

**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI**

Yüksek Lisans Tezi

**PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN
KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK PERSONELİ
ÜZERİNE ETKİSİ: ZONGULDAK İLİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ UYGULAMASI**

İhsan Öztunç

Zonguldak 2017

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE ANABİLİM DALI

Yüksek Lisans Tezi

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN
KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK PERSONELİ
ÜZERİNE ETKİSİ: ZONGULDAK İLİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ UYGULAMASI

Hazırlayan
İhsan Öztunç

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Cural

Zonguldak 2017

BİLİMSEL ETİK BİLDİRİMİ

Hazırladığım Yüksek Lisans Tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, yazımda enstitü yazım kılavuzuna uygun davranıldığını taahhüt ederim.

08/08/2017



İhsan ÖZTUNÇ

BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TEZ ONAYI

Enstitümüzün Maliye Anabilim Dalında 2010528207007 numaralı İhsan ÖZTUNÇ'un hazırladığı "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Zonguldak İli Kamu Hastaneleri Birliği Uygulaması" konulu YÜKSEK LİSANS tezi ile ilgili TEZ SAVUNMA SINAVI Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca 08/08/2017 Salı günü saat 14:00'da yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda tezinin onayına OYBİRLİĞİYLE/GYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

Başkan : 
Doç. Dr. İdris SARISOY

Üye : 
Yrd. Doç. Dr. Mehmet CURAL

Üye : 
Yrd. Doç. Dr. Recep YÜCEDOĞRU

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

10/08/2017
Doç. Dr. Ertuğrul YILDIRIM
Enstitü Müdürü


ÖZET

Kurum	:	B.E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı
Tez Başlığı	:	Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Personeli Üzerine Etkisi: Zonguldak İli Kamu Hastaneleri Birliği Uygulaması
Tez Yazarı	:	İhsan ÖZTUNÇ
Tez Danışmanı	:	Yrd.Doç.Dr.Mehmet CURAL
Tez Türü, Yılı	:	Yüksek Lisans Tezi, 2017
Sayfa Adedi	:	99

Kamu harcamalarını artıran ekonomik gelişmeler ülkelerin kamu mali yönetim sistemlerinin gözden geçirilmesine neden olmuştur. Sorunları çözebilmek için ülkeler sorunun merkez noktasını meydana getiren kamu mali yönetim sistemlerini değiştirmeye yönelmiştir. Bu bağlamda kamu hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesini, kaynak kullanım kapasitesinin artırılmasını, kaynak kullanımında etkililiğin, verimliliğin ve tutumluluğun sağlanmasını, hesap verme mekanizmaları ile şeffaflığın geliştirilmesine yönelik uygulamalar hızlanmıştır.

Türkiye’de milli gelirin en büyük harcama kalemlerinden birine sahip olan sağlık hizmetleri, yasalarla devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiş ve ilk olarak 1961 Anayasası’nda anayasa hükmü olarak düzenlenmiştir.

Hizmet ağırlıklı bir sektör olan sağlık hizmetlerinin mevcut insan ve donanım kaynakları ile optimum kapasitede hizmet vermesi beklenmektedir. Bunun için öncelikle hizmet sunumunda yer alan personellerin bu konuda motive edilmeleri gerekmektedir. Sağlık Bakanlığı kamu kaynaklarının etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla personele aylık ücretinin yanında göstereceği performans düzeyine bağlı olarak 2004 yılından itibaren ek bir ücret sistemini kamuda uygulamaya başlamıştır.

Bu çalışmada Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya başlanan performansa bağlı ek ödeme sisteminin sağlık personeli ve sağlık hizmetlerine olan etkisini ölçmek amacıyla Zonguldak ili kapsamında bir anket çalışması yapılmış olup sistemin işleyişi ve geliştirilmesi için çıkarımlarda bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sağlık, Performans, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi

ABSTRACT

Institution : BEÜ Institute of Social Sciences, Department of Finance
Title : Performance Based Additional Payment System of the Public Health Services And Its Impact On Health Personnel : Zonguldak Province Association of Public Hospitals Application
Author : İhsan Öztunç
Adviser : Yrd.Doç.Dr.Mehmet CURAL
Type of Thesis, Year : MSc. Thesis, 2017
Total NumberofPages : 99

Economic developments that have increased public spending have caused the public to oversee the public financial management systems of the countries. In order to solve the problems, countries have shifted to changing public financial management systems, which are the central point of the problem. In this context, applications for improving the quality of public services, increasing the resource utilization capacity, ensuring efficiency in resource use, ensuring efficiency and attitudes, and improving accountability mechanisms and transparency have been accelerated.

Health services, which are one of the biggest expenditure items of national income in Turkey, were accepted as a service that the state should provide and it was firstly constituted as a constitutional provision in 1961 Constitution.

It is expected that health services, which is a service-oriented sector, will provide services at the optimum capacity with existing human and hardware resources. First of all, the personnel involved in the service presentation need to be motivated in this regard. The Ministry of Health has begun to apply an additional fee system in the public sector since 2004, depending on the level of performance the staff will show beside the monthly salary in order to ensure efficient and efficient use of public resources..

In this study, a survey study was carried out within the scope of Zonguldak province in order to measure the effect of the additional payment system, which is started by the Ministry of Health, on the health personnel and health services, and conclusions were made for the system's functioning and development.

Keywords: Health, Performance, Performance-Based Supplementary Payment System

ÖNSÖZ

Yeni yönetim anlayışı, çalışanların başarıları ile orantılı olarak ödüllendirilmesini benimsemektedir. Bu ödüllendirme yöntemlerinden en fazla kullanılanı başarının ücrete yansıtılması, başka bir deyişle performansa dayalı ücret sistemidir. Başka bir ifadeyle performansa dayalı ücret sistemleri, bir kuruluşun ya da işletmenin amaçlarının gerçekleştirilmesi oranında çalışanların ödüllendirilmesi amacıyla kullanılan araçlardır. Bu sistemlerde ücretlerin bir kısmının veya sabit ücretle birlikte verilen eködemenin çalışanın performansına göre belirlenmesi amaçlanmaktadır. Performansın ücretlere dönüştürülmesi günümüzde çalışanların motivasyonunda ve örgütlerin başarısında büyük rol oynamaktadır.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de ilk kez uygulanan Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında performansa dayalı ek ödeme sistemine dikkat çekmektir. Bu bağlamda sistemin uygulamadaki durumunun ne aşamada olduğunu ortaya koymak ve sistemin gelecekte devamlılığına katkı olması açısından öneriler oluşturmaktır.

Çalışmanın kapsamında performansa dayalı ek ödeme sistemi irdelenmiş, performans sisteminin uygulamalarına değinilmiş ve Zonguldak ili kamu hastanelerinde yapılan anketin bulgularına yer verilmiştir.

Bu çalışmanın hazırlanmasında bana yardımcı olan ve sahip olduğu yoğun iş temposuna rağmen tez çalışma süreci boyunca benden desteğini esirgemeyen tez danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr.Mehmet CURAL’a ve eşim Halime Hanım’a teşekkürlerimi bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
GİRİŞ	1
1. KAMUSAL MAL VE HİZMETLER.....	3
1.1. Kamusal Mal ve Hizmetlerin Ayırımı.....	4
1.1.1. Tam Kamusal Mal ve Hizmetler	4
1.1.2. Yarı Kamusal (Karma) Mal ve Hizmetler	5
1.1.3. Erdemli ve Erdemsiz Mal ve Hizmetler	6
1.1.4. Özel Mal ve Hizmetler	7
1.2. Yarı Kamusal Mal Olarak Sağlık.....	7
1.3. Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık.....	8
1.4. Kamu Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Kapsamı	10
1.5. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramları	11
1.6. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri	12
1.6.1. İkame Edilmezlik ve Ertelenemezlik Özelliği.....	12
1.6.2. Emek Yoğun Üretim Göstermesi	13
1.6.3. Arz -Talep Eşitsizliği ve Bilgi Asimetrisinin Olması.....	13
1.6.4. Uzmanlaşma Seviyesinin Yüksekliği	14
1.6.5. Tesadüfî Bir Özellik Göstermesi ve Stoklanamaması.....	14
1.6.6. Çıktısının Doğrudan Paraya Çevrilememesi	14
1.6.7. Denenememesi ve Kalitenin Önceden Belirlenememesi	16
1.6.8. Sağlık Hizmetlerinin Gerçek Maliyetlerinin Hesaplanamaması	16
1.7. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	17
1.7.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	17

1.7.1.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	19
1.7.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	19
1.7.2. Tedavi Edici Hizmetler.....	20
1.7.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	21
1.7.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	21
1.7.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri	21
1.7.3. Rehabilitasyon Hizmetleri	21
1.7.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon	21
1.7.3.2. Sosyal Rehabilitasyon	22
1.7.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	22
2. PERFORMANS KAVRAMI.....	23
2.1.Performans Sistemi Tanımı	24
2.2. Performans Sisteminin Önemi Ve Amacı	24
2.3. Performans Sisteminin Yararları	25
2.4. Performans Sisteminin Sakıncaları	27
2.5. Performans Sisteminin Süreçleri.....	28
2.6. Performans Değerlendirme Yöntemleri	29
2.6.1. Sıralama Yöntemi ve İkili Karşılaştırma	29
2.6.2. Grafik Dereceleme Yöntemi.....	30
2.6.3. Kontrol Listeleri Yöntemi	30
2.6.4. Amaçlara Göre Değerlendirme Sistemi.....	30
2.6.5. 360 Derece Performans Değerleme Yöntemi	31
2.6.6. Kritik Olay Yöntemi.....	31
2.7. Performans Değerleme Sürecinde Yapılan Hatalar	32
2.7.1. Belli Derecelere Yönelmek	32
2.7.2. Hale Etkisi	32
2.7.3. Son Olayların Etkisinde Kalmak	32
2.7.4. Kontrast Hatası	33

2.7.5. Pozisyondan Etkilenme	33
2.7.6. Ortalama Eğilimi	33
2.8. Türkiye’de Kamu Kesiminde Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Ölçütleri	33
2.8.1. Memnuniyet Ölçümü	37
2.8.2. Verimlilik Göstergeleri (Sağlık Çıktıları)	38
2.8.3. Hizmet Sunum Sürecinin Ödüllendirilmesi (Süreç Ölçümü)	38
2.8.4. Hizmet Kalite Standartları	39
2.9. Türkiye Sağlık Bakanlığında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi	39
2.9.1. Tarihçesi ve Kapsamı	40
2.9.2. Mevzuatsal Alt Yapısı ve Uygulanması	41
2.9.3. Bileşenleri	43
2.9.4. Performans Göstergeleri	44
2.9.5. Sistemin İşleyişi	45
2.10. Performans ve Hizmet Kalite/Standart İlişkisi	47
2.10.1. Sağlık Tesisi Kalite Katsayısı	50
2.10.2. Birim Performans Katsayısı	50
2.10.3. Performans ve Bilimsel Çalışma İlişkisi	50
2.11. Sağlık Bakanlığında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Uygulanması İle Alınan Sonuçlar	50
3. PERFORMANSA DAYALI EK ÜCRET ÖDEME SİSTEMİNİN KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK PERSONELİ ÜZERİNE ETKİLERİ: ZONGULDAK İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ BİR UYGULAMASI	54
3.1. Çalışmanın Metodolojisi	54
3.1.1. Çalışmanın Konusu	54
3.1.2. Çalışmanın Amacı	54
3.1.3. Çalışmanın Kapsamı	55
3.1.4. Çalışmanın Kısıtları	55
3.1.5. Çalışmada Kullanılan Yöntem ve İstatistikler	56
3.2. Çalışmanın Hipotezleri	56

3.3. Anket Bulgularının Değerlendirilmesi	57
3.3.1. Güvenirlilik Analizi	57
3.3.2. Demografik Özellikler	58
3.4. Hipotez Testleri	60
3.4.1. Eğitimi ve Bilimsel Araştırmaları İkinci Plana İtmesi	61
3.4.2. Hastanenin Fiziki Şartlarında İyileştirmeye Neden Olması	63
3.4.3. Çalışan Memnuniyeti İle Çalışma Motivasyonunu Artırması	65
3.4.4. Hastanenin Verimliliğini Artırması	68
3.4.5. Etik Dışı Müdahaleleri Artırması	71
3.4.6. Hasta Memnuniyetini Artırması	74
3.4.7. Çalışma İş Yükünü Artırması	76
3.4.8. Performansın Karşılığı Olan Ek Ödemeyi Vermesi	78
3.4.9. Çalışanın Performansını Adil Değerlendirmemesi	80
3.4.10. Çalışanların Yönetim Kararlarına Katılımını Sağlaması	81
4. SONUÇ VE ÖNERİLER	83
5. KAYNAKÇA	88
6. EKLER	96
EK 1: Uygulanan Anket Formu	96
Ek-2: Güvenilirlik Test Sonuçları	98

TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 2.1: Örnek Girişimsel İşlemler ve Puanları	44
Tablo 2.2: Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı	46
Tablo 2.3: Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayılar	46
Tablo 2.4: Örnek Hizmet Kalite Standartları	49
Tablo 2.5: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri	51
Tablo 3.1: Katılımcıların Yaş Durumu	58
Tablo 3.2: Katılımcıların Cinsiyet Durumu	58
Tablo 3.3: Katılımcıların Unvanı	59
Tablo 3.4: Katılımcıların Çalışma Süreleri	59
Tablo 3.5: Katılımcıların Uzmanlık Alanları	59
Tablo 3.6: Katılımcıların Kurumları	60
Tablo 3.7: Eğitimi İkinci Plana İtmesi	61
Tablo 3.8: Bilimsel Araştırmaları İkinci Plana İtmesi	62
Tablo 3.9: Hastanenin Fiziki Şartlarında İyileştirmeye Neden Olması	63
Tablo 3.10: Çalıştığı Ortamın Fiziki Konforunu Artırması	64
Tablo 3.11: Çalışan Memnuniyeti İle Çalışma Motivasyonunu Artırması	66
Tablo 3.12: Hastanenin Verimliliğini Artırması	69
Tablo 3.13: Etik Dışı Müdahaleleri Artırması	72
Tablo 3.14: Hasta Memnuniyetini Artırması	75
Tablo 3.15: Hekimlerin İş Yüklerinde Artışa Neden Olması	77
Tablo 3.16: Hekim Seçme Özgürlüğü Sunduğundan İş Yükü Dengesizlikleri Ortaya Çıkması	78
Tablo 3.17: Performansın Karşılığı Olan Ek Ödemeyi Vermesi	79
Tablo 3.18: Çalışanın Performansını Adil Değerlendirmemesi	81
Tablo 3.19: Çalışanların Yönetim Kararlarına Katılımını Sağlaması	82

KISALTMALAR LİSTESİ

BEÜ	Bülent Ecevit Üniversitesi
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
AIDS/HIV	Human ImmunoVirus
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
GSS	Genel Sağlık Sigortası
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
BUT	Bütçe Uygulama Talimatı
ICD	Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
DSSÖ	Döner Sermaye Sabit Ödemesi
SKS	Sağlıkta Kalite Standartları
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket programı

GİRİŞ

Sağlık hizmetleri kendine özgü özellikleri itibari ile klasik anlamda arz ve talep edenler arasında meydana gelen ve karşılıklı menfaat ilişkisine dayalı bir hizmet olarak görülemez. Hizmeti arz eden kesimin çok farklı bir örgütlenme yapısı, ileri teknoloji gerektiren donanımı ve farklı unvanlardan oluşan personel alt yapısı ile hizmeti talep edenlerin hastalıkları hakkında bilgisizlikleri, talep edilen hizmetin özelliklerini belirlememeleri gibi nedenlerle oluşan bilgi asimetrisi ile birlikte karşılıklı ilişki oldukça karmaşık bir hal almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde fiyat politikası belirlemek oldukça zorlaşmış ve hizmet karşılığı ödenen ücretin kalitesinin ve faydasının ölçülmesi her zaman tartışmalı olmuştur.

Sağlık hizmetlerinin özellikleri itibari ile ortaya çıktığı anda giderilmesi zorunlu veya hayati sonuçlar doğurabilen bir hizmet olması nedeniyle gelen talebin eşit ve yeterli bir şekilde karşılanabilmesi gerekir. Bunun da ancak yeterli miktarda sağlık hizmetinin sunulması ve yaygınlaştırılması ile mümkündür. Bilhassa sağlıkta piyasa ekonomisinden daha çok sosyal politikaların ön planda tutulması bu durumu elzem hale getirmektedir.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı ile uygulamaya başladığı performansa dayalı ek ödeme sistemi ile mevcut insan kaynağını optimum kullanmayı amaçlamıştır. Bu süreçte özel “tam gün yasası” olarak bilinen muayenelerin kapatılıp sadece kamuda hizmet verilmesini sağlayan düzenlemeyle kamu adına verilen hizmetlerin artırılması hedeflenmiştir. Kamuda tam gün çalışmayı özendirmek amacıyla sadece kamuda çalışan hekimin ek ödeme tutarını özel muayenesi olan hekimlerin ek ödeme tutarlarının iki katına çıkarılması sağlanmıştır. Bu ve benzeri uygulamalarla hekimlerin kamuda çalışma süreleri artırılmış ve sağlığa erişimin önündeki personel yetersizliğinin bir parça önüne geçilmiştir.

Arz ile talep arasında dengesizliğin ortaya çıktığı koşullarda bu tarz bir sistem kolayca tolere edilebilir ve sonuca ulaşma niteliği taşımaktadır. Bu tarz sistemler teşvik yoluyla arzı devamlı arttıran bir etki göstermektedir. İlk başlarda bu arzu edilen bir durum olmaktadır. Fakat arz ve talep dengelendiği zaman

sistemin kontrol edilememesi problem yaratacak ve nitelik noktasında arzu edilmeyen şartlar oluşacaktır. Bu bağlamda performansa bağlı ödeme sistemlerinde nitelik faktörleri kesinlikle bulunmalıdır.

Tez çalışması üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kamusal mallar, yarı kamusal mal olarak sağlık ve sağlık hizmetlerinin özelliklerine değinildikten sonra devletin bu sektörde var oluşundan bahsedilmektedir. Yarı kamusal mal olarak sağlık devletin eğitim ve sağlık hizmetleri en temel örneklerini oluşturmaktadır. Sağlıklı ve iyi yetişmiş nesiller, tüm toplumlarda geleceğin, teminatı olarak kabul görmektedir.

Çalışmanın ikinci bölümünde performansa dayalı ek ödeme sisteminin uygulamalarına yönelik bazı örnekler verilmektedir. Bu bağlamda performans sisteminin uygulanması ve değerlendirmesine yönelik performans sistemlerinin gelişimi ele alındıktan sonra çalışma konusunu oluşturan performansa dayalı ek ödeme sistemi irdelenmektedir. Bu kapsamda sistemin tanımı, önemi, geçiş nedenleri, gelişimi, özellikleri, uygulama modelleri ve ana unsurları açıklanmaktadır. Sonraki kısımlarda sisteminin Türkiye uygulamasına ilişkin bilgiye yer verilmektedir. Bu bağlamda sistemin Türkiye'deki hukuki altyapısı, unsurları ve işleyişi tartışılmaktadır.

Çalışmanın son bölümde performansa dayalı ek ödeme sisteminin Zonguldak İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı devlet hastaneleri uygulamasına dönük yapılan ampirik çalışmanın sonuçlarına ilişkin bulgular analiz edilmektedir. Bu amaçla Zonguldak ilinde yer alan kamu hastanelerinde uygulanan anket çalışmasının sonuçları istatistiksel olarak analiz edilmekte, yorumlanmakta ve sistemin başarıya ulaşmasına katkı sağlaması açısından öneriler sunulmaktadır.

1. KAMUSAL MAL VE HİZMETLER

Toplumu oluşturan bireylerin bir arada yaşamak istemeleri, kişisel ihtiyaçlarının yanında ortak ihtiyaçlarının da ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Kamusal ihtiyaçlar olarak tanımlanan, toplumsal hayatın devamı için gereken ortak gereksinimler kamu malı olarak değerlendirilmektedir (Yüksel, 2012).

Kamusal mal terimi, ilk defa Avrupa Kıtası iktisatçıları ve maliyecilerince incelenmesine rağmen kamusal mallar kavramını güncel anlamıyla ilk açıklayan Amerika iktisatçılarından Paul A. Samuelson'dur. Samuelson kamusal mallarla özel malların ilişkisini bölünebilirlik hususunda incelemiştir. Samuelson ekmeği özel mal örneği olarak vermiş ve yararının kişiler arasında bölüştürülebileceğini ifade etmiştir. Milli savunma hizmetini de kamusal mallara örnek göstermiş, bu tür malların bireyler arasında bölünemeyeceğini ve bireylerin bu tür mallardan ortak olarak yararlanacağını ifade etmiştir (Aktan, 2006: 18).

İnsanların topluluk halinde yaşamaları nedeniyle çeşitli gereksinimleri bulunmaktadır. Bu gereksinimler toplumsal ihtiyaç şeklinde isimlendirilmektedir. Toplumun en tepe noktadaki örgütlenme biçimi olan devletin mevcudiyet nedeni, toplumsal gereksinimlerin temin edilmesidir. Bu gereksinimlerin temin edilmesi için devletin üretmek durumunda olduğu hizmet ve ürünler, "kamusal mal ve hizmetler" şeklinde tanımlanmaktadır (Çelebi ve Yalçın, 2008:2).

Kamusal malları özel mallarla karşılaştırarak tanımlamak daha anlaşılır olmaktadır. Maliye kitaplarında özel mallar tüketiminde rekabet olan ve kullanımından mahrum bırakılabilen ya da maliyetinden dışlanabilen, bundan dolayı bireye has olabilen mallar şeklinde tanımlanmaktadır. Bu malların üzerine mülkiyet ve özel mülkiyetten doğan haklar tesis edilebileceğinden nasıl, ne kadar tüketilebileceği, nasıl kullanılacağı, alınıp satılabilmesi ya da değişime konu edilmesi sahiplerinin iradesine kalmıştır. Bu mallar ücretlendirilebildiği için de piyasa mekanizmasıyla kiralanabilir, alınıp, satılabilirler (gıda maddeleri, giyim eşyaları, otomotiv vs.) (Durmuş, 2005:67).

Kamusal malların bilimsel tanımı ise; malların taşıdıkları nitelikler dikkate alınarak yapılmaktadır. Yeni bir ifadeyle, kamu malları bedavacılık sorununun ortaya çıktığı mallardır ve taşıdığı nitelikler üzerinden tanımlanmaları

gerekmektedir. Kamu malı nosyonunu açıklama olanağı sunan esas nitelikleri şunlardır(Seçilmiş ve Güran, 2010:225):

- i. Kamusal malların tüketimi rakip değildir (rakip olmama): Bir ekonomik birimin kamu malını kullanımı başka bir birimin kullanımını etkilememektedir. Ek ajanın malı kullanma maliyeti sıfır olmaktadır (Samuelson, 1954).
- ii. Kamusal malların tüketilmesinden dışlamanın olanaklı olmaması(dışlanamama): Kamu malının faydası kullananlar arasında bölüştürülemez, dışlamanın olanaksızlığı ve istenmemesi kamu malının esas niteliklerinden biridir (Stiglitz, 1988: 123).

1.1. Kamusal Mal ve Hizmetlerin Ayırımı

Bir mal veya hizmetin kamusal mal olup olmadığını anlamak için iki özellik ele alınmalıdır. Birisi o mal veya hizmetin tüketiminde rekabet durumunun mevcudiyeti ve diğeri de o üründen temin edilen faydadan soyutlanmanın mümkün olup olmadığıdır. Bir malın tüketiminde rekabet varsa birey ürünü kullandığında başka bireylerin kullanımını engelleyebilir anlamına gelmektedir. Günlük yaşantımızda tükettiğimiz çoğu üründe rekabet durumu ortaya çıkmaktadır. Bir gömleği satın alırken o gömleği beğenen bir başkası tarafından tüketilmesi ihtimalini ortadan kaldırırız. Ancak kamu mallarının tüketilmesi durumunda rekabet ortaya çıkmamaktadır. Hizmet veya ürünün bir kişi tarafından tüketilmesi başka bir kişi tarafından tüketilmesine mani olmaz. Bir hizmetin tüketilmesi sonucu sağlanan yarardan isteğe bağlı kalmaksızın bütün bireyler yararlanıyorsa, o hizmetin faydasından dışlama olmuyor denilebilir. Kamu mallarından elde edilen faydadan bireyleri dışlamak mümkün değildir. Bundan dolayı bütün bireylerin beraber tüketiminin söz konusu olduğu mallardır (Yüksel, 2012:8).

1.1.1. Tam Kamusal Mal ve Hizmetler

Tam kamusal mal ve hizmetler bir ürünün tüketilmesinde rekabet durumunun ortaya çıkmadığı ve ürünün ortaya çıkardığı faydadan bireyleri dışlamanın olanaklı olmadığı malları ifade etmektedir. Tam kamusal mal ve

hizmetlerin faydası hesaplanamaz, bölüştürülemez ve pazarlanamaz, bu hizmetlerden tüketicileri dışlamak mümkün değildir, tüketiciler bu hizmetlerden faydalanma amacıyla rekabet içine giremezler (Akdoğan, 2007: 42).

Örneğin millî savunma hizmetinin tüketiminde rekabet olmaz. Aynı zamanda milli savunma hizmetlerinin faydasından başka bir bireyi dışlamak mümkün değildir. Adalet, milli güvenlik, bürokrasi, sokak aydınlatması, deniz feneri gibi mal ve hizmetler bu tür mallara örnek teşkil etmektedir (Yüksel, 2012:5).

Kullanımında birbirine rakip olmayan ve tüketimden mahrum edilemeyen mallar kamusal mallar olarak tanımlanmaktadır. Böyle mallar kamu tarafından sunulur ve finansmanları vergi ile sağlanır. Çünkü özel piyasalarda üretilmesi halinde üretimde ve tüketimde eksiklik gibi piyasa başarısızlıkları ortaya çıkabilir (Durmuş, 2005:72).

1.1.2. Yarı Kamusal (Karma) Mal ve Hizmetler

Yarı kamusal mal ve hizmetler, kamu sektörü yoluyla arz edilmekte, ancak tam kamusal mal olarak değerlendirilmemektedir. Bu hizmet ve ürünler, parçalanabilir ve ücretlendirilebilir. Topluma faydaları kamusal mal ve hizmetlerinki gibi, kişiye yararları özel mal ve hizmetlere benzemektedir. Bölünebilir nitelikteki kamusal mallarda her alıcının farklı alım gücü bulunduğundan, fiyat mekanizması oluşabilmekte ve belirli bir dışlama yapılabilmektedir (Akdoğan, 2007:46).

