

T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

**SAĞLIK BAKANLIĞI İLE “BİRLİKTE KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ
PROTOKOLÜ” UYGULAMASINA GİDEN ÜNİVERSİTE
HASTANELERİNDE
PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN
PERSONEL VERİMLİLİĞİNE ETKİSİ
(MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUHAMMET ÇANKAYA

**DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. EMİN UZUN**

**TEMMUZ, 2013
MUĞLA**

T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

**SAĞLIK BAKANLIĞI İLE “BİRLİKTE KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ
PROTOKOLÜ” UYGULAMASINA GİDEN ÜNİVERSİTE
HASTANELERİNDE
PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN
PERSONEL VERİMLİLİĞİNE ETKİSİ
(MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUHAMMET ÇANKAYA

**DANIŞMAN
YRD.DOÇ.DR. EMİN UZUN**

**TEMMUZ, 2013
MUĞLA**

T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK BAKANLIĞI İLE “BİRLİKTE KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ
PROTOKOLÜ” UYGULAMASINA GİDEN ÜNİVERSİTE
HASTANELERİNDE
PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN
PERSONEL VERİMLİLİĞİNE ETKİSİ
(MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)

MUHAMMET ÇANKAYA

Sosyal Bilimler Enstitüsünde
“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 17.../07.../2013

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 19.../07.../2013

Tez Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Emin UZUN

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Erdoğan GAVCAR

Jüri Üyesi : Doç.Dr. Umut AVCI

Enstitü Müdürü : Prof.Dr. Namık Kemal ÖZTÜRK

TEMMUZ, 2013

MUĞLA

TUTANAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün 1.4.1.06./2013 tarih ve 593./5. sayılı toplantısında oluşturulan jüri, Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 24/6 maddesine göre, İşletme Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Muhammet ÇANKAYA'nın "Sağlık Bakanlığı ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Personel Verimliliğine Etkisi (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)" adlı tezini incelemiş ve aday 1.4.1.07./2013 tarihinde saat 14.00'da jüri önünde tez savunmasına alınmıştır.

Adayın kişisel çalışmaya dayanan tezini savunmasından sonra 30...dakikalık süre içinde gerek tez konusu, gerekse tezin dayanağı olan anabilim dallarından sorulan sorulara verdiği cevaplar değerlendirilerek tezin **kabul** edildiğine O.Y. Sirkeliyle karar verildi.

Tez Danışmanı

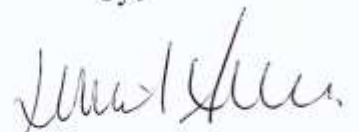

Yrd.Doç.Dr. Emin UZUN

Üye



Prof.Dr. Erdoğan GAVCAR

Üye



Doç.Dr. Umut AVCI

YEMİN

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Sağlık Bakanlığı ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Personel Verimliliğine Etkisi (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden olduğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

17.../07.../2013

MUHAMMET ÇANKAYA



YÜKSEKÖĞRETİM KURULU DOKÜMANTASYON MERKEZİ
TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

YAZARIN

MERKEZİMİZCE DOLDURULACAKTIR.

Soyadı : ÇANKAYA

Adı : MUHAMMET

Kayıt No:

TEZİN ADI

Türkçe : Sağlık Bakanlığı ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Personel Verimliliğine Etkisi (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)

Y. Dil : The Impact to Efficiency of the Employees the Performance Based Additional Payment System in the Use of the University Hospitals and the Ministry of Health Protocol for Cooperation and Collocation (The Case of Muğla Sıtkı Koçman University, Training and Research Hospital)

TEZİN TÜRÜ: Yüksek Lisans

Doktora

Sanatta Yeterlilik

●

○

○

TEZİN KABUL EDİLDİĞİ

Üniversite : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Fakülte :

Enstitü :Sosyal Bilimler Enstitüsü

Diğer Kuruluşlar :

Tarih :

TEZ YAYINLANMIŞSA

Yayımlayan :

Basım Yeri :

Basım Tarihi :

ISBN :

TEZ YÖNETİCİSİNİN

Soyadı, Adı : UZUN, EMİN

Ünvanı : Yrd.Doç.Dr.

TEZİN YAZILDIĞI DİL : TÜRKÇE

TEZİN SAYFA SAYISI: 197

TEZİN KONUSU (KONULARI) :

- 1.PERFORMANS
- 2.VERİMLİLİK
- 3.PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ

TÜRKÇE ANAHTAR KELİMELER :

- 1.PERFORMANS
- 2.PERFORMANS YÖNETİMİ
- 3.BİRLİKTE KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ
- 4.HASTANE
- 5.SAĞLIK BAKANLIĞI

İNGİLİZCE ANAHTAR KELİMELER:

- 1.PERFORMANCE
- 2.PERFORMANCE MANAGEMENT
- 3.PROTOCOL FOR COOPERATION AND COLLOCATION
- 4.HOSPITAL
- 5.MINISTRY OF HEALTH

- 1- Tezinden fotokopi yapılmasına izin vermiyorum
- 2- Tezinden dipnot gösterilmek şartıyla bir bölümünün fotokopisi alınabilir
- 3- Kaynak gösterilmek şartıyla tezin tamamının fotokopisi alınabilir

Yazarın İmzası :



Tarih : 12.02.2013

ÖNSÖZ

Bu çalışmada emeği geçen ve benden yardımlarını esirgemeyen öncelikle danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Emin UZUN hocama, anket çalışmalarım sırasında bana yardımcı olan ve ankete katılımda bulunan Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına, anket analizleri için yardımlarını esirgemeyen Fethiye İşletme Fakóltesi Dekanı Sayın Prof. Dr. Erdoğan GAVCAR ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür Yardımcısı Sayın Yrd. Doç. Dr. Metin PIAKIEFE hocalarıma, görüş ve önerileriyle çalışmama büyük katkı sağlayan Tıp Fakóltesi Dekanı Sayın Prof. Dr. İrfan ALTUNTAř ve Dekan Yardımcısı Prof. Dr. Yasemin BALCI hocalarıma ve sürekli desteğini gördüğüm aileme teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Günümüz rekabet koşullarının acımasızlığı ve üretim kaynaklarının giderek azalması, zaman zaman yaşanan siyasal, sosyal ve ekonomik istikrarsızlıkların etkisi tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de kamu kesimi tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinde bir takım değişim ve gelişmelerin yaşanmasını zorunlu kılmaktadır. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetlerinin sunumu ve sağlık kurumları işletmeciliğinde yeni modellemelere gidilmiş, sağlık sektöründe hızlı bir dönüşüm yaşanmıştır. Üniversitelerin tıp fakülteleri ya da sağlık uygulama ve araştırma merkezleri ile Sağlık Bakanlığı hastanelerinin birlikte hizmet vermesi bu yeni modellemelere bir örnek olarak gösterilebilir.

Çalışmanın amacı ülkemizde 2011 yılı itibariyle uygulanmaya başlanan ve gün geçtikçe kullanımı yaygınlaşan, Üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tesislerinin birlikte kullanımı neticesinde oluşan kurumlarda çalışan personele uygulanan, “performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanların verimliliklerini olumlu veya olumsuz yönde etkileyip etkilemediğinin” araştırılmasıdır. Konuyla ilgili çalışmaya literatür taraması yapılarak başlanmış; bu alanda kitap, makale, yayımlanmış ve yayımlanmamış yüksek lisans ve doktora tezleri ve internet dokümanları incelenmiştir. Özellikle incelenen kavramlar; performans, performans değerlendirme, verimlilik, sağlık hizmetlerinde performans ölçümü, Sağlık Bakanlığı performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık hizmeti sunucuları, vb. kavramları olmuştur.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanmakta olan, performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastane çalışanlarının verimliliklerine olan etkilerini belirlemek amacıyla 26 adet kapalı uçlu ve 1 adet açık uçlu soru olmak üzere toplam 27 soruluk bir anket geliştirilmiş ve çalışan personel üzerinde uygulanmıştır. Araştırmanın evreni Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi ile T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Muğla Devlet Hastanesi'nin 26/04/2011 tarihinde imzaladığı “...birlikte kullanım ve işbirliği protokolü” ile Muğla Sıtkı Koçman

Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak adlandırılan kurumda araştırmanın yapıldığı tarihlerde çalışan personelin tümüdür.

Araştırma evreni 910 kişiden oluşmaktadır. Çalışanların değerlendirmelerini almak üzere 550 adet anket çalışması sunulmuş ancak bunların 338'i cevaplandırılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 14.0'da Tek Yönlü ANOVA, Kruskal Wallis, Bağımsız İki Örnek T-Testi ve Post Hoc testleriyle incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Performans, Performans Yönetimi, Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü, Hastane, Sağlık Bakanlığı

ABSTRACT

The ruthlessness of the today's competitive conditions, ever depleting sources of production and the impact of the political, social and economic instabilities, experienced from time to time, forced some changes and developments to occur in the health services, provided by the public sector, just like all sectors. As the result, new sorts of modeling have been implemented in the presentation of the health services as well as the management of the health institutions, thus a rapid transformation was experienced in the health sector. The implementation of the Faculty of the medicines of the Universities or the Health Practice and Research Centers, providing their services in a co-locational manner may be given as an example to this new sort of modeling.

The aim of the hereby study is to analyze whether the work system, called "Performance based additional payment" affects the employees of the institutions, emerged after the co-colcational use of the Universities and the relevant institutions of the Ministry of Health in a negative or positive manner. The study in this regard was initiated by conducting a literature review and the books, articles, published or unpublished post graduate or doctorate thesis as well as the internet based documents were studied. The initially dissected notions included the elements such as performance, evaluation of performance, efficiency, performance measurement in health services, the Ministry Of Health Performance based Additional Payment System, health services providers etc.

In order to determine the impact of the Performance based Additional Payment System, that is currently being implemented in the Muğla Sıtkı Koçman University, Training and Research Hospital, on the efficiency of the employees of the said hospital, a survey with 27 questions (including 26 open ended question and one closed ended question) was developed and implemented on the working personnel. The population of the research is comprised of the entire personnel, working in the Institution, renamed Muğla Sıtkı Koçman University, Training and Research Hospital, upon undersigning the "protocol for cooperation and collocation" signed by

The Muğla State Hospital under the Ministry of Health and by Muğla Sıtkı Koçman University by time the indicated research was being conducted.

The population of the study is comprised of 910 people. 550 surveys were presented in order to acquire the assessments of the employees but only 338 of them were filled in. The data, received from this were analyzed in SPSS 14.0 via single factor – ANOVA test, Kruskal Wallis, Independent Samples t-Test and Post – Hoc tests.

Keywords: Performance, Performance Management, Protocol for Cooperation and Collocation, Hospital, Ministry Of Health

KISALTMALAR LİSTESİ

BES: Behavioral Expectation Scales (Davranışsal Beklenti Ölçekleri)

AGY: Amaçlara Göre Yönetim

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BSC: Balanced Scorecard (Denge Skoru)

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)

ILO : International Labour Organisation (Uluslararası Çalışma Örgütü)

EPA: European Productivity Agency (Avrupa Verimlilik Ajansı)

JPC: Japon Productivity Center (Japon Verimlilik Merkezi)

MPM: Milli Prodüktivite Merkezi

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

SB: Sağlık Bakanlığı

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

DPT: Devlet Planlama Teşkilatı

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

PDEÖS: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

YBPK: Yönetici Birim Performansı Katsayısı

RG: Resmi Gazete

AR-GE: Araştırma Geliştirme

JACHO: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu)

JCI: Joint Commission International (Uluslararası Sağlık Standartları Komisyonu)

ISO: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Örgütü)

KHK: Kanun Hükmünde Kararname

TKHK: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

GSS: Genel Sağlık Sigortası

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

vd.: ve diğerleri

n: Denek Sayısı

St.Sp: Standart Sapma

x: Aritmetik Ortalama

Ort.: Ortalama

GEYH: Görev Alanı, Eğitim Düzeyi, Yaş Grupları, Hastanede Görev Yaptığı Süre

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
ÖZET	II
ABSTRACT	IV
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
İÇİNDEKİLER	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ	XI
TABLolar LİSTESİ	XII
GİRİŞ	1
PERFORMANS	4
1.1.PERFORMANS VE TANIMI	4
1.2. PERFORMANS YÖNETİMİ	5
1.2.1. <i>Performans Yönetiminin Amacı</i>	6
1.2.2. <i>Performans Yönetim Süreci</i>	7
1.3. PERFORMANS DEĞERLENDİRME	11
1.3.1. <i>Performans Değerlendirmenin Amacı</i>	12
1.3.2. <i>Performans Değerlendirmenin Faydaları</i>	14
1.3.3. <i>Performans Değerlendirme Yöntemleri</i>	15
1.3.3.1. <i>Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım</i>	16
1.3.3.2. <i>Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yaklaşım</i>	17
1.3.3.3. <i>Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım</i>	20
1.3.3.4. <i>360 Derece Performans Değerleme</i>	22
1.3.3.5. <i>Denge Skoru</i>	23
1.3.3.6. <i>Lynch-Cross Performans Piramidi</i>	25
1.3.3.7. <i>Çağdaş Performans Değerleme Yöntemleri</i>	25
1.4. PERFORMANS DEĞERLENDİRMEDE KARŞILAŞILAN SORUNLAR	26
1.4.1. <i>Halo (Hale) Etkisi</i>	27
1.4.2. <i>Tek Yönlü Ölçüm</i>	28
1.4.3. <i>Taraflı Ölçüm</i>	28
1.4.4. <i>Standart Ölçüm (Ortalama Eğilimi)</i>	28
1.4.5. <i>Ölçme Aracından Kaynaklanan Hatalar</i>	29
1.4.6. <i>Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme</i>	29
1.4.7. <i>Kontrast Hataları</i>	29
1.4.8. <i>Objektif Olmama</i>	30
1.4.9. <i>Pozisyondan Etkilenme</i>	30
1.4.10. <i>Kişisel Önyargılar</i>	30
II. BÖLÜM	31
VERİMLİLİK	31
2-1 VERİMLİLİK VE TANIMI	31
2.2 VERİMLİLİK ÇEŞİTLERİ	36
2.2.1. <i>Toplam Verimlilik</i>	36
2.2.2. <i>Kısmi Verimlilik</i>	37
2.2.3. <i>Çok Ögeli Verimlilik</i>	37

2.3 VERİMLİLİK STRATEJİLERİ.....	38
2.4 VERİMLİLİĞİN ÖLÇÜMÜ.....	40
III. BÖLÜM.....	41
SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ	41
3.1. SAĞLIK VE TANIMI	42
3.2. SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ	42
3.2.1. Çevre.....	42
3.2.2. Davranış.....	43
3.2.3. Kalıtım	44
3.2.4. Sağlık Bakım Hizmetleri.....	44
3.3. SAĞLIK HİZMETLERİ.....	45
3.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	46
3.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	46
3.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	47
3.3.2.2. Tedavi Hizmetleri	48
3.3.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	51
3.3.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri	51
3.4. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ	52
1923-1938 Dönemi.....	52
1939-1960 Dönemi.....	53
1961-1980 Dönemi.....	53
1981-2000 Dönemi.....	54
2001 ve Günümüze Kadar Olan Dönem.....	55
3.5 SAĞLIK BAKANLIĞINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ	57
3.5.1. Sağlık Bakanlığında Performans Ödemelerinin Tarihiçesi	57
3.5.2. Performans Hesaplaması	59
3.5.2.1. Yönetici Performans Ölçümü.....	59
3.5.2.2. Bireysel Performans Ölçümü	74
3.5.3. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik.....	75
3.5.3.1. Dayanak.....	75
3.5.3.2. Tanımlar	75
3.5.3.3. Temel esaslar	78
3.5.3.4. Ödenecek Net Ek Ödeme Tutarı	80
3.5.3.5. Kanunî kesintiler.....	81
3.5.3.6. Dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesi.....	81
3.6. SAĞLIK BAKANLIĞI İLE ÜNİVERSİTELERİN BİRLİKTE KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ UYGULAMALARI	89
3.7 HASTANELER	93
3.7.1. Hastanelerin Sınıflandırılması	97
3.7.1.1. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler.....	97
3.7.1.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler	98
3.7.1.3. Hastaların Yatış Süresine Göre Hastaneler.....	99
3.7.1.4. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler.....	100
3.7.1.5. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler.....	101
3.7.1.6. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler.....	101
3.7.1.7. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler.....	102
3.8. TÜRKİYE’DE HASTANE ÖRGÜTLERİ ORGANİZASYON YAPILARI	102
3.8.1. Sağlık Bakanlığın	102
3.8.1.1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.....	104
3.8.1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	106
3.8.1.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Birlikleri.....	108
3.8.2. Üniversite Hastaneleri	109
3.8.3. Özel Hastaneler.....	111

IV. BÖLÜM	113
I. AŞAMA	113
ALAN UYGULAMASI.....	113
4.1. MATERYAL VE YÖNTEM.....	113
4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	113
4.1.2. Araştırma Evreni ve Örneklem	114
4.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	114
4.1.4. Araştırmanın Varsayımları ve Hipotezleri.....	114
4.1.5. Veri Toplama Aracı.....	116
4.1.6. Verilerin Toplanması.....	117
4.1.7. Verilerin Değerleri ve Güvenilirliği	118
II. AŞAMA.....	119
4.2. BULGULAR VE TESPİTLER	119
4.2.1. Genel Bulgular	119
4.2.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular ve Tespitler	122
III. AŞAMA	168
4.3. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	168
KAYNAKÇA	175
EK-1 ONAY YAZISI.....	185
EK-2 ANKET FORMU	189
EK-3 BİRLİKTE KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ	191
EK-4 ÖZGEÇMİŞ.....

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1: Performans Yönetim Süreci (Gimsi Modeli)	8
Şekil 2: Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar ve İş İlişkileri	48
Şekil 3: Hastane Sistemi	95
Şekil 4: Mülkiyetine Göre Hastaneler	97
Şekil 5: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması	103
Şekil 6: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) Merkez Teşkilatı	107
Şekil 7: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) Taşra Teşkilatı	108
Şekil 8: Üniversite Hastanesi Teşkilat Şeması	111
Şekil 9: Özel Hastane Teşkilat Şeması	112

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1: Verimlilik Türleri	38
Tablo 2: Borçluluk Süresi (Gün) Katsayısı	63
Tablo 3: Hizmet Kalite Standartları (HKS) Katsayısı	63
Tablo 4: Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı	64
Tablo 5: Performans Hedefi Katsayısı	66
Tablo 6: Bölge Gelişmişlik Katsayısı	68
Tablo 7: Hastane Türü Katsayısı	69
Tablo 8: Hastane Yaşı Katsayısı	71
Tablo 9: Mali Büyüklük Katsayısı	72
Tablo 10: Çalışma Süresi Katsayısı	73
Tablo 11: Tabip Muayene Girişimsel İşlemler Puan Listesi Örneği	86
Tablo 12: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayıları	87
Tablo 13: Bilimsel Çalışmalar ve Puanları	88
Tablo 14: Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin Ortak Kullanımda Olan Hastaneleri	92
Tablo 15: Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin Ortak Kullanımı Planlanan Hastaneleri	92
Tablo 16: Ortak Kullanım Birimlerinde Üniversitelerden Görevlendirilen Personel Dağılımı	93

Tablo 17: Sektörlere göre hastane sayısı (2010 yılı)	96
Tablo 18: Hasta yatağı sayısı (2010 yılı)	96
Tablo 19: Dallara göre hastane/yatak sayısı (2010 yılı)	96
Tablo 20: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye	98
Tablo 21: Yıllara ve Dallara Göre Hastane Sayıları, Türkiye	99
Tablo 22: Dağıtılan ve Cevaplanan Anket Sayı ve Yüzdeleri	117
Tablo 23: Ankete Katılanların Demografik Özellikleri	119
Tablo 24: Çalışanların PDEÖS ile ilgili Tutum ve Düşünceleri	122
Tablo 25: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	125
Tablo 26: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personelin verimliliğini artırmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	127
Tablo 27: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personelin iş motivasyonunu artırmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	129
Tablo 28: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi bu ödemedен faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	131
Tablo 29: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personelin iş yükünü artırmıştır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	133
Tablo 30: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	135
Tablo 31: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hastanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	137
Tablo 32: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	139

Tablo 33: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yanlış bir sistemdir ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	141
Tablo 34: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistemdir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	143
Tablo 35: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	145
Tablo 36: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet vermektedir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	147
Tablo 37: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar vermektedir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	149
Tablo 38: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	151
Tablo 39: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	153
Tablo 40: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	155
Tablo 41: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	157
Tablo 42: Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	159
Tablo 43: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hakkında yeterli bilgiye sahibim görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	161
Tablo 44: SB ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü destekliyorum görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi	163
Tablo 45: Çalışanların PDEÖS ile ilgili Tutum ve Düşüncelerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Değerlendirilmesi	165

GİRİŞ

Sağlık sektörü, sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek, sunmak ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, ürün vb.nin tümü için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavram olarak tanımlanabilir. Bu sektör içerisinde kamu ve özel sektör hizmet sunucuları yer almaktadır. Ülkemizde kamu ve özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin geri ödemesi çoğunlukla Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmakla birlikte ayrıca özel sağlık sigortası şirketleri ve bireylerin kendilerince de ödemeler yapılmaktadır.

Sağlık hizmetleri sunumu, özelliği gereği ertelenemez bir hizmettir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyler, arzu ettikleri kalite düzeyine yakın sağlık hizmetlerini ihtiyaç duydukları anda, en kolay ulaşabilecek şekilde almak isterler. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar, Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı hastaneler, belediye hastaneleri ve üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunucularının kamu kesimini oluşturmaktadır. Kamu kesimine ilaveten, özel sektör tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin ağırlığı da ülkemizde gün geçtikçe artmaktadır.

Ülkemizde sağlık sektöründe yaşanan büyük değişimler sonucu ülke vatandaşlarının tümü Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. Kamuya ait Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri ile Devlet Hastaneleri birleştirilmiş ve Devlet Hastanesi adı altında hizmet vermeye başlamışlardır. Tıp Fakültelerinin sayısı arttırılmıştır. Aile Hekimliği uygulaması başlatılmış kısa bir süre sonra ülke çapında yaygınlaştırılmıştır. Hastalara randevu sistemi ve hekim seçme hakları getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin idari yapısında değişiklikler yapılarak Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu bünyesindeki Hastane Birliği Genel Sekreterliklerine bağlanmışlardır. Başhekimlik makamının görev tanımlarında değişiklikler yapılmış, hastane müdürü ve müdür yardımcılıkları sonlandırılarak yerlerine idari-mali hizmetler müdür ve müdür yardımcılıkları ile sağlık hizmetleri müdür ve müdür yardımcılıkları getirilmiştir. Hastanenin tüm faaliyetlerinden Genel Sekretere karşı

sorumlu bir Hastane Yöneticisi makamı oluşturulmuştur. Üniversitelere ait gelişimini tamamlayamamış veya yeni kurulmuş tıp fakültelerinin Sağlık Bakanlığı hastanelerini kullanarak hekim yetiştirme amacını gerçekleştirmelerine olanak sağlanmıştır. Bu bağlamda; ülke genelinde il nüfusu 850.000'in altında olan illerde Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerin ilgili tesislerinin birlikte kullanım ve işbirliği uygulamalarına gitmelerinin yasal dayanağı hazırlanmış ve bu yöndeki uygulamalara destek verilmiştir. Ülkemizde gerek Sağlık Bakanlığı gerekse Üniversiteler, bünyelerinde yer alan sağlık kurumlarında çalışan personele ek ödeme yapabilmek için yönetmelikler hazırlamış ve bu yönetmelikler çerçevesinde performansa dayalı ek ödeme sistemlerini geliştirmişlerdir.

Ülkemizde 2011 yılı itibariyle uygulanmaya başlanan ve her geçen gün kullanımı yaygınlaşan “Üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tesislerinin birlikte kullanımı” yeni bir anlayışın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Öyle ki; tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmeti sunan Devlet Hastaneleri ile tıp doktoru yetiştirmek ve tıp alanında araştırmalar yapmak üzere eğitim veren Tıp Fakülteleri, alanlarındaki tecrübelerini ve imkanlarını daha iyi kullanabilmek amacıyla “birlikte kullanım ve işbirliği protokolü” imzalayarak yeni bir oluşuma yönelmişlerdir. Böylece Tıp Fakülteleri; Sağlık Bakanlığı'nın bina, makine-teçhizat ve tecrübeli personeli ile maddi imkanlarından yararlanarak eğitim faaliyetlerini sürdürürken, Sağlık Bakanlığı'nın ilgili hastaneleri ise; tıp fakültelerinin nitelikli akademik personeli ve alanlarında yetişmiş hekim dışı personelinin mesleki deneyimlerinden yararlanmaktadır. Ayrıca bu hastaneler 3. basamak sağlık hizmeti sunan “Eğitim ve Araştırma Hastanesi” niteliğini de kazanmışlardır. Hastanede verilen sağlık hizmetlerinin ücretlendirmeleri 3. Basamak Sağlık Kuruluşu olarak faturalandırıldığından hastanelerin gelirlerinde eskiye nazaran bir artış söz konusudur. Birlikte kullanım ve işbirliği protokolü ile ortaya çıkan bu yeni oluşumda görevli personele 18/02/2011 tarih ve 27850 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümlerine göre Performansa Dayalı Ek Ödeme yapılmaktadır.

Çalışmamızın birinci bölümünde; performans, performans yönetimi, performans değerlendirme ve bu alanda karşılaşılan sorunlara yer verilmiştir. Performans kavramı, amacı, performans değerlendirmenin tanımı, amacı ve yöntemleri ile performans değerlendirmede karşılaşılan sorunlar detaylı olarak incelenmiştir.

İkinci bölümde; verimlilik kavramı, çeşitleri ve stratejileri ile verimlilik ölçümü konularına yer verilmiştir.

Üçüncü bölümde; sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve özellikleri, ülkemizde sağlık hizmetlerinin yıllara göre gelişimi, Sağlık Bakanlığı performansına dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerin birlikte kullanım ve işbirliği protokolü uygulaması ve Türkiye'deki hastane örgütlerinin organizasyon yapıları konularına yer verilmiştir.

Dördüncü bölümde Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerin “birlikte kullanım ve işbirliği protokolü” imzalamaları neticesinde birlikte sağlık hizmeti sunan kurumlarda çalışanlara uygulanan performansına dayalı ek ödeme sisteminin çalışanların verimliliklerine olan etkisi, Muğla ilinde alan araştırması yapılarak ele alınmıştır. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı Muğla Devlet Hastanesi'nin 26/04/2011 tarihinde imzaladıkları protokol ile yeni bir tüzel kişilik ortaya çıkmış ve Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi adı altında sağlık hizmeti vermeye başlanılmıştır. Bu iki kurum personelinin birlikte sağlık hizmeti sunması nedeniyle bu personele uygulanan performansına dayalı ek ödeme sisteminin çalışanların verimliliğini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Dördüncü bölüm birden fazla aşamadan oluşmaktadır. İlk aşamada; araştırmanın amacı, evreni, yöntemi, sınırlılıkları, varsayımları, hipotezleri, verilerin toplanması ve analizi konularına yer verilmiştir. İkinci aşamada; bulgular konusuna yer verilmiş ve hipotezlere ilişkin bulgular tablolar yardımıyla açıklanmıştır. Üçüncü ve son aşamada ise sonuç ve öneriler yer almaktadır. Elde edilen bulguların, performans sistemini uygulayan yönetici gruba ve mevcut uygulamaların geliştirilmesi için araştırma yapmak isteyenlere yeni fikirler verebileceği düşünülmektedir.

I.BÖLÜM

PERFORMANS

1.1.Performans ve Tanımı

Her işletme belli amaçlar ve görevleri gerçekleştirmek için kurulur. İşletme yönetimlerinin temel görevi bu amaç ve görevleri mümkün olan en iyi düzeyde gerçekleştirmektir. En iyinin ne olduğu yönetimin performans anlayışına göre belirlenir. İşletmelerin varlığı ve sürekliliği performans anlayışının geçerliliğine ve doğruluğuna bağlıdır (Akal, 2000:5).

Performans, herhangi bir görevin gereği olarak önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara yaklaşma derecesi olarak tanımlanabilir (Aksoy, 2001:4).

Şimşek'e göre performans, genel anlamda, amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Gazi, 2006: 5).

Performans, amacın gerçekleştirilme derecesidir. Bir işi yapan bireyin, grubun ya da örgütün o iş aracılığıyla, hedefe göre nereye ulaşabildiğini gösterir. Dolayısıyla performans, işgörenin görevinde ne yapması gerektiğine ilişkin beklentilerle, gerçekte ne yaptığı arasındaki ilişkinin bir fonksiyonudur. İşgörenin görevini gerçekleştirmek için yaptığı her işlem ve eylem bir performans davranışdır (Memiş, 2010: 26).

İşletmecilik açısından performans, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilir. Performansın belirlenmesi için, gerçekleştirilen etkinliğin sonucunun değerlendirilmesi gerekir. Değer, bir etkinlik sonucunda oluşan varlık ya da olgunun anlaşılabilir, anlatılabilir,

özneliği azaltılmış, nesneliği artırılmış olarak açıklanmasında kullanılan bir ölçüdür. Değerler, ölçüm işlevi sonucunda saptanır ve bu değerlerin her biri bir performans göstergesidir (Akal, 2000:1).

Performans kelimesi, İngilizce “performance” kökünden gelmesine karşılık, Türkçeye “performans” olarak yerleşmiş durumdadır. Türkçe sözlüklerde; beceri, başarı, kapasite, yetenek gibi anlamlara gelmektedir. Terim olarak da kısaca “bir işin yerine getiriliş düzeyi” olarak tanımlanabilir (Ateş vd., 2007: 2).

1.2. Performans Yönetimi

Performans yönetimi, organizasyonun amacını ve görevlerini en iyi biçimde gerçekleştirmek için, organizasyon kaynaklarını seçme ve değerlendirme sürecidir (Celep, 2010: 7).

Performans yönetimi, belirlenen hedeflere ulaşabilmek için bireylerin ve işletmenin ne yapması gerektiğinin belirlenmesini, bunların nasıl yapılacağıının formüle edilmesini ve öneriler geliştirilmesini kapsar (Celep, 2010: 9).

Performans yönetimi, kurumu ileriye götürecek amaçların oluşturulmasını, kaynakların dağılımını ve öncelikli alanlara tahsisini sağlayarak uygulanan politikaların belirlenen amaçlara ulaşmayı sağlayıp sağlamayacağını kontrol eden ve kurumsal kültür ile kurumsal sistem ve süreçler üzerinde olumlu etkiler meydana getirmek üzere performans bilgisini kullanan bir yönetim sistemi olarak tanımlanmaktadır (Yenice, 2007: 95).

Performans yönetimi, yönetimin planlama ve denetim faaliyetlerinin daha geniş bir çerçevede ve performans kavramındaki gelişmeler ışığında uygulanmasına yönelik çağdaş bir yönetim anlayışı olarak tanımlanmaktadır. Örgütün amaçlarını ve görevlerini mümkün olabilecek en iyi ve en başarılı biçimde gerçekleştirmek için örgüt kaynaklarını performanslarına göre seçme ve değerlendirme sürecidir. Performans yönetimi verimliliğe, etkililiğe ve ekonomik olmaya odaklanmış örgüt yönetimi anlayışı olup tüm bunlara ulaşabilmek için ölçülebilir hedefler koymayı ve

bu hedeflere ilişkin çıktıları sürekli ölçmeyi gerekli kılmaktadır (Tunçel vd., 2012: 104).

Performans yönetim (değerlendirme) sisteminin öncelikli amacı, hedeflerin ve bireysel gelişime yönelik ihtiyaçların belirlenmesi, izlenmesi ve değerlendirilmesidir. Performans yönetim sisteminin doğru şartlarda ve adil olarak uygulanması durumunda elde edilen sonuçlar, insan kaynaklarında yer alan diğer alt sistemlere girdi olarak kullanılabilir (Işığışok, 2008: 3).

Performans değerlendirmesi, personelin işle ilgili tutumunu, davranışlarını, çıktılarını ve devamsızlığını ölçmek, değerlendirmek ve etkilemek için oluşturulmuş yapısal sistemdir. Başarı değerlemesi, potansiyelin kendisinden beklenen görevleri ne derece iyi gerçekleştirdiğini belirlemeye yönelik bir süreçtir (Tengilimoğlu vd., 2012: 322).

Başka bir tanıma göre performans yönetimi, örgütlerde tüm çalışanları performansın sürekli gelişimini hedefleyen, ortak amaçlarda birleştirmeyi ve bu amaçlara ulaşmak için gerekli planlama-ölçme-yönlendirme-kontrol işlevlerini, yönetimin diğer işlevleri ile eşgüdümlü olarak yürütmeyi öngören bir yönetim biçimidir (Sarsenova, 2010: 42).

1.2.1. Performans Yönetiminin Amacı

Performans yönetiminin genel amacı, örgütün etkinliklerini, kendi becerilerini ve katkılarını sürekli iyileştirmeleri için, bireylerin ve grupların sorumluluk üstlendikleri bir kültür oluşturmaktır (Helvacı, 2002: 156).

Performans yönetiminin amaçları aşağıdaki maddelerde özetlenebilir (Özyörük, 2009: 35-36):

- Ücretlendirme, ödül ve ceza standartlarını saptamak ve başarıyı bu yolla ödüllendirmek,
- İşgörenlerin verimlilik ve iş tatminlerini arttırmak,
- Kötü performansı belirlemek, nedenlerini ve çözüm yollarını ortaya koymak,

- İşgörenlerin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve nasıl karşılanacaklarını araştırmak,
- İşgörenler arasındaki ilişkileri gözden geçirmek ve gerekli düzeltmeleri yaparak grup çalışmasını arttırmak,
- Yöneticiler ile işgörenler arasındaki iletişimi arttırmak,
- Yükseltme, işten çıkarma ya da işgörenin bulunduğu durumun yeniden gözden geçirilmesi gibi idari kararlara yardımcı olmak,
- Elde edilen sonuçları insangücü planlamasında kullanmak.

1.2.2. Performans Yönetim Süreci

Performans yönetim süreci, yöneticinin işgöreninden görevleri çerçevesinde beklentilerinin açık bir biçimde farkında olması, işgörenine daha yapıcı ve daha objektif geribildirimler vermesi, daha etkin rehberlik yapması, kişisel gelişim ve eğitim ihtiyaçlarını daha etkin planlaması, astlarıyla ilişkilerinin daha verimli olması yönünde önemli katkılar sağlayan bir süreçtir.

Performans Yönetim Süreci'ni bir örnekle açıklamak gerekirse; Fransız kamu yönetimi sistemi Türk kamu yönetimi sistemi için temel teşkil ettiğinden, Şekil-1'de Fernandez Alain'in Gimsi Modeli verilmiştir. İzleyen alt başlıklarda sistem ile ilgili açıklamalar dört evre altında verilmektedir. Bu evreleri içeren performans yönetim süreci; durum analizi, kuramsal çalışma, uygulama ve işe başlama ve değerlendirme başlıklarından oluşmaktadır. Şekil 1'de görüldüğü üzere her evre farklı aşamaları içermektedir (Usta, 2010: 42-43).

Şekil-1: Performans Yönetim Süreci (Gimsi Modeli)

Evre	N°	Aşama	Amaç	Eylemler
Durum Analizi (Genel durum ne?) Rekabetçi çevre gerçekliği, örgütün güçlü ve zayıf yönleri, müdahale noktaları ve stratejik eksenin tanımlanması	1	Örgüt ve çevresi: Örgütün stratejisi, piyasası, iş yönetimi, kaynakları tanıtılır.	Örgüt stratejisine uygun proje kapsamını belirlemek için çevrenin ekonomik analizini yapmak	• Hedef kitle/ilgili tarafların belirlenmesi
	2	Örgütün kimlik tespiti: Örgütün uğraş konusu, süreçlerin oluşumu, müdahale noktaları ve faaliyetleri tanıtılır.	Süreçleri, aktiviteleri ve ilgili aktörleri belirlemek için örgütün yapısal analizi	• Kuruluşun var oluş gerekçesi • SWOT analizi • Temel ilkeler
Kuramsal Çalışma (Ne yapmak gerekir?) Performans yönetiminde yetkililerin karar süreçlerinin ve alacakları kararların belirlenmesi	3	Amaçların belirlenmesi: Amaçlar ölçülebilir, sınırlı ve erişilebilir olmalı	Her birimin taktik amaçlarının seçilmesi	• Plan ve programlar • Somut ve ölçülebilir hedefler
	4	Birim düzeyinde gösterge tablosu hazırlanması: Göstergeler tablosu, dikkatli, öngörülü, tutarlı ve izlenmesi kolay olmalıdır.	Her birimin gösterge tablosunu hazırlanması	• Amaç ve hedeflere ulaşma yöntemleri
	5	Göstergelerin seçimi: Göstergeler ölçme amaçlı, güvenilir olmalıdır.	Seçilen işlevsel amaçlar için göstergelerin seçimi	• Detaylı iş planları
	6	Bilgilerin toplanması: Bilgiler mantıksal tutarlılık özelliğini taşımaktadır.	Göstergelerin tespiti için gerekli bilgilerin tanınlanması	• Maliyetlendirme • Bütçeleme
	7	Örgüt düzeyinde sistem gösterge tablosunun hazırlanması: Örgütteki karar vericileri, deneyim ve bilgi paylaşımını, sınırlılıkları içermelidir.	Genel tutarlılığı denetleyecek örgüt gösterge tablosunun hazırlanması	• Performans programı • Bütçeleme
Karar Verme Uygulama (Nasıl yapılır?) Örgütün kullanacağı teknoloji	8	Yazılım programı (Progiciels) seçimi: Bilgileri, toplama, saklama, dağıtım, kullanma yöntemleri	Performans ölçütlerinin hazırlanması için uygun yazılım programı	• Ölçme yöntemlerinin belirlenmesi
	9	Örgütün bütünleştirilmesi: Entegrasyon için davranış eğitim, tasarı, maliyet ve iletişim yöntemlerini içermelidir.	Yazılım programının örgüt düzeyinde uygulanması	• Performans göstergeleri
Örgütsel Yapı ve İşleyişi Düzenleme (Sistem ihtiyaçları karşılanmakta mıdır?)	10	Değerlendirme: Sistemin değerlendirilmesi, ihtiyaçların belirlenmesi ve gerekenin sağlanmasını içerir. Yerindelik, memnuniyet ölçümü ve yol gösterme eylemlerini içerir.	Sistemin sürekli izlenmesi	• Geri besleme • Uygulamaya yönelik ilerleme ve sonuçların değerlendirilmesi

Gimsi Modeli (Alain Fernandez'in tescilli markası) olarak adlandırılan yöntemin özetlenmiş biçimidir. Gimsi Modeline göre bir gösterge birden çok amacı ölçebilir. Genel amaç alt amaçlara bölünebilir, tersi söylenecek olursa, alt amaçlar da bir veya

birden çok genel amaca katkıda bulunabilir. Performans tablosu, ayrılmış hiyerarşik yapıya göre hazırlanmışsa, en azından üstü kapalı olarak ölçülerle amaçlar arasında tutarlılık ifade etmelidir (Usta, 2010: 46).

Durum Analizi aşamasında kurumun mevcut durumu değerlendirilir. Başardığı önemli projeler, sürdürülen programlar ortaya konulur. Bir kurumun, gelecekte başarmayı planladığı projelerinin yapılabilirliği, kurumun mevcut durumundan anlaşılabilir. Mevcut durumun saptanması, yapılacak plan ve projelerin ciddiyeti açısından da önem taşımaktadır. Mevcut durumun saptanmasında nicelik ve nitelik arz eden verilerden yararlanır. Bu anlamda bir kurumun ilk defa yapımına gireceği bir projede temkinli davranması, projenin yapılabilirliğini güçlendirecektir (Usta, 2010: 44).

İkinci aşamada yapılması gereken şey, örgütün geleceğe yönelik amaçlarını belirlerken, örgütün değerlerinin göz önüne alınmasıdır. Dolayısıyla örgüt bir kamu kurumu ise, belirlenecek olan amaç ve hedefler, kamu yararını sağlamaya yönelik olmalıdır. İkinci evre olarak ele alınan *kuramsal çalışma* kapsamında ele alınan misyonun, ulaşılması istenilen ve hedeflenen geleceğin kavramsal, gerçekçi ve öz bir ifadesi olan vizyonun, kuruluşun faaliyetlerine yön veren ilkelerin, elde edilmesi için gayret ve çabaların yönlendirileceği genel kavramsal sonuçlar olarak belirtilebilecek stratejik amaçların ve amaçların elde edilebilmesi için ulaşılması gereken spesifik-ölçülebilir sonuçlar anlamına gelen hedeflerin ortaya konulmasını içerir. Bu evrede istenilen, örgütün amaçlarını örgütün tüm elemanlarına benimseterek ve alt sistemlere yayarak bireysel amaçlarla örgütsel amaçları uyumlaştırmak, yani örgütsel amaçlara daha etkin bir şekilde ulaşabilmek için gerekli stratejileri ve geleceğe yönelik hedefleri belirlemektir. Performans tabloları da bu evrede hazırlanır. Performans tablolarının iki tür işlevi bulunmaktadır: Bunlardan birincisi, hiyerarşik yapı içinde diyalogu ve elde edilen sonuçları analiz eder. Performans tabloları, eylem ve işlemlerin stratejik amaca uygunluğunu açıklayan göstergelerden müteşekkildir. İkincisi rehber niteliğindedir ve elde edilen sonuçlarla gerçekleştirilen gelişmeler hakkında bilgi sağlar. Stratejik amaç ve hedefler ortaya konduktan sonra bu hedeflere ulaşmak için gerekli çalışmaların planlaması da bu evrede yapılır. Bu

yapılırken birim performansından ne anlaşıldığı ve bu birimlerde çalışanların anlayacakları bir şekilde iş tanımlarının yapılması, yapacakları işlerin açıkça belirlenmesi ve görevlerini yerine getirirken başarılı sayılacakları standart düzeyleri açıkça ortaya konur. Bu noktada bir teşkilatta stratejik plandan sonra yapılacak en önemli işlerden biri iş analizleri yaparak hem yöneticilerin hem de memurların başarı kriterlerini ortaya koymaktır (Usta, 2010: 45-47).

Karar verme ve uygulama aşamasında ilk yapılması gereken karar süreç modellerini oluşturmaktadır. Karar süreç modellerini oluşturmak için de bilgi işlem sistemlerinden yararlanılmaktadır. Yönetimde bilgi işlem sistemlerinden yararlanılması ile karar verme süreçleri kolaylaşmaktadır. Örgütlerde karar verme süreci, bilgiyi toplama, yayma ve uygulama olmak üzere temel üç yapı üzerine kuruludur: Öncelikle karara ilişkin bilginin nerede bulunacağı belirlenir. Bir kuruma ait veriler değişik kaynaklarda bulunabilir. Bilgiye kolay ulaşım için bunların tek bir havuzda toplanması istenir. İkinci olarak karar vericilerin verdikleri kararlar yayımlanır. Daha sonra ise rehber niteliğindeki bu karar metinleri ilgililerce uygulanır. Kurumsal kaynak planlama sistemi örgütün her bir fonksiyonuna ilişkin bir modüle sahiptir. Muhasebe ve finans yönetimi, üretim yönetimi, alış ve satış yönetimi, stok yönetimi ve insan kaynakları yönetimi kurumsal kaynak planlamasının kapsamındadır. Merkeze alınmış bu bilgiler birimler tarafından paylaşılır. Bu aşamada örgütün yapısı, mevcut performans düzeyi ve önceden belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda, örgütün başarısını ölçmeye yarayan uygun performans kriterleri belirlenir. Bu kriterlere dayanılarak, her birimi ve genel olarak örgütü de kapsayacak biçimde bir performans ölçüm sistemi oluşturulur (Usta, 2010: 49-50).

Performansın değerlendirilmesi daha önce bir takım işlerin yapılmasıyla mümkündür. Değerlendirme bir kontrol, bir ceza veya ödül sistemi değildir. Değerlendirme, sürekli düzenliliği sağlama anlayışı içerisindeki bir ölçü sistemidir. Değerlendirme, örgütün her katmanından gelen seslerin yankılarını dinlemektir. Performans değerlendirilmesinde ilk kaynak yine kurumların kendilerine özgü performansları olmaktadır ki bunu, kurum performansının öz olarak değerlendirilmesi biçiminde belirtmek mümkündür. Çünkü kurumun belli bir zaman

süresi içindeki performansı, yine aynı kurumun daha önceki benzer bir zaman dilimi içinde gösterdiği performansa bakarak değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır. Başka bir deyimle, kurumun performansının değerlendirilmesinde kullanılan ölçüt, yine kendisine ait standartlar olmaktadır. Performans yönetiminin bir özelliği de sürekliliği olan bir olgu olmasıdır. Bu süreç içerisinde belli bir dönemde elde edilen sonuçlara dayanarak gelecek dönemin performans planlaması yapılır. Bu aşamada, kurum performansının hizmet sunulan halk üzerindeki etkileri de ölçülmelidir (Usta, 2010: 51-54).

Performans değerlendirmesi performans sonuçlarından hareketle yöneticilerin geleceğe ilişkin olarak doğru kararlar vermesini sağlar. Amacı, karar alma süreçlerini güçlendirmek, kurumsal öğrenmeyi sağlamak, etkin kaynak dağılımını sağlamak ve hesap verebilirlik için zemin oluşturmaktır. Performans değerlendirmesi analitik bir değerlendirme süreci olup kamusal politikaların, kurumların veya faaliyet ve projelerin açıklanmasına yardımcı olur. Bilgiyi arttırarak geleceğe ilişkin belirsizlikleri azaltır. Performans değerlendirmesi idare yöneticileri ve çalışanları tarafından yapılabileceği gibi değerlendirilecek konuda uzman kişilerden oluşturulacak çalışma grupları aracılığıyla da yapılabilir.

1.3. Performans Değerlendirme

Örgüt amaçlarını gerçekleştirmede ve amaçlara bireysel katkıların neler olduğunu belirlemede performans değerlendirmesi son derece önemlidir (Memiş, 2010: 27).

Bir örgütte işlerin ve faaliyetlerin gereğince yerine getirilip getirilmediğini saptamak için örgüt çalışanlarının performansına odaklanan bir sistem olan performans değerlendirme, insan kaynakları yönetiminin en önemli bileşenlerinden biridir (Gürüz ve Gürel, 2009: 236).

Performans yönetiminin önemli bir boyutu olan performans değerlendirme kavramı, çalışanların ya da örgütlerin iş ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerinin sistematik bir biçimde analiz edilmesi ve işletmenin belirlediği amaçlar doğrultusunda yönlendirilmesi olarak tanımlanabilir (Kıngır ve Taşkiran, 2006: 198).

Performans değerlendirme, kurumda görevi ne olursa olsun bireylerin çalışmalarının, etkinliklerinin, eksikliklerinin, yeterliliklerinin, fazlalıklarının, yetersizliklerinin bir bütün olarak tüm yönleriyle gözden geçirilmesidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 322).

