

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

SAĞLIKTA PERFORMANS UYGULAMALARI
Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Şükrü KESKİN

İstanbul, 2015

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

SAĞLIKTA PERFORMANS UYGULAMALARI

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Şükrü KESKİN

Öğrenci No:
1107461174

Danışman:
Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN

İstanbul, 2015

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “**Sağlıkta Performans Uygulamaları**” başlıklı bu çalışmamın, 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. 07/03/2015

Şükrü KESKİN

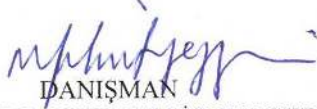


T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

07.03.2015

Enstitümüz *İşletme Yönetimi* Anabilim dalı *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **1107461174** numaralı **Şükrü KESKİN**'in "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Sağlıkta Performans Uygulamaları*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 03.03.2015 tarih ve 2015/09 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (59) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~oyçokluğu/oybirliği~~ ile **Kabul/Red-veya-Düzeltilme** kararı verilmiştir.

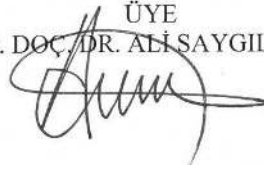
İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.


DANIŞMAN

PROF. DR. MEHMET FİKRET GEZGİN


ÜYE
DOÇ.DR.KAMİL USLU

ÜYE
YRD. DOÇ. DR. ALI SAYGILI



Adı ve Soyadı : Şükrü KESKİN
Danışman : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans Tezi 2015
Alanı : Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi
Anahtar Kelimeler : Sağlık, Sağlık Hizmetleri, Performans, Performans
Değerlendirme, Sağlık Kurumlarında Performans

ÖZ

SAĞLIKTA PERFORMANS UYGULAMALARI

Çalışmanın amacı performans uygulamalarının sağlık sektöründe nasıl uygulandığını açıklamaktır. Bu amaca yönelik olarak sağlık, sağlık hizmeti, sağlık hizmetlerinin Türkiye’deki tarihi süreci, performans kavramı, unsurları ve ülkemizde uygulanmakta olan sağlıkta performans uygulamaları incelenmiştir. Çalışmada tarihçi metot kullanılmış ve ağırlıklı olarak kaynak taraması yapılarak literatür çalışmalarından faydalanılmıştır.

Sağlık hizmetleri topluma sunulan hizmetlerin vazgeçilmez bir unsurudur. Sağlık hizmeti veren kurumlar, toplumun ihtiyaçlarını giderebilmek için sürekliliklerini sağlamak ve ayakta durmak zorundadırlar. Ülkemizde Sağlıkta Bakanlığı, “Sağlıkta Dönüşüm” kapsamında bir takım performans uygulamalarını hayata geçirmiştir. Bu kapsamda uygulanan performans dayalı ek ödeme sistemi, performans uygulamalarının kamu sektöründe uygulanabilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu uygulamalar sağlık hizmetlerine ulaşmaya, bu hizmetlerden faydalanmaya, hizmetin kalitesine, sektörün gelişmesi ve iyileştirilmesine katkı sağlamıştır. Objektif olarak değerlendirildiği zaman sağlıkta uygulanan bu performans uygulamalarının gerekli olduğu fakat yeterli olmadığı anlaşılmaktadır.

Name and Surname : Şükrü KESKİN
Supervisor : Prof. Dr. Mehmet Fikret GEZGİN
Degree and Date : Master 2015
Major : Hospital and Health Care Management
Key Words : Performance, Hospital, Health Services Performance
Evaluation, Health Care Institutions Performance

ABSTRACT

PERFORMANCE APPLICATIONS AT HEALTH

The aim of the study is to explain how the performance applications are applied in health sector. Intended for this purpose, health, health care service, historical process of health services in Turkey, performance concept and its elements and performance applications being implemented in our country are examined. In this study, historian method is used and it is mainly benefited from the literature reviews.

Health care is an indispensable element of the services offered to the community. Health care institutions should ensure continuity and remain standing to satisfy the needs of society. In our country, the Ministry of Health has carried out a several performance applications within the extent of "Health Transformation". Additional performance-based pay system applied in this context is important in terms of the implementations of performance applications in the government sector. These applications has contributed to the access to health care, benefit from these services, the quality of the services, development and improvement of the sector. When it is objectively evaluated, it is understood that these performance applications implemented in health sector is essential, but not sufficient.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
KISALTMALAR	vi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER

1.SAĞLIK KAVRAMI	3
2.SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ	5
2.1. Çevre	6
2.2. Davranış	9
2.3. Kalıtım	10
2.4. Sağlık Bakım Hizmetleri	10
3. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI	11
4. SAĞLIK HİZMET SEKTÖRLERİ	11
4.1. Folk Sektör	11
4.2. Popüler Sektör	13
4.3. Profesyonel Sektör	14
5. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	14
5.1. Hazırlayıcı Faktörler	14
5.2. Kolaylaştırıcı Faktörler	17
5.3. Gereksinim Faktörleri	18
6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	19
6.1. Sağlık Hizmeti Tüketimi Rastlantısallığı	20
6.2. Sağlık Hizmetinin İkamesinin Bulunmaması	20
6.3. Sağlık Hizmetinin Ertelenemez Olması	20
6.4. Sağlık Hizmetinin Kapsamını ve Boyutunu Hizmetten Yararlanan Değil, Hekimin Belirlemesi	21
6.5. Sağlık Hizmeti Tüketicilerinin Davranışlarının İrrasyonel Oluşu	21
6.6. Hizmetten Sağlanan Doyumu ve Hizmetin Kalitesini Önceden Belirlemenin Güçlüğü	22

6.7. Sağlık Hizmetlerinin Bir Bölümünün Toplumsal Nitelik ve Kamu Mali Özelliği Taşınması	23
6.8. Sağlık Hizmetinin Çıktısının Paraya Çevrilememesi	23
6.9. Sağlık Hizmetinin En Önemli Belirleyicisi Olan Hekimliğin Tümüyle Denetlenebilir Özellikte Olmaması	24
7. ETKİLİ BİR SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ	24
7.1. Kolay Kullanılabilirlik	25
7.2. Kalite	25
7.3. Süreklilik	25
7.4. Verimlilik	26
8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI	26
8.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	28
8.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	33
8.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	35
8.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	36
9. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ	36
9.1. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim Süreci	36
9.2. Günümüzde (2011-2015) Sağlık Bakanlığının Yapısı	49
10. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTANELER	52
10.1. Hastanelerin Tanımı	52
10.2. Hastanelerin Sağlık Hizmetlerindeki Önemi	53
10.3. Hastanelerin Sunduğu Temel Hizmetler	54

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS YÖNETİMİ ve PERFORMANS DEĞERLENDİRME

1. PERFORMANS KAVRAMI	56
1.1. Performans Kavramının Tanımı	56
1.2. Performansı Etkileyen Faktörler	57
1.3. Performans Yönetim Kavramı	59
2. PERFORMANS DEĞERLENDİRME: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	60
2.1. Performans Değerlendirme Kavramı	60
2.2. Performans Değerlendirmenin İlkeleri	61
2.3. Performans Değerlendirmenin Amaçları ve Yararları	62
2.4. Performans Değerlendirmenin Önemi	66
2.5. Performans Değerleme Süreci	67
2.6. Performans Değerlendirme Yöntemleri	70
2.7. Performans Değerleme Sürecinde Yapılan Hatalar ve Değerleme Sonuçlarının Kontrolü	81

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ ve
UYGULAMALARI

1. SAĞLIK SİSTEMİ PERFROMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	83
2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS ÖLÇÜTLERİ.....	85
2.1. Hasta Memnuniyeti.....	85
2.2. Sağlık Çıktıları.....	85
2.3. Süreç Ölçütleri	86
2.4. Girdi Analizi	86
3. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE PERFORMANSA DAYALI EK	
ÖDEME SİSTEMİNİN TARİHÇESİ.....	87
4. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN TANIMI.....	90
5. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ.....	92
5.1. Sistemin Temel Unsurları	92
5.2. Performansa Dayalı Ek Ödemenin Hesaplanması	99
6. SAĞLIK KURULUŞLARINDA KURUMSAL PERFORMANSIN	
DEĞERLENDİRİLMESİ	106
6.1. Memnuniyet Katsayısı	106
6.2. Kalite Standartları Katsayısı	106
6.3. Sağlık Tesis Kalite Katsayısı	106
SONUÇ	107
KAYNAKÇA.....	110
ÖZGEÇMİŞ	

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1: Hazırlayıcı Faktörler.....	16
Tablo 2: Kolaylaştırıcı Faktörler.....	18
Tablo 3: Gereksinim Faktörleri.....	19
Tablo 4: T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi.....	31
Tablo 5: 1920-1938 Döneminde Başlıca Çıkarılan Kanunlar.....	40
Tablo 6: 1938-1960 Döneminde Başlıca Çıkarılan Kanunlar.....	42
Tablo 7: Acil Eylem Planı: “Sağlıklı Toplum”.....	46
Tablo 8: Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemindeki Bazı Kanunlar.....	48
Tablo 9: Sıralama Yöntemi Değerleme Çizelgesi	71
Tablo 10: İkili Karşılaştırma Yöntemi Formu	73
Tablo 11: Zorunlu Dağılım Yöntemi Tablosu	73
Tablo 12: Kritik Olay Formu	77
Tablo 13: Hizmet Alanı - Kadro Ünvan Katsayısı (Hakuk)	96
Tablo 14: Tavan Ek Ödeme Katsayısı	97
Tablo 15: Dağıtılabilecek Tutar Hesaplaması.....	101
Tablo 16: Dağıtılabilecek Net Tutar	101
Tablo 17: Mesai İçi ve Dışı Dağıtılabilecek Tutar.....	101
Tablo 18: Sağlık Tesis Puan Ortalama Örneği	102
Tablo 19: Net Performans Puan ve Brüt Ek Ödeme Hesaplama Örneği	105

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No:	Sayfa No:
Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler	6
Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Kullanım Süreci	15
Şekil 3: Hastaları İrrasyonel Davranışa İten Sebepler.....	22
Şekil 4: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Özellikleri	24
Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	27
Şekil 7: Birinci Basamak, İkinci Basamak ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	34
Şekil 8: Saydam'a Göre Sağlık Hizmetlerinin Örgüt Yapısı	40
Şekil 9: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı	49
Şekil 10: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı.....	50
Şekil 11: Kurumsal İlişkiler Yönetimi	52
Şekil 12: 2003-2006 Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Gelişimi.....	91

KISALTMALAR

AÇS	: Ana – Çocuk Sağlığı
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
AnaÜ	: Anadolu Üniversitesi
AÖF	: Açık Öğretim Fakültesi
ATLÜ	: Atılım Üniversitesi
AÜ	: Ankara Üniversitesi
BEU	: Beykent Üniversitesi
BAUN	: Balıkesir Üniversitesi
C.	: Cilt
ÇOMÜ	: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Der.	: Derleyen, Derleyenler
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EBF	: Eğitim Bilimleri Fakültesi
Ed.	: Editör, Editörler
EgeÜ	: Ege Üniversitesi
GÜ	: Gazi Üniversitesi
İTO	: İstanbul Ticaret Odası
İÜ	: İstanbul Üniversitesi
KTÜ	: Karadeniz Teknik Üniversitesi
MİAÇK	: Mesai İçi Aktif Çalışma Katsayısı
MİDEÖK	: Mesai İçi Dönem Ek Ödeme Katsayısı
MÜ	: Marmara Üniversitesi
NÜ	: Niğde Üniversitesi
OMÜ	: Ondokuz Mayıs Üniversitesi
s.	: Sayfa
SABE	: Sağlık Bilimler Enstitüsü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
ss.	: Sayfalar

S.	: Sayı
SÜ	: Selçuk Üniversitesi
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SDÜ	: Süleyman Demirel Üniversitesi
TMGİP	: Tabip Muayene Girişimsel İşlem Puanı
TF	: Tıp Fakültesi
TÜ	: Trakya Üniversitesi
Tük	: Türkiye İstatistik Kurumu
UÜ	: Uludağ Üniversitesi
ve diğ.	: Ve Diğerleri
Y.	: Yayın
YDT	: Yayınlanmamış Doktora Tezi
YUT	: Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi
YYLT	: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi

GİRİŞ

- **Çalışma Konusunun Seçimi:** İşletmeler sürekli bir değişim ve gelişim evresi geçiren dinamik yapılardır. Toplumun ihtiyaçlarını gidermek için kurulmuş olan işletmeler sürekliliklerini sağlamak, zamanın gelişmelerine ayak uydurmak, toplumun ihtiyaçlarına en uygun hizmeti sunabilmek için adeta bir yarış içerisindeyler. Bu yarışa kamu sektörleri de dâhil olduğunu göz önünde bulundurulursa performans kavramları önem kazanmış olur. Sağlık hizmetleri insanlığın başlangıcından itibaren bu güne kadar vazgeçilmez bir parçası olmuştur.

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığında hem sağlık hizmetlerini iyileştirmek, hem de kaliteli ve verimli hizmet sunumunu teşvik etmek için kendisine bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlıkta dönüşüm kapsamında bir takım performans uygulamaları hayata geçirilmiştir. Bu sebepten dolayı “Sağlıkta Performans Uygulamaları” konusu seçilmiştir.

- **Çalışmanın Amacı:** Performans uygulamalarının sağlık sektöründe nasıl uygulandığını açıklamaktır. Bu amaca yönelik olarak öncelikle sağlık kavramı ve sağlığın belirleyicileri anlatılmıştır. Sağlık hizmetin kavramı ve unsurları izah edilerek sağlık hizmet sunucuları hakkında bilgiler verilmiştir. Genel anlamda performans kavramı ele alınmış, performans yönetimi, performans etkileyen faktörler ve performansın değerlendirilmesi gibi konular izah edilmiştir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmakta olan performansa dayalı ek ödeme sistemi izah edilmeye çalışılmıştır.

- **Çalışmanın Önemi:** İşletmeler toplum içindeki misyonunu ne kadar iyi yerine getirebilirlerse toplum bazında fayda da o denli olacaktır. Kıt kaynakların verimli kullanılması ve toplumsal faydaya dönüştürülmesi sadece özel sektör alanında değil kamu alanında da önemlidir. Ülkemizde sağlık bakanlığında uygulanmaya başlamış olan performansa dayalı ek ödeme performans uygulamalarının bir kamu sektöründe uygulanmış olması açısından önemlidir.

- **Çalışmanın Planı:** Çalışmanın ilk bölümünde öncelikle sağlık ve sağlığın belirleyicileri kavramları üzerinde durulmuş, sağlık hizmet sektörleri, sağlık hizmetinin kullanımını etkileyen faktörler, sağlık hizmetinin özellikleri anlatılmıştır.

Daha sonra etkili bir sağlık hizmetinde bulunması gereken özellikler ele alınmış, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihçesi ve sağlık hizmetleri sunucularından hastanelerin tanımı yapılarak, hastanelerin işlevleri, özellikleri ve sınıflandırılması hakkında bilgi verilmiştir.

İkinci bölümde performans ve performans yönetimi ifadeleri tanımlanmış, performans değerlendirme kavramı hakkında bilgi verilmiştir. Daha sonra ise performans değerlendirmenin ilkeleri, amaçları, yararları ve önemi, performans değerlendirme süreci, yöntemleri ve bu süreçte yapılan hatalar üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın nc bölümünde ise, Sağlık Kurumlarında performans yöntemi ve uygulamaları özelinde durulmuştur. Sağlık hizmetlerinde performans ltleri, Türkiye sağlık sisteminde performansa dayalı ek ödeme sisteminin tarihçesi, unsurları ve uygulanması izah edilmiştir.

- Kullanılan Metot ve Teknikler: Çalışma teorik bir nitelik taşımaktadır. Çalışmada tarihi metot kullanılmış ve ağırlıklı olarak kaynak taraması yapılarak yüksek lisans, doktora tezleri ve akademik yayınlardan yararlanılmıştır. Aynı zamanda çeşitli makaleler ve internet kaynakları da yer almaktadır. Ancak; çalışmanın özellikle sağlık ve sağlık kurumları ile ilgili kısımlarında mesleki bilgi deneyim ve gözlemlere de yer verilmiştir.

- Karşılaşılan Zorluk ve Sınırlamalar: Çalışma sürecinde herhangi bir kayda değer zorlukla karşılaşılmamıştır. Dolayısıyla, herhangi bir sınırlamaya da gidilmemiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SEKTÖRÜNE İLİŞKİN TEMEL BİLGİLER

1.SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık ve bu kavrama bağlı olarak hastalık anlayışı kişiden kişiye göre değişebilir. Kişinin hissettiği rahatsızlığı, açlık gibi olağan bir sebebe bağlaması veya o toplumda sık görünen bir hastalık olması ya da örneğin Kızılderili kabilelerinden Navaja (Nevaco) yerlilerinde çok yaygın olan kalça çıkıklığı gibi bir sakatlığın hastalık olarak algılanmaması sağlık anlayışını etkileyecektir.¹

İnsanlığın başlangıcından itibaren günümüze kadar toplumun ihtiyaçları doğrultusunda birçok meslek varlığını göstermiştir. Bu bağlamda hekimlik mesleği de, toplumsal gereksinimleri karşılamak amacıyla başlayıp gelişmiştir. Bu gereksinimler ise, bireylerin yaşamlarını zorlaştıran, hayatlarına ızdırap veren ağrıların dindirilmesi, ani oluşan kazaların sonucunda oluşan yaraların sarılması ve bedence, ruhça ve sosyal yönden iyilik durumları bozulmuş hastaların tedavisidir. İnsan hayatı gibi çok önemli bir konuyu ele alan hekimlik mesleği zaman içinde belli normlara göre şekillenmiş ve bilimsel niteliğe kavuşmuştur. Hekimliğin bilimselleşmesi sonucu, yaşam kalitesi ve ekonomik boyut açısından sağlığın korunması ve desteklenmesi gündeme gelmiştir.² Sağlığın korunması elbette ki tedavi edilmesi ve rehabilite edilmesinden daha ekonomik olacaktır. Bir aşının yapılması, hastalık meydana geldikten sonra onun tedavisi ve rehabilite edilmesinden daha ekonomik ve daha refah düzeyi yüksek yaşam olduğu açıktır.

Sağlık hakkında çeşitli tanımlar yapılmıştır. Türkçe sözlükte sağlık şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık vücudun hasta olmaması durumu, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet manasındadır.”³ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında ise şöyle tanımlamıştır. ‘Sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda

¹ Ş. Boyraz Topaloğlu, Sağlık Bilgisi, Ankara, 2013, s.11

² H. Görgün, Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇOMÜ), Sosyal Bilimler Enstitüsü (SBE), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi (YYLT), Çanakkale, 2009, s.61

³, “Sağlık”, <http://www.turkcebilgi.com/sozluk/sa%C4%9F1%C4%B1k;> (22.09.2013)

bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmaktadır.’ Bu tanım sağlıklı olmanın bütün alanlarını açıklarken yakın zamanda buna ‘sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme’ de eklenmiştir.¹ Bu haliyle biyolojik, psikolojik ve sosyal varlığı göz önünde bulundurularak bireyin hangi sebebe bağlı olursa olsun karşılaşacağı bedensel fonksiyonları ile ilgili zorluktan ruhsal yönden karşılaşacağı bütün zorlukları, vücut organlarındaki eksiklikleri, rahatsızlıkları, sıkıntıları, ızdırapları, huzursuzlukları, yakınmaları, özürleri söylenmese de tanım içine alınmış ve yokluklarıyla sağlığı belirlemişler demektir.²

Bedensel İyilik Hali: Kişide beden en hastalık ve sakatlık olmamasıdır. Vücudundaki organların tam olması ve görevini yerine getirmesi, mikroorganizmalardan kaynaklanan herhangi bir enfeksiyonun bulunmaması, hormonal bir hastalığın bulunmaması vb. durumlar bedensel iyilik halini ifade eder.

Ruhsal İyilik Hali: Bireyin karşılaştığı güçlüklerle mücadele edebilmesi, değişen koşullara uyum sağlayabilmesi, başarılarından mutluluk duyması ve başarısızlıkları kabullenebilmesi gibi halleri ifade eder. Yine zihinsel yönden de iyilik halinde olmasıdır. Yani yaşına uygun düşünebilme, karşılaştığı problemleri çözebilme, seviyesine uygun düzeyde öğrenme, mantık yürütme, hafıza gibi zihinsel yeteneklerden birinde kısıtlılık olmamasıdır. Bireyde bedensel iyilik hali bulunması olmaması sağlıklı olmak için yeterli değildir. Ruhsal yönden de tam bir iyelik halinde olması gerekmektedir.

Sosyal İyilik Hali: Sosyal bir yönü olan insanın aile bireyleri, iş arkadaşları, komşuları ve çevresindeki diğer kişilerle uyumlu, dengeli, iyi ilişkiler içinde olmasıdır.³ Kişinin sosyal yaşantısı ne ölçüde sağlıklı olursa o ölçüde sosyal yönden tam iyilik halinde olacaktır. Bireyde bedensel ve ruhsal iyilik hali olduğu halde

¹ C. Kesgin - A.Topuzoğlu, “Sağlığın Tanımı”, İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, Cilt (C.) 4, Sayı (S.) 3, İstanbul, 2006, s.47

² Ö. Öztürk Şahin, Edirne Şehir Merkezinde Halkın Sağlık Hizmet Tercihlerine Etki Eden Faktörler ve Kişiy e Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı, Trakya Üniversitesi (TÜ), Tıp Fakültesi (TF), Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi (YUT), Edirne, 2001, s.4

³ Boyraz Topaloğlu, s.12

sosyal yönde de iyilik hali söz konusu olmadıkça o kişi için sağlıklı bir birey olduğu söylenemez.

Bu tanımda ‘iyilik’ kavramı net olarak tarif edilmiş bir kavram değildir. Bu kavramı tarif etmenin zorluğu yanında tam öcüsünün nasıl ve ne şekilde ölçülebileceği oldukça zor olan bir sorudur. Diğer taraftan sağlıklı hal olarak ele almak bireylerin görev sorumluluğunu azaltarak statik bir duruma indirmektedir.¹ “Bu tanım sağlık sektörünün hedefi olmakla beraber erişilmesi ve ölçülmesi güç bir kavram olduğundan geçerli bir tanım olup olmadığı tartışılabilir.”² Diğer taraftan bu tanımdan hareketle aşılama faaliyetleri gibi sağlıklı korumak, eğitim öğretim faaliyetleri ile sağlıklı geliştirmek, hastane vb. kurumlarda hastalananları tedavi etmek ve sakatlıkları rehabilite etmek amacı ile sunulan hizmetlerin tümü ‘sağlık hizmeti’ kavramının altında toplanmak mümkündür.³

2.SAĞLIĞIN BELİRLEYİCİLERİ

Sağlık kavramı mücerret bir kavram değildir. Bilakis etkileşim içinde olduğu bir takım faktörler vardır. DSÖ tarafından da benimsenmiş olan sağlık tanımına bakıldığında zaman sağlığın tek yönlü olmadığı birçok boyutu bulunduğu ve birbiri ile ilişkili birçok faktörden etkilendiği görülmektedir. Henrik L.Blum tarafından sağlığın belirleyicilerini daha kapsamlı bir bakış açısı ile ele almış bunun sonucunda da başlıca dört faktör ön plana çıkmıştır.⁴ Sağlığın belirleyicileri olan bu dört faktör Kavuncubaşı Şekil 1 de görüldüğü gibi çevre, davranış, kalıtım ve bakım hizmetleri olarak şema halinde ele almıştır. Sağlık durumunu etkileyen bu dört temel faktörün etki düzeyleri farklılık göstermektedir. Diğer taraftan bu dört temel faktörü nüfus, doğal kaynaklar, ekolojik denge, ruh sağlığı ve kültürel sistemler etkilemektedir.

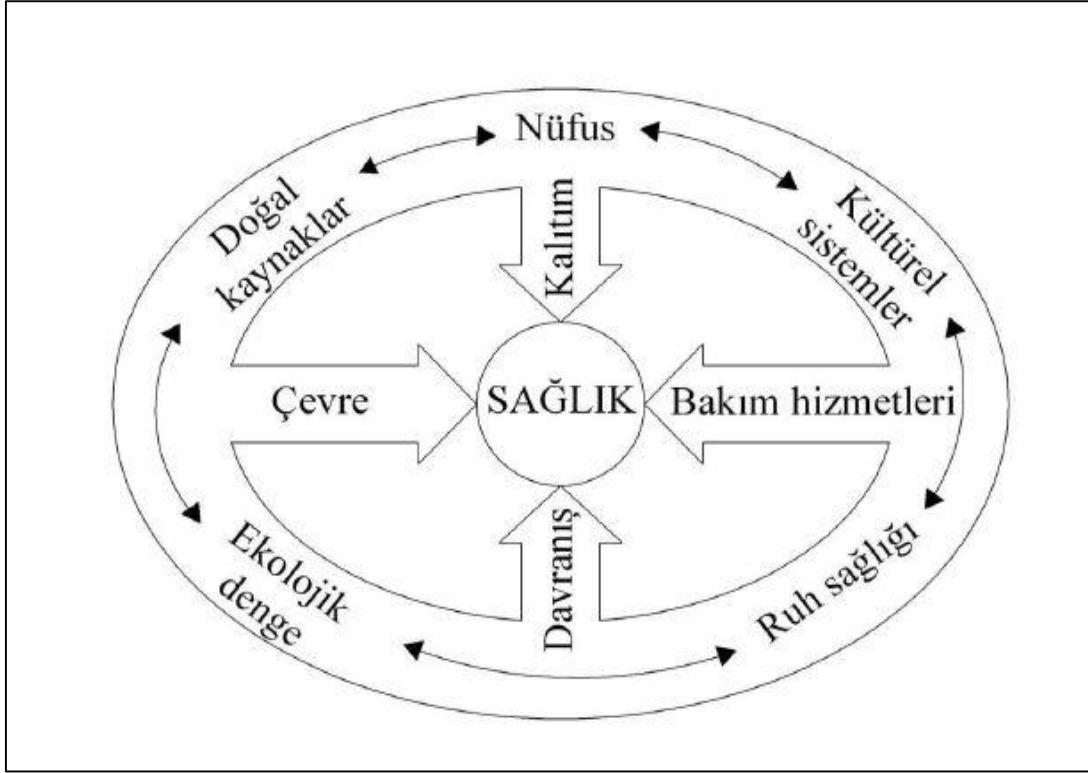
¹ O. Hayran, “Hastane Yöneticiliği”, Sağlık Hizmetleri El Kitabı (Ed. O.Hayran - H.Sur), İstanbul, 1997, s.5

² H. Seçim, Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar), Eskişehir, 1995, s.57

³ D. Tengilimoğlu ve diğerleri(ve diğ.), Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2012, s.69

⁴ S. Somunoğlu ve diğ., “Sağlık Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi”, Sağlık Kurumları Yönetimi I, (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012, s.6

Şekil 1: Sağlığı Etkileyen Faktörler



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.19

2.1. Çevre

İnsanın etkileşim içinde olduğu, hayatını sürdürdüğü insanın dışındaki her şey çevre kapsamına girer. O halde çevresel etmenler için içinde yaşadığı toplumun diğer fertleri ya da mikroorganizmalar gibi diğer canlılar veya etkisine maruz kalınan fiziksel çevre gibi insan sağlığı üzerindeki dış etkenlerin bütünü çevre kapsamında değerlendirilebilir.¹ “İnsanların içinde yaşadıkları doğal-fiziksel(iklim, toprak yapısı, vb.) ve sosyal faktörler çevreyi oluşturmaktadır. Çevresel özellikler insan sağlığını etkilemektedir.”² Fişek insan sağlığını etkileyen çevreyi biyolojik, fizik ve sosyo-kültürel olarak üçe ayrılmaktadır.³ Alt başlıkları ile beraber çevre faktörleri aşağıda ele alınmıştır.

¹ Boyraz Topaloğlu, s.15

² Ş. Kavuncubaşı - A.Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi (Ed. N. Uzkesici), Eskişehir, 2002, ss.3-4

³ N.H. Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1983, s.230

2.1.1. Biyolojik Çevre

Bireylerle etkileşim halinde olan ve insan sağlığını en çok etkileyen çevre faktörlerinden biri de biyolojik çevredir. “Biyolojik çevre içinde mikroorganizmaların, vektörlerin, bitki ve hayvanlar ile besinler bulunur. Kolera, verem, çocuk felci gibi birçok hastalığa mikroorganizmalar sebep olmaktadır. Vektörler ise hastalık yapan mikroorganizmaları insan vücuduna sokan eklem bacaklılardan ve kemiricilerden oluşmaktadır.”¹ Bu vektörlerin başında bit, pire, sivrisinek, tatarcık sineği, kene vb. gelmektedir. Pirelerle bulaşan veba ve sivrisineklerle bulaşan sıtma hastalıkları vektörler aracılığı ile bulaşıcı hastalıklara örnek olarak verilebilir.² Yine şark çıbanı hastalığının etkeni olan parazitin tatarcık sineği aracılığı ile ısırması sonucunda insana taşınır. Son dönemlerde tehlikeli bir hal alan Kırım Kongo Kanamalı Ateşi etkeni virüslerde yine keneler tarafından insanlara taşınmaktadır.

2.1.2. Fiziksel Çevre

2.1.2.1. İklim

İnsanoğlu, uzun zamandan beri, iklimin insan sağlığını etkilediğinin farkındadır. İklim koşullarında insanlarda oluşturduğu değişikliklerin insan sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi bulunmaktadır. İnsanların neden olduğu iklim değişikliklerine bağlı olarak yer kürenin ısınması sonucunda yaşlıların, bebeklerin ve kronik solunum ve kardiyovasküler hastalığı bulunanların ciddi sağlık riskleri ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir. İklim değişimi ayrıca çevre kirliliğine, bulaşıcı hastalıkların yaygınlaşmasına ve psikolojik sorunlara (stres), depresyona yol açmaktadır.³ İklim değişikliği bazı alerjenlerin ve bazı hastalık vektörlerinin mevsimsel görülme zamanını etkilediği de bilinmektedir. Son zamanlarda sıcak günler, sıcak geceler ve sıcak dalgaların oluşturduğu olumsuz etkilerin ölümlere bile sebep olduğu tespit edilmektedir.

¹ Tengilimoğlu ve diğ. , s.70

² Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000, s.19

³ Kavuncubaşı, ss.19-20

2.1.2.2. Çevre Kirliliği

Çevre kirliliği insan sağlığını ciddi boyutta etkilemektedir. Tehlikeli atıkların rasgele ve denetimsiz olarak atmosfere bırakılması ve böylece solunum yolu hastalıkları başta olmak üzere birçok hastalığa kapı aralamaktadır. Diğer taraftan bu atıkların rasgele toprak üzerine veya toprak altına terk edilmesi de insanların temel ihtiyaçlarını karşıladıkları suyun kaynağı ile karışacaktır ve böylece toplum sağlığını tehdit edecektir.¹

2.1.2.3. Hava Kirliliği

İnsanın sağlığının devamı için en önemli çevre şartlarından biri de yeterli miktarda oksijeni bulunan temiz havadır. Birçok yerde özellikle az gelişmiş yerleşim yerlerinde ısınma kömür ile sağlanmaktadır. Yine ulaşım araçlarının egzozlarından çıkan kirli atıklar da havayı kirleten etkenlerdendir. Hava kirliliği ise ciddi ölçüde insan sağlığını tehdit etmektedir. Kirlenme sonucunda havada bulunan karbon parçacıkları, ozon, karbon monoksit, kükürt dioksit, doymamış karbonhidratlar, aldehytler ve bazı kanserojen maddeler insanların solunum yollarını etkileyerek normal mekanizmalarını bozar, bronşlarda iltihaplara ve daralmalara neden olur. Bu değişimler neticesinde kronik bronşit ve amfizem gibi daha birçok rahatsızlıklar meydana gelir.²

2.1.2.4. Gürültü

İnsan sağlığını olumsuz olarak etkileyen etkenlerden biri de gürültüdür. Rahatsız edici ses ve sesler topluluğu olarak tanımlanabilen gürültünün en yaygın kaynaklardan biri trafikteki motorlu araçlardır. Özellikle hızla gelişen şehirlerde insanların yoğun olarak bulunabileceği meskenlere yakın yerlerde plansız sanayilerin iç içe girerek trafik yoğunluğunun artmasına sebep olmuştur. Ayrıca yol, bina yapım çalışmaları, sanayi kullanılan alet ve ekipmanlar vb. diğer ses kaynakları gürültüye sebep olmaktadır. Gürültünün insan sağlığı üzerinde sindirim sistemi, işitme

¹ Tengilimoğlu ve diğ. , s.71

² Kavuncubaşı, s.21

bozuklukları, stres, kulak çınlaması ve uyku bozukluğu gibi olumsuz etkileri vardır.¹ Ses düzeyi ölçülebilir fakat gürültü göreceli olmaktadır. Kimisi için yüksek ses ile müzik dinlemek gürültü olmazken bir başkası için bu düzey rahatsız edici gürültü olabilir. Yine ülkemizde yaygın olan kahvelerde, okey salonlarında gürültü olduğu halde o ortamı sevenler için o düzeydeki gürültü rahatsız edici olmamaktadır.

2.1.3. Sosyal Çevre

Sosyal Çevre de sağlığı etkileyen etkenler arasında saymak isabetli olacaktır. “Sosya-kültürel çevre insanların sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen, kişilerin birbirleri ile ilişkilerini sağlamaya aracılık eden faktörlerdir. Sosyal faktörler bazı hastalıkların hazırlayıcısı olduğu gibi, bazı hastalıkların görülmesi de sosyal faktörlerin bozulmasına neden olmaktadır. Sosya-kültürel çevre ile ilişkili hastalıklara tüberküloz ve zührevi hastalıklar (frengi ve bel soğukluğu gibi) verilebilir. O halde sosya-kültürel faktörler sağlığın girdisidir. Kültürel modeller beslenme, eksersiz, kişisel kalıtım ve diğer faktörler sağlığı etkilemektedir.”² Kişinin yer aldığı yaşam alanı özellikle gelişim evresinde önemlidir. Çocuklar çevresinde yer alan kişileri örnek alır ve onlar gibi olmaya çalışırlar. Kötü bir çevrede yetişen çocukların suç işlemeye meyilli olması sosyal çevrenin sağlığa etkisi bakımından örnek verilebilir.

