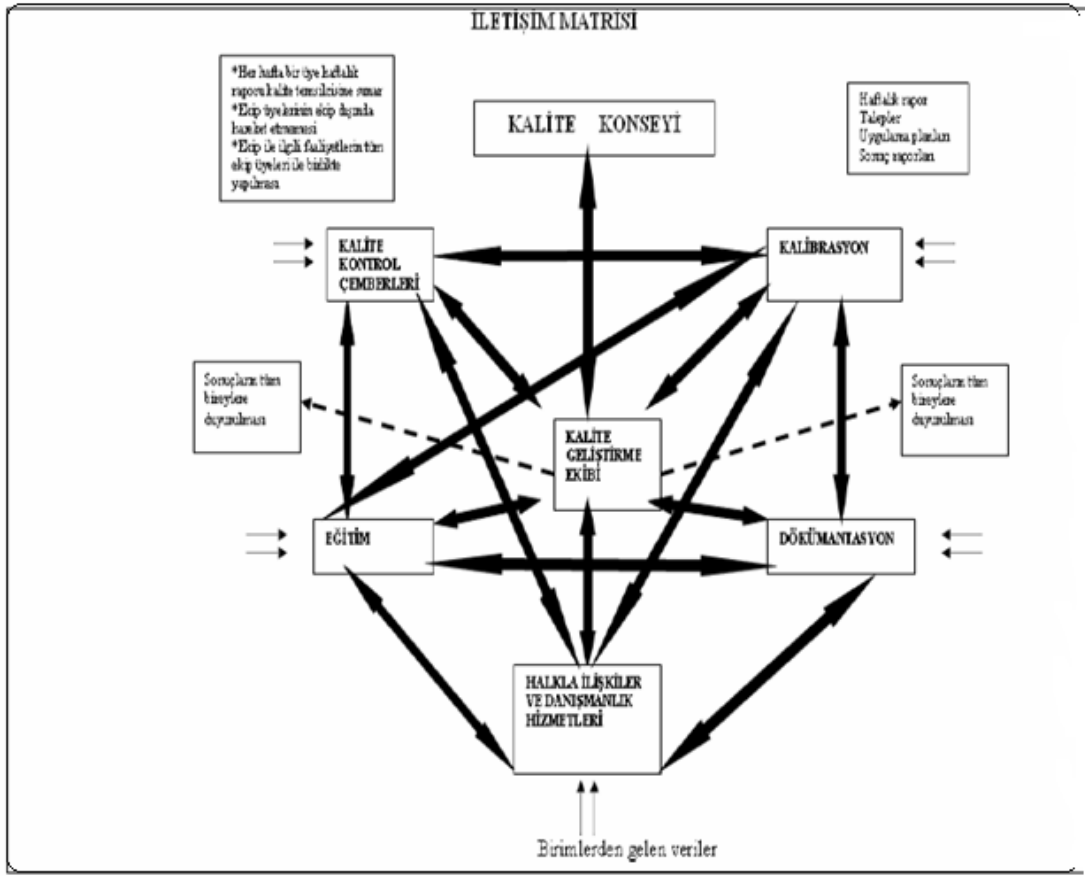
Kaynak: Aslantekin vd., 2007:55-71

Sağlık kurum ve kuruluşlarında TKY ile hedeflenen; yetersiz olan hastane kaynaklarının daha etkin bir şekilde kullanılması, hastane maliyetlerin düşürülmesi, rekabet imkânının artması, hasta ve kurum çalışanlarının memnuniyetlerinin artırılmasıdır. Bununla beraber, sağlıkta TKY’de beklenen; hizmet sunumunda kalitenin sağlanması ve kurum çalışanlarının tatmin ve motive edilmesi, yönetim ve organizasyon model ve yöntemlerinin modernize edilmesi, karar mekanizmalarında akılcılığın sağlanması, bilgi sistemlerinin dokümantasyonu ve iletişim mekanizmasının işlerliğinin sağlanmasıdır. Bunun yanında hasta memnuniyetinin sağlanması, ekip çalışması ve takım ruhunun gelişmesi gereklidir.

Sağlıkta TKY’nin başarılı olması için çalışanların, kalite yönetimi felsefesine inançlı ve gönüllü bir biçimde katılmaları özellikle doktorların TKY çalışmalarında aktif olarak yer almaları sağlanmalıdır. Sağlıkta TKY’nin bel kemiği olan doktorlar, sürekli gelişme, kalite çemberleri ve eğitim süreçlerinin ayrılmaz parçaları olmak durumundadır.

Şekil 2.2.'deki matriste, sağlık hizmetlerinde kurulması muhtemel olan kalite komisyonu ile ilgili birim ve kalite ekipleri arasındaki iletişim ağı ortaya konmuştur. Matrisin en önemli noktası, kalite geliştirme ekibinin bütün çalışmaların ortasında yer almasıdır.

Şekil 2.2. Sağlıkta TKY'de kalite komisyonu ile diğer birimler arasındaki iletişim ağı



Kaynak: Aslantekin vd., 2007:55-71

3. BÖLÜM

3. PERFORMANS, PERFORMANS YÖNETİMİ, SAĞLIKTA PERFORMANS YÖNETİMİ ve PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME

Bir etkinlik sonucunda elde edilen bulguyu kalite ve kantite açısından belirlemek olarak tanımlanan Performans ve ona bağlı olarak geliştirilen Performans Yönetimi (PY); günümüz işletmeleri için olmazsa olmaz konumuna gelmiş bir faaliyet ya da faaliyetler bütünüdür. PY'yi bu önemli noktaya taşıyan en önemli hususiyet onun; verimlilik, liderlik, sürekli öğrenme, sürekli gelişim, müşteri odaklılık, işin niteliğinin açık ve net olması, bireysel yeteneklerin değerlendirilmesi, değişim ve esneklik, ekip çalışması, çevreye saygı ve sosyal sorumluluk gibi hayati konuları içinde barındırmasıdır (Burak, 2008).

Temeli insan ve insana hizmet olan sağlık hizmetleri işletmeleri; PY'ye en fazla ihtiyaç duyulan alanlar içinde yer alır. Ne var ki yapısal durumlar gereği; sağlıkta PY; karmaşık, karmaşık olduğu kadar da izlenmesi ve değerlendirilmesi son derece zor bir süreçtir. Bununla beraber sağlıkta PY; hem verimlilik hem de müşteri memnuniyeti bakımından son derece önemli gelişmelere neden olmuştur.

Çalışmanın bu bölümünde performans, PY ele alınacak daha sonra da sağlıkta performans ve PY ile sağlıkta PY sürecinde performans dayalı ek ödeme sistemi açıklanacaktır.

3.1. Genel Olarak Performans ve Performans Yönetimi

Günümüz işletmelerinde, temel hedef; en düşük maliyetle en yüksek karı elde etmek değil; rekabetçi bir anlayışla, müşteri doyumunu sağlamak, kaliteyi yakalamak ve yenilikçilik gibi farklı uygulamalar gerçekleştirerek başarıyı yakalamaktır. İşte bu başarıya ulaşmak için, verimlilik ve rekabet unsurlarını taşıyan güç; insan kaynakları ve insan kaynaklarının kalitesidir. İnsan kaynaklarını etkili kullanmak bir yandan etkin bir verimlilik sağladığı gibi diğer yandan işletmelerin rekabet ortamında mücadele azim ve güçlerini ortaya koyarak ortak bir sinerji yaratmalarını sağlar. İşletmeleri güçlü ve farklı

kılan sadece sermaye değil insan kaynaklarını doğru yönetmektir. İnsan kaynaklarının doğru yönetimi aslında PY'den başka bir şey değildir (Çalık, 2003: 7-9).

3.1.1. Performans kavramının tanımı ve özellikleri

Kubalı (1999:32)'ya göre performans, hizmette etkinlik, üretimde verimlilik ve tutumluluk olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak performans; amaçlanmış ve planlanmış ve hedef haline getirilmiş bir etkinliğe ulaşım seviyesinin mutlak ya da nispi ancak; anlaşılabilir, anlatılabilir, somut ve objektif ölçütlerle ölçülmesidir. Performans; hedeflenen bir işin yapılmasını sağlayan bir süreç ve o sürecin sonucunda gösterilen başarı derecesinin nicel ya da nitel ifadesi olarak kabul edilebilir (Okur, 2007: 53).

Bu sürecin belirleyici olan unsurları; çalışanların motive edilmesi ve bu motivasyonun sürekli kılınması, çalışanların görevlerini eksiksiz ve başarıyla yerine getirebilmelerinin sağlanması, elde edilen sonuçlarda verimlilik ve etkinlik, belirlenmiş standartlara uyum ve bu uyumun mukayesesidir. Bütün bu unsurlar, aynı zamanda, hassas bir strateji, teknik ve taktik çalışma gerektirmektedir.

Performans ve Yönetim sözcükleri, tarihsel süreç içinde, ilk önceleri askerlik alanında ortaya çıkmıştır. Özer (2009:3-29)'e göre performans kavramı, emir ya da görevleri yerine getirmek, yönetim, askeri amaçla kullanılacak olan atların manejde eğitilmesi olarak Avrupa'da 16. yüzyılda kullanılmıştır.

Günümüzde performans kavramı daha çok kurum ve kuruluşların yönetiminde kullanılmaktadır. Yönetim; performans sayesinde; daha önceden belirlenmiş standartlara dayanarak örgütsel ve işle ilgili davranışları analiz etmekte ve çalışanın başarısını bu kriterlere göre ölçmekte ve değerlendirmektedir (Akın, 2001: 153).

Çalık (2003:10)'a göre; performans ve PY bir bütün olarak, çalışan bireylerin işini yaparken daha fazla çaba sarf etmeye zorlayan, işi istenen standartlarda yerine getirebilme yeteneği gerektiren, işin bizzat çalışanlar tarafından yapılmasını öngören, kurum ve kuruluşu, çalışanlara bireysel destek sağlayabilecek ve uyumsuzlukları

önleyebilecek bir atmosfer oluşturmaya zorlayan, çalışanları talebin en yüksek ve en düşük olduğu durumlara karşı hazırlıklı olmaya zorlayan bir süreçtir. Bu nedenle performans kavramı bir boyutlu değil, birçok boyutludur. Bu çok boyutluluk nedeniyle de performansı oluşturan unsurlar, sunulan mal ve hizmetlerin çeşidine göre bazen kalite bazen de miktar olarak farklılaşabilmekte ve sunulan mal ve hizmetin kaynağına göre değişebilmektedir (Köseoğlu, 2005: 213). Bununla beraber ekonomiklik, verimlilik ve etkinlik performansın değişmeyen unsurları olarak kabul edilmektedir. Bunlar:

a-) Ekonomiklik: İstenilen amacı en düşük maliyetli kaynaklarla ve en uygun zamanda gerçekleştirmek ve en uygun kaliteyi elde etmektir. Ekonomiklik, performans kavramında ve unsurlarında yaşanan değişim sürecinde, değişmeyen tek boyuttur (Özer, 2009:3-29).

b-) Verimlilik: Kurum veya kuruluşun hedeflerini gerçekleştirmede, belirlenmiş girdilerle en yüksek çıktıyı elde etmesidir. Bir başka ifadeyle verimlilik; sabit değer ve sabit miktardaki çıktının en az girdiyle elde edilmesidir. Verimliliğin esasında ya aynı girdiler kullanılarak çıktı artırılması ya da belirli bir orandaki çıktıya, girdilerin azaltılması ile ulaşılması söz konusudur (Köseoğlu, 2005: 215).

c-) Etkinlik: Kurum veya kuruluşun belirlediği politika, proje ve aldığı tedbirlerle önceden saptanan amacının ne ölçüde gerçekleştirdiğini ifadesidir. Etkinlik kurum veya kuruluşların amaçlarına ulaşmada gösterdikleri başarı ve sağlık derecesini gösterir. Etkinlik bir çalışma için oluşturulan hedefin ne kadar başarıldığı ile ilgilidir. Bu nedenle, faaliyetin beklenmedik veya olumsuz etkilerinin olduğu durumlarda; etkinlik, olumlu ve olumsuz sonuçlara göre değerlendirilmek durumundadır. Bu değerlendirmelerde subjektif unsurlar da içerebildiğinden dolayı kurum veya kuruluşta farklı etkinlik boyutları ve görüşleri ortaya çıkabilmektedir. Eren (2002:5)'e göre etkinliğin ölçümünde genellikle klasik amaç modeli kullanılmakta, etkinlik kuruluşun amaçları ile ilgili bir kavram olarak ele alınmakta ve kuruluşun amaçlarına ne ölçüde ulaşabildiği değerlendirilmektedir. Buna göre, bir hastane biriminde tedavi edilen hasta sayısının tedavi edilmesi gereken hasta sayısına bölünmesi bize hasta tedavi sürecinde ne derece etkin olduğunu sayısal olarak göstermektedir (Erdumlu, 1991: 324)

3.1.2. Performans Yönetimi uygulamaları

PY performans sürecinin gidişatını belirleyen ve sonuçlarını doğuran en etkin yönetim aracının adıdır. PY uygulamasında kurum veya kuruluşlarda her ne kadar yukarıdan aşağıya doğru bir etki oluşturuluyorsa da, sonuçlar bakımından aşağıdan yukarıya doğru bir etki söz konusudur.

PY'nin amacını kuruluşun vizyonu doğrultusunda hedeflerinin belirlenmesi ve bu hedeflerin çalışanların katkılarıyla gerçekleşmesinin sağlanması ile sözü edilen hedeflere ulaşmada çalışanların katılımlarının adaletli, sistemli ve ölçülebilir bir yöntemle değerlendirilmesi ve motive edici bir çalışma ortamı oluşturulması ve bu şekilde kişisel gelişimin desteklenmesi olarak özetlemek mümkündür (Özer, 2009:3-29).

Genel olarak ele alınacak olursa, bir kurum veya kuruluşta PY uygulaması “şu anda hangi seviyedeyiz?”, “daha iyi bir seviyeye ulaşılabilir mi?” ve “ideal olarak nerede olmalıyız?” temel sorularıyla başlatılır. “Şu anda hangi seviyedeyiz ?” sorusuyla amaçlanan, mevcut durumun ve kaynakların kuruluş düzeni içinde incelenmesi ve performansının sorgulanmasıdır. “Daha iyi bir seviyeye ulaşılabilir mi?” sorusuyla amaçlanan mevcut şartlardaki potansiyel gücünden yararlanma seviyesinin değerlendirilmesidir. “İdeal olarak nerede olmalıyız ?” sorusuyla amaçlanan ise iç ve dış engellerinin kalktığı varsayımıyla ideal kapasiteye ulaşma durumunu değerlendirmektir. PY’de bu temel üç soru, hedef belirleme süreci bakımından önemlidir. Performans hedefleri ana hedefin yanında birçok tali hedefi de barındırır. Ana hedef; kurum ya da kuruluşun öncelikleri ve yaratılması istenen/beklenen sonuçları belirler. Tali hedefler de ya ekibin ya da ekip içinde yer alan kişi/kişilerin gelişim hedefleridir.

PY ile kurum veya kuruluşlar belirledikleri hedeflere ne kadar ulaştıklarını izleyebilirler, sayısal karar verme ortamı yaratabilirler, işgörenlerini daha nesnel olarak değerlendirerek etkin güdüleme sistemleri kurabilirler. Bu şekilde müşteri memnuniyetini sağlayarak kaliteyi ve verimliliği artırabilirler(Yüreğir ve Nakiboğlu, 2007: 545-562)

PY uygulamalarının esasında yer alan en önemli konu çalışanların motivasyonu konusudur. PY insan odaklıdır ve PY'yi taşıyan insandır. Bu nedenle, çalışanların ilk günden PY uygulamasına kadar neden çalıştığı, çalışmaya nasıl gönüllü oldukları, çalışmayı ve iş ortamını nasıl anlamlı buldukları soruları PY'nin başarısını önemli derecede etkiler. Motivasyon, insanları içsel ve dışsal olarak ateşleyen bir unsur (Peker-Aytürk, 2002: 61) olduğundan dolayı, insanlar, motivasyon sayesinde, özel ve örgütsel yaşamlarında etkili ve verimli olmaya gayret ederler ve bu gayretleriyle de başarıyı elde ederler.

PY sürecinde, birinci aşamada yer alan hedef belirleme ve hedefleri içinde derecelendirme (ana ve tali hedef vb.) den sonra yapılması gereken, PY'nin gerekliliklerini uygulamaktır. Bunu yönetici ya da yöneticiler yapacaktır. PY sürecinde yönetici; bir yandan kendi sorumlu olduğu birim ya da bölümün hedeflere ulaşmasını sağlamak, öte yandan da birlikte çalıştığı kişilerin bireysel hedeflerini başarması için gerekli olan desteği vermek durumundadır.

Kurum veya kuruluşlarda yöneticiler, PY sürecinde politikaları olumlu yönlerde uygulayabildikleri ve örgüt kültürünü, yenileşmeyle destekleyerek kullandıkları ölçüde başarılıdırlar. Aksi halde yöneticinin varlığı bir anlam ifade etmez. Çünkü yöneticilerin PY sürecinde sisteminin uygulanmasında olumlu tutum ve davranışlarının, performansın artmasında etkili olduğu çok açıktır (Çalık, 2003: 83). Elbette yönetici, bu süreçte, örgütsel iletişim kanallarından en yüksek oranda yararlanacaktır. Örgütsel yaşamda, yöneticinin başarısının iletişim becerilerine dayandığı tartışılmaz bir gerçektir. Yönetici bu iletişim becerilerini, planlamadan başlayarak çalışanların başarılarından dolayı takdir edilmelerine kadar geçen uzun bir süreçte kullanmalıdır.

3.1.3. Performansın ölçümü

Bugün dünyada performans ölçüm ve değerlendirmesinin ilk olarak başladığı ülkeler; ABD, İngiltere, Yeni Zelanda ve Avustralya olarak kabul edilmektedir (Tekin, 2000: 31). Bu ülkeler aynı zamanda PY'nin uygulamasında da en başarılı olan ülkelerdir.

PY süreci, başlangıçtan sonuca kadar, hem kurum ya da kuruluş performansını hem bireysel performansların planlanmasını, yönlendirilmesini, güdülenmesini ve değerlendirilmesini hem de bunların her aşamada artan düzeyde ölçülmesini gerekli kılmaktadır. Bu noktadan ele alındığında ortaya çıkan sonuç performans ölçümlerinin hem bir tespit hem de performansın geliştirilmesinde önemli bir güdüleyici olduğudur.

Performans ölçümü, PY sürecinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek için kullanılan bir yöntemdir. Yöntem performans standardı ile yapılır ki, bir performans standardı bir işin etkinliğini ölçmek için kullanılan metrik bir ölçüdür (Tikici, 2004: 131). Bu standartların, çalışanlara, bir yandan ulaşmak için çaba gösterecekleri hedefleri gösterirken, bir yandan da işteki başarının ölçülmesi için gerekli ölçütleri saptama görevi vardır.

Performans ölçüm sistemleri, zamana ve duruma göre değişiklik gösterebilir. Örneğin geleneksel performans ölçümleri, performansı ve gelişim faaliyetlerini finansal ölçütler bakımından nitelerken günümüz ekonomileri, zamana dayalı rekabet stratejisi, yüksek kaliteli ürün, yüksek kaliteli hizmet, esneklik ve müşteri memnuniyeti gibi durumlarından dolayı yeni performans ölçüm sistemlerine ihtiyaç doğurmuştur.

PY sürecinin, üretim ya da hizmet dönüştürme aşamalarının ardından, ölçme, değerlendirme ve kontrol aşamaları devreye girmektedir. Akal (1992:53)'a göre, sistemin işletilmesinin ilk üç aşamasında hazırlanan stratejilere ve programlara uygunluğu, ölçüm ve denetim sistemleri uygulamaya geçirilerek izlenir ve kontrol edilebilir.

PY'de girdilere değil sonuç ve kalite göstergelerine dayalı olarak performans ölçümü yapılmalıdır. Bu noktada; basit, açık, net, ölçülebilir ve objektif göstergeler seçilmeli, her göstergeye bir hedef belirlenmeli ve hedefler de gerçekçi, ölçülebilir ve mevcut güçle gerçekleştirilebilir olmalıdır. Ölçüm süreci dikkat ve süreklilik ve sonuçları sağlam ve doğru analiz gerektirir.

Kurum veya kuruluşlarda performans ölçümü için; önce iç müşteri memnuniyeti, ürün kalitesi, sonra müşteri memnuniyeti ve stratejik işletme performanslarından

yararlanmak esastır. Halis (2004:219)'a göre stratejik işletme performansı, kurum veya kuruluşun tepe yönetimi tarafından belirlenen ve ulaşılması gereken büyüme, pazar payı, yıllık satışlar, ihracat gibi hususlarla ilgili ölçümleri içerir.

Performans ölçümünde; insan gücü, tüketilen malzemeler, binalar gibi girdilere, üretim, doğrudan çıktılar, kapasite, istenmeyen çıktılar, ara çıktılar, nihai üretimler, doğrudan, istenmeyen ara üretimler gibi hususlar dikkate alınır. Performans ölçümünde cevapları aranan sorular:

- Kuruluş işini yapıyor mu?
- Beklentilere cevap verebiliyor mu?
- İşlem dışı ve beklenmedik etkiler ortaya konabiliyor mu?
- Objektif ve adil mi yoksa bir grubun etkisi altında mı?
- Çalışmalar yapısal sınırlar içinde mi?
- Çalışmalar verimli mi? şeklindedir.

Performans ölçümünde başarılı olunabilmesi için iş analizleri vazgeçilmez unsurlardır. İş analizlerini vazgeçilmez kılan, onların, işlerin doğru, etkin ve sağlıklı biçimde değerlendirilmesi amacıyla, kuruluşta yer alan her işin ayrı ayrı niteliği, gerekleri, sorumlulukları ve çalışma koşullarını bilimsel yöntemlerle inceleyen ve bilgi toplanmasını öngören bir teknik olmalarıdır(Özer, 2009:3-29).