Yarı kamusal mallar, üretimi ya da tüketimi önemli ölçüde dışsallığa yol açan mal ve hizmetleri ifade etmektedir. Gerçek veya tüzel bireylerin faaliyetleri nedeniyle diğer birey ve örgütlerin gider ve faydalarının etki altında kalması dışsallık olarak ifade edilmektedir. “Komşu etkile” ve “yayılan etkiler” tabirleriyle aynı anlama gelmektedir (Armağan, 2003: 162). Sağlık ve eğitim hizmetlerini dışsallığın en klasik örnekleri olarak gösterebiliriz. Eğitim hizmetinden fayda sağlayan birey daha yüksek hayat standartlarına ulaşabilmektedir. Toplumda eğitim görmüş kişilerin sayısının artmış olması ve sosyal kalkınmanın itici gücü olması nedeniyle fayda elde ederler. Eğitim hizmeti toplumun kültür seviyesini artıracığından, bireylerin kültürel çatışmalara,

çevreyle ilgili problemlere ve ruhsal sıkıntılara karşı daha duyarlı olmalarını sağlayacaktır (Aktan, 2001: 26).

Bu mallar, kamu malı ve özel mal niteliğini aynı anda taşıyan malları ifade etmektedir. Faydanın bir bölümü topluma bir bölümü de hizmeti alan bireye aittir. Bu hizmet ve ürünler parçalanabilir, ücretlendirilebilir.

1.1.3. Erdemli ve Erdemsiz Mal ve Hizmetler

Erdemli mallar sosyal ve kişisel anlamda nitelik taşıyan, vazgeçilmez olarak değerlendirilen ürünlerdir. Erdemli mallar kamu sektörü yoluyla üretilmektedir, aksi takdirde pazar fiyatından daha düşük olarak üretilmektedir. Politik, toplumsal ve beşeri sebeplerle devlet yoluyla gerçekleştirilen bu iktisadi uygulamalar, devlet kontrolüne, regülasyonlara olanak tanımaktadır. Süt, emniyet kemeri, konut gibi mallar erdemli mallara örnektir. Konut imkânlarının yaratılması ve artırılması, sağlık hizmetleri ve kamusal sağlık örgütleri bunlara örnek gösterilebilir (Akdoğan, 2003: 49,50).

Özel mal oldukları halde, toplumun özel bir önem verdiği ve erdemli malların aksine daha az tüketilmesini istediği mallara erdemsiz mallar denir. Erdemsiz mallar, bireylerin kendileri için yarattığı zararları veya maliyetleri eksik algıladıkları için gereğinden fazla tüketme eğiliminde oldukları mallar olarak tanımlanabilir. Uyuşturucu, sağlıksız gıdalar, içki, sigara, fuhuş, silah bu mallara örnek olarak gösterilebilir.

Erdemli veya erdemsiz malların bireysel pozitif veya negatif faydaları yanı sıra toplumsal pozitif veya negatif fayda yaratmaları da mümkündür. Fakat erdemli veya erdemsiz mal tanımında temel kıstas bireyin herhangi bir nedenle bir özel malın kendisine ve içinde yaşadığı topluma sağladığı faydayı tam olarak değerlendirememesidir. Bu tür mallarda da devlet müdahalesi söz konusu olmaktadır. Erdemsiz mallara devletin sigara paketlerinin üzerine “sağlığa zararlıdır” yazısının konulmasını zorunlu tutması, belirli bir yaşın altındakilere sigara ve alkol satışını yasaklaması ya da uyuşturucu tüketimini tamamıyla yasaklamasını bunlara örnek olarak verebiliriz (Türkkan, 2009:3).

1.1.4. Özel Mal ve Hizmetler

Özel mal ve hizmetlerin tüketiminde rekabet ve faydasından dışlama söz konusudur. Öte yandan bu hizmetler ve mallar parçalanabilir, ücretlendirilebilir, bundan dolayı özel sektörde üretilebilir. Doğal yaşantımızda tükettiğimiz mal ve hizmetlerin çoğu özel mal ve hizmetlerdir (Yüksel, 2012: 6). Örneğin gıda ve giyim malları özel mallardır.

Savunma gibi bölünmez hizmetler tüketimle sona ermedikleri, çok sayıda kişinin hizmetten yararlanması diğerinin tüketim düzeyini etkilemediği halde özel mallar tüketimle sona erer, tüketilmiş mal ve hizmetin bir başkası tarafından da tüketilmesi söz konusu olamaz. Örneğin bir tüketici tarafından yenen bir sandviçin bir başkasınca da yenmesi, içilen bir suyun bir başkasınca da içilmesi olanağı yoktur. Pazarda ortaya çıkan fiyat ödenerek bu mallardan yararlanmak mümkün olmaktadır (Akdoğan, 2007:48).

1.2. Yarı Kamusal Mal Olarak Sağlık

Kamu hizmetlerinin taşıdığı nitelikler faaliyetin karakterine göre farklılık taşıyabilmektedir. Bu çerçevede birtakım ürün ve hizmetlerin kamu malı olarak değerlendirilmesi mümkün olmasına karşın, piyasada alıcıların faydalarına arz edilmeleri mümkün olmaktadır. Öte yandan, tüketimden mahrum bırakılabilme gibi bir nitelikleri olduğundan dolayı özel mal sınıfına da dahil edilebilmektedirler. Sağlıkla ilgili faaliyetlerin bir örneğini teşkil ettiği bu hizmet ve mal çeşidi büyük oranda kamu sektörü tarafından arz edilmektedir. Kamu ekonomisinin üretimini yapmadığı mal ve hizmetler pazarda arz edilse bile, kamu ekonomisinin kapsama alanına dâhildirler (Nadaroğlu, 1998:54).

Sağlık hizmeti sahip olduğu esas nitelikler nedeniyle kamu sektörünün kapsamı içinde bulunmaktadır. Hastalıkların bulaşıcı olabilmesi, tıbbi operasyon hizmetinin bireye sağladığı fayda dışında kamusal bir faydasının da bulunduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetinin kamu sektörü kapsamına dâhil olarak devlet yoluyla arz edilmesi, iyileştirme ve koruyucu hekimlik faaliyetlerinin sunulması yoluyla gerçekleşmektedir. Ek olarak sağlık hizmetleri kişinin çalışabilme becerisini artırması sebebiyle üretim etkinliğini arttıran bir özellik taşımaktadır (Bulutoğlu, 1981:301).

Yarı kamusal mal olarak değerlendirilen sağlık hizmeti piyasaya arz edilebilir bir özellik taşımasına karşın, kaynakların kısıtlı olması, teknoloji ve gelir dağılımı göz önünde bulundurulduğunda gereksinimlerin en iyi şekilde temin edilmesi gerçekleşmeyebilmektedir. Bunun esas sebepleri, pazarda tam rekabet durumunun ortaya çıkmaması, bu tür hizmetlerin arzı nedeniyle ortaya çıkan engeller ve tespit edilmesi zor olan dışsallıkların düşük ya da fazla üretimle sonuçlanması, azalan marjinal maliyetlerle çalışan endüstri kollarında iktisadi veya teknolojik unsurlar sebebiyle üretimin azaltılması şeklinde sıralanabilir (Nadaroğlu, 1998:55-56).

Sağlık hizmetlerinin ortaya çıkardığı pozitif dışsallıklar ve eksik arz halinde olumsuz dışsallıklardan başka, belirsizlik altında seçim, asimetric bilgilenme, hastalık risklerinin ve talebin önceden bilinmemesinin sıkıntıları gibi talep kaynaklı ve pazara dahil olma kısıtlamaları, hizmet sunucularının azlığı gibi arz yönlü nitelikler taşımaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunun en uygun düzeyde yapılmasını engelleyen bu nitelikler milli boyutta meydana gelebileceği gibi uluslararası boyutta da meydana gelebilmektedir (Mutlu, 2006:199).

1.3. Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık

Bir mal ve hizmetin faydası birden fazla ülkeye yayılıyor ve bir ülkenin sözü edilen hizmet veya maldan yararlanması diğer ülke ya da ülkelerin yararlanmasını etkilemiyorsa bir küresel kamu hizmetinden bahsedilebilir. Kamu malları belli bir coğrafi alan düşünülerek yerel, ulusal, bölgesel, uluslararası ve küresel ölçekte ifade edilebilir (Gümüş, 2014:30). Ekonomik yönüyle küreselleşme mal, hizmet ve üretim faktörlerinin dünya ekonomisinde serbest hareketi ile birlikte ekonomilerin kendi aralarında ve dünya piyasaları ile bütünleşik duruma gelmesidir. Küreselleşme sürecinde meydana gelen gelişmeler kamusal mal ve hizmetlerin uluslararası ve küresel ölçekte sunulmasını zorunlu kılmıştır. Hızlanan ekonomik, sosyal ve beşeri ilişkiler uluslararası etkileşimi artırarak bazı alanlarda ülke sınırı dışında hizmet vermeyi gerekli kılmaktadır (Balseven, 2014:14).

Küresel kamu malları uluslararası sorunların çözümünü sağlayan ve tek tek ülkelerin çözüm oluşturmada başarısız ya da yetersiz olduğu mal ve hizmetlerdir.

Küresel kamu malının tanımı dikkate alındığında bu malların; kamusalılık düzeyinin uluslararası olması, faydanın ya da tüketimin uluslararası düzeyde gerçekleşmesi, finansmanının uluslararası düzeyde sağlanması ve üretimini ya da hizmetin uluslararası kuruluşlarca karşılanması gerekir (Gümüş, 2014:31).

Sağlık hizmeti, milli boyutuyla özel yararlar barındıran, piyasasında rekabet ortaya çıkması ve üretiminin kısıtlanabilmesi sebebiyle pazarda sunulabilen bir hizmet çeşididir. Fakat milli ve uluslararası boyutlarda etkilere sahip olan dışsallıkları, uluslararası kamu malı olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. Bu dışsallıkların ilki, bulaşıcı hastalıkların dünya çapında bir niteliğe sahip olmasıdır; diğer ülkeleri ve bireyleri etkileyebilen bir “*public bad*” olduğundan dolayı tehlikeli bir nitelik taşımaktadır. İkincisi ise, bir bireyi veya ülkeyi bulaşıcı hastalıklardan koruyarak oluşturulan pozitif dışsallıklar bu bireyler veya ülkeler açısından risk azaltılması noktasında yarar sağlamaktadır (Mutlu, 2006:57).

Sağlığın hem özel mal hem de kamu malı niteliği taşıması, ortaya çıkardığı dışsallıklar sebebiyle hastalıkların küresel boyutta yayılması ve insan yığınları açısından risk meydana getirmesi, sağlığın dünya çapında kamu malı olarak değerlendirilmesinin neden olmakta, sağlığa dünya çapında geçerli bir karakter vermektedir. Son dönemlerde hem ülkeler hem de uluslararası kurum ve organizasyonlar bilhassa bulaşıcı hastalıklardan korunma, engelleme noktasında ortak hareket etme tutumunu benimsemektedirler. Bu şekilde malarya, tüberküloz, AIDS/HIV ile mücadelede hayata geçirilen uygulamalar ve sağlanan finansmanlarla, bütün gezegen için risk ortaya çıkaran hastalıklarla savaşılmaktadır (Yaraşır ve Yılmaz, 2011:5).

Devletin milli sağlık hizmetinin arz edilmesinde mühim bir rolü bulunurken, küresel düzeyde sağlığın arzında devlet haricindeki unsurların da faaliyet göstermesi gerekmektedir. Öte yandan, sağlığın arzında mali ve teknolojik olanakları bulunan özel sektörün rolü de önemli olmaktadır. Bu nedenle, hastalıkların küresel düzeyde kontrol altına alınabilmesi için kamusal karar sürecinin yeniden değerlendirilmesine yol açmıştır (Yaraşır ve Yılmaz, 2011:16).

1.4. Kamu Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Kapsamı

Kamu sektörünün daralması ve özelleştirme çalışmalarının bütün ülkelerde artmasıyla beraber kamu sektörünün kapsamında sunulan hizmetlerde bir azalma ortaya çıkmıştır. Merkezi yönetimlerin kamusal faaliyetlerde oynadığı rolü, yerelleşme süreci sebebiyle ortaya çıkan etkinin sonucunda, sivil toplum kuruluşları ve özel sektör almaktadır. Bilhassa kentsel kamusal faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde yerel yönetimlerin ciddi fonksiyonları bulunmaktadır. Kamu hizmetlerinde iş bölümü noktasındaki anlaşmazlıklar en çok yerel ve merkezi yönetimler arasında ortaya çıkmaktadır (Sezer ve Vural, 2010).

Devletin yeniden dizayn edilmesi ve işlevinin değişmesi sürecinde çoğu ülkenin kamu kurumları yeni bir biçim kazanmış; devlet hizmet arz eden bir karakterden, kontrol eden, tavsiye eden bir karaktere evrilmiş ve pazar modeli kamusal alana dahil edilmeye çalışılmıştır (Balcı, 2005: 5-6).

Sağlık faaliyetlerinde dönüşümü gerektiren nedenlerini birincisi, hizmetlerin arzında ve fonlamasında yaşanan organizasyonel sıkıntılardır. Sağlık hizmetlerinin devamlı yükselen maliyeti, gereksinimleri tatmin eden bir hizmetin ortaya konamaması, hizmetin arzında beliren eksiklikler ve dengesizlikler, hizmetlerin etkin olmaması, verimli olmaması sağlık hizmetlerinin yapısal sorunlarına örnek olarak gösterilebilir (Balcı ve Kırılmaz, 2007: 141-143).

Türkiye’de sağlık hizmetleri, kanunlarda devletin arz etmesinin ön görüldüğü bir hizmet biçimi olarak belirlenmiş ve 1961 Anayasası’nda anayasal kanun olarak belirlenmiştir. 1961 tarihli ve 224 sayılı “*Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun*” bütün sağlık faaliyetlerinin devlet tarafından yürütülmesinin kararlaştırıldığı, hizmetlerin taşra kesimine de götürülerek halkın tamamının faydalanmasının öngörüldüğü, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin senkronize hâlde gerçekleşmesinin amaçlandığı bir yasadır. Fakat 1982 Anayasası’nın 56. maddesi ile sağlık hizmetleri kamu sektörünün yükümlülüğünden çıkarılmış ve devlet sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini düzenlemekle görevlendirilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014:11).

Kamu hastaneleri özel sektörde sağlık arz etmekle beraber; üniversite hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri ile doktora uzmanlık eğitimi

sunulmakta ve araştırma çalışmaları yapmaktadırlar. Esas olarak kâr etmeyi hedeflemeyen kamu hastaneleri genelde nüfusla uyumlu şekilde faaliyette bulunmaktadırlar. Oysa özel hastaneler insan sayısının fazla ve refah seviyesinin yüksek olduğu yerlerde faaliyet yürütmektedirler. Yani kamu hastanelerinin faaliyetlerinde kamu yararı gözetilmekte, özel hastanelerin faaliyette bulunmadığı yerde de faaliyette bulunmaktadırlar (Tengilimoğlu vd., 2015:221).

Araştırma hastanelerinin esas hedefi tıbbi eğitim vermek ve yüksek seviyede tıbbi araştırma gerçekleştirmektir. Birinci ve ikinci basamakta tedavileri gerçekleştirmemiş olan bireylere hizmet verilmektedir. Fakat günümüzde sevk sıralamasının düzgün işlememesi nedeniyle karmaşık durumlardan ziyade öteki hastanelerde tedavi edilmesi mümkün olan hastalıklar için faaliyet yürütülmektedir (DPT, 2001:34).

Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerini en fazla arz eden kurum olarak birinci, ikinci ve üçüncü düzey sağlık hizmetlerini bünyesinde barındırdığı kuruluşlar yoluyla sunmaktadır. Öte yandan koruyucu sağlık hizmetlerini de arz eden tek kurumdur (Sağlık Bakanlığı, 2008).

1.5. Sağlık ve Sağlık Hizmeti Kavramları

Sağlık kavramı önceki dönemlerde sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde ifade edilmiştir. Bu ifade hastalık kavramını öne çıkarmış, bireylerin, toplulukların sağlığı bu kavram bağlamında analiz edilmiş ve mevcut bir engeli veya hastalığı bulunmayan bireyler sağlıklı olarak değerlendirilmiştir.(Akdur, 1998:11). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Sağlık Bakanlığı sağlığı; yalnızca engellilik halinin ve hastalığın bulunmaması değil; fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda iyi olma durumu olarak tanımlamaktadır.

Sağlık hizmetleri ise kişilerin ve halkın fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda tamamen etkin olma durumunun gerçekleşmesi için sunulan tüm hizmetler şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri, sağlığın muhafaza edilmesi ve geliştirilmesi; hastalığın ortaya çıkışının önlenmesi; hastalıkların erken teşhisi ve tedavisi; sakatlıkların önlenmesi; engellilere hizmet arzı ve bireylerin huzurlu iyi bir hayat yaşamalarının sağlanması amacıyla sunulan hizmetlerin tamamıdır (Pala, 2008:18-19).

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri

Sağlık hizmetleri klasik hizmet tanımına uymakla beraber farklı özellikleri itibariyle hizmet tanımı için belirlenen özelliklerinin dışında bazı özellikleri bulunmaktadır (Odabaşı, 1994: 26). Sağlık hizmeti ile toplumun sağlık seviyesinin artırılması ve sağlıklı halinin sürdürülmesi adına çaba sarf edilmesi, hastalananların uygun tedavi yöntemleri ile tedavi edilmesi ve herhangi birisine ihtiyaç hissetmeden kendilerine yetecek halde yaşamalarının temin edilmesi ve insanların hastalıklardan korunması amaçlanmaktadır. Bütün bu çalışmalarla kişilerin sağlıklı bir ömür geçirmeleri ve üretkenliklerinin artırılması ve işgücü kayıplarının minimuma indirilmesi arzulanmakta, kendilerini psikolojik açıdan daha iyi hissetmeleri, yüksek motivasyon sağlamaları ve tamamı sıhhatli kişilerden meydana gelen toplumun sürekliliği amaçlanmaktadır. Bütün bu hedefler için sağlık hizmetinin bazı özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özelliklerle sağlık hizmetleri kendisi dışında kalan diğer hizmetlerden ayrılmaktadır (Somunoğlu, 2012:10).

1.6.1. İkame Edilmezlik ve Ertelenemezlik Özelliği

Bir ürünün satış bedeli yükseldiğinde alıcılar bu ürünün yerine geçen başka bir ürünü satın almaya, ikame etmeye başlarlar. Kahve fiyatları arttığında alıcıların çaya yönelmesi bu duruma örnek olarak gösterilebilir. Ancak sağlık hizmetinin yerine ikame edilebilecek herhangi bir mal mevcut değildir. Hastanın doktor tarafından önerilen hizmeti alması zorunludur. Bir malın ikamesinin olması alıcıların iktisadi anlamda kendilerini koruyabilmelerini sağlar; fakat sağlık hizmeti noktasında alıcıların böyle seçenekleri bulunmamaktadır (Tengilimoğlu vd., 2009: 40)

Sağlık kuruluşlarında günün her saati hizmet verilmektedir. Bireyler istedikleri saatte sağlık hizmetlerinden faydalanabilir. Taleplerin bilimsel, yasal ve ahlaki açıdan reddedilmesi zordur. Başvuranların hizmetten faydalanmasını ötelemek ya da azaltmakta mümkün değildir. Mesela kanamalı bir hastanın tedavisinin geciktirilmesi, ölümle sonuçlanabileceği riskini taşıdığından mümkün değildir (Kavuncubası, 2000: 55).

1.6.2. Emek Yoğun Üretim Göstermesi

Sağlık sektörü çoğunlukla yüksek teknoloji gerektiren hizmetler sınıfında olmasına rağmen hizmetlerin yürütülmesi sırasında daha çok kişisel beceriler gerektirmektedir. Cerrahi branşlardaki hizmetlerin yürütülmesi esnasında yürütülen faaliyetler emeğin ön plana çıkması adına çarpıcı bir misaldir. Bu durum sağlık sektörünün diğer hizmetlere oranla emek yoğun bir özellik göstermesine neden olmaktadır (Somunoğlu, 2012:10).Değişik türde tıp faaliyetleri ile beraber, otelcilik ile ilgili hizmetler, teknik hizmetler, otomasyon, eğitim, araştırma, danışmanlık/yönlendirme, taşımacılık ve diğer çeşitli hizmetler sınırlı bir yerde birlikte bulunmaktadır (Yerebakan, 2000: 48).

1.6.3. Arz -Talep Eşitsizliği ve Bilgi Asimetrisinin Olması

Tam rekabetin bulunduğu yerde bireyler pazarla ilgili bütün bilgilere sahiptirler veya düşük bedellerle bilgiyi elde etmeleri mümkün olmaktadır. Pazar hakkında alıcıların bilginin tamamına erişebilmesi öncülü, tüketilmesi ihtimal dahilinde olan ürünlerin nasıl faydalar sağlayacağını bilmesi düşüncesini baz almaktadır. Yüksek düzeyde alıcının mala vermeye hazır olduğu bedelle ilişkili bir durumdur. Fakat sağlık hizmetlerinde bu türden bir durum ortaya çıkmamaktadır (Kurtulmuş, 1998:52).

Sağlık hizmetleri ile diğer ürün ve hizmetler arasındaki temel farklardan biri hasta ile hekim arasında asimetrik bilginin bulunmasıdır. Sağlık hizmetlerinde alıcılar aldıkları hizmetle ilgili eksik bilgiye sahiptirler. Hangi kuruluş veya doktora gidilmesi gerektiği, ne gibi kontroller ya da müdahaleler gerektiği noktasında gerekli bilgiyi taşımamaktadırlar(Tengilimoğlu vd., 2015:76).

Arz talep eşitsizliği ile alıcılar gereksinim duydukları ürün ve hizmetlerin niteliğini ve miktarını kararlaştıramamaktadır. Bunun sonucu olarak, bilgi anlamında eşitsizliklerin meydana çıkması ve tüketicilerin aldıkları hizmetin mali bedelini belirleyememesi en büyük sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Somunoğlu, 2012:10).

1.6.4. Uzmanlaşma Seviyesinin Yüksekliği

Hastalıkların ortaya çıkmasında ve müdahale noktasındaki farklılıklar, ilk defa karşılaşılan hastalıkların gözlemlenmesi, teknolojinin hızlı gelişimi uzmanlaşmanın düzeyini arttırmaktadır (Yerebakan,2000: 49).

Sağlık hizmetlerindeki yüksek teknolojik gelişmelere ek olarak uzman yetiştirilmiş personel ihtiyacının en fazla talep edildiği sektörlerden biridir. Uzmanlaşma seviyesi yüksek olan hekimler ve diğer sağlık personelleri ile sağlık hizmetine olan talebin belirlenmesinde pay sahibi olmaktadır. Yoğun uzmanlık düzeyi bazen yönetimle alakalı problemlerin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Somunoğlu, 2012:10).

1.6.5. Tesadüfî Bir Özellik Göstermesi ve Stoklanamaması

Sağlığın öteki ürün ve hizmetlerden farklı bir niteliği de sağlığa olan talebin ne zaman meydana geleceğinin kestirilememesidir. Ve dahası hastalık için gereken harcama net değildir. Hastalığın hangi zaman aralığında kimi etkileyeceği bilinmemektedir. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinin devletin otoritesi altından tamamen çıkması mümkün değildir. Hayatının belli bir dönemine kadar sağlık hizmetlerinden yararlanmamış bir birey hastalandığı takdirde sağlık hizmetlerine ciddi gereksinim duyabilir (Tengilimoğlu, vd, 2015:78).

Sağlık hizmeti kişi hastalığında belirlenebildiği için tüketiminde tesadüfî bir özellik göstermektedir. Bu şekilde sağlık hizmeti tüketimindeki zamansızlık nedeniyle talepte belirsiz bir özellik göstermesine sebep olmaktadır (Somunoğlu, 2012:10). Sağlık hizmetlerinin stoklanamaması sebebiyle kapasite kararının gereksinimin en üst seviyesine göre kararlaştırılması gerekmektedir. Talep ve arzı dengeye getirmek adına, arzın talep ile uyumu veya talebin arzla uyumu sağlanmalıdır. Talebin arttığı zamanlarda yarı zamanlı çalışanlarla faaliyetlerin duraklamasına mani olunabilir (Menderes, 1995).

1.6.6. Çıktısının Doğrudan Paraya Çevrilememesi

Sağlık bedeli belirlenemeyen, bu nedenle ekonomik ölçülerin dışında kalan bir hizmettir. Örneğin diş ağrısı yaşayan bir bireyin ağrı anında ödemeyeceği bir bedel yoktur. Sağlık piyasası sağlık hizmetlerinin özgün özelliklerine ilave olarak

fiyatların oluşumu noktasında öteki piyasalarla arasında farklılıklar bulunmaktadır. Ekonomik anlamda ortak genel bir görüşe göre optimum düzeyde rekabetçi bir pazarda fiyatlar üretimin marjinal sosyal maliyetlerine denk düşmektedir. Eğer marjinal üretim maliyeti marjinal değerden düşükse alıcılar malı almaktadırlar. Fakat sağlık sektöründe marjinal sosyal maliyetlerle fiyatların oluşumu arasında bir ilişkiden söz edilemez (Kurtulmuş, 1998:58).

Sağlık hizmetlerinin karşılığında tüketiciler hizmetin bedelini kısmen ya da tamamen ödemektedir. Bazı durumlarda hizmetin bedelinin tamamı yerine tüketicilerden belirli oranda katılım ücreti alınmaktadır. Bu bedel, bireyler tarafından elde edilen özel faydanın karşılığı olarak kabul edilmektedir. Bazı durumlarda katılım ücreti ödeme gücü yerinde olanlardan alınmaktadır. Sağlık hizmeti bu yönleriyle kamusal ve özel malların özelliklerini içinde barındırmaktadır (Mutluer, v.d., 2016:96).

Sağlık hizmeti sürecinde ürünün azami kâra dönüştürülme özelliği bulunmamaktadır; birey iyileşme kaybeder, engelli kalır veya arzu edilmeyen bir netice olarak hayatını kaybedebilir. Bundan dolayı sağlık hizmeti çıktısı nakite dönüştürülemez. Odaklanılması gereken nokta kâr elde etme maksatlı bir yaklaşımda hayatın değerinin mali karşılığının bireyin gelirine göre düzenlenebileceği ve bu ihtimalin yoksullar ve handikaplı kesimlerin sağlığı üzerinde negatif etkiler bırakabileceğidir. Sağlık hizmetlerinin özgün nitelikleri nedeniyle sosyal amaçlı bir karakter taşımaktadır. Bu nedenle pazar ekonomisinin esas nosyonları sağlık sektörü noktasında değişik anlamlara gelmektedir (Tengilimoğlu, vd., 2015:77).

