

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EK ÖDEMELER VE ÇALIŞAN PERFORMANSI
ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR SAĞLIK KURUMU
ÇALIŞANLARININ ALGILAMALARI ÜZERİNE
ARAŞTIRMA**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Yasemin BAZĞAN

İstanbul, 2018

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE VE SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ BİLİM DALI

**EK ÖDEMELER VE ÇALIŞAN PERFORMANSI
ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR SAĞLIK KURUMU
ÇALIŞANLARININ ALGILAMALARI ÜZERİNE
ARAŞTIRMA**
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Yasemin BAZĞAN

Öğrenci No:
150746096

Danışman:
Yard. Doç. Dr. İlkey KANIK

İstanbul, 2018

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Ek Ödemeler Ve Çalışan Performansı Arasındaki İlişki: Bir Sağlık Kurumu Çalışanlarının Algılamaları Üzerine Araştırma” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

14/03/2018

Yasemin BAZĞAN



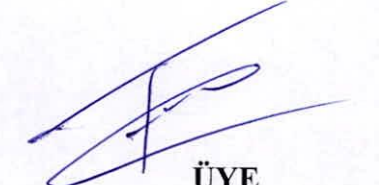
T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

15.2.2018

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim Dalı *Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **150746096** numaralı **Yasemin BAZĞAN**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Ek Ödemeler ve Çalışan Performansı Arasındaki İlişki: Bir Sağlık Kurumu Çalışanlarının Algılamaları Üzerine Araştırma*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 23.01.2018 tarih ve 2018/04 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (5.9) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red veya Düzeltme** kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. İlkay KANIK
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Yrd. Doç. Dr. Talat FİRLAR
(Beykent Üniversitesi)



ÜYE
Prof. Dr. Halit KESKİN
(Yıldız Teknik Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Yasemin BAZĞAN
Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. İlkey KANIK
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Performans Sistemleri, Performansa Dayalı Ek
Ödeme, Sağlık Kurumları

ÖZ

EK ÖDEMELER VE ÇALIŞAN PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR SAĞLIK KURUMU ÇALIŞANLARININ ALGILAMALARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA

Son yıllarda sağlık alanında yaşanan hızlı değişim ve gelişen teknoloji, sağlık kurumlarına verilen önemin artmasına neden olmuştur. Sağlık kurumlarında uygulanan performans sistemleri ve performansa dayalı ek ödemeler ise çalışanların performansını etkileyen öncül faktörlerdendir. Performans yönetim sisteminin bir parçası olarak değerlendirilen performansa dayalı ek ödemeler ise çalışan performansının daha önce konulmuş olan hedeflere göre değerlendirilmesiyle belirlenmektedir. Etkili bir performans sistemi sayesinde yöneticiler, çalışanlar ve dolaylı olarak organizasyon yararlı sonuçlar elde edebilir. Bu çalışmanın amacı performans sistemleri ve performansa dayalı ek ödeme konularını sağlık kurumları/hastaneler açısından incelemektir. Ayrıca performans yönetim süreci ve performans değerlendirme konuları da kapsamlı olarak ele alınmaktadır. Çalışmanın yöntemi olarak da kişilerle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır.

Name and Surname : Yasemin BAZĞAN
Adviser : Assist. Prof. Dr.İlkay KANIK
Type and Date : Master, 2018
Department : Hospitals and Health Institutions Management
Keywords : Performance Systems, Performance Based Supplementary
Payment, Health Institutions

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN ADDITIONAL PAYMENTS AND EMPLOYEE PERFORMANCE: A SURVEY ON THE PERCEPTIONS OF EMPLOYEES OF A HEALTH INSTITUTION

In recent years, rapid changes in the field of health and developing technology have led to an increase in the importance given to health institutions. Performance systems applied in health institutions and additional payments based on performance are the prime factors affecting the performance of employees. Performance-based additional payments, which are considered as part of the performance management system, are determined by evaluating employee performance against previously established targets. Through an effective performance system, managers, employees and indirectly the organization can achieve beneficial results. The purpose of this study is to examine additional payment issues based on performance systems and performance in terms of healthcare institutions / hospitals. In addition, performance management process and performance evaluation issues are covered extensively. In-depth interviews with people were also conducted as a method of working.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖZ

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar LİSTESİ.....	iv
KISALTMALAR.....	v
GİRİŞ.....	1

Birinci Bölüm

SAĞLIK KURUMLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

1. SAĞLIK KURUMLARININ/HASTANELERİN TANIMI.....	2
2. SAĞLIK KURUMLARININ/HASTANELERİN ORGANİZASYON YAPISI VE İŞLEVLERİ.....	5
3. SAĞLIK KURUMLARININ/HASTANELERİN GÖREV VE FONKSİYONLARI.....	9
4. SAĞLIK KURUMLARININ/HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI.....	11

İkinci Bölüm

PERFORMANS SİSTEMLERİ

1. PERFORMANS KAVRAMI.....	15
2. PERFORMANS YÖNETİMİ.....	16
2.1. Performans Yönetim Süreci ve Performansa Dayalı Ücretlendirme.....	17
2.2. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Oluşturulma Süreci.....	21
3. PERFORMANS DEĞERLENDİRME.....	22
3.1. Sağlık Kurumlarında Performans Değerlendirme Kavramı.....	24
3.2. Performans Ölçümünün Boyutları.....	25

3.3. Sağlık Kurumlarında Performans Değerleme Modelleri.....	28
4. PERFORMANS DEĞERLEME YÖNTEMLERİ.....	29
4.1. Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım.....	30
4.2. Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yaklaşım.....	31
4.3. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım.....	32

Üçüncü Bölüm

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS SİSTEMLERİ

1. HASTANELERDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME KAVRAMI.....	34
2. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN AMAÇLARI.....	35
2.1. Yönetmel Amaçlar.....	37
2.2. Geleceğe İlişkin Personel Geliştirme Amaçları.....	38
3. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN KULLANIM ALANLARI.....	38
4. PERFORMANSA DAYALI ÜCRET UYGULAMALARI.....	39
4.1. Performansa Dayalı Ücret Kavramı ve Tanımı.....	39
4.2. Türkiye’de Performansa Dayalı Ücret Uygulamaları.....	40
4.3. Sağlık Bakanlığı’nda Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılan Ek Ödeme Sistemi.....	42
4.4. Sağlık Bakanlığı’ndaki Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi.....	46
4.4.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Ana Hatları.....	48
4.4.2. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin İşleyişi.....	49
4.5. Performansa Dayalı Ücretlenmede Ücret-Performans İlişkisi.....	51
5. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS SİSTEMLERİNİ ETKİLEYEN UNSURLAR.....	52
5.1. Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Kriterleri, Avantajları ve Dezavantajları.....	53
6. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS DEĞERLEME.....	55
6.1. Sağlık Kurumlarında Dengeli Puan Cetveli.....	55
6.2. Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçüm Yöntemleri.....	56
6.3. Hastane Performansı ve Ölçüm Modeli (PATH).....	57

Dördüncü Bölüm

EK ÖDEMELER VE ÇALIŞAN PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR SAĞLIK KURUMU ÇALIŞANLARININ ALGILAMALARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA

1. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN TANIMI.....	60
2. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ.....	62
3. EK ÖDEMELER VE MAAŞA YANSIMA ŞEKİLLERİ.....	64
4. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN GELİŞİMİ.....	67
5. ÇALIŞANLARA YAPILAN EK ÖDEMELERİN SONUÇLARI.....	69
6. EK ÖDEMELER VE ÇALIŞAN PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR SAĞLIK KURUMU ÇALIŞANLARININ ALGILAMALARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA.....	71
6.1. Araştırmanın Amacı.....	71
6.2. Araştırmanın Önemi.....	71
6.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırları.....	71
6.4. Araştırmanın Yöntemi.....	73
6.4.1. İstatistiksel Verilerle Araştırma.....	76
6.4.2. Derinlemesine Görüşmelerle Araştırma.....	81
6.5. Araştırmanın Hipotezleri.....	91
SONUÇ.....	92
KAYNAKÇA.....	94
ÖZGEÇMİŞ.....	105

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Sağlık Performans Ölçümünün Boyutları.....	27
Tablo 2. Performansa Dayalı Ücret Cetveli Örneği.....	52
Tablo 3. Aylık Döner Sermaye Dağılımı.....	66
Tablo 4. Hekim Puan ve Ek Ödeme Karşılaştırması.....	77
Tablo 5. 2014-2017 Klinik Bazlı Ek Ödeme Ortalamaları.....	78

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Ar-ge	: Araştırma Geliştirme
CCI	: Sağlık Girişimleri için Kanada Sınıflandırması
JCI	: Joint Comission International
PATH	: Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Aracı
PDEÖS	: Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi
PGÖ	: Performansa Göre Ödeme
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHKS	: Sağlık Hizmet Kalite Standartları
OHAL	: Olağanüstü Hal
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Sağlık sektöründeki rekabet, özel sektörü ilgilendirdiği kadar kamudaki sağlık kurum ve kuruluşlarını da yakından ilgilendirmektedir. Son yıllarda sağlık sektöründeki değişim ve gelişime bağlı olarak ortaya çıkan reformlar, kamudaki sağlık harcamalarının artması beraberinde bu harcamaların etkin ve verimli kullanılıp, kullanılmadığının sorgulanmasına neden olmuştur. Buna bağlı olarak, özellikle gelişmiş ülkelerdeki kamuya bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında performans yönetiminden yararlanma araştırmalarının içine girilmiş ve bu konuda olumlu sonuçlar da elde edilmiştir. Bu çalışma, Dünyadaki bu gelişmelerin ülkemizin bu alandaki gelişmelere ışık tutmak üzere hazırlanmıştır.

Sağlık sektöründe verilerin toplanabilmesi ve ölçülebilir olması, yapılan sağlık harcamalarının birim maliyetinin hesaplanmasına yardımcı olduğu gibi, ilgili sağlık kurumundaki tüm birimlerin performanslarının belirlenmesine, ölçülmesine ve yükseltilmesine imkân sağlamıştır. Böylece sağlık kurumunun sunduğu sağlık hizmetini gerçekleştirirken, benimsediği performans yönetim sistemi ile performansının belirlenmesi/ölçülmesi mümkün hale gelmiştir. Dolayısıyla sağlık çalışanları performansları karşılığında bir ek ödeme yani döner sermayeden pay alabileceklerdir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının bu sistemden nasıl etkilendikleri açıklanmaya çalışılacaktır. Performans sistemlerinden ek ödemelerin sağlık çalışanları üzerindeki etkileri teorik olarak incelenmeye çalışılıp, araştırma sonuca bağlanmıştır.

Dört bölümden oluşan bu çalışmanın, ilk bölümünde sağlık kurumlarının tanımı yapılmış olup, sağlık kurumlarının/hastanelerin görev ve fonksiyonları açıklanmaya çalışılmıştır. İkinci bölümde ise performans sistemleri, performans yönetimi ve performans değerlendirme konularına değinilmiş olup, üçüncü bölümde sağlık kurumları açısından performans sistemlerinin önemi ve uygulamaları anlatılmıştır. Dördüncü bölümde ise istatistiksel veriler ve derinlemesine görüşmelerle araştırma yapılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARI

1. SAĞLIK KURUMLARININ/HASTANELERİN TANIMI

Sağlık hizmetlerinin tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşanan sağlıkta dönüşüm süreçleri ile birlikte önemli bir değişim sürecinden geçtiği belirtilmektedir. Bu ortamda hastaneler kar amacı güden kurumlar haline dönüşmüş bu nedenle kamu veya özel sektörde yöneticiler hastane masraflarının gün geçtikçe artmasına paralel olarak stratejilerini değer yaratmak ve pazar odaklı faaliyette bulunmak şeklinde ayarlama durumuna geçmişlerdir. Bu nedenle hastanelerin hedef kitlelerini oluşturan pazar alanlarının tanımlanması ve sağlık kurum veya kuruluşlar tarafından sunulan hizmetin en büyük paydaş grubunu oluşturan hastalar tarafından nasıl algılandığının belirlenmesi, günümüz rekabet koşulları içerisinde sağlık sektöründe de geçerli bir uygulama alanı olmaya başlamıştır (Ünaldı, 2015, s. 105).

Sağlık, yalnızca hasta veya sakat olmamak değil, beden, ruhen ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halidir (Özkan, 2011, s. 27). Sağlık kurumları, insan sağlığına yönelik hizmet sunan, vazgeçilmez sağlık hizmetlerinin yer aldığı kurumlardır. Sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi amacıyla yönelik olarak yürütülen faaliyetlerinin yanında, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunu sağlamak için sunulan hizmetlerin bütünüdür. Bu hizmetler; sağlığın korunması ve geliştirilmesi, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması, çevre sağlığı hizmetleri, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi konuları kapsamaktadır. Diğer bir ifade ile sağlık hizmeti, bireylerin sağlıkla ilgili beklentilerini karşılamak amacıyla ile sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen hizmetlerdir (Somunoğlu, 2012, s. 8).

Diğer endüstri ve hizmet kurumlarından ayrılan sağlık kurumlarında öncelikle üretim ve tüketim arasındaki zaman kesiti bakımından birçok farklılık ortaya çıkmaktadır. Sağlık kurumlarında hizmet üretimi ve tüketimi aynı anda gerçekleşmekte iken üretimin depolanması, stoklanması gibi bir durum söz konusu değildir. Dolayısıyla sağlık kurumlarında üretim ve tüketimin aynı anda olması

müşteriye göre hizmet verilmesi ve müşterinin üretim sürecine katılması gerekmektedir. Çünkü verilen hizmetler müşteriye göre değişiklik göstermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 127). Bu açıdan hastaneler müşterilerin üretim sürecine aktif olarak katılmalarını sağlamaktadır. Kısacası hastaneler açısından insan ve hizmet faktörü en önemli kriterdir.

Hastaneler sağlık hizmetlerin durmaksızın verilebildiği, tıbbi eğitim ve bilimsel araştırmaların yapıldığı, toplum çıkarlarının gözetildiği, sağlık piyasasını şekillendiren aynı zamanda sağlık piyasasından etkilenen, kendine has özellikleri bulunan kurumlar şeklinde açıklanmaktadır (Çıraklı ve Sayım, 2009, s. 352). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre hastaneler, müşahede teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılacak sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlardır (Seçim, 2017, s. 154). Hastaneler sağlık problemi olan kişilerin ayaktan ve/veya yatırılarak şifa bulunan sağlık kurumlarıdır. Hastaneler sağlık ocağı, verem savaş dispanserleri vb.. sağlık kurumlarına oranla gelişmiş ve alanında uzmanlaşmış sağlık personelinin bulunduğu kurumlardır. Bu kurumlar aynı zamanda iyi yönetilmesi gereken birer örgüt olup standart ürün ve hizmet üretilmesini gerektiren bir yapıya sahiptirler (Küçükilhan ve Lamba, 2007, s. 113). Başka bir tanımla sağlık kurumları; hasta, yaralı, hasta olduğunu düşünen veya genel sağlık kontrolünden geçmek isteyen bireylerin ayakta, yatarak, müşahade, muayene, teşhis, tedavi veya rehabilitasyon, doğum hizmetlerinin verildiği kurumlardır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2010, s. 36). Özgen'in, işletme organizasyonu yönüyle hastaneleri tanımlaması şu şekildedir: "Hastaneler; tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, hekimlerin ve yardımcı sağlık personelinin eğitimi, tıbbi araştırma ve toplum sağlığı gibi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, doktor ve diğer personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma birimi, birçok meslek gruplarından kişilerin çalıştığı bir örgüt, sosyal bir kurum ve çoğunluğu kamu kuruluşu niteliğinde olan hizmet işletmeleridir." (Özgen, 1995, s. 73-76).

Sağlık kurumları, hem genel çevreden hem de sağlık hizmetleri çevresinden büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu çevre sistemlerinde meydana gelen değişiklikler, sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına, erişiminden kalite iyileştirmelerine

kadar pek çok farklı alanda, sağlık kurumlarını değişime zorlamaktadır. Sağlık kurumlarında zaman içinde oluşan, ekonomik faktörlerin büyüyen etkisi, yeni teknolojiler, artan hükümet baskıları, oluşan yeni güç tarafları, demografik değişimler, çalışma koşulları ve çalışanların motivasyon algılarındaki değişimler, toplumun değişen değerleri ve yaşam biçimleri, kurumlar arası rekabet türünün ve boyutunun farklılaşması gibi faktörler; sağlık kurumlarında “bir sistemin parçası olmak ve diğer dış sistemlerden etkilenecek, bu sistemin gereklerine cevap verme gerekliliği” gibi bir bilinç oluşturmıştır. Sağlık kurumları, hizmet sunumunda, teknolojik, ekonomik, hukuki, politik, sosyo-demografik ve ekolojik dış çevre sistemlerinden etkilenebilmektedirler. Sağlık kurumlarını etkileyen dış çevre sistemleri ve sağlık kurumlarına etkileri şu şekilde sıralanmaktadır (Bayın, 2014, s. 100):

- “Teknolojik” değişimler, bilimsel uygulama ve araştırmalar sonucu ortaya çıkan icat ve yeniliklerde meydana gelen değişimleri kapsamaktadır. Sağlık kurumlarında kullanılan tıbbi teknolojiler, temel iş süreçleri, klinik bilgileri, veri analizi, tele-sağlık otomasyonunu, yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ve bütün bunları geliştirme için yapılan ar-ge faaliyetleri, bu kapsamdadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 97).

- “Hukuksal ve politik” değişimlerin sağlık kurumları üzerinde belirgin etkileri bulunmaktadır. Politik unsurlar, sağlık kurumunun faaliyette bulunduğu ülkede, merkezi ve yerel makamların ve bunlara bağlı kuruluşların siyasi otoritesini sağladığı ortamdan; yasal unsurlar ise, politik çevredeki otoriteyi elinde bulunduranların çıkardıkları yasalar, yönetmelikler ve kararlardan oluşmaktadır (Ülgen ve Mirze, 2013, s. 82-83).

- “Ekonomik” değişimler, açık bir sistem olan sağlık kuruluşlarını doğrudan etkileyen faktörlerin başında gelmektedir. Ülkelerin benimsedikleri ekonomi ve finansman sistemleri, piyasa koşulları, artan maliyetler, temel makroekonomik koşullar, kişi başına düşen gayrisafi milli hasıla, faiz oranları, enflasyon oranları, işsizlik düzeyleri, maaş ve ücretler; sağlık kurumlarının izleyeceği politikaları etkilemektedir (Ülgen ve Mirze, 2013, s. 84).

- “Sosyodemografik” değişimler, bireylerin ve toplumun değer yargıları, tutumları, davranış biçimleri, kültürel alışkanlıkları ve yaşam biçimlerinde meydana

gelen her türlü değişimi kapsamaktadır. Bu değişimler, sağlık kurumlarını da değiştirmeye zorlamaktadır. Doğum oranının yükselmesi, pediatri, çocuk bakımı ve cerrahisi gibi hizmetlere olan talebin artmasını; yaşlı nüfustaki artış geriatri hizmetlerine olan talebin artmasını; sağlık kurumlarındaki talep artışı ise, sağlık kurumlarının fiziksel imkânlarını genişletmelerini gerektirmektedir (Ginter, Duncan ve Swayne, 2013, s. 37).

- “Ekolojik” değişimler ve bu değişimlerin meydana getirdiği hastalıklar, ekolojik sistem kapsamına girmektedir. Ani iklim değişiklikleri, hava kirliliği, bulaşıcı hastalıklar, çok sayıda hastanın sağlık kurumlarına başvurmalarına neden olabilmektedir. Avrupa’da 1960’lı yıllarda çok sayıda iklim olayının yaşanmasına bağlı olarak sağlık sistemlerinin yükü artmış ve uluslararası sağlık tüzüğüne oluşturulması gibi uzun dönemli önlemlerin planlanması yoluna gidilmiştir. Türkiye’de ise, bu dönemde, sıtma, trahom, frengi, lepra gibi bulaşıcı hastalıklar artmış ve bu hastalıklarla mücadele için özel örgütler kurulmuştur. Bu dönem, koruyucu sağlık hizmetlerine olan önemin de arttığı bir dönem olmuştur (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 99-100).

2. SAĞLIK KURUMLARININ/HASTANELERİN ORGANİZASYON YAPISI VE İŞLEVLERİ

Hizmet üreten işletmeler arasında yer alan hastaneler, yapısal, süreç ve çıktı özellikleri bakımından diğer sektör ve hizmet işletmelerinden farklılaşmaktadır. Çünkü hastanelerin temel çıktısı insandır. Bu bakımdan, çalışanlar arasında uzmanlaşmanın ve faaliyetlerde üst düzey bir koordinasyonun sağlanması gerekmektedir. Bu unsurları sağlayacak organizasyonel özellikler hastaneleri diğer kurumlardan ayırmaktadır (Kılıç ve Aydın, 2015, s. 163).

Hastaneler yapısal olarak karmaşık organizasyonlardır. Hastanelerin karmaşık yapıda olmasının birçok sebebi bulunmaktadır. Bu sebeplerden bir tanesi, birçok farklı hastalıklardan şikâyetçi olan hastaların hastaneye gelişlerindeki düzensizliktir. Bu nedenle, herhangi bir an itibarıyla hastaneye olan rağbet doğru olarak tahmin edilememektedir. Hastaneye başvuran hastanın tedavi talebinin, acillik özelliği göstermesi, reddedilemez nitelikte oluşu ve zaman sınırını olmaması, gerek donanım,

gerekse insan kaynağı açısından hastanenin her zaman hazır tutulmasını gerektirmektedir. Hasta gelse de gelmese de belli başlı birimler sürekli kullanıma hazır olmak zorundadır. Hastanedeki aşırı işbölümü ve uzmanlaşma, yapısal karmaşıklığa yol açan nedenlerden bir başkasıdır. Günümüzde, teknolojik değişim ve gelişmeler sağlıkla ilgili bir çok yeni branş ve uzmanlaşmaya neden olmuştur. Farklı eğitim düzeylerinde birçok kişinin aynı çatı altında çalışıyor olması gerek kurum içi gerekse hastalarla iletişim sorunlarına neden olmaktadır. Bu kadar farklı eğitim düzeyindeki ve farklı özellikteki çalışanların uyum içinde çalışmalarını sağlamak da güç olmaktadır. Bu sebepten, hastane organizasyonunda koordinasyon ve haberleşme araçları, işletmenin başarısı yönünden önem taşıyan unsurlar olmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 178-179).

Hastaneler matris yapıda faaliyet gösteren işletmelerdir. Matris organizasyon, faaliyetlerin fonksiyon esasına göre gruplandırıldığı bir işletmenin üstüne proje organizasyonunun monte edilmesiyle ortaya çıkan bir yapıdır. Matris organizasyonda fonksiyonel yönetici ve proje yöneticisi olmak üzere iki çeşit yönetici bulunmaktadır. Fonksiyonel yönetici, sınıflandırılmış birtakım faaliyetlerin, dolayısıyla o bölümün yönetimini üstlenmiş idarecidir. Proje yöneticisi ise belirli bir hizmetin (veya malın) üretilmesiyle alakalı her türlü faaliyetin, planlanması, organizasyonu ve yürütülmesi sorumluluğunu üstlenmiş idarecidir. Projede çalışan insan kaynağı her iki yöneticiye de bağlı bulunmaktadır. Amaç, projenin sonuçlandırılması olduğundan bu insan kaynağı hizmetin sürdürülmesi açısından, proje yöneticisine, mesleki ve teknik konularda da fonksiyonel yöneticiye karşı sorumludur. Dolayısıyla proje yöneticisi ile fonksiyonel yöneticiler insan kaynağı ayrı olan idarecilerdir. Bu bakımdan, matris işletmenin iyi yürüyebilmesi için sorumluluk ve yetki alanlarının çok kesin bir şekilde belirlenmesi, bu yapıya uygun, davranış ve tutumların geliştirilmesi gerekmektedir. Sürekli haberleşme, problemleri açık şekilde tartışma, yardımlaşma, sempati, ikna etme ve amaçlara açıklık kazandırma matris yapıda önem kazanan tutum ve davranış biçimleri olmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 178-179).

Hastaneler daha önce de bahsedildiği gibi 24 saat hizmet veren organizasyonlardır. 24 saat süresince hizmet verilebilmesi için hastanenin birçok birimlerindeki personeller vardiya ve/veya nöbet usulü ile çalıştırılmaktadır. Özellikle gece çalışan personellerin kişilerarası iletişim ve göreve bağlılıklarında zayıflık görülebildiğinden, hastanenin gece yönetimi ve kontrolü, çalışan ve hastalar için önemlidir (Özdemir, 2001, s. 1279).

Güven, sağlık kurumları/hastanelerde mutlu bir çalışan profili oluşturabilmek için en önemli faktörlerden biridir. Kendisini güvende hisseden bir kişi tüm ilişkilerinde kuşkuya yer vermeyeceği için daha sağlıklı ve rasyonel kararlar alabilir. Dolayısıyla örgütlerde güvene dayalı ilişkilerin kurulması, çalışanların yöneticilerine ve bir bütün olarak örgütlerine güven duyması; alınan kararların adil olduğuna inanmaları ve tatmin düzeylerinin yüksek olması ile ilişkilidir. Yöneticiler tarafından bu olumlu duyguları ortaya çıkaran sebeplerin anlaşılması gerekmektedir ve bu duyguları artırıcı çalışma koşulları sağlanmalıdır (İşcan ve Sayın, 2010, s. 213). Bilgi ve iletişim teknolojilerindeki yaşanan hızlı değişim, sağlık sektöründe kullanılan teknoloji ve tedavi yöntemlerinin değişmesine neden olmaktadır. Bu değişim, bireylerin sağlık hizmeti alma ihtiyacını daha da güçlendirmekte ve bu anlamda yaptığı harcamaları artırmaktadır. Bununla birlikte artan rekabet koşulları ve kaynakların sınırlı olması, hastane işletmelerinde rekabet stratejilerinin uygulanmasına ve farklılıkların oluşturulmasında “yönetim” kavramının öneminin artmasına sebep olmaktadır. Bu bakımdan hastane işletmeleri profesyonel yöneticiler tarafından idare edilmelidirler. Çünkü sağlık hizmetlerinin önemli sunucularından biri olan hastane işletmelerinin varlıklarını sürdürebilmeleri, her şeyden önce sağlık hizmetlerini en düşük maliyetle, maksimum nicelikte ve kalitede üretebilmelerine bağlıdır. Bu, profesyonel yöneticilere ihtiyacı kaçınılmaz hale getirmektedir (Şahman, Tengilimoğlu ve Işık, 2008, s. 21). Ayrıca hastanelerde yöneticilerin profesyonel olmalarının gerekliliği ile birlikte hasta ve yaralıların tedavisi yanında koruyucu sağlık hizmeti, eğitim ve araştırma fonksiyonlarının da yerine getirilmesi gerekmektedir. Sağlam çocuk birimleri ve alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlılara karşı etkin mücadele yaparak koruyucu işlev görmektedir. Hasta ve yakınları, öğrenci, hastane personeli ve kamuoyunun sağlık konularında eğitimi de

hastanelerin görevleri arasındadır. Ayrıca hastaneler tıp bilimleri alanında bir araştırma fonksiyonu üstlenmektedirler (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 114-115). Dolayısıyla hastane denildiğinde, ilk akla gelenin sağlık hizmeti veren kurumlar olması, hastanelerin işlevlerinin ortaya konması bakımından eksik bir bakış açısı olmaktadır. Hastaneler sağlığını kaybetmiş insanların bu hizmeti almalarındaki temel kurumlar olduğu gibi sağlıklı insanların da hizmet alacağı kurumlardır. Bu, hastanelerin işlevini çok daha geniş bir alana yaymaktadır. Dünya sağlık örgütü tarafından hastaneler şu şekilde belirtilmiştir (Alpugan,1995, s. 158):

- Bireylerin evlerinde, doktor muayenehanesinde veya kliniklerde tedavi ve bakımlarının yapılması olanaklı görülmeyen hastaların tedavi ve bakımlarını yapmak
- Doktor ve yardımcı sağlık personelin eğitimlerini üstlenmek
- Tıbbi araştırma

Hastaneler, hizmet üretim kapasitesiyle sağlık harcamaları açısından sağlık sisteminin en önemli hizmet birimidir. Hastanelerin amaç ve hedeflerine göre farklılaşmakla beraber genel kabul gören dört işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 114-115):

- *Tedavi hizmetleri*, sağlık hizmetlerinin tamamını içine almakla birlikte hastanelerin en eski ve en temel işlevidir. Hasta ve yaralılara tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kuruluşlarıdır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 181-182). Hasta ve yaralılara ayaktan veya yatarak sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve birbirinden ayıramaz bir hizmet türü olması nedeniyle; başta tedavi edici sağlık hizmetleri olmak üzere, teşhis, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin, farklı meslek gruplarının oluşturduğu ekiple sunulduğu sağlık organizasyonlarıdır.

- *Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri*, kişileri sağlıkları bozulmadan önce sağlıklarını koruması yönünde eğitmekle ilişkilidir. Hastaneler tedavi hizmetlerinin yanı sıra koruyucu sağlık hizmeti de sunmaktadırlar. Bu sayede toplumun sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 181-182). Günümüzde hastanelerde, hasta ve yaralıların tedavilerinin yapılmasının yanında koruyucu ve toplum sağlığını geliştirici sağlık hizmetleri de verilmektedir. Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine bağlı; aşılama, gebe ve bebek bakımı, sağlam çocuk izlemleri, sağlığa zarar verici; alkol, sigara,

uyuşturucu maddelerin zararlarından koruyucu eğitimlerin verilmesi, dengeli beslenme ve obezite ile m¼cadeleyi ¼ęreten eğitimlerin verilmesi, toplumun sağlık d¼zeyinin korunması ve geliştirilmesi ile ilgili sağlık hizmetlerine ¼rnek teşkil etmektedir.

- *Eğitim Faaliyetleri*; Hastaneler, temel işlevi olan tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında sağlık hizmetleri aracılığı ile ilişkide bulunduğu toplum bireylerinin, b¼nyesinde barındırdığı her çalışanın ve eğitimleri için hastaneye gelen her bireyin (¼ęrencinin) eğitimini de yerine getiren birer eğitim kurumlarıdır (Tengilimoğlu Işık ve Akbolat, 2012, s. 181-182). Buralarda, hasta ve yaralıların eğitiminin yanı sıra ¼ęrenciler, asistanlar, hastane personeli vb. eğitilmektedir (www.baskent.edu.tr, 2017). Eğitim kapsamında kişisel sağlık bakım uygulamaları, bedeni kontrol etme ve aşı gibi faaliyetler yer almaktadır. Hastanede sunulan eğitimler yalnızca hastalarla sınırlı kalmamaktadır. ¼ęrencilerin eğitimi, hasta yakınlarının eğitimi, çalışanların eğitimi ve toplumun eğitimi hastane içi eğitimleri arasında yer almaktadır. ¼zellikle branş hastaneleri uzman personel yetiştirilmesi konusunda ¼nc¼d¼rler. Ayrıca hastanelerde verilen eğitim hizmetleri genel olarak; hasta ve hasta yakınlarının eğitimi, tıp, hemşirelik ve yardımcı tıp personeli ¼ęrencilerin eğitimi, hastane çalışan personelinin hizmet içi eğitimi ve toplum sağlığı ile ilgili kamuoyunun eğitimini kapsamaktadır.