Performans ölçümünde önem arz eden bir başka husus teknolojik değişimlerdir. Çünkü teknolojik değişimler performansın sonucu etkileyebilir.

PY sürecinde, performans ölçüm kriterlerinin sade, pratik ve uygulanabilirlik olması, ölçüm değerlerinin sağlıklı olarak alınmasının ve iyileştirme amaçlı olarak analizlerin doğru yapılmasının temel sebebidir. Ölçüm kriterlerinin bu özelliklerinin yanı sıra çalışanların rolü ve etkililiği de önemlidir.

Genellikle performans ölçüm uygulamalarında, performansın kapsamı belirlenirken, ürün ve süreç olarak ikili bir ayırım yapılmaktadır. Bu iki ayırmda da gözlem yapmak noktasında kullanılan araçlar, temelde test etmeye elverişli türden

değildir ve sayısal bilgi yerin nitel bilgi verirler. Özkan (2007:2-3)'e göre ürün ve süreç gözlemlenmesinde yaygın olarak kullanılan performans ölçüm teknikleri şunlardır:

a-) Sıralama: En kolay ve en basit ölçme tekniğidir. Bu tekniğin esası sürecin ya da ürünün özelliklerine bakılarak, en iyiden en düşüğe doğru sıralamanın yapılmasıdır.

b-) Derecelendirme: Bu teknikte en çok kullanılan formlarından birisi değer aralıkları kullanılarak yapılandırılır. Bu formlara, "derecelendirme aracı" denilir.

c-) Kontrol Listeleri: Kontrol listeleri PY görev almış kişi ya da kişilerin süreçteki davranışları kaydetmeye yarar. Kontrol listelerinde yazılı olan tutum ve davranışlar olayların olması istendiği haliyle yer alır.

d-) Ürün Ölçekleri: Değişik kalitelerde hazırlanmış ürünlerden dikkatlice seçilmiş beş ya da daha azla üründen meydana gelen bir serinin adı "ürün ölçeği"dir. Ürün ölçeği üzerindeki her bir ürün; bir puan ya da bir harfle ve "en üstünden en aşağıya" doğru sıralandırılarak gösterilir.

e-) Puan Sistemi: PY sürecinde yapılması amaçlanan her davranışın değerlendiriciler tarafından daha önce puanlanması söz konusudur. Puan sisteminde süreçte yer alanların daha önce belirlenmiş işlemleri yapmaları ve bunun karşılığında aldıkları puanları ortaya koyar. Puan sisteminde başarı, yapılan işle alınacak puan esasında olduğu için yüksek puan aynı zamanda başarımı göstergesidir.

f-) Anekdöt Kayıtları: İnförmal bir tekniktir ve denetleyicinin, süreç içinde yer alan kişi ya da kişilerin hareketlerini yazmasından ibarettir.

g-) Hedeflere Göre Yönetim: Bu teknik, kurum veya kuruluştta bazı hedeflerin tespit edilmesini ve bu hedefler üzerinde odaklanılmasını öngörür.

h-) Özdeğerlendirme: Bu tekniğin esası PY sürecinde çalışanların kendi performanslarını, bizzat kendilerinin değerlendirmeleridir.

3.1.4. Performansın değerlendirilmesi

PY'de hem hedeflere ne ölçüde ulaşıldığının değerlendirilmesinin hem de çalışanların değerlendirilmesinin yapılması ancak performansın değerlendirilmesiyle gerçekleşir. PY uygulamalarının amacına ulaşabilmesi ancak sürekli geribildirimle mümkündür. Sürekli geribildirimde bulunmak yöneticinin önceliği olmak durumundadır. PY sürecinde, seçilen performans izleme yöntemi doğrultusunda, herkes bir başkasının performansını izleyerek geri bildirimde bulunmalıdır. Çünkü performans değerlendirmesinde temel amaç, çalışanların iş tanımlarında ve iş analizlerinde saptanan amaçlara ne ölçüde yaklaştığına ilişkin geri bildirim alınmasıdır. Performans değerlendirme işleminin başarıyla uygulanabilmesi için, öncelikli olarak iş analizi ve iş tanımlarının yapılmış olması gereklidir.

Çalık (2003:49)'a göre performans değerlendirilmesinin amaçları şunlardır:

- *İş performansı ile ilgili bilgi sağlamak,
- *İnsan kaynaklarına yönelik olarak stratejik veri üretmek ve geliştirmek,
- *Değerlendirilmede olumlu olanları ödüllendirmek, düşük performanslıların eğitimlerini, transferlerini ya da disipline edilmelerini sağlamak,
- *Test değerlendirmeleri konumunda olan çalışmalara yardımcı olmak,
- *Çalışanlarla ilgili olarak sağlıklı bir geri bildirim oluşturmak,
- *Eğitim programları için hedefler belirlemek ve uygulamak,
- *Kurumla ilgili ortaya çıkması muhtemel örgütsel sorunların tespitine yardımcı olmak.

Performans değerlendirme süreci; kuruluştaki değerlendirme sistemini planlayacak ve uygulayacak çalışma gruplarının oluşturulması ile başlar kuruluş hakkında genel veri toplama ve diğer ön hazırlık çalışmalarının yapılmasıyla ve çalışanların performans değerlendirme ve ölçümü konusunda eğitilmesiyle devam eder. Sürecin bundan sonraki kısmında, kurum veya kuruluş için bir performans yönetimi sisteminin geliştirilmesi ardından performans ölçüm sistemlerinin hesaplanmasının yapılması gelir. Sürecin altıncı aşamasında performans ölçüm sistemlerinin uygulanması ve raporlama sürecinin geliştirilmesi gelir. Süreç nihayet yapılan çalışmaların genel değerlendirilmesi yapılarak

kurum veya kuruluşta performans geliştirilmesi konusundaki eksikliklerin tespiti ve sürecin aralıksız devam ettirilmesiyle sona erer (Aktan, 1999: 1-2).

Akal (1992:5)'e göre başlıca performans değerlendirme ve lme yöntemleri şunlardır:

a-) Grafıksel derecelendirme yöntemi: Bu yöntemin esası; bazı performans kriterlerinin saptanması ve bu kriterlerin puanlanmasıdır.

b-) Davranışa dayalı derecelendirme yöntemi: Çalışanların davranışlarını tasvir eden bazı açıklamaların esas alınıp puanlanması yöntemidir.

c-) Karşılaştırma yöntemleri: Çalışanların karşılaştırıldığı bu yöntemi dört ana başlık altında toplamak mümkündür:

*Basit sıralama yöntemi: Bu yöntemde en iyi performansa sahip olan çalışanların bir liste içerisinde sıralanmasıdır.

*Alternatif sıralama yöntemi: Bu yöntem basit sıralama yöntemi ile mantık ve uygulama yönünden aynıdır. Sıralamada en iyi performansa sahip kişiler yanı sıra en kötü performansa sahip kişiler hakkında da bilgiler yer alması esası vardır.

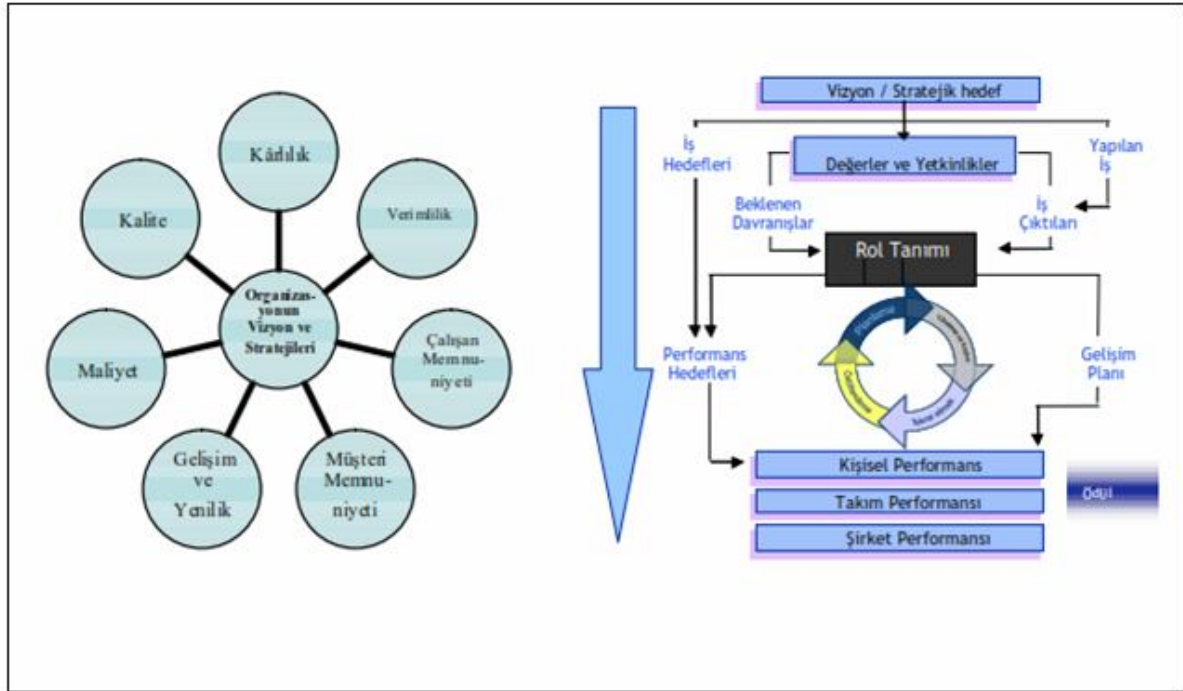
*Zorunlu dağılım yöntemi: Çalışanların performans yönünden belirli kümeler içerisinde toplanmasıdır.

*İkili karşılaştırma yöntemi. Bu yöntemin özü sadece iki personel arasında karşılaştırma yapılması esasına dayanır.

d-) Kritik Olaylar Yöntemi: Bu yöntem, performans değerlendirmesi yapacak olan yöneticilerin, çalışanların işle ilgili olarak bazı olayları kaydetmeleri ve bunları performans değerlendirme formuna not etmelerinden ibarettir. Bu formun adı Kritik Olaylar Performans Değerlendirme Formu'dur.

e-) Kontrol Listesi Yöntemi. Bu yöntemin esası geliştirilen bir form üzerinde çalışanlar ile ilgili bazı soruların yer alması ve bu sorular daha sonra cevaplanıp form üzerinde işaretlenmesidir.

Şekil 3.1. Performans ölçüm ve değerlendirmesinde kullanılan kriterler ve performans yönetiminin çerçevesi



Kaynak: Örucü ve Köseoğlu, 2003:27-8

3.1.5. Performansın denetimi

Denetim, PY sürecinin en önemli bölümlerinden biridir ve geribildirim işlevinin çalıştırılarak, verimliliğin artışı, büyümeyi, uygun yapılanmayı kısacası performanstan beklenenlerin gerçekleştirilmesini sağlamak görevini ifa eder.

PY sürecinde, performansın denetlenmesi noktasında kurum veya kuruluşlarda mevcut performans ile olması gereken performans arasındaki açığın belirlenmesi gerekmektedir. İşte bu performans açığı, kurum ya da kuruluşun mevcut performans düzeyi ile hedeflenen performans düzeyi arasındaki farkı ortaya koyar. PY sürecinde bu açıkların belirlenebilmesi ancak sağlam kurulmuş bir performans denetimi sistemi ile mümkündür.

Genel olarak performans denetiminin amacı, bir proje veya kuruluşun faaliyetleri hakkında değerlendirme yapmak ve bir görüş ortaya koymak olarak ifade edilebilir. Şüphesiz ortaya konacak görüşün, inandırıcı olması, güvenilir olması onun

açık, belirgin ve objektif olmasını gerekli kılar. Bunun yolu ise geçerli kriterlerin açıklıkla belirlenmesi ve ilan edilmesidir. Bu kriterler, her proje için denetime başlanmazdan, projenin yöneticileri ile görüşülerek kesinleştirilmelidir.

Günümüzde performans denetimi anlayışının özünü; “ne yapıldı, nasıl yapıldı” yerine “ne yapmaya çalışıyorsunuz, bunları niçin yapıyorsunuz, ne kadar iyi yapıyorsunuz” ve bir adım daha ilerisini de gözeterek “başka ne yapmalı ve ne kadar daha iyi yapmalısınız” soruları ve bunların cevapları oluşturmaktadır. Aynı zamanda performans denetimi katılımcı yönetim anlayışı içinde hareket etmektedir. Söz konusu katılımcı yönetim anlayışından denetimden maksat, denetimin, sadece alt ve üst yönetim düzeyleri yerine hem denetlenen, hem de denetleyenler tarafından ve performans planlamasıyla birlikte başlanarak yapılan bir görev olarak yürütülmesidir.

3.1.6. Performansa dayalı ücret sistemleri

Burak (2008) Performansa dayalı ücret sistemlerini, kurum ya da kuruluşun örgütsel ya da bireysel amaç ve hedeflerinin gerçekleştirilmesi durumunda çalışanların ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi amacıyla kullanılan ücretlendirme sistemleri olarak tanımlamaktadır. Burada söz konusu olan ödüllendirme çalışanların normal ücret artışlarıyla ilgili değil, onun dışında sabit olmayan, değişir nitelikte olan ve genellikle performanslarındaki gerçekleştirmeler karşılığında yapılan ek ve değişken ödemelerdir.

Performansa dayalı ücret sistemlerinde esas olan, çalışanın bir önceki yılda ulaştığı performansa bağlı olarak ve yıldan yıla, kurumun performansına, bölümünün performansına, kişinin kendi bireysel performansına ya da bunların bileşimine bağlı olarak değişen oran ve miktarda ücretle ödüllendirilmesidir.

Performansa dayalı ücret sistemleri çalışmaları kolayca ölçülemeyen çalışanlar için en etkili özendirme ve ödüllendirme araçlarından biridir ve çalışanı motive ederek, verimliliği artırır ve daha fazla iş doyumunu yaratır. Bunun yanında çalışanlarda kurum ve kuruluşu sahiplenme duygusunu güçlendirir, çalışanların yeni davranış biçimlerini geliştirmelerine, yeni beceriler kazanmalarına ve bunları iş sonuçlarına aktarmalarına

olanak sağlar. Bununla beraber performansa dayalı ücret sistemleri değerlendirmelerde orta çıkan öznel sorununu aşamamaktadır. Bu sorun; çalışanların, sistemi bir iltimas ve kayırcılık aracı olarak görmeleri ve göstermelerine neden olmakta ve kurum veya kuruluşlarda büyük bir huzursuzluk meydana getirmektedir.

3.1.7. Türk kamu yönetiminde performans yönetimi uygulamaları

PY ile ilgili olarak ülkemizde yaşanan en önemli değişim ve dönüşüm, 10.12.2003 tarihinde kabul edilen 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile gerçekleşmiştir⁴ Sözü edilen yasa, PY ile ilgili önemli düzenlemeler getirmiştir. Bu yasayla ülkemizde birçok kamu kurum ve kuruluşunda performans yönetimi uygulamaları hayata geçirilmeye başlamıştır.

5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu; ülkemizde kamu mali yönetim sistemine stratejik plan hazırlama zorunluluğu, stratejik planlamaya dayalı performans esaslı bütçelemeye geçiş, hesap verebilirlik ve mali saydamlık, orta vadeli (3 yıllık) harcama programı ile uyumlu çok yıllık bütçeleme, iç kontrol ve iç denetim sisteminin kurulması ve tahakkuk esaslı muhasebe sistemine geçiş gibi son derece önemli ve değişimci yenilikler getirmiştir. Kanunla, siyasi, idari ve mali sorumlulukların birbirinden ayrılması, Sayıştay denetiminin kapsamının genişletilmesi, harcama öncesi kontrol görevinin kurum yönetimine devredilmesi, döner sermaye işletmeleri ve fonların tasfiye edilmesi, idarelerin tüm gelir ve giderlerinin bütçelerinde toplanması gibi yeni uygulamalar da hayata geçirilmiştir.

Kanun, Türk kamu yönetiminde performans uygulamalarının hem önünü açmış hem de zorunluluk haline getirmiştir. Çünkü Kanun'un 1. maddesi: "Kamu kaynaklarının etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde elde edilmesi ve kullanılması" hükmünü, 5. maddesi de: "Kamu idarelerinin mal ve hizmet üretimi ile ihtiyaçlarının karşılanmasında, ekonomik veya sosyal verimlilik ilkelerine uygun olarak maliyet-fayda veya maliyet-etkinlik ile gerekli görülen diğer ekonomik ve sosyal analizlerin yapılması

⁴ 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu: 10.12.2003 tarihinde kabul edilmiş, 24.12.2003 tarihinde yürürlüğe girmiş, Resmi Gazete'nin 24.12.2003 tarihli 25326 sayılı nüshasında yayınlanmıştır. www.rega.basbakanlik.gov.tr (Erişim tarihi 25.11.2010).

esastır” hükmünü getirmiştir. Bu hükümlerle kamu kurum ve kuruluşlarına performans analizlerini yapma görevini verilmiştir.

Aynı kanunun 9. maddesi de doğrudan stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme hususlarında düzenlemeler yapmış kamu kuruluşlarının bütçelerini stratejik planlarında yer alan misyon, vizyon, stratejik amaç ve hedeflerle uyumlu ve performans esasına dayalı olarak hazırlayacakları belirtilerek, performans esaslı bütçelemeye ilişkin hususları belirlemeye Maliye Bakanlığını yetkili kılmıştır. Bu yasal düzenlemeler ışığında kamu kurum ve kuruluşları kendilerine ait performans değerlendirme yönetmeliklerini hazırlamaya başlamışlardır. Kurum ve kuruluşlar hazırladıkları bu yönetmeliklerde; mesleki bilgi ve beceri düzeyi, bireysel yeterlilik, yönetsel yeterlilik, davranışsal yeterlilik ölçütleri performans kriteri olarak değerlendirilmektedirler.

3.2. Sağlıkta Performans Yönetimi

Sağlıkta hem kurumsal hem de bireysel anlamda etkinlik ve etkililiğin sağlanması düşünce ve arzusu, sağlıkta PY uygulamalarına ağırlık kazandırmıştır. Sağlık sektörünün girift ve kendine has yapısı PY uygulamalarında farklı ölçütlerin uygulanmasını zorunlu kılmaktadır.

3.2.1. Genel olarak sağlıkta Performans Yönetimi

Sağlıkta PY ile ilgili olarak her ülkede farklı arayışlar ve farklı uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Bunların arasında Kanada, Ontario hükümeti uygulamaları örnek teşkil edecek boyuttadır. Ontario uygulamasında, yöneticiler, hastaneleri derecelendirmiş, birbirleriyle karşılaştırarak, ölçütleri, finansal performans, hasta memnuniyeti, klinik uygulamalar ve çıktılar ile sistemin bütünlüğü ve değişkenliği olan performans belirleyicileri seti oluşturmuştur (Aydın ve Demir, 2007: 29-93).

Sağlıkta PY uygulamalarında bir yandan hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak, daha iyi bir sağlık düzeyi (çıkıtı) elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir

sağlık hizmet sunum sürecine uymak hedeflenirken diğer yandan da bu hizmeti sunmak için kullanılan alt yapı, insan ve malzeme kaynaklarında (girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek gerekmektedir (Aydın ve Demir, 2007: 29-93) Bütün bunlar sağlıkta uygulanacak performans ölçütleridir. Bir bütün olarak uygulanmasının zorluğunun yanı sıra ayrı ayrı uygulanmasının orta koyacağı eksiklikten de kaçmak mümkün değildir.

3.2.2. Sağlıkta Performans Yönetimi ölçütleri

Sağlıkta PY ile ilgili herkes tarafından kabul görmüş ölçütler bulmak ve bu ölçütlerden herkesi memnun etmek mümkün değildir. Genel olarak sağlıkta PY ölçütleri şu şekilde sıralanabilir:

a-) Hasta memnuniyetinin sağlanması: Rekabetçi sistemlerde son derece büyük önem arz eden bu ölçütün başarı şansı ilgili ağılık alanında bilgi asimetrisinin çok fazla olmamasına ve toplumsal eğitim düzeyinin de düşük olmamasına bağlıdır. Hata memnuniyetin ağılanması ölçütünün sağlık hizmetinde en önemli olan unsurlardan biri olduğu izahtan varestedir.

b-) Daha iyi bir sağlık düzeyine erişilmesi: Bir diğer adı sağlık çıktısı olan bu ölçüt; hizmet alanın o hizmet sonucunda daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşmasıdır. Genel olarak hasta memnuniyeti ile birlikte ele alınır.

c-) Hizmet sunum sürecinin ödüllendirilmesi: Bu ölçütle hedeflenen belirlenmiş normlar ve kanıta dayalı tanı ve tedavi rehberleri doğrultusunda işlem yapmak gibi sağlık hizmeti üretilirken takip edilen sürecin denetlenmesi ve değerlendirilmesidir.

d) Alt yapının ve girdilerin kalitesi: Sağlıkta PY uygulamalarında büyük öneme sahip olan bu ölçüt, Leap Frog Group tarafından geliştirilmiştir. Leap Frog Group; ABD’de 160 büyük sağlık hizmeti ödeyici kurumunun oluşturduğu bir birliktir. Ölçütün esasını; ödeyicilerin hastanelere ödeme yaparken, doktor kayıt ve orderlerinin bilgisayar ortamında yapılması, yoğun bakımda görev alan sağlık personeli ile doktor sayısı ve

hastaneye kanıta dayalı sevk yapılması gibi kalite artırıcı girdiler bakılması oluşturmaktadır.