Sağlık hizmetlerinin gerekli miktarda arz edilmesinin gerçekleştirilmesi kişilerin ve toplumun sağlık seviyelerini iyileştirmektedir. Bu durum kişilerin iş verimlerinin artması, hayat sürelerinin artması ve daha etkin üretim yapabilmeleri anlamına gelmektedir. Fakat bunların mali karşılığının kararlaştırılması noktasında türlü sıkıntılar bulunmaktadır. Örneğin, bebek ölüm hızını binde 40 seviyesinden binde 10 seviyesine düşürmek için gerçekleştirilen harcamaların bedeli başka ürün ve hizmetlerdeki gibi kâr amaçlı olarak görülememektedir (Coşkun ve Işık, 2013).

1.6.7. Denenememesi ve Kalitenin Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetinin içerik ve düzeyi hizmeti alan birey tarafından değil hekim tarafından belirlenmektedir. Sağlık hizmetinin tüketicisi gelir düzeyi sebebiyle hekimle sunulacak hizmetin niteliğini tartışmaya açamaz, pazarlık yapamaz. Hastanede gerçekleşen her tıbbi işlem hekim tarafından kararlaştırılmaktadır. Bu olgu, hizmet alan bireye diğer mallardaki gibi seçme hakkı tanımamaktadır. Bundan dolayı sağlık hizmetlerinden faydalanan kişilerin sunulan hizmeti deneme seçenekleri bulunmamaktadır (Coşkun ve Işık, 2013:).

Sağlık hizmetinin denenme ve test edilme seçeneği bulunmadığından hizmeti sunan ve tüketen arasındaki ilişki ahlaki kurallar çerçevesinde gerçekleşir. Fakat bu yöntemle sağlık hizmetlerinin niteliğini belirlemek her zaman olası değildir. Bununla beraber toplumun kültür ve eğitim seviyesinin arttırılması, sosyal güvenlik kurumunun denetimi, artan rekabet ortamı, sivil toplum kuruluşlarının fazlalaşması gibi faktörler hem sosyal hem de etik standartların gelişme kaydetmesine hem de sağlık hizmeti alanların doyumunun pozitif etkilenmesine neden olmaktadır (Tengilimoğlu, vd., 2015:77).

Sağlık hizmeti sunucularının vermiş olduğu hizmetin kalitesi ve nihayetinde hastanın elde edeceği doyumunu kestirebilmek oldukça güçtür. Bu belirsizlik hizmetin sağlayacağı tatmini etkileyebilecek pek çok kontrol dışı unsura da bağımlıdır. Hizmeti tüketenler hastalıkları hakkında çok fazla bilgiye sahip olmadıkları için riski azaltıp tereddütlerini azaltmak amacıyla sağlık hizmetini sunan sağlık personeline güven duymak zorundadır (Odabaşı, 1994: 29).

1.6.8. Sağlık Hizmetlerinin Gerçek Maliyetlerinin Hesaplanamaması

Sağlık hizmetinin ücreti reel gidere denk düşmeyebilir. Rekabet ortamının yüksek olduğu piyasalarda üretim yapan kişinin kâr amaçlı hareket etmesi doğal bir durumdur. Buna karşılık sağlık hizmetinin sağladığı sosyal fayda ve dışsallık nitelikleri sebebiyle fiyatın reel gidere denk düşmesi zor bir durumdur (Coşkun ve Işık, 2013).

Dışsallık, hizmet veya ürünün düzeyi tamamen tespit edilemeyen, bu nedenle ücretlendirilemeyen etkisi şeklinde bilinmektedir. Etki hem pozitif

anlamda hem de negatif anlamda ortaya çıkabilir. Sağlık hizmetlerinin sahip olduğu dışsallık etkisinin çok olduğu bilinmektedir. Bilhassa koruyucu sağlık hizmetlerinden kaynaklanan faydalar hemen tespit edilememektedir. Toplumda ortaya çıkan hastalıkların görülme sıklığı ve tedavi işlemlerine uzun dönemler harcanacak kaynakların ortalamalarını oluşturma suretiyle fayda-maliyet analizi yapabilmek mümkün olmaktadır. Genel sağlığı iyileşen kişilerin kişisel kazanımlarıyla beraber işgücü düzeyine olan katkının hesaplanması zor bir durumdur. Tedavi hizmeti alan kişilerin kendi işlerinin de fazla dışsallık barındırması belirsizliğin boyutunu arttırmaktadır. Eğitim hizmeti sunan bir öğretmenin tedavi görmesiyle kazanılacak ekonomik faydanın öğretmenin aylığı dışında sosyal düzeyde hesaplamak mümkün olmamaktadır. Rehabilitasyon hizmeti almış kişilerin sosyal çevreyle uyumunun yararlarını hesaplamak yine kısa süre içerisinde olası değildir (Sayım, 2015:6)

1.7.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri birçok yerde önceden yalnızca hastalıkların tedavi edilmesi noktasında değerlendirilmiş ve ağırlıklı olarak tedavi hizmetleri verilmiştir. Zaman geçtikçe hastalık veya sağlığın bozulmasına neden olan faktörlerin anlaşılması neticesinde çevre sağlığı, bakterilerle mücadele ve bireysel temizlik gibi konuların önemsenmesi artmıştır. Bu değişimler sonucunda sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi değişmiştir. Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak dört grupta toplanabilir (Tengilimoğlu, vd, 2015:79).

1.7.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

İnsanlara hastalık henüz meydana gelmeden engellemek için sunulan hizmetlerin tümü bu bölümde tanımlanır. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesiyle ilgili 154 sayılı *Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*¹ ye göre koruyucu sağlık hizmetleri; kişileri hastalık kapmaktan, yaralardan, sakatlıklardan ve beklenmedik ölümlerden korumak hedefiyle sunulan sağlık hizmetlerini içermektedir.

¹ Tarih: 20.12.2001, Sayı: 8597.

Koruyucu sağlık hizmetleri koruyucu hekimlik uygulaması yoluyla gerçekleştirilmektedir. Dünya Sağlık rgt'nün tanımlamasına göre koruyucu hekimlik fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasını ve ilerlemesini, halkın bütüncül çabalarıyla engellemekle beraber, kişilerin ve ailelerin sağlığını gözeten bir doktor yoluyla sağlık eğitimi, bağışıklama çabalarıyla halkın sağlığını bütüncül şekilde iyileştirmeyi hedefleyen hekimlik şeklinde ifade edilmektedir. (Altay, 2007:34).

Koruyucu sağlık hizmetleri bazı özellikleri ile diğer sağlık hizmetlerine nazaran daha öncelikli ve önemlidir. Bu zellikler aşağıdakiler gibi sıralanabilir (Kısa, 2002:27).

- Arzı tedavi edici sağlık hizmetlerine nazaran daha verimlidir ve maliyeti daha düşüktür.
- Uygulaması basittir.
- Arz edilirken fazla ekipman ve çalışan gerektirmemektedir.
- Çalışanların yüksek nitelikler taşıması gerekmemektedir.
- Basit teknoloji kullanılmaktadır, bu nedenle düşük maliyetlidir.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- İş gücü kaybını minimum düzeye çeker.
- Bu hizmetlerin arz edilmesiyle paralel olarak evre düzenlenmesi de yapılmış olmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri; sağlık evi, sağlık ocağı, iş yeri reviri, ana-ocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, dispanserler, laboratuvarlar ve evre sağlığı birimlerinde sunulmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye yönelik şeklinde ikiye ayrılmaktadır.

1.7.1.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyin etrafında olan ve sağlığı üzerinde negatif etkiler bırakan her türlü faktörleri ortadan kaldırarak veya kişilerin bu faktörlerden etkilemesini azaltacak ya da önleyecek çabalarının tümü bu bölümde incelenir (Akdur, 1998:12).

Bu hizmetlerin amacı, sağlığa zararlı olan biyolojik, fiziksel ve kimyasal faktörleri ortadan kaldırarak ya da bu unsurların bireyleri etkilemelerini azaltarak veya engelleyerek çevreyi tehlikesiz duruma getirmektir. Bu hizmetler çevre sağlığı hizmetleri olarak da tanımlanabilir. Bu faaliyetlerin bir bölümü şunlardır: (Sözen ve Özdevecioğlu, 1999:2).

- Temiz ve yeterli su kaynaklarının temini,
- Besin hijyeni,
- Atıkların bertarafı,
- Hane sağlığı,
- Üretim sağlığı,
- Kirli havayla mücadele,
- Radyasyonla mücadele,
- Gürültü kirliliğini önleme.

Çevreye yönelik koruyucu hizmetler bu çeşitli hizmetlerden de anlaşılacağı gibi sağlık hizmetlerinden ziyade başka iş kesimlerini alakadar eden bir hizmet çeşididir. Sağlık hizmetleri kesiminin bu noktadaki ana işlevi; tetkik, eğitim, danışmanlık ve yönlendirmedir (Akdur, 1998:13).

1.7.1.2. Kişiyne Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumu ve onu oluşturan bireyleri hastalıklara karşı güçlü ve dirençli olmayı, hastalanmaları durumunda ilk dönemde teşhis edilerek hasarsız veya en az hasarla tedavi etmeyi amaçlayan hizmetler bu bölümde tanımlanır. Bunlar (Akdur, 1998:14);

- Erken teşhis, operasyon,
- Bağışıklama,
- İlaçlı tedavi ve koruma (kemoprofilaksi),
- Sağlıklı beslenme,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlamasıdır.

Hizmet çeşitlerinden görüldüğü üzere, bu tür hizmetler bilhassa sağlık sektörü personellerinin sunduğu hizmetlerdir.

1.7.2. Tedavi Edici Hizmetler

Tedavi edici sağlık hizmetleri; hastalık ortaya çıktığında başlayan süreci ifade eder. Muayene ile başlayan bu sürecin hedefi hastalığı ortadan kaldırmak, bireyi sağlıklı hale dönüştürmektir(Selvi, 2011:8).

Bu hizmetler poliklinikte gerçekleşen ilk müdahaleler ve yatılı hastalarla dışarıdan gelen hastaların müdahale hizmetlerini de kapsamak üzere hastalara sunulan bütün hizmetleri ve bunlara bağlı olarak hastalar tarafından satın alınan ilaçları içermektedir (Kurutulmuş, 1998:84).

Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerine nazaran giderleri ve organizasyon zorluğu daha fazla olan hizmetlerdir. Nitelikli çalışan ve fiziki olanaklar ile fon ve yönetim gibi son derece mühim düzeyleri bulunmaktadır. Bu tür hizmetlerin arz edilmesi de kamusal yararlar için neden olmaktadır. Fakat maliyetlerinin yüksek olması ve karmaşık organizasyon gerektirmesi sebebiyle dünya genelinde en çok benimsenen sağlık hizmetleri çeşidi koruyucu sağlık hizmetleridir(Altay, 2007:35).

İnsanların hastalanması durumunda eski sağlığına kavuşması adına yapılan girişimlerin tümü bu bölümde tanımlanır. Sunulan sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır. Bu hizmetlerin tamamı sağlık sektörü ve sağlık personelleri tarafından yürütülür (Akdur, 2016:28).

1.7.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkların evde veya ayakta tanısı ve müdahale edilmesi için sunulan hizmetlerdir. Türkiye’de sağlık ocakları, özel poliklinikler ve muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezleri birinci basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlardır (Tokay, 2000:12).

1.7.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında müdahale olanağının bulunmadığı ya da acil müdahale nedeniyle hastanede tedavi zorunluluğunun ortaya çıktığı hallerde, tanı ve müdahaleye yönelik olarak yataklı bir sağlık kurumunda sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Yoğun teknoloji ve bilginin gerekmediği rahatsızlıkların tanılanması ve yatılı müdahalesi için sunulan hizmetlerdir (Tengilimoğlu, vd., 2015:83).

1.7.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Farklı uzmanlık düzeylerinde bulunan personellerin gelişmiş teknoloji bulunduran sağlık kurumlarında sunduğu hizmetleri ifade etmektedir. Kalp hastaneleri, onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetini sunan kuruluşlar arasında yer almaktadır (Kısa, 2002:32).

1.7.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Rehabilitasyon hizmetleri kaza, ruhi rahatsızlıklar, vücut bütünlüğüne engel olan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması vb. kapsamaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri bahsi geçen kısıtlılık halleriyle karşılaşan bireylerin bu kısıtlılıklarıyla yaşamlarını sürdürebilme ve kendileri ve yakınlarının yaşadıkları acıyı azaltma amacını taşımaktır (Akdur, 1998:14).

1.7.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Fiziksel devamlı engellerin ortadan kaldırılması, hayat standartlarının yükseltilmesi maksadıyla sunulan hizmetlerdir. Postür (duruş) bozuklukların düzeltilmesi, eksremite protezlerinin kullanılması gibi hizmetlerden oluşmaktadır (Tengilimoğlu, vd., 2015:84).

1.7.3.2. Sosyal Rehabilitasyon

Bedensel ve ruhsal rahatsızlığı bulunan bireylerin bu rahatsızlıkların sorun yaratmayacağı faaliyetlere yerleştirilmeleri (bir faaliyet yürütürken sakatlanan bireyin daha uygun bir göreve geçmesi, işsiz engellilerin kontenjandan işe alınması)ya da bakımlarının üstlenmesi (engellilerin bakımevlerine, ihtiyarların huzurevlerine yerleştirilmesi gibi) faaliyetlerine de sosyal rehabilitasyon faaliyetleri denmektedir. Hizmetin tanımından da çıkarılabileceği gibi sosyal rehabilitasyon, sosyal hizmet kuruluşu ve çalışanlarınca yürütülen faaliyetlerdir (Akdur, 1998:14). Engeli bulunan bireylerin günlük yaşama faal şekilde dahil olması, başka bireylerin yardımı olmadan hayatlarını sürdürebilmeleri maksadıyla gerçekleştirilen, mesleğe uyum sağlama, iş bulma faaliyetlerini içermektedir (Hayran, 1997:18).

1.7.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sıhhatli kişilerin sıhhatini yükseltmek hedefiyle sunulan hizmetleri oluşturmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde esas görev kişilerinidir (Kısa, 200:37). Bireyler hayat tarzlarını geliştirerek sağlık düzeylerini ileri seviyelere ulaştırabilirler. Örnek vermek gerekirse bireyin spor yapması, kötü alışkanlıklardan uzak durması, iyi beslenmesi, kişisel bakım yapması sağlığının daha ileri seviyelere ulaşmasını sağlamaktadır (Tengilimoğlu, v.d. 2015:84).

Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri fiziksel ve psikolojik sağlık düzeyi, hayat standardı ve yaşam süresinin arttırılmasını hedeflemektedir. Çoğu hastalığın temelinde bireylerin yaşam biçimi yatmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinin içeriği geniştir ve sağlık eğitimiyle arasında farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık eğitiminin kapsamı dardır, kişi ve gruplar yoluyla toplumun sağlıkla ilgili bilgilendirilmesini ve farkındalığının arttırılmasını hedeflemektedir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri ise kişilerin ve halkın sağlık düzeyini arttırmayı, doğayı, milli ve uluslararası düzeyde siyasi ve sosyal yapıyı dönüştürmeyi amaçlamaktadır. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sadece sağlık kuruluşlarının görevi olarak değerlendirilmemekte milli ve uluslararası tüm özel ve kamu kuruluşlarının görevi olarak görülmektedir (Kavuncubası, 2000: 46).

2. PERFORMANS KAVRAMI

Her işletme temel hedeflere ulaşma maksadıyla oluşturulur. İşletme yönetimlerinin esas sorumluluğu bu hedef ve sorumlulukların en olanaklı şekilde ortaya konmasıdır. En iyinin belirlenmesi yönetimin performansı yaklaşımıyla gerçekleşmektedir. İşletmelerin mevcudiyeti ve devamlılığı performans yaklaşımının işlevselliğine ve geçerli olmasına bağlıdır.

Performans iş hayatında veya başka bir alanda devamlı karşılaşılan açıklanması, hesaplanması ve kıyaslanması zahmetli olan bir kavramdır. Hesaplanmaların ve kıyaslamaların gerçekleştirilebilmesi için performans kavramının amaç bağlamında açıklanması gerekmektedir (Savaş, 2005:1).

Fransızcadaki “performance” kelimesine dayanan performans sözcüğünün manası “başarım, verim gücü”dür. Başka bir anlamı, “engeli aşma, muvaffakiyet” ve amacı gerçekleştirmedir (Uzoğlu, 2011:2). Performans terimi çeşitli yayınlarda “işgören değerlendirilmesi”, “başarı değerlendirilmesi”, “verimliliğin değerlendirilmesi”, “çalışanın değerlendirilmesi” veya örgütlerde görüldüğü üzere “ceza”, “sicil” benzeri nosyonlarla anlatılmaktadır. Performans değerlendirme kişilerin kabiliyetlerinin mesleğin özellik ve gereksinimlerine hangi oranda uyumlu olduğunu ortaya koyan, kişilerin çalışma başarısını tespit etmeye yarayan nesnel incelemeler şeklinde tanımlanmaktadır (Akyüz 2001: 82).

Bir çalışmanın sonucunda elde edilen neticeyi sayısal ya da nitelik olarak belirlenmesine performans denir. Bu çalışmada yer alan her bir bireyin çalışma performansı, bütün olarak çalışmanın sorumluluğunu üstlenen kuruluşun çıktısına yansır. Örgütlerin performansı belirli bir zaman diliminin sonunda örgütün hedeflerine ulaşma veya sorumluluklarını yerine getirme becerisini nitelendiren bir durumdur. Örgütte görev alan kişilerin performans değerlendirmeleri kurumun hedeflerine hangi oranda pozitif etkilerde bulduklarının hesaplanmasını ifade etmektedir. Daha evvel karşılaştırılan hedefler, ölçülen başarı seviyesini tespit edebilmek için hesaplama, kıyaslama gibi metotlar kullanılmaktadır (Aydın ve Demir, 2006:5).

2.1. Performans Sistemi Tanımı

Performans sistemi, önceden belirlenen kurumsal hedeflere ve bu maksatla faaliyet yürütenlerin ortaya koyması gereken performansa ilişkin ortak bir düşüncenin kurumda benimsenmesi ve personellerin bu hedefleri elde etmek için sarf edilen ortak çabalara sağlayacağı katkıların seviyesini yükseltici bir şekilde yönetme, değerlendirme, ücretlendirme, ödüllendirme ve geliştirilme faaliyetleridir. Kurumdaki vazifesi fark etmeksizin çalışanların tüm faaliyetlerinin değerlendirilmesi performans sistemi ile mümkün olabilmektedir (Barutçugil, 2004:334).

Performans sistemleri bireysel ve örgütsel performansın ortaya konması için mevcut performansın sürekli olarak izlenmesini ve performansa ilişkin yeni amaç ve hedeflerinin ortaya konmasını içeren araçları kapsayan sistemlerdir. Bu yönüyle performans sistemi sürekli bir süreç olarak değerlendirilmektedir. Diğer yandan performans sistemi kurumsal rekabet üstünlüğü elde edebilmek için performans hedefleri ile örgütsel amaçlar arasında neden sonuç ilişkileri kurulmasını gerektirmektedir (Başaran, 2011:17).

2.2. Performans Sisteminin Önemi Ve Amacı

Performans sisteminin amacı; organizasyondaki kişilerin başarılıdan başarısız doğru sıralanması değildir. Sistemin amacı özellikle kurumsal amaçların alt kademeler tarafından öncelikle içselleştirme durumunun oluşması, hedefler için tüm çalışanların azami düzeyde çaba sarf edilmesi ve tüm çalışanların huzurlu olduğu bir iş ortamının oluşturulmasıdır (Tengilimoğlu vd., 2015:398). Performans sisteminin amacı, eskiden sergilenen performansın miktarını belirlemekten ziyade daha çok, birey ve kuruluşların ileriye dönük olası performanslarını da ortaya koymak, motive edici ve yön gösterici eylemlerle gelecekteki performanslarını önleyici bir anlayışla artırmaktır (Bayram, 2010:61).

Personellere performansları hakkında bildirimde bulunmak, performans sistemlerinin önde gelen hedeflerinden bir tanesidir. Performans sistemleri, kuvvetli ve zayıf yönlerin net olarak görülmesini sağlar. İyi düzenlenmiş performans sistemleriyle hatasız ölçüm yapmak mümkün olmaktadır. Personelin aldıkları bu geri besleme kendilerini geliştirmeleri için teşvik edicidir. Öte yandan

personellerin çeşitli etkinlikler kanalıyla desteklemenin lüzumu noktasında kurumları uyarır (Nas, 2006:23).

Kamuda uygulanan performans sisteminin temel amacı, kamusal örgütlerin amaçlarının gerçekleşmesinin sağlanmasıdır. Performans sisteminin amaçları aşağıdaki gibi açıklanabilir (Bilgin, 2012:33);

- Çalışanları desteklemek ve çalışma isteklerini arttırmak
- Hedeflenen performans kriterlerini çalışanlara uygun zamanda ve adil bir şekilde uygulamak
- Çalışanların başarılarını tanımlamak ve ödüllendirmek
- Çalışanlardan talep edilen performansla ortaya çıkan durumu kıyaslamak ve analiz etmek
- Çalışanlar ile yönetici arasında etkili iletişimi sağlamak
- Performansın ilerletilebilmesi hususunda yönetici ve çalışanlarla bütüncül bir efor sarf etmek
- Örgütün ve çalışanların olumlu ve olumsuz yönlerini ortaya koymak
- Örgütsel hedefleri, açık ve belirlenmiş kişisel amaçlara çevirmek
- Hedeflere ulaşabilmek için gereken performans kriterlerini kararlaştırmak
- Çalışan eğitimi, kendini geliştirme ve kariyer planlama için yönetime veri sağlamak

Yukarıdaki maddelerden de anlaşılacağı üzere, sistemin temel hedeflerini kişisel performansın düzgün ve adaletli kriterler ortaya konarak hesaplanması, bireylere konuyla ilgili bilgi verilmesi ve bireysel performansın artırılarak kurumun işlevselliğinin de artırılması hedeflenmektedir (Uyargil, 1994:2).

2.3. Performans Sisteminin Yararları

Performans sistemi çalışanlara yaptıkları işlerle ilgili belirli ölçütler

belirleyerek bunlara uyulma derecesini gösteren, organizasyon için kişisel katkılarını artırmasını sağlayan bir değerlendirme aracıdır. Bu şekilde performans sistemi hem çalışanlar açısından hem de organizasyon açısından önem taşımaktadır. Performans sistemi ile organizasyondaki her birey kendisine ait çalışma performansını, eksik ve yetersiz yönlerini, verimliliklerini ve yeterliliklerini görme fırsatı yakalayarak kendini tanıma ve geliştirme şansını bulacaktır(Bayram, 2006:50). Performans sisteminin yararları, yöneticiler, çalışanlar ve işletmeler açısından şu şekilde sıralanabilir (Uyargil,1994:9-10, Tengilimoğlu vd., 2015:400, Örucü ve Köseoğlu, 2003: 28, Tepe,2003: 61, Canman, 1993:6, Barutçugil, 2002:129);

Yöneticiler açısından;

- Planlama ve kontrol işlemlerinin etkinliği artar, bu şekilde astların ve bölümlerin performansı artar,
- Astları ile oluşan ilişki ve iletişim biçimi pozitif etkilenir,
- Astların kuvvetli ve gelişime açık taraflarını kolaylıkla belirler ve bu noktada astlara yardım ederler,
- Astlarını değerlendirmeye alırken kendi iyi ve eksik yanlarını da keşfederler,
- Astlarını tanımaları artınca, yetki devri daha kolay hâle gelir,
- Yönetimsel kabiliyetlerini arttırırlar veya bu kabiliyetleri daha kolay uygulayabilecekleri şartlara ulaşırlar,
- Mevcut potansiyel problemlerin tespiti daha kolay hâle gelir.

Çalışanlar açısından;

- Kendine güven duygusunu kazandırır ve artırır
- İşletmenin ve kendi çalıştığı birimin hedeflerini tartışır
- Kendi rolünün gereklerini yerine getirip getirmediğini belirler

- Kendileri ile ilgili güçlü ve zayıf yönlerini öğrenme imkânı verir
- Kendilerini sürekli geliştirme ihtiyacı hisseder

İşletmeler açısından;

- Örgütün kâr oranı ve işlevselliği artar,
- Üretim ve çıktının niteliği artar,
- Eğitim gereksinimi ve bütçe daha basit ve düzgün şekilde kararlaştırılır,
- İnsan kaynaklarının planlanması için gerekli olan veriler daha etkin bir şekilde ortaya konur,
- Kişilerin gelişme olasılıkları net olarak anlaşılır,
- Kısa dönemli insani gereksinimlerin karşılanmasında daha esnek bir yapı kazanılır,
- Örgütün vizyonunun belirlenmesine katkı sağlar,
- Personellerle ilgili yönetsel kararlara destek olacak şekilde, kişinin en etkin hâlde organizasyonun hangi biriminde ve ne şekilde çalışması gerektiği konusunda yardımcı olur,
- En önemli operasyonel kaldıraçları daha iyi anlayarak az bir zaman içinde kârlılığı artırır ve nakit akışına yol açar,
- Gelecek için yüksek mali amaçlar belirler,
- Örgütün fiziksel ve insan kaynaklarını kullanım verimini artırır,
- Değişen piyasa şartlarına ve operasyonel performans değişikliklerine daha kolay reaksiyon gösterme olanağı tanır.

2.4. Performans Sisteminin Sakıncaları

Bir organizasyondaki performans değerlemesi sisteminin rasyonel bir biçimde çalışmasıyla oluşacak muhtemel avantajlar olabileceği gibi, sistemin

çalışma biçimi ve uygulayıcılar nedeniyle ortaya çıkabilecek sakıncalar da mevcuttur. Özücü ve Köseoğlu (2003: 29)'a göre performans değerlendirme sisteminin şu sakıncaları bulunmaktadır:

- Performans sisteminin adaletli bir şekilde uygulanmaması iş görenin motivasyonunu azaltır,
- İş gören ortaya koyduğu eylemlerin değerlendirildiğinin farkında olduğunda, performansıyla ilgili üstleriyle dürüst şekilde tartışamaz,
- Bilhassa eleştirilmekten hoşlanmayan iş görenin varlığı halinde, çalışma ilişkilerini olumsuz etkileyebilir,
- Çalışanlar daha önce olumsuz etkilenen bir değerlendirme sistemi uygulanmış olması halinde sisteme soğuk bakabilir,
- Performansın değerlendirilmesinde uygun kriter kullanılmaması devamlı problem çıkarmaktadır,
- Performans değerlendirmesinde bulunan kişilerin puanlama yapmak istememeleri önemli bir sorun teşkil etmektedir,
- Değerlendirmenin olumsuz etkilenebileceği taraflı ve ön yargılı tavırların olması,
- Sistemin uzun zaman alması ve maliyetinin yüksek olması diğer bir dezavantajdır. Çok fazla işi olan yöneticilerin bu uygulamalarla zaman harcaması zor bir durum olmaktadır,
- Eğer ücrete dayalı performans değerlendirme sistemi benimseniyorsa ücretin adaletli olarak, performans baz alınarak dağıtımını zahmetli olmaktadır.