- Hastanelerin diğer bir işlevi de *araştırma faaliyetleridir*. Buralarda tıp bilimleri ile ilgili araştırmaların yapılmasının yanında bu t¼r araştırmalara da destekleyici olmaktadır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 181-182). Ar-ge faaliyetleri hastanelerin hem tıbbi hem de y¼netsel olarak y¼r¼tt¼ę¼ faaliyetlerdir. Tıbbi araştırma faaliyetleri, geçmişe y¼nelik araştırma ve klinik araştırma şeklinde iki grupta toplanmaktadır. İdari araştırmalar da, hastanelerin dikkat edilmeyen fakat kompleks yapıdan doğan y¼netsel problemlere öz¼m ¼retmeyi hedefleyen araştırmalardır.

3. SAğLIK KURUMLARININ / HASTANELERİN G¼REV VE FONKSİYONLARI

Hastaneler gelişmiş bir sağlık kurumu olup ayaktan ve/veya yatarak tedavinin verilmesiyle y¼k¼ml¼ kurum ya da kuruluşlardır. Çalışanlarda uzmanlaşmanın

aranılmakta olup araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yanı sıra hastanelerin eğitim faaliyetlerinin de verildiği müşahade, teşhis, tedavi ve iyileştirme hizmetlerinin doğru ve zamanında verilmesi gibi fonksiyonları bulunmaktadır. Hastanelerin en temel fonksiyonu ve var oluş amacı tedavi hizmetlerini yerine getirmektir. Varoluş amacına uygun olarak hastaneler: koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerini yerine getirmek, çalışanları ve hizmet alanları eğitmek, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunmak, etkin bir yönetim mekanizması ile tüm bu hizmetleri yürütmek gibi görevler üstlenmektedirler (Küçükilhan ve Lamba, 2007, s. 113). Hastaneler tanı, tedavi ve tıbbi bakım fonksiyonlarının yanı sıra, sağlık hizmet sunumunda bulunacak personelin eğitimini veren toplum sağlığını koruyan bir kurumdur. Hastaneler genel olarak incelendiğinde, hastalara bakım ve tedavi hizmetleri vermeleri, hastane gereksinimlerinin karşılanması, hastane finansmanı, hastane yönetimi ve hastane hizmetlerinin pazarlanması vb. temel fonksiyonları yerine sağlamaktadırlar (Karahan ve Özgür, 2011, s. 37).

Hastanelerin fonksiyonları maddeler halinde aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Bulakbaşı, 2015, s. 10);

- Tedavi hizmetleri hastanelerin en eski ve en temel işlevidir.
- Hastaneler hasta ve yararlılara ayaktan veya yatış yoluyla tanı ve tedavi hizmetleri sağlayan sağlık kurumlarıdır.
- Hastaneler, hasta ve yaralıların tedavisi yanında kişi ve halk sağlığının korunmasına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri de sunmaktadır.
- Hastaneler ayrıca alkol, sigara, uyuşturucu gibi sağlığa zararlı alışkanlıklara karşı mücadelede etkin rol oynamaktadırlar.
- Anne-çocuk sağlığı hizmetlerinde, aşılama gibi hizmetler ile de toplum sağlığının geliştirilmesine de katkı sağlamaktadırlar.
- Başlangıçta, hasta ve yaralı insanları tedavi etmeyi amaç edinen küçük ve basit bir sağlık hizmet birimi olan hastaneler, insan ihtiyaçlarının değişerek artmasına paralel olarak teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte insan sağlığının korunmasına yardımcı olan ve insanların sağlıklı, huzurlu ve mutlu yaşamalarına katkıda bulunan bugünkü dev hastane organizasyonları haline gelmiştir.

- Hastaneler, birer eğitim kurumlarıdır. Bazı hastaneler, sadece tedavi ve bakım hizmetleri üretirken bazıları da bununla birlikte her türlü sağlık personelinin eğitim ve yetiştirilmesi görevlerini yürütmektedir.

4. SAĞLIK KURUMLARININ / HASTANELERİN SINIFLANDIRILMASI

Türkiye'deki hastanelerin üçayaklı bir temel üzerine oturduğu söylenebilir. Bunlar, kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerdir. Kamu hastanelerinin yönetim organizasyonunda başhekim altındaki üçlü bir ana yapı bulunmaktadır. Hekimlik hizmetlerinin verilmesinden sorumlu başhekim yardımcısı ve ilgili servisler, idari işlerin yürütüldüğü hastane müdürlüğü ve yardımcı sağlık hizmetlerinin karşılandığı başhemşirelik bu üçlü ana yapıyı oluşturmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 186). Üniversite hastanelerinin yönetim yapılarına bakıldığında ise, genel olarak hastane kurulu, hastane yönetim kurulu, hastane eğitim- öğretim kurulu, hastane etik kurulu ve başhekimlikten oluştuğu görülmektedir. Aktif sağlık hizmetlerinden sorumlu olan başhekimlikte, başmüdürlük, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü, hastane teknik koordinatörlüğü, eczacılık hizmetleri müdürlüğü, enfeksiyon kontrol komitesi, kalite kontrol komitesi ve sağlık kayıtları komitesi bulunmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 206-208). Özel hastaneler daha çok ekonomik verimlilik açısından konuya yaklaştığı için organizasyon yapısında kamu ve üniversite hastanelerine göre önemli farklılıklar bulunabilmektedir. Özel hastaneler de kendi içinde büyüklüklerine göre organizasyon yapıları bakımından farklılaşabilmektedir. Ancak kamu ve üniversite hastaneleriyle kıyaslandığında çok önemli bir fark olmasa da daha profesyonel yöneticiler tarafından yönetildikleri söylenebilir. Kamu ve özel hastanelerinin organizasyon yapılarının yanında izledikleri yöntemler ve buna bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlar bakımından da bazı farklılıklar bulunmaktadır. Kuşkusuz, bu durum, sağlık kurumlarının içinde bulundukları sektörden ve misyonlarından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, kamu hastanelerinde kalite çalışmalarının nihai amacı toplumun sağlık düzeyinin artırılması iken; özel hastanelerde bu amaç, ikinci planda tutulup nihai amacın verimlilik ve karlılığın artırılması olduğu söylenebilir (Demirbilek ve Çolak, 2008, s. 109).

Hastaneler çeşitli kriterlere göre sınıflandırılmaktadır. Bunlar; hastanelerin yerine getirdiği işlevlerine göre, mülkiyet yapılarına göre, büyüklüklerine (yatak sayılarına) göre, hastanede kalış gün süresine göre, akredite olup olmama durumlarına göre, halkın genel kullanımına açık olup olmama durumuna göre ve verdikleri hizmet türüne göre ayrılmaktadır (Bulakbaşı, 2015, s. 10);

- *İşlevine Göre Hastaneler:* Sağlık Bakanlığı 2005 yılında yayımladığı yönetmelik ile kamu hastanelerinin sınıflamalarında değişiklik yapmıştır. 25806 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan bu yönetmeliğe göre hastaneler şu şekilde sınıflandırılmıştır (www.mevzuat.gov.tr, 2017): İlçe / Belde Hastanesi; bünyesinde 112 hizmetleri, acil, doğum, ayaktan ve yatarak tıbbi müdahale, muayene ve tedavi hizmetleri ile koruyucu sağlık hizmetlerini bütünleştiren, görev yapan tabiplerin hasta kabul ve tedavi ettiği, ileri tetkik ve tedavi gerektiren durumlarda hastaların stabilize edilerek uygun bir şekilde sevkinin sağlandığı sağlık kurumlarıdır. Gün Hastanesi; ; birden fazla branşta, gününbirlik ayakta muayene, teşhis, tedavi ve tıbbi bakım hizmetleri verilen asgari 5 gözlem yatağı ile 24 saat sağlık hizmeti sunan bir hastane bünyesinde veya bir hastane ile koordineli olmak kaydıyla kurulan sağlık kurumlarıdır(www.turkhemsirelerdernegi.org.tr, 2017). Genel Hastaneler; her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayaktan ve yatarak hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı en az 50 yataklı sağlık kurumlarıdır. Özel Dal Hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı sağlık kurumlarıdır. Eğitim ve Araştırma Hastaneleri; öğretim, eğitim ve araştırma yapılan uzman ve yan dal uzmanların yetiştirildiği genel ve özel dal sağlık kurumlarıdır (www.turkhemsirelerdernegi.org.tr, 2017).

- *Ortalama Kalış Süresine Göre Hastaneler:* Akut Bakım Hastaneleri (kısa dönem kalınan hastaneler) ve Kronik Bakım Hastaneleri (uzun dönem kalınan hastaneler) olarak ikiye ayrılır.

- *Mülkiyetlerine Göre Hastaneler:* Hastanenin mülkiyetinin hangi kuruluş ve kurumlara ait olduğunu ve bu kurumların özelliklerini ifade eden sınıflandırmadır. Türkiye’de hastaneler Sağlık Bakanlığı’na, yabancılara, azınlıklara, Tıp Fakültelerine, derneklere, özel kesime ve belediyelere aittirler. Mülkiyete sahip

kurum hastaneyi denetim ve yönetme yetisine de sahip demektir. Hastanenin yönetim ve üst kadrosu şeklinde örgütte yer alırlar (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 190). Türkiye’deki hastaneler mülkiyet durumuna göre sınıflandırıldığında kamu ve özel olarak ikiye ayrılmaktadır: Kamuya ait olanlar; Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler, Milli Savunma Bakanlığına bağlı hastaneler, Üniversitelere bağlı Tıp Fakültesi Hastaneleri, Belediyelere ait Hastaneler. Özel mülkiyete ait olanlar; Dernek ve Vakıflara ait hastaneler, Özel kişi ve kuruluşlara ait hastaneler, Yabancılarla ait hastaneler, Azınlıklara ait hastaneler (Bulakbaşı, 2015, s. 10).

- *Yatak Sayılarına Göre Hastaneler:* Organizasyon açısından önemli bir sınıflandırmada; hastanelerin büyüklüklerine (yatak kapasitelerine) göre sınıflandırılmasıdır. Çünkü hastane büyüdükçe bazı yeni hizmet birimlerine ihtiyaç duyulacağı gibi, diğer bazı birimler de yeterli büyüklüğe ulaşacaklarından organizasyonlarında değişiklikler olacak; böylece hastane içindeki idari kademelerin ve pozisyonların sayısında artışlar olabilecektir. Büyüklüklerine göre hastaneler 25, 50, 100, 200, 400, 600, 800 ve üstü yatak kapasiteli hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

- *Eğitim Verip Vermeme Durumuna Göre Hastaneler:* Eğitim sunmak ya da sunmamak da hastanelerin sınıflandırılmasında yaygın kullanılan bir biçimdir. Eğitim hastaneleri ihtisas programı vasıtasıyla uzmanların eğitilmesinde rol oynarlar. Tam zamanlı bir eğitim hastanesi olabilmek için o hastanenin en azından dâhiliye, cerrahi, kadın doğum ve jinekoloji ve pediatri dallarında ihtisas eğitimi sunması gerekmektedir. Birçok tam zamanlı eğitim hastanesi birçok alt uzmanlık ihtisası vermektedir. Kısmi eğitim hastanesi ise sadece iki ya da üç program sunmaktadır. Eğitim programında bir üniversiteyle birlikte çalışıp çalışmadığına göre hastaneler üniversite hastanesi, üniversite ile Sağlık Bakanlığının müşterek çalıştırdıkları hastaneler veya bağımsız hastaneler de olabilirler.

- *Akredite Olup Olmama Durumuna Göre Hastaneler:* Hastanelerin akreditasyon durumuna göre akredite edilen ve edilmeyen hastaneler olmak üzere sınıflandırma yapmak mümkündür. Son yıllarda ülkemizde her alanda etkili olmaya başlayan akreditasyonla ilgili olarak, hastaneler de çalışmalar yapmaya başlamıştır. Ancak ülkemizde hastaneleri akredite eden milli bir akreditasyon kurumu olmadığı için bu hizmet dışarıdan satın alınmaktadır. Türkiye’de yaygın olarak, ABD’de

Sağlık Kurumları Akreditasyon Komisyonu tarafından geliştirilen standartlara göre diğer ülkelerdeki hastaneleri akredite etmek üzere Joint Comission International (JCI) kurulmuştur ve hastaneler çoğunlukla JCI tarafından akredite edilmektedirler. Akreditasyon uygulamaları Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin yanı sıra Avustralya ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerde de uygulanmaktadır ve bu ülkelerde akreditasyon kurumları da bulunmaktadır. Özellikle finansman bakımından hastanelerin akredite edilmesi büyük önem taşımaktadır. Sigorta şirketlerinin sözleşme yapması ve kurumsal saygınlık bakımından akreditasyona önem verilmektedir. Akreditasyon ayrıca sağlık turizmi açısından önem taşımaktadır. Çoğu sigorta şirketi hastanenin akredite olup olmama durumuna bakmakta ona göre ödeme yapmaktadır.

- *Verdikleri Hizmet Türü Açısından Hastaneler:* Hizmet türlerine göre hastaneler genel hastaneler ve özel dal hastaneleri olmak üzere iki grupta toplanmaktadır. Genel Hastaneler; her türlü acil vaka ile yaş ve cinsiyet farkı gözetmeksizin bünyesinde mevcut uzmanlık dallarıyla ilgili hastaların kabul edildiği ve ayakta hasta muayene ve tedavilerinin yapıldığı yataklı kurumlardır (Kavuncubaşı ve Kısa, 2010, s. 36). Özel Dal Hastaneleri; belirli bir yaş ve cins grubu hastalar veya belirli bir hastalığa tutulanların ya da bir organ veya organ grubu hastalarının müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonlarının yapıldığı hastanelerdir. Kadın ve çocuk bakımevleri, onkoloji hastaneleri, psikiyatri hastaneleri bu tür hastanelere örnek verilebilir.

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS SİSTEMLERİ

Bu bölümde performans sistemleri kavramı, kapsamlı olarak irdelenmekte, performans yönetimi ve performansa dayalı ücretlendirme, performans değerlendirme konuları sağlık kurumları çerçevesinde açıklanmaktadır.

1. PERFORMANS KAVRAMI

Performans kavramı “organizasyonun maddi ve manevi unsurlarından en üst düzeyde yararlanma derecesi” olarak tanımlanabilmektedir. Bu unsurlar, nitel ve nicel olarak ölçüldüğünde, elde edilen sonuç, önceden belirlenen misyon, amaç ve hedefler ile paralellik gösteriyorsa, istenilen performans düzeyine yaklaşılmış ya da ulaşılmış demektir. Bir başka açıdan performans, bir işi yapan bir bireyin, bir grubun ya da bir teşebbüsün, o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiği başka bir deyişle neyi sağlayabildiğinin nicel (miktar) ve nitel (kalite) olarak anlatımıdır (Doğan ve Gencan, 2014, s. 91).

Herhangi bir görevin gereği olarak önceden belirlenen standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve beklenen amaçlara yaklaşma derecesi olarak tanımlanabilen performansın belirlenebilmesi için gerçekleştirilen etkinliğin sonucunun değerlendirilmesi gerekir (Taş ve Akpınar, 2012, s. 124). Performans, amaçlı ve planlı faaliyetler sonucunda ulaşılanı nicel ve nitel olarak belirleyen bir kavram olup, mutlak ya da göreceli olarak açıklanabilir (Özer, 2010, s. 155).

Performans, bir işi yapan bir bireyin veya bir grubun o işle amaçlanan hedefe yönelik olarak nereye varabildiğinin nicel ve nitel olarak anlatımıdır (Özer, 2009, s. 4). Kamu yönetimi sözlüğü (Bozkurt, 2008, s. 210) performans kavramını; iş başarımı, herhangi bir işte gösterilen başarı derecesi olarak açıklamaktadır. Yönetim bilimi açısından bu kavram “önceden belirlenen amaçlara ve standartlara uygun olarak bir işin (faaliyetin) yerine getirilmesi ya da iş görenin bir işte gösterdiği başarıyı ifade etmektedir” (Ateş, 2011, s. 14) şeklinde tanımlanmaktadır.

Performans kavramı, en geniş anlamıyla belli bir hedefe ulaşmak için önceden belirlenmiş bir faaliyetin sonucunda ortaya çıkan, sayısal olarak ve kalite açısından betimleyen bir kavramdır (Akal, 2016, s.147). Dolayısıyla bu tanımların ışığında performanstan bahsedebilmek için, hedeflenen bir amaç ve bu amaca ulaşmak için standartlara ihtiyaç vardır. Bu nedenle performans; amaca yönelik önceden belirlenmiş standartlara uygun davranışların gösterilmesi ve hedefe yaklaşma düzeyi olarak anlaşılmalıdır (Ateş ve Kırılmaz, 2007, s. 2). Performans, genel olarak, amaçlanan hedefe yönelik yapılan tüm işlerin, o hedefin neresinde olduğunu, o hedefe ulaşıp ulaşılamadığının anlatılması olarak tanımlanabilir. Performans kavramını kullanabilmek için öncelikle belirlenmiş hedefin olması gerekir. Hedefe ulaşılması başarı olarak anlaşılacaksa, performans kavramının başarı ile paralel olduğu söylenebilir. Performans yönetimi terimi incelendiğinde, üzerinde uzlaşılan net bir tanımın olmadığı görülmekle birlikte, genel çerçeve itibarıyla: belirlenmiş önceliklere, yani hedeflere ulaşmak üzere sahip bulunulan imkân ve kaynakların en etkili ve verimli bir şekilde kullanılarak, kurumun tepe yöneticisinden en alt çalışanına kadar, herkesin neyi ve nasıl yapması gerektiğini gösterir, plan ve projeleri içeren bir yönetim sistemi olarak tanımlamak mümkündür (Öztürk T., 2010, s. 24).

2. PERFORMANS YÖNETİMİ

Performans yönetimi terminoloji olarak, ilk defa 1970 yılında kullanıldı ve 1980 yılından itibaren sistem olarak uygulanmaya başlandı (Öztürk Ü., 2009, s. 16). Performans yönetimi, istenen amaçlara yöneltme amacıyla örgütün mevcut ve geleceğe ilişkin durumu hakkında bilgi toplama, bunları karşılaştırma ve performansının sürekli gelişimi için yeni ve gerekli düzenlemeleri ve etkinlikleri yapmaktır. Performans yönetimi, performans ölçümü sonucunda ortaya çıkan performans bilgisini kullanan bir sistem olarak tanımlanabilmektedir. Performans yönetiminin gelecek odaklı bulunması, kamu kesimini stratejik planlama aracılığıyla kurumsal amaçların belirlenmesine ve kaynak tahsislerinin performans esaslı bütçeleme aracılığıyla bu amaçlar doğrultusunda gerçekleştirilmesine yönlendirmektedir (Çiçek ve Şahin İpek, 2013, s. 81).

Performans yönetimi kavramı, politikada, ekonomide, muhasebe ve yönetim teorisinde aynı anlamda olmamakla birlikte sıkça kullanılmaktadır. Bazılarına göre, örgütün amaçlarının gerçekleştirilmesi için kullanılan kaynakların en az maliyetle elde edilmesi ve verimli kullanılmasıdır. Diğer bazı yazarlara göre ise, performans yönetiminin ekonomiklik, verimlilik, etkililik, yetkinlik ve teşebbüs olmak üzere beş boyutu bulunmaktadır. Bazıları ise bu beş boyuta hakkaniyeti de ilave etmektedir. Hakkaniyet iki açıdan önemlidir. İlk olarak hakkaniyet, kamu kurumlarının en kritik yönüdür. İkincisi ise hakkaniyet kavramının boyutlarının tam olarak belirlenememesidir. Performans yönetimi kavramı, çok tekrar edilerek kendisinden yararlanılacak büyüklü bir kelime olmanın ötesinde bazı görev ve sorumluluklar üstlenmeyi, çaba harcamayı gerektiren ve ancak uzun dönemler sonunda yarar sağlayan bir faaliyettir. Performans yönetimi sürecinde çalışanların ve yöneticilerin bir dizi rol ve sorumluluklar üstlenmeleri gerekmektedir (Halis ve Tekinkuş, 2003, s. 175-176).

Performans yönetimi, kullanılan kurumun niteliğine göre farklı uygulama süreçlerini ve sonuçlarını ortaya koyar. Bununla birlikte genel olarak kamu sektöründe performans yönetimi uygulamalarında geçerli olan ortak noktalar şu şekilde ifade edilebilir (Ateş, 2011, s. 28):

1. Zamanında ve düzenli olarak elde edilip gerçeği yansıtan performans verileri,
2. Güçlü liderlik ile bütünleşen, yapabilme ve sonuç alma kültürü,
3. Üzerinde uzlaşılan bireysel ve kurumsal hesap verebilme mekanizmaları,
4. Üst yönetim tarafından belirli aralıklarla yapılan performans yönetimine ilişkin gözden geçirmeler,
5. Şeffaf, performans ödül ve cezaları.

2.1. Performans Yönetim Süreci ve Performansa Dayalı Ücretlendirme

Performans yönetimi, bir sonuç değil süreçtir. Süreklilik içeren bir çevrimdir. Yönetim süreçleri ve performans yönetimi aşamaları birbirini tamamlayan yapılardır. Performans yönetim süreci, bir örgütün çeşitli sistemleri performansını yönetmek için nasıl kullandığını tanımlamaktadır (Uzoğlu, 2011, s. 14). Performans yönetiminin temel amacı ve hareket noktasını, kurumsal performansın sürekli geliştirilmesinin sağlanması, gelişmenin önündeki engellerin önceden tahmin edilerek mümkün olan en kısa sürede ortadan kaldırılması veya zararların en aza indirilmesi şeklinde belirlemek mümkündür (Çiçek ve Şahin İpek, 2013, s. 82).

Performans yönetim sistemi, kuruluşların amaçlarını gerçekleştirmek için mevcut kaynaklarını performanslarına göre seçme sürecidir. “...performans yönetimi verimliliğe, etkililiğe ve ekonomik olmaya odaklanmış örgüt yönetimi anlayışı olup, tüm bunlara ulaşabilmek için ölçülebilir hedefler koymayı ve bu hedeflere ilişkin olarak çıktıları/ürünleri sürekli ölçmeyi gerekli kılmaktadır” (Bilgin, 2007, s. 54). Performans yönetim sistemi sürecinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için yönetimle çalışanların arasında güçlü bir iletişim olması gerekir. Performans yönetimi ve bu yönetim yaklaşımının önemli bir unsuru olan performans ölçümü, örgütlerin yönetim yapılarının güçlendirilmesi ve sürdürülebilir kılınmalarında ihtiyaç duyulan sistemli bilginin üretilmesinde temel bir araç konumundadır (Usta, 2010, s. 33).

Genel olarak değerlendirildiğinde performans yönetim süreci; stratejik plan kapsamında stratejik amaç ve hedeflerin belirlenmesi, yıllık performans hedeflerinin oluşturulması, performans göstergelerinin/ölçütlerinin belirlenmesi, performansın göstergelere dayalı olarak ölçülmesi, performans sonuçlarının alınması, performans sonuçlarının değerlendirilerek gelecek dönemin planlamasının yapılması şeklinde aşamalardan oluştuğu söylenebilir (Çevik, 2008, s. 16). Performans yönetim sisteminin geliştirilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinde dikkate alınması gereken temel unsurlar, dört aşamadan oluşmaktadır (Barutçugil, 2002, s. 132):

- Hedef Belirleme: Şirket hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik, bireysel iş sonuçları ve yeterliliklerle ilgili hedeflerin saptanması,
- Yönlendirme/Geri bildirim: Hedeflere yönelik gelişmelerin kaydedilmesi ve gelişmesi gereken yönlerin saptanması,
- Değerlendirme: Kişisel iş sonuçlarının ve yeterliliklerin değerlendirilmesi,
- Gelişim Planlama: Gelişmesi gereken yönlerin ve eğitim gereksinimlerinin belirlenerek, gelişim planlarının hazırlanmasıdır.

Performans değerlendirmenin sonuçlarından ücret-maaş yönetiminde yararlanılması, sürecin en kritik ve sorunlu alanlarından biridir. Bireysel performanstaki farklılıkların kurumun ödül sistemine yansıtılması performans değerlendirmenin temel amaçlarından biridir. Ancak kurumların öncelikle bilimsel ve sağlam temellere dayalı ücret sistemlerine sahip olmaları bu konuda yaşanacak sorunları ortadan kaldıracığı gibi, değerlendirilenlerin çabaları ile ödülleri arasındaki ilişkiyi adil olarak algılamaları sonucunda performans değerlendirme sisteminin başarısı artacaktır (Uzoğlu, 2011, s. 48).

Performansa dayalı ücret ise, performansa bağlı olarak, belirli periyotlarla çalışanlara yapılan ödemedir. Bu ödeme bireysel veya gruba yönelik olabilir. Performansa göre ücretlendirmede çalışanlar için hedefler konulmakta ve çalışanlar bu hedeflere ulaşmak için motive edilmektedir (Coşkun ve Dulkadiroğlu, 2009, s. 85).

Performansa dayalı ücret sistemleri, ücret ile performans arasında sıkı ilişki kurularak oluşturulan ücret sistemlerini içerir. Genellikle performans yönetim sisteminin bir parçası olan performansa dayalı ücretlendirmede, ikramiyeler ve ücret düzeyleri, çalışan performansının daha önce konulmuş olan hedeflere göre değerlendirilmesiyle belirlenir. İşle ilgili hedeflere bağlı olan performanslar doğrultusunda ücreti farklılaştırmak, performansa göre ücretlendirmenin mantığını oluşturur. Performansa göre ödeme, yüksek performans gösterdiğinde bunun karşılığını alabileceğini düşünen kişilerin daha yüksek bir performans için çaba göstereceği savına dayalı, Vroom tarafından ileri sürülen beklenti teorisine

dayandırılmaktadır. Performansa göre ücret sistemi temelde iki amaca dayanmaktadır. İlki, sistemin yönetsel değişim çabalarında sembol olarak algılanmasıdır. Geleneksel olarak merkezde toplanan güç daha alt yönetsel birimlere aktarılır ve yöneticiler kendi astlarının ücretlerini belirlemede daha fazla yetkiyle donatılmaktadırlar. İkincisi ise performansa göre ücret, iyi performansın ve personelin daha iyi motive edilmesinin bir aracı olarak algılanmaktadır (Özer, 2012, s. 1533-1534).

Performansa dayalı ücretlendirme sisteminin temel amacı örgüt için değerli personeli cezbedecek, motive edecek, teşvik edecek, işletmede kalmalarını sağlayacak ve aynı zamanda personel tarafından adil olarak algılanacak, işletme için kabul edilebilir maliyet sınırları içinde olan bir ödeme paketi tasarlamaktır. Sağlık çalışanlarının verimli ve kaliteli hizmet sunmalarını özendirecek bir ödeme ve ücretlendirme yapısı olarak tasarlanan “performansa göre döner sermaye katkı payı ödemesi” Sağlık Bakanlığınca 2004 yılından itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Sistemin yasal dayanağını, 209 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” teşkil etmekte, personele yapılacak ödemeler ise Kanunun 5.maddesinde düzenlenmektedir. Buna göre, personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, kapsamda yer alan personele, personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, ek ödeme yapılabilmektedir. Sistemin detayları ise “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile düzenlenmektedir. Ek ödeme yapılacak personelin kapsamı, Sağlık Bakanlığına bağlı döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 4924 sayılı Kanun ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname uyarınca sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu’nun 38’.maddesine göre Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevlendirilen personel olarak belirlenmiştir.Ödenecek net ek ödeme tutarı, personele ait net performans puanının dönem eködeme katsayısı ile

arpımı sonucu bulunan tutardan gelir vergisi ve damga vergisi kesilmesi sonucu bulunur. Ancak, personelin net performans puanının, dönem ekdeme katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutar, tavan ek ödeme tutarını geçemez (Erkan, 2011, s. 425).

2.2. Performansa Dayalı cret Sisteminin Oluşturulma Süreci

Performansa dayalı ücret sistemi, bireysel, grup ve örgüt performansına dayalı olmak üzere üç farklı yöntemle ya da bunların karması olarak planlanabilmektedir. Bireysel performansa dayalı ücret sistemlerinde bireyin kendisi için belirlenen hedeflere ve standartlara ne ölçüde ulaşıldığına bakılmaktadır. Personel belirlenen hedeflere ulaşmışsa belirlenen başarı kriterlerine göre ödüllendirilebilir. Böylece yüksek performans ödüllendirilirken, düşük performansla çalışanlar da daha iyi performans gösterme konusunda teşvik edilmiş olacaktır (Perry, Engbers ve Yun Jun , 2006, s. 47).

Performansa göre ücret uygulamalarının Türk kamu yönetiminde yaygın ve sistematik bir şekilde uygulandığı kurum, Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığında performansa dayalı ücret uygulaması, 2003 yılında pilot uygulama olarak on hastane ve bir il sağlık müdürlüğünde başlatılmış, 2004 yılından başlayarak tüm Sağlık Bakanlığı birimlerine yayılmıştır. Günümüzde Sağlık Bakanlığının uygulamaya koyduğu döner sermaye gelirinden performansa dayalı ek ödeme sistemi Türkiye çapında uygulanmakta olup, performansa dayalı değerlendirme ve ödeme sisteminin tüm bakanlık düzeyinde uygulandığı tek örnektir (Coşkun, Dulkadiroğlu ve Kunduracı, 2016, s. 647).

Performansa bağlı ücret sisteminde, ücret artışıları veya prim ayarlamaları, bireylerin performansının değerlendirilmesi ile ilişkilidir. Performansa dayalı ücret artış sınırı iş ve ücret artış limitleri ile ilişkilidir. Performansa dayalı artışın sınırı %3-%10 arasında değişmektedir. Ancak bu oran farklı ücret kategorilerinde çok büyük ücret artışlarına neden olabilir. Performansa dayalı ücret sisteminde şu konuların dikkate alınması gerekir (ztrk , 2009, s. 119)

1. Etkin bir teşvik unsurudur, çünkü insanlara finansal destek sağlar. Performans ölçüleri ve hedefler üzerinde fikir birliği sağlanması, sonuçların gerçekleşmesi durumunda ulaşılabilecek veriler herkese açık olmalıdır.

2. Üstün performans sağlayan herkesin ulaşabileceği eşit ve doğru bir ödüllendirme sistemi mesajının, tüm çalışanlara iletilmesi gereklidir.

3. Kurumun hedeflerine ulaşmasına katkısı olan ve yüksek performans sergileyen bireylerin, katkıları oranında ücretlerini etkileyebilecekleri mesajı verilmelidir.

3. PERFORMANS DEĞERLENDİRME

Performans değerlendirme, belirli bir görev veya iş tanımı çerçevesinde bireyin bu iş veya görev tanımını ne düzeyde gerçekleştirdiğinin belirlenmesidir. Bir diğer ifade ile performans değerlendirme, çalıştığı kurumda görevi ne olursa olsun bireylerin etkinliğinin, yetersizliğinin, eksiklikleri ve yeterliliklerinin bir bütün olarak tüm yönleri ile gözden geçirilmesidir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012 s. 126). Performans değerlendirme, en basit tanımıyla iş görenin yaptığı işte göstermiş olduğu başarıyı ölçen sistematik bir değerlendirme sürecidir (Sabuncuoğlu, 2013, s. 89).