2.2. Davranış

Her bireyin yaşam tarzı, davranış ve tutumları bir değildir. “Kişinin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirdiği değerler tutumlar ve alışkanlıklar yaşam tarzını belirlemektedir.”³ Bu tutum ve davranışları sağlığı olumlu etkileyecek paralelde de olabilir olumsuz neticelere de ulaştırabilir. “Sigara, içki içme, aşırı beslenme, bilinçsiz ilaç kullanma, yetersiz sağlık bilgisi, sağlık talebi konusunda gecikme ve yetersizlikler gibi kişisel davranış ve alışkanlıklar, sağlık ve refah üzerindeki en önemli etkenlerdendir. Öfke, üzüntü, ihtiras gibi psikolojik tepkiler sağlık yapısını

¹ Boyraz Topaloğlu, s.15

² Tengilimoğlu ve diğ., s.71

³ Tengilimoğlu ve diğ., s.71

etkiler. Buna karşı iyi bir sağlık bakım sistemi de kişilerin davranışlarını etkileyebilir.”¹

2.3. Kalıtım

Her birey anne babadan aldığı bir gen yapısı üzere dünyaya gelir. Kalıtım bireyin yaratılışı itibari ile sahip olduğu biyolojik ve organik yapısı, anne babasının biyolojik ve organik yapısı ile paralellik arz edeceğinden hastalıklara karşı duyarlılıkları etkileyebilir ve anne babasında olan bazı hastalıklar kalıtsal olarak geçebilir.² Böylece kusurlu genler nesilden nesile aktarılmış olacaktır. “Kalıtsal hastalıkların çoğu çekinik genlerle taşınır. (Zekâ geriliği, sağırılık, dilsizlik, albinoluk, anemi, şeker hastalığı, altıparmaklılık, kısa parmaklılık, renk körlüğü, hemofili). Çekinik genlerle taşınan bu hastalıkların ortaya çıkması için iki hastalık geninin yan yana gelmesi yani homozigot durumda olması gerekir. İki hastalık geninin yan yana gelmesi içinde anne ve babada bu hastalık genlerinin bulunması gerekir.”³

2.4. Sağlık Bakım Hizmetleri

Sağlık çalışanları tarafından verilen sağlık bakım hizmetleri sağlığı etkileyen etmenlerdendir. “Sağlık bakım hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve genel sağlık kurumları tarafından verilen toplumsal sağlık hizmetlerini içerir. Bu hizmetlerle çevresel faktörler ile davranışlar etkilenebileceği gibi hastalananlarında sağlığa kavuşturulması sağlanabilir. Hastalığın önlenmesi, sağlığın korunması, erken teşhis ve tedavi, rehabilitasyon ve iyi kişisel sağlık alışkanlıkları bu hizmetlerle sağlanabilir.”⁴ Sağlık bakım hizmetlerinin etkili bir şekilde yürütülmesi sağlığı olumu olarak etkilerken bu konuda ki ihmallerde önemli sorunlara yol açabilmektedir.

¹ Seçim, s.57

² Tengilimoğlu ve diğ., s.71

³, “Kalıtsal Hastalıklar”, <http://www.gelisimuzmani.com/y224-kalitsal-hastaliklar.html>, (18.09.2013)

⁴ Seçim, s.60

3. SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI

Sağlık hizmeti kavramı deyince, burada çıktı sağlık olduğu için toplumda sadece sağlığı bozulmuş olanlara götürülen hizmetler olarak değerlendirmek yanlış olacaktır. Aşılama çalışmaları, çevre temizliği, içme sularının kontrolü gibi sağlığın korunmasını sağlayan koruyucu sağlık hizmetleri, hastaların tedavi edilmesi için hastalara sunulan teşhis ve tedavi hizmetleri, sakatlık hali gibi durumlarda verilen rehabilite hizmetleri sağlık hizmetleri kavramının içerisinde değerlendirilmektedir. “*Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*”nin 4. Maddesinin “tanımlar” kısmında Sağlık Hizmetleri şu şekilde tanımlanmıştır: “Sağlık hizmetleri: İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.”¹

4. SAĞLIK HİZMET SEKTÖRLERİ

Hayran, sağlık hizmet sektörlerini hakkındaki değerlendirmeleri aşağıda özetlenmiştir. Hayran, sağlık hizmetlerini folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektör olmak üzere üçe ayırmıştır.

4.1. Folk Sektör

Folk sektör, halk arasındaki tedavi yöntemleri, koca karı ilaçları vb. durumları ifade etmek için kullanılan bir tabirdir. Sağlık veya hastalıklar hakkında bulunduğu yerde resmi geçerliliği olan bir tıp eğitim almamış kimselerden oluşur. Toplum bireyleri tarafından sağlıkları ile ilgili sorunlarında değişik nedenlerle bu kimselere başvurulur. Mesela kolu çıkan birisinin kırıkçı veya çıkıkçı olarak bilinen birilerine gitmesi veya ruhsal boyuttaki bazı rahatsızlıkları olanlar için üfürükçülere gidilmesi, kimi zamanda sağlık personelinin yeterli olmayışı gibi imkânsızlıklardan

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, *Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge*, <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-2865/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerg-.html>; (13.07.2014)

dolayı bu alanda resmi eğitim almamış dişçilere, ara ebelerine, sünnetçilere ve bel çekenlere gidilmesi örnek verilebilir.¹

Folk sektör yasalar tarafından tanınmamıştır. Çünkü bilimsel normlara dayalı olarak icra edilen tıp bilimi ve resmi hüviyeti olan sağlık sektörleri tarafından bir değerlendirmeye tabi tutulmamış olmasından dolayı reddedilmiştir. İşe ehil olup olmadıkları belli olmayan bu kimseler hemen her toplumda bulunmaktadır. Üstelik bilimsel gelişmelerin arttığı çağımızda bu sektörün de arttığı görülmektedir. İnsanlar özellikle bilimsel tıptan faydalanamadıkları durumlarda ya da bilimsel tıbbın yetersiz kaldığı veya yetersiz olduğunu düşünüldüğü durumlarda folk sektörden sağlık hizmet ihtiyacını karşılanmaya çalışıldığı görülmektedir.²

Bilimsel ilkelere dayalı ve resmi olarak kabul görmüş tıp, bu sektörü kabul etmese de insanlar tarafından bu sektörlerden hizmet alınmaya devam edilmesi, bu sektörün varlığını sürdürmesi hatta güçlenmesine bile neden olmuştur. Bunun için bu sektörün iyi incelenmesi gerekir. Folk sektördeki iğnelerin vücudun özel bölgelerine batırılması şekli ile yapılan akupunktur gibi bazı eski zamandan beri devam edegelen uygulamaların bilimsel tıp tarafından da kabul görmüş olması bu sektörde bulunan binlerce yıllık tecrübelerle sahip bazı uygulamaların olabileceği unutulmamalıdır.³

DSÖ, bu sektörü yok saymak yerine bu sektörün uygulamalarını inceleyerek sağlık açısından faydalı olabilecek uygulamaların hayata geçirilmesi gerektiğini önermektedir. Bu tavsiye doğrultusunda bu sektörden yararlanmak mümkündür. Mesela bir ülkenin her köyünde, her beldesinde ebe ve hemşire bulunmuyorsa ve buralarda insanlar doğum için ara ebe denilen kişilerden hizmet almak zorunda kalıyorlarsa bu hizmet ara ebeler aracılığı ile verilebilir. Zaten istense de istenmese de buralara hizmet götürülmediyse insanlar bu hizmeti bir şekilde alacaklardır.

¹ Hayran, s.15

² Hayran, s.15

³ Hayran, s.15

Yeterli insan gücü çalıştıramayan ülkelerde hizmetin aksamaması için ara ebeler hizmet içi eğitime tabi tutularak hizmete dâhil edilebilir.¹

4.2. Popüler Sektör

Popüler sektörü gerek yaşları gerek hayat tecrübeleri sebebiyle sağlık ve hastalık konusunda herhangi bir eğitim-öğretim görmemiş olmalarına rağmen meşhur olmuş ve kendilerine sağlık hakkındaki bilgilerinden dolayı başvuru bu kişiler popüler sektörü oluşturmaktadır. Hemen hemen her insan, sağlığı ile ilgili bir durum olduğu zaman ya daha önceki deneyimlerinden faydalanarak kendi ilacını kendisi belirler ya da sağlık bilgisine güvendiği bir kişiye danışır. Bu güvenilen kişi bazen annesi, bazen babası veya ailedeki yaşlı bir büyüğü ya da her hangi bir tanıdığı olabilir. Genelde bu kişilerin önerileri uygun bulunur ve hayata geçirilir. Örneğin, çocuğunun ateşi çıkan bir anne doktora gitmek yerine, tecrübesine güvendiği birisine nasıl hareket etmesi gerektiğini danışarak bazen önerilen bir uygulama ya da ilacı kullanır. Eğer uygulama başarıya ulaşmaz ise kültürüne uygun olarak uzman kişilerden hizmet arar. Dünya Sağlık Örgütünün verilerinde, toplum bireylerinin %70-90'ı sağlık hizmeti ihtiyacını popüler sektörden karşıladığı belirtilmektedir. Bu da bu sektörün herkes tarafından dikkate alınıp kullanıldığını göstermektedir.²

Yapılan bir takım araştırmalarda, toplumun %75'nin sağlıkla ilgili bir sorunu olduğu halde bunların ancak üçte biri sağlık hizmeti almak için hekime başvurmaktadır. Profesyonel sektöre başvurmayan üçte ikilik kısmı ise ya geleneksel uygulamaları denemekte, ya da daha önceki tecrübelerinden faydalanarak kendi ilacını kendisi belirlemektedir. Bazen de kullanacağı ilaçları sağlık bilgisine güvendiği bir yakınına veya hekime uğramadan eczacının fikrine başvurarak belirlemektedir. İngiltere'de yapılan bir toplum taramasında da görülen sağlıkla ilgili sorun yaşayan kişilerin yaklaşık altıda biri hekime başvururken büyük bir çoğunluğu ise hekime gitmemiştir. Bu sağlık problemi olanlardan ilaç kullanmayı tercih edenlerin üçte biri hekimin yazdığı ilaçları kullanırken üçte ikisi ise kendi kendine ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Özellikle genel belirtiler olan baş ağrısı gibi,

¹ Hayran, s.16

² Hayran, s.16

hazımsızlık veya ateş gibi durumlarda bireylerde bir hekimin yazacağı ilacı kullanmaktan daha çok bildikleri bir ilacı kullanma eğilimi bir vardır. İnsanlar ancak kendi algılarında ciddi kabul ettikleri hastalık durumlarında hekime başvurmaktadır. Bu tutum ve davranış ise profesyonel sektör dışı sektörlerin varlığını devam ettirmesine sebep olduğu düşünülmektedir.¹

4.3. Profesyonel Sektör

Devletin koyduğu kurallar çerçevesinde özel bir eğitim-öğretim görerek uzman olan yani yeterliliğe bulunan ve uzmanlığı resmi makamlarca onaylanıp belgelenen sağlık hizmeti vermek üzere sağlık personelinin oluşturduğu sektördür. Tabip, sağlık memuru, hemşire, ebe, eczacı, diş hekimi ve daha pek çok meslek grubu bu sektörde yer almakta ve resmi makamlarca belirlenmiş mevzuata göre sağlık hizmeti vermektedirler.²

5. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmeti kullanımı toplumun en temel haklarından biridir. “Sağlık hizmeti kullanımını, belirli bir sağlık hizmetini ihtiyaç sahibi kişiler (hastalar) tarafından kullanılması olarak tanımlayabilir...”³ Sağlık hizmetinin kullanımını etkileyen faktörleri incelemek, sağlık hizmetini üreten ve tüketenin davranışlarını inceleyerek maliyet fayda dengesini ölçmede yararlı olacaktır. Sağlık hizmet sunumunun planlanması açısından önemli bir konudur. Böylece sağlık hizmetini daha etkili sunma, kullanımını kolaylaştırarak sağlıklı bireyler oluşturma açısından önem arz eder. Genel olarak araştırmacılar sağlık hizmetini kullanımını etkileyen faktörleri üç başlık altında ele almışlardır.

5.1. Hazırlayıcı Faktörler

Sağlık hizmetinin kullanımı bireyler arasında farklılıklar olabilir. “Bazı bireyler, diğerlerine oranla daha fazla hizmet kullanmaya eğilimleri (prospensity)

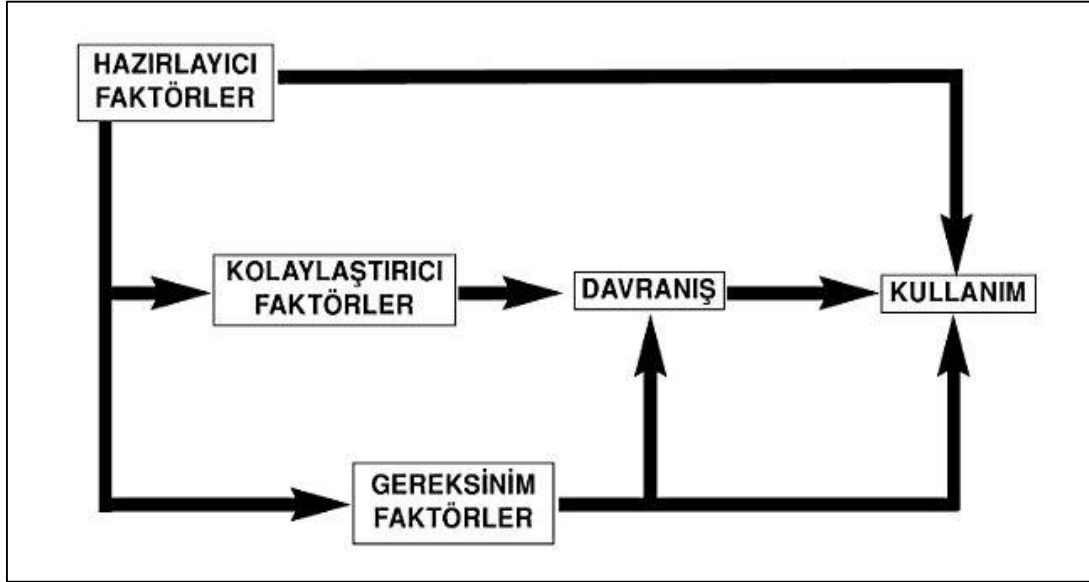
¹ Hayran, s.16

² Hayran, s.16

³ R. Erdem - E. Pirinççi, “Sağlık Hizmetinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler”, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi(OMÜ) Tıp Dergisi, C.20, No:1, Samsun, 2003, s.40

vardır. Bu eğilim belirli bir hastalığın ortaya çıkışından önce var olan bireysel özelliklerdir.”¹ Bu eğilimlere hazırlayıcı faktörler denilmektedir.

Şekil 2: Sağlık Hizmetleri Kullanım Süreci



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı, Hastane ve Sağlık Kurumlarında Yönetim, Ankara, 2000, s.60

5.1.1. Demografik Özellikler

Tablo 1 de de gösterildiği gibi yaş, cinsiyet, ırk vb. gibi özellikler sağlık hizmet kullanımını etkilemektedir. 1992 yılının Temmuz ayı sonlarında yapılan bir araştırmaya göre kadınlar erkeklerden daha çok hekime başvurmaktadır. Aynı araştırma sonuçlarından biriside doğurganlık dönemindeki kadınlar, aynı yaş grubu erkelere göre hekime daha sık başvurmaktadır.² Demografik özelliklerin sağlık hizmet kullanımını etkileyeceği açıktır. “Bunun nedeni olarak da kadınların gebelik ve doğum ile ilgili hizmetlerden yararlanmaları, cinsiyete özel durumlarda hastalık durumlarının erkeklerden daha yüksek olması, sağlık algılamaları ile hastalık ve septomların belirtileri konusunda farklılıklar veya kadınların önleyici hizmet alma ya da hastalık konularında daha çok yardım isteme ihtimallerinin olduğu ifade

¹ Erdem – Pirinççi, s.41

² F. Türkay ve diğ., Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1996, s.12-13

edilmektedir.”¹ Diğer taraftan yaşlı kimseler diğer yaş gruplarından daha fazla sağlık hizmeti almaktadır. Yaşlılık sebebiyle bünye zayıflamış organlar yıpranmış ve hastalıklara dayanıklılık azalmıştır.

5.1.2. Sosyo-Ekonomik Özellikler

Tablo 1 de de gösterildiği gibi bu başlık altına giren etkenler kişinin toplumdaki statü ve ekonomi durumu ile ilgili özelliklerine yöneliktir. Eğitim düzeyi, meslek, gelir, toplumsal sınıf, istihdam durumu, etnik köken ve dinsel köken bu gruba girmektedir. Bireylerin sosyo-ekonomik durumlarındaki farklılıklar mesela gelir düzeyinin durumu ile hizmetten faydalanma doğru orantılı olarak artmaktadır.

5.1.3. Kişilerin Tutum ve Davranışları

Bireyler netice alacağına inandığı oranda netice alacağı şeye yönelir. Eğer sağlık hizmeti sunucularından ihtiyacı olan hizmeti alacağına inanıyorsa, düşündüğü hizmeti alamayacağını düşünen bireylerden daha fazla başvuracaktır. Sağlık hizmetlerini kullanmada bireylerin hizmet kullanım ve eğilimleri de etkenler arasındadır.

Tablo 1: Hazırlayıcı Faktörler

Demografik	Sosyo-Ekonomik	Tutum ve Davranış
Yaş	Eğitim Düzeyi	Hekimlik Hizmetlerini Kullanma Eğilimi
Cinsiyet	Meslek	Koruyucu Hizmetlerin Kullanımına İlişkin Tutumlar
İrk	Gelir	Bireye Göre Sağlık Hizmetlerinin Değeri
Hane Halk Sayısı	Toplumsal Sınıf	Hastalık Bilgisi
Medeni Durum	İstihdam Durumu	Tepki Eşiği
Hizmet Kullanımı İle İlgili Geçmiş Deneyimler	Etnik Kökeni	Tıbbi Bakımdan Tatmin
Komşuluk İlişkileri	Dinsel Köken	Sigorta Planından Tatmin

Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi (Ed.N. Uzkesici), Eskişehir, 2002, s.8

¹ Erdem – Pirinçci, s.41

5.2. Kolaylaştırıcı Faktörler

Her ne kadar hazırlayıcı faktörler bulunsa da bu tek başına sağlık hizmeti kullanımı için yeterli değildir. “Kolaylaştırıcı etmenler, sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bireylerin mevcut yollarını açıklar.”¹ Kolaylaştırıcı faktörlerin varlığı hizmet kullanımını artıran etkenlerdir. Diğer bir ifadeyle “bireyin hizmet kullanımı ve bundan doyum sağlamasına olanak tanıyan araçlara kolaylaştırıcı faktörler denilmektedir.”² Tablo 2 de verildiği gibi kolaylaştırıcı faktörler iki başlık altında incelenmiştir.

5.2.1. Aileye İlişkin Özellikler

Bu özellikler ailenin geliri, sosyal güvencesi vb. gibi etkenler yer almaktadır. Kişilerin sağlık hizmetini kullanımı gelir düzeyinin iyi olması veya sağlık hizmet sunumunun maliyetinin düşük olması hatta ücretsiz olması etkilemektedir. Çok az miktarda da olsa hasta katılım paylarının varlığı bile hizmet kullanımı etkilediği bilinmektedir. Hatta çok rahatsız etmeyen hastalığa sahip bazı kimseler eğer ücret ödeme kaygısı ile karşılaşırsa o rahatsızlığı ile yaşamayı tercih etmektedir.

5.2.2. Kamusal Özellik

Sağlık hizmetinin kullanımını etkileyen diğer bir etkende kamusal özellik etkenleridir. “Ülkemiz açısından düşünüldüğünde sağlık hizmeti imkânlarının daha çok kentlerde özellikle de büyük şehirlerde yoğunlaştığı, sağlık personeli/nüfus oranında bölgeler arasında büyük farklılıklar bulunduğu görülmektedir. Yine kırsal bölgelerde yaşayanların daha çok geleneksel sağlık hizmetleri kullanımına yönelik olduğu görülmektedir.”³ Personel dağılımı yapılırken dengeli bir dağılım yapılması, toplumun ihtiyacını karşılayacak sayıda personel istihdam edilmesi sağlık hizmetinin kullanımı açısından önemlidir. Sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen bireylerin personel yetersizliğinden dolayı uzun süre beklemesi gerektiğini düşünür ise alternatif çözümlere yönelecektir. Bunun için sağlık bakanlığı yurdu bölgelere

¹ Erdem – Pirinçci, s.42

² Kavuncubaşı, 2002, s.8

³ Erdem – Pirinçci, s.43

ayırmiş personel durumuna göre sınıflandırmış ve her birim için personel dağılım cetvelleri oluşturmuştur.

Tablo 2: Kolaylaştırıcı Faktörler

Aile	Kamusal Özellikler
Ailenin Toplam Geliri	İkamet
Sigorta Durumu	Bölge
Düzenli Bakım	Nüfusun Hizmet Kullanım Oranı
Başvuru Süreci	Yatak Başına Düşen Nüfus
Ulaşım Süresi	Hizmetin Sürekliliği
Kuyrukta Bekleme Süresi	Hizmetin Ulaşılabilirliği
Özel Muayene Olanağı	Ekonomik Sistem

Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi (Ed. N. Uzkesici), Eskişehir, 2002, s.9

5.3. Gereksinim Faktörleri

Nasıl insan acıktığı zaman yiyecek teminine, susadığı zaman su teminine yöneliyorsa hastalığı algıladığı zaman da sağlık hizmeti kullanımına yönelecektir. “Eğer algılanan ihtiyaçtan sonra kişi talebe yönelmiyorsa (kullanımı etkileyen faktörler) ‘hissedilen ama karşılanmayan ihtiyaç’ söz konusudur.”¹ Gereksinim faktörleri kişinin algıladığı hastalık derecesini ve gerçek hastalığı ile alakalıdır.

5.3.1. Algılanan Hastalık Derecesi

Kişinin algıladığı hastalığın ifadesidir. Yani kişi durumu hakkında iyiyim, kötüyüm veya çok kötüyüm gibi değerlendirmede bulunması algıladığı düzeyi ifade etmesi algılanan hastalık derecesini gösterir. Kişide gerçek hastalık olmadığı halde

¹ Erdem – Pirinçci, s.44

kendisini hasta hissedebileceği gibi, gerçek bir hastalığı olduğu halde kendisini iyi hissedebilir.

5.3.2. Gerçek Hastalık

Kişi algıladığı bu durum neticesinde hekime giderse artık kontrol hekimin eline geçmiştir. Uzman görüş olarak hastalığın derecesini belirleme hekimin işidir. Hekimlik bilgilerine, tahlil ve tetkikler sonucu koyulan tanı ve hastalığın belirtileri gerçek hastalık kapsamına girmektedir.

Tablo 3: Gereksinim Faktörleri

Algılanan Hastalık Derecesi	Gerçek Hastalık
Rahatsızlık Süresi	Tanı
Semptomlar	Semptomlar
Algılanan Sağlık Düzeyi	
Sağlık İle İlgili Endişeler	
Ağrı - Sızının Yokluğu	

Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi (Ed. N. Uzkesici), Eskişehir, 2002, s.9

6. SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Her sektörün kendisine özgü bir takım özellikleri vardır. Sağlık kurumları diğer sektörlerden farklı olarak hizmet üretmektedirler. Sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirildiği yapıların, üretim sektöründen farklı bazı özelliklere sahip olması normaldir. Bu özellikler, sağlık kurumlarının ayrıcalıklı bir sektör olmasının nedenlerini de oluşturmaktadır.¹ Bu özellikleri aşağıdaki şekilde ele alınabilir.

¹ M. Yerebakan, Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorun ve Çözüm Önerileri, İstanbul, 2000, s.46

6.1. Sağlık Hizmeti Tüketimi Rastlantısallığı

Sağlık hizmetleri talebinin ne olacağını önceden kestirmek çok güçtür. Ne zaman, nerede, ne ölçüde ve kimin tarafından isteneceğini önceden tespit etmek mümkün değildir. Bir doğum gibi bazı durumları göz ardı edersek sağlık hizmetleri talebini belirlemekte zorluklar vardır. Mesela acil sağlık hizmeti talebini ele alınırsa kimin ne zaman trafik kazası yapacağı bilinmez. Kimin ne zaman afete maruz kalacağı da bilinemez. Bulaşıcı bir hastalığa kimin maruz kalacağı da bilinemez. Sağlık Hizmeti talebinin zamanı bilinemediği gibi ne ölçüde olacağı, yaygınlığı ve ne kadar süreceği de bilinemez.

6.2. Sağlık Hizmetinin İkamesinin Bulunmaması

Sağlık hizmetinin ikamesi yoktur derken ihtiyaç olan mal veya hizmetin yerini başka bir mal veya hizmet alamaz demektir. Başka sektörlerde ihtiyaç duyulan mal veya hizmetin ikamesi mümkündür. Çünkü kişi A kalitede bir televizyonu pahalı bulmuşsa daha ucuz olan B kalitedeki bir televizyonla bu ihtiyacını giderebilir. Takımının maçına gidememişse televizyondan izleyerek bu hizmeti alabilir. Sinemada beğendiği bir filmi izleyememiş ise daha sonra televizyon veya cd gibi ortamlarda bu ihtiyacı giderebilir. Fakat sağlık hizmetleri sektöründe diğer sektörlerde olduğu gibi kişi ihtiyacını başka bir mal veya hizmetle karşılama olanağı bulamaz. Mesela kişi apandisit ameliyatı olması gerekiyorsa yerini alabilecek başka bir hizmet yoktur. İşte sağlık hizmetlerinin bu özelliğine ‘*ikame edilemezlik*’ özelliği denir.

6.3. Sağlık Hizmetinin Ertelenemez Olması

Sağlık hizmetlerinin kendisine has bir özelliği de ertelenememesidir. Özellikle acil hizmetlerde talep olduğu zaman karşılanması gerekir. Yaralı ise yarasının sarılması, kanaması varsa durdurulması, nefes alamıyorsa solunum yolunun açılması gerekir. Kişi acı ve ızdırap içinde bırakılamaz. Ertelendiği takdirde kişinin ölümüne bile sebep olabilir. Bunun için hastanelerde sunulan hizmette kesinti söz konusu olamaz. Bir yandan hastalara yönelik sunulan sağlık hizmeti sürekliliği gerektirmektedir; öte yandan, kişilerin kaza durumları gibi ani gelişen sağlık

sorunlarının ortaya çıkmasına bağlı olarak verilmesi gereken sağlık hizmetinin ihtiyaç duyluma zamanında belirsizlik vardır. Bir kanamalı hastaya verilmesi gereken hizmet gibi birçok sağlık hizmeti de ertelendiğinde telafi edilmesi zor veya geri dönüşü olmayan sorunlara yol açabilir özelliktedir.¹ Mesela kişinin safra kesesinde taş olduğunu varsayılırsa buna yönelik ameliyatı olmaz ise safradaki taş hareket edip bir kanalı tıkaması durumunda sarılığa, başka bir kanalı tıkaması durumunda başka bir soruna sebep olabilmektedir. Hatta ölüm ile sonuçlanacak durumlara dahi sebebiyet verebilir.

6.4. Sağlık Hizmetinin Kapsamını ve Boyutunu Hizmetten Yararlanan Değil, Hekimin Belirlemesi

Genel olarak bir mal ve hizmet almak isteyen kişi alacağı malı veya hizmeti tercih eder. Fakat sağlık hizmetlerinin yapısı bu duruma çok müsait değildir. Hastanelerde çoğu zaman doktorların belirlediği duruma göre sağlık hizmet sunulmaktadır. Hastaların çoğu zaman kendilerinin belirleyecekleri sağlık hizmetini almaları mümkün değildir. Hasta doktora giderek ben şu tahlilleri, şu teşhis ile şu tedavi hizmetini almak istiyorum diyemez. Bazı araştırmalar, kurum gelirlerinin %75'inin sağlık çalışanlarının kararlarına ve isteklerine bağlı olduğunu ortaya koymuştur.² Çünkü “Sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamak üzere bunu sunan kişi, kurum veya kuruluşa başvuranların hemen hiçbiri (bilinçli ve tecrübeli hastaların dışında) hangi sağlık bakımından ne kadar ve ne süre ile talep edeceğini bilemez.”³

6.5. Sağlık Hizmeti Tüketicilerinin Davranışlarının İrrasyonel Oluşu

Sağlık hizmeti sunumundan faydalanacak kişiler kendi tercihlerini hekimin kendilerine sunduğu seçeneklerden seçmek suretiyle belirlerler. Bazen tercih etme imkânına sahip bile olmayabilirler. Alacağı hizmetin mahiyetini kavrayamama dışında sağlık hizmetine ihtiyacı olup olmadığını bilmeyen fakat hasta olanlarda vardır. Diğer taraftan acile hizmet sunucularına bilinci kapalı şekilde gelen ve ya

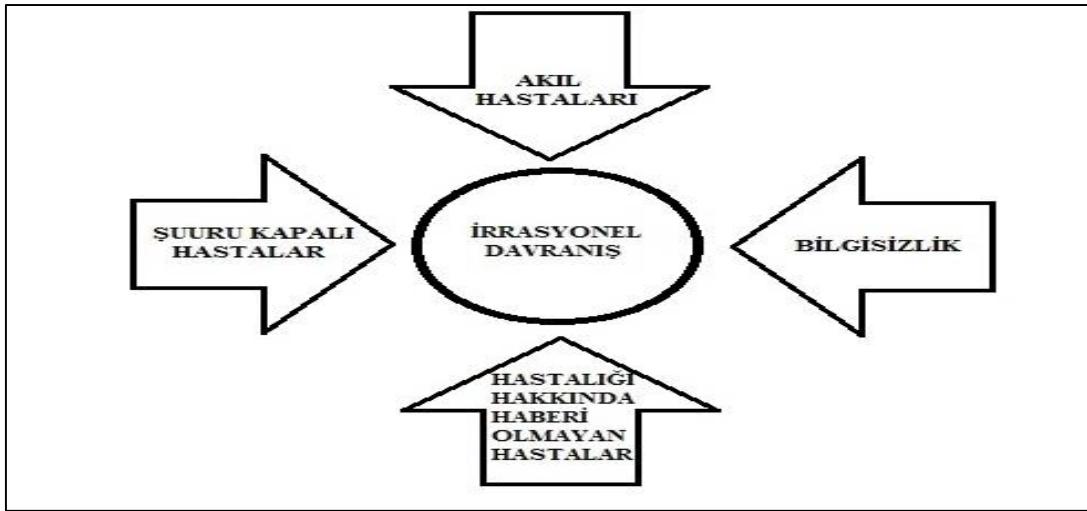
¹ Yerebakan, s.49

² Yerebakan, s.50

³ E. Kaya, Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Yönetim Aracı Olarak Hata Türleri Etkileri ve Analizi Yöntemi ve Bir Uygulama Örneği, Sakarya Üniversitesi, SBE, YYLT, Sakarya, 2011, s.9

tercih yapabilecek durumda olmadan gelen hastalarında seçim yapma şansları yoktur. Akıl hastalarında da rasyonel bir tercih söz konusu olamaz. “Tüketicinin sağlık hizmetleri hakkındaki bilgisinin sınırlı olması aldığı hizmetin kalitesini ölçme ve yaptığı harcamanın ekonomik olup olmadığını değerlendirme şansını ortadan kaldırmaktadır. Sağlık hizmetleri uygulamalarında pek çok akılcı olmayan davranışa rastlamak mümkündür. Diğer ürünlerin ve hizmetlerin tersine sağlık hizmetlerinde talep ve tercihlerin belirlenmesinde tüketicinin rasyonel davranışları yerine, dış faktörler etkili olmaktadır.”¹

Şekil 3: Hastaları İrrasyonel Davranışa İten Sebepler



Kaynak: C. Demir, Sağlık Kurumları Yönetimi ve Çağdaş Yaklaşımlar, <http://www.gata.edu.tr/saglikbilimleri/saglikhizmetleri/2009%20Ders%20Notlar%C4%B1/SA%C4%9ELIK%20KURUMLARI%20Y%C3%96NET%C4%B0M%C4%B0%20VE%20YEN%C4%B0%20YAKLA%C5%9EIMLAR.pdf> , s.3; (02.10.2013)

6.6. Hizmetten Sağlanan Doyumu ve Hizmetin Kalitesini Önceden Belirlemenin Güçlüğü

Sağlık hizmeti talebi olan bireylerin kendilerine ne kalitede bir hizmet sunulacağını ve sonuçta hastanın beklentilerinin ne derecede karşılanacağını önceden

¹ C. Demir, “Sağlık Kurumları Yönetimi ve Çağdaş Yaklaşımlar Ders Notları”, <http://www.gata.edu.tr/saglikbilimleri/saglikhizmetleri/2009%20Ders%20Notlar%C4%B1/SA%C4%9ELIK%20KURUMLARI%20Y%C3%96NET%C4%B0M%C4%B0%20VE%20YEN%C4%B0%20YAKLA%C5%9EIMLAR.pdf> , s.3; (02.10.2013)

tespit etmek son derece zordur. Çünkü hizmetten sağlanan doyumu etkileyen ve kontrol edilmesi mümkün olmayan birçok faktörün vardır. Bunun için hizmetten beklentilerin ne ölçüde doyumu ulaşacağını belirlemek mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetini talebinde bulunan bireyler, alacağı hizmete dönük herhangi bir tıp eğitimi almadıkları için hizmeti aldığı başta tabip olmak üzere sağlık çalışanlarına güvenmek durumundadır.¹

6.7. Sağlık Hizmetlerinin Bir Bölümünün Toplumsal Nitelik ve Kamu Malı Özelliği Taşınması

Sağlık hizmetlerinin bir kısmında toplumun geneline yönelik hizmet sunumu yapılması gerekmektedir. “Aşılama, aile planlaması, gebe ve yeni doğan bakımı, sağlık eğitimi gibi bazı hizmetler doğrudan ödeme yapmayan kişilere de verilmek zorundadır. Bu nedenle bunlar birer kamu malı sayılabilir.”² Özellikle bir hastalığın eradikasyonu için aşılama faaliyetlerinde olduğu gibi aşılama oranında % 100 ü yakalamak elzem olmaktadır. Bunun sağlanması için tüm bireylere bu hizmetin götürülmesi gerekmektedir. Yine aşılama kampanyasına katılmak istemeyen bireylerinde bilgilendirilmesi ve tereddütlerinin giderilmesi uygun olacaktır.

6.8. Sağlık Hizmetinin Çıktısının Paraya Çevrilememesi

Sağlık hizmeti paha biçilmeyen ve ekonomik kaygıların dışında tutulması gereken bir hizmettir. Sağlık hizmetlerinin sunulduğu kimselerde verilen hizmetin sonuçlarını diğer sektörlerdeki gibi kısa sürede görmek ve değerlendirmek mümkün olmayabilir.³ Sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık düzeyini yükseltmesi ve bireylerin veriminin artması gibi neticelerinin parasal bir karşılığı yoktur.