Performans değerlendirme, bir yöneticinin, önceden saptanmış standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla, iş görenlerin iş performansının değerlendirilmesi sürecini ifade eder (Korku, 2010: 3).

1.3.1. Performans Değerlendirmenin Amacı

Performans değerlendirmenin amacı, işgörenin görevini yapmasıyla elde ettiği çıktının, örgütün amaçlarına göre değerini ortaya çıkarmaktır. Bu işlem sırasında iş görenin kişiliğini zarara uğratmadan performansının nicel ve nitel yönden ölçümünü yapabilmektir. Performans değerlendirmede gerçekleştirilecek amaçlar şunlar olmalıdır (Korku, 2010: 4).

- a) İşgörene performans düzeyinin ne olduğunu göstermek,
- b) İşgörenin işinde yeterli ve yetersiz olduğu yönlerini tanımasına yardım etmek,
- c) İşgörenin kendisini nasıl geliştirebileceğini görmesini sağlamak,
- d) İşgörenin yaptıklarına ilişkin dönütler sağlayarak güdülemek ve işinde uzmanlaştırmak,
- e) İşgöreni yüksek ya da yan görevler için yetiştirmek,
- f) Performans değerlendirme sonuçlarını işgörene yapılacak ödeme, özendirme, hizmet içi eğitim, rehberlik (kılavuzluk) gibi işlerde kullanmak.

İfade edilen amaçlar etrafında biçimlenen performans değerlendirme sürecinde, değerlendirme konusunun “insan performansı” olduğu gerçeği unutulmamalıdır. Bu gerçeklik ise performans değerlendirme uygulamalarında belirli ilkelerin dikkate alınması zorunluluğunu doğurmaktadır. Dolayısıyla, performans değerlendirme süreci aşağıdaki ilkelere uygun olmalıdır (Korku, 2010:4-5).

- a) Performans değerlendirme, işgörenin bireysel ve sistemin örgütsel amaçlarını başarmaya doğru yöneltilmelidir.
- b) Performans değerlendirme, işgörenin örgütsel güvencesini bozmamalıdır.
- c) Performans değerlendirme, işgöreni ve örgütü bütünleştirici bir süreç içinde yapılmalıdır.
- d) Performans değerlendirme, işgörenin sorumluluğunu tanınmasına yardımcı olmalıdır.
- e) Performans değerlendirmeyi değişen örgüt içi ve dışı değişimlere uyarlamak için performans ölçütleri düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
- f) İşgörenin üyesi olduğu grupların performansını etkilediği unutulmamalıdır.
- g) Yönetim, performans değerlendirmeyi işgörenin ve örgütün gelişme aracı olarak kullanmalıdır (Korku, 2010:4).

Bununla birlikte Zaim'e göre performans değerlendirmenin başlıca üç amacı bulunmaktadır. Bunlar "geri besleme", "işgören geliştirme" ve "kayıt altına alma"dır.

- Geri Besleme: Performans değerlendirme, çalışanların belirli bir zaman dilimi içerisindeki başarı durumları hakkında elle tutulur ve gerçekçi bilgiler elde edilmesini sağladığından hem çalışanların hem de yöneticilerin yapılan hataları ve eksiklikleri görerek düzeltmelerine imkan sağlar.
- İşgören Geliştirme: Performans değerlendirmeyle ilgili klişeleşmiş bir söz vardır "performans ölçüldüğü oranda gelişir" denilir. Gerçekten de performansın ölçülmesi, sonuçları ücretlere, primlere veya yükselmelere yansıtmasa dahi kişilere kendilerini geliştirme konusunda yol gösterir ve onları motive eder.
- Kayıt Altına Alma: Performans ölçümleri çalışanların başarı veya başarısızlıklarının, gelişimlerinin somut ölçütlerle kayıt altına alınmasını sağladığından kurumsal açıdan son derece yararlıdır. Yöneticiler değişse bile yeni gelen yöneticiler geçmiş verilere bakarak kişilerin veya kurumun performansı ve gelişimi hakkında bilgi sahibi olabilir (Coşkun ve Akın, 2009: 39-40).

1.3.2. Performans Değerlendirmenin Faydaları

Örgütte iyi işleyen bir performans değerlendirme sisteminin varlığı, yöneticiler, astlar ve örgüt açısından bir takım faydalar sağlar. Bu faydalar, yöneticiler, astlar ve örgüt açısından aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Argon-Eren, 2004: 226).

Yöneticiler Açısından Faydaları:

- a) Planlama ve kontrol işlevlerinde daha fazla etkili olma yoluyla astların ve birimlerin performansını geliştirme,
- b) Astlarla iletişim ve ilişkilerin daha olumlu hale gelmesi,
- c) Astların güçlü ve gelişmesi gereken yönlerinin daha kolay belirlenmesi ve bu doğrultuda onlara yardımcı olunması,
- d) Astların değerlendirilmesi sürecinde, yöneticilerin kendi güçlü ve güçsüz yönlerini de tanımaları,
- e) Astların daha yakından tanınması, böylece yetki devrinin kolaylaşması,
- f) Yönetimsel becerilerin geliştirilmesi,

Astlar Açısından Faydaları:

- a) Üstlerin kendilerinden neler beklediğini ve performanslarının nasıl değerlendirildiğini öğrenirler,
- b) Güçlü ve geliştirilmesi gereken özelliklerini tanırlar,
- c) Örgütteki rol ve sorumluluklarını daha iyi anlarlar,
- d) Performanslarına ilişkin olarak elde ettikleri olumlu geri bildirim yoluyla iş tatmini ve kendilerine güven duyguları gelişir.

Örgüt Açısından Faydaları:

- a) Örgütün etkinliği ve verimliliği artar,
- b) Hizmet ve üretim kapasitesi gelişir,
- c) Personelin eğitim ihtiyacı ve eğitim bütçesi daha kolay ve doğru biçimde belirlenir,
- d) İnsan kaynaklarının planlaması için gerekli bilgiler daha güvenilir biçimde elde edilir,
- e) Bireylerin gelişme potansiyelleri daha doğru bir şekilde belirlenir,

f) Devamsızlık, iş gücü devri vb. nedenlerle ortaya çıkan kısa dönemli beşeri ihtiyaçların giderilmesinde esneklik sağlanır (Argon-Eren, 2004: 226).

1.3.3. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Çalışanların performans düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş birçok yaklaşım ve yöntem bulunmaktadır. Örgütler, bu yaklaşım ve yöntemler arasından yapılarına, işin ve çalışanların niteliklerine, amaçlarına uygun ve konuya verdikleri önem derecesine göre seçim yaparak ve bazen de birkaçını birlikte kullanarak performans değerlendirme sürecini yerine getirirler (Barutçugil, 2002: 187).

Performans değerlendirme amacıyla çeşitli yaklaşımlar ve yöntemler geliştirilmiştir. Bunlar performans değerlendirme yöntemlerinin ilk uygulamalarından sayılan klasik yöntemlerle sorunları çözmeye ve nesnel değerlendirmeye dayalı modern yöntemlerden oluşur. Performans değerlendirme yöntemleri, görevin niteliğine ve değerlendirme sonuçlarının kullanılacağı alana göre farklılık göstermektedir. Klasik ya da geleneksel gibi ayrıma tabi tutulan değerlendirme yöntemlerinde hakim olan üç tür yaklaşım bulunmaktadır. Bunlar; kişilerarası karşılaştırmalara dayalı yaklaşım, bireysel performans standartlarına dayalı yaklaşım ve ortak performans kriter ve standartlarına dayalı yaklaşımdır. Bunların dışında, 360 derece performans değerlendirme, denge skoru yöntemi ve Lynch Cross performans piramidi ise modern performans değerlendirme yöntemleridir (Fettah, 2009: 15-16).

İşgören performansının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan yöntemler olarak bilinen, kişilerarası karşılaştırmalara dayalı, ortak performans kriter ve standartlarına dayalı ve bireysel performans standartlarına dayalı yaklaşımlar ile 360 derece performans değerlendirme, denge skoru ve Lynch- Cross yöntemlerine ilişkin açıklamalara bu bölümde yer verilecektir.

1.3.3.1. Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım

Çalışanların performansının ölçülmesinde yaygın olarak kullanılan kişilerarası karşılaştırmalara dayalı yaklaşım, iki grup halinde incelenebilmektedir. Bunlar; sıralama ve ikili karşılaştırma yöntemi ile zorunlu dağılım yöntemidir.

1.3.3.1.1. Sıralama ve İkili Karşılaştırma Yöntemi

Sıralama yönteminde, liyakat ilkesini gerçekleştirmek için yöneticilerin astlarını, işlerini yapmadaki toplam yeteneklerine ve bazen birkaç kritere göre sıralamasıdır. Yöneticinin; az sayıda astın olduğu ve çalışanları yeterince tanıyan kişilerle görüştüğü durumda bu metodu kullanması daha kolaydır. Ancak yöntem, sıralamada en başta yer alan kişinin en sondakinden ne kadar iyi olduğunu göstermez (Aksoy, 2001).

İkili karşılaştırma yönteminde çalışanların isimleri bir kağıda yazılır ve her çalışan diğeriyle tek tek karşılaştırılır. Diğeriinden daha iyi olan çalışanın isminin yanına bir işaret konulur ve tüm karşılaştırmalar sona erdiğinde kartlardaki işaret sayısının çokluğuna göre en iyi performanstan en kötü performansa sahip olan çalışana doğru sıralama yapılır (Fettah, 2009: 17-18).

1.3.3.1.2. Zorunlu Dağılım Yöntemi

Kişilerin karşılaştırılmasına dayalı olarak yapılan yöntemlerden biri de zorunlu dağılım yöntemidir. Birçok yönetici çalışanların pek çoğunun performans düzeylerinin farklı olmadığını belirterek, değerlendirmelerde belirli puan ve derecelere yönelebilirler. Performans değerlendirme felsefesinin temel hareket noktası, çalışanlar arasındaki başarı farklılıklarının hassas bir şekilde belirlenmesi ve değerlendirmenin de ona göre yapılmasıdır. Zorunlu dağılım yöntemi ile çalışanlar arasındaki farklılıklar ortaya konabilmekte ve daha etkin bir değerlendirme yapılabilmektedir (Fettah, 2009: 18).

Bu yöntemde üstler, astlarının performans düzeyinin birbirine yakın olduğunu, aralarında belirgin farklar olmadığını düşünürler. Bu yöntem, işgörenlerin performans düzeylerinin normal dağılım eğrisine uygun bir dağılım göstermesi gerektiği varsayımından hareketle, değerlendiricilerin çalışanları çok düşük (%10), düşük (%20), orta (%40), yüksek (%20), çok yüksek (%10) şeklinde sınıflandırması esasına dayanır (Çakır, 2008: 32). Örneğin değerlendirilen çalışanların 100 kişi olduğu varsayıldığında, çalışanların performans düzeylerini değerlendiren üst, yaklaşık 40 çalışanını orta düzeye, 20 çalışanını yüksek düzeye, 20 çalışanı düşük düzeye, 10 çalışanı en yüksek düzeye ve 10 çalışanını da en düşük performans düzeyine yerleştirmek durumundadır (Yege, 2007: 12).

1.3.3.2. Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yaklaşım

Bu yaklaşım, her işgörenin performansını diğer işgörenden bağımsız olarak kendi iş tanım kapsamı içinde ele alır ve değerlendirir. Bu yaklaşımda önceki kişilerarası karşılaştırmalara dayalı yaklaşımdan farklı olarak, kullanılan değerlendirme ölçütlerinin birden fazla olması ve ortak olarak belirlenmiş olmasıdır (Helvacı, 2002: 163).

Ortak performans standartlarına dayalı değerlendirmeleri içeren yöntemler; geleneksel değerlendirme ölçekleri, davranışsal değerlendirme ölçekleri, kritik olay yöntemi, derecelendirme ve puanlama yöntemi, takım bazlı performans değerlendirme yöntemi ve kontrol listesi yöntemi olarak sıralanabilir.

1.3.3.2.1. Geleneksel Değerlendirme Ölçekleri

Bu yöntemde değerlendirici; çalışanın kişilik özellikleri, işe ilişkin davranışları ve yaptığı işin çıktıları olmak üzere üç kriteri değerlendirmektedir. Çalışanı değerlendirirken çalışma miktarını, güvenirliliğini, iş bilgisini, devamlılığını çalışma titizliliğini ve işbirliği eğilimini dikkate alan bu yöntem hem sayısal değerleri hem de yazılı tanımlamayı içermektedir. Kolay düzenlendiği ve sonuçları puanlarla ifade ettiği için en fazla kullanılan yöntemlerden biridir (Barutçugil, 2002: 191).

1.3.3.2.2. Davranışsal Temellere Dayalı Değerlendirme Ölçekleri

Smith ve Kendall tarafından 1963 yılında geliştirilen bu yöntem aynı zamanda davranışsal değerlendirme ölçekleri olarak da adlandırılır. Bu ölçekler de diğer geleneksel değerlendirme ölçeklerinde olduğu gibi, kişinin performansını çeşitli boyutlar/kriterler açısından ölçmeye çalışır. İşle ilgili davranışların ve performans boyutlarının örnekleri, her bir performans boyutu ile ilgili katılımcıların etkin olan/olmayan belirli örneklemelerde bulunmaları istenerek ortaya çıkarılmaya çalışılır. Daha sonra bu davranışsal örnekler doğru performans boyutlarına çevrilir. Bu süreçlerin sonuçları, “Anlık ortaya çıkan problemleri çözer, emirleri yerine getirir, acil durumlarla başa çıkar” gibi davranışsal tanımlamalardır. Davranışsal değerlendirme ölçekleri, geleneksel değerlendirme ölçeklerinin sakıncalarını ortadan kaldırmak için geliştirilmiştir. Davranışsal beklenti ölçekleri ve davranışsal gözlem ölçekleri olmak üzere iki çeşittir. Davranışsal Beklenti Ölçekleri (Behavioral Expectation Scales, BES), kişileri çeşitli kişilik özelliklerine sahip olup olmamalarına göre değil, spesifik iş gereklerini etkinlikle yerine getirecek davranışları ne oranda sergileyebildiklerine göre değerlendirmektedir. Belirli kriterler için geliştirilmiş alternatif cevap ifadeleri aynı zamanda ölçekte çeşitli performans düzeylerini temsil etmektedir. Davranışsal gözlem ölçekleri, davranışsal beklenti ölçeklerinin sorun yaratan yönlerini ortadan kaldırmak amacıyla geliştirilmiş yöntemlerdir. Bu yöntem, çalışanların kendilerinden beklenen davranışlara göre değil, somut gözlemlenen davranışlara dayalı olarak değerlendirilmeleridir (Fettah, 2009: 19).

1.3.3.2.3. Kritik Olay Yöntemi

Bu yöntemde değerleyici, çalışmanı işbaşında gözlemleyerek onun etkili ve etkisiz yönlerini belirler ve kayıt eder. Bu kayıtlar, iş sırasında meydana gelen çalışanın başarı ya da başarısızlıklarını belirleyen olaylardır ve çalışanların iş davranışı ve çalışma koşulları ile ilgili tanımlamaları içermektedir. Bu yöntemde değerlendirme, çalışanın bağımsızlık, sadakat gibi kişisel özellikleri yerine, işe yönelik davranışlarına dayalı olarak yapılmaktadır (Fettah, 2009: 19-20).

Kritik Olay Yöntemi ilk kez İkinci Dünya Savaşı'nda Amerikan Hava Kuvvetleri'nde görev alan havacıların başarı ya da başarısızlıklarına neden olan önemli olayların izlenmesi ve liste düzenlemesiyle uygulamaya konmuş, daha sonra bu yöntem endüstri alanında performans değerlemesi konusunda kullanılmıştır (Gürüz ve Gürel, 2009: 243).

1.3.3.2.4. Derecelendirme ve Puanlama Yöntemi

Derecelendirme yöntemi, çalışanı değerlendirmek için oluşturulan kriterlere en uygun seçeneğin işaretlenmesine dayalı bir uygulamadır. Seçeneklerin açıklama içermesi, değerlendiricinin kriterler ve seçenekler arası farkları anlamasına yardımcı olmaktadır. Puanlama yöntemi her kritere önem sırasına göre puan atanmasına dayalı bir yöntemdir. Yaygın uygulamada kriterler 5 dereceye ayrılır ve bu ayırım puan aralığında başarılıdan başlayarak başarısız kadar adlandırılır (Fettah, 2009: 20).

1.3.3.2.5. Takım Bazlı Performans Değerleme Yöntemi

Takım bazlı performans değerlendirme yöntemine göre, kişilerin iş performanslarının değerlendirilmesinde kullanılan kriterlerden bir kısmı doğrudan iş ile ilgili, diğer kısmı da davranışlarla ilgilidir. Bu yöntem çalışanların doğrudan denetlenmesinin mümkün olmadığı, bireysel performansın ölçülmesinin tam olarak sağlanamadığı ve takım çalışması ve işbirliğinin başarısı açısından gerekli olduğu hallerde önem kazanmaktadır. Takıma dayalı sistemin en temel özelliklerinden biri çalışanlar arasında rekabeti değil işbirliği ve yardımlaşmayı teşvik etmesi ve grup dayanışmasını sağlamasıdır (Fettah, 2009: 20).

1.3.3.2.6. Kontrol Listesi Yöntemi

Değerlendiricinin formda belirtilmiş faaliyetlerden çalışanların sahip olduğu ve gözlediği kriterleri seçmesine dayalı bir yöntemdir. Faaliyetlere puan atama işlemi gerçekleştirilerek formun sayısal hale getirilmesi mümkündür. Kontrol listesi yöntemi pratik ve maliyeti düşük bir yöntemdir. Faaliyetler açıklama içerdiğinden değerlendirici açısından işaretleme işlemi kolay yapılmaktadır. (Fettah, 2009: 20).

Kontrol listesi yöntemi, özellikle çalışanlara sınırlı alanda geri bildirim vermenin yararlı olacağı durumlara uygun bir yöntemdir (Gürel ve Gürüz, 2009: 244).

1.3.3.3. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım

Ortak performans kriter ve standartlarına dayalı yaklaşımın içerdiği yöntemlerde, çalışanlar önceden belirlenen ortak standartlara göre değerlendirilmekteydiler. Bu yöntemde ise, kişiler gerçekleştirdikleri hedeflere, yarattıkları sonuç ve çıktılara göre oluşturulan bireysel standartlara göre değerlendirilmektedirler. Bu yaklaşım; işgörenlerin çeşitli özellik, ilgi alanı, yönelim ve içinde buldukları şartlara göre belirlenmiş bireysel standartlar çerçevesinde değerlendirildiği yöntemleri kapsamakta olup, bu yöntemlerin başında hedeflere göre yönetim gelmektedir. Bu yaklaşımın içerdiği üç temel yöntem bulunmaktadır (Korku, 2010: 16).

1.3.3.3.1. Doğrudan İndeks Yöntemi

Bu yöntemde performans standartları, ya yönetici tarafından tek başına ya da yönetici ile astının birlikte müzakeresi sonucu belirlenir. Her iki durumda da performans standartları, işin gerektirdiği çıktıya/sonuca göre global nitelikte ve verimlilik, devamsızlık ve işgücü devri gibi objektif kriterlere dayanır. Yöneticiler için astlarının devam ya da işten ayrılma oranları birer değerlendirme kriteri oluştururken, yönetici olmayan işgörenler de yine aynı şekilde kalite ve miktar standartlarına göre değerlendirilirler. Kalite standartlarında hatalı ürün miktarı, müşteri şikâyetlerinin sayısı, üretilen parça adedi, miktar standartlarında da çıktı/saat oranı, yeni müşteriler, satış hacmi gibi somut veriler değerlendirme kriterlerini oluşturur. Bu kriterlere göre belirlenen hedeflere ulaşmadaki performans düzeyleri puanlarla belirlenmiş olduğundan, bu sayısal değerlerin toplamı, genel performansın sayısal indeksini verecektir (Gazi, 2006: 25-26).

1.3.3.3.2. Standartlar Yöntemi

Doğrudan indeks yöntemine benzemekle beraber, bu yöntemde global çıktı kriterleri ve sayısal standartlar kullanmak yerine, sonuçlar daha ayrıntılı performans değerlendirme sonuçları ile karşılaştırılır. Söz konusu standartlar ise yönetici ve çalışanın karşılıklı yaptıkları görüşmeler sonucunda belirlenir. Performansın ölçülmesinde kullanılacak hedefler, geçmişteki deneyimler, iş ölçümü ve iş örnekleme çalışmalarına dayalı olarak örgüt tarafından belirlenir. Performans standartları iş tanımlarıyla doğrudan bağlantılıdır. Dereceler, çalışanın gerçek performansının yeterli, düşük ya da yüksek olup olmadığına, kurulmuş standardı karşılayıp karşılayamadığına karar vermede kullanılır (Fettah, 2009: 21).

1.3.3.3.3. Amaçlara Göre Yönetim (AGY)

Amaçlara Göre Yönetim terimi ilk defa 1954'te Peter Drucker tarafından kullanılmıştır, daha sonra değişik yazarlar, özellikle George Odiorne ve John Humble tarafından daha da geliştirilmiştir (Koçel, 2005:143). Amaçlara Göre Yönetim; bir organizasyonda üst ve astların amaçlarını birlikte belirledikleri, sorumluluk alanlarını ve ulaşacakları sonuçları birlikte kararlaştırdıkları ve belirli dönemlerde bu amaçlar ve sonuçların gerçekleşip gerçekleşmediğini birlikte inceledikleri bir süreçtir (Koçel, 2005: 144).

Amaçlara göre yönetimin başarı değerlendirmesine uygulanmış şekli olan amaçlara göre değerlendirme yöntemi ise temel olarak amaç ve sonuçları benimsemekte ve başarılı kişilik ya da kişisel nitelikler yerine amaç ve sonuçların gerçekleştirilme derecesine önem vermektedir. Bu yöntemde en fazla dikkat edilmesi gereken konu amaçlar konusudur. Çünkü sistem amaçlar üzerine kurulmuştur. Amaçlara göre yönetim tekniğinin bir yararı, bütün çalışanları aynı kefeye koymak yerine her elemanı tek başına değerlendirmesidir. Başka planlama stratejileriyle de kolaylıkla birleştirilebilir. Bu yöntemde değerlendirmeyi yapan yönetici ve çalışanlar, gelecekteki belirli bir dönem için objektif şekilde ölçülebilir olan ve karşılıklı olarak kabul edilen amaç ve hedefleri birlikte tespit etmektedirler. Böylece, karşılıklı görüşme ve danışmalar sonunda, yönetici ve çalışanları

üzerinde ortak bir şekilde görüş birliğine vardıkları geleceğe ilişkin hedefler belirlenmektedir. Daha sonra, çalışanların gerçekleştirdikleri performansı ile bu hedefler karşılaştırılarak çalışanların performansı, yönetici ve çalışanlar birlikte ve ortaklaşa şekilde değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme yöntemi, tüm çalışanların katılımıyla gerçekleştiği için örgüt amaçlarını başarmada motive edici bir unsur olmaktadır. Ayrıca böyle bir değerlendirme, birlikte belirlenen hedeflere ulaşmada çalışanların davranışlarını olumlu yönde değiştirmelerine neden olmaktadır. Amaçlara göre yönetim yaklaşımıyla gerçekleştirilen performans değerlendirmesi, çalışanların eğitim ve geliştirme ihtiyaçlarının da daha doğru ve gerçekçi şekilde belirlenmesine olanak sağlamaktadır (Sarsenova, 2010: 69-70).

1.3.3.4. 360 Derece Performans Değerleme

360 derece performans değerlendirme, son yıllarda özellikle ABD ve Batı Avrupa ülkeleri ile Türkiye’de en çok üzerinde durulan uygulamalardan birisidir ve hızla yayılmaktadır. Türkiye ile ilgili kesin rakamları bilinmemekle birlikte, 1995 yılında ABD’de şirketlerin yüzde 40’ı 360 derece değerlendirme yöntemini kullanırlarken, bu rakam 2000 yılında yüzde 65’e çıkmıştır. Söz konusu değerlendirmenin böylesine yaygınlık kazanmasının nedeni, kişiye iş hayatında kendisiyle ilgili başka hiçbir şekilde elde edemeyeceği nesnel ve samimi geribildirim vermesidir. Kişinin kendini başkalarının gözünde görmesinin yarattığı farkındalık, değişim için de önemli bir istek uyandırabilmektedir (Bayram, 2006: 52).

Geleneksel performans yaklaşımında çalışana sadece üstü tarafından geribildirim verilmesine karşılık, 360 derece performans değerlendirme yöntemi, çalışanın performansını gözlemleyen daha geniş bir grubun çalışana geribildirim vermesine olanak sağlamaktadır (Bayram, 2006: 52).

360 derece performans değerlendirme yöntemi, çalışanın performansının; çalışanın iş arkadaşlarından, yöneticilerinden, üstlerinden, kendisine doğrudan rapor verenlerden (astlar), iç ve dış müşterilerinden, parçası olduğu proje takımlarının diğer üyelerinden ve kendisinden derlenen belirli iş performansı bilgilerinin ışığında değerlendirilmesi sürecidir. Böylece çalışanlara farklı açılardan bakarak, farklı

gözlerle çalışanın performansını değerlendirebilmek sonuçların objektif olmasını sağlayacaktır. Başka bir deyişle bu yöntem, işle ilgili davranışların eksiksiz bir portresini çıkarır. 360 derece değerlendirme günümüz dinamik şirketleri arasında oldukça yaygın bir değerlendirme yöntemidir. Fortune 1000 firmalarının DuPont, Nabisco, Warner-Lambert, Black & Decker, Mobil Oil, Cook Children Health Care System, General Electric ve UPS'i de içine alan yaklaşık %90'lık bölümünde bu yöntem kullanılmaktadır (Fettah, 2009: 22). 360 derece performans değerlendirme, kişilerin birbirlerine geribildirim vermesine olanak sağlaması, kişilere güçlü ve gelişmeye açık alanları hakkında detaylı bilgi vermesi açısından kişilerin gelişimini destekleyici bir süreçtir. 360 derece değerlendirme ve gelişim yöntemi ile bireysel performanslarla ilgili geribildirim sağlanmasının yanı sıra bir grubun veya takımın performansı ile ilgili genel eğilimlerin belirlenmesi de mümkün olabilmektedir (Bayram, 2006: 52-53).

Esas olarak, 360 derece performans değerlendirmeyi diğer değerlendirme yöntemlerinden ayıran temel fark, geri bildirim boyutudur. 360 derece yaklaşımında geri bildirim çok yönlü, dolayısıyla gerçekçidir. Geri bildirimlerin verilmiş şekli 360 derece performans değerlendirmenin örgütte kurumsallaştırılması açısından hayati önem taşımaktadır. Geri bildirimlerin kimseyi rahatsız etmemesi, rencide edici ifadelerin olmaması gerekmektedir. Bu doğrultuda, geribildirim raporları profesyonelce hazırlanmalıdır. 360 derece değerlendirme, örgütün bütün fonksiyonlarının ahenkli bir şekilde çalışmasının teminatı, hem örgüte hem de çalışanlara geri bildirim vermesi açısından yönetsel yapının en önemli bilgi kaynağı durumundadır. 360 derece değerlendirmelerle çalışanların birbirlerine geribildirim sağlaması, çalışanlar arasındaki iletişimi geliştirirken, aynı zamanda gelişim odaklı bir kültürün oluşmasına da yardımcı olmaktadır (Bayram, 2006: 52-53).

1.3.3.5. Denge Skoru

Denge Skoru (Balanced Scorecard) Harvard Business School'daki Profesör Robert Kaplan ve David Norton tarafından 1990 yılından itibaren geliştirilmeye başlanan bir şirket performans ölçümleme ve stratejik yönetim aracıdır. Balanced Scorecard, bir kurumun bugünkü ve gelecekteki performansını, stratejilerini somut

verilerle ölçümlemesini sağlayan bir yönetim aracıdır. Bugünün performansını ölçen geleneksel finansal raporlama yöntemine ek olarak, finansal olmayan değerlerin geleceğe yönelik performansını da ölçmeye yöneliktir (Gazi, 2006: 30-31). BSC, mali ölçüler ile mali olmayan ölçülerin bütünleştirilmesini sağlar. BSC'nin hedef ve ölçüleri, organizasyonun vizyon ve stratejileri göz önünde tutularak belirlenir. BSC'de işletmenin performansı değerlendirilirken dört boyut ele alınmıştır. Bunlar;

- Finansal Boyut
- Müşteri Boyutu
- İçsel Süreç Boyutu
- Öğrenme ve Gelişme Boyutu (Uygur, 2009: 149).

Kaplan ve Norton'a göre bu dört farklı boyut BSC'nin ana çerçevesini oluşturmaktadır. Dört boyutta performans ölçütlerinin tespiti için şu soruların cevaplandırılması önerilmektedir: Şirketimiz hangi sayısal hedeflere ulaşırsa ortaklarımız tarafından başarılı olarak kabul edilecektir? Vizyonumuza ulaşmak için müşterilerimiz tarafından nasıl algılanmalıyız? Müşterilerimizi tatmin etmek için hangi süreçlerimizde mükemmelliği hedeflemeliyiz? Vizyonumuza ulaşmak için nasıl bir kurumsal öğrenme ve gelişme modelimiz olmalı? Bu sorulara verilecek cevaplar çerçevesinde, işletmelerin strateji ve vizyonları bu dört boyutla ilişkilendirilmiştir. Yöntemin başarısı için bu dört boyutun dengelenmesi ve aralarındaki bağlantının doğru kurulmuş olması gerekmektedir. Başka bir deyişle denge skoru yaklaşımında başarıyı sağlamanın yolu, bahsedilen dört boyut arasındaki neden-sonuç ilişkisini kurabilmekten geçer (Fettah, 2009: 23). Denge skoru yaklaşımı, örgütün vizyonunun stratejilere dönüştürülmesini amaçlar. Stratejilerle birlikte performans kriterlerinin geliştirilmesini ve örgütün stratejik amaçlara doğru gidişinin bu kriterlerle izlenmesini öngördüğü için stratejik yönetimin planlama, uygulama ve kontrol unsurlarını içinde barındırır. Ana amacı, stratejilere yönelik performans ölçütlerinin belirlenmesidir (Fettah, 2009: 22). Dengeli Sonuç Kartı yöntemi birçok akademisyen tarafından performans değerlendirme yazınında devrim niteliğinde, çok önemli bir gelişme olarak kabul edilmektedir (Güner ve Memiş, 2007: 301).

1.3.3.6. Lynch-Cross Performans Piramidi

Lynch ve Cross (1989), ölçüleri örgütsel hiyerarşideki düzeylerine dayanarak sınıflandıran bir performans ölçme piramidi önerir. Bu sınıflandırmaya göre, performans ölçülerinin farklı biçimleri arasındaki temel ayırım finansal ya da finansal olup olmamalarına göre değil, ölçüler tarafından kapsanan faaliyetlerin genişliğine ve onların özgünlük düzeyine bağlıdır. Piramidin tepesinde şirket vizyonu ölçüleri yer alır. Bu ölçülerin (şirket ölçüleri-corporate metrics) piyasaya nüfuz etme gibi finansal olmayan ölçülerin yanında, kar ve nakit akışı (cash flow) gibi finansal ölçüleri içeren daha geniş bir kapsamı vardır. Bir önceki alt düzeyde, işletmenin faaliyet sistemi (business operating system) ölçüleri yer alır. Bu ölçüler müşteri memnuniyeti, esneklik, verimlilik ve maliyet gibi daha kolay görülebilir faaliyet hedeflerini vurgular. Faaliyet ölçüleri (operational metrics) ise piramidin tabanını oluşturur ve daha üst düzey sonuçları başarmada gerekli finansal olmayan (örneğin kalite, zamanında teslimat veya işin yapılma zamanı-process time) hedefleri ile belirli finansal (örneğin birim maliyeti) hedefleri içerirler (Fettah, 2009: 23).

1.3.3.7. Çağdaş Performans Değerleme Yöntemleri

Buraya kadar açıklanan yöntemler; işgörenin geçmiş başarısını esas alan, bireysel performans ölçmeye yönelik yöntemleri kapsamaktaydı. Bu yöntemler herşeyden önce işgörenin belirli bir dönem izlenmesine, işlerinin sonuçlarının gözlenmesine bağlı olarak ve her işgören için ayrı ayrı değerlendirme yapmaya yönelik bir yaklaşım sunmaktadır. Çağdaş değerlendirme yöntemi, işgören beklentilerini daha çok ön planda tutmaktadır. Yönteme göre, işgören, organizasyonun bir “iç müşterisi” olarak kabul edilmekte ve buna göre değerlendirilmektedir. “çağdaş değerlendirme yöntemleri ile değerlendirme, işgörenler için rutinden çok zorunluluk halini almıştır” (Gavcar vd., 2006: 36).

Çağdaş performans değerlendirme yöntemlerinden ilki “psikoteknik test ve psikolojik analiz yöntemi”dir. Bu yönteme göre; her insanın doğuştan gelen kendisine özgü bazı özellikleri bulunmaktadır. Bu nedenle, kişilerin farklı birtakım özelliklerinin olması yöneticilerin ve toplumbilimcilerin çalışmalarını da

etkilemektedir. Özellikle işgörenin işe uyumu konusunda istekli yöneticiler bireysel farklılıkları analiz etmek, elde edilecek sonuçlara göre bazı yönetsel kararlar almak istemektedirler. Bu gereksinim psikolojik yöntemin gelişmesine ve kişileri belirli bir zaman diliminde değerlendirme isteğinin artmasına sebebiyet vermiştir. Psikoteknik test ve psikolojik analiz yöntemi ile kişisel özelliklerin belirli bir zaman içinde ve gelecekteki durumunun tahmini mümkün olabilmektedir. Bu yöntemin amacı, işgörenin performansını artırmak ve işgören – iş uyumunu gerçekleştirecek koşulları sağlamaktır. Çağdaş performans değerlendirme yöntemlerinden ikincisi ise “yeterliliğe dayalı yöntem”dir. Yeterlilik, belirli bir çalışma ortamında mükemmel performansı tanımlayan bir davranış ya da davranış setidir. “Yeterlilikler, sadece mükemmel performansı ortaya çıkaran davranışları ifade etmektedir”. Bu nedenle, yeterlilik kavramı bakımından, yalnızca bilgi değil, bilginin mükemmel performansı oluşturacak şekilde uygulanmasını sağlayan davranışlar da ele alınmaktadır. Bununla birlikte, mükemmel performansı sağlayan davranışlar için adeta bir rehber olan yeterlilik yöntemi kuruluşlara bazı yararlar da sağlamaktadır. Hatta bunlar; kuruluşun performans beklentisini yükseltmekte, takımların ve bireylerin davranışlarını temel işletme stratejileri ile bütünleştirmekte ve işgörenlerin hedeflerine nasıl ulaşacaklarına da yol göstermektedir. Ayrıca, kritik başarı faktörleri ve hedeflere göre yapılacak performans değerlendirmesi ile işgörenlerin liderlik, işlevsel, yönetsel ve kişisel bilgi, beceri, davranış ve değerlerinin belirlenmesi ve bunların geliştirilip işlenmesi de amaçlanmaktadır (Gavcar vd., 2006: 36-37).

1.4. Performans Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar

Performansın sağlıklı bir biçimde ölçülmesi, değerlendiricilerden kaynaklanan değerlendirme hataları ve kullanılan değerlendirme yöntemlerinin yetersiz olmalarından dolayı oldukça zordur. Ayrıca çalışanların performansın adil, rasyonel ve objektif bir biçimde belirlenmesi konusundaki güvensizliği sistemin başarısını etkileyecektir(http://212.174.133.188/calismalar/maliye_dergisi/yayinlar/md/md142/performansadayali.pdf).

Kamu hizmetlerinin sunumunda çalışanların performansını tespit edebilmek oldukça zor olmakla birlikte birimlerin kazançlarını personele ücret olarak yansıtmak

hem kolay değildir hem de adil olamayabilir. Türkiye’de bazı kamu kurum ve kuruluşlarında (örneğin; devlet hastanelerinde) döner sermaye, performansa göre ek ödeme vb. uygulamalara gidilerek personele maaşlarının haricinde ek ödemeler yapılmaktadır. Bu uygulamaların çalışanların ve kurumların performansını artırdığına dair net bir ortak fikir olmadığı gibi ücretlerin yetersiz olduğu kamu kesiminde bu türden farklı uygulamalar kamu kurumlarında görevli personel arasında adaletsizliklere de yol açabilmektedir.

Performans değerlendirmede bazen çeşitli hatalar yapılmaktadır. Bu hatalar, performansı yüksek çalışanla performansı düşük çalışan arasında ayırım yapmayı zorlaştırmaktadır. Performansı gerçekte olduğundan daha düşük değerlendirilen çalışanlar, yöneticilere ve sisteme olan güvenlerini kaybederken, performansları gerçekte olduğundan daha yüksek değerlendirilenler hak etmedikleri pozisyonları ya da ödülleri alabilmektedirler. Sistemin adaletli ve etkili olabilmesi için olası sorunları belirlemek ve bunları ortadan kaldırmak gerekir. Performans değerlendirmede kullanılan tekniğe veya sisteme bağlı olmaksızın birçok sorunlarla ve sınırlamalarla karşılaşılır (Sarsenova, 2010: 62). Bu hatalardan bahsetmek gerekirse aşağıdaki gibi sıralama yapılabilir:

1.4.1. Halo (Hale) Etkisi

Halo etkisi, çalışanın performansındaki birbirinden bağımsız ve belirgin olan özellikler arasındaki farkın görülememesi ve ilk izlenimde belirgin bir özellik konusundaki etkilenme sonucunda, olumlu olarak yapılan değerlendirmedir (Işığışık, 2005: 5). Bu tür hatalar yöneticinin, iş göreninin özellikle tek bir pozitif kişilik özelliğini, davranışını ya da eylemini temel alarak değerlendirmesinden kaynaklanır. Bir anlamda, çalışanın çok iyi olduğu bir yönünün etkisinde kalarak tüm performansının çok iyi olduğu yanılgısına düşmek burada söz konusu olabilir. Bu hatanın performans değerlemede etkili olmasını önlemek için kişinin bir bütün olarak ele alınması ve değerlendirilmesi gereklidir (Helvacı, 2002: 161).

Halo etkisi ters yönde de işleyebilir. Bir çalışan için bütün yönlerinde başarılı olduğu halde bir tek yönde pek başarılı değilse, bu başarılı olmadığı yönün öne çıkarılması “boynuz etkisi” diye bilinen durumu ortaya çıkarır. Bu durum o çalışanın başarılı olduğu konularda olduğundan daha düşük değerlendirilmesine yol açabilir. Halo ve boynuz etkilerine dayanan değerlendirmeler çalışanların gelişmelerine yardımcı olmaz (Sarsenova, 2010: 62).

1.4.2. Tek Yönlü Ölçüm

Değerlendirilen kişinin sadece bir yönden örneğin, üstlerin görüşleri veya müşteri görüşlerinin kullanılması, performans belirlemede tek yönlülüğe neden olmaktadır. Kişinin yalnız bir yönünün ve yalnızca bir kişi tarafından değerlendirilmesi, ulaşılan sonuçların yanlış olmasına neden olabilir. Performans değerlendirmede amaç; kişiyi bir bütün olarak ve tüm yönleri ile değerlendirecek şekilde çok yönlü bir bakışı sağlayabilmektir (Helvacı, 2002: 161).

1.4.3. Taraflı Ölçüm

Taraflı ölçüm, değerlendirmenin taraflı yapılmasıdır. Değerlendiricinin değerlendirdiği kişiyi sevmesi ya da sevmemesi, kendine yakınlığına göre davranarak bunu değerlendirmeye yansıtması taraflı ölçüme neden olmaktadır. Aksi takdirde, performans değerlendirme çalışmaları çalışanlarca güvenilir bulunmayabilir ve sisteme duyulan inancın da sarsılması sonucunu doğurabilir (Sarsenova, 2010: 63).

1.4.4. Standart Ölçüm (Ortalama Eğilimi)

Standart ölçüm, performans değerlendirmeye çok fazla önem verilmeden yapılması durumunda işgörenlerin bireysel ayrıcalıkları ile uğraşmayıp, herkesi ortalama ölçülerde görme tutumundan kaynaklanır. Bu davranış son derece sakıncalı sonuçlar doğurur çünkü performans değerlendirmede amaç, kişiler arasındaki iş başarılarına yönelik farklılıkları ölçmektir (Nas, 2006: 52).

1.4.5. Ölçme Aracından Kaynaklanan Hatalar

Performans değerlendirmeye yönelik araçlar, performansın niteliklerine göre çeşitlilik gösterir. Değerlendirilen işin somut öğelerden oluşması değerlendirmeyi kolay kılacağı gibi soyut öğelerden oluşan işlerin değerlendirilmesi oldukça güç olabilmektedir. Örneğin, bir fabrikada makine başında çalışan bir işgörenin ürün miktarını ölçme işi somut verilere dayandığı için ne kadar kolay ise bir öğretmenin performansını ölçmek soyut verilere dayandığı için o denli güç olmaktadır. Bu durumlarda geliştirilen performans değerlendirme araçlarının içeriğini oluşturan sorular hazırlanırken ölçmek istenilen özelliği ne derece ölçtüğüne ve tekrar ölçme sonucunda aynı değerler alıp almadığı hususunda, yani ölçme aracının güvenilirlik düzeyine çok dikkat etmek gerekmektedir. Ölçme aracının geçerlik ve güvenilirlik düzeyi düşük olması halinde performans değerlendirme sonucu da hatalı olacaktır (Helvacı, 2002: 160).

1.4.6. Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme

İnsanlar daha önceden meydana gelen olaylardan çok, en son gerçekleşen olayları hatırlama eğilimi içindedirler. Örneğin, bir yöneticinin işgörenini altı ya da sekiz ay önceki performansından daha çok, birkaç hafta ya da bir ay önceki performansını muhtemelen daha iyi hatırlar. Yöneticiler, yıl boyunca işgörenlerin performanslarını kayıt etmedikleri sürece büyük bir ihtimalle işgörenin en son performansını göz önünde bulundurarak karar verirler (Helvacı, 2002: 161).

1.4.7. Kontrast Hataları

Kontrast kelimesi, İngilizce “contrast” olarak yazılıp, karşıtlık ve kıyaslama anlamlarına gelmektedir. Kullanılan değerlendirme kriterlerinin net olmadığı veya sıralama yönteminin kullanıldığı durumlarda kontrast hataları ortaya çıkar (Sarsenova, 2010: 64).

1.4.8. Objektif Olmama

Performans değerlendirmede en sık karşılaşılan sorun objektif olamamadır. Performans değerlendirmenin asıl hedefi olan iş hedeflerinin ne oranda gerçekleştirildiğinin ölçülmesinin yanında işgörene yönelik bireysel görüşler de değerlendirmede etkili olursa objektif olmayan sonuçlar elde edilebilir. Bu sorunun giderilebilmesi için kişinin işe yönelik davranışlarının lülmesine ve ölçülebilir kriterler belirlenmesine dikkat edilmelidir (Nas, 2006: 51).

1.4.9. Pozisyondan Etkilenme

Genellikle değerlendirmeyi yapan değerlendirici değerlendirdiği işgörenden çok, yüksek pozisyonundan etkilenererek yüksek puan verme eğilimi içine girebilir. Özellikle, sıralama yönteminde bu hatanın yapılma olasılığı yüksektir. Tüm işgörenleri bir potada toplayıp genellemeyle, tek bir kriterle veya birkaç kriterle değerlendiren yönetici/değerlendirici, genellikle st düzey pozisyonda bulunan kişileri listenin st sıralarına, daha alt düzey pozisyonlardaki kişileri de alt sıralara yerleştirme eğilimi gösterecektir (Dilek, 2009: 82).

1.4.10. Kişisel nyargılar

Kişisel duygular, düşünce kalıpları ve başka her türlü önyargı, çalışanların performansları değerlendirilirken bir tarafa bırakılmalıdır. nyargılar cinsiyete, yaşa ya da ırka göre farklı değerlendirmeler yapılmasına, insanların eğitimlerine ya da ekonomik durumlarına göre kategorize edilmesine, bir grup insanın o grup içindeki birkaç kişinin davranışına göre yargılanmasına yol açar. Bireysel nyargılarının farkına varabilmeleri için değerlendiricilerin bir eğitimden geçmesi gerekebilir. Önyargıların değerlendirme sürecinden ayıklanması, hem organizasyonun hem de çalışanların yararına olacaktır (Sarsenova, 2010: 64).

II. BÖLÜM

VERİMLİLİK

2-1 Verimlilik ve Tanımı

Kavramın ortaya çıkması hakkında çeşitli düşünceler vardır. Bilim dünyasında verimlilik sözcüğünün bugünküne yakın bir anlamda ilk kez ne zaman kullanıldığı sorusunun cevabı, Fransa Bilimler Enstitüsü üyesi Prof. Jean Fourastie tarafından araştırılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, “verimlilik” kavramının ilk kez 16. Yüzyılda Alman doktor ve mühendis George Bauer tarafından kullanıldığı belirlenmiştir. 1556’da yayımlanan *De re Metallica* adlı kitap “verimlilik” sözcüğünün bugünküne yakın bir anlamda kullanıldığı ilk kaynaktır. Bauer, madenin yer altından çıkarılma yöntemleri ve çıkarılan cevherin zenginleştirilerek kullanıma elverişli duruma getirilmesinin yolları üzerinde durarak, verimliliği artıran yöntemleri ifade etmiş ve bu kelimeyi ilk kez “produktivite” olarak kullanmıştır.

Verimlilik, daha sonraki dönemlerde özellikle Sanayi Devrimi’nin ortaya çıkışı ve yayılması ile birlikte hem sanayide üretim faaliyetlerinin içinde uygulamadan kaynaklanan ve uygulamayı etkileyen yöntem ve tekniklerin geliştirilmesiyle pratik bir varoluş kazanmış, hem de bunların düşünsel plandaki yansımaları olarak ve ekonomi biliminin doğup gelişmesi çerçevesinde teorik düzeyde gelişme göstermeye başlamıştır (Özdemir ve Muradova, 2008: 149).

Endüstri Devrimi’ne kadar oldukça genel bir anlamda kullanılan verimlilik, 18. yüzyıldan itibaren üzerinde önemle durulan kavramlardan biri haline gelmiştir. En basit şekliyle verimlilik, asgari girdiyle azami çıktının elde edilmesi veya belli bir ürün miktarının mümkün olan en az kaynak kullanarak sağlanması anlamını taşır (Genç, 1994: 361-362).

Genel bir ifadeyle verimlilik; doğru olan işleri, doğru biçimde ve ekonomik bir çalışma ile gerçekleştirmek ve bunu bir yaşam biçimi olarak kabul etmek şeklinde tanımlanabilir. Verimlilik bir yaşam biçimi olarak açıklandığında, "Bugün dünden iyi, yarın bugünden daha iyi olacaktır" görüşüne dayanan bir düşünce ve davranış olarak ifade edilmektedir (Sarı, 2011: 21).