3.2.2. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde kurumsal performansın değerlendirilmesi

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen performans çalışmaları 2005 yılında "kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans" (Sağlık Bakanlığı, 2005) kavramıyla farklı bir boyut kazanmış ve devamında kurumsal performans ölçüm kavram ve metotları kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmaların bundan sonraki aşamasında yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" (Sağlık Bakanlığı, 2005) çerçevesinde yürütülmüştür. Yönerge üzerinde daha büyük çalışmalara yapılmış ve yönerge 2007 yılında, "Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" (Sağlık Bakanlığı, 2007) adıyla ikmal edilerek güncellenmiştir. 2007 yılında tamamlanan yönerge ile hem birinci basamak hem de ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumu için bazı kriter ve uygulamalar getirilmiştir.

01/05/2007 tarihinden itibaren yürürlüğe giren ve eklerde tamamı sunulan yönergenin 18. maddesine yazıldığı üzere daha önce yürürlükte olan;

*05/12/2006 tarihli ve 9414 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi”,

*17/ 03/ 2005 tarihli ve 1831 sayılı “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi”,

*30/11/2001 tarihli ve 10311 sayılı “Yataklı Tedavi Kurumları Kalite Yönetimi Hizmet Yönergesi”,

*09/ 04/2003 tarihli ve 3598 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe giren 11.04.2003 tarih ve “7044 sayılı Genelge ve eki Temel ve Belgelendirme Öncesi Kriterler”, yürürlükten kaldırılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

2007 yılında yayınlanan, "Sağlık Bakanlığına Bağlı Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi" (Sağlık Bakanlığı, 2007), daha sonra, Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan 02/07/2008 tarihinde ve 2011 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” (Sağlık Bakanlığı, 2008) ile geliştirilmiştir. 2011 sayılı bu yönerge'nin yürürlük tarihi ise 01/09/2008'dir.

02/07/2008 tarihinde ve 2011 sayı ile çıkarılan “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” (Sağlık Bakanlığı, 2008) :

- *12/9/2008 tarihli ve 3166 sayılı yönerge,
- *19/11/2008 tarihli ve 4258 sayılı yönerge,
- *30/3/2009 tarihli ve 1954 sayılı yönerge,
- *06/05/2009 tarihli ve 2774 sayılı yönerge ile değiştirilerek geliştirilmiştir.

02/07/2008 tarihinde ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008)'nde kurumsal performans ölçüm yöntemleri aşağıdaki şekilde açıklanmıştır:

a-) Muayeneye Erişim Katsayısı: Bu katsayı; sağlık kurumlarında poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her hekim için ayrı ayrı olarak düzenlenmiş ve tefriş edilmiş olan oda sayısı ile aktif kullanılan dış üniti sayısı toplamının, hekim sayısına bölünmesi sonucu bulunan rakamdır. Şu kadar ki, ağız ve diş sağlığı merkezlerinde bulunan oda sayısı hesaplamanın dışındadır. Hekim sayısı; klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuvar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten hekimler ile yoğun bakım, yeni doğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan hekimler ve temel tıp bilimleri uzmanları dışında kalan hekimlerin toplamıdır.

b-) Hizmet Kalite Katsayısı: Bu katsayı sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan hizmet süreçlerini ve sağlık kurum ve kuruluşlarının fiziki ve teknik yapısını sorgulayan bir orandır. Konuyla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı tarafından 500 kriterlik bir “Hizmet Kalite Standartları Formu” hazırlanmıştır. Bu formun değerlendirilmesi sonucunda ildeki her sağlık kurumunun puanı tespit edilmiş olur. Bu puan sağlık kurumunun hizmet kalite katsayısı puanıdır.

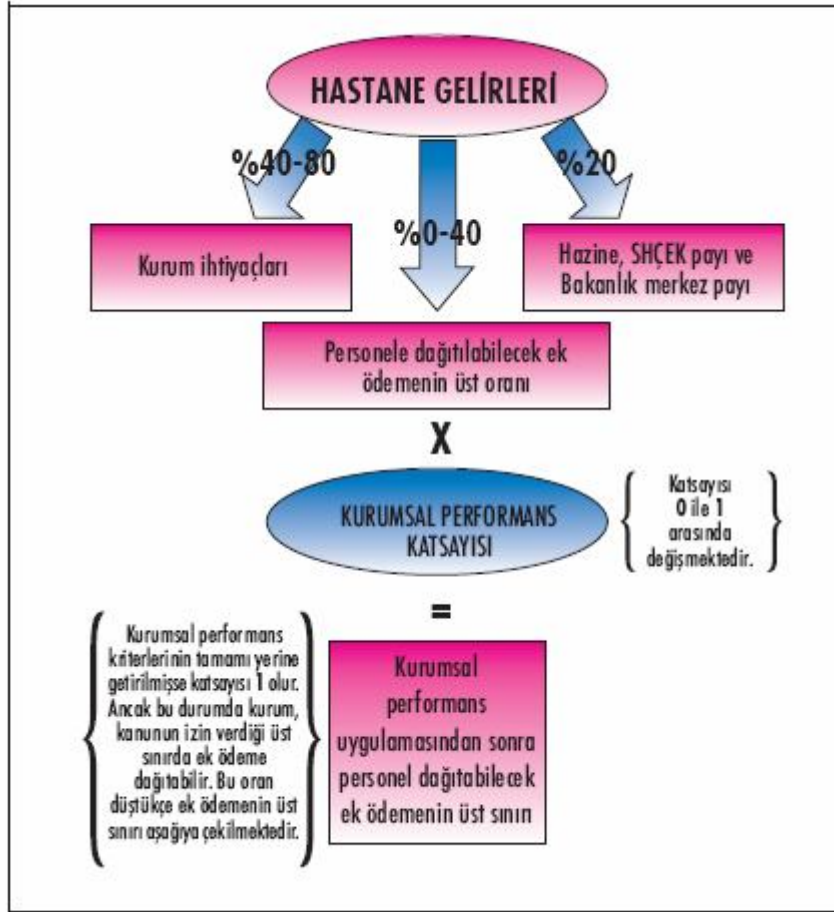
c-) Memnuniyet Katsayısı: Sağlıkta PY sürecinin her kademesinde artan bir öneme sahip olan husus hasta ve hasta yakınları memnuniyetidir. Bunu tespit etmenin en doğru yolu anketlerdir. Bu katsayı yatan ve ayakta tedavi edilen hastalara yöneliktir ve iki anket seti şeklinde uygulanır. Bu anketler sayesinde hasta ve hasta yakınları bu sürece dahil edilmiştir. Bu katsayı ile hedeflenen, hasta ve yakınlarının görüşlerinin hastanecilik uygulamalarına yansıtılmasına imkân verilmiş olmasının sağlanmasından başka bir şey değildir.

d-) Kurum Verimlilik Katsayısı: Bu katsayı ile; Personel Gideri Destekleme Oranı, Personel Gideri Oranı, Yatak Doluluk Oranı, Ortalama Kalış Günü, Yatan Hasta Oranı, Yeni Performans Takip Sistemine (YPTS) Veri Giriş Puanı gibi parametreler içermektedir. Bu parametrelerin hedefi kurumun finansal verimliliğinin sorgulanmasını sağlamaktır.

Bu kriterlerin ölçütleri belirlenerek her bölüm için bir katsayı tespit edilmiştir. Bu kriterlerin katsayılarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem "kurumsal performans katsayısı" bulunur. Bu katsayı "0" ile "1" arasında değişen bir rakamdır. Bu şekilde her dönem ölçülen kurumsal performans katsayısı; o dönem hastanelerde çalışan personelin bireysel performansına göre alacağı ek ödeme miktarını belirleye yarar. Kanun gereği kurum, gelirlerinin azami % 40'ını personele ek ödeme olarak dağıtılabilmektedir ancak bunun yapılabilmesi için o sağlık kurumunun kurum performans katsayısının "1" olması gereklidir.

Şekil 3.2.'de tablo olarak kurumsal performansın bireysel performansa etkisi ortaya konmuştur.

Şekil 3.2. Kurumsal performansın bireysel performansa etkisi



Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

3.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemleri

Sağlıkta PY sürecinde, performansa dayalı ek ödeme sistemlerinin başarılı olması için; sağlık sektöründe eğitimli ve donanımlı insan gücüne, iyi işleyen bir bilgi işlem altyapısına, iyi tanımlanmış kanıta dayalı klinik süreçlere, iyi tanımlanmış hizmet ve malzeme veri ambarına, maliyet ve kalite unsurlarının hizmet sunana bir şekilde geri yansımalarının olmasına ihtiyaç vardır. Bütün bunlara, güven ve itibar gibi son derece hassas olan unsurların eklenmesi gereklidir.

Performansa dayalı ek ödemeyi sağlıkta PY sürecinde tek başına bir ölçüt olarak ele almak doğru sonuçlar vermez. Sistemi, sadece PY sürecinin önemli araçlarından biri olarak görmek gerekir.

3.3.1. Genel olarak sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme sistemleri

Sağlıkta PY sürecinde en önemli ölçüt ve uygulamalardan biri performansa dayalı ek ödeme sistemleridir. Genel anlamda performansa göre ödeme; hizmet veren sağlık kurum ya da kuruluşuna, o kurum veya kuruluşta görev yapan personele üretkenlikleri oranda ücret ödenmesi olarak kabul edilebilir. Şüphesiz bu yaklaşımda aslanan üretilen sağlık hizmetinin hacmidir. Sistemdeki birincil arıza üretkenlikte niceliğin anlaşılmasıdır. Talep artışının hizmet sunan (hekimler) tarafından teşvik edilebileceği düşüncesi, sistemin ikincil arızasıdır. Bu nedenle sistem arzın talebi karşılamaya yetmediği durum ve hallerde sonuç vericidir ve arzı sürekli arttırıcı yönde teşvik edicidir. Sistemde aşılması zor olan nokta arz talebi karşılayacak hale geldiğinde yaşanacak olan kalite durumlarıdır. Bu nedenle sağlıkta PY sürecinde performansa göre ödeme sistemlerinde kalite unsurlarının yer alması zorunluluktur.

Sağlıkta PY sürecinde performans bağlı ödeme sisteminde kullanılan ölçütlerin bütünüyle ilgili cevap arayan sorular şunlardır (Aydın ve Demir, 2007: 29-93):

- *Ampirik olmaktan öteye geçemeyen performans ölçütleri ne derece güvenilirdir?
- *Yüksek kalitede sunulduğu gözlenen bir sağlık hizmetine karşılık ödüllendirilecek kurum veya kişi tam olarak kim olacaktır?
- *Bu kişilerin ödüllendirilmesinde sınır nereye kadar genişletilebilir?
- *Performans ölçümü rekabetçi, yarışmacı mı olmalı, yoksa sabit rekabete açık olmayan bir düzey mi esas alınmalıdır?
- *Kalite ölçütlerine göre düşük kalitede olduğu görülen hizmetler tamamen dışlanmalı ve bedeli ödenmemeli midir?
- *Performansa göre ödeme yapılmasının enflasyonist etki riskine karşılık bütçe kısıtlanması yapılmalı mıdır?

3.3.2. Ülkemizde sağıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme

Bugün itibarıyla performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağı tüm sağık tesislerinde uygulanmaktadır. Uygulamanın özü; çalışan her 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 alınmaktadır. Sistemin ana hedefi sağık kurum ve kuruluşlarında sunulan sağık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması ve buna bağı olarak görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlenmesinden ibarettir.

Sistem parasal bir ödeme modeli olmanın çok ötesinde belirlenen "başarı ölçütlerine" göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliğı arttıran bununla beraber "kurumsal performans kriterleri" ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan uygulamalar bütünüdür.

Ülkemizde sağıkta PY uygulamaları Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi de bu çalışmaların bir parçası olarak 2003 yılı başında Sağıkta Dönüşüm Programının hayata geçirilmesi ile birlikte ele alınmıştır. 2003 yılının ikinci yarısından itibaren 10 hastane ve 1 il sağık müdürlüğünde pilot uygulama yapılmış daha sonra sistem geliştirilmiş ve 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık Bakanlığı tesislerinde uygulanmaya başlamıştır.

Sağıkta PY sürecinde performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışmaları gelişerek sürdürülmüştür. Sisteme, 2004 yılına kadar, bireysel ve niceliksel performans ölçütleri konulmuş daha sonra 2005 yılında kurumsal performans ölçütleri de ilave edilmiştir. Bu şekilde sistem hem nitelik hem nicelik boyutu kazanmıştır. 2006 yılında nitelik boyutu geliştirilmiş ve 2007 yılında "yönetici performans kriterleri" ve "finansal göstergeler" konusunda çalışmalar yapılmıştır. Daha sonra sisteme "klinik göstergeler" ilave edilmiştir. Klinik göstergelerin sisteme dahil edilmesi, çalışmaların uluslararası

genel kabul görmüş klinik başarı ölçütlerine göre değerlendirileceğinin bir başka ifadesinden başka bir şey değildir.

Performans sistemi, 12.05.2006 tarihli Resmi Gazete'nin 26166 sayılı nüshasında yayınlanan "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik"le farklı bir yasal duruma kavuşmuştur (Sağlık Bakanlığı 2006a). Söz konusu yönetmeliğe göre performansa dayalı ek ödeme sistemi 3 farklı model çerçevesinde uygulanmaktadır.

Birinci modelde; birinci basamak sağlık kuruluşlarına yönelik uygulama esas ve usulleri belirlenmiştir. Yönetmelik, birinci basamak sağlık hizmetlerinin özelliğine ve yapılanmasına bağlı olarak tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile kırsal alanda hizmet sunma hususları dikkate alınarak hazırlanmıştır. Birinci basamak için yönetmelikte tedavi edici sağlık hizmetlerine ait ölçütlerin yanında koruyucu sağlık hizmetleri puanlan ve kırsal alana doğru artan bölge idari puanları tanımlanmıştır.

İkinci modelde biri devlet hastaneleri diğeri de eğitim ve araştırma hastanelerine ait olmak üzere iki model çizilmiş ve uygulamalar tanımlanmıştır. Her iki modelin benzer yanları çok fazladır. Farklı olarak Eğitim ve Araştırma hastanelerindeki uygulama klinikler bazında ele alınmış olup, eğitim ve bilimsel çalışma hususları da dikkate alınarak modellenmiştir. Sistemin ana unsurlarından birisi sağlık kurumlarında yapılmakta olan 5120 tıbbi işlemin bağlı değerlerinin belirlenerek puanlandırılmasıdır. Aşağıda yer alan Şekil 3.3. ve Şekil 3.4. bu işlemlerden bazılarını göstermektedir. Bu işlemlerden hekimler tarafından başından sonuna kadar bire bir yapılan zihinsel ve bedensel mesleki katkı ile bizzat sonuçlandırılan muayene, ameliyat, girişimsel işlemler vb. işlemler puanlandırılmıştır. Hekim sorumluluğunda olsa da cihaz ve yardımcı sağlık personeli tarafından yapılan enjeksiyon, laboratuvar işlemleri, vb. işlemler puanlandırılmamıştır.

Şekil 3.3. Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları (1)

KOD	İŞLEM ADI	PUANI
510.121	Dahili branşlardaki servislere günde en az iki kez yapılan hasta başı ziyaret (günlük her hasta için)	21
520.010	Konsültasyon ücretleri (her bir hekim için)	10
520.020	Acil poliklinik muayene ücreti	21
520.030	Normal poliklinik muayene ücretleri	21
520.031	Sevki yapılan muayene	5
520.032	İkinci nöbetinde yapılan muayene	30
520.033	Psikiyatri Muayenesi (ilk 10 hasta için 30 puan sonraki hastalar 21 puan)	30
530.020	Apse veya hematom drenajı, derin	150
530.100	Elektrokardiyogram	0
530.140	III enjeksiyon	0
530.150	IV enjeksiyon	0
530.581	Ria tokidması	40

Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

Şekil 3.4. Kurumlarda yapılmakta olan örnek işlemler ve performans puanları (2)

KOD	İŞLEM ADI	PUANI
550.130	Anestezi A1 grubu (Özellikli ameliyathane ve girişimler)	1.200
550.131	Anestezi A1 grubu (Özellikli ameliyathane ve girişimler),uzman ve anestezi teknisyeni birlikte	400
604.910	Koronar arter bypass, karotid endarterektomi + patch plastisi	2.500
607.980	Splenektomi, total	500
610.130	Appendektomi	420
619.910	Müdahaleli doğum	143
619.920	Normal doğum	143
619.921	Ebe eşliğinde yapılan doğum	36
619.930	Sezeryan	143
801.690	Akciğer grafisi (iki yön)	4
804.190	MR, beyin	20
901.500	Çukuz	0

Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

3.3.3.Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme ölçütleri

Ülkemizde PY sürecinde ücrete dayalı ödeme sistemiyle ilgili uygulamaları, “bireysel performans ölçümü” ve “kalite geliştirme ve kurumsal performans ölçümü” başlıkları altında ele almak mümkündür.

1-) Bireysel performans ölçümü: Performansa dayalı ek ödeme sisteminin en önemli noktası bireysel performans ölçümüdür. Sistemin şah damarı bu konudur. Çünkü bu

ölçüm sayesinde emek yoğun tıbbi hizmetler ağırlıkları ölçüsünde puanlandırılmıştır. Bu puanlandırmanın ardından hekimlerin verdiği hizmetler aylık olarak bu puanlar aracılığı ile nicelik açısından ölçülebilir hale getirilmiştir. Hekimlerin bireysel hizmetleri olabildiğince ölçülebilir hale getirilmeye çalışılmış ve hasta-hekim ilişkisinin güçlendirilmesi ile hastanın hekim seçmesinin sisteme etkili olabilmesi sağlanmıştır (Aydın ve Demir, 2007: 29-93). Bunun yanında, hizmeti puanlandırılmayan klinik dışında görevli hekim ve diğer sağlık görevlileri ile yöneticiler, kurumun ortalama puanına oranla derecelendirilmiştir.

Bu ölçütle sağlık kurumunun aylık gelirinden yasal ölçülerde katkı payı olarak çalışanlarına döndürebileceği miktardan her çalışanın kendi puanı ölçüsünde pay alması şeklinde bir düzenleme yapılmıştır. (Aydın ve Demir, 2007: 29-93)

Bu ölçütle, hastane enfeksiyonunu önlemeye yönelik girişimler belirlenen esaslar çerçevesinde düzenli yerine getirilmesi karşılığında ilgili dal hekimlerinin ödüllendirilmesi sağlanmıştır. Bu ölçüt aynı zamanda; sağlık kurumları için sağlıklı bir bilgi sisteminin kurulmasını ve devamlılığını sağlayan bir unsur olmuştur.

Bu ölçütle, önem arz eden bir başka konu; eğitim ve araştırma hastanelerinde klinik şef, şef yardımcısı, başasistanlar ve uzmanların hizmet puanlarına yaptıkları bilimsel yayınların belli sayıya ulaşması halinde puan ilave edilmesidir.

Ölçütün uygulanmasında yasal altyapı oluşturulmuş ve “209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun”un 5. maddesine 7.3.2006 tarih ve 5471 sayılı Kanunla ek fıkralar ilave edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006b). Ardından bu kanuni düzenlemeye dayanılarak Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik yayımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006a).

2-) Kalite geliştirme ve kurumsal performans ölçümü: Bu ölçütün hedef ve başarısı; 2005 yılının ikinci yarısında uygulamaya konan kurumsal performansın ölçülmesini hedefleyen yönerge ile ağırlıklı olarak yürütülmekte olan nicelik ölçümüne ve buna

dayalı ölçütlere göre performans değerlendirmesi sistemine nitelik boyutu kazandırmış olmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

Bu ölçütle, sağlık kurum ve kuruluşlarının birbirleriyle sayısal olarak karşılaştırılması ve belirlenmiş hedeflere olan uzaklıklarının bilinmesi mümkün hale gelmiştir. Kurumsal performans ölçümü ve bunun denetiminde sağlık kurum ve kuruluşlarının kaliteye yönelik bilinç düzeyinin artırılması ve kapasite geliştirmesi hedeflenmiştir.

Ölçütün önemi; kurumsal değerlendirme sonucunda ortaya çıkan nihai performans düzeyi kurumda çalışanların her biri için belirlenen bireysel performans puanlarının parasal değere dönüştürülme faktörü olarak işlemedir. Bu şekilde niceliğe verilen ödülün büyüklüğünü nitelik belirler hale gelmiştir. Ölçütün uygulaması; aşağıdaki ölçüm yöntemleri çerçevesinde gerçekleştirilmiştir (Aydın ve Demir, 2007: 29-93):

a-) Muayeneye erişim: Yöntem sağlık kurum ve kuruluşlarında hastaların muayene edilmesi için alt katlarda oluşturulmuş bütün hastaların önünde yığıldığı ve doktorların sırayla görev aldıkları poliklinik odaları anlayışını ortadan kaldırmayı ve bunun yerine hekimin servis, ameliyathane ve laboratuvar gibi alanlar dışında vaktini geçireceği, hastasını görebileceği yeterince konforlu tefriş edilmiş hekim odaları anlayışı yerleştirmeyi hedeflemiştir.

b-) Hastane alt yapısının ve bazı süreçlerin denetimi: Bu yöntemle, sağlık kurumlarının alt yapılarının denetiminin sağlanması hedeflenmiştir.

c-) Hasta memnuniyetinin ölçümü: Bu yöntemle yatan hasta ve ayaktan hastalara yönelik iki anket seti ve anket uygulama ilkeleri belirlenmiş ve uygulanmıştır. Bu şekilde hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmeti performans ölçüm sürecine dahil edilmesi sağlanmıştır.

d-) Kurum verimliliğinin değerlendirilmesi ve kurumsal hedef ölçümü: Bu yöntemle sağlık kurum ve kuruluşunun kaynaklarını en verimli şekilde kullanmaya

teşviki ve bunun geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bununla ilgili olarak sağlık kurum ve kuruluşlarında:

- *Yatak işgal oranı,
- *Ortalama yatış süresi,
- *Yatan hasta oranı,
- *Personel giderinin bütçeye oranı,
- *Sezeryan oranı,
- *Mesleğin serbest icrası oranı, gibi hedefler konmuştur.