2.5. Performans Sisteminin Süreçleri

Örgütlerde performans yöntemleri örgütler gibi sürekli değişim ve gelişim içindedirler. Ancak hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın performans sisteminin başarılı olabilmesi için evvela iş ve görev incelemesinin gerçekleşmiş ve açıklanmış olması zorunludur. Bunlarla birlikte performans sisteminin gerçekleştirilebilmesi için (Tengilimoğlu vd., 2015:401);

- Değerlendirme kriterleri neler olacak?
- Hangi standartlarla değerlendirilecek?

- Değerlendirme ne sıklıkla gerçekleşecek?
- Değerlendirmeyi kim veya kimler yapacak?
- Değerlendirme yapacak kişilerin eğitimi, konularının belirlenmiş olması gerekmektedir.

2.6. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Performans sisteminin amacına uygun olabilecek çeşitli değerlendirme yöntemleri bulunmaktadır. Değerlendirme yöntemi organizasyonun yapısı, çalışanların durumu ve yapılacak işin niteliğine göre belirlenmektedir (Bayram, 2006:52).

2.6.1. Sıralama Yöntemi ve İkili Karşılaştırma

Sıralama yöntemi hayata geçirilmesi en basit yöntemdir. Personelin başarı kıstası baz alınarak sıraya sokulduğu yöntemin amacı, personeli diğer personellerle kıyaslamaktır. Kıyaslamada tüm personeller davranış, bireysel girişim, takım çalışması gibi özellikler baz alınarak en iyiden en kötüye doğru sıralanmaktadır. Değerlendirmeye alınacak personelin sayısı baz alınarak bir çizelge oluşturulur ve kıstaslar belirlenir (Şimşek ve Öge, 2011:321).

Sıralama tekniğine nazaran daha başarılı bir kıyas olanağı sunan ikili karşılaştırma yöntemi daha kati bir sıralama durumunu açığa çıkarır. Yöntem, personelin diğer bir personele nazaran çeşitli noktalarda üstün olmasının yargılama yoluyla kararlaştırılmasına olanak tanır. Başka şekilde ifade edersek, ikili gruplar halinde kıyas gerçekleştirilerek sıralama yapılmaktadır. Baz alınan kıstasa göre her personel diğer personeller ile kıyaslanır. Sıralama yöntemiyle arasındaki fark bir seferde iki personelin değerlendirilmesidir. Bu nedenle doğru ve basit sonuçlar ortaya koymaya uygundur. Fakat değerlendirilecek gruptaki insan sayısı arttıkça, kıyasların geometrik şekilde artması nedeniyle sayıca fazla gruplarda yöntemin kullanılması zorlaşmaktadır. Öte yandan, kıyas yapılırken bir kıstasa göre yapılması, kıstas sayısının arttığı hâllerde nesnel analizlerden çok öznel analizlerin meydana gelmesi tekniğin kullanım sahalarını daraltmaktadır (Şimşek ve Öge, 2011:323).

2.6.2. Grafik Dereceleme Yöntemi

Grafik değerlendirme yönteminde, küçük ölçekli bir firmada personeller alt alta yazılır karşılarında bulunan çok yetersiz, yetersiz, normal, yeterli ve çok iyi gibi beş ölçekli değerlendirme tablosunda işaretlenir. Bu şekilde toplu hâlde çizelgede bireylerin denk geldikleri performans gözlemlenir ve öteki bireylerle kıyaslaması kolayca yapılır. Kolay görünmesine rağmen bu tekniğin bireyi bir bütün olarak değerlendirmesi sebebiyle etkin olmadığı söylenebilir (Sabuncuoğlu, 2000:173).

2.6.3. Kontrol Listeleri Yöntemi

Kritik olay metodunun gelişmiş tekniğini ifade eden bu teknik, bir iş grubunu betimlemeye dayanan bir değerlendirme listesinin kontrolü şeklinde uygulanır. Değerlemede listede bulunan cümlelerden bireye uygun olanlar işaretlenir. İşaretlenen cümleler uzmanların değerlendirmesinden geçmektedir. Arzu edilirse her kıstasın ya da cümlenin önemine göre belirlenmiş puanlandırmalar yapılabilir. Mesela totalde 100 puana tamamlanabilen puanlar hesaplanır, daha önceden kararlaştırılmış skalaya yerleştirilir. Puanlama haricinde arzu edilirse cümlelerin karşısına daima, ara sıra ve asla gibi ayrıştırılmış üçlü dereceler oluşturulabilir. Kontrol listesi metoduyla ölçüm yapmak zordur. Her meslek veya meslek grupları için farklı liste düzenlemek zahmetlidir. Sonuçların değerlendirilen kişilere geribildirimini pek yapılmaz ve değerlendirmesi de oldukça karmaşıktır (Sabuncuoğlu, 2000:187).

2.6.4. Amaçlara Göre Değerlendirme Sistemi

Yönetimin başarı değerlendirmesine uygulanmış şekli olan amaçlara göre değerlendirme yöntemi temel olarak amaç ve sonuçları benimsemekte ve başarılı karakter veya bireysel özellikler yerine hedefler ve neticelerin gerçekleşme derecesi dikkate alınmaktadır. Amaçlara göre yönetim yönteminin bir faydası, tüm personeli bir tarzda değerlendirmek yerine her personelin ayrı bir şekilde değerlendirmesidir (Tengilimoğlu vd., 2015:404).

Etkili bir amaçlara göre değerlendirme tekniği için personellerle yöneticiler toplanır ve personellerin alacağı görevler kararlaştırılır. Sonradan her mesuliyet sahası için performans standartları ve öncelikler belirlenir. Bu düzenlemelerin

ardından yöneticiler ile personel bazen toplanarak gelişmeleri kontrol ederler. Söz konusu yeni amaçlar ile bu amaçlara ulaşacak yeni yöntemler belirlenir. Değerleme döneminin sonunda çalışanların amaçlarını ne ölçüde gerçekleştirdiği hesaplanır. Metodun esas faydası, değerleyici ve personelin süreçte beraber bulunmasına olanak sağlaması, iletişimi iyileştirmesidir. Performans değerlendirme sürecinde yöneticinin yargılayıcı değil öncü rolünün varlığı yöntemin bir diğer önemli yanıdır. Ayrıca amaçlara göre değerlendirme yöntemi çalışanları olduğu kadar yöneticileri de değerlemede popüler bir teknik olarak geçerliliğini korumaktadır (Şimşek ve Öge, 2011:327).

2.6.5. 360 Derece Performans Değerleme Yöntemi

Bu yöntem yakın zamanda ortaya çıkmış bir değerlendirme yöntemidir. Bu yöntemde göre bir personelle ilgili performans değerlendirmesine tüm çalışanlar faal biçimde dahil olurlar. Yöntem, personellerin bireysel neticeleri hakkında gerçekçi veriler elde etmesine olanak tanır. Değerlemeyi oluşturan veriler anket oluşturularak belirlenir. Anket söz konusu kesimler tarafından doldurulur (Şimşek ve Öge, 2011:328). Burada amaç farklı değerlendiricilerin farklı bakış açılarıyla objektifliği sağlamaktır. Etkili bir yöntem olmakla birlikte bilgi teknolojilerinden yararlanmadan kullanılması zordur. Ayrıca kurum kültürünün de böyle bir uygulamaya (özellikle astların değerlendirmesine) uygun olması gerekir (Özden, 2008:179).

2.6.6. Kritik Olay Yöntemi

Kritik olay yöntemi yöneticilerin değerlemeci pozisyonunda bulunarak personelleri yakın takibe almaları ve önemli işler veya eylemler karşısında sergiledikleri başarı ve tutumların kaydedilmesiyle ortaya çıkan değerlendirme tekniğidir. Bu yöntemde önemli olayların daha evvel belirlenmiş olması gerekmektedir. Mesela, satış elemanının alıcı karşısındaki tutumu, diğer çalışanlarla iletişimi, pozitif ve negatif iş davranışları incelenebilir. Kritik olay tekniğiyle çalışanın değerlendirilmesinde, belli bir zaman aralığında çalışanın hareketlerinin takip edilmesi söz konusu olduğundan nesnel bir değerlendirme ortaya koyar; takip edilme neticesinde ortaya çıkan verilere göre pozitif ve negatif durumlar çalışana bildirilir ve kendisini geliştirmesi sağlanır. Bu tekniğin

sıkıntıları ise personelin devamlı takip edilmekten rahatsızlık duyması, öte taraftan yöneticinin iş yükünün artmasıdır. Kritik olarak değerlendirilecek durumların belirlenmesi kolayca yapılacak bir iş olmamaktadır (Sabuncuoğlu, 2000:179).

2.7. Performans Değerleme Sürecinde Yapılan Hatalar

Performans değerlemede yararlanılan yöntemlerin birçoğu yöntemi kullanacak olanların nesnel tutumlar benimseyecekleri düşüncesini temel almaktadır. Bilhassa değerleyiciler nedeniyle ortaya çıkan yanlışlardan kaynaklı sıkıntılar ortaya çıkmaktadır. Performans değerlemede ortaya çıkan yanlışlar ve bu yanlışların düzeltilmesi maksadıyla kararlaştırılan prensipler aşağıda incelenmektedir (Şimşek ve Öge, 2011:328).

2.7.1. Belli Derecelere Yönelmek

Performans değerlemede bazı değerleyiciler kişilere devamlı reel performanslarından fazla veya az puan verme ya da değerlendirme yapmama yaklaşımını benimseyebilmektedirler. Bunun gibi sebeplerin yol açtığı hatalar değerlemeyi yüksek oranda etkilemekte ve zararlı durumlar ortaya çıkarmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2015:405).

2.7.2. Hale Etkisi

Hale etkisi değerlendiricinin değerlediği kişinin performansında birbiriyle ilgisiz ve açık nitelikler arasında bariz farklılık tespit edememesi ve bu nedenle yanlış değerlendirmede bulunması durumunu ifade etmektedir. Hatanın meydana gelme sebebi; personel performansının bir açıdan çok uç noktalarda olması ve değerlendiricinin bu duruma aldanıp değerlendirmenin tamamını buna göre gerçekleştirmesidir (Uyargil, 1994, s.74)

2.7.3. Son Olayların Etkisinde Kalmak

Son olayların etkisinde kalmak performans değerlemenin tüm performans dönemini içerecek şekilde yapılamamasıdır. Performans değerlemeyi gerçekleştirecek olan değerlendiricinin özellikle son dönemde yaşanan ve nispeten daha taze olan bilgi ve olayların etkisinde kalması dönem başındaki olayları

hatırlamakta güçlük çekmesi ya da tamamen unutmasıdır. Böylece değerleyici ya da ilgili yönetici değerlemede yakın geçmişteki olayları temel almaktadır. Bu tür yanlışları engellemenin en başarılı yöntemi personellerin performansını ortaya koyan notları değerlendirme süresince muhafaza etmektir (Şimşek ve Öge, 2011:330).

2.7.4. Kontrast Hatası

Değerleme yapan yönetici arka arkaya personelin performansını değerlendirirken değerlendirdiği kişileri birbirleri ile karşılaştırır. Bu esnada her çalışan kendisinden önce değerlendirilen kişinin puanından etkilenir. Bu durumda puanı çok yüksek birinden sonra değerlemeye alınan orta düzey bir personelin performansı düşük görülebilir ve alması gerekenden daha düşük puan alabilir (Tengilimoğlu vd., 2015:406).

2.7.5. Pozisyondan Etkilenme

Pozisyondan etkilenme birtakım değerlendiricilerin, değerledikleri bireylerin konumunu dikkate alarak örgütteki önemli işlerde çalışanları yüksek, önemsiz işlerde çalışanları düşük değerlendirmeleridir (Sabuncuoğlu, 2000:191).

2.7.6. Ortalama Eğilimi

Ortalama eğilimi değerlendiricilerin, uç noktaları tercih etmektense ortalamaları tercih etmeleri, bütün çalışanları bu şekilde değerlemeleridir. Personelin performansını birbirinden ayırma noktasında sıkıntı yaratan bu yanlışlar neticesinde personelle ilgili karar alma durumlarında değerlendirme işe yaramayacaktır (Uyargil, 1994:77-78).

2.8. Türkiye’de Kamu Kesiminde Performansa Dayalı Ödeme Sistemi ve Ölçütleri

Performans sisteminin bir aracı olan performansa dayalı ücretlendirme sistemi gerek hukuki yapı gerekse yönetsel yapı gereği kamu kurumlarında uygulanmak bir yana içi boş bir söylem olmaktan öteye gidememiştir. Kamu kurumlarında çalışanlar 657 sayılı Kanun’a göre “memur” sayılmakta ve bunların ücretlendirme sistemi yasal çerçeveye göre belirlenmektedir. Hizmet üreten kamu kurumlarında performans çalışmaları genelde mal üretiminde bulunan özel sektöre

göre yeterince objektif yapılamamaktadır. Bu olumsuz tabloya rağmen kamu yönetiminde yaşanan gelişmeler performansa dayalı ücretlendirme sistemlerinin hayata geçirilebilmesi açısından da önemli görünmektedir (Nas, 2006:11)

Çalışanlara ödenecek ücretin kişinin kendi performansına göre belirlenmesi ve alacağı ücreti bir şekilde kendisinin belirleyebileceği bir sistemin kullanılması verimliliğin ve motivasyonun artırılmasında önemli bir araç olduğu gözlemlenmiştir. Bu şekilde farklı iş kollarında uygulanabilecek çeşitli performans sistemleri araştırılmış ve oluşturulmuştur. Personel yapılarının ve işleyişlerinin farklı olması kuruma özgün performans değerlendirme yöntemlerini beraberinde getirmiş ve hangi kriterlerin ne zaman, nasıl ve kim tarafından uygulanacağı tartışmalı birer konu olmuştur (Eraslan ve Tozlu, 2012).

İşletmelerde görülen en önemli problemlerden biri adaletli ücret sisteminin ortaya çıkmamasıdır. Personelin esas yakınması ücretlerin düşük olması değil aynı işi yaptıkları meslektaşlarından daha az kazanmalarındır. Bu nedenle eşit işe eşit ücret ilkesi benimsenmelidir. Fakat personellerin tümünün aynı düzeyde performans ortaya koymaları mümkün olmamaktadır. Elemanların eğitim seviyesi, kabiliyetleri değişiklik göstermektedir. Uygun bir ücret mekanizmasının oluşturulması için yöneticiler kendilerine bağlı olan elemanların kabiliyetlerini ve iş başarma düzeylerinin bilgisini elde etmek istemektedirler, bundan dolayı personelleri yakından izlemektedirler (Arslan, 2011:424).

Türk kamu yönetiminde bütün çalışanları içerecek şekilde oluşturulmuş bir düzenleme mevcut değildir. Çalışanların etkinliğini artırma maksadıyla oluşturulan düzenlemeler çalışanlara özel hukuki düzenlemelerle yapılmaktadır. Sistemler iki şekilde kategorize edilmektedir. İlki, “performans” söylemi kullanılarak ek ödemelerin kararlaştırılmasına, diğeri ise, “performans” söylemi geçmeden çalışanların etkinliğini, performansını değerlendirmeye yarayan sistemlerdir (Ceylan, 2012:14).

Kamuda performans sisteminin ilk adımı kamuda çalışan personellerin kadro ve pozisyonlarının belirli standartlara göre tanımlanarak belirlenmesidir. Bu amaçla 2000 yılında kamu kurumlarında norm kadro çalışmaları başlatılmıştır. Kadro çalışmalarında uyulacak usul ve esaslarla kamu çalışanı kabul edilen

memur, işçi ve sözleşmeli personellerin kadro ve pozisyonları belirlenirken teşkilat değerlendirmesi yapılarak örgütlenme yapısı çıkarılacaktır. Her bir kadro ve unvanda çalışacak personel sayısı belirlenirken iş analizi yapılarak ilgili pozisyonda çalışacak personelin özellikleri belirlenecektir. Bu şekilde iş ölçümleri yapılarak hangi işin hangi özellikteki personelle görülmesi planlanmış ve kamuda bir standart kadro ve unvan tanımlaması yapılmış olacaktır. Bir işin hangi personelle ve kaç kişi tarafından belirlendiği bir standart kadro ve pozisyon çalışmalarından sonra ihtiyaç duyulan yerlere personel hareketliliği daha sağlıklı bir şekilde yürütülecektir. Bu bağlamda, norm kadro sistemi önemli ve pozitif bir basamak şeklinde değerlendirilmektedir (Kestane, 2003:139).

Türkiye’de performans uygulamalarının öneminin artması Sayıştay’a, 1996 senesinde performans denetleme konusunda yetki sunulmasıyla ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda Sayıştay 832 sayılı Sayıştay Kanunu’na eklenen Ek 10’uncu madde ile denetimine tabi kurum ve kuruluşlarının kaynaklarını verimli, etkili ve tutumlu kullanıp kullanmadıklarını denetlemeye başlamıştır (Sayıştay, 2002:9)

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, *"kamu yönetiminin yeniden yapılandırılmasında verimlilik, etkililik ve tutumluluğun dolayısıyla da performansın artırılması... temel ilke olacaktır"* denilmektedir (DPT, 2000: 237). Öte yandan hükümet düzeyinde husus incelenmektedir. Bilhassa 58. Hükümet’in *"Acil Eylem Planında"* kamu yönetiminde performans odaklı denetim sisteminin yürürlüğe sokulmuş olmasının önemi büyüktür. Yine tasarının ön gördüğü üzere 2003 senesinde başlanan kamu yönetiminde yeniden yapılanma çalışmaları kapsamında *Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı*’nda performans bazlı yönetim yaklaşımı benimsenmiştir. Tasarının 5/j maddesinde Kamu hizmetlerinin yöntem ve ilkeleri kararlaştırılarak, hizmetten faydalananların önceden haber alması sağlanmaktadır. *"Kamusal örgütlerin üst yöneticileri, hizmetlerin bu standartlarla uyum içinde gerçekleştirilmesinden ve hizmetten faydalananların gereksinimlerine uygunluğunu sağlamaktan sorumludur"* şeklinde performans tanımlanmaktadır (Başbakanlık, 2003:13).

Diğer taraftan 2003 yılında başbakanlık tarafından hazırlanan kamu yönetiminde yeniden yapılanma *"Değişimin Yönetimi İçin Yönetimin Değişimi"* isimli çalışmada Sayıştay’ın mevcut denetim yetkisinin yalnızca hukuka uygunluk

denetimi olduğu belirtilmektedir. Dnyadaki gelişmeler ve lke ekonomisinde verimliliği artırma hedefi çerçevesinde sadece kanuna uygunluk denetiminin yetersiz kaldığı vurgulanmakta ve performans denetimine geçilmesi ile birlikte kamu yönetiminde etkililik, yurttaş ve hizmet odaklı çalışma anlayışı ve hedefe dönük faaliyet gösterme uygulamasının yaygınlaştırılacağı ifade edilmektedir. Bu kapsamda özellikle kuruluşların veri tabanlarının performans göstergelerini ölçecek şekilde geliştirileceği, kuruluşların hazırlayacakları stratejik planlar ve bu planları hayata geçirme hedefi ile şekillendirilen bütçe sürecinin Sayıştay tarafından yapılacak performans denetiminin temelini oluşturacağı belirtilmektedir (Eren ve Durna, 2007:130). Kamu kurumlarında "iç denetim" güçlendirilecek ve stratejik planlarda ortaya konan hedeflerin ve performans göstergelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi sağlanacaktır (Başbakanlık, 2003a: 132)

Stratejik planlama ve performans yönetimi konusundaki çalışmalar, DPT'nin 2003 yılında hazırladığı "Kamu Kuruluşları İçin Stratejik Planlama Kılavuzu"nda yer almış ve kılavuzun gerek merkezi yönetim gerekse yerel yönetim kapsamına giren kuruluşların stratejik plan hazırlıklarında kullanılması önerilmiştir. Aynı yıl TBMM'nin çıkardığı 5018 sayılı *Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu* da somut bir gelişme ortaya koymuştur. Söz konusu kanunun stratejik planlama ve performans esaslı bütçeleme başlıklı 9. maddesiyle kamu idarelerinin geleceğe ilişkin misyon ve vizyon oluşturma, stratejik amaçlar ve ölçülebilir hedefler saptama, performanslarını önceden belirlenmiş olan göstergeler doğrultusunda ölçme görevi vermektedir. Ayrıca, kamu hizmetlerinin istenilen düzeyde ve kalitede sunulabilmesi için bütçeleri ile program ve proje bazında kaynak tahsislerini; stratejik planlarına, yıllık amaç ve hedefleri ile performans göstergelerine dayandırma zorunluluğu getirilmiştir. Böylece performans yönetim sistemine uygun bir yapı oluşturma yolunda önemli adımlar atılmaya başlanmıştır (Eren ve Durna, 2007: 131).

Sağlık hizmetlerinde kullanılacak performans sisteminin çok boyutlu olması gerekmektedir. Kurumsal yapılarının karmaşıklığı, çok çeşitli branşlarda ve unvanlarda çalışanın varlığı, çok fazla teşhis ve tedavi işlemlerinin bir arada yürütölme zorunlulukları ile hizmet alanların memnuniyetini birlikte

değerlendirebilmesi beklenmektedir (Aydın ve Demir, 2006:5).

Birçok değerlendirme sistemindeki verimlilik, kar elde etme veya maliyet düşürme gibi kriterlerin yetersiz kaldığı sağlık sisteminin hedeflerine uygun yeni kriterlerin belirlenmesi geliştirilmesi gerekmektedir. Bu çalışma sırasında göstergelerin uygun, kapsayıcı, sınırlandırılmış bir nitelik taşıması; tutarlı, güvenilir ve geçerli olması dikkat edilmesi gereken hususlar arasındadır (Aydın ve Demir, 2006:6).

2.8.1. Memnuniyet Ölçümü

Hastanelerin rekabet güçlerini geliştirmede tüketicilerin zihninde olumlu algılar geliştirmeleri önemli etkiye sahiptir. Yapılan araştırma sonuçları göstermektedir ki tüketici tercihinde hastanelerin gelişmişlik düzeyleri, sundukları hizmetin kalitesi, hastaneye duyulan güven ve hizmetlerden memnun kalma önemli etkiye sahiptir. Bu nedenle hizmet sunumunda stratejilerini müşteri memnuniyeti, yüksek kalitede hizmet sunumu ve tüketicilerle karşılıklı güven üzerine geliştiren hastanelerin rakiplerine göre daha fazla tercih edileceği söylenebilir. Bu çerçevede sağlık sektöründe önemi giderek daha da artan hasta memnuniyeti konusu, hizmetin değerlendirilmesinde önemli bir yer tutmaktadır (Işık, 2011:216).

Serbest piyasada verilen hizmetlerin en önemli amaçlarından birisi müşteri memnuniyetidir. Sağlık hizmetlerinde bu kavram verilen sağlık hizmetinin sonucunda hastada meydana gelen memnuniyet göstergesidir. Sağlık hizmetlerinde uygulanacak performans sisteminde hasta memnuniyeti nihai çıktı ile ölçülen ve hizmetten yaralananların klinik verilerden ya da ortamdaki ne ölçüde mutlu olduğunun ölçülmesine dayanmaktadır. Performansı değerlendirme kriterleri belirlenirken hasta memnuniyeti mutlaka dikkate alınmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2007). Bu kapsamda bakanlığa bağlı hastanelerde memnuniyet ölçümü her ay düzenli bir şekilde yapılmakta, ancak sonuçlar dört aylık dönemler halinde değerlendirilmektedir. Veriler yatan ve ayaktan hastalara yönelik olarak geliştirilen iki anket seti kullanılarak toplanmaktadır

2.8.2. Verimlilik Göstergeleri (Sağlık Çıktıları)

Sağlık hizmetlerindeki sağlık çıktısı nicel ve nitel olarak sağlık halinin yükselmesi anlamına gelmektedir. Çıktı kalitesi oranında performans belirlenerek bunun karşılığı olan ücreti ödemek en uygun yöntemlerden birisidir. Ancak sağlık çıktılarının kalitesini ve hasta memnuniyetini ölçmek o kadar kolay bir şey olmadığı da bir gerçektir. Fakat çıktı tekniğinde iki esas sorunla karşılaşmaktadır. İlki, “sağlık çıktıları” hastaların tutumları ve kaldıkları yerler gibi sağlık sisteminin denetim ve kontrol alanının dışına çıkan çeşitli unsurlardan etkilenmektedir. Çıktının baz alındığı performans ölçüm sistemlerinde bu unsurların titizlikle ayrıştırılması gerekmektedir. Sağlık sisteminin denetim alanının dışında kalan unsurlar için gerekli istatistiksel düzenleme gerçekleşmezse, sağlık çıktıları baz alınarak ödeme yapılması ile kötü şartlarda yaşayan ve uyum sıkıntıları çeken hastalarla ilgilenenler olumsuz etkilenecektir. (Sağlık Bakanlığı, 2007).

Hizmet düzeyi değerlendirilecek tüm hekimler, aynı kuruluştaki görev yapıyorsa bütüncül bir değerlendirme gerçekleştirilerek kuruluş ödüllendirilir, fakat bireysel anlamda personeli ödüllendirmek mümkün olmamaktadır. Çıktının baz alındığı performans ölçümünün kuramsal altyapısı noktasında değişik görüşler bulunmaktadır, aynı zamanda ölçümün etkin çalıştığı noktasında anlaşmazlıklar bulunmaktadır. Performansa dayalı ödüllendirmenin gerçekleşmesi çıktı analizinin etkili bir metodu ile ortaya konulmalıdır.

2.8.3. Hizmet Sunum Sürecinin Ödüllendirilmesi (Süreç Ölçümü)

Hizmet sunum sürecinin kıstas olarak değerlendirilmesinde belirli normlar ve delil bazlı teşhis ve müdahale rehberleri baz alınarak işlem gerçekleştirmek gibi hizmet sunarken sürecin değerlendirilmesi, kontrol edilmesi amaçlanmaktadır. Performans bazlı ödeme kullanımı en kolay olan yöntem sağlık bakım hizmetinin sunulması baz alınarak klinik uygulamaların ödüllendirilmesidir. Fakat önemsenmesi gereken nokta belli bir sağlık çıktısının belli bir hastaya bağlı belli bir operasyona bağlı olmamasının mümkün olabileceğidir. Bu nedenle tüm dış faktörlerin eşitliği şartıyla, sadece tamamıyla bir sağlık bakım hizmeti sürecinin iyi nitelikte çıktı ortaya koyabileceği düşünülmektedir. Ancak, bunun

gerçeğe uygunluğuna dair güçlü deliller bulunmamaktadır. Dış faktörlerin eşitliği durumu sağlandığı takdirde bile olguların ortaya çıkardığı etkiler değişkenlik göstermektedir. Sürece dayalı performans ölçümlerinin birçok sorunu da beraberinde getirdiği gözlemlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007).