Performans değerlendirme, örgüt içinde karar alan tarafların, aldıkları kararlarda doğru ve objektif davranmaları sonucunda örgütün başarı oranının artırmakta ve kuruluş amaçlarının gerçekleştirilebilmesi açısından önemli olmaktadır. Bunun yanında daha önce yapılan çalışmalar değerlendirilip örgütün eksik yönlerinin belirlenmesi ve bunların giderilmesine de katkıda bulunmaktadır. Performansı etkileyen faktörlerin belirlenmesi örgütün koymuş olduğu hedeflerin daha gerçekçi temeller üzerine kurulması, bu hedeflere zamanında, etkin ve verimli bir şekilde ulaşılması açısından önemlidir (Bayyurt, 2007, s. 578). Performans değerlemesi sistemlerini çok yönlü, dinamik ve objektif kriterlere dayanan bir süreç olarak ele almak gerekir. Çok yönlülük değerlendirme sürecine çalışanların katılımlarının sağlanmasının yanında, elde edilen sonuçların personel geliştirme, örgüt geliştirme ve yönetim geliştirme amaçlarına da hizmet etmesini öngörmektedir (Uzoğlu, 2011, s. 35).

Performans değerlendirme, işletmelerin faaliyetlerini etkin bir şekilde sürdürmelerinde yaşamsal bir öneme sahiptir. Performansın bireysel, bölümsel ve kurumsal düzeyde ölçülerek değerlendirilmesi örgütsel başarı için gereklidir. Performans, bir işin üstesinden gelmek, başarılı olmak veya bir kimsenin kendisine düşen görevi etkili bir şekilde tamamlamasıdır. Bir diğer ifade ile performans, kontrol edilebilen kaynakların kullanımındaki etkinlik derecesidir. Performans değerlendirme, verimliliğe, etkinliğe ve ekonomik olmaya odaklanmıştır. Bu ilkelerin uygulanması ve sürdürülebilirliği için ölçülebilir hedefler belirlenmeli ve bu hedeflere ilişkin olarak çıktılar/ürünler sürekli ölçülmelidir (Taş ve Akpınar, 2012, s. 124). Performans değerlendirmesi gerçek anlamda ortak bir çalışmaya, bilgi alişverişine, hatalar ve başarılar açısından sorumluluğun paylaşılmasına ve eğitim-gelişmeye olanak veren, dinamik bir sistem ve bireysel yeteneklerin işin nitelik ve gereklerine hangi ölçüde uyup uymadığını araştıran ya da işteki başarısını saptamaya çalışan objektif analizler ve sentezler bütünüdür (Barutçugil, 2002, s. 178).

Performans değerleme, performans yönetimi konusunun en önemli fonksiyonunu oluşturmaktadır. İşletmelerle ilgili yönetim kararlarının alınmasında, örgüt faaliyetlerinin yürütülmesinde, performans değerlemenin sonuçları önemli bir kaynak niteliğindedir. Bu nedenlerden dolayı, performans değerleme yöntemlerinin, örgütte yöneticiler tarafından bilinmesi ve bu konuda gerekli donanıma sahip olunması, etkin örgüt olma açısından oldukça önem taşımaktadır (Helvacı, 2002, s. 159). Performans değerlemenin en etkin kullanım alanının; çalışanların terfi ve atamalarında, görevlerinin yeniden tanımlanmasında, ücretlendirilmesi ve işten çıkarılması gibi yönetsel kararların alınması ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Camgöz ve Alperten, 2006, s. 194).

Performans değerlendirmesinin çalışanlar ve işletmeler açısından çeşitli amaçları bulunmaktadır. Bu amaçlar, farklı kaynaklarda çeşitli şekillerde sınıflandırılmıştır. Bu kaynaklar ışığında, örgütlerde performans değerlendirmenin amaçlarını şu şekilde sıralamak mümkündür (Dolgun, 2007, s. 169);

- Maaş, dl ve ceza kriterlerini belirlemek.
- İş görenlerin etkinlik, verimlilik ve motivasyonlarını artırmak.

- Çalışanların iş yerinde göstermiş olduğu performans düşüklüğünün nedenlerini araştırmak, nasıl giderilebileceğini belirlemek.
- Çalışanların yetersiz olduğu konularda eğitim gereksinimlerini belirlemek ve nasıl giderilebileceği konusunda çalışmak.
- Çalışanlar arasında iletişimi güçlendirerek, takım ruhunu geliştirmek.
- Astlar ve üstler arasında iletişimi artırmak.
- Terfi, atama, işine son verme ya da çalışanların içinde bulunduğu durumu yeniden gözden geçirilmesi gibi yönetsel kararlar alınmasına yardımcı olmak.
- Sonuçların objektif ve nesnel bir şekilde oluşturulan raporlar halinde insan kaynakları planlamasında kullanmak üzere değerlendirilmesine kaynak oluşturmak.

3.1. Sağlık Kurumlarında Performans Değerlendirme Kavramı

Bir süreç olarak yaklaşıldığında performans yönetimi, önceden belirlenmiş olan performans göstergeleri kullanılarak gerçekleştirilen ölçümler sonucunda kurumsal amaç ve hedeflere ulaşma derecesinin belirlenmesi, bununla birlikte personel başarısının ortaya çıkarılması ve elde edilen performans sonuçlarının değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır. Hastane performansı, klinik ya da yönetsel açıdan belirlenmiş hedefleri başarmak olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetlerinin amacı, daha iyi bir sağlıktır. Hedefler geleneksel hastane fonksiyonları ile ilgili olabilir ki bunlar; tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyonun yanı sıra eğitim ve araştırmadır (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s. 55).

Performans değerlendirme, belirlenen hedeflere yönelik olarak yapılan çalışmaların sonuçlarını iyileştirmek amacıyla performans bilgilerini toplama, değerlendirme ve sonuçları yayma işlemleridir. Performans değerlendirme, çalışmalarla ilgili geline nokadaki başarıları, kurumun veya bireylerin güçlü yönlerini ve varsa başarısızlıkları ayrıntılı bir değerlendirmeye tabi tutan sistemsel bir süreçtir (Acar, 2011, s. 76).

Performans değerlendirmesi, kamu kesiminde belirlenen stratejik amaç ve hedeflere ulaşmak amacıyla, izledikleri yol ve yöntemlerin, performans hedeflerine

ulaşmak üzere kullanılan yol ve yöntemler ile yürütölen kamusal faaliyetler ve projelerin ve bunların neticesinde ortaya çıkan çıktı ve sonuçların değerdendirilmesidir (Yenice, 2006, s. 125). Performans değerdendirmesinde hedeflenen, örgüt içerisinde ki tüm çalışanların başarıları, başarısızlıkları, yeterlilikleri, etkinlikleri, verimlilikleri ve yetersizliklerini gözden geçirme fırsatı bulmasına olanak tanımaktır. Performans değerdeme sisteminin amacı, yalnızca geçmişte gösterilen performansın düzeyini belirlemek değıl, çalışan ve örgütlerin geleceğe dair potansiyel performanslarını da belirleyerek, uygun motivasyon ve yönlendirmelerle gelecekteki performanslarını yükseltmek olmalıdır (Arslan, 2017, s. 62).

Performans değerdendirmede amaç kişiyi cezalandırmak değıl, aksine onun tüm yönlerini ele alarak eksikliklerini gidermesine yardımcı olmak, başarılarını ödüllendirmektir. İyi planlanmış ve etkili bir şekilde uygulanan bir performans değerdeme sürecinin amaçları da ana hatlarıyla şu şekilde özetlenebilir (Akı ve Demirbilek, 2010, s. 83);

- Performansı tanımlamak, geliştirmek, ödüllendirmek ve beklenenleri veremeyen çalışanların gelişmeye ihtiyaç duydukları alanları ortaya çıkarmak.
- Çalışan ve onun işi hakkında doğru bilgi elde etmek.
- İş görenler için, uygulamada kullanılabilecek geribildirim oluşturmak.
- Beklentiler konusundaki belirsizlikleri ve endişeleri azaltmak.
- Çalışanların performans düzeylerini belirlemek, düşük performansın nedenlerini ve çözüm yollarını araştırmak.
- Performansı düşük olan çalışanların durumunun yeniden gözden geçirilmesini istemek.
- İnsan kaynağına ilişkin stratejik veri üretmek, örgütsel sorunların belirlenmesinde yardımcı olmak.

3.2. Performans Ölçümünün Boyutları

Performans ölçümü; “bir kurumun önceden belirlenen amaçlara ve hedeflere göre ortaya çıkan ürünleri, hizmetleri ve/veya sonuçları birlikte değerdendirmesine

yönelik analitik bir süreç” şeklinde tanımlanmaktadır. Daha teknik bir ifadeyle bir kurumun kullandığı kaynakları, ürettiği ürünleri ve hizmetleri, elde ettiği sonuçları izlemesi için düzenli ve sistematik biçim devri toplaması, bunları analiz etmesi ve raporlaması süreci olarak tanımlanabilir. Uygulayıcılar açısından ise bir kurum tarafından veya bir program içinde yürütülen faaliyetlerin rakamsal olarak ifade edilmesi anlamına gelmektedir (Doğan ve Gencan, 2014, s. 91). Bir ürüne yada hizmete (çıktılar) dönüştürülen, bu çıktıların ve sonuçlarının kalitesini etkinikleşen bilgilerin önceden belirlenmiş hedeflerin ne kadarına uygun geldiğinin proses bazında ölçülmesidir. Analitik bir süreç olan performans ölçümü, bir kurumun planlanan amaçlar ve hedefler doğrultusunda, ortaya çıkan ürünleri, hizmetleri ya da sonuçlarıyla beraber değerlendirmeye yöneliktir. Bir başka ifadeyle, ‘bir kurumun kullandığı kaynakları, ürettiği ürün ve hizmetleri, elde ettiği sonuçları izlemesi için, düzenli ve sistemli bir biçimde veri toplaması, bunları analiz etme ve rapor haline getirme süreci’ olarak tanımlanabilir (Sayıştay, 2002, s. 6).

Performansı oluşturan ve en yaygın olarak ele alınan yedi tane performans boyutu vardır. Bu boyutlar; etkililik, etkinlik, verimlilik, kalite, çalışma yaşamının kalitesi, kârlılık ve bütçeye uygunluk ve yeniliktir. Etkinlik, örgütlerin, tanımlanmış amaçlarına ulaşmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetler sonucunda bu amaçlara ulaşma derecesini belirleyen ve işletme düzeyinde toplam performansı yansıtan en önemli ve en çok odaklanılan performans boyutudur. Etkinlik (efficiency), yararlı çıktıların üretilmesi için kullanılan işçilik, hammadde ve malzeme, dışarıdan sağlanan yarar ve hizmetler gibi kaynakların ne denli etkin kullanıldığını anlatan bir kavramdır (Doğan ve Gencan, 2014, s. 91).

Performans yönetim sistemleri gerektiği şekilde tasarlanıp uygulanmaz ise personelin ve yönetimin performansını düşürecek olumsuz gelişmelere neden olabilir. Bu tür sorunları önlemek için şu önlemler alınabilir (Acar, 2011, s. 75):

1. Üst yönetimin, sistemi açık bir şekilde desteklemesi sağlanmalıdır.
2. Sistemin kullanıcıları tarafından kabul edilmesi ve benimsenmesi sağlanmalıdır.
3. Personele doğru, yeterli ve zamanında geri bildirim verilmelidir.

4. İzlenecek prosedürlerin tamamı bütün işletme için standart olmalıdır.
5. İleride ortaya çıkabilecek sorunları önlemek için ölçme ve değerlendirme sonuçları belgelenmelidir.
6. Etkili bir haberleşme sistemi kurulmalıdır.
7. Performans yönetim sisteminin uygulamaları sürekli izlenmeli ve gerekli düzeltici önlemler alınmalıdır.

Sağlık sistemi performansının değerlemesi hedeflerini belirlemekle başlamaktadır. Sağlık sistemi performans göstergeleri nihai amaçlarından ve ölçüm konularından bağımsız olarak değerlendirilememektedir.

Tablo 1. Sağlık Performans Ölçümünün Boyutları

Ölçüm Alanı	Ölçümün Açıklanması	Gösterge Örnekleri
Sağlık Nüfusu	Nüfusun sağlığı üzerine toplanan verilerin ölçümü	-Yaşam beklentisi -Sağlıklı yaşam beklentisi -Kaybedilen yaşam yılları -Ölünebilir ölüm -Sakatlığa Ayarlanmış Yaşam Yılları (DALY)
Bireysel SağlıkÇıktıları	Bireylerin sağlık durumunun ölçülmesi,tüm nüfus ya da gruplar arasındaki ölçümlere nazaran görelisi olabilir.Bir takım göstergeler de bazı sağlık durumlarının sıralanmasında yarar sağlayabilir.	Genel Ölçümler -Kısa Form 36 (SF- 36) -EQSD Hastalığa Özel Ölçümler -Artrit Etkisi Ölçeği -Parkinson Hastalığı Anketi (PD- 39)
Klinik Kaliteve Bakım Uygunluğu	Hizmetlerin ve hasta bakımının ölçümü arzulan çıktıları elde edilmesi için yapılmaktadır.	Çıktı Ölçümü -Sağlık durumu -Belirli post-operatif ölüm oranları -Süreç Ölçümü -Kan basıncı ölçüm sıklığı
SağlıkSisteminin Duyarlılığı	Tedavi gören bireylerin ve sağlık sisteminde tedavi görenlerin oluşturduğu çevrenin ölçülmesi Hasta onuru, özerkliği, gizliliği, iletişim,dikkat, sosyal destek, temel olanakların kalitesi	-Hasta deneyimi ölçümleri -Hasta memnuniyet ölçümleri -Geniş ölçekli çalışmalardan göstergeler
Eşitlik	Sağlıkta eşitlik, sağlık bakım hizmetine erişim, cevap verebilirlik ve finansman kapsamının ölçümü	-Kullanım ölçümleri -Erişim oranları -Kullanım-ihtiyaç oranları -Harcama eşikleri
Verimlilik	Sağlık sisteminin, sağlık kurumlarının,bireysel uygulayıcıların verimliliğinin ölçülmesi	-Çalışan verimliliği -Maliyet etkililik ölçümleri (Örn: Tedavi ve müdahaleler için) -Teknik etkililik (Girdi/çıktı ölçümü) - Tahsis etkililiği (Maliyet fayda analizleriyle sağlığın geliştirilmesinin farklı yollarının karşılaştırılması)

Kaynak:Tengilimoğlu ve Toygar , 2013, s. 53

Sistemin işlevselliğini değerlendirmek ve gözlemek ile sağlık sistemleri finansmanı, organizasyonu ve politikaları konusunda bilgi edinmek için hükümetler araç gereçlere ihtiyaç duymaktadırlar. Performans göstergeleri ayrıca sağlık alanında gelişmeleri resmi olarak belgelemek isteyen ülkeler ve sağlık sisteminin geliştirilmesi ve reformuna ilişkin kanıt toplayan araştırmacılar için önemli olarak değerlendirilmektedir. Sağlık sistemlerinde kullanılan çeşitli performans göstergeleri Tablo 1’de gösterilmiştir (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s. 53).

3.3. Sağlık Kurumlarında Performans Değerleme Modelleri

Sağlık sistemi; sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinden sorumlu olan kurumların, insani hizmetlerin desteklenmesinin, finansman mekanizmalarının, bilgi sistemleri ve organizasyonel yapıların birleşiminden oluşan bir bütün olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 2000 yılında yayınlanmış olan “Sağlık Sistemleri: Performansı Artırmak” isimli Dünya Sağlık Raporu’na göre sağlık sistemi; öncelikli amacı sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her tür faaliyeti içerisinde barındıran sistem ifadesiyle kapsayıcı niteliği en çok olan tanımlama olarak değerlendirilmektedir (Çelebi ve Cura, 2013, s. 48). Çalışan performansının belirlenmesi amacıyla birçok yöntem ve yaklaşım geliştirilmiştir. Örgütlerin birbirinden farklı özellikler göstermesi nedeni ile her örgüt kendi ihtiyacına en iyi cevap verecek yöntemi geliştirme çabasına girmişlerdir. Yapılan performans değerlemenin bilimsel ölçütlere uygun olması ve bu konuda evrensel kabul edilen yöntem ve yaklaşımların her örgüt tarafından kullanılması gerekmektedir (Bingöl, 2016, s. 289).

Sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi ise, bir sağlık sisteminin temel hedeflerini ne ölçüde karşıladığının belirlenmesi ile mümkündür. Bu hedefler farklı tarihsel izleri, politik, mali ve örgütsel önceliklerini ve çıkar gruplarının gücünü yansıtmaktadır. Bununla birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler sağlık sistemi performansını ölçerken farklı göstergeleri kullanmaktadır ve analiz birimlerinin (kurum, bölge, ülke) durumuna göre farklı göstergeler geliştirmektedirler (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s. 52).

Kişilerin performans düzeylerini saptamak için, geliştirilmiş birçok yöntem bulunmaktadır. Bunlardan bazıları, performans değerlendirme kavramının ilk uygulama örneklerinde kullanılmaya başlanmış olan ve günümüzde de klasik olarak adlandırılabilir yöntemlerdir. Diğerleri ise, klasik değerlendirme yöntemlerinin uygulamada karşılaştığı sorunları çözmek ve nesnel değerlendirmeler yapabilmek için geliştirilmiş çağdaş yöntemlerdir. Değerlendirme yöntemleri, genellikle bu iki yaklaşım içinde ele alınır (Uyargil, 2008, s. 209). Performansın doğru algılanıp, değerlendirilmesi, genelde önemli bir sorun oluşturmuş; bu nedenle organizasyonlar, kullanacakları performans değerlendirme sisteminin seçiminde zorluk çekmişlerdir (Acar, 2000, s. 65).

4. PERFORMANS DEĞERLEME YÖNTEMLERİ

Örgüt yapısı içerisinde istihdam ettiği personelin performansını değerlemek amacıyla örgütler, kendisi için en uygun değerlendirme yöntem ya da yöntemlerini uygulamak zorundadır. Bir örgütte başarıyla uygulanabilen bir performans değerlendirme yöntemi, bir başka örgütte aynı oranda başarılı sonuçlar sağlayamaz. Her örgütte başarıyla uygulanabilecek mükemmel bir değerlendirme yönteminden bahsedilemez. Çünkü performans değerlemesinde kullanılacak her yöntemin kendine özgü olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır (Özgen, Öztürk ve Yalçın, 2002, s. 15).

Çalışanların performans düzeylerini belirlemek için geliştirilmiş birçok yöntem vardır. Bunlardan bazıları performans değerlendirme kavramının ilk uygulama örneklerinde kullanılmaya başlanmış olan ve günümüzde de klasik olarak adlandırılabilir yöntemlerdir. Diğerleri ise geleneksel değerlendirme yöntemlerinin uygulamada karşılaştığı sorunları çözmek ve daha objektif değerlendirmeler yapabilmek için geliştirilmiş çağdaş/modern yöntemler olarak tanımlanan yaklaşımlardır. Bu yüzden bazı yazarların değerlendirme yöntemlerini her iki yaklaşım içinde ele aldıkları gözlemlenmektedir (Uyargil, 2008, s. 36-37).

4.1. Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım

Kuruluşlar, yanlış davranma sonucunda oluşabilecek değerlendirme hatalarını en aza indirmek için karşılaştırmalı yöntemleri kullanmaktadırlar. “Bu yaklaşımda değerlendirmeler kişilerin birbirleri ile karşılaştırmaları sonucu gerçekleşmektedir” (Atalay, 2015, s. 232). Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım; Sıralama ve İkili Karşılaştırma Yöntemi, Zorunlu Dağılım Yöntemi olarak iki grupta incelenmektedir.

Sıralama ve İkili Karşılaştırma Yöntemi: Sıralama yönteminde; çalışanlar bütün özellikleriyle değerlendirmekte ve diğer çalışanlarla bir bütün olarak karşılaştırılmaktadır. “Basit sıralama olarak adlandırılan yöntemde, yönetici, çalışanlarını işlerindeki başarılarına göre sıralar; önce en iyi/başarılı ve en kötü/başarısız belirler. Sonra, daha az iyi ve daha az kötü işgörenleri seçerek tüm personeli iyi, kötü, orta gibi alt gruplara böler (Mucuk, 2013, s. 336). İkili Karşılaştırma Yönteminde; “Belirli bir grup ya da departmanda çalışan işgörenleri birbirleri ile kıyaslayarak, sıralama elde eden bir yöntemdir. İşgörenler yukarıdan aşağı ve soldan sağa doğru matris tablosuna atanarak ve her işgörenin diğer işgörenlerle kıyaslanıp daha sonra diğer işgörene göre başarılı görülenlere “+” işareti atanmasıyla oluşan bir formdur (Eraslan ve Algün, 2005, s. 97).

Zorunlu Dağılım Yöntemi: Kuruluşlarda değerlendirmeyi yapan yöneticiler çalışanlarının performanslarında belirgin farklılıklar olmadığını, genellikle birbirlerine yakın olduğunu düşünmektedirler. Bu düşünceyle yapılan değerlendirme sonucunda personelin performans dağılımı belli düzeylerde yığılma gösterir. “Örgütlerde işgörenlerin performans düzeylerinin normal dağılım eğrisine (çan eğrisine) uygun bir dağılım göstermesi gerektiği varsayımından hareketle bu yöntemde değerlendirilenler beşli ya da dörtlü bir ölçeğe göre değerlendirilirler (Helvacı, 2002, s. 162).

4.2. Ortak Performans Kriter ve Standartlarına Dayalı Yaklaşım

Bu yaklaşımda, her bireyin performansı, diğer kişilerden bağımsız olarak, kendi iş tanımının içerdiği görev ve sorumluluklar dâhilinde ele alınır ve değerlendirilir (Şahin, 2013, s. 216). Bu yaklaşım Geleneksel Değerlendirme Skalaları, Davranışsal Değerlendirme Skalaları, Kritik Olay Yöntemi ve İşaretleme Listesi Yöntemi olarak dört grupta incelenmektedir.

Geleneksel Değerlendirme Skalaları: Kuruluşlarda sıklıkla kullanılan bu yöntemde, çalışanların performansı çeşitli kriterler açısından bir skala ile ölçülmektedir. “Değerlendirme faktörleri, kişilik özellikleri, işe ilişkin davranışlar ve işin sonuçlarını ölçen faktörlerdir. Bu yöntemlerin kullanım kolaylığı, sonuçların puanlarla ifade edilmesi ve çalışanlarla ilgili alınacak kararlarda rahatlıkla uygulanabilmesinden dolayı rahatlıkla kullanılmaktadır (Karahan ve Özgür, 2011, s. 79).

Davranışsal Değerlendirme Skalaları: Davranışsal Değerlendirme Skalaları, Davranışsal Beklenti Skalaları ve Davranışsal Gözlem Skalaları olarak incelenmektedir. Geleneksel Değerlendirme Skalalarının olumsuz yönlerini ortadan kaldırmak için geliştirilen Davranışsal Beklenti Skalaları, kişileri çeşitli kişilik özelliklerine sahip olup olmamalarına göre değil, spesifik iş gereklerini etkinlikle yerine getirecek davranışları ne oranda sergileyebildiklerine göre değerlendirilmektedir. Davranışsal Değerlendirme Skalasında; skalanın solunda derece değerleri yani çalışanın performans düzeyi değerlendirilirken, skalanın sağında ise, gerçek davranışlar yani işin yapılması sırasında ortaya çıkan davranışların ortaya çıkıp çıkmadığı değerlendirilmektedir. Davranışsal Gözlem Skalaları, Davranışsal Beklenti Skalalarının olumsuz yönlerini ortadan kaldırmak güçlü yönlerinden yararlanmak için geliştirilmiştir. “Davranışsal Gözlem Skalalarında iş davranışlarına ilişkin çeşitli kritik olaylardan yararlanılmaktaysa da, değerlendirici bu davranışları gözlemlene derecesine göre değerlendirme yapmaktadır (Uyargil , 2008, s. 62-64).

Kritik Olay Yöntemi: Kritik Olay Yönteminde Değerlendirme Skalalarında olduğu gibi çalışanların kişilik özellikleri değil, spesifik davranışları dikkate alınmaktadır. “Bu yöntemde, yönetici işgöreni sürekli olarak gözetleyerek, onun başarılı ya da başarısız davranışlarını ve kritik özelliği olan işler veya olaylar karşısındaki davranışlarını kaydeder (Mucuk, 2013, s. 337).

İşaretleme Listesi Yöntemi: Kritik Olay Yönteminin bazı sakıncalarını gidermek için geliştirilen bu yöntem, Ağırlıklı İşaretleme Listesi ve Zorunlu Seçim Yöntemi olarak ikiye ayrılmaktadır. Ağırlıklı İşaretleme Listesi Yönteminde, işleri iyi tanıyan uzman ve yöneticiler tarafından çeşitli kritik olaylar ve bunların söz konusu iş için taşıdığı önemi gösteren tartılar belirlenir (Atay, 2015, s. 232). Değerlendiriciler, oluşturulan bu listeden kişiye uygun olanları seçerek değerlendirme yapmaktadırlar. İşaretleme listesinde ifade kümecikleri bulunmaktadır. Değerlendiricinin belirlenen kritik olaylar listesindeki ifadeleri seçmesi gerekmektedir. Zorunlu seçim yöntemi, değerlendiricinin gruplaşmış kriterler içinden her gruptan bir tanesini seçmesine dayanan bir yöntemdir (Eraslan ve Algün, 2005, s. 97).

4.3. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım

Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşımında çalışanlar, gerçekleştirdikleri hedeflere, meydana gelen sonuç ve çıktılarına göre oluşturulan bireysel standartlara göre değerlendirilmektedirler. Bir başka deyişle çalışanlar, tek tek değerlendirilmekte ve kendi özgün koşulları altında performansları ölçülmektedir. Bu yaklaşım Direkt İndeks Yöntemi, Standartlar Yöntemi ve Amaçlara Göre Değerlendirme Yöntemi olmak üzere üçe ayrılmaktadır (Şahin, 2013, s. 217);

Direkt İndeks Yöntemi: Bu yöntemde performans standartları, ya yönetici tarafından tek başına ya da yönetici ile astının birlikte müzakeresi sonucu belirlenir. Her iki durumda da performans standartları, için gerektirdiği çıktıya/sonuca göre global nitelikte ve objektif kriterlere dayanır. Bu yöntemde standartlar, belirlenen hedeflere ulaşma düzeylerine göre puanlandırılmıştır. Bu kriterlere göre belirlenen

hedeflere ulaşmadaki performans düzeyleri puanlarla belirlenmiş olduğundan bu sayısal değerlerin toplamı, genel performansın sayısal indeksini verecektir.

Standartlar Yöntemi: Doğrudan indeks yöntemine benzemekle beraber, bu yöntemde global çıktı kriterleri ve sayısal standartlar kullanmak yerine, sonuçlar daha ayrıntılı performans değerlendirme sonuçları ile karşılaştırılır. Söz konusu standartlar ise yönetici ve çalışanın karşılıklı yaptıkları görüşmeler sonucunda belirlenir (Uyargil, 2008, s. 125).

Amaçlara Göre Değerlendirme Yöntemi: Bu yöntemde amaç ve sonuçlar benimsenmekte kişisel nitelikler ve başarılı kişilikler yerine amaç ve sonuçların gerçekleştirilme derecesine önem verilmektedir. Sistem amaçlar üzerine kurulduğundan dolayı en önemli ve dikkat edilmesi gereken konu, amaçlar konusudur. Bu yöntem çalışanların ilerideki performansları üzerine odaklanmaktadır. Çalışanların daha iyi gelişmesinin sağlanması ve yöneticiler ile çalışanların performanslarının iyileştirilmesi için nelerin yapılması gerektiğinin ortaya çıkarılması fırsatı vermektedir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbulut, 2012, s. 391).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS SİSTEMLERİ

Performans sisteminin amacı, bir yandan kurumun vizyonu doğrultusunda hedeflerin belirlenmesi ve bu hedeflerin çalışanların katkılarıyla gerçekleşmesinin sağlanması iken, diğer yandan da hedeflere ulaşırken çalışanların katılımlarının adil, sistemli ve ölçülebilir bir yöntemle değerlendirilmesi ve motive edici bir çalışma ortamı oluşturarak kişisel gelişimin desteklenmesidir (Germirli, 2016, s. 152).

1. HASTANELERDE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

KAVRAMI

Sağlık, bir hizmet alanı olarak, bir yandan insan ve toplum yaşamını doğrudan ilgilendirmekte; öte yandan emek faktörünün kalitesine katkıları yanında yatırım, istihdam ve üretim yoluyla bir bütün olarak ekonomik performansı etkilemektedir. Doğrudan ve dolaylı etkileri, ayrı ayrı analize değer konular oluşturan sağlık sektörünün işletmeleri olan hastanelerin performans düzeylerinin bilinmesi önem taşımaktadır. Çünkü devlet hastaneleri, kamu kaynağı kullanmaktadır. Bu kaynağı ne kadar verimli kullandıklarının ve sayıları artan diğer sağlık kuruluşlarının verimliliklerinin bilinmesi bunun için de performanslarının ölçülmesi gerekmektedir (Bayraktutan ve Pehlivanoğlu, 2012, s. 127-128).

Hastane performansının değerlendirilmesi çok boyutlu bir yapıyı içerdiği için hastanelerin performansını ayrıntılı gösteren tek bir ölçüt bulunmamaktadır. Bireysel ve/veya kurumsal performans değerlendirme de çok çeşitli ölçütler kullanılmaktadır. Amerikan Sağlık Kurumları Akreditasyon Komitesi hastanelerde verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, hasta hakları, hastanın bakımı, teşhisi, tedavisi, sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanması, enfeksiyonların önlenmesi, performans iyileştirme, liderlik gibi göstergelerin kullanılabileceğini belirtmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda hastane performansını değerlendirmek için maliyet göstergeleri, çıktı oranları ve çok sayıda finansal ölçüt kullanılmıştır. Hastanelerde performans göstergeleri; düzey ve kullanım alanlarına göre göstergeler, performans boyutlarına göre göstergeler, finansal göstergeler ve kaynaklara ilişkin göstergeler olmak üzere

toplam 4 grupta sınıflandırılmaktadır. Hastanelerde, yatakların etkili kullanımı, doktor ve hemşire etkinliği, poliklinik sayısının artması, hasta devir hızının yüksekliği ve finansal gösterge oranları önemli performans ölçütleridir (Taş ve Akpınar, 2012, s. 156).

Kurumsal alanda, sağlık kurumlarının performans ölçümüne yönelik kullanılabilecekleri birkaç gösterge sistemi bulunmaktadır. Her bir göstergenin amacı, kurumsal performansı iyileştirmektedir. Bu sistemlerden bazıları şu şekilde açıklanmaktadır:

- Maryland Kalite Göstergesi: Tıp sektörünün belirli alanları ile ilgili oluşan süreçlerin çıktılarına ait performansı ölçen göstergeleridir. Maryland kalite göstergesinde bulunan gruplar, yatan hasta, acil bakım, psikiyatri, pediatri, uzun dönemli hasta bakımı ve süreç göstergeleridir.

- Heids (Health Employer Data and Information Set) Göstergesi: Sağlık işverenleri veri ve bilgi seti olarak adlandırılmaktadır. İçeriğinde bulunan gösterge grupları ile çıktıların performansının ölçülebileceği görüşünü savunmaktadır. Günümüzde bulunan birçok sağlık organizasyonu HEİDS gibi belirli bir standarda ulaşmış gösterge takımlarının ve veri setlerinin kullanılmasını önermektedir.