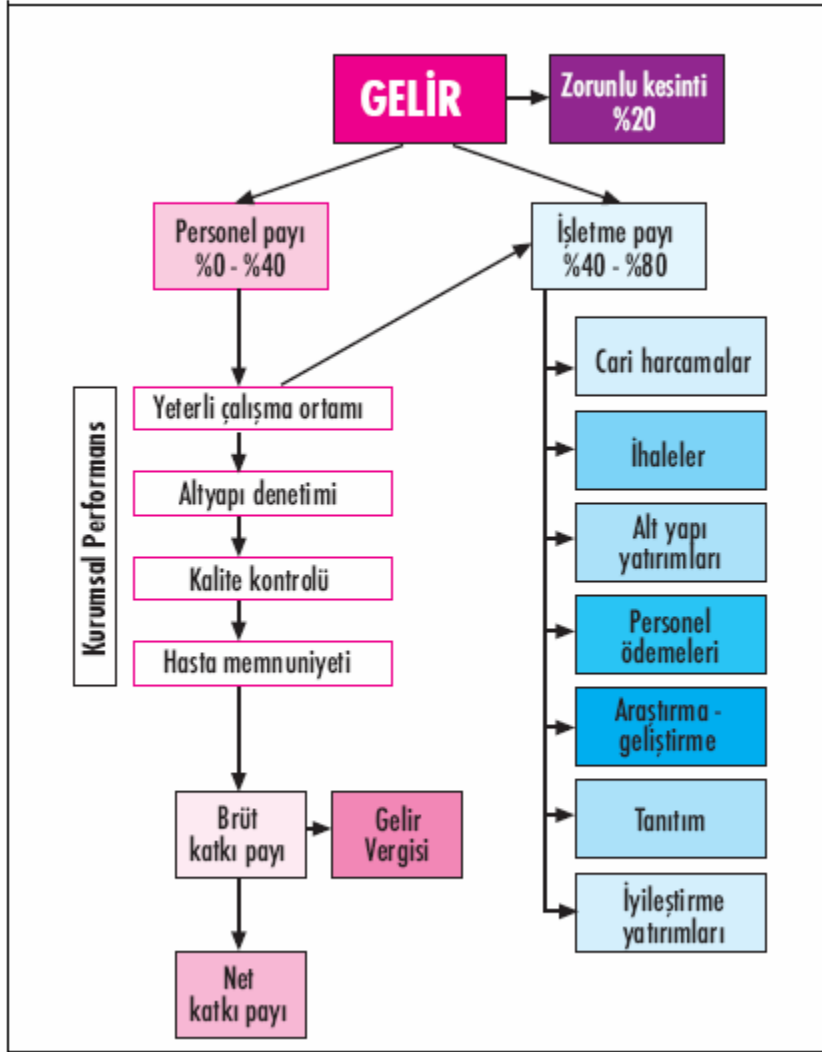
Yöntemle özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları için gebe, loğusa, bebek ve çocuk izlemleri, genişletilmiş bağışıklama kapsamında bulunan aşılama oranlarında kabul edilebilir değerler dönemsel olarak belirlenmiştir.

e-) Hastane Kalite Kriterleri: Bu yöntemle, sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmetleriyle ilgili olarak kalite ölçümü için uluslararası akreditasyon standartlarından (Joint Commision International Accreditation) uygulamasına geçilmiştir.

Yukarıda yazılan uygulama ve değerlendirmeler 02/07/2008 tarihinde ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008) ile geliştirilerek yeniden düzenlenmiştir. 02/07/2008 tarihinde ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008) de daha sonraki dönemlerde 3166,4258,1954 ve 2774 sayılı yönergelerle güncelleştirilmiştir.

Aşağıda yer alan Şekil 3.5., sağlık kurum veya kuruluşlarında uygulanan Döner Sermaye uygulamasının gelir dağılımını göstermektedir.

Şekil 3.5.Döner sermaye gelir dağılımı



Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

3.3.4. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışması

Performansa dayalı ek ödemede üç ayrı model uygulanmaktadır. Ağırlık merkezi devlet hastanelerinde yapılan uygulama olduğu için burada o model üzerinde durulmuştur. Devlet hastanelerinde uygulanan model aşağıda yazılı aşamalarda işlemektedir:

a-) Sistemin işleyişi: Sistem gereği, aylık olarak hekimlerin yapmış oldukları bütün işlemlerin puanları toplanır. Bu puanlar aynı zamanda hekimlerin kendi bireysel

performanslarıdır. Sağlık kurumunda çalışan tüm hekimlerin çalıştıkları günler dikkate alınarak performans puanlarının aritmetik ortalaması ile kurumun o dönem performans puan ortalaması tespit edilir.

b-) Kurum performans puan ortalamasının bulunması: Hastane yöneticilerinin, laboratuvar branşı hekimlerin ve diğer sağlık personelinin unvanları, görevleri, çalışma şartları ve süreleri ile özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak tespit edilen katsayıları kurum performans puan ortalaması ile çarpılarak (dolaylı) bireysel performans puanları tespit edilir. Bütün personelin bireysel performans puanları (dolaylı veya dolaysız) serbest meslek katsayısı, aktif çalışma gün katsayısı, kadro unvan katsayısı gibi parametrelerle çarpılarak bulunan puana, ihale ve satın alma komisyonu gibi farklı görevleri yaptıkları zaman aldıkları ek puanların da ilave edilmesi ile net performans puanları bulunur (Aydın ve Demir, 2007: 29-93).

c-) Net performans puanı: Bu puanlama ile (başlangıçta hekimlerin sadece kamuda çalışmalarının teşvik edilmesi amaçlanmış buna bağlı olarak katsayı serbest meslek icra edenler için (0,3) iken sadece kamuda çalışan hekimler için (1) olarak belirlenmiştir) sağlık kurumunda çalışan klinisyen hekimlerin doğrudan, yöneticilerin, laboratuvar branşı hekimlerin ve diğer personelin ise dolaylı performansları ölçülür.

Personelin puanları her ay tespit edilen parasal bir katsayı ile çarpılarak performanslarına göre alacakları ek ödeme tutarları belirlenir. Parasal katsayı sistemde dönem ek ödeme katsayısı olarak ifade edilendir. Dönem ek ödeme katsayısı, döner sermaye komisyonunca o dönem dağıtılmasına karar verilen tutarın bütün personelin net performans puanlarının toplamına bölünmesi ile bulunur (Aydın ve Demir, 2007: 29-93).

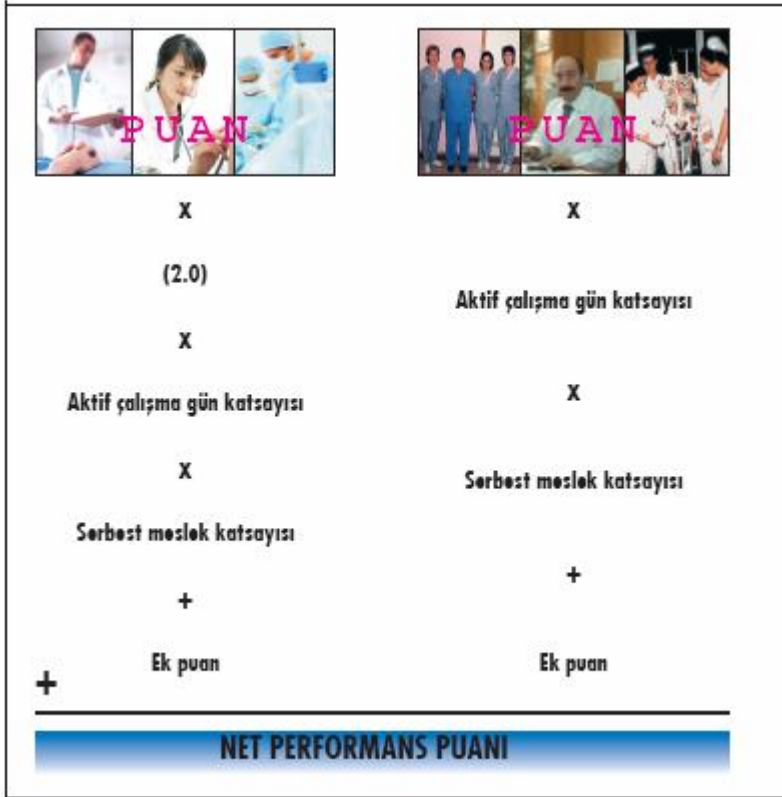
Uygulama, aşağıda yer alan Şekil 3.6. ve Şekil 3.7.'de ayrıntılı olarak ve şematik olarak gösterilmiştir. Şekil 3.8.'de ise bir tablo halinde sağlık personelinin tavan ek ödeme ücretinin belirlenmesinde esas katsayılar gösterilmiştir.

Şekil 3.6. Hastane hizmet puan ortalamasına göre dolaylı performansın hesaplanması

	BAŞHEKİM	5,00	X		11.400	= 57.000
	BİYOKİMYA	2,00	X		11.400	= 22.800
	MÜDÜR	1,00	X		11.400	= 11.400
	ANES. TEK.	0,50	X		11.400	= 5.700
	HEAŞİRE	0,40	X		11.400	= 4.560
	MEMUR	0,25	X		11.400	= 2.850
	HİZMETLİ	0,25	X		11.400	= 2.850

Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

Şekil 3.7. Net performans puanının hesaplanması



Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

Şekil 3.8. Personelin tavan ek ödeme ücretinin belirlenmesinde esas katsayılar

Pratisyen Tabip ve Diş Tabiplerinden serbest çalışanlar	2,5
Pratisyen Tabip ve Diş Tabiplerinden serbest çalışmayanlar	5
Klinik Şefi, Şef Yardımcısı, Uzman Tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman diş tabiplerinden serbest çalışanlar	3,5
Uzman Tabip, Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde belirtilen dallarda bu tüzük hükümlerine göre uzman olanlar ve uzman Diş Tabiplerinden serbest çalışmayanlar	7
Klinik Şef ve Şef Yardımcılarından serbest çalışmayanlar	8
Yoğun bakım, doğumhane, yenidoğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi ve acil servis gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel	2
Bunların dışında kalan diğer personel	1,5

Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

Not: Bu veriler 2542 sayılı Yönerge (Sağlık bakanlığı 2007)'ye göredir.

3.3.5. Ülkemizde sağlıkta Performans Yönetimi sürecinde performansa dayalı ek ödeme sisteminin diğer unsurları

Aydın ve Demir (2007:29-93)'e göre ülkemizde sağlık alanında PY sürecinde performansa dayalı ek ödeme sisteminde, sağlık hizmetlerinde kademelendirilen birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları için çeşitli uygulamaları vardır. Bu uygulamalar aşağıda sıralanmıştır:

a-) Döner sermaye komisyonu: Sistemin uygulandığı her birimde tüm çalışanların temsil edildiği döner sermaye komisyonu bulunur. Döner sermaye komisyonu aracılığıyla katılımcı bir yönetimin örneği oluşturulması amaçlanmaktadır. Bu uygulama ile bir anlamda çalışanlar sağlık kurumunun ortağı haline getirilmeye çalışılmıştır.

b-) İnceleme heyeti: Sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan hizmetlerin düzenli kayıt altına alınması ve kurumlara gönderilen faturaların hatasız düzenlenmesini sağlamak amacıyla yapılan tüm işlemlerin nitelik ve nicelik yönünden değerlendirilmesi ve denetlenmesi için inceleme heyeti oluşturulmuştur. Heyet üyeleri, mesleğinde en az 10 yıl çalışmış ve disiplin cezası almamış olan hekimler arasından seçilir.

c-) Enfeksiyon kontrol komitesi: Bu komiteyle enfeksiyon kontrol komiteleri aktive edilmiş ve sağlık kurumlarında, kurumların enfeksiyonuna yönelik takip ve kontroller titizlikle yürütülür hale gelmiştir.

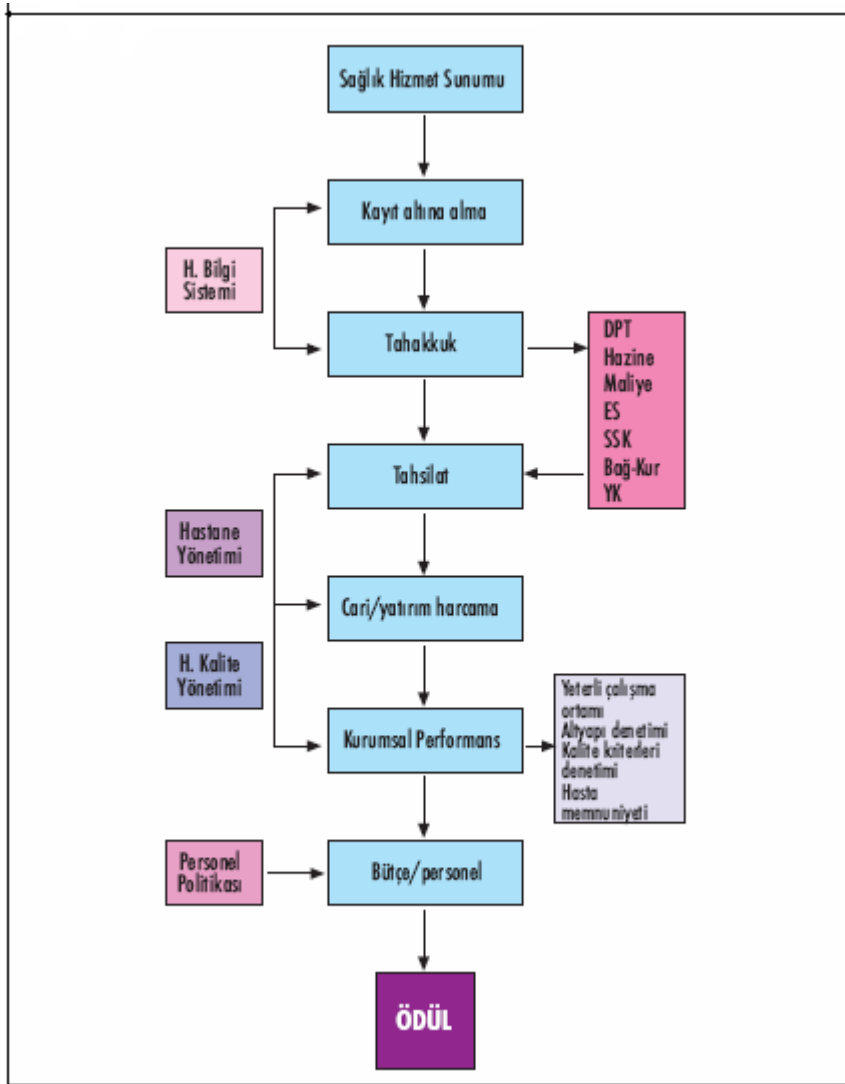
d-) Bilimsel çalışma destek puanı: Bu uygulama 2004 ve 2005 yıllarında sadece eğitim ve araştırma hastanelerinde gerçekleşmiştir. Uygulama daha sonra 2006 yılında birinci basamak ve devlet hastanelerini de kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

e-) Eğitici destekleme puanı: Bu uygulama ile eğitim ve araştırma hastanelerinin asistan eğitim süreci sistem ile de desteklenmiştir.

f-) Mesleki eğitimin desteklenmesi: Bu uygulama ile hizmet içi eğitim ile kendi alanı ile ilgili kongre, konferans, seminer ve sempozyum gibi etkinliklere katılan personelin, söz konusu etkinliklerde geçen günleri çalışılmış kabul edilmiştir.

Aşağıda yer alan Şekil 3.9., performans ödüllendirilmesinde etkili olan faktörleri göstermektedir.

Şekil 3.9. Performans ödüllendirilmesinde etkili faktörler



Kaynak: Aydın ve Demir, 2007: 29-93

4. BÖLÜM

4. SAĞLIK KURULUŞLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ SÜRECİ (TOPLAM KALİTE YÖNETİMİ, PERFORMANS, PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ) ve BİR DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ: EDİRNE DEVLET HASTANESİ

EDH, Edirne ile bütünleşmiş ve Edirnelilerin zor günlerinde hizmetinde olmuş bir sağlık kurumudur. 150 yıla yaklaşan ömründe, ülkemizin sağlık kurumları çizgisinde her zaman ön sıralarda yer almıştır. Dönemine göre, her zaman en yeni teknolojileri kullanmıştır.

Ülkemizde kurumsal anlamda, sağlık hizmetlerinde PY uygulamaları, çok eskiye dayanmamaktadır. Bunun en önemli nedenleri olarak, sağlık hizmetlerinin karmaşıklığı gerekli alt yapı ve fiziksel koşulların yetersizliği sayılabilir.

Bilindiği gibi 2004 yılında uygulamaya konan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, sağlık hizmetlerinde birçok alanda büyük yenilikler getirmiştir. Projenin en önemli yeniliği sağlık hizmetlerinde kurumsal anlamda PY uygulamasıdır. EDH, bu projenin öncü uygulayıcıları arasında yer almıştır.

EDH, güçlü PY uygulamasıyla, hem tarihin içinden gelen köklü yapısını güçlendirmiş hem de günümüzün önemli bir yönetim argümanı olan PY ile, daha organize ve daha verimli sağlık hizmeti sunma imkanına kavuşmuştur.

4.1. Genel Olarak Devlet Hastanelerinde Performans Yönetimi Uygulaması

Devlet hastanelerinde, PY ve buna bağlı olarak sağlıkta PY ve performansa dayalı ek ödeme sistemi, 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlamıştır. Uygulamanın yarattığı sinerji ile, bir çok sağlık kurumu için hayal edilmesi bile imkânsız olan sonuçlar ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı, 2004 yılında uygulamaya koyduğu; “Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Kurumsal Performans” sistemini, statik bir şekilde değil dinamik bir şekilde uygulamıştır. Bu şekilde bir yandan sağlık hizmetlerinin

ölçülebilirliği ve izlenebilirliği sağlanırken diğer yandan Dünya Sağlık Örgütü standartlarına ulaşım hedeflenmiştir.

Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde ölçme; kalite geliştirme konseptinin temeli olarak kabul edilmiş, ölçme yöntemiyle, hastanelerin sağlık hizmetlerini iyileştirmesi konusunda yaptıklarının tanımlanması ve yapılanların belirlenmiş hedeflerle karşılaştırılması yapılmıştır. Bunun yanında, ölçüm tek bir veri kaynağına bağlı olunmaksızın yapılmış ve sağlık kurum ve kuruluşlarının, zamanında, doğru ve tam veri temin etmeleri motive edilmiştir. Bunun için de şeffaflık, profesyonellik ve sorumluluk kültürünün geliştirilmesine çalışılmıştır.

Uygulamada kullanılan yöntemleri bir bütün içinde ele almak ve uygulamak gerekmektedir. Aksi durumda elde edilen sonucun doğruluğu tartışılır hale gelir. Bu yöntemleri çok kısa olarak:

- *Mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetimler ve incelemeler,
- *Hasta ve hasta yakınlarına yönelik anket-saha araştırmaları,
- *Bağımsız kuruluşlarca yapılan değerlendirmeler,
- *İstatistiksel göstergeler,
- *Öz değerlendirme süreçleri, olarak saymak mümkündür.

Mevcut uygulama,yapılan birçok yasal düzenlemeden sonra; 23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)'ni esas almakla beraber daha sonra uygulamaya konan 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008) ile yürütülmektedir. Başka bir ifadeyle söylemek gerekirse, 2007 yılı için 23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007), 2009 yılı için 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008) uygulanmıştır.

23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)'nin 3. bölümü; “Kurum Değerlendirme Kriterleri ve Katsayıları” başlığı altında toplanmış ve bu başlıkla değerlendirme yöntem ve usulleri belirlenmiştir. Bu yönergeye göre kurumsal performans ölçüm yöntemlerini:

- 1-) Poliklinik hizmetleri ve muayene erişim katsayısı,
- 2-) Kurum kalite kriterleri (alt yapı ve süreç değerlendirme) katsayısı,
- 3-) Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri katsayısı,
- 4-) Kurum verimlilik ve kurum hedef katsayısı, olmak üzere dört ana başlık altında toplamak mümkündür.

Aynı konu ile ilgili olarak 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008) de 3. bölümde, kurumsal performans ölçüm yöntemlerini:

- 1-) Muayeneye Erişim Katsayısı,
- 2-) Hizmet Kalite Katsayısı,
- 3-) Memnuniyet Katsayısı,
- 4-) Kurum Verimlilik Katsayısı, şeklinde “Kurum Değerlendirme Kriterleri ve Katsayıları” başlığı altında toplamıştır.

Bu dört yöntemin her biri için bir hedef katsayı tespit edilmiş, bu dört başlığın katsayılarının aritmetik ortalaması ile kurumun “Kurumsal Performans Katsayısı” ortaya konmuştur. Hastaneler için, PY sürecinin başarısı en sonunda ortaya çıkan “Kurumsal Performans Katsayısı” rakamı ile ifade edilmektedir.

Uygulamayı, 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008)'ni açıklamalarla göstermek üzere, 23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)'ne göre çok kısa olarak şu şekilde özetlemek

mümkündür (bunun nedeni tez çalışmasında hem 2007 yılının hem de 2009 yılının ayrı ayrı değerlendirmeye alınmış olmasıdır):

1-) Poliklinik hizmetleri ve muayene erişim katsayısı: Bu katsayı DSÖ tarafından önerilmiş bir ölçüm yöntemi değildir. Bununla beraber poliklinik hizmetlerini ülkemiz sağlık hizmetleri açısından önemi ortadadır. Bu yöntemde, ölçüm olarak, hastaların taleplerini karşılamak ve hastanın hekim tercihiine cevap verebilmek için poliklinik hizmetleri yapabilecek tabip sayısının, poliklinik oda sayısına oranı kullanılmıştır. Oranın büyük olması, hasta talebinin karşılanma başarısının, hastanın hekimini seçme hakkının sağlandığının, muayene için ayrılan sürelerin uzaması sonucu hasta bakım kalitesinin yükseldiğinin, bekleme sürelerinin kısaldığının göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Bu uygulama, 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008)'ne göre, yönergenin 10. maddesinde ve "Muayeneye Erişim Katsayısı" başlığı altında ele alınmıştır.