2.8.4. Hizmet Kalite Standartları

Hizmet sunumu açısından farklılık gösteren hastanelerdeki hizmetlerin iyileştirilmesini amaçlayan hizmet kalite standartları çerçevesinde hastanelerde sunulan hizmet süreçleri ile hastaneyi fiziki ve teknik açıdan sorgulamayı içeren 383 standart belirlenmiştir. Bu standartlar hastanın hastaneye başvurmasından itibaren taburcu olana kadarki tüm süreçleri içeren bir sorgulamayı öngörmektedir. Hizmet kalite standartları; kurumsal hizmet yönetimi, sağlık hizmeti yönetimi, destek hizmet yönetimi, indikatör yönetimi ve hasta ve çalışan güvenliği olmak üzere beş boyut üzerine kurgulanmıştır (Tengilimoğlu vd., 2015:424).

Etkili klinik uygulama kılavuzlarından öte sağlık hizmetlerinin arz edilmesinde faaliyet gösteren teknolojik alt yapı ve insan kaynakları gibi girdilerin niteliğinin değerlendirmesini baz alan bir performans ölçüm sistemi de tartışılmaktadır. Bu yöntem, ABD’de 160 büyük sağlık hizmeti ödeyici kuruluşun meydana getirdiği grup (LeapFrogGroup) yoluyla ortaya konmuştur. Grubun üyesi olan örgütler hastanelere ücret öderken hekim işlemlerinin sanal ortamda gerçekleşmesi, yoğun bakımda çalışan sağlık elemanı ile hekim sayısı ve hastaneye kanıta dayalı sevk yapılması gibi kalite artırıcı süreçlere bakmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007).

2.9. Türkiye Sağlık Bakanlığında Performansa Dayalı Ödeme Sistemi

Sağlık bakanlığı bünyesinde bulunan kuruluşlar eskiye nazaran rekabet düzeyinin arttığı bir atmosferde bulunmaktadırlar. Bu kuruluşlar, ihtiyaçları temin etmek, etkin rekabete dahil olabilmek, değişim gerçekleştirebilmek, giderleri azaltmak ve etkinliği arttırmak maksadıyla performans değerlendirmesi ve kalite uygulamalarına başlamıştır.

2.9.1. Tarihçesi ve Kapsamı

1961’de kabul edilen 209 sayılı *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun*’un döner sermaye sistemi yoluyla karşılanan ek ödeme uygulamasının kökeni şeklinde değerlendirilmektedir. İlgili kanunda döner sermayeyle ilgili “...personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirleri...”ifadesi kullanılarak, sağlık çalışanlarının ortaya koyduğu performans neticesinde kararlaştırılan bir miktar olduğunu belirtmektedir. Döner sermaye yoluyla çalışanlara yapılacak ek ödemenin detayları yönetmelikte bulunmaktadır.

Ek ödeme miktarının tespitinde performans düzeyinin ehemmiyeti büyüktür. Yönetmeliğin değişik maddelerinde bulunan çeşitli farklı tespit etme durumu için mesai içi net performans puanı, kurumsal performans katsayısı, birim performans katsayısı, il performans puan ortalaması gibi ögeler yer almaktadır. Değişik koşullarda faaliyet gösterenlerin durumlarını ücret noktasında da ayırmak için çeşitli yöntemler ortaya konmuş ve yöntemlerde bulunan ögelerin oranları da vardiyalı çalışma, acil servis hizmeti sunma, yanık ünitesinde çalışma gibi unsurlarla orantılanmıştır. Yönetmelik baz alınarak ortaya konulan *Girişimsel İşlemler Yönergesin*’in *Sağlık Kurumları Girişimsel İşlem Puan Listesi*’ ismini taşıyan ve 01.12.2010 tarihinden beri geçerlilik kazanan listeye göre, net performans puanının tespit edilmesi maksadıyla doktorların gerçekleştirdiği bütün girişimsel işlemler belirli işlem puanları karşılığında sıralanmakta ve bu da ücretle ilişkilendirilmektedir(Eraslan ve Tozlu, 2012).

Sağlık Bakanlığının geliştirdiği performans değerlendirme sistemi ve performansla bağlı ek ödeme uygulamasında çalışanların kişisel performanslarının sayısal olarak belirlenmesi, kurumların bir birleri ile karşılaştırılmaları ya da performansın ücret olarak ödüllendirilmesi hizmet veren kurumun amaçlarını ne ölçüde gerçekleştirdiğiyle yakından ilgilidir. Bu nedenle ilk olarak kuruluşun hizmetlerinin kaydedilerek belgelenmesi, satın alma işlemlerinde etkinlik ve tasarruf gözetilmesi, rasyonel bir tutum benimsenmesi gerekmektedir. Bununla beraber “*kurumsal performans*” ifadesi ile Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği amaçlara ulaşılma durumu da netice üzerinde etkisi olan bir unsurdur. Bütüncül olarak değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığı’nın kurumsal performans ölçümü,

performansa dayalı ek ödeme uygulaması ve kalite geliştirme uygulaması ile beraber performans yönetim sisteminin esasını meydana getirmektedir (Selvi,2012:47).

Sağlıkta Dönüşüm Programı yoluyla kamusal sağlık hizmetlerinde verimlilik elde etme maksadıyla oluşturulan Sağlık Bakanlığı'nda performansa dayalı ücret uygulaması 2003 senesinde pilot uygulama şeklinde 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde başlatılmıştır. Bu illerdeki ürünler ve değerlendirmeler önemsenerek uygulamanın geliştirilmesi sağlanmış ve 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı bünyesine dahil olan tüm kuruluşlarda uygulama başlatılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2009). Sosyal Sigortalar Kurumu hastanelerinin de Sağlık Bakanlığı'na devrinin gerçekleşmesinin ardından performans ücret uygulamasının Türkiye'deki sağlık kurumlarının tamamında uygulandığı belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2007).

İlk uygulamaların başladığı tarihlerden önce, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları için değişik yönergeler söz konusuken, 12 Mayıs 2006 gün ve 26166 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan yönetmelik ile tüm sağlık kuruluşları için bir yönetmelik geçerli hâle gelmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yeni düzenlemesiyle birlikte Türkiye'de performans ölçümü ve bu yolla iş görenlerin ücretle ödüllendirilmesine olanak sağlayan bir taslak ortaya konmuştur.

2.9.2. Mevzuatsal Alt Yapısı ve Uygulanması

Sağlık hizmetlerinin daha iyi hâle getirilmesi, nitelikli ve etkin hizmetin arz edilmesi ve kuruluşların performansının hesaplanmasını baz alan hesaplanabilir ve kıyaslanabilir performans, nitelik ve öteki kıstasların kararlaştırılması, toplumun düşüncelerinin değerlendirilmesi yoluyla örgütsel performans katsayısının belirlenmesine ve hizmet arzı noktasında belgelendirilmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı ilk olarak 2006 yılında *Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi ile Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliği*'ni yürürlüğe koymuştur.

Yönetmelik kapsamındaki organizasyonların hizmet sunumuyla elde ettiği gelirlerin tamamı döner sermayeye transfer edilmektedir. Organizasyonların o dönemde elde ettiği gayrisafi hasıllardan evvela Hazine payı, (Değişik ibare: RG-

8/2/2012-28198)(3) 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi sebebiyle ayrılacak miktar ve Bakanlık merkez payının ayrılmasının ardından arta kalan miktarın kurumlar için %50'si, kuruluşlar için %35'i, 2/9/1961 tarihli ve 10896 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki 209 sayılı Kanun Gereğince İşletme, İdare ve Muhasebe İşlerine Dair Yönetmelik* hükümleri gereğince organizasyonların gereksinimlerinin temin edilmesi ve zamanı gelen borçların karşılanması için tahsis edilir. Geriye kalan miktar çalışanlara ek ödeme şeklinde verilebilir. Çalışan faal hâlde organizasyona katkı sağlıyorsa ek gelir elde edebilir.

Sağlık Bakanlığının Döner Sermaye gelirlerinin büyük bir kısmını oluşturan Sosyal Güvenlik Kurumu ödemeleri Bütçe Uygulama Talimatı(BUT)'na göre; 2005 tarihinden itibaren *Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması* ICD-10'da belirtilen 'Hastalık Sınıf Adı ile Hastalık Kodu'nun faturalarda gösterilmesi zaruriyeti ortaya çıkmıştır. *Sağlık Kurumları Girişimsel İşlemler Puan Listesi'nin* esası bu kodlardan meydana gelmektedir. Hastanelerde gerçekleştirilen faaliyetler için Sosyal Güvenlik Kurumu yoluyla hastaneye transfer edilen bedeller mevcut tarihin ardından listede bulunan kodlar yoluyla transfer edilmiştir. Bu tarihten 25 Mart 2010 tarihine kadar Sosyal Güvenlik Kurumu yoluyla temin edilen sağlık yardımları BUT yoluyla temin edilmiştir. 25 Mart 2010 tarihinde ise aynı hedef için 27532 mükerrer sayılı resmi gazetede sağlık kurumlarına ödeme yapılabilmesi için yeni bir bütçe talimatı yayınlanmıştır. Bu talimata Sağlık Uygulama Tebliği(SUT) olarak isimlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin ödemesi hala SUT yoluyla yapılmaktadır. Sağlık örgütlerinde sunulan hizmetlerin SGK'da kararlaştırılmış bir bedeli bulunmaktadır. Sunulan hizmet ile bedel arasında performans dayalı bir paralellik bulunmaktadır. Öte yandan birtakım girişimsel faaliyetler için ücret belirlenmezken ücrete tabi olmayan bazı faaliyetler performans ölçmede kullanılabilir (Aydın ve Demir, 2006:33) .

Döner sermaye ek ödemeleri doktor dahil çalışanların performansı baz alınarak yapılmaktadır. Gelişmelerle birlikte doktorlar dahil tüm çalışanlara

performans ve faaliyette bulunulan iş günü dikkate alınmaksızın sabit ödeme yapılması kararlaştırılmıştır (Döner Sermaye Sabit Ödeme Uygulaması, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2010). Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı yoluyla hekimlere sağlanacak ‘Sabit Ek Ödemeye’ ilişkin (2010/53) sayılı genelge yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu genelgeye göre 209 sayılı döner sermaye kanununun ek 3. maddesinde sayılan tabipler ve dış tabiplerine katkılarına bağlı olmaksızın her ayın 15’inde ve döner sermaye kaynaklarından peşin olarak Döner Sermaye Sabit Ödemesi (DSSÖ) yapılmaktadır (Döner Sermaye Sabit Ödeme Uygulaması, 2010). Örneğin, bir hizmet hastanesinde çalışan uzman hekimin yaklaşık aylık kazancı maaş + döner sermaye sabit ödemesi + ek ödeme + mesai dışı + nöbet ücretlerinden oluşur (Kaptanoğlu, 2011).

2.9.3. Bileşenleri

Performansa dayalı ek ödeme Sağlık Bakanlığının bünyesinde bulunan bütün sağlık kuruluşlarında yürürlükte olan, bakanlık tarafından kararlaştırılan hizmet arzı koşulları ve kıstasları önemsenmek kaydıyla iş yapan çalışanların;

- Kadro ünvanı,
- Kurumdaki görevi,
- Çalışma ortamı ve çalışma süresi,
- Verilen hizmete olan katkısı,
- Bireysel başarısı,
- Özel sektörde çalışması,
- Hastanede yapılan muayene sayısı,
- Ameliyat grubu, anestezi şekli ve sayısı,
- Nitelik belirten tehlikeli dallarda çalışma gibi.

Performansa dayalı ödeme sistemi bu vb. kriterlerin birlikte

değerlendirildiği, sağlık kurumlarının verimliğinin artırılmasını sağlayan, çalışanın teşvik ve motive edilmesinin amaçlandığı bir sistemdir (Aydın ve Demir, 2006:3).

2.9.4. Performans Göstergeleri

Performansa dayalı ödeme sistemin temel faktörlerinden bir tanesi sağlık kuruluşlarında gerçekleşmekte olan yaklaşık 6000 tıbbi işlemin bağıl değerlerinin hesaplanarak puan verilmesidir. Bu işlemler doktorların fiziksel ve psikolojik bireysel katkılarıyla sonuçlanıp puan verilmiştir. Doktorun yükümlülüğünde bulursa dahi aygıt ve sağlık çalışanlarının gerçekleştirdiği işlemlere puan verilmemiştir. Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanının hesaplanmasında ekli “Girişimsel işlemler Listesi” esas alınır (Sağlık Bakanlığı, (2009).

Tablo2.1: Örnek Girişimsel İşlemler ve Puanları

KODU	İŞLEM ADI	PUANI
520.020	Acil poliklinik muayenesi	21
520.030	Normal poliklinik muayenesi	21
520.031	Sevki yapılan muayene	5
520.032	İcapçı nöbetinde yapılan muayene	30
530.530	Yanık pansumanı, büyük %40'dan büyük	45
530.540	Yanık pansumanı, küçük %10'dan küçük bir alanda	8
550.130	Anestezi A1 grubu (Özellikli ameliyatlara ve girişimler)	1200
550.140	Anestezi A2 grubu (Özellikli ameliyatlara ve girişimler)	750
550.150	Anestezi A3 grubu (Özellikli ameliyatlara ve girişimler)	450
606.820	By-passgreft, venile,karotid	900
618.610	Böbrek transplantasyonu	3500
619.910	Müdahaleli doğum (Primipar)	350
619.930	Sezaryen	150
704.972	Haploidentik nakil, allojenik (Kemik iliği nakli)	6500

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Girişimsel İşlemler Yönergesi

Sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilen faaliyetlerin düzenli kaydının yapılması, kuruluşlara yollanan faturaların eksiksiz düzenlenmesini gerçekleştirme maksadıyla, hizmetlerin kararlaştırılan prensiplerle uyumu ve işlemlerin kalite ve sayısal veri anlamında kontrol edilmesini sağlamak için oluşturulan inceleme heyetlerinin faaliyetleriyle her kuruluşta otokontrol sistemi başlatılmıştır. Performans ölçülmesi sırasında belirlenen negatif tutumlar cezaya tabi tutulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2007:48).

2.9.5. Sistemin İşleyişi

Bu bölüm *Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik*² hükümlerince hazırlanmıştır.

Tabip Muayene ve Girişimsel İşlemler Puanı; O dönem içerisinde aktif çalışan ve girişimsel faaliyetlerde bulunan uzman doktor, uzman diş hekimi, hekim ve diş hekimlerinin her biri için hem mesai içerisinde hem de dışında ölçülen tetkik ve girişimsel işlemler karşılığında kazanılacak puanların toplamını ifade etmektedir.

Sağlık Tesisi Puan Ortalaması; Doktorlar için tek tek ölçülen, mesai içi doktor tetkik ve girişimsel faaliyetlerden elde edilen puanların tümünün, doktor tetkik ve girişimsel faaliyetler puanı ölçülen doktorların mesai içi faal şekilde iş yapılan gün katsayılarının tümüne bölünmesi ile ortaya çıkan puanları ifade etmektedir.

Aktif Çalışılan Gün Katsayısı; Belirli zaman aralığı içerisindeki total gün sayısından iş yapılmayan gün sayısının eksilmesi yoluyla neticelendirilen iş yapılan gün miktarının zaman aralığı içerisindeki total gün sayısına bölünmesi yoluyla elde edilen katsayıyı ifade etmektedir.

Net Performans Puanı; İkinci basamak sağlık tesislerinde faaliyet yürüten doktor tetkik ve girişimsel faaliyetler puanına sahip olan uzman doktor, doktor, uzman diş hekimi ve diş hekimleri: Net performans puanı = (Doktor tetkik ve girişimsel faaliyetler puanı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı). göre hesaplanan puanı,

Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı; Personellerden ikinci basamak sağlık kuruluşlarında faaliyet yürütenler için Ek ödeme yönetmeliğinin ekindeki Ek-2 sayılı listede kararlaştırılan katsayıyı ifade etmektedir.

² 30 Eylül 2016 tarihli Resmî Gazete, Sayı:29843

Tablo 2.2: Hizmet Alanı-Kadro Unvan Katsayısı

Hizmet-Alanları, Kadrolar ve Unvanlar	Katsayı
Klinisyenler (Uzman tabip)	2,50
Yan dal uzmanı	3,00
Uzman dış tabipleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri ile dış hastaneleri dışında kalan sağlık tesislerinde çalışan dış tabipleri	1,30
Tabip, dış tabipleri	1,10
Biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan uzman tabipler ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları	2,50

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik

Tavan ek ödeme tutarı; Ek ödeme matrahının Sağlık Bakanlığı Ek Ödeme Yönetmeliğinin ekindeki Ek-1 sayılı listede yer alan katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutardır.

Tablo 2.3: Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayılar

Hizmet-Alanları, Kadrolar ve Unvanlar	Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayılar
Eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler	8
Uzman tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabipleri	7
Pratisyen tabip ve dış tabipleri	5
Eczacılar	2,5
Ameliyathane, anjiyo üniteleri, yoğun bakım, (Ek ibare:RG-9/8/2015-29440)**palyatif bakım merkezleri,doğumhane, yenidoğan, süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis-poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ve kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel	2
Bunların dışında kalan diğer personel	1,5

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik

Dönem Ek Ödeme Katsayısı; Kuruluşlarda Ek ödeme yönetmeliğinin 8 inci maddesi baz alınarak belirlenen dağıtımı yapılacak döner sermaye miktarının,

kuruluşun total puan miktarına bölünmesi neticesinde ortaya çıkan katsayı,

Ödenecek Net Ek Ödeme Tutarı; Çalışanların performans puanının dönem ek ödeme katsayısı çarpımı neticesinde brüt ek ödeme tutarına ulaşılır. Tavan ek ödeme tutarını geçmeyecek miktarda kararlaştırılan brüt ek ödeme tutarı varsa birim performans katsayısı ile çarpılır ve bu tutardan gelir vergisi ve damga vergisi düşülerek ödenecek net ek ödeme tutarı bulunur.

Bu yolla klinikte çalışan doktorların direkt olarak, laboratuvarında çalışan doktorların, yöneticilerin ve diğer çalışanların performansı da dolaylı yoldan tespit edilmektedir. Ek olarak sistemin barındırdığı türlü caydırıcı ve ödüllendirici faktörler yoluyla, net performans puanı yükselmekte ya da düşmektedir.

Dağıtılabilecek Döner Sermaye Tutarının Belirlenmesi; Döner sermaye komisyonu, dağıtılacak tutarı (karar alınan tutar), sağlık tesisinin o dönemde elde ettiği gayrisafı hasıllardan öncelikle Hazine payı, 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununun 18 inci maddesinin birinci fıkrasının (k) bendi gereğince ayrılacak pay ile Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan miktarın 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında belirlenen oranın sağlık tesisi kalite katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktarı geçmeyecek şekilde belirler.

2.10. Performans ve Hizmet Kalite/Standart İlişkisi

Performans değerlendirme yöntemleri hizmet sunucuların daha kaliteli ve verimli hizmet sunmalarını teşvik edecek bir ücretlendirme biçimini sunmalıdır. Ancak sağlık hizmetleri diğer mal ve hizmetler gibi nitelikleri kolayca belirlenebilen bir hizmet değildir. Hizmet veren kurumundaki bilhassa doktorların bilgi birikimi, kabiliyet ve bakış açıları hizmetin tarzını belirlediği için hizmet standartlarını belirlemek oldukça güçleşmektedir. Yani sunulan hizmetleri nitelik, uygunluk noktalarında değerlendirmek güçleşmektedir (Aydın ve Demir, 2006:5).

Bakanlıkça, sağlık kuruluşlarında personel ve hasta güvenliği devamlılık, verimlilik, etkililik, etkinlik ve zamanlılık amaçlarına ulaşılması maksadıyla Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ³ adı altında yönetmelikle geliştirilen

³ <http://kalite.saglik.gov.tr/TR,12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html>

standartların tamamını uygulamaya koymuştur.

Bakanlıkça yetkilendirilen ve değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla sağlık örgütlerinde ortaya konan kalite standartlarının dikkate alınıp alınmadığını ve gerçekleşme düzeyini bulmak amacıyla yerinde değerlendirme yapılmaktadır.

Sağlık rgtlerinde yerinde gerçekleşen değerlendirme sonucunda kalite standartlarının uygulanma seviyesini ortaya koyan 0-100 arasında bir değer bulunur. Sağlık örgütlerinin mevzu bahis senede aldıkları puanlar bir sonraki senenin sonuna kadar geçerliliğini korumaktadır.



Tablo 2.4: Örnek Hizmet Kalite Standartları

Kodu	Standart	Puan
Hasta Deneyimi		
HHD07	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir	10
HHD04	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	50
HHD05	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	30
Hizmete Erişim		
HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	30
HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	10
Yaşam Sonu Hizmetler		
HYS01	Yaşam sonu hizmetler kapsamında cenaze ve yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.	30
HYS06	Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalıdır.	10
Sağlıklı Çalışma Yaşamı		
HŞÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	30
HŞÇ11	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
Sağlık Hizmetleri Bölümü/ Hasta Bakımı		
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.	10
SHB05	Hasta/Hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	30
Acil Servis		
SAS06	Triyaj uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SAS10	Teşhis ve tedavi sürecinde, hasta ve hastaya ait materyal/numunenin transferi, hastane personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.	10
Biyokimya Laboratuvarı		
SBL11	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30

Kaynak: Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

2.10.1. Sağlık Tesisi Kalite Katsayısı

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanacak yönerge ile belirlenecek usul ve esaslara göre hesaplanan ve sağlık tesislerinde dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan (0) ilâ (1) arasında değişen katsayıdır.

2.10.2. Birim Performans Katsayısı

Sağlık tesislerinde görev yapan personelin görev yaptığı birim için Kurum tarafından çıkarılacak yönerge ile belirlenen ve personele ödenecek ek ödemenin hesaplanmasında kullanılacak olan (0) ilâ (1) arasında değişen katsayıdır.

2.10.3. Performans ve Bilimsel Çalışma İlişkisi

Sağlık tesislerinde görev yapan personele Ek Ödeme Yönetmeliğinin ekindeki Ek-6 sayılı listede yer alan bilimsel çalışmaları Tıbbi Hizmetler Başkanlığı tarafından belirlenen şekilde belgelemesi halinde belgelemenin yapıldığı dönemi takip eden 6 ay süreyle verilen ve aynı listede yer alan bilimsel çalışmalara karşılık gelen Bilimsel çalışma destek puanı verilmektedir.

2.11. Sağlık Bakanlığında Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Uygulanması İle Alınan Sonuçlar

Sağlık Bakanlığının kamuda performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hedeflediği amaçlar ve bu amaçların ne ölçüde gerçekleştirildiğine ilişkin sağlık istatistikleri ile bakanlık yayınları aşağıda özetlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007,2009);

Tablo2.5: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri

	2002	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Toplam Hekime Müracaat Sayısı (Milyon)	134	327	336	366	387	410	424	445
Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı	3,2	7,3	7,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4
Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Oranı	22,0	1,0	0,4	0,7	2,1	3,0	0,3	0,3
Yatan Hasta Sayısı (Milyon)	4.1	5.9	6.3	6.7	6.9	7,0	7,3	7,4
Toplam Ameliyat Sayıları (Milyon)	1.1	1.8	2	2.2	2.3	2,4	2,4	2,3
Hastanelerde Yatak Dolum Oranı	60,6	65,0	64,3	66,4	66,4	69,3	71,7	71,7
Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü	5,7	4,6	4,4	4,3	4,3	4,4	4,3	4,3
Hastanelerde Yatak Devir Hızı	37,5	51,4	52,9	55,9	56,3	57,9	59,8	60,5
Hastanelerde Yatılan Gün Sayısı (Milyon)	23.8	27.4	28	29.4	29.7	30	32	32
Yıllara Göre Toplam Hekim Sayıları (Bin)	57	67	72	73	74	75	77	82

Kaynak: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>

Tablo 2.5.'de görüldüğü gibi performans sisteminin çalışanların verimini artırarak yükselen sağlık hizmeti talebine cevap verilmesinde en mühim araç olduğu ve sağlık hizmetlerine ulaşma yolundaki engellemeler ve adaletsizlikleri azalttığı ifade edilmektedir.

Bakanlığın ortaya koyduğu veriler incelendiğinde, bu durumlarla beraber sağlık hizmeti talebinde büyük bir artış meydana gelmiştir. Önceki seneye göre talep miktarında 2002 ve 2003 senelerinde % 2-4 oranında bir yükselme söz konusuysen, 2004 senesinde % 32 oranında bir yükselme meydana gelmiştir.

2005 senesinde % 81 oranında bir artış meydana gelmiş, 2006 sonrasında denge durumu ortaya çıkmıştır.

Bakanlığın yayınladığı sağlık istatistik verileri baz alındığında performans uygulamasından evvel 2003 senesinde yatan hasta oranında evvelki seneye göre % 3'lük bir yükselme meydana gelmişken, 2004 senesinde bu oran % 22 olmuştur. 2004 senesinde yatak kullanım kapasitesinde % 5,6 miktarında bir yükselme meydana gelmesine karşın, hasta sayısında meydana gelen 6 katlık artışın neticesinde, bu durum hastanelerin daha tasarruflu kullanılması yoluyla tolere edilmiştir. 2005 ve 2006 senelerinde istatistiksel manada kayda değer bir fark ortaya çıkmamıştır. 2004 senesinde ortalama kalış gün sayısı düşerken yatak işgal oranı ve yatak devir hızı artmıştır. 2005 ve 2006 senelerinde yatak devir hızlarında kayda değer bir değişiklik meydana gelmemiştir.

Kişisel performansın teşvik edilmesi ve değerlendirilmesi neticesinde hizmet talep eden bireylerin buldukları yerlerde tedavi edilme oranı artmıştır. Bilhassa ilçe devlet hastanelerinden il devlet hastanelerine sevk edilme oranı azalmaktadır.

Kurumsal performans uygulamasında kıstas olarak polikliniklerin oda sayısının baz alınması ve sistemde her doktorun gerçekleştirdiği işlemlerden dolayı kişisel değerlendirilmesi neticesinde sağlık tesislerinde yeni poliklinik odalarının açılması önerilmektedir. Bu durumun neticesinde aynı dalda ve zamanda poliklinik yapan doktor sayısında ciddi bir artış gerçekleşmiştir. 2003 senesinde hastanelerde 6.700 olarak hesaplanan poliklinik oda sayısı, 2006 senesinde %246 oranında artmış 16.500 rakamına çıkmıştır. Hasta sayısındaki artışa rağmen, hastaya ayrılan zaman bu yöntemle azalmamıştır.

Hastanelerde çalışma saatlerinin etkin kullanımı laboratuvar, ameliyathane ve görüntüleme hizmetlerinin sunumunun daha uzun zaman dilimlerine yayılması sağlanmıştır.