II. Dünya savaşından sonra mal ve hizmetlere olan büyük talep ve kıt üretim kaynaklarının yarattığı ortam, verimlilik kavramının önemini artırmıştır. İlk dönemlerde özellikle işgücü ve malzeme gibi üretim kaynaklarının kullanımında yoğunlaşan verimlilik artışları giderek sermaye ve enerji kaynaklarına kaymıştır. Bu durum işçilik ve malzemenin üretimde giderek sabit bir gider oluşturmaya başlaması ve teknolojik yatırıma verilen ağırlığın sonucudur. Özellikle sanayileşmiş toplumlarda üretimde işçiliğin payı giderek azalmaya başlamıştır (Sarı, 2011: 20).

Verimlilik farklı şekillerde formüle edilmektedir. Sink ve Tuttle (1989)'a göre "Gerçekleşen Çıktı"nın, "Kullanılan Kaynakların Beklenen Değeri"ne oranıdır. Öte yandan Fisher (1990); gelir, maliyet ve kâr unsurlarını dikkate alarak verimliliği, "Toplam Gelir"nin, "Maliyet ile Hedeflenen Kârın Toplamı"na oranı olarak formüle etmiştir. Aspen ve arkadaşları (1991) ise üretim faktörlerini dikkate alarak verimliliği, "Eklenen Değer"nin, "Üretim Faktörlerine Ait Girdiler"e oranı olarak tanımlamışlardır (Sarı, 2011: 22).

Verimlilik kavramı sanayi üretiminden, bankacılığa, tarımdan hukuk sistemine, belediye çalışmalarından eğitime çok geniş bir yelpaze içinde hemen hemen her alanda kullanılmaktadır. Verimlilik, aynı zamanda, sonuçlar ile bu sonuçlara varmak için harcanan zaman arasındaki ilişkidir (Okka, 2008: 68).

Verimlilik denildiğinde artık, elde edilen ürün ve hizmetin kalitesini yükseltme, çevreyi ve doğal yapıyı koruma, çalışanların en iyi yaşam ve çalışma koşullarını sağlama ve bu arada birim girdi başına üretim miktarını arttırma çabaları birlikte düşünülmektedir (Korkmaz, 2010: 39).

En genel anlatımıyla, üretim sürecine sokulan çeşitli faktörlerle (girdiler) bu sürecin sonunda elde edilen ürünler (çıktılar) arasındaki ilişkiyi ifade eden verimlilik, savurganlıktan uzak, kaynakları en iyi biçimde değerlendirerek üretmek demektir. Bundan dolayı teknik anlamda verimlilik, "üretilen mal ve hizmet miktarı ile bu mal ve hizmet miktarının üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki oran" olarak tanımlanır ve genellikle bu ölçü, *çıkıtı/girdi* olarak formüle edilir (Yükçü ve Atağan, 2009: 4).

Verimlilik, kullanıcılarının ihtiyaçlarını ve gereklerini karşılayan mal ve hizmetlerin üretiminde kaynakların (işgücü, sermaye, arazi, malzeme, enerji, zaman, bilgi, vb.) etkili ve etkin kullanılmasıdır. Bir etkinlik ölçütü olarak yüksek verimlilik üretim girdilerinin tamamen kullanıldığını ve israfın asgariye indirildiğini gösterir (http://vgm.sanayi.gov.tr/Files/Documents/716_01-01032012110356.pdf).

Verimlilik tüm ekonomik ve sosyal sistemler için geçerli bir kavram olması nedeniyle çeşitli kuruluşlarca tanımı yapılmaya çalışılmıştır. Verimliliğe yönelik uluslararası kuruluşlar tarafından yapılan başlıca tanımlamalar şöyledir (Yalım, 2010: 185):

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development/Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) 'ye göre verimlilik; üretim miktarının üretim unsurlarından birine bölünmesi ile bulunan değerdir.

ILO (International Labour Organisation/Uluslararası Çalışma Örgütü) 'ya göre verimlilik; üretim miktarının üretim faktörlerinin toplamına bölünmesi ile bulunan değerdir.

EPA (European Productivity Agency/Avrupa Verimlilik Ajansı) ' ya göre verimlilik; bir üretim faktörünün etkili kullanım derecesidir.

JPC (Japon Productivity Center/Japon Verimlilik Merkezi) ' ye göre; her alanda iyileştirme için kaynakların etkin kullanımınıdır.

OECD ve ILO oransal bir ilişkiden söz ederken EPA ve JPC kaynakların etkin kullanımından söz etmektedir. Tüm bu anlatılanlar ışığında verimlilik şu şekilde tanımlanabilir: Bir mal veya hizmet üretim sisteminde kullanılan üretim faktörleri ile ortaya çıkan üretim miktarı arasındaki oransal ilişki olup kaynakların etkin kullanımını ifade etmektedir (Yalım, 2010: 185).

Çoğunlukla verimlilik kavramı ile aynı anlamda kullanıldıkları gözlenen, ancak aynı anlama gelmeyen bazı kavramlar bulunmaktadır. Bu kavramlara kısaca değinilecek olursa;

Verim: Yapılan bir iş sonucu ortaya çıkan olumlu sonuç olarak tanımlanabilir. Örneğin, bir üretim süreci sonunda bir masa veya saat ya da bilgisayar üretildiği varsayıldığında, yapılan işten olumlu sonuç (verim) alınmış ve ortaya bir ürün çıkmıştır.

Kârlılık: Kâr ve kârlılık işletmede toplam gelirler ve toplam maliyetler arasında kurulan bir sonuç ilişkisidir. Basit bir tanıma göre kâr, satışlarla maliyetler arasındaki artı farktır. Bu fark eksi olduğu zaman zarar oluşur. Kârlılık ise gelir ve gider ağırlıklı bir ilişki içinde tanımlanırsa, dönemsel kârın satışlara bölünmesiyle bulunan bir oranın ifadesidir. Kâr ve kârlılık en kolay ölçülebilen performans boyutudur.

İktisadilik: En genel anlamıyla üretimin satış tutarının üretimin maliyet tutarına oranıdır. Bulunan tutarın birden büyük olması gerekir. Oran ne derece büyükse o alternatif o ölçüde iktisadidir denilmektedir.

Etkenlik: Örgütün tanımlanmış amaçlarına ulaşma derecesini ölçen bir kavramdır. Amacın gerçekleştirilme düzeyini belirler. Çıktıların, amacı gerçekleştirme düzeyini açıklamakta yetersiz olması durumunda sonuçlar üzerinden değerlendirme yapılır. Sonuç, etkenliğin ölçümü için esas alınan amaca ait olmalıdır. Bu nedenle etkenlik ölçümlerinde sonuç ve çıktı arasındaki farklılık önem kazanır. Sonuçlar, çoğunlukla nicel değerlerle ifade edilen çıktıdan farklı olarak algılanır ve amaçların nitel ve nicel boyutları ile ifade edilirler.

Etkinlik: Bir faaliyetin gerçek ve beklenen etkisi arasındaki ilişki ile stratejik amaç ve hedeflerin gerçekleştirilme derecesini gösterir. Etkinliğin maliyetle doğrudan ilişkilendirilmesi bazı durumlarda yanlış anlamalara neden olabilmektedir. Bu nedenle, etkinliği daha çok bir idarenin amaçlarına ne ölçüde ulaştığı ve başarısının derecesi olarak anlamakta fayda bulunmaktadır (Okka, 2008: 71-72).

Verimlilik = Üretim Miktarı/Kullanılan Üretim Faktörleri = Çıktı (output) / Girdi (input) olarak formüle edilmektedir.

Ulusal ekonomi bakımından kıt olan kaynakların rasyonel biçimde kullanılabilmesinin etkin yolu verimliliktir. Verimlilik artışı, sadece üretimdeki artışın değil, üretim faktörlerinin de etkin bir şekilde kullanıldığına göstergesidir. Refah düzeyini yükseltmek isteyen her toplumun temel hedefi; var olan kaynaklarını en yararlı yerlerde ve en yararlı biçimde kullanarak üretimini en çoğa çıkarmaktır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler bakımından, ekonomik büyüme ve kalkınmanın gerçekleştirilmesi, esas itibariyle verimlilik temelinde kalıcı olma niteliğinin kazanılması anlamına gelecektir.

İşletmelerde verimliliği artırmak ise var olan üretim faktörlerini en etkin bir şekilde kullanarak, daha az üretim faktörü ile daha düşük maliyetli ürünler elde etmekle mümkün olabilmektedir. İşletmelerde verimlilik artışının sürekliliği için ön koşul, işletme çıkarları ile çalışanların çıkarları arasında ciddi çatışmaların bulunmamasıdır. Bu açıdan, bir işletmede verimlilik artışı üzerinde durulurken, işletme yönetiminin alacağı kararların yanında, çalışanların bu kararlara göstereceği uyum da önemlidir. Verimlilik artışının getireceği yararlar konusunda işletme çalışanlarının motive edilemediği bir durumda, uygulamada sorunlarla karşılaşılacaktır. Motivasyonda temel amaç, çalışanların istekli, verimli ve etkili çalışmasını sağlamaktır. İşletmelerde verimliliğe, üretim sürecinde kullanılan ilk madde ve malzeme, işgücü, arazi, bina, makine, donatım ve enerji gibi kaynakların ne ölçüde etken kullanıldığına belirleyen bir gösterge olarak bakılmaktadır. Bilindiği gibi üretim sürecinde işgücünün yanı sıra başka üretim girdileri de kullanılmaktadır. Bu girdilerin tek tek ya da topluca üretim düzeyi ile yakın ilişkisi bulunmaktadır. Her

girdinin tek başına ya da diğer girdilerle arttırılıp azaltılması üretim düzeyi üzerinde etkili olmaktadır. Bu nedenle, işgücünün yanında diğer girdilerin üretimle ilişkilerini belirleyen kendi verimlilik oranlarının bilinmesi ve bunların değişik koşullar altında eğilimlerinin izlenmesi gerektiğinden, bir ya da bir kaçının nitelik ve niceliği değiştirip diğerleri yerine konularak en iyi girdi bileşimi ile en yüksek üretim düzeyine ulaşılmasına imkan sağlanabilir. İşletme yönetimi açısından verimlilik oranları bir denetim aracı olarak kullanılmaktadır. Bu amaçla bir yandan üretim süreçleri kontrol edilip geliştirilirken diğer yandan verimlilik oranları işletmeler arası karşılaştırmalarda önemli bir gösterge olmaktadır. İşletmelerde üretime sokulan girdi verimliliği ile üretim maliyetleri arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Girdi miktarı ne kadar az ve sonuçta elde edilen ürün ne kadar çok olursa verimlilik de o kadar çok yüksek olmaktadır. Yani, maliyetlerin düşük olabilmesi, verimliliğin yüksek olmasına bağlıdır. Rekabetçi piyasalarda maliyet verimlilik ilişkileri diğer işletmelerle rekabet gücünü belirleyen bir göstergedir (Okka, 2008: 69-71).

2.2 Verimlilik Çeşitleri

2.2.1. Toplam Verimlilik

İşletmelerin kurumsal performanslarını belirleyen toplam verimliliğin ürün çeşitleri fazla da olsa üretimlerini tek cins altında toplayabilecek yöntemleri kullanması halinde ortak ölçü saptaması durumunda, işletmelerinin toplam verimini hesaplaması zor değildir. Bu sayede her ay işletmesinin aylık ortalama verimini, yani kurumsal performansını bilen bir işveren ya da yönetici önlem alabilir ve hedef belirleyebilir (<http://www.kalitekontrol.net/verimlilik-analizleri.html>).

$$\text{Toplam verimlilik} = \frac{\text{Çıktı}}{\text{Kullanılan tüm girdiler}}$$

Toplam çıktının, girdilerin toplamına bölünmesi ile hesaplanan verimdir. Bu hesaplama tüm işletmeler için kendi durumunu bilmesi adına gereklidir. Ancak kullanılması fazla yaygın değildir. Nedeni bu hesaplamaların güçlüğünden ve bilinmemesinden kaynaklanmaktadır. Bu konudaki güçlüklerin başında; çıktılardaki çeşitlilik ve farklılıkları olan işletmelerde ürünleri ortak ölçü altında toplamının

hesaplamayı gerektirdiği ve zor olduğudur. İkinci neden ise işletmelerin bu hesaplamanın sağlayacağı yararın farkında olmamaları ve bunun için herhangi harcamaya katlanmak istememeleridir (<http://www.kalitekontrol.net/verimlilik-analizleri.html>).

Verimlilik analizi ve hesaplamasından amaç; iyileştirme çabalarının nerelerde yapılacağı ya da hangi aktivitelerin iyileştirilmesi ile verimliliğin artacağını saptamak içindir (<http://www.kalitekontrol.net/verimlilik-analizleri.html>).

2.2.2. Kısmi Verimlilik

Üretim faaliyeti sonunda elde edilen çıktının bu üretimde kullanılan girdilerden herhangi birine oranlanmasıyla kısmi verimlilik hesaplanmaktadır (Okka, 2008: 73). Şöyle ki; işletme, üretimini sadece işçilik saatine böler ve birim işçi saatinde üretilen çıktı bulunursa burada sadece işçilik verimi hesaplandığından kısmi verimlilik adını alır. Makine verimi, enerji verimi, hammadde ya da malzeme verimi hesaplamaya dahil edilmediğinden ve tek bir girdiye göre hesaplandığından kısmi verimlilik olarak tanımlanmaktadır. Bir işçi saatindeki üretim, bir makine saatteki üretim ya da bir kw saatteki üretilen miktarlarının hesaplanması ve bunların sektörde kabul görmüş değerlerle karşılaştırılması yönetim için önemli verilerdir. Sektör değeri yoksa, işletmenin kendi değerleri ile karşılaştırmak, işletmenin kendisini kendi verileri ile kıyaslaması demektir (<http://www.kalitekontrol.net/verimlilik-analizleri.html>).

2.2.3. Çok Ögeli Verimlilik

Çıktıların birden fazla girdi toplamına bölünmesi ile bulunan verimlilik hesabıdır ancak bu yöntem pek kullanılmamaktadır. Verimlilik türlerini bir tablo'da özetleyecek ve örneklendirecek olursak:

Tablo 1: Verimlilik Türleri

Verimlilik Türü	Formül	Örnek
Kısmi Verimlilik	Çıktı/Tek bir girdi	Çıktı/İşgücü
Çoklu Faktör Verimliliği	Çıktı/Birden fazla girdi	Çıktı/İşgücü+Makine
Toplam Verimlilik	Çıktı/Tüm girdiler	Çıktı/İşgücü+Makine+Sermaye+Hammadde+Enerji

Kaynak:<http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/IIBD/article/viewFile/2864/2760>

Erişim Tarihi: 02.11.2012

2.3 Verimlilik Stratejileri

Teknoloji ve bilişim alanlarındaki gelişmeler sonucunda, coğrafi sınırların etkisinin ortadan kalktığı günümüz iş dünyasında, rekabet gücünün ayakta kalmanın tek yolu olduğu artık tartışmasız kabul edilmektedir. Bir işletmenin rekabet gücüne sahip olması, ürettiği ürünlerin diğer işletmelerin ürünleriyle kalite, fiyat ve müşteri memnuniyeti açısından yarışabilecek düzeyde olması anlamına gelir. Bir işletme rekabet edebilmek için ürünlerini ya daha az girdi kullanarak üretmeli ya da aynı miktarda girdi kullanarak çıktı miktarını arttırmalıdır. Görüldüğü gibi her iki durumda da “daha yüksek verimlilik” söz konusudur ve işletmeyi rekabet edebilir konumuna taşımak mümkündür. İşletmelerin verimlilik düzeylerinin düşük olması, bir yandan kendi karlılıklarını ve rekabet olanaklarını olumsuz yönde etkilerken, öte yandan, üreticilerin kullandıkları kaynaklarla üretebileceklerinin altında üretim yaptıkları anlamına geldiğinden, toplumun refah düzeyinin olabileceğinden daha düşük olması anlamına gelmektedir. Bu nedenle verimlilik, sadece işletmelerin sorunu değildir. Çalışanlar, işverenler ve tüketiciler dahil olmak üzere toplumun tüm kesimlerinin yaşam düzeylerini etkileyen temel bir sorundur (Atan, 2005: 3).

Verimliliğin artırılması için çözümler araştırılırken işletme, içinde bulunduğu çevreyle birlikte, bir bütün olarak ele alınmalıdır. Buradaki çevresel (dışsal) faktörler, işletmenin kontrolü dışında olan, ancak kurumsal verimliliği önemli derecede etkileyen faktörler olarak tanımlanabilir. Bu faktörler siyasal, toplumsal ve makro ekonomik değişkenlerle, hükümet politikalarıyla, ulusal ve uluslararası

mekanizmalarla ilişkili olan faktörlerdir. Verimliliği etkileyen içsel faktörler ise, organizasyonun yapısı, üretim, çalışma ortamı ve çalışma yöntemleri, işgücü, makine ve ekipmanların teknolojiye ve üretime uygunluğu, kapasite kullanımı, hammaddenin niteliği ve kullanımı, yönetim vb. faktörler olarak sıralanabilir (Atan, 2005: 3).

İşletmeler vizyon ve misyonlarını belirlerken, verimliliklerini etkileyen içsel ve dışsal faktörleri gerçekçi bir şekilde irdelemeli ve bu faktörlerin kendilerine getirebileceği fırsatları ve tehditleri saptamalıdır. Bu noktada izlenebilecek iki verimlilik stratejisinden söz edilebilir. Bunlar; girdileri küçültmek ve çıktıyı büyütme.

İşletme, girdileri azaltma stratejisini seçerse, başvuracağı seçenekler aşağıdaki seçenekler olacaktır:

- Daha az girdi ile daha çok çıktı üretmenin yollarını araştırmak,
- Daha az girdi ile aynı çıktıyı üretmenin yollarını araştırmak,
- Daha çok girdi azalması ile daha az çıktı azalmasını gerçekleştirmenin yollarını araştırmak.

İşletme, çıktıyı büyütme stratejisini seçerse aşağıdaki seçenekler üzerinde düşünecektir;

- Çıktı artışını azalan girdilerle sağlamanın yollarını araştırmak,
- Çıktı artışını sabit girdilerle sağlamanın yollarını araştırmak,
- Çıktı artışını daha az girdi artışıyla sağlamanın yollarını araştırmak.

Yukarıdaki seçeneklerden hangisinin seçileceğini, içsel ve dışsal faktörler belirler. Örneğin yeni yatırımlar için finans olanağı olmayan bir işletmenin, pazar koşulları çok uygun olsa bile çıktı artışını girdi artışıyla sağlama seçeneğini seçemeyeceği açıktır. Finans durumu iyi olan bir kuruluş ise refah dönemlerinde rahatlıkla söz konusu stratejiyi seçebilir. Öte yandan finans ve pazar olanaklarının daraldığı kriz dönemlerinde içsel ve dışsal faktörler, işletmeyi, girdileri azaltarak verimliliği büyütme stratejisini seçmeye zorlayabilir. Dolayısıyla tek bir optimum verimlilik

stratejisinden ve tek bir optimum seçenekten söz edilemez. Durumsal koşullar, diğer bir anlatımla var olan içsel ve dışsal faktörler, işletmenin genel politika ve stratejisini ve bu genel politika ve stratejilere dayalı olarak optimum verimlilik stratejisini belirler (Atan, 2005: 4-5).

2.4 Verimliliğin Ölçümü

Verimliliğin ölçülmesi önem arz etmektedir. Ölçülemeyen bir olgunun yönetilemeyeceği açıktır. Bazı faktörler için ele alınan verimlilik formüllerini aşağıdaki gibi belirtebiliriz:

- Emek Verimliliği = Üretim / İşgücü
- Bir Üretim Faktörünün Verimliliği = Üretim / Üretim Faktörünün Miktarı
- Faktörlerin Toplam Verimliliği = Üretim / Faktörlerin Toplamı
- Net Emek Verimliliği = Net Üretim / (İşgücü + Üretim Dışı Faktörler)

Verimlilik hesaplanırken elde edilen veriler bir üretim sonucunda oluşmaktadır. Bu da üretim fonksiyonundan da yararlanılmasını gerektirir. Üretim fonksiyonunda yer alan teknolojik değişmelerde meydana gelen olumlu değişiklikler de verimlilik artışı olarak kabul edilmektedir (Korkmaz, 2010: 51).

III. BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık sektörü tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızlı ve istikrarlı bir şekilde büyümektedir. Rekabetin giderek arttığı bu sektörde sağlık işletmeleri içinde buldukları pazarı iyi tanımak ve tanımlamak zorundadırlar. Büyüyen pazar içinde ayakta kalmak isteyen sağlık işletmeleri, beşeri ve iktisadi kaynaklarını etkin ve verimli kullanmak zorunda oldukları gibi değişen hasta ihtiyaç ve beklentilerini de karşılamak zorundadırlar. Günümüzde tedavi uygulamalarında söz sahibi olmak isteyen, hasta hakları konusunda bilinçli ve teknolojik ilerlemelerin farkında olan bir hasta profili mevcuttur. Artık hastalar bir ürün ya da hizmeti beğenmedikleri takdirde alternatiflerini değerlendirmektedirler. Bu noktada sağlık işletmeleri müşteri kaybetmemek için farklı yöntemler denemek zorundadırlar. Bu temelde müşterilerinin ihtiyaç ve beklentilerini tanımak ve müşterileri ile sağlam ve uzun süreli ilişkiler kurmak isteyen sağlık işletmelerinin etkili bir hasta ilişkileri yönetimi diğer bir deyişle hasta şikâyet yönetimini kurgulamaları gerekmektedir (Şahin ve Kırgın Toprak, 2012: 3).

3.1. Sağlık ve Tanımı

Geçmiş dönemde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin ya da toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları (hastalık belirtisi) veya sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Tengilimoğlu vd., 2012: 69).

Sağlık kavramı farklı biçimlerde tanımlanmakla birlikte günümüzde Dünya Sağlık Örgütü (WHO:World Health Organization) tarafından yapılan tanım toplumun geniş kesimince kabul görmektedir. Buna göre; sağlık, yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre sağlık, çok boyutlu bir kavramdır ve birbirleriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 18).

3.2. Sağlıkın Belirleyicileri

İnsan sağlığı özelliği gereği birçok faktörlerden etkilenmekte, doğum öncesi dönemden başlayarak, doğum sonrası ve yaşamın daha sonraki yıllarında bireyin kendisine ait fiziksel, ruhsal ve çevresel faktörlerin etkisi ile şekillenmektedir. İnsan sağlığını etkileyen faktörler bu kadar geniş kapsamlı olduğuna göre sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek faktörler üzerinde düzeltici yönde yapılan çalışmalar da o denli kapsamlı olmaktadır. Gelir dağılımı, istihdam düzeyi, demografik yapı, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel yapı ve teknoloji gibi faktörler sağlığı dolaylı da olsa etkilemektedir. Sosyal güvenlik, yerel yönetimlerin sağlıkla ilgili faaliyetleri, gıda ve çevre sağlığı ile ilgili çalışmalar, sosyal faaliyetler, çalışma şartları, yaşam tarzı, beslenme gibi faktörler de sağlığı etkileyen faktörlerdir (Sarsenova, 2010: 4).

3.2.1. Çevre

İnsanların içinde yaşadıkları doğal-fiziksel (iklim, toprak yapısı, vb.) ve sosyal faktörler çevreyi oluşturmaktadır. Çevresel özellikler insan sağlığını etkilemektedir. Genel olarak çevre üç grupta incelenebilir (Tengilimoğlu vd., 2012: 70):

A. Biyolojik Çevre: Biyolojik çevre içinde mikroorganizmalar, vektörler, bitki ve hayvanlar ile besinler bulunmaktadır. Kolera, verem, çocuk felci gibi birçok hastalığa mikroorganizmalar sebep olmaktadır. Vektörler ise hastalık yapan mikroorganizmaları insan vücuduna sokan eklem bacaklılar ve kemiricilerden oluşmaktadır.

B. Fiziksel Çevre: Fiziksel çevre iklim, toprak yapısı, hava kirliliği, atıklar, su kaynakları, vb. faktörlerden oluşmaktadır. İnsanların neden olduğu iklim değişikliğine bağlı olarak yerkürenin ısınması sonucunda yaşlıların, bebeklerin ve kronik solunum ve kardiyovasküler hastalığı bulunanların ciddi sağlık riskleri ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. İklim koşullarındaki değişim, dolaylı olarak insan sağlığını etkilemektedir. Çevre kirliliği de insan sağlığını ciddi boyutta etkilemektedir. Tehlikeli atıkların rastgele ve denetimsiz olarak atmosfere, toprak üzerine veya toprak altına terk edilmesi toplum sağlığını tehdit etmektedir. Ayrıca hava kirliliği de insan sağlığını tehdit etmektedir. Hava içerisinde serbest olarak bulunan karbon parçacıkları, ozon, karbonmonoksit, kükürtdioksit ve bazı kanserojen maddeler insanların solunum yollarını etkileyerek bronşlarda iltihaplara ve daralmalara neden olmaktadır.

C. Sosyal Çevre: Sosyo-kültürel çevre insanların sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen, kişilerin birbirleriyle ilişkilerini sağlamaya aracılık eden faktörlerdir. Sosyal faktörler bazı hastalıkların hazırlayıcısı olduğu gibi, bazı hastalıkların görülmesi de sosyal faktörlerin bozulmasına neden olmaktadır. Sosyo-kültürel çevre ile ilişkili hastalıklara tüberküloz ve zührevi hastalıklar (frengi ve bel soğukluğu gibi) verilebilir. O halde, sosyo-kültürel faktörler sağlığın girdisidir. Kültürel modeller beslenme, egzersiz, kişisel kalıtım ve diğer faktörler sağlığı etkilemektedir (Tengilimoğlu vd., 2012: 71).

3.2.2. Davranış

Bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirdiği değerler, tutumlar, davranışlar ve alışkanlıklar yaşam tarzını belirlemektedir. Sigara, alkol, tehlikeli araç kullanma, aşırı yeme, ilaçların ters etkileri, kişinin hijyeninin yetersizliği ve sağlık

hizmetlerinin geciktirilmesi gibi kişisel davranış ve alışkanlıklar sağlık veya iyi olma üzerinde etkili rol oynamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 71).

3.2.3. Kalıtım

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

Kalıtım bireyin yaratılışı itibarı ile sahip olduğu biyolojik ve organik yapısı, hastalıklara karşı duyarlılığını etkileyebilir ve hastalıklar kalıtsal olarak geçebilir. Kalıtım bireyin yalnızca doğuşsal olarak getirdiği hastalık ya da bozukluklardan ibaret değildir. Aynı zamanda bireyde orta ve ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek diyabet, kanser, iskelet ve kas sistemi hastalıkları ve kardiyovasküler sistem hastalıkları gibi pek çok hastalığa yakalanma riskini de artırmaktadır. Genetik kalıtım hem çevresel hem de davranışsal faktörlerin her ikisi ile de etkileşim halindedir. Etnik veya ırksal eğilimler gibi kültürel etmenler evlenilecek partnerlerin seçimini ve böylece çocukların genetik potansiyelini ve belirli hastalıklara karşı hassaslığını etkilemektedir. Örneğin, orak hücreli anemi (sickle cell anemia) yalnızca siyahların arasında görülmektedir. Bununla birlikte hastalık kişisel davranış ve sağlık bakım hizmetleri aracılığı ile teşhis ve tedavi edilebilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012: 71-72).

3.2.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlığın dört büyük girdisi arasında sağlık üzerinde en az etkisi olan sağlık bakım hizmetleridir. Sağlık bakım hizmetleri çevre ve kamu ajansları tarafından sunulan toplum sağlığı hizmetlerini kapsamaktadır. Bu hizmetlere, kirliliğin sebep olduğu çevresel problemler, iş güvenliği ve barınma koşullarına müdahaleler örnek olarak verilebilir (Tengilimoğlu vd., 2012: 72).

3.3. Sağlık Hizmetleri

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmayıp yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir (Danacı, 2010: 7).

Sağlık hizmetleri; kişilerin sağlığının korunması, teşhis, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ya da özel şahısların vermiş olduğu hizmetler olarak da tanımlanabilir (Tengilimoğlu vd., 2012: 72).

Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımına göre, “Sağlık; ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan iyi durumda olma halidir (Çıraklı ve Sayım, 2009: 2).

Sağlık bakımına talebin giderek artması, ulusal ve bölgesel düzeyde sağlık bakım sistemlerindeki gelişmelerin yetersizliği yeni seçeneklerin tartışılmasına yol açmıştır. Tüm bunların sonucunda 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü’ne üye ülkeler, sağlık bakımının verilmesinde en geçerli yöntem olarak bilimsel temellere dayanan ve evrensel düzeyde benimsenecek, uygulanacak olan “Temel Sağlık Hizmetleri” yaklaşımını kabul etmişlerdir. Bu gelişmelerin ardından dünyadaki tüm insanların sosyal ve ekonomik yönden verimli bir yaşam yaşayabilmesi için yapılması gerekenler “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” adı altında sıralanmıştır. Bu kavram dört amaç ve bu amaca ulaşmak için gerekli stratejilerin ve destekleyici hizmetlerin yer aldığı otuz sekiz hedefi içermektedir. Bu dört amaç aşağıda sıralanmıştır (Danacı, 2010: 8).

- Sağlıkta adalet (ülkeler ve bölgeler arası sağlık farklılıklarının en aza indirilmesi)
- Yıllara yaşam katmak (insanların tüm fiziksel, ruhsal ve sosyal potansiyellerini kullanmasının sağlanması)
- Yaşama sağlık katmak (hastalık ve sakatlıkların en aza indirilmesi)
- Yaşama yıllar katmak (erken ölümlerin önlenerek yaşam beklentisinin uzatılması)

Türkiye’de sağlık politikaları geliştirmek, uygulamak ve sağlık hizmetleri sunmak resmi olarak Sağlık Bakanlığı (SB)’nın görevidir. Sağlık hizmetleri arz kaynaklarının ÷lke genelinde dengeli dağılım, etkili ve verimli kullanım sorumluluğu SB’na aittir. Yataklı tedavi kurumlarının önemli bir bölümünü bünyesinde bulunduran SB, sektörün en büyük sağlık hizmeti sunum kuruluşudur (Danacı, 2010: 9).

Sağlık harcamaları, kamu harcamaları içinde cari ve yatırım harcamaları niteliği taşımakta olup sağlık hizmetleri çok sayıda kamu kurumu ve özel kurumlar tarafından yürüt÷lmektedir (Çıraklı ve Sayım, 2009: 2).

3.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık ekonomisinin yeni bir bilim dalı olarak ortaya çıkmasına sebep olan faktörlerin başında sağlık hizmetlerinin kendine has özellikleri içinde barındırması yer alır. Sağlık hizmetlerinin temel özelliklerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Sağlık hizmeti sunumu ertelenemez.
- Sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal nitelik ve kamu malı özelliği taşımaktadır (koruyucu sağlık hizmetleri).
- Sağlık hizmeti tüketimi rastlantısaldır.
- Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur.
- Hizmetten sağlanan doyum ve kaliteyi önceden belirlemek oldukça güçtür.
- Hizmetin yetersizliği toplumda huzursuzluklara yol açar.
- Hizmet sunumundaki hata payının diğer hizmet sunumlarına göre daha düşük düzeyde olması önemlidir.

3.3.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olacak şekilde dört grupta toplanabilir. Bu hizmetler hakkında kısaca bilgi verecek olursak:

3.3.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Hastalıklar oluşmadan bireyleri ve toplumu korumak için verilen hizmetlerin tamamını kapsar. Hastalıkları önlemenin, sağlık düzeyini yükseltmenin en etkili yolu bu hizmeti yaygınlaştırmaktan geçer. Bu hizmetler çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki grupta incelenmektedir (Danacı, 2010: 13).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2012: 82) :

- Hizmet sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur,
- Uygulaması daha kolaydır.
- Kullanılan teknoloji basit ve ucuzdur.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- Görevli personelin niteliği nispeten daha düşüktür.

3.3.2.1.1. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel çevre koşullarının insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik girişimlerin tümüne çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir. Çevreye yönelik sağlık hizmetleri, bu konuda özel eğitim almış mühendis, kimyager, veteriner, sağlık teknisyeni gibi meslek mensuplarınca yürütülür. Bu hizmetlerin bir kısmı aşağıda gösterilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012: 80-81) :

- Zararlı canlılarla mücadele,
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- İş sağlığı,
- Radyasyonla savaş,
- Su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi.

3.3.2.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

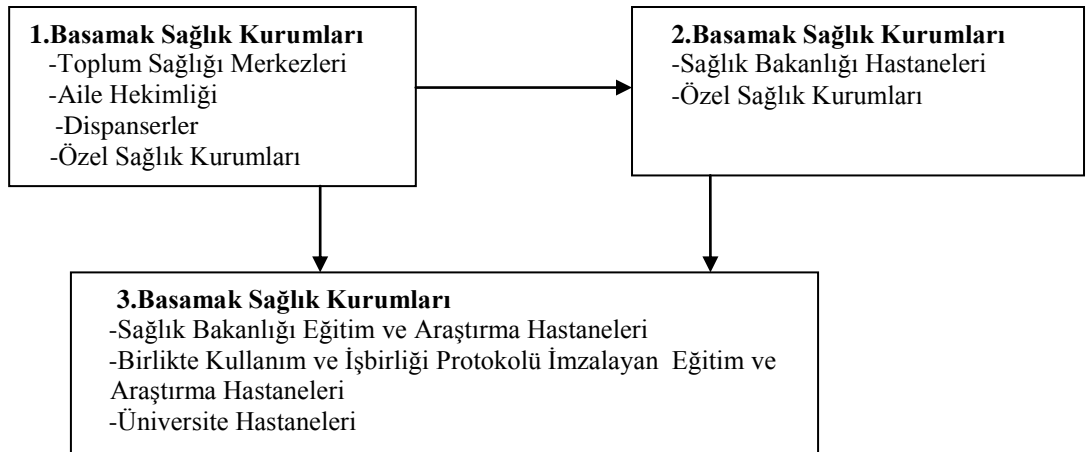
Bu hizmetler; kişileri hastalıklara karşı dirençli duruma getirmeyi, hastalandıkları hallerde de erken tanı ve tedavi ile en az hasarla iyileşmelerini hedefler. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri doktor, hemşire, ebe gibi sağlık çalışanları tarafından doğrudan yürütülen hizmetlerdir. Bu hizmetler aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Danacı, 2010: 13-14).

- Erken tanı ve tedavi hizmetleri,
- Bağışıklama (aşılama),
- İlaçla koruma,
- Beslenmeyi düzenleme,
- Ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri,
- Kişisel hijyen,
- Sağlık eğitimi.

3.3.2.2. Tedavi Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, hastalık veya sakatlık durumu ortaya çıktığı zaman verilen hizmetlerdir. Hastalanan insanların tekrar sağlığına kavuşması için yapılan çalışmaların tamamı bu başlık altında toplanmaktadır. Kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri (ilk başvuru ve ayakta tedavi), ikinci basamak tedavi hizmetleri (yataklı tedavi hizmetleri) ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri (üst düzeyde uzmanlaşmış ve ileri teknoloji kullanılan merkezler) olmak üzere üç gruba ayrılır (Tengilimoğlu vd., 2012: 82).

Şekil 2: Tedavi Hizmetleri Veren Kurumlar ve İş İlişkileri



3.3.2.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastaların hastaneye yatmadan, günübirlik aldığı sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı olan sağlık ocakları, dispanserler ve özel sağlık kurumları (muayenehaneler, ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri) tarafından yürütülmektedir. Bu kurumlar kişilerin evlerine yakındır ve rahat ulaşılır (Danacı, 2010: 15).

Diğer birinci basamak kurumlarından farklı olarak dispanserler; verem hastalığı ile mücadele edebilmek için ilk olarak 1923 yılında İstanbul'da açılmıştır. O dönemlerde verem hastalığı ile mücadele edebilmek için en önemli görev dispanserlere düşüyordu. Dispanserler, kendilerine ayrılan belirli bölgelerde araştırma yapma, tespit etme ve hastaları kontrol etme görevlerini yerine getirmekle görevlendirilmişlerdi. Günümüzde verem hastalığının yaygınlığını ve etkisini kaybetmesi, tıp biliminin ve tıp teknolojisinin gelişmesi ile birlikte dispanserler eskisi kadar yoğun görevlerde bulunmamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının da daha iyi ve kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanıyacaktır. Dünya Sağlık Örgütü, 2010 yılına kadar insanların aile ve topluma dayalı temel sağlık hizmetlerine daha iyi ulaşılabilmesini, Alma Ata kongresinde de alınan kararın devamı olarak 21. yüzyılda “Herkes için Sağlık” anlayışını hedefleri arasında saymaktadır. Bu hedefi gerçekleştirmeyi amaçlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı, aileye dayalı temel sağlık hizmetlerini gerekli eğitim ve beceri ile donanmış sağlık ekipleriyle, entegre bir şekilde sunmayı öngörmektedir.

Dünyanın pek çok ülkesinde aile hekimliği başarıyla uygulanmış olup, ülkemizdeki aile hekimliği uygulama çalışmaları desteklenmektedir (http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=98:aile-hekimliinin-uelkemizdeki-geliimi-&catid=38). Ülkemizde 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” 24.11.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiş, ardından sırasıyla Aile Hekimliği

Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik 06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de ve Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı’na Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ve Sözleşme Şartları Hakkında Yönetmelik 12.08.2005 tarih ve 25904 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Bu kapsamda 15.09.2005 tarihinde Aile Hekimliği Pilot Uygulamasına Düzce’de geçilmiştir. Daha sonra pilot uygulama yaygınlaştırılmıştır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 25.05.2010 tarih ve 27591 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Aile hekimliği uygulamasına geçen illerdeki hasta-hekim ilişkilerindeki memnuniyet ve yapılan çalışmalar ışığında 2010 yılı sonunda Aile Hekimliği Uygulamasına geçilmiştir (http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=98:aile-hekimliinin-uelkemizdeki-geliimi-&catid=38). Aile Hekimliğiyle birlikte Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık ocakları kapatılmış, yerlerini toplum sağlığı merkezlerine bırakmışlardır. Toplum Sağlığı Merkezlerinin asli görevleri; bölgesinde buldukları toplumun sağlığını geliştirmek, sağlıkla ilgili risk ve sorunları belirlemek ve bu sorunları gidermek için planlama yapmak, bağlı buldukları il veya ilçe müdürlüklerinin sevk ve idaresinde bölgedeki sağlık kuruluşları ile koordinasyonu sağlamaktır.

3.3.2.2.2 İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

İkinci basamak tedavi hizmetleri hastalıkların teşhis ve yatılarak tedavisi için düzenlenen hizmetlerdir. Yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgilenen kurumları kapsar (Danacı, 2010: 15).

3.3.2.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi, geriatri hastanesi), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri) veya belli bir hastalığa (verem, onkoloji, akıl ve ruh sağlığı hastaneleri) hizmet veren, o konudaki ileri teknoloji ve üst düzeyde uzmanlaşmış personelle donanmış yataklı tedavi kurumlarında verilen hizmete “üçüncü basamak tedavi hizmeti” denir (Danacı, 2010: 16).

3.3.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık sonrası sakatlık veya güçsüzlük gibi nedenlerle, günlük yaşamını sürdüremeyen ve iş gücünü kaybedenlere verilen hizmetler bu başlık altında toplanmaktadır. Hastalık ve kaza sonucunda kişilerin kaybettiği bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 83).

3.3.2.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

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

3.3.2.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Sakatlığı ve özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma veya öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2012: 83).

3.3.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk bireylere aittir (Kavuncubaşı, 2000: 46).

Sağlığın geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir. Kişiler kendi yaşam biçimlerini geliştirerek sağlık durumlarını daha üst seviyelere çıkarabilirler. Örneğin kişilerin spor yapması, sigara ve alkol kullanmaması, sağlığı bozucu rafine gıdaların tüketiminden uzak durması ve kişisel hijyen sağlanması sağlık seviyesinin yükselmesine katkı sağlayabilecektir (Tengilimoğlu vd., 2012: 84).

3.4. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi

1923-1938 Dönemi

I.Dünya Savaşı sonrası 20 Nisan 1920’de ilk defa toplanan meclisin kabul ettiği 2 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı (SB) kurulmuştur. Toplumun sağlık statüsünü iyileştirme sorumluluğunu üstlenen SB, sağlık hizmeti sunma ve politika üretmekten sorumlu temel kurumdur. 1920 yılında, Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) hükümetinin ilk sağlık bakanı olarak atanan Dr. Adnan ADIVAR göreve başladığında tüm ülkeye yayılan sağlık alt yapısının başlangıcı sayılabilecek çalışmalarda bulunmuştur. 1923 verileri incelendiğinde Türkiye’de 6.437 hastane yatağı ve 86 hastane bulunmaktaydı. Bu hastanelerin sadece üçü merkezi yönetimin mülkiyetinde olup, diğer hastanelerin mülkiyeti ve işletilmesi yerel yönetimler, özel sektör, yabancılar ve azınlıklara aitti. Cumhuriyetin ilk 15 yılı içinde nüfusun %90’ından fazlası kırsal kesimde yaşadığı için sağlık örgütlenmesinin kilit noktasında Sağlık Bakanlığı’nın kırsal bölgelerdeki temsilcisi durumunda olan hükümet tabipleri bulunmaktadır. Bu dönemde nüfus dikkate alınmaksızın her ilçeye bir hükümet tabibi atanmıştır. 1924 yılında Ankara, Erzurum, Diyarbakır ve Sivas’ta, 1936 yılında ise İstanbul Haydarpaşa’da hekimliğin bütün uzmanlık dallarını içinde toplayan “Numune Hastaneleri” kuruldu. Numune Hastaneleri, yatarak ve ayakta tedavi hizmeti sunan tam teşekküllü, uzman kadrolu, modern donanımlı hastanelerdi. 1925 yılından itibaren Ankara, Konya, Balıkesir, Adana, Çorum, Malatya, Erzurum ve Kars’ta doğum ve çocuk bakım evleri açıldı. 150 ilçede ücretsiz muayene ve tedavi hizmeti ile parasız ilaç veren dispanserler kuruldu. 1932 yılında hastane yatağı sayısı 10.646, hastane sayısı ise 177’ ye ulaştı (Tengilimoğlu vd., 2012: 129-131).

1925 yılında Sağlık Bakanlığına atanan ve sonraki dönemin sağlık hizmetlerine damgasını vuran Dr. Refik Saydam sağlık sorunlarına yönelik olarak çözümleri üç ana başlıkta toplamıştır. Bunlar; mevzuatı yenilemek, kurumsallaşma ve personel teminidir (Yaşa, 2012: 30).

1939-1960 Dönemi

Dr. Saydam döneminden sonraki ilk önemli girişim, 1946 yılında toplanan 9. Milli Tıp Kongresi'ne zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet UZ tarafından sunulan "Birinci On Yıllık Sağlık Planı"dır. "Behçet Uz Planı" diye de anılan bu plana göre, ülke yedi sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgenin örgütlenmesi kendi kendine yeterli olacaktı. Her kırk köy için on yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve bu merkezlere iki hekim, bir ebe, bir sağlık memuru ve bir de ziyaretçi hemşire çalışacaktı. Bu merkezler koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birlikte yürüteceklerdi. Bölgelerin kuruluşu tamamlandıktan sonra her birine bir tıp fakültesi kurulması öngörülmüştü. Bu plan ile çağdaş sağlık yönetiminin temel ilkelerinden biri olan koruyucu ve iyileştirici hizmetlerin bütünleştirilmesi ve hizmet ünitelerinin nüfus esasına göre kurulması amaçlanmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun temellerini atan İş Güvenliği Yasası çıkarılmış ve hizmet ile istihdam alanındaki SB tekeli ortadan kaldırılmıştır. Aynı yıl İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve bu kurum 1952 yılında işçilere sağlık hizmeti vermeye başlamıştır (Tengilimoğlu vd., 2012: 132-133).

1950'li yıllarda batı tipi demokrasiye geçişle birlikte Sağlık Bakanlığı tedavi hizmetleri vermeyi üstlenmiş, belediye hastanelerinin tamamına yakını kamulaştırılarak Sağlık Bakanlığı'na bağlanmıştır. 1960 ihtilalinden sonra sektörler arası bir yapı olan Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) kurulmuştur. DPT'nin koordinasyonu ile sağlık da dahil olmak üzere tüm sektörler yeniden düzenlenmiş ve planlı kalkınma dönemine geçilmiştir. Özel idare hastanelerinin 1953 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak tüm hastane hizmetlerinin merkezi hükümet görev ve sorumluluğu haline getirilmesinin bir sonucu olarak il ve ilçe hastanelerinin açılması hız kazanmış, tedavi edici hizmetlerin yurt genelinde yayılmasında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir.

1961-1980 Dönemi

1960 yılından sonra planlı dönem başlamıştır. Hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda sağlık idaresinde temel amacın halkın sağlık düzeyini

yükseltmek olduğu ve bunun için de halk sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi gerektiği belirtilmiştir (Tengilimoğlu vd., 2012: 132-133). Dönemin Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde hazırlanan, 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 5 Ocak 1961 yılında kabul edilmiştir. Böylece, sağlık hizmetleri tarihimizde “ Sosyalleştirme Dönemi” olarak adlandırabileceğimiz dönem başlamıştır (Akdur, 1998: 26). Bugünkü döner sermaye uygulamalarını tanımlayan ilk yasa 09.01.1961 tarihinde yürürlüğe giren 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” dur (Öztürk, 2009: 29). Genel Sağlık Sigortası Kanun taslağı ilk olarak 1967 yılında hazırlanmış ancak Bakanlar Kurulu'na sunulamamıştır. 1967 yılındaki İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı ile taslak TBMM'ye sunulmuş ancak kabul edilmemiştir. 1974'te meclise tekrar sunulmuş fakat bu kez de kanunlaşamamıştır.

1981-2000 Dönemi

Cumhuriyet tarihinde ilk defa 1982 Anayasasında, sağlık alanında özel sektörden söz edilmiş ve 1983 hükümet programında da sağlık alanında genel olarak rekabetin sağlanması ve özel sağlık kuruluşlarına teşvikler hedef gösterilmiştir. 1983 ve sonrası yıllar, sağlık alanında iddialı değişim söylemlerinin gündeme geldiği bir dönem olarak anılmakta olup, bu dönemde toplumun sağlık durumunu ve sağlık hizmetlerini iyileştirilmek temel amaç edinilmiştir. Sağlık hizmeti sunan sistemin sorunlu olmasına dayanılarak bu sorunların çözümünün yeni bir sağlık reformu önerisiyle sağlanabileceği önerilmiştir. 1990'lı yılların başlarında sağlık hizmetlerinde yeniden yapılanma konusunda sağlıkta reform önerilerini içeren “Ulusal Sağlık Politikası Dokümanı”nın yayımlanması gibi önemli girişimler yer almıştır. Bu dokümanda yer alan temel öneriler arasında herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmayan nüfusun genel sağlık sigortası kapsamına alınması, mevcut hastanelerin büyük ölçüde finansal özerklik ile birlikte özerk bir yapıya kavuşması, hizmeti sunanlarla satın alanların birbirinden ayrılması ve hizmet sunucularının aynı havuzdaki kaynaklar için birbiri ile rekabet ettiği bir dâhili piyasanın oluşturulması yer almaktaydı (Yaşa, 2012: 32).

