

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
YÖNETİM ve ORGANİZASYON BİLİM DALI

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ:
KAMU-ÖZEL HASTANELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

Kuralay SARSENOVA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Yrd. Doç. Dr. Aykut BEDÜK

KONYA - 2010



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



BİLİMSEL ETİK SAYFASI

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

Kuralay SARSENOVA



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL SAYFASI

Kuralay SARSENOVA tarafından hazırlanan “Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama” başlıklı bu çalışma 04/06/2010 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı Soyadı Yrd. Doç. Dr. Aykut BEDÜK	Başkan	İmza
Unvanı, Adı Soyadı Doç. Dr. Muammer ZERENLER	Üye	İmza
Unvanı, Adı Soyadı Doç. Dr. Rifat İRAZ	Üye	İmza

ÖNSÖZ

Bu çalışmada emeği geçen ve benden yardımlarını esirgemeyen öncelikle danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Aykut Bedük'e; anket çalışmalarım sırasında bana yardımcı olan değerli ağabeylerim Dr. Dauren Sarsenov ve Anuar Sarsenov'a ve tez süreci boyunca bana huzurlu bir ortam yarattıkları için değerli aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca anket formlarını doldurarak araştırmanın kaynağını oluşturan "Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi" ve "TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi" yönetimi ve doktorlarına çok teşekkür ederim.



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Kuralay SARSENOVA	Numarası - 074227011013
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İşletme Ana Bilim Dalı / Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı	
	Danışmanı	Yrd. Doç. Dr. Aykut BEDÜK	
Tezin Adı		Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama	

ÖZET

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

Bu çalışmada, hastane faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde performans yönetim sistemi anlayışı ile performansın ölçülmesi ve değerlendirilmesi hedef alınmıştır. Belirtilen amaçlar doğrultusunda çalışma hazırlanmıştır. Araştırmada konuyla ilgili yerli ve yabancı literatür taraması yapılarak bu alanda ortaya konmuş kitap, makale, araştırma projeleri, tezler ve internet dokümanları değerlendirilmiş, daha sonra sağlık sektöründe performans yönetimi üzerine kamu ve özelden bir hastane seçilerek anket uygulaması yapılmış, elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı yardımıyla değerlendirilip yorumlanmış ve araştırmanın hipotezleri test edilmiştir.

Performans yönetim sistemini algılayışları açısından kamu (kâr amacı gütmeyen) ve özel (kâr amacı güden) hastanelerde çalışan doktorlar arasında fark olmaması araştırmanın temel sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bu farksızlık sektörün kendi özelliğinden kaynaklanmış olabilir, çünkü sağlık, herkes için, kâr ve kısa vadeli diğer faydalardan daha önceliklidir. Bu da doğal olarak hastaneleri diğer işletmelerden ayırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sektörü, Performans Yönetimi, Kamu-Özel Hastaneler



T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Öğrencinin	Adı Soyadı	Kuralay SARSENOVA	Numarası - 074227011013
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İşletme Ana Bilim Dalı / Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı	
	Danışmanı	Yrd. Doç. Dr. Aykut BEDÜK	
Tezin İngilizce Adı		Performance Management in the Healthcare Industry: a Case of Public-Private Hospitals	

SUMMARY

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

The purpose of the research is to draw a picture of the performance management system used in the healthcare entity as it carries out its main activities. The research was based on the objectives stated. An in-depth research was performed of the domestic and foreign literature on the theme, including specialist books, research papers, university theses, hospital workshops, internet sources, etc. A questionnaire survey was performed on the performance management topic by selecting one public and one private hospital. The survey data were analyzed using statistical software (SPSS 15.0) and used to support hypotheses stated.

Main result of the research is the following: the doctors' perception of the performance management system established on the hospitals surveyed doesn't differ from each other, and thus, there is no difference between public (not-for-profit) and

private (for-profit) hospitals, which may be the feature of the industry itself, namely - that the health care have a higher priority than profits and other short-term benefits, which naturally distinguishes hospitals from other businesses.

Keywords: Healthcare Industry, Performance Management, Public-Private Hospitals

İÇİNDEKİLERSayfa No:

BİLİMSEL ETİK SAYFASI	i
YÜKSEK LİSANS TEZİ KABUL SAYFASI	ii
ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xiv
TABLolar LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xviii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM**SAĞLIK KAVRAMI ve SAĞLIK HİZMETLERİ**

1.1. Sağlık Kavramı.....	3
1.1.1. Sağlık Belirleyicileri	4
1.1.1.1. Çevre	5
1.1.1.2. Davranış.....	6
1.1.1.3. Kalıtım.....	6
1.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri	7
1.1.2. Sağlık Sistemi	7
1.2. Sağlık Hizmetleri.....	10
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	11

1.2.1.1. Yapısal Özellikler.....	11
1.2.1.2. Sürece Yönelik Özellikler.....	12
1.2.1.3. Etkili Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	13
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	17
1.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	19
1.2.2.2. Tedavi Edici Hizmetler.....	20
1.2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	21
1.2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri.....	21
1.3. Hastaneler.....	22
1.3.1. Hastanelerin Tanımı	22
1.3.2. Hastanelerin Özellikleri.....	24
1.3.3. Hastanelerin İşlevleri	31
1.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması	32
1.3.4.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler.....	32
1.3.4.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler.....	33
1.3.4.3. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler	34
1.3.4.4. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler	34
1.3.4.5. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler	35
1.3.4.6. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler	35
1.3.4.7. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler.....	35
1.3.5. Türkiye’de Hastanelerin Organizasyon Yapısı.....	36
1.3.5.1. Üniversite Hastaneleri	36
1.3.5.2. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	37
1.3.5.3. Özel Hastaneler	38

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS KAVRAMI ve PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ

2.1. Performans Kavramı	40
2.2. Performans Yönetimi	41
2.3. Performans Yönetim Süreci	44
2.4. Performans Yönetim Sistemi	46
2.4.1. Performans Yönetim Sisteminin Amaçları.....	47
2.4.2. Performans Yönetim Sisteminin Özellikleri	48
2.5. Performans Ölçümünde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	49
2.6. Performans Değerlendirme	51
2.6.1. Performans Değerlendirmenin Amaçları	52
2.6.2. Performans Değerlendirmenin Yararları	53
2.6.3. Performans Değerlendirme Süreci	55
2.6.4. Performans Değerlendirmenin Hazırlanması	57
2.6.5. Performans Değerlendirme Sonuçlarının Kullanım Alanları	58
2.6.5.1. Ücret Yönetimi.....	58
2.6.5.2. Kariyer Yönetimi	59
2.6.5.3. Stratejik Planlama	59
2.6.5.4. Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi	60
2.6.5.5. Rotasyon, İş Geliştirme ve İş Zenginleştirme Uygulamaları.....	60
2.6.5.6. Sözleşme Yenileme ve İşten Çıkarma.....	61
2.6.5.7. Diğer İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları.....	61
2.6.6. Performans Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar	62
2.6.6.1. Halo (Hale) Etkisi	62
2.6.6.2. Tek Yönlü Ölçüm.....	62

2.6.6.3. Taraflı Ölçüm.....	63
2.6.6.4. Standart Ölçüm (Ortalama Eğilimi)	63
2.6.6.5. Ölçme Aracından Kaynaklanan Hatalar	63
2.6.6.6. Belirli Derecelere Yönelme	64
2.6.6.7. Kontrast Hataları	64
2.6.6.8. Kişisel Önyargılar	64
2.6.6.9. Pozisyondan Etkilenme	65
2.6.6.10. Objektif Olmama.....	65
2.6.6.11. Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme	65
2.6.7. Performans Değerlendirme Yöntemleri	65
2.6.7.1. Karşılaştırma Yöntemleri	66
2.6.7.1.1. Sıralama Yöntemi.....	66
2.6.7.1.2. İkili Karşılaştırma Yöntemi	67
2.6.7.1.3. Zorunlu Dağıtım Yöntemi.....	67
2.6.7.2. Grafik Dereceleme Ölçekleri	68
2.6.7.3. Kontrol Listeleri Yöntemi	69
2.6.7.4. Amaçlara Göre Değerlendirme Yöntemi.....	69
2.6.7.5. 360° Performans Değerlendirme Yöntemi	70
2.6.7.6. Başarı Ölçeği Yöntemi	74
2.6.7.7. Kritik Olay Yöntemi.....	76
2.6.7.8. Öz Değerlendirme Yöntemi.....	76

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerlendirme.....	77
3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard).....	79
3.1.2. Hastane Performansı	84
3.1.2.1. Hastane Performansının Temel Göstergeleri.....	85
3.1.2.2. Hastanelerde Personel Performansı Değerlendirmenin Önemi	87
3.1.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi	88
3.2. Performans Ölçüm Aracı Olarak Veri Zarflama Analizi	91

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ: KAMU-ÖZEL HASTANELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri.....	95
4.2. Araştırmanın Yöntemi	96
4.3. Anket Formlarının Hazırlanması, Verilerin Kodlanması ve Analizi.....	97
4.4. Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi.....	97
4.4.1. Hastanelerdeki Demografik Dağılımlar	98
4.4.2. Hastanelerde Performans Değerlendirmesi	105
4.4.3. Hastanelerdeki Personelin Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	115
4.4.4. Hastanelerin Performans Yönetimindeki Sorunlarının Değerlendirilmesi	118
4.4.5. Hastanelerin Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Değerlendirilmesi	120
4.4.6. Hastanelerin Zaman İçindeki Değişimlerinin Değerlendirilmesi	122

SONUÇ ve DEĞERLENDİRME	124
KAYNAKÇA	127
EKLER	135
Ek-1: Anket Formu.....	135
Ek-2: Özgeçmiş.....	140

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AGY	: Amaçlara Göre Yönetim
AHCPR	: Agency for Health Care Policy and Research
BCC	: Banker, Charnes, Cooper
bkz.	: bakınız
CCR	: Charnes, Cooper, Rhodes
CONQUEST	: Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System (Bilgisayarlı İhtiyaç Odaklı Kalite Değerlendirme Sistemi)
CRS	: Constant Return to Scale (Ölçekten Sabit Getiri)
HEDIS	: Health Employer Data and Information Set (Sağlık İşverenleri Veri ve Bilgi Seti)
JCAHO	: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)
KBB	: Kulak, Burun, Boğaz
MÖ	: Milattan Önce
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	: Sağlık ve Sosyal Yardım Bankası
vb.	: ve benzeri
vd.	: ve diğerleri
VRS	: Variable Return to Scale (Ölçekten Değişken Getiri)
VZA	: Veri Zarflama Analizi
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLolar LİSTESİSayfa No:

Tablo-1: Sıralama Yöntemi	66
Tablo-2: İkili Karşılaştırma Tablosu	67
Tablo-3: Performans Değerlendirmede Grafik Dereceleme Ölçeği.....	68
Tablo-4: Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemi ile 360° Geribildirim Yöntemi Arasındaki Farklar	73
Tablo-5: Balanced Scorecard'ın Dört Yaklaşımı	83
Tablo-6: Hastanelerdeki Cinsiyet Dağılımı	98
Tablo-7: Hastanelerdeki Yaş Dağılımı.....	99
Tablo-8: Hastanelerdeki Medeni Durum Dağılımı	100
Tablo-9: Hastanelerdeki Unvan Dağılımı.....	101
Tablo-10: Hastanelerdeki Bölüm Dağılımı	102
Tablo-11: Meslekteki Toplam Çalışma Süresi Dağılımı.....	103
Tablo-12: Şu An Çalışılan Hastanedeki Toplam Çalışma Süresi Dağılımı.....	104
Tablo-13: Performans Değerlendirme Sıklığının Hastanelere Göre Karşılaştırılması	105
Tablo-14: Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Hastanelere Göre Kullanım Dağılımı	106
Tablo-15: Performans Değerlendirmenin Kimler Tarafından Yapıldığı ve Yorumlandığının Hastanelere Göre Karşılaştırılması	107
Tablo-16: Performans Değerlendirme Sürecinin Bir Parçası Olarak Ödüllendirmenin Hastanelere Göre İşletilmesinin Değerlendirilmesi	108
Tablo-17: Kişisel Performansı Arttırmak İçin Başvurulan Yöntemlerinin Hastanelere Göre Dağılımı	109

Tablo-18: Son 6 Ay İçerisinde Hastanelere Göre Hizmet İçi Eğitimin Düzenlenmesinin Hastanelere Göre Değerlendirilmesi	110
Tablo-19: Doktorların Yöneticilerini İş ve Görevle İlgili Konularda Eleştirebilmesinin Hastanelere Göre Dağılımı	111
Tablo-20: Doktorların Hastanelerdeki İş ve Görevleri İle İlgili Fikirlerine Önem Verilmesi ve Sorulmasının Hastanelere Göre Dağılımı	112
Tablo-21: Fazla Mesai Süresinin Hastanelere Göre Değerlendirilmesi	113
Tablo-22: Fazla Mesai Yapılması Nedenlerinin Hastanelere Göre Dağılımı.....	114
Tablo-23: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Doktorların Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	115
Tablo-24: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesindeki Doktorların Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi	116
Tablo-25: Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Hastanelere Göre Karşılaştırılması	117
Tablo-26: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Performans Yönetimindeki Sorunlarının Değerlendirilmesi.....	118
Tablo-27: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinin Performans Yönetimindeki Sorunlarının Değerlendirilmesi	119
Tablo-28: Performans Yönetimindeki Sorunlarının Hastanelere Göre Karşılaştırılması	119
Tablo-29: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Değerlendirilmesi	120
Tablo-30: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinin Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Değerlendirilmesi.....	120
Tablo-31: Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Hastanelere Göre Karşılaştırılması	121
Tablo-32: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Zaman İçindeki Değişimlerinin Değerlendirilmesi	122

Tablo-33: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Zaman İçindeki Değişimin Analizi	122
Tablo-34: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinin Zaman İçindeki Değişimlerinin Değerlendirilmesi	123
Tablo-35: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesindeki Zaman İçindeki Değişimin Analizi	123

ŞEKİLLER LİSTESİSayfa No:

Şekil-1: Sağlığı Etkileyen Faktörler	5
Şekil-2: Sistem Yapısı	8
Şekil-3: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel Özellikleri	14
Şekil-4: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	18
Şekil-5: Hastanelerde Matriks Yapıya Örnek	30
Şekil-6: Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması Örneği.....	37
Şekil-7: Performans Yönetim Süreci.....	45
Şekil-8: Performans Değerlendirme Süreci	57
Şekil-9: Başarı Ölçeği.....	75

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri sunumu, sağlık sektöründe yer alan tüm kurum ve kuruluşların ortak katılımını gerektirmekte ve bu durum sağlık sektörü olarak adlandırılan yapının ortaya çıkmasını sağlamaktadır. Sağlık sektörü, sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan, sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek ve tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kuruluş, statü, ürün vb.nin tümünü belirtmek için kullanılan genel ve kapsayıcı bir kavramdır.

Hastane yöneticileri, yönetsel kararlar almada, iş görenlerinin ücret artışlarını, terfilerini, işten çıkarma durumlarını belirlemede, güçlü ve zayıf yönlerini görmede, eğitim, disiplin ve bütçenin hazırlanmasında, bununla birlikte performanslarının geliştirilmesinde, iş görenleri kurumun hedeflerine yöneltmeyi sağlamada, performansın etkili bir biçimde değerlendirilmesine gereksinim duyar. Hastanelerin bir ölçüde amaçlarına ulaşabilmesi, iş görenlerinin performanslarını profesyonel bir biçimde değerlendirmesiyle ve performans değerlendirme yöntem ve tekniklerini çok iyi uygulaması ile mümkün olmaktadır.

Performans terimi, bir işi yapan bir bireyin, bir grubun ya da bir işletmenin o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabileceğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak anlatımını ifade eder. Bu doğrultuda “performans yönetimi” kavramı ise belirlenen hedeflere ulaşabilmek için bireylerin ve işletmenin ne yapması gerektiğinin belirlenmesini, bunların nasıl yapılacağına formüle edilmesini, uygulanmasını, sonuçların değerlendirilerek eksiklerin giderilmesini ve öneriler geliştirilmesini kapsar.

Performans ölçümü planlı ve döngüsel bir çalışmayı gerektiren bir süreçtir. Bu amaçla oluşturulacak ölçüm sisteminin kuruluşların kendi ihtiyaçları doğrultusunda şekillenmesi kaçınılmazdır. Stratejik planlama sürecinin bir uzantısı olarak da değerlendirilebilecek performans ölçümü, sonuçları itibarıyla kuruluşların

eksikliklerini ve potansiyel kapasitelerini açığa çıkararak sürekli iyileştirmeye zemin hazırlar.

Sağlık kuruluşları açısından performans, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği stratejik amaçları gerçekleştirmek üzere giriştikleri faaliyetlerin ve personelin iş ve işlemlerinin sonucunun nicel ya da nitel olarak belirlenmesi, böylece sağlık kuruluşlarının genel olarak başarısının tespit edilmesi olarak tanımlanabilir.

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

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

Çalışmanın üçüncü bölümünde, sağlık sektöründe performans yönetiminin gelişimi ve performans ölçümü incelenmektedir.

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

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KAVRAMI ve SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşam hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, bugünkü içeriğinden farklı olsa da, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Hammurabi kanunları, bu konuda en iyi bilinen örnektir. MÖ 2000 yılında yaşayan Babil Kralı Hammurabi, kendi adıyla anılan kanunlarda, hizmet hekimlerin sorumluluklarını ve alacağı ödülleri belirlemiştir.

Sağlık kavramı farklı biçimlerde tanımlanmakla birlikte günümüzde Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirmiş olduğu sağlık tanımının büyük kabul gördüğü söylenebilir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), sağlığı, “yalnızca hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu” olarak tanımlamaktadır. Bu tanıma göre sağlık, çok boyutlu bir kavramdır ve birbiriyle ilişkili çok sayıda faktör sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı biçimde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 18).

Benzer bir tanım, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki 224 Sayılı Kanun ile Türk sağlık mevzuatına girmiştir. Bu Kanunun 2. maddesine göre sağlık, “yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir” (Aktaran: Dağlı, 2006: 12).

Diğer bir deyişle sağlıklı kişi, fiziksel ve toplumsal çevre ile ilgili olarak vücut ve kafası düzenli bir biçimde çalışan kişidir. Sağlık, ferdin hastalık ve ölüme karşı koyabilmesi yeteneğidir. Kısacası sağlık, hastalıklardan uzak olma ve sağlıksız olmama durumunu ifade eder. Sağlık konusunda üç görüş mevcuttur. Bunlardan birincisi olan biyomedikal görüşe göre tamamen tıbbi olan, kanser, yüksek tansiyon, şizofreni gibi çeşitli hastalıklar sağlıksızlık olarak görülmektedir. İkinci görüş olan fonksiyonel yaklaşımda ise fertlerin duygu, düşünce ve yeteneklerinin normalden farklılık arz etmesi ve fonksiyonlarını yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilir. Sonuncu yaklaşım olan kültürel yaklaşımda da fonksiyonel yaklaşıma benzer şekilde, kişinin toplum içindeki yerini, sorumluluğunu ve

ödevlerini yerine getirememesi durumu sağlıksızlık olarak kabul edilmektedir. Diğer bir deyişle sonuncu yaklaşıma göre ferдин değer yargılarıyla toplumun değer yargılarının birbirini tutmaması sağlıksızlıktır (Karabulut, 1998: 4-5).

Sağlık kavramının daha iyi anlaşılması için onun tam zıttı olan hastalık kavramının açıklanmasında da fayda vardır.

Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal, fonksiyonel ve normal olmayan değişikliklerin meydana getirdiği bir haldir. Yapılan bu tanım biyolojik bir tanımdır, ama hastalık biyolojik bir süreç değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve kültürel bir olgudur.

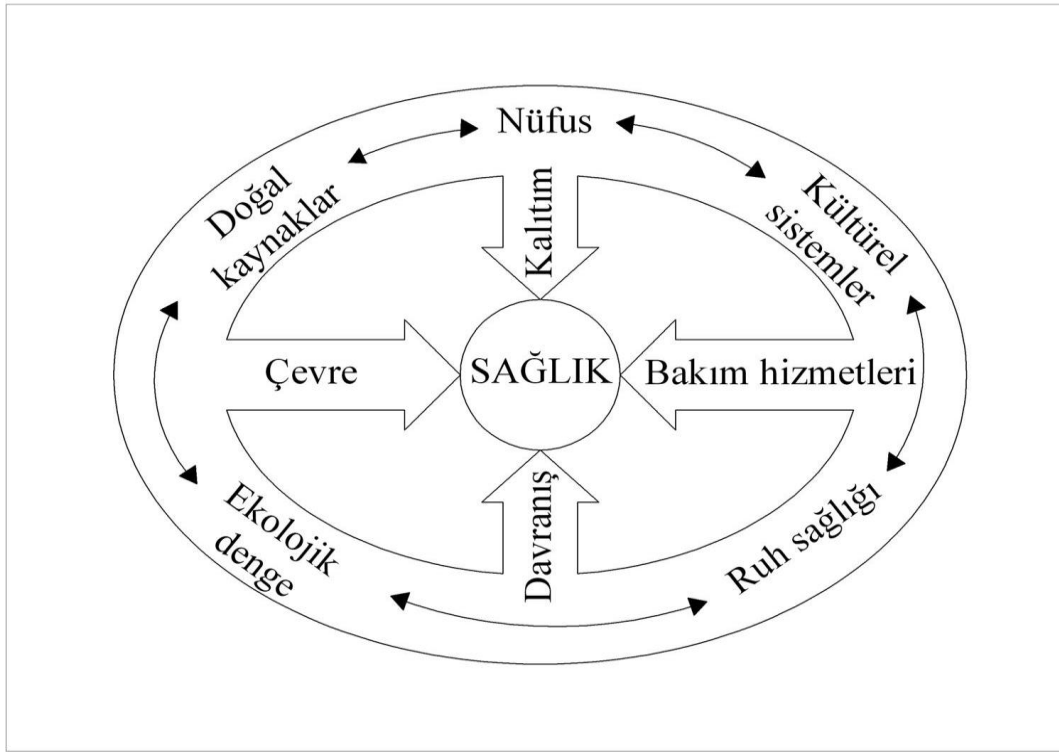
Kişilerin hastalıklardan korunması veya hasta olduklarında sağlıklarına kavuşturulması için birçok hizmetler verilmektedir. Sağlık hizmetleri; kişilerin veya toplumun hastalık ve sakatlıklardan korunarak, kişilerin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılan hizmetlerin bütünüdür.

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 dolaydı 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 (Dağıstan, 2001: 2-3).

1.1.1. Sağlığın Belirleyicileri

Şekil-1’de psikososyal (duygusal ve zihinsel) ve bedensel sağlık veya iyilik halinin girdileri olarak çevre, davranış, kalıtım ve sağlık hizmetlerinin sağlığı nasıl etkilediğini gösterilmektedir. Bu dört girdinin her biri ekolojik denge, doğal kaynaklar, nüfus karakteristikleri, kültürel sistem ve akıl sağlığı yolu ile diğerlerini etkiler ve bu girdiler birbirleri ile ilişkilidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 35).

Şekil-1: Sağlığı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 19.

1.1.1.1. 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., 2009: 36):

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 (Tengilimoğlu vd., 2009: 36). Örneğin, barınmanın kalabalık, soğuk ya da sıcak, rutubetli, havasız olması, güneş almaması, standartlara uygun olmaması, güven ve huzur hissi vermemesi, akarsuyunun bulunmaması sağlığı bozucu yönde etkide bulunmaktadır (Karabulut, 1998: 14).

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 (frenji 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., 2009: 37).

1.1.1.2. Davranış

Bireyin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirmiş olduğu değerler, tutumlar, davranışlar ve alışkanlıklar kişinin yaşam tarzını belirlemektedir. Sigara kullanma, alkol içecekler tüketme, kişisel temizliğe özen göstermeme, uyuşturucu bağımlılığı, sağlık hizmeti gereksinmesine dikkatli kullanmama, hekim önerilerini göz ardı etme gibi davranışlar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir (Kavuncubaşı, 2000: 22).

1.1.1.3. Kalıtım

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

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 artrit,

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., 2009: 37).

1.1.1.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

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., 2009: 38).

1.1.2. Sağlık Sistemi

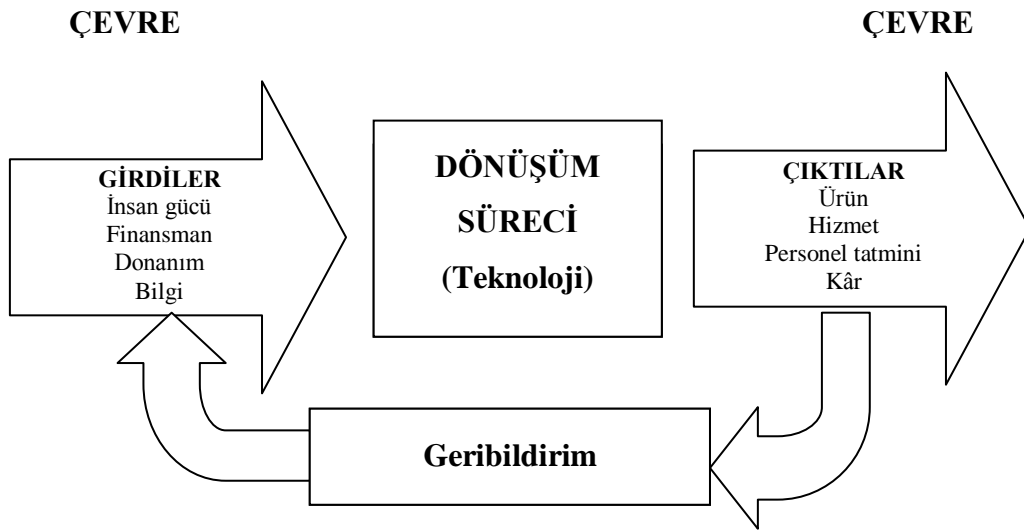
Bir olgu veya olayı incelemede kullanılacak çeşitli taslak veya yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu taslak ve yaklaşımlardan birisi de sistem yaklaşımıdır. Sistem yaklaşımı, bir olgu ve olayı olduğu çevre ve oluşturan öğeleri bütüncül olarak ele alan bilimsel bir yaklaşım olarak kabul edilebilir. Sağlık sistemini incelemeyen önce, sistem yaklaşımı hakkında özel bilgilerin verilmesi yararlı olacaktır.

Sistem kavramı, “ortak amaca yönelmiş birbirleriyle ilişkili parçalar (alt sistemler) bütünü” olarak tanımlanabilir. Şekil-2’de basit bir sistem yapısı sunulmuştur. Şekilde verildiği gibi bir sistem, içinde bulunduğu çevreden girdiler almakta, bu girdileri üretim sürecinden geçirerek çıktıya dönüştürmekte ve aynı çevreye vermektedir. Bir sistemin üç temel ögesi bulunmaktadır: Birinci öge, sistemin üretim faaliyeti için gereksinim duyduğu kaynaklar (girdiler)’dir. Çevreleriyle sürekli etkileşim halinde olan açık sistemler, bu çevreden çeşitli girdiler almaktadır. Dönüşüm süreci, bir sistemin ikinci ana ögesidir. Sistem çevreden aldığı bu girdileri, dönüşüm sürecinden (üretim süreci) geçirmekte, ürün ve hizmetlere

dönüştürmektedir. Açık sistemlerin üçüncü ögesi, çıktılardır. Açık sistemler dönüşüm sürecinde elde edileni ürün ve hizmetleri çevreye sunmaktadır.

Her sistemin ayrıca bir geribildirim mekanizması bulunmaktadır: bu mekanizma aracılığıyla sistem kendisi ve çıktıkları ile ilgili olarak çevrenin değerlendirmelerini öğrenmekte, buna göre kendi davranışlarını biçimlendirmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 25).

Şekil-2: Sistem Yapısı



Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 26.

Sağlık sektörü, bireylerin hastalıklardan korunmasını sağlayan aşılama, koruma hizmetlerinden, hastalıkların iyileştirilmesini sağlayan tedavi hizmetlerine, tedavi sonrasında hareket kabiliyetini yitirmiş olan bireylerin uyum sağlamasını amaçlayan rehabilitasyon hizmetlerine kadar birçok hizmeti kapsar. Böylesine geniş bir yelpazeye sahip sağlık sektöründeki faaliyetlerin, bir sistem bütünlüğü içinde ele alınması gereğini ortaya çıkarır.

Sağlık sistemi, sağlık hizmetlerinin arzı, finansmanı, hizmetin kapsamı, bireylerin sağlık konusunda eğitimi, sağlık mevzuatı, sağlık politikalarının belirlenmesi gibi konularda ülkede var olan organizasyon bütününe ifade etmektedir. Bir başka tanımla, sağlık sistemi, konuyla ilgili personel ve kurumları, ekonomik

kaynakları, araştırma çalışmalarını, devlet veya toplumun, hastalıkların, erken ölümlerin, sakatlıkların önlenmesine ve diğer sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin çabalarını kapsayan bir deyimdir (Dağlı, 2006: 15).

Genel olarak, bir sağlık sisteminde: (1) toplum içinde yer alan bireyler, (2) hizmet kurumları, (3) finans kurumları, (4) destek kurumları ve (5) devlet olmak üzere beş taraf söz konusudur. Ancak devlet aynı zamanda hizmet, destek ve finansman kurumları öğeleri içine de girmektedir. Toplumun yani bireylerin sağlık hizmeti ihtiyacını veya talebini karşılamak üzere kamu kesimi, kâr amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar veya özel sektör tarafından kurulmuş olan sağlık hizmet kurumları, sağlık sisteminin temel unsurlarıdır. Sağlık hizmeti kurumları ise poliklinik, dispanser, hastane, laboratuvar gibi doğrudan tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumların yanı sıra, genel olarak koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık ocağı, ana-çocuk sağlığı, halk sağlığı laboratuvarı, çevre sağlığı birimleri gibi kurumlardan oluşur.

Devlet, sağlık sistemi içinde, sadece ilgili yasal düzenlemeleri yapmakla sınırlı kalmayıp, aynı zamanda denetleyici olarak da sistemde aktif rol oynamaktadır. Devletin denetleyiciliği, sağlık sisteminin etkin bir şekilde çalışması açısından çok önemlidir. Ayrıca sağlık sisteminde devletin belirleyiciliği, ülkeden ülkeye çok değişebilmektedir. Örneğin, sağlık hizmetlerinin esas olarak özel sektör eliyle yürütüldüğü ABD’de, devletin ağırlığı çok sınırlı iken, devletçi bir anlayışla oluşturulmuş ulusal sağlık sisteminin yürürlükte olduğu İngiltere’de devletin önemli belirleyiciliği vardır. Türkiye gibi bu iki uç arasında yer alan sosyal yönelimli ülkelerde ise devlet, bir yandan doğrudan sağlık hizmeti sunan birimleri kurmakta, işletmekte ve önemli sayıda sağlık personeli istihdam etmekte, diğer yandan da özel sektörce sağlanan hizmetler üzerinde denetim gerçekleştirmeye çalışmaktadır. Bu arada, sağlık hizmetlerini esas olarak özel sektör eline bırakmış olan sağlık sistemlerinde de, en azından koruyucu sağlık hizmetlerinin devlet kurumları kanalıyla yürütüldüğünü, bu bakımdan tümüyle devlet müdahaleleri dışında düzenlenmiş sağlık sistemlerine sahip ülkelerin yaygın olmadığına işaret etmek gerekir (Dağlı, 2006: 16).

1.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri denildiğinde sağlık sektörünün merkezinde yer alan, kamu ve özel kurum ve kuruluşlar tarafından üretilen, sağlık iş gücü tarafından sunulan mal ve hizmetlerden oluşan bir kapsam anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetleri, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması, çevre sağlığı, tıp eğitimi, ilaç, medikal araç ve gereç üretimi gibi, sağlıklı kişilerin sağlığını koruyan, hastaları iyileştiren ve kişilerin yaşam kalitelerinin sağlık yönünden yükseltilmesi niteliğindeki hizmetleri kapsamaktadır (Dağıstan, 2001: 3).

Sağlık sektörü tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bu hizmetlerin amacı toplumun tümü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önlemek ve daha sağlıklı ve üretken bir toplum elde etmektir. Sağlık hizmetlerinin temel girdileri; insan kaynakları, sermaye, teknoloji, hammadde yani alet ve ekipmanlardır. Sağlık sisteminin çıktıları ise yaşam süresinin uzatılması, hayatta kalma, hastalıkların tedavisi ve bu konudaki gelişmelerdir (Akın, 2007: 6-7).

Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır: Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçlarını gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistemdir (Karabulut, 1998: 16).

Sağlık hizmetleri; sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıklarının oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür (Tengilimoğlu vd., 2009: 38).

Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümünü kapsar. Sağlık hizmetlerinin amacı (Taşkiran Mohammad, 2007: 50):

1. Sağlık talebi oluşmasını sağlamak.
2. Toplumun sağlık standardını yükseltmek.
3. Kişilerin hasta olmaması için gerekli tedbirleri almak.

4. Hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasını sağlamak.
5. Hasta ve sakat olanların iyileştikten sonra adaptasyonlarını sağlamak.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık kurumlarının diğer endüstri ve hizmet kurumlarından ayıran özellikleri bulunmaktadır. Sağlık kurumlarının kendine özgü özelliklerini, sağlık kurumları yönetimi ve işletmeciliğinin ortaya çıkışını hazırlayan faktörler olarak görmek olanaklıdır. Sağlık kurumları hizmet üreten kurumlardır (Kavuncubaşı, 2000: 50).

Sağlık örgütlerinde hizmetler, hastanın (müşterinin) tıbbi gereksinmesine bağlı olarak (hastalık durumuna) verilmektedir. Hastaların sağlık gereksinimleri farklılık gösterdiğinden verilen hizmetler müşteriye göre farklılaşmaktadır (Nas, 2006: 74).

Aşağıda sağlık kurumlarının yapı ve süreç ile ilgili özellikleri açıklanmıştır (Kavuncubaşı, 2000: 52-56):

1.2.1.1. Yapısal Özellikler

- *Sağlık kurumlarında uzmanlaşma seviyesi çok yüksektir.* Hastalık dokusunda ortaya çıkan değişiklikler, tıp bilimi ve teknolojik gelişmeler uzmanlaşma derecesini arttıran faktörlerin başında gelmektedir.

- *Sağlık kurumlarında işlevsel bağımlılık çok yüksektir; bu nedenle farklı meslek gruplarının faaliyetleri arasında yüksek düzeyde eşgüdüm gereklidir.* İşlevsel bağımlılık bir kişi ya da birimin iş yapabilmesi için bir başka kişi ve birimin hizmetlerine gereksinme duyması anlamına gelmektedir. Bir sağlık kurumuna başvuran hastaya, çok fazla sayıda birim ve kişi hizmet vermeye başlamaktadır. Sağlık kurumlarında bir kişi ya da birimin işlerinin aksaması (elektriğin kesilmesi, röntgen cihazının bozulması, laboratuvarında malzeme bulunmaması), tüm sağlık kurumunu olumsuz yönde etkileyecektir.

- *Sağlık kurumlarında insan kaynakları profesyonel kişilerden oluşur ve bu kişiler kurumsal hedeflerden daha çok mesleki hedeflere önem vermektedir.* Profesyonelleşme, kurum çalışanlarının eğitim düzeyini ifade eder. Sağlık kurumlarında çalışan insan kaynaklarının profili incelendiğinde, insan kaynaklarının yetiştirilmesinin uzun bir zaman gerektirdiği görülür.

Profesyonel kişiler temel olarak mesleki hedefler üzerinde odaklanmaktadırlar, görevlerini mesleğin etik kuralları çerçevesinde yerine getirmektedirler. Profesyonel kişiler için mesleki amaçlar, kurumsal amaçların önündedir. Bir hekimin temel amacı, maliyeti ne olursa olsun hastanın en iyi biçimde tedavi edilmesidir. Sağlık kurumları yöneticisinin temel amacı da örgütsel performansın sağlanması yani kalite ve verimlilik hedeflerinin eş zamanlı gerçekleştirilmesidir.

- *Hizmet miktarını ve sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü belirleyen hekimlerin faaliyetleri üzerinde tam etkili olan yönetsel ve örgütsel denetim mekanizması kurulamamıştır.* Sağlık kurumlarında hizmet miktarını belirleyen en önemli iş gören grubu hekimlerdir. Sağlık kurumlarında yer alan bölümlerin büyük bir kısmı hekimin iş talebine (order) göre üretim gerçekleştirir. Örneğin, hekim istemeden röntgen teknisyeninin film çekmesi ya da bir laboratuvar teknisyeninin kan analizi yapması mümkün değildir.

- *Hastaneler başta olmak üzere tüm sağlık kurumlarında ikili otorite hattı bulunmaktadır ve bu durum eş güdümlenme, denetim ve çatışma sorunlarına yol açmaktadır.* Meslekleşme düzeyinin yüksek oluşu nedeniyle sağlık kurumlarında profesyonellerin önemli derecede özerkliği bulunmaktadır. Profesyonel kişilerin mesleki bilgi ve deneyimden kaynaklanan otoriteleri bulunmaktadır.

1.2.1.2. Sürece Yönelik Özellikler

- *Sağlık kurumlarında yapılan işler oldukça karmaşık ve değişkendir.* Sağlık kurumlarında karmaşıklık, çok sayıda amacın bulunması ve bunun sonucunda yapılan işlerin, makamların, bölümlerin ve yönetsel kademelerin artması anlamına gelmektedir. Sağlık kurumları, temel işlevi olan tanı ve tedavi hizmetleri yanında, eğitim ve araştırma işlevlerini de sağlamaktadır. Dolayısıyla verilen hizmetlerin sayısı arttıkça, karmaşıklık derecesi ve karmaşıklığın yarattığı sorunlar da artış göstermektedir. Tıbbi bakım hizmetlerinde çok önemli mesafe alınmasına rağmen etkili bir standardizasyon sağlanamamıştır. Başka bir anlatımla aynı hastalığın tedavisi de kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Hastaların yaş, cinsiyet, ırk, genetik özellikleri ile hastalığın şiddeti gibi etmenler nedeniyle aynı hastalığı bulunan kişiler farklı yöntemlerle tedavi hizmeti alırlar.