Ameliyathanelerin daha etkili kullanımı sağlanmıştır. Ameliyat olmak için beklenmesi gereken süreler azalmıştır. Görüntüleme ve patoloji laboratuvarlarındaki bekleme süreleri azalmıştır.

Tüm hastane personellerinin kuruluşun paydaşları olarak görülmesi yaklaşımının benimsenmesi, faaliyetleri sorgulaması, niteliği arttırmaya yönelik faaliyetlerin uygulanması noktasında rol oynamaları sağlanmıştır.

Örgütsel performans kapsamında faaliyet yürüten hasta memnuniyeti çalışmaları ortaya çıkmıştır. Memnuniyet anketleri 2007 senesi içerisinde 21 yerde pilot uygulama şeklinde başlamıştır.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin teşvik unsuru personele yapılan aylık ek ödeme ücretleridir. Sistemde bulunan çeşitli sayıda ve değişken ağırlıklardaki kurallar neticesinde çalışanların performansı bazında elde edeceği ek ödeme kararlaştırılmaktadır. Yasa gereği her düzeyde çalışanın elde edebileceği ek ödemeye bir limit konulmuştur. Bu limit, çalışanların maaş matrahının sistemde belirlenen tavan ek ödeme katsayısı oranında belirlenmektedir.

3. PERFORMANSA DAYALI EK ÜCRET ÖDEME SİSTEMİNİN KAMU SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK PERSONELİ ÜZERİNE ETKİLERİ: ZONGULDAK İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ BİR UYGULAMASI

Bu kısımda performansa dayalı ek ödeme sisteminin Zonguldak ili Kamu Hastaneleri çalışanlarınca nasıl algılandığı ve uygulandığına ilişkin istatistiksel bilgiler verilerek değerlendirmeler yapılacaktır.

3.1. Çalışmanın Metodolojisi

Çalışmanın metodolojisi kapsamında çalışmanın konusu, amacı, kısıtları, hipotezleri, yöntemi, kullanılan istatistikler, anketin hazırlanması ve uygulanmasına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1.1. Çalışmanın Konusu

Bu çalışmanın konusu Zonguldak Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı devlet hastanelerinde çalışan sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulamasının hizmeti sunanların üzerindeki bir farklılığa yol açıp açmadığı ile bu sisteme ilişkin tutum ve düşüncelerinin belirlenmesidir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin başarısı açısından özellikle uygulayıcıların sistemi benimsemesi önemli olup, bu bağlamda çalışmada uygulayıcıların sisteme dair düşünceleri ve aksayan yönlerini ortaya koymaktır.

3.1.2. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı durum tespiti yaparak sistemin uygulamadaki güçlüklerini tespit edip, bunlara çözüm önerileri sunmak, sistemin etkinliğini ve devamlılığına katkı sağlamaktır. Bu amaçla uygulayıcıların sisteme bakış açılarını ve sistemin kendisinden beklenen gelişmeyi sağlayıp sağlamadığını ortaya koymak için Zonguldak ilindeki kamu hastanelerinde sistemin içinde yer alan kişilere yönelik anket çalışması yapılmıştır. Türkiye’de taşra teşkilatlarının yapısının benzerliği nedeniyle Zonguldak ilinden elde edilen sonuçlar Türkiye geneline yönelik de ipuçları verecektir.

3.1.3. Çalışmanın Kapsamı

Çalışma kapsamında 2013 yılında Zonguldak ili Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı devlet hastanelerinde sistemi uygulayışı konumunda bulunan hekimler yer almaktadır. Bu bağlamda aynı hizmet alanlarında farklı branşlarda faaliyet gösteren 10 devlet hastanesinde çalışan 150 kişiye anket uygulanmıştır. Çalışmada yer alan kişiler Zonguldak ili itibariyle muhatabımız olduğuna düşündüğümüz kişilerin büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır.

Çalışmada uygulanan anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilerin araştırıldığı sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde katılımcılara sorulan 30 adet kapalı uçlu soru bulunmakta olup, bunlar performansa dayalı ek ödeme sisteminin temel özelliklerine ilişkin sorular, sistemin değerlendirilmesine yönelik sorular ve katılımcıların subjektif olarak yanıtlayacağı sorular şeklinde hazırlanmıştır. Üçüncü bölümde ise katılımcıların görüşlerini ifade etmelerine ilişkin alan bulunmaktadır.

Anket soruları kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, fikrim yok, katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum şeklinde beşli Likert Ölçeği kullanılarak derecelendirilmiştir.

3.1.4. Çalışmanın Kısıtları

Çalışma 2013 yılında Zonguldak ili kamu hastanelerine uygulanmış ve bu hastanelerde yer alan sistemin ana unsurunu oluşturan hekimlerin ve yine bu idarelerde konuyla ilgili memurların görüşlerine yer verilmiştir. Çalışmanın yapılması sırasında genellikle örneklemimizi oluşturan kişilerle iletişim kurulmuştur. Kendisine ulaşılmış ancak çalışmaya katılmak istemeyen kişiler de bulunmaktadır.

Anketin sadece Zonguldak ilinde yapılmasındaki gerekçe ise maddi gerekçenin yanı sıra zaman sıkıntısı ve bürokratik işlemlerdir. Ayrıca yüz yüze anket çalışmasının yapılmasının tercih edilmesi de Türkiye genelinde anketin yapılmasını zorlaştıran bir diğer sebeptir.

Anket kapsamında ise performans sistemini genel hatlarıyla açıklayan

sorulara yer verilmiş olup, detaylı bilgilere yönelik soru sorulmamıştır. Sisteme ilişkin sorular sorular çalışma kapsamında yer alanların makul bir sürede ve rahatlıkla yanıtlayabileceği türde sorulardır.

3.1.5. Çalışmada Kullanılan Yöntem ve İstatistikler

Anket çalışmasının uygulanabilmesi için öncelikle ilgili kamu idarelerinden izin istenmiş, bu izinleri takiben çalışmanın örneklemini oluşturacak kişiler kurumlarında ziyaret edilmiştir. Çalışma kapsamındaki bu kişilerin büyük bir kısmıyla yüz yüze anket gerçekleştirilmiştir. Çalışma yoğunluğu nedeniyle randevu alınamayan kişilere ise anket formları kurumları aracılığı ile ulaştırılmış ve doldurulan anket formları tekrar kurumlarının aracılığı ile tarafımızca teslim alınmıştır.

Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket tekniği kullanılmıştır. Anket, katılımcıların daha önce belirlenmiş bir sıralamada ve yapıda oluşturulan sorulara karşılık vermesiyle veri elde etme yöntemidir (Altunışık vd., 2007: 68). Anket verilerinin bilgisayar ortamında değerlendirilmesine geçmeden önce herhangi bir karışıklık çıkması durumunda bunun tespitini kolaylaştırmak için her bir anket numaralandırılmıştır. Bu işlem sonrasında anketteki sorulara yönelik verilen yanıtlar uygun kodlarla işlenerek bilgisayar ortamında dosyalanmıştır.

Anket ile toplanan verilerin değerlendirilmesi aşamasında ise Statistics Package for The Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılmıştır.

Bu kapsamda öncelikle soruların tutarlılığı ve güvenilirliğine yönelik güvenilirlik analizi yapılmış ve çıkan olumlu sonuç takibinde diğer analizlere geçilmiştir. Anket verilerinin değerlendirilmesinde kullanılan istatistikler ise frekans analizi, tek örneklem t-test, ve çapraz tablo analizidir.

3.2. Çalışmanın Hipotezleri

Çalışmada birçok hipoteze yer verilmiştir. Anket sorularının her biri bir hipotezi temsil etmekte ve her bir hipotez kendi başlığı altında ayrı ayrı incelenmektedir. Bu kapsamda detaylı açıklamalara anket bulgularının değerlendirildiği kısımda yer verilmektedir.

3.3. Anket Bulgularının Değerlendirilmesi

Ampirik çalışmanın ilk adımını anket sorularının güvenilir olup olmadığını ölçmek için güvenilirlik analizi oluşturmaktadır. Güvenirlik analizini katılımcıların demografik özellikleri ve sorulara verdikleri yanıtlara ilişkin frekans analizi takip etmektedir. Frekans analizinden sonra ise hipotezler tek örnek t testi ile test edilmektedir. Ayrıca katılımcıların anketin ikinci bölümündeki sorulara verdikleri yanıtlar ile demografik özellikleri arasında karşılıklı değerlendirmelerin yapıldığı çapraz tablo analizi yer almaktadır.

3.3.1. Güvenirlik Analizi

Güvenirlik analizi, herhangi bir konuda örnekleme oluşturan birimler üzerinden veri toplamak amacı ile geliştirilen ölçme aracını oluşturan ifadelerin (yargı, önerme, soru vb.) kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini test etmek amacı ile kullanılır (Ural ve Kılıç, 2006: 286).

Güvenirlik analizi için farklı yöntemler mevcut olup bu çalışmada bunların en yaygın kullanılanı olan Alpha (Cronbach) Testi uygulanmıştır. Güvenirlik analizi için ölçülecek konuya ilişkin ölçekteki soru sayısının 20'den ve denek sayısının 50'den büyük olması gerekmektedir (Kayış, 2010: 405). Bu bağlamda bu çalışmadaki soru sayısı 30 ve çalışma kapsamındaki kişi sayısı 145 olarak belirtilen sınırları geçmektedir.

Güvenirlik katsayısı 0 ile 1 aralığında yer almakta ve 1'e yaklaştıkça güvenilirlik artmakta 0'a yaklaştıkça azalmaktadır. Alfa katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibi yorumlanmaktadır (Kayış, 2010: 405):

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür.
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilir.
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Bu çalışmada Cronbach Alpha Katsayısı her bir hipotez için analiz edilerek Ek-2'de sunulmuştur.

3.3.2. Demografik Özellikler

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin dağılımı frekans analizi yardımıyla test edilmiştir. Demografik özelliklere ilişkin dağılımlar sırasıyla cinsiyet, eğitim, yaş, çalışılan kamu idaresi, görev ve tecrübe değişkenlerinden oluşmaktadır. Demografik özelliklere ilişkin analiz her bir değişkenin başlığı altında verilmektedir.

Yaşın ve meslekte çalışılan sürenin uzunluğu tecrübe ve uygulamaların kavranabilirliği açısından önemlidir. Ankete katılanların yaşlarının ne olduğu bu bağlamda önemli olup, Tablo 3.1’de bu kişilerin yaş düzeyleri yer almaktadır.

Tablo 3.1: Katılımcıların Yaş Durumu

Yaş	Frekans	Yüzde
20-30	8	5.6
21-40	83	57.6
41-50	37	25.7
51-60	13	9.0
61 ve üzeri	3	2.1
Toplam	144	100

Tablo 3.1 incelendiğinde, çalışma kapsamında bulunanların %57,6’sı 21-40 yaş aralığı ile büyük çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir.

Katılımcıların cinsiyet durumları Tablo 3.2’de verilmektedir.

Tablo3.2: Katılımcıların Cinsiyet Durumu

Cinsiyet	Frekans	Yüzde
Kadın	58	40.3
Erkek	86	59.7
Toplam	144	100

Tablo 3.1 incelendiğinde katılımcıların %40,3’ü kadın iken %59,7’sinin erkek olduğu gözlenmektedir. Katılımcıların yaklaşık beşte ikisi kadınlardan oluşurken, erkekler kadınların bir buçuk katını temsil etmektedir.

Katılımcıların ünvanlara göre dağılımı Tablo 3.3’te gösterilmiştir.

Tablo 3.3: Katılımcıların Ünvanı

Unvanlar	Frekans	Yüzde
Pratisyen	13	9.0
Uzman dr	96	66.7
Diğer	35	24.3
Toplam	144	100

Tablo 3.3'te görüleceği üzere anketimize katılan 144 personelin %66,7'si olan 96 kişi uzman doktorlardan oluşmaktadır.

Katılımcıların çalışma sürelerine dair bilgiler Tablo 3.4'te gösterilmiştir.

Tablo 3.4: Katılımcıların Çalışma Süreleri

Yıllar	Frekans	Yüzde
1-5 yıl	25	7.4
6-10 yıl	48	33.3
11-15 yıl	30	20.8
16-20 yıl	30	20.8
21 yıl ve üzeri	11	7.6
Toplam	144	100

Tablo3.4. de de görüldüğü üzere ankete katılan personelin çalışma süresi bakımından en yüksek olarak %33,3 ile 6-10 yıl arası oluşturmakta iken sırası ile %20,8'i 11-15 yıl ile 16-20 yıl arası, %17,4'ü 1-5 yıl arası, en düşük ise %7,6'sı 21 yıl ve üzeri çalışmış personeller den oluşmaktadır.

Katılımcıların uzmanlık alanları Tablo 3.5'te gösterilmiştir.

Tablo 3.5: Katılımcıların Uzmanlık Alanları

Uzmanlık Alanları	Frekans	Yüzde
Anestezi	6	4.2
Cerrahi	30	20.8
Dahili	55	38.2
Pratisyen	13	9.0
Diş Hekimi	29	20.1
Diğer	11	7.6
Toplam	144	100

Katılımcıların uzmanlık alanları %38,2'lik bir oranla en fazla dahili branşlarda olmak üzere sırasıyla %20,8'i cerrahi, %20,1'i diş hekimleri, %9'u pratisyen, %4,2'si anestezi ve % 7,6'sı diğer branşlardan oluşmaktadır.

Katılımcıların çalıştıkları kurumlara ait bilgiler Tablo 3.6.'da verilmiştir.

Tablo 3.6: Katılımcıların Kurumları

Kurumlar	Frekans	Yüzde
Alaplı Devlet Hastanesi	4	2.8
Atatürk Devlet Hastanesi	49	34
Çaycuma Devlet Hastanesi	19	13.2
Devrek Devlet Hastanesi	7	4.9
Ereğli Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	15	10.4
Ereğli Devlet Hastanesi	20	13.9
Uzun Mehmet Göğüs ve Meslek Hasta. Has.	15	10.4
Zonguldak Ağız Ve Diş Sağlığı Merkezi	15	10.4
Toplam	144	100

Katılımcıların üçte birini İlin en büyük hastanesi konumundaki Atatürk Devlet Hastanesi personelleri oluşturmakta olup diğer kurumlardan yatak sayılarının büyüklüğüne göre belirlenen hekim sayısı ile orantılı bir örneklem oluştuğu görülmektedir.

3.4. Hipotez Testleri

Hipotez testi önceden belirlenmiş bir ana kütle ortalamasının elde edilen örneklem kütle ortalaması ile karşılaştırılıp test edilmesidir. Hipotez testinin uygulanabilmesi açısından öncelikle sıfır hipotez ve alternatif hipotezin belirlenmesi gerekmektedir. Sıfır hipotez, test edilecek parametrik değeri (μ_0) ifade etmekte olup “*hipotezde belirtilen parametrik değer ile gerçekleşen değer arasında fark yoktur*” ilkesine dayanmaktadır. Alternatif hipotez ise sıfır hipotezin reddedildiği durumlarda kabul edilecek değeri ifade etmektedir (Ak, 2010: 65).

Bir hipotezin ancak iki sonucu olabilir. Buna göre ya sıfır hipotezi kabul edilir ya da kabul edilmez. Çalışmada ifade edilen hipotezler tek örnek t test ile test edilmektedir. Tek örnek t testiyle analizi yapacak kişi grup ortalamasına ilişkin belirlediği bir değer ile grup ortalamasını karşılaştırılarak belirli bir anlamlılık düzeyinde test eder. Bu bağlamda bu çalışmada test değeri 3 ve anlamlılık düzeyi %5'tir. Belirlenen test değeri ile katılımcıların verdikleri yanıtların ortalaması 0,05 anlamlılık düzeyinde test edilmektedir.

Katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamalarının belirlenen test değerine (3'e) eşit olup olmadığı diğer bir ifadeyle soru hakkında katılımcıların fikirlerinin

bulunup bulunmadığı tek örnek t test ile araştırılmaktadır. Elde edilen test sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu durumda sıfır hipotez reddedilerek alternatif hipotez kabul edilmekte ve katılımcıların soruya ilişkin görüşlerinin olumlu veya olumsuz yönde olduğuna ilişkin yorum yapılmaktadır. Ortalamanın 3'e eşit olması durumunda ise araştırma hipotezi reddedilerek sıfır hipotez kabul edilmekte ve katılımcıların söz konusu soru için fikirlerinin olmadığı kabul edilmektedir.

3.4.1. Eğitimi ve Bilimsel Araştırmaları İkinci Plana İtmesi

Sağlık tesislerinde görev yapan personele bilimsel çalışmalarını teşvik etmek amacıyla Tıbbi Hizmetler Başkanlığınca daha önceden belirlenen kriterlere uygun olarak tevsik edilmesi durumunda beyan edilen dönemden itibaren 6 ay süreyle tarafından belirlenen şekilde belgelemesi halinde belgelemenin yapıldığı dönemi takip eden 6 ay süreyle bilimsel çalışmalara karşılık gelen “Bilimsel çalışma destek puanı ”verilmektedir. Bu sayede performans sistemi ile bilimsel yayın ve eğitim çalışmaları desteklenmekte olduğu görülmektedir. Bu bağlamda “Performansa dayalı ek ödeme sistemi eğitimi ikinci plana itmektedir” ve “Performansa dayalı ek ödeme sistemi bilimsel araştırmaları ikinci plana itmektedir” şeklinde oluşturulan hipotezlere ilişkin katılımcıların verdikleri yanıtlar Tablo 3.7 ve Tablo 3.8’de gösterilmektedir.

Tablo 3.7:Eğitimi İkinci Plana İtmesi

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			11			7.6		
Katılmıyorum			26			18.1		
Fikrim yok			20			13.9		
Katılıyorum			33			22.9		
Kesinlikle katılıyorum			54			37.5		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	H_0
144	3,6458	1.34564	5.759	.000	.64583	.4242	0.8675	Red

Katılımcıların %60'ı performansa dayalı ek ödeme sisteminin eğitimi ikinci plana ittiğini savunurken %25'lik bir oran bu görüşe katılmamaktadır. Katılımcıların %13,9'u ise konu hakkında görüş belirtmemişlerdir (Tablo 3.7).

Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin eğitimi ikinci plana ittiğine dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 5,759 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.7).

Tablo 3.8: Bilimsel Araştırmaları İkinci Plana İtmesi

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			5			3.5		
Katılmıyorum			13			9.0		
Fikrim yok			24			16.7		
Katılıyorum			46			31.9		
Kesinlikle katılıyorum			56			38.9		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	H_0
144	3,9375	1.11078	10.128	.000	.93750	.7545	11.205	Red

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin bilimsel araştırmaları ikinci plana itmesi ile ilgili katılımcıların %70,8'i bu görüşe katılırken %12,5'i bu görüşe katılmamıştır. %16,7'lik bir oran konu hakkında görüş bildirmemiştir (Tablo 3.8)

Tek örnek t test sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin bilimsel araştırmaları ikinci plana ittiğine dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 10.128 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.8).

3.4.2. Hastanenin Fiziki Şartlarında İyileştirmeye Neden Olması

Performans sistemi ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Sağlıkta Kalite Standartları adı altında sağlıklı çalışma yaşamı kriterleri yer almaktadır. Bu kriterlerle sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanması amaçlandığı anlaşılmaktadır. Bu amaçla standartlarda yer alan çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânların sağlanması, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla 30 puanlık bir gösterge değerine belirlenmiştir. Performans sisteminin çalışanlar üzerinde çalışma ortamlarının geliştirilmesine ve artırılmasına yönelik algılarını ölçmek amacıyla “*Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirmeye neden olmaktadır.*” ve “*Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalıştığım ortamın fiziki konforunu artırmaktadır.*” şeklinde oluşturulan hipotezlere ilişkin katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar Tablo 3.9 ile Tablo 3.10 da verilmiştir.

Tablo 3.9: Hastanenin Fiziki Şartlarında İyileştirmeye Neden Olması

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			32			22.2		
Katılmıyorum			41			28.5		
Fikrim yok			15			10.4		
Katılıyorum			40			27.8		
Kesinlikle katılıyorum			16			11.1		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>
144	2,7708	1.36243	-2.018	.045	-.22917	-.4536	-.0047	Red

Katılımcıların %38,9’u performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastanenin fiziki şartlarında iyileştirmeye neden olduğu görüşüne katılırken, %50,7’si bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %10,4’ü ise konu hakkında görüş

bildirmemiştir (Tablo 3.9).

Katılımcıların sorulan soruya verdikleri yanıtlar ile görüşlerinin olumsuz yönde olduğu sonucuna varılmıştır. Bu bağlamda performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastanenin fiziki şartlarında iyileştirmeye neden olmadığı ortaya çıkmaktadır. Test sonucu elde edilen ortalamanın belirlenen test değerinden farklı olduğu gözlenmiş olup, araştırma hipotezi; -2,018 t değeri ve 0,045 anlamlılık ile reddedilmiştir (Tablo 3.9).

Tablo 3.10: Çalışılan Ortamın Fiziki Konforunu Artırması

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			41			28.5		
Katılmıyorum			46			31.9		
Fikrim yok			16			11.1		
Katılıyorum			33			22.9		
Kesinlikle katılıyorum			8			5.6		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>
144	2,4514	1.27279	-5.172	.000	-.54861	-.7583	-.3390	Red

Katılımcıların %28,5'i performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışılan ortamın fiziki konforunu artırdığına ilişkin görüşe olumlu bakarken, %60,4'ü bu görüşe katılmamaktadır. Katılımcıların %11,1'i ise konu hakkında görüş bildirmemiştir (Tablo 3.10).

Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışma ortamının fiziki konforunu artırdığına dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -5,172 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak kabul edilmiştir (Tablo 3.10).

3.4.3. Çalışan Memnuniyeti İle Çalışma Motivasyonunu Artırması

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile çıktı bazlı sayısal verilerde olumlu bir iyileşme gözlemlenmesine rağmen personeller arasında olumsuz bazı durumların oluşmasına neden olabilmektedir. Değerlendirmeye tabi personellerden aynı işi yapan ya da aynı odada çalışan personellerin birbirlerinden farklı ek ödeme almaları personeller arasında huzursuzluğa yol açabilmektedir. Ayrıca kamuda çalışan personelin siyasi etkilerden kaynaklı farklı bir değerlendirmeye tabi tutulmaları da olası ihtimaller arasındadır. Üst makamlara verilen takdir yetkisinin bu vb nedenlerle suiistimal edilebileceği kaygısı her zaman personellerin zihnini kurcalayacaktır.(Eraslan ve Tozlu, 2012:12).



Tablo 3.11:Çalışan Memnuniyeti İle Çalışma Motivasyonunu Artırması

Frekans Analizi		Yanıtlar											
		Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		TOPLAM	
No	Sorular	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
4	Performansa dayalı ek ödeme sistemi güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirmektedir	44	30,6	32	22	25	17,4	26	18,1	17	11,8	144	100
19	Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin çalışma motivasyonunu artırmaktadır.	48	33,3	39	27,1	8	5,6	37	25,7	12	8,3	144	100
21	Performansa dayalı ek ödeme sistemi hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirmektedir	11	7,6	8	5,6	14	9,7	39	27,1	72	50,0	144	100
29	Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır	12	8,3	20	13,9	21	14,6	38	26,4	53	36,8	144	100
28	Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	53	36,8	47	32,6	21	14,6	16	11,1	7	4,9	144	100
27	Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanlar arasındaki işbirliğini artırmaktadır	49	40	48	33,3	25	17,4	17	11,8	5	3,5	144	100
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)													
	<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	H_0				
4	144	2,5833	1.39178	-3.593	.000	-.41667	-.6459	-.1874	Red				
19	144	2,4861	1.39422	-4.423	.000	-.51389	-.7436	-.2842	Red				
21	144	4,0625	1.23026	10.364	.000	106.250	.8598	12.652	Red				
29	144	3,6944	1.31839	6.321	.000	.69444	.4773	.9116	Red				
28	144	2,1458	1.17651	-8.712	.000	-.85417	-10.480	-.6604	Red				
27	144	2,1736	1.13019	-8.774	.000	-.82639	-10.126	-.6402	Red				

Zonguldak ili ölçeğinde yapmış olduğumuz çalışmada çalışan memnuniyeti ile çalışma motivasyonun belirlenmesine yönelik oluşturulan soru ve hipotezlere katılımcıların vermiş olduğu yanıtlar Tablo 3.11’de yer almaktadır.

Katılımcıların %29,9'u performansa dayalı ek ödeme sistemi güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirdiğine dair görüşe olumlu bakarken, %52,6'sı bu görüşe olumsuz olarak katılmıştır. %17,4'ü ise görüş bildirmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sistemi güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirdiğine dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -3,593 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin çalışma motivasyonunu artırdığı görüşü ile ilgili olarak katılımcıların %34'ü bu görüşü olumlu karşılarken, % 60,4'ü bu görüşü olumsuz olarak karşılamıştır. %5,6'sı ise konu hakkında görüş belirtmemiştir. Tek örnek t test sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin çalışma motivasyonunu artırdığına dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -4,423 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirmesi ile ilgili katılımcıların %77,1'i bu görüşe katılırken, %13,2'si bu görüşe katılmamıştır. %9,7'lik bir oran da konu hakkında görüş bildirmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirdiğine dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 10.364 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanlar arasında çatışmaya yol açması ile ilgili katılımcıların %63,2'si bu görüşü olumlu karşılarken, %22,2'si bu görüşü olumsuz olarak değerlendirmiştir. % 14,6'lık bir oran konu hakkında görüş belirtmemiştir. Uygulanan tek örnek t test sonucu, ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanlar arasında çatışmaya yol açmasına dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 6,321 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırması ile ilgili katılımcıların %16'sı bu görüşe katılırken, %69,4'ü bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %14,6'sı ise bu konu hakkında görüş beyan etmemiştir. Uygulanan tek örnek t test sonucu, ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırmasına dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -8,712 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11).

Katılımcıların %15,3'ü performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanlar arasındaki işbirliğini arttırmasına dair görüşleri olumlu olmasına karşın %67,3'ü bu görüşü olumsuz olarak karşılamış ve %17,4'ü ise konu hakkında görüş belirtmemiştir. Uygulanan tek örnek t test sonucu, ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanlar arasındaki işbirliğini arttırmasına dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -8,774 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11). Çalışanların daha verimli çalışabilmeleri için motivasyonun önemi bilindiğine göre, çalışmaya konu işyerinde maddi özendirme araçlarının kullanılmasının çalışanları gerçekten olumlu yönde motive ettiği söylenebilir(Naldöken, 2008).