2-) Kurum kalite kriterleri katsayısı: Bu yöntemde uluslar arası akreditasyon standartları (Joint Commision International Accreditation) kullanılmıştır. Toplam 150 kriter içeren bu yöntemle, hastanelerin bir öz değerlendirmesi ve uluslar arası bir standardın ne kadarını karşıladıklarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Bu uygulama 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008)'ne göre, yönergenin 11. maddesinde ve "Hizmet Kalite Katsayısı" başlığı altında ele alınmıştır. 2011 sayılı yönerge ((Sağlık Bakanlığı, 2008)'de 2542 sayılı yönerge (Sağlık Bakanlığı, 2007)'den farklı olarak, Sağlık Bakanlığı, uluslar arası standartları da içeren ülkemize özgün, "Hizmet Kalite Standartları Rehberi" adı altında 500 kriter belirlemiş ve uygulama bu yeni 500 kritere göre yapılmıştır.

3-) Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı: Bu katsayı yatan ve ayaktan hastalara yönelik olmak üzere iki ayrı anket seti şeklinde uygulanır. Anketler

ile; kamuoyu ve hastaların neye değer verdiklerinin ve sağlık bakım ve sonuçlarının hastalar ve aileleri tarafından nasıl algılandığının anlaşılması amaçlanmıştır.

Bu uygulama 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008)'ne göre, yönergenin 12. maddesinde ve "Memnuniyet Katsayısı" başlığı altında ele alınmıştır.

4-) Kurum verimlilik ve kurum hedef katsayısı: Sağlık kurum veya kuruluşunun faaliyet konularıyla ilgili olarak gerçekleştirildiği çalışma ve işlemlerdeki verimliliğinin ölçülmesini hedefleyen bir yöntemdir. Bu yöntemde:

- *Sezaryen Oranı,
- *Yatak Doluluk Oranı,
- *Ortalama Kalış Günü,
- *Yatan Hasta Oranı,
- *Aktif İşleyen Hasta Hakları Birimi (veya Hasta Hakları İletişim Birimi),
- *Veri Gönderim Puanı (Hastane Bilgi Formu İle Performans Takip Sistemi Verileri),
- *Personel Gideri Destekleme Oranı,
- *Personel Gideri Oranı, gibi unsurlar değerlendirilir.

Bu uygulama, 02.07.2008 tarihli ve 2011 sayılı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2008)'ne göre, yönergenin 13. maddesinde ve "Kurum Verimlilik Katsayısı" başlığı altında ele alınmıştır.

2008 yılından sonraki uygulamada, 2011 sayılı yönerge (Sağlık Bakanlığı, 2008):

- *Sezaryen oranı,
- *Günlük cerrah başına düşen ortalama ameliyat puanı,
- *Günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı,
- *Yatak doluluk oranı,
- *Ortalama kalış günü,
- *Yatan hasta oranı,
- *Toplam giderin toplam gelire oranı,

*Toplam borcun toplam gelire oranı,

*Personel gideri destekleme oranı,

*Yeni performans takip sistemine veri giriş puanı, gibi unsurları içermektedir. Böylelikle kurum verimlilik katsayısı ile hem sağlık hizmetlerinin maksimum verimlilik ile sunulması amaçlanmakta hem de hastanelerin mali oto-kontrolünün sağlanması amaçlanmıştır

4.2. Edirne Devlet Hastanesi'nin Kısa Tarihçesi

Edirne Devlet Hastanesi, başlangıçta Gurebâ Hastanesi 1866 yılında kurulmuştur. Dönemin Edirne Valisi Hurşid Paşa önderliğinde şehrin önde gelenleriyle beraber, Sultan Selim Camii yakınında, Kırlangıç Bayırı ile Taftin Ağa Sokak arasında yaptırılmıştır (Tosyavizade, 1920: 63-88). Bu şekilde yaptırılan hastane, daha sonra, 1878-1879 tarihinde (93 Harbi) Edirne'nin ikinci defa Ruslar tarafından işgal edilmesiyle harap hale gelmiş ancak onarılarak hizmete sunulmuştur. 1882 yılında hastanenin bir bölümü yanmıştır. Yangın sonrası tekrar onarılmış ve 60 yatak erkekler, 30 yatak kadınlara olacak şekilde yeniden tanzim edilmiştir (Kazancıgil, 1999: 120).

Edirne Gurebâ Hastanesi, bütün bu düzenlemelerden sonra, her türlü hastanın tedavi gördüğü ve dönemin en yeni tekniklerinin uygulandığı bir sağlık merkezi olarak hizmet vermiştir. Aynı dönemde İstanbul ve diğer kentlerdeki sağlık hizmetlerinin aynısı Edirne 'de de verilmiştir (Gökçe, 2004: 36-41).

1908 yılında Edirne'ye gelen Sultan V. Mehmet Reşat'ın emriyle ve 2500 liralık bağışıyla hastane bahçesine, kadın ve çocuk hastalıkları için bir ünite yapılmıştır (Gökçe, 2004:36-41). Bu düzenlemeyle birlikte aynı yıl içinde hastanenin arsası belediye tarafından genişletilmiş ve buraya, 2 büyük ve 3 küçük hasta koğuşu, 1 pansuman salonu, 1 çamaşır odası, banyo ve diğer bölümleri de içinde barındıran 25 yataklı dahiliye, hariciye ve intaniye hastalıklarından ibaret olan Refladiye Ünitesi yaptırılmıştır.

Tosyavizade (1920:63-88) bu üniteyle ilgili olarak: “Zarif bir doğum servisi, tuvalet bölümü, banyo dairesi gibi diğer bölümler de mevcuttur. Özellikle yemek

salonu, dinlenme bölümü anılmaya değer. Çünkü, mevcut tüm hastanelerde üzümlere söylenmeli ki, bu bölüm iyice düşünülmemiş olup hastalar, yataklarında tepsiler üzerinde yemek yerler. Bu pavyonda da 5.5 metre genişliğinde, 11 metre uzunluğunda büyük bir salon, yemek ve dinlenme bölümü olarak kullanılmaktadır. Yataklarından çıkma gücü olan hastalar, burada yemeklerini yiyecekler ve bir ev salonu gibi döşenmiş olduğu için burada oturup eğlenecekler, dinlenecekler ve ziyaretlerine gelenleri, hasta koğuşunda değil bu salonda kabul edeceklerdir ki, burası en fazla zorluk çıkaranları bile susturacak şekilde düzenlenmiştir. Sağlık kurallarına uygun olarak, pencere ve kapılar dışındaki tüm yapı malzemesi su geçirmez cinsten olup, tabanı beton ve çini tuğla ile döşenmiştir. Hasta salonları ise beton üzerine linolyum döşenmiştir. Malzeme ve tıbbi eşya yapımında bugün üstün bir yeteneği görülen, Berlin'deki Lavten Fiileger fabrikasından getirilen son model karyolalar ve üzerleri kristal kaplı ve açılmadan da içi kontrol edilebilir gece dolapları anmaya değer.

Tıpta, Pastör'den sonra yapılan etüvler ve kaynatma cihazlarında da uzman olan bu fabrikadan önermem üzerine evvelce belediye hastanesine 350 lira değerinde satın alınan etüv makinesinin denenmesinden sonra iki adet büyük etüv makinesi adı geçen fabrikadan satın alınmış idi. Bu kere yine aynı yerden 35 Osmanlı lirası değerinde ameliyathane için getirilen Otoklav'ın gücü ve kullanılışlığı her türlü tahminin üstündedir.” ifadelerini kullanmaktadır.

Hastane tüm bu düzenlemelerden sonra Edirne Belediye Hastanesi olarak da anılmıştır. Hastane, Balkan harbinde de büyük hizmetler vermiştir. Bunun üzerine hastanenin arsası yeniden genişletilmiş ve salgın hastalıklar ünitesi eklenerek yatak sayısı 50 ye çıkarılmıştır (Kazancıgil, 1999: 120).

Edirne Belediyesinin kurulmasıyla beraber tüm masrafları Edirne Belediyesi tarafından karşılanmakta olan Edirne (Gurebâ) Belediye Hastanesi'nin masraf ve harcamaları, Cumhuriyet'in ilk yıllarında, Belediye ve İl Özel İdaresi tarafından ortak karşılanmaya başlanmış ve 1929 yılında Edirne Belediyesi'nden alınarak İl Özel İdaresi'ne bağlanmıştır. Bu tarihten sonra hastanenin adı da Memleket Hastanesi olarak değiştirilmiştir. 1954 yılında da Sarıcapaşa Mahallesi, Çukurçeşme Sokak adresine yeni yaptırılan Edirne Devlet Hastanesi olarak yeni yerine (şimdiki) taşınmıştır. Edirne

Belediye Gurebâ Hastanesi yerine daha sonra (ve halen) Kız Meslek Lisesi yapılmıştır (Kazancıgil, 2000:270).

2004 yılından bu yana performans çalışmalarını başlatan ve 2009 yılında ISO Kalite Belgesi alan Edirne Devlet Hastanesi, 2009 yılı Haziran ayının son gününde, Edirne Göğüs Hastalıkları Hastanesi'ni ve Edirne Selimiye Devlet Hastanesi'ni bünyesine katmıştır.

Edirne Devlet Hastanesi, 2010 sonu itibariyle 109 Uzman ve 24 Pratisyen Hekim kadrosu ve 351 yardımcı sağlık personeliyle sağlık hizmeti vermektedir. Aşağıda yer alan Tablo 4.1., EDH'de 31.12.2010 itibariyle başta hekimler olmak üzere çalışan sağlık ekibinin sayı ve görev dağılımını göstermektedir.

Tablo 4.1. EDH 31.12.2010 tarihi itibariyle genel personel durumu

HEKİMLER	
Branş:	Sayı:
İç Hastalıkları:	9
Genel Cerrahi:	7
Çocuk Hastalıkları:	7
Kadın Hastalıkları ve Doğum:	6
Anestezi ve Reanimasyon:	8
Göz Hastalıkları:	5
KBB Hastalıkları:	5
Beyin ve Sinir Cerrahisi:	3
Ortopedi ve Travmatoloji:	6
Üroloji:	4
Deri ve Zührevi Hastalıklar:	5
Kardiyoloji:	3
Kalp ve Damar Cerrahisi:	2
Göğüs Hastalıkları:	7
Nöroloji:	2
Göğüs Cerrahisi:	1
Çocuk Cerrahisi:	2
Plastik Cerrahi:	0
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon:	4
Enfeksiyon Hast.:	3
Biyokimya:	3
Mikrobiyoloji:	2
Patoloji:	2
Acil Tıp Uzmanı:	2
Radyoloji:	5
Ruh Sağlığı:	4
Diğer Uzman Hekim Sayısı:	0
Pratisyen Hekim	24
Toplam Hekim Sayısı	133 (Uzman:109, Pratisyen :24)
YARDIMCI SAĞLIK PERSONELİ	
İlgili Alanlar:	Sayı
Eczacı:	2
Hemşire:	156
Ebe:	70
Sağlık Memuru	24
Lab.Teknisyeni:	33
Rönt.Teknisyeni.	23
Anest.Teknisyeni	22
Diyetisyen:	1
Psikolog:	3
Sosyal Çalışmacı:	1
Diğer S.H.S.Personeli:	11
Fizyoterapist:	1
Acil Tıp Teknisyeni:	4
Toplam Yardımcı Sağlık Personeli	351

Kaynak: EDH, 2010 (EDH 2010 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir)

4.3. Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi Uygulaması; Ölçme ve Sonuçlar

EDH'de, TKY, PY ve performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulama süreci, ülkemizdeki diğer sağlık kurumlarında olduğu gibi 2004 yılında başlamıştır. EDH bu süreci çok hızlı değerlendirmiş, ilgili kanun ve yönetmelikleri süratle uygulamış ve 2008 yılında ISO belgesi almayı başarmıştır. Bu süreçte, EDH'de bazı uygulamalarda göze çarpan yavaşlamaların sistemsiz olmadığı veya uygulamalardan kaynaklanmadığı, iki büyük sağlık kurumunu bünyesine katmakla ilgili sorunlardan oluştuğu gözlenmiştir.

Çalışmanın bu bölümünde, EDH, PY süreci olarak, 2011 sayılı yönerge (Sağlık Bakanlığı, 2008)'de 2542 sayılı yönerge (Sağlık Bakanlığı, 2007) çerçevesinde incelenecektir. Buna ilave olarak da performansa dayalı ek ödeme tabloları karşılaştırmalı olarak incelenecek, durum tablo ve rakamlarla ele alınacaktır.

Ağırlıklı olarak 2007 ve 2009 yıllarının inceleneceği çalışmada, PY ve performansa dayalı ek ödemenin ölçüm sonuçları sorgulanacaktır. Uygulamanın başarı oranının anlaşılması bakımından, 2007 ve 2009 yılı verilerinin, hem kendi aralarında hem de 2003 yılı verileri ile mukayesesi yapılacaktır. 2003 yılının seçilmesinin sebebi, adı geçen yılda, PY ve performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulanmamış olmasıdır. Çalışma ile, bir anlamda, EDH'nin PY süreci ölçülürken, PY öncesi ile de mukayesesi yapılmış olacaktır.

4.3.1. Klinik hizmetleri ve muayene erişim katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi

23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)'nin 10. maddesinde bu konuyla ilgili olarak:

“(1) (Değişik: 03.07.2007-6577/2 md. Yürürlük Tarihi: 01.05.2007) Kurum muayeneye erişim katsayısı; kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her tabip için ayrı olarak tefriş edilmiş olan oda sayısı ile aktif kullanılan diş üniti sayısı toplamının, tabip sayısına bölünmesi sonucu bulunur. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde oda sayısı hesaplamada kullanılmaz. Tabip sayısı; klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuvar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten tabipler ile yoğun bakım, yenidoğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan tabipler ve temel tıp bilimleri uzmanları dışındaki tabiplerin toplamıdır.

(2) Muayeneye erişim katsayısı hesaplamasında kullanılan tabip odası ve tabip sayısı dönemin son haftası esas alınarak hesaplanır.

(3) Muayeneye erişim katsayısı, (1) den büyük ise (1) kabul edilir.” denilmektedir.

Yönerge (Sağlık Bakanlığı, 2007) çerçevesinde, muayene erişim katsayısının hesaplanmasında kullanılan argüman, hekim adedi ve hekim muayene (oda) sayısıdır.

Aynı husus 02.07. 2008 tarihli ve 2011 sayılı Yönerge (Sağlık Bakanlığı 2008)’nin 10. maddesinde aşağıdaki şekilde yer almıştır:

(1) Muayeneye erişim katsayısı; kurumlarda poliklinik hizmetlerinde aktif olarak kullanılan ve her tabip için ayrı olarak tefriş edilmiş olan oda sayısı ile aktif kullanılan diş üniti sayısı toplamının, tabip sayısına bölünmesi suretiyle bulunur. Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde oda sayısı hesaplamada kullanılmaz. Vardiya usulü hizmet verilen ağız ve diş sağlığı merkezlerinde vardiyada kullanılan diş ünitleri de hesaplama dahil edilir. Muayeneye erişim katsayısının hesaplanmasında tabip sayısına; klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuvar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten tabipler ile yoğun bakım, yenidoğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan tabipler ve temel tıp bilimleri uzmanları dahil edilmez.

(2) Muayeneye erişim katsayısı hesaplamasında aktif olarak kullanılan oda/ünit sayısı ve tabip sayısı dönemin son haftası esas alınarak hesaplanır. Bu hesaplamada, doğum izni veya ücretsiz izinde bulunan tabipler ile bir ay veya daha uzun süreli raporlu, bir ay veya daha uzun süreli geçici görevli tabipler, tabip sayısına dahil edilmez.

(3) Muayeneye erişim katsayısı, (1) den büyük ise (1) kabul edilir.

(Ek:12.9.2008-3166/1) (4) Muayene erişim katsayısı kurum tarafından tespit edilir. Ancak Başkanlık veya Koordinatörlükçe Muayene erişim katsayısının tespit edilmesi halinde öncelikle Başkanlıkça tespit edilen katsayı; Başkanlıkça tespit yapılmaması halinde ise koordinatörlükçe belirlenen katsayı geçerlidir.

Aşağıda yer alan Tablo 4.2., EDH'nin, 2003, 2007 ve 2009 yıllarına ait hekim ve yardımcı sağlık personeli sayılarını göstermektedir. Tablo 4.2.'de dikkat çeken nokta 2003 yılı ile 2009 yılı arasındaki esaslı farktır. EDH'de 2003 yılında 72 uzman, 20 pratisyen olmak üzere toplam 92 hekim varken bu sayı 2007'de 69 uzman, 13 pratisyen olmak üzere 72 hekim sayısına düşmüş ancak 2009 yılında 110 uzman ve 24 pratisyen olmak üzere 134 hekim sayısına ulaşmıştır.

Tablo 4.2. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları branşlarına göre hekim ve yardımcı sağlık personeli sayısı

Hekim /Yıllara Göre Sayıları	2003	2007	2009
Dahiliye	4	5	9
Genel Cerrahi	5	3	7
Kadın Hast.	6	5	8
Çocuk Hast.	5	5	6
Kbb Hast.	5	4	7
Göz Hast.	7	6	5
Ort. ve Trav.	3	2	6
Göğüs Hast.	3	2	7
Üroloji	2	2	3
Nöroloji	2	3	4
Kardiyoloji	1	2	2
Nöroşirürji	1	2	3
Kalp ve Damar Cerrahisi	0	1	2
Psikiyatri	3	3	3
Cildiye	4	3	5
Fizik Ted.	3	2	4
Radyoloji.	4	2	3
Anestezi	5	4	5
Biyokimya	4	2	6
Bakteriyoloji	0	1	0
Patoloji	2	1	3
Gastroenteroloji	1	1	1
Aile Hekimi	2	0	1
Enfeksiyon Hastalıkları	0	2	2
Diğer Uzman Hekimler	0	6	0
Göğüs Cerrahisi	0	0	1
Çocuk Cerrahisi	0	0	1
Plastik Cerrahi	0	0	2
Mikrobiyoloji	0	0	2
Acil Tıp	0	0	2
Pratisyen Hekim	20	13	24
Toplam Hekim Sayısı (Uzman ve Pratisyen Hekim Dağılımı)	92 (Uzman:72, Pratisyen:20)	82 (Uzman:69, Pratisyen:13)	134 (Uzman:110, Pratisyen: 24)

Kaynak: EDH,2003, 2007 ve 2009 (EDH 2003, 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

Benzeri artış yardımcı sağlık personelinde de yaşanmıştır. Tablo 4.3.'te bu durum açık olarak görülebilir. EDH'de yardımcı sağlık personeli 2003 yılında 199 iken bu sayı 2007 yılında 222'ye, 2009 yılında da 337'ye ulaşmıştır.

Tablo 4.3. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları yardımcı sağlık personeli sayısı

Yardımcı Sağlık Personeli/yıllar göre sayıları	2003	2007	2009
Hemşire	113	111	171
Ebe	20	36	61
Diş Hekimi	7	14	0
Sağlık Memuru	14	17	28
Laboratuvar Tek.	10	11	25
Röntgen Tek.	7	8	21
Anestezi Tek.	13	8	20
Diş Protez Tek.	5	5	0
Ortopedi Tek.	3	1	0
Diyetisyen	0	0	1
Psikolog	0	0	2
Biyolog	2	2	0
Tıbbi Teknolog	2	1	0
Sosyal Çalışmacı	0	0	1
Eczacı	1	0	2
Acil Tıp Tek.	0	0	4
Fizyoterapist	2	1	1
Diğer	0	4	0
Toplam Yardımcı Sağlık Personeli	199	222	337

Kaynak: EDH,2003, 2007 ve 2009 (EDH 2003, 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

Sayılardaki bu artış aynı zamanda muayene erişim imkânlarını kolaylaştıran unsurdur. Hekimi olmayan, yardımcı sağlık personeli olmayan hastanelerde sağlık hizmetlerinde performanstan söz edilemez.

Muayene erişim katsayısında, hekim sayısındaki iyileştirme tek başına yetersiz bir argümandır. Bunun muayene edecek olan hekimlere (dahiliye, kadın doğum, genel cerrahi vb.) poliklinik odası sağlanmasıyla desteklenmesi gerekir. Nitekim Tablo 4.4. bu durumu ortaya koymaktadır.

Muayene erişimini belirleyen faktör, muayene etme konumunda olan hekimlere poliklinik odası-ünit sağlanması konusudur. Muayene erişim katsayısı kısaca; muayene eden hekim sayısı ile muayene odası (ünite) sayısı arasındaki orandandır. Bunun

formül olarak yazılımı; Muayene Erişim Katsayısı: Oda Sayısı (+Diş Üniteleri Sayısı) / Muayene Eden Hekim Sayısı, şeklindedir.

Tablo 4.4. EDH 2003, 2007 ve 2009 yılları hekim-oda sayıları

Hekim /Yıllar	2003 Yılı		2007 Yılı		2009 Yılı	
Hekim	Sayı	Oda ünit	Sayı	Oda ünit	Sayı	Oda Ünit
Uzman Hekim	55	19	60	60	86	86
Hekim	0	0	0	0	0	0
Diş Hekimi	0	0	14	7	0	0
TOPLAM	55	19	71	65	86	86

Kaynak: EDH,2003,2007 ve 2009 (EDH 2003, 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

Tablo 4.4., muayene erişim katsayısını ortaya koymaktadır. Hedef bu rakamın 1 olmasıdır. 1'in üstü de 1 olarak kabul edilmektedir.