¹ Y. Odabaşı, Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, Eskişehir, 1994, s.29

² Kaya, s.9

³ Yerebakan, s.48

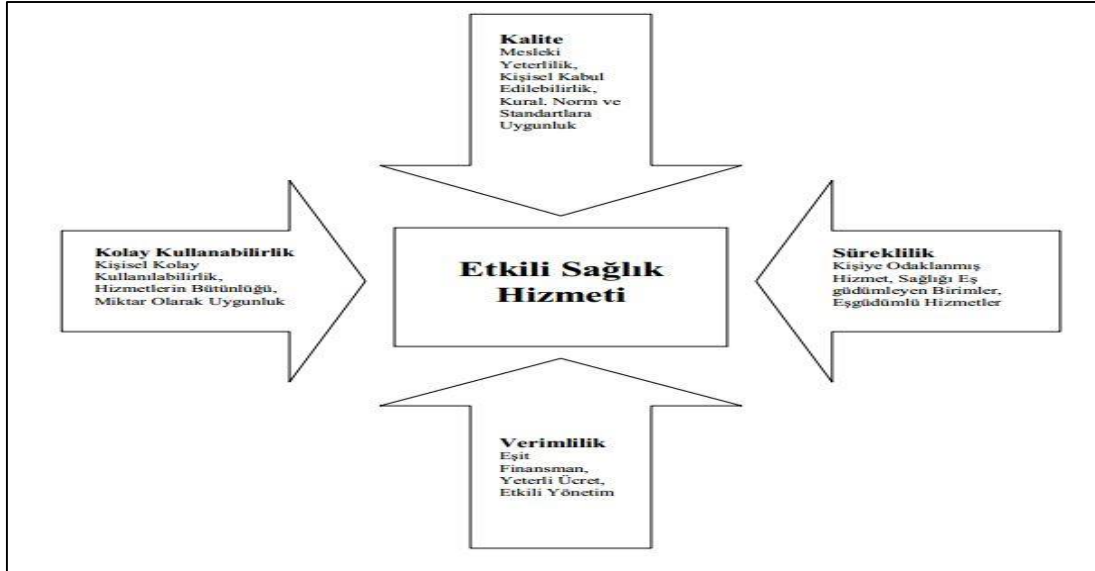
6.9. Sağlık Hizmetinin En Önemli Belirleyicisi Olan Hekimliğin Tümüyle Denetlenebilir Özellikte Olmaması

Sağlık hizmeti hekimlerin isteği üzerine gerçekleşir. Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma düzeyinin yüksek olması, hizmeti alan ile verenin arasındaki farkın fazla olması, çıktının paraya çevrilemez olması gibi özelliklerinden dolayı hekimlik fonksiyonunun denetlenmesi tümüyle mümkün olmamaktadır. Aynı uzmanlık alanına sahip kişiler tarafından bile denetlenmesi bir hasta için uygulanan tedavi, yatış süresi vb. ölçütler değişkenlik arz edeceği için tamamıyla değerlendirmek mümkün olmayacaktır.

7. ETKİLİ BİR SAĞLIK HİZMETİNİN ÖZELLİKLERİ

Etkili bir sağlık hizmetinin bireysel ve toplumsal düzeyde gerçekleştirebilmek için bir takım olmazsa olmazları vardır. Kavuncubaşı etkili sağlık hizmetinin özellikleri ile ilgili Şekil 4 deki tabloyu vererek özetle şöyle izah eder: ¹

Şekil 4: Etkili Bir Sağlık Hizmetinin Özellikleri



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi (Ed. N. Uzkesici), Eskişehir, 2002, s.10

¹ Kavuncubaşı - Kısa, s.10

7.1. Kolay Kullanılabilirlik

Etkili bir sağlık hizmeti sunulması için kolay kullanılabilirlik önemlidir. Bu zellik hem sağlık hizmetinden faydalananlar, hem de bu hizmeti sunanlar bakımından ele alınabilir. Halk açısından bu hizmetlerin kolay kullanılabilirliği demek sağlık hizmetlerine ihtiyaç oluştuğu anda ve ulaşabileceği bir uzaklıkta olması demektir. Aynı zamanda ihtiyaç duyulan hizmetleri almasına da olanak sağlaması gerekir. Sağlık hizmeti sunanlar açısından ise hizmet sunumunda gerekli olan ilaçlara, tıbbi malzemelere, gerekli mekâna, lazım olan araç ve gereçlere ve benzeri imkânlarla sahip olması kolay ulaşabilmesi manasına gelir. Hizmetlerin kolay kullanılabilmesi için aşağıdaki şartları sağlaması gerekir.

Kişisel Kolay Kullanılabilirlik: Gereksinim duyan bireylerin, sağlık hizmetlerini nerede, nasıl ve kimden alacaklarıyla ilgili olarak glklerle karşılaşmamasıdır.

Sağlık Hizmetlerinin Bütünlüğü: Hizmetlerin tüm ihtiyaçları yeterli ölçüde karşılayabilmesidir.

Miktar Olarak Uygunluk: Hizmetlerin miktar yönüyle tüm ihtiyaçları karşılayabilmesidir.

7.2. Kalite

Kalite etkin bir sağlık hizmet sunumunun özelliklerindendir. Bir sağlık hizmeti bilimsel norm ve standartlara uyduyu ve hastaların beklentilerine uygun olarak sunulduğu ölçüde kaliteden bahsedilebilir. Hizmeti sunan sağlık personelinin *mesleki yeterliliği* olması, hizmet sunum tarzının *kişisel kabul edilebilirlik* derecesinde olması ve meslek odaları ve kalite kurumları tarafından belirlenmiş standartlar bakımından *kalitenin uygunluğu* söz konusu olmalıdır.

7.3. Srekliplik

Etkili bir sağlık hizmetinin sunumunda sağlık hizmetlerinin sreklipliği önem arz eder. Sağlık hizmetleri sadece tedavi hizmetleri olarak düşünülürse hata edilir. Sağlığın geliştirilmesi için hem birey hem de toplumun sağlık durumlarının sürekli

kontrol edilmesi, takip edilmesi ve duruma göre gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak için *kişiyeye odaklı bakım* yani kişinin sadece hastalığı ile değil sağlığını yükseltmek ve korumak amaçlanmalıdır. Diğer taraftan birey ve toplumun sağlığını korumak için hizmet sunana kurumlar arasında eşgüdümü, uyumlu çalışmayı sağlayan birimler oluşturulmalıdır. *Eşgüdümleyici birimler* bireyin ihtiyaç duyduğu bütün hizmetleri doğrudan sağlamasa bile, bireyin alacağı hizmetleri koordine edebilir. *Eşgüdümlemiş hizmetler* ile sağlık hizmetlerinin sürekliliği sağlanmış olacaktır.

7.4. Verimlilik

Verimlilik deyince topluma sunulması gereken sağlık hizmetleri için ayrılan kaynakların yerinde ve akılcı kullanılması anlaşılmalıdır.¹ Kıt olan kaynakları ihtiyaçlar doğrultusunda yetirebilmek için yapılan tüm tedbirleri verimlilik içinde değerlendirilebilir. Verimlilik sadece maddi kaynaklar bazında düşünülmemelidir. İnsan kaynakları da bu kapsamda ele alınmalıdır. Toplumun durumu ve mevcut sağlık personeline göre en ideal personel dağılımının belirlenmesi, verimliliğin daha planlama aşamasında düşünülmesi gerektiğini gösterir.

8. SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

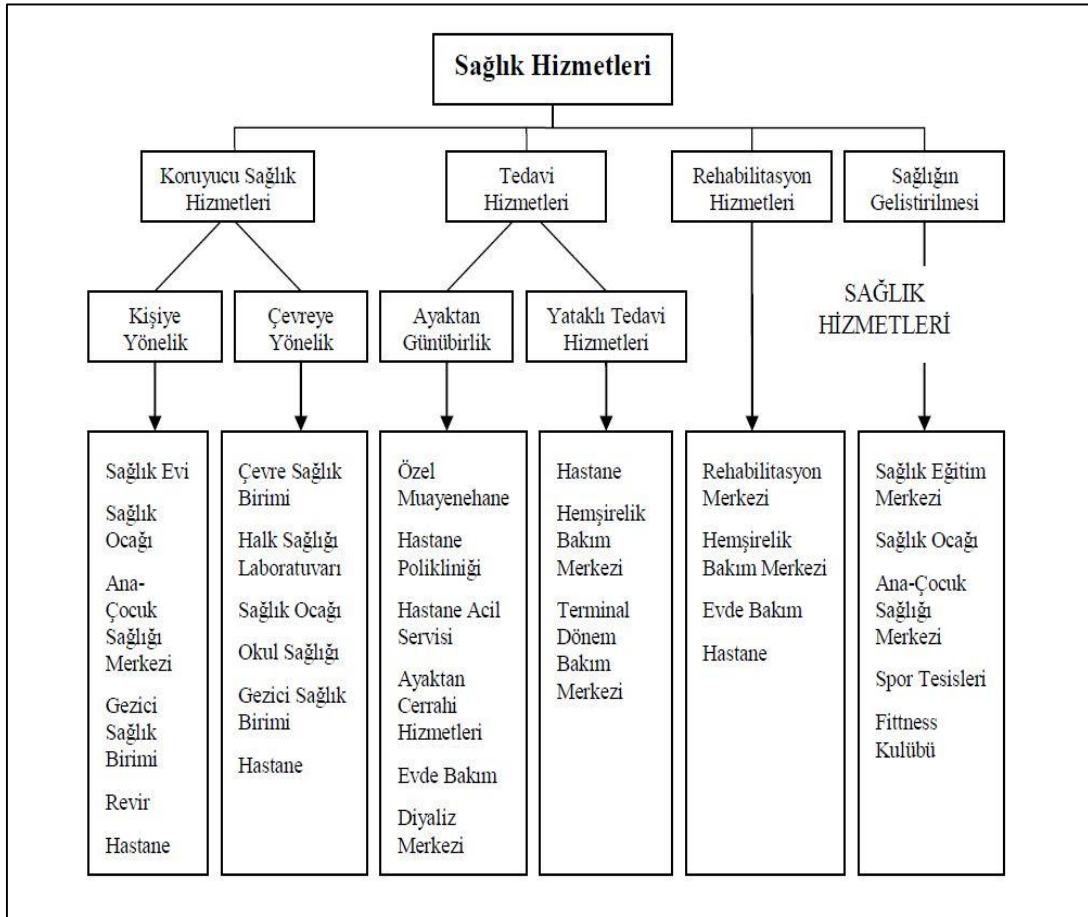
Dünyanın birçok ülkesinde yıllarca sağlık hizmetleri ancak hastalıkların tedavi edilmesi şeklinde düşünülmüştür. Bu anlayış sağlık alanında gerçekleşen bazı gelişmeler sonucunda değişmiştir. Bir çok hastalığın etkeni olan mikroplarla mücadele ve yine bir çok hastalığa sebep olan çevresel faktörlere bağlı olarak çevre sağlığı ve hijyen hakkında elde edilen bilgiler artmıştır. Diğer taraftan hastalıkların insana bulaşma süreci ve süresi hakkındaki bilgilerin de artmasıyla sağlık hizmetlerinin değişik alanlarda yoğunlaştığı gözlenmiştir. Hastalıkların bulaşması gibi faktörler göz önünde bulundurularak birey sağlığının toplum sağlığı ile alakalı olduğu anlaşılmış tedavi edici hizmetlerin yanında koruyucu sağlık hizmetlerine de önem verilmeye başlanılmıştır. Bu alanda, hem kamu kuruluşlarının hem de üçüncü

¹ Kavuncubaşı – Kısa, ss.10-11

sektöre ait sağlık kurumlarının birçok ülkede toplum sağlığına önemli katkıları olmaktadır.¹

“Sağlık ihtiyacı göz önüne alındığında, farklı sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanma şekillerine göre sağlık hizmetleri de değişiklik arz eder. Hastalık riski oluşmadan önce ‘Koruyucu Sağlık Hizmetleri’, hastalık oluştuğunda ‘Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri’ ve tedavi sonrası ‘Rehabilitasyon Hizmetleri’ olmak üzere sağlık hizmetleri üç gruba ayrılmaktadır.”² Günümüzde ise “Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri” ismiyle bir dördüncü hizmet türü daha benimsenmiştir.

Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması



Kaynak: D. Tengilimoğlu, O. Işık, M. Akbolat, Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2009, s.45

¹ S. Kurtulmuş, Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998, s.83

² N. H. Fişek, Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1985, s. 1.

8.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergede koruyucu sağlık hizmetleri aşağıdaki gibi tanımlanmaktadır: “Koruyucu sağlık hizmetleri: Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir.”¹ Koruyucu sağlık hizmetleri, bireyler hastalanmadan önce, hasta olmalarını önlemek için alınması gereken önlemleri ve yapılması gereken mücadeleyi kapsamına alan çalışmalardır. Bireylerin ve toplumun sağlığının korunması, sağlık düzeylerinin geliştirilmesi için bireylere ve kendileri ile etkileşim halinde oldukları çevreye yönelik olarak alınacak tedbirlerin hepsi koruyucu sağlık hizmetleri girer. Koruyucu sağlık hizmetleri bireylerin hastalığın tedavisi ile doğrudan ilgili değildir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamı düşünüldüğünde aşı gibi insan vücuduna uygulanan tedbirlerin dışındakiler daha çok varlığının dışındaki çevresel faktörlere yönelik yapılan uygulamalardır.²

Koruyucu Sağlık Hizmetleri özel sektöre devredilememektedir. Toplumun sağlığının korunması; devletin görevi olduğundan çevre sağlığı, bulaşıcı hastalıklar gibi koruyucu sağlık hizmetleri genel olarak SB tarafından vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmaktadır. Sağlık konusunda tüketiciler yeterince bilgili olmadığından ve sözü edilen bu konular genelde yoksul kesimi ilgilendirdiğinden sağlık alanına devlet müdahalesi olmadan dengelerin bozulabilme olasılığı mevcuttur. Kişi değil, toplum faydası gözetildiğinden ve özel sektörün kar amacına uymadığından; koruyucu sağlık hizmetleri sunumunda özel sektör pasifken devlet aktiftir.³

Sağlığı koruyucu tedbirler üç seviyede ele alınır.

Birincil Koruma: Bireylerin veya toplumun sağlığını geliştirmek için aşılama, sağlıklı ve dengeli beslenme, gürültü, hava kirliliği gibi çevrede oluşan

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, Madde 4, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-2865/gezici-saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerg-.html>, (07.10.2014)

² M.Yazgan, Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ), Sağlık Bilimler Enstitüsü (SABE), YYLT, İzmir, 2009, s.37

³ S. Özmen, Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Uludağ Üniversitesi (UÜ), SBE, YYLT, Bursa, 2013, s.8

olumsuz şartlardan korunması, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gerekli önlemlerin alınması şeklinde olur.

İkincil Koruma: Hastalık belirtileri ortaya çıkmadan önce sağlık durumunun değişme ihtimaline karşın erken tanı koyabilmek ve geç olmadan tedavi hizmetleri sunabilmek için bireysel yâda toplumsal düzeyde tarama testleri gibi önlemleri kapsamına alır. Bu tarama testleri sayesinde hastalıklar erken dönemlerde tespit edilerek tedavi başarı yüzdesi ve maliyeti düşürülmüş olmaktadır.

Üçüncül Koruma: Hastalık sonucunda gelişebilecek sakatlık ya da kalıcı bir takım bozuklukların en aza indirilmesi, hastaların yeni yaşamına uyum sağlayarak hayata tutunmaları ve yaşam standartlarını yükseltmek için alınan önlemleri içerir.¹

Koruyucu Sağlık Hizmetleri iki şekilde verilir.

8.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişiyeye esas alan koruyucu sağlık tedbirleridir. Somunoğlu, kişiyeye yönelik sağlık hizmetlerini altı başlık altında incelemiştir. Bu başlıklar aşağıda incelenmiş ve başlıklar hakkında gerekli açıklamalar yapılmıştır.²

- **Hastalıkların Erken Evrede Teşhisi ve Tedavisinin Sağlanması:** Bir hastalığın tedavi başarısında erken teşhis edilmesinin önemi büyüktür. Ülkemizde erken tanı ve teşhis için birçok merkezler açılmıştır. Mesela Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleridir (KETEM). “KETEM’ler toplumun kanser ve kanserde erken teşhis ile taramanın önemi hakkındaki farkındalığını eğitim yoluyla artırmak, erken yakalanabilir kanserlerde erken teşhis ve toplum tabanlı tarama faaliyetlerini yürütmek, bulunduğu ilde kanser kontrolünde etkin rol almak, tüm bu faaliyetler sonucunda da önlenabilir ve erken yakalanabilir kanserlerin morbidite ve

¹ S. Özdoğan, Türkiye’de İllere Göre Sağlık Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler, Beykent Üniversitesi (BEU), SBE, YYLT, İstanbul, 2010, s.23

² Somunoğlu ve diğ., s.11

mortalitesini azaltmak amacıyla kurulmuştur.”¹ Verem savaş dispanserleri de bu kapsamda hizmet veren kuruluşlardır.

- **Sağlık Eğitimi Verilmesi:** Sağlık hakkında bilgi sahibi olmak en etkili ve en ekonomik koruyucu sağlık hizmetidir. Sağlık eğitimi geniş bir yelpazede verilmektedir. Televizyonlarda ve uygun platformlarda kamu spotlar, afişler, broşürler, halka açık alışveriş merkezleri gibi yerlerde verilen eğitimler, okullarda, işyerlerinde verilen eğitimler, sağlık çalışanlarına verilen hizmet içi eğitimler bu kapsamda sayılır.

- **Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Sunulması:** Neonatal Tarama yani işitme tarama, hipotroidi taramaları, fenilketonuri taraması, biotinidaz tarama ve kongenital hipotroidi taramalarıdır.

- **Aile Planlaması Hizmetlerinin Verilmesi:** Aile Planlama yöntemleri hem kamu hem özel sektör tarafından verilmektedir. RİA uygulaması, MR uygulaması, Vazektomi ve Tüp Ligasyonu gibi uygulamaları kapsamaktadır.

- **Bağışıklama:** Türkiye’de bağışıklama kapsamında yapılan aşılama işlemleri ücretsiz olarak verilmektedir. Türkiye’de uygulanmakta olan ulusal aşı takvimi aşağıda verilmiştir.

¹, “Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)”, <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/343-kanser-erken-teshis-tarama-ketem.html#sthash.yvdO8lBy.dpuf>;(25.12.2014)

Tablo 4: T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi

Aşılar	Doğumda	1.Ayın Sonu	2.Ayın Sonu	4.Ayın Sonu	6.Ayın Sonu	12.Ayın Sonu	18.Ayın Sonu	24.Ayın Sonu	İlköğretim 1. Sınıf	İlköğretim 8. Sınıf
Hepatit B	I	II			III					
BCG (Verem)			I							
DaBT - İPA - Hib			I	II	III		R			
KPA			I	II	III	R				
KKK						I			R	
DaBT - İPA									R	
OPA					I		II			
Td										R
Hepatit A							I	II		
Suçiçeği						I				

DaBT - İPA - Hib: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemafilus İnfluenza Tip b Aşısı (Beşli Karma Aşı)
KPA: Konjuge Pnömonokok Aşısı
KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
DaBT - İPA: Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio (Dörtlü Karma Aşı)
OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felçi Aşısı)
Td: Erişkin Tipi Difteri - Tetanoz Aşısı
R: Rapel (Pekiştirme)

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, “Aşı Takvimi”, http://thsk.saglik.gov.tr/Dosya/halk_sagligina_yonelik_bilgiler/asi_takvimi_07022014.pdf; (25.12.2014)

• **Beslenme Koşullarının İyileştirilmesi:** Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için önemli hizmetlerden birisi de beslenme konusunda yürütülen çalışmalardır. Okullarda öğrencilere süt vb. sağlık için önemli besin öğelerinin dağıtılması örnek olarak verilebilir.

8.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireylerin yaşadığı dış ortama yönelik tedbirleri içerir. Bu hizmetleri Çiçeklioğlu yedi madde halinde sıralamıştır. ¹ Aşağıda bu maddeler ve bu maddelerle ilgili açıklamalar sunulmuştur.

¹ M. Çiçeklioğlu, Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin Değerlendirilmesinde Bir Yaklaşım Girişimi, Ege Üniversitesi (EgeÜ), TF, YUT, İzmir, 1997, ss.8-9

- **Yeterli ve Temiz İçme ve Kullanma Suyu Sağlanması:** İnsanlığın hayatını devam ettirebilmesi için en temel gereksinim yeterli ve temiz içme suyu ve kullanma suyu temin edilmesidir. Temininden tüketimine kadar bir takım tedbirlerde alınması gerekmektedir. Kullanılmakta olan şehir şebeke suyu, kuyu suyu, artezyen suyu, cam - pvc kaplardaki sular ve damacana suları hakkında çeşitli tedbirler söz konusudur. Şehir şebeke sularının depolanması, dezenfeksiyonu klorlanması işlemleri belediyeler tarafında yürütülmekte ve denetimi ise sağlık bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Bakteriyolojik ve kimyasal analizleri düzenli olarak yapılmakta ve temininden halka ulaşımına kadar tespit edilen sorunlar düzeltilmektedir. Artezyen ve kuyu suları depolandıkları yerlerde klorla damlatma yöntemiyle veya UV ile arıtılarak dağıtımı yapılır. Cam şişe ya da PVC kaplarda ki sular ile Damacana suları orijinal ambalajıyla geldiğinden arıtma işlemine tabi tutulmadan tüketilir. Kaynak sularının düzenli kontrolleri yapılmakta halka ulaştırılma aşamasına kadar belirlenen kriterler uygulanmaktadır.

- **İnsan Dışkı ve İdrarının Sağlık Koşullarına Uygun Olarak Yok Edilmesi:** İnsanların dışkı ve idrarlarının sağlığı bozacak her türlü tehlikelerden giderilmesi işlemleridir. Helaların hangi koşullara göre yapılacağı, nerede toplanacağı nasıl imha edileceği gibi konular ele alınmaktadır.

- **Besin Hijyeni:** Besin öğelerinin sağlıklı koşullarda üretilip, sağlık zinciri bozulmadan tüketiminin sağlanması aşamalarını içerir. Bunun için besin öğelerinin üretimin safhasında tüketim safhasına kadar her aşamadaki işlemler zincirinde, besin öğelerinin bozulmasına ve böylece ekonomik kayıplara sebep olmaması sağlanır. Bozulacak besinlerden dolayı hastalıkların ortaya çıkmasını önlemek söz konusudur. Satın alma, depolama, hazırlama, pişirme ve servis esnasında hijyen kurallarını kapsar.

- **Barınak Hijyeni:** Barınak insanın en temel gereksinimlerinden biridir. Fiziki, psikolojik ve temel sağlık gereksinimleri bakımında barınaklar uygun koşullarda olmak zorundadır. Fizik koşullar deyince insanların sıcak ve soğuk olumsuz etkisinden koruması, teneffüs edilen havasının temiz olması, nemlilik değerlerinin uygun şartlarda olması, gerektiği kadar güneş ışığı alması, yeterince aydınlatılması, ihtiyacı karşılayacak büyüklükte olması ve temizlenmesinin kolay olması gibi kriterler sayılabilir. Psikolojik olarak barınağın ise içinde yaşayanlara güven vermesi,

mahremiyetleri koruması, aile fertlerinin birbirleriyle ve diğer insanlarla sosyal bağı sağlayacak imkânları vermesi, bulunduğu toplumun ev standartlarına uygun olması gibi nitelikler oluşturmaktadır. Hayvan barınakları ise dinlenme, üreme ve depolama işlevlerini yerine getiren barınaklardır.¹

- **Atıkların Yok Edilmesi:** Sağlıklı çevre için atıkların yok edilmesi önemlidir. Atıklar için ilk olarak atık oluşumunun önüne geçilmesi, eğer önlenemiyorsa oluşan atığın en aza indirilmesi için tedbirler alınmasıdır. Daha sonra eğer mümkün ise atığın yeniden kullanılması amaçlanmalıdır. Eğer bu da mümkün görünmüyorsa önce geri dönüşüm işlemleri ve sonra da enerji geri kazanımı amaçlanır. En son işlem ise bertaraf etmek olacaktır.

- **Çevre ve Hava Kirlenmesi İle Savaş:** Çevre ve hava kirliliği de çevre sağlığı açısından önemli unsurlardandır. Araçların egzozlarından çıkan dumanlar, kış aylarında ısınmada kullanılan kömür vb. kaynaklı hava kirliliği etkenleri, fabrika ve sanayilerde havaya bırakılan dumanlar hava kirliliği için önemli etkenlerdir.

- **Vektör Denetimi:** İnsan sağlığını olumsuz etkileyen hastalığı kaynağından alıp insana bulaştıran vektörlere karşı yürütülen hizmetlerdir. Karasinek, sivrisinek, lavra ve benzeri vektörlere karşı bir dizi tedbirler alınmaktadır.

8.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

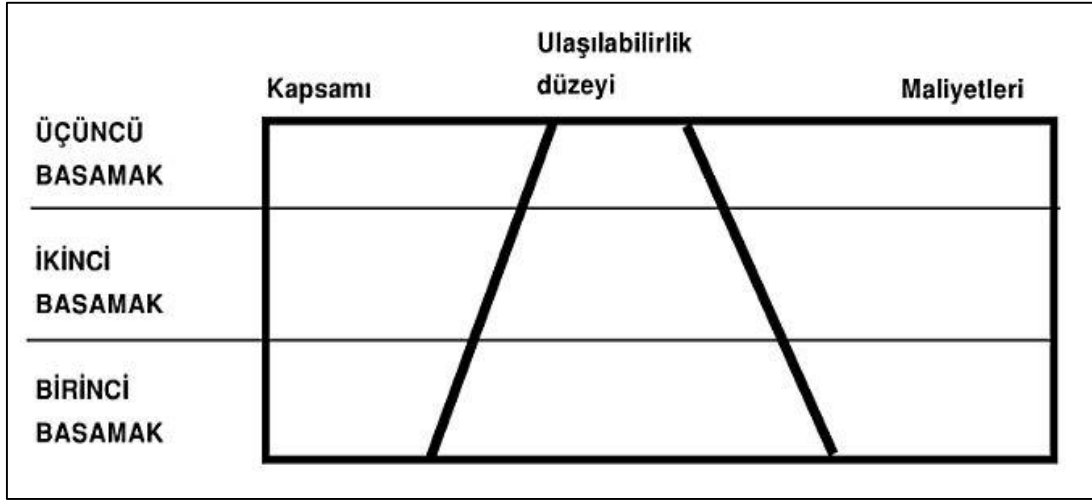
Koruyucu sağlık hizmetleri olmasına rağmen insanlar yine de hastalanacaktır. Koruyucu sağlık hizmetleri hastalanmaları tamamen ortadan kaldırmaz. Çünkü insanlar, günlük hayatlarında istemeseler de bazı hastalıklara, ne kadar dikkat etseler de kazalara ve bunun sonucunda yaralanmalara maruz kalmaktadırlar. Bu durum kişinin sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlık durumunun bozulmasından dolayı ortaya çıkan hastalıkların, yaralanmaların veya oluşan sakatlık hallerinin iyileştirilmesi ve hastalığa sebep olan etkenlerinin ortadan kaldırılması amacıyla yönelik olarak verilen hizmetlerdir.² Tedavi edici sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetlerinin aksine hastalık ortaya çıktıktan sonra verilen hizmetleri içerir. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha pahalı bir hizmettir.

¹ Ç. Güler – Z. Çobanoğlu, Gecekondu ve Çevre Sağlığı, Ankara, 1997, s.33

² Somunoğlu ve diğ., s.12

Tedavi hizmetlerinde toplumsal faydadan çok kişisel fayda ön plandadır.¹ Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamağa ayrılmıştır. Bu üç basamak arasında sevk zinciri kaynakların etkin ve verimli kullanılması için gereklidir. Şekil 7 da birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin kapsam, ulaşılabilirlik ve maliyet durumları görülmektedir.

Şekil 6: Birinci Basamak, İkinci Basamak ve Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - A.Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi (Ed. N. Uzkesici), Eskişehir, 2002, s.14

8.2.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Sağlığını kaybeden bireylerin yatırılmadan gününbirlik ayaktan tedavi edilerek tekrar sağlığına kavuşması için sağlanan hizmetlerdir. Günümüzde bu görevi Aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimliği birimleri, verem savaş dispanserleri, ana çocuk sağlığı merkezileri, ketem tarama merkezleri vb. gibi kurumlar tarafında yerine getirilmektedir.

8.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamakta verilen sağlık hizmetleri daha donanımlı olan hastanelerde verilmektedir. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri ile hastalıklarının

¹ S. Yıldırım, Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, YUT, Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) Y. No. 2350, Ankara, 1994, s. 13

tedavisine çare bulamayanlar ya da acil vaka kapsamına giren kazalar gibi nedenlerle öncelikli olarak hastaneye gidilmesinin gerektiği durumlarda, teşhis ve tedaviye yönelik olarak hastaneler gibi yataklı bir sağlık kuruluşunda verilen hizmetleri kapsamaktadır.¹ Birinci basamak sağlık hizmetlerinde daha çok hizmet merkezini koruyucu sağlık hizmetleri oluştururken ikinci basamakta teşhis ve tedavi hizmetleri ön plana çıkmaktadır.

8.2.3. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmet veren hastanelerde tedavi edilemeyen kişiler üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde bu hizmeti alırlar. Çeşitli uzmanlıkları bulunan sağlık personelinin çağın gereğine göre teknolojik donanıma sahip sağlık kuruluşlarında verilen hizmetleri içermektedir. Kalp hastaneleri ve onkoloji hastaneleri gibi özel dal hastaneleri ve üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetini sunan kuruluşlar arasında yer almaktadır.”²

8.3. Rehabilit Edici Sağlık Hizmetleri

Rehabilit edici sağlık hizmetleri doğum anomalileri, yaşlılık, hastalık veya kazalara bağlı olarak ortaya çıkan sakatlıkların etkisini en aza indirerek, kişinin kimseye muhtaç olmadan yaşantısını sürdürebilmesini amaç edinir.³ Somunoğlu, yataklı ve yataksız olarak sağlık hizmeti veren rehabilitasyon merkezleri tarafından sunulan rehabilit edici hizmetler, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak ikiye ayrıldığını ifade ederek şöyle açıklar⁴:

Tıbbi Rehabilitasyon; fiziksel eksikliği bulunan bireyler bu sakatlıklarından kaynaklanan ağrıların en aza indirilmesi, işitme cihazı, protez gibi fonksiyonel cihazlar ile yaşamlarını sürdürebilirliklerinin artırılması bu kapsama girmektedir.

¹ Somunoğlu ve diğ., s.12

² Somunoğlu ve diğ., s.12

³ M. Özata, Sağlık Bilişim Sistemlerinin Hastane Etkinliğinin Artırılmasında Yeri ve Önemi (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama), Selçuk Üniversitesi (SÜ), SBE, Yayınlanmamış Doktor Tezi (YDT), Konya, 2004, s.8

⁴ Somunoğlu ve diğ., s.12

Böylece fiziksel problemi olan bireylerin eski fonksiyonlarını yeniden kazanması veya kısıtlılıklarının en aza indirilmesi mümkün olacaktır.

Sosyal Rehabilitasyon; bireylerin yaşamlarını sürdürdükleri topluma yeniden kazandırılması amacına yönelik uygulamaları içerir. Böylece bireylerin içinde bulundukları duruma uyum sağlaması mümkün olacaktır.

8.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Yataklı Tedavi kurumları İşletme Yönetmeliğinde sağlığın geliştirilmesi aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır. “Sağlığın geliştirilmesi: Toplumun genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesini hızlandırıcı hizmetlerdir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin yanı sıra, halkın sağlık eğitimi, toplum kalkınması, sosyal, ekonomik ve çevre koşullarının iyileştirilmesi çalışmalarını da kapsar.”¹ Sağlığın geliştirilmesinde temel hedef toplumun yaşam süre ve kalitesini olumlu etkileyen sebepleri geliştirmek ve hastalık, ölüm gibi yaşamın süre ve kalitesine olumsuz etki yapan unsurların ise uygun sevilere çekilmesini sağlamaktır.

9. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİ

9.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Gelişim Süreci

Türkiye’de tarihi süreci beş başlıkta incelenmiştir. Birinci bölümde 1920 – 1938 yıllarını kapsayan ve Dr. Refik Saydam ile anılan döneme değinilmiştir. İkinci bölümde, 1938 – 1960 yıllarını kapsayan Dr. Behçet Uz ve Demokrat Parti’nin liberal politikaları ile anılan döneme ait bilgiler yer almaktadır. Üçüncü bölümde, Sağlıkta Sosyalleştirme Dönemi olarak bilinen 1960 – 1983 dönemi, dördüncü bölümde ise Anavatan Partisi (ANAP) iktidarı ile başlayan konjonktürel neoliberal politikaların etkilerinin yaşandığı 1983 – 2002 dönemine değinilmiştir.² Son olarak

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Madde 4, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeligi-son-degisi-.html>, (07.10.2014)

² D. Ersöz, Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı, Balıkesir Üniversitesi (BAUN), SBE, YYLT, Balıkesir, 2010, s.53

ise Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) tarafından başlatılıp günümüze kadar süren ve SDP'nin gerçekleştirildiği dönem hakkında bilgiler sunulmuştur.

9.1.1. Dr. Refik Saydam Dönemi (1920-1938):

Osmanlı İmparatorluğundaki sağlık hizmetlerinin kurumsal kimliği yeni kurulan Türkiye Cumhuriyetinde bir takım değişikliklere uğramıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde sağlık hizmetleri Dâhiliye Nazırlığına (İç İşleri Bakanlığı'na) bağlı bir genel müdürlük tarafından yürütülmekteydi.¹ Yeni kuruluna Türkiye Cumhuriyetinde bu durum değiştirilmiştir. Türkiye Büyük Millet Meclisi, 03.05.1920 tarihinde kabul ettiği 3 sayılı yasa ile şimdiki adı ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığını (Sıhhiye ve Muavenatı İçtimaiye Vekâletini) kurarak sağlık hizmetlerinin sunulmasını ayrı bir bakanlıkça yürütülen, asli bir devlet görevi haline getirmiştir.² Sağlık Bakanı olarak ilk görevlendirilen Dr. Adnan Adıvar'dır. 1923'e kadar sağlıkla ilgili düzenli bir veri tabanı oluşturulamamış; daha çok yeni savaştan çıkan milletin savaş yaralarının sarılmasına ve taze kurulan devletin sağlık ile ilgili mevzuatını geliştirmeye önem verilmiştir. Yeni kurulmuş devlette ilk bakanlıklardan birinin Sağlık Bakanlığı olması önemlidir.³ 29 Ekim 1923 tarihinde Cumhuriyet ilan edilmiş sonrasında tekrar Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam 25.10.1937 tarihine kadar sağlık hizmetlerinin yapılanmasında, kuruluşunda ve gelişmesinde çok büyük katkıları vardır. Elimizdeki bilgilere göre 1923 yılında, ülkemizde sağlık hizmetleri hükümet, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları, 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile veriliyordu.⁴ Öztekin, Dr. Refik Saydam'ın ilkeleri hakkında verdiği bilgiler aşağıda özetlenmiştir.