- Jacho Göstergesi: Belirlemiş olduğu performans alanı içerisinde tıbbi konulara vermiş olduğu ağırlıkla, birçok tıbbi bölüm için ayrı ayrı performans göstergeleri ve gösterge setleri oluşturmuştur. Sonrasında yapmış olduğu denetimlerde, bu göstergelerin ve yapmış olduğu iyileştirici çalışmalarının sonuçlarını incelemektedir. (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012, s. 154)

2. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN AMAÇLARI

Performans değerlendirmenin temel amacı, işçilerin yapmaları gereken işi yakından tanınması, iş yapabilmek için gerekli bilgi yetenek ve deneyim sağlanabilmesi, iş gelişiminin sağlanması, işçilerin ve böylece örgütsel stratejilerinin yerine getirilmesine yardımcı olabilmesi olarak kendini göstermektedir. Performans

yönetimi, aslında çalışanın kuruma değer katan ve rekabet gücünü artıran unsurların başında gelmektedir. Performans değerlendirme amacının, talebe uyum sağlamak için çalışan sayısının azaltılmasına yardımcı olma fonksiyonun ötesine geçmeyeceği açıktır. Az gelişmiş ülkelerdeki işleyiş iç açıcı olmasa da performans yönetiminin bir gerçeklik olduğu, hali hazırda uygulamasının bulunduğu ve yakın gelecekte de köklü bir değişikliğe uğramasının çok olası görülmediğini de unutmamak gerekir (Cesur, 2015, s. 159). “Etkili uygulanan, iyi planlanmış bir performans değerlendirme sürecinin amaçları ana hatlarıyla aşağıda belirtilmiştir:

- Çalışan ve onun işi hakkında doğru bilgi elde etmek,
- İyileştirme için fikirler ve fırsatlar oluşturmak,
- Çalışanların verimlilik ve iş tatminlerini artırmak,
- Beklentiler konusundaki belirsizlikleri ve endişeleri azaltmak,
- İyi performansı pekiştirmek ve daha da geliştirmek,
- Ücretlendirme ve ödül standartlarını saptamak ve başarıyı bu yolla özendirmek,
- Kötü performansı belirlemek, nedenlerini ve çözüm yollarını ortaya koymak, başarısız çalışanın durumunun yeniden gözden geçirilmesini istemek,
- Çalışanların odaklanmasını sağlamak,
- Çalışanın eğitim ihtiyaçlarını belirleyerek, bunların nasıl karşılanacağını araştırmak,
- Yönetim becerilerini geliştirmek,
- Çalışanlar arasındaki ilişkileri gözden geçirmek ve takım çalışmasını artırmak,
- Yönetici ile çalışan arasındaki iletişimi ve anlayışı artırmak,
- Çalışanın iş hakkında ilgi duyduğu konuları saptamak ve bu ilgi ile organizasyonun amaçları arasında bir uyum sağlamak.” (Barutçugil, 2004, s. 429)

Örgütsel amaçlara ulaşmak için gösterilen ortak çabalara personelin yapacağı katkıyı artırıcı şekilde yöneltilmesi, değerlendirilmesi, ödüllendirilmesi ve geliştirilmesi sürecini içerir. Örgütün uzun vadeli amaçları ve planları doğrultusunda performans

amaçlarının ve hedeflerinin belirlenmesini, yönetimin beklentilerini personele iletmesi, performansın izlenmesini ölçülmesini ve değerlendirilmesini, personelin bilgisinin ve becerilerinin geliştirilmesini, ücret yönetimini, kariyer yönetimini, motivasyon ve disiplinle ilgili teknikleri içeren bir kavramdır. Performans yönetimi, uzun vadeli amaçların ve stratejilerin başarılı bir şekilde uygulanması için gerekli davranışların neler olduğunu belirleyerek ve insanları bunların elde edilmesine doğru yönlendirmeyi sağlar (Ayan, 2011, s. 207).

Performans değerlendirme sisteminin temel amacı, çalışanların örgüt içinde, belirlenen hedefler doğrultusunda etkin ve verimli bir şekilde çalışmalarını sağlamaktır. Buna göre, performans değerlendirmenin ana amaçlarını yönetsel amaçlar ve geleceğe ilişkin personel geliştirme amaçları olarak iki grupta incelenmektedir.

2.1. Yönetsel Amaçlar

Performans değerlendirmenin yönetsel amaçları şu şekilde sıralanmaktadır:

- İşletmenin çeşitli birimlerinden en alt birim olan görevlilere kadar başarı durumlarının ölçülmesine olanak sağlayacak ortamı hazırlamak,
- İşe yerleştirme, adaylık dönemindeki çalışanların görevlerini sürdürüp sürdüremeyecekleri, terfi, günlük artışı, yüreklendirecek ücret sistemleri, ödüllendirme, cezalandırma ve yer değiştirme gibi çeşitli çalışan işlev ve uygulamalarına ilişkin yönetsel kararların alınmasında gereksinim duyulacak bilgi ve nesnel ölçüleri sağlamak,
- İşletmenin amaç ve gereksinimleri ile çalışanların amaç ve gereksinimlerinin bütünleştirilmesi için gerekli ortamın hazırlanmasına katkıda bulunmak,
- İşletmenin işgücü ve yönetim kapasite hakkında güvenilir bilgiler elde etmek,
- İşletmenin genel başarı durumu ve sorunlarına ilişkin bilgi toplamak ve gelecekte ortaya çıkabilecek olayların önceden kestirilmesine imkân sağlamak (Eraslan ve Algün , 2005, 96).

2.2. Geleceğe İlişkin Personel Geliştirme Amaçları

- Çalışanlara başarı düzeyleri hakkında bilgi vermek, üstlerinin kendileri hakkında ne düşündüklerini ve neler beklediklerini bilmelerine yardımcı olmak,
- Kişisel amaçlarının belirlenmesini, elde edilen başarıların tanınması ve yapılan işin anlam kazanmasını sağlamak ve dolayısıyla kişinin başarı gereksinmesini karşılamak, iş tatmini ve isteğini arttırmak, işe yabancılaşmayı azaltmak ve kişinin amaçları ile işletme amaçları arasındaki çelişkiyi ortadan kaldırmak,
- Çalışanlara suçlu ve yarım yönlerini göstererek bunların eğitim ve gelişim planları ile giderilmesine olanak sağlamak (Bingöl, 2016, s. 58).

Performans değerlendirme kişilerin, grupların ve işletmenin etkinliğini, başarısını, yeterliliklerini, eksikliklerinin belirlenmesine yönelik bir çalışmadır. Performans değerlendirmeye, çalışanların performans değerlendirilmesi yapıldığı dönemdeki performanslarını ve gelecek yıllardaki potansiyelleri belirlenir.

3. PERFORMANS DEĞERLENDİRMENİN KULLANIM ALANLARI

Performans değerlendirme, çalışanlarla iletişim kurulmasında etkili bir araçtır ve performans gelişimini desteklemektedir. Performans değerlendirme sonucunda çalışan; tutum ve davranışlarında, alışkanlarında, niteliklerinde veya bilgi düzeyinde istenen değişiklik ve gelişmeler konusunda da bilgilendirilmektedir. Bu tür bir geribildirim çalışanları, yöneticilerin beklentileri yönünden aydınlatmaktadır. Değerlendirmenin sonrasında eğitim ve diğer destek çabalarının gelmesi ise çalışanların odaklanmasını ve adanmasını daha da kolaylaştırmaktadır. Performans değerlendirmelerinden elde edilen bilgilerin kullanıldığı diğer iki önemli alan da çalışan seçme ve işe alma yöntemlerinin geçerliliğinin test edilmesi ve insan kaynakları planlamasının yapılmasıdır. Performans değerlendirme, bu kullanım amaçları için de yararlı veriler sağlamaktadır (Barutçugil, 2004, s. 427-428).

Örgüt yöneticileri, uygulanan performans değerlendirme yöntemleri ile çalışanlara ilişkin kararlar vermekte ve ona göre stratejilerini belirlemektedir. Bu stratejileri belirlerken de aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmamalıdır: En yaygın kullanım alanı olan çalışanların terfi ve kademe indirimi, görev tanımlarının yeniden yapılandırılması uygulamaları,

- Ücret düzenlemesi
- Çalışanı ikaz etme ve işten çıkarma kararları,
- İşgücü gereksinimlerinin belirlenmesi
- Yöneticiler ile çalışanlar arasındaki hiyerarşiyi azaltıcı, anlaşma artırıcı faaliyetler,
- Çalışanlarla iletişim kurarak çalışanların performans gelişimini destekleyici çalışmalar,
- Kariyer geliştirme uygulamaları (Bingöl, 2016, s. 354);

4. PERFORMANSA DAYALI ÜCRET UYGULAMALARI

Bu kısımda performansa dayalı ücret kavramının tanımı yapılmakta ve performansa dayalı ücret uygulamalarının Türkiye'deki ve Sağlık Bakanlığı'ndaki faaliyetlerine yer verilmektedir.

4.1. Performansa Dayalı Ücret Kavramı ve Tanımı

Günümüz şartlarında küreselleşme ve bunun sonucunda artan rekabet, organizasyonları çalışanın performansı ile ücretini ilişkilendiren, örgütün performansını artıran ve örgütün stratejilerini birleştirmeyi hedefleyen yeni ödüllendirme yöntemleri üzerine kafa yormaya yöneltmektedir. Bu yöntemlerin başında da performansa dayalı ücret sistemi gelmektedir (Karimi ve Singh, 2004, s. 66).

Performansa dayalı ücret kavramı ücretin, çalışanın performansı ile irtibatlandırılmasını ifade etmektedir. Başlangıçta “parça başı ücret” veya “saat başı ücret” gibi basit uygulamaları görülen performansa dayalı ücret anlayışı, zaman

içerisinde ve değişen şartlara uygun olarak gelişmiştir. Birçok değişik uygulama alanı ve uygulandığı alana bağlı olarak farklı biçimleri ve tanımları bulunan performansa dayalı ücret sistemi, genel olarak çalışanların ücret prim ve ikramiyelerinin önceden koydukları veya kendilerine verilen hedeflere ne derece yaklaştıkları ya da söz konusu hedeflere ulaşıp ulaşamadıklarına göre belirlenmesi” şeklinde tanımlanmaktadır. Performansa dayalı ücret sistemleri genellikle bireyi hedef alır ve bireyin rekabet ve başarı güdülerini harekete geçirmeyi amaçlar. Bu noktadan hareketle bazı uzmanlar performansa dayalı ücret sistemlerini, bireysel farklılıkların ücrete yansımaları şeklinde ele almıştır. Buna göre başarı, verimlilik, üretkenlik ve performans gibi unsurların olabildiğince somut kriterlerle ölçüldüğü ve bu kriterlerin bireylerin ücret gelirlerine doğrudan katkı yaptığı ücret sistemlerinin tümü, performansa dayalı ücret sistemleri olarak ifade edilmiştir (Zaim, 2016, s.56).

Performansa dayalı ücretlendirmenin temeli performans değerlendirmesine dayanmaktadır. Teknolojinin sürekli gelişmesi ve rekabet ortamı, örgütlerin çalışanlarından olan beklentilerini yeniden şekillendirmiştir. Eskiden sadece kâra odaklanan örgütler şimdilerde, örgütün belirlenmiş olan hedeflerine ulaşması için insanüstü çaba harcayan, örgütsel davranışa uyum göstermiş ve kendini her alanda yetiştirmiş bir işgören portföyü oluşturma gayreti içerisinde. Bu şartlar altında, performans değerlendirmesi faaliyeti de sıradan bir işlem olarak görülmemekte ve örgütsel performansın geliştirilmesinde anahtar konumda olan bir süreç olarak düşünülmektedir (Bach, 2005, s. 289).

4.2. Türkiye’de Performansa Dayalı Ücret Uygulamaları

Türkiye’de kamu sektöründe performansa göre ücret uygulamalarının, sağlık sektörü dışında kapsamlı olarak uygulanmadığı görülmektedir. Öte yandan, performansa göre ücret programlarının tüm kamu kurumlarına uygulanması düşüncesi zaman zaman gündeme getirilmektedir. Diğer pek çok alanda olduğu gibi, kamu reformlarında da Türkiye gelişmiş ülkeleri geriden izlemektedir. Geriden gelmek her ne kadar çoğunlukla olumlu bir durum olmasa da performansa göre ücret uygulamaları açısından bir şans olarak kabul edilmelidir. Bu alanda Türkiye’nin

Batıyı geriden izlemesi ülkeye Batının hatalarında ders  ıkarma, Batının yaptığı yanışları yapmama fırsatı vermektedir. Performansa göre ücret programları ile siyasetçiler kamuoyuna “bürokrasiyi kontrol ediyoruz” mesajı vermekte, dolaylı olarak bürokrasideki sorunların kaynağı olarak kamu çalışanlarını göstermektedir. Böylece başarı siyasetçilere, başarısızlık kamu çalışanlarına mal edilmektedir. Türkiye’de kamu çalışanlarının maaş ve ücretleri ile ilgili olarak öncelikle ele alınması gereken konu, başarısı son derece tartışmalı olan performansa göre ödeme değıl, şeffaf, anlaşılabilir, hakkaniyete uygun bir ücret sistemi oluşturmaadır. Performansa göre ödeme sistemini yaygınlaştırmak sorunları çözmek yerine var olan sorunları daha da karmaşık hale getirecektir (Coşkun, Dulkadiroğılu ve Kunduracı, 2016, s. 647).

Performansa dayalı ücret sisteminin uygulanması normalden çok bir maliyete yol açabilir. Ancak sistemin amacı, kurumun giderlerini azaltmak olmamalıdır. Performansa dayalı  cretlendirme sistemi ücretler için ayrılan fonların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını amaçlamaktadır. Bireylerin ya da grupların, kurumun faaliyetlerine yaptıkları katkının    llendirilerek motivasyonlarının arttırılmasını sağılamaktır (Acar, 2011, s. 137). Kurulacak sistemin iş ortamındaki huzuru bozmamasına  zen gösterilmelidir. Çalışanların yakın düzeylerde ücret almaları ve işleri gerekli özenle yapıp yapmamalarına bakılmaksızın ücretlerin devlet güvencesinde olması huzursuzluklara neden olabilmektedir. Performansa dayalı ücret sistemi kurulduğıunda verimlilikle ilgili bir takım aksaklıkları ortadan kaldırmakla birlikte kurumda bazı huzursuzluklara da neden olmaktadır. Kurulacak sistemde amire aşırı şekilde değıerlendirme yetkisi verilmesi de kurumda sübjektif değıerlendirme riskini arttırmaktadır. Bu bakımdan sistem kurulurken amaçlar iyi belirlenmelidir (Eraslan ve Tozlu, 2011, s. 40).

Performansa dayalı  cretlendirme sistemi uygun şekilde tasarlandığıında her türlü işte ve her nitelikteki personel için başarılı olması mümkündür. Performansa dayalı  cretlendirme sistemleri üzerine yapılan araştırmalar, sistemin daha çok beyaz yakalılar ve teknik personel üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Performansa dayalı  cretlendirme sistemlerinde satış, pazarlama, büro işleri, yöneticiler, bireysel,

grup ve örgüt performansı gibi çok çeşitli uygulama yöntemleri geliştirilmiştir. Her sistemin kendi içinde yararlı ve sakıncalı yanları bulunmaktadır. Önemli olan kurumun öncelikle amaçlarının belirlenmesi ve mümkün olduğunca çok personelin sisteme dâhil edilmesi gerekmektedir. Ters durumlar personel arasında çatışmaya neden olabilir (Acar, 2011, s. 138).

Performansa dayalı ücretlendirme sistemi oldukça dinamik bir sistem olması nedeniyle bir kez kurulup uygulanmaya başladıktan sonra kendi başına bırakılmamalı sürekli olarak kontrol edilerek değerlendirmesi yapılarak aksaklıklar, giderilmelidir. Programın başarılı bir şekilde işlemesi bakımından bu konu yaşamsal bir öneme sahiptir. Eğer kurulan bir sistem değerlendirmeye tabi tutulup güncellenebiliyorsa başarılı olacak ve bununla birlikte başarılı olan bu sistem personel tarafından da benimsenerek sahiplenilecektir. Uygulamalardan anlaşıldığı kadarıyla, sistem kurulup işlemeye başladıktan sonra çeşitli aksaklıkların giderilmesi üç yıl sürebilmektedir. Ayrıca sistemin etkili olduğunun kabul edilebilmesi için, personelin örgüt performansına yaptıkları katkının artmış olması gerekir. Sonuç olarak, bu katkıların değerlendirilmesi gerekmektedir. Sürecin sonunda sistem her yönüyle analiz edildikten sonra geri bildirim yapılarak, tekrar sürecin başına dönülerek aynı aşamalardan geçilir (Acar, 2011, s. 140).

4.3. Sağlık Bakanlığı’nda Döner Sermaye Gelirlerinden Yapılan Ek Ödeme Sistemi

Döner sermaye, “kurumların kârları ile bağışlardan ve devlet yardımlarından teşekkül eden sermayedir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı döner sermaye işletmelerinin kuruluş amacı; muayene, teşhis, tedavi, laboratuvar, tetkik ve tahlil işleri, aşı, ilaç, serum, insan kanı ve kan ürünleri imali ile istihsal veya imal edilecek diğer maddeleri; sağlık alanında verilecek kurs, eğitim, araştırma, yayın ve danışmanlık hizmetleri, diğer kamu ve özel sektör kuruluşlarının sağlık alanında sunduğu hizmetlere kredi notu verilmesini ve akredite edilmesi; atölye, tamirhane ve depolarda gerçekleştirilen sağlık hizmetleriyle ilgili montaj, demontaj ve proje işleri gibi işlemlerin gerçekleştirilebilmesini kolaylaştırmak ya da gerçekleştirmektir (Çetin ve Sağlam, 2007, s. 59).

Finansal bir teşvik biçimi olarak kabul edilen performansa dayalı ek ödemede çalışanın alacağı ücret, önceden belirlenen performans ölçütlerinin gerçekleştirilmesine göre belirlenmektedir. Türkiye’de, performansa dayalı ek ödeme sisteminde finansman kaynağı döner sermayedir (Kizek, Türkkan ve Pala, 2010, s. 613). Döner sermaye gelirleri, hastanede çalışan personelin faaliyetleri sonucunda elde edilen gelirlerdir. “Madde 2 – Döner sermaye, kurumların karları ile bağışlardan ve Devlet yardımlarından teşekkül eder. Çeşitli kaynaklardan elde edilen miktarlarla bütçe yılı sonlarında bilançolarla tespit edilecek safi karlar, döner sermaye birinci maddedeki miktara baliğ oluncaya kadar sermayeye eklenir ve fazlası Hazinece irat kaydedilir” (www.saglik.gov.tr, 1961).

“Türkiye’de toplumun ve bireylerin sağlığı, Anayasa’nın sosyal devlet anlayışı ile hak olarak güvence altına alınmış, bu hakkın kullanım biçimi 224 sayılı yasa ile ‘eşit ve ücretsiz’ olarak tanımlanmış ve Sağlık Bakanlığı bu hakkı sağlamakla görevlendirilmiştir. 1961 Anayasası kabul edilen ve 1 Ocak 1984 yılında tüm Türkiye’de uygulanmaya başlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa ile dar bölgede, çok amaçlı ve geniş kapsamlı hizmet sunulması hedeflenmiş ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde temel hizmet birimi olarak sağlık ocağı tanımlanmıştır. Basamaklı sağlık örgütlenmesi içerisinde belli bir nüfusa, takım anlayışı içerisinde, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin birlikte sunulması amaçlanmıştır” (Öztek, 2004, s. 36).

Sağlık Bakanlığı; hastanelerde etkinliği, verimliliği ve kaliteyi artırmak için gittikçe artan oranda performans değerlendirmesine ağırlık vermektedir. Türkiye’de hastanelerin performanslarını değerlendirmede gerek kendi yönetimleri kurumlarına özgü, gerekse Sağlık Bakanlığı tüm bağlı hastaneleri için kurumsal kriterler belirlemektedir. 2003 yılından itibaren PDEÖS, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin ve çalışanların performansını değerlendirmek amacıyla seçilen bazı illerde uygulanmaya başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinde 2004 yılından itibaren bireysel olarak 2005 yılından itibaren kurumsal performans kriterleri PDEÖS’e ilave edilmiştir. Sağlık Bakanlığı 2006 yılından itibaren finansal ve yönetim kriterlerini de ekleyerek PDEÖS’ü daha kapsamlı hale getirmiştir.

Üniversite hastanelerinde Döner Sermaye İşletmeleri aracılığı ile ek ödeme sisteminin uygulanması 1981 tarihinden itibaren başlamıştır. Üniversite hastanelerinde akademik ve idari personelin döner sermayeden alacağı ek ödeme üst limitleri kanunla belirlenmiştir. Belirlenen üst limitleri aşmamak koşulu ile üniversite hastanesinin elde ettiği gelir ve finansal durumuna göre döner sermaye ek ödeme dağıtım oranlarını belirleme yetkisi, kanunla üniversite yönetim kuruluna verilmiştir. Üniversite hastanelerinde döner sermaye ek ödeme sistemi 01.02.2011 tarihine kadar bu şekilde uygulanmıştır. 01.02.2011 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde uygulanan PDEÖS'ne çok benzer bir ek ödeme sistemi üniversite hastanelerinde de uygulanmaya başlanmıştır. 18 Şubat 2011 tarihinde yayınlanan döner sermaye ek ödeme yönetmeliğine göre, üniversite hastanelerinde akademik ve idari personele PDEÖS uygulanmaktadır. PDEÖS'nde, öğretim üyelerinin hasta teşhis ve tedavi faaliyetleri dışında eğitim ve araştırma faaliyetleri için de bir ek ödeme yapılmaktadır. Bu sistemde her bir öğretim üyesi, hastalarıyla ilgili her türlü teşhis ve tedavilerdeki aylık performanslarına göre değişen bir ek ödeme almaktadır (Taş ve Akpınar, 2012, s. 52).

Ödeme, paranın sağlık hizmeti sunucularına aktarılması yöntemlerini içerir (Tatar, 2007, s. 167). “Sağlık hizmeti sunucularına ödeme yöntemi, sağlık sektöründe kaynak sahibi olan başta devlet olmak üzere (sosyal güvenlik kurumları), sağlık sigortası kurumlarının, hastaların, diğer ödeyici mekanizmaların (yardım sandıkları vb.), sağlık hizmetlerini sunan kurumlar (hastane, sağlık merkezi, eczane, teşhis üniteleri vb.) ile sağlık profesyonellerine (hekim, hemşire, fizyoterapist gibi) parayı ödeme şeklini ve esaslarını düzenleyen bir yapılanmadır” (Jegers, 2002, s. 256). Temel olarak bir sağlık sisteminde hizmet sunucuları; kurumlar ve bireyler olarak ikiye ayrılabilirler (Tatar, 2001, s. 9). Bireysel hizmet sunucuları, herhangi bir kurum veya kuruluşta, iş sözleşmesi düzenleyerek ücret karşılığında sağlık hizmeti sunanlar ile kendi ad ve hesabına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşurlar. Hekimler, diş hekimleri, eczacılar, hemşireler, sağlık memurları, tıbbi teknisyenler bireysel sağlık hizmeti sunucularına örnek verilebilir. Kurumsal sağlık hizmeti sunucuları ise hastaneler, sağlık merkezleri, tıbbi görüntüleme merkezleri, laboratuvarlar, tıp merkezleri, dispanserler gibi sunuculardır (Akar, 2002, s. 8-13).

Sağlık kurumlarında ödeme mekanizmalarını etkileyen dört ana aktör vardır. Bunlar: Sağlık kurumları (hastaneler, sağlık işletmeleri gibi), sağlık profesyonelleri (hekimler ve hemşireler gibi), hastalar ve ödeme yapan kurum ve kişiler (sağlık sigortaları, kamu kurum ve kuruluşları, sosyal güvenlik kurumları ve diğer üçüncü taraflar gibi). Her aktör kendi amaçlarını belirler ve bu amaçlar diğer tarafların amaçları ile örtüşebilir veya çelişebilir. İşte sunuculara ödeme mekanizmaları bu aktörler arasındaki amaç belirsizliklerini ve çatışmalarını mümkün olduğunca azaltmalı ve amaçları ortak bir yöne doğru entegre edebilmelidir. Sağlık sektöründe asıl ödeme yapanlar genellikle kurumlardır. Yani devlet, sosyal güvenlik kurumları, sağlık sigorta şirketleri asıl ödeme yapan mekanizmalardır. Bireysel bazda ise sosyal güvenlik veya sağlık sigortası kapsamında olmayanlar, doğrudan kendileri ödeme yapmaktadır. Ayrıca özel hizmet alımı ve temel sağlık hizmetleri paketinde yer almayan sağlık bakımı ve hizmeti için de hastalar doğrudan ödeme yapmak zorunda kalmaktadırlar. Kamu sektörünün ağırlıkta olduğu sağlık sisteminde, sağlık hizmetleri için asıl ödeyici konumunda olan mekanizmalar/kurumlar hastaların gelirleriyle doğrudan veya dolaylı ilişkisi olan zorunlu sağlık sigortası primi toplayabileceği gibi, genel sağlık sigortası uygulamasında olduğu üzere ödeyicilerin asıl finansman kaynağı genel vergiler de olabilmektedir. Sağlık sektörü ödeyici mekanizmasının özel kısmında yer alan çoğunlukla özel sağlık sigortası şirketleri kâr fonksiyonlarını maksimize etme amacıyla iken, kamu sağlık sigortacılığı veya zorunlu kamu sigortası uygulamalarında maliyetleri minimize etmek asıl amaçtır. Sağlık sektöründe kâr amaçlı ve kâr amaçsız hastaneler vardır. Önceleri kâr amaçlı hastanelerde kârı maksimize etmek temel amaç iken, artık günümüzde kâr ve üretilen sağlık hizmetleri kombinasyonunu maksimize etmek temel amaç haline gelmektedir. Hastalar tercihlerinin maksimum düzeyde karşılanmasını isterken elde edecekleri yararları maksimize etmek için sağlık kaynaklarını tüketirler. Buna karşılık sağlık hizmeti sunan profesyoneller ve kurumsal mekanizmalar da kâr fonksiyonlarını maksimize etme amacındadır. Bu iki tarafın tercihleri ve amaçlarını ortak paydada bütünleştirmek gerekmektedir (Maceira, 1998, s. 3-4).

4.4. Sağlık Bakanlığı'ndaki Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS)

Performans değerlendirme, örgütsel başarının sağlanması için çalışanların verimliliği ve etkinliğinin ölçülmesine odaklıdır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi ise, performans ile gelir arasında ilişki kuran ve normal çalışma performansının üzerindeki çalışmaları parasal olarak ödüllendirmeyi esas alan bir sistemdir. İsminden de anlaşıldığı üzere sistem, bir ek ödeme üzerine kuruludur. Ancak ek ödemenin belli değerlerin üstünde ya da altında olmasını çalışanların ve kurumun performansı belirlemektedir (Akpınar ve Taş, 2012, s. 4-8). Sağlık hizmetlerine erişim eşitliğinin sağlık hizmet talebini artırmasına karşın, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2004 yılında Performansa Dayalı Ödeme Sistemine geçilerek, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışının sağlanması amaçlanmıştır. Performansa göre ek ödeme sistemi, hastane personelinin bireysel performansının artması yanında hastanenin genel kurumsal kalitesinin gelişmesini de amaçlamıştır (Sülkü, 2011, s. 252).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, sağlık politikalarında köklü değişimler meydana geldi. Sağlıkta reform olarak kabul edilen bu program kapsamında, sağlık sisteminde karar vericiler, çalışanlar ve hizmeti alanlar bir bütün olarak değerlendirilmektedir. SDP'nin sağlık sisteminin kalitesi üzerine kurgulanan hedefini gerçekleştirmek amacıyla Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı ilk olarak Strateji Geliştirme Başkanlığı bünyesinde kuruldu. Ardından uzunca bir süre bağımsız bir Daire Başkanlığı olarak hizmet veren Başkanlık şu an Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde hizmetlerine devam etmektedir (Öztürk, 2010, s. 1).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı döner sermaye işletmeleri, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kendi imkânlarıyla karşılayamadıkları ihtiyaçların giderilmesi, eğitim, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin desteklenmesi, birinci basamak sağlık kuruluşlarının desteklenmesi ve Bakanlık merkez teşkilatında görev yapan memurlar ile sözleşmeli personele ek ödemede bulunulması amacıyla Bakanlıkça yapılacak

giderlere iştirak etmek için aylık gayrisafî hâsılattan aylık tahsil edilen tutarın %2'sini geçmemek üzere Sağlık Bakanlığınca belirlenecek oranı Bakanlık Döner Sermaye Merkez Saymanlığı hesabına aktarır. Bu hesapta toplanacak tutarların dağılım ve harcanmasına ilişkin kriterler ile personele yapılacak ek ödemenin oran, esas ve usulleri Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca belirlenir. Personele yapılacak ek ödemenin tutarı, en yüksek devlet memuru aylığının (ek gösterge dâhil) %200'ünü geçemez. Ek ödeme tutarı; görev yapılan birim ve iş hacmi, görevin önem ve güçlüğü, çalışma süresi, personelin sınıfı, kadro unvanı, derecesi ve atanma biçimi gibi kriterler ile personele aylık ve özlük hakları dışında ilgili mevzuatına göre yapılan diğer ilave ödemeler dikkate alınarak belirlenir. Merkez teşkilatında görev yapan personele bu fıkra kapsamında yapılacak toplam ek ödeme, döner sermaye işletmelerinden cari yılda aktarılan tutarın %50'sini geçemez ve bu ödemeler gelir vergisine tabi tutulmaz (Erkan, 2011, s. 426).

Dünya çapında yaygın olarak kullanılan pek çok bireysel ödeme yöntemi bulunmaktadır. Her bir yöntemin kendi içinde barındırdığı avantajları ve dezavantajları mevcuttur. Dolayısı ile uygulamada ülkeler çok nadir olarak bir ödeme yöntemini kullanırlar. Bunun yerine ödeme sistemi, iki veya daha fazla yöntem birleştirilerek ülkenin sağlık sistemine uyan bir hale getirilir ve spesifik sağlık hizmetleri sisteminin gereksinimlerine göre düzenlenir (Roberts, 2009, s. 196). Türkiye, bu uygulamanın en güzel örneğini teşkil etmektedir. Sağlık Bakanlığı veya üniversite hastanelerinde hizmet veren sağlık çalışanları, genel bütçeden aldıkları maaşlarının yanı sıra çalıştıkları hastanelerin döner sermayelerine katkıları oranında da döner sermayeden pay almaya hak kazanmaktadırlar (Çelik, 2007, s. 180).

Ek ödeme; bir işi görenin almış olduğu günlük, haftalık, aylık ücret ya da maaşı dışında, personelin daha verimli çalışmasının sağlanması ve motive edilmesi için ödenen ücret/maaşı karşılığın da normal çalışma süresi dışında fazla çalışması veya olması gerekenden fazla üretim yapması halinde ödenen veya alınan primdir. Bu sistemin temeli verimliliği artırmaya yöneliktir. Bu sistemlerin üç önemli dayanağı bulunmaktadır;

- Çok çalışarak iyi iş yapan personelin ödüllendirilmesi gereklidir; personelin bu hakkı vardır.
- Fazla çabanın gösterilmesi yönünde özendirildiğinde, personel, ana ücret sistemlerine göre daha fazla gelir elde etmektedir.
- Üretimin artması ile işverenin daha fazla ücret ödeme gücünde artmakta ve maliyetler ve fiyatlar düşürülmekte, rekabet gücü artmakta ve personelin istihdamında süreklilik ve kararlılık göstermektedir (Tengilimoğlu 2012, 400).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık kurumlarında uygulanan ve Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum kriterleri ve şartları da dikkate alınmak suretiyle personelin, unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat anestezi, girişimsel işlemler ve özellik gösteren riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumuna teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin, oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir (Aydın ve Demir, 2006, s. 53).