Tablo 4.4. incelendiğinde görülecektir ki 2003 yılı muayene erişimi $19/55=0,34$ 'tür. Bu rakam muayene erişim bakımından oldukça düşüktür. 2007 yılı için muayene erişim katsayısı $60+0+7 /60+0+14=0.90$ 'dır. Bu rakamda etken faktör diş hekimleri sayısında ve diş ünitlerindeki rakamlardır. 2009 yılında diş hastalıkları poliklinikleri EDH'den ayrılarak ayrı bir merkez (ADSM) olarak hizmet vermeye başladığından dolayı 2007 yılı değerlendirmesinde diş hekimleri ve diş ünitleri sayısı değerlendirme dışında tutulmuştur. Bu durumda 2007 yılı muayene erişim katsayısı: $60/60:1$ 'dir. 2009 yılı için muayene erişim katsayısı ise: $86/86:1$ 'dir. 2003 yılından 2007 ve 2009'da geline nokta büyük bir başarı göstergesidir. Durum bir tablo olarak Tablo 4.5.'de ortaya konmuştur.

Tablo 4.5. 2003, 2007 ve 2009 yılları muayene erişim katsayıları

Yıllar	2003	2007	2009
Muayene Erişim Katsayısı	$19/55=0,34$	$60/60=1$	$86/86=1$

Kaynak: EDH,2003,2007 ve 2009 (EDH 2003, 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

4.3.2.Kurum kalite kriterleri katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi’nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi

Bu konu, 23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)’nin 11. maddesinde ele alınmıştır. 11. madde:

“ (1) (Değişik: 30.11.2007-13/5 md. Yürürlük Tarihi:01.09.2007) İl performans ve kalite koordinatörlüğü her dönem ilde bulunan tüm kurumlar (Entegre ilçe hastaneleri hariç) için EK-2’de yer alan Kurum Alt Yapı ve Süreç Değerlendirme Formunu doldurur. Formun değerlendirilmesi sonucu ildeki her kurumun puanı tespit edilir.

(2) Koordinatörlükçe, kurum altyapı ve süreç değerlendirme katsayısı hesaplanarak resmi bir yazı ile en geç bir sonraki dönemin ilk haftası kurumlara tebliğ edilir. Koordinatörlükçe kurumlara tebliğ yapılamadığı durumlarda (koordinatör gerekçesini tutanakla tespit eder ve sağlık müdürünün onayına sunar) kurumlarca kurum ve süreç değerlendirme katsayısı (1) olarak kabul edilir.

(3) (Değişik: 30.11.2007-13/5 md. Yürürlük Tarihi:01.09.2007) Altyapı ve süreç değerlendirme katsayısının tespitine esas formun doldurulması/değerlendirilmesinin Başkanlıkça yapılması veya yaptırılması esastır.

(4) (Değişik: 30.11.2007-13/5 md. Yürürlük Tarihi:01.09.2007) Aynı dönem içinde Başkanlıkça katsayı tespit edilmesi halinde Başkanlık tarafından belirlenen katsayı esas alınır. Bu şekilde belirlenen katsayı Değerlendiriciler ve Koordinatör tarafından tutanakla belirlenir. Bu katsayı, koordinatörlükçe resmi bir yazı ile en geç bir sonraki dönemin ilk haftası kurumlara tebliğ edilir.” şeklindedir.

Yönetmelik (Sağlık Bakanlığı 2007) hükümlerine göre; hastanelerde PY sürecinde en önemli faktörlerden biri olan “Kurum Kalite Kriterleri” hesabı birden fazla bileşeni olan bir çalışmayı kapsamaktadır. Özellikle kurum altyapısının PY sürecine uygun hale getirilmesi son derece önemlidir.

Aynı husus 02.07. 2008 tarihli ve 2011 sayılı Yönerge (Sağlık Bakanlığı 2008)'nin 11. maddesinde “Hizmet Kalite Katsayısı” başlığı altında ve aşağıdaki şekilde yer almıştır:

(1) Koordinatörlük, her dönem ilde bulunan tüm kurumları (Entegre ilçe hastaneleri hariç) ilgili dönem sonuna kadar Hizmet Kalitesi Standartları çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0) ile (1) arasında değişen hizmet kalite katsayısını tespit eder. Hizmet kalite katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır: Hizmet Kalite Katsayısı: Verilen Toplam Puan/(Toplam Puan-Değerlendirme Dışı Puan Toplamı)

(2) Ağız ve diş sağlığı merkezleri ADSM Hizmet Kalitesi Standartları çerçevesinde değerlendirilir.

(3) Koordinatörlükçe tespit edilen hizmet kalite katsayısı resmi bir yazı ile (Değişik: 30.03.2009-1954/6) bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar kurumlara tebliğ edilir. (Değişik:12.09.2008-3166/2) Koordinatörlükçe kurumlarda değerlendirme yapılamadığı durumlarda (koordinatör gerekçesini tutanakla tespit eder ve sağlık müdürünün onayına sunar) kurumun kurumsal performans katsayısı hesabında hizmet kalite katsayısı kullanılmaz.

(4) Hizmet kalite katsayısının tespitine esas değerlendirmenin Başkanlıkça yapılması veya yaptırılması esastır. Başkanlık, kurumlarda bir sonraki dönemin ilk ayının 14 üncü günü sonuna kadar, hizmet kalite katsayısının tespitine esas değerlendirme yapabilir.

(5) Bir sonraki dönemin ilk ayının 14 üncü günü sonuna kadar Başkanlıkça katsayı tespit edilmesi halinde Başkanlık tarafından belirlenen katsayı geçerlidir. Bu şekilde belirlenen katsayı değerlendiriciler, koordinatör ve başhekim tarafından tutanak altına alınır. Bu katsayı, koordinatörlükçe resmi bir yazı ile (Değişik:30.03.2009-1954/6) bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar kurumlara tebliğ edilir.

(6) Hizmet Kalitesi Standartları değerlendirilmesi Başkanlıkça belirlenecek olan çalışma usul ve esasları ile rehberler çerçevesinde yapılır.

Bu kriterin esasını, hastanenin fiziki, personel, yönetim, cihaz, hizmet süreçlerinin değerlendirilmesi oluşturmaktadır. Bununla beraber mevcut mevzuatlar çerçevesinde yapılan denetim ve incelemelerle ulusal ve uluslar arası standartlara uygunluk ve buna bağlı olarak yangın, hijyen, radyasyon, enfeksiyon kontrolü, kan nakli ve tıbbi alet ve ilaç denetimleri önemli yer tutar.

Bu noktada en önemli değerlendirme ISO sertifikasyonudur. ISO sertifikasyonu; hastane performansını hastane fonksiyonu ve amaçlarına göre değil, kalite sistemleri için uluslararası standartlara uygunluğuna göre ölçen bir uygulamalar bütünüdür ifade eder. ISO 9000 hastane performansından daha çok yönetsel prosedürlerle ilgilidir. EDH, 25.12.2008 tarihinde ISO Kalite Belgesi çalışmasını başlatmış ve 04.03.2009 tarihinde başarıyla sonuçlandırmış ve ülkemizde az sayıda hastanede var olan ISO Kalite Belgesi'ne sahip olmuştur.

Bu kriterde yer alan bir başka mekanizma da Akreditasyon programlarıdır. Uygulamada, uluslararası akreditasyon standartlarının (Joint Commision International Accreditation) başlangıçta belirli sayıda (150) kriteri alınarak bir öz değerlendirme formu hazırlanmış ve uygulanmıştır. Akreditasyon programları hastane performansını yayınlanmış organizasyonel süreç ve sonuçlara uygunluk açısından ölçen bağımsız kuruluşlardır. Akreditasyonlar, hastanelerin değerlendirilmesini, dahili öz değerlendirme, farklı disiplinlerden gelen sağlık profesyonellerinin yaptığı harici anketler ve sınırlı sayıda istatistiki göstergeleri referans alarak gerçekleştirirler.

2011 sayılı yönerge (Sağlık Bakanlığı, 2008)'de Sağlık Bakanlığı, uluslar arası standartları da içeren ülkemize özgün, "Hizmet Kalite Standartları Rehberi" adı altında 500 kriter belirlemiştir. Mezkur yönergeden sonra bu maddenin takibi Hizmet Kalite Katsayısı başlığı altında yapılmıştır.

EDH'de bu süreç sıkı bir şekilde takip edilmiştir. Aşağıda verilen Tablo 4.6.'da bu rakamlar verilmiştir. Tablo 4.6. dikkatle incelendiğinde, 2007 yılında 0,69 olan

kurum kalite katsayısının 2009 yılında büyük bir artış göstererek 0,98'e çıktığı görülecektir. Hedef rakamın 1 olduğu düşünülürse 2009 yılı hedefi gerçekleştirmede son derece başarılı bir yıl olarak kabul edilebilir.

Tablo 4.6. 2007 (Kurum kalite kriterleri) ve 2009 yılı hizmet kalite katsayısı

Hizmet Kalite Katsayısı	2007	2009
Oran	0,69	0,98

Kaynak: EDH, 2007 ve 2009 (EDH 2003, 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

4.3.3. Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi

23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)'nin 12. maddesi, hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı'nın nasıl hesaplanacağını açıklamaktadır. 12. madde:

“ (1) Kurumlar, her dönem bu Yönerge'ye ekli EK-3'deki sayılı standart anket setini kullanarak, EK-4'de yer alan anket uygulama ilkeleri çerçevesinde anketleri uygular. Gerekli görüldüğü hallerde bu konuda hizmet alınabilir. EK-3'deki anket formları EK-4'de belirlenen sayıdaki kişiye uygulanır. Anketlerin puanlama sonuçları iki anket içinde ayrı ayrı toplanır ve anket uygulanan kişi sayısına bölünerek anketlerin ortalamaları bulunur.

(2) Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri dönem içinde uygulanarak dönemin son haftası sonuçlandırılıp şu şekilde hesaplanır. Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketi katsayısı = ((poliklinik hizmetleri anket ortalaması + yataklı servisler hizmet anket ortalaması) / 2) / 100

(3) *Ancak o dönem, anket uygulanabilecek yatan hasta sayısı 50'nin altında olan kurumlarda sadece poliklinik hizmetleri anketi uygulanır.*

(4) *Bu durumda; hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketi katsayısı şu şekilde hesaplanır.*

Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketi katsayısı = poliklinik hizmetleri anket ortalaması / 100.

(5) *(Değişik: 30.11.2007-13/6 md. Yürürlük Tarihi:01.09.2007) Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketinin Başkanlıkça yapılması veya yaptırılması esastır.*

(6) *(Değişik: 30.11.2007-13/6 md. Yürürlük Tarihi:01.09.2007) Başkanlıkça veya Koordinatörlükçe seçilen kurumlara uygulanan anketler sonucu (0) ile (1) arasında değişen hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketi katsayısı belirlenir. Aynı dönemde Başkanlık veya Koordinatörlükçe anket yapılması veya yaptırılması halinde Başkanlıkça belirlenen katsayı esas alınır. Bu şekilde belirlenen katsayı ilgili kurumlara tebliğ edildiği tarihten sonraki dönemin kurum performans katsayısının hesaplanması için kullanılır. Bu şekilde*

(7) *(Değişik: 30.11.2007-13/6 md. Yürürlük Tarihi:01.09.2007) Başkanlıkça veya ilgili koordinatörlükçe katsayısının belirlendiği dönemlerde kurumlarca yapılan anketlere göre tespit edilecek katsayı geçersiz olur. Başkanlıkça veya ilgili koordinatörlükçe anket yapılmadığı dönemlerde kurumların kendi yapmış oldukları anketlere göre tespit edilen katsayı, kurumsal performans katsayısının hesaplanmasına esas alınır.”* şeklindedir.

Aynı husus 02.07. 2008 tarihli ve 2011 sayılı Yönerge (Sağlık Bakanlığı 2008)'nin 12. maddesinde “Memnuniyet Katsayısı” başlığı altında ve aşağıdaki şekilde yer almıştır:

(1) *Kurumlar, her dönem anket uygulama rehberi çerçevesinde standart anket setlerini kullanarak anketleri uygular. Kurumlar gerekli gördükleri hallerde anket*

uygulanmasına ilişkin olarak hizmet alabilir. Uygulanan anketler sonucu (0) ile (1) arasında değişen memnuniyet katsayısı belirlenir.

(2) Memnuniyet anketleri ilgili dönem içinde uygulanarak en geç dönemin son haftası içinde sonuçlandırılır.

Memnuniyet katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır: Memnuniyet katsayısı = Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı + Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı

Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı = (Anketlerden elde edilen puanların toplamı / Anket uygulanan kişi sayısı) X 0,50

Yatan Hasta Memnuniyet Katsayısı = (Anketlerden elde edilen puanların toplamı / Anket uygulanan kişi sayısı) X 0,50

(Değişik:30.03.2009-1954/7) (3) Hastanelerde her dönem anket uygulanacak kişi sayısı her bir anket seti için 75'in altında olamaz. Ancak o dönem yatan hastanın bulunmadığı veya yatan hasta sayısının 75 hastanın altında olduğu kurumlarda sadece ayaktan hasta memnuniyet anketi uygulanır. Bu durumda; memnuniyet katsayısı şu şekilde hesaplanır: Memnuniyet katsayısı = Ayaktan Hasta Memnuniyet Katsayısı = (Anketlerden elde edilen puanların toplamı / Anket uygulanan kişi sayısı)

(4) Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde ağız ve diş sağlığı merkezleri için oluşturulan anket seti uygulanır.

(5) Memnuniyet anketlerinin Başkanlıkça yapılması veya yaptırılması esastır.

(6) Aynı dönem içerisinde Başkanlık veya Koordinatörlükçe anket yapılması veya yaptırılması halinde öncelikle Başkanlıkça tespit edilen katsayı; Başkanlıkça anket yaptırılmaması halinde ise koordinatörlükçe belirlenen katsayı geçerlidir.

EDH; büyük bir titizlikle anketleri gerçekleştirmiştir. Anketlerde:

*Polikliniğe ulaşım,

- *Poliklinik temizliği,
- *Poliklinik tuvalet temizliği,
- *Muayene olmak için beklene süre,
- *Muayene süresi,
- *Dr. tedaviniz hakkında yeterli bilgi verdi mi?
- *Dr. Őikayet dinledi mi?
- *Dr. 'a güven duyduunuz mu?
- *Dr. ilgili ve nezaketli miydi?
- *Önemli soruya anlaşılır cevap?
- *Sağlık görevlisine güven duyduunuz mu?
- *Personel yeterince nazik miydi?
- *Poliklinik tedavi hakkında yeterli bilgi,
- *Mahremiyete verilen önem,
- *Tedavi hakkında fikir,
- *Hekim ilaçlar hakkında açıklama yaptı mı?
- *Görevlide yaka kartı var mı?
- *Hekiminizi seçebildiniz mi?
- *Hekim seçmek için bilgilendirildiniz mi?
- *Hastalık tedavisinde yaşanacaklar hakkında bilgi
- *İletişim telefonu verildi mi?
- *Hastanede verilen hizmetten memnuniyet,
- *Poliklinik hizmetleri düzenli miydi?
- *Poliklinikte saygılı davranıldı mı? şeklinde olan sorular sorulmuş ve bu soruların cevapları aranmıştır. Anketler % 100 oranına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.7. EDH, 2007 yılı hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı

Anket Uygulama Alanları	Oranlar (%)
Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anket Sonucu	87
Yataklı Servis Hizmetleri Değerlendirme Anket Sonucu:	86
Toplam	173 (173/2:86.5) 87

Kaynak: EDH, 2007 (EDH 2007 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

Buna göre 2007 yılı hasta ve hasta yakınları memnuniyeti anket katsayısı şu şekilde hesaplanır. Buna göre; $87.00+86.00=173/2=87$. 2007 yılı EDH, hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket sonucu: 87'dir.

Tablo 4.8. EDH, 2009 yılı memnuniyet katsayısı

Anket Uygulama Alanları	Oranlar
Poliklinik Hizmetleri Değerlendirme Anket Sonucu	49,21
Yataklı Servis Hizmetleri Değerlendirme Anket Sonucu:	49,13
Toplam	98,34

Kaynak: EDH, 2009 (EDH 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

2009 yılı poliklinik hizmetleri anket oranı'nda uygulanan formül: Elde edilen toplam puan/ anket uygulanan kişi sayısı'nın 0.50 ile çarpımından ibarettir. Buna göre 2009 yılı poliklinik hizmetleri anket oranı: $73818/ 750 \times 0.50: 49.21$ 'dir.

2009 yılı yataklı servis hizmetleri anket oranı: Elde edilen toplam puan/ anket uygulanan kişi sayısı'nın 0,50 ile çarpımından ibarettir. Buna göre 2009 yılı yataklı servis hizmetleri anket oranı: $73701/ 750 \times 0.50: 49.13$ 'dir. Bu durumda EDH'de, 2009 yılı memnuniyet katsayısı: $49.21 + 49.13 = 98.34$ 'dir.

Yukarıda yer alan Tablo 4.7., EDH'de, 2007 yılı, Tablo 4.8. ise 2009 yılı hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri katsayısı göstermektedir. EDH'de, Tablo 4.7.'ye göre 2007 yılında 86,5 olan hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketi katsayısı, Tablo 4.8.'e göre 2009 yılında 98,34'e yükselmiştir.

4.3.4.Kurum verimlilik katsayısı bakımından Edirne Devlet Hastanesi'nde Performans Yönetimi sürecinin ölçülmesi

Konu, 23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve

Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)'nin 13. maddesinde ele alınmıştır. 13. madde:

“(1) (Değişik: 03.07.2007-6577/1 md. Yürürlük Tarihi:01.05.2007) Kurum verimlilik katsayısı hesaplamasında kullanılacak kriterler, kabul edilebilir değer ve uygulama esasları EK-5’de gösterilmiştir.

(2) Kurum hedef katsayısı hesaplamasında kullanılacak kriterler, kabul edilebilir değer ve uygulama esasları EK-8’de gösterilmiştir.” şeklindedir.

Buna göre hesaplama şu şekilde yapılmaktadır: Kurum Hedef Katsayısı: Toplam puan / Hesaplanan kriter sayısı (YPTS'ye veri giriş puanı hariç) X YPTS'ye veri giriş puanı şeklinde yapılmaktadır.

Aynı husus 02.07. 2008 tarihli ve 2011 sayılı Yönerge (Sağlık Bakanlığı 2008)'nin 13. maddesinde “Kurum Verimlilik Katsayısı” başlığı altında ve aşağıdaki şekilde yer almıştır:

(1) Kurum verimlilik standartları içinde yer alan kriterler, kabul edilebilir değer ve diğer uygulama esasları çerçevesinde kurum verimlilik katsayısı hesaplanır.

(2) Kurum verimlilik katsayısının tespiti, koordinatörün başkanlığındaki bir komisyon marifetiyle yapılır. İldeki kurum sayısı dikkate alınarak ayrıca iki komisyon daha oluşturulabilir. Bu durumda diğer iki komisyona koordinatörün belirleyeceği kişiler başkanlık eder.

a) Komisyon, biri il performans ve kalite koordinatörlüğünden, diğerleri kurumlardan görevlendirilecek en az üç, en fazla dokuz personelden oluşturulur. Komisyon üyeleri hesaplamaya esas üç dönem boyunca görevlendirilebilir.

b) Komisyonun sekretaryası koordinatörlükçe yürütülür.

c) Kurum verimlilik katsayısı hesaplanmasına esas işlemler ilgili kurumların Başhekim onaylı kayıtları (bilgi ve belgeler) dikkate alınarak yapılacaktır.

ç) Komisyon çalışmaları boyunca hesaplaması yapılan ilgili kurum veya kurumların bir temsilcisi hazır bulunur.

(Değişik:30.03.2009-1954/8) d) Komisyon sonraki dönemin ilk ayında kurumların kurum verimlilik katsayılarını tutanakla tespit eder. Koordinatörlük, komisyon tarafından tespit edilen kurum verimlilik katsayılarını en geç bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar kurumlara tebliğ eder.

Tablo 4.9. EDH, 2007 yılı kurum verimlilik işlemleri ve puanları

	Kriterler	Elde Edilen Puan
1	Personel Gideri Destekleme Oranı	0,68
2	Personel Gideri Oranı	0,75
3	Yatak Doluluk Oranı	0,89 (070)
4	Ortalama Kalış Günü	0,79
5	Yatan Hasta Oranı	1
6	Yeni Performans Takip Sistemine Giriş (YPTS) Veri Giriş Puanı	1
	Kurum Verimlilik Katsayısı	0,82

Kaynak: EDH, 2007 (EDH 2007 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

Tablo 4.9'a göre, EDH'de, 2007 yılı kurum verimlilik katsayısı 0.82 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 4.10. EDH, 2009 yılı verimlilik işlemleri ve puanları

Sıra	İşlemler	Puanları
1	Sezeryan Oranı	1
2	Günlük Cerrah Başına Düşen Ameliyat Puanı	0,73
3	Günlük Ameliyat Masası Başına Düşen Ortalama Ameliyat Puanı	0,67
4	Toplam Giderin Toplam Gelire Oranı	0,83
5	Toplam Borcun Toplam Gelire Oranı	1
6	Personel Gideri Destekleme Oranı	1
7	Yatak Doluluk Oranı	0,91
8	Ortalama Kalış Gün Sayısı	0,77
9	Yatan Hasta Oranı	0,64
10	Yeni Performans Takip Sistemine Veri Giriş Puanı	1
11	Sağlık Net Veri Tabanı Bildirimi	1
	Kurum Verimlilik Katsayısı	0.87

Kaynak: EDH,2009 (EDH 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

2009 yılı kurum verimlilik katsayısı: Kurum Verimlilik Katsayısı / Hesaplanan Kriter Sayısı=Toplam Puan şeklinde hesaplanmaktadır. Tablo 4.10.'e göre EDH'nin 2009 yılı Kurum Verimlilik Katsayısı: 0.87'dir.