Saydam'ın İlkeleri: Saydam koruyucu hizmetlere öncelik vermiş ve bunu bir ilke olarak benimsemiştir. Saydam'a göre koruyucu sağlık hizmetleri tabiplerin ve

¹ Z. Öztekin, "Dünden Bugüne Türkiye'de Sağlık Hizmetleri",

<http://www.tibder.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45>, (07.10.2013)

² S. Bostan, Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi), Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ), SBE, YDT, Trabzon, 2009, s.17

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010 Değerlendirme Raporu) , (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010

⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2008 Ağustos), (Baş Ed. R. Akdağ), Ankara, 2008

bakanlığın asıl sorumluluğudur. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise yerel yönetimlerin görevi olarak benimsemiştir. Savaştan yeni çıkmış bir devletin ekonomik zorluklar içerisinde yeniden inşasında kıt kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılması kaçınılmazdır. Bireylerin sağlığının korunması için verilecek hizmetin maliyeti tedavi edilmesi için verilecek sağlık hizmeti maliyetinden daha az olması koruyucu sağlık hizmetine yönlendirmiş olabilir. Bir anlamda ikinci basamak sağlık hizmetlerini özel sektöre havale edilmiş gibi görünse de kaynakların yetersizliğinde sağlık hizmetlerini ülke genelinde sunabilmenin gayretleri olarak değerlendirilebilir. Hükümetin bu konudaki görevi yerel yönetimlere yol göstermektir. Devlet özel sektörü teşvik eden konumundadır. Saydam benimsediği bu ilkelerden dolayı ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuna belediyelere hastane işletmesi konusunda örnek teşkil etmesi bakımından Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da Numune Hastanelerini açmıştır. Böylece örnek hastanelerle müteşebbisleri bir standartta tutmak istenmiştir. Saydam birinci dünya savaşından sonra en yaygın görülen ve en çok ölümlere sebep olan sıtma gibi ya da sakatlıklara sebep olan veya iş gücüne en çok engel olan hastalıklarla mücadeleyi ilke olarak benimsemiştir. Burada önem verilen şey köklü bir yapılanmadan ziyade toplumun o anki en çok ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine yönelik yapılanmadır. Saydam’ın zamanında köylerde hasta tedavi hizmetleri sunumu için kuruluşlar oluşturulmazken, savaş sonrası o toplumda yaygınlık kazanmış zamanın önemli hastalıkları olan sıtma, trahom, frengi, lepra gibi hastalıklarla savaş için özel örgütler kurulmuştur.¹ Öztekin, Dr. Refik Saydam’ın insan gücü politikası hakkında verdiği bilgiler aşağıda özetlenmiştir.

Saydam’ın İnsan Gücü Politikası: Türkiye’de 1923 yılındaki verilere göre 554 tabip (19.860 kişiye bir tabip), 136 ebe (80.860 kişiye bir ebe) vardı. O yıllardaki hemşire sayısı hakkında bilgi bulunmamaktadır. Ancak, 1930 yılında bütün ülkede 202 hemşire (71.520 kişiye bir hemşire) bulunuyordu. Cumhuriyetin ilk yıllarındaki personel sayısına bakılırsa ne kadar yetersiz bir tablo olduğu ortadadır. Günümüzde yaklaşık 84 tane tıp fakültesi olmasına rağmen hekim yetersizliği söz konusu iken o zamanlar tek tıp fakültesi İstanbul’da idi. Bu fakültede yetiştirilecek lise mezunu insan sayısı çok azdı. Saydam, personel ihtiyacını karşılamak için okumayı kolaylaştırmak için öğrencilerin barınma sorunlarını gidermek amacıyla tıp öğrenci yurtları açmıştır. Ayrıca öğrencilerin

¹ Öztekin, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, (07.10.2013)

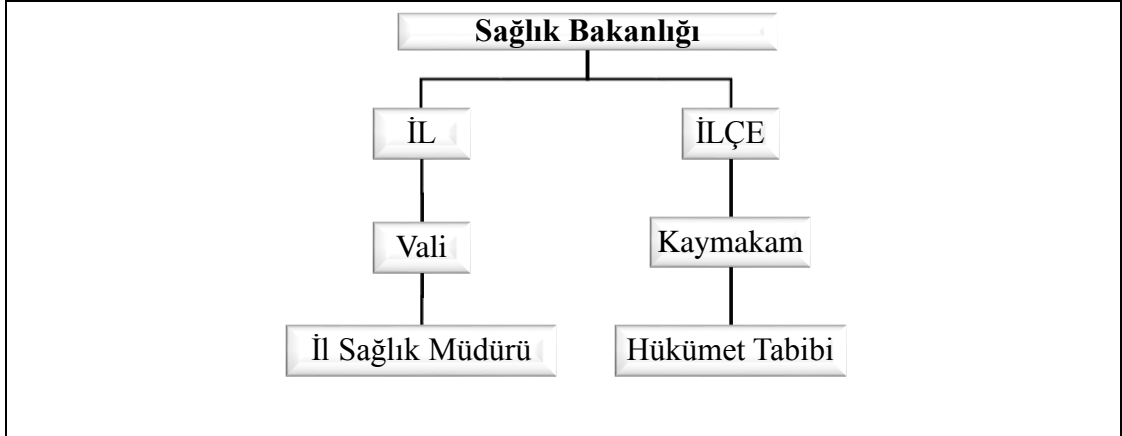
okuma, barınma, giyinme ve yaşama giderlerini de karşılamıştır. Böylece, tıp fakültesi cazip hale getirilmiş ve çekiciliği artırılmıştır. Bu önlem sayesinde ülkedeki tabip sayısı 1930 yılında 554 den 1182'ye, 1940'da 2387'ye ulaşmıştır. Saydam, fakültenin yurtlarında kalarak okuyan öğrencilere zorunlu hizmet kuralını getirmiş ve bu şekilde tabip ihtiyacını çözmeyi hedeflemiştir. O dönemde karşılaşılan sorunlardan birisi de hekim dışı personel yetersizliğidir. Taşrada koruyucu sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç olan özellikle kadın personel çok yetersiz durumdaydı Kadınlar için oldukça yetersiz koşulların bulunduğu kırsal bölgelerde çalışabilmeleri de güçtü. O nedenle Saydam, erkekleri eğitmeyi ön planda düşünerek 'sağlık memurluğu' sınıfını kurmuştur. Saydam'ın sağlıkta çalışan tüm personelin özlük işlerini Sağlık Bakanlığı bünyesinde toplamıştır. Böylece atama, yükselme ve cezalandırma gibi işlerini tek elde toplayarak Sağlık Bakanlığını, işleri yürüten asıl kurum haline getirmiş, özel teşebbüsleri finansman olarak kullanmıştır. Saydam zamanında koruyucu sağlık hizmetlerinde çalışanlara, tedavi edici sağlık hizmetlerde görev yapan personele daha yüksek maaş ödenmekteydi. Diğer taraftan buralarda çalışan hekimlerin mesleklerini serbest olarak icra etmeleri ise yasaklanmıştı.¹ Öztekin, Dr. Refik Saydam'ın örgütlenme politikası hakkında verdiği bilgiler aşağıda özetlenmiştir.

Saydam'ın Örgütlenme Politikası: Bazı hastalıkların yaygın bir şekilde kendini göstermesi sonucu sadece bir hastalıkla savaşılan örgütler kurulmuştur. Kısaca bu örgütlere 'dikey örgütlenme' olarak isimlendirilirler. Saydam örgütlenme politikası olarak dikey örgütlenme modelini seçmiş ve sıtma, trahom, frengi ve lepra hastalıklarıyla savaşmak üzere ayrı ayrı örgütler kurmuştur. Saydam, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde 'hükümet tabipliği' birimlerini temel olarak kabul etmiştir.²

¹ Öztekin, "Dünden Bugüne Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", (07.10.2013)

² Öztekin, "Dünden Bugüne Türkiye'de Sağlık Hizmetleri", (07.10.2013)

Şekil 7: Saydam'a Göre Sağlık Hizmetlerinin Örgüt Yapısı



Kaynak: Z. Öztekin, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, <http://www.tibder.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45;> (07.10.2013)

Şekil 7 de de görüldüğü gibi bu sistem, tümüyle, ülkemizdeki yönetsel bölünmeye (İl İdaresi Kanunu) paralel bir sistemdir.¹

Tablo 5: 1920-1938 Döneminde Başlıca Çıkarılan Kanunlar

Tababet-i Adliye Kanunu (1920 tarih ve 38 sayılı)
Bakteriyoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927 tarih ve 992 sayılı)
İşpençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928 tarih ve 1962 sayılı)
Tababet ve <u>Suabatı</u> Sanatların Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (1928 tarih ve 1219 sayılı)
Umumi <u>Hıfzısıhha</u> Kanunu (1930 tarih ve 1593 sayılı)
Sıhhat ve İctimai Muavenet <u>Vekaleti</u> Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936 tarih ve 3017 sayılı)
<u>Radoloji</u> Radium ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937 tarih ve 3135 sayılı)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003, s.9

¹ Öztekin, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”; (07.10.2013)

9.1.2. Dr. Behçet Uz ve Demokrat Parti Dönemi (1938-1960):

Sağlık hizmetlerinde gerçekleşen önemli değişiklikler aşağıda sunulmuştur.

İkinci Dünya Savaşı neticesinde bu dönemde sıtma, tifüs ve çiçek salgınları olmuş ve 26.03.1945 tarihinde *Sıtma ile olağanüstü savaş yapılmasına dair kanun* kabul edilerek 28.03.1945 tarih ve 5967 sayı ile resmi gazetede ilan edilmiştir. “Türkiye’de verem savaşı hizmetleri 1949 yılına kadar ‘Verem Savaş Dernekleri’ tarafından yürütülmekte iken, bu tarihten başlayarak kentlerde dernekler, kırsal bölgelerde Sağlık Bakanlığı tarafından verilmeye başlanmıştır. Bu hizmetler 1960 yılında Verem Savaş Genel Müdürlüğü’nün kurulması ile tümüyle Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmeye başlanmıştır.”¹ Bu dönemdeki bir diğer gelişme de, 16.07.1945 tarihinde 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu çıkarılmış ve 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmesiyle İşçi Sigortaları Kurumu kurularak 1945 yılına kadar kurulan çok sayıdaki sandığın da birleştirilmesi sağlanmıştır.² SSK, 1952 yılında sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamıştır. Bu dönemde dikey örgütlenme yapılaşmaları daha da yaygınlaştırılmış ve 1952 yılında üreme çağındaki 15-49 yaş grubu kadınlara özellikle gebeler, lohusalar, infertil kadınlara anne sağlığı hizmetleri ile 0-6 yaş bebek ve çocuklara çocuk sağlığı hizmetleri sunmak için Ana-Çocuk Sağlığı Şube Müdürlükleri kurulmuş ve AÇS merkezleri hizmete sokulmuştur. 1950 – 1960 yılları arasında, daha önce Saydam tarafından ilkeleştirilen koruyucu sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu devlete vermesi ve tedavi edici hizmetlerin sorumluluğunu ise yerel yönetimlere bırakması prensibinden vazgeçilerek, yataklı tedavi hizmetlerinin de Sağlık Bakanlığının asli sorumluluğu kapsamında değerlendirilmiştir. Birçok il ve ilçeye hastane açılmış ve belediyelerin açmış olduğu hastanelerinin büyük bir bölümü Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Uzman Tabipler, pratisyen tabiplere oranla daha fazla ücret almaya başlamıştır. Hastanede sunulan hizmetlere verilen öncelik ve önem sonucunda koruyucu sağlık hizmetlerinde ve kırsal kesimde sağlık hizmeti sunan tabipler daha

¹ Öztekin, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”; (07.10.2013)

² Sosyal Güvenlik Kurumu, <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce>; (08.10.2013)

cazip olan kentlerdeki hastanelere akmıştır. Daha iyi ücret politikası ile uzman tabiplik cazip hale gelmiş ve uzman tabip oranı artmaya başlamıştır. Tedavi edici hizmetler açısından güzel gelişmeler olurken bu uygulamalar koruyucu sağlık hizmetlerin aleyhine bir gelişme olmuştur.¹ Dr. Behçet Uz ilk sağlık bakanlığı yaptığı dönemde bir sağlık planı hazırlamıştır fakat uygulayamamıştır. Bu plana göre, Tabiplerin çevredeki yerleşim yerlerini dolaşarak mobil hizmet verdiği ve her 20.000 nüfus için sağlık merkezi adı verilen yerler kurularak buralarda ayakta ve yatarak tedavi vermesi planlanmıştır. İlk kez nüfusa göre sağlık kuruluşları planlaması yapılması bakımından önemlidir. Ayrıca Dr. Behçet Uz 7 tıp fakültesi kurulmasını planlamıştır. Bu fakülteler hem insan kaynakları yetişmesi açısından hem de tedavi hizmetleri sunulması bakımından önemlidir. Bu hastanelerde yatan hastaların ve çalışanlarının besin ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir çiftlik, sağlık personeli yetiştirilmek üzere bir yetimhane yapılması planlanmıştır. Ekonomik anlamda Türkiye’deki sağlık hizmetlerini finanse etmek üzere bir “Sağlık Bankası” düşünülmüştür. Fakat gerekli kaynak bulunamadığı için bu plan hayata geçirilememiştir. 1956 yılında ‘sağlık merkezi’ adı altında küçük hastaneler kurulmuştur. Ne var ki bunlar Uz tarafından planlanan sağlık merkezlerine benzememektedir.²

Tablo 6: 1938-1960 Döneminde Başlıca Çıkarılan Kanunlar

1940 tarih ve 3958 sayılı Gözlükçülük ve Gözlükçüler Hakkında Kanun
1953 tarih ve 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Hakkında Kanun
1953 tarih ve 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
1954 tarih ve 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
1956 tarih ve 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanunu

Kaynak: Z. Öztekin, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, <http://www.tibder.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45>, (07.10.2013)

¹ Öztekin, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”; (07.10.2013)

² Öztekin, “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”; (07.10.2013)

9.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Dönemi (1960-1980)

1960 darbesinden sonra 1961’de yeniden yapılan TC Anayasasının 48. ve 49. maddeleri sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini devletin asli ve anayasal görevleri arasında tanımlamıştır. Yeni hükümet ve Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda yeniden yapılandırılması için çalışma başlatmıştır.¹ Bu dönemde sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu görüşü benimsenmiştir. 1963 yılından itibaren uygulanmaya başlanan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun 1961 yılında yürürlüğe girmiştir. 1980’e kadar uygulanan sağlık politikaları bu yasa çerçevesinde şekillenmiştir.² Bu yasa temel hak olan sağlık hizmetlerinin sosyal adalet ilkesine uygun bir biçimde sosyalleştirilmesi amacını gütmektedir.³ Sosyalleşmenin ne anlama geldiği yine aynı yasada ise şu şekilde ifade edilmiştir: “Sosyalleştirme: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır.”⁴ Bu dönemde dikey örgütlenmeler kısmen azaltılarak farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar sağlık ocağı bünyesinde entegre hale getirilmiştir.⁵ 1965’te 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun çıkartılmış ve böylece “Pro-natalist” (nüfusu artırıcı) politikadan “anti-natalist” (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir.⁶ “1967 yılında Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlandıysa da Bakanlar Kuruluna sevk edilemedi. 1969 yılında 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda Genel Sağlık Sigortası’nın kuruması tekrar öngörüldü. 1971’de Genel Sağlık

¹ Bostan, s.20

² T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003, ss.9-10

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>; (07.10.2013)

⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>; (07.10.2013)

⁵ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010 Değerlendirme Raporu) , (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010, s.23

⁶ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010 Değerlendirme Raporu) , (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010, s.23

Sigortası Kanun Taslağı, Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne gönderildi fakat kabul edilmedi. 1974 yılında Meclis'e tekrar sunulan taslak görüşülmedi.”¹

9.1.4. 1980-2002 Dönemi

Milli iradenin tekrar inkıta uğramasından sonra 1982 yılında kabul edilen anayasanın 56. Maddesi şu şekilde belirtilmiştir: “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.”² Sağlık hizmeti 1961 anayasasında devletin ödevi olarak tarif edilirken, 1982 anayasası ile kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getireceği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerinin devletin ödevi olmaktan çıkarılarak özel sektör eliyle verilmesi anayasal bir meşruiyete bu hükümle kavuşmuştur. Böylece devlet sağlık politikaları belirleyerek tek elden planlayıcı ve denetleyici rolü devam etmektedir. Ayrıca genel sağlık sigortası vurgusu anayasal bir teşvik olarak değerlendirilebilir.³ “1983 yılında çıkartılarak uygulamaya konulan 2827 sayılı aile planlaması hizmetlerine ilişkin ikinci kanun Anayasamızın söz konusu maddesine de uygun olarak, aile planlaması hizmetlerinin kapsam ve sınırlarını genişletmiştir. 2827 sayılı kanunda aile planlaması (kanunun adı gereği nüfus planlaması adı altında), ‘fertlerin istedikleri sayıda ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmaları’ olarak

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Stratejik Plan 2013-2017, Aralık, 2012, s.24

² 1982 Anayasası 56. Madde, <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm>; (07.10.2013)

³ Bostan, s.22

tanımlanmıştır.”¹ 1987 yılında ‘Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’ çıkarılmıştır. “Kanun genel bir sağlık sigortası oluşturma’nın ilk adımlarını tanımlamıştır.”²

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından, sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı tarafından yürütülen ve bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturan ‘Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması’ düzenlenmiştir.³ Bu Kongrede Sağlığın Gelişimine Destek, Çevre Sağlığı, Yaşam Biçimi, Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Sağlıklı Türkiye Hedefleri olarak beş başlıkta ele alınmıştır.⁴ Herhangi bir sosyal güvencesi bulunmayan kişiler için devletin sosyal yönü öne çıkarılmıştır. Bu 1992 yılında 3836 sayılı Kanunla⁵ kabul edilen ve sosyal güvencesi olmayan ve sağlık giderlerini karşılayamayacak durumda olanlara Yeşil Kart verilmiştir.⁶ 1993’de yapılan İkinci Sağlık Kongresi’nde ulusal sağlık politikaları belirlenmiştir. İkinci Sağlık Kongresi’nde alınan kararlardan bazılarında yeni düzenlemeler yapılmış fakat beklenen sonuçlar elde edilememiştir. Hastanelerin özelleştirilmesi ve özerkleştirilmesine yönelik çalışmalardan da bu yıllarda bir sonuç alınamamıştır.⁷ “1997-1998 yıllarında, Kişisel Sağlık Sigortası, 2000 yılında da Sağlık Sandığı diye bilinen yasa tasarıları hazırlanarak TBMM’ne sunulmuştur. Sağlık Reformları ilke ve hedefleri, 2000 yılında hazırlanan ve 2001-2005 yıllarını içeren, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’nda da yer almıştır.”⁸

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Baş Ed. R. Akdağ, Ed. S. Aydın ve diğ.), (Kasım 2002-2008), Ankara, 2008, s.19

² Bostan, s.22

³ T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010 Değerlendirme Raporu) , (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010, s.24

⁴ T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Ankara, 1993

⁵ Resmi Gazete, 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun, Tarih: 3.8.1992, Sayı: 21273.

⁶ Y. Büyükses, 1980 Sonrası Türkiye’deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm, Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ), SBE, YYLT, Isparta, 2012, s.73

⁷ M. Yanmaz, Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Son Dönem Sağlık Politikaları, Marmara Üniversitesi (MÜ), SBE, YYLT, İstanbul, 2010, s.104

⁸ H. Özseri, “Sağlık Reformu Süresince Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri”, http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=257; (14.10.2013)

9.1.5. Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemi

03.11.2002 tarihinde yapılan genel seçim sonucunda 58. Hükümet kurulmuş ve 16 Kasım 2002 tarihinde Acil Eylem Planı (AEP) açıklanmıştır. Bu AEP’da “Sağlıklı Toplum” başlığı altında hedefler ve süreler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 7: Acil Eylem Planı: “Sağlıklı Toplum”

Kod No	Yapılacak Faaliyet Özeti	Sorumlu Kuruluş	Süre
SP-30	Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılacak.	Sağlık Bakanlığı	6-12 Ay
SP-31	Devlet Hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımı kaldırılarak tüm hastaneler tek çatı altında toplanacak	Sağlık Bakanlığı	12 Ay
SP-32	Hastaneler idari ve mali yönden özerk bir yapıya kavuşturulacak	Sağlık Bakanlığı	12 Ay ve Uzun Vadeli
SP-33	Sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanı ayrılacak	ÇSGB	12 Ay
SP-34	Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Kurumu kurulacak	ÇSGB	12 Ay
SP-35	Aile hekimliği uygulamasına geçilerek sağlam bir sevk zinciri kurulacak	Sağlık Bakanlığı	12 Ay ve Sürekli
SP-36	Anne ve çocuk sağlığına özel önem verilecek	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-37	Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak	Sağlık Bakanlığı	Sürekli
SP-38	Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek	Hazine Müsteşarlığı	Sürekli

Kaynak: A. Gül, T.C. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP) 03 Ocak 2003, <http://ekutup.dpt.gov.tr/plan/>, s.11, (14.10.2013)

SDP’NİN Temel Bileşenleri: SDP’NİN 8 (sekiz) temel bileşen¹ üzerinde durulmuş daha sonra bu sekiz bileşene 60. Hükümet kurulmasının akabinde 2. Beş yıllık hedefler kapsamında 3(üç) yeni bileşen eklenerek 11’e yükselmiştir. Büyükses’in verdiği bilgiler ışığında bu bileşenler aşağıda maddeler halinde verilmiş ve gerekli açıklamalar yapılmıştır.²

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003, ss.26-36

² Büyükses, s.93

- i. *Planlayıcı ve Denetleyici Bir Sağlık Bakanlığı:* Böylece Sağlık Bakanlığı yönetsel gücünü artıracak ve uygulama yükünü özel teşebbüse aktarmış olacaktır.
- ii. *Herkesi Tek Çatı Altında Toplayan Genel Sağlık Sigortası:* 2008 de Genel Sağlık sigortası yasalaşmış ve bu hedef gerçekleştirilmiştir.
- iii. *Yaygın, Erişimi Kolay ve Güler Yüzlü Sağlık Hizmet Sistemi*
 - (a). *Güçlendirilmiş Temel Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği:* Temel sağlık hizmetleri güçlendirilmiş ve Aile hekimliği 2005 yılında Düzce ile uygulanmaya başlamış, daha sonra ise kademeli olarak tüm ülkeye yayılmıştır.
 - (b). *Etkili ve Kademeli Sevk Zinciri:* Sevk zinciri hayata geçirilememiştir. Hayata geçirilmesi halinde zorlukları da beraberinde getireceği düşünülmektedir.
 - (c). *İdari ve Mali Özerkliğe Sahip Sağlık İşletmeleri*
- iv. *Bilgi ve Beceri İle Donanmış, Yüksek Motivasyonla Çalışan Sağlık İnsan Gücü*
- v. *Sistemi Destekleyecek Eğitim ve Bilim Kurumları:* Bu alanda herhangi bir gelişme gözlenmemiştir.
- vi. *Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri İçin Kalite ve Akreditasyon*
- vii. *Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma*
 - (a). *Ulusal İlaç Kurumu*
 - (b). *Tıbbi Cihaz Kurumu*
- viii. *Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim:* Sağlık Bilgi Sistemi: Birçok bilgi sistemi devreye sokulmuştur.
- ix. *Daha İyi Bir Gelecek İçin Sağlığın Geliştirilmesi Ve Sağlıklı Hayat Programları*
- x. *Tarafların Harekete Geçirilmesi Ve Sektörler Arası İşbirliği İçin Çok Yönlü Sağlık Sorumluluğu*
- xi. *Uluslararası Alanda Ülkenin Gücünü Artıracak Sınır Ötesi Sağlık Hizmetleridir*

Tablo 8: Sağlıkta Dönüşüm Programı Dönemindeki Bazı Kanunlar

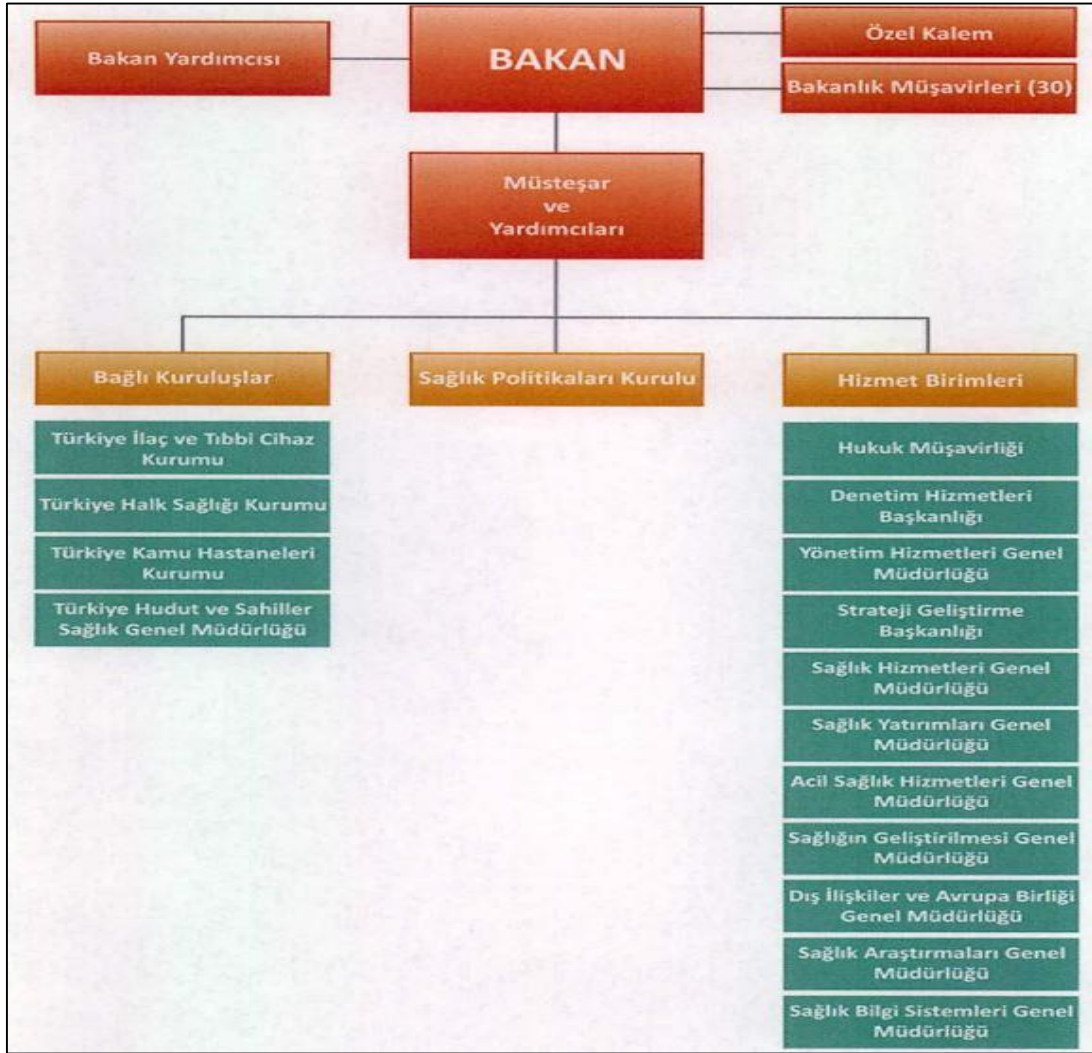
K. Tarih	No	Kanun	Açıklama
06.01.2005	5283	Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin SB'na Devredilmesine Dair Kanun	Kamu hastaneleri tek çatı altında birleştirildi
31.05.2006	5510	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	• Sağlık Sigortaları ile Özel Hastaneler ve Tıp Merkezlerinden Hizmet alınması • Sigortalı / sigortasız salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımlarından ücretsiz yararlanması • Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklarda tüm sigortalılar için yurt dışında tedavi olabilmek imkânı
17.04.2008	5754	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	SSK'lı ve Bağ-Kur'luların sağlık hizmeti alabilmesi için 120 gün olan prim ödeme süresini 30 güne indirdi
14.07.2004	5222	Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	• Yeşil Kartlı Vatandaşların Sigortalılar gibi faydalanması • İlaçların istenildiği eczaneden alınması • Ayaktan tedavilerinde muayene, tetkik-tahlil, ilaç, diş çekimi ve protezi, gözlük ve acil tedavi giderlerinin ödeme kapsamına alınması
19.04.2006	5489	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu	• Diş kanal ve dolgu tedavisi hizmetlerinden ücretsiz faydalanmaları • Müstahak olduğu halde, yeşil kart almadan hastalanan vatandaşlarımızın geçmişe dönük sağlık giderlerinin devlet tarafından karşılanması
24.11.2004	5258	Aile Hekimliği Pilot Uygulaması	
	5502	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu	Birinci bas. sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması
21.01.2010	5947	Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	
24.07.2003	4924	Eleman Temininde Güçlük Çekilen Yerlerde Sözleşmeli Sağlık Personeli Çalıştırılması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	
21.06.2005	5371	Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esasları	Sağlık çalışanlarının tazminat ve çalışma esaslarını düzenlendi.
03.07.2005	5396	Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa Bir Ek Madde Eklenmesi Hakkında Kanun	Ülkemizdeki sağlık hizmet etkinliğinin artırılması açısından; tedavi çeşitliliğini ülke geneline yaymak, bölgesel gelişimi sağlık alanında tamamlamak, hizmet kalitesini arttırmak, maliyet-etkin sağlık hizmeti sunumu için hastane kampüsleri uygulamasına başladı
	5683	Sağlık Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	
11.04.2007	5624	Kan ve Kan Ürünleri Kanunu	Kan ve kan ürünleri ihtiyacının karşılanmasına yönelik düzenlemelerde bulundu
25.04.2007	5634	Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun	Hemşirelik eğitimi yeniden düzenlendi

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003 – 2010 Değerlendirme Raporu), (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010 ve Resmi Gazeteden faydalanılarak derlenmiştir.

9.2. Günümüzde (2011-2015) Sağlık Bakanlığının Yapısı

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname 02.11.2011 tarihinde yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Teşkilatı ile Bağlı Kuruluşları yeniden yapılandırılmıştır. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, Taşra Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlardan oluşmaktadır. Teşkilat şemaları aşağıda gösterilmiştir.¹

Şekil 8: Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilat Yapısı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75778/h/ililce-saglikmudyonetim-rehberi.pdf>; (26.09.2014)

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012 Faaliyet Raporu, Ankara, 2013, ss.20-22

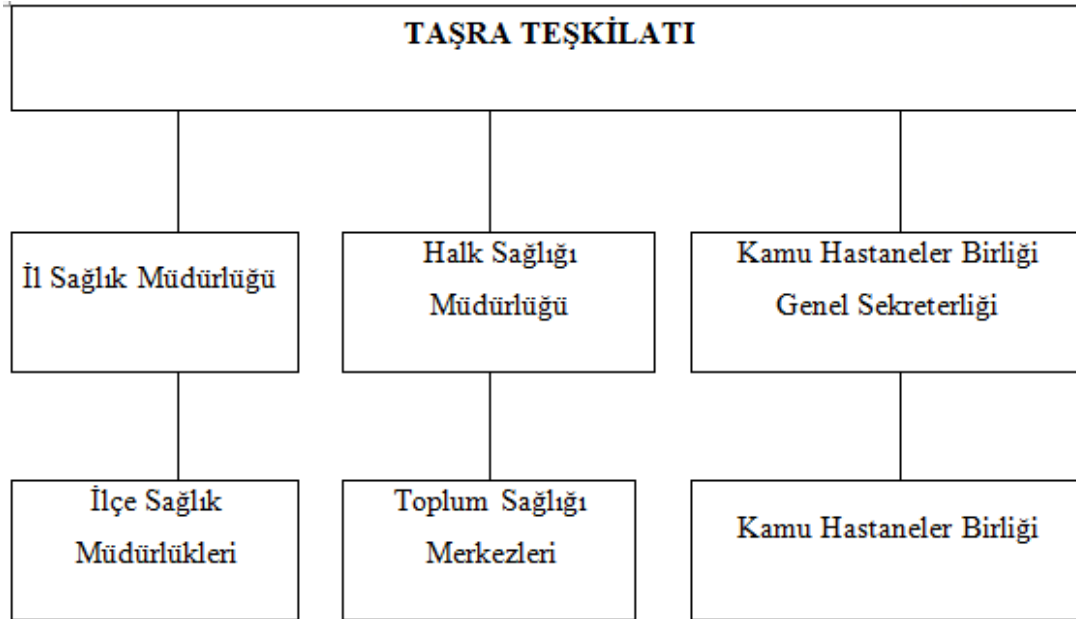
663 Sayılı KHK ile getirilen en önemli değişiklik Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra teşkilatının yeniden tanımlanması olmuştur. Merkez teşkilatı ile politika oluşturma, düzenleme-denetleme ve sistem yönetimi hedeflenirken bağlı kuruluşları ile teknik düzenleme ve hizmet sunumu hedeflenmiştir. Bağlı Kuruluşlara üç yeni kurum eklenmiştir.

Bunlar;

- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
- Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

Bağlı kuruluşlardan Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşradaki yönetim görevi halk sağlığı müdürlüklerince, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun taşradaki yönetim görevi kamu hastane birliklerince kurumlarına bağlı olarak yerine getirilir. İllerde sunulan sağlık hizmetleri Sağlık Müdürlüğü ile birlikte yeni kurulan 2 kurum aracılığıyla birlikte olmak üzere 3 ayrı yapı tarafından yürütülecektir.

Şekil 9: Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilat Yapısı



Kaynak: Ö. Duruhan, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/belge/bakanlik_teskilat_yapi.pdf; (28.07.2014)

İl Sağlık Müdürlüğünün kısaca görevleri şunlardır:

- Bağlı kuruluşların il teşkilatlarının koordinasyonu,
- Acil ve afetlerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- Özel sağlık kuruluşlarının (özel hastane, tıp merkezleri, muayenehane vb.) iş ve işlemlerinin yürütülmesi,
- Kamu ve özel kurumlarda yer alan özellikli hizmet birimlerinin (yoğun bakım, organ nakli, diyaliz vb.) ruhsatlandırılması ve denetlenmesi,
- Bakanlığımız yatırım planlama ve takibi,
- Kamu ve özel hastanelerin denetim, izleme ve değerlendirme faaliyetleri,
- vb. görevler...”¹

Halk Sağlık Müdürlüğü kısaca görevleri şunlardır:

- Halk Sağlığını korumak ve risk faktörlerine yönelik mücadele etmek,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu:
 - * Aile hekimliği,
 - * Bulaşıcı hastalıklar,
 - * AÇSAP,
 - * Çevre Sağlığı,
 - * KETEM vb.
- Obezite, sigara ve zararlı alışkanlıklar ile mücadele,
- Halk sağlığını tehdit eden konularda önlem almak,
- vb. görevler...”²

Kamu Hastaneleri Birliği kısaca görevleri şunlardır:

- II. Ve III. Basamak sağlık hizmeti veren hastane ve ADSM ‘lerin açılması, işletilmesi ve denetlenmesi,
- Bağlı kuruluşlarında hasta hakları, hasta ve çalışan sağlığına ve güvenliğine yönelik tedbirler almak,
- Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak,

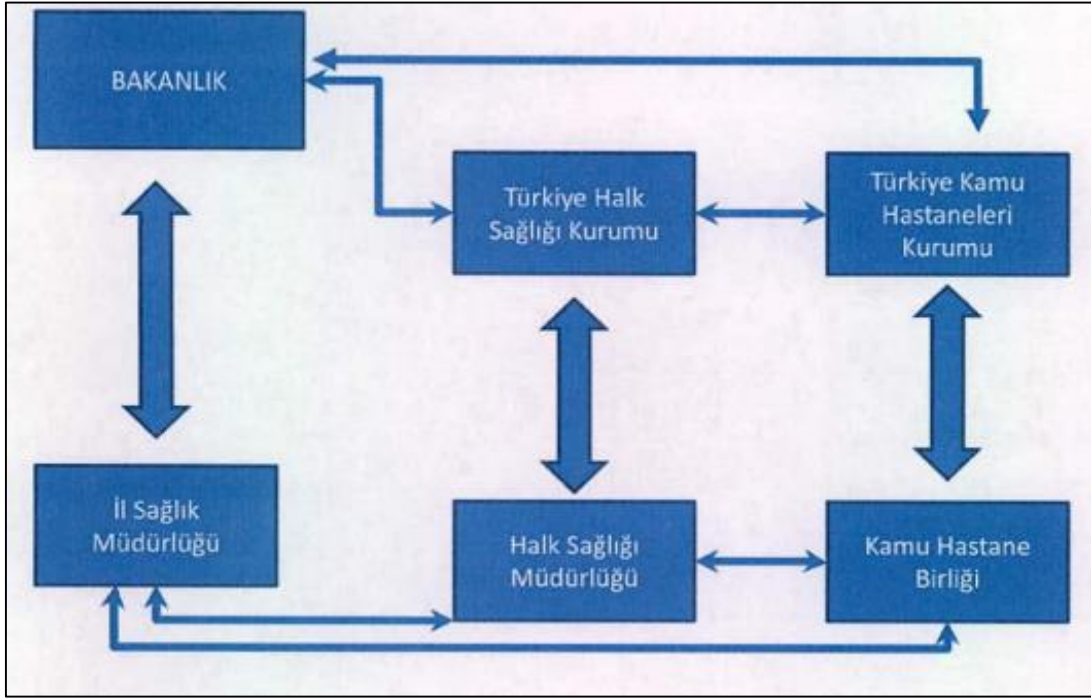
¹ 663 Sayılı Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm>; (05.05.2014)

² 663 Sayılı Kanun; (05.05.2014)

- AMATEM, ÇİM gibi özellikli merkezlerin iş ve işlemlerini gerçekleştirmek
- vb. görevler...