- *Sağlık kurumlarında gerçekleştirilen etkinliklerin büyük kısmı acil ve ertelenemez niteliktedir.* Sağlık kurumlarında 24 saat kesintisiz hizmet üretilir, sağlık durumu bozulan ya da sağlık durumundan kuşkulanan kişiler her an sağlık hizmeti almak için başvurabilir. Bu başvuruyu geri çevirmek bilimsel, hukuksal ve etik bakımdan olanaklı değildir. Birkaç istisnai durum dışında hastaların hizmetten yaralanması ertelenemez; hastanın tedavisi için gerekli işlemler zaman yitirmeksizin gerçekleştirilir.

- *Yapılan işler hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlıdır ve tolerans gösteremez.* Sağlık kurumlarında üretilen hizmetler insan hayatı ile ilgilidir, sağlık profesyonellerinin karar ve eylemleri hastanın hayatta kalma şansını doğrudan etkilemektedir. Tanı ve tedavi sürecinde yapılan hataların sonradan düzeltilmesi olası değildir. Bu açıdan sağlık kurumlarında “iş ilk seferde ve doğru biçimde gerçekleştirme” kalite ilkesi olarak benimsenmiştir.

- *Çıktının tanımlanması ve ölçümü güçtür.* Sağlık kurumlarının temel girdisi ve çıktısı insandır; koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin sonuçlarını öteki hizmet endüstrilerinde olduğu gibi çok kısa bir süre içinde görmek ve değerlendirmek mümkün değildir.

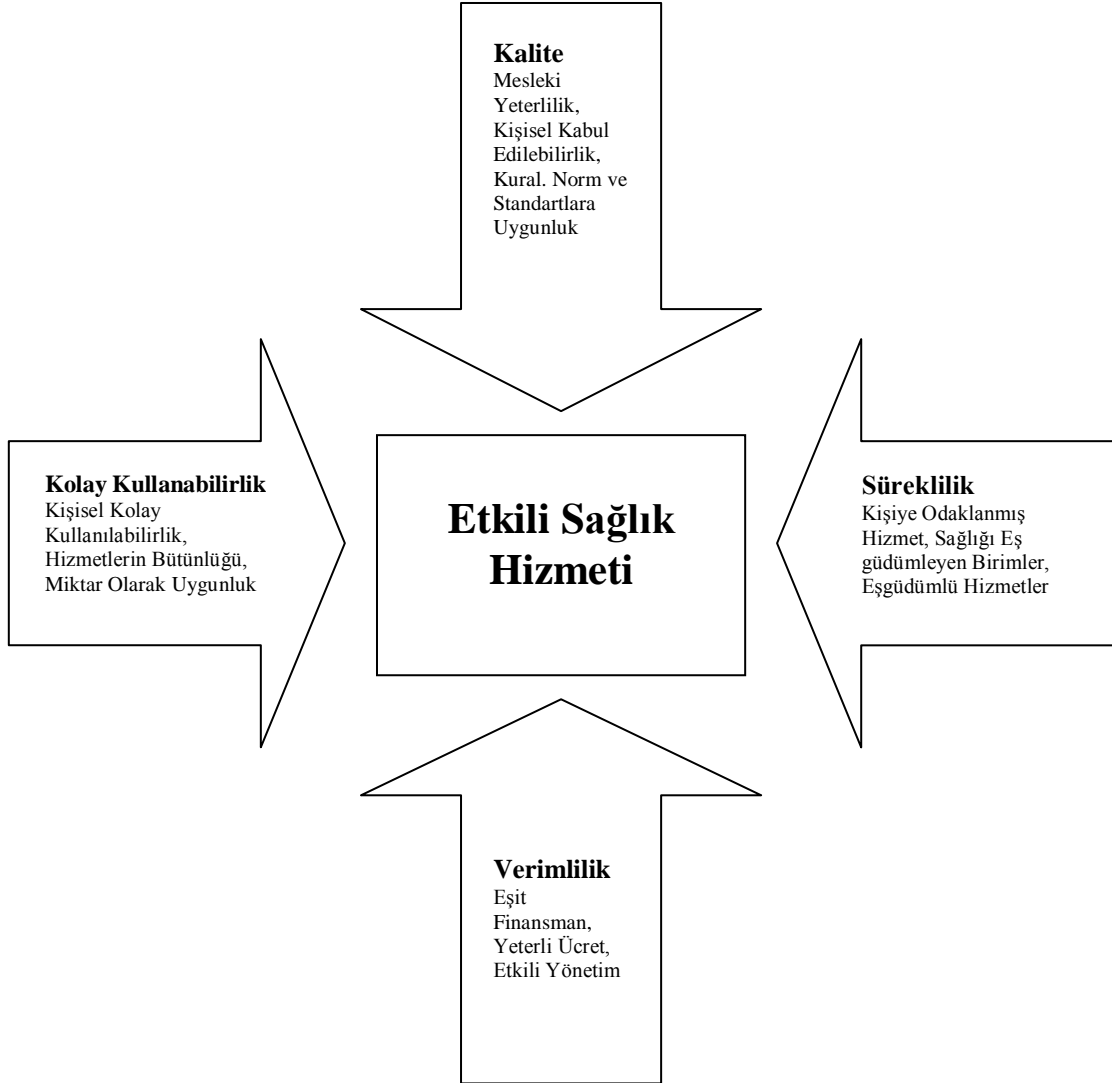
Sağlık kurumlarının bu özelliklerinin bir kısmının veya tamamının diğer yapım (imalat) ve hizmet işletmelerinde de bulunduğu ileri sürülebilir; ancak bu özelliklerin derecesi, diğer yapım ve hizmet işletmelerine oranla sağlık işletmelerinde daha yüksektir (Kavuncubaşı, 2000: 56).

1.2.1.3. Etkili Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin toplumsal anlamda etkili olabilmesi için birtakım özelliklere sahip olması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin hem makro hem de mikro düzeyde planlanması, organize edilmesi ve sunulmasında bu özelliklere dikkat edilmesi yararlı olacaktır. Beverles A. Myers, etkili bir sağlık hizmetinin taşıması gereken özellikleri ayrıntılı biçimde incelemiştir. Yazara göre sağlık hizmetleri, bütünlük göstermeli ve eşgüdümlü biçimde sunulmalıdır. Üretilen ve sunulan sağlık hizmetlerinin bu özelliklerden herhangi birini taşıması durumunda, toplum ve

birey sağlığı üzerinde arzulanan etkileri yaratamayacağı söylenebilir (Aktaran: Kavuncubaşı, 2000: 64).

Şekil-3: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Temel zellikleri



Kaynak: Kavuncubaşı, 2000: 65.

Etkili sağlık hizmetinin özellikleri şunlardır (Nas, 2006: 77-79):

Kolay Kullanılabilirlik: Hem hizmetten yararlananlar hem de hizmet sunular açısından incelenebilir. Hizmetten yararlananlar (toplum) açısından kolay kullanılabilirlik, “bireylerinin ihtiyaç duyduğu yerde ve zamanda hizmetlere ulaşabilmesi ve ihtiyaç duyduğu tüm hizmetleri yeterli miktarda kullanabilmesi”

olarak tanımlanabilir. Hizmeti sunanlar bakımından ise kolay kullanılabilirlik, “hizmet sunan kişilerin (sağlık profesyonelleri), ihtiyaç duydukları ilaç, araç-gereç, hizmetler ve diğer sağlık profesyonellerine kolay ulaşabilmesi” anlamına gelir. Hizmetlerin kolay kullanılabilirliğini sağlamak için aşağıdaki koşulların sağlanması gereklidir (Nas, 2006: 78):

— *Kişisel kolay kullanılabilirlik*: gereksinim duyan bireylerin, sağlık hizmetlerini nerede, nasıl ve kimden alacaklarıyla ilgili olarak güçlüklerle karşılaşmamasıdır. Kişilerin ihtiyaç duydukları yer ve zamanda sağlık hizmetleri kolay elde etmesi sağlamak için, sağlık hizmetleri sistemi içinde iyi belirlenmiş bir giriş noktası (sağlık ocağı, muayenehane, aile hekimi) veya noktaların oluşturulması zorunludur.

— *Sağlık hizmetlerinin bütünlüğü*: hizmetlerin tüm ihtiyaçları yeterli ölçüde karşılayabilecek çeşitlilikte olmasıdır. Gittikçe karmaşıklaşan sağlık problemleri karşısında çok daha geniş kapsamlı hizmetlere ihtiyaç duyulmaktadır.

— *Miktar olarak uygunluk*: hizmetlerin miktar yönünden tüm gereksinimleri karşılayabilmesidir. Birey ve toplumun tüm sağlık ihtiyacını karşılayacak miktarda sağlık hizmetinin üretilmesi için araç, gereç, malzeme ve sağlık personelinin yeterli düzeyde olması gerekir.

Kalite: Sağlık hizmetlerinde kalite, hizmetlerin hem bilimsel norm ve standartlara hem de bireylerin beklentilerine uygun olarak sunulması anlamına gelir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin sağlanması için aşağıdaki konular önem taşımaktadır (Nas, 2006: 78):

— *Mesleki yeterlilik*: hizmet sunan sağlık personelinin kendi alanı ile ilgili güncel, bilimsel bilgi ve becerilere sahip olabilmesi ve bu bilgi ve becerileri uygulayabilmesidir. Mesleki yeterlilik, nitelikli sağlık personeli istihdamı ve personelin sürekli geliştirilmesiyle sağlanabilir.

— *Kişisel kabul edilebilirlik*: hizmet sunum tarzının, bireylerin beklentilerine, değer ve normlarına uygun olmasıdır. Hizmetler, yeterliliği bulunan personel tarafından bilimsel standartlara uygun olarak sunulmuş olsa bile, yeterli

bilgilendirilmeme, personelin güven telkin etmemesi, nazik davranmaması gibi nedenlerden dolayı bireyler hizmeti kabul etmeyebilirler.

— *Kalitenin uygunluğu*: verilen hizmetlerin, meslek odaları ve kalite örgütleri tarafından belirlenmiş standartlara uygun olmasıdır.

Süreklilik: Sağlık hizmetleri, yalnızca tedavi hizmetleri anlamına gelmemektedir. Sağlık düzeyini geliştirmek için birey ve toplumun sağlık durumlarının sürekli takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gereklidir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği, sağlık hizmetlerinin entegre olmasıyla başarılabilir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için aşağıda verilen konular önem taşımaktadır (Nas, 2006: 79):

— *Kişiyeye odaklanmış bakım*: amaç, kişinin sadece hastalığı ile ilgilenmek değil, onun sağlığını yükseltmek ve korumaktır. Bu nedenle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri entegre edilmelidir.

— *Eş güdümlenmiş birimler*: birey ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmek için, hizmet sunan örgütler arasında eşgüdümü, uyumlu çalışmayı sağlayan birimler oluşturulmalıdır. Eş güdümlenmiş birimler, bireyin ihtiyaç duyduğu bütün hizmetleri doğrudan sağlamasa bile, bireyin alacağı hizmetleri koordine edebilir. Eş güdümlenmiş birimlere örnek olarak aile hekimleri verilebilir.

— *Eş güdümlenmiş hizmetler*: sağlık hizmetlerinde sürekliliği sağlamak için sağlık örgütleri arasında eşgüdümün sağlanması gereklidir. Sağlık hizmetlerinde eşgüdümü sağlamak için, bölgesel ve ulusal boyutta sağlık hizmetleri planlamasına ve organizasyonuna gereksinim duyulur.

Verimlilik: Verimlilik, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların akılcı kullanılması anlamına gelir. Verimlilik aracılığıyla, sağlık hizmetleri maliyetleri aşağıya çekilerek, bireylerin hizmetten yararlanma olanakları artırılır (Kavuncubaşı, 2000: 67):

— *Adil finansman*: hizmet maliyetleri, bireylerin hizmet kullanımını engellememelidir. Bireyler de, ekonomik güçleri oranında sağlık hizmeti harcamalarını finanse etmelidir.

— *Yeterli ücret politikası:* sağlık personeline, verdikleri hizmetin türüne, eğitim ve deneyim durumuna paralel ücret ödenmesidir.

— *Etkili yönetim:* yönetim, kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanımını sağlayan en önemli faktördür. Sağlık hizmetlerinde kalite ve verimliliğin yükseltilmesi için kaynakların optimum biçimde kullanılmasını sağlama sorumluluğu, sağlık kurumları yöneticilerine aittir.

1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Dünyanın birçok ülkesinde uzun yıllar sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmiş, ancak giderek çeşitli hastalıklar ve mikroplarla mücadele, çevre sağlığı ve hijyen konusundaki gelişmeler ya da hastalıkların bulaşma süreci ve süresi konusundaki bilgilerin artması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerinin farklı alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Birey sağlığının toplum sağlığı ile sıkı ilişki içinde olduğu anlaşılacak geniş halk kitleleri tarafından tedavi edici hizmetlerin yanı sıra koruyucu sağlık hizmetlerine de daha fazla önem verilmeye başlanmıştır. Bu alanda, hem kamu kuruluşlarının hem de üçüncü sektöre ait sağlık kurumlarının birçok ülkede toplum sağlığına önemli katkıları olmaktadır (Kurtulmuş, 1998: 83).

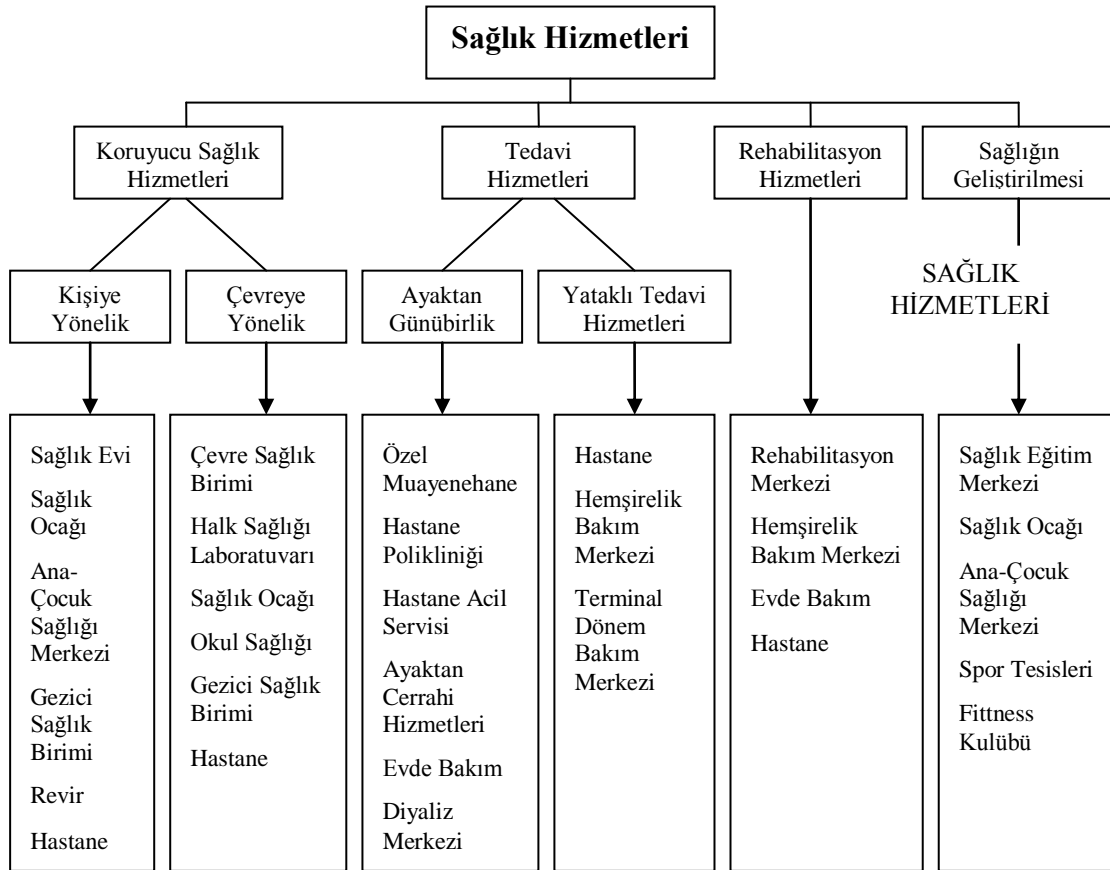
Sağlık hizmetlerinin kategorizasyonu konusunda en yaygın olarak kabul edilen yaklaşım, hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak üç başlık altında incelemektedir. Bunlardan koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılan hizmetler, insanların hasta olmasını önleyecek birtakım tedbirlerle, tehlike meydana gelmeden tehlikenin kendisine karşı bir mücadeledir. Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalık, sakatlık gibi tehlikelere uğrayanları tehlikenin zararlarından kurtarıcı bir hizmettir. Sosyal Devlet ilkesinin bir gereği olarak, devletin temel görevlerinden birisi de vatandaşlarına koruyucu, tedavi edici, önleyici, rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmak ve bu yolla insanların sağlıklı olarak geçirecekleri zamanı uzatmaktır (Kurtulmuş, 1998: 85).

Diğer bir yaklaşıma göre sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir

(Kavuncubaşı, 2000: 34). Bu tanıma göre sağlık hizmetleri, Şekil-4'te gösterildiği gibi, dört grupta incelenmektedir.

Sağlık koşullarının iyileştirilmesi ve sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesini kapsayan ve toplumun bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini devlet, karşılıksız olarak gerçekleştirmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşturulabilmesidir (Tengilimoğlu vd., 2009: 44).

Şekil-4: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: Tengilimoğlu vd., 2009: 45.

1.2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi için verilen hizmetler ile yapılan düzenlemeler bu gruba girer. Sağlığı koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır (Hayran, 1997: 17):

Primer Koruma: Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

Sekonder Koruma: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

Tersiyer Koruma: Hastalığa bağlı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerinin alanına girmektedir.

Kişinin ve toplumun sağlığının korunup geliştirilmesi için kişiye ve çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin tümünü ifade eder. Bu hizmetlerin maliyeti düşük, etkisi yüksek olup, tipik birer kamu ekonomisi üretimi olarak kabul edilirler. Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa bütün toplum üyeleri bundan birbirine rakip olmaksızın yararlanır (Tokalaş, 2006: 22).

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

1) *Kişiye Yönelik Hizmetler:* Ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri, sağlık eğitimi ve hijyen kurallarının öğretilmesi, bağışıklama çalışmaları, ilaçla koruma, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, erken tanı, işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetleri çalışmalarından oluşmaktadır.

2) *Çevreye Yönelik Hizmetler:* Çevre ve hava kirliliğinin önlenmesi çalışmaları, radyasyondan koruma, atıkların insan sağlığını etkilemeden yok edilmesi çalışmaları, temiz su temini, gıda maddelerin sağlığa uygun biçimde üretiminin sağlanması,

hijyen şartlarına uygun konut sağlanması, vektör denetimi ve salgın hastalıkların önlenmesi çalışmalarını içermektedir.

1.2.2.2. Tedavi Edici Hizmetler

Tedavi hizmetleri, sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak üzere verilen sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, temel olarak hekim sorumluluğunda, diğer sağlık profesyonellerinin katkılarıyla gerçekleştirilir (Kavuncubaşı, 2000: 39).

Tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine göre en temel farkı tamamen kişiye yönelik olarak sunulmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri bakımından bakıldığı zaman yalnızca kişinin sağlık kuruluşuna yatırılarak tedavisinin yapılması bulaşıcı hastalıkların toplumun diğer üyelerine bulaşmasına engel olabilir. Bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetleri ile dolaylı olarak koruyucu sağlık hizmetleri de desteklenmiş olur (Tengilimoğlu vd., 2009: 47).

Tedavi edici sağlık hizmetleri sunan kurumları, Günübirlük tedavi hizmetleri ve Yataklı tedavi hizmetleri sunan kurumlar olmak üzere iki ana grupta toplamak mümkündür (Kavuncubaşı, 2000: 39):

1) *Ayaktan Tedavi veya Günübirlük Tedavi Hizmetleri*: Hastane gibi yataklı tedavi kurumuna yatışı gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisiyle ilgili hizmetleri içermektedir. Ayaktan bakım hizmetleri çeşitli sağlık kurumları tarafından sağlanmaktadır.

2) *Yataklı Tedavi Hizmetleri*: Tedavi hizmetleri, hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu kriteri esas alınarak da sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre tedavi hizmetleri, (1) Birinci basamak tedavi hizmetleri, (2) İkinci basamak tedavi hizmetleri ve (3) Üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç ana gruba ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, daha çok ayaktan (günübirlük) tedavi hizmetlerini içermektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, yoğun tıbbi bilgi ve teknoloji gerektirmeyen hastalıkların tedavisiyle ilgili hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri, üniversite hastanesi gibi eğitim hastaneleri tarafından verilen, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren hizmetlerdir.

1.2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Kişilerin hastalıklarının tedavisinden sonra, bunların bir kısmında, bazı organların işlevleri kaybolur veya bu organların işlevlerinde güçsüzlük oluşur (engellilik). Bu kişilerin günlük yaşamını devam ettirmede ve işgüçlerini kullanmada bazı sınırlılıkları vardır. Bunlara tıbbi veya sosyal rehabilitasyon hizmetleri verilmek suretiyle, günlük yaşamlarını ailesine ve toplumuna yük, kendisine ise katlanılacak bir sıkıntı olmadan sürdürmeleri sağlanabilir (Akdur, 2003: 14). Başka bir anlatımla, rehabilite edici hizmetler: doğum anomalileri, yaşlılık, hastalık veya kazalara bağlı olarak ortaya çıkan sakatlıkların etkisini en aza indirerek, kişinin kimseye muhtaç olmadan yaşantısını sürdürebilmesini amaç edinir (Özata, 2004: 8).

Bu tür hizmetler kendi içinde ikiye ayrılır (Hayran, 1997: 18):

1) *Tıbbi Rehabilitasyon:* Bedensel kalıcı bozukluk ve sakatlıkların düzeltilmesi, yaşam kalitesinin arttırılması amacıyla verilen hizmetlerdir. Postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protezlerinin kullanılması, işitme, görme vb. kusurların en aza indirgenmesi çalışmaları bazı örneklerdir.

2) *Sosyal Rehabilitasyon:* Sakatlık ya da özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma ya da öğretme çalışmalarını kapsar.

1.2.2.4. Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sağlıklı kişilerin, sağlık durumlarını daha üst düzeye yükseltmek için sağlanan hizmetlerdir. Sağlık geliştirilmesi hizmetlerinde temel sorumluluk, bireylere aittir. Sağlık geliştirilmesi, bedensel ve zihinsel sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yükseltilmesini amaçlamaktadır. Bugün birçok hastalığın bireylerin yaşam tarzlarından, alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri, sağlık eğitiminden farklıdır; sağlık eğitimi halkın sağlık konusunda bilgilendirilmesi ve bilinçlendirilmesine yönelik iken, sağlık geliştirilmesi sağlık eğitimini de kapsayan daha geniş kapsamlı hizmetleri ifade etmektedir. Sağlık eğitimi, bireyin sağlık ve hastalık, insan vücudu ve işleyişi, hastalıktan korunma ve başa çıkma, sağlık sistemi ve işlevleri, sağlık sistemini

kullanma ve sağlığı etkileyen sosyal, politik ve çevresel faktörler hakkında bilgilendirilmesini içermektedir. Sağlığın geliştirilmesi ise birey ve toplumun sağlık statüsünü yükseltmeye yönelik tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

Sağlık eğitimi, dar kapsamlıdır; birey ve grupları hedef alır. Sağlığın geliştirilmesi ise daha kapsamlıdır; çevreyi, ulusal ve uluslararası boyutta politik ve sosyal yapıyı değiştirmeyi hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi görevi, tanımından da anlaşılabilir gibi, yalnızca sağlık kurumlarının sorumluluğunda değildir; ulusal ve uluslararası bağlamda tüm özel ve kamu kurum ve kuruluşlarına sağlığın yükseltilmesi konusunda görevler düşmektedir (Kavuncubaşı, 2000: 46).

1.3. Hastaneler

Sağlık hizmetlerinde çeşitli çalışmalar yapılarak, halkın sağlık düzeyini yükseltmek, hizmetlerin en uç yörelere bile dengeli dağılımını sağlayarak, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve tedavi edici hizmetlerin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ancak sağlık politikalarındaki sık değişimler nedeniyle, koruyucu sağlık hizmetleri başka bir deyişle bireyin hastalanmadan sağlığının korunması hizmetleri aksamış, bu nedenle bireylerin tedavi edici örgütlere özellikle hastanelere başvurmalarına neden olmuştur. Böylece hastane hizmetlerine daha fazla önem verilmeye ve sağlığa ayrılan payın büyük kısmı da hastaneler için kullanılmaya başlamıştır (Nas, 2006: 81).

1.3.1. Hastanelerin Tanımı

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

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) hastaneleri, “müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar” olarak tanımlamaktadır (Seçim, 1995a).

Tedavi hizmetlerinin en büyük üreticisi durumunda olan hastaneler, SSBY Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde, “hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin ayaktan veya yatarak izleme (müşahede), muayene, tanı (teşhis), tedavi ve rehabilite edildikleri

aynı zamanda doğum yapılan kurumlar” olarak tanımlanmaktadır (Aktaran: Kavuncubaşı, 2000: 76).

Hastaneler, müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olarak gruplandırılabilen sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri kuruluşlardır. Hastaneler çeşitli üretim ve yönetim tekniklerini bir arada kullanan günümüzün en karmaşık ve modern örgütleridir. (Alptekin, 2007: 19).

Günümüzde hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, 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 (Özgen, 1995: 73).

Yukarıdaki tanımlar işlevsel tanımlardır. Hastaneleri sistem yaklaşımıyla ele alıp tanımlamak da mümkündür. Buna göre hastaneler dinamik, değişken bir çevre içinde aldıkları girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek, çıktılarının önemli bir kısmını gene aynı çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistemler (organizasyonlar)’dir. Hastanenin girdileri hastalar, insan gücü, malzeme, fiziksel ve parasal kaynaklardır. Çıktıları (elde edilmesi istenen sonuçlar) ise hasta ve yaralıların tedavisi, personelin hizmet-içi eğitimi, öğrencilerin klinik eğitimleri, araştırma-geliştirme faaliyetleri ile toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine katkıda bulunmadır. Dönüştürme süreçleri, sözü edilen sonuçlara ulaşabilmek için hastanedeki çeşitli hizmet birimlerinin kendi alanlarıyla ilgili olarak gerçekleştirdikleri planlama, örgütleme, yürütme ve denetleme faaliyetlerini ifade etmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 129).

Bir bütün olarak hastane sistem yaklaşımıyla tanımlanabildiği gibi, hastane içindeki çeşitli hizmet birimleri de birer alt sistem olarak tanımlanabilmektedir. Çünkü hastanedeki her hizmet biriminin hastane işlevlerinin yürütülmesine katkısı olan alt işlevleri ve bu alt işlevleri gerçekleştirmek üzere bir araya getirilerek organize edilmiş elemanları ve kaynakları bulunmaktadır. Ayrıca hastanenin esas işlevi olan hasta tedavisi faaliyetlerini yürüten elemanlar topluluğu da “hasta tedavi

sistemi” olarak ele alınabilmektedir. Hastanedeki tıbbi, yardımcı tıbbi ve hemşirelik hizmetlerini yürüten sağlık personeli ile bir kısım destekleyici personel bu sistemin elemanlarını oluşturmaktadır. Hastanedeki diğer alt sistemler ise bu sistemin işleyişini kolaylaştıran ve iyileştiren sistemler olmaktadır (Seçim, 1995a).

Hastane yönetimi açısından bakıldığında hastanelerin sadece tıbbi hizmetleri sunan fiziki mekânlar olmadığı, aksine refah düzeyi, tüketim alışkanlıkları, bireylerin eğitim durumu, aile yapısı, kültürel düzeyi, sağlık sisteminin yapısı, sosyal güvenlik, siyasal sistem, sağlık politikaları gibi birçok bireysel, çevresel ve üst sisteme sit faktörün etkisine açık bir sistem olduğu görülmektedir (Kurtulmuş, 1998: 232).

Hastanelerin temel amaçlarından en önemlisi hasta beklentilerinin karşılanmasıdır. Hasta birey olarak biyolojik, sosyal ve karmaşık bir sistemdir. Bu nedenle hastaneye gelen sağlık talepleri çok çeşitlidir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim ve bilinç düzeyi, kişisel harcama gücü, yakın çevresinin tutum ve davranışları gibi birçok etmen sağlık sisteminden beklentilerin farklılaşmasına neden olmaktadır. Kişisel sağlık gereksinimleri ve istekleri bu etmenler etkisinde sürekli değişme içinde olduğundan hastane sistemi sürekli olarak kendini bu değişen isteklere uyacak biçimde geliştirmelidir (Nas, 2006: 82).

1.3.2. Hastanelerin Özellikleri

Esas itibarı ile sağlık hizmetleri sunmak dolayısı ile tıbbi bir kuruluş özelliği taşıyan hastaneler, farklı özellikleri bünyesinde barındıran ve bunlardan kaynaklanan farklı amaçlarını gerçekleştirmek için örgütlenmiş kurumlardır (Tengilimoğlu vd., 2009: 131).

Hastaneye gelen her hasta farklı teşhis ve tedavi özellikleri gösterir. Genellikle tedavi hizmeti üreten hastaneler, bu yüzden hizmetin tümünü nitelik ve nicelik bakımından önceden belirleme ve değerlendirme imkânına sahip değildir. Bu bakımdan, herhangi bir anda hastaneye olan talebin tam doğru olarak önceden tahmin edilmesi mümkün değildir. Hastanelerin farklı özellikleri birçok alanda kendisini hissettirmektedir. Bu özelliklerin başlıcaları üzerinde kısaca durulacaktır (Kurtulmuş, 1998: 235-237):

- Hastane hizmetlerine olan talep büyük ölçüde doktorlar tarafından belirlenmektedir ve hastanelerin sunduğu hizmetlerde talep elastikiyeti sıfıra yakındır.

- Her an sunulan her türlü hizmete hazır olunması zorunluluğu başka işletmelerde görülmeyen, kapasite üstü istihdamı zorunlu kılmakta, zarar eden bir ünitenin bu gerekçeye dayandırılarak kapatılması ise söz konusu olmamaktadır.

- Hastaneler talep değişikliklerine kısa dönemde ayak uyduramaz ve buna bağlı olarak kapasite artırma veya azaltılmasına gidemezler. Hastanelerde kullanılmayan kapasite muhasebe açısından yaratılmış bir değer olmamakla birlikte, sağlık işletmelerinin başarısını belirleyen temel göstergelerden birisi kapasite kullanım oranıdır.

- Sağlıkta hizmet üretimi stoklanmaz, üretildiği anda tüketilmek zorundadır. Ancak hizmetin üretilebileceği mutlaka tüketileceği anlamına da gelmez. Bir sağlık işletmesinin hizmet sunabilme yeteneği, sahip olduğu araç, gereç ve personelle sınırlıdır. Ancak diğer işletmelerden farklı olarak, sağlık işletmelerinin üretimde bulunabilmesi devletin tahsis ettiği imkânlar başta olmak üzere kendi işletmesi dışındaki faktörlere de bağlıdır.

- Hizmet işletmelerinin çoğu emek-yoğun işletmeler olmakla birlikte, sağlık kurumları sermaye-yoğun işletmelerdir. Tıp bilimlerindeki ve tıbbi teknolojideki gelişmeler ve sağlık talebini karşılayabilmek için belli düzeyde tutulmak zorunda olunan kapasite büyük yatırımlar gerektirmektedir.

- Tıp bilimindeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşmanın giderek gelişmesi hastanelere de yansımış ve böylece hem nitelikli personel sayısı artmış hem de hizmet birimlerinin çeşitlenerek artmasına neden olmuş, bu da iş gücü giderlerinin dolayısı ile de hizmet maliyetlerinin artmasına yol açmıştır.

- Her hastanın kişisel özelliklerinin olması sebebiyle farklı teşhis ve tedavi özellikleri göstermesi ve böylece sunulan hizmetten istifade etmelerinin de farklı olması hizmetin tanımlanmasını zorlaştırmakta, bu yüzden sağlık işletmeleri için standart çıktı birimi bulmak zor olmaktadır.

Organizasyon açısından ele alındığı zaman hastanelerin özellikleri şöyle sıralanabilir (Seçim, 1995b; Tengilimoğlu vd., 2009: 133-137):

- Hastaneler birer hizmet organizasyonlarıdır
- Hastaneler karmaşık yapıda, açık-dinamik sistemlerdir
- Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardır
- Hastaneler günde 24 saat hizmet veren organizasyonlardır
- Hastaneler personelinin önemli bir kısmı bayanlardan oluşan organizasyonlardır

— **Hastaneler Birer Hizmet Organizasyonlarıdır.**

Genel olarak hizmetin özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 133-134):

- Hizmet soyuttur: Kilogram, metre, litre gibi miktar ifade eden herhangi bir ölçü birimi ile tanımlanamaz. Beş duyu organıyla algılanamaz. Dolayısı ile satın alınmadan önce duyulması, görülmesi, dokunulması söz konusu değildir.
- Hizmet bölünemez: Kendini oluşturan ve anlam veren unsurlarıyla bir bütündür.
- Envanter yapılamaz: Hizmet işletmelerinde, hizmetlerin soyut olması ve depolanamaması yüzünden envanter yapılamaz.
- Emek-yoğundur: Hizmet işletmelerinin en önemli özelliğinden biri emek-yoğun teknolojiyi kullanmalarıdır.
- Hizmet, hizmeti üretenden ayırt edilemez: Hizmetler üretildiği anda tüketilirler. Üretici ile tüketici arasındaki yakınlık ve yüz yüze ilişki gerekir.
- Hizmetler standartlaştırılmaz: Hizmetin temel üretim şekli insan davranışlarıyla gerçekleşir. Bu yüzden aynı kişinin ürettiği hizmetler birbirinden farklı olabilir.

Bunlara ilave olarak sağlık hizmetleri sunumunda, bilgi asimetrisi nedeniyle hizmetin kalitesini hizmeti alanlar belirleyemez. Hizmetin kalitesi ve kapsamı hizmet sunucuları tarafından ortaya konulur.

— **Hastaneler Karmaşık Yapıda, Açık-Dinamik Sistemlerdir.**

Hastaneler karmaşık yapıda organizasyonlardır. Hatta benzer büyüklükteki diğer organizasyonların en karmaşığıdır. Hastanenin karmaşık yapıda olmasının çeşitli nedenleri bulunmaktadır. Bunlardan biri, hastane dışında hastaneyi etkileyen etmenlerin yani hastane çevresinin çok karmaşık olmasıdır.

Hastane çevresinin karmaşık oluşunun diğer bir nedeni de çok sayıda farklı hastalıklardan şikâyetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu yüzden, herhangi bir an için hastaneye olan talep doğru olarak tahmin edilememektedir. Hastaneye gelen hastanın tedavi talebinin, acillik özelliği göstermesi ve reddedilemez nitelikte oluşu gerek donanım, gerekse personel açısından hastanenin her zaman kullanıma hazır tutulmasını gerektirmektedir. Bunun bir sonucu olarak hastanede tam kapasite çalışmayan ve zarar eden servisler veya birimler kapatılamamaktadır. Bu ise hastanede fazla sayıda personel istihdamına yol açmaktadır.

Hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır. Özellikle 20. yüzyılda tıp ve teknolojiye görülen büyük ilerlemeler yeni mesleklerin ortaya çıkmasına ve tıpta uzmanlaşmaya yol açmıştır. Bu gelişmelerin hastaneye yansması hastanede hem personel hem de hizmet birimlerin sayısının hızla artmasına neden olmuştur.

Hastanedeki karmaşıklığın diğer bir nedeni de kullanılan teknolojinin karmaşık oluşudur. Tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi sonucu, teşhis ve tedavide kullanılan cihazlar, hem sayı olarak artmış hem de yalnızca uzmanların kullanabileceği bir özellik kazanmıştır. Dolayısıyla hastanedeki aşırı uzmanlaşmanın diğer bir nedenini, teknolojik gelişmeler oluşturmaktadır.

Hastanelerin bir sistem olarak nitelendirmesinde çeşitli kavramlar kullanılmaktadır. Sözcelişi hastaneler, sosyal sistemler, sosyo-teknik sistemler, çevreye uyum gösterebilen (adaptive) sistemler, açık-dinamik sistemler olarak

nitelendirilmektedir. Sosyal sistem kavramında, organizasyonun çevreyle alan ilişkilerine ve organizasyon içindeki biçimsel ve biçimsel olmayan ilişkilere ağırlık verilmektedir. Sosyo-teknik sistemler kavramında ise organizasyon içindeki sosyal (beşeri) sistem ile teknolojinin birbirini karşılıklı olarak etkilediği hususu üzerinde durulmaktadır. Çevreye uyum gösterebilme, gerçekte tüm sosyal sistemlerin bir özelliğidir. Çünkü çevresine uyum gösteremeyen, çevresinin taleplerine ve çevresindeki değişmelere cevap veremeyen her türlü sosyal sistem giderek yok olmak durumundadır. Yok olmamak için sistemin çevresine açık olması gerekmektedir. Hastaneler ve benzeri tüm sosyal sistemler, girdilerini çevreden aldıkları ve çıktılarının önemli bir kısmını çevreye verdikleri için, bu açıklık kısmen zaten vardır. Buna ilaveten, çevredeki değişikliklerin izlenebilmesi ve ihraç edilen çıktılarının çevreyi tatmin edip etmediğinin kontrolü için geribildirim mekanizmasının oluşturulması ile organizasyonun çevresiyle ilgili diğer bağlantıları da kurulmuş olmaktadır. Böylece açık-dinamik sistem çevreden aldığı girdileri dönüştürme süreçlerinden geçirerek elde edilen çıktıları yine çevreye veren, geribildirim mekanizmasına sahip sistem olarak tanıtılmaktadır.