2001 ve Günümüze Kadar Olan Dönem

Sağlık reformları konusundaki son çalışmalar 2002 yılı genel seçimlerinden sonra kurulan hükümetin “Acil Eylem Planı” çerçevesi içerisinde hazırlanmıştır. Bu plan, tüm nüfusu kapsayan bir sosyal güvenlik sisteminin kurulacağını ve devletin tüm vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini sunmakla sorumlu olduğunu açık bir şekilde ifade etmektedir. Acil Eylem Planı’nın uygulanmasının bir parçası olarak Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) başlatılmıştır (Tengilimoğlu vd., 2012: 138).

Türkiye, Avrupa Birliği Sağlık Mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001’de gerçekleştirmiş, 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP)’ni uygulamaya başlamıştır. Sağlıkta dönüşümün amacı; kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmaktır. 2003-2008 döneminde, SDP reformlarının çok önemli adımları gerçekleştirilmiştir. Reformlardan önce sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı parçalı bir yapı göstermekteydi. SDP ile farklı sigorta sistemlerinin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) altında toplanmaları ve Genel Sağlık Sigortası Sisteminin (GSS) oluşturulması gibi ana yapısal değişimlerin yanında kamu hastanelerinin verimliliğinin artırılması için çok önemli reformlar gerçekleştirilmiştir:

- SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildi.
- Sağlık Bakanlığı (SB) hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaya kondu.
- SB hastanelerine, hastane gelirlerinin yönetimi için daha fazla özerklik ve esneklik sağlandı.
- Sağlık bilgi sistemleri geliştirildi.
- Kamu hastanelerinin gelişmiş medikal teknolojiden faydalanmaları yeni yatırımlar ve bu hizmetlerin özel sektörden dış alım yolu (outsourcing) ile teminiyle sağlandı.

SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesiyle, sağlık hizmet sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılırken, SSK'lıların tüm kamu sağlık tesislerine ulaşımı sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde eşitliğin sağlanmasına önem verilerek Yeşil Kart uygulaması kapsamına ayakta tedavi hizmetleri katılmış, SSK ve Yeşil Kartlıların tüm serbest eczanelerden ilaç teminine izin verilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim eşitliğinin sağlık hizmet talebini artırmasına karşın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2004 yılında Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışının sağlanması amaçlanmıştır (Sülkü, 2011: 243-244).

Türkiye'de sağlık sistemine ilişkin köklü reform ihtiyacı uzun süre tartışılmıştır. Özellikle beşer yıllık kalkınma planlarında bu ihtiyacın varlığı net bir şekilde ifade edilmiştir. 2000'li yıllara gelindiğinde bu ihtiyaç artık bir zorunluluk olarak algılanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, 2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temel hedefleri şu şekilde ifade edilebilir (Gümüş ve Çelikay, 2011, 59-60):

- Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici olarak yeniden organizasyonu,
- Tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortasının hazırlanması,
- Ülke geneline yayılmış, kolay erişilebilen, kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması,
- Beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması,
- Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumlarının kurulması,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon sağlanması,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması. (Yaşa, 2012: 32).

Sağlık Bakanlığı 2009-2013 Stratejik Planında vurgulandığı üzere “Kamu Hastaneleri Birliği Kanunu” gereğince, 2013’e kadar kamu hastane birlikleri sistemine geçilecek ve aynı ildeki hastaneler ortak bir program, planlama, bütçe ve uygulama gerçekleştirmek üzere birleşecektir. (Sülkü, 2011: 244).

3.5 Sağlık Bakanlığında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

3.5.1. Sağlık Bakanlığında Performans Ödemelerinin Tarihçesi

Her organizasyon gibi hastaneler de belirli amaçları gerçekleştirmek için kurulurlar. Belirlenen amaçlara ne düzeyde ulaşıldığı ise performans ölçümü ile belirlenir. Son zamanlarda hastaların artan sağlık bilgileri ve kaliteli hizmet talepleri, düzenleyici kuruluşların baskıları, sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri, hastanelerin rekabet gücüne çalışanların motivasyonuna etkileri gibi gerekçeler hastanelerde performans ölçümünü zorunlu hale getirmiştir (Kaya ve Saluvan, 2012: 65).

Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS), Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli birimlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir. Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır. 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık Bakanlığı tesislerinde uygulanmaya başlanmıştır. 2004 yılında daha çok bireysel ve niceliksel performans ölçütlerinin bulunduğu sisteme, 2005 yılında kurumsal performans ölçütleri ilave edilerek nitelik boyutu getirilmiştir (Yoluk, 2010: 4-5).

Sağlık hizmeti sunumunda ve sağlık kaynaklarının kullanılmasında verimin düştüğü yönündeki kanıların artması sonucu, sağlık hizmetlerinin verimliliğini, kalitesini ve güvenliğini artırmada ortaya yeni fikirler çıkmış, dünya çapında hastanelerin yönetsel özerkliklerini ve finansal sorumluluklarını artırma yönünde de çalışmalar yapılmıştır.

Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sonucu sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesinde kullanılmakta olan hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme ve sabit ödeme gibi ödeme yöntemlerinin sunulan sağlık hizmetlerinde istenen başarıyı yakalamada yetersiz kaldıkları görülmüş bunun üzerine verimliliği artıran, daha kaliteli hizmet sunmayı önceleyen ve iyi sonuçlara ulaşmayı sağlayan performansa dayalı ödeme yöntemlerini ön plana çıkarmıştır. Sağlık hizmeti alanı modern devletin faaliyet alanlarından biri olarak diğer bir deyişle bir sosyal kamu hizmeti alanı olarak düzenlenmiştir. Çünkü sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi ve genel sağlığın korunması kamu yararı ilkesi gereğidir. Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve ölçütleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir (Tunçel vd., 2012: 103-105).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, dinamik bir uygulama olup, uygulamanın başladığı günden bu yana sürekli geliştirilmekte ve Sağlık Bakanlığı'nın stratejik hedeflerine göre yenilenmektedir (Sarsenova, 2010: 91).

2003 yılı ikinci yarısında 10 hastanede pilot olarak uygulanan performansa göre katkı payı ödemesi 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde bütün yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. Bugüne kadar

yürütülmekte olan uygulamanın başlıca iki evresi mevcuttur. 2004 yılını kapsayan bir yıllık uygulama, sağlık çalışanlarının ve kurumların yeni duruma uyumunu sağlamış ve performans ölçümünün devamını oluşturacak denetimlere alt yapı hazırlamıştır. Bu değişimler ve birikimler gözlenerek ülkemiz koşullarında kolay ölçülebilir sınırlı sayıda kalite ölçütleri denenmiş ve 2005 yılında geçici olarak uygulamaya konmuştur. Bu yumuşak geçişle kaliteli hizmet sunmaya yönelik bilinç geliştirilmesi ve altyapı oluşturulması planlanmıştır. Bireysel performans ölçümü sahadaki uygulama ve sonuçları değerlendirilerek çok defa değişikliklere uğramış ve adeta bir matematik model hâlini almıştır (Aydın ve Demir, 2007: 36).

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması, sağlık çalışanlarının düzenli maaşına ek olarak her ay aldığı bir ödemedir. Temel maaş Sağlık Bakanlığı bütçe kaleminden (sağlık personeli maaşları altından) ödenir. Performansa dayalı ek ödemeler ise hastanelerce Sosyal Güvenlik Kurumu ve diğer kurumlara mensup vatandaşlara verilen hizmetlerden elde edilen kazançlarla ödenmektedir. Uygulamanın bir diğer hedefi, kamuda görev yapan tabiplerin gelir eksikliği nedeniyle kamu dışında da görev yapmalarının önüne geçerek dahi iyi bir gelir seviyesi sayesinde tüm tabipleri kamuya çekmek ve daha sosyal bir sağlık hizmeti anlayışını yerleştirebilmektir. Nitekim 2002 yılında tam zamanlı kamuda çalışan tabip oranı % 11 iken 2011 yılı başında bu oran % 97'ye çıkmış ve hekimler büyük oranda tam zamanlı olarak kamuda çalışmaya başlamıştır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpbk.pdf).

3.5.2. Performans Hesaplaması

3.5.2.1. Yönetici Performans Ölçümü

Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde görevli yöneticilerin yönetsel önceliklerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik olarak 2010 yılının Mart ayında yönetici performansı uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamaya göre hastanelerde başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ile başhemşire olarak çalışan yöneticileri önceden belirlenen performans

kriterlerine göre kurumun başarılarından sorumludurlar. İlk kez düzenlenen yönetici performansı uygulaması borçluluk oranı ve borçluluk süresi olmak üzere iki ana kriteri ölçmekteydi. Bu iki performans kriterinin ortalaması hastane türü, yöneticinin kurumdaki görevi ve çalışma süreleri dikkate alınarak ilgili yönetici için bir yönetici performans katsayısı ortaya koymaktaydı. Her bir yönetici için ayrı ayrı belirlenen yönetici performans katsayısı ise yöneticinin ek ödemesi ile çarpılarak yöneticiye etki etmekteydi. 2010 yılının Ekim ayında yönetici performansı uygulaması kriterleri artırılarak uygulama geliştirilmiştir. Yönetici performansı uygulaması, Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında görev yapan ve ek ödemesi başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire olarak hesaplanan yönetici konumundaki personeli kapsamaktadır. Yönetici performansı uygulaması ölçümünde kullanılan iki faktör bulunmaktadır. Bunlardan ilki yöneticilerin temel sorumluluk alanında yer alan ve performanslarının değerlendirilmesine esas olan göstergelerden oluşan “Ana Faktör Katsayısı”dır. İkinci faktör ise kurumların yönetilmesini olumsuz yönde etkileyen durumların etkilerini bertaraf etmek amacıyla yöneticilerin performansını pozitif yönde arttıran görev süresi, bölge farklılıkları, hastanelerin yapısal farklılıkları gibi ayrımları dikkate almaya yönelik olarak belirlenmiş “Düzeltilme Faktörü Katsayısı”ndan oluşmaktadır(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpbk.pdf).

Yönetici Birim Performansının belirlenmesinde değerlendirilecek 6 adet Ana Faktör ve 6 adet Bölüm-Düzeltilme Faktörleri bulunmaktadır (Korku, 2010: 61).

3.5.2.1.1. Ana Faktör Göstergeleri

Ana Faktör Katsayısı: Borçluluk Oranı Katsayısı, Borçluluk Süresi Katsayısının ortalamasının; Hizmet Kalite Standartları Katsayısı, Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı ve Muayene Kabul işlemleri Katsayılarının ortalaması ile çarpımının, Performans Hedefi Katsayısı ile çarpımı suretiyle tespit edilmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpbk.pdf).

A. Borçluluk Oranı Katsayısı

A.1. Borçluluk Oranı

Bu ana kriter ile Sağlık Bakanlığı, kurumların hangi oranda borçlanabileceği hususunda hedef belirlemiş bulunmaktadır.

Borçluluk Oranı: Kurumların ilgili dönem sonundaki net borç toplamının, ilgili dönemden önceki son üç aylık ortalama tahakkuk tutarına oranlanması suretiyle belirlenen oranı ifade etmektedir. Bu katsayı, kurumların Tek Düzen Muhasebe Sistemi'nden alınacak toplam net borç tutarının, ilgili dönemden önceki son üç aylık ortalama tahakkuk tutarına bölünmesi suretiyle tespit edilmektedir.

$$\text{Borçluluk Oranı} = \frac{(\text{Banka Mevcudu}) - (\text{Toplam Borç})}{\text{Son Üç Aylık Ortalama Tahakkuk Tutarı}}$$

Burada;

Tahakkuk Tutarı: Kurumun sağlık hizmetleri sunumu neticesinde fatura ettiği hizmet bedelleri toplamını,

Borç Tutarı: Kurumun ilgili dönem sonuna ilişkin firma borçları, personel borçları, vergi borçları ve diğer kanuni giderlerin oluşturduğu ödemekle yükümlü olduğu toplam parasal tutarı,

Banka Mevcudu: Kurumun ilgili dönem sonunda bankada kalan nakit durumunu gösteren tutarı ifade etmektedir.

Toplam borcu, banka mevcudundan fazla olan kurumların Borçluluk Oranı, son 3 aylık tahakkuk ortalamasınının 1,00'inden az ise Borçluluk Oranı Katsayısı 1 (bir) olarak kabul edilmektedir. Böylece kurumlara tahakkuklarınının %100'üne kadar bir borçluluk seviyesinde faaliyetlerini yürütmeleri noktasında hedef gösterilmiş bulunmaktadır. Burada amaç hiç borçlanılmaması değil, sürdürülebilir bir borç yapısında dengenin kurulabilmesidir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

A.2. Borçluluk Oranı Katsayısı

Borçluluk Oranı Katsayısı: Borçluluk oranının 10(on)'a bölümünün mutlak değerinin 1(bir)'den çıkarılması suretiyle bulunan katsayıyı ifade etmektedir. Bir diğer deyişle borçluluk oranının, katsayıya dönüştürülmesidir. Borçluluk Oranı Katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanmaktadır. Eğer Borçluluk Oranı Katsayısı 0,70'den küçük ise Borçluluk Oranı Katsayısı "0,70" kabul edilmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

$$1 - \left[\frac{\text{Borçluluk Oranı}}{10} \right] \text{ (Parantez içi mutlak değer olarak alınır.)}$$

B. Borçluluk Süresi Katsayısı

Bu ana kriter ile Sağlık Bakanlığı, kurumların borçlarını ödemeleri gereken azami süreyi belirlemiştir. Bu kriter kurumların borç ödeme sürelerinin periyodunun düzenlenmesini ve borçların en geç bu periyotta ödenmesini öngörmektedir.

Borçluluk Süresi Katsayısı (Gün): İlgili dönemin son iş günü itibari ile ödenmemiş borçlar için belirlenen (0,89) ile (1,01) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir. Borçluluk Süresi Katsayısının tespit edilmesinde muayene kabul tarihi dikkate alınmak suretiyle ödenmemiş borçlardan en uzun süreli ödenmemiş borç dikkate alınmaktadır. En uzun süreli borç belirlendikten sonra bu süreye karşılık gelen ve yandaki tabloda yer alan katsayı ilgili dönem Borçluluk Süresi Katsayısı olarak esas alınmaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

Tablo 2: Borçluluk Süresi (Gün) Katsayısı

Ödenmemiş Borç Gün Sayısı	Katsayı
89 gün ve altı borcu olan	1,01
90-119 gün borcu olan	1,00
120-129 gün borcu olan	0,99
130-139 gün borcu olan	0,98
140-149 gün borcu olan	0,97
150-159 gün borcu olan	0,95
160-169 gün borcu olan	0,93
170-179 gün borcu olan	0,91
180 gün ve üzeri borcu olan	0,89

C. Hizmet Kalite Standartları Katsayısı

Hizmet Kalite Standartları Katsayısı: Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi uyarınca kurumlarda hizmet kalite standartlarının değerlendirilmesi neticesinde ortaya çıkan hizmet kalite katsayısı puanı esas alınarak belirlenen (0,85) ile (1,05) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir. Başlangıçta 100 soruluk kalite kriterlerinden oluşan standartlar seti, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları (HKS) adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

Tablo 3: Hizmet Kalite Standartları (HKS) Katsayısı

HKS Puanı	HKS Katsayısı
$\geq 0,96$	1,05
0,91-0,95	1,00
0,86-0,90	0,95
0,81-0,85	0,90
$\leq 0,80$	0,85

D. Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı

Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı: Personele bir önceki dönem ödenmesi gereken ek ödemelerin, ayın 1'i ile 31'i arasında muhasebe birimi tarafından bankaya aktarılıp aktarılmadığı ile geçmiş dönemlerden personele ödenmemiş ek ödeme borçları olup olmamasına göre belirlenen (0,87) ile (1,02) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir. Katsayının belirlenmesinde ek ödemeyi dağıtma zamanı olarak, ek ödeme tutarının muhasebe birimi tarafından bankaya aktarıldığı tarih dikkate alınmaktadır. Ancak geçmiş dönemlerden personele ödenmemiş ek ödeme borçları varsa Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı (0,87) olarak uygulanmaktadır. Kurum tarafından bir önceki dönem ödenmesi gereken ek ödemelerin, ödenmesi gereken ayın 1-31'i arasında personele ödenmek üzere bankaya aktarıldığı süreye karşılık gelen ve aşağıdaki tabloda yer alan katsayı, ilgili dönem Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı olarak belirlenmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

Tablo 4:Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı

Ek Ödeme Dağıtma Zamanı	Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Katsayısı
1 ile 10'u arası	1,02
11 ile 15'i arası	1,01
16 ile 20'si arası	1,00
21 ile 25'i arası	0,97
26 ile 31'i arası	0,95
Diğer dönemlerden dağıtılmayan ek ödeme varsa	0,87

E. Muayene Kabul İşlemleri Katsayısı

Muayene Kabul İşlemleri Katsayısı: İki parametreden oluşmaktadır. Bunlardan ilki kurumlar tarafından ilgili dönem içerisinde muayene kabulü yapılmış tüm mal ve hizmetlerden, malın teslimi ya da hizmetlerin bitiş tarihinden itibaren muayene kabul süresi en uzun süreli olan işlemin süresine karşılık gelen muayene kabul süresi katsayısından oluşmaktadır. Katsayıyı oluşturan ikinci parametre ise ilgili dönem

içerisinde muhasebe birimine teslim edilen muayene kabulü yapılmış tüm mal, hizmet ve yapım işlerine ilişkin ödeme emri belgelerinden, muayene ve kabul işlemlerinin tamamlanmasını izleyen işgününden başlamak üzere muhasebe birimine teslim edilme süresi en uzun süreli olan işlemin süresine karşılık gelen katsayının ortalamasının alınması suretiyle hesaplanan katsayıyı ifade etmektedir. Muayene Kabul İşlemleri Katsayısı, bu iki parametresinin ortalamasının alınmasıyla (0,95) ile (1,01) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

A - Hastaneye Teslim Edilmiş Mal ile Tamamlanan Hizmetlerin Teslim/Bitiş Tarihini İzleyen İş Gününden İtibaren Muayene Kabul Süresi;

Muayene Kabul Süresi	Katsayısı
5 iş günü ve altında ise	1,01
06-10 iş günü arası ise	1,00
11-20 iş günü arası ise	0,99
21-30 iş günü arası ise	0,97
31 iş günü ve üzerinde ise	0,95

B - Muayene Kabulü Yapılmış Mal/Hizmet/Yapım İşlerine İlişkin Ödeme Emri Belgelerinin Muayene ve Kabul İşlemlerinin Tamamlanmasını İzleyen İş Gününden Başlamak Üzere İlgili Muhasebe Birimine Teslim Edilme Süresi;

Ödeme Emri Belgelerinin İlgili Muhasebe Birimine Teslim Edilme Süresi	Katsayısı
5 iş günü ve altında ise	1,01
06-10 iş günü arası ise	1,00
11-20 iş günü arası ise	0,99
21-30 iş günü arası ise	0,97
31 iş günü ve üzerinde ise	0,95

$$\text{Muayene Kabul İşlemleri Katsayısı: } \frac{A+B}{2}$$

Kurumda ilgili dönem muayene kabule esas olacak bir işlem gerçekleşmemiş ise Ana Faktör Katsayısı tespitinde Muayene Kabul İşlemleri Katsayısı hesaplama dâhil edilmemektedir. Ayrıca kurumların teşhis ve tedaviye yönelik olarak birbirlerinden yapacakları mal ve hizmet alımları Muayene Kabul işlemleri Katsayısı hesaplanırken dikkate alınmamaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

F. Performans Hedefi Katsayısı

Bu kriter ile Sağlık Bakanlığı tarafından kuruma özgü performans hedefleri konulması halinde konulan hedeflerin yerine getirilip getirilmediği ölçülmektedir.

Performans Hedefi Katsayısı: İlgili dönemde, ilgili kurum için Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen performans hedefinin zamanında yerine getirilmesi halinde (1) olarak, performans hedefinin zamanında yerine getirilmemesi halinde (0,90) olarak esas alınacak katsayıyı ifade etmektedir. İlgili dönemde, ilgili kurum için Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen performans hedefinin zamanında yerine getirilip getirilmemesine göre elde edilen katsayıdır. Kurum kendisi için belirlenen performans hedefi gerçekleştirdiği takdirde Performans Hedefi Katsayısı 1, gerçekleştirilemezse 0,90 olarak hesaplanmaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

Tablo 5: Performans Hedefi Katsayısı

Performans Hedefini Gerçekleştirme Durumu	Katsayısı
Hedef Gerçekleştirilmiş	1,00
Hedef Gerçekleştirilememiş	0,90

Performans hedefi önceden Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen hedefin ve hedefi gerçekleştirme süresinin belirlenmesiyle kurumlar bu hedefi gerçekleştirmeye çalışırlar. Sağlık Bakanlığınca kurumlar için özel bir hedef belirlenmediği durumlarda Performans Hedefi Katsayısı (1) olarak uygulanmaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

3.5.2.1.2. Ana Faktör Katsayısının Hesaplanması

Ana Faktör Katsayısı: Borçluluk oranı katsayısı ile borçluluk süresi katsayısının ortalamasının; hizmet kalite standartları katsayısı, ek ödemeyi zamanında dağıtma katsayısı, muayene kabul işlemleri katsayısının ortalaması ile çarpımının performans hedefi katsayısı ile çarpımı sonucunda ortaya çıkmaktadır.

Ana Faktör Katsayısı

$$= \left[\frac{\left(\frac{\text{Borçluluk Oranı Kts.} + \text{Borçluluk Süresi Kts.}}{2} \right)}{2} \right] \times \left[\frac{\left(\frac{\text{Hizmet Kalite Standartları Kts.} + \text{Muayene Kabul İşlemleri Kts.} + \text{Ek Ödemeyi Zamanında Dağıtma Kts.}}{3} \right)}{3} \right] \times \text{Performans Hedefi Kts.}$$

Ana Faktör Katsayısı 1,00 ve 1,00'dan büyük hesaplanan kurumlarda yönetici performans katsayısı hesaplanmamakta ve yönetici performans katsayısı 1,00 olarak esas alınmaktadır. Ana Faktör Katsayısının 1,00'dan düşük olduğu durumlarda ise her bir yöneticinin yönetici performans katsayısının tespit edilmesi için gereken düzeltme faktörü katsayısı hesaplanmaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

3.5.2.1.3. Düzeltme Faktörü Göstergeleri

Düzeltme Faktörü Göstergeleri, performansa tabi yöneticilerin bölgesel, kurumsal ve kişisel farklılıklarını ortadan kaldırmaya yönelik olarak ve ana faktör katsayısını arttıracak şekilde belirlenmiştir. Göstergelerin hesaplanması sonucunda

her bir yönetici için ayrı ayrı “Düzeltilme Faktörü Katsayısı” elde edilmektedir. Düzeltilme Faktörü Katsayısı: Bölge gelişmişlik katsayısı, hastane türü katsayısı, hastane yaşı katsayısı, mali büyüklük katsayısı ve çalışma süreleri katsayılarının çarpımı suretiyle belirlenen katsayıyı ifade etmektedir. Yönetici birim performansının belirlenmesinde değerlendirilecek 5 temel düzeltilme faktörü bulunmaktadır. Bunlar:

- A. Bölge Gelişmişlik Katsayısı
- B. Hastane Türü Katsayısı
- C. Hastane Yaşı Katsayısı
- D. Mali Büyüklük Katsayısı
- E. Çalışma Süreleri Katsayısı

Düzeltilme Faktörü Katsayısına esas olan göstergeler, bölgesel faktörler, kurumsal faktörler ve bireysel faktörlerdir. Böylece yöneticinin performans katsayısı hesaplanırken, öncelikle bölgelere göre, sonra kurumsal, yapısal durumlara göre ve yöneticinin bireysel durumuna göre ortaya çıkan farklılıklar dikkate alınmış olmaktadır(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpk.pdf).

A. Bölge Gelişmişlik Katsayısı

Bölge Gelişmişlik Katsayısı: İlgili kurumun bulunduğu bölge için belirlenen katsayıyı ifade eder. Bölgelerin hangi gelişmişlik grubu içinde yer aldıkları tanımlanmıştır. Gelişmişlik düzeyi düşük olan bölgelerdeki yöneticilerin olumlu etkilenmeleri amaçlanmaktadır (Korku, 2010: 66).

Tablo 6: Bölge Gelişmişlik Katsayısı Tablosu

Gelişmişlik Grubu	Katsayı
1 ve 2. Gruplar	1,00
3 ve 4. Gruplar	1,01
5. Grup	1,02
6. Grup	1,03

Bölgelerin gelişmişlik düzeyleri Devlet Planlama Teşkilatı'nın ilçelerin sosyo-ekonomik gelişmişlik seviyeleri sıralamasına göre belirlenmiştir. Bu sıralamalarda ilk gruplar yüksek gelişmişlik düzeyini ifade ederken, 6. Gruba doğru gelişmişlik düzeyleri azalmaktadır. Dolayısıyla örneğin 6. grupta yer alan bölgelerdeki kurum yöneticileri açısından kontrol edilemeyen bu yapının olumsuz etkilerinden en az etkilenmeleri için en yüksek düzeltici katsayı belirlenmiştir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

B. Hastane Türü Katsayısı

Hastane Türü Katsayısı: Kurumların hizmet verdikleri alanlara göre belirlenen (1) ile (1,10) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir. Hastanelerin taşıdıkları özel yapılara göre Sağlık Bakanlığınca yapılan hastane türü ayrımı, yöneticiler açısından da dikkate alınması gereken ve yöneticilerin kontrolleri dışındaki faktörler arasında yer almaktadır. Örneğin, 50 yataklı bir hastaneyle 500 yataklı bir hastanenin yöneticilerinin sorumlulukları çok farklı olacaktır. Aynı şekilde özellikli dal hastaneleri, hasta profilleri, hastane fiziksel ihtiyaçları vb. faktörler de dikkate alındığında yönetsel olarak farklı dışsal zorlukları da içinde barındırmaktadırlar. Bu perspektifle ele alındığında, farklı hastane türlerinde yöneticilik yapan yöneticilerin bu farklılıklardan kaynaklanacak durumlar belli ölçülerde düzeltici katsayılarla giderilmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

Tablo 7: Hastane Türü Katsayısı Tablosu

Kodu	Sınıfı	Katsayı
E1	Eğitim hastanesi, genel	1,02
E2.1.	Eğitim hastanesi, kalp, kalp ve damar cerrahisi	1,04
E2.2.	Eğitim hastanesi göğüs veya göğüs cerrahisi alanında hizmet veren	1,06
E3.1	Eğitim hastanesi, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren	1,00
E3.2	Eğitim hastanesi, kadın doğum	1,00
E3.3	Eğitim hastanesi, çocuk alanında hizmet veren	1,00
E4.1	Eğitim hastanesi, fizik tedavi ve reh. alanında hizmet veren	1,04

E4.2	Eğitim hastanesi, kemik hastalıkları alanında hizmet veren	1,04
E5	Eğitim hastanesi, ruh sağlığı alanında hizmet veren	1,06
E6	Eğitim hastanesi, göz hastalıkları alanında hizmet veren	1,00
E7	Eğitim hastanesi, onkoloji alanında hizmet veren	1,10
E8	Eğitim hastanesi, diğer	1,00
H1	Yataklı kurum, yatak sayısı 49 altı	1,00
H3	Yataklı kurum, yatak sayısı 50-99	1,00
H4	Yataklı kurum, yatak sayısı 100-499	1,00
H5	Yataklı kurum, yatak sayısı 500 ve st	1,04
H6	Yataklı kurum, kadın doğum ve ocuk alanında hizmet veren	1,00
H7.1	Yataklı kurum, fizik tedavi ve reh. alanında hizmet veren	1,04
H7.2	Yataklı kurum, kemik hastalıkları alanında hizmet veren	1,06
H8.1.	Yataklı kurum, kalp, kalp ve damar cerrahisi	1,04
H8.2.	Yataklı kurum, göğüs veya göğüs cerrahisi alanında hizmet veren	1,06
H9	Yataklı kurum, ruh sağlığı alanında hizmet veren	1,06
H10	Yataklı kurum, deri, lepra ve zührevi sağlığı alanında hizmet veren	1,06
H11	Yataklı kurum, acil yardım ve trav. sağlığı alanında hizmet veren	1,00
H12	Ağız ve diş sağlığı merkezi	1,00
H13	Yataklı kurum, onkoloji alanında hizmet veren	1,10
H14	Yataklı kurum, diğer	1,00

C. Hastane Yaşı Katsayısı

Hastane Yaşı Katsayısı: Yataklı servis hizmetinin verildiği binalardan kapalı alan yzlcm, en büyük metrekareye sahip bina/tesis hizmete girdiği yıl esas alınarak belirlenen (1,00) ile (1,03) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir (Korku, 2010: 67). Kurumların çok eski ya da hizmete yeni açılan binalarda hizmet üretmesi, maliyetleri artırmaktadır. Hizmette yeni açılan binalar, pek çok tesisat, altyapı vb. faktörler ile binanın genel kullanımıyla ilgili önceden tahmin edilemeyecek ihtiyaçların ancak binanın kullanılmaya başlanmasından sonra ortaya çıkması ile önemli maliyetleri ortaya çıkarmaktadır. Aynı şekilde bu tür yapılarda hizmetlerin sunulmasını da aksatacak önemli yapısal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Yeni binalardan farklı olarak çok eskimiş binaların da farklı sebeplerden fakat aynı sonuçları doğurabilecek aksaklıkları ortaya çıkarmaktadır. Eskiyen binaların daha çok yenilenmeye ihtiyaç duyulan bölümleri, altyapı problemleri vb. faktörlerden dolayı bu tür yapılarda da maliyetler artmakta ya da hizmetler aksayabilmektedir. Sayılan

bu tür yapısal durumlar kurum yöneticileri açısından kısa vadede yönetemedikleri problemler arasında yer aldıklarından belirlenen bu katsayı, bu durumun düzeltilmesi için kullanılmaktadır. Yataklı servis hizmetinin verildiği binalardan kapalı alan yüzölçümü, en büyük metrekareye sahip bina/tesis hizmete girdiği yıla karşılık gelen aşağıdaki tabloda yer alan katsayı ilgili Hastane Yaşı Katsayısını oluşturmaktadır(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpk.pdf).

Tablo 8: Hastane Yaşı Katsayısı Tablosu

Hastane Yaşı	Katsayı
0-3 yıl	1,01
4-15 yıl	1,00
16-25 yıl	1,02
26 yıl ve üstü	1,03

D. Mali Büyüklük Katsayısı

Mali Büyüklük Katsayısı: Kurumun ilgili dönemden önceki son 3 ayda elde ettiği tahakkuk tutarlarının ortalaması esas alınarak belirlenen (1,00) ile (1,05) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir. Bu gösterge kurumun son 3 ayda elde ettiği tahakkuk tutarı ortalamasına göre büyüklüğünü ortaya koymaktadır. Kurum mali olarak büyüdükçe ekonomik risklerin artması ve yöneticilerin yönetmek zorunda oldukları yapının karmaşıklaşması kurum başarısını aynı ölçüde güçleştirmektedir. Hastane Büyüklüğü Katsayısı bu durumun etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik olarak belirlenmiştir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpk.pdf).

Tablo 9: Mali Büyüklük Katsayısı Tablosu

Son 3 Aydaki Ortalama Tahakkuk Tutarı (TL)	Katsayı
10.000.001 ve üzeri	1,05
8.000.001 – 10.000.000	1,04
4.000.001 – 8.000.000	1,03
2.000.001 – 4.000.000	1,02
1.000.001 – 2.000.000	1,01
1.000.000 ve altı	1,00

E. Çalışma Süreleri Katsayısı

Çalışma Süresi Katsayısı: Personelin yönetici performansının hesaplandığı tarihte kurumda o görevde geçen toplam görev süresi dikkate alınmak suretiyle belirlenen ve (0,96) ile (1,00) arasında değişen katsayıyı ifade etmektedir. Yöneticilerin kurumda görev yaptıkları süre, aynı zamanda o kurumdaki başarı ve başarısızlıklarda sorumluluk dereceleri açısından da farklılıklar yaratmaktadır. Örneğin, aynı kurumda görev yapan başhekim yardımcılarında, o kurumda 3 yıldır görev yapan bir yönetici ile henüz 15 aydır görev yapan bir yönetici arasında yönetsel anlamda bir fark olacağı yadsınamayacak bir gerçektir. Bu bakış açısıyla çalışma süresi katsayıları belirlenmiş ve kurumda daha uzun süre görev yapan yöneticiler, yönetici performansından daha çok sorumlu tutulmuşlardır. Yönetici birim performansının hesaplandığı ilgili tarihte kurumda o görevde geçen toplam görev süresi dikkate alınmak suretiyle belirlenen çalışma süresi katsayısı tablosunda yer alan katsayılar ilgili dönem çalışma süresi katsayısı olarak hesaplamalarda kullanılmaktadır (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

Tablo 10: Çalışma Süresi Katsayısı Tablosu

Kurumdaki Görev Süresi	Katsayı
0- 12 ay	1,00
13-24 ay	0,99
25-36 ay	0,98
37 ay ve üstü	0,96

3.5.2.1.4. Düzeltme Faktörü Katsayısının Hesaplanması

Kurum için yukarıda sayılan faktörler çerçevesinde yapılan değerlendirmeye göre Düzeltme Faktörü Katsayısı hesaplanmaktadır. Buna göre Düzeltme Faktörü Katsayısı aşağıdaki formül çerçevesinde hesaplanır.

Düzeltme Faktörü Katsayısı = Tür Katsayısı X Çalışma Süreleri Katsayısı X Hastane Yaşı Katsayısı X Bölge Gelişmişlik Katsayısı X Mali Büyüklük Katsayısı

3.5.2.1.5 Yönetici Birim Performansı Katsayısının Hesaplanması

Ana faktör ile düzeltme faktörünün kendi içerisinde hesaplanmasından elde edilen katsayıların çarpımı Yönetici Birim Performansı Katsayısını (YBPK) oluşturmaktadır(http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/1_6_subat_2012/2202sybpk.pdf).

YBPK: Ana Faktör Katsayısı x Düzeltme Faktörleri Katsayısı

3.5.2.1.6. Yönetici Performansı Uygulamasına İlişkin Diğer Hususlar

-Kurum yöneticilerinin ana faktörlerin tamamının gerekliliklerini tam olarak yerine getirmeleri halinde yani tüm ana faktörlerde 1 katsayısına ulaşmaları halinde kendilerinden beklenen başarıyı ve performansı göstermiş olmaları sebebiyle Yönetici Performans Katsayısı (1) olarak esas alınmaktadır. Yöneticiler için hesaplanan Yönetici Birim Performans Katsayısının (0,70) in altında olması halinde (0,70) olarak, (1) in üstünde olması halinde ise (1) olarak esas alınmaktadır.

-Yeni açılan kurumlarda Yönetici Birim Performans Katsayısı 1(bir) yıl süreyle (1) olarak esas alınmaktadır.

-Birleştirilen kurumlarda Yönetici Birim Performans Katsayısı 6(altı) ay süreyle (1) olarak esas alınmaktadır.

-Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı'nda geçici görevle görevlendirilen personelin Yönetici Birim Performans Katsayısı (1) olarak kabul edilmektedir.

-Kurumundaki görev süresi 0-12 ay olan başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ve başhemşire için, Yönetici Birim Performans Katsayısı (1) olarak kabul edilmektedir (http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf).

3.5.2.2. Bireysel Performans Ölçümü

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik 12.05.2006 tarihinde Resmi Gazete'de yayımlanmıştır. Yönetmelikte günümüze kadar birçok değişiklik yapılmıştır. En son düzenleme 20/05/2012 tarihinde "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik" adı altında yapılmış ve şu anda bu hükümlere göre ek ödeme uygulaması yapılmaktadır.

Yönetmelik çıkarıldığı tarihten itibaren günümüze kadar olan süreçte birçok kez değişikliklere uğramıştır. Bu değişikliklerin tarihi ve resmi gazetede sayıları bir tablo halinde aşağıda verilmektedir.

Yönetmeliğin Yayımlandığı Resmî Gazete'nin		
	Tarihi	Sayısı
	12/5/2006	26166
Yönetmelikte Değişiklik Yapan Yönetmeliklerin Yayımlandığı Resmî Gazetelerin		
	Tarihi	Sayısı
1.	9/1/2007	26398
2.	25/8/2007	26624
3.	26/3/2008	26828
4.	24/4/2009	27209
5.	30/7/2010	27657
6.	6/7/2011	27986
7.	8/2/2012	28198
8.	20/5/2012	28298

Kaynak : 20/05/2012 tarih ve 28298 sayılı Resmi Gazete

3.5.3. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik

Yönetmelikte geçen ifadelerden bazıları aşağıda verilmiştir.

3.5.3.1. Dayanak

MADDE 3- (1) Bu Yönetmelik, 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanunun 5 inci maddesine dayanılarak hazırlanmıştır

3.5.3.2. Tanımlar

Kurum: Bakanlığa bağlı entegre ilçe hastaneleri dâhil olmak üzere ikinci basamak ile üçüncü basamak yataklı tedavi kurumlarını,

Ödeme dönemi: Bir yıl içerisinde döner sermaye ek ödemesinin yapılacağı aylık dönemleri,

Girişimsel işlemler: Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanına esas işlemleri,

Mesai içi çalışma: Mesai saatleri içinde yapılan çalışmalar ile nöbet ve icap nöbetleri mesai içi çalışmayı,

Mesai dışı çalışma: Mesai saatleri içinde yapılan çalışmalar ile nöbet ve icap nöbetleri dışında, sınırları Baştabiplikçe belirlenen çalışma günleri ise mesai dışı çalışmayı,

Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı: O dönem içindeki toplam gün sayısından çalışılmayan günlerin çıkarılması sonucu bulunan çalışılan gün sayısının, o dönem içindeki toplam gün sayısına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı

Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı: Kurum ve kuruluşlarda bulunan poliklinik, ameliyathane, acil servis, diyabet polikliniği, aile planlaması polikliniği, klinikler ve servisler gibi ünitelerde hasta bakan, girişimsel işlemler ile radyolojik, patolojik tetkik işlemleri yapan idari görevi olan tabipler dâhil, uzman tabip, uzman diş tabibi, tabip ve diş tabiplerinin her biri için mesai içi ve mesai dışı olmak üzere ayrı ayrı hesap edilen, o ödeme dönemi içinde girişimsel işlemler karşılığı elde edecekleri puanların toplamını,

Mesai içi hastane hizmet puan ortalaması: Devlet hastanelerinde her tabip için ayrı ayrı hesaplanan, mesai içi tabip muayene ve girişimsel işlemler puanları toplamının tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı hesaplanan tabiplerin mesai içi aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına bölünmesi ile elde edilen puanı, eğitim ve araştırma hastanelerinde ise mesai içi klinik hizmet toplam puanları ve klinikler dışında çalışan tabiplerin, mesai içi tabip muayene ve girişimsel işlemler puanları toplamının asistanlar dâhil, tabiplerin mesai içi aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına bölünmesi ile elde edilen puanı,

Bilimsel çalışma destek puanı: Eğitim ve araştırma hastanelerinde (**Değişik ibare:RG-8/2/2012-28198**) eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi, başasistanlar ve uzmanlara bir önceki yıl içerisinde EK–5’deki listede yer alan bilimsel çalışmalardan toplam 500 puan/yıl çalışmayı belgelemesi halinde her ay, mesai içi hastane hizmet puan ortalamasının şef ve şef yardımcılara % 30’u, başasistanlar ve uzmanlara %10’u oranında verilen ek puanı,

Eğitici destekleme puanı: (Değişik:RG-8/2/2012-28198) Eğitim ve araştırma hastanelerinde, başhekimlik tarafından belirlenen usul çerçevesinde, o dönem içinde dahili klinikler için en az 20 saat vizit, 20 saat poliklinik, cerrahi klinikler için 10 saat vizit, 15 saat poliklinik ve 15 saat ameliyat, laboratuvar klinikleri için 40 saat pratik eğitim çalışması ve her bir klinik için 8 saat teorik asistan eğitim çalışması yapıldığının belgelendirilmesi halinde, eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosundaki profesörlere mesai içi hastane hizmet puan ortalamasının % 40’ı, uzman tabip kadrosundaki doçentlere mesai içi hastane hizmet puan ortalamasının % 30’u oranında verilen ek puanı,

Mesai içi hastane toplam puanı: Kurumlarda mesai içi çalışan bütün personelin mesai içi net performans puanlarının toplamını,

Mesai içi dönem ek ödeme katsayısı: Kurumlarda, 8’inci maddeye göre tespit edilen mesai içi dağıtılacak döner sermaye miktarının mesai içi hastane toplam puanına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı,

Tavan ek ödeme tutarı: Personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dahil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) toplamının, mesai içi ve mesai dışı ayrı olmak üzere bu Yönetmeliğin EK–1 inde yer alan katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutarı,

Kurumsal performans katsayısı: Bakanlıkça çıkarılan yönerge ile her kurum ve kuruluş için belirlenen (0) ile (1) arasında değişen katsayıyı,

Hazine payı: (Değişik:RG-6/7/2011-27986) Kurumlarda, 17/9/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun geçici 1 inci maddesinin birinci fıkrasının son cümlesi uyarınca belirlenecek oran üzerinden genel bütçeye irat kaydedilmek üzere ilgili muhasebe birimlerine yatırılması uygulamasına etkisi olmaksızın, ilgili kurumun elde ettiği gayrisafi hasılatla anılan fıkranın ilk cümlesinde öngörülmüş olan %15 oranı uygulanmak suretiyle hesaplanacak tutarı;

3.5.3.3. Temel esaslar

a) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşlarının, sağlık hizmetlerinden elde edilen gelirlerinin tamamı döner sermayeye gelir kaydedilir. İlgili kurum ve kuruluşun o dönemde elde ettiği gayrisafi hasılatın öncelikle Hazine payı, **(Değişik ibare:RG-8/2/2012-28198)** 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay ve Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın kurumlarda asgari %50'si, kuruluşlarda ise %35'i, 2/9/1961 tarihli ve 10896 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelik hükümleri doğrultusunda kurum ve kuruluşların ihtiyaçlarının karşılanması ve vadesi gelen borçların ödenmesi için ayrılır. Kalan kısım personele ek ödeme olarak dağıtılabilir.

b) Ek ödeme, personelin kurum ve kuruluşa fiilen katkı sağladığı sürece verilebilir. Personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, o kurumda görevli personele yapılabilecek ek ödeme toplamı, (ilgili kurum veya kuruluşun o dönemdeki) **(Değişik ibare:RG-8/2/2012-28198)** 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı ve Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın kurumlarda % 50'sini **(Mülga ibare:RG-8/2/2012-28198)** (...) aşamaz.

c) Bağış, faiz geliri gibi personelin katkısına dayanmayan döner sermaye gelirleri hiçbir şekilde personele ek ödeme olarak dağıtılamaz.

ğğ) Kuruma yeni atanan veya yeni görevlendirilen tabiplere ilk 3 ay kendi tabip muayene ve girişimsel işlem puanı ile hastane hizmet puan ortalamasının birlikte değerlendirilmesi neticesinde yüksek olan net performans puanı üzerinden ek ödeme yapılır. 3 aylık süre baştabip kararı ile 6 aya kadar uzatılabilir.

kk) Kurumlarda branşı ile ilgili altyapı ve cihaz eksikliklerinin giderilmesi sürecinde veya hizmet gereği görevlendirilmesine rağmen ilgili branşın hasta yetersizliği sebebiyle puanı hastane hizmet puan ortalamasının altında kalan uzman tabiplerce, başhekimce gerekçeli olarak başvurulması halinde, başhekim tarafından yapılacak değerlendirme neticesinde uygun görülen uzman tabiplere puanına ilave olarak hastane hizmet puan ortalamasının % 70'i oranında ek puan verilir. Bu şekilde yapılan hesaplama neticesinde hastane hizmet puan ortalamasının aşılması durumunda hastane hizmet puan ortalaması esas alınır. Başhekimce gerekçeleri yeterli görülmeyen uzman tabipler gerekçeleriyle beraber Bakanlığa itirazen başvurabilirler. Bakanlık itiraz başvurularını 10 iş günü içerisinde sonuçlandırır.

oo) Devlet hastanesi iken eğitim ve araştırma hastanesi yapılan hastanelerde, kliniklerin oluşturulması ve kliniklerin işlerlik kazanması sürecinde bu Yönetmeliğin ikinci basamak ile ilgili esas ve usulleri uygulanır. Ancak, bu durumda hizmet alanı kadro-unvan katsayıları (**Değişik ibare: RG-8/2/2012-28198**) (eğitim görevlisi için (2,85), klinik şef yardımcıları için (2,80), başasistan, uzman, yan dal asistanları için (2,65) ve asistanlar için (1,10) olarak uygulanır. Kliniklerin işlerlik kazanmasından sonraki dönemlerde bu madde kapsamındaki hastanelerde bu Yönetmeliğin üçüncü basamak ile ilgili esas ve usulleri uygulanır. Uygulamanın başlangıç dönemi Baştabipçe tespit edilir. Tespit edilen dönem, Bakanlığa bildirildiğinde geçerlilik kazanır. Devlet hastanesi iken eğitim ve araştırma hastanesi yapılan kurumlarda 2 yıl süre ile;

- Devlet hastanesi
- Eğitim ve araştırma hastanesi

formülleri üzerinden yapılacak hesaplama neticesinde her bir personel için yüksek olan net performans puanı esas alınır. Bu şekilde yapılan hesaplama neticesinde dağıtılabilecek tutarın aşılması halinde, tüm personelin ek ödemesi aşan oranda oransal olarak düşürülür. (**Ek:RG-20/5/2012-28298**) 209 sayılı Kanunun 5 inci

maddesinin ikinci fıkrası uyarınca personele her ay yapılacak ek ödeme net tutarı, 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin ek 9 uncu maddesi uyarınca kadro ve görev unvanı veya pozisyon unvanı itibariyle belirlenmiş olan ek ödeme net tutarından az olamaz. Bu kapsamda yapılacak ödemeler, tabip dışı personele her hangi bir katkıya bağlı olmaksızın aylıklara ilişkin hükümler uygulanmak suretiyle her ay aylıklarla birlikte ödenir. Bu şekilde yapılan ek ödeme tutarı, bu Yönetmelik kapsamında aynı aya ilişkin yapılacak ek ödeme tutarından mahsup edilir.