4.4.1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Ana Hatları

7/3/2006 tarihli ve 5471 sayılı Kanunla, 4/1/1961 tarihli ve 209 sayılı Kanunun 5. maddesinde yapılan değişiklik ile aşağıdaki fıkralar eklenmiştir. Buna göre; personelin katkısıyla elde edilen döner sermaye gelirlerinden, döner sermayeli sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli olan memurlar ile bu kurum ve kuruluşlarda 10/7/2003 tarihli ve 4924 sayılı Kanun uyarınca sözleşmeli olarak istihdam edilen sağlık personeline ve 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'nin Ek 3'üncü maddesine göre istihdam edilen sözleşmeli personele mesai içi veya mesai dışı ayrımı yapılmaksızın ek ödeme yapılabilir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, bu ödemenin oranı ile esas ve usulleri; personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması ile muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak,

Maliye Bakanlığının uygun görüşü üzerine Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesini sağlamak amacıyla “görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmasına dair yönerge”, Sağlık Bakanlığının 09/02/2004 tarih ve 417 sayılı makam oluru ile yürürlüğe girmiştir (Erkan 2011, 427). Bu sistemin temel hareket noktası, ücretlerin bir kısmının veya sabit ücretle birlikte verilen ek ödemenin, çalışanın performansına göre belirlenmesidir. Buna karşı olan görüşlerin de varlığına rağmen, performansın ücretlere yansıtılması günümüzde çalışanların motivasyonunda ve örgütlerin başarısında büyük rol oynamakta ve çalışanların başarıları oranında ödüllendirilmesi yönetim bilimciler tarafından da yaygın şekilde kabul görmektedir (Kılıç ve Aksakoğlu, 2003, s. 56).

8 Mayıs 2014 tarih 28894 sayılı Resmi Gazete’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve yapılan yönetmelikte belirlenen ek ödeme yasası ile ilgili ek ödeme dönemi net performans puan hesaplamasında bilimsel çalışma puanları toplamı 10.000 puan olarak belirlenmiştir (28894 sayılı Resmi Gazete 2014).

4.4.2. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin İşleyişi

Sağlık çalışanlarının motivasyonlarını arttırmak için yetersiz olan maaşlarına katkı yapmak amacıyla yapılan ek ödemeler, genel olarak hastanenin kazandığı para ile ilişkilendirilmiş, kıdem ve unvan gibi özellikler dağıtılan payın oranını belirlemiştir. Ancak bireylerin kişisel katkısı ile bu gelir arasında bir ilişki kurulmamıştır. Aslında miktarı ve ne kadar ödeneceği döner sermaye ödentilerinde, birçok sakıncaya karşın yine de az çok herkes tarafından kabul edilen bir pay etme yöntemi uygulanmıştır. Klinikler arası ayırım yapılmadan ve kuruma ne kadar kazandırdığı gözetilmeden dağıtılan bu pay, ciddi sıkıntılara yol açmadan devam etmiştir. 09.02.2004 tarih ve 417 sayılı Bakan onayı ile kıdem ve unvanın yanı sıra klinik ve/veya hekimin kuruma kazandırdığı parayı esas alan yeni bir ücretlendirme modeli getirilmiştir. Bu model ile sağlık kurumlarının tam kapasite ile çalışması istenmektedir. Böylece hastaların memnun edileceği ve elde edilecek gelirin bir

kısımının hekimlere ve diğer çalışanlara verilmesiyle motivasyonun artacağı umulmaktadır. (Çetin ve Sağlam, 2007, s. 59).

Bireysel Performans Puanı: Hekimlerin yapmış oldukları bütün işlemlerin puanları toplanarak elden edilen puandır (Erkan, 2011, s. 429). Birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerde yaygınlaştırılan bireysel performansın belirlenmesi ve buna göre katkı payı ödenmesini ön gören yönergelerle birinci aşamada yürürlüğe konan uygulamada yeni ve Türkiye şartlarını gözetten bir model oluşturulmuştur. Emek, yoğun tıbbi hizmetler, ağırlıkları ölçüsünde puanlandırılmış ve doktorların verdikleri hizmetler aylık olarak bu puanlar aracılığı ile nicelik açısından ölçülebilir hâle getirilmiştir. Hekimlerin bireysel hizmetleri olabildiğince ölçülebilir hâle getirilmiş ve hasta hekim ilişkisinin güçlendirilmesi ile hastanın hekim seçmesinin sisteme etkili olması sağlanmıştır (Aydın ve Demir, 2006, s. 44).

Kurumsal Performans Puan Ortalaması: Hastanede çalışan tüm hekimlerin bireysel performans puanlarının aritmetik ortalamasından elde edilen puandır (Erkan, 2011, s. 429). Kurumsal performansın ölçülmesini hedefleyen yönerge ile nicelik ölçümüne ve buna dayalı ölçütlere göre performans değerlendirmesi sistemine nitelik boyutu kazandırılmıştır. Böylece koruyucu sağlık hizmetleri ayrıca ödüllendirilerek teşvik edilmiştir (Aydın ve Demir, 2006, s. 45).

Dolaylı Bireysel Performans Puanı: Çalışılan pozisyonun belirlenmiş katsayısı ile kurumsal performans puan ortalamasının çarpılmasından elde edilen puandır (Erkan, 2011, s. 429).

Net Performans Puanı: Bireysel performans puanının (dolaylı veya dolaysız) belirlenmiş olan katsayılarla çarpılmasından elde edilen puandır (Erkan, 2011, s. 429).

Ek Ödeme Hesaplanması: Personel puanları her ay hesaplanacak olan ek ödeme katsayısı ile çarpılarak, personele ödenir. Ek ödeme katsayısı, döner sermaye komisyonu tarafından o ay ödenmesine karar verilen tutarın bütün personelin net performans puanlarının toplamına bölünerek bulunur (Erkan, 2011, s. 430).

Kurumsal Performans Puanı: Kurumsal Performans 5 ölçüm yöntemiyle ölçülmektedir. Her yöntemin sonucunda kurum 0 ile 1 arasında puan almaktadır.5 ölçüm sonucunun aritmetik ortalaması o kurumun kurumsal performans puanını vermektedir (Erkan, 2011, s. 430).

4.5.Performans Dayalı Ücretlenmede Ücret-Performans İlişkisi

Performansa dayalı ücret uygulaması sonucunda çalışanların hak ettikleri ücret artışları ya temel maaşta yapılan kalıcı artış şeklinde ya da dönemlik olarak yapılan geçici performans zamları şeklinde gerçekleşmektedir. İlk yöntem adı üstünde aldıkları ücrete kalıcı bir şekilde yapılan ilavedir. İkinci yöntemde ise, çalışanlara yapılan zam aldıkları temel ücrete sabit bir artış getirmez. Performans dönemi boyunca her ay ödenen geçici performans primi şeklinde kendini gösterir (Milkovich ve Newman, 2002, s. 311).

Temel ücrete yapılan kalıcı artışlar şeklindeki performansa dayalı ücret uygulaması beraberinde bazı sorunları da getirmektedir. Bir değerlendirme döneminde üstün performans gösteren çalışanın temel ücretine yapılan artış, çalışan takip eden dönemlerde performansını düşürse bile ona önemli bir avantaj sağlayacaktır. Çalışanın performans düzeyi düşmüş olmasına rağmen ilk dönemde üstün performansı nedeniyle almış olduğu artış sürekli bir maliyet olarak örgütün üzerinde kalacaktır. Ayrıca bu artış diğer çalışanlarında moralini bozucu etkiye bulunabilir. Çünkü daha önce üstün performans gösteren bir çalışan sonradan performans kaybı yaşasa bile mevcut durumda üstün performans gösteren bir çalışandan daha yüksek ücrete sahip olabilir (Schuler, 2002, s. 121).

Ücretin performansla ilişkilendirilmesinde öncelikle yapılması gereken açık ücret sınıflarının oluşturulmasıdır. Performansa dayalı ücret sisteminde minimum, maksimum ve orta noktası tanımlanabilen, oldukça geniş açık ücret sınıflarına gerek duyulur. Ücret sınıfı içindeki hareketler çalışanın performans düzeyine göre belirlenir. Ücretin performansla ilişkilendirilmesinde yapılması gereken ikinci uygulama değerlendirme sonuçlarına göre işgörenlerin gruplandırılmasıdır.

Performans değerlendirme sistemlerinde değerlendirilen personelin belirli bir dağılım göstermesi ve bu dağılımın da kendi içinde gruplara ayrılabilmesi gerekmektedir. Eğer bu dağılım normal dağılım ise gruplandırılan performansın ücret sınıfındaki konumunun belirlenmesi kolaylaşacaktır. Ücretin performansla ilişkilendirilmesinde son aşama performans cetvelinin oluşturulması aşamasıdır. Yukarıda açıklanan şekilde işgörenler gruplandırıldıktan sonra, çalışanın ücret sınıfındaki konumu ile performans değerlendirme sonuçlarını bütünleştiren performans cetvelinin oluşturulmasına geçilir. Performans cetveli tüm sonuçların bir arada görülebilmesi açısından büyük kolaylık sağlar. Aşağıda Tablo 2’de performans cetveli örneği verilmiştir (Uyargil, 2008, s. 166).

Tablo 2. Performansa Dayalı Ücret Cetveli Örneği

Performans Değerlendirme Sonuçları	1. Kartil	2. Kartil	3. Kartil	4. Kartil
Olağanüstü	%12	%10	%8	%6
Çok iyi	%10	%8	%6	Artış yok
İyi	%8	%6	Artış yok	Artış yok
Orta	Tekrar incelenecek	Artış yok	Artış yok	Artış yok
Yetersiz	Artış yok	Artış yok	Artış yok	Artış yok

Kaynak: Uyargil, 2008, s. 166

Yukarıdaki performans cetvelinin yatay boyutunda işgörenin ücret sınıfındaki şu andaki konumu gösterilmekte, dikey boyutunda da performans değerlendirme sonuçları yer almaktadır. Kişi hakkında bu bilgilere sahip olduğumuz sürece, söz konusu işgöreni bu cetveldeki yerine oturtmak mümkün olmaktadır. Bu tabloya göre ücret sınıfında 1. kartilde yer alan ve performans değerlendirme neticesinde olağanüstü olarak değerlendirilen bir çalışan %12 ile en yüksek oranda performans primi almaya hak kazanmaktadır (Uyargil, 2008, s. 166).

5. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS SİSTEMLERİNİ ETKİLEYEN UNSURLAR

Hasta ve sağlık personelinin memnuniyetini yükseltmek, hizmet kalitesini geliştirmek ve maliyetleri kontrol altına almak, sağlık sektöründe performansa dayalı

cret sistemine geçişin temel nedenleri arasında gösterilmektedir. Sağlık sektöründe performansa dayalı ücret sistemi uygulamalarından oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan araştırmalar performansa dayalı ücret uygulamasının sağlık personelinin motivasyonunu arttırdığını, hastaların memnuniyetini yükselttiğini ve hastanelerin genel olarak performansı üzerinde olumlu etkiler yaptığını ortaya koymaktadır (Zaim, 2016, s.12).

5.1. Performansa Dayalı cret Sisteminin Kriterleri, Avantajları ve Dezavantajları

Sağlık emekçilerinin daha verimli işler yapmasını sağlamak ve kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmek için ölçülebilir hizmet tanımlamaları yapılmak zorundadır. Bu amacı gerçekleştirmek için farklı performans ltleri üzerinde durulmaktadır. Bu ölçütlerin başlıcaları hizmet sunulan insanların mutluluğunu sağlamak, daha iyi bir sağlık düzeyi (ıktı/akıbet) elde etmek, iyi tanımlanmış kaliteli bir sağlık hizmet sunum sürecine uymak ve bu hizmeti sunmak için kullanılan altyapı, insan ve malzeme kaynaklarında(girdi) tanımlanmış normları yerine getirmek şeklinde sıralanmaktadır (Aydın, 2008, s. 2).

Performansa dayalı ücret sisteminin kriterleri ise şöyle sıralanabilir:

- Objektif olmalıdır.
- llebilir ve önemli olanı ölçer olmalıdır.
- Performansı doğru bir şekilde ölçebilecek bir değerlendirme sistemi ile birlikte işlemelidir.
- Sadece yönetime değil, çalışanlara da uygulama sonuçları geri bildirim yapılacak şekilde düzenlenmelidir.
- Kolay anlaşılabilir olmalıdır.
- Kontrol edilebilir olan ile ilgili olmalı, çalışanların kontrolü dışında olan olayları hesaba katmamalıdır (Ebin, Gümüşay şahin ve ediki, 2009, s. 3).

Performansa dayalı ücret sisteminin avantajları olduğu gibi sistemin iyi işletilmemesinden kaynaklanan dezavantajları, sistemde bazı gklere neden olmaktadır. Her şeyden önce performansa dayalı ücret uygulamasında karşılaşılan

güçlükler sistemin kötü oluşundan değil, daha çok uygulama hatalarından kaynaklanmaktadır. Sistemin avantajları;

- Gelişmiş kurum performansı sayesinde, hız ve verimlilik artar.
- Birey ve takım performansını geliştirir. Takdir edilmek çalışanlar açısından önemli bir motivasyon aracıdır. İş arkadaşlarından daha fazla çalıştığına inanan kişilerin teşvik ücretleriyle özendirilmesi kurumlarda motivasyonu artıracaktır. Bu konuda yapılan araştırmalara göre, performansa dayalı ücret planlarının uygulandığı sistemlerde uygulanmayanlara nazaran performans yaklaşık %30 daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Yetenekli çalışanların kurumdan ayrılmasını engeller kuruma bağımlılığı ve ücrette adaleti sağlar.
- Yetersiz performans gösteren çalışanların belirlenmesi performans analizleri sayesinde kolaylaşır. Performansa dayalı ücret planı, performans değerlendirme ile birlikte uygulanacağı için düşük performansın artırılması yönünde teşvik oluşturur.
- Uyarı kriteri sağlar. Yönetim, personel hakkında kesin performans kriterleri oluşturur. Çalışanlar da daha yüksek ücretlerle ödüllенmek için bu kriterleri gerçekleştirmeye çalışırlar.
- Performansa dayalı ödeme yapılması, tüm çalışanların ücretlerini toplu olarak arttırma yerine verimli çalışan ve performansı iyi olan çalışanların ücretlerini yükseltme yönü ile verimsiz personelin de rekabet sürecine katılma motivasyonunu artıracaktır.
- Kişilerin iş tatmininin artması ile birlikte şikâyetler ve işe devamsızlık azalır.
- Motive edici etkisi vardır. Çünkü performansa dayalı ücret ile başarılı kişiler ödüllendirilmektedir (Yüzer, 2012, s. 1535).

Geniş yelpazede yapılan araştırmalar performansa dayalı ücret sisteminin beklenildiği kadar etkili olmadığını göstermiştir. Performansa dayanan ücret sistemi iyi yönetilmezse birtakım dezavantajlar da doğurabilmektedir. Bunlar;

- Birbirleriyle rekabet eden çalışanlar arasında anlaşmazlıklar çıkabilir.
- Yöneticiler ve denetleyiciler üzerinde ek bir baskı oluşabilir.
- Bireysel başarıların ödüllendirilmesi ile çalışma grubu içinde takım ruhu zedelenebilir.
- Uygulama maliyetlerini yükseltebilir.
- Çalışanlar yalnızca ödöl sistemi yoluyla kontrol edilirler.
- Kişilerin ücretleri kesildiğinde ya da artış olmadığında demotive olabilmeleri mümkündür.
- Çalışma süresi, stres ve risk düzeyi gibi dış faktörlerin etkisiyle düşen performansa dayalı ücret adil olmamaktadır (Yüzer, 2012, s. 1535).

6. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS DEĞERLEME

Son yıllarda teknolojik gelişmelerin hızla artması, hasta ve hasta yakınlarının talep ettikleri konularda yaşanan hızlı değişimler, var olan kaynakların giderek zayıflaması hastanelerin iş süreçlerini etkilemektedir. Yaşanan bu hızlı değişime uyum sağlamak isteyen hastanelerde etkili bir performans değerleme sistemi kurmak durumunda kalmaktadır. Performans değerleme sistemi kurulurken, performans ölçütlerinin iyi belirlenmesi ve iyi tanımlanması gerekmektedir.

6.1. Sağlık Kurumlarında Dengeli Puan Cetveli

Sağlık kurumlarında dengeli puan cetveli 1990'lı yılların başlarında Robert Kaplan ve David Norton tarafından önerilen, bir kurumun işletme stratejilerini temsil eden göstergeleri izleyerek beklenen hedef ve sonuçlara ulaşp ulaşmadığını kontrol etmek fikrine dayanmaktadır. Dengeli puan ulaşmadığını kontrol etmek fikrine

dayanmaktadır. Dengeli puan cetveli strateji odaklı performans ölçüm sistemi olarak da isimlendirilebilecek Balanced Scorecard yaklaşımıdır (Koçel, 2015, s. 455).

Sağlık sisteminde gün geçtikçe daha çok kullanılmaya başlanan dengeli puan cetvel; stratejik ve işlevsel karar almanın risklerini ve yararlarını yükselten bir bakış açısı sağlayan örgüt yönetimi sağlaması beklenmektedir. Dengeli puan cetveli bir sorumluluk mekanizması sağlayabilmesi ve sağlık planlaması sürecini destekleyebilmesi beklenmektedir. Bu puan cetveli dört alanda performansı ölçmektedir (Woodward, Manuel ve Goel, 2004, s. 1).

- Sağlık belirleyicileri ve statüsü
- Toplum birleşmesi
- Kaynaklar ve hizmetler
- Entegrasyon ve karşılık verme

6.2. Sağlık Kurumlarında Kurumsal Performans Ölçüm Yöntemleri

Kurumsal performans ölçümü ve kalite geliştirme uygulamaları, sağlık hizmetlerini içinde yer aldığı ülkeler skalasında ön sıralara taşıyacak, hasta güvenliği, hasta hakları, laboratuvar güvenliği, tesis güvenliği gibi genel hususları da kapsayan uygulamalar bütünüdür. Başka bir ifade ile Sağlık Bakanlığı tarafından önceden belirlenmiş standartlara göre verimlilik, etkililik, uygunluk ve hizmet kalitesi geliştirme uygulamaları, sağlık kurumlarının belirlenen hedeflere ulaşip ulaşmadıklarını görmede sağlayacağı yararların dışında, sağlık kurumlarının birbirleriyle kıyaslanabilmesi, diğer kurumlarda gördükleri iyi uygulamaları kendi kurumlarında uyarlama fırsatı sağlamaktadır (Aydın, 2009, s. 16).

Çalışanlara ödenen ek ödemenin belirlenmesinde kurumsal performansında etkisi olmasıyla çalışanların kurumu sahiplenmeleri beklenmektedir. Sağlık Bakanlığı bu iki temel unsurun yanında sistemi sürekli dinamik hale getirecek yeni kriterler eklemiştir. Bunlardan biride finanslar göstergeler ve yönetim göstergeleridir. Performans yönetiminin bir kuruluşta iki temel boyutundan söz etmek olasıdır. Birinci boyut örgütün bütünlüğüne yönelik olarak algılanan örgütsel performans,

ikinci boyut ise bireysel performanstır. Diğer bir yaklaşımla, bir kuruluştaki performans artışıyla da azalışı, hem örgütsel boyutta değerlendirilmesi, hem de bireysel boyutta değerlendirilmesi gerekli bir olgudur. Doğal olarak bireyler çalışma yaşamı içinde belirli konularda çalışma (proje gibi) yapacakları zaman bir takım içinde de bir araya gelebilmektedirler. Bu durumda, takım performansından söz etmek olasıdır. Ancak yine takımın performansı da bireylerin performanslarının bir göstergesidir (Özmutaf, 2007, s. 43).

Muayeneye Erişim: Toplam hekim sayısının toplam poliklinik sayısına oranı ile değerlendirilmektedir.

Altyapı ve Süreç Değerlendirme: İl performans ve kalite koordinatörlüğü 150 soruluk kurum altyapı değerlendirme formunu her kurum için doldurur ve değerlendirir.

Hasta ve Hasta Yakını Memnuniyet Anketleri: Yatan ve ayaktan hastalara uygulanan memnuniyet anketlerinin sonuçlarına göre değerlendirilir.

Kurum Verimlilik Katsayısı: Personel gideri oranı, yatak doluluk oranı, yatan hasta oranı, ortalama kalış günü vb. kriterlerle kurumun finansal verimliliği ölçülerek değerlendirilir.

Kurum Hedef Katsayısı: Bakanlık hedefleri doğrultusunda belirlenmiş kriterler göz önünde bulundurularak değerlendirilir. (Örnek: Cerrah başına düşen günlük ameliyat, ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat, mesleğini serbest icra etmeyen uzman tabip oranı vs.)

6.3. Hastane Performansı ve Ölçüm Modeli (PATH)

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölge Ofisi 2003 yılında 52 üye devletin yararına hastane performansının değerlendirilmesi için daha esnek ve kapsamlı bir çerçeve geliştirmek adına “Hastanelerde Kalite Geliştirme İçin Performans Değerlendirme Aracı” (PATH) projesini açıkladı. PATH, hastanelerde performansa ilişkin veri toplama ve kalite geliştirilmesi için bir iç araç olarak tasarlanmıştır. PATH projesinin kavramsal modeli altı boyuta (klinik etkinlik,

verimlilik, personel oryantasyon, duyarlı yönetim, güvenlik ve hasta odaklılık) ve 18 performans göstergesine dayanmaktadır. Model, Mayıs 2004 ve Şubat 2005 tarihleri arasında veri toplama ile başlamış ve Şubat 2004 ve Ağustos 2005 tarihleri arasında test edilmiştir. Pilot uygulamaya katılan bölge ve ülkeler uygunluk (kolaylık) esas alınarak seçilmiştir. PATH projesinin amacı, hastanelerinin kendi performanslarını değerlendirirken, kendi çıktılarını sorgularken ve onları iyileştirme için faaliyete dönüştürürken destek olmaktır. Bu destek, hastanelerin performans değerlendirme araçları sağlanarak ve katılımcı hastaneler arasında ağ ve destek sağlayarak elde edilmektedir (Tengilimoğlu ve Toygar, 2013, s. 65).

Hastane işletmelerinde, hekim ve hemşire etkililiği, yatakların etkili kullanımı, poliklinik sayılarının artırılması, taburcu sayıları, mali gösterge oranları önemli performans göstergelerindendir. Bu göstergeler sonucunda yapılan performans ölçüm ve denetimleri, uygulanan sistemin iyi anlaşılması, dengeli ve bilgili uzmanlar tarafından da ve tüm örgütün katılımı sağlandığında başarılı olmaktadır. (Tengilimoğlu, Işık ve Akbulut, 2012, s. 394-396).

PATH projesinin çerçevesi 4 basamağı içermektedir:

1- *Motive Etmek*: Hastane katılımı gönüllüdür. PATH hastaneler için tasarlanmıştır ve tüm basamaklarında aktif katılımı öngörmektedir.

2- *Ölçüm*: PATH çerçevesi çekirdek bir setteki 17 göstergeye dayanmaktadır. Fakat ülkeler özel bir setteki önerilen ek göstergeleri de seçebilirler.

3- *Akla Uygunluk*: Veriler iyileştirme için önkoşuldur. Bununla birlikte kendi içlerinde bir son olmayıp, faaliyet için bir başlangıç noktasıdır. Göstergelerin değerlendirilmesi, kurumsal performansın referans değerlerle karşılaştırılması ve performansla ilgili yerel bağlamla ilişkilendirilmesiyle her zaman yerel olarak yapılmalıdır.

4- *Hareket*: PATH projesinin amacı, kalite geliştirme stratejilerine destek sağlamaktır ve en nihayetinde kalite geliştirme faaliyetleri üzerinde etkisi olmalıdır (WHO 2007, s. 4).

Değerlendirme bölge/ülke düzeyinde PATH koordinatörleri ve hastane düzeyinde PATH koordinatörleri olmak üzere iki düzeyde ele alınmıştır. Bölge/ülke koordinatörleri tarafından bildirilen genel zorluk; veri toplamak için personel, uzmanlık ve zaman yetersizliği olarak belirtilmiş; ayrıca, katılımın sadece gönüllülük esasına göre olmadığı durumlarda hastanelerde rekabet öncelikleri ve yeniden yapılanmanın projeyi tehlikeye soktuğu belirtilmiştir. PATH projesinin uygulama sürecinde yaşanan ikinci genel sorun ise seçilen araştırma prosedürleri için ICD 10 kodları ve Sağlık Girişimleri için Kanada Sınıflandırması (CCI) kodları, göstergelerin bölgesel uyarlamalarında zamanında sağlanamaması ve yeterince standardize edilememiş olmasıdır. Göstergeler tarafından ele alınan belirli sorunların işlevselleştirilmelerinin çok belirsiz ve zor olduğu hissedilmiştir (Groene, 2008, s. 157).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

EK ÖDEMELER VE ÇALIŞAN PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR SAĞLIK KURUMU ÇALIŞANLARININ ALGILAMALARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA

Bu bölümde performansa dayalı ek ödeme sistemi, konusu sağlık kurumları açısından incelenmekte ve bu sistemin işleyişi, ana hatları irdelenmektedir. Ayrıca performans değerlendirme konusu çerçevesinde çalışanlar üzerindeki etkileri ele alınmaktadır.

1. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN TANIMI

Performansa göre ödeme (PGÖ) hekim ve diğer sağlık çalışanlarını sağlık hizmetlerinde önceden belirlenen hedeflere ulaşmaları halinde ödüllendiren bir sistemdir. Çalışanların motivasyonlarını artırmak amacıyla performansa dayalı ek ödeme uygulaması geliştirilmiştir. Performansa dayalı ek ödeme, hekimin maddi gelirinin gördüğü hasta ve yaptığı girişim sayısına göre değişmesidir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında görevli personele “Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” 12.05.2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak 01.04.2006 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe girmiş ve Sağlık Bakanlığına bağlı kamu hastanelerinde performansa dayalı ek ödeme uygulamasına geçilmiştir (Küçük, 2012, s. 262).

Performansa göre ödeme sistemi, performans ile gelir arasında ilişki kuran normal çalışma performansının üzerindeki çalışmaları parasal olarak ödüllendiren işletme verimliliğinin daha fazla artmasını sağlayan sistemlerdir (Taş ve Akpınar, 2012, s. 23). Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması, kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler ve özellik arz

eden riskli b6l6mlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, g6revli personele d6ner sermaye gelirlerinden yapılacak ek 6demenin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir. Sistem sadece parasal bir 6deme modeli olmayıp belirlenen “başarı 6l6tlerine” g6re personeli 6d6llandirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır (Aydın ve Demir, 2006, s. 53).

T6rkiye’de hastanelerin performanslarını değerlendirmede gerek kendi y6netimleri/kurumlarına 6zg6, gerekse Sağlık Bakanlığı t6m bağlı hastaneleri için kurumsal g6stergeler belirlemektedir. Sağlık Bakanlığı’nda etkinliği ve kaliteyi artırmak ve daha iyi sağlık çıktısı elde etmek için gittikçe artan oranda performans değerlendirmesi ve y6netimine ağırlık vermektedir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin ve çalışanların performansını değerlendirmeye ve Performansa Dayalı Ek 6deme Sistemi (PDE6S) 2003 yılından itibaren seçilen bazı illerde pilot uygulamasına başlanmıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde 2004 yılından itibaren bireysel olarak, 2005 yılından itibaren kurumsal performans 6l6tleri PDE6S sistemi uygulanmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı 2006 yılından itibaren finansal g6stergeler ve y6netim g6stergeleri de ekleyerek PDE6S’ni daha kapsamlı hale getirmiştir. 6niversite hastanelerinde D6ner Sermaye İşletmeleri aracılığı ile ek 6deme sisteminin uygulanması 1981 tarihinden itibaren başlamıştır. 6niversite hastanelerinde akademik ve idari personelin d6ner sermayeden alacağı ek 6deme 6st limitleri kanunla belirlenmiştir. Belirlenen 6st limitleri aşmamak koşulu ile 6niversite hastanesinin elde ettiği gelir ve finansal durumuna g6re d6ner sermaye ek 6deme dağıtım oranlarını belirleme yetkisi kanunla 6niversite y6netim kuruluna verilmiştir. 6niversite hastanelerinde d6ner sermaye ek 6deme sistemi 01.02.2011 tarihine kadar bu şekilde uygulanmıştır. 01.02.2011 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde uygulanan PDE6S’ne çok benzer bir ek 6deme sistemi 6niversite hastanelerinde de uygulanmaya başlanmıştır. 18 şubat 2011 tarihinde yayınlanan d6ner sermaye ek 6deme y6netmeliğine g6re, 6niversite hastanelerinde akademik ve idari personele PDE6S uygulanmaktadır. PDE6S’nde,

öğretim üyelerinin hasta teşhis ve tedavi faaliyetleri dışında eğitim ve araştırma faaliyetleri için de bir ek ödeme yapılmaktadır. Bu sistemde her bir öğretim üyesi, hastalarıyla ilgili her türlü teşhis ve tedavilerdeki aylık performanslarına göre değişen bir ek ödeme almaktadır. Bu nedenle, öğretim üyeleri hastalarıyla ilgili yaptıkları her işlemin kayda geçirilmesinde ve faturalandırılmasında azami özen göstermektedirler. Bu azami özen, PDEÖS'in öncesi ve sonrasını 2002-2006 döneminde karşılaştıran çalışmalarında, yatan hasta sayısı ve hekim başına düşen hasta sayısı iki katından fazla arttığı, ameliyat sayıları artarken doğum sayılarında belirgin bir artış gözlenmediği bulgusu gibi durumlara da yol açabilmektedir (Taş ve Akpınar, 2012, s. 45).

2. SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ

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

Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sonucu sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesinde kullanılmakta olan hizmet başına ödeme , kişi başına ödeme ve sabit ödeme gibi ödeme yöntemlerinin, sunulan sağlık hizmetlerinde istenen başarıyı yakalamada yetersiz kaldıkları görülmüş bunun üzerine verimliliği artıran, daha kaliteli hizmet sunmayı önceleyen ve iyi sonuçlara ulaşmayı sağlayan performansa dayalı ödeme yöntemlerini ön plana çıkarmıştır. Sağlık hizmeti alanı modern devletin faaliyet alanlarından biri olarak diğer bir deyişle bir sosyal kamu hizmeti alanı olarak düzenlenmiştir. Çünkü sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi ve genel sağlığın korunması kamu yararı ilkesi gereğidir. Performansa dayalı ek ödeme, Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, Bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve ölçütleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, serbest çalışıp çalışmaması,

kurumlarda yapılan muayene, ameliyat, anestezi, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak eködemelerin oran, usul ve esaslarının belirlendiği bir sistemdir (Tunçel, 2012, s. 103-105).