— Hastaneler Matriks Yapıda Faaliyet Gösteren Organizasyonlardır.

Herhangi bir işletmenin organizasyon yapısı oluşturulurken yapılan işlerden biri de, işletmede yürütülecek faaliyetlerin belirli esaslara göre gruplandırılmasıdır. Faaliyetler genellikle, mal ve/veya hizmete göre, bölgeye göre, müşterilere göre, sayı temeline göre, sürece göre veya işlemlere göre ve zaman esasına göre gruplandırılmaktadır. Büyüklüğüne, faaliyet konusuna, teknolojisine ve içinde bulunduğu çevrenin özelliklerine göre bu gruplandırmalardan biri veya birkaçı birden esas alınarak organizasyona gidilmektedir. Gruplandırmada fonksiyon ve mal (hizmet) esaslı birlikte alındığında ortaya çıkan yapıya matriks yapı denmektedir. Diğer deyişle matriks organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir organizasyonun üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır (bkz. Şekil-5).

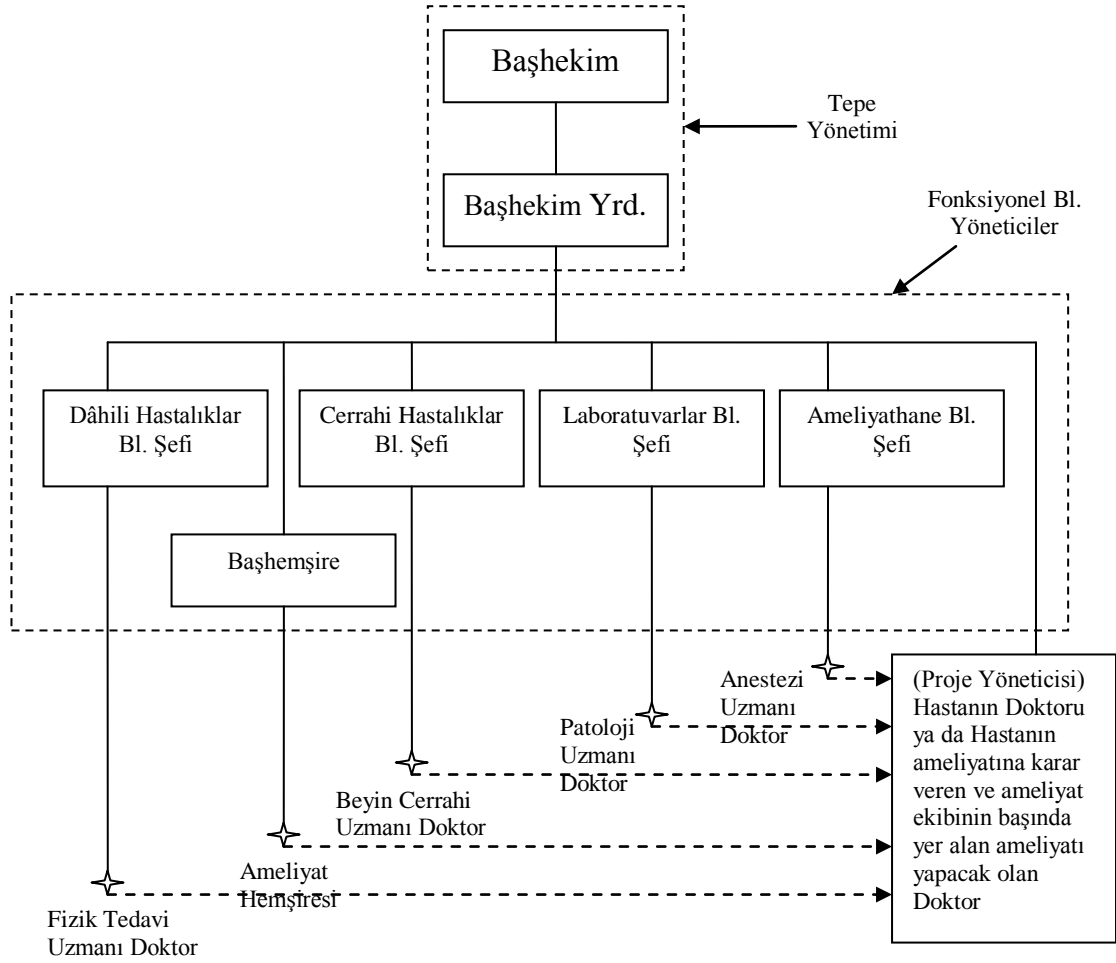
Matriks organizasyonda iki tür yönetici bulunmaktadır: Fonksiyonel yönetici ile proje yöneticisi. Fonksiyonel yönetici, gruplandırılmış birtakım faaliyetlerin, dolayısıyla o bölümün yönetimini üstlenmiş idarecidir. Sözgelisi, herhangi bir

işletmede üretim faaliyetlerinin yürütüldüğü üretim bölümünün yöneticisi bir fonksiyonel yöneticidir. Proje yöneticisi ise belirli bir malın (veya hizmetin) üretilmesiyle ilgili her türlü faaliyetin, planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir.

Örneğin, büyük bir inşaat firmasının aynı anda yürüttüğü baraj inşaatının sorumluluğunu taşıyan bir mühendis ile liman inşaatının sorumluluğunu taşıyan diğer bir mühendis birer proje yöneticisi durumundadırlar. Fonksiyonel yönetici, işin kimler tarafından, nerede ve mesleki açıdan nasıl yapılacağı konularıyla ilgilenmektedir. Proje yöneticisi ise neyin, ne zaman, neden yapılacağını belirlemektedir. Projede çalışan personel her iki yöneticiye de bağlı bulunmaktadır. Amaç, projenin sonuçlandırılması olduğundan bu personel hizmetin yürütülmesi açısından, proje yöneticisine, mesleki ve teknik konularda da fonksiyonel yöneticiye karşı sorumludur. Dolayısıyla proje yöneticisi ile fonksiyonel yöneticiler, astları aynı kişilerden oluşan idarecilerdir.

Bu durum her iki yöneticinin otoritelerinin çatışması ve yetki alanlarının aşılması olasılığını doğurmaktadır. Bu bakımdan, matriks organizasyonun iyi işleyebilmesi için sorumluluk ve yetki alanlarının çok net şekilde belirlenmesi, bu yapıya uygun, tutum ve davranışların geliştirilmesi gerekmektedir. Sürekli haberleşme, sorunları açık olarak tartışma, yardımlaşma, sempati, ikna etme ve amaçlara açıklık kazandırma matriks yapıda önem kazanan tutum ve davranış biçimleri olmaktadır.

Şekil-5: Hastanelerde Matriks Yapıya Örnek



Kaynak: Tengilimoğlu vd., 2009: 136.

Hastaneler matriks yapıda faaliyet gösteren organizasyonlardan biridir. Hastanede faaliyetlerin tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri, şeklinde gruplandırılması fonksiyonel örgütlenmeyi ifade etmektedir. Tıbbi hizmetlerden sorumlu olan başhekim, hemşirelik hizmetlerinden sorumlu olan başhemşire birer fonksiyonel yöneticidir. Tıbbi hizmetlerin, kendi içinde dâhiliye, hariciye, göz hastalıkları şeklinde gruplandırılması ise hizmet esasına göre gruplandırmayı ifade etmekte ve proje organizasyonuna esas oluşturmaktadır. Burada, projenin konusu belirli türde hastaların tedavi edilmesidir. Projenin kendisi ise herhangi bir hastanın tedavisidir. Sözgelisi, KBB hastalıkları servisinde bir hastanın tedavisi bir projedir. Çünkü hastalara verilen tedavi “özelleştirilmiş” tedavidir. Bir KBB hastasının

tedavisinde uygulanan yöntemler ve tedaviye katılan elemanlar, başka bir KBB hastasının tedavisinden farklı olabilmektedir. Bir hastanın tedavisinde yalnızca hekim ve hemşire yer alabilirken, başka bir hastanın tedavisinde hekim, hemşire, ameliyathane ve fizik-tedavi ve rehabilitasyon bölümü personeli de sosyal hizmet uzmanı da yer alabilmektedir. Uygulanan tedavi “özelleştirilmiş” tedavi olduğundan, her hasta hekim için projedir: Projenin sorumlusu ve yöneticisi de, hastanın hekimidir. Tedavi ekibinde yer alan sağlık personeli ise hizmetin yürütülmesi açısından hekime tedarik ve mesleki konularda da bağlı oldukları fonksiyonel yöneticilere karşı sorumludur.

— **Hastaneler Günde 24 Saat Hizmet Veren Organizasyonlardır.**

Hastaneye gelen hastanın tedavisi acilik ve reddedilemezlik özelliği gösterdiği ve hastanedeki bir kısım hastanın sürekli bakım altında tutulması gerektiği için hastanelerde tüm gün boyunca hizmet verilmektedir. 24 saat boyunca hizmet verilebilmesi için hastanedeki bir kısım personel vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır. Özellikle gece çalışan personelin kişilerarası ilişkilerinde ve göreve bağlılıklarında zayıflık görüldüğünden, hastanenin gece ve akşam vardiyalarındaki yönetimi, gerek hastane giderlerinin kontrolü, gerekse hastanın sağlığı açısından önem taşımaktadır.

— **Hastaneler Personelinin Önemli Bir Kısmı Bayanlardan Oluşan Organizasyonlardır.**

Hastanedeki insan gücünün önemli bölümünü, yaklaşık üçte birini bayanlar oluşturmaktadır. Bayan personelin bir özellik olarak ele alınmasının sebebi, bayan personel arasında devir hızının yüksek olmasıdır. Akşam ve gece vardiyalarında, tatil günlerinde çalışılıyor olunması, özellikle bayan personel için bazı problemlere sebep olmaktadır. Sözleşmesi, ulaşım zorlukları, çocuklarının bakımı, karı-koca arasındaki huzursuzluklar bunlardan bazılarıdır.

1.3.3. Hastanelerin İşlevleri

Hastanelerin, amaç ve misyonlarına göre değişmekle birlikte dört temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler şunlardır (Kavuncubaşı, 2000: 76-77; Tengilimoğlu vd., 2009: 137-138):

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

Tedavi hizmetleri, hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hastaneler, hasta ve yaralılara ayaktan veya yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kurumlarıdır.

Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi yanında, *koruyucu sağlık hizmetleri* de sağlamaktadırlar. Hastanelerdeki sağlam çocuk birimleri, bu hizmetlere örnek verilebilir. Hastaneler ayrıca alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede etkin rol oynamaktadırlar (örneğin, sigara bırakma, dengeli beslenme, gebe ve bebek bakımı seansları) ve bu yolla toplum sağlığının geliştirilmesine etkide bulunmaktadır.

Hastaneler aynı zamanda birer *eğitim* kurumlarıdır. Hastanelerde verilen eğitim ya da hastanelerden beklenen eğitim hizmetleri, hasta ve yakınlarının eğitimi, öğrencilerin eğitimi (intörnlük, tıpta uzmanlık) hastane personelinin hizmet içi eğitimi ve sağlık konularında kamuoyunun eğitimi olarak sıralanabilir.

Hastanelerin bir diğer işlevi, *araştırmadır*. Hastaneler, tıp bilimleri alanında araştırmaların yapıldığı merkezler olmanın yanında, bu tür araştırmalara sponsorluklar da yapmaktadır.

1.3.4. Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler toplumun oldukça farklı kesimlerine çok sayıda değişik hizmet veren örgütlerdir. Buna bağlı olarak farklı kriterler göz önüne alınarak hastanelerin sınıflandırılması mümkün olmaktadır.

1.3.4.1. Mülkiyet Esasına Göre Hastaneler

Mülkiyet durumu bakımından hastaneler, mülkiyetinin hangi kurum ve kuruluşlara ait olduğuna veya kurum ve kuruluşların niteliğine göre sınıflandırılmaktadır. Bu esastan hareket edildiğinde Türkiye'deki hastaneler Sağlık Bakanlığı'na, üniversitelere, belediyelere, yabancılara, azınlıklara ve özel kesime ait

hastaneler olarak sınıflandırılabilir. Hastanenin mülkiyetine sahip kurum veya kuruluş, genellikle hastaneyi yönetme ve kontrol yetkisine de sahiptir. Bu nedenle “mülkiyet” ve “yönetim ve kontrol” esaslarına göre yapılan sınıflandırmalar çoğunlukla aynı sınıflandırma türünü oluşturmaktadır. Mülkiyet biçimine göre hastaneler aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 138-139):

— *Devlete Doğrudan Bağlı Hastaneler:* Devlete doğrudan bağlı hastaneler Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı’na bağlı hastanelerden oluşmaktadır. MSB hastaneleri daha çok askeri ihtiyaçlar göz önüne alınarak planlanmaktadır. Bununla birlikte toplumsal ihtiyaçlar göz önüne alınarak sivil vatandaşlara da hizmet sunmaktadır.

— *Devlete Dolaylı Bağlı Hastaneler:* Kızılay, belediye ve üniversite hastaneleri bu tür hastaneleri oluşturmaktadır. Ancak Kızılay ve Belediye hastanelerinin sağlık hizmetlerine katkısı oldukça sınırlıdır. Üniversite hastaneleri ise eğitim ve araştırma hizmetlerinin yanı sıra üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan önemli sağlık kuruluşları arasında yer almaktadır.

— *Özel Hastaneler:* Özel hastaneler müteşebbislerin kâr amacı ile kurup işlettikleri hastanelerdir. Piyasada varlıklarını sürdürebilmeleri kâr etmelerine bağlıdır. O halde özel hastaneler amaçlarını kendi güçleri ile gerçekleştirmeye çalışan hastanelerdir. Bu hastaneler, şahıslara, yabancılara ve azınlıklara ait hastaneler olmak üzere farklı gruplara ayrılabilir.

1.3.4.2. Büyüklüklerine Göre Hastaneler

Organizasyon açısından diğer bir önemli sınıflandırma da, hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılmasıdır. Hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak, böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır (Seçim, 1995a).

1.3.4.3. Eğitim Statüsüne Göre Hastaneler

Hastaneler, eğitim statüsü bakımından *eğitim hastaneleri* ve *eğitim amaçlı olmayan hastaneler* olarak ikiye ayrılır. Eğitim hastaneleri, tanı ve tedavi hizmetleri yanında, sağlık profesyonellerinin eğitimine yönelik hizmetler de sağlamaktadırlar. Örneğin, Türkiye’de hekimlerin uzmanlık eğitimi, yalnızca eğitim hastanelerinde verilmektedir. Eğitim amacı olmayan hastaneler ise geleneksel teşhis ve tedavi hizmetlerini sağlamakla birlikte, sınırlı ölçüde uygulamaya yönelik eğitim (staj) hizmetleri de vermektedirler (Kavuncubaşı, 2000: 77-78).

1.3.4.4. Akreditasyon Durumuna Göre Hastaneler

Hastaneler, akredite edilme durumlarına göre *akredite edilen* ve *akredite edilmeyen hastaneler* olarak sınıflandırılmaktadır. Türkiye’de, yaygın olarak ABD’de Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu (JCAHO) tarafından geliştirilen standartlara göre hastaneler akredite edilmektedir. Özellikle ABD’de akreditasyon, hastanelerin finansal yapısını büyük ölçüde etkilemektedir. Sigorta kuruluşları, JCAHO tarafından belirlenen standartları yerine getirmeyen hastanelerle sözleşme yapmamaktadırlar. Ayrıca akreditasyon, hastanenin toplumsal imajını ve saygınlığını artırmaktadır (Kavuncubaşı, 2000: 79).

Akreditasyon, bir sağlık kuruluşunun, hizmet kalitesini geliştirmek için tasarlanmış birtakım koşulları sağlayıp sağlamadığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir değerlendirme sürecidir (Demirel Etöz, 2008: 52). Etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracıdır. ABD menşeli ve kâr amacı gütmeyen bir kuruluş olan JCAHO, 75 yıldan beri 20.000’den fazla sağlık hizmeti programını denetlemektedir. Türkiye’de Ekim 2007 itibarıyla 15 kuruluş akreditasyon belgesi almaya hak kazanmıştır. Bunlardan sadece bir tanesi kamu kuruluşudur.

Kullanılan akreditasyon *organizasyon odaklı standartlar* ve *hasta odaklı standartlar* olmak üzere temelde iki gruba ayrılmaktadır. Hasta odaklı standartlar; hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği, hasta ve yakınlarının hakları, hastanın değerlendirilmesi, hastaların bakımı, hasta ve yakınlarının eğitimi, anestezi ve cerrahi bakım ve ilaç yönetimi ve kullanımı olmak üzere yedi kısımda gerçekleştirilmektedir. Organizasyon odaklı standartlar ise sağlık kuruluşu yönetim standartları olarak da ifade edilmektedir. Bu bölüm; kalite iyileştirme ve hasta

güvenliği, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, yönetim, liderlik ve yönlendirme, tesis yönetimi ve güvenliği, çalışanların niteliği ve eğitimi ve iletişim ve bilgi yönetimi olmak üzere altı kısımda incelenmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 141).

1.3.4.5. Dikey Entegrasyona Göre Hastaneler

Bu sınıflandırmada hastaneler *birinci basamak (primary) hastaneler*, *ikinci basamak (secondary) hastaneler* ve *üçüncü basamak (tertiary) hastaneler* olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Bu sınıflandırmada temel kriter hastanelerin kapsamlı bir sağlık hizmeti verip vermediğidir. Birinci basamak hastaneler, genellikle ayakta ve gününbirlik tanı ve tedavi hizmetleri sunmaktadır. İkinci basamak hastaneler, genel bölümleri olan ve kısa süreli tedavi gerektiren hastalara hizmet sunan hastanelerdir. Üçüncü basamak hizmet sunan hastaneler ise gelişmiş teknolojik donanıma sahip, birinci ve ikinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların tedavileri ile ilgilenen hastanelerdir. Oldukça uzmanlaşmış hizmetleri sunarlar. Üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri bu gruba örnek olarak verilebilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 141-142).

1.3.4.6. Verdikleri Hizmet Türüne Göre Hastaneler

Verilen tedavi hizmetinin türüne göre hastaneler, iki grupta toplanmaktadır: *genel* ve *özel dal hastaneleri*. Genel hastaneler, her türlü acil vaka ile yaş, cinsiyet farkı gözetilmeksizin, bünyesindeki mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Özel dal hastaneleri ise belirli bir yaş veya türde hastaların kabul edildiği hastanelerdir. Sözcüğü, çocuk hastaneleri ve doğumevleri bu gruba girmektedir (Seçim, 1995a).

1.3.4.7. Hastaların Kalış Süresine Göre Hastaneler

Diğer bir sınıflandırmada ise hastaların hastanede kalış süreleri esas alınmaktadır. Buna göre hastaneler, kısa süreli hastaneler ve uzun süreli hastaneler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kısa süreli hastaneler, hastaların %50'den fazlasının 30 günden az hastanede kaldığı hastanelerdir. Türkiye'deki Devlet Hastaneleri bu gruba örnek olarak gösterilebilir. Uzun süreli hastaneler ise hastaların yarıdan fazlasının bir

aydan daha fazla hastanede kaldığı hastanelerdir. Sözcüğü, psikiyatri hastaneleri ve tüberküloz hastaneleri bu gruba girmektedir (Alptekin, 2007: 22).

1.3.5. Türkiye’de Hastanelerin Organizasyon Yapısı

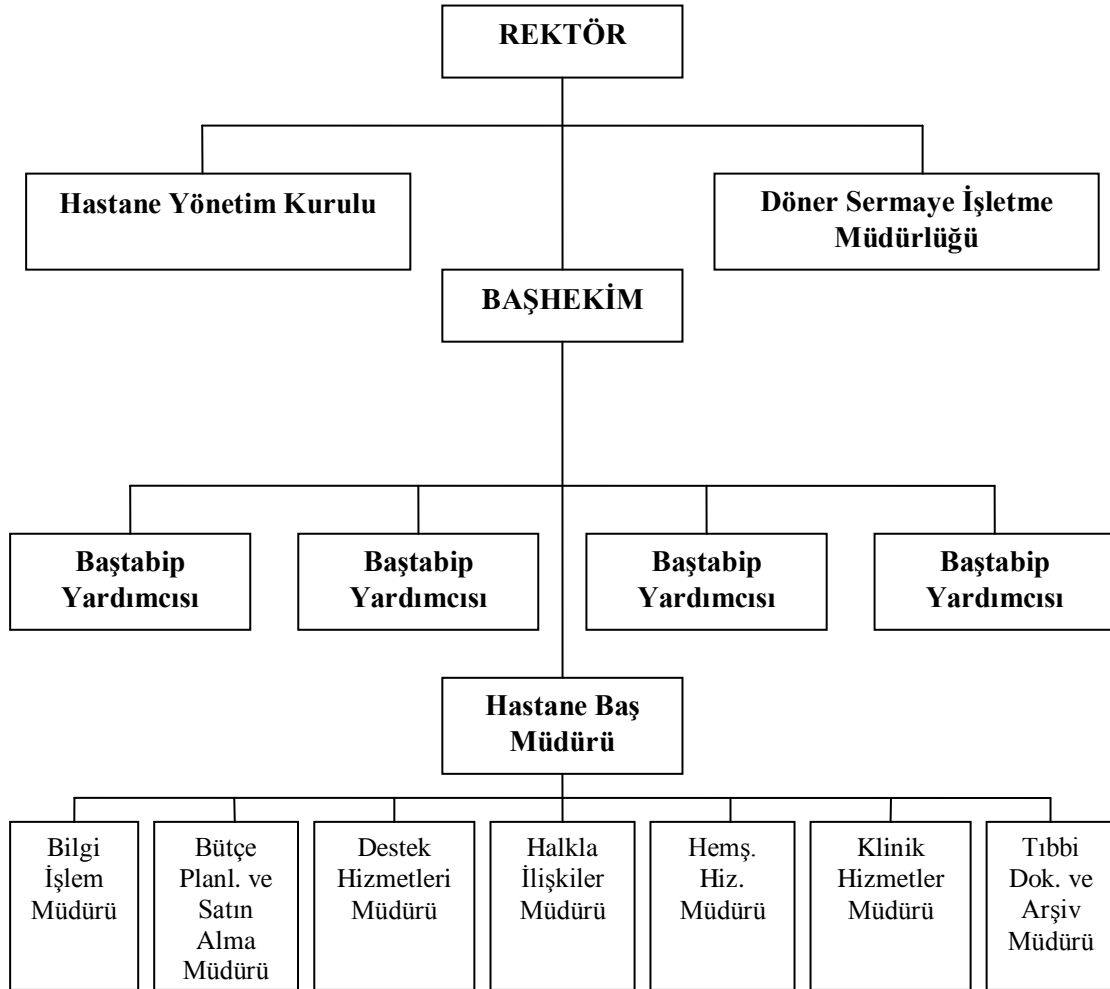
Türkiye’de hastanelerin büyük çoğunluğunu Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak hizmet üreten devlet hastaneleri oluşturmaktadır. Diğer hastaneler MSB, özel ve tüzel kişiler, yabancılar, azınlıklar, belediyeler ve üniversitelere aittir (Tengilimoğlu vd., 2009: 143).

1.3.5.1. Üniversite Hastaneleri

Esas görevleri tıp eğitimi vermek ve ileri düzeydeki sağlık hizmetlerinin araştırma boyutuyla birlikte sunmak olan üniversite hastaneleri, hasta sevk sisteminin en üst noktasında yer almakta ve rasyonel olarak daha alt aşamalarda çözümlenmeyen sağlık problemlerinin tedavisi için halka hizmet vermektedir. Ancak temel fonksiyonu gereği alt sağlık birimlerinden süzülerek gelen seçilmiş vakaları kabul etmesi ve bu karmaşık tıbbi sorunlarda yoğunlaşması gereken üniversite hastaneleri, Türkiye’de büyük oranda bu işlevlerini yerine getirememekte, toplumun yoğun taleplerine cevap verebilmek için poliklinik hizmetlerde yoğunlaşmaktadırlar. Bu da, üniversite hastanelerinin eğitim ve araştırma bakımından zayıflamasına yol açabilecek olumsuz bir etkiye sahiptir (Kurtulmuş, 1998: 248).

Üniversite hastanelerinin yönetim ve organizasyon açısından tam bir standardı yoktur. Üniversitelere göre farklılık göstermekle birlikte genel bir organizasyon yapısından söz edilebilir (bkz. Şekil-6). Bazı hastanelerde Uygulama Merkezi Müdürleri (Başhekimler) direkt Rektöre bağlı çalışırken, bazı hastanelerde Tıp Fakültesi Dekanlığına bağlı görev yapmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 143).

Şekil-6: Üniversite Hastanesi Organizasyon Şeması Örneği



Not: Alt müdürlükler üniversitelere göre farklılık gösterebilir.

Kaynak: Tengilimoğlu vd., 2009: 146.

1.3.5.2. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri

Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin temel sunucusudur. Bu hizmetler, 1961 yılında Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanunu'na dayalı olarak ülke genelinde açılmış olan sağlık ocakları ve sağlık evleri aracılığıyla sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 11.700 sağlık evi ve 5.840 sağlık ocağı bulunmaktadır. Bakanlık ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve diğer bazı temel koruyucu sağlık hizmetleri için birçok dikey program yönetmektedir. Bu programların özellikle kentsel

alanlarda yürütülmesi için 295 ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi ile 274 verem savaş dispanseri ve az sayıda diğer uzmanlaşmış merkez ve dispanser bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı ayrıca toplam yatak kapasitesinin %67'sini de işletmektedir (Akın, 2007: 43).

Sağlık Bakanlığı hastanelerinin organizasyon yapısı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği esas alınarak düzenlenmiştir.

Ülke genelinde sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesinde sorumlu olarak Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının en üst kademesinde yer almaktadır. Bakanlığın altında illerde valiliklere bağlı il sağlık müdürlükleri ve müdürlüklerin altında da hastane baştabiplikleri bulunmaktadır.

Sınırlı yerinden yönetim esasına göre oluşturulan organizasyonda Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatını; il sağlık müdürlükleri taşra teşkilatını; hastaneler de yerinden yönetim birimlerini oluşturmaktadır. Hastane hizmetlerinin organizasyonu, yürütülmesi ve denetimiyle ilgili yetki ve sorumluluklar bu üç kademe arasında dağıtılmıştır. Bakanlık teşkilatı hastanelerin bütçelerinin hazırlanması, yüksek öğrenim görmüş personelin atamaları, önemli satın alma ve tadilatlar için karar verme ve verilen kararları onaylama gibi yetkilere sahiptir.

İl sağlık müdürlükleri orta öğretim görmüş personelin tayini (Bakanlık onayı ile) ve kurumlar arasında koordinasyon sağlanması gibi görevleri yürütmektedir. Hastanelerin tepe noktasında baştabiplik makamı bulunmaktadır. Baştabiplik Yataklı Kurumları İşletme Yönetmeliği hükümlerine uygun olarak tedavi hizmetleri ve bu hizmetle ilgili diğer hizmetleri yürütmekten sorumlu ve yetkili kılınmıştır (Tengilimoğlu vd., 2009: 146-147).

1.3.5.3. Özel Hastaneler

Bütün dünyada kapsam itibarı ile “özel hastaneler” kavramı, sadece kâr amacı güden müteşebbisler tarafından kurulan ve işletilen hastaneleri değil, aynı zamanda kâr amacı gütmeyen vakıf, dini kurumlar ve dernekler tarafından (üçüncü sektör) kurulan ve yönetilen hayır amaçlı sağlık kurumlarını da kapsar.

Türkiye’de özel sağlık sektörü iki kademede örgütlenmektedir. Birinci kademede, küçük ve orta büyüklükte sağlık evleri ve klinikler yer almakta, bu

kurumlardan genellikle orta ve düşük gelir grupları sağlık hizmeti talep etmektedir. Sağlık merkezleri acil vakalar, ateşli hastalıklar gibi küçük müdahalelerle, fiilen görev yapan uzmanların branşları ile ilgili hastaların kabul ve tedavi edildiği ilk kademe sağlık kurumlardır. İkinci kademe, orta büyüklükten büyüğe doğru hastaneler veya en az 3-4 hastaneden oluşan hastaneler grubu yer almaktadır. Bunlar iyi bir teknoloji ile donatılmış olup, kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmakta, genellikle orta ve yüksek gelir grubundaki aileleri hedef almaktadır (Kurtulmuş, 1998: 248-249).

Özel hastanelerin organizasyonu ve yönetiminde belirli bir format yoktur. Özel hastanelerin üst yöneticisi mesul müdürdür. Hekim olması zorunlu olan mesul müdür, özel hastanenin Sağlık Banklığı ve sağlık müdürlüğü ile bütün iş ve işlemlerinde birinci derecede muhataptır.

Özel hastaneler, genel hastaneler ve dal hastaneleri olmak üzere iki başlık altında sınıflandırılmıştır. Ayrıca özel hastanelerin minimum 25 yataklı olması öngörülmüştür. Son yıllarda sağlık sisteminde özel hizmetlerin önünün açılmasıyla, atıl kapasite değerlendirilerek halkın sağlık hizmetlerine açılmıştır. Önceleri sadece Bağ-Kur ve SSK'lı hastaların kullanımına açılan bu kurumlar, daha sonra Emekli Sandığı ve aktif çalışan devlet memurlarının da kullanımına açılmış olup, kurum ve yatak sayıları hızla artmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2008 yılı verilerine göre halen 390 özel hastane mevcut olup, bu hastanelerde 21.175 yatak sayısı bulunmakta ve 8.907 uzman hekim görev yapmaktadır. Açılmak için işlemi devam eden hastane sayısı ise 218'dir. Tüm hastanelerin yatak sayıları içerisinde %9'luk bir paya sahiptir.

Özel hastanelerin açılmasının teşvik edilmesi ile birlikte, bu hastanelerin açılması, ruhsatlandırılması ve denetimi konusunda düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca özel hastanelerin niteliklerine göre çalıştırılması gereken personel ve kullanılması gereken tıbbi donanım ve teknoloji belirlenmiştir. Ancak organizasyon yapıları tek tip değildir ve bir hastaneden diğerine değişiklikler göstermektedir.

Başhekim, tıbbi hizmetlerden sorumlu yönetici; başhemşire, hasta bakım hizmetlerinden sorumlu yönetici ve hastane müdürü de mali destek hizmetlerinden sorumlu yönetici olarak görev yapmaktadırlar (Tengilimoğlu vd., 2009: 157).

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS KAVRAMI ve PERFORMANS YÖNETİM SİSTEMİ

2.1. Performans Kavramı

Günümüzde örgütlerde karşılaşılan en önemli sorunlardan biri, çalışanlara verilen görevlerin ne ölçüde gerçekleştirildiğinin ya da onların iş görme yeteneklerinin ne olduğunun belirlenmesidir. Bu sorun, örgütlerde özellikle performans kavramının hızla önem kazanmasına yol açmıştır (İdrissova, 2009: 47).

Performans, yabancı kökenli bir kavramdır. Türkçe karşılığı olarak; edim, başarı kavramları kullanılmaktadır. Fakat günlük konuşma ve yazı dilinde olduğu gibi insan kaynakları yönetimi alanında da “performans” daha yoğun olarak kullanılmaktadır (Dilek, 2009: 3).

Performans genel anlamda amaçlı ve planlanmış bir etkinlik sonucunda elde edileni, nicel ya da nitel olarak belirleyen bir kavramdır (Akal, 2000: 1).

Bir kurumun performansı, belli bir dönem sonunda, o kurumun amacını gerçekleştirme ya da görevini yerine getirme başarısını tanımlayan bir göstergedir. Organizasyonda sorumluluk taşıyan bireylerin performanslarının değerlendirilmesi ise organizasyonun amaçlarına ne ölçüde katkıda bulduklarının tespit edilmesi anlamına gelir (Akdağ, 2007: 246).

Kamu sektörü açısından bakıldığında performans, kamu yönetiminin topluma sunmayı üstlenip amaçladığı mal ve hizmetleri yerine getirmesidir. Diğer bir ifadeyle kamu bürokrasisi içinde bulunanların hizmetleri yerine getirme ve sunma çalışmalarını ifade eder (Çevik, 2007: 24).

İşletmecilik açısından performans, işletmenin belirli bir süre sonucundaki çıktısı ya da işletme amacına ulaşılma derecesi olarak tanımlanabilir. Böyle bir tanım içinde performans, işletmenin faaliyetleri sonucunda elde ettiği ve başarı düzeyini gösteren tüm sayısal ve sayısal olmayan sonuçlar olarak ifade edilmiştir (Burke and Nelson, 1997: 325). Bu durumda performans, işletme amaçlarının gerçekleştirilmesi için gösterilen tüm çabaların değerlendirilmesi olarak da tanımlanabilir (Akal, 2000: 1).

İşletme performansı geniş bir bakış açısıyla irdelendiğinde, işletmenin mevcut durumunu, mevcut kaynakları ve örgüt düzeni içinde inceleyerek bilgi verirken, aynı zamanda işletmenin mevcut koşullardaki potansiyel gücünden yararlanma düzeyini de gösterir. Bunun yanında performans ölçümleri işletmenin gelecekte amaçlarına nasıl ve ne düzeyde ulaşabileceğinin de göstergesi olacaktır (Tarım, 2004: 234).

Ürün/hizmet bazında elde edilen yüksek performans, başarılı bir iş sisteminin nihai çıktısıdır. Performans, herhangi bir görevin gereği olarak önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara yaklaşma derecesi olarak tanımlanabilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 322).

İnsan kaynakları açısından ele alındığında performans, bir işi yapan bir birey, grup, birim ya da şirketin o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak ne sonuca ulaştığı, başka bir deyişle neyi elde ettiğinin soyut ya da somut olarak anlatımıdır (Dilek, 2009: 3). Performansın tanımlanmasında nerede olduğumuz, ne kadar iyi olabildiğimiz ve nerede olmamız gerektiği soruları yer almaktadır (Kılıç, 2007: 309).

Performans sözcüğü, belirli bir zaman birimi içerisinde üretilen mal veya hizmet miktarı olarak tanımlanmakta ve alanyazında işlevine göre “etkinlik”, “verim”, “çıktı” kavramlarıyla, bunun yanısıra bireyin yeteneği ve motivasyonu arasındaki etkileşimin bir sonucu şeklinde ifade edilmektedir. Örgütsel davranış açısından performans, iş görenin örgütsel amaçları gerçekleştirmek için görevi ile ilgili eylemlerinin ve işlemlerinin sonunda elde ettiği üründür. Bu ürün mal, hizmet, düşünce türünden olabilir (Helvacı, 2002: 156).

Performans kavramına sağlık işletmeleri açısından bakıldığında ise konuya büyük bir çoğunlukla “hizmetin kalitesi” yönüyle yaklaşmakta ve kalite ve performans kavramları eşdeğer tutulmaktadır. Bu bakış açısı içinde JCAHO’ya göre performans, doğru işi iyi yapmaktır (Pakdil, 2007: 119).

2.2. Performans Yönetimi

Performans yönetimi, yeni bir kavram olmakla birlikte yönetimin planlama ve denetim işlevlerinin daha geniş sınırlar ve performans kavramındaki gelişmeler çerçevesinde uygulanmasına yönelik gelişmiş bir yönetim anlayışından başka bir şey

değildir. Performans yönetimi anlayışında yönetim görevleri üç ana başlıkta özetlenebilir (Akal, 2000: 50):

1. Örgütün ortak amacını, örgütü oluşturan en alt sistemlere kadar, bu sistemlerin özel amaçlarını da içerecek biçimde tüm örgüte yaymak ve benimsetmek.

2. Örgüt içinde yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya bilgi akışını sağlayacak bir iletişimi gerçekleştirmek.

3. Yönetilen birimlerin performansını sürekli geliştirmek, bu amaçla işletmenin tümü ya da istenen birimleri için ve özellikle çalışanlar için bir performans ölçüm ve denetim sistemini uygulamak.

Performans yönetiminde bu görevler, klasik yönetim görevlerinde olduğu gibi planlama, yöneltme ve kontrol işlevlerinin kapsamında gerçekleştirilir (Akal, 2000: 50). Planlar, performans yönetiminin temel bilgi kaynaklarıdır. Performans yönetimi planlardan çıkararak işletmenin amaçlarına uygun olarak, örgütün performansını sürekli maksimize etmek için planlanan etkinliklerin gerçekleştirilmesini izler, kontrol altında tutar ve sistemde ve çevresel koşullarda oluşan değişimler nedeniyle planlardan sapmalara ya da planlarda yapılması gereken değişikliklere yönetimin dikkatini çeker (Akal, 2000: 55).

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 (Kılıç, 2007: 309-310).

Kamu kesimine uyarlayacak olursak performans yönetimi, kaynakların etkin ve verimli kullanımını sağlayarak kaynak kullanım kapasitesini ve hizmetlerin kalite ve etkinliğini arttırmayı amaçlayan bir yönetim anlayışı ve bu anlayışın hayata geçirilmesine yardımcı olan teknikler bütünüdür (Alptekin, 2007: 59).