3.5.3.4. Ödenecek Net Ek Ödeme Tutarı

MADDE 19 – (Değişik:RG-30/7/2010-27657)

(1) Mesai içi ödenecek net ek ödeme tutarı, personele ait mesai içi net performans puanının mesai içi dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutardan gelir vergisi ve damga vergisi kesilmesi sonucu bulunur. Personelin mesai içi net performans puanının mesai içi dönem ek ödeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutar mesai içi tavan ek ödeme tutarını geçemez. Eğer geçiyorsa mesai içi tavan ek ödeme tutarından gelir vergisi ve damga vergisi düşülerek ödenecek net ek ödeme tutarı bulunur.

3.5.3.4.1. Ek ödeme matrahı

MADDE 20 – (Değişik:RG-30/7/2010-27657)

(1) Kurum ve kuruluşlarda görevli her bir personelin ek ödeme matrahının tespitinde, o personelin bir ayda alacağı aylık (ek gösterge dâhil), yan ödeme ve her türlü tazminat (makam, temsil ve görev tazminatı ile yabancı dil tazminatı hariç) tutarının toplamı esas alınır.

3.5.3.4.2. Ek ödeme zamanı

MADDE 21- (1) Ek ödeme, aylık dönemler halinde yapılır. Döner sermaye komisyonunca dağıtmaya karar verilen ek ödeme tutarı, o dönemin bitiminden sonraki yirmi gün içinde hak sahiplerine ödenir. Ancak, döner sermaye gelirlerinin

tahsilatında gecikme olması halinde ilgili ödeme dönemini takip eden altıncı ayın sonunu aşmamak şartıyla tahsilat yapıldığı zaman ödeme yapılabilir.

3.5.3.5. Kanunî kesintiler

MADDE 23- (1) Ek ödemededen, 31/12/1960 tarihli ve 193 sayılı Gelir Vergisi Kanununda belirtilen vergi dilimleri ve personele daha önce ödenen aylık ve döner sermaye ek ödemelerine ilişkin süregelen gelir vergisi matrahı da dikkate alınarak, gelir vergisi ve damga vergisi kesintisi yapılır.

3.5.3.6. Dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesi

MADDE 8- (Değişik:RG- 25/8/2007- 26624)

(1) Döner sermaye komisyonu, dağıtılacak tutarı (karar alınan tutar), o dönem döner sermaye gelirlerinden (**Değişik ibare:RG-8/2/2012-28198**) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay ile Hazine ve Bakanlık payları ayrıldıktan sonra kalan miktarın %50'sinin, kurumsal performans katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktarı geçmeyecek şekilde belirler.

(2) (**Değişik:RG-8/2/2012-28198**) Eğitim ve araştırma hastanelerinde mesai içi çalışan personelin net performans puanları aşağıdaki şekilde hesaplanır.

a) Baştabipler

Baştabip için aşağıdaki formüllerle net performans puanı hesaplanır. Yüksek bulunan net performans puanı esas alınır.

1) Net performans puanı = [hastane hizmet puan ortalaması x hizmet alanı kadro-unvan katsayısı (baştabip katsayısı) x aktif çalışılan gün katsayısı] + (bilimsel çalışma destek puanı+eğitici destekleme puanı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

2) Net performans puanı = [((klinik hizmet puan ortalaması x 0,75) + (hastane hizmet puan ortalaması x 0,25)) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif

çalışılan gün katsayısı)] + (bilimsel çalışma destek puanı + eğitici destekleme puanı) + [(tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı – (klinik hizmet puan ortalaması x aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

b) Baştabip yardımcıları

Baştabip yardımcıları için aşağıdaki formüllerle net performans puanları hesaplanır. Yüksek bulunan net performans puanı esas alınır.

1) Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x hizmet alanı kadro-unvan katsayısı (baştabip yardımcıları katsayısı) x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + eğitici destekleme puanı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

2) Net performans puanı = [((klinik hizmet puan ortalaması x 0,75) + (hastane hizmet puan ortalaması x 0,25)) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + eğitici destekleme puanı)] + [(tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı – (klinik hizmet puan ortalaması x aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

c) Bir kliniğe bağlı çalışanlar

1) Eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi

Net performans puanı = [((klinik hizmet puan ortalaması x 0,75) + (hastane hizmet puan ortalaması x 0,25)) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + eğitici destekleme puanı)] + [(tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı – (klinik hizmet puan ortalaması x aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

2) Uzman tabipler ve başasistanlar

Net performans puanı = [((klinik hizmet puan ortalaması x 0,75) + (hastane hizmet puan ortalaması x 0,25)) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + eğitici destekleme puanı)]

+ [(tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı – (klinik hizmet puan ortalaması x aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

3) Asistanlar

Net performans puanı = [(klinik hizmet puan ortalaması x 0,25) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı] + [(hastane hizmet puan ortalaması x 0,75) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

4) Yan dal asistanları

Net performans puanı = [(klinik hizmet puan ortalaması x 0,60) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı] + [(hastane hizmet puan ortalaması x 0,40) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

5) Diğer personel

Net performans puanı = (klinik hizmet puan ortalaması x hizmet alanı kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

ç) Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan biyokimya, mikrobiyoloji klinikleri ve bu laboratuvar hizmetlerinde çalışan personel

1) Eğitim sorumlusu, eğitim görevlisi

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + eğitici destekleme puanı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

2) Uzman tabipler ve başasistanlar

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + (varsa) eğitici destekleme puanı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

3) *Asistanlar*

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

4) *Diğer personel*

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x hizmet alanı kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

d) *Bir kliniğe bağlı olarak çalışmayanlar*

1) *Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, dış tabipleri*

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + [(tabip muayene ve girişimsel işlem puanı -(hastane hizmet puan ortalaması x aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı) + bilimsel çalışma destek puanı

2) *Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan laboratuvar hizmetlerinde çalışan biyokimya ve mikrobiyoloji uzmanları*

Laboratuvarda görev yapan uzman tabiplerin net performans puanı Yönergede yer alan sayılar esas alınarak hesaplanır.

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x hizmet alanı kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

Yönergede yer alan sayılar her branş için kendi içerisinde olmak üzere ayrı şekilde değerlendirilmek suretiyle kurumda görev yapan uzman tabip sayısı Yönerge ile belirlenen uzman tabip sayısından fazla ise, her bir uzman tabip için net performans puanı hesaplanırken, hastane hizmet puan ortalaması esas alınmayıp, hastane hizmet puan ortalamasının Yönerge ile belirlenen uzman tabip sayısı ile

çarpımının, uzman tabip sayısına bölümü esas alınarak, aşağıdaki şekilde hesaplanır. Bu bent kapsamındaki uzman tabiplerden, askerlik, ücretsiz izin veya geçici görev sebebiyle görevinden ayrılanlar ile baştabipler hariç olmak üzere diğer tüm nedenlerle fiilen görev yapmayanlar, bölgede yer alan ilgili branştaki uzman tabip sayısına dâhil edilir.

Net performans puanı = [(hastane hizmet puan ortalaması x yönerge ile belirlenen tabip sayısı/ilgili branştaki tabip sayısı) x hizmet alanı kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

5) Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan uzman tabip, tabip, dış tabipleri ile temel tıp bilimleri uzmanları (anatomi, fizyoloji vb.)

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı (0,80) x aktif çalışılan gün katsayısı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı) + bilimsel çalışma destek puanı

6) Baştabip tarafından 5 inci maddenin birinci fıkrasının (z) bendine göre belirlenen branşlarda çalışan uzman tabipler

Bu gruptaki uzman tabiplerin kendilerine ait tabip muayene ve girişimsel işlem puanları ile hastane hizmet puan ortalaması birlikte değerlendirilir. Aşağıdaki formülle net performans puanları hesaplanır. Yüksek bulunan net performans puanı esas alınır.

Net performans puanı = (tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı) + bilimsel çalışma destek puanı

Net performans puanı = [(hastane hizmet puan ortalaması/o branştaki tabip sayısı) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı) + bilimsel çalışma destek puanı

7) Baştabip tarafından 5 inci maddenin birinci fıkrasının (z) bendine göre belirlenen kliniklerde çalışan uzman tabipler

Bu gruptaki kliniklerde çalışan tabiplerin aşağıdaki formülle net performans puanları hesaplanır. Yüksek bulunan net performans puanı esas alınır.

Net performans puanı = [((klinik hizmet puan ortalaması x 0,75) + (hastane hizmet puan ortalaması x 0,25)) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + eğitici destekleme puanı)] + [(tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı – (klinik hizmet puan ortalaması x aktif çalışılan gün katsayısı)) x 0,5] + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

Net performans puanı = ((hastane hizmet puan ortalaması/o branştaki klinik sayısı) x eğitim hastaneleri kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (bilimsel çalışma destek puanı + (varsa) eğitici destekleme puanı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

8) Diğer personel

Net performans puanı = (hastane hizmet puan ortalaması x hizmet alanı kadro-unvan katsayısı x aktif çalışılan gün katsayısı) + (ek puan x aktif çalışılan gün katsayısı)

Tablo 11: Tabip Muayene Girişimsel İşlemler Puan Listesi Tablosu Örneği

6.4.KARDİYOVASKÜLER SİSTEM, KAN VE LENF SİSTEMİ CERRAHİSİ			
PERİKARD			
KOD	İŞLEM ADI	AÇIKLAMA	PUAN
604.180	Perikardiyosentez		100
604.190	Tüp perikardiostomi	perikardial tüp drenajı,	200
604.200	Pıhtı/yabancı cisim çıkartılması için perikardiotomi	primer işlem	640
604.210	Perikardial pencere açılması veya parsiyel rezeksiyon	drenaj için	680

Tablo 12: Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Kadro-Unvan Katsayıları
(Değişik:RG8/2/2012-28198)

Hizmet alanları, kadrolar ve unvanlar	Katsayı
Baştabip	6,00
Baştabip yardımcısı	3,50
Klinik Şefi	3,35
Klinik şef yardımcısı	2,85
Eğitim sorumlusu	3,45
Eğitim gör.profesör ve 5 yılını doldurmuş doçent unvanı bulunanlar	3,35
Eğitim görevlisi	2,85
Başasistan	2,50
Uzman tabip	2,40
Uzman dış tabibi	1,30
Yan dal asistanı	2,40
Asistan	1,10
Tabip, dış tabipleri	1,00
Genetik, biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan tıpta uzmanlık eğitimi almış olanlar ile Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıpta uzmanlık eğitimi almış olan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları	2,40
Yoğun bakım, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan uzman tabipler	2,40
Yoğun bakım, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan pratisyen tabipler	1,00
Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan tabipler, uzman tabipler ile yoğun bakım, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil üniteleri dışındaki tıbbi ve idarî ünitelerde çalışan uzman tabipler ve tabipler	0,80
Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan uzman tabipler (temel tıp bilimleri uzmanları)	0,80
Hastane müdürü	1,00
Başhemşire	0,70
Müdür yardımcısı	0,60
Sivil savunma uzmanı	0,40
Eczacılar	0,70
Fizyoterapist, diyetisyen, psikolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı, biyolog, mühendis, veteriner hekim, avukat, kimyager, sosyolog ve benzerleri	0,40
Yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi, acil servis-poliklinik, AMATEM, Çocuk İzleme Merkezleri, yüksek bulaştırıcılığı olan ve izolasyon gerektiren hastalara hizmet veren personele hizmet ettiği sürece, kapalı psikiyatri servisleri, organ ve doku nakli gibi özellikli hizmetlerde çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,50

Sağlık hizmetleri sınıfı personeli	0,40
Tıbbi teknolog	0,40
Yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık, diyaliz, ameliyathane, kemik iliği nakil ünitesi, acil servis-poliklinik, AMATEM, Çocuk İzleme Merkezleri, yüksek bulaştırıcılığı olan ve izolasyon gerektiren hastalara hizmet veren personele hizmet ettiği sürece, kapalı psikiyatri servisleri, organ ve doku nakli gibi özelikli hizmetlerde çalışan genel idare hizmetleri sınıfı, teknik hizmetler sınıfı, yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,30
Genel idare hizmetleri sınıfı personeli	0,25
Teknik hizmetler sınıfı personeli	0,25
Yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,25
Taşınır kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapan personel ile teknikerler	0,35

Tablo13: Bilimsel Çalışmalar ve Puanları

1	SCI ve SCI Expanded'da yayınlanmış her bir yurtdışı araştırma makalesinde	Birinci isim	500 puan
		İkinci isim	400 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	300 puan
2	SCI ve SCI Expanded'da yayınlanmış yurtdışı derleme vaka takdimi, editöre mektup için her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın	200 puan	
3	SCI ve SCI Expanded harici yurtdışı hakemli dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde	Birinci isim	300 puan
		İkinci isim	200 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	150 puan
4	SCI ve SCI Expanded harici yurtdışı hakemli dergilerde yayınlanmış derleme, editöre mektup için herbir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın	100 puan	
5	Yurtiçi dergilerde yayınlanmış araştırma makalesinde	Birinci isim	100 puan
		İkinci isim	80 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan
6	Yurtiçi dergilerde yayınlanmış derleme, vaka takdimi, editöre mektup için herbir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın	50 puan	
7	Yurtiçi Proceeding Book'ta basılmış tam metin makalede	Birinci isim	100 puan
		İkinci isim	80 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan
8	Yurtdışı sözlü bildirilerde	Birinci isim	150 puan
		İkinci isim	120 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan

9	Yurtdışı posterlerde	Birinci isim	100 puan
		İkinci isim	80 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	60 puan
10	Yurtiçi sözlü bildirilerde	Birinci isim	50 puan
		İkinci isim	40 puan
		Üçüncü isim ve sonraki	30 puan
11	Yurtiçi posterlerde	Birinci isim	40 puan
		İkinci isim	30 puan
		Üçüncü isim (Ek ibare:RG-30/7/2010-27657) ve sonraki	20 puan
12	SCI ve SCI Expanded'da yayınlanmış makalelerde atıf almış her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın yayın başına 200 puan, SCI ve SCI Expanded dışındaki makalelerde atıf almış her bir yayın için isim sıralamasına bakılmaksızın yayın başına 50 puan	Toplam atıf puanı 1000 puanı geçemez.	

3.6. Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerin Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamaları

Üniversiteler ve Sağlık Bakanlığı'nın ilgili tesislerinin birlikte kullanım ve işbirliğine gitmesi 30 Ocak 2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5947 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" un 11. maddesi ile başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından bu madde temel alınmış, 18/02/2011 tarih ve 27850 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" çıkarılmıştır. Yönetmeliğin 5. maddesinin c bendine göre Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi ile Valilik arasında 26/04/2011 tarihinde "birlikte kullanım ve işbirliği protokolü" Rektör ve Vali tarafından imzalanmıştır. Böylelikle Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı Muğla Devlet Hastanesi birlikte hizmet vermeye başlamışlardır. Bu tarihten sonra üniversite yönetim kurulu kararı ile üniversitenin tıp fakültesi kadrosunda olup, sağlık uygulama ve araştırma

merkezi'nde görev yapan öğretim üyeleri ile hemşireler bu kapsamda hastanede görevlendirilmişlerdir. Nihayetinde 03/05/2011 tarihi itibariyle Muğla'da birlikte kullanım ve işbirliği uygulaması fiilen yürürlüğe girmiştir.

30 Ocak 2010 tarih ve 27478 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren 5947 sayılı "Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun" un 11. maddesi aşağıda belirtilmektedir.

MADDE 11 – 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa aşağıdaki ek madde eklenmiştir.

"EK MADDE 9 – Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşları ile üniversitelerin ilgili birimleri, Bakanlık ve üniversitelerce karşılıklı olarak işbirliği çerçevesinde birlikte kullanılabilir. Birlikte kullanım ve işbirliğine ilişkin usul ve esaslar ile ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde döner sermaye gelirlerinden personele yapılacak ek ödemelere ilişkin esaslar Maliye Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu'nun görüşü alınarak Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılacak yönetmelikle belirlenir(<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130.htm>).

5947 sayılı kanunda yer alan hükme bağlı olarak Maliye Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu'nun görüşü alınarak 18/02/2011 tarih ve 27850 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik" Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılmıştır. Yönetmeliğin 5. maddesinin c bendi aşağıda belirtilmektedir.

MADDE 5 – (1) Sağlık ve eğitim hizmetlerinin daha verimli ve etkin sunulabilmesi amacıyla sağlık tesislerinin birlikte kullanılmasında aşağıda belirtilen usul ve esaslara uyulur.

c) Birlikte kullanılacak sağlık tesisleri için, Bakanlık ve YÖK' ün uygun görüşü alınarak, il valisi ve üniversite rektörü arasında birlikte kullanım protokolü akdedilir. Protokolün imzalanmasından itibaren en geç altı ay içerisinde birlikte kullanıma geçilir. Protokolün süresi dört yıldan az olamaz. Sürenin bitiminden altı ay önce taraflardan biri sona erdirme bildirimini yapmadıkça protokol iki yıllık sürelerle uzatılmış

sayılır

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218.htm>. Türkiye'de birlikte kullanım ve işbirliği protokolüne giden kurumlar hakkında bilgiler aşağıda tablo halinde verilmektedir.

Tablo 14: Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin Ortak Kullanımda Olan Hastaneleri

ORTAK KULLANIM PROTOKOLÜ YAPILAN VE ORTAK KULLANILAN HASTANELER							
Sıra No	Kurum Kodu	Bakanlığımıza Bağlı Hastane Adı	Üniversiteye Bağlı Hastane Adı	Ortak Kullanımdan Sonra Mevcut Hastane Adı	Protokolün İlk İmzalandığı Tarih	Protokolün Yenilendiği Tarih	Ek Protokol Tarihi
1	2640	Kırşehir Devlet Hastanesi	Kırşehir Ahi Evran	Sağlık Bakanlığı Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	08.07.2010		
2	395236	İstanbul Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	Marmara Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	26.08.2010	04.05.2011	
3	177296	İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	İstanbul Medeniyet Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25.05.2011		
4	177530	Ordu Boztepe Devlet Hastanesi	Ordu Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	07.07.2010		
5	326972	Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Sakarya Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	05.06.2009	05.08.2011	
6	299766	Rize Eğitim ve Araştırma	Rize Üniversitesi	T.C.Sağlık Bakanlığı Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma	01.02.2011	24.06.2011	
7	100664	Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	10.03.2011		
8	3200	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi	31.03.2011		
9	1825	Muğla Devlet Hastanesi	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	26.04.2011	27.07.2011	
10	459527	Erzincan Mengücek Gazi Devlet Hastanesi	Erzincan Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	03.05.2011	11.05.2011	
11	6177	Adıyaman Devlet Hastanesi	Adıyaman Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	04.08.2011		25.07.2012
12	177459	Kütahya Evliya Çelebi Devlet Hastanesi	Dumlupınar Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	17.10.2011		
13	4609	Çorum Devlet Hastanesi	Hitit Üniversitesi	T.C.Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi	17.01.2012		
14	3891	Giresun Prof.Dr.A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi	Giresun Üniversitesi	Sağlık Bakanlığı Giresun Üniversitesi Giresun Prof.Dr.İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi	02.08.2012 (geçici olarak durduruldu.)		
15	5929	Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Devlet Hastanesi	Amasya Üniversitesi	T.C.Sağlık Bakanlığı Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi	02.08.2012		

Tablo 15: Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin Ortak Kullanımı Planlanan Hastaneleri

ORTAK KULLANIM PLANLANAN HASTANELER				
Sıra No	Bakanlığımıza Bağlı Hastane Adı	Üniversiteye Bağlı Hastane Adı	Tam İşbirliği	Kısmi İşbirliği
1	Aydın Devlet Hastanesi	Aydın Üniversitesi	x	
2	Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Harran Üniversitesi		x
3	Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Ondokuz Mayıs Üniversitesi		x

Tablo 16: Ortak Kullanım Birimlerinde Üniversitelerden Görevlendirilen Personel Dağılımı

2547 SAYILI KANUNUN 38.MADDESİ İLE ÇALIŞAN PERSONELİN KURUM BAZINDA DAĞILIMI 01.06.2012									
İL	KURUM	UZMAN TOPLAM	Part-time Uzman	PRATİSYEN	ASİSTAN	HEMŞİRE	EBE	DİĞER PERSONEL	GENEL TOPLAM
ADİYAMAN	T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI ADIYAMAN ÜNV. E.A.H. (572 YTK)	46				46		1	93
ANKARA	ALTINDAĞ NUMUNE E.A.H. (1140 YTK)	16							16
ANKARA	ALTINDAĞ TÜRKİYE YÜKSEK İHTİSAS E.A.H. (500 YTK)	8							8
ANKARA	KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (308 YTK)	5							5
ANKARA	ÇANKAYA ATATÜRK E.A.H. (677 YTK.)	12							12
ANKARA	DIŞKAPI YILDIRIM BEYAZIT E.A.H. (807 YTK)	15							15
ANTALYA	ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (904 YTK)	3							3
ERZİNCAN	SAĞLIK BAKANLIĞI ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ MENGÜCEK GAZİ E.A.H. (235 YTK)	27			3				30
İSTANBUL	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - MARMARA ÜNİVERSİTESİ E.A.H. (543 YTK.)	270							270
İSTANBUL	ÜMRANİYE E.A.H. (326 YTK.)	7							7
İSTANBUL	HAYDARPAŞA NUMUNE E.A.H. (727 YTK.)	6							6
İZMİR	KONAK ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ (1110 YTK)	8							8
İZMİR	KONAK DR.BEHÇET UZ ÇOCUK H.VE ÇOCUK CERRAHİSİ E.A.H. (372 YTK)	2							2
KIRŞEHİR	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - AHI EVRAN ÜNV. E.A.H. (338 YTK.)	5							5
KÜTAHYA	T.C. S.B. -DÜMLUPINAR ÜNV. EVLİYA ÇELEBİ E.A.H.(700 YTK.)	46			3	23	1	20	93
MUĞLA	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MUĞLA ÜNV. E.A.H. (501 YTK.)	45				8			53
ORDU	SAĞLIK BAKANLIĞI - ORDU ÜNİVERSİTESİ E.A.H. (273 YTK.)	32							32
RİZE	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI-R.T.ERDOĞAN ÜNV. E.A.H. (366 YTK)	85			22	21		3	131
SAKARYA	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - SAKARYA ÜNV. E.A.H. (600 YTK.)	56		2	19		1		78
TRABZON	KANUNİ E.A.H. (753 YTK)	2							2
TOPLAM		696		2	47	98	2	24	869

Kaynak: 23/11/2012 tarih ve 9079 sayılı BİMER başvurusuna Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü'nün 30/11/2012 tarihli cevap yazısı

3.7 Hastaneler

Köken olarak Farsçadan gelen “hastahane” kelimesinin, sadeleştirilmiş ve Türkçeleştirilmiş şekli olan “hastane”nin, Latince misafirperverlik anlamına gelen “hospital” kelimesiyle arasında büyük fark yoktur (Danacı, 2010: 17).

Hastane kavramı; hasta ve yaralıların, sağlıklarından kuşkulananların, sağlık durumunu denetletmek isteyenlerin ayakta veya yatarak gözlem, teşhis, tedavi ve rehabilite (esenleştirme) edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan yerlerdir şeklinde tanımlanabilir (Gök, 1981:2). Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanısıra, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir (Sarsenova, 2010: 23).

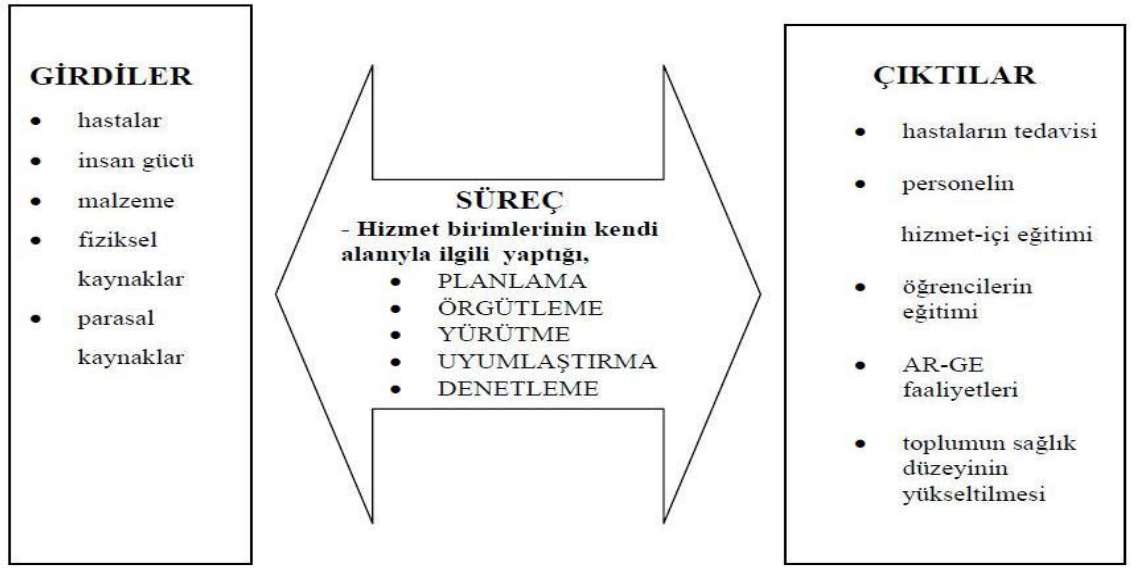
Yine başka bir tanıma göre hastaneler; dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek çıktılarının önemli bir kısmını yine aynı çevreye veren, geri bildirim mekanizmasına sahip sistemlerdir. Hastanelerin girdileri insangücü, hasta, malzeme, teknoloji, bilgi ve sermayedir. Çıktıları ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimi, AR-GE faaliyetleridir. Son olarak dönüştürme süreçleri ise planlama, örgütlenme, yürütme, kontrol ve yeniden düzenleme faaliyetlerini içermektedir. O halde hastane yönetimi açısından bakıldığında hastaneler sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekanlar değil, refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumları, aile yapısı, kültürel düzey, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme ait faktörlerin etkisine açık bir sistemdir (Tengilimoğlu vd., 2012: 173).

Tıp tarihinin insanlık tarihi ile eş zamanlı başladığı söylenebilir. Antik Yunan kültürünün gelişiminden önce diğer antik uygarlıklarda hastalıklara doğüstü güçlerin yol açtığına inanılırdı. Bu nedenle de hastalıkların tedavisinde kullanılan teknikler dini özellikler göstermiştir. İlkel insanlar, tıpkı fırtına, gök gürültüsü, yıldırım, deprem, su baskını gibi bedensel ve ruhsal hastalıkları da doğüstü güçlerin kızgınlık belirtileri olarak kabul etmişlerdir (Kavuncubaşı, 2000: 80). Türklerin ilk kurduğu sağlık kuruluşu, 1206 yılında Kayseri'deki Gevher Nesibe Sultan Hastanesi ve Tıp Medresesi'dir. Bundan sonra Osmanlı döneminde ise merkezde hekimbaşılar, taşrada Darüşşafaka denilen hastaneler dikkati çekmektedir. Hekimbaşı sistemi

bugünkü Sağlık Bakanlığı ile eşdeğerdedir. Bu dönemde azınlıklar tarafından da pek çok hastane açıldığı bilinmektedir (Danacı, 2010: 17).

Hastaneleri çevresinden girdi alan ve bunları bir süreç dahilinde çıktıya dönüştüren kurumlar olarak sistem yaklaşımı içerisinde ele aldığımızda aşağıdaki şekil oldukça anlamlı sonuçlar vermektedir.

Şekil 3: Hastane Sistemi



Kaynak: (Danacı, 2010: 18)

Dünyanın her yerinde hastane reform çalışmaları; yönetim otonomilerini artırmayı, kamu örgütlerini işletmelere dönüştürmeyi ve kamu sektöründeki örgütlerin mülkiyetle birlikte özel sektöre devrini içermektedir. Bu nedenle dünya genelinde hastane reformları sağlık sektöründe liberalleşmeyi öngören düzenlemeler olarak nitelendirilmektedir. Hastane örgütlerinde performansı artırmak için bazı reform stratejileri kullanılmaktadır. Bu stratejiler optimum klinik performansı sağlayıcı özendiricileri, ödeme yöntemlerinin değiştirilmesini ve örgütsel çevrede yapılan değişiklikleri içermektedir (Top ve Şahin, 2004: 85-86). Hastaneler genelde kamu hastaneleri, özel hastaneler ve kar amacı gütmeyen vakıf hastaneleri olarak sınıflandırılabilir. Aşağıda bazı hastane örgütlerine ait yönetim modelleri ve bilgiler verilmiştir.

Tablo 17: Sektörlere göre hastane sayısı (2010 yılı)

Hastanenin Niteliği	Adet
Sağlık Bakanlığı	843
Üniversiteler	62
Özel	489
Diğer	45
Toplam	1.439

Tablo 18: Hasta yatağı sayısı (2010 yılı)

Hastanenin Niteliği	Adet
Sağlık Bakanlığı	119.891
Üniversiteler	35.001
Özel	28.063
Diğer	16.995
Toplam	199.950

Tablo 19: Dallara göre hastane/yatak sayısı (2010 yılı)

Hastanenin Niteliği	Adet	Yatak Sayısı
Genel Hastane	1.266	170.710
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	7	2.260
Diş Hastanesi	5	75
Diyabet Hastanesi	2	61
FTR Merkezi	14	1.736
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	18	3.916
Kalp Damar Cerrahi Merkezi	11	2.950
Göz Hastanesi	26	598
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	63	10.554
Kardiyoloji Hastanesi	1	116
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	636
Lepra (Cüzam) Hastanesi	1	50
Meslek Hastalıkları Hastanesi	2	156

Onkoloji Hastanesi	5	1.294
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	2	115
Psikiyatri Hastanesi	12	4.692
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	1	31
Toplam	1.439	199.950

Kaynak: <http://www.saglikidarecileri.info/HaberDetay.aspx?HaberId=677>

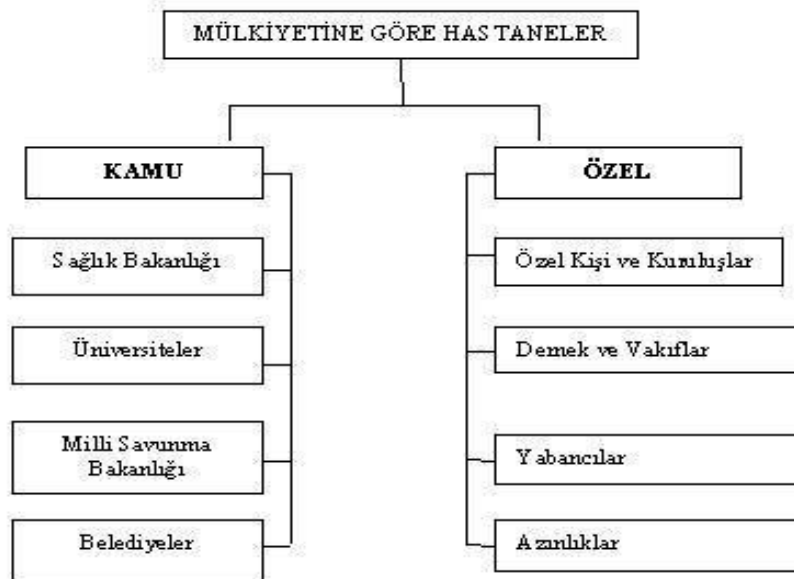
3.7.1. Hastanelerin Sınıflandırılması

Günümüzde her alanda yaşanan gelişmelere paralel olarak sağlık işletmeciliği bağlamında ele aldığımız hastaneler çok çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Bunları kısaca özetleyecek olursak:

3.7.1.1. Mülkiyetlerine Göre Hastaneler

Mülkiyet durumu göz önünde bulundurulduğunda hastaneler, Sağlık Bakanlığına, Üniversitelere, Milli Savunma Bakanlığına, Belediyelere, özel kişi ve kuruluşlara, dernek ve vakıflara, yabancılara ve azınlıklara ait hastaneler olarak sınıflandırılabilir.

Şekil 4: Mülkiyetine Göre Hastaneler

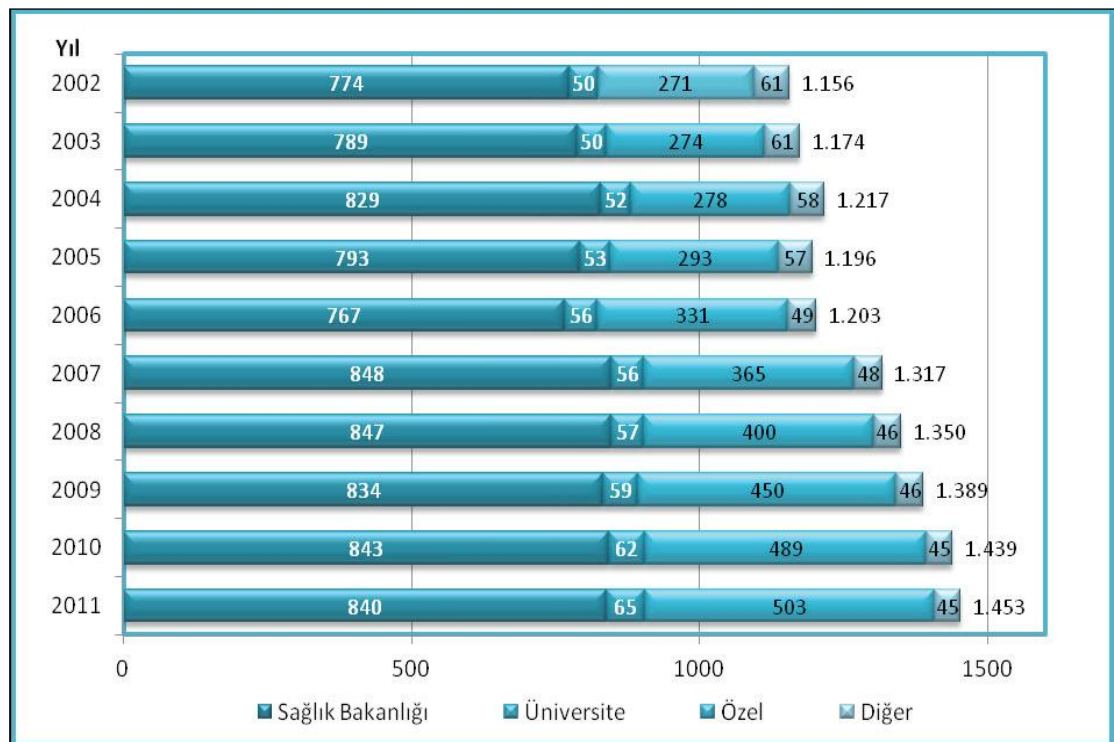


Kaynak: (Tengilimoğlu, 2012: 182).

3.7.1.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Bir diğer sınıflandırma şekli de hastanelerin büyüklüklerine göre sınıflandırılmasıdır. Hastaneler büyüdükçe hem idari kademelerindeki hem de diğer hizmet birimlerindeki personel artışı kaçınılmaz olacaktır. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Tengilimoğlu, 2012: 183). Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında Türkiye’de yakın gelecekte 1500 yatak ve üstü hasta yatağı kapasitesine sahip şehir hastaneleri ve bölge hastaneleri de yerini alacaktır.

Tablo 20: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye



Kaynak: BORA BAŞARA, B. vd., (2012), “TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, S:63, Ankara

Tablo 21: Yıllara ve Dallara Göre Hastane Sayıları, Türkiye

Dallar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Genel Hastane	987	1.001	1.050	1.025	1.032	1.140	1.171	1.219	1.266	1.304
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	64	65	62	70	71	73	74	63	63	50
Göz Hastalıkları Hastanesi	8	8	8	9	10	15	18	24	26	25
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	28	27	27	24	23	22	22	19	18	17
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri	15	16	15	14	14	13	12	12	14	14
Psikiyatri Hastanesi	9	9	9	9	10	10	11	12	12	11
Diş Hastanesi	1	3	3	3	3	4	3	5	5	8
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	9	9	10	10	10	10	8	6	7	6
Kalp Damar Cerrahisi Merkezleri	6	6	6	6	6	6	7	11	11	6
Onkoloji Hastanesi	5	6	6	6	4	4	4	5	5	4
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Meslek Hastalıkları Hastanesi	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	7	6	5	5	5	5	5	3	2	1
Lepra Hastanesi	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Diyabet Hastanesi	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
Kardiyoloji Hastanesi	5	6	5	4	5	5	5	1	1	0
Toplam	1.156	1.174	1.217	1.196	1.203	1.317	1.350	1.389	1.439	1.453

Kaynak: BORA BAŞARA, B. vd., (2012), “TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, S:63, Ankara

3.7.1.3. Hastaların Yatış Süresine Göre Hastaneler

Bu sınıflandırmaya göre hastaneler kısa ve uzun süreli yatış süresi olan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadırlar. Kısa süreli yatış süresine sahip olan hastanelere aynı zamanda akut bakım hastaneleri de denilmektedir. Bu hastaneler genellikle 30 günden daha kısa sürede hasta yatışı yapan kurumlardır. Bu kurumlara örnek olarak devlet hastaneleri, doğum evleri, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler verilebilir. Uzun süreli yatış süresine sahip olan hastanelerin diğer bir adı da kronik bakım hastaneleridir. Bu hastaneler 30 günden daha fazla süreli hasta yatışı yapan kurumlardır. Bu kurumlara örnek olarak psikiyatri hastaneleri, fizik tedavi hastaneleri ve 30 günden daha fazla süreli yatış yapıyorsa devlet ve üniversite hastaneleri verilebilir.

3.7.1.4. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Hastaneler akredite edilen ve akredite edilmeyen hastaneler olarak iki şekilde sınıflandırılabilir. Ülkemizde 27 Ekim 1999 tarih ve 4457 sayılı “Türk Akreditasyon Kurumu Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun”, 4 Kasım 1999 tarih ve 23866 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kuruluş kendisine başvuru yapan kurumlara belli bir ücret karşılığında akreditasyon hizmeti ve eğitimi vermektedir.

Her ne kadar ülkemizde 1999 yılından itibaren kurulmuş olan bir akreditasyon kurumu olsa da ABD Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations-JACHO) tarafından geliştirilen standartlar kullanılmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 79).

Akreditasyon; uygunluk değerlendirme kuruluşlarınca gerçekleştirilen çalışmaların ve dolayısıyla bu çalışmalar sonucunda düzenledikleri uygunluk teyit belgelerinin (deney ve muayene raporları, kalibrasyon sertifikaları, yönetim sistemi belgeleri, ürün belgeleri, personel belgeleri vb) güvenilirliğini ve geçerliliğini desteklemek amacıyla oluşturulmuş bir kalite altyapısıdır. Uygunluk değerlendirme kuruluşlarının akreditasyonu, ilgili uygunluk değerlendirme kuruluşları için yeterlilik kriterlerini belirleyen uluslararası standartlar, ilgili sektöre özel gereklilikler, bölgesel veya uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından belirlenmiş rehber dokümanlarda belirlenmiş, dünya genelinde kabul görmekte olan gereklilikler esas alınarak gerçekleştirilmektedir

(<http://www.turkak.org.tr/TURKAKSITE/AkreditasyonAkreditasyonNedir.aspx>).

Sağlıkta kalite ve güvenliği arttırmaya yönelik çalışmalar yapan ve kar amacı gütmeyen bir örgüt yapısıyla “Joint Commission International” (JCI) ABD’de bu güne kadar 20.000 sağlık kuruluşunu akredite etmiştir. Ülkemiz hastaneleri son yıllarda “International Organization for Standardization” (ISO) belgelerine sahip olma ve JCI tarafından akredite edilme açısından özellikle özel hastaneler ve üniversite hastaneleri birbirleriyle yarış halindedir. JCI tarafından verilen

akreditasyon belgesi sağlık hizmetlerinde altın standart olarak kabul edilmektedir. Eylül 2008 itibariyle, Türkiye’de akredite hastane sayısı 17’dir (Danacı, 2010:7).

Kullanılan akreditasyon; organizasyon odaklı standartlar ve hasta odaklı standartlar olmak üzere temelde iki gruba ayrılmaktadır. Organizasyon odaklı standartlar; sağlık kuruluğu yönetim standartları olarak da adlandırılmaktadır. Kalite iyileştirme, hasta güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, yönetişim, tesis yönetimi, çalışanların niteliği ve eğitimi, iletişim ve bilgi yönetimi gibi standartlar organizasyon odaklı standartlardır. Hasta odaklı standartlar ise; hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği, hasta ve hasta yakınlarının hakları, hastanın değerlendirilmesi, hasta bakımı, anestezi ve cerrahi bakım, ilaç yönetimi ve kullanımı gibi standartlardır (Tengilimoğlu, 2012: 185-186).

3.7.1.5. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

Bu sınıflandırmada hastaneler; birinci basamak (primary), ikinci basamak (secondary) ve üçüncü basamak (tertiary) hastaneler olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır. Birinci basamak hastaneler, tedavisi kısa süren, ileri teknolojik donanım gerektirmeyen, basit hastalıkların tedavi edildiği hastanelerdir. İkinci basamak hastaneler, birinci basamakta tedavisi mümkün olmayan hastalıkları tedavi etmektedir. İl merkezlerindeki hastaneler ikinci basamak hastanelerdir. (Kavuncubaşı, 2007: 70). Üçüncü basamak hastaneler ise, gelişmiş teknolojik donanıma ve olanaklara sahiptirler; birinci ve ikinci basamak hastanelerinde tedavisi mümkün olmayan hastalıkların tedavisi ile ilgili hizmetler sağlamaktadırlar. Üniversite hastaneleri ve yanık merkezleri üçüncü basamak hastanelere örnek olarak verilebilir (Kavuncubaşı, 2000: 79-80).

3.7.1.6. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler

Verdikleri hizmet türüne göre hastaneler; genel ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki grupta toplanabilir. Genel hastaneler; her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel Dal Hastaneleri ise; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar

ya da belirli bir hastalığa yakalananların müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı hastanelerdir (Tengilimoğlu vd., 2012: 187). Onkoloji hastaneleri, psikiyatri hastaneleri ile kadın hastalıkları ve doğum hastaneleri bu gruba örnek olarak verilebilirler.

3.7.1.7. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

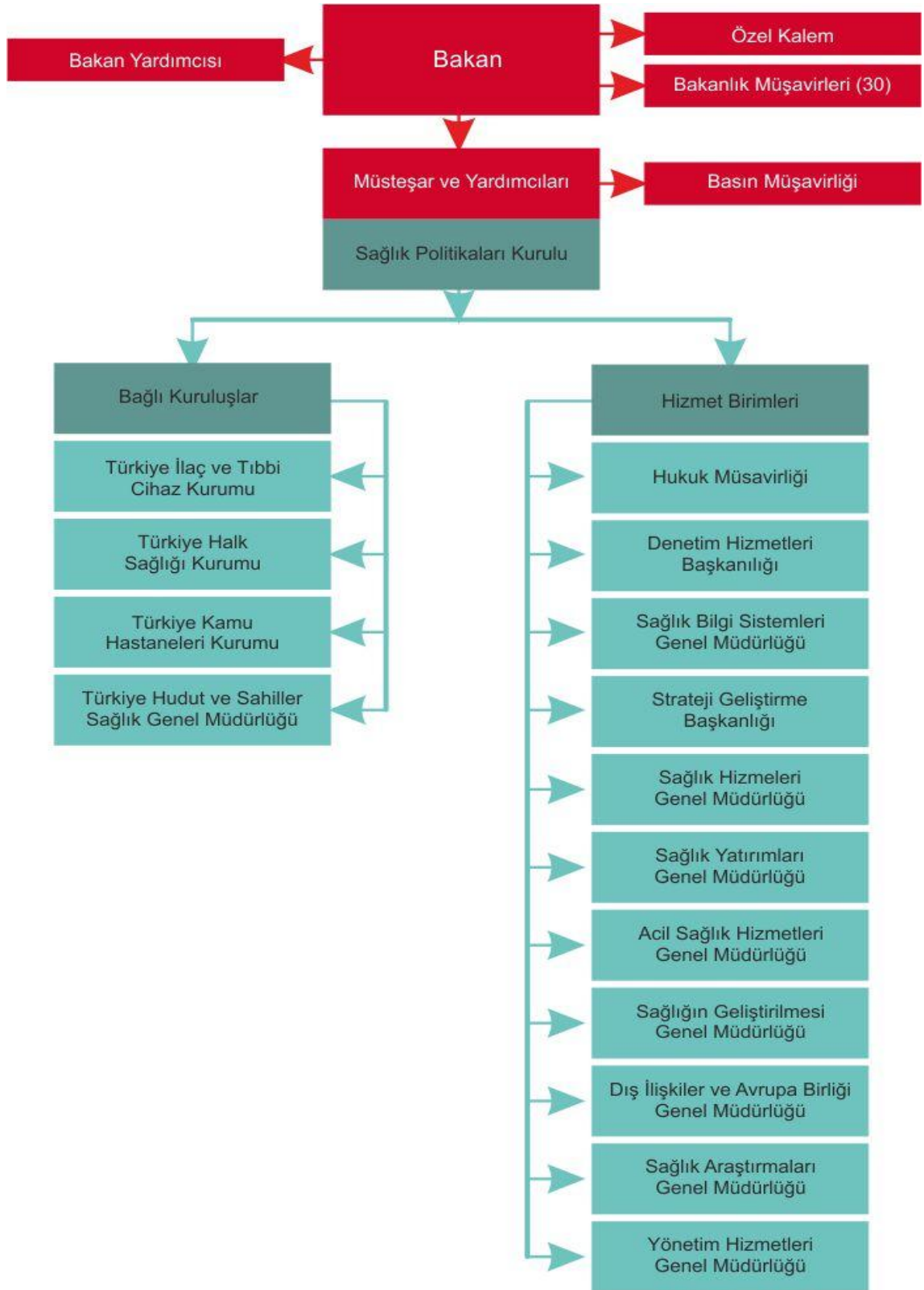
Eğitim verme statüsü bakımından hastaneler, eğitim amaçlı olan ve eğitim amaçlı olmayan hastaneler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Eğitim hastaneleri tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sağlık profesyonellerinin eğitime yönelik hizmetleri de sunmaktadır. Eğitim amacı olmayan hastaneler ise teşhis ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra sınırlı olarak uygulamaya yönelik faaliyetlerde sağlık profesyonellerinin eğitime katkıda bulunmaktadır. Temel amaçları arasında eğitim vermek söz konusu değildir. Öğrencilere sağlanan staj imkanı bu konuya örnek olarak verilebilir. Halbuki eğitim hastaneleri hekimlerin uzmanlık eğitimlerinin yanı sıra sağlık hizmetlerine yönelik araştırmaları da yürütmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012: 185).

3.8. Türkiye’de Hastane Örgütleri Organizasyon Yapıları

3.8.1. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin dış organizasyon yapısı 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı mükerrer Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) esas alınarak düzenlenmiştir. Buna göre Sağlık Bakanlığı’nın merkez ve taşra teşkilatları yeniden şekillendirilmiş ve sağlık sektörünün yönetiminde büyük değişim başlamıştır.