Performansa dayalı ek ödeme uygulaması, sağlık çalışanlarının düzenli maaşına ek olarak her ay aldığı bir ödemedir. Temel maaş Sağlık Bakanlığı bütçe kaleminden (sağlık personeli maaşları altından) ödenir. Performansa dayalı ek ödemeler ise hastanelerce Sosyal Güvenlik Kurumu ve diğer kurumlara mensup vatandaşlara verilen hizmetlerden elde edilen kazançlarla ödenmektedir. Uygulamanın bir diğer hedefi, kamuda görev yapan tabiplerin gelir eksikliği nedeniyle kamu dışında da görev yapmalarının önüne geçerek dahi iyi bir gelir düzeyi sayesinde tüm tabipleri kamuya çekmek ve daha sosyal bir sağlık hizmeti anlayışını yerleştirebilmektir. Nitekim 2002 yılında tam zamanlı kamuda çalışan tabip oranı %11 iken 2011 yılı başında bu oran %97'ye çıkmış ve hekimler büyük oranda tam zamanlı olarak kamuda çalışmaya başlamıştır. (www.kalite.saglik.gov.tr, 2016).

Sağlık çalışanlarına uygulanan performans göre ödeme sistemi ilk bakışta hizmet başı ödeme sistemi gibi görünse de, bütün unsurları ile değerlendirildiğinde tam olarak öyle olmadığı görülecektir. Öncelikle hastanelere yapılan ödeme sisteminden kısmen bağımsız bir teşvik sistemidir. Hastanenin gelir miktarı ile bağlantısı olmakla birlikte kaynakların azami ölçüde tasarruf edilmesi ve bu gelirin verimli kullanılması ile de çok yakından ilgilidir. PDEÖS, hastanede çalışan personelin sağlık hizmeti sunumunda kuruma olan katkısını ödüllendirmek amacıyla uygulamaya koyulmuştur. Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen başarı ölçütlerine göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında kurumsal performans kriterleri ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır (Aydın ve Demir, 2006, s. 83).

3. EK ÖDEMELER VE MAAŞA YANSIMA ŞEKİLLERİ

Ek ödeme, bir iş görenin aldığı maaşının dışında, iş görenin daha verimli çalışmasının sağlanması ve motive edilmesi amacıyla ya da yapmış olduğu fazla mesai sonrası veya beklenenden daha fazla üretim yaptığında ödenen primdir. Temel olarak amaç özendirici ücret ile personel verimliliğini arttırmaktır. Günümüz koşullarında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde performansa dayalı ek ödeme sistemi hastanelerin gelirlerine ve hekimlerin yapmış oldukları performans puanlarına dayanmaktadır.

Sağlık Hizmetleri sınıfında çalışan personel için Sağlık Hizmetleri Puanı her yıl Bakanlar Kurulu Kararı ile ilan edilir. Hesaplaması özel hizmet tazminatı hesaplamasıyla aynıdır. Ek gösterge ile aylık katsayısının çarpımı suretiyle bulunmaktadır. Ek göstergeler, 657 sayılı Kanuna ekli I ve II sayılı cetvellerde, kapsama tabi kurumların kadrolarında bulunan personelin hizmet sınıfları, kadro unvanları, öğrenim durumları ve aylık alınan derecelerine göre düzenlenmiştir. Personelin tamamı ek göstergeden yararlanamamaktadır. Ek ödemelerin maaşa yansımaları ise şu şekilde özetlenebilir (<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr>, 2016);

İş Güçlüğü Zammı: İşin niteliği ve çalışma şartlarının var ettiği "güçlük-zorluk" karşılığı olarak ödenir. İş güçlüğü zammı, başlangıcından günümüze kadar olan ödeme kararları kapsamında tüm personele ödenen bir zamdır. Örneğin iş güçlüğü zam puanı 500 olan bir çalışan için;

$$\text{İş Güçlüğü Zam tutarı} = 500 \times 0.014900 = 7,45 \text{ TL'dir}$$

İş Riski Zammı: İşin hayat ve sağlık için taşıdığı "tehlike-risk" in karşılığı olarak ödenir. Genelde sağlık, teknik ve emniyet hizmetleri sınıfında yer alan personelden tehlikeli ve riskli görevlerde bulunanlar yararlanmaktadır. Ödeme yapılan iş ve görevler sınırlıdır. Örneğin İş Riski Puanı 1000 olan bir çalışan için;

$$\text{İş Riski Tutarı} = 1000 \times 0,014900 = 14,90 \text{ TL'dir.}$$

Nöbet Ücreti: 657 sayılı Kanunun Ek 33 üncü maddesinde düzenlenmiştir. En az 25 yataklı tedavi kurumlarında normal, acil veya branş nöbeti tutarak bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanılmasına müsaade edilmeyen sağlık personeline, izin suretiyle karşılanamayan her bir nöbet saati için ve kanunda belirlenen gösterge rakamlarının aylık katsayı ile çarpılması sonucu bulunacak tutarda nöbet ücreti ödenmektedir. Yataklı tedavi kurumlarında (en az 25 yataklı normal mesai saatleri dışında, genel tatil günlerinde veya hafta sonu tatillerinde, normal, acil veya branş nöbeti tutarak, bu nöbet karşılığında kurumunca izin kullanılmasına müsaade edilmeyen sağlık veya yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personeline: her bir izin suretiyle karşılanamayan nöbet saati için (nöbet süresi kesintisiz 8 saatten az olmamak üzere) aşağıda gösterilen gösterge rakamlarının aylık katsayısı ile çarpılması sonucu bulunacak tutarda nöbet ücreti ödenir.³ Ancak ayda 80 saatten fazlası için ödeme yapılmaz. Bu ücret damga vergisi hariç herhangi bir vergi ve kesintiye tabi tutulmaz.

- Klinik Şefi, Şef Yardımcısı, Baş asistan, Uzman Tabip,
- Tabip, Tababet Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda, bu tüzük hükümlerine göre uzmanlık belgesi alanlarla, aynı dallarda uzmanlık unvanı doktora aşaması ile kazanmış olanlar,
- Diş Tabibi, 50
- Mesleki yükseköğrenim görmüş sağlık personeli, 40
- Lise dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli, 30
- Ortaokul dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli, 20'dir.

Fazla Çalışma Ücreti: Kamu personeline normal mesai saatleri dışında yaptıkları veya peşinen yaptıkları varsayılan fazla mesaieleri karşılığında fazla çalışma ücreti ödenmektedir. Fazla çalışma ücreti; nispi fazla çalışma ücreti(en yüksek devlet memuru aylığının belli bir oranında, maktu fazla çalışma ücreti (her ay itibarıyla belirli miktarda) ve saat başı fazla çalışma ücreti (yapılan her bir saat fazla çalışma için bütçe kanununda belirlenen saat başı çalışma ücreti ile çarpımı sonucu bulunan tutarda) olarak ödenmektedir.

Ek Tazminat: 375 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 28/A maddesi gereğince sıkıyönetim veya OHAL ilan edilen bölgeler ile Milli Savunma ve İçişleri Bakanlıklarınca müştereken belirlenecek kritik yörelerde özel harekât ve operasyon timi olarak görev yapan; Emniyet Genel Müdürlüğü EHS kadrolarında bulunan personel ile sözleşmeli uçuş personeline, askeri personele ve operasyonları sevk ve idare etmekle görevlendirilen diğer personele, Başbakan onayı ile belirlenen gösterge rakamlarının katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarda ek tazminat ödenmektedir.

Döner Sermaye Ödemeleri: Hastane işletmeleri kurumsal sisteminde döner sermaye bulunan kamu kurum ve kuruluşlarında çalışanların katkısıyla toplanan döner sermaye gelirlerinin bir kısmı, belirlenen esaslar çerçevesinde ilgili personel arasında paylaştırılmaktadır. Özellikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görev yapan personel ile üniversite hastanelerinde çalışanlara önemli ölçüde ödeme yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığında ilgili personele bir ayda alacağı aylık, yan ödeme ve tazminat toplamının, Tablo 3’te belirtilen oranlarına kadar döner sermaye ödemesi yapılabilmektedir.

Tablo 3. Aylık Döner Sermaye Dağılımı

Sağlık Personeli	Serbest Çalışmayanlar (%)	Serbest Çalışanlar (%)
Pratisyen Hekim	500	250
Uzman Doktor	700	350
Klinik Şefi ve Yard.	800	0
Diğer Sağlık Personeli	150	

Kaynak:<http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr> (20.12.2016)

Eleman temininde güçlük çekilen yerlerde ve hizmet dallarında sağlık hizmetlerinin daha verimli ve etkili sunumu için 10.07.2003 tarih ve 4924 sayılı Kanun ile Sağlık Bakanlığında, Kanunda gösterilen sayı ve pozisyon unvanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla, 657 sayılı Kanun ve diğer kanunların sözleşmeli personel çalıştırılmasına ilişkin hükümlerine tabi olmaksızın sözleşmeli personel istihdamına imkân sağlanmıştır. Sözleşmeli personelin istihdam edileceği hizmet birimleri ve sayısı Bakanlar Kurulu kararı ile tespit edilmektedir. Sözleşmeli personele, 657 sayılı Kanunun 4/B maddesine göre çalışanlar için uygulanmakta olan tavan ücretin 2,5

katını aşmamak üzere, Kanunda pozisyon unvanları itibarıyla belirlenmiş bulunan taban ve tavan ücret oranları arasındaki oranlar üzerinden hesaplanan miktarlarda aylık ücret ödenmektedir.

4. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN GELİŞİMİ

Sağlık hizmetlerinde Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) uygulanmaya başlamadan önce “... sağlık personeli 14.07.1965 tarihinde yürürlüğe girmiş olan 657 devlet memuru kanunu kapsamında maaş esaslı ücret almaktaydılar. (Devlet Memurları Kanunu, 1965). Daha sonraki yıllarda yalnızca hastanede çalışan hekimler ve idareciler için döner sermaye denilen bir sistem geliştirildi ve tüm sağlık kurumlarında uygulanmaya başlandı. Bu yıllarda döner sermaye gelirleri sağlık çalışanlarına eşit biçimde dağıtılırdı” (Kaptanoğlu, 2011, s. 143). PDEÖS uygulamaya koyulmadan önceki süreçte, SB, 2001 yılında yayımladığı Yönerge ile hastanelerin toplam kalite yönetimi uygulamaları ve bu uygulamalara ilişkin eğitim, danışmanlık hizmetleri alımı teşvik edilerek hastanelerin belgelendirme çalışmaları başlamıştır. “Madde 1- Bu Yönerge’nin amacı; Sağlık Bakanlığı’na bağlı yataklı tedavi kurumlarında sunulan bütün hizmetlerin ve faaliyetlerin, toplam kalite yönetimi anlayışı ile; kalite, güven, yüksek verim, motivasyon, süreklilik, rekabet, ekip anlayışı ve kalite kültürü içinde yürütülmesine ilişkin usul ve esasları belirlemektir (www.ism.gov.tr, 2013).

2003 yılında SDP’nin uygulanmaya başlaması ile ülkemize özgü bir model olan PDEÖS, “10 hastanede pilot olarak uygulanan performans göre katkı payı ödemesi 2004 yılından itibaren birinci basamak sağlık kuruluşlarını da kapsayacak şekilde bütün yurt çapında yaygınlaştırılmıştır. 2004 yılını kapsayan bir yıllık uygulama, sağlık çalışanlarının ve kurumlarımızın yeni duruma uyumunu sağlamış ve performans ölçümünün devamını oluşturacak denetimlere alt yapı hazırlamıştır (Aydın ve Demir, 2006, s. 45). 2005 yılında yapılan Yönerge değişikliği ile daha önce bireysel performans kriterlerinin olduğu sisteme, kurumsal performans kriterleri de eklenmiştir. “Madde 10- Kurum performans katsayısı aşağıdaki şekilde hesaplanır. Hesaplanan katsayı (1) den büyük ise, (1) olarak kabul edilir. Kurum performans katsayısı = (Kurum kalite kriterleri katsayısı + Poliklinik hizmetleri

katsayısı + Hasta ve hasta yakınları memnuniyet anket katsayısı + İl idare kurulu değerlendirme katsayısı) / 4” (www.ihsm.gov.tr, 2017).

Hastanelerin değerlendirilmesi illerde kurulan İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri tarafından yapılmaya başlanmıştır. 2007 yılında yapılan yönerge değişikliği ile kurum verimlilik kriterleri değiştirilerek, Bu dönemde yönergelerde sıkça yapılan değişiklikler ile kriterlerin içeriği de sürekli değişmiştir. 2006 yılında yapılan yönerge değişikliği ile illerde İl Performans ve Kalite Koordinatörlükleri kurulmuş, hastanelerde ise Kurum Performans ve Kalite Birimi oluşturularak yapılan işlemlerin hem hastane bünyesinde hem de il bünyesinde takibi yapılmaya bağlanmıştır. “Madde 13- Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nce <http://www.saglik.gov.tr/kurum> adresinde (5) sayılı çizelge yayınlanır. Çizelgede her dönem kurum verimlilik katsayısı hesaplamasında kullanılacak kriter, kabul edilebilir değer ve uygulama esasları belirlenir” (www.muglasm.gov.tr, 2013).

2008 yılında yapılan Yönerge değişikliği ile kurumsal performans kriterlerinin içeriği değişmiş, muayeneye erişim, hasta memnuniyeti, kurum verimlilik kriterleri ve hastanenin tüm süreçlerinin değerlendirildiği Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS) ile hastaneler değerlendirilmeye başlanmıştır. “Madde 11- (1) Koordinatörlük, her dönem ilde bulunan tüm kurumları (Entegre ilçe hastaneleri hariç) ilgili dönem sonuna kadar Hizmet Kalitesi Standartları çerçevesinde değerlendirmeye tabi tutarak (0) ile (1) arasında değişen hizmet kalite katsayısını tespit eder.” (www.muglasm.gov.tr, 2013). 2009 yılında kurumsal değerlendirme kriterlerinden olan SHKS’nda revizyon yapılmıştır. Bu dönemde yöneticiler için mali kriterler eklenmiştir. “Madde 5- (2) Yönetici mali birim performans katsayısı sağlık kurumlarında görev yapan baştabip, baştabip yardımcısı, hastane müdürü, hastane müdür yardımcısı ile başhemşire olarak görev yapan personel için uygulanır” (www.kalite.saglik.gov.tr, 2013).

2010, 2011, 2012 yıllarında yayımlanan yönerge değişiklikleri ile kurumsal, bireysel performans kriterlerinde değişiklikler yapılsa da asıl değişiklik, 663 sayılı kanun hükmünde kararnamenin yayımlanması ile olmuştur. 2013 yılına kadar sadece

birinci ve ikinci basamak kamu sağlık kurum ve kuruluşları ile özel hastaneleri kapsayan SHKS, 2013 yılında yayımlanan Yönetmelik ile “Madde 1- (1) Bu Yönetmeliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlık hizmet kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir” (www.kalite.saglik.gov.tr, 2014).

5. ÇALIşANLARA YAPILAN EK ÖDEMELERİN SONUÇLARI

Çalışanların örgütün performansına sağladığı katkı, örgütün amaçlarına ulaşmak için planladığı faaliyetlere çalışanların sağladıkları katkı derecesi kadardır. Bu amaçla, çalışanların performanslarının değerlendirilmesi gerekir. Sağlık Bakanlığı’nda uygulanan performans değerlendirme sistemi, sağlık kurum ve kuruluşlarının kurumsal performansının ölçülmesine yönelik olarak ölçülebilir ve karşılaştırılabilir performans, kalite ve diğer kriterler ile hizmet sunum şartlarının belirlenmesi ve hastaların görüşlerinin bu sürece yansıtılması suretiyle kurumsal performansa katkısı olan personelin teşvik edilmesi esaslarına dayanmaktadır (Sayan ve şahan, 2011, s. 35).

Performansa dayalı ücret planlarının sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi her şeyden önce performansın rasyonel, adil ve objektif bir biçimde ölçülmesine bağlıdır. Performansın ölçülebilmesi için, öncelikle bu kavramın açık bir şekilde tanımlanması gerekmektedir. Ancak, yöneticilerin söz konusu performansı ölçmeleri için de bu performansın göstergelerini kendilerinin belirleyebilecek ve tanımlayabilecek nitelikte olması gerekmektedir (Özer, 2009, s. 11).

Sistemin uygulanmasının sonuçları şu şekilde özetlenmektedir:

- Performans değerlendirme sistemi, personel verimliliğini sağlayarak, artan sağlık hizmet talebinin karşılanmasındaki en önemli araç olmuştur.
- Performans değerlendirme sistemi, hastanelerin mevcut kapasitelerini daha verimli kullanmalarını sağlamıştır.

- Sistem sayesinde hekimlerin kamuda tam zamanlı çalışma konusunda önceki dönemlere göre daha istekli hale geldikleri görülmüştür. 2002 yılında %11 olan kamuda tam zamanlı çalışan uzman hekim oranı 2007 yılında %62 olmuştur.
- Bir üst kuruma sevk oranları düşmüş, hastaların kendi yerleşim bölgelerinde tedavi oranları artmıştır.
- Poliklinik oda sayısında belirgin bir artış meydana gelmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik puan desteği önceki yıllara göre aşı oranları, gebe ve bebek izleme sayılarında iyileşmelere katkı sağlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2007, s. 71).

Sistem, sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek, bireysel verimliliği artırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlamayı hedefleyen bir uygulamadır. Bu sistemde ödüllendirme, zannedilenin aksine çok hasta görene değil, zamanın, mekânın, kaynağın verimli kullanılmasına ve verilen hizmetlerin kayıt altına alınmasına göre yapılmaktadır. Yani kişinin kendi çalışma ve gayretinin yanında çalıştığı bölümün ve kurumunun bir bütün olarak değerlendirilmesi esastır. Performans değerlendirilmesi ve performansa göre döner sermaye katkı payı ödenmesi uygulamaları, çalışanların adeta ortakları olduğu sağlık kuruluşlarını idari ve mali özerk kurumlar olarak yarına hazırlama sürecinde önemli bir araçtır. Zira bu sistem, kurumun hedefleri ile çalışanların bireysel hedeflerini bütünleştirerek, bireylerin oluşturdukları değeri bu ortak amaçlar ve hedefler doğrultusunda yönlendirmektedir. Görüldüğü gibi, uygulanmaya çalışılan yöntem sadece sonuçları ölçmeye ve bunları ödüllendirmeye değil, organizasyona belirlenen amaçlar doğrultusunda yön vermeye yöneliktir (Aydın, 2008, s. 6).

6. EK ÖDEMELER VE ÇALIŞAN PERFORMANSI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR SAĞLIK KURUMU ÇALIŞANLARININ ALGILAMALARI ÜZERİNE ARAŞTIRMA

6.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı sağlık kurumlarında uygulanan performans sistemleri ve yapılan ek ödemelerin sağlık çalışanlarını nasıl etkilediği sorusuna cevap bulmaktır. Bu çalışmada, çalışanların performansları sonucunda ek ödeme almasını sağlayan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunun, sağlık kurumlarında çalışan personel tarafından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

6.2. Araştırmanın Önemi

Hizmet sektöründe önemli bir yeri olan sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin etkin, verimli ve kaliteli sunulması için çalışanların performanslarının artırılması önemli konuların başında gelmektedir. Bu çalışma Sağlık Bakanlığı tarafından personelin performanslarına göre ek ödeme vermek amacıyla uygulamaya koyulan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin yönelik değerlendirmeleri kapsamı açısından önem taşımaktadır. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi konusunun güncel ve önemli olan bir konu olması ile çalışmanın bilime ve alana katkısı olacağı düşünülmektedir.

6.3. Araştırmanın Kapsamı, Sınırlılıkları

Araştırmanın kapsamı olarak İstanbul ili Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı XYZ Hastanesinde uygulanan performans sistemi ve ek ödemeler incelenmiştir.

Sağlık Bakanlığı'nda performans sistemi ve ek ödemenin amacı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunca belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri dikkate

alınmak suretiyle personelin unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, tetkik, eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetleri, yapılan muayene, ameliyat, anestezi ve girişimsel işlemler ile özellik arz eden birimlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, döner sermayeden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlemek, sağlık hizmetlerini iyileştirmek, kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmektir.

Performans sistemi ve ek ödemenin kapsamı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşra teşkilatı olan kamu hastaneleri birliklerine bağlı sağlık tesislerinde görev yapan memurları, sözleşmeli personeli (663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 32 nci ve 45 inci maddeleri uyarınca istihdam edilenler hariç), açıktan vekil olarak atananları, sağlık tesislerinde; 4/11/1981 tarihli ve 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 38 inci maddesine göre görevlendirilenleri, diğer kamu kurum ve kuruluşlarının kadrolarında bulunan ve haftanın belirli gün veya saatlerinde veyahut belirli vakalar ve işler ile en az bir ay süreyle görevlendirilen sağlık personeli kapsar.(Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik 2013, 1)

Türkiye'de Sağlık Bakanlığına bağlı 836 hastane bulunuyor. Bakanlığa bağlı hastanelerin en yoğun olduğu İstanbul ilindeki Eski adıyla “Sosyal Sigortalar Kurumu XYZ Hastanesi” olan XYZ Hastanesinde yaptığım araştırmada doktor, hemşire/ebe, memur ve diğer sağlık çalışanları olmak üzere dört meslek grubundan elde ettiğim veriler ve de 2014-2017 yılları arası personel ek ödeme bilgilerinden faydalanılmıştır.

6.4. Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada yöntem olarak derinlemesine görüşme yapılmıştır. XYZ Hastanesinde 28 sağlık çalışanı (doktor, hemşire/ebe, memur ve diğer sağlık çalışanları) ile görüşmeler yapılmış olup, görüşmeler sonucu sorulan sorulara verilen cevaplar neticesinde değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmada ele alınan 2014-2017 yıllarına ait aylık toplam ödenen sermaye ödemelerine ilişkin veriler, söz konusu hastaneden gerekli izinler alınarak elde edilmiştir. Tarafımızca sağlanan döner sermaye ödemeleri ele alınmış ve 2014-2017 yılları branşlar arasındaki değişim yorumlanmıştır.

Hastane Hakkında Genel Bilgiler

XYZ Hastanesi 16.01.1960 tarihinde, “İşçi Sigortaları Kurumu XYZ Hastanesi” adı altında 560 yatak, 100 doktor, 65 hemşire, 339 yardımcı sağlık personeli, 53 diğer personel olmak üzere toplam 557 çalışanı ile 28.604 m²’ lik arazi üzerinde “Balkanların en büyük ve modern hastanesi” olarak hizmete girmiştir. Daha sonraki yıllarda adı “Sosyal Sigortalar Kurumu XYZ Hastanesi” olarak değiştirilmiştir.

19.02.2005 tarihine kadar SSK XYZ Hastanesi olarak hizmet verilmiş olup, Sağlık Bakanlığı’na devredildikten sonra “Sağlık Bakanlığı XYZ Hastanesi” ve 2012 Yılından itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği XYZ Hastanesi olarak hizmet vermeye devam etmektedir.

Hastanede İç Hastalıkları, Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz, Kadın

Hastalıkları ve Doğum, Üroloji, Göz, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Cildiye, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Biyokimya, Radyoloji, Patoloji, Nükleer Tıp, Beyin Cerrahi ve Acil Tıp dallarında eğitim ve sağlık hizmeti sunmaktadır. Yataklı kliniği olmayan bazı branşlarda da sağlık hizmeti sunulmaktadır.

XYZ Hastanesinde yaklaşık 2100 kişilik bir sağlık ordusu özverileriyle görev yapmaktadır. XYZ Hastanesi ek ödeme sistemine 2005 yılında geçmiştir.

Personel Yapısı

- Sağlık Hizmetleri Sınıfı (doktor (797), hemşire (747), sağlık teknisyeni (49) vb.)
- Genel İdari Hizmetler Sınıfı(memur (254), daktilograf (14), şoför (4) vb.)
- Yardımcı Hizmetler Sınıfı(hizmetli (171), bekçi(8), aşçı (9) vb.)
- Teknik Hizmetler Sınıfı(teknisyen (18), mühendis (29) vb.)

XYZ Hastanesinde uygulanan performans sistemi ve yapılan ek ödemeler Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliği doğrultusunda kurumsal olarak hesaplanmaktadır. Buna göre dağıtılacak döner sermaye tutarının belirlenmesi;

MADDE 8 – (1) Döner sermaye komisyonu, dağıtılacak tutarı (karar alınan tutar), sağlık tesisinin o dönemde elde ettiği gayrisafi hasılatтан 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. Sağlık tesisi döner sermaye komisyonunca belirlenen dağıtılacak ek ödeme tutarı genel sekreterin onayıyla kesinleşir.

Hazine Payı = %15

Merkez Payı = %5

SHCEK Payı = %1

Sağlık Tesisinde Dağıtılabilecek (mevzuat gereğince) Oranı % 30- %39 olarak belirtilmektedir. (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2013, s. 7)

Doktorların daha fazla performans puanı toplayabilmek için, hastalara daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya bakma eğilimleri araştırıldığında; bunun sayısal olarak belirtmenin zor olduğu ancak bir hekimin günlük baktığı hasta sayısının yaklaşık 40 hastayı bulduğu ifade edilmektedir. (Hastayı bazen muayeneye bile gerek duymadan bilgisayardan tetkikleri isteyip sonuçlarla gelmesi istenebiliyor). Böylelikle daha çok hasta bakıp daha fazla puan toplama imkânı oluşturulmaktadır. Bakılan hasta sayısına göre puan kazanıldığı için çok hasta=çok para mantığıyla hastaya az zaman ayırarak daha çok hasta bakma eğiliminde olmaktadır. Döner sermaye sabit ödemesine meslek gruplarına göre ayrı ayrı incelendiğinde ise; (Verilen örnekler personelin maaşına esas olan derecesine-kıdemine göre değişebilmektedir)

Uzman Doktor (derecesi 1/4) = 3.268,63

Asistan Doktor (derecesi 4/1) = 2.767,64

Hemşire 2 yıllık = 1.206,34

Hemşire 4 yıllık(derecesi ¼) = 1.405,27

Sivil Savunma Uzmanı (derecesi ¼) = 1.405,27

Eczacı (2/2) = 1.876,52

Mühendis (1/4) = 1.832,97

Memur (6/1) = 1.099,77

Şef(1/4) = 1.405,27

6.4.1. İstatiksel Verilerle Araştırma

Hekimlerin branşlarına göre, baktıkları hasta sayısına göre, yaptıkları bilimsel çalışmalara göre aldıkları performans yani ek ödeme değişmektedir. Nükleer Tıp branşında X kişi ve Genel Cerrahi branşında Y kişinin baktıkları hasta sayısı ve hastalara uygulanan girişimlere göre elde etmiş oldukları Tabip Muayene Girişimsel Puanı ve diğer katsayılarla hesaplanarak bulunan aldığı net para gösterilmiştir. Ayrıca Hastanenin aktif ay için faturaya göre dağıtılmasını uygun gördüğü tutarlar da yer almaktadır.

Tablo 4. Hekim Puan ve Ek Ödeme Karşılaştırması

2016 YILI XYZ HASTANESİNDE ÇALIŞAN İKİ FARKLI BRANŞTAKİ HEKİMİN BAKTIĞI HASTA SAYISINA GÖRE DEĞİŞEN PUAN VE PARA			
X KİŞİ NÜKLEER TIP	TABİP MUAYENE GİRİŞİMSSEL PUANI	NET ALDIĞI PARA	DAĞITILAN PARA
OCAK	75.234	10.691,42	5.426.400,00
ŞUBAT	84.000	10.827,78	5.125.000,00
MART	82.476	8.303,33	3.987.000,00
NİSAN	73.561	12.829,19	6.875.250,00
MAYIS	78.600	11.099,30	6.350.000,00
HAZİRAN	72.000	10.400,77	5.256.000,00
TEMMUZ	50.733	9.861,18	4.325.200,00
AĞUSTOS	78.004	7.363,79	6.355.400,00
EYLÜL	61.000	10.363,79	6.245.000,00
EKİM	66.920	10.344,22	6.245.000,00
KASIM	75.129	10.363,79	4.256.000,00
ARALIK	72.502	10.363,79	5.125.000,00
Y KİŞİ GENEL CERRAHİ	TABİP MUAYENE GİRİŞİMSSEL PUANI	NET ALDIĞI PARA	DAĞITILAN PARA
OCAK	50.746	7.501,86	5.426.400,00
ŞUBAT	46.775	7.694,58	5.125.000,00
MART	41.879	6.873,86	3.987.000,00
NİSAN	44.254	7.134,87	6.875.250,00
MAYIS	45.303	7.766,32	6.350.000,00
HAZİRAN	49.200	8.131,22	5.256.000,00
TEMMUZ	34.398	8.010,59	4.325.200,00
AĞUSTOS	68.074	7.889,83	6.355.400,00
EYLÜL	35.307	7.475,14	6.245.000,00
EKİM	23.180	5.651,70	6.245.000,00
KASIM	75.129	7.504,18	4.256.000,00
ARALIK	40.508	7.483,40	5.125.000,00

Kaynak: XYZ Hastanesi Ek Ödeme Verileri

Tablo 4.'de hekim memnuniyeti boyutundan aldıkları puanların, akademik branşlarına göre analizi yapılmış ve gruplar arasında istatistikî açıdan anlamlı bir farklılık bulunmuştur.

İstatistik bilgilerine göre, XYZ Hastanesi'nin aylık toplam ödenen döner sermaye ödemelerinin (2014-2017 yılları arasında) acil, anestezi, cildiye, dahiliye, enfeksiyon, fizik tedavi ve rehabilitasyon, genel cerrahi, göz hastalıkları, hematoloji, kadın doğum, kardiyoloji, kulak burun boğaz, nefroloji, nöroloji, nöroşirurji (beyin

cerrahi), nükleer tıp, ortopedi, patoloji, radyasyon onkolojisi, radyoloji, üroloji bölümlerinde ödenen döner sermaye ödemeleri yıllık ortalamaları yer almaktadır.