Yukarıda sayılan il sağlık müdürlüğü, halk sağlığı müdürlüğü ve kamu hastaneler birliğinin görevleri tamamı daha önceden sadece İl Sağlık Müdürü tarafından gerçekleştirilmekte iken, bugün bu görevler 3 kurum yöneticisi tarafından gerçekleştirilmektedir.

Şekil 10: Kurumsal İlişkiler Yönetimi



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-75778/h/ililce-saglikmudyonetim-rehberi.pdf>; (26.09.2014)

Yukarıdaki şekilde de görüldüğü gibi Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun taşradaki teşkilatı Halk Sağlığı Müdürlükleridir. Türkiye Kamu Hastanelerin taşradaki teşkilatı ise Kamu Hastaneler Birliğidir. İl Sağlık Müdürlükleri İlde koordinasyonu sağlayan ve bakanlığın direkt taşra teşkilatıdır.

10. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HASTANELER

10.1. Hastanelerin Tanımı

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde Yataklı Tedavi Kurumları olarak hastaneleri şu şekilde tarif eder: “Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe

edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.”¹ Özünde aynı birbirini tamamlara nitelikte olan bir diğerk tanımda Dünya Sağlık Teşkilatı tarafından yapılmıştır. “Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) hastaneleri, ‘müşahade teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırılabilir sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri, yataklı kuruluşlar’ tanımlamaktadır.”² Hastaneler ile ilgili yukarıdaki tanımlara bakıldığında sadece hastalara yönelik olan kısmının ele alındığı görölmektedir. Hastanelerin teşhis tedavi ve rehabilitasyon gibi önemli görevlerinin yanında sağlık hizmetlerinin devamı ve sağlığın gelişimi için eğitim ve araştırma görevlerinin de icra edildiğı yerlerdir.

10.2. Hastanelerin Sağlık Hizmetlerindeki Önemi

İnsanların en önemli gereksinimlerinin başında hiç şüphesiz sağlık gelmektedir. Günümüzde hastaneler toplumu için önemli olan iki unsura sahiptir. Hastaneler hastaların tedavi edilmesi ve toplumun sağlığının korunmasına yönelik iki çeşit sağlık hizmeti verilmesidir. Sağlıklı yaşam sürmek her bireyin temel gereksinimidir. İnsanların sağlıklarını devam ettirebilmelerinde hastaneler önemli bir yere sahiptir. Hastaneler en gelişmiş tıbbi teknolojiden ve laboratuvar imkânlarıyla donatılmış yerler olmasından dolayı bireylerin tedavi olması ve gerektiğı durumlarda düzenli hemşirelik bakımı almaları için hastaneler önemlidir. Ayrıca çok yüksek maliyeti olan bu hizmetlere bireysel anlamda edinilmesi çok zordur. Hastane maliyetleri kullanılan malzeme fiyatları ve çalıştırılan personelin ücretleri ile doğru orantılı olarak diğerk sektörlere göre daha yüksektir.³

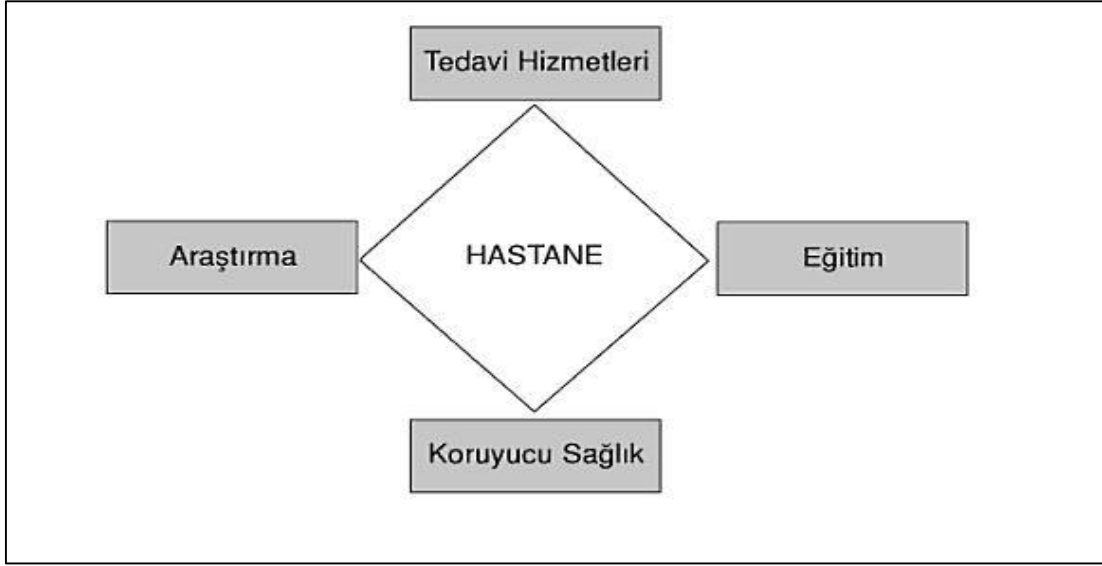
¹ T.C. Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğı, Madde 4; (07.10.2013)

² H.Seçim, Hastane Yönetim ve Organizasyonu- Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İstanbul, 1991, s.5

³ Kavuncubaşı - Kısa, s. 68

10.3. Hastanelerin Sunduğu Temel Hizmetler

Şekil 7: Hastanelerin İşlevleri



Kaynak: Ş. Kavuncubaşı - A. Kısa, Sağlık Kurumları Yönetimi (Ed. N. Uzkesici), Eskişehir, 2002, s. 69

i. Tedavi Hizmetleri: Hastanelerin en temel işlevlerinden birisidir. İleri teknoloji gerektiren cihazların, farklı uzmanlık alanlarındaki hekimlerin ve hekim dışı sağlık çalışanları ile beraberce yürütülen bir hizmet ağıdır. Sağlığı bozulmuş olan hastaların tekrar sağlıklı hallerine dönmeleri için gerekli tıbbi müdahalenin yapıldığı, tetkik, tahlil ve müşahade işlevinin gerçekleştirildiği hizmetleri kapsar. Bu hizmetler uzmanlık gerektiren hizmetlerdir.

ii. Koruyucu ve Geliştirici Sağlık Hizmetleri: Hastanelerde sadece tedavi edici hizmetler verilmemektedir. Ayrıca koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlerde verilmektedir. Hasta olmadığı halde hastaneye gelerek tarama hizmetinden faydalanan kişiler örnek verilebilir. Yine hastanelerde kurulan sigara bırakma merkezleri gibi koruyucu hizmetlerde mevcuttur.

iii. Eğitim Hizmetleri: Eğitim hizmeti verilecek kimselerin kapsamına hem hizmetten yararlananlar hem ileride sağlık hizmeti verecek öğrenciler hem de sağlık çalışanları girer.

Hasta ve Yakınlarına Verilen Eğitim: Hasta ve yakınlarına hastalık hakkında verilen eğitimler bu kapsamda düşünülebilir. Hastanın evde devam edecek tedavisi

hakkında bilgi verilerek hastane de kalış süresi kısaltılarak başkalarının da bu hizmetten yararlanması sağlanır. Yine toplum sağlığını tehdit eden hastalıklar hakkında veya hijyen gibi sağlıklı yaşamın ayrılmaz konuları hakkında halkın anlayacağı şekilde basılmış broşür vb. dokümanlarla hastaların eğitime katkıda bulunulur.

Öğrencilere Verilen Eğitim: Hastanelerde yarının sağlık çalışanları olacak tıp ve diğer sağlık ile ilgili okullarda okuyan öğrencileri teorik olarak okullarında öğrendikleri bilgileri uygulama sahasında görmeleri ve alışmaları için verilen eğitimi kapsar.

Sağlık Çalışanlarına Verilen Eğitim: İşe yeni başlamış personellerin işe alışmaları için verilen uyum eğitimleri, bilgilerin tazelenmesi için veya sürekli artmakta olan tıp bilgisi ve gelişmekte olan cihaz bilgilerinin personellere aktarmak için verilen hizmet içi eğitimler, hekimlere yönelik verilen sürekli tıp eğitimleri bu kapsamda verilen eğitimlerdir.¹

iv. Araştırma Hizmetleri: Hastanelerin bir diğer işlevi, araştırmadır. Tıbbi araştırmaların amacı, yeni ortaya çıkan veya tedavisi bulunmayan hastalıkların (örneğin kanser, aids vb.) tedavi yöntemini belirlemek veya mevcut tedavilere göre daha etkili tedavi yöntemi geliştirmektir.²

¹ Ü. Baykal, Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma, İstanbul Üniversitesi(İÜ), SBE, YDT, İstanbul, 1994, s.104

² Kavuncubaşı - Kısa, s. 70

İKİNCİ BÖLÜM

PERFORMANS YÖNETİMİ VE PERFORMANS DEĞERLENDİRME

1. PERFORMANS KAVRAMI

1.1. Performans Kavramının Tanımı

Performans kelimesi sözlükte başarıml olarak açıklanmaktadır. “Köken olarak İngilizce performance kelimesinden gelen performans kavramının, Türkçe karşılığı “iş başarıml” ve “herhangi bir işte gösterilen başarı derecesidir.”¹ Burada performans; bir etkinliğin sonucunun, çıktıların, elde edileninin değeriini anlatan bir kavramdır.

Konunun uzmanları tarafından performans terimi çeşitli şekillerde ele alınmıştır. “Performans sözcüğü, belirli bir zaman birimi içerisinde üretilen mal veya hizmet miktarı olarak tanımlanmakta ve alanyazında işlevine göre ‘etkinlik’, ‘verim’, ‘çıktı’ kavramlarıyla, bunun yanı sıra bireyin yeteneğı ve motivasyon arasındaki etkileşimin bir sonucu şeklinde ifade edilmektedir.”² Yani bireyin çalışmasının sonuçla ilişkilendirilmesi ne kadar katkıda bulunduğunun tespiti denilebilir. “Burada performans, bir işi yapan bireyin, bir grubun ya da bir kuruluşun o işle amaçlanan hedefe ne ölçüde ulaşabildiğinin nicel ve nitel olarak ifadesidir. Kısaca herhangi bir işte gösterilen başarı derecesidir.”³ Özer, burada performans kavramını işçi - ürün ilişkisi bağlamında ele almıştır.

Bolat ise performans kavramı hakkında şunları söyler: “Performans, belirlenen koşullara göre bir işin yerine getirilme düzeyi veya çalışanın davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır. Performans bir çalışanın belirli bir zaman kesiti içerisinde kendisine verilen görevi yerine getirmek suretiyle elde ettiğı sonuçlardır.

¹ G. Bolat, Performansa Dayalı Ücret Sisteminin İşgören Motivasyonuna Etkisi, Atılım Üniversitesi (ATLÜ), SBE, YYLT, 2012, Ankara, s.3

² M.A. Helvacı, s.156; D.,Torrington, L., Hall, Personel Management. HRM in Action, 1995, s.316; H. Kalkandelen, Örgütlerde Yeniden Yapılanma ve Norm Kadro, Ankara, 1997, s.154 den alıntı

³ M.A. Özer, “Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, S.73, Nisan-Haziran 2009, ss.4-5; Y., Okur, Türkiye’de Kamu Denetimi, Değişim Süreci ve Performans Denetimi, Ankara, 2007.s.53 den alıntı

Yani görevin gereği olarak önceden belirlenen kriterleri karşılayacak biçimde görevin yerine getirilmesi ve amacın gerçekleştirilme derecesidir.”¹ Bolat, işçi-davranış biçimi-sonuç bağlamıyla değerlendirmiştir.

1.2. Performansı Etkileyen Faktörler

1.2.1. İşgörene Bağlı Faktörler

Performansı etkileyen önemli etmenlerin başında hiç şüphesiz İşgörenin kendisi ile ilgili olan özellikleri gelir. İşgörenin yaşı, cinsiyeti, zeka düzeyi, yetenekleri, ilgileri, sosyo-kültürel özellikleri, psikolojik özellikleri gibi etkenler performansı etkileyen etmenlerdir.

İşgörenin yaşı işe göre değişiklik gösterebilir. Dinamiklik ve enerji isteyen işlerde daha enerjik olan gençler, yaşı ilerlemiş olan kişilere göre daha fazla performans gösterebilirken, tecrübe isteyen işlerde ise yaşı ilerlemiş İşgörenler o işte uzun süre çalışmalarının verdiği tecrübe ile bir adım öne geçeceklerdir. Dolayısı ile yaş performansı etkileyen bir etmen olacaktır.

Diğer taraftan cinsiyette performansa etki eden etmenlerdendir. Kadın ve erkek yaratışı itibari ile aynı şekilde donatılmış varlıklar değildir. Bedensel, psikolojik ve sosyo-kültürel farklılıkları aynı işlerde farklı performans göstermelerine sebep olacaktır. Bazı işlerde kadınların daha başarılı olması bazı işlerde de erkeklerin başarılı olması bu fitri yapılarının farklılığından kaynaklanmaktadır. Herkes aynı zekâyâ sahip olmadığı için İşgörenin zekâ düzeyi ile paralel olamayan işlerde daha düşük performans gösterecekken, yine kendisinden daha zeki olan kimselerden de daha az performans gösterecektir.

Kişilerin yetenek ve ilgileri de performansa etkileyen etmenler arasındadır. Kişinin ilgi alanına giren işlere tahammülü fazla olacağı gibi daha başarılı olacağı da açıktır. Yapılan iş veya hizmetin gereği olan beceri ve yeteneğe sahip İşgörenle böyle

¹ Bolat, s.3; A. A.Küçük, Kamu Performans Değerlendirme Sistemi ve Kamu Sağlık Sektöründe Bir Araştırma, İÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2005, s.15’ ten alıntı

olmayan aynı başarıyı gösteremeyecektir. Hesap kitap ile arası iyi olmayan ve muhasebe ile ilgili programlara kolayca alışamayan birisinin mutemet olması ile sayısal yeteneği olan ve bilgisayar bilgi düzeyi iyi olan birisi arasında elbette performans farkı olacaktır.

1.2.2. İşletmeye Bağlı Faktörler

İşgörenin performansını etkileyen etmenlerin önemli bir bölümü de işletmeye bağlı faktörler başlığı altında toplayabileceğimiz çalışma koşulları, örgütsel etmenler, iş tasarımı ve yönetim politikaları oluşturmaktadır. Bir örgütte uygulanan yönetim politikası ile İşgörenin performansı arasında yakın bir ilişki olduğu kabul edilir. Yönetim politikası kadar iş tasarımı da İşgörenin performansını etkilemektedir. Yapılan araştırmalar İşgörenlerin başarısında sahip oldukları yeteneklere uygun örgütsel görevde bulunup bulunmadıklarının önemli olduğunu ortaya koymuştur. İşgören, kendi nitelikleri ile işin nitelikleri arasındaki uyum derecesinde performans gösterecektir.¹

1.2.3. Çevresel Faktörler

Belirli bir çevrede varlıklarını sürdüren örgütler çevreleriyle yakın ilişki kurmak, çevrelerinden bazı girdiler almak ve çevrelerine bazı çıktılar vermek zorundadırlar. Gerek bütünüyle örgütün, gerekse örgütü oluşturan işgörenlerin performansı geniş ölçüde çevreyle kurulan bu ilişkilerin niteliğine bağlıdır. Toplumsal, ekonomik, siyasal ve kültürel çevreyi oluşturan çeşitli etmenlerin işgörenlerin performanslarını ve bir bütün olarak da örgütün işleyişini etkiledikleri çeşitli şekillerde ortaya konmaktadır.²

¹ H. Timur, “Personel Başarı Değerlendirilmesi ve Türk Adli Yargı Örneği”, TODAİE Dergisi, C.16, S. 3, (Eylül, 1983), Ankara, ss.6-7

² Baykal, s.24; H. Ülgen, İşletmelerde Organizasyon İlkeleri ve Uygulaması, İÜ, İstanbul, 1990, s.130’dan alıntı

1.3. Performans Yönetim Kavramı

Teknolojik gelişmelerin etkisi ile ulaşım ve haberleşme alanında birçok gelişmeler olmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak dünya, küçülen bir köy halini almaya başlayınca uluslararası etkileşimler artmış ve rekabet ortamı özelde ve kamuda kendini göstermeye başlamıştır. Böylece insan kaynakları yönetimi, personel yönetimi anlayışının yerini almaya başlamış ve işgören bir maliyet ögesi veya bir nesne gibi algılanmaktan çıkarak örgütün en önemli unsuru olarak kabul görmeye başlamıştır.

Giderek küresel ölçekte yaşanmaya başlanan rekabette rakiplerin önünde olabilmenin, başarıya ulaşabilmenin ve hepsinden önemlisi elde edilen başarıyı sürekli kılabilmenin yolu, sadece değişimlere ve gelişimlere hızlı bir şekilde ayak uydurabilmek önemli olmakla birlikte dinamik bir yapıya sahip olabilmekten de geçmektedir. Bu gerçeği önemseyen kuruluşlar, gerek teknolojik gelişmeler gerek ise zihinsel dönüşümlerin olduğu sürekli değişimin ve gelişimin kaçınılmaz olduğu zamanımızda, yönetsel etkinliğin ve örgütsel verimliliğin kilit kelimesinin “insan” olduğu gerçeğini de açığa çıkarmış durumdadırlar.¹

İnsan kaynakları yönetimi ile personel yönetimi arasında sadece biçimsel bir fark yoktur. Personel yönetimi anlayışında örgüt çalışanlarına geleneksel yönetim kültürü ile bakan ve otokratik bir yönetim anlayışı mevcuttur. Oysaki İnsan kaynakları yönetimi anlayışında örgüt çalışanlarının katılımcı, ekip çalışmasını öne çıkaran, motive edici ödül-külfet dengesinin kurulduğu, çağdaş performans değerlendirme ölçütlerini benimseyen, örgütte insanın özne konumunda olduğu, çevresel koşullara duyarlı, proaktif yönetim kültürünü benimsemiş ileri bir yönetim anlayışını temsil etmektedir.² “Eleman aranıyor” ilanlarının yerini “Bizimle çalışmak ister misiniz?” şeklinde ilanlar yer alması bu anlayışın neticelerindendir. Diğer taraftan örgütlerde performans yönetimi de önem kazanmaya başlamıştır.

¹ L. Bayram, “Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif:360 Derece Performans Değerlendirme”, Sayıştay Dergisi, S. 62, Ankara, 2006, s.47

² A. Açıkalın, Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağı Yönetimi, Ankara, 1996, s.301

Varlığını sürdürmek isteyen, misyonunu en iyi şekilde yerine getirmek isteyen, mevcut imkânları ile en iyi işi ortaya koymak isteyen örgütler performans yönetimine önem vermek zorundadır. “Performans yönetimi, örgüt içinde İşgörenleri kendi potansiyellerinin farkına varmalarını sağlayarak, örgütlerden, takımlardan ve İşgörenlerden daha etkin sonuçlar almak için hedef belirleme, değerlendirme, geri bildirim, ödüllendirme aşamalarından oluşan sistematik bir yönetim aracıdır.”¹ Eğer bu araç iyi kullanılabilirse mutlu ve verimli çalışan bireyler, dolayısı ile yüksek performansı yakalamış işletmeler söz konusu olacaktır. “Performans yönetimi, performansın sürekli iyileştirilmesini amaçlayan sonuç odaklı bir yönetim anlayışı...”² olduğundan iyi bir performans yönetimi kaliteye de etki edecektir.

Performans yönetiminin en önemli bileşenlerinden birisi de performans değerlendirmesidir. “Performans yönetimi, performans değerlendirmeyi statik bir değerlendirme faaliyeti olarak ele almayıp, dinamik bir süreç olarak ele alarak, personelin performanslarını planlama, değerlendirme ve geliştirmeyi amaçlayan ve konuya daha geniş bir açıdan yaklaşan örgütsel sistem olarak tanımlanabilir.”³ Performans değerlendirme kavramına geçmeden önce performans kavramının üzerinde durulması faydalı olacaktır.

2. PERFORMANS DEĞERLENDİRME: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Performans Değerlendirme Kavramı

Ölçülemeyen şeyin anlaşılmayacağı aşikârdır. Bir işletmeyi kontrol etmek, iyileştirmek ve yönetmek için ölçmek gerekir. İster özel sektör için düşünölsün isterse kamu sektörleri için düşünölsün performansın ölçölmesi, değerlendirilmesi ve analiz edilerek yönetsel verilere dönöştürölmesini gerektirmektedir.

Performansın örgüte bir değör katıp katmadığını anlayabilmek için performansın değörlendirilmesi gerekmektedir. Performansı değörlendirilmeyen bir

¹ M.A. Helvacı, “Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi”, Ankara Üniversitesi(AÜ). Eğitim Bilimleri Faköltesi (EBF) Dergisi, C.35, S.1-2, Ankara, 2002, s.155

² E. Yenice, “Kamu Kesiminde Performans Değerlendirmesi”, Maliye Dergisi, S.150, Ocak-Haziran 2006, s.122

³ T. Kaynak – ve diğ., İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul, 1998, s.206

örgütün iyiye mi kötüye mi gittiği anlaşılamaz. Performans değerlendirme, işgörenden yapması beklenen iş ve işlemlerin hangi ölçüde gerçekleştirildiğinin belirlenmesi süreci veya bir işgörenin iş tanımı olarak belirlenen işlerde, belirli bir zaman aralığında önceden tespit edilen hedefleri ne derecede gerçekleştirebildiği eleştirisi ve değerlendirilmesi şeklinde tanımlanabilir. Diğer bir ifadeyle performans değerlendirme; reel başarı ile talep edilen başarı arasındaki farkı belirlemeye yarayan süreçtir.¹

Performans değerlendirme ifadesi farklı şekillerle de ifade edilmiştir. “Türkçe literatürde ‘başarı değerlemesi’, ‘liyakat takdiri’, ‘işgören boylandırma’ gibi terimlerle de ifade edilen performans değerlendirme kısaca çalışanların iş ya da görevlerindeki başarısı değerlendirme sürecidir. Performans değerlendirme işi değil, işi yapan çalışanı ve onun başarısını/başarısızlığını değerlendiren bir süreçtir.”² Şimşek, iş değerlendirmesi değil bilakis işgören değerlendirmesi olduğunu vurgulamıştır. Helvacı ise performans değerlendirmeyi aynı bağlamda ele alarak şu şekilde ifade etmiştir: “Performans değerlendirme, bir değerlendiricinin önceden saptanmış standartlarla karşılaştırma ve ölçme yoluyla, işgörenlerin işteki performansını değerlendirmesi sürecidir.”³ Örgütlerin en önemli unsuru olan işgörenlerin değerlendirilmesi, doğrudan örgütün değerlendirilmesi ile paralellik arz edecektir.

2.2. Performans Değerlendirmenin İlkeleri

İşgörenlerin performansının değerlendirmesi ve ölçülmesi işleminde uyulması gereken temel ilkeler şunlardır: ⁴

- Öncelikle ölçütler objektif ve ölçülebilir olmalıdır. Sübjektif kriterler ve ölçülemeyen kriterler ile elde edilen sonuç doğru olmayacağı için değerlendirilen performansın bir anlamı olmayacaktır.

¹ Bolat, s.3; A. Ergin, Takım Temelli Örgütlerde Performans Değerleme Sistemleri, MÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2000, s.2’den alıntı

² M.Ş. Şimşek - H.S. Öge, Stratejik ve Uluslararası Boyutlarıyla İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, 2007, s.283

³ M.A. Helvacı, s.159; M. Palmer - K. Winters, İnsan Kaynakları (Çev. D. Şahiner), İstanbul, 1993, s.9’dan alıntı.

⁴, “Performans Değerlendirme Ölçütleri”, <http://www.vanilozelidaresi.gov.tr/sicerik/dosya/performans.pdf>, (16.10.2013)

- Kriterler yapılan işle ilgili olmalıdır. Özel hayata ilişkin ayrıntılı değerlendirmelere yer verilmemelidir: İşgörenin işi ile alakalı olmayan özel hayatına dair bir değerlendirme işe yönelik performansı ölçmeyecektir.

- Performans kriterleri çalışanlar tarafından önceden bilinmelidir: Ölçülecek kriter çalışan tarafından bilinmediği zaman çalışan motivasyonunu olumsuz etkileyecektir.

- Performans değerlendirme ve ölçme formlarında bir puanlama varsa bu puanlamanın dağılımında da objektiflik olmalıdır: Puanlamanın objektif ölçütlere göre belirlenmemesi sonucunda iş – puan dengesizliği çalışanlar arasında olumsuz sonuçlara sebep olur.

- Performans değerlendirme ölçütleri tespit edilirken çalışma sonuçlarının ölçülmesine özen gösterilmelidir: Çalışma sonuçları ifadesi ile üretim sektöründe ürünün, hizmet sektöründe verilen hizmetin ölçülmesi düşünülmelidir. Sadece süreci ölçen fakat sonucu ihmal eden bir değerlendirme sağlıklı sonuç vermeyecektir.

- Çalışanın liderlik ve yöneticilik yeteneği de performans değerlendirme ve ölçülmesinde dikkate alınmalıdır: Birçok araştırmada liderlik ve yöneticilik yeteneği ile performans arasında doğru orantı olduğu tespit edilmiştir.

- Çalışma grupları içerisinde uyum ve işbirliği dâhilinde çalışma durumu da dikkate alınmalıdır: Organizasyonlarda grup çalışmalarının önemi açıktır. İşgörenlerin birbirleri ile uyum ve işbirliği içinde çalışabilmeleri örgütlerin başarısını doğrudan etkileyecektir. Bunun için bireysel özelliklerin grup çalışmalarına tesir eden yönleri de dikkate alınması gerekmektedir.

- Kurum çalışanlarının performanslarının değerlendirilmesinde vatandaşların çalışanlar hakkındaki şikâyetleri de esas alınabilir: Örgütlerin sundukları hizmetin o hizmeti tüketenler tarafından ne şekilde algılandığı da önemlidir. Tüketici gözü ile değerlendirilmeyen performanslar tam anlamı ile değerlendirilmiş olmaz.

2.3. Performans Değerlendirmenin Amaçları ve Yararları

Performans değerlendirmede asıl amaç çalışanların yerine getirmekle yükümlü oldukları işlerini ne derece ulaştıklarını gösteren bir geribildirim verilerek,

kurum için birey bazında katkılarını arttırmaktır. Performans değerlendirmesi, hem çalışanlar açısından hem de örgütler açısından önem taşımaktadır.¹ “Performans değerlendirme ile örgüt içerisinde yer alan tüm bireyler etkinliklerini, yeterliliklerini, fazlalıklarını, yetersizliklerini gözden geçirme fırsatı bulacaklar ve sonrasında çalışan, eksiklikleri ve yetersizlikleri ortaya çıktığında bunları giderme ve yeteneklerini geliştirme imkânı kazanacaktır.”² Öyleyse performans değerlendirmesinin yöneten, işgören ve örgüt açısından beklenen bir takım yararları vardır. Gazi tarafından maddeler halinde sıralanan bu yararlar aşağıda açıklanarak sunulmuştur:³

2.3.1. Değerlendiren (Yönetici) Açısından Yararları

Performans değerlendirmenin değerlendiren yani yönetici/işveren açısından yararları aşağıda verilmiştir.

- ***Bireylerin ve Örgütün Performansının İyileştirilmesi:*** Bireylerin performansları değerlendirilip geri bildirimle yapılarak sorun teşkil edilen noktaların iyileştirilmesi mümkün olacaktır. İşgören eksikliklerini görecektir ve bu eksiklikleri tamamlayarak bireysel bazda performansına katkı sağlayacaktır. İşgöreninin performansı ile örgütün performansı doğru orantılı olduğu için örgütün performans iyileşmiş olacaktır.
- ***İletişiminin İyileştirilmesi:*** Performans değerlendirme ile çalışan - işveren arasında, çalışan – müşteri arasında olumlu neticelere sebep olacaktır. Bu sebeplerin başında da iletişim gelmektedir.
- ***Personelin Zayıf ve Güçlü Yönlerinin Belirlenmesi:*** Performansı değerlendirilen çalışanın hedefleri gerçekleştirme durumu, dolayısı ile başarılı veya başarısız olduğu yönler tespit edilecektir. Zayıf yönleri için alınan geri bildirimlerle iyileştirme imkânı oluşacaktır.

¹ G. Memiş, Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Niğde Devlet Hastanesi’nde Görevli Sağlık Personeli Üzerine Bir Araştırma, Niğde Üniversitesi (NÜ), SBE, YYLT, Niğde, 2010, s.28; M.N., Vinson, The Pros and Cos of 360 Degree Feedback, 1996, ss.11-12 den alıntı

² Bayram, s.50

³ A. Gazi, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi, Gazi Üniversitesi(GÜ), SBE, YYLT, Ankara, 2006, ss.18-19

- **Gelişme Gereksinimlerinin Ve Personelin Eğitim İhtiyaçlarının Ortaya Konması:** Performans değerlendirmenin amaçları arasında işgörenin eksik yanlarının anlaşılıp bu alanlara yönelik eksikliğin giderilmesi de vardır. Dolayısıyla işgörenin bu yönlü gereksinimleri ve eğitim ihtiyaçları ortaya konulmuş olacaktır.

- **Gizli Gücün Ortaya Konması Da Ortaya Çıkan Yararlardandır.**

- **Yetki Devrini Artıran Alanların Bulunması, Öğrenilmesi:** İşgörenin işi ile alakalı alanlarda işveren için bazı ipuçları vereceğinden hangi işlemler için yetki devri yapılacağına tespitinde performans değerlendirme önemli ipuçları verir.

- **Değerlendirme İçin Yeterince İmkân Sağlanması:** Çalışanların tutamlarını belirlemede değerlendirilen kriterler açısından imkân verecektir.

- **Düzeltilici Önlemler İçin Yeterince Fırsat Sağlanması:** Eksikliklerin tespiti, düzeltilmesi ve geliştirilmesi bakımından performans değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

- **İş Doyumunu Artırmaya Yönelik Daha Geçerli Bilgi Sağlanması:** Performans değerlendirmelerinin değerlendirici açısından bir yararı da işgörenin yaptığı işten zevk alması o işi daha yüksek performans göstermesine sebep olacağından iş doyumunu artırmaya yönelik bilgiler elde edilir.

- **Personelin Tutumlarına İlişkin Daha Geçerli Bilgi Edinme:** İşgörenin belirlenen hedefleri ne derecede ulaştığına ilişkin tutumlar hakkında bilgi verir.

- **Yöneticilik Becerisini Sergileme Olanakları Kazanma:** Astları ve gösterdiği performans hakkında edinilen bilgiler yönetim açısından değer taşımaktadır.

2.3.2. Değerlendirilen (Astlar) Açısından Yararları

Performans değerlendirmenin değerlendirilen yani astlar/işgören açısından yararları aşağıda sunulmuştur.

- **Kendi Rolünü Belirleme ve Ona Açıklık Kazandırma:** İşgören performans değerlendirmesi sonucunda kendisine dönülen geribildirimlerle durumu hakkında bilgi sahibi olacak ve böylece örgütteki rolü ortaya çıkacaktır.

- **Çalışma İlişkilerinin İyileştirilmesi:** Performansı değerlendirilen işgörenin başarısız olduğu iş ve işlemlerinin nedenleri araştırılarak mevcut engeller kaldırılabilir.

- ***İşten Elde Edilen Doyumun Artması:*** Gösterdiği performansın olumlu sonuçları karşısında iş doyumunu da oluşacaktır.
- ***Kendindeki Güçlü Yönleri Öğrenme Olanakları:*** İşgörenin yaptığı iş ile alakalı doğru kriterlerin neticesinde tespit edilen yüksek performansa gösterdiği işlemlerde işgörenin kendinin başarılı olduğu alanları tespit etme imkânı verecektir.
- ***Örgütün ve Kendi Biriminin Hedeflerini Tartışma Olanakları:*** Genel sonuçların çalışanlara geri bildirimi sonucunda örgütün performansını, örgütün performansına birimim etkisini ve hatta bireylerin katkılarını gözlemleme, tartışma ve alınacak tedbirler olanağı sağlar.
- ***Sağlanan Eğitimle İlişkilerin Görülmesi:*** Önceki performans değerlendirme sonucunda eksikliğin tespiti neticesinde uygun görülen ve uygulanan eğitimlerin daha sonraki değerlendirmeler ile ne derecede başarılı olduğu gözlenebilir.
- ***Gelişmeye İlişkin Planlarla İlişkilerin Görülmesi:*** Ortaya koyulan planlamaların ne düzeyde gelişmeye etkilediği değerlendirilebilir.
- ***Kişî Düzeyinde Bireysel Psikolojik Bir İhtiyacın Görülmesi Açısından da Faydalıdır.***

2.3.3. Örgüt Açısından Yararları

Performans değerlendirmenin örgüt/işletme/tesis açısından yararları aşağıda verilmiştir.

- ***Bireylerin Performanslarının İyileştirilmesi:*** Belli aralıklarla yapılan performans değerlendirmeleri bireylerin performansları hakkında bilgi verir. Bireyler eksikliklerini görerek iyileştirmeye gideceği için performansları da zamanla iyileşecektir.
- ***Birimlerin Performanslarının İyileştirilmesi:*** Bireylerin performansı iyileştikçe çalıştıkları birimin performansına etki edecektir.
- ***Karlılığın Arttırılması:*** Yüksek performansa sahip işletmeler kaliteli ürün / hizmet çıktısına sahip olacaklardır. Yine maliyet düzeyinde düşüş olacaktır. Bu ise karlılığa sebep olacaktır.
- ***Verimin Arttırılması:*** Performans ile verim arasında doğru orantı vardır.
- ***Hizmetin Kalitesinin İyileştirilmesi:*** Geri bildirimler iyileşmeye ve verilen hizmetin kalitesinin artmasına sebep olacaktır.