Şekil 5: Sağlık Bakanlığı Teşkilat Şeması



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

Bakanlığın hizmet birimleri aşağıda gösterilmektedir:

- a) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- b) Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- c) Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü.
- ç) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü.
- d) Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- e) Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü.
- f) Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü.
- g) Hukuk Müşavirliği.
- ğ) Denetim Hizmetleri Başkanlığı.
- h) Strateji Geliştirme Başkanlığı.
- ı) Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- i) Özel Kalem Müdürlüğü

Sağlık Bakanlığı hastaneleri, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu ve bu kuruma bağlı olarak illerde kurulan Kamu Hastane Birlikleri marifetiyle yönetilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2012: 190).

3.8.1.1. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, temel sağlık hizmetlerini yürütmekle görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu kurulmuştur.

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Halk sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık için risk oluşturan faktörlerle mücadele etmek,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmek, bu hususta gerekli düzenlemeleri yapmak,
- Bulaşıcı, bulaşıcı olmayan, kronik hastalıklar ve kanser ile anne, çocuk, ergen, yaşlı ve engelli gibi risk gruplarıyla ilgili olarak izleme, inceleme, araştırma, bağışıklama ve kontrol çalışmaları yapmak, bununla ilgili verilerin toplanmasını sağlamak, belirlenen hedefler doğrultusunda plan ve programlar

hazırlamak, uygulamaya koymak, denetlenmesini sağlamak, değerlendirmek, gerekli önlemleri almak, bu konuda politika ve düzenlemelerin oluşturulması için Bakanlığa teklifte bulunmak,

- Yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırarak toplumdaki tüm bireylerin sağlığını geliştirmek; hatalı beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmek, bu hususları izlemek, araştırmak, veri toplanmasını sağlamak ve değerlendirmek,
- Birey, toplum ve çevre sağlığını etkileyen ve genel sağlığı ilgilendiren her tür etkeni incelemek, teşhis etmek, değerlendirmek ve kontrol etmek üzere gerekli laboratuvar hizmetlerinin organizasyonunu sağlamak ve ulusal referans laboratuvarı kurmak ve işletmek, içme suları, biyosidal ürünler gibi görev alanına giren konularda tüketici güvenliği ile ilgili tedbirleri almak ve buna yönelik her türlü iş ve işlemi tesis etmek,
- Sağlık tehditlerine yönelik erken uyarı ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak, halk sağlığını tehdit eden konularda gereken tüm tedbirleri almak ve gerektiğinde müeyyide uygulamak,
- Biyolojik ürünler ve test materyali ile benzeri ürünlerle ilgili araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, bu ürünleri temin etmek veya edilmesini sağlamak, üretirmek ve gerektiğinde üretmek,
- Görev ve sorumluluk alanıyla ilgili olarak hizmet standardizasyonunu sağlamak, meslek personelinin yetişmesi için ilgili kurumlarla işbirliğiyle eğitim programları hazırlamak, eğitim ve yayın faaliyetinde bulunmak,
- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası, kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak,
- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek,
- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmek.

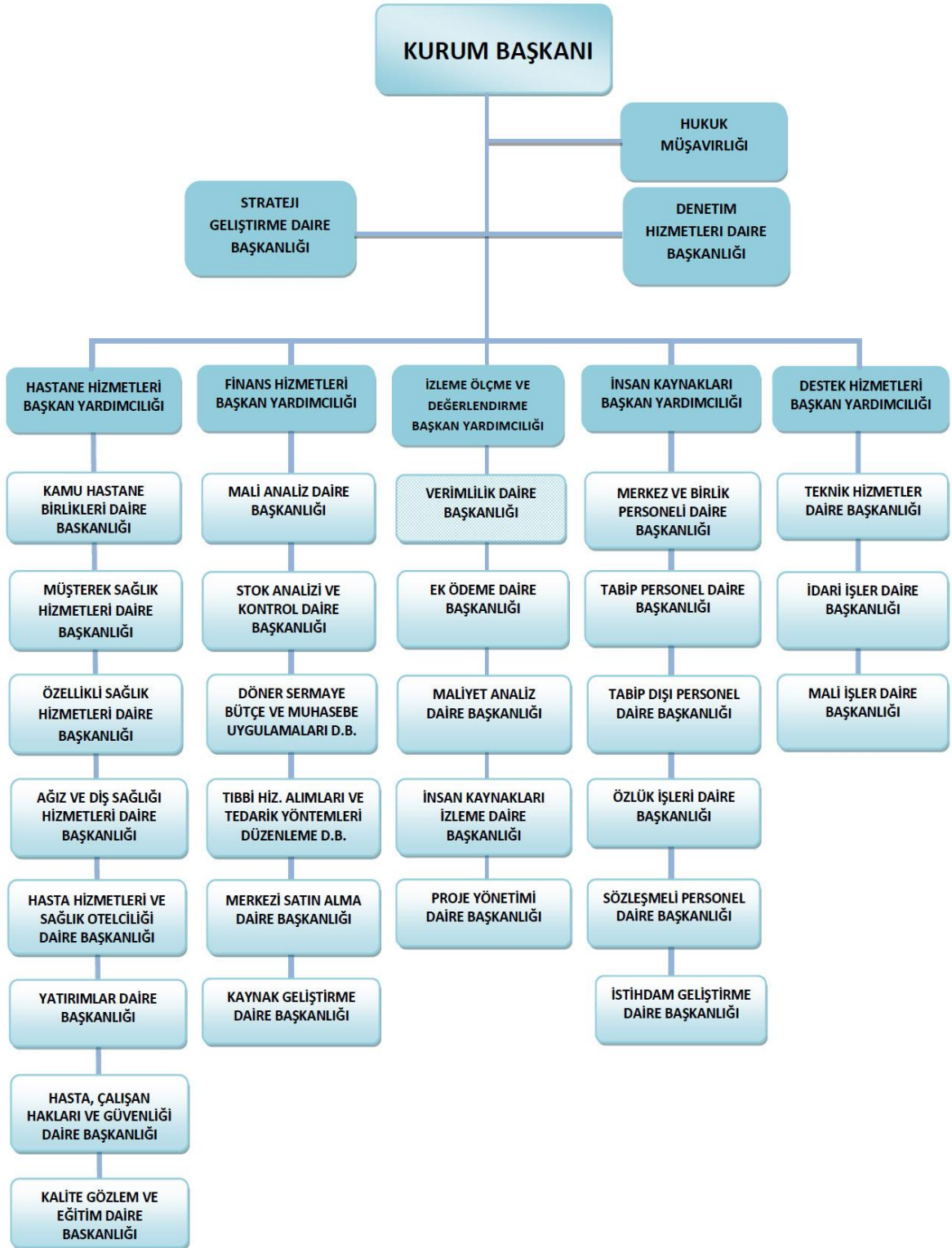
3.8.1.2. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli, Bakanlığa bağlı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuştur.

Kurumun görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

- Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak.
- Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak.
- Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematığı için her türlü alt yapıyı kurmak.
- Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak.
- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek.
- Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak.
- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek.
- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmek.

Şekil 6: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) Merkez Teşkilatı



<http://www.tkhk.gov.tr/TR,1087/organizasyon-semasi.html>

Şekil 7: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu (TKHK) Taşra Teşkilatı



<http://www.personelsaglik.com.tr/genel/yeni-donemde-yonetim-semasi-h14605.html>

3.8.1.3. Türkiye Kamu Hastaneleri Birlikleri

Kurum tarafından, kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumları, il düzeyinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak işletilir. Hizmetin büyüklüğü gözönünde bulundurulmak suretiyle aynı ilde birden fazla birlik kurulabilir ve bir ilde birlik kapsamı dışında sağlık kurumu bırakılamaz. Birden fazla birlik kurulan illerdeki ve belli bölgelerdeki birliklerden biri koordinatör olarak görevlendirilebilir. Birlik teşkilatı, genel sekreterlik ve hastane yöneticiliklerinden oluşur.

Genel sekreterlik birliğin en üst karar ve yürütme organıdır. Genel sekreterlik bünyesinde tıbbî hizmetler, idarî hizmetler ve malî hizmetler başkanlıkları kurulur. Birliğe bağlı hastaneler hastane yöneticisi tarafından yönetilir. Hastane yöneticisine bağlı olarak başhekimlik, idarî ve malî işler ile sağlık bakım hizmetleri müdürlükleri

kurulur. Kurum tarafından, birliklerin ve hastanelerin büyüklükleri dikkate alınarak belirlenen hallerde, birlik ve hastanelerdeki yönetim görevleri tek kişiye verilebilir, hastanedeki müdürlüklerin sayısı dörde kadar artırılabilir ve bu durumda görev dağılımları yeniden belirlenir. Kurumca tespit edilen norm ve standardı aşmamak kaydıyla genel sekreter tarafından belirlenen sayıda başhekim yardımcılıkları ve müdür yardımcılıkları oluşturulur.

3.8.1.3.1. Birlik Personelinin Niteliği ve Statüsü

Birliklerde, ekli (II) sayılı cetvelde belirtilen pozisyonlarda sözleşmeli statüde personel istihdam edilir. Sözleşmeli personelde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde sayılan genel şartlar aranır. Birliklerdeki diğer personel, 657 sayılı Kanun ve 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanuna tabi olarak çalışır.

3.8.1.3.2. Birlik Hastanelerinin Gruplandırılması ve Denetimi

Hastaneler; tıbbî ve malî kriterler ile kalite, hasta ve çalışan güvenliği ve eğitim kriterleri çerçevesinde Kurumca belirlenecek usûl ve esaslara göre altı aylık veya bir yıllık sürelerle değerlendirmeye tabi tutulur. Bu değerlendirme, kamu veya özel değerlendirme kuruluşlarına da yaptırılabilir. Değerlendirme sonuçlarına göre hastaneler yukarıdan aşağıya doğru (A), (B), (C), (D) ve (E) şeklinde gruplandırılır.

3.8.2. Üniversite Hastaneleri

Üniversite hastaneleri 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'na bağlı olarak araştırma merkezi hüviyetinde kurulur ve bu kanuna göre örgütlenir. Buna rağmen bu hastanelerde tek tip örgüt yapısı yoktur. Çünkü her üniversitenin kendi işletme yönetmelikleri vardır. Üniversite hastanelerinin ortak noktalarını aşağıdaki şekilde özetlemek mümkündür (Kavuncubaşı ve Kısa, 2007:135):

- Üniversite teşkilatı içinde birer araştırma merkezi olarak kurulur.

- İşletme faaliyetleri kendi özel işletme yönetmeliklerine, bu yoksa Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne uygun olarak yürütülür.

- Hastaneler rektörce atanan başhekim tarafından yönetilir. Başhekimler, hastanelerde tıbbi tedavi ve bakım hizmetleri ile birlikte araştırma ve eğitim faaliyetlerini de düzenler.

- Üniversite tıp fakültelerinin, hastanelerin tıp hizmetleri yönetimi üzerinde büyük etkileri vardır.

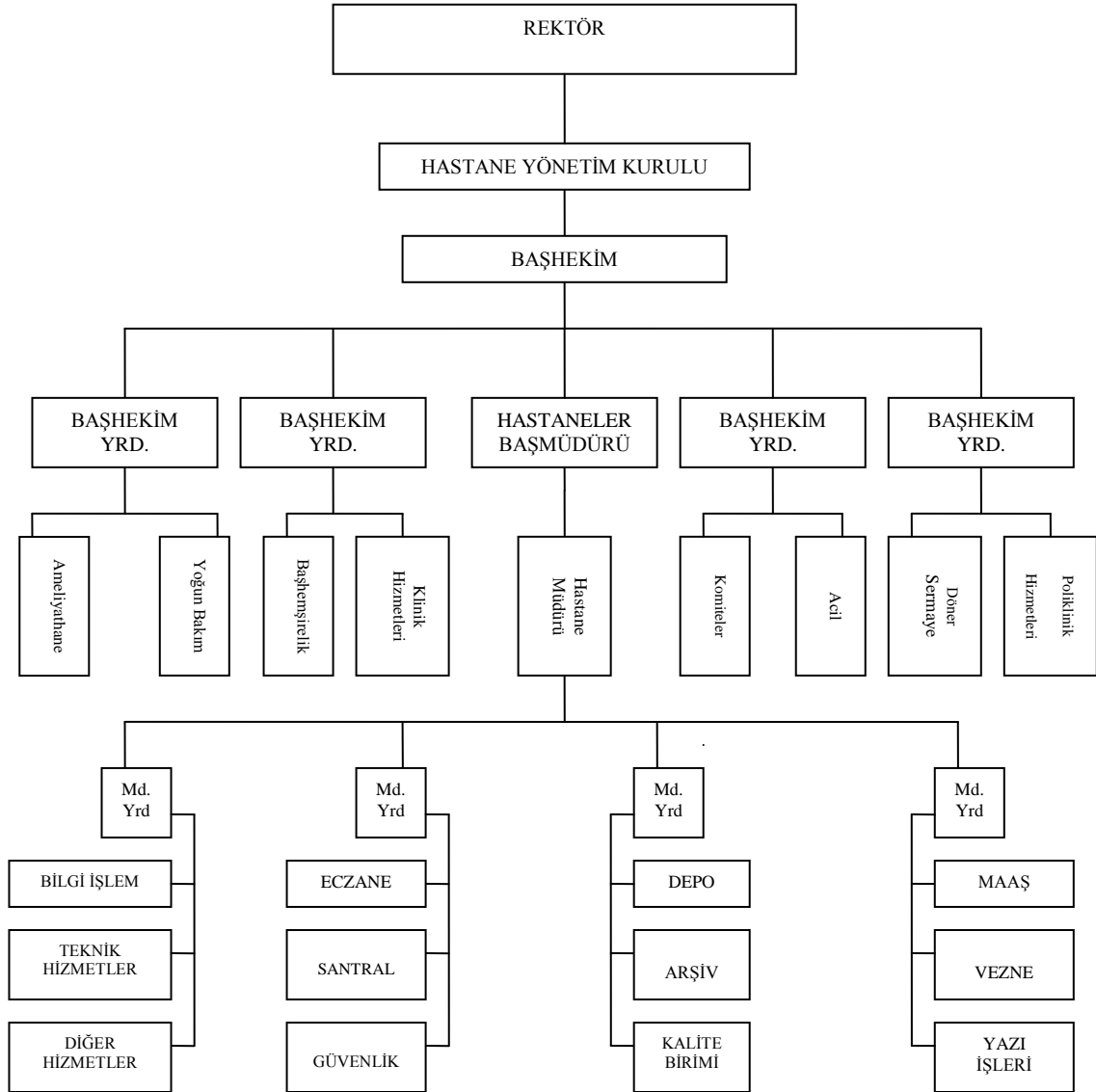
- Hastanelerin idari, mali, teknik hizmetlerinin yönetimi, üniversite genel sekreteri ve başhekime bağlı olarak çalışan bir başmüdür tarafından örgütlenir.

- Hastaneler katma bütçeli kuruluşlar olarak kurulur ve hizmetleri ile ilgili olarak döner sermaye işletmesine de sahiptirler.

Üniversite hastanelerinin amacı, muayene, teşhis ve tedavi için hastaneye başvuran hastaların ayakta veya yatırılarak tedavisi ile sağlık hizmetleriyle ilgili tüm alanlarda eğitim, öğretim, araştırma ve uygulama yapmak; her düzeyde yetkili tıp ve sağlık personeli yetiştirmektir. Üniversite hastaneleri dahil tüm kamu sağlık kurumlarında sunulan hizmetlerin bedeli SGK tarafından belirlenir. Üniversitelerde öğretim üyelerinin muayeneleri ve/veya yaptıkları tetkikler için yönetim kurulu ek ücret talep edebilir (Danacı, 2010: 24-25).

Üniversite Hastaneleri aşağıdaki teşkilat şeması doğrultusunda organize edilmişlerdir.

Şekil 8: Üniversite Hastanesi Teşkilat Şeması



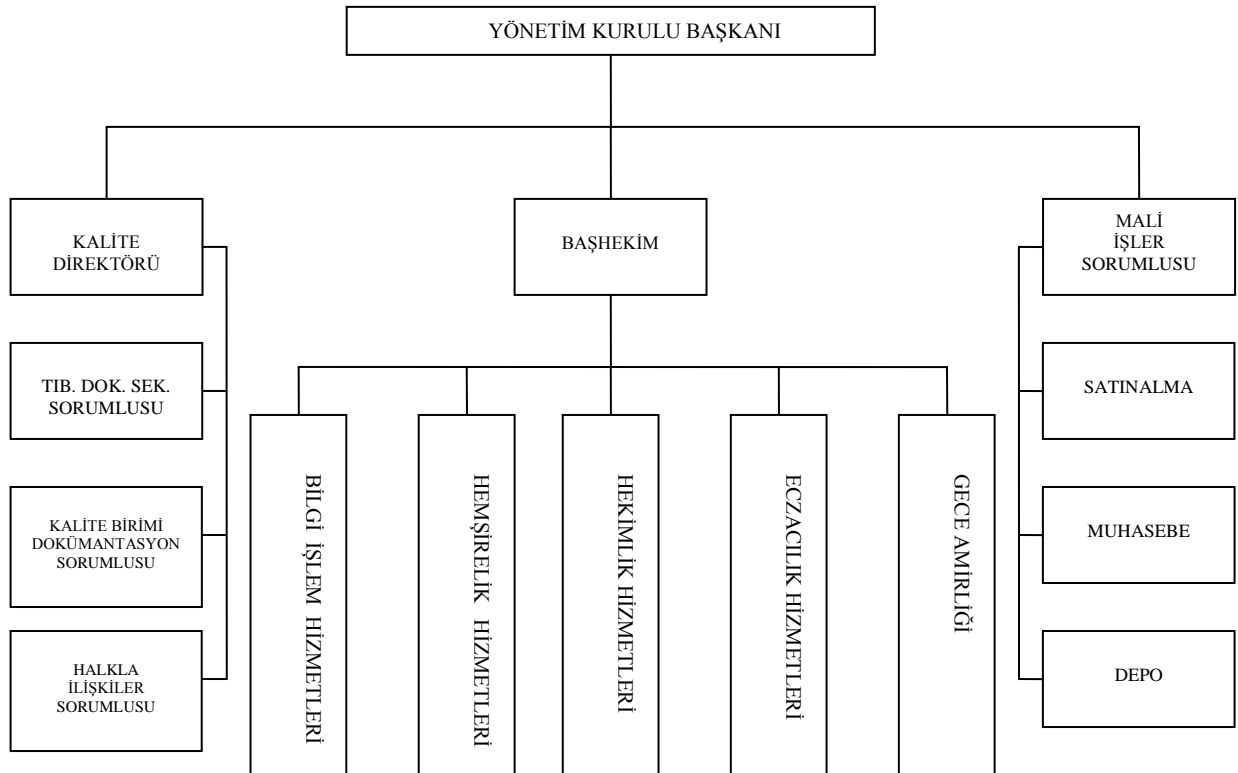
3.8.3. Özel Hastaneler

Özel hastaneler, 5 Haziran 1933 tarih ve 2219 sayılı “Hususi Hastaneler Kanunu”, 13/12/1983 tarih ve 181 sayılı “Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”nin 43 üncü maddesine ve 07/05/1987 tarih

ve 3359 sayılı ‘‘Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’’nun 3 üncü maddesi ile 9 uncu maddesinin (c) bendine dayanılarak hazırlanan 27/03/2002 tarihli ‘‘Özel Hastaneler Yönetmeliği’’ hükümlerine göre kurulurlar.

Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2010 yılı verilerine göre 489 adet özel hastane bulunmaktadır. Bu özel hastanelerin 154’ü İstanbul, 28’i Ankara, 24’ü Antalya ve 19’u İzmir’de bulunmaktadır. Tunceli, Bayburt, Artvin, Gümüşhane, Hakkari, Şırnak ve Kilis gibi illerimizde hiç özel hastane bulunmamaktadır. Özel hastanelerin organizasyonunda belli bir format olmayıp, hastanenin en üst yöneticisi hekim olması zorunluluğu olan mesul müdürdür. Aşağıda örnek olması açısından bir özel hastanenin yönetim şeması verilmiştir.

Şekil 9: Özel Hastane Teşkilat Şeması



IV. BÖLÜM

I. AŞAMA

ALAN UYGULAMASI

4.1. Materyal ve Yöntem

4.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin temel amacı; sağlık hizmetinin verimlilik ve eşitlik ilkeleri doğrultusunda ihtiyaç sahiplerine sunulması, sağlık sektörü çalışanlarının verimli ve kaliteli sağlık hizmeti sunma konusunda teşvik edilmesi ve hizmete değerli katkılar sunan çalışanların ödüllendirilmesidir. “Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin İlgili Tesislerinin Birlikte Kullanım ve İşbirliği Yönetmeliği” çerçevesinde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan üniversite hastaneleri ile ikinci basamak sağlık hizmeti sunan devlet hastaneleri, eğitim ve sağlık hizmetlerinde birlikte kullanım ve işbirliğine gidip; bulunduğu bölgede daha etkili sağlık hizmeti sunumunu amaçlamaktadırlar. Bu hizmet üretilirken hem üniversite personeli hem de bakanlık personeli birlikte çalışmadan kaynaklanan bir etkileme/etkilenme sürecine girmektedir. Yönetmeliğe dayanarak üniversite ile bakanlık arasında işbirliği kurmaya yönelik hazırlanan ve üniversite adına rektör, sağlık bakanlığı adına da vali tarafından imzalanarak yürürlüğe koyulan protokol ile organizasyon yapıları ve mesai kavramları birbirlerinden oldukça farklı olan iki kurum personeli bir araya gelmiştir. İki kurum çalışanlarının çalışma koşulları açısından bakıldığında bu birleşimin kendilerince kabul edilmesinin biraz zaman alacağı görülmektedir. Bu araştırma ile sağlık hizmeti sunan bu hastanelerde görevli personele, mevcut yönetmelik kapsamında ödenen performansa dayalı ek ödeme sisteminin personelin

verimliliğini olumlu veya olumsuz yönde etkileyip etkilemediği araştırılmak istenmiş ve ankete katılanlardan gelen verilere göre yönetmeliğin eksikliklerinin saptanması, gerekli düzenlemelerin ortaya çıkarılması için bir kaynak oluşturulması amaçlanmıştır. Böylelikle kamu sağlık sektöründe yakın bir zaman önce uygulamaya koyulan ve geliştirilmekte olan bu ek ödeme sistemi ve yönetim modelinin çalışanlarla birlikte hasta ve hasta yakınlarının da memnuniyetini sağlayarak daha verimli ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması amaçlanmaktadır.

4.1.2. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmayı gerçekleştirmek için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve performansa dayalı ek ödeme sisteminden yararlanan personele, konuyla ilgili hazırlanan 27 sorudan oluşan anket çalışması yöneltilmiş daha sonra bu anketler toplanarak SPSS 14.0 (Statistical Packages for the Social Sciences) paket programında veri girişi ile istatistiksel analizler yapılmış, elde edilen bulgular yorumlanmıştır. Araştırmanın evreni 910 personelden oluşmaktadır. %95 güven aralığı ve %5 hata payı varsayımı ile 271 kişi üzerinde anket çalışması yapılması yeterli görülmüştür. Verilerin sağlıklı bir şekilde elde edilebilmesi için personele 550 anket çalışması dağıtılmış, bunların 338'i kabul edilebilir şartlarda doldurulmuştur. Bu 338 anketin performansa göre ek ödeme sisteminden yararlanan hekim, hemşire, öğretim üyesi, idari personel, teknik hizmetler personeli, diğer yardımcı sağlık personeli vb. hizmet gruplarını yansıtacak şekilde yapılmasına özen gösterilmiştir.

4.1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve 06/12/2012-28/12/2012 tarihlerinde hastanedeki görevinde bulunan 550 kişiye uygulanmıştır.

4.1.4. Araştırmanın Varsayımları ve Hipotezleri

Araştırma, bireylerin anket formlarına doğru yanıtlar verdikleri varsayımına dayandırılmaktadır. Hipotezler algıların GEYH değişkenlerine göre farklılık

gösterdiği üzerine kurulmuştur. GEYH değişkenleri ve hipotezler aşağıda belirtilmektedir:

- a. Görev alanına göre
- b. Eğitim durumuna göre
- c. Yaş gruplarına göre
- d. Hastanede görev yaptığı süreye göre farklılık göstermektedir.

H1: PDEÖS konusunda çalışanlara kurum tarafından bilgilendirme toplantıları yapıldığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H2: PDEÖS'nin çalışanların verimliliğini artırdığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H3: PDEÖS'nin personelin iş motivasyonunu artırdığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H4: PDEÖS'nin bu ödmeden faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulandığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H5: PDEÖS'nin personelin iş yükünü artırdığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H6: PDEÖS'nin sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırdığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H7: PDEÖS'nin hastanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağladığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H8: PDEÖS'nin hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağladığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H9: PDEÖS'nin yanlış bir sistem olduğu ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olduğuna ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H10: PDEÖS'nin gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olduğuna ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H11: PDEÖS'nin personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilediğine ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H12: PDEÖS'nin farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet verdiğiğine ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H13: PDEÖS'nin farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar verdiğine ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H14: PDEÖS uygulamasından vazgeçilmesi ve tamamen kaldırılmasına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H15: PDEÖS'nin yararlı olduğu ve geliştirilerek devam ettirilmesine ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H16: PDEÖS'nin olması gerektiği ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörlerinin değiştirilmesi gerektiğine ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H17: PDEÖS'nin hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olması gerektiğine ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H18: Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü öncesinde uygulanan PDEÖS'nin, personelin verimliliğine daha çok fayda sağladığına ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H19: PDEÖS hakkında yeterli bilgiye sahip olduğuna ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

H20: SB ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünün desteklenildiğine ilişkin algı GEYH'ye göre farklılık göstermektedir.

4.1.5. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket sorularının tamamı literatür taraması yapılarak, benzer konudaki araştırma sorularından ve araştırma danışmanının görüşlerinden faydalanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde, çalışanlarla ilgili demografik bilgiler; ikinci bölümünde ise, performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanların verimliliklerine olan etkisi hakkındaki değerlendirmelerini belirleyen ifadeler yer almaktadır. Ankette 26 adet kapalı uçlu ve 1 adet açık uçlu soru sorulmuştur. Araştırmada katılımcıların isim yazmamaları istenmiş ve anketin yalnızca araştırmanın amacı doğrultusunda kullanılacağı, kişisel değerlendirmelerde kullanılmayacağı özellikle ifade edilmiştir.

4.1.6. Verilerin Toplanması

Anketin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanabilmesi için 30/11/2012 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumu Muğla İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır (Ek 1). Anket çalışması, 06/12/2012 - 28/12/2012 tarihleri arasında hastanede görev yapan personele uygulanarak 28/12/2012 tarihinde tamamlanmıştır. Hastanede çalışan personelin kadro unvan bilgileri, personel ve maaş birimlerinden elde edilmiştir. Anketlerin büyük çoğunluğu hastane tarafından verilen eğitimlerden hemen önce personele dağıtılmış ve sorular ile ilgili oluşabilecek tereddütler cevaplandırılarak giderilmiştir. Yine bazı anketler de çalışanlarla bizzat bürolarında mesailerinin nispeten daha az yoğun olduğu zamanlarda yapılmıştır. Anket çalışması yapılan personele bu çalışmanın amacı ve içeriği hakkında yazılı veya sözlü bilgilendirme yapılmıştır. Bu çalışmada dağıtılan ve cevaplanan anket sayı ve yüzdeleri Tablo 22'de gösterilmiştir.

Tablo: 22: Dağıtılan ve Cevaplanan Anket Sayı ve Yüzdeleri

Görev Unvanı	Dağıtılan Anket		Cevaplanan Anket		Cevap Alma Yüzdesi
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Müdür / Müdür Yrd.	3	0,55	2	0,60	66,67
İdari Personel	70	12,73	48	14,20	68,57
Öğretim Üyesi	25	4,55	19	5,62	76,00
Uzman Tabip	50	9,09	32	9,46	64,00
Tabip	25	4,55	21	6,21	84,00
Psikolog	5	0,91	2	0,60	40,00
Fizyoterapist	3	0,55	2	0,60	66,67
Teknik Hizmetler Personeli	10	1,82	8	2,36	80,00
Hemşire/ Ebe	260	47,27	151	44,67	58,07
Eczacı	9	1,64	4	1,18	44,44
Sağlık Memuru/Sağlık Teknikeri/ Sağlık Teknisyeni	90	16,36	49	14,50	54,44
Toplam	550	100	338	100	61,45

Tablo 22’de verilen bilgiler ışığında araştırma evreninin (338 kişi) %61,45’i anketi cevaplandırmıştır. Değerlendirmeye alınan grupların ankete katılım oranları açısından en yüksek katılım (% 84) tabipler, en düşük katılım (% 40) psikologlar tarafından gerçekleştirilmiştir.

Ankete katılım gönüllülük esasına göre gerçekleşmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu yüz yüze görüşmenin yapıldığı anda anketi cevaplandırmıştır. Diğer katılımcılar ise daha sonra teslim etmek üzere anketi cevaplandırmayı kabul etmişlerdir.

4.1.7. Verilerin Değerleri ve Güvenilirliği

Araştırma anketinde ölçeklendirme yöntemi olarak 5’li Likert Yöntemi kullanılmıştır. Ankette yer alan ifadelerin derecelendirmelerinde; tutum ve düşüncelerle ilgili yargılara “5” kesinlikle katılıyorum, “4” katılıyorum, “3” kararsızım, “2” katılmıyorum, “1” kesinlikle katılmıyorum ifadelerini göstermektedir. Ortalama skor (5) beş’e yaklaştıkça yargılara katılımı, (1) bir’e yaklaştıkça yargılara katılmamayı ifade etmektedir. 5’li Likert ölçeğinde aritmetik ortalamanın değerine göre 1,00–2,33 düşük katılım, 2,34–3,66 kısmen katılım 3,67–5,00 yüksek katılım olarak değerlendirilmiştir. Likert ölçeğine göre sorulan sorularda, aritmetik ortalama ile birlikte standart sapma hesaplanarak, verilen cevapların ortalamadan ne kadar saptığı belirlenmiştir. Anket uygulamasından elde edilen veriler bilgisayardaki paket programa yüklenmiş, parametrik varsayımlar yerine getirildiğinde Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way ANOVA) uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ seçilmiştir. Grup içi farklılıkların nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulanmıştır. Parametrik olmayan testler için Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır. Anketteki sorulara verilen cevapların cinsiyetlere göre farklarının istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını bulabilmek için Bağımsız İki Örnek T-Testi uygulanmıştır. Uygulanan anketin güvenilirliği için Alpha testi yapılmıştır. (Alpha testi/güvenilirlik analizi demografik özellikli sorular ile açık uçlu sorular dikkate alınmadan yapılır). Anketin Alfa değeri 0,91 olarak bulunmuş olup, ölçeklerin güvenilir olduğu anlaşılmıştır.

II. AŞAMA

4.2. BULGULAR VE TESPİTLER

4.2.1. Genel Bulgular

Araştırma kapsamındaki hastane personelinden 338' ine uygulanan anket sonuçlarının dağılımı Tablo 23'de gösterilmektedir.

Tablo 23: Ankete Katılanların Demografik Özellikleri

Hastane Personeli	N=338	%
GÖREV		
Hastane Müd/Müd Yrd. (Yönetici Personel)	2	0,6
İdari Personel	48	14,2
Öğretim Üyesi	19	5,6
Uzman Tabip	32	9,5
Tabip	21	6,2
Psikolog	2	0,6
Fizyoterapist	2	0,6
Teknik Hizmetler Personeli	8	2,3
Hemşire/Ebe	151	44,7
Eczacı	4	1,2
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	14,5
Toplam	338	100
CİNSİYET		
Kadın	206	60,9
Erkek	132	39,1
Toplam	338	100
MEDENİ DURUM		
Evli	263	77,8
Bekar	75	22,2
Toplam	338	100
EĞİTİM DÜZEYİ		
Lise	35	10,4
Ön Lisans	83	24,5
Lisans	150	44,4
Yüksek Lisans	27	8,0
Doktora	29	8,6
Doktora ve Üzeri	14	4,1
Toplam	338	100
YAŞ		

<25	23	6,8
26-35	133	39,3
36-45	128	37,9
46-55	52	15,4
>56	2	0,6
Toplam	338	100
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)		
1 yıldan az	37	10,9
1-5 yıl arasında	112	33,2
6-10 yıl arasında	90	26,6
11-15 yıl arasında	56	16,6
16-20 yıl arasında	28	8,3
21 yıl ve üzeri	15	4,4
Toplam	338	100
PDEÖS HAKKINDA BİLGİ SAHİBİ OLUP OLMADIĞI		
Evet	135	39,9
Kısmen	169	50,0
Hayır	34	10,1
Toplam	338	100
BİRLİKTE KULLANIM PROTOKOLÜNÜ DESTEKLEME		
Evet	42	12,4
Kısmen	78	23,1
Hayır	218	64,5
Toplam	338	100

Görev dağılımları ele alındığında örnekleme %44,7'lik oranla hemşire ve ebeler, %14,5 oranıyla sağlık memuru/teknikeri/teknisyeni grubu, %14,2 oranıyla idari personel temsil etmektedir. Uzman tabiplerin oranı %9,5 iken tabipler ise %6,2 oranındadır. Öğretim üyelerinin oranı %5,6'dır. Teknik Hizmetler Personeli'nin oranı %2,3, Eczacıların oranı ise %1,2'dir. Yönetici grup, psikolog ve fizyoterapistlerin oranı ise %0,6'dır.

Cinsiyet dağılımları ele alındığında katılımın büyük çoğunluğunu %60,9'luk oranla kadınların oluşturduğu görülmektedir. Erkeklerin oranı ise %39,1'dir.

Medeni durum dağılımları ele alındığında katılımın büyük çoğunluğunu %77,8'lik oranla evlilerin oluşturduğu görülmektedir. Bekarların oranı ise %22,2'dir.

Eğitim d zeyeleri ele alındığında katılımların büyük çoğunluğunu %44,4'l k oranla lisans mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. Bu grubu %24,5 oranıyla  nlisans mezunları ve %10,4 oranıyla lise mezunları takip etmektedir. Doktora mezunlarının oranı %8,6 iken Yüksek lisans mezunlarının oranı %8'dir. Ankete katılımda en düşük oran ise doktora ve üzeri mezunlarından oluşmaktadır. Bu grubun oranı %4,1'de kalmıştır.

Yaş dağılları ele alındığında katılımların büyük çoğunluğunu %39,3'l k oranla 26-35 yaş grubunun oluşturduğu görülmektedir. Bu grubu %37,9 oranıyla 36-45 ve %15,4 oranıyla 46-55 yaş grubu takip etmektedir. 25 yaşından küçük olanların oranı %6,8 iken ankete katılımda en düşük katılım ise 56 yaş ve üzeri olanlardan oluşmaktadır. Bu grubun oranı %0,6'da kalmıştır.

Şu anki hastanede görev yaptıkları süre (yıl) dağılları ele alındığında katılımların büyük çoğunluğunu %33,2'lik oranla 1-5 yıl arasında çalışanların oluşturduğu görülmektedir. Bu grubu %26,6 oranıyla 6-10 yıl ve %16,6 oranıyla 11-15 yıl arasında çalışanlar takip etmektedir. 1 yıldan daha az bir sürede mevcut hastanede görev yapanların oranı %10,9 ve yine 16-20 yıl arasında çalışanların oranı %8,3 iken ankete katılımda en düşük oran ise 21 yıl ve üzeri çalışanlara aittir. Bu grubun oranı %4,4'te kalmıştır.

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları ele alındığında katılanların yarısı %50 oranında sistem hakkında kısmen bir bilgi düzeyine sahip olduklarını belirtmişlerdir. PDE S hakkında tam anlamıyla yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerin oranı %39,9 iken yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünenlerin oranı %10,1 seviyesindedir.

Muğla Sıtkı Koçman  niversitesi ile T.C. Sağlık Bakanlığı Muğla Devlet Hastanesi'nin 26/04/2011 tarihinde uygulamaya geçirdikleri "birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü" destekleyip desteklemedikleri ele alındığında katılanların %64,5'inin protokolü desteklemedikleri görülmektedir. Protokolü kısmen

destekleyenlerin oranı %23,1 iken protokolü tamamen destekleyenlerin oranı %12,4 gibi çok düşük bir seviyede kalmıştır.

4.2.2. Hipotezlere İlişkin Bulgular ve Tespitler

Tablo 24: Çalışanların PDEÖS ile ilgili Tutum ve Düşünceleri

PDEÖS ile ilgili tutum ve düşünceler	n	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	Ort. (Mean)	St.Sp (Std.Dev.)
	%							
9.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunda kurumca bilgilendirme toplantıları yapıldı.	337	77	103	5	121	31	2,78	1,37
	%	22,8	30,6	1,5	35,9	9,2		
10.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğini artırmaktadır.	338	63	139	27	89	20	2,59	1,22
	%	18,6	41,1	8,0	26,3	5,9		
11.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin iş motivasyonunu artırmaktadır.	338	68	130	40	80	20	2,56	1,21
	%	20,1	38,5	11,8	23,7	5,9		
12.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, bu ödmeden faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır.	336	158	145	17	13	3	1,68	0,81
	%	47,0	43,2	5,1	3,9	0,9		
13.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin iş yükünü artırmıştır.	335	10	66	42	145	72	3,60	1,11
	%	3,0	19,7	12,5	43,3	21,5		
14.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır.	336	58	118	44	87	29	2,73	1,25
	%	17,3	35,1	13,1	25,9	8,6		
15.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, hastanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır.	337	63	127	46	90	11	2,58	1,16
	%	18,7	37,7	13,6	26,7	3,3		
16.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır.	337	48	118	57	100	14	2,74	1,14
	%	14,2	35,0	16,9	29,7	4,2		
17.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yanlış bir sistemdir ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olmaktadır.	338	22	65	55	105	91	3,52	1,25
	%	6,5	19,2	16,3	31,1	26,9		
18.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistemdir.	337	15	71	47	112	92	3,57	1,21
	%	4,5	21,1	13,9	33,2	27,3		

19.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir.	337	97	131	49	51	9	2,24	1,10
	%	28,8	38,9	14,5	15,1	2,7		
20.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet vermektedir.	338	5	29	26	155	123	4,07	0,95
	%	1,5	8,6	7,7	45,9	36,4		
21.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar vermektedir.	335	9	33	56	136	101	3,85	1,04
	%	2,7	9,9	16,7	40,6	30,1		
22.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır.	337	33	78	68	78	80	3,27	1,31
	%	9,8	23,1	20,2	23,1	23,7		
23.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir.	337	69	97	43	92	36	2,78	1,32
	%	20,5	28,8	12,8	27,3	10,7		
24.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir.	335	28	55	20	116	116	3,70	1,31
	%	8,4	16,4	6,0	34,6	34,6		
25.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır.	338	36	105	60	103	34	2,98	1,20
	%	10,7	31,1	17,8	30,5	10,1		
26.Birlikte Kullanım ve İşbirliği protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı.	337	37	55	70	129	46	3,27	1,20
	%	11,0	16,3	20,8	38,3	13,6		

Tablodaki 3,4,5,6 ve 7.sütunlarda yer alan rakamlar aşağıdaki ifadeleri nitelendirmektedir:

- 1-Kesinlikle Katılmıyorum,
- 2-Katılmıyorum,
- 3-Kararsızım,
- 4-Katılıyorum,
- 5-Kesinlikle Katılıyorum

Tablo 24’de çalışanların performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS) ile ilgili ifadeleri gösterilmektedir. Buna göre çalışanlar; PDEÖS konusunda “kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı” görüşüne ($x=2,78$) ve PDEÖS’nin “verimliliklerini artırdığı” fikrine katılmamaktadırlar ($x=2,59$). Ayrıca çalışanlar; PDEÖS’nin personelin iş motivasyonunu artırdığı görüşüne de katılmamaktadırlar ($x=2,56$).

Çalışanlar PDEÖS’nin bu ödemedeki faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmadığını düşünmektedirler ($x=1,68$). PDEÖS’nin personelin iş yükünü artırdığı görüşüne katılmaktadırlar ($x=3,60$). PDEÖS’nin sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırdığına dair fikirlerine katılmamaktadırlar ($x=2,73$). Çalışanlar PDEÖS hastanesinin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşüne katılmamaktadırlar ($x=2,58$). Yine bunun yanında çalışanlar, PDEÖS hastanesinin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır fikrine katılmamaktadırlar ($x=2,74$). Çalışanlar PDEÖS’nin yanlış bir sistem olduğunu ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olduğunu düşünmektedirler ($x=3,52$). PDEÖS’nin gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistem olduğunu savunmaktadırlar ($x=3,57$). PDEÖS’nin personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilediği görüşüne katılmamaktadırlar ($x=2,24$). PDEÖS’nin farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet verdiğini düşünmektedirler ($x=4,07$). PDEÖS’nin farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar verdiğine katılmaktadırlar ($x=3,85$). PDEÖS uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır ifadesine kısmen katılmaktadırlar ($x=3,27$). PDEÖS yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir ifadesine katılmamaktadırlar ($x=2,78$). Buna karşın çalışanlar PDEÖS olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir ifadesine katılmaktadırlar ($x=3,70$). PDEÖS hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır ifadesinde çalışanlar kararsız kalmışlardır ($x=2,98$). Son olarak çalışanlar; “Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü” öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamakta olduğuna kısmen katılmaktadırlar ($x=3,27$).

Tablo 25: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd Yrd. (Yönetici Personel)	2	2,00	1,41	46,684*	0,000**
İdari Personel	48	3,37	1,34		
Öğretim Üyesi	18	2,33	1,18		
Uzman Tabip	32	2,37	1,26		
Tabip	21	3,95	1,07		
Psikolog	2	4,50	0,70		
Fizyoterapist	2	3,50	2,12		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,75	1,16		
Hemşire/Ebe	151	2,42	1,31		
Eczacı	4	4,00	0,00		
Sağlık Memuru, Sağ. Teknikeri/Teknisyeni	49	2,89	1,32		
Toplam	337	3,19	1,17		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,42	1,24	17,798*	0,003**
Ön Lisans	83	2,73	1,37		
Lisans	150	2,80	1,37		
Yüksek Lisans	27	2,96	1,45		
Doktora	29	2,03	1,20		
Doktora ve Üzeri	13	2,30	1,25		
Toplam	337	2,71	1,31		
YAŞ					
<25	23	2,65	1,40	1,731	0,143
26-35	133	2,60	1,42		
36-45	128	2,89	1,35		
46-55	51	3,05	1,27		
>56	2	1,50	0,70		
Toplam	337	2,54	1,23		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	1,89	1,14	23,595*	0,000**
1-5 yıl arasında	111	2,81	1,47		
6-10 yıl arasında	90	3,12	1,27		
11-15 yıl arasında	56	2,89	1,42		
16-20 yıl arasında	28	2,71	1,04		
21 yıl ve üzeri	15	2,33	1,28		
Toplam	337	2,63	1,27		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,78 ve standart sapması 1,37'dir.

Tablo 25’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı görüşünün GEYH değişkenleri bakımından yaş grupları hariç diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Personele ilişkin hazırlanan Hipotez 1c red edilmiş, diğer hipotezler (1a,1b ve 1d) kabul edilmiştir.

PDEÖS konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,50 ortalama ile **Psikolog** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,00 ortalama ile **Hast Müd/Hast. Müd. Yrd.** Grubunda olmuştur. Görev açısından meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,000<0,05$).

PDEÖS konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı görüşünde **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 3,42 ortalama ile **Lise** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,03 ortalama ile **Doktora** grubunda olmuştur. Eğitim Düzeyi açısından mezuniyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,003<0,05$).

PDEÖS konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı görüşünde **Hastanede Görev Yaptığı Süre** bakımından **en yüksek katılım** 3,12 ortalama ile **6-10 yıl arasında çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,89 ortalama ile **1 yıldan daha az çalışanlar** grubunda olmuştur. Mevcut hastanedeki görev süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,000<0,05$).

PDEÖS konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı görüşünde **Yaş Grupları** bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,143$ ve $p>0,05$).

Tablo 26: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personelin verimliliğini artırmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	2,00	1,41	1,900	0,044
İdari Personel	48	2,60	1,21		
Öğretim Üyesi	19	2,31	1,20		
Uzman Tabip	32	1,96	1,12		
Tabip	21	2,71	1,18		
Psikolog	2	4,50	0,70		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,12	1,24		
Hemşire/Ebe	151	2,72	1,27		
Eczacı	4	2,75	0,95		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,51	1,06		
Toplam	338	2,74	1,16		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,08	1,14	23,241*	0,000**
Ön Lisans	83	2,68	1,26		
Lisans	150	2,60	1,15		
Yüksek Lisans	27	2,77	1,39		
Doktora	29	1,79	1,01		
Doktora ve Üzeri	14	2,14	1,23		
Toplam	338	2,51	1,20		
YAŞ					
<25	23	2,60	1,23	6,531*	0,163**
26-35	133	2,63	1,28		
36-45	128	2,66	1,17		
46-55	52	2,38	1,17		
>56	2	1,00	0,00		
Toplam	338	2,25	0,97		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	2,32	1,27	11,735*	0,039**
1-5 yıl arasında	112	2,58	1,26		
6-10 yıl arasında	90	2,85	1,22		
11-15 yıl arasında	56	2,57	1,17		
16-20 yıl arasında	28	2,60	0,95		
21 yıl ve üzeri	15	1,93	1,22		
Toplam	338	2,48	1,18		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,59 ve standart sapması 1,22'dir.

Tablo 26’da verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS personelin verimliliğini artırmaktadır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından yaş grupları ($p=0,163$) değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 2c hipotezi red edilmiş, diğer hipotezler (2a, 2b ve 2d) kabul edilmiştir.

PDEÖS personelin verimliliğini artırmaktadır görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,50 ortalama ile **Psikolog** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,96 ortalama ile **Uzman Tabip** grubunda olmuştur. PDEÖS personelin verimliliğini artırmaktadır ifadesinde grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,044<0,05$).

PDEÖS personelin verimliliğini artırmaktadır görüşünde **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 3,08 ortalama ile **Lise** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,79 ortalama ile **Doktora** grubunda olmuştur. Eğitim Düzeyi açısından mezuniyet grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,000<0,05$).

PDEÖS personelin verimliliğini artırmaktadır görüşünde **Hastanede Görev Yaptığı Süre** bakımından **en yüksek katılım** 2,85 ortalama ile **6-10 yıl arasında çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,93 ortalama ile **21 yıl ve üzeri çalışanlar** grubunda olmuştur. Mevcut hastanedeki görev süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,039<0,05$).