Tablo 5. 2014-2017 Klinik Bazlı Ek Ödeme Ortalamaları

Sıra No	Branş	Yıl	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Yıllık Ortalama
1	ACIL	2014	6.824,88	6.273,42	6.778,77	5.869,43	6.016,29	5.421,43	5.426,84	6.302,47	5.427,84	5.764,30	6.649,70	7.793,74	6.212,43
		2015	6.784,46	6.235,20	6.741,31	5.823,76	5.975,62	5.376,36	5.376,36	6.260,14	5.376,36	5.764,30	6.649,70	7.793,74	6.179,77
		2016	8.084,44	7.643,71	7.492,18	9.134,73	8.135,22	9.014,55	10.096,70	8.466,70	10.296,82	8.765,12	7.924,10	8.124,56	8.598,23
		2017	7.906,52	7.323,52	7.212,37										7.480,80
2	ANESTEZİ	2014	5.471,81	5.663,64	5.650,69	5.710,21	6.445,58	6.398,42	4.781,64	5.669,21	5.378,16	5.126,12	5.120,72	5.094,42	5.542,55
		2015	5.440,57	5.631,56	5.616,51	5.675,91	6.410,78	6.363,18	4.750,89	5.634,31	5.345,10	5.126,12	5.120,72	5.094,42	5.517,51
		2016	6.247,37	6.414,42	6.834,91	6.859,65	6.959,36	7.048,74	6.148,93	6.978,93	6.612,43	6.215,24	6.190,12	6.598,16	6.592,36
		2017	7.392,83	7.508,15	7.024,29										7.308,42
3	CİLDİYE	2014	3.284,29	2.443,61	2.140,97	2.043,56	2.663,84	2.968,68	1.654,05	1.676,63	2.437,48	2.158,23	2.172,39	2.152,12	2.316,32
		2015	5.268,54	4.425,41	4.120,54	4.015,95	4.635,06	4.938,96	3.629,69	3.649,45	4.411,61	4.158,23	4.172,39	4.152,12	4.298,00
		2016	3.149,16	3.640,66	4.086,20	5.522,62	6.155,82	5.942,39	4.871,09	5.436,25	5.175,50	4.987,15	5.126,36	5.002,56	4.924,65
		2017	3.928,98	4.043,87	4.661,92										4.211,59
4	DAHİLİYE	2014	1.043,37	438,06	836,11	998,68	1.162,09	1.244,30	64,46	648,91	738,86	718,14	141,89	3.900,10	994,58
		2015	6.016,25	5.408,10	5.807,56	5.968,79	6.131,15	6.214,42	5.028,26	5.619,14	5.708,72	5.718,14	5.141,89	4.900,10	5.638,54
		2016	5.425,11	5.992,19	5.708,96	5.977,86	6.187,91	5.975,75	7.239,49	5.953,29	6.029,40	5.896,23	6.458,96	6.125,62	6.080,90
		2017	7.073,89	7.797,44	8.331,59										7.734,31
5	ENFEKSİYON	2014	8.625,37	8.043,72	9.224,65	8.837,10	9.780,78	9.769,29	7.771,30	8.935,77	8.670,14	9.222,70	8.513,44	8.358,24	8.812,71
		2015	9.595,73	9.010,14	10.191,37	9.802,21	10.748,08	10.735,72	8.742,73	9.908,34	9.647,14	10.222,70	9.513,44	9.358,24	9.789,65
		2016	5.928,65	6.717,49	6.655,79	6.976,95	6.541,00	6.713,48	5.715,21	5.485,25	4.599,86	6.897,15	6.857,46	7.128,56	6.351,40
		2017	5.817,53	6.014,39	6.416,37										6.082,76
6	FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON	2014	7.806,36	8.283,09	8.803,81	8.364,91	9.665,74	10.816,26	7.864,58	8.738,61	8.491,14	8.926,27	7.645,47	7.558,02	8.580,35
		2015	7.769,45	8.242,96	8.760,99	8.322,27	9.619,51	10.773,26	7.807,53	8.676,84	8.431,56	8.926,27	7.645,47	7.558,02	8.544,51
		2016	7.380,70	8.025,05	8.563,48	8.527,89	9.246,30	8.600,30	11.410,47	12.353,20	11.915,95	10.265,36	9.856,26	10.256,36	9.700,11
		2017	6.213,28	6.793,60	6.577,45										6.528,11
7	GENEL CERRAHİ	2014	6.488,62	6.213,83	6.446,41	6.909,10	6.405,15	7.144,42	2.717,42	3.861,46	3.397,69	4.329,39	4.238,68	4.712,66	5.238,74
		2015	6.457,36	6.181,26	6.411,88	6.875,13	6.371,22	7.110,19	5.688,64	5.831,03	5.368,13	5.829,39	6.238,68	6.212,66	6.214,63
		2016	6.250,90	6.513,74	6.905,25	6.794,25	6.785,53	6.847,69	5.756,07	6.086,47	5.910,50	6.589,12	5.800,59	6.321,56	6.380,14
		2017	7.046,42	7.036,57	7.183,00										7.088,66
8	GÖZ HASTALIKLARI	2014	5.229,16	4.573,68	4.350,15	3.575,91	4.178,76	4.565,59	2.720,28	3.649,47	3.906,09	4.372,13	3.651,78	4.177,36	4.079,20
		2015	7.203,22	6.545,86	6.321,38	5.547,84	6.150,78	6.535,63	4.693,24	5.623,31	5.878,87	6.372,13	5.651,78	6.177,36	6.058,45
		2016	5.187,23	5.564,19	5.754,07	5.614,16	5.595,18	5.992,82	5.408,89	5.232,22	5.445,24	6.256,36	3.456,96	4.656,12	5.346,95
		2017	6.755,86	6.666,70	6.902,26										6.774,94
9	HEMATOLOJİ	2014	5.182,61	6.478,97	7.475,58	4.899,23	4.901,93	4.930,65	4.171,73	4.237,65	4.324,55	4.277,74	1.005,84	1.005,84	4.407,69
		2015	7.153,06	8.430,10	9.426,23	6.849,26	6.849,26	6.877,56	6.123,83	6.187,87	6.277,74	6.277,74	3.005,84	3.005,84	6.372,03
		2016	5.909,56	9.773,91	9.871,07	9.992,80	10.533,62	10.617,45	9.579,74	9.956,73	9.363,05	10.563,25	9.800,12	9.456,63	9.618,16
		2017	5.909,97	5.442,24	6.239,94										5.864,05
10	KADIN DOĞUM	2014	3.174,81	2.811,49	3.697,54	3.533,47	3.300,41	3.212,52	2.138,73	2.484,47	2.732,61	2.758,24	2.561,14	2.384,57	2.899,17
		2015	3.157,25	2.792,72	3.679,07	3.513,71	3.278,93	3.192,30	2.118,27	2.461,56	2.714,19	2.758,24	2.561,14	2.384,57	2.884,33
		2016	3.512,41	3.754,54	3.693,69	3.951,90	4.295,21	4.044,32	4.093,42	4.581,88	3.682,60	4.263,12	4.563,26	3.986,85	4.035,27
		2017	4.414,18	4.729,74	4.292,48										4.478,80
11	KARDİYOLOJİ	2014	3.358,73	3.486,53	5.870,56	6.111,46	4.058,87	5.873,91	5.471,09	5.906,54	5.425,64	5.399,13	5.457,67	5.388,82	5.150,75
		2015	3.323,92	3.450,53	5.832,88	6.073,78	4.021,19	5.828,85	5.422,91	5.857,77	5.375,35	5.399,13	5.457,67	5.388,82	5.119,40
		2016	6.962,35	7.201,03	7.535,71	7.535,71	7.535,71	9.012,17	9.635,80	9.755,64	10.057,45	9.865,26	9.456,23	8.963,26	8.626,36
		2017	8.445,84	6.773,08	9.024,10										8.081,01

12		2014	3.140,89	3.229,12	3.407,62	3.025,02	3.083,13	2.998,24	2.262,60	2.333,40	2.191,81	2.267,82	1.734,61	1.952,06	2.635,53
		2015	6.111,52	6.196,41	6.377,24	5.988,71	6.047,39	5.962,34	5.231,32	5.300,78	5.158,65	5.267,82	4.734,61	4.952,06	5.610,74
		2016	5.874,50	6.542,71	6.075,05	7.261,61	7.148,33	7.179,36	6.255,80	6.523,20	6.632,63	6.898,56	6.785,63	6.536,96	6.642,86
		2017	7.178,02	8.244,49	8.677,30										8.033,27
13	NEFROLOJİ	2014	7.530,88	7.533,28	8.510,02	9.114,71	10.075,80	9.865,61	8.059,14	7.280,47	8.638,68	8.927,59	8.664,78	8.335,24	8.544,68
		2015	7.488,07	7.488,07	8.464,63	9.067,67	10.025,80	9.819,56	8.013,74	7.239,78	8.595,12	8.927,59	8.664,78	8.335,24	8.544,68
		2016	8.562,41	9.041,78	9.078,00	9.408,23	10.000,54	9.210,12	9.079,62	8.137,98	8.711,94	8.654,12	8.425,63	7.986,14	8.858,04
		2017	6.950,01	7.222,86	7.676,17										7.283,01
14	NÖROLOJİ	2014	5.463,04	4.863,83	4.804,24	4.872,23	5.213,76	4.581,47	3.333,31	3.697,18	4.085,62	4.403,25	5.214,33	4.889,09	4.618,36
		2015	6.433,98	5.829,49	5.775,46	5.843,64	6.182,37	5.551,86	4.311,49	4.672,95	5.059,65	5.403,25	6.214,33	5.889,09	5.597,30
		2016	5.813,22	6.667,74	5.755,61	5.719,83	6.277,80	5.922,79	4.364,44	4.846,24	5.194,96	4.856,13	4.986,25	4.236,96	5.386,83
		2017	3.694,88	4.241,52	4.934,66										4.290,35
15	NÖROŞİRURJİ	2014	4.979,54	4.883,56	4.779,03	4.869,60	4.312,24	5.151,99	3.792,97	4.246,32	3.372,37	4.230,55	4.006,74	3.731,45	4.363,03
		2015	6.956,30	6.858,23	6.753,94	6.840,10	6.280,76	7.122,95	5.765,93	6.219,18	5.345,61	6.230,55	6.006,74	5.731,45	6.342,65
		2016	4.647,35	5.065,41	5.017,61	5.899,13	6.297,02	5.807,19	5.408,03	5.427,01	5.351,90	4.569,36	4.658,25	4.987,63	5.261,33
		2017	4.191,40	3.642,36	4.021,57										3.951,78
16	NÜKLEER TIP	2014	5.756,49	5.755,22	5.887,39	5.896,97	5.896,49	6.239,37	6.230,51	6.236,61	5.209,69	6.211,96	5.083,41	5.083,41	5.790,71
		2015	7.699,20	7.699,20	7.830,16	7.830,16	7.830,16	8.171,50	8.175,34	8.177,20	7.150,11	8.211,96	7.083,41	7.083,41	7.745,15
		2016	11.456,86	11.403,44	11.447,82	13.362,76	13.266,44	13.574,23	11.034,12	11.882,34	11.916,66	10.814,99	10.865,36	10.869,12	11.824,51
		2017	10.994,80	11.337,58	11.479,75										11.270,71
17	ORTOPEDİ	2014	4.312,69	4.877,96	4.605,17	4.431,07	5.244,00	6.101,91	4.001,76	5.162,97	3.886,20	3.667,55	3.464,13	3.146,68	4.408,51
		2015	5.283,61	5.844,33	5.571,82	5.395,55	6.208,60	7.066,78	4.967,59	6.124,68	4.852,27	4.667,55	4.464,13	4.146,68	5.382,80
		2016	5.816,10	6.726,66	6.669,94	7.102,65	7.080,09	7.026,55	6.832,80	7.657,13	6.785,88	5.642,89	6.895,12	5.896,63	6.677,70
		2017	6.379,85	6.967,61	7.601,84										6.983,10
18	PATOLOJİ	2014	7.233,41	7.440,60	6.828,21	6.618,77	7.346,68	5.672,43	4.427,60	4.948,00	3.475,97	3.913,39	4.373,85	4.043,71	5.526,88
		2015	8.201,68	8.409,47	7.795,66	7.585,84	8.309,42	6.632,91	5.396,78	5.917,18	4.444,15	4.913,39	5.373,85	5.043,71	6.502,00
		2016	6.346,58	6.226,57	6.510,64	6.587,09	7.451,43	7.904,45	6.164,10	6.164,10	6.365,18	7.895,63	6.863,26	6.985,16	6.788,68
		2017	9.281,10	9.021,44	8.754,23										9.018,92
19	RADYASYON ONKOLOJİSİ	2014	8.991,24	8.806,34	8.565,07	8.543,13	8.649,02	9.678,89	8.162,44	8.629,89	7.673,48	6.204,84	5.625,13	5.735,63	7.938,76
		2015	8.903,44	8.715,19	8.468,94	8.435,83	8.523,00	9.560,97	8.069,89	8.545,05	7.589,76	6.204,84	5.625,13	5.735,63	7.864,80
		2016	5.852,87	6.076,33	6.408,99	7.153,06	8.401,71	7.861,61	6.170,24	5.655,59	5.581,30	5.896,23	5.968,12	4.123,69	6.262,48
		2017	9.348,45	10.683,88	10.240,67										10.091,00
20	RADYOLOJİ	2014	6.648,76	6.073,86	7.263,17	7.193,76	6.900,09	6.405,30	4.265,60	4.852,64	5.263,32	6.072,17	7.246,28	6.307,28	6.207,68
		2015	7.600,86	7.026,12	8.205,96	8.137,98	7.844,04	7.349,34	5.217,45	5.804,73	6.214,84	7.072,17	8.246,28	7.307,28	7.168,92
		2016	9.579,31	9.546,92	11.441,77	11.157,24	11.209,37	11.192,00	9.629,20	9.581,85	9.695,03	8.791,45	9.156,23	8.769,25	9.979,13
		2017	10.446,42	11.073,78	11.023,90										10.848,03
21	ÜROLOJİ	2014	7.073,16	6.717,39	7.348,96	7.069,10	7.488,30	7.770,27	5.468,66	7.170,28	7.318,59	6.707,14	5.771,16	5.769,03	6.806,00
		2015	7.039,84	6.681,98	7.313,87	7.027,64	7.444,93	7.729,13	5.429,31	7.127,20	7.275,32	6.707,14	5.771,16	5.769,03	6.776,38
		2016	6.663,64	7.081,38	7.018,30	8.290,90	8.674,80	8.228,69	7.869,04	8.616,21	8.655,25	8.645,26	8.796,14	7.986,12	8.043,81
		2017	7.760,44	7.756,80	8.324,35										7.947,20
	ORTALAMA :		6.420,12	6.523,04	6.831,75	6.633,97	6.848,47	6.975,26	5.833,51	6.226,76	6.067,39	6.175,32	5.882,17	5.849,79	

Kaynak: XYZ Hastanesi Ek Ödeme Verileri.

2014, 2015, 2016 ve 2017 (ilk 3 ayı) yıllık ortalamaları incelendiğinde;

- 2014 yılında enfeksiyon (8.812,71), fizik tedavi ve rehabilitasyon (8.580,35) ve nefroloji (8.544,68) branşları en yüksek ortalama olarak; dahiliye (994,58), cildiye (2.316,32), kulak burun boğaz (2.635,53) ve kadın doğum (2.899,17) branşları en düşük yıllık ortalama olarak görülmektedir.
- 2015 yılında enfeksiyon (9.789,65), fizik tedavi ve rehabilitasyon (8.544,51) ve nefroloji (8.510,84) branşları en yüksek ortalama olarak; kadın doğum branşı ise (2.884,33) en düşük ortalama olarak görülmektedir.
- 2016 yılında nükleer tıp (11.824,51), radyoloji (9.979,13), fizik tedavi ve rehabilitasyon (9.700,11) ve hematoloji (9.618,16) branşları en yüksek ortalama olarak; kadın doğum (4.035,27) ve cildiye (4.924,65) branşları en düşük yıllık ortalama olarak görülmektedir.
- 2017 yılı ilk üç ayında ise nükleer tıp (11.270,71), radyoloji (10.848,03) ve radyasyon onkolojisi (10.091,00) branşları en yüksek ortalama olarak; nöroşirürji (3.951,78), cildiye (4.211,59) ve nöroloji (4.290,35) branşları en düşük yıllık ortalama olarak görülmektedir.

Bunlarla birlikte her bir branşın 2014-2017 yılları arasında ödenen döner sermaye ödemelerine bakıldığında dahiliye (2014'te 994,58 iken 2017'de 7.734,31); kulak burun boğaz (2014'te 2.635,53 iken 2017'de 8.033,27), nükleer tıp (2014'te 5.790,71 iken 2017'de 11.271,71); radyasyon onkolojisi (2014'te 7.938,76 iken 2017'de 10.091,00); radyoloji (2014'te 6.207,68 iken 2017'de 10.848,03) branşlarının hızlı bir yükselişe geçtiği görülmektedir. Enfeksiyon (2014'te 8.812,71 iken 2017'de 6.082,76) ve fizik tedavi ve rehabilitasyon (2014'te 8.580,35 iken 2017'de 6.528,11) branşlarının ise düştüğü görülmektedir.

Genel olarak doktorlarda branşlar arasında gelirden bir adaletsizlik olduğu sayısal verilerle de ispatlanmıştır. Bunun sebebi doktorların hasta bakarken yaptıkları her bir işlem için Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)'nin içeriğindeki puanların branşlara göre farklılığından kaynaklanmaktadır.

6.4.2. Derinlemesine Görüşmelerle Araştırma

XYZ Hastanesinde 27 sağlık çalışanı (doktor, hemşire/ebe, memur ve diğer sağlık çalışanları) ile gerçekleştirilen derinlemesine yapılan görüşmelerde ise katılımcılara 7 soru sorulmuş ve şu sonuçlar elde edilmiştir;

• **Soru 1 “Sağlık alanında performans ve ek ödeme sistemi nedir ve neyi amaçlar?”**. Bu soruya verilen cevaplardan meslek grubuna göre seçtiğim yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

“Çalışanları çalışmaya ve rekabete teşvik etmek için uydurulmuş, yetersiz siiiistimale açık, bilimsel analizden uzak, kalitesiz ve yetersiz ayrımı yapamayan her şeyi mali analizle çözeceğini düşünen bir sistem.” (Doktor S.A.)

“Sağlıkta performans sistemi sağlık personelinin, özellikle de hekimlerin yaptığı işlem (muayene, operasyon, girişim, tetkik vb.) sayısı kadar ücretlendirilmesidir. Amacı bakılan hasta sayısının, yapılan girişim sayısını arttırmaktır. Az çalışana az, çok çalışana çok vermektir.” (Doktor Y.Y.)

“Performans sistemi çalışanı teşvik etmek amacıyla yürürlüğe konmuş olan bir sistemdir fakat amacına ulaştığını düşünmüyorum.” (Doktor A.Ç.A.)

“Bence performans ve ek ödeme sistemi sadece hekimlere yönelik oluşturulmuş bir sistemdir. Amacı da bence işin niteliğinden çok niceliği hakkında yoğunlaşılarak yapılmasını sağlamaktadır.” (Hemşire B.O.)

“Sağlık alanında çalışan ve emek veren insanlara çalışmalarını özendirecek bir ödeme sistemidir. Çalışanların daha özverili olarak çalışmalarını sağlar. Amaç daha çok çalışana emeğinin karşılığı kadar maddi olarak doyuma ulaştırmak.” (Hemşire M.B.)

“Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmakta olan, bakanlıkça belirlenen hizmet sunum şartları ve kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personelin; unvanı, görevi, çalışma şartları ve süresi, hizmete katkısı, performansı, yapılan muayeneler, girişimsel işlemler, özellik arz eden riskli birimlerde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemelerin oran, usul ve esaslarının belirlendiği sistemdir. Sağlık alanında performans ve ek ödeme sistemi sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesi amaçlanır.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni A.Ö.)

“Performans: yapılan hizmetin sonucunda elde edilen çıktıyı maddi ve manevi olarak belirleyen kavramdır. Ek ödeme sistemi: sağlık alanında çalışan personelin özellikli risk bölümlerinde çalışma gibi unsurlar esas alınarak, daha kaliteli ve verimli hizmet sunmak üzere görevli personele döner sermaye gelirinden yapılacak ödemedir.” Personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği ve etkinliği artırır.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni C.G.)

“Sağlık alanında ek ödeme sistemi, personelin performansına bağlı ödeme sistemidir. Personelin yaptığı iş doğrultusunda ödeme yapılmasını amaçlar. Bu sistem personeli motive etmek amaçlı kurulmuş bir sistemdir ve uygulamada gerçek verilere göre dağıtım yapılırsa daha adaletli bir sistem olacaktır.” (Sağlık Memuru B.Ş.)

Sağlık alanında performans ve ek ödeme sistemi nedir sorusuna verilen yanıtlar genellikle katılımcıların bu sistem hakkında az da olsa bilgili olduklarını göstermektedir. Katılımcılar performans ve ek ödeme sisteminin amacını, ücretlendirmede kullanılan kriterlerin yetersizliğini, moral-motivasyondan uzaklaştığını, çok çalışan personelin ödüllendirilmediği şayet ödüllendirilse bile tavan takıldıkları için performans ödemesi alamadıklarını ve bunun bir adaletsizliğe, personeldeki iş şevkinin azalmasına yol açtığını anlatıyorlar.

•**Soru 2 “Mevcut performans ve ek ödeme sisteminin sizin performansınıza göre ücretlendirme yaptığını düşünüyor musunuz?”** sorusuna “hayır-kısmen-düşünmüyorum” cevapları dışındakilerden, meslek grubuna göre seçtiğim yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

“Kendi adıma konuşursam çok da şikâyetçi değilim. Ama mesleğimin geneli adına konuşursam çoğu hekim arkadaşın çalıştığının karşılığını alamadığını düşünmekteyim.” (Doktor Y.Y.)

“Düşünmüyorum. Mevcut sistem sayıyı ölçmekte, ancak kaliteyi ölçmemektedir. Gribal enfeksiyon ve ağır travma hastasına aynı muayene puanını vermektedir.” (Doktor M.Y.)

“Ek ödeme sisteminde amaç performansa dayalı olsa da uygulamada performans değerlendirilmesi yapıldığını düşünmüyorum. Performansa göre hastane ortalaması belirlenip, ortalama ücretler verilmektedir. Performanslar hekimlerin yaptığı işler doğrultusunda hesaplanmakta olup, mesleki farklılıklara göre değerlendirme yapılmamaktadır. Sağlık Teknikeri olarak, yaptığım işin iş üzerinden hesaplanmadığı hekim performansının yansımaları aldığımı düşünüyorum.” (Sağlık Memuru B.Ş.)

“Mevcut performans ve ek ödeme sisteminin sadece hekimlerin performansına göre ücretlendirme yaptığını düşünüyorum.” (Sağlık Memuru K.A.)

“Performansa dayalı ek ödeme sisteminin performansına göre ücretlendirilmediğini düşünüyorum. Çünkü çalışanların performansı göz önünde bulundurularak yapılan adil bir dağıtım yerine performans harici birçok kriterlere göre ücret dağıtımı yapılmaktadır.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni A.Ö.)

“Düşünmüyorum. Çünkü performansı belirleyen faktör yapılan real iş değil de unvan, branş gibi kriterler baz alınarak hesaplanmakta. Performansı ölçecek yönetici ve genel kabul görmüş kriterlerin olması ve bunu yaparken hakkaniyetli olmasını beklemekteyim.” (Hemşire G.Ş.)

Çoğu katılımcının “hayır, düşünmüyorum” cevabı verdikleri görülmektedir. Bazı katılımcıların cevaplarında ise sistemin hekimler açısından teşvik edici olduğu fakat diğer personeller için etkili olmadığı belirtilmiştir. Ayrıca kriterlerin çalışanların performansı harici dışında olduğu, mesleki farklılıkların dikkate alınmadığını ve branşlar arasında farklar olduğunu anlatıyorlar.

• **Soru 3 “Mevcut performans ve ek ödeme sisteminin performansa dayalı olduğunu düşünüyor musunuz”** sorusuna verilen cevaplardan meslek grubuna göre seçtiğim yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

“Performansa dayalı olmakla birlikte sistemde aksaklıklar var. A hastanesinde 25.000 puan yapan bir hekim B hastanesinde (aynı branşta) 50.000 puanla A hastanesindeki hekimden çok az alabilmektedir.” (Doktor S.A.)

“Kısmen performansı yansıtmaktadır.” (Doktor M.Y.)

“Düşünüyorum. Çünkü bir yoğun bakımda çalışan sağlık çalışanının bir fizik tedavi servisinde çalışan sağlık çalışanı aynı kulvarda değerlendirmek yanlış olur.” (Hemşire C.S.)

“Hayır düşünmüyorum. Çünkü mevcut koşullarda alt kademedeki çalışan sağlık personeli ne kadar performans gösterirse göstereceği ortalama ek ödeme değişmeyecektir.” (Hemşire M.B.)

“Mevcut performansa dayalı ek ödeme sisteminin performans göz önüne alınmadan uygulanan bir sistem olduğunu düşünüyorum. Bu sistem sağlıkçı personel dışındaki personelin performansına bakılmaksızın diğer kriterler uygulanarak yapıldığından adil bir ücret dağılımı yapılmamaktadır.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni A.Ö.)

“Sağlık hizmet sunumunun büyük bir bölümünün hekim dışı sağlık personeli tarafından gerçekleştirildiğini düşünüyorum. Ancak mevcut sistemde bu çalışanların hizmetlerinin sürece katılmadığının kanaatindeyim.” (Sağlık Memuru F.S.)

Çoğu katılımcı “hayır, düşünmüyorum” cevabını vermişken bazı katılımcıların da kısmen veya olumlu görüşte cevaplar verdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca sistemdeki aksaklıkları, sağlık personel haricindeki personele herhangi bir katkısı olmadığını söylemişlerdir.

• **Soru 4 “Mevcut performans ve ek ödeme sisteminin adaletli bir şekilde dağıtıldığını düşünüyor musunuz?(EVET/HAYIR) Düşünmüyorsanız sizce nasıl olmalıydı?”** sorusuna katılımcıların bir kısmı evet bir kısmı ise hayır cevabı vermişlerdir. Bu soruya verilen “hayır” cevaplarında katılımcılar önerilerde bulunmuştur. Bu önerilerden meslek grubuna göre seçtiğim yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

Derinlemesine Görüşmelerde Kişilerin Getirdiği Öneriler:

“Bence çalışma süresi, nöbet, yoğunluk, karşılaşılan güçlükler, alınan riskler hesaplanmalı. Branşlar arasında ciddi adaletsizlikler var.” (Doktor P.T.)

“Özellikle ortalama puan olayı hekimleri birbirine kırdırmaktadır. Her bölgenin ve hastanenin kapasitesine göre hedefler belirlenmeli ve hekime o hedef gösterilmelidir. (Örnek: 30.000 puan için 5 katı ücret verilecekse sonraki 5.000 puan için 1 kat artırılabilir.) Çalışmak isteyen ama hasta kapasitesi düşük hastanelerde hekimler puan yapamadığı için mağdur olmaktadır.” (Doktor Y.Y.)

“İşlem analizleri ve puanlamaları daha bilimsel yapılmalı ayrıca sosyal, hümanist haklar ve çalışan hakları gözetilerek yeniden düzenlenmelidir.” (Doktor S.A.)

“Performansa dayalı bir sistem getiriliyorsa; her meslek grubunun kendi içinde yaptığı işinde ölçüt olarak alınması gerekir. Ek ödemeler hekim dışı sağlık

personellerine sabit tutarlarda eşit miktarda yatırılmaktadır. Performansa dayalı sistemde eşit işler yapanların birbiri arasında değerlendirilerek yaptığı iş oranında ödeme yapması daha adaletli olacaktır.” (Sağlık Memuru B.Ş.)

“Bana göre kurumda çalışan bütün personele ay içinde çalıştığı tam anlamıyla performansına göre ve eşit bir şekilde dağıtılmalı çünkü sağlık sektöründe bütün kademelerde çalışan personel birbirini tamamlar .” (Sağlık Memuru M.B.)

“Bence sistemin adaletli bir dağıtım yapabilmesi için çalışan personelin iş yoğunluğu, iş tecrübesi, çalışma ortamı v.b. etkenlerinde kriterler arasında olduğu bir sistemin oluşturulmasıyla gerçekleştirilebilir.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni A.Ö.)

“Süreçler gözden geçirilip tüm sağlık çalışanları için genelleme yapmak yerine işlerin tanımlanması ve bireylerin bu işleri yerine getiriyor mu diye denetlenmesi ile ücretlendirilmesi gerekmektedir.” (Hemşire B.O.)

Katılımcılar ayrıca meslek gruplarına göre adil bir dağıtım yapılmasının gerekliliğini, hesaplamaya etki eden kriterlerin meslek gruplarına göre düzenlenmesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

•Soru 5 “Mevcut performans ve ek ödeme sistemi branşlara yönelik belirli kriterlerle çalışmaktadır; bundan memnun musunuz” Memnun değilseniz nedenlerini açıklar mısınız? Bu soruya verilen “memnun değilim-hayır” ve “memnunum” cevaplarından meslek grubuna göre seçtiğim yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

“Hayır değilim, üroloji, göz, radyoloji ile genel cerrahi, beyin cerrahi ve kadın doğumu basitçe karşılaştırmak buz dağının deniz üzerindeki kısmını görmeyi sağlar.” (Doktor S.A.)

“Hayır. Mevcut puanlama sistemi cerrahi işlemleri doğru değerlendirmiyor. Yüksek riskli operasyonlar değerinin çok altında puanlandırılmaktadırlar.” (Doktor G.L.)

“Memnun değilim çünkü sağlık çalışanlarının özlük işlerini de diğer memurlar yapmaktadır. Fakat bu durumda düz memurlar yok sayılmaktadır.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni A.Y.)

“Mevcut performans ve ek ödeme sistemi branşlara yönelik belirli kriterlerle çalışması, biz sağlık grubu dışında çalışan gruplar açısından (aynı sektörde çalışmamıza rağmen) herhangi bir şey fark ettirmiyor. Çünkü ne kadar çok çalışılsa da ücret açısından herhangi bir fark alınmıyor.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni Z.A.)

“Özellikli hizmetlerin sunulduğu bölümlerde risklerin, yoğunluğun ve çalışanların diğer alanlara göre yıpranma paylarının daha yüksek olduğu göz önüne alındığında, bazı bölümlerin bu hakka sahip olmasını uygun buluyorum.” (Hemşire Y.B.)

“Memnun değilim, hastane performansının hekimlerin performansına oranlandığı bir sistemde hekimlere aşırı yüklenme ve baskı ortamı oluşabilmektedir. Branşlara yönelik kriterlerin belirlenmesi uygun bir seçim olmakla birlikte uygulamada eşit dağılım yapılmamaktadır.” (Sağlık Memuru M.Ç.)

Soruyu yanıtlayan katılımcıların çok azı mevcut performans ve ek ödeme sistemi branşlara yönelik belirli kriterlerle çalışmasından memnun iken çoğunluğu alt branşların daha çok performans gösterdiklerini bu yüzden sistemin daha iyi bir şekilde düzenlenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

• Soru 6 “Sizden performans ve ek ödeme sisteminizi hazırlamanız istense nasıl bir sistem oluştururdunuz?” Katılımcılar performans ve ek ödeme sistemine kendi branşları açısından öneriler getirmişlerdir.

Derinlemesine Görüşmelerde Kişilerin Getirdiği Öneriler:

“Cerrahi branşların, anestezinin ve girişimsel işlemler yapan dahili bölümlerin puan değerlerini yükseltir. Ve mevcut cerrahi işlemlerin risk grubunu yeniden düzenlerdim.” (Doktor D.A.)

“Her hastane için özel hedef puanlar belirlenebilir, özellikli işlemler yapan daha fazla risk alan hekimler ayrıca ödüllendirilebilir. Sadece bakılan hasta sayısı değil, kabul edilmeyen hasta sayısı da bir kriter olabilir. İmkânı olduğu halde hasta kabul etmeyenler cezalandırılabilir, edenler de teşvik edilebilir.” (Doktor F.S.)

“Tam anlamıyla çalışma ve yoğunluk durumuna göre ve yapılan işlem üzerinden bir ücretlendirme sistemi geliştiririm. Bu ölçümü yapamayacağım bölümler içinse mevcut ortalama üzerinden bir ödeme ve ücretlendirme sistemi geliştirir ve bütün personeli branş ayırmadan yararlandırım.” (Sağlık Memuru B.Ş.)

“Uygulanan işlemin riski, zorluğu, hastaya sağlayacağı yarar-zarar, işlemin süresi v.s. dikkate alınarak çalışan mağdur edilmeden herkesin hakkını alabileceği bir sistem kurulmasını isterim.” (Ebe T.K.)