Performans yönetimi, uzlaşılan amaçlarla ilişkili olarak performansın incelenmesinin, geribildirim ve hedef belirlemenin önemini ortaya koyan, yönetim biliminin belli bir alanıdır. İş görenlerin çalışma davranışlarını ve ürünlerini tanımlama, değerlendirme ve güçlendirme noktasında bütünleştirilmiş bir süreçtir.

İyi geliştirilmiş performans yönetim süreci, örgütleri bu öğeler olmaksızın örgüt tasarımını yapmamaya yönlendirir (Cummings and Worley, 1997: 370).

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, birey performansıyla olduğu kadar takım performansıyla da ilgilidir ve devamlı bir süreçtir. Yılda bir kez yapılan resmi bir incelemeye dayandırılmaz ve performansın iyileştirilmesi üzerine odaklanır ki yeterliğin geliştirilmesini ve potansiyeli ortaya çıkarmayı amaçlar. Performans yönetimi, “kendini yönetme” üzerine yoğunlaşır. İnsanlara yardım edilerek ve rehberlik yapılarak gelişmeleri teşvik edilir ve örgütteki insanlar bu konuda yöneticilere ve örgüte gereksinim duyarlar. Performans yönetimi ile uzlaşılan amaçlara yönelik olarak gerekli becerilerin kazandırılması bağlamında eğitime duyulan gereksinim açıkça ortaya çıkar. Bu süreçte iş görenler, geribildirim elde eder, performansları incelenmiş olur ve rehberlik ve danışmanlık hizmetleri almış olurlar (Torrington and Hall, 1995: 317).

Performans yönetimi, örgüt içinde iş görenleri kendi potansiyellerinin farkına varmalarını sağlayarak, örgütlerden, takımlardan ve iş görenlerden daha etkin sonuçlar almak için hedef belirleme, değerlendirme, geribildirim, ödüllendirme aşamalarından oluşan sistematik bir yönetim aracıdır. Performans yönetimi, iş görenlere, kendisinden ne beklediğini, hedeflere ulaşmak için neler yapması gerektiğini bununla birlikte mevcut durumunu, gelişim ve eğitim ihtiyacının belirlenmesini, üstleriyle daha nitelikli bir iletişim kurmasını sağlama yönünde önemli katkılar sağlar. Yönetici açısından ise iş görenine daha yapıcı ve daha yansız geribildirimler vermesini, daha etkin rehberlik etmesini, mesleki gelişimlerini daha rasyonel planlamasını; örgüt boyutunda da örgütün hedeflerinin iş gören hedefleriyle bütünleşmesini sağlama gibi önemli işlemlere sahiptir (Helvacı, 2002: 155).

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):

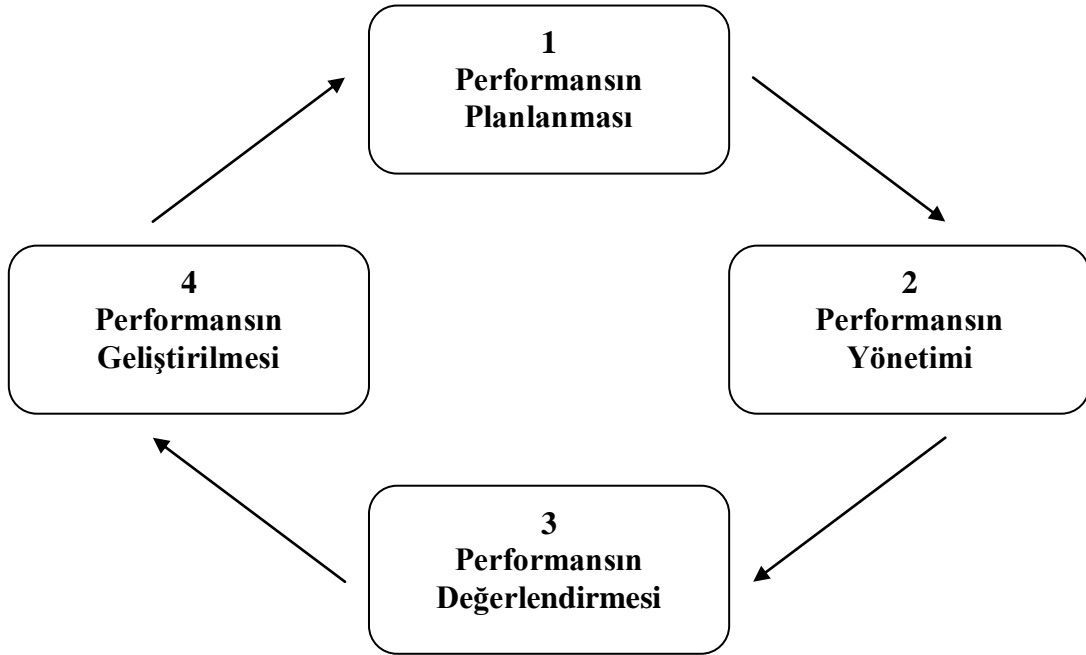
- Ücretlendirme, ödül ve ceza standartlarını saptamak ve başarıyı bu yolla ödüllendirmek.
- İş görenlerin verimlilik ve iş tatminlerini arttırmak.
- Kötü performansı belirlemek, nedenlerini ve çözüm yollarını ortaya koymak.
- İş görenlerin eğitim gereksinimlerini belirlemek ve nasıl karşılanacaklarını araştırmak.
- İş görenler arasındaki ilişkileri gözden geçirmek ve gerekli düzeltmeleri yaparak grup çalışmasını arttırmak.
- Yöneticiler ile iş görenler arasındaki iletişimi arttırmak.
- Yükseltme, işten çıkarma ya da iş görenin bulunduğu durumun yeniden gözden geçirmesi gibi idari kararlara yardımcı olmak.
- Elde edilen sonuçları insan gücü planlamasında kullanmak.

2.3. Performans Yönetim Süreci

Performans yönetimi, şirketleri istenen amaçlara yönetmek için, şirketlerin mevcut ve geleceğe ilişkin durumları ile ilgili bilgi toplama, bunları karşılaştırma ve performansın sürekli gelişimini sağlayacak yeni ve gerekli etkinlikleri başlatma ve sürdürme görevlerini yüklenen bir yönetim sürecidir (Zerenler, 2003: 194).

Performans yönetim süreci, yöneticinin iş göreninden görev çerçevesinde beklentilerinin net ve açık bir biçimde farkında olması, iş görenine 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 sağlar (Helvacı, 2002: 157).

Şekil-7: Performans Yönetim Süreci



Kaynak: Nas, 2006: 5.

Performans yönetim süreci, Şekil-7’de gösterildiği gibi, dört aşamadan oluşmaktadır. Bu dört aşama da kendi içinde çeşitli basamaklardan oluşur. **Performansın planlanması** aşaması; görev ve sorumlulukların gözden geçirilmesi, her işin iş görene anlaşılır bir şekilde anlatılması ve hedefe ulaşabilmek için yapılacak bireysel performans planlarından oluşmaktadır. **Performansın yönetimi** aşamasında; bireysel performans planında belirlenen hedeflerin iş görenlere geribildirimi ve danışmanlık yapılması yer almaktadır. Bu aşamanın temel amacı, iş görenlerin güdülenmelerini sağlamaktır. Bir sonraki aşama olan **performansın değerlendirilmesi** aşaması; iş görenin öz değerlendirmesinin, olağan performans değerlendirmelerinin ve performans değerlendirme toplantılarının yapıldığı aşamadır. Öz değerlendirme, iş görenlerin kendi performans ve pozisyonlarını dürüstçe değerledikleri basamak olduğu için performans yönetim süreci içerisinde çok önemlidir. Performans değerlendirme toplantılarında, yöneticiler iş görenlerle yetenekleri ve gelişimleri konularında tartışırlar. Son aşama olan **performansın geliştirilmesi** ise bireysel gelişim planı ve performans gelişim planlarından oluşur. Bireysel gelişim planında iş görenler kendi performanslarıyla ilgili bir eylem planı

hazırlarlar. Performans gelişim planında ise amaç, iş görenlerin işle ilgili bilgi, beceri ve deneyimlerinin geliştirilmesidir. Performans gelişim planı, örgütün ve iş görenin gereksinimlerini ve eksik yönlerini göz önüne alınarak, iş gören ve yönetici tarafından ortak hazırlanmalıdır (Nas, 2006: 5-6).

Performans yönetim sürecinin başarılı olmasına engel olabilecek bazı sorunlar vardır. Bunlar (Özyörük, 2009: 38):

- Değerlendirme ölçeklerinin tutarsız uygulanması.
- Değerlendirmeyi yapan yöneticilerin bu konuda eğitimsiz olmaları.
- Yöneticilerin prosedüre değer vermemeleri ya da bu süreci yalnızca kınama amaçlı kullanmaları.
- Standartların ve kriterlerin objektif olmaması ya da yapılan işle ilgili olmaması.

Performans yönetim süreci asla sonu olmayan bir özelliğe sahiptir. Bir dönem elde edilen sonuçlar, sonraki dönem için veri olarak kullanılarak performansın sürekli gelişimi sağlanır (Nas, 2006: 6).

2.4. Performans Yönetim Sistemi

Performans yönetim sistemi, gerçekleştirilmesi beklenen organizasyonel amaçlara ve bu yönde çalışanların ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir anlayışın organizasyonda yerleşmesi ve çalışanların bu amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara yapacağı katkıların düzeyini artırıcı bir biçimde yönetilmesi, değerlendirilmesi, ücretlendirilmesi ya da ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecidir.

Performans yönetim sistemi, çalışan ile performans yöneticisinin birlikte gelişme amaçlarını tartışmalarına ve bu amaçlara ulaşmak için ortak bir plan yapmalarına ortam yaratmaktadır. Gelişme planları, organizasyonun amaçlarına ve çalışanın mesleki gelişmesine birlikte katkıda bulunmalıdır (Barutçugil, 2002: 125).

2.4.1. Performans Yönetim Sisteminin Amaçları

Performans yönetim 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, 2005: 2).

Performans yönetim sisteminin organizasyonların daha etkin çalışmasını sağlayan bir dizi amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlar: yönetsel amaçlar, geliştirmeye yönelik amaçlar ve araştırmaya yönelik amaçlar olmak üzere üç grupta toplanabilir.

Yönetsel amaçlar, ücretlendirme, yükseltme, transfer, işten çıkarma gibi yönetsel kararların oluşturulmasında ortaya çıkmaktadır. *Geliştirmeye yönelik amaçlar*, kariyer planlamasında, eğitim-geliştirme programlarının hazırlanmasında, danışmanlık ve rehberlik desteğinin verilmesinde, güçlü ve güçsüz yönlerle ilgili geribildirimde bulunulmasında öne çıkmaktadır. *Araştırmaya yönelik amaçlar* ise iş tatmininin ve motivasyon düzeyinin belirlenmesinde, gelecekteki hedeflerin saptanmasında, performans düzeyini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılmasında ve çalışanların performansı ile organizasyonun amaçları arasındaki ilişkinin incelenmesinde gündeme gelmektedir.

Performans yönetiminin üç ana grupta toplanan amaçları daha ayrıntılı olarak şu şekilde sıralanabilir (Barutçugil, 2002: 126-127):

- Organizasyonel hedeflerin açık tanımlanmış bireysel hedeflere dönüştürülmesi.
- Hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli olan performans kriterlerinin belirlenmesi.
- Belirlenen kriterlere göre çalışanların zamanında ve adaletle değerlendirilmesi.
- Çalışanlardan beklenen performans sonuçlarıyla gerçekleşen başarının karşılaştırılması ve değerlendirilmesi.

- Yönetici ile çalışan arasında etkin bir iletişim ve anlayış ortamının yaratılması.
- Performansın geliştirilmesi için yönetici ve çalışanın ortak çaba harcaması.
- Çalışanların başarılarının tanınması ve ödüllendirilmesi.
- Organizasyonun ve çalışanın güçlü ve zayıf yönlerinin tanımlanması.
- Geribildirimle çalışanların desteklenmesi ve motivasyonlarının artırılması.
- Eğitim-geliştirme ve kariyer planlama için yönetime gerekli bilginin sağlanması.

Kısaca, sistemin temel amacı, bireysel performansın standartlar ve kriterler aracılığıyla belirlenmesi, ölçülmesi ve tarafların bilgilendirilmesi yoluyla bireysel performansın ve organizasyonel etkinliğin birlikte geliştirilmesidir (Barutçugil, 2002: 127).

2.4.2. Performans Yönetim Sisteminin Özellikleri

Performans yönetim sisteminin özellikleri aşağıdaki gibidir (Özyörük, 2009: 36):

- Sürekli gelişime ve öğrenen organizasyon felsefesine dikkat çeker.
- Yılda bir kez yapılan sübjektif değerlendirme yerine yıl boyunca objektif değerlendirme ve geliştirme sağlar.
- İstenen şirket kültürünün yerleştirilmesinde önemli bir araçtır.
- Organizasyonel ve kişisel hedeflerin entegrasyonunu sağlar.
- Yeterlilik kavramının ve yeterlilik analiz tekniklerinin gelişmesini sağlar.
- Performans yönetiminin sadece yöneticilerin değil herkesin işi olduğunu vurgular.
- İşleyiş hedeflerin belirlenmesi süreci ile başlayıp yönlendirme/geribildirim ve değerlendirme ile devam eder ve gelişim planlaması ile sona erer.

2.5. Performans Ölçümünde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

Başarılı bir performans ölçümü için birtakım sonuçlar çıkarmak mümkündür. Bunlardan bir kısmı şöyle özetlenebilir (Ateş, 2007: 13-14):

1. Pilot projelerle başlamak. İyi bir performans ölçüm ve yönetim sisteminin geliştirilmesi ve uygulanması zaman alacağı için, pilot projelerle başlamak ve sistemi etaplara bölmek faydalı olabilir.

2. Küçük adımlarla başlamak. Performans yönetimi gibi göreceli olarak yeni ve karmaşık bir sistemi kimse bir gecede yerleştirme iddiasında bulunamaz. Ayrıca her bir adımın içselleştirilmesi, bir sonraki adım için sağlam temel oluşturulacaktır.

3. Başarılarla yoğunlaşmak ve başarılı uygulamaları takdir edip, başka birimlere de uygulama imkânını oluşturmak.

4. En üst yöneticiden en alttaki çalışana kadar herkesi performans yönetim sisteminin ne olduğu, nasıl uygulanacağı ve muhtemel sonuçları hakkında bilgilendirmek.

5. Sistemi yürüteceği düşünülen çekirdek kadroyu iyi belirlemek, yeterince eğitmek ve uygulama konusunda yetkilendirmek.

6. Sistemin başlangıç aşamasında personelin bu sistemden zarar göreceği endişesi yaratmamak.

7. Performansı kolay ölçülebilecek birim ve kişilerden başlamak, daha sonra karmaşık birim ve işlerin performansını ölçmeye girişmek.

8. Performans ölçüm ve yönetim sisteminin uygulanmasına, doğrudan vatandaşa hizmet sunan birim ve personelden başlamak. Bu durum, performans bilgilerinin hem yöneticiler ve karar vericiler hem de vatandaşlar için anlamlı olmasını ve kolay gerçekleştirilebilmesini sağlayacaktır.

9. Her bir kurum veya birimin şartlarını dikkate alan bir sistem kurmak. Çünkü performans yönetimi, başka bir yerden kopya ile uygulanamaz.

10. Kurumda performans yönetimine ait bir sahiplenme hissi yaratmak. Özellikle yönetici konumunda olanların, performans ölçümü ve performans

bilgilerinin kendi işleri için faydalı olacağı konusunda ikna etmek hayati önem taşımaktadır.

11. Performans ölçümünü resmi yönetim mekanizmaları ile ilişkilendirmek. Bu da performans bilgisinin düzenli olarak raporlanması ve bütçeleme, ücretlendirme ve yükseltme gibi yönetsel işlemlerde kullanılması yoluyla olacaktır.

13. Sağlık hizmetlerini yürütmenin maliyeti konusunda daha fazla açıklık ve hesap verebilme imkânı sağlamak. Daha fazla açıklık ve hesap verebilme, performans yönetim sisteminin can damarıdır. Bu sayede sisteme vatandaş desteği sağlanabileceği gibi, yönetsel manipülasyonlar da en aza indirilebilir.

14. Kimse bir kurumu, performansını takip etmeden uzun süre yönetemez. Çünkü nasıl ki ufuk biz yaklaşırsa uzaklaşırsa, performans hedefleri de beklentilerin yükselmesine paralel olarak sürekli yükselecektir. Bir başka deyişle, performans zamanla ve beklentilerin artmasıyla değişen ve gelişen dinamik bir süreç olduğu için, performans ölçüm ve yönetim sisteminin de sürekli gözden geçirilmesi gerekecektir.

15. Performans yönetimi sadece başka kurumlara raporlamak için değil, kurumun öncelikli hedeflerine ulaşma durumunu sürekli kontrol etmek amacıyla kullanılmalıdır. Bu nedenle, sadece bakanlığın veya Sayıştayın mecburi kıldığı verileri toplamakla yetinilmemeli, kurumun mali olmayan performans verileri de sürekli toplanmalı ve analiz edilmelidir.

16. Kurumları başarılı ya da başarısız yapan iki unsurdan birisi, beşeri unsurdur (diğerleri kurumsal dizayn ve kurum politikalarıdır). Dolayısıyla, performans yönetiminin değişik aşamalarında katılımcılığın sağlanmaması, performans hedeflerinin tutturulması ve performans bilgi sisteminin işlemesi konusunda özellikle orta kademe yöneticilerde sahiplenme duygusunu ve motivasyonu düşürebilir. Bir başka deyişle, sistemin teknik yönleri ile beşeri yönü dengelenmedikçe, performans yönetim sisteminin başarı şansı düşecektir. Bu nedenle, kurumdaki ilgili tüm tarafların sisteme dâhil edilmesi faydalı olacaktır.

Öte yandan, performans yönetiminin de, diğer yönetim tekniklerinin çoğu gibi, temelde liderlik merkezli ve iyi uygulamalarla (best practice) sürekli

geliştirilebilecek bir felsefe-uygulama bütünü olduğu unutulmamalıdır. Bu yüzden, performans yönetimi uygulamalarının ve sonuçlarının karşılaştırılması, kurumların kendi şartlarına göre temel prensiplerin içini doldurmaları ve iyi uygulamaların yaygınlaştırılması hayati önem taşımaktadır (Ateş, 2007: 14).

2.6. Performans Değerlendirme

Performans değerlendirme, performans yönetim sisteminin bir aşaması olarak düşünülmelidir. Performans yönetim sistemi, bir örgütte performans planlandığı, yönetildiği, rehberlik edildiği, adil ve doğru olarak değerlendirildiği zaman yüksek motivasyonu sağlayan bir iş ortamı yaratacağını kabul eder (Barutçugil, 2002: 178).

Her şeyden önce, şunu belirtmek gerekir: insan kaynakları uygulamaları arasında en az sevileni performans değerlendirmesidir. Yöneticiler yapmaktan hoşlanmaz, çalışanlar gereksiz bulur, insan kaynakları yöneticileri ise (örgütün değerlendirme politikası ve uygulamalarının bekçileri olarak) hem bu konunun arkasında durmak hem de yaptıkları işin itibarının zedelenmesini izlemek durumunda kalırlar. Ancak bütün bu sıkıntılara rağmen performansın izlenmesi, ölçülmesi ve denetlenmesi gereken bir şey olduğu düşünülür. Aslında performans değerlendirme, performans geliştirme, eğitim ihtiyaçlarını saptama, kariyer yönetimi ve ödül sistemlerini uygulamak için çok önemli bir veri toplama sistemidir. Performans değerlendirmenin niçin gerekli olduğu konusunda yapılan bir araştırma şu sonuçları vermiştir (Ergin, 2002: 136-137):

- Eğitim ve gelişme ihtiyaçlarını saptamak,
- Süregiden performansın gelişmesinde katkıda bulunmak,
- Geçmiş dönemdeki performans gözden geçirmek,
- Geleceğe yönelik potansiyel ve terfi durumlarını değerlendirmek,
- Kariyer planlama konusundaki kararlara yardımcı olmak,
- Performans hedefleri saptamak,
- Ücret düzenlemelerini ya da yapılacak zamları ayarlamaktır.

Bu noktaları kısaca toplamak gerekirse, değerlendirmenin hem yönetimin alacağı kararlarla ilgili bir yönü hem de performansın geliştirilmesi ile yakından ilgili olduğu görülür (Ergin, 2002: 137).

Performans değerlendirme, insan kaynakları yönetiminin en önemli işlevleri arasındadır. Kişinin bir konudaki başarısını ve etkinliğini ölçmeye yönelik çalışmalar, performans değerlendirmeyi oluşturmaktadır. Başarı ve etkinliği ölçmek ise oldukça zor bir iştir. Bu zorluğun başlıca nedeni, değerlendirmenin insana yönelik olması ve performans ya da başarının sübjektif bir kavram olmasıdır (Nas, 2006: 22).

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, çalışanın performansının incelendiği, değerlendirildiği, sonucun kaydedildiği ve çalışana bildirdiği süreçtir (B. Aksoy, 2001: 4).

Örgüt yönetiminde performans değerlendirme, yöneticinin daha önceden belirlenmiş standartlar ile çalışana ilişkin sonuç raporlarından aldığı bilgilere dayanarak, iş davranışlarını analiz ederek çalışanın başarısını ölçme ve değerlendirme olgusudur (Özyörük, 2009: 53). Bu değerlendirmenin sonucu çalışanlara duyurulur, böylece onlar da kendi performanslarına ilişkin yorumlarını bildirme olanağı bulurlar (Palmer, 1993: 9).

Bir başka ifadeyle performans değerlendirme, belirli bir organizasyonda veya örgütte çalışan kişilerin belirli bir dönemde yapmış oldukları işteki başarı durumlarını ve gelecekte gösterebilecekleri başarı potansiyellerini belirlemeye yönelik çalışma ve çabaların tümüdür (Kılıç, 2007: 313).

2.6.1. Performans Değerlendirmenin Amaçları

Performans değerlendirme yapmanın iki ana amacı vardır. Bu amaçlardan birincisi, iş performansı hakkında bilgi edinmektir. Bu bilgi yönetsel kararlar alınırken gerekli olacaktır. Ücret artışlarına, ikramiyelere, eğitime, disipline, terfilere ve başka yönetsel etkinliklere ilişkin kararlar genellikle performans

değerlendirmeden elde edilen bilgilere dayanır. Bir organizasyonun yönetim kadrosu, performans değerlendirmeden elde edilen bilgiler olmadan yönetsel kararlar veremez ve vermemelidir. İnsan kaynaklarına ilişkin diğer politikalarda olduğu gibi performans değerlendirmeleri de herhangi bir gruba karşı ayrımcılık yapılmasını engelleyen yasal standartlara uygun olarak düzenlenmelidir.

Performans değerlendirme yapmanın diğer ana amacı, çalışanların iş tanımlarında ve iş analizlerinde saptanan standartlara ne ölçüde yaklaştığına ilişkin geri besleme sağlamaktır. Bu geri besleme çalışanlara olumlu bir yaklaşımla verildiği ve mesleki eğitimle desteklendiği takdirde çok yararlı olabilir. Çoğu insan bu türden yapıcı ve özgüvenini artırıcı geri besleme almaktan hoşlanır. Bu geri besleme aynı zamanda iş görenlerin organizasyon içindeki kariyerlerinin ne yönde ilerlediğini görebilmelerini sağlar. Örneğin, bir çalışanın daha büyük bir sorumluluk almaya hazır olduğunu ya da mevcut durumunu sürdürebilmesi için eğitime ihtiyacı olduğunu gösterir. Sonuç ne olursa olsun, iş görenlerin organizasyonun neresinde durduklarını görebilmelerini sağlar (Palmer, 1993: 9-10).

Sistemli performans değerlendirme, amirlerin her bir iş görenin değerlendirmelerine yardımcı bir araç olarak birçok örgüt tarafından benimsenmiş bulunmaktadır. Bu değerlendirmeler, çok sık olarak, daha üst kademe işlere terfi ettirilecek adayları seçmenin, kariyer planlaması yapılmasının, ücretlerde liyakate göre artış sağlamanın ve eğitime ihtiyacı olanların saptanmasının bir kriteri olarak kullanılmaktadır. Değerlendirmeler aynı zamanda, tedarik, seçim ve yerleştirme süreçlerinin geçerliliğini belirlemede bir denetim aracı olarak yararlı olmaktadır (Wilson and Wyllis, 1998: 64).

2.6.2. Performans Değerlendirmenin Yararları

Performans değerlendirme tüm örgütler, yöneticiler ve iş görenler için büyük yararlar sağlayan bir yönetim işlevidir. Performans değerlendirmenin yararları ile ilgili farklı görüşler mevcuttur.

Cascio Wayne'ye göre performans değerlendirmenin yararları şu şekildedir (Aktaran: Baykal, 1994: 8):

- Performans değerlendirme, başarılı olan iş görenleri terfi ettirmek, başarısız olan iş görenleri ise eğitmek, bölüm değiştirmek, cezalandırmak ya da işten uzaklaştırmak gibi kararların verilmesini sağlar.
- Performans değerlendirme, iş görenlerin gelişimini sağlayacak geri besleme olanağı sağlamaktadır.
- Performans değerlendirme sonuçları, eğitim ihtiyacının belirlenmesine yardımcı olmaktadır.
- Performans değerlendirme sonuçları, iş göreni işe alırken yapılan testleri destekler nitelikte olduğundan, iş görenin işe kabulünde rol oynamaktadır.
- Performans değerlendirme sonuçları doğru olarak tespit edildiğinde, örgüt sorunlarının tanımlanmasına da yardımcı olmaktadır.

Performans değerlendirmenin yararları bir başka yazar tarafından şu şekilde sıralanmıştır (Tengilimoğlu vd., 2009: 325-326):

Yönetici açısından: çalışanlarla yöneticiler arasındaki ilişki ve iletişimin güçlenmesi; çalışanlarının güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenmesi ve çalışanların eğitim ihtiyaçlarının ortaya konması; astlarını daha yakından tanıdıkça, yetki devri kolaylaşır; mevcut ve olabilecek potansiyel sorunların ortaya çıkarılması; değerlendirme için bolca fırsat; düzeltici önlemler için bolca fırsat; iş doyumunu artırmaya ilişkin daha geçerli bilgi edinme; yöneticilik becerisini sergileme olanağı kazanmak.

Çalışanlar açısından: çalışanların kendine güven duygularının kazandırılması ve artması; işletmenin ve kendi çalıştığı birimin hedeflerinin tartışılması; çalışanın kendi rolünün gereklerini yerine getirip getirmediğinin belirlenmesi; çalışanların kendileri ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerini öğrenme imkânı tanınması; çalışanların sürekli kendini geliştirme ihtiyacı hissetmesi.

İşletme açısından: birimlerin performanslarının iyileştirilmesi; verimliliğin artırılması; sunulan hizmetlerin kalitesinde yükselme sağlanması; ücretlendirme sisteminin hakkaniyete uygun olarak gerçekleşmesinin sağlanması; çalışanların motivasyon düzeylerinin tespiti ve ilgili planlamanın yapılması.

Sonuç olarak performans değerlendirmenin birçok yararı bulunmaktadır. Ancak bunlardan en önemlisi, iş görenler hakkında bilgi vermesi ve gelişmesinin sağlanmasıdır (Nas, 2006: 26).

2.6.3. Performans Değerlendirme Süreci

Performans değerlendirme süreci, sübjektif yaklaşımdan uzak, iş tanımlarına dayanan, örgütün amaçlarıyla personelin kişisel gelişim planlarıyla ve ücret yönetimi sistemiyle bağlantılı olmalıdır. Personel performansın tüm önemli boyutlarını kapsayan yeterli bir ölçümleme yapılmalıdır (Dreher and Dougherty, 2001: 147).

Performans değerlendirme sürecinin başlangıç noktası amaçların belirlenmesidir. Bir değerlendirme sistemi muhtemelen her arzu edilen amaca hizmet etmeyebilir. Bu nedenle değerlendirme hangi gaye ile yapılacaksa ona ilişkin özel amaçların belirlenmesi gerekir. Kuşkusuz belirlenen bu amaçların başarılabılır nitelikte olması zorunludur (Dilek, 2009: 47).

Performans değerlendirme sürecinde önemli bir nokta, değerlendirmeyi kimin yapacağıdır. Burada belirtilmesi gereken en önemli husus, değerlendirmeyi yapacak kişi ya da kişilerin iş göreni yeterli bir süre gözlemeleme imkânına ve performansına ilişkin gerekli kanaati elde edebilmiş olmalarıdır (Özyörük, 2009: 59).

Performans değerlendirme yapabilmek için elde edilen sonuçların ölçülebilir olması gerekmektedir. Ölçümü yapılmayan etkinlikler için performans değerlendirme yapabilmek oldukça zordur.

Performans değerlendirme süreci, *hazırlık evresi* ve *asıl evre* olmak üzere iki bölüme ayrılarak incelenebilir (Kılıç, 2007: 315):

Performans değerlendirme sürecinin hazırlık evresinde:

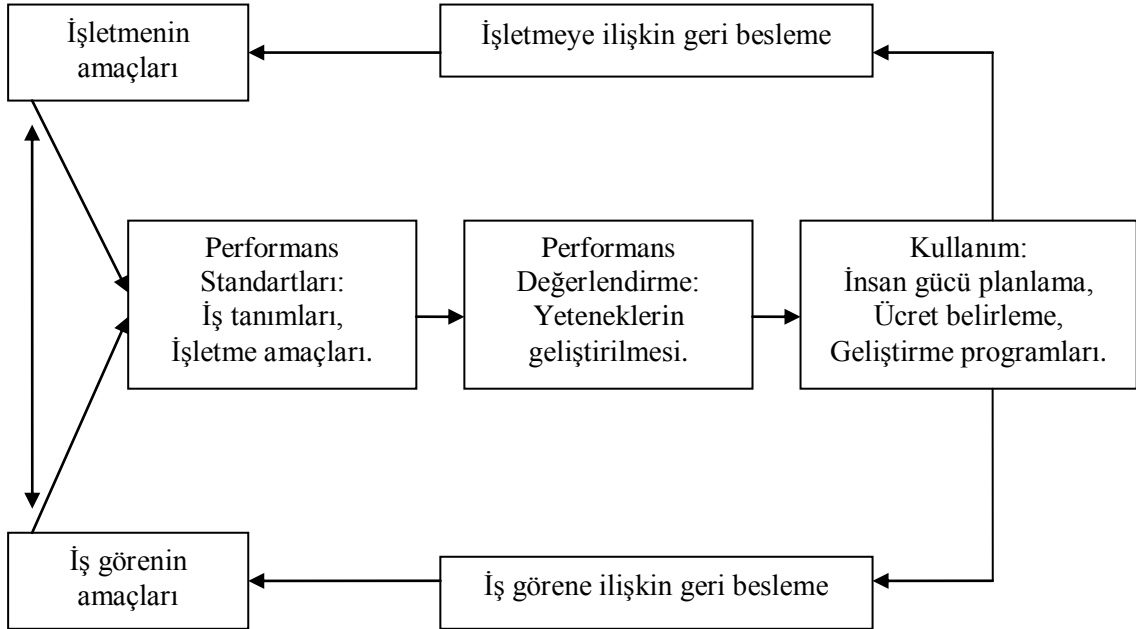
- İş analizlerinin yapılması,
- İş tanımlarının oluşturulması,
- İş gerekliliklerinin belirlenmesi gerekmektedir.

Performans değerlendirme sürecinin asıl evresinde ise:

- İşletme içinde performans değerlendirmeyi zorunlu kılan temel amaçların saptanması,
- Performans değerlendirmede görev alacak kişilerin belirlenmesi,
- İşletme içinde performans değerlendirme hakkında bilgi verilerek, uygulanacak performans değerlendirme programının tüm çalışanlar tarafından benimsenmesinin sağlanması,
- Performans değerlendirmede kullanılacak ölçü ve yöntemlerin belirlenmesi,
- Performans değerlendirme planının hazırlanması,
- Planın ilgili yöneticilerle tartışılması, eksikliklerinin giderilmesi, gerektiğinde değişiklikler ve/veya düzeltmeler yapılması,
- Üst ve orta yönetim kademeleri çalışanlarına gerekli eğitimin verilmesinin sağlanması,
- Elde edilen kesin sonuçlarının, performans değerlendirme programının amaçlarına göre kullanılması gerekmektedir.

Performans değerlendirme süreci aşağıdaki şekilde özetlenebilir.

Şekil-8: Performans Değerlendirme Süreci



Kaynak: Kılıç, 2007: 316.

2.6.4. Performans Değerlendirmenin Hazırlanması

Performans değerlendirme, çalışanların işteki performansları üzerine kesin bilgi elde etmek için yapılır. Bu yüzden doğrudan doğruya işle ilgili ve nesnel olması gerekir. Değerlendirmenin işle ilgili olmasının anlamı, sistemin önemli performans öğelerinin değerlendirmesidir. Bir iş görenin performansının davranış, kişilik ya da insanlara karşı tutum gibi diğer öğeleri *ancak* o çalışanın iş performansını doğrudan etkiliyorsa hesaba katılır.

Bir organizasyonda performans değerlendirme sisteminin standart olması, değerlendirmenin herkese aynı şekilde uygulanmasını sağlar. Fakat farklı işlere göre bazı ayarlamalar yapmak da gerekebilir. Her çalışanın performansı, onun talimatlarda saptanan önemli öğelere ilişkin gerçek performansına göre değerlendirilmelidir (Palmer, 1993: 12).

2.6.5. Performans Değerlendirme Sonuçlarının Kullanım Alanları

Performans değerlendirmeleri, çalışanların belirli bir dönemde gösterdikleri performansı ve geleceğe ilişkin gelişme potansiyellerini belirlemeye yönelik çalışmalardır. Değerlendirme sonuçlarından çalışanlara yönelik muhtelif kararların alınmasında faydalanılır. Söz konusu sistem, değerlendiren ile değerlendirilen arasında iyi bir iletişim, işbirliği, dayanışma ve amaç birliğini öngören özellikler de içermektedir. Değerlendirme sonuçlarına ilişkin olumlu/olumsuz bilginin astlara bildirilmesi, bu sonuçların astla birlikte tartışılabilmesi performans değerlendirmenin çalışanların motivasyon ve verimliliğini vurgulayan amaçlarını oluşturmaktadır. Açıklık ilkesinin gerektiği biçimde uygulanması durumunda, astlar yöneticilerinin kendilerinden neler beklediklerini daha doğru bir biçimde anlayacaklardır (Dilek, 2009: 88).

Performans değerlendirme sonuçları bir ödüllendirme sistemi oluşturmada veya eğitim sistemi geliştirmede kullanılabilir. Eğer değerlendirme sistemi etkin kullanılırsa hem kurum hem de çalışan için yararlı olacak ve verimlilik artışı sağlayacaktır. Performans değerlendirme sonuçları çalışana başarısının yöneticisi tarafından nasıl değerlendirildiğini gösterirken terfi veya ek eğitim gereksinimi gibi konularda da bilgi verir. Böylece etkin bir yetkinlik yönetimi için gerekli verileri sağlar. Performans değerlendirme sonuçları aynı zamanda bir kişinin pozisyona uygunluğu ve yerine bir alternatif oluşturulması gerekliliğini de ortaya çıkarabilir. Bu bilgilerin tümü İnsan Kaynakları uygulaması içinde takip edilebileceği gibi, esnek yapısı sayesinde kurumun oluşturacağı ödüllendirme sistemi, eğitim planları, atamalar, işe alma işlemleri tümleşik çalışan sistemde kolaylıkla tanımlanabilir ve takip edilir (Logo İnsan Kaynakları, 2007: 5).

Performans değerlendirme sonuçlarının kullanılabilmesi bazı alanlar şu şekilde özetlenebilir (Dilek, 2009: 89-92; İdrissova, 2009: 77-79):

2.6.5.1. Ücret Yönetimi

Performans değerlendirme sonuçlarının yaygın olarak kullanıldığı başlıca alan ücret yönetimidir. Ücret yönetimi, çalışanlara verilecek ücretlerin belirlenmesi için ücret politikasının oluşturulması, piyasa ücret araştırmalarının tespiti ve ücret

sisteminin kurulmasından işletilmesine kadar yapılan tüm çalışmaları kapsayan bir süreçtir.

Çalışanların en çok önemsedikleri konu geçinmelerinin kaynağı olan ücrettir. Emeğini satan birey, bunun karşılığını almak ister. Bunu performans ile ilişkilendirecek olursak; çalışanlar performanslarıyla eş değer bir maddi kazanç beklerler. Yüksek performans - yüksek ücret; düşük performans - düşük ücret demektir. Kurumlar da performans değerlendirmeyi ücret belirlemede esas alır. Yalnız bu, düşük performans gösterenlere düşük ücret verilmesi anlamına gelmez. Bu şekilde bir yaklaşım, çalışanların motivasyonunu azaltır. Önemli olan, çalışanlara başarıyı hedef göstermektir. Örneğin, performansı yeterli düzeyde olmayanlara ortalama bir ücret artışı sağlanırken, çok iyi performans gösterenlere daha yüksek ücret artışı sağlanmalıdır ki kurum çalışanlarının motivasyonu düşmesin. Çünkü ücret, kişiyi motive etmede birinci faktördür.

2.6.5.2. Kariyer Yönetimi

Kariyer kavramının oldukça eskiye dayanan bir geçmişi vardır. Bazen kişinin kendisini bir uzmanlık alanına adanması, bazen de aralarında fazla ilişki olmayan bir dizi işlerde çalışmak anlamında kullanıldığı görülmektedir. Kariyer, bir kişinin yaşamı boyunca edindiği işe ilişkin deneyim ve faaliyetlerle ilgili olarak algıladığı tutum ve davranışlar dizisidir (Şimşek, 2002: 352).