3.4.4. Hastanenin Verimliliğini Artırması

Performans sisteminin personel verimliliğini sağlayarak artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasındaki en önemli araç olduğu ve sağlık hizmetlerine erişim önündeki engellerin ve eşitsizliklerin ortadan kaldırıldığı Sağlık Bakanlığınca vurgulanmaktadır. Performans sistemi ile kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması amaçlandığı anlaşılmaktadır. Zonguldak ili ölçeğinde uygulamış olduğumuz anket sorularından kaynak verimliliğini ölçmeye çalıştığımız hipotezlere anketi uyguladığımız katılımcıların vermiş olduğu cevaplar Tablo 3.12'deki gibidir.

Tablo 3.12: Hastanenin Verimliliğini Artırması

Frekans Analizi		Yanıtlar											
No	Sorular	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		TOPLAM	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
7	Performansa dayalı ek ödeme sistemi birçok sağlık hizmetinin aynı sağlık biriminde verilmesini sağlamaktadır	24	16,7	28	19,4	28	26,4	33	22,9	21	14,6	144	100
9	Performansa dayalı ek ödeme sistemi diğer kurumlara olan sevk sayılarını azaltmaktadır.	17	11,8	50	34,7	24	16,7	31	21,5	22	15,3	144	100
12	Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastanelerin mevcut kapasitelerini daha fazla kullanmalarını sağlamaktadır	12	8,3	27	18,8	20	13,9	48	33,3	37	25,7	144	100
13	Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması sağlanmaktadır	37	25,7	43	29,9	19	13,2	35	24,3	10	6,9	144	100
24	Performansa dayalı ek ödeme sistemi hizmetin üretimi için daha fazla araç-gereç ve donanımın sağlanmasına neden olmaktadır	18	12,5	33	22,9	25	17,4	49	34,0	19	13,2	144	100
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)													
	<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>				
7	144	2,9931	1,29818	-.064	.949	-.00694	-.2208	.2069	Kabul				
9	144	2,9375	1,28585	-.583	.561	-.06250	-.2743	.1493	Kabul				
12	144	3,4931	1,28464	4.606	.000	.49306	.2814	.7047	Red				
13	144	2,5694	1,29362	-3.994	.000	-.43056	-.6436	-.2175	Red				
24	144	3,1250	1,26201	1.189	.237	.12500	-.0829	.3329	Kabul				

Katılımcıların %37,5'i performansa dayalı ek ödeme sisteminin birçok sağlık hizmetinin aynı sağlık biriminde verilmesini sağladığına dair görüşe katılıyorken, %36,1'i bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %26,4'ü ise konu hakkında görüş beyan etmemiştir. Tek örnek t testi sonucu, katılımcıların düşüncelerinin fikrim yok bölgesinde olduğu görülmektedir. Araştırma hipotezi; -

0,64 t değeri ve 0,949 anlamlılık ile istatistiksel olarak kabul edilmiştir. Buna göre çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması olan 2,9931 ile test değerini ifade eden 3 değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 3.12).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin diğer kurumlara olan sevk sayılarını azaltmasına dair görüşe katılımcıların %36,8'i katılırken %46,5'i bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %16,7'si ise konu hakkında görüş belirtmemiştir. Tek rnek t testi sonucu, katılımcıların düşüncelerinin fikrim yok bölgesinde olduğu görülmektedir. Araştırma hipotezi; -0,583 t değeri ve 0,561 anlamlılık ile istatistiksel olarak kabul edilmiştir. Buna göre çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması olan 2,9375 ile test değerini ifade eden 3 değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 3.11).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastanelerin mevcut kapasitelerini daha fazla kullanmalarını sağladığına dair görüşe katılımcıların %59'u katılırken %27,1'i bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %13,9'u ise konu hakkında görüş beyan etmemiştir. Tek rnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastanelerin mevcut kapasitelerini daha fazla kullanmalarını sağladığına dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 4,606 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulmasına dair görüşü katılımcıların %31,2'si olumlu karşılarken %55,6'sı bu görüşü olumsuz olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %13,2'si ise görüş bildirmemiştir. Tek rnek t test sonucu, ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulmasına dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -3,994 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.11).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi hizmetin üretimi için daha fazla araç-gereç ve donanımın sağlanmasına neden olması ile ilgili görüşü katılımcıların %47,2'si olumlu karşılarken %35,4' bu görüşü olumsuz olarak karşılamıştır. Katılımcıların %17,4' ise konu hakkında görüş belirtmemiştir. Tek rnek t testi

sonucu, katılımcıların düşüncelerinin fikrim yok bölgesinde olduğu görülmektedir. Araştırma hipotezi; 1,198 t değeri ve 0,237 anlamlılık ile istatistiksel olarak kabul edilmiştir. Buna göre çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması olan 3,1250 ile test değerini ifade eden 3 değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 3.11).

Bakanlık 2001 ve 2006 yılları verilerine göre, ortalama ayaktan başvuru sayısı %78, yatan hasta sayısı %30 ve toplam ameliyat sayıları %122 artmıştır. Sağlık çıktılarında sadece beş sene içinde gerçekleşmiş bu artış, gereksiz talebin hastaların gerçek ihtiyaçlarını bilememesinden kaynaklanan bilgi asimetrisi yüzünden (bonus ödemeleri ile geliri artacak olan) sağlık personeli tarafından yaratılıp yaratılmadığı sorusunu akıllara getirmektedir. Ancak bu süreçte gerçekleştirilen sağlıkta dönüşüm programı ve sağlık reformları ile sağlık hizmetlerine erişim problemi ciddi olarak masaya yatırılmış ve bu konuda önemli mesafeler alınmıştır. Bu nedenle sağlık verilerindeki bu artış daha önceden kısıtlı erişim nedeniyle karşılanamayan talepten kaynaklandığı da söylenebilir (Sülkü, 2011).

3.4.5. Etik Dışı Müdahaleleri Artırması

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin en çok eleştirilen taraflarından birisi de etik dışı müdahalelerdir. Yukarıda bahsedildiği gibi performans sistemi ile birlikte hizmet çıktı sayılarında bariz bir artış görülmektedir. Fakat bu artışların performans kaygısıyla olabileceğini belirten hipotezler oluşturularak katılımcıların bu konudaki görüşlerine başvurulmuştur. Performans sisteminin etik dışı müdahalelere yol açması il ilgili görüşler Tablo 3.13'deki gibidir.

Tablo 3.13: Etik Dışı Müdahaleleri Artırması

Frekans Analizi				Yanıtlar									
No	Sorular	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		TOPLAM	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5	Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hasta bakımını artırmaktadır.	12	8,3	18	12,5	16	11,1	47	32,6	51	35,4	144	100
6	Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapılmasına neden olmaktadır	8	5,6	21	14,6	20	13,9	42	29,2	53	36,8	144	100
11	Performansa dayalı ek ödeme sistemi endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleleri artırmaktadır	19	13,3	19	13,2	18	12,5	38	26,4	50	34,7	144	100
22	Performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık personelinin gözünde hastaların para kazanma aracı olarak görülmesine neden olmaktadır	11	7,6	15	10,4	13	9,0	47	32,6	58	40,3	144	100
26	Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller) artmaktadır	7	4,9	15	10,4	20	13,9	49	34,0	43	30,0	144	100
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)													
	<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>				
5	144	3,7431	1,28872	6.919	.000	.74306	.5308	.9553	Red				
6	144	3,7708	1,24439	7.433	.000	.77083	.5659	.9758	Red				
11	144	3,5625	1,41776	4.761	.000	.56250	.3290	.7960	Red				
22	144	3,8750	1,26201	8.320	.000	.87500	.6671	10.829	Red				
26	144	3,8750	1,16400	9.021	.000	.87500	.6833	10.667	Red				

Katılımcıların %68'i performansa dayalı ek ödeme sisteminin gereksiz hasta bakımını artırmasına dair görüşe katılırken, %20,8'i bu görüşe katılmamaktadır. Katılımcıların %11,1'i ise konu hakkında görüş beyan etmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin gereksiz hasta bakımını artırmasına dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 6,919 t değeri ile

araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.13).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapılmasına neden olması ile ilgili görüşe katılımcıların %66'sı katılırken %20,2'si bu görüşe katılmamaktadır. Katılımcıların %13,9'u ise konu hakkında görüş bildirmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapılmasına neden olmasına dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 7,433 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.13).

Katılımcıların %61,1'i performansa dayalı ek ödeme sisteminin endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleleri artırmasına dair görüşe katılırken %26,5'i bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %12,5'i ise konu hakkında görüş belirtmemiştir. Uygulanan t testi sonucu katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamasının belirlenen test değerinden farklı ve olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda elde edilen 4,761 t değeri ve %5 anlamlılık ile araştırma hipotezi reddedilmiştir (Tablo 3.13).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık personelinin gözünde hastaların para kazanma aracı olarak görülmesine neden olduğu görüşüne katılımcıların %72,9'u katılırken %18'i bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %9'u ise konu hakkında görüş belirtmemiştir. Uygulanan t testi sonucu katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamasının belirlenen test değerinden farklı ve olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda elde edilen 8,320 t değeri ve %5 anlamlılık ile araştırma hipotezi reddedilmiştir (Tablo 3.13).

Katılımcıların %70,8'i performansa dayalı ek ödeme sistemi ile gereksiz yatışların (hastaneye kabuller) arttığı görüşüne katılırken %15,3'ü bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %13,9'u ise konu hakkında görüş beyan etmemiştir. Uygulanan t testi sonucu katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamasının belirlenen test değerinden farklı ve olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda elde edilen 9,021 t değeri ve %5 anlamlılık ile araştırma hipotezi reddedilmiştir (Tablo 3.13).

3.4.6. Hasta Memnuniyetini Artırması

Verilen bir mal veya hizmetin karşılığında karşılıklı olarak hizmet hakkındaki algıların ölçülmesi müşteri memnuniyeti ve hizmet kalite seviyesinin belirlenmesi adına önemli bir uygulamadır. Bu şekilde sağlık müşterisi konumundaki hastaların aldıkları hizmet karşılığındaki memnuniyetini belirleyebilmek için memnuniyet anketleri kullanılmakta ve bu sayede kurumsal ve profesyonel performans ölçülebilmektedir. Hasta memnuniyet anketleri sağlık personellerinin yaptıkları işi hasta gözü ile değerlendirme imkânı sağlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi2015).

Hasta memnuniyeti ile ilgili oluşturulan hipotezlere katılımcıların vermiş oldukları cevaplar şu şekildedir.

Tablo 3.14: Hasta Memnuniyetini Artırması

Frekans Analizi				Yanıtlar									
No	Sorular	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Fikrim yok		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		TOPLAM	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
3	Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaların tıbbi kararlara katılma derecesini artırmaktadır	43	29,9	39	27,1	26	18,1	21	14,6	15	10,4	144	100
4	Performansa dayalı ek ödeme sistemi güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirmektedir	44	30,6	32	22,2	25	17,4	26	18,1	17	11,8	144	100
21	Performansa dayalı ek ödeme sistemi hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirmektedir	11	7,6	8	5,6	14	9,7	39	27,1	72	50,0	144	100
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)													
	<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	H_0				
3	144	2,4861	1,33268	-4.627	.000	-.51389	-7334	-.2944	Red				
4	144	2,5833	1,39178	-3.593	.000	-.41667	-.6459	-.1874	Red				
21	144	4,0625	1,23026	10.364	.000	106.250	.8598	12.652	Red				

Katılımcıların %25'i performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastaların tıbbi kararlara katılma derecesini artırdığı yönündeki görüşe katılırken %57'si bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %18,1'i ise konu hakkında görüş beyan etmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hastaların tıbbi kararlara katılma derecesini artırdığına dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -4,627 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.14).

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirmesine dair görüşe katılımcıların %29,9'u katılırken %52,8'i bu

görüŖe katılmamıştır. Katılımcıların 17,4'ü ise konu hakkında görüş bildirmemiştir. Uygulanan t testi sonucu katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamasının belirlenen test değerinden farklı ve olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda elde edilen -3,593 t değeri ve %5 anlamlılık ile araştırma hipotezi reddedilmiştir (Tablo 3.14).

Katılımcıların %77,1'i performansa dayalı ek ödeme sisteminin hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirdiğine dair görüşe katılırken %13,2'si bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %9,7'si ise konu hakkında görüş beyan etmemiştir. Uygulanan t testi sonucu katılımcıların verdikleri yanıtların ortalamasının belirlenen test değerinden farklı ve olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Bu bağlamda elde edilen 10,364 t değeri ve %5 anlamlılık ile araştırma hipotezi reddedilmiştir (Tablo 3.14).

3.4.7. Çalışma İş Yükünü Artırması

Tablo 2.5'teki Sağlık Bakanlığı 2012 Sağlık İstatistikleri incelendiğinde 2002 yılında hekim iş yükünün en önemli göstergelerinden olan toplam hekime müracaat sayısı 134.138.461 kişi iken 2009 yılında bu rakam yaklaşık 2,5 kat artarak 327.345.143 olmuştur. Kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 de 3,2 den 2009 yılında 7,3 e çıkmıştır. Diğer iş gücü kriterlerinde de 2002 yılına nazaran önemli artışlar olduğu görülmektedir. Bu iş yükü artışlarının performansa dayalı ek ödeme sistemi ile birlikte gerçekleştiğini ifade eden "*Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olmaktadır*" hipotezine katılımcıların vermiş oldukları yanıtlar aşağıdadır.

Tablo3.15: Hekimlerin İş Yüklerinde Artışa Neden Olması

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			9			6.3		
Katılmıyorum			13			9.0		
Fikrim yok			10			6.9		
Katılıyorum			52			36.1		
Kesinlikle katılıyorum			60			41.7		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>
144	3,9792	1,19128	9.863	.000	.97917	.7829	11.754	Red

Katılımcıların %77,8'si performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olduğuna dair görüşe katılırken %15,3'ü bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların % 6,9'u ise bu konuda görüş bildirmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olduğuna dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 9,863 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.15).

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hekim seçme özgürlüğü sunulduğundan iş yükünde dengesizlik olduğunu ifade eden "Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekim seçme özgürlüğü sunduğundan iş yükü dengesizlikleri ortaya çıkmaktadır" hipotezine ilişkin katılımcı görüşleri şöyledir.

Tablo 3.16: Hekim Seçme Özgürlüğü Sunduğundan İş Yükü Dengesizlikleri Ortaya Çıkması

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			9			6.3		
Katılmıyorum			21			14.6		
Fikrim yok			20			13.9		
Katılıyorum			59			41.0		
Kesinlikle katılıyorum			35			24.3		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>
144	3,6250	1,18189	6.346	.000	.62500	.4303	.8197	Red

Katılımcıların %65,3'ü performansa dayalı ek ödeme sistemi hekim seçme özgürlüğü sunduğundan iş yükü dengesizlikleri ortaya çıkmasına dair görüşe katılırken %20,9'u bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %13,9'u bu konuda görüş bildirmemiştir Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olduğuna dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 6,346 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.16).

3.4.8. Performansın Karşılığı Olan Ek Ödemeyi Vermesi

Performansa dayalı ek ödeme yapılmasını ön gören mevzuatta, elde edilen döner sermayeden personelin katkısı oranında belirlenecek bir tutar ödeneceği öngörülmüştür. Buradaki önemli husus personelin elde edilen döner sermaye miktarına olan bireysel katkısının ölçülmesi ve hesaplanabilmesidir. Bu amaçla bireysel performans göstergesi olabilecek somut kriterlerin belirlenmesi ve bunun ücrete dönüştürülmesi konusu ilgili Kanunda döner sermayeden "...personelin katkısı ile elde edilen döner sermaye gelirleri..." şeklinde bahsedilerek, personelinin performansı sonucu belirlenen bir tutar olduğu anlaşılmaktadır. Mevcut döner sermayeden personele ek ödeme verilmesi ile ilgili ayrıntılar

yönetmelikle belirlenmiştir. Ek ödeme tutarının hesaplanmasında bireysel performansın önemli bir etkisi vardır. Yönetmeliğin çeşitli maddelerinde yer alan birçok ayrı hesaplama için mesai içi net performans puanı, kurumsal performans katsayısı, birim performans katsayısı, il performans puan ortalaması gibi bileşenler bulunmaktadır. Farklı birimlerde ve şartlarda çalışanların durumlarını ücret bazında da farklılaştırmak adına birden fazla formül geliştirilmiş ve formüllerde yer alan bileşenlerin oranları da vardiyalı çalışma, acil servis hizmeti sunma, yanık ünitesinde çalışma gibi etkenlere orantılanmıştır.

Yönetmeliğe dayanılarak çıkarılan “Girişimsel İşlemler Yönergesi”nin “Sağlık Kurumları Girişimsel İşlem Puan Listesi” adını taşıyan ve 01.12.2010 tarihinden bu yana geçerli olan listesine göre, net performans puanının tespiti amacıyla tabipler tarafından yapılan tüm girişimsel işlemler belli işlem puanları karşılığında sıralanmakta ve bu da ücretle ilişkilendirilmektedir. Her ne kadar adil olup olmadığı tartışılabilir da somut ve ölçülebilir kriterler belirlenmesi sistemin takibi ve sorgulanması adına umut vericidir. Performansa dayalı ek ödeme sistemi performansın karşılığı olan ek ödemeyi vermektedir şeklinde oluşturulan hipoteze ait katılımcı görüşleri Tablo 3.17’deki gibidir.

Tablo 3.17: Performansın Karşılığı Olan Ek Ödemeyi Vermesi

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			42			29.2		
Katılmıyorum			30			20.8		
Fikrim yok			24			16.7		
Katılıyorum			29			20.1		
Kesinlikle katılıyorum			19			13.2		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>
144	2,6736	1,41831	-2.762	.007	-.32639	-.5600	-.0928	Red

Katılımcıların %33,3’ü performansa dayalı ek ödeme sisteminin performansın karşılığı olan ek ödemeyi vermesi ile ilgili görüşe katılırken

katılımcıların %50'si bu görüşe katılmamıştır. %16,7'lik bir oran bu konuda görüş beyan etmemiştir. Katılımcıların %13,9'u bu konuda görüş bildirmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olduğuna dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre 0,007 anlamlılık düzeyinde -2,762 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.17).

3.4.9. Çalışanın Performansını Adil Değerlendirmemesi

Performans değerlendirmenin iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki, çalışanların ödüllendirilmesi için gerekli olan, bireyin performansı hakkında bilgi edinmek, ikincisi ise; personele durumuyla ilgili geri bildirim sağlamak suretiyle onların kendilerini değerlendirme ve geliştirmelerine imkân ve fırsat vermektir. Diğer bir deyişle, bireyden eksik yönlerini telafi etmesi ve kendisini geliştirmesi istenir. Performans değerlendirme sonuçları, bireylerin ihtiyaç duyduğu kendini geliştirme alanlarının tespit edilmesini de sağlar. Böylece gerçek verilere dayalı bir eğitim ve geliştirme programı uygulanabilir. Değerlendirme sonuçlarının açık, şeffaf ve gerçekçi olması yanında önceden belirlenen kriterlere uygun olması gerekir (Tunçer, 2013).

Değerlendirme sonuçlarının bireylere bildirilmesi ve ayrıca performansı yüksek bireylerin elde edecekleri ödüllerin önceden belirlenmesi gerekir. Bir başka deyişle değerlendirme sonuçları örgütsel karar ve uygulamalarda kullanılmalıdır. Verilere dayalı yapılan personel değerlendirme sonuçlarının adalet ve hakkaniyet ölçüleri içerisinde kullanılması, örgütteki adalet ve güven duygusunun pekişmesine, örgütsel bağlılığın artmasına yardım eder. Böylece performans değerlendirme sistemi çalışanların motivasyonunu artırabilir; örgütsel etkinliği ve verimliliği yükseltme aracı olarak kullanılabilir (Tunçer, 2013).

Tablo 3.18: Çalışanın Performansını Adil Değerlendirmemesi

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			15			10.4		
Katılmıyorum			9			6.3		
Fikrim yok			16			11.1		
Katılıyorum			27			18.8		
Kesinlikle katılıyorum			77			53.5		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>
144	3,9861	1,35866	8.710	0.000	0.98611	0.7623	12.099	Red

Katılımcıların % 72,3'ü performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanın performansını adil değerlendirmemesine dair görüşe katılırken %16,7'si bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %11,1'i bu konuda görüş beyan etmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3'ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olduğuna dair görüşlerinin olumlu yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde 8,710 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak kabul edilmiştir (Tablo 3.18).

3.4.10. Çalışanların Yönetim Kararlarına Katılımını Sağlaması

Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile bütün hastane çalışanlarının adeta kurumun ortakları haline gelme bilincini elde etmesi, yapılanları sorgulaması, gelişme, kapasite ve kalite artırımına ilişkin atılan adımları benimsemesi, destek vermesi, görev almasını sağlanması hedeflenmiştir.

Performans sistemi ile çalışanların bireysel performans ve başarılarının değerlendirilmesinin yanı sıra birim, bölüm ve kurum bazlı performans değerlendirilmesinin yapılması en önemli avantajlarındadır. Sistem kişinin kendinin değerlendirmesini, diğer personellerle karşılaştırıldığında verimlilik düzeylerinin saptanmasını ve nihayetinde kurumsal hedeflerin gerçekleştirilme

oranlarının kolayca tespit edilmesine olanak sağlamaktadır. Bu şekilde birimler arası verimlilik farkları ve kurumun dönemsel iş yükü gibi daha evvel analiz edilmeyen hususlara ilişkin ipuçları ortaya çıkabilmektedir(Eraslan ve Tozlu, 2012). Bu şekilde personelim kurum aidiyet bilinci artar ve kurumsal hedefler belirlenebilir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminde çalışan bütün branşlardaki personelin temsiliyeti ile oluşturulan komisyon marifetiyle karar alınması çalışanların yönetim kararlarına etkisini göstermekle birlikte bu etkinin çok sınırlı kalması konunun tartışmalı bölümünü oluşturmaktadır. “*Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanların yönetim kararlarına katılımını sağlamaktadır*” hipotezine ilişkin katılımcı görüşleri Tablo 3.19’deki gibidir.

Tablo 3.19: Çalışanların Yönetim Kararlarına Katılımını Sağlaması

Frekans Analizi								
Yanıtlar			Frekans			Yüzde (%)		
Kesinlikle katılmıyorum			47			32.6		
Katılmıyorum			40			27.8		
Fikrim yok			27			18.8		
Katılıyorum			24			16.7		
Kesinlikle katılıyorum			6			4.2		
TOPLAM			144			100		
Tek Örnek t- Testi (Test Değeri=3)								
<i>n</i>	Ortalama	Std. Sapma	<i>t</i>	<i>p</i>	Ortalama Farkı	En düşük	En yüksek	<i>H₀</i>
144	2,3194	1,20982	-6.750	.000	-.68056	-.8798	-.4813	Red

Katılımcıların %20,7’si performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanların yönetim kararlarına katılımını sağlamasına dair görüşe katılırken %60,4’ü bu görüşe katılmamıştır. Katılımcıların %18,8’i bu konuda görüş bildirmemiştir. Tek örnek t testi sonucu ortalamanın 3’ten farklı olduğu ve katılımcıların performansa dayalı ek ödeme sisteminin hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olduğuna dair görüşlerinin olumsuz yönde olduğu gözlenmiştir. Buna göre %5 anlamlılık düzeyinde -6,750 t değeri ile araştırma hipotezi istatistiksel olarak reddedilmiştir (Tablo 3.19).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kamuda ve özellikle sağlık hizmetlerinde performans sisteminin ele alındığı bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı özelinde Zonguldak İli Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı Devlet Hastanelerinde uygulanan performans sistemi ve sonuçları hakkında değerlendirmeler yapılmıştır. Kamuda performansın ilk uygulandığı kesim olan sağlık sektöründe ilk somut çalışmalardan sonraki gelişmelere kadar yer verilen performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık hizmetlerine ve sağlık çıktılarına olan etkisi ile sonuçların sağlık çalışanları üzerindeki algılarına yer verilmiştir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin sağlık çıktılarında yaptığı değişiklikler için katılımcıların %68'i gereksiz hasta bakımını artırdığını, %66'sı hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapılmasına neden olduğunu, katılımcıların %61,1'i endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleleri artırdığını, katılımcıların %72,9'u sağlık personelinin gözünde hastaların para kazanma aracı olarak görülmesine neden olduğunu, katılımcıların %70,8'i gereksiz yatışların (hastaneye kabuller) arttığını beyan etmektedir.

Her ne kadar çıktı odaklı olumlu sonuçlar alınmış olsa da performansa dayalı ek ödeme sistemi ile doktorların daha fazla performans puanı toplayabilmek için, hastalara daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya bakma eğilimleri ortaya çıkacağı ve bu durumun hizmetin kalitesinin düşmesine yol açabileceği Aydın ve Demir tarafından bahsedilse de yapılan bu çalışma sonuçları ile benzer endişelerin mevcut olduğu görülmektedir.

Sağlık tesislerinde görev yapan personele bilimsel çalışmalarını teşvik etmek amacıyla bilimsel çalışma destek puanı verilmektedir. Bu sayede performans sistemi ile bilimsel yayın ve eğitim çalışmaları desteklenmekte olduğu görülmektedir. Ancak performansa dayalı ek ödeme sisteminde yer alan bu teşvik ve destek puanlamasına rağmen Zonguldak ili örneğinde yapılan anket çalışmamıza iştirak eden katılımcıların;

- %60'ı sistemin eğitimi ikinci plana ittiğini savunurken
- %70,8'i sistemin bilimsel araştırmaları ikinci plana ittiğini savunmuştur.

Eđitim ve araştırma çalışmaları ölüm zorluğu nedeniyle hakkıyla değerlendirilememektedir. Ayrıca eğitim ve araştırma çalışmaları gelir getirici çalışmalar olmadığı için puanları dūřuktur ve önemsenmemektedir. Eđitim ve araştırma çalışmaları poliklinik yapmayı engellediği için mesai dışı zamanlar değerlendirilmek istenebilir. Bu durum araştırma gevlilerinin ve tıp đrencilerinin yeterli mesleki eğitim almasını da engelleyebilir. Tıp eğitimin önemli bir parçası olan temel tıp bilimlerinin ve bilimsel araştırmaların performans kaygısı olmaksızın sürdürülebilmesi için bu alanda uygulanacak performans sisteminin revize edilmesi ve performansın bilimsel araştırma ve eğitim faaliyetlerini teşvik etmesi gerekmektedir.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin merak edilen önemli bir yönü de çalışan görüş ve önerilerine önem verildiğinin ve kaliteli hizmet sunulmasının hedeflendiği görüştür. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığınca belirli aralıklarla çalışanlara yapılan ‘‘alışan Memnuniyet Anketi’’ ile aşağıda yer alan benzer sorularla memnuniyet düzeyini ölçmektedir. Zonguldak ili örneğinde yapılan bu anket çalışmasında katılımcıların;

- %52,6’sı güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirdiğine dair görüşü olumsuz karşılamakta,
- % 60,4’ hekimlerin çalışma motivasyonunu artırdığına dair görüşü olumsuz karşılamakta,
- %77,1’i hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirdiğini savunmakta,
- %63,2’si çalışanlar arasında çatışmaya yol açtığı görüşüne katılmakta,
- %69,42’ çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde arttırması ile ilgili bu görüşe katılmamıştır.
- %67,3’ çalışanlar arasındaki işbirliğini arttırmasına dair görüşlere katılmamıştır.