EDH'de kurum verimlilik katsayısı bir bütün olarak ele alındığında, 2007 yılında 0,82 olan oranın, 2009 yılında 0,87'ye yükseldiği görülecektir. EDH'de kurum verimliliğindeki artış, PY'nin diğer unsurlarındaki artıştan daha geridedir. Bunun temel nedenleri arasında kurum verimliliğini düşüren fiziki koşulları ve birleşmeden kaynaklanan idari sorunları saymak mümkündür.

4.3.5. Performans Yönetimi sürecinde kurumsal performans katsayısı

23.03.2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi (Sağlık Bakanlığı, 2007)'nin 16. maddesi Kurumsal Performans Katsayısı başlığı altındadır. İlgili madde:

“(1) (Değişik: 03.07.2007-6577/3 md. Yürürlük Tarihi:01.05.2007) Kurumsal performans katsayısı kurumlarda, bir sonraki dönemin ikinci haftası içinde kesinleştirilir. Kuruluşlarda ise, kurumsal performans katsayısı bir sonraki dönemin ilk (20) günü içinde kesinleştirilir. Bu katsayılar ilgili dönemde yönetmelik uyarınca yapılacak ek ödemeye esas teşkil eder.

(2) (Değişik: 03.07.2007-6577/3 md. Yürürlük Tarihi:01.5.2007) Kurumlarda kurumsal performans katsayısı şu şekilde hesaplanır: Kurumsal performans katsayısı = (Muayeneye erişim katsayısı + hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı + kurum altyapı ve süreç değerlendirme ölçütleri katsayısı + kurum verimlilik katsayısı + kurum hedef katsayısı) / 5”

(3) Entegre ilçe hastanelerinde ise kurumsal performans katsayısı şu şekilde hesaplanır: Kurumsal performans katsayısı = (Muayeneye erişim katsayısı + kuruluş verimlilik katsayısı) / 2

(4) Kuruluşlarda kurumsal performans katsayısı şu şekilde hesaplanır: Kurumsal performans katsayısı = (Muayeneye erişim katsayısı + kuruluş verimlilik katsayısı) / 2

(5) Hesaplanan katsayı (1) den büyük ise, (1) olarak kabul edilir.

(6) (Değişik: 30.11.2007-13/7 md. Yürürlük Tarihi:01.09.2007) Kurumlardan sağlık hizmeti sunumuna yeni başlayanlar için ilgili dönem ve bir sonraki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.”şeklindedir.

Yönerge (Sağlık Bakanlığı 2007)'ye göre kurumsal performans katsayısı: Muayene Erişim Katsayısı+ Hizmet Kalite Katsayısı+ Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketleri Katsayısı+ Kurumsal Verimlilik Katsayısı/Hesaplanan Kriter Sayısı şeklinde bulunacaktır.

Aynı husus 02.07. 2008 tarihli ve 2011 sayılı Yönerge (Sağlık Bakanlığı 2008)'nin 18. maddesinde “Kurum Verimlilik Katsayısı” başlığı altında ve aşağıdaki şekilde yer almıştır:

“(1) (Değişik:12.09.2008-3166/4) Kurumsal performans katsayısı kurum ve kuruluşlarda, en geç (Değişik:30.03.2009-1954/12) bir sonraki dönemin ilk ayının son gününe kadar kesinleştirilir.

Kurumsal performans katsayısı, takip eden dönemde kurum ve kuruluşların Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesine esas teşkil eder.

(2) Kurumsal performans katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

(Değişik: 30.03.2009-1954/12) a) Kurumlarda;

Kurumsal performans katsayısı = [(Muayeneye Erişim Katsayısı + Hizmet Kalite Katsayısı + Memnuniyet Katsayısı + Kurum Verimlilik Katsayısı) /4]

(Değişik:30.03.2009-1954/12) b) Ağız ve diş sağlığı merkezlerinde (Diş hastaneleri dahil);

Kurumsal performans katsayısı = [(Muayeneye Erişim Katsayısı + Hizmet Kalite Katsayısı + Memnuniyet katsayısı + Kurum verimlilik katsayısı) /4]

(Değişik:30.03.2009-1954/12) c) 0–49 yataklı kurumlarda;

kurumsal performans katsayısı = [(Muayeneye Erişim Katsayısı X 0,50) + (Hizmet Kalite Katsayısı X 0,10) + (Memnuniyet Katsayısı X 0,20) + (Kurum Verimlilik Katsayısı X 0,20)]

(Değişik:12.09.2008-3166/4) ç) Kuruluşlarda;

Kurumsal performans katsayısı = (Muayeneye erişim katsayısı + 112 hizmet kalite katsayısı + Koruyucu hizmet katsayısı + 112 verimlilik katsayısı) / 4

(Ek:12.09.2008-3166/4) d) Aile hekimliği uygulanan kuruluşlarda;

Kurumsal performans katsayısı = (112 hizmet kalite katsayısı + Koruyucu hizmet katsayısı + 112 verimlilik katsayısı) / 3

(Ek:30.03.2009-1954/12) Entegre ilçe hastanelerinde;

Kurumsal performans katsayısı = (Muayeneye erişim katsayısı) / 1

(Ek:19.11.2008-4258/1) e) Entegre ilçe hastanelerinde (Aile Hekimliğine geçilen illerde);

Kurumsal Performans Katsayısı = Muayeneye Erişim Katsayısı / 1

(3) Hesaplanan katsayı (1) den büyük ise, (1) olarak kabul edilir.

(Ek:19.11.2008-4258/1) (Değişik:30.03.2009-1954/12) (4) Sağlık hizmeti sunumuna yeni başlayan kurumlar ile aile hekimliği uygulamasının ilk defa başladığı kuruluşlarda, içinde bulunulan dönem ve sonraki iki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.

a) Dönem içinde kurum tarafından verilen sağlık hizmetlerinin bir başka hizmet binasında veya yerleşkede verilmeye başlanması durumunda ilgili kurumlarda bir sonraki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.

b) Hizmet niteliği Bakanlıkça değiştirilen hastanelerde (genel hastane iken eğitim ve araştırma hastanesi olanlar, genel hastane iken entegre ilçe hastanesi olanlar gibi.) bir sonraki dönem için kurumsal performans katsayısı (1) olarak kabul edilir.”

(Ek:06.05.2009-2774/2) (5) Kurum ve kuruluşlarda bu maddenin ikinci fıkrası uyarınca her bir dönem için hesaplanan “kurumsal performans katsayısı” belirlendikten sonra hesaplanan katsayıdan, her bir ay için Yönergeye ekli Ek (13)

“Finansal Değerlendirme Göstergesi” doğrultusunda tespit edilen “Finansal Değerlendirme Katsayısı” çıkarılmak suretiyle her ay için ayrı bir “Aylık Kurumsal Performans Katsayısı” hesaplanır. Aylık kurumsal performans katsayısı, kurum ve kuruluşların Yönetmelik uyarınca dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılır. Aylık Kurumsal Performans Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır:

$$\text{Aylık Kurumsal performans katsayısı} = \text{Kurumsal Performans Katsayısı} - \text{Finansal Değerlendirme Katsayısı.}$$

Tablo:4.11. EDH, 2007 ve 2009 yılı kurumsal performans katsayısı

Ölçüm Yöntemleri/Yıllar	2007	2009
Kurum Muayene Erişim Katsayısı	1	1
Hasta ve Hasta Yakınları Memnuniyet Anketi Katsayısı	0.87	0.98
Hizmet Kalite Katsayısı	0.69	0.87
Kurum Verimlilik Katsayısı	0.82	0.87
TOPLAM	3.38	3.83
Kurumsal Performans Katsayısı	3.38/4=0.84,5	3.83/4=0.96

Kaynak: EDH,2007, 2009 (EDH 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

Tablo 4.11.’e göre, EDH’nin 2007 yılı kurum performans katsayısı: 3.38 /4: 0.84,5, 2009 yılında ise 3.83/4: 0.96’dır.

Rakamsal olarak ele alındığında; kurumsal performans katsayısının 2007 yılında 0,84,5 iken 2009 yılında 0,96’ya yükselmesi, EDH’de, PY sürecinin son derece başarılı olduğunun ifadesidir. Hedef elbette % 100 rakamıdır. Ancak Tablo 4.11. incelendiğinde de görüleceği gibi, başarı oranı aşağıya çeken en önemli faktör; kurum hizmet kalite katsayısında ve kurum verimlilik katsayısındaki düşüklüktür. Bunun yanı sıra hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketleri de 2007 yılında 2009 yılına göre düşüktür. Bu

düşüklüğün sebebi, EDH'nin kurum olarak anket uygulamasına hazırlıklı olmayışı ve hizmet alanlarının farklı yerlerde olması gösterilebilir.

Tablo 4.11., bir bütün olarak ele alındığında, EDH'nin, PY sürecinde yer alan her konuda, sağlık hizmetlerini başarılı bir şekilde yürüttüğü söylenebilir. Bu başarıda, hastane yönetiminin PY'yi bir bütün olarak ele almış olması ve PY'nin her sürecinde duruma vakıf olması gibi faktörlerin etkin olduğu söylenebilir.

Tablo 4.11., EDH'nin, kurumsal anlamda 2007 ve 2009 yılındaki gelişiminin anlaşılması bakımından da önemlidir. 2007 yılında 0.84,5 olan kurumsal performans katsayısı, 2009 yılında 0.96 oranına yükselmiştir. Hedef rakamın % 100 (yani 1) olduğu düşünülürse gelinen nokta EDH'deki başarıyı ortaya koymaktadır.

4.4. Edirne Devlet Hastanesi'nde Performansa Dayalı Ek Ödeme ve Performans Yönetimi Süreci

PY sürecinin bir başka oto-kontrol aracı da performansa dayalı ek ödeme uygulamasıdır. Bu uygulama ile; sağlık hizmetlerinin kalite ve kantitesi arttırılırken, sağlık çalışanlarına ekonomik geri dönüşüm de sağlanmıştır. Yıllar itibariyle incelendiğinde, EDH'nin, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasında da, PY uygulamasında olduğu gibi başarı çizgisini oldukça yukarılara çektiği söylenebilir. Bunu yıllar ve yapılan çalışmalarla birlikte tablo 4.12., Tablo 4.13. ve Tablo 4.14. üzerinde incelemek mümkündür:

Tablo 4.12., 2003, 2007 ve 2009 yıllarında EDH'de poliklinik sayısını, oda sayısını, hasta sayısını ve ameliyat sayısını göstermektedir. Tablo 4.12. incelendiğinde, EDH'de PY sürecinde gelinen nokta daha net görülecektir. Şöyle ki; EDH, 2003 yılında 19 oda ile poliklinik hizmeti vermekte olan bir sağlık kurumudur. Bununla 319295 adet poliklinik gerçekleştirmiştir. Bu sayının oda sayısına bölümüyle ortaya çıkan 16805 rakamı ortalama olarak her odanın gerçekleştirdiği poliklinik sayısını vermektedir. Bu ortalama rakamı 2007 yılı için 7682, 2009 yılı için 11009'dur. Bu rakamlar, EDH'de, 2003 yılında az oda sayısı ile büyük çaplı poliklinik hizmeti

yapıldığı, 2007 yılında kapasitenin tam kullanılmadığı, 2009 yılında ise PY sürecinin başarısını ve tam kapasiteye yaklaşıldığının ifadesidir.

Bununla birlikte, EDH'nin 2003 yılında 19 oda ile poliklinik yapan bir kurum iken, 2007 de bu rakamın 60'a ve 2009 da ise 86'ya çıkmış olması, poliklinik hizmetlerinde kalite ve kantite artışının en güzel ifadesinden başka bir şey değildir.

EDH'de PY sürecinin başarısını ortaya koyan en önemli rakamlar aşağıda Tablo 4.12.'de gösterilmiştir. Tablo 4.12.'ye göre, EDH'de 2003 yılından 2007 yılına ve 2009 yılına gelindiğinde artan sadece poliklinik oda sayısı ve poliklinik hizmetleri değildir. Ameliyat sayısı da 2003 yılında 2544 iken 2007 yılında %106 artmış ve 5251'e yükselmiştir. Ameliyat sayısında durum 2009 yılında ise, 2007 yılına göre % 91 artış göstererek 10015'e ulaşmıştır.

EDH'de PY sürecinde farklılık yaratan bir başka nokta ise yatan hasta sayısıdır. EDH'de yatan hasta sayısı, 2003 yılında 7925 iken 2007 yılında % 60 artış göstermiş ve 12432'ye yükselmiştir. Aynı durum 2009 yılında, 2007'ye göre %60 artış göstermiş ve 19529'a yükselmiştir. Oransal rakamlar aynı olsa bile gelişim sürecinin 2003 ve 2007 de 4 yıl; 2007 ve 2009'da 2 yıllık bir zaman diliminde olduğu gözden kaçırılmaması gereken bir husustur.

Tablo 4.12. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları poliklinik, oda, ameliyat ve yatan hasta verileri

İşlemler /Yıllar	2003	2007	2009
Toplam Poliklinik Sayısı	319295	460969	946854
Ameliyat Sayısı	2544	5251	10015
Yatan Hasta Sayısı	7925	12432	19529
Poliklinik Oda Sayısı	19	60	86

Kaynak: EDH,2003,2007 ve 2009 (EDH 2003, 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

EDH’de 2003 yılında 2007 ve 2009 yılına gelindiğinde değişen unsurların sadece poliklinik sayısında, ameliyat sayısında ve yatan hasta sayısında olmadığı; asıl değişim ve gelişiminin performans dayalı ek ödemelerinde yaşandığı görülecektir ki bu da PY sürecinin başarısından başka bir şey değildir.

Tablo 4.13., EDH’de 2003, 2007 ve 2009 yıllarında tesadüfi seçmeli branşlarda gerçekleştirilen performans dayalı ek ödeme miktarlarını göstermektedir. Tablo 4.13., incelendiğinde de görüleceği gibi, 2007 yılında 2003 yılına göre dört branş ortalamasındaki artış % 334 oranındadır. Bu artış oranı ortalama olarak 2009 yılında, 2007 yılına göre % 117’dir. Bu rakamlar ortalama rakamlardır. Branş bazında ele alındığında da Dahiliye branşındaki performans dayalı ek ödemenin 2003 yılında 7.694 TL iken 2007 yılında 41.847 TL ye ulaştığı, 2009 yılında ise 88.337 TL’ye ulaştığı görülmektedir.

Tablo 4.13. EDH, 2003, 2007 ve 2009 yılları tesadüfi seçmeli branşlarda performans dayalı ek ödeme tutarları

YILLAR BRANŞ	2003 YILI EK ÖDEME (TL)	2007 YILI EK ÖDEME (TL)	2009 YILI EK ÖDEME (TL)
Kadın-Doğum Hastalıkları	7.638,55	18.737,40	35.727,88
Genel Cerrahi	7.619,50	34.347,18	84.449,80
Çocuk Hastalıkları	7.699,55	38.242,26	80.931,53
Dahiliye	7.694,05	41.847,21	88.337,80

Not: Veriler ilgili branşlarda görev yapan tesadüfi seçilmiş bir hekime yapılan net ek ödeme tutarıdır.
Kaynak: EDH,2003,2007 ve 2009 (EDH 2003, 2007 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

EDH’de, PY sürecinde başarı göstergesi Tablo 4.13.’te gösterilen tesadüfi branşlarda açıkça görüldüğü gibi toplam gelir tahakkuklarında da görülmektedir.

Aşağıda yer alan Tablo 4.14., EDH’nin PY sürecinde gelir tahakkuklarında gerçekleştirdiği başarıyı göstermektedir. Tablo 4.14.’e göre, EDH’de 2003 yılında

3.186.700 TL olarak gerçekleşirken bu rakam 2007 yılında % 527 artarak 19.992.992 TL'ye 2009 yılında ise 2007 yılına göre % 26 artarak 25.319.609 TL'ye yükselmiştir.

Tablo 4.14. EDH, 2003, 2006,2007, 2008 ve 2009 yılları gelir tahakkuk rakamları

Yıllar	Tahakkuk Tutarı (TL)
2003	3.186.700-
2006	17.729.529.-
2007	19.992.992.-
2008	24.045.618.-
2009	25.319.609.-

Kaynak: EDH,2003 2006, 2007, 2008 ve 2009 (EDH 2003,2006, 2007, 2008 ve 2009 yılı verilerinden istifade edilerek tarafımızdan düzenlenmiştir).

EDH'de, PY süreci gerek ilgili katsayılar gerekse performansa dayalı ek ödeme sistemi açısından ele alındığında, EDH'nin bu süreci sağlıklı ve başarılı geçirdiği söylenebilir. Hedeflerde % 100 (1)'e ulaşılmış olmamasının çeşitli sebepleri vardır. Bununla beraber ortaya konan rakamlar, EDH'de, PY sürecinin, zorlu bir şekilde yaşandığını ancak başarının da yakalandığını göstermektedir.

EDH'de, PY süreci sonunda artan sadece rakamlar olmamıştır. Bununla beraber sağlık hizmetlerinin ölçülebilmesi sağlanmış olduğundan sağlık hizmetlerinde kalite artışı da yaşanmıştır.

SONUÇ

Sağlık; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından ölçümlenmesi oldukça zor olan tanımlamayla, “bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik hali” olarak ifade edilmektedir. Sağlık hizmetleri, sunulanın insan ve toplum olması bakımından benzeri olmayan hizmetlerdir. Sağlık hizmetleri hem bu benzeri olmama özelliğine hem de karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu karmaşık yapının temel nedenlerinden en önemlisi sunulan hizmetin nitelik bakımından sağlık alanı dışında kalan kişilerce değerlendirilememesidir. Sözgelimi her hangi bir sağlık hizmeti incelendiğinde, o hizmetle ilgili olarak, yapılan tanının doğru olup olmadığı, tanıya varmak için kullanılacak testlerin hangisi olacağı, bu testlerin nerelerde yaptırılacağı, tedavinin içeriğinin neler olabileceği ve ne kadar bir zaman süreceği, bu zamanın sonunda iyileşmenin gerçekleşip gerçekleşmeyeceği, gerçekleşecekse ne kadar bir zaman sonra gerçekleşeceği hususlarının hizmeti alan tarafından bilinmesi ya da değerlendirilmesi mümkün değildir. Bu bilinmezlik bazı hallerde, sağlık hizmetini sunanlar açısından da söz konusudur. Bu durum, sağlık hizmetlerini girift ve karmaşık kılmakla kalmaz ölçülebilir ve denetlenebilir olmasını da engeller. Hal böyle olunca, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, hizmet alanların memnuniyetinin ölçülmesi ve hizmet sunanların memnuniyetlerinin belirlenmesi sağlık sektörü dışındaki alanlarda sunulan hizmetlerin değerlendirilmesine oranla daha büyük sorunlar ortaya çıkarır.

Bu kadar karmaşık yapıya sahip olan sağlık hizmetlerinde Kalite ve TKY’de bir o kadar zor ve sorunlara açıktır. Sağlık hizmetlerinde Kalite, TKY ve bütün bunları içine alacak şekilde uygulanan Performans Yönetimi; sonuçları itibarıyla son derece önemli olan bir süreçtir. Bu süreç ele alınırken, sağlık sektöründe, dünya çapında yaşanan değişim ve gelişimler de göz ardı edilmemelidir. Bilindiği gibi Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Bankası, Ulusal ve Uluslararası ilgili kurumlar sağlık hizmetlerinde değişim ve gelişimi yakından takip etmekte ve konuyla ilgili çeşitli yazı ve raporlar yayınlamaktadır.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında bir bütün olarak PY ele alınacak olursa en evvela, sağlık sektörünün kısaca ve küresel anlamda; herkese gerekli ve uygun sağlık hizmeti sunmak, emek ve para kaybını kaldırmak ve gerekli hizmeti daha etkin sunmak ve kalite düzeyini iyileştirmek ve klinik uygulamalardaki farklılıkları azaltmak şeklinde hedef ve amaçları olduğunu ifade etmek gerekir. Bu temel amaçları taşımayan bir sağlık hizmetinin varlığından söz edilemez. Bu temel amaçlar aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde son derece önemlidir. Genel olarak sağlık hizmetlerinde; ya “fazla kullanım”la ya “az kullanım”la ya da “yanlış kullanım”la karşılaşmak en büyük olasıdır. Bu üç durumda da söz konusu olan zaman ve para israfından başka bir şey değildir. Ayrıca klinik uygulamalarındaki farklılıklar da sağlık hizmetlerinde maliyeti ve verilen hizmetin kalitesini etkileyen en önemli faktörler arasında yer alır. Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine standart değildir. Bu durum sağlık hizmetinin sunumunda standart arayışını doğurmaktadır. Çünkü sağlık sektöründe standart; hem maliyetteki hem de kalitedeki farklılıkları en aza indirecek bir unsurdur.

Sağlık sektörüyle ilgili bir diğer konu da sağlık hizmetinin bireysel olduğu kadar toplumsal olduğudur. Bu nedenle de sağlık hizmeti sunanların; toplumun tüm bireylerine gerekli ve uygun olan sağlık hizmetini belirleyerek sunulmasını sağlaması bir zorunluluktur.

Sağlık hizmetlerinde kalite, TKY ve bütün bunları içine alacak şekilde uygulanan PY süreci temelde; sağlık hizmetinin nasıl sunulduğu, sunulan sağlık hizmetinin nasıl değerlendirildiği ve sunulan sağlık hizmetinin –yetersizse- nasıl iyileştirileceği sorularının cevaplarını aramak durumundadır. Bu cevap arayışı, sağlık hizmetlerinde; daha güvenli sağlık hizmeti sunumunu, sunulan hizmetin en etkili tanı, tedavi veya koruyucu yöntem olmasını, hasta odaklı sağlık hizmeti sunulmasını, sağlık hizmetinin zamanında sunulmasını, sağlık hizmetinde verimliliğin sağlanmasını ve sağlık hizmeti sunumunda bölge, cinsiyet, ırk ve renk ayırımı yapılmaksızın eşitliğin sağlanmasını zorunlu kılacaktır. Sağlık sektöründe Kalite, TKY ve PY sürecinin dar anlamda anlamı da bundan başka bir şey değildir.