Kariyer yönetimi, kişinin kurum içinde yükselme olanaklarının hazırlanması, uygun kişilerin uygun statülere doğru yönlendirilmesi ve gerekli hazırlıkları yapmalarını içeren bir süreçtir. Performans değerlendirme sonuçları, kişinin iş başarıları, ilişkileri hakkında veriler içerdiği için, onun gelecekteki başarılarını tahmin aracı olarak da yani kariyer planlaması için de kullanılabilir. Performans değerlendirme sonuçlarına göre başarısı kanıtlanan kişilerin kariyerlerinin geliştirilmesi ve daha üst yönetim kademelerine hazırlanmaları söz konusu olmalıdır.

2.6.5.3. Stratejik Planlama

Organizasyonlar belli bir amaca ulaşmak için örgütlenirler. Bir örgütün karşılaşılabilecek sorunlarla baş edebilmesi için tüm örgütün katkılarıyla planlanmış stratejiye göre hareket etmesinin örgüte sağlayacağı çok fazla yarar vardır. Zaten

planlamanın, yönetimi sistematik düşünmeye sevk ettiği, şirket yetkilileri ve yöneticileri arasında iletişimi güçlendirdiği, şirket amaçlarının önceden belirlenmesini sağladığı ve şirket harcamalarının daha koordineli şekilde yürütülmesine yardımcı olduğu bilinmektedir. Strateji belli amaçlara ulaşmak için araçların kullanılma şekli ise buna göre stratejik planlamayı, organizasyonun amaç ve hedefleriyle değişen pazar fırsatları arasındaki uyumun korunması ve yönetilmesi şeklinde tanımlayabiliriz.

Uygulanan performans değerlendirmeleri, her kurum için farklılık gösterir. Bu, kurumların bünyelerinin farklı olmalarından kaynaklanır. Kurumların kendileri için özel olarak geliştirdikleri değerlendirme yöntemleri, bunların uygulama esasları, soru formları vb. çalışanlara kurum hakkında bilgi verir. Çünkü bunlar stratejik planlama dediğimiz ileriye yönelik planların birer uzantısıdır. Böylece çalışanlar, kurumun belirlediği stratejiler ve önem verdiği noktalar hakkında bilgi sahibi olur.

2.6.5.4. Eğitim İhtiyacının Belirlenmesi

Performans değerlendirme ile ulaşılan veriler, tüm kurumdaki çalışanların başarıları kadar, eksik oldukları, yetersiz oldukları konular hakkında da bilgi verir. Bu yetersiz olunan alanlar aynı zamanda birer eğitim ihtiyacı konusudur.

Bu bakımdan, performans değerlendirme sonuçlarının tüm çalışanlar düzeyinde ele alınması, kurumdaki genel eksikliklerin, yetersizliklerin görülmesi bakımından önemlidir.

2.6.5.5. Rotasyon, İş Geliştirme ve İş Zenginleştirme Uygulamaları

İş rotasyonu, çalışılan işin içeriğinde hiçbir değişiklik yapılmaksızın, monotonluğunu azaltmak amacıyla, çalışanların görevlerinde periyodik değişiklikler yapılmasıdır. Bir işten diğerine çalışanların yönlendirilmesidir. Bu yolla çalışanlara farklı beceri ve yeteneklerini kullanma fırsatı verilir. İşletme içinde farklı görevler hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanır ve böylece pek çok iş hakkında tecrübeleri artan çalışanların işletme için olan önemlerinin arttığı düşünülür.

İş zenginleştirme, işin belli bir kısmından sorumlu olan çalışanın, işin tüm aşamalarından sorumlu kılınması durumudur. İş zenginleştirmeyle performans değerlendirme arasında hiç de azımsanmayacak bir ilişki bulunmaktadır. İş

çeşitliliğinin arttırılması anlamına da gelen iş zenginleştirmeye birlikte işin, birden fazla özel amacı içine alacak şekilde yeniden yapılandırılması, bu yolla da verimliliğin arttırılması amaçlanmaktadır.

Performans değerlendirmeleri ile elde edilen veriler, bulunduğu pozisyonda başarı gösteremeyen fakat başka bir pozisyonda başarılı olacağına inanılan çalışanın rotasyonunda da kullanılabilir. Böylece birey yetenekli olduğu alana yönlendirilmiş ve kazanılmış olur. Aynı şekilde yetenekleri yaptığı işin çok üstünde olan bireylerin işleri zenginleştirilir, daha çok görev ve sorumluluk verilir.

2.6.5.6. Sözleşme Yenileme ve İşten Çıkarma

Doğru yerde, doğru zamanda, doğru nitelikte ve niceliğe sahip çalışanların tespitini kolaylaştıran performans değerlendirme, iş gücü planlamasında çalışanların sözleşmelerinin yenilenmesi ve çalışanların yatay ve dikey gelişimlerinin belirlenmesinde etkin rol oynamaktadır.

Düşük performans gösteren kişiler ile çalışılmaması her kurum tarafından alınması gereken, doğal bir karardır. Sadece performans değerlendirmelerine dayanan işten çıkarmalar sağlıklı olmasa da değerlendirme sonuçları dikkate alınmalıdır. Performans değerlendirmeleri, işten çıkarmalarda önemli bir etken olduğu gibi sözleşme yenilemede de belirleyici olabilir. Bu, performans değerlendirmeleriyle başarısı kanıtlanan bireyin, kariyerinin geliştirilmesine doğru atılmış ilk adımdır. Bu gibi önemli kararlarda performans değerlendirme sonuçları birçok veriden birisi olarak göz önünde bulundurulabilir. Unutulmamalıdır ki, performans değerlendirmenin asıl amacı, işletmenin dinamik yapısını oluşturan çalışanlar için düzeltici ve iyileştirici kararların alınmasını sağlamaktır.

2.6.5.7. Diğer İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları

Performans değerlendirme, çok yönlü yapılmış ise sonuçları da çok yönlü olacaktır. Özellikle bu süreçte, kişiler ile yapılan görüşmeler, formlar doldurulurken kişilerin tepkileri, sonuçlar duyurulurken fısıltı gazetesi ile yayılanlar, insan kaynakları ve yönetim için önemlidir. Performans değerlendirme sürecinde, özellikle performans değerlendirme görüşmesi sırasında kurumdaki genel rahatsızlıklar,

memnuniyet oranı, insan ilişkilerinin yapısı, hedeflere sahip olup olmadıkları gibi çok önemli alanlarda bilgiler edinilebilir.

2.6.6. Performans Değerlendirmede Karşılaşılan Sorunlar

Performans değerlendirmede zaman zaman 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 ya da sisteme bağlı olmaksızın birçok sorunlarla ve sınırlamalarla karşılaşır (Barutçugil, 2002: 229). Bu hatalar, aşağıdaki başlıklar altında toplanabilir.

2.6.6.1. Halo (Hale) Etkisi

Halo etkisi, çalışanın performansındaki birbirinden bağımsız ve belirgin olan özellikler arasındaki farkın görülememesi ve ilk izlenimde veya 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 (Helvacı, 2002: 161).

Halo etkisi ters yönde de işleyebilir. Bir çalışan işin 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 (Palmer, 1993: 20).

2.6.6.2. Tek Yönlü Ölçüm

Değerlendirilen kişinin sadece bir yönden, örneğin, üstlerin görüşleri veya müşteri görüşlerinin kullanılması, performans belirlemede tek yönlülüğe neden olur. 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).

2.6.6.3. Tarafli Ölçüm

Tarafli ölçüm, değerlendirmenin tarafli yapılmasıdır. Değerlendiricinin değerlendirdiği kişiyi sevmesi ya da sevmemesi, kendine yakınlığına göre davranarak bunu değerlendirmeye yansıtması tarafli ölçüme neden olmaktadır. Aksi takdirde, performans değerlendirme çalışmaları çalışanlarca güvenilir bulunmayabilir ve sisteme duyulan inancın da sarsılması sonucunu doğurabilir (Fındıkçı, 2001: 303).

2.6.6.4. Standart Ölçüm (Ortalama Eğilimi)

Standart ölçüm, performans değerlendirmeye çok fazla önem verilmeden yapılması durumunda, iş görenlerin 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).

2.6.6.5. Ölçme Aracından Kaynaklanan Hatalar

Performans değerlendirmeye yönelik araçlar, performansın niteliklerine göre çeşitlilik gösterir. Değerlendirilen işin somut öğelerden oluşması değerlendirmeyi kolay kılabilceği gibi soyut öğelerden oluşan işlerin değerlendirilmesi oldukça güç olabilmektedir.

Örneğin, bir fabrikada makine başında çalışan bir iş görenin 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).

2.6.6.6. Belirli Derecelere Yönelme

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

2.6.6.7. 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. Örneğin, performansı düşük bir çalışanla kıyaslanan, ortalama performansa sahip bir çalışan “çok başarılı” algılanırken, performansı yüksek bir çalışanla kıyaslanan, ortalama performansa sahip bir çalışan “çok başarısız” algılanır. Bu durumda yapılması gereken, spesifik değerlendirme kriterleri tanımlamak ve iş görenlerin performanslarını birbirleriyle kıyaslamaksızın, tanımlanan kriterler doğrultusunda değerlendirmektir. Bazen iş görenleri karşılaştırmak uygun olsa da, derecelendirmeler, diğer iş görenlere göre değil, işin gerektirdiği performansa göre yapılmalıdır (Dilek, 2009: 81).

2.6.6.8. Kişisel Önyargılar

Performans değerlendirmelerinde saptayıp düzeltilmesi en güç sorunlardan biri de değerlendirmeye önyargıların karışmasıdır. Etkili bir değerlendirme yapılması, önyargıların değerlendirme sürecinden temizlenmesini gerektirir. Kişisel duygular, düşünce kalıpları ve başka her türlü önyargı, çalışanların performansları değerlendirilirken bir tarafa bırakılmalıdır. Önyargılar 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 önyargılarının farkına varabilmeleri için, değerlendiricilerin bir eğitimden geçmesi gerekebilir. Önyargıların değerlendirme sürecinden ayıklanması, hem organizasyonun hem de çalışanların yararına olacaktır (Palmer, 1993: 23).

2.6.6.9. Pozisyondan Etkilenme

Genellikle değerlendirmeyi yapan değerlendirici değerlendirdiği iş görenden çok, yüksek pozisyonundan etkilenererek yüksek puan verme eğilimi içine girebilir. Özellikle, sıralama yönteminde bu hatanın yapılma olasılığı yüksektir. Tüm iş görenleri bir potada toplayıp genellemeye, 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).

2.6.6.10. Objektif Olmama

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

2.6.6.11. Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme

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

2.6.7. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Performans değerlendirme yöntemleri, bir asta performansının ne olduğunu gösterme ve davranışları, tutumları, becerileri ve iş bilgileriyle ilgili ihtiyaç duyulan değişiklikleri anlatmanın yollarıdır. Bunlar aynı zamanda üstler tarafından temelde astları çalıştırmak ve önerilerde bulunmak amacıyla kullanılır (B. Aksoy, 2001: 11).

Her işletme, örgüt yapısı içerisinde istihdam ettiği çalışanlarının performansını değerlendirmek amacıyla, kendisi için en uygun değerlendirme yöntem veya yöntemlerini uygulamak zorundadır. Bir işletmede başarıyla uygulanabilen bir

performans değerlendirme yöntemi, bir başka işletmede aynı ölçüde başarılı sonuçlar sağlayamaz. Her işletmede başarıyla uygulanabilecek mükemmel bir değerlendirme yönteminden söz edilemez. Çünkü performans değerlendirmede kullanılacak her yöntemin kendine özgü olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır (Özgen vd., 2002: 222). Uygulamadaki en çok ilgi çeken yöntemler aşağıdaki başlıklarda incelenmektedir.

2.6.7.1. Karşılaştırma Yöntemleri

Karşılaştırma yöntemleri: *sıralama yöntemi*, *ikili karşılaştırma yöntemi* ve *zorunlu dağıtım yöntemi* olarak adlandırılan yöntemlerden oluşur.

2.6.7.1.1. Sıralama Yöntemi

Bu yöntemde başlangıçta değerlendirmede dikkate alınacak nitelikler belirlenir, daha sonra bu niteliklere göre personel en başarılı olandan başarısız olana doğru hazırlanan bir tabloya yerleştirilir. Uygulaması kolay, kısa zamanda ve az maliyetle gerçekleştirilebilen bir yöntemdir. Sonuçta tüm personel en başarılıdan en başarısıza doğru sıralanmış olur (Tengilimoğlu vd., 2009: 327-328).

Tablo-1: Sıralama Yöntemi

Değerlendirilen iş gören	Değerlendirme sıralaması
A	1.D
B	2.C
C	3.A
D	4.E
E	5.B

Kaynak: Dilek, 2009: 62.

Personel sayısının fazla olduğu bölümlerde yöneticinin personeli tanınması, değerleyerek sıralamaya tabi tutması zor ve zaman alıcıdır. Özellikle sıralamada ortada yer alan personelin birbirlerinden farklarını ayırmak güçtür. Bazıları üçüncü ve dördüncü sırada yer alanlar arasında çok büyük bir fark olabileceğini düşünürken, bazıları da birbirini izleyen bu rakamların birbirine çok yakın olabileceğini düşünebilir (Dilek, 2009: 62).

2.6.7.1.2. İkili Karşılaştırma Yöntemi

Belirli bir grup ya da departmanda çalışan iş görenleri birbirleri ile kıyaslayarak sıralama elde eden bir yöntemdir. İş görenler yukardan aşağı ve soldan sağa doğru matris tablosuna atanarak ve her iş görenin diğer iş görenlerle kıyaslanıp, daha sonra diğer iş görene göre başarılı görülenlere “+” işareti atanmasıyla oluşan bir formdur. Kıyaslamanın en sonunda “+” sayısı toplamı fazla olandan en aza kadar iş görenlerin sıralama sayısı yazılarak form tamamlanır (Eraslan ve Algün, 2005: 97).

Tablo-2: İkili Karşılaştırma Tablosu

	1	2	3	4	5	6	7	8
1		+	-	-	-	-	+	+
2	-		-	-	-	-	-	-
3	+	+		+	+	-	-	+
4	+	+	-		+	+	+	+
5	+	+	-	-		-	-	-
6	+	+	+	-	+		+	+
7	-	+	+	-	+	-		+
8	-	+	-	-	+	-	-	

Kaynak: Sabuncuoğlu, 2000: 172.

Yukarıdaki tablo incelendiğinde en fazla “+” işaretini alan 2 numaralı iş gören liste başı olur, başkaları (5, 8, 1, 7, 3, 4, 6) sırasıyla onu izler (Sabuncuoğlu, 2000: 173).

2.6.7.1.3. Zorunlu Dağıtım Yöntemi

Bu yöntemde değerlendiricinin çalışanın iş davranışlarıyla ilgili biri olumlu, diğeri olumsuz iki spesifik ifadeden birini seçmek zorunda olduğu birden çok grup söz konusudur. Yöntem, değerlendirilen personelin başarı puanlarının değerlendirme ölçeği ya da çizelgesinin yüksek noktasında veya herhangi bir yerinde kümelenmelerini engellemek için geliştirilmiştir (B. Aksoy, 2001: 12).

2.6.7.2. Grafik Dereceleme Ölçekleri

Grafik dereceleme ölçekleri, performans değerlendirmede en eski, en basit ve en sık kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemin temel özellikleri ise şöyle belirtilmektedir: Bu ölçekler, ölçtükleri performans boyutlarına göre değişiklik göstermektedir. Grafik dereceleme ölçekleri geliştirilirken ilk önce iş analizi yoluyla önemli bulunan performans boyutlarında, işin kalitesi, işin miktarı, iş bilgisi, iş devam, disiplin veya kişilik özellikleri, güvenilirlik, çalışkanlık, iletişim, dürüstlük biçiminde belirlenir ve daha sonra boyutlar kendi içinde “yetersiz”, “yeterli” ve “mükemmel” gibi bir derecelendirmeye belirtilir. Derecelere sayısal ağırlıklar (puanlar) verilerek de iş görenlerin performans dereceleri sayısal olarak saptanabilir. Tablo-3’te grafik derecelendirme ölçeği örneği verilmiştir (Helvacı, 2002: 163).

Tablo-3: Performans Değerlendirmede Grafik Dereceleme Ölçeği

Değerlendirme Faktörleri	Değer	
Çalışmanın Niceliği: Çalışmanın miktarına istenilen ölçülerde ulaşır.	3	
Çalışmanın Niteliği: Çalışmasını nitelik bakımından tam ve eksiksiz yapar.	2	
İş Bilgisi: İş gereklerini ve görev boyutlarını bilir.	3	
İşbirliği (Cooperation): Görevlerini ve diğerleriyle işbirliği yapmada isteklidir.	1	
Bağlılık: Çalışmaya katılımında ve tamamlanmasında titiz ve dikkatli davranır.	2	
İşe Karşı İstekliği: Fikirlerini sunmada ve görevlerinin artırılması noktasında istekli davranır.	2	
3=Mükemmel	2=Yeterli	1=Yetersiz

Kaynak: Helvacı, 2002: 164.

Değerleyiciler, ölçekte belirlenen boyutlar açısından iş görenin nitelik ve davranışlarının hangi derece içine girdiğini saptayarak değerlendirmeyi yapar. Ayrıca her derecenin bir puan değeri bulunduğundan, değerlendirme sonucu işaretlenen derece puanlarının toplanmasıyla başarı puanı bulunur (Helvacı, 2002: 163).

2.6.7.3. Kontrol Listeleri Yöntemi

Değerlendirici, çeşitli tanıtıcı cümlelerden oluşan bir liste üzerinde çalışanın davranış ve niteliklerini en iyi şekilde yansıtan cümleleri işaretleyerek veya çeşitli soru cümlelerine “evet” veya “hayır” cevaplarını vermek suretiyle çalışanı değerlendirir (Tengilimoğlu vd., 2009: 328-329). Kontrol listesinde her soruya ayrı değerler ve ağırlıklar da verilebilir.

Kontrol listeleri yönteminde puan anahtarı insan kaynakları bölümünde bulunmaktadır. Değerlendirici genellikle soruların değerleri hakkında bilgi sahibi değildir. Çünkü onun her soru ile ilgili olumlu veya olumsuz değerlendirmeleri olabilir ve bu durum önyargılara yol açabilir. Bu yöntemin zorluğu, her iş kategorisi için farklı soru listeleri oluşturmanın zaman alıcı olmasıdır. Ayrıca soruların değerlendirmeciler için farklı anlamlar taşıyabilmesi olasılığı da yüksektir. Bu nedenle, çalışanlara geribildirim sağlama açısından zor bir yöntemdir (Barutçugil, 2002: 191).

2.6.7.4. Amaçlara Göre Değerlendirme Yöntemi

Amaçlara Göre Yönetim (AGY) 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). AGY, 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 kefiye koymak yerine her elemanı tek başına değerlendirmesidir. Başka planlama stratejileriyle de kolaylıkla birleştirilebilir (Tengilimoğlu vd., 2009: 329).

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 (Özgen vd., 2002: 233).

2.6.7.5. 360° Performans Değerlendirme Yöntemi

360° geribildirim süreci (çoklu değerlendirme) performans hakkında geribildirim sağlayan bir araçtır. Bu süreç tek başına bir ast tarafından değerlendirme yerine birden fazla kaynaktan gelen değerlendirmeleri bir havuz içerisinde bir araya getirerek sunduğundan, geribildirim doğruluk ve güvenilirliğini artırmaktadır. 360° geribildirim süreci iş gören hakkında diğer kişilerden toplu bilgi sağlamaktadır. Bu çoklu kaynağın içinde üstler, çalışma arkadaşları, astlar ve müşteriler bulunmaktadır (Edwards, 1996: 5). 360° geribildirim süreci, aynı zamanda iş görenlerin başkaları tarafından nasıl değerlendirildiğini anlamalarını sağlamak ve performanslarının gelişimine yol göstermektedir (London and Smither, 1995: 807).

360° geribildirim süreci işletmeler tarafından genellikle değerlendirmeyi ve alınan kararları desteklemek yerine, öncelikle çalışanların gelişimini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (Dalton, 1998: 6). 360° geribildirim süreci iş görenlerin performansı hakkında daha doğru, güvenilir, kesin ve ayrıntılı verilerle çalışanlara güçlü ve zayıf yönlerini, eksikliklerini, gelecekte ortaya çıkabilecek ihtiyaçlarını ve gelecekteki iş potansiyellerini göstermektedir (Jackson and Greller, 1998: 19).

Ernst & Young İnsan Kaynakları Danışmanlığı Müdürü Payam Yüce Işık'a göre 360° geribildirim, kişinin kendisinden beklenen yetkinliklerdeki performansını ölçmek için kullanılan ve kişiyi farklı açılardan gözlemleyebilen tarafların (örneğin, kişinin iş arkadaşları, astları, müşterileri vb.) değerlendirmelerini içeren bir süreçtir. Geleneksel performans değerlendirme yaklaşımında çalışana sadece üstü tarafından geribildirim verilmesine karşılık, 360° geribildirim yöntemi, çalışanın performansını gözlemleyen daha geniş bir grubun çalışana geribildirim vermesine olanak sağlamaktadır (Aktaran: Tahiroğlu, 2002: 184).

Payam Yüce Işık'a göre 360° değerlendirme ve geribildirim uygulamasının başarılı olması ve kuruma katkı sağlaması için, yapılması gerekenler şunlardır (Aktaran: Tahiroğlu, 2002: 186-187):

1. 360° değerlendirme yönteminin kurumda sağlıklı olarak uygulanabilmesi ve güvenilir sonuçlar yaratması için en önemli ve ilk koşul kurumun böyle bir uygulamaya hazır olmasıdır. Bir başka deyişle, kurum içerisinde bir güven ortamının var olması, şirket yönetiminin bu uygulamayı desteklemesi ve çalışanların bu yaklaşımın kendi ve kurumun gelişimine katkı sağlayacağını algılaması gerekmektedir.

2. Böyle bir yöntemi uygulayacak kurumun, uygulama amacını ve elde edilmek istenen kazancı net bir şekilde belirlemesi ve belirlenen amacın kurumun mevcut yapısı ve kültürü ile uyumlu olması önem taşımaktadır. Örneğin, değerlendirme yapma ve geribildirim verme kültürü olmayan ya da bu konuda sorunlar yaşayan kurumların 360° değerlendirme ve geribildirim uygulamasını öncelikle gelişim amaçlı uygulaması daha doğru olacaktır. Buna ek olarak, uygulamaya katılacak çalışanlara uygulama için belirlenen amaç, geribildirim raporlarının ve sonuçlarının nasıl kullanılacağı gibi konularda bilgilendirme yapılması önemlidir. Bu, çalışanların sürece olan güvenini arttıracak ve daha doğru geribildirim sağlamalarına yardımcı olacaktır.

3. 360° değerlendirme ve gelişim uygulamasının başarısı için dikkat edilmesi gereken bir diğer konu ise uygulama sonucunda ortaya çıkan gelişim ihtiyaçları doğrultusunda çalışanların gelişimlerinin desteklenmesidir. Çalışanlara aldıkları

geribildirimleri yorumlamaları ve gelişimlerini planlamaları konusunda yön gösterilmeli, gerekli kaynaklar sağlanmalı ve çalışanların bu yöndeki çabaları desteklenmelidir.

4. Son olarak, 360° değerlendirme ve geribildirim uygulamasının tüm kullanıcılar tarafından kolayca uygulanabilecek ve mümkün olan en az sürede tamamlanacak şekilde tasarlanması önemlidir. Ayrıca kullanılan yaklaşımın gizliliği garanti etmesi sağlanmalı ve verilerin gizli kalacağına güvence altına alındığı sürekli olarak vurgulanmalıdır. Değerlendiriciler yapılacak değerlendirmelerin gizli kalacağına dair güven duyarlarsa dürüst ve güvenilir geribildirim vereceklerdir.

360° geribildirim sisteminin, çok yönlü ve detaylı bilgi sağlaması, takım gelişimine katkı sağlaması, kariyer gelişimi için sorumluluk alma gibi önemli yararları olduğu belirtilirken, sistemi uygulayanların, geribildirimden çok fazla şey bekleme gibi bir hataya sebebiyet verebileceği, bir süre sonra da katılımcıların desteğini kaybedebileceği gibi bir risk taşınması da bu yöntemin sakıncalı yönü olarak belirtilmektedir (Helvacı, 2002: 167).

Geleneksel performans değerlendirme yöntemi, üstün önyargılarının değerlendirmeye girmesini önleyemediğinden, tüm sorumluluk amirin üzerindedir. Sürecin işleyişi üstün davranışlarına bağlı olmasına rağmen, üstlerin yetki ve sorumlulukları bulunmamaktadır. Geleneksel performans değerlendirme yöntemi, iş görenin yalnızca iş başındaki başarısını, görevindeki davranışlarını değil aynı zamanda ihtiyaç olmadığı halde işletme dışındaki yaşantısını ve kişiliğini de değerlendirmektedir. Sonuç olarak geleneksel performans değerlendirme yönteminde, iş görenlerin geleceği ile ilgili sistematik işlem ve önerilerden yoksun olduğu görülmektedir. Tek bir yöneticinin iş görenlere kendi katkısını tam olarak değerlendirememesi, 360° geribildirim yönteminin gerekliliğini ortaya koymaktadır. 360° geribildirim yöntemi ile elde edilen bilgiler, iş görenlerin iletişim içinde olduğu bireylerden elde edildiği için iş görenlerin sadece üstleri tarafından değerlendirildiği geleneksel değerlendirme yöntemlerine göre daha adil ve daha güvenilir bir yöntem olarak görülmektedir. Birçok kaynaktan toplanan verilerin etkisi, tek bir kaynaktan toplanan verilere göre daha etkili olarak ortaya çıkmaktadır (Kara, 2010: 90-91).

Geleneksel performans değerlendirme yöntemleri ile 360° geribildirim yöntemi arasındaki farklar Tablo-4'te görülmektedir.

Tablo-4: Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemi ile 360° Geribildirim Yöntemi Arasındaki Farklar

Ölçütler	Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemi	360° Geribildirim Yöntemi
Amaç	Astlara geçmiş performansları ve gelecek potansiyellerine ilişkin tek bir perspektiften geribildirim sağlanmaktadır.	Performans, davranışlar ve gelişim ihtiyaçları hakkında farklı perspektiflerden veri sağlanmaktadır.
Veri kaynağı	Tek bir değerlendirmeci vardır: yönetici.	Değerlendirmeciler farklıdır: astlar, üstler, takım arkadaşları ve müşteriler.
Kaynağın kimliği	Geribildirim kaynağının kim olduğu bellidir.	Geribildirim, değerlendirmeci gruplarından kolektif olarak toplanır. Değerlendirmecinin bireysel kimliği belirsizdir.
Geribildirim içeriği	Davranışa ve iş performansına ilişkin değerlendirmeler tipik olarak iş biriminin ulaştığı sonuçlara göre oluşmaktadır.	Değerlendirmeler iş biriminin ulaştığı sonuçlara ve gelişimi istenen boyutlara göre yapılmaktadır.
Ölçümleme yöntemi	Likert ölçeğinin yanında niteliksel değerlendirmeler yer almaktadır.	Temel olarak Likert ölçeği ile niceliksel veri toplanmaktadır.
Diğer insan kaynakları kararları ile ilişkisi	Performans değerlendirmede genellikle ücretler, görev tasarımı, terfi ve transferler ile eğitim ve geliştirme kararlarına temel oluşturmaktadır.	Veriler tipik olarak sadece eğitim ihtiyacının tespiti ve kariyer gelişimi için kullanılmaktadır.
Süreci şekillendiren felsefe	Süreçlere odaklanılmaz, bireylerin değerlendirilmesi esastır. Otorite ve yöneticinin görüşünü kabul etme söz konusudur.	İş göreni değerlendirme değil geliştirmek esastır. Kendini değerlendirme söz konusudur.
Sürecin içeriği	Yıllık genel sonuçlar çoğu kez ücretleme kararlarını etkilemektedir.	Değerlendirme yılın belli zamanlarını değil sürekli izlemeyi öngörmektedir.
Hedeflenen iş görenler	Organizasyondaki tüm iş görenler.	Tipik olarak yönetsel kademelerde iş görenler.

Kaynak: Kara, 2010: 90.

Her kurum kültürü 360° değerlendirmeye açık olmayabilir. Genelde 360° değerlendirme tamamen gelişim odaklıdır ve iş görenin bu tür değerlendirmeye gönüllü olarak katılması önemlidir (Helvacı, 2002: 167).

2.6.7.6. Başarı Ölçeği Yöntemi

Bu yöntemde iş görenin performansının yeteneklerinden ve güdülenme düzeyinden kaynaklandığından hareketle, bir başarı ölçeği geliştirilmiştir. Ölçekte, yatay ekseninde düşükten yükseğe doğru sıralanan *yetenek ölçümü*, dikey ekseninde ise yine düşükten yükseğe doğru sıralanan *güdülenme ölçümü* yer almaktadır. Amirden en başarılı iş gören ile en başarısız iş göreni güdülenme ve yeteneklerine göre ölçek üzerine yerleştirmeleri istenir. Burada “0” en kötüyü, “2” ise en iyiyi göstermektedir. Örneğin, işe yeni giren bir iş gören düşük bir yetenek düzeyinde, fakat yüksek bir güdülenme düzeyinde olabilir. Böyle bir iş gören ölçeğin sol üst köşesinde yer alacaktır. Bu şekilde süreç devam ettirilerek ikinci en iyi ve en kötü; üçüncü en iyi ve en kötü vb. şeklinde iş görenler ölçek üzerine yerleştirilir. Değerlendiriciye faydalı olmak için bazı anahtarlar hazırlanıp kullanılabilir (Dilek, 2009: 71-72).

Şekil-9’da başarı ölçeğinde davranışların değerlendirilmesi adına kullanılan anahtarlar (Dilek, 2009: 72):

Yetenek Boyutu:

0 = Hiç bilgi ve yetenek yok.

0,5 = Biraz bilgi ve yetenek varsa da işi istenilen standartta yapmaya yeterli değil.

1 = İş istenilen standartta yapmaya yeterli bilgi ve yetenek var.

1,5 = İş istenilen standartlardan daha yüksek düzeyde yapmak için yeterli düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip.

2 = Üst düzeyde bilgi ve yeteneğe sahip ve işi çok yüksek bir standartta yapabilir.

Güdülenme Boyutu:

0 = İşe ilgisi yok, güdülenmesi yok, bu nedenle yeterli başarıya ulaşamıyor.

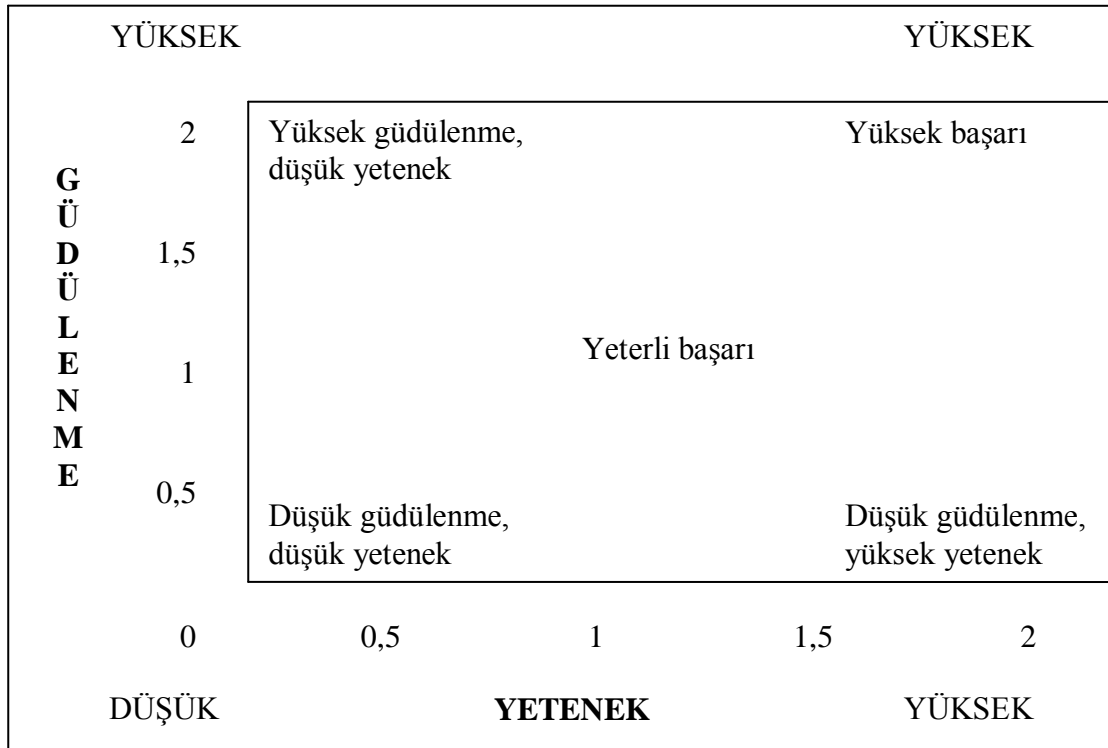
0,5 = Bazen işe ilgi duyuyor, dikkatini yoğunlaştırıyor, fakat işi tamamlayabilmek için daha fazla enerji ve isteğe sahip değil.

1 = İşi yapabilmek için yeterli güdülenmeye sahip.

1,5 = Çoğunlukla yüksek düzeyde güdülenmeye sahip, enerji ve istek dolu, istenildiğinde diğerlerini de güdüleyebilir.

2 = Yüksek derecede güdülenmeye sahip, çok istek, enerji ve azim gösteriyor, diğerlerini güdülüyor.

Şekil-9: Başarı Ölçeği



Kaynak: Dilek, 2009: 73.

Normal dağılımda, iş görenlerin çoğunluğu sol alt köşeden sağ üst köşeye çizilecek bir doğru üzerinde toplanmaktadır. 10-20 kişilik küçük bir grupta bu normal dağılım görülmeyebilir ve iş görenler ölçeğin belirli bir tarafında toplanabilir. Bu anormallikler grubun özelliğini yansıtır. İşe yeni girenlerin sol alt köşede toplanması, yalnızca yetenek eksikliğine değil, aynı zamanda güdülenme eksikliğine işaret eder. Bu durum, iş gören bulma, seçme ve işe alma anlayışının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini ortaya koyar (Dilek, 2009: 73).

2.6.7.7. Kritik Olay Yöntemi

Kritik olay değerlendirmesi yönteminde değerlendirmeci, olayları olduğu gibi yazılı olarak kayda geçirmelidir. Kaydedilen olaylar, çalışanın tatmin eden ve etmeyen performansını ortaya koyan iş davranışlarını içermelidir. Zaman içinde kaydedilen olaylar, performansın değerlendirilmesinde ve çalışana geribildirim sağlanmasında temel oluşturmaktadır.

Bu yöntemin en zorlu yönlerinden biri, değerlendirmecinin olayları düzenli biçimde kısa notlar olarak kaydetmesidir. Bu durum değerlendirmeci için zaman alıcıdır. Ayrıca bu yöntem tanımındaki belirsizlik nedeniyle farklı kişiler tarafından farklı yorumlanabilmektedir. Çalışanın kendisi hakkında yönetici tarafından notlar tutulduğunun fark edilmesi durumunda da çalışan ile yönetici arasında kuşku ve güvensizlik doğabilmektedir (Barutçugil, 2002: 190-191).

2.6.7.8. Öz Değerlendirme Yöntemi

Öz değerlendirme, bireysel veya kendi kendini değerlendirme olarak da adlandırılabilir. Kişinin kendi kendini değerlendirme yöntemi, eğer kişisel gelişimi amaçlıyorsa, yararlı bir yöntemdir. Kişinin kendini değerlendirmesinde, savunma mekanizması daha az düzeyde olacak, buna karşılık bireysel gelişim daha fazla önem arz edecektir. Kişisel değerlendirmeler, kişinin gelişim ihtiyacı duyduğu alanlarda olursa, kullanıcılara gelecekteki bireysel hedefleri hazırlamalarına yardımcı olacaktır. Buradaki sakınca, kişinin kendi performansı konusunda daha toleranslı ve daha duyarlı olacaktır. Ancak bu yöntemin önemli bir yararı da personelin katılımı ve gelişimi sürecindeki yükümlülüğüdür (Özgen vd., 2002: 233).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ

3.1. Sağlık Hizmetlerinde Performans Değerlendirme

Peter Drucker, 1973 yılında kamu örgütlerinde temel problemi yüksek maliyetlerin değil, etkililik eksikliğinin oluşturduğunu, örgütlerdeki kazanımların artırılabilmesi için hedeflerin ve bunları başarabilmek için gerekli kaynakların belirlenmesini, öncelik ve sınırların seçilmesini ve yöneticilerin sayısal olarak sonuçları değerlendirmesinin gerekliliğini belirtmiştir (Esatoğlu, 2007: 358). Her örgüt, kamuda veya özelde belirlenmiş amaç ve hedefleri gerçekleştirmek için kurulur. Örgüt yönetimlerinin temel görevleri bu amaç ve hedefleri mümkün olan en iyi düzeyde gerçekleştirmektir. En iyinin ne olduğu yönetimin performans anlayışına göre belirlenir. Örgütlerin varlığı ve sürekliliği kurumsal performans anlayışının geçerliliğine ve doğruluğuna bağlıdır (Akal, 2000: 5).