“Ücreti yükseltmek için çok yoğun olmak veya çalışmak, kişinin çalışma gücünün üzerinden çalışması ister istemez belirli bir süre sonra hata payını veya dikkatsizliği tetikleyeceğinden kişinin çalışma saatlerine yayılmış bir yoğunlukla doğru orantılı olmasını gerektirir ki; bu süre sürekli böyle devam ediyorsa ilk zamanlar olmasa da ilerleyen zamanlarda kişilerde hata payını yükseltir. Bu da performanslı çalıştığını göstermez. Zira performans ve ek ödeme sisteminde aynı kurumda çalışan bütün grupların bu uygulamadan yararlanmasını sağlayarak kişinin çok çalışmasından daha önemli kaliteli hizmet vermesi de önemli, çok yoğun çalışarak dikkatsiz sonuçlar, tedaviler veya uygulamalara maruz kalmamak gerekir. Ayrıca performans sisteminde gruplar arasında da haksız kazançlar oluşmaktadır. Şöyle ki uzman veya klinik şefi tecrübe ve kıdeminden dolayı klinikçi ise eğer o gün

8 saat poliklinik yapmayıp yerine asistanı bakmakta ve kendisi çalışmış gibi performans almaktadır. Bu da o kişinin gerçek performansını yansıtmamaktadır. Ve kişiler arası çatışmalara sebep olmaktadır. Ayrıca küçük bir operasyonla normal bir ameliyat aşağı yukarı aynı tutulup, eş değer görülüp ona göre puanlama yapılmaktadır. Sağlık dışında kalanların çalışmaları zaten sistem dışında tutulmuş gözükmektedir. Bu yüzdendir ki performans ve ek ödeme sisteminde bütün grupların yararlanacağı, kaliteli hizmetin de göz önünde bulundurulacağı, kişinin gerçek performansını ölçmeyi hedefleyen, kişilerin kanuni izinlerini kullandıklarında büyük kesintilere neden olmayacak şekilde hazırlanması daha uygun olacaktır. Tabi ki daha çok çalışana da emeğinin karşılığı verilmelidir.” (Hemşire B.Z.)

“Benden performans ve ek ödeme sistemi hazırlamam istense mevcut kriterlere ek olarak çalışan personelin iş yoğunluğu, tecrübesi, çalışma ortamı, çalışılan birim, sağlıkçı ve sağlıkçı olmayan personel ayrımı yapılmayan, önceliğin nicelikten çok nitelik olduğu bir sistem oluşturmaya çalışırdım.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni S.L.)

“Mevcut sistemdeki performansa dayalı kriterleri yeniden göz önünde bulundurarak birimlerdeki çalışma ve ödeme şeklini eğitim ve tecrübeye dayandırarak adil olması yönünde yeniden katsayılar düzenlerdim.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni C.G.)

• **Soru 7 “Mevcut performans ve ek ödeme sisteminin uygulanmasında sizi motive etme ve memnuniyet açısından nasıl değişikliklerin yapılmasını arzu edersiniz”** Bu soruya verilen cevaplardan meslek grubuna göre seçtiğim yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

“Risk gruplarının tekrardan değerlendirilip cerrahi uygulamaların daha doğru puanlandırılmasını isterdim.” (Doktor D.A.)

“Riskleri ve mesai dışına sarkan çabayı da gözetken ilave katsayılar eklerdim.” (Doktor M.Y)

“Örneğin yıllık izinde kesinti olmaması, çalışana değer verdiğini gösteren parametreler ilave edilmesini ve başhekimini denetleyen çalışanlardan oluşan bir bağımsız birim oluşturulması basitçe örnek verilebilir.” (Doktor S.A.)

“ Mevcut performans ve ek ödeme sisteminde gruplar arası ayırım yapılmadan sistem işlemeli kişilerin uygun sayıda (kişinin dikkatini ve tedavi şeklindeki hata oranını etkilemeyecek) hizmet vermeleri sağlanmalı, gerçek performanslarına uygun ücret ödemelerinin gerçekleşmesi, ekstra yaptıkları hizmetlerin de değerlendirmeye alınmaları ve ödül verilmeleri veya performanslarına yansıtılması, değerlendirmelerin yönetim bazlı değil de sistem bazlı işlenmesinin sağlanması, kişiler ve gruplar arası eşitsizliğin de giderilmesi açısından fayda sağlayacaktır. Ayrıca performans sisteminin olumsuz yönü olarak da alırsak çalışanlar performans elde etmek ücretlerini artırmak adına hastadan gereksiz tetkikler istenebilmekte bu da ekonomik yönden füzuli olduğundan giderleri çoğaltmakta ve zarara da neden olmaktadır.” (Ebe S.A.)

“Döner sermayenin adil ve herkesin hak ettiğine ve insan gibi yaşayabileceği şekilde dağıtılması. Alınan ücretin (maaşın) emekliliğe yansması. Branşlar arasındaki farkın adil bir şekilde paylaşılması. Nöbet yoğunluğu ve çalışma süresini göz önünde bulundurulması gerekir.” (Sağlık Teknikeri A.H.)

“Doktor ve yardımcı sağlık personeli dengesi sağlanmalı, izin ve raporlarda kesinti yapılmamalı.” (Sağlık Memuru A.G.)

“Hakkımız olanın dışında bir şey istememekle birlikte, sistemde yapılacak iyileştirmeler, mesleğe özendirme ilerleme sağlayacaktır. Bunların olması için de çalışanların mutlu ve motive olmaları gerekmektedir. Bunu sağlamanın da tek yolu çalışanlara emeklerinin karşılığını adilce vermekten geçer.” (Ebe M.K.D.)

“Başta tavan kalsın veya tavan katsayıları arttırılsın. Dağıtılan miktar daha da arttırılsın tekrar elden geçirilsin, eşitlik düşünölsün. Sakıncalı yönleri olduğundan şüpheliyim kazanmak için boş yere yapılan tedavi, MR röntgen, ameliyat olduğunu düşünmekteyim. Başta bunu önleyici bir sistem düşünölmelidir.” (Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni S.K.)

“Eğitim durumu, iş tecrübesi, sorumluluk bilinci, birimin yoğunluğu, yapılan işin şiddet ve olasılığına bakarak tüm işlerin listeleri oluşturulmalı ve görev-yetki sorumluluklarına göre değerlendirilmelidir. Bu süreç belirlenirken sadece hekimler değil tüm çalışanlar göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca yıllık izinler haktır ve ücret kesilmemelidir, kesildiğinde onun adı ücretsiz izin olur yıllık izin değildir.” (Hemşire B.O.)

Soruya yanıt veren doktor katılımcılar ise branşlar arasındaki farklılığın giderilmesinin ve tavan katsayılarının yükseltilmesinin, diğer yardımcı sağlık çalışanları ile memurlar ise Tavan puanının artırılması ve adil bir dağıtımın yapılması gerektiğini vurgulamışlardır.

6.5. Araştırmanın Hipotezi:

H1.1: Sağlık kurumlarında uygulanan performans sistemleri ve yapılan ek ödemelerin çalışanların performansları üzerinde olumlu etkisi vardır.



SONUÇ

Çalışmanın yapıldığı XYZ Hastanesinde yapılan ek ödemelerin yıllık ortalamaları incelendiğinde 2014-2017 yılları arasında ek ödemelerin olumlu yönde artış gösterdiği görülmektedir.

XYZ Hastanesinde 28 sağlık çalışanı (doktor, hemşire/ebe, memur ve diğer sağlık çalışanları) ile yapılan görüşmeler neticesinde; “sağlık kurumlarında performans sistemleri ve yapılan ek ödemelerin çalışanlar üzerinde olumlu etkisi vardır” hipotezinin doğru olduğu sonucuna varılmıştır. Ancak; Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin uygulanmasında eksiklikler olmasından dolayı bir memnuniyetsizlik olduğu tespit edilmektedir. Görüşme yapılan meslek gruplarından sorulara yanıt veren doktorlar; branşları arasındaki asıl farklılığı oluşturan Sağlık Bakanlığı’nın yayınlamış olduğu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) maddelerinin adaletli yazılmasını, tavan katsayılarının yükseltilmesini istemektedirler. Ayrıca görüşme yapılan diğer sağlık çalışanları aldıkları ek ödemeyi doktor puanlarının ortalamasından almak istemediklerini, kendi grubunun tavanından almak istediklerini vurgulamışlardır.

Çok geniş kapsamlı olan bu konuya dair ele alınan bu çalışma sağlık kurumlarında uygulanan performans sistemlerinin ve yapılan ek ödemelerin XYZ Hastanesi uygulamasını ele almıştır. Şu an ki sisteme göre ek ödeme ücretini arttırmak için kişinin çalışma gücünün üzerinden emek sarf etmesi gerekmektedir. Bundan dolayı ister istemez belirli zaman sonra hata ve dikkatsizlikleri tetikleyeceğinden ilk zamanlar olmasa da ilerleyen zamanlarda özellikle maddi kaygıların hekimleri hataya sürüklediği görülebilen bir gerçeklik haline gelmektedir. Sağlık hizmeti, her birey için farklı, kişiye özel hizmet vermeyi gerektiren bir alandır. Söz konusu sağlık olduğunda, yöntemi kısıtlamak, değer biçmek ve verilen hizmetin sınırlarını belirlemek; hekim üzerinde ciddi baskı oluşturmakta, bu baskı da malpraktise zemin hazırlamaktadır. Örneğin doktorların daha fazla performans puanı toplayabilmek adına, hastalara daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya bakma eğilimleri ilerde daha büyük sıkıntılara ve yanlış teşhislere sebep olacaktır. Zira

performans ve ek ödeme sisteminde aynı kurumda çalışan bütün grupların bu uygulamadan yararlanması sağlanırsa, kişilerin çok çalışmasından ziyade kaliteli hizmet vermesini, yanlış teşhis ve tedavilere yol açmamasını sağlayacaktır.

Sağlık Bakanlığının performans yönetiminin daha verimli olması adına tüm Türkiye’yi kapsayacak şekilde yılda bir kez bile olsa sağlık çalışanlarına uygulanacak ek ödeme memnuniyet değerlendirmesi anketi hazırlayıp, sonucuna göre mevzuatı güncellemesi gerekmektedir. Böylece çalışanların memnun kalacağı, adaletsizliğin olmayacağı ve her şeyden önemlisi hastanın da nitelikli tedavi görebileceği bir sistem oluşturulacaktır. Ayrıca Türkiye’de ki tüm hastanelerin sağlık çalışanlarını meslek gruplarına göre ayırarak, eğitim durumuna göre sabit bir ücretlendirmenin yapılması, ek ödeme hesaplamalarını tek çatı altına toplayarak merkezi bir biçimde hesaplanması ve ücretin dağıtılması daha az soruna sebep olacaktır.

KAYNAKÇA

- Acar, A. C., Önce, S., Benligiray, S., Kağnıcıoğlu, C. H. Tokgöz, N. ve Dağdeviren, M. *Performans ve Ücret Yönetimi*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1935, 2011.
- Acar, Nesime. *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Ankara: Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları, 2000.
- Akal, Zuhale. “Performans Kavramları ve Performans Yönetimi”, http://www.ydk.gov.tr/seminerler/performans_yonetimi/performans_yoneti_mi.htm (25.12.2016)
- Akı, Erol ve Demirbilek, Tunç. “Performans Değerlendirme Sistemi ve Performans Düşüklüğü Nedeniyle İş Sözleşmesinin Feshi”, *Sosyo Ekonomi Dergisi*, Sayı: 1, Ocak-Haziran 2010.
- Alpugan, Oktay. “Hastane Yönetimi ve Ekonomik İlkeler”, Hikmet Seçim (Ed.), *Hastane İşletmeciliği*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, s. 157-166, 1995.
- Arslan, Akın. “Performans Değerlendirmede Rasyonel Bir Yaklaşım: 360 Derece Değerlendirme Sistemi ve Geleceğin Organizasyonlarındaki Uygulama Esasları”, http://www.koniks.com/topic.asp?TOPIC_ID=138, (10.01.2017).
- Ataay İsmail Durak, Tüzüner Lale, Dünder Gönen, Uyargil Cavide, Acar Ahmet Cevat, Özçelik A. Oya, Sadullah Ömer ve Adal Zeki. *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Yenilenmiş 7. Baskı, Beta Yayınları, s. 714, 2015.
- Ateş, Hamza. *Belediyelerde Kurumsal Performans Yönetimi*, İstanbul: İlke Yayıncılık, 2011.
- Ateş, Hamza ve Kırılmaz, Harun. *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi*, Ankara: Asil Yayın, 2007.

- Ayan, F. “İnsan Kaynakları Yönetimi” *Yönetim ve Liderlik Seti*, İzmir: İlya Yayınevi, 1.Baskı, 2011.
- Aydın, Sabahattin ve Demir, Mehmet. “Sağlık Bakanlığı Uygulamalarında Performansa Göre Ödeme Sistemi” *Sağlıkta Performans Yönetimi Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi*, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara: Onur Matbaacılık, 2006.
- Aydın Sabahattin, Demir Mehmet, GülerH., TarhanD., DemirB., KopanS.H., *Sağlıkta Kurumsal Performans ve Kalite Uygulamaları*, Ankara, 2009
- Aydın, Sabahattin.2008 “Sağlıkta Performans: Ne İçin Nereye Kadar”, <http://sabahattinaydin.com/wp-content/uploads/SDYayinlar/SagliktaPerformansNeIcinNereyeKadar.pdf> (09/03/2017).
- Bach, S. *Managing Human Resources: Personnel Management in Transition*, Oxford: Blackwell Publishing, 2005.
- Barutçugil, İsmet, *Stratejik İnsan Kaynakları Yönetimi*, Kariyer Yayıncılık, 2004.
- Barutçugil, İsmet, *Performans Yönetimi*, İstanbul: Kariyer Yayıncılık, 2002.
- Bayın, G. “Sistem Yaklaşımı Bakış Açısıyla Sağlık Kurumlarında Dış Çevre Analizi”, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:4, Sayı:2, s. 99-120, 2014.
- Bayraktutan, Y. ve Pehlivanoglu F. “Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği”, *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:23, s.127-162, 2012.
- Bayyurt, Nizamettin. “İşletmelerde Performans Değerlendirmenin Önemi ve Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkiler”, *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, Sayı:53, 2007.

- Bilgin, Kamil Ufuk. “Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık Performans Yönetimi”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 65, Ankara, 2007.
- Bingöl, Dursun. *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Kırklareli: Beta Basım, 5. Baskı, 2016.
- Bozkurt, Ömer. *Kamu Yönetimi Sözlüğü*, Ankara: TODAİE Yayınları, 2008.
- Camgöz, S. Metin ve Alpten, İ. Nurdan. “360 Derece Performans Değerlendirme ve Geri Bildirim: Bir Üniversite Mediko-Sosyal Merkezi Birim Amirlerinin Yönetimsel Yetkinliklerinin Değerlendirilmesi Üzerine Pilot Uygulama Örneği”, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, Cilt: 13 Sayı: 2, 2006.
- Cesur, E. E. “Performans Değerlendirme & Ücret Yönetimi,” *Bir Bakışta İnsan Kaynakları Yönetimi*, Editör: Y. Aktaş ve E. E. Cesur, Bursa: Dora Yayınevi, s. 155-188, 2015.
- Coşkun, Selim, Dulkadiroğlu, Hakan ve Kunduracı, Nevzat Fırat. “Kamu Sektöründe Bireysel Performansa Göre Ücret Uygulamaları: Başarısızlığın Yaygınlaşması”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*, Cilt:71, No:2, s. 627-651, 2016.
- Coşkun, Selim ve Dulkadiroğlu, Hakan: “Ücret, Performansa Göre Ücret ve Çalışanların Algısı: ABD’de Federal Düzey Örneği”, *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: LXIV, Sayı: 3, s. 85, 2009.
- Çelebi, A. Kemal ve Cura, Serkan. “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, *Maliye Dergisi*, Sayı: 164, s. 47-67, 2013.
- Çelik, Y. “Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi”, içinde, *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği*, Editörler: Hamza Ateş, Harun Kırılmaz, Sabahattin Aydın, Ankara: Asil Yayın Dağıtım, 2007.

- Çetin, Ali Cüneyt ve Sağlam, Hüseyin. “Performansa Dayalı Döner Sermaye Prim Sistemi Uygulamasının Hizmet Sunumuna, Sağlık Çalışanlarına ve Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkileri: Isparta Sağlık Ocaklarında Bir Araştırma” *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Yıl/Volume: 3, Sayı/Issue: 5, s. 56-78, 2007.
- Çevik, H.H. *Kamu Kurumlarında Performans Yönetimi*, Ankara: Seçkin Yayınları, 2008.
- Çıraklı, Z. ve Sayım, F., “Hastanelerdeki Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetim Sistemlerinde Maliyet Fayda ve Maliyet Etkililik Göstergelerinin İncelenmesi”, *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* 19-21 Mart 2009, s. 347-365, Antalya, 2009.
- Çiçek, Hüseyin Güçlü ve Şahin İpek, Elif Ayşe. “Performans Yönetiminin Amaç-Araç Uyumu Tartışması ve Performans Esaslı Bütçeleme Sistemi”, *Maliye Dergisi*, Sayı:165, s. 80-96, 2013.
- Demirbilek, Sevda ve Çolak, Mustafa. “Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği” *Kafkas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Journal Of The Institute Of Social Sciences*, Sayı: 2, s. 91-111, 2008.
- Doğan, Nuri Özgür ve Gencan, Seda. “VZA/AHP Bütünleşik Yöntemi İle Performans Ölçümü: Ankara’daki Kamu Hastaneleri Üzerine Bir Uygulama”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt: 16, Sayı: 2, s. 88-112, 2014.
- Dolgun, Uğur, *İnsan Kaynakları Yönetimine Giriş*, Bursa: Ekin Yayınları, 2007.
- Ebin, Alev, Gümüşay Şahin, Ayça ve Çedikçi, Tuğba. “Performansa Dayalı Ücretlendirme Sisteminin İşgören Verimliliği ve Organizasyon Karlılığı Üzerindeki Etkileri”, *1.Uluslararası Davraz Kongresi*, 24-27 Eylül 2009, Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
- Eraslan, Tarık ve Ahmet Tozlu. “Kamu Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret Sistemi”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 81, 2011.

- Eraslan, E. ve Algün, O., “İdeal Performans Değerlendirme Formu Tasarımında Analitik Hiyerarşi Yöntemi Yaklaşımı”, *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, Cilt: 20, Sayı: 1, Ankara, 2005.
- Erkan, Arslan. “Performansa Dayalı Ödeme: Sağlık Bakanlığı Uygulaması”, *Maliye Dergisi*, Sayı: 160, s. 423-438, 2011.
- Germirli, Nüket, “Performans Sisteminin Performansı – Performans Yönetimi Sisteminde Uygulama Etkinliği”, http://www.kalder.org.tr/preview_content.asp?contID=722&tempID= (25.12.2016)
- Ginter, P.M., Duncan, W.J. ve Swayne, L.E. Strategic Management Of Health Care Organizations. USA: Jossey Bass, Seventh Edition, 2013.
- Groene, O., N. Klazinga, V. Kazandjian, ve P. Lombrail. “The World Health Organization Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH): An Analysis of the Pilot Implementation in 37 Hospitals”, *International Journal for Quality in Health Care*, Cilt: 20 Sayı: 3 s. 155-161, 2008.
- Halis, Muhsin ve Tekinkuş, Mehmet. “Kamuda Performans Yönetimi”, *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar* içinde, yazarı Asım Balcı, Ahmet Nohutçu, Namık Kemal Öztürk ve Bayram Coşkun, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2003
- Helvacı, Akif. “Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi”, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Ankara, Cilt: 35, Sayı: 1-2, 2002.
- İşcan, Ömer F. ve Sayın Ufuk. “Örgütsel Adalet, İş Tatmini ve Örgütsel Güven Arasındaki İlişki”, *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 24, Sayı: 4, s. 195-216, 2010.
- Kaptanoğlu, A.Y. “Birinci Basamak ve Yataklı Kamu Sağlık Kurumlarının Gelirlerinden Yapılan Ödemelerde Performans Yönetimi Kavramı”, *Yüksek Öğretim ve Bilim Dergisi*, Cilt: 1, Sayı: 3, İstanbul, 2011.

- Karahan, A., ve Özgür, E. *Hastanelerde Performans Yönetim Sistemi ve Veri Zarflama Analizi*. Nobel Yayın Dağıtım, 2011.
- Karımı, S. ve SinghG. “Strategic Compensation: An Opportunity for Union Activism”, *Compensation Benefits Review*, Cilt: 36, Sayı: 2, s. 62-67, 2004.
- Kavuncubaşı, Şahin ve Yıldırım, Selami. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, İkinci Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi, 2010.
- Kavuncubaşı, Şahin ve Kısa A. *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Eskişehir, 2010.
- Kılıç, Şükrü ve Aydınli, Cumhur. “Sağlık Kurumlarında Süreç Yönetimi Kuralları” *İşletme Araştırmaları Dergisi*, Cilt:7, Sayı:3, s. 143-172, 2015.
- Kılıç Bülent ve Aksakoğlu Gazanfer. “Sağlıkta Özelleştirmede Yeni adım”, *Tıp Dünyası Dergisi*, Sayı: 100, 2003.
- Kizek, Ö, A. Türkkın ve K. Pala. “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Bursa İlinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Etkisi”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, Cilt: 9, Sayı: 6, s. 613-622, 2010.
- Koçel Tamer. *İşletme Yöneticiliği*, Beta Yayınları, 16. Baskı, 855s, 2015.
- Küçük, Ahmet, Gökçınar, Derya, Aksoy, Esra, Albayrak, Demet, Erdem, Deniz, Akan, Belgin ve Göğüş, Nermin. “Performansa Göre Ek Ücret Ödenmesinin Anestezi Uygulamalarına Etkileri”, *Turk Journal Anesth Reanim*, Cilt: 40, Sayı: 5, s. 262-268, 2012.
- Küçükilhan, Mustafa ve Lamba, Mustafa. “Üniversite Hastanelerinde Örgütsel Yapıdan Kaynaklanan Sorunlar (Hasta Hakları Örnek Olayı)”, *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt: 9, Sayı:2, s. 111-138, 2007.
- Maceira, Daniel. “Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries” Major Applied Research 2, Working Paper 2. Bethesda, MD: Partner ships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.1998.

- Milkovich, G. T. ve Newman, J. M. *Compensation*, 7. Baskı, Boston: McGraw-Hill/Irwin, , 2002.
- Mucuk, İsmet. *Modern İşletmecilik*, Gözden Geçirilmiş 18. Basım, Türkmen Kitabevi, s. 392, 2013.
- Özer, Mehmet Akif. “Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 73, Nisan-Haziran, 2009.
- Özer, Mehmet Akif. *İç Denetime Yönelik Etkin Kontrol ve Yönetim Sistemi İçin Kuruluşlarda Süreç, Performans ve Risk Analizi/Yönetimi*, Ankara: Adalet Yayınları, 2010.
- Özgen, Hüseyin, Öztürk, A. ve Yalçın, A. *İnsan Kaynakları Yönetimi*, Nobel Kitabevi, s. 222, 2002.
- Özgen, Hüseyin. “Çağdaş Hastane Yönetim Anlayışı ve Türkiye’deki Uygulamalar”, Editör: Hikmet Seçim, *Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)*, Eskişehir, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayını, 1995.
<http://www.merih.net/m1/hastane2.htm>, (10.01.2017).
- Özdemir, M. “Hastane Yönetim Modelleri”, *Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı*, Cilt:7, Sayı:40, İstanbul, 2001.
- Özkan, Zülfikar, *66 Soruda Sağlıkta İletişimin Gücü*, İstanbul: Optimist Yayınevi, s. 230, 2011.
- Özmutaf, N. M. “Örgütlerde Bireysel Performans Unsurları ve Çatışma”, *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt: 8, Sayı: 2, Sivas, 2007.
- Öztek Zafer, *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi ve Sağlık Ocağı Yönetimi*, Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
- Öztürk, A. “Sağlıkta Performans ve Kalite”, *Sağlık Dergisi*, Eylül Sayısı, 2010.
- Öztürk, Turan. “İnsan Kaynakları Yönetiminde Performansa Dayalı Ücret ve Teşvik Sistemi”, *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, Cilt 2, Sayı 2, 2010.

Öztürk, Ümit. *Performans Yönetimi*, İstanbul: Alfa Yayınları, 2009.

Perry, J., T. Engbers ve S. Yun Jun. “Back to the Future Performance Related Pay, Empirical Research, and the Perils of Persistence”, *Public Administration Review*, 2009.

Roberts, M. J., W. Hsiao, P. Berman ve M. R. Reich. *Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Kılavuz*, Editörler: Salih MOLLAHALİLOĞLU, Hakkı GÜRSÖZ, Banu AYAR, Hüseyin DEMİREL, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, 2009.

Sabuncuoğlu, Zeyyat. *İnsan Kaynakları Yönetimi (Uygulamalı)*, VII.Baskı, İstanbul: Beta Basım A.Ş., 2013.

Sağlık Bakanlığı. *Sağlıkta Performans Yönetimi*, Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını, 2007.

Sağlık Bakanlığı, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun, Ankara, 1961, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-49542/h/209-nolu-kanun.doc>, (10.02.2017).

Sayan, İ.Ö. ve Şahan, Y. “Sağlık Bakanlığında Performans Değerlendirme ve Ek Ödeme Sistemi”, *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 16, Ankara, 2011.

Sayıştay, Sayıştay’ın Performansının Ölçümüne İlişkin Ön Araştırma Raporu, Ankara, 2002.

Schuler, R. S. *Managing Human Resources*, 6th Edition, Ohio: South-Western College Publishing, 2002.

Somunoğlu, S. “Sağlık-Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi”, *Sağlık Kurumları Yönetimi-I*, (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012.

- Sözen, Cemil ve Özdevecioğlu, Mahmut, *Sağlık Hizmetlerinde ve İşletmelerinde Yönetim*, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2002.
- Sülkü, Seher Nur. “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri”, *Maliye Dergisi*, Sayı: 160, s. 242-268, 2011.
- Şahin, B., ”Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi” *Sağlık Kurumları Yönetimi-II* (Ed. Y.Çelik) Ankara, 2013.
- Şahman, İlkem, Tengilimoğlu Dilaver ve Işık Oğuz. “Özel Hastanelerde Yönetimin Profesyonelleşmesinin, Kurumsallaşma Süreci Üzerindeki Etkisini Belirlemeye Yönelik Alan Çalışması”, *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:10, Sayı:2, ss.1-23, 2008.
- Taş, Yunus ve Akpınar, Ali Talip. “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine Hekimlerin Bakış Açısı: Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde Bir Araştırma”, 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiriler Kitabı, 2012.
- Tengilimoğlu, Dilaver ve Toygar, Şükrü Anıl. “Hastane Performansının Ölçümünde PATH Yöntemi” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:3, Sayı:1, s. 50-78, 2013.
- Tengilimoğlu, Dilaver, Işık, O. ve Akbolat, M. *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Beşinci Basım. Ankara: Nobel Yayın, 2012.
- Tunçel, M., Vuran Doğan, Ö. ve Ardiç Çobaner, A. “Performans Sistemine Medyanın Bakışını Anlamak:Performans Konulu Sağlık Haberleri Üzerine Bir Araştırma”, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, Sayı:3, Sayfa:103, Ankara, 2012.
- Usta, A. “Kamu Kurumlarında Örgütsel Performans Yönetim Süreci”, *Sayıştay Dergisi*, Sayı: 78, Ankara, 2010.

- Uyargil, Cavide, İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi, Performansın Planlanması, Değerlendirilmesi ve Geliştirilmesi, İstanbul: Arıkan Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti., 2008.
- Uzoğlu Cesur. Performans Yönetim Sistemi ve Performans Denetimi, T.C. Bayındırlık ve İskân Bakanlığı Tapu ve Kadastro Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı, Ankara, 2011.
https://www.tkgm.gov.tr/sites/default/files/icerik/ekleri/6_cesur_uzoglu.doc, (20.02.2017).
- Ülgen, Hayri ve Mirze, S.K. *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, 6. Basım. İstanbul: Literatür Yayınları.2013.
- Ünalı, Nihal. “Sağlık Hizmeti Sunan Kurumlarda İtibarın Önemi”, *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, Cilt:2, Sayı:2, s. 100-112, 2015.
- WHO (World Health Organization) Performance Assessment Tool For Quality Improvement in Hospitals, 2007.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/103728/E89742.pdf, (03.01.2017).
- Woodward, G., Manuel, D. ve Goel, V. “Developing a Bolonced Scorecard for Punlic Health”, ICES İvestigative Report, London, 2004.
- Yenice, Ebru. “Kamu Kesiminde Performans Değerlendirmesi”, *Maliye Dergisi*, s. 125, 2006.
- Yüzer, Dilara. “İngiliz Hukukunda Performans Dayalı Ücret Sistemi”, *Dokuz Eylöl Üniversitesi Hukuk Faköltesi Dergisi*, Cilt: 12, Özel Sayı, s. 1531-1549, 2012.
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğı, Resmi Gazete, Tarih: 13.01.1983, Sayı: 17927, <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/menu/yasa-veyonnetmelik/yatakli-tedavi-kurumlari.aspx>, (09.01.2017).

Zaim, Halil, “Performansa Dayalı Ücret Uygulamasının Doktor Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri”, <http://docplayer.biz.tr/7678155-Performansa-dayali-ucret-uygulamasinin.html>, (25.02.2017).

<http://www.baskent.edu.tr/~sahin/b6.ppt>, (09.01.2017).

<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=3.5.85319&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=yatak1%C4%B1%20tedav>, (03.01.2017).

<http://www.saglik.gov.tr/TR,11278/saglik-bakanligina-bagli-ilce-devlet-hasta-nelerinde-entegre-saglik-hizmeti-sunulmasina-iliskin-usul-ve-esaslar-hakkinda-yonerge.html>, (03.01.2017).

<http://www.merih.net/m1/hastmod1.htm>, (03.01.2017).

<https://neu.edu.tr/wp-content/uploads/2015/11/Hastane-Y%C3%B6netimi-ve-Organizasyonu.pdf>, (12.01.2017).

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-4.htm>, (26.02.2016).

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_subat_2012/202sybpk.pdf, (25.12.2016).

http://www.ism.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_30102001.pdf, (21.05.2013).

http://www.ihs.gov.tr/indir/mevzuat/yonergeler/YG_17032005_1.pdf, (09.03.2017)

<http://www.muglasm.gov.tr:4815/dokumanarsivi/Yonerge/2.sayfa/yonerge-2.sayfa.asp>, (12.06.2013).

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2009/21_Ekim_2009/yonetici_performansi.pdf, (12.06.2013)

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/16_mart_2011/yonetmelik.pdf, (11.01.2014).

ÖZGEÇMİŞ

1988 Batman doğumluyum. İlk orta ve lise eğitimimi Batman’da tamamladım. 2010 yılında Kocaeli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik programını bitirdim. 2011 yılında XYZ Hastanesi’ne atandım. Halen İdari Birimlerde Maaş Tahakkuk Döner Sermaye Servisinde Sağlık Teknikeri olarak görevime devam etmekteyim. 2013 yılında Açık Öğretim Fakültesi İşletme Bölümü lisans öğrenimimi tamamladım. 2015 yılında Beykent Üniversitesi İşletme Anabilim dalı Hastane Yöneticiliği programına başladım. Ayrıca Atatürk Üniversitesi Sosyal Hizmetler 4.(dördüncü) sınıf öğrencisi olarak eğitim hayatıma devam etmekteyim.

Yabancı dilim İngilizce olup, ilgi alanlarım takı tasarımı yapmak, yüzmek, plates yapmak, kitap okumak, kaliteli her türlü müziği dinlemektir.

Yasemin BAZĞAN