Tablo 27: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personelin iş motivasyonunu artırmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd Yrd. (Yönetici Personel)	2	1,50	0,70	24,240*	0,007**
İdari Personel	48	2,58	1,21		
Öğretim Üyesi	19	2,42	1,16		
Uzman Tabip	32	1,81	1,02		
Tabip	21	2,76	1,17		
Psikolog	2	4,00	0,00		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,25	1,03		
Hemşire/Ebe	151	2,70	1,27		
Eczacı	4	2,50	1,00		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,44	1,04		
Toplam	338	2,63	1,00		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,02	1,09	4,355	0,001
Ön Lisans	83	2,65	1,29		
Lisans	150	2,57	1,18		
Yüksek Lisans	27	2,77	1,21		
Doktora	29	1,75	0,95		
Doktora ve Üzeri	14	2,14	1,16		
Toplam	338	2,48	1,15		
YAŞ					
<25	23	2,69	1,18	7,061*	0,133**
26-35	133	2,55	1,26		
36-45	128	2,66	1,17		
46-55	52	2,36	1,17		
>56	2	1,00	0,00		
Toplam	338	2,25	0,96		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	2,29	1,30	1,471	0,199
1-5 yıl arasında	112	2,52	1,21		
6-10 yıl arasında	90	2,77	1,25		
11-15 yıl arasında	56	2,62	1,15		
16-20 yıl arasında	28	2,57	1,03		
21 yıl ve üzeri	15	2,06	1,22		
Toplam	338	2,47	1,19		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,56 ve standart sapması 1,21'dir.

Tablo 27’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS personelin iş motivasyonunu artırmaktadır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından yaş grupları ($p=0,133$) ve hastanedeki görev süreleri ($p=0,199$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 3c ve 3d Hipotezleri red edilmiş, diğer hipotezler (3a ve 3b) kabul edilmiştir.

PDEÖS personelin iş motivasyonunu artırmaktadır görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,00 ortalama ile **Psikolog** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,50 ortalama ile **Hast Müd/Hast. Müd. Yrd.** grubunda olmuştur. PDEÖS personelin iş motivasyonunu artırmaktadır ifadesinde grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,007<0,05$).

PDEÖS personelin iş motivasyonunu artırmaktadır görüşünde **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 3,02 ortalama ile **Lise** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,75 ortalama ile **Doktora** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın doktora grubundan kaynaklandığı görülmektedir (doktora grubunun; lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezun gruplarıyla post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ancak doktora ile doktora ve üzeri grup arasındaki sig değeri $=0,920>0,05$ olduğundan doktora grubu ile doktora ve üzeri mezun grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır).

Tablo 28: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi bu ödemedden faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd Yrd. (Yönetici Personel)	2	2,00	1,41	1,887	0,046
İdari Personel	47	1,72	0,94		
Öğretim Üyesi	19	2,00	1,20		
Uzman Tabip	32	1,40	0,75		
Tabip	21	1,90	0,76		
Psikolog	2	3,00	1,41		
Fizyoterapist	2	1,50	0,70		
Teknik Hizmetler Personeli	8	2,00	1,06		
Hemşire/Ebe	150	1,64	0,71		
Eczacı	4	2,25	1,25		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	1,57	0,61		
Toplam	336	1,91	0,98		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	2,02	0,98	3,113	0,009
Ön Lisans	81	1,71	0,72		
Lisans	150	1,60	0,72		
Yüksek Lisans	27	1,62	0,88		
Doktora	29	1,44	0,73		
Doktora ve Üzeri	14	2,14	1,29		
Toplam	336	1,76	0,89		
YAŞ					
<25	22	1,40	0,59	1,806	0,127
26-35	133	1,63	0,76		
36-45	127	1,71	0,80		
46-55	52	1,86	0,99		
>56	2	1,00	0,00		
Toplam	336	1,52	0,63		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	36	1,47	0,60	1,390	0,227
1-5 yıl arasında	112	1,69	0,85		
6-10 yıl arasında	90	1,70	0,77		
11-15 yıl arasında	56	1,62	0,79		
16-20 yıl arasında	27	2,00	0,78		
21 yıl ve üzeri	15	1,66	1,11		
Toplam	336	1,69	0,82		

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 1,68 ve standart sapması 0,81'dir.

Tablo 28’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS bu ödemededen faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından yaş grupları ($p=0,127$) ve hastanedeki görev süreleri ($p=0,227$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 4c ve 4d Hipotezleri red edilmiş, diğer hipotezler (4a ve 4b) kabul edilmiştir.

PDEÖS bu ödemededen faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 3,00 ortalama ile **Psikolog** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,40 ortalama ile **Uzman Tabip** grubunda olmuştur.

PDEÖS bu ödemededen faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır görüşünde **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 2,14 ortalama ile **Doktora ve Üzeri** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,44 ortalama ile **Doktora** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın doktora grubundan kaynaklandığı görülmektedir (doktora grubunun; lise mezunu grubu ile post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

Tablo 29: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personelin iş yükünü artırmıştır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd Yrd.(Yönetici Personel)	2	3,50	0,70	17,483*	0,064**
İdari Personel	47	3,53	1,17		
Öğretim Üyesi	19	3,47	1,38		
Uzman Tabip	31	3,51	1,33		
Tabip	21	3,09	1,41		
Psikolog	2	2,00	0,00		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	2,62	0,91		
Hemşire/Ebe	150	3,77	0,96		
Eczacı	4	3,25	0,95		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	3,77	1,00		
Toplam	335	3,23	1,02		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,31	0,96	5,080*	0,405**
Ön Lisans	81	3,67	1,04		
Lisans	150	3,68	1,10		
Yüksek Lisans	27	3,59	1,11		
Doktora	28	3,35	1,41		
Doktora ve Üzeri	14	3,64	1,33		
Toplam	335	3,54	1,16		
YAŞ					
<25	22	3,86	0,77	7,506*	0,111**
26-35	132	3,68	1,12		
36-45	128	3,39	1,15		
46-55	52	3,80	1,06		
>56	1	4,00	0,00		
Toplam	335	3,75	0,82		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	35	3,82	0,92	6,406*	0,269**
1-5 yıl arasında	112	3,71	1,14		
6-10 yıl arasında	90	3,38	1,16		
11-15 yıl arasında	56	3,57	1,17		
16-20 yıl arasında	28	3,57	0,83		
21 yıl ve üzeri	14	3,78	1,18		
Toplam	335	3,64	1,07		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 3,60 ve standart sapması 1,11'dir.

Tablo 29’da verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS personelin iş yükünü artırmıştır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından görev alanı ($p=0,064$), eğitim düzeyi ($p=0,406$), yaş grupları ($p=0,111$) ve hastanedeki görev süreleri ($p=0,269$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 5a, 5b, 5c ve 5d hipotezleri red edilmiştir.

Tablo 30: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd Yrd.(Yönetici Personel)	2	2,50	0,70	4,072	0,000
İdari Personel	47	3,23	1,32		
Öğretim Üyesi	19	2,10	1,24		
Uzman Tabip	32	2,18	1,22		
Tabip	21	2,85	1,23		
Psikolog	2	4,50	0,70		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	4,12	0,99		
Hemşire/Ebe	150	2,59	1,17		
Eczacı	4	3,75	1,25		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,85	1,17		
Toplam	336	3,06	1,13		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,51	1,17	6,400	0,000
Ön Lisans	82	2,82	1,25		
Lisans	149	2,71	1,18		
Yüksek Lisans	27	2,74	1,28		
Doktora	29	2,00	1,13		
Doktora ve Üzeri	14	1,92	1,32		
Toplam	336	2,62	1,22		
YAŞ					
<25	22	2,81	1,29	0,108	0,980
26-35	132	2,68	1,24		
36-45	128	2,76	1,21		
46-55	52	2,73	1,37		
>56	2	3,00	2,82		
Toplam	336	2,80	1,59		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	36	2,36	1,29	3,779	0,002
1-5 yıl arasında	111	2,55	1,22		
6-10 yıl arasında	90	3,16	1,19		
11-15 yıl arasında	56	2,62	1,27		
16-20 yıl arasında	28	2,92	1,08		
21 yıl ve üzeri	15	2,40	1,45		
Toplam	336	2,67	1,25		

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,73 ve standart sapması 1,25'dir.

Tablo 30’da verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından yaş grupları ($p=0,980$) değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 6c hipotezi red edilmiş, diğer hipotezler (6a, 6b ve 6d) kabul edilmiştir.

PDEÖS sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,50 ortalama ile **Psikolog** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,10 ortalama ile **Öğretim Üyesi** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın İdari Personel ve Teknik Hizmetler Personeli gruplarından kaynaklandığı görülmektedir. (İdari personel grubunun; öğretim üyesi ve uzman tabipler ile, teknik hizmetler personelinin öğretim üyesi, uzman tabipler ve hemşire/ebe grupları ile post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

PDEÖS sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır görüşünde **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 3,51 ortalama ile **Lise** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,92 ortalama ile **Doktora ve Üzeri** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın doktora ve lise gruplarından kaynaklandığı görülmektedir. (Doktora grubunun lise, ön lisans ve lisans mezunları ile, lise mezunu grubunun lisans, doktora ve üzeri mezunları ile post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

PDEÖS sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır görüşünde **Hastanede Görev Yaptığı Süre** bakımından **en yüksek katılım** 3,16 ortalama ile **6-10 yıl arasında çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,36 ortalama ile **1 yıldan az çalışanlar** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın 6-10 yıl arası çalışanlar grubundan kaynaklandığı görülmektedir. (6-10 yıl arası çalışanlar grubunun 1-5 yıl arasında çalışanlar ve 1 yıldan az çalışanlar grubu ile post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

Tablo 31: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hastanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd Yrd. (Yönetici Personel)	2	2,50	0,70	17,483*	0,064**
İdari Personel	48	2,85	1,27		
Öğretim Üyesi	19	2,36	1,01		
Uzman Tabip	32	2,25	1,21		
Tabip	21	2,76	1,22		
Psikolog	2	5,00	0,00		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,87	0,83		
Hemşire/Ebe	150	2,41	1,10		
Eczacı	4	4,00	0,81		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,61	0,97		
Toplam	337	3,06	0,96		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	2,85	1,16	1,769	0,119
Ön Lisans	83	2,56	1,17		
Lisans	149	2,60	1,14		
Yüksek Lisans	27	2,81	1,17		
Doktora	29	2,13	1,21		
Doktora ve Üzeri	14	2,21	0,89		
Toplam	337	2,53	1,12		
YAŞ					
<25	23	2,43	1,03	7,506*	0,111**
26-35	132	2,50	1,17		
36-45	128	2,66	1,13		
46-55	52	2,71	1,24		
>56	2	1,00	0,00		
Toplam	337	2,26	0,91		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	1,94	0,97	6,406*	0,269**
1-5 yıl arasında	112	2,50	1,20		
6-10 yıl arasında	89	2,79	1,09		
11-15 yıl arasında	56	2,80	1,13		
16-20 yıl arasında	28	2,92	1,05		
21 yıl ve üzeri	15	1,93	1,16		
Toplam	337	2,48	1,10		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,58 ve standart sapması 1,16'dır.

Tablo 31’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS hastanesinin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından görev alanı ($p=0,064$), eğitim düzeyi ($p=0,119$), yaş grupları ($p=0,111$) ve mevcut hastanedeki görev süresi ($p=0,269$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 7a, 7b, 7c ve 7d hipotezleri red edilmiştir.

Tablo 32: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	3,50	0,70	22,684*	0,012**
İdari Personel	47	3,02	1,18		
Öğretim Üyesi	19	2,47	0,96		
Uzman Tabip	32	2,40	1,26		
Tabip	21	2,90	1,37		
Psikolog	2	4,00	0,00		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,62	0,74		
Hemşire/Ebe	151	2,65	1,12		
Eczacı	4	4,25	0,50		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,65	0,99		
Toplam	337	3,13	0,93		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,02	0,95	10,349*	0,066**
Ön Lisans	83	2,63	1,17		
Lisans	149	2,84	1,16		
Yüksek Lisans	27	2,77	1,12		
Doktora	29	2,24	1,21		
Doktora ve Üzeri	14	2,57	0,93		
Toplam	337	2,68	1,09		
YAŞ					
<25	23	2,52	1,16	6,087*	0,193**
26-35	133	2,73	1,19		
36-45	127	2,80	1,08		
46-55	52	2,78	1,16		
>56	2	1,00	0,00		
Toplam	337	2,37	0,92		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	2,05	1,07	26,961*	0,000**
1-5 yıl arasında	112	2,76	1,17		
6-10 yıl arasında	90	2,91	1,06		
11-15 yıl arasında	56	2,96	1,15		
16-20 yıl arasında	28	3,00	0,94		
21 yıl ve üzeri	14	1,92	1,07		
Toplam	337	2,60	1,08		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,74 ve standart sapması 1,14'dür.

Tablo 32’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından eğitim düzeyi ($p=0,066$) ve yaş grupları ($p=0,193$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personelle ilişkin hazırlanan 8b ve 8c hipotezleri red edilmiş, diğer hipotezler (8a ve 8d) kabul edilmiştir.

PDEÖS hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,25 ortalama ile **Eczacı** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,40 ortalama ile **Uzman Tabip** grubunda olmuştur.

PDEÖS hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır görüşünde **Hastanede Görev Yaptığı Süre** bakımından **en yüksek katılım** 3,00 ortalama ile **16-20 yıl arasında çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,92 ortalama ile **21 yıl ve üzeri çalışanlar** grubunda olmuştur.

Tablo 33: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yanlış bir sistemdir ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olmaktadır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	3,50	0,70	13,731*	0,186**
İdari Personel	48	3,39	1,44		
Öğretim Üyesi	19	3,94	1,12		
Uzman Tabip	32	3,81	1,14		
Tabip	21	3,14	1,42		
Psikolog	2	2,00	0,00		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	2,50	1,41		
Hemşire/Ebe	151	3,59	1,18		
Eczacı	4	3,25	2,06		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	3,53	1,11		
Toplam	338	3,24	1,18		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,05	1,28	11,023*	0,051**
Ön Lisans	83	3,53	1,29		
Lisans	150	3,52	1,21		
Yüksek Lisans	27	3,44	1,42		
Doktora	29	3,86	1,09		
Doktora ve Üzeri	14	4,21	0,89		
Toplam	338	3,60	1,20		
YAŞ					
<25	23	3,52	1,20	0,866	0,485
26-35	133	3,46	1,28		
36-45	128	3,52	1,20		
46-55	52	3,63	1,31		
>56	2	5,00	0,00		
Toplam	338	3,83	1,00		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	3,78	1,15	9,213*	0,101**
1-5 yıl arasında	112	3,60	1,27		
6-10 yıl arasında	90	3,24	1,32		
11-15 yıl arasında	56	3,46	1,26		
16-20 yıl arasında	28	3,60	0,91		
21 yıl ve üzeri	15	4,06	1,09		
Toplam	338	3,62	1,17		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 3,52 ve standart sapması 1,25'dir.

Tablo 33’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS yanlış bir sistemdir ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olmaktadır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından görev alanı ($p=0,186$), eğitim düzeyi ($p=0,051$), yaş grupları ($p=0,485$) ve hastanedeki görev süresi ($p=0,101$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 9a, 9b, 9c ve 9d hipotezleri red edilmiştir.

Tablo 34: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistemdir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	3,50	0,70	30,412*	0,001**
İdari Personel	48	3,37	1,29		
Öğretim Üyesi	18	4,22	1,06		
Uzman Tabip	32	3,78	1,33		
Tabip	21	3,04	1,28		
Psikolog	2	2,00	0,00		
Fizyoterapist	2	3,50	2,12		
Teknik Hizmetler Personeli	8	2,12	0,64		
Hemşire/Ebe	151	3,76	1,08		
Eczacı	4	3,00	1,82		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	3,40	1,20		
Toplam	337	3,24	1,14		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,40	1,35	2,151	0,059
Ön Lisans	83	3,48	1,22		
Lisans	150	3,56	1,18		
Yüksek Lisans	27	3,37	1,21		
Doktora	28	4,17	1,02		
Doktora ve Üzeri	14	4,00	1,24		
Toplam	337	3,66	1,20		
YAŞ					
<25	23	3,56	1,19	0,790	0,532
26-35	133	3,51	1,26		
36-45	127	3,61	1,18		
46-55	52	3,59	1,20		
>56	2	5,00	0,00		
Toplam	337	3,85	0,97		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	3,62	1,27	6,637*	0,249**
1-5 yıl arasında	111	3,67	1,24		
6-10 yıl arasında	90	3,34	1,30		
11-15 yıl arasında	56	3,53	1,14		
16-20 yıl arasında	28	3,67	0,94		
21 yıl ve üzeri	15	4,13	0,83		
Toplam	337	3,66	1,12		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 3,57 ve standart sapması 1,21'dir.

Tablo 34’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistemdir görüşünün GEYH değişkenleri bakımından eğitim düzeyi ($p=0,059$), yaş grupları ($p=0,532$) ve hastanedeki görev süresi ($p=0,249$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 10b, 10c ve 10d hipotezleri red edilmiş, sadece 10a hipotezi kabul edilmiştir.

PDEÖS gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistemdir görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,22 ortalama ile **Öğretim Üyesi** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,00 ortalama ile **Psikolog** grubunda olmuştur.

Tablo 35: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	2,50	2,12	15,187*	0,125**
İdari Personel	48	2,12	1,24		
Öğretim Üyesi	18	2,27	1,27		
Uzman Tabip	32	2,09	1,30		
Tabip	21	2,47	1,07		
Psikolog	2	4,00	0,00		
Fizyoterapist	2	2,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,25	1,16		
Hemşire/Ebe	151	2,25	1,02		
Eczacı	4	2,50	1,29		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,04	0,86		
Toplam	337	2,50	1,16		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	2,80	1,23	2,541	0,028
Ön Lisans	83	2,18	1,10		
Lisans	150	2,17	1,02		
Yüksek Lisans	27	2,33	1,10		
Doktora	29	1,93	1,09		
Doktora ve Üzeri	13	2,38	1,38		
Toplam	337	2,30	1,15		
YAŞ					
<25	23	2,39	1,07	10,405*	0,034**
26-35	133	2,03	0,98		
36-45	127	2,37	1,11		
46-55	52	2,42	1,30		
>56	2	1,00	0,00		
Toplam	337	2,04	0,89		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	1,86	1,03	2,927	0,013
1-5 yıl arasında	111	2,14	1,02		
6-10 yıl arasında	90	2,40	1,18		
11-15 yıl arasında	56	2,19	1,03		
16-20 yıl arasında	28	2,78	1,10		
21 yıl ve üzeri	15	2,06	1,27		
Toplam	337	2,24	1,11		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,24 ve standart sapması 1,10'dur.

Tablo 35’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir görüşünün GEYH değişkenleri bakımından görev alanı ($p=0,125$) değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 11a hipotezi red edilmiş, 11b, 11c ve 11d hipotezleri kabul edilmiştir.

PDEÖS personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir görüşüne **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 2,80 ortalama ile **Lise** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,93 ortalama ile **Doktora** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın Lise grubundan kaynaklandığı görülmektedir (lise grubunun; lisans ve doktora mezunu gruplarıyla post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

PDEÖS personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir görüşüne **Yaş Grupları** bakımından **en yüksek katılım** 2,42 ortalama ile **46-55 arası yaş grubunda** olurken, **en düşük katılım** 1,00 ortalama ile **56 ve üzeri yaş grubunda** olmuştur.

PDEÖS personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir görüşüne **Hastanedeki Görev Süresi** bakımından **en yüksek katılım** 2,78 ortalama ile **16-20 yıl arasında çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,86 ortalama ile **1 yıldan az çalışanlar** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın 1 yıldan az çalışanlar grubundan kaynaklandığı görülmektedir. (1 yıldan az çalışanlar grubunun 16-20 yıl arası çalışanlar grubu ile olan post hoc sig değeri $=0,011$ ve $< 0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

Tablo 36: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet vermektedir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	3,50	0,70	1,249	0,259
İdari Personel	48	4,08	1,19		
Öğretim Üyesi	19	3,89	0,99		
Uzman Tabip	32	4,28	0,95		
Tabip	21	3,76	0,99		
Psikolog	2	4,00	0,00		
Fizyoterapist	2	4,50	0,70		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,50	1,30		
Hemşire/Ebe	151	4,09	0,86		
Eczacı	4	3,25	1,70		
Sağlık Memuru, Sağ. Teknikeri/Teknisyeni	49	4,20	0,76		
Toplam	338	3,91	0,92		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	4,02	1,12	0,512	0,767
Ön Lisans	83	4,03	0,99		
Lisans	150	4,10	0,89		
Yüksek Lisans	27	3,92	1,03		
Doktora	29	4,27	0,84		
Doktora ve Üzeri	14	3,92	1,07		
Toplam	338	4,04	0,99		
YAŞ					
<25	23	4,13	0,91	0,644	0,632
26-35	133	4,10	0,94		
36-45	128	4,01	0,95		
46-55	52	4,05	1,01		
>56	2	5,00	0,00		
Toplam	338	4,26	0,76		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	4,27	0,83	2,098	0,065
1-5 yıl arasında	112	4,14	0,91		
6-10 yıl arasında	90	3,94	1,02		
11-15 yıl arasında	56	3,91	1,03		
16-20 yıl arasında	28	3,96	0,92		
21 yıl ve üzeri	15	4,60	0,63		
Toplam	338	4,14	0,89		

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 4,07 ve standart sapması 0,95'dir.

Tablo 36’da verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet vermektedir görüşünün GEYH değişkenleri bakımından bütününde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Görev alanı ($p=0,259$), eğitim düzeyi ($p=0,767$), yaş grupları ($p=0,632$) ve hastanedeki görev süresi ($p=0,065$). Personele ilişkin hazırlanan 12a, 12b, 12c ve 12d hipotezlerinin tümü red edilmiştir.

Tablo 37: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar vermektedir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	4,00	0,00	1,208	0,284
İdari Personel	48	3,97	1,08		
Öğretim Üyesi	17	3,94	1,14		
Uzman Tabip	32	4,09	1,08		
Tabip	21	3,57	1,20		
Psikolog	2	3,00	1,41		
Fizyoterapist	2	4,50	0,70		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,50	1,19		
Hemşire/Ebe	150	3,76	0,99		
Eczacı	4	3,25	1,70		
Sağlık Memuru, Sağ. Teknikeri/Teknisyeni	49	4,08	0,90		
Toplam	335	3,79	1,04		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,54	1,12	1,398	0,228
Ön Lisans	83	3,87	1,01		
Lisans	149	3,89	1,02		
Yüksek Lisans	27	3,62	1,04		
Doktora	28	4,14	1,00		
Doktora ve Üzeri	13	3,90	1,18		
Toplam	335	3,83	1,06		
YAŞ					
<25	23	3,78	1,04	1,084	0,364
26-35	132	3,90	1,06		
36-45	126	3,76	1,04		
46-55	52	3,96	0,98		
>56	2	5,00	0,00		
Toplam	335	4,08	0,82		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	36	4,05	1,01	1,562	0,170
1-5 yıl arasında	112	3,93	0,98		
6-10 yıl arasında	90	3,70	1,17		
11-15 yıl arasında	54	3,87	0,99		
16-20 yıl arasında	28	3,57	0,92		
21 yıl ve üzeri	15	4,20	0,94		
Toplam	335	3,89	1,00		

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 3,85 ve standart sapması 1,04'dür.

Tablo 37’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar vermektedir görüşünün GEYH değişkenleri bakımından tümünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Görev alanı ($p=0,284$), eğitim düzeyi ($p=0,228$), yaş grupları ($p=0,364$) ve hastanedeki görev süresi ($p=0,170$). Personele ilişkin hazırlanan 13a, 13b, 13c ve 13d hipotezlerinin tümü red edilmiştir.

Tablo 38: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	4,00	1,41	31,477*	0,000**
İdari Personel	48	3,22	1,50		
Öğretim Üyesi	19	3,52	1,38		
Uzman Tabip	32	3,37	1,47		
Tabip	21	2,19	1,16		
Psikolog	2	1,50	0,70		
Fizyoterapist	2	4,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	2,25	1,03		
Hemşire/Ebe	150	3,46	1,13		
Eczacı	4	1,75	1,50		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	3,36	1,26		
Toplam	337	2,97	1,27		
EGİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	2,74	1,12	2,135	0,061
Ön Lisans	83	3,31	1,28		
Lisans	149	3,30	1,34		
Yüksek Lisans	27	3,07	1,32		
Doktora	29	3,65	1,28		
Doktora ve Üzeri	14	3,71	1,38		
Toplam	337	3,30	1,29		
YAŞ					
<25	23	3,47	1,08	6,975*	0,137**
26-35	133	3,36	1,29		
36-45	127	3,10	1,32		
46-55	52	3,34	1,41		
>56	2	5,00	0,00		
Toplam	337	3,65	1,02		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	3,59	1,14	16,280*	0,006**
1-5 yıl arasında	112	3,39	1,35		
6-10 yıl arasında	90	2,91	1,36		
11-15 yıl arasında	55	3,20	1,33		
16-20 yıl arasında	28	3,28	1,01		
21 yıl ve üzeri	15	4,13	0,99		
Toplam	337	3,42	1,20		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 3,27 ve standart sapması 1,31'dir.

Tablo 38'de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından eğitim düzeyi ($p=0,061$) ve yaş grupları ($p=0,141$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 14b ve 14c hipotezleri red edilmiş, 14a ve 14d hipotezleri kabul edilmiştir.

PDEÖS uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,00 ortalama ile **Hastane Müdür/Müdür Yrd. (Yönetici Personel)** ve **Fizyoterapist** gruplarında olurken, **en düşük katılım** 1,50 ortalama ile **Psikolog** grubunda olmuştur.

PDEÖS uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır görüşüne **Hastanedeki Görev Süresi** bakımından **en yüksek katılım** 4,13 ortalama ile **21 yıl ve üzeri çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,91 ortalama ile **6-10 yıl arasında çalışanlar** grubunda olmuştur.

Tablo 39: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	2,00	1,41	2,409	0,009
İdari Personel	48	2,81	1,48		
Öğretim Üyesi	19	2,26	1,28		
Uzman Tabip	32	2,43	1,36		
Tabip	21	3,66	1,27		
Psikolog	2	4,50	0,70		
Fizyoterapist	2	2,50	0,70		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,62	1,18		
Hemşire/Ebe	150	2,72	1,26		
Eczacı	4	3,50	1,00		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,79	1,24		
Toplam	337	2,98	1,17		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,25	1,14	15,029*	0,010**
Ön Lisans	83	2,83	1,41		
Lisans	149	2,73	1,28		
Yüksek Lisans	27	3,22	1,52		
Doktora	29	2,31	1,16		
Doktora ve Üzeri	14	2,07	1,14		
Toplam	337	2,74	1,28		
YAŞ					
<25	23	2,73	1,17	1,798	0,129
26-35	132	2,83	1,34		
36-45	128	2,89	1,32		
46-55	52	2,50	1,33		
>56	2	1,00	0,00		
Toplam	337	2,39	1,03		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	2,56	1,25	14,013*	0,016**
1-5 yıl arasında	112	2,77	1,40		
6-10 yıl arasında	89	3,06	1,33		
11-15 yıl arasında	56	2,87	1,26		
16-20 yıl arasında	28	2,60	1,13		
21 yıl ve üzeri	15	1,80	0,94		
Toplam	337	2,61	1,22		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,78 ve standart sapması 1,32'dir.

Tablo 39’da verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşünün GEYH değişkenleri bakımından yaş grupları hariç diğer değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Personelle ilişkin hazırlanan Hipotez 15c red edilmiş, diğer hipotezler (15a,15b ve 15d) kabul edilmiştir.

PDEÖS yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,50 ortalama ile **Psikolog** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,00 ortalama ile **Hast Müd/Hast. Müd. Yrd.** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın Tabip grubundan kaynaklandığı görülmektedir (Tabip grubunun; öğretim üyesi ve uzman tabip gruplarıyla post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

PDEÖS yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşünde **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 3,25 ortalama ile **Lise** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,07 ortalama ile **Doktora ve Üzeri** grubunda olmuştur.

PDEÖS yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşünde **Hastanede Görev Yaptığı Süre** bakımından **en yüksek katılım** 3,06 ortalama ile **6-10 yıl arasında çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,80 ortalama ile **21 yıl ve üzeri çalışanlar** grubunda olmuştur.

PDEÖS yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşünde **Yaş Grupları** bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,129$ ve $p>0,05$).

Tablo 40: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	4,50	0,70	11,814*	0,298**
İdari Personel	48	3,81	1,46		
Öğretim Üyesi	17	3,29	1,49		
Uzman Tabip	32	3,34	1,49		
Tabip	21	4,09	1,13		
Psikolog	2	4,50	0,70		
Fizyoterapist	2	3,50	2,12		
Teknik Hizmetler Personeli	8	4,12	1,12		
Hemşire/Ebe	150	3,77	1,21		
Eczacı	4	4,50	0,57		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	3,42	1,38		
Toplam	335	3,89	1,22		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,91	1,12	15,338*	0,009**
Ön Lisans	83	3,81	1,38		
Lisans	149	3,65	1,25		
Yüksek Lisans	27	4,25	1,09		
Doktora	29	3,34	1,47		
Doktora ve Üzeri	12	2,66	1,61		
Toplam	335	3,60	1,32		
YAŞ					
<25	23	3,86	1,05	8,697*	0,069**
26-35	131	3,74	1,31		
36-45	128	3,85	1,25		
46-55	51	3,19	1,48		
>56	2	3,00	1,41		
Toplam	335	3,53	1,30		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	3,64	1,27	1,435	0,211
1-5 yıl arasında	111	3,72	1,32		
6-10 yıl arasında	89	3,95	1,23		
11-15 yıl arasında	55	3,49	1,38		
16-20 yıl arasında	28	3,60	1,22		
21 yıl ve üzeri	15	3,20	1,61		
Toplam	335	3,60	1,34		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 3,70 ve standart sapması 1,31'dir.

Tablo 40’da verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir görüşünün GEYH değişkenleri bakımından görev alanı ($p=0,298$), yaş grupları ($p=0,069$) ve hastanedeki görev süresi ($p=0,211$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 16a, 16c ve 16d hipotezleri red edilmiş, 16b hipotezi kabul edilmiştir.

PDEÖS olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir görüşüne **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 4,25 ortalama ile **Yüksek Lisans** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,66 ortalama ile **Doktora ve Üzeri** grubunda olmuştur.

Tablo 41: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	4,50	0,70	2,669	0,004
İdari Personel	48	3,54	1,11		
Öğretim Üyesi	19	2,84	1,34		
Uzman Tabip	32	2,59	1,36		
Tabip	21	2,38	0,92		
Psikolog	2	2,00	0,00		
Fizyoterapist	2	3,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,50	1,41		
Hemşire/Ebe	151	2,97	1,18		
Eczacı	4	2,75	0,95		
Sağlık Memuru, Sağ. Teknikeri/Teknisyeni	49	2,93	1,06		
Toplam	338	3,00	1,04		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,25	1,12	2,001	0,078
Ön Lisans	83	2,92	1,21		
Lisans	150	2,97	1,14		
Yüksek Lisans	27	3,40	1,21		
Doktora	29	2,51	1,35		
Doktora ve Üzeri	14	2,85	1,40		
Toplam	338	2,98	1,24		
YAŞ					
<25	23	3,21	1,16	3,873*	0,424**
26-35	133	2,97	1,15		
36-45	128	2,96	1,19		
46-55	52	2,98	1,37		
>56	2	1,50	0,70		
Toplam	338	2,72	1,11		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	2,62	1,13	0,899	0,482
1-5 yıl arasında	112	3,00	1,17		
6-10 yıl arasında	90	3,02	1,18		
11-15 yıl arasında	56	3,14	1,31		
16-20 yıl arasında	28	2,92	1,08		
21 yıl ve üzeri	15	3,00	1,51		
Toplam	338	2,95	1,23		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,98 ve standart sapması 1,20'dir.

Tablo 41’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; PDEÖS hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır görüşünün GEYH değişkenleri bakımından eğitim düzeyi ($p=0,078$), yaş grupları ($p=0,424$) ve hastanedeki görev süresi ($p=0,482$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan 17b, 17c ve 17d hipotezleri red edilmiş, yalnızca 17a hipotezi kabul edilmiştir.

PDEÖS hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,50 ortalama ile **Hast Müd/Hast. Müd. Yrd** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,00 ortalama ile **Psikolog** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın İdari Personel grubundan kaynaklandığı görülmektedir (İdari Personel grubunun; tabip ve uzman tabip gruplarıyla post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

Tablo 42: Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	4,00	1,41	31,603*	0,000**
İdari Personel	48	3,16	1,34		
Öğretim Üyesi	18	2,11	0,96		
Uzman Tabip	32	2,90	1,22		
Tabip	21	2,76	1,26		
Psikolog	2	3,00	1,41		
Fizyoterapist	2	4,00	0,00		
Teknik Hizmetler Personeli	8	3,12	1,64		
Hemşire/Ebe	151	3,46	1,14		
Eczacı	4	4,00	0,81		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	3,59	0,93		
Toplam	337	3,28	1,10		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	3,17	1,15	5,602	0,000
Ön Lisans	83	3,45	1,10		
Lisans	150	3,40	1,21		
Yüksek Lisans	27	3,37	1,24		
Doktora	29	2,72	1,19		
Doktora ve Üzeri	13	1,92	0,75		
Toplam	337	3,01	1,11		
YAŞ					
<25	23	3,56	0,99	1,440	0,220
26-35	133	3,25	1,22		
36-45	128	3,28	1,19		
46-55	51	3,23	1,25		
>56	2	1,50	0,70		
Toplam	337	2,96	1,07		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	3,29	0,90	6,746*	0,240**
1-5 yıl arasında	111	3,18	1,26		
6-10 yıl arasında	90	3,30	1,23		
11-15 yıl arasında	56	3,37	1,30		
16-20 yıl arasında	28	3,60	1,03		
21 yıl ve üzeri	15	2,73	1,16		
Toplam	337	3,25	1,15		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri

** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 3,27 ve standart sapması 1,20'dir.

Tablo 42’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı görüşünün GEYH değişkenleri bakımından yaş grupları ($p=0,220$) ve hastanedeki görev süresi ($p=0,240$) değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personelle ilişkin hazırlanan 18c ve 18d hipotezleri red edilmiş, 18a ve 18b hipotezleri kabul edilmiştir.

Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 4,00 ortalama ile **Hast Müd/Hast. Müd. Yrd, Psikolog ve Eczacı** gruplarında olurken, **en düşük katılım** 2,11 ortalama ile **Öğretim Üyesi** grubunda olmuştur.

Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı görüşüne **Eğitim Düzeyi** bakımından **en yüksek katılım** 3,45 ortalama ile **ön lisans** grubunda olurken, **en düşük katılım** 1,92 ortalama ile **doktora ve üzeri** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın Doktora ve Üzeri grubundan kaynaklandığı görülmektedir (doktora ve üzeri grubunun; lise, ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunu gruplarıyla post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

Tablo 43: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hakkında yeterli bilgiye sahibim görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	1,00	0,00	2,865	0,243
İdari Personel	48	1,54	0,68		
Öğretim Üyesi	19	1,68	0,58		
Uzman Tabip	32	1,62	0,55		
Tabip	21	1,28	0,46		
Psikolog	2	1,50	0,70		
Fizyoterapist	2	1,50	0,70		
Teknik Hizmetler Personeli	8	1,50	0,75		
Hemşire/Ebe	151	1,86	0,66		
Eczacı	4	1,25	0,50		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	1,71	0,54		
Toplam	338	1,49	0,56		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	1,68	0,67	0,743	0,592
Ön Lisans	83	1,80	0,63		
Lisans	150	1,68	0,65		
Yüksek Lisans	27	1,62	0,62		
Doktora	29	1,62	0,56		
Doktora ve Üzeri	14	1,57	0,64		
Toplam	338	1,66	0,63		
YAŞ					
<25	23	2,08	0,66	4,128	0,003
26-35	133	1,72	0,63		
36-45	128	1,71	0,65		
46-55	52	1,46	0,54		
>56	2	1,50	0,70		
Toplam	338	1,69	0,64		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	2,27	0,50	7,799	0,000
1-5 yıl arasında	112	1,58	0,59		
6-10 yıl arasında	90	1,70	0,66		
11-15 yıl arasında	56	1,57	0,62		
16-20 yıl arasında	28	1,67	0,61		
21 yıl ve üzeri	15	1,73	0,59		
Toplam	338	1,75	0,60		

1- Evet, 2-Kısmen, 3-Hayır

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 1,70 ve standart sapması 0,64'dür.

Tablo 43’de verilen istatistiksel verileri açıklamak gerekirse; Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hakkında yeterli bilgiye sahibim görüşünün GEYH değişkenleri bakımından görev alanı ve eğitim düzeyi değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan Hipotez 19a ve 19b red edilmiş, diğer hipotezler (19c ve 19d) kabul edilmiştir.

PDEÖS hakkında yeterli bilgiye sahibim görüşüne **Yaş Grupları** bakımından **en yüksek katılım** 1,50 ortalama ile **56 ve üzeri yaş grubunda** olurken, **en düşük katılım** 2,08 ortalama ile **25 yaşından küçük yaş grubunda** olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın 25 yaşından küçük yaş grubundan kaynaklandığı görülmektedir (25 yaşından küçük yaş grubunun; 46-55 arası yaş grubuyla olan post hoc sig değeri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır).

PDEÖS hakkında yeterli bilgiye sahibim görüşüne **Hastanede Görev Yaptığı Süre** bakımından **en yüksek katılım** 1,57 ortalama ile **11-15 yıl arasında çalışanlar** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,27 ortalama ile **1 yıldan az çalışanlar** grubunda olmuştur. Grup içindeki farkın nereden kaynaklandığını bulabilmek için Post Hoc testi uygulandığında farkın 1 yıldan az çalışanlar grubundan kaynaklandığı görülmektedir (1 yıldan az çalışanlar grubunun; diğer tüm gruplarla post hoc sig değerleri $<0,05$ olduğundan istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır). Hastanede 1 yıldan az çalışanların PDEÖS hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmeleri hastanede son 1 yıl içerisinde böyle bir bilgilendirme eğitimi/toplantısı yapılmadığına işaret edebilir.

Tablo 44: Sağlık Bakanlığı ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü destekliyorum görüşünün GEYH değişkeni bakımından incelenmesi (1- Evet, 2-Kısmen, 3-Hayır)

Hastane Personeli	n	Ort.	St.Sp.	F	P
GÖREV					
Hastane Müd/Müd. Yrd. (Yönetici Personel)	2	2,50	0,70	39,808*	0,000**
İdari Personel	48	2,37	0,76		
Öğretim Üyesi	19	1,94	0,77		
Uzman Tabip	32	2,68	0,59		
Tabip	21	2,33	0,79		
Psikolog	2	1,50	0,70		
Fizyoterapist	2	2,00	1,41		
Teknik Hizmetler Personeli	8	1,75	0,88		
Hemşire/Ebe	151	2,66	0,63		
Eczacı	4	2,25	0,50		
Sağlık Memuru, Sağ, Teknikeri/Teknisyeni	49	2,63	0,60		
Toplam	338	2,24	0,76		
EĞİTİM DÜZEYİ					
Lise	35	2,40	0,77	9,955*	0,077**
Ön Lisans	83	2,56	0,71		
Lisans	150	2,61	0,63		
Yüksek Lisans	27	2,25	0,76		
Doktora	29	2,37	0,82		
Doktora ve Üzeri	14	2,35	0,74		
Toplam	338	2,42	0,74		
YAŞ					
<25	23	2,60	0,58	1,934*	0,748**
26-35	133	2,54	0,70		
36-45	128	2,48	0,72		
46-55	52	2,48	0,75		
>56	2	3,00	0,00		
Toplam	338	2,62	0,55		
MEVCUT HASTANEDEKİ GÖREV SÜRESİ (YIL)					
1 yıldan az	37	2,54	0,69	0,280	0,924
1-5 yıl arasında	112	2,51	0,72		
6-10 yıl arasında	90	2,54	0,68		
11-15 yıl arasında	56	2,42	0,73		
16-20 yıl arasında	28	2,57	0,74		
21 yıl ve üzeri	15	2,60	0,63		
Toplam	338	2,53	0,70		

* Kruskal Wallis Ki-Kare Değeri, ** Kruskal Wallis Anlamlılık Düzeyi

- Anketi yanıtlayanların katılım genel ortalaması 2,52 ve standart sapması 0,70'dir.

Tablo 44’de verilen istatistiksel veriler açıklandığında; “SB ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi’nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü destekliyorum” görüşünün GEYH değişkenleri bakımından görev alanı değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($P>0,05$). Ancak eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastanedeki görev süresi değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Personele ilişkin hazırlanan; SB ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi’nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü destekliyorum görüşleri:

a.Görev alanına (Hipotez 20a kabul edilmiştir) göre farklılık göstermektedir.

b.Eğitim durumuna (Hipotez 20b red edilmiştir) göre farklılık göstermemektedir

c.Yaş gruplarına (Hipotez 20c red edilmiştir) göre farklılık göstermemektedir

d.Hastanede görev (Hipotez 20c red edilmiştir) yaptığı süreye göre farklılık göstermemektedir

SB ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi’nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü destekliyorum görüşüne **Görev Alanı** bakımından **en yüksek katılım** 1,50 ortalama ile **Psikolog** grubunda olurken, **en düşük katılım** 2,68 ortalama ile **Uzman Tabip** grubunda olmuştur.

Tablo 45: Çalışanların PDEÖS İle İlgili Tutum ve Düşüncelerinin Cinsiyet Değişkenine Göre Değerlendirilmesi

PDEÖS ile ilgili tutum ve düşünceler	n	CİNSİYET		Ort. (Mean)		Dağılımların Eşitliği Testi	Sig-2 tailed
	%	Kadın	Erkek	K	E		
7.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz?	338	206	132	1,796	1,553	0,585	0,000
	%	60,95	39,05				
8.Sağlık Bakanlığı ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nin Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolünü Destekliyor musunuz?	338	206	132	2,538	2,492	0,226	0,563
	%	60,95	39,05				
9.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı.	337	206	131	2,621	3,030	0,897	0,008
	%	61,13	38,87				
10.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğini artırmaktadır.	338	206	132	2,684	2,462	0,325	0,101
	%	60,95	39,05				
11.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin iş motivasyonunu artırmaktadır.	338	206	132	2,665	2,416	0,151	0,064
	%	60,95	39,05				
12.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, bu ödemedeki faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır.	336	205	131	1,707	1,648	0,063	0,531
	%	61,01	38,99				
13.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin iş yükünü artırmıştır.	335	205	130	3,541	3,707	0,671	0,189
	%	61,19	38,81				
14.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır.	336	205	131	2,692	2,801	0,150	0,446
	%	61,01	38,99				
15.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, hastanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır.	337	205	132	2,522	2,674	0,120	0,248
	%	60,83	39,17				
16.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır.	337	205	132	2,741	2,750	0,594	0,947
	%	60,83	39,17				
17.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yanlış bir sistemdir ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olmaktadır.	338	206	132	3,534	3,515	0,365	0,894
	%	60,95	39,05				

18.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistemdir.	337	206	131	3,674	3,427	0,054	0,074
	%	61,13	38,87				
19.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir.	337	205	132	3,243	3,234	0,070	0,943
	%	60,83	39,17				
20.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet vermektedir.	338	206	132	4,043	4,113	0,604	0,514
	%	60,95	39,05				
21.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar vermektedir.	335	204	131	3,774	3,984	0,336	0,070
	%	60,90	39,10				
22.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır.	337	205	132	3,268	3,295	0,003	*0,854
	%	60,83	39,17				
23.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir.	337	205	132	2,804	2,765	0,109	0,793
	%	60,83	39,17				
24.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir.	335	204	131	3,838	3,503	0,000	*0,023
	%	60,90	39,10				
25.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır.	338	206	132	2,961	3,015	0,034	*0,688
	%	60,95	39,05				
26.Birlikte Kullanım ve İşbirliği protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı.	337	206	131	3,305	3,211	0,405	0,539
	%	61,13	38,87				

* Dağılımlar eşit dağıldığından, bu alandaki sig değerlerine bakılmıştır.

7 ve 8. sorularda: 1- Evet, 2-Kısmen, 3-Hayır

Diğer sorularda: 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım,

4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum

Tablo 45’de verilen istatistiksel veriler açıklandığında:

“Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hakkında Yeterli Bilgiye Sahip misiniz?” sorusuna verilen cevaplarda $p=0,000$ ve $p<0,05$ olduğundan cinsiyet bakımından grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Erkekler; PDEÖS hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade etmektedirler.

“Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı” ifadesinde $p=0,008$ ve $p<0,05$ olduğundan cinsiyet bakımından grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Erkekler; PDEÖS konusunda kurumlarınca bilgilendirme yapıldığı konusunda kararsız kalırken bayanlar bilgilendirme yapılmadığını ifade etmektedirler.

“Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir” ifadesinde $p=0,023$ ve $p<0,05$ olduğundan cinsiyet bakımından grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Kadınlar; PDEÖS olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir ifadesine erkeklere nazaran daha güçlü bir şekilde katılmaktadırlar.

III. AŞAMA

4.3. SONUÇ VE ÖNERİLER

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin Tıp Fakültesi Hastaneleri (Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezleri), bünyesindeki personelin işine olan mesleki duyarlılıklarını arttırabilmek için, performansa dayalı ek ödeme uygulamalarını hayata geçirerek zamanla geliştirmişler ve günümüzde yasal zemin oluşturma açısından yönetmeliklerle desteklenen bir “performansa dayalı ek ödeme sistemi” oluşturmuşlardır. Gerçekte bu sistem ücretlendirme bakımından hekim grubunun yapmış olduğu girişimsel (muayene) işlem puanlarına dayalı bir sistemdir. Hekim dışı personel ise; hekimlerin aylık performans puanlarının toplamının ortalaması alınarak hesaplanan aylık ek ödeme oranı ile kadro unvan katsayıları ve aktif çalışma katsayılarının çarpılması sonucu ortaya çıkan tutarlarda ek ödeme almaktadırlar. Bir başka deyişle; hekim dışı personelin yapmış olduğu işler için bir performans puanlaması bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetinin yapısına baktığımızda muayene, teşhis ve tedavide hekim grubunun karar verici ve ön planda olmasına rağmen verilen bu hizmetlerin arka planında hekim dışı personelin emekleri yadsınamaz. Sağlık hizmeti sunumunun istenilen kalitede verilebilmesi için hizmetlisinden teknikerine, idari personelinden hemşiresine, yöneticilerinden hekimlere kadar birçok meslek grubunun emeği göz ardı edilmemelidir. Öyle ki muayene, teşhis ve tedavide kullanılmak üzere gerekli olan makine-teçhizatlar ile sarf malzemelerin alımı için; bir planlama sürecine gerek vardır. Planlama sürecinde; hastanenin ihtiyaçları saptanır, birimlerden gelen talepler değerlendirilir, sunulan hizmetin niteliğine göre değerlendirmeler yapılır ve bütçe imkanları göz önünde bulundurularak satın alma işlemleri zamanında gerçekleştirilir. Bu satın alma faaliyetlerinin zamanında ve en uygun şartlarda yapılabilmesi, idari ve mali anlamda titiz bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Tetkik ve laboratuvar işlemlerinde bu hizmeti veren sağlık çalışanları yer almaktadır. Hastanedeki tıbbi cihazların kullanıcısı durumundaki sağlık personeli, cihazların bakımını yapan teknik

personel ile biyomedikal uzmanları, hekimlerle özdeşleşmiş yardımcı sağlık personeli olan hemşire ve ebeler, yine gerekli hijyenik şartları sağlamakla görevli hizmetli personel başlıca hekim dışı meslek gruplarını oluşturmaktadır. Sistem içerisinde yer alan herkese adil bir performans uygulaması çalışanları mutlu edeceğinden iş motivasyonlarını arttırıcı bir etken olacaktır. Mevcut yönetmeliklerde sık sık değişiklik yapılmasının bir sebebi de bu meslek gruplarına ödenen ek ödemelerdeki adaletsizliği giderebilmektir.