Sağlık alanındaki hizmet maliyetleri, dünyanın her yerinde sürekli bir artış göstermektedir. Artış, hem kamu hem de özel kesimde sağlık hizmetlerinin maliyetlerini önemli bir ilgi alanı olarak ortaya çıkmakta ve ilginin doğal sonucu olarak da, sağlık kurumları yönetimleri ekonomik alanlardaki rol ve sorumluluklarını daha fazla bilimsel ilkelere dayalı olarak genişletme eğilimi göstermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 338). Sağlık alanındaki örgütlerin performanslarının değerlendirmesinin nedeni, sunulan sağlık hizmetinin belirlenen amaçlarına ulaşmadaki başarısının derecesinin eleştirel ve objektif olarak ölçülmesidir. Bu bağlamda sağlık kurumlarında, özellikle de hizmet maliyetlerinin yüksek olduğu hastanelerde, performansın standart yöntemlerle ve rutin olarak değerlendirilmesi son derece önemlidir (Esatoğlu, 2007: 359).

Sağlık sisteminin performansının ölçülmesi çeşitli amaçlara hizmet eder. Performans ölçümü sağlık bakımının kalitesinde ve etkililiğinde değişim ve gelişmeleri kolaylaştırmaya yardım edebilir. Performans ölçümleri aynı zamanda bir sağlık bakım organizasyonu içerisindeki ya da sağlık bakım sistemindeki sorumlulukları ve beklentileri yansıtarak sorumluluk için bir mekanizma sağlar (Tengilimoğlu vd., 2009: 326).

Sağlık kuruluşlarının kurumsal bazda performans ölçümüne yönelik olarak kullanabileceği birkaç gösterge sistemi ile karşılaşmaktadır. Her biri, kurumsal performansı iyileştirme amacı güden bu sistemlerden bazılarını aşağıdaki şekilde listelemek mümkündür (Tengilimoğlu vd., 2009: 329-330):

- Johns Hopkins University’de oluşturulan Maryland Kalite Göstergesi Projesi (The Maryland Hospital Association Quality Indicator Project),
- HEDIS (Health Employer Data and Information Set – Sağlık İşverenleri Veri ve Bilgi Seti),
- CONQUEST (Computerized Needs-Oriented Quality Measurement Evaluation System – Bilgisayarlı İhtiyaç Odaklı Kalite Değerlendirme Sistemi) ve
- JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - Sağlık Kuruluşları Akreditasyonu Ortak Komisyonu)’nun her tıbbi alan için belirlediği Alfa ve Beta Testi İndikatörleri; örneğin, Kardiyovasküler, Onkoloji, Travma ve Obstetrik Beta Testi ile Enfeksiyon Kontrol Alfa Testi İndikatörleri.

Maryland Kalite Göstergesi Projesi 12 yıllık bir çalışma sonucu oluşturulmuş, tıbbın belirli alanları ile ilgili, bu süreçlerin çıktılarına ait performansı ölçen gösterge setleridir. Modelde yer alan gösterge grupları yatan hasta, acil bakım, psikiyatri, pediatri, uzun dönemli hasta bakımı ve süreç göstergeleri olarak belirlenmiştir.

HEDIS, içerdiği gösterge gruplarıyla çıktılarının performansının ölçülebileceğini savunmaktadır. Günümüzde de halen, pek çok sağlık organizasyonu HEDIS gibi standardize edilmiş gösterge takımlarının ve veri setlerinin kullanılmasını önermektedir.

AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research) tarafından finanse edilen CONQUEST, Microsoft Access tabanlı 1.197 klinik performans göstergesine ait veri tabanı içermekte ve 57 yaygın, maliyetli ve toplum sağlığını etkileyen hastalık gruplarına yönelik olarak çalışmaktadır. Veri tabanı kullanıcının ihtiyaçlarına göre oluşturulabilmektedir.

JCAHO ise belirlediği 46 performans alanı içinde tıbbi konulara verdiği ağırlıkla birçok tıbbi disiplin için ayrı ayrı performans göstergeleri ve gösterge setleri belirlemiştir. Yaptığı denetimlerde, bu göstergelerin ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını incelemektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 330).

Sağlık bakımında etkililiği ve kaliteyi arttırmak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için gittikçe artan oranda performans yönetimlerine ağırlık verilmektedir. Bu konuda farklı ülkelerde arayışlar sürmekte, farklı modeller önerilmektedir (Aydın ve Demir, 2007: 29).

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

3.1.1. Sağlık Hizmetlerinde Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)

Organizasyonların değişen çevre koşulları karşısında rekabet güçlerini artırmak amacı ile önerilen yeni yönetim kavram ve uygulamalarından biri “Dengeli Puan Cetveli/Strateji Odaklı Performans Ölçüm Sistemi” olarak adlandırılabilir “Balanced Scorecard” yaklaşımıdır (Tengilimoğlu vd., 2009: 330). Robert S. Kaplan ve David P. Norton tarafından yazılan ve 1992 yılında Harvard Business Review’de yayınlanan “Balanced Scorecard, Başarıya Yön Veren Ölçütler” adlı makale ile tanınan Balanced Scorecard sistemi, 1993 yılında aynı dergide “Balanced Scorecard’ı Uygulamak” adlı makalenin işletme yöneticilerinin büyük ilgi göstermeleriyle uygulanmaya başlamıştır. Kaplan ve Norton, yaptıkları çalışmalarla Balanced Scorecard’ı geliştirmiş ve 1996 yılında “Balanced Scorecard’ın Stratejik Yönetim Sistemi Olarak Kullanılması” adlı makaleyle, sistemin uygulanma metodolojisini sunmuşlardır. Daha sonra Balanced Scorecard’ın uygulanmasına

yönelik ilk bilgisayar yazılımı, Gentia şirketi tarafından geliştirilmiştir. Kaplan ve Norton'un 1996 yılında yazdıkları "Balanced Scorecard" adlı eserlerinde, Dengelenmiş Performans Ölçüm Sistemini, "şirket stratejilerini eyleme dönüştürmenin yöntemi" olarak nitelendirmektedirler. Balanced Scorecard, "bir şirketin misyon ve stratejilerinin fiziksel ölçüler haline dönüştürülerek ifade edilmesidir" (Zerenler, 2003: 275-276).

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

Stratejik yönetimde göreceli olarak yeni bir kavram olmasına rağmen, sağlık kuruluşları bu programı uygulamaya başlamaktadırlar. Sağlık sisteminin performansını ölçmek ve kaydetmenin gittikçe artan bir şekilde kullanılan Dengeli Puan Cetveli stratejik ve işlevsel karar almanın risklerini ve faydalarını yükselten bir bakış açısı sağlayan örgüt yönetimi sağlar. Dengeli Puan Cetveli bilgi değişim ve kalite geliştirmeyi kolaylaştırabilir, bir sorumluluk mekanizması sağlayabilir ve sağlık planlaması sürecini destekleyebilir. Dengeli Puan Cetveli dört alanda performansı ölçer (Tengilimoğlu vd., 2009: 330-331):

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

Sağlıkta Dengeli Puan Cetveli kavramı genelleştirilir ve belli organizasyon tipleri ile sınırlandırılmaz. Literatürde farklı yapıdaki sağlık organizasyonlarında Dengeli Puan Cetveli uygulamaları görülmektedir. Çeşitli büyüklükte, klinik özellikte, kâr amaçlı olan ve olmayan gibi. Hastane sistemleri, özel hastaneler, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri, uzun süreli bakım merkezleri, psikiyatri

merkezleri, sigorta şirketleri, ilaç firmaları gibi farklı yapıda sağlık organizasyonu örnek olarak sayılabilir.

Sağlık işletmeleri için Dengeli Puan Cetveli, sağlığa nerede ve nasıl değer katılabileceğini göstermesi açısından gereklidir. Sağlık bakımı üç kategoride birbirine bağlı değerlerden etkilenir. Bunlar: işletme değeri, çalışan değeri ve hasta değeridir. Sağlık organizasyonları, hastalar devamlı müşterileri olduğu zaman işletme değeri kazanırlar. Hastanelerin işletme yöneticileri, müşteri tatminini hedeflerler. Dolayısıyla klinik çıktılar ve maliyetler onlar için önemlidir. Klinik ve idari personel hastalara hizmet sunduğu ve ihtiyaçlarına cevap verdiği zaman değer yaratılmış olur. Çalışanlara organizasyonları iş, kariyer ve gelişme fırsatı verdiği zaman değer yaratılır. Bu sürece öğrenme ve büyüme safhaları da ilave edilmelidir (Tarım, 2004: 241).

Performans ölçümü karar alıcıları kaynakların ve hizmetlerin dağıtımının nüfusun sağlığını nasıl etkilediği hakkında bilgilendirerek ve sağlık sistemi eşitsizliklerine ışık tutarak sağlık planlaması sürecini destekler. Sözü edilen cetveller coğrafik alanların belirlenmesiyle hizmetler için özel nüfuslar ya da az kaynak veya talebi karşılamak için oransal olarak yetersiz kapasiteye sahip sağlık bakım programlarını savunmak için de kullanılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 331).

Dengeli Puan Cetveli yönteminde temel olarak işletmenin şimdiki ve gelecekteki performansını saptamaya yönelik dört boyut vardır (Yenice, 2007: 98-99):

1. Finansal Boyut: Finansal performans göstergeleri şirket stratejisi, uygulamaları ve yönetiminin kâr durumunun artışına katkı sağlayıp sağlamadığını göstermektedir. En sık rastlanan finansal hedefler kârlılık, büyüme ve hisse senetlerinin değeridir. Bu hedeflere ulaşmak için şirket pek çok strateji izleyebilir. Örneğin, satışlarını arttırmak için iyi bir reklam kampanyası başlatarak piyasadaki payını arttırması mümkün olabilir.

Kamu kesiminde ise kurumlar kâr amacı gütmemektedir veya hisse senetleri yoktur. Ancak kamu sektöründe de özel sektörde olduğu gibi en az maliyetle en iyi hizmeti vermek temel amaçlardan biridir. Bu anlamda kamu kesiminde performans

göstergesi olarak kâr yerine verimlilik ve etkililik göstergelerinin kullanılması gerekmektedir.

2. Müşteri Boyutu: Günümüzde müşteri-odaklı bir yönetim anlayışı çok önemli hale gelmiştir. Şirket tarafından üretilen ürünlerin kalitesi müşteriler tarafından değerlendirilmektedir. Hizmetlerin kalitesi, hata oranı, hizmetlerin zamanında yerine getirilme oranı gibi göstergeler kullanılarak ölçülmektedir.

Kamu kesiminde özel sektörün aksine hizmetleri düzenleyen, hizmetlerin karşılığını ödeyen ve hizmetlerden fayda sağlayanlar farklı gruplar olduğundan “müşteri kimdir?” sorusu en çok kafa karıştıran sorulardan biridir. Bu yöntemde hizmetten doğrudan veya dolaylı olarak fayda sağlayan herkes müşteri olarak kabul edilmektedir.

3. İç Süreçler Boyutu: Müşteri odaklı bir yönetim sisteminde müşterinin beklentilerini karşılamak için şirket içinde ne gibi düzenlemeler yapılması gerektiği iç süreçler boyutunu oluşturur. Ürünlerin üretilmesi veya hizmetlerin yapılmasında şirketin kullandığı iç süreçlerin işleyişi ele alınarak müşterilerin sürekli değişen talepleri karşılanmaya çalışılır.

Kamu kesiminde de özel sektörde olduğu gibi küçük veya büyük kurumların tamamının farklı iş süreçleri vardır. Dengeli Puan Cetveli yöntemi bu iş süreçlerinin sonuçlarını ölçerek kurum misyonun gerçekleştirilmesini ve sonuçların arttırılmasını sağlayan en iyi alternatifin seçilmesine imkân sağlar.

4. Öğrenme ve Yenilik Boyutu: Yenilik yapma, öğrenme ve gelişme kapasitesi şirketin uzun vadeli amaçlarının gerçekleşmesi için çok önemlidir. Şirket yeni ürünler geliştirerek veya mevcut ürünleri daha hızlı bir şekilde üreterek mevcut piyasa payını uzun vadede arttırmak ister. Bunun için de kullanılan teknoloji ve çalışanların yetenekleri önem kazanmaktadır.

Kamu kesiminde de özel sektörde olduğu gibi hizmetten yararlananlara en iyi hizmeti vermek için kurumun yenilik yapması önem kazanmaktadır. Bu kapsamda kurum amaçlarının yerine getirilmesi için çalışanların yeteneklerinin arttırılması ve motivasyonlarının sağlanması gerekmektedir.

Dengeli Puan Cetveli yönteminin boyutları Tablo-5’te özetlenmektedir.

Tablo-5: Balanced Scorecard'ın Dört Yaklaşımı

Tüketici yaklaşımı (Değer katma bakışı)	Finansal yaklaşım (Pay sahibi bakışı)
<i>Misyon</i> Tüketicilerimize değer sunarak vizyonumuzu gerçekleştirme	<i>Misyon</i> Pay sahiplerimize değer sunarak finansal olarak başarılı olma
Dâhili/iç yaklaşım (Süreç odaklı yaklaşım)	Öğrenme ve büyüme yaklaşımı (Gelecek bakış)
<i>Misyon</i> İşletme süreçlerimizde verimliliği ve etkililiği geliştirerek pay sahiplerimizi ve müşterilerimizi memnun etme	<i>Misyon</i> Gelecekteki güçlükler için sürekli geliştirme ve hazırlık yoluyla yenilikçi ve değişim yeteneklerimizi destekleyerek vizyonumuzu gerçekleştirme

Kaynak: Tengilimoğlu vd., 2009: 331.

Yukarıda bahsedilen dört boyutun aynı anda sağlanması şirketin veya kamu kurumunun amaç ve hedeflerini gerçekleştirmesini sağlayacaktır. Performansın tek bir yönünün ölçüldüğü durumlarda kişiler davranışlarını değiştirerek sadece ölçülen yöne önem verirler. Dengeli Puan Cetveli yöntemi ile performansın pek çok boyutu ele alınarak örneğin, sadece finansal ya da kısa vadeli göstergelere odaklanılması engellenmektedir (Yenice, 2007: 99).

Sağlık hizmetleri yönetimi örgütsel amaçları yönlendirmek için etkili araçların bir türüne ihtiyaç duyar. Kaplan ve Norton'un Balanced Scorecard'ı dört özel alanda (finans, müşteri, iç süreçler ve öğrenme) performans ölçümü için bir çerçeve sunar. Sağlık çevresi geçmiş 40 yılda çarpıcı bir şekilde değişmiştir. Önce sağlık hizmeti, hizmet odaklı bir işti. Bugün, kâr amaçlı ve kâr amaçlı olmayan sağlık kuruluşları, değişen demografik yapı, artan rekabet, daha yüksek tüketici beklentileri, daha büyük yönetim baskısı nedeniyle bilgi çağı içine itilmektedir. Balanced Scorecard sadece performans ölçüm amaçları oluşturmak için bir çerçeve değil aynı zamanda tüm

organizasyon bazında sürekli kalite iyileştirmeye katkı sağlamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 332).

3.1.2. Hastane Performansı

Performans ölçüm ve denetimleri, uygulanan sistem ya da modelin rolünün iyi anlaşılması, bilgi ve deneyimli uzmanlarca dizgesel olarak geliştirilip uygulandığında ve tüm örgütün katılımının sağlandığında başarılı olur.

Hastane işletmelerinde ise yatakların etkili kullanımı, hekim, hemşire etkililiği, poliklinik sayısının artırılması, taburcu olan hasta oranının yüksekliği, mali gösterge oranları önemli performans göstergeleridir.

Hastane performansı çok boyutlu bir yapıdır; hastanenin ayrıntılı performansını kapsayan tek bir ölçüt yoktur. Geçmişte yapılan çalışmalarda hastane performansını tanımlamak için maliyet göstergeleri, çıktı oranları ve çok sayıda finansal ölçüt kullanılmıştır (Tengilimoğlu vd., 2009: 332).

Performans yönetiminin ana stratejisi performans iyileştirilmesidir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, 2005 yılında “kurumsal kaliteyi geliştirme ve kurumsal performans” kavramını gündemine almıştır. Bu çerçevede hastane hizmetleri iyileştirme çalışmalarının izlenmesi açısından “Hastane performansı nasıl ölçülür ve izlenir?” sorusunun cevabı Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Ofisi raporları ve bu konunun uygulandığı ülke örnekleri analiz edilerek verilmeye çalışılmıştır. Oldukça karmaşık bir süreci içinde barındıran hastane hizmetlerinin tanımlanması, ölçülmesi, değerlendirilip yorumlanması, ortaya çıkan çıktılardan sağlık politikalarının oluşturulup nihai amaç olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli, verimli hizmet sunumunun sağlanması konusunda bir başlangıç olarak, performans ölçüm kavram ve metotlarından bazılarının hastaneler tarafından uygulanması için “Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” hazırlanarak 17.03.2005 tarihinde yürürlüğe sokulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2005).

T. S. Gruca ve D. Nath, çalışmalarında hastanelerin performansını üç ölçütle tanımlamışlardır (Aktaran: Tengilimoğlu vd., 2009: 332):

1. Finansal Performans: Finansal performans, hastanenin harcamalarını karşılayabilme ve faaliyetlerini sürdürebilme yeteneği olarak tanımlanmaktadır. T. S. Gruca ve D. Nath'ın çalışmasında “aktiflerin getirisi” finansal performans ölçütü olarak kullanılmıştır.

2. Faaliyet/İşletme Performansı: Hastaneler aracılığıyla tıbbi bakım sağlamak, geniş bir sermaye yatırımı, sabit alan ve ekipman gerektirmektedir. Hastane performansının önemli bir yönü de bu varlıkların verimli kullanımını sağlamaktır. Hastane verimliliğinin sıklıkla kullanılan bir ölçütü de doluluk (yatak işgal) oranıdır.

3. Pazarlama Performansı: Pazarlama performansı, hastanenin, rakipleri karşısındaki yüz yüze duruşunu yansıtır. Pazar payı, rakipleriyle başa çıkmak amacıyla hastanenin hastaları için aldığı stratejik kararları ölçer.

3.1.2.1. Hastane Performansının Temel Göstergeleri

Performans göstergeleri, belirlenmiş süreç ve çıktılara göre sağlık bakım sisteminin performansının belirlenmesini sağlayan kantitatif ölçütlerdir (Koçgil vd., 2009: 179).

Bu çalışmada hastane performans göstergeleri: *Hizmet performans göstergeleri, Yatak kullanımı ile ilgili performans göstergeleri ve Personel performansı ile ilgili göstergeler* olmak üzere üç grupta incelenmiştir.

1) Hizmet Performans Göstergeleri ile İlgili Bulgular (Tengilimoğlu vd., 2009: 333):

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

— **Taburcu Edilen Hasta Sayısı:** Taburcu edilen hasta sayısı ve bu sayının servislere göre dağılımı, hekim ve hemşire sayısı başına taburcu edilen hasta sayısı performans göstergesi olarak alınabilir.

— **Ölen Hasta Sayısı:** Taburcu edilen hasta sayısının yüksek olması, hastane performansı açısından pozitif bir göstereyken, ölen hasta sayısının fazlalığı da hastane performansı açısından negatif bir göstereyken.

— **Ameliyat Sayısı:** Hastanelerde yapılan ameliyat sayısı, gereksiz ameliyat sayısı önemli performans göstergeleridir.

— **Doğum Sayısı:** Hastanede gerçekleştiren doğum sayısı ve doğumun başarılı bir biçimde gerçekleştirilmesi de önemli bir performans göstergesidir.

— **Yatılan Gün Sayısı:** Yatılan gün sayısı hastanede yatılarak geçirilen gün sayısıdır. Belli bir dönem içinde hastanede yatılan toplam gün sayısının servislere dağılımı ve gereksiz yatılan gün sayısı hastaneler için performans göstergesidir.

— **Acil Servis Başvuru Sayısı:** Acil serviste sunulan hizmet ya da bu servise başvuru sayısı da hastanenin performans göstergeleri arasında sayılabilir. Ancak acil servisin amaç dışı kullanımı olumsuz bir performans göstergesidir.

2) *Yatak Kullanımı ile İlgili Performans Göstergeleri* (Esatoğlu, 2007: 394-396):

— **Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı:** Hastaneden taburcu olan bir hastanın hastanede ortalama kaç gün kaldığını gösteren bir ölçüttür.

[Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı = (Taburcu edilen hastaların hastanede kalış gün sayısının toplamı/Taburcu edilen hasta sayısı)*100]

— **Klinikte Yatan Ortalama Hasta Sayısı:** Belirli bir sürede klinikte her gün ortalama kaç hasta bulunduğunu gösteren bir ölçüdür. Yeni doğan bebekler bu hesaplamaya dâhil edilmemektedir.

[Klinikte Yatan Günlük Ortalama Hasta Sayısı = (Belirli bir sürede klinikte yatan hastalara verilen toplam gün sayısı/Aynı süredeki toplam gün sayısı)*100]

— **Yatak İşgal Yüzdesi:** Hastane yataklarının ne oranda kullanıldığını yani hizmet potansiyelinin ne ölçüde kullanıldığını ortaya çıkartan bir ölçüttür.

[Yatak İşgal Yüzdesi = (Yatan hastalara verilen toplam hasta bakım gün sayısı/Maksimum hasta bakım gün sayısı)*100]

— **Devir Aralığı:** İki kullanım arasında bir yatağın ortalama kaç gün boş kaldığını gösteren bir ölçüdür.

[Devir Aralığı = (Kullanılmayan toplam hasta bakım gün sayısı/Toplam taburcu edilen hasta sayısı)*100]

3) *Personel Performansı ile İlgili Göstergeler* (Tengilimoğlu vd., 2009: 333):

— Personel Sayısı/Fiili Yatak Sayısı

— Personel Sayısı/Dolu Yatak Sayısı

— Personel Sayısı/Yatan Hasta Sayısı

— Personel Sayısı/Fiili Hasta Günü Sayısı

— Personel Sayısı/Teorik Hasta Günü Sayısı

— Personel Sayısı/Poliklinik Sayısı

3.1.2.2. *Hastanelerde Personel Performansı Değerlendirmenin Önemi*

Sağlık örgütleri, amaçlarına ulaşabilmek ve faaliyetlerini yerine getirebilmek için insan gücü, para, zaman, makine, yer, bina gibi çeşitli üretim unsurlarını bir araya getirerek kullanmak zorundadırlar. Emek-yoğun bir şekilde hizmetlerini yürüten sağlık örgütleri için en önemli unsur, insan gücüdür (Ak, 1990: 55).

Günümüzün en karmaşık örgütleri konumundaki hastanelerin yönetimini spesifik kılan en önemli etmen oldukça karmaşık personel karmasına sahip olmalarıdır. Hastaneler, amaçlarına etkin olarak ulaşabilmek için eğitim ve deneyimleri birbirinden oldukça farklı personel gruplarının eş zamanlı faaliyetlerini örgütlemek ve yönetmek zorundadırlar.

Personel ile ilgili faaliyetlerin en önemlilerinden birisi olan personelin performansının değerlendirmesi konusu, hastaneler açısından farklı bir öneme sahiptir. Personelin başarısının değerlendirilmesi, geliştirilmesi gereken davranışların saptanması, daha kaliteli hizmet verilmesi için gerekli önlemlerin alınması ve personelin güdülenmesini sağlamada önemlidir.

Sağlık örgütlerinde personeller, özellikleri ve çalışma koşulları farklı olan birimlerde, farklı hizmet süresi ile çalışmaktadırlar. Bu nedenle, çalışan personelin

ihtiyaç ve beklentileri de birbirinden farklılık göstermekte, işyerindeki başarıları için gerekli gördükleri faktörler de çeşitlenmektedir. Bu nedenle yöneticilerin düzenli aralıklarla personelin ihtiyaç ve beklentileri ile çalışma düzenleri hakkındaki düşüncelerini öğrenmesi gerekir (Nas, 2006: 87-89).

Hastane personeli, başka örgütlerde çalışan personellerle benzer ihtiyaç ve beklentilere sahiptir. Bunun dışında hastaneler, bilgi üreten ve uygulayan uzman personele de sahiptir. Uzman personeli yönetmek, koordine etmek ve kullanmak için öncelikle uzmanları başka meslek gruplarından ayıran özellikleri bilmek gerekir. Bu elbette ki hastanede çalışanların başka çalışanlardan tamamıyla farklı olduğu anlamına gelmez. Ancak belli özellikler, hastanelerde öteki örgütlerden daha fazla ortaya çıkmaktadır. Hastane personelinin önemli ihtiyaçları kişisel başarı ve gelişim, statü ve tanınma, bağımsızlık, kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarıdır. Hastanedeki uzmanlar, uzman olmanın rolü ve prestiji, başarı ve yaratıcılık ile tatmin sağlarlar ve ücretleri ile daha az ilgilenirler. Hastanede çalışmak, birçok kişi için çevrelerinde kendilerine ayrı bir önem ve saygınlık kazandırdığı anlamına gelmektedir. Ekonomik ihtiyaçlar, hastanede, özellikle tıbbi olmayan personel için önemlidir (Ak, 1990: 59).

Hastanede çalışan iş görenler çok yoğun iş stresi altında çalışmaktadırlar. Özellikle uzman personelin çalışması nedeniyle hastanelerde personel giderleri ve personelin hizmet üretimine katkısı çok önemlidir. Uzmanlaşmanın aşırı olduğu hastanelerde kendisine değer verilmediğini hisseden personel yeterli performans gösteremeyecektir. Uzmanlaşmanın yoğun olduğu hastane örgütlerinde bu nedenle performans değerlendirme de büyük önem taşımaktadır. Elbette başarıyı sadece personelin yoğun çabasına bağlamak doğru değildir. Personelin işini başarıyla yapabilmesi için yönetimin gerekli olanakları kendisine sağlaması da gerekmektedir. Yönetim bunu yapmıyorsa, personelden yüksek performans beklentisi söz konusu olamaz (Nas, 2006: 89).

3.1.3. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sonucu, sağlık hizmeti sunucularının ücretlendirilmesinde kullanılmakta olan hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme ve maaş gibi ödeme yöntemlerinin sunduğu finansal teşviklerin, sunulan sağlık

hizmetlerinde mükemmelliği yakalamada yetersiz kaldıkları görülmüştür. Amerikan Tıp Enstitüsü, hekim ödeme yöntemlerinin daha kaliteli ve iyi sonuçları ödüllendirecek yönde değiştirilmesi gerektiğini uzun süreden beri önermektedir. Bu yöndeki daha kaliteli ve iyi çıktıları sağlamaya yönelik ödeme yöntemi ise performansa dayalı ödeme olarak adlandırılmaktadır. Performansa dayalı ödeme yöntemi kısaca; teşviklerin, kanıta dayalı tıp uygulamalarının sunulmasını teşvik edecek ve zorlayacak yönde ve aynı zamanda sağlık bakım sisteminin mümkün olduğunca daha etkili ve iyi sonuçların üretilmesine olanak sağlayacak şekilde değişmesi yönünde kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Çelik, 2007: 194).

Performansa dayalı ücretin temelini performans değerlendirmesi ve bu değerlendirme sonucunda, ölçülen performans düzeyine göre ücret belirlenmesi oluşturmaktadır. Bireysel ücretin performans kriteri ile açıklanması esasına dayanan performansa dayalı ücret; satış hacmi, hata oranı gibi birtakım standartlar ya da doğrudan göstergelere göre veya geleneksel değerlendirme skalaları gibi daha dolaylı performans kriterlerine göre belirlenen ücrettir. Önceden belirlenen performans hedeflerine ulaşabilmek için ücretin bir motive aracı olarak kullanıldığı performansa dayalı ücret sisteminde, kurumsal performans hedeflerine ulaşılması ve çalışanların bu sonuçtan pay alarak motive edilmesi amaçlanmaktadır (Kırılmaz, 2007: 223).

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

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

Performansa dayalı ücret sistemlerine özendirici ücret sistemleri de denilebilir. Özendirici ücret sistemleri, temel olarak personel verimliliğinin artırılmasını

amaçlamaktadır. Bu sistemlerin üç önemli dayanağı bulunmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 336):

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

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

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

Özendirici ücret sistemleri, personel verimliliğinin yükseltilmesi yoluyla üretimin artırılmasını ve bu üretim artışları yoluyla elde edilen kazançla personele ücret artışı sağlayarak onun ödüllendirilmesi hedeflenmektedir (Tengilimoğlu vd., 2009: 337).

Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin: *unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, yapılan muayeneler, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma* gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir.

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

2003 yılı başında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hayata geçirilmesi ile birlikte sistem konusunda ilk çalışmalar başlamıştır. 2003 yılının ikinci yarısından itibaren 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucu sistem geliştirilmiş ve 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık

Bakanlığı tesislerinde uygulanmaya başlamıştır. 2004 yılında daha çok bireysel ve niceliksel performans ölçütlerinin bulunduğu sisteme, 2005 yılında kurumsal performans ölçütleri ilave edilerek nitelik boyutu getirilmiştir. 2006 ve 2007 yıllarında nitelik boyutu geliştirilmeye devam edilmiştir. 2007 yılında “yönetici performans kriterleri” ve “finansal göstergeler” konusunda çalışmalar devam etmekte olup, “klinik göstergeler”in de ilave edilmesi sonucu bu uygulama ile sağlık sistemi uluslararası genel kabul görmüş klinik başarı ölçütlerine göre değerlendirilmiştir.

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

3.2. Performans Ölçüm Aracı Olarak Veri Zarflama Analizi

Veri Zarflama Analizi (Data Envelopment Analysis) – VZA, birden fazla girdi ve çıktıya sahip kurumlar kümesinde, hem girdilerin hem de çıktıların nesnel biçimde bir verimlilik indeksi içinde birleştirilemediği durumlarda göreceli verimlilik ölçümü için kullanılan bir yöntemdir (Kavuncubaşı, 2000: 347).

Veri Zarflama Analizine dayalı etkinlik ölçümünün temeli Farrell'in 1957 tarihli çalışmasına dayanmaktadır. Farrell bu çalışmasında etkinlik ölçümü için, parametrik olmayan bir doğrusal zarflama yöntemi yardımıyla, en iyi performanslara dayanılarak bir etkinlik sınırı oluşturulması ve bu sınıra göre etkinliğin belirlenmesi önerisini dile getirmiş ve bu öneri ilk kez 1978 yılında Charnes, Cooper ve Rhodes tarafından uygulanarak VZA'nın temeli atılmıştır. İlk başta kâr amacı gütmeyen işletmelerin karşılaştırmalı etkinliğinin ölçülmesini hedefleyen bu yöntem, daha sonra kâr amaçlı üretim ve hizmet sektörlerinde de işletmeler arası göreceli etkinliğin ölçümünde yaygın biçimde kullanılmaya başlanmıştır. Yöntemin getirdiği önemli yenilik; tek çıktılı üretim ortamı yerine, birçok çıktının söz konusu olduğu üretim ortamlarında da etkinlik ölçümünün gerçekleştirilebilmesine olanak sağlamasıdır. Charnes, Cooper ve Rhodes'in *Ölçekten Sabit Getiri* varsayımı (CRS – Constant Return to Scale) altında geliştirdikleri ilk model (CCR), daha sonra Banker, Charnes ve Cooper (1984) tarafından *Ölçekten Değişken Getiri* (VRS - Variable Return to

Scale) formunda da düzenlenerek, etkinlik ölçümüne yeni bir boyut kazandırılmıştır. VZA'nın bu formu ise BCC modeli olarak anılmaktadır (Aktaran: Özata, 2004: 92).

VZA, ürettikleri mal ya da hizmet açısından birbirine benzer ekonomik karar birimlerinin göreceli etkinliklerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiş olan parametresiz bir etkinlik ölçme yöntemidir. Diğer etkinlik ölçüm yöntemlerinin, çok sayıda girdi ve çıktının karşılaştırılmasını zorlaştıran yetersizlikleri bu yöntem ile aşmaya çalışılmıştır. Yöntemin önemli özelliklerinden biri, birden fazla girdi kullanılarak birden fazla çıktının elde edildiği üretim ortamlarında, parametrik yöntemlerde olduğu gibi önceden belirlenmiş herhangi bir analitik üretim fonksiyonunun varlığına gereksinim duymadan ölçüm yapılabilmesidir (Alptekin, 2007: 89).

Veri Zarflama Analizini sağlıklı bir şekilde uygulayabilmek için aşağıda ana hatlarıyla belirtilen hedefleri içermelidir (Öztürk, 2009: 144):

1. Her bir karşılaştırılacak birimdeki göreceli etkinlik miktarının ve kaynakların, girdi-çıktı boyutları itibarıyla tanımlanması,
2. Her bir birimin kendi etkinlik sonuçlarına göre sınıflandırılması,
3. Karşılaştırılan birimlerin yönetim anlayışının değerlendirilmesi,
4. Kontrol dışı kalan birimlerdeki program ve yönetim etkisizliği arasındaki farklılıkların, politika ve işleyişi ne şekilde etkilediğinin araştırılması,
5. Değerlendirmesi yapılan birimlerin arasındaki kaynak tahsisinin yeniden yapılması için bir kantitatif (nicel) temelli analiz yaratılması ve arzulanan çıktının daha etkin biçimde gerçekleştirilmesi için kaynakların dağıtım yapılarak, sınırların belirlenmesi,
6. Birimler arası kıyaslama yapabilmek için, direkt olarak amaçla ilişkili olmayan birimlerin etkinliğinin tanımlanması ve etkin girdi-çıktı ilişkisinin belirlenmesi (örneğin, yeni bir ürünün denenmesi amacıyla test pazarının belirlenmesi için VZA sonuçlarının kullanılması gibi),
7. Gerçek performans karşısında belirli girdi-çıktı ilişkilerindeki geçerli olan standartların seçim kontrolünün ve analizinin yapılması,
8. Ön araştırmalardan elde edilen sonuçların değerlendirilmesi.

VZA yaklaşımı, yöneticilere diğer yaklaşımlara oranla daha fazla bilgi sağlamaktadır. VZA aracılığı ile bir yönetici, hangi girdileri, ne miktarda verimsiz kullandığını (israf) veya üretme potansiyeli bulunmasına karşın hangi çıktıları, ne miktarda yetersiz ürettiğini belirleyebilir (Kavuncubaşı, 2000: 348).

VZA, ortaya çıkışını kamu sektörü etkinlik araştırmalarına borçlu olsa da, zaman içinde hem kamu sektöründe hem de özel sektörde geniş uygulama alanı bulmuş, gerek teorik gerekse de pratik açıdan ilerleme kaydetmiştir. Giderek daha fazla kullanılmasına rağmen, VZA'ya mucizevî bir yöntem olarak bakmak doğru değildir. Kamu sektöründe de hizmet sektöründe de rahatlıkla kullanılabilmesine karşın bu alanlarda çıktıların ölçülmesi sorunu hala mevcuttur. VZA'nın güçlü ve zayıf yönleri aşağıdaki şekilde özetlenmeye çalışılmıştır (Yavuz, 2001: 54-55):

- VZA, etkinsiz bir karar biriminin performansını ve kümesindeki görelî olarak etkin karar birimlerinin seviyesine çıkarmak için alternatif yollar belirler. Ancak yöntem, etkinsiz karar birimini etkin üretim ilişkisine ulaştıracak tek bir yol önermez. Burada karar birimine uygun iyileştirme yolunu seçmek araştırmacının yargısına ve tecrübesine kalmıştır.

- VZA, genel olarak fiziksel çıktı ve girdi ölçüleri ile test edilmiştir ve bu durumda sonuç olarak yöntem teknik girdi-çıkıtı etkinliği ile sınırlıdır. Etkinsizlik belirlendiğinde, VZA aynı çıktıların daha az girdi ile üretilebileceğini söyler. Yöntemin yetenekleri çıktı ve girdilere (eğer mümkünse) görelî fiyatlar veya öncelikli ağırlıklar tahsis etmek suretiyle güçlendirilebilir. Ayrıca fiziksel olmayan çıktı ve girdi ölçüleri sonuçları zayıflatabilmektedir. Örneğin, çıktı ölçüsü olarak bir kalite indeksi kullanılması yanıltıcı sonuçlara götürebilmektedir.

- VZA yalnızca etkinsizliği belirler ve etkililiği incelemeye almaz.

- Yöntemin kullanımı, VZA'nın kullanılmasının uygun olup olmadığının belirlenmesinden sonuçların yorumlanmasına kadar, kullanıcı tecrübe ve bilgisine bağımlı olabilir.

- Bazı etkinsizlik durumları kontrol edilemeyen bileşenlere bağımlı olabilir. Bu durumda belirlenen hedeflere ulaşmak mümkün değildir.

- Bir VZA etkinlik çalışması için ilgili çıktı ve girdilerin belirlenme yöntemleri çok önemlidir. İlgili girdi ve çıktılar inceleme dışı bırakıldığında, bunların ölçülmesi çok zor veya imkânsız olduğunda, yöntemin verdiği sonuçlar yanıltıcı ve yanlış olabilir.

- VZA ile etkin olmadığı saptanan karar birimleri, veri kümesindeki diğer karar birimleri ile karşılaştırıldığında katı bir şekilde etkinsizdir. Ancak etkinsiz karar birimleri, karşılaştırmada toplam veri kümesinden daha küçük bir veri kümesine (görelî olarak etkin karar birimlerinden oluşan etkinlik referans grubu) oranla etkinsiz bulunduğundan, araştırmacının dikkatini etkinsizliğin kaynağı ve doğası üzerinden yoğunlaştırması mümkün olur.