- **Personel Devrine İlişkin Bilgilerin Daha Geçerli Hale Getirilmesi:** İşverene personellerin durumu hakkında daha sağlıklı veri elde etmesini sağlar.
- **Örgütteki Eğitim İhtiyaçlarının Daha Güvenilir Hale Getirilmesi:** Doğru karar verebilmek için sağlıklı verilerin elde olması gerekir. Yetkin kimseler tarafından doğru kriterler ile hazırlanmış bir performans değerlendirmesi örgüt ve çalışanları hakkında en sağlıklı bilgileri elde etmesine sebep olacaktır. Bu bilgiler ile tespit edilen eğitimler daha güvenilir olacaktır.
- **Eğitim Bütçesinin Daha Kolay Yapılması:** Eğitim ihtiyaçları daha doğru tespit edileceği için bütçe tespiti kolay olacaktır.
- **Eğitim Etkinliklerinin Değerlendirilmesi, Yeteneğinin Arttırılması:** Eksikliklere yönelik yapılacak eğitimlerin değerlendirme sonuçlarına göre başarısı ölçülebilir.
- **Kısa Vadeli Gereksinmelere Uyarlama Yeteneği Kazandırır.**
- **Ücret Skalalarının, Planlamakta ve Gerçeğe Uyumlu Kılmakta Daha Yetenekli Hale Getirilmesi Açısından Yararlıdır.**
- **Kurum Düzeyinde Motivasyona Yönelik Bir İhtiyacın Görülmesi Açısından Yararlıdır.**

2.4. Performans Değerlendirmenin Önemi

Bilindiği gibi performans değerlendirmesi asıl olarak bireyi odak noktası seçmiştir. İşletmelerde değerlendirme insan ile başlar ve onunla ilgisi olan düzenlemelerle birlikte insanla sona erer. Bireyin işletmeyle uyumsuzluğu, işletmenin çalışmasını anında bozabileceğine ve etkinliği hemen azaltabileceğine göre bireyi iyileştirmeye, onun örgütle uyumunu maksimize etmeye yönelik bir çalışma olan performans değerlendirmesinin bu açıdan ne denli önemli bir çalışma olduğu kolayca anlaşılabilir.¹

Baykal performans değerlendirmenin önemini şu şekilde vurgulamıştır: “Performans değerlendirme, diğer tüm yönetim fonksiyonları gibi örgütün başarıya ulaşması için, örgütteki bireylerin başarısı ile örgütün başarısı arasında uyum

¹ Gazi, s.17

sağlamayı gerektirmektedir. Yani, bireylerin performanslarının artmasıyla, örgütünde bir bütün olarak başarısı artacaktır. Örgüt varlığını sürdürebilmek için, çalıştırdığı bireylerin görevlerini ne ölçüde yerine getirdiklerini kontrol etme zorunluluğundadır.”¹ Baykal’ın ifadelerinden de anlaşıldığı gibi performans değerlendirme sadece bireylerin başarısını değerlendirme açısından önemli değildir. Örgütün başarısını artması ve hatta varlığını devam ettirmesi açısından da önem arz etmektedir.

2.5. Performans Değerleme Süreci

Performansı değerlendirme süreci önemli süreçlerden birisidir. Geleli, bu süreç hakkında şu bilgileri vermektedir. “Performans değerlendirme sistemini kurmak ve özellikle kurulan sistemi işletmek kolay değildir. Firmanın yapısına ve kültürüne uygun sistemi seçmek, kurmak ve işletmek bir uzmanlık işidir. Rastgele bir performans sistemi kurmak yerine hiç bu işe girişmemek belki de daha doğru bir davranış olacaktır. Performans değerlendirme sistemi kurulabilmesi için öncelikle belirli bir sürecin başlatılması ve ön çalışmaların yapılması gerekir. Burada, değerlemenin kimlere uygulanacağı, kimler tarafından uygulanacağı, değerlendirme periyotlarının ne olacağı, ne zaman gerçekleştirileceği, hangi değerlendirme yönteminin gerçekleştirileceği, hangi değerlendirme yönteminin seçileceği gibi konuların açık ve anlaşılır bir biçimde belirlenmesi söz konusudur.”² Geleli, performans değerlendirme sürecinde firmaya uygun doğru seçilecek performans değerlendirme kriterlerine dikkat çekmiş ve anlaşılan o ki, rasgele bir değerlendirme değil profesyonel yapılacak bir değerlendirmeye atıf yapmıştır.

2.5.1. Performans Kriterleri Belirlenmesi

Performans değerlendirme ilkelerinde bahsedilen hususlar göz önünde bulundurularak performans değerlendirme kriterleri belirlenir. Performans kriterlerinin belirlenmesi son derece önemli bir iştir. İşin uzmanları tarafından yapılmadığı zaman

¹ Baykal, s.3

² M.F. Geleli, “Performans Değerlendirme Sistemi”, http://ikplatform.com/index.php?option=com_content&view=article&id=385:nsan-kaynaklarinda-performans-deerleme-sistemi&Itemid=124, (27.10.2013)

performans değerlendirmeden beklenen fayda sağlanmayacağı gibi olumsuz neticelere sebep olabilir.

2.5.2. Performans Standartlarının Belirlenmesi

Performans standartları, hem yöneticiler hem de işgörenler için iki tür bilgi içerir. Bunlardan birincisi neyin yapılması gerektiğidir. Bu da kişinin yapmakla sorumlu olduğu görevleri yani görev tanımlarını içerir. İkincisi ise nasıl yapılması gerektiğidir. Performans standartları ikinci sorunun cevabını vermeyi amaçlar. Standartlar bir bakıma değerlendirme hedeflerinin belirlenmesini ifade eder. Genellikle performans standartları kantitatif ve kalitatif olmak üzere işlerin iki yönünü içerirler. Kantitatif standartlar arasında belirli bir işin gerçekleşmesi için gerekli zaman, yapılan hata sayısı, ziyaret edilen müşteri sayısı sayılabilir. Kalitatif standartlar için ise işin kalitesi, verileri analiz etme yeteneği konusunda belirlenen ölçütler sayılabilir. Standartlar çalışanın ne kadar başarılı olduğunu belirlemeye yönelik ölçütlerdir. Örneğin, satış kriterine göre değerlendirilen bir çalışan için ayık 250 ünitelik bir satış standart kabul edilebilirken, 400 ünitelik bir satış bu standartlar doğrultusunda üstün bir performans olarak kabul edilebilir.¹ Standartların şu özellikleri taşıması gerekir.

- **Spesifiklik:** Performans yönetiminin önemli bir unsuru da çalışandan neyin beklendiği ve başarının nasıl ölçüleceği konusunda ortak bir dil oluşturmaktır. Her çalışan kendisinden neler beklendiğini tam olarak bilmelidir.

- **Ölçülebilirlik:** Performans ölçümü, standartlar sayısal olarak ifade edilebildiği takdirde daha kolay yapılabilir. Ölçülemeyen bir standardın anlamı olmayacaktır.

- **Gerçeklik:** Standartlar gerçeğe uygun olmalıdır. Gerçeğe uygun olmayan, ulaşılması mümkün olmayan standartlar işgören tarafından kabul görmeyebilir.²

¹ Geleli, “Performans Değerlendirme Sistemi”, (27.10.2013)

²....., “Performans Değerlendirme”, <http://www.bilgekoyun.com/post/97766104782/performans-degerlendirme>; (27.10.2013)

2.5.3. Değerlendirme Yönteminin Belirlenmesi

Örgütler birbirinden farklı özelliklere sahiptirler. Küçüklüğü büyüklüğü, kamu veya özel oluşu, sunduğu hizmet özelliği gibi birbirinden ayıran bazı yönleri vardır. Performans değerlendirme yöntemlerinden biri bir örgüt için ideal iken diğer örgüt için uygun olmayabilir. Bunun için her örgüt kendi yapısına, konumuna ve özelliklerine en uygun değerlendirme yöntemini tespit etmelidir.

2.5.4. Değerlendirme Süresinin Belirlenmesi

Performans değerlendirme genellikle belli sürelerde yapılır. Kimi örgütlerde işgörenin performansına göre ücret tespit edildiği için aylık dönemlerde, bazı örgütlerde ise terfi işlemlerinde kullanıldığı için bu gibi işlemlerden önce yapılmaktadır. Altı ay veya yıllık olarak yapılan örgütlerde mevcuttur. Performans değerlendirme süresini tespitte işletmenin performans değerlendirme amacı, hedefi ve beklentilerine göre belirlenecektir.

2.5.5. Değerlendiricilerin Belirlenmesi

Performans değerlendirme sisteminde, değerlemenin kim ya da kimler tarafından yapılacağı, seçilen değerlendirme yöntemine bağlı olarak belirlenmektedir. Performans değerlendirme kim tarafından yapılırsa yapılsın, üzerinde önemle durulması gereken nokta, değerlendiricilerin değerleyecekleri personelin işleri hakkında bilgi sahibi olmaları, örgütü tanımaları ve önyargıdan uzak durarak objektif bir değerlendirme yapmalarıdır. Bu açıklamalardan sonra değerlemenin kim ya da kimler tarafından yapılabileceği konusunda çeşitli alternatifler sunulabilir:

- “İşgörenin ilk amiri tarafından değerlendirilmesi
- Öz değerlendirme
- İş arkadaşları tarafından değerlendirme
- Astlarca değerlendirme
- Danışmanlar ve uzmanlar tarafından değerlendirme
- Müşterilerce değerlendirme

- Karma değerleme”¹

2.6. Performans Değerlendirme Yöntemleri

Farklı kriterler esas alınarak çeşitli performans değerlendirmesi yapılabilmektedir. “Performans değerlendirme amacına yönelik çeşitli yaklaşımlar ve yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemler arasından örgütler; amaçlarına, çalışanlarının niteliklerine ve yapılarına göre seçim yaparak ve bazen de birkaç yöntemi bir arada kullanarak performans değerlendirmelerini yapmaktadırlar.”² Hangi yöntemin örgütlerine daha uygun olduğunu seçmek bir uzmanlık konusudur. “İlk önceleri, her örgüt kendi gereksinimlerini karşılayacak bir yöntem geliştirme çabası içine girmişse de zamanla tüm örgütlerin ortak kullanımına uygun, bilimsel esaslara dayanan, performans değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesine gereksinim duyulmaya başlamıştır. Son yıllarda geliştirilen, bu performans değerlendirme yöntemleri, yöneticilerin kişisel önyargılarından arındırılarak, daha nesnel, daha geçerli ve güvenilir hale getirilmiştir.”³ Baykal’ında ifadelerinden anlaşılacağı gibi seçilen yöntemin nesnelliği önemlidir. Nesnel olmayan, yöneticilerin veya idarecilerin ön yargılarının karıştığı bir yöntem, istenilen sonucu vermekten uzak olacaktır.

2.6.1. Kişilerarası Karşılaştırmalara Dayalı Yaklaşım

Kişilerarası karşılaştırmaya dayalı yöntemlerde, kişilerin performansları kişilerin birbirlerine göre durumlarına bakılarak belirlenir. Genellikle çalışanlar iş başarıları yani bir üretim bölümünde çalışan işgörenin ürettiği ürün miktarı gibi veya işletme içindeki değerleri gibi tek bir ölçüye göre sıralanır. Terfi, ücret gibi kararlar bu sıralamaya göre verilir. Sıralamayı bekleneceği gibi üstler yapar. Daha çok küçük işletmeler ve çalışan sayısı az olan işletmeler için uygun bir yaklaşımdır.⁴

¹, “Performans Değerlendirme”; (27.10.2013)

² Bayram, s.51

³ Baykal, s.44

⁴ B. Ada, Türk Kamu Personelinin Performans Değerlendirmesi, ATÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2008, s.24

2.6.1.1. Sıralama Yöntemi

Sıralama yöntemi uygulaması oldukça kolay bir yöntemdir. “Bu yöntemde üstler astlarını başarılarına göre sıralar ve uygulama sıralama yöntemine göre değişir. Örneğin basit sıralama ... tekniğine göre üstler astlarını en başarılıdan en başarısızla göre sıralarlar.”¹ Karşılaştırmada tüm çalışanlar örneğin, işbirliği, tutum, kişisel girişim gibi bazı nitelikler açısından en iyi olandan en zayıf olana doğru sıralanır. Bu yöntemde değerlemeye tabi tutulacak olan çalışanların sayısına göre bir çizelge hazırlanır ve değerlendirme kriterleri saptanır. Takiben söz konusu kriterler açısından diğer çalışanlara nispetle en başarılı çalışanın adı 1. nolu bölümüne, en başarısız çalışanın adı ise en son bölüme kaydedilir. Sonra diğer çalışanlar başarılıdan başarısızla doğru çizelgeye yazılır. Tablo 8’de gösterilen örnek çizelge oluşturulur.²

Tablo 9: Sıralama Yöntemi Değerleme Çizelgesi

1	Ali KOÇ (en çok başarılı olan)
2	.....
3	.....
4	.....
5	.....
6	.....
7	.....
8	.....
9	.....
10	Murat IŞIK (en az başarılı olan)

Kaynak: M.Ş. Şimşek - H.S., Öge, Stratejik ve Uluslararası Boyutlarıyla İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, 2007, s.294

¹ Memiş, s.30; C. Uyargil, İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi, İÜ, İstanbul, 1994, s.156 dan alıntı

² Şimşek - Öge, s.294

2.6.1.2. İkili Karşılaştırma Yöntemi

Kişilerarası yaklaşıma dayalı yöntemlerden birisi de ikili karşılaştırma yöntemidir. “Sıralama yöntemine nispetle daha sağlıklı bir değerlemeye imkân veren ikili (adam-adama) karşılaştırma yöntemi çok daha kesin bir sıralama ortaya koyar. Yöntem bir çalışanın başka bir çalışana göre belirli kriterler açısından üstünlüğünün yine yargı yoluyla oluşturulmasını öngörür. Diğer bir ifade tarzıyla, ikişer ikişer çifte karşılaştırmalar yapılarak sıralama oluşturulur. Dikkate alınan kriterlere göre her bir çalışan ayrı ayrı diğer çalışanlar ile karşılaştırılır. Sıralama yönteminden farkı tek defada sadece iki bireyin ele alınmasıdır. Bu yüzden daha kolay ve doğru karar vermeye müsaittir. Ancak değerlemeye alınacak grubun sayısı arttıkça karşılaştırma sayısının da geometrik olarak artacak olması, yöntemin kalabalık gruplarda kullanılmasını güçleştirir. Ayrıca karşılaştırmaların genellikle tek bir kriter dikkate alınarak yapılması, birkaç kriter dikkate alındığı durumlardaysa objektif değerlendirmelerden ziyade sübjektif değerlendirmelerin ön plana çıkması, yöntemlerin günümüzdeki kullanım alanını oldukça sınırlamaktadır.”¹ Küçük ölçekli bir örnek ile açıklamaya çalışılırsa bir işletmede A, B, C, ve D isimli dört kişi olsun. İkişerli olarak her biri birbiri ile belli bir kriter ile kıyaslanır. A ile B, A ile C, A ile D, B ile C, B ile D ve C ile D kıyaslanır. A kıyaslama sonucunda +++ olsun yani diğer üç kişi ile kıyaslamada da daha iyi olduğu tespit edilsin, B kıyaslama sonucunda ++ olsun, C kıyaslama sonucunda + olsun ve D tüm kıyaslamalarda iyi seçilemediği için + alamaz. O halde bu yönteme göre 1.sıra A, 2. sıra B, 3. sıra C ve 4 sıra C kişisi olacaktır.

¹ Şimşek - Öge, ss.294-295

Tablo 10: İkili Karşılaştırma Yöntemi Formu

İkili Karşılaştırma Yöntemi Formu				
	A	B	C	D
A		+	+	+
B	-		+	+
C	-	-		+
D	-	-	-	
Not: "+" lar sütundaki kişilere aittir.				
Sonuç:	A	B	C	D
	+++	++	+	

2.6.1.3. Zorunlu Dağılım Yöntemi

Uygun şartlarda sıralama yöntemine nazaran daha iyi sonuç alınabilecek yöntemlerden birisi de Zorunlu dağılım yöntemidir. “Zorunlu dağılım yöntemi de, kişilerarası karşılaştırmalara dayanan bir yöntemdir. Bu yöntemde performans değerlendirmeye başlamadan önce kişilerin; çok başarılı, başarılı, ortalama, ortalamanın altı ve çok başarısız olarak gruplara ayrıldığı varsayılır ve kişiler başarı durumlarına göre bu gruplara yerleştirilirler.”¹ İşgörenlere puan verirken bu yöntemle nesnellik daha ön plana çıkacaktır. “Zorunlu dağılım yöntemi, değerleyicilerin çalışanlara öznel yargılarla değerlendirme ölçeğinin her hangi bir yerinde kümelenmelerini ve bu nedenle ortaya çıkacak tutarsızlıkları önlemek amacıyla geliştirilmiş bir yöntemdir.”² Bunun için Tablo 11 da ki dağılıma göre değerlemeye tabi tutulacak kişilerin değerlendirme kriterine göre dağıtılması ile bu yöntem gerçekleştirilecektir.

Tablo 11: Zorunlu Dağılım Yöntemi Tablosu

En Yüksek	Yüksek	Orta	Düşük	Çok Düşük
%10	%20	%40	%20	%10

Kaynak: Z., Sabuncuoğlu, İnsan Kaynakları Yönetimi, Bursa, 2000, s.173

¹ Ada, s.35

² Şimşek - Öge, s.296

Değerlendirmeye tabi tutulacak kişi sayısının 100 olduğunu düşünelim. Performans durumları itibariyle tablo 10 da ki gibi “en yüksek”, “yüksek”, “orta”, “düşük” ve “çok düşük” olarak ifade edildiği bir değerlendirme şablonu hazırlanır. Değerlendirici grubun Tablodaki gibi çalışanları hangi performans seviyesinde olduğunu belirler. 10 kişi en yüksek, 20 kişi yüksek, 40 kişi orta, 20 kişi düşük ve 10 kişi çok düşük olarak tespit eder. Bu yöntemde de, genellikle tek bir değerlendirme kriteri esas alınmaktadır. Zorunlu dağılım yöntemi genellikle birden çok değerlendiricinin bulunduğu ve değerlendirmeye alınan çalışan sayısının çok olduğu durumlarda tekdüze sonuçlara ulaşılmasını sağlayan faydalı bir yöntemdir. Ancak bu yöntemde her grup için normal dağılım eğrisine uygun sonuçlar elde etmek zordur.¹ Değerlemeye tabi tutulacak kişi sayısı az olduğu durumlarda uygulaması zor ve vereceği netice sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

2.6.2. Ortak Performans Kriterleri ve Standartlarına Dayalı Yaklaşım

Sıralama ve zorunlu dağılım yöntemlerinde değerlendirme kişilerin birbirleri ile karşılaştırmaları sonucunda gerçekleştirilirken yani belli bir kriterden ziyade bir A çalışan sahsın B çalışan sahsa göre durumu irdelenirken, ortak performans kriter ve standartlarına dayalı yöntemlerde, her bireyin performansı, diğer kişilerden bağımsız olarak, kendi iş tanımının içerdiği görev ve sorumluluklar çerçevesinde ele alınır ve çeşitli boyutlarda değerlendirilir. Bu yöntemlerde kullanılan değerlendirme kriterleri birden fazla olup, bazen tüm çalışanlar için, bazen de belirli iş/personel grupları için ortak olarak saptanmıştır.²

2.6.3. Değerleme Skalalarını İçeren Yöntemler

2.6.3.1. Geleneksel Değerleme Skalaları

Grafik değerlendirme skalaları olarak da adlandırılan geleneksel değerlendirme skalaları işletmelerde en fazla kullanılan yöntemlerden birisidir. “Bu

¹ Memiş, s.31; Ü. Dicle, Yönetmelik Başarının Değerlendirilmesi Türkiye Uygulaması, Ankara, 1982, s.26 dan alıntı

² R. Ferencik, İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerleme ve Uygulama, Bakü, 2011, s.105; C. Uyargil, İşletmelerde Performans Yönetimi Sistemi, İÜ, İstanbul, 1994, s. 40. den alıntı

yöntemde değerlendirici; çalışanın kişilik özellikleri, işe ilişkin davranışları ve yaptığı işin çıktıları olmak üzere üç kriteri değerlendirmektedir. Çalışanı değerlendirirken çalışma miktarını, güvenilirliğini, iş bilgisini, devamlılığını çalışma titizliğini ve işbirliği eğilimini dikkate alan bu yöntem hem sayısal değerleri hem de yazılı tanımlamayı içermektedir. Kolay düzenlendiği ve sonuçları puanlarla ifade ettiği için en fazla kullanılan yöntemlerden biridir.”¹ Bu yöntemde kişinin sadece çıktı açısından performansına bakılmamaktadır. Çalışan ile ilgili daha fazla kriterler incelenmektedir. Çok yaygın bir biçimde uygulanmasına rağmen geçerliliği ve güvenilirliği düşük, değerlendiricinin hata yapmasına neden olan bir değerlendirme yöntemi olarak görülmektedir. Çünkü bu değerlendirme biçiminde kişisel özellikleri değerlendirmeye yarayan faktörlerin soyut olması ve gözlemlemeye elverişli olmamasından dolayı değerlendirici kişi tarafından çok sağlıklı bir netice alınamayabilir. Bu da geçerliliği ve güvenilirliğini olumsuz etkileyecektir. Ancak düzenlenmesinin kolay olması, sonuçların puanlarla ifade edilebilmesi ve personel kararlarının rahatlıkla uygulanabilmesi açısından kullanım alanı genişlemektedir.² Uygulama sırasında açığa çıkan geçerliliği ve güvenilirliği olumsuz etkileyen kriterleri en aza indirmek için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır.

2.6.3.2. Davranışsal Değerleme Skalaları

Davranış Beklenti Skalaları: Gazi, davranış beklenti skalaları hakkında şu bilgileri vermektedir. “Davranışsal Beklenti Skalaları aynı zamanda Davranışsal Temellere Dayalı Değerlendirme Skalaları olarak da bilinmektedir. Bu yöntem de diğer geleneksel değerlendirme skalalarında olduğu gibi, kişinin performansını çeşitli boyutlar açısından ölçmeye çalışır. Davranışsal Değerlendirme Skalaları, kişileri çeşitli kişilik özelliklerine sahip olup olmamalarına göre değil, spesifik iş gereklerini etkinlikle yerine getirecek davranışları ne oranda sergileyebildiklerine göre değerlendirmektedir. Belirli kriterler için geliştirilmiş alternatif cevap ifadeleri aynı zamanda skalada çeşitli performans düzeylerini temsil etmektedir.”³ Özellikle

¹ Memiş, s.32; İ. Barutçugil, Performans Yönetimi, İstanbul. 2002, s.191 den alıntı

²....., “Performans Değerlendirme Yöntemleri”, <http://egitimcihaber.net/haber/bilgi/inceleme-bilgi/performans-degerlendirme-yontemleri-egitimcihaber.html>, (23.10.2013)

³ Gazi, ss.23-24

spesifik iş gerekleri ile ilgili olmayan kriterler çıkartılmasıyla daha geçerli bir değerlendirme skalası elde edilmiştir.

Davranışsal Gözlem Skalaları: Memiş, davranış gözlem skalaları hakkında şu bilgileri sunmuştur: “Davranışsal gözlem skalaları, davranışsal beklenti skalalarının sorun yaratan yönlerini ortadan kaldırmak amacıyla geliştirilmiş yöntemlerdir. Davranışsal beklenti skalalarında kişiden çeşitli performans boyutlarında beklenen kritik olayları içeren alternatif davranışlar belirlenmekte ve bu davranışlar skalada değerlendirilmektedir. Bu yöntemin davranışsal beklenti skalalarından farkı astların kendilerinden beklenen davranışlara göre değil, somut gözlemlenen davranışlara dayalı olarak değerlendirilmeleridir. Bu nedenle, bu yöntemde sonuçların astlara açıklanması, onların kendilerine ilişkin geribildirim sağlanması kolaydır ve bu nedenle astlar tarafından diğer yöntemlere oranla daha kolay benimsenmektedir.”¹ Görüldüğü gibi davranışsal gözlem skalaları, davranış bekleniş skalalarının daha geliştirilmiş halidir. Bu yöntemde somut olaylar üzerindeki davranışların değerlendirilmesi ön plana çıkmış ve böylece geçerliliği ve güvenilirliği daha da artırılmıştır.

2.6.3.3. Kritik Olay Yöntemi

Bu yöntem ilk olarak ikinci dünya savaşında ABD Hava kuvvetlerinde görev yapan havacıların üzerinde uygulanarak başlamıştır. “Bu yöntemde astını gözlemleyen üst onun başarı ya da başarısızlıklarını belirleyen spesifik davranışlarını kaydeder. Ve genelde kaydedilen örnekler, çalışanın performansında üstün dikkatini çeken kritik olaylardan oluşur. Daha sonra üst bu kritik olaylarla ilgili olarak çalışanına geribildirim sağlar. Kişilik özellikler değil, spesifik davranışlar dikkate alındığından asta açıklanması ve kendini geliştirmesi konusunda bilgi sağlanması kolaydır. Bu yöntem için üstler performans kriterleri belirlemelidir. Bu kriterler kritik olayları kaydetme konusunda üstlere yardımcı olacaktır. Kritik Olay Yönteminin günümüzde uygulanma alanları geniş değildir.”² Kritik değerlendirme

¹ Memiş, s.33; V. Scarpello - J. Ledvinka, Personel/Human Resource Management Environment and Functions, PWS Kent Publishing Co., Boston, 1988, s.660’dan alıntı

², “Performans Değerlendirme Yöntemleri”, (23.10.2013)

yöntemi çok zaman alıcı ve ekonomik açıdan maliyetli bir yöntemdir. Yöntemin başarısı için değerleyicinin mantıksal ve bilimsel yaklaşım ve teknikler kullanabilme becerisi iyi olmalı, düzgün ve dürüst tanımlar yapabilmelidir. Ayrıca kritik olarak nitelendirilecek olay ve davranışların seçimine önem arz etmektedir.

Tablo 12: Kritik Olay Formu

Çalışanın Adı Soyadı:		Değerleme Dönemi:
Bölümü:		Değerlemeyi Yapan:
Unvanı:		
Tarih	Personel Davranışı	
10.05.06	Bir satış elemanına oldukça kaba davrandı.	
19.05.06	Bir alıcının oldukça zor satın alınan ürün/hizm. tercih etmesine yardımcı oldu.	
07.06.06	Önemli bir telefon konuşmasına yanıt vermede başarısız kaldı.	
21.07.06	Önemli bir duyuruyu zamanında ilgililere bildirdi.	
30.07.06	Sorunların kaynağına inerek çözüm aradı	
01.08.06	Önemli bir ihmal nedeniyle iş teçhizatına zarar verdi.	
16.08.06	Özel bir çaba sarf ederek maliyetlerde azalma sağladı	

Kaynak: M.Ş. Şimşek - H.S. Öge, Stratejik ve Uluslararası Boyutlarıyla İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, 2007, s.299

Yukarıda tablo 11’da da görüldüğü gibi değerlendirmeyi yapacak olanların değerlendirme döneminde çalışanda gözlemledikleri olumlu ya da olumsuz her ilginç olayı forma kaydetmeleri gerekir. Performans değerlendirmede kritik olay yöntemi, çalışanların işlerine dönük davranışlarının yönetim tarafından bilinmesine imkân yaratan iyi bir çalışmadır. Ancak çalışanın yöneticisi tarafından sürekli olarak gözlenmesi gerektiğinden ve yöneticinin objektifliği önemli olduğundan uygulanması pek de kolay değildir.¹

2.6.3.4. İşaret Listesi Yöntemi

İşaret listesi yöntemi kritik olay yöntemine benzemektedir. “Bu yöntemde, çalışandan beklenen birtakım kriterler (işin niteliği, işle ilgili bilgi vs.) için belirli ifadeler yer alır. Çoğunlukla bu ifadeler kritik olaylara dayalı olarak geliştirilmiş

¹ Şimşek - Öge, s.299

cümlelerdir. Değerlendirmeyi yapan, görüşüne en yakın ifadeyi seçer. Bu şekilde çalışanın ne derece başarılı olduğu belirlenmeye çalışılır.”¹ “Bu yöntemin ağırlıklı işaretleme listesi ve zorunlu seçim olarak adlandırılan iki türü bulunmaktadır. Ağırlıklı işaretleme listesinde işlerini iyi tanıyan yöneticiler tarafından iş için taşıdığı önemi gösteren kritik olaylar öncelikli olarak belirlenir. Bazı değerlendirme hatalarını önlemek için, özellikle yüksek puanlara yönelmeyi, bazı işaretleme listeleri ifade kümeciklerinden oluşur. Zorunlu seçim yöntemi olarak da adlandırılan bu tür işaretleme listelerinde değerlendirici kümedeki iki ifadeden birini seçmek zorundadır. Yapılan araştırmalara göre, geçerlilik ve güvenilirlik açısından işaretleme listesi yönteminin diğer yöntemlere oranla daha yüksek olduğu düşünülse de, çalışanlara geribildirim sağlama açısından zor bir yöntemdir.”²

2.6.4. Bireysel Performans Standartlarına Dayalı Yaklaşım

2.6.4.1. Direk İndeks Yöntemi

Bu yöntemde performans standartları, ya yönetici tarafından tek başına ya da yönetici ile astının birlikte müzakeresi sonucu belirlenir. Her iki durumda da performans standartları, işin gerektirdiği çıktıya/sonuca göre global nitelikte ve objektif kriterlere dayanır. Verimlilik, devamsızlık ve işgücü devri örnek verilebilir. Yöneticiler için astlarının devam ya da işten ayrılma oranları birer değerlendirme kriteri oluştururken, yönetici olmayan işgörenler de aynı şekilde kalite ve miktar standartlarına göre değerlendirilirler. Kalite standartlarında hatalı ürün miktarı, müşteri şikâyetlerinin sayısı, üretilen parça hacmi, miktar standartlarında da çıktı/saat oranı, yeni müşteriler, satış hacmi gibi somut veriler değerlendirme kriterlerini oluşturur. Bu kriterlere göre belirlenen hedeflere ulaşmadaki performans seviyeleri olarak

¹ Ada, s.29

² Memiş, s.34; S.R.Schuler, S.A.Youngblood,Effective Personnel Management, 2.B.West Publishing Co.,St.Paul, 1986, s.240 dan alıntı

puanlarla belirlenmiş olduğundan bu sayısal değerlerin toplamı, genel performansın sayısal indeksini verecektir.¹

2.6.4.2. Standartlar Yöntemi

Uyargil, standartlar yöntemini şu şekilde anlatmaktadır: “Standartlar yöntemi de 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 üstün ve astın karşılıklı yaptıkları müzakereler sonucunda belirlenir. Bu yöntem aslında amaçlara göre yönetim yaklaşımının yönetici olmayan personele uygulanması olarak da değerlendirilebilir.”² Performans standartların belirlenmesinde personelin pozisyonunun gereklerine göre kümeleştirilir ve her standarda bir puan verilir. Değerleyici işgöreni gözlemleyerek puan verilir.

2.6.4.3. Amaçlara Göre Değerleme Yönetim

Çağdaş değerlendirme yöntemlerinin özünü oluşturan amaçlara göre değerlendirme yöntemi geleneksel değerlendirme yöntemlerinde görülen sorunları en aza indirmek, kişisel ve örgütsel değerlemeyi daha nesnel ölçütlere dayandırmak, kişisel ve örgütsel gelişmeyi sağlamak, değerlemede işgörenin işteki başarısını ön planda tutmak gayesiyle geliştirilen bir yöntemdir.³ Şimşek ve Öge, amaçlarına göre değerlendirme yönetimi hakkında şu bilgileri verir: “Amaçlara göre değerlendirme yaklaşımının temel noktası, yönetici ile çalışanın gelecekteki değerlendirme dönemi için amaçlar konusunda anlaşmalarıdır. Bu amaçlar örgütte arzulanan türden ve objektif yöntemler ile ölçülebilir özelliği olmalıdır. Böyle bir yaklaşımda amaç örneğin fireleri %3’e indirmek ya da verimliliği %10 artırmak olabilir. Örgütte geleceğe dönük amaçlar iyi belirlenmişse ve çalışanlar bu amaçlara ulaşma hususunda yeterince isteklendirilmişse çalışanların ortaya koyacakları eylemlerindeki performansları amaca yönlendirilebilir. Amaçlara göre değerlendirme yönteminin temel

¹ Ferecov, ss.117-118; C. Uyargil, İşletmelerde Performans değerlendirme Sistemi, s. 51.’den naklen; Scarpello V., Ledvinka J., Personnel/Human Resource Management-Environments and Functions, PWS-Kent Publishing Co., Boston, 1988, p. 662. den alıntı

² C. Uyargil, İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi, İstanbul, 1994, s. 51

³ Timur, s. 15.

hedefi çalışanların işlerinde kolaylık sağlamak ya da istenen sonuçlara ulaşmalarını olanaklı kılmak için bireysel olarak cesaretlendirilmeleridir.”¹ Bu yöntem üretim, satış ve pazarlaması ağırlıklı olan örgütlerde uygulanması daha uygun bulunmaktadır.

2.6.5. Diğer Performans Değerlendirme Yöntemleri

Geleneksel performans değerlendirme yöntemlerindeki eksikliklere karşı bazı yeni yaklaşımlar geliştirilmiştir.

360 Derece Performans Değerlendirmesi

Daha sağlıklı sonuç almak için değişik yöntemler uygulanmaya başlanmıştır. “Performans değerlemede günümüzün en yeni yaklaşımlarından birisi 360 derece feed-back yöntemidir. Bu yöneme göre bir çalışan hakkında performans değerlemeye onun astları, arkadaşları, üst yöneticileri, amiri, kendisi hatta müşteriler ve eğer bir takım söz konusu ise takımın üyeleri aktif olarak katılırlar. Kısaca bu yöntemde bir çalışan sıraladığımız tüm kesimlerden kendisi hakkında performans değerlemesi alır. Yöntem çalışanların kendi değerlendirme sonuçları hakkında gerçek ve doğru geri bildirim almasına imkân sağlar. Değerlemeyi ortaya koyan veriler, içinde yargılamayı içeren anket tekniği ile elde edilir.”²Bu yöntem sayesinde çok daha fazla öznel değerlendirme imkânı doğmuş olur. Akçakanat, sistemin işleyiş hakkında şu bilgileri verir: “Çalışan, kendisini değerlendirmesi için sekiz-on iki kişilik bir isim listesi önerir. Bu kişiler, doğrudan kendisine bağlı olanlar, aynı düzeydeki iş arkadaşları, yöneticileri, iç müşterileri veya kendisi hakkında tutarlı performans geribildirimini verebilecek herhangi bir kişi olabilir. Bazı durumlarda dış müşterilerde çalışanın performansını derecelendirebilirler. Önerilen kişiler listesinden üst yönetici o çalışan için performans anketini dolduracak altı-on kişiyi seçer. Bu kişiler, anket formlarını doldururlar ve her bir beceri alanı için çalışanın performansını derecelendirirler. Çalışan da kendi performansını derecelendiren bir formu doldurabilir. Son aşamada anket cevapları bir araya getirilir ve çalışan kendi

¹ Şimşek - Öge, s.300

² Şimşek - Öge, ss.300-301

performansı ile ilgili algılamaların özetini içeren, güçlü yönlerini ve geliştirme ihtiyaçlarını vurgulayan bir rapor alır.”¹ Bu yöntemin geleneksel yöntemden bir çok üstün tarafı vardır. Bayram, bu üstün taraflarından birisini şu şekilde aktarır: “Geleneksel performans yaklaşımında çalışana sadece üstü tarafından geribildirim verilmesine karşılık, 360 derece performans değerlendirme yöntemi, çalışanın performansını gözlemleyen daha geniş bir grubun çalışana geribildirim vermesine olanak sağlamaktadır.”² Değerleyici çeşitliliği arttığı için bu değerlendirme yönteminin geçerliliği ve güvenilirliği yüksektir. “Farklı gruplardan değerlendirme alma, çalışanın performansından çok daha geniş bir fotoğrafı ortaya koyar ve sınırlı bakış ile değerlendirme hatalarını en aza indirger. Birden çok ve farklı değerlendiricilerin olması çok daha nesnel sonuçların elde edilmesini sağlayarak süreci daha etkin hale getirir. Fakat değerlendirici sayısının fazla olması daha fazla zaman almasına ve yüksek maliyete neden olmasına yol açar.”³ Maliyetin dışında bu sistemin başka dezavantajları da bulunmaktadır. Değerleyicilerin objektif, eğitilmiş olmaması ve örgüt içi iç barışın bozulması söz konusu olabilmektedir.