Sağlık hizmetleri bir ekip işi olduğu için ameliyathanede, serviste, acilde hastanenin her yerinde bir ekip dayanışması olması gerekir. Hizmet sadece

hekimler ya da cerrahlar üzerinden yürütülmediği göz önünde bulundurulduğunda performansın hekim ağırlıklı değerlendirilmesi büyük bir eksiklik. Performans sisteminde gerek kurum içinde de gerek farklı kurumlar arasında rekabete yol açabileceği ve bu nedenle mesleksi dayanışmayı olumsuz etkileyebileceği unutulmamalıdır.

Performans sistemi ile kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması amaçlandığı anlaşılmaktadır. Ancak Zonguldak ili ölçeğinde uygulanan anket sorularından kaynak verimliliğini ölçmeye amaçlayan maddelerine katılımcıların yorumları ile elde edilen test sonucu, katılımcıların düşüncelerinin fikrim yok bölgesinde olduğu görülmektedir. Buna göre çalışanların verdikleri yanıtların ortalaması olan 2,9931 ile test değerini ifade eden 3 değerleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı anlaşılmıştır.

Geliştirilmesi ve düzeltilmesi beklenen performans sistemi ile ilgili olarak bu çalışma sonucunda şu çıkarımlarda bulunulmuştur.

- Performans sisteminin çalışanların karşılığı olan ek ödeme vermediği ve çalışanlar arasında adil dağıtılmadığı algısı bulunmaktadır.
- Performans sisteminin farklı branşlardaki hekimler üzerinden birlikte değerlendirilmesi sağlık personellerini olumsuz etkilemektedir.
- Performans sistemi ile ek ödeme kaygısından dolayı, uygunsuz, endikasyonsuz müdahalelerin arttığı düşünülmektedir.
- Artan hizmet çıktı sayılarının bir kısmının performans kaygısından kaynaklandığı ve gereksiz girişimsel işlem ile tetkik ve tahlillerin arttığı düşünülmektedir.

Bunlara ilave olarak mevcut uygulamadaki performans sisteminin geliştirilmesine ve güncellenmesine olumlu katkılar sağlamak amacıyla çalışmanın sonucundan aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

- Uygulanan performans sisteminde branş ve unvan bazında oluşan ek ödeme tutarlarının arasındaki fark açıldıkça, çalışanlar arasında çatışmalar ortaya çıktığı, yüksek ek ödeme alan branşların daha çok tercih edilmesi nedeniyle

diğer branşlarda ve temel tıp bilimlerinde tercih edilme oranlarının düşebileceği kaygısı bulunmaktadır.

- Ek ödeme girdisi olarak kullanılan muayene sayısı, ameliyat sayısı vb gibi nicel ölçütlerin yanı sıra nitelikli hizmet kavramlarının da dikkate alınması gerekmektedir.
- Ek ödeme hesaplama yöntemlerinde dikkate alınan ve çalışan personel tarafından değiştirme yetki ve sorumluluğu bulunmayan muayene oda sayısı, nitelikli oda sayısı vb. gibi kriterlerin çalışanın ek ödeme hesabında dikkate alınmaması gerekmektedir.
- Eğitim ve bilimsel çalışmaların ek ödemeye olan etkisinin artırılması halinde bu tür faaliyetlerin teşvik edici olabilecektir.
- Ek ödeme kaygısı ile uygunsuz müdahalelerin önüne geçebilmek için sistem içinde bir kontrol mekanizması geliştirilmelidir.
- Aynı branşta ve aynı işi yapan personellerin farklı iş yükü nedeniyle ek ödemelerinde oluşabilecek büyük farklılıkların engellenmesi amacıyla önlemler alınmalıdır.
- Çalışan ve hasta memnuniyet ölçümlerinde sübjektif değerlendirmelerin önüne geçebilecek uygulamalar geliştirilmelidir. Çalışanlarda güler yüzlü hizmet sunma anlayışı olmalı gibi sübjektif kriterler yerine hasta haklarına uygun hizmet anlayışı gibi bilimsel ve objektif kriterler belirlenmelidir.

Türkiye kamu kesiminde ilk uygulama örneği olarak ele alınan Sağlık Bakanlığı performans dayalı ek ödeme sisteminin sağlık hizmetleri çıktısında nicel olarak meydana getirdiği olumlu katkı ortadadır. Ancak, sağlık hizmetlerinde personelin girişimsel işlemlere aktif katkısı diğer hizmet türlerine nazaran daha yoğun olduğu için personelin çıktılardaki bu gelişmeye olan katkısı yadsınamaz. Çıktı odaklı uygulanan performans sistemlerinde çalışmamızda değinilen çalışan ve hasta memnuniyeti, kaynakların verimli ve etkin kullanılması, etik dışı uygulamaların önlenmesi gibi hususların değerlendirilmesi oldukça güçleşmektedir. Bu çalışmada performans sisteminin nicel olarak sağlık

hizmetlerine yapmış olduğu olumlu katkısına karşın sağlık hizmeti sunucuları üzerinde olumsuz bir etki bıraktığı gör÷lmektedir. Sistemin bu haliyle hem hasta hem de çalışan memnuniyetini birlikte sağlaması oldukça g÷ g÷z÷lmektedir. Performans sisteminin etkilerinin çalışanlar açısından değerlendirildiği bu çalışmada, anketin açık uçlu g÷r÷ř bildirilen üçüncü bölümünde katılımcılar, özellikle girişimsel işlemlerin puanlamasında adil davranılmadığından bahisle çalışanlar arasında çatışmalara ve adaletsizliklere neden olduğunu belirtmektedirler. Sistemin sürdürülebilirliği bakımından işleyişe yönelik düzenlemelerin çoğulcu bir katılımıla tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir.



5. KAYNAKÇA

- Ak, Belma (2010); "Hipotez Testi," *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri*, (Der.: Şeref Kalaycı), Asil Yayın Dağıtım, Ankara, s. 65-69
- Akdağ, Yaşar. "Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği", Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı.2012
- Akdoğan A. (2007). Kamu Maliyesi, Gazi Kitabevi, 12. Baskı, Ankara.
- Akdur, Recep (1999), "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması", Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, Aralık.
- Akdur, Recep,(1998) Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", Halk sağlığı, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınlar, Ankara
- Akdur,R., (2001), "Sağlık Hizmetlerinde Finansman ve Ulusal Ekonomi", Yeni Türkiye Sağlık II. Sayı :40
- Aktan, Coşkun Can (2006), Kamu Ekonomisi ve Kamu Politikası, 2. Baskı, Seçkin Yayın, Ankara.
- Aktan, Coşkun Can, and A. Kadir Işık. "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler." Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi (2007): 10-21.
- Aktan, Coşkun Can, Kamu Ekonomisi ve Kamu Maliyesi, İzmir, Anadolu Matbaacılık, 2001.
- Akyüz, Ö. F., Değişim Rüzgarında Stratejik İnsan Kaynakları Planlaması, Sistem Yayıncılık, 2001, İstanbul, s.82
- Altay, Asuman. "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar Ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi." Sayıştay Dergisi (2007):64.33-58
- Armağan, Ramazan, "Kamu Ekonomisinde Dışsallıklar ve Dışsallıkların İçselleştirilmesi", Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, S. 9, (159-178), Kütahya, 2003.
- Atalay, Faruk (2008), "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları", Amme İdaresi Dergisi, Cilt 41, Sayı 3, Eylül: 169-184.

- Aydın, S. (2008), "Sağlıkta Performans: Ne İçin Nereye Kadar", http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereyekadar.pdf (Erişim Tarihi 21/02/2011).
- Aydın, Sabahattin, and Mehmet Demir. "Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi." Sağlıkta Dönüşüm Serisi 2 (2006).
- Balcı, Asım - Kırılmaz, Harun (2007), "Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları"
- Balcı, Asım (2005), "Kamu Hizmetleri ve Yerinden Yönetim: Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması", Atlas Yayınları, İstanbul
- Balseven, Hale ve diğerleri (2014), "Uluslararası Kamu Maliyesi" Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, No:1876
- Barutçugil, İsmet, Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul, Mart 2004,
- Başaran, İbrahim Müjdat "Sağlık Hizmetlerinde Faaliyet Tabanlı Performans Yönetimi: Ankara İli Eğitim Ve Araştırma Hastanelerinde Uzman Hekim Algıları"2011
- Başbakanlık (2003a), Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 1, Değişimin Yönetimi için Yönetimde Değişim, T.C. Başbakanlık, Ankara.
- Başbakanlık (2003b), Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 2, Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, T.C. Başbakanlık, Ankara.
- Bayram, Levent, (2006), "Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerlendirme", Sayıştay Dergisi, Sayı: 62
- Berman, P. ve M. Tatar, (2004), Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Ankara
- Bilgin, Kamil Ufuk (2012), "Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık Performans Yönetimi", Sayıştay Özel sayı: 65. Sayıştay Yayınları, Ankara
- Bulutoğlu Kenan, Kamu Ekonomisine Giriş, Üçüncü Baskı, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1981.

- Ceylan, Zeynep. "Performansa Dayalı Ücretlendirme Modelleri ve Türkiye Açısından Bir Değerlendirme." *Sayıştay Dergisi* Temmuz_ Aralık 2009, 74-75, p. 45-72
- Coşkun, C. A.,and A. Işık. "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler." (2013).
- Çelebi A. Kemal, Yalçın A. Zafer "Kamusal Mallar Teorisinin Değişimi: Bölgesel Kamusal Mallar" Yönetim Ve Ekonomi Yıl:2008 Cilt:15 Sayı:2 Celal Bayar Üniversitesi İ.İ.B.F. Manisa
- Demir, M. ve Güler, H. (2008), "Sağlıkta Performansın Performansına Eleştiriler",
http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/performans_yazilari/performans_nereyekadar.pdf (Erişim Tarihi 21/02/2011).
- Demircan, Esra and ENER, Meliha :“Küreselleşme Sürecinde Değişen Devlet Anlayışından Kamu Hizmetlerinin Dönüşümüne: Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Mekanizmaları” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Y.2008, C.13, S.1 s.57-82.
- Derece Performans Değerlendirme”, *Sayıştay Dergisi* Sayı: 62, s.47,
<http://www.sayıştay.gov.tr/yayin/dergi/icerik/der62m3.pdf>
- DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), (2001) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu
- Durmuş, Mustafa (2005): “ Kamusal Malların Yeniden Tanımlanması Gereği” *Ekonomik Yaklaşım*, Cilt: 17, Sayı: 59, ss. 65-97
- Eraslan, M. Tarık, and Ahmet Tozlu. "Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi" *SayıştayDergisi* 81: 33-64.
- Eren, Veysel., Ufuk Durna. “Kamu Sektöründe Performansın Anlaşılması ve Geliştirilmesi “*Amme İdaresi Dergisi*, Sayı 1 Mart 1007, s. 107-134.
- Erkan, Arslan. "Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması." *Maliye Dergisi* 160.423-438 (2011).
- Erol Eren, *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, Beta Yayınları, İstanbul 2002, s16

- Erol, Hatice, and Abdullah Özdemir. "Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi" Sosyal Güvenlik Dergisi 4.1 (2014): 9-34.
- Fettah, Kıymet, ve Bayram ŞAHİN. "Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Personelin Performansa Dayalı Döner Sermaye Ek Ödeme Uygulamasına İlişkin Değerlendirmeleri."
- Gazet, Seda.” Kamu Kurum Ve Kuruluşlarında Performans Yönetimi Ve Denetimi”2010
- Gazi, Ali. "Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi." Gazi Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Ankara (2006).
- Hastürk, Mesut, and Muhasebat Kontrolörü. "Stratejik Planlama Ve Performans Esaslı Bütçeleme." (2006).
- Hastürk, Mesut, and Muhasebat Kontrolörü. "Stratejik Planlama Ve Performans Esaslı Bütçeleme." (2006).
- Hayran, O.,(1997),”Sağlık Hizmetleri”, Hastane Yöneticiliği, İstanbul
- Işık, O.,(2011), Algılanan Kalitenin Hastane Marka değerine Etkisi: Tüketici Değerlendirmesi, Ankara
- Kamil Ufuk Bilgin, Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık Performans Yönetimi, a.g.a., s.61
- Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi. Sayıştay Dergisi , Sayı: 81
- Kaptanoğlu, Ayşegül Yildirim. "Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı." Journal of Higher Education&Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 1.3 (2011).
- Karaarslan, Erkan. “Kamu Harcamaları Ve Kamusal Mal Ve Hizmetler” 2012
- Kavuncubaşı, S. (2000): Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara:
- Kaya, Aygöl., (2011): ”Türkiye İle Bazı Oecd Ülkelerinde Sağlık Sistemleri Ve Karşılaştırması”

- Kayış, Aliye (2010); “Güvenilirlik Analizi,” SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, (Der.: Şeref Kalaycı), Asil Yayın Dağıtım, Ankara, s. 404-421.
- Kestane, Doğan.(2003),“Performansa Dayalı Ücret Sistemi ve Kamu Kesiminde Uygulanabilirliği “Maliye Dergisi, Sayı 142; Ocak-Nisan **2003**.
- Kısa, A.,(2002), Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir
- Kıymet, Fettah. “Birinci basamak sağlık kuruluşlarında Çalışan personelin performansa dayalı Döner sermaye ek ödeme uygulamasına değerlendirmeler, Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı Cilt 3 19-21 Mart 2009, Antalya
- Kurtulmuş, S.,(1998), Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul
- Levent Bayram, “Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif: 360 Derece Performans Değerlendirme”. Sayıştay Dergisi, sayı: 62, Ankara, s.47-65.
- Menderes, M., Ve K. Ersoy, (1995), Genel Sistem Kuramı ve Sağlık Sistemi ve Hasta Bakım Alt Sistemi, Eskişehir
- Muammer Tekeoğlu, “Küreselleşme Sürecinde Devletin Ekonomideki Yeni Fonksiyonları ve Türkiye”, Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı 15, 1999
- Mutlu, Ayşegül :“Küresel Kamusal Mallar Bağlamında Sağlık Hizmetleri ve Çevre Kirlenmesi: Üretim, Finansman ve Yönetim Sorunları” Maliye Dergisi Sayı 150 Ocak – Haziran 2006
- Mutluer, Kamil, Erdoğan Öner ve Ahmet Kesik (2016), Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 4.Baskı, İstanbul.
- Nadaroğlu, Halil, Kamu Maliyesi Teorisi, Onuncu Baskı, Beta Basım Yayım Dağıtım, Yayın No: 337, İstanbul, 1998
- Naldöken, Ümit. Ek Ödeme Yapılmasının İş gören Motivasyonu Üzerindeki Etkiler Ve Sivas Devlet Hastanesinde Bir Araştırma,2008

- Nas, Tuba."Sağlık Örgütlerinde Ödüllendirme Sistemlerinin Performans Üzerine Etkisi ve Bir Uygulama ".2006
- Odabaşı, Y. (1994): Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:799, Açık öğretim Fakültesi Yayın No:409
- Orhaner, Emine. "Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası Finansmanı Ve Genel Sağlık Sigortası." Journal of Commerce 1 (2006): 1.
- Örgütlerde Performans Değerlendirme ve Motivasyon. Sayıştay Dergisi , Sayı:88/ Ocak - Mart 2013
- Örücü, E. ve Köseoğlu M. (2003): İşletmelerde İşgören Performansını Değerlendirme, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Özden, M. C.,&Hiperlink, (. (Firm). (2008). İK şapkalı yönetici. İstanbul:
- Özer, E. Evren, and Hale Balseven. "Son Dönem Sosyal Devlet Anlayışı Ve Sosyal Harcamaların Eleştirel Bir Analizi."2015
- Pehlivan, Murat." Küresel Kamu Malları Ve Finansmanı "2010
- Sabuncuoğlu, Z.,(2000), İnsan Kaynakları Yönetimi, Bursa, Ezgi Kitabevi
- Sağlık Bakanlığı, (2003). Sağlıkta Dönüşüm, Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı, (2007). Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sağlık Bakanlığı, (2009). Girişimsel işlemler yönergesi
- Sağlık Bakanlığı, (2009). Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları, Ankara: Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Yayınları.
- Sağlık Bakanlığı, Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi.2015
- Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2007). Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007.
- Savaş, A. Tuğrul, Kariyer Yönetiminde Performans Değerlendirme Sisteminin Rolü, İstanbul: Çantay Kitabevi, 2005,

- Sayım, Ferhat. "SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ" Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler, Yıl 2015, Sayı:15-1, İstanbul
- Seçilmiş İ. Erdem, M. Cahit GÜRAN, "Kamusal Malların Sağlanmasında Bedavacılık Problemi Ve Deneysel İktisat Uygulamaları Perspektifinden Değerlendirilmesi" H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 28, Sayı 2, 2010, s. 221-256
- Selvi, Ali Fatih."Sağlık Kuruluşlarında Performans: Bir Devlet Hastanesi Örneği"(2011)
- Sezer, Özcan, ve Tarık Vural. "Kamu Hizmetlerinin Sunumunda Devletin Değişen Rolü ve Merkezi Yönetim ile Yerel Yönetimler Arasında Yetki ve Görev Paylaşımı." Maliye Dergisi 159 (2010): 203-219.
- SKS-Hastane (Versiyon-5; Revizyon-00) Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 1.Baskı: Ankara, Temmuz 2015
- Somunoğlu, Sinem .T.C. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1599 "Sağlık Kurumları Yönetimi-I"(2012). Birinci Bölüm. 2-23
- Sözen, C., ve M. Özdevecioğlu, (1999), Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim, Ankara
- Sülkü, Seher Nur. "Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları". Maliye Dergisi, Sayı 160, Ocak -Haziran 2011.259
- Şimşek, M. Şerif, et al. İnsan Kaynakları Yönetimi vol. 1.bs, Hiperlink, 2011. EBSCOhost.
- Tatar, Mehtap. "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi" Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD) 1.1 (2011).
- Tengilimoğlu, Dilaver., Işık, Oğuz., Akbolat, Mahmut. (2015), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, 7.Basım, Nobel Akademik Yayıncılık
- Tokay, M., (2000), Sağlık Hizmetlerinin Pazarlamasında Kalite ve Hasta Tatmini Eskişehir Devlet Hastanesinde Bir Araştırma, Eskişehir

- Tunçer, Polat. "Örgütlerde performans değerlendirme ve motivasyon." Sayıştay Dergisi 88 (2013): 87-108.
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 14.02.2013
Resmi Gazete Sayısı: 28559 (Mükerrer)
- Türkkan, Erdal, "Erdemli-Erdemsiz Mallar ve Rekabet", 04.03.2009
- Uyargil, Cavide, İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi, İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayın No:262, 1994,
- Uzoğlu, Cesur, "Performans Yönetim Sistemi ve Performans Denetimi"
Ankara,2011
- Yaraşır, Sevinç ve Yılmaz, Binhan Elif. "Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık Ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü"2011
- Yasin Demir ve Onur Partal, Performans Denetimi, s. 22,
<http://application2.ibb.gov.tr/maliyonetim/raporlar/malihizmetler/PerformansDenetimi.pdf>,20/07/2010
- Yerebakan, M. (2000): Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2000-26.
- Yüksel, Cihan. Mersin Üniversitesi Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü. Kamu Maliyesi Ders Notları

6. EKLER

EK 1: Uygulanan Anket Formu

Değerli Katılımcı;

Bu anket, “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Personeli Üzerine Etkisi” adlı yüksek lisans tezinde kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Adı geçen konu ile ilgili düşünceleriniz bizim için önemli olup, anket sorularına vereceğiniz yanıtlar tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Çalışmanın başarıya ulaşması, Siz değerli katılımcıların vereceği yanıtların objektifliğine bağlıdır. Çalışmaya yaptığınız katkıdan dolayı teşekkür ederiz.

Yrd.Doç.Dr. Mehmet CURAL

İhsan ÖZTUNÇ

BEÜ, İİBF, Maliye Bölümü

BEÜ, SBE, Maliye ABD

Tez Danışmanı

Yüksek Lisans Öğrencisi

Yaşınız : () 20-30 () 31-40 () 41-50 () 51-60 () 61 ve üzeri
Cinsiyetiniz : () Kadın () Erkek
Ünvanınız : () Pratisyen () Asistan () Uzman Dr () Öğretim Üyesi ()
Çalışma Süreniz : () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11-15 yıl () 16-20 yıl () 21 yıl ve üzeri
Uzmanlık Alanınız: (Lütfen Doldurunuz)
Çalıştığınız Kurum: (Lütfen Doldurunuz).....

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1- Performansa dayalı ek ödeme sistemi eğitimi ikinci plana itmektedir.	1	2	3	4	5
2- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastanenin fiziki şartlarında iyileştirmeye neden olmaktadır.	1	2	3	4	5
3- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaların tıbbi kararlara katılma derecesini artırmaktadır.	1	2	3	4	5
4- Performansa dayalı ek ödeme sistemi güler yüzlü hizmet sunma anlayışını getirmektedir	1	2	3	4	5
5- Performansa dayalı ek ödeme sistemi gereksiz hasta bakımını artırmaktadır.	1	2	3	4	5
6- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastanede gereksiz tahlil, tetkik ve araştırma yapılmasına neden olmaktadır	1	2	3	4	5
7- Performansa dayalı ek ödeme sistemi birçok sağlık hizmetinin aynı sağlık biriminde verilmesini sağlamaktadır	1	2	3	4	5
8- Performansa dayalı ek ödeme sistemi temel tıp bilimlerinin daha az tercih edilmesine sebep olmaktadır	1	2	3	4	5
9- Performansa dayalı ek ödeme sistemi diğer kurumlara olan sevk sayılarını azaltmaktadır.	1	2	3	4	5

10- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastaların muayene için bekleme süresini azaltmaktadır	1	2	3	4	5
11- Performansa dayalı ek ödeme sistemi endikasyonsuz "uygunsuz" müdahaleleri artırmaktadır	1	2	3	4	5
12- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hastanelerin mevcut kapasitelerini daha fazla kullanmalarını sağlamaktadır	1	2	3	4	5
13-Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile hastaların tıbbi kayıtlarının eksiksiz ve doğru olarak tutulması sağlanmaktadır	1	2	3	4	5
14- Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalıştığım ortamın fiziki konforunu artırmaktadır.	1	2	3	4	5
15- Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile Tıbbi hatalar (uygulama hataları) azalmaktadır	1	2	3	4	5
16- Performansa dayalı ek ödeme sistemi bilimsel araştırmaları ikinci plana itmektedir.	1	2	3	4	5
17- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin iş yüklerinde artışa neden olmaktadır	1	2	3	4	5
18- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin daha fazla inisiyatif kullanmalarına neden olmaktadır	1	2	3	4	5
19- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekimlerin çalışma motivasyonunu artırmaktadır.	1	2	3	4	5
20- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hekim seçme özgürlüğü sunduğundan iş yükü dengesizlikleri ortaya çıkmaktadır	1	2	3	4	5
21- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hasta memnuniyetini çalışan memnuniyetinden daha önemli hale getirmektedir	1	2	3	4	5
22- Performansa dayalı ek ödeme sistemi, sağlık personelinin gözünde hastaların para kazanma aracı olarak görülmesine neden olmaktadır	1	2	3	4	5
23- Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanların yönetim kararlarına katılımını sağlamaktadır	1	2	3	4	5
24- Performansa dayalı ek ödeme sistemi hizmetin üretimi için daha fazla araç-gereç ve donanımın sağlanmasına neden olmaktadır	1	2	3	4	5
25- Performansa dayalı ek ödeme sistemi performansın karşılığı olan ek ödemeyi vermektedir	1	2	3	4	5
26- Performansa dayalı ek ödeme sistemi ile gereksiz yatışlar (hastaneye kabuller) artmaktadır	1	2	3	4	5
27- Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanlar arasındaki işbirliğini artırmaktadır	1	2	3	4	5
28- Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanlar arasında rekabeti olumlu yönde artırmaktadır	1	2	3	4	5
29- Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanlar arasında çatışmaya yol açmaktadır.	1	2	3	4	5
30- Performansa dayalı ek ödeme sistemi çalışanın performansını adil değerlendirmemektedir	1	2	3	4	5

Ek 2: Güvenilirlik Analizi Test Sonuçları

Item-Total Statistics				
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
SORU 1	90.1736	207.669	.081	.798
SORU 2	91.0486	196.830	.364	.785
SORU 3	91.3333	202.406	.222	.791
SORU 4	91.2361	193.161	.453	.780
SORU 5	90.0764	196.309	.405	.783
SORU 6	90.0486	200.019	.314	.787
SORU 7	90.8264	195.935	.412	.783
SORU 8	90.8194	202.904	.201	.792
SORU 9	90.8819	194.454	.460	.781
SORU 10	91.0556	194.990	.392	.783
SORU 11	90.2569	201.493	.226	.791
SORU 12	90.3264	195.326	.435	.782
SORU 13	91.2500	198.217	.349	.786
SORU 14	91.3681	195.941	.422	.782
SORU 15	91.7014	205.288	.181	.793
SORU 16	89.8819	208.594	.087	.796
SORU 17	89.8403	201.296	.293	.788
SORU 18	90.8472	194.242	.467	.780
SORU 19	91.3333	197.650	.332	.786
SORU 20	90.1944	197.333	.418	.783
SORU 21	89.7569	197.948	.380	.784
SORU 22	89.9444	201.340	.270	.789
SORU 23	91.5000	199.175	.351	.786
SORU 24	90.6944	197.500	.381	.784
SORU 25	91.1458	203.468	.176	.794
SORU 26	89.9444	200.333	.332	.787
SORU 27	91.6458	205.139	.191	.792
SORU 28	91.6736	201.158	.302	.788
SORU 29	90.1250	209.774	.029	.800
SORU 30	89.8333	206.741	.103	.797

ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Kırşehir'in Kaman ilçesinde doğdu ve ilk ve orta öğrenimini burada tamamladı. Sırasıyla Keçiören Laboratuvar Sağlık Meslek Lisesi, Mühendislik Fakültesi Maden Mühendisliği, İİBF İşletme ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği bölümlerini bitirdi. 2004 yılında memuriyete başlayan Öztunç, Hastane Müdür Yardımcılığı, Hastane Müdürlüğü, İdari Hizmetler Başkanlığı, Yüksekokul Sekreterliği ve Şube Müdürlüğü görevlerini ifa etti. Evli ve iki çocuk babası olan İhsan Öztunç halen Bülent Ecevit Üniversitesi'nde Şube Müdürü olarak görev yapmaktadır.