- VZA'nın uygulanması, özellikle denetim elemanlarının üretim çevresini tüm ilgili girdi ve çıktıları tanımlamak suretiyle daha iyi tanımlarını sağlar. VZA'nın bir diğer yararı, yeniden başvuruyu mümkün kılan bir veri tabanı yaratmayı özendirmesidir. Dokümantasyonu güçlendirir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PERFORMANS YÖNETİMİ: KAMU-ÖZEL HASTANELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÜZERİNE BİR UYGULAMA

4.1. Araştırmanın Amacı ve Hipotezleri

Günümüz sağlık yöneticilerinin faaliyetlerin etkinliğini geliştirme maliyetleri kontrol altında tutma ile ilgili sürekli bir sorumluluğu vardır. Hastaneler arasındaki rekabet ortamından ötürü yöneticilerin kurumlarının performansını geliştirmek için yeni yöntem ve teknikler geliştirme ve benimsemeleri gerekmektedir. Bununla birlikte son yıllarda meydana gelen değişimler hastane yöneticilerini, yönetim bilgi ve teknolojilerini hastanelere etkili bir şekilde entegre etmeye zorlamaktadır. Performans değerlendirme, hastanelerde henüz yeterince geliştirilmemiş bir yönetim alanıdır. Bu alan hastanelerin yönetimini geliştirmek için çok büyük fırsat sağladığı gibi bireysel ve örgütsel düzeyde büyük getirileri de söz konusu olmaktadır. Dinamik bir performans değerlendirme sisteminin iyi tasarlanması, uygulanması ve devam ettirilmesi yoluyla bireysel ve kurumsal performans denetlenerek ve artırılarak örgüt daha etkili ve verimli bir biçimde hedeflerini gerçekleştirebilir.

Hekimler, sağlık hizmetleri üretim ve sunumunda rol oynayan sağlık personeli. Hastane maliyetlerinin büyük bir kısmı, hekimlerin kararlarıyla ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle hekim personelin performansının, hastanenin verimliliği ve etkililiği üzerine önemli etkisinin bulunduğu söylenebilir.

Kamu hastaneleri ve özel hastanelere yönelik olan bu çalışma; hekimlerin mevcut performans değerlendirme sistemi konusundaki algı ve tutumlarını belirlemek, uygulamada karşılaşılan sorunları tespit ederek bu sorunların çözümü için öneriler sunmak ve hatalardan daha fazla arınmış bir performans değerlendirme sistemini kurulmasına yardımcı olabilmek amacıyla hazırlanmıştır. Araştırma ile hastaneler açısından oldukça önemli olan ve son günlerde sıklıkla üzerinde durulan performans değerlendirme sürecinin, kamu hastaneleri ve özel hastanelerde ne derece uygulanabildiğini saptamak ve bu doğrultuda elde edilecek sonuçların mukayeseli olarak değerlendirebilmek amaçlanmıştır.

Yukarıda belirtilen araştırma amaçları çerçevesinde araştırmayla ilgili geliştirilen hipotezleri şu şekilde belirtmek mümkündür:

• **Hipotez 1:** Doktorların performans değerlendirme algılaması kamu-özel hastanelerine göre farklılık göstermemektedir.

• **Hipotez 2:** Performans yönetimindeki sorunlar kamu-özel hastanelerine göre farklılık göstermemektedir.

• **Hipotez 3:** Performans değerlendirmede yapılan hatalar kamu-özel hastanelerine göre farklılık göstermemektedir.

• **Hipotez 4:** Kamu-özel hastanelerindeki zaman içerisindeki değişim farklılık göstermemektedir.

4.2. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada, bilgi toplama aracı olarak anket formu kullanılmıştır. Anket sorularının hazırlanmasında benzer araştırma ve çalışmalarda kullanılmış soru tiplerinden yararlanılmıştır. Bu bağlamda anket formunda aşağıda yer alan konular doğrultusunda sorular oluşturulmuştur:

- Performans değerlendirmenin objektif kriterlere göre yapılıp yapılmadığına dair düşünceler,
- Doktorların uygulanan performans değerlendirme süreci hakkında yeterince bilgi sahibi olup olmadığına yönelik düşünceler,
- Performans değerlendirme sonuçlarının kullanıldığı alanlara ilişkin düşünceler,
- Performans değerlendirme sürecinde değerlendirme yapan kişi ya da kişilerin konusuna ne derece hâkim olduğu noktasındaki düşünceler,
- Performans değerlendirmede temel sorunlar ve yapılan hatalara ilişkin düşünceler.

Araştırma, Ankara ilinde bulunan biri kamu (Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi) diğeri özel (TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi) olmak üzere iki hastanede görev yapan doktorlar üzerinde yapılmıştır.

4.3. Anket Formlarının Hazırlanması, Verilerin Kodlanması ve Analizi

Araştırma amaçları doğrultusunda hazırlanan anket formundaki soruların belirlenmesinde ilgili literatür ve bu konuda daha önce gerçekleştirilen çalışmalar dikkate alınmıştır. Anketi oluşturan sorular tespit edildikten sonra, taslak anketteki sorular araştırmanın amaçları ve hipotezleri ile karşılaştırılmıştır. Bu şekilde anket sorularının araştırmanın amaç ve hipotezleri ile uyumlu olup olmadığı belirlenmiştir.

Ankete son şeklini vermeden önce, taslak anket danışman ve diğer öğretim üyelerine sunularak anket üzerinde görüş bildirmeleri istenmiştir. Bu süreç sonucunda anketin bazı soruları ve açıklamaları yeniden yazılarak ankete son şekli verilmiştir.

Anket, 5 sayfa ve toplam 37 sorudan oluşmaktadır (bkz. Ek-1). Anketi oluşturan soruları genel olarak iki grup altında toplamak mümkündür. Birinci grup sorular, hastane doktorlarını tanımaya yönelik demografik soru ve tanıtıcı bilgileri içeren sorulardır. İkinci grup sorular, doktorlara sorulan performans değerlendirmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Veriler, 5'li ve 3'lü Likert tipi ölçeklerin sonuçlarından, sıralama düzeyindeki değişkenlerden ve cevapları şıklı olan sınıflama düzeyinde kategorik demografik değişkenlerden oluşmaktadır. 2 değişkenli 2x2 boyutlu çapraz tablolarda değişkenler arasındaki ilişki Pearson ki-kare katsayısı ile belirlenmiştir.

Değişkenlerin düzeylerinin eşitliğinin test edilmesinde ise 2-bağımsız örnek için Mann-Whitney U testi ve 2-bağımlı örnek için ise Wilcoxon parametrik olmayan testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma sahip olup olmadığı ise Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır.

Sonuçlara ilişkin yorumlar 0.05 anlamlılık düzeyine göre yapılmış ancak okuyucuların kendi yorumları için her testin p-değeri verilmiştir. Bu analizler "Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0 for Windows" kullanılarak yapılmıştır.

4.4. Araştırma Bulgularının Değerlendirilmesi

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak tablolar yardımıyla açıklanmaktadır. Sonuçların istatistiksel bakımdan

anlamlı olup olmadıkları ve hipotezlerin doğrulanıp doğrulanmadığı değerlendirilmektedir.

4.4.1. Hastanelerdeki Demografik Dağılımlar

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo-6: Hastanelerdeki Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Bay	30	17	47
	%63.8	%36.2	%100.0
	%65.2	%53.1	%60.3
Bayan	16	15	31
	%51.6	%48.4	%100.0
	%34.8	%46.9	%39.7
Toplam	46	32	78
	%59.0	%41.0	%100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %65.2'si bay ve %34.8'i bayandır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarına bakıldığında ise %53.1'inin bay, geriye kalan %46.9'unun da bayan olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bayanlar kamu ve özel sektörde benzer şekilde dağılırken bayların kamuda yoğun olduğu görülmektedir. 31 bayanın %51.6'sı kamuda ve %48.4'ü özel sektörde görev almaktadır. 47 bayın 30'u ya da %63.8'i kamuda görevliyken 17'si ya da %36.2'si özel sektörde çalışmaktadır. Cinsiyetin hastanelere göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ki-kare=1.152, p=0.238).

Araştırmaya katılanların yaşlarına ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo-7: Hastanelerdeki Yaş Dağılımı

Yaş Grubu	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
20-30 arası	31	0	31
	%100.0 %67.4	%0.0 %0.0	%100.0 %40.3
31-40 arası	9	13	22
	%40.9 %19.6	%59.1 %41.9	%100.0 %28.6
41-50 arası	4	11	15
	%26.7 %8.7	%73.3 %35.5	%100.0 %19.5
51 ve üzeri	2	7	9
	%22.2 %4.3	%77.8 %22.6	%100.0 %11.7
Toplam	46 %58.4	31 %41.6	77 %100.0

Not: Özel hastaneden 1 kişi cevap vermemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %67.4'ü 20-30 yaş arasında; %19.6'sı 31-40 yaş arasında; %8.7'si 41-50 yaş arasında; %4.3'ü 51 ve üzeri yaş grubundadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarına bakıldığında ise 20-30 yaş grubunda katılımcı bulunmamaktadır; %41.9'u 31-40 yaş arasında; %35.5'i 41-50 yaş arasında; %22.6'sı 51 ve üzeri yaş grubundadır. Araştırmaya katılan genç doktorların tamamı kamuda görev yaparken ileri yaştaki doktorların çoğunluğunun özel sektörde görev aldığı görülmektedir. Örneğin, 31-40 yaş grubundaki doktorların %59.1'i, 41-50 yaş grubundaki doktorların %73.3'ü ve 51 ve üzeri yaş grubundaki doktorların ise %77.8'i özel sektörde çalışmaktadır. Yaş dağılımının sektörlere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=37.557, p<0.001).

Araştırmaya katılanların medeni durumlarına ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo-8: Hastanelerdeki Medeni Durum Dağılımı

Medeni Durum	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Bekâr	30	4	34
	%88.2	%11.8	%100.0
Evli	%65.2	%12.5	%43.6
	16	28	44
Toplam	%36.4	%63.6	%100.0
	%34.8	%87.5	%56.4
Toplam	46	32	78
	%59.0	%41.0	%100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %65.2'si bekâr ve %34.8'i evlidir. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorları incelendiğinde ise %12.5'i bekâr, %87.5'i evlidir. Araştırmaya katılan toplam bekâr kişi sayısı 34 iken toplam evli kişi sayısı 44'tür. Medeni durum dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=21.329, p<0.001).

Araştırmaya katılanların unvanlarına ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo-9: Hastanelerdeki Unvan Dağılımı

Unvan	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Profesör	4 %44.4 %8.7	5 %55.6 %15.6	9 %100.0 %11.5
Doçent	3 %42.9 %6.5	4 %57.1 %12.5	7 %100.0 %9.0
Uzman Hekim	4 %16.0 %8.7	21 %84.0 %65.6	25 %100.0 %32.1
Araştırma Görevlisi (Asistan)	35 %100.0 %76.1	0 %0.0 %0.0	35 %100.0 %44.9
Pratisyen Hekim	0 %0.0 %0.0	2 %100.0 %6.3	2 %100.0 %2.6
Toplam	46 %59.0	32 %41.0	78 %100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %8.7'si profesör; %6.5'i doçent; %8.7'si uzman hekim; %76.1'i araştırma görevlisi (asistan) iken hastanede pratisyen hekim çalışmamaktadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorları incelendiğinde ise %15.6'sı profesör; %12.5'i doçent; %65.6'sı uzman hekim; %6.3'ü pratisyen hekim iken hastanede araştırma görevlisi (asistan) çalışmamaktadır. Unvan dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=47.842, $p<0.001$).

Araştırmaya katılanların bölümlerine ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo-10: Hastanelerdeki Bölüm Dağılımı

Bölüm	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Cerrahi	22	6	28
	%78.6	%21.4	%100.0
	%47.8	%18.8	%35.9
Dâhiliye	4	4	8
	%50.0	%50.0	%100.0
	%8.7	%12.5	%10.3
Kadın Doğum	5	4	9
	%55.6	%44.4	%100.0
	%10.9	%12.5	%11.5
Acil	3	0	3
	%100.0	%0.0	%100.0
	%6.5	%0.0	%3.8
Anestezi	1	2	3
	%33.3	%66.7	%100.0
	%2.2	%6.3	%3.8
Çocuk Hastalıkları	0	1	1
	%0.0	%100.0	%100.0
	%0.0	%3.1	%1.3
Radyoloji	0	1	1
	%0.0	%100.0	%100.0
	%0.0	%3.1	%1.3
Diğer	11	14	25
	%44.0	%56.0	%100.0
	%23.9	%43.8	%32.1
Toplam	46	32	78
	%58.9	%41.1	%100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının çalışmış oldukları bölümleri inceleyecek olursak; %47.8'i cerrahi; %8.7'si dâhiliye; %10.9'u kadın doğum; %6.5'i acil; %2.2'si anestezi; %23.9'u diğer bölümlerde görev yapmaktadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının çalışmış oldukları bölümleri inceleyecek olursak; %18.8'i cerrahi; %12.5'i dâhiliye; %12.5'i kadın doğum; %6.3'ü anestezi; %3.1'i çocuk hastalıkları; %3.1'i radyoloji; %43.8'i diğer bölümlerde görev yapmaktadır.

Doktorların çalışmış oldukları bölümlerin hastanelere göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ki-kare=12.848, p=0.076).

Araştırmaya katılanların meslekteki toplam çalışma sürelerine ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo-11: Meslekteki Toplam Çalışma Süresi Dağılımı

Toplam Çalışma Süresi	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
1 yıldan az	6 %100.0 %13.0	0 %0.0 %0.0	6 %100.0 %7.7
1-5 yıl	25 %96.2 %54.3	1 %3.8 %3.1	26 %100.0 %33.3
6-10 yıl	7 %46.7 %15.2	8 %53.3 %25.0	15 %100.0 %19.2
11-15 yıl	1 %20.0 %2.2	4 %80.0 %12.5	5 %100.0 %6.4
16-20 yıl	3 %37.5 %6.5	5 %62.5 %15.6	8 %100.0 %10.3
21 yıl ve üstü	4 %22.2 %8.7	14 %77.8 %43.8	18 %100.0 %23.1
Toplam	46 %59.0	32 %41.0	78 %100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %13'ü 1 yıldan az; %54.3'ü 1-5 yıldır; %15.2'si 6-10 yıldır; %2.2'si 11-15 yıldır; %6.5'i 16-20 yıldır; %8.7'si ise 21 yıl ve daha fazla süredir mevcut mesleklerinde çalışmaktadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %3.1'i 1-5 yıldır; %25'i 6-10 yıldır; %12.5'i 11-15 yıldır; %15.6'sı 16-20 yıldır; %43.8'i ise 21 yıl ve daha fazla süredir buldukları meslekte çalışmaktadır. Meslekteki toplam çalışma süresi dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=34.681, p<0.001).

Araştırmaya katılanların şu an çalışılan hastanedeki toplam çalışma sürelerine ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo-12: Şu An Çalışılan Hastanedeki Toplam Çalışma Süresi Dağılımı

Hastanede Çalışma Süresi	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
1 yıldan az	7	6	13
	%53.8	%46.2	%100.0
	%15.2	%18.8	%16.7
1-5 yıl	30	21	51
	%58.8	%41.2	%100.0
	%65.2	%65.6	%65.4
6-10 yıl	3	2	5
	%60.0	%40.0	%100.0
	%6.5	%6.3	%6.4
11-15 yıl	1	3	4
	%25.0	%75.0	%100.0
	%2.2	%9.4	%5.1
16-20 yıl	2	0	2
	%100.0	%0.0	%100.0
	%4.3	%0.0	%2.6
21 yıl ve üstü	3	0	3
	%100.0	%0.0	%100.0
	%6.5	%0.0	%3.8
Toplam	46	32	78
	%59.0	%41.0	%100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %15.2'si 1 yıldan az; %65.2'si 1-5 yıldır; %6.5'i 6-10 yıldır; %2.2'si 11-15 yıldır; %4.3'ü 16-20 yıldır; %6.5'i ise 21 yıl ve daha fazla süredir şu an buldukları hastanede çalışmaktadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %18.8'i 1 yıldan az; %65.6'sı 1-5 yıldır; %6.3'ü 6-10 yıldır; %9.4'ü 11-15 yıldır şu an buldukları hastanede çalışmaktadır. Şu an çalışılan hastanedeki toplam çalışma süresinin hastanelere göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ki-kare=5.531, p=0.355).

4.4.2. Hastanelerde Performans Değerlendirmesi

Tablo-13: Performans Değerlendirme Sıklığının Hastanelere Göre Karşılaştırılması

Performans Değerlendirme Sıklığı	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Hiç uygulanmıyor	24	4	28
	%85.7	%14.3	%100.0
Yılda 1 kere	%53.3	%13.8	%37.8
	11	10	21
Yılda 2 kere	%52.4	%47.6	%100.0
	%24.4	%34.5	%28.4
Yılda 3 kere	2	9	11
	%18.2	%81.8	%100.0
Yılda 3 kereden daha fazla	%4.4	%31.0	%14.9
	1	1	2
Toplam	%50.0	%50.0	%100.0
	%2.2	%3.4	%2.7
Yılda 3 kereden daha fazla	7	5	12
	%58.3	%41.7	%100.0
Toplam	%15.6	%17.2	%16.2
	45	29	74
	%60.8	%39.2	%100.0

Not: Kamu hastanesinden 1; özel hastaneden 3 kişi cevap vermemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %53.3'ü hastanelerinde performans değerlendirme uygulanmadığını; %24.4'ü yılda 1 kere; %4.4'ü yılda 2 kere; %2.2'si yılda 3 kere; %15.6'sı ise yılda 3 kereden fazla performans değerlendirme yapıldığını belirtmiştir. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %13.8'i hastanelerinde performans değerlendirme uygulanmadığını; %34.5'i yılda 1 kere; %31'i yılda 2 kere; %3.4'ü yılda 3 kere; %17.2'si ise yılda 3 kereden fazla performans değerlendirme yapıldığını belirtmiştir. Öyle ki, kamu hastanesinde performans değerlendirme ya hiç uygulanmamakta ya da en fazla yılda 1 kere uygulanmakta; özel hastanede ise ağırlıklı olarak yılda 1-2 kere yapılmaktadır. Performans değerlendirme sıklığının dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=16.430, p=0.002).

Tablo-14: Performans Değerlendirme Yöntemlerinin Hastanelere Göre Kullanım Dağılımı

Performans Değerlendirme Yöntemleri	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
360° Değerlendirme Yöntemi	1 %50.0	1 %50.0	2 %100.0
Karşılaştırma Yöntemleri	6 %66.7	3 %33.3	9 %100.0
Kontrol Listeleri Yöntemi	1 %50.0	1 %50.0	2 %100.0
Kritik Olay Yöntemi	2 %100.0	0 %0.0	2 %100.0
Başarı Ölçeği Yöntemi	3 %75.0	1 %25.0	4 %100.0
Veri Zarflama Analizi	2 %100.0	0 %0.0	2 %100.0
Öz Değerlendirme Yöntemi	1 %100.0	0 %0.0	1 %100.0
Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)	1 %50.0	1 %50.0	2 %100.0
Diğer	8 %40.0	12 %60.0	20 %100.0
Toplam	25 %56.8	19 %43.2	44 %100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarından 8'i hastanelerinde diğer performans değerlendirme yöntemlerinin kullanıldığını; 6'sı Karşılaştırma yöntemlerini; 3'ü Başarı Ölçeği yöntemini; 2'si VZA'yı, 2'si Kritik Olay yöntemini ve birer kişi 360° Değerlendirme, Kontrol Listeleri, Öz Değerlendirme ve Dengeli Puan Cetveli yöntemlerinin kullanıldığını belirtmiştir. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarından 12'si hastanelerinde diğer performans değerlendirme yöntemlerinin kullanıldığını; 3'ü Karşılaştırma yöntemlerini ve birer kişi 360° Değerlendirme, Kontrol Listeleri, Başarı Ölçeği ve Dengeli Puan Cetveli yöntemlerinin kullanıldığını belirtmiştir. Görüldüğü gibi Karşılaştırma yöntemleri her iki hastanede en çok kullanılan yöntemdir.

Tablo-15: Performans Değerlendirmenin Kimler Tarafından Yapıldığı ve Yorumlandığının Hastanelere Göre Karşılaştırılması

	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Hastane Yönetimi	10	25	35
	%28.6 %50.0	%71.4 %96.2	%100.0 %76.1
Diğer	10	1	11
	%90.9 %50.0	%9.1 %3.8	%100.0 %23.9
Toplam	20	26	46
	%43.5	%56.5	%100.0

Not: Kamu hastanesinden 26; özel hastaneden 6 kişi cevap vermemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %50'si performans değerlendirmenin hastane yönetimi tarafından yapıldığı ve yorumlandığını; geriye kalan %50'si ise kendilerinin belirttikleri diğer unsurlarca yapıldığını belirtmiştir. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %96.2'si performans değerlendirmenin hastane yönetimi tarafından yapıldığı ve yorumlandığını; geriye kalan %3.8'i ise kendilerinin belirttikleri diğer unsurlarca yapıldığını belirtmiştir. Görüldüğü gibi TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinde performans değerlendirme hastane yönetimi tarafından yapılmaktadır. Performans değerlendirmenin kimler tarafından yapılması ve yorumlanması dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=13.235, $p<0.001$).

Tablo-16: Performans Değerlendirme Sürecinin Bir Parçası Olarak Ödüllendirmenin Hastanelere Göre İşletilmesinin Değerlendirilmesi

	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Evet	4	2	6
	%66.7	%33.3	%100.0
	%8.9	%6.7	%8.0
Kısmen	12	11	23
	%52.2	%47.8	%100.0
	%26.7	%36.7	%30.7
Hayır	29	17	46
	%63.0	%37.0	%100.0
	%64.4	%56.7	%61.3
Toplam	45	30	75
	%60.0	%40.0	%100.0

Not: Kamu hastanesinden 1; özel hastaneden 2 kişi cevap vermemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %8.9'u hastanelerinde ödüllendirme mekanizmalarının işletildiğini; %26.7'si kısmen işletildiğini; %64.4'ü ise işletilmediğini belirtmiştir. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %6.7'si hastanelerinde ödüllendirme mekanizmalarının işletildiğini; %36.7'si kısmen işletildiğini; %56.7'si ise işletilmediğini belirtmiştir. Görüldüğü gibi hem kamu hem de özel hastanede ödüllendirme mekanizmaları çoğu zaman işletilmemektedir. Performans değerlendirme sürecinin bir parçası olarak ödüllendirmenin hastanelere göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ki-kare=0.876, p=0.645).

Tablo-17: Kişisel Performansı Arttırmak İçin Başvurulan Yöntemlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Teşekkür Yazıları	5	11	16
	% 31.3	% 68.8	% 100.0
Parasal Ödüller	10	0	10
	% 100.0	% 0.0	% 100.0
Terfi	1	0	1
	% 50.0	% 0.0	% 100.0
Diğer	23	13	36
	% 63.9	% 36.1	% 100.0
Toplam	39	24	63
	% 61.9	% 38.1	% 100.0

Not: Kamu hastanesinden 7; özel hastaneden 8 kişi cevap vermemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %12.8'i hastanelerinde kişisel performansını arttırmak için başvurulan yöntem olarak teşekkür yazılarının; % 25.6'sını parasal ödüllerinin; %2.6'sını terfinin; %59'u ise diğer yöntemlerinin kullanıldığını belirtmiştir. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %45.8'i hastanelerinde kişisel performansını arttırmak için başvurulan yöntem olarak teşekkür yazılarının; %54.2'si ise diğer yöntemlerinin kullanıldığını belirtmiştir. Görüldüğü gibi her iki hastanede performansını arttırmak için yukarıda belirtilen ödüllendirme mekanizmaları yoğun olarak kullanılmamıştır. Kişisel performansını arttırmak için başvurulan yöntemler dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=13.205, p=0.004).

Tablo-18: Son 6 Ay İçerisinde Hastanelere Göre Hizmet İçi Eğitimin Düzenlenmesinin Hastanelere Göre Değerlendirilmesi

	Hastane		Toplam
	Kamu	zel	
Evet	16	14	30
	%53.3	%46.7	%100.0
	%34.8	%48.3	%40.0
Hayır	30	15	45
	%66.7	%33.3	%100.0
	%65.2	%51.7	%60.0
Toplam	46	29	75
	%61.3	%38.7	%100.0

Not: Özel hastaneden 3 kişi cevap vermemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının %34.8'ine yönelik son 6 ay içerisinde hizmet içi eğitimi düzenlenmiş; %65.2'sine yönelik ise düzenlenmemiştir. TDV zel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %48.3'ne yönelik son 6 ay içerisinde hizmet içi eğitiminin düzenlendiği; %51.7'sine yönelik ise düzenlenmediği görülmektedir. Son 6 ay içerisinde hizmet içi eğitiminin hastanelere göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ki-kare=1.349, p=0.245).

Tablo-19: Doktorların Yöneticilerini İş ve Görevle İlgili Konularda Eleştirebilmesinin Hastanelere Göre Dağılımı

Doktorlar yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda rahatça eleştirebilirler.	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Kesinlikle Katılmıyorum	15 %83.3 %32.6	3 %16.7 %9.4	18 %100.0 %23.1
Katılmıyorum	14 %58.3 %30.4	10 %41.7 %31.3	24 %100.0 %30.8
Kararsızım	9 %50.0 %19.6	9 %50.0 %28.1	18 %100.0 %23.1
Katılıyorum	7 %43.8 %15.2	9 %56.3 %28.1	16 %100.0 %20.5
Kesinlikle Katılıyorum	1 %50.0 %2.2	1 %50.0 %3.1	2 %100.0 %2.6
Toplam	46 %59.0	32 %41.0	78 %100.0

Tabloda görüldüğü gibi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorları yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda rahatça eleştirebildiğine; araştırmaya katılanların %2.2'si kesinlikle katılmakta, %15.2'si katılmakta, %19.6'sı kararsız, %30.4'ü katılmamakta ve %32.6'sı kesinlikle katılmamaktadır. Katılma yanlısı olanlar yaklaşık %17.4 iken katılmama yanlısı olanlar ise yaklaşık %63'tür. Kamu hastanesinde doktorların çoğu, yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda rahatça eleştirememektedirler. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorları yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda rahatça eleştirebildiğine; araştırmaya katılanların %3.1'i kesinlikle katılmakta, %28.1'i katılmakta, %28.1'i kararsız, %31.3'ü katılmamakta ve %9.4'ü kesinlikle katılmamaktadır. Katılma yanlısı olanlar yaklaşık %31.2 iken katılmama yanlısı olanlar ise yaklaşık %40.7'dir. Kararsız olanlar da %28.1 gibi yüksek bir oranı oluşturmaktadır. Özel hastanede de doktorların çoğu, yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda rahatça eleştirememektedirler. Doktorların yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda

eleştirebilmesinin hastanelere göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ki-kare=6.617, p=0.158).

Tablo-20: Doktorların Hastanelerdeki İş ve Görevleri İle İlgili Fikirlerine Önem Verilmesi ve Sorulmasının Hastanelere Göre Dağılımı

Doktorların iş ve görevle ilgili fikirlerine çok önem verilir ve fikirleri her zaman sorulur.	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Kesinlikle Katılmıyorum	21 %95.5 %45.7	1 %4.5 %3.2	22 %100.0 %28.6
Katılmıyorum	18 %75.0 %39.1	6 %72.7 %19.3	24 %100.0 %31.2
Kararsızım	3 %27.3 %6.5	8 %77.8 %25.8	11 %100.0 %23.4
Katılıyorum	4 %22.2 %8.7	14 %77.8 %45.2	18 %100.0 %23.4
Kesinlikle Katılıyorum	0 %0.0 %0.0	2 %100.0 %6.5	2 %100.0 %2.6
Toplam	46 %59.7	31 %40.3	77 %100.0

Not: Özel hastaneden 1 kişi cevap vermemiştir.

Tabloda görüldüğü gibi yöneticiler, doktorların iş ve görevle ilgili fikirlerine çok önem verirler ve fikirlerini her zaman sorduğuna; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden uygulamaya katılanların %8.7'si katılmakta, %6.5'i kararsız, %39.1'i katılmamakta ve %45.7'si kesinlikle katılmamaktadır. Katılma yanlısı olanlar yaklaşık %8.7 iken katılmama yanlısı olanlar ise yaklaşık %84.8'dir. Bu durumda kamu hastanesinde doktorların iş ve görevleri ile ilgili fikirlerine neredeyse hiç önem verilmemekte ve fikirleri sorulmamaktadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinden araştırmaya katılanların ise %6.5'i kesinlikle katılmakta, %45.2'si katılmakta, %25.8'i kararsız, %19.3'ü katılmamakta ve %3.2'si kesinlikle katılmamakta. Katılma yanlısı olanlar yaklaşık %51.7 iken katılmama yanlısı olanlar ise yaklaşık %22.5'tir. Bu durumda özel hastanede doktorların neredeyse yarısının iş

ve görevleri ile ilgili fikirlerine önem verilmemekte ve fikirleri sorulmamaktadır. Doktorların hastanelerdeki iş ve görevleri ile ilgili fikirlerine önem verilmesi ve sorulması dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=32.314, $p<0.001$).

Tablo-21: Fazla Mesai Süresinin Hastanelere Göre Değerlendirilmesi

	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Evet	46	16	62
	%74.2	%25.8	%100.0
	%100.0	%50.0	%79.5
Hayır	0	16	16
	%0.0	%100.0	%100.0
	%0.0	%50.0	%20.5
Toplam	46	32	78
	%59.0	%41.0	%100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının tamamı haftalık mesai süresinden fazla çalışmaktadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının %50'sinin fazla mesai yapıp, geriye kalan %50'sinin ise yapmadığı görülmektedir. Fazla mesai süresi dağılımının hastanelere göre anlamlı bir şekilde değiştiği görülmektedir (Ki-kare=28.935, $p<0.001$).

Tablo-22: Fazla Mesai Yapılması Nedenlerinin Hastanelere Göre Dağılımı

	Hastane		Toplam
	Kamu	Özel	
Çalışan Sayısı Yetersiz	25 %83.3	5 %16.7	30 %100.0
Nöbet Ücreti Almak İçin	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0
Hastalara Daha Fazla Zaman Ayırmak İçin	18 %58.1	13 %41.9	31 %100.0
Ek Ödemeden Yararlanmak İçin	0 %0.0	0 %0.0	0 %0.0
Mesai Saatleri İyi Düzenlenmediği İçin	24 %100.0	0 %0.0	24 %100.0
Toplam	67 %78.8	18 %21.2	85 %100.0

Tabloda görüldüğü gibi araştırmaya katılan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi doktorlarının 25'i çalışan sayısı yetersiz nedeniyle; 18'i hastalara daha fazla zaman ayırmak için; 24'ü de mesai saatleri iyi düzenlenmediği için fazla mesai yapmaktadır. TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi doktorlarının 5'i çalışan sayısı yetersiz nedeniyle; 13'ü ise hastalara daha fazla zaman ayırmak için fazla mesai yapmaktadır. Dolayısıyla her iki hastanede çalışan sayısı yetersiz görülmektedir. Kamu hastanesinde de mesai saatlerinin iyi düzenlenmediği ortaya çıkmaktadır.

4.4.3. Hastanelerdeki Personelin Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Tablo-23: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Doktorların Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	n	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ortalama	Ortalama Sıralaması
		Kişi Sayısı						
		Yüzde (%)						
Performans değerlendirme uygulamaları, performansı artırır.	46	3 6.5	3 6.5	8 17.4	21 45.7	11 23.9	3.739	10
Performans değerlendirme sisteminin tasarımından kaynaklanan eksiklikler, performansı olumsuz etkiler ve performans değerlendirme hatalarına yol açar.	46	2 4.3	2 4.3	2 4.3	32 69.6	8 17.4	3.913	8
Performans değerlendirme sonuçlarının kariyer gelişiminde kullanılması yararlıdır.	46	2 4.3	5 10.9	6 13.0	25 54.3	8 17.4	3.695	11
Performans değerlendirme sonuçlarının ücretlerin belirlenmesinde kullanılması yararlıdır.	46	3 6.5	4 8.7	9 19.6	24 52.2	6 13.0	3.566	13
Performans değerlendirme sonuçlarının eğitim ihtiyacının ve açığının belirlenmesinde kullanılmalıdır.	45	4 8.9	4 8.9	5 11.1	23 51.1	9 20.0	3.644	12
Performans değerlendirme sonuçları, işten çıkarma ve sözleşme yenileme kararlarında kullanılmalıdır.	46	2 4.3	8 17.4	14 30.4	17 37.0	5 10.9	3.326	14
Doktorlara performans değerlendirme sonuçları hakkında bilgi verilmesi performansı yükseltir.	45	0 0.0	4 8.9	9 20.0	26 57.8	6 13.3	3.755	9
Görev yapan doktorların performansı objektif kriterlere göre değerlendirilmelidir.	46	0 0.0	0 0.0	2 4.3	19 41.3	25 54.3	4.500	3
Performans değerlendirmesi yapılırken doktorlar arasında herhangi bir ayırım yapılmamalıdır.	46	0 0.0	0 0.0	4 8.7	15 32.6	27 58.7	4.500	4
Birden fazla değerlendiricinin olması, tek değerlendiriciye göre daha adil bir değerlendirme yapılmasını sağlar.	45	1 2.2	1 2.2	2 4.4	15 33.3	26 57.8	4.422	6
Doktorların performansı doğrudan hastanenin hizmet başarısını gösterir.	46	4 8.7	13 28.3	10 21.7	11 23.9	8 17.4	3.130	15
Alınan eğitimler, doktorların kişisel ve mesleki gelişimine ve performansına katkıda bulunur.	46	0 0.0	1 2.2	5 10.9	25 54.3	15 32.6	4.173	7
Yanlış ayarlanan çalışma düzeni (çalışma saatleri, dinlenme aralıkları, nöbet sayıları, vb.) doktorların performansını olumsuz yönde etkiler.	46	1 2.2	1 2.2	2 4.3	12 26.1	30 65.2	4.500	2
Çok çalışarak iyi iş yapan doktorların ödüllendirilmesi gereklidir.	46	1 2.2	1 2.2	4 8.7	10 21.7	30 65.2	4.456	5
Performans değerlendirmesi yapan yöneticilerin değerlendirme eğitimi almaları şart ve yararlıdır.	46	1 2.2	0 0.0	1 2.2	15 32.6	29 63.0	4.543	1

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 46 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre performans değerlendirmede kullanılan kavram, terim ve ölçütlerin yeterli düzeyde bilindiği görülmektedir. Performans değerlendirmede önemli olan parametrelerin ortalama değerleri 3.130 ile 4.543 arasında değişmektedir. Bu sebeple kamu hastanesinde doktorların performans değerlendirmesi hakkında bilgili olduğu söylenebilir.

Bu ölçeğin sonucunda; performans değerlendirmesi yapan yöneticilerin değerlendirme eğitiminin şart ve yararlı olacağı görüşü en önemli noktayı oluşturmaktadır.

Tablo-24: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesindeki Doktorların Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	n	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum	Ortalama	Ortalama Sıralaması
		Kişi Sayısı						
		Yüzde (%)						
Performans değerlendirme uygulamaları, performansı artırır.	32	2	0	5	16	9	3.937	8
		6.3	0.0	15.6	50.0	28.1		
Performans değerlendirme sisteminin tasarımından kaynaklanan eksiklikler, performansı olumsuz etkiler ve performans değerlendirme hatalarına yol açar.	32	2	0	7	16	7	3.812	10
		6.3	0.0	21.9	50.0	21.9		
Performans değerlendirme sonuçlarının kariyer gelişiminde kullanılması yararlıdır.	32	0	2	9	15	6	3.781	11
		0.0	6.3	28.1	46.9	18.8		
Performans değerlendirme sonuçlarının ücretlerin belirlenmesinde kullanılması yararlıdır.	32	0	4	6	15	7	3.781	12
		0.0	12.5	18.8	46.9	21.9		
Performans değerlendirme sonuçlarının eğitim ihtiyacının ve açığının belirlenmesinde kullanılmalıdır.	32	1	2	3	20	6	3.875	9
		3.1	6.3	9.4	62.5	18.8		
Performans değerlendirme sonuçları, işten çıkarma ve sözleşme yenileme kararlarında kullanılmalıdır.	32	1	5	11	13	2	3.312	14
		3.1	15.6	34.4	40.6	6.3		
Doktorlara performans değerlendirme sonuçları hakkında bilgi verilmesi performansı yükseltir.	32	0	3	6	18	5	3.781	13
		0.0	9.4	18.8	56.3	15.6		
Görev yapan doktorların performansı objektif kriterlere göre değerlendirilmelidir.	32	0	2	0	15	15	4.343	2
		0.0	6.3	0.0	46.9	46.9		
Performans değerlendirmesi yapılırken doktorlar arasında herhangi bir ayırım yapılmamalıdır.	32	3	1	0	8	20	4.281	4
		9.4	3.1	0.0	25.0	62.5		
Birden fazla değerlendiricinin olması, tek değerlendiriciye göre daha adil bir değerlendirme yapılmasını sağlar.	32	1	1	2	15	26	4.187	6
		2.2	2.2	4.4	33.3	57.8		

Doktorların performansı doğrudan hastanenin hizmet başarısını gösterir.	32	2 6.3	5 15.6	9 28.1	13 40.6	3 9.4	3.312	15
Alınan eğitimler, doktorların kişisel ve mesleki gelişimine ve performansına katkıda bulunur.	32	1 3.1	1 3.1	2 6.3	19 59.4	9 28.1	4.062	7
Yanlış ayarlanan çalışma düzeni (çalışma saatleri, dinlenme aralıkları, nöbet sayıları, vb.) doktorların performansını olumsuz yönde etkiler.	32	1 3.2	0 0.0	0 0.0	17 54.8	13 41.9	4.322	3
Çok çalışarak iyi iş yapan doktorların ödüllendirilmesi gereklidir.	32	1 3.1	2 6.3	0 0.0	14 43.8	15 46.9	4.250	5
Performans değerlendirmesi yapan yöneticilerin değerlendirme eğitimi almaları şart ve yararlıdır.	32	1 3.1	1 3.1	1 3.1	9 28.1	20 62.5	4.437	1

TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinde çalışan 32 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre performans değerlendirmede kullanılan kavram, terim ve ölçütlerin yeterli düzeyde bilindiği görülmektedir. Performans değerlendirmede önemli olan parametrelerin ortalama değerleri 3.312 ile 4.437 arasında değişmektedir. Bu sebeple özel hastanede doktorların performans değerlendirmesi hakkında bilgili olduğu söylenebilir.