2.7. Performans Değerleme Sürecinde Yapılan Hatalar ve Değerleme Sonuçlarının Kontrolü

Performans değerlendirme sürecinde bazı hatalar yapılmaktadır. “Performans değerlemede kullanılan yöntemlerin çoğu ilgili yönetimi kullanacak olan değerlendiricilerin tutum, davranış ve kararlarında objektif olacakları varsayımına dayanmaktadır. Hâlbuki uygulamada özellikle değerlendiricilerden kaynaklanan değişik hatalar nedeniyle değerlemenin etkinliği olumsuz yönde etkilenmektedir.”⁴ Performans değerlemede yapılan hatalar ve bunları gidermek amacıyla alınacak önlemler şunlardır:

¹ T. Akçakanat, İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme: Isparta İl Emniyet Müdürlüğü’nde Bir Uygulama, SDÜ, SBE, YYLT, Isparta, 2009, ss. 41-42; İ. Barutçugil, Performans Yönetimi, İstanbul, 2002, 203 den alıntı

² Bayram, s.52; P. Yüce, 360 Derece Değerleme, Düşünceden Sonra İnsan Kaynakları, İstanbul, 2003 den alıntı.

³ Şimşek - Öge, s.301

⁴ Şimşek - Öge, s.302

2.7.1. Halo Etkisi

Dilimizde hale etkisi ya da ay etkisi olarak da bilinir. Ayın etrafındaki görülen ışık gölgesidir.¹ Değerleyicinin, işgören hakkında belirli bir alanda sahip olduğu olumlu bir özelliğinden dolayı, diğer alanlarda da onunla ilgili yorum yaparken göz önünde bulundurması ve böylece genel bir yargıya sahip olarak değerlendirmesidir. Mesela zeki birinin bu iyi özelliğinden dolayı aynı zamanda çalışkan ve sorumluluk sahibi bir insan olduğunun düşünülmesi halo etkisindendir. Ters Halo etkisi de söz konusu olabilir. İşgörenin işine geç gelmesinden dolayı diğer alanlarda da olumsuz düşünceye sebep olması örnek verilebilir.

2.7.2. Yakın Geçmişteki Olaylardan Etkilenme

Performans değerlemenin tüm performans dönemini kapsayacak şekilde yapılmamasıdır. Değerleyicinin son zamanlarda yaşanan olayların taze olması sebebiyle dönem başındaki olayları hatırlamaması veya daha az etki ile hatırlamasına sebep olabilir. Böylece değerleyici tüm dönemi değil de son zamanları esas alarak değerler.²

2.7.3. Kontrast Hatalar

Değerlendiricinin yapabileceği hatalardan birisi de Kontrast Hatalardır. Şimşek ve Öge kontrast hatayı şöyle izah ederler: “Değerlendiricilerin kısa bir süre içerisinde birçok kişiyi değerlendirmeleri ve ard arda yapılan bu değerlendirmelerde, kişileri birbirleri ile karıştırarak değerlendirme yapmaları kaçınılmaz olacaktır. Diğer bir deyişle her bir çalışan, kendisinden önce değerlendirilen kişinin aldığı puandan etkilenecektir.”³ Performansı çok iyi olan bir işgörenden sonra değerlendirilen kişi düşük performans etkisinde kalacaktır. Yine çok kötü performans gösteren kişiden sonra değerlendirilirken kişi ortalamanın altında bile olsa iyi olarak değerlendirilme etkisini görecektir.

¹ Ferecov, s.123

² Şimşek - Öge, s.303

³ Akçakanat, s.49

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK KURUMLARINDA PERFORMANS YÖNETİMİ VE UYGULAMALARI

1. SAĞLIK SİSTEMİ PERFROMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık, birey ve toplum için en temel ihtiyaçtır. Tüm sağlık organizasyonları bu sağlık ihtiyacını gidermek için kurulmuştur. Devletin temel görevleri arasında değerlendirilen sağlık hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulup sunulmadığı bazı kriterlerin ölçülmesi ile bilinebilir. Etkili bir sağlık hizmeti birinci bölümde ele alındığı gibi kolay kullanılabilirlik, kalite, süreklilik ve verimlilik özelliklerine sahip olmalıdır.

Bir ülkede sağlık sistemini bir bütün olarak değerlendirebilmek için birkaç temel özellikten çıkarım yapılabilir. Mesela o ülkede yaşayan insanların ne oranda sağlık güvencesine sahip oldukları yani hastalanma anında finansal riskten ne oranda korundukları, sağlık sisteminin kapsayıcılığı hakkında önemli bir bilgi verebilmektedir.¹ “Yine toplumun sağlık durumunu yansıtan en önemli göstergeler Dünya Sağlık Örgütünün ülkelerin karşılaştırılmasında kullandığı bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, ortalama beklenen ömür gibi temel sağlık göstergeleridir. Bunlar sadece sağlık sisteminin değil, ülkede ekonomik, sosyal, kültürel durum gibi birçok özelliğin de etkisiyle oluşan sağlık çıktılarıdır.”² Diğer taraftan sağlık sisteminin dünya ekonomisindeki yeri büyük olmasına rağmen bu kaynakların ne kadar verimli kullanılabildiği, ne kadar kapsayıcı ve adil dağıtıldığı bir problem konusu olarak değerlendirilmektedir. Gelişen ve değişen dünyaya ayak uydurmak, varlığını devam ettirmek isteyen tüm örgütler gibi sağlık sisteminin de performansının değerlendirilmesi elzem olmuştur. “Dünya’da sağlık sistemlerinin performansını ölçmeye yönelik ilgi, hem kaynakların kıtlığı hem de daha iyi bir sağlık seviyesine

¹ S. Aydın - M. Demir, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, Ankara, 2006, s.13

² Aydın - Demir, s.13

ulaşabilme gerçekleri yüzünden giderek artmaktadır.”¹ Ayrıca sağlık politikalarının iyileştirilmesi ve geliştirilmesi açısından da performans ölçümü gerekmektedir. “Performans  l m , bir sağlık bakım sistemi tarafından sağlanan hizmetlerin etkililiği ve sistemin müşteriler ve hastaların beklentilerini karşılamadaki başarıları ile ilgilidir. Performans  l m , sağlık bakım hizmet sunucuları faaliyetlerinin etkisini yansıtan kalite değerlendirmelerini, sistem kaynakları ve finansal özellikleri içermektedir. Performans verileri tüketicici tercihlerine rehberlik etmek, ihtiyaçları tatmin etmek ve gelişim için en iyi uygulama ve öncelikleri tanımlamada kullanılabilmektedir.”²

Her örgütte olduğu gibi sağlık sisteminin performansının da  l lmesi önemlidir. “Sağlık sistem performansı ölçümü iki açıdan önemlidir: Birincisi, sağlık sistemlerinin eksikliklerini tanımlamanın ve finansmanda adalet, insanların beklentilerine yanıt vermek ve benzer sağlık düzeylerine ulaşmak gibi konularda ülkelerin benzer gelir düzeyleri ile neden başarısızlığa düştüğünü açıklamaya yardımcı olur; ikincisi, bir sağlık sisteminin yıllara göre değerlendirilmesini sağlayacak göstergeleri sağlar. Bu faydaların her ikisi de, eğer belirli sağlık sistemi politikaları (finansman ve sunum mekanizmalarını içeren), belirli sosyo-ekonomik koşullar altında özellikle farklılaşıyorsa, gelecekte bu politikaları doğrulamak ya da reddetmek için bir temel sağlayabilir.”³ Diğer taraftan sağlığın performansının ölçülmesinin performansı arttırıcı etki yapacağı düşünülürse kıt kaynakların daha verimli kullanılacağı açıktır.

¹  . Uğurluoğlu - Y. elik, “Sağlık Sistemleri Performans  l m , önemi ve Dünya Sağlık  rg t  Yaklaşımı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.8, S.1, Ankara, 2005, s.4

² Uğurluoğlu - elik, s. 8; G. Pransky - K. Benjamin, A. E. Dembe Performance and Quality Measurment in Occupational Health Services: Current Status and Agenda for Further Research. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 40: 295-306’dan alıntı

³ Uğurluoğlu - elik, s. 8; Silva A. A Framework for Measuring Responsiveness. GPE Discussion Paper Series: No. 32, WHO, Geneva, 2000’dan alıntı

2. SAĞLIK HİZMETLERİNDE PERFORMANS ÖLÇÜTLERİ

2.1. Hasta Memnuniyeti

Müşteri memnuniyeti, kaliteli hizmetin en önemli göstergelerindendir. Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde son on yıldır yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır.¹ Sağlık hizmetlerinin performans değerlendirmelerinde mutlaka hasta memnuniyeti göz önünde bulundurulmalıdır. Fakat sağlık hizmetleri tüketicilerinin davranışlarının irrasyonel olması aldığı hizmetin kalitesini tespit etmede yeterli olmayabilir. Diğer taraftan hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmalar ilgili kurumun kendisine ayna tutması gibidir.

2.2. Sağlık Çıktıları

Sağlık çıktısı, sağlık hizmet alan hastaların o hizmet sonucunda daha iyi bir sağlık düzeyine ulaşması olarak kabul edilebilir. Daha iyi bir sağlık düzeyi için kişinin ruhen ve bedenen iyilik halinin yükselmesi gerektiğine göre, sağlık çıktısı klinik sonuçlarla hastalarda olumlu etki bırakacağından hasta memnuniyeti ile birlikte ele alınması düşünülebilir. Yüksek kalitedeki çıktıların karşılığının ödenmesi performansa göre ödemenin en makul yöntemi gibi görünmektedir. Ancak çıktı yaklaşımında iki temel problem karşımıza çıkmaktadır. Birincisi, sağlık çıktıları hastaların davranış biçimleri ve yaşama ortamları gibi sağlık sisteminin kontrol ve denetimi dışındaki birçok faktör tarafından etkilenebilmektedir. Çıktıya dayalı bir performans ölçüm sisteminde bu faktörlerin dikkatlice ayıklanması gerekir. Eğer sağlık sisteminin kontrolü dışındaki etkili faktörler için yeterli istatistiksel ayarlama yapılamazsa, sağlık çıktılarına dayalı ödeme yapılması ile uyum sorunu olan ve

¹ N. Kaygın, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri, BEU, SBE, YYLT, İstanbul, 2012, s.49

olumsuz çevre şartlarında yaşayan hastalarla ilgilenmek durumunda kalan hizmet sunucuları cezalandırılmış olacaktır.¹

Sağlık çıktısı, diğer örgütlerdeki çıktılar gibi değildir. Sağlık sisteminde tanı konma ve tedavi aşamasında birçok olgu birden fazla doktor, laboratuvar da yapılan tahlil ve tetkikler, görüntüleme sistemleri ile röntgen, ultrason ve diğer görüntülemeler gibi farklı tıbbi işlemlerden geçmektedir. Çıktıya her birinin farklı oranlarda katkısı vardır. Bu yüzden özgün sağlık çıktılarının ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesi çok kolay değildir.² Hizmeti ölçülecek bütün doktorlar, aynı klinikte veya hastanede ise bütün bir performans değerlendirmesi yapılarak kurum ödüllendirilebilir, ama tek tek doktorları veya diğer sağlık çalışanlarını ödüllendirmek mümkün değildir.

2.3. Süreç Ölçütleri

Sağlık hizmetinin sunulması sürecinin değerlendirilmesini esas alan bu ölçüt belki de performansa göre ödeme için en pratik yöntemdir. Fakat hizmetlerinin karmaşık yapısı, süreçte uygulanan ve genel geçer olmayan kriterleri işi zorlaştırmaktadır. Süreçte uygulanacak normlar, tanı ve tedavi rehberleri belki sunulan sağlık hizmetinin takibi ve değerlendirilmesi için performans ölçütü olarak alınabilecek fakat dikkat edilmesi gereken belli bir sağlık çıktısının süreçle alakası olmayabilir. Süreç dışı şartlar nedeniyle gerçekleşmiş bir sonuç ile sürecin sonucu her zaman ayırt edilemeyebilir.

2.4. Girdi Analizi

Hasta memnuniyeti, sağlık çıktıları ve süreç dışında sağlık hizmetlerinin bilişim alt yapısı, hastanenin yapısı, insan kaynakları durumu gibi sürece etki eden etkenlerde sağlıkta performans değerlendirme ölçütleri arasına girmiştir. Bu

¹ Aydın - Demir, s.31; UE Reinhardt, Paying the Providers of Health Care: Rewarding Superior Quality, International Symposium: Toward an Equitable, Efficient, and High Quality National Health Insurance, March 18-19, 2005. Taipei, Taiwan'dan alıntı

² Aydın - Demir, s.32; AM Garber, Evidence-Based Guidelines as a Foundation for Performance Incentives, Health Affairs, 24(1), January/February, 2005, ss.174-179'dan alıntı

altyapının istenilen düzeyde olması her zaman kaliteli bir sağlık hizmeti çıktısının elde edileceği anlamına gelmemektedir.

Performans ölçütü olarak yukarıdaki ölçütlerin hangisi kullanılırsa kullanılsın eleştirel yaklaşımlardan kurtulabilmek mümkün değildir. Her birinin avantaj ve dezavantajları vardır. Bu yüzden hakkaniyetli bir performans ölçümünü gerçekleştirmek istenince genellikle bu ölçütlerin bir arada değerlendirildiği karmaşık yapılar oluşturulmaktadır. İster tek başına, isterse birçoğunu bir arada barındıran karmaşık bir yapı içinde olsun, hangi performans ölçüm yöntemini kullanırsak kullanalım, uygulama esnasında cevaplanması gereken birçok soru karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerindeki bu performans ölçütleri açısından mevcut uygulamaları değerlendirirsek, sınırlı düzeyde de olsa yukarıdaki kriterlerin kullanıldığını söylenebilir. Sistemde hasta memnuniyetinin ölçümü ile alt yapının ölçümü konusunda daha fazla somut uygulamalar yer almaktadır. Ancak, süreç ölçümü son derece sınırlı kalmakta, çıktı ölçümü ise henüz yapılamamaktadır. Klinik uygulama süreçleri ve klinik çıktıların ölçümü için daha fazla çalışma yapılması ve uygulamaların bu yönde geliştirilmesi önerilebilir. Ancak çıktıya dayalı performans ölçümünün kuramı konusunda fikir birliği olsa da, işlerliğinin tartışmalı olduğu unutulmamalıdır. Yine süreç analizinde, belirli bir iyi klinik uygulamanın arka planını oluşturan verinin gücünü tayin etmenin ne denli karmaşık bir yapı arz ettiği bilinmektedir. Bu yüzden uygulamada eksik gibi görünen hususların aslında çok daha tartışmalı konular olduğu unutulmamalıdır.¹

3. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN TARİHÇESİ

Sağlık göstergelerinin bir toplumun gelişmişlik düzeyini gösteren göstergeler olması bir tarafa, sağlık hakkı birey ve toplumun anayasa ile teyit edilmiş en temel hakkıdır. Bunun için hükümetler sağlık alanında toplumun sağlığını yüksek seviyelere taşımak için değişik politikalara başvurduğunu birinci bölümde anlatılmıştır.

¹ S. Aydın, “Sağlıkta Performans: Ne İçin, Nereye Kadar?”,
<http://www.sdplatform.com/Dergi/130/Saglikta-performans-Ne-icin-nereye-kadar.aspx>,
(28.10.2013)

09.01.1961 tarihinde resmi gazetede yayımlanan 04.01.1961 tarih ve 209 sayılı “Sağlık Ve Sosyal Yardım Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurumları İle Esenlendirme (Rehabilitasyon) Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Kanun” ile döner sermayeye yönelik iş ve işlemler düzenlenmiştir.

Yasaya 1975, 1983 de bir takım değişiklikler yapılmış ve 27.06.1989 tarih ve 375 sayılı kanun hükmünde kararnamenin 27. Maddesi ile 209 sayılı kanunun 5. maddesine personele döner sermayeden ek ödeme yapabilmenin önünü açan madde eklenmiştir.

Böylece Döner Sermayeli Kurum ve Kuruluşlarda görevli personele döner sermaye gelirlerinden ek ödeme yapılmaya başlanmıştır. Yapılan değişiklik doğrultusunda personele yapılacak ek ödemenin usul ve esaslarının belirlendiği “Ek Ödeme Yönergesi” hazırlanmış ve 30.01.1990 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bu yönergede; kişinin ek ödeme hak kazanabilmesi için belirli bir performansı göstermesi gerekmektedir. Performans değerlendirmede birtakım değerlendirme kriterleri esas alınmaktadır. Yönergede yer alan “Performans Değerlendirme Tablosu” ve içeriğinde yer alan 15 maddelik değerlendirme kriteri, Birim Sorumlusu, Birim Amiri ve Kurum Amiri tarafından verilecek puanların ortalaması esas alınarak her soru 10 puan üzerinden değerlendirmek suretiyle yapılmaktadır. Personel, görev yaptığı ünitenin optimal bir verimin altına düşmemesi ve kişinin belirli bir performansı göstermesi halinde ek ödemeye hak kazanılabilmektedir. 1990 yılı ek ödeme sistemi özetlenecek olursa: ¹

- Personelin hizmete katkısı esas alınmış, hizmete katkısı olmayan personele ek ödeme yapılmaması amaçlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda verimli çalışmayı teşvik amacıyla performans değerlendirme kriterleri uygulamaya konulmuştur.
- Çalışanla çalışmayanı ayırt etme ve çalışan personeli teşvik maksadıyla konulan performans değerlendirme kriterleri, kurum amirlerinin herkese eşit ücret dağıtma yönündeki yanlış uygulamaları sebebiyle hedeflenen sonuçları gerçekleştirememiştir.

¹ T. Şahinöz ve diğ., “Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Performansa Göre Ek Ödeme Sisteminin Adalet, Performans, Rekabet Ve Verimlilik Gibi Faktörler Üzerine Etkisi Gümüşhane İli Örneği”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi (Ed. H. Kırılmaz), C.2, Ankara, 2010, ss.274-276

- Sağlık personeli Kanunun öngördüğü ölçüde yıllık maaş kalemleri toplamının % 100'ü ve % 50'si oranında ek ödeme alabilmektedir.
- Personele yapılacak ek ödemede tabip ve tabip dışı personel ayrımı yerine yükseköğrenim görmüş personel ve orta öğrenim görmüş personel ayrımı yapılmıştır.
- Kurumun ihtiyaçları ön planda tutulmuş, personele yapılacak ek ödeme, kurumun ihtiyaçları giderildikten sonra arta kalan gelir dikkate alınarak yapılmıştır.
- Kurum elde ettiği aylık gelirinin en fazla % 50'si personele ek ödeme olarak dağıtılmaktadır.

209 sayılı Kanun'un 5 inci maddesi 2001 yılında çıkarılan 4618 sayılı Kanun ile yeniden değiştirilmiştir. Ek ödemede 1990 yılındaki uygulama esas alınarak "Performans Değerlendirme Kriterleri" uygulaması devam etmiştir. 2001 yılı ek ödeme yönergesinde personele yapılacak ek ödemenin usul ve esasları bakımından 1989 yılı yönergesine göre önemli bir değişiklik yapılmamış ve temel prensip olan fiilen çalışma esasına dayalı ek ödeme uygulaması devam etmiştir. Dikkat çeken en önemli husus sağlık personelinin aldığı ek ödeme tavan oranlarının eşitlenmeye çalışılmasıdır. 2001 yılında yine kurum gelirlerinin % 50'sinin personele dağıtılmasına devam edilmiştir. 2002 yılında 1. Basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan personel için de ek ödeme uygulaması başlatılmıştır. Döner Sermaye Saymanlıklarının Maliye Bakanlığına devredilmesi neticesinde Ek Ödeme Yönergesinde yeniden düzenlemeler yapma gereği hasıl olmuştur. 2002 Yönergesinde; yine fiili katkı, "Performans Değerlendirme Kriterleri" kurum gelirlerinin en fazla % 50'sinin dağıtılması uygulamasına devam edilmiştir. Ek ödeme katsayısı olarak yine 209 sayılı Kanunun 5. maddesinde 4168 sayılı Kanun ile değiştirilen "yardımcı hizmetler ve yardımcı sağlık hizmetleri sınıfı personel için % 80, diğer personel için % 100" oranı devam etmiştir. Riskli birimde çalışma, serbest çalışma kriteri dikkate alınmıştır. 1989 yılında başlayan ek ödeme uygulaması, 2003 yılında "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi" ne geçinceye kadar devam etmiştir.

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, özellik arz eden riskli bölümlerde çalışma gibi birçok unsur göz önüne alınarak sağlık kurumlarında, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun teşvik edilmesinin sağlanması amacıyla, görevli personele döner sermaye gelirlerinden yapılacak ek ödemenin oran, usul ve esaslarını belirlendiği bir sistemdir. Sistem sadece parasal bir ödeme modeli olmayıp, belirlenen “başarı ölçütlerine” göre personeli ödüllendirerek bireysel verimliliği arttırmasının yanında “kurumsal performans kriterleri” ile birlikte tutumluluk, verimlilik ve etkinlik sağlayan bir uygulamadır.

4. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN TANIMI

Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde performansa dayalı ek ödeme sistemi uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlık aşağıda belirtilen kriterleri de dikkate alınmak suretiyle, çalışan personeline hem ek gelir sağlamak hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimini artırmayı hedeflemiştir. Bu kriterler: ¹

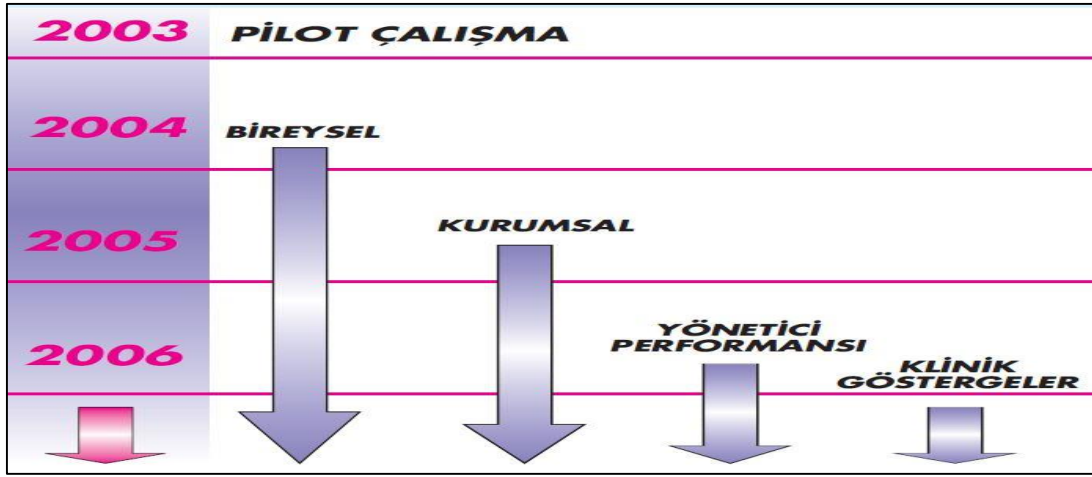
- Unvanı
- Görevi
- Çalışma şartları ve süresi
- Hizmet katkısı
- Performansı
- Serbest çalışıp çalışmaması
- Kurumlarda yapılan muayene
- Ameliyat, anestezi
- Girişimsel işlemler
- Özellik arz eden riskli bölümler

Böylece ortaya konulmuş olan bu sistem performansa dayalı ek ödeme sistemi olarak tanımlanmıştır. 2003 yılının başında Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın hayata geçirilmesi ile birlikte sistem konusunda ilk çalışmalar başlamıştır. Daha

¹ Aydın - Demir, ss.53-54

2003 yılının ikinci yarısından iken 10 hastane ve 1 il sağlık müdürlüğünde pilot uygulama yapılmıştır. Pilot uygulama sonucu sistem geliştirilmiş ve 2004 yılının başından itibaren tüm Sağlık Bakanlığı hizmet birimlerine yaygınlaştırılmıştır. 2004 yılında daha ziyade bireysel ve niceliksel performans ölçütlerinin etkili olduğu sisteme; 2005 yılında kurumsal performans ölçütleri ilave edilerek nitelik boyutu getirilmiştir. 2006 yılında “yönetici performans kriterleri” ve “finansal göstergeler” konusunda çalışmalar devam etmekte olup “klinik göstergeler” in de ilave edilmesi sonucu bu uygulama ile sağlık sistemi, uluslararası genel kabul görmüş klinik başarı ölçütlerine göre de değerlendirilmiş olacaktır. Performansa dayalı ek ödeme sistemi, dinamik bir uygulama olup uygulamanın başladığı günden bu yana sürekli geliştirilmekte ve Sağlık Bakanlığının stratejik hedeflerine göre yenilenmektedir.

Şekil 11: 2003-2006 Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Gelişimi



Kaynak: S. Aydın - M. Demir, Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek ödeme Sistemi, Ankara, 2006,, s.54

Performansa dayalı ek ödeme sistemine Sağlık bakanlığı ilk başta top yekûn geçememiştir. “Performansa dayalı ek ödeme sistemi, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm sağlık tesislerinde uygulanmaktadır. 2005 yılının başında SSK'ya ait sağlık tesislerinin ve personelinin Sağlık Bakanlığına devri ile performans uygulaması sağlık sistemimizin yaklaşık %90'ında uygulanır hâle gelmiştir. Bunun yanında

yapılan kanuni düzenleme ile tıp fakültelerinde de benzer bir sistemin uygulanmasının önü açılmıştır.”¹

5. PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİNİN İŞLEYİŞİ

Bilindiği üzere, 2 Kasım 2011 tarihli ve 28103 Sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayınlanan 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Bakanlığımız ile Bakanlığımıza bağlı kuruluşların teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiş ve kaynakların etkili ve verimli kullanılması amacıyla Kuruma bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerini işletmek üzere 02/11/2012 tarihi itibarıyla il düzeyinde kamu hastaneleri birlikleri kurulmuştur. Bu araştırmada Kamu Hastaneleri ile ilgili olan performansa dayalı ek ödeme sisteminin işleyişi anlatılmaya çalışılacaktır.

12/5/2006 tarihli ve 26166 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Görevli Personele Döner Sermaye Gelirlerinden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmeliğin yürürlüğü 31/12/2012 tarihinde sona ermiş ve mezkur KHK uyarınca kurulan kamu hastaneleri birliklerinin çalışma usullerine ve mali yapısına uygun olarak hazırlanan “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik” 01/01/2013 tarihinden geçerli olmak üzere 14/02/2013 tarihli ve 28559 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Aşağıda bu yönetmelikte belirtilen sistem unsurları, bu unsurların tanımları, değerlendirmeler ve hesaplanması sunulmuştur.

5.1. Sistemin Temel Unsurları

5.1.1. Temel Tanım ve Göstergeler

Bilimsel çalışma destek puanı: Sağlık tesislerinde görev yapan personele Ek-6 sayılı listede yer alan bilimsel çalışmaları Tıbbi Hizmetler Başkanlığı

¹ Aydın - Demir, s.55

tarafından belirlenen şekilde belgelemesi halinde belgelemenin yapıldığı dönemi takip eden 6 ay süreyle verilen ve aynı listede yer alan bilimsel çalışmalara karşılık gelen puanı ifade eder.

100 puan ile 2500 puan arasında değişen ve ilgili ek ödeme döneminde 10000 puanı aşmayacak şekilde verilebilen bilimsel çalışma destek puanı ile akademik çalışmalara teşvik düşünülmüştür. Böylece bilimsel çalışmalar ile sağlık sektörünün ilerlemesi ve sağlığın geliştirilmesinin önü açılacaktır. Kişisel tecrübelerle dayalı olarak sağlık tesis puan ortalaması 20000-50000 arasında olduğu düşünülürse bilimsel çalışma destek puanı hiç de küçümsenmeyecek puanlara tekabül ettiği görülecektir.

Birim performans katsayısı: Sağlık tesislerinde görev yapan personelin görev yaptığı birim için kurum tarafından çıkarılacak yönerge ile belirlenen ve personele ödenecek ek ödemenin hesaplanmasında kullanılacak olan (0) ilâ (1) arasında değişen katsayıyı ifade eder.

Birim performans katsayısı ile tesisin her birimini aynı kabul edilmediği görülmektedir. Birimlerin değerlendirilmesi ne ölçüde sağlıklı tespit edilirse o oranda adil bir kriter hüviyeti kazanacaktır.

Girişimsel işlemler: Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanına esas olan işlemleri ifade eder.

Hekimlerin yaptığı her bir işlemi ayrıntılanmış ve yapılan işin niteliğine göre puan verilmiştir. Böylece hekimin çalışmasının puana dönüştürebilmesi ve değerlendirilebilmesi düşünülmüştür. Burada yine hangi iş ve işlemlere ne kadar puan verilmesi gerektiğinin tespiti önem taşımaktadır. Eğer iş yükü daha fazla olan bir iş veya işleme iş yükü daha az olan işlemde daha az puan verilirse adalet sağlanmamış olacaktır. Diğer taraftan Bakanlıkça özendirilme uygun görülen iş ve işlemlere daha fazla puan verilmek suretiyle hekimlerin gerektiği zaman o işlemlere yönelmesine katkı sağlayabilir.

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

Hekimin aktif çalışma katsayısı hastane hizmet puan ortalaması hesabında kullanılmaktadır. Bunun için hekimin puanını doğrudan etkilememektedir. Ek puan hesaplanmasında ve ayrıca dolaylı olarak bir etkisi olduğu görünmektedir. Aktif alışması fazla olması demek daha fazla çalışması anlamına geleceği için daha fazla puan toplayabileceği de aşıkrdır.

Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması: Sağlık tesislerinde her bir tabip için ayrı ayrı hesaplanan, mesai içi tabip muayene ve girişimsel işlemler puanları toplamının, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı hesaplanan tabiplerin mesai içi aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına (asistanlar dâhil) bölünmesi ile elde edilen puanı ifade eder.

Performansa dayalı ek ödeme sisteminin ana unsuru girişimsel işlem üreten hekimler olarak değerlendirilmiştir. Hekimlerin ilgili dönemde yaptıkları iş ve işlemlerden üretilen puanların ortalaması sağlık tesisinin puan ortalaması olarak bir temel kriter haline dönüşüyor. Hekimlerin alacağı ek tutarı kendi performansları direk etkilerken hekim dışı personellerin alacağı tutarın hesaplanmasında tüm hekimlerin puan ortalaması olan sağlık tesis puan ortalaması etkilemektedir.

Mesai içi sağlık tesisi toplam puanı: Sağlık tesislerinde mesai içi çalışan tüm personelin mesai içi net performans puanlarının toplamını ifade eder.

Her bir personel için hesaplanan puanların toplanması ile o tesisin toplam puanları bulunmaktadır. Böylece dağıtılması planlanan tutarın bu sağlık tesisi toplam puanına bölünmesi ile bir puanın para karşılığı bulunmaktadır.

Sağlık tesisi kalite katsayısı: Kurum tarafından yayımlanacak yönerge ile belirlenecek usul ve esaslara göre hesaplanan ve sağlık tesislerinde dağıtılabilecek döner sermaye tutarının belirlenmesinde kullanılacak olan (0) ilâ (1) arasında değişen katsayıyı ifade eder.

14/02/2013 tarihli ve 445 sayılı Makam Onayı ile yönerge yayınlanarak 01.01.2013 tarihi ile yürürlüğe girmiştir. Sağlık tesisi kalite katsayısı ile iki değerlendirme yapılmaktadır. Birincisi memnuniyet anket sonuçlarına göre elde edilen katsayı ve ikincisinde ise tesis kalite standardı ile elde edilen katsayı ile hesaplanmaktadır. Performans değerlendirmesine hizmetin sunulduğu hastalarında anket yolu ile bir değerlendirme imkânı bulması bakımından önemlidir.

Sağlık tesislerinde özellik arz eden birimler: Ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yeni doğan, süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleridir. Sayılan birimlerde fiilen görev yapan personele özellik arz eden birimler için öngörülen katsayılar üzerinden ek ödeme yapılır.

İşin niteliği açısından daha risk içerdiği düşünülen bölümler ile öyle olmayan bölümler aynı değerlendirilmemiştir. Böylece daha adil bir dağıtım düşünülmüş ve özellikli birim olan yerlerde sağlık çalışanlarının çalışması teşvik edilmiştir.

Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı (HAKUK): Tablo 13 de gösterilen çalışanların hizmet alanları, kadro ve unvanlara göre belirtilen katsayıyı ifade eder.

Tablo 13: Hizmet Alanı - Kadro Ünvan Katsayısı (Hakuk)

Hizmet- Alanları, Kadro ve Unvanları	İkinci Basamak	Üçüncü Basamak
Eğitim sorumlusu	-	3,45
Eğitim sorumlusu (Yan dal)	-	3,95
Eğitim görevlisi	-	3,35
Eğitim görevlisi (Yan dal)	-	3,85
Baş asistan	-	2,50
Baş asistan (Yan dal)	-	3,10
Klinisyen (Uzman Tabip)	2,50	2,40
Klinisyen (Yan Dal Uzman Tabip)	3,00	3,00
Yan dal asistanı	-	2,40
Uzman diş tabibi, ağız ve diş sağlığı merkezi ile diş hastaneleri dışında kalan sağlık tesislerinde çalışan diş tabipleri	1,30	1,30
Asistan	-	1,10
Tabip, Diş Tabipleri	1,10	1,10
Biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan uzman tabipler ve tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ile Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları	2,50	2,40
Yoğun bakım, yeni doğan, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan Klinisyen uzman tabip	2,50	2,40
Yoğun bakım, yeni doğan, yanık, diyaliz ve kemik iliği nakil ünitelerinde çalışan tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipler	1,20	1,20
İlk ve acil yardım servis/polikliniklerinde görev yapan temel tıp bilimleri uzmanları ile pratisyen tabipleri	1,40	1,40
Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan tıbbi ve idari ünitelerde çalışan tabip, diş tabibi, uzman tabip ve uzman diş tabibi ile temel tıp bilimleri uzmanları(anatomi, fizyoloji vb.)	0,80	0,80
Eczacılar	0,70	0,70
Avukat, sivil savunma uzmanı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, çocuk gelişimcisi, sosyal çalışmacı, biyolog, mühendis, veteriner hekim, kimyager, sosyolog, vb.	0,40	0,40
Ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yenidoğan, süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan sağlık hizmeti sınıfı personeli	0,50	0,50
Sağlık hizmeti sınıfı personeli	0,40	0,40
Tıbbi teknolog	0,40	0,40
Taşınır kayıt kontrol yetkilisi olarak görev yapan personel ile teknikerler	0,35	0,35
Ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yenidoğan, süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis/poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ile kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan genel idare hizmetleri sınıfı, teknik hizmetleri sınıfı, yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,30	0,30
Genel idare hizmetleri sınıfı personeli	0,25	0,25
Teknik hizmetler sınıfı personeli	0,25	0,25
Yardımcı hizmetler sınıfı personeli	0,25	0,25

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/25dd604e0e5140f69395669f6988da10.pdf>, (07.07.2013)

Tavan Ek Ödeme Tutarı: Ek ödeme matrahının Tablo 13’de yer alan katsayı ile çarpımı sonucu bulunan tutarı ifade eder. Tavan ek ödeme katsayısı bir anlamda alacağı ek ödeme tutarını belli bir tavan tutarla sınırlama bakımında değerlendirilen sayılardır.