Anket çalışması yapılan Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi personelinin, yürürlükteki PDEÖS hakkında düşüncelerine bakıldığında:

Kurum tarafından personele PDEÖS hakkında bilgilendirme toplantılarının yapılmadığı görüşü hakim olmakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS'nin personelin verimliliğini artırmadığı görüşü hakim olmakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS'nin personelin iş motivasyonunu artırmadığı görüşü hakim olmakla birlikte bu ifade görev alanı ve eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS'nin bu ödemeden faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmadığı görüşüne güçlü katılım olmakla birlikte bu ifade görev alanı ve eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS'nin personelin iş yükünü artırdığı görüşüne katılım olmakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

PDEÖS'nin sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmadığı görüşü hakim olmakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS'nin hastanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağladığı görüşüne katılmamakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

PDEÖS'nin hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağladığı görüşüne katılmamakla birlikte bu ifade görev alanı ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS yanlış bir sistemdir ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olmaktadır görüşüne katılım olmakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

PDEÖS'nin gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistem olduğu görüşü hakim olmakla birlikte bu ifade görev alanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

PDEÖS personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir görüşüne katılım olmamakla birlikte bu ifade eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet vermektedir görüşüne güçlü katılım olmakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi, yaş grupları ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

PDEÖS farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar vermektedir görüşüne katılım olmakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi, yaş grupları ve

hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

PDEÖS uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır görüşüne katılım olmakla birlikte bu ifade görev alanı ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir görüşüne katılım olmamakla birlikte bu ifade görev alanı, eğitim düzeyi ve hastanedeki çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermektedir.

PDEÖS olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir görüşüne katılım olmakla birlikte bu ifade eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

PDEÖS hizmet standartlarının belirlendiği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır görüşüne kararsız kalınmakla birlikte bu ifade görev alanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Birlikte Kullanım ve İşbirliği protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı görüşüne katılım olmakla birlikte bu ifade görev alanı ve eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Anket uygulaması yapılan çalışanların “Performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde 135 (%39,9) kişi “Evet” olarak cevap verirken, 169 (%50) kişi “Kısmen” ve 34 (%10,1) kişi de “Hayır” cevaplarını vermiştir. Verilerden de anlaşılacağı üzere anketi yanıtlayanların yarısı PDEÖS hakkında kısmen bilgi sahibi olduklarını beyan etmişlerdir. PDEÖS hakkında bilgi sahibi olmayanların oranı %10,1 seviyesindedir. Bir başka ifadeyle anket çalışması yapılan personelin %89,9 ‘u PDEÖS hakkında az

veya çok bilgi sahibi olduklarını bildirmişlerdir. Ancak Tablo 25'ten de anlaşılacağı üzere bu bilgilere kurumlarınca değil başka yollarla erişilmiştir. İlgili soruyu GEYH değişkenleri açısından incelediğimizde yaş grupları ve hastanede çalışma yılına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu Tablo 43'te görülmektedir.

Anket uygulaması yapılan çalışanların “Sağlık Bakanlığı ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü destekliyor musunuz” sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde 42 (%12,4) kişi “Evet” cevabını verirken, 78 (%23,1) kişi “Kısmen” ve 218 (%64,5) kişi de “Hayır” cevaplarını vermişlerdir. Verilerden de anlaşılacağı üzere anketi yanıtlayanların büyük çoğunluğu “birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü” desteklememektedir. Protokolü destekleyenlerin oranı yalnızca %12,4 olmuştur. Soru GEYH değişkenleri açısından ele alındığında görev alanına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu Tablo 44'te görülmektedir.

Anket çalışmasında yöneltilen 1 adet açık uçlu soruda çalışanlardan mevcut PDEÖS hakkında belirtmek istedikleri diğer hususları yazmaları istenmiş ve bu soruya cevap verenlerin büyük çoğunluğu PDEÖS'nin adil bir sistem olmadığını, yardımcı sağlık personeli (hemşire, ebe, sağlık teknikeri, laborant vb.) ve uzman hekimlerin ek ödeme paylarının artırılması gerekliliğini savundukları görülmüştür.

Verimliliği arttırabilmek için teşvik sistemi, teknoloji ve verimlilik düzeyi üzerinde sağlanan yoğunlaşma, yurt içi tasarrufların artırılması, reel yatırım sürecini olumsuz etkileyen unsurlar ve gelişmelerin önlenmesi verimliliğin artmasını sağlayacaktır. Belirsizlikler yatırımların maliyet-kar analizlerini imkansızlaştırarak yatırım kararından caydırır. Bu yüzden belirsizlikleri azaltıcı, siyasi ve iktisadi güveni artırıcı önlemler alınması gerekmektedir. Eğitimin iyileştirilmesi, teknolojik ilerlemenin arttırılması ve inovasyon (yenilik) sağlanması da verimlilik artışını sağlayacaktır. Rekabetçi yapıyı geliştirici yasal, finansal, yönetsel tedbirler alınmalıdır (Korkmaz, 2010: 50).

Kamu ve özel kesim kurum ve kuruluşlarında yönetsel ve organizasyonel etkenlikler, işbirliği ve koordinasyonlar yapılarak ve kayıt dışı ekonomi küçültülerek verimlilik artışı sağlanmaya çalışılmalıdır. Tüm kamu ve özel kuruluşlarda verimlilik ölçme ve izleme sistemi kurularak verimliliğin durumu takip edilmelidir. Toplumsal olarak verimlilik bilincinin yaygınlaştırılması ve MPM bünyesinde başlatılan ulusal verimlilik hareketine toplumsal bütün kesim ve kurumların desteğinin sağlanması ile verimlilik artışı için gerekli işbirliği ve eşgüdüm sağlanması durumunda olumlu sonuçlar ortaya çıkacaktır (Suiçmez, 2002: 13).

Sağlık Bakanlığı ile Üniversitelerin ilgili tesislerinin birlikte kullanım ve işbirliğine gitmeleri, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde uzman tabip kadrosunda yer alan hekimler için akademik personel olma imkanını da sağlamaktadır. Alanları ile ilgili kadro ilanlarına başvurabilecek olan uzman tabipler, yapılacak olan yabancı dil sınavında başarılı oldukları takdirde akademik personel olabileceklerdir. Bu birleşme saha ve vaka deneyimi bol olan akademik personel temin edebilme fırsatını sunmaktadır.

Yapılan bu çalışma ülkemizde gittikçe yaygınlaşan ve bir hükümet politikası olarak sürdürülen Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ile Üniversitelerin Tıp Fakültelerinin birlikte kullanım ve işbirliği uygulamalarının Muğla İli için değerlendirilmesi niteliğini taşımaktadır. Kurum çalışanlarının büyük kesimince mevcut PDEÖS'nin personel verimliliğini olumlu yönde etkilemediği ifade edilmektedir. Kısa süre önce iki ayrı kurum kültürünün bir araya gelerek sorunsuzca hizmet vermesi en azından bugün için beklenemez bir durumdur. Birlikte kullanım ve işbirliği uygulamasının; tıp fakültelerini yeni kurmuş ve gelişimini tamamlayamamış üniversiteler için bir geçiş dönemi olması açısından yararlı görülmele birlikte, asistan hekim yetiştirmedeki kısıtlılıkların ve bakanlık hastanelerinin yeterli derecede yan dal uzmanlıklarının olmaması sebebiyle hekim yetiştirme açısından bir zafiyet oluşturacağı görülmektedir. Ayrıca yapılacak yeni düzenlemelerle hekim dışı personelin iş süreçleri ve iş analizleri yapılarak kendi puanlamalarının da sisteme dahil edilmesi ve performans ödemelerinde hekim grubu performansına bağlı kalınmaması PDEÖS'ne önemli bir katkı olacaktır. PDEÖS'nin daha adil bir ek ödeme paylaşımına olanak sağlaması,

hekim dışı personelin aldığı ek ödeme oranlarının daha yukarı seviyelere çıkarılarak iş motivasyonlarının arttırılabilmesi, verilecek hizmet içi eğitimlerle birlikte tüm çalışanların birbirlerini anlamalarına imkan sağlanması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile “birlikte kullanım ve işbirliği” sürecini yaşayan niversiteler; akademik ve idari personel ile fiziki ve teknolojik araç-gereçlerdeki gelişimlerini biran önce tamamlayarak kendi niversite hastanelerini kurmalı ve işletmelidirler. Planlı bir şekilde genişleyerek hekim yetiştirme, üçüncü basamak sağlık hizmeti sunma, ileri düzeyde hemşirelik uygulamaları ile birlikte sağlık idareciliği alanında yetişmiş eğitimi yönetici personel ile modern yönetim biçimlerini oluşturmalı ve uygulamalıdır.

KAYNAKÇA

Kitaplar:

AKAL, Z. (2000), “İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi: Çok Yönlü Performans Göstergeleri”, MPM Yayın No: 473, Ankara

AKDUR, R. (1998), “Türkiye’de Halk Sağlığı Politikaları”, Halk Sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara

ARGON, T. ve EREN, A. (2004), “İnsan Kaynakları Yönetimi”, Nobel Yayınları, İstanbul

ATEŞ, H., KIRILMAZ, H. ve AYDIN, S. (2007), “Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği”, (1. Basım), Asil Yayın Dağıtım, Ankara

BARUTÇUGİL, İ. (2002), “Performans Yönetimi”, Kariyer Yayıncılık, İstanbul

COŞKUN, A. ve AKIN, A. (2009), “Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi”, Seçkin Yayıncılık, Ankara

GÖK, R. (1981), “Sağlık Kurumlarında Maliyet Hesaplama İşlemleri ve Muhasebeleştirilmesi”, A.İ.T.İ Akademisi Muğla İşletmecilik Yüksekokulu Yayınları:6

GÜRÜZ, D. ve GÜREL, E. (2009), “Yönetim ve Organizasyon”, (2.Baskı), Nobel Yayınları, Ankara

KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000), “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, Siyasal Kitapevi, Ankara

KAVUNCUBAŞI, Ş. ve KISA, A., (2007), “Sağlık Kurumları Yönetimi”, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 1778, 1.Baskı, Eskişehir

KOÇEL, T. (2005), “İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik–Modern–Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar” (10. Basım), Arıkan Basım Yayım Dağıtım, İstanbul

TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O. ve AKBOLAT, M. (2009), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, (1. Basım), Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

TENGİLİMOĞLU, D., IŞIK, O. ve AKBOLAT, M. (2012), “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, (4. Basım), Nobel Yayın Dağıtım, Ankara

Makaleler:

AYDIN S., DEMİR M, (2007), “Sağlıkta Performans Yönetimi”, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

BAYRAM, L., (2006), “Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerlendirme”, Sayıştay Dergisi, Sayı: 62

BORA BAŞARA, B. vd., (2012), “TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011”, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, S:63, Ankara

ÇIRAKLI L. Zeynep ve SAYIM F. (2009), “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinin Maliyet, Fayda, Maliyet Etkililik Analizi Göstergelerinin İncelenmesi”, T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Uluslararası Sağlıkta Kalite ve Performans Kongresi Bildiriler Kitabı, Cilt:2, S:347-366, Antalya

GAVCAR, E., BULUT, Z. Atıl ve ENGİN, K. (2006), “Konaklama İşletmelerinde Uygulanan Performans Değerleme Sistemleri ve Uygulama Alanları:Muğla İli Örneği”, Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cilt:13, Sayı:2, Sayfa:31-43

GENÇ, N. (1994), “Örgüt Geliştirme Verimlilik ve Etkinlik Açısından Değerlendirilmesi ve Başlıca Örgüt Geliştirme Teknikleri”, Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt:10, Sayı:3-4, Erzurum

GÜMÜŞ E. ve ÇELİKAY F. (2011), “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi”, Ankara Üniversitesi SBF Dergisi, Cilt:66, S:55-92

GÜNER, M. Fatih ve MEMİŞ, M. Ünsal (2007), “Kurumsal Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Gelişim Süreci:1850’lerden 2000’lere Bir İnceleme”, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:16, Sayı:2, Sayfa:299-310

HELVACI, M. Akif (2002), “Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi”, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt:35, Sayı (1-2), Sayfa:155-169

İŞİĞİÇOK, E. (2008), “Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi”, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Ekonomi ve İstatistik Dergisi, Sayı:7, Sayfa:1-23

KAYA, S. ve SALUVAN, M. (2012), “Doktor-Hemşire Arasındaki Etkileşim ile Hastanenin Performansı Arasındaki İlişki: Bir Kamu Hastanesi Örneği”, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı:3, Sayfa:65

KINGİR, S. ve TAŞKIRAN, E. (2006), “Performans Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin İşgören Görüşlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt:8, Sayı:1, Sayfa:198

ÖZDEMİR, S. ve MURADOVA, T. (2008), “Örgütlerde Motivasyon ve Verimlilik İlişkisi”, Qafqaz Üniversitesi Dergisi, Sayı: 24, Sayfa:146-152, Azerbaycan

SUIÇMEZ, H. (2002), “Türkiye Ekonomisinin Verimlilik Performansı”, MPM Yayınları, Ankara

SÜLKÜ, S. Nur (2011), “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri”, Maliye Dergisi, Sayı:160

ŞAHİN, B. ve KIRGIN TOPRAK, D. (2012), “Sağlık Bakanlığı Hastanelerine Yapılan Hasta Şikayetlerinin Değerlendirilmesi”, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı:3, Sayfa:3

ŞAHİN, Ü. ve DEMİRCAN, N. (2008), “Ülkemizde Sağlık Sisteminin Reorganizasyonu İçin Bir Araç Olarak ISO 9001:2000”, VI. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bildirileri, Sayfa.37-41

TOP M. ve SAHİN B. (2004), “Hastane Endüstrisinde Değişen Sınırlar: Avrupa Ülkelerinde Yaşanan Son Yirmi Yıllık Süreç”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:7, Sayı:1, Sayfa:85-106, Ankara

TUNÇEL, M., VURAN DOĞAN, Ö. ve ARDIÇ ÇOBANER, A. (2012), “Performans Sistemine Medyanın Bakışını Anlamak:Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma”, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Sayı:3, Sayfa:103, Ankara

USTA, A. (2010), “Kamu Kurumlarında Örgütsel Performans Yönetim Süreci”, Sayıştay Dergisi, Temmuz-Eylül, Sayı:78, Sayfa:31-58

UYGUR, A. (2009), “Çok Boyutlu Performans Değerleme Modeli Olarak Dengeli Başarı Göstergesi Uygulaması”, Doğu Üniversitesi Dergisi, Sayfa:148-159, İstanbul

YENİCE, E. (2007), “Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlar ve Kurumsal Karne (Balanced Scorecard) Yaklaşımı”, Bütçe Dünyası, Cilt:25, Sayı 2, Sayfa:95-100

YÜKÇÜ, S. ve ATAĞAN, G. (2009), “Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık”, Atatürk Üniversitesi İİBF Dergisi, Cilt:23, Sayı:4, Sayfa:1-12, Erzurum

Tezler:

AKSOY, B. (2001), “Hastanelerde Hekim Performansının Değerlendirilmesi”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara

BAL, V. (2010), “Bilgi Sistemlerinin Sağlık İşletmeleri Performansına Etkilerinin Veri Zarflama Analizi İle Ölçümü: Türkiye’deki Devlet Hastanelerinde Bir Araştırma”, Yayınlanmış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta

CELEP, H. (2010), “Kamu Sektöründe Performans Yönetimi ve Ölçümü”, Yayınlanmamış Maliye Uzmanlığı Mesleki Yeterlilik Tezi, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara

ÇAKIR, M. (2008), “Vakıf Üniversitelerinde Akademik Personelin Performans Değerlendirmelerinin Eğitim Kalitesine Katkısı”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi İşletme Eğitimi Anabilim Dalı, Ankara

DANACI, B. (2010), “Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel Hastanelerin Yataklı Birimlerinde Görev Yapan Hemşirelerin İş Tatminlerinin Karşılaştırılması”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Kütahya

DİLEK, Barış İ. (2009), “Performans Değerlendirme ve Bankacılık Sektörüne Yönelik Bir Uygulama”. Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya

FETTAH, K. (2009), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri”, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

GAZİ, A. (2006), “Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi”, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara

KORKMAZ, S. (2010), “Türkiye’de İstihdam ve Verimlilik İlişkisi”, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Balıkesir

KORKU, C. (2010), “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Hastane Hizmet Kalitesine Etkisi: Hastane Yöneticileri ve Sağlık Personelinin Değerlendirmeleri”, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara

MEMİŞ, G. (2010), “Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Niğde Devlet Hastanesi’nde Görevli Sağlık Personeli Üzerine Bir Araştırma”, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde

NAS, T. (2006), “Sağlık Örgütlerinde Ödüllendirme Sistemlerinin Performans Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama” Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara

OKKA, Ö. Faruk, (2008), “Bireysel Performansa Dayalı Ücret ve Verimlilik: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Konya

ÖZTÜRK, Ö. (2009), “Performans İçin Ödeme Sisteminin Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Karlılığına Etkisi”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gebze Yüksek Teknoloji Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Gebze

ÖZYÖRÜK, M. (2009), “Hizmet Sektöründe Performans Değerlendirme” Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya

SARI, T. (2011), “Üretimde Maliyet İyileştirme Takımlarının Verimlilik Performansının Veri Zarflama Analizi İle Ölçülmesi ve Bir Uygulama”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Gebze İleri Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Gebze

SARSENOVA, K. (2010), “Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Konya

YALIM, F. (2010), “Çokuluslu İşletmelerde Kültürlerarası Yönetim ve Örgütsel Verimlilik İlişkisi”, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, İzmir

YAŞA, E. (2012), “Sağlık Sektöründe Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Bağlılık İlişkisi: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Karşılaştırması”, Yayınlanmış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Adana

YEGE, P. (2007), “Hedef Ve Yetkinlik Bazlı Performans Değerlendirme Sistemi ve Bir Örnek Olay Çalışması”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul

YOLUK, M. (2010), “Hastane Performansının Veri Zarflama Analizi (VZA) Yöntemi ile Değerlendirilmesi”, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Anabilim Dalı, Ankara

İnternet:

<http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak05/u05-23.pdf>

Erişim Tarihi: 18.10.2012

http://vgm.sanayi.gov.tr/Files/Documents/716_01-01032012110356.pdf

Erişim Tarihi: 23.10.2012

<http://www.kalitekontrol.net/verimlilik-analizleri.html>

Erişim Tarih: 24.10.2012

<http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/IIBD/article/viewFile/2864/2760>

Erişim Tarihi: 02.11.2012

http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=98:aile-hekimliinin-uelkemizdeki-geliimi-&catid=38

Erişim Tarihi: 09.11.2012

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/01/20100130.htm>

Erişim Tarihi: 11.11.2012

<http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218.htm>

Erişim Tarihi: 11.11.2012

<http://www.saglikidarecileri.info/HaberDetay.aspx?HaberId=677>

Erişim Tarihi: 12.11.2012

<http://www.turkak.org.tr/TURKAKSITE/AkreditasyonAkreditasyonNedir.aspx>

Erişim Tarihi: 14.11.2012

<http://www.tkhk.gov.tr/TR,1087/organizasyon-semasi.html>

Erişim Tarihi: 14.11.2012

<http://www.personelsaglik.com.tr/genel/yeni-donemde-yonetim-semasi-h14605.html>

Erişim Tarihi: 14.11.2012

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

Erişim Tarihi: 14.11.2012

http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=6

Erişim Tarihi: 14.11.2012

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/2202sybpk.pdf

Erişim Tarihi: 15.11.2012

http://212.174.133.188/calismalar/maliye_dergisi/yayinlar/md/md142/performansadayali.pdf

Erişim Tarihi: 15.11.2012

Ders Notları:

ATAN, M. (2005), “Üretim ve Verimlilik Arttırma Teknikleri Eğitim Notları”.

http://www.umatkenanbingol.com/ekitaplar/ekonemi/verimlilik_art_rma_teknikleri.pdf

Erişim Tarihi: 08.11.2012

EK-1 ONAY YAZISI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER KURUMU
Muğla İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : B.10.1.THK.4.48.0.01-020/
Konu: Anket Çalışması

MUĞLA KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİK(GÜRBÜZ AKÇAY) - BİLİ
İŞLEM(M AKİF KABAKCI)
26.11.2012 - 11:29:51 -
B.10.1.THK.4.48.0.01/730.08/215
00008563

MUĞLA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI'NE

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Muhammet ÇANKAYA'nın 2012-2013 Eğitim- Öğretim yılında "Sağlık Bakanlığı ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Göre Ek Ödeme Sisteminin Personelin Verimliliğine Etkisi: T.C. Sağlık Bakanlığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" anket çalışmasını yapabilmesi için alınan, Onay yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Gürbüz AKÇAY
Genel Sekreter

Ek: 1 Sayfa (Onay)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI MUĞLA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GELEN ZEVRAK		
TARİH	30.11.2012	Gözet
NO	19/147	11/11

Gürbüz Akçay
Genel Sekreter

Matice POLAT
Müdür Yardımcısı
30.11.2012

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAMU HASTANELER KURUMU
Muğla İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : B.10.4.ISM.0.48.0.05-020/

Konu: Anket Çalışması

MUĞLA KAMU HASTANELER BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİK(GÜRBUZ AKÇAY) - BİLGE
İŞLEM(MAKİF KABAKCI)
21.11.2012 - 14:36:40
B.10.1.TKH.4.48.0.01/730.08/30
00000419

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı'nın 08/11/2012 tarih ve 12450 sayılı yazısı ile bildirilen, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Muhammet ÇANKAYA'nın 2012-2013 Eğitim- Öğretim yılında "Sağlık Bakanlığı ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Göre Ek Ödeme Sisteminin Personelin Verimliliğine Etkisi: T.C. Sağlık Bakanlığı Muğla Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" anket çalışmasını, adı geçen Hastanede yürütebilmesi hususunu:

Olurlarınıza arz ederim.

Dr. Zeki GÜRLESİN
İdari Hizmetler Başkanı

Ek: 5

OLUR
.../11/2012

Uzm. Dr. Gürbüz AKÇAY
Genel Sekreter



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı: 63906913-730.08.03.00-3

02/01/2013

Konu: Anketler

sayın Muhammed ÇANKAYA

İLGİ: 25.12.2012 tarih ve 14861 sayılı Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı yazısı

2012-2013 Eğitim-Öğretim Yılında "Sağlık Bakanlığı ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Göre Ek Ödeme Sisteminin Personelin Verimliliğine Etkisi" konulu anket çalışmanızı Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmeniz için Onay ilgi yazı ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Namık Kemal ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

EKLER :

1 B.30.2.MGU.0.72-730.08.03.00-3278_14861



T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı: B.30.2.MĞÜ.0.72.00.00-730.08.03.00-3278/14861
 Konu: Anketler

25/12/2012

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 30.11.2012 tarih ve 315 sayılı SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU MUĞLA İLİ KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ (MUĞLA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ) yazısı

Enstitünüz İşletme Anabilim Dalı öğrencisi Muhammed ÇANKAYA'nın 2012-2013 Eğitim-Öğretim Yılında "Sağlık Bakanlığı ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Göre Ek Ödeme Sisteminin Personelin Verimliliğine Etkisi" konulu anket çalışmasının Muğla Sıtkı Koçman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmesi için Onay ilgi yazı ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Yusuf Ziya ERDİL
 Rektör Yrd.

EKLER :
 1 Anket Çalışması

EK-2 ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı'nda hazırlamakta olduğum *"Sağlık Bakanlığı İle Birlikte Kullanım Ve İşbirliği Protokolü Uygulamasına Giden Üniversite Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Personelin Verimliliğine Etkisi: T.C. Sağlık Bakanlığı Muğla Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği"* adlı tez çalışmamda kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup; katılmama hakkınız da bulunmaktadır. Katılımlarınızı araştırmacı olarak beni mutlu edecektir. İki bölümden oluşan anket çalışmasının birinci bölümünde demografik bilgileriniz; ikinci bölümde ise, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin personelin verimliliğine etkisi hakkındaki değerlendirmelerinizi belirleyen ifadeler ile ilgili sorular bulunmaktadır. Ankete verilecek cevaplar sadece bu araştırma için kullanılacak olup, kesinlikle gizli tutulacak, kişisel değerlendirmelerde bulunulmayacak ve araştırmanın amaçları dışında kullanılmayacaktır. Anketin değerlendirilebilmesi için tüm soruları yanıtlamanız büyük önem taşımaktadır. Ankete ilgili sorularınız olursa, aşağıdaki telefon veya e-posta adresinden bana ulaşabilirsiniz. Ankete gösterdiğiniz ilgi ve yardımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederim.

Muhammet ÇANKAYA
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

İLETİŞİM

Tel (Cep) (0 535) 461 93 21
Tel (İşyeri) (0 252) 211 48 70
E-posta: muhammetcankaya@gmail.com

Kişisel Bilgiler

1. Göreviniz

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Başhekim /
Başhekim Yrd. | <input type="checkbox"/> Öğretim Üyesi | <input type="checkbox"/> Psikolog | <input type="checkbox"/> Hemşire/Ebe |
| <input type="checkbox"/> Hastane Md./
Hst Md. Yrd. | <input type="checkbox"/> Uzman Tabip | <input type="checkbox"/> Fizyoterapist | <input type="checkbox"/> Eczacı |
| <input type="checkbox"/> Başhemşire /
Başhemşire Yrd. | <input type="checkbox"/> Diş Hekimi | <input type="checkbox"/> Teknik Hizmetler
Personeli | <input type="checkbox"/> Sağlık Memuru/Sağlık
Teknikeri/Sağlık Teknisyeni |
| <input type="checkbox"/> İdari Personel | <input type="checkbox"/> Tabip | <input type="checkbox"/> Asistan | <input type="checkbox"/> Diğer (.....) |

2. Cinsiyetiniz

- Kadın Erkek

3. Medeni Haliniz

- Evli Bekar

4. Eğitim Durumunuz

- | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> İlkokul | <input type="checkbox"/> Ortaokul | <input type="checkbox"/> Lise | <input type="checkbox"/> Ön lisans |
| <input type="checkbox"/> Lisans | <input type="checkbox"/> Yüksek lisans | <input type="checkbox"/> Doktora | <input type="checkbox"/> Doktora üzeri |

5. Yaşınız

- <25 26-35 36-45 46-55 >56

6. Hastanede görev yaptığınız süre

- 1 yıldan az 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 16-20 yıl 21 yıl ve üzeri

7. Performansa dayalı ek ödeme sistemi hakkında yeterli bilgiye sahip misiniz?

Evet Kısmen Hayır

8. Sağlık Bakanlığı ile Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi'nin birlikte kullanım ve işbirliği protokolünü destekliyor musunuz ?

Evet Kısmen Hayır

Aşağıda verilen ifadelere katılma derecenizi lütfen işaretleyiniz.

Bu bölümdeki soruları aşağıdaki ölçek aralığını dikkate alarak cevaplayınız

Kesinlikle Katılıyorum ⑤ ④ ③ ② ① Kesinlikle Katılmıyorum

İFADELER	⑤ Kesinlikle Katılıyorum	④ Katılıyorum	③ Kararsızım	② Katılmıyorum	① Kesinlikle Katılmıyorum
9.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunda kurumumca bilgilendirme toplantıları yapıldı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğini artırmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin iş motivasyonunu artırmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, bu ödemedeki faydalanan tüm çalışanlara adil bir şekilde uygulanmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin iş yükünü artırmıştır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırmıştır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, hastanenin fiziksel koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, hastanenin makine-teçhizat koşullarının iyileştirilmesini sağlamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yanlış bir sistemdir ve personelin verimsiz bir şekilde çalışmasına neden olmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi gereksiz tetkik ve tahlillerin istenmesine neden olan bir sistemdir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personel arasındaki rekabeti olumlu yönde etkilemektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, farklı meslek gruplarında kazanç açısından haksızlıklara sebebiyet vermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, farklı meslek gruplarının birlikte çalışma isteğine zarar vermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi uygulamasından vazgeçilmeli ve tamamen kaldırılmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi yararlıdır ve geliştirilerek devam ettirilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi olmalı ancak pay dağıtım oranları ve hesaplama faktörleri değiştirilmelidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi hizmet standartlarının belirlediği, hasta ve hasta yakınlarının düşüncelerinin daha yüksek düzeyde sisteme etki ettiği bir sistem olmalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.Birlikte Kullanım ve İşbirliği protokolü öncesinde uygulanan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, personelin verimliliğine daha çok fayda sağlamaktaydı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Yukarıda belirtilen ifadelerin dışında, performansa dayalı ek ödeme sisteminin personel verimliliği üzerine etkisi ile ilgili sizin belirtmek istediğiniz ifadeler nelerdir?

EK-3 BİRLİKTE KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü


Sağlık Ara-Uyg-Mak.
Asıl Protokol

SAYI :B.10.4.İSM.4.48.00.01/251.92765 5457
KONU: Ortak Kullanım Protokolü

28/04/2011

MUĞLA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmeliğinin 5. maddesi c bendi gereği; İlimiz Muğla Devlet Hastanesinin , Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi ile birlikte kullanımı ve işbirliği için hazırlanan protokol Muğla Valisi ve Üniversiteniz Rektörlüğü arasında imzalanarak ilişikte sunulmuştur.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Dr. İskender GENCER
Vali a.
Sağlık Müdürü

EK: 2 Protokol aslı

- Dosyaya
M. Fund
04.05.2011

**MUĞLA VALİLİĞİ İLE MUĞLA ÜNİVERSİTESİ ARASINDA
ORTAK KULLANIM VE İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ**

Amaç

MADDE 1- (1) Bu Protokol, Muğla Valiliği ile Muğla Üniversitesi Rektörlüğü arasında, Üniversitenin sağlık alanında eğitim ve uygulama hizmetlerini sürdürebilmesi ve bölgede ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde karşılanmasını ve konuya ilişkin uygulamaların ilgili mevzuata uygun olarak yürütülmesini sağlamak için Muğla ilinde bulunan, Sağlık Bakanlığına ait Muğla Devlet Hastanesinin Muğla Üniversitesi ve Bakanlık tarafından birlikte kullanılması amacıyla hazırlanmıştır.

Kapsam

MADDE 2- (1) Bu Protokol, Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesinin ilgili birimleri ile birlikte kullanımına karar verilen Sağlık Bakanlığına ait Muğla Devlet Hastanesi ve bağlı birimleri ve buralarda görev yapacak personeli kapsar.

Bu protokol kapsamındaki tesisler şunlardır:

- a) Muğla Devlet Hastanesi

Dayanak

MADDE 3- (1) Bu protokol, 18 Şubat 2011 tarihli ve 27850 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğin 5 inci maddesinin (c) bendine dayanılarak hazırlanmıştır.

Taraflar

MADDE 4- Bu protokol, Sağlık Bakanlığını temsilen Muğla Valiliği ile Muğla Üniversitesi Rektörlüğü arasında aşağıdaki şartlarda imzalanmıştır.

Tanımlar

MADDE 5- Bu protokolde adı geçen;

- a) **Bakanlık** : Sağlık Bakanlığını,
b) **Dekan** : Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanını,
c) **Fakülte** : Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesini,
ç) **Hastane** : Bakanlık ve Üniversitenin birlikte kullanacağı, Muğla Devlet Hastanesini,
d) **Rektör** : Muğla Üniversitesi Rektörünü,
e) **Üniversite** : Muğla Üniversitesini,
f) **YÖK**: Yükseköğretim Kurulunu,

- g) **Ek ödeme yönetmeliği:** “12/5/2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliği,

ifade eder.

Yönetim ve organizasyon

MADDE 6- (1) Hastane adı; Hastanenin üniversite ve Bakanlık tarafından birlikte kullanıldığını ifade edecek şekilde “T.C. Sağlık Bakanlığı Muğla Devlet Hastanesi – Muğla Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi” olacaktır.

(2) Birlikte kullanım ve işbirliği ile işletilen sağlık tesisleri, hizmet ve personel kadroları bakımından Bakanlık için eğitim ve araştırma hastanesi, üniversite için ise sağlık uygulama ve araştırma merkezi olarak kabul edilir. Muğla Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından Muğla Devlet Hastanesine görevlendirilecek öğretim üyelerinde hastane boş kadroları dikkate alınacaktır.

(3) Sağlık, eğitim ve araştırma hizmetlerinin devamı için hastanede aşağıda belirtilen üniversite personeli çalışır.

- a) Tıp Fakültesi öğretim üyeleri, öğretim görevlileri, diğer öğretim elemanları, asistanlar,
- b) 657 Sayılı Kanun’un 4/B maddesine göre istihdam edilen hastane ve üniversite personeli, 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi ve hastanede görevlendirilen diğer üniversite personeli,
- c) Yabancı uyruklu tıpta uzmanlık ve yan dal uzmanlık öğrencileri,
- ç) Maliye Bakanlığı vizeli geçici ve daimi işçi statüsünde olup hastanede görevlendirilen üniversite personeli.

Eğitim ve araştırma faaliyetleri

MADDE 7 – (1) Tıpta uzmanlık ve tıp fakültesi öğrencilerinin eğitimleri, Bakanlık asistanları da dahil olmak üzere ilgili mevzuata göre Dekanın yetki ve sorumluluğundadır. Dekan, eğitim hizmetlerinin en verimli şekilde ve aksamadan yürütülmesi için ilgili mevzuat çerçevesinde her türlü tedbiri almaya yetkilidir ve başhekimle işbirliği içinde çalışır.

(2) Dekan ve başhekim; eğitim, araştırma ve sağlık hizmetlerini aksatmayacak şekilde işbirliği içinde çalışarak gerekli tedbirleri almaya ve planlamalar yapmaya yetkilidir.

(3) Üniversitenin Tıp Fakültesi ile diğer sağlık bilimleri bölümlerinde öğrenim gören öğrenciler, uygulamalı eğitimlerini Hastanede görürler. Bu eğitimin planlanması, öğrencilerin eğitim programlarının düzenlenmesi ve ihtiyaçlarının tespiti ve giderilmesi, Başhekimle koordinasyon içerisinde, Dekanlığın yetki ve sorumluluğundadır.

(4) Fakülte öğretim üyelerine teklif edilen klinik araştırmalar, Merkezi Etik Kurul onayı yoksa Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından değerlendirilir ve onay alındıktan sonra uygulanır.




(5) Eğitim hizmetleri sorumlusu anabilim dalı başkanıdır. Klinik hizmetler sorumlusu başhekimlikçe dekanlığın görüşü alınarak bir yıllık süre için belirlenir ve klinik ve eğitim hizmetleri sorumlusu aynı kişi olabilir.

(6) Klinik veya laboratuvar eğitim hizmeti sorumlusu, ilgili klinik veya laboratuvarın eğitim ve sağlık hizmetleri yönünden mevcut kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını ve insan gücünün yönetimini sağlar, eğitim ve sağlık hizmetinin işleyişini düzenler, diğer birimler ve Başhekimlikle olan ilişkileri yürütür.

(7) Anabilim dalı başkanı, öğretim elemanları ve eğitim sorumluları ile birlikte eğitim programlarını hazırlayarak Dekana sunmakla yükümlü olup, Dekanlıkça onaylanan eğitim programının yürütülmesinden Dekana karşı sorumludur.

(8) Hastanede görevli tüm hekimler, önemli ve acil vakalarda kendilerine yapılan sağlık hizmeti ile ilgili davete derhal icabet etmekle yükümlüdürler.

Sağlık tesislerinin işletilmesi

MADDE 8 – (1) Birlikte kullanıma geçilen sağlık tesisleri, Bakanlık tarafından “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” hükümleri saklı kalmak kaydıyla Bakanlığın tâbi olduğu mevzuat uyarınca işletilir ve tesis, Bakanlıkça atanan başhekim tarafından yönetilir.

(2) Sağlık tesisindeki her türlü sağlık ve destek hizmeti, üniversite personelinin sağlık hizmeti sunumu da dâhil olmak üzere başhekimin sorumluluğundadır. Başhekim bu hizmetlerin aksamadan ve en verimli şekilde yürütülmesi için ilgili mevzuat çerçevesinde her türlü tedbiri alır ve tıp fakültesi dekanı ile işbirliği içinde çalışır.

Klinik, laboratuvar ve eğitim sorumlularının görev ve yetkileri

MADDE 9 – (1) Birlikte kullanımdaki tesislerde, klinik ve laboratuvarlarda sağlık hizmetleri ve eğitim hizmetleri ayrı sorumlular tarafından yürütülür. Klinik/laboratuvar eğitim sorumlusu Tıp Fakültesi Dekanı tarafından görevlendirilen ilgili anabilim dalı başkanıdır. Ancak, ilgili klinikte yüksek unvanda bir eğitim sorumlusunun varlığında, bu kural ertelenir ve bu durumda anabilim dalı başkanlığını bölüm başkanı vekaleten yürütebilir. Klinik/laboratuvar sağlık hizmeti sorumlusu ise varsa şef veya profesörler, yok ise diğer uzmanlar arasından başhekim tarafından bir yıllık sürelerle görevlendirilir. Eğitim hizmetleri sorumlusu aynı zamanda sağlık hizmetleri sorumlusu olarak da görevlendirilebilir.

(2) Klinik veya laboratuvar eğitim hizmeti sorumlusu, ilgili klinik veya laboratuvarın eğitim hizmetleri yönünden mevcut kaynakların verimli bir şekilde kullanılmasını ve insan gücünün yönetimini sağlar, eğitim hizmetinin işleyişini düzenler, diğer birimler ve idare ile olan ilişkileri sağlar.

(3) Klinik veya laboratuvar sağlık hizmeti sorumlusu, ilgili klinik veya laboratuvarın mevcut kaynaklarının sağlık hizmetleri yönünden müşterek ve verimli bir şekilde kullanılmasını sağlar, hizmetin işleyişini düzenler, diğer birimler ve idare ile olan ilişkileri sağlar.

(4) Klinik veya laboratuvar eğitim ve sağlık hizmeti sorumluları işbirliği ve uyum içerisinde birlikte çalışır.

(5) Eğitim hizmetleri sorumlusu, öğretim elemanları ve eğitim sorumluları (Şef, Şef yardımcısı, Doçent olan uzmanlar) ile birlikte eğitim programlarını hazırlayarak tıp fakültesi dekanına sunar ve dekanlıkça onaylanan eğitim programının yürütülmesinden dekana karşı sorumludurlar.

(6) Birlikte kullanılan sağlık tesisleri ve bağlı birimlerde görev almış tüm hekimler, sağlık hizmeti ile ilişkili kendilerine yapılan davete icabet etmekle yükümlüdürler.

Mali hususlar

MADDE 10 – (1) Hastane; sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi bakımından üniversite hastanesi statüsündedir.

(2) Hastanede Vali ve Rektör onayıyla görevlendirilen ve bu protokolün 6 ncı maddesinin üçüncü fıkrasının (a), (b) ve (c) bendinde sıralanan personelin performans ödemelerinde, kadroları dikkate alınarak, üniversite personeli için 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesinde öngörülen ek ödeme matrahı ve tavan ek ödeme oranları esas alınarak, Bakanlık personeli için ise 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinde öngörülen ek ödeme matrahı ve tavan ek ödeme oranları dikkate alınır. Ancak (ç) bendindeki çeşitli statülerde işçi olarak çalışan personel bu ödemelerden yararlanamaz.

(3) Rektör, rektör yardımcıları ve üniversite genel sekreterine, ilgili birimin dekan ve dekan yardımcılara 2547 sayılı Kanunun 58 inci maddesi gereğince yönetici payı olarak yapılacak ek ödeme, dağıtılabilecek tutardan olmak kaydıyla üniversite yönetim kurulu kararına dayalı olarak hastanenin döner sermaye hesabından yapılır.

(4) Birlikte kullanımdaki sağlık tesislerinde uygulamalı eğitimle ilgili giderler sağlık tesisinin döner sermaye gelirlerinden karşılanır.

(5) Bakanlık ve üniversite personeline bu maddenin yedinci fıkrasında belirtilen kesintilerden sonra kalan tutarın %50'sini geçmemek üzere Ek Ödeme Yönetmeliği hükümlerine göre ek ödeme yapılır.

(6) Ek Ödeme Yönetmeliğine göre puan üretme imkânı bulunmayan (gelir getirici faaliyetlerde bulunmayan) öğretim üyelerinin kadro-unvan katsayıları profesörler için 1.50, doçentler için 1.20 ve yardımcı doçentler için 1.00 olarak; aynı Yönetmeliğin 5 inci maddesinin birinci fıkrasının (oo) bendi çerçevesinde ek ödeme dağıtılması durumunda ise söz konusu kadro-unvan katsayıları profesörler için 1.60, doçentler için 1.45 ve yardımcı doçentler için 1.30 olarak uygulanacaktır. Ek Ödeme Yönetmeliğine göre puan üretme imkânı bulunan profesörler için klinik şefi kadro-unvan katsayısı, doçentler için ise klinik şef yardımcısı kadro-unvan katsayısı kullanılır.

(7) Hastane döner sermaye gelirlerinden, ilgili mevzuatı gereğince Hazine payı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu payı, Bakanlık merkez payı ve üniversitenin bilimsel araştırma projelerinin finansmanı için öngörülen kesintiler ayrılır. Bakanlık merkez ve bilimsel araştırma projeleri payları matrahın yarısı üzerinden ayrı ayrı hesaplanır.

(8) Hastanenin döner sermaye gelirlerinden, üniversiteye ve bilimsel araştırmalara yapılacak ödemeler ve uygulamalı eğitimle ilgili giderler; 18.02.2011 tarihte Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik”te belirtilen usüle göre yapılır.

(9) Fakülte öğretim üyelerine teklif edilen klinik araştırmalardan elde edilen gelirler hastane döner sermayesine yatırılır ve çalışmada yer alan öğretim üyeleri için yapılan ödemeler 2547 sayılı Kanununun 58 inci maddesinde öngörülen usule göre yapılır.

(10) Bu protokolün 6 ıncı maddesinin üçüncü fıkrasında sıralanan ve üniversite personeli olan personelden; (b) bendinde belirtilen personelin sözleşme ile belirlenen ücretleri ve ek ödemeleri, (ç) bendinde belirtilen personelin Toplu İş Sözleşmesinden ve diğer mevzuattan kaynaklanan ücretleri, daha önce ücretleri döner sermaye bütçesinden ödenen personelin ücretleri yine döner sermaye bütçesinden, özel bütçeden ücretleri ödenen personelin ücretleri ise özel bütçeden ödenmeye devam eder. Hastane tarafından tahakkuk ettirilerek personele ödenir. Ücretlerden yapılan yasal kesintiler (gelir vergisi, damga vergisi, SGK kesintisi vb.) ilgili kurumlara Hastane tarafından ilgili vergi ve sosyal güvenlik mevzuatı hükümlerine göre sorumlu olarak beyanı yapılır ve ödenir.

(11) Bu Protokolde hüküm bulunmayan hallerde Ek Ödeme Yönetmeliği hükümleri esas alınır.

Personelin özlük işleri

MADDE 11 – (1) Hastanede görev yapan personelin sicil, disiplin ve tüm özlük işlemleri ilgili personelin kadrosunun bulunduğu kurumun ilgili mevzuatına göre yürütülür.

(2) Protokol yürürlükte olduğu sürece, 6 ıncı maddenin üçüncü fıkrasında belirtilen üniversite personelinden yeni işe başlayan personel hastanede görevlendirilmiş sayılır. İşten ayrılan veya emekli olan personelin görevlendirmesi ise sona erer.

(3) Yeni işe başlayacak personelin sayısı ve niteliği, bu personelin Üniversite kadrolarından mı yoksa Bakanlık kadrolarından mı istihdam edileceği personel dağılım cetveline uygun olarak Bakanlıkça belirlenir.

(4) Sağlık hizmetinin aksamaması ve etkili koordinasyonu için izin işlemleri, öğretim elemanları dışındaki personel için çalıştıkları birim amirinin bilgi ve onayından sonra, kadrolarının bağlı bulunduğu kurumun amirinin onayına sunulur. Öğretim elemanlarının izin işlemleri ise başhekimin bilgisi dahilinde dekanın onayı ile gerçekleştirilir.

(5) Öğretim elemanları, ihtiyaca göre üniversitenin diğer sağlık kurumlarında eğitim amaçlı olarak başhekimin bilgisi dahilinde Dekanlıkça gerek duyulan sürelerle görevlendirilebilir.

Protokolün yürürlüğü ve süresi

MADDE 12 – (1) Bu protokol, imzalandığı tarihte yürürlüğe girer.

(2) Protokolün süresi dört yıldır. Sürenin bitiminden altı ay önce taraflardan biri sona erdirme bildirimini yapmadıkça protokol iki yıllık sürelerle uzatılmış sayılır.

Protokolün sonlandırılması

MADDE 13 – (1) Üniversitenin yeni bir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi açması durumunda, iki tarafın rızası alınmak ve mutabakat sağlamak kaydıyla süre bitimi aranmaksızın protokol sona erdirilebilir.

(2) Birlikte kullanıma geçilen sağlık tesislerinin döner sermaye hesapları, sadece birlikte kullanılan birimlerle sınırlı olmak kaydıyla aktif ve pasifleriyle beraber birleştirilir. Birlikte kullanım sona erdiğinde döner sermaye hesabı, hukuki ve fiziki olarak ayrılması ve bölünmesi mümkün olmayanlar hariç olmak üzere, birlikte kullanıma geçildiği tarihteki aktif ve pasif oranları dikkate alınmak sureti ile ayrılır.

Yürütme

MADDE 14 – (1) Bu protokol hükümlerini Muğla Valisi ve Muğla Üniversitesi Rektörü yürütür.

26/04/2011

Muğla Üniversitesi adına



Prof.Dr. Mansur HARMANDAR
Rektör

Muğla Valiliği adına



Fatih ŞAHİN
Vali

EK-4 ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Muhammet ÇANKAYA
Doğum Yeri : Ereğli/ZONGULDAK
Doğum Yılı : 1981
Medeni Hali : Bekar

EĞİTİM VE AKADEMİK BİLGİLER

Lise 1996-1998 : Kdz. Ereğli Lisesi
Lisans 1998-2003 : Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu
Yabancı Dil : İngilizce (KPDS 56, ÜDS 53,75)

MESLEKİ BİLGİLER

2005-devam ediyor : Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi /Bilgisayar İşletmeni