Bu ölçeğin sonucunda; performans değerlendirmesi yapan yöneticilerin değerlendirme eğitiminin şart ve yararlı olacağı görüşü en önemli noktayı oluşturmaktadır.

Tablo-25: Performans Değerlendirme Bilgi Düzeylerinin Hastanelere Göre Karşılaştırılması

Hastane	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	t istatistiği	p-değeri
Kamu	46	3.987	0.598	0.091	-0.330	0.742
Özel	32	4.030	0.463	0.083		

Bu bağlamda iki hastanenin doktorlarının ortalama performans değerlendirmesi hakkındaki bilgi düzeylerinin farklı olmadığı belirlenmiştir. **Hipotez 1** (Doktorların performans değerlendirme algılaması kamu-özel hastanelerine göre farklılık göstermemektedir) kabul edilmiştir (p=0.742).

4.4.4. Hastanelerin Performans Yönetimindeki Sorunlarının Değerlendirilmesi

Tablo-26: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Performans Yönetimindeki Sorunlarının Değerlendirilmesi

	n	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli	Ortalama	Ortalama Sıralaması
Performans yönetimindeki temel sorunlar:	n					
— Performans değerlendirmesinin objektif olmaması	45	0 0.0	19 42.2	26 57.8	2.57	1
— Kişilerin iş yapma stillerinin farklı olması	43	4 9.3	30 69.8	9 20.9	2.11	4
— Motivasyon eksikliği	45	3 6.7	22 48.9	20 44.4	2.37	3
— Kişisel çekememezlikler	44	7 15.9	27 61.4	10 22.7	2.06	5
— Hedef gösterilmemesi (performans standartlarının belirlenmemesi)	43	0 0.0	21 48.8	22 51.2	2.51	2

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 46 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre hastanelerin, performans yönetimindeki sorunlarının başında değerlendirmenin objektif yapılmadığı gelmektedir. İkinci sırada en önemli sorun ise performans standartlarının belli olmamasıdır. Üçüncü sıradaki sorun motivasyon eksikliğidir. Dördüncü ve beşinci sıradaki sorunlar sırasıyla kişilerin iş yapma stillerinin farklı olması ve kişisel çekememezliklerdir.

Tablo-27: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinin Performans Yönetimindeki Sorunlarının Değerlendirilmesi

	n	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli	Ortalama	Ortalama Sıralaması
		Kişi Sayısı				
Performans yönetimindeki temel sorunlar:		Yüzde (%)				
— Performans değerlendirmesinin objektif olmaması	31	1 3.2	15 48.4	15 48.4	2.45	1
— Kişilerin iş yapma stillerinin farklı olması	30	11 36.7	15 50.0	4 13.3	1.76	5
— Motivasyon eksikliği	32	2 6.3	14 43.8	16 50.0	2.43	2
— Kişisel çekememezlikler	30	11 36.7	14 46.7	5 16.7	1.80	4
— Hedef gösterilmemesi (performans standartlarının belirlenmemesi)	30	1 3.3	20 66.7	9 30.0	2.26	3

TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinde çalışan 32 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre hastanelerin, performans yönetimindeki sorunlarının başında değerlendirmenin objektif yapılmadığı gelmektedir. İkinci sırada en önemli sorun ise motivasyon eksikliğidir. Üçüncü sıradaki sorun performans standartlarının belli olmamasıdır. Dördüncü ve beşinci sıradaki sorunlar sırasıyla kişisel çekememezlikler ve kişilerin iş yapma stillerinin farklı olmasıdır.

Tablo-28: Performans Yönetimindeki Sorunlarının Hastanelere Göre Karşılaştırılması

	Mann-Whitney U	p-değeri
— Performans değerlendirmesinin objektif olmaması	622.500	0.361
— Kişilerin iş yapma stillerinin farklı olması	461.000	0.017
— Motivasyon eksikliği	681.000	0.651
— Kişisel çekememezlikler	520.500	0.087
— Hedef gösterilmemesi (performans standartlarının belirlenmemesi)	498.000	0.056

Bu bağlamda hipotez 2'yi değerlendirirsek hastanelerde görülen sorunların temelinde sadece kişilerin iş yapma stillerinin farklı olması değişiklik göstermektedir. Diğer sorunlar hastaneden hastaneye farklılık göstermemektedir. **Hipotez 2** (Performans yönetimindeki sorunlar kamu-özel hastanelerine göre farklılık göstermemektedir) kabul edilmiştir.

4.4.5. Hastanelerin Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Değerlendirilmesi

Tablo-29: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Değerlendirilmesi

	n	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli	Ortalama	Ortalama Sıralaması
Performans değerlendirmede yapılan hatalar:						
— Halo (Hale) etkisi	43	1 2.3	21 48.8	21 48.8	2.465	3
— Kişisel tercihler ve önyargılardan doğan hatalar	45	1 2.2	20 44.4	24 53.3	2.511	1
— Yakın geçmişteki olaylardan etkilenme	43	1 2.3	29 67.4	13 30.2	2.279	4
— Kayırmacılık	45	1 2.2	22 48.9	22 48.9	2.466	2

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 46 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre hastanelerin, performans değerlendirmede yapılan hataların başında kişisel tercihler ve önyargılardan doğan hatalar gelmektedir. İkinci sırada en önemli hata ise kayırmacılıktır. Üçüncü ve dördüncü sıradaki hatalar sırasıyla halo (hale) etkisi ve yakın geçmişteki olaylardan etkilenmedir.

Tablo-30: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinin Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Değerlendirilmesi

	n	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli	Ortalama	Ortalama Sıralaması
Performans değerlendirmede yapılan hatalar:						
— Halo (Hale) etkisi	28	2 7.1	16 57.1	10 35.7	2.285	1
— Kişisel tercihler ve önyargılardan doğan hatalar	30	2 6.7	18 60.0	10 33.3	2.266	2
— Yakın geçmişteki olaylardan etkilenme	29	3 10.3	21 72.4	5 17.2	2.069	4
— Kayırmacılık	29	4 13.8	17 58.6	8 27.6	2.137	3

TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinde çalışan 32 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre hastanelerin, performans değerlendirmede yapılan hataların başında halo (hale) etkisi gelmektedir. İkinci sırada en önemli hatalar ise kişisel tercihler ve

önyargılardan doğan hatalardır. Üçüncü ve dördüncü sıradaki hatalar sırasıyla kayırmacılık ve yakın geçmişteki olaylardan etkilenmedir.

Tablo-31: Performans Değerlendirmede Yapılan Hataların Hastanelere Göre Karşılaştırılması

	Mann-Whitney U	p-değerı
— Halo (Hale) etkisi	510.000	0.219
— Kişisel tercihler ve önyargılardan doğan hatalar	529.000	0.073
— Yakın geçmişteki olaylardan etkilenme	509.500	0.104
— Kayırmacılık	478.000	0.029

Bu bağlamda hipotez 3'ü değerlendirirsek kayırmacılığın Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi ve TDV Özel 29 Mayıs Hastanelerinde farklı düzeyde olduğu görölmektedir. Bu hatanın Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesinde daha belirgin göröldüğu belirlenmiştir. Değerlendirmede yapılan diğer hataların etkisi hastaneden hastaneye değişmemektedir. **Hipotez 3** (Performans değerlendirmede yapılan hatalar kamu-özel hastanelerine göre farklılık göstermemektedir) kabul edilmiştir.

4.4.6. Hastanelerin Zaman İçindeki Değişimlerinin Değerlendirilmesi

Tablo-32: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin Zaman İçindeki Değişimlerinin Değerlendirilmesi

		n	Kişi Sayısı					Ortalama	Ortalama Sıralaması
			Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi		
			Yüzde (%)						
Çalışma mekânı ve çalışma koşulları...	Önce	44	5 11.4	12 27.3	20 45.5	7 15.9	0 0.0	2.659	0.167 (2)
	Sonra	46	9 19.6	6 13.0	19 41.3	8 17.4	4 8.7	2.826	
Hizmet içi eğitimler...	Önce	43	7 16.3	14 32.6	16 37.2	5 11.6	1 2.3	2.511	0.184 (1)
	Sonra	46	6 13.0	13 28.3	18 39.1	7 15.2	2 4.3	2.695	
Genel olarak hastanenin performansı...	Önce	43	2 4.7	10 23.3	10 23.3	19 44.2	2 4.7	3.209	-0.144 (3)
	Sonra	46	3 6.5	11 23.9	15 32.6	14 30.4	3 6.5	3.065	

Tablo-33: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesindeki Zaman İçindeki Değişimin Analizi

		Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	Z-değeri	p-değeri
Çalışma mekânı ve çalışma koşulları...	Önce	2.659	0.887	1	4	-1.035	0.301
	Sonra	2.826	1.198	1	5		
Hizmet içi eğitimler...	Önce	2.511	0.984	1	5	-1.765	0.078
	Sonra	2.695	1.029	1	5		
Genel olarak hastanenin performansı...	Önce	3.209	1.013	1	5	-0.798	0.425
	Sonra	3.065	1.041	1	5		

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde zaman içerisinde istatistiksel olarak yukarıda belirtilen konularda anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Buna karşın birinci sırada en önemli ve olumlu değişiklik hizmet içi eğitimlerde görülmüştür. Hastanenin genel performansında ise az da olsa bir düşüş görülmüştür.

Tablo-34: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinin Zaman İçindeki Değişimlerinin Değerlendirilmesi

		n	Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi	Ortalama	Ortalama Sıralaması					
										Kişi Sayısı				
										Yüzde (%)				
Çalışma mekânı ve çalışma koşulları...	Önce	26	0	0	5	18	3	3.923	0.109 (1)					
	Sonra	31	0.0	0.0	19.2	69.2	11.5							
Hizmet içi eğitimler...	Önce	26	0	6	11	8	1	3.153	0.008 (3)					
	Sonra	31	0.0	23.1	42.3	30.8	3.8							
Genel olarak hastanenin performansı...	Önce	26	0	0	2	21	3	4.038	0.022 (2)					
	Sonra	31	0.0	0.0	7.7	80.8	11.5							
			0.0	0.0	9.7	74.2	16.1	4.060						

Tablo-35: TDV Özel 29 Mayıs Hastanesindeki Zaman İçindeki Değişimin Analizi

		Ortalama	Standart Sapma	Min.	Max.	Z-değeri	p-değeri
Çalışma mekânı ve çalışma koşulları...	Önce	3.923	0.560	3	5	-0.816	0.414
	Sonra	4.032	0.546	3	5		
Hizmet içi eğitimler...	Önce	3.153	0.833	2	5	-0.816	0.414
	Sonra	3.161	0.820	2	5		
Genel olarak hastanenin performansı...	Önce	4.038	0.445	3	5	-1.414	0.157
	Sonra	4.064	0.512	3	5		

TDV Özel 29 Mayıs Hastanesinde de zaman içerisinde istatistiksel olarak yukarıda belirtilen konularda önemli bir değişiklik söz konusu değildir. Ancak az da olsa ilk sırada çalışma mekân ve koşullarının kısmen değiştiği görülmüştür.

Hipotez 4 (Kamu-özel hastanelerindeki zaman içerisindeki değişim farklılık göstermemektedir) kabul edilmiştir.

SONUÇ ve DEĞERLENDİRME

Performans yönetimi günümüz örgütleri için insan kaynakları yönetiminin en önemli faaliyet alanı olmuştur. Örgütlerin sürekli değişen ortamda yaşamlarını sürdürebilmeleri, hedeflerine başarıyla ulaşmaları, iş görenlerin mesleki ve kişisel gelişimlerini sağlamaları; görev ve sorumluluklarını en etkin biçimde gerçekleştirmelerini, dolayısıyla kurumların ve iş görenlerin performanslarını etkin bir biçimde yönetmelerini zorunlu kılmaktadır. Performans yönetimi, örgütte saptanan amaçlarla ilişkili olarak, iş görenin performansının incelenmesinin, geribildirim ve hedef belirlemenin önemini ortaya koyan, yönetim biliminin bir alanıdır. İş gören çalışma davranışlarını ve ürünlerini tanımlama, değerlendirme ve güçlendirme noktasında bütünleştirilmiş bir süreçtir. Performans yönetimi, örgütün, takım ve bireylerin daha verimli hale gelmesini ifade eder ve üzerinde anlaşmaya varılan amaçlar doğrultusunda, bilgi, beceri ve gerekli yeterlikleri iş görenlere kazandırmak için bir zemin hazırlar. Sürekli değişimin yaşandığı bir ortamda örgütlerin, iş görenlerin sürekli eğitim ihtiyacını karşılamada, güçlü ve zayıf yönlerini ortaya çıkarmada, motivasyonunu artırmada etkin bir performans yönetim uygulaması hayati bir önem taşımaktadır. Bu noktada, yöneticilerin performans yönetimi ilke ve süreçleri konularında gerekli ve yeterli bilgi, beceriye sahip olması kaçınılmaz bir husus olarak ortaya çıkmaktadır.

Çalışmanın teorik ve kavramsal birtakım görüşlerinin, gerçek hayattaki yansımalarını tespit etmek amacıyla yapılan araştırma sonucunda şu önemli bulgu ve sonuçlar elde edilmiştir:

— Sağlık sektöründe uygulanmakta olan performans değerlendirme kamu hastanesinde ya hiç yapılmamakta ya da en fazla yılda bir kere yapılmakta; özel hastanede ise ağırlıklı olarak yılda bir-iki kere ve çoğunlukla hastane yönetimi tarafından yapılmaktadır.

— Performans değerlendirmede kullanılan yöntemlere bakıldığında “Karşılaştırma Yöntemleri”nin her iki hastanede ön plana çıktığı görülmektedir.

— Hem kamu hem de özel hastanede ödüllendirme mekanizmaları çoğu zaman işletilmemektedir.

— Son 6 ay içerisinde kamu hastanesindeki doktorların yaklaşık 2/3'ne hizmet içi eğitiminin düzenlenmediği ortaya çıkmıştır. Özel hastane doktorlarının ise yaklaşık yarısına hizmet içi eğitim düzenlenmiştir.

— Araştırmaya katılan kamu hastanesi doktorlarının tamamı; çalışan sayısı yetersizliği nedeniyle, hastalara daha fazla zaman ayırmak için ve mesai saatleri iyi düzenlenmediği için haftalık mesai süresinden fazla çalışmaktadırlar. Özel hastane doktorlarının ise yarısının hastalara daha fazla zaman ayırmaları nedeniyle fazla mesai yaptığı, geriye kalan yarısının ise yapmadığı görülmektedir.

— Hem kamu hem de özel hastanede doktorların çoğu, yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda rahatça eleştirememektedirler.

— Kamu hastanesinde yönetim tarafından doktorların iş ve görevleri ile ilgili fikirlerine neredeyse hiç önem verilmemekte ve fikirleri sorulmamaktadır. Özel hastanede ise doktorların neredeyse yarısının iş ve görevleri ile ilgili fikirlerine önem verilmemekte ve fikirleri sorulmamaktadır.

— Kamu ve özel hastanelerde çalışan 78 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre performans değerlendirmede kullanılan kavram, terim ve ölçütlerin yeterli düzeyde bilindiği görülmektedir. Genel anlamda performans yönetim sistemini algılayışları açısından kamu ve özel hastanelerde çalışan doktorlar arasında fark olmamıştır. Bu farksızlık sektörün kendi özelliğinden kaynaklanmış olabilir, çünkü *sağlık, herkes için, kâr ve kısa vadeli diğer faydalardan daha önceliklidir*. Bu da doğal olarak hastaneleri diğer işletmelerden ayırmaktadır.

— Kamu ve özel hastanelerde çalışan 78 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre hastanelerin, performans yönetimindeki temel sorunlarının başında değerlendirmenin objektif yapılmadığı gelmektedir. Hastanelerde görülen sorunların temelinde sadece kişilerin iş yapma stillerinin farklı olması değişiklik göstermiştir. Diğer sorunlar hastaneden hastaneye farklılık göstermemiştir.

— Kamu ve özel hastanelerde çalışan 78 doktora yapılan anketin sonuçlarına göre hastanelerin, performans değerlendirmede yapılan hatalarından sadece

kayırmacılığın farklı düzeyde olduğu görülmektedir. Bu hatanın kamu hastanesinde daha belirgin görüldüğü belirlenmiştir. Değerlendirmede yapılan diğer hataların etkisi hastaneden hastaneye değişmemektedir.

— Kamu hastanesinde zaman içerisinde istatistiksel olarak çalışma mekân ve koşulları, hizmet içi eğitimler ve genel olarak hastanenin performansı konularında anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir. Buna karşın birinci sırada en önemli ve olumlu değişiklik hizmet içi eğitimlerde görülmüştür. Hastanenin genel performansında ise az da olsa bir düşüş görülmüştür. Özel hastanede de zaman içerisinde istatistiksel olarak yukarıda belirtilen konularda önemli bir değişiklik söz konusu değildir. Ancak az da olsa ilk sırada çalışma mekân ve koşullarının kısmen değiştiği görülmüştür.

Bu çalışmanın en önemli değeri; sağlık sektöründe uygulanmakta olan performans değerlendirme hakkındaki görüş ve düşünceleri almak amacıyla, anketin *ilk kaynağı* (sağlık sektörünün en önemli çalışanları olan doktorlar) üzerine yapılmasıdır.

Anketin her bir sorusu, cevaplayıcı tarafından açık, bağımsız ve herhangi bir baskı olmadan cevaplandığı için, ankette ifade edilen her bir düşüncenin var olmasının %100'lük bir doğruluk payı ve dolayısıyla kendi nedeni ve neticesi vardır. Bu yüzden her düşünce değerlendirilmeli ve sınanmalıdır. Bu çalışma, ulaşılan sonuçlardan yola çıkılarak, ileride sağlık sektöründe performans değerlendirme konusunda çalışacak araştırmacılar için faydalı olacağı düşünülmektedir.

Son olarak şu söylenebilir ki, bir hastanede performans yönetimi yapılması için sürekli izleme ve düzeltme yapılması gerekir. Bunun için hastane yönetiminin performans yönetimi sistemi uygulamasına tam bir bağlılık göstermesi gerekir. Bu hedef tam olarak taahhüt edilmeden performans yönetimi projesi devam edemeyecektir.

KAYNAKÇA

- Ak, Bilal (1990). **Hastane Yöneticiliği**. Ankara: Özkan Matbaacılık Sanayi.
- Akal, Zühal (2000). **İşletmelerde Performans Ölçüm ve Denetimi: Çok Yönlü Performans Göstergeleri** (4. Basım). Ankara: Mert Matbaası.
- Akdağ, Recep (2007). **Sağlık Hizmetleri Anlayışında Değişim: Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Modeli**. (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 246-250.
- Akdur, Recep (2003). **Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar. Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**. (Editör: M. Nail Alkan). Ankara: Ankara Üniversitesi Yayınları.
- Akın, Cemil Serhat (2007). **Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları**. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Aksoy, Beyhan (2001). **Hastanelerde Hekim Performansının Değerlendirilmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aksoy, Emre (2007). **İnsan Kaynakları Yönetiminde Personel Güçlendirme ve Koçluk**. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Alptekin, Caner (2007). **Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi: İkinci Basamağa İlişkin Bir Uygulama**. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Ateş, Hamza (2007). **Kavramlar, Tartışmalar ve Genel Çerçeve.** (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 1-20.
- Aydın, Sabahattin ve Demir, Mehmet (2007). **Sağlıkta Performans Yönetimi: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi** (2. Basım). Ankara: Onur Matbaacılık.
- Aydın, Sabahattin, Demir, Mehmet, Güler, Hasan, Tarhan, Dilek, Demir, Bayram ve Kapan, Süleyman H. (2009). **Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları.** Ankara: Lazer Ofset Matbaa Tesisleri.
- Barutçugil, İsmet (2002). **Performans Yönetimi.** (Editör: Canan Başoğlu). İstanbul: Kariyer Yayınları.
- Baykal, Ülkü (1994). **Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma.** Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Burke, Ronald J. and Nelson, Debra L. (1997). **Downsizing and Restructuring: Lessons from the Firing Line for Revitalizing Organizations.** Leadership & Organization Development Journal, 18 (7), 325-334.
- Cummings, Thomas G. and Worley, Christopher G. (1997). **Organization Development and Change** (6th Edition). Ohio: Thomson South-Western Publishing.
- Çelik, Yusuf (2007). **Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi.** (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 174-205.

Çevik, Hasan Hüseyin (2007). **Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Performans Yönetimi: Performans Artırılması, Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi.** (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 24-40.

Dağıstan, Ramazan (2001). **Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.** Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Dağlı, Gamze H. (2006). **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı.** Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Dalton, M. A. (1998). **Using 360-Degree Feedback Successfully.** Leadership in Action, 18 (1), 2-11.

Demirel Etöz, Songül (2008). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon.** Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.

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

Dreher, George F. and Dougherty, Thomas W. (2001). **Human Resource Strategy: A Behavioral Perspective for the General Manager.** New York: McGraw-Hill Companies.

Edwards, M. R. (1996). **Improving Performance with 360-Degree Feedback.** Career Development International, 1 (3), 5-8.

Eraslan, Ergün ve Algün, Onur (2005). **İdeal Performans Değerlendirme Formu Tasarımında Analitik Hiyerarşi Yöntemi Yaklaşımı.** Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi, 20 (1), 95-106.

- Ergin, Canan (2002). **İnsan Kaynakları Yönetimi: Psikolojik Bir Yaklaşım**. (Editörler: Özgür Çelebi ve Candan Karaca Ongun). Ankara: Academyplus Yayınevi.
- Esatoğlu, Ezel (2007). **Hastanelerde Performans Ölçümü**. (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 358-409.
- Fettah, Kıymet ve Şahin, Bayram (2009). **Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasının Hizmet Sunumu Üzerine Etkisi**. (Editör: Harun Kırılmaz). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı (3. Cilt). 19-21 Mart. Ankara: Turunç Matbaacılık, 294-302.
- Fındıkçı, İlhami (2001). **İnsan Kaynakları Yönetimi** (3. Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Hayran, Osman (1997). **Sağlık Hizmetleri**. (Editörler: Osman Hayran ve Haydar Sur). Hastane Yöneticiliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 15-27.
- Helvacı, M. Akif (2002). **Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi**. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 35 (1-2), 155-169.
- Işığışık, Erkan (2005). **Performans Ölçümü, Yönetimi ve İstatistiksel Analizi**. VII. Ulusal Ekonometri ve İstatistik Sempozyumu, Oturum IV, 27 Mayıs. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. <http://www.ekonometridernegi.org/bildiriler/o24s3.pdf>, Erişim Tarihi: 04.04.2009.
- İdrissova, Ramilya (2009). **Sanayi İşletmelerinde Üretim Süreçlerinde Kaizen Uygulamalarının Performansa Etkileri Üzerine Bir Araştırma**. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Jackson, J. H. and Greller, M. M. (1998). **Decision Elements for Using 360-Degree Feedback.** Human Resources Planning, 21 (4), 18-28.

Kara, Derya (2010). **Performans Değerlendirme Yöntemi Olarak 360 Derece Geribildirim Sürecinin Orta Kademe Yöneticilerin İş Başarısına Olan Etkisi: 5 Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Uygulama.** Doğu Üniversitesi Dergisi, 11 (1), 87-97.

Karabulut, Kerem (1998). **Türkiye’de Sağlık Sektörü: Sağlık Harcamaları Üzerine Bir Uygulama.** Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

Kavuncubaşı, Şahin (2000). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi.** Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kılıç, Selma (2007). **Aile Hekimliği Türkiye Modelinde Performans Yönetimi.** (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 307-344.

Kırılmaz, Harun (2007). **Türk Sağlık Sektöründe Uygulanan Ücret ve İstihdam Modellerinin İnsan Kaynakları Yönetimine Yansımaları.** (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 207-241.

Koçel, Tamer (2005). **İşletme Yöneticiliği: Yönetim ve Organizasyon, Organizasyonlarda Davranış, Klasik–Modern–Çağdaş ve Güncel Yaklaşımlar** (10. Basım). İstanbul: Arıkan Basım Yayın Dağıtım.

Koçgil, Oya Deniz, Beyan, Timur ve Baykal, Nazife (2009). **Sağlık Bakımı Performans Ölçümü İçin Bir Karşılaştırma Aracı Önerisi ve Türkiye Sağlık Bakım Sistemine Uygulanması.** (Editör: Harun Kırılmaz). Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı (3. Cilt). 19-21 Mart. Ankara: Turunç Matbaacılık, 177-194.

Kurtulmuş, Sevgi (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları.

Logo İnsan Kaynakları (2007). **Performans Yönetimi**. http://www.dorukbilisim.com.tr/UserFiles/LOGO/PerformansYonetimi_2007.pdf, Erişim Tarihi: 17.04.2010.

London, M. and Smither, J. W. (1995). **Can Multi-Source Feedback Change Perceptions of Goal Accomplishment Self-Evaluations, and Performance-Related Outcomes? Theory-Based Applications and Directions for Research**. Personnel Psychology, 48, 803-839.

Nas, Tuba (2006). **Sağlık Örgütlerinde Ödüllendirme Sistemlerinin Performans Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama**. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Özata, Musa (2004). **Sağlık Bilişim Sistemlerinin Hastane Etkinliğinin Artırılmasında Yeri ve Önemi (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama)**. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

Özgen, Hüseyin (1995). **Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye'deki Uygulamalar**. (Editör: Hikmet Seçim). Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 73-76.

Özgen, Hüseyin, Öztürk, Azim ve Yalçın, Azmi (2002). **İnsan Kaynakları Yönetimi**. Adana: Nobel Kitabevi.

Öztürk, Yunus Emre (2009). **Türk Sağlık Sektörü İçerisindeki Üniversite Hastanelerinin Etkinliklerinin Artırılmasında Dış Kaynak Kullanımı Uygulamasının Etkisi Üzerine Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Araştırma**. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

- Özyörük, Mustafa (2009). **Hizmet Sektöründe Performans Değerlendirme.** Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Pakdil, Fatma (2007). **Sağlık Sektöründe Kurumsal Performans Yönetimi.** (Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz ve Sabahattin Aydın). Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği. Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 114-149.
- Palmer, Margaret J. (1993). **Performans Değerlendirmeleri.** (Çeviren: Doğan Şahiner). İstanbul: Rota Yayınları.
- Sabuncuoğlu, Zeyyat (2000). **İnsan Kaynakları Yönetimi.** Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları.
- Seçim, Hikmet (1995a). **Hastanelerin Tanımı, Sınıflandırılması ve İşlevleri.** <http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>, Erişim Tarihi: 30.01.2008.
- Seçim, Hikmet (1995b). **Organizasyon Açısından Hastanelerin Özellikleri.** <http://www.merih.net/m1/hastmod2.htm>, Erişim Tarihi: 30.01.2008.
- Şimşek, M. Şerif (2002). **Yönetim ve Organizasyon** (7. Baskı). Konya: Günay Ofset.
- Tahiroğlu, Figen (2002). **Düşünceden Sonuca İnsan Kaynakları** (2. Baskı). İstanbul: Hayat Yayınları.
- Tarım, Mehveş (2004). **Sağlık Organizasyonlarında Performans Ölçme ve Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard).** Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 7 (2), 233-248.
- Taşkıran Mohammad, Gülsün (2007). **Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, SERVQUAL Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama.** Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). **Hastane Performansı Nasıl Ölçülür ve İzlenir? Daha Kaliteli Sağlık Hizmetlerine Doğru Kurumsal Performans Ölçümü.** http://www.bsm.gov.tr/duyuru/docs/performans_yazi.pdf, Erişim Tarihi: 21.02.2010.

Tengilimoğlu, Dilaver, Işık, Oğuz ve Akbolat, Mahmut (2009). **Sağlık İşletmeleri Yönetimi** (1. Basım). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Tokalaş, Sevinç (2006). **Kamu Sağlık Hizmetlerinin Satın Alınması.** Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Torrington, D. and Hall, L. (1995). **Personnel Management: HRM in Action** (3rd Edition). London: Prentice Hall.

Uğurluoğlu, Özgür ve Çelik, Yusuf (2005). **Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı.** Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 8 (1), 3-29.

Wilson, R. and Willys, H. M. (1998). **Better Ways to Measure Executive Performance.** Management Methods, 19 (4), 63-74.

Yavuz, İlknur (2001). **Sağlık Sektöründe Etkinlik Ölçümü: Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama.** Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları.

Yenice, Ebru (2007). **Performans Ölçümünde Karşılaşılan Sorunlar ve Kurumsal Karne (Balanced Scorecard) Yaklaşımı.** Bütçe Dünyası, 2 (25), 95-100.

Zerenler, Muammer (2003). **Kriz Dönemlerinde İşletmelerin Üretim Süreci Esnekliğinin Şirketlerin Performans ve Yaşam Sürelerine Etkileri Üzerine Bir Araştırma.** Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

EKLER

Ek-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Bu anket formu, T.C. Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aykut BEDÜK'ün tez danışmanlığını yaptığı **“Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Kamu-Özel Hastanelerinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Uygulama”** adlı tez çalışmasında kullanılmak üzere T.C. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Kuralay SARSENOVA tarafından hazırlanmıştır.

Bu araştırmayı yapmamızın amacı, sağlık sektöründe uygulanmakta olan performans değerlendirmesi hakkında düşüncelerinizi almaktır.

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

Çalışmaya gösterdiğiniz ilgi ve katkıdan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılarımızı sunarız.

Yrd. Doç. Dr. Aykut BEDÜK

Kuralay SARSENOVA

1. Bölüm - Cevaplayıcıya İlişkin Demografik Bilgiler

1. Cinsiyetiniz:

Bay Bayan

2. Yaşınız:

20-30 arası 31-40 arası 41-50 arası 51 ve üzeri

3. Medeni durumunuz:

Bekâr Evli

4. Unvanınız:

Profesör Doçent Yardımcı Doçent
 Uzman Hekim Araştırma Görevlisi (Asistan) Pratisyen Hekim

5. Çalıştığınız bölüm:

Cerrahi Dâhiliye Kadın Doğum Acil Yoğun Bakım
 Anestezi Çocuk Hastalıkları Radyoloji Diğer, belirtiniz.....

6. Meslekteki toplam çalışma süreniz:

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

7. Şu an çalıştığınız hastanedeki toplam çalışma süreniz:

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

2. Bölüm - Performans Değerlendirmesi ile İlgili Sorular**1. Hastanenizde performans değerlendirmeleri hangi sıklıkta yapılıyor?**

- Yılda 1 kere Yılda 2 kere Yılda 3 kere Yılda 3 kereden fazla
 Hiç uygulanmıyor (4. soruya geçiniz.)

2. Doktorların performansı değerlendirilirken aşağıdaki yöntemlerden hangisi veya hangileri kullanılıyor?

- 360° Değerlendirme Yöntemi Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard)
 Karşılaştırma Yöntemleri Grafik Dereceleme Yöntemi
 Kontrol Listeleri Yöntemi Kritik Olay Yöntemi
 Başarı Ölçeği Yöntemi Hedeflerle Yönetim
 Veri Zarflama Analizi Öz Değerlendirme Yöntemi
 Diğer, belirtiniz.....

3. Hastanenizde performans değerlendirme kim/kimler tarafından yapılmakta ve yorumlanmaktadır?

- Hastane Yönetimi Bağımsız Kuruluşlar Diğer, belirtiniz.....

4. Hastane yönetimi tarafından çalışanları ödüllendirme mekanizmaları işletilmekte midir?

- Evet Kısmen Hayır

5. Çalıştığınız kurumda performansınızı arttırmak için hangi yola başvuruluyor?

- Teşekkür yazıları Parasal ödüller Terfi Diğer, belirtiniz.....

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

- Evet Hayır

7. Haftalık mesai süresinden daha fazla çalışıyor musunuz?

- Evet Hayır

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

- Çalışan sayısı yetersiz
 Nöbet ücreti almak için
 Hastalara daha fazla zaman ayırmak için
 Ek ödemededen daha fazla yararlanmak için
 Mesai saatleri iyi düzenlenmediği için

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

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
9. Performans değerlendirme uygulamaları, performansı artırır.	1	2	3	4	5
10. Performans değerlendirme sisteminin tasarımından kaynaklanan eksiklikler, performansı olumsuz etkiler ve performans değerlendirme hatalarına yol açar.	1	2	3	4	5
11. Performans değerlendirme sonuçlarının kariyer gelişiminde kullanılması yararlıdır.	1	2	3	4	5
12. Performans değerlendirme sonuçlarının ücretlerin belirlenmesinde kullanılması yararlıdır.	1	2	3	4	5
13. Performans değerlendirme sonuçlarının eğitim ihtiyacının ve açığının belirlenmesinde kullanılmalıdır.	1	2	3	4	5
14. Performans değerlendirme sonuçları, işten çıkarma ve sözleşme yenileme kararlarında kullanılmalıdır.	1	2	3	4	5
15. Doktorlara performans değerlendirme sonuçları hakkında bilgi verilmesi, performansı yükseltir.	1	2	3	4	5
16. Görev yapan doktorların performansı objektif kriterlere göre değerlendirilmelidir.	1	2	3	4	5
17. Performans değerlendirmesi yapılırken doktorlar arasında herhangi bir ayırım yapılmamalıdır.	1	2	3	4	5
18. Birden fazla değerlendiricinin olması, tek değerlendiriciye göre daha adil bir değerlendirme yapılmasını sağlar.	1	2	3	4	5
19. Doktorların performansı doğrudan hastanenin hizmet başarısını gösterir.	1	2	3	4	5
20. Alınan eğitimler, doktorların kişisel ve mesleki gelişimine ve performansına katkıda bulunur.	1	2	3	4	5
21. Yanlış ayarlanan çalışma düzeni (çalışma saatleri, dinlenme aralıkları, nöbet sayıları, vb.) doktorların performansını olumsuz yönde etkiler.	1	2	3	4	5
22. Çok çalışarak iyi iş yapan doktorların ödüllendirilmesi gereklidir.	1	2	3	4	5

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
23. Performans değerlendirmesi yapan yöneticilerin değerlendirme eğitimi almaları şart ve yararlıdır.	1	2	3	4	5
24. Çalıştığım hastanede doktorlar, yöneticilerini iş ve görevle ilgili konularda rahatça eleştirebilirler.	1	2	3	4	5
25. Çalıştığım hastanede doktorların iş ve görevle ilgili fikirlerine çok önem verirler ve fikirlerini her zaman sorarlar.	1	2	3	4	5

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

	Önemsiz	Önemli	Çok Önemli
26. Size göre performans yönetiminde temel sorun nedir?			
— Performans değerlendirmesinin objektif olmaması	1	2	3
— Kişilerin iş yapma stillerinin farklı olması	1	2	3
— Motivasyon eksikliği	1	2	3
— Kişisel çekememezlikler	1	2	3
— Hedef gösterilmemesi (performans standartlarının belirlenmemesi)	1	2	3
27. Size göre performans değerlendirmede yapılan hatalar nelerdir?			
— Halo (Hale) etkisi*	1	2	3
— Kişisel tercihler ve önyargılardan doğan hatalar	1	2	3
— Yakın geçmişteki olaylardan etkilenme	1	2	3
— Kayırmacılık	1	2	3

*Halo (Hale) etkisi - bir insanın sahip olduğu bir olumlu ya da olumsuz özelliğinin, onunla ilgili genel bir yargının oluşmasına ve diğer özelliklerinin bu çerçevede değerlendirilmesine yol açmasıdır.

Aşağıdaki sorular; “1=Çok Kötü”, “2=Kötü”, “3=Ne İyi Ne Kötü”, “4=İyi”, “5=Çok İyi” şeklinde derecelendirilmiştir. Anketi yanıtlama aşamasında, hastanenizin daha önceki ve şimdiki durumunu göz önünde tutup, sizin düşüncenize en uygun olan ifadenin sütununa “X” işareti koyarak belirtiniz.

Daha Önceki Yıllar						Şimdi				
Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi		Çok Kötü	Kötü	Ne İyi Ne Kötü	İyi	Çok İyi
1	2	3	4	5	28. Çalışma mekânı ve çalışma koşulları...	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	29. Hizmet içi eğitimler...	1	2	3	4	5
1	2	3	4	5	30. Genel olarak hastanenin performansı...	1	2	3	4	5

Ankete gösterdiğiniz ilgiden dolayı teşekkür ederiz.

Ek-2: Özgeçmiş

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Adı Soyadı:	Kuralay SARSENOVA			
Doğum Yeri:	Astana/KAZAKİSTAN			
Doğum Tarihi:	15.01.1985			
Medeni Durumu:	Bekâr			
Öğrenim Durumu:				
Derece	Okulun Adı	Program	Yer	Yıl
İlköğretim	№ 22	-	Astana/Kazakistan	1991-1995
Ortaöğretim	№ 22	-	Astana/Kazakistan	1995-2000
Lise	№ 22	-	Astana/Kazakistan	2000-2002
Lisans	Selçuk Üniversitesi	İktisat	Konya	2003-2007
Yüksek Lisans	Selçuk Üniversitesi	İşletme	Konya	2007-2010
Becerileri:	Piyano, Bilgisayar			
İlgi Alanları:	Tarih, Seyahat, Sinema, Spor, Müzik			
İş Deneyimi:	-			
Aldığı Ödüller:	-			
Hakkımda bilgi almak için önerebileceğim şahıslar:	İstendiği takdirde verilecektir.			
Telefon:	+90 539 358 29 80, +90 554 427 01 07			
E-Posta:	kuralay.sar@gmail.com			
Adres:	Bosna Hersek Mahallesi, Büyük Hizmet Caddesi, Eskon Sitesi 14/10, Selçuklu/Konya			