Tablo 14: Tavan Ek Ödeme Katsayısı

	Mesai İçi Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayı	Mesai Dışı Tavan Ek Ödeme Tutarına Esas Katsayı
Eğitim görevlisi ile uzman tabip kadrosuna atanan profesör ve doçentler	8	2,40
Uzman Tabip ve tıpta uzmanlık mevzuatında belirtilen dallarda bu mevzuat hükümlerine göre uzman olanlar ile uzman dış tabipleri	7	2,10
Pratisyen tabip ve dış tabipleri	5	1,50
Eczacılar	2,5	0,50
Ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, yenidoğan, süt çocuğu, yanık ünitesi/merkezi, diyaliz, acil servis-poliklinik, kapalı psikiyatri servisleri, AMATEM, çocuk izleme merkezleri, izolasyon odaları, organ ve doku nakli ve kemik iliği nakil üniteleri gibi özellikli hizmetlerde çalışan personel	2	0,40
Bunların dışında kalan diğer personel	1,5	0,30

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna Bağlı Sağlık Tesislerinde Görevli Personele Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönetmelik, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/25dd604e0e5140f69395669f6988da10.pdf>, (07.07.2013)

5.1.2. Döner Sermaye Komisyonu

Döner Sermaye Komisyonu aşağıdaki üyelerden oluşur:

- (a) Hastane Yöneticisi
- (b) Başhekim
- (c) İdari ve Mali Hizmetler Müdürü
- (ç) Sağlık Bakım Hizmetler Müdürü
- (d) Dâhili ve cerrahi klinikleri ile laboratuvar ve röntgen birimlerini temsilen birer sorumlu uzman tabip, üçüncü basamak sağlık tesislerinde ise birer eğitim sorumlusu/eğitim görevlisi veya uzman tabip

- (e) Bir Pratisyen Tabip
- (f) Bir Asistan
- (g) Bir Diş Tabibi
- (ğ) Bir Sağlık Lisansiyeri (psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, biyolog gibi)
- (h) Bir Sağlık Hizmetleri Sınıfı Temsilcisi (hemşire, ebe veya sağlık memuru gibi)
- (ı) Bir Teknik Hizmetler Sınıfı Temsilcisi
- (i) Bir Yardımcı Hizmetler Sınıfı Temsilcisi
- (j) Bir Genel İdari Hizmetler Sınıfı Temsilcisi
- (k) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından sağlık ve sosyal hizmetler kolunda faaliyet gösteren sendikalardan o kurumda en çok üyeye sahip sendikanın temsilcisi

Döner sermaye komisyonunu oluşturulmasında sağlık çalışanlarının en geniş bir şekilde temsil edilmesi düşünülmüştür. Böylece daha nesnel bir değerlendirme süreci oluşmasına katkı sağlayacaktır.

Komisyon Üyelerinin Seçilme Kriterleri

Komisyonun (d), (e), (f) ve (g) bentlerinde belirtilen üyeleri Başhekim tarafından belirlenir ve mali yılsonuna kadar görev yaparlar. Lüzumu halinde başhekim bu üyeleri değiştirebilir. Komisyonun (ğ), (h), (ı), (i) ve (j) bentlerinde belirtilen üyeler, ilgili personelin kendi aralarında yapacakları seçimle belirlenir ve ayrıca her üye için birer yedek üye seçilir. Seçimin usul ve esasları hastane yöneticisi tarafından yazılı olarak belirlenerek ilgili personele duyurulur. Seçilen üyeler mali yılsonuna kadar görev yaparlar ve üyelerin tekrar seçilmesi mümkündür. Kurumda en çok üyeye sahip sendika ve sendika temsilcisinin görev süresi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından düzenlenen usul ve esaslara göre belirlenir.

Döner Sermaye Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları

- Komisyonun başkanı hastane yöneticisidir.
- Her ayın ilk haftası 2/3 çokluğu ile toplanılır ve kararlar oy çokluğu ile alınır. Oyların eşit olması durumunda başkanın oy verdiği tarafa göre karar alınır.

- Dağıtılacak tutar tespit edilir.
- Komi Komisyon kararları karar defterine yazılır ve toplantıya katılan üyelerce imzalanır.
- Komisyonun sekretarya hizmetleri idari ve mali hizmetler müdürlüğünce yürütülür.

5.1.3. İnceleme Heyeti

Yönetmelikte inceleme heyeti ve görevleri şu şekilde ifade edilir:

“Tabiplerce gerçekleştirilen tabip muayene ve girişimsel işlemleri incelemek amacıyla birliğe bağlı her bir sağlık tesisinde inceleme heyeti oluşturulur. İnceleme heyetlerinin yapısı, çalışma usul ve esasları Kurumca çıkarılacak yönerge ile belirlenir. Gerekli hallerde Kurum ve birlik bünyesinde de inceleme heyeti oluşturulabilir. Aynı ödeme dönemi için birlik bünyesindeki inceleme heyeti tarafından değerlendirme yapılması halinde bu değerlendirme sonuçları, Kurum bünyesindeki inceleme heyeti tarafından değerlendirme yapılması halinde de bu heyetin değerlendirme sonuçları esas alınır. İnceleme heyetinin raporuna istinaden hakkında disiplin soruşturması açılıp, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 125 inci maddesine göre cezalandırılanlardan; uyarma cezası alanlara bir ay, kınama cezası alanlara iki ay, aylıktan kesme cezası alanlara üç ay, kademe ilerlemesinin durdurulması cezası alanlara altı ay süreyle ek ödeme yapılmaz. Ek ödeme yapılmaması işlemine, kesinleşen cezanın ilgiliye tebliğ tarihinden itibaren başlanır.”

5.2. Performansa Dayalı Ek Ödemenin Hesaplanması

5.2.1. Dağıtılacak Tutarın Hesaplanması

Döner sermaye komisyonu, dağıtılacak tutarı (karar alınan tutar), sağlık tesisinin o dönemde elde ettiği gayrisafı hasılatı 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.

Yani dağıtılacak ek ödeme tutarının belirlenmesinde Hazine payı, SHÇEK payı ile Bakanlık merkez payı ayrıldıktan sonra kalan tutarın 209 sayılı Kanunun 5 inci maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan oranlar dikkate alınarak belirlenen miktarının sağlık tesisi kalite katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan tutar esas alınır. 209 sayılı Kanunda belirtilen bu oran hâlihazırda %50 olup, yasal paylar düşüldükten sonra kalan tutarın %50'sini geçmeyecek şekilde belirlenen tutar sağlık tesisi kalite katsayısı ile çarpılarak dağıtılacak ek ödeme tutarı (karar alınan tutar) bulunacaktır. Bağış, faiz ve kira gelirleri personele ek ödeme olarak dağıtılmayacaktır. Sağlık tesisi döner sermaye komisyonunca belirlenen dağıtılacak ek ödeme tutarı tutanak altına alınarak genel sekreterliğe yazılı olarak bildirilecektir. Genel sekreter karar alınan tutarı aynen veya Yönetmeliğin 8 inci maddesinde belirlenen sınırları geçmeyecek şekilde kendi belirleyeceği tutar doğrultusunda değiştirerek onaylayabilecektir. Genel sekreterin açıklanan şekilde vereceği onay doğrultusunda karar kesinleşecektir.

21.02.2013 tarih ve 6428 sayılı Sağlık Bakanlığınca Kamu Özel İş Birliği Modeli ile Tesis Yatırılması, Yenilenmesi ve Hizmet Alınması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun ile 09.03.2013 tarihi itibari ile dağıtılacak tutar Tablo 14'de belirtildiği gibi değiştirilmiştir.

Tablo 15: Dağıtılabilir Tutar Hesaplaması

Gelir		Hazine, SHÇEK ve Bakanlık Payları*		Kalan	Dağıtılabilir Tutar	
İlaç ve Tıbbi Sarf	25.000,00 TL	21	5.250,00 TL	19.750,00 TL	45	8,887.50 TL
Diğer Döner Sermaye	375.000,00 TL	21	78.750,00 TL	296.250,00 TL	50	133.312,50 TL
				Toplam Tutar	142.200,00 TL	

* Hazine Payı : % 15, SHÇEK Payı: % 1, Bakanlık Merkez Payı: % 5 olarak belirlenmiştir.

Tablo 15 de verilen örnek gelire göre maksimum dağıtılabilir tutar 142.200,00 TL'dir.

Tablo 16: Dağıtılabilir Net Tutar

Dağıtılabilir Tutar	Karar Alınan Tutar	Sağlık Tesisi Kalite Katsayısı	Dağıtılacak Net Tutar
142.200,00TL	142.200,00TL	0.98	139.356,00TL

Mesai içi çalışılan sürelerde üretilen tabip muayene ve girişimsel işlem puanları toplamı ile mesai dışı çalışılan sürelerde üretilen tabip muayene ve girişimsel işlem puanları toplamının yukarıdaki şekilde belirlenen tutara oranlanması sonucu mesai içi dağıtılabilir tutar ile mesai dışı dağıtılabilir tutar bulunur.

Tablo 17: Mesai İçi ve Dışı Dağıtılabilir Tutar

Mesai İçi TMGİP	200.000 Puan
Mesai Dışı TMGİP	30.000 Puan
TMGİP Toplam	230.000 Puan
Dağıtılacak Net Tutar	139.356,00 TL
Mesai İçi Dağıtılacak Tutar	121.179,13 TL
Mesai Dışı Dağıtılacak Tutar	18.176,87 TL

TMGİP =Mesai İçi TMGİP + Mesai Dışı TMGİP

* Dağıtılacak Net Tutar x(Mesai İçin Girişimsel İşlem Puanı / Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı)

** Dağıtılacak Net Tutar x(Mesai Dışı Girişimsel İşlem Puanı / Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı)

5.2.2. Sağlık Tesisi Puan Ortalaması

Sağlık tesisi puan ortalaması hem mesai içi hem de mesai dışı için hesaplanır. Hesaplama şekli aynı olması sebebi ile biz bu kısımda sadece mesai içi sağlık tesis puan ortalamasını ele alınacaktır.

Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması: Sağlık tesislerinde her bir tabip için ayrı ayrı hesaplanan, mesai içi tabip muayene ve girişimsel işlemler puanları toplamının, tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı hesaplanan tabiplerin mesai içi aktif çalışılan gün katsayılarının toplamına (asistanlar dâhil) bölünmesi ile elde edilen puanı ifade eder.

Tablo 18: Sağlık Tesis Puan Ortalama Örneği

Tabip 1	Tabip 2	Tabip 3	....	Tabip n
TMGİP= 30.000 Puan	25.000 Puan	24. 000	....	32.000
MİAÇK= 1,00	0,8	0,6	....	0,9
$\frac{30.000 + 25.000 + 24.000 + \dots + 32.000}{1,00 + 0,8 + 0,6 + \dots + 0,9}$ n				
Toplam Puan = 9.000.000 kabul edersek Toplam Aktif Sayısı= 18 kabul edelim Toplam hekim sayısı 20 kişi olsun				
Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması = 25.000				

5.2.3. Mesai İçi Dönem Ek Ödeme Katsayısı Hesaplanması

Mesai içi dönem ek ödeme katsayısı(MİDEÖK): Sağlık tesislerinde mesai içi dağıtılacak döner sermaye miktarının, mesai içi sağlık tesisi toplam puanına bölünmesi sonucu bulunan katsayıyı ifade eder.

$$\frac{\text{Mesai içi dağıtılacak tutar}}{\text{Mesai için sağlık tesisi toplam puanı}}$$

Mesai içi sağlık tesisi toplam puanı =1.500.000 olduğunu kabul edersek.

$$\frac{121.179,13}{1.500.000} = 0,081 \text{ olarak bulunur.}$$

5.2.4. Net Performans Puanların Hesaplanması

Mesai İçi alışan Personelin Net Performans Puanı

- Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunan uzman tabip, tabip, uzman diş tabibi ve diş tabipleri:

Net performans puanı = (Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı) + Bilimsel alışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

- Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji uzmanları:

Net performans puanı =(Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Kriter katsayısı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel alışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

- Tabip muayene ve girişimsel işlemler puanı bulunmayan biyokimya ve mikrobiyoloji gibi laboratuvar hizmetlerinde çalışan uzman tabipler ile tıpta uzmanlık mevzuatına göre uzman olanlar ve remeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) merkezlerinde görev yapan tıbbi histoloji ve embriyoloji uzmanları:

Net performans puanı =(Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Kriter katsayısı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel alışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

- Sağlık tesisi puan ortalamasından ek ödeme alacak tabipler:

Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

- Ek-4 sayılı tablonun (C) bölümü kapsamında sağlık tesisi puan ortalamasından eködeme alacak tabipler:

Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalamasının Ek-4/C'de belirtilen oranı x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

- Diğer personel (tabip dışı personel):

Net performans puanı = (Mesai içi sağlık tesisi puan ortalaması x Hizmet alanı-kadro unvan katsayısı x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel çalışma destek puanı + (Ek puan x Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı).

Tablo 19: Net Performans Puan ve Brüt Ek Ödeme Hesaplama Örneği

UNVAN	TMGİP olan Uzman Tabip, Tabip, Uzman Dış Tabibi, Dış Tabibi	Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı	Sağlık Tesis Ort. Değerlendirilen Tabip	Tabip Dışı Personel
FORMÜL	(TMGİP X Hakuk) + Bçdp + (Ek Puan X Mesai İçi Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)	(Mesai İçi Sağlık Tesis Puan Ortalaması X Kriter Katsayısı X Hakuk X Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bçdp + (Ek Puan X Mesai İçi Aktif Çalışılan Gün Katsayısı).	(Mesai İçi Sağlık Tesis Puan Ortalaması X Hakuk X Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bçdp + (Ek Puan X Mesai İçi Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)	(Mesai İçi Sağlık Tesis Puan Ortalaması X Hakuk X Mesai içi aktif çalışılan gün katsayısı) + Bilimsel Çalışma Destek Puanı + (Ek Puan X Mesai İçi Aktif Çalışılan Gün Katsayısı)
HESAPLAMA	(30.000 X 2,5) + 0 + (0 X 1)	(25.000 X 0,9 X 2,5 X 0,8) + 0 + (0 X 1) X 0,8)	(25.000 X 1,10 X 1) + 0 + (0 X 1)	(25.000 X 0,4 X 1) + 0 + (0 X 1)
NPP	75.000	45.000	27.500	10.000
MİDEÖK	0,081	0,081	0,081	0,081
BRÜT TUTAR	6.075,00 TL	3.645,00 TL	2.227,50 TL	810,00 TL

5.2.5. Mesai Dışı Çalışan Personelin Net Performans Puanı

Mesai dışı hesaplama şekli ile mesai hesaplama şekli arasında kullanılan katsayılar dışında fark bulunmadığı için sadece mesai içi hesaplama ile yetinilmiştir.

6. SAĞLIK KURULUŞLARINDA KURUMSAL PERFORMANSIN DEĞERLENDİRİLMESİ

6.1. Memnuniyet Katsayısı

Sağlık Tesislerinde Bakanlık tarafından belirlenen memnuniyet anketleri uygulama rehberi esas alınarak her dönem için uygulanan anketler sonucu tespit edilen ve 0 (sıfır) ilâ 1 (bir) arasında değişen katsayı memnuniyet katsayısı olarak ele alınır.

Memnuniyet katsayısı ile hasta ve çalışanların ne derecede memnun olduğu tespit edilmeye çalışıldı ve bu memnuniyet hizmet kalitesi noktasında kriter kabul edilmiştir.

6.2. Kalite Standartları Katsayısı

Bakanlık tarafından, sağlıkta kalite standartları esas alınarak sağlık tesislerinde yapılan değerlendirmeler neticesinde her dönem için tespit edilen ve 0 (sıfır) ilâ 1 (bir) arasında değişen katsayı kalite standartları katsayısı olarak esas alınır.

6.3. Sağlık Tesis Kalite Katsayısı

Sağlık Tesisi Kalite Katsayısı (STKK): Sağlık tesislerinde dağıtılabilecek ek ödeme tutarının belirlenmesinde kullanılan 0 (sıfır) ilâ 1 (bir) arasında değişen katsayıyı ifade eder.

$$STKK = (\text{Kalite Standartları Katsayısı} \times 0,35) + (\text{Memnuniyet Katsayısı} \times 0,25) + 0,40$$

SONUÇ

Toplumların en önemli ihtiyaçlarından birisi sağlık hizmetidir. Devlet toplumun ihtiyaç duyduğu bu hizmetlerin bireylere ulaşmasını sağlamalı veya sağlatmalıdır. Ülkemizde Sağlık Hizmetlerinde performansa dayalı ödeme uygulaması sağlık hizmetlerinin sunulmasında verimliliği artırmak, sağlık çalışanlarından daha fazla hizmet üretmek, sağlık çalışanlarına daha çok ödeme yapmak amacıyla uygulamaya konulmuştur. Bu uygulama genel bir politika olarak Türkiye'nin her tarafında yaygın olarak yaklaşık 12 yıldır devam etmektedir. Bu uygulamanın başka bir şekli olan döner sermaye gelirlerinden tüm çalışanlara sabit bir katkı payı ödemesi ise 30 yılı aşkın bir süredir yapılmaktadır.

Sabit döner sermaye ödemeleri tüm çalışanlara, hizmetlerine bakılmadan sadece hastanenin toplam geliri kriter alınarak yapıldığı için sağlık hizmetlerinin sunulmasında fazla bir değişiklik yapması beklenmemekteydi. Bu uygulamanın sağlık çalışanlarına bir ek gelir sağlaması çalışanlarda genel bir memnuniyet artışı sağlamış ve çalışma barışını olumlu olarak etkilemiştir. Yıllar içinde bu uygulama kanıksanmış ve kazanılmış bir hak olarak görülmüştür. Bu gelişmeler sonrası sağlık hizmetlerinin sunulmasında bir durgunluk yaşanmıştır. Bu ise yönetsel anlamda yeni politikalar üretme gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan performans dayalı ek ödeme sistemi, performans uygulamalarının kamu sektörlerinde uygulanabilmesi açısından da önemlidir. Böylece kişileri motive edecek performans uygulamaları ile kamu kurumlarından toplumu daha fazla istifade ettirebilmenin, kaynakları daha verimli kullanabilmenin yolu açılmıştır. Burada dikkat edilmesi gereken hayata geçirilecek olan performans uygulamalarının ilgili kurumun çağın şartlarına göre kendini geliştirebilmesine yönlendirebilecek, çalışanların huzur ve mutluluğuna olumlu katkı sağlayabilecek aynı zaman da mevcut imkânlardan en iyi sonucu alabilecek kriterler ile donatılmalıdır.

Diğer taraftan eğer uygulamaya koyulan kriterler iyi belirlenmez ise gerek çalışanlar arasındaki iç huzurun bozulmasına gerek sistemin istismar edilerek hizmet üretilmediği halde hizmet üretiliyormuş gibi gösterilmesine sebep olabilir. Sağlıkta köklü bir değişim ve dönüşüm hamlesinin başlatılmasıyla birlikte ülkedeki sağlık

kurumları tek çatı altında toplanmış ve halkımızın tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına herhangi bir sevk zinciri olmaksızın başvurabilmelerinin yolu açılmıştır. Bu değişim sürecinde sağlık kuruluşlarına ulaşılabilmesinin kolaylaşması sağlık hizmeti kullanımının artırdığı için hasta başvuru sayılarında artışa neden olmuştur. Bu artışın mevcut fiziki şartlar ve çalışanlarla karşılanmasının mümkün olamayacağı aşikârdır. Bu durumlar dikkate alınarak hem çalışanlardan ek hizmet alabilmek hem de mesai dışı çalışma imkânı oluşturabilmek amacıyla performansa dayalı ücret ödemesi uygulanması planlanmış ve hayata geçirilmiştir.

Planlama amacı son derece iyi niyetli olan ve dünyada da yaygın olarak uygulanan bu yöntemin etki ve sonuçları genel olarak istenen faydaları temin etmekten uzak kalmış gözükmektedir. En başta bu uygulama çalışma barışının bozulmasına neden olmuş ve çalışan arasındaki gelir dağılımının dengesinin bozulmuş olmasına en önemli etken olmuştur. Buna karşı çalışan ve hizmet üretenlere ilave ödeme yapılması ek kazanç elde etmek isteyenler için memnuniyetle karşılanmıştır. Genel olarak sağlıkta uygulanan performans uygulamaları olumlu karşılanmakta fakat bazı değişikliklere ihtiyaç olduğu dile getirilmektedir.

Sağlıkta uygulanan performans uygulamalarını daha iyi hale getirebilmek için uygulama alanları olan sağlık kurumlarının dikkatli bir şekilde incelenmesi, yapılan geri dönüşümler ve tespitlerle aksayan kısımların düzeltilmesi, eğer istismar edilen alanlar var ise önlemler alınması ve yine çalışanlar arasında iç barışın bozulmasına sebep olan etkenlerin de giderilmesine yönelik yeni kriterler koyulması uygun olacaktır. Kriterlerin belirlenmesinde yapılan iş ve işlemlerin zorluğuna göre değerlendirilmesi, olumlu sağlık uygulamaları ile ilgili iş ve işlemlere daha fazla puan takdir edilmesi sağlığın gelişmesine olumlu katkı sağlayacağı açıktır.

Sonuç olarak ülkemizdeki sağlık kurumlarındaki çalışma barışını olumsuz etkilediği iddialarının dışında performans uygulamalarının sadece çok çalışana çok ödeme yapılmasını öngördüğünü düşünmek hatalı olacaktır. Uygulamaya bakıldığında zaman hem sağlık çalışanları için çalışmasına bağlı ek bir ücret elde etmesi hem hastaların sağlık hizmetine daha kolay ve yaygın ulaşabilmesinin yolunun açılması hem de sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında olumlu katkıları olduğu söylenebilir. Ayrıca, sağlık hizmeti sunumunun gerçekleştirildiği kuruluşların, hizmetin sunumuna

yönelik olan unsurlarının iyileştirilmesine de sebep olduğu aşikârdır. Buna karşın bu alanda yapılan bazı araştırmalarda da görüleceği gibi daha fazla ek kazanç elde edebilmek amacıyla uygunsuz tetkik istenebileceği veya işlemler yapılabileceği ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Açıkalın, A., Çağdaş Örgütlerde İnsan Kaynağı Yönetimi, Ankara, 1996
- Ada, B., Türk Kamu Personelinin Performans Değerlendirmesi, ATÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2008
- Akçakanat, T., İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerlendirme: Isparta İl Emniyet Müdürlüğü'nde Bir Uygulama, SDÜ, SBE, YYLT, Isparta, 2009
- Aydın, S. - Demir, M., Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Performans Yönetimi, Performansa Dayalı Ek ödeme Sistemi, Ankara, 2006
- Baykal, Ü., Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinde Performans Değerlendirme ve Türkiye'deki Hastanelerde Hemşirelik Hizmetlerinin Performans Değerlendirme Sistemlerine İlişkin Bir Araştırma, İÜ, SBE, YDT, İstanbul, 1994
- Bayram, L., "Geleneksel Performans Değerlendirme Yöntemlerine Yeni Bir Alternatif:360 Derece Performans Değerlendirme", Sayıştay Dergisi, S.62, Ankara, 2006
- Bolat, G., Performansa Dayalı Ücret Sisteminin İşgören Motivasyonuna Etkisi, ATÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2012
- Bostan, S., Sağlıkta Dönüşüm Programının Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi (Yönetici Perspektifi), KTÜ, SBE, YDT, Trabzon, 2009
- Boyraz Topaloğlu, Ş., Sağlık Bilgisi, Ankara, 2013,
- Büyükses, Y., 1980 Sonrası Türkiye'deki Sağlık Politikalarında Dönüşüm, SDÜ, SBE, YYLT, Isparta, 2012
- Çiçeklioğlu, M., Birinci Basamak Sağlık Hizmetinin değerlendirilmesinde Bir Yaklaşım Girişimi, EgeÜ, TF, YUT, İzmir, 1997

- Erdem, R. - Pirinçci, E., “Sağlık Hizmetinin Kullanımı ve Kullanımını Etkileyen Faktörler”, OMÜ Tıp Dergisi, C.20, No:1, Samsun, 2003
- Ersöz, D., Değişen Devlet Dönüşen Sağlık: Kamu İşletmeciliği ve Politika Transferi Bağlamında Sağlıkta Dönüşüm Programı BAUN, SBE, YYLT, Balıkesir, 2010
- Ferecov, R., İnsan Kaynakları Yönetiminde Performans Değerleme ve Uygulama, Bakü, 2011
- Fişek, N.H., Halk Sağlığına Giriş, Ankara, 1985
- Gazi, A., Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Performansa Dayalı Ek Ücret Ödeme Sisteminin Hastalar ve Sağlık Personeline Olan Etkisinin Analizi, GÜ, SBE, YYLT, Ankara, 2006
- Görgün, H., Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi Sağlıkta Dönüşüm Programının Çanakkale Yerelindeki Etkileri, ÇOMÜ, SBE, YYLT, Çanakkale, 2009
- Güler, Ç. – Çobanoğlu, Z., Gecekondu ve Çevre Sağlığı, Ankara, 1997
- Hayran, O., “Hastane Yöneticiliği”, Sağlık Hizmetleri El Kitabı (Ed. O. Hayran - H. Sur), İstanbul, 1997
- Helvacı, M.A., “Performans Yönetimi Sürecinde Performans Değerlendirmenin Önemi”, AÜ, EBF Dergisi, C.35, S.1-2, Ankara, 2002
- Kavuncubaşı, Ş., Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara, 2000
- Kavuncubaşı, Ş. - Kısa, A., Sağlık Kurumları Yönetimi, (Ed.: N. Uzkesici), Eskişehir, 2002
- Kaya, E., Sağlık Hizmetlerinde Stratejik Yönetim Aracı Olarak Hata Türleri Etkileri ve Analizi Yöntemi ve Bir Uygulama Örneği, Sakarya Üniversitesi, SBE, YYLT, Sakarya, 2011

- Kaygın, N., Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri, BEU, SBE, YYLT, İstanbul, 2012
- Kaynak, T. - ve diğ., İnsan Kaynakları Yönetimi, İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Yay. No:276, İstanbul, 1998
- Kesgin, C. - Topuzoğlu, A., “Sağlığın Tanımı”, İstanbul Kültür Üniversitesi Dergisi, C.4, S.3, İstanbul, 2006
- Kurtulmuş, S., Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, İstanbul, 1998
- Memiş, G., Performansa Dayalı Ücret Sisteminin Sağlık Hizmetlerine Etkisi ve Niğde Devlet Hastanesi’nde Görevli Sağlık Personeli Üzerine Bir Araştırma, NÜ, SBE, YYLT, Niğde, 2010
- Odabaşı, Y., Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, AÜ Y. No:799, AÖF Y. No:409, Eskişehir, 1994
- Özata, M., Sağlık Bilişim Sistemlerinin Hastane Etkinliğinin Artırılmasında Yeri ve Önemi (Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama). YDT, SÜ, SBE, Konya, 2004
- Özdoğan, S., Türkiye’de İllere Göre Sağlık Hizmet Kalitesini Etkileyen Faktörler, BEU, SBE, YYLT, İstanbul, 2010
- Özer, M.A., “Performans Yönetimi Uygulamalarında Performansın Ölçümü ve Değerlendirilmesi”, Sayıştay Dergisi, S.73,Nisan-Haziran 2009
- Özmen, S., Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, UÜ, SBE, YYLT, Bursa, 2013
- Seçim, H., Hastane İşletmeciliği (Seçme Yazılar)1995, Eskişehir
- Seçim, H., Hastane Yönetim ve Organizasyonu – Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, İstanbul, 1991
- Somunoğlu, S. - ve diğ., “Sağlık, Sağlık Hizmetleri ve Türk Sağlık Sistemi”, Sağlık Kurumları Yönetimi I, AÜ AÖY, (Ed. M. Tatar), Eskişehir, 2012

- Şahinöz, T. - ve diğ., “Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Performansa Göre Ek Ödeme Sisteminin Adalet, Performans, Rekabet ve Verimlilik Gibi Faktörler Üzerine Etkisi Gümüşhane İli Örneği”, II. Uluslararası Sağlıkta Performans Ve Kalite Kongresi (Ed. H. Kırılmaz), C.2, Ankara, 2010
- Şimşek, M.Ş. - Öge, H.S., Stratejik ve Uluslararası Boyutlarıyla İnsan Kaynakları Yönetimi, Ankara, 2007
- T.C. Sağlık Bakanlığı, İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (Baş Ed. R. Akdağ), Ankara, 2008
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Ankara, 2003
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (2003-2010 Değerlendirme Raporu) , (Ed. R. Akdağ), Ankara, 2010
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri (Kasım 2002-2008), (Baş Ed. R. Akdağ, Ed. S. Aydın ve diğ.), Ankara, 2008
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Sağlık Politikası, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1993
- Tengilimoğlu, D. - Işık, O. - Akbolat, M., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2012
- Timur, H., “Personel Başarı Değerlendirilmesi ve Türk Adli Yargı Örneği”, TODAİE Dergisi, C.16, S. 3, Ankara, 1983
- Türkay, F. - ve diğ., Sağlık İnsan Gücü Mevcut Durum Raporu, Ankara, 1996
- Uğurluoğlu, Ö. - Çelik,Y., “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.8, S.1, Ankara, 2005
- Uyargil, C., İşletmelerde Performans Yönetim Sistemi, İstanbul, 1994
- Yanmaz, M., Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Son Dönem Sağlık Politikaları, MÜ, SBE, YYLT, İstanbul, 2010

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (1983), T.C. Resmi Gazete 17927, 13 Ocak 1983

Yazgan, M., Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi, DEÜ, SABE, YYLT, İzmir, 2009

Yenice, E., “Kamu Kesiminde Performans Değerlendirmesi”, Maliye Dergisi, S.150, Ankara, 2006

Yerebakan, M., Özel Hastaneler Araştırması Mevcut Durum, Sorun ve Çözüm Önerileri, İTO, İstanbul, 2000

Yıldırım, S., Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi, YUT, DPT, Ankara, 1994

İnternet Kaynaklar

Aydın, S., “Sağlıkta Performans: Ne İçin, Nereye Kadar?”,
<http://www.sdplatform.com/Dergi/130/Saglikta-performans-Ne-icin-nereye-kadar.aspx>; (28.10.2013)

Demir, C., “Sağlık Kurumları Yönetimi ve Çağdaş Yaklaşımlar Ders Notları”,
<http://www.gata.edu.tr/saglikbilimleri/saglikhizmetleri/2009%20Ders%20Notlar%C4%B1/SA%C4%9ELIK%20KURUMLARI%20Y%C3%96NET%C4%B0M%C4%B0%20VE%20YEN%C4%B0%20YAKLA%C5%9EIMLAR.pdf>, s.3; (02.10.2013)

Geleli, M.F., “Performans Değerlendirme Sistemi”,
http://ikplatform.com/index.php?option=com_content&view=article&id=385:nsan-kaynaklarında-performans-deerleme-sistemi&Itemid=124;
(27.10.2013)

Özsarı, H., “Sağlık Reformu Süresince Hastanecilik Hizmetlerinin Yeri”,
http://www.saglikpaneli.com/content.asp?content_id=257; (14.10.2013)

- Öztekin, Z., “Dünden Bugüne Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”,
<http://www.tibder.com/modules.php?name=News&file=article&sid=45;>
(07.10.2013)
- Sosyal Güvenlik Kurumu, [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce;](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/tarihce)
(08.10.2013)
- T.C. 1982 Anayasası 56. Madde, [http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm;](http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa82.htm)
(07.10.2013)
-, “Kalıtsal Hastalıklar”, [http://www.gelisimuzmani.com/y224-kalitsal-hastaliklar.html;](http://www.gelisimuzmani.com/y224-kalitsal-hastaliklar.html) (18.09.2013)
-, “Ketem”, <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/343-kanser-erken-teshis-tarama-ketem.html#sthash.yvdO8lBy.dpuf>
(25.12.2014)
-, “Performans Değerlendirme Ölçütleri”,
[http://www.vanilozelidaresi.gov.tr/sicerik/dosya/performans.pdf;](http://www.vanilozelidaresi.gov.tr/sicerik/dosya/performans.pdf)
(16.10.2013)
-, “Performans Değerlendirme Yöntemleri”, [http://egitimcihaber.net/haber/bilgi/inceleme-bilgi/performans-degerlendirme-yontemleri-egitimcihaber.html;](http://egitimcihaber.net/haber/bilgi/inceleme-bilgi/performans-degerlendirme-yontemleri-egitimcihaber.html)
(23.10.2013)
-, “Performans Değerlendirme”, [http://www.bilgekoyun.com/performans-degerlendirme;](http://www.bilgekoyun.com/performans-degerlendirme) (27.10.2013)
-, “Sağlık”, [http://www.turkcebilgi.com/sozluk/sa%C4%9Fl%C4%B1k;](http://www.turkcebilgi.com/sozluk/sa%C4%9Fl%C4%B1k)
(22.09.2013)
-, 663 Sayılı Kanun, [http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm;](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm) (05.05.2014)

ÖZGEÇMİŞ

17 Mart 1979 tarihi, Konya doğumluyum. İlk Orta ve Liseyi Konya’da tamamladıktan sonra, 2003 yılında Selçuk Üniversitesi Eğitim Fakültesi, İlköğretim Matematik Öğretmenliği Bölümünü bitirdim. 2004 yılında Konya Bozkır Devlet Hastanesi’ne Sağlık Memuru olarak atandım. 2007-2011 yılları arası aynı hastanede hastane mutemedi olarak çalıştım. 2009 yılında Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Ön lisans Laborant ve Veteriner Sağlık Programını bitirdim. Sonra yaklaşık bir yıl kadar Konya İçeriçumra İlçe Hastanesinde idari birimde çalıştıktan sonra halen çalışmakta olduğum Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü İstatistik ve Bilgi İşlem Birimine geldim.

İlgi alanları sağlık kurumları yönetimi, insan kaynakları yönetimi, kişisel gelişim ve iletişim becerileridir.

Evli ve bir kız babasıyım.

Şükrü KESKİN