Günlük hayatın her kademesinde var olan “kalite” kavramı sağlıkta gerçekleştirilecek bir hedef olarak değerlendirilmektedir. Genel anlamıyla kalite yönetimi; organizasyon ve organizasyonda liderliği, sistem ve ürün kalitesinin bir arada sürekli olarak geliştirilmesini, yönetim, kalitenin geliştirilmesini, planlanmasını ve kalite kontrol çalışmalarının yapılmasını, kalite güvence sistem standartlarının oluşturulmasını amaçlayan yönetim anlayışı demektir. Bu anlayışın sağlık sektöründe tebellür eden hali sağlık hizmeti sunularının mutlu, sağlık hizmetini sunanın tatmin edilmesidir. Sağlıkta kaliteyi bir başka ifadeyle; hasta beklentilerinin karşılanması ve bunun bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik halinin ölçümlenmesi gibi olabildiğince zorlu olan bir sürecin hizmetin kalitesiyle karşılanması olarak söylemek mümkündür.

Sağlık hizmetlerinin alt basamaklardaki hizmetlerle beraber asıl önem arz ettiği yerler hastanelerdir. Hastaneler Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından: “Hastaları kontrol altında tutan, tanı ve tedavilerinin yanı sıra rehabilitasyon hizmetleri veren sağlık kuruluşları” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı’na göre de hastaneler: “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin, ayakta veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” dır. Bütün bunlarla beraber hastaneler; doktorların ve yardımcı sağlık personelinin eğitiminin, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi hizmetlerin yerine getirildiği kurum ve kuruluşlardır. Bu noktada hastaneleri hem bir sağlık kuruluşu, hem bir ekonomik işletme, hem doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, hem bir araştırma ünitesi, hem birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı sosyal bir örgüt olarak tanımlamak mümkündür.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında PY, içinde Kalite çalışması, TKY ve performansa dayalı ek ödeme sistemini de barındıran ve başından sonuna kadar dikkatle izlenmesi ve sorunlarının çözülmesi gereken bir süreç ve yönetim şeklidir. Bu süreçte asıl hedeflenen kişiyi bir bütün olarak tüm yönleriyle ele almak ve başarılarını ödüllendirmek ve eksikliklerin giderilmesini sağlamaktır. Nihai hedefin topluca başarıyı yakalamak ve süreçte yer alan herkesin kendini gözden geçirmesini sağlamak olduğu unutulmamalıdır.

Sağlıkta bir bütün olarak PY süreci (kalite, TKY, performans dayalı ek ödeme), 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”yle başlamış gerekli düzenlemelerle geniş bir çalışma ve organizasyon halini almıştır. Bu çalışmanın zemininde daha öncesinde, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından belirlenmiş olan sağlık hedefleri bulunmaktadır. Nitekim 14-18 Eylül 1998 tarihlerinde Kopenhag'da düzenlenen 48. Avrupa Bölge Komitesi Toplantısında bu hedefler belirlenmiştir. Ülkemiz tarafından da kabul edilmiş olan bu hedefler içinde bulunan 16. maddesi: “2010 yılına kadar üye ülkeler, topluma dayalı hizmet programlarından klinik düzeyde bireysel hasta bakımına kadar hizmet sektörü yönetiminin elde edilmek istenen sonuçlara yönelik olmasını sağlamalıdır” ifadesiyle sağlık hizmetlerinde hizmette kalite yönetimini öngörmektedir. Keza aynı maddenin 2. alt paragrafında da: “Tüm ülkeler sağlık üzerine etkinin ölçülmesi, maliyet-etkililik ve hasta memnuniyeti dahil en az 10 kalite göstergesinin sürekli izlenmesi ve geliştirilmesi için ülke çapında mekanizmaya sahip olmalıdır” denilmiştir. Bu uygulamalar ışığında yeterli olmamakla beraber sağlık kurum ve kuruluşları tarafından:

*Gross Mortalite Hızı,

*Net Mortalite Hızı,

*Hastane İnfeksiyon Hızı,

*Beklenmeyen Cerrahi Girişimler,

*Yatış Süresi,

*Aynı Hastalık Nedeniyle Beklenmeyen Yeniden Yatış,

*Komplikasyon Yüzdesi,

*Anestezi Mortalitesi,

*Cerrahi Mortalitesi,

*Anne Ölüm Hızı,

*Neonatal Mortalite,

*Sezaryen Doğum Oranı, gibi kontrol bilgileriyle kalite değerlendirilmesi yapılmıştır. Bütün bunlarla beraber sağlık kurum ve kuruluşlarının sunduğu hizmetlerin; insani, iktisadi, etkililik ve pazarlama boyutları olduğu da gözden uzak tutulmamalıdır.

Tez çalışmasında, yukarıda açıklanan temel bilgiler ışığında EDH’de performans yönetimi süreci ve bu sürece bağlı olarak performans dayalı ek ödeme sistemi takip

edilmiş, incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Tez çalışmasında, PY uygulamasının olmadığı 2003 yılı verileri ele alınmış bu veriler PY sürecinin uygulandığı 2007 yılıyla karşılaştırılmıştır. 2007 yılı da daha sonra PY uygulamasının daha iyi hale getirildiği 2009 yılı verileriyle karşılaştırılarak hem güncel durum hem de PY sürecinin son durumu ortaya konmuştur.

İnceleme ve araştırma esnasında ortaya konan rakamlar ve onlara bağlı olarak yapılan tespitler, EDH'nin PY sürecini başarıyla takip ettiğini göstermektedir. Bunu tekrardan kaçınmak düşüncesiyle her alanda değil de seçili alanlarda ortaya koymak gerekirse şunlar söylenebilir:

a-) EDH gibi oldukça köklü ve hitap ettiği kitle geniş olan bir hastanede 2003 yılındaki poliklinik oda sayısı 19'dur. Bu rakam 2007 yılında 60'a yükselmiştir. PY sürecinin aksak yanlarının giderildiği 2009 yılında ise EDH'de poliklinik oda sayısı 86'ya ulaşmıştır. Çok kestirme bir karşılaştırma bile yapılacak olsa 19 oda da yapılan poliklinik sayısı ve kalitesi ile 60 ve 86 odada yapılan poliklinik sayısı ve kalitesinin aynı olamayacağı izahtan varestedir. Kaldı ki bu noktada değişen sadece oda sayısı olmamış poliklinik sayısı da değişmiştir. 2003 yılında yıllık 319295 olarak gerçekleşen poliklinik sayısı 2007 yılında 460969'a yükselmiştir. Poliklinik sayısının 2009 yılında ulaştığı rakam ise 946854'tür. He ne kadar elimizde veri olmamakla beraber 2002 yılında poliklinik oda sayısı ile poliklinik sayısının 2003 yılından çok farklı olmadığı düşünülmektedir. Normal seyrinde devam edilmiş olsaydı yani EDH'de PY süreci uygulanmamış olsaydı; Edirne ve çevresinde açılan yeni özel sağlık kurumlarının ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin genişlemesinin de etkisiyle 2007 yılının da 2003 yılından farklı olmayacağını düşünmek çok zor değildir. 2007 yılını 2003 yılına göre farklı kılan husus, EDH'nin, Sağlık Bakanlığı'nın yasa ve yönetmelik ve yönergelerle desteklediği PY sürecini uygulaması ve bu uygulamadaki başarısıdır. Bu süreçteki başarı, sadece poliklinik oda sayısında ve poliklinik sayısında farklılık yaratmamış EDH'nin adeta yeniden doğuşunu sağlamıştır. 2003 yılından 2007 yılına gelindiğinde değişenin sadece rakamlar olmadığı hasta profilinin de değiştiği gözlemlenmiştir.

b-) PY sürecinde değişen ve gelişen sadece poliklinik oda sayısı ve poliklinik sayısı değildir. PY sürecinde, EDH'nin ameliyat sayısında da değişim ve gelişim yaşanmıştır.

2003 yılında, EDH 92 hekim sayısı ile 2544 adet ameliyat gerçekleştirirken bu sayı 2007 yılında 82 hekim sayısı ile 5251'dir. PY sürecinin en fazla dikkat edilecek noktası burasıdır. EDH, 2007 yılında, 2003 yılına göre hekim sayısını azaltmış ancak ameliyat sayısını 2003 yılının iki katından fazlasına çıkarmıştır. 2009 yılında 2007 yılına göre hekim sayısında artma olmuş ve bu sayı 134'e yükselmiştir. 2009 yılında ameliyat sayısı da 10015'e yükselmiştir. 2009 yılında yapılan ameliyat sayısı 2003 yılının dört katına, 2007 yılının da iki katına ulaşmıştır.

c-) EDH'de PY sürecinde yaşanan farklılıkları ödemelerde de gözlemlemek mümkündür. Konuyla ilgili olarak tesadüfen dört branş seçilmiş ve o branşlardaki ödemeler ortaya çıkarılmıştır. Örneğin Dahiliye Hastalıkları branşında, 2003 yılında 7694,05 TL'lik bir ödeme söz konusu iken bu rakam 2007 yılında yaklaşık 3,5 kat artarak 41.847,21 TL'ye yükselmiştir. Aynı branşta 2009 yılında yapılan ödemeler 88.337,80 TL'dir. Rakamlara bakıldığında Dahiliye Hastalıkları branşında yapılan ödemelerde, 2009 yılının 2007 yılında yapılan ödemelerin 2 katından biraz fazla olduğu söylenebilir. 2009 yılının bu rakamı 2003 yılında yapılan ödemenin 11 katından fazladır. Bu farklılık yine tesadüfen seçilen diğer branşlarda da söz konudur. Şöyle ki: Genel Cerrahi branşında da 11 kat olarak, Kadın Doğum Hastalıkları branşında 4,5 kat, Çocuk Hastalıkları branşında 10,5 kat olarak gerçekleşmiştir. Bu farklılığın yegane sebebi, EDH'nin, PY sürecindeki başarısıdır. Çünkü EDH'de 2003 yılından 2009 yılına ne doktor sayısı, ne poliklinik oda sayısı ne yardımcı sağlık personeli sayısı 11 kat artmış değildir.

d-) PY sürecinde, EDH'de yatan hasta sayısında da farklılıklar gözlenmiştir. 2003 yılında 7925 olan yatan hasta sayısı, 2007 yılında 12432'ye ve 2009 yılında ise 19529'a yükselmiştir.

e-) PY sürecinde en çarpıcı bir başka değişim muayene erişim oranında yaşanmıştır. 2003 yılında muayene erişim oranı 0,34 iken bu rakam 2007 ve 2009 yıllarında % 100 oranına ulaşmıştır.

f-) PY sürecinde, EDH'de değişen bir başka nokta da Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketlerinde yaşanmıştır. Bu konuda 2003 yılına ait herhangi bir veriye

ulaşılamamıştır. Ancak 2007 yılında % 87 oranında olan hasta ve hasta yakınları memnuniyet anketi oranı 2009 yılında % 97,34'e yükselmiştir.

g-) EDH'de, PY sürecinin en zorlu geçen bölümü hizmet kalitesi çalışmalarında yaşanmıştır. Bu konuyla ilgili 2003 yılına dair her hangi bir veriye ulaşılamamıştır. Ancak 2007 yılında hizmet kalite katsayısı oranı 0,69 olarak gerçekleştirilebilmiştir. Bu konuda çalışmalar 2007 yılından sonra daha da artmış ve 2009 yılında hizmet kalite katsayısı oranı 0,98 olarak gerçekleşmiştir.

h-) EDH'de PY sürecinin başarısını ortaya koyan bir başka husus kurum verimliliğinde yaşanmıştır. Kurum verimliliği çalışmasında 2003 yılına dair bir veriye ulaşılamamıştır. Ancak 2007 yılında 0,82 oranında gerçekleşen kurum verimliliği 2009 yılında 0,87'ye ulaşmıştır. Kurumsal verimlilik açısından % 100 oranına ulaşmak hedeflenmiş olmasına rağmen ulaşılmış olan % 87 oranı küçümsenmeyecek bir orandır.

ı-) EDH'de PY sürecinde yaşanan bir başka değişim ve gelişim gelir tahakkuklarında gözlenmiştir. 2003 yılı gelir tahakkuku 3.186.700 TL'dir. Bu rakam PY sürecinin başları sayılan 2006 yılında 17.729.529 TL'ye, 2007 yılında ise 19.992.992 TL'ye yükselmiştir. Gelir tahakkukları 2008 yılında 25.045.618 TL'ye 2009 yılında ise 2003 yılına göre yaklaşık 8 kat artarak 25.319.609 TL'ye yükselmiştir. Bu rakamlar, EDH'de PY sürecinin sağladığı nicel gelişimi görmek bakımından anlamlıdır.

Bir bütün olarak ele alındığında, EDH'nin, Sağlık Bakanlığı'nın "Sağlıkta Dönüşüm" projesiyle beraber uygulamaya koyduğu Sağlıkta PY (kalite, TKY ve performansa dayalı ek ödeme) sürecini başarılı bir şekilde uyguladığı, sonuçların kalite ve kantite bakımından farklılık yarattığı rahatlıkla söylenebilir. Bu tespitin başlıca kaynağı ve sebebi; -tablo ve rakamlarla ortaya konduğu gibi- PY uygulaması öncesi olan 2003 yılı hizmet, işlem ve ödemeleriyle, PY uygulamasının önemli bir dönemi olan 2007 yılı ve 2009 yılı arasındaki hizmet, işlem ve ödemeleri, arasındaki büyük farklılıklardır.

EDH; PY sürecinde, basit ve kolay bir başarı elde etmemiş, kelimenin tam anlamıyla bir inovasyon gerçekleştirmiştir.

KAYNAKÇA

Ak, C. (2006): *Muhibbi Divanı Cilt 1*, Trabzon.

Akal, Z.(1992): *İşletmelerde Performans Ölçüm Ve Denetimi; Çok Yönlü Performans Göstergeleri*, Mpm Yayını, Ankara

Akın, Ö. (2001): *Toplam Kalite Yönetimi ve İnsan*, Ezgi Kitapevi, Bursa.

Aktan, C.C. (1999): *2000'li Yıllarda Yeni Yönetim Teknikleri (4): İnsan Mühendisliği*, Tügiad Yayını, İstanbul

Aslantekin, F., Göktaş, B., Uluşen, M., Erdem, R. (2007): “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt:2, Sayı:6, s.55-71

Aydın, S. ve Demir, M. (2007): *Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Sağlıkta Dönüşüm Serisi: 2, Ankara s.29-93.

Belek, İ. (2001): *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*, Sorun Yayınları 3. Baskı, İstanbul.

Buharalı, C. (2008): *Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi*, Deloitte Türkiye Yayınları, İstanbul

Burak, B. (2008): “Performans Yönetimi ve Faydaları”, www.stratejikboyut.com (Erişim Tarihi 20.10.2010).

Çalık, T. (2003): *Performans Yönetimi, Tanımlar, Kavramlar İlkeler*, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, Ankara.

Çetin, C. (1998): *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*, İstanbul.

EDH 2003 verileri.

EDH 2006verileri.

EDH 2007verileri.

EDH 2008verileri.

EDH 2009 verileri.

EDH 2010 verileri.

Efil, İ. (1999): *Toplam Kalite Yönetimi ve ISO 9000 Kalite Güvence Sistemi*, Alfa Yayınları, İstanbul.

Erdumlu, G. (1991): "Kamu Yönetiminde Performans Ölçülmesi", *G.Ü. İİBF Dergisi*, C.7, S.1-2, s.324-337.

Eren, E. (2002): *Yönetim Ve Organizasyon*, Beta Yay., İstanbul.

Gökçe N. (2004): "Edirne Belediye Hastanesi'nin Tarihi Üzerine: Hastane İle İlgili Olarak Edirne Gazetesinde Yayınlanan Belgeler", *Trakya Üniv. Tıp Fakültesi Dergisi*, Sayı: 21 (1-3), s.36-41.

Halis, M. (2004): *Toplam Kalite Yönetimi*, Roma Yay., Ankara.

Işık, A. (1998): "Sağlık Ekonomisi, Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi", *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kavrakoğlu, İ. (1996): *Kalite Cep Kitabı*, KalDer Yayınları-3, Ankara.

Kavuncubaşı, Ş. (2000): *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Ankara.

Kazancıgil R. (1999): *Edirne Şehir Kronolojisi (1300-1994)*. Edirne Valiliği Yayınları, İstanbul, s.120.

Kazancıgil R. (2000): *Ahmet Badi Efendi Riyaz-i Belde-i Edirne*, Edirne Kültür Müdürlüğü Yayınları, No: 9, Acar Matbaacılık, İstanbul, s. 270.

Köseoğlu, Ö. (2005): "Belediyelerde Performans Yönetimi", *Tid*, S.447, s.215-228

Kubalı, D. (1999): "Performans Denetimi", *Amme İdaresi Dergisi*, C.32, S.1, s.31-62.

Kurtulmuş, S.(1998): *Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi*, İstanbul

Mutlu A.ve Işık A. (2002): *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları*, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No:14, 2002, İstanbul.

Nadaroğlu, H. (1981): *Kamu Maliyesi Teorisi*, 5. Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul.

Okur, Y. (2007): *Türkiye'de Kamu Denetimi, Değişim Süreci ve Performans Denetimi*, Nobel Yay., Ankara.

Özsarı, H. (2000): "Sağlık ve Sigorta", *Sigorta Dünyası Dergisi*, Sayı 472, s.21-22.

Örücü, E.ve Köseoğlu M.A. (2003): *İşletmelerde İşgören Performansını Değerlendirme*, Gazi Kitabevi, Ankara, Eylül, 2003, S.27-28.

Özer, M. A.(2009): “Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü Ve Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, S:73, S.3-29.

Özevren, M. (1997): *Toplam Kalite Yönetimi Temel Kavramlar ve Uygulamaları*, İstanbul.

Özkan, M. (2007): "Personel Yönetimi Performans ve Sonuç Göstergeleri", www.danishment.com (Erişim Tarihi 20.10.2010).

Peker, Ö. ve Aytürk N. (2002): *Yönetim Becerileri*, 2. Baskı, Yargı Yay., Ankara.

Sağlık Bakanlığı (2008): “02/07/2008 tarihinde ve 2011 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” www.saglik.gov.tr (Erişim 25.12.2010)

Sağlık Bakanlığı (2007): “23/03/2007 tarihli ve 2542 sayılı Makam Onayı ile yürürlüğe konulan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” www.saglik.gov.tr (Erişim 25.12.2010)

Sağlık Bakanlığı (2006a): “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Görevli Personelle Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik”, www.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi 25.12.2010)

Sağlık Bakanlığı (2006b): “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun İle 2006 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”, www.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi 25.12.2010)

Sağlık Bakanlığı (2005): “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi”, www.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi 25.12.2010)

Sağlık Bakanlığı (2004), *Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*, Ankara www.saglik.gov.tr (Erişim Tarihi: 25.10.2010)

Şener, O. (1998): *Kamu Ekonomisi*, 6. Baskı, Alkım Yayınevi, İstanbul.

Taban, S. (2004): “Türkiye’de Sağlık ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Nedensellik Testi”, 3. *Ulusal Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi*, Osmangazi Üniversitesi İİBF, Eskişehir.

Tekin, A. (2010): "Performans Ölçüm Kriterleri Ve İngiltere Yerel Yönetimlerinde Uygulama Sonuçları", *Yerel Gündem*, Yıl 2, S.10, S.30-36.

Tikici, M. (2004): *Toplam Kalite Yönetim Tekniği Olarak Kıyaslama*, Nobel Yay., Ankara.

Tokat, M. (1994): “Sağlık Ekonomisi”, www.husep.hacettepe.edu.tr (Erişim Tarihi:25.09.2010)

Tokgöz, E. (1981): *Sosyal Gelişmede Sağlık, Türkiye 2. İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri*, DPT Yayınları, Yayın No. 1783, Ankara.

Tosyavizade R.O. (1920): *Edirne Rehnüması*, Edirne Vilayet Matbaası, Edirne.

Uz, M.H.(2007): “Sağlık Ekonomisine Giriş”, <http://www.merih.net> (Erişim Tarihi: 25.09.2010)

Witter, S.(2002): “Briefing Paper for Oxfam GB, Health Financing in Developing and Transtional Countries ” *Centre For Health Economics* University of York.

WHO (1981): *Global Strategy for Health for All Bye The Year 2000*, Geneva

www.rega.basbakanlik.gov.tr (Erişim Tarihi 25.11.2010).

www.turkansiklopedi.com (Erişim Tarihi: 25.10.2010)

Yıldırım, S. (1994): “Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, *DPT Uzmanlık Tezleri*, Yayın No:DPT:2350, Ankara.

Yüreğir, O.H. ve Nakiboğlu, G. (2007): “Performans Ölçümü Ve Ölçüm Sistemleri: Genel Bir Bakış”, *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 16, Sayı 2, 2007, S.545-562.

ÖZGEÇMİŞ

Dr. Ali Fatih Selvi

1974 İzmir doğumlu. İlk ve orta eğitimini İzmir’de tamamladı. 2000 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu.

Aynı yıl Edirne Belediye Başkanlığı Sağlık İşleri Müdürlüğü’nde Tıp Doktoru olarak göreve başladı.

2004 yılında Sağlık Bakanlığı Edirne İl Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi’ne Başhekim olarak atandı.

2005 yılında Edirne Devlet Hastanesi Başhekim Yardımcısı olarak atandı.

2006 – 2010 yılları arasında, Edirne Devlet Hastanesi Satın Alma Komisyon Başkanlığı görevini yaptı.

Halen aynı hastanede Başhekim Yardımcısı olarak görev yapmaktadır.

İyi düzeyde İngilizce bilmektedir.

Evli ve iki çocuk babasıdır.

